

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz

Einführung

«Jeder Mensch hat im weitesten Sinne spirituelle Bedürfnisse, bewusst oder unbewusst, vor allem dann, wenn er spürt, dass er dem Tode nahe ist. Ihn auf dieser Suche zu begleiten, ist nicht nur Aufgabe der Seelsorger, sondern auch all derer, die ihn umgeben. Aber nicht etwa, um ihm ihre eigenen Überzeugungen aufzudrängen, sondern um ihm zu helfen, seine eigene Wahrheit zu finden.»

Aus: «Altern in der Schweiz: Bilanz und Perspektiven/Bericht der Eidg. Kommission», S. 480, Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 1995

Das interdisziplinäre Expertentreffen von Ärzten¹, Pflegefachleuten, Seelsorgern und Ehrenamtlichen 2008 in Bigorio hat dieses Zitat seinen Empfehlungen vorangestellt, weil es deutlich aufzeigt, dass Spiritualität wesentlich mit zu einer ganzheitlichen Versorgung des Patienten gehört und dass also jeder Pflegenden² in seiner Praxis auch diese Dimension zu berücksichtigen hat.

Dies festzustellen, heisst anerkennen, dass Spiritualität als integrierender Bestandteil mit zum Menschen gehört. Sie ist Teil seines Wesens und ist von da her auch unumgänglich. Spiritualität ist eine multidimensionale und komplexe Wirklichkeit. Oft geht sie über das hinaus, was Worte ausdrücken können, und entzieht sich somit Versuchen, sie auf rein kognitiver Ebene zu umschreiben. Sie ist also auch nur teilweise in den Griff zu bekommen.

In unserer Aufgabe, Pflege und Spiritualität aufeinander zu beziehen, stützen wir uns auf Stellungnahmen dreier allgemein anerkannter Instanzen:

- Die Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften hält in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien fest: «Patienten haben...Anrecht auf eine palliative Betreuung. Diese umfasst alle medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerliche Unterstützung von Patienten und Angehörigen.»³
- «palliative.ch», die Schweiz. Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung, führt die Spiritualität im Artikel 3 ihrer Statuten auf.
- Die WHO definiert Palliative Care in dem Sinn, dass diese psychische, soziale und spirituelle Fragen ebenso in Betracht zu ziehen hat wie den Kampf gegen Schmerzen und andere Symptome.⁴

1 In diesen Empfehlungen sind die weiblichen Bezeichnungen jeweils mit gemeint.

2 Anmerkung des Übersetzers: Unter Pflegenden, Pflege, pflegen verstehen wir im ganzen Text nicht nur Pflegefachleute und ihre Tätigkeit, sondern auch Ärzte, Therapeuten, Seelsorger usw. und deren Tätigkeit, analog zum französischen «soignants, soins, soigner» oder zum englischen «care».

3 In: Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, § 3.1

4 In: Cancer pain relief and palliative care, WHO, Genf, 1990, Kapitel 2.1 und 7

1 Definitionsversuch

Spiritualität

Spiritualität durchdringt alle Dimensionen menschlichen Lebens. Sie betrifft die Identität des Menschen, seine Werte, alles, was seinem Leben Sinn, Hoffnung, Vertrauen und Würde verleiht. Spiritualität wird erlebt in der Beziehung zu sich selber, zu anderen und zum Transzendenten (Gott, höhere Macht, Geheimnis,...). Zur Spiritualität gehören die Fragen, die angesichts von Krankheit und Endlichkeit des Lebens aufkommen, ebenso wie die individuellen und gemeinschaftlichen Antworten, die dem erkrankten Menschen als Ressource zur Verfügung stehen.

Auch wenn Spiritualität eine wesentliche Dimension eines jeden Menschen darstellt, scheint es dennoch – sowohl theoretisch als auch praktisch – unmöglich, dafür eine allgemeingültige Definition zu formulieren. Denn eine solche hängt vom einzigartigen sozialen und kulturellen Umfeld jedes einzelnen Menschen ab, der sich damit beschäftigt.

