

**Zeitschrift:** Infokara Deutschschweiz  
**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin  
**Band:** - (1995)  
**Heft:** 40

**Artikel:** Konzept der onkologischen Paalliativstation [i.e. Palliativstation]  
Kantonsspital St. Gallen (seit 1990, 5. Version März 1995)  
**Autor:** Glaus, Agnes / Senn, Hansjörg  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091650>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Konzept der onkologischen Paalliativstation Kantonsspital St. Gallen

(Seit 1990, 5. Version März 1995)

**Agnes Glaus, Msc, Hansjörg Senn, Prof. Dr. <sup>1</sup>**

---

## Einleitung

Das Kantonsspital ist Grundversorgungsspital für die Stadt St.Gallen und die nähere Umgebung und ist gleichzeitig Zentrumsspital bezüglich Spezialversorgung von Patienten aus der Ostschweiz. Die frühere Medizinische Klinik wurde 1972 in die drei Kliniken A, B und C aufgeteilt. Die Medizinische Klinik C umfasst seit damals die Fachgebiete Gastroenterologie (18 Betten, Endoskopie und Sonographie), Hämatologie und Onkologie (50 Betten, onkologisches Ambulatorium) (Chefarzt Prof. Dr. H.J.Senn seit 1972, Oberschwester Agnes Glaus, MSc. seit 1979). Dieser Klinik ist auch eine Forschungsabteilung angegliedert.

Nachdem in den Gründerjahren vorwiegend der Aufbau der onkologischen Behandlungsmöglichkeiten, die Gestaltung der allgemeinen Betreuung und die Weiterbildung in der onkologischen Krankenpflege und in medizinischer Onkologie im Vordergrund standen, stellte sich in der zweiten Hälfte der Achzigerjahre zunehmend die Frage, unter welchen Umständen die vielen, schwerkranken Tumorpatienten in einem Akutspital am besten behandelt, gepflegt und betreut werden könnten. Die hohe Konfrontation mit sterbenden Menschen, (jeweils ungefähr 150 Menschen pro Jahr, allein an unserer Klinik), forderte uns heraus, nach neuen Strukturen für diese Patienten zu suchen und ein Konzept zu entwickeln. Als Folge davon, wandelten wir im Jahre 1990 eine onkologische Bettenstation mit 14 Betten in eine onkologische Palliativstation mit 11 Betten um. Der vom Kanton bewilligte Umbaukredit ermöglichte die bauliche Anpassung an den Zweck dieser Station. Im Mai 1991 erfolgte die offizielle Eröffnung im Rahmen eines Symposiums, mit einem ermutigenden Grusswort der Kantons-Regierung und von Herrn Dr. Jan Stjernswärd, dem Direktor der "Cancer and Palliative Care Unit" in Genf (Welt Gesundheits Organisation).

---

<sup>1</sup> Medizinische Klinik C, Kantonsspital, CH 9007 St Gallen

## Räumliche Struktur der onkologischen Palliativstation

Die Station umfasst 11 Betten, ab Ende 1995 eingeteilt in 3 Ein-Bett-Zimmer und 4 Zweibett-Zimmer (Reorganisation nach Umzug Musiktherapie). Wohnküche, Wohnstube und eine bequeme Sitzzone geben der Station ein häusliches, wohnliches Aussehen und laden ein zum gemeinsamen Verweilen. Daneben verfügt die Station über die spital-üblichen Nebenräume und technischen Voraussetzungen.

## Ziel und Zweck der Palliativstation

Der Alltag in einem modernen Grossspital ist geprägt vom Ziel der Wiederherstellung und Heilung von Krankheiten. Auch in einem 1000-Betten Akutspital geht es aber oft nicht um Heilung, sondern um Linderung (Palliation), Ueberlebenshilfe und Sterbebegleitung. In den Akutspitälern sterben mehr Menschen als sonst irgendwo. In diesen hochentwickelten Akuteinrichtungen besteht die Gefahr, aufgrund des oft notwendigerweise hektischen Alltags, dieser wichtigen Aufgabe weniger hohe Priorität zuzuordnen und das Sterben dann als einen traurigen Zwischenfall zu erleben (Gallmeier 1988). Schwerstkranke und Sterbende bedürfen jedoch eines anderen Umgangs, neuer Behandlungs- und Pflegeziele und der anspruchsvollen Unterstützung auf dem Wege des Sterbens. Entsprechend modernen Konzepten der Palliativpflege gelten auch hier die folgenden drei Schwerpunkte :

1. Linderung von krankheits-bedingten Beschwerden wie Schmerzen, Uebelkeit/ Erbrechen, Schwäche/Müdigkeit, Darmassage-Störungen, Verdauungsprobleme, Ernährungsprobleme, Atemnot, Verwirrung, Angst, Depression usw. (Symptomkontrolle).
2. Kommunikation zwischen Betroffenen/ Angehörigen/ Betreuern. Unterstützung in der Krankheitsverarbeitung, Sinnfindung, Begleitung.
3. Einbezug der Angehörigen/ Freunde in die Pflege und Betreuung; Abklärung der Möglichkeiten zur Heimpflege.

Diese Schwerpunkte haben in der heutigen Pflege und Behandlung im Spital wohl auch ihren Platz, können aber aus räumlichen, personellen und strukturellen Gründen oft nur suboptimal und unter erschwerten Umständen praktiziert werden. Palliativpflege mit einem entsprechenden Personal- und Betriebskonzept, hat mit ihrer Betonung der Lebensqualität auf die Ausübung der gesamten Akutmedizin und der klinischen Onkologie Ausstrahlung. Unter ihrem Einfluss kann sich ein bedürfnisgerechter Betreuungsstil unheilbar Krebskranker etablieren, der die fortlaufende Anpassung der Zielsetzung und die Befolgung obiger Grundsätze einschliesst.

## Kriterien zur Patientenaufnahme

In dieser Station finden schwerpunktmässig Patienten mit einem fortgeschrittenen, unheilbaren Krebsleiden mit ausgeprägten, krankheits-bedingten Beschwerden Aufnahme:

- Zur Abklärung der Ursache von Beschwerden (zum Beispiel Schmerzen) und zur Einleitung einer spezifischen Behandlung und Pflege (palliative Operation, Radiotherapie, Chemotherapie), einschliesslich der postoperativen Erholung und Früh-Rehabilitation
- Linderung von Beschwerden, ohne ursächliche Behandlungsmöglichkeit (Symptomkontrolle, vor allem Schmerzkontrolle), oft auch vorübergehend, bis eine Pflege zu Hause organisiert und wieder möglich ist (terminale Rehabilitation)
- Pflege in der Sterbephase, wenn die Heimpflege ungenügend oder unmöglich ist

Das Behandlungskonzept und die Zielsetzung sind den geplant eintretenden Patienten in der Regel bekannt. Meistens handelt es sich um bereits in der Klinik bekannte Kranke und/ oder solche, die sich in einer schwierigen Pflegesituation befinden (klinikintern, spitalintern, extern). Alleinstehende und Einsame in sozial schwieriger Lage, die aus der Stadt St.Gallen und deren Umgebung stammen, haben Priorität für die Aufnahme. Wenn die Hospitalisation voraussichtlich länger als einen Monat dauert und die Pflege in einem Heim oder im Regionalspital erfolgen kann, wird eine Verlegung

vorgesehen. Die Notwendigkeit des Spitaleintritts wird von den Ärzten des onkologischen Ambulatoriums, der Notfallstation, den Oberärzten der Klinik oder der Oberassistentärztin der Palliativstation festgelegt. Bei internen Verlegungen wird die Oberassistentärztin der Palliativstation vorher schon konsiliarisch beigezogen, um die Betreuung möglichst frühzeitig zu optimieren, einen Lerneffekt auf andere Stationen zu erzielen und sinnreiche Verlegungen zu fördern. Die Bettenzuteilung in der Palliativstation erfolgt wie in den übrigen Bettenstationen der Klinik durch die Oberschwester. Bei Unklarheiten entscheidet der Chefarzt oder dessen Stellvertreter. Bei freier Bettenkapazität wird einmal wöchentlich über klinikinterne, sinnreiche Verlegungen diskutiert.

