

WÜRDEVOLL UND SELBSTBESTIMMT, BIS ZULETZT!



Palliative Care zuhause mit dem Mobilem Palliative Care Team Region Winterthur (MPCT)

Informationen für Patientinnen, Patienten und Angehörige

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3	Verstopfung	15
Palliative Care	4	Atemnot	16
Kommunikation	5	Übelkeit und Erbrechen	16
Zuhause sein, zuhause bleiben	6	Verwirrtheit	17
Rollen, Aufgaben und Grenzen der Angehörigen	7	Seelisches Tief oder Depression?	18
Zusammenarbeit der Profis	8	Spirituelle Unterstützung	19
Das Rundtischgespräch	9	Gutes Sterben	20
Wohlbefinden und Lebensqualität	10	Medikamente und Hilfsmittel	21
Der Faktor Zeit	11	Der Notfall	22
Beschwerden und Symptome	11	Die letzte Zeit	23
Nachlassen der Kräfte, des Appetits und des Durstes, Rückzug	12	Danach	24
Was kommt auf mich zu?		Zum Schluss	26
Weitere Symptome und Veränderungen	14	Literaturverzeichnis	27
Schmerzen	14		

Einleitung

Mit dieser Infobroschüre geben wir Ihnen als Patientin und als Patient, aber auch Ihren Angehörigen etwas Schriftliches in die Hände. Es sind Themen und Informationen, die bereits im Spital am Rundtischgespräch, in Besprechungen mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin respektive Ihrem Spezialisten (Onkologen, Neurologin und anderen mehr) und/oder im Aufnahmegespräch (Aufnahme-Assessment) vom MPCT angesprochen und vielleicht auch punktuell schon vertieft worden sind.

Diese Broschüre soll Ihnen Sicherheit vermitteln, dass auch, oder je nach Sichtweise gerade, zuhause auch bei schwerer Krankheit ein Verbleib mit vernünftiger bis hoher Lebensqualität möglich ist.

Schwere Erkrankungen sind in der Regel für alle Betroffenen (Patienten und Angehörige) belastend und lösen Stress, Verunsicherung und Angst aus. In solchen Situationen kann bereits Besprochenes vergessen gehen.

Diese Broschüre ersetzt das Gespräch nicht, im Gegenteil. Vielleicht wirft sie neue Fragen auf, löst Zweifel und Unsicherheiten aus. Bitte thematisieren Sie dies, sei es mit den Pflegenden des MPCTs, sei es mit Ihrer ärztlichen Bezugsperson.

«Die Kooperation der Familie mit dem palliativen Home Care Team führt zu einer kompetenten Verstärkung des familiären Fürsorgepotenzials.» (Meuret 2008)

**«Das Sprechenkönnen über die Situation verändert zwar den Krankheitsverlauf nicht, den meisten Menschen aber hilft es, besser damit umgehen zu können.»
(Aitken 2012)**

Palliative Care

Palliative Care heisst nicht, dass Sie bereits sterbend sind. Palliative Care heisst auch nicht, dass man nichts mehr tun kann. Palliative Care heisst eher, dass man nicht mehr heilen kann, dass man aber noch vieles zu Ihrer Lebensqualität und für Ihr Wohlbefinden beitragen kann. Mit vereinten Kräften, daheim bedeutet dies meist: Zusammen mit dem Hausarzt, oft auch mit der Spitex oder einem anderen Betreuungsteam, Patientinnen und Patienten mit unheilbaren und fortschreitenden Krankheiten und deren Angehörige auf diesem Weg zu begleiten. Wann diese Begleitung beginnt, entscheiden die Betroffenen, zusammen mit ihren ärztlichen und pflegerischen Bezugspersonen. Wie lange der Weg dauert, wissen wir alle nicht.

50 % (Meuret, 2008) bis 70 % (Weber, 2016) der Tumorerkrankten sind palliativ, das heisst unheilbar und fortschreitend. Eychmüller (2015) schreibt dazu, dass es in der Palliativmedizin nicht mehr um das Entweder-oder, sondern um das Sowohl-als-auch gehe – zwischen kurativ

(heilend) und palliativ (lindernd). «Kurativ und palliativ greifen ineinander hinein, wobei natürlich, je nach Krankheitsstadium und potenziellen Möglichkeiten, das eine oder andere inter- und intraindividuell mehr gewichtet wird.»

