Advanced Care Planning in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt

Advanced Care Planning: Einführung ins Thema und Vorstellung der verschiedenen Dokumente der Arbeitsgruppen

Dr. med. Sandra Eckstein, Leitende Ärztin Abt. Palliative Care, USB
PD Dr. med. Klaus Bally, Facharzt Allgemeine Medizin FMH / uniham-bb

Bedeutung Vorausplanung

- Über 80% der Menschen sterben an einer chronischen Erkrankung oder einem zuvor diagnostizierten Problem
- Die meisten Menschen sterben in medizinischer Versorgung
- Bis zu 70% dieser Patienten können nicht mehr selbst über die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen entscheiden

Vorausplanung = Schlüssel für selbstbestimmte Gestaltung der letzten Lebensphase

Vorausplanung = Förderung von integrativer und koordinierter Patientenversorgung

G. Marckmann, 2012

Patientenverfügung
Probleme im Umgang/in der Umsetzung

Sommer et al., 2012
Marckmann et in der Schmitten, 2011
Radbruch et al., 2008
Shalowitz, 2006
Fagerlin et Schneider, 2004

- **Nicht verfügbar, nicht auffindbar, nicht bekannt**
- **Nicht valide**:
  - Oft wiedersprüchlich oder ungenau
  - Kein informed consent
  - Ungeklärte Urteilsfähigkeit
- **Nicht aussagekräftig/belastbar** in spez. Notfallsituationen
- **Veränderung** von Behandlungswünschen, Ansichten von Lebensqualität
- **Nicht Befolgung** seitens Behandlungsteams
- **Nicht- Übereinstimmung/Mangelnde Kenntnis** Patientenwille seitens Patientenvertreter

Patientenverfügung alleine sichert nicht Selbstbestimmung am Lebensende

Verzicht auf Patientenverfügung ist nicht die Lösung!

Aktuelle Definition von ACP

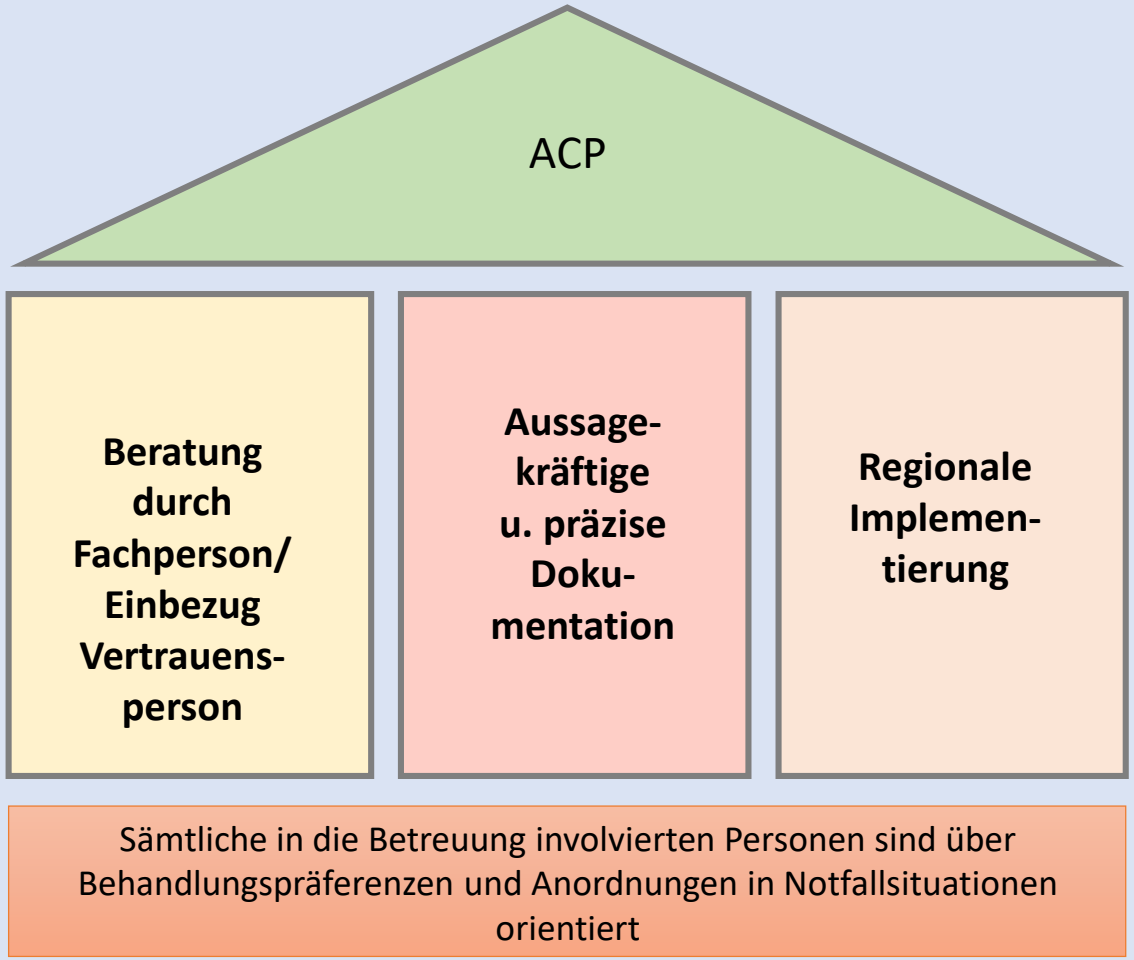
Prozess Menschen individuell zu befähigen:

- Ziele und Präferenzen für die zukünftige medizinische Behandlung und Pflege zu definieren
- diese Ziele und Präferenzen mit der Familie und den Behandlern zu besprechen
- diese Präferenzen zu erfassen, überprüfen und zu dokumentieren

Der Prozess muss auf die Bereitschaft „readyness“ und an den Gesundheits/Krankheitszustand des Einzelnen angepasst werden.

Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. The Lancet Oncology, Volume 18, Issue 9, 2017, e543-e551.

Konzept der kontinuierlichen Vorausplanung



Respecting Patient choices Programm 2007 www.respectingpatientchoices.org.au
In der SchmittenJ et al., Neue Wege mit Advanced Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten. Zeitschrift für Ethik in der Medizin, 2013

Wodurch unterscheidet sich gesundheitliche Vorausplanung (ACP) von der „traditionellen“ Patientenverfügung?

- ACP entspricht über einen längeren Zeitraum erstreckenden Prozess.
- ACP findet immer begleitet durch eine beratende Fachperson statt und nach Möglichkeit unter Einbezug der Vertretungsperson
- ACP wird sichtbar durch verschiedene Dokumente
  - Patientenverfügung
  - Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA)
  - Behandlungsplan

✓Sämtliche in die Betreuung involvierten Personen sind über Behandlungspräferenzen und Anordnungen in Notfallsituationen orientiert.

Gesundheitliche Vorausplanung (ACP) fokussiert nicht nur auf den Zeitpunkt einer möglichen Urteilsunfähigkeit (Patientenverfügung), sondern auch

- Auf eine krankheitsspezifische Vorausplanung **bei erhaltener Urteilsfähigkeit** (Behandlungsplan)

- Auf das **Vorgehen in Notfallsituationen** mit dem Ziel, vom Patienten nicht erwünschte Hospitalisationen resp. Behandlungen (Reanimation, Intensivstation, Beatmung) zu vermeiden (Ärztliche Notfallanordnung ÄNA)

Gesprächsprozess professionell begleitet

Reflexion über Werte und Einstellungen
Leben, Sinn, Spiritualität, Leiden, Krankheit, Medizin, Tod

Benennung einer Vertrauensperson
Vertrauen, Kenntnis der Person, Entscheidungskompetenz, Verfügbarkeit, Einwilligung

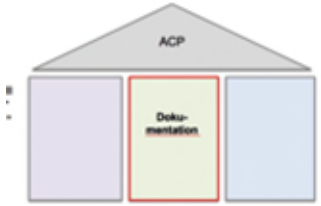
Information über den Gesundheitszustand
Diagnose, Prognose, wahrscheinliche Komplikationen Krisen, therapeutische Optionen, Nutzen & Risiken

Krankheitsspezifische Vorausplanung
Therapieziel, medizinische Massnahmen, Pflege, Aufenthaltsort

Dokumentation
Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung, Notfallanordnung
Hinweis in Patientenakte gut sichtbar, Archivierung
Plan „folgt“ dem Patienten

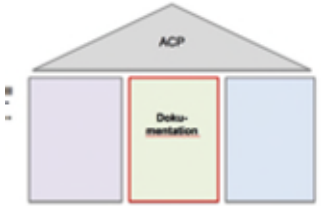
R. Jox 11/2018

Aussagekräftige und präzise Dokumentation



- Patientenverfügung
- Umsetzung der Behandlungswünsche in **ä**rztliche **No**tfall**an**ordnung/ÄNA
- Behandlungsplan bei fortschreitender Erkrankung

Zielgruppe- Welches Dokument für wen?



Gesunde Person

Chronische/fortschreitende Erkrankung vulnerable Patienten

Ende des Lebens

Tod

Werte, Lebenseinstellungen
Präferenzen für plötzliche Urteilsfähigkeit
Nennung der Vertretungsperson

Patientenverfügung, Organspende Ausweis, Vorsorgeauftrag, Testament, Bestattungsverfügung

Präferenzen für vorhersehbare Krise
Einbezug des Behandlungsnetzes

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA), (Anpassung) Patientenverfügung, Behandlungsplan

Behandlung und Begleitung am Lebensende

Behandlungsplan, (Anpassung) ÄNA, Patientenverfügung

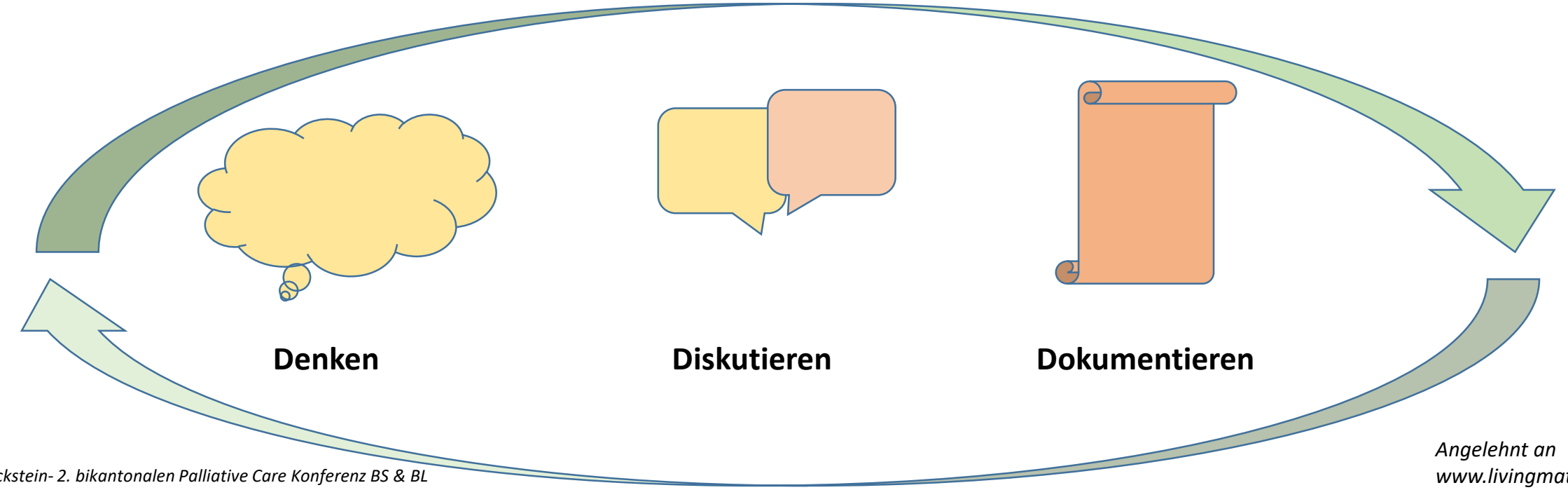
Get started!