## Spitalexterne Palliativbetreuung

Wenn immer die Umstände es zulassen, wird das Sterben zu Hause gefördert. Die Palliativstation versteht sich als **Spitin/ Spitex Nahtstelle**. Nach erfolgreicher Linderung der Beschwerden und in Absprache mit den Kranken und ihren Angehörigen, wird die Möglichkeit der Heimpflege geprüft. Diese Abklärungen erfolgen zwischen der zuständigen Krankenschwester, dem Stationsarzt, dem Hausarzt, der Gemeindegkrankenschwester und der Sozialarbeiterin der Klinik, bei Bedarf unter Einbezug der Krebsliga-Sozialarbeiterin. Die Station ist nicht primär zuständig für eine Langzeitpflege, kann sich dieser Aufgabe in Einzelfällen, wo die Verlegung in ein Pflegeheim unmöglich ist, jedoch nicht entziehen.

Ein "**verlängerter Arm**" der Palliativstation, in der Person einer onkologisch geschulten Krankenschwester, zum guten Uebergang in die Heimpflege, ist im Rahmen einer 20%- Stelle vorhanden (derzeit noch extern finanziert durch die Ostschweizerische Stiftung für Klinische Krebsforschung). Ziel dieser Position ist es, den Betroffenen durch das Aufzeigen der Unterstützungsmöglichkeiten zu Hause, Mut zu machen zur Heimpflege. Weiter kann durch diese Position eine Instruktion von Angehörigen und Gemeindegkrankenschwester bei spezifisch onkologischen Pflegeproblemen (Schmerzpumpe ect.) erfolgen. Die Palliativstation ist für bereits bekannte Kranke und ihre Angehörigen telefonisch erreichbar, primär zuständig in der Heimpflege ist jedoch der Hausarzt.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zum **Stationsteam** gehören die Pflegegruppe und der Stationsarzt, die für die Patientenbetreuung in dieser Station zuständig sind (Core Team). Die Oberassistentenzärztin arbeitet eng mit ihnen zusammen, insbesondere ist sie bei Assistentenwechseln für die ärztliche Kontinuität verantwortlich. Den vielseitigen Bedürfnissen Krebskranker mit fortgeschrittenem Leiden kann jedoch am ehesten durch eine "ganzheitliche Sicht" im Rahmen einer **interdisziplinäre Zusammenarbeit** entsprochen werden.

Die weiteren, **interdisziplinären Betreuungspersonen**, wie Sozialarbeiterin, Seelsorger/in, Musik-, Physio-, Ergotherapeutin, Ernährungsberater/in, werden je nach Bedürfnis und auf Wunsch des Patienten durch das Stationsteam beigezogen. Die Koordination erfolgt über die zuständige Pflegeperson.

Einmal pro Woche findet ein **interdisziplinäres Gespräch** statt (zirka 45 Minuten). Hier kommen besondere Fragen der Pflegeziele zur Sprache. Die Aufgaben der verschiedenen Disziplinen werden koordiniert und abgegrenzt, um Überschneidungen und Lücken zu vermeiden. Hier wird auch eine allfällige "terminale Rehabilitation" und Verlegung nach Hause vorbesprochen.

### Das interdisziplinäre Team

Patient/ Angehörige

Stations-Pflegeteam und Stationsarzt

Oberassistentenzärztin

Interdisziplinäre Betreuungsinstanzen (Sozialarbeit

Seelsorge, Musik-, Physio-, Ergotherapie u.a.)

Spitalexterne Betreuer

(Angehörige, Hausarzt, Gemeindeschwester, Krebsliga,

Spitin/ Spitex Nahtstelle)

**Führungs- und Strukturfragen, Vertretung der Station nach Aussen**, fallen in den Kompetenzbereich der jeweiligen Vorgesetzten (Stationsschwester/ Ober-schwester, Oberassistentärztin/Chefarzt). Entsprechende Anträge zusätzlicher, interdisziplinärer Betreuer können dem Klinikchefarzt vorgelegt werden.

