

«Das Leiden satthaben»

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
aus Perspektive der Pflegenden

Stephanie Abt
17648700

Simona Blum
17648718

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF 2017
Eingereicht am: 25.04.2020
Begleitende Lehrperson: Evelyn Rieder

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Einleitung

Autonomie am Lebensende erlangt in unserer Gesellschaft zunehmend an Wert. Neben dem assistierten Suizid gewinnt daher auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) an Bedeutung. Pflegende nehmen durch ihren direkten Patientinnen- und Patientenkontakt eine wichtige Rolle bei der Betreuung von FVNF-Praktizierenden ein.

Wie erleben Pflegende in Alters- und Pflegeheimen oder Hospizen Patientinnen und Patienten, welche im Prozess des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit sind und welche Haltung nehmen die Pflegenden dabei ein?

Methode

Für die themengeleitete Bachelorarbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL Complete und PsycINFO durchgeführt. Drei quantitative, zwei qualitative Studien, ein Artikel und ein Fallbeispiel wurden inkludiert. Die Ergebnisse wurden anhand des Bio-psycho-sozial-spirituellen Modells dargestellt.

Ergebnisse

Die Mehrheit der Pflegenden in der Schweiz würden eine Person im Prozess des FVNF begleiten. Die Haltung von Pflegenden gegenüber dem FVNF wird einerseits durch bisherige Erfahrungen, schulische Vorkenntnisse, der eigenen Rolle und dem Glauben geprägt. Andererseits wird sie vom Alter und den Erkrankungen der FVNF-Praktizierenden beeinflusst.

Schlussfolgerung

Die Haltung der Pflegenden gegenüber dem FVNF kann den Sterbeprozess massgeblich beeinflussen und ist geprägt vom Erleben der Pflegenden.

Keywords: Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), palliative care, nurs*, experience*, attitude*, long-term care, hospice

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Theoretischer Hintergrund	3
1.1.1 Begriffsdefinitionen.....	3
1.1.2 Gesetzeslage	5
1.1.3 Merkmale von FVNF-Praktizierenden	7
1.1.4 Verlauf und Symptome.....	7
1.1.5 Pflegeinterventionen.....	9
1.2 Relevanz.....	10
1.3 Problemstellung	12
1.4 Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell	14
1.5 Abgrenzung	15
1.6 Zielsetzung	15
1.7 Fragestellung.....	16
2 Methode	16
3 Ergebnisse	22
3.1 Zusammenfassungen der Studien	22
3.2 Zusammenfassung des Artikels.....	29
3.3 Zusammenfassung des Fallbeispiels	31
3.4 Synthese der Ergebnisse mittels Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell..	33
4 Diskussion.....	39
4.1 Diskussion der Ergebnisse	39
4.2 Limitationen der Bachelorarbeit	44
5 Schlussfolgerung.....	45
5.1 Praxistransfer.....	45

5.2 Fazit.....	48
Literaturverzeichnis	50
Tabellenverzeichnis.....	55
Abbildungsverzeichnis.....	55
Danksagung	55
Eigenständigkeitserklärung	56
Wortzahl	56
Anhang.....	IV

1 Einleitung

Heutzutage ist die Aufrechterhaltung der individuellen Autonomie der Menschen ein wichtiger ethischer Grundsatz. Diesen Wunsch nach Autonomie äussern Patientinnen und Patienten vermehrt in jeder Phase ihres Krankheitsverlaufs. Auf individuelle Bedürfnisse, vor allem am Lebensende von Menschen mit einer infausten Prognose, geht speziell die Palliative Care ein. Sie beschäftigt sich mit Menschen, die an einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit leiden. Sie hat zum Ziel das Leiden der Erkrankten und ihrer Angehörigen zu lindern und eine bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Dadurch können Entscheidungen frei von Schmerzen, Ängsten oder sozialen Leiden getroffen und die Autonomie am Lebensende gestärkt werden (palliative.ch, 2019).

Weltweit haben lediglich 14% der Bevölkerung Zugang zu Palliative Care. Dies liegt unter anderem an einem mangelnden Bewusstsein von Palliative Care, an kulturellen und sozialen Barrieren, an ungenügenden Kompetenzen und mangelnder Kapazität von Gesundheitsfachpersonen oder an eingeschränktem Zugang zu Opioiden (WHO 2019).

1988 wurde die European Association for Palliative Care (EAPC) gegründet. Zeitgleich entstand «palliative.ch», die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (EAPC, 2020).

Die «palliative.ch» (2019) hält folgende Angaben fest:

In der Schweiz haben alle schwerkranken sterbenden Menschen Zugang zu Palliative Care. Die individuelle Versorgung der Palliative Care ist dabei losgelöst von finanziellen Möglichkeiten, der Art der Erkrankung, dem Alter oder der Herkunft. Palliative Care wird in der Schweiz im Akutspital, zu Hause durch die Spitex, im Hospiz sowie in Langzeitinstitutionen angeboten. Insgesamt listet «palliative.ch» 82 Palliative Care Angebote auf. Darin sind acht Hospize und 29 Langzeitinstitutionen inbegriffen, wobei sich vier Institutionen in Liechtenstein befinden.

Mit der Entwicklung der Palliative Care erreichte Cicely Saunders, eine englische Pflegefachfrau, Sozialarbeiterin und Ärztin, 1958 bis 1967 eine revolutionäre Versorgung und Unterstützung von sterbenden Menschen (Ivanović, Büche & Fringer, 2014). Trotz der Pionierarbeit von Saunders und der daraus entstandenen Palliative Care, können nicht alle Leiden gelindert werden. Immer mehr Menschen äussern den Wunsch ihren Tod zu beschleunigen (Black & Csikai, 2015).

«Ich denke, sie war nicht müde vom Leben, sondern hatte das Leiden satt», so eine Pflegende in der Schweiz, die eine Frau betreute, welche nach langem Leiden durch den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) aus dem Leben trat (Saladin, Schnepf & Fringer, 2018). Neben dem assistierten Suizid gewinnt in der Schweiz auch der FVNF, meist unter dem Ausdruck «Sterbefasten» bekannt, an Aufmerksamkeit (Fehn & Fringer, 2017). Unter der expliziten Form des FVNF verstehen Fehn und Fringer (2017) den bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um das Sterben zu beschleunigen und somit das Leben vorzeitig zu beenden.

Laut Ivanović et al. (2014) stellen die letzten Wochen oder Tage vor dem Tod für Betroffene, Angehörige und Gesundheitsfachpersonen eine der grössten Herausforderungen des Lebens, beziehungsweise des beruflichen Alltags, dar. Der Sterbewunsch wird durch physische, psychische, soziale und spirituelle Faktoren beeinflusst (Klein Remane & Fringer, 2013). So ist eine ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung aller Betroffenen wichtig. Die zentralen Aufgaben von Pflegenden bei der Betreuung von FVNF-Praktizierenden sind Information, Beratung und palliative Betreuung (Quill & Byock, 2000, zit. nach Klein Remane & Fringer, 2013). Von den Gesundheitsfachpersonen verbringen die Pflegenden in der Regel die meiste Zeit mit den Betroffenen. Dies erlaubt ihnen eine Beziehung aufzubauen, um die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten kennenzulernen und auf sie einzugehen (Sekse, Hunskår & Ellingsen, 2018). Aufgrund der Herausforderungen am Lebensende, der ganzheitlichen Pflege auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene sowie der zentralen Rolle von Pflegenden, kann die Begleitung im Prozess des FVNF auch zu ethischen Herausforderungen führen.

Gerade wegen diesen Herausforderungen und der Aktualität von FVNF in der Schweiz wird in der vorliegenden Bachelorarbeit das Phänomen des FVNF aus der Perspektive der Pflege beleuchtet, kritisch analysiert und einen Praxisbezug hergestellt.

1.1 Theoretischer Hintergrund

Einleitend werden im theoretischen Hintergrund zentrale Begriffe, die im Zusammenhang mit dem FVNF stehen, definiert. Weiter wird die Gesetzeslage aufgezeigt, charakteristische Eigenschaften von FVNF-Praktizierenden festgehalten, sowie den symptomatischen Verlauf mit dazu passenden Pflegeinterventionen formuliert.

1.1.1 Begriffsdefinitionen

Folgende Begriffe werden in diesem Kapitel beschrieben: FVNF, Sterbefasten, Urteilsfähigkeit, Hospiz, Alters- und Pflegeheim sowie Palliative Care.

Explizite Form des FVNF

Der FVNF beschreibt eine Handlung, die von einer urteilsfähigen Person ohne kognitive Einschränkungen freiwillig und bewusst gewählt wird, um den Tod aufgrund unerträglichen, anhaltenden Leidens frühzeitig herbeizuführen. Dieser Entscheid wird offen nach aussen kommuniziert (Ivanović et al., 2014). Dies bedeutet, dass die Person, trotz der physischen Fähigkeit Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, bewusst darauf verzichtet (Schwarz, 2007). Treffen diese Kriterien zu, handelt es sich um die explizite Form von FVNF.

Fehn und Fringer (2017) unterscheiden neben der expliziten Form des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit drei weitere Formen. Einzelne Buchstaben der Formen werden mit Klammern dargestellt. Damit wird besser ersichtlich, inwiefern sich die Formen voneinander unterscheiden.

Implizite Form des (F)VNF

Die implizite Form des Verzichts zeichnet sich durch eine nicht eindeutig kommunizierte Reduktion von Nahrung und Flüssigkeit aus. Dies kann einerseits aufgrund von Unfähigkeit, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu

nehmen sein. Andererseits als Folge von Lebensmüdigkeit und dem damit zusammenhängenden Entschluss auf einen Verzicht erfolgen.

Stigmatisierende und verheimlichte Form des FV(N)F

Bei der stigmatisierten und verheimlichten Form nehmen die Personen weiterhin Nahrung auf, verzichten jedoch auf Flüssigkeit. Dies hat zur Folge, dass die Handlung vor Angehörigen und Fachpersonen verheimlicht werden kann.

Natürlicher Prozess des FVN(F)

Als natürlichen Prozess wird der Appetitverlust in den letzten Wochen oder Tagen des Lebens beschrieben. Hierbei wird auf Nahrung verzichtet, jedoch weiterhin Flüssigkeit aufgenommen.

Sterbefasten

Der Begriff des Sterbefastens wird häufig als Synonym für den FVNF verwendet. Beim Sterbefasten wird jedoch der Verzicht auf Flüssigkeit nicht mit einbezogen (Feichtner, Weixler & Birklbauer, 2018). Anders als beim religiös-kulturellen Fasten ist beim Sterbefasten der Tod das Ziel und nicht die Reinigung von Sünden und die Vertiefung des religiösen Glaubens. Die positive Wertung des Fastens suggeriert einen symptomarmen Verlauf, was nicht sicher gegeben ist (Coors, Simon & Alt-Epping, 2019, S.9) Aus diesen Gründen wird auf die Verwendung des Begriffes Sterbefasten in dieser Bachelorarbeit verzichtet.

Urteilsfähigkeit

Laut Zivilgesetzbuch (ZGB) Artikel 16 wird eine Person als urteilsfähig befunden, wenn sie vernunftgemäss handelt. Das bedeutet, sie ist fähig, Informationen bezüglich der zu fällenden Entscheidung zu verstehen, diese abzuwägen und die daraus entstehenden Konsequenzen zu erkennen. Die Urteilsfähigkeit wird immer auf eine konkrete Situation überprüft (ProInfirmis, 2019).

Hospiz

Die Hospize sind eigenständige, sozialmedizinische Institutionen, die Menschen am Lebensende und ihre Angehörigen in familiärer Atmosphäre begleiten. Hierbei wird nach dem Grundsatz der Palliative Care gearbeitet und eine physische, psychosoziale und spirituelle Betreuung gewährleistet (Fringer & Arrer, 2017, S.2).

Alters- und Pflegeheim

Das Altersheim ist eine Institution für ältere Menschen, die keine Pflege benötigen, jedoch nicht mehr selbstständig Zuhause wohnen möchten oder können. Sie profitieren von verschiedenen Dienstleistungen wie Waschen, Putzen, Verpflegung und Unterhaltungsangeboten (Viva Luzern AG, 2016).

Pflegeheime richten sich an ältere Menschen, die umfassende Pflege und Betreuung benötigen. Dies wird zu jeder Tageszeit von Pflegenden gewährleistet. Zudem ist Unterstützung in allen anderen Lebensbereichen inbegriffen (Viva Luzern AG, 2016).

Palliative Care

Die Palliative Care beschäftigt sich mit Menschen, die an einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheit leiden. Sie hat zum Ziel, Leiden der Erkrankten und ihren Angehörigen zu lindern und eine bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten (palliative.ch, 2019).

1.1.2 Gesetzeslage

Im folgenden Abschnitt wird die Gesetzeslage in der Schweiz, in Bezug auf die verschiedenen Formen von Sterbehilfe, aufgezeigt. Anschliessend wird aufgrund der Gesetzeslage der FVNF beleuchtet.

Direkte aktive Sterbehilfe

Bei der direkten aktiven Sterbehilfe wird einer schwerkranken und leidenden Person absichtlich ein Medikament verabreicht, das zum sofortigen Tod führt. Hierbei wird das Mittel durch einen Arzt, eine Ärztin oder eine Drittperson verabreicht. Diese Handlung ist laut dem Schweizerischen Strafgesetzbuch

(StGB) Artikel 111 und Artikel 113 strafbar. Erfolgt die direkte aktive Sterbehilfe auf ausdrückliches Verlangen, gilt der Artikel 114 Tötung auf Verlangen (Bundesamt für Justiz, 2018).

Indirekte aktive Sterbehilfe

Durch den Einsatz von Medikamenten zur Linderung von Leiden, können Nebenwirkungen auftreten, welche die Lebensdauer verkürzen. Hierzu bestehen keine ausdrücklichen Regelungen im StGB (Bundesamt für Justiz, 2018). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betrachtet dieses Vorgehen jedoch als zulässig (SAMW, 2019).

Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe wird auf lebensverlängernde Massnahmen verzichtet. Dies bezieht sich auf den Abbruch sowie den Verzicht einer Therapie. Eine Regelung der passiven Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich festgehalten. Dieses Vorgehen wird jedoch als erlaubt angesehen (Bundesamt für Justiz, 2018). Laut den SAMW-Richtlinien muss die Entscheidung einer urteilsfähigen Person, auf lebenserhaltende Massnahmen zu verzichten, respektiert werden (SAMW, 2019). In einer Patientenverfügung kann dies schriftlich festgehalten werden.

Beihilfe zum Selbstmord

Diese Form wird auch Suizidhilfe genannt und bezeichnet das Bereitstellen von tödlichen Substanzen. Die Einnahme erfolgt ohne Fremdeinwirkung. Die Hilfe zum Selbstmord aufgrund eines persönlichen Vorteils ist nach Artikel 115 im StGB strafbar. Exit und weitere vergleichbare Organisationen leisten Suizidhilfe. Diese handeln legal, solange sie keine selbstsüchtigen Motive verfolgen. Laut den SAMW-Richtlinien gehört die Beihilfe zum Selbstmord nicht zu den ärztlichen Aufgaben (Bundesamt für Justiz, 2018).

Suizid

Es besteht ein Grundrecht und somit Straffreiheit für den Suizid. Bestehen jedoch keine eindeutigen Indizien, dass die Person einen freiverantwortlichen

Suizid begehen wollte, gilt die Pflicht zur Nothilfe. Diese gilt für Gesundheitsfachpersonen sowie für Laien und ist gesetzlich laut Artikel 128 im StGB als Unterlassung der Nothilfe festgehalten (Nestor, Ebnetter, Hvalic, Brändle & Büche, 2017)

Bezug zum FVNF

Laut Klein Remane und Fringer (2013) gibt es in der Schweiz noch keine Richtlinien, wie der FVNF in die oben genannten Kategorien eingeordnet werden soll. Rechtlich ist die Begleitung von Menschen, die ihren Tod durch den FVNF beschleunigen wollen, legal. Der Entscheid einer urteilsfähigen Person zum FVNF gilt es somit zu akzeptieren (Schwarz, 2007).

1.1.3 Merkmale von FVNF-Praktizierenden

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wer den FVNF durchführt und welche Merkmale diese Personen aufweisen.

Mehrheitlich Frauen (63%) entscheiden sich für den FVNF. Mehr als die Hälfte der FVNF-Praktizierenden sind bereits über 80 Jahre alt und fast 19% sind zwischen dem 70. und dem 79. Lebensjahr. Bereits 70% sind krank, davon leiden etwa 40% an einer Tumorerkrankung. Eine maximale Lebenserwartung von vier Wochen besteht für knapp einen Drittel, wobei für einen weiteren Drittel eine Prognose von eins bis zwölf Monaten besteht (Hänni, Hulmann, Loher, Rutz & Söldi, 2019, S.35).

Personen die den FVNF durchführen brauchen einen starken Willen und sind gut organisiert. Die Entscheidung zum FVNF wird bedacht und nach langer Überlegung gefällt. Ihnen ist Autonomie am Lebensende besonders wichtig (Müller, 2017).

1.1.4 Verlauf und Symptome

Es wurden bisher keine direkten Untersuchungen über den physiologischen Verlauf beim FVNF gemacht. Aus anderen pathologischen und biochemischen Zusammenhängen kann der Verlauf bei FVNF jedoch abgeleitet werden (Chabot & Walther, 2017, S.81).

Der Sterbeprozess dauert meist zwischen ein bis drei Wochen (Schwarz, 2007). Verstirbt die Patientin oder der Patient innerhalb von sieben Tagen, kann davon ausgegangen werden, dass die Todesursache auf die Vorerkrankung zurückzuführen ist (Chabot & Goedhart, 2009).

In den ersten Tagen des FVNF ist die Person noch allseits orientiert und in der Lage das Vorhaben jederzeit abubrechen.

Ab dem dritten oder vierten Tag bleibt das Hungergefühl fast gänzlich aus. Heilfastende äussern beim Verzicht auf Nahrung zu diesem Zeitpunkt euphorische Gefühle zu verspüren. Die Euphorisierung entsteht durch die Bildung von Ketonen im Hungerstoffwechsel, welche das Opioidsystem im Gehirn aktiviert (Terman, 2008, zit. nach Feichtner et al., 2018). Wann genau die Phase der Euphorisierung beim FVNF eintritt, ist gemäss Chabot und Walther (2017) noch unbekannt. Sie gehen davon aus, dass die Energieversorgung nach etwa einer Woche vollständig auf Ketone umschaltet. Durch die Ketone werden die Nieren entlastet und haben weniger Harnstoff zu extrahieren. Wenn die Fettreserven verbrannt sind, werden die Muskelproteinen metabolisiert. Dies führt zu einer Schwächung des Körpers.

Im Verlauf des Sterbeprozesses wird die Flüssigkeit aus der Peripherie zentralisiert. So können lebensnotwendige Organe so lange wie möglich versorgt werden. Der allgemeine Metabolismus nimmt ab, dies zeigt sich in der fehlenden Produktion von Stuhlgang und Schleimsekreten. Dies ist eine Erleichterung für Sterbende, da sie weder für die Stuhlausscheidung noch für das Abhusten von Sekreten Kraft brauchen (Chabot et al., 2017, S.83).

Wird keine Flüssigkeit mehr aufgenommen, ist die Urinproduktion stark rückläufig bis es schliesslich zur Anurie kommt. Laut Feichtner et al. (2018) tritt die Anurie nach etwa sieben Tagen ein. Dies steigert den Harnstoffspiegel im Blut, was zu einer Schläfrigkeit führt. In dieser Phase kann ein Delir, Unruhe oder Agitation auftreten.

Bei Verzicht auf Flüssigkeit tritt ein enormes Durstempfinden ein. Für jüngere, gesunde Menschen ist ein derartiger Flüssigkeitsverzicht kaum auszuhalten.

Daraus lässt sich schliessen, dass der FVNF in frühen Stadien einer Erkrankung nur schwer durchführbar ist (Walther, 2015, zit. nach Feichtner et al., 2018). Im hohen Alter und in terminalen Phasen ist das Durstgefühl vermindert und erleichtert somit deren Symptomatik. Eine adäquate Mundpflege verringert zudem das Durstempfinden.

Der Verlauf von FVNF ist jedoch nicht generalisierbar. Faktoren wie Grunderkrankung, Persönlichkeit, Konstitution und Erfahrungen haben erheblichen Einfluss auf den ganzen Prozess (Coors et al., 2019).

1.1.5 Pflegeinterventionen

Im folgenden Abschnitt werden palliativ spezifische Pflegeinterventionen beschrieben. Darunter werden die Mundpflege, Dekubitusprophylaxe, Obstipationsprophylaxe sowie Interventionen zur Steigerung der Wahrnehmung verstanden.

Das Leitsymptom des FVNF ist die Xerostomie. Die Xerostomie ist kausal verantwortlich für das Durstgefühl. Gelingt es die orale Mukosa feucht und gleitfähig zu halten, ist das Durstgefühl stark vermindert und meist erträglich (Ganzini et al., 2003).

Entweder benutzt man für die Mundpflege Präparate, die den Mund erfrischen, den Speichelfluss anregen oder den Speichel ersetzen. Die Präparate können nach Wunsch der Patientin oder des Patienten eingesetzt werden. Weiter soll die Mundpflege dazu dienen, die Mundhöhle zu reinigen. Somit werden Mundsoore vermieden. Ergänzend können auch Eiswürfel verabreicht werden. Dies ermöglicht zudem eine schnellere Aufnahme von sublingualen Medikamenten. Überschreitet die Flüssigkeitsaufnahme bei der Mundpflege 50 ml, ist mit einem längeren Sterbeprozess zu rechnen (Chabot & Walther., 2017, S.66)

Generell sind die Haut und die Mukosa aufgrund der Flüssigkeitskarenz ausgetrocknet. Somit ist das Einsetzen von Tränenersatzaugentropfen, der Gebrauch von Nasensalbe sowie das Eincremen von Körperlotionen fördernd für das Wohlbefinden (Coors et al., 2019, S.48).

Eine weitere Intervention ist das Einsetzen von Anti-Dekubitus-Matratzen, da aufgrund der zunehmenden Immobilität ein Risiko für einen Dekubitus besteht. Zudem ermöglicht eine Anti-Dekubitus-Matratze einen höheren Liegekomfort (Chabot & Walther, 2017, S.71).

Der Einsatz von Laxantien ist bereits vor oder zu Beginn des FVNF notwendig, um den Darm zu entleeren. Bei einer Obstipation können delirante Phasen oder Ängste gehäuft vorkommen (Chabot & Walther, 2017, S.71).

Aufgrund der fehlenden Verdauungsprozesse mangelt es der Patientin oder dem Patienten an der physiologischen Wärmeproduktion des Körpers. Das Empfinden für Kälte erhöht sich und fördert eine infektiöse Erkrankung. Wärmedecken, Wärmeflaschen, Füsseinreibungen mit wärmenden Salben sowie ätherische Ölmischungen zur Durchblutungsförderung sind Möglichkeiten dem zunehmenden Kälteempfinden alternativ entgegen zu wirken (Coors et al., 2019, S.48).

Einhergehend mit der Dehydrierung erschwert sich die Kommunikation. Die Kontaktaufnahme mit der Umgebung ist mittels basaler Stimulation möglich. Bedeutend dabei sind die Berührungen über die Haut. Mit professionellen Berührungen der Pflegenden können der Patientin oder dem Patienten die Körpergrenzen vermittelt werden und die allgemeine Körperwahrnehmung gefördert werden. Mit Initialberührungen, beispielsweise der Schulterberührung zu Beginn und Beendigung einer Pflegehandlung, kann die Patientin oder der Patient die Pflegehandlungen besser nachvollziehen (Coors et al., 2019, S.51-52). Weitere Zugänge der basalen Stimulation über das vibratorische, vestibuläre, auditive, olfaktorische, haptische oder visuelle System sind Alternativen, um die Körperwahrnehmung zu fördern.