Was heisst ein gutes Leben für mich?

Was gibt meinem Leben Bedeutung?

Was will ich wenn ich krank bin?

Mit welchen Einschränkungen kann ich mir kein gutes Leben vorstellen?



Angelehnt an www.livingmatters.sg

Get started!

Gesundheitliche Vorausplanung in unserer Region BS und BL

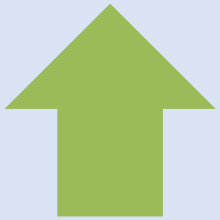
Welche Dokumente brauchen wir?

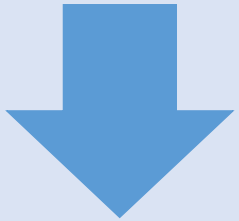
Für wen erstellen wir die Dokumente?

Wer muss in diesen Prozess eingebunden werden?

Gesundheitliche Vorausplanung
vorgeschlagene Projektorganisation

Beirat
verantwortet Gesamtprojekt
Übersicht über den Prozess, repräsentiert relevante Akteure
verabschiedet die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen





Kerngruppe
unterstützt Beirat
erarbeitet unter Einbezug relevanter Leistungserbringer
AG ärztliche Anordnung für den Notfall ÄNA
AG Behandlungsplan
AG Patientenverfügung und Beratung

Einbezug BS + BL

Gesundheitsdepartemente
Spitex, SEOP, Palliativ-Onkospitex
Allgemeine Ärtzegesellschaften
Spitäler
APHs
Sanität
GGG Voluntas

Kerngruppe

PD Dr. Klaus Bally, universitäres Institut für Hausarztmedizin

Jikkelien Bohren, Leitung GGG Voluntas

Dr. med. Sandra Eckstein, Ärztliche Leitung, Palliative Care USB

Dr. med. Anke Ronsdorf, universitäres Institut für Hausarztmedizin

Michelle Salathé, Recht & Ethik, Kommission GGG Voluntas

Silke Walter MSc, Pflegeexpertin Palliative Care USB

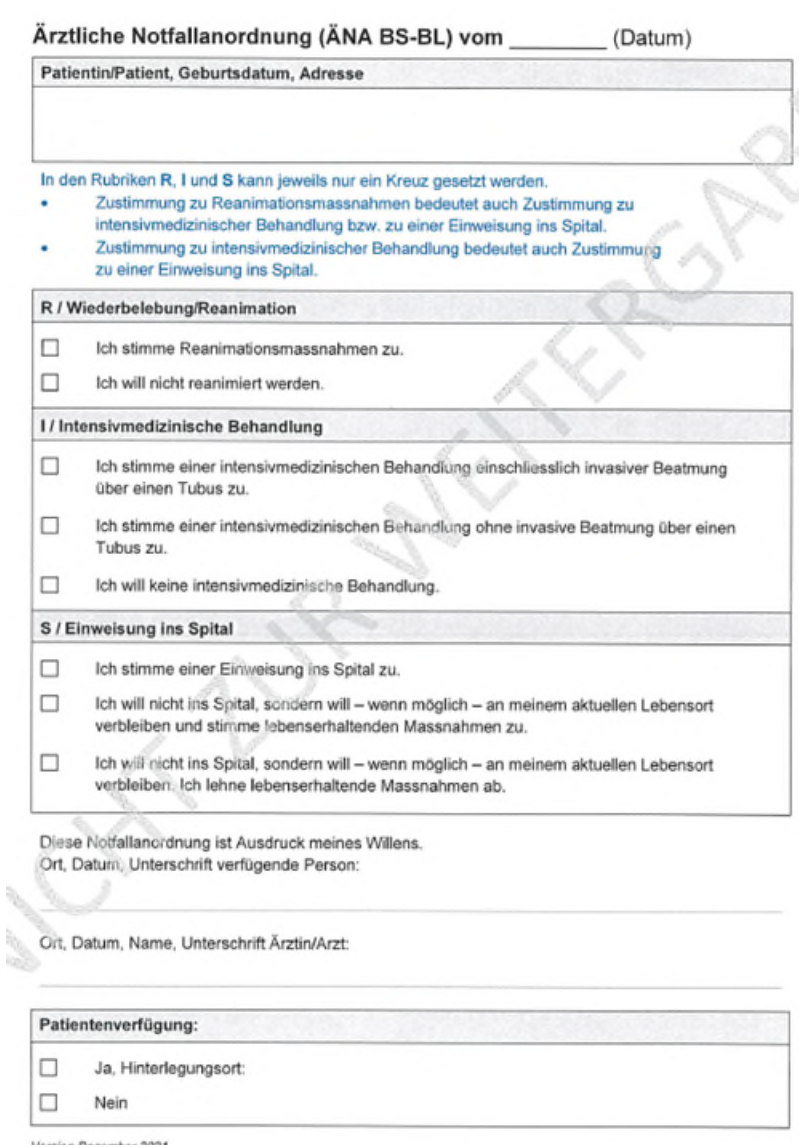
Dr. med. Christine Zobrist, Ärztliche Leitung Palliative Care KSBL

Dr. med. Patricia deNisco, Hausärztin, BL

- Entwicklung der Dokumente in Fokusgruppen
- Unter Einbezug Experten BS BL

Ärztliche Notfallanordnung ÄNA

- Name
- Entscheid zu
  - Reanimation
  - Intensivmedizinische Behandlung und Intubation
  - Einweisung ins Spital
- Erstellung
  - mit urteilsfähigem Patienten
  - bei urteilsunfähigem Patienten mit Stellvertreter
  - mit Arzt
- Signatur
  - Patient/Stellvertreter
  - Arzt



Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA BS-BL) vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse

In den Rubriken **R**, **I** und **S** kann jeweils nur ein Kreuz gesetzt werden.
- Zustimmung zu Reanimationsmassnahmen bedeutet auch Zustimmung zu intensivmedizinischer Behandlung bzw. zu einer Einweisung ins Spital.
- Zustimmung zu intensivmedizinischer Behandlung bedeutet auch Zustimmung zu einer Einweisung ins Spital.

R / Wiederbelebung/Reanimation

- ☐ Ich stimme Reanimationsmassnahmen zu.
- ☐ Ich will nicht reanimiert werden.

I / Intensivmedizinische Behandlung

- ☐ Ich stimme einer intensivmedizinischen Behandlung einschliesslich invasiver Beatmung über einen Tubus zu.
- ☐ Ich stimme einer intensivmedizinischen Behandlung ohne invasive Beatmung über einen Tubus zu.
- ☐ Ich will keine intensivmedizinische Behandlung.

S / Einweisung ins Spital

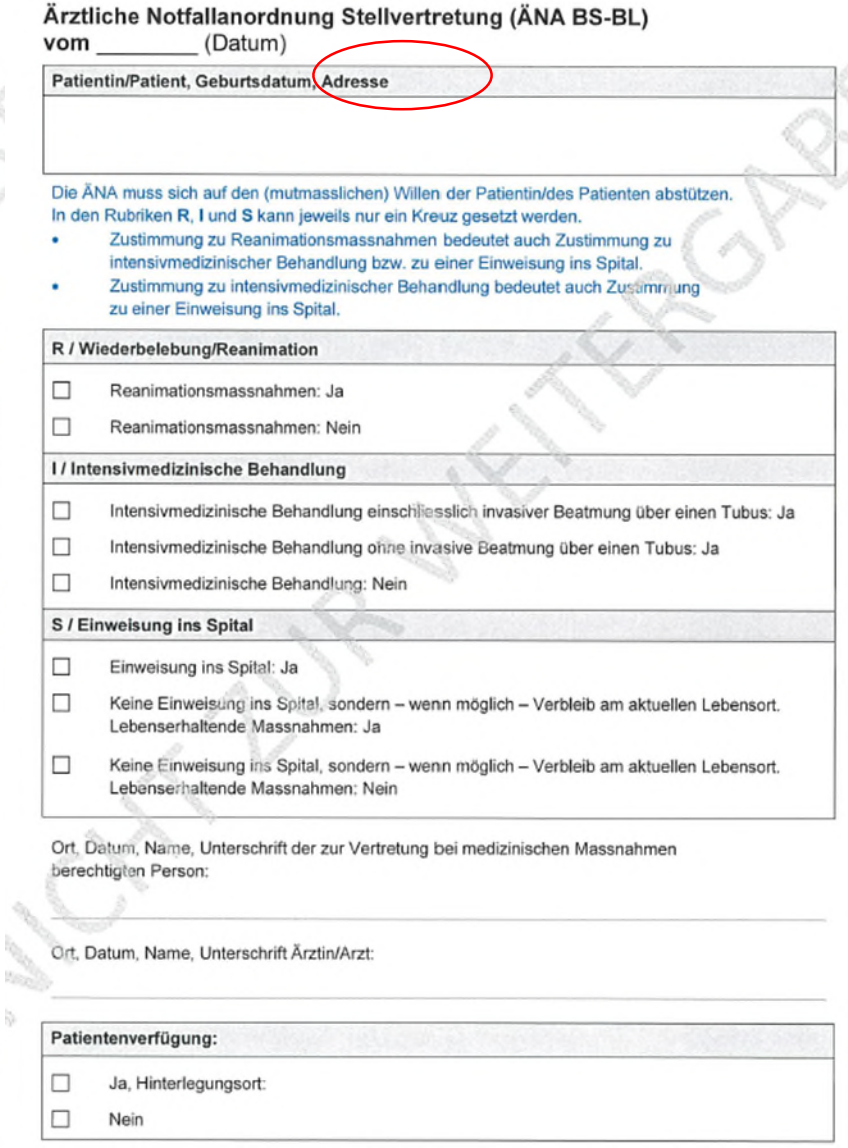
- ☐ Ich stimme einer Einweisung ins Spital zu.
- ☐ Ich will nicht ins Spital, sondern will – wenn möglich – an meinem aktuellen Lebensort verbleiben und stimme lebenserhaltenden Massnahmen zu.
- ☐ Ich will nicht ins Spital, sondern will – wenn möglich – an meinem aktuellen Lebensort verbleiben. Ich lehne lebenserhaltende Massnahmen ab.

