
Zwei Mitarbeiterinnen des Forschungsprojekts «Intimität in der Intensivstation» erzählen von ihren Eindrücken, Gefühlen und Bedenken während und nach ihren Beobachtungsaufenthalten am Ospedale Civico in Lugano. Der erste Beitrag stammt von einer psychiatrischen Krankenschwester, der zweite von einer Philosophin. **Roberto Malacrida**

Sabrina Clerici^a

Besuch einer Intensivstation: Über Intimität

_Narrativ

a Istituto ricerca interdisciplinare in etica clinica e in medical humanities (IRIEMH) dell'Ente Ospedaliero del Canton Ticino

Ich war noch nie auf der Intensivstation, weder aufgrund meiner Arbeit noch aus persönlichen Gründen, und bin neugierig auf den Ort, den ich nur aus Fernsehserien kenne und von dem ich lediglich eine unbestimmte Vorstellung habe. Ich weiss nicht, was ich erwarten, was ich «suchen» soll, ich weiss nicht, ob es mir gefallen wird und ob ich mich dort wohl fühlen werde. Ich versuche nur, mich so weit wie möglich für dieses Erlebnis zu öffnen. Ein rascher Gedanke geht auch an das Team. Ich frage mich, wie sie mich empfangen, ob sie mich aufnehmen werden. Werde ich stören, wird sich ihr Verhalten aufgrund meiner Gegenwart verändern, fühlen sie sich ausspioniert?

Francesco ist der erste, den ich während meines Aufenthalts in der Abteilung kennenlerne. Ich halte seinen Namen fest, weil ich ihm das irgendwie schulde: Mir scheint, als würde er in dieser Erzählung Gestalt annehmen, Realität. Er «war da», er hat mit mir gesprochen.

Er ist wach, gibt Zeichen. Ich stelle mich vor, er drückt mir die Hand, er fängt an, von sich zu erzählen, von einer Lagerhalle, von einer Hochzeit, dass er gehen müsse...

Die Schwester, die sich um ihn kümmert, erklärt mir, dass er erst seit kurzem wach ist, dass er erregt sei und versuche, sich die verschiedenen Kanülen auszureissen. Bis gestern war er sediert, heute werde die Situation neu eingeschätzt.

Ich bleibe bei Francesco und versuche zu verstehen, was er erzählt. Er spricht wirr und zusammenhangslos. Er ist einverstanden, meine Fragen zu beantworten. Er komme aus Süditalien, sei alt, habe die Abteilung satt, wolle fort. Er steigt mit einem Bein über das Sicherheitsgitter. Als ich ihm sage, dass er sich wegen des schlimmen Sturzes von der Treppe noch ein wenig ausruhen müsse, steigen ihm Tränen auf. Ich versuche, ihn zu trösten und zu sagen, dass es ihm bereits besser gehe und dass er schon bald nach Hause zurückkehren könne. Er nimmt das Gespräch wieder auf und scheint zu fabulieren, was aber nicht so klar ist, ich müsste zusätzliche Informationen haben. Vielleicht braucht er noch etwas Zeit, um seine Gedanken zu ordnen. Vielleicht verbirgt sich in seinen Äusserungen Zorn, Furcht oder auch Angst, schwer zu sagen. Immerhin, wie mir die Kollegin, die sich um ihn sorgt, bestätigt, beruhigt sich Francesco, wenn jemand bei ihm bleibt. Ich komme oft vorbei, schaue zwischen den Trennvorhängen

hindurch. Auf einmal vertraut er mir leise an, dass er auf die Toilette müsse. Ich rufe die Schwester, die ihm die Bettpfanne anbietet – auf der Abteilung gibt es keine Toilette. Francesco bittet mich trotzdem, ihn auf die Toilette zu begleiten, ihm das zu ersparen, es wäre die grösste Demütigung seines Lebens. Und wieder hat er Tränen in den Augen.

M. hat man die Atem-Kanüle entfernt. Ein Loch ist geblieben, durch das er seltsame Geräusche von sich gibt. Er hat grosse, dunkle Augen, weit geöffnet, als wäre er soeben aufgewacht. Es ist ein gutes Zeichen, aber ich habe den Eindruck, dass er das anders sieht. M. antwortet auf die Fragen mit einem Händedruck oder Augenzeichen. Er hat Schwierigkeiten beim Atmen und Schlucken.

Die Krankenschwester erklärt mir, M. habe ständig neurovegetative Störungen: er schwitze im Gesicht, atme oberflächlich und rasch.

Ich sehe ihn in einer seiner häufigen Krisen. «Neurovegetative Krisen.» Was bedeutet das? Woher kommen sie? Ich beobachte ihn und höre jenes unbeholfene, geräuschvolle Atmen, er scheint zornig zu sein, vielleicht eingeschüchtert, ich könnte es verstehen. Vielleicht ist es die Erregung, die aus der Erkenntnis der «Blösse» stammt, der Einsicht in die extreme menschliche Zerbrechlichkeit.

Eine neurovegetative Krise kann mit Medikamenten eingeschränkt oder mit einer Sedation bewältigt werden. Eine Angstkrise kann über die Kontaktaufnahme gemildert oder auch durch eine Sedation verhindert werden, das zweite ist eine Dysfunktionsfrage, das erste eine menschliche Herausforderung...

Seine Frau besucht ihn oft, spricht mit ihm, füttert ihn mit Eis (nachdem sie ihn gefragt hat), plötzlich macht M. Blasen, schluckt nicht, spuckt. Er wird zurechtgewiesen und regt sich auf. Die Erregung ist ansteckend, geht fast wie durch Osmose von M.'s Körper über zum Körper seiner Frau, dann zur Schwester. Wieder frage ich mich, was er fühlt, vielleicht Zorn aufgrund der Worte, die er nicht aussprechen kann, aufgrund seiner Abhängigkeit, aufgrund des Geredes über nichtige Dinge anstelle über das, was ihn wirklich beschäftigt...

Vielleicht möchte er sie näher haben, oder weiter entfernt, vielleicht möchte er sich verstecken, vielleicht schämt er sich, vielleicht möchte er nur weinen, aufgrund dessen, was

passiert ist, und fragen: «Warum?!» Seine Gattin ist eine angeblich energische Frau, mit einer vollen, heftigen Stimme, ihre Worte sind klar im ganzen Zimmer zu vernehmen. Was kann man noch sagen, um das, was noch privat bleibt, nicht noch weiter öffentlich zu machen? Und Respekt kann gleichzeitig Dankbarkeit und Missstimmung hervorrufen, vielleicht sogar inhaltsleer erscheinen, entleert von dem, was wichtig oder dringend ist.

Im Grunde ist es eine doppelte Inszenierung: Du entblößt etwas vom Anderen, ohne dass er zustimmen kann, und du stellst dich selbst aus als Interpret dessen, was der andere möglicherweise empfindet, wie du den anderen erlebst. Es ist alles andere als einfach.

Da ich aus einer anderen Arbeitswelt komme, habe ich öfters Worte gesucht. Und doch erklärt man dem Patienten alles haargenau ... wovon spreche ich also? Ich glaube, dass ich die Abwesenheit «nicht-funktionaler» Worte vermisst habe. Funktionelle Worte gleichen im Grunde Zahlen und Krankenakten, das aber, was sich zeigt, bleibt unausgesprochen. Ich habe Worte vermisst, die von uns sprechen, Worte, die versuchen, eine «neurovegetative Krise» emotional, in Gefühl und Gedanken zu übersetzen.

Gleichermassen habe ich die «Berührung» entbehrte, obwohl ich nie so viele pflegende Gesten in einer einzigen Schicht gesehen habe. Eine Berührung, die sagt: «Ich bin da, und du?» Eine «wiegende», «streichende», «festhaltende», «bleibende» Berührung, die den Körper des Patienten nicht noch mehr trennt, sondern ihn wieder ganz macht, zusammenfügt. Ansonsten droht die Berührung wie eine technische Pumpe, eine Kanüle zu sein. Ich denke aber auch an nötige Berührungen, wie sie manchmal in der Psychiatrie vorkommen.

Trotz dieser besonderen und beharrlichen Nähe (wir dringen auch in den Patienten ein, sind ihm nicht nur nahe), habe ich mich in dieser Intensivstation nach ihr gesehnt, als ob sie nicht genügend da wäre. Vielmehr habe ich eine gewisse Distanz, eine Ferne, eine Art affektiven, narrativen, imaginativen Abstand verspürt. Wenn ich die Patienten ansah, wenn sie alleine waren, wenn sie Besuch hatten, war ich traurig, verzagt, in Gedanken an ihre Zukunft, an die Zukunft ihrer Kinder, Frauen, Freunde ... Ich war fast verlegen, dass so etwas, etwas von solcher Tragweite, ihnen und nicht mir zugestossen war, und es besorgt mich auch, dass das alles Dinge waren, die offensichtlich jedem passieren können.

Ein Eindruck, den ich gleich vom ersten Augenblick an hatte, aber erst nach langen Überlegungen formulieren konnte, war, dass ich von diesen Patienten innerlich sehr berührt wurde und die Forderung an mich selbst verspürte, in meinem Leben, in der Welt «da zu sein».

Diese Grenzerfahrung ruft uns zu uns selbst, zur Gegenwart, zum «Hier und jetzt», verändert sogar, zumindest vorübergehend, die Perspektive.

Mir scheint, dass sich auch einige Blicke gekreuzt haben, die meine «inneren Regungen» wahrgenommen haben, Blicke, die bewegen und befragen, die in einem gewissen Sinne intim sind, einander annähern. Mir fällt dazu ein, dass die Verbalisierung beim Kind von der Mutter veranlasst wird, nicht

dass die Mutter dem Kind das Sprechen beibringt oder dass sie mit ihm von Anfang an spricht, sondern dass dies durch den mütterlichen Blick geschieht, der «wünscht», das Kind «einlädt», sich gänzlich zu zeigen, als das, was es ist. Ich frage mich, ob man einen solchen Blick auch dem Patienten anbietet, der anscheinend «nicht da ist», der ihn nicht erwidern kann.

Vielleicht ist es natürlich, sich von einer «allzu grossen» Nähe zu schützen, wenn man keine Prognose wagen kann, wenn man nicht weiss, was geschehen wird, wenn man die *Medikation* reduziert.

Ich habe gewisse Bedenken. Wahrscheinlich, weil jene «Lebenszustände» im Grunde künstlich sind, nur scheinbar intakt, «funktionierend», unklar, in welchem Masse sie es tatsächlich oder nur aufgrund der Maschinen sind.

Vielleicht wagt man es nicht, jene Diagramme, Messungen, neurovegetative Krisen in Wort-Gedanken zu übersetzen, aus Respekt, aus Zurückhaltung, oder aus Angst, etwas Falsches zu machen, etwas von uns selbst, von unserer Identität zu offenbaren?

Die Intimität, die wir mühevoll zu gewährleisten, zu wahren, zu respektieren versuchen, als ob sie eine Tatsache wäre, sollte meiner Meinung nach gesucht, geteilt werden.

Die Intimität kann eine private Frage sein, eine individuell-persönliche Sphäre, aber auch eine relationale Dimension betreffen, den Bereich der Begegnung von zwei Identitäten.

Ich glaube, dass in der Authentizität der Intimität, die Pflegepersonal und Patienten in Grenz- und Krisensituationen verbindet, sich ein Pfleger im persönlichen Bereich ange-regt fühlt, und dass er in gewissem Mass eine Umordnung seiner Werte und Erfahrungen akzeptieren muss. Sein Blick auf den Anderen soll ermöglichen, dass dieser sich vollständig ausdrückt.

Angesichts der Wahrnehmung der Grenze des Lebens, aber auch der Planmässigkeit, der konstituierten Ordnung, oder der mühsam errungenen und mit uns selbst verhandelten Stabilität, kann man bedeutende innere Kräfte wahrnehmen.

Der Andere in seiner Suche nach Hilfe, Nähe und Begleitung, schenkt uns den Ansporn, die Gelegenheit, uns besser, so gut wie möglich zu verstehen; gleichzeitig deckt er Prioritäten auf, die wir nur in jenem Augenblick wahrnehmen, dank der extremen Situation.

Die einzige würdige Gegengabe für dieses Geschenk wäre vielleicht die Bereitschaft, sich ihm auszusetzen, unsere Blöße durchscheinen zu lassen.

In der Intensivstation scheint die wissenschaftliche, messbare Dimension zu genügen. Am Anfang meiner Beobachtungen habe ich mir oft gesagt: «Hier entgeht einem nichts», aber wenn man genauer hinsieht, entgeht vielleicht doch etwas. Vielleicht gerade das Wesentliche, das für das Auge nicht Sichtbare, das, was man weder kontrollieren noch messen kann. Vielleicht haben meine Kollegen der Intensivstation manchmal denselben Eindruck.