1.2 Relevanz

Dieses Kapitel zeigt die Relevanz des FVNF in der Gesellschaft und die Bedeutsamkeit für die Pflegenden auf.

Individualismus und Autonomie ist in der heutigen Gesellschaft ein erstrebenswertes Gut. Somit weckt auch der FVNF, als «selbstbestimmtes

Sterben», Interesse. Die Angst vor langem und unnötigem Leiden ist oft ein Motiv für den FVNF. Der Fortschritt der Medizin und die damit resultierende Überalterung der Gesellschaft beeinflussen die Einstellung gegenüber dem Leiden (Klein Remane, 2015).

Die Website sterbefasten.org (2020) wirbt folgendermassen: «Der FVNF ist eine humane Möglichkeit, ohne grosses Leiden selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden.»

Das Phänomen FVNF ist jedoch nicht erst seit einigen Jahren populär. Nach van Hoff (1990, zit. nach Chabot & Goedhart, 2009) wurde das Phänomen bereits in der Antike von den Römern und Griechen praktiziert. Mitte der 1990er-Jahre wurde der FVNF im Bundesstaat Oregon und später in den Niederlanden aufgegriffen. In der niederländischen Population sterben 2.1% mithilfe des FVNF (Chabot & Goedhart, 2009). In Deutschland und den Niederlanden haben bis zu 62% aller Ärztinnen und Ärzte mindestens eine Patientin oder einen Patienten durch den Sterbeprozess mit FVNF begleitet (Stängle, Schnepf, Mezger, Büche & Fringer, 2019).

Stängle, Schnepf, Büche & Finger (2020) veröffentlicht erste epidemiologische Zahlen der Inzidenz von FVNF in Schweizer Alters- und Pflegeheimen. Rund 1.7% aller Todesfälle im Jahr 2016 sind auf den FVNF zurückzuführen. Auf die Schweizer Gesamtbevölkerung übertragen liegt die Inzidenz bei 0.7%. Dies bedeutet, dass jährlich zirka 450 Betagte, in rund 500 Heimen der Schweiz, mit dem FVNF frühzeitig aus dem Leben treten. Die effektive Zahl der Todesfälle an FVNF dürfte in der Schweiz noch höher liegen. Bei einer Befragung von Schweizer Leitungs- und Pflegefachpersonen bestätigt sich dies. Sie gehen davon aus, dass nur etwa ein Viertel der FVNF-Praktizierenden ihr Vorhaben kommunizieren. Dies bedeutet, dass bis zu 7% der in Institutionen Verstorbenen, ihren Tod durch den FVNF beschleunigen (Stängle et al., 2020).

52% aller Fälle von FVNF in der Schweiz finden zu Hause und 42% in Langzeitinstitutionen statt, wobei es meist ärztlicher und pflegerischer Betreuung bedarf (Stängle et al., 2020).

Fringer äussert sich im St. Galler Tagblatt, dass der FVNF zum «Megathema» wird:

«Je älter die Menschen werden, desto mehr bekommen wir mit, was es heisst, pflegebedürftig und chronisch leidend zu werden; vielleicht auch, sozial vereinsamt dahinzuvegetieren. Irgendwann muss man sich fragen: Was heisst es für mich, in einem Pflegezentrum leben zu müssen? Nicht mehr machen zu können, was ich will? Da mag Sterbefasten für manche als möglicher Weg erscheinen, weil es den Eindruck eines natürlichen Todes vermittelt. Wir wollen wissen, wie häufig das Sterbefasten vorkommt. Betrachten sie das Sterbefasten als etwas Natürliches oder als Suizid? Wir müssen schauen, dass wir den Menschen in dieser Situation gerecht werden. Was brauchen wir als Ärzte und Pflegefachpersonen, damit wir adäquat und individuell beraten können? Wie reagieren wir professionell auf eine Person, die sagt: Ich will jetzt sterbefasten?» (Müller, 2017)

Die letzten Worte des Zitates deuten auf die Relevanz für Pflegende im Arbeitsalltag hin. Schwarz (2014) schreibt, dass es nicht ungewöhnlich ist, dass Patientinnen und Patienten Hospizmitarbeiter fragen, wie sie ihren Tod beschleunigen können. Wie die Gesundheitsfachpersonen darauf reagieren, kann entscheidend für Patientinnen und Patienten sein.

1.3 Problemstellung

Pflegende müssen sich diversen Herausforderungen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten, welche den FVNF durchführen, stellen. Ethische Dilemmas können kausal zu diesen Herausforderungen führen. Deshalb ist die Problemstellung anhand der vier ethischen Prinzipien beschrieben. Diese werden mit kursiver Schrift hervorgehoben, um den Lesefluss zu erleichtern.

Die vier ethischen Prinzipien

Das Modell des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK, 2013, S. 11-19) beinhaltet vier gleichberechtigte ethische Prinzipien. Dazu gehören *Autonomie*, *Gutes tun*, *nicht Schaden und*

Gerechtigkeit. Sie ermöglichen eine ethische Begründung des Umgangs mit dem FVNF für Pflegende.

Im folgenden Abschnitt werden die ethischen Prinzipien definiert und weiterführende Erläuterungen in Bezug auf den FVNF gemacht.

Das Prinzip der *Autonomie* umfasst das Recht einer Person, aufgrund von eigenen Werten und Überzeugungen über das eigene Leben zu bestimmen und hierbei als Individuum respektiert zu werden (SBK, 2013, S. 12). Die Kontrolle bis hin zum Tod zu behalten, gewinnt für Menschen in der westlichen Kultur zunehmend an Wert. Sie möchten über den Zeitpunkt, sowie die Umstände ihres Sterbens bestimmen (Klein Remane & Fringer, 2013). Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende möchten den Wunsch dieser Personen nach Selbstbestimmung wahren und sie im Prozess des FVNF professionell begleiten (Hoekstra, Strack & Simon, 2015). Andererseits kann die Betreuung der Patientin oder des Patienten im Sterbeprozess des FVNF im Widerspruch zum Prinzip *Gutes tun* im Sinne einer Lebenserhaltung stehen (Hoekstra et al., 2015).

Das Prinzip *Gutes tun* umfasst Handlungen, die zum Wohle von Personen ausgeführt werden (SBK, 2013, S. 14). Durch palliative Versorgung soll Leiden verhindert und die Lebensqualität erhalten bleiben (palliative.ch, 2019). Kann das Leiden trotz allen Bemühungen nicht gelindert werden und besteht ein Wunsch nach einem beschleunigten Tod, soll laut Schwarz (2007), die Person auf den Verzicht von lebenserhaltenden Massnahmen oder dem FVNF aufmerksam gemacht werden.

In der Studie von Schwarz (2014) äusserten einige Mitglieder des Ethik Komitees Bedenken, dass durch das Informieren der Betroffenen und deren Angehörigen über die Option des FVNF, weiteres Leiden verursacht würde. Explizit befürchteten sie, dass die Symptome der Dehydratation zusätzlich für Leiden sorgt. Somit steht dies im Konflikt oder Widerspruch zum ethischen Prinzip *nicht Schaden*.

Nicht Schaden steht für Handlungen, die Risiken frühzeitig verhindern oder zumindest vermindern. Weiter soll kein Schaden absichtlich oder unabsichtlich

verursacht oder zugefügt werden (SBK, 2013, S. 16). In der qualitativen Studie von Schwarz (2004) berichteten die Pflegenden, dass Patientinnen und Patienten um Assistenz beim Sterben gebeten haben. Die meisten von ihnen zogen ihre Bitte zurück, als sie eine gute Palliative Care erhalten haben.

Das Prinzip der *Gerechtigkeit* beschreibt einen idealen Zustand des menschlichen Zusammenlebens, indem Chancengleichheit gewährleistet wird (SBK, 2013, S. 17). Laut den Angaben von «palliative.ch» (2019) ist es in der Schweiz allen Personen möglich, Palliative Care zu erhalten. In der Studie von Schwarz (2014) wurde die Betreuung einer Patientin im Prozess sichergestellt, indem Gesundheitsfachpersonen, die moralische Bedenken gegenüber dem FVNF hatten, sich von dem Fall zurückziehen konnten und durch Personen ersetzt wurden, die keine Bedenken hatten. Auch die SAMW hält fest, dass wenn eine ablehnende Haltung vorliegt, keine Betreuung stattfinden soll (SAMW, 2019).

Bei der Betrachtung des FVNF anhand der vier ethischen Prinzipien stellen sich ethische Dilemmas. Ein ethisches Dilemma ergibt sich, wenn zwei gleichberechtigte ethische Prinzipien in Konflikt stehen. Für eine Entscheidungsfindung muss nun eine Güterabwägung stattfinden (Monteverde, 2018, S.36). Hierzu werden ethische Fallbesprechungen im interdisziplinären Team durchgeführt. Es können zudem die Betroffenen sowie die Angehörigen miteinbezogen werden.

Jeder Fall des FVNF ist individuell zu begutachten und deren Güter abzuwägen, weswegen kein pauschales, ethisches Urteil über den FVNF gefällt werden kann. Die individuellen Gegebenheiten sowie die institutionellen Rahmenbedingungen müssen in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

1.4 Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell

Das Bio-psycho-sozial-spirituelle Modell wird miteinbezogen, da es den Menschen als Ganzheit wahrnimmt (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2011). Anhand der vier Dimensionen können somit das Erleben und die Haltung ganzheitlich beschrieben werden.

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit steht in einem ständigen Wandel. Aus dem früheren, rein biomedizinischen Verständnis erfolgte mit dem Bio-psycho-sozialen Modell von Engel (1977) ein Paradigmenwechsel zu einer mehrdimensionalen Sichtweise (Gerster, 2018).

Die Multidimensionalität ist auch in den nationalen Leitlinien für Palliative Care verankert. Unter der Multidimensionalität werden die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen verstanden. Dies ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung (BAG, 2011). Die Spiritualität ist dort ergänzend zum Bio-psycho-sozialen Modell von Engel (1977) aufgeführt. Die spirituelle Dimension, wird von Hefti (2010) als vergessener Faktor im Bio-psycho-sozialen Modell deklariert. Gerster (2018) erstellte zu der vierdimensionalen Sichtweise eine Abbildung des Bio-psycho-sozial-spirituellen Modells.

1.5 Abgrenzung

In der Bachelorarbeit wird der Schwerpunkt auf die pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten bei der Durchführung der expliziten Form des FVNF gelegt. Des Weiteren wird Bezug auf die physischen Auswirkungen von FVNF genommen, sowie die psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte beleuchtet.

Das Setting dieser Bachelorarbeit beschränkt sich auf den stationären Aufenthalt entweder in einem Hospiz, Alters- oder Pflegeheim.

1.6 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, das Erleben und die Haltung von Pflegenden zu eruieren, welche stationäre Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen oder in Hospizen im Prozess des expliziten FVNF begleiten. Die Zeitspanne des Prozesses inkludiert die Entscheidungsfindung, die Durchführung und geht bis hin zum Tod. Berücksichtigt werden während diesem Prozess physische, psychische, soziale und spirituelle Dimensionen des Erlebens und der Haltung von Pflegenden, unabhängig von ihrem Ausbildungsgrad. Die Ergebnisse können aufzeigen, welche Faktoren förderlich oder hinderlich für Pflegende sind, um Patientinnen und Patienten im Prozess des FVNF verständnisvoll zu unterstützen.

1.7 Fragestellung

Aus dieser Zielformulierung lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

Wie erleben Pflegende in Alters- und Pflegeheimen oder Hospizen, Patientinnen und Patienten, welche im Prozess des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit sind und welche Haltung nehmen die Pflegenden dabei ein?

2 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wird eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL Complete und PsycINFO durchgeführt. PubMed ist vorwiegend spezialisiert auf Biomedizin und CINAHL Complete fokussiert auf Studien für Pflegende und weitere Gesundheitsprofessionen. PsycINFO wurde hinzugezogen, da sie Literaturhinweise aus dem Bereich Psychologie sowie psychologisch relevanter Teilgebiete aus der Medizin enthält, welche für die Fragestellung hilfreich sind. In der Tabelle 1 werden Keywords für die Literaturrecherche auf Deutsch und Englisch festgehalten.

Tabelle 1*Keywords*

Elemente der Fragestellung	Schlüsselwörter	Keywords
Phänomen	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), Sterbefasten	voluntary stopping eating and drinking (VSED) voluntary stopping of eating and drinking (VSED) voluntarily stopping eating and drinking (VSED) voluntary refusal of food and fluids (VRFF) food-and-fluid refusal refusal of nutrition and hydration hasten death wish to hasten death fasting to die
Intervention	Palliative Pflege	palliative care
Population	Pflegende	nurs*
Outcome	Erfahrung, Haltung	experience* perception* attitude* view* feeling*
Setting	Alters- und Pflegeheim, Hospiz	Long-term care nursing home residential care hospice

Die Keywords werden mit der Trunkierung «*» versehen, um alle Wortwendungen einzubeziehen und anschliessend mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» kombiniert. Wie auf der Abbildung 1 vermerkt, werden zusätzlich in den Datenbanken Limits bezüglich der Sprache

eingetragen. Um eine sinngemässe Übersetzung der Studien zu gewährleisten, wurden Publikationen in deutscher, englischer oder französischer Sprache eingeschlossen. Weiter wird bei der Suche keine Einschränkung bezüglich des Zeitraums der Veröffentlichung der Studie vorgenommen, da zum Erleben und der Haltung von Pflegenden bei der Betreuung von Personen beim FVNF eine eher knappe Studienanzahl zu erwarten ist.

Die daraus resultierenden Treffer werden anhand des Titels und des Abstracts auf die Relevanz zur Bearbeitung der Fragestellung geprüft. Um dies zu überprüfen werden anhand verschiedener Ein- und Ausschlusskriterien die Suchergebnisse eingeschränkt (Tabelle 2).

Tabelle 2

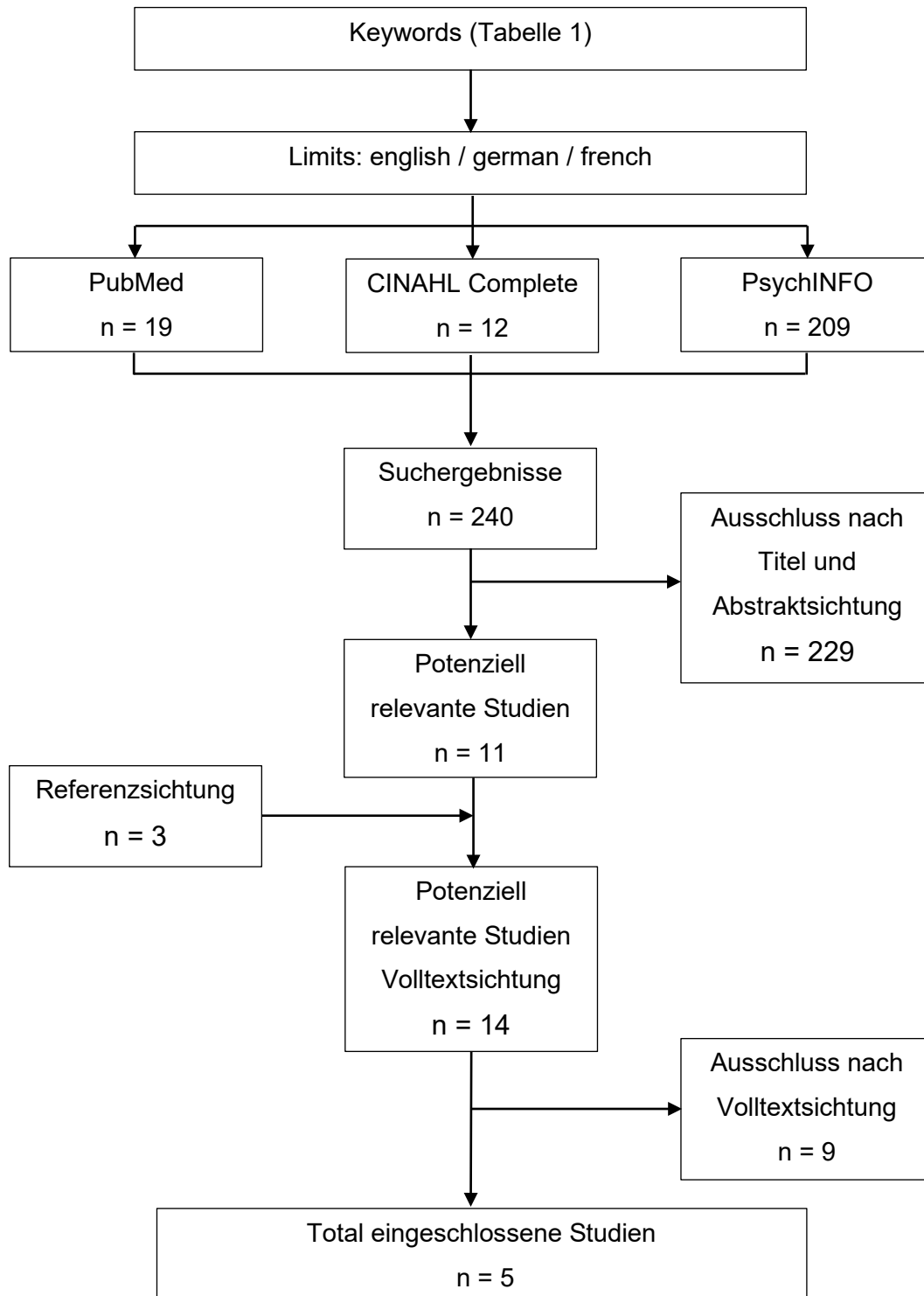
Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterien	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Setting	Alters- und Pflegeheime, Hospiz	Betreuung zu Hause, Akutbereich
Erkrankung	palliative Situationen, chronische Erkrankungen	Demenz, psychische Erkrankungen
Länder	Industrialisierte Länder	Entwicklungsländer
Kontinente	Kontinente: Nordamerika, Europa, Australien	Kontinente: Asien, Südamerika, Afrika
Population	Pflegende aller Ausbildungsgrade (Fachhochschule Pflege, höhere Fachschule, Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, Pflegehilfe Schweizerisches Rotes Kreuz)	andere Gesundheitsprofessionen

Die Fragestellung beschränkt sich auf das Setting von Alters- und Pflegeheimen und Hospizen. Dies wird so festgelegt, da Pflegende in Alters- und Pflegeheimen sowie in Hospizen beim ganzen Prozess involviert sind und eine zentrale Rolle bei der Betreuung einnehmen. Da im Akutbereich die Durchführung von FVNF nicht gestattet ist und Zuhause vorwiegend die Angehörigen die Pflege übernehmen, wurden diese zwei Settings ausgeschlossen. Weiter setzt der Wunsch nach einem beschleunigten Tod durch den FVNF voraus, dass die Person urteilsfähig ist und schliesst somit psychische Erkrankungen und Demenz aus. Da der FVNF erhöhte palliative Versorgung beansprucht, gilt dies als Einschlusskriterium. Um die Übertragbarkeit ins schweizerische Gesundheitssystem zu gewährleisten, werden Studien aus industrialisierten Ländern einbezogen und Entwicklungsländer ausgeschlossen.

Die gesamte Literaturrecherche wird mit den Trefferanzahlen in Abbildung 1 visualisiert.

Abbildung 1. Flussdiagramm der Literaturrecherche



Wie auf der Abbildung 1 zu erkennen ist, konnten bei der Literaturrecherche und der zusätzlichen Referenzsichtung, das Überprüfen der jeweiligen Literaturverzeichnisse der Studien, fünf Studien in den Ergebnisteil einbezogen werden (Tabelle 3).

Tabelle 3

inkludierte Studien

Titel	Autorinnen und Autoren	Erscheinungsjahr
Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death	Ganzini, Goy, Miller, Harvath, Jackson, Delorit	2003
Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers	Harvath, Miller, Goy, Jackson, Delorit, Ganzini	2004
Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death	Harvath, Miller, Smith, Clark, Jackson, Ganzini	2006
Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: an embedded single case study	Saladin, Schnepf, Fringer	2018
Long-term care nurses' attitudes and the incidence of voluntary stopping of eating and drinking: A cross-sectional study	Stängle, Schnepf, Büche, Fringer	2020

Die ausgewählten Studien werden für den Ergebnisteil der Bachelorarbeit gelesen, zusammengefasst, gewürdigt und auf ihre Güte geprüft. Die Studien werden anhand des Arbeitsinstrumentes Critical Appraisal von Ris und Preusse-Bleuler (2015) mittels Leitfragen zusammengefasst, gewürdigt und auf deren Güte beurteilt. Das AICA-Modell basiert auf Sets von Gütekriterien. Die

qualitativen Studien werden anhand der Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) und die quantitativen Studien werden anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik, Linhart und Mayer (2008) beurteilt. Das Evidenzlevel der qualitativen und quantitativen Studien wurde anhand der 6S Pyramide nach DiCenso, Bayle und Haynes (2009) eingeschätzt.

Aufgrund der geringen Studienanzahl wird nach zusätzlichen Fallberichten und Artikeln gesucht. Durch die Erweiterung der Literatur ist diese Bachelorarbeit themengeleitet aufgebaut.

Es wurde zusätzlich ein Artikel «Ein Fall von Sterbefasten wirft Fragen auf» von Gärtner und Müller (2018) sowie auf ein Fallbeispiel, «Wir halten Ethik hoch» des Buches «Umgang mit Sterbefasten» von zur Nieden und zur Nieden (2019) inkludiert.

Um die Ergebnisse der Studien, des Artikels und des Fallbeispiels auf unsere Fragestellung zu spezifizieren, werden diese nach den vier Dimensionen der nationalen Leitlinien der Palliative Care (BAG, 2011) eingeteilt.

3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Kernaussagen der ausgewählten Studien, des Artikels und des Fallbeispiels zusammengefasst und gewürdigt. Im Anhang sind die Studien anhand des AICA-Rasters ausführlich beschrieben und gewürdigt. Die Ergebnisse werden anschliessend in der Darstellung des Bio-psycho-sozial-spirituellen Modells, angelehnt an Gehring et al. (2016), präsentiert und gegenübergestellt.

3.1 Zusammenfassungen der Studien

Im folgenden Kapitel werden die inkludierten Studien zusammengefasst und gewürdigt.

Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death (Ganzini et. al., 2003)

Für Patientinnen und Patienten, welche ihren Tod beschleunigen möchten, ist der FVNF eine Alternative zum assistierten Suizid. Bisher ist jedoch wenig

bekannt über das Erleben der Patientinnen und Patienten, welche sich für den FVNF entschieden haben. In dieser Studie wurden deshalb Erfahrungen von den Hospizpflegenden in Oregon erforscht, um herauszufinden inwiefern sich FVNF-Praktizierende von Patientinnen und Patienten, die assistierten Suizid begehen, unterscheiden.

Anhand eines Fragebogens wurden die Daten gesammelt und analysiert. 307 von 429 Pflegenden sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück.

33% der Hospizpflegenden gaben an, dass sie in den vergangenen vier Jahren eine Patientin oder einen Patienten im Prozess des FVNF betreut haben. Die Pflegenden berichteten über folgende Gründe, warum sich die Patientinnen und Patienten für den FVNF entschieden haben: schlechte Lebensqualität, für das Sterben bereit zu sein, das Weiterleben als sinnlos empfinden, zu Hause sterben zu wollen und/oder den Wunsch das Sterben zu kontrollieren. Auf einer Skala von null = ein sehr schlechter Tod bis neun = ein sehr guter Tod, bewerteten die Pflegenden die Qualität des Todes mit einem Medianwert von acht. Drei der Befragten empfanden das Versterben durch den FVNF ethisch nicht vertretbar. Lediglich eine lehnte die Betreuung einer Patientin oder eines Patienten, der FVNF praktizierte, ab. Allgemein berichteten die Pflegenden, dass sie sich der Entscheidung der Patientin oder des Patienten nicht widersetzen würden.