Um Vertrauen aufzubauen, ist es den Pflegenden des MPCTs wichtig, Sie so früh wie möglich kennenzulernen. Spätestens dann, wenn die Beschwerden immer schwieriger und belastender werden und Sie und Ihre Angehörigen Tag und Nacht Sicherheit brauchen.

**Wenn wir Sie aufgenommen haben,
sind wir für Sie und Ihre Angehörigen
24 Stunden erreichbar und wenn nötig
schnell vor Ort.**

Kommunikation

Nicht immer sind sich Patienten und ihre Angehörigen gewohnt, offen über Krankheit und die damit verbundenen Gefühle zu reden. Bereits in den 60er Jahren hat Kübler-Ross (1969) herausgefunden, dass die meisten Kranken und Sterbenden das Bedürfnis haben, über ihre Situation zu sprechen.

Aber auch in der neueren Literatur warnt Meuret vor der «Verschwörung des Schweigens, auch wenn sie das Ziel hat, den Kranken zu schonen, schliesst sie ihn doch letztlich aus». Aber auch umgekehrt schonen manchmal die von einer schweren Krankheit Betroffenen ihre Nächsten, indem sie ihnen die Diagnose, manchmal sogar die Behandlung lange verheimlichen, einfach um sie, vermeintlich, nicht zu belasten.

Borasio seinerseits sagt dazu in seinem viel beachteten Buch «Über das Sterben», es gebe drei Grundsätze im Zusammenhang mit schwerer Krankheit und Sterben: «1. Reden, 2. Reden, 3. Reden.»

Im Leitbild des Mobilen Palliative Care Teams Region Winterthur steht unter anderem:

«Sterben und Tod thematisieren wir, damit Betroffene sich damit auseinandersetzen können.»

Zuhause sein, zuhause bleiben

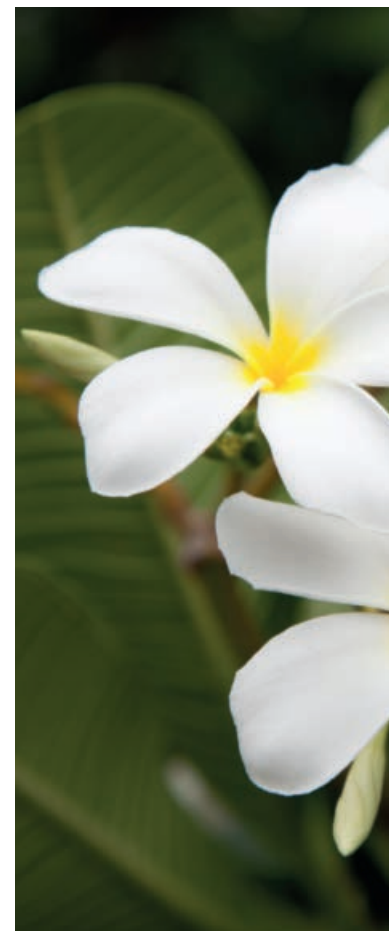
Im Aufnahmegespräch wurden Sie gefragt, ob Sie daheim bleiben und auch zuhause sterben möchten, und wie dies für die Angehörigen ist. In der Schweiz teilen drei Viertel der Menschen diesen Wunsch. Tatsächlich aber sterben nur ca. 20 % zuhause (Bundesamt für Gesundheit/BAG 2009). Wenn das MPCT Winterthur in die Begleitung involviert worden ist, bleiben 62 % bis 70 % unserer Patientinnen und Patienten bis zum Schluss daheim.

Damit das gelingen kann, sind diese Voraussetzungen eminent wichtig:

1. Sie und Ihre Angehörigen können Hilfe von aussen, das heisst vom MPCT und der Spitex und eventuell von weiteren Involvierten, annehmen.
2. Ein Pflegebett wird frühzeitig thematisiert und kann dann bestellt werden. Wie das funktioniert, darüber informieren wir Sie gerne zur gegebenen Zeit.

3. Auch im Notfall werden weder die Ambulanz noch der Notfallarzt gerufen, sondern je nach Absprache, das MPCT, der Hausarzt oder ein anderer Involvierter. Wir erstellen für diesen Fall jeweils einen sogenannten Notfallplan (Advanced Care Planning).

Auch wenn es medizinisch schwierig werden sollte, daheim sind viele Behandlungen der Symptome genau so möglich wie in einem Spital. Selbstverständlich gibt es aber auch daheim Umstände, die eine Hospitalisation unumgänglich machen.





Angehörige – Rollen, Aufgaben und Grenzen

Als Angehörige sind Sie in einer besonderen Rolle. Sie sind Partner, Partnerin, Sohn oder Tochter, Schwester oder Bruder oder sonst dem Kranken, der Kranken nahestehend.

Es muss gut überlegt sein, ob Sie auch die pflegende Rolle übernehmen wollen, wenn ja, bis zu welchen Grenzen? Wir werden Sie darauf ansprechen, welche Aufgaben Sie übernehmen können, allenfalls müssen, aber auch wann und unter welchen Umständen wir Ihnen empfehlen, Aufgaben an die Fachleute zu delegieren.

Belastungen, welchen besondere Beachtung geschenkt werden müssen, können zum Beispiel Erschöpfung, eigene physische oder psychische Gesundheitsprobleme, fehlende Nachtruhe, berufliche Situation, zu wenig Energie bei fortgeschrittenem Alter, finanzielle Schwierig-

keiten und Beziehungsprobleme sein. Werden diese Belastungsgrenzen nicht frühzeitig thematisiert, können sie zu Überforderung führen und letztlich im Scheitern der palliativen Begleitung daheim münden.

Wir kommen nie ausschliesslich zum erkrankten Menschen, wir sorgen uns auch um Sie als Angehörige.

Zusammenarbeit der Profis

Auch die Rollen der Professionals sollten geklärt sein: Wer von der Pflege hat die Fallführung? MPCT oder Spitem? Welcher Arzt, welche Ärztin ist zuständig? Zu bedenken ist, dass die Spitalärzte und Spitalärztinnen nicht zu Ihnen nach Hause kommen. Falls Sie keinen Hausarzt oder keine Hausärztin haben, empfehlen wir Ihnen gerne jemanden aus unserem ärztlichen Hintergrunddienst oder einen Hausarzt in Ihrer Nähe.

Wir nutzen für unsere Kommunikation neben dem Telefon auch SMS, E-Mails und elektronische Plattformen. Diese sind nicht 100 % sicher vor Hackerangriffen. Darum bitten wir Sie im Aufnahmegespräch um Ihr Einverständnis, elektronisch kommunizieren zu dürfen.

Das Aufnahmegespräch wird dokumentiert und ist in unserem Ordner abgelegt, neben einer Reihe von anderen Dokumenten. Eines dieser Dokumente ist der Verlaufsbericht, er wird von den Betreuenden gemeinsam geführt. Manchmal fügen wir die MPCT-Dokumente auch in den Spitem-Ordner ein. Diese sogenannte Patientendokumentation bleibt bei Ihnen daheim und steht Ihnen zur Verfügung, sie darf selbstverständlich gelesen werden.

Das Rundtischgespräch



Rundtisch- oder Familiengespräche sind gute Instrumente, um gemeinsam zu schauen, wer welche Aufgaben und Rollen übernimmt, aber auch im Verlauf der Betreuung sinnvoll, um eine

Standortbestimmung zu machen. Wir sind bemüht, möglichst alle Beteiligten an einem Tisch zu versammeln. Nicht immer ist dies mit dem Hausarzt, der Hausärztin möglich.

Wohlbefinden und Lebensqualität

Wir bemühen uns, dass Lebensqualität und Wohlbefinden im Zentrum stehen. Dies ist sehr individuell. Deshalb sprechen wir die Erkrankten immer wieder darauf an, was für sie im Moment gerade wichtig ist, was das Wohlbefinden steigert und/oder die Lebensqualität ausmacht und erhält. Beispielsweise ist es nicht unbedingt nötig, täglich Körperpflege zu haben.

«Lebensqualität ist das, was der Betroffene darunter versteht», sagt Eychmüller. Folgende Frage stellt sich für die nächsten Angehörigen immer von Neuem: Wie stark soll ich auf den Kranken einwirken, beispielsweise wenn er nicht mehr essen und trinken mag? Den kranken Menschen ernst zu nehmen, bedeutet in diesem Fall: Motivieren – ja, drängen oder zwingen – nein.

Sie als Patient, Patientin müssen nichts mehr müssen. Was zählt, ist Ihr größtmögliches Wohlbefinden.



Der Faktor Zeit

Je nachdem, wie weit fortgeschritten eine Krankheit ist, bleibt noch mehr oder eben weniger Zeit, um Dinge zu erledigen, Unternehmungen zu machen oder etwas zu tun, das guttut: Zum Beispiel einen wichtigen Ort nochmals zu besuchen, sich einen Traum zu erfüllen und anderes mehr. Oder es bedeutet, sich zurückzulehnen und jeden Tag so zu nehmen, wie er kommt, und das Beste daraus zu machen. Für einen Teil der Schwerkranken ist es wichtig, mit sich, der Familie und mit Gott ins Reine zu kommen. Wir raten, Wünsche nicht auf die lange Bank zu schieben, sondern sie zu realisieren. Dabei helfen wir Ihnen gerne.

Beschwerden und Symptome

Es können verschiedene, mehr oder weniger häufig vorkommende Beschwerden und Symptome auftreten. Die einen lassen sich mit medizinischen Massnahmen relativ gut kontrollieren und vermindern, bei anderen gelingt dies mehr mit pflegerischen Interventionen oder mit Verhaltensveränderungen respektive Verhaltensanpassungen.

Nachlassen der Kräfte, des Appetits und des Durstes, Rückzug

Im Verlauf einer schweren und unheilbaren Krankheit kommt es sehr oft zu grosser, erschöpfungsähnlicher Müdigkeit, der sogenannten Fatigue. Die Ursachen sind meist multifaktoriell. Die Grunderkrankung (Krebs, ALS – Amyotrophe Lateralsklerose, MS – Multiple Sklerose, COPD – Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und andere mehr) spielt eine zentrale Rolle. Nebenwirkungen von Medikamenten oder Behandlungen, Blutarmut und Muskelabbau können ebenfalls mitwirken. Der Patient, die Patientin hat das Bedürfnis, zu liegen und zu schlafen. Aktivitäten machen immer mehr zu schaffen. Viele ziehen sich zurück. Es gilt, Prioritäten zu setzen und den «Energiesparschalter» einzulegen. Alles muss langsamer und in kleinen Schritten geschehen.

Auch wenn das autonome Handeln durch den Energieverlust nach und nach eingeschränkt wird, bleibt die Entscheidungsautonomie beim urteilsfähigen Patienten. Der Appetit und das Hungergefühl, zu einem späteren Zeitpunkt oft auch das Durstgefühl, können nachlassen. Das ist völlig normal. Für den Partner, der das Essen zubereitet, kann das zur Frustration führen, wenn es dem Kranken nach dem ersten Bissen den Hals «zuzschnürt».



Was kommt auf mich zu? Weitere Symptome und Veränderungen

Der Krankheits- und später der Sterbeverlauf ist sehr individuell. Die häufigsten Symptome sind neben der oft vorkommenden Fatigue und dem Appetitverlust auch Schmerzen. Verbunden mit

der Einnahme oder Verabreichung von Opiaten sowie dem Bewegungsmangel kann es auch zu Verstopfung (Obstipation) kommen.

Schmerzen

Nicht alle Kranken, aber doch ca. 80% der Tumorerkrankten haben Schmerzen. Fast alle fürchten sich davor und möchten nicht an Schmerzen leiden. Schmerzen und Schmerzbehandlung sind weitläufige Felder und oft sehr komplex. Neben den körperlichen Faktoren beeinflussen auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte das Schmerzerleben der Betroffenen.

Deshalb in aller Kürze: Das MPCT ist in enger Zusammenarbeit mit Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin bemüht, dass Sie so wenig Schmerzen wie möglich haben müssen. Es gibt heute zahlreiche Möglich-

keiten, Schmerzen auf ein erträgliches Mass zu reduzieren. Ein «Restschmerz» kann aber nie ausgeschlossen werden.

Wichtig ist: Melden Sie sich frühzeitig, wenn Schmerzen stärker werden und Sie nicht wissen, was Sie tun sollen. Normalerweise schauen wir von Anfang an, das heisst sehr früh, dass eine gute Reservemedikation verordnet ist und die entsprechenden Medikamente auch vor Ort sind. Manchmal sind auch nicht medikamentöse Massnahmen sinnvoll und erfolgreich.



Verstopfung

Im Zusammenhang mit dem Einsatz von Opiaten (zum Beispiel Morphin) gegen Schmerzen und Atemnot sowie anderen Medikamenten, aber auch infolge von Bewegungsmangel und unausgewogener Ernährung kann es zu Verstopfung (Obstipation) kommen. Es gibt verschiedenste Mittel und Massnahmen, dass der Darm funktionstüchtig bleibt und es nicht zu einem Darmverschluss kommt. Nehmen Sie die vom Arzt verordneten Abführmittel unbedingt ein und melden Sie sich bei uns, wenn Sie nicht in Ihrem gewohnten Rhythmus Stuhlgang haben.

Atemnot

Atemnot und oft auch damit verbundene Ängste kommen sehr häufig vor, vor allem bei Krankheiten, bei denen die Atemwege betroffen sind. Ersticken zu müssen, beschäftigt viele Betroffene. In Absprache mit den Fach- und Hausärzten werden wir Sie beraten, was in welcher Situation die geeignetsten Massnahmen sind, damit diese Gefahr eliminiert oder minimiert werden kann. Atemnot kann mit medikamentösen Massnahmen gut therapiert werden.

Veränderte Atemmuster (unregelmässige oder flache Atmung) am Lebensende sind normal. Es kann auch zu Rasselatmung kommen. Diese ist für Angehörige belastend, für den Sterbenden aber meist nicht. Medikamente und die richtige Lagerung können Abhilfe schaffen.

Übelkeit und Erbrechen

Gerade Tumorerkrankte kennen diese beiden Symptome als Nebenwirkung von Therapien. Übelkeit kann aber auch im Verlaufe einer Erkrankung und/oder einer medikamentösen (Schmerz-)Therapie auftreten. Manchmal muss man das Medikament wechseln oder die Dosis verändern. Oft kann auch mit einem Medikament, das die Übelkeit vermindert respektive diese eliminiert, geholfen werden.

Seltener kommt es zum Erbrechen. Bei häufig auftretendem Erbrechen ist die Ursache, insbesondere bei Krebserkrankten, eine Passagestörung. Dann funktioniert der Darm nicht, wie er sollte. Oder das Erbrechen ist die Folge von hirnorganischen Prozessen. Diese Ursachen müssen in jedem Fall abgeklärt und wenn immer möglich angegangen werden.



Verwirrtheit

Es kann im Verlauf einer Erkrankung zu Verwirrheitszuständen kommen. Je nach Situation muss geklärt werden, was die Ursachen sein könnten. Steht die Verwirrtheit im Zusammenhang mit der Grunderkrankung? Gibt es Anzeichen, dass Medikamente die Ursache sein könnten (Unverträglichkeit, Überdosierung)? Handelt es sich um eine normale Situation am Lebensende? Kann sie ursächlich behandelt werden oder beschränkt man sich auf den Umgang damit?

Im Zusammenhang mit der «normalen», oft vorkommenden Verwirrtheit am Lebensende kann es auch zu Unruhe oder Agitiertheit kommen. Hier könnten Schmerzen, Harnverhalten oder andere Belastungen zugrunde liegen. Für die Beurteilung solcher Situationen braucht es zwingend pflegerische und/oder ärztliche Fachleute mit grosser Erfahrung.

Seelisches Tief oder Depression?

Das Traurigsein über die schwierige Lebenssituation bei einer unheilbaren Krankheit oder seelische Tiefs zu haben, ist normal und nicht krankhaft. Depression hingegen ist eine Krankheit, welche medikamentös und/oder psychotherapeutisch behandelbar ist. Das eine vom anderen zu unterscheiden, ist bei Schwerstkranken nicht immer einfach.

Antidepressiva (Stimmungsaufheller) brauchen Zeit, bis sie wirken. Es braucht in jedem Fall eine ärztliche Beurteilung, ob der Einsatz von Medikamenten sinnvoll ist, oder ob Gespräche mit einer Fachperson (Psychiater, Psychoonkologin, Hausarzt) helfen können. Manchmal macht beides Sinn.

Oft helfen auch Gespräche mit den Pflegenden des MPCTs, mit denen Sie über Ihre Sorgen und Nöte reden können. Wir nehmen uns auf jeden Fall diese Zeit für Sie, aber auch für Ihre Angehörigen.





Spirituelle Unterstützung

Spiritualität ist etwas zutiefst Individuelles. Für die einen ist Spiritualität religiös oder konfessionell, für andere nicht.

Spiritualität ist die Überzeugung, dass es eine Kraft (in mir, ausserhalb) gibt, die mir hilft, der Verzweiflung zu begegnen, sie auszuhalten – und Schönes zu sehen, Gutes erleben zu können.

Spiritualität ist, etwas zu tun, das Sinn stiftet, Gutes zu tun.
(Schürch, 2015)

Wir sprechen gerne mit Ihnen über das, was Sie beschäftigt. Wir vermitteln Ihnen auch, falls gewünscht, einen Seelsorger, eine Seelsorgerin oder eine Pfarrerin, einen Pfarrer.

Gutes Sterben

Müller-Busch, der ehemalige Präsident der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, fasst dies in seinem Buch «Abschied braucht Zeit» im Kapitel «Wie ich sterben will – was ist mein guter Tod?» in folgenden Themen zusammen:

- Wissen, wann der Tod kommt, und verstehen, was im Sterben zu erwarten ist.
- Sterben können, wenn die Zeit gekommen ist, und keine sinnlose Lebensverlängerung erleiden.
- Die Kontrolle über das Geschehen behalten.
- Würde und Privatsphäre respektieren.
- Gute Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen.
- Wählen können, wo man sterben möchte (zu Hause oder anderswo).
- Alle Informationen zu bekommen.
- Spirituelle und emotionale Unterstützung.
- Möglichkeiten der Hospizbetreuung haben – nicht nur im Krankenhaus.

- Bestimmen können, wer beim Ende dabei sein soll.
- Vorausbestimmen können, welche Wünsche respektiert werden sollen.
- Zeit haben für den Abschied.

Diese Broschüre soll Ihnen die Sicherheit geben, dass auch daheim mit Unterstützung «gutes Sterben» meist möglich ist.

Die Taktung, der zeitliche Umgang mit den Phasen des Abschiednehmens von Patientin, Patient und ihren Angehörigen ist nicht immer gleich. Jeder empfindet unterschiedlich und steht an einem anderen Punkt. Es kann vorkommen, dass die Patientin, der Patient wünscht, endlich sterben zu können, erlöst zu werden, die Angehörigen aber noch nicht so weit sind, mehr Zeit brauchen. Das führt zu Spannungsfeldern. Thematisieren Sie das – bei jemandem von uns oder bei Ihrer ärztlichen Bezugsperson.



Medikamente und Hilfsmittel

Das MPCT hat Zugriff auf die in palliativen (Not-) Situationen häufigsten Medikamente und Utensilien. Das Ziel ist, dass die Patientin, der Patient daheim bleiben kann und im Notfall nicht wegen fehlender Medikamente, bei einem Harnverhalten oder weil kein Nachtstuhl vorhanden ist, auf die Notfallstation eines Spitals überwiesen werden muss.

Der Notfall

Für uns sind all jene Situationen Notfälle, die Sie als solche erleben. Nicht nur Schmerzen, Blutungen oder andere Symptome, die bei Ihnen Stress und Unsicherheit auslösen. Zum Beispiel kann das auch die Überlastung von Angehörigen sein, Probleme im Zusammenhang mit dem Toilettengang oder eine Angst verursachende Atmung.

In medizinischen Notfallsituationen intervenieren wir nach unserem mit dem Arzt, der Ärztin erstellten Notfallplan respektive der Medikamenten-Reserve-liste. Oder wir nehmen Kontakt mit einem ärztlichen Dienst auf, wenn möglich einem Arzt oder einer Ärztin, die Ihre Situation kennen. Wenn es nicht anders geht, veranlassen wir eine Überweisung

in Ihr Spital, in der Regel das Kantonsspital Winterthur (KSW). Wenn immer möglich sollte dies nicht über die Notfallstation geschehen. Wir versuchen, Sie direkt ins Zentrum für Palliative Care (ZfPC) zu überweisen.

Viele Notfälle lassen sich durch frühzeitiges Kennenlernen und eine vorausschauende Planung (Advanced Care Planning) vermeiden.



Die letzte Zeit

Die letzte Zeit (terminale und finale Phase) kann sehr intensiv sein. Angehörige, manchmal auch der Sterbende, die Sterbende, warten auf das Eintreten des Todes. Viele Angehörige trauern bereits (antizipatorisches Trauern).

Beim Sterbenden machen sich Veränderungen bemerkbar: das Atemmuster, der Blick, das Bewusstsein, die Körpertemperatur, die Hautfarbe und anderes mehr.

Auch wenn Angehörige ihren Liebsten versprochen haben, sie nicht alleine zu lassen, den letzten Schritt machen trotzdem viele Sterbende ganz allein, zum Beispiel in den fünf Minuten, in welchen die Begleitperson das Zimmer kurz verlässt. Wir raten deshalb, immer wieder ein solches «Zeitfenster» von 30 bis 60 Minuten zu öffnen, um einen Spaziergang zu machen oder eine Besorgung zu tun. So gibt man dem Sterbenden die Möglichkeit hinüberzugehen. Sollte dann der Sterbende während dieser Zeit versterben, braucht man sich keine Vorwürfe zu machen.

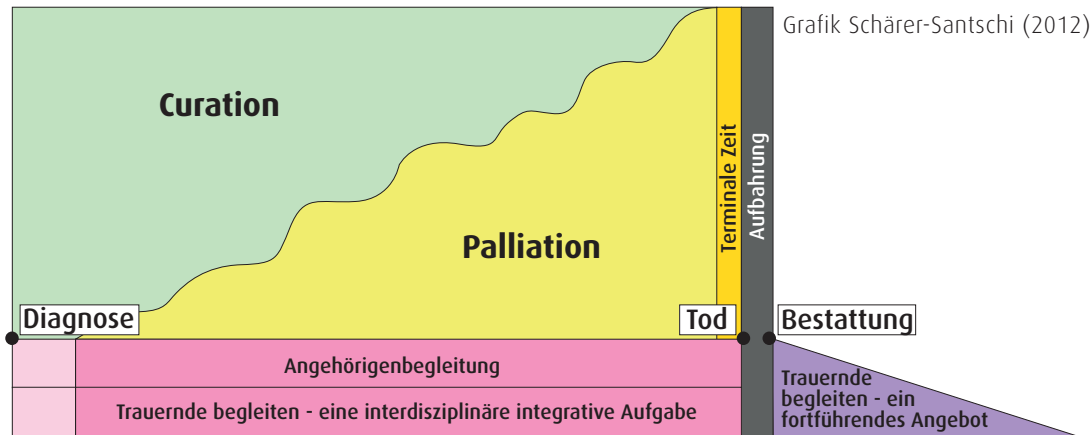
Danach

Nachdem der Tod eingetreten ist, sollten die anwesenden Angehörigen möglichst nicht lange alleine sein.

- Traueraufgaben nach William Worden stehen an und sollten wenn immer möglich angegangen werden. Diese beginnen mit «dem Annehmen der Wirklichkeit des Verlustes»: Den Tod

begreifen, die Verstorbene, den Verstorbenen ansehen, berühren, eben, begreifen im wahrsten Sinn des Wortes.

- Das Pflegen und Aufbahnen des Verstorbenen ist ein schönes und bewusst machendes Ritual, zu dem wir die Angehörigen gerne einbeziehen. Es hilft, zuhause würdevoll Abschied nehmen



zu können, und macht den Tod ebenfalls begreifbar.

- Wir informieren Sie über die nächsten Schritte: Anmelden des Todesfalls, Organisieren eines Abschiedsrituals (Trauerfeier, Gottesdienst u. a.).
- «Trauern ist eine normale Reaktion auf einen bedeutenden Verlust und liegt in der menschlichen Natur. Wir alle reagieren auf unterschiedliche Weise, das heisst, jeder Mensch hat seine eigene Zeit und persönliche Art zu trauern. Dennoch gibt es Gemeinsamkeiten, indem was Trauernde erleben.» (Stadt Zürich, 2014)
- Wir vermitteln Ihnen Selbsthilfegruppen oder geführte Trauergruppen und können Ihnen Hinweise zu relevanter Literatur geben.
- Meist nehmen wir mit den trauernden Angehörigen nach ein paar Wochen Kontakt auf, um zu erfahren, wie es ihnen geht, ob sie weitere Unterstützung benötigen.



Zum Schluss

Mit dieser Broschüre haben wir Ihnen vermittelt, dass auch oder gerade daheim gut gelebt, aber auch gut Abschied genommen werden kann. Es ist nicht immer einfach, aber es ist meist möglich, bereichernd und wertvoll.

«Für die Angehörigen ist es eine Chance, ja eine spirituelle Erfahrung, einen geliebten Menschen bis zu ihrem/seinem Tod begleiten zu dürfen.»
(Monika Müller, 2004)

Falls Fragen und Unsicherheiten da sind, wenn Beschwerden auftreten, melden Sie sich bei uns. Wir kommen auch nachts oder an Wochenenden. Und wir kommen lieber einmal zu viel als einmal zu wenig. Scheuen Sie sich nicht, uns zu kontaktieren: **0844 800 600**



Literaturverzeichnis

Aitken, A. (2012). **Gemeindenahe Palliative Care**. Bern: Hans Huber.

Borasio, G. D. (2012). **Über das Sterben**. München, D: C.H. Beck.

Bundesamt für Gesundheit. (2010). **Nationale Leitlinien Palliative Care**. Bern.

Eychmüller, S. (2015). **Handbuch Palliativmedizin**. (H. Neuenschwander/C. Cina, Hrsg.): Bern: Hans Huber.

Eychmüller, S. (2015). **Unterricht im Rahmen des CAS, 4. Modul**. Inselspital Bern.

Kayser, D., Kieseritzky, D.-P. K., Melching, D. S.-P., Sitting, D. H.-B. (Hrsg.). (2013). **Kursbuch Palliative Care Angewandte Palliativmedizin und -pflege**. Bremen, D: Uni-Med Verlag.

Kübler-Ross, E. (1969). **Interviews mit Sterbenden**. Stuttgart/Berlin, D: Kreuz-Verlag.

Meuret, G. (2008). **Palliative Home Care Tumorkranker**. Stuttgart, D: Kohlhammer.

Monteverde, M., Cina, C. (2015). **Handbuch Palliativmedizin**. (H. Neuenschwander/C. Cina, Hrsg.) Bern: Hans Huber.

Monteverde, M., Manzambi, L. (2015). **Handbuch Palliativmedizin**. (H. Neuenschwander/C. Cina, Hrsg.): Bern: Hans Huber.

Müller, M. (2004). **Dem Sterben Leben geben – Die Begleitung Sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg**. Gütersloh, D: Gütersloher Verlagshaus.

Müller-Busch, H. C. (2013). **Abschied braucht Zeit**. Berlin, D: Suhrkamp Verlag.

Schärer-Santschi, E. (2012). **Trauern**. (E. Schärer-Santschi, Hrsg.) Bern: Hans Huber.

Schürch, C. (2015). **Im Rahmen des Unterrichts Palliative Care beim Schweizerischen Roten Kreuz SRK**. Winterthur.

Student, J.-C., Napiwotzky, A. (2007). **Palliative Care**. Stuttgart, New York: Thieme.

Weber, A. (2016). **Hauptreferat anlässlich der Tumortage 2016**, Winterthur.

Worden, W. (1986). **Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch**. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber Verlag.

Zürich, Stadt. (2014). **Und plötzlich ist alles anders. Wenn ein geliebter Mensch stirbt**. Zürich.



Impressum

Verfasst von Christoph Schürch, Dipl. Pflegefachmann
HöFA1/CAS Palliative Care, Leiter Mobiles Palliative Care
Team (MPCT) Region Winterthur.

Unter Mithilfe von Brigitte Trechsel, Dipl. Pflegefachfrau
HF/Palliative Care B2, Stv. Leiterin MPCT und Dr. med. Reto
Pampaluchi, Hintergrunderarzt MPCT

1. Auflage 2016

Grafik: Verve, Webdesign und Grafik, Uster

Druck: Mattenbach AG, Winterthur

Mobiles Palliative Care Team (MPCT) Region Winterthur 0844 800 600

Brunngasse 53 · 8400 Winterthur · winterthur@pallnetz.ch · www.palliativecare-winterthur.ch

Wir sind dankbar für Spenden auf das Konto: **PC 85-472586-1 (MPCT)**