Diese Notfallanordnung ist Ausdruck meines Willens.
Ort, Datum, Unterschrift verfügende Person:

Ort, Datum, Name, Unterschrift Ärztin/Arzt:

Patientenverfügung:

- ☐ Ja, Hinterlegungsort:
- ☐ Nein



Ärztliche Notfallanordnung Stellvertretung (ÄNA BS-BL) vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse

Die ÄNA muss sich auf den (mutmasslichen) Willen der Patientin/des Patienten abstützen.
In den Rubriken **R**, **I** und **S** kann jeweils nur ein Kreuz gesetzt werden.
- Zustimmung zu Reanimationsmassnahmen bedeutet auch Zustimmung zu intensivmedizinischer Behandlung bzw. zu einer Einweisung ins Spital.
- Zustimmung zu intensivmedizinischer Behandlung bedeutet auch Zustimmung zu einer Einweisung ins Spital.

R / Wiederbelebung/Reanimation

- ☐ Reanimationsmassnahmen: Ja
- ☐ Reanimationsmassnahmen: Nein

I / Intensivmedizinische Behandlung

- ☐ Intensivmedizinische Behandlung einschliesslich invasiver Beatmung über einen Tubus: Ja
- ☐ Intensivmedizinische Behandlung ohne invasive Beatmung über einen Tubus: Ja
- ☐ Intensivmedizinische Behandlung: Nein

S / Einweisung ins Spital

- ☐ Einweisung ins Spital: Ja
- ☐ Keine Einweisung ins Spital, sondern – wenn möglich – Verbleib am aktuellen Lebensort. Lebenserhaltende Massnahmen: Ja
- ☐ Keine Einweisung ins Spital, sondern – wenn möglich – Verbleib am aktuellen Lebensort. Lebenserhaltende Massnahmen: Nein

Ort, Datum, Name, Unterschrift der zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigten Person:

Ort, Datum, Name, Unterschrift Ärztin/Arzt:

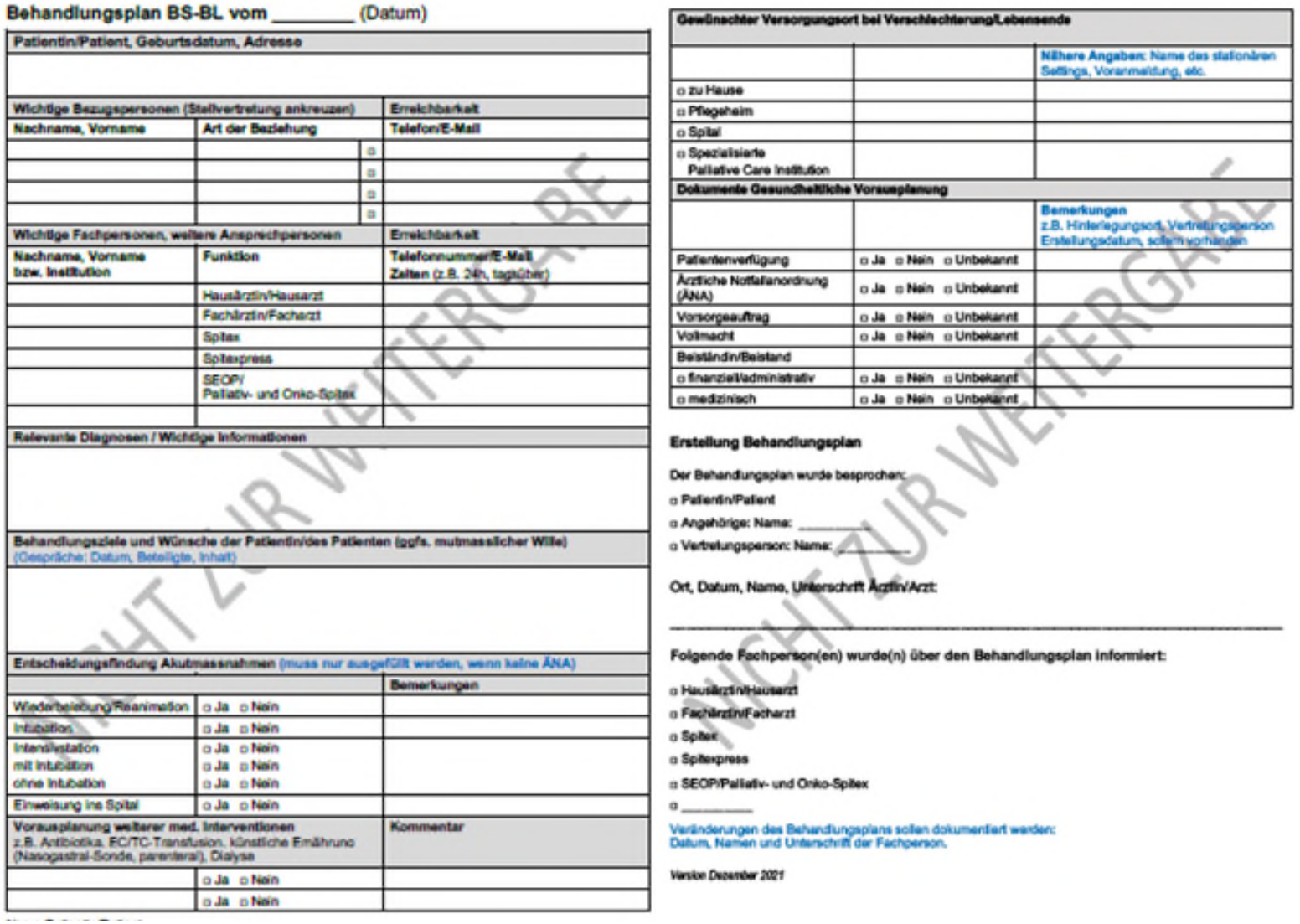
Patientenverfügung:

- ☐ Ja, Hinterlegungsort:
- ☐ Nein

NICHT FÜR WEITERGABE

Behandlungsplan

- Name
- Stellvertreter
- Wichtige Bezugspersonen
- Wichtige Fachpersonen
- Diagnosen
- Behandlungsziele & Wünsche
- Gewünschter Versorgungsort
- Dokumente der Vorausplanung
- Erstellung
  - mit urteilsfähigem Patienten
  - Bei urteilsunfähigem Patienten mit Stellvertreter
  - mit Ärztin/Arzt
- Signatur Ärztin/Arzt



Behandlungsplan BS-BL vom _____ (Datum)

Patientin/Patient, Geburtsdatum, Adresse		
Wichtige Bezugspersonen (Stellvertretung ankreuzen)		**Erreichbarkeit**
Nachname, Vorname	**Art der Beziehung**	**Telefon/E-Mail**
		☐
		☐
		☐
		☐
Wichtige Fachpersonen, weitere Ansprechpersonen		**Erreichbarkeit**
Nachname, Vorname bzw. Institution	**Funktion**	**Telefonnummer/E-Mail Zeiten** (z.B. 24h, tagsüber)
	Hausärztin/Hausarzt	
	Fachärztin/Facharzt	
	Spitex	
	Spitexpress	
	SEOP/ Palliativ- und Onko-Spitex	
Relevante Diagnosen / Wichtige Informationen		
Behandlungsziele und Wünsche der Patientin/des Patienten (ggfs. mutmasslicher Wille) (Gespräche: Datum, Beteiligte, Inhalt)		
Entscheidungsfindung Akutmassnahmen (muss nur ausgefüllt werden, wenn keine ÄNA)		
		Bemerkungen
Wiederbelebung/Reanimation	☐ Ja ☐ Nein	
Intubation	☐ Ja ☐ Nein	
Intensivstation mit Intubation ohne Intubation	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	
Einweisung ins Spital	☐ Ja ☐ Nein	
Vorausplanung weiterer med. Interventionen z.B. Antibiotika, EC/TC-Transfusion, künstliche Ernährung (Nasogastral-Sonde, parenteral), Dialyse		**Kommentar**
	☐ Ja ☐ Nein	
	☐ Ja ☐ Nein	

Gewünschter Versorgungsort bei Verschlechterung/Lebensende		
		Nähere Angaben: Name des stationären Settings, Voranmeldung, etc.
☐ zu Hause		
☐ Pflegeheim		
☐ Spital		
☐ Spezialisierte Palliative Care Institution		
Dokumente Gesundheitliche Vorausplanung		
		Bemerkungen z.B. Hinterlegungsort, Vertretungsperson Erstellungsdatum, sofern vorhanden
Patientenverfügung	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt	
Ärztliche Notfallanordnung (ÄNA)	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt	
Vorsorgeauftrag	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt	
Vollmacht	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt	
Beiständin/Beistand		
☐ finanziell/administrativ	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt	
☐ medizinisch	☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt	

Erstellung Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wurde besprochen:

☐ Patientin/Patient

☐ Angehörige: Name: _____

☐ Vertretungsperson: Name: _____

Ort, Datum, Name, Unterschrift Ärztin/Arzt:

_____

Folgende Fachperson(en) wurde(n) über den Behandlungsplan informiert:

☐ Hausärztin/Hausarzt

☐ Fachärztin/Facharzt

☐ Spitex

☐ Spitexpress

☐ SEOP/Palliativ- und Onko-Spitex

☐ _____

Veränderungen des Behandlungsplans sollen dokumentiert werden: Datum, Namen und Unterschrift der Fachperson.

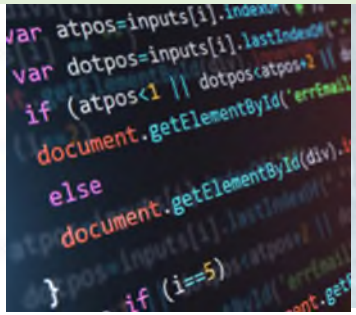
Version Dezember 2021

NICHT ZUR WEITERGABE

Erfahrung Implentierung USB

- Projektauftrag «Behandlungswünsche» der ärztlichen Direktion an klinische Ethik
- Projektleitung: Prof. M. Trachsel/Klinische Ethik, M. Salathe/ Recht& Ethik, Dr. S. Eckstein/Palliative Care
- Mitglieder interprofessioneller/interdisziplinär Vertretung aller Departemente
- Beizug IT

- ➢ Entwicklung und Diskussion interner Prozesse
- ➢ Entwicklung Formulare/Integration in elektronische Kurve anhand kantonaler Dokumente
- ➢ Vernehmlassung
- ➢ Umsetzung
- ➢ Schulung der Mitarbeiter
- ➢ Begleitende Forschung



Gesundheitliche Vorausplanung (ACP) hat eine eine individuelle, aber auch eine systemische Dimension

061 261 15 15
MNZ

Basler Patientenverfügung

Herausgeber: Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER | GGG Voluntas | Medizinische Gesellschaft Basel | Universitätsspital Basel

Gesundheitliche Vorausplanung (ACP) ist nur in einem **funktionierenden Netzwerk** wirklich effektiv. Willensbekundungen müssen **allen an der Behandlung Beteiligten** zur Kenntnis gebracht werden.

Partner im Netzwerk	**Zielgruppe**
• Beratende (Gesundheitsfachpersonen, Beratungsstellen) • Hausärzt*innen, Spitex • Spitäler, Notfallstationen • Hospize, Palliativstationen • Alters- und Pflegeheime • Rettungsdienste (144) • Medizinische Notrufzentrale (MNZ)	• Gesamtpopulation in der Region? • APH-Bewohnende? • Menschen mit chronischen Erkrankungen? • Palliativpatient*innen? • Alle Menschen im Alter > 65? • Bestimmte Gemeinden?

Zusammenarbeit im Netzwerk soll wiederum direkt auf den Formularen zu erkennen sein.

Voraussetzungen für ein funktionierendes Netzwerk

- Sensibilisierung: Netzwerkgedanke muss vermittelt und gelebt werden
- Koordination: Koordinations-/Kompetenzzentrum als „Ansprechort“
- Bereitschaft zum interprofessionellen Austausch auf allen Ebenen
- Voraussetzungen für ressourcenschonenden Austausch
    - Interaktive elektronische Plattformen
    - Persönlicher Austausch im Netz
    - Rundtischgespräche mit Ethik-Unterstützung für Einzelfälle
- Zielgruppenspeifische modular aufgebaute Bildungsangebote
    - Grundkenntnisse; rechtliche und ethische Grundlagen; Urteilsfähigkeit; Formulare; Notfallsituation; lebenserhaltende Massnahmen, Palliativmedizin; Kommunikation
- Klare Regelung der Finanzierung

Dokumente sind erarbeitet – was sind die nächsten Schritte?
1. Sensibilisierung

- Welche Zielgruppen sollen erreicht werden?
- Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen und der Zielgruppen

90% of people want to talk with their loved ones about advance care planning, **but only 27%** have done so[1]

79% of people say if they were seriously ill they would want to talk to their doctor about end-of-life care, **but only 7%** have had this conversation[2]

60% of people feel it's very important to make sure their family is not burdened by tough decisions, **but only 42%** have talked to family members about their healthcare wishes[2]

82% of the population think it's important to put their healthcare wishes in writing, **but only 23%** have done so[2]

2019 Genentech USA; Inc. All rights reserved. This site is intended for U.S. Residents only

Dokumente sind erarbeitet – was sind die nächsten Schritte?
2. Realisierung von modular aufgebauten Schulungen

Bildungsangebot
Gesundheitliche Vorausplanung

GGG Voluntas

Grundmodul (1 Stunde): Einführung GVP

Aufbaumodule (1 bis 2 Stunden): Vertiefte Kenntnisse in einzelnen Bereichen

- Zielgruppen, Dokumente (PV, ÄNA, Behandlungsplan)
- Rechtliche Grundlagen: Verbindlichkeit, Urteilsfähigkeit, Rolle von Vertretungspersonen, Organspende
- Besonderheiten in der Notfallsituation (unter Einbezug der PV, ÄNA, Stv.ÄNA): Bewusstlosigkeit, Stroke, Reanimation
- Lebenserhaltende Massnahmen / Intensivmedizin: Nahrungs- & Flüssigkeitssubstitution, Beatmung, Nierenersatzverfahren
- Vorausplanung bei chronischer Krankheit / am Lebensende (Behandlungsplan, immer auch unter Einbezug der PV)

Halbtagskurs / erweiterter Halbtagskurs GVP: Grundmodul (4 / 4.5 / 5.5 Stunden):
s. separate Folien 2 a-c
Zielgruppe: Gesundheits-Fachpersonen

1-tägige Weiterbildung zur Patientenverfügung:
Grundlagen, Inhalt, Nutzen und Grenzen in der Praxis, GGG Voluntas
Zielgruppe: Fachpersonen

1-tägige Weiterbildung zur Gesprächsführung im Rahmen der GVP
Einführung, Praktische Übungen, Simulationen, Fallbeispiele. GGG Voluntas
Zielgruppe: Gesundheits-Fachpersonen, die zur GVP beraten

4-tägige Einführung in die Beratung zur Patientenverfügung:
Grundlagen zu Ethik, Recht, Medizin und Gesprächsführung, GGG Voluntas
Zielgruppe: Gesundheits-Fachpersonen

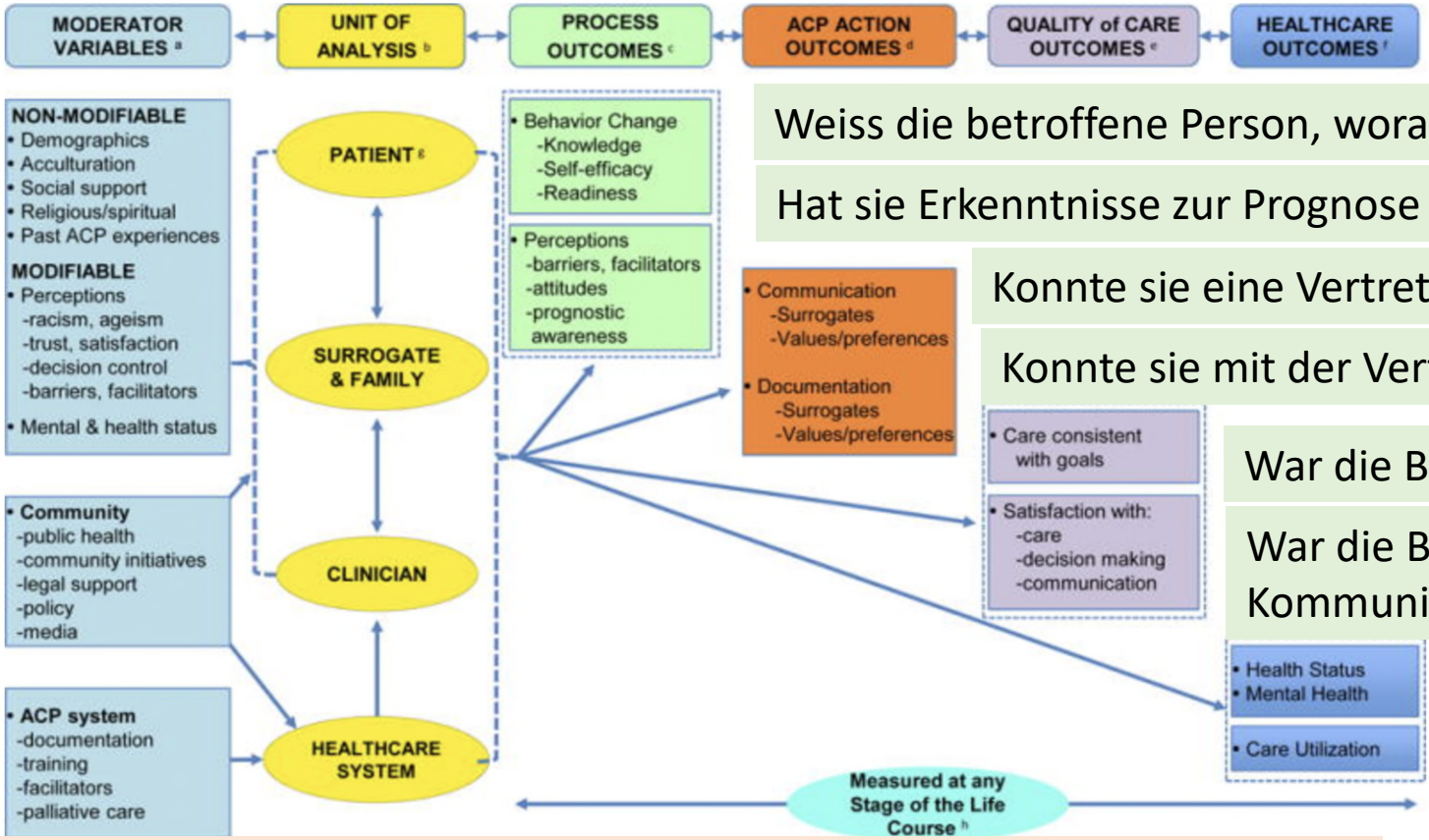
- Fachpersonen, die zu Gesundheitlicher Vorausplanung (ACP) beraten und Fachpersonen, die vorausverfügte Willensbekundungen umsetzen, sollen angesprochen werden.
- Nach Möglichkeit interprofessionelle Schulungsangebote

Dokumente sind erarbeitet – was sind die nächsten Schritte?

3. Klärung der Kommunikation im Netzwerk und der Verfügbarkeit von Dokumenten (Patientenverfügung, ÄNA, Behandlungsplan)

- Bezeichnen einer Koordinationsstelle/ eines Kompetenzzentrums und Regelung der Verantwortlichkeiten
- Ermöglichung eines interaktiven elektronischen Austauschs der involvierten Gesundheitsfachpersonen über Plattform
- Schaffen von Voraussetzungen für persönlichen Austausch
- Sicherstellung einer Ethikberatung für schwierige Fälle auch im ambulanten Bereich
- Möglichkeiten zur Hinterlegung von Dokumenten z.B. bei MNZ und Schaffen eines Zugangs zu diesen Dokumenten für Rettung, Notfallärzt*innen und Notfallstationen solange kein funktionierendes EPD zur Verfügung steht

Wann darf eine Gesundheitliche Vorausplanung (ACP) als effektiv angesehen werden? – Nicht nur abhängig von Dokumentation



Weiss die betroffene Person, worauf sie sich einlässt?

Hat sie Erkenntnisse zur Prognose ihrer Erkrankung gewonnen?

Konnte sie eine Vertretungsperson benennen /miteinbeziehen?

Konnte sie mit der Vertretungsperson über ihre Wünsche sprechen?

War die Behandlung abgestimmt auf ihre Wünsche?

War die Betreuung / Entscheidungsfindung und Kommunikation befriedigend?

Physische und psychische Gesundheit?

Spitaleinweisungen, Hospizbetreuung, wo ist die Person gestorben?

Sudore RL et al. Outcomes That Define Successful Advance Care Planning: A Delphi Panel Consensus. *J Pain Symptom Manage*.2018

Was muss im Kontext der Gesundheitlichen Vorausplanung (ACP) unbedingt beachtet werden?

- Niemand darf zur Gesundheitlichen Vorausplanung (ACP) gezwungen werden – es soll ein Angebot bleiben.
- Keine Institution darf explizit oder implizit das Vorhandensein von Patientenverfügungen / Notfallanordnungen zur Voraussetzung machen.
- Das Ziel der Gesundheitlichen Vorausplanung besteht nicht nur in einer möglichst hohen Anzahl vollständiger Patientenverfügungen und Notfallanordnungen, sondern darin, Menschen zu befähigen, mit anderen Menschen über ihre Werte und Behandlungswünsche zu sprechen.
- Dokumente (Patientenverfügungen und Notfallanordnungen) dürfen und sollen niemals das Gespräch mit Betroffenen ersetzen, insbesondere dann nicht, wenn Menschen in der Entscheidungssituation urteilsfähig sind.

Gesundheitliche Vorausplanung heisst nicht nur, im Voraus über **Reanimation ja oder nein** zu entscheiden, sondern zu lernen, mit anderen Menschen und insbesondere mit einer Vertretungsperson und den vertrauten Gesundheitsfachpersonen über Werte und Wünsche im Leben zu sprechen und dies umso häufiger und intensiver je konkreter die Krankheitssituationen sind und je näher das Lebensende rückt.

- Wenn es für Menschen schon schwierig ist, Entscheidungen zu fällen in ganz konkreten vorliegenden Krankheitssituationen – wieviel schwieriger muss es sein, Behandlungen festzulegen für eine in unbestimmter Zukunft liegende Situation mit nicht identifizierbarer Erkrankung und nicht voraussagbaren Behandlungen?

Angela Fagerlin and Carl E. Schneider,
"Enough: The Failure of the Living Will,"
Hastings Center Report 34, no. 2 (2004): 30-42