

Onkologiepflege

Soins en oncologie

Cure oncologiche

«Total Pain» – Die Welt des Schmerzes verstehen und verändern	5
Interventionelle Schmerztherapie	10
Schmerzhafte diagnostische und therapeutische Interventionen in der Kinderonkologie	14
Les patches transdermiques dans la gestion de la douleur	16
«Total Pain» – capire e cambiare il mondo del dolore	20
Schmerzmanagement in der Onkologie	24
Häufige Fehler im onkologischen Schmerzmanagement	26

2017

Fortbildungen Formations continues

Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologique Svizzera

Fortbildungen der Onkologiepflege Schweiz besuchen und umfassendes Wissen zum Thema Onkologiepflege gewinnen!

02	09.02.2017	Zürich	Adoleszente und junge Erwachsene mit Krebs
	22.–23.02.2017 + 27.03.2017	Zürich	Basiskurs in pädiatrischer Onkologiepflege (3 Tage)
04	06.04.2017	Olten	Supportive Care I – Übelkeit und Erbrechen, Fatigue, Infektionsrisiko
	13.04.2017	Zürich	Krebs beim Mann – Hoden- und Prostatakrebs
	27.04.2017	Zürich	Hämatologische Tumoren I – Maligne Lymphome und multiples Myelom.
05	04.05.2017	Olten	Mammakarzinom Basiskurs
	11.05.2017	Zürich	Rund um die Gene – Genetik, genetische Tests und genetische Beratung
	18.05.2017	Zürich	Patientensicherheit in der klinischen Praxis
	19.05.2017	Bern	Pädiatrische Onkologiepflege – Fachtagung
	29.05.2017	Lausanne	Look Good Feel Better – Vivre soi-même l'expérience de l'atelier
06	01.06.2017	Olten	Look Good Feel Better – Den Workshop selbst erleben
	22.06.2017	Olten	Schlechte Nachrichten vermitteln / Psychosoziales Befinden erfassen
07	06.07.2017	Zürich	Gastrointestinale Tumoren I – Kolorektale Tumoren und Magenkarzinom
08	24.08.2017	Olten	Mammakarzinom – Kurs für Fortgeschrittene
	31.08.2017	Zürich	Supportive Care II – Onkologische Notfälle, Extravasation, Schmerz Teil I
09	01.09.2017	Lausanne	8ème journée romande de formation continue
	07.09.2017	Zürich	Supportive Care III – Knochenerkrankungen, Schmerz Teil II
	14.09.2017	Zürich	Primäre Hirntumoren und Hirnmetastasen
	21.09.2017	Zürich	Hämatologische Tumoren II – Akute und chronische Leukämien
	28.09.2017	Olten	Angehörige und ihr Recht auf Unterstützung
10	05.10.2017	Zürich	Lungentumoren – Neueste Therapieansätze, Symptommanagement
	26.10.2017	Zürich	Entscheidungen – gemeinsam treffen Für Pflegende + Ärzte (SGMO Credits)
11	02.11.2017	Olten	NEU: Erkennen von Angst, Depression, suizidale Tendenz / Ethische Aspekte in der Onkologie.
	09.11.2017	Zürich	Orale Tumorthherapie – eine multidisziplinäre Angelegenheit
	17.11.2017	Bern	Pädiatrische Onkologiepflege Fachtagung (Wiederholung)
12	07.12.2017	Bern	Gegen Ende des Lebens Aspekte der Patientenverfügung, Vorsorge Auftrag, Gespräche über's Sterben.
Fortbildungen in Planung Daten folgen			Gastrointestinale Tumoren II Ösophagus-, Pankreas-, Primäre Hepatobiliäre Karzinome «target» – zielgerichtete und personalisierte Therapien Immunologie und Immunotherapie NEU: Hals-Nasen-Ohren Tumoren / Einführung in die Radiotherapie NEU: Hauttumoren und Exulzierende Tumoren NEU: Leben mit und nach einer Krebserkrankung Nachsorge, Arbeitswelt, physische Aktivität, Krebsliga Schweiz