Würdigung

Aufgrund mehrerer Limitationen zur Glaubwürdigkeit der Antworten, der geografischen Eingrenzung, fehlenden zurückgesandten Fragebögen und vorgegebenen Antworten auf dem Fragebogen, bedarf es an weiteren Studien, um die Ergebnisse zu verifizieren. Die Studie war explorativ und nicht auf einer Hypothese basierend. Dies könnte zudem zu einer Signifikanzabweichung der Ergebnisse führen, was die Studie nicht reproduzierbar machen würde. Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe, «Studies», der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Studie handelt mit einer primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers (Harvath et al., 2004)

Oregon ist der einzige Bundesstaat der USA in dem assistierten Suizid erlaubt ist. Eine weitere Form den eigenen Tod zu beschleunigen, ist der FVNF. Das Ziel dieser Studie ist es, die Haltungen von Pflegenden und Sozialarbeitern in Hospizen in Oregon in Bezug auf den FVNF aufzuzeigen und diese mit dem assistierten Suizid zu vergleichen.

390 von 545 Pflegenden und Sozialarbeitende aus Hospizen in Oregon haben an der Umfrage teilgenommen.

Grundsätzlich unterstützen Pflegende und Sozialarbeitende den Wunsch der Patientinnen und Patienten den Tod durch den FVNF zu beschleunigen. Nur 2.6% äusserten, dass der FVNF unmoralisch oder unethisch sei. Mehr als drei Viertel der Befragten denken, dass FVNF eine Option bei körperlichen, psychischen oder spirituellen Leiden sei. 95,4% der Befragten würden FVNF-Praktizierende weiterhin betreuen. Je wichtiger der Glaube für die Befragten war, desto weniger befürworteten sie den FVNF.

Zudem äusserten sie eine positivere Haltung zum FVNF als zum assistierten Suizid. Ihnen fällt es des Weiteren leichter, mit der Patientin oder dem Patienten sowie Mitarbeitenden, über den FVNF als über den assistierten Suizid zu sprechen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Haltung zwischen den Sozialarbeitenden und den Pflegenden bezüglich dem FVNF.

Die Haltung der Pflegenden und Sozialarbeitenden beim FVNF und dem assistierten Suizid erklären sich die Autoren durch die Ähnlichkeit des FVNF mit dem natürlichen Sterbeprozess. Die Studie bezieht sich nur auf Pflegende und Sozialarbeitende in Oregon, wo der assistierte Suizid erlaubt ist und kann deshalb nicht auf alle Staaten der USA übertragen werden.

Würdigung

Die Studie wird nicht anhand einer Forschungsfrage aufgebaut. Mit der klaren Zielformulierung kann trotzdem ein nachvollziehbarer Forschungsprozess dargestellt werden. Die Ergebnisse sind differenziert, können jedoch aufgrund

der angewendeten Verfahren beim Vergleichen von Variablen, die nicht zum Datenniveau passen, nur mit Vorsicht interpretiert werden. Die Autoren haben versucht den FVNF klar von Appetitlosigkeit bei einer terminalen Erkrankung zu unterscheiden. Dies war jedoch nicht ganz möglich, da es Überschneidungen haben kann. Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe, «Studies» der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Studie handelt, mit einer primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death (Harvath et al., 2006)

Der assistierte Suizid ist in Oregon seit 1997 legal. Dies ist anhand des Oregon Death with Dignity Act (ODDA) festgehalten. Der FVNF ist in den gesamten Vereinigten Staaten erlaubt. Pflegende sowie Sozialarbeitende im Hospiz haben Erfahrungen mit Personen, die ihren Tod entweder durch assistierten Suizid oder FVNF beschleunigt haben. Somit sind sie auch mit den ethischen und klinischen Dilemmas, die hierbei entstehen können, konfrontiert. Das Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen von Pflegenden und Sozialarbeitenden im Umgang mit dem assistierten Suizid und dem FVNF zu beschreiben.

Es wurden semistrukturierte, ausführliche Interviews mit 20 Pflegenden und Sozialarbeitenden aus Hospizen durchgeführt.

Hierbei äusserten die meisten Befragten, dass sich der FVNF deutlich vom assistierten Suizid unterscheidet. Sie beschrieben den FVNF als einen natürlichen Sterbeprozess, was auf den assistierten Suizid nicht zutrafte. Die Pflegenden und Sozialarbeitenden sprechen die Patientinnen und Patienten auf den FVNF, als Option das Sterben zu beschleunigen, an. Beim assistierten Suizid sind sie zurückhaltender. Beim assistierten Suizid erlebten Pflegende und Sozialarbeitende manchmal ein ethisches Dilemma, da sie im Spannungsfeld verschiedener Interessen standen. Dies war beim FVNF nicht der Fall.

Seit der Erlassung des ODDA wurden Pflegende und Sozialarbeiter mit neuen Aufgaben bei der Arbeit im Hospiz konfrontiert. Diesbezüglich sollen Hospize ihre Mitarbeitenden auf ethische und klinische Dilemmas vorbereiten.

Würdigung

Das Ziel der Studie sowie die Methode sind klar und nachvollziehbar formuliert. Die Interviews wurden aufgenommen und wortgetreu transkribiert. In einem interaktiven Prozess zwischen mehreren Autoren wurden gemeinsame Themen ausfindig gemacht. Diese wurden durch Zitate belegt. Die Ergebnisse sind differenziert und erfüllen den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit. Die Studie kann nur auf Pflegende und Sozialarbeitende in Oregon übertragen werden, da in anderen Staaten der assistierte Suizid nicht erlaubt ist. Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe, «Studies», der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Einzelfallstudie handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: an embedded single case study (Saladin et al., 2018)

Personen, die Patientinnen und Patienten im Prozess des FVNF begleiten, nehmen dieses Phänomen als eine friedliche Art zu Sterben wahr. Aus rechtlicher Sicht ist der FVNF eine Form des Suizids. Dabei besteht keine Tat der Selbsttötung, sondern eine Auslassung von lebenserhaltenden Massnahmen. Angehörige erfahren diese Entscheidung im Dilemma zwischen der Angst, die Person zu verlieren und der Erfüllung des letzten Wunsches. Neben den Angehörigen sind auch Pflegende moralisch herausgefordert, Patientinnen und Patienten im Prozess des FVNF zu begleiten.

Die Studie hat zum Ziel die Komplexität des Phänomens FVNF von verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Mittels einer Einzelfallstudie werden Prozesse, Haltungen und Herangehensweisen von den involvierten Personen untersucht.

Um das Ziel der Studie umfassend beantworten zu können, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Die Daten wurden mittels einmaligen, narrativen Interviews in Fokusgruppen erhoben. Befragt wurden acht Pflegende, die Pflegestationsleitung, die Pflegemanagerin oder der Pflegemanager, die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte sowie der Ehemann zusammen mit dem Sohn der FVNF-Praktizierenden.

Wenn das Leben vorzeitig durch den FVNF beendet wird, stellt dies eine Herausforderung für Pflegende und Angehörige dar. Sie stehen im Spannungsfeld zwischen der persönlichen Einstellung und den Sorgen, Ängsten und Unsicherheiten der Patientin oder des Patienten sowie weiteren involvierten Personen. Bedeutend bezüglich der Haltung der Pflegenden ist das Alter, die Krankheit und der Grund der FVNF-Praktizierenden sowie die persönliche Einstellung der Pflegenden. Letzteres wird beeinflusst durch die eigenen Erfahrungen, Vorkenntnisse, Rollen und den persönlichen Glauben. Je nachdem wie der FVNF beurteilt wird, als natürliches Sterben oder als Suizid, entsteht eine akzeptierende oder ablehnende Haltung auf institutioneller und persönlicher Ebene.

Die Autoren kamen zum Entschluss, dass alle involvierten Pflegenden den Wunsch des Patienten akzeptieren müssen, auch wenn die persönliche Haltung nicht mit den Zielen der Patientin und des Patienten übereinstimmen. Die Autonomie am Lebensende muss gewährleistet werden. Dies ist eine grosse Herausforderung. In dieser Einzelfallstudie waren von allen Beteiligten eine Unsicherheit und Wissenslücke bemerkbar, was den Umgang mit der Situation erschwerte.

Da der FVNF ein komplexes Phänomen ist, ist es wichtig frühzeitig zu reagieren und die Palliative Care zu involvieren. Die Studie zeigt, wie wichtig die Kommunikation und ein gemeinsamer Konsens während dem Prozess des FVNF ist. Die Studie bietet ein konzeptionelles Modell, welches in der Praxis und auch in weiteren Studien verifiziert werden soll.

Würdigung

Die Studie hat eine pflegerelevante Forschungsfrage. Das methodologische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein. Die Ergebnisse werden präzise und nachvollziehbar beschrieben und visualisiert. Diverse Zitate der Interviews wurden in den Ergebnisteil implementiert, was die Glaubwürdigkeit der Studie bestärkt. Durch das empirische und induktive Studiendesign konnte eine Summe von vielen Erkenntnissen erzielt werden, welche in der weiteren Forschung integriert werden kann. Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe «Studies», der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Einzelfallstudie, als empirisches und induktives Studiendesign, für die Grundlagenforschung handelt.

Long-term care nurses' attitudes and the incidence of voluntary stopping of eating and drinking: A cross-sectional study (Stängle et al., 2020)

Seit über 20 Jahren werden Gesundheitsfachpersonen, darunter auch Pflegende, von Patientinnen und Patienten zunehmend mit dem Wunsch zu sterben konfrontiert. Neben den Optionen des assistierten Suizids, dem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen, dem Einsatz von schmerzstillenden Massnahmen und der Sedation gewinnt auch der FVNF an Aktualität. Das Ziel dieser Studie ist es, die Inzidenz von FVNF in Schweizer Alters- und Pflegeheimen zu erforschen und die Einstellungen und die professionelle Haltung von Pflegenden in diesen Institutionen zu untersuchen.

Hierzu wurden entweder Pflegedienstleitende, Institutionsleitende oder Pflegestationsleitende aller 1'562 Schweizer Alters- und Pflegeheimen befragt. 535 Personen haben an der Umfrage teilgenommen.

88.2% der Befragten haben bereits vom FVNF gehört und 61.3% kennen sich mit diesem Thema aus. 64.2% der Pflegenden sehen den FVNF als natürlichen Tod, der durch Gesundheitsfachpersonen begleitet wird. 25,7% sehen ihn als passive Euthanasie im Sinne eines Verzichts auf lebenserhaltende Massnahmen. Die restlichen 10.1% sagen, dass es entweder eine selbst bestimmte Entscheidung, Suizid, eine alternative Form des Sterbens oder

abhängig vom Fall bewertet werden kann. 87.2% der Befragten respektieren die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für den FVNF. Bei 72% der Befragten ist der FVNF im Einklang mit der eigenen Weltanschauung oder Religion. Die Akzeptanz des FVNF liegt bei 80.8%. Fast alle Befragten würden eine Patientin oder einen Patienten beim FVNF begleiten. Für 77.7% der Befragten ist es wichtig, zu klären, ob die Person urteilsfähig ist. Dies spielt eine Rolle bei der Entscheidung die Patientin oder den Patienten zu begleiten. 71% der Befragten erleben den Sterbeprozess als würdevoll. Moralische Bedenken treten bei 12.7% auf. Trotzdem fühlen sich 48.7% bei der Begleitung einer Patientin oder eines Patienten beim FVNF belastet.

Die Haltung von Befragten gegenüber dem FVNF ist mehrheitlich positiv. Die Stärke der Studie liegt darin, dass alle Alters- und Pflegeheime in der Schweiz kontaktiert wurden. Es ist möglich, dass nicht jeder Fall des FVNF mit der Führungsebene kommuniziert wurde und deshalb in der Studie nicht aufgeführt wird. Auch haben nicht alle Langzeitpflegeinstitutionen geantwortet, was dazu führt, dass nicht alle Fälle vom FVNF dokumentiert wurden.

Würdigung

Die Studie erfüllt die Zielsetzung. Jedoch wurden keine weiterführenden Berechnungen mit den Resultaten durchgeführt, wodurch mögliche Einflussfaktoren nicht untersucht wurden. Beispielsweise wird keine Unterscheidung zwischen den Regionen sowie Professionen gemacht. Letzteres führt dazu, dass keine differenzierte Aussage zur Einstellung und professionellen Haltung von Pflegenden gemacht werden kann. Die Daten bieten jedoch einen Überblick über den FVNF in der Schweiz. Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Studie handelt, mit einer primär datenbasierten Forschungsarbeit.

3.2 Zusammenfassung des Artikels

Bisher beschreiben die Publikationen den FVNF vorwiegend mit positiven Erfahrungen. Der inkludierte Artikel, zeigt mit welchen Herausforderungen der FVNF verbunden ist.

Ein Fall von Sterbefasten wirft Fragen auf (Gärtner & Müller, 2018)

Nach längerer Diskussion wurde ein betagter, gebrechlicher Patient mit ausgeprägtem Sterbewunsch vom Spital ins Palliativzentrum verlegt. Es wurde diskutiert, ob überhaupt eine Einweisung stattfinden sollte, da der FVNF kein stationärer Aufenthaltsgrund darstellt. Das Palliativzentrum nahm ihn nur auf, um abzuklären, was der bisher unerkannte körperliche, psychologische, soziale oder spirituelle Grund des ausgeprägten Sterbewunsches ist. Trotz mehreren Diskrepanzen blieb der Patient bis zu seinem Tod durch den FVNF im Palliativzentrum. In deliranten Phasen des Sterbeprozess forderte der Patient ausdrücklich nach Flüssigkeit, welche die Pflegenden ihm gaben. In klaren Phasen beschuldigte der Patient das Pflegepersonal, da ihm sein Wunsch nach FVNF nicht gewährleistet wurde. Trotz mehreren prophylaktischen Behandlungsmöglichkeiten des Delirs, erlitt der Patient ausgeprägte Phasen des deliranten Syndroms. Nach wiederholten Diskussionen mit dem Patienten und im multiprofessionellen Team wurde entschieden, dass ein niedriges Sedationsniveau bei beginnendem Delir angebracht sei. Regelmässiges Aufwachen aus den sedativen Phasen ermöglichte den Willen bezüglich des FVNF zu überprüfen. Innert den nächsten Tagen verstarb der Patient ruhig und symptomkontrolliert.

Während einer retropektiven Fallbesprechung wurde unter anderem diskutiert, dass die Sedation zur Unterdrückung von Hunger und Durstgefühlen führt. Demzufolge ergab sich aus der Fallbesprechung eine klare Ablehnung gegenüber dem Einsatz von Sedativa während dem FVNF. Dies würde den bewussten Entscheid des Patienten beeinflussen, unabhängig davon ob ein regelmässiges Aufwachen stattfindet.

Während der Fallbesprechung äusserten einige Teammitglieder, die Begleitung des Patienten als Suizidunterstützung zu empfinden. Die Teammitglieder standen zwischen der Autonomie des Patienten und dem Auftrag der lebensbejahenden Palliativpflege.

Der Artikel möchte kein moralisches Urteil zum FVNF fällen. Weiter ist zu ergänzen, dass FVNF ethische, persönliche und versorgungstechnische Herausforderungen für Betreuende haben kann.

Würdigung

Der Artikel beleuchtet der FVNV von einer kritischen Seite. Konträr zu den bereits publizierten Studien, zeigt dieser Einzelfall-Artikel die ethischen Herausforderungen des Patienten und der Pflegenden. Die Kernaussagen sowie das Fazit dieses Artikels sind nicht wissenschaftlich überprüft, jedoch glaubwürdig beschrieben. Der Artikel befindet sich auf der Stufe zwei, «Summaries», nach Di Censo et al. (2009).

3.3 Zusammenfassung des Fallbeispiels

Im Buch «Umgang mit Sterbefasten – Fälle aus der Praxis» von Christiane und Hans-Christoph zur Nieden werden mehrheitlich positiv verlaufende Fälle von Sterbefasten beschrieben. In diesem Fall steht jedoch ein grosser Leidensdruck der Bewohnerin sowie eine grosse Unzufriedenheit der Angehörigen im Vordergrund.

Begleitung von Agnes: «Wir halten Ethik hoch.» (zur Nieden & zur Nieden, 2019)

Die 89-jährige Bewohnerin eines Pflegeheims war lebens- und leidenssatt. Sie litt unter einer peripher arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), Herzrhythmusstörungen und weiteren Erkrankungen. Sie äusserte, dass die Pflegenden sie «stopfen» wollen und begann mit einer strikten Nahrungskarenz. Die Trinkmenge verringerte sie anfangs auf das Minimum, bis sie keine Flüssigkeit mehr zu sich nahm. Die Medikamenteneinnahme verweigerte sie konsequent.

Als die Angehörigen erfuhren, dass die Bewohnerin, das sogenannte «Sterbefasten» praktiziere, erkundeten sie sich im Heim. Während eines Ethikkonsils, mit den involvierten, leitenden Pflegeheimmitarbeitenden, den Angehörigen sowie der Hausärztin, wurden Rahmenbedingungen bezüglich der medizinischen, pflegerischen und seelischen Betreuung festgehalten. Die

Bedingungen wurden folgendermassen zugeteilt: Die Ärztin übernahm die Symptomkontrolle, die Pflegenden die körperliche Versorgung und die Angehörigen die seelische Betreuung. Zudem klärte die Hausärztin über den Sterbeprozess beim FVNF auf. Die Angehörigen äusserten, dass sie nach dem Gespräch ein gutes, ruhiges Gefühl hinsichtlich des FVNF hatten.

In den nächsten Tagen wurden wesentliche Absprachen des Ethikkomitees nicht eingehalten. Die Bewohnerin litt unter starken Schmerzen an den Füßen, aufgrund der nicht medikamentös therapierten PAVK. Livide Verfärbungen sowie Nekrosen an den Füßen bildeten sich. Zusätzlich entwickelte sich ein Dekubitus am Steissbein. Als die Angehörigen zu Besuch kamen und ihre Mutter vor Schmerzen schrie, gerieten sie in Panik und telefonierten der Hausärztin. Diese war einige Tage nicht erreichbar. Währenddessen konnten die Schmerzen mit der bisher verordneten Medikation nicht kompensiert werden.

Da die Situation für alle involvierten Personen unzumutbar wurde, fand ein zweites Ethikkomitee statt. Dieses fand mit zusätzlichen Fachpersonen, unter anderem einem Palliativmediziner, statt. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde eine adäquate Analgesie mit Morphin und eine Anti-Dekubitus-Matratze angeordnet. Zwei Tage nach dem Ethikkomitee verstarb die Bewohnerin, schmerzfrei im Pflegeheim.

Die Angehörigen nahmen den Prozess des Sterbefastens sehr negativ wahr. Der Sohn gibt auf einer Bewertungsskala, null = schrecklichster vorstellbarer Tod und neun = friedlichster vorstellbarer Tod, eine Punktzahl von zwei an. Die Schwiegertochter bewertete den Sterbeprozess mit null Punkten. Die Angehörigen klagen über eine unzureichende Pflege und über ein mangelhaftes Symptommanagement. Die Pflegenden reagierten verunsichert und äusserten, dass es schwierig sei, wenn ein «Gesunder» sterben will. Die Angehörigen wünschten sich, dass die Pflegenden bei den unerträglichen Schmerzen interveniert hätte.

Würdigung

Das Fallbeispiel beschreibt einen unzufriedenstellenden Verlauf des FVNF. Dieser wird anhand Erzählungen von Angehörigen dargestellt, was zur Folge hat, dass der Situationsbeschreibung auf deren Wahrnehmung beruht und durch die emotionale Wertung verzerrt werden kann. Die Aussagen des Fallbeispiels sind nicht wissenschaftlich überprüft. Das Fallbeispiel befindet sich auf der Stufe zwei, «Summaries», nach Di Censo et al. (2009).

3.4 Synthese der Ergebnisse mittels Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell

Die Ergebnisse der inkludierten Studien, dem Artikel und dem Fallbeispiel werden in diesem Kapitel in Form des Bio-psycho-sozial-spirituellen Modells zusammengetragen. Das Modell wurde angelehnt an der Vorlage «Belastungen einer Pflegefachperson in Palliative Care» des Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell von Gehrig, Hassler, Fringer und Camartin (2016) gebildet.

Dieses Modell eignet sich zur Synthese der Ergebnisse, da beim Prozess des FVNF nicht nur körperliche (bio) und psychologische (psycho) Dimension von Bedeutung sind, sondern auch soziale und spirituelle. Alle vier Dimensionen wirken sich auf das Erleben und die Haltung der Pflegenden bezüglich des FVNF aus. Im Zentrum des Modells steht das Erleben und die Haltung der Pflegenden. Dies kann die FVNF-Praktizierenden und ihre Angehörigen direkt oder indirekt beeinflussen.

Das Bio-psycho-sozial-spirituelle Modell ist, wie in Abbildung 2 ersichtlich, auf die Fragestellung angepasst.

Abbildung 2. Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell (Anlehnung an Gehrig et al., 2016)



Bio

Unter der Dimension Bio wird das Erleben der Pflegenden im Aspekt des Körpers beziehungsweise der Erkrankung der FVNF-Praktizierenden festgehalten.

Hierbei werden die Einflussfaktoren Alter, Erkrankung und Symptomlast auf das Erleben und die Haltung der Pflegenden genannt. Je älter die Person, umso höher ist die Akzeptanz der Pflegenden (Saladin et al., 2018). Auch die Art der Erkrankung beeinflusst das Erleben und die Haltung der Pflegenden. Leidet die

Person an einer unheilbaren Krankheit, so steigt die Akzeptanz (Saladin et al., 2018). Liegen diese beiden Faktoren vor, wird der FVNF von den Pflegenden als natürlichen Sterbeprozess beschrieben (Harvath et al., 2006). Schwierig wird es für die Pflegenden, wenn die Symptomlast steigt und sie die FVNF-Praktizierenden als leidend wahrnehmen. Hierbei sind sie mit komplexem Symptommanagement konfrontiert, was als überfordernd wahrgenommen werden kann (Gärtner & Müller, 2018). Im Fallbericht von zur Nieden und zur Nieden (2019) wird in diesem Zusammenhang eine fehlende Unterstützung der Pflegenden durch den ärztlichen Dienst bei der Symptomkontrolle beschrieben. Der Artikel spricht von einer guten Zusammenarbeit zwischen der Pflege und dem ärztlichen Dienst. Trotz umfassender Symptomkontrolle und Delirprophylaxe hat der Patient delirante Phasen, was die Pflegenden als herausfordernd wahrgenommen haben. Zusätzlich waren sie sich unsicher, ob sie dem Patienten Flüssigkeit geben sollen, als er im deliranten Zustand ausdrücklich danach verlangte. Einige Teammitglieder haben den FVNF als Suizid wahrgenommen (Gärtner & Müller, 2018).

Psycho

Unter der Dimension Psycho wird das Erleben sowie die Haltung der Pflegenden anhand der Auseinandersetzung mit dem Sterbeprozess beschrieben.