## **Aerztliche Betreuung**

Der Stationsarzt steht in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner, Internisten oder onkologischen Facharzt. Der Einsatz innerhalb der Palliativstation gehört zur Rotation in der Klinik, beziehungsweise im Departement für Medizin. Der Einsatz dauert in der Regel 2 bis 3 Monate. Der Assistenzarzt wird durch die Oberassistentärztin (50% Stelle), die in Palliativmedizin und -Forschung ausgebildet ist, angeleitet und betreut. Seine Lernziele umfassen das Kennenlernen des Konzeptes der Palliativmedizin, ihrer therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere im Bereich der Schmerzkontrolle, unter Abwägen von Kosten/ Nutzen aus der Perspektive des Patienten; hilfreiche Gesprächsführung; Wahrnehmung der ausgesprochenen und unausgesprochenen Wünsche der Patienten und deren prioritäre Beachtung; einfühlsame und realistische Beratung von Patienten und Angehörigen; Teamfähigkeit.

Die ärztliche Tätigkeit in der Palliativstation hat das oberste Ziel, Beschwerden zu lindern und relatives Wohlbefinden zu fördern. Dazu stehen alle Möglichkeiten des Akutspitals zur Verfügung. Die Integration der Palliativstation in ein grosses Akutspital erlaubt den raschen Kontakt zu andern Fachdisziplinen, speziell zur Anästhesie und Radioonkologie, die zusätzliche Möglichkeiten der Syptom-kontrolle ermöglichen können. Auch die Zusammenarbeit mit Orthopäden, Urologen, Ophtalmologen, Zahnärzten und anderen, kann zur verbesserten Lebensqualität beitragen. Der Entscheid bezüglich Eingriffen, Massnahmen und Therapien, erfolgt individuell und unter Mitbestimmung des Patienten. Die Oberassistentärztin ermöglicht, an einem Halbtage pro Woche, eine ambulante, palliative Betreuung im Rahmen des onkologischen Ambulatoriums. Aerzte anderer Kliniken des Spitals können bei ihr ein Konsilium anfordern. Das ermöglicht fachliche Beratung einerseits, kann aber andererseits im Umkreis auch die Achtsamkeit auf Aspekte der Lebensqualität fördern.

Lehre und Forschung beziehen sich auf die spezifischen Schwerpunkte der Palliativmedizin (z.B. Symptomkontrolle, psychosoziale Unterstützung, Lebensqualität). Jede Art von Forschung verlangt das Einverständnis der Ethikkommission sowie der Kranken und die Berücksichtigung ihrer individuellen Situation.

Lebensverlängernde Intensivmassnahmen und Wiederbelebungsversuche sind für Schwerstkranke am Ende ihres Lebens nicht zweckmässig und belastend. Im Rahmen der Krankheitsverarbeitung wird das Gespräch darüber gesucht und Patienten und Angehörige dahingehend beraten, dass sie solche Massnahmen als sinnlose Verlängerung des Leidens ablehnen können. Im Zweifelsfalle entscheidet, nach Rücksprache mit Patient und Betreuerteam, der zuständige, ärztliche Vorgesetzte. Die Patienten werden auch auf den allfälligen Besitz einer Patientenverfügung angesprochen. Ihre Mitentscheidung/-Bestimmung bezüglich Behandlung und Pflege wird respektiert und gefördert. Eine aktive Beratung in Richtung oder gar Beihilfe zur geplanten Selbsttötung ("Freitod") wie dies z.B. die Vereinigung Exit unternimmt, ist ausgeschlossen.

## **Krankenpflege innerhalb der Palliativstation**

Die Grundsätze der Krankenpflege nach V. Henderson stellen die Basis dar, auf der die Krankenpflege hier aufbaut. Es geht dabei um die individuelle Unterstützung des Kranken bei der Durchführung jener Handlungen, die zur Genesung, Wiederherstellung oder zu einem friedlichen Tod beitragen, die der Patient selbst ausführen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistungen erfolgen in der Weise, dass die Unabhängigkeit gefördert wird. Auch in der Palliativpflege stellt die Verhütung von Folgeschäden, z.B. die Stomatitis- oder -Dekubitusprophylaxe eine wichtige Funktion dar, weil sie die Erhaltung des Gesunden fördert und zusätzliches Leiden verhütet. Die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens berücksichtigt Bedürfnisse, Beschwerden, Individualität und sozio-kulturelle Aspekte. Die Förderung des Wohlbefindens hat bei allen Pflegemassnahmen höchste Priorität.