Chantal Marazia^a

Ein Kittel macht noch keine Philosophin

_Narrativ

a Istituto ricerca interdisciplinare in etica clinica e in medical humanities (IRIEMH) dell'Ente Ospedaliero del Canton Ticino

Im Zimmer nebenan bereitet Emanuele eine Vorlesung über Mode vor. «Kleider machen Leute!» Ich schmünzle bei dem Gedanken, dass ich zum ersten Mal offiziell in die Haut einer Philosophin geschlüpft bin, als ich mir den weissen Kittel einer Ärztin der Intensivstation umgelegt hatte.

Warum hat man mich so bekleidet? Um meine Anwesenheit in der Abteilung optisch zu neutralisieren? Um keine Fragen vonseiten der Patienten und ihrer Angehörigen auszulösen? Um mich an die Umgebung anzupassen? – Ich bin ja potentiell eine Patientin oder auch die Angehörige eines Patienten, aber keineswegs eine potentielle Ärztin oder Pflegerin. Somit, dachte ich, hat der weisse Anzug symbolisch eine Annäherung hergestellt.

Der weisse Kittel war für mich eine Uniform, aber auch eine Rüstung. Nicht nur Kleidung, sondern eine Schutzhülle, wirksam in zwei Richtungen: Den Patienten und ihren Angehörigen ermöglichte sie, sich von meiner Anwesenheit nicht bedrängt zu fühlen. Mir hat sie gestattet, meine Wahrnehmungen zu filtern und nur die Elemente aufzunehmen, die tatsächlich für meine Überlegungen wertvoll waren. So wurde ich nicht abgelenkt vom «Krankenhausgeruch», den ich stets als Ausrede gegen ein Medizinstudium vorgebracht hatte, von unbekanntem Geräuschen und Fachbegriffen, oder von seltsamen Apparaten.

Die Schwester, die sich um mich kümmert, trägt glücklicherweise keinen weissen, sondern einen hellblauen Kittel. Der chromatische Unterschied hemmt die Einfühlung. Im Zweibettzimmer, das wir betreten, sind die Patienten, ein Mann und eine Frau, von einem Vorhang getrennt. Während intimeren Handlungen, dem Waschen zum Beispiel, kommt eine mobile Trennwand hinzu, erklärt mir die Krankenschwester. Jetzt erst nehme ich wahr, dass es hier keine Geschlechtertrennung gibt, keine Frauen- und Männerzimmer. Wenn Intimität und Scham völlig von geschlechtlichen Werten befreit werden sollen, scheint mir dies ein günstiger Ausgangspunkt zu sein. Die Patienten tragen nicht ihre eigenen Schlafanzüge, sondern, unabhängig vom Geschlecht, eine weisse, blau verzierte Schürze. «Meine» Krankenschwester sorgt sich um Frau F., eine bewusstlose Patientin, die intubiert ist. Auch sie trägt den Krankenhausanzug, liegt aber wegen der hohen Körpertemperatur nicht unter einer Decke oder einem Leintuch. Sie ist nur mit einem Tuch bedeckt, eine Art Handtuch, das sie von der Brust bis zu den Knien bedeckt. Sind dies die intimen Grenzen des Körpers? Gibt es überhaupt einen allgemeinen Massstab für die Notwendigkeit der Bedeckung? Anscheinend reicht ein Rekurs auf den gesunden Menschenverstand, unterstützt von der Einfühlung: «So wie ich

es haben möchte, wenn es sich um mich handelte», meint die Krankenschwester, «oder um meine Mutter», fügt sie gleich hinzu. Tauchen also die Geschlechtsunterschiede doch wieder auf? Wenn die Schwester erklärt, dass sich die Mütter selbst um die Toilette ihrer Kinder kümmern, suggeriert sie mir dabei die Vorstellung, dass Intimität ein weibliches Vorrecht ist, etwas, wozu Frauen einen privilegierten Zugang haben. Oder ist es nur ein Zufall? Meinte sie damit allgemein engere Verwandte? Ich denke an die Weihnachtsessen, und trotz aller Bemühungen kann ich mir meine Verwandten einfach nicht als Wahrer meiner Intimität vorstellen. Kann Intimität wirklich institutionalisiert werden? Intimität und Institution: Krankenhaus und Familie. Merkwürdig: Schwester ist auch die Bezeichnung eines Familienmitgliedes.

Die Schwester stellt sich der Patientin, Frau F., vor, kündigt an, dass sie sich während der nächsten Schicht um sie kümmern wird und fragt, ob sie die Augen öffnen oder die Hand drücken kann. Von meiner Anwesenheit ist nicht die Rede. Wahrscheinlich kann sie mich gar nicht sehen. Aber wenn man zu ihr spricht, gibt es doch die Möglichkeit, dass sie hören kann. Wird sie mich also hören? Meine Fragen, die Antworten der Schwester? Die Schwester spricht leise, wenn vom Tod die Rede ist. Allerdings bleibt die Lautstärke beträchtlich, wenn ihre Kollegin vorbeikommt, um von ihrem Autounfall zu erzählen. Das Radio versichert, dass es nicht regnen wird, und all diese Umsicht scheint mir so zweideutig und unsicher. Erzwungen.

Die Pfleger unter sich nennen die Patientin beim Vornamen, aber wenn sie sich direkt an sie wenden, bevorzugen sie, vor allem wenn der Patient erst seit kurzem in der Abteilung ist, den Familiennamen. Im Gebrauch der Vornamen spüre ich die Zweideutigkeit der Intimität in der Intensivstation. Der Gebrauch des Eigennamens ist ein erstes Kennzeichen der Intimität. Seine Aussprache zwingt Intimität auf. Im alten Rom war der Eigenname der Frauen so vertraulich, intim, dass er nur im Haushalt gekannt und ausgesprochen wurde. Da der Name ursprünglich als ein Teil des Körpers galt, entsprach dessen Aussprache einem Körperkontakt, dessen Kenntnis der Kenntnis seines Trägers, im doppelten Sinne des hebräischen *yadà*, dem «Erkennen» im Sinne einer geschlechtlichen Begegnung.

Ich beobachte eine direkte Entsprechung zwischen Wort und Geste, zwischen Gehör- und Tastsinn. Jeder Akt ist begleitet, ja eingeleitet von seiner Beschreibung. Die Schwester entschuldigt sich jedes Mal, wenn sie invasiv handelt. Entschuldigt sie sich dabei oder rechtfertigt sie sich für Gesten, die sie ohnehin als legitim empfindet? Ich frage mich, ob eine tech-

nische Handlung, wenn auch von aller Nähe und Menschlichkeit begleitet, wirklich intim werden kann. Kann und soll Intimität angekündigt, ja sogar entschuldigt werden? Habe ich jemals gesagt: «Jetzt küsse ich dich, entschuldige», «Jetzt höre ich dir wirklich zu, entschuldige»?

Ein Wandschirm erscheint vor der Zimmertür. Ich bemerke ihn erst, als eine andere Schwester die Tür schliesst. Man erklärt ihr meine Anwesenheit, während sie Herrn M., der das zweite Bett im Zimmer besetzt, die Bettpfanne leert. Auch er ist bewusstlos. Seine Frau duldet keine fremden Besuche, «jetzt, wo er doch so heruntergekommen ist». «Seine» Krankenschwester bestätigt, dass auch sie nicht in diesem Zustand gesehen werden möchte. Was ist daran so demütigend? Und tatsächlich erinnert Herr M., ein stämmiger ausländischer Arzt, an Moby Dick, an ein hilfloses Säugetier. Würde er sich tatsächlich vor einem Freund schämen? Vor dem Arzt? Und vor mir?

Seine Frau und seine Tochter werden gebeten, das Zimmer kurz zu verlassen, da der Patient umgebettet werden soll. Warum darf ich bleiben? Weil mein Blick im Grunde ebenfalls eine technische Handlung ist. Er ist gerechtfertigt und legitimiert, wie das Absaugen der Sekrete oder die Intubation. Doch scheint er mir ebenso invasiv. Und ich entschuldige mich nicht einmal. Überdies kann ich mich nicht einmal hinter einer soliden wissenschaftlichen Kompetenz verstecken. Der weisse Kittel (Kleidung, Bekleidung, Verkleidung?), meine ausbalancierte Sachlichkeit haben nicht standgehalten. Eine Nachricht an den Leiter des Projekts, die gleichzeitig den vorzeitigen Abbruch meines Beobachtungsaufenthalts bedeutete, bestätigt dieses Unvermögen:

«Heute hatte mir eine Krankenschwester angekündigt, dass man Frau F., oder besser Silvana, wie man sie jetzt nennt, extubiert hätte. So dachte ich, dass es ihr besser geht. Doch auch Du weisst, dass es nicht so steht. Ich war anwesend, als man den Verwandten die Extubation mitgeteilt hat. Die Krankenschwester war dabei sehr professionell, doch ich wusste inzwischen genau, wo sie hinzielte: sie hatte stillschweigend Silvanas Tod angekündigt. Ich fühlte mich hin- und hergeworfen zwischen ihrer Absicht und dem Widerstand der Verwandten, die scheinbar nicht verstehen wollten. Diese zwei Kräfte kamen sich immer näher und auf einmal hat mir die Luft gefehlt. Vor allem habe ich mich als Eindringling gesehen, als die Verwandten – fast um das Urteil der Krankenschwester zu dementieren – versucht haben, mit Silvana eine Intimität herzustellen. Aber warum nenne ich sie so? Es ist doch Frau F.»

Ich habe den weissen Kittel abgelegt. Unabhängig vom Intimitätsprojekt habe ich vor kurzem einen Text über das Sterben verfasst. Was hat es gebracht, das Thema aufgeklärt und unbeschwert anzugehen, wenn mich dessen *Erlebnis* völlig unvorbereitet vorgefunden hat?

Korrespondenz

Instituto di ricerca interdisciplinare in
etica clinica e in medical humanities (IRIEMH)
Ospedale Civico
Via Tesserete 46
CH-6900 Lugano

e-mail: chantalmarazia@libero.it

Commissions d'éthique clinique

La commission d'éthique clinique de la Communauté d'Intérêts de la Côte (CILC)

Afin d'optimiser la collaboration entre soins à domicile et soins hospitaliers, trois structures de soins se sont réunies en 2007 pour fonder la Communauté d'Intérêts de la Côte (CILC).

- Le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL, 1 hôpital de soins aigus et 2 sites de long séjour)
- L'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC, 1 hôpital de soins aigus et 4 sites de long séjour)
- La Fondation La Côte pour les soins à domicile (équivalent de ce qu'on appelle ailleurs en Suisse Spitex et qui couvre la région allant de l'Ouest de Morges jusqu'aux portes de Genève)

ont décidé de développer un certain nombre de projets communs parmi lesquels la création d'un soutien éthique concret aux patients et au personnel. L'ensemble de ces structures de soins représente environ 2300 collaborateurs, 600 lits et environ 3900 clients par année (soins à domicile). Les soins déployés vont des soins intensifs aux centres de réhabilitation en passant par les Etablissement Médico Sociaux (EMS) et les soins à domicile.

Le soutien éthique mis à disposition consiste en un éthicien clinique en la personnes de Carlo Foppa, PhD, ayant exercé la même fonction au CHUV à Lausanne pendant 12 ans. Mais la CILC dispose également depuis décembre 2008 d'une commission d'éthique (CE) clinique composée de 14 personnes au moment de la rédaction de ces lignes. La CE est présidée par le Dr Jean Pierre Mustaki, anesthésiste et spécialiste de l'antalgie. Elle dispose d'un secrétaire scientifique en la personne de M. Foppa ainsi que d'une secrétaire administrative et documentaliste en la personne de Mme Julia Mills. Parmi ses membres on retrouve aussi bien des personnes travaillant au sein de la CILC (médecins, infirmières mais aussi personnel administratif) que 4 externes (une représentante de l'Organisation Suisse des patients, une psychologue, une directrice d'école de soins à la retraite ainsi qu'un théologien).

La CE se réunit une fois par mois en plénière et peut également être sollicitée rapidement via un comité restreint composé du président, du secrétaire scientifique d'un médecin, d'une infirmière et d'un/e juriste. Depuis le début de son activité ce comité a été sollicité à deux reprises pour des cas touchant en particulier des situations de soins à domicile. La CE plénière a été formellement interpellée sur un sujet qui l'a occupée pendant les trois premières séances. Elle a également transmis un commentaire critique à l'ASSM pour la procédure de consultation relative aux directives anticipées et se penche actuellement sur des questions telles les codes de réanimation, les directives anticipées et la recherche dans le domaine non pharmaceutique.

Grâce à la collaboration de Mme Mills, la CE dispose également de ressources documentaires fondamentales pour la préparation et le suivi des dossiers. Un site Internet de la CE est en cours de réalisation avec un espace public et un espace réservé aux membres.