95.4% der Pflegenden und Sozialarbeitenden in der Studie von (Harvath et al., 2004) würden Patientinnen und Patienten, die sich für den FVNF entscheiden, weiterhin betreuen. Ganzini et al. (2003) belegt, dass nur eine Person der 102 Befragten die Betreuung ablehnen würde. Diese Resultate stimmen mit den Ergebnissen der Studie von Stängle et al. (2020) überein. Diese besagen, dass fast alle Pflegenden Personen beim FVNF begleiten würden. Weiter respektieren die meisten von ihnen die Entscheidung. Ihre Akzeptanz liegt bei 80.8%. Auch Ganzini et al. (2003) berichtet, dass sich die Pflegenden grundsätzlich nicht der Entscheidung der Patientin oder des Patienten für den FVNF widersetzen würden. Im Fallbericht äussert eine Pflegende jedoch, dass

sie den Sterbewunsch der Patientin nicht nachvollziehen könne, da diese ja «gesund» sei (zur Nieden & zur Nieden, 2019).

Gemäss Ganzini et al. (2003) sind laut Pflegenden die häufigsten Gründe für Personen ihren Tod durch den FVNF zu beschleunigen die Bereitschaft zu sterben, der Glaube, dass das Weiterleben sinnlos sei, schlechte Lebensqualität, der Wunsch, zu Hause zu sterben und der Wunsch, die Todesumstände zu kontrollieren.

Die Pflegenden bewerteten die Qualität des Sterbens, auf einer Skala von null = sehr schlechter Tod bis neun = sehr guter Tod, mit einem Median von acht (Ganzini et al., 2003). Dieses Resultat wird durch die Studie von Stängle et al. (2020) unterstützt, welche belegt, dass 71% der Pflegenden den Sterbeprozess als würdevoll erleben. Dieser Meinung ist auch die Stationsleitung, die eine Patientin beim FVNF betreute (Saladin et al., 2018).

Die Abklärung der Urteilsfähigkeit der Patientinnen und Patienten spielt für die Pflegenden eine wichtige Rolle bei der Entscheidung ihn oder sie zu begleiten (Stängle et al., 2020). Weiter rieten in der Studie von Harvath et al. (2006) die Pflegenden den Betroffenen vom Wunsch nach dem FVNF ab. Dies taten sie vorwiegend wegen Ängsten etwas Illegales zu tun. In der Studie von Saladin et al. (2018) bezeichnet die Stationsleitung den FVNF als eine legale Art zu sterben. Diese Unterschiede basieren auf den diversen Auffassungen über den FVNF. Laut Stängle et al. (2020) sehen die meisten Pflegenden den FVNF als natürlichen Tod, der durch Gesundheitsfachpersonen begleitet wird. Ein Viertel sieht ihn als passive Euthanasie im Sinne eines Verzichts auf lebenserhaltende Massnahmen. Die restlichen 10.1% sagen, dass es entweder eine selbst bestimmte Entscheidung, ein Suizid, eine alternative Form des Sterbens oder unterschiedlich bewertet werden kann. Im Artikel äusserten einige Teammitglieder, dass sie den FVNF als Suizid bewerteten und diesen mit pflegerischen Interventionen gar unterstützen. Weiter war es für sie schwierig, die Werte der lebensbejahenden Palliative Care beim FVNF anzuwenden und trotzdem die Autonomie des Patienten zu wahren (Gärtner & Müller, 2018).

Durch die mehrheitliche Bewertung von FVNF als natürlichen Sterbeprozess, sprechen Pflegende Patientinnen und Patienten auf diese Option an (Harvath et al., 2006).

Allgemein wird von einer zustimmenden Haltung gegenüber des FVNF gesprochen (Ganzini et al., 2003). Trotzdem fühlen sich rund die Hälfte der Pflegenden bei der Begleitung eines Patienten oder einer Patientin mit dem FVNF belastet (Stängle et al., 2020).

Sozial

Unter der Dimension Sozial wird die Kommunikation sowie die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Angehörigen sowie unter den Mitarbeitenden verstanden.

Es bedarf einer umfassenden Kommunikation aller Beteiligten im Fall eines FVNF. Dabei vertreten die Pflegenden meist die Rolle einer Vermittlerin oder eines Vermittlers. Dazu äussern Hospizmitarbeitende, dass sie im Gegensatz zum assistierten Suizid, beim FVNF nicht als Interessensvertretende zwischen den Angehörigen und den FVNF-Praktizierenden handeln (Harvath et al., 2006). Sie empfinden es zudem als angenehmer über den FVNF, als über den assistierten Suizid zu sprechen (Harvath et al., 2004). Saladin et al. (2018) beschreibt einen Fall, indem die Pflegenden dem Sterbewunsch der Patientin nachkommen möchten, das Management dies jedoch ablehnt. Die Stationsleitung fühlte sich während des Prozesses unwohl, da sie unter der mangelnden Transparenz der Institutionsleitung litt.

Die Wahrnehmung und das Erleben der Pflegenden vom FVNF wird auch durch die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst beeinflusst. Besteht keine gute Zusammenarbeit, fühlen sich die Pflegenden überfordert. Im Fallbeispiel steht die Pflege zwischen der Ärztin und den Angehörigen und muss den jeweiligen Anforderungen nachkommen (zur Nieden & zur Nieden, 2019). Werden jedoch das Vorgehen und die symptomatische Behandlung mit dem ärztlichen Dienst, den Pflegenden und den FVNF-Praktizierenden gemeinsam besprochen und

nach Lösungen gesucht, kann eine zufriedenstellende Betreuung für alle Parteien gewährleistet werden (Gärtner & Müller, 2018).

Die Pflegenden treten ins Gespräch mit den Angehörigen. Ihr Erleben beeinflusst die Wahrnehmung des FVNF bei den Pflegenden. Die Pflegenden nehmen ein Dilemma der Angehörigen wahr. Sie stehen im Dilemma zwischen der Angst die Patientin oder den Patienten zu verlieren und ihren letzten Wunsch erfüllen zu wollen (Saladin et al., 2018). Harvath et. al. (2006) beschreibt, dass die Pflegenden im Allgemeinen eine hohe Akzeptanz von FVNF bei den Angehörigen wahrnehmen. Auch waren die Angehörigen von FVNF-Praktizierenden besser auf den Tod vorbereitet als Angehörige von anderen Hospizpatientinnen und Hospizpatienten. Zusätzlich waren Angehörigen von FVNF-Praktizierenden geringerem emotionalen Stress und tieferen Pflegekosten ausgesetzt im Vergleich zu anderen Angehörigen von Hospizpatientinnen und Hospizpatienten.

Spirituell

Unter der Dimension Spirituell wird die Konfrontation mit Sinnfragen sowie religiösen und spirituellen Einstellungen aufgeführt.

Der Glaube sowie die Religion und ethische und moralische Überlegungen wurden als Einflussfaktoren auf das Erleben und die Haltung der Pflegenden identifiziert.

Harvath et al. (2004) hält fest, dass je wichtiger der Glaube für die Befragten war, desto weniger befürworten sie den FVNF. Dieser Aussage widerspricht Stängle et al. (2020) und besagt, dass der FVNF im Einklang mit der eigenen Weltanschauung oder Religion steht. Laut Saladin et al. (2018) hat der eigene Glaube einen Einfluss auf das Erleben und die Haltung der Pflegenden. Er äussert sich jedoch nicht darüber, ob sich dieser befürwortend oder ablehnend gegenüber dem FVNF auswirkt.

Drei Pflegende von 307 Befragten der Studie von Ganzini et al. (2003) empfanden das Versterben durch den FVNF ethisch nicht vertretbar. Auch in der Studie von Harvath et al. (2004) äusserten lediglich 2.6% der Befragten,

dass FVNF unmoralisch und unethisch sei. Grundsätzliche moralische Bedenken treten jedoch bei 12.7% der Pflegenden auf (Stängle et al., 2020). Im Artikel wird klargestellt, dass der FVNF moralisch und ethisch nicht zwingend leichter vertretbar ist als der assistierte Suizid. Weiter kann der FVNF ethische, persönliche und versorgungstechnische Herausforderungen für Betreuende haben (Gärtner und Müller, 2018).

4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert sowie die die Limitationen dieser Bachelorarbeit offengelegt.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Aus den Ergebnissen lassen sich folgende Themenfelder ableiten: Alter, Wahrnehmung und Bewertung des Sterbens, Akzeptanz des FVNF, Aktualität, Symptomkontrolle, Faktoren für eine gute Begleitung sowie Ausbildung. Anhand dieser Themenfelder wird die Diskussion strukturiert.

Alter

Ob der FVNF von einer gesund erscheinenden, jungen Person praktiziert wird oder einer älteren, chronisch kranken, beeinflusst die Akzeptanz des FVNF der Pflegenden. Letzteres wird von Pflegenden ethisch vertretbarer empfunden (Saladin et al., 2018).

Im Buch von Coors et al. (2019) wird belegt, dass der Durst für jüngere Personen unaushaltbar ist. Weiter weisen die Organe eine bessere Leistungsfähigkeit auf, was zu einem längeren Sterbeprozess beim FVNF führen könnte. Es ist somit anzunehmen, dass jüngere Menschen mit Sterbewunsch anstelle des FVNF andere Massnahmen wählen. Dies könnte auch begründen warum in den Studien, Fallbeispielen sowie in den Medien vorwiegend von älteren Personen, die den FVNF praktizieren, die Rede ist.

Die höhere Akzeptanz bei steigendem Alter und chronischen Erkrankungen, lässt sich vergleichen mit den Ergebnissen von Ganzini et al. (2003). Das Durchschnittsalter der FVNF-Praktizierenden liegt in der Studie von Ganzini et

al. (2003) bei 74 Jahren. Krebsbedingte, pulmonale oder neurologische Erkrankungen sind unter den Teilnehmenden festgehalten.

Wahrnehmung und Bewertung des Sterbens

Pflegende stufen den Sterbeprozess beim FVNF mehrheitlich als gut ein (Ganzini et al., 2003; Harvath et al., 2004; Harvath et al., 2006; Saladin et al., 2018; Stängle et al., 2020). Doch was ist ein guter Tod beziehungsweise ein schlechter Tod? Harvath et al. (2006) schreibt, dass der Sterbeprozess durch den FVNF im Alter, als natürlich gilt. Hier stellen sich folgende Fragen: Was ist ein natürlicher Sterbeprozess? Entspricht ein natürlicher Sterbeprozess einem guten Tod? Auch im Zürcher Fachsymposium wird der FVNF und der Suizid auf die Waage gelegt. Dabei wird hinterfragt, ob der natürliche Sterbeprozess als «gut» bewertet wird und ob der Suizid als «schlecht» bewertet wird. Fischer, reformierte Seelsorger und Vorstandsmitglied von palliative zh+sh, sowie Klein Remane, Pflegeexpertin der Fachstelle Palliative Care Spitex Zürich, nehmen folgendermassen dazu Stellung: der FVNF steht in der Mitte eines Kontinuums zwischen dem natürlichen Tod und dem Suizid (Arnold, 2019).

Auch die Pflegenden werten den FVNF unterschiedlich (Stängle et al., 2020). Klein Remane und Fringer (2013) betonen, dass der individuelle Fall vom FVNF von den Gesundheitsfachpersonen unterschiedlich angesehen werden kann. Hierbei erwähnen sie den Therapieverzicht, den natürlichen Sterbeprozess sowie den Suizid.

Schwarz (2007) führt hierzu aus, dass der FVNF von vielen Palliativfachpersonen als Verzicht sowie Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen angesehen wird. Die lebenserhaltenden Massnahmen sind hierbei die Einnahme von Nahrung und Flüssigkeit.

Chabot und Walther (2017) erläutern hingegen, dass die Verminderung des Durstgefühls sowie die Appetitlosigkeit physiologische Prozesse am Lebensende sind. Somit vergleichen sie den FVNF mit einem natürlichen Tod.

Wird der FVNF von den Gesundheitsfachpersonen als Suizid gewertet und somit als aussergewöhnlichen Todesfall, wird laut Hausmann (2015), dies in der

Todesurkunde vermerkt. Hierdurch werden weitere Untersuchungen eingeleitet. Es wird nach möglichen strafbaren Handlungen gesucht.

Manhart et al. (2019) bestätigt die unterschiedliche Wertung vom FVNF. Für ihn endet die Frage darin, den FVNF als «natürlichen Suizid» zu bezeichnen. Die Entscheidung zum Sterbefasten sei suizidal, ihre Umsetzung erfolge mit «natürlichen» Mitteln.

Was ein guter, beziehungsweise schlechter Sterbeprozess nun tatsächlich ist und in welcher Abhängigkeit der Suizid dem FVNF gegenübersteht, kann abschliessend weder beantwortet, noch wissenschaftlich festgelegt werden. Es hängt von der persönlichen Einstellung ab und kann somit nicht für allgemein gültig gesprochen werden.

Müller-Busch (2015) bestätigt, dass die Vorstellung eines guten Tods variiert. Für die meisten Menschen bedeutet eine gute Symptomkontrolle, frei von Schmerzen und Atemnot zu sein, sowie von keiner Angst begleitet zu werden. Zudem ist die Vorbereitung ein wichtiger Aspekt, sodass die Sterbesituation von dem sozialen Umfeld angenommen werden kann. Menschen am Lebensende wünschen sich Zeit zum Abschied nehmen. Hingegen stellen sich Gesunde einen guten Tod vor, indem sie abends einschlafen und nicht mehr aufwachen. Abschliessend ist eine gute Begleitung aus Sicht der Patientin sowie des Patienten wichtig (Müller-Busch, 2015).

Akzeptanz des FVNF

Weiter befasste sich das fünfte Zürcher Fachsymposium Palliative Care damit, weshalb viele den FVNF besser akzeptieren als den assistierten Suizid. Dies bestätigt auch Harvath et al. (2004) indem sie belegen, dass der assistierte Suizid von Pflegenden als grössere Herausforderung gesehen wird als der FVNF. Widersprüchlich dazu äussert sich Gärtner und Müller (2018). Sie machen deutlich, dass der FVNF diverse Herausforderungen für Pflegende bedeutet. Darunter verstehen sie komplexe ethische, persönliche und versorgungstechnische Herausforderungen. Weiter schliesst Gärtner und Müller

(2018), dass eine moralische Priorisierung des FVNF gegenüber dem assistierten Suizid nicht zwingend schlüssig ist.

Aktualität

Wie im Züricher Fachsymposium (Arnold, 2019) diskutieren aktuell auch Zeitungen und diverse Webseiten zum Thema FVNF. Gemäss Fringer ist es ein «Megathema». Die Webseite Sterbefasten.org (2020) preist den FVNF an und nennt ihn: «eine humane Möglichkeit, ohne grosses Leiden selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden». Zudem werden Bücher zur Thematik des FVNF veröffentlicht. Die Autorin zur Nieden beschreibt in ihrem ersten Buch, wie sie ihre Mutter im Prozess des FVNF begleitete. Zur Nieden erhielt hierzu viele Rückmeldungen und Fragen zum Umgang mit dem FVNF, worauf sie ein zweites Buch mit ihrem Ehemann publizierte. In diesem wurden Fallbeispiele beschrieben, hierzu gehört auch das Fallbeispiel im Ergebnisteil. Martina Rutschmann veröffentlicht 2017 im Roman "Durstig" die Geschichte von einer Pflegenden, welche in die Rolle der Begleiterin eines FVNF-Praktizierenden hineinschlüpfen sollte (Rutschmann 2017).

Die Schattenseiten bleiben jedoch im Dunkeln, da über unzufriedenstellende Sterbeprozesse wenig publiziert wird. Der Artikel von Gärtner und Müller (2018) stellt eine der wenigen Ausnahmen dar, wo die negativen Ereignisse angesprochen werden.

Symptomkontrolle

Der Artikel beschreibt, das Dilemma in welchem die Pflegenden waren, als der delirante Patient ausdrücklich nach Flüssigkeit verlangt. Hier liegt die klare Regelung der SAMW (2019) vor. Diese besagt, dass Essen und Trinken auf Wunsch immer bereitgestellt werden muss, auch wenn dies im Widerspruch zur vorliegenden Patientenverfügung steht. Der Patient im Artikel zeigte sich erbost und beklagt, dass im Prozess des FVNF ihm Flüssigkeit gereicht wurde. Dies zeigt, dass eine umfassende Aufklärung über mögliche Symptome im Voraus fehlte. Wäre das Verhalten im Delir bereits klar besprochen worden, wäre es nicht zu diesen Anschuldigungen gekommen.

Trotz mehreren Prophylaxen konnten weitere Delirs des Patienten im Artikel nicht verhindert werden. Deshalb wurde, aufgrund des nicht therapierbaren Delirs, eine Sedation angeordnet. Gemäss der SAMW (2019) ist eine Sedierung im Falle eines FVNF nicht zulässig, da es zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen kommt.

Knapp die Hälfte der Pflegenden fühlten sich bei der Begleitung einer Patientin oder eines Patienten im Prozess des FVNF belastet. Generell stellt die Pflege in den letzten Tagen oder Wochen des Lebens die grösste Herausforderung für Gesundheitsfachpersonen dar (Lokker, van Zuylen, Veerbeek, van der Rijt & van der Heide, 2012).

Dieser Herausforderung bewusst, fokussieren sich auch Wax, An, Kosier und Quill (2018) bei der Betreuung am Lebensende respektive in der Palliative Care auf die Linderung der Symptome. Besteht noch keine palliative Betreuung, soll diese direkt nach dem Entscheid eingeleitet werden.

Faktoren für eine gute Begleitung

Ob und wie der Entscheid zum FVNF mit Pflegenden besprochen werden sollte, beschreibt Schwarz (2014). Sie äussert, dass der Entscheid zum FVNF offen mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen besprochen werden sollte. So kann die Autonomie der Betroffenen gestärkt und eine eigenständige Entscheidungsfindung angeregt werden. Auch in der Studie von Harvath et al. (2006) sprachen die Pflegenden die Option des FVNF an.

In den inkludierten Studien, im Artikel sowie im Fallbeispiel dieser Bachelorarbeit (Ganzini et al., 2003; Harvath et al., 2004; Harvath et al., 2006; Saladin et al., 2018; Stängle et al., 2020; Gärtner & Müller, 2018 & zur Nieden & zur Nieden, 2019) werden positiv sowie negativ verlaufende Betreuungen von FVNF-Praktizierenden beschrieben. Im Ergebnisteil wurden folgende förderliche Faktoren für eine gute Begleitung genannt: Unterstützung des FVNF durch den Betrieb und der Leitung, vorhergehende positive Erfahrungen mit dem FVNF in der Institution sowie bei den betreuenden Personen und Einigkeit im Team über

das Vorgehen. Ergänzend beschreibt Schwarz (2014), dass Richtlinien einen gemeinsamen Konsens schaffen können.

Ausbildung

Soll eine gute Betreuung von Personen beim FVNF gewährleistet werden, muss auch eine adäquate Ausbildung der Gesundheitsfachpersonen erfolgen. Dies fordert auch die Präsidentin des Verbandes Langzeit-Schweiz Simoe Bertogg. Der Verband Langzeit-Schweiz setzt sich für Pflege und Betreuung im ambulanten und stationären Bereich der Langzeitpflege ein. Hierbei liegt ihr Fokus unter anderem auch auf der professionellen Ausbildung der Pflegenden (LangzeitSchweiz, 2019). Laut Simoe Bertogg ist die Thematik des FVNF noch nicht ausreichend in der Ausbildung verankert. Die angehenden Pflegenden werden in Palliative Care geschult, jedoch nicht über den FVNF informiert (Donzé, 2019).

4.2 Limitationen der Bachelorarbeit

Die Stärke dieser Bachelorarbeit liegt bei der ganzheitlichen Betrachtung des Erlebens und der Haltung von Pflegenden bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten beim FVNF. Jedoch gestaltete sich die Einteilung der Resultate der Studien sowie den Fallbeispielen in die vier Dimensionen als schwierig. Sie lassen sich teilweise nicht klar voneinander trennen. Dies zeigt, wie komplex die Dimensionen sind und wie jede die andere auch miteinbezieht und beeinflusst.

Der Begriff Pflegende wurde bewusst gewählt und inkludiert alle Angehörigen dieser Berufsgruppe und somit auch die unterschiedlichen Ausbildungsgrade. Hiermit werden auch die Pflegedienstleitungen, die Institutionsleitenden und die Stationsleitenden miteinbezogen. In den Studien wurde die Ausbildung der Pflegenden nur selten aufgeführt. Zudem hat jedes Land ein anderes System, wodurch die Ausbildungen nicht untereinander verglichen werden können. Weiter ist zu bedenken, dass die Pflegenden aufgrund ihrer Ausbildung über unterschiedliche Kompetenzen verfügen, was dazu führt, dass sie verschiedene Aufgaben in der Betreuung der FVNF-Praktizierenden übernehmen. Beispielsweise führen die Stationsleitenden keine Körperpflege oder Symptomkontrollen durch. Die unterschiedlichen Aufgaben können das Erleben

und die Haltung der Pflegenden beeinflussen. Aus diesen Gründen kann der weit gefasste Begriff Pflegende eine Verzerrung der Resultate zur Folge haben.

Mit dem Thema des FVNF haben sich bisher nur wenige Autoren befasst. Publikationen passend zur Fragestellung, konnten nur von zwei Autorengruppen identifiziert werden. Demzufolge wurden nur Daten aus der Schweiz und dem Bundesstaat Oregon in den USA inkludiert. Aus diesem Grund ist bei einer Generalisierung der Daten Vorsicht geboten.

Weiter wurden aufgrund der mangelnden Studienlage ein Fallbeispiel und ein Artikel inkludiert. Somit ist die Wissenschaftlichkeit der Resultate nicht gewährleistet.

5 Schlussfolgerung

Abschliessend der Bachelorarbeit wird der Praxistransfer aufgezeigt sowie das Fazit beschrieben.

5.1 Praxistransfer

Unserer Meinung nach ist eine palliative Grundausbildung von grosser Bedeutung bei der Betreuung von Menschen im Prozess des FVNF. Diese sollte in allen Ausbildungen ein Bestandteil des Curriculums sein.

Mit der Palliative Care sollte bereits bei der Entscheidungsfindung zum FVNF gestartet werden. Weiter kann eine ethische Fallbesprechung im interprofessionellen Team vor, während oder nach einer Begleitung beim FVNF eingesetzt werden. Wird es davor durchgeführt, dient es zum Festlegen des gemeinsamen Vorgehens. Zudem können Bedenken geäussert werden. Bei ethischen Fallbesprechungen während der Betreuung können sie zur Besprechung von momentaner Herausforderung hilfreich sein. Wird es im Nachhinein durchgeführt, dient es zur Klärung von offenen gebliebenen Fragen und es können Verbesserungsvorschläge angebracht werden. Diese Fallbesprechungen können auch mit den FVNF-Praktizierenden und deren Angehörigen durchgeführt werden.