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologique Svizzera

Programme und Anmeldung: www.onkologiepflege.ch
Programmes et inscription : www.soinsoncologiesuisse.ch

Editorial	4	KURZ UND BÜNDIG	
«Total Pain» – Die Welt des Schmerzes verstehen und verändern	5	Schmerz-Qualitäten	27
Maya Monteverde		NEWS AUS DEM VORSTAND	28
Interventionelle Schmerztherapie	10	NOUVELLES DU COMITÉ	28
Schmerzlinderung bei hochkomplexen Schmerzen in der Onkologie		FOKUS/ FOCUS	
Monika Kirsch / Wilhelm Ruppen		Pflege-Weiterbildungen im Bereich «Schmerz»	33
Schmerzhafte diagnostische und therapeutische Interventionen in der Kinderonkologie	14	Einführungskurs für Pflegende in den Fachbereich Onkologie	32
Maria Flury		Helpline Suisse Romande	33
Les patches transdermiques dans la gestion de la douleur	16	Dermatologische Reaktionen unter medikamentöser Antitumorthherapie	34
Caroline Breton / Catherine Lefranc		Registrierung von Krebserkrankungen	36
«Total Pain» – capire e cambiare il mondo del dolore	20	L'enregistrement des maladies oncologiques	36
Maya Monteverde		Registrazione dei tumori	37
Schmerzmanagement in der Onkologie	24	Bericht: Europäischer Kongress für Onkologiepflege (EONS)	42
Wirksamkeit von psychologischen und verhaltensfördernden Interventionen		INTERVIEW	42
Monika Kirsch		KREBSLIGA SCHWEIZ	46
Häufige Fehler im onkologischen Schmerzmanagement	26	CALL FOR POSTERS	49
Sara Häusermann		RÄTSEL / QUIZ	50
		KALENDER / CALENDRIER	51



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologique Svizzera

Impressum

Herausgeber / Editeur

Onkologiepflege Schweiz, Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstrasse 13, CH-8451 Kleinandelfingen
Telefon +41 52 301 21 89, info@onkologiepflege.ch,
www.onkologiepflege.ch, www.soinsoncologiesuisse.ch

Abonnemente / Abonnements

Einzelperson / individuel CHF 50.– / Euro 50.–

Institutionen / institutions CHF 70.– / Euro 70.–

Bestellung / commande www.onkologiepflege.ch

Verantwortlich für diese Ausgabe /

Responsable de cet édition

Irène Bachmann-Mettler

Redaktion / Rédaction

Evelyn Rieder/Chefredaktion, evelyn.rieder@riev.ch
Irène Bachmann-Mettler, irene.bachmann@gmx.net
Lucienne Bigler-Perrotin, l.bigler-perrotin@mediane.ch
Nadia Ghisletta, nadia.ghisletta@bluewin.ch
Sara Häusermann, posa@zhaw.ch
Andrea Serena, Andrea.Serena@hefr.ch
Sylvia Spengler-Mettler, info@onkologiepflege.ch
Lektorat: Eva Ebnöther, evaebnoether@bluewin.ch

Sekretariat und Inserate / Secrétariat et annonces
Sylvia Spengler-Mettler, info@onkologiepflege.ch

Druck / Impression

wylandprint, Andelfingen, Layout: Sibylle Lees

Auflage / Tirage

1550 Exemplare / exemplaires

Erscheint / Parution

4 x jährlich / 4 x par an, 2017: 15.02. / 15.05. / 15.9. / 15.12.

Redaktionsschluss / Limite rédactionnelle

02/2017, 14.03.2017, Kongressbericht / Thema: Angehörige
03/2017, 10.07.2017, Neue Therapien, Supportivtherapie
04/2017, 09.10.2017, Entscheidungsfindung, Ethik

ISSN 1662-355X Schlüsseltitel Onkologiepflege

**Mit der finanziellen Unterstützung
avec le soutien financier de**



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

Liebe Leserin Lieber Leser



Ein unbekannter Autor hat geschrieben: «Vom Schmerz weiss der Anatom am wenigsten, der Physiologe mehr, der Kliniker viel und der Patient am meisten».

Diese Ausgabe der «Onkologiepflege» bringt Ihnen wichtige Aspekte des Symptoms Schmerz näher. Für viele von Ihnen ist die Betreuung von Schmerzpatienten Alltag. Für die Betroffenen selbst ist jeder Tag mit Schmerz ein Kampf darum, ihren Alltag zurückzugewinnen oder ihn trotz Schmerz zu leben.

Trotz allen Assessment-Instrumenten, die wir zur Verfügung haben, können wir uns der Schmerz-Realität eines Patienten immer nur annähern. Albert Einstein hat dies mit folgenden Worten treffend auf den Punkt gebracht: «Nicht alles, was gezählt werden kann, zählt, und nicht alles, was zählt, kann gezählt werden».

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und hoffe, dass Sie den einen oder anderen Input in Ihre Berufspraxis einfließen lassen können. Denn: «Es ist nicht gesagt, dass es besser wird, wenn es anders wird. Wenn es aber besser werden soll, muss es anders werden» (G.C. Lichtenberg).

Sara Häusermann

Chère lectrice Cher lecteur

Un auteur inconnu a écrit: «De la douleur, l'anatomiste connaît le moins, le physiologiste plus, le clinicien et le patient beaucoup plus».

Ce numéro de «Soins en Oncologie» vous présente plus en détail des aspects importants du symptôme de la douleur. Pour beaucoup d'entre vous, la prise en charge des patients souffrant de douleur est quotidienne. Pour les personnes concernées, chaque jour est un combat pour retrouver leur vie quotidienne ou vivre en dépit de la douleur.

En dépit de tous les outils d'évaluation dont nous disposons, nous ne pouvons pas toujours nous approcher de la réalité de la douleur d'un patient. Albert Einstein l'a formulé pertinemment avec les mots suivants: «Pas tout ce qui peut être compté, compte, et pas tout ce qui compte, peut être compté».

Je vous souhaite une lecture intéressante et espère que vous pourrez incorporer l'un ou l'autre input dans votre pratique professionnelle. Car: «Ce n'est pas dit que ça devient meilleur si ça change. Cependant si ça doit devenir meilleur, alors ça doit changer» (G.C. Lichtenberg).

Sara Häusermann

Cara lettrice Caro lettore

Un autore sconosciuto ha scritto: «Chi si occupa di anatomia sa poco o nulla del dolore, il fisiologo ne sa di più, il medico ne sa molto e il paziente più di tutti».

Questo numero di «Cure Oncologiche» parla degli aspetti importanti del sintomo del dolore. Per molti di voi la cura di un paziente con dolore è all'ordine del giorno.

Per i pazienti ogni giorno è una lotta per riconquistare la loro vita quotidiana o per viverla malgrado il dolore.

Nonostante tutti gli strumenti di valutazione che abbiamo a disposizione, possiamo solo avvicinarci alla realtà del dolore di un paziente. Albert Einstein ha focalizzato il problema con le seguenti parole: «non tutto quello che si può raccontare conta e non tutto quello che conta può essere raccontato».

Vi auguro un'interessante lettura e spero che possiate far confluire l'uno o l'altro input nella vostra pratica professionale.

Perché: «non è detto che sia meglio se è diverso. Ma se vogliamo che migliori, la situazione deve cambiare» (G. C. Lichtenberg).