Die Patienten können ihr Zimmer auf Wunsch mit persönlichen Dingen ausstatten (Fotos, Zeichnungen, Bilder, Wäsche). Besuchszeiten sind nicht

begrenzt, auch Kinder sind herzlich willkommen. Angehörige und Freunde werden bei der Pflege begleitet und auf Wunsch und wenn möglich, in die Pflege miteinbezogen. Sie können auch im Zimmer oder in der Wohnstube übernachten und die Mahlzeiten einnehmen. Das Essen nehmen die Patienten nach Wunsch und Möglichkeit in Gemeinschaft mit anderen in der Wohnküche oder im Wohnzimmer ein. Mahlzeiten können durch Angehörige in der Küche selbst zubereitet oder von zu Hause mitgebracht werden. Die Ernährung wird als wichtiger Aspekt der Lebensqualität betrachtet und es gibt keine diätetische Vorbehalte, es sei denn, sie entsprechen dem Wunsch des Patienten. Auch auf das Feiern von Festen, wie z.B. Geburtstag, Hochzeitstag, wird besonderer Wert gelegt. Dies widerspiegelt die Strategie der Ueberlebenshilfe in der letzten Lebenszeit.

Der Einsatz von freiwilligen Helfern und Helferinnen ermöglicht besondere Aktivitäten im Alltag: Verweilen im Freien, Spiel, Kaffeekränzli, Sonntagsbrunch und vieles mehr. Besonders hilfreich ist die Begleitung von unruhigen, ängstlichen Patienten oder die Unterstützung trauernder Angehöriger nach dem Sterben. Die Ergänzung der professionellen Betreuung durch freiwillige Helfer/innen, ist in einem Pflegestandard definiert.

Die Pflege ist nach dem System des "Primary Nursing" (Bezugspflege) organisiert. So weit wie möglich, trägt die gleiche Pflegeperson vom Eintritt bis zum Austritt die Pflegeverantwortung. Teilzeitangestellte und Lernende unterstützen die Hauptverantwortliche.

Die meisten diplomierten Pflegenden verfügen über eine höhere Fachausbildung in Krankenpflege, speziell Onkologie oder absolvieren diese im Rahmen ihrer hiesigen Anstellung. Der Einsatz innerhalb der Palliativstation erfolgt auf Wunsch der Mitarbeiter/innen. Festangestellte Pflegeassistentinnen unterstützen die Pflegenden. Der Bedarf an Personalkapazität wird laufend mit dem Patienten- Aufwand- Mess- System (PAMS) erfasst und auf Spitalebene evaluiert.

Der Einsatz der Lernenden erfolgt nach Abklärung der Eignung durch die Lehrerin für Krankenpflege; sie werden von ihr in der Klinik besucht und sie bietet eine regelmässige Supervision an. Der Einsatz der Lernenden ist in diesem Konzept unter anderem mit dem Ziel, in Schulen und andere Spitäler auszustrahlen und die Palliativphilosophie zu verbreiten.

Die Pflegequalität wird durch das Entwickeln und Ueberprüfen von Pflegestandards festgelegt und gesichert. Die Führung des Pflegedienstes erfolgt auf allen Stufen nach dem Konzept des "management by objectives". Das Pflege team der Station ist, wie die anderen Stationen, in die Führungsstruktur der Klinik eingebunden. Erfahrene Kolleginnen des Pflege teams unterstützen die Oberschwester bei der Oeffentlichkeitsarbeit, bei internen und externen Vorträ-gen oder Unterricht in Krankenpfleges chulen.