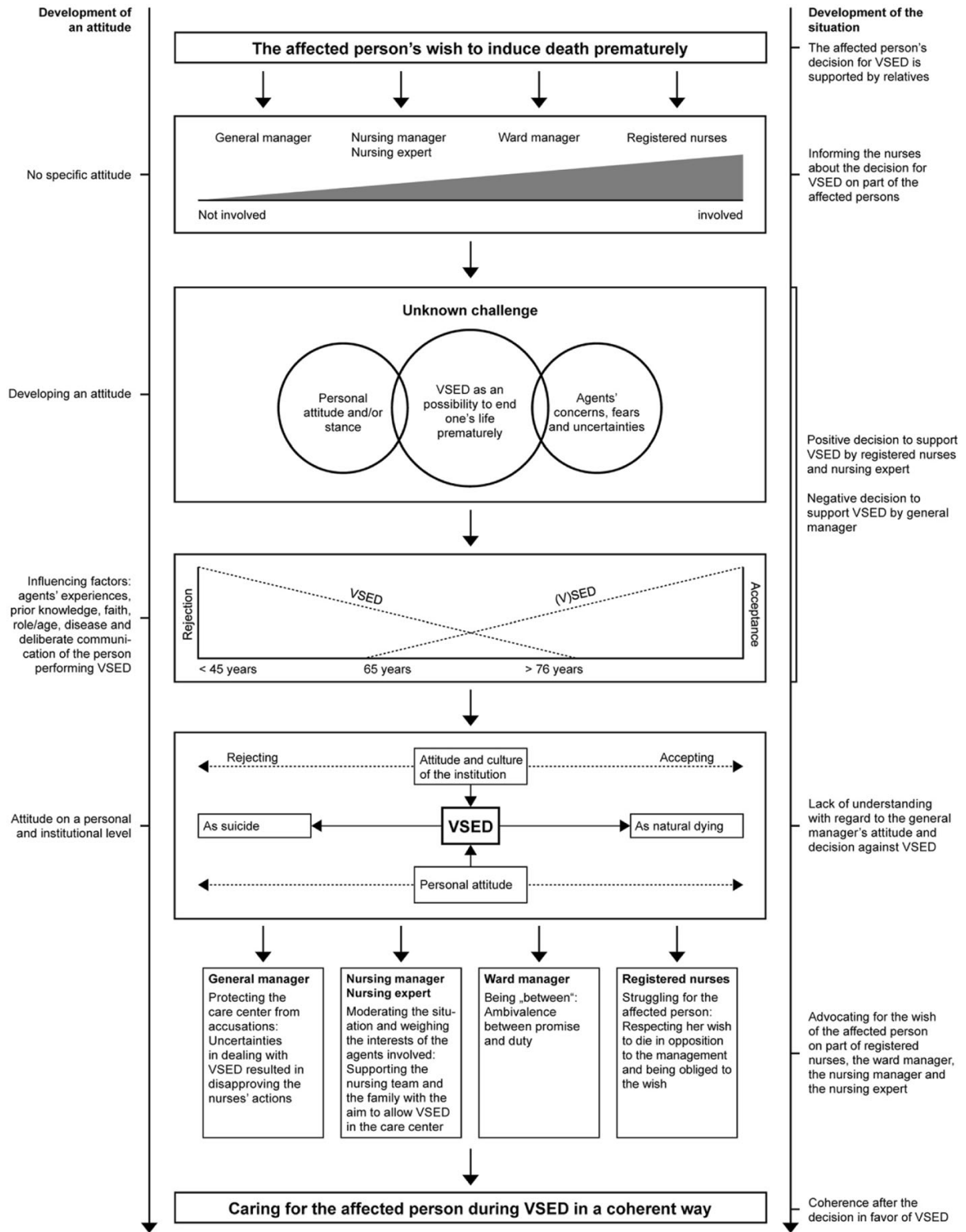
Wichtig ist die Kommunikation und eine gemeinsame Vorgehensweise während dem Prozess des FVNF. Deshalb sollen Standards zur Betreuung von

Personen im Prozess vom FVNF erarbeitet werden. Diese bieten den Pflegenden Handlungssicherheit und ein standardisiertes Vorgehen im interdisziplinären Team. Zudem steigern Standards die Pflegequalität.

Es ist wichtig eine eigene Haltung zum FVNF in der Praxis zu entwickeln und die Prozesse des FVNF und deren Einflüsse zu kennen. Um Mitarbeitende einer Institution darauf vorzubereiten, könnte das Modell von Saladin et al. (2018) eine Vorlage bieten (Abbildung 3).

Abbildung 3

Modell: Umgang mit FVNF im Alters- und Pflegeheim



Weiter könnten in der Praxis die Empfehlungen von Gruenewald (2018) unterstützend sein. Diese beruhen auf Expertenwissen für das interdisziplinäre Team, Führungskräfte sowie für Pflegende an vorderster Front.

Für Pflegende an vorderster Front werden folgende Empfehlung festgehalten. Gruenewald (2018) empfiehlt die Offenlegung der persönlichen Einstellung zum FVNF gegenüber der Institution. Weiter sollen Pflegende bekannt geben, wenn sie nicht am FVNF-Prozess teilnehmen wollen. Zudem soll auf Komfortbedürfnisse der Patientinnen und Patienten geachtet werden, hierbei ist die Mundpflege von zentraler Bedeutung. Wenn trotz adäquater Mundpflege der Wunsch vorliegt, mit dem FVNF aufzuhören, sollte der FVNF abgebrochen werden. Pflegende sollen daraufhin die Nahrungs- und Flüssigkeitswiederaufnahme unterstützen. Alle Beteiligten sollen über den Abbruch des FVNF informiert werden (Gruenewald, 2018).

5.2 Fazit

Aufgrund geringer Anzahl Studien, welche auf die Fragestellung zutreffen, wurde diese Bachelorarbeit themengeleitet aufgebaut. Dies zeigt, dass grosser Bedarf an Forschung im Bereich des FVNF besteht. Weitere Studien für Pflegende, Angehörige sowie Institutionen wären hilfreich, um ein umfassendes Bild zu erhalten.

Pflegende sind in der Betreuung von Patientinnen und Patienten im Prozess des FVNF herausgefordert. Die Haltung ist geprägt von dem vierdimensionalen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Darunter wird weiterführend verstanden, dass Erfahrungen, Vorkenntnisse, Rolle und Glauben sowie das Alter der FVNF-Praktizierenden, die Erkrankung und die Kommunikation über den FVNF relevant sind. Es gilt diese Faktoren zu reflektieren, um einen professionellen Weg im Berufsalltag einzuschlagen. Alters- und Pflegeheime sollten ihre Haltung zum FVNF kommunizieren und Patientinnen und Patienten sowie Angehörige auf Anfrage darüber informieren. Dabei sollten die gesetzlichen Grundlagen über den FVNF offengelegt und die Symptomkontrolle mittels Palliative Care geregelt werden. Besteht ein breites Wissen über Palliative Care sowie über den FVNF können Pflegende professionell Antwort

geben, wenn eine Patientin oder ein Patient sie auf dieses Thema anspricht. Hierbei ist es wichtig, die Patientin oder den Patienten nicht von der eigenen Haltung und Erleben bezüglich des FVNF zu beeinflussen, sondern in der Entscheidungsfindung unparteiisch die Patientin oder den Patienten zu unterstützen und deren Möglichkeiten aufzuzeigen. Der professionelle Umgang mit dem FVNF ebnet den Weg zu einem würdevollen Sterben.

Literaturverzeichnis

- Arnold, S. (2019). *Sterbefasten zwischen Romantisierung und Verteufelung - palliative zh+sh*. Heruntergeladen von <https://www.pallnetz.ch/symposium-mattenhof-2019.htm/> Abgerufen am 01.04.2020.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Black, K. & Csikai, E. L. (2015). Dying in the Age of Choice. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11(1):27–49.
- Bundesamt für Gesundheit. (2011). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-im-bereich-palliative-care/nationale-leitlinien-palliative-care.html/> Abgerufen am 16.04.2020.
- Bundesamt für Justiz. (2018). Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung. *Bundesamt für Justiz*. Heruntergeladen von <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html/> Abgerufen am 12.02.2020.
- Chabot, B. E. & Goedhart, A. (2009). A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Social Science & Medicine*, 68(10):1745–51.
- Chabot, B. E. & Walther, C. (2017). *Ausweg am Lebensende*. 5. Aufl. München: Reinhardt.
- Coors, M., Simon, A. & Alt-Epping, B. (2019). *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*. Bd. 14. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 12(4):99-101.
- Donzé, R. (2019). Sterbefasten: Pflegeheime sind gefordert. *NZZ am Sonntag*. Heruntergeladen von [https://nzzas.nzz.ch/schweiz/sterbefasten-betagte-hungern-sich- vermehrt-in-den-tod-ld.1516529?reduced=true/](https://nzzas.nzz.ch/schweiz/sterbefasten-betagte-hungern-sich- Vermehrt-in-den-tod-ld.1516529?reduced=true/) Abgerufen am 15.01.2020.
- European Association for Palliative Care. (2020). *European Association for Palliative Care, EAPC*. Heruntergeladen von <https://www.eapcnet.eu/home/> Abgerufen am 13.09.2019.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science (New York)*, 196(4286):129-136.

- Fehn, S. & Fringer, A. (2017). Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten. *Bulletin des médecins suisses*, 98(36):1161-1163.
- Feichtner, A., Weixler, D. & Birklbauer, A. (2018). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 168:168-76.
- Fringer, A. & Arrer, E. (2017). *Spezialisierte Palliative Care Versorgung in der stationären Langzeitpflege bzw. in der Hospizversorgung. Schlussbericht*. St. Gallen: Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS.
- Ganzini, L., Goy, E. R., Miller, L. L., Harvath, T. A., Jackson, A. & Delorit, M. A. (2003). Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. *New England Journal of Medicine*, 349(4):359-65.
- Gärtner, J. & Müller, L. (2018). Ein Fall von ‚Sterbefasten‘ wirft Fragen auf. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(21):675-77.
- Gehrig, M., Hassler, A., Fringer, A. & Camartin, C. (2016). Gesund bleiben als Pflegefachperson in der Palliative Care. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 17(05):1-59.
- Gerster, G. (2018). *Verbesserung des Zugangs für Patientinnen, Patienten und Angehörige zu psycho-sozialer Beratung und spiritueller Begleitung in der Palliative Care*. Heruntergeladen von https://www.spitalseelsorge.ch/media/archive1/palliative_care/forschung/gerster_gerhard/MAS_Thesis_Gerhard_Gerster_Printversion_20180207.pdf/ Abgerufen am 16.04.2020.
- Gruenewald, D. A. (2018). Voluntarily Stopping Eating and Drinking: A Practical Approach for Long-Term Care Facilities. *Journal of Palliative Medicine*, 21(9):1214-20.
- Hänni, T., Hulmann, U., Loher, M., Rutz, E. & Söldi, A. (2019). *Sterbefasten: Mit Verzicht das Leben beenden*. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Departement Gesundheit.
- Harvath, T. A., Miller, L. L., Goy, E., Jackson, A., Delorit, M. A. & Ganzini, L. (2004). Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(5):236-43.
- Harvath, T. A., Miller, L. L., Smith, K. A., Clark, L. D., Jackson, A. & Ganzini, L. (2006). Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death: *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(4):200-209.
- Hausmann, R. (2015). Die ärztliche Leichenschau: Was ist zu beachten? *Swiss Medical Forum*, 15(38).

- Hefti, R. (2010). Spiritualität die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell. *PrimaryCare*, 10(14):259-60.
- Hoekstra, N. L., Strack, M. & Simon, A. (2015). Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 16(2):68-73.
- Ivanović, N., Büche, D. & Fringer, A. (2014). Voluntary Stopping of Eating and Drinking at the End of Life – a ‘Systematic Search and Review’ Giving Insight into an Option of Hastening Death in Capacitated Adults at the End of Life. *BMC Palliative Care*, 13(1).
- Klein Remane, U. (2015). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. *palliative.ch*, (3):6-9.
- Klein Remane, U. & Fringer, A. (2013). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review. *Pflege*, 26(6):411-420.
- Langzeit Schweiz. (2019). *Über Langzeit Schweiz*. Heruntergeladen von <http://www.langzeitschweiz.ch/verband/ueber-langzeitschweiz.html/> Abgerufen am 02.04 2020.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Dehli: Sage.
- Lokker, M. E., van Zuylen, L., Veerbeek, L., van der Rijt, C. C. D. & van der Heide, A. (2012). Awareness of Dying: It Needs Words. *Supportive Care in Cancer*, 20(6):1227–1233.
- Manhart, J., Zack, F., Dettmeyer, R. B., Junghanß, C., Büttner, A. & Kriesen, U. (2019). Leserbrief zum Beitrag: Walther C: Sterbefasten: Wie umgehen mit dem Totenschein? *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20(2):63–64.
- Monteverde, S. (2018). *Einführung: Grundfragen der Ethik*. PowerPoint-Präsentation präsentiert an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- Müller, M. (2017). STERBEN: Fasten bis zum Tod. *St.Galler Tagblatt*. Heruntergeladen von <https://www.tagblatt.ch/panorama/sterben-fasten-bis-zum-tod-ld.932731/> Abgerufen am 01.04.2020.
- Müller-Busch, H. C. (2015). Was ist ein guter Tod? *MMW - Fortschritte der Medizin*, 157(13):26–26.
- Nestor, K., Ebnetter, K., Hvalic, C., Brändle, M. & Büche, D. (2017). Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben? *Swiss Medical Forum*, 17(35):738–743.

- palliative.ch. (2019). *palliative.ch*. Heruntergeladen von <https://www.palliative.ch/de/palliative-ch/> Abgerufen am 12.01.2020.
- ProInfirmis. (2019). Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit. *ProInfirmis*. Heruntergeladen von <https://www.proinfirmis.ch/behindertwastun/erwachsenenschutz/urteilsfaehigkeit-und-handlungsfahigkeit.html/> Abgerufen am 13.09.2019.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rutschmann, M. (2017). *Durstig*. 1. Aufl. Basel: Zytglogge.
- Saladin, N., Schnepf, W. & Fringer, A. (2018). Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: an embedded single case study. *BMC Nursing*, 17(1).
- SAMW. (2019). *Sterben und Tod*. 2. Aufl. Bern.
- Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2013). *Ethik und Pflegepraxis*. Bern: Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.
- Schwarz, J. (2007). Exploring the Option of Voluntarily Stopping Eating and Drinking within the Context of a Suffering Patient's Request for a Hastened Death. *Journal of Palliative Medicine*, 10(6):1288-1297.
- Schwarz, J. (2014). Hospice Care for Patients Who Choose to Hasten Death by Voluntarily Stopping Eating and Drinking. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(3):126-131.
- Sekse, R., Tveit, J., Hunskår, I. & Ellingsen, S. (2018). The Nurse's Role in Palliative Care: A Qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1):21-38.
- Stängle, S., Schnepf, W., Büche, D. & Fringer, A. (2020). Long-Term Care Nurses' Attitudes and the Incidence of Voluntary Stopping of Eating and Drinking: A Cross-Sectional Study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2):526-534.
- Stängle, S., Schnepf, W., Mezger, M., Büche, D. & Fringer, A. (2019). Development of a Questionnaire to Determine Incidence and Attitudes to Voluntary Stopping of Eating and Drinking. *SAGE Open Nursing*, 5.
- sterbefasten.org. (2020). *Sterbefasten – Palliacura*. Heruntergeladen von <https://www.sterbefasten.org/> Abgerufen am 01.04 2020.
- Viva Luzern AG. (2016). Am Puls der Zeit: Wohnformen im Alter. *viva! Magazin*, (3):12-17.

Wax, J. W., An, A. W., Kosier, N. & Quill, T. E. (2018). Voluntary Stopping Eating and Drinking. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3):441–445.

World Health Organization. (2019). *NCDs Infographics on Palliative Care*.
Heruntergeladen von <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/pc-infographics/en/> Abgerufen am 23.08.2019.

Zur Nieden, C. & zur Nieden, H. (2019). Begleitung von Agnes: ‚Wir halten Ethik hoch.‘ In *Umgang mit Sterbefasten* (S.190). Frankfurt am Main: Mabuse.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords.....	17
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien	18
Tabelle 3 inkludierte Studien	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Flussdiagramm der Literaturrecherche.....	20
Abbildung 2 Bio-psycho-sozial-spirituelles Modell.....	34
Abbildung 3 Modell: Umgang mit FVNF im Alters- und Pflegeheim	47

Danksagung

Nur durch die Unterstützung vieler konnte die Bachelorarbeit in diesem Format realisiert werden. Wir möchten uns bei allen bedanken, die uns im Arbeitsprozess sowie durch Korrekturen unterstützt haben.

Ein herzlicher Dank gilt Frau Evelyn Rieder, welche uns durch diese Bachelorarbeit begleitet hat. Ihr Interesse an der Thematik des FVNF ermutigte und steckte uns regelrecht an weiterzuschreiben.

Einen weiteren Dank wollen wir allen Korrekturlesern aussprechen. Nadine Blum und Barbara Abt prüften diese Arbeit auf Rechtschreibung und Verständnisfragen.

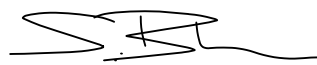
Weiter bedanken wir uns auch bei Micha Strässler, der bei Fragen zur Formatierung unterstützte.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»



Abt, Stephanie



Blum, Simona

Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 183

Wortzahl der Bachelorarbeit: 10908

Anhang

Im Anhang befinden sich die AICA-Raster der inkludierten Studien. Anschliessend sind der Artikel und das Fallbeispiels ausführlich zusammengefasst und gewürdigt.

Zusammenfassung der Studie: Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death, Ganzini et al. (2003)

Einleitung	<p>Thematik: Der FVNF ist eine Alternative zum assistierten Suizid für terminale Patienten, welche ihr Tod beschleunigen möchten. Da der assistierter Suizid in vielen Ländern illegal ist, schlagen medizinische Experten FVNF vor. Die Meinungen der Ärzte gehen weit auseinander. Einige empfehlen den FVNF und andere sehen dies als unzulässig an. Es wurden 35 Ärzte in Oregon interviewt, ob sie in Kontakt kamen mit Patientinnen und Patienten, die nach assistiertem Suizid fragten. Sieben Ärztinnen und Ärzte kannten Patientinnen und Patienten, welche aufgrund von Hindernissen nicht assistierten Suizid durchführten, sondern dann FVNF wählten. Bisher ist wenig geforscht im Bereich von FVNF. Deshalb wurden Interviews mit Pflegenden in den Hospizen von Oregon durchgeführt, die bereits Erfahrungen damit hatten. Anhand der Erfahrungen der Pflegenden, wurden Patientinnen und Patienten, die FVNF oder assistierten Suizid durchführten, miteinander verglichen.</p> <p>Forschungsfrage; Forschungsziel: Es wurde kein explizites Ziel oder Fragestellung formuliert. Der Forschungsbedarf wurde mit einer Wissenslücke begründet. Das anzunehmende Ziel ist es anhand der Erfahrungen von den Hospizpflegenden herauszufinden, inwiefern sich Patientinnen und Patienten unterscheiden, die FVNF oder assistierten Suizid praktizieren.</p>
Methode	<p>Design: Es wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt. Die Wahl des Designs wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe: 2001 wurden diese Umfragen an 429 Pflegenden von Hospizen in Oregon gemailt, inkl. einem 10 Dollar Checks. Zusätzlich wurden Erinnerungspostkarte geschickt. Die Umfrage beinhaltete eine klare Definition von FVNF. Diejenigen, welche nicht reagierten, sandte man ein zweites Mail und einen zusätzlichen Brief. 307 Hospizpflegende retournierten die Umfrage. 102 Hospizpflegende begleiteten Patienten mit FVNF und 55 mit assistiertem Suizid. Somit wurden 157 Hospizpflegende in die Studie eingeschlossen. Sie arbeiteten in 50 verschiedenen Medicare-certified home hospice programms von Oregon oder in 2 verschiedenen Hospizen im benachbartem Staat.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten wurden in Form einer einmaligen Umfrage erhoben.</p> <p>Messverfahren: Die Messung anhand eines Interviews ist zuverlässig, jedoch schränken die Auswahlmöglichkeiten die Antworten der Pflegenden ein. So konnten</p>

	<p>die Pflegenden nur die am ehesten zutreffenden Antworten ankreuzen und sie nicht selbst formulieren. Es wurde keine Intervention getestet, sondern die Erfahrung von Pflegenden erfragt.</p> <p>Skalenniveau der Datenanalysen: Rapport von den Pflegenden über die Charakteristika von den 102 Patienten mit FVNF und den 55 Patienten mit assistiertem Suizid -Alter: proportional -Geschlecht: nominal -Beziehungsstatus: nominal -Typ und Grösse des Versorgungsgebiets des Hospizes: ordinal (unterteilt in kleine Stadt, Mittलगrosse Stadt und grosse Stadt) -Diagnosen: nominal</p> <p>Vermutung von den Pflegenden über den Grund warum 102 Patienten FVNF wählten -Gründe für FVNF: nominal (21 Möglichkeiten)</p> <p>Assessment der Pflegenden über die Lebensqualität in den letzten 2 Wochen bevor sie sterben aufgrund FVNF oder assistiertem Suizid. -Leiden: ordinal -Schmerz: ordinal -Frieden: ordinal -Übergeordnete Qualität des Sterbens: ordinal</p> <p>Pflegende Angehörigen von FVNF-Patienten im Vergleich zu anderen Hospizpatienten : jeweils ordinal -Belastung der Pflegekosten -emotionaler negativer Stress -Belastung durch Pflege des Patienten -positive Bedeutung in der Pflege -Akzeptanz des Patiententodes -waren auf Tod vorbereitet</p> <p>Analyseverfahren und Signifikanz: Die Daten sind nicht alle normal verteilt, es wurde jeweils der Median berechnet mit dem Interquartilsabstand. Gruppen wurden anhand des Whitney U-test verglichen. Normal verteilte Daten wurden mit dem t-test ausgewertet mit der Standardabweichung (+SD). Alle P Werte sind zweiseitig und der Signifikanzlevel ist bei 0.05.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde nicht von eine Ethikkommission geprüft, jedoch von der «insitutional review board at the Portland Veterans Affairs Medical Center»</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Von 429 Pflegenden haben 307 (72 Prozent) den Fragebogen zurückgeschickt, und 102 der Befragten (33 Prozent) gaben an, in den vergangenen vier Jahren einen Patienten betreut zu haben, der durch FVNF den Tod beschleunigt hat. Die Pflegenden berichteten, dass die Patientinnen und Patienten sich für den FVNF entscheiden, da sie bereit sind zu sterben, sie ihr weiterleben als sinnlos empfinden, eine schlechte Lebensqualität haben, zu Hause sterben wollen und/oder den Wunsch haben das Sterben zu kontrollieren. Die Umfrage ergab, dass 85 Prozent der Patienten innerhalb von 15 Tagen nach dem Absetzen von Nahrung und Flüssigkeit starben. Auf einer Skala von 0 (ein sehr schlechter Tod) bis 9 (ein sehr guter Tod) lag der Medianwert für die Qualität dieser Todesfälle, wie von den Pflegenden bewertet, bei 8. Von den Pflegenden</p>

