



palliative ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

palliative ch

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

Nr. 3-2021



Opioide – wo stehen wir? · Opioides – où en sommes-nous? · Oppioidi – a che punto siamo?



palliative.ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

Was ist der Wert von Palliative Care? Quelle est la valeur des soins palliatifs? Qual è il valore delle cure palliative?



24.-25.11.2021

**Kongresshaus Biel
Palais des Congrès de Bienne**

**Nationaler Palliative Care Kongress
Congrès National des Soins Palliatifs
Congresso Nazionale delle Cure Palliative**

www.palliative-kongresse.ch

24.11.2021

Schwerpunktthema: Palliative Care und Lebensqualität – Für Alle?

Thème principal: Soins palliatifs et qualité de vie – pour tous ?

25.11.2021

Schwerpunktthema: Palliative Care und Lebensqualität – Wie Umsetzen?

Thème principal: Soins palliatifs et qualité de vie – comment mettre en œuvre ?

Anmeldung, Hotelbuchung und detaillierte Informationen
Inscription, réservation d'hôtel et informations détaillées
www.palliative-kongresse.ch/2021

Abstracts – tragen Sie inhaltlich zum Kongress bei
Abstracts – contribuez au contenu du congrès

Informationen und Einreichung/*Informations et soumission:*
www.palliative-kongresse.ch/2021/abstracts

Einsendeschluss: 25. Mai 2021 / *Date limite pour la soumission: 25 mai 2021*

Administrative Organisation/Organisation administrative

Medworld AG, 6312 Steinhausen,
T: 041 748 23 00, E-Mail: registration@medworld.ch

INHALTSVERZEICHNIS · TABLE DES MATIÈRES · INDICE

5 Editorial · Éditorial · Editoriale

Opioide – wo stehen wir? · Opioïdes – où en sommes-nous? · Oppioidi – a che punto siamo?

6 Cristian Camartin

Opioide: Grundlagen und Einsatz in der Palliative Care

10 **Opioïdes: principes de base et utilisation en soins palliatifs**

14 **Oppioidi: i fondamenti e l'impiego nelle cure palliative**

18 Jan Gärtner

Opioidkrise: Praktische Implikationen für die Palliative Care

23 **Résumé français**

24 **Riassunto italiano**

25 Daniel Büche

Opioidtherapie: Evidenz- oder evidenzbasierte Therapie?

30 **Résumé français**

31 **Riassunto italiano**

32 Julia Borsch

Prince und das Fentanyl

34 **Résumé français**

35 **Riassunto italiano**

Nouvelles têtes dans les soins palliatifs · Neue Köpfe in der Palliative Care · Volti nuovi nelle cure palliative

36 **Mathieu Bernard, Chaire de psychologie palliative, Service de soins palliatifs et de support du CHUV, Lausanne**

39 **Mathieu Bernard, Lehrstuhl für Palliativpsychologie, Service de soins palliatifs et de support, Universitäts-spital Lausanne**

42 **Mathieu Bernard, cattedra di psicologia palliativa, Servizio di Palliative Care e di supporto del CHUV, Losanna**

Spiritual Care

44 Sandra Struchen

Fallbeispiele interprofessioneller Spiritual Care – Teil 3: Unterwegs zum Himmelskind

47 **Études de cas de l'assistance spirituelle interprofessionnelle – Partie 3: En route vers l'enfant céleste**

49 **Esempi di Spiritual Care interprofessionale – Terza parte: In viaggio verso il bambino che aspetta in cielo**

Bildung und Forschung · Formation et recherche · Formazione e ricerca

51 Stephanie Alder

Endlich wieder Summer School!

52 **La Summer School est enfin de retour!**

53 **Finalmente è tornata la Summer School!**

Partner · Partenaires · Partner

54 **Finanzielle Soforthilfe für Krebsbetroffene in der Corona-Pandemie**

55 **Aide financière immédiate pour les personnes touchées par le cancer durant la pandémie**

56 **Aiuto finanziario immediato per malati di cancro durante la pandemia di coronavirus**

57 **Zugang zu Medizinalcannabis wird vereinfacht**

58 **Publireportage Partner**

Cela m'a touché ... · Das hat mich bewegt ... ·

Mi ha commosso ...

59 Lise Narbel

L'Intégration de l'accompagnement spirituel dans les soins palliatifs – un soutien, qui ne s'arrête pas au décès de la personne qui vient de nous quitter

61 **Integration der Seelsorge in die Palliative Care – eine Begleitung, die nicht mit dem Tod des geliebten Menschen endet**

63 **Accompagnamento spirituale integrato nelle cure palliative: un supporto che non termina con la dipartita dei nostri cari**

Sections et régions · Sektionen und Regionen ·

Sezioni e regioni

65 **«Nous partageons aussi des moments de rires et même une danse ...» – L'association Doulas de fin de vie (thanadoulas)**

68 Janine Hächler und Marisa Widmer
**Die Kindertrauergruppe Thalwil: ein Platz für Gefühle
und Gedanken im geschützten Raum**

70 **Erfolgreiches Webinar von palliative ostschweiz**

71 **Palliative Care vernetzt sich im neuen Hospiz
St. Gallen**

73 **Kalender · Calendrier**

79 **Impressum**

Coverfoto: Schlafmohn, die Ausgangspflanze für Opium.
(Bild Pixabay)

ANZEIGE

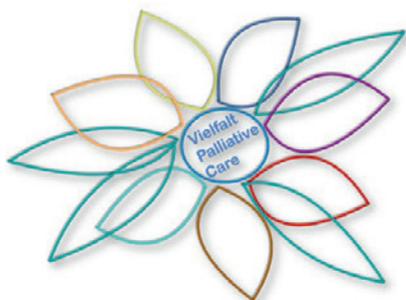


gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent

save the date

Aktionstag zum Welt Hospiz- und Palliative Care Tag 2021 «Vielfalt Palliative Care»

Samstag, 9. Oktober 2021, 10.00-17.00 Uhr
auf dem Bahnhofplatz in Bern



Was erwartet die Besucher*innen?

- Ein Palliative-Care-Parcours, der inspiriert
- Informationsstände zu den vielfältigen Unterstützungsangeboten im Kanton Bern über die ganze Lebensspanne - vom Kind bis zum alten Menschen
- Fachleute, die Rede und Antwort stehen

Informationen unter: www.palliativebern.ch

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

in dieser Ausgabe unserer Zeitschrift steht die Thematik «Opioid – wo stehen wir?» im Mittelpunkt. Ein kontroverses Thema, das teilweise auch negativ konnotiert ist. Denn wohin ein missbräuchlicher Einsatz von Opioiden führen kann, zeigte uns die Opioidkrise in den USA, die bis heute noch nicht ganz ausgestanden ist. Korrekt angewendet nehmen Opioid in der Palliative Care in der Schweiz heutzutage aber einen hohen Stellenwert ein.

Die Redaktionskommission hat für Sie als Leser/in dazu spannende Blickwinkel mit verschiedenen Experten beleuchtet. Zum Beispiel bietet Cristian Camartin in seinem Beitrag eine umfassende Übersicht in die Materie und gibt Einblicke in die verschiedenen Opioidrezeptoren, Arten und Indikationen.

Jan Gärtner greift die praktischen Implikationen der Opioidkrise auf. Er gibt einen Einblick in die verheerenden Auswirkungen, zu welchen die massive Verschreibung von Opioiden geführt hat und wie diese das Gesundheitssystem in Amerika noch immer beeinflussen. Zum Schluss betrachtet er die Situation in Europa und der Schweiz und zeigt Vorschläge für einen reflektierten Umgang mit Opioiden in der frühen Palliative Care auf.

Im Namen der Redaktionskommission wünsche ich Ihnen eine spannende Lektüre!

*Stephanie Alder,
Mitglied der Redaktionskommission*



Éditorial

Chères lectrices et chers lecteurs,

dans ce numéro de notre revue, l'accent est mis sur le thème «Opioides – où en sommes-nous?». Il s'agit d'un sujet controversé, qui a en partie aussi des connotations négatives. La crise des opioïdes aux États-Unis, qui n'est toujours pas complètement terminée, nous a montré où peut mener l'abus d'opioïdes. Cependant, lorsqu'ils sont utilisés correctement, les opioïdes jouent aujourd'hui un rôle important dans les soins palliatifs en Suisse.

Pour vous, lectrices et lecteurs, la commission de rédaction a éclairé sous différents angles des perspectives passionnantes avec différents experts. Par exemple, Cristian Camartin offre une vue d'ensemble complète du sujet dans son article et donne un aperçu des différents récepteurs opioïdes, des types et des indications.

Jan Gärtner aborde les implications pratiques de la crise des opioïdes. Il donne un aperçu des effets dévastateurs de la prescription massive d'opioïdes et de la façon dont elle affecte encore le système de soins de santé en Amérique. Enfin, il examine la situation en Europe et en Suisse et fait des suggestions pour une approche réfléchie avec les opioïdes dans les soins palliatifs précoces.

Au nom de la commission de rédaction, je vous souhaite une lecture passionnante!

*Stephanie Alder,
membre de la commission de rédaction*

Editoriale

Care lettrici e cari lettori,

in questa edizione della nostra rivista il tema centrale è «Oppioidi – a che punto siamo?». Un tema controverso, con in parte una connotazione negativa. La crisi degli oppioidi negli USA, che tuttora non è del tutto risolta, ci ha infatti mostrato dove può portare un uso improprio degli oppioidi. Utilizzati in modo corretto però, oggi gli oppioidi assumono un ruolo molto importante nelle cure palliative in Svizzera.

La redazione ha raccolto per voi lettori e lettrici alcune interessanti prospettive con l'aiuto di svariati esperti. Per esempio nel suo contributo Cristian Camartin offre una panoramica completa in materia e descrive i vari recettori oppioidi, i tipi di sostanze appartenenti alla categoria degli oppioidi e le loro indicazioni.

Jan Gärtner affronta le implicazioni pratiche della crisi degli oppioidi. Illustra inoltre gli effetti devastanti della massiccia prescrizione di oppioidi e di come questi continuino ancora oggi ad influire sul sistema sanitario americano. Infine esamina la situazione in Europa e in Svizzera e presenta delle proposte per un approccio riflessivo agli oppioidi nelle cure palliative precoci.

A nome di tutta la redazione vi auguro un'avvincente lettura!

*Stephanie Alder,
membro del comitato di redazione*

Opioide: Grundlagen und Einsatz in der Palliative Care

Opioide werden aufgrund der sehr guten analgetischen Wirkung, verschiedener Verabreichungsmöglichkeiten und ihrer Sicherheit in der Palliative Care häufig eingesetzt. Bei Patienten, Angehörigen und nicht selten auch bei Ärzten löst diese Wirkstoffklasse häufig Bedenken aus und ist somit mit einer negativen Haltung verbunden. Diese Übersicht soll dazu einen geschichtlichen Überblick, die Wirkungen verschiedener Substanzen genauer betrachten und die Anwendung präziser beleuchten. Es handelt sich jedoch keinesfalls um den Ersatz für ein Lehrbuch, weshalb bewusst auch keine Dosierungen bei den einzelnen Medikamenten aufgeführt werden.

Geschichtlicher Überblick

In der Antike haben vor über 6000 Jahren bereits die Sumerer, später Assyrer und auch die Griechen Opium als Heil- und Genussmittel verwendet. Die Bezeichnung Opioid stammt denn auch vom altgriechischen Wort «Opos» ab, welches Saft bedeutet. Dabei wird die Gewinnung des Stoffes deutlich, bei welcher mittels Ritzung der Schlafmohnpflanze der Milchsaft aufgefangen und weiterverwendet wird. Der daraus gewonnene Wirkstoff kam bei verschiedenen Indikationen zum Einsatz. Einige davon stehen auch heute auf der Indikationsliste der Opioide, wie u. a. Schmerzen oder Diarrhoe. Andere, wie beispielsweise die Behandlungen von Wahnvorstellungen, Angstzuständen oder Kinderschrei sind heutzutage hingegen eher als obsolet anzusehen. Bereits zu jener Zeit wurden auch Nebenwirkungen dieser Wirkstoffklasse beschrieben. So hat Galen bereits im 2. Jahrhundert n. Chr. eine Überdosierung dokumentiert. Ende des 19. Jahrhunderts wurde Morphin vom deutschen Pharmazeuten Friedrich Sertürner aus Opium isoliert und nach Morpheus, dem Gott der Träume aus der griechischen Mythologie, benannt. Bis Mitte des 20. Jahrhunderts wurden Morphin und verschiedene weitere Opioide wie Heroin sehr rege eingesetzt. Dabei wurden jedoch verschiedenste Nebenwirkungen beobachtet, die dann zur Umkehr und zu einem sehr restriktiven Einsatz geführt haben. Diese ablehnende Haltung ist dann auch heute noch sehr verbreitet und behindert oft den Einsatz dieser Medikamente.

Nomenklatur

Im klinischen Alltag wird sehr häufig von Opiaten gesprochen. Grundsätzlich sollte jedoch korrekterweise die Bezeichnung Opioid verwendet werden. Als Opiate werden die direkten Derivate der Schlafmohnpflanze bezeichnet, im Gegensatz dazu handelt es sich bei den Opioiden um eine heterogene Wirkstoffgruppe, deren Gemeinsamkeit die Bindung an den Opioidrezeptoren darstellt.¹

Rezeptoren

Opioidrezeptoren sind sowohl im zentralen Nervensystem als auch peripher vorhanden.² Grob können drei verschiedene Arten von Opioidrezeptoren unterschieden werden. Es handelt sich um die μ - (Mü), κ - (Kappa) und δ - (Delta) Opioidrezeptoren. Das Vorhandensein verschiedener weiterer Opioidrezeptoren wie σ (Sigma), ϵ (Epsilon) und Orphaninrezeptoren wurden postuliert, inzwischen werden diese jedoch nicht mehr als klassische Opioidrezeptoren angesehen und deshalb nicht mehr als solche bezeichnet.

μ - (Mü) Rezeptoren, bei welchen zwei Untertypen unterschieden werden, finden sich vor allem im Hirnstamm und im Thalamus. μ_1 -Rezeptoren sind hauptsächlich für den analgetischen Effekt verantwortlich. Weitere Wirkungen sind euphorisierende Effekte, Miosis, Atemdepression, verminderte gastrointestinale Motilität, Pruritus, aber auch die physische Abhängigkeit. κ - (Kappa) Rezeptoren werden ebenfalls im Hirnstamm, dienzephal aber auch spinal nachgewiesen. Sie sind für die spinale Analgesie, Sedierung, Abhängigkeit aber ebenso für Atemdepression verantwortlich. Die Aktivierung von δ - (Delta) Rezeptoren führt zur Dysphorie. Anhand der Wirkung an den Opioidrezeptoren werden die Opioide in reine Agonisten, Antagonisten, gemischte Agonisten/Antagonisten und partielle Antagonisten unterteilt.

Agonisten

Die meisten Opioide sind Agonisten und aktivieren somit bei einer Bindung an den Rezeptor diesen. Anhand der Expression von Opioidrezeptoren auf verschiedenen physiologischen Ebenen können Schmerzen oder andere Wirkungen sowohl zentral oder peripher beziehungsweise topisch oder systemisch behandelt werden. Die unterschiedliche Aktivierung der einzelnen Rezeptoren scheint für die unterschiedlichen Effekte verantwortlich zu sein.

¹ Stein Chr. Opioid Receptors. Annu Rev Med 2016; 67: 433–51.

² Trescot AM, Datta S, Lee M et al. Opioid Pharmacology. Pain Physician 2008; 11(2 Suppl):S133–53.

Partielle Agonisten

Buprenorphin ist ein partieller Agonist, der eine hohe Affinität zum μ - (Mü) Rezeptor, auf der anderen Seite jedoch einen antagonistischen Effekt am κ - (Kappa) Rezeptor hat. Dieser unterschiedliche Effekt führt zu verschiedenen Wirkmustern.

Opioid-Antagonisten

Die Opioid-Antagonisten heben die Wirkung der Opioide an den Rezeptoren auf. In der Schweiz werden hauptsächlich Naltrexon und Naloxon eingesetzt, welche kompetitive Antagonisten an allen Arten der Opioidrezeptoren sind. Diese Substanzen werden insbesondere bei der Behandlung von opioidinduzierten Nebenwirkungen verwendet. Hauptsächlich handelt es sich dabei um die Obstipation, die durch die intestinalen und zentralen μ - (Mü) Rezeptoren ausgelöst ist, aber auch um Überdosierungen, welche zur Atemdepression führen können.

Opioidarten

Im Folgenden werden einzelne häufig verwendete Opioide beschrieben. Anhand der Wirkstärke werden Opioide in die WHO-Klasse II. (= schwache Opioide) und WHO-Klasse III. (= starke Opioide) eingeteilt.

Schwache Opioide

Zur WHO-Klasse II. gehören diejenigen Substanzen, die an den Opioidrezeptoren binden, aber weniger potent als Morphin sind.

Codein

Codein wird häufig in Kombination mit einem WHO-Klasse I.-Analgetikum verabreicht. Der analgetische Effekt von Codein ist ungefähr halb so gross wie von Morphin. Die Halbwertszeit beträgt zwei bis drei Stunden. Der Wirkstoff wird zu ungefähr 10% in Morphin metabolisiert, was wohl auch der Grund für die analgetische Wirkung ist.³ Eine Besonderheit kann beim Metabolismus beobachtet werden. Ein gewisser Anteil der Population metabolisiert Codein rasch und hat so eine höhere analgetische Wirkung, bei einem kleinen Anteil wird jedoch nur ein kleiner oder gar kein Anteil in Morphin metabolisiert. Bei diesen Patienten kann keine analgetische Wirkung beobachtet werden. Codein wird weniger häufig als Analgetikum eingesetzt, hingegen wird es insbesondere zur Behandlung von Husten verwendet. Die Nebenwirkungen sind ähnlich wie bei Morphin. Im Falle einer schweren Niereninsuffizienz (Kreatinin Clearance <30 ml/min.) soll eine Gabe vermieden werden.

Tramadol

Tramadol ist ein synthetisch hergestelltes Opioid. Aufgrund der einfachen Verfügbarkeit wird es oft eingesetzt. Die Substanz ist ein Prodrug und wird in der Leber zum aktiven Wirkstoff umgewandelt. Es hat eine ähnlich gute Wirkung bei neuropathischen Schmerzen wie verschiedene Antiepileptika. Im Falle einer schweren Niereninsuffizienz soll die Dosierung halbiert werden. Sehr häufig können gastrointestinale Nebenwirkungen und Nausea beobachtet werden. In Kombination mit anderen, die Krampfschwelle senkenden Medikamenten, können vermehrt Krampfanfälle beobachtet werden. In Anbetracht einer möglichen Serotonin-Toxizität muss eine Einnahme mit anderen Antidepressiva wie SSRI's (Serotonin Wiederaufnahme Hemmer) und TCA (Trizyklische Antidepressiva) mit Vorsicht erfolgen.

Starke Opioide

Heutzutage werden WHO-Klasse II.-Substanzen häufig übersprungen und nach den Klasse I.-Analgetika direkt die Klasse III. eingesetzt.

Morphin

Morphin ist eines der ältesten Opioide und wird immer noch häufig eingesetzt. Es ist im Vergleich mit anderen Opioiden nicht über- aber auch nicht unterlegen und kann aufgrund der langjährigen Erfahrung und des sicheren Wirkungsprofils als eines der wichtigsten Opioide angesehen werden.⁴ In der Palliative Care ist Morphin weiterhin das am häufigsten eingesetzte Opioid. Nach einer oralen Verabreichung von Morphin erreichen ungefähr 50% des Wirkstoffes einer schnell wirksamen Form das Zentralnervensystem innerhalb von 30 Minuten und nach 90 Minuten bei Verabreichung einer retardierten Form. Morphin wird vor allem zu Morphin-6-Glukuronyd und zu einem kleinen Anteil zu Morphin-3-Glukuronyd metabolisiert. Lediglich Morphin-6-Glukuronyd ist analgetisch wirksam, die restlichen Metaboliten sind hingegen neurotoxisch und können zu verschiedenen Nebenwirkungen führen. Morphin führt zu Nausea und Erbrechen durch direkte Stimulierung der Chemorezeptor-Trigger-Zone am Boden des vierten Ventrikels. Die Anwendung von Morphin soll nur im Falle einer nicht deutlich beeinträchtigten Nierenfunktion erfolgen. Bei einer Kreatinin-Clearance von weniger als 30 ml/min. soll darauf verzichtet werden.⁵ Ein bedeutender Vorteil ist die mögliche Verabreichung in verschiedenen galenischen Formen. Meist erfolgt die Gabe peroral, intravenös, rektal oder auch buccal ist diese ebenso möglich. Im palliativmedizinischen Setting ist eine kontinuierliche Verabreichung mittels kontinuierlicher Subkutanpumpe häufig. Die Mischbarkeit mit anderen häufig verwendeten Substanzen ist ebenso möglich. Eine vielfach vergessene Applikationsform ist die topische Gabe.

³ Twycross R (Hrsg). 2020. Palliative Care Formulary (PCF7) 7. Edition. The Pharmaceutical Press. London.

⁴ Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58–68.

⁵ Fehr Th, Camartin C. Nieren und Schmerzmittel – Empfehlungen für die Praxis. *Cardiovasc* 2019; 18: 18–20.

Im Falle einer Entzündung, die sowohl bei exulzierenden Hautmetastasen und Tumoren beziehungsweise bei ischämischen Ulzera beobachtet werden, werden Opioidrezeptoren exprimiert und ermöglichen somit auch die lokale Gabe, die dann zu einer erfolgreichen Analgesie führen kann.

Oxycodon

Oxycodon ist ein synthetisches Opioid, welches ähnliche Eigenschaften wie Morphin hat. Es scheint eine unterschiedliche Affinität zu den verschiedenen Opioidrezeptoren zu geben. Aus diesem Grund kann häufig ein unterschiedliches Ansprechen auf Oxycodon und Morphin beobachtet werden. Trotzdem gibt es keine Evidenz, die eine Kombination dieser beiden Substanzen empfiehlt. Oxycodon hat eine sehr hohe perorale Bioverfügbarkeit. Ebenso wie Morphin und Hydromorphon kann Oxycodon in einer kontinuierlichen subkutanen Pumpe verwendet werden.

Hydromorphon

Hydromorphon ist ein synthetisches Opioid, welches primär an den μ - (Mü) Rezeptoren, weniger aber auch an κ - (Kappa) und δ - (Delta) Rezeptoren agiert. Die Halbwertszeit beträgt ungefähr vier Stunden. Die Substanz kann sowohl intravenös als auch subkutan und intramuskulär verabreicht werden. Die subkutane Verabreichung ist ebenfalls eine sichere und effektive Behandlungsform.⁶ Im Gegensatz zu Morphin kann Hydromorphon auch bei einer schweren Niereninsuffizienz mit einer Kreatinin-Clearance von bis minimal 10 ml/min. erfolgen. Die analgetische Wirkung ist ähnlich wie bei Morphin. Die Substanz kann als Alternative dazu eingesetzt werden.

Methadon

Methadon hat neben der agonistischen Wirkung an den Opioidrezeptoren einen antagonistischen Effekt an den NMDA- (N-methyl-D-Aspartat) Rezeptoren. Dieser additive Effekt hat einen Benefit bei neuropathischen Schmerzkomponenten. Es ist eine sehr lipophile Substanz mit einer sehr hohen oralen Bioverfügbarkeit. Der Metabolismus ist praktisch nur hepatisch, aus diesem Grund kann Methadon auch bei schwerster Niereninsuffizienz verabreicht werden. Die Halbwertszeit ist interindividuell sehr unterschiedlich und kann zwischen 12 und 170 Stunden betragen. Aufgrund der komplexen pharmakologischen Eigenheiten wird Methadon hauptsächlich von spezialisierten Palliative-Care-Teams als Zweit- oder Drittlinien-Behandlung eingesetzt.⁷

Fentanyl

Fentanyl ist ein starker μ - (Mü) Opioidrezeptor-Agonist. Fentanyl kann sowohl transdermal und intravenös als auch sub-

kutan, nasal und buccal verabreicht werden. In der Schweiz erfolgt meist eine transdermale Gabe. Es ist eine gute Alternative im Falle einer schweren Niereninsuffizienz. Aufgrund der sehr langen Wirkzeit der transdermalen Präparate ist eine rasche Titrierung nur schwierig machbar. Es soll primär bei chronischen Tumorschmerzen eingesetzt werden, bei welchen eine rasche Dosisanpassung nicht nötig ist.

Buprenorphin

Buprenorphin ist ein partieller μ - (Mü) Rezeptor-Agonist und κ - (Kappa) und δ - (Delta) Rezeptor-Antagonist. Aus diesem Grunde muss mit einem Ceiling-Effekt, d.h. einer maximal möglichen Dosierung, ausgegangen werden. Weiter scheint Buprenorphin ein kleineres Suchtpotential zu haben und weniger gastrointestinale Nebenwirkungen zu zeigen. Es wird ebenfalls vor allem als transdermales Präparat eingesetzt.

Diamorphen

Diamorphen, meist unter dem Namen Heroin bekannt, wird in Grossbritannien häufig als Alternative zu Morphin verwendet. Ein grosser Vorteil ist die chemische Lösbarkeit, die deutlich höher als bei Morphin ist. So können in einem kleinen Volumen Flüssigkeit eine höhere Menge an Wirkstoff aufgelöst werden, was bei der subkutanen Verabreichung von Vorteil ist. In der Schweiz hat dieses Präparat jedoch keinen Platz in der palliativmedizinischen Behandlung.

Opioidrotation⁸

Opioide sind sehr wirksame analgetische Medikamente, trotzdem können gelegentlich ein ungenügender analgetischer Effekt oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen beobachtet werden. Diese Effekte sind jedoch nicht zwingend bei allen Opioiden zu beobachten. Aufgrund der verschiedenen Affinitäten zu den einzelnen Rezeptoren können eine unterschiedliche analgetische Wirkung, aber auch unterschiedliche Nebenwirkungen bei den einzelnen Substanzen beobachtet werden.⁹ Deshalb kann eine Rotation von einem zu einem anderen Opioid von Nutzen sein.

Atemdepression

Beim Einsatz von Opioiden muss ebenso wie bei sämtlichen Medikamenten mit Nebenwirkungen gerechnet werden. Neben den verschiedenen gastrointestinalen Nebenwirkungen ist insbesondere die opioidinduzierte Atemdepression gefürchtet. Diese Nebenwirkung tritt im klinischen

⁶ Kondasinghe JS, Tuffin PHR, Findlay FJ. Subcutaneous Patient-Controlled Analgesia in Palliative Care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2021 Jun 9;1–5. doi: 10.1080/15360288.2021.1920546. Online ahead of print.

⁷ Mammana G, Bertolino M, Bruera E, Orellana F et al. First-Line methadone for cancer pain: titration time analysis. *Supportive Care Cancer.* 2021 Apr 21. doi: 10.1007/s00520-021-06211-y. Online ahead of print.

⁸ Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W et al. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 409–17.

⁹ Freye E (Hrsg). 2010. *Opioide in der Medizin.* 8. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

palliativmedizinischen Alltag, bei korrekt durchgeführter Medikation, jedoch praktisch nie auf. Diese Nebenwirkung ist direkt proportional zum analgetischen Effekt und wird daher bei WHO-Klasse II.-Opioiden kaum beobachtet. Die zentral ausgelöste Atemdepression beruht auf einer Hemmung der atemregulatorischen Zentren in Pons und Medulla oblongata.

Vorbehalte gegenüber diesen Substanzen ist der Einsatz häufig ungenügend. Unter Einhaltung von Vorsichtsmassnahmen und der korrekten Anwendung sind Opiode sehr sichere Medikamente und werden deshalb bei palliativmedizinischen Patienten mit verschiedenen Indikationen häufig eingesetzt.

Cristian Camartin

Indikationen für Opiode

Schmerzzustände, die gut auf Opioid-Analgetika ansprechen, sind insbesondere traumatische, postoperative, ischämische oder auch tumoröse Schmerzen. Diese Arten werden sehr häufig bei Patienten in der Palliative Care beobachtet. Daneben werden Opiode insbesondere in der Palliative Care gegen Husten und zur Behandlung von Dyspnoe eingesetzt.

Konklusiv kann gesagt werden, dass Opiode eine Medikamentenklasse sind, die in der Palliative Care einen hohen Stellenwert hat. Auch aufgrund der historisch bedingten



Dr. Cristian Camartin, MSc

Leiter Palliative Care Kantonsspital Graubünden, Chur

cristian.camartin@ksgr.ch

ANZEIGEN

CURAVIVA **weiterbildung**

Praxisnah und persönlich.

- **Grundlagen Palliative Care** (Niveau A1)
13. bis 15. Oktober 2021, Luzern
- **... Ich möchte lieber in meiner Heimat sterben...**
Pflege und Betreuung von sterbenden Menschen mit Migrationshintergrund
17. Oktober 2021, Zürich
- **Palliative Care für erwachsene Menschen mit einer Behinderung**
22. November 2021, Luzern
- **Nein! Ich will jetzt nicht mehr...!**
Wenn Bewohner/innen den Wunsch nach dem Tod äussern
9. März 2022, Luzern
- **Resilienz - Schutzschirm unserer Psyche**
6. April 2022, Bern
- **Basale Stimulation®** (Grundkurs)
7./8. April und 6. Mai 2022, Luzern
- **Kommunikation ohne Worte mit verbal eingeschränkten Menschen** (KoW®-Anwender-Training)
21./22. April 2022, Luzern

Weitere Informationen unter
www.weiterbildung.curaviva.ch

CURAVIVA Weiterbildung Abendweg 1 6006 Luzern
Telefon 041 419 01 72 weiterbildung@curaviva.ch

Interprofessionelle Spezialisierte Palliative Care Zertifikats-Lehrgang (Level B2)

Teil des DAS in Palliative Care an der Careum Hochschule Zürich

Aarau | Herbst 2021 oder Januar bis November 2022 |
17 Kurstage, 2 Tage Hospitation, 2 Tage Sterbebegleitung

Fortbildung in Trauerbegleitung für Berufsfachpersonen des Gesundheitswesens und Fachpersonen der Seelsorge

Aarau | 2021–2022: 25. Oktober bis 23. März
2022–2023: 24. Oktober bis 22. März | 10 Kurstage

Weitere Zertifikatslehrgänge in Palliative und Spiritual Care 2022

Basiskurs Nordwestschweiz für Ärztinnen und Ärzte
Zertifikat A2; Infos und Anmeldung palliative-aargau.ch

Basiskurs für Seelsorgerinnen und Seelsorger | Zertifikat A2

Basis- und Vertiefungskurs für weitere Fachpersonen
Zertifikat A2 resp. B1

Basiskurs für freiwillige Begleitpersonen | Zertifikat A2

Informationen
und Anmeldung:
palliative-begleitung.ch
062 838 06 55


Aargauer
Landeskirchen

Opioïdes: principes de base et utilisation en soins palliatifs

Les opioïdes sont fréquemment utilisés dans les soins palliatifs en raison de leur très bon effet analgésique, des différentes possibilités d'administration et de leur sécurité. Chez les patients, les proches et souvent aussi les médecins, cette classe de substances actives suscite souvent des réticences et est donc associée à une attitude négative. Cette vue d'ensemble a pour but de donner un aperçu historique, d'examiner de plus près les effets de différentes substances et de faire la lumière sur leur utilisation de façon plus précise. Cependant, il ne peut en aucun cas se substituer à un manuel, c'est pourquoi les dosages des médicaments individuels ne sont consciemment pas spécifiés.

Aperçu historique

Dans l'Antiquité, il y a plus de 6000 ans, déjà les Sumériens, puis les Assyriens et aussi les Grecs utilisaient l'opium comme remède et stimulant. Le terme opioïde est aussi dérivé du mot grec ancien «*opos*» qui signifie jus. L'extraction de la substance apparaît ici clairement, la sève laiteuse étant recueillie et utilisée en grattant la plante du pavot à opium. Le principe actif obtenu à partir de celle-ci était utilisé pour diverses indications. Certaines d'entre elles figurent encore aujourd'hui sur la liste des indications des opioïdes, comme la douleur ou la diarrhée. D'autres, en revanche, comme le traitement des délires, de l'anxiété ou des cris d'enfants, sont aujourd'hui considérés comme obsolètes. À cette époque-là déjà, les effets secondaires de cette classe de médicaments ont été décrits. Galien a ainsi documenté une overdose dès le II^e siècle de notre ère. À la fin du 19^e siècle, la morphine a été isolée de l'opium par le pharmacien allemand Friedrich Sertürner et nommée d'après Morphée, le dieu des rêves, de la mythologie grecque. Jusqu'au milieu du 20^e siècle, la morphine et divers autres opioïdes tels que l'héroïne étaient très activement utilisés. Cependant, une grande variété d'effets secondaires a été observée, ce qui a ensuite conduit à un revirement et à une utilisation très restrictive. Cette attitude négative est encore très répandue aujourd'hui et freine souvent l'utilisation de ces médicaments.

Nomenclature

Dans la pratique clinique quotidienne, le terme «*opiacés*» est très souvent mentionné. En principe, cependant, le terme opioïde devrait être employé pour une utilisation plus correcte. Les dérivés directs du pavot à opium sont appelés opiacés, tandis que les opioïdes constituent un groupe hétérogène de substances actives dont la caractéristique commune est la liaison aux récepteurs opioïdes.¹

Récepteurs

Les récepteurs opioïdes sont présents à la fois dans le système nerveux central ainsi qu'à la périphérie.² On distingue grosso modo trois types de récepteurs opioïdes différents. Il s'agit des récepteurs opioïdes μ - (Mü), κ - (Kappa) et δ - (Delta). La présence de divers autres récepteurs opioïdes tels que les récepteurs σ (Sigma), ϵ (Epsilon) et orphelins a été postulée, mais entre-temps, ceux-ci ne sont plus considérés comme des récepteurs opioïdes classiques et ne sont donc plus désignés comme tels.

Les récepteurs μ - (Mü) dont on distingue deux sous-types, se trouvent principalement dans le tronc cérébral et le thalamus. Les récepteurs μ_1 sont principalement responsables de l'effet analgésique. D'autres effets sont des effets euphorisants, un myosis, une dépression respiratoire, une diminution de la motilité gastro-intestinale, un prurit, mais aussi une dépendance physique. Les récepteurs κ - (kappa) sont également détectés dans le tronc cérébral, diencéphalique, mais aussi spinal. Ils sont responsables de l'analgésie spinale, de la sédation, de la dépendance, mais aussi de la dépression respiratoire. L'activation des récepteurs δ - (delta) entraîne une dysphorie. En fonction de leur effet sur les récepteurs opioïdes, les opioïdes sont divisés en agonistes purs, antagonistes, agonistes / antagonistes mixtes et antagonistes partiels.

Agonistes

La plupart des opioïdes sont des agonistes et activent donc ceux-ci lorsqu'ils se fixent aux récepteurs. En fonction de l'expression des récepteurs opioïdes à différents niveaux physiologiques, la douleur ou d'autres effets peuvent être traités à la fois de manière centrale ou périphérique, ou de manière topique ou systémique. L'activation différente des récepteurs individuels semble être responsable des différents effets.

Agonistes partiels

La buprénorphine est un agoniste partiel qui a une forte affinité pour le récepteur μ - (Mü), mais, en revanche, un effet

¹ Stein Chr. Opioid Receptors. Annu Rev Med 2016; 67: 433–51.

² Trescot AM, Datta S, Lee M et al. Opioid Pharmacology. Pain Physician 2008; 11(2 Suppl):S133–53.

antagoniste au niveau du récepteur κ - (kappa). Cet effet différent entraîne des schémas d'action différents.

Antagonistes des opioïdes

Les antagonistes des opioïdes annulent l'effet des opioïdes sur les récepteurs. En Suisse, on utilise principalement la naltrexone et la naloxone, qui sont des antagonistes compétitifs sur tous les types de récepteurs opioïdes. Ces substances sont utilisées en particulier dans le traitement des effets secondaires induits par les opioïdes. Il s'agit principalement de la constipation qui est déclenchée par les récepteurs intestinaux et centraux μ - (Mü), mais il s'agit aussi des surdosages qui peuvent conduire à une dépression respiratoire.

Types d'opioïdes

Les différents opioïdes couramment utilisés sont décrits ci-dessous. En fonction de leur puissance, les opioïdes sont classés dans la classe II de l'OMS (= opioïdes faibles) et la classe III de l'OMS (= opioïdes forts).

Opioïdes faibles

La classe II de l'OMS comprend les substances qui se lient aux récepteurs opioïdes, mais qui sont moins puissantes que la morphine.

Codéine

La codéine est souvent administrée en association avec un analgésique de classe I de l'OMS. L'effet analgésique de la codéine est environ la moitié de celui de la morphine. La demi-vie s'élève à deux à trois heures. Environ 10% de la substance active est métabolisée en morphine, ce qui est probablement aussi la raison de l'effet analgésique.³ Une particularité peut être observée dans le métabolisme. Une certaine partie de la population métabolise rapidement la codéine, ce qui lui confère un effet analgésique plus important, mais une petite partie de la population, métabolise la morphine seulement en faible proportion voire pas du tout. Chez ces patients, aucun effet analgésique ne peut être observé. La codéine est moins fréquemment utilisée comme analgésique, alors qu'elle est en particulier utilisée pour le traitement de la toux. Les effets secondaires sont similaires à ceux de la morphine. En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine <30 ml/min.), l'administration doit être évitée.

Tramadol

Le tramadol est un opioïde produit synthétiquement. Il est largement utilisé en raison de sa disponibilité facile.

La substance est une prodrogue (promédicament) et est transformée en un principe actif dans le foie. Il a un effet positif sur la douleur neuropathique comparable à l'effet de divers médicaments antiépileptiques. En cas d'insuffisance rénale sévère, la posologie doit être réduite de moitié. Les effets secondaires gastro-intestinaux et les nausées sont très fréquents. En association avec d'autres médicaments qui abaissent le seuil convulsif, davantage de convulsions peuvent être observées. Compte tenu d'une possible toxicité sérotoninergique, l'utilisation avec d'autres antidépresseurs tels que les IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et les ATC (antidépresseurs tricycliques) doit s'effectuer avec précaution.

Opioïdes forts

Aujourd'hui, les substances de classe II de l'OMS sont souvent ignorées et la classe III est utilisée directement après les analgésiques de classe I.

Morphine

La morphine est l'un des opioïdes les plus anciens et est encore largement utilisée. Elle n'est ni supérieure ni inférieure aux autres opioïdes et peut être considérée comme l'un des opioïdes les plus importants en raison de la longue expérience dans son utilisation et de son profil d'efficacité sûr.⁴ Dans les soins palliatifs, la morphine reste l'opioïde le plus couramment utilisé. Après une administration orale de morphine, environ 50% du principe actif atteint une forme à action rapide dans le système nerveux central en 30 minutes et après 90 minutes en cas d'administration d'une forme retardée. La morphine est principalement métabolisée en morphine-6-glucuronide et, dans une faible mesure, en morphine-3-glucuronide. Seule la morphine-6-glucuronide a des effets analgésiques, tandis que les autres métabolites sont neurotoxiques et peuvent entraîner divers effets secondaires. La morphine provoque des nausées et des vomissements en stimulant directement les chimiorécepteurs au niveau du plancher du quatrième ventricule. La morphine ne doit être utilisée qu'en cas de fonction rénale non significativement altérée. Si la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min, il faut l'éviter.⁵ Un avantage important est la possibilité d'administration sous différentes formes galéniques. L'administration par voie orale, intraveineuse, rectale ou buccale est également possible. Dans le cadre de la médecine palliative, l'administration continue au moyen d'une pompe sous-cutanée continue est courante. La miscibilité avec d'autres substances fréquemment utilisées est également possible. Une forme d'application souvent oubliée est l'administration topique. Dans le cas d'une inflammation, qui s'observe aussi bien dans les métastases cutanées ulcéreuses et les tumeurs respectivement lors des

³ Twycross R (Hrsg). 2020. Palliative Care Formulary (PCF7) 7. Edition. The Pharmaceutical Press. London.

⁴ Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58–68.

⁵ Fehr Th, Camartin C. Nieren und Schmerzmittel – Empfehlungen für die Praxis. *Cardiovasc* 2019; 18: 18–20.

ulcères ischémiques, les récepteurs opioïdes sont exprimés et permettent donc également une administration locale qui peut alors conduire à une analgésie réussie.

Oxycodone

L'oxycodone est un opioïde synthétique qui a des propriétés similaires à celles de la morphine. Il semble y avoir une affinité différente pour les différents récepteurs opioïdes. Pour cette raison, on observe souvent une réponse différente à l'oxycodone et à la morphine. Néanmoins, il n'existe aucune preuve recommandant une combinaison de ces deux substances. L'oxycodone a une biodisponibilité orale très élevée. Comme la morphine et l'hydromorphone, l'oxycodone peut être utilisé dans une pompe sous-cutanée continue.

Hydromorphone

L'hydromorphone est un opioïde synthétique qui agit principalement sur les récepteurs μ - (Mü), mais moins sur les récepteurs κ - (kappa) et δ - (delta). La demi-vie est d'environ quatre heures. La substance peut être administrée par voie intraveineuse ainsi que par voie sous-cutanée et intramusculaire. L'administration sous-cutanée est également une forme sûre et efficace de traitement.⁶ Contrairement à la morphine, l'hydromorphone peut également être administrée en cas d'insuffisance rénale sévère avec une clairance de la créatinine allant jusqu'à un minimum de 10 ml/min. L'effet analgésique est similaire à celui de la morphine. La substance peut être utilisée comme alternative.

Méthadone

En plus de l'effet agoniste sur les récepteurs opioïdes, la méthadone a un effet antagoniste sur les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate). Cet effet additif a un effet bénéfique en présence des composantes douloureuses neuropathiques. Il s'agit d'une substance très lipophile dont la biodisponibilité orale est très élevée. Le métabolisme est pratiquement uniquement hépatique, pour cette raison la méthadone peut être administrée même en cas d'insuffisance rénale la plus sévère. La demi-vie varie beaucoup d'une personne à l'autre et peut s'élever entre 12 et 170 heures. En raison de ses caractéristiques pharmacologiques complexes, la méthadone est principalement utilisée par les équipes spécialisées en soins palliatifs comme traitement de deuxième ligne ou troisième ligne.⁷

Fentanyl

Le fentanyl est un puissant agoniste des récepteurs opioïdes μ - (Mü). Le fentanyl peut être administré par voie transdermique et intraveineuse, ainsi que par voie

sous-cutanée, nasale et buccale. En Suisse, l'administration transdermique est principalement utilisée. Il constitue une bonne alternative en cas d'insuffisance rénale sévère. En raison de la très longue durée d'action des préparations transdermiques, un titrage rapide est difficile à réaliser. Il doit être utilisé principalement pour les douleurs tumorales chroniques pour lesquelles un ajustement rapide de la dose n'est pas nécessaire.

Buprénorphine

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs μ - (Mü) et un antagoniste des récepteurs κ - (kappa) et δ - (delta). Pour cette raison, il faut supposer un effet plafond, c'est-à-dire un dosage maximal possible. En outre, la buprénorphine semble avoir un potentiel de dépendance plus faible et présenter moins d'effets secondaires gastro-intestinaux. Elle est aussi principalement utilisée comme préparation transdermique.

Diamorphine

La diamorphine, généralement connue sous le nom d'héroïne, est souvent utilisée au Royaume-Uni comme alternative à la morphine. Un grand avantage est la solubilité chimique qui est nettement supérieure à celle de la morphine. Ainsi, une plus grande quantité de principes actifs peut être dissoute dans un petit volume de liquide, ce qui est avantageux pour l'administration sous-cutanée. En Suisse, en revanche, cette préparation n'a pas sa place dans un traitement médical palliatif.

Rotation des opioïdes⁸

Les opioïdes sont des médicaments analgésiques très efficaces, mais un effet analgésique insuffisant ou des effets secondaires intolérables peuvent parfois être observés. Cependant, ces effets ne sont pas nécessairement observés avec tous les opioïdes. En raison des différentes affinités avec les récepteurs individuels, un effet analgésique différent, mais également des effets secondaires différents peuvent être observés avec différentes substances.⁹ Par conséquent, la rotation d'un opioïde à un autre peut être bénéfique.

Dépression respiratoire

Lors de l'utilisation d'opioïdes, comme pour tous les médicaments, il faut s'attendre à des effets secondaires.

⁶ Kondasinghe JS, Tuffin PHR, Findlay FJ. Subcutaneous Patient-Controlled Analgesia in Palliative Care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2021 Jun 9;1–5. doi: 10.1080/15360288.2021.1920546. Online ahead of print.

⁷ Mammana G, Bertolino M, Bruera E, Orellana F et al. First-Line methadone for cancer pain: titration time analysis. *Supportive Care Cancer.* 2021 Apr 21. doi: 10.1007/s00520-021-06211-y. Online ahead of print.

⁸ Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W et al. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 409–17.

⁹ Freye E (Hrsg). 2010. *Opioide in der Medizin*. 8. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Outre les divers effets secondaires gastro-intestinaux, la dépression respiratoire induite par les opioïdes est particulièrement redoutée. Cependant, cet effet secondaire ne se produit pratiquement jamais dans les soins palliatifs cliniques quotidiens lorsque les médicaments sont administrés correctement. Cet effet secondaire est directement proportionnel à l'effet analgésique et est donc rarement observé avec les opioïdes de classe II de l'OMS. La dépression respiratoire déclenchée au niveau central est due à une inhibition des centres de régulation respiratoire dans le pont et la moelle allongée.

Indications pour les opioïdes

Les états douloureux qui répondent bien aux analgésiques opioïdes sont notamment les douleurs traumatiques, post-

opératoires, ischémiques ou encore tumorales. Ces types sont très souvent observés chez les patients en soins palliatifs. En outre, les opioïdes sont utilisés en particulier dans les soins palliatifs contre la toux et pour le traitement de la dyspnée.

En conclusion, on peut dire que les opioïdes sont une classe de médicaments d'une haute importance dans les soins palliatifs. En outre, en raison des réserves historiquement conditionnées à l'égard de ces substances, leur utilisation est souvent insuffisante. Pour autant que des précautions soient prises et qu'ils soient utilisés correctement, les opioïdes sont des médicaments très sûrs et sont donc fréquemment utilisés chez les patients en soins palliatifs pour diverses indications.

Cristian Camartin



«Je m'engage pour que les personnes gravement malades et leurs proches puissent accéder aux soins palliatifs, et que ces soins et l'accompagnement soient abordables pour tous.»

Renate Gurtner Vontobel, MPH
Directrice palliative ch



Oppioidi: i fondamenti e l'impiego nelle cure palliative

Grazie al loro ottimo effetto analgesico, alle svariate possibilità di somministrazione e alla loro sicurezza, gli oppioidi vengono utilizzati spesso nelle cure palliative. Per i pazienti, i famigliari e a volte anche per i medici, questa categoria di sostanze è spesso fonte di preoccupazione e quindi associata ad un atteggiamento negativo. Questo resoconto vuole quindi offrire un quadro storico, analizzare in modo approfondito l'effetto delle varie sostanze e illustrare in modo preciso il loro impiego. Tuttavia, non si tratta in alcun modo di volersi sostituire ad un libro di testo, motivo per cui non viene data deliberatamente nessuna indicazione sulle dosi di ogni singolo medicinale.

Quadro storico

Nell'antichità, più di 6000 anni or sono, già i Sumeri e in seguito anche gli Assiri e i Greci facevano uso dell'oppio sia come cura che come stimolante. La denominazione di oppioide deriva infatti dalla parola in greco antico «Opos» che significa succo. Risulta allora evidente come veniva ricavata questa sostanza, che viene raccolta tramite l'incisione del papavero da oppio da cui scaturisce il lattice e che viene poi utilizzato. Il principio attivo così ottenuto veniva utilizzato per varie indicazioni. Alcune di queste sono ancora oggi nella lista degli utilizzi degli oppioidi come ad esempio per dolori o in caso di diarrea. Altre invece, come ad esempio il trattamento delle allucinazioni, degli stati di ansia o degli urli dei bambini, sono oggi considerati come obsoleti. Già a quei tempi furono descritti gli effetti collaterali di questa classe di sostanze. Nel secondo secolo d. C. troviamo anche una documentazione di Galeno concernente un sovradosaggio. Alla fine del XIX secolo il farmacista tedesco Freidrich Sertürner riuscì ad isolare la morfina dall'oppio e le diede il nome derivandolo da Morfeo, il dio del sonno della mitologia greca. Fino a metà del XX secolo la morfina e altri oppioidi come l'eroina furono usati in modo assiduo. Tuttavia furono constatate anche diverse reazioni collaterali che portarono poi ad un'inversione di tendenza e ad un uso molto restrittivo. Questo atteggiamento di rifiuto è ancora oggi molto diffuso e spesso ostacola l'utilizzo di questi medicinali.

Nomenclatura

Nella vita clinica quotidiana si parla spesso di oppiacei. In linea di principio, tuttavia, la denominazione corretta da usare sarebbe oppioidi. Il termine oppiacei indica le sostanze ricavate direttamente dal papavero da oppio, gli oppioidi invece sono un gruppo eterogeneo di sostanze che ha in comune la capacità di legarsi ai recettori degli oppioidi.¹

Recettori

I recettori degli oppioidi sono presenti sia nel sistema nervoso centrale che in quello periferico.² A grandi linee si possono distinguere tre tipi di recettori oppioidi: si tratta dei recettori μ (mu), κ (kappa) e δ (delta). È stata postulata anche l'esistenza di altri recettori oppioidi quali i recettori σ (sigma), ϵ (epsilon) e i recettori di orfanina, ma attualmente questi non vengono più considerati come recettori oppioidi classici e quindi non vengono più denominati come tali.

I recettori μ (mu), di cui esistono due sottotipi, si trovano principalmente nel tronco encefalico e nel talamo. I recettori μ_1 sono i principali responsabili dell'effetto analgesico. Sono inoltre responsabili per effetti euforizzanti, miosi, depressione respiratoria, ridotta motilità gastrointestinale, prurito e anche dipendenza fisica. I recettori κ (kappa) si trovano anch'essi nel tronco encefalico, nel diencefalo e nel midollo spinale. Sono responsabili per l'analgesia spinale, la sedazione, la dipendenza, così come per la depressione respiratoria. L'attivazione dei recettori δ (delta) porta alla disforia. A seconda dell'effetto causato sui vari recettori, gli oppioidi vengono suddivisi in agonisti, antagonisti, misti agonisti/antagonisti e antagonisti parziali.

Agonisti

La maggior parte degli oppioidi ha un ruolo di agonista e attiva quindi il recettore quando si lega ad esso. L'espressione dei recettori oppioidi a diversi livelli fisiologici consente di trattare il dolore o altri effetti sia a livello centrale che periferico, rispettivamente a livello topico o sistemico. Una diversa attivazione dei singoli recettori sembra essere responsabile dei diversi effetti.

Agonisti parziali

La buprenorfina è un agonista parziale con un'elevata affinità per il recettore μ (mu), ma al contempo ha un effetto

¹ Stein Chr. Opioid Receptors. Annu Rev Med 2016; 67: 433–51.

² Trescot AM, Datta S, Lee M et al. Opioid Pharmacology. Pain Physician 2008; 11(2 Suppl):S133–53.

antagonistico sul recettore κ (kappa). Questo diverso effetto determina i vari tipi di azione.

Antagonisti oppioidi

Gli antagonisti oppioidi annullano l'effetto degli oppioidi sui recettori. In Svizzera vengono utilizzati principalmente naltrexone e naloxone, che sono antagonisti competitivi per tutti i tipi di recettori oppioidi. Queste sostanze vengono utilizzate soprattutto nel trattamento degli effetti indesiderati indotti dagli oppioidi. Si tratta principalmente della costipazione causata dai recettori μ (mu) intestinali e centrali, ma anche del sovradosaggio che può causare depressione respiratoria.

Tipi di oppioidi

Di seguito sono descritti i singoli oppioidi più comunemente utilizzati. A seconda dell'intensità degli effetti, gli oppioidi vengono suddivisi nella classe II dell'OMS (= oppioidi deboli) e nella classe III (= oppioidi forti).

Oppioidi deboli

Tutte quelle sostanze che si legano ai recettori degli oppioidi, ma sono meno potenti della morfina, fanno parte della classe II dell'OMS.

Codeina

La codeina viene spesso somministrata in combinazione con un analgesico di classe I secondo l'OMS. L'effetto analgesico della codeina è all'incirca la metà di quello della morfina e l'emivita è di due o tre ore. Il principio attivo viene metabolizzato per circa il 10% in morfina, che è anche il motivo per la sua azione analgesica.³ Nel metabolismo possiamo osservare una particolarità. Una certa parte della popolazione metabolizza la codeina velocemente ottenendo così un effetto analgesico maggiore, una piccola parte tuttavia metabolizza solo una piccola percentuale o addirittura non metabolizza per niente la codeina in morfina. In questi pazienti non viene osservato nessun effetto analgesico. La codeina viene usata raramente come analgesico, mentre viene utilizzata più spesso per il trattamento della tosse. Gli effetti collaterali sono simili a quelli della morfina. Nel caso di grave insufficienza renale (clearance della creatinina <30 ml/min) bisogna evitarne la somministrazione.

Tramadol

Tramadol è un oppioide sintetico che viene spesso usato grazie alla sua facile reperibilità. La sostanza è un profarmaco che nel fegato viene trasformata in un principio attivo. Nel caso di dolori neuropatici ha un effetto simile a quello di diversi farmaci antiepilettici. In caso di grave insufficienza renale è

necessario dimezzare la dose. Spesso si possono osservare effetti collaterali gastrointestinali e nausea. In combinazione con altri farmaci che abbassano la soglia convulsiva, si può osservare un aumento delle convulsioni. Data la possibile tossicità da serotonina, bisogna prestare cautela nell'assunzione di altri antidepressivi quali gli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e i TCA (antidepressivi triciclici).

Oppioidi forti

Oggi giorno le sostanze di classe II dell'OMS vengono spesso saltate, dopo la classe I, e inserite direttamente negli analgesici di classe III.

Morfina

La morfina è uno degli oppioidi più antichi e viene ancora ampiamente utilizzata. Non è né superiore né inferiore ad altri oppioidi e grazie all'esperienza pluriennale e al suo profilo di efficacia sicuro può essere considerata come uno degli oppioidi più importanti.⁴ Nelle cure palliative la morfina rimane l'oppioide più utilizzato. Dopo la somministrazione orale di morfina, circa il 50% del principio attivo raggiunge il sistema nervoso centrale entro 30 minuti, se utilizzato con una forma ad azione rapida, o entro 90 minuti nel caso di una forma a rilascio prolungato. La morfina viene metabolizzata principalmente in morfina-6-glucuronide e in piccola parte in morfina-3-glucuronide. Solo la morfina-6-glucuronide ha un effetto analgesico, mentre gli altri metaboliti sono neurotossici e possono provocare diversi effetti indesiderati. La morfina provoca nausea e vomito, stimolando direttamente la zona di induzione chemioterapica alla base del quarto ventricolo. La morfina deve essere somministrata solo in caso che la funzione renale non sia chiaramente compromessa. Nel caso che la clearance da creatinina sia inferiore a 30 ml/min bisogna evitarne la somministrazione.⁵ Un vantaggio significativo è rappresentato dalla possibilità di somministrarla in varie forme galeniche. Nella maggior parte dei casi la somministrazione avviene per via orale, endovenosa o rettale, ma è anche possibile per via buccale. In situazioni di medicina palliativa, viene spesso usata una somministrazione continua con pompe sottocutanee. È anche possibile miscelarla con altre sostanze comunemente utilizzate. Una forma di applicazione spesso dimenticata è quella della somministrazione topica. In caso di infiammazione, come è possibile osservare nel caso di metastasi cutanee esfoliative e tumori, così come nelle ulcere ischemiche, vengono espressi dei recettori di oppioidi, permettendo così la somministrazione locale che può poi portare ad un efficace effetto analgesico.

Ossicodone

L'ossicodone è un oppioide sintetico con proprietà simili a quelle della morfina. Sembra esserci una diversa affinità ai

³ Twycross R (Hrsg). 2020. Palliative Care Formulary (PCF7) 7. Edition. The Pharmaceutical Press. London.

⁴ Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58–68.

⁵ Fehr Th, Camartin C. Nieren und Schmerzmittel – Empfehlungen für die Praxis. *Cardiovasc* 2019; 18: 18–20.

vari recettori oppioidi. Per questo motivo frequentemente vengono osservate risposte diverse all'ossicodone rispetto alla morfina. Nonostante ciò non c'è nessuna evidenza che suggerisca di utilizzare una combinazione di queste due sostanze. L'ossicodone ha una biodisponibilità perorale molto elevata. Analogamente alla morfina e all'idromorfone, l'ossicodone può essere somministrato con una pompa sottocutanea continua.

Idromorfone

L'idromorfone è un oppioide sintetico che agisce principalmente sui recettori μ (μ), e in parte anche sui recettori κ (κ) e δ (δ). L'emivita è di circa quattro ore e la sostanza può essere somministrata sia in via endovenosa, che sottocutanea o intramuscolare. La somministrazione sottocutanea è una forma di trattamento altrettanto sicura ed efficace.⁶ A differenza della morfina, l'idromorfone può essere somministrato anche in caso di grave insufficienza renale con clearance della creatinina fino ad un minimo di 10 ml/min. L'effetto analgesico è simile a quello della morfina e può quindi essere usato come alternativa.

Metadone

Oltre ad essere un agonista per i recettori oppioidi, il metadone ha un'attività antagonista sui recettori NMDA (N-metil-D-aspartato). Questo effetto comporta ulteriori benefici nel caso di componenti neuropatiche al dolore. Si tratta di una sostanza molto lipofila con un'elevata biodisponibilità orale. Poiché il metabolismo è praticamente solo epatico, il metadone può essere somministrato anche in caso di grave insufficienza renale. L'emivita varia notevolmente da un soggetto all'altro e può oscillare tra le 12 e le 170 ore. A causa delle sue complesse proprietà farmacologiche, il metadone viene utilizzato principalmente da équipes specializzate di cure palliative come trattamento di seconda o terza linea.⁷

Fentanyl

Il fentanyl è un forte agonista dei recettori μ -oppioidi. Fentanyl può essere somministrato sia per via transdermica che endovenosa, così come anche per via sottocutanea, nasale e buccale. In Svizzera normalmente viene somministrato tramite via transdermica. Rappresenta una buona alternativa in caso di grave insufficienza renale. A causa dei tempi d'azione molto lunghi dei preparati transdermici, una rapida titolazione è difficilmente realizzabile. Deve essere utilizzato principalmente in caso di dolori cronici dovuti a tumori, per i quali non è necessario un rapido aggiustamento del dosaggio.

Buprenorfina

La buprenorfina è un agonista parziale dei recettori μ -oppioidi e antagonista dei recettori κ (κ) e δ (δ). Per questo motivo si deve presumere un effetto «tetto» («ceiling effect»), cioè un dosaggio massimo possibile. Sembra inoltre che la buprenorfina abbia un minore potenziale di dipendenza e meno reazioni avverse gastroenterostinali. Viene anch'essa utilizzata soprattutto come preparato transdermico.

Diamorfina

La diamorfina, per lo più nota col nome di eroina, viene spesso usata in Gran Bretagna come alternativa alla morfina. Un grande vantaggio è rappresentato dalla solubilità chimica, che è molto più elevata rispetto alla morfina. Risulta quindi possibile dissolvere una maggiore quantità di sostanza attiva in un piccolo volume di liquido, rappresentando un vantaggio per la somministrazione sottocutanea. In Svizzera, tuttavia, questo prodotto non viene utilizzato nei trattamenti palliativi.

Rotazione degli oppioidi⁸

Gli oppioidi sono medicamenti analgesici efficaci, ciononostante l'effetto analgesico può a volte essere insufficiente oppure possono manifestarsi reazioni avverse intollerabili. Tuttavia, questi effetti non si manifestano necessariamente con tutti gli oppioidi. Grazie alle diverse affinità con i singoli recettori, non solo si possono constatare effetti analgesici diversi, ma possono manifestarsi anche differenti reazioni collaterali per le singole sostanze.⁹ Per questo motivo una rotazione da un oppioide all'altro può risultare utile.

Depressione respiratoria

L'utilizzo degli oppioidi, come per tutti i farmaci, comporta degli effetti collaterali. Oltre alle varie reazioni avverse gastroenterostinali, la reazione più temuta è la depressione respiratoria indotta dagli oppioidi. Questo effetto indesiderato non si verifica però praticamente mai nella pratica clinica palliativa di tutti i giorni se la somministrazione viene effettuata in modo corretto. Questo effetto collaterale è direttamente proporzionale all'effetto analgesico e quindi non viene osservato con gli oppioidi di classe II dell'OMS. La depressione respiratoria è causata dall'inibizione dei centri di regolazione respiratoria nel ponte e nel bulbo.

⁶ Kondasinghe JS, Tuffin PHR, Findlay FJ. Subcutaneous Patient-Controlled Analgesia in Palliative Care. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2021 Jun 9;1–5. doi: 10.1080/15360288.2021.1920546. Online ahead of print.

⁷ Mammana G, Bertolino M, Bruera E, Orellana F et al. First-Line methadone for cancer pain: titration time analysis. *Supportive Care Cancer.* 2021 Apr 21. doi: 10.1007/s00520-021-06211-y. Online ahead of print.

⁸ Shaheen PE, Walsh D, Lasheen W et al. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 409–17.

⁹ Freye E (Hrsg). 2010. *Opioid in der Medizin.* 8. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Indicazioni per gli oppioidi

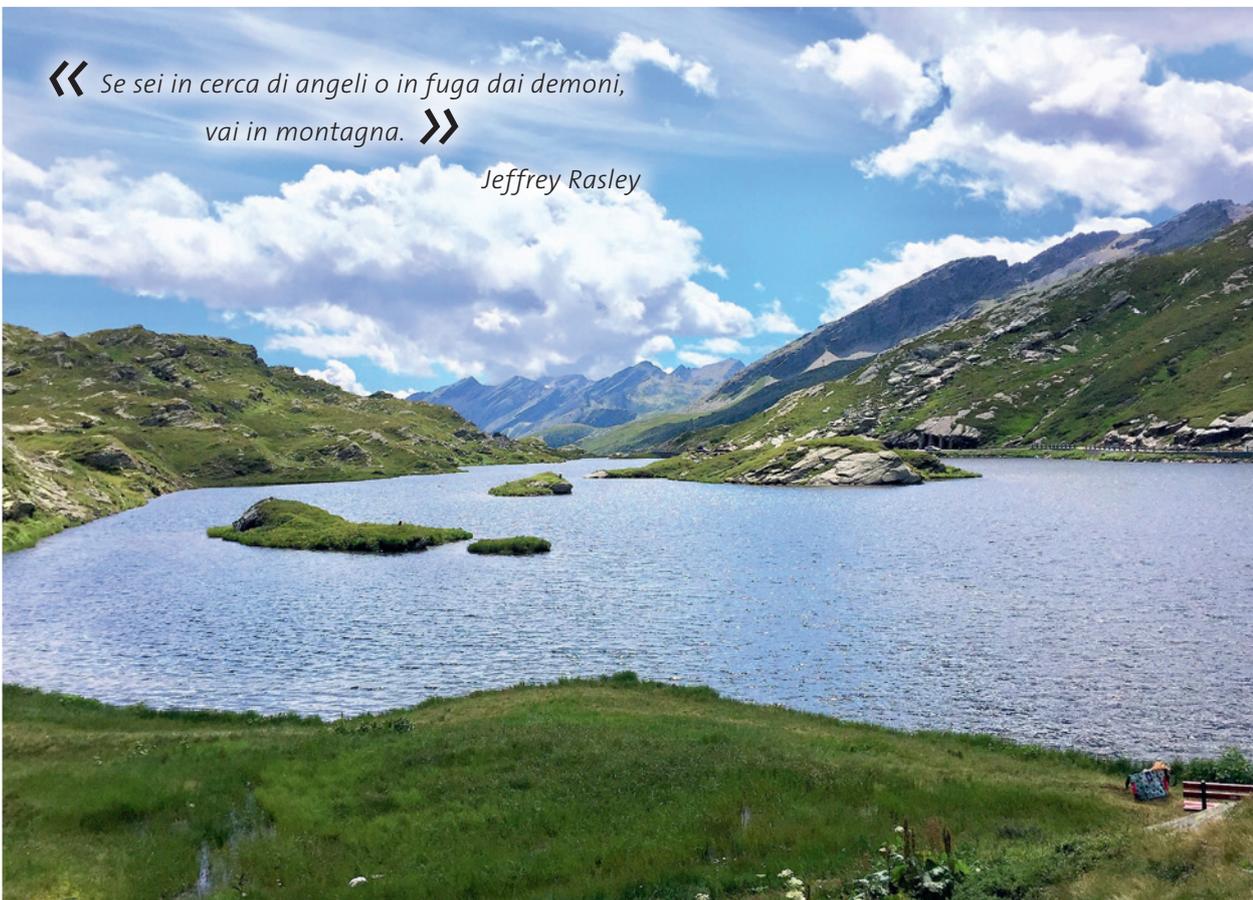
I dolori che rispondono particolarmente bene agli analgesici oppioidi sono i dolori traumatici, postoperatori, ischemici o anche quelli tumorali. Queste tipologie di dolore si manifestano spesso nei pazienti in cure palliative. Inoltre gli oppioidi vengono usati in particolare nelle cure palliative per combattere la tosse e nel trattamento della dispnea.

In conclusione possiamo dire che gli oppioidi sono una classe di farmaci molto importanti nelle cure palliative. Queste sostanze vengono però spesso usate in modo insufficiente anche a causa delle perplessità di natura storica. Se somministrati con cautela e con un uso corretto, gli oppioidi sono dei farmaci molto sicuri e vengono pertanto spesso utilizzati in pazienti palliativi per diverse indicazioni.

Cristian Camartin

« Se sei in cerca di angeli o in fuga dai demoni,
vai in montagna. »

Jeffrey Rasley



Opioidekrise: Praktische Implikationen für die Palliative Care

Durch die Opioidekrise in den USA ist in der Öffentlichkeit wieder ein kritischerer Blick auf das potentielle Abhängigkeitspotential von Opioiden gewachsen. Es gilt aber, nicht zurückzufallen in die überwunden geglaubten Zeiten der «Opioidephobie», in denen Patienten das dringend notwendige Opioide zur Schmerzbehandlung vorenthalten wurde und die Betroffenen nicht selten unnötigerweise unter stärksten Schmerzen litten, dies oft auch am Lebensende. Andererseits sollten Palliative-Care-Fachpersonen bei Patientinnen und Patienten mit einer möglicherweise jahrelangen Prognose Opioide zur Schmerztherapie gut reflektiert einsetzen, um Missbrauch mit den entsprechenden negativen Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit der Patienten zu verhindern.

Die Opioidekrise: Was ist das?

Die Akzeptanz von Morphin und anderen Opioiden als wichtige und sichere Schmerzmittel in der Palliative Care hat in den ersten zwei Jahrzehnten des neuen Jahrtausends deutlich zugenommen. Entsprechend seltener wurden besorgte Nachfragen von Schmerzpatienten zum Suchtpotential der ihnen angeratenen Opioide. Mittlerweile allerdings begegnen Fachpersonen in der Palliative Care wieder vermehrt Sorgen von Patientinnen bezüglich Abhängigkeit und Lebensverkürzung durch Opioide. Häufig sind es gerade die differenzierten und gebildeten Patienten, die sich erkundigen. Sie beziehen sich dabei oft auf aktuelle Berichte einschlägiger Schweizer Medien. Was ist passiert?

Ende des Jahres 2017 erklärte die US-Regierung öffentlich den «Gesundheitsnotstand» («public health emergency»). Grund waren die ständig steigenden Todeszahlen in Folge der sogenannten «Opioidekrise» («opioid crisis», «opioid epidemic») (Jones et al., 2018). Es hatte sich gezeigt, dass durch die liberale und eher unkritische Verschreibungspraxis von Opioiden für Patienten mit chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen verheerende Folgen für Millionen von Patienten und ihre Familien entstanden waren. Comerchi et al. berichten dies z.B. am Beispiel eines jungen Patienten, der aufgrund chronischer Schmerzen nach einem Motorradunfall über viele Jahre mit umgerechnet 180mg oralem Morphin-Äquivalent und Pentonoiden (hier: Gabapentin, s. u.) behandelt wurde (Comerchi, Katzman, & Duhigg, 2018). Viele dieser Patientinnen versuchten auf dem Schwarzmarkt Opioide zusätzlich zu den ärztlich verschriebenen zu beschaffen, was mit den entsprechenden Gesundheitsrisiken und Auswirkungen auf ihr soziales Umfeld, die eigene Liquidität und die Arbeitsfähigkeit einherging. Andere beschafften sich Opioide über den Besuch verschiedener Ärztinnen und Ambulanzen. Todesfälle durch Überdosierung und Selbstmord nahmen überhand. Allein zwischen 2008 und 2018 vervierfachte sich die Zahl der Todesfälle und seither stieg sie Jahr für Jahr weiter an.

Die Opioidekrise: Wie es dazu kam

Opioidephobie

In den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts und teilweise immer noch mussten massive Bedenken von Ärztinnen und Patientinnen bezüglich der Verwendung von Morphin und anderen Opioiden als Schmerzmittel in der Palliative Care überwunden werden. Aus Sorge vor Sucht und schweren, tödlichen Nebenwirkungen erhielten Patienten, die z. B. unter stärksten Tumorschmerzen litten, häufig keinen oder keinen ausreichenden Zugang zur dringend indizierten Opioide-therapie. Die Öffentlichkeit und auch viele Ärzte verbanden mit dem Konsum dieser Medikamente kriminelles, unmoralisches, hedonistisches oder sogar suizidales Verhalten («Opioidephobie»). Dieses Stigma war historisch gesehen nicht ganz ohne Grund, denn gerade in Europa und Asien hatten die intellektuellen Eliten und viele Ärzte in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts Opioide jahrzehntelang als sogenannte Morphinisten (oder Kokainisten) massiv missbraucht. Opium (Morphium, Laudanum) war ausserdem eine Alltagsdroge der Arbeiterklasse, was sich auch in dem berühmten Zitat von Karl Marx widerspiegelt, der die Religion als «Opium für das Volk» diskreditierte. Später kam es im Zweiten Weltkrieg und dann im Vietnamkrieg zu massivem Opioide-Abusus unter Soldaten, mit entsprechend katastrophalen Folgen für die Heimkehrer, aber auch für ihre Familien. Im Kalten Krieg wurde dann aber die Aufmerksamkeit auf die angeblich «tödlichen Eigenschaften» von Morphin gelenkt, denn «tödliche Dosen von Morphin» sollten von Zivilisten für den Fall nuklearer Angriffe bevorratet werden.

Die Palliative Care-, Schmerz- und Hospiz-Community musste daher massive Anstrengungen unternehmen, um Opioide wenigstens für Patienten mit starken Schmerzen aufgrund weit fortgeschrittener Erkrankungen wieder hoffähig zu machen und das entstandene Stigma zu überwinden (Gaertner, Boehlke, Simone, & Hui, 2019). Die Fachgesellschaften wie zum Beispiel die IASP (International Association for Study of Pain) und manche ihrer Meinungsführer profitierten sehr von der Zusammenarbeit

mit der Pharmaindustrie. Diese lancierte auf diesem Wege Werbung für eigene Produkte wie etwa neue, synthetische Opioide und führende Fachvertreter der Ärzteschaft halfen als Multiplikatoren und Berater der Gesundheitsbehörden massgeblich mit (Jones et al., 2018).

Opiophilie und die Folgen

Eine Allianz aus Industrie und Fachgesellschaften schufen Kampagnen wie «Schmerz als fünftes Vitalzeichen» oder «Schmerzfremde Städte». Die Diskussionen wurden häufig emotional und mit überpointierten Aussagen geführt, und resultierten etwa in dem Mantra «Kein Mensch muss Schmerzen haben». Die intensive Öffentlichkeitsarbeit erreichte aber zum Glück ihr ursprüngliche Ziel, denn in den westlichen Ländern konnte die Opioidverfügbarkeit für Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen sichergestellt werden.

Ausgerechnet bei nicht-palliativ erkrankten Patienten, in der Behandlung von chronischen, nicht-tumorbedingten Schmerzen entwickelte sich aber mit der Zeit eine teils sehr unkritische Haltung und eine liberale Verschreibungspraxis für Opioide (Gaertner et al., 2019). Eine Ursache war die enge Zusammenarbeit der Industrie mit führenden Vertretern der Schmerzszene, die sogar Substanzen wie die schnellen Fentanyl für den Einsatz bei Patienten mit chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen empfahlen (Portenoy, Messina, Xie, & Peppin, 2007). Gefahren wie insbesondere das Abhängigkeitspotential der Opioide für diese nicht-palliative Patientengruppe wurden zunehmend ignoriert (Jones et al., 2018). Dabei wurden vermehrt auch sehr hohe Opioid-Tagesdosen verabreicht, oft im Bereich von umgerechnet 400 mg oralem Morphin (Spooner et al., 2016). Noch besorgniserregender war und ist, dass die Patientinnen oft zusätzlich Benzodiazepine und nicht-retardierte, schnell wirkende Opioide verschrieben werden, was das Abhängigkeits- und Missbrauchspotential weiter erhöht und entsprechende Mortalitätsraten mit sich bringt (Spooner et al., 2016).

Doch gerade bei chronischen, nicht-tumorbedingten, langjährigen Schmerzzuständen sollte die Gabe von Opioiden äusserst zurückhaltend erfolgen, da die Indikation oft nicht gegeben ist und die Opioide bei vielen Patientinnen langfristig mehr schaden als nutzen.

Opioidkrise: Situation in der Schweiz und Europa

Eine Opioidkrise, wie sie derzeit in ganz Nordamerika zu beobachten ist, ist in Europa bisher noch nicht zu berichten (Häuser et al., 2021). Allerdings nehmen die Verschreibungen von starken Opioiden kontinuierlich zu, laut einer Studie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in der Schweiz im Zeitraum von 2008 bis 2018 um 42% (Wertli,

Held, Signorelli, Blozik, & Burgstaller, n.d.). Ausserdem wird von zunehmend nicht-indikationsgemässen, unkritischem Einsatz bei nicht-palliativ erkrankten, chronischen Schmerzpatienten berichtet (Wirz et al., 2021). Zum Beispiel setzen nicht wenige Ärztinnen schnelle Fentanyl (buccales oder nasales Fentanyl) bei diesen Patientinnen ein, obwohl diese Darreichungsformen aufgrund des besonders ausgeprägten Missbrauchspotentials mit massiven Risiken verbunden sind (Wirz et al., 2021).

Das Dilemma der Palliative Care

Die Wichtigkeit und weitestgehende Unbedenklichkeit von Opioiden zur medikamentösen Schmerztherapie bei Patientinnen mit weit fortgeschrittenen und zum Tode führenden Erkrankungen steht ausser Frage (um Missverständnisse zu vermeiden wird dieser Satz im Laufe des Artikels mehrmals wiederholt). Aber mittlerweile ist klar geworden, dass Palliative Care nicht nur für diese Patientinnen mit deutlich begrenzter Lebenserwartung von Wichtigkeit ist. Schon früh in der Erkrankung, vielfach schon zum Zeitpunkt der Erstdiagnose zum Beispiel einer Tumorerkrankung, leiden die Patienten unter behandlungsbedürftigen Schmerzen, etwa durch die Erkrankung selbst, als Nebenwirkung von Therapien oder aber aufgrund von psychosozialen Belastungen (total pain). Glücklicherweise werden zunehmend Palliative-Care-Teams schon in diesen frühen Stadien mit in die Behandlung integriert, um eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu ermöglichen. Im Zeitalter der Immunonkologie haben viele dieser Patientinnen eine deutlich längere Lebenserwartung als früher, manche werden mit ihrer Krankheit einige Jahre leben, bei anderen kann fast von einem «chronischen» Krankheitsverlauf gesprochen werden. Dazu kommt, dass die Grenzen zwischen Palliative Care und «Supportive Care» (Behandlung von Nebenwirkungen der Anti-Tumortherapie) zunehmend verschwimmen und Palliative-Care-Teams hier oft kurativ behandelten Patientinnen begegnen. Darüber hinaus wird mittlerweile sogar eine Integration der Palliative Care in rehabilitative Ansätze gefordert, was das Patientenkollektiv weiter signifikant verändert (Neo et al., 2021). Dies alles bedeutet, dass Palliative-Care-Teams zunehmend Patientinnen begleiten, die eine sehr lange Lebenserwartung haben und nicht in absehbarer Zeit versterben werden.

Bei all diesen genannten Patienten sind die Teams der Palliative Care oder der Schmerzdienste in einem Dilemma. Diese Patientinnen benötigen (auch) eine medikamentöse Schmerztherapie, aber aufgrund der langen, jahrelangen Lebenserwartung sollte die Indikation zur Opioidtherapie deutlich zurückhaltender gestellt werden und die klassischen Prinzipien der Tumorschmerztherapie gelten in ihrer üblichen Form nicht, insbesondere was den grosszügigen Einsatz von Opioid-Reserve-(Bedarfs-)Medikation angeht.

Vorschläge für einen reflektierten Umgang mit Opioiden in der frühen Palliative Care

Vorschlag 1: Missbrauchspotential als reale Gefahr ernst nehmen

Opioide wirken nicht nur entlang der Schmerzbahn. Vielmehr haben sie auch eine hohe Rezeptordichte in bestimmten Bereichen des limbischen System, wo sie das Belohnungssystem aktivieren, das für positive Empfindungen wie Stolz, Sexualität, Rausch, Glück und Dankbarkeit zuständig ist. Dies gilt insbesondere, wenn Opioide rasch anfluten, wie bei nicht-retardierten Formen oder gar der intravenösen oder nasal/buccalen Applikationsform (z.B. «schnelle Fentanyl»). Die so vermittelten Empfindungen werden von den Betroffenen eindrücklich geschildert. Ein Beispiel bietet der Schweizer Schriftsteller Friedrich Glauser, dem Morphin zuerst gegen seinen Hustenreiz verschrieben wurde, bis er später mehrmals vergeblich in der Psychiatrischen Klinik Friedmatt entzogen werden musste und dann im Rahmen der Opioidabhängigkeit starb. Er schreibt über die erste Morphinerfahrung als Antitussivum: «Plötzlich wurde ich ganz wach. Ein sonderbares, schwer zu beschreibendes Glücksgefühl nahm von mir Besitz. (...) Ich hielt das Glück in den Händen; es war, so als ob mein ganzer Körper ein einziges Lächeln wäre.» (aus: «Morphium, eine Beichte»). Oder Hans Fallada, der an einer Überdosis starb: «Es ist so sanft, ein glücklicher Strom wallt durch meine Glieder dahin, in seinen Strömen bewegen sich alle kleinen Nerven zart und sacht wie Wasserpflanzen in einem klaren See.» (aus: «Über das Glück, ein Morphinist zu sein»)

Vorschlag 2: Gefährdete Patienten identifizieren

Besonders Patientinnen mit einer Suchtanamnese sind gefährdet. Die sogenannten CAGE-Fragen können unterstützend sein bei der Identifizierung von Patienten mit Suchtproblematik. Dabei werden die Patienten z.B. gefragt, ob sie jemals vergeblich versucht haben, ihre (Trink-, Drogen- oder Opioid-) Einnahme zu verringern oder zu verändern, ob sie sich aufgrund des Konsums schonmal schuldig gefühlt oder über Menschen geärgert haben, von denen sie für ihren Konsum kritisiert wurden.

Weitere Hinweise für eine Suchtproblematik können sein, wenn die Patienten vermehrt zu ungeplanten Terminen und Notaufnahmen kommen oder telefonisch um Dosiserhöhung oder neue Rezepte bitten. Manche Patientinnen berichten, die verschriebenen Opioide wären ihnen abhanden gekommen (z.B. verloren oder gestohlen). Manchmal äussern sich Familienangehörige besorgt über das Einnahmeverhalten der Patienten.

In Nordamerika wird neben der Befragung der Patientinnen und ihrer Angehörigen zudem ein routinemässiges Screening auf Drogenkonsum angeraten. Für die Schweiz erscheint dies zurzeit aber nicht angemessen.

Vorschlag 3: Feste Termine zum Überprüfen und Ausschleichen der Opioidtherapie

Auch im kurativen Setting ist es wichtig, eine Opioidtherapie zu beginnen, wenn sie indiziert ist. Gleichzeitig darf aber auch nicht der Moment verpasst werden, sie zu beenden. Ein Beispiel ist die Behandlung von therapiebedingten Schmerzen durch eine Operation oder eine Radiotherapie von Patienten mit der Chance auf Langzeitremission oder gar Heilung.

Ein gutes Beispiel sind primär kurativ strahlentherapeutisch behandelte Patienten mit Kopf-Halstumoren. Es wird berichtet, dass noch ein Jahr nach der Radiotherapie ein Drittel der Patienten Opioide erhält, die im Spital zur Behandlung der schmerzhaften Bestrahlungsfolgen initiiert wurden (Kwon, Hui, Chisholm, & Bruera, 2013). Von diesen Patientinnen zeigen viele Hinweise auf ein Abhängigkeits- bzw. Missbrauchsproblem. Das bedeutet, dass Palliative-Care- oder Schmerz-Teams, die bei solchen Patienten im Spital zur Einstellung der Schmerztherapie hinzugezogen werden, dafür Sorge tragen müssen, dass die von ihnen begonnene Opioidtherapie regelmässig evaluiert und sukzessive ausgeschlichen wird (Gaertner et al., 2019). Dies kann in diesem Fall erfolgen durch regelmässige Opioid-Follow-up-Termine in der Radioonkologie, im Tumor-Zentrum oder aber beim Hausarzt. In jedem Fall muss dies aber konsequent, gut abgesprochen und routinemässig erfolgen. Dabei sollten wie oben beschrieben Hinweise für einen Missbrauch erfragt werden und dabei wenn möglich auch die anwesenden Angehörigen einbezogen werden. Spätestens bei unerwartet notwendig werdenden Opioid-Rezepten (z.B. Dosis selbstständig erhöht, Tabletten verloren), sollte auch der Kontakt zur Hausärztin gesucht werden, um sich kollegial möglichst gut abzusprechen, auch wenn ein «doctor hopping» nicht gänzlich zu verhindern ist.

Vorschlag 4: Alternativen zu Opioiden prüfen und psychosoziale Schmerz Aspekte bedenken

Im Spital lässt sich vor allem im peri-operativen Setting der grosszügige Einsatz von Regionalanästhesie-Verfahren nutzen, um die Notwendigkeit von Opioiden (z.B. in Form einer intravenösen patientenkontrollierten Analgesie/PCA) zu vermindern. Im Spital können auch Ketamin oder Dexmedetomidine wertvolle Optionen sein und selbstverständlich sollten vorrangig auch Nicht-Opioide zum Einsatz kommen (z.B. Nicht-Steroidale Antiphlogistika (NSAID), Pyrazolone (Metamizol)). Die neuropathische Schmerzkomponente spricht häufig nicht gut auf Opioide an oder macht die Gabe relativ hoher Dosen notwendig. Daher bietet sich hier stets die Gabe von Ko-Analgetika an, wie z.B. Tricyclische Antidepressiva (z.B. Amitriptylin oder Trimipramin) oder neuere Medikamente mit kombinierter Serotin- und Noradrenalin Reuptake Inhibition (z.B. Duloxetin). Die Pentanoide wie Pregabalin und Gabapentin sind weitere hervorragende Koanalgetika, aber im Kontext der Langzeitremission

sind sie nicht unproblematisch. Insbesondere bei Pregabalin hat sich gezeigt, dass ein relevantes Missbrauchspotential besteht. In manchen Ländern ist die Substanz daher nur noch auf Betäubungsmittelrezept erhältlich. Diese Bedenken dürfen aber nicht dazu führen, dass die Substanzen nicht mehr eingesetzt werden. So ist die ausgeprägte anxiolytische Wirkung des Pregabalin gerade bei klassischen Palliativpatienten ein guter und richtiger Grund für den häufigen Einsatz. Allerdings sollte die Verwendung in sehr frühen Krankheitsstadien mit Bedacht erfolgen und die Behandelnden sich des Abhängigkeitspotentials bewusst sein.

Es ist eine Grunderkenntnis der Palliative Care, dass Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung neben dem physiologischen Ursprung stets auch psychologische, soziale und spirituelle Komponenten haben (total pain). Anders ausgedrückt: Es ist manchmal das Leben, das den Schmerz unerträglich macht, und nicht anders herum. Beim Krebspatienten etwa spielen Gefühle wie die Furcht vor Schmerzen, Angst vor Kontroll- und Autonomieverlust, aber auch Sorgen vor physischen und finanziellen Abhängigkeiten und die stetige Selbstbeobachtung, um mögliche Symptome der Krankheit frühzeitig zu entdecken eine Rolle. Ausserdem kann das traumatische Erleben der initialen Diagnosestellung und -vermittlung und der ersten invasiven Therapien eine gewisse Vulnerabilität verursachen.

Schmerzen können auch häufig als erste Symptome einer Depression auftreten (v. a. beim alten Menschen) und Lebensleid lässt sich nicht immer vom körperlichen Schmerz trennen. In all diesen Situationen sind Opioide eine problematische Substanzgruppe. Hier gilt es, im Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen, ein multi-professionelles, v. a. nicht-medikamentöses Begleitungskonzept zu implementieren. Neben der Multi-Professionalität (Pflege, Arzt, Psychologie, Physiotherapie u. v. m.) kommt auch der Interdisziplinarität eine wichtige Rolle zu. Oft kann eine fachgerechte Begleitung der Patientinnen nur durch das enge Miteinander von Onkologie, Psychoonkologie, Palliative Care und Pain Service sichergestellt werden. Das bedeutet, dass diese Schmerzpatientinnen häufig hochkomplex sind und die Möglichkeiten einer Hausarztpraxis übersteigen, und oft ist die Prognose wie in der Therapie chronischer Schmerzen schlecht bis infaust. Dann geht es nicht darum, Schmerzen zu lindern, sondern den Patientinnen zu helfen, dennoch ein lebenswertes Leben zu leben. Nicht selten sind diese Patienten am besten in grossen Zentren aufgehoben, an denen sich die oben genannten Fachrichtungen regelmässig und strukturiert austauschen und organisieren.

In dieser Situation gibt es natürlich noch weitere Substanzgruppen, bei denen grosse Vorsicht geboten ist wie zum Beispiel die Benzodiazepine, Z-Substanzen und Cannabinoide.

Vorschlag 5: Grösste Zurückhaltung bei unretardierten oder gar schnellwirkenden Darreichungsformen

Wie oben beschrieben aktivieren besonders unretardierte oder gar schnell wirkende Opioide über das Anfluten des Opioid-Spiegels das Belohnungssystem. Sehr eindrucksvoll kann das durch den Wunsch nach intravenöser Injektion (Heroin) oder nasaler Zufuhr (Kokain) verdeutlicht werden. Der dauerhafte «Spiegel» der Substanz ist dagegen deutlich weniger euphorisierend.

Das bedeutet, dass insbesondere intravenöse Bedarfs-(Reserve-)Gaben, schnelle Fentanyl (buccal oder nasal), aber auch die unretardierten oralen Formen (Tropfen) mit höherem Abhängigkeitsrisiko verbunden sind als retardierte Darreichungsformen (Retardtabletten, Pflastersysteme). Damit ist auch klar, dass bei Patientinnen der frühen Palliative Care ein klassisches Prinzip des Schemas der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nämlich das der Bedarfsabhängigkeit («Reservemedikation») nicht immer gilt. Je länger die geschätzte Lebenserwartung und je grösser der vermutlich psychosozial-spirituelle Anteil des Schmerzerlebens, umso zurückhaltender sollte die Indikation für diese Darreichungen gestellt werden. Das bedeutet natürlich nicht, dass in einigen Situationen, wie z. B. der postoperativen Zeit nach einer Tumor-Resektion keine bedarfsmässige (intravenöse) Opioid-Analgesie erfolgen soll. Einige Arbeitsgruppen setzen hier als Opioid der Wahl Buprenorphin ein, aufgrund des Partialantagonismus am Kappa-Rezeptor, aber eine abschliessende evidenzbasierte Bewertung dieser Praxis steht noch aus.

Schlusswort

Viele Jahrzehnte waren nötig, um unangemessene Vorbehalte und Stigmata von Morphin und anderen Opioiden zu überwinden und dafür zu sorgen, dass Patientinnen mit fortgeschrittenen Erkrankungen eine adäquate Schmerztherapie und Behandlung ihrer Luftnot erhielten. Es ist zwar richtig, dass sich jetzt in Teilen der ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen eine zu unkritische Haltung gegenüber Opioiden entwickelt hat, bezogen etwa auf ihren Einsatz bei chronischen Schmerzen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die mahnenden Worte im Rahmen der Opioidkrise das Pendel wieder zurückschwingen lassen in Zeiten der Opiophobie. Leider ist dies schon an manchen Standorten der Fall, wie z. B. am bekannten MD Anderson Cancer Center, wo die Opioid-Verschreibungen über den Zeitraum von sechs Jahren um 50% eingebrochen sind (Haider et al., 2017).

Es wird in den nächsten Jahren die Kunst sein, sehr individuell für jede Patientin aufs Neue zu entscheiden, wie in Abhängigkeit der erwarteten Risiken mit dem potentiellen Abhängigkeitspotential umzugehen ist. Pauschale Scores und

Algorithmen als Entscheidungshilfe wird es auf absehbare Zeit nicht geben. Wir werden es aushalten müssen, von Fall zu Fall mit einer gewissen Restunsicherheit bezüglich der Indikationsstellung für und gegen Opioide zu leben. Helfen kann uns dabei eine der Kernkompetenzen der Palliative Care: der enge, vertrauensvolle Austausch über die Grenzen der Berufsgruppen und unterschiedlichen Fachdisziplinen hinweg. Die intensivierte kollegiale Kommunikation wird also das beste Mittel sein, zu möglichst guten, patientenorientierten Entscheidungen zu kommen.

Jan Gärtner

Danksagung

Der Autor bedankt sich für das fachliche und redaktionelle Feedback nach kritischer Revision durch Dr. Karen Neumann, Lörrach (D).

Referenzen

Comerci, G., Katzman, J., & Duhigg, D. (2018). Controlling the Swing of the Opioid Pendulum. *New England Journal of Medicine*, 378(8), 691–693.

Gaertner, J., Boehlke, C., Simone, C. B., & Hui, D. (2019, September 1). Early palliative care and the opioid crisis: Ten pragmatic steps towards a more rational use of opioids. *Annals of Palliative Medicine*, Vol. 8, pp. 420–427.

Haider, A., Zhukovsky, D. S., Meng, Y. C., Baidoo, J., Tanco, K. C., Stewart, H. A., ... Bruera, E. (2017). Opioid Prescription Trends Among Patients With Cancer Referred to Outpatient Palliative Care Over a 6-Year Period. *Journal of Oncology Practice*, 13(12), e972–e981.

Häuser, W., Buchser, E., Finn, D., Dom, G., Fors, E., Heiskanen, T., ... Morlion, B. (2021). Is Europe also facing an opioid crisis? — A survey of European Pain Federation chapters. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, (ahead of print).

Jones, M. R., Viswanath, O., Peck, J., Kaye, A. D., Gill, J. S., & Simopoulos, T. T. (2018). A Brief History of the Opioid Epidemic and Strategies for Pain Medicine. *Pain and Therapy*, 7(1), 13–21.

Kwon, J., Hui, D., Chisholm, G., & Bruera, E. (2013). Predictors of long-term opioid treatment among patients who receive chemoradiation for head and neck cancer. *Oncologist*, 18(6), 768–774.

Neo, H.-Y., Yap, C.-W., Teo, L.-M., Lee, L.-T., Tan, H.-W., Xu, H.-Y., ... Abisheganaden, J. A. (2021). Palliative Rehabilitation Improves Health Care Utilization and Function in Frail Older Adults With Chronic Lung Diseases. *Journal of the American Medical Directors Association*, (ahead of print).

Portenoy, R. K., Messina, J., Xie, F., & Peppin, J. (2007). Fentanyl buccal tablet (FBT) for relief of breakthrough pain in opioid-treated patients with chronic low back pain: a randomized, placebo-controlled study. *Current Medical Research and Opinion*, 23(1), 223–233.

Spooner, L., Fernandes, K., Martins, D., Juurlink, D., Mamdani, M., Paterson, J. M., ... Gomes, T. (2016). High-Dose Opioid Prescribing and Opioid-Related Hospitalization: A Population-Based Study. *PLOS ONE*, 11(12), e0167479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167479>

Wertli, M. M., Held, U., Signorelli, A., Blozik, E., & Burgstaller, J. M. (n.d.). No Title. Retrieved from https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-medikamente/faktenblattentwicklung-verschreibung-schmerz-und-schlafmedikamente.pdf.download.pdf/201208_Faktenblatt_EntwicklungVerschreibungspraxis_Medikamente_GER.pdf

Wirz, S., Schenk, M., Hofbauer, H., Wartenberg, H. C., Cascella, M., & Kieselbach, K. (2021). Use of rapid-onset fentanyl preparations beyond indication: A random questionnaire survey among congress participants and pain physicians. *Schmerz*, 35(2), 114–123.



Prof. Dr. Jan Gärtner

Chefarzt Palliativzentrum
Hildegard, Basel

jan.gaertner@pzhi.ch

ANZEIGE / ANNOUNCE

Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz

Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

Melden Sie sich jetzt für folgende Weiterbildungen an:
Inscrivez-vous dès maintenant aux formations suivantes :

- Kommunikationstraining / *Formation Mieux communiquer / Migliorare la comunicazione*
- Kommunikationstraining für pädiatrische Onkologen und Onkologiepflegende
- CAS in Psychoonkologie (Workshops aus dem CAS können auch einzeln besucht werden)

krebssluga.ch/weiterbildung
liguecancer.ch/formationcontinue

krebssluga schweiz
ligue suisse contre le cancer
liga svizzera contro il cancro

Crise des opioïdes: implications pratiques pour les soins palliatifs (Résumé)

Pendant de nombreuses décennies, les spécialistes des soins palliatifs ont dû se battre avec beaucoup d'engagement pour que la morphine et d'autres opioïdes soient suffisamment acceptés comme analgésiques fiables et sûrs par les patientes, mais aussi et surtout par leurs collègues du corps médical et par le personnel infirmier. Pour ce faire, il a fallu surmonter les craintes marquées, souvent injustifiées, à l'égard du groupe de substances, ainsi que certains stigmates. Avec le temps, cependant, cela a malheureusement conduit à une idéalisation partielle de l'utilisation des opioïdes. Des déclarations telles que «Plus personne ne doit souffrir» ou «La morphine ne crée pas de dépendance» en sont des exemples frappants. Entre-temps, il est devenu clair que les opioïdes ont un potentiel de dépendance prononcé, en particulier dans le traitement de la douleur chronique non liée à une tumeur. En Amérique du Nord et plus particulièrement aux États-Unis, l'utilisation des opioïdes à des fins autres que celles indiquées a entre-temps entraîné un grand nombre de décès dans de nombreuses familles, mais aussi des conséquences psychosociales dramatiques de l'addiction.

Les spécialistes des soins palliatifs sont inclus dans la prise en charge des patientes de plus en plus tôt au cours des maladies entraînant la mort, et l'espérance de vie de nombreuses patientes concernées augmente constamment grâce au développement des thérapies immuno-oncologiques en particulier. On peut donc dire que la frontière entre «guérison», «survie à long terme» et «soins palliatifs précoces» est de plus en plus floue. Il est donc nécessaire de porter un regard critique sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur, en particulier pour ce

groupe de patients, dont l'espérance de vie est parfois de plusieurs années.

Cet article donne un aperçu du contexte de la crise des opioïdes et propose quelques suggestions axées sur la pratique pour l'utilisation critique des opioïdes dans les soins palliatifs dans le cadre de la prise en charge des patientes ayant une longue espérance de vie. Ces suggestions sont:

- Prendre au sérieux le potentiel d'abus comme un danger réel et identifier les patients à risque,
- fixer des rendez-vous pour contrôler et réduire progressivement le traitement aux opioïdes,
- examiner les alternatives aux opioïdes et considérer les aspects psychosociaux de la douleur,
- plus grande réticence à utiliser des formes pharmaceutiques non retardées ou même à action rapide.

Dans les années à venir, tout l'art sera de décider pour chaque patiente individuellement comment gérer la dépendance potentielle en fonction des risques attendus. Dans un avenir prévisible, il n'y aura pas de scores globaux ou d'algorithmes pour aider à la prise de décision. Nous devons vivre, au cas par cas, avec une certaine incertitude résiduelle quant à l'indication pour ou contre les opioïdes. L'une des compétences fondamentales des soins palliatifs peut nous y aider: l'échange étroit et confiant au-delà des frontières des groupes professionnels et des différentes disciplines. L'intensification de la communication collégiale sera donc le meilleur moyen de parvenir aux meilleures décisions possibles axées sur les patients.

Jan Gärtner

La crisi degli oppioidi: implicazioni pratiche per le cure palliative (Riassunto)

Per diversi decenni gli specialisti delle cure palliative hanno dovuto combattere, specialmente anche con le loro colleghe e i loro colleghi della comunità medica e con il personale infermieristico, per ottenere che morfina e altri oppioidi venissero accettati come antidolorifici affidabili e sicuri. A tal fine è stato necessario superare le grandi e spesso inappropriate paure per questo gruppo di sostanze, oltre ad alcuni luoghi comuni e pregiudizi. Col tempo però questo ha portato ad una parziale idealizzazione dell'uso degli oppioidi. Affermazioni come «Nessun essere umano deve più soffrire» oppure «La morfina non crea dipendenza» sono esempi eclatanti. È ormai stabilito che gli oppioidi hanno un forte potenziale di dipendenza, in special modo quando vengono usati per il trattamento di dolori cronici non dovuti a tumori. In America del Nord, e in particolar modo negli Stati Uniti, l'uso inappropriato di oppioidi ha provocato un gran numero di decessi, in molte famiglie ha anche portato a drammatiche conseguenze psicosociali di dipendenza.

Gli specialisti delle cure palliative vengono coinvolti sempre più precocemente nell'assistenza dei pazienti affetti da malattie con un decorso che porta alla morte e la speranza di vita di molti pazienti continua costantemente a crescere grazie allo sviluppo di terapie, come in special modo quelle immuno-oncologiche. Possiamo quindi affermare che la linea di demarcazione tra «guarigione», «sopravvivenza a lungo termine» e «cure palliative anticipate» diventa sempre più confusa. È quindi necessario che si guardi con occhio critico all'utilizzo di oppioidi per la terapia del dolore, specialmente in questo gruppo di pazienti che mostra una speranza di vita di diversi anni.

Questo articolo vuole quindi offrire una panoramica sull'origine della crisi degli oppioidi e offre alcune raccomandazioni pratiche per un utilizzo critico degli oppioidi nelle cure palliative volte all'accompagnamento di pazienti con una lunga speranza di vita.

Queste raccomandazioni sono:

- Considerare in modo serio il potenziale di abuso come un reale pericolo e identificare i pazienti a rischio,
- fissare delle date predefinite per il controllo e ridurre successivamente la dose degli oppioidi fino a terminarne la somministrazione,
- prendere in considerazione delle alternative agli oppioidi ed esaminare gli aspetti psicosociali del dolore,
- massima moderazione nell'uso di forme farmaceutiche a rilascio non ritardato o addirittura ad azione rapida.

Nei prossimi anni la cosa importante sarà decidere individualmente per ogni paziente, come gestire il potenziale di dipendenza in base ai rischi previsti. Punteggi forfettari e algoritmi non ce ne saranno in un futuro prossimo. Dovremo convivere, caso per caso, con un certo margine di incertezza circa l'indicazione pro o contro gli oppioidi. In questi casi può venirci in aiuto una delle competenze centrali delle cure palliative: un assiduo scambio basato sulla fiducia che vada oltre i confini dei gruppi professionali e delle diverse discipline. Sarà quindi la comunicazione collegiale a rappresentare il mezzo più efficace per prendere le decisioni migliori possibili per il bene del paziente.

Jan Gärtner

Opioidtherapie: Evidenz- oder eminenzbasierte Therapie?

Als Palliativspezialistinnen haben wir es täglich mit Opioiden zu tun. Doch wissen wir wirklich, was wir tun? Wie evidenzbasiert ist unser Handeln?

Um ein Arzneimittel hilfreich einsetzen zu können, müssen wir dessen Pharmakokinetik und Pharmakodynamik kennen. Wie ist unser diesbezügliches Wissen bei den Opioiden? Ist der Einsatz von Opioiden zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle gerechtfertigt, wenn wir so wenig Wissen über die Wirkungsweise der Opiode im Individuum haben?

Der Autor möchte den aktuellen Gebrauch und damit die Wichtigkeit der Opiode in der Palliative Care in keiner Weise in Frage stellen. Vielmehr möchte er aufzeigen, wo noch Wissenslücken bestehen und wo wir als Spezialistinnen ein vertieftes Wissen haben sollten, wenn eine Patientin nicht so auf ein Opioid reagiert, wie wir es erwarten würden.

... eine Patientin reagiert nicht so auf ein Opioid, wie ich es erwarte! Woran könnte dies liegen?

Aus medizinischer und pharmakologischer Sicht müssen wir das pharmakokinetische Wirkprofil eines Opioids kennen und uns bewusst sein, welche Einflussfaktoren die Absorption, Distribution, Metabolisierung, Exkretion und damit verbunden auch den First-Pass-Effekt beeinflussen. Im Folgenden wird auf die einzelnen Schritte der Pharmakokinetik der Opiode eingegangen und aufgezeigt, was wir über diese Schritte wissen bzw. nicht wissen und welche Faktoren diese Schritte beeinflussen können.

... die Patientin ist gut mit parenteralem Morphin eingestellt. Nach der Umstellung auf orales Morphin fühlt sie sich benommen, es ist ihr übel und sie hat das Gefühl zu viel Morphin zu erhalten. Woran könnte dies liegen?

1. Absorption

Für die häufigsten verwendeten Opiode stehen orale, transdermale und transmukosale (nasale, buccale) Verabreichungsformen zur Verfügung. Exemplarisch sollen hier die Herausforderungen der Opioidtherapie anhand der gastrointestinalen und transdermalen Absorption aufgezeigt werden.

Gastrointestinale Absorption:

Gemäss schweizerischem Arzneimittelkompendium beträgt die Bioverfügbarkeit von oralem Morphin (MST con-

tin©, Morphin-Tropfen) ca. 20–40%. Wenn wir die Primärliteratur studieren, so wurde die Bioverfügbarkeit von oralem Morphin anhand von wenigen Patienten erfasst und mit 15–64% berechnet (Säwe, 1981). Dies bedeutet, dass der in der Literatur häufig empfohlene Umrechnungsfaktor von parenteralem zu oralem Morphin von 3:1 in Wahrheit ein Umrechnungsfaktor zwischen 6:1 bis 1.3:1 ist. Ob der Faktor für die Umrechnung von subkutanem zu oralem Morphin von jenem von intravenösem zu oralem Morphin differiert, ist unklar. Nur eine Studie mit einer Probandenzahl hat die Bioverfügbarkeit von oralem gegenüber subkutanem Morphin gemessen und dabei den Umrechnungsfaktor 2:1 gefunden (Waldmann, 1984). Dies bedeutet aber bei der kleinen Anzahl Probanden und der grossen Streubreite nicht, dass diese sich statistisch von der Bioverfügbarkeit von intravenösem zu oralem Morphin mit einer Streuung von 15 bis 64% (Säwe, 1982, Bass, 1992), unterscheidet. Somit ist es gerechtfertigt, den Umrechnungsfaktor von subkutanem zu oralem Morphin gleich wie von intravenösem zu oralem Morphin zu verwenden oder diesen Umrechnungsfaktor bei 2:1 anzusetzen.

Woher kommt nun aber diese grosse Varianz der Bioverfügbarkeit von oralen Opioiden? Diese kann sich durch verschiedene Faktoren erklären. Dies sind z. B.:

1. die Verweildauer des Opioids im Magen-Darm-Trakt. Die Transitzeit kann bei Diarrhoe, Kurzdarmsyndrom u. a. verkürzt sein. Daneben können aber auch Antiemetika die Transitzeit beeinflussen. Metoclopramid wird diese eher verkürzen, während Anticholinergika (Haloperidol u. a.) diese eher verlängern. Die Wahl des Antiemetikums könnte somit einen Einfluss auf die Bioverfügbarkeit haben, was allerdings bisher nicht untersucht wurde.
2. die Metabolisierung von Opioiden im Darmepithel. Gewisse Opiode werden bereits im Darmepithel metabolisiert, was bereits zu einem Abbau des Opioids führen kann. So kann z. B. Oxycodon durch das Cytochrom CYP 3A4 im Darmepithel abgebaut werden. Im Wissen darum, dass das CYP 3A4 u. a. durch Naringenin (Inhaltsstoff der Grapefruit u. a.) gehemmt bzw. durch Rifampizin oder Hypericum u. a. induziert werden kann, wird klar, dass Nahrungs- und Arzneimittel die Absorption dieses Opioids wesentlich beeinflussen – die Wirkung verstärken oder vermindern – können (Bass, 2012, Benzinger, 1996). Die Situation wird aber noch weniger überschaubar, da auch andere Enzyme sich im Darmepithel befinden, die ebenfalls die Opiode verstoffwechseln können. So kann das UGT-2B7-Morphin im Darmepithel metabo-

lisieren. Es konnte festgestellt werden, dass das Verhältnis von Morphin zu Morphin-6-Glucuronid nach intravenöser Gabe 2:1, nach oraler Gabe 11:1 beträgt (Hoskin, 1989), was mindestens teilweise auf die Glucuronidierung im Darmepithel zurückzuführen sein dürfte. Die Ausstattung mit diesen Enzymen ist individuell unterschiedlich, womit klar ist, dass Umrechnungsfaktoren bezüglich Wirkstärke zwischen den Opioiden (Äquivalenzdosierungen) nur Schätzungen sein können.

3. die Transportproteine (= Transportkanäle). Ein wesentlicher Transportkanal im Darmepithel ist z.B. das P-Glycoprotein. Dieses gehört zu den Eflux-Proteinen, die zur Elimination von «Fremdstoffen» (potentiell toxischer Substanzen) aus dem Darm zuständig sind. Es vermindert die Absorption von Morphin, Oxycodon, Buprenorphin und Fentanyl), wobei letztere zwei in oraler Form nicht verabreicht werden (Kharasch, 2003). Das Vorhandensein des P-Glycoproteins ist interindividuell sehr variabel. Dies ist einerseits genetisch determiniert, durch den «Reifungsprozess-Prozess» im Laufe des menschlichen Lebens (Lam, 2015). Ebenso wesentlich ist, dass es andererseits durch Nahrungsmittel und Arzneimittel aktiviert (Fudin, 2012) oder inhibiert (Fujita-Hamabe, 2012) werden kann, was zu einer veränderten intraindividuellen Aktivität führt (Padowski, 2010).

Sicherlich bestehen noch weitere Faktoren, die die gastrointestinale Absorption beeinflussen, z.B. die Adipositas (Lloret-Linares, 2016). Es ist unmöglich, im Einzelfall der Patientinnensituation alle diese Faktoren zu überblicken und zu berücksichtigen. Wesentlicher ist es, sich als Palliativspezialistin bewusst zu sein, dass jegliche Grössen der Absorptionsquote und damit der Bioverfügbarkeit der Opioiden eine Schätzung sind – und wohl auch bleiben. Damit ist auch klar, weshalb die Umrechnungsfaktoren der Wirkstärke eines Opioids von enteraler zu parenteraler Verabreichungsform als auch die Wirkstärke zwischen verschiedenen Opioiden immer nur eine Annäherung sind und wohl auch durch neuere Studien nicht genauer berechnet werden können – die grosse Streubreite wird immer bleiben.

Transdermale Absorption:

Die Absorption von transdermalen Arzneimitteln ist wesentlich vom Hauttyp abhängig. Dies sowohl interindividuell als auch intraindividuell (Ort der Applikation an der Körperoberfläche, Alter u.a.). Die 1987 erhobenen Daten von Sebel zeigten eine so enge Varianz der Absorption von transdermalem Fentanyl, dass diesen Daten nicht zu glauben ist (Sebel, 1987) und durch später erhobene Daten stark in Frage gestellt wurden. So zeigen die von Yamamoto erhobenen Messwerte der Absorption von transdermalem Fentanyl – basierend auf Messungen bei vier Patienten, denen insgesamt 41 Patches appliziert wurden –, dass die Absorption von Fentanyl intraindividuell um den Faktor 2–3 variieren kann (Yamamoto, 2008). Als Parameter der Menge

an absorbiertem Fentanyl wurde die verbleibende Fentanyl-dosis in den Patches nach deren Entfernung gemessen. Andere Autoren zeigten, dass die Absorption von transdermalem Fentanyl interindividuell bis zu einem Faktor 5 variieren kann (Larson, 2003). Dabei konnte bei in-vitro-Daten nachgewiesen werden, dass die mittlere Absorption bei Menschen unter 30 und solchen über 60 Jahren doppelt so hoch ist (Holmgaard, 2013). Nach experimenteller Entfernung des Stratum corneums (Verletzung) kann die Absorption sogar auf das 30-fache ansteigen (Roy, 1990). Prodduturi konnte zeigen, dass mit zunehmender Hauttemperatur auch die Absorption von transdermalem Fentanyl zunimmt (Prodduturi, 2010). Die Arbeit von Van Nimmen verweist auf die Konsequenzen der Therapie mit transdermalem Fentanyl bei Patientinnen in der Palliativsituation (Van Nimmen, 2010).

Somit muss auch für die transdermale Applikationsform von Opioiden festgestellt werden, dass wir nicht voraussagen können, wie hoch die Serum-Konzentration bei einer bestimmten Patch-Grösse bei einer Patientin sein wird und wir damit die analgetische Wirkung nicht voraussagen können!

... die Patientin hat eine hohe Serum-Morphin-Konzentration und trotzdem keine genügende analgetische Wirkung. Woran könnte dies liegen?

2. Distribution

Opioiden müssen nach oraler Aufnahme vom Pfortaderkreislauf über die Leber bzw. nach transdermaler oder parenteraler Aufnahme vom Kreislauf zum Zielorgan – Nervenzellen im zentralen Nervensystem – gelangen, dort die zellulären Barrieren überwinden, an Opioidrezeptoren binden und diese aktivieren, um die intrazellulären Mechanismen der Analgesie zu aktivieren. Bis zum Wirkort können somit folgende Faktoren die Wirkstärke der Opioiden verändern:

1. die Serum-Proteinbindung des Opioids. Opioiden mit einer starken Proteinbindung sind für die Analgesie bei Patienten in Palliativsituationen ungeeigneter. Da die Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium häufig erniedrigte Serumproteine – insbesondere ein erniedrigtes Serum-Albumin – haben, ist der Transport der proteingebundenen Arzneimittel zum Zielorgan kompromittiert – häufig vermindert, jedenfalls nicht einzuschätzen. Bis aktuell kennen wir keine Vorgehensweise, wie wir z.B. die Hypalbuminämie im klinischen Alltag in die Arzneimitteldosierung einbeziehen sollten. Für die übrigen Transportproteine (α 1-Glycoproteine, Lipoproteine ...), die wir im einzelnen nicht messen, wissen wir dies noch weniger.
2. Damit die Opioiden ins zentrale Nervensystem gelangen können, müssen sie u.a. die Blut-Hirnschranke (BHS) überwinden. Diese besteht einerseits aus einem spe-

zifischen Endothel andererseits auch aus Transportproteinen (= Carrier-Proteinen), die als Eflux-Proteine «Fremdstoffen» aus dem Liquor entfernen, bzw. als Influx-Proteine den Eintritt in den Liquor ermöglichen. Zu den Eflux-Proteinen gehört u.a. das P-Glycoprotein (das auch im Darmepithel und anderen Zellen vorkommt). Somit werden bei aktiviertem P-Glycoprotein das einmal ins ZNS eingelassene Morphin, Oxycodon, Buprenorphin oder Fentanyl schnell wieder ins Serum zurücktransportiert. Auch intrathekal appliziertes Morphin, Fentanyl (und allenfalls Buprenorphin) haben bei aktiviertem P-Glycoprotein nur eine kurze Verweildauer im ZNS und damit auch eine verminderte Wirkung. Das Norbuprenorphin, welches deutlich atemdepressiver ist als das Buprenorphin, wird verstärkt durch das P-Glycoprotein aus dem Liquor transportiert (Alhadad, 2012). Es ist somit mitverantwortlich, dass Buprenorphin wenig atemdepressiv ist. Bei fehlender Aktivität des P-Glycoproteins ist die Atemdepression durch Buprenorphin als relevant einzuschätzen (Kim, 2012).

Somit wird auch klar, dass einerseits die Äquivalenzdosierungen von intrathekalem zu intravenösem Opioid nur Annäherungen sein können und dass andererseits gemessene Serumspiegel von Opioiden (speziell Morphin, Oxycodon, Buprenorphin und Fentanyl) nicht zwingend mit der analgetischen Wirkung korrelieren müssen, da die Serumspiegel nicht den Gewebespiegeln entsprechen. Kompliziert wird die Einschätzung der Opioidwirkung, da neben dem P-Glycoprotein noch weitere Transportproteine (z.B. das organische Kationentransporter = OCT) existieren, letzteres wirkt als Influx-Protein und transportiert Substanzen in die Zelle.

3. Die Opioidrezeptoren gelten als die Eintrittspforte der Opiode in die Nervenzelle. Wir kennen mindestens drei grosse Gruppen von Opioidrezeptoren (μ 1, μ 2, κ , δ). Von diesen gibt es jedoch eine kaum überschaubare Zahl an Varianten (SNP = single nucleotide polymorphism). Dieser Polymorphismus besteht v.a. bei den m-Opioid-Rezeptoren (MOR), codiert durch das μ 1-Opioid-Rezeptor-Gen (OPRM1) und führt damit zur hohen Variabilität der MOR. Die einzelnen Opioidrezeptoren unterscheiden sich in der Opioidaffinität (Bindungsfreundlichkeit eines Opioids an diesen Rezeptor), beeinflussen aber auch die intrinsische Aktivität (ob das Opioid auch eine analgetische Wirkung entfalten kann).
4. Die intrinsische Aktivität eines Opioids ist v.a. durch die intrazellulären Mechanismen und somit durch die second messengers bedingt. Wesentliche Substanzen sind die Katecholamine, insbesondere das Dopamin sowie die Aktivität der Catechol-O-Methyltransferase (COMT-Aktivität), welche die Katecholamine (Dopamin u.a.) abbaut, aber auch die Sensitivität der Opioidrezeptoren beeinflusst. Auch für die COMT gibt es einen Polymor-

phismus, welcher zu einer unterschiedlichen Wirkstärke der Opiode führen kann.

... die Patientin spricht auf Codein nicht an. Weshalb sollte ich dann besser auch kein Tramadol geben?

3. Metabolisierung

Die Opiode werden im Körper – meist in der Leber, jedoch auch im ZNS oder im Darmepithel – verstoffwechselt (= metabolisiert). Die Metabolisierung kann entweder das aufgenommene Opioid aktivieren (Codein) oder einen zusätzlichen aktiven Metabolit bilden (Tramadol) oder das Opioid abbauen. Die Metabolisierung findet hauptsächlich über Phase I- (Cytochrome) und Phase II-Enzyme (Glucuronidierung, Sulphatidierung u.a.) statt

1. Metabolisierung durch Cytochrome. Bei den Opioiden spielt v.a. das CYP2D6 eine wesentliche Rolle. Es aktiviert Codein zu Morphin und verstoffwechselt Tramadol zu O-Desmethyl-Tramadol, dem analgetisch wesentlich stärkeren Metaboliten als das ebenfalls analgetisch wirksame Tramadol. Auch weitere Opiode (Oxycodon, Methadon) werden über das CYP 2D6 metabolisiert, was deren analgetische Wirkung jedoch wesentlich weniger zu beeinflussen scheint. Beim CYP 2D6 sei daran erinnert, dass die poor, intermediate, extensive und ultrarapid metabolizer zu unterscheiden sind. Der Metabolisierungsmodus der Patientin bestimmt die analgetische Wirkung. So können bei einem ultrarapid Metabolizer bereits bei tiefen Dosen von Codein oder Tramadol unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen bis hin zur Intoxikation auftreten. Dies ist einer der Gründe, weshalb Codein und Tramadol bei stillenden Müttern kontraindiziert sind – es könnte, falls der Säugling ein URM ist, zum plötzlichen Kindstod durch eine Atemdepression führen.

Die Metabolisierung über das CYP 3A4 spielt eine Rolle v.a. bei Tramadol, Oxycodon, Buprenorphin und Fentanyl. Dies ist v.a. bezüglich der Arzneimittelinteraktionen (Aktivierung und Hemmung des CYP 3A4) zu beachten. Wie oben beschrieben, kommt es bereits im Darmepithel zu einer Metabolisierung über das CYP 3A4, natürlich aber auch in der Leber.

2. Glucuronidierung über die UDP-Glucuronosyltransferase-2B7 (UGT2B7) ist ein weiterer wesentlicher Metabolisierungspfad der Opiode, so z.B. für Codein, Morphin, Methadon. Darüber werden v.a. Morphin (und somit auch Codein) zu Morphin-3-Glucuronat und Morphin-6-Glucuronat verstoffwechselt. Spannend ist dabei, dass bisher noch nicht abschliessend geklärt ist, welche analgetische Potenz M-6-G und M-3-G haben (Binning, 2011). Es scheint, dass M-6-G eine höhere analgetische Potenz als

Morphin hat, während M-3-G v. a. für die neurotoxischen Arzneimittelwirkungen des Morphins verantwortlich gemacht wird. Das UGT 2B7 ist nicht von Geburt weg voll aktiv (Hain, 1999), seine Aktivität ist interindividuell unterschiedlich (es liegen Polymorphismen; SPN) vor (Joly, 2012), zudem kann es auch über diverse Arzneimittel und Nahrungsmittel aktiviert und inhibiert werden.

4. Elimination

Die Elimination der Opiode erfolgt wie bei allen Arzneimitteln v. a. über die Leber und die Niere.

... und plötzlich wirkt das Opioid nicht mehr ...

5. Arzneimittelinteraktionen

Bezüglich Arzneimittelinteraktionen sind praktisch alle oben beschriebenen Mechanismen zu beachten. So können Arzneimittel sich um die Enzyme der Metabolisierung konkurrenzieren. Ebenso ist es möglich, dass Arzneimittel sowohl die Cytochrome als auch die Transportproteine aktivieren, induzieren oder inhibieren. Neben den Arzneimitteln ist aber

auch an Nahrungsmittel oder Nahrungsergänzungsmittel zu denken, die den gleichen Effekt haben können (Hobl, 2014).

Zusammenfassung

Unser pharmakologisches Wissen bezüglich der Opiode basiert in den meisten Fällen auf kleinen Fallzahlen. Die Einflussfaktoren, welche die einzelnen Schritte der Pharmakokinetik beeinflussen können, sind zahlreich und in ihrer Einzelwirkung nicht überblickbar. Somit ist unser Vorgehen der vorsichtigen Eintitrierung jeglichen Opioids – auch von Tramadol – sinnvoll und zielführend. Als Palliativspezialistinnen sollten wir die möglichen Einflussfaktoren kennen. Dies ermöglicht uns, auch Patientinnen mit Opioiden zu behandeln, die bei der üblichen Vorgehensweise schon unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben, aber auch jene, die anscheinend auf Opiode nicht ansprechen. Dieser Übersichtsartikel soll helfen, sich diesen speziellen Fragestellungen anzunähern. Er ist keinesfalls dazu gedacht, ein abschliessendes Wissen bezüglich der Pharmakologie der Opiode zu generieren.

Daniel Büche

Opioid	Bioverfügbarkeit (oral)	P-Glycoprotein	OCT1	CYP 2D6	CYP 3A	UGT 2B7	Besonderes	Interaktionspotential
Codein	42–71%	moderater Einfluss		+++	–	Morphin zu M-3-G und M-6-G		v. a. über CYP 2D6 und UGT 2B7
Tramadol	55–79%	kein Einfluss	von Bedeutung: Influx von O-Desmethyl-Tramadol	+++	++	–		v. a. über CYP 2D6
Morphin	15–64%	Einfluss		–	(+)	+++	auch metabolisiert über UGT 1A	v. a. über Glucuronidierung
Oxycodon	60–87%	Einfluss		+	++	–	aktives Influx-Protein ins ZNS	v. a. über CYP 3A, CYP 2D6
Hydromorphon	21–80%	kein Einfluss	kein Einfluss	–	–	–		
Buprenorphin	tief	Einfluss, Atemdepression		–	++	–		hoch
Fentanyl	tief	whs Einfluss		–	++	–		
Methadon	75–97%	Einfluss		++	–	+++		hoch

Literatur:

- Alhaddad H, Cisternino S, Declèves S (2008). Respiratory toxicity of buprenorphine results from the blockage of P-glycoprotein mediated efflux of norbuprenorphine at the blood-brain-barrier in mice. *Crit Care Med* 40(12):3215–3223.
- Bass J, Shepard KV, Lee JW et al (1992). An evaluation of the effect of food on the oral bioavailability of sustained-release morphine sulfate tablets (ORAMORPH SR) after multiple doses. *J Clin Pharmacol* 32(11):1003–1007.
- Bass A, Stark JG, Pixton GC, Sommerville KW et al (2012). Dose proportionality and the effects of food on bioavailability of an immediate-release oxycodone hydrochloride tablet designed to discourage tampering and its relative bioavailability compared with a marketed oxycodone tablet under fed conditions: a single-dose, randomized, open-label, 5-way crossover study in healthy volunteers. *Clin Ther* 34(7):1601–1612.
- Benzing DP, Kalko RF, Miptto JB et al (1996). Different effects of food on the bioavailability of controlled-release oxycodone. *J Pain Symptom Manage* 13(2):75–82.
- Binning AR, Przesmycki K, Sowinski P (2011). A randomized controlled trial of the efficacy and side-effect profile (nausea/vomiting/sedation) of morphine-6-glucuronide versus morphine for post-operative pain relief after major abdominal surgery. *Eur J Pain* 15(4):402–408.
- Darbari DS, van Schaik RH, Capparelli EV, Rana S, McCarter R, van den Anker J (2008). UGT2B7 promoter variant -840G>A contributes to the variability in hepatic clearance of **morphine** in patients with sickle cell disease. *Am J Hematol*. 83(3):200–2.
- Fudin J, Fontenelle DV, Payne A (2012). Rifampin reduces oral **morphine** absorption: a case of transdermal buprenorphine selection based on **morphine** pharmacokinetics. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 26(4):362–7.
- Fujita-Hamabe W, Nishida M, Nawa A, Kobori T, Nakamoto K, Kishioka S, Tokuyama S (2012). Etoposide modulates the effects of oral **morphine** analgesia by targeting the intestinal P-glycoprotein. *J Pharm Pharmacol*. 64(4):496–504.
- Hain RD, Hardcastle A, Pinkerton CR, Aherne GW (1999). **Morphine** and **morphine**-6-glucuronide in the plasma and cerebrospinal fluid of children. *Br J Clin Pharmacol*. 48(1):37–42.
- Hobl EL, Stimpfl T, Ebner J, Schoergenhofer C, Derhaschnig U, Sunder-Plassmann R, Jilma-Stohlawetz P, Mannhalter C, Posch M, Jilma B (2014). **Morphine** decreases clopidogrel concentrations and effects: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 63(7):630–635.
- Holmgaard R, Benfeldt E, Sorensen JA, Nielsen JB (2013). Chronological age affects the permeation of **fentanyl** through human skin in vitro. *Skin Pharmacol Physiol*. 26(3):155–9.
- Joly P, Gagnieu MC, Bardel C, Francina A, Pondarre C, Martin C (2012). Genotypic screening of the main opiate-related polymorphisms in a cohort of 139 sickle cell disease patients. *Am J Hematol*. 87(5):534–6.
- Kharasch ED, Hoffer C, Whittington D et al (2003). Role of P-glycoprotein in the intestinal absorption and clinical effects of morphine. *Clin Pharmacol Ther* 74(6):543–554.
- Lam J, Baello S, Iqbal M, Kelly LE, Shannon PT, Chitayat D, Matthews SG, Koren G (2015). The ontogeny of P-glycoprotein in the developing human **blood-brain barrier**: implication for opioid toxicity in neonates. *Pediatr Res*. 78(4):417–21.
- Larsen RH, Nielsen F, Sørensen JA, Nielsen JB (2003). Dermal penetration of **fentanyl**: inter- and intraindividual variations. *Pharmacol Toxicol*. 93(5):244–8.
- Lloret-Linares C, Miyauchi E, Luo H, Labat L, Bouillot JL, Poitou C, Oppert JM, Laplanche JL, Mouly S, Scherrmann JM, Uchida Y, Tachikawa M, Terasaki T, Bergmann JF, Declèves X (2016). Oral **Morphine** Pharmacokinetic in Obesity: The Role of P-Glycoprotein, MRP2, MRP3, UGT2B7, and CYP3A4 Jejunal Contents and Obesity-Associated Biomarkers. *Mol Pharm*. 2016 Mar 7;13(3):766–73.
- Padowski JM, Pollack GM (2010). Pharmacokinetic and pharmacodynamic implications of P-glycoprotein modulation. *Methods Mol Biol* 596:359–384.
- Prodduturi S, Sadrieh N, Wokovich AM, Doub WH, Westenberger BJ, Buhse L (2010). Transdermal delivery of **fentanyl** from matrix and reservoir systems: effect of heat and compromised skin. *J Pharm Sci*. 99(5):2357–66.
- Roy SD, Flynn GL (1990). Transdermal delivery of narcotic analgesics: pH, anatomical, and subject influences on cutaneous permeability of **fentanyl** and sufentanil. *Pharm Res*. 7(8):842–7.
- Säwe J, Dahlström B, Paalzow L et al (1981). Morphine kinetics in cancer patients. *Clin Pharmacol Ther* 30(5):1245–1254.
- Sebel PS, Barrett CW, Kirk CJ, Heykants J (1987). Transdermal absorption of **fentanyl** and sufentanil in man. *Eur J Clin Pharmacol*. 32(5):529–31.
- Simple TJ, Southall EG, Macintyre PE, Mather LE, Runciman WB (1978). Pharmacokinetics of subcutaneous morphine in the elderly postoperative patient. *Pain (Suppl.)* 5: 5240.
- Van Nimmen NF, Poels KL, Menten JJ, Godderis L, Veulemans HA (2010). **Fentanyl** transdermal absorption linked to pharmacokinetic characteristics in patients undergoing palliative care. *J Clin Pharmacol*. 2010 Jun;50(6):667–78.
- Waldmann CS, Eason JR, Rambohl E, Hanson GC (1984). Comparison between continuous subcutaneous infusion and continuous intravenous infusion in postoperative patients. *Anaesthesia* 39:768–771.
- Yamamoto K, Kojima M, Iguchi H, Ohta T (2008). [Measurement of amount of **fentanyl** remaining in used patches: investigation of clinical factors affecting the remaining amounts in 4 patients]. *Yakugaku Zasshi*. 128(6):959–64.



Dr. med. Daniel Büche, MSc

Chefarzt a. i. Onkologie / Leitender Arzt in der Klinik Gais AR

Daniel.Bueche@kliniken-valens.ch

Traitement aux opioïdes: sur la base des preuves ou sur la base de l'expérience? (Résumé)

En tant que spécialiste en soins palliatifs, nous avons chaque jour affaire aux opioïdes. Mais, savons-nous vraiment ce que nous faisons? Dans quelle mesure nos actions sont-elles basées sur des preuves? Afin d'administrer un médicament de façon efficace, nous devons connaître sa pharmacocinétique et sa pharmacodynamique. Quelles sont nos connaissances en la matière concernant les opioïdes? L'utilisation d'opioïdes dans le traitement de la douleur et le contrôle des symptômes est-elle justifiée alors que nous disposons de si peu d'informations sur leurs effets au cas par cas? L'auteur ne souhaite en aucun cas remettre en question l'usage actuel ni l'importance des opioïdes dans les soins palliatifs. Son but est plutôt de mettre en exergue les lacunes et les domaines dans lesquels les spécialistes devraient approfondir leurs connaissances lorsqu'une patiente ne réagit pas aux opioïdes comme attendu.

Du point de vue médical et pharmacologique, nous devons connaître le profil d'action d'un opiacé ainsi que les facteurs qui peuvent influencer l'absorption, la distribution, la métabolisation, l'excrétion ainsi que l'effet de premier passage lié.

Pour les opioïdes les plus utilisés, il existe des formes d'administration orale, transdermique et transmuco-sale (nasale, buccale). Les écarts importants en termes de biodisponibilité pour les opioïdes par voie orale peuvent s'expliquer par différents facteurs, par exemple la durée de passage dans le tractus gastro-intestinal, la métabolisation des opioïdes dans l'épithélium intestinal ou les protéines de transport (canaux de transport). Il existe bien entendu d'autres facteurs qui influencent l'absorption gastro-intestinale comme l'adiposité. Il est impossible d'avoir une vue d'ensemble de tous ces facteurs au cas par cas. L'essentiel pour le spécialiste en soins palliatifs est d'avoir conscience que toute mesure du degré d'absorption et donc de la biodisponibilité est une estimation, et le restera sans doute.

L'absorption de médicaments transdermiques dépend fortement du type de peau, tant au niveau interindividuel qu'intra-individuel (type d'application cutanée, âge, etc.). Ainsi, pour une forme d'application transdermique d'opioïdes, nous constatons que nous ne pouvons pas prédire la concentration de sérum pour chaque taille de patch chez une patiente en particulier et ne pouvons, par conséquent, pas anticiper les effets analgésiques!

En cas de prise orale des opioïdes, ces derniers sont absorbés dans le système porte par le foie ou, en cas de prise par voie transdermique ou parentérale, ils sont métabolisés, pour parvenir ensuite à l'organe cible (à savoir les cellules nerveuses

dans le système nerveux central), franchir les barrières cellulaires, se fixer sur les récepteurs opioïdes afin de les activer dans le but de stimuler les mécanismes analgésiques intracellulaires. Jusqu'au lieu d'action, divers facteurs peuvent modifier l'efficacité d'un opiacé, notamment la liaison aux protéines plasmatiques. Les opioïdes avec une liaison forte aux protéines plasmatiques ne sont pas très adaptés à l'analgésie des patients requérant des soins palliatifs. Puisque ces patients à un stade pathologique avancé présentent souvent un niveau de protéines plasmatiques bas, en particulier de l'albumine sérique, le transport des médicaments à liaison aux protéines plasmatiques vers l'organe cible est compromis et souvent ralenti, et dans tous les cas inestimables. A ce jour, nous ne connaissons aucune méthode pour, par exemple, inclure l'hypoalbuminémie au quotidien clinique dans le dosage des médicaments. Pour les autres protéines de transport (aglycoprotéine 1, lipoprotéine, etc.) que nous ne mesurons pas individuellement, nous en savons encore moins.

Les opioïdes sont métabolisés dans le corps, le plus souvent dans le foie, mais parfois aussi dans le système nerveux central ou dans l'épithélium intestinal. La métabolisation peut activer l'opiacé absorbé (codéine) ou former un métabolite actif supplémentaire (tramadol) ou encore éliminer l'opiacé. La métabolisation a principalement lieu par le biais des enzymes de phase I (cytochromes) et de phase II (glucuro-conjugaison, sulfatation, etc.).

En ce qui concerne les interactions, les médicaments peuvent faire concurrence aux enzymes de la métabolisation. Il peut aussi arriver que les médicaments activent, induisent ou inhibent à la fois les cytochromes et les protéines de transport. Hormis les médicaments, il faut tenir compte de l'alimentation ou des compléments alimentaires qui peuvent avoir le même effet.

Nos connaissances pharmacologiques en lien avec les opioïdes sont, dans la plupart des cas, basées sur des nombres de cas restreints. Les facteurs qui peuvent influencer chaque étape de la pharmacocinétique sont nombreux et leur effet individuel est incontrôlable. Ainsi, notre méthodologie prudente par titrage de tous les opioïdes, y compris du tramadol, s'avère judicieuse et efficace. En tant que spécialistes en soins palliatifs, nous devrions connaître les éventuels facteurs d'influence. Cela nous permettrait d'administrer des opioïdes à des patients présentant des effets de traitement indésirables dans le cadre des méthodes usuelles, mais aussi à ceux qui ne semblent pas répondre aux opioïdes.

Daniel Büche

Terapia con oppioidi: terapia basata sull'evidenza o sull'eminenza? (Riassunto)

In qualità di specialista in cure palliative, abbiamo a che fare quotidianamente con gli oppioidi. Ma sappiamo davvero cosa stiamo facendo? In che misura le nostre azioni sono basate sull'evidenza? Per poter utilizzare efficacemente un farmaco, dobbiamo conoscerne la farmacocinetica e la farmacodinamica. Quali sono le nostre conoscenze sugli oppioidi a questo proposito? L'utilizzo degli oppioidi per la terapia del dolore e il controllo dei sintomi è giustificato, se abbiamo così poche conoscenze sul meccanismo di azione degli oppioidi sull'individuo? L'autore non intende in alcun modo mettere in discussione l'utilizzo attuale e, quindi, l'importanza degli oppioidi nelle cure palliative. Desidera piuttosto mostrare dove esistono ancora lacune nelle conoscenze e dove noi specialiste/i dovremmo possedere nozioni più approfondite per gestire le situazioni in cui una/un paziente non reagisce a un oppioide come ci aspettiamo.

Dal punto di vista medico e farmacologico, dobbiamo conoscere il profilo farmacocinetico di un oppioide ed essere consapevoli dei fattori che ne influenzano l'assorbimento, la distribuzione, la metabolizzazione, l'escrezione e l'effetto «first-pass» associato.

Per gli oppioidi più comunemente utilizzati sono disponibili modalità di somministrazione orale, transdermica e transmucosale (nasale, buccale). La grande variabilità della biodisponibilità degli oppioidi orali può essere spiegata da vari fattori, ad esempio il tempo di residenza dell'oppioide nel tratto gastrointestinale, la metabolizzazione degli oppioidi nell'epitelio intestinale o le proteine di trasporto (= canali di trasporto). Esistono certamente anche altri fattori che influenzano l'assorbimento gastrointestinale, ad esempio l'obesità. È impossibile avere una panoramica completa e tener conto di tutti questi fattori nella situazione individuale delle/dei pazienti. Per le/gli specialiste/i in cure palliative è più importante essere consapevoli che qualsiasi misura del tasso di assorbimento, e quindi della biodisponibilità degli oppioidi, è una stima e, probabilmente, tale rimarrà.

L'assorbimento dei farmaci transdermici dipende essenzialmente dal tipo di pelle, a livello sia interindividuale che intraindividuale (sito di applicazione sulla superficie del corpo, età ecc.). Pertanto, anche per la modalità di applicazione transdermica degli oppioidi, bisogna ammettere che non possiamo predire quanto sarà elevata la concentrazione sierica in una/un paziente per una certa dimensione del cerotto, quindi non possiamo prevederne l'effetto analgesico!

Gli oppioidi devono raggiungere l'organo bersaglio, ovvero le cellule nervose del sistema nervoso centrale, attraverso

il fegato tramite la circolazione portale, in caso di somministrazione orale, o tramite la circolazione, in caso di somministrazione transdermica o parenterale; una volta giunti a destinazione, devono superare le barriere cellulari, legarsi ai recettori oppioidi e attivarli per avviare i meccanismi intracellulari che regolano l'analgesia. Prima che l'oppioide raggiunga il sito di azione, diversi fattori possono alterarne la potenza, come il legame sieroproteico del farmaco. Gli oppioidi a forte legame proteico sono meno adatti per l'analgesia nelle/nei pazienti oggetto di cure palliative. Poiché le/i pazienti nelle fasi avanzate della malattia presentano spesso un basso livello di proteine sieriche, in particolare di albumina sierica, il trasporto dei farmaci legati alle proteine all'organo bersaglio è compromesso o, spesso, diminuito, ma in ogni caso non valutabile. Ad oggi non disponiamo di un approccio per tener conto, ad esempio, dell'ipoalbuminemia nel dosaggio dei farmaci nella pratica clinica. Sulle altre proteine di trasporto (α 1-glicoproteine, lipoproteine ...), che non misuriamo in dettaglio, ne sappiamo ancora meno.

Gli oppioidi sono metabolizzati nel corpo, principalmente nel fegato, ma anche nel SNC o nell'epitelio intestinale. La metabolizzazione può attivare l'oppioide somministrato (codeina), formare un ulteriore metabolita attivo (tramadolo) o degradare l'oppioide. La metabolizzazione avviene principalmente attraverso gli enzimi di fase I (citocromi) e di fase II (glucuronidazione, solfatazione ecc.).

Per quanto riguarda le interazioni, i farmaci possono entrare in competizione per gli enzimi di metabolizzazione. È anche possibile che i farmaci attivino, inducano o inibiscano sia i citocromi che le proteine di trasporto. Oltre ai farmaci, però, occorre considerare anche il cibo o gli integratori alimentari, che possono avere lo stesso effetto.

Le nostre conoscenze farmacologiche in materia di oppioidi sono per lo più basate su un numero esiguo di casi. I fattori che possono influenzare le singole fasi della farmacocinetica sono numerosi e non è possibile avere una panoramica completa dei loro effetti individuali. Pertanto, il nostro approccio di titolazione prudente di qualsiasi oppioide, compreso il tramadolo, è ragionevole ed efficace. In qualità di specialiste/i in cure palliative, dovremmo conoscere i possibili fattori di influenza. Questo ci permette di trattare con oppioidi le/i pazienti che hanno già reazioni avverse ai farmaci con l'approccio abituale, ma anche quelli che non sembrano rispondere agli oppioidi.

Daniel Büche

Prince und das Fentanyl

Fünf Jahre ist es nun her, dass Prince Rogers Nelson, besser bekannt als «Prince», tot aufgefunden wurde. Obwohl die Todesursache später festgestellt wurde – er starb dem Obduktionsbericht zufolge an einer Überdosis Fentanyl –, gab die Sache weiterhin Rätsel auf. So war beispielsweise keines der bei ihm gefundenen Arzneimittel – und das waren so einige – für den Sänger selbst verschrieben worden.

Am 21. April 2016 wurde Prince tot aufgefunden. Der Sänger, der mit bürgerlichem Namen Prince Rogers Nelson hiess, wurde nur 57 Jahre alt. Von Anfang an bestand der Verdacht, dass verschreibungspflichtige Arzneimittel beim Tod des Superstars eine Rolle gespielt haben könnten. So hatte es zunächst Spekulationen über das Kombipräparat Perocet™, das Oxycodon und Paracetamol enthält, als Todesursache gegeben. Nur sechs Tage vor seinem Tod soll er wegen einer Perocet™-Überdosis im Krankenhaus behandelt worden sein, hiess es.

Anhand der Obduktion konnte die Todesursache auch erst nicht festgestellt werden. Es waren weder Hinweise auf einen Suizid oder eine Überdosis Drogen noch auf ein Verbrechen gefunden worden. Erst aufwendige toxikologische Untersuchungen brachten sechs Wochen nach dem tragischen Ereignis Klarheit, dass nicht eine Überdosis Perocet™, sondern Fentanyl die Ursache war.

Unklar blieb aber weiterhin, woher Prince das Fentanyl hatte. Zwar wurde nach seinem Tod ein recht imposantes Schmerzmittellager gefunden, wie aus dem ein Jahr später veröffentlichten Durchsuchungsbericht hervorging.

- 15 weisse Kapseln, jeweils bedruckt mit «Watson 853»; sie enthalten Paracetamol und Hydrocodon
- Eine Tablettendose von CVS, drin waren sieben grüne Kapseln mit Aufdruck «194», laut Etikett Vitamin D2 für Kirk Johnson sowie acht orangefarbene, nicht näher beschriebene ovale Tabletten
- Ein Döschen von Bayer, das 64,25 weisse Tabletten enthielt, ebenfalls mit dem Aufdruck «Watson 853».
- Ein weiteres CVS-Döschen – laut Etikett Ondansetron, verschrieben für Kirk Johnson. Enthalten waren aber runde weisse Tabletten mit der Aufschrift A-349, also Paracetamol plus Oxycodon, und eine orangefarbene Tablette – Wirkstoff unbekannt.
- Und nochmal «Watson 853», also Paracetamol und Hydrocodon – 20,5 Stück in einem weiteren Döschen.

Fentanyl statt Aspirin?

Direkt nach dem Tod von Prince hiess es zudem, dass mehrere «Pillendosen» gefunden worden seien, die nicht nur die deklarierten Arzneimittel, sondern auch Fentanyl enthielten.



Der Musiker Prince verstarb 2016 an einer Überdosis Fentanyl. (Bild Pixabay)

In Behältnissen, in denen Aspirin oder Vitamin C sein sollten, sollen sich Fentanyl-haltige Arzneimittel befunden haben. In einer Packung mit rund 20 Tabletten – deklariert als Paracetamol und Hydrocodon – sei zudem mindestens eine Fentanyl-Tablette gewesen. Diese Aussagen lassen sich anhand des vorliegenden Protokolls nicht eindeutig bestätigen.

Verschrieben für den Bodyguard

Interessanterweise wurde anscheinend keines der bei ihm gefundenen Arzneimittel für den Popstar selbst verschrieben. Zum Teil liefen die Verordnungen auf seinen Freund und Bodyguard Kirk Johnson. Als Prince wenige Tage vor seinem Tod wegen einer Opioid-Überdosis behandelt werden musste, soll laut «Los Angeles» ein Arzt zu Protokoll gegeben haben, er habe die Privatsphäre von Prince wahren wollen und daher ein Opioid – Oxycodon – auf den Namen des Bodyguards Kirk Johnson verordnet. Durch seine Anwälte liess dieser Arzt aber später mitteilen, dass er keineswegs den Bodyguard als «Durchreiche»

für Schmerzmittel-Rezepte benutzt habe. Er habe zudem niemals Opioide für Prince selber verschrieben. Und tatsächlich: In einer Verordnungs-Datenbank, die Apothekern helfen soll, Missbrauch zu erkennen, findet sich keine Verschreibung auf den Namen von Prince Rogers Nelson. Der Mediziner habe aber, so sagen seine Anwälte, auch für niemand anderen Opioide mit dem Zweck verschrieben, es an den Sänger weiterzugeben.

Klar ist wohl aber trotzdem, dass Prince ein Opioid-Problem hatte. Er soll wegen seiner Hüftbeschwerden regelmäßig starke Schmerzmittel genommen haben, unter anderem Oxycodon und Paracetamol. Der britischen Tageszeitung «Guardian» zufolge wurde er aufgrund seiner Schmerzmittel-Abhängigkeit behandelt und litt kurz vor seinem Tod an Entzugssymptomen. Er soll zudem mit einem Arzt in Kontakt getreten sein und um Behandlung in dessen Entzugsklinik gebeten haben. Dazu kam es dann aber nicht mehr.

2018 verklagte die Familie des Sängers dann seinen Arzt, weil er, so der Vorwurf, versäumt habe, die Opioidabhängigkeit zu behandeln. Dieser hatte zuvor jegliches Fehlverhalten bestritten. Die Familie forderte einen Schadenersatz von mehr als 50 000 Dollar. Die Klage wurde allerdings später fallengelassen, ebenso wie weitere Klagen gegen die Apotheke, die Princes Rezepte belieferte, und das Krankenhaus in Illinois, das ihn wegen seiner Überdosis behandelte. Medienberichten zufolge hat man sich aussergerichtlich geeinigt.

*Julia Borsch, Apothekerin, Chefredakteurin DAZ.online
(DAZ = «Deutsche Apotheker Zeitung»)*

Dieser Artikel wurde am 21. April 2021 auf DAZ-online veröffentlicht (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2021/04/21/prince-und-das-fentanyl>). Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Apotheker Verlags, Stuttgart.

ANZEIGE

Welthospiz- und Palliative Care-Tag 2021

In schöner Tradition werden wir uns am WHPCT am 9.10.2021 wieder in Brugg im Kino Odeon versammeln zu dem berührenden Film "Die weisse Arche". Der Film beschäftigt sich mit Spiritualität, mit Sinn- und Wertfragen. Er thematisiert die begrenzte menschliche Erkenntnisfähigkeit und versucht, bis an deren Grenzen zu gehen. Die Podiumsdiskussion zum Thema leitet wie in den Vorjahren Stefan Rathgeb vom SRF. palliative aargau lädt anschliessend zu Apéro und Austausch ein. Mehr Infos unter: palliative-aargau.ch/veranstaltungskalender

Prince et le fentanyl (Résumé)

Prince a été retrouvé mort le 21 avril 2016. Le chanteur, de son vrai nom Prince Rogers Nelson, n'avait que 57 ans. Dès le début, on a soupçonné que des médicaments sur ordonnance pourraient avoir joué un rôle dans la mort de la superstar. Il y avait d'abord eu des spéculations sur la préparation combinée Perocet™, qui contient de l'oxycodone et du paracétamol, comme cause du décès. Six jours seulement avant sa mort, il aurait été traité à l'hôpital pour une overdose de Perocet™.

En se fondant sur l'autopsie, la cause du décès n'a pas non plus pu être déterminée dans un premier temps. Aucune indication de suicide, de surdose de drogue ou d'acte criminel n'a été trouvée. Ce n'est que grâce à des examens toxicologiques approfondis qu'il est apparu clairement six semaines après l'événement tragique que la cause n'était pas une surdose de Perocet™ mais de fentanyl.

Cependant, on ne savait toujours pas d'où Prince avait obtenu le fentanyl. Immédiatement après la mort de Prince, il a été rapporté que plusieurs «boîtes à pilules» auraient été trouvées contenant non seulement les drogues déclarées mais aussi du fentanyl. Il est intéressant de noter qu'aucun des médicaments trouvés chez lui ne semble avoir été prescrit à la pop star elle-même. Certaines des prescriptions étaient pour son ami et garde du corps Kirk Johnson. Lorsque Prince a dû être traité pour une overdose d'opioïdes quelques jours avant sa mort,

selon le «Los Angeles» un médecin aurait déclaré vouloir préserver la vie privée de Prince et aurait donc prescrit un opioïde – l'oxycodone – au nom du garde du corps Kirk Johnson. Par l'intermédiaire de ses avocats, le médecin a cependant fait savoir par la suite qu'il n'avait en aucun cas utilisé le garde du corps comme un «passe-plat» pour les prescriptions d'analgésiques. De plus, il n'aurait jamais prescrit d'opioïdes à Prince lui-même. Et en effet: dans une base de données d'ordonnances, censée aider les pharmaciens à reconnaître les abus, il n'existe aucune ordonnance au nom de Prince Rogers Nelson. Mais, selon ses avocats, le médecin n'a jamais prescrit d'autres opioïdes à quelqu'un d'autre dans le but de les transmettre au chanteur.

Il est clair, cependant, que Prince avait un problème d'opioïdes. Il aurait régulièrement pris des analgésiques puissants, notamment de l'oxycodone et du paracétamol, en raison de ses problèmes de hanche. Selon le quotidien britannique «Guardian», il était traité pour son addiction aux analgésiques et souffrait de symptômes de sevrage peu avant sa mort. Il aurait également contacté un médecin et demandé à être traité dans sa clinique de désintoxication. Cependant, cela ne s'est plus produit.

*Julia Borsch, pharmacienne, rédactrice en ligne
de la revue DAZ.online
(DAZ = «Deutsche Apotheker Zeitung»)*

« Il faudrait vivre avec la mort comme les Vénitiens avec l'inondation,
prêt pour elle, mais sans en faire trop d'histoires. »

Claude Roy

Prince e il fentanyl (Riassunto)

Il 21 aprile 2016 Prince fu rinvenuto morto. Il cantante, all'anagrafe Prince Rogers Nelson, aveva 57 anni. Fin dal principio si sospettava che la morte della superstar avesse a che fare con medicinali soggetti a prescrizione medica. In un primo momento si presumeva che la causa della morte fosse dovuta al preparato PerocetTM, che contiene ossicodone e paracetamolo. Solo sei giorni prima di morire pare che fosse stato ricoverato in ospedale a causa di overdose da PerocetTM.

Inizialmente anche l'autopsia non ha permesso di stabilire la causa del decesso. Non c'erano segni di suicidio, né di overdose da droghe o di crimine. Solamente sei settimane dopo il tragico evento, degli esami tossicologici approfonditi hanno dimostrato chiaramente che il decesso non era da attribuire al PerocetTM, ma bensì al fentanyl.

Ancora non è chiaro dove Prince si fosse procurato il fentanyl. Subito dopo la morte di Prince girava la voce che fossero state trovate diverse «confezioni di pillole» contenenti non solo i farmaci dichiarati ma anche fentanyl. È interessante notare che apparentemente nessuno dei farmaci trovati presso la popstar fossero stati prescritti a suo nome. Parte delle prescrizioni erano sotto il nome del suo amico e guardia del corpo Kirk Johnson. Quando Prince pochi giorni prima era stato ricoverato per un'overdose da oppioidi, se-

condo il «Los Angeles» pare che un medico abbia dichiarato di aver voluto proteggere la sfera privata di Prince e di aver quindi prescritto un oppioide – l'ossicodone – a nome della sua guardia del corpo Kirk Johnson. In seguito però, tramite i suoi avvocati, questo medico ha fatto sapere di non aver mai usato la guardia del corpo di Prince come «prestanome» per le ricette di antidolorifici e di non aver mai prescritto degli oppioidi per Prince. E effettivamente, nella banca dati delle prescrizioni che dovrebbe aiutare i farmacisti a riconoscere gli abusi, non esiste nessuna prescrizione a nome di Prince Rogers Nelson. E sempre a detta dei suoi avvocati, il medico sostiene di non aver prescritto a nessun'altra persona degli oppioidi allo scopo di passarli al cantante.

È comunque chiaro che Prince avesse un problema con gli oppioidi. A causa dei suoi dolori all'anca, avrebbe assunto regolarmente antidolorifici, tra cui ossicodone e paracetamolo. Secondo il quotidiano britannico «Guardian», Prince era stato curato per la sua dipendenza da antidolorifici e poco prima di morire soffriva di sintomi da astinenza. Pare inoltre che avesse contattato un medico per chiedere delle cure nel suo centro di disintossicazione. Non riuscì più però in questo intento.

*Julia Borsch, Farmacista, Redattrice capo DAZ.online
(DAZ = «Deutsche Apotheker Zeitung»)*

« Gli ultimi anni di vita sono come la fine di una festa in maschera,
quando le maschere vengono tolte. »

Cesare Pavese

Mathieu Bernard, Chaire de psychologie palliative, Service de soins palliatifs et de support du CHUV, Lausanne

De nombreux pionniers et pionnières ont ouvert la voie aux soins palliatifs en Suisse. La génération suivante suit maintenant leurs traces, et «palliative ch» souhaite les présenter dans cette série. Cette fois c'est Mathieu Bernard, Chaire de psychologie palliative à Lausanne.

palliative ch: Vous avez été nommé à la direction de la Chaire de soins palliatifs, professeur assistant en pré-titularisation conditionnelle depuis le 1^{er} janvier 2021 au Service de soins palliatifs et de support du CHUV. Qu'implique pour vous cette nouvelle position?

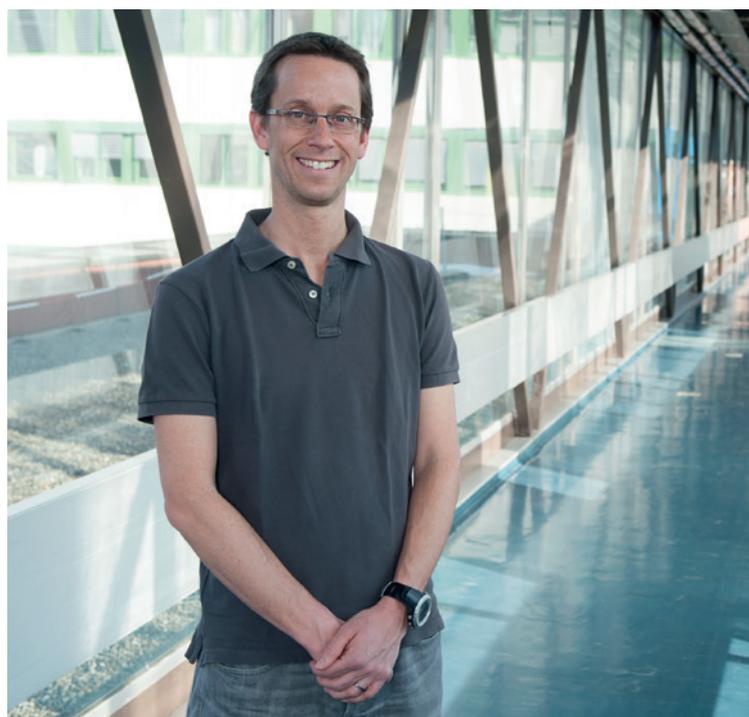
Mathieu Bernard: J'occupe actuellement la fonction de Directeur de recherche au sein du Service de soins palliatifs et je dirige effectivement la Chaire de psychologie palliative depuis le début de cette année. Mon titre de Professeur en psychologie palliative en pré-titularisation conditionnelle implique que j'ai une période définie pour développer mes compétences et mon dossier académique afin d'asseoir la position de la psychologie palliative dans le panorama académique des soins palliatifs. Il s'inscrit en complémentarité de la Chaire de soins palliatifs gériatriques dirigée par le Prof. Jox et la Dre Rubli Truchard et de la Chaire de soins palliatifs infirmiers dirigée par le Prof. Larkin. Me concernant plus spécifiquement, ce poste a la particularité de représenter le domaine des sciences humaines dans le cadre de la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne. Traditionnellement, la psychologie se développe dans des instituts qui ne sont généralement pas rattachés aux facultés de médecine mais plutôt aux sciences humaines et sociales. Au niveau du CHUV, un tel poste s'inscrit cependant parfaitement avec la volonté actuelle de renforcer les humanités en médecine dans le milieu hospitalier. J'ai d'ailleurs pour mission de développer aussi mes liens avec l'Institut des humanités en médecine (qui dépend du CHUV et de la FBM) qui représente également la volonté institutionnelle de répondre aux enjeux actuels de la médecine en s'appuyant sur les sciences sociales et humaines.

Quels sont les objectifs de travail pour cette chaire?

Sur quelles recherches travaillez-vous actuellement avec votre équipe?

Ce poste étant associé à une chaire de psychologie palliative et donc à un cursus académique, j'ai comme principale mission de générer des connaissances par la recherche et de les diffuser par l'enseignement.

Au niveau de l'enseignement, il existe une pression pour qu'un enseignement de qualité en matière de soins palliatifs



Mathieu Bernard

se fasse à tous les niveaux, tant dans l'enseignement prégradué que post-gradué. Mon but est donc de pouvoir développer et promouvoir l'enseignement de la psychologie palliative à différents niveaux.

Au niveau prégradué, j'interviens avec les étudiants en médecine, par exemple dans le cadre de l'enseignement de la médecine communautaire, des cours à option tel le cours «Vivre face à la mort» développé au sein de notre service par le Dr Tamches, ou dans des travaux de master. Pour les étudiants en psychologie rattachés à la Faculté des sciences sociales et politiques, je vais par exemple développer un séminaire spécifique sur certains enjeux psychologiques liés au contexte de la fin de vie pour les étudiants de niveau master. Ce type d'enseignement permet en outre de créer des ponts entre les facultés de l'université, ce qui est également une mission attendue de mon poste.

Au niveau post-gradué, il est important pour moi de pouvoir intégrer certains programmes de CAS (Certificate of

advanced studies) comme le CAS en soins palliatifs ou le CAS en psychologie positive. L'avantage de ces programmes est qu'ils permettent généralement de toucher plusieurs professions (médecins, infirmiers, psychologues, accompagnants spirituels) et disciplines étant donné le profil varié des participants. Cela fait vraiment du sens dans la mesure où L'Office fédéral de la santé publique valorise beaucoup l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle au niveau de l'enseignement des soins palliatifs. Cela est particulièrement pertinent pour un domaine tel que la psychologie palliative qui entretient des relations étroites avec le travail social, l'accompagnement spirituel et les soins infirmiers palliatifs.

Au niveau de la recherche, plusieurs études ont démontré au cours des dernières années l'importance de tenir compte des domaines «non physiques» afin de soutenir la qualité de vie des patients et de leur famille en situation palliative. Dans cette perspective, l'axe que je souhaite développer plus particulièrement concerne le domaine des ressources psychologiques des patients et de leurs proches dans le contexte palliatif et de la fin de vie. En psychologie, ces travaux s'inscrivent dans le courant de la «psychologie positive». Adapté au contexte de la fin de vie, il s'agit ici d'identifier les facteurs protecteurs et les ressources individuelles qui permettent aux patients de vivre une fin de vie la plus apaisée et sereine possible. Cette approche se veut complémentaire et non pas en opposition avec l'approche psycho-pathologique et psychiatrique qui domine aujourd'hui dans les soins palliatifs et plus largement dans la sphère médicale. Cet axe est également en phase avec le concept de «ressources-oriented palliative care» que nous développons actuellement au sein du Service de soins palliatifs et de support, en collaboration avec les Chaires de soins palliatifs gériatriques et de soins palliatifs infirmiers. Plus concrètement, les études que j'ai menées et que je mène actuellement portent sur les concepts de sens de la vie, de gratitude et de croissance post-traumatique. L'objectif de ces études est triple: (1) d'une part de mieux comprendre comment ces dimensions sont associées à la qualité de vie en soins palliatifs, (2) d'autre part, comment elles peuvent aussi participer au processus d'adaptation et d'ajustement des patients face aux nombreux enjeux de la fin de vie, (3) finalement de pouvoir aussi développer et évaluer des interventions possibles dans ces domaines, ce que nous avons fait récemment par exemple avec une intervention basée sur la gratitude et sur l'expression de celle-ci entre le patient et son proche aidant.

Je tiens aussi à mentionner un axe de recherche centré sur le développement et la validation d'outils permettant l'évaluation de la qualité de la prise en charge palliative ainsi que l'identification des patients palliatifs et de leurs besoins. Cet axe compte aussi beaucoup pour moi car il représente à mes yeux une incarnation, au niveau de la recherche, de la

collaboration entre plusieurs professions et disciplines, notamment avec les soins infirmiers et les sciences sociales.

En plus des activités d'enseignement et de recherche, j'ai également une petite activité clinique qui a pour but principal de me permettre d'ancrer mes recherches sur la réalité clinique du terrain.

Il existe déjà une unité spécialisée de soins palliatifs ainsi des équipes mobiles en soins palliatifs aux CHUV. Y-a-t-il des services de soutien psychologique et /ou des services sociaux à développer ou à renforcer? Si oui, lesquels?

Si je considère le développement des soins palliatifs au sein de notre service au CHUV, que ce soit au niveau de l'unité de médecine palliative ou des équipes de soins palliatifs intra et extrahospitalières, on constate que des psychologues sont pleinement intégrés dans le service pour assurer le suivi des patients palliatifs. Il en est de même pour l'accompagnant spirituel, et il existe une collaboration étroite avec les assistants sociaux qui travaillent au sein du CHUV. Cette approche est d'ailleurs parfaitement cohérente avec la définition des soins palliatifs donnée par l'OMS qui insiste sur l'intégration des dimensions psychologique, sociale et spirituelle pour une prise en charge optimale des patients palliatifs. Ce n'est cependant pas une particularité propre au CHUV et la grande majorité des équipes de soins palliatifs ou des unités palliatives du canton sont organisées de manière à pouvoir collaborer étroitement avec des psychologues. Pour faire face aux souffrances à très large spectre rencontrées en fin de vie, cette approche multi-professionnelle s'avère nécessaire. C'est par l'interaction de toutes ces professions que les équipes peuvent parvenir à une compréhension holistique de la situation du patient et de sa famille. Cependant, plus les psychologues seront directement intégrés au sein des équipes de soins palliatifs traditionnellement organisées autour du binôme médico-infirmier, plus la collaboration interprofessionnelle sera efficace et les interventions appropriées, pour autant qu'un vrai dialogue se crée au sein des équipes afin que chacun puisse identifier les spécificités et les limites des uns et des autres. C'est un élément qui me paraît capital et qui peut être sous-estimé. Je pense que cela est aussi valable pour les accompagnants spirituels et les assistants sociaux.

En plus des patients, les prestations de soins des soins palliatifs incluent également la famille et le réseau social proche. Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire, par exemple pour aider le patient et sa famille à faire face aux mauvaises nouvelles, au deuil anticipé et à la mort imminente. Ce type de soutien permet également de soutenir la famille dans la résolution de problèmes en suspens, de favoriser une communication ouverte, d'aider à reconnaître ses sentiments de culpabilité ainsi que d'autres sentiments teintés d'une forte charge émotionnelle; il permet enfin de soutenir la famille pour qu'elle puisse faire ses adieux du

mieux possible et parvenir ainsi à tourner la page au mieux et faciliter le travail de deuil.

Dans les équipes de soins palliatifs, les psychologues sont également extrêmement utiles en cas de difficultés émotionnelles rencontrées par les professionnels.

Comment les professionnels des soins palliatifs généraux peuvent-ils bénéficier de votre travail?

Comme mentionné plus haut, l'enseignement représente une porte d'entrée primordiale pour la diffusion des connaissances auprès des professionnels, particulièrement au niveau de la formation post-graduée. Toutefois, au cours des prochaines années, un défi que j'aimerais relever consiste en la construction d'un réseau de psychologues cliniciens œuvrant dans les soins palliatifs, en premier lieu dans le canton de Vaud et pourquoi pas ensuite aux niveaux romand et latin. Si j'ai moi-même une petite activité clinique, celle-ci a principalement pour but de pouvoir ancrer

mes recherches dans la réalité du terrain. Il existe de nombreux psychologues en Suisse romande qui possèdent une réelle expertise clinique dans le domaine des soins palliatifs. Un tel réseau permettrait d'une part de donner plus de visibilité à la place des psychologues palliatifs, et d'autre part de nous coordonner de façon à optimiser la transmission de notre savoir et renforcer une recherche fortement ancrée dans la pratique clinique.

Au niveau plus personnel – quelles sont les activités qui vous procurent du plaisir et qui vous ressourcent?

Je pratique plusieurs activités en lien avec la montagne: ski de randonnée, course à pied, vélo, alpinisme ou randonnée. Un domaine qui est très ressourçant pour moi et qui m'apporte beaucoup!

Merci beaucoup pour cet échange!

L'interview a été réalisée par Esther Schmidlin, palliative vaud.

ANZEIGE / ANNONCE

«palliative ch» Abonnemente · Abonnements

Einzelpersonen · Individuels
Institutionen · Institutions

Schweiz · Suisse

CHF 70.00
CHF 120.00

Ausland · Étranger

CHF 85.00
CHF 140.00

Name · Nom

Vorname · Prénom

Strasse · Rue

PLZ/Ort · NPA/Localité

Datum · Date

Unterschrift · Signature

Einsenden an · envoyer à

Geschäftsstelle palliative ch, Kochergasse 6, 3011 Bern, info@palliative.ch

Mathieu Bernard, Lehrstuhl für Palliativpsychologie, Service de soins palliatifs et de support, Universitätsspital Lausanne

In der Schweiz haben zahlreiche Pionierinnen und Pioniere den Weg zur Palliative Care geebnet. Nun tritt die nächste Generation in ihre Fussstapfen. «palliative.ch» möchte sie im Rahmen dieser Serie vorstellen. Dieses Mal ist es Mathieu Bernard, Lehrstuhl für Palliativpsychologie in Lausanne.

palliative.ch: Sie wurden in die Leitung des Lehrstuhls für Palliative Care berufen und sind seit 1. Januar 2021 Assistenzprofessor mit Tenure Track beim Service de soins palliatifs et de support im Universitätsspital Lausanne. Wie ordnen Sie diese neue Position ein?

Mathieu Bernard: Ich bin derzeit Forschungsleiter im Rahmen des Service de soins palliatifs und leite seit Anfang Jahr den Lehrstuhl für Palliativpsychologie. Mein Titel als Professor für Palliativpsychologie mit Tenure Track bedeutet, dass ich einen festgelegten Zeitraum habe, um meine Fachkompetenzen und mein akademisches Dossier zu entwickeln. Ziel dabei ist, die Position der Palliativpsychologie im akademischen Panorama der Palliative Care zu festigen. Meine Professur versteht sich als Ergänzung zum Lehrstuhl für Geriatrische Palliative Care, der von Prof. Jox und Dr. Rubli Truchard geleitet wird, und zum Lehrstuhl für Palliativpflege unter Leitung von Prof. Larkin. Die Besonderheit meiner Position besteht darin, dass sie in der Fakultät für Biologie und Medizin an der Universität Lausanne die Humanwissenschaften vertritt. Traditionellerweise entwickelte sich die Psychologie in Instituten, die in der Regel nicht der Medizinischen Fakultät, sondern vielmehr den Human- und Sozialwissenschaften angegliedert waren. Im Universitätsspital Lausanne ist diese Position jedoch Ausdruck des aktuellen Bestrebens, die Rolle der Humanwissenschaften in der Medizin im Spitalwesen zu stärken. Meine Aufgabe besteht im Übrigen auch darin, meine Beziehungen zum Institut für Humanwissenschaften in der Medizin (das dem Universitätsspital und der Fakultät für Biologie und Medizin angegliedert ist) auszubauen. Das Institut steht ebenfalls für das Bestreben, die Human- und Sozialwissenschaften heranzuziehen, um auf die aktuellen Herausforderungen der Medizin zu reagieren.

Welche Arbeitsziele hat dieser Lehrstuhl? An welchen Forschungsprojekten arbeiten Sie derzeit mit Ihrem Team?

Diese Position ist an einen Lehrstuhl für Palliativpsychologie und somit an einen akademischen Studiengang gebunden. Meine Hauptaufgaben bestehen somit darin, durch meine Forschung Fachwissen zu generieren und dieses durch die Lehre zu vermitteln.

In der Lehre besteht der Druck, auf allen Ebenen des Studiums eine hochwertige Aus- und Weiterbildung im Bereich Palliative Care zu gewährleisten. Mein Ziel ist daher, die Vermittlung der Palliativpsychologie auf verschiedenen Ebenen entwickeln und fördern zu können.

So arbeite ich in den Bachelor-Studiengängen mit Medizinstudierenden, beispielsweise in Seminaren zur gemeindenahen Patientenversorgung oder in Wahlkursen wie «Mit dem Tod leben» (Vivre face à la mort), der bei uns von Dr. Tamches entwickelt wurde. Darüber hinaus betreue ich Masterarbeiten. Für den Masterstudiengang im Fach Psychologie, welcher der Fakultät für Sozial- und Politikwissenschaften angegliedert ist, werde ich zum Beispiel ein Seminar über bestimmte psychologische Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Thema Lebensende entwickeln. Diese Art der Lehre trägt dazu bei, Brücken zwischen den verschiedenen Fakultäten der Universität zu bauen. Das wird von mir in meiner Position erwartet.

Im Postgraduiertenstudium ist es für mich wichtig, bestimmte CAS-Programme (Certificate of Advanced Studies) wie das CAS Palliative Care oder das CAS Positive Psychologie integrieren zu können. Der Vorteil dieser Programme besteht darin, dass sie in der Regel mehrere Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpflegekräfte, Psychologen, Seelsorger) und Disziplinen ansprechen, auch wenn die Profile der Teilnehmenden sehr unterschiedlich sind. Das ist wirklich sinnvoll, weil das Bundesamt für Gesundheit grossen Wert auf Interdisziplinarität und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative-Care-Ausbildung legt. Für ein Gebiet wie die Palliativpsychologie, die enge Beziehungen zur Sozialarbeit, zur spirituellen Betreuung und zur Palliativpflege unterhält, ist dies besonders relevant.

Was die Forschung angeht, haben in den letzten Jahren mehrere Studien gezeigt, wie wichtig es in den letzten Lebensjahren ist, auch «nicht-körperliche» Bereiche zu berücksichtigen, um die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien in der Palliativpflege zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund möchte ich den Forschungsschwerpunkt der psychologischen Ressourcen von Patienten und ihren Angehörigen in der Palliativpflege und am Lebensende besonders

weiterentwickeln. In der Psychologie fallen diese Arbeiten ins Fachgebiet der «Positiven Psychologie». Im Kontext des Lebensendes geht es dabei darum, schützende Faktoren und individuelle Ressourcen zu ermitteln, die Patienten ein möglichst friedliches und ruhiges Lebensende ermöglichen. Dieser Ansatz versteht sich als Ergänzung und nicht als Gegensatz zum psychopathologischen und psychiatrischen Ansatz, der heute im Bereich Palliative Care und im weiteren medizinischen Bereich vorherrscht. Dieser Forschungsschwerpunkt steht auch im Einklang mit dem Konzept der «ressourcenorientierten Palliative Care», die wir derzeit im Rahmen des Service de soins palliatifs et de support in Zusammenarbeit mit den Lehrstühlen für Geriatrische Palliative Care und Palliativpflege entwickeln. Konkret gesagt richten sich die Forschungsprojekte, die ich geleitet habe und derzeit leite, auf Konzepte wie Lebenssinn, Dankbarkeit und posttraumatisches Wachstum. Damit verfolge ich drei Ziele: (1) Ich will zum einen besser verstehen, wie diese Dimensionen in einem Zusammenhang mit der Lebensqualität im Bereich Palliative Care stehen. (2) Zum anderen untersuche ich, welchen Beitrag sie zum Anpassungs- und Umstellungsprozess von Patienten leisten können, die am Lebensende mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert sind. (3) Schliesslich möchte ich auch mögliche Interventionen in diesen Bereichen entwickeln und evaluieren können. Das haben wir vor kurzem zum Beispiel mit einer Intervention getan, die auf Dankbarkeit und deren Äusserung zwischen dem Patienten und dem Angehörigen basiert, der ihn betreut.

Erwähnen möchte ich auch einen Forschungsschwerpunkt, der auf die Entwicklung und Validierung von Instrumenten zur Bewertung der Qualität der Palliativversorgung und auf die Identifikation von Palliativpatienten und deren Bedürfnissen fokussiert. Dieser Schwerpunkt ist für mich auch deshalb sehr wichtig, weil er in meinen Augen auf der Forschungsebene die Zusammenarbeit zwischen mehreren Fachberufen und -disziplinen verkörpert, insbesondere der Krankenpflege und der Sozialwissenschaften.

Neben meiner Lehr- und Forschungstätigkeit arbeite ich auch etwas im klinischen Bereich. Damit will ich meine Forschung in der klinischen Praxis des Fachgebiets verankern.

Universitätsspitaler haben bereits spezialisierte Palliativstationen und mobile Teams eingerichtet. Gibt es Ihrer Meinung nach psychologische Unterstützungsdienste und / oder soziale Dienste, die ausgebaut oder gestärkt werden sollten? Wenn ja, welche?

Betrachtet man die Entwicklung der Palliative Care am Universitätsspital hier, sei es die palliativmedizinische Station oder die stationären und ambulanten Palliative-Care-Teams, stellt man fest, dass Psychologen bereits voll und ganz in den Dienst integriert sind und die Nachsorge von Palliativpatienten gewährleisten. Gleiches gilt für die spiri-

tuellen Betreuer, und ausserdem besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern, die im Universitätsspital arbeiten. Dieser Ansatz steht im Übrigen vollkommen im Einklang mit der von der WHO formulierten Definition von Palliative Care, die zur optimalen Versorgung von Palliativpatienten die Berücksichtigung der psychologischen, sozialen und spirituellen Dimensionen voraussetzt. Das ist jedoch keine besondere Eigenheit des Universitätsspitals. Die überwiegende Mehrheit der Palliative-Care-Teams oder Palliativstationen des Kantons ist so aufgestellt, dass eine enge Zusammenarbeit mit Psychologen möglich ist. Im Umgang mit dem sehr breiten Spektrum des Leidens am Lebensende erweist sich diese fachübergreifende Zusammenarbeit als notwendig. Nur durch die Interaktion all dieser Fachberufe kann ein ganzheitliches Verständnis der Situation von Patienten und deren Familien erreicht werden. Je stärker die Psychologen unmittelbar in die Palliative-Care-Teams integriert sind, deren Kern traditionell aus dem Tandem Arzt und Krankenpflegeperson besteht, desto wirksamer ist die interprofessionelle Zusammenarbeit und desto angemessener sind die Interventionen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sich innerhalb der Teams ein echter Dialog entwickelt, damit jeder die Besonderheiten und Grenzen der anderen erkennen kann. Für mich ist das ein wesentlicher Punkt, der zuweilen unterschätzt wird. Meiner Ansicht nach gilt dies auch für die spirituellen Betreuer und die Sozialarbeiter.

Die Versorgungsleistungen der Palliative Care schliessen über die Patienten hinaus auch die Familie und das enge soziale Netz mit ein. Psychologische Unterstützung kann zum Beispiel erforderlich sein, um dem Patienten und seiner Familie zu helfen, schlechte Nachrichten, die erwartete Trauer und den bevorstehenden Tod zu verarbeiten. Diese Art von Unterstützung kann Familien auch helfen, offene Fragen oder Probleme zu klären, eine offene Kommunikation zu fördern, Schuldgefühle und andere emotional aufgeladene Gefühle anzuerkennen. Schliesslich kann sie auch dazu beitragen, der Familie den bestmöglichen Abschied zu ermöglichen, mit dem Tod abzuschliessen und die Trauerarbeit zu erleichtern.

In Palliative-Care-Teams sind Psychologen ausserdem äusserst nützlich, wenn Fachpersonen emotionale Schwierigkeiten bewältigen müssen.

Wie können Fachpersonen im Bereich Palliative Care von Ihrer Arbeit profitieren?

Wie bereits erwähnt, ist die Lehre ein wichtiger Einstiegspunkt für die Vermittlung von Wissen an Fachpersonen, insbesondere in der Postgraduierten-Weiterbildung. Eine Herausforderung, der ich mich in den nächsten Jahren stellen möchte, ist der Aufbau eines Netzwerks klinischer Psychologen, die im Bereich Palliative Care arbeiten, in erster Linie im Kanton Waadt – und warum nicht dann auch im französischsprachigen und romanischen Raum der Schweiz. Ich übe zwar

nur in beschränktem Rahmen eine klinische Tätigkeit aus, deren Hauptzweck darin besteht, meine Forschung in der Praxis zu verankern. In der Westschweiz gibt es zahlreiche Psychologen, die über eine echte klinische Expertise im Bereich Palliative Care verfügen. Mit einem solchen Netzwerk könnten wir das Bewusstsein für die Rolle der Palliativpsychologen schärfen und unsere Arbeit koordinieren, um die Weitergabe unseres Wissens zu optimieren und eine Forschung zu stärken, die fest in der klinischen Praxis verankert ist.

Eine persönliche Frage: Was machen Sie am liebsten in Ihrer Freizeit und wie tanken Sie Energie?

Ich betreibe mehrere Bergsportarten: Skilanglauf, Laufen, Radfahren, Bergsteigen und Wandern. All dies gibt mir neue Energie und bringt mir sehr viel.

Vielen Dank für dieses Gespräch!

Das Gespräch führte Esther Schmidlin, palliative vaud.

ANZEIGE



Iris Oehninger
Absolventin MAS in Palliative Care

Jetzt weiterbilden.
Palliative Care

ost.ch/wb-palliativecare

Online-Infoabend:
11.11.2021

 **OST**
Ostschweizer
Fachhochschule

Mathieu Bernard, cattedra di psicologia palliativa, Service de soins palliatifs et de support del CHUV, Losanna

Un gran numero di pionieri e pioniere hanno aperto la strada alla Palliative Care in Svizzera. Ora la nuova generazione di professionisti segue le loro tracce e «palliative ch» desidera presentarli in questa serie. Questa volta è Mathieu Bernard, cattedra di psicologia palliativa a Losanna.

palliative ch: Lei è stato chiamato a dirigere la cattedra di Palliative Care, professore assistente in tenure track dal 1° gennaio 2021 presso il Servizio di Palliative Care e di supporto del CHUV. Cosa significa per lei questa nuova posizione?

Mathieu Bernard: Attualmente sono il direttore della ricerca presso il Servizio di Palliative Care e titolare della cattedra di psicologia palliativa dall'inizio di quest'anno. Il mio titolo di professore di psicologia palliativa in tenure track implica che ho a disposizione un periodo di tempo definito per sviluppare le mie competenze e il mio curriculum accademico al fine di consolidare la posizione della psicologia palliativa nel panorama accademico della Palliative Care. Ciò è complementare alla cattedra di Palliative Care geriatrica diretta dal Professor Jox e dalla Dottoressa Rubli Truchard e alla cattedra di Palliative Care guidata dal Professor Larkin. Per quanto mi riguarda più specificatamente, questa posizione ha la particolarità di rappresentare il campo delle scienze umane nella Facoltà di biologia e medicina dell'Università di Losanna. Tradizionalmente, la psicologia è stata sviluppata in istituti che generalmente non sono legati alle facoltà di medicina, ma piuttosto alle scienze umane e sociali. A livello del CHUV, tuttavia, una tale posizione rispecchia perfettamente la volontà attuale di rafforzare le scienze umane in medicina nell'ambiente ospedaliero. Del resto, la mia missione è anche quella di sviluppare i miei legami con l'Istituto di scienze umane in medicina (che dipende dal CHUV e dalla FBM) che rappresenta anche la volontà istituzionale di rispondere alle sfide attuali della medicina basandosi sulle scienze sociali e umane.

Quali sono gli obiettivi di lavoro di questa cattedra? A quali ricerche sta lavorando attualmente con il suo team?

Trattandosi di una posizione associata a una cattedra di psicologia palliativa e quindi a un corso di studi accademico, la mia missione principale è generare conoscenza attraverso la ricerca e diffonderla attraverso l'insegnamento.

C'è un forte interesse affinché l'insegnamento di qualità in materia di Palliative Care si affermi a tutti i livelli, sia pre che post-laurea. Per questo il mio obiettivo è sviluppare e promuovere l'insegnamento della psicologia palliativa a vari livelli.

Al livello pre-laurea, lavoro con gli studenti di medicina, per esempio nel contesto dell'insegnamento della medicina di comunità, dei corsi facoltativi come il corso «Vivere guardando in faccia la morte» sviluppato nel nostro dipartimento dal Dr. Tamches, o nelle tesi di master. Per gli studenti di psicologia iscritti alla Facoltà di scienze sociali e politiche, svilupperò, per esempio, un seminario specifico su alcune sfide psicologiche legate al contesto del fine vita per gli studenti di livello master. Questo tipo di insegnamento permette inoltre di gettare ponti tra le facoltà dell'università, un altro degli obiettivi della mia posizione.

A livello post-laurea, per me è importante integrare alcuni programmi CAS (Certificate of Advanced Studies) come il CAS in Palliative Care o il CAS in psicologia positiva. Il vantaggio di questi programmi è che generalmente coinvolgono diverse professioni (medici, infermieri, psicologi, accompagnatori spirituali) e discipline, dato il profilo variegato dei partecipanti, specie considerando che l'Ufficio federale della sanità pubblica attribuisce grande importanza all'interdisciplinarietà e alla collaborazione interprofessionale nella formazione in Palliative Care. Questo è particolarmente rilevante per un campo come quello della psicologia palliativa, strettamente legato al lavoro sociale, all'accompagnamento spirituale e alla Palliative Care infermieristica.

Al livello della ricerca, negli ultimi anni diversi studi hanno dimostrato l'importanza di considerare la dimensione «non fisica» per sostenere la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie in situazioni palliative. In questa ottica, l'ambito che desidero sviluppare in particolare riguarda le risorse psicologiche dei pazienti e dei loro cari nel contesto palliativo e del fine vita. In psicologia, questi lavori si inseriscono nella corrente della «psicologia positiva». Nel contesto del fine vita, si tratta di identificare i fattori protettivi e le risorse individuali che permettono ai pazienti di vivere il fine vita più tranquillo e sereno possibile. Questo approccio vuole essere complementare e non in opposizione all'approccio psicopatologico e psichiatrico che domina oggi la Palliative Care e, più in generale, l'ambito medico. Questa dimensione è anche in linea con il concetto di «Palliative Care orientata alle risorse» che stiamo sviluppando nell'ambito del Servizio di Palliative Care e di supporto, in collaborazione con le cat-

tedre di Palliative Care geriatrica e Palliative Care infermieristica. Più concretamente, gli studi che ho condotto e sto conducendo si concentrano sui concetti di significato della vita, gratitudine e crescita post-traumatica. Il loro obiettivo è triplice: (1) da un lato, capire meglio come queste dimensioni sono associate alla qualità di vita nella Palliative Care, (2) dall'altro lato, capire come possono partecipare anche al processo di adattamento e adeguamento dei pazienti di fronte alle molte sfide del fine vita, (3) infine, sviluppare e valutare possibili interventi in queste aree, cosa che abbiamo fatto recentemente, per esempio, con un intervento basato sulla gratitudine e la sua espressione tra il paziente e il familiare assistente.

Vorrei anche citare una dimensione della ricerca incentrata sullo sviluppo e sulla convalida di strumenti per la valutazione della qualità della presa in carico palliativa così come per l'identificazione dei pazienti palliativi e dei loro bisogni. Anche questa dimensione è molto importante per me perché rappresenta un'incarnazione, a livello di ricerca, della collaborazione tra diverse professioni e discipline, in particolare con le cure infermieristiche e le scienze sociali.

Oltre alle mie attività di insegnamento e di ricerca, svolgo anche una piccola attività clinica, il cui scopo principale è permettere di agganciare la mia ricerca alla realtà clinica sul campo.

Il CHUV dispone già di un'unità specializzata e di squadre mobili per la Palliative Care. Ci sono servizi di sostegno psicologico e / o servizi sociali che devono essere sviluppati o rafforzati? Se sì, quali?

Se prendiamo in considerazione lo sviluppo della Palliative Care nell'ambito del nostro servizio al CHUV, che si tratti dell'unità di medicina palliativa o delle équipe di Palliative Care intra ed extra ospedaliera, vediamo che gli psicologi sono pienamente integrati nel servizio per garantire l'assistenza ai pazienti palliativi. Lo stesso vale per l'accompagnamento spirituale e c'è anche una stretta collaborazione con gli assistenti sociali che lavorano al CHUV. Del resto, questo approccio è perfettamente in linea con la definizione di Palliative Care data dall'OMS, che verte sull'integrazione della dimensione psicologica, sociale e spirituale per una presa in carico ottimale dei pazienti palliativi. Tuttavia, questa non è una particolarità esclusiva del CHUV e la grande maggioranza dei team o delle unità di Palliative Care del cantone sono organizzate in modo da favorire una stretta collaborazione con gli psicologi. Questo approccio multiprofessionale è necessario per affrontare l'ampio spettro della sofferenza in fase terminale. Grazie all'interazione di tutte queste figure professionali, i team ottengono una comprensione olistica della situazione del paziente e della sua famiglia. Tuttavia, più gli psicologi sono direttamente integrati nei team di

Palliative Care tradizionalmente incentrata sul binomio medico-infermiere, più efficace sarà la collaborazione interprofessionale e più appropriati saranno gli interventi, a condizione che si crei un vero dialogo all'interno dei team in modo che ognuno possa identificare le specificità e i limiti dell'altro. Questo è un elemento fondamentale per me, ma che può essere sottovalutato. Penso che questo valga anche per gli accompagnatori spirituali e gli assistenti sociali.

Oltre ai pazienti, le prestazioni di Palliative Care includono anche la famiglia e la rete sociale più vicina. Il supporto psicologico può essere necessario, per esempio, per aiutare il paziente e la sua famiglia ad affrontare le cattive notizie, il lutto prematuro e la morte imminente. Questo tipo di sostegno aiuta la famiglia a risolvere le questioni in sospeso, favorisce una comunicazione aperta, permette di riconoscere i sensi di colpa e altri sentimenti emotivamente carichi. Infine prepara la famiglia all'addio nel miglior modo possibile, a voltare pagina e a elaborare il lutto.

Nei team di Palliative Care, gli psicologi sono anche estremamente utili in caso di difficoltà emotive incontrate dai professionisti.

In che modo i professionisti della Palliative Care generale possono beneficiare del vostro lavoro?

Come ho già accennato, l'insegnamento è fondamentale per la diffusione delle conoscenze tra i professionisti, in particolare a livello post-laurea. Tuttavia, nei prossimi anni vorrei raccogliere la sfida di costruire una rete di psicologi clinici che operano nella Palliative Care, dapprima nel cantone di Vaud e successivamente a livello romando e latino. Anche la piccola attività clinica che svolgo ha per scopo principale quello di ancorare le mie ricerche alla realtà sul campo. Ci sono molti psicologi nella Svizzera romanda che vantano una reale competenza clinica nel campo della Palliative Care. Una tale rete darebbe più visibilità al ruolo degli psicologi palliativisti e ci permetterebbe allo stesso tempo di coordinarci per ottimizzare la trasmissione delle conoscenze e rafforzare la ricerca che è fortemente radicata nella prassi clinica.

A livello personale, quali sono le attività che svolge con piacere e che la rigenerano?

Pratico diverse attività legate alla montagna: sci alpinismo, corsa, bicicletta, alpinismo ed escursionismo. Trovo tutto questo molto rigenerante e arricchente!

Grazie mille per questa intervista!

L'intervista è stata realizzata da Esther Schmidlin, palliative vaud.

Fallbeispiele interprofessioneller Spiritual Care – Teil 3: Unterwegs zum Himmelskind

Im Anschluss an die 2018 veröffentlichten *Leitlinien zur interprofessionellen Spiritual Care* hat die Arbeitsgruppe *Spiritual Care von palliative.ch* Fallbeispiele gesammelt und kommentiert, die veranschaulichen, wie die spirituelle Dimension von unterschiedlichen Professionen gemeinsam wahrgenommen werden kann. Wir dokumentieren die Fallbeispiele in dieser Serie.

Frau S., eine 36-jährige Patientin mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden, wurde auf der Palliativabteilung hospitalisiert. Sie ist geschieden und hat drei kleine Kinder. Sie ist eine Persönlichkeit, die gerne die Kontrolle behält und ihre Gedanken und seelischen Nöte kaum nach außen trägt. Es gibt jedoch immer wieder Momente, in denen dies trotzdem sichtbar wird. Nachfolgend ein Beispiel dafür.

Während dem Erwachen aus der Narkose sprach sie das erste Mal mit mir über ihre Haltung dem Leben gegenüber, von ihrem Glauben und über die Sinnhaftigkeit ihrer Erkrankung. Sie zählt sich zu den gläubigen Menschen. Der Glaube gibt ihr Halt und Zuversicht. So ist sie sicher, dass sie in ihrem Leben genug Gutes geleistet hat, um ins Paradies zu

kommen. Sie betet auch mehrmals täglich darum. Bezüglich der Frage, weshalb sie so früh aus dem Leben gerissen wird, hat sie eine klare Antwort. Ihre kleinen Kinder hat sie so erzogen, dass sie zu starken Persönlichkeiten heranwachsen können. Das jüngste wird sie nicht mehr so lange begleiten können, wie sie gerne möchte, es sei jedoch bei einer Pflegemutter gut aufgehoben, die ihm die starke Persönlichkeit mitgeben wird.

Ihre weiteren Aufgaben als Mutter sehe sie in Zukunft vor allem im Paradies. Zuerst konnte ich diese Aussage nicht genau einordnen. Als ich nachfragte, stellte sich heraus, dass die Patientin vor einigen Jahren eine Fehlgeburt in der 26. Schwangerschaftswoche hatte. Dieses Himmelskind warte nun schon lange auf sie. Wenn sie die irdische Welt



verlassen müsse, sei das Wahrnehmen der Mutterrolle bei diesem Kind ihre nächste Aufgabe. Sie werde ihr Himmelskind endlich wieder in den Armen halten und ihm ihre Mutterliebe geben können. Zudem könne sie, vom Paradies aus, auf ihre Kinder hier auf der Erde schauen und diese weiterhin tief in ihrem Herzen begleiten und leiten.

Der Tod macht der Patientin keine Angst, da sie ihre kommenden Aufgaben kenne und trotz aller Traurigkeit über die aktuelle Situation doch noch etwas Positives sehen kann. Jedoch ist es für die Patientin sehr schwierig, den Weg bis zum Tod zu gehen. Sie ist immer wieder hin- und hergerissen: Einerseits möchte sie so lange wie möglich bei klarem Verstand sein, damit sie die Situation kontrollieren kann. Andererseits möchte sie dann, wenn es soweit ist, nichts mehr mitbekommen und sediert werden.

In einem besonderen Moment konnte sich die Patientin mir gegenüber öffnen, sich mit dem, was sie zuinnerst beschäftigt, anvertrauen. Eindrücklich war es, wie klar sie in dieser Aufwachphase kommunizieren konnte, obwohl sie noch nicht richtig wach war. Ich hatte den Eindruck, dass sie während dem Erzählen noch in einer Art Zwischenwelt war und teilweise dem Tod näher als dem Leben, obwohl sie bei Bewusstsein war und ihre Emotionen wie Trauer zeigen konnte.

Auf ein späteres Nachfragen, wie die Patientin das Erwachen erlebt hatte, gab sie mir folgende Antwort: «Ich hoffe fest, dass ich eines Tages genauso einschlafen kann und einfach nicht mehr erwachen muss, so wäre der Sterbensweg bis hin zum Tod nicht von Gefühlen wie Angst besetzt.»

Das Team geht zusammen mit der Patientin den Weg des Sterbens. Nebst der Traurigkeit und Machtlosigkeit ist es wichtig, kleine Herzensmomente und die «leise Kommunikation» zu sehen. Sei es auch «nur» eine schöne innige Situation zwischen ihr und den Kindern. Die Patientin findet trotz aller Widrigkeit einen Sinn – darin können wir sie als interprofessionelles Team mit viel Feingefühl unterstützen.

Reflexion aus pflegefachlicher Perspektive (Monica Fliedner, Inselspital Bern)

Diese Situation zeigt sehr eindrücklich, welchen Spagat zwischen dem Leben, der Sinnhaftigkeit und dem Tod die Betroffenen, aber auch die betreuenden Fachpersonen machen. Frau Struchen erkennt eine Türe, um mit der Patientin über ihre spirituellen Vorstellungen zu sprechen und zwei Welten miteinander zu verbinden – das «hier» mit ihrer Familie und den drei Kindern und das «dort» mit dem Himmelskind und den Aufgaben, die «dort» auf sie warten. Man hat den Eindruck, dass die Patientin in ih-

ren religiösen Überzeugungen eine starke Kraftressource empfindet und dadurch ihr Leiden ertragen und einordnen kann. Frau Struchen hat die feinen Töne auf eine einfühlsame Weise wahrgenommen und in dieser Aufwachphase Raum und Zeit gegeben, um die Zwischenwelt der Patientin kennenzulernen und später auch nochmals darauf zurückzukommen. Man hat den Eindruck, dass dadurch eine Vertrauenssituation zwischen ihr und der Patientin entstanden ist. Sie reflektiert die Situation der Patientin auf eine sensible Art und macht dadurch dem interprofessionellen Team Mut, auch in widrigen Situationen gemeinsam mit den Betroffenen eine Sinnhaftigkeit zu entdecken, die Situationen gemeinsam zu tragen und schlussendlich auch einer «compassion fatigue» vorzubeugen.

Kommentar aus ärztlicher Perspektive (Urs Lütolf)

Ein Zustand zwischen Schlaf und Wachsein öffnet das Tor zu den Bildern der Patientin von Diesseits und Jenseits. Dabei zeigt sich, dass sie so dem Hingehen entgegenschauen und Hoffnung auf Neues finden kann. Die Aufwachphase scheint Gedanken und Zunge der Patientin gelöst zu haben, sie konnte sich mitteilen. Dieser Moment der Öffnung ist beim späteren Nachfragen zum gemeinsam gangbaren Weg der Begleitung geworden.

Ich könnte mir vorstellen, dass diese Öffnung später im Wachsein der Patientin als «ungewolltes Weggeben von innersten Gedanken» vielleicht beschämend empfunden wird. Sorgfältig, so meine ich, muss mit diesem intimen Wissen umgegangen werden, um auf dem gemeinsamen Weg weiterzugehen. Wie darf oder soll das im Team mitgeteilt werden? Diese Frage, offen und ohne Druck gestellt, kann nur durch die Patientin beantwortet werden. Im gegenseitigen Vertrauen lassen sich so die anstehenden Tage oder Monate bewältigen.

Kommentar aus der Perspektive der Lebensendforschung (Simon Peng-Keller)

Menschen sterben, Beziehungen nicht. Das zeigt sich in Grenzsituationen des Lebens, in perimortalen Zonen, in besonders intensiver Weise. Im vorliegenden Fallbeispiel wendet sich die sterbende Mutter ihrem frühverstorbenen Kind zu und gewinnt daraus Trost und Sinn. Die innere Verbundenheit, die sie dabei spürt, gibt ihr die Hoffnung, dass auch die Beziehung zu ihren anderen Kindern über ihren Tod hinaus weitergehen wird. Dass die Patientin, deren Kontrollbedürfnis hervorgehoben wird, sich gerade in einer Aufwachphase zu öffnen beginnt, dürfte kein Zufall sein. Sie taucht aus einer Zwischenwelt auf, in der die Grenzen des Bewusstseins poröser sind als im Alltags-

wachbewusstsein. Studien belegen, dass im imaginativen Erleben von Sterbenden und Trauernden die Begegnung mit verstorbenen Menschen oft von zentraler Bedeutung ist (Bühler / Peng-Keller, 2014; Peng-Keller, 2017; Kellehear, 2020). Diese Studien deuten auch darauf hin, dass die Erfahrung, von einer verstorbenen nahestehenden Person «besucht» zu werden, zu jenen Phänomenen gehören, die während des Sterbens eher die Regel als die Ausnahme sind. Darüber zu sprechen fällt allerdings schwer. Die Gründe dafür dürften vielfältig sein. Erfahrungen, die uns kostbar und heilig sind, behalten wir für uns, wenn wir fürchten müssen, missverstanden zu werden. Visionäres Erleben in Todesnähe gehört zu den Phänomenen, die schwer einzuordnen und in Sprache zu fassen sind. Sie anzusprechen rührt an eine verbreitete Tabuisierung spiritueller Erfahrungen. Spiritual Care umfasst die Aufgabe, Erzählräume anzubieten, in denen solche Erfahrungen zur Sprache kommen dürfen, in denen sie validiert werden können (Peng-Keller et al., 2018, 9f.). Es gilt den richtigen Moment dafür zu finden – oder vielleicht besser: ihn nicht zu verpassen, wenn er sich, wie in diesem Fallbeispiel, plötzlich einstellt.

Literatur:

Pierre Bühler, Simon Peng-Keller (Hg.), *Bildhaftes Erleben in Todesnähe. Hermeneutische Erkundungen einer heutigen ars moriendi*, Zürich: TVZ 2014.

Allan Kellehear, *Visitors at the End of Life. Finding Meaning and Purpose in Near-Death Phenomena*, New York 2020.

Simon Peng-Keller, *Sinnereignisse in Todesnähe. Traum- und Wachvisionen Sterbender und Nahtoderfahrungen im Horizont von Spiritual Care (Reihe: Studies in Spiritual Care, Bd. 1)*. Berlin: De Gruyter 2017.

Simon Peng-Keller, Pascal Mösl, Renata Aebi, Bettina Barz, Daniel Büche, Barbara Bucher, Monica Fliedner, Urs-Martin Lütolf, Maya Zumstein-Shaha, *Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis*, Bern 2018.



Sandra Struchen

Bachelor of Science in Nursing
Pflegefachfrau in der Palliativ-
abteilung Swan C des Inselspitals
Bern

sandranicole.struchen@insel.ch

Sandra Struchen

ANZEIGE



**MAS/DAS/CAS FH in
Palliative Care**

TERMINE FÜR INFO-ANLÄSSE →
www.careum-hochschule.ch

berufsbegleitend | modular | praxisorientiert

Die anspruchsvolle Fachpflege schwer kranker und sterbender Menschen erfordert aktuelles und forschungsbasiertes erweitertes Wissen. Ziel ist es, Selbstbestimmung und Lebensqualität am Lebensende deutlich zu verbessern. Gemeinsam mit den Betroffenen hinterfragen Sie im interprofessionellen Team die zentralen Pflegekonzepte und setzen sie kompetent um. Der MAS-Studiengang dauert mindestens 2 Jahre.

Ihre Karriereziele – unsere berufsbegleitenden Studiengänge:
Bachelor of Science | Master of Science | Cardiovascular Perfusion | Care Management | Complex Care | Geriatric Care | Home Care | Management of Healthcare Institutions | Nephrological Care | Neuro/Stroke | Oncological Care | Palliative Care | Pflege- und Gesundheitsrecht | Rehabilitation Care | Transformationen managen | Transplantationspflege | Wissenschaftspraxis | Wound Care

Gloriastrasse 18a, 8006 Zürich
elke.steudter@careum-hochschule.ch



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz
Die Hochschule für Berufstätige.



Eidgenössisch akkreditierte
Fachhochschule



Careum
Hochschule Gesundheit
Teil der Kalaidos Fachhochschule

Études de cas de l'assistance spirituelle interprofessionnelle – Partie 3: En route vers l'enfant céleste

À la suite des lignes directrices sur les Spiritual Care interprofessionnels publiées en 2018, le groupe de travail Spiritual Care de palliatif ch a rassemblé et commenté des études de cas illustrant comment la dimension spirituelle peut être perçue en commun par différentes professions. Nous documentons les études de cas dans cette série.

Mme S., une patiente de 36 ans atteinte d'une maladie tumorale avancée, a été hospitalisée dans l'unité de soins palliatifs. Elle est divorcée et a trois petits enfants. Elle a une personnalité qui aime garder le contrôle et exprime rarement ses pensées et sa détresse émotionnelle. Cependant, il y a toujours des moments où cela devient néanmoins apparent. L'exemple suivant en est une illustration.

Pendant le réveil de l'anesthésie, elle m'a parlé pour la première fois de son attitude envers la vie, de sa foi et du sens de sa maladie. Elle se considère comme une personne croyante. La foi lui apporte soutien et confiance. Elle est donc certaine d'avoir fait assez de bien dans sa vie pour aller au paradis. Elle prie également pour cela plusieurs fois par jour. Quant à la question de savoir pourquoi elle est arrachée si tôt à la vie, elle a une réponse claire. Elle a élevé ses jeunes enfants de manière à ce qu'ils puissent devenir de fortes personnalités. Elle ne pourra pas accompagner le plus jeune aussi longtemps qu'elle le souhaiterait, mais il serait entre de bonnes mains avec une mère d'accueil qui lui donnera une forte personnalité.

Elle voit ses futures tâches de mère dans l'avenir surtout au paradis. Au début, je n'arrivais pas à classer cette déclaration. Lorsque je me suis renseigné, il s'est avéré que la patiente avait fait une fausse couche à la 26^e semaine de grossesse, il y a quelques années. Cet enfant céleste l'attendrait depuis longtemps déjà. Lorsqu'elle devrait quitter le monde terrestre, sa prochaine tâche serait d'assumer le rôle de mère pour cet enfant. Elle pourrait tenir à nouveau son enfant céleste dans ses bras et lui donner son amour maternel. De plus, depuis le paradis, elle pourrait regarder ses enfants ici sur terre et continuer à les accompagner et les guider au plus profond de son cœur.

La mort ne fait pas peur à la patiente, car elle connaîtrait ses tâches à venir et peut encore voir quelque chose de positif malgré toute la tristesse de la situation actuelle. Cependant, il est très difficile pour la patiente de suivre le chemin jusqu'à la mort. Elle est déchirée encore et encore: d'un côté, elle veut être lucide le plus longtemps possible pour pouvoir contrôler la situation. D'un autre côté, le moment venu, elle ne veut plus avoir conscience de rien et être sous sédatif.

Dans un moment particulier, la patiente a pu s'ouvrir à moi, me confier les choses qui la préoccupaient profondément. C'était impressionnant de voir à quel point elle était capable de communiquer clairement dans cette phase d'éveil, même si elle n'était pas encore vraiment éveillée. J'ai eu l'impression que pendant la narration, elle se trouvait encore dans une sorte de monde intermédiaire et qu'elle était en partie plus proche de la mort que de la vie, même si elle était consciente et pouvait montrer ses émotions comme le chagrin.

Lorsque j'ai demandé plus tard comment la patiente avait vécu le réveil, elle m'a donné la réponse suivante: «J'espère sincèrement qu'un jour je pourrai m'endormir de la même manière et que je n'aurai tout simplement pas à me réveiller, ainsi le chemin vers la mort ne serait pas peuplé par des sentiments tels que la peur.»

L'équipe parcourt le chemin de la mort avec la patiente. Outre la tristesse et l'impuissance, il est important de voir les petits moments du cœur et la «communication discrète». Même s'il ne s'agirait «que» d'une belle situation intime entre elle et les enfants. La patiente trouve un sens à sa vie malgré toute l'adversité - en cela nous pouvons la soutenir en tant qu'équipe interprofessionnelle avec beaucoup de sensibilité.

Réflexion du point de vue des soins infirmiers (Monica Fliedner, Inselspital Bern)

Cette situation montre de manière très impressionnante quel grand écart entre la vie, son sens et la mort font la personne concernée, mais aussi les professionnels soignants. Mme Struchen reconnaît une porte pour parler avec la patiente de ses idées spirituelles et pour relier deux mondes l'un à l'autre – l'«ici» avec sa famille et les trois enfants et le «là-bas» avec l'enfant céleste et les tâches qui l'attendent «là-bas». On a l'impression que la patiente ressent une forte ressource de force dans ses convictions religieuses et qu'elle est ainsi capable d'endurer et de catégoriser sa souffrance. Mme Struchen a perçu les tonalités subtiles de manière sensible et a donné de l'espace et du temps dans cette phase d'éveil pour apprendre à connaître le monde intermédiaire de

la patiente et y revenir plus tard. On a l'impression que cela a créé une situation de confiance entre elle et la patiente. Elle reflète la situation de la patiente de manière sensible et encourage ainsi l'équipe interprofessionnelle à découvrir un sens à la vie avec les personnes concernées, même dans des situations difficiles, à supporter les situations ensemble et, en fin de compte, à prévenir une «compassion fatigue».

Commentaire d'un point de vue médical (Urs Lütolf)

Un état entre le sommeil et l'éveil ouvre la porte aux images que la patiente se fait de ce monde et de l'au-delà. Cela montre qu'elle peut ainsi considérer le fait d'y aller et trouver l'espoir de quelque chose de nouveau. La phase de réveil semble avoir libéré les pensées et délié la langue de la patiente, elle a pu communiquer. Ce moment d'ouverture est devenu un chemin d'accompagnement mutuellement praticable lors des demandes ultérieures.

Je pourrais imaginer que cette ouverture, plus tard, lorsque la patiente est éveillée, puisse être ressentie honteusement comme un «dévoilement non désiré des pensées les plus intimes». À mon avis, cette connaissance intime doit être manipulée avec précaution afin de continuer sur le chemin commun. Comment cela peut-il ou doit-il être communiqué au sein de l'équipe? Cette question, posée ouvertement et sans pression, ne peut trouver de réponse que chez la patiente. Dans une confiance mutuelle, les jours ou les mois à venir peuvent être gérés de cette manière.

Commentaire du point de vue de la recherche sur la fin de vie (Simon Peng-Keller)

Les gens meurent, pas les relations. Cela se voit dans les situations limites de la vie, dans les zones pérимortelles, de

manière particulièrement intense. Dans cette étude de cas, la mère mourante se tourne vers son enfant décédé prématurément et en tire réconfort et sens. Le lien intérieur qu'elle ressent ainsi lui donne l'espoir que la relation avec ses autres enfants se poursuivra également au-delà de sa mort. Le fait que la patiente, dont le besoin de contrôle est souligné, commence à s'ouvrir juste au moment où elle se réveille n'est pas dû à un hasard. Elle émerge d'un monde intermédiaire dans lequel les frontières de la conscience sont plus poreuses que dans la conscience éveillée quotidienne. Des études montrent que dans l'expérience imaginative des personnes mourantes et en deuil, la rencontre avec des personnes décédées revêt souvent une importance centrale (Bühler/Peng-Keller, 2014; Peng-Keller, 2017; Kellehear, 2020). Ces études suggèrent également que l'expérience d'être «visité» par un être cher décédé est l'un de ces phénomènes qui sont la règle plutôt que l'exception lorsqu'on est en train de mourir. Il est toutefois difficile d'en parler. Les raisons en sont probablement variées. Des expériences qui nous sont précieuses et sacrées, nous les gardons pour nous si nous devons craindre d'être mal compris. Les expériences visionnaires au seuil de la mort font partie des phénomènes difficiles à classer et à formuler. En les abordant, on touche à un tabou répandu des expériences spirituelles. L'assistance spirituelle (Spiritual Care) inclut la tâche d'offrir des espaces narratifs dans lesquels il est permis de parler de telles expériences, dans lesquels elles peuvent être validées (Peng-Keller et al., 2018, 9f.). Il est important de trouver le bon moment pour cela – ou peut-être mieux: de ne pas le manquer s'il se présente soudainement, comme dans cette étude de cas.

Sandra Struchen

Les références bibliographiques se trouvent dans la partie en langue allemande.

Esempi di Spiritual Care interprofessionale – Terza parte: In viaggio verso il bambino che aspetta in cielo

La Signora S, una paziente di 36 anni affetta da un tumore in stadio avanzato, è stata ricoverata in ospedale nel reparto palliativo. È divorziata e ha tre bambini piccoli. È una persona a cui piace mantenere il controllo e che raramente esterna i propri pensieri o problemi emotivi. Ci sono però sempre dei momenti in cui nonostante tutto è possibile percepire i suoi sentimenti e qui di seguito ne vedremo un esempio.

Durante il suo risveglio dall'anestesia, mi parlò per la prima volta del suo atteggiamento verso la vita, della sua fede e del significato della sua malattia. Si considera una persona credente. La fede le dona sostegno e fiducia. In questo modo è sicura di aver fatto abbastanza del bene nella sua vita da andare in paradiso e prega diverse volte al giorno per questo scopo. Alla domanda sul perché lei venga strappata alla vita così presto, ha una risposta chiara. Ha cresciuto i propri figli piccoli in modo che possano crescere con una forte personalità. Non riuscirà a seguire il più piccolo ancora a lungo come vorrebbe, ma il bambino si trova ben accolto presso una madre affidataria e sarà lei a dargli una forte personalità.

I suoi successivi compiti in qualità di madre se li immagina in futuro soprattutto in paradiso. Inizialmente non riuscivo a capire il significato di questa affermazione, poi ho scoperto che la paziente aveva avuto un aborto alla ventiseiesima settimana. Questo bimbo mai nato la sta aspettando da molto tempo. Quando dovrà lasciare questo mondo terreno, il suo prossimo compito sarà quello di assumere il ruolo di madre per questo figlio. Potrà finalmente abbracciare suo figlio in cielo e donargli il suo amore materno. Dal paradiso potrà inoltre osservare i suoi bambini qui sulla terra e continuare a sostenerli e guidarli dal profondo dei loro cuori.

La morte non spaventa la paziente perché conosce i compiti che le spettano in futuro e, nonostante tutta la tristezza per la situazione attuale, riesce ancora a vedere qualcosa di positivo. Tuttavia, per la paziente è molto difficile intraprendere la via verso la morte. Si sente sempre combattuta tra, da un lato, il voler rimanere lucida il più a lungo possibile per poter controllare la situazione e, dall'altro lato, il desiderio di non accorgersi di nulla quando arriverà il momento e di venir sedata.

In un momento speciale la paziente è riuscita ad aprirsi a me, confidandomi ciò che la preoccupava maggiormente nel più profondo del cuore. Era impressionante come riuscisse a comunicare chiaramente durante questa fase del risveglio, nonostante non fosse ancora completamente sveglia. Avevo l'impressione che mentre parlava si trovasse

ancora in una specie di mondo intermedio e che fosse in parte più vicina alla morte che alla vita, nonostante fosse cosciente e in grado di esprimere le proprie emozioni e la sua tristezza.

Quando in seguito le chiesi come avesse vissuto il risveglio, mi diede la risposta seguente: «Spero proprio che un giorno riuscirò ad addormentarmi esattamente così, per poi non svegliarmi mai più, in questo modo il cammino verso la morte non sarebbe caratterizzato da emozioni come la paura».

L'équipe accompagna la paziente sulla via verso la morte. Oltre alla tristezza e al senso di impotenza è importante vedere anche quei piccoli momenti emozionanti e «la comunicazione muta». Come ad esempio anche «solo» una bella situazione di intimità tra lei e i propri figli. La paziente nonostante tutte le avversità riesce a vedere un senso – e in questo noi, in quanto team interprofessionale, possiamo sostenerla con tatto e delicatezza.

Riflessione dal punto di vista delle cure infermieristiche (Monica Fliedner, Inselspital Bern)

Questa situazione mostra in modo straordinario la spaccata tra la vita, la ragionevolezza e la morte che devono fare le persone colpite, ma anche gli specialisti addetti all'assistenza. La Signora Struchen riesce ad aprire un varco per parlare con la paziente delle sue idee spirituali e a collegare tra loro due mondi – il «qui» con la sua famiglia e i tre figli e il «là» con il bambino in cielo e i compiti che quindi la aspettano «là». Si ha l'impressione che la paziente tragga una grande energia dalle sue convinzioni religiose, tramite le quali riesce a sopportare e contestualizzare la sofferenza. La Signora Struchen è riuscita a percepire con sensibilità un momento delicato e nella fase del risveglio ha dato spazio e tempo per conoscere il mondo intermedio della paziente, per poi in seguito ritornare di nuovo su questo tema. In questo modo tra lei e la paziente è venuta a crearsi una situazione di fiducia. Riesce a riflettere poi in modo sensibile sulla situazione della paziente, dando coraggio all'équipe

interprofessionale di vedere insieme alla persona colpita un significato anche nelle situazioni più avverse, di affrontare insieme le varie situazioni e prevenendo infine anche una «compassion fatigue».

Commento dal punto di vista medico (Urs Lütolf)

Lo stato tra il sonno e la veglia apre la porta alle immagini della paziente riguardanti questo mondo e l'aldilà. Apprendiamo così che attende con gioia la sua partenza con la speranza di intraprendere qualcosa di nuovo. La fase del risveglio sembra liberare i pensieri e la lingua della paziente, riuscendo a condividerli con gli altri. Questo momento di apertura si è poi rivelato nei colloqui seguenti come una via comune percorribile nell'accompagnamento.

Posso immaginarmi che più tardi, dopo il risveglio completo, questa apertura possa essere stata percepita come una «involontaria confessione dei pensieri più intimi» e quindi essere percepita forse con imbarazzo. Ritengo quindi che bisogna gestire queste informazioni intime con molta cura, per poter continuare a percorrere insieme il resto del cammino. Come può o deve venire comunicata al team questa informazione? A questa domanda, posta in modo aperto e senza pressioni, può solo rispondere la paziente. In questo modo è possibile affrontare i giorni o i mesi seguenti nella fiducia reciproca.

Commento dal punto di vista della ricerca al termine della vita (Simon Peng-Keller)

Le persone muoiono, le relazioni no. Questo si manifesta in situazioni estreme della vita, nelle zone perimortem, in

modo particolarmente intenso. Nel caso appena esposto, la madre morente si volge verso il figlio morto prematuramente e ne trae conforto e significato. L'attaccamento interiore che prova le dà la speranza che anche la relazione che la lega agli altri figli continuerà dopo la sua morte. Il fatto che la paziente, di cui viene sottolineata la necessità di mantenere il controllo, inizi ad aprirsi proprio nella fase del risveglio non è probabilmente un caso. Emerge da un mondo intermedio, in cui le frontiere della coscienza sono più porose rispetto allo stato di coscienza quotidiano. Degli studi dimostrano che nelle esperienze immaginative delle persone morenti o in lutto, l'incontro con persone decedute è spesso fondamentale (Bühler/Peng-Keller, 2014; Peng-Keller, 2017; Kellehear, 2020). Questi studi indicano inoltre che l'esperienza di ricevere una «visita» da parte di una persona cara deceduta, rientra tra quei fenomeni che in prossimità della morte rappresentano piuttosto una regola e non l'eccezione. Tuttavia risulta difficile parlarne per svariati motivi. Le esperienze che riteniamo preziose e sacre, le teniamo per noi, se abbiamo paura di venir male interpretati. Esperienze legate a delle visioni in prossimità della morte rientrano tra i fenomeni più difficili da comprendere e da esprimere a parole. Sollevare questa questione rappresenta un tabù diffuso tra le esperienze spirituali. Spiritual Care ha quindi il compito di offrire degli spazi per poter raccontare di queste esperienze e in cui sia possibile parlarne trovando conferme (Peng-Keller et al., 2018, 9f.). Bisogna trovare il momento giusto per farlo - o forse meglio: non lasciarselo sfuggire anche quando, come in questo caso, arriva improvvisamente.

Sandra Struchen

I riferimenti bibliografici si trovano nella sezione di lingua tedesca.

Endlich wieder Summer School!

Die Summer School in Palliative Medicine konnte am 16. und 17. Juni wieder vor Ort im Campus Sursee durchgeführt werden. Unter Einhaltung der bestehenden Corona-Auflagen standen die zwei Tage im Zeichen von spannenden Inhalten und Austausch zwischen den über 80 teilnehmenden Palliativmedizinerinnen und -medizinern.

Das Programm-Komitee, bestehend aus Sophie Pautex, Fabia Weisser, Birgit Traichel und Sivan Schipper, hat ein spannendes und abwechslungsreiches Programm über die zwei Tage zusammengestellt. Fachpersonen aus der ganzen Schweiz sprachen über Forschung und Praxis, Ideen und Konzepte rund um die Palliative Care.

Brigit Traichel zeigte unter dem Motto «Lost in Translation» die Herausforderungen der transkulturellen Kommunikation in der Palliativmedizin auf und lud die Teilnehmenden ein, aktiv Lösungsansätze anhand von Fallbeispielen zu finden. Jan Gärtner warf einen kritischen Blick auf die seit der letzten Summer School publizierte Literatur. Michael Ljuslin und Sivan Schipper beleuchteten die Kontroversen zum Einsatz von Psychedelika in der Palliativmedizin. Und Emmanuel Coradi diejenigen zu Lidocain und zur interventionellen Schmerztherapie.

Tanja Fusi-Schmidhauser und Piotr Sobanski berichteten über «Early Palliative Care» und wie man Patientinnen und Patienten mit Nicht-Krebserkrankungen einbezieht. Ein Highlight der Veranstaltung waren auch dieses Jahr wieder die «Pearls», als verschiedene Teilnehmende Praxisbeispiele und Anwendungen aus ihrem Arbeitsalltag vorstellten. Das Schlussreferat hielten die Zahnärzte Ruth und Christian Besimo zum Thema der medizinischen Hypnose und deren Möglichkeiten und Grenzen.

Standespolitik durfte nicht fehlen

Im Anschluss an das Nachtessen am Mittwoch fand unter der Leitung der Fachgruppe Ärztinnen und Ärzte, Tanja Fusi-Schmidhauser und Sandra Eckstein, eine Information zu den Tätigkeiten der Leitungsgruppe sowie ein angeregter Austausch zu den Änderungen in der Erteilung des interdisziplinären Schwerpunkttitels und der Vergabe der Zertifizierung von Weiterbildungsstätten statt.

Wichtiger denn je – Austausch zwischen den Teilnehmenden

Gerade unter den aktuellen Verhältnissen, in welcher die ersten Veranstaltungen nach den Lockerungen der Corona-Massnahmen im kleineren Rahmen wieder möglich waren, kam das Bedürfnis aller Teilnehmenden nach einem persönlichen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen klar zum Ausdruck. Die Zeit, sich auszutauschen wurde in den Pausen, zwischen den Referaten und am Abend rege genutzt.

Die Präsentationen der Summer School 2021 finden Sie auf unserer Webseite aufgeschaltet: www.palliative.ch

Stephanie Alder



Gross war das Bedürfnis nach einem persönlichen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen. (Bild Stephanie Alder)

La Summer School est enfin de retour!

La Summer School en médecine palliative a pu à nouveau se tenir les 16 et 17 juin sur le site du campus de Sursee. Moyennant le respect des exigences existantes concernant le coronavirus, les deux journées ont été marquées par un contenu passionnant et des échanges entre les spécialistes en médecine palliative dont le nombre de participant·e·s dépassait les 80.

Le comité du programme, composé de Sophie Pautex, Fabia Weisser, Birgit Traichel et Sivan Schipper, a élaboré un programme passionnant et varié au cours des deux journées. Des spécialistes de toute la Suisse ont parlé de recherche et de pratique, d'idées et de concepts autour des soins palliatifs.

Brigit Traichel a montré les défis de la communication transculturelle en médecine palliative sous la devise «Lost in Translation» et a invité les personnes participantes à trouver activement des approches de solution sur la base d'études de cas. Jan Gärtner a jeté un regard critique sur la littérature publiée depuis la dernière Summer School. Michael Ljuslin et Sivan Schipper ont mis en lumière les controverses entourant l'utilisation des psychédéliques en médecine palliative. Et Emmanuel Coradi celles sur la lidocaïne et la thérapie interventionnelle de la douleur.

Tanja Fusi-Schmidhauser et Pjotr Sobanski ont présenté un rapport sur les «Early Palliative Care» et la manière d'inclure les patient·e·s non atteint·e·s de maladies cancéreuses. L'un des points forts de l'événement cette année a été une fois de plus les «Pearls», lorsque divers·es participant·e·s ont présenté des exemples pratiques et des applications tirés de leur travail quotidien. La présentation finale a été donnée par les dentistes Ruth et Christian Besimo sur le thème de l'hypnose médicale, ses possibilités et ses limites.

La politique en matière professionnelle ne pouvait pas manquer

Après le dîner du mercredi, une réunion d'information sur les activités du groupe directeur et un échange animé sur les changements dans l'attribution du titre de spécialiste interdisciplinaire et dans l'attribution de la certification des centres de formation ont eu lieu sous la direction du groupe professionnel médecins, Tanja Fusi-Schmidhauser et Sandra Eckstein.

Plus important que jamais – l'échange entre les personnes participantes

Surtout dans les circonstances actuelles, où les premiers événements après l'assouplissement des mesures contre le coronavirus ont été possibles à nouveau à plus petite échelle, le besoin de tou·te·s les participant·e·s d'un échange personnel avec des collègues a été clairement exprimé. Le temps pour échanger des idées a été activement utilisé pendant les pauses, entre les présentations et dans la soirée.

Les présentations de la Summer School 2021 sont disponibles sur notre site Web: www.palliative.ch

Stephanie Alder

Finalmente è tornata la Summer School!

La Summer School in medicina palliativa ha potuto nuovamente aver luogo in presenza il 16 e 17 giugno nel Campus di Sursee. Mantenendo tutte le disposizioni relative al coronavirus, i due giorni si sono svolti all'insegna di interessanti contenuti e di stimolanti scambi tra gli 80 medici palliativi partecipanti.

Il comitato organizzativo, composto da Sophie Pautex, Fabia Weisser, Birgit Traichel e Sivan Schipper, ha redatto un programma di due giorni molto stimolante e variato. Gli specialisti provenienti da tutta la Svizzera hanno discusso di ricerca e di pratica, così come di idee e concetti riguardanti le cure palliative.

Birgit Traichel, con il motto «Lost in Translation», ha illustrato le problematiche legate alla comunicazione transculturale nella medicina palliativa e ha invitato i partecipanti a trovare in modo attivo delle possibili soluzioni presentando dei casi esemplificativi. Jan Gärtner ha analizzato con occhio critico la bibliografia pubblicata dopo l'ultima Summer School. Michael Ljuslin e Sivan Schipper hanno illustrato le controversie legate all'utilizzo di psichedelici nella medicina palliativa; mentre Emmanuel Coradi ha analizzato quelle legate alla lidocaina e alla terapia interventistica del dolore.

Tanja Fusi-Schmidhauser e Pjotr Sobanski nella loro relazione hanno parlato delle «Early Palliative Care» e su come coinvolgere le pazienti e i pazienti con malattie non dovute a un tumore. Anche quest'anno uno dei momenti salienti sono state di nuovo le «Pearls», cioè quando diversi partecipanti hanno presentato degli esempi pratici e delle applicazioni tratte dal loro lavoro quotidiano. La relazione finale è stata presentata dai dentisti Ruth e Christian Besimo sul tema dell'ipnosi medica illustrandone le possibilità e i limiti.

Non poteva mancare la politica professionale

Dopo la cena di mercoledì, sotto la direzione del gruppo di esperti medici composto da Tanja Fusi-Schmidhauser e Sandra Eckstein, sono state fornite informazioni sulle attività del gruppo direttivo ed è avvenuto un animato scambio riguardante i cambiamenti nel conferimento del titolo di formazione approfondita interdisciplinare e nell'assegnazione della certificazione dei luoghi di formazione.

Più importante che mai – lo scambio tra i partecipanti

Specialmente nella situazione attuale, dove è stato finalmente possibile realizzare le prime manifestazioni in scala ridotta dopo gli allentamenti delle misure dovute al coronavirus, è emerso chiaramente il bisogno di tutti i partecipanti di poter avere uno scambio personale con le colleghe e i colleghi. Il tempo a disposizione per poter effettuare questo scambio – nelle pause, tra le presentazioni e la sera – è stato usato intensamente.

Le presentazioni della Summer School 2021 sono a disposizione sul nostro sito web: www.palliative.ch

Stephanie Alder

Finanzielle Soforthilfe für Krebsbetroffene in der Corona-Pandemie

Corona hat die – durch die Krebserkrankung oft bereits angespannte – finanzielle Situation gewisser Krebsbetroffener verschärft. Um diese Menschen gezielt zu entlasten, schuf die Krebsliga einen Covid-19-Spezialfonds. Daraus konnte sie bereits rund 150 000 Franken an Krebsbetroffene auszahlen, die wegen der Pandemie in finanzielle Nöte geraten sind, weitere 300 000 Franken sind gesprochen.

Krebserkrankungen haben auch in einem reichen Land wie der Schweiz für die Betroffenen weitreichende sozioökonomische Folgen. Das Coronavirus hat diese bei einigen noch verstärkt. Ein unvorhersehbares Ereignis wie ein pandemiebedingter Arbeitsplatzverlust kann Krebsbetroffene in existenzielle Nöte bringen. So geschah es beispielsweise bei Cornelia D., die als Fachfrau Betreuung Teilzeit in einem Wohnheim arbeitete. Wegen der Krebserkrankung war sie nach Ausbruch der Pandemie bei der Arbeit auf besondere Schutzmassnahmen angewiesen. Das wirkte sich negativ auf ihr Arbeitsverhältnis aus. «Durch die Coronakrise verlor ich meine Stelle. Das zog mir der Boden unter den Füßen weg. Plötzlich musste ich mit noch weniger Geld auskommen und hatte grosse Existenzängste», erzählt sie.

Finanzielle Not lindern

Um Menschen wie Cornelia D. unbürokratisch und gezielt Hilfe anzubieten, schuf die Krebsliga im Frühjahr 2020 einen Covid-19-Spezialfonds. Die regionalen und kantonalen Krebsligen können aus diesem Fonds Gelder zur Unterstützung betroffener Personen beantragen. «Durch den Corona-Fonds konnten wir Einzelpersonen und Familien unterstützen und finanzielle Sorgen lindern. So können die Betroffenen wieder zuversichtlicher in die Zukunft blicken», sagt Michèle Leuenberger-Morf, Geschäftsführerin, Krebsliga beider Basel.

Armutrisiko vermindern

Die Beraterinnen und Berater der Krebsliga beurteilen die finanzielle Situation der Betroffenen. Nach sorgfältiger Prüfung erhalten sie aus dem Spezialfonds schnell und unbürokratisch die Mittel, die sie direkt an die Betroffenen auszahlen können. Von den für den Fonds gesprochenen 450 000 Franken wurden so inzwischen rund 150 000 Fran-

ken gezielt eingesetzt. Damit leistet die Krebsliga einen wichtigen Beitrag, um das Armutsrisiko krebsbetroffener Menschen in der Pandemie zu reduzieren. «Der Corona-Fonds der Krebsliga hat mich unterstützt, in einer Zeit, in der ich oft nicht mehr weiterwusste. Für diese Hilfe und die gleichzeitige Begleitung und Beratung durch die Krebsliga bin ich unglaublich dankbar», erzählt Cornelia D.

Die Hilfe geht weiter

Die Pandemie und ihre sozioökonomischen Auswirkungen sind nach wie vor nicht überstanden. «Die Gesuche treffen erst mit einer gewissen Verzögerung bei den Beratenden ein, weil armutsbetroffene Menschen mit Krebs oft versuchen, sich zuerst auf andere Weise finanziell über Wasser zu halten, bevor sie um Hilfe bitten. Wir gehen deshalb davon aus, dass die Zahl der Betroffenen noch weiter zunehmen wird und damit auch der Finanzbedarf und die Bedeutung solcher Unterstützungsmöglichkeiten», sagt Therese Straubhaar, Sozialarbeiterin bei der Krebsliga Schweiz. Krebsbetroffene, die aufgrund ihrer Erkrankung und der Pandemie in finanzielle Notlagen geraten, können sich weiterhin an die kantonale oder regionale Krebsliga ihres Wohnortes wenden, um finanzielle Beratung und Unterstützung zu erfahren.

Informationen zu Beratungsangeboten der Krebsliga:

- Regionale und kantonale Anlaufstellen: www.krebsliga.ch/regionen
- Krebstelefon: www.krebsliga.ch/krebstelefon
- E-Mail: helpline@krebsliga.ch
- Chat: www.krebsliga.ch/cancerline
- Austauschplattform für Betroffene und Angehörige: www.krebsforum.ch

Information der Krebsliga Schweiz

Aide financière immédiate pour les personnes touchées par le cancer durant la pandémie

Le coronavirus a aggravé la situation financière – souvent déjà mise à mal par la maladie – de certaines personnes touchées par le cancer. Afin de leur apporter une aide ciblée, la Ligue contre le cancer a créé un fonds spécial COVID-19. Près de 150 000 francs ont ainsi déjà été versés à des personnes atteintes de cancer en situation de détresse financière due à la pandémie, et le dispositif s'est vu allouer 300 000 francs supplémentaires.

Même dans un pays riche comme la Suisse, le cancer a un impact socio-économique considérable sur les personnes concernées, encore exacerbé par le coronavirus. Un événement imprévisible tel qu'une perte d'emploi due à la pandémie peut ainsi entraîner des difficultés existentielles. C'est ce qui est arrivé à Cornelia D., par exemple, qui travaillait à temps partiel comme assistante socio-éducative dans un home. Dans le contexte de la pandémie, sa maladie l'a contrainte à prendre des mesures de protection particulières au travail, qui l'ont desservie sur le plan professionnel. «J'ai perdu mon emploi à cause de la crise du coronavirus. Cela m'a fait perdre pied. Du jour au lendemain, je me suis retrouvée avec des ressources financières diminuées et très angoissée au plan existentiel», raconte-t-elle.

Atténuer la précarité financière

Afin d'offrir aux personnes comme Cornelia D. une aide adaptée à leur besoins, sans bureaucratie inutile, la Ligue contre le cancer a créé au printemps 2020 un fonds spécial COVID-19. Dans ce cadre, les ligues cantonales et régionales peuvent solliciter des aides financières pour soutenir les personnes touchées. «Le fonds spécial nous a permis de secourir des personnes seules et des familles, et d'alléger leurs soucis financiers. Ainsi, les personnes concernées peuvent à nouveau envisager l'avenir plus sereinement», déclare Michèle Leuenberger-Morf, directrice de la Ligue contre le cancer des deux Bâle.

Réduire le risque de pauvreté

Les conseillères et conseillers de la Ligue contre le cancer évaluent la situation financière des demandeurs. Après un examen minutieux de leur dossier, ils reçoivent rapidement et sans bureaucratie inutile l'argent du fonds spécial, qu'ils peuvent verser directement aux bénéficiaires. Sur les 450 000 francs suisses alloués au fonds, environ 150 000 francs ont à ce jour été utilisés de manière ciblée.

La Ligue contre le cancer contribue ainsi de manière significative à réduire le risque de pauvreté des personnes touchées par le cancer en temps de pandémie. «Le fonds mis en place par la Ligue contre le cancer m'a soutenue à une période où j'étais souvent en plein désarroi. Je suis extrêmement reconnaissante pour l'aide financière, mais aussi pour l'accompagnement et les conseils dont j'ai bénéficiés grâce à la Ligue contre le cancer», affirme Cornelia D.

Maintien du dispositif

Nous n'en avons pas fini avec la pandémie et ses retombées socio-économiques. «Les demandes parviennent aux conseillères et conseillers avec un certain décalage, car les personnes atteintes de cancer qui vivent dans la pauvreté essaient souvent de garder la tête hors de l'eau par d'autres moyens avant de se résoudre à demander de l'aide. Le nombre de personnes concernées et, par conséquent, le besoin financier vont selon nous continuer à augmenter, d'où l'importance de maintenir ce dispositif», déclare Theres Straubhaar, assistante sociale à la Ligue suisse contre le cancer. Les personnes touchées par le cancer que la maladie et la pandémie font basculer dans la détresse financière peuvent continuer à s'adresser à la ligue cantonale ou régionale de leur lieu de résidence pour obtenir des conseils et un soutien financiers.

Informations et offres de conseil de la Ligue contre le cancer:

- Ligues régionales et cantonales: www.liguecancer.ch/region
- Ligne InfoCancer: www.liguecancer.ch/infocancer
- Courriel: helpline@liguecancer.ch
- Chat: www.liguecancer.ch/cancerline
- Forum: www.forumcancer.ch

Information de la Ligue contre le cancer

Aiuto finanziario immediato per malati di cancro durante la pandemia di coronavirus

Il coronavirus ha esacerbato la situazione finanziaria di diverse persone colpite dal cancro, che spesso è già critica a causa della loro malattia. Per alleviarne in modo mirato la situazione, la Lega contro il cancro ha costituito un fondo speciale per il Covid-19. Da esso sono stati già versati circa 150 000 franchi a malati di cancro che si trovano in difficoltà finanziaria a causa della pandemia, ed altri 300 000 franchi sono stati stanziati.

Anche in un paese ricco come la Svizzera, il cancro ha conseguenze socioeconomiche di vasta portata per le persone che ne sono colpite. Il coronavirus ha ulteriormente esacerbato la situazione di taluni malati. Un evento imprevedibile come la perdita del lavoro a causa della pandemia può creare problemi di sussistenza ai malati di cancro. È quello che è successo, ad esempio, a Cornelia D., che lavorava a tempo parziale come assistente specializzata in una casa di riposo. A causa della sua malattia, dopo lo scoppio della pandemia aveva dovuto adottare misure di protezione speciali sul lavoro, che hanno avuto conseguenze negative sul rapporto di lavoro. «Ho perso il posto a causa della crisi del coronavirus. Questo mi ha buttata a terra. Improvvisamente, ho dovuto cavarmela con ancora meno soldi e ho avuto una gran paura per la mia stessa esistenza», racconta la donna.

Attenuare le difficoltà finanziarie

Per poter offrire a persone come Cornelia D. un aiuto mirato e senza lungaggini burocratiche, nella primavera del 2020 la Lega contro il cancro ha costituito un fondo speciale per il Covid-19. Le Leghe regionali e cantonali possono sollecitare mezzi da questo fondo per sostenere i malati di cancro in difficoltà. «Tramite il fondo coronavirus siamo stati in grado di sostenere singole persone e intere famiglie, alleviandone le preoccupazioni di natura finanziaria. In questo modo, sono tornate a guardare al futuro con più fiducia», spiega Michèle Leuenberger-Morf, direttrice della Lega contro il cancro delle due Basilea.

Ridurre il rischio di povertà

I consulenti della Lega contro il cancro valutano la situazione finanziaria delle persone interessate. Dopo un attento esame, i consulenti ricevono i soldi dal fondo speciale, in modo rapido e senza burocrazia, e poi li versano direttamente a chi ne ha diritto. Con questo metodo mirato, dei

450 000 franchi stanziati per il fondo, ne sono nel frattempo stati spesi circa 150 000. Così facendo, la Lega contro il cancro sta fornendo un importante contributo per ridurre il rischio di povertà durante la pandemia delle persone malate di cancro. «Il fondo coronavirus della Lega contro il cancro, mi ha sostenuto in un momento in cui spesso non sapevo come andare avanti. Sono incredibilmente grata per questo aiuto e per la contemporanea assistenza e consulenza della Lega contro il cancro», afferma Cornelia D.

L'aiuto prosegue

La pandemia e il suo impatto socioeconomico non sono ancora terminati. «Le richieste giungono ai consulenti con una certa lentezza, perché prima di chiedere aiuto i malati di cancro caduti in povertà cercano spesso di mantenersi finanziariamente a galla in altri modi. Diamo quindi per scontato che il numero delle persone interessate continuerà a crescere e di conseguenza anche il fabbisogno finanziario e l'importanza di queste possibilità di supporto», dichiara Therese Straubhaar, assistente sociale della Lega svizzera contro il cancro. Le persone che si trovano in difficoltà finanziaria a causa della loro malattia e della pandemia possono continuare a rivolgersi alla Lega contro il cancro della loro regione di domicilio per ottenere consulenza e sostegno finanziario.

Consulenza e informazione della Lega contro il cancro

- 18 Leghe regionali e cantonali: www.legacancro.ch/regione
- Linea cancro: www.legacancro.ch/lineacancro
- E-mail: helpline@legacancro.ch
- Chat: www.legacancro.ch/cancerline
- Forum cancro: www.forumcancro.ch

Informazione della Lega contro il cancro

Zugang zu Medizinalcannabis wird vereinfacht

Bundesrat und Parlament wollen kranken Menschen den Zugang zu Medizinalcannabis erleichtern und haben eine entsprechende Revision des Betäubungsmittelgesetzes verabschiedet. Offen bleibt die Frage nach der Kostenübernahme von Cannabinoiden, da deren Wirksamkeit noch nicht ausreichend nachgewiesen ist.

Das Interesse an medizinischen Anwendungen von Cannabis ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Bekanntestes Beispiel ist die symptomatische Behandlung von Spasmen oder Krämpfen, die durch Multiple Sklerose ausgelöst werden. Auch in der Onkologie kommen Cannabisarzneimittel zum Einsatz, beispielsweise bei chronischen Schmerzzuständen oder bei Übelkeit und Appetitverlust in Zusammenhang mit einer Chemotherapie. Es gibt zwar viele Erfahrungsberichte über erfolgreiche Behandlungen, doch steckt die Forschung dazu noch in den Anfängen. Aussagekräftige Studien zu Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Cannabinoiden fehlen bisher weitgehend.

Verschreibung auf Rezept

Bereits heute verschreiben Ärztinnen und Ärzte Cannabis zu medizinischen Zwecken. Allerdings benötigen sie dafür eine Ausnahmegenehmigung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Dieses Verfahren erschwert den Zugang zur Behandlung für Betroffene, verzögert die Aufnahme der Therapie und ist angesichts der kontinuierlich steigenden Anzahl Gesuche nicht mehr zweckmässig. Deshalb hat das Parlament entschieden, das gesetzliche Verkehrsverbot von Cannabis zu medizinischen Zwecken im Betäubungsmittelgesetz aufzuheben. Ärztinnen und Ärzte können so neu Cannabisarzneimittel direkt auf Rezept verschreiben. Mit dem revidierten Gesetz bleiben sie jedoch verpflichtet,

Behandlungen und relevante Daten dem BAG zu melden. Diese Datenerhebung erlaubt, die Wirkung der Gesetzesänderung zu untersuchen und die Verschreibungspraxis zu kontrollieren. Der Nationalrat hat ergänzt, dass beim Monitoring durch das BAG insbesondere auch Daten zu den Nebenwirkungen erhoben werden sollen.

Ungeklärte Vergütungsfrage

Neu werden auch der Anbau, die Herstellung, die Verarbeitung und der Handel von medizinisch genutztem Cannabis geregelt. Als Bewilligungsbehörde ist hierfür Swissmedic vorgesehen. Cannabis zu Genusszwecken bleibt aber weiterhin verboten. Die Gesetzesänderung ändert auch nichts an den Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Cannabisarzneimitteln. Die obligatorische Grundversicherung deckt die Kosten derzeit nur in Ausnahmefällen. Nur wenn umfassend nachgewiesen werden kann, dass Cannabistherapien wirksam und effizient sind, könnten diese in Zukunft über die obligatorische Grundversicherung vergütet werden. Das Bundesamt für Gesundheit prüft zurzeit die Evidenz zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Cannabisarzneimitteln und den Handlungsbedarf. Ein entsprechender Bericht wird noch 2021 erwartet.

*Franziska Lenz, Leiterin Politik und Public Affairs,
Krebsliga Schweiz*

Neuer Name, bewährtes Angebot

Spitex für Stadt und Land heisst jetzt Senevita Casa. Auch in Zukunft bieten wir Betreuung und Pflege für Menschen in ihrem Zuhause.

In den eigenen vier Wänden leben zu können ist der Wunsch vieler älterer Menschen. Dies zu ermöglichen, ist oft eine grosse Herausforderung sowohl für Betroffene als auch für ihre Angehörigen.

Weil sich ihr Gesundheitsbild allmählich ändert, müssen gewohnte Abläufe sowie alltägliche Besorgungen neu organisiert werden. Wir unterstützen und begleiten seit mehr als 35 Jahren Menschen in ihrem Zuhause. Vertraut, kompetent, bedürfnisorientiert - für Pflege, Haushalt und Betreuung. Mit Menschlichkeit, Herzlichkeit und Respekt schaffen wir Nähe und Kontinuität. Und tragen so dazu bei, dass die Ihnen nahestehende Person so lange wie möglich zu Hause bleiben kann.

Haben Sie noch Fragen?

Unser Team steht Ihnen zur Seite. Vereinbaren Sie ein kostenloses, unverbindliches Beratungsgespräch.

Nouveau nom, offre éprouvée

Spitex pour la ville et la campagne s'appelle désormais Senevita Casa. Nous continuerons à offrir assistance et soins privés aux personnes à leur domicile.

De nombreuses personnes âgées souhaitent pouvoir vivre à leur domicile. Rendre cela possible est souvent un grand défi pour les personnes concernées ainsi que pour leurs proches. Parce que leur état de santé change progressivement, les routines familiales ainsi que les courses quotidiennes doivent être réorganisées. Depuis plus de 35 ans, nous soutenons et accompagnons les personnes à leur domicile. De manière familière, compétente, axée sur les besoins - pour les soins, l'assistance et le ménage. Avec humanité, cordialité et respect, nous créons la proximité et la continuité. Et contribuons ainsi à ce que la personne qui vous est proche puisse rester chez elle le plus longtemps possible.

Vous avez des questions?

Notre équipe est là pour vous répondre. Convenez d'un entretien-conseil gratuit et sans engagement.

Un nuovo nome, la professionalità di sempre

Spitex per la città e la campagna ora si chiama Senevita Casa. Anche in futuro offriremo assistenza privata e cure a domicilio.

Molte persone anziane desiderano poter vivere a casa propria. Rendere questo possibile è spesso una grande sfida per le persone colpite e per i loro parenti. Poiché il loro stato di salute cambia gradualmente, la routine familiare e le commissioni quotidiane devono essere riorganizzate. Sosteniamo e accompagniamo le persone nelle loro case da più di 35 anni. Familiare, competente, orientata ai bisogni - per la cura, l'assistenza e l'economia domestica. Con umanità, cordialità e rispetto, creiamo vicinanza e continuità, e contribuiamo così a far sì che la persona a voi cara possa rimanere a casa il più a lungo possibile.

Altre domande?

Il nostro team è a disposizione. Richiedeteci senza impegno un colloquio di consulenza gratuito.



senevita Casa

Worbstrasse 46
3074 Muri b. Bern
0844 77 48 48
casa@senevita.ch
www.senevitacasa.ch

L'Intégration de l'accompagnement spirituel dans les soins palliatifs – un soutien, qui ne s'arrête pas au décès de la personne qui vient de nous quitter

Mon parcours: Janvier 2018, mon mari est admis aux soins palliatifs à l'Hôpital de Beaumont après de nombreuses semaines entre les soins continus et les divers étages de médecine au CHUV à Lausanne.

Nous savions la fin proche mais nous n'avions aucune idée comment gérer ce temps d'attente, avec toujours au fond du cœur l'espoir d'un miracle.

L'accompagnante spirituelle Geneviève Spring est venue visiter mon mari aux soins palliatifs mais ce dernier ne voulait plus parler, ni se confier à personne. Il l'a prié de prendre soin de moi dans la spiritualité sur ce dur chemin de séparation qui m'attendait. Mon mari savait que c'était important pour moi.

Elle est venue ensuite me voir quelques fois pendant ces deux semaines à Beaumont. Et c'est dans les couloirs de l'hôpital et dans la petite salle de réunions qu'a commencé mon accompagnement. Je devais tout d'abord me préparer au décès qui allait arriver; et qu'est-ce qu'il est difficile de se préparer à cette dure épreuve à laquelle on refuse de croire. Et aussi commencer le chemin de l'acceptation et de la reconstruction.

Et là prend tout le sens des soins palliatifs. Le personnel médical, les bénévoles et surtout les accompagnants spirituels entourent non seulement le patient qui est train de quitter ce monde, mais aussi ses proches et surtout les conjoints.

Pour moi, la présence de l'accompagnant spirituel à mes côtés, déjà à ce moment-là, a été salvatrice. Une présence, remplie d'humanité et de compassion a été essentielle. Mieux que n'importe quel médicament qui aurait pu apaiser ma peine. Cet accompagnement est un soin à part entière qui apaise la blessure.

C'est comme si l'accompagnant spirituel m'avait prise par la main pour que je me relève, que je tiens debout et que je reprenne le chemin de ma vie.

Maintenant, trois ans après le décès de mon mari, je pense que l'accompagnement spirituel devrait être développé dans les différents services du CHUV. Je pense plus spécialement dans les services de soins continus, où l'environnement est tellement lourd et difficile à accepter et à gérer émotionnellement.

Après ce temps à l'hôpital, est venu le temps des rendez-vous à Mont-Paisible, à intervalle régulier, sous forme d'entretien en face à face. Je voulais vivre le processus de deuil accompagnée spirituellement. J'ai donc accepté avec soulagement et grand intérêt la possibilité qui m'était donnée. L'accompagnant a pris soin de ma blessure émotionnelle et affective, de ma si grande douleur. Ce soin spirituel a pansé la plaie profonde que ce départ prématuré avait provoquée.

J'ai trouvé en l'accompagnant spirituel la très grande écoute dont j'avais besoin. Ces échanges ont été une stimulation très importante pour retrouver la paix intérieure, une motivation pour retrouver le chemin de mes racines et de mes valeurs.

Puis, en automne 2019, 21 mois après le décès, a eu lieu la «Cérémonie du souvenir». Ce fut une étape. Quelle émotion! Mais ce moment a été d'une grande intensité en partage. Je n'étais pas seule dans la douleur. Et là, le travail des accompagnants spirituels prend toute sa dimension.

Ensuite, le travail de deuil, de reconstruction a continué pour moi. Car les solutions ne sont pas disponibles dans un livre ou sur internet. Je devais trouver les solutions seule. Le travail de suivi dans l'accompagnement spirituel a consisté à m'aider à trouver les solutions par moi-même. Et cette recherche, ce travail, sont très exigeants. Retrouver «ma base» qui me semblait s'être écroulée. L'accompagnant spirituel écoute sans juger, sans critiquer, avec tellement de bienveillance.

Cet accompagnement a été indispensable pour me pousser à retrouver le chemin de la paix intérieure, la confiance, l'espérance, de la sérénité. J'ai pu partager mes tristesses, mes doutes, ma fragilité, ma solitude, mon manque. Et j'ai appris à voir également tout ce qu'il y avait de positif dans ma vie: le partage et les rencontres avec ma famille et les amis, la proximité de la nature.

L'accompagnement spirituel a été très important dans mon expérience personnelle pour m'aider à ne pas culpabiliser, sur ce que j'avais fait ou pas fait dans les derniers moments passés aux côtés mon mari. Mais également ne pas culpabiliser au moment des «rechutes». Des moments «de mou» pendant lesquels j'ai l'impression que tout s'effondre à nouveau. J'ai appris à admettre que j'en ai le droit, que la blessure guérit mais que la cicatrice sera toujours là. J'ai res-

senti une consolation lorsque j'ai évoqué ma peur d'oublier le défunt.

L'accompagnement spirituel a été vécu pour moi au quotidien. J'avais besoin d'un appui pour tout ce que j'entreprenais; comme si j'avais besoin d'une approbation.

Je comparerai l'accompagnement spirituel à la guérison d'une maladie. L'accompagnant spirituel constate les progrès du malade, varie le soin si besoin et propose la mise en place du traitement le plus adapté, sans que moi, en tant que «patient», je me rende compte de tout ce qui se passe en coulisse.

L'accompagnant spirituel a été là pour m'aider à accepter le deuil, à me reconstruire de la perte de mon mari, mais également pour m'écouter sur d'autres aspects qui font partie de la vie et qui m'entourent, comme par exemple l'activité professionnelle et la très grande fatigue qu'elle a générée; ceci a été pour moi une grande préoccupation et il a été nécessaire de partager cet aspect-là aussi pour trouver du réconfort.

J'ai aussi eu beaucoup de questionnements sur les rencontres, les liens que je pouvais créer. M'aider à ne pas culpabiliser sur cet aspect-là aussi a été l'objet de nombreuses réflexions et d'échanges avec l'accompagnant spirituel. J'ai pensé que je n'avais pas le droit à de nouvelles rencontres et j'avais besoin d'être rassurée. J'étais vulnérable, toujours entre savoir ce qui est juste ou faux. Ceci était parfois étouffant.

Malgré la perte de concentration qui s'est déclarée après le choc du décès, j'ai beaucoup lu. Grâce aux échanges avec l'accompagnant spirituel, qui n'impose jamais rien, j'ai découvert des auteurs passionnants et ces lectures ont ancré mes convictions et m'ont guidées sur ce chemin d'endeuillé.

Durant le temps de la crise sanitaire au printemps 2020, les entretiens à Mont-Paisible n'ont plus été possibles. Il était imposé de se conformer aux directives. L'accompagnant spirituel et moi avons co-construit d'autres possibilités pour me permettre de poursuivre mon cheminement et mon rétablissement. La nature et la marche en forêt se sont vite imposées comme cet espace à l'extérieur qui ont soutenus mon intériorité. Ces moments m'ont permis de retrouver le lien avec la terre mère et la nature, et par là, une certaine sérénité et la confiance. Marcher m'a maintenue en mouvement et m'a permis de regarder vers le futur et poursuivant ma route.

Puis est venue pour moi l'étape des deux questions:

- Comment je vois ma guérison?
- Qu'est-ce que l'accompagnement spirituel au CHUV m'a appris sur moi-même?

Pas facile de répondre à ces questions! Comme dit plus haut, le travail spirituel est exigeant!

Alors j'ai regardé le chemin parcouru depuis le décès, le moment où j'ai cru que tout s'écroulait et que je n'arriverais pas à remonter la pente. Mais non, la guérison est un processus, comme une maladie physique. Le soin spirituel m'a aidée à voir que la vie reprend son cours, avec ses joies et ses tristesses. C'est comme la végétation qui reprend ses droits après un incendie; pour moi qui aime la montagne, c'est comme la linéaire des Alpes qui pousse dans les pierriers.

J'ai donc fait une liste de tout ce qui était acquis et tout ce qui devait encore être amélioré. Le bilan est positif. «Le pronostic vital n'est plus engagé»!

Je me sens guérie, tout en gardant la cicatrice gravée dans mon cœur. Je continue «l'après» à «être» avec confiance.

Si je regarde en arrière, ce fut un chemin jonché d'embûches mais qui m'a conduite vers plus de lumière, d'espérance, de raisonnement, de gratitude, de force, de confiance et de foi. De la fragilité, de la détresse, de la tristesse, de la solitude, du manque, j'ai trouvé en moi les ressources pour avancer. Mon «moi» profond a eu le dessus.

Et pour valider cette guérison de l'âme, une dernière étape a eu lieu le 16 janvier 2021. Un rituel. Mais qui a pris pour moi le sens d'un pèlerinage. Un endroit vers lequel je reviens quasi chaque semaine et qui est très symbolique pour qui a connu mon mari. Dans la nature. Lieu magnifique pour se ressourcer.

J'ai préparé un hommage à mon mari, sans oublier les remerciements à Geneviève pour les soins qu'elle m'a prodigués pour arriver à cette guérison.

Cette dernière étape a été préparée minutieusement avec Geneviève qui m'a accompagnée jusqu'à ce moment où mon désir était de recevoir la bénédiction, qui pour moi avait le sens de «maintenant, tu peux aller sur le chemin; tu es guérie».

Lise Narbel



Lise Narbel

Assistante d'un avocat
à Lausanne

lise.narbel@bluewin.ch

Integration der Seelsorge in die Palliative Care – eine Begleitung, die nicht mit dem Tod des geliebten Menschen endet

Meine Geschichte: Im Januar 2018 kam mein Mann nach vielen Wochen auf der Überwachungsstation und in verschiedenen medizinischen Abteilungen in die Palliativstation des Spitals von Beaumont im CHUV Lausanne.

Wir wussten, dass er nicht mehr lange leben würde, hatten aber keine Ahnung, wie wir mit dieser Wartezeit umgehen sollten und hofften immer noch auf ein Wunder.

Geneviève Spring, spirituelle Begleiterin, besuchte meinen Mann in der Palliative Care. Er wollte aber nicht mehr sprechen, sich niemandem anvertrauen. Er bat sie, mich auf diesem schweren Weg der bevorstehenden Trennung seelsorgerisch zu begleiten. Mein Mann wusste, wie wichtig das für mich war.

Während der zwei Wochen seines Aufenthalts im Beaumont hat sie mich mehrmals besucht. In den Krankenhauskorridoren und in einem kleinen Besprechungsraum begann meine Seelsorge. Zunächst musste ich mich auf den bevorstehenden Tod einstellen. Es war so schwer, mich auf diese harte Prüfung vorzubereiten, die ich nicht wahrhaben wollte. Und ich musste auch mit dem Akzeptieren und dem Wiederaufbauen beginnen.

Und da liegt die ganze Bedeutung der Palliative Care. Das medizinische Personal, die ehrenamtlichen Mitarbeitenden und vor allem die Seelsorgerinnen und Seelsorger begleiten nicht nur den Patienten, der Abschied nimmt von der Welt, sondern auch die Angehörigen und insbesondere die Ehepartner.

Für mich war die Gegenwart einer Seelsorgerin an meiner Seite bereits in diesem Moment eine Rettung. Ihre Gegenwart voller Menschlichkeit und Mitgefühl war unersetzlich. Besser als jedes Medikament, das meine Schmerzen hätte lindern können. Die Begleitung ist eine eigenständige Behandlung, die der Wunde Heilung bringt.

Es war, als ob mir die Seelsorgerin die Hand reichte, damit ich wieder stehen und auf meinem Lebensweg weitergehen könne.

Heute, drei Jahre nach dem Verlust meines Mannes, bin ich der Ansicht, dass in den verschiedenen Abteilungen des CHUV Seelsorge angeboten werden sollte. Besonders in der Überwachungsstation mit ihrer beklemmenden Atmos-

phäre, die nur schwer zu akzeptieren und gefühlsmässig zu bewältigen ist.

Nach der Zeit im Spital hatte ich regelmässige Einzelgespräche im Mont-Paisible. Ich wollte den Trauerprozess mit einer spirituellen Begleitung durchleben. So nahm ich mit Erleichterung und grosser Offenheit die Gelegenheit wahr, die sich mir bot. Die Seelsorgerin kümmerte sich um meine emotionale Wunde, um meinen grossen Schmerz. Diese spirituelle Fürsorge hat die tiefe Verletzung geheilt, die ich durch diesen vorzeitigen Abschied erfahren hatte.

Ich fand bei meiner Seelsorgerin das offene Ohr, das ich so dringend brauchte. Unsere Gespräche halfen mir, den inneren Frieden wiederzufinden, und motivierten mich zu einer Rückbesinnung auf meine Wurzeln und meine Werte.

Im Herbst 2019, 21 Monate nach dem Tod meines Mannes, fand der Gedenkgottesdienst statt. Das war ein wichtiger Schritt. Er hat mich sehr aufgewühlt! Ich habe aber in diesem Moment intensive Gemeinsamkeit erlebt. Ich war mit meinem Schmerz nicht allein. Das macht die Seelsorgearbeit so wertvoll.

Danach ging für mich die Trauer- und Wiederaufbauarbeit weiter. Denn Lösungen gibt es nicht in Büchern oder im Internet. Ich musste sie alleine finden. Die Arbeit der Seelsorge bestand darin, mir zu helfen, meine eigenen Lösungen zu entdecken. Diese Suche, diese Arbeit ist sehr anstrengend. Meine «Basis» wiederzufinden, die in sich zusammengebrochen schien. Ein Seelsorger hört zu, ohne zu urteilen oder zu kritisieren, voller Wohlwollen.

Diese Begleitung war für mich eine unerlässliche Hilfe, damit ich den Weg zu innerem Frieden, zur Zuversicht, Hoffnung und Gelassenheit finden konnte. Ich konnte über meine Trauer, meine Zweifel, die Unsicherheit und Einsamkeit sprechen und darüber, wie sehr mir mein Mann fehlte. Und ich habe auch gelernt, das Positive in meinem Leben zu sehen: den Austausch und die Begegnung mit meiner Familie und mit Freunden, die Nähe zur Natur.

Nach meiner Erfahrung hat die Seelsorge sehr geholfen, mit Schuldgefühlen umzugehen in Bezug auf Dinge, die ich in der letzten Zeit, die ich mit meinem Mann verbrachte, getan oder unterlassen hatte. Aber auch, um mir selbst bei «Rückfällen» keine Vorwürfe zu machen. Diese Momente

der «Schwäche», in denen ich das Gefühl hatte, dass alles erneut zusammenbricht. Ich habe gelernt, solche Momente zuzulassen, dass die Wunde heilt, dass es aber immer eine Narbe geben wird. Ich fühlte mich getröstet, als ich von meiner Angst sprach, den Verstorbenen zu vergessen.

Die spirituelle Begleitung war in meinem Alltag präsent. Ich brauchte für alles, was ich tat, Unterstützung; als ob ich immer Zustimmung von aussen benötigte.

Ich würde die spirituelle Begleitung mit der Heilung einer Krankheit vergleichen. Ein Seelsorger beobachtet die Fortschritte des Patienten, variiert die Pflege nach Bedarf und schlägt die am besten geeignete Behandlung vor, ohne dass ich als «Patientin» alles mitbekomme, was hinter den Kulissen vor sich geht.

Meine Seelsorgerin half mir, die Trauer zu akzeptieren, mich nach dem Verlust meines Mannes wieder aufzurichten, aber sie hörte mir auch in anderen Fragen zu, die ebenfalls zu meinem Leben gehören, wie etwa meine berufliche Aktivität und die daraus resultierende grosse Müdigkeit. Ich hatte mir deswegen viele Sorgen gemacht und es war mir wichtig, über diese Fragen sprechen zu können und Trost zu finden.

Ich hatte auch viele Fragen zu Begegnungen und neuen Beziehungen. Mich auch in dieser Hinsicht nicht schuldig zu fühlen, war Gegenstand zahlreicher Überlegungen und Gespräche mit meiner Seelsorgerin. Ich dachte, ich hätte kein Recht auf neue Begegnungen und brauchte dafür Beruhigung und Bestärkung. Ich war verletztlich und wusste nicht, was richtig war und was falsch. Das war manchmal sehr bedrückend.

Trotz des Konzentrationsverlustes, den ich nach dem Schock über den Tod meines Mannes erlebte, habe ich viel gelesen. Durch die Gespräche mit meiner Seelsorgerin, die mir nie etwas aufdrängte, habe ich faszinierende Autoren entdeckt. Die Lektüre half mir, meine Überzeugungen zu festigen, und gab mir während des Trauerprozesses Orientierung.

Während der Coronakrise im Frühjahr 2020 konnten die Gespräche im Mont-Paisible nicht mehr stattfinden. Schutzmassnahmen mussten eingehalten werden. Die Seelsorgerin und ich haben andere Möglichkeiten entwickelt, damit ich dennoch auf meinem Genesungsweg weitergehen konnte. Sehr bald fand ich in der Natur und auf Waldspaziergängen einen äusseren Rahmen, der mir auf meinem inneren Weg Halt gab. In diesen Momenten spürte ich die Verbindung zur Natur und zu Mutter Erde und wurde dadurch gelassener und zuversichtlicher. Durch das Gehen blieb ich in Bewegung, konnte nach vorne schauen und meinen Weg fortsetzen.

Dann kam eine Phase, in der ich mir zwei Fragen stellte:

- Wie sehe ich meine Genesung?
- Was habe ich durch die spirituelle Begleitung am CHUV über mich selbst gelernt?

Es war nicht leicht, diese Fragen zu beantworten! Wie ich bereits gesagt habe, ist spirituelle Arbeit sehr anstrengend.

Also schaute ich darauf zurück, wie weit ich seit dem Tod meines Mannes gekommen war, als ich dachte, dass alles zusammenbricht und ich mich nie wieder aufrichten könnte. Aber diese Heilung ist ein Prozess, wie die Heilung von einer körperlichen Krankheit. Die Seelsorge hat mir geholfen zu sehen, dass das Leben mit allen Freuden und Schmerzen weitergeht. Es ist, als ob ein verbrannter Boden allmählich wieder grün wird. Für mich, die ich die Berge liebe, ist es wie das Alpen-Leinkraut, das zwischen Geröll blüht.

Also habe ich eine Liste gemacht mit allem, was ich schon erreicht habe und all dem, was noch zu verbessern ist. Die Bilanz war positiv. «Der Patient schwebt nicht mehr in Lebensgefahr»!

Ich fühle mich geheilt, wenn auch mit einer Narbe im Herzen. Ich gehe den Weg in meinem Leben «danach» zuversichtlich weiter.

Wenn ich zurückblicke, war es ein Weg voller Hindernisse, der mich aber zu mehr Licht, Hoffnung, Vernunft, Dankbarkeit, Kraft, Zuversicht und Glauben geführt hat. Mitten in Verletzlichkeit, Not, Trauer, Einsamkeit und Verlassenheit habe ich die Kraft gefunden, um weiter zugehen. Mein tiefes Selbst hat gesiegt.

Zur Feier dieser Heilung meiner Seele gab es am 16. Januar 2021 eine letzte Etappe. Ein Ritual. Das für mich aber zu einer Pilgerreise wurde. Ein Ort, an den ich fast jede Woche zurückkehre, und der für jeden, der meinen Mann kannte, symbolträchtig ist. In der Natur. Ein wunderbarer Ort, um neue Kräfte zu tanken.

Ich habe eine Hommage an meinen Mann vorbereitet sowie ein Dankeschön an Geneviève für ihre Fürsorge, durch die ich genesen konnte.

Diese letzte Etappe habe ich zusammen mit Geneviève sorgfältig vorbereitet, die mich solange begleitet hat, bis ich bereit war, den Segen zu empfangen, der für mich bedeutete: «Jetzt kannst du allein weitergehen. Du bist geheilt».

Lise Narbel

MI HA COMMOSSO...

Accompagnamento spirituale integrato nelle cure palliative: un supporto che non termina con la dipartita dei nostri cari

Ecco la mia storia: Gennaio 2018. Mio marito viene ricoverato presso il reparto di cure palliative dell'ospedale De Beaumont dopo molte settimane trascorse tra unità di cure continue e altri reparti al CHUV di Losanna.

Sapevamo che la fine era vicina, ma non avevamo idea di come gestire quest'attesa così profondamente caratterizzata dalla continua speranza di un miracolo.

Geneviève Spring, compagna spirituale, è venuta a trovare mio marito nel reparto di cure palliative, ma lui non voleva parlare né confidarsi con nessuno. Tuttavia, l'ha pregata di prendersi cura della mia spiritualità nel difficile percorso di separazione che ci attendeva. Mio marito sapeva che questo aspetto era importante per me.

Durante quelle due settimane al De Beaumont, Geneviève è venuta a trovarmi diverse volte. Così, nei corridoi dell'ospedale e nella piccola sala riunioni, è iniziato il mio accompagnamento. Innanzitutto, ho dovuto prepararmi alla morte che sarebbe sopraggiunta: com'è difficile essere pronti a questa prova durissima a cui rifiutiamo di credere! Poi ho dovuto iniziare il percorso di accettazione e rinascita.

Qui le cure palliative assumono pieno senso. Il personale medico, i volontari e soprattutto gli accompagnatori spirituali sostengono non soltanto i pazienti terminali, ma anche i loro cari e soprattutto i loro coniugi.

Per me, la presenza della guida spirituale già in quel momento è stata salvifica. Avevo bisogno di una presenza piena di umanità e di compassione, che fosse in grado di lenire il mio dolore meglio di qualsiasi farmaco e di rimarginare completamente le ferite.

È come se la guida spirituale mi avesse preso per mano e mi avesse aiutato a risollevarmi, a stare in piedi da sola e a ricominciare a vivere.

Ora, a distanza di tre anni dalla morte di mio marito, penso che l'accompagnamento spirituale dovrebbe essere sviluppato nei diversi reparti del CHUV. Penso soprattutto alle unità di cure continue, dove l'atmosfera è davvero pesante da accettare e gestire psicologicamente.

Dopo il periodo trascorso all'ospedale, ho partecipato a regolari colloqui a tu per tu a Mont-Paisible. Necessitavo di

un aiuto spirituale per affrontare il lutto. Così ho accettato di buon grado e con interesse la possibilità che mi si è presentata. La guida si è presa cura del mio profondo dolore, guarendo le ferite emotive e affettive che questa morte prematura mi aveva causato.

In lei ho trovato l'ascolto che cercavo. Questi incontri mi hanno aiutato a ritrovare la pace interiore e a riscoprire le mie radici e i miei valori.

Nell'autunno 2019, 21 mesi dopo la morte di mio marito, ha avuto luogo la «Cerimonia del ricordo»: una pietra miliare, un'emozione fortissima, un momento intenso di grande condivisione. Non ero sola nel mio dolore. In queste occasioni, il lavoro degli accompagnatori spirituali assume ancor più senso.

In seguito, ho proseguito il mio percorso di elaborazione del lutto e di riorganizzazione della mia vita. Dato che la soluzione non si trova in un libro o su Internet, ho capito che dovevo cercarla da sola. Qui la guida spirituale mi ha aiutato a cercare la mia strada. È stato davvero difficile cercare di ritrovare quei pilastri fondamentali che mi parevano tutti crollati. Ciononostante, la guida spirituale mi ha ascoltato senza giudicarmi né criticarmi, dimostrando una pazienza infinita.

La sua presenza è stata indispensabile per spingermi a ritrovare pace interiore, fiducia, speranza e serenità. Con lei ho potuto condividere la mia tristezza, i miei dubbi, la mia fragilità, la mia solitudine, la mia nostalgia. E ho anche imparato a riconoscere tutti gli aspetti positivi della mia vita: la condivisione e gli incontri con la famiglia e gli amici, la bellezza della natura.

Non ultimo, ho imparato a non sentirmi in colpa per quel che ho fatto o non ho fatto nell'ultimo periodo trascorso insieme a mio marito e a non colpevolizzarmi in caso di «ricadute», ovvero quei momenti «no» in cui ho l'impressione che tutto sia stato inutile. Ho imparato ad ammettere che ho diritto a quei momenti e che le ferite guariscono, anche se le cicatrici restano per sempre. Quando ho parlato della mia paura di dimenticare mio marito, ho ricevuto conforto.

Ho vissuto quotidianamente l'esperienza dell'accompagnamento spirituale, poiché sentivo la necessità di ricevere sup-

porto in tutto quel che facevo, come se avessi bisogno di un'approvazione.

Oggi sento di poter paragonare l'accompagnamento spirituale alla guarigione di una malattia. La guida spirituale segue i progressi del malato, varia la cura se necessario e suggerisce il trattamento più appropriato, senza che il suo «paziente» si renda conto di tutto ciò che accade sullo sfondo.

Nel mio caso era lì per aiutarmi ad accettare il lutto e a rialzarmi dopo la perdita di mio marito, ma anche per ascoltarmi e confortarmi su altri aspetti, come ad esempio la fatica e la preoccupazione legate alla mia attività professionale.

Naturalmente ho posto molte domande sugli incontri e sui legami che sarebbero potuti nascere. Dopo intense riflessioni, la guida spirituale mi ha aiutato a non sentirmi in colpa neanche su questo aspetto. Pensavo di non avere il diritto di fare nuove conoscenze e avevo bisogno di essere rassicurata. Ero vulnerabile e a volte trovavo soffocante chiedermi costantemente cosa fosse giusto o sbagliato.

Nonostante la mancanza di concentrazione dovuta allo shock della morte, ho letto molto. Grazie al dialogo con la guida spirituale, che non impone mai nulla, ho scoperto autori affascinanti che mi hanno rassicurato e accompagnato in questo percorso di elaborazione del lutto.

Durante la primavera 2020, i colloqui a Mont-Paisible sono stati sospesi in ottemperanza alle direttive anti-Covid. Ciononostante, abbiamo trovato altre modalità per proseguire il percorso iniziato. Così, la natura e le passeggiate nel bosco sono diventate presto uno spazio esterno che ha sostenuto la mia interiorità. Questi momenti mi hanno permesso di riscoprire il legame con la madre terra e la natura, consentendomi di rivivere una certa serenità e fiducia. Camminare mi ha fatto bene e mi ha permesso di guardare al futuro e continuare a vivere.

In seguito, sono sorte due domande:

- Come vedo la mia guarigione?
- Cosa ho imparato su me stessa grazie all'accompagnamento spirituale al CHUV?

Rispondere a queste domande non è affatto semplice. Come detto in precedenza, il lavoro spirituale è davvero impegnativo.

Così ho ripensato al percorso fatto dopo la morte di mio marito, quando pensavo che il mondo mi stesse crollando addosso e che non sarei mai stata in grado di rialzarmi. Ma la guarigione è un processo, proprio come quello di una malattia fisica. L'assistenza spirituale mi ha aiutato a capire che la vita riprende il suo corso, con le sue gioie e i suoi dolori. Anche le piante ricrescono dopo un incendio; per chi come me è amante della montagna, è calzante l'immagine della linaria alpina che cresce in mezzo alle rocce.

Così ho fatto una lista di tutto ciò che avevo imparato e di tutto ciò che dovevo ancora migliorare. Il bilancio è positivo. «Non sono più in pericolo!».

Oggi, anche se la cicatrice resta impressa nel mio cuore, sento di essere guarita e guardo al futuro con piena consapevolezza del momento presente.

Se mi guardo indietro, riconosco un percorso disseminato di insidie che, alla fine, mi ha fatto scoprire più luce, speranza, ragionamento, gratitudine, forza, fiducia e fede. Dalla fragilità, dallo sconforto, dalla tristezza, dalla solitudine e dalla mancanza ho trovato in me stessa le risorse per andare avanti. Il mio «io» più profondo ha avuto la meglio.

E per coronare questa guarigione dell'anima, il 16 gennaio 2021 ho compiuto un altro passo. Un rituale che per me ha assunto il significato di un pellegrinaggio in un luogo in cui torno quasi tutte le settimane e che è particolarmente simbolico per chiunque abbia conosciuto mio marito. Un luogo circondato dalla natura, semplicemente magnifico per rigenerarsi.

Ho preparato un omaggio a mio marito ed espresso il mio più sentito ringraziamento a Geneviève per l'assistenza che mi ha offerto in questo percorso di guarigione.

Abbiamo preparato insieme tutti i dettagli di quest'ultima tappa e, come desideravo, mi ha accompagnato fino alla benedizione, momento cruciale che per me ha assunto il significato di «ora sei guarita, puoi proseguire il tuo cammino».

Lise Narbel

«Nous partageons aussi des moments de rires et même une danse ...» – L'association Doulas de fin de vie (thanadoulas)

L'association Doulas de Fin de Vie Suisse a officiellement vu le jour le 29 novembre 2019 sous l'impulsion de trois co-fondateurs et de sa Présidente d'honneur Rosette Poletti. palliative vaud a eu la chance de pouvoir interviewer la présidente, Vanessa Maier.

palliative vaud: Que font les doulas lors d'un accompagnement en fin de vie?

Vanessa Maier: Doula de fin de vie est un nouveau métier en plein essor qui propose l'accompagnement personnalisé des mourants et de leurs proches, avant, pendant et après le décès. Cet accompagnement, non-médical, complète la prise en charge par les autres corps de métiers concernés avec qui la doula de fin de vie est amenée à collaborer. Que vous soyez une personne en fin de vie /gravement malade, un proche aidant ou un endeuillé, elle pourra être pour vous une compagne de route, une alliée. La doula offre sa disponibilité, ses compétences et ses expériences spécifiques, sa présence bienveillante, son écoute non-jugeante, dans le respect des croyances. En fonction des besoins, elle peut relayer la famille pour qu'elle se repose ou en cas d'absence, faciliter la communication et l'expression des souhaits, organiser des moments créatifs, de détente. Elle se met à disposition auprès de la personne et /ou des proches dans les derniers moments, lors d'une veillée funèbre, d'une toilette mortuaire, ou pour coordonner la logistique avec les professionnels du funéraire. Elle propose aussi des prestations spécifiques qui varient en fonction de ses formations. A vos côtés, avec confiance et chaleur, elle mettra de la lumière sur votre chemin pour que vous puissiez avancer le plus sereinement possible et faire des choix éclairés.

Quelles sont les conditions pour obtenir la certification de doula de fin de vie? En quoi consiste cette formation?

En Suisse romande, l'Institut de Recherche et Formation à l'Accompagnement des Personnes en fin de vie et en deuil (IRFAP), qui forme dans ces domaines depuis plus de 20 ans, prépare les doulas de fin de vie. Prérequis: avoir 25 ans minimum, avoir déjà accompagné une personne en fin de vie et une personne en deuil, ou s'engager à le faire pendant la formation (à documenter). La certification englobe une formation d'accompagnement de personnes en fin de vie et de personnes endeuillées, une formation spécifique de doula de fin de vie ainsi qu'un entretien final. Ma profonde gratitude à mes enseignantes: Rosette Poletti, qui a créé la certification IRFAP, et Felicity Warner, fondatrice de the Soul Midwives School and the International Soul Midwifery movement. Deux belles âmes qui partagent et transmettent avec beaucoup de passion, de cœur et de simplicité.

Qui peut faire appel à une doula de fin de vie?

L'intervention, sur demande, d'une doula de fin de vie est destinée à des particuliers lors de maladie avec pronostic vital engagé, de fin de vie, de deuil. On peut faire appel à ses services dès l'annonce d'un diagnostic de maladie incurable. La doula se rend en général à domicile, peut être présente en institution à la demande formelle du mourant et /ou de ses proches et reçoit parfois à son cabinet. Les personnes souhaitant partager questionnements ou appréhensions par rapport à leur fin de vie, lointaine ou proche, à la mort ou au deuil, peuvent aussi s'adresser à elle.

Comment choisir une doula de fin de vie?

Une liste de doulas peut être obtenue via l'association. Les doulas référencées viennent d'horizons et de formations diverses. Cependant, elles ont complété les exigences équivalentes à la certification IRFAP et s'engagent à respecter la charte de l'association. Pour choisir une doula, parcourez les profils par région, prenez le temps de lire les différentes informations: biographie, parcours, région couverte, prestations spécifiques, etc. Contactez ensuite la ou les doulas pour faire connaissance et discuter de vos attentes et souhaits. Si vous ne trouvez pas de doula de fin de vie dans votre région ou que vous avez des questions, contactez l'association.

Est-ce un service payant?

Les services d'une doula de fin de vie sont payants. Un premier entretien, généralement gratuit, a lieu pour faire connaissance et clarifier les besoins/souhaits/attentes des deux parties. Une fois l'accompagnement confirmé, des entretiens/visites dont le contenu et la fréquence peuvent varier sont fixés d'un commun accord. Chaque doula applique ses propres tarifs en fonction de ses prestations et de la durée/fréquence de celles-ci (à l'heure ou forfaitaire).

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir doula de fin de vie?

Très jeune j'ai réalisé que les gens venaient spontanément me parler, partager ce qu'ils vivaient; ensuite, ils repartaient visiblement soulagés et moi ravie. J'ai compris bien plus tard que j'avais un potentiel de compréhension, de bienveillance et de compassion à développer. Très curieuse de tout, j'aime les gens et je suis fascinée par les comportements humains.

Au moment de devoir choisir une voie professionnelle, aucun des métiers de relation d'aide auxquels je m'étais intéressée ne m'attirait. Préférant apprendre en pratiquant plutôt que la tête dans les bouquins, j'ai choisi de faire un CFC d'employée de commerce. J'ai naturellement cherché des postes avec du contact humain: Service de la santé publique, Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne et plusieurs années dans un cabinet médical. Mon parcours m'a ensuite amenée aux USA où j'ai vécu trois ans. A mon retour, j'ai travaillé comme assistante de direction bilingue. J'avais développé des capacités et des compétences mais j'étais insatisfaite, quelque chose manquait, une nécessité intérieure de plus de sens, de contribution. 2014: année charnière, 40 ans et la naissance de ma fille. En discutant avec ma sage-femme, celle-ci me raconte avoir été bénévole en soins palliatifs. Les mots qu'elle emploie pour décrire son expérience sont une révélation, une graine était définitivement semée. Ma vie de jeune maman a occupé beaucoup de place pendant les deux ans qui ont suivi. Un jour de 2016, j'explique à ma thérapeute que le besoin de penser à moi revient, intensément cette fois. Je savais que je voulais faire de l'accompagnement mais je ne trouvais rien à ma convenance. Tout à coup, me regardant droit dans les yeux, elle me dit: «As-tu pensé à faire de l'accompagnement de personnes en fin de vie?» Et là, boum! Tout est devenu clair. Je me suis souvenue de la discussion avec ma sage-femme, des doulas de naissance dont j'avais trouvé le type d'accompagnement fantastique. Je m'étais d'ailleurs fait la réflexion: ce serait génial d'être doula mais ... de fin de vie! J'ai commencé à effectuer des recherches et découvre qu'elles existent dans certaines parties du monde! Je les suis sur les réseaux sociaux, me mets en contact avec plusieurs d'entre elles. Très vite, une évidence: je veux devenir doula de fin de vie! Quand les choses sont justes pour vous et que vous trouvez la force de surmonter vos peurs, que vous êtes prêt, tout s'aligne, les portes s'ouvrent et le train se met en route. En 2017, je termine la première de mes formations avec Rosette Poletti et en 2018 je deviens bénévole en soins palliatifs. Prête à partir jusqu'au Canada, c'est en Angleterre que je vais trouver une formation de doulas de fin de vie que je complète en janvier 2019. J'obtiens ma certification en septembre et je lance mon activité indépendante. En novembre, je co-fonde l'association Doulas de Fin de Vie Suisse. C'est après tout cela que je réalise: ceci pourrait bien être en partie en hommage à feu ma grand-mère bien-aimée, Violette, et à tous mes aimés défunts ...

Pouvez-vous nous raconter une expérience qui vous a particulièrement touchée?

C'est un monsieur originaire d'un pays de l'Est. Il ne parle ni français, ni anglais. Poli, humble, un vrai gentleman. Lors de notre première rencontre, il me dit qu'il est confiant, il croit encore à un miracle. Son visage et son corps très abimés par la maladie me racontent eux qu'il ne lui reste plus beaucoup de temps. Il ne connaît personne en Suisse, seul son fils lui



Vanessa Maier (Crédit photo: Martine Crémieux Photography)

rend visite. Peu de gens s'attardent principalement à cause de la barrière de la langue. Je réalise qu'il nous faudra une aide technique et m'empresse de télécharger une application de traduction vocale sur mon téléphone mobile. A ma seconde visite, je le retrouve très heureux le lendemain de son anniversaire. L'équipe de soins palliatifs lui a organisé une belle fête. Il est vraiment touché par nos attentions. Nous avons rapidement eu des échanges très profonds. Très curieux, il me pose beaucoup de questions sur mes accompagnements, mes motivations. Il partage avec moi son histoire de vie, sa foi, ses espoirs, ses désillusions. Je l'accompagne à travers les étapes qu'il traverse jusqu'à la réalité de sa non-guérison et de sa mort prochaine. Nous partageons aussi des moments de rires et même une danse! Je lui propose de mettre de la musique de son pays, croyant que ça lui ferait plaisir. Mais non, il me demande un hymne de je ne sais plus quel mondial de foot! Il est fou de joie, comme propulsé dans ses joyeux souvenirs. Tenant normalement à peine sur ses jambes, il danse, et moi aussi, ce qui est plutôt rare de ma part... Il finit épuisé mais heureux d'avoir vécu cette folle parenthèse dans son quotidien de mourant. Deux semaines déjà qu'on ne peut plus vraiment échanger car l'application ne reconnaît plus les mots qu'il prononce de plus en plus faiblement. Je reste alors près de lui, en silence. Nos échanges de regards, quand il a la force d'ouvrir les yeux, ont pris le relais des mots. Deux jours avant sa mort, dans un sursaut de vigueur, il insiste pour m'offrir à boire et à manger dans sa chambre. Je refuse d'abord ne voulant pas qu'il se fatigue, puis me ravise. Je sens que c'est important pour lui. Il s'applique à dresser la table avec une serviette en papier comme nappe. Services, assiettes, tout y est. Nous n'avons

évidemment pas faim, ni lui ni moi. Il s'assied vers moi pendant que je grignote ce qu'il m'a préparé. Il y a tant de gratitude, de tendresse qui s'échangent entre nous, simplement, authentiquement, non verbalement. Puis il me sert à boire et nous levons notre verre à sa santé, à notre santé. Incroyable moment d'aurevoirs partagés. Ce monsieur est mort paisiblement entouré de l'affection de l'équipe soignante.

Qu'est-ce qui vous plaît dans ce métier?

Les formations sont très intéressantes et enrichissantes. Elles permettent de visiter notre relation avec la vie, la mort, notre mort, nos deuils. Être doula de fin de vie me comble car j'utilise mes compétences clés, professionnelles et personnelles, comme ma capacité d'intuition. Je trouve dans les accompagnements ce que j'aime: partage, simplicité, authenticité, joie, lenteur, nécessité d'être dans l'instant présent. Aussi l'unicité des situations, l'inattendu, l'imprévisible qui oblige à s'adapter, à sortir de sa zone de

confort et à être créatif, la gratitude pour les petites choses, la création d'espaces de parole sécurisés et bienveillants sur des sujets difficiles, tabous. J'aime ouvrir le champ des possibles dans des contextes où l'on peut se sentir inutile et sans pouvoir d'action, accompagner l'autre à redécouvrir son potentiel intérieur, ses ressources, sa capacité de choix et d'agir. Et puis j'apprends tellement. Chaque personne que j'accompagne m'enseigne sur la mort, sur la vie, sur moi-même. Quand une personne nous accorde sa confiance et nous laisse entrer dans cet espace si intime, si précieux de sa vie, c'est un réel privilège. Je n'ai jamais été autant dans la vie que depuis je côtoie la mort de si près.

Association Doulas de Fin de Vie Suisse: www.doulasdefindevie.ch Certification IRFAP: www.douladefindevie-suisse.ch

Interview par Esther Schmidlin, responsable de missions, palliative vaud



Die Kindertrauergruppe Thalwil: ein Platz für Gefühle und Gedanken im geschützten Raum

Marisa Widmer und Janine Hächler haben im März dieses Jahres eine Kindertrauergruppe in Thalwil ZH ins Leben gerufen. Sie leiten die monatlichen Treffen mit viel Freude und Engagement. Beide Frauen sind ausgebildete Familientrauerbegleiterinnen und Mitglied im Verein Familientrauerbegleitung Schweiz, von welchem sie unterstützt werden. Dieser bietet Familien und insbesondere Kindern und Jugendlichen Unterstützung und Beratung.

Die beiden Fachfrauen wissen aus eigener Erfahrung wie wertvoll und hilfreich es ist, fachliche Unterstützung in Trauerzeiten zu bekommen. Beide haben Verluste erlebt und kennen die unterschiedlichen Phasen der Trauer nur zu gut. Sie wissen, dass es nicht darum geht die Trauer wegzumachen, sondern sich ihr zu stellen und sie zu integrieren.

Die Tochter von Janine Hächler hat, als sie fünf Jahre alt war, miterlebt, wie ihre Schwester Shayan im Spital nach rund 8,5 Lebensmonaten an schwerer Krankheit verstorben ist. Noch heute, als Viertklässlerin, vermisst sie ihre kleine Schwester an ihrer Seite. Doch die Erinnerungen sind geprägt von Liebe und Dankbarkeit dafür, dass sie, wenn auch viel zu kurz, da war und die Familie so vieles gelehrt hat.

Dank der vielseitigen Unterstützung professioneller und familiärer Art damals geht es Juno heute gut und sie erzählt stolz von ihren Geschwistern, welche sie vor und nach ihrer eigenen Geburt verloren hat. Seit neustem besucht Juno ebenfalls die Kindertrauergruppe ihrer Mutter. Sie schätzt den Austausch und das Spielen mit anderen betroffenen Kindern sehr, da fühle sie sich verstanden und nicht alleine mit diesem schweren Schicksal.

In der Gruppe sind auch Kinder, die einen Elternteil verloren haben oder andere nahestehende Bezugspersonen der Gruppengspändlis. Es werde viel gelacht, gebastelt, gespielt und auch gegessen. Trauer sei auch anstrengend, also brauche es ein ausgiebiges Znüni, meint Janine Hächler.



In unserer Mitte, mit Kerzenlicht, sind die Namen der Geschwister oder des Elternteils, die verstorben sind.

Die drei Kinder von Marisa Widmer wurden im jugendlichen Alter vor zehn Jahren mit dem plötzlichen Tod ihres Vaters konfrontiert. «Damals hatte ich leider keine Kenntnisse über Familientrauerbegleitung. Mit dem heutigen Wissen über die Trauerbewältigung von Jugendlichen weiss ich, wie wichtig es gewesen wäre, sie begleiten und unterstützen zu können.» Die Kinder haben später psychosomatische Belastungsstörungen entwickelt, welche auf den nicht verarbeitenden Verlust zurückzuführen sind. Heute stehen sie gut und gestärkt im Leben mit dem Erlebten. Die Kinder bei ihren individuellen Bedürfnissen abzuholen ist für eine Mutter fast unmöglich, da die eigene Trauer um den Vater der Kinder mitschwingt.

Trauergruppen sind oft eine hilfreiche Unterstützung, wenn Kinder und Jugendliche den Verlust anfangen zu begreifen. Häufig fühlen sich die Eltern überfordert und sind selbst sehr mit dem Verlust beschäftigt, sodass es entlastend sein kann, die Kinder gut begleitet zu wissen.

In der Kindergruppe treffen sich trauernde Mädchen und Jungen ab Kindergartenalter. Je nach Gruppengrösse werden sie aufgeteilt und das Programm altersangepasst erstellt. Die Treffen bieten den Kindern Raum, sich spielerisch und kreativ mit den Themen Tod, Leben und Abschied auseinanderzusetzen und die unterschiedlichen Gefühle der Trauer einzuordnen. Durch kreative Gesprächsmethoden fällt es den Kindern oft leichter über den Verlust zu sprechen. Klar ist, dass sie nichts erzählen müssen, jedoch erleben, dass all ihre Gefühle und Gedanken einen Platz im geschützten Raum bekommen dürfen. Die jungen Menschen erfahren, wie sie Krisen meistern und ihr Selbstwertgefühl stärken können. Trauern ist eine gesunde, angepasste Reaktion auf einschneidende Ereignisse und wir alle besitzen die Fähigkeit, schwere Schicksale gut integrieren und verarbeiten zu können. Die betroffenen Mädchen und Jungen finden in der Gruppe einen Austausch, der oft in der Familie, im Freundeskreis oder in der Schule nicht abgedeckt werden kann. Das Zusammensein mit anderen löst eine Verbundenheit aus und zeigt, dass das Kind nicht alleine ist in seiner Situation.

Kinder trauern anders als Erwachsene, nicht in Phasen sondern in Wellen. Sie hüpfen rein in sogenannte Trauerpfützen und sogleich wieder heraus. Oft sind es die Kinder, die den Erwachsenen zeigen, wie «gesundes» Trauern geht. Ein Zulassen der belastenden Gefühle und Auftanken mit Guttuendem, beides sei notwendig, sagt Marisa Widmer, damit Trauer nicht zur Alltagslast werde und bleibe. Der Besuch einer Kindertrauergruppe kann die gesunde Integration des Verlustes erheblich unterstützen und ein glückvolles Weitergehen ohne den vermissten Menschen erleichtern.

Werdende Erwachsene benötigen ebenso einen altersgerechten Austausch. Sie finden in der Jugendtrauergruppe Gleichgesinnte, fühlen sich verstanden, aufgehoben und dürfen ohne Scham über den Verlust sprechen. In der Trauer und ihren Bedürfnissen wahrgenommen zu werden macht nicht einsam.

Bevor ein Kind oder Jugendliche(r) in eine Trauergruppe einsteigen kann, werden Einzel- oder Familiengespräche von den Fachfrauen durchgeführt. In dieser veränderten Lebenssituation geht es darum, die ganze Familie zu stärken und dafür bedarf es auch altersentsprechender fachlicher Informationen und individueller Begleitung. Die Gruppentreffen sind kostenlos, der Verein ist jedoch auf Spenden angewiesen.

Die beiden Fachfrauen wünschen sich, dass die Gesellschaft vermehrt sensibilisiert wird im Umgang mit Sterben und Tod und das auch im Kindergarten, in Schule und Kita Thema sein darf. Dass die Kinder und Jugendlichen am Trauerprozess teilhaben dürfen und ihnen so die Möglichkeit gegeben wird, einen natürlichen Umgang damit zu lernen. Kinder brauchen auch diesbezüglich Vorbilder und Eltern dürfen sich von Fachpersonen begleiten lassen. Aus lauter Liebe zu sich und den Kindern.

Weitere Informationen über Angebote, Termine und über den Verein erhalten Sie auf der Webseite www.familien-trauerbegleitung.ch

Janine Hächler und Marisa Widmer

ANZEIGE

www.sterben.ch

fragen und antworten aus anthroposophischer sicht

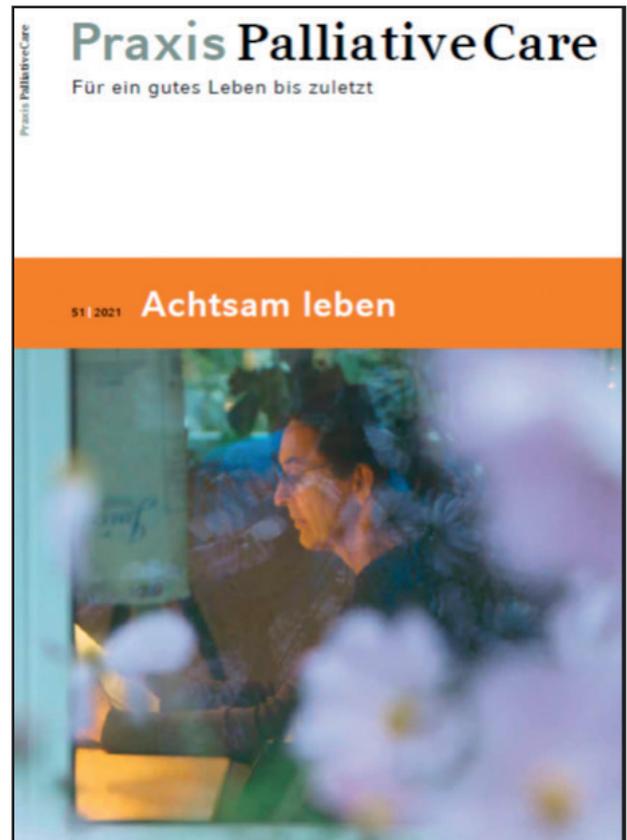
Erfolgreiches Webinar von palliative ostschweiz

Der Vorstand von palliative ostschweiz hat entschieden, aus den aktuellen Umständen das Beste zu machen. Der für den 3. Juni geplante Ostschweizer Hospiz- und Palliativtag ist, wie so vieles andere auch, der Pandemie zum Opfer gefallen. Und doch: Das Datum war gesetzt, das Bedürfnis, den vielen Fachleuten und Freiwilligen wieder einmal fachliche Nahrung zu bieten, war gross. Mit den guten Erfahrungen der Zoom-Konferenzen war der Gedanke naheliegend, ein Webinar in Angriff zu nehmen. Unter dem Titel «Zwischenhalt – der andere Blick auf Palliative Care in Pandemiezeiten» bot palliative ostschweiz am 3. Juni eine online Veranstaltung an. Überraschend hoch waren die Anmeldungen.

Der Beitrag von Tanja M. Brinkmann, Trainerin und Beraterin in der Palliativversorgung und Trauerbegleiterin, mit dem Titel «Wo bleibt die Trauer der Begleitenden? Zwischenbilanz in Coronazeiten» holte sowohl Fachpersonen als auch Freiwillige aus ihrem Alltagserleben mit Corona ab und zeigte, wie der Umgang und das Verarbeiten dieser herausfordernden Situation in der persönlichen und eigenen Betroffenheit kreativ gestaltet werden kann. Mit dem Referat von Karen Nestor, Präsidentin von palliative ostschweiz, wurde das Thema der «Double Awareness» in den Mittelpunkt gerückt. Ihre damit verbundene Auseinandersetzung mit dem DA SEIN am Lebensende, dem DA SEIN zwischen Lebenswillen und Todesvorbereitung, zeigte eine tiefe Achtsamkeit im Umgang mit der Ordnung des Lebens und der Ordnung des Todes auf. Und mit dem dritten Input «Man stirbt nur dreimal», der in Interaktion mit den Teilnehmenden stattfand, führte Reto Eugster die online Anwesenden zu einem Bewusstsein im Umgang mit dem Sterben und dem Tod, aus einer Sicht des Betroffenen und von betroffenen Angehörigen, und wie dieser Umgang aus einer sozialen Perspektive heraus auch als Separierung und Grenzverletzung wahrgenommen werden kann.

Die hohe Beteiligung und die vielen schönen Rückmeldungen zeigten das Bedürfnis und die Bereitschaft, sich wenn notwendig, auch auf neue Formen von Veranstaltungen einzulassen.

Fast zeitgleich wurde der Ostschweizer Sektion die Möglichkeit geboten, als Co-Herausgeberin der 51. Ausgabe der



palliative ostschweiz hatte die Möglichkeit, als Co-Herausgeberin an der 51. Ausgabe der Zeitschrift «Praxis Palliative Care» mitzuwirken

Zeitschrift «Praxis Palliative Care» mit Inhalten aus dem Dokumentarfilm BEING THERE, dem Buch DA SEIN, beides von Thomas Lüchinger herausgegeben, an der Ausgabe «Achtsam leben» mitzuwirken. Sie finden darin auch den Beitrag «Umgang mit Endlichkeit» von Karen Nestor zum Thema der «Double Awareness». Alle drei Veröffentlichungen (BEING THERE (DVD), DA SEIN (Buch) und Zeitschrift 2021/51 Achtsam leben) können über palliative ostschweiz bezogen werden (www.palliative-ostschweiz.ch).

Katharina Linsi

Palliative Care vernetzt sich im neuen Hospiz St. Gallen

Am 22. Juni bezog das Hospiz St. Gallen die Villa Jacob nahe des St. Galler Stadtzentrums. Das Hospiz bietet unheilbar kranken Menschen am Lebensende ein Zuhause – ein Angebot, das in einer älter werdenden Gesellschaft mit komplexen Krankheitsbildern wichtiger wird. Mit dem Einzug des Palliativen Brückendienstes der Krebsliga Ostschweiz in die Villa Jacob entsteht zudem ein Kompetenzzentrum für Spezialisierte Palliative Care.

In der Villa Jacob finden seit dem 22. Juni im Hospiz St. Gallen bis zu elf unheilbar kranke und sterbende Menschen ein Zuhause. Im über 140-jährigen Gebäude beim St. Galler Kreuzbleichpark sollen Menschen ihr Lebensende möglichst selbstbestimmt verbringen können. «Die Betreuung von Schwerstkranken kann das Personal von Pflegeheimen oder die Angehörigen zuhause überfordern», sagt Hospiz-Geschäftsführer Roland Buschor. Gleichzeitig können Patientinnen und Patienten nicht in palliativen Einrichtungen in Spitälern bleiben, wenn sie nicht mehr rund um die Uhr auf ärztliche Betreuung angewiesen sind. «Diese Menschen zeigen dennoch oft sehr komplexe Krankheitsbilder und benötigen spezialisierte Pflege und Betreuung», sagt Daniela Palacio, Leiterin Pflege im Hospiz St. Gallen.

Im Hospiz St. Gallen arbeiten speziell ausgebildete Pflegefachpersonen mit einem relativ hohen Personalschlüssel.

Sie können darum Kranke mit belastenden Symptomen sowie in anspruchsvollen pflegerischen und psychosozialen Situationen individuell betreuen. «Zudem kann der Aufenthalt im Hospiz für Betroffene und Angehörige Planungssicherheit und damit Entspannung bringen», sagt Palacio. Wer ins Hospiz St. Gallen einziehe, habe die Gewissheit, dass er oder sie dort bleiben darf und nicht mehr in eine andere Institution wechseln muss.

Die Statistik zeigt, dass rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten im Schnitt innert 14 Tagen nach ihrem Eintritt ins Hospiz verstirbt. 2020 verzeichnete das Hospiz 79 Eintritte, für diese wurden insgesamt 1642 Pflagetage geleistet. Heute stellen 20 Mitarbeitende in rund 10 Vollzeitstellen den Betrieb des Hospizes sicher. Zusätzlich helfen rund 40 Freiwillige mit, vor allem in der persönlichen Betreuung der Bewohnenden.



Die Atmosphäre im Hospiz St. Gallen ist wohnlich. Es solle nicht der Eindruck eines Spitals entstehen, sagt Geschäftsführer Roland Buschor. (Bild zVG)

Auf Initiative von Pflegefachkräften gegründet

Das Hospiz St. Gallen wurde 2018 im Stadtquartier Heiligkreuz eröffnet, dies als Resultat einer Initiative von Ostschweizer Pflegefachkräften. Ein Verein fördert und unterstützt die umfassende Betreuung der Schwerstkranken und sterbenden Menschen im Hospiz. Dieser Verein wird massgeblich durch Spenden finanziert. Der neue Standort bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Mitarbeitenden eine bessere Infrastruktur. So wurde etwa ein Bettenlift eingebaut und jedes der elf Patientenzimmer verfügt über ein eigenes Badezimmer. «Die Atmosphäre im Gebäude ist wohnlich. Es soll nicht der Eindruck eines Spitals entstehen», sagt Geschäftsführer Buschor. Eigentümer der Villa Jacob ist die Wildegg Immobilien AG. Sie vermietet das Haus zu einem günstigen Preis an den Verein.

Palliativer Brückendienst bezieht seinen neuen Stützpunkt

In der Villa Jacob entsteht zudem ein Kompetenzzentrum für Spezialisierte Palliative Care: Auch der Palliative Brückendienst (PBD) der Krebsliga Ostschweiz bezieht dort seine Büros. Der PBD betreut und berät unheilbar kranke und sterbende Menschen, die zuhause leben. «Durch die räumliche Nähe wird sich unsere heute schon enge Zusammenarbeit mit dem Hospiz verstärken», sagt Ivo Dürr, Co-Bereichsleiter des PBD. In ihrer Arbeit würden die PBD-Mitarbeitenden ein Vertrauensverhältnis zu den schwerstkranken Menschen aufbauen. «Wenn wir bei der Übergabe ans Hospiz oder bei späteren Fragen im gleichen Gebäude ansprechbar sind, ist das für diese Menschen in ihren belastenden Situationen eine Erleichterung», sagt Dürr. Der PBD und das Ärzteteam planen zudem die Einrichtung einer Infoline für Fachpersonen. Dort können beispielsweise Mitarbeitende der Spitex und von Pflegeheimen rasch und unkompliziert Fragen zur Betreuung von unheilbar kranken Menschen stellen. Ebenso können sich Hausärzte direkt mit den Palliativmedizinerinnen austauschen. «So können wir unser spezialisiertes Wissen mit den Grundversorgern teilen, die die wichtige Betreuung der Patientinnen und Patienten sicherstellen», sagt Dürr.

Medienmitteilung krebsliga ostschweiz

Der Verein Hospiz St. Gallen

Der 2013 gegründete Verein Hospiz St. Gallen betreibt seit 2018 ein stationäres Hospiz in St. Gallen. Der fünfköpfige Vereinsvorstand arbeitet unentgeltlich. Der Verein ist konfessionell unabhängig und hat laut Leitbild eine «lebensbejahende Grundhaltung, im Rahmen deren wir das Leben unserer Bewohnenden weder künstlich verlängern noch uns aktiv an einer Verkürzung beteiligen». Aus dem Betrieb des Hospizes entsteht ein Defizit, für dessen Deckung der Verein jährlich je nach Auslastung der Betten 200 000 bis 400 000 Franken an Spendengeldern einsetzt. Ein Hospiz hat im Vergleich zu einem regulären Pflegeheim rund doppelt so viel Pflegefachpersonal pro Bewohnerin und Bewohner. Gut ein Drittel der anfallenden Kosten übernehmen die Krankenkassen, der Kanton und die Wohnortsgemeinde. Der Anteil der Bewohnenden beläuft sich auf rund 8000 Franken pro Monat. «Wir finden immer Lösungen, wenn sich das jemand nicht leisten kann und auch keine staatliche Stelle diesen Beitrag übernimmt», sagt Hospiz-Geschäftsführer Roland Buschor. Nach Abzug aller Beteiligungen (öffentliche Hand, Krankenkassen, Bewohnende) bleiben ungedeckte Kosten von mehreren tausend Franken übrig, für die Spendengelder eingesetzt werden.

www.hospizstgallen.ch/aktuell

Der Palliative Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz (PBD)

Der PBD ist ein Dienstleistungsangebot der Krebsliga Ostschweiz. Er besteht aus acht spezialisierten Pflegefachpersonen (vier Vollzeitstellen) und dem eigenen ärztlichen Hintergrunddienst, bestehend aus zwei Palliativmedizinerinnen und -medizinern (0.1 Vollzeitstellen). Der PBD berät Grundversorger wie Hausärzte, Spitex, Pflege- und Betreuungsinstitutionen, sowie Patienten und Angehörige. Die mobile Equipe bietet sieben Tage die Woche und rund um die Uhr unterstützenden Support in komplexen Betreuungssituationen bei schwerstkranken und sterbenden Patienten an. Die primäre ärztliche Zusammenarbeit erfolgt mit den zuständigen Hausärzten. Das flächendeckende Angebot des PBD gilt für die Kantone St. Gallen sowie beide Appenzell. Die Zuweisungen erfolgen über Spitäler, Fach- und Hausärzte, Spitex und Pflegeheime aber auch Angehörige oder Patientinnen und Patienten selbst. Der PBD betreute im Jahr 2020 308 Patienten zuhause und 35 Patienten in Institutionen. Durch seine Dienstleistung konnten rund 44 notfallmässige Spitaleinweisungen verhindert werden. Lediglich 25 Prozent der Leistungen sind über die Krankenkassen finanziert. Die Defizitfinanzierung erfolgt durch Beiträge der öffentlichen Hand (45 Prozent) und Spendengelder (30 Prozent).

www.krebsliga-ostschweiz.ch

September · septembre

16. September 2021

Netzwerkveranstaltung Palliative Care: Transkulturelle Themen in der Palliative Care – Menschen mit Migrationshintergrund

Zeit: 13.30–17 Uhr,

Ort: Le Cap, Französische Kirche, Raum Nicolas Manuel,
Predigergasse 3, 3011 Bern

Weitere Informationen: www.palliativebern.ch

24. September 2021

Unverschämt zuversichtlich. Von der Kraft des Vertrauens – wesentliche Grundlage psychischer Gesundheit, der Auto- nomie und Fähigkeit, Hoffnung und Zuversicht zu bilden

Öffentliche Tagung | Volkshaus Zürich

Info: www.gesundheitundmedizin.ch, Tel. 044 980 32 21,

info@gesundheitundmedizin.ch

30. September 2021

Lebensqualität und Würde demenzkranker Menschen

Tagesseminar in der Reihe «Neurologie-Kompetenz
in der Palliative Care»

mit Prof. Dr. Andreas Kruse, Universität Heidelberg

Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich;

Info: Palliative Care und Organisationsethik –

Interdisziplinäre Weiterbildung CH

www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,

info@weiterbildung-palliative.ch

Oktober · octobre

7. Oktober 2021

Menschen mit Morbus Parkinson: Neuropsychologie, Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung

Tagesseminar in der Reihe «Neurologie-Kompetenz
in der Palliative Care»

mit Prof. Dr. Andreas Kruse, Universität Heidelberg

Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich;

Info: Palliative Care und Organisationsethik –

Interdisziplinäre Weiterbildung CH

www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,

info@weiterbildung-palliative.ch

9. Oktober 2021

Aktionstag zum Welt Hospiz und Palliative Care Tag

Zeit: 10–17 Uhr

Ort: Bahnhofplatz in Bern

Die Besucher erwartet ein Palliative-Care-Parcours,
der inspiriert, Informationsstände zu den vielfältigen
Unterstützungsangeboten im Kanton Bern über die
ganze Lebensspanne – vom Kind bis zum alten Menschen
sowie Fachleute, die Rede und Antwort stehen.

Weitere Informationen: www.palliativebern.ch

9. Oktober 2021

Filmvorführung «Die weisse Arche», anschliessend Podiumsdiskussion

Ort: Kino Odeon, Bahnhofplatz 11, Brugg

Zeit: 11 bis 14 Uhr

Mehr Infos unter: palliative-aargau.ch/veranstaltungskalender

November · novembre

November 2021 – November 2022 | Durchführung Zürich Interdisziplinärer Lehrgang Palliative Care – Grundlagen und Symptommanagement, Psychosoziale Kompetenzen und existenzielle Aspekte,

Ethische Entscheidungsfindung und Kultur des Abschieds

8./9. November 2021 ff., Start des 27-tägigen Lehrgangs,

in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg

Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich

Info: Palliative Care und Organisationsethik –

Interdisziplinäre Weiterbildung CH

www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,

info@weiterbildung-palliative.ch

24. und 25. November 2021

Nationaler Palliative Care Kongress / Congrès National des Soins Palliatifs

Ort / Lieu: Kongresshaus Biel / Palais des Congrès de Bienne

www.palliative-kongresse.ch

25. November 2021

Der Klang der Seele

Öffentlicher Themenabend

Referent: Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl. Psych. Andreas Kruse

Ort: Kultur und Kongresshaus Aarau

Zeit: 18.30–20 Uhr

Information und Anmeldung: www.palliative-begleitung.ch

27. November 2021

Durch Nacht zum Licht. Ludwig van Beethoven – ein Leben und Werk im Trotzdem. Vom «verzweiflungs- vollen Zustand» zur «Ode an die Freude»

Tageseinzelveranstaltung: Vortrag – Klavierspiel – Gespräch mit

Prof. Dr. phil. Andreas Kruse

Kunsthaus Zürich | Grosser Vortragssaal

Info: www.gesundheitundmedizin.ch, Tel. 044 980 32 21,

info@gesundheitundmedizin.ch

29. November – 1. Dezember 2021

«Mehr Leben als du ahnst?» Palliative Care in der Grundversorgung

Lebensqualität und Autonomie in der ambulanten und stationären Langzeitpflege

Aufbaukurs Palliative Care in der Grundversorgung | A 2

DozentInnen: Dr. phil. Matthias Mettner / Claudia Schröter /

Dr. med. Andreas Weber

Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik –
Interdisziplinäre Weiterbildung CH
www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

Dezember · décembre

3. Dezember 2021

Tiefe, Schönheit und Kraft der Spiritualität – Interprofessionelle Spiritual Care

Öffentliche Tagung anlässlich des Buches
«Interprofessionell Spiritual Care. Im Buch des Lebens
lesen» von Renata Aebi und Pascal Mösli, Bern 2020,
Hogrefe Volkshaus Zürich
Info: www.gesundheitundmedizin.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

6. und 7. Dezember 2021

Was die Seele gesund hält – Heilkräfte der Seele. Gesundheitspsychologie, Salutogenese, Resilienzforschung Grundwissen für die Beratung und Begleitung von Menschen in Krisensituationen und bei Krankheit

Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich
Dozent: Dr. phil. Matthias Mettner
Info: Palliative Care und Organisationsethik –
Interdisziplinäre Weiterbildung CH
www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

2022

März · mars

März 2022 – März 2023 | Durchführung Zürich
Interdisziplinärer Lehrgang Palliative Care
Grundlagen und Symptommanagement,
Psychosoziale Kompetenzen und existenzielle Aspekte,
Ethische Entscheidungsfindung und Kultur des Abschieds
28. / 29. März 2022 ff., Start des 27-tägigen Lehrgangs,
in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg
Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik,
www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

21. – 23. März 2022

Leben bis zuletzt und in Frieden sterben. Was schwer kranke und sterbende Menschen brauchen

Basiskurs Palliative Care in der Grundversorgung | A 1
Dozenten: Dr. phil. Matthias Mettner /
Dr. med. Andreas Weber
Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich;
Info: Palliative Care und Organisationsethik,
www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

Mai · mai

16. – 18. Mai 2022

«Mehr Leben als du ahnst?» Palliative Care in der Grundversorgung Lebensqualität und Autonomie in der ambulanten und stationären Langzeitpflege

Aufbaukurs Palliative Care in der Grundversorgung | A 2
DozentInnen: Dr. phil. Matthias Mettner / Claudia Schröter /
Dr. med. Andreas Weber
Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich
Info: Palliative Care und Organisationsethik,
www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

30. und 31. Mai 2022

«Man müsste über alles reden können» Wie wir das Erleben der Würde bei schwer kranken und sterbenden Menschen stützen und stärken können

Basiskurs kommunikative und psycho-soziale
Kompetenzen in Palliative Care
Dozent/Dozentin: Dr. phil. Matthias Mettner /
Jacqueline Sonogo Mettner
Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich;
Info: Palliative Care und Organisationsethik,
www.weiterbildung-palliative.ch, Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

Juni · juin

20. und 21. Juni 2022

Was die Seele gesund hält – Heilkräfte der Seele. Gesundheitspsychologie, Salutogenese, Resilienzforschung. Grundwissen für die Beratung und Begleitung von Menschen in Krisensituationen und bei Krankheit

Zentrum für Weiterbildung/Universität Zürich
Dozent: Dr. phil. Matthias Mettner
Info: Palliative Care und Organisationsethik,
www.weiterbildung-palliative.ch,
Tel. 044 980 32 21,
info@weiterbildung-palliative.ch

Formations initiales en soins palliatifs généraux pour professionnels et bénévoles, formations continues, et cours pour grand public, palliative vaud Programme Septembre 2021 – Mars 2022

Formation initiale en soins palliatifs généraux

Ce cours de sensibilisation aborde l'ensemble des thèmes essentiels des soins palliatifs généraux liés aux compétences de base à acquérir, en interprofessionnalité, pour l'accompagnement palliatif. Dès 2021, palliative vaud offre ce cours en partenariat avec la Fondation Rive-Neuve.

Public cible: tous les professionnels travaillant en EMS, CMS, ESE et hôpitaux, ainsi que les professionnels de la santé indépendants.

Durée: 4 journées de 8 heures, pauses comprises, de 8h30 à 16h30.

Information et inscription: <https://www.palliativevaud.ch/page/formation/all>.

Sessions	3 jours donnés par palliative vaud dans des salles lausannoises	Journée à la Fondation Rive-Neuve:
Formation initiale en soins palliatifs généraux Sept. – Oct. – Novembre 2021	30 septembre, 1er et 14 octobre	4 novembre 2021
Formation initiale en soins palliatifs généraux Novembre 2021	1er, 2 et 16 novembre à l'Espace Santé, Rennaz	25 novembre 2021
Formation initiale en soins palliatifs généraux Jan – Fev 2022	27, 28 janvier, 10 février	17 février 2022
Formation initiale en soins palliatifs généraux Mars 2022	7, 8 et 22 mars	31 mars 2022
Formation initiale en soins palliatifs généraux Mars – Avril 2022	24, 25 mars et 7 avril	14 avril 2022

Nouveauté:

Formation continue initiale en soins palliatifs généraux pour les physiothérapeutes

Ce programme de formation est destiné aux physiothérapeutes confrontés directement ou indirectement aux soins palliatifs généraux. La formation aborde les thèmes essentiels auxquels il faut être sensibilisé pour comprendre et pratiquer les soins palliatifs.

Sessions	Dates	Lieu
Formation continue initiale en soins palliatifs généraux pour les physiothérapeutes 2021	5 et 6 novembre, 3 et 4 décembre	EPSM Le Rôtillon, Lausanne

Nouveauté:

Formation continue initiale en soins palliatifs généraux pour les ergothérapeutes

Ce cours de quatre jours a comme objectif de sensibiliser et former les ergothérapeutes aux situations palliatives et à l'accompagnement de fin de vie. Ce cours donne des outils permettant de mieux appréhender chaque situation dans sa globalité et ce, dans la singularité du cadre professionnel.

Sessions	Dates	Lieu
Formation continue initiale en soins palliatifs généraux pour les ergothérapeutes Nov. 2021 – Fév. 2022	1 et 2 décembre 2021; 3 et 4 février 2022	Réseau Santé Région Lausanne, à Lausanne

Formation initiale en soins palliatifs généraux réservée aux thérapeutes ASCA / RME agréés

Depuis l'automne 2020, palliative vaud offre un cours spécifique pour les thérapeutes en médecines complémentaires avec un programme ciblé sur leurs besoins.

Durée: 3 journées de 8 heures, pauses comprises, de 8h30 à 16h30.

Information et inscription:

<https://www.palliativevaud.ch/formation/formation-initiale-en-soins-palliatifs-generaux-reservee-aux-therapeutes-ascame-agrees>

Sessions	Dates	Lieu
Session Sep. – Oct. 2021	27 et 28 septembre et 11 octobre 2021	Rennaz
Session Mars 2022	3, 4 et 18 mars 2022	Salles de formation lausannoises

Espaces de réflexions pour thérapeutes ASCA / RME agréés

Ces demi-journées ont été créées pour permettre d'échanger entre professionnels, d'analyser des situations pratiques de manière approfondie et de chercher de nouvelles possibilités d'actions.

Information et inscription: <https://www.soins-palliatifs-vaud.ch/formation/espaces-de-reflexion>

Dates	Horaires	Lieu
7 décembre	9 h à 12 h	palliative vaud

Analyses de pratiques professionnelles (APP)

Les APP permettent des transferts de connaissances lors d'échanges entre professionnels, d'analyser des situations pratiques de manière approfondie et de chercher de nouvelles possibilités d'actions individuelles et interdisciplinaires.

Public cible : tous les professionnels de la santé et du social, ou travaillant en EMS, CMS, ESE et hôpitaux.

Durée: 8 heures, pauses comprises, de 8h30 à 16h30.

Analyses de pratiques	Date	Lieu
«Les défis de la communication avec une personne présentant des troubles cognitifs»	18 novembre 2021	palliative vaud
«Les défis de la communication avec les proches»	29 mars 2022	palliative vaud

Analyse de pratiques professionnelle pour les personnes de ressource:

APP pour les personnes de ressource en soins palliatifs	Date	Lieu
Thème à choix	23 novembre 2021 de 13h30 à 16h30	palliative vaud
Thème à choix	10 mars 2022 de 13h30 à 16h30	palliative vaud

Information et inscription: <https://www.palliativevaud.ch/formation/analyses-de-pratiques-professionnelles-app-pour-les-personnes-ressources-en-soins>

Ateliers d'approfondissement en soins palliatifs généraux

Les ateliers d'approfondissement permettent aux professionnels d'acquérir des compétences spécifiques et donnent l'opportunité de s'approprier les contenus encore plus concrètement.

Public cible: tous les professionnels travaillant en EMS, CMS, ESE et hôpitaux, ainsi que les professionnels de la santé indépendants.

Durée: 8 heures, pauses comprises, de 8h30 à 16h30.

Lieu: palliative vaud

Information et inscription: <https://www.palliativevaud.ch/formation/ateliers-dapprofondissement-en-soins-palliatifs-generaux>

Ateliers d'approfondissement en soins palliatifs généraux	Dates
«Accueillir un désir de mort et /ou de suicide assisté» (au CHUV)	4 octobre 2021
«Rôles des rituels»	7 octobre 2021
«Communication: La situation en situation palliative et en fin de vie»	16 novembre 2021

«ProSA, directives anticipées,
plan de traitement en cas d'enjeu vital,
outil «A vos souhaits»

15 mars 2022

Pour les bénévoles

Formation de base: «Accompagner des personnes gravement malades»

Cette formation permet à des personnes engagées bénévolement au sein d'une institution partenaire d'acquérir des connaissances et des compétences dans le domaine des soins palliatifs généraux afin d'améliorer la qualité d'accompagnement des personnes gravement malades, en établissements de soins ou en lieux de vie.

Durée: 8 jours, à raison d'une journée par mois, de 9h00 à 16h00.

Lieu: palliative vaud.

Sessions

Dates

Novembre 2021

Du 27 novembre 2021 au 18 juin 2022 (**les samedis**)

Janvier 2022

Du 13 janvier au 22 septembre 2022 (**les jeudis**)

L'inscription se fait par le biais du coordinateur des bénévoles de l'association / institution partenaire.

Treizième rencontre plénière des bénévoles

«Être présent – à l'autre et à soi – en conscience et en puissance».

Bien vivre mon bénévolat, grâce aux échanges d'expériences et d'encouragements, à quelques éléments de réflexion et surtout au soutien réciproque des personnes présentes.

En participant comme bénévole, avec un parcours plus ou moins long au cœur de la philosophie palliative, je prends du recul et m'accorde une pause créative, ressourçante, motivante et projective.

«La vie spirituelle n'est peut-être rien d'autre que la vie matérielle accomplie avec soin, calme et plénitude». Christian Bobin.

Date: 10 novembre 2021

Intervenants: Geneviève Spring, accompagnante spirituelle à l'unité de soins palliatifs au CHUV et à domicile (Équipe mobile de soins palliatifs RSRL).

François Rosselet, accompagnant spirituel à la Fondation Rive-Neuve.

«Re-découvrir dans le jour naissant cette simplicité et cette sobriété des mots, pour définir ce qu'est la vie spirituelle pour soi, avec celle ou celui qui m'est proche dans cet instant, me donne la capacité de re-prendre mon souffle au quotidien.

Ce partage délicat m'invite à la saveur du prochain pas!».

Information et inscription: <https://www.palliativevaud.ch/node/264>

Pour le grand public: Cours «Derniers Secours»

Ce cours est destiné à un large public. Il offre aux citoyens des connaissances de base qui leur permettent de mieux accompagner les personnes en fin de vie ainsi que leurs proches.

Durée: 6 heures, pauses comprises, de 10h00 à 16h00.

Lieu: dans différents espaces du canton de Vaud.

Conditions: consulter notre site internet

<https://www.palliativevaud.ch/formation/derniers-secours>

De nouvelles dates pour les cours «Derniers Secours» sont publiées en continu sur notre site.

N.B.

- À préciser que, dans ce document, pour des raisons de lisibilité, le genre masculin est utilisé comme générique et sous-entend la valeur du féminin.
 - Par ailleurs, les lieux indiqués impliquent que les conditions sanitaires nous autorisent à nouveau à donner nos formations en présentiel. En cas contraire, certaines d'entre elles sont adaptées pour pouvoir être dispensées en visioconférence.
-



Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

«CAS in Psychoonkologie» 2021 – 2022

Der CAS-Weiterbildungsstudiengang ist ein Angebot der Universität Basel in Zusammenarbeit mit der Krebsliga Schweiz. Er vermittelt Grundkenntnisse der Psychoonkologie mit Erkenntnissen aus den Fachgebieten Psychologie, Medizin, Pflege und Sozialarbeit. Zielgruppen sind Fachpersonen aus der Medizin und Pflege (Onkologie, Psychiatrie), Psychologie, Sozialarbeit, Theologie, Kunsttherapie sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich.

Der «CAS in Psychoonkologie» 2021 – 2022 startet am 4. November 2021. Anmeldungen sind bis am 25. September 2021 möglich.

Es können auch **Einzel-Workshops** aus dem CAS besucht werden.

Weitere Informationen und Anmeldung
www.krebsliga.ch/psychoonkologie

«Kommunikationstraining»

Bildungsangebot für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen

aus der Onkologie, Radioonkologie, Hämatologie, Inneren Medizin, Allgemeinen Medizin, Chirurgie, onkologischen Gynäkologie und Urologie.

23./24. September 2021

2./3. Dezember 2021

Informationen und Anmeldung: www.krebsliga.ch/kommunikationstraining

«Kommunikationstraining»

Bildungsangebot für pädiatrische Onkologen und Onkologiepflegende

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, sowie die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe anerkennt das Angebot mit 12 Creditpunkten als fachspezifische Kernfortbildung.

14./15. Oktober 2021

Informationen und Anmeldung: www.krebsliga.ch/kommunikationstraining

«Mieux communiquer»

Formation continue pour médecins et personnel infirmier en oncologie

Ce cours est destiné à des personnes expérimentées travaillant en oncologie, et souhaitant perfectionner leurs connaissances en techniques de communication.

18/19 novembre 2021

Informations et inscription: www.liguecancer.ch/formation-mieux-communiquer

«Migliorare la comunicazione»

Formazione continua per medici e personale infermieristico operanti in ambito oncologico

Questo corso si rivolge alle persone che lavorano nel campo dell'oncologia e che desiderano perfezionare le loro conoscenze riguardo alle tecniche di comunicazione.

Questa formazione continua è obbligatoria per ottenere il titolo di specialista in oncologia medica ed ematologia. Diverse società svizzere di medicina riconoscono questo corso con dei crediti di formazione continua.

21/22 ottobre 2021

Informazioni e iscrizione: www.legacancro.ch/migliorare-la-comunicazione

Programm- und Preisänderungen sind vorbehalten.

Impressum

Redaktion · Rédaction · Redazione

Dr. phil. Christian Ruch, palliative.ch
Maya Monteverde, MAS in Palliative Care, Ticino
Eleonore Arrer, MSc, BScN, St. Gallen
Gabriela Meissner, Zürich
Michaela Forster, MAS in Palliative Care, St. Gallen
Stephanie Alder, MAS NPPM, Bern

christian.ruch@palliative.ch
Maya.Monteverde@eoc.ch
eleonore.arrer@fhsg.ch
gabriela.meissner@pallnetz.ch
Michaela.Forster@kssg.ch
stephanie.alder@palliative.ch

Adressen · Adresses · Indirizzi

Redaktion · Rédaction · Redazione

Dr. Christian Ruch, Geschäftsstelle palliative.ch, Kochergasse 6,
3011 Bern, Tel. 079 275 57 68, christian.ruch@palliative.ch

Inserate · Publicité · Pubblicità

Dr. Christian Ruch, christian.ruch@palliative.ch

Abonnemente · Abonnements · Abbonamenti

Geschäftsstelle palliative.ch, Kochergasse 6, 3011 Bern, info@palliative.ch

Abonnemente · Abonnements · Abbonamenti

	Schweiz	Ausland
Einzelpersonen / Individuels / Individuali:	CHF 70.–	CHF 85.–
Institutionen / Istituzioni / Istituzioni:	CHF 120.–	CHF 140.–

Abonnementskündigungen: schriftlich per 30. Juni

Annulations d'abonnement: par écrit avant le 30 juin

Annullamento abbonamenti: per iscritto entro il 30 giugno

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

15.10.2021 | 15.1.2022 | 15.4.2022 | 15.7.2022

Auflage · Édition · Edizione

3504 Exemplare / exemplaires / esemplari (beglaubigt / certifié / certificato WEMF 2020)

Layout und Druck · Layout et impression · Layout e stampa

AZ Druck und Datentechnik GmbH

Heisinger Straße 16

87437 Kempten

Tel. +49 831 206-0

Fax +49 831 206-246

www.az-druck.de

ISSN 1660-6426 Schlüsseltitel palliative.ch

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

 **Spitex**
Stadt und Land
Bei Ihnen. Mit Ihnen.

PALLIATIVE CARE
UND ORGANISATIONSETHIK



weiterbildung-palliative.ch | Interdisziplinärer Lehrgang

Palliative Care

Grundlagen und Symptommanagement
Psychosoziale Kompetenzen und existenzielle Aspekte
Ethische Entscheidungsfindung und Kultur des Abschieds

Durchführung in Zürich | Zentrum für Weiterbildung, Universität Zürich
November 2021 – November 2022

08. / 09. November 2021, 09. / 10. Dezember 2021, 12. / 13. Januar 2022, 03. / 04. Februar 2022, 07. / 08. März 2022,
06. / 07. April 2022, 09. / 10. Mai 2022, 08. / 09. Juni 2022, 04. / 05. Juli 2022, 25. / 26. August 2022,
26. / 27. September 2022, 03. / 04. November 2022, drei weitere Tage nach Wahl / Tagungen und Tagesseminare

Dozentinnen und Dozenten

Dr. med. Manuela Bergamin-Wälchli, Dr. med. Christoph Gerhard, Dr. med. Manuel Jungi, Prof. Dr. phil. Andreas Kruse,
Dr. med. Roland Kunz, Sabine Meier Ballaman, Dr. phil. Matthias Mettner, Dr. sc. med. Settimio Monteverde,
Dr. phil. Christian Ruch, Dr. med. Mathias Schlögl, Claudia Schröter, Pfrn. Jacqueline Sonogo Mettner,
Prof. em. Dr. med. Rolf Verres, Dr. med. Andreas Weber, Prof. Dr. med. Markus Weber.
Änderungen vorbehalten; weitere Dozentinnen und Dozenten nach Nennung.

Umfang, Dauer und Lehrgangsgebühr

Präsenzzeit / Kontaktstudium: 27 Unterrichtstage. | Lehrgangsgebühr: CHF 6'700.– | Darin inbegriffen: 27 Unterrichtstage;
Lehrmittel / Unterrichtsmaterialien und Broschüren; Fachbücher / Standardwerke; Möglichkeit der kostenfreien Teilnahme
an bis zu sieben Tagungen und Tagesseminaren während des Lehrgangszeitraums.

In Zusammenarbeit mit:

RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG



Direkt zur Informationsbroschüre:



Information / Anmeldung Verlangen Sie bitte die Detailprogramme und Informationsbroschüren.
Palliative Care und Organisationsethik, Posthof, Turmgasse 2, CH-9320 Arbon TG, Tel. +41 44 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch, www.weiterbildung-palliative.ch

FORUM GESUNDHEIT UND MEDIZIN

27. November 2021 | Samstag

DURCH NACHT ZUM LICHT



**Ludwig van Beethoven –
ein Leben und Werk im Trotzdem
Vom «verzweiflungsvollen
Zustand» zur «Ode an die Freude»**
Tagesveranstaltung
Vortrag – Klavierspiel – Gespräch
mit Prof. Dr. phil. Andreas Kruse
Kunsthhaus Zürich
Grosser Vortragssaal

ÖFFENTLICHE TAGUNGEN

03. Dezember 2021 | Freitag

TIEFE, SCHÖNHEIT UND KRAFT DER SPIRITUALITÄT



Interprofessionelle Spiritual Care

Öffentliche Tagung
anlässlich des Buches
'Interprofessionell Spiritual Care.
Im Buch des Lebens lesen'
von Renata Aebi und Pascal Mösli,
Ref. Kirchgemeindehaus Zürich Enge
Bederstrasse 25

Forum Gesundheit und Medizin

Posthof, Turmgasse 2, CH-9320 Arbon TG, Tel. +41 44 980 32 21, info@gesundheitundmedizin.ch, www.gesundheitundmedizin.ch