Spiritualität lässt sich nicht auf Religion reduzieren: Jede Religion drückt in strukturierten Aussagen, Riten und Traditionen einen Teil dessen aus, was zur Spiritualität gehört. Keine aber kann behaupten, das Feld der Spiritualität gänzlich abzudecken. Wer hier eine Hilfe anbieten will, kann dies demnach nur aus einer demütigen und respektvollen Haltung heraus tun.

Palliative Care hat zusätzlich zu den bio-psycho-sozialen Dimensionen des Menschen auch die spirituelle Dimension wieder zur Geltung gebracht. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass Spiritualität nicht nur eine zusätzliche Dimension darstellt, sondern dass sie auch mit den drei anderen interagiert: mit körperlichen Symptomen, psychischen Reaktionen und sozialen Beziehungen (siehe Figur 1, Seite 2).

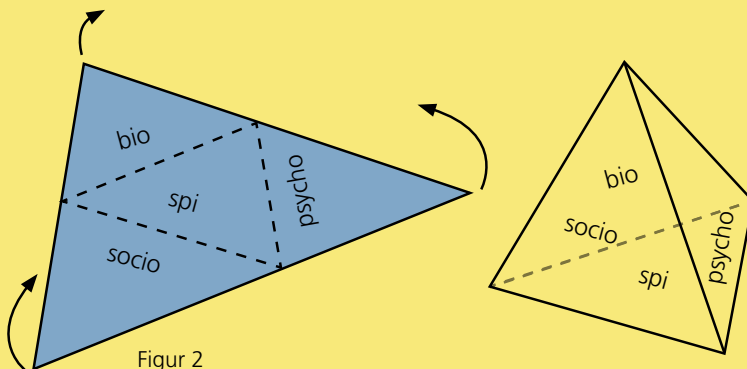
Spirituelles Wohlbefinden

Derart verstanden als Beziehungsraum im Herzen des Menschen, kann Spiritualität für den Patienten eine wichtige Ressource darstellen oder werden. Nicht selten entdecken Patienten in einer palliativen Situation neu die Kraft der Spiritualität. Dies drückt sich häufig aus:

- in einer Hoffnung, die nicht bloss Wunschdenken oder Illusion ist, sondern mit der Realität verbunden bleibt;
- im Sinn, der dem eigenen Leben zugeschrieben wird: Was man im Leben erfahren hat – in guten wie in schweren Zeiten – hat und/oder hatte einen Sinn;
- im Bewusstwerden der eigenen Endlichkeit; der Patient kann seine Grenzen besser annehmen, nicht abgeschlossene Dinge noch zu Ende führen, an der Vollendung seiner Lebenssymphonie arbeiten;
- in einem Glauben an ein Leben nach dem Tod, und dies in einem doppelten Sinn:
 - man möchte den Zurückbleibenden etwas hinterlassen: ein Zeugnis, eine Erinnerung, materielle Erinnerungsstücke;



Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz



Figur 2

Vorschlag für ein vierteiliges Modell, das von einer «horizontalen» Sicht des Menschen zu einer Sicht mit einer «vertikalen» Dimension wechselt und damit im Herzen einer Person einen Beziehungsraum eröffnet

- man ist erfüllt von der Hoffnung auf eine Transzendenz: Der Tod verweist auf eine Wirklichkeit anderer Art, auf ein Geheimnis, dem der Patient sich anvertrauen kann.

Spirituelle Not

Eine schwere Erkrankung bedroht die Integrität der Person und kann zu spiritueller Not, ja selbst zu «Total Pain» führen.

«Spirituelle Not ist eine Krise im Sinne einer plötzlichen Veränderung, die unter anderem durch den Zusammenbruch der spirituellen Identität charakterisiert ist. Sie stellt die Werte und die Transzendenz, wie sie bis dahin erfahren wurden, in Frage und unterbricht jegliche Suche nach einem Lebenssinn. Sie stellt auch den Wert in Frage, den der Patient seiner eigenen Würde zuschreibt.»⁵

Nach Chochinov⁶ kann sich spirituelles Leiden beim Patienten unterschiedlich auswirken: körperlich (z. B. in schwer zu behandelnden Schmerzen), psychisch (z. B. als Angst, Depression, Hoffnungslosigkeit) oder sozial (z. B. im Auflösen mitmenschlicher Beziehungen). Spirituelle Not ist jedoch nicht nur auf Grund von Symptomen zu erkennen. Sie drückt sich vielmehr in einer Kombination solcher Symptome mit charakteristischen Verhaltensweisen aus: Im Versuch verzweifelter Patienten etwa, ihrer Situation zu entfliehen, in unerfüllbaren Erwartungen an die Pflegenden, im Ausprobieren immer neuer Therapien, auch wenn diese keinerlei Besserung bringen, im Verlangen nach immer höhere Dosen von Schmerzmitteln oder Sedativa, auch wenn diese offensichtlich wirkungslos bleiben oder sich gar kontraproduktiv auswirken. Solche Verhaltensweisen deuten oft auf «Total Pain» oder Angst hin und können helfen, spirituelles Leiden zu identifizieren.

Um in solcher Not zu helfen, können Pflegenden versuchen, den Patienten mit jenen spirituellen Ressourcen wieder in Verbindung zu bringen, welche diesem in guten Zeiten wichtig waren. Was einst im Leben einer Person zu

ihrem Wohlergehen beigetragen hat, kann auch in Krisenzeiten zu einer Besserung beitragen.

2 Evaluierung

Eine Begegnung auf der spirituellen Ebene wird sowohl von Pflegenden als auch von Patienten meist als etwas sehr Persönliches angesehen. Dies scheint auf den ersten Blick eher objektive Methoden auszuschliessen. Pflegende brauchen jedoch den Glauben – oder Unglauben – ihrer Patienten nicht zu teilen, um für deren spirituelle Sensibilität offen zu sein.

Deshalb meinen wir, dass eine Evaluierung der spirituellen Bedürfnisse eines Patienten möglich ist, sofern die Methode patientenzentriert ist, das Anderssein der beteiligten Personen respektiert wird und Pflegende für solche Fragen offen sind.

Pflegen setzt voraus, dass ein Bedürfnis erkannt wurde. Was wir eben von der spirituellen Not gesagt haben, kann dazu bereits einige Anhaltspunkte geben. Aber wir möchten auch auf einige Instrumente hinweisen, die eine konkretere Evaluierung spiritueller Bedürfnisse erlauben.

Leider sind nur wenige dieser Instrumente klinisch auch wirklich angewendet worden. Wir beziehen uns im Folgenden auf die Arbeiten von Christina Puchalski⁷, einer amerikanischen Ärztin.

Diese wurden später von Eckhard Frick, einem deutschen Arzt, weitergeführt. Nachdem Frick deren Brauchbarkeit festgestellt hatte, hat er sie an das europäische Umfeld angepasst und an einem französischsprachigen Psychoonkologie-Kongress vorgestellt⁸. Unsere Empfehlungen greifen auf diese Methode zurück. Im Englischen wird sie FICA genannt, im Französischen SPIR.

Persönliche Voraussetzungen beim Pflegenden

Spirituelle Fragen angehen ist etwas sehr Persönliches und schwer auf die berufliche Ebene zu übertragen. Wo Pflegende sich dieser Dimension gegenüber geöffnet

5 La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, No 5-2008

6 M-H Chochinov: Cancer J Clin 2006;56:84-103

7 Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: siehe Nr. 6 der bibliographischen Hinweise.

8 Eckhard Frick, Peut-on quantifier la spiritualité ?, Revue francophone de psycho-oncologie, 2006 n°3)

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz

haben, kann es dennoch möglich werden. Zum Anfang ist es wichtig, sich der eigenen Überzeugungen, Zweifel und Fragen bewusst zu werden und bereit zu sein, jene des Patienten in ihrer Andersartigkeit wohlwollend entgegenzunehmen.

Vorgeschlagene Evaluationsinstrumente

Um den Ausdruck innerer Erfahrungen zu erleichtern, kann der Betreuer auf gewisse «Instrumente» zurückgreifen. Diese kommen zwar etwas «technisch» daher, aber der Pflegende wird das Instrument auszuwählen wissen, das seiner Sensibilität am ehesten entspricht. Er wird sich in dessen Anwendung üben, es verinnerlichen und seiner beruflichen Tätigkeit anpassen. Er kann es dann – mit Feingefühl – benutzen, um mit dem Patienten dessen spirituelle Dimensionen zu erkunden. Er kann sich dabei von den vorgeschlagenen Fragen lenken lassen oder in freierer Weise von ihnen ausgehen. Jede dieser Methoden setzt bestimmte Schwerpunkte. Der Pflegende wird sich also auch überlegen müssen, welches Instrument für welchen Zweck am ehesten geeignet ist.

Wir stellen zwei Arten von Instrumenten vor. Die einen (SPIR, HOPE) sind besser für Pflegende geeignet, das andere (STIW) eher für Seelsorger.⁹

SPIR:

Es handelt sich um ein Instrument zur Selbstevaluation und zur Evaluation anderer Personen. Wie bereits gesagt wurde es von E. Frick ausgearbeitet und ist speziell auf ein medizinisches Umfeld ausgerichtet.

Die vier Buchstaben nehmen vier Begriffe auf, welche mit Hilfe der vorgeschlagenen Fragen angegangen werden können:

- *Spirituelle Überzeugungen*: Würden Sie sich in weitestem Sinne als gläubigen (religiösen, spirituellen) Menschen betrachten?
- *Platz im Leben*: Sind diese Überzeugungen wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation?
- *Integration*: Gehören Sie einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft an? Gibt es Personen, mit denen Sie Ihren Glauben teilen?
- *Rolle des Pflegenden*: Wie soll ich als Ihr Arzt/Seelsorger/Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen? Möchten Sie wieder darüber sprechen?

Ziel: Die Bedeutung der spirituellen Dimension für den Patienten und dessen Erwartungen an den Pflegenden in Worte fassen können.

HOPE:

Dieses Instrument wurde von Hausärzten¹⁰ entwickelt, um die Ressourcen des Patienten mit seinen Lebensumständen in Zusammenhang zu bringen.

- *Hope*: Quellen von Hoffnung, Sinn, Trost, Kraft...
- *Organised*: Zugehörigkeit zu einer organisierten Gemeinschaft
- *Practice*: Persönliche spirituelle Praxis
- *Effects*: Auswirkung der Spiritualität auf den Gesundheitszustand des Patienten bei Behandlungen und in der letzten Lebensphase

Ziel: Hoffnungs- und Sinnressourcen erkennen und in der Behandlung aktivieren.

STIW:

Dieses Instrument wurde ab 2006 im Kanton Waadt von einer Gruppe mit dem Namen «Label CTR» entwickelt.¹¹ Es eignet sich eher für Seelsorger und wird von ihnen für den Rapport an Pflegende gebraucht. Auch hier geht es um vier Begriffe, die vom Seelsorger erwogen werden sollen:

- *Sinn*: Ein Bedürfnis, das aufkommt, wenn eine Krise das Gleichgewicht des Lebens bedroht.
- *Transzendenz*: Grundlage ausserhalb der Person, in der diese verankert ist.
- *Identität*: Bedürfnis, dass die Einzigartigkeit der Person in ihrem Umfeld weiterhin bestehen kann.
- *Werte*: Was im Leben des Patienten Gewicht hat und bestimmt, was für ihn gut und wahr ist.

Ziel: Wege finden, um spirituelle Fragen vertiefter anzugehen.

Ganz allgemein können zwei Fragen zu einem Austausch über spirituelle Fragen führen:

- Was macht in Ihrem Leben Sinn?
- Was ist Ihnen in schwierigen Zeiten bisher hilfreich gewesen?

3 Interventionen

Rahmenbedingungen

Wir möchten hier auf zwei Elemente hinweisen, die einem guten Gespräch förderlich sind:

- Den richtigen Ort und den richtigen Moment auswählen, allenfalls auch die richtige Person (persönliche und/oder berufliche Qualitäten); im Bewusstsein allerdings, dass auch der Patient sein Gegenüber nach seinen Bedürfnissen auswählt.
- Ein Umfeld schaffen, das von Vertrauen und Respekt geprägt ist; mit dem Patienten eine Art Bündnis suchen.

Dasein und Zuhören, aufmerksam und ganzheitlich

Aus der Ausbildung zum helfenden Gespräch hier einige Elemente, die bei einem Austausch über spirituelle Fragen besonders ins Gewicht fallen:

- Die spirituelle Identität des Patienten kann ihren Ausdruck in seiner Lebensgeschichte finden, in

9 Unter Begriff «Seelsorger» fassen wir die verschiedenen von den Kirchen beauftragten spirituellen Begleiter zusammen: Pfarrer, Diakone, Priester, Pastoralassistenten, Laientheologen usw.

10 G. Anandarajah, *Spiritual and Medical Practice*, American Family Physician, Jan. 2001, vol 63, Nb 1

11 *Prise en compte de la spiritualité de la personne hospitalisée en Centre de Traitement et Réadaptation*



Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz

prägenden Erinnerungen, in besonders schwierigen oder auch hilfreichen Erfahrungen.

- Oft drückt sich der Patient in einer symbolischen oder metaphorischen Sprache aus: Es gilt darauf aufmerksam zu sein, aber bei deren Deutung vorsichtig zu bleiben.
- Ein solches Gespräch kann nicht in gedrängter Zeit stattfinden: Der Gesprächspartner sollte so flexibel sein, den Rhythmus der Person zu respektieren; ihr wenn nötig auch die Möglichkeit zur Erholung geben, ihr Zögern beachten, ihr gestatten, ihre Gefühle, ihre Hoffnung und Verzweiflung auszudrücken.
- Es ist unerlässlich den Gesprächspartner bedingungslos anzunehmen und das Gesagte nicht zu werten.
- Einen solchen Raum des Zuhörens anbieten ist keineswegs etwas rein Passives: Es stellt bereits eine entscheidende und hilfreiche Aktion dar, die sich auf den Patienten positiv auswirken wird.

Eine angemessene Antwort

Je nach den ausgedrückten Bedürfnissen wird der Pflegende mit dem Patienten nach Möglichkeiten der Linderung oder nach entsprechenden Bezugspersonen suchen.

So könnte es etwa für den Patienten auf der spirituellen Ebene bedeutsam werden, mit einer Person wieder anzuknüpfen, mit der er sich auseinandergelebt hat, Schritte in Richtung einer Vergebung oder Versöhnung zu tun, auch in der Krankheit wieder Sinn oder eine neue Hoffnung zu finden, oder andere Schritte zu tun, die im Gespräch als Möglichkeit aufgetaucht sind.

Wenn jemand religiös stark verankert ist, kann eine konfessionelle oder sakramentale Gegenwart für ihn zu einer entscheidenden Hilfe werden.

Falls der Patient ein solches Bedürfnis hat erkennen lassen, können Pflegende aber auch selber eine spirituelle Lesung, ein Musikstück, ein beruhigendes Bild usw. vorschlagen und damit neu aufkeimende Hoffnung nähren oder grübelndes Fragen besänftigen.

Auf dieser Ebene ist es aber auch wesentlich, dass Pflegende sich ihrer persönlichen Grenzen bewusst sind und wohlwollend damit umgehen. Niemand ist verpflichtet, die Last der Begleitung eines Patienten und seiner Angehörigen alleine zu tragen und all ihren Bedürfnissen zu entsprechen...

Wer seine eigene Rolle definiert, seine Möglichkeiten wahrnimmt und seine Grenzen anerkennt, kann andere Akteure mit einbeziehen und interdisziplinär arbeiten. So wird es möglich einander Patienten zu überweisen, sich zu koordinieren und gegenseitig zu unterstützen. So hat der Patient die Möglichkeit, auch weitere Mitglieder des erweiterten Teams kennenzulernen (Seelsorger, Freiwillige, Kunsttherapeuten, Philosophen, Psychologen...).

Ein Teil der spirituellen Betreuung kann von jedem Pflegenden übernommen werden. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass der Seelsorgedienst bei besonderen und akuterer Situationen, wie etwa bei spirituellen Notlagen,

Glaubenskrisen, religiösen und theologischen Themen vielleicht spezifische Erfahrungen und Fachkenntnisse einbringen kann. Palliative Care bedeutet eine grosse emotionale Belastung. Deshalb sollten sich alle Pflegenden selber Sorge tragen, ihrer Rolle gegenüber eine gesunde Distanz einnehmen und den Nutzen einer Supervision erkennen.

4 Kompetenzen

Individuelle Kompetenzen

(was von jedem Teammitglied erwartet werden kann)

- Echtheit in den Beziehungen anstreben in Respekt vor der Individualität des Gegenübers, vor dem, was er glaubt und dem, was ihm zu glauben Mühe macht;
- ein aktives Zuhören und ein patientenzentriertes Vorgehen pflegen;
- da sein können, auch wenn keine Lösungen zur Hand sind;
- auf die eigene Intuition achten und dementsprechend handeln;
- seine Grenzen erkennen und einhalten, sich der Gefahr von Projektionen und Bekehrungseifer bewusst bleiben.

Spezialisierte Kompetenzen

(was von der für diese Fragen zuständigen Bezugsperson (Seelsorger, Seelsorgehelfer) erwartet werden kann)

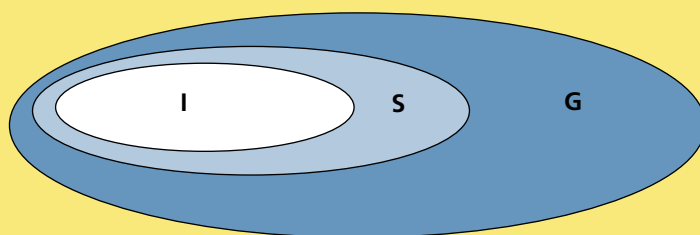
- Spiritualität selber leben und sich die dafür notwendige Zeit nehmen;
- Fachkenntnisse in der spirituellen Begleitung von Patienten, Angehörigen und Betreuern;
- Instrumente kennen zur Evaluation spiritueller, religiöser und ethischer Fragen und sachgemässe Vorgehensweisen vorschlagen;
- Kenntnisse der verschiedenen religiösen Traditionen und der entsprechenden Literatur;
- Rituale und Sakramente in angemessener Weise feiern oder einen Kollegen rufen, der den Wurzeln, dem Glauben und den Traditionen des Patienten näher steht;
- den Umgang des Teams mit Spiritualität fördern;
- sich an der Aus- und Weiterbildung der Pflegenden beteiligen, gegebenenfalls auch Forschung und Publikationen.

Generelle Kompetenzen

(was vom interdisziplinären Team als solchem erwartet wird)

- eine Atmosphäre der Begegnung und der Verfügbarkeit schaffen;
- Kompetenzen in verbaler und non-verbaler Kommunikation erwerben und umsetzen, die notwendig sind, um den verschiedenen Situationen in der Praxis begegnen zu können;
- die Bedeutung, welche Spiritualität und Religion für Patienten und ihre Angehörigen haben können, anerkennen und deren Bedürfnisse einschätzen können;

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz



Figur 2

Wie individuelle (I), spezialisierte (S) und generelle (G) Kompetenzen zusammenwirken. Zusammen bilden sie den Reichtum, über den ein Team verfügt, in dem auch die spirituelle Dimension beachtet wird.

- die Fähigkeit zur Selbstreflexion entwickeln, auf die eigene Verletzlichkeit achten;
- wissen, was andere Fachleute einbringen können und sie um ihre Unterstützung bitten;
- mündliche und schriftliche Rapporte auch zu spirituellen Fragen ermöglichen, wobei die Vertraulichkeit respektiert werden muss (siehe oben, Figur 2).
- Fördern Sie im Team den Austausch über gemeinsame Werte und über spirituelle Fragen, welche bei Teammitgliedern gerade aktuell sind;
- Halten Sie die spirituelle Dimension im Leitbild fest (z. B. anlässlich eines Audits);
- Ermutigen Sie die Forschung auf diesem Gebiet und dokumentieren Sie die Erfahrungen, die daraus erwachsen.

5 Umsetzung

In der Schweiz räumen die kantonalen Gesetzgebungen der spirituellen Dimension des Menschen, seiner religiösen und kulturellen Verankerung ein unterschiedliches Gewicht ein. Der Kanton Waadt z. B. legt im Artikel 169 seiner Verfassung fest, dass «der Staat die spirituelle Dimension des Menschen anerkennt». Dies erleichtert natürlich deren Integration in die Pflege, in die Teams und die Institutionen des Gesundheitswesens. Im Kantons Genf ist der Zugang der Seelsorger zu den Institutionen des Gesundheitswesens restriktiver geregelt, während er im Tessin mehr auf religiöse Aspekte beschränkt bleibt.

Hier möchten wir daran erinnern, dass das Prinzip der Laizität einst auf die Vormachtstellung der Religion auf bestimmten Gebieten (Gesundheit, Erziehung...) reagieren wollte. Heute besteht also kein Grund mehr, die Spiritualität deswegen beiseite zu lassen, gehört diese doch mit zum innersten Wesen des Menschen. Wo diesbezüglich keine offiziellen Bestimmungen bestehen, ist es also möglich, auch für Spiritualität offen zu sein.

Wir möchten hier auch einige weitere wichtige Feststellungen hervorheben, die in unseren Gesprächen geäussert wurden:

- Offenheit gegenüber der Spiritualität kommt zuallererst den Patienten zugute.
- Palliative Care-Teams, welche diese Dimension in ihre gemeinsame Praxis integrieren, erfahren darin eine Bereicherung und Intensivierung ihrer Erfahrungen.
- Gewisse Teams im ambulanten Bereich können nicht auf eine Bezugsperson für Spiritualität zurückgreifen. Diese Frage muss noch angegangen werden.

Und nun noch einige konkrete Tipps, wie die Integration der Spiritualität in die Praxis der Pflorgeteams gefördert werden könnte:

- Laden Sie einen Seelsorger zu einer Begegnung ein und nehmen Sie ihn gegebenenfalls im Sinne einer Gegenseitigkeit ins Team auf;

6 Bibliographie

Deutsch

- Ralph Charbonnier, Seelsorge in der Palliativversorgung, Wege zum Menschen, Jg 60, 512-528
- Spiritualität und Medizin, Gemeinsame Sorge um den Kranken Menschen, Hg. Eckhard Frick, Traugott Roser, 200 S., Kohlhammer 2009
- Traugott Roser, Spiritual Care, Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge, 304 S., Kohlhammer 2007
- Birgit Heller, Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care, in C. Knipping, Lehrbuch Palliative Care, S.432-437, Hans Huber 2006
- Erhard Weiher, Das Geheimnis des Lebens berühren, Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod, Eine Grammatik für Helfende, 357 S., Kohlhammer 2008
- Erhard Weiher, Spirituelle Begleitung in der Palliative Care, in C. Knipping, Lehrbuch Palliative Care, S. 438-453, Hans Huber, 2006
- Christian Zwingmann, Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005;55:241-246

Französisch

- Cosette Odier, Accompagnement spirituel ou «faire passer un chameau par le trou d'une aiguille», Frontières 2004
- Eckhard Frick, Peut-on quantifier la spiritualité?, Revue francophone de psycho-oncologie, 2006 n°3
- Rapport du Groupe de Travail sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en CTR: disponible sur www.readaptation.ch/fichiers/DossierSpiCTR28.10.04.pdf
- C. Rougeron, Les besoins spirituels des malades en fin de vie à domicile, Le Courrier de l'éthique médicale (7), n° 2, 2e semestre 2007, p 17-19

**Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz**

- La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, N° 5, 2008, supplément gratuit du courrier du médecin vaudois n° 6 2008
- C. Bollondi & coll, Spiritualité et soins infirmiers, Cycle d'approfondissement en soins palliatifs, HUG, 2001
- Béatrice Dolder, L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs, Infokara 2007 ; 22 :79-87
- Henri Dom, Accompagnement spirituel et spiritualité au sein du mouvement des Hospices, Journal EAPC 2002, 9

Italienisch

- A.Filiberti (a cura di), Quale uomo per quale cura? Argomenti per una clinica etica, Franco Angeli, Milano 2005.
- A.Filiberti, R.Lucas (a cura di), La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia, Franco Angeli, Milano 2006.
- M.Petrini, La cura alla fine della vita. Linee assistenziali, etiche, pastorali, Aracne, Roma 2004.
- L.Sandrin, Pastorale della salute, in BUCCI R. (a cura di), Manuale di medical humanities, Zadigroma, Roma 2006.
- L.Sandrin, Abbi cura di te. C'è un tempo per gli altri e un tempo per sé, Camilliane, Torino 2007.
- L.Sandrin, Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto, Edizioni Paoline, Milano 2004.
- L. Sandrin, Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale, Paoline, Milano 2000

Englisch

- Cicely Saunders, Spiritual pain. Journal of Palliative Care, 1988; 4(3) sept: 29-32,
- Christina M. Puchalski, Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model ; in Cancer J 2006;12:398-416
- Christina M. Puchalski, A Time for Listening and Caring, Oxford, University press, 2006
- Karen M. Gutierrez, Critical Care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress, in: DIMENS CRIT CARE NURS. 2005;24(5):229/241
- Roberta Cavendish, Do Pastoral Care Providers Recognize Nurses as Spiritual Care Providers? in Holist Nurs Pract 2007;21(2):89-98
- Ke-Ping Yang, Xiu-Ying Mao, A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey ; in International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 999-1010
- Roberta Cavendish, Patients' Perceptions of Spirituality and the Nurse as a Spiritual Care Provider; in Holist Nurs Pract 2006 ;20(1):41-47
- Rene van Leeuwen, Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility, Journal of Clinical Nursing 15, 2006, 875-884
- Richard J. Wall, Spiritual care of families in the intensive care unit; in Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 4

- Roberta Cavendish, Spiritual Perspectives of Nurses in the United States Relevant for Education and Practice; Western Journal of Nursing Research, 2004, 26(2), 196-212
- Harold G. Koenig, Concerns About Measuring «Spirituality» in Research, The Journal of Nervous and Mental Disease, Volume 196, Number 5, May 2008

Teilnehmen am treffen von 2008:**Verantwortliche**

Cosette Odier
Hans Neuenschwander
Daniel Pétremand
Claude Fuchs

Teilnehmer

Eva Balmer
Christian Bernet
Gérard Berney
Jean-Michel Bigler
Catherine Bollondi Pauly
Daniel Büche
Elke Burg
Manuela Colla Züger
Monica Escher
Claudia Gamondi
Heike Gudat
Philippe Laurent
Luisella Manzambi
Bea Marx
Hans Ruedi Meier
Ruth Merk
Catherine Pictet
Sébastien Philipona
Daniel Rauch
François Rosselet
Margherita Stefan-Fantini
Nathalie Steiner Collet
Jeannine Stepczynski
Nicole Thorens
Sylvie Wermeille

REDAKTION

Daniel Pétremand
Jean-Michel Bigler
Daniel Büche
Philippe Laurent
Claude Fuchs

Deutsche Übersetzung

Claude Fuchs,
Daniel Büche
19.6.2009

BIGORIO 2008

Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität



Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz

BIGORIO 2008

Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität



palliative.ch

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz