

palliative-ch



Nausea

Nausée

Nausea

BIGORIO 2003
Consensus on best practice

«Ein Lebensgefühl, das sich als
Bosheit nicht einmal der Teufel
ausdenken kann»
Pfr. Theophil Spoerri

**Il sintomo nausea in cure palliative:
dalla patofisiologia alla terapia**
Dr. Piero Sanna

**Thérapies complémentaires contre la nausée
et les vomissements**
Jyothirmai Gubili, MS, Barrie Cassileth, MS, PhD

Der neuste Stand bezüglich Übelkeit
Dr. Paul Glare

**La cura dell'alimentazione nelle cure
palliative: aspetti culturali e simbolici**
Flavio Cruciatti, M.Sc., Ph.D

3 Editorial/Editorial/Editoriale

■ **Fachartikel/Articles originaux/Articoli originali**

5 **Dr. Piero Sanna**

**Il sintomo nausea in cure palliative:
dalla patofisiologia alla terapia**

9 Deutsche Zusammenfassung

9 Résumé français

10 **Dr. Paul Glare**

Der neuste Stand bezüglich Übelkeit

10 Résumé français

11 Riassunto italiano

12 **Jyothirmai Gubili, MS, Barrie Cassileth, MS, PhD**
**Thérapies complémentaires contre la nausée et
les vomissements causées par la chimiothérapie**

16 Deutsche Zusammenfassung

16 Riassunto italiano

17 **Flavio Cruciatti, M.Sc., Ph.D**

**La cura dell'alimentazione nelle cure palliative:
aspetti culturali e simbolici**

19 Deutsche Zusammenfassung

20 Résumé français

21 **Pfr. Theophil Spoerri**

**«Ein Lebensgefühl, das sich als Bosheit nicht
einmal der Teufel ausdenken kann»
Was Patienten dem Seelsorger über
ihre Erfahrung mit Nausea erzählen**

24 Riassunto italiano

25 Résumé français

■ **Forschung/Recherche/Ricerca**

25 **Dr. Aurelius G. Omlin**

**4. EAPC Forschungs-Forum:
«Collaborate to Catalyse Research»**

Venedig 24.–27. Mai 2006

**BIGORIO 2003 / NAUSEA
Consensus on best practice in
Palliative Care in Switzerland**

■ **Veranstaltungen/Manifestations/Manifestazioni**

27 **Claudia Bosshardt**

Den Tod zurück ins Leben holen

Kongress und Veranstaltungszyklus zu Sterben,
Trauer und Tod

28 **Espoir, sens et dignité**

Symposium international, Lausanne

■ **Institutionen/Institutions/Istituzioni**

29 **Monica Heinzer**

Die Palliativstation im Reusspark

31 **Schweizerische Krebsstagung 2006**

gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln?

31 **Journée suisse du cancer 2006**

décision partagée – pour une meilleure prise en charge?

■ **PallioScope**

32 **Dr. Steffen Eychmüller**

**Eine neue DVD – «Schmerztherapie
bei unheilbar Kranken – zu Hause»**

■ **Nachrichten SGPMP/Nouvelles SSMSP/
Notizie SSMCP**

Michel von Wyss

32 La Journée nationale de la Qualité

33 Jahrestagung Qualität

35 Giornata nazionale della qualità

■ **Regionen/Régions/Regioni**

36 Bern

36 Ticino

37 Vaud

37 Zürich

■ **Kalender/Calendrier/Calendario**

41 Kalender/Calendrier/Calendario

43 Impressum

Editorial



Dr. Claudia Gamondi

Die Freude am Essen begleitet uns während des ganzen Lebens.

Die mütterliche Brust nimmt uns als Neugeborene im Leben auf und gibt uns die körperliche und seelische Nahrung. Mit den Jahren bringen uns unsere Eltern bei, den Wert der Nahrung zu schätzen, und im Leben lernen wir den Moment des gemeinsamen Essens zu schätzen und errichten darum herum unser gesellschaftliches Zusammenleben.

Bei unseren religiösen Handlungen entscheiden wir, uns zu ernähren oder nicht, wir entscheiden, welche Nahrungsmittel wir welchen Momenten des Jahres vorbehalten, wie wir sie kombinieren und kochen.

Die Nahrung ist auch Kunst, Literatur und Kultur: von der Höhlenmalerei bis zum Abendmahl von Leonardo hat der Mensch das Essen und seine symbolische Werte dargestellt.

Aber was empfindet der kranke Mensch, wenn er sich nicht mehr ernähren kann?

Und was fühlt der gesunde Mensch, wenn jemand nicht mehr isst?

In der Palliative Care ist das Problem der Übelkeit und des Erbrechens, dem diese ganze Ausgabe gewidmet wird, weitläufig.

Wir haben versucht, dieses Thema so interdisziplinär wie möglich anzugehen, damit man die Multidimensionalität dieser Symptome verstehen kann und um dem Leser verschiedene Gedankenanstöße zu geben.

Insbesondere finden Sie hier für diese beiden Symptome die nationalen Best Practice-Empfehlungen für Palliative Care in der Schweiz – Bigorio 2003.

Editorial

Les plaisirs de la table durent toute la vie.

Les nouveau-nés déjà sont accueillis au monde par le sein maternel qui nourrit leur corps et leur âme; en grandissant, nos parents nous enseignent la valeur de la nourriture; au cours de notre vie, nous apprenons à savourer le moment du repas, à cultiver sa convivialité et à construire notre socialisation à travers lui.

Les pratiques religieuses sont l'occasion de décider de s'alimenter ou de jeûner, de décider de quels aliments sont réservés à quels instants de l'année, de comment les combiner et les apprêter.

La nourriture est un thème récurrent dans l'art, la littérature et la culture: des dessins rupestres à l'Ultima Cena de Léonard, l'homme a toujours élaboré des représentations de la nourriture et des valeurs symboliques qu'elle véhicule.

Mais que peut bien éprouver le malade qui ne peut plus s'alimenter?

Et que peut bien éprouver le bien-portant face à celui qui ne mange plus?

C'est un vaste problème que celui de la nausée et des vomissements en soins palliatifs et c'est à lui qu'est dédié ce numéro.

Nous nous sommes efforcés de l'aborder de la manière la plus interdisciplinaire possible, afin d'embrasser les nombreuses dimensions de ces symptômes et d'offrir au lecteur une multiplicité d'occasions de réflexion. Ce numéro publie en particulier les recommandations nationales suisses de bonne pratique en soins palliatifs concernant ces deux symptômes (Bigorio 2003).

Editoriale

Il piacere della tavola ci accompagna durante tutta la nostra vita.

Da neonati il seno materno ci accoglie nella vita, fornendoci nutrimento per il corpo e per l'anima; crescendo i nostri genitori ci insegnano il valore del cibo e nella vita impariamo ad apprezzare il momento della tavola rendendolo conviviale ed attorno al cibo costruiamo la nostra socialità.

Durante le nostre pratiche religiose decidiamo di nutrirci o di non nutrirci, decidiamo quali cibi riservare a quali momenti dell'anno e come abbinarli e cucinarli.

Il cibo è anche arte, letteratura e cultura: dai dipinti rupestri all'Ultima Cena di Leonardo, l'uomo ha rappresentato il cibo ed i suoi valori simbolici.

Ma cosa prova l'uomo malato di fronte all'impossibilità ad alimentarsi?

E cosa prova l'uomo sano di fronte a chi non mangia più?

Il problema della nausea e del vomito in cure palliative, tema a cui è interamente dedicato questo numero, è di ampio respiro.

Lo sforzo è stato quello di affrontare il tema nella maniera più interdisciplinare possibile, allo scopo di comprendere la multidimensionalità di questi sintomi e di offrire al lettore molteplici spunti di riflessione.

In particolare troverete le raccomandazioni nazionali Best Practice in cure palliative in Svizzera-Bigorio 2003 per quanto concerne questi due sintomi.

Vi auguro una buona lettura.

Ich wünsche ihnen eine interessante Lektüre!

«Enchant, stay beautiful and graceful, but do this, eat well. Bring the same consideration to the preparation of your food as you devote to your appearance. Let your dinner be a poem, like your dress.»

«Verzaubere, bleib wunderschön und anmutig, aber iss gut. Erbringe die gleiche Aufmerksamkeit der Zubereitung deiner Mahlzeit, wie du sie deinem Aussehen widmest. Lass dein Abendessen ein Gedicht sein, so wie es dein Kleid ist»

Je vous souhaite une excellente lecture!

«Enchant, stay beautiful and graceful, but do this, eat well. Bring the same consideration to the preparation of your food as you devote to your appearance. Let your dinner be a poem, like your dress.»

«Enchante, demeure belle et gracieuse, mais mange bien. Prête à la préparation de tes repas la même attention qu'à ton apparence. Fais que ton dîner soit un poème semblable à tes vêtements.»

«Enchant, stay beautiful and graceful, but do this, eat well. Bring the same consideration to the preparation of your food as you devote to your appearance. Let your dinner be a poem, like your dress.»

«Incanta, resta bella e piena di grazia, ma fai questo, mangia bene. Poni la stessa considerazione alla preparazione del cibo, quanta ne consacravi al tuo aspetto. Fa che la tua cena sia un poema, come il tuo abito.»



*«Letters to Emily»
Charles Pierre Monselet
(1825-1888)*

La nausea è un sintomo spiacevole e complesso, relativamente frequente sia in forma acuta che persistente, nel contesto di malattie croniche avanzate e terminali. Spesso si presenta associata al vomito anche se i due fenomeni vanno distinti chiaramente tra di loro.

Dr. Piero Sanna

Il sintomo nausea in cure palliative: dalla patofisiologia alla terapia



Dr. Piero Sanna

Introduzione

La nausea è un sintomo invisibile, spiacevole, ostico, complesso, talvolta refrattario e purtroppo relativamente frequente nel contesto di malattie croniche avanzate e terminali^{1,2}. La presenza di nausea è riscontrabile nell'ambito di malattie oncologiche, infettive, gastrointestinali ed epatiche, nefrologiche, cardiologiche e psichiatriche. Essa viene spesso riportata dal paziente e considerata dal personale curante come un sintomo strettamente legato alla manifestazione concreta del vomito. È opportuno chiarire subito che si tratta di due sintomi chiaramente separati anche se molto spesso associati e interdipendenti. Una corretta valutazione iniziale del sintomo nausea (con o senza associazione con il vomito) è essenziale per la comprensione del fenomeno, per l'identificazione di procedure diagnostiche efficienti (costo-beneficio!) e infine per impostare una presa a carico adeguata e concreta per il paziente. Nonostante negli ultimi anni sia aumentata la letteratura disponibile in merito e si sia assistito ad un chiaro miglioramento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche, la presenza di nausea incontrollata risulta essere ancora una delle cause maggiori di sofferenza psicofisica in molti pazienti cronici.

In questo breve articolo cercheremo di riassumere l'evidenza scientifica disponibile oggi e di formulare quindi alcune proposte terapeutiche applicabili nell'attività clinica di tutti i giorni.

Epidemiologia

La nausea (acuta o cronica) è probabilmente il sintomo più frequente tra quelli a carico del tratto gastrointestinale, come ricordato generosamente in letteratura^{3,4,5}.

Generalmente una maggior incidenza di nausea è segnalata tra i pazienti al di sotto dei 65 anni e tra quelli di sesso femminile⁵. Tenzialmente le donne utilizzano più spesso farmaci (in particolare lassativi e antiemetici ma anche calmanti) per contrastare il fenomeno rispetto agli uomini⁶. La nausea in ambito oncologico è forse la più studiata in assoluto, sia nel contesto di chemioterapia che in quello di puro supporto palliativo. La formulazione di linee guida incisive o almeno la proposta di algoritmi di trattamento ne sono una logica conseguenza.

Patofisiologia

Sebbene non ancora tutti i meccanismi siano stati chiariti nel dettaglio, per quanto si è andato acquisendo con la ricerca applicata a partire dal 1950^{7,8}, il sintomo nausea viene mediato a livello del sistema nervoso centrale attraverso circuiti distinti.

Secondo lo stato attuale delle conoscenze, il sintomo viene costruito, elaborato e percepito attraverso perlomeno quattro vie neuropatofisiologiche^{2,5,7,8}:

- 1) La cosiddetta «Chemoreceptor Trigger Zone» (CTZ), situata nell'area postrema alla base del quarto ventricolo, sensibile a stimoli chimici presenti nel liquido cerebrospinale.
- 2) La «Via Vestibolare», che attiva il «Centro Nausea-Vomito» attraverso cambiamenti della posizione del corpo.
- 3) La cosiddetta «Via Periferica», attivata attraverso recettori riscontrabili in tutto il tratto gastrointestinale con stimoli quindi affluenti al Nervo Vago in continua comunicazione con il Centro Nausea-Vomito. Quest'ultimo è costituito da una rete diffusa di neuroni in comunicazione stretta che elabora tutti gli stimoli in entrata attraverso le vie afferenti e che produce quindi come risposta il riflesso emetico. Da questo centro vengono inviati impulsi sia alla periferia che attivano salivazione, muscoli del torace e dell'addome, respirazione come pure ai nervi cranici che possono sfociare poi episodi di vomito.
- 4) La cosiddetta «Via Emozionale» attraverso la corteccia cerebrale e il sistema limbico, imperniata sulla stimolazione indotta da fenomeni come la paura, l'ansia o il dolore^{2,9}. Diversi neurotrasmettitori sono coinvolti nei circuiti all'origine della nausea e del vomito.

Tra i più importanti segnaliamo la Serotonina, la Dopamina e l'Acetilcolina. L'inibizione dei trasmettitori o la neutralizzazione dei rispettivi recettori costituiscono oggi bersagli già sfruttati o potenziali bersagli a fini terapeutici. Recentemente una migliore comprensione del ruolo della cosiddetta «Sostanza P», trasmettitore notoriamente coinvolto nei fenomeni di nausea^{10,11}, ha aperto nuovi orizzonti terapeutici di cui parleremo più in là.

La ricerca specifica in corso sui neurotrasmettitori, i recettori centrali e periferici, la loro interazione e la complessa biologia che li regola, non mancherà di riservare interessanti scoperte nei prossimi anni che potranno essere utilizzate a fini terapeutici.

Cause

Le cause di nausea possono avere origine nel tratto gastrointestinale o al di fuori di esso e sono riassunte nella tabella seguente (Tabella 1). Una valutazione accurata del sintomo permetterà di conseguenza un approccio terapeutico mirato:

– Tratto gastrointestinale

- Stasi gastrica:
 - indotta da farmaci
 - da disfunzione del sistema nervoso autonomo
 - da epatomegalia +/- ascite
 - da patologie dello stomaco e del duodeno
- Disfunzione intestinale:
 - da ostruzione, compressione, infiltrazione
 - da patologie del mesentere
 - da costipazione
- Irritazione peritoneale:
 - da infiltrazione del retroperitoneo
 - da ostruzione ureterica
- Danno parenchimale:
 - da metastasi epatiche, renali, ...

– Danni iatrogeni-farmacologici

- Oppiacei, Digossina, Antiepilettici, Antibiotici
- Citostatici

– Disfunzioni metaboliche

- Ipercalcemia, uremia, chetoacidosi

– Disfunzioni del sistema nervoso centrale

- Aumento della pressione e endocranica:
 - da edema cerebrale
 - da infarto ischemico e/o emorragico
 - da neoplasia benigna/maligna
 - da meningiomi neoplastici
 - da infezioni acute o croniche
- Vestibulopatie di diversa eziologia

– Cause psicogene

- sindrome d'ansia e ansioso-depressiva
- nausea anticipatoria da chemioterapia

Tab. 1: Cause principali di nausea (adattata da 12).

Trattamento della nausea

Il trattamento della nausea in generale e in cure palliative deve tenere conto della possibile o almeno della più probabile eziologia. Oggi infatti è auspicabile, come per altri sintomi ostici, scegliere strategie terapeutiche se possibile causali. Queste infatti conducono ad una maggior chance di successo a vantaggio del paziente e contribuiscono a ridurre i tempi di degenza media per pazienti ospedalieri e di riflesso anche i costi.

Oltre all'anamnesi e alla visita clinica, indispensabili e insostituibili¹³, utili informazioni possono giungere da esami di laboratorio (creatinina, urea, calcio, ...).

Misure diagnostiche tecnologiche come radiologia convenzionale (addome a vuoto per riscontro di ev. coprostasi) o tomografia assiale computerizzata e risonanza magnetica, permettono di identificare cause più complesse di nausea come processi espansivi a livello toracico, addominale o cerebrale. Interventi endoscopici (gastro- e colonoscopia) possono rivelarsi utili sia a fini diagnostici (rilevamento di stenosi, occlusioni,...) come pure terapeutici (disostruzioni, posa di stents locali,...). Il trattamento attivo del sintomo

nausea passa attraverso misure farmacologiche e non, da utilizzare, quando è indicato, anche in combinazione.

Misure non farmacologiche

Tra le misure non farmacologiche si raccomandano, oltre a misure di carattere comportamentale generale, un'accurata consulenza dietetico-alimentare^{2,5}, con lo scopo di identificare pazienti che possano beneficiare di accorgimenti semplici e facilmente applicabili per la gestione di problemi di digestione e assorbimento associati a nausea (e ev. vomito). Tra questi provvedimenti si può menzionare la riorganizzazione cronologica e numerica dei pasti in piccole porzioni con lo scopo di evitare una distensione troppo grande della parete gastrica e duodenale in assenza di efficacia peristaltica (come si riscontra classicamente in pazienti con una gastroparesi uni- o multifattoriale). La scelta di cibi particolari e ben accetti al paziente, magari preparati da terzi, possono inoltre contribuire ad una riduzione della nausea anticipatoria in vista dei pasti. La nausea anticipatoria da chemioterapia deve essere invece prevenuta attivamente dal punto di vista farmacologico (con antiemetici, ansiolitici o neurolettici).

L'utilizzo di tecniche alternative e/o complementari come l'agopuntura può dare sollievo in pazienti selezionati². La Consensus Conference del NIH, i cui contenuti sono stati pubblicati la prima volta nel 1998¹⁴, sembrano riconoscere all'agopuntura un'efficacia soddisfacente in pazienti adulti in ambito postoperatorio e in trattamento chemioterapico.

Musicoterapia e tecniche di rilassamento muscolare possono risultare utili quali strategie complementari in pazienti selezionati nei quali è presente una componente ansiosa verosimilmente preponderante^{15,16}.

Misure farmacologiche

Il sintomo nausea richiede comunque nella maggior parte dei casi un trattamento farmacologico attivo. Uno studio prospettico pubblicato recentemente¹⁷ ha analizzato l'efficacia di un trattamento contro nausea e vomito secondo linee guida farmacologiche basate sull'origine dei sintomi in pazienti affetti da malattie tumorali avanzate.

I risultati di questo studio sembrano evidenziare una discreta efficacia per questo tipo di approccio, nonostante una grande parte di pazienti (fino a 44%) risultasse refrattaria agli schemi di trattamento antiemetico a una settimana dalla loro introduzione. Se fosse necessario, questo studio documenta ulteriormente le difficoltà che ancora oggi si incontrano a gestire bene («fino in fondo») un sintomo spesso ostico come la nausea. L'armamentario farmacologico disponibile oggi e il suo utilizzo adeguato hanno permesso tuttavia indiscutibili progressi, come per esempio per la gestione della nausea (e del vomito) in un contesto di chemioterapia. Come per la gestione di altri sintomi anche per la nausea spesso è utile e talvolta indispensabile combinare più farmaci. Qui di seguito nella Tabella 2¹³ riproduciamo una lista dei farmaci antiemetici utilizzati oggi.

– Fenotiazine	→ Clorpromazina, Prometazina, ...
– Butirofenoni	→ Haloperidolo, Droperidolo
– Benzamidi sostituiti	→ Metoclopramide, Cisapride
– Antagonisti dei recettori della Serotonina	→ Ondansetron, Tropisetron, Dolasetron
– Inibitori dei recettori della Neurochinina 1	→ Aprepitant
– Steroidi	→ Dexametasone
– Cannabinoidi	→ Dronabinolo
– Analoghi della Somatostatina	→ Octreotide
– Antistaminici	→ Ciclizina, Meclizina
– Benzodiazepine	→ Lorazepam, ...
– Anticolinergici	→ Glicopirolato

Tab. 2: Principali famiglie di farmaci antiemetici disponibili

La maggior parte delle Fenotiazine hanno un effetto antagonistico sui recettori dopaminergici, colinergici e istaminici coinvolti nella rete di induzione della nausea.

La loro scarsa biodisponibilità non ne fa tuttavia farmaci ideali per un approccio incisivo sulla nausea. Generalmente sono più efficaci se usati in combinazione con altri farmaci¹³.

Tra i Butirofenoni spicca l'Haloperidolo, neurolettico con effetto moderatamente sedativo, usato frequentemente anche nel trattamento della nausea sia per via orale che sottocutanea o endovenosa^{13,18}. Somministrato come agente singolo o in combinazione, si è rivelato utile anche nella gestione della nausea tardiva da chemioterapia.

Nel gruppo dei Benzamidi Sostituiti invece, il Metoclopramide è sicuramente il rappresentante più conosciuto e il più estesamente utilizzato. Buon antagonista dopaminergico a dosi basse e medie, a dosi piene (> 120 mg/24 ore) sviluppa anche un effetto anti-serotoninergico¹⁹. L'effetto procinetico sembra invece mediato attraverso vie colinergiche, favorito dall'ottima biodisponibilità orale (circa 85%). L'efficacia antiemetica nei pazienti oncologici con malattia avanzata è in genere molto soddisfacente, lasciandosi rilevare una tangibile attività in oltre il 50% dei pazienti ai quali viene somministrato²⁰. Gli effetti collaterali, in genere contenuti, sono rappresentati da discinesie motoriche (più frequenti in donne giovani) e da manifestazioni extrapiramidali (più frequenti in pazienti anziani).

Gli antagonisti recettoriali della Serotonina (i cosiddetti «setrons») possono essere utilizzati per il trattamento della nausea cronica di origine maligna e non anche al di fuori dell'ambito chemioterapico (vedi capitolo a parte per l'uso in chemioterapia) anche se generalmente se ne sconsiglia la somministrazione su lunghi periodi a causa dei dubbi benefici, del pericolo di effetti collaterali cumulativi e non da ultimo per i costi, ancora molto elevati.

Per gli inibitori della Neurochinina 1, nuova famiglia di farmaci antiemetici introdotti per la nausea e il vomito da chemioterapia, non ci sono per ora dati consistenti per l'utilizzo al di fuori di questo contesto.

Oltre all'applicazione nell'ambito della chemioterapia, gli Steroidi vengono spesso utilizzati anche a fine pura-

mente palliativo per il controllo della nausea in monoterapia o in combinazione.

I Cannabinoidi sono disponibili e autorizzati in pochi paesi e non in Svizzera. Il più studiato è il Tetraidrocannabinolo (THC), efficace e bene assorbito ma caratterizzato da un primo passaggio epatico molto elevato (fino al 90%). Il loro effetto, primariamente anticinetico, si espleta attraverso una riduzione della motilità nel tratto gastrointestinale alto.

L'analogo della Somatostatina, Octreotide, largamente utilizzato nella palliazione dell'ileo di origine maligna, risulta spesso efficace anche nel controllo della nausea e del vomito nel contesto di occlusione intestinale²¹.

Gli Antistaminici ricoprono un ruolo antiemetico marginale, possono tuttavia rivelarsi utili per il contenimento di forme di nausea legate a stimoli vestibolari o aumentata pressione endocranica¹³.

Le Benzodiazepine, ad eccezione del Lorazepam, in genere giocano un ruolo ridotto nel trattamento della nausea in contesto palliativo, così come gli Anticolinergici.

Nausea da chemioterapia e radioterapia

La nausea e il vomito costituiscono effetti collaterali pressoché obbligatori in un gran numero di schemi di trattamento chemio- e/o radioterapico. Tra i farmaci più emetogeni ricordiamo il Cisplatino, oggi largamente utilizzato per diversi tipi di neoplasie.

L'avvento degli antagonisti recettoriali della Serotonina (5-HT₃) a partire dalla metà degli anni novanta, ha radicalmente modificato la gestione della nausea e del vomito legati ai trattamenti citotossici e/o radianti. Questi farmaci presentano generalmente una spiccata efficacia nel controllo di questi sintomi, sia nella fase precoce che tardiva del trattamento antineoplastico risultando efficaci tanto nel paziente giovane come nell'anziano^{2,22}.

Il profilo di effetti collaterali di questa famiglia di farmaci è assolutamente accettabile: la cefalea e la stitichezza sono i fenomeni più spesso segnalati dai pazienti e in letteratura.

Recentemente l'arrivo sul mercato del primo inibitore della Neurochinina 1, chiamato Aprepitant, ha aperto ulteriori nuove prospettive nel trattamento antiemetico combinato della nausea e del vomito da chemioterapia.

Nausea intrattabile o refrattaria

Una nausea ingestibile potrebbe essere espressione di un'ostruzione intestinale, che va dunque ricercata attivamente. Al di fuori di questa situazione chiara, le possibilità di trattamento si limitano purtroppo a combinazioni farmacologiche eventualmente efficaci per singoli pazienti. La letteratura disponibile in questo contesto infatti, scarsa e spesso aneddotica, non permette di proporre schemi di grande efficacia. Risultati incoraggianti sono stati riportati con combinazioni varie come Metoclopramide-Dexametasone²³, Fenotiazine più Dronabinolo con o senza Dexametasone²⁴ oppure in monoterapia con Ondansetron, un

inibitore recettoriale della Serotonina di prima generazione²⁵.

L'identificazione di obiettivi e limiti terapeutici chiari, condivisi con paziente, famigliari e personale curante, permetteranno di evitare inutili frustrazioni in questa situazione.

Conclusioni

La nausea, di origine maligna e non, come altri sintomi rilevanti in cure palliative deve essere affrontata con una strategia incisiva che passa da un'attenta valutazione iniziale e dall'identificazione il più possibile mirata dell'eziologia. L'approccio multidisciplinare al problema è pagante. Le strategie terapeutiche che ne derivano hanno lo scopo di eliminare quando possibile o quanto meno contenere, l'espressione del sintomo. Contrariamente alla nausea di origine tumorale in un contesto di malattia avanzata o terminale, per la nausea (precoce e tardiva) da chemioterapia esistono oggi protocolli di trattamento con combinazioni di antiemetici efficaci e ben tollerati.

Letteratura

- 1) Cherny NI. Taking Care of the Terminally Ill Patient: Management of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Advanced Cancer. *Ann Oncol* 2004; 15 (4): 205–213
- 2) Rhodes VA et McDaniel RW. Nausea, Vomiting and Retching: Complex Problems in Palliative Care. *CA Cancer J Clin* 2001; 51: 232–248
- 3) Dunlop GM. A Study of the Relative Frequency and Importance of Gastrointestinal Symptoms and Weakness in Patients with Far Advanced Cancer: a Student Paper. *Palliat Med* 1989; 4: 37–43
- 4) Donnelly S et al. The Symptoms of Advanced Cancer: Identification of clinical and Research Priorities by Assessment of Prevalence and Severity. *J Palliat Care* 1995; 11: 27–3
- 5) Komorcu S, Nelson KA et Walsh D. The Gastrointestinal Symptoms of Advanced Cancer. *Support Care Cancer* 2000; 9: 32–39
- 6) Curtis EB et Walsh TD. Prescribing Practices of a Palliative Care Service. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8: 312–316
- 7) Borison HL et Wang SC. Physiology and Pharmacology of Vomiting. *Pharmacol Rev* 1953; 3: 192–230
- 8) Wang SC. Emetic and antiemetic drugs. In *Physiological Pharmacology: a Comprehensive Treatise* (eds Root WS and Hofman FG) 1965; Vol II, pp 255–328. New York: Academic Press
- 9) Grunberg SM. Nausea and Vomiting. In Haskell CM (ed): *Cancer Treatment*, ed 5. Philadelphia, WB Saunders, 2001, pp 327–331
- 10) Herrstedt J. Antiemetic Research: a Look to the Future. *Support Care Cancer* 1998; 6: 8–12
- 11) Rizk AN et Hesketh PJ. Antiemetics for Cancer Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting: A review of agents in development. *Drug Res Develop* 1999; 2: 229–235
- 12) Mannix KA. Gastrointestinal Symptoms. Palliation of Nausea and Vomiting. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N et Calman K Eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd Ed 2004, Oxford University Press
- 13) Davis MP et Walsh D. Treatment of Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. *Support Care Cancer* 2000; 8: 444–45
- 14) Anonymous. NIH Consensus Conference. Acupuncture. *JAMA* 1998; 280: 1518–1524
- 15) Ezzone S et al. Music as an Adjunct to Antiemetic Therapy. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 1551–1556
- 16) Bayuk L. Relaxation Techniques: an Adjunct Therapy for Cancer Patients. *Semin Oncol Nurs* 1985; 1: 147–150
- 17) Stephenson J et Davies A. An Assessment of Aetiology-based Guidelines for the Management of Nausea and Vomiting in Patients with Advanced Cancer. *Support Care Cancer* 2006; 14: 348–353
- 18) Cole R et al. Successful Treatment of Nausea and Vomiting Requiring Combined Ondansetron and Haloperidol in a Patient with Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9: 48–50
- 19) Axelrod R. Antiemetic Therapy. *Comp Ther* 1997; 23: 539–545
- 20) Bruera E et al. Chronic Nausea in Advanced Cancer Patients: a Retrospective Assessment of a Metoclopramide-based Antiemetic Regimen. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 147–153
- 21) Khoo D et al. Palliation of Malignant Intestinal Obstruction Using Octreotide. *Eur J Cancer* 1994; 30: 28–30
- 22) Glare P. et al. Systematic Review of the Efficacy of Antiemetics in the Treatment of Nausea in Patients with Far-advanced Cancer. *Support Care Cancer* 2004; 12: 432–440
- 23) Bruera E et al. Chronic Nausea in Advanced Cancer Patients: a Retrospective Assessment of a Metoclopramide-based Antiemetic Regimen. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 147–156
- 24) Lane M et al. Dronabinol and Prochlorperazine in Combination for Treatment of Cancer Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 352–356
- 25) Pereira J et Bruera E. Successful Management of Intractable Nausea with Ondansetron: a Case Study. *J Palliat Care* 1996; 12: 47–50

Corrispondenza

Dr.med. Piero Sanna
Servizio e Unità di Cure Palliative
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana
Ospedale San Giovanni
CH-6500 Bellinzona-TI
Tel: 0041.91.811.80.40
Fax: 0041.91.811.90.44
e-mail: piero.sanna@iosi.ch

Inserat



Cornelia Knipping (Hrsg.)

Lehrbuch Palliative Care

Mit einem Geleitwort von
Reimer Gronemeyer.
2006. 738 großformatige S.,
82 vierfarb. Abb., 51 Tab., Gb
€ 49.95 / CHF 79.00
(ISBN 3-456-84316-X)

Das praxisorientierte und interdisziplinäre
Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe,
um schwer und chronisch Kranke, alte und
sterbende Menschen kompetent zu betreuen
und zu begleiten.

www.verlag-hanshuber.com

HUBER

Dr. Piero Sanna

Das Symptom der Übelkeit in der Palliativpflege: von der Pathophysiologie bis zur Therapie

(Zusammenfassung)

Die Übelkeit ist ein unangenehmes und komplexes Symptom, das relativ häufig in akuter und anhaltender Form im Kontext von chronischen und terminalen Krankheiten anzutreffen ist.

Oft zeigt es sich im Zusammenhang mit Erbrechen, auch wenn diese zwei Phänomene klar voneinander zu trennen sind. Die Übelkeit kann durch verschiedene pathophysiologische Mechanismen hervorgerufen werden: auf peripherischer (Magendarmtrakt, organischer Metabolismus, ...) wie auf zentraler Ebene (Stimulation / Reizung des zentralen Nervensystems) oder aus der Kombination der beiden Abläufe. Sie kann jedoch auch die Folge von spezifischen medizinischen Behandlungen sein, wie etwa bei der Chemotherapie.

Um das Symptom zu verstehen und eine gezielte pharmakologische Therapie oder eine Kombination von Vorkehrungen mit dem Ziel, das Symptom zu eliminieren oder ertragbar zu machen, anlegen zu können, ist eine gute Einschätzung zu Beginn der Behandlung essenziell. Die zentral bedingte Übelkeit spricht häufig positiv auf

Behandlungen auf der Grundlage von Kortikostereoiden und/oder Neuroleptika an. Nützlich sind in diesem Zusammenhang Massnahmen, welche die Reizung auf dem zerebralen Gewebe vermindern oder die Reduktion einer eventuellen endokrinalen Spannung erzielen. Die Übelkeit mit Ursprung in der Peripherie (am häufigsten vorzufinden), kann ab dem Magendarm-Trakt mit klassischen Antiemetika (wie zum Beispiel die Prokinetika) unter Kontrolle gebracht werden. Im Falle von Übelkeiten metabolischen Ursprungs kann dieser mit der Korrektur von möglichen Ungleichgewichten (wie die Urämie, die Hyperkalzämie, die Elektrolytstörung, etc.) entgegengewirkt werden. Natürlich kann die Übelkeit auch iatrogen bedingt sein. Zu einer vorübergehenden symptomatischen Behandlung ist es in solchen Situationen zudem angebracht eine Wiedereinschätzung der Indikation und der Dosierung der einzelnen Medikamente vorzunehmen, vor allem wenn sie aufgrund ihres emetogenen Effektes bekannt sind. Eine gute sozialpsychiatrische Unterstützung erscheint unumgänglich, wenn die Übelkeit psychische Ursprünge hat (Ausschlussdiagnose!). Dank der heutigen diagnostischen und therapeutischen Mittel ist es möglich, die Mehrheit der Gründe einer Übelkeit zu verstehen und angemessen in Angriff zu nehmen, so dass den Patienten eine zufriedenstellende Palliation ihres Symptoms geboten werden kann.

Dr. Piero Sanna

La nausée en soins palliatifs: de la physiopathologie au traitement

(Résumé)

La nausée, aiguë ou persistante, est un symptôme pénible et complexe qui s'observe fréquemment dans les phases avancées ou terminales des affections chroniques. Elle est souvent accompagnée de vomissements, même s'il s'agit de deux phénomènes clairement distincts. La nausée résulte de différents mécanismes physiopathologiques aux niveaux aussi bien central (stimulation ou irritation du système nerveux central) que périphérique (tractus gastro-intestinal, métabolisme), parfois aux deux niveaux simultanément. Elle peut également représenter l'effet secondaire de traitements médicaux spécifiques, comme les chimiothérapies. Il est essentiel de commencer par faire une évaluation complète du symptôme pour l'appréhender précisément, ce qui permettra de prescrire un traitement pharmacologique ciblé ou une combinaison de mesures destinées à éliminer ou à alléger le symptôme. La nausée d'origine centrale répond souvent bien à un traitement de corticoïdes et/ou de neuroleptiques. Les mesures visant

à diminuer l'irritation du tissu cérébral ou à faire baisser une éventuelle hypertension intracrânienne trouvent également toute leur utilité dans un tel contexte. La nausée d'origine périphérique, la plus fréquente par ailleurs, c'est-à-dire dont l'origine se situe dans le tractus gastro-intestinal, sera bien contrôlée par des anti-émétiques classiques (par exemple les prokinétiques). Lorsque la cause de la nausée est à rechercher dans des perturbations métaboliques, il s'agira de corriger le déséquilibre sous-jacent (urémie, hypercalcémie, autres troubles électrolytiques). Dans la nausée iatrogène, outre la prescription d'un traitement symptomatique provisoire, il conviendra de réévaluer l'indication et la posologie des traitements responsables, surtout lorsque leurs propriétés émétisantes sont reconnues. Enfin, la prise en charge d'une nausée d'origine psychogène (diagnostic d'exclusion) se base sur un bon soutien psychosocial. Les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont nous disposons à l'heure actuelle nous permettent donc de traiter de manière adéquate la grande majorité des cas de nausée, offrant ainsi aux patients un soulagement efficace de leurs symptômes.

Dr. Paul Glare

Der neuste Stand bezüglich Übelkeit

Übelkeit und Erbrechen sind häufig auftretende Beschwerden bei Patienten und Patientinnen mit fortschreitenden Krebserkrankungen. Allerdings kommen sie nicht so häufig vor wie Schmerz, Fatigue, Anorexie und Depression. Ungefähr ein Drittel der Patientinnen in Spitälern und die Hälfte der Patienten in Hospizen leiden darunter. Der Therapieansatz, den Palliative Care Spezialisten propagieren, basiert darauf, dass die Ursachen geklärt und wenn möglich behoben werden (bspw. Schmerz, Obstipation, Infekt, Hyperkalzämie, mechanischer Ileus, Anstieg des Hirndrucks). Für die Identifikation der Ursachen braucht es eine sorgfältige Anamnese, körperliche Untersuchungen und die Übersicht über Diagnostikresultate. Um diesen Prozess zu unterstützen, wurden sechs klinische Bilder herausgearbeitet: Magenentleerungsstörungen, viszeral/seröse, cranial/vestibuläre, cortikale oder chemische Störungen. Auch wenn die Ursachen nicht behoben werden können, ist deren Identifizierung wichtig, weil das die Grundlage für eine sinnvolle Verordnung von Medikamenten bildet. Die Wahl basiert auf dem Verständnis des so genannten «Emetischen Pfades». Das Wissen bezüglich den Auswirkungen, die von jedem der sechs klinischen Bilder auf die involvierten Neurotransmitter hervorgerufen werden, steuert die Medikamentenwahl: prokinetische, antidopaminergische, antihistaminische Wirkstoffe oder Corticosteroide etc. Es wurde behauptet, dass dieses Vorgehen in mehr als 90% der Fälle zum Erfolg führe, wobei andere das Vorgehen weit weniger wirkungsvoll fanden. Guidelines wurden

entwickelt, damit dieses systematische Vorgehen bei Abklärung und Therapie unterstützt und auch von Nicht-Spezialisten angewendet werden kann.

Obwohl in Palliative Care-Bildungsveranstaltungen dieses Vorgehen propagiert wird, ist eigentlich keine wissenschaftliche Grundlage vorhanden, auf die das Vorgehen abgestützt werden kann. Der antiemetische Pfad wurde entwickelt, um chemotherapie-induziertes Erbrechen zu erklären und es ist nicht klar, wie relevant dies für die oft chronische Übelkeit bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen ist. Neue Vorgehensweisen, wie jene bei durch Zytokine hervorgerufene Anorexie und Ataxie, sind vielleicht relevanter. Ausserdem tauchen neue Forschungsergebnisse auf, die in die Richtung weisen, dass auf Erfahrung beruhende Behandlungen (Wahl des Medikamentes ohne Rücksicht auf die verursachenden Mechanismen) mit 5HT3 Rezeptorantagonisten oder Levomepromazine (Methotrimperazine) vielleicht wirkungsvoller sind als das propagierte Vorgehen. Daher braucht es nun dringend Studien, welche die Effizienz der beiden Vorgehensweisen und der einzelnen Medikamenten, die dabei eingesetzt werden, beweisen. Es ist noch unklar, ob in näherer Zukunft neue Medikamentengruppen aus den Pipelines der Pharmakogenetik kommen. Fortschritte in der Pharmakogenetik könnten sich auch auf die Behandlung von Übelkeit auswirken, da Daten von chemotherapie-induzierten Emesis-Studien zeigen, dass zwischen Individuen in bis zu 10% der Fälle klinisch relevante Unterschiede im antiemetischen Metabolismus bestehen.

Dr. Paul Glare

Nausée: mise à jour

La nausée et les vomissements sont des symptômes fréquents chez les patients souffrant d'un cancer en phase avancée, même s'ils sont moins fréquents que la douleur, la fatigue, l'anorexie ou la dépression. La nausée et les vomissements affectent environ un tiers des patients hospitalisés et plus de la moitié des patients en unités de soins palliatifs. Les recommandations actuelles de prise en charge sont l'identification de la cause et le traitement de cette dernière si possible (par exemple la douleur, la constipation, une infection, l'hypercalcémie, une obstruction digestive, une élévation de la pression intracrânienne). L'identification de la cause nécessite une anamnèse soignée, un examen physique et l'étude des résultats des analyses sanguines. Six grands tableaux cliniques ont été définis: nausées liées à des troubles électrolytiques, parésie gastrique, lésions des viscères ou des séreuses, nausées d'origine vestibulaire, nausées d'origine corticale. Même dans les cas où la cause n'est pas accessible à un traitement, il est important de la connaître car cela conditionnera le choix du médicament en fonction de notre connaissance des

«voies de la nausée», c'est-à-dire des neurotransmetteurs impliqués dans les structures anatomiques touchées dans les différents tableaux cliniques: prokinétiques, antidopaminergiques, antihistaminiques, corticoïdes, etc. Autrefois, une telle approche était considérée comme efficace dans plus de 90% des cas; cela est actuellement remis en cause par certains. Des directives sont en cours d'élaboration pour faciliter aux non-spécialistes cette approche mécanistique dans l'évaluation et le traitement de la nausée.

Bien que cette approche soit la plus couramment enseignée en soins palliatifs, elle ne repose en réalité que sur peu de preuves. La description des «voies de la nausée» a été développée pour expliquer l'effet émetisant des chimiothérapies et l'on ignore dans quelle mesure elle s'applique aux nausées chroniques présentes en phase avancée des cancers, où d'autres voies neuroanatomiques, telles que celles liées à l'anorexie induite par les cytokines et à l'ataxie, jouent peut-être un rôle plus important. Par ailleurs, des études récentes indiquent qu'un traitement empirique (où le choix du médicament ne tient pas compte des mécanismes sous-jacents) avec

un antagonista 5-HT₃ ou de la lévomépromazine (méthotrimpérazine) est peut-être plus efficace que l'approche traditionnelle. Il est donc indispensable que la recherche continue à évaluer l'efficacité comparée de ces deux approches et des médicaments utilisés. La question reste ouverte de savoir si de nouvelles classes d'agents antiémétiques sortiront prochainement des laboratoires.

Enfin, les progrès réalisés dans le domaine de la pharmacogénétique influenceront certainement sur le traitement de la nausée, car les données disponibles en ce qui concerne les nausées liées aux chimiothérapies illustrent des différences interindividuelles dans le métabolisme des antiémétiques cliniquement significatives chez 10% environ de la population.

Dr. Paul Glare

Nausea: aggiornamento

(Riassunto)

La nausea ed il vomito sono sintomi comuni nei pazienti con cancro in fase avanzata, anche se non così frequenti come il dolore, l'astenia, l'anoressia o la depressione.

La nausea ed il vomito affliggono circa un terzo dei pazienti ospedalizzati e più della metà dei pazienti ricoverati in un hospice. L'attuale approccio per il trattamento della nausea e del vomito sostenuto dagli specialisti in cure palliative si fonda sull'identificazione delle cause e sul trattamento eziologico quando possibile (p.es. dolore, stipsi, infezioni, ipercalcemia, ileo meccanico, aumento della pressione intracranica). L'identificazione della causa richiede una anamnesi precisa, un esame obiettivo ed una valutazione degli esami. Per aiutare questo processo sono stati identificati sei «quadri clinici» della nausea: chimica, alterazioni dello svuotamento gastrico, viscerale/ sierose, vestibolare cranica e corticale. Anche se la causa è irreversibile, ciò si rivela essere importante perché su questi quadri clinici si fonda la scelta razionale della terapia antiemetica, essendo la scelta del farmaco basata sulla identificazione della cosiddetta «via dell'emesi». La conoscenza dei neurotrasmettitori coinvolti nelle strutture anatomiche toccate da ciascuno di questi quadri clinici guida la scelta antiemetica: agenti procinetici, antidopaminergici, antistaminici, corticosteroidi, etc. In passato un tale approccio è

stato giudicato efficace in più del 90% dei casi, ma altri lo hanno trovato molto meno efficace. Sono state sviluppate delle linee guida per facilitare questo tipo di approccio eziologico per la valutazione ed il trattamento della nausea da parte dei non specialisti.

Nonostante l'importanza di questo approccio nell'insegnamento delle cure palliative, c'è poca evidenza per avvalorare il suo uso. La «via dell'emesi» è stata sviluppata per spiegare la nausea indotta dalla chemioterapia ed è poco chiaro quanta rilevanza abbia nella nausea cronica nel cancro in fase avanzata: nuove vie come quella per l'anoressia e atassia indotte dalle citochine potrebbero essere più pertinenti.

Inoltre vi è sempre maggior evidenza che il trattamento empirico (scelta del farmaco indipendentemente dal meccanismo causale) con 5HT₃ antagonisti o levomepromazine (metotrimperazine) possa essere più efficace dei trattamenti tradizionali. È assolutamente necessario fare molta più ricerca sull'efficacia di questi due approcci su singoli farmaci. Non è chiaro se emergeranno nuove classi di antiemetici nel prossimo futuro dalla R&D pipeline. Progressi nel campo della farmacogenetica potrebbero avere un impatto sui futuri trattamenti della nausea: dati dalla nausea indotta dalla chemioterapia indicano che differenze clinicamente importanti sulla variabilità interindividuale nel metabolismo antiemetico coinvolgono fino al 10% della popolazione.

Promotourveranstaltung

Palliative Care Solothurn /Ein gemeinsames Projekt?

Donnerstag, 23. November 2006
Altes Spital, Solothurn
16.30–20.00 Uhr

Organisation:



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro



Krebsliga Solothurn

Arbeitsgruppe Netzwerk Palliative Care
Kanton Solothurn

Information, Bestellung des Programms
 und Anmeldung:

Krebsliga Solothurn
 Dornacherstrasse 33
 4500 Solothurn
 Tel. 032 628 68 10
 info@krebsliga-so.ch

Nombreux sont les malades du cancer qui recourent à des thérapies complémentaires pour soulager les symptômes dûs à la chimiothérapie. Partout dans le monde, les centres de cancérologie ont donc commencé à offrir eux aussi de telles thérapies sur la base d'études cliniques qui en démontrent l'efficacité. Dans cet article, nous présentons l'état actuel des thérapies complémentaires, notamment l'acupuncture, les approches psycho-somatiques et la phytothérapie telles qu'elles sont utilisées contre la nausée et les vomissements dûs à la chimiothérapie.

Jyothirmai Gubili, MS, Barrie Cassileth, MS, PhD

Thérapies complémentaires contre la nausée et les vomissements dûs à la chimiothérapie

Introduction

La nausée et les vomissements sont des effets secondaires fréquents et qui affectent beaucoup les patients. Une enquête sur la qualité de vie a montré que la nausée et les vomissements font partie des effets secondaires que les patients désirent le plus éviter¹. Ces symptômes apparaissent également lors de radiothérapies ainsi qu'au stade final de la maladie. Presque tous les patients traités avec une radiothérapie à haute dose sur le corps entier souffrent de vomissements. De même la moitié de ceux traités avec des doses conventionnelles sur le haut de l'abdomen². Environ 20% des patients avec un cancer avancé en souffrent même lorsqu'ils reçoivent des soins palliatifs, avec toutefois une prévalence notablement supérieure pour les cancers de l'estomac ou les cancers gynécologiques.³ Non traités, la nausée et les vomissements peuvent sérieusement mettre en cause la qualité de vie et causer d'autres complications telles que des déséquilibres métaboliques, des syndromes anxio-dépressifs ou de l'hypo-anorexie.⁴

Le traitement conventionnel de la nausée due à la chimiothérapie consiste en un antagoniste du récepteur 5-hydroxytryptamine de type 3 (5-HT₃) tel que l'ondansetron⁵ en liaison avec un stéroïde tel que la dexaméthasone⁶. Comparé aux antiémétiques antérieurs, ce traitement est très efficace contre les nausées mitigées⁷. Par contre il n'améliore que modérément la nausée qui précède la chimiothérapie (la nausée dite «anticipatoire») dont souffrent un patient sur trois, ainsi que la légère nausée qui suit souvent la chimiothérapie durant plusieurs jours (la nausée «retardée»). C'est pourquoi le contrôle de la nausée et des vomissements demeure un problème important qui conduit un nombre croissant de malades à demander un traitement complémentaire pour trouver du soulagement.

Contrairement aux thérapies alternatives, les thérapies complémentaires s'ajoutent aux traitements classiques du cancer. Ce sont des mesures de soutien pour soulager les symptômes, améliorer le bien-être et contribuer aux soins généraux prodigués aux patients.⁸ Une partie de ces thérapies, les massages par exemple ou l'acupuncture, sont

purement passives, d'autres, telles que l'auto-hypnose, le yoga ou la méditation, demandent une participation active du patient. En plus de leur utilité clinique, les thérapies complémentaires donnent au patient des possibilités de choix, lui permettent de participer à son traitement et de maintenir la qualité de vie également après le traitement.

I. Acupuncture

L'acupuncture a ses origines dans la médecine traditionnelle chinoise, mais elle est de plus en plus acceptée aujourd'hui en Occident aussi. Elle consiste en la stimulation d'un ou de plusieurs points prédéterminés du corps par des aiguilles, de la chaleur, des pressions ou un courant électrique.

Dans le contexte chirurgical, l'efficacité de l'acupuncture contre la nausée et les vomissements est bien prouvée. Dans une méta-analyse de 26 études portant sur 3347 patients il apparaît que l'acupuncture a réduit la nausée et les vomissements postopératoires (risque de 0.71 en comparaison avec le groupe de contrôle qui a reçu un placebo; 95% CI 0.56–0.91; 5 études). Ces résultats ont résisté à l'analyse de la sensibilité, de l'ampleur et de la qualité de ces études. Toutefois les effets de l'acupuncture ne semblent pas avoir duré plus de huit heures.

Une revue systématique de 11 études cliniques portant sur 1247 patients atteints de cancer a révélé que la stimulation du point d'acupuncture réduisait l'incidence de vomissements aigus dans le groupe traité par rapport au groupe de contrôle¹⁰.

L'acupuncture a montré son efficacité également auprès de patients pédiatriques. Une étude en double aveugle, contrôlée au placebo et randomisée portant sur 40 enfants a montré que le taux de vomissements 24 heures après l'opération était de 25% pour les patients traités à l'acupuncture par rapport à 85% pour le groupe placebo¹¹. Les résultats d'une étude comparative préliminaire ont montré que l'acupuncture, administrée en plus des anti-émétiques classiques, réduit le besoin de médicaments anti-émétiques supplémentaires chez des enfants souffrant de cancer¹².

Comme la nausée et les vomissements sont relativement bien contrôlables chez la plupart des patients, il n'est pas utile et il ne serait pas économique de prévoir l'acupuncture comme thérapie de routine durant la chimiothérapie. Elle est à réserver plutôt à la minorité de patients qui souffrent de nausée et de vomissements aigus ou retardés. Pour la plupart des patients ce sont la nausée et les vomissements retardés plutôt qu'aigus dont ils souffrent le plus.

Il existe de petits appareils provoquant une stimulation continue. Ainsi le ReliefBand, un petit appareil qui ressemble à une montre-bracelet et qui émet un léger stimulus électrique sur un point d'acupuncture au poignet. Ce genre d'appareils toutefois ne semble pas efficace pour le contrôle de la nausée et des vomissements¹³. Ils empêchent une réponse conditionnée et produisent donc des résultats plutôt négatifs.

On utilisera donc l'acupuncture surtout pour le traitement de forts vomissements réfractaires ou de fortes nausées retardées. Dans ce dernier cas le traitement devrait toutefois probablement être répété quotidiennement. Certains cliniciens recommandent d'apprendre aux patients à presser sur le point d'acupuncture avec leurs doigts. Cela sera probablement bénéfique en cas de nausées aiguës ou retardées et cela donnera aux patients l'impression de contrôler quelque peu leurs symptômes.

Nous ne comprenons pas encore entièrement comment fonctionne l'acupuncture. Les recherches sur l'acupuncture comme traitement contre la douleur ont toutefois démontré le rôle que jouent les canaux sérotonergiques. Dans des études sur des animaux, les antagonistes et les précurseurs de la sérotonine bloquent ou renforcent par exemple l'effet analgésique de l'acupuncture¹⁴. En particulier, il a été démontré sur des lapins que l'antagoniste du récepteur 5-HT₃, le ICS 205-930, bloque l'effet analgésique de l'électro-acupuncture.

II. Les massages

Les massages comprennent des techniques manipulatoires variées qui touchent la peau de manière bienfaisante, font mouvoir les muscles et attendrissent les tissus. Selon l'état du patient, les massages utilisent différents degrés de pression pour réduire les tensions et les douleurs, améliorer la circulation et favoriser la relaxation. Ils ont un effet bénéfique émotionnel et psychologique important et sont utilisés comme traitement complémentaire dans de nombreuses maladies. Les massages sont particulièrement appréciés par les patients atteints de cancer.

Même si rien ne permet de supposer que la manipulation des tissus influence la nausée et les vomissements, les massages néanmoins en diminuent l'incidence et agissent comme une sorte de distraction. Ces avantages sont tous deux précieux dans le traitement de la nausée et des vomissements. Deux études randomisées et une étude de cohorte ont examiné les effets de massages sur la nausée et d'autres symptômes. Dans une étude comparative randomisée en Australie, les nausées ont diminué d'un tiers environ après un seul massage déjà., alors qu'aucune différence n'a été notée dans le groupe-contrôle¹⁶. Une étude randomisée portant sur 33 patients subissant une transplantation autologue de moëlle a mesuré la nausée avant et après chacun de trois massages, respectivement après une période équivalente de «repos». Dans le groupe qui recevait des massages, le score de la nausée après le traitement avait diminué de manière statistiquement significative¹⁷.

Ces études sous-estiment toutefois toutes les deux les effets des massages sur la nausée, car elles incluent des patients avec des scores peu importants du départ. Dans l'étude australienne par exemple, le score de la nausée était de moins de 2 au départ sur une échelle de 0-10. Dans une étude de cohorte de patients qui montraient au départ des nausées plus fortes, le score du symptôme

s'est réduit de 50% environ entre les mesures directement avant et après le traitement. Ces 222 patients avaient un score moyen de 6.0 au départ¹⁸. La durée d'effet des massages n'est pas connue. Les massages semblent indiqués comme traitement de «bien-être» pour les patients avec des nausées peu accentuées, surtout lorsqu'ils éprouvent des symptômes concomitants tels que la fatigue, l'anxiété ou la dépression.

III. Thérapies psycho-somatiques

Les thérapies psycho-somatiques comprennent des thérapies cognitives du comportement, l'imagination guidée, l'hypnose, la méditation ainsi que d'autres méthodes de relaxation. Elles ont toutes un rôle à jouer dans le traitement du cancer. Leur valeur ne consiste pas que dans leur efficacité pour contrôler certains symptômes, mais aussi dans le fait qu'il s'agit d'interventions agréables et non-invasives, parmi lesquelles les patients peuvent choisir celles qui leur conviennent le mieux et donc d'influencer les soins cliniques qui leur sont prodigués.

Plusieurs phénomènes bien connus montrent que la nausée et les vomissements passent par la conscience. Les exemples vont des vomissements causés par le «trac» à la nausée anticipatoire, où des stimuli associés avec la chimiothérapie – passer par exemple devant le bâtiment de l'hôpital – peuvent déjà causer des nausées. Toute une série de méthodes basées sur un comportement conscient ont été développées pour faire face à la nausée et aux vomissements dus à la chimiothérapie. Bon nombre incluent l'hypnose ainsi que des techniques de relaxation.

1) L'hypnose

L'hypnose réduit l'angoisse et le stress. Elle a été l'objet de nombreuses études et s'est avérée efficace contre de nombreux symptômes tels que la douleur aiguë ou chronique, la panique, les phobies, les urgences pédiatriques, la chirurgie, les brûlures, les désordres post-traumatiques (PTSD), le syndrome irritable de l'intestin (IBS), les allergies, certains états de la peau et les manies.

Une étude randomisée portant sur 50 patientes ayant subi une opération du sein a démontré qu'une hypnose précédant l'intervention aidait au contrôle de la nausée et des vomissements. Les résultats ont montré que le groupe qui avait reçu une hypnose avait 29% moins de vomissements que le groupe soigné selon les méthodes standard¹⁹.

Dans une autre étude, des patients atteints de cancer avaient été hypnotisés avant la chimiothérapie afin d'évaluer l'efficacité de cette thérapie pour prévenir la nausée et les vomissements anticipatoires. Une absence complète de nausée et de vomissements anticipatoires a été constatée chez tous les 16 patients ayant participé à l'étude²⁰.

L'hypnose s'avère particulièrement efficace chez les enfants. 54 enfants atteints de cancer ont été randomisés pour être traité soit par l'hypnose, soit la distraction et la

relaxation non-hypnotique ou encore le contrôle de l'attention. Les enfants du groupe «hypnose» ont montré la plus grande réduction de la nausée et des vomissements anticipatoires et post-chimiothérapeutiques²¹.

2) Thérapie de relaxation

L'entraînement à la relaxation, y compris la relaxation progressive des muscles, a fait l'objet d'études randomisées. Elles ont démontré qu'un tel entraînement améliore de manière significative autant l'anxiété que le stress et ceci surtout en association avec des techniques de visualisation. Ces études ont montré que la relaxation soulage également la nausée chez les patients atteints de cancer.

60 patients hospitalisés ont été randomisés en trois groupes qui ont reçu l'un une thérapie de relaxation, l'autre de la musique enregistrée (contrôle de l'attention) et le troisième les soins standard avant de recevoir une série de perfusions de chimiothérapie. Environ 80% du groupe «standard» et du groupe «contrôle de l'attention» ont eu des vomissements égaux ou pires lors des dernières transfusions que lors de premières. Par contre 50% des patients du groupe «relaxation» se sont même sentis mieux, avec une différence statistiquement significative entre ces deux groupes²².

3) Imagination guidée et visualisation

L'imagination guidée peut être considérée comme une forme légère de l'hypnose. C'est une technique simple et puissante qui guide l'imagination et l'attention d'une façon qui produit un soulagement des symptômes. Elle est souvent nommée aussi «visualisation» ou «imagination mentale». L'imagination guidée baisse la pression sanguine et produit d'autres effets physiologiques bénéfiques, y compris un ralentissement du pouls. L'imagination guidée peut également soulager la douleur et l'anxiété.

Dans une étude portant sur 110 patientes souffrant d'un cancer du sein qui allaient subir une transplantation autologue de la moëlle ont été randomisés dans les groupes «standard», «éducation», «restructuration cognitive» et «relaxation par l'imagination guidée». Ce dernier groupe a subi des nausées et une anxiété réduite de manière significative²³.

Les techniques psycho-somatiques pratiquées soi-même sont de préférence enseignées à l'avance. Ainsi les patients peuvent les appliquer lorsqu'ils en éprouvent le besoin. Des thérapeutes reconnus seront peut-être disponibles pour leur enseigner des techniques de relaxation ou d'auto-hypnose. La bibliothèque de l'hôpital disposera peut-être de bandes magnétiques pour l'entraînement. Certes, tous les patients ne seront pas prêts à utiliser de telles techniques, mais certains apprécieront cette possibilité de contrôler eux-mêmes leurs symptômes. Les symptômes réfractaires ou retardés ainsi que ceux qui ont une composante psychique évidente tels que la nausée anticipatoire, profiteront sans doute de ces traitements psychologiques.

IV. Plantes médicinales

Les plantes médicinales ou d'autres préparations botaniques sont des substances dérivées de plantes. Leurs agents, également nommés phyto-médicaments, sont faits de plantes entières, de leurs feuilles, tiges, fleurs, graines et/ou de leurs racines. Ils peuvent être composés d'une seule plante ou d'une combinaison de plusieurs plantes telles qu'elles sont utilisées dans la médecine traditionnelle chinoise ou par la médecine ayurvédique en Inde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 80% de la population mondiale utilise toujours les plantes comme source première de médicaments. De nombreux patients atteints de cancer les utilisent en tant que complément pour soulager les symptômes dus à leur traitement anti-cancéreux. Il est à remarquer toutefois que la sécurité et l'efficacité de nombreuses plantes ne sont pas connues.

Plusieurs plantes médicinales sont réputées avoir des propriétés anti-émétiques. La plus connue est le gingembre (*Zingiber officinalis*). Des expériences sur des animaux en ont prouvé l'efficacité contre les vomissements dus au cisplatine^{24,25}. L'effet anti-émétique du gingembre est attribué aux constituants de shagaol et de gingerole trouvés dans le rhizome. On pense qu'ils stimulent le flux de la salive, de la bile et des sécrétions gastriques. D'autres effets répriment les contractions gastriques et améliorent le tonus des muscles intestinaux et le péristaltisme. Des travaux récents ont montré que les composants actifs du gingembre agissent en inhibant l'activité du récepteur 5-HT₃²⁶.

Une autre plante anti-émétique est l'astragale (*Astragalus membranaceus*), communément utilisée comme immunostimulant dans la médecine chinoise. Dans une revue de quatre études cliniques randomisées, une décoction contenant des racines séchées d'astragale s'est avérée efficace pour le traitement de la nausée et des vomissements associés à la chimiothérapie²⁷. Même si ces études n'étaient elles-mêmes que de qualité médiocre, elles n'ont pas fait état en tous cas d'effets négatifs provoqués par cette plante. Cependant des études cliniques mieux conçues sont encore nécessaires pour confirmer ces observations.

Malgré le large usage de plantes médicinales par les patients atteints de cancer il n'existe que peu d'études cliniques qui démontreraient leur efficacité. Le souci principal à avoir est celui des interactions possibles avec les substances des chimiothérapies.²⁸

Conclusions

Le contrôle de la nausée et des vomissements dus à la chimio- et la radiothérapie demeure un défi pour de nombreux médecins. Ceci parce que les médicaments anti-émétiques conventionnels ne sont pas efficaces contre les nausées anticipatoires ou les nausées qui suivent le traitement, deux effets secondaires qui sont fréquents chez les patients atteints de cancer. Les thérapies complémentaires telles que l'acupuncture, les massages, les techni-

ques psycho-somatiques ont été testées dans des études cliniques et se sont avérées utiles pour soulager la nausée et les vomissements. Contrairement aux «thérapies alternatives», qui peuvent même être nocives, les «thérapies complémentaires» sont non-invasives, douces, qui aident à contrôler les symptômes et qui améliorent la qualité de vie.

Références

- Osoba, D., et al., Stated preferences of patients with cancer for health-related quality-of-life (HRQOL) domains during treatment. *Qual Life Res*, 2006. 15(2): p. 273-83.
- Scarantino, C.W., et al., Radiation-induced emesis: effects of ondansetron. *Semin Oncol*, 1992. 19(6 Suppl 15): p. 3843.
- Vainio, A. and A. Auvinen, Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. *Symptom Prevalence Group. J Pain Symptom Manage*, 1996. 12(1): p. 3-10.
- Coates, A., et al., On the receiving end—patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. *Eur J Cancer Clin Oncol*, 1983. 19(2): p. 203-8.
- Oettle, H. and H. Riess, Treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2001. 127(6): p. 340-5.
- Ioannidis, J.P., P.J. Hesketh, and J. Lau, Contribution of dexamethasone to control of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis of randomized evidence. *J Clin Oncol*, 2000. 18(19): p. 3409-22.
- Morrow, G.R., J.T. Hickok, and S.N. Rosenthal, Progress in reducing nausea and emesis. Comparisons of ondansetron (Zofran), granisetron (Kytril), and tropisetron (Navoban). *Cancer*, 1995. 76(3): p. 343-57.
- Deng, G., B.R. Cassileth, and K.S. Yeung, Complementary therapies for cancer-related symptoms. *J Support Oncol*, 2004. 2(5): p. 419-26; discussion 427-9.
- Lee, A. and M.L. Done, Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004(3): p. CD003281.
- Ezzo, J., et al., Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(2): p. CD002285.
- Schlager, A., T. Offer, and I. Baldissera, Laser stimulation of acupuncture point P6 reduces postoperative vomiting in children undergoing strabismus surgery. *Br J Anaesth*, 1998. 81(4): p. 529-32.
- Reindl, T.K., et al., Acupuncture against chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric oncology Interim results of a multicenter crossover study. *Support Care Cancer*, 2006. 14(2): p. 172-6.
- Roscoe, J.A., et al., Acustimulation wrist bands are not effective for the control of chemotherapy-induced nausea in women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*, 2005. 29(4): p. 376-84.
- Cheng, R.S. and B. Pomeranz, Monoaminergic mechanism of electroacupuncture analgesia. *Brain Res*, 1981. 215(1-2): p. 77-92.
- Yonehara, N., Influence of serotonin receptor antagonists on substance P and serotonin release evoked by tooth pulp stimulation with electroacupuncture in the trigeminal nucleus caudalis of the rabbit. *Neurosci Res*, 2001. 40(1): p. 45-51.
- Grealish, L., A. Lomasney, and B. Whiteman, Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nurs*, 2000. 23(3): p. 237-43.
- Ahles, T.A., et al., Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *J Pain Symptom Manage*, 1999. 18(3): p. 157-63.
- Post-White, J., et al., Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther*, 2003. 2(4): p. 332-44.
- Enqvist, B., et al., Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. A prospective, randomized and blinded study. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1997. 41(8): p. 1028-32.
- Marchioro, G., et al., Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology*, 2000. 59(2): p. 100-4.
- Zeltzer, L.K., et al., A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, 1991. 88(1): p. 34-42.
- Morrow, G.R. and C. Morrell, Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *N Engl J Med*, 1982. 307(24): p. 1476-80.
- Gaston-Johansson, F., et al., The effectiveness of the comprehensive coping strategy program on clinical outcomes in breast cancer autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nurs*, 2000. 23(4): p. 277-85.
- Sharma, S.S. and Y.K. Gupta, Reversal of cisplatin-induced delay in gastric emptying in rats by ginger (*Zingiber officinale*). *J Ethnopharmacol*, 1998. 62(1): p. 49-55.
- Sharma, S.S., et al., Antiemetic efficacy of ginger (*Zingiber officinale*) against cisplatin-induced emesis in dogs. *J Ethnopharmacol*, 1997. 57(2): p. 93-6.
- Abdel-Aziz, H., et al., 5-HT₃ receptor blocking activity of arylalkanes isolated from the rhizome of *Zingiber officinale*. *Planta Med*, 2005. 71(7): p. 609-16.
- Taixiang, W., A.J. Munro, and L. Guanjian, Chinese medical herbs for chemotherapy side effects in colorectal cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005(1): p. CD004540.
- Sparreboom, A., et al., Herbal remedies in the United States: potential adverse interactions with anticancer agents. *J Clin Oncol*, 2004. 22(12): p. 2489-503.

Correspondance

*Jyothirmai Gubili

Integrative Medicine Service

1429 First Avenue (74th Street)

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

New York, NY, USA 10021

Tel No: 212-639-4909

Fax No: 212-639-4953

Jyothirmai Gubili, MS, Barrie Cassileth, MS, PhD

Komplementär-Therapien gegen chemotherapiebedingte Übelkeit und Erbrechen

(Zusammenfassung)

Übelkeit und Erbrechen bleiben bei Chemotherapien ein wesentliches Problem von Krebspatienten. Die antiemetische Standardtherapie besteht aus 5-HT₃ Rezeptor-Blockern. Sie lindert akute Übelkeit ist aber gegen antizipatorische und retardierte Übelkeit nicht sehr wirksam. Beide Formen sind aber recht häufig. Diese Symptome stellen Lebensqualität ernsthaft in Frage. Eine wachsende Zahl von Patienten sucht deshalb nach Komplementärtherapien, um Übelkeit, Erbrechen und andere krebs- und krebstherapiebedingte Symptome zu lindern. Komplementärtherapien sind sanfte, nicht-invasive Techniken, die als Zusatz zur konventionellen Behandlung verwendet werden.

1. Akupunktur

Am besten wird Akupunktur im Zusammenhang mit Chemotherapien zur Behandlung von refraktärem Erbrechen und bei starker retardierter Übelkeit verwendet, auch wenn in letzterem Fall die Behandlung wahrscheinlich täglich wiederholt werden muss. Einige Kliniker empfehlen, dass Patienten darüber instruiert werden sollen, wie sie Akupunkturpunkte selber mit ihren Fingern pressen können. Es gibt Hinweise, die darauf hindeuten, dass dies sowohl bei akuter wie auch bei retardierter Übelkeit hilfreich sein könnte, und es kann für Patienten auch gut sein, ihre Symptome ein Stück weit selber kontrollieren zu können.

2. Massagen

Auch wenn nichts darauf hinweist, dass das Manipulieren von Geweben Übelkeit und Erbrechen direkt beeinflussen könnten, so vermindern Massagen doch deren Auftreten und wirken als eine Form von Ablenkung. Beide Vorteile sind bei der Behandlung von Übelkeit und Erbrechen wichtig.

3. Psychosomatische Therapien

Psychosomatische Therapien umfassen kognitive Verhaltenstherapien, gelenkte Phantasie, Hypnose, Meditation und weitere Entspannungsstechniken. Alle spielen sie in der Krebstherapie eine Rolle. Ihr Wert liegt nicht nur bei ihrer Wirksamkeit zur Linderung der Symptome, sondern auch in der Tatsache, dass es angenehme, nicht-invasive Massnahmen sind, unter denen die Patienten gemäss ihren Vorlieben auswählen können und die ihnen helfen, mit ihrer klinischen Behandlung umzugehen.

4. Pflanzentherapie

Mehrere Pflanzen haben den Ruf, antiemetische Eigenschaften aufzuweisen. Die bekannteste davon ist der Ingwer (*Zingiber officinalis*). Hier gibt es Hinweise aus *Tierversuchen*, dass Ingwer gegen cisplatin-induzierte Übelkeit wirksam ist. Eine andere antiemetische Pflanze ist der Astragal (*Astragalus membranaceus*). In einer Übersicht über vier *randomisierte* klinische Studien erwies sich ein Absud aus getrockneten Wurzeln als wirksam, um Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit Chemotherapie zu kontrollieren.

Jyothirmai Gubili, MS and Barrie Cassileth, MS, PhD

Terapie complementari per la nausea ed il vomito indotti dalla chemioterapia

(Riassunto)

La nausea ed il vomito indotti dalla chemioterapia restano un problema significativo per i pazienti oncologici,

La terapia antiemetica standard con i farmaci che bloccano i recettori 5-HT₃ mitiga la nausea acuta, ma non è specialmente efficace nella nausea anticipatoria e ritardata, entrambe spesso presenti. Questi sintomi influiscono seriamente sulla qualità di vita.

Un numero sempre maggiore di pazienti si rivolgono alle terapie complementari per il sollievo dalla nausea e dal vomito ed anche da altri sintomi dovuti al cancro o ai trattamenti anticancro. Le terapie complementari consistono in tecniche dolci non invasive e possono essere usate insieme alle terapie convenzionali.

1. Agopuntura

Il ruolo più appropriato dell'agopuntura nella chemioterapia anticancro sembra essere per il vomito importante, refrattario e per la nausea ritardata, anche se in quest'ultimo caso è necessaria una agopuntura con sedute giornaliere.

Alcuni medici raccomandano che i pazienti vengano istruiti per imparare loro stessi le tecniche di digitopressione sui punti di agopuntura. C'è una certa evidenza su un beneficio sulla nausea acuta e ritardata, e queste tecniche possono aiutare il paziente a sentire un certo controllo sui suoi sintomi.

2. Massaggioterapia

Anche se non c'è ragione per credere che la manipolazione dei tessuti possa direttamente influire sulla nausea ed il vomito, il massaggio riduce lo stimolo e agisce come distrazione. Entrambi questi benefici sono di valore nel trattamento della nausea e del vomito.

3. Terapie psico-somatiche

La terapia cognitiva comportamentale, l'immaginazione guidata, l'ipnosi, la meditazione e altre tecniche di rilassamento comprendono i trattamenti psico-somatici. Hanno tutti un ruolo nella terapia di supporto. Il loro valore risiede non solo nella loro efficacia nel sollievo dai sintomi, ma anche nel fatto che sono interventi graditi, non invasivi: pazienti possono scegliere tra queste tecniche in base alle loro preferenze e possono poi utilizzarle per una gestione più consapevole delle proprie cure.

4. Piante medicinali

Molte erbe sono conosciute per le loro proprietà anti-nausea. La meglio conosciuta è lo zenzero (*Zingiber officinale*), per il quale c'è evidenza di efficacia contro la nausea indotta dal platino nei modelli animali. Un'altra erba con proprietà anti-nausea è l'astragalo (*Astragalus membranaceus*). In una review di quattro studi randomizzati, il decotto di astragalo si è dimostrato efficace nel controllare la nausea ed il vomito indotti dalla chemioterapia.

Le interazioni esistenti tra la famiglia, il malato in fase avanzata o terminale di malattia ed il personale di cura, nell'ambito dei programmi assistenziali di medicina palliativa, si compongono così anche e inevitabilmente delle dinamiche correlate alla cura dell'alimentazione e della preparazione del cibo e, in senso più esteso, del bisogno di esprimere sostegno e fornire sollievo tramite la più antica e potente simbolica fonte di vita: l'offerta di cibo e la ricerca del nutrimento della persona amata.

Flavio Cruciatti, M.Sc., Ph.D

La cura dell'alimentazione nelle cure palliative: aspetti culturali e simbolici.



Flavio Cruciatti

La filosofia e i principi che definiscono i programmi di cure palliative, nella prospettiva di fornire risposte globali e personalizzate ai bisogni dei malati terminali e delle loro famiglie sono prevalentemente incentrati sulla ricerca della qualità della vita e considerano nei loro interventi la multidimensionalità di approcci assistenziali di natura clinica, psicologica, sociale, spirituale e culturale che concorrono a sostenere con dignità e serenità gli ultimi tempi della vita di un malato affetto da patologie cronico degenerative a prognosi infausta.

Tali programmi prevedono una stretta cooperazione tra membri dell'équipe di cura e la famiglia del malato applicando standard assistenziali, gestionali, tecnologici ed architettonici – come ad esempio presso le strutture hospice – che consentano l'erogazione continua di cure fondate su comprovate competenze professionali ma anche sull'empatia e la forte sensibilità nei confronti delle molteplici necessità che emergono di volta in volta all'interno di ogni nucleo familiare.

Le interazioni esistenti tra la famiglia, il malato in fase avanzata o terminale di malattia ed il personale di cura, nell'ambito dei programmi assistenziali di medicina palliativa, si compongono così anche e inevitabilmente delle dinamiche correlate alla cura dell'alimentazione e della preparazione del cibo e, in senso più esteso, del bisogno di esprimere sostegno e fornire sollievo tramite la più antica e

potente simbolica fonte di vita: l'offerta di cibo e la ricerca del nutrimento della persona amata.

In questo senso, alcune esperienze osservate durante i 15 anni di attività del primo hospice pubblico italiano e le riflessioni emerse dal quotidiano contatto con i familiari, i malati assistiti ed il personale curante da parte di un antropologo durante l'attività di etnografica clinica hanno consentito di evidenziare alcune dinamiche familiari ma anche alcune attitudini e comportamenti riferiti al personale curante che appaiono emblematici ma anche consuetudinari.

Tali dinamiche, che corrispondono a complessi sistemi di reciprocità, non emergono unicamente nel puro scambio «materiale» ma veicolano allo stesso tempo intense simbologie e significati che integrano, nell'offerta e nell'accettazione del cibo, una molteplicità di «beni immateriali» e spirituali intesi come forza e risorsa emotiva, ma anche come l'invisibile proprietà integrativa all'alimento stesso che assume così le caratteristiche del dono e del contro-dono.

Se in ogni cultura, cibo e alimentazione rappresentano e racchiudono in sé insiemi di simbologie, forze e rappresentazioni comuni ad un «universale culturale» multiforme ma presente in ogni società, così il consumo di cibo rappresenta un processo sia intellettuale che emozionale, una fonte di scambio sociale, di aggregazione rituale ma anche di rafforzamento e consolidamento del gruppo di appartenenza che può giungere sino all'esibizione di potenza e ricchezza ma anche base di relazione sacra con il divino nell'azione sacrificale che a sua volta elargisce, tramite i famosi frutti dell'albero biblico, conoscenza, bene, male ma anche immortalità.

Di fatto, in ogni relazione umana caratterizzata da uno scambio affettivo o emotivo, la fase della preparazione e l'offerta del cibo costituisce la forma, il significato, ma anche il senso e lo spirito altruistico dell'offrire e del ricevere, del dono offerto e della riconoscenza come ricambio nel contro-dono. Nel contesto della malattia, dell'invalidità e delle fasi più fragili della vita (infanzia e vecchiaia) la ricerca e l'offerta del nutrimento assumono così valenze ancor più intense e significative e tali da configurarsi con le caratteri-

stiche del dono «puro» ovvero di quello materno che nulla deve o può attendersi come ricambio.

Tali aspetti emergono quotidianamente all'interno delle relazioni che si determinano presso le nostre strutture di ricovero e non a caso quindi nei programmi di cure palliative una delle dimensioni più attentamente curate nella progettualità clinico-assistenziale riguarda non solo le diete adeguate alla condizione del malato, ma anche le modalità più opportune nella somministrazione e, nel caso di particolari sintomatologie collegate al cavo orale o al tratto gastro-intestinale, le preparazioni più consone per un efficace miglioramento della qualità della vita anche collegata, quando possibile, alla quotidianità dei pasti. Una quotidianità che a sua volta rappresenta la scansione dei tempi correlati alla «normalità» della vita giornaliera e il senso di vivere ancora assieme ai propri cari, il momento della comunione proprio del rito conviviale.

Emblematica in questo senso è la creazione di «tisane-rie» all'interno delle strutture hospice, intese come spazi istituzionali dedicati alla preparazione del cibo da parte di parenti o volontari – quello «fatto con le proprie mani» – ma anche inteso luogo di socializzazione o momento di scambio reciproco di quanto preparato con gli altri familiari. Tutto ciò comporta una rigida attenzione al rispetto delle abitudini alimentari di chi appartiene ad una diversa cultura o religione e, nello stesso tempo, una attenta sensibilità nel soddisfare ogni richiesta di gratificazione del gusto – nella preparazione del piatto preferito del malato – durante gli ultimi tempi della vita.

Una logica che si manifesta inoltre nella consuetudine, ormai istituzionale, dell'offerta di pasti quotidiani ai parenti presenti in hospice e che rientra nella prospettiva di un «conforto alimentare» ma anche nell'agevolare al meglio nella pratica quotidiana, chi assiste la persona cara nei nostri reparti.

La preparazione di un buffet, con bevande e dolci, in occasione delle due cerimonie commemorative annuali che invitano i parenti dei pazienti deceduti nell'arco dei sei mesi precedenti in hospice, (ma anche tutti i familiari assistiti negli anni precedenti, assieme ai parenti ed ai malati ricoverati in quel momento), dopo la consueta messa ed un momento di spiritualità laica, dove si legge un brano, una lettera, un pensiero o una testimonianza, conferisce all'incontro il senso della piccola «festa» collettiva sovente utile per una ulteriore elaborazione del lutto e dove la solidarietà si manifesta nell'esperienza di sofferenze simili e vissute in comune, consentendo inoltre di riflettere sul significato della vita che sempre continua e sul senso di condivisione di una condizione umana spesso infelice e drammatica. Anche in questo caso le valenze simboliche del consumo collettivo di cibo rimandano alle ritualità funebri che nell'utilizzare funzionalmente il significato dell'offerta di cibo a parenti ed amici convenuti, agevolano allo stesso tempo una positiva reminiscenza in comune, così come accade quasi presso ogni cultura alla conclusione della giornata della sepoltura.

E' significativo inoltre come spesso le relazioni affettive ed emotive sul tema dell'alimentazione si confrontino con la sofferta incapacità ad accettare, da parte del parente, la definitiva rinuncia del malato a nutrirsi o idratarsi e inteso come segnale ineluttabile di una consapevole rinuncia al desiderio di vivere. Allo stesso tempo, come dalla serena proposta di cibo offerto e accettato e intesa come reciproca espressione affettiva, si giunga ad alcune forme di tormentato ed ambivalente «accanimento» alimentare da parte dei congiunti anche durante le ultime ore di vita, come segno evidente, anche in questo caso di una drammatica incapacità ad accettare la perdita imminente. O ancora, il dilemma clinico spesso vissuto dal personale di cura dell'équipe nella decisione di sospendere la nutrizione e/o l'idratazione per via parenterale da comunicare ai parenti di difficile comprensione, significato e quindi accettazione per la tutta famiglia.

Una forte caratterizzazione simbolica, alternativa al nutrimento, sembra spesso assumere l'applicazione di flebolisi nell'immaginario dei parenti, a fronte delle insistenti richieste di «almeno una flebo» nella fase delle ultime ore di vita e come ultima speranza di procrastinare l'evento ma soprattutto nell'illusione di impedire un'agonia per assestamento ma che di fatto non offre un reale sollievo al sintomo. O ancora, la richiesta/proposta da parte dei parenti, di interventi invasivi di fatto futili su pazienti con tumore ORL per l'applicazione ad esempio di una PEG, interpretata come l'ultima speranza di una via alimentare in grado di prolungare una vita ormai residua ma senza alcuna reale aspettativa di migliorarne la qualità.

Per concludere infine va rilevato l'impegno del personale curante e dei volontari nella più meticolosa e attenta ricerca degli alimenti più adatti alla condizione clinica del malato non solo come «sollievo» nelle sintomatologie complesse e di difficile controllo ma soprattutto come soddisfazione di aver potuto offrire sollievo e conforto nel dettaglio dei bisogni più particolari manifestati dal malato. È significativo come ciò avvenga anche da parte di personale «esterno» all'équipe come nel caso della profonda partecipazione emotiva (non solo professionale) dello chef dell'istituzione nella preparazione di torte, dolci o altro, destinato ai nostri malati in occasione degli anniversari o delle molte ricorrenze che, non dimenticate durante il ricovero, assumono sempre un particolare significato per il nucleo familiare ma anche per tutta la nostra équipe di cure.

Alimentare il malato rimane così sovente l'ultima e la sola fonte di scambio vitale con il proprio caro; laddove la comunicazione verbale e non verbale si interrompe, l'accessibilità cognitiva è purtroppo irrimediabilmente compromessa, l'ultima relazione affettiva sembra orientarsi nell'accudimento alimentare, per scorgere gli ultimi sorrisi ed i segni di un sollievo ricevuto come ultimo ringraziamento di chi hai amato e da chi ti ha profondamente amato.

Flavio Cruciatti, M.Sc., Ph.D. antropologia
Coordinamento scientifico programmi Hospice e UCP
Istituto Geriatrico Pio Albergo Trivulzio, Milano, Italia.

Im Bereich der Unterstützungsprogramme von Palliativmedizin kommen die bestehenden Interaktionen zwischen der Familie, dem Kranken im fortgeschrittenen oder Endstadium und dem Pflegepersonal notwendigerweise in eine dynamische Wechselbeziehung mit der Pflege und Zubereitung der Nahrung und im weiteren Sinne mit dem Bedürfnis, sich mittels der ältesten und mächtigsten Symbolik der Lebensquelle auszudrücken: dem Anbieten und der Suche nach Nahrung der geliebten Person.

Flavio Cruciatti, M.Sc., Ph.D

Die Pflege der Ernährung in der Palliativpflege: kulturelle und Symbolische Aspekte

(Zusammenfassung)

Solche Dynamiken, welche komplexen Gegenseitigkeitssystemen entsprechen, tauchen nicht nur im rein «materiellen» Tausch auf, sondern stellen gleichzeitig auch intensive Symbole und Bedeutungen dar. Im Anbieten und Annahmen der Nahrung kommen eine Vielfalt von immateriellen und spirituellen Gütern zusammen, welche als emotionale Ressource und auch als unsichtbare ergänzende Eigenschaften der Nahrung verstanden werden können, denn diese nehmen so die Form der Gabe und der Gegenleistung an.

Der Artikel gibt einige beobachtete Erlebnisse wieder, die während 15 Jahren im ersten italienischen Hospiz gemacht wurden und berichtet von alltäglichen Überlegungen, welche im Kontakt mit den Familienangehörigen, den Kranken und dem Pflegepersonal durch einen, in der klinischen Ethnographie aktiven Anthropologen, aufgetaucht sind.

In jeder Kultur und in jeder Gesellschaft repräsentiert und enthält die Nahrung und die Ernährung in sich eine vielfältige Menge von Symboliken, Kräften und Darstellungen, so dass die Nahrungsaufnahme ein intellektueller und emotionaler Prozess, eine Quelle von gesellschaftlichem Austausch, von ritueller Angliederung und auch von Stärkung und Festigung der Gruppenzugehörigkeit darstellt. Dies kann bis zur Vorführung von Macht und Reichtum gehen, aber kann im Opferritus auch zu einer spirituellen Beziehung zum Göttlichen führen, die dann ihrerseits – wie bei den Früchten der bekannten biblischen Bäume – das Wissen um Gut und Böse oder auch Unsterblichkeit verleiht.

Tatsache ist, dass in allen menschlichen Beziehungen, in denen ein affektiver und emotionaler Austausch stattfindet, die Phase der Zubereitung und des Anbieten von Nahrung die Form, die Bedeutung, aber auch den altruistischen Sinn und Geist des Anbietens und der Annahme der Gabe sowie der Anerkennung durch die Gegenleistung darstellt. Bei Krankheit, Behinderung oder in fragileren Lebensphasen (wie die Kindheit oder das höhere Alter) nehmen die Suche und das Anbieten von Nahrung an Valenz

und Bedeutung zu und erhalten so die Eigenschaften der «reinen» oder mütterlichen Gabe, wo keine Gegenleistung erwartet wird oder erwartet werden kann.

In der Fürsorgeplanung bei Palliative Care-Programmen werden daher mit grösster Achtung nicht nur die Diäten dem Krankheitszustand des Kranken angepasst, es muss auch die passendste Nahrungsverabreichung gefunden werden und im Falle von spezifischen Symptomatiken, die mit der Mundhöhle oder dem Magendarmtrakt zusammenhängen, sollen angemessene Zubereitungsformen für eine effiziente Besserung der Lebensqualität im Zusammenhang mit der täglichen Mahlzeiteinnahme gefunden werden, welche sich so wenig wie möglich den «normalen» Tagesablauf stören sollte.

In der Teeküche wird den Familienangehörigen die Möglichkeit geboten, das Essen für den kranken Menschen mit den eigenen Händen zuzubereiten und sie finden dort ein Ort der Geselligkeit und einen Moment des gegenseitigen Austauschs über das mit anderen Familienangehörigen zubereitete Mahl. Dort wird streng auf die Essgewohnheiten von anderen Religions- und Kulturangehörigen Rücksicht genommen, doch zugleich muss aufmerksam darauf geachtet werden, dass dem Kranken in seiner letzten Lebenszeit jeder Essenswunsch erfüllt wird, zum Beispiel indem man ihm sein Lieblingsgericht zubereitet.

Im Bereich der Ernährung werden affektive und emotionale Beziehungen oftmals dadurch strapaziert, dass Angehörige nicht akzeptieren können, dass der Kranke auf Essen und Trinken verzichtet. Damit zeigt er ja deutlich, dass er nicht mehr leben will.

Das Spektrum geht vom Anbieten und Annehmen von Speisen als Zeichen gegenseitiger Zuneigung bis zu jenen Formen ängstlicher und gequälter Verbissenheit, mit der Angehörige dem Patienten bis in seine letzten Stunden Nahrung aufzwingen möchten. Damit zeigen sie ihre dramatische Unfähigkeit, den unmittelbar bevorstehenden Verlust zu akzeptieren. Wichtig ist schlussendlich auch die minutiöse und vorsichtigste Suche nach den am besten an den klinischen Zustand des Kranken angepassten Nahrungsmitteln, um die komplexen und für das Pflegeteam, sowie die Freiwilligen schwer kontrollierbaren Symptomatiken zu lindern. Abschliessend sei noch auf die tiefe emotionale, nicht nur professionelle Anteilnahme des Küchenchefs hingewiesen, wenn er zu Geburtstagen und anderen Ereignissen speziell für die Patienten Torten oder Desserts zubereitet. Diese werden während des Aufenthalts nicht vergessen und bekommen für den Familienkreis und das Pflegeteam einen besonderen Sinn.

Korrespondenz:

Flavio Cruciatti, M. Sc., Ph.D. Anthropologie
Wissenschaftliche Koordination
der Hospiz und UCP Programme
Geriatrisches Institut Pio Albergo Trivulzio,
Mailand, Italien.

Au sein des interactions tissées entre le malade en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, sa famille et les soignants, dans le cadre des programmes de médecine palliative, les dynamiques liées à l'alimentation et à la préparation des repas jouent un rôle universel, car elles reflètent au sens large le besoin de s'exprimer au travers de la source de vie symbolique la plus ancienne et la plus importante: l'offrande de nourriture à la personne aimée.

Flavio Cruciatti, M.Sc., Ph.D

Aspects culturels et symboliques de l'alimentation en soins palliatifs

Ces dynamiques, qui s'inscrivent dans un système complexe de réciprocité, ne se basent pas uniquement sur des échanges «matériels», mais sont simultanément vectrices de symboles et de significations qui englobent dans l'offrande et l'acceptation de nourriture une multiplicité de «biens» immatériels et spirituels: ce sont aussi bien les forces et ressources affectives que les caractéristiques invisibles inhérentes à l'aliment lui-même qui sont ainsi données et reçues.

Cet article décrit une partie des expériences et réflexions que j'ai accumulées durant 15 ans en tant qu'anthropologue actif en ethnographie clinique au cours de contacts quotidiens avec les malades, leurs proches et le personnel soignant dans le premier établissement public de soins palliatifs créé en Italie.

Dans chaque culture, la nourriture et l'alimentation représentent et renferment tout un ensemble d'éléments symboliques, de lignes de force et de représentations relevant d'une «culture universelle» pluriforme mais présente dans chaque société; la consommation de nourriture représente un processus aussi bien intellectuel qu'affectif, la base des échanges sociaux et des réunions rituelles, mais aussi le ciment qui renforce le sentiment d'appartenance au groupe. Il s'agira aussi bien d'exhiber puissance et richesse que d'établir des relations au divin par des actions sacrificielles qui à leur tour, à l'image des célèbres fruits de l'arbre biblique, permettent d'accéder au bien ou au mal, mais aussi à l'immortalité.

Dans chaque relation humaine caractérisée par un échange affectif ou émotionnel, la phase de préparation de nourriture et l'offrande de cette dernière incarnent dans leur forme, leur signification, leur sens, leur caractère altruiste, l'essence même du donner et du recevoir, du cadeau offert et de la gratitude manifestée en échange. Dans le contexte de la maladie et du handicap ou des phases de la vie, enfance et vieillesse, où un être humain se trouve fragilisé, la recherche et l'offrande de nourriture revêtent une valeur plus intense et significative encore, confinant aux caractéristiques du «don pour le don» ou encore des soins maternels qui n'attendent rien en échange.

Il n'est donc pas étonnant que l'une des dimensions auxquelles on accorde une grande importance lorsqu'il s'agit de définir les objectifs des programmes de soins palliatifs soit l'alimentation, c'est-à-dire non seulement des repas adaptés aux besoins du malade, mais les modalités d'administration de la nourriture et, dans le cas de symptômes spécifiquement liés à la cavité buccale ou au tractus gastro-intestinal, les modalités alimentaires dont on peut attendre le meilleur effet sur la qualité de vie en termes de repas quotidiens, ces derniers représentant bien entendu une manière ressentie comme profondément «normale» de rythmer la vie de tous les jours.

Cette attention s'étend des tisaneries (conçues comme des lieux institutionnels consacrés à la préparation de la nourriture par les proches du malade – la nourriture «faite maison» – aussi bien qu'à la socialisation et à des moments d'échanges des plats cuisinés avec les autres personnes de la famille) au respect plus codifié des habitudes alimentaires liées à d'autres cultures ou d'autres religions, ou encore au souci de satisfaire les moindres demandes qui pourraient procurer du plaisir gustatif (préparation des plats préférés du patient) dans la phase de la fin de vie.

La charge affective et émotionnelle de la nourriture se marque enfin souvent et de manière dramatique lorsque les proches sont incapables d'accepter que le malade renonce définitivement à s'alimenter ou s'hydrater, montrant ainsi, de manière lucide et inéluctable, qu'il n'a plus envie de vivre.

L'alimentation en soins palliatifs se décline donc aussi bien dans le mode de la nourriture offerte et acceptée en tant que manifestation de réciprocité affective que dans celui de l'anxiété et des tourments des proches pressant le malade de manger jusque dans ses dernières heures de vie, manifestant par là même leur douloureuse incapacité à accepter la perte imminente.

Il en va parfois de même pour le personnel soignant et les bénévoles lorsqu'ils déploient des efforts méticuleux pour trouver les aliments les mieux adaptés aux souhaits et besoins du patient, cherchant ainsi à soulager des symptômes souvent complexes et difficiles à contrôler. J'en citerai pour preuve et en conclusion la profonde implication, non uniquement professionnelle, du cuisinier de l'institution lorsqu'il prépare des gâteaux ou des friandises pour nos malades à l'occasion des anniversaires ou d'autres événements, par exemple une guérison, qui revêtent une signification bien particulière pour les proches mais aussi pour toute l'équipe soignante.

«Bitte schreiben Sie für das Themaheft Nausea einen Beitrag aus psycho-spiritueller Sicht,» lautet die lapidare Aufforderung der Redaktion an mich. Umgehend schreibe ich ihr zurück, dass ich von Nausea keine Ahnung habe und mir daher einen Artikel förmlich aus den Fingern saugen müsste, und dass ich dazu überhaupt keine Lust hätte. Aber das Thema lässt mir doch keine Ruhe. Plötzlich fällt mir der Satz wieder ein, den vor vielen Jahren eine Patientin nach einer Chemotherapie zu mir sagte, als sie zu beschreiben versuchte, wie sie die Wirkung der Behandlung erlebt hatte: «Ein Lebensgefühl, das sich als Bosheit nicht einmal der Teufel ausdenken kann.»

Pfr. Theophil Spoerri

«Ein Lebensgefühl, das sich als Bosheit nicht einmal der Teufel ausdenken kann» – Was Patienten dem Seelsorger über ihre Erfahrung mit Nausea erzählen

In diesem Satz drückte sie die grenzenlose, mit nichts zu vergleichende Widerwärtigkeit aus, die sie als Begleitscheinung der Chemotherapie erleben musste und die in der medizinischen Sprache als Nausea bezeichnet wird. «Es war etwas ganz anderes als Schmerz; eher etwas, das mit Ekel und Abscheu verbunden war,» fügte sie bei.

Plötzlich tauchen auch Bilder von Menschen vor mir auf, die – geplagt von Nausea – elend im Bett liegen, während ich hilflos daneben sitze. Also widerrufe ich zwei Tage später meine Absage und erkläre mich bereit, ein paar Einfälle und Überlegungen aus meiner Erfahrung als Spitalseelsorger rings ums Thema Nausea mitzuteilen.

Ich schlage im «Stowasser», meinem alten lateinischen Wörterbuch nach und erfahre, dass die Grundbedeutung von «Nausea» – verwandt mit dem griechischen $\nu\alpha\upsilon\tau\acute{\iota}\alpha$ = «Seekrankheit» bedeutet. Daskenne ich aus eigener Erfahrung. Lebhaft erinnere ich mich an eine Seefahrt bei stürmischem Meer, als ich nachts in meiner Koje lag, mich vor lauter Elend und Angst nicht zu rühren wagte und zu sterben bereit gewesen wäre. Aber als sich gegen Morgen der Sturm legte und hinter den Küstenbergen die Sonne aufstieg, waren Angst und Elend wie weggeblasen und meine Lebensfreude kehrte zurück.

Die zweite Bedeutung von «Nausea» – so lese ich im Wörterbuch – sei «Erbrechen», und die dritte «Ekel». Das leuchtet mir ein. Es gibt ja kaum einen Geruch, der heftigeren Ekel erregt, als den von Erbrochenem. Mir fällt eine Busreise ein, die ich vor Jahren als Dorfpfarrer organisiert hatte. Einer jungen Frau wurde es schlecht; sie musste sich heftig erbrechen, bekleckerte von oben bis unten ihr neues Sonntagskleid und ein durchdringender, Ekel erregender Gestank, der im Polster des Sitzes und in den Kleidern hän-

gen blieb, erfüllte den Bus. Die junge Frau verging fast vor Scham. Nausea!

Man muss also nicht unbedingt Erfahrung mit Chemotherapie mitbringen, um zu wissen, was Nausea ist, wie Nausea wirkt und was für ein Lebensgefühl Nausea auslöst. Trotzdem werde ich jetzt von der Begegnung mit zwei Menschen erzählen, deren Nausea von schweren chemischen und radiologischen Einflüssen herrührte. Ich werde berichten, wie sie ihren Zustand erlebten und wie ich als Seelsorger neben oder bei ihnen stand.

Frau Klaus¹

Frau Klaus leidet an Leukämie. Seit Wochen lebt sie auf der Isolierstation, wo sie aggressiven Chemotherapien unterworfen wird, welche ihr krankes Knochenmark eliminieren sollen. Anschliessend sollen gesunde Knochenmarkzellen neues, gesundes Blut produzieren. Die junge Frau ist voll Mut und Hoffnung. Natürlich leide sie manchmal unter den unangenehmen Wirkungen der chemotherapeutischen Behandlung. Aber bisher habe sie diese erstaunlich gut ertragen. Sie habe sie sich viel schlimmer vorgestellt, laut dem, wie die Ärzte sie beschrieben hätten. Natürlich sei es auch nicht lustig, alle Haare verloren zu haben. Aber sie wisse, dass sie keine andere Wahl habe, wenn sie am Leben bleiben wolle. Und leben wolle sie auf jeden Fall. Frau Klaus verbreitet eine wohlthuend optimistische Atmosphäre.

Ich besuche sie gerne, weil ich spüre, dass sie mir vom ersten Moment an Vertrauen entgegenbringt, und wir finden bald heraus, dass uns gemeinsame Interessen verbinden.

Eines Tages ist sie aber körperlich und seelisch völlig erschöpft von den Wirkungen der chemotherapeutischen Behandlung und erklärt, heute habe sie keine Kraft für ein Gespräch. Bestimmt werde sie sich morgen wohler fühlen. Das habe ich bei ihr noch nie erlebt.

Anderntags besuche ich sie wieder. Sie liegt mit geschlossenen Augen im Bett. Ich trete hinzu, spreche sie an und berühre ihre Hand, die auf der Bettdecke liegt. Ohne die Augen zu öffnen, flüstert sie kaum vernehmlich: «Schön, dass Sie kommen. Aber ich habe überhaupt keine Kraft zum Sprechen. Es geht mir heute gar nicht gut...»

Was soll ich tun?, frage ich mich. Weggehen, weil sowieso kein Gespräch möglich ist? Zu ihr reden, das heisst: ihr gut zureden, dass bestimmt alles bald wieder besser werde? Ich spüre, dass weggehen ein Zeichen von Feigheit wäre und gut zureden taktlos; denn wie kann ich mir herausnehmen, aus meiner sicheren Position heraus zu behaupten, es werde alles bald wieder gut sein.

Wie ich es bisher stets getan habe, nehme ich mir auch jetzt einen Stuhl und setze mich ans Bett, sitze und schweige, drei, vier Minuten lang. Es scheint mir eine sehr, sehr lange Zeit. In mir breitet sich ein Gefühl der Hilflosigkeit aus.

¹ Name erfunden



Sie kümmern sich um den Tumorpatienten.

**Palladon® kümmert
sich um den Schmerz.
Von Anfang an.**

Palladon®retard



Tumerschmerz-Kapsel

Starkes Opioid der WHO-Stufe III

Kassenpflichtig

Wichtige Hinweise zum Gebrauch von Palladon® retard
Palladon® retard ist ein starkes Opioid der WHO-Stufe III. Es ist ein wirksames Schmerzmittel, das bei Tumorpatienten eingesetzt werden kann. Die Anwendung ist jedoch nur bei Patienten, die eine ausreichende Schmerzempfindlichkeit haben und keine Kontraindikationen vorliegen, zulässig. Die Dosis sollte individuell angepasst werden und muss sorgfältig überwacht werden. Palladon® retard ist ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel und darf nicht missbraucht werden. Bei Verdacht auf eine Überdosierung oder bei anderen Nebenwirkungen sollte sofort ein Arzt konsultiert werden. Palladon® retard ist ein Markenname von Mundipharma. Weitere Informationen sind auf der Website www.mundipharma.ch zu finden.



Kann ich denn gar nichts tun? Plötzlich der Gedanke: Ein Lied singen! Zuerst verwerfe ich ihn. Aber der Gedanke bleibt hartnäckig: Frag sie doch! Dann höre ich mich fragen: «Darf ich Ihnen ein Lied singen; vielleicht tut es Ihnen gut; ein Lied in jiddischer Sprache?» Frau Klaus nickt mit geschlossenen Augen und flüstert: «Ein Lied, das ist gut.» Mit wenigen Worten fasse ich den Inhalt des Liedes zusammen, dann singe ich: *Spil'she mir a lidele in Jiddish.*

Spiel mir ein jiddisches Liedchen. Es soll von Freude erzählen und nicht von bösen Überraschungen. Die grossen und die kleinen Menschen sollen es verstehen, und es soll von Mund zu Mund gehen.

Eine, zwei, drei Strophen, und dann noch die Letzte:

Lasst uns dieses Lied gemeinsam singen, wie gute Freunde, wie Kinder einer Mutter. Mein einziges Verlangen soll sein, dass ich frisch und frei singe und dass das Lied aller Menschen auch mein Lied werde.

Als ich fertig bin, sagt Frau Klaus, ohne dabei die Augen zu öffnen: «Das war schön, danke.» Zwei Tage später hat sie den Tiefpunkt erreicht, und langsam regt sich ihre Lebenskraft wieder. Diese hatte sie zwar nie ganz verloren, sie war nur sehr, sehr geschwächt. Ich schliesse nicht aus, dass auch mein kleines Lied etwas zu deren Stärkung beigetragen hat. Bei meinem nächsten Besuch sagt sie mir: «Das jiddische Lied hat mir gut getan.» Ich denke mir: Wenn Worte fehlen, stellt sich vielleicht das richtige Lied ein. Wir müssen es dann bloss singen.

Herr Suter¹

Auch er leidet an Blutkrebs und wird der gleichen Behandlung unterworfen wie Frau Klaus. Ein kräftiger, untersetzter Mittfünfziger mit mächtiger Glatze und einem gutmütigen Gesicht; Inhaber eines kleinen Betriebs, der während seines Spitalaufenthaltes von seiner Frau geleitet wird.

Über meinen Antrittsbesuch zeigt sich Herr Suter etwas irritiert, weil er und seine Frau zwar nichts gegen die Pfarrer hätten, jedoch aus der Kirche ausgetreten seien. Ich dürfe ihn aber ruhig weiterhin besuchen. Herr Suter gibt sich sehr forsch. Er hat einen genauen Zeitplan aufgestellt und ausgerechnet, wann er daheim wieder «auf der Matte» stehen werde. Natürlich wisse er, dass die «Chemos» unangenehme Wirkungen auslösen können; aber dafür gebe es heute Mittel, die diese dämpfen. Herr Suter ist ein einfacher Mensch, der nicht gerne über Tiefsinniges grübelt. Er erzählt mir von seinem Geschäft, seinem Auto und seiner Vorliebe für gutes Essen und Trinken.

Aber irgendwann lässt ihn sein «Das-ist-doch-alles-nicht-so-tragisch»-Optimismus im Stich. Die erste Chemotherapie übersteht er noch recht gut, die zweite macht ihn «total fertig», wie er sich ausdrückt, und vor der Dritten hat er fürchterlich Angst. Er redet längst nicht mehr von Geschäft und Auto und ist froh, künstlich ernährt zu werden. Jämmerlich und elend liegt dieser kräftige Mann mit geschlossenen Augen im Bett und fühlt sich nur noch erbärmlich. Er leidet keinen Schmerz, sondern einfach eine fundamentale Lebens-Un-Lust oder eine Un-Lebens-Lust,

ein Nicht-mehr-leben-Wollen und Noch-nicht-sterben-Können. Ein Lebensgefühl der absoluten Negation.

«Herr Suter,» frage ich, «möchten Sie, dass ich mich zu Ihnen setze?» Kaum merklich nickt er mit dem Kopf. Ich setze mich, nehme seine Hand, die er mir willig überlässt, und warte eine lange Zeit. Plötzlich habe ich wieder einen unabweisbaren Gedanken, den ich schliesslich zögernd ausspreche, weil er mir – ausgerechnet bei Herrn Suter – absurd vorkommt: «Soll ich ein Gebet sagen, Herr Suter, wissen Sie, eines, das Sie bestimmt kennen?» Wieder nickt er fast unmerklich.

Dann bete ich: «Unser Vater im Himmel...» Ich rezitiere die kurzen Sätze dieses Gebetes, die von den Anhängern jeder Religion der Welt gesprochen werden könnten, weil sie Grundanliegen aller Menschen vor Gott tragen. Ich sage Satz für Satz mit langen Pausen dazwischen:

Dein Wille geschehe, wie im Himmel, so auf Erden...

Gib uns heute unser tägliches Brot...

Vergib uns, so wie auch wir einander vergeben...

Führ uns aus der Versuchung heraus...

Erlöse uns vom Bösen...

Ein paar Tage später ist das Gefühl fundamentaler Lebensunlust vorbei. Aber Herr Suter ist stiller als in den Tagen, wo er sich den Anschein gab, «alles im Griff» zu haben. Ich frage ihn, ob er sich an meinen Besuch an jenem Tag erinnere, als es ihm so erbärmlich zumute war. Herr Suter nickt bejahend: «Haben Sie nicht das Unservater mit mir gebetet?» Und fährt nachdenklich fort: «Irgendwie hat es mir gut getan... obschon ich selber ja nie bete und mit Religion nicht viel am Hut habe...» Plötzlich scheint er bei diesem Bekenntnis etwas verlegen zu werden. Ich sage: «Vielleicht waren Sie in Ihrem elenden Zustand empfänglich und dankbar für diese uralten, knappen Worte. Vielleicht haben sie Ihnen gewissermassen «Gott» in ihre elende Situation gebracht...» Herr Suter antwortet nicht darauf. Er ist ja – wie bereits erwähnt – kein Mensch, der gerne grübelt.

Es wäre natürlich absurd, aus diesen beiden Begegnungen mit Menschen, die unter Nausea leiden, den Schluss zu ziehen, Singen und Beten sei als allgemein gültiges «Gegenmittel» zu verordnen. Die zwei Beispiele können höchstens zeigen, dass Singen und Beten bei diesen beiden konkreten Menschen in ihrer konkreten Situation offensichtlich eine hilfreiche Wirkung ausgeübt haben. Andererseits erinnere ich mich an einen ausgesprochen religiösen Mann, der sich in einer ähnlich schlimmen Lage den Besuch des Seelsorgers ausdrücklich verbat, obwohl er – wie er oft betont hatte – von der heilsamen Wirkkraft des Betens überzeugt war. Oder ich denke an eine Frau mittleren Alters, die mich in ihrem Nausea-Elend bat, ihr irgendeine Geschichte zu erzählen, egal was für eine. Sie brauchte offensichtlich, eine gleichmässig murmelnde menschliche Stimme, die sie ablenkte. Ich erzählte ihr das Märchen «Von dem Fischer und seiner Frau», weil es lang ist

und sich detailliert ausschmücken lässt. Als ich sie später fragte, ob sie sich an die Situation erinnere, bestätigte sie, das Gemurmel meiner Stimme habe ihr gut getan – bloss habe sie keine Ahnung mehr, was für eine Geschichte ich ihr erzählt hätte.

Welche Schlüsse ziehe ich aus diesen Erfahrungen? Erstens: Es gibt kein allgemein wirksames «seelsorgerliches Antidot» gegen Nausea, weil jeder Mensch in seiner elenden Verfassung ein individuell eigenes Bedürfnis hat. Zweitens: Der Seelsorger soll jedoch sein «inneres Gehör» schärfen und auf seine «innere Stimme» horchen.

Oft gibt sie ihm einen – zunächst völlig abwegig scheinenden – Hinweis, was dem von Nausea geplagten Menschen in diesem Augenblick Ablenkung und Erleichterung verschaffen kann – sei es ein jiddisches Lied, das «Unservater»-Gebet, ein Märchen der Brüder Grimm oder auch die Ablehnung jedes Angebotes.

Korrespondenz:

Pfr. Theophil Spoerri

Lothringerstr. 39, CH-4056 Basel

Theophil Spoerri, pastore

Una sensazione che neanche il diavolo con tutta la sua cattiveria riuscirebbe ad inventare

(Riassunto)

Signora Klaus¹

La Signora Klaus è malata di leucemia. Vado volentieri a trovarla, dal primo momento ho capito che si fida di me e presto ci accorgiamo di avere degli interessi in comune.

Un giorno vado da lei e la trovo completamente sfinita dall'ultima chemioterapia, sia fisicamente che psicologicamente. Mi spiega che oggi non se la sente di parlare e aggiunge che domani starà sicuramente meglio. Con lei non era mai successo prima. Mi chiedo che cosa dovrei fare: me ne vado, visto che oggi non sarà possibile parlarle? Oppure cerco di convincerla che presto la situazione migliorerà? Percepisco che andarmene sembrerebbe un atto di vigliaccheria, mentre se cercassi di incoraggiarla parlando, potrebbe avere l'impressione che non rispetti la sua situazione, il suo stato d'animo. E poi come potrei dalla mia posizione sicura arrogarmi il diritto di sostenere che presto tutto sarà di nuovo a posto? Ma non posso proprio fare niente?

Improvvisamente mi passa un pensiero per la mente: potrei cantare una canzone! Di primo acchito scarto l'idea, però il pensiero persiste: «chiediglielo!» Poi sento me stesso che domando: «Le posso cantare una canzone; forse le fa bene; una canzone in ebraico?» La signora Klaus annuisce con gli occhi chiusi e bisbiglia: «Una canzone, si va bene». Con poche parole le riassumo il contenuto poi comincio a cantare: *Spil'she mir a lidele in Jiddish*. Quando ho finito, senza aprire gli occhi, la signora Klaus dice: «E' stato bello, grazie.» Due giorni dopo la signora raggiunge il culmine della crisi, dopodichè riacquista lentamente le sue forze vitali.

Signor Suter¹

Anche lui è malato di leucemia e viene sottoposto alle stesse terapie della Signora Klaus. Il Signor Suter è piuttosto irritato quando mi vede la prima volta. Lui e sua moglie non hanno niente contro i preti, ma hanno lasciato la chiesa come istituzione. Nonostante ciò mi dice che posso comunque tranquillamente continuare ad andare a trovarlo.

Questo uomo forte, ridotto ora in condizioni pietose, se ne sta sdraiato sul letto con gli occhi chiusi. Non soffre di dolori, ma di una fondamentale non-voglia-di-vivere, di un-non-voler-più-vivere e non-poter-ancora-morire. Un sentimento di assoluta negatività.

«Signor Suter», chiedo, «vuole che mi sieda accanto a lei?». Annuisce appena con la testa. Mi siedo e prendo la sua mano, che mi lascia volentieri, e aspetto a lungo. Improvvisamente ho di nuovo un'idea incalzante, che esprimo esitando perché proprio con il Sig. Suter mi sembra assurda: «Gradirebbe se pronunciasse una preghiera, sig. Suter, sa, una che conosce sicuramente?» Di nuovo annuisce quasi impercettibilmente.

Dal vissuto con queste due persone che soffrono di nausea sarebbe naturalmente assurdo dedurre che cantare e pregare sia il rimedio valido da prescrivere. Quali conclusioni traggio io da queste esperienze? Primo: non esiste un «rimedio spirituale» contro la nausea efficace in generale, perché ogni persona nella sua misera condizione, ha un proprio bisogno individuale. Secondo: l'assistente spirituale deve aguzzare il suo «udito interiore» ed ascoltare la sua «voce interiore». Spesso gli dà un'indicazione, che inizialmente potrebbe sembrare assurda, di che cosa potrebbe veramente aiutare, in quel preciso momento, ad alleggerire la sofferenza del paziente che ha nausea – che sia una canzone ebraica, il «padre nostro», una favola dei fratelli Grimm oppure anche il rifiuto delle stesse.

1 Nome fittivo

Theophil Spoerri, pasteur

«Une impression si affreuse que le diable ne pourrait l'inventer»

(Résumé)

Mme Klaus

Mme Klaus souffre d'une leucémie. C'est volontiers que je vais la visiter, car je sens qu'elle m'a fait confiance d'emblée et nous avons rapidement découvert que nous avons plusieurs intérêts en commun.

Un jour, elle me dit qu'elle n'a pas la force de me parler: elle est physiquement et moralement complètement épuisée par les effets secondaires de la chimiothérapie; elle se sentira sûrement mieux le lendemain. C'est la première fois que cela arrive, et je me demande ce qu'il faut faire. Dois-je repartir, puisqu'il n'est pas possible de se parler? Si je lui parle quand même, n'est-ce pas pour lui donner de bonnes paroles, l'encourager en lui disant qu'elle va sûrement effectivement bientôt aller mieux? Je sens que si je m'en vais, c'est un signe de lâcheté, et que si je lui parle, c'est une absence de tact; car comment puis-je m'autoriser, depuis ma situation de bien-portant en sécurité, à prétendre que tout va bientôt s'arranger? N'y a-t-il donc rien que je puisse faire?

Soudain, l'idée me vient de lui chanter une chanson! Dans un premier temps, je la rejette. Mais l'idée s'obstine: Tu n'as qu'à lui poser la question! Je m'entends alors lui demander: «M'autorisez-vous à vous chanter une chanson? peut-être que cela vous fera du bien, une chanson en yiddish.» Mme Klaus acquiesce, les yeux fermés, et murmure: «Une chanson, c'est très bien.» Je lui résume rapidement le sujet de la chanson, puis je me mets à chanter: *Spil'she mir a lidele in Jiddish.*

À la fin de la chanson, Mme Klaus dit, sans ouvrir les yeux: «C'était très beau, merci.» Deux jours plus tard, elle a atteint le pire moment pour les effets secondaires, et elle commence petit à petit à récupérer son énergie vitale.

M. Suter

M. Suter souffre lui aussi d'un cancer du sang et suit le même traitement que Mme Klaus. Lors de ma première visite, il manifeste quelques signes d'irritation, car sa femme et lui n'ont rien contre les pasteurs, mais ils ne fréquentent plus l'église. Il m'autorise toutefois à continuer à le visiter.

Cet homme vigoureux est couché dans son lit, plaintif et misérable, les yeux fermés; il ne se sent plus qu'à plaindre. Il n'a pas de douleurs, mais une absence totale d'envie de vivre, ou peut-être une envie de non-vie; il est dans un état où il n'a plus envie de vivre mais où il ne peut pas encore mourir. Un sentiment de négation absolue. «M. Suter», lui demandai-je, «est-ce que vous aimeriez que je m'assoie près de vous?» Il me fait un signe de tête presque imperceptible. Je m'assieds, prends la main qu'il m'abandonne, et attends un long moment.

Tout à coup me vient une idée entêtante, que je finis par exprimer à voix haute, non sans hésitation car, surtout auprès de M. Suter, elle me paraît absurde: «Voulez-vous que je dise une prière, M. Suter, une prière que vous connaissez sûrement?» À nouveau, il acquiesce imperceptiblement.

Bien entendu, il serait dépourvu de sens de déduire de ces deux rencontres avec des patients souffrant de nausée que le chant et la prière soient à prescrire comme «antidotes» universels. Quelles conclusions puis-je tirer de ces expériences? En premier lieu, il n'existe pas d'«antidote spirituel» universel contre la nausée, parce que chaque être humain a des besoins spécifiques dans la situation de détresse qui le touche individuellement. En second lieu, l'accompagnant spirituel doit néanmoins aiguïser son «oreille interne» et écouter sa voix intérieure. Car elle lui indique souvent – même si cela peut paraître d'abord complètement incongru – ce qui pourrait soulager en cet instant cette personne torturée par la nausée, que ce soit un chant yiddish, le Notre Père, un conte de Grimm, voire le refus de toute proposition.

Dr. Aurelius G. Omlin

4. EAPC Forschungs-Forum: «Collaborate to Catalyse Research» Venedig 24.–27. Mai 2006

«... die leichte Herrlichkeit des Palastes und die Seufzerbrücke, die Säulen mit Löw' und Heiligem am Ufer, die prunkend vortretende Flanke des Märchentempels, den Durchblick auf Torweg und Riesenuhr, und aufschauend bedachte er, dass zu Lande, auf dem Bahnhof in Venedig anlangen einen Palast durch die Hintertür betreten heisse, und dass man nicht anders, als wie nun er, als zu Schiff, als über das hohe Meer die unwahrscheinlichste der Städte erreichen sollte.»¹

In dieser beeindruckenden Umgebung, genauer im beeindruckenden Palazzo del Casino auf dem Lido – die breite Freitreppe emporsteigend konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wie die Stars fühlen, die jeweils im Spätsommer zum Filmfestival erscheinen – fand im Mai das 4. Forschungsforum der EAPC (European Association for Palliative Care) statt.²

Mit mehr als 1000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern verzeichnete der Kongress eine unerwartet grosse Beteiligung, wobei speziell die 65 Personen aus Ost-Europa und Russland sowie die 150 aus Übersee, vor allem Australien, Kanada und den USA angereisten Forscherinnen und Forscher zu erwähnen sind. Aus der Schweiz beteiligten sich 43, davon 25 aktiv (mit einem Poster oder Vortrag).

Die Zusammenarbeit beginnt beim Nachbarn

Franco de Conno, als Präsident des EAPC Forschungsnetzwerks und Florian Strasser, seines Zeichens Präsident des wissenschaftlichen Komitees, begrüßten am Donnerstag Mittag die erwartungsvoll angereisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer und betonten, dass der persönliche Austausch und die gegenseitige Inspiration entscheidend zum Gelingen des Forums beitragen würden. Die durch F. Strasser angeregte kurze Vorstellung bei den Sitznachbarn im «Teatro della Perla» resultierte, vergleichbar mit dem Summen in einem Bienenhaus, in einem angeregten Geräuschpegel, der während des dreitägigen Forums nicht mehr verstummen sollte.

Bei 480 präsentierten Postern, 111 Kurzpräsentationen und 60 Vortragendurch eingeladene Sprecherinnen und Sprecher können die in der Folge vorgestellten Eindrücke und Ergebnisse des Forschungs-Forums unmöglich Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sie stellen vielmehr eine persönliche Auswahl dar.

Kann die Erfassung von Schmerz als 5. Vitalzeichen die Behandlung verbessern?

F. Fallon aus Edinburgh stellte ein Pilot-Projekt mit EPAT, dem Edinburgh Pain Assessment Tool, vor. Die neuartige Erfassung des Schmerzes und damit kombiniert eines einfachen schrittweisen Managements resultiert in der verbesserten Schmerzkontrolle der Patienten und wird als nächstes an 18 Zentren in Grossbritannien in einer grossen randomisiert kontrollierten Studie untersucht.

Besteht ein Bedarf an Zusammenarbeit zwischen Onkologen und Palliativmediziner?

N. Cherny aus Israel leitete die erste je abgehaltene gemeinsame Versammlung der ESMO (European Society of Medical Oncology) und der EPAC, wobei er unterstrich, dass Palliative Care für 50% der onkologischen Patientinnen und Patienten auf ihrem Krankheitsweg von Wichtigkeit sein wird. Ganz im Sinne des Forum-Mottos schlug er in Zukunft vermehrte und engere Zusammenarbeit bei der Entscheidungsfindung zum Beispiel durch gemeinsame Patientenbesprechungen vor.

Sind ambulante Palliative Care Interventionen sinnvoll?

D. Currow präsentierte Resultate einer grossen australischen Studie mit anspruchsvollem Design (prospektiv randomisiert 2 x 2 x 2), die drei Interventionen miteinander verglich: Fall-Konferenzen und Grundversorger Weiterbildungen, Patientenberatungs-Besuche und Standardbehandlung (mit einem separaten Team). Die Fall-Konferenzen (mindestens 3 Grundversorger, Ambulante Pflegefachfrau und Palliative Care Spezialist) und die Patientenberatung-Besuche konnten je (aber keine additive Wirkung der beiden Interventionen) den Allgemeinzustand der Patienten, gemessen am Australian Modified Karnofsky Performance Status, signifikant verbessern und wirkten sich positiv auf die Hospitalisierungsdauer aus.

Die Deklaration von Venedig⁴

Nicht zuletzt soll die Deklaration von Venedig erwähnt werden, eine Vereinbarung unterzeichnet von nationalen und internationalen Organisationen, mit den Zielsetzungen, Prioritäten der Palliative Care Forschung in Entwicklungsländern zu definieren, die Zusammenarbeit zu verstärken und Ressourcen zur Unterstützung zu mobilisieren.

In welchem Verhältnis steht parenteral verabreichtes Morphium-Dosis im Vergleich zur oralen Gabe?⁵

Bei 11 Patientinnen und Patienten mit regelmässiger Opiumeinnahme hat der Autor sequentiell Morphium oral, subkutan und intravenös verabreicht und entsprechende Serumspiegel von Morphin und den Metaboliten M6G und M3G bestimmt. Der Konversionsfaktor von subkutan zu oraler Applikation lag bei 2, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen intravenöser und subkutaner Anwendung dokumentiert werden konnten. J. Starlander, der Autor dieser Forschungsarbeit, berichtete mir, dass er unterstützt wurde von seiner Praxisassistentin und einem Kollegen. Seine Patienten leben im Umkreis von 200km, die gesamten Analysekosten hat er selber übernommen.

Diese Studie aus Schwedens steht stellvertretend für eine Vielzahl von vorgestellten Arbeiten und lässt Einblick in die grosse Motivation und Begeisterung für Palliative Care-Forschung weltweit.

Hoffnungsvoller Blick in die Zukunft

Die Stimmung während des Kongresses erlebte ich als sehr angeregt und stimulierend. In den Workshops, in der immer sehr gut besuchten Posterausstellung oder beim gemeinsamen Anstehen vor dem Lunch ergaben sich viele Begegnungen mit Personen aus aller Welt, mit verschiedenen Berufen aber einem gemeinsamen Ziel, durch Forschung Palliative Care weiterzuentwickeln. Die Patientinnen und Patienten wurden dabei nicht vergessen sondern standen während des Forums immer im Zentrum, denn die vorgestellten Problemstellungen waren in der Praxis des täglichen Alltags angesiedelt.

Der Geist von Venedig, der Forschungsgeist soll in Zukunft in vielfältiger Art und Weise Zusammenarbeiten anregen und ermöglichen, auf dass die Forschung gedeihen möge. Es bleibt mir nur zu sagen: Auf Wiedersehen – 2007 Anfang Juni am EAPC-Kongress in Budapest und natürlich 2008 im Mai in Trondheim, Norwegen zum 5. EAPC Research Forum: «Association for Palliative Care».

Referenzen

- 1 Thomas Mann «Der Tod in Venedig» Fischer 1954
- 2 Fallon M, Clausen E, McGoldrick L, et al. Palliative Medicine 2006; 20: 231 (Abstract #13)
- 3 Currow D, Abernethy A, Hunt R, et al. Palliative Medicine 2006; 20: 233 (Abstract #18)
- 4 www.eapcnet.org und www.hospicecare.com
- 5 Starlander J, Melin CJ, Axelsson B. Palliative Medicine 2006; 20: 256 (Abstract #106)

Korrespondenz :

Dr. med. Aurelius G. Omlin, Kantonsspital SG, 9007 St.Gallen
aurelius.omlin@kssg.ch

Sterben, Trauer und Tod sind in unseren westlichen Gesellschaften mit einem Tabu belegt. Sie finden an bestimmten Orten ausserhalb des Alltags, ausserhalb der Öffentlichkeit statt. Ein dreimonatiger, grosser Veranstaltungszyklus in Basel und Region will den Tod ins Leben zurückholen: Höhepunkt ist der Kongress «Noch mal leben...» am 25./26. November im Kongresszentrum Basel mit hochqualifizierten und namhaften ReferentInnen wie Eugen Drewermann, Andreas Blum, Lotti Latrous, Monika Renz, Pater Willigis Jäger, Abt Thich Thien Son u.a.

Claudia Bosshardt

Den Tod zurück ins Leben holen

Kongress und Veranstaltungszyklus zu Sterben, Trauer und Tod

Geburt und Tod bilden den Anfang und das Ende des Menschseins. Die einzige Information, die wir mit voller Gewissheit in unserem Leben haben, ist die, dass wir sterben werden. Alles andere ist unsicher. Und doch sind Sterben, Trauer und Tod verdrängte und unangenehme Themen. In der Öffentlichkeit und in den Medien finden kaum ernsthafte Auseinandersetzungen darüber statt. Genau das will aber eine Gruppe von Veranstaltern in Basel und Region: diese existenziellen Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und diskutieren.

«Mutmachende Orientierungen»

Seit 12 Jahren organisiert das Ausbildungsinstitut «perspectiva» Kongresse zu gesellschaftlich relevanten Themen. Die beiden letztjährigen Kongresse waren dem Altwerden gewidmet – und stiessen auf ungeheure Resonanz. Und so hat Kongressleiter Lothar Riedel konsequent das nächste Thema gewählt: das Sterben. «Mir war es immer ein Anliegen, dem Wesentlichen auf der Spur zu bleiben. Mit unseren Kongressen wollen wir mutmachende Orientierungen anbieten», beschreibt er sein Engagement.

Zusammen mit Xaver Pfister von der Katholischen Erwachsenenbildung beider Basel und anderen Institutionen – Theater Basel, Kunstmuseum, Museum der Kulturen, GGG-Voluntas, Forum für Zeitfragen u.v.a. – hat er einen Veranstaltungszyklus auf die Beine gestellt, der rund drei Monate dauert. Sowohl künstlerische Auseinandersetzungen als auch Trauerseminare und Friedhofbegehungen haben darin ihren Platz. Herausragend ist die Fotoausstellung (22.10.–19.11.06), die grossformatige Schwarz-Weiss-Porträts von unheilbar kranken Menschen kurz vor und unmittelbar nach ihrem Tod zeigt.

Höhepunkt Kongress

Die dichteste intellektuelle Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben bietet der zweitägige Kongress

(25./26.11.06) im Kongresszentrum Basel. Namhafte Expertinnen und Experten beleuchten das Thema von verschiedenen Seiten. Ein Nachmittag mit Referaten und Podiumsdiskussion dreht sich um die Frage: Ist selbstbestimmtes Sterben ein Menschenrecht oder eine Anmassung? (mit Andreas Blum von «Exit» u.a.). Lotti Latrous, Schweizerin des Jahres 2004, berichtet über ihre Arbeit mit Aidswaisen im Slum von Abidjan (Elfenbeinküste), wo sie tagtäglich mit dem Tod konfrontiert wird. Weitere Themen sind:

- Das Sterben wird immer mehr zu einem von Experten begleiteten, medizinisch überwachten Akt. Wo führt das hin?
- Transplantationsmedizin: Welche Tabuüberschreitungen – Leichenschändung, Nutzung eines Körpers für andere – bringt sie mit sich?
- Die letzte Lebensphase sollte der Reifung und Vollen- dung des Lebens dienen. Warum drücken wir uns da- vor? Wo finden wir Orientierung und Vorbilder?
- Auch das Trauern braucht Rituale und Orte – wie kön- nen diese zeitgemäss gestaltet werden?
- 30 Jahre Nahtod-Forschung – Ergebnisse, Erkenntnisse, Erfahrungen

Zwischen den Vorträgen beantworten die Referentinnen und Referenten im «Speaker's Corner» Fragen aus dem Publikum. Künstlerische Beiträge machen das Thema auch auf anderen Ebenen erfahrbar. Der Kongress steht unter dem Patronat der Pro Senectute.

Weitere Informationen und Anmeldung auf www.perspectiva.ch

Kongress:

25./26. November 2006
Kongresszentrum Basel
Tageskarte Fr. 130.–
Zweitageskarte Fr. 240.–
Vergünstigung für Paare und Gruppen

Fotoausstellung:

«Noch mal leben vor dem Tod»
von Walter Schels und Beate Lakotta
22. Oktober bis 19. November 2006
Ausstellungsräume der Schule für Gestaltung
auf der Lyss, Basel
Di–Fr 12–18 Uhr, Sa 12–17 Uhr
So 10–17 Uhr, Mo geschlossen

Veranstaltungszyklus:

Detailprogramm auf www.perspectiva.ch

Espoir sens et dignité

Organisé par la Division de Soins Palliatifs des Hospices-CHUV

Difficile aujourd'hui d'échapper au débat sur le droit à mourir, dont les médias nous offrent chaque jour l'écho poignant et fascinant, celui de la souffrance et de la finitude humaine.

Pourquoi les questions relatives à la dignité et à l'autonomie se posent-elles actuellement avec une telle acuité?

Quelle est cette souffrance inapaisable de la fin de vie qui pose le suicide assisté comme un geste d'humanité?

L'expression de notre solidarité à l'autre peut-elle trouver une autre voie?

Quel sens donner à nos soins lorsque nous sommes confrontés au désespoir ou à l'apparente absurdité d'une fin de vie?

Nous pouvons choisir d'évacuer la question de la souffrance et de la mort en réduisant notre réflexion à débattre du pour et du contre du suicide assisté ou de l'euthanasie. Nous pouvons également saisir l'opportunité de ce débat contemporain pour amorcer une remise en cause profonde de notre vision de la vie et de nos relations aux autres. Ce symposium souhaiterait y contribuer quelque peu.

Programme

Judi 2 novembre 2006

08h00 Accueil

08h30 Bienvenue par Bernard Decrauzat, Directeur des Hospices-CHUV

Introduction de la journée

José Luis Pereira et André Vagnair

Plénières

08h45 Will to live, will to die
(Désir de vivre, désir de mourir)
Harvey Max Chochinov

09h45 La guérison est-elle encore possible en fin de vie?
Eckhard Frick
Pause café 10h45–11h15

11h15 Soigner, un acte qui implique au-delà du soin?
Michel Fontaine

Repas dès 12h15

13h45 Dignité et fin de vie: de quelle dignité parlons-nous?
Jacques Ricot
Pause café 15h00–15h30

15h30 Dignity conserving therapy (Une thérapie de la dignité)
Harvey Max Chochinov

16h30 Table ronde

17h00 Conclusion

Claudia Mazzocato

Apéritif de fin de journée 17h15

18h30 Conférence publique

Accompagner dans la dignité celui qui meurt

Jacques Ricot

Orateurs

- **Pr José Luis Pereira** – Chef de service
Division de Soins Palliatifs, Hospices – CHUV, Lausanne, Suisse
Chaire de soins palliatifs, Lausanne – Genève, Suisse
- **M. André Vagnair** – Infirmier Chef de Service
Division de Soins Palliatifs, Hospices – CHUV, Lausanne, Suisse
- **Pr Harvey Max Chochinov** – Professeur de psychiatrie,
Chaire de recherche en soins palliatifs
Université du Manitoba et Cancer Care Manitoba, Canada
- **Dr Michel Fontaine** – Dr en sciences sociales, infirmier, théologien,
Professeur à la Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne, Suisse
- **Dr Eckhard Frick** – Psychiatre, psychanalyste, jésuite
Centre Hospitalier Universitaire de Munich, Allemagne
- **M. Jacques Ricot** – Agrégé de philosophie, professeur en classes préparatoires au lycée Clémenceau de Nantes, Chargé de cours de bioéthique à l'Université de Nantes, France
- **Dr Claudia Mazzocato** – Médecin chef
Division de Soins Palliatifs, Hospices – CHUV, Lausanne, Suisse

Informations générales

Lieu:

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,
Auditoire César Roux
1011 Lausanne, Suisse

Date:

- Jeudi 2 novembre 2006 de 8h00 à 17h00

Langue:

- Français
- Anglais (traduction simultanée)

Renseignements et inscription:

- Téléphone: 021 314 02 88
- E-mail: soins.palliatifs@chuv.ch

Frais d'inscription:

- 150.– CHF repas compris
- Etudiant: 120.– CHF repas compris

Délai d'inscription:

- 5 octobre 2006
- Nombre de places limité

Règlement:

- Via bulletin de versement annexé
(CCP 10-1900-8 – Mention SPLD 27324)

Renseignements:

- Téléphone: 021 314 02 88
- E-mail: soins.palliatifs@chuv.ch

Confirmation:

- Chaque participant reçoit une confirmation écrite après réception des frais d'inscription.

Enregistrement:

- Le 2 novembre de 8h00 à 8h30, dans le hall des auditoriums, auprès du secrétariat du symposium.

Transport:

- Depuis la gare, bus n° 5, arrêt CHUV
Par l'autoroute, sortie Vennes-Hôpitaux

Stationnement:

- P+R parkings relais lausannois
(10.– CHF la journée)

Annulation:

- Par écrit au secrétariat de la Division de Soins Palliatifs,
CHUV – 1011 Lausanne
- Avant le 20 octobre: remboursement des frais d'inscription moins 25% pour frais administratifs.
Après cette date, aucun remboursement ne sera effectué.

Monica Heinzer

Die Palliativstation im Reusspark

Der Reusspark, Zentrum für Pflege und Betreuung, ist mit 234 Bewohnerinnen und Bewohnern das grösste Pflegezentrum im Kanton Aargau. Idyllisch, wenn auch etwas abseits, liegt er am linken Reussufer zwischen Bremgarten und Mellingen.

Der Reusspark besteht aus zwei sehr unterschiedlichen Gebäudekomplexen. Dem ehemaligen Zisterzienserinnen-Kloster, in dem seit 1894 pflegebedürftige Menschen betreut werden und dem neu renovierten, hellen Hauptgebäude aus dem Jahre 1977, in dem heute 164 der 234 Bewohner leben. Die häufig stattfindenden Anlässe, sowie die parkähnliche Anlage mit Tiergarten und Kinderspielplatz ziehen viele Besucher und Ausflügler an.



Übersicht über die gesamte Anlage

Die Palliativstation

Die zwölf Pflegewohnbereiche sind von unterschiedlicher Grösse und auf fachliche und pflegerische Schwerpunkte ausgerichtet.

Mit dem letzten Umbau wurden kleinere Einheiten geschaffen, um Spezialisierungen zu ermöglichen. So konnte als weiteres Angebot im August 2005 eine Palliativstation eröffnet werden. Hier werden erwachsene Personen aufgenommen, die sich aufgrund ihres fortgeschrittenen Krankheitsverlaufes in einem terminalen Stadium befinden. Die Palliativstation ist integriert in eine Pflegeabteilung, aber räumlich separiert. So können Ressourcen optimal genutzt werden. Der dazu gehörende Aufenthaltsraum mit Kochnische wird gerade von Angehörigen geschätzt. Zurzeit werden vier Betten angeboten. Je nach Nachfrage wäre eine Erweiterung auf bis zu sieben Betten möglich.

Obwohl die Begleitung bis zum Tod seit jeher einen wichtigen Stellenwert in der Pflege chronisch kranker Menschen hat, will man mit der Palliativstation ein Zeichen setzen. Denn die Betreuung sterbender Menschen ist in der Gesellschaft noch immer Tabuthema. Der Reusspark will dem entgegenreten, in dem er die Sterbebegleitung zu einem zentralen Aufgabengebiet entwickelt.



Ein Blick aus dem Innenhof auf das helle und grosszügig gebaute Hauptgebäude

Konzeptarbeit

In Zusammenarbeit mit Curaviva wurde während gut einem Jahr das ganze Team geschult. Ein spezielles Augenmerk erhielt der interdisziplinäre Anspruch der Palliative Care. So fanden Schulungssequenzen unter Einbezug der Hauswirtschaft, Verwaltung, der Küche und des Technischen Dienstes statt.

Gemeinsam hat man die ersten Grundpfeiler des Konzeptes erarbeitet. In Standards wurden Qualitätskriterien formuliert, Abläufe geklärt und notwendige Instrumente eingeführt. Ein schönes Beispiel für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist etwa die Wunschkost in der palliativen Phase: Das bedeutet, dass die Küche dem Bewohner innert 24 Stunden sein Wunschmenü liefert.

Ebenfalls Schwerpunkt in Palliative Care ist das Schmerzmanagement. In Schulungen für die Pflegenden und unsere drei Heimärzte wurde eine gemeinsame Sprache entwickelt und Schmerzerfassungsinstrumente eingeführt. Dies führt nun zu einer besseren Verständigung über das Ausmass der Schmerzen zwischen Bewohner, Pflege und Arzt.

In nächsten Schritten wurden Kontakte zu weiteren Fachkreisen hergestellt, ein Netzwerk aufgebaut, das bei komplexen Fragestellungen genutzt werden kann.

Auch das Angebot für Angehörige wurde überprüft und angepasst. So ist es heute möglich, bei der sterbenden Person zu übernachten und sich über 24 Stunden hinweg im Reusspark verpflegen zu können. Dies wird gerade von berufstätigen Angehörigen geschätzt.



Auch auf einer Palliativstation wird gelacht. Der Stationshund Sheela und die Stationskatze Mary-Lou sorgen für manch heiteren Moment und erwärmen oft auch die traurigen Herzen.

Rückblick auf das erste Betriebsjahr und Ausblick

Während des ersten Betriebsjahres traten zwanzig Bewohner auf die Palliativstation ein. Die Aufenthaltsdauer betrug zwischen einem Tag und drei Monaten. Bis auf zwei Personen litten alle Bewohner an einer Tumorerkrankung im Endstadium.

Die Eintritte erfolgten mehrheitlich direkt aus den umliegenden Spitälern oder durch Hausärzte, auf Wunsch der betroffenen Person oder deren Angehörigen.

Die vordergründigen Bewohnerbeschwerden und Themen, welche das Team forderten waren:

- Schmerztherapie
- Übelkeit/Erbrechen
- Atemnot
- Umgang mit dem Wunsch nach Freitod
- Gesprächsführung mit Bewohnern und Angehörigen

Um die Symptombekämpfung optimal managen zu können, war eine Aufstockung von diplomiertem Pflegepersonal in der Nacht erforderlich. Das Team wurde immer wieder mit ungewohnten Situationen konfrontiert. Da die Individualität sehr bewusst gelebt wird, wird dies wohl auch in Zukunft so bleiben. Es wurden Fallbesprechungen eingeführt, welche heute für die Verarbeitung wie als Lernprozess nicht mehr wegzudenken sind.

Um die manchmal sehr nahe gewordene Beziehung zwischen Pflegenden und Angehörigen bewusst abschliessen zu können, findet vierzehn Tage nach dem Todesfall zwischen der engsten Bezugsperson der Pflege und den Angehörigen ein Telefongespräch statt. Dabei erhält die Pflegenden wertvolle Rückmeldungen zum ganzen Aufenthalt, die Angehörigen erfahren Anteilnahme und,

wenn gewünscht, Kontaktadressen für die weitere Trauerbegleitung.

Zur Optimierung der Begleitung sterbender Menschen werden momentan freiwillige Helferinnen und Helfer integriert. In einer Grundschulung, die in Zusammenarbeit mit Caritas Aargau durchgeführt wird, erlangen sie den notwendigen theoretischen Hintergrund. Im praktischen Einsatz auf der Palliativstation werden die Freiwilligen die Pflegenden unterstützen, indem sie dort anwesend sind, wo es der Bewohner wünscht und sein persönliches Umfeld nicht ausreicht, um sein Bedürfnis nach Zuwendung zu stillen.

Der Reusspark erhält von den Krankenkassen keine höheren Tarife für die intensive Palliative Care. Eine gleich hohe und konstante Bettenbelegung von 97 Prozent wie auf den übrigen Pflegewohnbereichen kann hier aber nicht erreicht werden, weil die Bewohnersituationen sich zu schnell verändert. Darum wird uns dieser Punkt auch künftig beschäftigen.

Weitere Pflegeangebote im Reusspark

Neben den klassischen Pflegewohnbereichen für chronisch kranke Menschen schuf sich der Reusspark in der Betreuung dementiell erkrankter Personen eine Kernkompetenz. So gibt es von der Wohngemeinschaft für Demente im Anfangstadium bis zur geschützten Demenzstadium für mobile, weglaufgefährdete Bewohner kleinere und grössere Wohnbereiche passend zum jeweiligen Demenzstadium. Im vergangenen Jahr kam als weitere Qualitätssteigerung der sogenannte «Garten der Sinne» hinzu. Eine geschützte Gartenanlage von rund 90 Aren Land ermöglicht desorientierten, bewegungsorientierten Menschen ein Stück Freiheit und wohlthuende Sinneseindrücke. In dieser Grosszügigkeit ist der Garten schweizweit einzigartig.



Bildlegende: Blick aus dem «Garten der Sinne» auf das Hauptgebäude

Adresse:

Reusspark
Zentrum für Pflege und Betreuung
5524 Niederwil
Monica Heinzer, Leitung Pflege und Betreuung
Telefon: 056 619 60 40
monica.heinzer@reusspark.ch



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln?

Vor welche Herausforderungen sehen sich Fachpersonen und Betroffene dabei gestellt?

In Referaten und Diskussionen werden Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt sowie Informationen und Erfahrungen ausgetauscht.

Schweizerische Krebsstagung 2006

Donnerstag, 16. November 2006, 09.00–17.00 Uhr
Allresto Kongresszentrum, Bern,

Die Tagung richtet sich an

- Onkologinnen und Onkologen
- allgemein praktizierende Ärztinnen und Ärzte
- Onkologiepflegende
- Selbsthilfeorganisationen
- Mitarbeitende der Krebsliga

Veranstalterin

Krebsliga Schweiz, Bereich Psychosoziale Programme

Programm/Anmeldung:
www.swisscancer.ch/krebstagung

décision partagée – pour une meilleure prise en charge?

Quels sont les défis relatifs à cette question pour les spécialistes et les personnes concernées?

Les perspectives et les limites de la décision partagée seront mises en évidence dans le cadre d'exposés et de discussions, qui fourniront aussi l'occasion d'échanger expériences et informations.

Journée suisse du cancer 2006

Jeudi, 16 novembre 2006, 09.00–17.00 h
Centre de congrès Allresto, Berne

Cette journée s'adresse aux:

- médecins oncologues
- médecins de famille
- soignant(e)s en oncologie
- associations d'entraide
- collaboratrices et collaborateurs des ligues contre le cancer

Organisatrice

Ligue suisse contre le cancer, secteur programmes psychosociaux

Programme/inscription:
www.swisscancer.ch/journeecancer

Handbuch «Palliativmedizin»

zum Preis von Fr. 32.– zuzüglich Versandkosten.

Manuel «Médecine palliative»

au prix de 32.– frais de port en sus.

deutsch (Art. 1015)	lieferbar ab Mai 2006
français (Art. 2015)	lieferbar ab Herbst 2006
italiano (Art. 3015)	lieferbar ab Herbst 2006

Bestellen Sie Ihr Handbuch!

www.swisscancer.ch
per E-Mail an shop@swisscancer.ch
oder per Telefon 0844 85 00 00

Commandez votre manuel!

www.swisscancer.ch
par e-mail à shop@swisscancer.ch
ou appeler le numéro 0844 85 00 00



Dr. Steffen Eychmüller

DVD «Schmerztherapie bei unheilbar Kranken – zu Hause»

Eine Kurzbetrachtung

Diese DVD unter der Federführung von Dr. Thomas Schlunk aus Tübingen empfiehlt sich für den Einsatz in all jenen Fortbildungen, wo die Verbindung einer Fallgeschichte mit abstrakten Animationen zur Pathophysiologie der Schmerzen und Wirkweise der wichtigsten Analgetika gewünscht ist. Das Zielpublikum ist klar multiprofessionell; medizinisch- pharmakologische Inhalte sind sehr leicht verständlich dargestellt.

Der Aufbau der DVD ist sehr klar und benutzerfreundlich, bestimmte Unterthemen wie bspw. die Wirkweise der NSAR können auch gut ohne den weiteren Bezug zur Fallgeschichte separat genutzt werden. Folgende Module sind in der DVD enthalten:

Modul 1: Orale Schmerztherapie, 15:00 Min.

Modul 2: Transdermale Systeme (Schmerzpflaster)
10:30 Min.

Modul 3: Subkutane Dauerinfusion
(Schmerzmittelpumpe), 13:00 Min.

Die Animationen bei der Darstellung der Wirkweise der Medikamente sind sehr gut: wie oft tun wir uns schwer im Erklären, was denn wo an welchen Rezeptor geht – hier helfen die sehr einprägsamen und gut kolorierten Bilder.

Die Kunst der DVD liegt meines Erachtens darin, dass anhand der Fallgeschichte ein recht natürlich wirkender roter Faden durch den Film führt, wenn man ihn als gesamte Lehreinheit nutzen will. Diese Geschichte und die Art der Gesprächsführung entspringt wirklich dem palliativen Denken und Handeln. Eine gelungene Lehr – DVD.

Die DVD kostet 49.50 Euro (excl. Versand) und kann bestellt werden via:

<http://www.krebsverband-bw.de/212.0.html>
(auch als link auf www.palliative.ch)

Michel von Wyss

Journée annuelle de la qualité

28 juin 2006, Berne

Toutes les équipes de Suisse ayant manifesté leur intérêt pour le développement de la qualité en soins palliatifs avaient été invitées par écrit à cette journée. Cet après-midi du 28 juin a donc rassemblé à l'hôtel ADOR, à Berne une quarantaine de membres de notre société intéressés au développement de la qualité et venant d'équipes de toutes les régions du pays.

Trois thèmes ont été présentés et débattus:

Minimal data set

Steffen Eychmüller, co-président de notre société, a plaidé pour l'introduction prochaine d'un minimal data set. L'enjeu est que toutes les équipes de soins palliatifs de Suisse prennent des données similaires concernant les diverses caractéristiques et besoins de leurs patients. La finalité de cette unification des données recensées est que celles-ci puissent ensuite être utilisées et comparées, soit à des fins de recherche, soit pour déterminer le degré de complexité des situations palliatives.

Notre président nous a présenté le modèle allemand de ces minimal data set en souhaitant que nous puissions l'adopter après lui avoir apporté certaines modifications. Les deux groupes de travail par langues n'ont pas fonctionné de la même façon, les alémaniques reprenant systématiquement les différents items pour les modifier et /ou les adopter, les romands n'étant pas à l'aise avec cet ensemble de minimal data set qu'ils trouvaient trop médical, trop hospitalier, insuffisamment interdisciplinaire et peu adapté aux besoins des équipes travaillant à domicile.

Il fut donc décidé de reprendre la discussion dans le cadre du groupe de travail qualité qui sera pour l'occasion élargi à un certain nombre de participants à cette journée particulièrement intéressé(e)s à ce thème.

Label de qualité

Après une introduction de Michel von Wyss, responsable du groupe de travail qualité, sur le chemin effectué par ce groupe de travail depuis une année, Martin Rothenbühler, directeur de la fondation sanaCERT Suisse présenta la situation et les perspectives du projet de label de qualité. Ce projet se déroulera dès maintenant et jusqu'à fin 2008. Il devra permettre aux équipes inscrites (près de vingt au moment où cet article est écrit), de mettre leurs pratiques en conformité avec les critères définis. Ceux-ci, qui doivent rendre opérationnels les «standards de qualité» de notre société, sont encore dans une phase de test. Celle-ci va se poursuivre pendant la fin de 2006, notamment au moyen d'audits pilotes ainsi qu'en intégrant les remarques et propositions de équipes participantes.

C'est le comité de la SSMSP qui, sur proposition du groupe de travail qualité, arrêtera les critères définitifs du label. Ce projet de label sera conduit par une direction bilingue ainsi que par un comité de pilotage. Ces deux instances restent encore à désigner par le comité de la SSMSP. Selon la récente décision du comité de la SSMSP, la fondation sanaCERT Suisse, par M. Rothenbühler, apportera le know how qualité et participera au projet en tant que mandataire, en assumant notamment la formation des auditeurs

et la supervision des audits. Ceux-ci seront effectués par des pairs de plusieurs disciplines, choisis pour les responsabilités qu'ils ont exercé avec compétence dans des institutions de soins palliatifs. Il reste aussi à déterminer la forme que prendront les critères et le degré d'exigences pour les différentes formes d'équipes inscrites: centres de référence ou lieux de soins; équipes stationnaires et équipes mobiles; petites et grandes équipes; équipes déjà certifiées / labellisées ou non, ... Ces précisions devront être définies par le comité de pilotage et confirmées par le comité de la SSMS.

Il est question qu'après 2008, le label passe du statut de projet à celui d'un programme ordinaire d'activités de la société. Un échange fructueux de questions et de réponses a suivi cet exposé.

«Care of the dying»

Mr John Ellershaw, de Liverpool, nous a présenté en fin d'après-midi ce modèle de développement de la qualité, diffusé en Grande Bretagne au niveau de tout le pays. Basé pour une grande part sur une communication à vaste échelle, ce modèle fait appel à un changement des attitudes face à la fin de vie, aussi bien dans les institutions,

qu'auprès des professionnels et dans le public (patients et proches concernés). Le vecteur essentiel de ce programme est la formation qui permet une sensibilisation accrue à tous les niveaux, y compris politique, des enjeux des soins palliatifs parmi les autres offres de la santé. Il est impressionnant de constater que les progrès réalisés grâce à ce programme le sont à grande échelle. Au-delà de cette brève présentation, il sera intéressant pour notre groupe de travail qualité de nous renseigner plus concrètement pour comprendre en quoi ces progrès se répercutent concrètement sur la qualité de vie des patients et comment ils ont pu être réalisés avec des moyens somme toute modestes.

Malgré la relativement faible participation à cette journée, les participantes et participants présents se sont dit satisfaits de la qualité des interventions, des thèmes très concrets abordés à cette occasion ainsi que de l'organisation. Le lieu, qui se prêtait bien à ces travaux, ainsi que la traduction de qualité de Madame Mechtild Schreck, parfaitement à l'aise aussi bien avec l'allemand et l'anglais qu'avec le français, ont contribué de façon décisive à la réussite de cette manifestation.

Michel von Wyss

Jahrestagung Qualität

28. Juni 2006 in Bern

Zu dieser Tagung waren alle Teams aus der Schweiz, die sich an der Qualitätsentwicklung in Palliative Care interessiert gezeigt hatten, schriftlich eingeladen worden. Am Nachmittag des 28. Juni kamen also im Hotel ADOR in Bern rund vierzig Mitglieder unserer Gesellschaft aus allen Landesteilen zusammen, die an der Qualitätsentwicklung interessiert sind.

Es wurden drei Themen vorgestellt und diskutiert:

Minimal data set

Steffen Eychmüller, Co-Präsident unserer Gesellschaft, plädierte dafür, möglichst bald ein minimal data set einzuführen. Dabei geht es darum, dass alle Palliative Care-Teams in der Schweiz dieselben Daten über ihre Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse aufnehmen. Der Sinn dieser Vereinheitlichung in den aufgenommenen Daten ist der, dass diese dann verglichen und gebraucht werden können, sei es für die Forschung oder um den Komplexitätsgrad palliativer Situationen festzustellen.

Unser Präsident stellte uns das deutsche Modell dieser minimal data set vor und wünschte, dass wir es nach den entsprechenden Anpassungen auch annehmen könnten. Die beiden Sprachgruppen, die dann daran arbeiteten, haben dann allerdings ihre Aufgabe nicht gleich verstanden.

Die Deutschschweizer sahen die verschiedenen Punkte systematisch durch, um sie entweder zu verändern und/oder sie anzunehmen. Den Welschen war es bei diesem minimal data set als Ganzem nicht recht wohl: Sie fanden es zu sehr arzt- und spitalzentriert, zu wenig interdisziplinär und für Spitex-Teams schlecht geeignet.

So wurde beschlossen, die Diskussion im Rahmen der Arbeitsgruppe Qualität nochmals aufzunehmen. Diese wird bei dieser Gelegenheit dann um einige an diesem Thema besonders interessierte Teilnehmer ergänzt.

Qualitätslabel

Nach einer Einführung durch Michel von Wyss, dem Leiter der Arbeitsgruppe Qualität, über den Weg, den diese Arbeitsgruppe im letzten Jahr zurückgelegt hat, stellte Martin Rothenbühler, Direktor der Stiftung SanaCERT Schweiz die Situation und die Perspektiven des Projektes Qualitätslabel vor. Dieses wird sich noch bis 2008 erstrecken. Er wird es den eingeschriebenen Teams (gegenwärtig rund zwanzig) erlauben, ihre Praxis mit den definierten Kriterien in Übereinstimmung zu bringen. Diese sollen die «Qualitätsstandards» unserer Gesellschaft operationalisieren und stehen noch in der Testphase. Diese Phase wird noch bis Ende 2006 dauern und die Kriterien mit Hilfe von Pilot-Audits und den Bemerkungen und Vorschlägen der teilnehmenden Teams ausarbeiten.

Dann wird der Vorstand der SGMP auf Vorschlag der Arbeitsgruppe Qualität die definitiven Kriterien für dieses Label festlegen. Das Label-Projekt wird von einer zweisprachigen Leitung und einer Pilotgruppe geleitet werden. Beide Instanzen müssen aber vom Vorstand der SGMP noch ernannt werden. Gemäss dem kürzlichen Beschluss des SGMP-Vorstands wird die Stiftung sanaCERT Schweiz über Herrn Rothenbühler ihr know how dazu beitragen und als Beauftragte am Projekt teilnehmen. Insbesondere geht es um die Ausbildung der AuditorInnen und die Supervision der Audits. Diese werden von Pairs verschiedener Berufsgruppen durchgeführt, die auf Grund der Verantwortungen ausgewählt werden, welche sie in Palliativ-Institutionen kompetent wahrgenommen haben. Festzulegen bleibt die Form, welche diese Kriterien annehmen werden und was je für die verschiedenen eingeschriebenen Team-Arten verlangt werden soll: Kompetenzzentren oder Pflegestationen; stationäre oder mobile Teams; kleine und grosse Teams; bereits zertifizierte Teams und solche, die noch kein Label haben... All das muss von der Pilotgruppe noch definiert und dann vom Vorstand der SGMP bestätigt werden. Es ist möglich, dass das Label nach 2008 vom Projekt zu einem ordentlichen Angebot unserer Gesellschaft wird.

Dieser Vorstellung folgte dann eine angeregte und fruchtbare Periode von Fragen und Antworten.

«Care of the Dying»

John Ellershaw aus Liverpool stellte uns dann zum Schluss des Nachmittags dieses Modell von Qualitätsentwicklung vor, das in Grossbritannien landesweit verbreitet wird. Grösstenteils über zahlreiche und weit verbreitete Mitteilungen appelliert dieses Modell an eine neue Haltung gegenüber dem Lebensende sowohl in den Institutionen als auch bei den Berufsleuten und in der Öffentlichkeit (betroffene Patienten und Angehörige). Der wesentliche Punkt dieses Programms ist die Ausbildung, die auf allen Ebenen – auch auf der politischen – eine bessere Sensibilisierung für die Herausforderungen von Palliative Care innerhalb der Angebote des Gesundheitswesens anstrebt. Eindrücklich ist, wie grossräumig die Fortschritte sind, die dank diesem Programm erzielt wurden. Nach dieser kurzen Vorstellung wird es für die Arbeitsgruppe Qualität wichtig sein und konkret darüber zu orientieren, inwiefern diese Fortschritte sich nun auf die Lebensqualität der Patienten auswirken und wie diese mit doch vergleichsweise bescheidenen Mitteln erreicht werden konnten.

Trotz ihrer relativ kleinen Zahl zeigten sich die Teilnehmenden an dieser Tagung, mit der Qualität der Referate, mit den sehr konkret angegangenen Themen sowie der Organisation zufrieden. Die Räume, die für eine solche Arbeit sehr geeignet waren, sowie die qualitativ hoch stehende Übersetzung durch Frau Mechthild Schreck – sie fühlte sich mit dem Deutschen und Englischen ebenso wohl wie mit dem Französischen – haben ebenfalls wesentlich zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen.

Abonnement-Bestellung palliative-ch

Commande d'abonnement palliative-ch

Sottoscrizione abbonamento palliative-ch

Ich möchte **palliative-ch** abonnieren / Je désire m'abonner à **palliative-ch** / Desidero abbonarmi a **palliative-ch**

Einzelpersonen / Individuels / Individuale: CHF 55.– EUR 40.–
 Institutionen / Institutions / Istituzioni: CHF 80.– EUR 60.–

Name / Nom / Cognome _____ Vorname / Prénom / Nome _____

Strasse / Rue / Via _____ PLZ/Ort / NPA/Localité / NAP/Luogo _____

Datum / Date / Data _____ Unterschrift / Signature / Firma _____

Senden an / Envoyer à / Inviare a

palliative-ch
 Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Michel von Wyss

Giornata annuale della qualità

28 giugno 2006, Berna

Tutte le équipes attive in Svizzera che avevano manifestato il loro interesse per lo sviluppo della qualità nelle cure palliative sono state invitate a questa giornata. Il pomeriggio del 28 giugno ha dunque riunito all'hôtel Ador a Berna una quarantina di soci della nostra società provenienti da équipes di tutte le regioni del nostro paese.

Sono stati presentati e discussi tre temi:

Minimal data set

Steffen Eychmüller, co-presidente della nostra società, è intervenuto in favore della prossima introduzione di un minimal data set. Questo implica che tutte le équipes di cure palliative in Svizzera utilizzino dei dati simili riguardo alle diverse caratteristiche e ai diversi bisogni dei loro pazienti. Lo scopo di questa unificazione dei dati recensiti è che essi possano essere poi impiegati e confrontati, sia per fini di ricerca, sia per determinare il grado di complessità delle situazioni palliative.

Il nostro presidente ci ha presentato il modello tedesco di questi minimal data set con l'augurio di poterlo adottare dopo aver apportato alcune modifiche. I due gruppi di lavoro divisi in base alla lingua non hanno lavorato nella stessa maniera. Gli svizzeri tedeschi hanno ripreso sistematicamente i differenti items e li hanno modificati e/o adattati, i romandi non si sono trovati a loro agio con l'insieme di questo minimal data set poiché lo hanno ritenuto troppo medico, troppo ospedaliero, non sufficientemente interdisciplinare e poco adattato ai bisogni delle équipes che lavorano a domicilio.

Si è dunque deciso di riprendere questa discussione all'interno del gruppo di lavoro qualità, il quale sarà arricchito da alcuni partecipanti di questa giornata particolarmente interessati a questo tema.

Label di qualità

Dopo un'introduzione di Michel von Wyss, responsabile del gruppo di lavoro qualità, sul percorso effettuato da questo gruppo di lavoro nell'ultimo anno, Martin Rothenbühler, direttore della fondazione sanaCERT Svizzera, ha presentato la situazione e le prospettive del progetto del label di qualità. Il progetto si svilupperà da adesso sino a fine 2008. Esso dovrà permettere alle équipes che si sono iscritte (quasi venti al momento della stesura di questo articolo) di rendere le loro pratiche conformi ai criteri definiti. Questi ultimi, che devono rendere operativi gli «standards di qualità» della nostra società, sono ancora in fase di test. Questa fase si protrarrà fino alla fine del 2006, soprattutto mediante degli audit pilota e integrando le osservazioni e le proposte delle équipes partecipanti.

Sarà il comitato della SSMCP, su proposta del gruppo di lavoro qualità, a stabilire i criteri definitivi del label. Il progetto di label sarà condotto da una direzione bilingue e da un comitato di pilotaggio. Queste due istanze devono ancora essere designate dal comitato della SSMCP.

Secondo la recente decisione del comitato della SSMCP, la fondazione sanaCERT Svizzera, con M. Rothenbühler, porterà il know how qualità e parteciperà al progetto in veste di mandatario, assumendo in particolare la formazione degli auditori e la supervisione degli audits. Gli audits saranno affidati a dei pari di diverse discipline, scelti per le responsabilità che hanno assunto con competenza nelle istituzioni di cure palliative. Resta da determinare la forma che prenderanno i criteri e il grado di esigenze per le diverse forme di équipes iscritte: centri di referenza o luoghi di cure, équipes stazionarie e équipes mobili, piccole e grandi équipes, équipes già certificate / con label o no, ... Queste precisazioni dovranno essere definite dal comitato di pilotaggio e confermate dal comitato della SSMCP.

L'intenzione è che a partire dal 2008, il label passi da uno statuto di progetto a quello di un programma ordinario d'attività della società. Uno scambio fruttuoso di interrogativi e di risposte ha seguito questa esposizione.

«Care of the dying»

Mr John Ellershaw, di Liverpool, ci ha presentato alla fine del pomeriggio questo modello di sviluppo della qualità, diffuso in Gran Bretagna in tutto il paese. Basato in grande parte su una comunicazione a larga scala, questo modello intende apportare un cambiamento degli atteggiamenti nei confronti della fine della vita, sia nelle istituzioni che presso i professionisti e il pubblico (pazienti e familiari toccati). Il vettore essenziale del programma è la formazione che consente una sensibilizzazione accresciuta a tutti i livelli, compreso quello politico, delle implicazioni delle cure palliative fra le altre offerte sanitarie. È sbalorditivo constatare la vastità dei progressi realizzati grazie a questo programma. Al di là di questa breve presentazione, sarà interessante per il nostro gruppo di lavoro qualità approfondire la questione di come questi progressi si ripercuotono concretamente sulla qualità di vita dei pazienti e come essi hanno potuto essere realizzati con dei mezzi tutto sommato modesti.

Malgrado la relativamente bassa partecipazione a questa giornata i partecipanti presenti si sono dichiarati soddisfatti della qualità degli interventi, dei temi molto concreti che sono stati affrontati e anche dell'organizzazione. Il luogo, adatto ad un lavoro di questo tipo, così come l'ottima traduzione della signora Mechtild Schreck, perfettamente a suo agio con il tedesco, l'inglese ed il francese, hanno contribuito in maniera decisiva alla riuscita di questa manifestazione.

Netzwerk Kanton Bern

Veranstaltungen

Bitte besuchen Sie regelmässig unsere Website, um sich über Veranstaltungen zu informieren.

Am 7. Oktober am Welthospiz- und Palliative Care Tag werden wahrscheinlich an verschiedenen Orten im Kanton Bern Standaktionen durchgeführt. Am 1. November planen wir ein Benefizkonzert. Genauere Hinweise finden Sie kurzfristig auf der Website und im Mitgliederversand.

Bericht aus dem Vorstand

Am 25. August hat der Vorstand eine inhaltliche Auswertung der Ausstellung gemacht und die weitere Strategie geplant. Genauere Informationen werden an der nächsten Mitgliederversammlung gegeben.

Geschäftsstelle:

Nelly Simmen 031 337 70 13 info@palliativebern.ch

B E R N

Associazione Ticinese di Cure Palliative

Lo scorso 30 maggio si è tenuta a Lugano l'annuale assemblea ordinaria dell'Associazione ticinese di cure palliative. Il presidente, dott. H. Neuenschwander, ha passato in rassegna i fatti salienti dell'attività del 2005 e di parte del 2006. Oltre alle proposte formative organizzate dall'ATCP e all'importante manifestazione in occasione della prima giornata mondiale delle cure palliative del 7 ottobre 2005 vale la pena sottolineare la consegna dell'attestato di ospedali senza dolore da parte della Lega svizzera contro il cancro all'Ente ospedaliero cantonale nell'ambito del progetto «Uniti contro il dolore». Questo progetto si prefigge il miglioramento della qualità di vita dei malati di cancro con dolori. I quattro ospedali dell'Ente hanno raccolto questa sfida e con il supporto del Servizio di cure palliative dell'Istituto oncologico della Svizzera italiana hanno raggiunto un livello ottimale nella valutazione e nella cura medico-infermieristica del dolore ottenendo così l'accREDITAMENTO di qualità.

Il presidente si è poi soffermato sulle prospettive future dell'ATCP ed ha indicato che il comitato sta riflettendo sugli orientamenti e sui compiti dell'Associazione per i prossimi anni. In particolare il comitato desidera concentrare la sua attività a livello regionale nella promozione delle cure palliative impegnandosi nel lavoro di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e del mondo politico. L'ATCP, nella sua veste di organizzazione al di sopra delle parti, può fungere da interlocutore con le autorità politiche e deve incoraggiare una riflessione intesa ad elaborare un vero e proprio concetto cantonale delle cure palliative, a ancorare e codificare il modello ticinese.

L'autunno ticinese sarà ricco di appuntamenti interessanti. Segnaliamo in particolare la seconda giornata mondiale delle cure palliative, in programma il prossimo 8 ottobre. Questo importante evento di carattere internazionale verrà sottolineato nel nostro cantone con un pomeriggio di porte aperte all'Unità di cure palliative dello IOSI all'Ospedale San Giovanni di Bellinzona.

Per quanto riguarda la formazione rivolta agli operatori sanitari segnaliamo la presentazione delle raccomandazioni della SSMCP su Dispnea, Nausea e Vomito il prossimo 24 ottobre alla Casa anziani di Giubiasco. Nell'ambito degli Incontri di Medicina Palliativa si terrà il prossimo 9 novembre

il consueto Bus Round che, come lo scorso anno, avrà luogo nel Sopraceneri. (info: joyce.pellandini@eoc.ch o tel. 091 811 79 30). Il 14 dicembre si terrà una formazione organizzata dall'ASI dal tema «Cure palliative e bioetica di base» (Info: segretariato@asiticino.ch o tel. 091 682 29 31)

Di rilevante importanza, infine, l'inizio durante questo mese di settembre del corso interdisciplinare di sensibilizzazione alle cure palliative (livello A) organizzato dalla Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Stabio, corso giunto oramai alla quarta edizione

In occasione del prossimo incontro dell'Associazione Ticinese di Cure Palliative (ATCP),

martedì, 24 ottobre 2006 dalle 16.00 alle 18.30,
Casa Anziani a Giubiasco

verranno presentate le raccomandazioni della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP) sui temi: Dispnea, Nausea e Vomito

Anlässlich der nächsten Zusammenkunft der Associazione Ticinese di Cure Palliative (ATCP),

Dienstag, 24. Oktober 2006 von 16.00 bis 18.30
Casa Anziani in Giubiasco

werden die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) über die Themen: Dyspnoe, Nausea und Uebelkeit vorgestellt.

A l'occasion de la prochaine rencontre de l'Associazione Ticinese di Cure Palliative (ATCP),

mardi, 24 octobre 2006 de 16.00 au 18.30
Casa Anziani à Giubiasco

seront présentés les recommandations de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP) sur les thèmes: Dyspnée, Nausea et vomissement

T I C I N O

Palliative vaud

Campagne d'information à la population

Le comité de palliative vaud souhaite faire mieux connaître et sensibiliser la population aux soins palliatifs (objectif prioritaire de sa première année d'activité).

Nous saisissons ainsi l'occasion de la journée mondiale de soins palliatifs du 7 octobre 2006 pour rejoindre la population sur les marchés du canton et ceci grâce à l'engagement de collègues motivés. Le comité a préparé des posters et des dépliants présentant les soins palliatifs et l'offre disponible dans le canton: «Accompagner, soulager LA VIE, un défi pour les soins palliatifs». Ils seront utilisés comme support de discussion par les différents groupes locaux qui animeront cette journée. Rendez-vous donc aux marchés de Aigle (centre commercial), Château d'Oex, Lausanne, La Vallée, Lutry, Morges, Moudon, Nyon, Orbe (jeudi 5 oct.), Payerne, Vevey, Yverdon). Venez nombreux

soutenir cette action de diffusion des soins palliatifs à la population!

La division de soins palliatifs du CHUV, sous l'impulsion du Professeur Jose Pereira, organise le 2 novembre 2006 au CHUV à Lausanne un *symposium international* intitulé «Sens, espoir et dignité». La journée se déroulera en deux temps: une première partie réservée aux professionnels verra l'intervention de conférenciers de renom tel que Harvery Chochinov. La deuxième partie consistera en une conférence publique prévue dès 18h30. Inscrivez-vous sans tarder le nombre de places est limité (cf p. 27).

Sans oublier le site internet de la section vaudoise, www.palliativevaud.ch que nous vous invitons à consulter!

Pour le comité de palliative vaud
Dr Josiane Pralong-Kohler

Am 22. Juni 2006 fand im Kunsthaus Zürich eine Tagung statt zum Thema «Sterben, dort, wo man zu Hause ist». Organisiert wurde sie gemeinsam vom palliative care NETZWERK ZÜRICH und Organisationsethik und Weiterbildung (Matthias Mettner). Die Tagung war gut besucht und gab die Möglichkeit, auch ein breites Publikum über Palliative Care zu informieren.

Barbara Steiner

Sterben dort, wo man zu Hause ist

«Leben bis zuletzt» und «Sterben dort, wo man zu Hause ist» – das wünschen sich die meisten Menschen.

An der interdisziplinären Weiterbildung konnten wir verschiedene Referate hören über die Definition und die Pflegephilosophie von Palliative Care. Es geht um eine bestmögliche Lebensqualität für die Betroffenen und deren Angehörigen, es geht aber auch um die grosse Bedeutung, die dem Hausarzt und der Hausärztin in Bezug auf die Linderung der störenden Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Angst etc. zukommt. Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden der ambulanten Dienste (Spitex, Onko-Spitex, Fachstelle Palliative Care für die Spitexdienste der Stadt Zürich usw.), ergänzende Zusammenarbeit mit Freiwilligen, Entlastungsdiensten, seelsorgerisch tätigen Personen und die gegenseitige Wertschätzung sind Grundlagen für eine kompetente und fürsorgliche Betreuung zu Hause.

Hausarztmedizin- Grundversorgung- Palliative Care

Dr. med. Elisabeth Bandi – Ott, Zürich

In diesem Referat wurde von der sehr engagierten und sensibilisierten Hausärztin einerseits über die Möglichkeiten von Machbarem und Sinnvollem berichtet und anderer-

ZÜRICH

seits über die Gefahren und überhöhten Erwartungen an die Palliative Care.

Leider ist es nicht immer möglich, alle belastenden Symptome genügend zu lindern und ein schmerzloses und friedliches Sterben kann nicht einfach in jedem Fall garantiert werden.

Hierzu ist zu sagen, dass es spezielles Fachwissen und viel Erfahrung braucht, um die optimale Linderung der belastenden Symptome zu bewirken. Ebenso braucht es ein grosses zeitliches und soziales Engagement.

Palliative Care spielt im Praxisalltag eine sehr grosse Rolle und sollte bereits in der Ausbildung der medizinischen Studien und Lehrgängen einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Dies ist bis heute immer noch keine Selbstverständlichkeit und deshalb gibt es seit dem 1.9.05 eine Einheit für Hausarztmedizin und im neuen Curriculum viele Angebote ab dem 2. Jahr im Mantelstudium (Wahlpflichtfach) mit Praxisbesuchen und Einzeltutoriat.

Möglichkeiten und Grenzen der palliativen Betreuung im häuslichen Kontext

Claudine Freudiger (Fachstelle Palliative Care),
Anna Herrmann und Karin Ritt (Onko- Spitex)

Es ist fast alles möglich, doch es braucht gewisse Voraussetzungen, um eine gute Pflege zu Hause gewährleisten zu können. Es sind dies die Bereitschaft der Angehörigen, in der Pflege und Betreuung mitzuhelfen, die Erreichbarkeit der Dienste (24 Stunden), die Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Personen, sowie eine gute Notfallplanung und klare Strukturen, wer die Fallführung hat. Wichtig ist auch die Haltung: Grenzsituationen sind normal.

Bei Überforderung der Angehörigen, bei akuten Notfallereignissen oder bei schlechter Zusammenarbeit mit den pflegerischen und/oder ärztlichen Diensten wird eine Begleitung zu Hause oft unmöglich. Die Situationen sind nicht immer voraussehbar, der Ausgang des Falles bleibt offen. Manchmal geht es auch einfach darum, dass die betroffene Person nochmals nach Hause gehen kann, um dort eine gute letzte Zeit, umgeben von den Angehörigen, zu erleben.

Wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist, so wird eine Spital- oder Heimeinweisung nötig. Auch dann ist es von grosser Wichtigkeit, dass jemand aus dem Betreuungsteam die Fäden zusammenhält und die interdisziplinäre Kommunikation pflegt. Die Situation muss immer wieder neu erfasst und abgeklärt werden, allenfalls müssen neue Massnahmen besprochen und eingeleitet werden. Es ist von allen an der Pflege Beteiligten eine grosse Flexibilität nötig, ein Engagement und die Bereitschaft, in guter Zusammenarbeit manchmal etwas Unbekanntes zu wagen.

Vorstellen verschiedener Spitexorganisationen in der Stadt und im Kanton Zürich

Claudine Freudiger (Fachstelle Palliative Care)
Anna Herrmann und Karin Ritt (Onko- Spitex)
Bea Blaser (Kinderspitex)

Es wurden verschiedene ambulante Dienste (Onko- Spitex, Kinderspitex, Fachstelle Palliative Care für die Spitex) vorgestellt. Hier begegnen wir immer wieder den Schnittstellen und der nicht ganz einfachen Organisation, Dokumentation und Kommunikation in unserer Zusammenarbeit. Es sind grosse Fortschritte gemacht worden, wir kennen uns gegenseitig besser und lernen, Fallführungen abzuklären, Verantwortlichkeiten zu klären und uns gegenseitig wertschätzend zu ergänzen. Da kommt der Arbeit und Vernetzung des palliative care Netzwerks Zürich eine bedeutende Rolle zu.

Möglichkeiten und Grenzen der Schmerztherapie und Schmerzkontrolle

Dr. med. Andreas Weber, Zürich

Ein spezielles ärztliches Unterstützungsangebot bezüglich Schmerztherapie und Schmerzkontrolle wird vorgestellt, und es macht uns bewusst, dass hier ein grosser Bedarf an Beratung und Wissen bezüglich Schmerztherapie besteht. Auch besteht auf ärztlicher wie auf pflegerischer Seite oft zu wenig spezifisches Fachwissen, und die Betroffenen werden ungenügend in ihren Schmerzen therapiert. Es macht Mut zu wissen, dass es wirkliche Spezialisten gibt, die wir ansprechen und fragen können.

Es macht auch Mut, dass Vieles zu Hause möglich wird, wenn die Schmerzsituation gut begleitet ist, sei es mit genügend Medikamenten, mit Schmerzpumpen, mit Infusionen, mit kompetenten Pflegefachpersonen. Es braucht ein grosses Engagement und einen bewussten Schwer-

punkt auf dem «Leben bis zuletzt», damit dieses Leben nicht zu einer Qual werden muss, sondern gelebt werden kann.

Grundsätzliche Überlegungen zur Pflege zu Hause/ Pflege der Angehörigen

Heidi Brüderli (Organisation Schrittweise)
Brigitte Kübler- Dreher (Präsidentin ZVBS)
Eva Waldmann (Musik- und Kunsttherapeutin)
Jacqueline Sonogo Mettner (Seelsorgerin)

Die Zürcher Vereinigung zur Begleitung schwerkranker Menschen und die Organisation Schrittweise stellen ihre Arbeit vor, auch die seelsorgerische Begeleitung sowie kunst- und ausdrucks-therapeutische Möglichkeiten werden aufgezeigt. Hier wird uns wieder vermehrt auch die gesellschaftliche Verantwortung für ein würdiges Leben sowie ein würdiges Sterben zu Hause bewusst gemacht.

Wir sehen, dass diese vielen MitarbeiterInnen und Freiwilligen manchmal etwas an den Rand gerückt werden, kaum wahrgenommen werden von der Gesellschaft, keine oder wenig finanzielle Mittel zur Verfügung haben und doch eine ganz wichtige Aufgabe in der Begleitung und Betreuung wahrnehmen. Auch die Angehörigen erhalten so wertvolle Unterstützung und Entlastung. Wir begegnen uns mit grossem Respekt und diese Weiterbildung wird einmal mehr auch zum Ort der Begegnung. Das gegenseitige Kennenlernen der Personen und der verschiedenen Tätigkeitsfeldern bereichert die pflegerische Landschaft.

palliative care NETZWERK ZÜRICH

Eva Waldmann

Die grosse und wichtige Aufgabe der Vernetzung wurde uns anschaulich von verschiedenen MitarbeiterInnen des Netzwerks Palliative Care Zürich näher gebracht.

Die Möglichkeiten und die wichtige Bedeutung der gegenseitigen Unterstützung sowie das Nutzen von speziellem Fachwissen und Erfahrungen sind von grosser Bedeutung. Auch der Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit, das Bekanntmachen eines grossen Angebotes sind ganz wichtige Aufgaben. Das Netzwerk Zürich verfügt über eine sehr erfahrene und kompetente Pflegefachfrau auf dem Gebiet der Palliative Care (Claudine Freudiger), die auch telefonisch zur Beratung beigezogen werden kann.

«Zu Hause» – in der Institution

Markus Feuz, Zürich

Damit sich schwerkranke und sterbende Menschen auch in einer Institution zu Hause fühlen können, braucht es eine menschenwürdige Haltung, die Bereitschaft und das Engagement, den betroffenen Menschen so zu unterstützen, dass er wieder möglichst individuell seinen eigenen, neuen Lebensraum schaffen kann. Das Auflösen einer Wohnung bedeutet Abschied zu nehmen von den Beziehungen zu

einer Umgebung, Nachbarn, Tieren, Pflanzen, und vom Blick aus dem Fenster und vielem mehr.

«Gelebte Palliative Care ist nicht nur ein nettes Zusatzgeschäft, vielmehr verändert sie die Institution in ihrem Kern.» (E. Bruera)

Die psychosoziale Situation schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen

Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg

Die psychosoziale Situation schwerkranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen wurde uns eindrücklich und im wahrsten Sinne des Wortes «zu Gemüte» geführt.

Verschiedene Formen des psychischen Umgangs mit schwerer Erkrankung, Formen des Sinnerlebens und die Auseinandersetzung mit Grenzsituationen wurden erläutert.

Die Grösse und Wichtigkeit, sich im Leben mit der Art und dem Vorhandensein des Todes auseinanderzusetzen, uns wieder bewusster zu werden, dass wir mitten im Leben vom Tod umgeben sind, wird sichtbar und spürbar gemacht.

«Die letzten Stunden sind wichtig, gewiss. Aber oft beginnt der Abschied von Menschen viel früher. Schon Gebrechen sondern schon die Alternden von den Lebenden. Ihr Verfall isoliert sie. Das ist das Schwierigste- die stillschweigende Aussonderung der Alternden und Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden, das allmäh-

liche Erkalten der Beziehung zu Menschen, denen ihre Zu-neigung gehörte, der Abschied von Menschen überhaupt, die ihnen Sinn und Geborgenheit bedeuteten.» (Norbert Elias, 1982)

Mit diesem Referat wurden Raum und Zeit geschaffen, um nachzudenken um dann den Gedanken nach-zu-spüren.

Am Ende dieser Tagung war ich persönlich voller Anregungen, neuer Gedankenwelten und auch voller Mut, weiter daran zu arbeiten, damit eine menschenwürdige Kultur im Leben wie im Sterben wachsen kann.

«Hand in Hand mit der Therapie sollte eine hochqualifizierte Pflege einhergehen.

Pflege ist zu verstehen als eine menschliche Antwort auf ein menschliches Problem.» (Sr. A. Erharter)

Ich fühlte mich gestärkt durch das Wissen um die Möglichkeiten der Zusammenarbeit aller beteiligten Organisationen. Ich freue mich über das grosse und vielseitige Angebot, lerne es besser kennen und werde mir wieder bewusst, wie ich alle diese verschiedenen tätigen Institutionen und Organisationen schätze und so meine Arbeit ergänzend bereichern kann.

Korrespondenz:

Barbara Steiner

Fachstelle für Palliative Care

Spitex-Dienste der Stadt Zürich

Aemtlerstr. 17, Postfach, 8036 Zürich

Inserat

Mitglied der
Zürcher Fachhochschule

[H³W]^o
HOCHSCHULE WÄRDENBÜL

Hochschule für
Life Sciences
und Facility Management

**21. Schweizerische Tagung
für Phytotherapie**

im Kultur- und Kongresszentrum TRAFÖ in Baden
**23. November 2006 Phytotherapie in der Palliativ-
und Supportivmedizin**

Prof. Dr. Beat Meier und Prof. Dr. med. Reinhard Saller, Tagungsleiter

Anmeldung und weitere Informationen unter
www.smgp.ch

S
M
G
P

Aufnahmegesuch

Demande d'admission

Domanda di ammissione

Ich möchte Mitglied der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung werden. Jahresbeitrag: Fr. 80.– (inkl. Abonnement palliative-ch)

Je désire devenir membre de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs.
Cotisation annuelle: Fr. 80.– (abonnement à palliative-ch inclus).

Desidero divenire membro della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative.
Contributo annuale: Fr. 80.– (abbonamento palliative-ch incluso).

Name / Nom / Cognome

Vorname / Prénom / Nome

Strasse / Rue / Via

PLZ-Ort / NPA-Localité / NAP-Luogo

Beruf / profession / professione

E-mail

Möchten Sie Mitglied einer Sektion werden? (keine zusätzlichen Kosten)?

JA / OUI / SI

Désirez-vous être membre d'une section (sans frais supplémentaire)?

Desidera essere membro di una sezione (senza spese supplementari)?

NEIN / NON / NO

Wenn ja, welche?

Arc jurassien

Nordwestschweiz

Valais / Wallis

Si oui, laquelle?

Bern

Ostschweiz

Vaud

Se sì, quale?

Genève

Ticino

Zürich

Senden an / Envoyer à / Inviare a

palliative.ch, Seebahnstrasse 231, 8004 Zürich

Online-Anmeldung / Inscription online / Iscrizione online: www.palliative.ch

September/septembre

20.09.2006, 18.00–19.30 Uhr

Fallbesprechung

palliative care NETZWERK ZÜRICH
Bezirksspital Affoltern a.A.
Info: Tel. 044 714 2525, Fr. K. Gorges

21.–22.09.2006

**10. Intern. Seminar: Onkologische
Krankenpflege-Fortgeschrittene Praxis**

Leitungsteam: Dr. A. Glaus Ph.D.,
M. Fliedner, MSN, C. Knipping MAS,
E. Wimmer MNS cand.
Ort: Olma-Hallen, St. Gallen
Infos: Kongress-Sekretariat/ESO-d
CH-9006 St. Gallen
Tel. 071 243 00 32, eso-d@sg.zetup.ch

21.09.2006

**Recht der Patientinnen und Patienten
auf Selbstbestimmung**

Patientenwille und Patientenverfügung
in der Praxis
Ort: Zentrum für Weiterbildung/
Univ. Zürich, 8057 Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik
Tel. 044 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch
www.weiterbildung-palliative.ch

25.–27.09.2006

«Mehr Leben als du ahnst!»

Spiritualität und Sinnfindung in der
Begleitung Kursleitung: Matthias
Mettner, Jacqueline Sonego Mettner
Ort: Zentrum für Weiterbildung/
Univ. Zürich, 8057 Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik
info@weiterbildung-palliative.ch
www.weiterbildung-palliative.ch

Oktober/octobre

07.10.2006

Welt-Palliative Care-Tag
Journée mondiale des soins palliatifs
Giornata mondiale delle cure palliative
Infos: www.worldday.org

07.10.2006

Giornata mondiale delle cure palliative
Pomeriggio di Porte Aperte
all'Unità di Cure Palliative dello IOSI
c/o Ospedale San Giovanni, Bellinzona
info: cure.palliative@ticino.com

11.10.2006

«Gevatter Tod» und «Funde vogel»

Krankheit, Sterben und Tod im Märchen
Leitung: Dr. Eugen Drewermann
Ort: Kulturhaus Helferei,
Kirchgasse 13, 8001 Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik
Tel. 044 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch
www.weiterbildung-palliative.ch

24.10.2006

**Le raccomandazioni della SSMCP su:
Dispnea, Nausea e Vomito**

Casa Anziani Giubiasco
Info joyce.pellandini@eoc.ch

November/novembre

02.11.2006

**Symposium international
«Espoir, sens et dignité»**

Division de Soins Palliatifs CHUV
Lausanne
Ort/Lieu/Luogo: CHUV, Lausanne
Info: Tel. 021 314 02 88
soins.palliatifs@chuv.ch

02.11.2006

Die gute Ärztin – Der gute Arzt

Tagung zur ärztlichen Grundhaltung und
Arzt-Patient-Beziehung
Leitung: Prof. Dr. med. Klaus Dörner u. a
Ort: Zentrum für Weiterbildung/
Univ. Zürich, 8057 Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik
Tel. 044 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch
www.weiterbildung-palliative.ch

09.11.2006

**9° Incontro di Medicina Palliativa
– Bus Round Sopraceneri**

Info: joyce.pellandini@eoc.ch

10.11.2006

**Internationale Pflegefachtagung
Pflegeethik – im Spannungsfeld zwi-
schen Theorie und Praxis**

Ort: Aula des Diakonats Bethesda – Spital
Basel (Trakt E)
Infos: Seminar am Bethesda,
Gellertstrasse 144, 4020 Basel
Telefon 0041 61 315 24 64 (Sekretariat)
seminar@bethesda.ch
www.bethesda.ch

13.–15.11.2006

**«Ich habe deine Tränen gesehen»
– Was wirklich tröstet**

Gemeinschaftliche Formen des Trauerns,
Kultur des Abschieds, Tröstungspotenzi-
ale der Religionen
Ort: «h 50», Hirschengraben 50
8001 Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik
Tel. 044 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch
www.weiterbildung-palliative.ch

15.–17.11.2006

**Bigorio-Tagung | Journées Bigorio |
Giornate Bigorio**

Info: steffen.eychmueller@kssg.ch

16.11.2006

**Krebstagung 2006
Partizipative Entscheidungsfindung**

Ort: Bern
Infos: Krebsliga Schweiz, Peter Müller
Tel. 031 389 91 22
info@swisscancer.ch
www.swisscancer.ch

23.1.2006

**Palliative Care Promotourveranstal-
tung Kanton Solothurn**

Ort/Lieu/Luogo: Bürgerspital Solothurn
Info: h.schwaller@krebssliga-so.ch
oder neuhaus@swisscancer.ch

23.11.2006

**Phytotherapie in der Palliativ-
und Supportivmedizin**

21. Jahrestagung für Phytotherapie
Ort: Trafo, Baden
Infos und Anmeldung: www.smgp.ch

25.–26.11.2006

«Noch mal leben...»

Kongress zu Leben, Trauer und Tod
Mit: A. Bergmann, A. Blum, E. Drewerm-
mann, R. Gronemeyer, W. Jäher, R. Renz
u.a.
Ort: Kongresszentrum Basel
Info: Tel. 061 641 64 85
www.perspectiva.ch

Dezember/décembre

04.–06.12.2006

Leben bis zuletzt und in Frieden sterben

Palliative Care und Praxis der Sterbebegleitung

Leitung: Dr. Roland Kunz, Matthias Mettner, Jacqueline Sonogo Mettner
Ort: Zentrum für Weiterbildung/
Univ. Zürich, 8057 Zürich

Info: Palliative Care und Organisationsethik Tel. 044 980 32 21

info@weiterbildung-palliative.ch

www.weiterbildung-palliative.ch

07.12.2006

Das eigene Sterben.

Auf der Suche nach einer neuen Kunst des Sterbens (ars moriendi) als Teil einer Lebenskunst (ars vivendi)

Ort: «h 50», Hirschengraben 50, 8001 Zürich,

Info: Palliative Care und Organisationsethik Tel. 044 980 32 21

info@weiterbildung-palliative.ch

www.weiterbildung-palliative.ch

2007

07.–09.06.2007

Le 10ème Congrès EAPC

Budapest

www.eapcnet.org/budapest2007

2008

29.05–1.06.2008

5ème Forum de recherche EAPC

Trondheim, Norvège

Inserat

Ausbildung für sinnzentrierte Psychotherapie und Beratung – «Logotherapie und Existenzanalyse»

Logotherapie ist eine sinnzentrierte Psychotherapie, begründet durch den weltberühmten Arzt, Psychiater und Neurologen Prof. Dr. med. et phil. Viktor E. Frankl. Sie bezieht neben dem Psychophysikum besonders die geistige Dimension des Menschen mit ein.

Integrale Fachausbildung in Psychotherapie

(5 Jahre berufsbegleitend)

Für Ärzte, Psychologen und Vertreter anderer humanistischer Disziplinen.

Von der Schweizer Charta für Psychotherapie anerkannt.

Ausbildung in logotherapeutischer Beratung und Begleitung

(4 Jahre berufsbegleitend)

Für Personen aus sozialen, pädagogischen und Pflegeberufen.

Vom Kanton Graubünden anerkanntes Nachdiplomstudium

Höhere Fachschule.

Nächster Kursbeginn: 13. Januar 2007

**Leiter des Institutes: Dr. phil. G. Albrecht, Bad Ragaz
ab 1. Januar 2007: Herr lic. phil. Chr. Sulser, Chur**

Auskunft und Ausbildungsprogramm erhalten Sie beim:

Institut für Logotherapie und Existenzanalyse

Freifeldstr. 27, CH 7000 Chur, Tel. 081 250 50 83

Internet: www.logotherapie.ch, E-Mail: info@logotherapie.ch



Institut für Logotherapie und Existenzanalyse
nach Viktor Frankl CH - 7000 Chur



■ Impressum

Herausgeber / Editeur / Editore



palliative.ch

Schweiz. Gesellschaft für Palliative
Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP)

Société Suisse de Médecine et de
Soins Palliatifs (SSMSP)

Società Svizzera di Medicina e
Cure Palliative (SSMCP)

mit der finanziellen Unterstützung / avec le soutien financier
de /con il sostegno finanziario:



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

Redaktion / Rédaction / Redazione

Claude Fuchs (CF), Zürich

admin@palliative.ch

Dr. Claudia Gamondi (CG), Lugano

mcpalm@hotmail.com

Dr. Sophie Pautex (SP), Genève

sophie.pautex@hcuge.ch

Gisèle Schärer (GS), Genève

gisele.schaerer@hcuge.ch

Nelly Simmen (NS), Bern

nelly.simmen@dhbern.ch

Cristina Steiger (CS), Lugano

christina.steiger@legacancro.ch

Dr. Florian Strasser (FS), St.Gallen

florian.strasser@kssg.ch

Michel v. Wyss (MvW), La Chaux-de-Fonds

michel.vonwyss@ne.ch

Adressen / Adressen / Indirizzi

Redaktion / Rédaction / Redazione

Claude Fuchs, Geschäftsstelle SGPMP, Seebahnstr. 231,
8004 Zürich, Tel. 044 240 16 21; admin@palliative.ch

Abonnemente u. Inserate / Abonnements et publicité / Abbonamenti e pubblicità:

Sylvia Spengler, Hirstigstrasse 13, 8451 Kleinandelfingen
sylvia.spengler@bluewin.ch

Abonnemente / Abonnements / Abbonamenti

Einzelpersonen/Individuels/Individuale: CHF 55.– EUR 40.–

Institutionen/Institutions/Istituzioni: CHF 80.– EUR 60.–

Erscheinungsweise / Parution / Pubblicazione

4x jährlich (Mitte März, Mitte Juni, Mitte September, Mitte
Dezember)

4x par an (mi-mars, mi-juin, mi-septembre, mi-décembre)

4x per anno (metà marzo, metà giugno, metà settembre,
metà dicembre)

Redaktionsschluss / Limite rédactionnelle /

Termine redazionale

15.02, 15.05, 15.08, 15.11.2006

Auflage / Edition / Edizione

1785 Exemplare/exemplaires/esemplari

(beglaubigt/certifié/certificato WEMF2005)

Layout und Druck / Layout et impression /

Layout e stampa

E-Druck AG

PrePress & Print

Lettenstrasse 21, 9009 St.Gallen

Telefon 071 246 41 41

info@edruck.ch

www.edruck.ch

ISSN 1660-6426 Schlüsseltitel palliative.ch



Hätte die
Woche
8 Tage
2 Transtec®
würden reichen.

Offiziell bestätigt: Bis zu 4 Tage Wirkdauer.

Kurzinformation Transtec® TTS: Opioides Analgetikum (Wirkstoff Buprenorphin) in einem transdermalen therapeutischen Matrix-System (TTS) untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe. Vor der Anwendung von Transtec soll das Arzneimittel-Kompendium der Schweiz konsultiert werden. **Indikationen:** Mittelstarke bis starke prolongierte Schmerzen bzw. zugehörige Wirksamkeit nicht-opioider Analgetika und schwacher Opioide. **Dosierung:** Prinzipiell sollte die Transtec-Pflasterstärke der Schmerzintensität und individuellen Empfindlichkeit des Patienten angepasst sein. Jedes Transtec-Pflaster soll kontinuierlich bis zu 96 Stunden getragen werden. Nachdem das vorangegangene Pflaster entfernt wurde, ist ein neues Transtec-Pflaster an einer anderen Stelle anzubringen. Bevor auf dieselbe Hautstelle wieder ein neues Pflaster appliziert wird, sollten mindestens 2 Anwendungen vergangen sein. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Buprenorphin oder eines der Hilfsstoffe; stark eingeschränkte Atemfunktion; Patienten, die in den vergangenen 2 Wochen mit MAO-Hemmern behandelt wurden; Myasthenia gravis; Delirium tremens; bei Schwangerschaft. Transtec darf bei opioidabhängigen Patienten sowie zur Drogenabstinenz nicht angewendet werden. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei der Anwendung potenter Opioide in der Schmerztherapie ist die entsprechende medizinische Sorgfaltspflicht vorzusetzen. **Unerwünschte Nebenwirkungen:** Opioidtypische Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Erbrechen, Verstopfung und lokale Hautreaktionen wie Erythem oder Juckreiz. Bei Überdosierung ist die Entfernung des Pflasters und eine stete Überwachung notwendig. **Packungen:** 4- und 8 TTS (Pflaster) zu 35 µg/h; 52,5 µg/h; 70 µg/h Buprenorphin. **Auf Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz-Kassenrolle.**



Grünenthal Pharma AG, 8756 Mitteld



Buprenorphine matrix patch
Transtec®
länger tragen - weniger wechseln