## **Psychosoziale Unterstuetzung**

### ***Soziale Unterstuetzung***

Die Sozialarbeiterin der Klinik betreut auch die Patienten der Palliativstation. Ihre Aufgaben sind folgende:

- Beratung und Unterstuetzung von Patienten und Angehörigen, um ein würdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen
- Konkrete Hilfe wie Vermittlung von Haushalthilfe, Hauspflege, Nachtwachen, Hilfsmittel, finanzielle Unterstuetzung, Anmeldung im Pflegeheim
- Mithilfe beim Aufarbeiten "unerledigter Geschäfte": Versicherungsfragen, Testamente, Fragen zur Zukunft der Angehörigen nach dem Tod
- Psychosoziale Betreuung der Schwerkranken und ihrer Angehörigen in Einzelgesprächen, Familiengesprächen. Mitarbeit bei Projekten, z.B. in der Gruppe für Angehörige, in Zusammenarbeit mit der Musiktherapeutin. Bei gefährdeten Angehörigen achtet sie auf die Sicherung einer Nachbetreuung durch Seelsorger, die Sozialarbeiterin der Krebsliga ect.
- Vermittlung von weiteren Hilfsmöglichkeiten, wie Beratungstellen, Gesprächsgruppen, Seelsorgedienst, Krebsliga

### ***Seelsorge***

Die Seelsorger des Kantonsspitals besuchen die Patienten der Palliativstation nach Bedürfnis regelmässig und individuell. Auf Wunsch ziehen sie auch den Gemeindeseelsorger mit in die Betreuung ein. Die Kranken und ihre Angehörigen werden auf Wunsch am Sonntag zum Gottesdienst in die Spitalkapelle

gebracht. Andachten sind auch in den Krankenzimmern möglich. In Absprache mit den anderen Betreuern beteiligen sich die Seelsorger in Einzelfällen auch an der Nachsorge von Hinterbliebenen.

### **Musiktherapie**

Die Musiktherapeutin der Klinik ist, in Zusammenarbeit mit dem Palliativteam, für folgende Aufgaben zuständig:

- Psychotherapeutische Betreuung der Patienten und deren Angehörigen, mit den Methoden der Musiktherapie
- Einstimmen, Erfassen von Gemütszuständen
- Fördern und Erweitern von Kommunikation und Ausdrucksmöglichkeiten, besonders in Bezug auf die Krankheits- und Sterbesituation
- Bearbeiten ungelöster / unlösbarer Konflikte
- Ermöglichung eines Rückblicks auf das Leben (Bilanz)
- Unterstützung im menschlichen Wachstumsprozess
- Einbezug von Musik als haltgebende Massnahme; zur Entspannung, in der Sterbebegleitung
- Nachbetreuung der Angehörigen; Begleitung in der Trauer (in Einzelfällen, zeitliche Limitation), Vermittlung von weiterführenden therapeutischen / unterstützenden Angeboten.

### **Unterstützung der Betreuer**

Das Stationsteam ist einer besonders hohen Konfrontation mit Sterbenden und Trauernden ausgesetzt. Die Bereichsverantwortlichen unterstützen deshalb ihre Mitarbeiter /innen in Arzt- und Pflegedienst durch gezieltes Fördern und Begleiten in fachlichen und menschlichen Belangen.

Den Bedürfnissen entsprechend erfolgt diese Unterstützung in Form von geleiteten Gesprächen im Stationsteam. Diese regelmässigen Gespräche (monatlich und nach Bedarf) werden von einer in Gesprächsführung erfahrenen Person geleitet. Ziel der Unterstützungsmassnahmen ist die persönliche

Verarbeitung der Patientenbezogenen, belastenden Erlebnisse, die Verbalisierung von kontroversen Behandlungs- oder Betreuungsansichten und die Stärkung des Teamgeistes.

Die Aerzte werden ermuntert, an allfällig bestehenden Balintgruppen teilzunehmen.

Die aktive Mitarbeit der Betreuer in einer *"tragenden Gemeinschaft"*, z.B. Kirchgemeinde, Hauskreis, Spitalbibelgruppe, Freundeskreis, wird empfohlen.

### **Aus- und Weiterbildung**

Der Stationsarzt wird, je nach Bedürfnis und Vorbildung, durch die Oberassistentärztin in seine Aufgabe eingearbeitet. Eine Sammlung von Literatur über palliativmedizinische Themen, wird zur Verfügung gestellt. Aspekte der Palliativmedizin werden in die klinikinterne Weiterbildung integriert.

Die Pflegenden werden ebenfalls individuell eingearbeitet und ihr Bedarf an Weiterbildung im Einzelfall besprochen. Die höhere Fachausbildung in Krankenpflege / speziell Onkologie, wird für eine längere Anstellung empfohlen. Ein Praktikum in einem Hospiz oder einer Palliativstation im Ausland oder der Besuch eines ergänzenden Kurses in Palliativpflege, wird individuell geprüft.

Die Palliativstation selbst ist Ort der Weiterbildung für Hospitanten aus Arzt- und Pflegedienst aus dem In- und Ausland.

### **Freiwillige Helfer /innen**

Die Integration von freiwilligen Helfer/innen erlaubt eine Ergänzung und Erweiterung in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender. Gleichzeitig symbolisiert die Anwesenheit von Laien im professionellen Team auch die Beteiligung der Gesellschaft am Schicksal kranker Menschen.

Die freiwilligen Helfer/innen gehören zum Stationsteam. Ihr Einsatz ergänzt denjenigen der geschulten Fachkräfte durch vielfältige Hilfeleistungen; sie übernehmen keine Aufgaben, die professionelle Pflege erfordert. Wenn keine Angehörige und Freunde da sein können, bieten Freiwillige auf Wunsch ihre Begleitung in schweren Stunden an.

Die Helfer/innen werden für diese Station von der Oberschwester und der IDEM- Leiterin (Im Dienste Eines Mitmenschen) selektioniert (Vorstellungsgespräch, Motivationsangabe, Einsatzmöglichkeit, Belastbarkeit). Wenn es zum Einsatz kommt, werden sie von der Leiterin des IDEM- Dienstes am Kantonsspitals in ihre Organisation aufgenommen. Sie erhalten dort die für das Spital nötigen Anweisungen, Kleidung, Versicherungsschutz und auch eine regelmässige Supervision mit anderen Freiwilligen. Der Einsatz in der Station erfolgt nach Einteilung durch die Stationsschwester und ist in einem Pflegestandard festgehalten.

7.4.1995/AG

\* \* \*

### Zugrunde liegende, weiterführende Literatur

**Chidwick P.:** Dying, yet we live. Our response to spiritual needs of the dying. Anglican Book Center, Toronto, 1988.

**Kloke M., De Stoutz N.:** Symptomorientierte, onkologische Therapie. Ein Leitfaden zur pharmakologischen Behandlung. Springer Verlag Heidelberg, 1995.

**Doyle D., Hanks W., Macdonald N.:** Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 1993.

**Dunlop R., Hockley J.:** Terminal care support teams. Oxford University Press, New York, 1990.

**Gallmeier W., Bruntsch U.:** Hospize, Palliativstationen - Ausdruck der Krise in der Medizin? Münch med Wschr 130, 1988; 15:275-278.

**Glaus A., Senn HJ.:** Supportive Pflege und Behandlung krebserkrankter Menschen. Pflegezeitschrift 1994; 47 (2):73-77.

**Glaus A., Jungi WF., Senn HJ.:** Onkologie für Krankenpflege. Thieme Verlag, Stuttgart, 1992.

**Glaus A., Senn HJ., (Hrsg):** Unterstützende Pflege Krebskranker. Springer Verlag Heidelberg, 1988.

**Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada.** Palliative Care Services Guidelines, 1989.

**Klastersky J., Schimpf CS., Senn HJ.:** Handbook of Supportive Care in Cancer. Marcel Dekker, Inc. New York, Basel, Hong Kong, 1995.

**Rapin Ch.:** Fin de Vie. Edition Payot, Lausanne, 1989.

**Saunders C.:** The management of terminal disease. 2nd edition, Edward Arnold, London, 1984.

**Senn HJ., Glaus A.,** (Hrsg): Supportive care in cancer patients. Recent Results in Cancer Research II. Springer Verlag, Heidelberg, 1991.

**Stiefel F., Glaus A., Müller M., Senn HJ.:** Onkologische Palliativstation im Akutspital mit Tumorzentrum. Schweizerische Aerztezeitung, 1993; 16:643-648.

**Sporken P.:** Menschlich Sterben. Patmos Verlag, Düsseldorf, 1972.

**Thielemann-Jonen I., Pichlmaier H.:** Terminale Pflege Krebskranker. Münch med Wschr 130, 1988; 15:279-283.

**West T.:** Hospiz Medizin. Münch med Wschr 130, 1988; 15:289-291.