	<p>empfanden 3 das Versterben durch FVNF ethisch nicht vertretbar. Lediglich eine Pflegende lehnt auch die Betreuung eines Patienten, der FVNF praktiziert, ab. Allgemein berichten die Pflegenden, dass sie sich der Entscheidung der Patientin oder des Patienten nicht wieder setzen würde.</p> <p>91 Pflegenden sprachen auch mit den Angehörigen von Patientinnen und Patienten, die FVNF praktizierten. Die meisten akzeptierten die Entscheidung der Patientin oder des Patienten (85%). Die Familienangehörigen von FVNF-Patienten waren mehr auf den Tod des Patienten vorbereitet als Angehörigen anderer Hospizpatienten. Die Belastung bezüglich der Pflegekosten, dem emotionalen Stress sowie der Patientenpflege waren bei den FVNF-Patienten tiefer im Vergleich zu den anderen Hospizpatientinnen und Hospizpatienten.</p> <p>Auf der Grundlage der Berichte der Hospizpflegenden waren die Patientinnen und Patienten, die mit dem Essen und Trinken aufgehört hatten, älter (> 55-jährig) als welche, die durch ärztlich assistierten Suizid starben.</p> <p>Die Ergebnisse sind in Tabellen aufgeführt und in Textform umfangreich beschrieben.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Diskussion:</p> <p>Die Resultate können nicht mit anderer Literatur verglichen werden, da bisher gemäss der Studie lediglich 3 Fallstudien zu diesem Thema vorliegen. Eine Studie aus England berichtet von nur 3 Fällen mit FVNF in einem Spital. In Oregon liegen einige Fälle mehr vor und ist deshalb ein relevantes Thema in den Vereinigten Staaten.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie zeigen diverse Gründe für die Wahl FVNF zu praktizieren, jedoch wird nicht die psychische Verfassung der Betroffenen berücksichtigt. Bedenken waren, dass die Entscheidungsfindung für den FVNF von Depression beeinflusst wurde. Appetitverlust sowie der Sterbewunsch, sind beide Symptome einer Depression. Wäre die Depression erfolgreich therapiert worden, hätten sich die Patienten vielleicht nicht für den FVNF entschieden. Von den Spitälern in Oregon war eine psychologische Betreuung empfohlen, jedoch war es eher die Ausnahme, dass die Betroffenen psychologische Hilfe in Anspruch nahmen.</p> <p>Limitationen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Daten wurden anhand der Erinnerungen der Pflegenden erfasst, welche bis 4 Jahre zurück liegen konnten. 2. Es wurde informiert, dass nur Patientinnen und Patienten beschrieben werden konnten, welche FVNF nicht aus Krankheit und physischer Einschränkung praktizierten, sondern aus einer bewussten Entscheidung, um den Tod zu beschleunigen. Ob dies bei allen Teilnehmenden klar war, ist nicht gewährleistet. In einem späteren Interview mit 11 Teilnehmenden bestätigte sich jedoch, dass diese es richtig verstanden haben. (nicht auf alle zurückzuführen...) 3. Die Daten sind begrenzt auf den Staat Oregon und können nicht ohne weitere Studien generalisiert werden. 4. 28% der Hospizpflegenden haben nicht auf die Umfrage geantwortet. 5. Andere Entscheidungsgründe für FVNF ausser den 21 genannten, konnten nicht in die Studie inkludiert werden. <p>Die Studie war explorativ und nicht auf einer Hypothese basierend. Dies könnte Abweichungen der signifikanten Ergebnisse zur Folge haben.</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <p>Aufgrund der Ergebnisse der Studie sind Patientinnen und Patienten in der</p>

	<p>Hospizpflege, die FVNF praktizieren, ältere Menschen, die keinen Sinn mehr im Leben finden und tiefe Lebensqualität haben. Diese sterben in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach dem Absetzen von Nahrung und Flüssigkeit einem "guten" Tod.</p> <p>Zukünftige Studien sollen die Eindrücke der Pflegenden bezüglich guten und schlechten Tod durch FVNF untersuchen. Weiterführend sollen Standards zu Begutachtung und Betreuung dieser Patienten erstellt werden.</p>
--	---

Würdigung der Studie: Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death, Ganzini et al. (2003)

Einleitung	<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis. Sie gibt Einblick in die Erfahrung der Hospizpflegenden im Umgang mit FVNF und vergleicht das Erleben mit dem assistierten Suizid.</p> <p>Die Studie beinhaltet keine Forschungsfrage. Es wurde lediglich erwähnt, was in dieser Studie untersucht wird.</p> <p>Das Thema wird eingeleitet und mit Literatur begründet.</p>
Methode	<p>Design: nicht sehr logisch beschrieben</p> <p>Stichprobe: umfangreich für den Staat Oregon, kann aber nicht weiter übertragen werden.</p> <p>Datenerhebung: Datenerhebung aufgrund der fehlenden Fragestellung nicht nachvollziehbar. Methode der Umfrage bei allen Teilnehmern gleich. Die Daten sind nicht bei allen Tests von allen Teilnehmern erhoben worden.</p> <p>Messverfahren: Die Messinstrumente sind zuverlässig und valide für das Skalenniveau. Es wird nicht begründet, warum die Messinstrumente gewählt wurden. In den Limitationen sind Einflüsse erwähnt, die zu verzerrten Ergebnissen führen könnten.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalysen werden beschrieben, jedoch sind sie nicht klar verständlich. Die Tests entsprechen dem Skalenniveau.</p> <p>Ethik: Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert. Es bestand lediglich mit 11 Pflegenden einen persönlichen Kontakt während eines qualitativen Interviews.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind in Textform und Tabelle vollständig festgehalten. Die Ergebnisse sind umfassend, haben aber durch die fehlende Fragestellung keinen «roten Faden», was alles untersucht wurde.</p>

Diskussion	<p>Es werden nicht alle Resultate diskutiert. Aufgrund der fehlenden Fragestellung können sie auch nicht darauf diskutiert und verglichen werden.</p> <p>Die Autoren reflektieren sich umfassend und zeigen diverse Limitationen/ Schwächen der Studie auf. Es werden jedoch auch einige Stärken der Studie aufgezeigt. Würde die Studie wiederholt werden in einem anderen Setting ist für ähnliche Resultate garantiert, jedoch bezüglich den Signifikanzwerten vielleicht Unterschiede zu erwarten.</p>
-------------------	--

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Die Studie wird nicht anhand einer Forschungsfrage aufgebaut. Jedoch wird mit einer klaren Zielformulierung einen nachvollziehbaren Forschungsprozess dargestellt. Die Ergebnisse sind differenziert und erfüllt den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit.

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008):

- **Objektivität:**

Die Objektivität der Studie ist zu hinterfragen, da die Studie viele Limitationen aufweist. Beispielsweise, ob die Erinnerungen der Pflegenden nach bis 4 Jahren noch wahrheitsgetreu sind oder ob die Pflegenden die richtige Definition von FVNF berücksichtigten. Dies könnte auf eine mangelnde Objektivität hinweisen.

- **Reliabilität:**

Die Ergebnisse der Studie sind reproduzierbar, jedoch könnten leicht abweichende Signifikanzwerte auftreten. Der Fragebogen ist reliabel und kann wiederholt in anderen Studien genutzt werden.

- **Validität:**

Das quantitative Studiendesign ist hier treffend gewählt, da anhand eines Fragebogens verschiedene Werte miteinander verglichen wurden. Die Validität der Ergebnisse ist meist gegeben. Lediglich bei den Variablen der «Gründe für FVNF» ist die Validität anzuzweifeln, da die Befragten nur eine Auswahlmöglichkeit ankreuzen konnten.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Studie handelt, mit einer primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers, Harvath et al. (2004)

<p>Einleitung</p>	<p>Verschiedene Studien belegen, dass Ärzte und Pflegende in den USA dazu tendieren, assistierten Suizid als unmoralisch und unethisch anzusehen. Konträr dazu unterstützen amerikanische Sozialarbeitende, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende aus anderen Ländern den assistierten Suizid. Eine legale Form, die allen Bewohnern der USA zugänglich ist, ist der FVNF. Die Haltungen der Gesundheitsfachpersonen gegenüber dem FVNF wurde noch nicht erforscht und gilt daher als Forschungslücke. Das Ziel dieser Studie ist es, die Haltungen von Pflegenden und Sozialarbeitenden in Hospizen in Bezug auf den FVNF aufzuzeigen und diese mit dem assistierten Suizid zu vergleichen. Der FVNF wird definiert als: ein freiwilliger Verzicht, der nicht aufgrund von natürlichem Abnahme von Durst und Hunger im Alter oder einer terminalen Erkrankung auftritt. Bei FVNF entscheidet sich die Patientin oder der Patient willentlich auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, um den Tod zu beschleunigen.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design Das Design wird nicht genannt, es handelt sich jedoch um eine quantitative Studie.</p> <p>Population Die Population umfasst Pflegende und Sozialarbeitende, die in Oregon leben und an einem Hospizprogramm teilnehmen.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe umfasst 545 Pflegende und Sozialarbeitende. Dabei lieferten alle 50 medi-certifizierten Heimhospiz- Programme, sowie zwei Hospize im Nachbarstaaten, die Patienten in Oregon betreuen, entweder die Namen oder leiteten die Umfrage an die Pflegenden oder Sozialarbeitenden weiter. Davon haben 390 die Umfrage zurückgesandt (73%) 307 Pflegende und 83 Sozialarbeitende (einschliesslich 6 lizenzierte Beratende). Die Befragten waren im Alter von 23-88 Jahren und vorwiegend weiblichen Geschlechts. Im Durchschnitt hatten sie 6,9 Jahre Arbeitserfahrung im Hospiz.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung wurde anhand einer einmaligen Umfrage durchgeführt. Diese Umfrage war ursprünglich für die Haltung der Ärzte in Oregon bezüglich assistiertem Suizid entworfen worden. Sie wurde nun auf Pflegende und Sozialarbeitende angepasst. Das überarbeitete Instrument wurde an einer Gruppe von sechs Pflegenden und Sozialarbeitenden getestet und anhand der Rückmeldungen nochmals modifiziert.</p> <p>Datenniveau: Zielvariablen (Abhängige Variablen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstellung zu assistiertem Suizid (ordinal) • Einstellung zu FVNF (ordinal) <p>Die demographischen Fragen umfassten: Unabhängige Variablen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter (proportional) • Geschlecht (nominal) • Beruf (nominal)

	<ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung im Hospiz (in Jahre) (proportional) • Bevölkerung des Versorgungsgebietes des Hospizes (urban, ländlich) (nominal) • Religionszugehörigkeit des Hospizes (nominal) • Bedeutung der Religion für den Befragten (ordinal) • Bedeutung von Spiritualität für den Befragten (ordinal) • Position Oregon Death with Dignity Act (ordinal) • Position assistierter Suizid (ordinal) • Position FVNF (ordinal) <p>Zehn Aussagen über assistierten Suizid und FVNF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befürworten Entscheidung von Patientin oder Patienten für den FVNF (ordinal) • FVNF ist unmoralisch (ordinal) • FVNF ist eine Option bei körperlichem Leiden (ordinal) • FVNF ist eine Option bei psychologischem oder spirituellem Leiden (ordinal) • Würde selber FVNF in betracht ziehen (ordinal) • FVNF ist fundamental unterschiedlich zu assistiertem Suizid (ordinal) • Würde Pflege von Patienten, die FVNF in Betracht ziehen, weiterführen (ordinal) • Konfortabel Besprechen vom FVNF mit Patientinnen und Patienten, Mitarbeitern, Vorgesetzten (ordinal) • Konfortables einholen einer Konsultaion von Mitarbeitern und Vorgesetzten (ordinal) • Fundamentaler Unterschied des FVNF und dem assistierten Suizid (nominal) <p>Datenanalyse</p> <p>Die Daten werden als Häufigkeiten und Prozente dargestellt. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 11.0 wurde für alle statistischen Analysen verwendet. Kategoriale Variablen werden durch Häufigkeiten und Prozente angegeben. Die Gruppen der Pflegenden und Sozialarbeitenden wurden durch den Chi²- Test miteinander verglichen. Die kontinuierlichen Variablen wurden anhand von Mittelwerte, Standartabweichung (SD) und Gruppenmittelwerte sowie durch t- Tests analysiert. Beziehungen zwischen Variablen wurden durch bivariate correlation (Pearson's correlation coefficient) und t- tests für verbundene Stichproben untersucht.</p> <p>Ein beidseitiges Signifikanzniveau ab P<0.01 wurde festgelegt. Die Bonferroni Korrektur wurde für multiple Analysen von einzelnenlitem verwendet.</p> <p>Ethik:</p> <p>Die Studie wurde vom Institutionellen Prüfungsausschuss im medizinischen Zentrum für Veteranenangelegenheiten in Portland genehmigt. Sie haben auf eine schriftliche Einverständniserklärung verzichtet.</p>
Ergebnisse	<p>Von den 545 versendeten Umfragen, haben 390 (73%) davon 307 Pflegende und 83 Sozialarbeitende (einschliesslich sechs lizenzierte Beratende) diese ausgefüllt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich unterstützten Pflegende und Hospizarbeiter den Wunsch der Patientinnen und Patienten den Tod durch den FVNF zu beschleunigen. • Nur 2.6% äusserten, dass der FVNF unmoralisch oder unethisch sei.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr als drei Viertel der Befragten denken, dass der FVNF eine Option bei körperlichem, psychischen oder spirituellen Leiden sei. • 95,4% der Befragten würden Patientinnen und Patienten, die sich für FVNF entschieden haben, weiterhin betreuen. 70.7 % würden FVNF bei einer terminalen Erkrankung in betracht ziehen. • Die Befragten haben eine unterstützendere Haltung zum FVNF als zum assistierten Suizid. • Hospizarbeitende äussern, Diskussion mit Patientinnen und Patienten und Kollegen über FVNF angenehmer zu empfinden, als über den assistierten Suizid. • Desto wichtiger Religion für die Befragten war, desto weniger befürworteten sie den FVNF. • Anders als beim assistierten Suizid besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Pflegenden und Sozialarbeitenden bei der Unterstützung von Patientinnen und Patienten beim FVNF.
<p>Diskussion</p>	<p>Die Forschungsfrage kann aufgrund der Daten beantwortet werden.</p> <p>Die Befragten waren gegenüber FVNF positiver eingestellt als gegenüber dem assistierten Suizid. Dies erklären sich die Autoren, durch die Ähnlichkeiten von FVNF mit einem natürlichen Sterbeprozess. Zudem werden die Resultate mit Studien aus anderen Staaten verglichen.</p> <p>Limitationen Es wurde versucht, FVNF von Anorexia, die eine terminale Erkrankung begleitet, zu unterscheiden. Jedoch kann der FVNF von Hospizarbeitenden, als eine Konfortmassnahme angesehen werden. Weiter werden nur die Ansichten von Hospizarbeitenden in Oregon untersucht (dem einzigen Staat in dem assistierter Suizid erlaubt ist), diese können sich zu Hospizarbeitenden in anderen Staaten unterscheiden.</p> <p>Implikationen für die Praxis Es ist wichtig, die Einstellungen von Hospizarbeitern in anderen Staaten zum Thema assistierter Suizid und FVNF zu untersuchen, um festzustellen ob sich diese von Hospizarbeitenden in Oregon unterscheiden.</p>

Würdigung der Studie: Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers, Harvath et al. (2004)

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis. Es wird keine Forschungsfrage, jedoch das Ziel der Studie formuliert. Das Thema wird anhand Literatur dargestellt.
Methode	Das Design eignet sich für die Forschungsfrage. Die Stichprobenziehung ist angepasst und repräsentativ für die Zielpopulation. Die Grösse der Stichprobe ist angemessen, wird jedoch nicht begründet. Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar und die Daten komplett. Das Messinstrument (Umfrage) ist zuverlässig und valide. Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht begründet. Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben. Die statistischen Verfahren wurden nicht entsprechend ihres Datenniveaus angewendet. Variablen auf Ordinalniveau wurden intervallskaliert berechnet. Die Höhe des Signifikanzniveaus liegt bei hochsignifikant und ist nachvollziehbar. Die ethischen Fragen werden besprochen.
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind präzise. Die Tabellen sind verständlich und stellen eine Ergänzung zum Text dar.
Diskussion	<p>Es werden die wichtigsten Resultate diskutiert. Die Interpretation stimmt mit den Daten überein und es wird nach anderen Erklärungen gesucht. Nur wenige Studien werden in der Diskussion genannt.</p> <p>Die Limitationen werden genannt. Es wird kein Bezug zur Praxis gemacht. Es wäre möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen, jedoch könnten die Resultate voneinander abweichen.</p>

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Die Studie wird nicht anhand einer Forschungsfrage aufgebaut. Jedoch wird mit einer klaren Zielformulierung einen nachvollziehbaren Forschungsprozess dargestellt. Die Ergebnisse sind differenziert, können jedoch aufgrund der angewendeten Verfahren, die nicht zum Datenniveau passen, nur mit Vorsicht interpretiert werden.

Gütekriterien nach Bartholomeyczik:

- **Objektivität:** Die Autoren haben versucht FVNF klar von Appetitlosigkeit bei einer terminalen Erkrankung zu unterscheiden. Dies war jedoch nicht ganz möglich, da es Überschneidungen haben kann. Weiter kann das Essen und Trinken eine Belastung für Patientinnen und Patienten im Hospiz darstellen. Aus diesem Grund kann FVNF durch die Pflegenden als eine Massnahme zur Stärkung des Wohlbefindens wahrgenommen werden.
- **Reliabilität:** Die Methode wird nachvollziehbar beschrieben, was eine Reproduzierbarkeit der Studie ermöglicht. Die Umfrage ist reliabel. Nicht erhoben wurden die Erfahrungen von Hospizmitarbeitern mit dem FVNF, dies wäre wichtig gewesen um deren Einfluss mit einzubeziehen.
- **Validität:** Das quantitative Forschungsdesign eignet sich für das Ziel der Studie, zudem wurde das Signifikanzniveau bei hochsignifikant angesetzt. Bei der Datenanalyse wurden Verfahren gewählt, die nicht zum Datenniveau passten. Aus diesem Grund ist bei der Interpretation der Resultate vorsicht geboten.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Studie handelt, mit einer primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death, Harvath et al. (2006)

Einleitung	<p>Diese Studie beschäftigt sich mit den Phänomenen assistierter Suizid und FVNF. Der assistierte Suizid ist in Oregon seit 1997 legal (Oregon Death with Dignity Act (ODDA)). Der FVNF ist in den gesamten Vereinigten Staaten legal. Sozialarbeiter sowie Pflegende im Hospiz haben Erfahrung mit Personen, die ihren Tod entweder durch den assistierten Suizid oder den FVNF beschleunigt haben. Somit sind sie auch mit den ethischen und klinischen Dilemmas, die hierbeit entstehen können, konfrontiert.</p> <p>Forschungsziel Das Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrung von Pflegenden und Sozialarbeitenden im Umgang mit dem assistierten Suizid und dem FVNF zu beschreiben.</p> <p>Forschungslücke Es gibt bereits Studien zu den Haltungen der Pflegenden und den Sozialarbeitenden in Bezug auf den assistierten Suizid sowie den FVNF und dessen Auswirkungen auf die Pflegenden. Jedoch wurden noch keine Studien durchgeführt, die sich mit den Dilemmas der Pflegenden bei der Betreuung von Personen, die ihren Tod beschleunigen wollen, beschäftigen.</p>
Methode	<p>Stichprobenziehung Phase 1: anonyme Umfrage an Sozialarbeiter und Pflegende aller Hospiz in Oregon Phase 2: Bei dieser Studie handelt sich um ein qualitatives Vorgehen. Hierzu wurden die Personen, die die Umfrage (Phase 1) ausfüllten, gefragt, ob sie an einem Folgeinterview teilnehmen möchten. Diese Personen wurden gebeten eine separate Liste mit demographischen Daten zu vervollständigen (Name, Telefonnummer, demographische Schlüsselvariablen). Somit konnte in der zweiten Phase sichergestellt werden, dass die Population über eine Meinungs- und Erfahrungsvielfalt bezüglich des assistierten Suizids und dem FVNF verfügt. Weiter wurde die geographische Verteilung (Stadt, Land) und der berufliche Hintergrund (Pflegende, Sozialarbeitende) berücksichtigt. Diese Liste wurde nach retournieren der Umfrage entfernt, wodurch sie anonymisiert wurde.</p> <p>397 Personen retournierten die Umfrage, 88 davon erklärten sich bereit, an einem Interview teilzunehmen. Eine Liste mit 32 Personen wurde erstellt, die bereits Personen betreut haben, die einen assistierten Suizid begingen oder einen FVNF durchführten. Interviews wurde mit 20 Personen durchgeführt, die anderen arbeiteten entweder nicht mehr in einem Hospiz oder lehnten das Interview ab. Mit der Folgestichprobe wurden semistrukturierte, ausführliche Interviews (Erfahrungen mit assistiertem Suizid, klinische und ethische Dilemmas, die aufgetreten sind und ihre Wahrnehmung der Qualität des Sterbeprozesses bei einem assistierten Suizid und FVNF) durchgeführt. Keine demographischen Daten wurden gesammelt, aufgrund der Sensibilität des Themas.</p> <p>Datenerhebung Die Folgeinterviews wurden mit Hilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens, der für diese Studie entwickelt wurde, geplant. Die Befragten wurden gebeten, ihre Erfahrungen mit Patienten, die ihren Tod</p>

	<p>durch assistierten Suizid beschleunigten, zu beschreiben. Dies umfasste auch Gespräche mit den Patienten und deren Familien, allfällige Reue bezüglich Handlung und Unterlassung, Personen mit denen sie über ihre Erfahrungen sprechen und den Einfluss der Erfahrungen auf das professionelle Handeln. Weiter wurde gefragt, ob sie den assistierten Suizid und den FVNF als gleich oder komplett unterschiedlich sehen. Die Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Einverständnisabklärung ab.</p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und wortgetreu transkribiert. Alle Informationen über die Teilnehmer wurden entfernt. In einem interaktiven Prozess haben die Untersuchenden die Interviews nach Themen analysiert. Hierzu wurden wöchentliche Treffen und eine kurze Zusammenfassung der Interviews vorgenommen.</p> <p>Ethik Die Studie wurde von dem Institutional Review Boards at Orego Health & Science University and the Portland Veterans Affairs Medical Center überprüft und genehmigt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Stichprobe Es wurden 20 Pflegende und Sozialarbeitende interviewt, die 33 verschiedene Fälle von unheilbar kranken Menschen, die ihren Tod frühzeitig durch assistierten Suizid (n= 22) oder FVNF (n=11) herbeiführten, beschrieben. Von den 33 Personen starben zwölf an einer tödlichen Dosis und dreizehn aufgrund des FVNF. Zwei davon entschieden sich für FVNF, nachdem sie keine tödliche Dosis erhielten. Acht weitere starben eines natürlichen Todes, wobei vier davon bereits die tödliche Dosis besaßen.</p> <p>Hospizmitarbeitende äusserten folgende Chancen und Dilemmas bei der Begleitung von Personen beim assistierten Suizid:</p> <p>Chancen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besprechen von Anliegen und Ängsten der Patientinnen und Patienten bezüglich des Sterbens • Beachtung des Symptommanagements <p>Dilemmas</p> <ul style="list-style-type: none"> • erhöhtes Verantwortungsbewusstsein • Infragestellung der Autonomie der Patientin oder des Patienten • Assistierter Suizid ist ein Gegenstück zum Hospiz • rechtliche und berufliche Fragen/ Probleme • verpasste Gelegenheit zur spirituellen Transformation • sollte die Lebensqualität neu definiert werden? • Interessensvertretung der Patientinnen und Patienten oder Interessensvertretung der Familie <p>Unterschiede zwischen Assistierter Suizid und FVNF</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Unterschied zum assistiertem Suizid wird FVNF als natürlicher Prozess beschrieben • für die Meisten unterscheidet sich FVNF deutlich zum assistiertem Suizid • Pflegende sprechen Patienten auf Option vom FVNF an; Pflegende warten bis Patient den assistierten Suizid anspricht • Beim assistierten Suizid waren Pflegende und Sozialarbeitende manchmal mit dem ethischen Dilemma konfrontiert, sich entweder für die Interessen der Angehörigen oder des Betroffenen einzusetzen. Dies war bei FVNF nicht der Fall.

Diskussion	<p>Seit der Erlassung des ODDA wurden Pflegende und Sozialarbeitende mit neuen Aufgaben bei der Arbeit im Hospiz konfrontiert. Ihre Absicht ist es, die Autonomie der Patienten zu wahren und dessen Wünsche bezüglich des Sterbens zu unterstützen. Jedoch ist es für viele schwierig, den Wunsch nach einem beschleunigten Tod aufgrund von sozialen, moralischen und spirituellen Konventionen, die das Leben wertschätzen und einen natürlichen Sterbeprozess befürworten, zu unterstützen. Der assistierte Suizid erlaubt dem Patienten, den natürlichen Sterbeprozess zu umgehen und nicht auf andere angewiesen zu sein.</p> <p>Implikationen Praxis</p> <p>Forschung bezüglich der Trauer der Familienmitglieder, deren Angehörige durch assistierten Suizid verstorben sind, muss unternommen werden. Weiter ist es wichtig die Rolle der Pflegenden und Sozialarbeitenden im Hospiz zu klären, da diese oft eine Verantwortung verspüren, den Patienten vor dem assistierten Suizid zu bewahren. Diesbezüglich sollen Hospize ihre Mitarbeiter auf ethische und klinische Dilemmas vorbereiten.</p>
-------------------	--

Würdigung der Studie: Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death, Harvath et al. (2006)

Einleitung	Die Studie beschreibt ein relevantes Thema für die Pflege. Der FVNF wird nicht definiert. Das Ziel der Studie, jedoch keine Forschungsfrage, wird genannt. Vorhandene Literatur wird aufgeführt. Die Forschungslücke wird genannt.
Methode	Das Design ist logisch gewählt. In der Studie sind die demographischen Daten der Befragten nicht aufgelistet, aufgrund des Datenschutzes. Die Stichprobe lässt sich auf die Population in der Fragestellung übertragen (Pflegende und Sozialarbeitende). Es werden keine Angaben/ Berechnungen zur Wahl der Stichprobengröße gemacht (Datensättigung). Das Setting wird definiert, die Befragten jedoch nicht charakterisiert. Die Vorgehensweise der Datenerhebung wird konkret beschrieben. Der Standpunkt der Forschenden wird nicht erläutert. Das Vorgehen stimmt mit dem qualitativen Forschungsansatz überein und passt zur Zielformulierung. Es werden keine Referenzierungen bzgl. Analysemethoden gemacht. Die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse wurde sichergestellt durch das Anfügen von Zitaten.
Ergebnisse	Die Kategorien sind von den Forschern mit Zitaten belegt und unterscheidbar. Es werden keine Aussagen zur Datensättigung gemacht, jedoch zeugen die Ergebnisse von der Reichhaltigkeit der Daten.
Diskussion	Die Interpretation leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens. Die Forschungsfrage kann mit den Ergebnissen beantwortet werden. Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant, werden jedoch nicht in Bezug zu anderer Literatur gesetzt. Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Das Ziel der Studie sowie die Methode sind klar und nachvollziehbar formuliert. Die Ergebnisse sind differenziert und erfüllt den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985):

- **Confirmability** (Bestätigung): Die Interviews wurden aufgenommen und wortgetreu transkribiert. Das Transkript wurde von einer anderen Person überprüft.
- **Dependability** (Zuverlässigkeit): In einem interaktiven Prozess zwischen mehreren Autoren wurden gemeinsame Themen ausfindig gemacht. Diese wurden in einem wöchentlichen Treffen mit dem Untersuchungsleiter und dem Forschungsassistenten besprochen.
- **Credibility** (Glaubwürdigkeit): Es werden keine Interviewdaten mit Beobachtungen kombiniert (Triangulation). Die Daten werden nicht mit Forschungsteilnehmenden diskutiert. Es werden keine Kontrastfälle genannt.
- **Transferability** (Übertragbarkeit): Es wird keine Bezug zu bereits bestehender Literatur erstellt. Die Gründe für die unterschiedlichen Auffassungen von Pflegenden und Sozialarbeitern zu assistiertem Suizid und FVNF wird besprochen und weitere Erklärungen gegeben.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Flick und Steinke (2010):

- **Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:** Das Vorgehen der Forschenden wird verständlich und präzise beschrieben. Wortgeträue und sinngemässe Äusserungen werden als solche gekennzeichnet. Die Resultate werden von mehreren Autoren miteinander verglichen und diskutiert.

- **Indikation des Forschungsprozesses:** Das qualitative Vorgehen ermöglicht die Erreichung des Forschungszieles, indem das subjektive Erfahren explorativ erfragt wird. Die Interviews wurden wortgetreu transkribiert. Interviews wurde nur mit Pflegenden und Sozialarbeitenden durchgeführt, die bereits Personen die assistierten Suizid oder FVNF durchführten betreut haben und zu dieser Zeit in einem Hospiz tätig waren.
- **Empirische Verankerung:** Die Resultate werden nicht anhand von Literatur diskutiert, belegt oder widerlegt.
- **Limitation:** Die Studie kann nur auf Pflegende und Sozialarbeiter in Oregon übertragen werden, da in anderen Staaten der assistierte Suizid nicht erlaubt ist.
- **Kohärenz:** Es wurden keine Widersprüche in den Daten ersichtlich. Es wurden vorwiegend positive Aussagen zitiert. Ob auch negative Aussagen gemacht wurden, ist nicht festgehalten.
- **Relevanz:** Die Resultate zeigen den Vergleich von assistiertem Suizid und FVNF aus der Sicht von Pflegenden und Sozialarbeitern auf, diese können in der Praxis beispielsweise für Schulungen aufgenommen werden.
- **Reflektierte Subjektivität:** Die Position der Forschenden wird nicht dargelegt.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.

Zusammenfassung der Studie: Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a longterm care institution: an embedded single case study, Saladin et al. (2018)

<p>Einleitung</p>	<p>Phänomen; Definition, Beschreibung, Literatur: FVNF ist ein Phänomen, wobei adäquate Personen bewusst auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um den eigenen Tod zu beschleunigen. Diese Definition gilt nur für Personen die körperlich in der Lage sind Nahrung und Flüssigkeit problemlos aufzunehmen und zu verdauen. Personen die VSED begleiten, nehmen dieses Phänomen als eine friedliche Art zu Sterben war. Aus rechtlicher Sicht ist das Phänomen eine Form des Suizids, wobei keine Tat der Selbsttötung durchgeführt wird, sondern eine Auslassung von lebenserhaltenden Massnahmen. Angehörige erfahren diese Entscheidung im Dilemma zwischen der Angst die Person zu verlieren und ihr oder ihm den letzten Wunsch zu erfüllen. Für Pflegefachpersonen kann das Phänomen moralisch herausfordernd sein. Das Phänomen wurde mit diverser Literatur beschrieben.</p> <p>Forschungsfrage: Was sind die Erfahrungen von Pflegefachpersonen, Pflegestationsleitung, Pflegemanagerinnen und Pflegemanager, Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sowie Angehörige eines Patienten mit Multipler Sklerose – von der ersten Absicht FVNF zu wählen bis zum Tod? Was sind die gemeinsamen Muster der verschiedenen Beteiligten im Umgang mit der Situation.</p> <p>Ziel/ Forschungsvorhaben: Die Studie hat zum Ziel die Komplexität des Phänomens FVNF von verschiedenen Perspektiven zu untersuchen. Das Forschungsvorhaben dabei ist, mittels einer Einzelfallstudie Prozesse, Haltungen und Herangehensweisen von den involvierten Personen zu untersuchen, um dann die Erfahrungen von ihnen festzuhalten.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Um die Forschungsfrage umfassend beantworten zu können, wurde ein qualitatives Design gewählt. Die Einzelfallstudie, als empirisches und induktives Studiendesign wurde gewählt, da damit ein zeitgenössisches Phänomen umfassend untersucht werden kann.</p> <p>Stichprobe: Die Gelegenheitsstichprobe ist in Units unterteilt. Die Units inkludieren die Population von acht Pflegefachpersonen, eine oder einer Pflegestationsleitung, eine Pflegemanagerinnen oder ein Pflegemanager, eine Pflegeexpertinnen oder ein Pflegeexperten sowie der Ehemann mit dem Sohn der Betroffenen. Die Angehörigen wurden in die Stichprobe inkludiert, da sie einen grossen Einfluss auf die Erfahrung der pflegenden Akteure haben.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten wurden mittels eines narrativen Interviews in Fokusgruppen einmalig durchgeführt. Die Daten wurden digital aufgenommen und anschliessend vom Schweizerdeutschen Dialekt ins Hochdeutsche transkribiert.</p>

	<p>Methodologische Reflexion: Mit Literatur begründen die Forschenden die Wahl des Studiendesigns. (S.3 unten re.)</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde in zwei Schritte unterteilt. Zuerst wurde jede einzelne Unit mit einer «with-in» Analyse ausgewertet und anschliessend wurde eine «cross-analysis» durchgeführt, um die Units zu vergleichen. Die «with-in analysis» wurde gewählt, da sie empfohlen wurde von Baker (2011) für das Interpretieren von «grounded theory» Daten.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde von dem Ethikkomitee des Kanton St. Gallen genehmigt. Alle Probanden wurden ausführlich über die Studie informiert und aufgeklärt, dass sie jeder Zeit auch aus der Studie austreten können, falls sie nicht mehr teilnehmen können oder möchten.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Themen der Ergebnisse sind gegliedert in; Situationsbeschreibung und der Fallbeschreibung der einzelnen Units (Pflegefachpersonen, Stationsleitung, Pflegemanager-in/ Pflegeexpert-in, Angehörige (Ehemann und Sohn) sowie die Ergebnisse aus der Cross-analysis der Units.</p> <p>Situationsbeschreibung der Einzelfallstudie: Die Betroffene litt seit 30 Jahren an MS und lebte die letzten 3 Jahre in einer Pflegeinstitution. Sie litt immer mehr unter den Folgen der Erkrankung. Sie kam an den Punkt, an dem sie sich entschied, dem Leiden ein Ende zu setzen. Sie wählte den FVNF, um ihren Tod bewusst schneller herbei zu führen. Sie teilte dies ihren Angehörigen mit. Für die Angehörigen kam ihr Entscheid nicht unerwartet, da sie sich früher bereits mit dem FVNF beschäftigte. Die Pflegenden wurden von den Angehörigen informiert über ihr Vorgehen. Die Pflegenden informierten ihre Vorgesetzten darüber. Die Information wurde weitergeleitet bis zu der obersten Leitung der Pflegeinstitution. Die oberste Leitung teilte mit, dass der FVNF nicht erlaubt sei in der Pflegeinstitution. Die Leitung informierte über eine Möglichkeit, zu Hause während dem FVNF gepflegt zu werden. Die Familie verstand nicht, warum sie FVNF nicht durchführen konnten, da die Pflegeexpertin oder der Pflegeexperte zuvor die Genehmigung erteilte. Die Familie sah VSED nicht als eine Form von Selbsttötung an. Deshalb hatten sie auch kein Verständnis gegenüber der Leitung der Institution. Nach einer diagnostizierten Infektion und der Ausschliessung einer Depression, willigte schliesslich die Institutionsleitung ein FVNF in der Institution zu praktizieren. Mit der Pflegeexpertin oder dem Pflegeexperten stellte sie einen Plan zusammen. Die Pflegenden beschreiben die Betroffene entspannter und glücklicher seit dem Entscheid. Die Betroffene trank täglichen einen Espresso mit dem Ehemann in der Cafeteria. Als sie bemerkte, wie ihr Körper immer mehr veränderte und der Tod schneller nahe rückte als gedacht, verabschiedete sie sich von den wichtigen Personen in ihrem Leben. Die Betroffene informierte jedoch nicht über den FVNF. Nach einem Konflikt versöhnte sie sich sogar noch mit ihrer Tochter. Bis 10 Tage vor ihrem Tod konnte sie klar kommunizieren. Während dem FVNF nahm sie Analgetika gegen Kopfschmerzen und Antiemetika gegen Nausea ein. Gegen Unruhe erhielt sie in der terminalen Phase Morphin und Lorazepam. Die Pflegenden berichten, dass sie in der terminalen Phase den Eindruck hatten, dass die Betroffene mit innerlicher Unruhe kämpfte. Die Betroffene starb 8 Wochen nach dem Entscheid des FVNF.</p>

Fallbeschreibung der einzelnen Units:**Pflegende:**

Die Teilnehmenden Pflegenden bestehen aus Pflegenden und Pflegenden in Ausbildungen im Alter zwischen 35-61 Jahren, mit 3-33 Jahren Berufserfahrung. Die Pflegenden kannten die Betroffene bereits 3 Jahre und standen hinter dem Entscheid der Betroffenen. Sie wollten ihrem Wunsch nach FVNF nachgehen. Sie verstanden das anfängliche Verbot der Institutionsleitung nicht. Es war nicht anders für die Pflegenden Palliative Pflege anzubieten, als denen die natürlich sterben.

With-in-analysis: Im Kampf für den Betroffenen gegen das Management – ihren Wunsch zu sterben respektieren und ihm nachzukommen.

Stationsleitung:

61-jährige Pflegefachfrau mit 33 Jahren Berufserfahrung. Sie kannte die Betroffene ebenfalls seit 3 Jahren. Während der ganzen Zeit war sie die Hauptkontaktperson der Betroffenen und setzte sich für sie, die Familie und die Pflegenden ein. In ihren Augen ist FVNF eine normale, würdevolle und legale Art zu sterben. Sie fühlte sich während dem Prozess unwohl aufgrund des nicht transparenten Vorgangs der Leitung.

With-in-analysis: Dazwischen sein – Ambivalenz zwischen Versprechung und Verpflichtung.

Pflegemanager-in und Pflegeexpertin:

Die Pflegeexpertin, 51-jährig, 30 Jahre Berufserfahrung, war die erste Person, welche in den Fall involviert wurde. Sie übernahm die Verantwortung für die professionelle Unterstützung der Pflegenden. Der oder die Pflegemanager-in kommunizierte direkt mit der Institutionsleitung und der Pflege. Beide haben sichergestellt, dass FVNF durchgeführt werden kann. Trotzdem konnten sie die Institutionsleitung verstehen. Sie suchten einen passenden Weg für alle Beteiligten.

With-in-analysis: Die Kommunikation während der Situation zwischen allen Beteiligten sowie deren Abwägung der Interessen – die Unterstützung der Pflegenden und der Familienmitglieder bei der Zielerreichung, FVNF in der Institution zu ermöglichen.

Angehörige (Ehemann und Sohn):

Ehemann, 62-jährig, Sohn, 30-jährig, Tochter, 28-jährig, akzeptierten und unterstützten der Mutter ihre Entscheidung. Der Prozess des FVNF der Mutter schweißte die Familie zusammen. Der Ehemann beschrieb den Tod seiner Frau als schön und würdevoll. Für den Sohn war es kaum zu ertragen, wie der Körper seiner Mutter sich veränderte während dem FVNF. Aus Sicht des Angehörigen ist der FVNF der herausforderndste Weg den Tod zu beschleunigen.

With-in-analyse: Fürsorglichkeit und Verständnis – Respektieren der Bitte aufgrund des krankheitsbedingten Leidens und dem Wunsch zu sterben.

Cross-analysis aller Units:

Der VSED als Möglichkeit, sein Leben vorzeitig zu beenden, stellt ein unbekanntes Spannungsfeld zwischen der persönlichen Einstellung und den Anliegen, Ängste und Unsicherheiten der verschiedenen Akteure. (Abbildung 1). Der Umgang mit dem FVNF ist abhängig von allen Beteiligten. Die Abbildung 2 zeigt, je älter die Person ist, desto höhere Akzeptanz hat man gegenüber FVNF. Somit zeigt die Abbildung, dass jüngere Betroffene weniger Akzeptanz des Umfelds erhalten, wenn sie sich für FVNF entscheiden, als bei älteren Betroffenen. Bei jüngeren FVNF-Praktizierenden stößt man auf Ablehnung und stuft man FVNF eher als Suizid ein. Bei älteren FVNF-Praktizierenden sieht man den FVNF als natürlichen Lauf des Lebens und akzeptiert es eher. Weitere Faktoren haben Einfluss auf die Haltung zum FVNF wie beispielsweise die eigene Erfahrungen, Vorkenntnisse, Glaube und Art der Erkrankung der FVNF-Praktizierenden. Wie man mit dem FVNF umgeht ist auch abhängig von der Haltung und Kultur der Institution sowie von der persönlichen Haltung.

	<p>Die Entscheidung der Betroffenen und der Angehörigen hatte einen Einfluss auf alle Units und auf die Institutionsleitung.</p> <p>Die Ergebnisse sind in Form von Geschichten der Akteure, Zitaten der Akteure und Grafiken festgehalten.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung der Ergebnisse aus Sicht der Forschenden: Zum ersten Mal wurde in Form einer Einzelfallstudie den FVNF aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Die Literatur beschreibt 3 Arten um den Tod zu beschleunigen: lebenserhaltende Massnahmen ablehnen, den tödlichen Missbrauch von Analgetika und Sedativa (illegal) sowie die Beihilfe zum Suizid (legal mit Dignitas und Exit). Beihilfe zum Suizid ist für die Praktizierende der Einzelfallstudie des FVNF keine Option, da der Sterbeprozess unnatürlich ist. Den FVNF ist schwer zu klassifizieren. Es kann als Ablehnung von lebenserhaltenden Massnahmen, natürlichen Tod oder Suizid angesehen werden. Die Literatur hat verschiedene Meinungen dazu. Beispielsweise wird auch thematisiert, dass es sich nicht um Suizid handelt bei FVNF, da der Tod natürlich erfolgt, ohne Einfluss von Substanzen oder äusserlichen Gewalt.</p> <p>Pflegt man chronisch Kranke, ist es nicht das Ziel sie zu heilen, sondern dem Betroffenen zu ermöglichen mit der Erkrankung zu leben und die bestmögliche Lebensqualität zu erhalten. Chronisch Kranke brauchen nicht nur gut ausgebildete Pflegende mit vielen Kompetenzen, sondern auch Pflegende, die dem Betroffenen helfen mit der Erkrankung umgehen zu können (Coping). Die in der Einzelfallstudie an Multipler Sklerose erkrankte Person konnte nicht mehr mit den Folgen ihrer Erkrankung umgehen und fiel in eine Krise.</p> <p>Die Autoren kamen zum Entschluss, dass alle involvierten Pflegefachpersonen den Wunsch des Patienten akzeptieren müssen, auch wenn dies eine grosse Herausforderung mit sich bringt. Die Autonomie des Patienten muss gewährleistet werden, jedoch muss die persönliche Haltung der Pflegefachperson nicht mit den Zielen des Patienten übereinstimmen. In dieser Einzelfallstudie waren von allen Beteiligten eine Unsicherheit und Wissenslücke bemerkbar, was den Umgang mit der Situation erschwerte.</p> <p>Eine Studie von Harvath et al. (2004) zeigte, dass Pflegende hauptsächlich eine zustimmende Haltung gegenüber FVNF einnehmen. Dies zeigt sich auch in dieser Studie. Zudem ist auch aus anderen Studien bestätigt, dass persönliche, kulturelle, philosophische und soziale Glaubenssysteme Einfluss auf die Haltung gegenüber FVNF hat. Dies steht im Einklang zu den Aussagen dieser Studie.</p> <p>In der Literatur wird das Pflegen von Sterbenden nicht nur als professionelle, sondern mehr auch als persönliche Herausforderung angesehen.</p> <p>In der Studie von Harvath et al. (2006) rieten Pflegende Betroffenen von dem Wunsch nach FVNF ab. Dies taten sie vorwiegen wegen Ängsten etwas illegales zu tun. Dies entspricht nicht den Resultaten der diesigen Studie. In der Schweiz ist der FVNF legal, jedoch gab es auch in dieser Studie Ängste, als die Institutionsleitung zuerst FVNF in der Institution verbot. Durch positive Erfahrungen mit FVNF können weitere Ängste schwinden in der Zukunft.</p>

	<p>Anwendung in die Praxis: Da FVNF ein komplexes Phänomen ist, ist es wichtig frühzeitig zu reagieren und die Palliative Pflege zu involvieren. Die Studie zeigt, wie wichtig die Kommunikation und einen gemeinsamen Konsens während dem Prozess des FVNF ist. Die Studie bietet ein konzeptionelles Modell, welches in der Praxis und auch in weiteren Studien verifiziert werden soll.</p> <p>Schlussfolgerung: Dieses erstellte Modell (Abbildung 4) ermöglicht Gesundheitsfachpersonen den FVNF zu reflektieren. Die Resultate zeigen, dass nicht die Pflege von FVNF-FVNF-Praktizierenden das Problem ist, sondern die verschiedenen Haltungen gegenüber FVNF Konflikte auslöst. Die Haltung ist geprägt von Erfahrungen, Vorkenntnissen, Rolle und Glauben sowie das Alter der FVNF-Praktizierenden, der Erkrankung und die Kommunikation über den FVNF. Es gilt diese Faktoren zu reflektieren, um eine professionellen Weg im Berufsalltag einzuschlagen. Langzeiteinrichtungen sollten ihre Haltung gegenüber FVNF preisgeben, Informationen zum Stand der Forschung und über die Legalität informieren. So können Angestellte professionelle Antwort geben, wenn ein Bewohner sie auf dieses Thema anspricht. Der professionelle Umgang mit FVNF ebnet den Weg zu einem würdevollen Sterben des Betroffenen.</p>
--	--

Würdigung der Studie: Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a longterm care institution: an embedded single case study, Saladin et al. (2018)

Einleitung	<p>Die Studie hat eine wichtige pflegerelevante Forschungsfrage. FVNF gewinnt immer mehr an Aktualität. Jedoch gibt es noch wenig Studien über das Phänomen. Somit ist die Frage, wie das Erleben von Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Hierarchiestufen sowie von pflegenden Angehörigen ist, bedeutend für die Pflege. Das Phänomen wurde mit viel Literatur eingeführt.</p>
Methode	<p>Ansatz/ Design der Studie ist logisch und nachvollziehbar, da es sich um Grundlagenforschung handelt. Die Stichprobenzahl für eine Single-Case-Study ist definiert für einen Fall. Die Anzahl der Teilnehmer der Studie ist je nach Fall individuell. Die Teilnehmenden sind gut informiert über die Studie und erleben das beforschende Phänomen hautnah. Die Daten wurden mittels Interviews erhoben, dabei geht es um menschliches Erleben des Phänomens FVNF. Dabei wurde klar beschrieben wie die Interviews erhoben wurden. Das methodologische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein. Die Datenanalyse wird nachvollziehbar beschrieben und entsprechend referenziert. Glaubwürdigkeit sicherstellen? Die Teilnehmenden stehen in Beziehung mit den Forschenden während dem Interview. Ethische Fragen wurden diskutiert in der Studie.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse demonstrieren alle 3 Kriterien (artfulness, versatility und sensitivity to meaning and context). Sie werden sehr ausführlich und präzise beschrieben. Diverse Zitate der Interviews wurden in den Ergebnisteil implementiert. Um die Ergebnisse übersichtlicher zu</p>

	gestalten, wurden Grafiken und Flow-Charts entworfen. Das Phänomen wird nur wenig von physischen Bedürfnissen beleuchtet, ansonsten ist es sehr umfassend aus verschiedenen Perspektiven erläutert.
Diskussion	Die Forschungsfrage kann gut mit den Ergebnissen beantwortet werden. Diese Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und meist verifiziert und einmalig falsifiziert. Die Ergebnisse sind brauchbar für die Praxis und geben detaillierte Auskunft über das Erleben der Beteiligten. Die Kernergebnisse werden in der Schlussfolgerung nochmals wiedergegeben.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Die Studie wird anhand einer Forschungsfrage und klarer Zielformulierung aufgebaut und einen nachvollziehbaren Forschungsprozess dargestellt. Die Ergebnisse sind differenziert und erfüllt den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit.

Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985):

- **Confirmability** (Bestätigung): Die Studiendurchführung wurde von der Ethikkommission genehmigt.
- **Dependability** (Zuverlässigkeit): Die Datenanalyse sowie die Ergebnisse wurden überprüft. Die Ergebnisse wurden mit anderen Studien reflektiert bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschiede.
- **Credibility** (Glaubwürdigkeit): Die Interviews wurden mit verschiedenen Akteuren der Einzelfallstudie durchgeführt. Diverse Zitate der Interviews wurden in den Ergebnisteil implementiert. So wurde die Glaubwürdigkeit der Interviews verstärkt. Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse mit den bereits publizierten Studien verglichen. So konnten die gesamte Breite des Themas auch mit Kontrastfällen belichtet werden.
- **Transferability** (Übertragbarkeit): Die Studie präsentiert sich schlüssig und beschreibt einen möglichen Praxistransfer. Ihre Grafiken und Flow-Charts können leicht in den Alltag übertragen werden und für weitere Forschung des Phänomen FVNF genutzt werden.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Einzelfallstudie, als empirisches und induktives Studiendesign, für die Grundlagenforschung handelt.

Zusammenfassung der Studie: Long-term care nurses' attitudes and the incidence of voluntary stopping of eating and drinking: A cross- sectional study, Stängle et al. (2020)

Einleitung	<p>Seit über 20 Jahren werden Gesundheitsfachpersonen zunehmend mit dem Wunsch von Patienten und Patientinnen zu sterben konfrontiert. Die Schweizer Akademie für "Medical Science" (2018) veröffentlichte eine Richtlinie für alle Gesundheitsfachpersonen, welche den Umgang mit dem Tod und dem Sterben regelt. Im Jahre 2018 wurde zum ersten Mal neben dem assistierten Suizid, dem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen, schmerzstillende Massnahmen und Sedation auch der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit besprochen.</p> <p>Forschungslücke Es bestehen bisher keine empirische Daten über die Inzidenz des FVNF in Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz.</p> <p>Ziel Das Ziel dieser Studie ist es, die Inzidenz des FVNF in Schweizer Alters- und Pflegeheimen zu erforschen und die Einstellungen und professionelle Haltung von Pflegenden in diesen Institutionen zu untersuchen.</p>
Methode	<p>Design: Querschnittstudie</p> <p>Population entweder Pflegedienstleitende, Institutsleitende oder Stationsleitende von allen 1'562 Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz</p> <p>Stichprobe: 535 Personen antworteten auf die Umfrage und somit betrug die Rücklaufquote 34%.</p> <p>Merkmale der Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter (ordinal) • Geschlecht (nominal) • Profession (nominal) • Kompetenz Level in Palliative Care (ordinal) • Arbeitserfahrung (proportional?) <p>Art von Daten: Evidenzbasierte Umfrage (Survey software Questback EFS 10.9); Umfrage wurde im Voraus kontrolliert und getestet anhand "standard pre-test" und einem "content validity index".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzidenz von FVNF in schweizer Alters- und Pflegeheimen (proportional) • Klassifikation von FVNF durch Pflegende (nominal) • Einstellung und professionelle Haltung von Pflegenden • kompartibel mit Weltanschauung und Religion (ordinal) • Widerspricht der Kultur der Institution/ Berufsethik (ordinal) • Beurteilung der Urteilsfähigkeit der Patientin oder des Patienten (ordinal) • Berechtigt zu medizinischer und pflegerischer Betreuung (ordinal) • Akzeptanz der Entscheidung (ordinal) • Respektieren der Entscheidung (ordinal) • Option für einen Selbst (nominal)

	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterempfehlung FVNF (nominal) • Betreuung des Patienten/in während FVNF (nominal) <p>Unterstützung während FVNF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morale Bedenken (ordinal) • Würdevolles Sterben (ordinal) • Belastung der Gesundheitsfachpersonen (ordinal) • Belastung der Angehörigen (ordinal) • Angehörige haben Mühe Entscheidung zu akzeptieren (ordinal) <p>Datenanalyse</p> <p>deskriptive Analyse (statistical software IBM SPSS Statistics (Version 25)) ; die Merkmale der Teilnehmenden sowie die Resultate der Umfrage, werden in Mittelwerte, Standardabweichungen, Prozente und Häufigkeiten angegeben.</p> <p>Ethik</p> <p>Die Studie wurde durch die institutionelle Prüfungskommission der Grossregion Ostschweiz geprüft und genehmigt. Die Teilnehmenden gaben ihre Zustimmung zur Umfrage (freiwillig und anonym) ab.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die meisten Pflegenden (n= 535) (88.2%) kennen FVNF als eine Option, sein Leben frühzeitig zu beenden und 61,3% kennen sich mit diesem Thema aus. • Fast die Hälfte (47.1%) der Institutionsleitenden haben Personen bei einem FVNF begleitet. • Die Inzidenz von 2016 Todesfälle durch FVNF in Schweizer Alters- und Pflegeheimen liegt bei 1,7%. Die Inzidenz der Gesamtbevölkerung bei 0.7%. • Die meisten Pflegenden (64,2%) sehen FVNF als natürlichen Tod, der durch Gesundheitsfachpersonen begleitet wird. 25,7% sehen ihn als passive Euthanasie im Sinne eines Verzichts auf lebenserhaltende Massnahmen. Die restlichen 10.1% sagen, dass es entweder eine selbst bestimmte Entscheidung, Suizid, eine alternative Form des Sterbens oder unterschiedlich bewertet werden kann abhängig vom Fall. • Die meisten Pflegenden respektieren die Entscheidung der Patientin oder des Patienten für den FVNF. (87.2% stimmen stark zu) • FVNF ist im Einklang mit der eigenen Weltanschauung oder Religion. (72% stimmen stark zu/ 86,7% stimmen zu) • Die Akzeptanz des FVNF der Pflegenden, liegt bei 80.8%. • Fast alle Pflegende würden eine Patientin oder einen Patienten beim FVNF begleiten. (93.2%) • In 79.9% der Fälle sind keine Einwände auf Seiten der Institution zu befürchten. • Für 77.7% der Befragten ist es wichtig, zu klären, ob der Patient urteilsfähig ist, dies spielt eine Rolle bei der Entscheidung die Patientin oder den Patienten zu begleiten. • 71% der Pflegenden erleben den Sterbeprozess als würdevoll. • Moralische Bedenken treten bei 12.7% der Pflegenden auf. • Trotzdem fühlen sich die Pflegenden (48.7%) bei der Begleitung einer Patientin oder eines Patienten im Prozess des FVNF belastet.

Diskussion	<p>Die Resultate werden mit anderen Studien verglichen. Die Haltung von Pflegenden gegenüber FVNF ist mehrheitlich positiv. Dies erklären sich die Autoren dadurch, dass sich für die Pflegenden ein guter Tod durch das Eingehen der Wünsche der Patientinnen und der Patienten durch Gesundheitsfachpersonen und Angehörige auszeichnet. Weiter ist auch das Wegbleiben von technischen Gerätschaften und die Fähigkeit bis zum Schluss zu kommunizieren, für die Pflegenden Zeichen für einen guten Tod. Die Stärke der Studie liegt darin, dass alle Alters- und Pflegeheime in der Schweiz kontaktiert wurden. Es war deshalb nicht möglich einen FVNF Fall zweimal zu schildern, da jeweils nur eine Person der Institution befragt wurde.</p> <p>Limitationen Es ist möglich das nicht jeder FVNF Fall mit der Führungsebene kommuniziert wurde und deshalb nicht aufgeführt wird. Auch haben nicht alle Langzeitpflegeinstitutionen geantwortet, was dazu führt, das Fälle von FVNF unentdeckt blieben. Es werden keine konkreten Implikationen für die Praxis genannt.</p>
-------------------	--

Würdigung der Studie: Long-term care nurses' attitudes and the incidence of voluntary stopping of eating and drinking: A cross-sectional study, Stängle et al. (2020)

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis. Es werden keine Forschungsfragen, jedoch das Ziel genannt. Das Thema wird anhand empirischer Literatur erläutert.
Methode	Das Design ist passend zur Forschungsfrage. Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht. Die Stichprobe kann teils auf die Zielpopulationen übertragen werden (Direktor anstelle Pflegenden). Laut den Autoren ist die Studie aufgrund der tiefen Rücklaufquote nicht repräsentativ. Der Fokus lag nicht auf der Stichprobe sondern auf der nationalen Erhebung von Daten aller Alters- und Pflegeheimen. Die erwartete Rücklaufquote von 20% konnte mit 34% übertroffen werden, dies übertrifft die durchschnittliche Rücklaufquote von nationalen Studien weltweit. Das Messinstrument (Umfrage) ist valide und reliable. Das Verfahren der Datenanalyse wird beschrieben.
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind präzise. Sie werden anhand von Tabellen illustriert. Die Berechnungen stimmen mit dem Datenniveau überein.
Diskussion	Es werden nicht alle Resultate diskutiert. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Die Resultate werden in Bezug zur Zielsetzung gestellt. Stärken und Limitationen werden genannt. Durch die tiefe Rücklaufquote sind viele Daten nicht vorhanden, was das Resultat verfälschen könnte.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Die Studie erfüllt die Zielsetzung. Jedoch wurden keine weiterführenden Berechnungen mit den Resultaten durchgeführt, wodurch mögliche Einflussfaktoren nicht untersucht wurden. Weiter wird keine Unterscheidung zwischen den Regionen sowie Professionen gemacht. Letzteres führt dazu, dass keine differenzierte Aussage zur Einstellung und professionellen Haltung von Pflegenden gemacht werden kann. Die Daten bieten jedoch einen Überblick über FVNF in der Schweiz.

Gütekriterien nach Bartholomeyczik:

- **Objektivität:** Das Forschungsteam legt dar, wer welchen Teil der Studie verfasst hat und dass kein potenzieller Interessenskonflikt besteht. Bei den Resultaten wird keine Unterscheidung zwischen Pflegedienstleitenden, Institutsleitenden oder Stationsleitenden gemacht, was potenzielle Unterschiede verdecken könnte. Weiter könnten Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen bestehen, jedoch werden sie nicht miteinander verglichen.
- **Reliabilität:** Ein evidenz- basierter Fragebogen wurde verwendet. Die Reproduzierbarkeit der Studie ist hierdurch gegeben.
- **Validität:** Das quantitative Vorgehen ist für die Zielsetzung angemessen. Es wurden keine Berechnungen und Vergleiche durchgeführt, wodurch mögliche Einflussfaktoren nicht untersucht wurden.

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009), da es sich um eine Studie handelt, mit einer primär datenbasierten Forschungsarbeit.

Zusammenfassung des Artikels: Ein Fall von «Sterbefasten» wirft Fragen auf, Gärtner und Müller (2018)

<p>Einleitung</p>	<p>Bisher beschreiben die Publikationen vorwiegend den FVNF als eine milde Form des Sterbens. Der Fall in diesem Artikel zeigt mit welchen Herausforderungen der FVNF verbunden ist.</p>
<p>Fallbeschreibung</p>	<p>Ein betagter, gebrechlicher Patient eines Spitals wünscht sich in einem Palliativzentrum, während dem Prozess des FVNF palliativ optimal begleitet zu werden. Das spezialisierte, stationäre Palliativzentrum lehnt ihn zuerst ab, da Sterbefasten kein Einweisungsgrund darstellt. Nach längerer Diskussion wurde der Patient ins Palliativzentrum verlegt, um abzuklären was der bisher unerkannte Körperliche, psychologische, soziale oder spirituelle Grund des ausgeprägten Todeswunsch ist. Es konnte keine psychiatrischen Erkrankungen festgestellt werden. Der Patienten erzählte jedoch als Kind in diversen Heimen aufgewaschen zu sein. Er fühlte sich viel allein und wurde immer wieder in andere Heime «abgeschoben». Der Patient hat ist seit einigen Jahren in einer Fernbeziehung. Aufgrund seiner zunehmenden Alterserscheinungen könne er die Fernbeziehung nicht mehr so gestalten, wie er es sich wünscht. Der Patient beginnt mit FVNF im Palliativzentrum, welcher vom betreuenden Team respektiert, jedoch nicht unterstützt wurde. Das Palliativzentrum plante eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung, da der FVNF keinen stationären Aufenthaltsgrund im Palliativzentrum ist. Der Patient empfand dieses Vorgehen als ein weiteres «Abgeschoben» werden. Nach einigen Gesprächen willigte das Palliativzentrum ein, den Patienten weiterhin zu betreuen. In deliranten Phasen des Sterbeprozess forderte der Patient ausdrücklich nach Flüssigkeit, welche die Pflegenden ihm gaben. In klaren Phasen beschuldigte der Patient das Pflegepersonal, da ihm sein Wunsch nach FVNF nicht gewährleistet wurde. Trotz mehreren prophylaktischen Behandlungsmöglichkeiten des Delirs, erlitt der Patient ausgeprägte Phasen des deliranten Syndroms. Nach wiederholten Diskussionen mit dem Patienten und im multiprofessionellen Team wurde entschieden, dass ein niedriges Sedationsniveau bei beginnendem Delir angebracht sei. Regelmässiges Aufwachen aus den sedativen Phasen ermöglichte, den Willen bezüglich des FVNF zu überprüfen. Innert den nächsten Tagen verstarb der Patient ruhig und symptomkontrolliert.</p>
<p>Ethische Fallbesprechung</p>	<p>Noch während dem Aufenthalt des Patienten, wurde eine ethische Fallbesprechung im Team mit einem externen Experten durchgeführt. Viele Beteiligte äusserten, das sein expliziter Wunsch nach FVNF bereits bei Eintritt zuwenig ernst genommen wurde. Eine direkte Verlegung in ein Pflegeheim mit Einbezug eines mobilen Palliativ-Care-Teams wäre angebracht gewesen. Eine «Abschiebung» nach Eintritt ins Palliativzentrum wurde aber einstimmig ausgeschlossen, aufgrund biografischer Einflüsse des Patienten. Es wurde nicht abgeklärt, ob der Patienten ausreichend aufgeklärt wurde über den Verlauf vom FVNF mit erwartender Symptomatik. Eine Sedation führt zur Unterdrückung von Hunger und Durstgefühlen. Demzufolge ergab es sich aus der Fallbesprechung eine klare Ablehnung gegenüber dem Einsatz von Sedativa während dem FVNF. Dies würde den bewussten Entscheid des Patienten beeinflussen. In der SAMW wurde klar festgehalten, dass in terminalen Phasen, der Wunsch des Patienten auch im Delir stattgegeben werden sollte. Dies gilt unabhängig von der vorliegenden</p>

	<p>Patientenverfügung. Während der Fallbesprechung äusserten einige Teammitglieder, den Suizid des Patienten unterstützt zu haben. Die Teammitglieder standen zwischen der Autonomie des Patienten und dem Auftrag der lebensbejahenden Palliativ Pflege.</p>
<p>Allgemeine medizinethische Reflexion zum FVNF</p>	<p>Es ist anzuzweifeln, ob der Tod mit FVNF als «natürlichen Tod» einzuordnen ist. Jedoch kann es auch nicht mit passiver Sterbehilfe verglichen werden, da keine Beendigung von lebensunterstützender Massnahmen gemacht wird. Daher ist der FVNF als Suizid einzuordnen. So fragen sich involvierte Fachpersonen, ob sie Beihilfe beim Suizid leisten. Davon ausgeschlossen ist das Symptommanagement bei FVNF. Da der FVNF kausal zum Tod führt, nicht die Symptomkontrolle. Fazit: Der Artikel möchte kein moralisches Urteil zum FVNF fällen. Jedoch soll klargelegt werden, dass FVNF moralisch und ethisch nicht zwingend leichter vertretbar ist als der assistierte Suizid. Weiter ist zu ergänzen, dass FVNF ethische, persönliche und versorgungstechnische Herausforderungen für Betreuende haben kann.</p>

Zusammenfassende Gesamtschätzung und Würdigung:

Der Artikel beleuchtet FVNF von einer kritischen Seite. Konträr zu den bereits publizierten Studien, zeigt dieser Einzelfall-Artikel die ethischen Herausforderungen des Patienten und des Pflegepersonals. Die Kernaussagen sowie das Fazit dieses Artikels sind nicht wissenschaftlich überprüft, jedoch glaubwürdig beschrieben. Der Autor Gärtner ist Chefarzt sowie Facharzt für Anästhesie, Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie im Palliativzentrum Hildegard. Müller studierte Chemie und Theologie. Zudem verfasste er eine Promotion in Medizinethik und ist unter anderem im Pfarramt beider Basel Universitäten tätig. Daneben ist er Seelsorger im Universitätsspital Basel und Dozent in den Fächern Chemie, Physik und Ethik.

Evidenzlevel:

Das Artikel befindet sich auf der Stufe zwei, «Summaries», nach Di Censo et al. (2009).

Zusammenfassung des Fallbeispiels: Erfahrungen mit Sterbefasten in Heimen; Begleitung von Agnes: «Wir halten Ethik hoch.» zur Nieden und zur Nieden (2019)

<p>Steckbrief</p>	<p>Name: Agnes Alter: 89 Jahre Sterbeort: Heim Begleitung: durch Pflegenden im Heim und besuchsweise An- und Zugehörige, fast täglich Besuche von den Kindern und Enkeln Beweggründe: lebens- und leidenssatt, «Habe erreicht, was ich wollte.» Erkrankungen: PAVK, Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus, depressive Episoden Dauer des Sterbeprozesses: 18 Tage Hauptproblem: sich entwickelndes starkes Schmerzsyndrom bei arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) Ärztliche Versorgung: unzureichend Pflegedienst: stationäre Heimpflege Bewertung des Sterbeprozesses: unmenschlich, menschenunwürdig</p>
<p>Einleitung</p>	<p>Im Buch Umgang mit Sterbefasten – Fälle aus der Praxis von Christiane und Hans-Christoph zu Nieden werden mehrheitlich positiv verlaufenen Fälle von Sterbefasten beschrieben. In diesem Fall steht jedoch eine grosse Unzufriedenheit der Angehörigen im Vordergrund.</p>
<p>Fallbeschreibung</p>	<p>An Heilig Abend im Jahr 2017 beschloss Agnes das Essen im Heim zu verweigern. Sie klagte über Nausea und dass sie nichts runter kriegen. Agnes schränkt zusätzlich die Trinkmenge stark ein. Sie äussert, dass die Pflegenden sie «stopfen» wollen. In den weiteren Tagen setzt Agnes die Medikamente konsequent ab. Die Angehörigen erfahren über eine bekannte Physiotherapeutin, dass Agnes sterbefaste. Das Heim in welchem Agnes wohnte, legte viel Wert auf Ethik. So meldeten sich die Angehörigen im Heim, um Rat bezüglich des Sterbefasten von Agnes zu holen. Zwei Tage später wurde ein Ethikkonsil mit den Angehörigen, der Hausärztin, der Pflegedienstleitung, der Wohnbereichsleiterin, der Frau vom Sozialen Dienst und Agnes durchgeführt. Obwohl Agnes nicht direkt sagte, dass sie sterbefaste, gab sie gleich zu Beginn des Ethikkonsils klar zu verstehen, dass sie mit Essen und Trinken aufhöre. Die Hausärztin warnte vehement von den Folgen des VFNF. Sie klärte auf über die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, den kognitiven Abbau, Wahnvorstellungen, Eiweissmangel, Niereninsuffizienz, Schmerzen, Ängste, Verschleimung und weitere mögliche körperliche Symptome. Zudem wurden klare medizinische Massnahmen festgehalten und einstimmig angenommen. Die Angehörigen äussern, dass sie nach dem Gespräch ein gutes, ruhiges Gefühl hinsichtlich des Ablaufs des Vorgehens haben. Die Aufgaben wurden folgendermassen zugeteilt: die Ärztin übernahm die Symptomkontrolle, die Pflegenden die körperliche Versorgung, die Angehörigen die seelische Betreuung und der soziale Dienst die Kontaktaufnahme mit dem Hospiz.</p> <p>In den nächsten Tagen wurden wesentliche Absprachen des Ethikkonsils nicht eingehalten. Agnes litt unter starken Schmerzen an den Füessen, aufgrund der nicht medikamentös therapierten PAVK. Livide Verfärbungen sowie Nekrosen an den Füessen bilden sich. Zusätzlich entwickelte sich ein Dekubitus am Steissbein. Als die Angehörigen zu Besuch kamen und Agnes vor Schmerzen schrie,</p>

	gerieten sie in Panik und telefonierten der Hausärztin. Diese ordnete zuerst keine adäquate Schmerztherapie an. Nach einem weiteren Ethikonsil mit 25 Teilnehmer, inklusive Palliativmedizinerin und Klinikchefarzt, wurde schliesslich eine adäquate Schmerztherapie sowie eine Anti-Dekubitusmatratze angeordnet. Zwei Tage später verstirbt Agnes schmerz kompensiert im Beisein ihrer Angehörigen.
Nachbetrachtung	Die Angehörigen nahmen den Prozess des Sterbefastens sehr negativ wahr. Der Sohn gibt auf einer Bewertungskala, null = schrecklichster vorstellbarer Tod, neun = friedlichst vorstellbarer Tod, eine Punktzahl von zwei an. Die Schwiegertochter gar eine null. Die Angehörigen klagen über eine unzureichende Pflege und mangelhafter Schmerztherapie der Hausärztin. Innerhalb von 18 Tagen verstarb Agnes. Dabei klagte sie über Durst, nie aber über Hunger. Die Angehörigen zeigten Akzeptanz gegenüber des Sterbewunsches von Anges. Die Pflegenden reagierten verunsichert und äusserten, dass es schwierig sei, wenn ein «Gesunder» sterben will. Die Angehörigen wünschten sich, dass das Pflegepersonal bei den unerträglichen Schmerzen interveniert hätte. Da die Ärztin nicht erreichbar war, hätten sie den Notarzt involvieren sollen. Es wäre wünschenswert, wenn sich das Heim um Fortbildungsmassnahmen zum Thema Selbstbestimmung am Lebensende und die Umsetzung im Heim bemühen würden.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung und Würdigung:

Das Fallbeispiel beschreibt einen unzufriedenstellenden Verlauf des FVNF. Dieser wird anhand Erzählungen von Angehörigen dargestellt, was zur Folge hat, dass der Situationsbeschrieb auf deren Wahrnehmung beruht und durch die emotionale Wertung verzerrt werden kann. Der Fall ist plausibel geschildert, jedoch wirft er inhaltlich Fragen auf. Warum handelte die Pflege bezüglich des Schmerzmanagements nicht früher und warum war die Hausärztin zurückhaltend betreffend der Morphingabe. Dieser Fall beschreibt eine Situation, die weder professionelle Pflege noch professionelle medizinischer Leistung vorweist. Deshalb ist zu hinterfragen, ob dieser Fall unter anderen Umständen besser verlaufen wäre. Dieses Fallbeispiel zeigt, dass die Ärzte sowie die Pflegenden und diesem Pflegeheim überfordert mit dem FVNF sind. Deshalb wäre eine institutionelle Weiterbildung in diesem Pflegeheim zwingend erforderlich. Die Aussagen dieses Fallbeispiels sind nicht wissenschaftlich überprüft, jedoch glaubwürdig beschrieben. Das Ehepaar zur Nieden hat das Fallbeispiel in ihrem Buch, Umgang mit Sterbefasten, veröffentlicht. Gemeinsam halten sie Vorträge und bieten Beratung für Kommunikation am Lebensende. Christiane zur Nieden studierte Romanistik und Geschichte.

Während ihrem beruflichen Werdegang arbeitete sie in einer Praxis für Allgemeinmedizin und ist ehrenamtliche Sterbe und Trauerbegleiterin. Zudem ist sie Heilpraktikerin für Psychotherapie. Hans-Christoph zur Nieden studierte Germanistik, Sozialwissenschaften sowie Humanmedizin. Er war als Allgemeinmediziner und später Palliativarzt tätig.

Evidenzlevel:

Das Fallbeispiel befindet sich auf der Stufe zwei, «Summaries», nach Di Censo et al. (2009).