Sara Häusermann

«Total Pain» – Die Welt des Schmerzes verstehen und verändern

Maya Monteverde

Schmerztherapie sollte sich nicht auf die Verabreichung von Schmerzmedikamenten beschränken, sondern auch psychische, soziale, kulturelle und spirituelle/existenzielle Aspekte miteinbeziehen. Voraussetzung dafür ist unter anderem ein individuelles Schmerz-Assessment.

Krebspatienten leiden an Schmerzen. Zahlen belegen es: ungefähr 70% aller Patienten, welche an Krebs erkrankt sind, haben im Verlauf ihrer Erkrankung Schmerzen. In der End-of-Life-Care steigt dieser Prozentsatz auf 75%. Je nach Studie leiden 5–25% der Patienten unter nicht kontrollierten Schmerzen (Breitbart et al., 2011; Fallon et al., 2006; Metha et al., 2008). Das bedeutet, dass trotz all der bisherigen Anstrengungen in Schmerzforschung und -therapie bis zu einem Viertel der Schmerzpatienten immer noch nicht adäquat behandelt werden (kann) und an ihren Schmerzen leidet.

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit der Herausforderung «Total Pain» (TP) bei schwerkranken und sterbenden Menschen mit einer Tumorerkrankung. Der Artikel ist eine Annäherung an dieses komplexe Phänomen, um das Verständnis darüber zu vergrößern, die Angst davor zu mindern und die Assessmentfähigkeiten im Umgang mit TP zu schulen.

Was ist «Total Pain»?

Cicely Saunders hat in den 1950er und 1960er Jahren während ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen das Konzept des TP entwickelt, um den Schmerz in seinen verschiedenen Dimensionen und Wahrnehmungen auf körperlicher, psychischer, sozialer, kultureller und spirituell/existenzieller Ebene beschreiben zu können: «...not only to understand the world of pain, but also to change it» (Clark, 1999, S.730). Damit ist es ihr gelungen, dem Schmerz eine Bedeutung zu geben, die weit über das körperliche Empfinden hinausgeht. Zudem hat sie den Begriff des «Schmerz-Syndroms» geprägt, was impliziert, dass Schmerz nicht nur ein Symptom, sondern vielmehr eine Krankheit ist (Strang et al., 2004). Dies hat zur

Folge, dass die Schmerztherapie sich nicht auf die Verabreichung von Schmerzmedikamenten beschränkt, sondern all die genannten Ebenen miteinbezieht. Deshalb kann TP nur interprofessionell behandelt werden. Weiter hat Saunders beschrieben, dass sich der Schmerz nicht nur auf den Patienten auswirkt, sondern auch auf sein Umfeld und das Behandlungsteam, die sogenannte «Unit-of-Care» (Eychmüller, 2015). Ein wesentlicher Aspekt von Saunders Arbeit mit Schmerzpatienten ist die Narration. Saunders erster Schritt, um den Schmerz verstehen zu lernen, bestand darin, den Patienten eine Plattform zu bieten, damit sie über ihren Schmerz und die Angst vor dem Schmerz sprechen konnten (Clark, 1999). Das Konzept des TP war in den 1960er Jahren revolutionär und beeinflusste massgeblich die weitere Entwicklung von Hospiz-Bewegung und Palliative Care (Strang et al., 2004).

Schwierigkeiten und Kritikpunkte

Die International Association for the Study of Pain (IASP) kritisiert, dass nicht klar ist, ob unter TP Schmerzen zu verstehen sind, oder ob es um andere Formen von Leiden im Allgemeinen geht (Strang et al., 2004). Weiter werden bemängelt: die uneinheitliche Definition in Bezug auf den Unterschied von spirituellem und existentiellm Leiden, das Fehlen eines gemeinsamen konzeptuellen Verständnisses sowie wenig dokumentierte Interventionsmöglichkeiten (Boston et al., 2011).

«...not only to understand the world of pain, but also to change it.»

(Clark, 1999)

Das Leiden am Schmerz

Im Konzept TP ist die Empfindung von Schmerz eng mit dem Gefühl des Leidens verknüpft. Das existentielle, psychische und soziokulturelle Leiden, das den körperlich



MULTIDIMENSIONALITÄT DES SCHMERZES

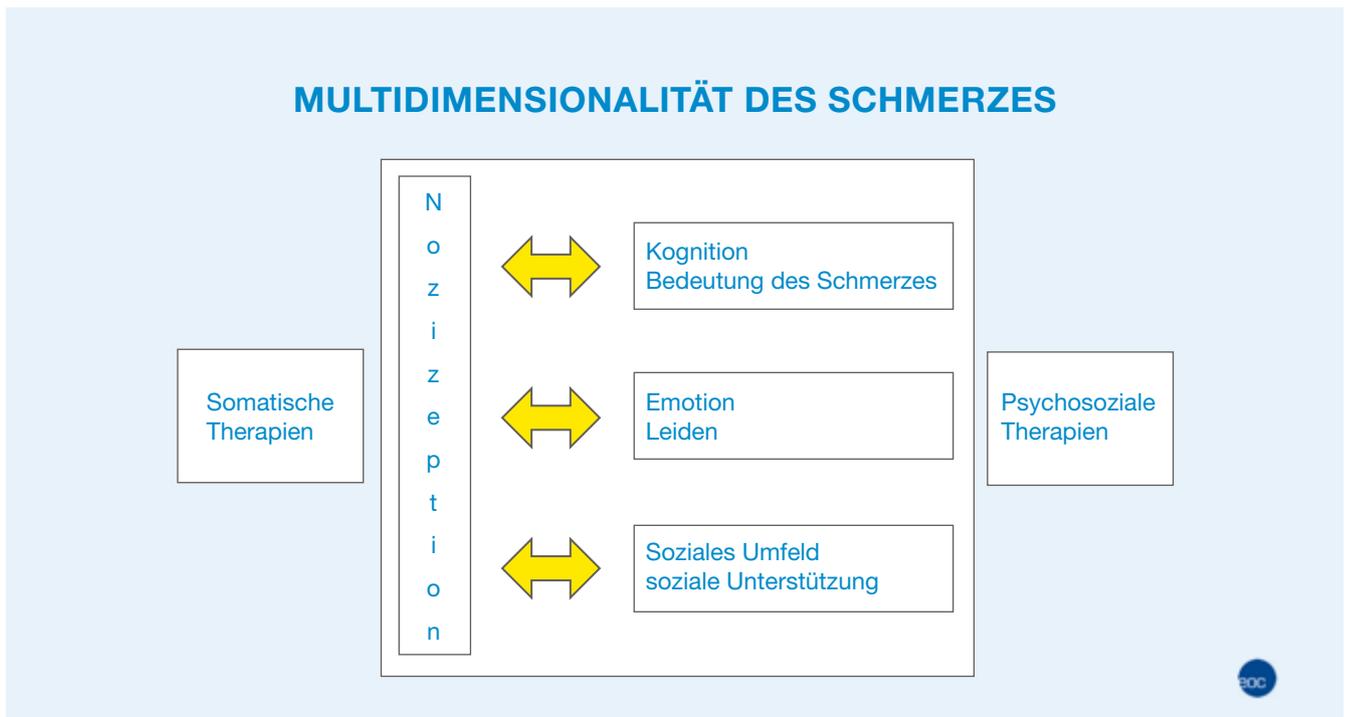


Abbildung 1: Multidimensionales Schmerzkonzept (Breitbart et al., 2011, S. 785, Eychmüller, 2015, S. 52)

empfundene Schmerz verstärken kann, sowie der körperliche Schmerz, der psychische, soziale und existentielle Bereiche beeinflussen kann, sind Phänomene, unter welchen Schmerzpatienten im palliativen Kontext leiden (Strang et al., 2004). Themen und Gefühle wie Hoffungslosigkeit, Bedeutungslosigkeit, Enttäuschung, Todesangst, Angst vor einem qualvollen Sterben, Befürchtung, eine Last für andere zu sein und Trauer sind bei einem TP-Syndrom oft omnipräsent (Boston et al., 2011; Müller, 2006). Die Angst vor der Progression einer Krebserkrankung intensiviert das Erleben des Leidens und des Schmerzes (Breitbart, 2011). Eine Person leidet auch, wenn sie vom körperlichen Zerfall bedroht ist und den Verlust der eigenen Identität und Unversehrtheit erlebt. Zudem kann das Gefühl der Wut das Leiden verstärken: Wut auf die Ungerechtigkeit, dass einem das geschieht. Unbehandelte Angst bezüglich Tod und einer existentiellen Isolation haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität. Ungenügend behandelte Schmerzen können den Wunsch nach einem beschleunigten Sterben verstärken (Syrjala, 2014).

Multidimensionales Schmerzkonzept

Aus dem TP-Konzept geht hervor, dass Schmerz nicht allein eine physische Erfahrung ist, sondern Persönlich-

keit, Kognition, Gefühle und soziales Verhalten mitein-schliesst. Es besteht eine Wechselwirkung zwischen körperlicher Wahrnehmung und psychischem, sozialem, existentiellem und kognitivem Erleben des Schmerzes. Fallon et al., 2006 beschreiben die komplexen Interaktionen von nozizeptiven und nicht-nozizeptiven Faktoren, die das Schmerzempfinden vergrößern können. Idealerweise wird deshalb zur Therapie eine Kombination von unterschiedlichen Ansätzen angewendet. Einerseits wird mittels Schmerzmedikamenten und Co-Analgetika versucht, den Schmerz auf körperlicher Ebene zu lindern. Andererseits wird gleichzeitig eine Therapie verordnet, die sich den psychischen, sozialen und existentiellen Aspekten des Schmerzes annimmt (Abb. 1) (Breitbart et al., 2011).

Dong et al., 2014 halten in ihrer systematischen Review über Symptomcluster bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung fest, dass in verschiedenen Studien die Cluster «Schmerz, Depression und Fatigue» sowie «Fatigue, Dyspnoe, Schläfrigkeit/Benommenheit und Schmerz» beschrieben werden. Damit wird eine Verbindung von mental-kognitiven (Fatigue) und emotional-existentialen Dimensionen (Depression) mit dem physischen Erleben des Schmerzes hergestellt.

Assessment – die Welt des Schmerzes verstehen

Beim Assessment von Patienten mit TP geht es darum, die individuelle und subjektive Welt des Schmerzes zu verstehen. Dazu können folgende Fragen eine Hilfestellung bieten:

- > Wer ist diese Person?
- > Was sind ihre Stressoren / Ängste?
- > Wie beeinträchtigt der Schmerz das aktuelle Leben, was für einen Einfluss hat er auf die Lebensqualität?
- > Was kann die betroffene Person selbst beeinflussen? Welches sind ihre Coping-Strategien?
- > Was erhofft sich die betroffene Person vom behandelnden Team?
- > Wie geht es den Angehörigen / der Unit-of-Care?

(Eychmüller, 2015, S. 53)

Folgende Fragen können es in der Praxis erleichtern, die verschiedenen Dimensionen des TP zu eruieren:

- > Auf der emotionalen Ebene:
 - > «Wie fühlen Sie sich zur Zeit?»
 - > «Was ist zur Zeit das Wichtigste / Schmerzhafte / Schwierigste für Sie?»
 - > «Was beunruhigt Sie?»
 - > «Was können wir für Sie tun?»
- > Auf der sozio-kulturellen Ebene:
 - > «Gibt es eine Person, in die Sie volles Vertrauen haben?»
 - > «Haben Sie den Eindruck, eine Last zu sein?»
 - > «Wo und von wem erhalten Sie Unterstützung? