

Nr. 03 / 2008
Herbst
Automne
Autunno

Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
Revue de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs
Rivista della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative

palliative.ch



Komplementär-therapien

Thérapies complémentaires

Terapie complementari

Dr. Marc Roger Schlaeppi
Palliative Care und Komplementär-medizin

Dr. Walter Felix Jungi
Die Schweizerische Studiengruppe für Komplementäre und Alternative Methoden bei Krebs (SKAK)

Dr. Gianluigi Marini
La Medicina ayurvedica in ambito oncologico e palliativo



Christoph von Dach
Komplementärmedizin und Palliative care
Lukas Klinik: Ein bewährtes Konzept

Dominique Ducloux
Sophrologie et anxiété en soins palliatifs

Beatrice Soldat
Homöopathie in der Palliativmedizin

Dr. Gilbert Zulian
In memoriam Dr. Charles-Henri Rapin

Corinne Jacob
Musik berührt mehr als alle Worte –
Musiktherapie als komplementäre Behandlung

Dr. Anna Rosset
Acupuncture et médecine palliative

Dr. D. Anwar, H.Tesauri P.Bianchi
Zoothérapie et soins palliatifs:
l'expérience d'une Unité de Soins Palliatifs

03	Editorial / Editorial / Editoriale	46	Claude Fuchs «Die erschöpfte Seele – depressive Verstimmungen in der zweiten Lebenshälfte und im Alter»
Fachartikel / Articles originaux / Articoli originali			
04	Dr. Marc Roger Schlaeppi Palliative Care und Komplementärmedizin	47	Eva Waldmann Gemeinsam den Alltag gestalten 3. Internationaler palliative care Kongress in der Euregio Bodensee
06	Résumé français		
07	Riassunto italiano		
08	Dr. Walter Felix Jungi Die Schweizerische Studiengruppe für Komplementäre und Alternative Methoden bei Krebs	48	Institutionen / Institutions / Istituzioni Patricia Fahrni L'équipe pédiatrique cantonale vaudoise de soins palliatifs et de soutien
09	Résumé français		
09	Riassunto italiano		
10	Dr. Gianluigi Marini La Medicina ayurvedica in ambito oncologico e palliativo	50	Partner / Partenaires / Partner Prof. Dr. Franco Cavalli Schweizer Krebsbulletin
15	Deutsche Zusammenfassung	51	Möglichkeiten und Grenzen in der Psychoonkologie Nationale Psychoonkologie-Fachtagung 2008 Les possibilités et les limites de la psycho-oncologie Symposium national de psycho-oncologie 2008
15	Résumé français		
16	Christoph von Dach Komplementärmedizin und Palliative care Lukas Klinik: Ein bewährtes Konzept	52	PallioScope Dr. Claudia Gamondi La psichiatria in cure palliative
20	Résumé français	53	Claude Fuchs Frauke Koppelin: Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger
21	Riassunto italiano	53	Françoise Porchet Soins palliatifs: une pratique aux confins de la médecine
22	Dominique Ducloux Sophrologie et anxiété en soins palliatifs	54	Nachrichten palliative ch / Nouvelles palliative ch / Notizie palliative ch Dr. Steffen Eychmüller, Dr. Roland Kunz Wetteraussichten: eine Hochdruckzone baut sich auf
25	Deutsche Zusammenfassung	55	Météo palliative: une zone de haute pression est en train de se former
25	Riassunto italiano	56	Meteo palliativa: si sta formando una zona di alta pressione
26	Dr. D. Anwar, H. Tesauri P. Bianchi Zoothérapie et soins palliatifs: l'expérience d'une Unité de Soins Palliatifs	57	Dr. Steffen Eychmüller Pereira geht wieder – in welcher Liga spielt die Schweiz in der Palliative Care?
29	Deutsche Zusammenfassung	59	Pereira s'en va – en soins palliatifs, dans quelle ligue la Suisse va-t-elle jouer?
29	Riassunto italiano	60	Pereira se ne va – in quale serie giocherà la Svizzera nelle cure palliative?
30	Corinne Jacob Musik berührt mehr als alle Worte – Musiktherapie als komplementäre Behandlung	61	Regionen / Régions / Regioni
33	Résumé français	61	Arc Jurassien
34	Riassunto italiano	61	Bern
35	Dr. Anna Rosset Acupuncture et médecine palliative	61	Ticino
37	Deutsche Zusammenfassung	62	Zürich
38	Riassunto italiano	63	Zentralschweiz
39	Beatrice Soldat Homöopathie in der Palliativmedizin	64	Kalender / Calendrier / Calendario
41	Résumé français	64	Kalender / Calendrier / Calendario
41	Riassunto italiano	67	Impressum
Im memoriam			
42	Dr. Gilbert Zulian Professeur Charles-Henri Rapin		
Veranstaltungen / Manifestations / Manifestazioni			
44	Dr. Marianne Lang Meier Breve diario della Settimana multiprofessionale in cure palliative		



Cristina Steiger

Editoriale

Il termine generico di medicina complementare indica una vastità d'approcci, metodi, trattamenti terapeutici che spesso poco o nulla hanno in comune. In questo senso questo termine non riflette la varietà di pratiche, di medicine tradizionali, che rispondono a modelli eterogenei e sono a volte l'espressione di culture e filosofie diverse dalla nostra. Il concetto di medicina complementare rinvia inoltre ad una diversità rispetto alla medicina convenzionale occidentale quasi a voler sottolineare una sorta di confine invalicabile. Nondimeno sono molti i pazienti che fanno ricorso a qualche forma di medicina complementare.

In questa edizione di palliative-ch non si tratta d'approfondire i concetti e i modelli teorici che stanno alla base di ogni approccio complementare, né tanto meno di stilare una classifica in base alla loro efficacia o pertinenza. In considerazione della vastità di questo campo, non possiamo evidentemente nemmeno fare una lista esaustiva delle medicine complementari, delle pratiche e delle tecniche esistenti.

Desideriamo però riferire d'esperienze d'approcci complementari molto diversi tra loro nell'ambito delle cure palliative e di come essi possono essere integrati nella cura di pazienti in situazione di malattia avanzata. Perché è proprio la loro integrazione tesa al miglioramento della qualità della vita del paziente che può fornire un valido complemento alla cura nell'ottica di un approccio completo nella gestione della sofferenza, del dolore e dei sintomi.

C. Steiger

Cristina Steiger

Editorial

Der Begriff der Komplementärmedizin wird im Allgemeinen für eine Vielzahl von Ansätzen, Methoden und therapeutischen Massnahmen verwendet, die oft wenig oder gar nichts gemeinsam haben. In diesem Sinn widerspiegelt der Begriff nicht die Vielfalt von Praktiken und traditionellen medizinischen Lehren, die auf heterogene Modelle verweisen und teilweise Ausdruck von Kulturen und Philosophien sind, die sich von unseren Vorstellungen unterscheiden. Das Konzept der Komplementärmedizin verweist zudem auf eine Differenz zur konventionellen westlichen Medizin, die sozusagen eine Art unpässierbarer Grenze unterstreichen will. Dennoch greifen viele Patienten auf verschiedene Formen der Komplementärmedizin zurück.

Diese Ausgabe von palliative-ch will nicht Konzepte und Theorien vertiefen, die hinter den komplementären Ansätzen stehen, und auch nicht eine Klassifizierung nach Wirksamkeit oder Zugehörigkeit aufstellen. Angeichts der Vielfalt können wir offensichtlich keine erschöpfende Liste aller existierenden komplementärmedizinischen Methoden, Praktiken und Techniken erstellen.

Wir möchten jedoch über Erfahrungen mit sehr unterschiedlichen komplementären Ansätzen im Bereich der Palliativpflege berichten und Möglichkeiten aufzeigen, wie diese in die Pflege von Patienten mit fortgeschrittenen Krankheiten integriert werden können. Denn es ist genau ihre Integration, verbunden mit dem Ziel, die Lebensqualität des Patienten zu verbessern, die eine bedeutende Ergänzung zur Pflege im Hinblick auf einen umfassenden Ansatz im Umgang mit Leiden, Schmerzen und Symptomen leisten kann.

Éditorial

Parler de médecines complémentaires, c'est englober une vaste palette d'approches, de méthodes, de traitements et de thérapies qui parfois n'ont que bien peu de choses, voire rien, en commun. En ce sens, ce terme ne reflète pas la diversité de pratiques et de médecines traditionnelles qui, ainsi dénommés, répondent en réalité à des modèles hétérogènes et sont l'expression de cultures et de philosophies de soins différentes des nôtres. La notion de médecine complémentaire est en outre définie comme quelque chose de différent par rapport à la médecine occidentale traditionnelle, comme pour souligner une sorte de frontière infranchissable entre ces deux types de médecine. Néanmoins, il faut savoir que nombreux sont les patients qui font appel aux médecines complémentaires, sous une forme ou une autre.

Ce numéro de palliative-ch n'a pas pour ambition d'approfondir les concepts ou les modèles théoriques sur lesquels reposent différentes approches dites complémentaires, ni, a fortiori, d'établir un classement en fonction de leur efficacité ou de leur pertinence. Considérant l'étendue du champ des médecines complémentaires, il n'est bien entendu pas question non plus de dresser un inventaire exhaustif des pratiques et techniques existantes.

Notre propos est donc davantage de rapporter les expériences faites avec différentes approches complémentaires dans le domaine des soins palliatifs, et d'explorer leur intégration possible dans la prise en charge des patients souffrant d'une maladie en phase avancée. Car c'est précisément leur intégration dans le but précis d'améliorer la qualité de vie du patient qui peut offrir un complément thérapeutique précieux dans l'optique d'une prise en charge globale, soucieuse de soulager la souffrance, la douleur et les autres symptômes.

Komplementär- und Alternativmedizin (KAM) ist bei krebsbetroffenen Patienten beliebt.^{1, 2 *} Je fortgeschrittener das Leiden, umso höher ist das Bedürfnis sich komplementärmedizinisch behandeln zu lassen.² Eine Patientenbefragung in einem amerikanischen Krebszentrum (M.D. Anderson Cancer Center) zeigte, dass 65% der Patienten zu KAM greifen.³ Und wie aus einer Untersuchung von Wilkes hervorgeht, bieten 70% der Palliative Care Einheiten und Hospizen bereits die eine oder andere Form von KAM an.⁴ Ziel dieses Artikels ist ein kurzer Überblick über KAM im Rahmen von Palliative Care.

Dr. Marc Roger Schlaeppi

Palliative Care und Komplementär-medizin



Dr. Marc Roger Schlaeppi

Definitionen

Im Gegensatz zur «Alternativmedizin», die anstelle der konventionellen Medizin eingesetzt wird, versteht sich die «Komplementärmedizin» als ergänzender (komplementärer) Ansatz zur konventionellen Medizin. Die «integrative Medizin» möchte bewährte und erforschte komplementäre Verfahren in die konventionelle Medizin integrieren.⁵ In den USA besitzt praktisch jedes Krebszentrum (Comprehensive Cancer Center) eine Einheit für integrative Medizin, in der Komplementärmedizin angeboten und erforscht wird.⁶⁻⁸

Komplementärmedizin orientiert sich an der «Salutogenese», d. h. sie ist gesundheits- und ressourcenorientiert («zum Schwimmen befähigen»). Dagegen arbeitet die konventionell-medizinische Pathogenese krankheitsorientiert («vor dem Ertrinken retten»).²

Typen von Komplementärmedizin

Das pragmatische amerikanische «National Center for Complementary and Alternative Medicine» (NCCAM) teilt KAM folgendermassen ein:^{5, 9}

- Ganzheitliche medizinische Systeme: Anthroposophische Medizin, Ayurveda, Traditionelle Chinesische Medizin, etc.
- Biologische Therapien: Phytotherapie, Spurenelemente, etc.
- Körperbasierte Therapien: Massage, Osteopathie, etc.
- Energiebasierte Therapien: Handauflegen, Tai Chi, Qi-gong, etc.
- Psyche-Körper (mind-body)-Therapien: Visualisation, Kunsttherapien, etc.

Ziel der «Ordnungstherapien» sind salutogene Interventionen, bei denen der Patient selber einen Beitrag für seine Gesundheit leisten kann. Diese können Schwerpunkte wie Achtsamkeit (mindfulness)¹⁰, Tagesrhythmus^{11, 12}, Bewegung¹³ und Ernährung¹⁴ beinhalten.

Einsatz von Komplementärmedizin in der Palliative Care

Komplementärmedizin findet in der Palliative Care immer mehr ihren Platz in supportiven Indikationen mit dem Ziel der Lebensqualitätsverbesserung.⁵ Im interdisziplinären Setting von Palliative Care, in dem als Grundlage das ganzheitliche biopsychosoziale (häufig ergänzt durch die spirituelle Dimension) Modell von Engel gilt¹⁵, stossen komplementäre Ansätze nicht selten auf ein positives Echo.^{16, 17} Häufig angewandte Therapien sind die Mind-Body Medicine, Massage, Akupunktur, Kunsttherapien wie Musiktherapie, Aromatherapie und spezifische Phytotherapeutika.^{18, 19}

Wissenschaft

Die Forschung in der Komplementärmedizin sieht sich mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert:²⁰

- Finanzielle Hindernisse

Im Vergleich zu anderen medizinischen Bereichen sind die Ressourcen für Komplementärmedizin gering. Forschungszentren mit entsprechender Infrastruktur können nicht aufgebaut werden und gut ausgebildete Wissenschaftler werden auf diesem Feld nicht gefördert.

- Methodologische Hindernisse

Häufig sind Placebo-kontrollierte Studien nicht möglich (z.B. Massage, Kunsttherapien, Misteltherapie) oder werden abgelehnt. Komplementärmedizin wird oft multimodal angewendet und bedingt dadurch eine erhebliche methodologische Herausforderung.

- Ethische Hindernisse

Für Therapeuten, welche von der verordneten komplementären Behandlung überzeugt sind, ist es unethisch, diese Therapie nicht zu verabreichen. Dasselbe gilt für Patienten, welche sich nicht einer Randomisierung unterziehen wollen, weil das Risiko besteht, im Kontrollarm zu landen.

Verschiedene Autoren haben sich mit dem Problem der Evaluation von komplexen, individualisierten Therapieansätzen beschäftigt.²¹⁻²⁴ Auch wenn Forschung auf dem Gebiet der Komplementärmedizin an Bedeutung gewinnt, bleibt ihr Stellenwert in Palliative Care und Onkologie leider unverhältnismässig klein. Trotzdem besteht mittlerweile positive Evidenz, beispielsweise für Akupunktur bei Emesis²⁵ und Schmerzen²⁶, für Musiktherapie zur Reduktion von Angst, Dyspnoe und Schmerzen²⁷, für Kunsttherapien (signifikante Reduktion bei ⁸ von ⁹ Symptomen der «Edmonton Symptom Assessment Scale»)²⁸ sowie für Massage gegen Angst, Schmerzen und Fatigue.²⁹ Eine Kohortenstudie in einer anthroposophischen Klinik in der Schweiz zeigte eine signifikante Lebensqualitätsverbesserung bei Patienten mit einem fortgeschrittenen Krebsleiden, am Ende des Spitalaufenthaltes und vier Monate später.³⁰ Dank der zunehmenden Evidenz in der komplementärmedizinischen Forschung sind kürzlich für die Onkologie evidenzbasierte Richtlinien veröffentlicht worden.³¹⁻³³ Für Palliative Care sind uns keine entsprechende Guidelines bekannt.

* Der Artikel enthält zahlreiche Verweise auf Literatur. Die Literaturliste kann bei der Korrespondenzadresse angefordert werden.

Sicherheitsfragen

Alternativmedizin kann eine angebrachte konventionelle Behandlung verhindern. Komplementär eingesetzte Substanzen können zu Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit gewissen Medikamenten führen.³⁴ Das bekannteste Beispiel ist das Johanniskraut (*Hypericum perforatum*), das Leberenzyme und das P-Glycoprotein aktiviert. Dadurch kann beispielsweise die Wirkung von Campto® bis zu 42% reduziert werden.³⁵ Das gleiche gilt für Tyrosinkinase-Inhibitoren wie Gleevec®, Tarceva®, Sutent® und Nexavar®.

Tabellen und eine Orientierungshilfe sind unter 2, 36, 37 zu finden.

Da bekannt ist, dass ein grosser Teil der Patienten ihren Arzt nicht über den Gebrauch von KAM informieren, sollte jeder Patient allein schon aus Sicherheitsgründen bezüglich KAM aktiv befragt werden.³⁸

Schlussfolgerungen und Perspektiven

Effektiv eingesetzte Komplementärmedizin kann bei krebskranken Patienten eine Steigerung der Lebensqualität sowie eine bessere Symptomkontrolle bewirken.³⁹ Wenn Komplementärmedizin kontrolliert angewandt wird, kön-

nen Nebenwirkungen und Interaktionen vermieden sowie die Sicherheit der Patienten optimiert werden.

Aus unserer Perspektive ist Alternativmedizin abzulehnen, eine Zusammenarbeit aber zwischen konventionellen Palliativzentren/Hospizen und Komplementärmedizinern im Interesse des Patienten erstrebenswert.

Eine «Integrative Palliative Care» an einem Ort oder/und im Rahmen eines palliativen Netzwerkes hätte den Vorteil sinnvolle und sichere komplementäre Massnahmen in ein palliatives Konzept zu integrieren.^{16, 40} Zudem könnte in diesem Setting qualitativ hochstehende Forschung betrieben werden. Dies zum Vorteil und Schutz unserer schwerstkranken Patienten.

Referenzen und Korrespondenz:

Eine Liste der Referenzen kann auf Anfrage an untenstehender Adresse erbeten werden:

Dr. med. Marc Schlaeppi

Oberarzt

Fachbereich Onkologie / Hämatologie

Kantonsspital St.Gallen

9007 St.Gallen

marc.schlaeppi@kssg.ch

Inserat

Seminar am Bethesda
Forum für persönliche und berufliche Entwicklung



4. int. Pflegeethikfachtagung

PFLEGE UND STERBEHILFE: VOM TABU ZUR ROUTINE?

Donnerstag, 13. November 2008

mit:

Alexandra Bernart-Just, Zürich (CH)
Prof. Dr. Chris Gastmans, Leuven (B)
Christian Koch, Halle (D)
Dr. Patrizia Schmid, Basel (CH)

Tagungsort
Aula, Diakonat Bethesda Basel (CH)

Anmeldung
Telefon 061 315 24 64
seminar@bethesda.ch
ethik@bethesda.ch
www.pflegeethik.ch

BETHESDA
fürs Leben gut

Les patients souffrant de cancer se tournent volontiers vers les médecines complémentaires et alternatives. Le besoin d'avoir recours à de telles thérapies est d'autant plus grand que les souffrances sont grandes.

Dr Marc Roger Schlaepi

Soins palliatifs et médecines complémentaires

Définitions

Les médecines alternatives sont définies comme des thérapies pratiquées à la place de la médecine conventionnelle, tandis que les médecines complémentaires sont, comme leur nom l'indique, envisagées en tant que complément aux prises en charge classiques.

La médecine intégrative souhaite intégrer dans la médecine conventionnelle les thérapies complémentaires qui ont été étudiées et ont fait la preuve de leur efficacité. Les médecines complémentaires se fondent sur le principe de la salutogénèse («apprendre à nager»), alors que la médecine conventionnelle travaille selon l'idée de la pathogénèse («sauver de la noyade»).

Place des médecines complémentaires en soins palliatifs

En soins palliatifs, les médecines complémentaires trouvent une place grandissante dans des indications de soins de soutien, dont l'objectif est une amélioration de la qualité de vie. Parmi les thérapies souvent employées, citons des interventions liées à la médecine corps-esprit (mind-body medicine), des massages, de l'acupuncture, des thérapies par l'art comme la musico-thérapie, l'aromathérapie et des médicaments phytothérapeutiques spécifiques.

Données scientifiques

La recherche dans le domaine des médecines complémentaires se heurte à plusieurs obstacles de différente nature:

- financière: par rapport à d'autres domaines de la médecine, les ressources à disposition sont restreintes.
- méthodologique: les études contrôlées avec groupe placebo sont le plus souvent impossibles (quelle intervention placebo pour les massages, l'art-thérapie ou le traitement par extraits de gui?) ou sont refusées.
- éthique: pour les soignants persuadés de l'utilité des médecines complémentaires prescrites, il n'est pas éthique de ne pas prodiguer les soins.

Même si la recherche en médecines complémentaires se développe, sa valeur reste malheureusement très restreinte en oncologie et en soins palliatifs.

Malgré tout, il existe à présent des preuves de l'efficacité de certains traitements, comme de l'acupuncture pour les vomissements et les douleurs, de la musicothérapie pour réduire l'angoisse, la dyspnée et les douleurs, de l'art-thérapie et des massages contre l'angoisse, les douleurs et la

fatigue. Dans une clinique anthroposophe en Suisse, une étude de cohorte a montré une amélioration significative de la qualité de vie de patients souffrant d'un cancer en phase avancée, à la fin du séjour hospitalier et quatre mois plus tard.

C'est grâce à l'apport croissant de preuves de l'efficacité des médecines complémentaires qu'ont été publiées récemment des directives dans ce domaine en oncologie. Mais nous n'avons pas connaissance de telles directives en soins palliatifs.

Sécurité des traitements

Le recours à des médecines alternatives peut empêcher l'accès à des traitements conventionnels. Des traitements pris de manière complémentaires peuvent entraîner des effets secondaires et des interactions avec certains médicaments de la médecine traditionnelle.

Sachant par ailleurs que la majorité des patients n'informent pas leur médecin qu'ils ont recours à des médecines complémentaires, il convient d'interroger activement chaque patient à ce sujet.

Conclusions et perspectives

Utilisées à bon escient, les médecines complémentaires peuvent permettre à des patients souffrant de cancer d'améliorer leur qualité de vie et d'obtenir un meilleur contrôle de leurs symptômes. Si cette utilisation se fait sous contrôle médical, il est plus facile d'éviter les effets secondaires et les interactions, ce qui optimise la sécurité des patients.

A notre avis, s'il convient de déconseiller le recours à des médecines alternatives, une plus grande collaboration entre les médecins employant les médecines complémentaires et les centres de soins palliatifs est souhaitable et va dans le sens de l'intérêt du patient.

I pazienti affetti da una malattia tumorale si rivolgono volentieri verso le medicine complementari e alternative. Il bisogno di ricorrere a questo tipo di terapie è ancora maggiore quando le sofferenze sono grandi.

Dr Marc Roger Schlaeppi

Cure palliative e medicine complementari

Definizioni

Le medicine alternative sono definite come delle terapie praticate al posto della medicina convenzionale, mentre le medicine complementari sono, come il loro nome lo indica, considerate come complemento alle prese a carico classiche.

La medicina integrativa desidera integrare nella medicina convenzionale le terapie complementari che sono state studiate e che hanno dimostrato la loro efficacia. Le medicine complementari si fondano sul principio della salutogenesi («imparare a nuotare»), mentre la medicina convenzionale lavora secondo l'idea della pathogenesi («salvare dall'annegamento»).

Posto delle medicine complementari nelle cure palliative

Nelle cure palliative, le medicine complementari trovano un posto crescente nelle indicazioni di cure di sostegno, il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita. Tra le terapie spesso impiegate citiamo degli interventi legati alla medicina corpo-mente (mind-body medicine), i massaggi, l'agopuntura, le terapie legate all'arte come la musicoterapia, l'aromaterapia e i medicamenti fitoterapici specifici.

Dati scientifici

La ricerca nel campo delle medicine complementari si scontra con molteplici ostacoli di varia natura:

- finanziaria: le risorse a disposizione sono limitate in confronto ad altri campi della medicina
- metodologica: gli studi controllati con gruppi placebo sono spesso impossibili (quale intervento placebo per i massaggi, l'arte-terapia o il trattamento con estratti di vischio?), oppure sono rifiutati
- etica: per i curanti convinti dell'utilità delle medicine complementari prescritte non è accettabile dal punto di vista etico non prodigare le cure.

Anche se la ricerca nelle medicine complementari continua a svilupparsi, il suo valore rimane purtroppo molto limitato in oncologia e nelle cure palliative.

Malgrado tutto esistono attualmente delle prove dell'efficacia di alcuni trattamenti come l'agopuntura per il vomito ed i dolori, la musicoterapia per ridurre l'angoscia, la dispnea e i dolori l'arteterapia e i massaggi contro l'angoscia, i dolori e la stanchezza. In una clinica antroposofica in Svizzera, uno studio di cohorte ha mostrato un miglioramento significativo della qualità di vita dei pazienti affetti da una malattia tumorale avanzata, al termine del soggiorno ospedaliero e quattro mesi dopo.

Grazie al continuo apporto di prove dell'efficacia delle medicine complementari sono state pubblicate recentemente delle direttive in questo ambito in oncologia. Ma non siamo a conoscenza di direttive simili nelle cure palliative.

Sicurezza dei trattamenti

Il ricorso a delle medicine alternative può impedire l'accesso a dei trattamenti convenzionali. I trattamenti assunti in maniera complementare possono provocare degli effetti secondari e delle interazioni con alcuni medicamenti della medicina tradizionale.

Dal momento che è risaputo che la maggioranza dei pazienti non informa il proprio medico sui trattamenti complementari che segue, è opportuno interrogare attivamente ogni paziente su questo tema.

Conclusioni e prospettive

Se utilizzate consapevolmente, le medicine complementari possono permettere a dei pazienti malati di cancro di migliorare la loro qualità di vita e di ottenere un miglior controllo dei loro sintomi. Se questa utilizzazione avviene sotto controllo medico, è più facile evitare gli effetti secondari e le interazioni e questo ottimizza la sicurezza dei pazienti.

A nostro avviso, se occorre sconsigliare il ricorso a delle medicine alternative, è però opportuna una maggiore collaborazione tra i medici che impiegano le medicine complementari ed i centri di cure palliative, e questo va nella direzione dell'interesse del paziente.

Komplementäre und alternative Therapiemethoden sind bei Krebspatientinnen und -patienten beliebt. Schätzungen zufolge wenden rund 30–50% aller Krebsbetroffenen Komplementärmedizin an, besonders in palliativen Situationen. Doch was ist von Mistelinjektionen, Vitaminpräparaten oder Aromatherapie zu halten? Lassen sich die Effekte von alternativen Methoden wissenschaftlich nachweisen, und mit welchen Risiken und Nebenwirkungen müssen die Anwender rechnen? Was sind alternative und was komplementäre Methoden? Aus welchen Gründen und mit welchen Erwartungen wenden Krebspatienten solche Methoden an und woher beziehen sie ihre Informationen?

Dr. med. Walter Felix Jungi

Die Schweizerische Studiengruppe für Komplementäre und Alternative Methoden bei Krebs (SKAK)



Dr. Walter Felix Jungi

Die SKAK informiert über Komplementärmedizin bei Krebs und fördert den Informationsaustausch zwischen Fachpersonen.

Solchen Fragen widmet sich die Schweizerische Studiengruppe für Komplementäre und Alternative Methoden bei Krebs (SKAK) seit 26 Jahren. Die SKAK beschäftigt sich im Auftrag der Krebsliga Schweiz, der Schweizerischen Gesellschaft für Onkologie (SGO), der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO), dem Schweizerischen Institut für Angewandte Krebsforschung (SIAK) mit komplementären und alternativen Methoden in der Onkologie und der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK).

Zwei Hauptziele der SKAK: Informieren...

Die SKAK sammelt Informationen zu den verschiedenen komplementären Behandlungsmethoden bei Krebs und stellt diese Informationen Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie Fachpersonen zur Verfügung. In regelmässigen Abständen veröffentlicht die SKAK umfassende Dokumentationen in Deutsch und Englisch zu einzelnen Therapiemethoden.

Die Dokumentationen sind vom Umfang und von der Sprache her auf medizinische Fachpersonen ausgerichtet, deshalb werden ergänzend Kurzversionen (in Deutsch und Französisch) publiziert, die sich primär an Patienten und andere interessierte Laien richten. Einige Beispiele von Publikationen der letzten Jahre:

Alternative Methoden:

- Das «Krebsmittel» Ukraine: hohe Kosten, fragliche Wirkung
- Galavit – ein «Wundermittel», das der Überprüfung nicht standhält
- «Heilverfahren» nach Hulda Clark
- Die Zellular Medizin nach Dr. Matthias Rath
- Hamers «Neue Medizin»

Komplementäre Methoden:

- Vitamine und Ernährung bei Krebserkrankungen

Die Dokumentationen und Kurzfassungen lassen sich von der Website der SKAK herunterladen oder können direkt bei der SKAK bestellt werden.

Gerade in der palliativen Betreuung von Krebskranken finden noch unbewiesene, aber oft gebrauchte komplementäre Methoden zur symptomatisch-supportiven Behandlung Anwendung. Die SKAK sucht nach Ergebnissen von Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit solcher Methoden, um Empfehlungen dazu abzugeben.

... und Informationsaustausch

Die Mitglieder der Studiengruppe treffen sich zweimal jährlich zum internationalen Erfahrungs- und Informationsaustausch in Bern. Im Rahmen dieser Meetings werden immer auch Vorträge gehalten. Einige Beispiele von Referaten der letzten Jahre:

- Training physicians to talk about CAM to patients, background and contents (Gerd Nagel, Stiftung Patientenkompetenz, Männedorf, Schweiz)
- Life quality data of the Lukas Clinic (Dr. Peter Heusser, Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin, Universität Bern, Schweiz)
- The work of the Bristol Cancer Help Centre and the work of the Information and Research department (Dr. Helen Cooke, Head of Information and Research, Bristol Cancer Help Centre)

Seit 2007 werden die Sitzungen zweigeteilt:

Im Rahmen der Fortbildung der Krebsliga werden 1–2 Referate auf Deutsch zu allgemein interessierenden Themen gehalten. Dieser Anlass ist öffentlich zugänglich für alle, die Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen beraten oder betreuen oder sich für komplementäre und alternative Methoden bei Krebs interessieren.

Anschliessend findet die Sitzung der internationalen Kerngruppe statt. Diese ist geschlossen und wird auf Englisch geführt.

Anfragen sind zu richten an den Präsidenten oder an das Sekretariat der SKAK (Adresse siehe Kästchen).

Die Schweizerische Studiengruppe für Komplementäre und Alternative Methoden bei Krebs (SKAK)

Haupttätigkeiten: Publikation von Dokumentationen, halbjährliche Meetings

Teilnahme: Kostenlos für alle, die sich für das Thema Komplementärmedizin bei Krebs interessieren

Präsident: Dr. med. Walter Felix Jungi

Kontakt: Sekretariat SKAK, Krebsliga Schweiz, Postfach 8219, CH-3001 Bern, Tel: +41 / 31 389 91 00, skak@krebsliga.ch

Weitere Infos: www.krebsliga.ch/skak

Les personnes atteintes de cancer semblent apprécier les thérapies parallèles et complémentaires. Certaines études estiment qu'en oncologie et en particulier dans des situations palliatives entre 30 et 50% des patients ont recours à de telles méthodes. Mais que penser de ces injections de gui, des préparations vitaminées ou de l'arôme-thérapie ? C'est de ce genre de questions que s'occupe de Groupe suisse d'étude des méthodes parallèles et complémentaires en cas de cancer (SKAK).

Dr. Walter Felix Jungi

Le Groupe suisse d'étude des méthodes parallèles et complémentaires en cas de cancer (SKAK)

Deux objectifs principaux de la SKAK : informer...

La SKAK récolte des informations sur les diverses méthodes parallèles et complémentaires en cas de cancer et met celles-ci à disposition des patients, de leurs proches ainsi que des professionnels de la santé. Elle publie régulièrement des documentations complètes sur chacune des méthodes en allemand et en anglais. De par leur étendue et leur vocabulaire ces documentations sont destinées aux professionnels de la santé. C'est pourquoi

la SKAK publie également des versions abrégées (en allemand et en français) destinées aux patients ou d'autres personnes intéressées. Ces documentations ainsi que les versions brèves peuvent être téléchargées du site internet de la SKAK ou peuvent être directement commandées auprès de la SKAK.

Spécialement dans la prise en charge palliative de personnes atteintes d'un cancer, certaines méthodes complémentaires sont souvent employées sans que leur effet soit prouvé. Afin de pouvoir formuler des recommandations, la SKAK recherche des études sur l'effet et ces méthodes et sur la manière dont elles sont tolérées

... et échange d'informations

Les membres du groupe d'études se retrouvent à Berne deux fois par année en vue d'un échange d'expériences et d'informations. Depuis 2007, ces rencontres se déroulent en deux parties. Une ou deux conférences sur des sujets d'intérêt général sont présentées en allemand dans le cadre de la formation continue de la Ligue contre le cancer. Elles sont accessibles à toutes les personnes qui prennent en charge ou conseillent les personnes atteintes d'un cancer ou qui s'intéressent aux méthodes parallèles ou complémentaires en cas de cancer. Suit la rencontre du groupe international de recherche. Celle-ci se tient en anglais et à huis-clos.

I malati oncologici apprezzano i metodi terapeutici complementari e alternativi. Si stima che il 30-50% dei malati tumorali ricorra alla medicina complementare, specialmente nelle situazioni palliative. Come si devono quindi valutare le iniezioni di vischio, i preparati vitaminici o l'aromaterapia? A questi quesiti si dedica il gruppo svizzero di studio dei metodi complementari e alternativi (SKAK).

Dr. med. Walter Felix Jungi

Il gruppo svizzero di studio dei metodi complementari e alternativi (SKAK)

Due obiettivi primari dello SKAK: l'informazione ...

Lo SKAK raccoglie informazioni riguardanti i vari metodi complementari di trattamento in caso di malattia tumorale e le mette a disposizione delle persone malate, dei loro familiari e degli operatori sanitari professionali. Ad intervalli regolari, lo SKAK pubblica estese documentazioni in tedesco e in inglese sui singoli metodi terapeutici. Per contenuti e linguaggio, le documentazioni sono destinate ad operatori sanitari specialistici. Per cui si pubblicano (in tedesco e in francese) riassunti supplementari diretti soprattutto a pazienti e a persone interessate prive di competenze spe-

cifiche. Le documentazioni e i riassunti sono scaricabili dal sito dello SKAK oppure possono essere richiesti direttamente a quest'ultimo.

Proprio nei trattamenti di natura palliativa a malati tumorali trovano applicazione metodi complementari di trattamento sintomatico e di supporto non ancora dimostrati scientificamente, ma spesso impiegati. Lo SKAK ricerca risultati di studi riguardanti l'efficacia e la tollerabilità di questi metodi allo scopo di emanare raccomandazioni in merito.

... e lo scambio di informazioni

I componenti del gruppo di studio si ritrovano a Berna due volte all'anno per uno scambio di esperienze e di informazioni a livello internazionale. Dal 2007 le sedute sono suddivise in due parti. Nell'ambito dell'aggiornamento della Lega svizzera contro il cancro si tengono 1-2 relazioni in tedesco su temi di interesse generale. La seduta è aperta a tutti coloro che consigliano o assistono pazienti oncologici o che si interessano ai metodi complementari e alternativi nella malattia tumorale. In seguito si tiene la seduta del gruppo specialistico internazionale. La seduta è a porte chiuse e si svolge in inglese.

Il termine Ayurveda indica per l'Occidentale la Medicina Tradizionale Indiana, un sistema che si sta imponendo all'attenzione scientifica e medica con particolare forza negli ultimi anni. Il modo più legittimo per inquadrarlo è la sua definizione propria: quella di Scienza della Vita – un insieme di profonde conoscenze fisiologiche e fisiopatologiche relative all'uomo e al suo ambiente fisico, che ha il potere di modificare comportamenti e situazioni fisiche e biologiche, agendo all'interfaccia psicosomatica dell'essere.

Dr. Gianluigi Marini M.D.

La Medicina ayurvedica in ambito oncologico e palliativo



Dr. Gianluigi Marini

Introduzione

La patologia tumorale rappresenta per l'uomo e per i sistemi sanitari un formidabile campo di sofferenza e di impegno umano e terapeutico, a livello preventivo, curativo, palliativo.

La richiesta da parte dei pazienti di essere trattati e sostenuti da approcci di medicina complementare diviene sempre più importante, al punto che il nostro sistema scientifico e sanitario deve essere informato sul significato e sul valore degli approcci complementari, saper rispondere alle domande e alle aspettative dei pazienti, e non trascurare opzioni terapeutiche di grande valore potenziale.

Tra i vari sistemi di Medicina Complementare, studieremo in questa sede l'Ayurveda, ma molti dei principi esposti sono applicabili anche ad altri sistemi.

L'Ayurveda

Il principio dell'Ayurveda è basato sull'azione del medico e del terapeuta combinata con il percorso umano e biologico del paziente.

Il medico diagnostica, osservando il malato, la struttura costituzionale definita «Prakriti» che corrisponde a particolari predisposizioni fisiche, biologiche, psicologiche, simili in qualche modo al sistema umorale della medicina dell'antichità, indi identifica come la «Vikriti», l'assetto fisico e psicosomatico attuale del paziente, si distanzia dalla Prakriti – lo iato genera sofferenza e malattia – e passa al secondo compito del Medico: istruire il paziente alla conoscenza di sé, che fondamentale per predisporre il corpo e l'essere al meccanismo di guarigione, lo porta alle ottimali tolleranza e risposta alla cura, favorendo l'avviamento dei processi di autoguarigione.

Il terapeuta esercita sul corpo importanti programmi di depurazione e di terapia fisica che agiscono in modo unico sull'interfaccia psicosomatica.

Tra medico, paziente e terapeuta si innesta un importante meccanismo di interazione psicologica che agisce come un trattamento psicologico informale nel percorso di terapia.

I principi sopra esposti si applicano a qualsiasi ambito di patologia dell'essere e sono fondamentali in ambito curativo, preventivo, adiuvante, palliativo, riabilitativo.

Ogni capitolo di Patologia Ayurvedica dispone di cure specifiche di tipo prevalentemente erboristico da associare ai programmi di trattamento sopra descritti.

Dato che la patologia oncologica rappresenta il culmine di gravità della malattia umana, il compito della Medicina Ayurvedica è quindi quello di risvegliare nell'uomo il potere autorisanante dell'organismo per ottimizzare le cure e perfezionare la qualità di vita; l'uomo che conosce se stesso soffre meno pur attraversando il cammino della sofferenza e della cura.

Nella Medicina Classica occidentale, la formazione e la pratica si basano soprattutto sull'identificazione di diagnosi, di malattie, di problemi, che vengono affrontati proprio con il principio di «Eliminare il Problema».

Le varie forme di Medicina Complementare, in particolare l'Ayurveda, si identificano in una speciale considerazione: «Avvicinarsi al malato non è meramente diagnosticare una malattia, bensì identificarsi in un sistema di interazione tra un problema e l'Equilibrio di un Essere Sofferente».

L'Ayurveda è un Sistema Medico dotato di un Algoritmo specifico per questo approccio, basato su di una profonda conoscenza del funzionamento psico-somatico dell'organismo umano e dei suoi rapporti con la Natura che lo circonda.

Secondo l'Ayurveda abbiamo un'Intelligenza Interiore capace di mantenere e ristabilire l'armonia dell'organismo e quindi lo stato di salute

Lo stato di salute indica l'assenza di elementi di disagio, la presenza di uno stato di benessere e di felicità.

Il «problema» che porta il paziente dal Medico può essere un sintomo, una malattia o una circostanza che provoca disagio, e possono identificarsi quattro situazioni che possono presentarsi isolatamente o embricate:

- Disagio esistenziale
- Sintomo psicologico
- Problema psicosomatico
- Malattia fisica organica

Il Tumore può essere considerato il Culmine di un simile processo Patogenetico, e nella malattia tumorale, in qualunque suo stadio, sono presenti questi quattro elementi di sofferenza, nessuno dei quali può essere trascurato nella programmazione del trattamento.

Principi d'azione dell'Ayurveda

Nello stato di salute esiste un principio autoregolatore che mantiene la salute dell'essere, in accordo con alcuni principi costituzionali peculiari del singolo e con particolari contingenze esterne!

Nella malattia è subentrata la disfunzione del principio auto-regolatore, e i processi fisiologici dell'organismo procedono in modo distruttivo.

La malattia nasce per un processo definito Prajnaparadhi, cioè errore dell'intelligenza: la nostra capacità interiore di conoscerci ed autoguarirci è offuscata da un problema di sofferenza, e il corpo decade verso la malattia.

L'approccio del Medico Ayurvedico

Quando il medico riceve il paziente, possibilmente accompagnato da uno o più membri dell'entourage familiare – fenomeno di fondamentale importanza per stabilire il contatto con l'ambiente esistenziale e le dinamiche inter-personali – si appresta alle seguenti funzioni:

- Ascolto del paziente e osservazione del soggetto.
- Determinazione della Prakriti, l'assetto biopsichico di nascita, equilibrio di 3 principi energetici, detti Dosha (Vata, Pitta, Kapha), e di 3 qualità mentali e psicologiche, i Guna (Tamas, Rajas, Sattva).
- Determinazione della Vikriti, l'assetto biopsichico legato allo stato attuale di malattia, pure un nuovo «equilibrio» dei 3 dosha e dei 3 guna, con apprezzamento di quanto questo si discosta dalla prakriti e di quanta sofferenza produce nel soggetto.
- Valutazione del livello di funzionamento di Agni, il fuoco interiore, attivo sia a livello biologico che psicologico.
- Valutazione del livello di Ama, tossine endogene, oggi identificate in parte con i radicali liberi
- Valutazione dello stato dei tessuti
- Programmazione della terapia, basata sui seguenti pilastri:
 - Terapia disintossicante
 - Istruzione dietetica
 - Terapia fisica
 - Terapia farmacologia
 - Terapia psicologica ed istruzione esistenziale

Lettura della Prakriti e della Vikriti – Dosha e Guna

I tre dosha, Vata, Pitta, Kapha, sono tre principi energetici presenti nell'uomo e in tutto ciò che ha a che fare con la sua vita: alimenti, farmaci, abitudini, situazioni ambientali etc.

Ognuno di noi ha un assetto di nascita corrispondente ad una certa percentuale di questi tre dosha, che il medico ayurvedico deve valutare vedendo il paziente.

Il Dosha Vata corrisponde all'elemento dell'aria, ed è legato a tutte le funzioni che nell'essere rappresentano velocità e leggerezza, per esempio le funzioni del sistema nervoso, la respirazione. Dal punto di vista mentale si applica a stati di leggerezza, quasi distacco dalla realtà, in ambito patologico, in elementi di ansia e agitazione.

Corrisponde alla presenza di diverse qualità, da identificare nel paziente o in ciò che entra in contatto con lui: secco, leggero, freddo, ruvido, sottile, mobile, chiaro.

Per esempio, un paziente che ha un'elevata componente Vata nella sua costituzione sarà magra, con la pelle asciutta, particolarmente vivace, con capelli sottili.....

Il Dosha Pitta corrisponde all'elemento del fuoco ed è legato a tutte le funzioni che nell'essere rappresentano combustione e trasformazione, quindi le funzioni metaboliche ed endocrine, il funzionamento del sangue. Dal punto di vista mentale si applica a stati di dinamismo e forza, con tendenza a voler controllare la realtà e al desi-

derio di realizzare, in ambito patologico, in elementi di ira o psicopatia.

Corrisponde alla presenza delle seguenti qualità, da identificare nel paziente o in ciò che entra in contatto con lui: oleoso, penetrante, caldo, leggero, mobile, liquido

Per esempio, un paziente che ha un'elevata componente Pitta nella sua costituzione sarà di corporatura forte e muscolosa, con pelle calda eventualmente accesa, con carattere forte...

Il Dosha Kapha corrisponde alla componente della corporeità fisica, ed è legato a tutte le funzioni che nell'essere rappresentano struttura e coesione, quindi soprattutto gli elementi costitutivi del corpo. Dal punto di vista mentale si applica a stati di pacatezza, affidabilità, che potrebbero sconfinare nell'inerzia.

Corrisponde alla presenza delle seguenti qualità, da identificare nel paziente o in ciò che entra in contatto con lui: pesante, lento, freddo, oleoso, viscoso, denso, morbido, statico.

Per esempio, un paziente che ha un'elevata componente Kapha nella sua costituzione sarà di forte costituzione fisica, pesante, con pelle chiara e morbida, capelli forti, di carattere pacato.....

(*) Se noi vediamo un paziente di forte corporatura fisica, con pelle calda e arrossata, comportamenti pacati ma una buona componente decisionale, identifichiamo una cosiddetta prakriti Kapha – Pitta, cioè un predominare di due dosha.

Ognuno di noi è una combinazione dei tre dosha, ma vi sono soggetti nei quali uno, due oppure tutti i tre dosha sono prevalenti.

L'identificazione di questa struttura basilare è fondamentale perché ci permette di capire in che senso può scompensare un paziente: la malattia può portarlo ad esagerare il dosha predominante, oppure vedere il sorpasso del dosha secondario, il che sfocia in malattia.

Il paziente dell'esempio (*) può avere situazioni in cui la sua componente Pitta viene esagerata, e allora avrà sintomi legati all'eccesso di fuoco (infiammazioni, ira, febbri), oppure al sorpasso della componente Kapha, con comparsa di sintomi legati alla «pesantezza» (soprappeso, diabete, edemi, depressione..), o, ancora, alla manifestazione di Vata, che in questo caso dovrebbe essere latitante (sechezza della pelle, ansia, disturbi respiratori...).

Lo squilibrio di questi dosha, che vengono abbastanza facilmente identificati, definisce la vikriti, cioè l'assetto energetico dello stato di malattia, e si stabilisce il programma di correzione, che si basa sull'eliminazione di ciò che è in eccesso. Il principio appare opposto a quello dell'omeopatia: qui gli squilibri vengono corretti, oltre che con l'eliminazione dell'eccesso, con il confronto con le qualità opposte a ciò che si deve correggere.

La pratica della lettura del polso, che permette di misurare i dosha, conferma al medico la lettura esercitata sul quadro psico-fisico del soggetto.

Dosha squilibrato	Dieta	Terapia fisica	Farmaci	Istruzione
Vata	Povera in Vata	Terapie ammorbidenti, massaggi con olio..	Farmaci riducenti Vata (hanno qualità opposte a Vata)	Secondo le qualità, evitare le aggravanti di Vata
Pitta	Povera in Pitta	Terapie rinfrescanti	Farmaci riducenti Pitta (hanno qualità opposte a Pitta)	Secondo le qualità, evitare le aggravanti di Pitta
Kapha	Povera in Kapha	Terapie asciuganti, massaggi a secco con polveri	Farmaci riducenti Kapha (hanno qualità opposte a Kapha)	Secondo le qualità, evitare le aggravanti di Kapha

In tutti gli stadi della patologia, e in tutti gli intenti terapeutici, compresi quello palliativo e riabilitativo, l'assetto psicosomatico del paziente ha un'importanza prepondinante: identificare in che modo le sue dinamiche psico-fisiche profonde sono scompensate e cosa in ciò che gli somministra o in ciò che vive può nuocergli o beneficiarlo, secondo la sua disposizione costituzionale e il tipo di squilibrio, permetterà di strutturare ogni trattamento in modo altamente personalizzato, specifico ed umano, con più chances di ristabilire uno stato di benessere o di minor sofferenza.

I tre Guna, che sono elementi costitutivi di tipo mentale, permettono di approfondire gli aspetti psicosomatici e di raffinare la cura rispetto alla sola gestione dei dosha.

Sattwa: principio di coscienza e di intelligenza, sorgente di pace, d'armonia, di chiarezza, di creatività – è il principio dell'equilibrio.

Rajas: principio d'azione, di movimento, fino alla passione. Crea turbolenza, agitazione, iperattività. Può intrattenere conflitti, aggressività, opposizione, agitazione mentale, ricerca del potere..

Tamas: principio di pesantezza, d'inerzia, di oscurità, maschera la coscienza, è sorgente di illusione, degenerazione, distruzione, dispersione, letargia...

L'associazione degli aspetti mentali dei Dosha con i Guna porta ad identificare 9 tipi di assetto psicopatologico, il cui riconoscimento nelle diverse situazioni oncologiche o palliative permette di identificare una strategia terapeutica mirata.

La conoscenza di questi schemi esistenziali rende il terapeuta molto sensibile all'interazione con il paziente e alla giusta ricerca dell'equilibrio psico-patologico.

I pazienti vengono indotti a tenere un diario.
vedere tab. p. 13.

Detossicazione di Ama e potenziamento del fuoco digestivo – Agni.

Ogni situazione di patologia e di terapia comporta l'accumulo nel corpo di tossine metaboliche che vengono definite AMA; dal punto di vista biologico potrebbero corrispondere a radicali liberi, ad eccessi di muco.

I pazienti vengono indotti a bere preparati a base di acqua calda e zenzero, misurati naturalmente secondo la Vikriti, che hanno l'effetto di distaccare le tossine dal sistema circolatorio e di veicolarle verso gli organi di espulsione.

Preparati, soprattutto una miscela di tre erbe, detta triphala, hanno pure effetti detossicanti particolari.

In situazioni specifiche, il medico ayurvedico può prescrivere trattamenti purganti, clisteri, oleazioni nasali capaci di eliminare tossine specifiche.

Per quanto concerne il potenziamento del fuoco digestivo, Agni, esistono speciali istruzioni dietetiche e preparati erboristici specifici.

Queste terapie detossicanti mirate alla Vikriti possono avere effetti importanti per effetti collaterali delle terapie: nausea, vomito, astenia, stato delle mucose.

Terapia farmacologia ayurvedica e terapia fisica.

Il trattamento farmacologico ayurvedico viene mirato agli squilibri dei dosha, piuttosto che verso sintomi o malattie, e viene quindi strutturato per ogni paziente e per ogni situazione.

La terapia fisica, consistente in massaggi, terapie con bagni, applicazioni di olii, segue gli stessi principi.

Conclusioni.

Le conoscenze ayurvediche sono importanti anche in ambito palliativo: forniscono una lettura dell'equilibrio psicosomatico molto personalizzata, che permette di identificare anche l'atteggiamento più profondo del paziente confrontato con una situazione drammatica, e di stabilire un programma di trattamento adatto alla struttura psico-fisica del paziente.

Corrispondenza:

Dr.Gianluigi Marini M.D
Specialista FMH in Medicina Interna
e in Emato-Oncologia
Docente di Medicina Interna Ayurvedica
alla scuola Ayurvedic Point di Milano
Clinica Sant'Anna
6924 Sorengo
studio.marini@bluewin.ch

Assetto Dosha-Guna	Caratteri psicopatologici	Strategia terapeutica
Vata-Sattwico	Quadro fisiologico, personalità flessibile ed adattabile, creativa, inventiva, con buona comunicazione. Spirito positivo e intraprendente.	Quadro fisiologico, ideale per il soggetto Vata, che si trova nel suo equilibrio, ottimo presupposto per ogni tipo di cura.
Vata-Rajasico	Iperattivo, pensiero continuo e disordinato, logorroico. Persona dispersiva che sperpera energia. Ansia, nervosismo, instabilità e superficialità.	Dato che gli elementi di fuoco hanno scompensato la già instabile natura di vata, bisogna agire sul corpo con terapie rinfrescanti, e psicologicamente con terapie rassicuranti e calmanti, per cercare di limitare lo sperpero di energia e il disordine.
Vata-Tamasico	Tendenze autodistruttive e suicidarie, sbilanciamento su aspetti negativi e tendenza alla dipendenza farmacologica e all'alcool. Grande presenza di paura e di depressione.	Fondamentale combattere gli aspetti oscuri, trattando la paura e la depressione. Importante coinvolgere in attività rassicuranti e luminose.
Pitta-Sattwico	Persona intelligente e determinata; coraggio e discernimento nelle scelte. Indipendente, con grande intuizione.	Quadro fisiologico, ideale per il soggetto Pitta, che si trova nel suo equilibrio, ottimo presupposto per ogni tipo di cura.
Pitta-Rajasico	Divorato da ambizione debordante, aggressivo, critico, manipolatore per dominio.	Utile utilizzare queste capacità perché il paziente cerchi di manipolare la malattia e rincorrere la cura, correggendo gli elementi autodistruttivi.
Pitta-Tamasico	Tendenze violente, incontrollabile, fino all'odio.	Combattere gli aspetti oscuri e depressivi legati a sentimenti negativi.
Kapha-Sattwico	Temperamento stabile e armonioso, amabile, capace di dedicarsi a cause nobili e ricerca spirituale. Compassione, pazienza, lealtà.	Quadro fisiologico, ideale per il soggetto Kapha, che si trova nel suo equilibrio, ottimo presupposto per ogni tipo di cura o di accettazione di uno stato.
Kapha-Rajasico	Personalità con grande bisogno di sicurezze. Accumula beni materiali per rassicurarsi. Sentimentale, si attacca alle persone e alle cose. Molto orgoglio.	Donare la giusta sicurezza, soprattutto nei suoi poteri, evitando gli attaccamenti patologici e l'eccesso di transfert. Talora utilizzare in modo positivo alcuni veicoli di attaccamento – terapie etc....
Kapha-Tamasico	Particolarmente letargico, difficile metterlo in azione, lento nell'attività mentale e fisica. Scarsa sensibilità, tendenza alla grossolanità. Inerzia fondamentale.	Combattere oscurità e depressione, stimolare a comportamenti attivi, oppure, nelle situazioni chiaramente terminali, accettare l'onda della letargia auto-sedante.

Tab. 3

Inserat



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Certificate of Advanced Studies CAS
Gerontologie und Palliative Care

Hochaltrige Menschen mit erhöhter Fragilität haben besondere Bedürfnisse und Ressourcen. Sie stehen vor speziellen Herausforderungen in ihrer Lebens- und Alltagsgestaltung. Erkenntnisse der Sozialen Gerontologie und Palliative Care helfen, die Situation Hochbetagter differenziert wahrzunehmen und Konzepte zu entwickeln, wie sie zu einer höchst möglichen Lebensqualität begleitet und unterstützt werden können.

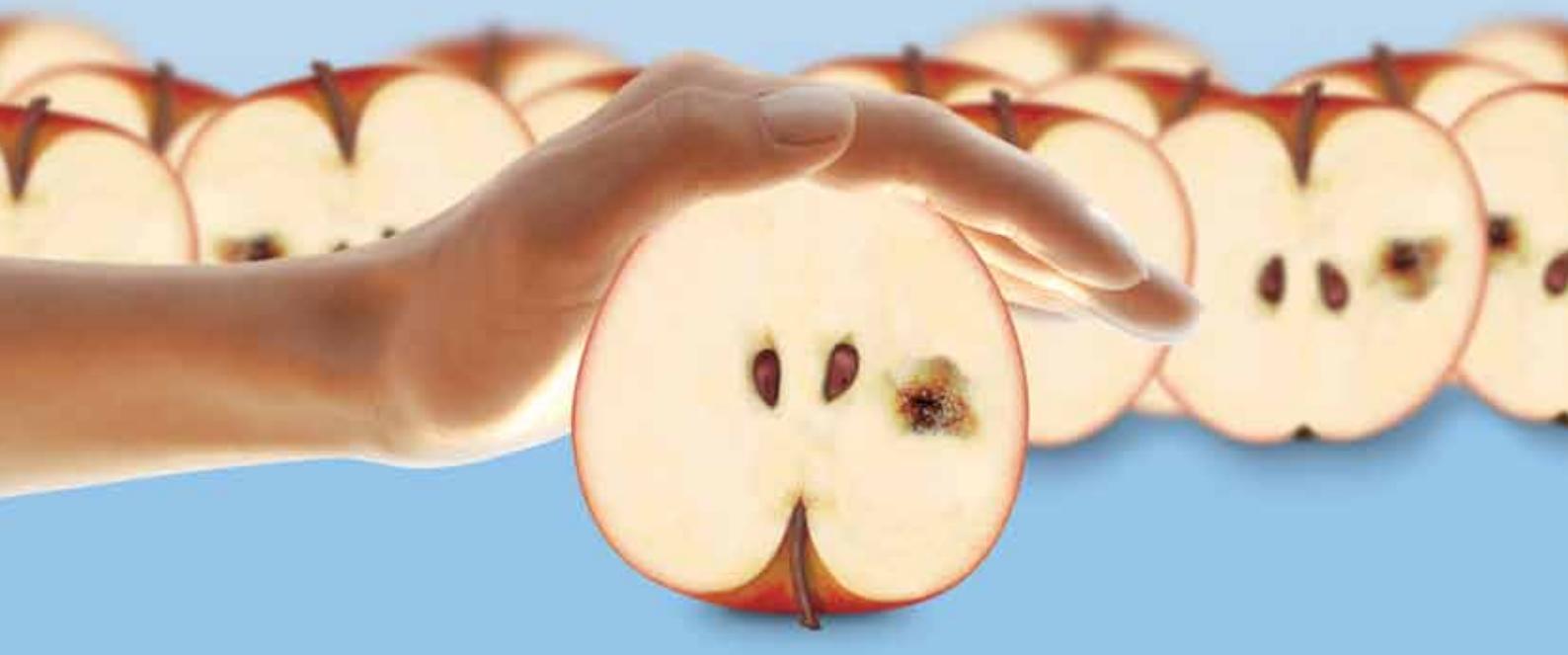


Institut Neumünster
Bildung – Forschung – Entwicklung

Zielgruppe	Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, die ihre berufliche Tätigkeit mit Hilfe von Theorien und Konzepten der Gerontologie und der Palliative Care reflektieren und weiter entwickeln wollen.
Dauer	14. Mai 2009 – 16. Januar 2010
Ort	Institut Neumünster, Neuweg 12, 8125 Zollikonberg
Information	Cornelia Knipping, MAS, T +41 (0)44 397 33 48 cornelia.knipping@institut-neumuenster.ch Dr. Heinz Ruegger, MAE, T +41 (0)44 397 30 02 heinz.ruegger@institut-neumuenster.ch
Programm und Anmeldung	Gabrielle Bannwart, T +41 (0)44 397 39 11 info@institut-neumuenster.ch

Dieser CAS ist Teil des Weiterbildungsmasters **MAS in Gerontological Care**.
Information und Veranstaltungen zu MAS und CAS: www.gerontologicalcare.ch, www.institut-neumuenster.ch

Einer Ihrer Tumorpatienten



hat stärkere Schmerzen.

Ein Fall für Palladon® retard

 mundipharma

Kassenpflichtig

Mundipharma Medical Company Hamilton/Bermuda Zweigniederlassung Basel St. Alban-Rheinweg 74 CH-4052 Basel T +41 61 205 11 11

www.mundipharma.ch

PALLADON®/PALLADON® RETARD: Kapseln; Opioid-Analgetikum, Kapseln retard: Opioid-Analgetikum mit Langzeitwirkung (ca. 12 h). **Wirkstoff/Darreichungsformen:** Hydromorphonehydrochlorid. PALLADON®: Kapseln zu 1,3 mg bzw. 2,6 mg. PALLADON® RETARD: Kapseln zu 4 mg, 8 mg, 16 mg bzw. 24 mg. **Indikationen:** Mittelstufe bis starke akute (PALLADON®) und prolongierte (PALLADON®/PALLADON® RETARD) Schmerzen bzw. bei ungenügender Wirksamkeit nicht-opioider Analgetika und/oder schwächerer Opioide. **Dosierung/Anwendung:** Dosierung abhängig von der Stärke der Schmerzen. Wichtig ist eine individuelle Dosisanpassung. PALLADON®: Alle 4 Stunden verabreichen. PALLADON® RETARD: Alle 12 Stunden verabreichen. Kinder: Für Kinder unter 12 Jahren nicht empfohlen. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltstoffe, Atemdepression, Koma, akutes Abdomen, obstruktive Erkrankungen der Atemwege, paralytischer Ileus, akute Lebererkrankungen, verzögerte Magenteilnung, Schädel-Hirn-Trauma, erhöhter intrakranieller Druck, konulsive Störungen, Delirium tremens, während der Anwendung von Monoaminoxidase-Inhibitoren oder innerhalb von 2 Wochen nach dem Absetzen. **Vorsichtsmaßnahmen:** Bei älteren Patienten, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Schildrüsen- und Nebenniereninsuffizienz, Prostat hypertrophi e, Schock, eingeschränkter Atmung bei Hypovolämie, Gallenwegserkrankungen, Pankreatitis, opioid-abhängigen Patienten, Alkoholikern, Kopfverletzungen, toxischen Psychosen, Chordotomie, in den ersten 24 Stunden nach einer Operation oder vor Einsetzen der normalen Darmfunktion. Hydromorphon kann auch bei bestimmungsgemässem Gebrauch das Reaktionsvermögen verändern. **Schwangerschaft/Stilzeit:** Sollte während Schwangerschaft/Stilzeit nicht eingenommen werden. **Unerwünschte Wirkungen:** Sehr häufig: Sedierung, Obstipation. Häufig: Vorübergehend: Nauseen und Erbrechen, Harnretention. Gelegentlich: Atemdepression sowie unerwünschte ZNS-Wirkungen. Selten: Bradykarde, orthostatische Hypotonie. Von psychischer Abhängigkeit wurde bisher nicht berichtet. Mit physischer Abhängigkeit ist bei Absetzen von PALLADON®/PALLADON® RETARD zu rechnen. **Interaktionen:** Hydromorphon potenziert die Wirkung von Anästhetika, Hypnotika, Sedativa, Tranquillizern, Alkohol, Antidepressiva, Antiemetika, Barbituraten und Phenothiazinen (MAO-Hemmer s. Kontraindikationen). Bei gleichzeitiger Langzeittherapie mit Cimetidin und Morphin wurden in vereinzelten Fällen erhöhte Morphinplasmaskonzentrationen beobachtet. Für Hydromorphon ist eine derartige Wechselwirkung ebenfalls nicht auszuschließen. **Hinweise:** Weitere Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium des Schweiz. Untertreibt den Rundschauartikel über die psychoaktiven Stoffe, Liste A. **Stand der Information:** November 2005. **Erfassung:** PALLADON® ist ein eingetragenes Marken- und Warenzeichen der Novartis AG.

Unter den Systemen der indischen Medizin existieren verschiedene Formen physischer und metaphysischer Medizin: das klassische Ayurveda ist eine Form der physischen Medizin, wo die Transzendenz nicht an vorderster Stelle steht.

Dr. Gianluigi Marini

Die ayurvedische Medizin im onkologischen und palliativen Bereich

(Zusammenfassung)

Das Ayurveda ist das System der traditionellen indischen Medizin, welche bei der Wissenschaft und Medizin der westlichen Welt in den letzten Jahren für Aufsehen gesorgt hat. Am besten lässt es sich durch seine Definition einordnen: es ist die Wissenschaft des Lebens – die Gesamtheit tiefer physiologischer und physiopathologischer Kenntnisse des Menschen und seiner physischen Umwelt, deren Beherrschung, zusammen mit der Macht das eigene Verhalten verändern zu können, es dem Menschen zulässt nach seiner eigenen psychosomatischen Schnittstelle zu agieren, um in angepasster Weise auf die Behandlungen der klassischen Medizin anzusprechen, um seine Biologie neu zu programmieren, damit Krankheit und Leid besiegt werden, um seine psychosomatische Sphäre und Schmerz und Leid mit dem höchsten Respekt dem Leben gegenüber zu leiten.

Das Prinzip des Ayurveda basiert auf der Handlung von Arzt und Therapeut in Kombination mit der des Patienten: der Arzt diagnostiziert, indem er den Patienten beobach-

tet, die konstitutionelle Struktur (Prakriti genannt), welche mit bestimmten physischen, biologischen und psychologischen Veranlagungen übereinstimmt, ähnlich dem launischen System der antiken Medizin, dann identifiziert er, wie das Vikriti, das aktuelle physische und psychosomatische Aussehen des Patienten, sich vom Prakriti entfernt – die Kluft generiert Leid und Krankheit – und dies führt zur zweiten Aufgaben des Arztes: den Patienten über die Kenntnis von sich selber belehren, denn dies ist fundamental um Körper und Wesen auf die Heilung vorzubereiten, er führt ihn zur optimalen Toleranz und Reaktion auf die Behandlung, indem er die Prozesse der Selbstheilung aktiviert. Der Therapeut übt auf den Körper wichtige Programme der Entgiftung und der physischen Therapie aus, welche auf einzigartige Weise auf die psychosomatische Schnittstelle agiert. Jedes Kapitel der ayurvedischen Pathologie verfügt über spezifische Behandlungsmethoden, meist Heilpflanzenkunde, welche mit den oben beschriebenen Programmen assoziiert werden.

Die oben genannten Prinzipien lassen sich auf jeden Bereich der Pathologie des Menschen anwenden und sie sind für die behandelnden, präventiven und palliativen Absichten fundamental.

Das ayurvedische Wissen ist auch für den palliativen Bereich wichtig: es liefert sehr personalisierte Informationen über das psychosomatische Gleichgewicht, welches das tiefste handeln des Patienten identifizieren lässt, der mit einer dramatischen Situation konfrontiert ist und es kann ein Behandlungsprogramm, das speziell auf ihn und seine psychophysische Struktur abgestimmt ist, erstellt werden.

Les systèmes de médecine traditionnelle en Inde comportent diverses formes de médecine physique et métaphysique. La médecine ayurvédique est une forme de médecine physique dans laquelle les aspects transcendentaux ne sont pas au premier plan.

Dr. Gianluigi Marini M.D.

La médecine ayurvédique en oncologie et en soins palliatifs

(Résumé)

Ces dernières années, la médecine ayurvédique s'est imposée à l'attention de l'Occident, suscitant un intérêt tout particulier dans les milieux scientifique et médical. La façon la plus juste de la définir est d'indiquer la manière dont elle se définit elle-même: Science de la Vie – un ensemble de connaissances approfondies dans les domaines de la

physiologie et de la physiopathologie sur l'homme et sur son environnement physique. Une fois en possession de ces connaissances, l'homme se trouve en mesure de modifier ses comportements et les situations dans lesquelles il choisit de se placer, ce qui lui permet d'agir à l'interface exacte en lui-même entre psyché et soma pour répondre de manière adaptée aux traitements médicaux classiques, mais aussi de reprogrammer ses réponses biologiques pour combattre les maladies et la souffrance, et de gérer les charges au niveau psychosomatique pour affronter au mieux la douleur et la souffrance dans le profond respect de la qualité de la vie.

Le principe de la médecine ayurvédique se fonde sur une action combinée du médecin, du thérapeute et du patient. Le médecin, par son observation du patient, pose un diagnostic en termes de structure constitutionnelle – cette structure, le Prakriti, correspond à certaines prédispositions

physiques, biologiques et psychologiques, qui n'est pas sans lien avec le système des humeurs de la médecine antique. À partir de là, il identifie le Vikriti, c'est-à-dire l'organisation physique et psychosomatique actuelle du patient, dont l'éloignement par rapport au Prakriti engendre la souffrance et la maladie. Il passe alors à sa seconde tâche de médecin: enseigner au patient à se connaître lui-même, ce qui est une condition fondamentale pour préparer le corps et l'être à la guérison, en optimisant ses capacités de supporter le traitement et d'y répondre, c'est-à-dire en favorisant la mise en route des processus d'auto-guérison. Le thérapeute, quant à lui, met en œuvre sur le corps des programmes de dépuraction et de soins physiques, agissant de manière unique à l'interface entre psyché et soma.

Chacun des chapitres de pathologie ayurvédique décrit ensuite des traitements spécifiques, principalement à base de plantes, à associer aux traitements décrits ci-dessus.

Les principes dont je viens de parler s'appliquent à n'importe quel type de pathologie et jouent un rôle fondamental dans les traitements à visée aussi bien curative que préventive, palliative ou adjuvante.

Les connaissances en médecine ayurvédique sont également importantes en soins palliatifs, où elles autorisent une lecture extrêmement personnalisée de l'équilibre psychosomatique; elles permettent d'identifier l'attitude intérieure du patient confronté à une situation dramatique, et d'établir un programme de soins adapté à la structure psycho-physique du patient.

In der Palliativmedizin und der Palliativpflege hat die Anthroposophische Medizin sehr viel zu bieten. Sie kann dank ihrer gut verträglichen Heilmittel, der äusseren Anwendungen und des umfassenden interdisziplinären Behandlungskonzepts bei fast allen Symptomen in der Endphase des Lebens Linderung und Wohlbefinden bringen. Der folgende Artikel erläutert das Behandlungskonzept anhand der langjährigen Erfahrung der Lukas Klinik in Arlesheim BL und möchte zum Austausch und zur Diskussion anregen.

Christoph von Dach

Komplementärmedizin und Palliative Care

Lukas Klinik: Ein bewährtes Konzept



Christoph von Dach

Anthroposophische Medizin wurde vor 90 Jahren von der Ärztin Ita Wegman (1876–1943) in Zusammenarbeit mit Rudolf Steiner (1861–1925), dem Begründer der Anthroposophie, entwickelt. 1921 eröffnete Ita Wegman die erste anthroposophische Klinik in Arlesheim BL, die später nach ihr benannt wurde. Die Gründung der Lukas Klinik erfolgte 42 Jahre später, nämlich 1963. Ihr Träger ist der Verein für Krebsforschung, ein gemeinnütziger Verein, dessen Hauptanliegen die Herstellung und Weiterentwicklung eines Mistelpräparats für die Behandlung von Krebserkrankungen ist. Dieses Präparat ist heute unter dem Namen Iscador® das in der Schweiz und in Deutschland am häufigsten verwendete Krebsmedikament der Komplementärmedizin. Mit weiteren anthroposophischen Kliniken in der Schweiz und in Deutschland, die seither gegründet wurden, verfügt die Anthroposophische Medizin und Pflege über mehrere Jahrzehnte praktischer Erfahrung

beim Umsetzen komplementärmedizinischer Massnahmen im Rahmen akutmedizinischer Abteilungen und Spitäler.

Die Lukas Klinik ist ein Akutspital und nimmt ausschliesslich Patientinnen und Patienten auf, die spitalbedürftig sind. Viele gehen nach einem Aufenthalt von durchschnittlich drei Wochen wieder nach Hause. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten liegt zwischen 50 und 60 Jahren, etwa 75 Prozent sind Frauen. In der Lukas Klinik gibt es die Bereiche Ambulanz, Tagesklinik und stationärer Aufenthalt. Im Folgenden ist die Rede vom stationären Bereich.

Die Lukas Klinik ist kein Sterbehospiz, arbeitet aber in vieler Hinsicht nach den Grundsätzen der palliativen Medizin. Palliative Care wird im Rahmen der internen Fortbildung vermittelt und zum Behandlungssteam gehört unter anderem eine palliativ-medizinisch ausgebildete Ärztin. Eine Pflegefachkraft absolviert zurzeit den Studienlehrgang zum MAS Palliative Care in Salzburg. Palliativ-medizinische Behandlungen umfassen in der Lukas Klinik meist Bereiche der Akutpalliation, also Pflegesituationen, die akute Interventionen wie Punktions-, Einstellung der Schmerztherapie etc. umfassen und die die Möglichkeiten eines Heimes oder der Spitex überfordern würden. Es geht also um Situationen, die ein akutmedizinisches Setting erfordern.

Schulmedizin als Basis

Seit den Anfängen der Anthroposophischen Medizin besteht die Leitidee darin, nicht eine Alternative zur Schulmedizin, sondern eine Ergänzung dazu zu entwickeln. Die Basis der Anthroposophischen Medizin war somit schon

immer die Schulmedizin. So verfügen alle Ärzte über ein normales Medizinstudium und über Fachabschlüsse. Auch im Bereich der Pflege bildet eine herkömmliche Pflegeausbildung die Grundlage. In der Lukas Klinik gibt es die Möglichkeit, verschiedene Zusatzausbildungen zu absolvieren, z.B. eine ehemals Höhere Fachausbildung Stufe 1, heute einen NDK1 oder einen Masterabschluss, z.B. MAS Palliative Care. Neu wird es voraussichtlich ab Herbst 2009 auch möglich sein, einen NDK1 komplementäre Pflege zu absolvieren. Außerdem gibt es Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Anthroposophischen Pflege und zwar von Tages- bis zu Jahresskursen. Im Rahmen einer Bedarfsanalyse, die der Berufsverband Anthroposophischer Pflege durchgeführt hat und deren Resultate im Laufe der nächsten Monate veröffentlicht werden sollen, konnte ein erstaunlich hoher Bedarf an komplementärmedizinischer Weiterbildung in Einrichtungen des Gesundheitswesens der deutschen Schweiz nachgewiesen werden. Das Interesse an solchen Angeboten zeigte sich gerade im Bereich der Palliative Care sehr deutlich.

Dieses Sowohl-als-auch der schulmedizinischen und Anthroposophischen Medizin stellt eine Einzigartigkeit dar. Die Anthroposophische Medizin verfügt als einzige komplementärmedizinische Richtung über ein definiertes Konzept, das im anerkannten Akutbereich der Schulmedizin seit Jahrzehnten erfolgreich umgesetzt wird. Der Erfolg misst sich unter anderem daran, dass die Werte der Patientenzufriedenheit in der Lukas Klinik – im Vergleich zu anderen Spitälern – sehr hoch liegen, und auch die medizinischen Resultate zufriedenstellend und sicher nicht schlechter sind als an anderen Orten.

Signifikante Verbesserung der Lebensqualität

Im Rahmen einer Nationalfondsstudie (NFP 34) konnte nachgewiesen werden, «dass die stationäre Behandlung in einem anthroposophischen Spital (Lukas Klinik) zu signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität führen kann. Das betrifft emotionale, aber auch globale, körperliche, kognitiv-spirituelle und soziale Aspekte. Ein Nutzen der Anthroposophischen Medizin wurde auf der körperlichen, seelischen, kognitiv-spirituellen und der Beziehungsebene empfunden.» (Heusser P. et al, Forschende Komplementärmedizin, Band 13, Heft 3, Juni 2006). In der genannten Studie ist zu sehen, dass nebst einer signifikanten Verbesserung von 12 der 20 gemessenen Lebensqualitätsdimensionen die kognitiv-spirituelle Dimension deutlich verbessert wurde und zwar auch noch 6 Monate nach dem Spitalaufenthalt. In einer weiteren Studie wurde nachgewiesen, dass das «spirituelle Wohlbefinden» für die Lebensqualität im Endstadium der Krebskrankung der wichtigste Faktor ist (Brady et al., Mc Clain et al. 2003). In diesem Kontext müssen die Resultate der genannten Nationalfondsstudie zu denken geben. Gleichzeitig belegen sie eine ausgesprochene Stärke der Anthroposophischen Medizin.

Das Behandlungskonzept der Lukas Klinik basiert auf einem Menschenbild, das aus den Erkenntnissen der An-

throposophie entwickelt wurde. Es versteht den Menschen als eine Ganzheit, die aus vier Teilen besteht: aus Körper, Lebensleib, Seele und Geist. Wenn die Wechselwirkungen dieser vier sogenannten Wesensglieder ausgeglichen sind, befindet sich der Mensch auf der gesunden Seite des Gesundheits-Krankheitskontinuums (nach A. Antonovsky). Fallen die Wechselwirkungen aber aus dem Gleichgewicht, so entsteht Krankheit. Dies entspricht einem salutogenetischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, also einem auf dem Gesunden basierenden Verständnis der Lebensprozesse.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Konzept der stationären Anthroposophischen Medizin in der Lukas Klinik ist – seit der Gründung der Klinik – ausgerichtet auf eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit. In deren Zentrum stehen der ärztliche Dienst, die Pflege, die Physiotherapie und die künstlerischen Therapien. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist die optimale Abstimmung der verschiedenen Berufsgruppen aufeinander. Ärztlicher Dienst, Pflege und Physiotherapie sind – wie erwähnt – herkömmlich ausgebildet und verfügen über Zusatzausbildungen in der Anthroposophischen Medizin bzw. Therapie. So können Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zur Schulmedizin eine Vielzahl von anthroposophischen Heilmitteln und Therapien verordnen. Die Pflegefachpersonen verfügen über zahlreiche Möglichkeiten im Bereich der äusseren Anwendungen. Das sind insbesondere Rhythmischa Einreibungen, Wickel und Kompressen. Auch die Physiotherapeutinnen und –therapeuten, die die herkömmliche Physiotherapie und die Lymphdrainage beherrschen, verfügen über zusätzliche Techniken wie zum Beispiel die Rhythmischa Massage nach Wegman/Hauschka, einer sehr sanften Massagetechnik mit starker Tiefenwirkung.

Künstlerische Therapien, Biografiearbeit...

Zu den künstlerischen Therapien zählen Heileurythmie, Maltherapie und Plastizieren, Sprachtherapie und Musiktherapie. Ebenfalls angeboten wird in der Lukas Klinik die Farblichttherapie, die mit farbigem Licht und dem Prinzip des Komplementärkontrasts arbeitet. Mit der Biografiearbeit besteht auch ein psychotherapeutisches Angebot. Eine Psychologin oder ein Psychologe unterstützt die Patientinnen und Patienten darin, die seelischen und spirituellen Aspekte ihrer Krankheit zu erkennen und zu verarbeiten.

... Ernährung, Tagesgestaltung

Zwei weitere Aspekte des Behandlungskonzepts stellen die Ernährung und die Tagesgestaltung dar. Die Ernährung besteht aus vegetarischer Kost, die aus frischen Zutaten zubereitet wird. Das Mittag- und das Abendessen werden in der Regel gemeinsam im Speisesaal eingenommen. Die Rückmeldungen der Patientenzufriedenheitsbefragung weisen eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Essen aus.

So scheint die vegetarische Küche und das gemeinsame Essen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten der Lukas Klinik in hohem Masse zu entsprechen. Zur Tagessgestaltung gehört die Ruhezeit nach dem Mittagessen, während der die Patientinnen und Patienten wenn möglich im Zimmer bleiben und zum Beispiel eine Mittagsleberkomresse mit Schafgarbe erhalten. In den Zimmern gibt es keine Fernseher oder Radios, so dass in Ruhezeiten auch wirklich Ruhe gefunden werden kann. Auch die regelmässigen Abendveranstaltungen sind Elemente der Tagessgestaltung. So können einmal pro Woche im Haus ein Konzert und ein Vortrag besucht werden. Dazu können auch Angehörige und Freunde eingeladen werden. Es ist ein wichtiges Anliegen der Lukas Klinik, das soziale Umfeld in die Betreuung und Pflege einzubeziehen.

Medizinische Massnahmen in der Palliative Care

Das medizinische Konzept basiert, wie bereits ausgeführt, auf der Schulmedizin. Wenn notwendig, werden Chemotherapien durchgeführt. Auch die restliche Bandbreite der akutmedizinischen Massnahmen wie etwa Punktionsnadeln wird ausgenutzt. Bezuglich der Schmerztherapie stützt sich die Ärztin oder der Arzt in der Regel auf das WHO-Stufenschema. Im Sinn des integrativen Ansatzes werden zusätzlich Heilmittel und Anwendungen der Anthroposophischen Medizin eingesetzt. Anthroposophische Heilmittel sind – ähnlich wie in der Homöopathie – natürliche Präparate, die zum Teil potenziert sind. Ein Beispiel ist Aurum D10 (Gold), das oft zusammen mit Morphin verabreicht wird, um unangenehme Nebenwirkungen wie Angstzustände und Halluzinationen etc. zu verringern. Man könnte vielleicht sagen: «Aurum vergoldet die Wirkung des Morphiums». Zu guten Ergebnissen führt die Kombination von Iscador® mit einer Chemotherapie. Oft wird die Chemotherapie besser vertragen und die Nebenwirkungen sind geringer. Auch das Heilmittel Olibanum comp. (Gold, Weihrauch, Myrra) wirkt in der Sterbephase sehr wohltuend.

Im Bereich der Palliativmedizin stehen in der Lukas Klinik wertvolle Ergänzungen zur Verfügung. Dazu zählen in erster Linie die äusseren Anwendungen, also Rhythmisiche Einreibungen sowie Wickel und Kompressen. Bei diesen Anwendungen steht die Förderung der Wärme im Vordergrund. Aus anthroposophischer Sicht wirkt sich Wärme günstig auf den Verlauf einer Krebserkrankung aus. So wird im Bereich der Onkologie vor allem mit wärmenden oder warmen Anwendungen gearbeitet. Gerade bei Menschen in Krisensituationen und beim Sterben kann mit äusseren Anwendungen sehr viel erreicht werden. So kann eine rhythmische Einreibung, beispielsweise mit Solum-uliginosum-comp.-Öl (bestehend aus: Moorextrakt, Lavendel, Schachtelhalm und Quarz), zu einer intensiven Durchwärmung und einem Gefühl der Umhüllung führen. Diese Anwendung ist beispielsweise bei einer kachektischen, geschwächten Patientin angezeigt. Ein anderes Präparat ist das Rosenöl, welches lösend wirkt. Es kann

in Angstsituationen angewendet werden, bei starken Anspannungen oder auch während der Sterbephase, wenn Loslösungsprozesse unterstützt werden sollen. Ein ebenfalls sehr wertvolles Präparat ist die Kupfersalbe (Cuprum 0,4% ung.). Kupfer hat die Eigenschaft, rasch Wärme zu speichern. So kann Cuprum 0,4% ung. bei kalten Füssen und kalten Händen, aber auch bei Einschlafstörungen und Angstzuständen ebenfalls als Fusseinreibung angewendet werden. Sehr angenehme Unterstützung bei ödematischen Schwellungen, z.B. des Arms, kann Borago BZ (Gurkenkraut) leisten. Es wird dann als feuchter, kühler Wickel angewendet. Weiter ist auch die Quarkkomresse bei stark gespanntem Bauch, infolge Aszites, eine sehr angenehme und wirkungsvolle Anwendung. Die aufgeführten Massnahmen sind nur ein kleiner Teil der Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen. Oft werden die äusseren Anwendungen von Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen sehr geschätzt.

Sterbebegleitung über den Tod hinaus

Bei der Begleitung von Menschen in der Sterbephase ist – in einem anthroposophischen Setting – die Überzeugung wichtig, dass Entwicklung bis zum letzten Atemzug möglich ist und auch nach dem Tode weitergeht. Mit dieser Haltung begegnen die Betreuungspersonen dem sterbenden Menschen. Die Frage beispielsweise einer palliativen Sedation in der Sterbephase wird auch in diesem Licht betrachtet und verlangt eine sorgfältige Abwägung. Aber natürlich ist hier der Wille der Patientin oder des Patienten letztlich massgebend.

Nach dem Tod wird der Leichnam in der Regel drei Tage im Aufbahrungsraum aufgebahrt. Während dieser Zeit können Angehörige jederzeit anwesend sein. Die Betreuung des Leichnams und der Angehörigen geschieht durch die Pflegenden der Station, auf der die Patientin oder der Patient verstorben ist. Während dieser Tage kann – je nach Bedürfnis der Pflegenden und der Angehörigen – im Aufbahrungsraum z.B. etwas vorgelesen werden. Die Idee ist, den Verstorbenen auf seinem nachtodlichen Weg zu unterstützen. Ähnliches kennt man ja in der tibetisch-buddhistischen Tradition oder aus dem alten Ägypten. Aber auch in unserer Kultur gibt es diese Rituale. In der katholischen Kirche werden für Verstorbene in bestimmten Zeitabständen Messen gelesen und Rosenkränze gebetet.

Nach einem Todesfall wird das Zimmer des Verstorbenen geräuchert. Der Nachdienst stellt für eine Nacht ein Weihrauchgefäß ins Zimmer. Erst danach wird das Zimmer durch den Hausdienst gereinigt.

Etwa eine Woche nach einem Todesfall wird ein interdisziplinäres Treffen durchgeführt, an dem alle Bereiche teilnehmen, die mit der/dem Verstorbenen zu tun hatten. An diesem Treffen wird die Lebens- und Krankengeschichte noch einmal angeschaut, und die Teilnehmenden schildern wichtige Erlebnisse während des Aufenthalts. Mit einem Gedicht oder einem Spruch und Musik, die von der Musiktherapeutin gespielt wird, wird das Treffen beendet. Erst

PALLIATIVE CARE

UND
ORGANISATIONSETHIK

Interdisziplinäre Weiterbildung CH

Begleitung kranker, sterbender und trauernder Menschen



Fotos: Ursula Markus, Zürich

BASISKURSE – TAGUNG – LEHRGANG

27.–29. Oktober 2008

«Mehr Leben als du ahnst!»

Spiritualität und Sinnfindung in der Begleitung kranker und sterbender Menschen

7. November 2008

Wie wir sterben wollen

Suizidbeihilfe in der Schweiz – wie weiter?

Tagung gemeinsam mit dem Ethik-Zentrum der Universität Zürich

17.–19. November 2008

«Ich habe deine Tränen gesehen»

Was wirklich tröstet

Gemeinschaftliche Formen des Trauerns, Kultur des Abschieds, Tröstungspotenziale der Religionen

10.–12. Dezember 2008

Leben bis zuletzt und in Frieden sterben

Was schwer kranke und sterbende Menschen brauchen
Palliative Care und Praxis der Sterbegleitung

23.–25. März 2009

«Man müsste über alles reden können»

Zur Kommunikation in der Begleitung kranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen

September 2009 – September 2010

Interdisziplinärer Lehrgang Palliative Care

Grundlagen und Symptommanagement

Psychosoziale Kompetenzen und existenzielle Aspekte
Ethische Entscheidungsfindung und Kultur des Abschieds

Dozentinnen / Dozenten

Prof. Dr. Johannes Fischer, Prof. Dr. Andreas Kruse,
Prof. Dr. med. Erich Grond, Matthias Mettner,
Dr. med. Regula Schmitt-Mannhart, Claudia Schröter,
Dr. med. Andreas Weber u. v. a.

Orte: Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich
Technopark Zürich

Palliative Care integrieren

INTERNE WEITERBILDUNG

für Institutionen der Langzeitpflege und Geriatrie:
Alters- und Pflegeheime resp. -zentren,
Spitex-Organisationen u. a.
Verlagen Sie bitte die Informationsbroschüre.

Information / Anmeldung

Palliative Care und Organisationsethik

Postfach 425, 8706 Meilen ZH, Tel. Tel. 044 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch
www.weiterbildung-palliative.ch

jetzt ist die Sterbegleitung abgeschlossen. Sie geht also über den physischen Tod des Menschen hinaus.

Alle geschilderten Aspekte sollen dem Verstorbenen eine Unterstützung auf seinem nachtodlichen Weg geben. Aber sie haben auch eine grosse Bedeutung für die Begleiterinnen und Begleiter der verschiedenen Berufsgruppen. Denn diese Abschlussrituale tragen dazu bei, die oft belastenden Erfahrungen zu verarbeiten, und helfen mit, trotz vieler und aufwändiger Sterbegleitungen nicht in ein Burnout zu fallen. So gesehen bedeuten Betreuung und Pflege in der Lukas Klinik nicht nur Fremd-, sondern auch Selbstpflege.

Literatur:

- Batschko, E. (2003). Einführung in die Rhythmisichen Einreibungen. Verlag Johannes M. Mayer & Co. GmbH, Stuttgart, Berlin.
- Beuth, J. (2002). Grundlagen der Komplementärökologie. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- Fingado, M. (2001). Therapeutische Wickel und Kompressen. Natura Verlag, Dornach.
- Fingado, M. (2002). Rhythmisiche Einreibungen – Handbuch aus der Ita Wegman Klinik. Natura Verlag, Dornach.
- Heine, R / F. Bay (2001). Anthroposophische Pflegepraxis – Pflege als Gestaltungsaufgabe. Hippokrates Verlag, Stuttgart.
- Heusser P. et al. Forschende Komplementärmedizin, Band 13, Heft 3, Juni 2006
- Kienle G., Kiene H. (2003). Die Mistel in der Onkologie – Fakten und konzeptionelle Grundlagen. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Kienle G., Keine H., Albonico H. (2006). Anthroposophische Medizin in der klinischen Forschung. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Layer, M. (2003). Praxishandbuch Rhythmische Einreibungen nach Wegman / Hauschka. Verlag Hans Huber, Bern.
- Neuhaus, U. (2002). Nachdenken über Ethik in der konkreten Herausforderung. 47–66. In: M. Glöckler (2002). Spirituelle Ethik, Verlag am Goetheanum, Dornach.
- Schramm, H. M. (1997). Heilmittel – Fibel zur anthroposophischen Medizin. Novalis Verlag, Schaffhausen.
- Van der Star, A. (1999). Schöpferisch Pflegen. Verlag Urachhaus, Stuttgart.
- Von Dach, C. Krankenpflege, Die Ganzheit steht im Zentrum, 22–23, Februar 2000.
- Von Dach, C. Krankenpflege, Momente der Besinnung sind wesentlich, 22–23, März 2002.
- Wie sterben? Fragen und Antworten aus anthroposophischer Sicht. Website des «Forums für Sterbekultur» (Stand Januar 2008).
- URL: <http://www.sterben.ch>.

Korrespondenz:

Christoph von Dach
Pflegedienstleiter
Lukas Klinik
Brachmattstraße 19
CH-4144 Arlesheim / BL
Tel. 061 706 71 71
cvondach@lukasklinik.ch

La médecine anthroposophique a beaucoup à offrir en médecine et en soins palliatifs. Elle emploie des médicaments qui sont en général bien tolérés, des traitements qui prennent souvent la forme d'approches corporelles, ainsi qu'une philosophie de prise en charge globale et interdisciplinaire. Elle est donc à même de soulager presque tous les symptômes et de contribuer de manière significative au bien-être en fin de vie.

Christoph von Dach

Médecines complémentaires et soins palliatifs

Lukas Klinik: une prise en charge qui a fait ses preuves

La médecine anthroposophique s'est développée il y a 90 ans grâce au travail conjugué d'une femme médecin, le Dr Ita Wegman (1876–1943) et de Rudolf Steiner (1861–1925), le fondateur de l'anthroposophie. La Lukas Klinik a été fondée en 1963. Elle appartient à la société pour la recherche sur le cancer (Verein für Krebsforschung) qui s'occupe également de fabriquer et développer l'Iscador®.

La Lukas Klinik est un établissement de soins aigus et accepte uniquement des patients et patientes qui nécessitent une prise en charge hospitalière. Bien qu'elle ne soit pas un établissement de soins palliatifs, elle fonctionne à plus d'un titre selon les principes de la médecine palliative. Dès ses débuts, la médecine anthroposophique s'est en effet positionnée comme un complément de la médecine traditionnelle, et non comme une médecine alternative. La médecine anthroposophique est la seule des médecines à orientation complémentaire qui dispose d'une philosophie de prise en charge bien définie, employée avec succès depuis des années dans les soins aigus au sens de la médecine traditionnelle.

Dans le cadre d'un fonds national de recherche (PNR 34), il a été établi que «le séjour hospitalier dans un hôpital anthroposophique (Lukas Klinik) a conduit à une amélioration significative de la qualité de vie.» La philosophie de prise en charge de la Lukas Klinik considère la personne humaine comme un tout.

Collaboration interdisciplinaire

La philosophie de prise en charge de la médecine anthroposophique hospitalière se fonde sur une intense collaboration interdisciplinaire. Au centre de l'équipe, on trouve les médecins, le personnel soignant, les physiothérapeutes et les art-thérapeutes. En complément aux traitements traditionnels, les médecins peuvent prescrire toute une palette de médicaments et de traitements anthroposophiques. Les soignants disposent de nombreuses possibilités dans le domaine des approches corporelles, frictionnements rythmiques (frictions rythmiques), applications de compresses et cataplasmes. Les physiothérapeutes eux aussi disposent de techniques

particulières, comme le massage rythmique selon Wegman/Hauschka.

En art-thérapie, mentionnons l'eurhythmie thérapeutique, la thérapie par la peinture et le modelage thérapeutique, la logothérapie et la musicothérapie, la thérapie par les couleurs. Le travail biographique constitue également une offre psychothérapeutique.

Alimentation, animation

L'alimentation consiste en un régime végétarien avec des aliments frais. En règle générale, les repas de midi et du soir sont pris en commun dans la salle à manger. Après le repas de midi, un temps de repos est prévu; les chambres ne comportent ni radio ni télévision, de telle sorte que les patients puissent bénéficier d'une véritable tranquillité.

Traitements médicaux en soins palliatifs

Lorsque c'est nécessaire, des chimiothérapies sont administrées, et l'on a aussi recours à toute la palette des mesures médicales de soins aigus, y compris les prises de sang. Les médicaments et les traitements spécifiques à la médecine anthroposophique sont employés de manière complémentaire. Dans le domaine particulier des soins palliatifs, la Lukas Klinik offre des possibilités précieuses, principalement sous forme d'approches corporelles (frictions rythmiques, cataplasmes et compresses).

Accompagnement des mourants et suivi de deuil

Lorsque l'on accompagne des personnes en fin de vie, il est essentiel d'avoir la conviction que le développement de l'être humain est possible jusqu'à son dernier souffle et se poursuit même au-delà de la mort. En général, la dépouille est conservée durant trois jours dans notre chambre mortuaire, où les membres de l'entourage peuvent venir la voir en tout temps. Une semaine environ après le décès, nous organisons une rencontre interdisciplinaire à laquelle participent tous les professionnels qui se sont occupés de la personne décédée.

Toutes ces démarches ont pour but de faciliter à la personne décédée le trajet qui l'attend après sa mort. Mais elles revêtent aussi une signification importante pour les différents professionnels qui ont accompagné le défunt: elles s'entendent au sens d'un rituel d'adieu qui permettent d'intégrer de manière saine des expériences souvent lourdes et douloureuses.

La medicina antroposofica è una opzione importante nella medicina e nelle cure palliative. I rimedi ben tollerati, le applicazioni esterne e l'esteso concetto di cure interdisciplinari offrono sollievo e benessere nella quasi totalità delle sintomatologie della fase terminale della vita.

Christoph von Dach

La medicina complementare e le cure palliative

La Lukas Klinik: un concetto affermato

La medicina antroposofica è nata 90 anni fa dalla collaborazione della dottoressa Ita Wegmann (1876-1943) con Rudolf Steiner (1861-1925), il fondatore dell'antroposofia. La Lukas Klinik è stata fondata nel 1963. Ne è proprietario il «Verein für Krebsforschung», il cui obiettivo principale è la preparazione e il progressivo miglioramento dell'Iscador®.

La Lukas Klinik è un ospedale acuto destinato esclusivamente al ricovero di pazienti bisognosi di cure ospedaliere. Non è un ospizio per morenti ma, per molti aspetti, lavora secondo i principi della medicina palliativa. Sino dagli inizi, la medicina antroposofica non ha inteso rappresentare una alternativa alla medicina scolastica bensì un completamento di questa. Per la sua attività medica complementare, il concetto della medicina antroposofica è riconosciuto positivamente nell'ambito della medicina scolastica acuta.

Nel quadro di uno studio del Fondo nazionale (NFP 34) si è potuto dimostrare che «la degenza curativa in un ospedale antroposofico (Lukas Klinik) può dare luogo ad un miglioramento significativo della qualità della vita». Il concetto di cura della Lukas Klinik comprende l'Uomo nella sua interezza.

Collaborazione interdisciplinare

Il concetto della medicina antroposofica in condizioni di degenza è contraddistinto da una intensa collaborazione interdisciplinare centrata su servizio medico, cure infermieristiche, fisioterapia e terapie artistiche. I medici possono perciò applicare, a complemento della medicina scolastica, un ventaglio di medicamenti e di trattamenti antroposofici. Il personale curante dispone di numerose possibilità di trattamento esterno, in particolare di frizioni ritmiche, impacchi e compresse. Anche i fisioterapisti dispongono di tecniche complementari, ad esempio del massaggio ritmico secondo Wegman/Hauschka.

L'euritmia curativa, la pittura e il modellaggio plastico terapeutico, la terapia verbale e musicale e la cromoterapia appartengono ai trattamenti di natura artistica. Il lavoro biografico rappresenta una offerta psicoterapeutica.

Alimentazione, programma giornaliero

L'alimentazione consiste in cibi vegetariani di fresca preparazione. Il pranzo e la cena vengono, di regola, consumati in comune nella mensa. La programmazione giornaliera prevede un tempo di riposo dopo il pranzo. Nelle camere

non esistono apparecchi radiofonici né televisivi, per cui i tempi del riposo sono effettivamente tali.

Misure mediche nelle cure palliative

Se necessario, si fa ricorso alla chemioterapia e ad altri trattamenti della medicina acuta, ad esempio a punture. Nel senso dell'apporto integrativo, si impiegano inoltre medicamenti ed altri rimedi della medicina antroposofica. La Lukas Klinik offre complementi efficaci nell'ambito della medicina palliativa, in primo luogo le applicazioni esterne, ossia frizioni ritmiche, impacchi e compresse.

Accompagnamento al di là della morte

In tema di accompagnamento dei malati nella fase terminale, è importante ricordare che l'impegno è possibile fino all'ultimo respiro e che esso continua anche dopo la morte. Il cadavere è composto, di regola, per tre giorni nella camera mortuaria. I congiunti possono essere presenti in continuazione. Trascorsa una settimana dal decesso, si tiene un incontro interdisciplinare al quale partecipano gli operatori di tutti i settori di cura coinvolti nei trattamenti al defunto.

Gli aspetti illustrati devono garantire alla persona deceduta un accompagnamento nel suo percorso dopo la morte. Hanno però anche un grande significato per gli accompagnatori dei diversi gruppi professionali in quanto questi rituali dell'addio aiutano ad elaborare esperienze spesso gravose.

fin de vie, la personne vit sa maladie, avec des émotions intenses dont l'anxiété, directement liée à l'angoisse de mort. La sophrologie, discipline non thérapeutique, favorise une détente physique, émotionnelle et cognitive par des techniques de relaxation et permet de diminuer l'anxiété en favorisant l'amélioration de son existence quotidienne.

Dominique Ducloux

Sophrologie et anxiété en soins palliatifs



Dominique Ducloux

Introduction

La fin de vie, suite à une maladie grave, est un processus long et difficile. Il met la personne face à des difficultés d'ordre physique et psychique, mais aussi spirituel et social. Les patients sont confrontés à l'angoisse de mort et la prise de conscience de la séparation, d'où découle tout un questionnement et cheminement. Ils nomment aussi la peur de souffrir, d'avoir des douleurs, la crainte de mourir en étouffant, de ne plus pouvoir s'exprimer, de perdre la capacité de discernement et de devenir confus.

Ensuite, surgissent d'autres peurs qui se traduisent par de l'angoisse et qui sont plus profondes puisqu'elles concernent tout ce qui touche à l'attachement. Celui-ci peut être matériel mais également familial et social. Bokar Rimpotché dit que «l'angoisse de mort vient en grande partie de l'attachement à notre vie. Nous sommes très attachés à notre corps, à notre famille, à nos enfants, à nos proches, à notre maison, à notre environnement, à nos biens. Nous comprenons que la mort va nous contraindre à nous en séparer et nous en souffrons».¹

Ainsi, cette dernière étape de la vie entraîne la famille, les amis, mais aussi les soignants à réfléchir sur la nature des relations, le sens de la vie et/ou de la mort. C'est l'heure du bilan, la dernière quête du sens de la vie, mais aussi celui de la maladie. Nous pouvons rajouter que les discours de ces personnes sont très souvent en lien avec la maladie et ceci donne l'impression qu'elles n'existent que par celle-ci. Ainsi, la conscience du corps se limite, par exemple, à la tumeur et à ses répercussions physiques.

L'anxiété est un symptôme aussi présent que celui de la douleur, en soins palliatifs. Selon le DSM III, «les troubles anxieux recouvrent aussi bien les états compulsifs ou névrose d'angoisse que les troubles phobiques, obsessionnels-compulsifs et les états de stress post-traumatiques.»²

L'anxiété habite le patient et le suit tout au long du processus avec une intensité plus ou moins variable. Les Drs Laurent Chneiweiss et Eric Albert disent que «L'anxiété est souvent une peur sans objet. C'est une forme d'inquiétude permanente, flottante qui ne se porte sur rien de précis ou sur tout à la fois: une anxiété qui ne s'accroche à rien et que tout provoque. L'anxiété est aussi une peur sans issu.»³ Ils rajoutent que «les dimensions physiques et psychiques de l'anxiété sont indissociables. Il s'agit d'un phénomène dont l'expression revêt des formes psychiques et physiques qui interagissent.»⁴ Ils précisent que «Les anxieux suivent un

certain schéma de pensées: ils se racontent à eux-mêmes une histoire en sautant d'une préoccupation à l'autre, en imaginant le plus souvent quelque terrible catastrophe ou tragédie. Mentalement les soucis s'expriment presque toujours de manière auditive plutôt que visuelle, c'est à dire, en paroles et non en images, fait qui a son importance pour la maîtrise de l'anxiété.»⁵

Les patients anxieux ont souvent beaucoup de demandes, nécessitent d'être écoutés et rassurés et souhaiteraient parfois avoir un soignant près d'eux continuellement. Selon l'intensité de la situation, le recours reste l'administration d'anxiolytiques sur prescription médicale.

La sophrologie est «une discipline permettant de développer nos capacités personnelles et d'améliorer ainsi, l'existence quotidienne de ceux qui la pratiquent».⁶ Elle a été créée par le Professeur Alfonso CAYCEDO, né en Colombie en 1932. Il s'agit d'une science de la conscience et d'un art de vivre qui consiste à créer un équilibre entre le physique, le mental et l'émotionnel. En harmonisant le corps et l'esprit, l'individu devient plus créatif, plus serein et aborde la vie avec plus de positivité.

Elle est une science créée pour le monde occidental, à partir de domaines très différents comme la médecine, la psychiatrie, la philosophie, la psychologie, le zen, le bouddhisme, l'hypnose et la relaxation. Sa pratique permet à l'individu de mobiliser les capacités de la conscience et de rechercher les valeurs qui l'habitent. L'individu portera un regard différent sur ce qu'il vit, en comprenant et analysant, différemment, les événements de sa vie. Les relations seront plus enrichissantes et plus constructives, par une meilleure connaissance de soi et donc des autres.

Les échecs avec cette méthode sont liés à la difficulté de la personne à détendre son corps par manque de concentration ou en raison de troubles cognitifs. Cette démarche comporte une double tâche et requiert une participation active du patient. Il doit suivre les instructions du soignant et en même temps, porter son attention sur les sensations physiques du corps.

Les contre-indications principales sont les états confusionnels, les troubles de la personnalité et les déficits cognitifs avancés.

Comme infirmière spécialisée, formée en sophrologie, j'interviens auprès des patients hospitalisés en soins palliatifs à la demande des équipes de soins, dans le cadre de mon activité dans l'équipe mobile d'antalgie et soins palliatifs (EMASP) du Département de Réhabilitation et Gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

L'objectif de ce travail est de mesurer si la sophrologie permet au patient de diminuer les manifestations symptomatiques, émotionnelles et/ou cognitives de l'anxiété, d'éprouver une sensation de détente corporelle et de favoriser également son développement de capacités personnelles ainsi que l'amélioration de son existence quotidienne.

Méthode

Evaluation avant la séance:

Suite à un signalement d'un patient par les équipes de soins, l'EMASP rencontre le patient pour une première consultation. Si le patient accepte de faire une séance de sophrologie, une première séance est programmée au cours de laquelle, une anamnèse précise du symptôme de l'anxiété est effectuée pour identifier :

- Les causes
- Les manifestations
- Les facteurs aggravants
- Les facteurs améliorants
- Les plaisirs et les points positifs
- Les besoins
- Et pour évaluer l'anxiété sur une Echelle Visuelle Analogique (EVA) de 0 à 10 (0/10 : symptôme absent et 10/10 symptôme maximal).

Puis les techniques de relaxation, le déroulement des séances, ce à quoi il doit être attentif au cours de l'exercice sont expliqués au patient. Je lui apprends à porter son attention sur les sensations physiques de manière globale et de prendre conscience que son corps ne vit pas que par le biais de la maladie.

Séance de sophrologie:

- La Sophronisation de base qui permet «de découvrir son corps sans tension musculaire, d'être à l'écoute des sensations corporelles agréables. C'est la séance d'entrée dans la sophrologie.»⁷
- La Sophro-mnésie senso-perceptive: «Il s'agit de vivre l'événement passé positif évoqué et fixé à travers les cinq sens, la vision, l'odorat, le goût, l'ouïe et le toucher... vivre ainsi dans son corps des situations agréables du passé que l'esprit se remémore à différents niveaux (intellectuel, physique, affectifs.)»⁸

Evaluation après la séance:

Après la séance, un dialogue s'installe entre le patient et moi durant lequel, nous répétons une EVA de l'anxiété pour comparer les scores. Un échange sur le vécu portera sur:

- les sensations corporelles et émotionnelles ressenties
- les points positifs ou négatifs de la séance
- la formulation des besoins de la personne (type de séance, rythme, etc...)

La séance dure une heure: (15 mn : entretien et l'évaluation du symptôme; 25 mn: séance de sophrologie; 20 mn: évaluation du symptôme et dialogue post-sophronique).

La fréquence des séances est d'une ou deux par semaine. Le nombre de séances est adapté selon les besoins de la personne et selon sa durée de séjour.

Réultats:

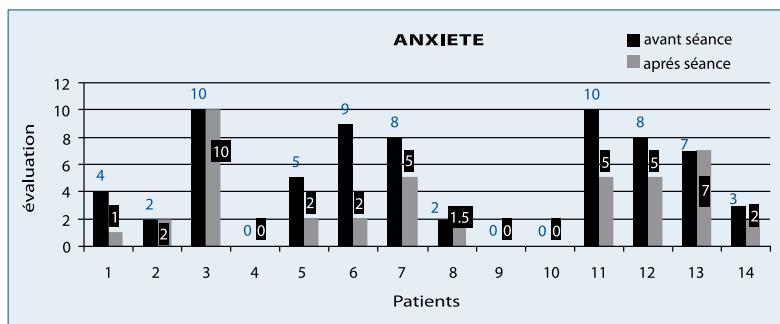
L'anamnèse de l'anxiété montre que:

- Les causes sont en lien avec la maladie (le cancer, l'évolution défavorable, la perte de l'indépendance, les symptômes...), le contexte (ne plus pouvoir gérer sa vie, les soucis administratifs, le manque en confiance en soi, l'image corporelle...), les émotions (peur, tristesse, déprime, stress), la famille (soucis pour la famille après le décès) et l'avenir (le temps qui reste à vivre, la dépendance, la déchéance physique, la peur de perdre la capacité de discernement)
- Les manifestations sont d'ordre émotionnel (énervement, tristesse, pleurs, découragement...), d'ordre physique (sensation d'oppression, tensions corporelles, dyspnée, douleurs abdominales...) et d'ordre cognitif (pensées en lien avec la mort, cogitations...)
- Les facteurs aggravants relèvent des conséquences de la maladie (dépendance, symptômes comme la douleur et la dyspnée, la peur de la mort...), des traitements en cours ou à venir (chimiothérapie...), des inquiétudes de l'avenir et selon, du contexte familial
- Les facteurs améliorants exprimés sont le soulagement des symptômes, la communication, la famille, les distractions, les entretiens de soutien effectués par les soignants. Les patients nomment aussi que les anxiolytiques et/ou les antidépresseurs permettent une meilleure gestion de leur anxiété.
- Les plaisirs et points positifs signifiés par les personnes soignées sont variables et personnels. Les identifier, leur permet de réaliser qu'elles ont des ressources, qu'elles disposent de moyens pour améliorer leur quotidien. Cette démarche présente un intérêt par rapport à l'estime de soi. Les points positifs passent par le plaisir de la lecture, de rire, d'écouter de la musique, de voir des amis, la famille, de faire quelques sorties chez soi, d'apprécier de pouvoir encore marcher et par l'image de soi (habillement, coiffure, maquillage).
- Les besoins identifiés par les patients relèvent de la connaissance (évolution de la maladie, le pronostic, le type d'examen et ses résultats...), du social (confiance en les soignants, les médecins, soutien psychologique, besoin de sortir en famille ou avec des amis), du maintien des activités de la vie quotidienne, de l'organisationnel (régler des soucis administratifs, planification des activités de soins) et du bien-être (relaxation, massage, relation d'aide, bonne gestion des symptômes).

Ces données, permettent de mieux connaître la personne soignée et d'établir des actions de soins ciblées.

Sur 14 patientes, nous constatons au cours de la première séance, que l'anxiété est diminuée après la pratique sophrologique : pour 8 personnes, le niveau d'anxiété est amélioré après la séance, pour 3 personnes, il reste inchangé et pour 2 autres personnes, il est légèrement amélioré.

Au cours du dialogue post-sophronique, les patients nomment des sensations physiques (détente et relâchement de tout le corps, chaleur, fourmillements,



Le tableau montre les évaluations faites avant et après la première séance

impression de mieux respirer). En général, les personnes âgées présentent des difficultés à les nommer. Ceci est, probablement, en lien avec l'âge et la maladie (diminution des fonctions vitales).

Les émotions identifiées relèvent du bien-être, de la joie, un apaisement, d'absence de stress et d'être plus confiant.

Au fil des suivis, les entretiens montrent la capacité des personnes, à réfléchir sur le sens de la maladie, des événements en cours et à poser un autre regard sur leur fin de vie. Cette réflexion a permis à des patientes de se sentir suffisamment à l'aise en famille, pour aborder des préoccupations en lien avec leur fin de vie, la mort et le futur de leurs proches.

Exemples:

- Mme A a exprimé que «les séances lui ont permis d'avoir suffisamment confiance en elle, pour fermer la boucle de sa vie en abordant sereinement certaines inquiétudes d'avenir avec ses proches.»
- Mme B dit «avoir pu évaluer ses capacités à faire face à ce que la vie lui imposait et à reconnaître ses ressources pour améliorer son quotidien. Elle rajoute qu'elle a petit à petit pu lâcher prise avec son passé, la manière dont elle a mené sa vie et ses culpabilités.»

Conclusion:

La sophrologie est une ressource intéressante pour les patients. Elle favorise la diminution de leur anxiété, mais celle-ci n'est pas forcément durable dans le temps. Une patiente nommait, que cette approche abaissait temporairement son niveau d'anxiété. Mais, dès qu'un nouveau symptôme apparaissait, elle se laissait envahir par la peur et des craintes pour l'avenir. Ceci nous montre que les résultats dépendent aussi de la personne, ses préoccupations, son état émotionnel du moment, ainsi que de la phase de deuil dans laquelle elle se trouve.

Les personnes soignées ont pu momentanément « vivre dans l'ici et maintenant » et pallier à l'anxiété. Le fait de se concentrer sur sa respiration, suffit à prendre conscience du vécu de l'instant présent et mettre ainsi entre parenthèses, des préoccupations.

La sophrologie est un outil adapté pour les personnes âgées en fin de vie. Elle répond non seulement au besoin de diminuer l'anxiété mais permet également à la personne soignée de cheminer durant ce temps qui reste à vivre.

Les personnes mobilisent ainsi des ressources jusqu'au bout de leur vie et réussissent, momentanément, à se décentrer de leur maladie.

La pratique régulière de cette approche complémentaire les conduit à porter un nouveau regard sur leur vie, sur les personnes qui les entourent, sur leurs émotions et leurs capacités à faire face à la maladie et aux événements en cours.

En lien avec les objectifs de la sophrologie, nous pouvons dire que le vécu de la personne soignée montre le développement de la pensée positive, l'apprentissage à vivre dans l'ici et maintenant et une harmonisation de l'Etre au niveau physique, émotionnel et cognitif; ainsi, plus de sérénité et plus d'apaisement.

Correspondance:

Dominique Ducloux

Infirmière Spécialisée en Soins Infirmiers à la Personne Agée

Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs (EMASP)

Dpt de Réhabilitation et Gériatrie / CESCO

11, ch.de la Savonnière,

12 45 Collonge-Bellerive

e-mail : mobile.equipe@hcuge.ch

1 Bokar Rimpotché, Mort et Art de mourir dans le bouddhisme tibétain, Ed Claire Lumière, Vernègues, 1989, page 43

2 P. PICHOT, 1987, page 8

3 Dr Laurent CHNEIWEISS, Dr Eric ALBERT, 1990, page 20

4 Dr Laurent CHNEIWEISS, Dr Eric ALBERT, 2003, page 20

5 Daniel GOLEMAN, 1997, page 106

6 Dr. P-A CHENE, 2001, page 16

7 Docteur Patrick-André CHENE, Initiation à la Sophrologie Caycéienne, Ed Ellébore, Paris 200, page 73

8 Docteur Patrick-André CHENE, Initiation à la Sophrologie Caycéienne, Ed Ellébore, Paris 200, page 128

An einer schweren Krankheit zu sterben, ist ein langer und schwieriger Prozess. Die Schwierigkeiten sind körperlicher und psychischer, aber auch spiritueller und sozialer Art. Patienten haben sich mit der Angst vor dem Tod auseinanderzusetzen und werden sich bewusst, dass sie sich von ihren Lieben verabschieden müssen.

Dominique Ducloux

Sophrologie und Angst in der Palliative Care

(Zusammenfassung)

Die Bewältigung und Auseinandersetzung mit einer unheilbaren, schweren Krankheit wirft viele Fragen auf und löst Ängste aus: etwa Angst vor dem Leiden, Angst vor den Schmerzen, Angst erstickt zu müssen oder sich nicht mehr ausdrücken zu können, Angst dement und verwirrt zu werden.

Diesen Ängsten können weitere Beklemmungen folgen, die sogar noch tiefer gehen, weil sie all das betreffen, woran wir uns in diesem Leben gebunden haben, seien es materielle Dinge, seien es die Beziehungen zur Familie und zum weiteren Umfeld.

Angst ist ein Symptom, das in der Palliative Care so präsent ist wie der Schmerz und das den Patienten den ganzen Sterbeprozess hindurch mit stärkerer oder geringerer Intensität begleitet. Ängstliche Patienten haben oft

zahlreiche Fragen. Sie brauchen jemanden, der ihnen zuhört, sie beruhigt, und manchmal möchten sie eine Pflegeperson ständig bei sich haben. Wenn die Angst überbordet, kann man auf ärztliche Verschreibung hin auch auf angstlösende Medikamente zurückgreifen.

Die «Sophrologie» ist eine «Wissenschaft vom Bewusstsein» und zugleich eine Lebenskunst, die westliche und östliche Elemente verbindet. Ziel ist, ein Gleichgewicht zwischen körperlichen, mentalen und emotionalen Aspekten herzustellen. Wenn Körper und Geist harmonieren, wird der Mensch kreativer, gelassener und positiver dem Leben gegenüber. Sophrologie lindert Angst und schenkt dem Patienten das nötige Vertrauen, um mit seinen Angehörigen über sein nahes Ende sprechen zu können. Wer diese Komplementärtherapie regelmäßig anwendet, gewinnt einen neuen Blick auf sein Leben, die Menschen in seiner Umgebung, seine Emotionen und seine Möglichkeiten, mit der Krankheit und den kommenden Ereignissen umzugehen.

Sophrologie ist ein geeignetes Instrument für ältere Menschen am Lebensende. Sie deckt nicht nur das Bedürfnis nach Angstlinderung ab, sondern erlaubt den pflegebedürftigen Patienten auch, den beschwerlichen Weg bis zum Ende mit mehr Gelassenheit zu gehen. So können die Patienten ihre Ressourcen bis zuletzt mobilisieren und wenigstens zeitweise von ihrer Krankheit Abstand nehmen.

La fine della vita, a seguito di una malattia grave, è un processo lungo e difficile. Confronta la persona con le sue difficoltà d'ordine fisico e psichico, ma anche spirituale e sociale. I pazienti sono confrontati all'angoscia della morte e alla presa di coscienza della separazione.

Dominique Ducloux

Sofrologia e ansia nelle cure palliative

(Riassunto)

Ciò li conduce a porsi delle domande e ad affrontare un percorso personale. Loro stessi nominano anche la paura di soffrire, di avere dei dolori, di morire soffocati, di non potersi più esprimere, di perdere la capacità di discernimento e di diventare confusi.

In seguito, sorgono delle altre paure che si esprimono con l'angoscia e che sono più profonde poiché interessano tutto quanto riguarda l'attaccamento. Quest'ultimo può essere materiale, ma anche familiare e sociale.

L'ansia abita la persona curata e la segue durante tutto il processo con un'intensità più o meno variabile. I pazienti ansiosi hanno spesso molte domande e necessitano di essere ascoltati, rassicurati e qualche volta gradirebbero

avere un curante vicino in modo continuo. A dipendenza dell'intensità della situazione, il rimedio si limita alla somministrazione di ansiolitici su prescrizione medica.

Dunque, la sofrologia, scienza della coscienza e di un'arte di vivere, consiste a creare un equilibrio tra la parte fisica, quella mentale ed emozionale. Armonizzando il corpo e lo spirito, l'individuo diventa più creativo, più sereno ed affronta la vita con maggiore positività. La sua pratica comporta una diminuzione del livello d'ansia e porta il paziente ad essere più fiducioso nell'avvicinarsi alla fine della vita con i suoi famigliari. La pratica regolare di questa attività complementare conduce il paziente ad avere un nuovo sguardo sulla sua vita, sulle persone che gli sono accanto, sulle sue emozioni e sulle sue capacità ad affrontare la malattia e gli avvenimenti in corso.

La sofrologia è uno strumento adatto per le persone anziane in fin di vita. Risponde non solamente ad un bisogno di diminuire l'ansia, ma permette anche alla persona curata di fare un percorso durante il tempo che le resta di vivere. Le persone mobilitano, in tal modo, delle risorse fino alla fine della loro vita e riescono, almeno per un momento, a decentrarsi dalla loro malattia.

«Un animal familier est un îlot de bon sens dans ce qui semble être un monde insensé. Dans la relation d'une personne avec son animal, l'amitié conserve ses valeurs traditionnelles. Qu'il s'agisse d'un chien, d'un chat, d'un oiseau, d'une tortue, ou de tout autre espèce, nous pouvons compter sur le fait que notre animal sera toujours un ami fidèle, intime, non compétitif — sans se soucier du bon ou du mauvais sort que la vie nous réserve.»

Dr B.Levinson

Dr. D. Anwar^I, H. Tesauri^{II}, P. Bianchi^{II}

Zoothérapie et soins palliatifs: l'expérience d'une Unité de Soins Palliatifs



Dr. D.Anwar

Introduction

La reconnaissance de l'animal «social» et du lien étroit tissé entre l'être humain et l'animal n'est de loin pas récente, les premières données remontant à l'Egypte Ancienne. L'importance de la zoothérapie a été rapportée pour la première fois au milieu du 19ème siècle par F. Nightingale, une infirmière qui l'utilisait pendant la guerre de Crimée afin de réconforter les soldats blessés et diminuer leur anxiété. Mais c'est le psychiatre Levinson¹ qui est considéré comme le père de la zoothérapie: il a introduit un animal dans sa pratique de psychothérapeute pour enfants, en se basant sur les théories de Freud. C'est à partir des années 80, suite à un article de Friedman décrivant les bénéfices en terme qualité et rapidité de convalescence au sortir d'un service de soins intensifs coronariens chez les propriétaires d'animaux², que le corps médical a réellement développé un intérêt pour ce sujet. Actuellement, la zoothérapie est une pratique largement utilisée aux USA et au Canada depuis plus de vingt ans et de plus en plus reconnue en Europe.

Notre but est de revoir les indications de la zoothérapie et de relater l'expérience pionnière qui est conduite dans notre Unité de Soins Palliatifs (USP).

On ne peut également faire l'impasse dans cet article sur l'hygiène hospitalière face aux zoonoses, sur le rapport de l'animal à la mort, la notion d'animal accompagnant/anticipant les manifestations de certaines maladies chroniques, et sur la détection par l'animal d'atteintes oncologiques.

Définitions/objectifs

La zoothérapie est définie comme une méthode d'intervention basée sur la relation particulière que l'homme a développée avec l'animal et a pour but d'améliorer la santé mentale et/ou physique d'une personne, ou tout simplement sa

qualité de vie³. L'objectif de cette méthode peut ainsi être thérapeutique mais aussi préventif ou pédagogique. Dans chaque contexte, l'idée consiste à amener l'animal dans l'environnement de la personne ciblée afin de faciliter le lien entre celle-ci et l'intervenant, ce qui permet d'atteindre plus rapidement l'objectif fixé.

La zoothérapie englobe deux disciplines principales: TAA (thérapie assistée par l'animal): auxiliaire des thérapies conventionnelles, c'est une technique d'intervention faisant appel à l'animal qui joue le rôle d'intermédiaire entre le zoothérapeute et la personne dans le besoin. On l'utilise par exemple auprès de personnes âgées, de patients présentant des pathologies psychiatriques ou auprès de personnes handicapées physiques ou mentales; elle peut aussi être utile dans des situations de délinquance juvénile ou en milieu carcéral. Les psychothérapies de type analytique ou cognitivo-comportementale sont particulièrement adaptées à l'introduction d'un animal. Les physiothérapies utilisant l'animal, telles que la delphinothérapie (thérapie par le dauphin) ou l'hippothérapie (thérapie par le cheval) apportent une motivation supplémentaire amenant le patient à se surpasser. AAA (activités assistées par l'animal): elles permettent d'augmenter la motivation et la participation aux loisirs éducatifs et récréatifs. L'animal encourage à être actif, par des activités sportives en sa compagnie, mais aussi par les soins qu'il nécessite.

Bénéfices de la zoothérapie

Une analyse de 194 publications par le psychologue zoothérapeute R.Lehotkay en 2005 met en évidence 80 % de résultats positifs: expression d'affection, sentiment d'acceptation, développement des interactions sociales, diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression et développement de l'estime de soi. Quelques études, certaines contrôlées, mais toujours de petite taille, ont montré des bénéfices objectifs dans les domaines de la psychiatrie et de la cardiologie. Parmi ces études, un essai clinique effectué en EMS psycho-gériatrique pendant un an sur vingt patients assignés soit à un groupe zoothérapie, soit à un groupe contrôle, a mis en évidence un meilleur fonctionnement social dans le groupe zoothérapie sur toute la durée de l'étude⁴. Une autre étude portant sur 10 patients a démontré que la zoothérapie permettait d'augmenter les interactions verbales et non verbales entre les patients⁵. Enfin, une dernière étude a démontré que la zoothérapie diminuait l'anxiété chez des patients présentant une atteinte psychiatrique⁶. Des études ont évalué l'effet de la zoothérapie sur la pression artérielle, en particulier lors d'un stress^{7,8}.

L'expérience de zoothérapie de l'USP d'Aubonne

Le centre de zoothérapie de Bursins est fonctionnel depuis 2003, avec des interventions au sein de divers établissements (EMS, centres aérés, foyers pour personnes

I Médecin-chef, Unité de Soins palliatifs d'Aubonne, Ensemble Hospitalier de la Côte

II Zoothérapeute/travailleuse sociale (HT), zoothérapeute/psychologue (PB), Bursins

souffrant de divers handicaps). En 2005, à l'aide de fonds privés, la zoothérapie est introduite dans l'USP d'Aubonne, une unité de 14 lits située dans un CTR généraliste. Les animaux de compagnie des patients sont bien entendu bienvenus en visite. Les zoothérapeutes, déjà porteurs d'une formation dans le domaine de la santé ou social, bénéficient d'une formation spécialisée et sont les propriétaires des animaux. Avant de pouvoir travailler, un animal demande au moins deux ans de dressage: sont évaluées ses capacités à obéir, ses envies d'interactions et ses réactions face à des comportements inhabituels. Des mises en situation avec des malades factices sont effectuées. Tous les animaux ne seront pas adaptés à cette activité comme par exemple le chat, plus imprévisible. Par contre, certains animaux qui n'étaient à priori pas destinés à cette approche, ont démontré tant de potentiel qu'ils sont employés de façon régulière.

Deux fois par semaine, un(e) zoothérapeute vient dans l'USP en compagnie d'une partie des animaux (chiens, lapins, tourterelles). Il (elle) propose à chaque patient susceptible d'en bénéficier la visite d'un animal, en fonction de ses préférences. La durée de l'intervention est variable, et chacune est unique dans le sens où les échanges dépendront de la situation actuelle globale du patient et de son expérience passée. Il peut s'agir d'une visite unique ou d'une série de visites. L'animal se tient généralement très près du patient, blotti contre lui avec une douceur qui détonne parfois avec le comportement habituel de certains des chiens, de nature très joyeux et dynamiques.

A la fin de l'activité, une fiche de données est remplie par le zoothérapeute, puis les animaux partent pour aller généralement faire de longues promenades. Chaque animal a droit à une période de repos après ses interventions.

Depuis 2005, 690 visites ont été effectuées chez 421 patients, ce qui correspond globalement à 1920 heures d'activités. Pour nous, le bénéfice de ces interventions est évident, non seulement auprès du patient, mais aussi de son entourage et des membres de l'équipe interdisciplinaire. Nous avons choisi à dessein de ne pas objectiver les résultats obtenus, en employant par exemple des questionnaires ou échelles d'évaluation, d'une part parce qu'il est difficile de pratiquer une médecine «basée sur les preuves» dans ce type d'approche, mais aussi afin de préserver une grande souplesse et informalité dans cette phase d'introduction. Nous nous contenterons de citer trois anecdotes:

Mme K, 70 ans, diagnostic de carcinome bronchiolo-alvéolaire et de maladie d'Alzheimer. Présentait des crises de dyspnée difficiles à gérer. Dès qu'on lui annonçait l'arrivée de Zoé, la chienne Leonberg croisé, elle attendait dans le couloir afin d'être sûre de ne pas la manquer. Elle vivait les séances comme une accalmie dans ses maladies qu'elle appelait ses démons. A la fin de la séance, elle repartait dans ses crises respiratoires et son errance.

M.S., âge inavouable (selon lui), diagnostic de cancer colique. Il souffrait psychologiquement de ne pouvoir

retourner dans son chalet, et prenait le temps de parler avec Taïga, la petite chienne bâtarde, de sa maison, d'une date de retour. Un jour il dit discrètement à l'oreille du zoothérapeute: «je sais que je rentrerai plus mais je ne peux pas mentir à cette petite chienne, elle ...elle sait me croire...».

M.M., 78 ans, diagnostic de cancer pulmonaire, passait ses journées sur le canapé du salon, le visage fermé, et les interactions avec les soignants étaient quasi impossibles. Pendant la première visite de Zoë, qui était venue se blottir contre lui, il a souri et lui a parlé longuement à voix basse. Depuis, il a progressivement accepté et apprécié les échanges avec les soignants.

L'importance de l'hygiène hospitalière

Bien que les effets positifs de la présence des animaux surpassent largement les inconvénients et que les cas de transmission de maladies transmises soient peu fréquents, il y a tout de même certaines précautions à prendre⁹. Notre Unité est ainsi séparée du reste du CTR, un drap est mis en place si l'animal grimpe sur le lit, le zoothérapeute se désinfecte les mains puis les passe sur le pelage de l'animal après chaque visite. L'animal bénéficie de soins adéquats du pelage et de la dentition. Une collaboration étroite est en place avec le vétérinaire cantonal: recensement centralisé, contrôles 5 à 9 fois/an, recherche de lésions cutanées, de parasites, frottis nasal à la recherche de MRSA ou autres pathogènes selon la situation épidémiologique, traitements antihelminthiques et contre les puces et les tiques.

Utilité dans la prise en charge du diabète et de l'épilepsie

Certains animaux peuvent détecter précocement des hypoglycémies et prévenir le patient ou son entourage¹⁰. D'autres sont entraînés à assister un patient épileptique pendant ou après la crise; certains peuvent même prévenir leur maître de quelques secondes à 45 minutes avant la crise¹¹. On imagine que ces facultés sont liées soit à une modification des odeurs corporelles en lien avec l'installation de l'hypoglycémie ou de l'arrivée imminente de la crise épileptique, soit à la perception de minimes modifications du comportement.

Un animal peut-il détecter une atteinte oncologique?

Des articles, source d'une vive polémique, ont paru dans des journaux médicaux renommés comme le Lancet; l'un d'eux relate la détection de tumeurs cutanées sur des patients¹², ainsi que l'aptitude de certains animaux à détecter une atteinte oncologique en reniflant des échantillons d'urine ou d'haleine. Une étude conduite par Willis¹³ rapporte une détection de cancer de la vessie en reniflant des échantillons d'urine dans 41 % des cas comparé à 14 % liés au hasard pur. Cette étude décrit également la surprenante détection par les chiens d'un cancer du rein chez une personne du groupe témoin. On se retrouve dans un contexte identique à celui de la lutte

anti-drogue ou du déminage et on se rappelle que les chiens sont à même de détecter des substances chimiques de 1/10000 à 1/100000^{ème} par rapport à l'humain, et de les isoler par rapport à d'autres odeurs. L'hypothèse retenue actuellement est que certaines tumeurs exsuderaient du formaldehyde, des alkanes ou des dérivés de benzène.

Un animal peut-il prédire la mort d'une personne?

«A day in the life of Oscar the Cat»: cet article atypique paru l'an passé dans le prestigieux NEJM¹⁴ décrit la capacité d'un chat vivant dans un EMS psycho-gériatrique à prédire la mort proche des résidents en s'installant sur leur lit et en y restant jusqu'au moment du décès. Il est difficile de prouver cette capacité, mais les réactions des animaux de zoothérapie confrontés à la mort très proche sont

troublantes: parfois un chant inhabituel de la tourterelle, un refus des chiens d'entrer dans la chambre ou de manger le soir même de la visite à une personne qui est en toute fin de vie semblent confirmer cette extrême sensibilité.

Conclusions

A l'heure actuelle, la zoothérapie est une approche intéressante, en particulier dans le domaine des soins palliatifs. Les bénéfices des interactions entre humains et animaux sont de plus en plus décrits dans divers domaines et méritent, même s'ils soulèvent parfois la polémique, le maintien de l'intérêt qui leur est porté.

Références

- Levinson BM. The dog as a «co-therapist». *Ment Hyg* 1962; 46:59-65
- Friedmann E, Katcher AH, Lynch JJ, Thomas SA. Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Rep* 1980; 95 (4):307-312
- www.zoothérapie.ch
- Barak Y, Savorai O, Mavashev S, Beni A. Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one-year controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9 (4):439-42
- Hall PL, Malpus Z. Pets as therapy: effects on social interaction in long-stay psychiatry. *Br J Nurs* 2000; 9 (21): 2220-5
- Barker SB, Dawson KS. The effects of animal-assisted therapy on anxiety rating of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1998; 49(6):797-801
- Allen K, Shykoff BE, Izzo J. Pet ownership, but not ace inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. *Hypertension* 2001; 3 8(4):815-20
- McNicholas J, Gilbey A, Rennie A, Ahmedzai S, Dono JA, Ormerod E. Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *BMJ* 2005; 331(7527):1252-4
- Brodie SJ, Biley FC, Shewring M. An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in healthcare settings. *J Clin Nurs* 2002; 11(4):444-56
- Tauveron I, Delcourt I, Desbiez F, Somada F, Thiébaut P. Canine detection of hypoglycaemic episodes whilst driving. *Diabet Med* 2006; 23(3):335
- Dalziel DJ, Uthman BM, McGorray SP, Reep RL. Seizure-alert dogs: a review and preliminary study. *Seizure* 2003; 12(2):115-20
- Church J, Williams H. Another sniffer dog for the clinic? *Lancet*. 2001;358(9285):930
- Willis CM, Church SM, Guest CM et al. Olfactory detection of human bladder cancer by dogs: proof of principle study. *BMJ*. 2004; 329(7468):712
- Dosa M. A day in the life of Oscar the Cat. *NEJM* 2007; 357 (4), 328-9

Correspondance:

Dr. Dominique Anwar

Médecin-chef

Unité de Soins palliatifs d'Aubonne

Ensemble Hospitalier de la Côte

CH- 1170 Aubonne

dominique.anwar@ehc.vd.ch

Inserat

Kantonsspital St.Gallen

Psychosomatik

Im Unternehmen Kantonsspital St.Gallen werden Menschen fachkompetent und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt, gepflegt und beraten.

Kantonsspital St.Gallen – ein Unternehmen, drei Spitäler.
St.Gallen Rorschach Flawil

Die bisherige Stelleninhaberin wird pensioniert, deshalb suchen wir per 1. Oktober 2008 oder nach Vereinbarung eine/n

Psychologische/n Psychotherapeuten/in 50%

mit abgeschlossener Psychotherapieausbildung (verhaltenstherapeutischer und/oder systemischer Ausrichtung). Sie werden mit der selbständigen Durchführung von psychotherapeutischen Einzelbetreuungen im stationären und ambulanten Rahmen sowie von verhaltenstherapeutischen Gruppentherapiesitzungen beauftragt.

Das Palliativzentrum ist eine interdisziplinäre Institution des Kantonsspital St.Gallen. Es betreibt im Spital Flawil eine Bettenstation für Palliativ Care und chronische Schmerzen sowie in St.Gallen eine Schmerzambulanz und eine Gruppentherapie für Schmerzpatienten (Interdisziplinäres Schmerzmanagementprogramm). Zur Betreuung und Behandlung wird ein multimodales Gesamtkonzept eingesetzt. Das multiprofessionelle Team besteht aus Ärzten, Physiotherapeuten/innen, Ernährungsberater/innen, Ergotherapeuten/innen und Pflegefachpersonen.

Anforderungen

Abgeschlossenes Studium in klinischer Psychologie und abgeschlossene Ausbildung zur Psychotherapeuten/fin. Erfahrungen und/oder Ausbildung in Gruppentherapie. Nach Möglichkeit Erfahrung bei der Behandlung von Patienten mit lang dauernden Schmerzstörungen und klinische Erfahrung im Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen. Bereitschaft und Interesse in einem interdisziplinären Team an zwei Arbeitsorten zu arbeiten und die Konzeptentwicklung mit zu beeinflussen. Die/der Psychotherapeut/in ist fachlich und administrativ dem Fachbereich Psychosomatik unterstellt. Die Tätigkeit wird im Fachbereich Palliativzentrum im Spital Flawil und im Kantonsspital St.Gallen ausgeführt.

Für weitere Informationen stehen Ihnen Herr Dr. med. Urs Stillhard, Fachbereichsleiter Psychosomatik, und Dr. med. Steffen Eychmüller, Fachbereichsleiter Palliativzentrum, Tel. 071 494 11 11, gerne zur Verfügung.

Ihre komplette Bewerbung senden Sie bitte unter Angabe der Ref. 0355D per E-Mail an personaldienst@kssg.ch oder per Post an

Kantonsspital St.Gallen, Personaldienst, Frau Patricia Kunz
Rorschacherstrasse 95, 9007 St.Gallen

www.kssg.ch

Zootherapie gründet auf der besonderen Beziehung, die ein Mensch zu einem Tier entwickelt hat.. Sie hat zum Ziel, die geistige oder körperliche Gesundheit eines Menschen oder auch einfach dessen Lebensqualität zu verbessern.

Dr. D. Anwar, H. Tesauri, P. Bianchi

Zootherapie und Palliative Care – Erfahrungen aus einer Palliativstation

(Zusammenfassung)

Zootherapie stösst auf wachsendes Interesse und hat sich in zahlreichen Bereichen des Gesundheitswesens wie etwa bei der Behandlung alter Menschen, bei Patienten mit psychiatrischen Pathologien oder bei körperlich oder geistig

behinderten Personen bewährt. Der Artikel beschreibt die unseres Wissens erste Anwendung dieses Ansatzes in einer schweizerischen Palliativstation. Nach dreijähriger Erfahrung sind wir vom Nutzen der Zootherapie in diesem Bereich weiterhin überzeugt. Dieser betrifft nicht nur den Patienten, sondern auch dessen Angehörige und das Pflegeteam. Auch der Respekt vor dem Tier ist ein wichtiger Bestandteil dieses Ansatzes.

Weiter geben wir eine Übersicht über Themen, die mit der Zootherapie insofern zusammenhängen als sie ebenfalls die eminente Rolle der Mensch/Tier-Beziehung aufzeigen und in der medizinischen Literatur in letzter Zeit grosse Beachtung gefunden haben: so können Tiere offenbar das Auftreten gewisser chronischer Erkrankungen begleiten oder antizipieren, Tumoren entdecken oder gar den nahen Tod einer kranken Person voraussagen.

La zooterapia è un metodo d'intervento basato sulla relazione particolare che l'uomo ha sviluppato con l'animale e che ha come obiettivo quello di migliorare la salute mentale e/o fisica di una persona, o più semplicemente la sua qualità di vita.

D. Anwar, H.Tesauri, P. Bianchi

Zooterapia e cure palliative: l'esperienza di una Unità di Cure Palliative

(Riassunto)

Questo approccio suscita sempre maggiore interesse e viene impiegato in numerosi ambiti della salute: presa a carico di persone anziane, di pazienti affetti da patologie

psichiatriche o di persone con handicap fisico o mentale. Descriviamo qui la prima applicazione in Svizzera, a nostra conoscenza, di questo approccio in un'unità di cure palliative. Dopo tre anni siamo tuttora convinti dell'utilità della zooterapia in questo ambito, con dei benefici per il paziente, ma anche per il suo entourage e per i curanti. Il rispetto dell'animale in questo approccio è pure un elemento importante.

D'altra parte abbiamo voluto fare una revisione di temi legati indirettamente, ma che riprendono l'importanza dei rapporti tra l'essere umano e l'animale e che recentemente hanno fatto parecchio rumore nella letteratura medica: l'animale che accompagna/anticipa le manifestazioni di certe malattie croniche, che rivelava delle manifestazioni oncologiche, che predice il prossimo decesso di una persona ammalata.

Wer kennt in seinem Leben nicht Musik als Ausdrucksform, sei es als Kleinkind, als Jugendlicher auf Identitätssuche oder als Erwachsener, um sich gute Laune oder einen schönen Moment zu verschaffen. An keiner Hochzeit oder Beerdigung darf Musik fehlen. Sie berührt Menschen ganz direkt in ihrem Inneren. Sie geht unter die Haut, kann trösten, entspannen, begleiten, anregen und verbinden.

Corinne Jacob

Musik berührt mehr als alle Worte – Musiktherapie als komplementäre Behandlung



Corinne Jacob

Aus diesen offenkundigen Qualitäten der Musik leitet sich ganz von selbst die Idee ab, Menschen musikalisch zu begreifen und so ihren psychischen Zustand zu verändern.

In einem Zweierzimmer traf ich bei meiner Arbeit als Musiktherapeutin auf eine schwerkrankte Frau, kurz vor ihrem Tod. Sie war des Leidens so überdrüssig, dass sie sich läufige Ländlermusik wünschte, die sie «aufstelle». Nach dem ersten Stück wollte sie aufsitzen. Beim zweiten bot ich ihr eine Rassel an, um mitzuspielen. Ihre Nachbarin richtete sich dann auch auf und streckte lachend die Hand nach einem Instrument aus. Nach den Ländlern kamen Rumba und Samba mit Tamburinen und Kastagnetten begleitet. Unglaublich, woher diese Patientin plötzlich diese Energie fand. «Wir hatten Disco im Spital», erklärten die beiden Damen beim anschliessenden Arztbesuch.

Dieses Beispiel aus der Praxis zeigt, wie Musik Unerwartetes, Unvorstellbares und Ungeahntes hervorbringen kann. Es ist die Musik selbst, ihre Vielfalt und ihre Vielschichtigkeit, die ein einzigartiges Potenzial beinhaltet, um auf Menschen zuzugehen. Palliative Care betrifft Patienten aller Altersgruppen, unterschiedlichster Herkunft und mit verschiedenen Grundkrankheiten. Musiktherapie kann sich in all diese Gegebenheiten einfügen. Sie kann sowohl im Spitalalltag als auch zuhause beim Patienten Anwendung finden.

Methoden

In der Musiktherapie wird meistens die Musik gehört, die sich der Patient wünscht. Dann werden aber auch auf verschiedenen Instrumenten selber Geräusche und Töne erzeugt, die auszudrücken vermögen, was Worte oft nicht sagen können. Sicher hat jede Musik eine ihr eigene Tendenz in der Wirkung, jedoch hängt diese stark von den Erfahrungen und dem momentanen Befinden des Zuhörers ab sowie den Assoziationen, die mit einer bestimmten Musik oder dem Klang eines bestimmten Instruments verbunden sind. Ein langsames Stück z.B. ist nicht einfach beruhigend. Für einen aufgeregten Menschen wirkt es eher störend als entspannend. Auch Affinitäten zu verschiedenen Klängen spielen eine Rolle. Deshalb ist es wichtig, mit gezielten Fragen nach einer Musik zu suchen, die für die Person und ihre augenblickliche Situation «richtig» ist,

und ein breites Angebot an Klangobjekten und Musikinstrumenten zur Verfügung zu stellen, aus dem die Patienten intuitiv das für sie Passende auswählen können.

Melodien und Worte von Liedern schaffen oft einen Bezug zur Lebensgeschichte. Sie erinnern an Menschen, an ganz bestimmte Orte oder Zeiten, an eine Lehrperson oder einen Verwandten, an glückliche Erlebnisse oder eine verflossene Liebe und vieles mehr. Singen oder Hören von Altbekanntem im Hier und Jetzt, ja nur schon der Klang einer Stimme kann Schleusen öffnen zu bislang Unaussprechbarem, vielfach auch Schmerhaftem.

Vorgehen

Während der Besuch eines Psychologen bei vielen Menschen das Gefühl auslöst, psychisch krank oder «verrückt» zu sein, begegne ich ihnen als Musiktherapeutin mit einem neutralen Mittel, meiner Plattensammlung, aus der sie sich das nehmen können, was für sie möglich ist. Ich erkläre ihnen mein Kommen mit dem Hinweis, dass in einem kranken Körper auch die Seele leidet und das Behandlungsteam es sich zur Aufgabe gemacht hat, den Menschen als Ganzen zu betreuen. Die Musik soll zunächst vom Krankheitsgeschehen weglenken und angenehme Momente ermöglichen, in denen die Seele mit etwas Anderem genährt wird. Meine Einstiegsfrage lautet oft: «Wenn Sie jetzt so in sich hinein hören, wie tönt es da drin?» Die meisten Patienten wissen auf diese aussergewöhnliche Frage sehr schnell eine Antwort: Es «schreit», «weint», «hämmert», oder es ist ein «schneidend Ton», ein «dumpfes Grollen» zu spüren. Wenn die Situation des Patienten es erlaubt, versuchen wir mit Hilfe der mitgebrachten Klangobjekte, dieses Gefühl hörbar zu machen. Kann auf diese Weise kein Zugang gefunden werden, frage ich genau nach den Wünschen. In den meisten Fällen findet sich etwas Pas sendes.

Als Nächstes gilt es meistens mit dem Zimmernachbarn zu klären, ob er bereit wäre, uns einen Moment lang allein zu lassen, oder ob ihm der Musikwunsch auch passt. Ich biete in der Regel Stücke an, die nur wenige Minuten dauern. Wir hören sie zusammen an und sprechen, wenn es sich ergibt, erst nachher darüber. Oft fliessen schon nach ein paar Sekunden Tränen, die ich mit non-verbaler Kommunikation willkommen heisse und die manchmal während des Stücks wieder versiegen. Hie und da muss ich mich dann auch um den Zimmernachbarn kümmern, was die Situation erheblich erschwert, nur schon deshalb, weil ich für ihn kein Mandat habe. Hier ergeben sich jedoch auch wunderbare Interaktionen, in denen sich Patienten gegenseitig stärken und sich schon auf einen weiteren, gemeinsamen Musiktherapie-Termin freuen. Obwohl die meisten Patienten im Fernsehen regelmässig Musik konsumieren, bin ich immer wieder erstaunt, in welchem Ausmass diese bewusst ausgewählten und gemeinsam angehörten Stücke berühren. Solche Momente führen vielfach zu spontanen Äusserungen wie: «Ich sah mich wieder tanzen mit meinem verstorbenen Mann, ob er mich ho-

len kommen wird?» Damit sind wir mitten in einem ganz wichtigen, persönlichen Thema, das sonst vielleicht nie angesprochen würde.

Betroffen von schwerer fortschreitender Krankheit und wiederkehrenden Beschwerden möchten viele Kranke auch einfach einen Moment der Entspannung erleben. Das gelingt mittels Anleitung zum bewussten Atmen. Wir atmen im Gleichtakt, und ich beginne, meine Luft in gesummierten Tönen rauszulassen, die in einen improvisierten Gesang ohne Worte übergehen können. Ich begleite auf diese Weise die Person ganz nah, unser Kontakt hat etwas von einer Berührung. Im Wissen, dass solche Nähe auch bedrohlich sein kann, beobachte ich sorgfältig, wie die Person meinen Gesang aufnimmt. Kleinsten Anspannungen in ihrem Gesicht können mich dazu bringen, leiser zu singen oder inne zu halten. Manchmal spiele ich begleitend auf dem Monochord, einem Resonanzkörper, auf dem rund 30 Saiten im gleichen Ton erklingen, wenn man mit dem Finger darüber fährt. Wird das Instrument beidhändig gespielt, entsteht ein weicher, andauernder Gleichklang mit gut hörbaren, schwingenden Obertönen, den man nach Belieben mit gesungenen Melodien bereichern kann. Diese Musik wirkt in den meisten Fällen – manchmal auch bei verwirrten Patienten – sehr beruhigend, angstlösend und entspannend.

Sind Familienangehörige zu Besuch, werden sie, falls dies von allen Seiten erwünscht ist, einbezogen. Öfters ergibt sich dann das Thema «Gemeinsam Abschied nehmen». Es gibt manchmal noch wichtige Dinge zu sagen, die dank den Emotionen, die die Musik weckt, leichter mitgeteilt werden können. Hier und da fragen ganze Familien nach gemeinsamen Musiktherapie-Sitzungen. Ich erinnere mich an einen Mann, den ich noch mehrere Male besuchte, als er schon im Koma lag. Ich sang für ihn und spielte Monochord. Immer war seine Frau dabei. Diese Momente gaben ihr Kraft, um die schwere Zeit auszuhalten. Einmal sass sie an ihre beste Freundin gelehnt im Nachbarbett. Beide hörten still zu. Monate später traf ich sie zufällig und sie sagte mir, dieser «wunderschöne» Moment würde ihr immer in Erinnerung bleiben und enorm bei der Trauerarbeit helfen. Musik kann manchmal mehr bewirken als alle lieb gemeinten Worte.

Indikationen

Musiktherapie in Palliative Care ist indiziert bei:

- schwieriger Krankheitsverarbeitung
- Angst- und Verwirrungszuständen
- komplexen Schmerzproblemen
- Rückzug, Trauer, Wut, Aggression
- Schlafstörungen
- Verwirrtheit/Koma
- Trauer

Als weitere Indikation verspüre ich oft den Wunsch des Teams oder der Familie, noch «etwas für den sterbenden Patienten zu tun».

Voraussetzungen

Auch wenn die therapeutische Anwendung von Musik bei psychischen Leiden naheliegend scheint, ist die Musiktherapie noch nicht ins Gesundheitssystem integriert. Sie wird in der Grundversicherung nach Tarif A nur in speziellen psychiatrischen Institutionen übernommen, die mit staatlichen Geldern subventioniert sind. Leider gibt es auch nur wenige Zusatzversicherungen, die ihren Versicherten Behandlungen rückerstatteten. In der Gesellschaft ist die Musiktherapie immer noch zu wenig bekannt und als non-verbale Methode auch nicht in drei Worten zu erklären. Vermutlich macht ihre Unmittelbarkeit unbewusst auch Angst: Geschieht da nicht etwas Unkontrollierbares, etwas allzu Persönliches, das auch stören könnte? Das Misstrauen ist gross. Es äussert sich in Kommentaren wie: «Das tönte ja schrecklich durch die Tür, wie ich am Musiktherapiesaal vorbeiging. Soll denn diese Kakophonie gut sein für unsere Patienten?» Oder eine Bemerkung nach meinem Vortrag über Musiktherapie: «Das war sehr interessant, mit Ihnen kann man ja normal reden. Sie sind gar nicht so esoterisch abgehoben.»

In der Schweiz haben Musiktherapeuten in den meisten Fällen nur kleine Mandate in Institutionen. Dies hat unter anderem mit der erwähnten schwierigen Finanzierung zu tun. Die Situation ist dort besser, wo die Musiktherapie vollumfänglich von einer Stiftung oder einem Spezialfond getragen wird. Sind diese Quellen nicht vorhanden, muss zuerst immer die finanzielle Situation mit den Patienten besprochen werden, was verständlicherweise keine sehr angenehme Sache ist, schliesslich muss in diesen Fällen die Musiktherapie selbst bezahlt werden. Und da die meisten Menschen sich unter dieser Therapieform nicht viel vorstellen können, stehen sie ihr tendenziell ablehnend gegenüber, bis sie Musiktherapie einmal am eigenen Leib erlebt haben.

Um sinnvoll als Musiktherapeutin in Palliative Care tätig zu sein, ob in einer Institution oder im ambulanten Bereich, braucht es ein Arbeitspensum, das mehr ermöglicht als blosse «Feuerwehrübungen». Das heisst im Minimum 40 bis 50 Stellenprozente. Nur so ist gewährleistet, dass man als Fachperson auch wirklich voll in ein Behandlungsteam integriert ist. Die Krankheitssituationen, in denen die Musiktherapie vorzugsweise einen Beitrag leisten kann, sind oft sehr komplex. Interventionen und ihre Resultate müssen in das gesamte Umfeld einfließen können.

Die Musiktherapie stellt gewisse Anforderungen an den Spitalalltag, damit sie voll zum Tragen kommen kann. Ein angenehmer, gut isolierter Raum, nicht einfach irgendwo im Keller, gehört eigentlich zur Grundvoraussetzung. In der Realität existieren jedoch solche geeigneten Räumlichkeiten im institutionellen Bereich nur selten. Wichtig wäre zudem, dass nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch das Pflegepersonal die Zielsetzungen der Musiktherapie versteht und mitträgt. Auch müsste vermehrt Forschung betrieben werden. Das aber würde wiederum umfassendere Arbeitspensete voraussetzen.

Ausbildung

Bis vor einigen Jahren konnte man den Beruf MusiktherapeutIn nur an Privatschulen lernen. Im Ausland wird diese Fachrichtung schon lange an Universitäten und Musikhochschulen unterrichtet. Seit Kurzem bietet die Hochschule der Künste in Zürich einen Master of Advanced Studies in Musiktherapie an, ein 4-jähriges, berufsbegleitendes Studium. Zurzeit wird dort auch ein Nachdiplomstudium für schon ausgebildete Berufstätige angeboten. So holen aktuell rund 65 erfahrene MusiktherapeutInnen ihr Diplom nach. Im Prinzip verfügt jede/r MusiktherapeutIn über einen höheren tertiären Abschluss, sei es in einem sozialen, medizinischen oder musikalischen Bereich, und über gute Kenntnisse in den andern zwei Ge-

bieten. Der Schweizerische Fachverband für Musiktherapie zählt etwa 200 aktive Mitglieder, die meisten davon arbeiten Teilzeit in Institutionen und/oder in eigener Praxis.

Die Sprache der Musik verfügt über ein riesiges Potenzial. Deshalb bin ich überzeugt, dass sich die Musiktherapie immer mehr durchsetzen wird, ob in Palliative Care oder in anderen Fachgebieten.

Korrespondenz:

Corinne Jacob
Therapiezentrum
Nidaugasse 15
2502 Biel

Inserat

Traitez votre sécheresse buccale de manière naturelle

NOUVEAU

www.hydrosanta.ch

NOUVEAU: HYDRO SANTA®
Spray buccal hydratant

- » Hydrate et soigne de manière naturelle
- » Avec Yerba Santa, la plante médicinale des indiens d'Amérique aux vertus éprouvées

Disponible dans votre pharmacie et droguerie

Biomed AG | 8600 Dübendorf

Dans le cadre de mon travail de musico thérapeute j'ai rencontré, dans une chambre à deux lits, une dame gravement malade peu avant son décès. Elle en avait assez de souffrir et se souhaitait une musique folklorique entraînante qui «la remonte».

Corinne Jacob

La musique nous touche davantage que le parler – La musicothérapie en traitement complémentaire

(Résumé)

A la fin du premier morceau elle a voulu s'asseoir. Pendant le deuxième, je lui ai tendu une crêcelle afin qu'elle participe. Sa voisine s'est également soulevée et a tendu la main en riant pour recevoir un instrument. Après les chants folkloriques ce fut le tour de la samba et de la rumba accompagnées de tambourins et de castagnettes. C'est incroyable, d'où cette patiente a trouvé cette énergie. «Nous avions la disco à l'hôpital» expliquèrent les deux dames lors de la visite médicale.

Lors de la thérapie musicale il s'agit d'écouter de la musique – en général choisie par le patient – et de produire des bruits et des sons qui expriment ce que les mots ne peuvent exprimer. Les mélodies et les mots des chansons sont très souvent en lien avec l'histoire de vie, ils rappellent des personnes, des lieux ou un moment précis de la vie. Ils ouvrent les écluses de ce qui n'a jamais pu se dire avant, tant la souffrance était grande.

Méthode employée

J'explique au patient que, dans un corps malade l'âme souffre également, et que l'équipe soignante a choisi de soigner l'être humain dans son entier. Voilà le pourquoi de ma présence auprès de lui. Souvent, j'aborde le patient avec la question: «Quand vous écoutez votre intérieur, comment résonne-t-il?» La plupart des patients trouvent rapidement une réponse à cette question inhabituelle. Quand la situation du patient le permet, nous essayons, avec les instruments à disposition de rendre audible cette émotion. Bien souvent les larmes coulent après quelques secondes déjà.

De temps à autre je dois également m'occuper du voisin de chambre. Se déroulent alors de magnifiques interactions par lesquelles les patients se renforcent mutuellement. Ils attendent avec joie la prochaine musicothérapie commune.

Les malades, dont la maladie grave progresse, souffrent de problèmes récurrents et souhaitent simplement vivre un moment de détente. Nous respirons en rythme et je commence à expirer en fredonnant des sons qui peuvent se transformer en un chant improvisé sans parole. Parfois je m'accompagne d'un monochorde, cette musique a la plupart du temps un effet calmant et relaxant (même chez

des personnes désorientées). Lorsque des proches sont présents ils participent si possible à la thérapie.

Indications

La musicothérapie en soins palliatifs est indiquée en cas de:

- Difficulté en lien avec l'acceptation de la maladie
- Angoisse et confusion
- Etat douloureux complexe
- Repli sur soi, tristesse, colère, agression
- Troubles du sommeil
- Confusion /coma
- Accompagnement de deuil

Une indication supplémentaire correspond au souhait que je ressens souvent: «de pouvoir faire encore quelque chose pour le patient»

Conditions préalables

Bien que l'application de la musique pour les traitements psychiques paraisse évidente, la musicothérapie n'est pas encore intégrée au système de santé. Malheureusement bien peu d'assurances complémentaires la remboursent. En Suisse, les musicothérapeutes n'ont que de petits mandats dans les institutions. Pour travailler de manière utile en tant que musicothérapeute en/ hors institution, il faut à mon avis un taux de travail de 40 à 50% au moins. Pour que cette forme de thérapie soit efficace, la condition préalable serait de disposer d'une pièce adaptée et bien insonorisée (et pas n'importe quel pièce de la cave). Il est également important que les médecins et le personnel soignant comprennent et soutiennent les objectifs de la thérapie musicale. Dans ce but il serait nécessaire de développer la recherche, ce qui, à nouveau, n'est possible que lors d'un taux de travail conséquent.

Formation

La Haute Ecole des Arts à Zurich offre depuis peu un Master of Advanced Studies en thérapie musicale, un cursus en cours d'emploi de 4 ans. L'association professionnelle suisse pour la musicothérapie compte environ 200 membres actifs, dont la plupart travaillent à temps partiel en institution ou à leur compte.

Le langage de la musique contient un potentiel énorme. C'est pourquoi je suis convaincue que la musicothérapie va s'imposer de plus en plus, non seulement en soins palliatifs mais aussi dans d'autres domaines professionnels.

Nell'ambito del mio lavoro di musicoterapeuta ho incontrato, in una camera a due letti, una donna gravemente ammalata poco prima del suo decesso. Ne aveva abbastanza di soffrire e desiderava una musica folcloristica coinvolgente che «la ricaricasse».

Corinne Jacob

La musica ci tocca più della parola – La musicoterapia come trattamento complementare

(Riassunto)

Al termine del primo pezzo ha voluto sedersi. Durante l'esecuzione del secondo le ho dato una raganella affinché potesse partecipare. Anche la sua vicina si è alzata e ha teso la mano ridendo per ricevere uno strumento. Dopo i canti folcloristici è stato il turno della samba e della rumba accompagnate da tamburelli e da nacchere. È incredibile da dove questa paziente avesse trovato questa energia. «Avevamo la disco all'ospedale» hanno spiegato le due donne al personale durante la visita medica.

Durante la terapia musicale si tratta di ascoltare della musica – in generale scelta dal paziente- e di produrre dei rumori e dei suoni che esprimono quello che le parole non possono esprimere. Le melodie e le parole delle canzoni sono spesso legate alla storia di vita, ricordano delle persone, dei luoghi o un momento preciso della vita. Esse permettono di dare libero sfogo a ciò che non si è mai potuto dire prima, tanto la sofferenza era grande.

Metodo utilizzato

Spiego al paziente che in un corpo malato anche l'anima soffre e che l'équipe curante ha deciso di curare l'essere umano nella sua interezza. Ecco il perché della mia presenza accanto a lui. Spesso mi avvicino al paziente con la domanda: «Come risuona il suo interiore quando lei lo ascolta?» La maggior parte dei pazienti trova rapidamente una risposta a questa domanda inconsueta. Quando la situazione del paziente lo permette noi cerchiamo, con gli strumenti a disposizione, di rendere udibile questa emozione. Molto spesso le lacrime scorrono già dopo qualche secondo.

Ogni tanto mi devo anche occupare del vicino di camera. In quel caso si svolgono delle magnifiche interazioni attraverso le quali i pazienti si rinforzano reciprocamente. Attendono con gioia la prossima musicoterapia comune.

Le persone la cui grave malattia progredisce, soffrono di problemi ricorrenti e desiderano semplicemente di poter vivere un momento di distensione. Respiriamo a ritmo e io comincio a espirare emettendo dei suoni che possono trasformarsi in un canto improvvisato senza parola. A volte sono accompagnata da uno strumento monocorde, questa musica ha, la maggior parte delle volte, un effetto

calmante e rilassante (anche nelle persone disorientate). Quando i familiari sono presenti, se possibile partecipano alla terapia.

Indicazioni

La musicoterapia in cure palliative è indicata in caso di:
Difficoltà legate all'accettazione della malattia
Angoscia e confusione
Stato di dolore complesso
Chiusura in sé stessi, tristezza, collera, aggressione
Disturbi del sonno
Confusione/coma
Accompagnamento nel lutto

Un'indicazione supplementare corrisponde alla richiesta che sento spesso e cioè «di poter fare ancora qualcosa per il paziente»

Condizioni preliminari

Sebbene l'indicazione della musica per i trattamenti psichici appaia evidente, la musicoterapia non è ancora integrata nel sistema sanitario. Purtroppo poche assicurazioni complementari la rimborsano. In Svizzera, i musicoterapeuti non hanno che dei piccoli mandati nelle istituzioni. Per lavorare in maniera efficace in qualità di musicoterapeuta all'interno o all'esterno di un istituzione occorre, secondo me, una percentuale di lavoro almeno del 40-50%. Affinché questa forma di terapia sia efficace sarebbe necessario poter disporre di un locale adatto e ben insonorizzato. È altrettanto importante che i medici e il personale curante comprendano e sostengano gli obiettivi della terapia musicale. In quest'ottica sarebbe necessario sviluppare la ricerca, ma ciò, di nuovo, è possibile unicamente in presenza di una percentuale di lavoro conseguente.

Formazione

La Scuola Superiore di Arte a Zurigo offre da poco un Master of Advanced Studies in terapia musicale, una formazione in cours d'emploi di 4 anni. L'associazione professionale svizzera per la musicoterapia conta circa 200 soci attivi, che per lo più lavorano a tempo parziale in istituzione o per conto loro.

Il linguaggio della musica contiene un potenziale enorme. Per questa ragione sono convinta che la musicoterapia si svilupperà sempre di più, non solo nelle cure palliative, ma anche in altri ambiti professionali.

La situation des patients traités palliativement n'est pas seulement celle de malades pour lesquels la médecine ne peut plus rien faire en vue d'une guérison; c'est la situation de tous les malades qui s'approchent de la mort et qui souffrent. Ces patients ont besoin d'être soulagés et l'acupuncture peut agir dans ce sens. Les interventions qu'elle propose ont pour effet d'affaiblir les tensions intérieures, de diminuer les douleurs ou même de les supprimer, d'améliorer l'humeur et l'état psychique des malades.

Dr Anna Rosset

Acupuncture et médecine palliative



Dr Anna Rosset

Les principes de la médecine chinoise

La médecine chinoise est une science très ancienne et fondée sur une pensée particulièrement complexe qui est à la fois médicale, anthropologique et philosophique. La maîtrise de cet univers est une affaire qui requiert de nombreuses années de formation, de réflexion et de pratique. Aussi, faute de pouvoir expliquer des choses aussi compliquées d'une façon synthétique, on peut recourir à une comparaison simple pour tenter au moins de situer l'optique générale sur la vie humaine qui est celle d'une telle médecine.

Imaginons un jardin composé d'une multitude d'essences diverses produisant toutes sortes de fleurs ou de fruits. Ces plantes sont déterminées d'abord par le cycle du temps, dans la perspective longue de l'année et du passage des saisons, mais aussi dans celle du jour et de la nuit ; elles dépendent aussi de leur adéquation aux conditions du sol, de l'exposition, du climat et surtout de l'équilibre entre le sec et l'humide, l'ombre et la lumière, le mouvement et l'immobilité, le chaud et le froid. Cet équilibre, la pensée chinoise le représente dans le rapport, idéalement harmonieux, entre le ying et le yang. L'être humain peut être comparé à la fois à l'ensemble du jardin où s'unissent des rythmes et se constitue sans cesse le jeu de ces équilibres, mais aussi à chacune des essences qui suit inexorablement un cycle conduisant du germe à l'endormissement hivernal et nécessite à son tour, à chacune des étapes du cycle, une situation d'équilibre. La médecine chinoise se place dans le rôle d'un jardinier biologique, non invasif, qui doit veiller à la bonne relation des différentes espèces, à l'irrigation des plantes, à leur protection contre les excès d'ensoleillement, à l'élimination des déchets végétaux réutilisables comme fertilisants, au renforcement des forces vitales, plutôt qu'à la lutte contre ce qui les perturbe. Toujours soucieux de conserver l'harmonie, ce jardinier devra faire face à deux types de menaces : celles qui viennent de l'extérieur et celles qui viennent de l'intérieur. Les premières, véhiculées par le vent, le froid, la chaleur, l'humidité, la sécheresse, peuvent affaiblir les plantes et provoquer des maladies ; les deuxièmes qui sont produites à l'intérieur même du jardin, comme la mauvaise herbe, proviennent des émotions : joie, colère, accablement, souci, tristesse, peur, frayeur. Les maladies qui sont le résultat inexorable d'un déséquilibre

sont provoquées aussi bien par l'un ou l'autre type de menace. L'objectif central de la médecine chinoise consiste ainsi à rétablir en toute situation, à chacune des étapes du cycle de la vie, le statut adéquat d'équilibre. Pour ce faire, elle recourt principalement à l'acupuncture, à la phytothérapie, à la diététique et aux massages.

Pour comprendre au moins sommairement le fonctionnement de l'acupuncture, il faut ajouter encore que la tradition chinoise considère le corps humain comme une mémoire. Les différents accidents, aussi bien physiques que psychiques, s'inscrivent d'une façon ou d'une autre dans l'organisme. Des noeuds de tension se constituent, qui perturbent la bonne circulation des énergies dans le corps. En stimulant certains points définis selon une cartographie anatomique spécifique et très complexe, l'acupuncteur s'efforce de défaire ces noeuds.

Médecine chinoise et soins palliatifs

Du point de vue de la médecine chinoise, la distinction entre soins curatifs et soins palliatifs n'est pas vraiment pertinente. La perspective et les techniques de traitement ne changent pas selon que la maladie est plus ou moins avancée. Le jardinier continue de faire de son mieux pour entretenir la plante et l'ensemble du jardin dans le meilleur état global possible compte tenu des conditions. Il ne s'arrêtera pas sur un des problèmes identifiés, comme par exemple la douleur, mais sur l'ensemble des organismes. Bien sûr, plus le patient est atteint, plus les soins devront être attentifs, mais ils seront toujours orientés vers le rétablissement du meilleur équilibre possible, comme c'est le cas lors de maladies bénignes et passagères. En un mot, il n'y a pas de stratégie thérapeutique spécifique pour les patients en fin de vie. Mais cela ne veut évidemment pas dire que, du point de vue de la médecine chinoise, les traitements palliatifs n'auraient pas de sens. D'ailleurs, cette médecine ne développe pas de position exclusive, selon laquelle elle serait la seule à suivre le bon chemin ; au contraire, il existe de plus en plus d'études scientifiques qui montrent les bons résultats obtenus par la combinaison de l'acupuncture et des traitements de la médecine occidentale. Mais il faut bien dire que la plupart d'entre elles soulignent l'efficacité de l'acupuncture dans l'atténuation des effets provoqués par les traitements oncologiques lourds (vomissements, nausées, xérostomie, rectite radique, plexopathie brachiale postopératoire, etc.). Dans ces cas, le jardinier continue de faire son office en considérant ces effets comme des éléments constitutifs de l'état donné des plantes dont il a le soin.

La situation des patients traités palliativement n'est pas seulement celle de malades pour lesquels la médecine ne peut plus rien faire en vue d'une guérison ; c'est la situation de tous les malades qui s'approchent de la mort et qui souffrent. Ces patients ont besoin d'être soulagés et l'acupuncture peut agir dans ce sens. Les interventions qu'elle propose ont pour effet d'affaiblir les tensions intérieures, de diminuer les douleurs ou même de les

supprimer, d'améliorer l'humeur et l'état psychique des malades.

Quelques exemples concrets

Il existe toute une littérature qui traite de cette question, depuis des traités ou manuels de médecine chinoise jusqu'à des études scientifiques pointues. Mais à plus forte raison dans le cas de cette médecine qui considère toujours chaque personne comme un tout complexe et particulier, il est aussi intéressant d'évoquer l'expérience spécifique du praticien. Voici donc trois exemples issus de ma propre pratique:

Un patient de 68 ans, atteint de leucémie et traité par chimiothérapie, a développé un zona dans la région thoracique. Ce sont les douleurs liées à cette affection qui l'ont conduit au cabinet d'acupuncture. Son état général était très faible; monter l'étage de sa maison lui causait une grande difficulté. Sur le plan psychique, il supportait très mal la chimiothérapie. Dès sa première visite, il m'a dit que si sa vie devait se résumer à attendre, couché dans son lit, la séance suivante de chimiothérapie, il préférerait mourir. Après plusieurs séances hebdomadaires d'acupuncture, les douleurs liées au zona avaient disparu et surtout, son état psychique général s'est amélioré. Sa dyspnée avait aussi diminué, malgré une lourde anémie. Ensuite, les séances ont été espacées toutes les trois semaines, durant une année. Pendant ce temps, le patient a eu une bonne qualité de vie. Finalement, la maladie a repris le dessus et le patient a dû alors être pris en charge par une unité de soins palliatifs. Depuis la première visite où le patient était extrêmement tendu et souffrant de profondes angoisses (davantage devant les traitements plus que devant la mort), un très grand progrès a pu être observé; mais un progrès évidemment limité.

Une patiente de 50 ans, ayant été traitée par radiothérapie d'une maladie de Hodgkin vingt ans auparavant, atteinte d'un cancer indifférencié de l'estomac inopérable avec multiples métastases intra abdominales et pulmonaires ; sa situation oncologique était palliative dès le départ. Dès la définition du diagnostic, en décembre 2003, elle a commencé un traitement d'acupuncture, parallèlement à un traitement palliatif de chimiothérapie, administré de janvier à juillet 2004, puis de mai à novembre 2005; en août 2006, on lui a posé un anus artificiel, avec nouvelle chimiothérapie d'octobre 2006 à janvier 2007. Elle a poursuivi son activité professionnelle jusqu'en juillet 2006, suivie à intervalles plus ou moins réguliers par l'acupuncture, aussi bien pendant les périodes de chimiothérapie qu'entre celles-ci. Malgré les énormes tumeurs développées dans l'abdomen et les poumons, elle a relativement bien supporté son état, avec appui léger d'antalgiques (3 Dafalgan par jour). Elle est morte en mai 2007; ce n'est que la veille de son décès qu'elle a demandé une antalgie plus forte. Cette expérience magnifique d'une personne ayant survécu si bien et si longtemps à un état aussi grave n'est pas redéivable uniquement à l'acupuncture. Certes,

dès le début, les douleurs abdominales et dorsales ont été maîtrisées, mais il faut relever, outre la chimiothérapie, la détermination exceptionnelle de cette patiente et aussi l'administration régulière de phytothérapie.

Une patiente de 76 ans, avec de fortes douleurs dans la région du bassin, consécutives à des infiltrations d'un cancer gynécologique, médecin de profession. Venue à ma consultation dans un état déjà très avancé, elle a subi un traitement par auriculothérapie (aiguilles semi permanentes plantées à différents points de l'oreille) à deux reprises. L'effet de soulagement de la douleur a été immédiat. Elle est morte quelques semaines plus tard; sa famille m'a fait savoir que le traitement avait été très bénéfique.

On pourrait encore mentionner de nombreux exemples; chacun présenterait un cas particulier et incomparable à d'autres, mais tous montreraient que le jardinier a fait son travail en arrosant ceci, taillant cela, déplaçant autre chose, pour rendre à son jardin la meilleure vitalité possible. Mais on trouverait aussi à présenter des cas où le traitement d'acupuncture n'a pas donné d'effets remarquables; ce sont presque toujours des situations où l'environnement humain et affectif du patient est défavorable : manque de compréhension et d'amour, conflits, incompréhension – climat hostile à tout épanouissement.

Bibliographie

- Li Peiwen, Management of cancer with Chinese Medicine; Donica Publishing Ltd. 2003
- Eric Marié, Précis de médecine chinoise; Editions Dangles; 1997
- Notions de base de la médecine traditionnelle chinoise; cours d'acupuncture; Association genevoise des médecins acupuncteurs 1998
- Leanna J. Standish, ND, PhD, Leila Kozak PhD, Sean Congdon ND; Acupuncture is Underutilized in Hospice and Palliative Medicine; Am. J. of Hospice and Palliative Medicine 2008
- Nystrom E.; Manual acupuncture as an adjunctive treatment of nausea in patients with cancer in palliative care- a prospective, observational pilot study.; Acupunct Med 2008; 26(1):27-32
- Edzard Ernst MD; Complementary Therapies in Palliative Cancer Care; Cancer; 2001, 91 (1) (2181-2185)

Correspondance

Dr Anna Rosset, Ecublens
Acupuncture MTC/ASA
Radio-oncologie FMH

Die chinesische Medizin ist eine sehr alte Wissenschaft. Sie gründet auf einer äusserst komplexen Weltanschauung mit medizinischen, anthropologischen und philosophischen Elementen. Bis man sie beherrscht, braucht es eine jahrelange Ausbildung, Auseinandersetzung und Praxis.

Dr. Anna Rosset

Akupunktur und Palliativmedizin

(Zusammenfassung)

Prinzipien der chinesischen Medizin

Stellen wir uns einen Garten vor mit einer grossen Zahl an Gewächsen, die alle möglichen Blumen und Früchte hervorbringen. All diese Pflanzen unterliegen rhythmischen Zyklen, ob im Jahres- oder Tageslauf. Sie werden aber auch beeinflusst vom Gleichgewicht zwischen Trockenheit und Feuchtigkeit, Schatten und Licht, Bewegung und Bewegungslosigkeit, Kälte und Wärme. Dieses Gleichgewicht wird in der chinesischen Weltanschauung als – idealerweise harmonische – Beziehung zwischen «ying» und «yang» gedeutet.

Der traditionelle chinesische Arzt sieht sich in der Rolle eines nicht invasiven Bio-Gärtners. Er hat die Aufgabe, für ein gutes Gleichgewicht unter den Arten zu sorgen, die Pflanzen zu bewässern, zu schützen, usw. Krankheiten sind die unausweichliche Folge einer Störung dieses ganzheitlichen Systems durch innere oder äussere Ursachen. Im Mittelpunkt der chinesischen Medizin steht daher die Sorge um das angemessene Gleichgewicht in jeder Etappe des Lebenszyklus. Dazu stehen ihr hauptsächlich die Akupunktur, die Phytotherapie, Diäten und Massagen zur Verfügung.

Um zu verstehen, wie Akupunktur funktioniert, muss man weiter wissen, dass der menschliche Körper in der chinesischen Tradition über ein Erinnerungsvermögen verfügt. Ereignisse – seien sie körperlicher oder seelischer Natur – lassen ihre Spuren zurück. Es entstehen Spannungsknoten, die einen guten Energiefluss verhindern. Der Akupunkteur versucht diese Knoten zu lösen, indem er bestimmte Punkte nach einer sehr komplexen anatomischen Karte stimuliert.

Konkrete Beispiele

- Ein 68-jähriger Leukämiepatient, der chemotherapeutisch behandelt wurde, entwickelte im Thorax-Bereich eine Gürtelrose. Er suchte die Akupunkturpraxis wegen der damit einhergehenden Schmerzen auf. Ganz allgemein war er sehr schwach. Es fiel ihm schwer, ins obere Stockwerk seines Hauses zu gelangen. Auch psychisch ertrug er die Chemotherapie äusserst schlecht. Bei seinem ersten Besuch sagte er mir, wenn sein Leben nur noch darin bestehen würde, im Bett auf die nächste Chemotherapie zu warten, so möchte er lieber sterben. Nach mehreren wöchentlichen Akupunktursitzungen

verschwanden die mit der Gürtelrose zusammenhängenden Schmerzen, vor allem aber verbesserte sich sein psychisches Allgemeinbefinden. Seine Dyspnoe ging trotz einer schweren Anämie zurück. Die Sitzungen fanden nun nur noch alle drei Wochen statt. Im Vergleich zu seinem ersten Besuch, wo er äusserst angespannt und von grossen Ängsten geplagt worden war, konnte man einen wesentlichen Fortschritt feststellen – einen Fortschritt natürlich innerhalb bestimmter Grenzen.

- Bei einer 50-jährige Patientin, die vor zwanzig Jahren radiotherapeutisch gegen eine Hodgkin-Erkrankung behandelt worden war, hatte sich ein undifferenziertes, inoperables Magenkarzinom mit zahlreichen intraabdominalen und pulmonalen Metastasen entwickelt. Onkologisch gesehen war ihr Zustand von Anfang an palliativ. Nach ihrer Diagnose im Dezember 2003 wurde parallel zu einer palliativen Chemotherapie sogleich mit einer Akupunkturbehandlung begonnen. Die Patientin konnte ihre berufliche Tätigkeit bis im Juli 2006 fortsetzen. Während dieser Zeit bekam sie in mehr oder weniger regelmässigen Abständen Akupunkturbehandlungen. Trotz der riesigen Tumore im Bauch und auf den Lungen ertrug sie ihren Zustand relativ gut und brauchte nur eine leichte analgetische Medikamentation (3 Dafalgan täglich). Sie verstarb im Mai 2007 und hatte erst am Vorabend ihres Ablebens um ein stärkeres Schmerzmittel gebeten.
- Eine 76-jährige Patientin, Ärztin, hatte starke Schmerzen im Beckenbereich, die auf Infiltrationen eines gynäkologischen Tumors zurückzuführen waren. Sie kam erst in einem schon sehr fortgeschrittenen Stadium in meine Praxis. Ich behandelte sie zweimal mit einer Aurikulotherapie (semi-permanente Nadeln an verschiedenen Punkten des Ohrs). Einige Wochen später verstarb sie. Ihre Familie liess mich wissen, dass die Behandlung sehr hilfreich gewesen war.

La medicina cinese è una scienza molto antica e fondata su un pensiero particolarmente complesso che è sia medico, che antropologico e filosofico. La padronanza di questo universo è una questione che necessita molti anni di formazione, di riflessione e di pratica.

Dr Anna Rosset

Agopuntura e medicina palliativa

(Riassunto)

I principi della medicina cinese

Immaginiamo un giardino composto da una moltitudine di essenze diverse che producono ogni varietà di fiori o frutti. Queste piante sono determinate dapprima dal ciclo del tempo (stagioni, ore del giorno). Esse dipendono anche e soprattutto dall'equilibrio tra il secco e l'umido, l'ombra e la luce, il movimento e l'immobilità, il caldo e il freddo. Il pensiero cinese rappresenta questo equilibrio nella relazione, idealmente armoniosa, tra lo ying e lo yang.

La medicina cinese si pone nel ruolo di un giardiniere biologico, non invasivo, che deve badare alla buona relazione tra le diverse specie, all'irrigazione delle piante, alla loro protezione, ecc. Le malattie sono il risultato inesorabile di un disequilibrio. L'obiettivo centrale della medicina cinese consiste nel ristabilire in ogni situazione, in ogni tappa del ciclo di vita, lo statuto adeguato di equilibrio. Per fare questo, essa ricorre principalmente all'agopuntura, alla fitoterapia, alla dietetica e ai massaggi.

Per comprendere almeno sommariamente il funzionamento dell'agopuntura, occorre ancora aggiungere che la tradizione cinese considera il corpo umano come una memoria. I diversi incidenti, sia fisici che psichici, si iscrivono in una maniera o l'altra nell'organismo. Si costituiscono dei nodi di tensione che perturbano una buona circolazione delle energie nel corpo. L'agopuntore cerca di sciogliere questi nodi stimolando taluni punti definiti secondo una cartografia anatomica specifica e molto complessa.

Alcuni esempi concreti

1. Un paziente di 68 anni, affetto da leucemia e trattato con chemioterapia, ha sviluppato una Zona (herpes zoster) nella regione toracica. I dolori legati a questa affezione l'hanno condotto nello studio di agopuntura. Il suo stato generale era molto debole; salire le scale di casa sua gli era molto difficile. Sul piano psichico sopportava molto male la chemioterapia. Sin dalla sua prima visita mi ha detto che se la sua vita doveva ridursi ad aspettare, allettato, la prossima chemioterapia, allora preferiva morire. Dopo varie sedute settimanali di agopuntura, i dolori legati alla Zona sono scomparsi e, soprattutto, il suo stato psichico generale è migliorato. Anche la sua dispnea è diminuita, nonostante un'importante anemia. In seguito, le sedute sono state

spaziate ogni tre settimane. Dalla prima visita in cui il paziente era estremamente teso e soffriva di angosce profonde si è potuto osservare un grande progresso; anche se un progresso evidentemente limitato.

2. Una paziente di 50 anni che era stata sottoposta a radioterapia per una malattia di Hodgkin venti anni prima, affetta da una neoplasia non differenziata dello stomaco inoperabile con metastasi multiple intra-addominali e polmonari; la sua situazione oncologica era palliativa sin dall'inizio. Sin dalla diagnosi, nel dicembre 2003, la paziente ha iniziato un trattamento di agopuntura, parallelamente ad un trattamento di chemioterapia palliativa. Essa ha continuato la sua attività professionale fino al mese di luglio 2006, seguita a intervalli più o meno regolari dall'agopuntura. Nonostante l'estesa metastatizzazione addominale e polmonare, la paziente ha sopportato relativamente bene il suo stato, con il sostegno di una leggera terapia antalgica (3 Dafalgan al giorno). È morta nel mese di maggio 2007; solamente la vigilia del decesso ha chiesto una terapia antalgica più forte.
3. Una paziente di 76 anni con dei forti dolori nella regione del bacino, consecutivi a delle infiltrazioni di un cancro ginecologico, medico di professione. Arrivata in consultazione in uno stato già molto avanzato, si è sottoposta a un trattamento di auriculoterapia (aghi semi-permanenti applicati in diversi punti dell'orecchio) a due riprese. È morta qualche settimana più tardi. La famiglia mi ha fatto sapere che il trattamento è stato molto benefico.

Als Anfang des 19. Jahrhunderts die Homöopathie sich zu verbreiten begann, war Palliation in der Medizin längst ein bekannter Begriff. Die Homöopathen aus jener Zeit hatten sehr oft die Aufgabe, Patienten bis zu ihrem Tod zu betreuen. Das Sterben von Angehörigen, Nachbarn und Freunden war damals eine Alltäglichkeit, mit der man leben musste. Heute haben wir als Homöopathen viel seltener die Verantwortung, einen Patienten bis ans Ende des Lebens zu begleiten. So ist es gut, können wir auf die Aufzeichnungen zurückgreifen, die uns die alten Homöopathen hinterlassen haben, wenn ein Patient oder seine Angehörigen eine homöopathische Betreuung wünschen.

Beatrice Soldat

Homöopathie in der Palliativmedizin



Beatrice Soldat

Eigentlich möchten wir mit unserer Kunst immer nur heilen. Tod und Sterben sind längst keine Selbstverständlichkeit mehr in unserem Leben. Das Bewusstsein um die Endlichkeit des Lebens ist aus unserem Alltag verschwunden. Die moderne Medizin hat sich mit viel Engagement dem Thema der Palliativpflege zugewendet. Medizinisch sind die Menschen am Ende ihres Lebens heute ausgezeichnet versorgt. Glücklicherweise ist in den letzten 20 Jahren das Verständnis zurückgekommen, dass neben Medikamenten und Geräten eine vertraute Umgebung, Nähe und Anteilnahme durch Angehörige ebenso wichtig sind. Und so wie die Homöopathie sich nach und nach wieder ihren Platz in der Medizin zurückerober, kommen auch ihre Möglichkeiten in der Palliation, wie sie von den alten «Meistern» der Homöopathie geschildert wurden, langsam wieder ins Bewusstsein.

Beispiele von Anwendungsgebieten:

Was kann ein Homöopath anbieten, wenn Patienten oder Angehörige um eine palliative Betreuung nachfragen?

Homöopathie kann Schmerzen lindern, den Bedarf an Morphin senken oder den Beginn ihrer Anwendung hinauszögern. Eine homöopathische Schmerzlinderung unterliegt nicht dem Effekt der Gewöhnung, braucht also keine Dosissteigerung und hat keine Nebenwirkungen. Das liegt daran, dass das homöopathische Mittel eine Information und nicht einen Wirkstoff überträgt; die Heilung kommt nicht vom Mittel, sondern von der Reaktion der Lebewesen auf das Mittel.

Auch für die Behandlung des Lungenödems, welches das Atmen so schwer macht, oder wenn aus Schwäche der Schleim in den Bronchien nicht mehr abgehustet werden kann, kennt die Homöopathie einige Mittel.

Aber nicht nur bei körperlichen Beschwerden kann Homöopathie hilfreich eingesetzt werden. Veränderungen im Empfinden, zunehmende Schwäche oder einfach nur das Ende so deutlich vor Augen zu haben, können manchmal ganz plötzlich quälende Angstattacken und heftige Unruhe auslösen. Die alten Homöopathen verbrachten viel Zeit an Sterbebetten und hinterließen uns einen reichen Wissensschatz an Mitteln für solche Zustände. Welch Aha-

Erlebnis, wenn damit noch heute ein Mensch, der außer sich geraten ist, wieder Ruhe finden kann.

Manchmal brauchen die Angehörigen genauso Hilfe. Tage- oder sogar wochenlange Nachtwachen und aufopfernde Pflege können schwer zu schaffen machen. Und auch der Verlust eines geliebten Menschen kann so überwältigenden Kummer auslösen, dass es sinnvoll ist, mit einem lindernden Mittel einzutreten.

Langsam?

Ist es zumutbar in ernsten Situationen und kritischen Zuständen Homöopathie anzuwenden? Wirkt sie nicht viel zu langsam? Solche Fragen werden mir von Patienten und Angehörigen öfters gestellt. Dass Homöopathie langsam wirken soll, ist aber ein Märchen. Nur schlecht gewählte und unpassende Mittel wirken langsam. Meistens wirken falsche Mittel allerdings überhaupt nicht und die langsame Besserung wäre so oder so eingetreten, kann also gar nicht dem Mittel zugeschrieben werden. Natürlich ist die Wirkung eines homöopathischen Mittels bei einer seit Jahren bestehenden chronischen Krankheit anders als bei einem akuten Zustand. Im Akutfall wirkt ein sorgfältig ausgewähltes und passendes Mittel blitzschnell, oft schon in dem Moment, wo es auf der Zunge zergeht. Man kann sogar davon ausgehen, dass die Wirkung umso schneller eintritt, je heftiger der Zustand ist. So rechne ich bei Schmerzen innerhalb von 30 Min. mit einer Wirkung.

Mittelwahl

Ganz egal, ob es nur um eine Erleichterung bei der Verdauung geht oder um massive Beschwerden, für die Auswahl des passenden Mittels braucht es mehr als nur eine Diagnose oder eine Bezeichnung. Es braucht eine sorgfältige Aufnahme sämtlicher Beschwerden und Auffälligkeiten.

Das Wissen um unsere homöopathischen Mittel beziehen wir einerseits aus Arzneimittelprüfungen an gesunden Menschen – d.h. eine gesunde Person nimmt das potenzierte Mittel so lange ein, bis sich Symptome einstellen –, andererseits aus Berichten von Vergiftungen und aus Erfahrungen mit geheilten Fällen. Diese Symptome werden gesammelt und zu einem sogenannten «Arzneimittelbild» zusammengestellt. In der Homöopathie gilt, «was ein Mittel auslösen kann, das kann es auch heilen!» Samuel Hahnemann, der Begründer der Homöopathie, hat den Grundsatz geprägt «similia similibus curantur» oder auf Deutsch «Ähnliches möge mit Ähnlichem geheilt werden». Erinnern Sie sich z.B. an die elende Übelkeit nach der ersten Zigarette? Das homöopathische Mittel Tabacum wirkt ausgezeichnet bei starker Übelkeit durch Seekrankheit.

Das «Bild», das der Homöopath aus der Befragung des Patienten oder der Angehörigen erarbeitet, wird mit passenden homöopathischen Arzneimittelbildern verglichen. Wenn ein Arzneimittelbild dem Beschwerdebild des Patienten entspricht, ist die Chance gross, dass das Mittel hilft. Wenn hier von Mittel die Rede ist, dann meine ich

immer ein einzelnes Mittel. Sogenannte Komplexmittel, wie man sie in Drogerien und Apotheken für eine Anzahl Beschwerden erwerben kann, können nicht auf die individuellen Symptome des Patienten abgestimmt werden und entfalten deshalb nur eine oberflächliche Wirkung.

Wenn bei einem schwerkranken Patienten beispielsweise ein Mittel gefunden werden soll, das in der Lage ist, die stechenden Schmerzen im Brustbereich zu lindern, dann muss der Homöopath nebst dieser Beschreibung noch weitere Details in Erfahrung bringen. Wichtig ist immer zu fragen, was verbessert bzw. was verschlimmert und welche Symptome mit diesem Zustand noch einhergehen. Bei den genannten stechenden Schmerzen im Brustbereich können z.B. zusätzlich grosser Durst und das Gefühl von Trockenheit in den Schleimhäuten bestehen. Die Schmerzen lassen nach, wenn der Patient ganz still liegt, und warme Umschläge lindern nicht, sondern verschlimmern. Diese Beschreibung wird jeden Homöopathen an ein bestimmtes Mittel denken lassen. Leider ist es nicht immer möglich, Beschwerden so genau zu formulieren oder dann lässt sich trotz einer ausgezeichneten Beschreibung kein passendes Arzneimittelbild finden. Dann wird die Mittelsuche zur Detektivarbeit. Glücklicherweise haben meistens auch Mittel, die nicht zu hundert Prozent passen, eine positive Wirkung und weisen durch Veränderung der Symptome auf das besser treffende Mittel hin.

Erstverschlimmerung?

Manchmal spukt in den Köpfen die Vorstellung herum, dass ein homöopathisches Mittel die Beschwerden immer zuerst verschlimmere. Wie viele Patienten gestanden mir schon, dass sie den Gang zum Homöopathen nur deshalb so lange heraus zögerten, weil sie Angst vor der sogenannten Erstverschlimmerung hatten. Die Erstverschlimmerung ist jedoch immer ein Hinweis, dass die Lebenskraft trotz Krankheit noch stark ist. Bei schweren Fällen und sehr schwachen Patienten kommt es deshalb nicht mehr zu solch heftigen Reaktionen. Trotzdem werden die Mittel zu Beginn vorsichtig dosiert, um die Lebenskraft nicht zu strapazieren.

Parallel zur Schulmedizin oder auch alleine

Selbstverständlich kann Homöopathie neben schulmedizinischen Medikamenten angewendet werden. Weder Cortison, noch Morphine oder Antibiotika machen homöopathische Mittel unwirksam. Müssen viele andere Medikamente eingenommen werden, ist die Reaktion allenfalls etwas verlangsamt.

Intensive Betreuung und häufige Rückmeldungen

Was bei Patienten mit starker Lebenskraft funktioniert, nämlich ein Mal 5 Kugelchen zu geben und dann die Heilreaktion arbeiten zu lassen, das ist bei schweren Krankheitszuständen kaum je möglich. In der Palliation ist es äusserst selten, dass ein und dasselbe Mittel bis zum letzten Atemzug hilft. Viel häufiger erlebt man schnell wech-

selnde Zustände. Ein Mittel hilft ein Stück weit, danach verändert sich der Zustand, und es muss etwas Neues gesucht werden. Im Extremfall kann es sein, dass an einem Tag Angst und Unruhe im Vordergrund stehen, am nächsten Tag die Schmerzen. Ein Mittel, das am Morgen half, hilft am Abend vielleicht nicht mehr. Das heißt, für eine palliative Begleitung braucht es einen engen Kontakt mit dem Homöopathen, gute Beobachtung der Angehörigen und des Patienten und regelmässige Rückmeldungen über Veränderungen und neue Symptome. Dann ist sehr viel Erleichterung möglich. Es braucht aber auch die Bereitschaft des Homöopathen, falls nötig, mehrmals am Tag erreichbar zu sein, möglicherweise auch ausserhalb der Praxiszeiten. Mittlerweile gibt es an vielen Orten Homöopathen, die sich zusammengeschlossen haben, um für Patienten abends und am Wochenende einen Notdienst anzubieten. Damit kann die nötige Intensität der Betreuung sichergestellt werden.

Ich habe am Anfang erwähnt, dass wir Homöopathen am liebsten immer nur heilen würden. Nicht nur der Patient oder die Patientin und die Angehörigen müssen sich mit der Endlichkeit auseinandersetzen, sondern auch die BehandlerInnen. Es ist mittlerweile selbstverständlich geworden, Geburten homöopathisch zu begleiten. Doch was einen Anfang hat, hat auch ein Ende. Die Begleitung in den Tod sollte genauso selbstverständlich möglich sein. Beides gehört zum Leben.

Korrespondenz

Beatrice Soldat

Vizepräsidentin Homöopathie Verband Schweiz
bsoldat@sunrise.ch

Au XIXe siècle, aux temps de la propagation de l'homéopathie, l'approche palliative en médecine était déjà une notion connue. Les anciens homéopathes accompagnaient leurs patients souvent jusqu'à leur décès, ce qui à l'époque allait de soi.

Béatrice Soldat

La place de l'homéopathie en médecine et soins palliatifs

(Résumé)

L'homéopathie d'aujourd'hui est fortement orientée vers la guérison étant donné que dans notre vie quotidienne, des tabous, entourant la mort et la période qui la précède, sont encore bien présents. Du point de vue médical les patients d'aujourd'hui sont pourvus en soins de façon optimale. Afin de vivre une fin de vie digne il y a toutefois besoin d'un investissement supplémentaire.

L'homéopathie peut soulager par exemple la douleur, apaiser les souffrances en lien avec l'œdème pulmonaire et l'insuffisance cardiaque ainsi que calmer l'agitation et

les états d'anxiété. Parfois, en parallèle, l'entourage peut également bénéficier d'un soutien homéopathique.

L'homéopathie n'est pas lente ; un remède choisi avec soin, correspondant bien aux symptômes observés peut faire son effet en quelques secondes. Afin de trouver ce remède, l'homéopathe a toutefois besoin de plus d'indices que d'un simple diagnostic médical.

La pégioration initiale bien connue, c'est-à-dire, le fait que des désagréments ressentis s'accentuent pendant un court laps de temps, n'intervient pas lorsque les forces vitales sont réduites, d'autant plus si le dosage a été déterminé avec soin. Les médicaments homéopathiques sont efficaces parallèlement au traitement médicamenteux allopathique. Il n'est donc pas indispensable que le patient se décide pour l'un ou l'autre traitement.

Pour un accompagnement réussi, un contact étroit avec l'homéopathe est impératif. Chaque changement observé et l'apparition de nouveaux symptômes doit être transmis afin qu'il soit pris en compte dans le choix d'un éventuel nouveau médicament. Pour atteindre ce but nous avons besoin d'homéopathes prêts à offrir un service d'urgence, pour qu'ils puissent être joints, en cas de besoin, en dehors des heures de bureau.

Nel diciannovesimo secolo, ai tempi della propagazione dell'omeopatia, l'approccio palliativo in medicina era già una nozione conosciuta. I vecchi omeopati accompagnavano sovente i loro pazienti fino al decesso, ciò che all'epoca andava da sé.

Béatrice Soldat

Il posto dell'omeopatia nella medicina e nelle cure palliative

(Riassunto)

L'omeopatia odierna è fortemente orientata alla guarigione, dal momento che nella nostra vita quotidiana i tabù legati alla morte e al periodo che la precede sono ancora molto presenti. Dal punto di vista medico i pazienti al giorno d'oggi beneficiano di cure in maniera ottimale. Per poter vivere una fine della vita dignitosa è tuttavia necessario un investimento supplementare.

L'omeopatia può per esempio lenire il dolore, alleviare le sofferenze dovute all'edema polmonare e all'insufficienza cardiaca così come può calmare l'agitazione e gli stati

d'ansia. A volte, contemporaneamente, anche l'entourage può beneficiare di un sostegno omeopatico.

L'omeopatia non è lenta; un rimedio scelto con cura, che ben corrisponde ai sintomi osservati, può avere effetto dopo qualche secondo. Per trovare questo rimedio l'omeopata ha però bisogno di più indizi che una semplice diagnosi medica.

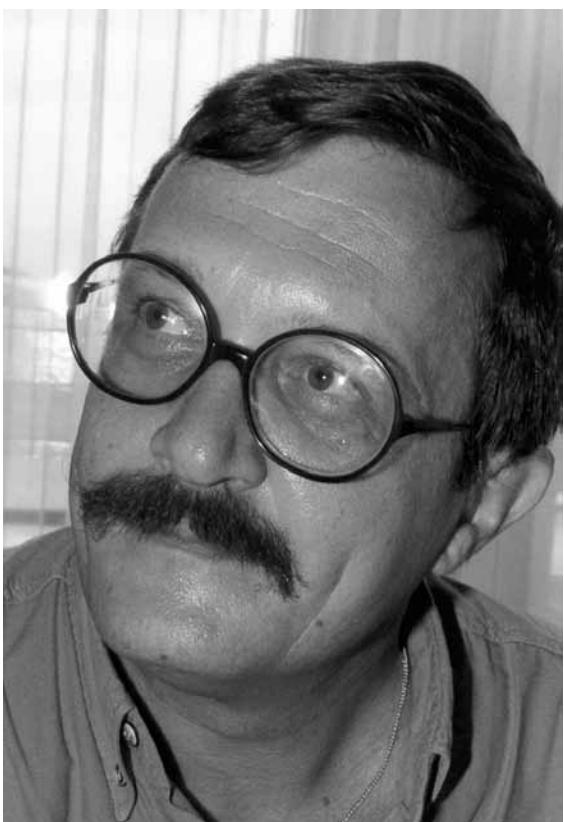
Il peggioramento iniziale ben conosciuto, cioè il fatto che dei fastidi avvertiti s'accentuino per un breve periodo, non avviene quando le forze vitali sono ridotte, a maggior ragione se il dosaggio è stato stabilito con cura. I medicamenti omeopatici sono efficaci parallelamente al trattamento medicamentoso allopathico. Non è dunque indispensabile che il paziente scelga tra uno o l'altro trattamento.

Per un accompagnamento riuscito è imperativo un contatto stretto con l'omeopata. Ogni cambiamento osservato e l'apparizione di nuovi sintomi deve essere trasmesso affinché sia preso in considerazione nella scelta di un eventuale nuovo medicamento. Per raggiungere questo obiettivo abbiamo bisogno di omeopati pronti ad offrire un servizio di urgenza, affinché possano essere raggiunti, in caso di bisogno, al di fuori degli orari di ufficio.

Dr Gilbert Zulian

Docteur Charles-Henri Rapin

Gériatre, professeur de médecine, éthicien et pionnier des soins palliatifs, homme de cœur et de défis (1947–2008)



Venu de Corcelles-sur-Payerne dans le canton de Vaud jusqu'à Carouge, la ville sarde du canton de Genève, Charles-Henri Rapin y grandit à l'ombre des platanes, au son des cascades de l'Arve, des parties de billes, de l'animation de ses échoppes et de ses places et de la vie incomparable de ses terrasses de bistrot. Il y fit ses écoles pour obtenir une maturité fédérale classique alliant les sciences et les humanités et ouvrit ainsi son esprit au-delà des limites attendues. Brièvement attiré par la théologie et peut-être impressionné par cette autre dimension de l'être, il optera finalement pour l'étude de la médecine à l'Université de Genève où il obtint son diplôme fédéral en 1976.

Immédiatement séduit par l'enthousiasme et le charisme du professeur Jean-Pierre Junod, pionnier de la gériatrie et véritable fondateur de cette spécialité pour laquelle il s'investissait depuis le début des années soixante, Charles-Henri Rapin trouva d'emblée sa voie, celle qui serait le fil conducteur de son existence; il deviendra gériatre, autrement dit le médecin des vieux, des âgés, des aînés et des sages mais aussi des faibles, des démunis et des délaissés.

Puis, au contact du Professeur Willy Taillard, pionnier lui de la chirurgie orthopédique, Charles-Henri Rapin assimila

les relations intimes qui s'établissent entre la nutrition et la charpente du corps comme en témoigne le titre de sa thèse de doctorat déposée en 1980 à la Faculté de médecine de l'Université de Genève et portant le N° 3834: Fracture du col fémoral chez le sujet âgé. Y-a-t'il une composante ostéomalacie?

Enfin, il rencontra la maladie cancéreuse au quotidien du service de gynécologie dirigé alors par le Professeur Félix Krauer et au département de médecine sous la houlette du Professeur Alex-Fritz Muller avant de retrouver Jean-Pierre Junod dans son Hôpital de gériatrie en tant que médecin chef de clinique et le Centre de soins continus, le Cesco, qu'il dirigea pendant presque 10 ans, du 1er juillet 1983 au 31 décembre 1991. Entre temps, il avait aussi su approfondir l'approche holistique de la personne cancéreuse en effectuant des stages dans des institutions aussi prestigieuses que le Royal Marsden Hospital et le St-Christopher's Hospice à Londres où il rencontra Dame Cicely Saunders, le Memorial Sloan-Kettering Cancer Center et le Montefiore Hospital à New-York.

Avec un tel bagage, de tels maîtres et de tels inspirateurs, on comprend aisément le sens du combat qu'il mena pour que la douleur des patients cancéreux soit prise en charge de la seule manière qui soit: efficacement et de manière adéquate. Il faut se souvenir du jeune médecin moustachu arpantant les couloirs de l'hôpital au début des années quatre-vingt, clamant à qui voulait l'entendre que la douleur n'était pas une fatalité et que la morphine pouvait être utilisée avec sécurité bien avant les derniers jours de la vie et devait donc être prescrite de manière anticipée. Oh, bien sûr, il se trouvait toujours quelqu'un pour qui la critique était plus facile que le changement d'attitude ou de prescription médicamenteuse, mais le message professionnel de Charles-Henri Rapin fit petit à petit son chemin, notamment auprès des générations de plus jeunes assistants, ravis de remiser la solution de Brompton au fond de l'armoire à pharmacie et de prescrire la morphine en milligramme plutôt que des gouttes blanches sur un morceau de sucre quelques heures seulement avant le décès du patient. En ce temps là, il faut avouer qu'on mourrait souvent dans la douleur, la solitude et l'angoisse, parfois même dans l'isolement d'une chambre à la porte trop bien fermée.

Toutefois, ce n'est pas au centre-ville, à l'intérieur des murs de l'hôpital universitaire de soins aigus, que cette philosophie de soins trouva le creuset dans lequel elle allait prendre son essor, mais bien à la campagne, à Collonge-Bellerive près du lac Léman, dans un magnifique bâtiment d'une centaine de lits dont la majorité se compose de chambres individuelles toutes équipées de sanitaires et d'un accès vers l'extérieur, le Centre de Soins Continus, aussi appelé le Cesco. C'est là que la rencontre avec Mmes Anne-Marie Panosetti et Elisabeth Guggisberg, infirmières responsables des soins, aboutit à la construction de ce qui deviendra plus tard l'interdisciplinarité, la mise en commun de toutes les compétences pour la réussite d'un

projet commun autour de la personne souffrante, tout particulièrement en soins palliatifs. Car cette souffrance doit être soulagée avec efficacité pour que puisse se manifester véritablement l'essence même de la relation entre les individus, la communication, l'empathie et l'amour. La médecine et les soins palliatifs pouvaient donc maintenant prétendre à la reconnaissance, à l'autonomie et au développement de leurs valeurs dans un cadre privilégié aux mains d'un personnel qualifié et motivé qui n'eut jamais peur d'affronter les difficultés.

Charles-Henri Rapin était un communicateur hors pair, un orateur brillant, pourfendeur de la médiocrité et des idées reçues. Cet esprit de combattant, hérité de sa jeunesse, souffla bien au-delà des frontières cantonales lorsque 1400 congressistes se réunirent au centre des congrès de Palexpo à Genève du 15 au 16 septembre 1988 pour évoquer ensemble « Les soins palliatifs: quelles perspectives? ». En décembre était fondée l'EAPC (European Association for Palliative Care) et la même année avait déjà vu la fondation de la Société Suisse de Médecine Palliative, devenue en 1995 la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs et enfin palliative ch en 2006. Charles-Henri Rapin fut un pionnier à l'origine de ces mouvements fondamentaux qui composent aujourd'hui le paysage et les réseaux de soins palliatifs.

Dans son mémoire d'habilitation au titre et à la fonction de Privat-docent en 1991, intitulé « Soins palliatifs: principes et expérience en gériatrie », Charles-Henri Rapin mit en exergue deux extraits de texte. Le premier est celui d'un médecin, le Docteur Albert Schweizer, et le second d'un homme politique et philosophe, Sir Francis Bacon. « Nous sommes tous condamnés à mourir, mais que je puisse épargner des jours de tourment, voilà ce que j'estime être mon noble privilège sans cesse renouvelé. La douleur est pour l'humanité un maître plus terrible encore que la mort elle-même » écrivait le médecin. « Mais de notre temps les médecins semblent se faire une loi d'abandonner les malades dès qu'ils sont à l'extrême ; au lieu qu'à mon sentiment, s'ils étaient jaloux de ne point manquer à leur devoir, ils n'épargneraient aucun soin pour aider les agonisants à sortir de ce monde avec plus de douceur et de facilité » écrivait le politicien philosophe. Trois siècles séparent ces deux textes qui illustrent tellement bien la nécessité d'allier les compétences médicales à la volonté générale de se secourir les uns les autres et qui résument la mission que Charles-Henri Rapin voulait remplir de son vivant en réconciliant la médecine et les soins autour du patient.

Honoré par le prix du Forum Engelberg en 2002, expert à l'Organisation Mondiale de la Santé, professeur aux Universités de Genève, Lyon et Montréal, auteur de plusieurs centaines d'articles et intervenant d'innombrables conférences à travers le monde, Charles-Henri Rapin avait aussi fondé l'unité Ethique et fin de vie de l'Institut Universitaire Kurt Boesch à Sion en Valais. Là, il avait rassemblé ses connaissances pour les mettre à la

disposition des étudiants venus de l'Europe francophone dans le cadre du Master en Soins Palliatifs et Thanatologie. Là, il puisait l'énergie et l'inspiration indispensables à l'accomplissement de sa tâche d'enseignant, lui qui n'avait de cesse de continuer d'apprendre au contact des autres. Là, il pouvait aussi prendre le recul nécessaire à une meilleure compréhension des choses de la vie et s'atteler aux défis du quotidien. Là, il a finalement trouvé le grand repos, éternel, au terme d'une belle soirée passée entre amis, dans le val d'Hérens, à l'ombre de la Dent Blanche, une pyramide dont la direction des quatre arêtes pointe le nord, l'est, le sud et l'ouest, et au sommet de laquelle le temps s'est comme arrêté en ce 10 juillet 2008.

Correspondance:

Dr Gilbert Zulian
Service de médecine palliative
Département de réhabilitation et gériatrie
Hôpitaux Universitaires de Genève
Cesco, 11 chemin de la Savonnière
CH – 1245 Collonge-Bellerive
Tél 022-3057510. Fax 022 3057115.
Courriel gilbert.zulian@hcuge.ch

Nel valutare le varie possibilità di perfezionamento professionale sotto forma di seminari, congressi ecc, la settimana multiprofessionale del St. Christopher's Hospice di Londra, mi è parsa un'opzione interessante. Ho fatto richiesta d'iscrizione per la settimana di maggio 2008 e sono stata accettata, fatto questo che mi ha riempito di gioia. Con questo riassunto desidero rendervi partecipi della mia esperienza.

Dr. Marianne Lang Meier

Breve diario della Settimana multiprofessionale in cure palliative, St.Christopher's Hospice a Londra, dal 12 – 16 maggio 2008

Lunedì 12 maggio 2008, ore 9.30

C'è un tempo splendido, il corso inizia. Il St. Christopher's Hospice, la culla delle cure palliative dei nostri giorni, è situato in una zona residenziale in uno dei tanti sobborghi di Londra.

Al corso partecipano 23 persone provenienti da tutti gli angoli del mondo, di cui nove infermiere, cinque medici e altre nove tra assistenti sociali, assistenti di cura, terapisti.

L'accoglienza è calorosa e ben organizzata.

Si entra in medias res con l'autopresentazione di tutti i tutori e dei partecipanti. Segue una presentazione delle dinamiche di gruppo. Per esemplificarlo facciamo degli esercizi, come ad esempio passarsi nel gruppo un pallone gonfiabile, coinvolgere gli altri studenti del team nel proprio vissuto. Discutiamo della tipologia dei vari modi di comportamento nel gruppo.

Malcolm Payne approfondisce la semantica del lavoro in gruppo: interdisciplinare e multidisciplinare, interprofessionale e multiprofessionale, e propone di usare nell'ambito del nostro lavoro il termine multiprofessionale. Un exposé interessante che aiuta a riflettere sulle abitudini di denominare le cose.

La dottoressa Debra Webb parla della terapia del dolore, cita tutti gli aspetti importanti con particolare accento sulla terapia farmacologica. Per chi lavora in cure palliative da un po' di tempo la lezione è molto basic.

Nel pomeriggio possiamo immergerci nell'arteterapia. A seconda della nostra preferenza lavoriamo con argilla, pittriamo o facciamo della musica. Scelgo la musicoterapia. Dopo una breve introduzione la musicoterapista ci trascina nelle meraviglie dei suoni e facciamo tutti assieme un bel concerto.

Nel tardo pomeriggio abbiamo l'occasione di visitare l'Hospice: un impressionante complesso di edifici con camere per pazienti ben attrezzate, anche se con qualche decennio sulle spalle, locali per la vita in comune, la cappella ecumenica. Ci piace la famigliarità dell'atmosfera, la qualità dei servizi. Attorno alla struttura c'è il grande giardino con un parco giochi e tanto verde.

Martedì 13 maggio 2008

La giornata si apre con una lezione-presentazione sulla cultura ed etnia di David Oliviere, direttore del dipartimento educazione dell'Hospice. Parla degli aspetti teorici, con tanti esempi sulla diversità culturale. Quanta influenza ha la cultura sulla nostra vita! La cultura come lente attraverso la quale vedi il mondo, è una delle definizioni date che mi piace. Con esercizi in gruppi scopriamo delle differenze culturali nel nostro piccolo.

Segue una lezione sui problemi etici. La docente, un'infermiera con una formazione specifica e una lunga esperienza ci fa elencare dei problemi etici che incontriamo nel nostro lavoro e ci presenta due modelli diversi per trovare delle soluzioni in situazioni etiche difficili.

Mercoledì 14 maggio 2008

Al mattino David Oliviere fa una lezione di psicologia applicata. Ci fa riflettere sui nostri sentimenti e ci invita ad ascoltare dentro di noi. Il suo modo di parlare di sé stesso, di raccontare delle cose intime è eccezionale. Una lezione parallela è dedicata al controllo dei sintomi. Nella discussione di casi approfondiamo la presentazione e il trattamento di sintomi gastro-intestinali, respiratori e di altri sintomi frequenti. Katy Burn, infermiera specializzata in cure palliative che lavora a domicilio ci racconta la sua esperienza di cure palliative a domicilio in un'area di Londra di 1.8 milioni di abitanti, con tanti quartieri disagiati.

Nel tardo pomeriggio facciamo dei giochi di ruolo. Siamo confrontati con due attrici che raffigurano degli ammalati molto gravi. Situazioni come le incontriamo nel nostro lavoro di tutti giorni. Una bella sfida.

Alla sera vado a visitare la National Gallery con alcuni colleghi del corso. Il centro di Londra, che bello!

Giovedì 15 maggio 2008

I lavori iniziano con una lezione su perdita e dolore. La lezione è molto toccante, la docente Lesley Adshead ci racconta delle sue perdite, come le ha vissute e cosa l'ha aiutata ad elaborarle; racconta piccoli episodi che hanno accompagnato le perdite, con grande dolcezza e chiarezza. Presenta un nuovo modello di elaborazione del lutto, di Stroebe e Schutt. Questo modello è denominato «The Dual Process Model of Grief». Descrive il processo del lutto come un oscillare tra il pensare alla perdita e l'orientarsi verso la ricostruzione di una nuova vita.

Un'altra sessione sul controllo dei sintomi dimostra di nuovo le grandi capacità cliniche e didattiche di Nigel Sykes con il quale discutiamo di sintomi difficili come i contatti di vomito, singhiozzo, edemi, emorragie, mioclonie e altro.

Il pomeriggio rivela un nuovo High light: lutto e perdita dei bambini, presentato da Barbara Monroe, capo del St. Christopher's Hospice. La presentazione è molto professionale e umana. Attraverso brevi esercizi dobbiamo cercare di capire cosa può passare nella testa di un bambino di 5-7-12 anni di fronte ad una perdita. Ci dà degli spunti su

come muoverci con i bambini, per esempio come spiegare un funerale.

Segue la discussione su un altro grande tema: la famiglia. Facciamo un gioco di ruolo in gruppo, sotto forma di una family conference. Metà dei partecipanti simula la famiglia, gli altri osservano. Concludiamo con una lunga discussione.

Venerdì 16 maggio 2008

L'ultimo giorno del corso inizia con una lezione-presentazione su intimità e sessualità in cure palliative. Barbara Monroe affascina un'altra volta. Con naturalezza parla di argomenti molto difficili.

In base a due casi si discute in piccoli gruppi sul modo di cogliere domande (celate) di pazienti sulla sfera sessuale e come affrontarle sia con un partner che con una coppia.

Nella seconda parte della mattinata abbiamo l'opportunità di assistere ad una lezione sulla supervisione oppure sulla riabilitazione. Scelgo la supervisione.

La relatrice, un'assistente sociale con formazione in supervisione e counseling, approfondisce tutti gli aspetti della supervisione e ne cita i tre obiettivi principali: cioè educazione, supporto e organizzazione del lavoro. I par-

tecipanti raccontano le loro esperienze e le loro possibilità di supervisione.

Mi accorgo che siamo privilegiati con la supervisione che facciamo a Hospice Ticino perché in tante altre istituzioni non esiste questa opportunità.

Dopo l'ultimo pranzo in comune lavoriamo ancora una volta in gruppo. Il nostro gruppo deve esprimersi su «la morte buona». Mettiamo in scena un teatrino sulla morte buona di un «barbone» in una casa Hospice.

Alla fine di questa scenetta devo lasciare il corso perché mi aspetta l'aereo per rientrare a casa.

Conclusioni:

Una settimana molto ricca di esperienze, informazioni e nuovi spunti per le cure palliative. I nostri tutori sono stati eccellenti e simpatici. Ogni pomeriggio, dopo l'ultima sessione, si sono messi a disposizione a bere un bicchiere di vino assieme, a discutere e a concludere insieme la giornata.

Come medico sono sempre molto interessata al Symtom control. Di questo non c'è stato molto durante il corso, ma ho capito che l'esperienza al St.Christopher's ha insegnato altre cose quasi più importanti.

Inserat

Master of Advanced Studies (MAS) in Palliative Care

Das Weiterbildungszentrum Gesundheit der FHS St.Gallen bietet einen schweizweit einzigartigen multiprofessionellen Weiterbildungsmaster in Palliative Care auf Fachhochschulstufe mit den Zertifikatslehrgängen (CAS):

- Klinisches Management (CAS I)
- Psychische, soziale, spirituelle und ethische Dimensionen (CAS II)
- Management und Gesundheitspolitik (CAS III)

Die Daten der regelmässig stattfindenden Informationsanlässe finden Sie online unter www.fhsg.ch. Alternativ stehen wir Ihnen für ein persönliches Beratungsgespräch zur Verfügung.

Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme.
FHS St.Gallen, Weiterbildungszentrum Gesundheit, Tellstrasse 2,
CH-9000 St.Gallen, Tel. +41 71 226 15 00, wbge@fhsg.ch



Bis weit über den letzten Platz hinaus war am 27. Juni 2008 der grosse Vortragssaal des Zürcher Kunsthause für die öffentliche Tagung des Forums Gesundheit und Medizin gefüllt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zur Hälfte Fachleute aus den verschiedensten Disziplinen, zur Hälfte Betroffene und Angehörige. Vier etwa einstündige Referate mit anschliessender Frage- und Diskussionsmöglichkeit bildeten die Kernstücke des Tages.

Claude Fuchs

«Die erschöpfte Seele – depressive Verstimmungen in der zweiten Lebenshälfte und im Alter»

Prof. Daniel Hell, ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, beschrieb die Depression aus psychiatrischer Sicht sowohl als Lebenskrise wie auch als Krankheit. In der Hektik und Überforderung unserer Zeit stellt sie ein sehr wirksames Bremsmanöver dar und ist grundsätzlich als sinnvoller und gesunder Schutzmechanismus zu betrachten. Krankhaft wird die Depression erst dort, wo sie chronisch verläuft. Deshalb ist die Suche nach biographischen Ursachen und Verbesserungsmöglichkeiten im Lebensumfeld in jedem Fall wichtig. Auch bei alten Menschen...! Daneben sind aber auch Antidepressiva eine wichtige Hilfe, solange sie die eigentlichen Probleme nicht einfach überdecken. Als wirkungsvoll haben sich diese Medikamente vor allem bei schweren Depressionen erwiesen.

Prof. Andreas Kruse, Heidelberg, und Frau Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt am Main, behandelten das Thema aus gerontologischer und psychoanalytischer Sicht. Depressionen sind nach den Herz-/Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Diagnose überhaupt. Im Alter stellt die Suche nach einem Lebenssinn eine schwierige

Aufgabe dar, insbesondere in einer Gesellschaft, die sich hauptsächlich über Arbeit und Leistung definiert. Noch schwieriger ist wohl die Auseinandersetzung mit der Begrenztheit menschlichen Lebens überhaupt, also annehmen zu können, dass mein irdisches Leben niemals jene Abrundung und Erfüllung finden wird, nach der ich mich sehne, sondern für immer Fragment bleiben wird. Kein Wunder, dass Depressionen auch im Alter nicht seltener werden!

Als letzter sprach Dr. Eugen Drewermann, der bekannte Theologe und Psychotherapeut, zum Thema «Depression und Religion». Aus der Leidenschaft und der persönlichen Betroffenheit, mit der er sprach, war zu spüren, wie nahe ihm die Menschen in ihrem konkreten Leiden stehen. Es war ein düsteres Bild unserer Welt und der heutigen Situation, das er zeichnete, so wie es dem Erleben depressiver Menschen eben entspricht.

Auch den Hinweis eines Teilnehmers auf die abschliessende Feststellung des ersten biblischen Schöpfungsberichts, dass nämlich «alles sehr gut war», konnte er aus dieser Sicht nicht gelten lassen. Angst und Verzweiflung sind da realistischerweise die einzige angemessenen Reaktionen. Doch mitten im Dunkel der Nacht kann Hoffnung entstehen und Bereitschaft, sich einzusetzen für eine neue, bessere Welt. Das ist weder logisch noch einfach machbar – und sicher nicht allein getan mit dem Verabreichen von Antidepressiva. Doch wo es geschieht, da wird auch heute das Wunder der Auferstehung ein Stück weit erfahrbar.

Mir persönlich hat die Tagung mit der Vielzahl der angesprochenen Aspekte und der dahinter dennoch weitgehend gemeinsamen Sicht und Haltung zahlreiche Anregungen gebracht. Sie hat mich auch in der Überzeugung bestärkt, dass Palliative Care und die Aussicht auf Geborgenheit selbst in der letzten Lebensphase ein wichtiger und sinnvoller Beitrag sind, der gewisse Depressionen im Alter vielleicht gar zu vermeiden hilft.

Abonnement-Bestellung palliative-ch

Ich möchte **palliative-ch** abonnieren

Einzelpersonen:

CHF 55.– EUR 40.–

Institutionen:

CHF 80.– EUR 60.–

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Senden an

palliative-ch

Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Es war mein erster Kongressbesuch in Friedrichshafen, und was mich nachhaltig beeindruckte, war die herzliche Gastfreundschaft, die mich durch diese Tage begleitete. Die wunderschöne Anlage am See, liebevoll vorbereitete Buffets, kleine Durchsagen und Informationen durch die Tage und viele kleine Aufmerksamkeiten trugen dazu bei, dass ich mich ganz auf die Tagung und die Begegnungen konzentrieren konnte.

Eva Waldmann

Gemeinsam den Alltag gestalten

3. Internationaler Palliative Care Kongress in der Euregio Bodensee 12.–13. Juni 2008

Bestimmt hätten sich die Veranstalter noch mehr BesucherInnen für die reich befrachteten Tage gewünscht. Am Vormittag standen Referate auf dem Programm, die von Parallelworkshops am späten Vormittag und am Nachmittag abgelöst wurden. Philosophische, sozialpolitische und spirituelle Inputs regten zum Nachdenken an. Themen wie Betreuungsmodelle für spezifische Patientengruppen, neue Ansätze in der Aus- und Weiterbildung von Fachleuten, Schmerz- und Symptomlinderung sowie Organisations- und Versorgungsmodelle führten zu angeregten Diskussionen über praktische Möglichkeiten und Begrenzungen. Etwas schade fand ich, dass die Workshops ebenfalls eigentliche Referate waren und so die Gelegenheit für Austausch und Vertiefung im Plenum fehlte.

Mit dem Eröffnungs-Réferat «Im Angesicht des Menschen den Alltag gestalten» setzte Cornelia Knipping einen Höhepunkt. Sie legte dar, dass Palliative Care darauf achten muss, dass Einflussnahme auf die bestmögliche Lebensqualität nicht zur Ideologie verkommt und Linderung von Leiden zum vorherrschenden Ideal wird. Sie sprach sich für einen Alltag aus, der durch die gegenseitige Beeinflussung von Menschen geprägt wird und nicht durch Leitlinien. Sie warf in ihrem Réferat zahlreiche Fragen auf, von denen ich einige einfach anfügen will. Denn es sind Fragen, mit denen es sich lohnt, Zeit zu verbringen, und die nicht gleich mit einer Antwort aus der Welt geschaffen werden müssen. «Geht es um Management oder um Gestaltung des Lebens und Sterbens?» «Ist eine Studie verlässlicher als der Mensch vor uns?» «Genügt es, die Symptome zu lindern, damit sich automatisch Lebensqualität einstellt?» «Was verlieren wir Menschen, wenn das Leiden zum Verschwinden gebracht wird?» Auch wenn Cornelia Knipping mit Antworten eher zurückhaltend war, beantwortete sie diese letzte Frage klar.

Wenn das Leiden verschwindet:

- geht uns die Mitleidenschaft verloren
- verunmöglicht uns Bedeutsamkeit in einer Krankheit zu suchen und zu finden
- geht uns der Anstoß zur Sorge und die Hingabe an die Einmaligkeit des Menschen verloren

Aus dem Workshop «Praktische Ansätze für die Geriatrie» nahm ich Folgendes mit: «Alle Institutionen der Langzeitpflege müssen zwingend zu Kompetenzzentren der Palliative Care werden. Wir befinden uns bereits auf dem Weg dorthin, aber das Ziel ist noch in weiter Ferne. Mit der Einführung eines Palliativ-Konzeptes beginnt ein Prozess, der nie enden wird und der den Willen der Führungsverantwortlichen sowie die Motivation der Basis braucht.» Ich wurde bestärkt in meiner Überzeugung, dass gerade im Langzeitbereich Wertschätzung des Vorhandenen und Mut zu kleinen Schritten notwenig sind, um die Umsetzung von Palliative Care nicht durch allzu grosse Erwartungen auszubremsen oder gar nie damit zu beginnen.

Aus dem Bildungsbereich faszinierte mich das Konzept des Basiccurriculums «Palliative Praxis im Regelbetrieb», das Hubert Jocham als Leiter und Mitbegründer vorstellte. Diese Schulung für Berufsgruppen, die in der Altenpflege tätig sind, arbeitet mit der Storyline-Methode. Speziell geschulte Moderatoren führen die Kurse im Umfang von 40 Stunden durch. Der Moderator orientiert sich an dem, was die Kursgruppe einbringt, und muss gleichzeitig dafür sorgen, dass die Story an allen Elementen, die gelehrt werden sollen, vorbeikommt. Spannend fand ich den Ansatz, weil der Tatsache der eingeschränkten Ressourcen Rechnung getragen wird und sich den unterschiedlichen Mitarbeitenden einer Institution Gelegenheit bietet, sich mit den für sie relevanten Themen von Palliative Care in ihrer ganzen Bandbreite zu beschäftigen.

Denn das wurde auch in weiteren Workshops klar: wenn Palliative Care für alle, die es brauchen, angeboten werden soll, dann sind wir sowohl als Berufsleute als auch ganz persönlich aufgefordert zu differenzieren, zu priorisieren und zu reduzieren, so dass Modellprojekte die Umsetzung in die Regelversorgung schaffen.

L'équipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien offre depuis septembre 2005 ses services en terme de soins et de soutien aux enfants atteints d'une maladie grave, d'un handicap sévère ou lors de fin de vie. Cette équipe est placée sous l'égide de la Santé Publique qui a soutenu la création d'une telle structure alors même que la population cible est fort heureusement très restreinte.

Patricia Fahrni-Nater ; Jacqueline Ganière

L'équipe pédiatrique cantonale vaudoise de soins palliatifs et de soutien

En effet, sur la population des moins de 20 ans – environ 148 000 jeunes soit 23% de la population vaudoise totale, 70 à 80 enfants décèdent chaque année suite à un accident, à une maladie cancéreuse, à un polyhandicap, d'une malformation ou encore des conséquences d'une trop grande prématurité. Tous les enfants dès leur naissance et jusqu'à 18 ans peuvent bénéficier de cette prise en charge.

L'équipe peut être sollicitée à intervenir par toutes les structures de soins du canton de Vaud, que cela soit le milieu hospitalier, les institutions pour enfants handicapés, les soins à domicile et les pédiatres. Elle intervient en tant qu'équipe de 2^{ème} ligne avec comme mandat principal de renforcer et de soutenir les soignants dans leur mission de soins auprès des enfants dont l'état de santé nécessite des soins palliatifs temporairement ou lors de la fin de vie. Avec l'équipe de 1^{er} ligne, la mission commune est de rechercher toutes les alternatives de soutien physiques et psychiques adaptées à l'âge et la personnalité de l'enfant et de sa famille. Le but premier est de préserver la qualité de vie de l'enfant jusqu'à la fin conformément aux principes fondamentaux des soins palliatifs¹.

Les deux présentations de situation ci-dessous permettent d'illustrer quelques-uns des aspects spécifiques à la pédiatrie.

Jacqueline Ganière



M. est un petit garçon de 3 ans atteint d'un polyhandicap sévère secondaire à une asphyxie néonatale. M. ne marche pas, ne parle pas, est malentendant et malvoyant. Des crises convulsives quotidiennes pèsent lourdement sur la qualité de vie. L'enfant exprime son grand inconfort par des gémissements répétitifs. De plus un encombrement pulmonaire complexifie son état. L'alimentation est réalisée uniquement par le biais d'une sonde de gastrostomie.

L'équipe est intervenue à de nombreuses reprises à la demande du médecin et des infirmières à domicile. L'objectif a été centré sur l'évaluation de la douleur et de l'inconfort afin de trouver des solutions pour la gestion de ces symptômes très difficiles à vivre au quotidien pour la famille.

Dans ce contexte, il a été important de mettre en place un outil d'évaluation de la douleur, outil qui permette aux nombreux soignants d'avoir une base commune de réflexion, un langage commun dans une situation rendue difficile de par différents paramètres comme l'absence de communication verbale de l'enfant, des signes non-verbaux peu distincts dans ce contexte de polyhandicap ou encore par le fait que la famille n'était pas de langue française, laissant ainsi une large place à l'interprétation de chacun.

Une deuxième difficulté est d'accompagner une famille confrontée à l'impact d'une maladie chronique sur la vie quotidienne. De plus, une petite fille est venue agrandir le cercle familial apportant beaucoup de joie mais représentant aussi un grand défi notamment pour la maman souvent partagée entre l'entier dévouement à son fils et la disponibilité que requiert un nourrisson en plein développement. L'enjeu de taille pour les soignants a été de soutenir la maman dans son rôle, mettant en évidence des points distincts dans le développement de l'un et de l'autre afin d'éviter que la petite sœur n'aie M. comme seule référence.

Le travail en commun avec l'équipe de 1^{re} ligne permet à cette dernière de pouvoir trouver un soutien bénéfique dans le partage réflexif et du vécu. L'accompagnement de longue durée à domicile, dans des situations lourdes émotionnellement et les difficultés liées à la persistance de symptômes pénibles pour l'enfant comme par ailleurs pour les parents, mettent à mal la représentation de soins efficaces et peut induire chez les soignants un sentiment d'échec et de grande lassitude.

V. est une jeune fille de 10 ans. Elle est atteinte d'un sarcome hépatique évoluant depuis deux ans et arrivant en phase terminale. Elle vit avec ses parents et sa sœur de deux ans sa cadette. Cette situation confronte les soignants à deux défis majeurs.

Elle présente des douleurs abdominales très importantes, récalcitrantes aux traitements habituels et très invalidantes, limitant l'amplitude respiratoire et nécessitant un apport en oxygène. En effet, ces douleurs diminuent considérablement la mobilité de la jeune fille et de là aussi réduit sa qualité de vie. Connaissant bien l'évolution de son



de gauche à droite:
Isabelle Albrecht,
PFahrni-Nater, Dresse
Martine Nydegger

état, elle souhaite pouvoir réaliser un dernier projet : aller à Europa Park avec copains, copines et sa famille. L'équipe hospitalière la soutenant dans cette réalisation demande une consultation afin de rechercher et de proposer une antalgie qui lui permettrait de faire ce voyage dans les meilleures conditions possibles. L'administration d'un antalgique diffusée par pompe PCA s'est révélée être efficace et c'est équipée d'oxygène et accompagnée par une infirmière qu'elle a pu dans de bonnes dispositions profiter des activités proposées par le parc d'attraction.

Un autre grand défi pour les soignants est l'accompagnement de la sœur cadette qui ne pose pas de question au sujet de V. mais qui comprend, avec les compétences de son âge, toute la gravité de la situation.

Ces deux situations soulignent l'importance de tenir compte en premier lieu des besoins propres à l'enfant en fonction de son âge, personne en constante évolution, et à sa famille. La vision que l'enfant a ou que ses parents ont de son vécu est primordiale dans les solutions à trouver pour améliorer son confort. En deuxième lieu, la collaboration avec les équipes de 1ère ligne se doit d'intégrer dans les propositions thérapeutiques non seulement les besoins de l'enfant en terme de soulagement des symptômes mais les soins déjà appliqués et mis en pratique par les équipes. Le travail de consultation réside dans la richesse d'une réflexion commune, source d'enseignement de part et d'autre au bénéfice de l'enfant.

Placée sous la responsabilité du Professeur Sergio Fanconi, médecin chef du département médico-chirurgical de pédiatrie, l'équipe actuelle est composée d'un médecin référent: Martine Nydegger, médecin-anesthésiste à l'hôpital de l'enfance à Lausanne. De deux infirmières: Patricia Fahrni-Nater, infirmière coordinatrice-responsable, Isabelle Albrecht, infirmière référente et ainsi que d'une psychologue Jacqueline Ganière.

Outre le travail de consultance, l'équipe remplit d'autres missions. Pour l'essentiel, il s'agit de développer des protocoles² améliorant la prise en charge des enfants

en soins palliatifs et le mandat de formation auprès des équipes soignantes ou encore dans des écoles de soins infirmiers ainsi que des éducateurs et éducatrices, ou encore par le biais du symposium de soins palliatifs pédiatriques annuel. Ce dernier, s'il complète la mission formative, se veut aussi porteur et créateur de liens entre professionnels de différents milieux. Cette année un pont a été jeté entre deux milieux confrontés aux enfants gravement malades : le milieu scolaire et le milieu hospitalier. Il a mis en évidence les besoins de communication entre professionnels. Il s'agissait de démontrer que la qualité de vie des enfants en soins palliatifs peut toujours être améliorée et que cette qualité de vie passe aussi par le besoin d'aller à l'école. Néanmoins cela nécessite d'accorder une attention à l'accompagnement des camarades de classe, voire même des enseignants.

A l'instar de l'enfant constamment en développement l'équipe de soins palliatifs pédiatriques évolue sans cesse à la recherche d'un haut niveau d'exigence envers ceux qui la sollicitent. Le croisement des compétences respectives de chaque équipe rencontrée est la clé de voûte des bénéfices pour l'enfant. Ce croisement nécessite de nombreux ajustements. Le bien-être des enfants atteints gravement dans leur santé exigent ce haut niveau de coordination et de collaboration.

1 Cf. « Soins palliatifs pédiatriques : une structure innovante dans le canton de Vaud » P.Fahrni-Nater, J.Ganière, S.Fanconi, /Palliative-ch nr.1 2007. P.36

2 Cf. « Soins palliatifs pédiatriques : une structure innovante dans le canton de Vaud » P.Fahrni-Nater, J.Ganière, S.Fanconi, /Palliative-ch nr.1 2007. P.38

Vor etwa 30 Jahren erschien zum ersten Mal das SAKK Bulletin, das vor allem den Zweck hatte, die interne Diskussion klinischer Studien sowie die zukünftige Entwicklung der Krebsforschung in der Schweiz anzuregen. Anfänglich war es nur eine Art Newsletter, ein paar Blätter, die so aussahen, als ob sie vervielfältigt worden wären.

Prof. Dr. Franco Cavalli

Schweizer Krebsbulletin



Prof. Dr. Franco Cavalli

Danach vergrösserte sich der Umfang, aus SAKK wurde SIAK (Schweizerisches Institut für angewandte Krebsforschung), später interessierten sich auch andere Vereine für diese Publikation. Zuerst einmal die Krebsliga, die seit Jahren regelmässig viele Seiten dieses Bulletins beansprucht. Dann auch die Schweizerische Gesellschaft für Onkologie, die Onkologieschwestern, das Schweizerische Institut für experimentelle Krebsforschung (ISREC), die Krebsregister usw. Daraus wurde das Schweizer Krebsbulletin, das seit vielen Jahren regelmässig alle drei Monate erscheint.

An der Liste der Vereine, die das Bulletin mittragen, lässt sich auch ein bisschen die historische Entwicklung der Onkologie in der Schweiz ablesen: So wurde letztthin das SIAK aufgelöst, womit die SAKK wiederum die haupttragende Organisation wurde. Daneben entstand der neue Verein National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER).

Die Auflage des Bulletins liegt ungefähr bei 3000 Kopien. Es wird gratis an alle onkologisch interessierten Personen (Ärzte, Schwestern, Epidemiologen, Gesundheitspolitiker usw.) in der Schweiz verschickt. Daneben zirkulieren noch etwa 100 Exemplare im benachbarten deutschen Raum. Getragen wird das Bulletin durch die Annoncen der Pharmaindustrie, aber auch durch Beiträge vor allem der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Onkologie (SGO). Alle interessierten Personen können das Bulletin gratis erhalten.

Turnusgemäss schreibt jemand, der zur Trägerschaft gehört, einen Leitartikel, der sich auf das Neueste auf seinem Spezialgebiet konzentriert. Recht umfangreich ist in jeder Nummer der Pressespiegel: Hier werden Ausschnitte aus den wichtigsten Artikeln der Schweizer und der internationalen Presse wiedergegeben, die sich insbesondere mit onkologischen Problemen (inkl. Gesundheitspolitik) befassen. Besondere Aufmerksamkeit schenkt man provokativen Artikeln oder solchen mit kontroversen Themen (z. B. Medikamentenpreise oder Versicherungsprobleme der Krebspatienten).

Jeder der Vereine hat dann die Möglichkeit, auf einigen Seiten entweder wissenschaftliche Resultate oder Vereinsinformationen zu bringen. In jeder Nummer publizieren wir ein paar Originalartikel, die häufig Argumente der Palliativmedizin behandeln. Es gibt auch jedes Mal den sogenannten «Seltenen Fall»: Es handelt sich um einen klinischen Fall, der besonders interessant ist und aus dem die Leser besonders viel lernen können. Regelmässig ver-

öffentlichen wir auch Kongressberichte sowie Buchbesprechungen. Seit etwa zwei Jahren bringen wir häufig ein Interview mit einer Persönlichkeit in der onkologischen Welt. So haben wir z. B. Isabel Mortara, die Exekutivdirektorin der UICC (Union Internationale Contre le Cancer) oder Dr. F. Báez, der in Nicaragua ein von der Schweiz finanziertes Entwicklungsprojekt auf dem Gebiet pädiatrischer Onkologie leitet, interviewt. In jeder Nummer gibt es auch ein Verzeichnis der bevorstehenden nationalen und internationalen Onkologieereignisse.

Im Grossen und Ganzen lebt das Bulletin von dem, was die Leser uns einreichen. Gelegentlich haben wir einige Schwierigkeiten, die Ausgabe zu vervollständigen, aber im Allgemeinen bekommen wir doch rechtzeitig genügend Material, um interessante Ausgaben zu produzieren. Das Feedback, das wir haben, ist recht positiv: Das Bulletin wird rege gelesen und der Inhalt scheint die Leser zu interessieren. Das dürfte vor allem für Sie, die sich mit der Palliativmedizin befassen, interessant sein, da wir, wie gesagt, diesem Thema ein besonderes Interesse schenken. Abonnieren Sie das Schweizer Krebsbulletin darum ohne Zögern per Telefon oder Email. Auch Sie werden dann kostenlos regelmässig alle drei Monate Ihr Exemplar erhalten.

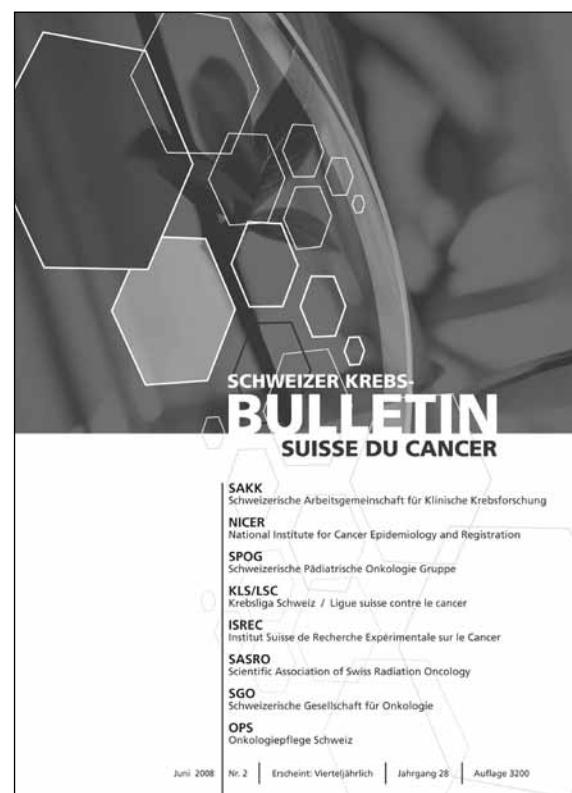
Für Informationen und Bestellungen

Karin Lerch, Koordination Schweizer Krebsbulletin

Tel. 091 811 82 30

Email: karin.lerch@sakk.ch

Das Schweizer Krebsbulletin online: www.sakk.ch
siehe unter Publikationen / Schweizer Krebsbulletin



Möglichkeiten und Grenzen in der Psychoonkologie

Nationale Psychoonkologie-Fachtagung 2008

Donnerstag, 20. November 2008
Kultur & Kongresshaus, Aarau

Viele Betroffene und Fachleute sind über psychosoziale Angebote mangelhaft informiert. Die interdisziplinäre Tagung fördert die Akzeptanz psychoonkologischer Unterstützungsangebote und die Vernetzung beteiligter Fachpersonen.

Das ausführliche Programm finden Sie auf www.krebsliga-aargau.ch.
Sie können sich dort auch komfortabel online anmelden.

Information

Krebsliga Aargau, Florian Helfrich
Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
E-Mail florian.helfrich@krebsliga-aargau.ch

Organisation

Krebsliga Aargau, Krebsliga Schweiz,
Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie

Les possibilités et les limites de la psycho-oncologie

Symposium national de psycho-oncologie 2008

Jeudi, 20 novembre 2008
Kultur & Kongresshaus, Aarau

A l'heure actuelle, bon nombre de personnes touchées et quantité de spécialistes sont insuffisamment informés sur les offres psychosociales disponibles. Ce symposium interdisciplinaire a pour objectif la promotion de l'acceptation des offres de soutien psycho-oncologique et la mise en réseau des spécialistes concernés.

Le programme détaillé peut être consulté sur le site www.krebsliga-aargau.ch.
Vous pouvez vous inscrire sur le même site.

Information

Ligue argovienne contre le cancer, Florian Helfrich
Milchgasse 41, 5000 Aarau
Tél. 062 834 75 75
courriel florian.helfrich@krebsliga-aargau.ch

Organisation

Ligue argovienne contre le cancer, Ligue suisse contre le cancer, Société Suisse de Psycho-Oncologie

Commande d'abonnement palliative-ch Sottoscrizione abbonamento palliative-ch

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

Individuels/Individuale:
Institutions/Istituzioni:

CHF 55.– EUR 40.–
CHF 80.– EUR 60.–

Nom/Cognome

Prénom/Nome

Rue/Via

NPA/Localité/NAP/Luogo

Date/Data

Signature/Firma

Envoyer à/Inviare a

palliative-ch

Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Dr. Claudia Gamondi

La psichiatria in cure palliative

La letteratura di cure palliative si sta arricchendo di ottimi testi e questo libro, fresco di stampa, sicuramente salta all'attenzione. Argomento difficile, a tratti spinoso è la psichiatria in cure palliative. Le rappresentazioni del lettore riguardo all'argomento possono indurre a nemmeno prendere in mano un libro che tratti simili temi. Fin dall'indice il libro si prospetta interessante e viene subito voglia di scegliere il capitolo che ci parla di più e leggerlo. Per me è stato così: il capitolo sul dolore e la psichiatria mi ha attratta e ho iniziato da lì. Man mano che le pagine scorrevano la lettura, seppur di un argomento complesso, risultava fluida e la comprensione dei concetti facilitata.

Dr Macleod dimostra capacità cliniche ed esperienza sul campo. Sa non dilungarsi troppo in astratte teorie e sembra tenere ben presente il suo lettore tipo: il medico o l' infermiera di cure palliative, senza una lunga formazione in psichiatria, che cerca in questo libro delle risposte alle situazioni cliniche quotidiane. Sa anche interessare il ricercatore che cerca spunti di ricerca in un ambito così complesso e ricco d'interferenze ed evidenzia bene dove l'evidence based medicine ha già dato risposte convincenti e dove è necessaria futura e approfondita ricerca.

Il libro nel suo insieme è ben scritto e la suddivisione scelta ne permette anche una rapida consultazione. Le tabelle, non in numero esagerato, sono chiare e di facile interpretazione. La costante aderenza ai temi delle cure palliative e alla peculiarità di questi pazienti emerge nel richiamo critico sugli strumenti di valutazione e nella di-

scussione diluita nei vari capitoli sulla loro praticabilità al di fuori degli studi clinici e la loro efficacia in questa popolazione di pazienti. Un capitolo interamente dedicato a questo argomento sarebbe stato interessante da leggere.

Il richiamo alla letteratura classica, con citazioni filosofico-letterarie all'inizio di ogni capitolo, e talora anche all'interno dei capitoli stessi, permette al lettore di poter calarsi nell'argomento con una sensazione di completezza di trattazione e di spunto di riflessione personale degni di nota. Dal punto di vista delle tematiche scelte si spazia dal delirium, tema classico che non poteva mancare, alla relazione tra eutanasia e psichiatria: interessante in questo ultimo capitolo del libro è l'attenzione dell'autore non solo sul paziente ma anche sul ruolo ed i compiti dello psichiatra chiamato a valutare una tale richiesta. Un capitolo ricco di spunti è quello sui disordini d'adattamento e i disturbi ansiosi, forse il più aderente alla pratica clinica. Rivedendo nella sua globalità il volume poteva essere arricchito con un capitolo dedicato alla famiglia, la cui presenza traspare nei vari capitoli, ma le cui tematiche potevano essere approfondite. E in conclusione un libro utile nella pratica clinica e di facile consultazione; sicuramente da leggere.

Sandy Macleod,

The psychiatry of palliative medicine – The dying mind, Radcliffe Publishing

ISBN 978-1-84619-092-6

Inserat

Seminar am Bethesda
Forum für berufliche und
persönliche Entwicklung

Gerontologie ... ein Basisseminar

ab 16. Oktober 2008 (5 Tage)

Seminarleitung: Joachim Bausch

Kosten: Fr. 1000.--

Anmeldungen und Auskünfte: Telefon 061 315 24 64
seminar@bethesda.ch, www.bethesda.ch

Claude Fuchs

Frauke Koppelin: Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger

Der grösste Teil der Pflegeleistungen wird noch immer und angesichts der demographischen Entwicklung sowie der begrenzten personellen und finanzielle Ressourcen auch weiterhin nicht in Pflegeinstitutionen, sondern von nahen Verwandten – am häufigsten von Ehefrauen – erbracht. Doch welche Unterstützung brauchen diese meist ja ebenfalls bereits älteren Ehefrauen ihrerseits? Und wer kann diese erbringen? Eine Hauptrolle spielt dabei das Netz von Verwandten (Kinder, Schwiegertöchter), Nachbarn und Freunden. Erst in zweiter Linie wird die Hilfe der Spitex angefordert. Wird die spezifisch pflegebezogene Hilfe oft in Anspruch genommen und gewährt, so kommt hingegen die persönliche Hilfe für die Angehörigen – Gespräche, Freizeit, kulturelle und soziale Impulse ausser Haus – vor allem bei längerer Pflegedauer oft zu kurz, was leicht zu depressiven Zuständen führen kann. Neben der Pflegemintensität und -dauer sowie dem bestehenden engen oder spärlichen Unterstützungsnetz sind aber auch die persönlichen Coping-Strategien und Werthaltungen der

pflegenden Ehefrauen zu beachten. Unterstützung, die in einem Fall angezeigt und hilfreich ist, kann in einem anderen Fall völlig unangemessen sein.

Das Buch von Frauke Koppelin ist eine überarbeitete und erweiterte medizin-soziologische Dissertation. Entsprechend viel Platz nimmt die sorgfältige Beschreibung der Voraussetzungen und des Studiendesigns ein. Eindrücklich ist für mich vor allem der Versuch einer Typisierung der pflegenden Ehefrauen und ihrer jeweiligen überraschend unterschiedlichen Bedürfnisse. Deshalb scheinen auch hier die palliativen Prinzipien der individuellen Entscheidungsfindung sowie der problem- und diagnoseorientierten Hilfestellung ganz besonders angezeigt.

Frauke Koppelin,
Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger – Theorien, Methoden, Forschungsbeiträge,
Verlag Hans Huber, Bern, 2008, ISBN 987-3-456-83173-2, 238 Seiten, CHF 49.90, EURO 29.95.

Françoise Porchet

Soins palliatifs: une pratique aux confins de la médecine

Les soins palliatifs, symptôme d'une médecine malade? face aux limites médicales, comment repenser la médecine, privilégier la réflexion avant l'action, voire renoncer parfois à l'action et se centrer sur ce qui fait sens pour le malade et son entourage?

Dans une société où l'efficacité, la jeunesse, le dynamisme, la beauté se retrouvent au devant de la scène et où la maladie, le vieillissement, la mort sont reléguées dans les coulisses, la médecine se trouve confrontée à ses limites et acculée entre les deux extrêmes que sont la guérison et l'euthanasie. C'est dans cet espace que les soins palliatifs émergent, répondant à trois principes : la reconnaissance et le respect des limites médicales, la globalité du patient incluant ses dimensions psychologique, sociale et spirituelle et la nécessité d'un travail interdisciplinaire apte à garantir la meilleure qualité de vie possible pour les personnes gravement malades et en fin de vie.

Comme le dit si justement l'auteur, la douleur brise l'unité vécue de l'être humain en rendant difficile la relation avec ses proches et en amenuisant son goût de vivre; il s'avère donc indispensable de mettre tout en œuvre pour combattre cette douleur, de même que les autres symptômes découlant d'une maladie grave. Mais

il serait erroné de réduire les soins palliatifs à une gestion technique de la symptomatologie.

Au fur et à mesure des pages, F. Stiefel nous permet d'entrer dans l'univers de la personne malade en nous expliquant, avec la finesse et le doigté qui le caractérisent, les mécanismes de défense, l'impact de la maladie grave sur la cohésion familiale, la progression de la maladie et la place de la spiritualité devant la finitude.

Le lecteur se trouve pris, tout au long de l'ouvrage, dans un exercice subtil de distanciation entre la réalité concrète d'un malade donné et la réflexion philosophique, éthique, sociale et spirituelle liée à la médicalisation de la mort, aux obstacles à une intégration des soins palliatifs dans l'exercice de la médecine, à l'accessibilité aux soins palliatifs pour toutes et tous. Concis, précis, nuancé, agréable à lire, doté d'une solide bibliographie, ce petit ouvrage représente une mine d'or de renseignements, de réflexion, de mise en perspective de notre pratique soignante.

Friedrich C. Stiefel,
Soins palliatifs: une pratique aux confins de la médecine
Ed. L'Harmattan, Paris, 2007, ISBN 978-2-296-02587-5, 106 p., CHF 23.70

Steffen Eychmüller und Roland Kunz

Palliative Wetteraussichten: eine Hochdruckzone baut sich auf

Jahrelang gestaltete sich das Palliativwetter in der Schweiz relativ eintönig: überwiegend bedeckt, wenig Sonne, lokal einige Aufhellungen: auf der Alpensüdseite, ganz im Westen und bei Föhnunterstützung auch im Nordosten.

Unter der Wolkendecke haben wir viel vorbereitet: Standards, einen Audit-Prozess, und zuletzt die Erhebung eines Minimal Data Set. Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung, Kataloge mit Kompetenzen und ein System der Selbstbewertung von Kursangeboten. Erhebungen zu Barrieren und Chancen in der Forschung in der Schweiz. Erste Ideen zu Charakteristika von Palliativeinrichtungen und Erhebungen zur Palliativ-Versorgung in der Schweiz. Auch das Zusammenspiel zwischen den nationalen und regional/kantonalen Aufgaben und Bedürfnissen haben wir neu geregelt durch die Umorganisation in einen kleineren Vorstand und einen grossen Sektionsrat mit gemeinsam erarbeiteter Strategie. Die Resonanz bei Politikern, anderen Fachgesellschaften und der breiten Öffentlichkeit war mässig, teilweise sehr mässig.

Bei schönem Frühlingswetter im Jahr 2007 wurde dann die Idee einer breiteren Bewegung geboren: Das Thema Lebensende ist ja nicht nur für unsere Fachgesellschaft brennend, sondern auch für ganz viele andere, wie die zunehmende «Medialisierung» des Themas Sterbehilfe zeigt. So kam die «Swiss end of life care- Coalition» nach kanadischem Vorbild auf die Welt, und die Planungen zur Consensus – Tagung 2008 begannen.

Die Wetteraussichten änderten sich trotz all dieser Bemühungen nicht wesentlich. Zwar gab es Anzeichen für Besserung durch Ankündigungen einzelner Fachgesellschaften, dem Thema mehr Raum geben zu wollen, in einzelnen Regionen wurden hoffnungsvolle Signale wahrgenommen, und auch eine Pressekonferenz unsererseits führte kurz zu einem «palliativen Lüftchen». Aber insgesamt gab es wenig Bewegung.

Jetzt im Sommer 2008 scheint sich die Grosswetterlage zu ändern. Namentlich im Bundesamt für Gesundheit findet das Thema Lebensende/ Palliative Care viel mehr Aufmerksamkeit. Wir konnten mit einer Mitarbeiterin von dort beginnen, ein Dossier zum Thema zusammenzustellen, die wichtigsten Lücken der Palliativversorgung und nächste dringende Schritte zu definieren. Der Bundespräsident sagte plötzlich zu, unsere Consensus- Tagung zu eröffnen! Es folgten Einladungen ins Bundesamt und nun auch zu einer gemeinsamen Besprechung von Bund und Kantonen. Auch für ein Hearing zum Thema Neufassung der Rahmenbedingungen für Sterbehilfeorganisationen wurden wir ins Justizdepartement vorgelassen. Hier wurde allerdings auch deutlich, wie gross die Gefahr ist, wenn Menschen weit weg von der Praxis Gesetzestexte erstellen.

Trotzdem: eine Hochdruckzone scheint im Anzug. Wie stabil und umfangreich sie ist, weiss wie so oft niemand, und trotzdem setzen wir alles daran, diese Zone zu nutzen. Es kann passieren, dass wir ganz schnell ganz viele Aufgaben bewältigen müssen. Denn wenn in der Politik einmal der Hebel umgelegt wird, müssen Resultate dann plötzlich umgehend vorliegen. Das «Hoch» macht uns dann auch Hoch-Druck, und wir hoffen heute schon, erstens, dass sich diese Zone auch wirklich über der Schweiz etabliert und zweitens, dass wir dann alle zusammenhalten, um sie zu nutzen – und auch zu geniessen.

Es wäre ja ein wunderbares Geburtstagsgeschenk für palliative ch (20 Jahre), wenn wir im Dezember miteinander die feste Verankerung von Palliative Care in der ganzen Schweiz feiern könnten. Wir werden alle Mitglieder über die weitere Wetterentwicklung auf dem Laufenden halten.

Damit alle informiert werden können, hier nochmals der Aufruf, Änderungen in der Adresse und insbesondere im e-mail- Kontakt bitte der Geschäftsstelle mitzuteilen. Der elektronische Informationsweg wird ganz besonders nötig, wenn der Hochdruck kommt .

Gesucht werden...

zweisprachige Personen,

die bereit sind Artikel in ihre Muttersprache zu übersetzen.

palliative-ch, das Publikationsorgan von palliative ch legt Wert darauf, die meisten Artikel auch Personen aus anderen Sprachregionen zugänglich zu machen. Um die Kosten tief zu halten, sind wir dankbar, wenn Sie bereit sind, sich unentgeltlich an Übersetzungsarbeiten zu beteiligen.

Bitte melden Sie sich bei Claude Fuchs, Tel. 044 240 16 21; E-Mail: admin@palliative.ch.

Steffen Eychmüller und Roland Kunz

Météo palliative: une zone de haute pression est en train de se former

Pendant des années, la météo palliative pour la Suisse a été relativement monotone: généralement couvert, peu de soleil, quelques éclaircies locales au sud des Alpes, tout à l'ouest et sous l'influence du foehn également au nord-ouest.

Sous cette couche nuageuse, nous avons préparé bien des choses : des standards, une procédure d'audit et tout dernièrement la mise en place d'un minimal data set. Des recommandations pour la formation et la formation continue, des catalogues de compétences et un système d'auto-évaluation des offres de formation. Nous avons fait un relevé des chances et des barrières rencontrées en Suisse par la recherche. Nous avons émis quelques premières idées sur les caractéristiques d'institutions de soins palliatifs et avons fait un relevé des soins palliatifs disponibles en Suisse. En introduisant un comité réduit et un conseil des sections plus important avec une stratégie établie en commun, nous avons réglé l'interaction entre les tâches et les besoins au niveau national et régional/cantonal. L'écho de tout cela auprès des politiciens, des autres sociétés professionnelles et du grand public est demeuré moyen, pour ne pas dire médiocre.

C'est lors d'une belle journée de printemps en 2007 que l'idée d'un mouvement plus large a vu le jour. Après tout, le thème de la fin de la vie ne concerne pas que notre société, mais bien d'autres également. Cela se voit par exemple dans la «médiatisation» croissante du thème de l'euthanasie. Sur un modèle canadien est née ainsi la «Swiss end of life care – Coalition», et les préparatifs pour les Journées de consensus 2008 ont commencé.

Malgré tous ces efforts, la situation météorologique n'a toutefois que peu changé. Certains ont entrevu des signes d'amélioration dans l'annonce de quelques sociétés professionnelles de vouloir accorder aux soins palliatifs une attention plus importante. Dans certaines régions, des signes prometteurs ont pu être enregistrés et une conférence de presse que nous avons organisée a créé pour un moment une légère «brise» palliative. Mais en gros, tout cela n'a guère bougé.

Maintenant toutefois – en été 2008 – la situation météorologique générale semble évoluer. Notamment à l'Office fédéral de la santé, le thème de la fin de la vie et des soins palliatifs rencontre une attention nettement accrue. Avec une collaboratrice de cet Office, nous avons pu commencer à préparer un dossier sur le sujet, à définir les carences les plus importantes dans l'offre de soins palliatifs et les prochains pas à entreprendre. Tout à coup, le président de la Confédération a accepté d'ouvrir nos Journées de consensus ! Puis nous avons été invités à l'Office fédéral et maintenant à une conférence commune de la Confédération et des cantons. Le Département de la justice nous a invités à participer à un hearing sur les

nouvelles conditions générales auxquelles pourraient être soumis les organisations d'assistance au suicide. Cela nous a aussi permis de nous rendre compte du danger qu'il y a pour des personnes qui sont très loin de la pratique de devoir élaborer des textes de lois.

Néanmoins: Une zone de haute pression semble atteindre notre pays. Comme c'est généralement le cas, personne n'est encore en mesure d'en estimer ni l'étendue ni la stabilité. Mais nous allons tout mettre en œuvre pour en profiter. Il se peut que nous devions maintenant venir très rapidement à bout d'un très grand nombre de tâches. Car une fois que la politique a actionné les leviers, les résultats devraient aussitôt être à disposition. La haute pression risque bien alors de nous mettre nous aussi sous une importante pression. Mais nous espérons évidemment tout d'abord que cette zone va fermement s'établir sur la Suisse et ensuite que nous allons tous tenir fermement ensemble pour en profiter – et en jouir.

Quel merveilleux cadeau pour le vingtième anniversaire de palliative ch, si en décembre nous pouvions fêter le solide enracinement des soins palliatifs dans toute la Suisse! Et bien sûr nous continuerons à tenir nos membres au courant de l'évolution météorologique.

Pour que nous puissions tous vous informer, nos réitérons l'appel à communiquer vos changements d'adresse et particulièrement d'adresse e-mail à notre secrétariat. Car les informations par courrier électronique sont particulièrement utiles en cas de haute pression.

Steffen Eychmüller e Roland Kunz

Meteo palliativa: si sta formando una zona di alta pressione

Per anni, la meteo palliativa per la Svizzera è stata relativamente monotona: generalmente coperto, poco sole, qualche schiarita locale a sud delle alpi, totale all'ovest e, sotto l'influsso del favonio, anche a nord-ovest.

Sotto questo strato nuvoloso, abbiamo preparato parecchie cose: degli standards, una procedura di audit, e ultimamente la creazione di un Minimal Data Set; delle raccomandazioni per la formazione e la formazione continua, dei cataloghi di competenze e un sistema di auto-valutazione delle offerte di formazione. Abbiamo rilevato le possibilità e le barriere incontrate in Svizzera nella ricerca. Abbiamo formulato alcune prime idee sulle caratteristiche delle istituzioni di cure palliative e abbiamo fatto un rilevamento delle cure palliative disponibili in Svizzera. Introducendo un comitato ridotto e un consiglio delle sezioni più importante con una strategia elaborata in comune, abbiamo potuto regolare l'interazione tra i compiti ed i bisogni a livello nazionale e regionale/cantonale. L'interesse per tutto ciò da parte dei politici, delle altre società professionali e del grande pubblico è rimasto nell'insieme piuttosto mediocre.

Durante una bella giornata primaverile nel 2007 è nata l'idea di un movimento più largo. Dopotutto, il tema della fine della vita non riguarda unicamente la nostra società, ma anche molte altre. Questo lo si nota per esempio nella «mediatizzazione» crescente del tema dell'eutanasia. Su un modello canadese ha dunque visto la luce la «Swiss end of life care- Coalition» e sono cominciati i preparativi per le Giornate di consensus 2008.

Malgrado tutti questi sforzi, la situazione meteorologica non è cambiata di molto. Alcuni hanno intravisto dei segnali di miglioramento nell'annuncio di alcune società professionali di voler accordare un'attenzione maggiore alle cure palliative. In certe regioni sono stati registrati dei segnali promettenti e una conferenza stampa che abbiamo

organizzato ha creato per un momento una leggera «brezza palliativa». Ma, in generale, c'è stato poco movimento.

Tuttavia oggi, estate 2008, la situazione meteorologica generale sembra evolvere. In particolare all'Ufficio federale della sanità pubblica, il tema della fine della vita e delle cure palliative incontra un'attenzione nettamente accresciuta. Con una collaboratrice di questo ufficio abbiamo potuto cominciare a preparare un dossier sul tema, a definire le carenze più importanti nell'offerta di cure palliative e i prossimi passi da intraprendere. Inaspettatamente, il presidente della Confederazione ha accettato di aprire le nostre Giornate di consensus! Siamo stati invitati all'ufficio federale e ad una conferenza comune della Confederazione e dei cantoni. Il Dipartimento di giustizia ci ha invitato a partecipare a un hearing sulle nuove condizioni generali alle quali potrebbero essere sottoposte le organizzazioni di assistenza al suicidio. Questo ci ha anche permesso di renderci conto del pericolo che esiste quando delle persone che sono molto lontane dalla pratica devono elaborare dei testi di legge.

Una zona di alta pressione sembra raggiungere il nostro paese. Come sempre nessuno è in grado di prevederne la stabilità e l'estensione. Ma noi ci impegheremo per poterne approfittare. Può darsi che dovremo rapidamente far fronte a molti compiti. Poiché quando la politica si mette in moto i risultati devono seguire rapidamente. L'alta pressione rischia dunque di metterci sotto pressione. Ma noi ci auguriamo che questa zona di alta pressione si stabilizzi sulla Svizzera e che noi tutti si possa rimanere uniti per poterne approfittare e goirne.

Sarebbe un regalo meraviglioso per il ventesimo anniversario di palliative ch se in dicembre potessimo festeggiare il radicamento delle cure palliative in tutta la Svizzera! Terremo aggiornati i nostri soci sull'evoluzione meteorologica.

Per potervi informare adeguatamente rinnoviamo l'invito a comunicarci i cambiamenti del vostro indirizzo e in particolare dell'indirizzo e-mail al nostro segretariato. Le informazioni per posta elettronica sono particolarmente utili in caso di alta pressione...

Dr. Steffen Eychmüller

Pereira geht wieder – in welcher Liga spielt die Schweiz in der Palliative Care?

Es gibt Dinge, über die man nicht hinweggehen darf, sondern die kommentiert werden müssen. Dieser Kommentar erfolgt selbstverständlich mit meiner subjektiven Brille und muss nicht die Meinung des Vorstands von «palliative ch» wiedergeben.

Es ist den meisten bekannt: Prof. José Pereira, Inhaber des einzigen Lehrstuhls der Schweiz in Palliativmedizin an den Universitäten Lausanne und Genf, verlässt nach zwei Jahren die Schweiz wieder. Über die Gründe wird viel spekuliert: Sicher ist, dass wesentliche Zusagen für die strukturellen Bedingungen für die akademische Position, wie sie zu Beginn der Tätigkeit versprochen wurden, nicht erfüllt wurden. Eine wesentliche, bis heute fehlende Struktur ist beispielsweise eine Palliativstation am CHUV.

Die Hoffnung war gross, mit diesem Lehrstuhl erstmals Anschluss an internationale Verhältnisse in der Palliative Care zu erreichen. José Pereira brachte die Kompetenz, den Weitblick und die jahrelange Erfahrung aus den Top-Institutionen der Palliative Care aus Kanada mit. Palliative Care sollte dadurch im akademischen Umfeld die Reifeprüfung bestehen. José Pereira ist international extrem gut vernetzt und sollte uns Verbindungen zu interessanten Orten und Projekten öffnen – nicht zuletzt um auch bei jüngeren KollegInnen aus verschiedenen Berufsgruppen in der Palliative Care über Hospitationen und persönliche Kontakte die Begeisterung für eine Karriere in unserem Bereich zu wecken. Zu klein ist in der Schweiz vor allem immer noch der Kreis der ÄrztInnen, welche sich hauptberuflich mit Palliative Care beschäftigen.

Nun sind alle diese Hoffnungen geplatzt. Andere Fachdisziplinen werden sich wohl die Hände reiben und sagen: «Das haben wir ja gleich gesagt, dass wir einen solchen Lehrstuhl nicht brauchen. Die können sich ja nicht mal in den eigenen Reihen zusammenschliessen und wissen nicht, was sie wollen.» Die Palliative Care auf akademischem Niveau – einschliesslich der nicht-ärztlichen Disziplinen – hat einen gefährlichen Rückschlag erlebt.

Zurzeit röhren wir alle die Werbetrommel, damit Palliative Care in der Schweiz mehr Gewicht bekommt. Das gescheiterte Lausanner Projekt dürfte das weitere Argumentieren für Lehrstühle als notwendige Mit-Motoren für die Entwicklung von Palliative Care in der Schweiz deutlich erschweren.

Für uns als Palliativgesellschaft hat José Pereira ganz wichtige Impulse gegeben. Seine Aktivitäten als Leiter der Arbeitsgruppe von «Swiss Educ» öffneten neue und entscheidende Wege. Die Kompetenzen für die verschiedenen Leistungs-Levels zu definieren, ist eine Herkules-Arbeit. Dass diese Arbeit, die u.a. erst eine interprofessionelle Lehr- und Lernstrategie ermöglicht, noch nicht ganz abgeschlossen ist, ist kein Problem. Es handelt sich um internationale Pionierarbeit, die er hier mit seiner Crew geleistet

hat. Auch die Selbst-Evaluation von Kursangeboten nach dem neuen «Standards-and-Stars»-Mechanismus ist auf pädagogischem Feld meines Erachtens beispielhaft. Sein «Master in Medical Education» und sein Schwerpunkt im Bereich der Schulung in Palliative Care werden uns noch lange hilfreich sein.

Auch unsere Englischkenntnisse wurden gefordert und haben sich vielleicht sogar etwas verbessert. Wir wurden ein bisschen internationaler – auch bei den Vorstandssitzungen. Das hat uns sicher gut getan. Nicht nur durch den Fussball gibt es frischen Wind in der Schweiz.

So bleibt uns nur, ihm ganz herzlich «farewell» zu sagen, allerdings mit einem schalen Beigeschmack, weil es uns nicht gelang, ihn noch viel besser in der Schweiz zu integrieren. Denn eigentlich ist ja die Romandie die Wiege des Internationalismus...

Dr. Claudia Gamondi

Gedanken von «Swiss Educ» zum Abschied von Prof. José Pereira

Mit dem Weggang von Prof. José Pereira Ende April dieses Jahres verlor «SwissEduc» ihren Co-Präsidenten. Die Gruppe möchte sich bei ihm für diese zwei Jahre der fruchtbaren Zusammenarbeit ganz herzlich bedanken. Wir konnten von seiner grossen Erfahrung und seinem breiten Wissen im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung sehr profitieren. Dank seiner Hilfe konnte sich eine Vision für eine mittel- und längerfristige Ausrichtung von Palliative-Care-Ausbildungen in der Schweiz entwickeln. Es wurde der Grundstein gelegt, um begonnene Projekte auch nach seinem Weggang mit den nötigen Kompetenzen weiter zu verfolgen. Ziel ist es, den Stand der Ausbildungen, die Qualität und Professionalisierung in diesem Feld auszubauen.

Swiss Educ erhofft sich, dass der vakante Lehrstuhl mit einer ebenbürtigen Kapazität besetzt wird. Die Gruppe hat beschlossen, vom Konzept des Co-Präsidiums abzuweichen. Sie wird nun von Dr. Claudia Gamondi präsidiert und durch ein Mitglied der Gruppe assistiert. Wir wünschen José viel Erfolg für seine weitere Karriere sowie ihm und seiner Familie alles Gute.

Gemeinsam für ein Leben bis zuletzt Accompagner la vie jusqu'au bout Insieme per una vita fino alla fine



**3. – 4.12.2008
Biel/Bienne/Bienna**

**20 Jahre palliative ch
20 ans palliative ch
20 anni palliative ch**

**Nationale
Konsensustagung
2008**
**Journée nationale
de consensus
2008**
**Convegno nazionale
del consenso
2008**

Ort/Lieu/Luogo
Kongresszentrum, Biel
Palais des congrès, Bienne
Palazzo dei congressi, Bienna

**Tagungskomitee
Comité du congrès
Comitato del congresso**
Vorstand und Sektionsrat palliative ch
Comité et conseil des sections palliative ch
Comitato e consiglio delle sezioni palliative ch

Administration/Administration/Amministrazione
Dr. Schlegel Healthworld AG
Stephan Knüsli & Rosalia Brunner
Sennweidstrasse 46, CH-6312 Steinhausen
Tel. 041 748 76 00, Fax 041 748 76 11
s.gander@schlegelhealth.ch

www.congress-info.ch/palliative

Dr Steffen Eychmüller

Pereira s'en va – dans quelle ligue la Suisse va-t-elle jouer en soins palliatifs?

Il y a des choses que l'on ne saurait ignorer et qui demandent un commentaire. Ce commentaire reflète évidemment ma vue personnelle des choses et ne correspond pas nécessairement à l'avis du comité de «palliative ch».

La plupart le savent: le Prof. José Pereira, titulaire de la seule chaire de médecine palliative de Suisse aux universités de Lausanne et de Genève, quitte la Suisse après deux ans seulement.

On a beaucoup spéculé sur les raisons de ce départ. Ce qui est certain c'est que des promesses qui avaient été faites au départ concernant les conditions structurelles correspondant à cette position académique n'ont pas été tenues. Une de ces structures consiste en des lits de soins palliatifs au CHUV.

Nous avons beaucoup espéré qu'avec cette chaire nous pourrions pour la première fois atteindre à un niveau international dans le domaine des soins palliatifs. José Pereira nous apportait la compétence et la clairvoyance nécessaires à cet effet, ainsi qu'une longue expérience dans des institutions de pointe en soins palliatifs au Canada. Dans le contexte académique les soins palliatifs auraient ainsi pu démontrer leur maturité. José Pereira dispose en outre d'un excellent réseau international et aurait pu nous ouvrir des contacts avec des endroits et de projets de grand intérêt. Cela aurait permis à de jeunes collègues de différentes professions de faire des stages, de nouer des contacts et de faire ainsi l'expérience personnelle du plaisir et des chances que pourrait procurer une carrière dans notre domaine. En Suisse en effet et en particulier dans le domaine médical, le nombre des personnes pleinement impliquées dans le domaine des soins palliatifs est toujours trop restreint.

Tous ces espoirs ont maintenant avorté. Les autres disciplines vont maintenant de frotter les mains et diront : « Nous avions toujours dit qu'une telle chaire n'est pas nécessaire. Ils ne sont même pas capables de savoir entre eux ce qu'ils veulent. » Au niveau académique – et pas seulement dans le domaine médical –, les soins palliatifs ont essuyé un dangereux revers.

Actuellement, nous sommes tous en train de faire du battage publicitaire pour donner plus de poids en Suisse aux soins palliatifs. L'échec du projet lausannois rendra nettement plus difficile l'argumentation selon laquelle des chaires sont nécessaires comme co-moteurs du développement des soins palliatifs en Suisse.

José Pereira a lancé des projets qui sont d'une grande importance pour nous en tant que société de soins palliatifs. Ses activités en tant que président du groupe de travail SwissEduc marquent un renouveau absolument décisif. Définir les compétences nécessaires pour les différents niveaux de fonction représente un travail herculeen. Le fait que ce travail, qui permet entre autres une stratégie

interprofessionnelle de formation, ne soit pas encore achevé n'est pas un problème. Ce que José Pereira a réalisé là avec son équipe constitue une action de pionniers au niveau international. De même l'auto-évaluation des formations selon le nouveau mécanisme de «Standards and Stars» est à mon avis exemplaire dans le domaine pédagogique. Son «Master in Medical Education» et l'accent qu'il a porté sur la formation en soins palliatifs vont nous aider encore longtemps.

Nos connaissances de l'anglais ont, elles aussi, été mises au défi et se sont peut-être même un peu améliorées. Nous sommes devenus un peu plus international – aussi lors des séances de notre comité – et cela nous a fait du bien. Il n'y a pas que dans le football qu'un vent nouveau a soufflé en Suisse.

Il ne nous reste donc plus qu'à lui dire un très chaleureux «farewell», avec toutefois le regret de n'avoir pas su encore bien mieux l'intégrer en Suisse. La Romandie en effet est en principe le berceau de l'internationalisme.

Dr. Claudia Gamondi

«Swiss Educ» après le départ du professeur José Pereira

Avec le départ fin avril du professeur José Pereira, le groupe «Swiss Educ» a perdu son co-président. Il tient à lui exprimer toute sa gratitude pour ces deux années d'une fructueuse collaboration. Nous avons beaucoup profité de sa grande expérience et de ses larges connaissances dans le domaine de la formation et de la formation continue. Avec son aide, nous avons développé une vision à moyen et à long terme de la formation en soins palliatif en Suisse. Nous avons ainsi posé les bases et acquis les compétences qui vont nous permettre d'achever les projets en cours même après son départ. Le but est de développer les formations, leur qualité et leur professionnalisme dans ce domaine.

«Swiss Educ» espère que la chaire maintenant vacante va pouvoir être occupée par une personnalité d'égale valeur. Le groupe a décidé de ne plus fonctionner avec une co-présidence. Il sera présidé par la Drese Claudia Gamondi avec l'assistance d'un autre membre du groupe. Nous souhaitons à José beaucoup de succès pour la suite de sa carrière et formons nos meilleurs vœux pour lui et sa famille.

Dr. Steffen Eychmüller

Pereira se ne va – in quale serie giocherà la Svizzera nelle cure palliative?

Ci sono questioni che non possono semplicemente essere ignorate, ma che devono essere commentate. Questo commento riflette la mia personale opinione e non deve essere interpretato come il pensiero del Comitato di «palliative ch».

Quasi tutti lo sanno: il Prof. José Pereira, titolare dell'unica cattedra in Svizzera di Medicina Palliativa nelle Università di Losanna e Ginevra lascia la Svizzera dopo soli due anni. Sui motivi di questa partenza si è tanto speculato: certo è che le promesse che erano state fatte in partenza riguardo alle condizioni strutturali corrispondenti a questa posizione accademica non sono state mantenute. Una di queste strutture sono dei letti di cure palliative al CHUV.

Con questa cattedra ci si augurava di poter raggiungere un livello internazionale nell'ambito delle cure palliative. José Pereira portava la competenza e la lungimiranza necessarie, oltre che una esperienza pluriennale nelle istituzioni di punta nelle cure palliative in Canada. Nell'ambito accademico le cure palliative avrebbero così potuto fare prova di maturità. José Pereira ha inoltre delle ottime relazioni internazionali e avrebbe potuto aprirci la strada a dei contatti in vista di interessanti posti e progetti. Questo avrebbe potuto permettere anche a colleghi più giovani provenienti da diverse professioni di fare degli stages, di allacciare dei contatti e di fare così l'esperienza personale del piacere e delle possibilità che potrebbe procurare una carriera nel nostro campo. In Svizzera, e soprattutto in ambito medico, il numero di persone attive totalmente nelle cure palliative è sempre troppo piccolo.

Ora tutte queste speranze sono andate a monte. Altre discipline si sfregheranno le mani e diranno: «l'avevamo detto che non c'era bisogno di questa cattedra. Non sono nemmeno capaci di mettersi d'accordo tra di loro su cosa vogliono». A livello accademico – e non solo in ambito medico – le cure palliative hanno subito un pericoloso regresso.

In questo momento facciamo molta pubblicità affinché in Svizzera venga dato più peso alle cure palliative. Il fallimento del progetto losannese renderà nettamente più difficile l'argomentazione secondo la quale le cattedre universitarie sono necessarie come co-motore dello sviluppo delle cure palliative in Svizzera.

José Pereira ha dato a noi, società di cure palliative, degli impulsi estremamente importanti. Le sua attività in qualità di responsabile del gruppo di lavoro SwissEduc segnano un rinnovamento assolutamente decisivo. Definire le competenze per i diversi livelli di funzione rappresenta un lavoro erculeo. Il fatto che questo lavoro, che permette tra le altre cose di avere una strategia interprofessionale di formazione, non sia ancora terminato non è un problema. Quello che José Pereira ha realizzato con la sua équipe costituisce

un'azione pionieristica a livello internazionale. Anche l'auto-valutazione delle formazioni secondo il nuovo meccanismo di «Standards- and Stars» è, a mio parere, esemplare in ambito pedagogico. Il suo «Master in Medical Education» e l'accento che egli ha messo sulla formazione in cure palliative ci saranno d'aiuto ancora per molto tempo.

Anche le nostra conoscenza della lingua inglese è stata messa alla prova e forse è persino migliorata. Siamo diventati un pochino più internazionali, anche nelle sedute di comitato, e questo ci ha sicuramente fatto bene. Non solo nel calcio c'è un vento di aria fresca in Svizzera.

Non ci resta che dirgli un caloroso «farewell», con tuttavia il rimpianto di non aver saputo integrarlo meglio in Svizzera. La Romandia, infatti, in principio è la culla dell'internazionalismo .

Dr Claudia Gamondi

Novità dal SwissEduc

Il Prof. José Pereira ha lasciato la Svizzera a fine aprile di quest'anno, lasciando contemporaneamente la sua posizione di co-chair di SwissEduc. Il gruppo di lavoro intende ringraziare pubblicamente José per questi 2 anni trascorsi in Svizzera e nel nostro gruppo. La sua partenza ci ha lasciati con più competenza e molto lavoro da svolgere e progetti da portare a termine. Con il suo aiuto SwissEduc ha potuto elaborare una visione a medio e lungo termine per la strategia di sviluppo della formazione in Cure Palliative in Svizzera. La sua professionalità e le sue capacità ci hanno permesso di sviluppare all'interno di Swiss Educ un proficuo asse di lavoro e, nonostante la sua partenza, di continuare a lavorare nell'ottica di promuovere la formazione, la qualità e l'eccellenza in questo campo. Swiss Educ auspica che la posizione lasciata vacante presso l'Università venga occupata da una figura di simile levatura. SwissEduc inoltre ha deciso di evolvere, lasciando una sola chair del gruppo, ripresa dalla dottoressa Claudia Gamondi, supportata da un membro del gruppo. Auguriamo a José ogni bene per la sua carriera professionale e la sua vita privata.

ARC JURASSIEN

Actualités jurassiennes

Journée de Consensus palliative ch 3-4 décembre 2008 – Biel/Bienne

La SPAJ sera représentée par un stand à ces journées annuelles de consensus.

Par contre, la grande soirée récréative initialement prévue n'aura pas lieu par manque de budget!

Exposition itinérante de soins palliatifs

La Fondation La Chrysalide a lancé un projet d'exposition itinérante dans l'Arc jurassien sur le thème des directives anticipées: «Où et comment vais-je mourir?». La poursuite du projet va dépendre des demandes de mécénat en cours vu l'importance du budget (> Frs 100'000.-). La SPAJ est d'ores et déjà partenaire de ce projet sous forme logistique et/ou financière.

Changements au sein du Comité

Suite au départ annoncé du président comité lors de la prochaine Assemblée générale, un concept de «Présidence collégiale» a été enterainé. Trois pôles de responsabilité ont été définis, à savoir:

- Un pôle «Administration» du comité
- Un pôle «Développement des soins palliatifs»
- Un pôle «Formation en soins palliatifs»

Chacun des pôles est assumé par un co-président qui représentera par ailleurs la présidence de la SPAJ au niveau de son propre canton. Cette nouvelle organisation devra être validée lors de la prochaine Assemblée générale du 23 octobre.

In memoriam

Au moment d'écrire ces quelques lignes, je ne peux m'empêcher d'avoir une pensée pour Charles-Henri Rapin qui nous a quitté récemment.

C'est mon privilège de l'avoir connu, côtoyé. C'est également mon privilège, par l'intermédiaire de cette tribune, de pouvoir dire combien à titre personnel, je le respectais et avait de l'affection pour lui.

Tout le comité de la SPAJ se joint à moi pour adresser ses plus chaleureuses pensées à sa famille et à ses proches.

Pour le comité, Dominique Brand

BERN

Ausstellungshinweis

Noch mal leben vor dem Tod

Eine Fotoausstellung über das Sterben und ein Rahmenprogramm zu den Themen Sterben und Tod

vom 17. Oktober bis 16. November 2008
im Kornhausforum Bern

<http://www.kornhausforum.ch/entree.php>
<http://www.noch-mal-leben.de/>

Werbematerial kann bei der Geschäftsstelle bezogen werden:
Nelly Simmen 031 337 70 13 info@palliativebern.ch

TICINO

Sandra Zonca Aprile

Qualche aggiornamento all'Associazione ticinese di cure palliative

Il 15 maggio si è tenuta l'Assemblea ordinaria dell'ATCP al termine dell'interessante conferenza «Guarire con arte terapia e favole? Le possibilità in cure palliative».

Durante l'assemblea sono state annunciate le dimissioni dal comitato di Bea Marx, Carla Sargentì Berthouzoz e del dr. Giorgio Rigamonti che ringraziamo per il lavoro

svolto in passato e per quello che faranno a favore delle cure palliative anche in futuro nell'ambito della loro attività professionale.

Entrano in comitato Patrizia Pasciuti Martinetti, Tania Taddei e Lorenza Ferrari che ringraziamo per l'interesse che da molto tempo portano alle cure palliative e che saranno portare nuovi stimoli a tutta l'associazione.

Siamo inoltre orgogliosi della nomina a responsabile di Swiss Educ della dr.ssa Claudia Gamondi, membro del no-

stro comitato, a cui facciamo i nostri più sinceri auguri di buon lavoro, che, conoscendola, sarà molto e di grandissima qualità.

Gruppi di auto aiuto nella fase del lutto in Ticino

Hospice Ticino e la Lega ticinese contro il cancro hanno dato il via ad una interessante iniziativa a favore di coloro che hanno perso una persona cara. Il 23 settembre, alle

ore 20.00 presso le Scuole Canavée di Mendrisio si terrà una serata pubblica di presentazione del progetto, con la partecipazione di Enrico Cazzaniga, da anni promotore dei gruppi di auto mutuo aiuto a Milano.

Gli incontri inizieranno poi a Mendrisio dal 30 settembre e avranno scadenza settimanale.

Tutti gli interessati sono cordialmente invitati.

Was palliative care NETZWERK ZH/SH aktuell beschäftigt

Öffentlichkeitsarbeit

In den vergangenen zwei Jahren waren wir vor allem mit Projekten für Fachleute beschäftigt. Zyklisch wird deutlich, dass es gleichwohl nötig ist, die Bevölkerung anzusprechen. Wir nutzen in diesem Jahr den Welt Palliativ Tag für eine breit abgestützte Informationskampagne.

Bis anhin hatten wir lediglich Quartierstände in der Stadt Zürich, und im Weinland hat die Plattform Palliative Care in mehreren Ortschaften informiert. Im letzten Jahr hatte eine Gruppe im Stadtspital Triemli am Welttag einen Stand aufgestellt und das Echo war sehr gut. Sowohl Mitarbeitende wie auch BesucherInnen und Betroffene konnten erreicht werden. Wir haben uns entschlossen diesmal zahlreiche Spitäler und Pflegezentren in Stadt und Kanton Zürich anzuhören, ob auch sie einen Stand in ihrer Institution aufzustellen und begleiten. Flyer, Infomaterial und Standbeschriftungen wird von uns zur Verfügung gestellt. Eine stattliche Zahl hat unsere Idee aufgenommen. Auf diese Weise haben wir auch neue Partnerorganisationen gefunden, mit denen wir auch auf fachlicher Ebene näher zusammen arbeiten. In Schaffhausen wird diesmal ebenfalls ein Stand stehen. Unter www.pallnetz.ch/de/aktionstag.php kann die Liste der Standorte und Partner eingesehen werden. Wenn all diese Organisationen ebenfalls auf ihren Websites und in ihren Kanälen auf den Tag hinweisen, hoffen wir auf ein gutes Echo.

ZÜRICH

Netzlunch

Seit zwei Jahren führen wir drei Mal pro Jahr über Mittag in zentral gelegenen Räumlichkeiten in der Stadt Zürich einen Netzlunch durch. Mit der Veranstaltung verfolgen wir mehrere Ziele:

- Wir bemühen uns Themen aufzugreifen, die von allgemeinem Interesse für die Fachleute sind. In diesem Jahr waren das: «Casemanagement und Palliative Care» und «Der Blickwinkel des Sozialdienstes in Palliative Care»
- Wir laden Fachleute ein, die Konkretes zum Thema berichten können. So hatten wir z.B. CasemanagerInnen von Swica, Helsana und Sanitas für ein Podiumsgespräch eingeladen.
- Das jeweilige Thema gibt uns Gelegenheit immer wieder andere Berufsgruppen und Fachleute aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern einzuladen und kennen zu lernen. Der Lunch ist mit 40-50 Personen jeweils sehr gut besucht.
- Die BesucherInnen schätzen es, dass sie in knapp zwei Mittagsstunden, informiert werden und auch noch Zeit haben, sich mit andern auszutauschen und neue Leute kennen zu lernen.
- Für den Lunch recherchieren wir jeweils zum Thema. So stellten wir uns z.B. die Frage, ob es auch in Alters- oder Pflegeheimen einen Sozialdienst gibt und inwiefern Pro Senectute oder Pro Infirmis sich auch in palliativen Situationen engagieren.
- Damit das, was wir bei solchen Nachforschungen erfahren, nicht nur bei uns bleibt, wird das Thema in einem Newsletter aufgegriffen. Der Newsletter, der vier Mal pro Jahr erscheint, kann auf unserer Website abonniert werden.

Gründung des Vereins Palliativ Zug

Seit vielen Jahren ist das Thema Palliative Care für verschiedene Organisationen im Kanton Zug von Bedeutung. Aus diesem Grunde haben Hospiz Zug und Krebsliga Zug bereits im Jahr 2004 die Promotour durchgeführt.

Eine breit angelegte, schriftliche Befragung und Bedürfnisabklärung im März 2007 belegte, dass Palliative Care im Kanton Zug ungenügend verankert ist. In der Folge beschäftigte sich eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe intensiv mit den Möglichkeiten zur Umsetzung eines Netzwerkes. Zudem stimmte der Kantonsrat anfangs Juli 2008 anlässlich der Beratung des neuen Gesundheitsgesetzes dem von der Regierung vorgeschlagenen § 54 Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zu, was die Bemühungen für die Gründung eines Vereins Palliativ Zug zusätzlich fördert. Die Vorarbeiten zur Vereinsgründung sind nun weit fortgeschritten.

ZENTRAL SCHWEIZ

Wir freuen uns daher, Ihnen heute ein wichtiges Datum bekannt zu geben:

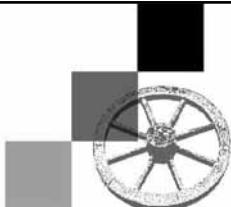
Gründungsversammlung Verein Palliativ Zug

Montag, 29. September 2008, 18.30 Uhr
Casino Zug, grosser Casinosaal,
Artherstrasse 2-4
6300 Zug

Es freut uns sehr, dass wir für die Veranstaltung Frau Klara Obermüller als kompetente und bekannte Referentin gewinnen konnten.

Eva Birrer

Inserat



SCHWEIZER INSTITUT
für Logotherapie und Existenzanalyse
nach Viktor E. Frankl
Mitglied der Schweizer Charta für Psychotherapie

Ausbildungen

Logotherapie ist eine sinnzentrierte Psychotherapie, begründet durch den 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 Psycholog/innen sowie Absolvent/innen
- anderer akademischer Hochschulstudien der Human- und Sozialwissenschaften
- von der Schweizer Charta für Psychotherapie anerkannt

Ausbildung in logotherapeutischer Beratung und Begleitung

- 4 Jahre berufsbegleitend
- für Personen aus sozialen, pädagogischen und pflegerischen Berufen
- vom Kanton Graubünden anerkanntes Nachdiplomstudium Höhere Fachschule

**Nächster Ausbildungsbeginn
10. Januar 2009**

Weitere Auskünfte:
Freifeldstrasse 27 Telefon: 081 250 50 83 E-Mail: info@logotherapie.ch
CH-7000 Chur Fax: 081 250 50 84 Internet: www.logotherapie.ch

September / septembre 2008

15. / 16.09.2008

Interdisziplinäre Lehrgang Palliative Care: Grundlagen und Symptommanagement, Psychosoziale Kompetenzen und existenzielle Aspekte, Ethische Entscheidungsfindung und Kultur des Abschieds

Start des 20-tägigen Lehrgangs
Ort: Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich
Infos: www.weiterbildung-palliative.ch, info@weiterbildung-palliative.ch

16.09.2008

Journée cantonale de formation des bénévoles soins palliatifs: Le Souffle

Infos : www.palliativevaud.ch

18.09.2008

Fachsymposium: «Aggression und Gewalt gegenüber älteren Menschen»

Klinik Schlössli, Oetwil am See/ZH
Info: www.schloessli.ch

20.09.2008

Angst verstehen – Angststörungen erkennen, behandeln, überwinden

mit Prof. Volker Faust, Prof. Andreas Kruse, Matthias Mettner, Dr. Arnold Retzer, Dr. Sigrun Schmidt-Traub, Prof. Brigitte Woggon
Ort: Kongresshaus Zürich
Info: Forum Gesundheit und Medizin, 044 980 32 21, info@gesundheitundmedizin.ch, www.gesundheitundmedizin.ch

20.09.2008

Passage Aufbaumodul SBK: Der onkologische Patient

Für Freiwillige SterbebegleiterInnen und Pflegepersonen
Ort: Kapellenstr. 28, Bern
Infos: www.palliativebern.ch

22.–23.09.2008

«Migliorare la comunicazione»

Seminario per medici e infermieri in oncologia
Luogo: Clinica psichiatrica cantonale, Mendrisio TI
Info: Lega svizzera contro il cancro, segretariato dei corsi, 031 389 91 29, kurse_cst@legacancro.ch, www.legacancro.ch/cst-i

22.–24.09.2008

«Man müsste über alles reden können» Zur Kommunikation in der Begleitung kranker und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen

Beruflicher Weiterbildungskurs
Kursleitung: Matthias Mettner und Jacqueline Sonego Mettner
Ort: Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich
Infos: www.weiterbildung-palliative.ch, info@weiterbildung-palliative.ch

23.–26.09.2008

17^e Congrès international sur les soins palliatifs

Palais des Congrès, Montreal, Canada
Infos: www.pal2008.com

25.–27.09.2008

7. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Ort: Wiesbaden
Infos: www.dgp Kongress2008.de

27.09.2008

Journée tout public sur le deuil

Lieu: Lausanne, Fondation Verdan
Info: www.palliativevaud.ch

29.09.2008

Cure palliative e dispnea

Luogo: Lugano
Educazione permanente ASI
Info: Tel 091 682 29 31
segretariato@asiticino.ch

29.09.2008, 18.30 Uhr

Gründungsversammlung Verein Palliativ Zug

Referat: Klara Obermüller
Ort: Casino Zug, Artherstrasse 2-4, 6300 Zug
Infos: eva.birrer@phz.ch

29.09.–27.10.2008

Formation à l'accompagnement pour mourir vivant

Lieu: Home La Courtine, Lajoux
Infos: www.spaj.ch

30.09.2008

Journée cantonale de développement des soins palliatifs dans les institutions pour personnes vivant avec un handicap mental: La douleur

Infos: www.palliativevaud.ch

Oktober / octobre 2008

08.10.08–31.01.2009

Passage: 8 Basismodule

Sterben, Tod, Trauer – Körperliches Wohlbefinden erhalten – Kommunikation – Lindern von psychischem Leid – Soziale Beziehungen – Zusammenarbeit – Sinnsuche – Lernprozessreflexion
Träger: SRK, Kantonalverband Bern
Ort: Kapellenstr. 28, 3011 Bern
Infos: bildung@srk-bern.ch

11.10.2008

Welt-Palliativ-Tag

Journée mondiale des soins palliatifs
Giornata mondiale delle cure palliative

11.10.2008

Spettacolo teatrale: ti sono tanto vicino nell'ambito del World Hospice and Palliative Care Day

Luogo: Teatro Cittadella, Lugano
Info: curepalliative.lugano@eoc.ch

16.10.2008, 16.30–18.30

Le raccomandazioni di palliative ch su: sedazione

Luogo: Camorino, ATCP
Info: curepalliative.lugano@eoc.ch

20.–22.10.2008

Grundkurs Palliative Care KSSG

Ort : Höfa I, St.Gallen
Infos: www.palliativnetz-ostschweiz.ch

22.10.2008

Passage Aufbaumodul SBK. Rund um die Bestattung

Für Freiwillige SterbebegleiterInnen und Pflegepersonen
Ort: Bern
Infos: www.palliativebern.ch

22.10.2008, 14.00–18.00 Uhr

Préparation de base à l'engagement bénévole

Lieu: Delémont ou Porrentruye
Infos: www.spaj.ch

23.10.2008

Assemblée générale de la Spaj

Lieu: Restaurant de l'Union, Tramelan

23.10.2008, 13.30

11^o incontro di medicina palliativa: Bus Round

Luogo: Lugano
Info: curepalliative.lugano@eoc.ch

27.– 29.10.2008

«Mehr Leben als du ahnst!»

Spiritualität und Sinnfindung in der Begleitung und Betreuung pflegebedürftiger, kranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen
Kursleitung: Matthias Mettner und Jacqueline Sonego Mettner
Ort: Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich
Infos: www.weiterbildung-palliative.ch, info@weiterbildung-palliative.ch

30.10.–01.11.2008

«Mieux communiquer»

Séminaire pour l'équipe médicale et soignante en oncologie
Lieu: Hôtel du Signal, Puidoux VD
Info: Ligue suisse contre le cancer, secrétariat des cours, 031 389 91 29, kurse_cst@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch/cst-f

30.10.2008, 13.30–16.30 Uhr

Symposium «Palliative Care an Ort und Stelle» – Lokale Netzwerke der Palliative Care und Integration der Freiwilligen

Ort: Kantonsspital St.Gallen
Infos: Palliativzentrum St.Gallen, Tel. 071 494 35 72 oder www.palliativ-sg.ch

31.10.2008

Validation-Einführungsworkshop

mit der Begründerin der Validation Methode Naomi Feil,
Ort: Zürich, Paulus Akademie
Infos: www.zfp.tertianum.ch

November/ novembre 2008

01.11.2008

Caritas, 30 ans d'accompagnement

Lieu: Lausanne, Eglise des Terreaux
Infos: www.palliativevaud.ch

02.–03.11.2008

Sensibilisation aux étapes et épreuves propres à la fin de vie et au deuil

Lieu: Home La Courtine, Lajoux
Infos: www.spaj.ch

03.–06.11.2008

XV Congresso Nazionale Società italiana di cure palliative

Infos: sicpmail@tin.it

05.11.2008, 18.00–19.30 Uhr

Fallbesprechung palliative care Netzwerk ZH/SH

Ort: Kt. Schaffhausen
Infos: www.pallnetz.ch

06.11.2008, 20.00 Uhr

Zyklus «Sterben und Tod aus religiöser und weltanschaulicher Sicht», «O du Seele voll Ruhe, kehre zu deinem Herrn zurück»

Petrit Alimi, islam. Theologe
Ort: Pfarreiheim St. Michael, Kirchenstr. 15, Zug
Infos: www.hospiz-zug.ch

07.11.2008

Suizidbeihilfe in der Schweiz – wie weiter? Öffentliche Tagung

Mit Prof. Johannes Fischer, Dr. Markus Notter, Dr. Andreas Weber, Bundesrätin Eveline Widmer-Schlumpf, Prof. Brigitte Woggon u. a.
Ort: Technopark Zürich, Auditorium
Info: www.weiterbildung-palliative.ch, 044 980 32 21, info@weiterbildung-palliative.ch

09.11.2008

Passage Aufbaumodul SBK: Schmerz

Für freiwillige SterbegleiterInnen und Pflegepersonen
Ort: Kapellenstr. 28, Bern
Infos: www.palliativebern.ch

12.11.2008, 18.00–19.30

Fallbesprechung palliative care Netzwerk ZH/SH

Ort: Pflegezentrum Limmattal, Schlieren
Infos: www.pallnetz.ch

12.–14.11.2008

Bigorio Palliative Medicine Meeting Spiritual Needs – Spirituelle Bedürfnisse

Luogo: Convento di Bigorio
Infos: curepalliative.lugano@eoc.ch

13.11.2008, 12.00–14.00 Uhr

Netzlunch palliative care Netzwerk ZH/SH

Ort: Kulturhaus Helferei, Kirchgasse 13, 8001 Zürich
Infos: www.pallnetz.ch

17.– 19.11.2008

«Ich habe deine Tränen gesehen» – Was wirklich tröstet

Gemeinschaftliche Formen des Trauerns, Kultur des Abschieds, Tröstungspotenziale der Religionen
Leitung: Matthias Mettner, Jacqueline Sonego Mettner
Ort: Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich
Info: www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21

20.11.2008

Nationale Psychoonkologie-Fachtagung

Symposium national de psycho-oncologie

Ort/Lieu: Kultur & Kongresshaus, Aarau
Info: Krebsliga Aargau, Milchgasse 41, 5000 Aarau, Florian Helfrich, Tel. 062 834 75 75, florian.helfrich@krebsliga-aargau.ch

26.11.2008

Fallbesprechung palliative care Netzwerk ZH/SH

Ort: Pflegeheim Rehalp, Zürich
Infos: www.pallnetz.ch

27.11.2008

Hauptversammlung Palliativnetz Ostschweiz

Ort: St.Gallen, Katharinensaal
Infos: www.palliativnetz-ostschweiz.ch

27.11.2008, 13.45–17.30

Pomeriggio di studio sulle direttive anticipate

Luogo: da definire
Info: Lega ticinese contro il cancro Tel 091 820 64 20; info@legacancro-ti.ch www.legacancro-ti.ch

Dezember / décembre 2008

03./04.12.2008

Nationale Consensus-Tagung 2008

Journées nationales de consensus 2008
Incontro nazionale del consensus 2008
«Gemeinsam für ein Leben bis zuletzt»
«Accompagner la vie jusqu'au bout»
«Insieme per une vita fino all'ultimo»
Ort : Biel / Bienne
Infos: www.congress-info.ch/palliative

10.– 12.12.2008
Leben bis zuletzt und in Frieden sterben.
Was schwer kranke und sterbende Menschen brauchen
Ort: Zentrum für Weiterbildung, Universität Zürich
Infos: www.weiterbildung-palliative.ch

2009

02.04.2009
5. Palliativ- und Hospiztag Ostschweiz
«Die Not-Wendigkeit der Freiwilligen in der Palliative Care?
Im Spannungsfeld von Professionellen und Freiwilligen
Ort: Thurpark Wattwil,
Infos: www.palliativnetz-ostschweiz.ch

02.04.–04.04.2009
«Kommunikationstraining»
Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende von Krebskranken
Info: Krebsliga Schweiz, Kurssekretariat, 031 389 91 29, kurse_cst@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch/cst-d

23.04.–25.04.2009
«Mieux communiquer»
Séminaire pour l'équipe médicale et soignante en oncologie
Lieu: Hôtel du Signal, Puidoux VD
Info: Ligue suisse contre le cancer, secrétariat des cours, 031 389 91 29, kurse_cst@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch/cst-f

20.04.2009 – 30.06.2009
six soirées 19.15–12.30
L'écoute de la personne dans sa globalité
Lieu : Le Cénacle, St.Augin-Sauges
Infos : www.spaj.ch

*Hier könnte auch
Ihr Inserat stehen...*

Verlangen Sie unsere Mediadaten!

s.spengler@palliative.ch



Impressum

Herausgeber / Éditeur / Editore



palliative ch

Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs

Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative

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, palliative ch

admin@palliative.ch

Claudia Gamondi, Ticino

claudia.gamondi@eoc.ch

Dr. Sophie Pautex, Genève

sophie.pautex@hcuge.ch

Cristina Steiger, Ticino

cristina.steiger@legacancro-ti.ch

Dr. Florian Strasser, Ostschweiz

florian.strasser@kssg.ch

Mirjam Unger, Nordwestschweiz

miriamunger@web.de

Adressen / Adresses / Indirizzi

Redaktion / Rédaction / Redazione

Claude Fuchs, Geschäftsstelle palliative ch, Dörflistr. 50,
8050 Zürich, Tel. 044 240 16 21; admin@palliative.ch

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

Sylvia Spengler, Hirstigstrasse 13, 8451 Kleinandelfingen
s.spengler@palliative.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

15.1., 15.4., 15.7., 15.10. 2008

Auflage / Édition / Edizione

2040 Exemplare/exemplaires/esemplari
(beglaubigt/certifié/certificato WEMF 2008)

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



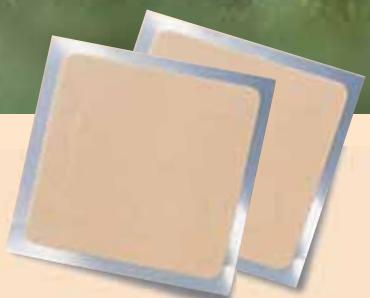
Transtec®

Das Schmerzpflaster mit der
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. ungenügende 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 einen 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 Drogensubstitution nicht angewendet werden. **Vorsichtsmassnahmen:** Bei der Anwendung potenter Opioide in der Schmerztherapie ist die entsprechende medizinische Sorgfaltspflicht vorausgesetzt. **Unerwünschte Nebenwirkungen:** Opiodtypische 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. At Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Kassenzulässig.



Grünenthal Pharma AG, 8756 Mitlödi



Buprenorphine matrix patch
Transtec®
länger tragen - weniger wechseln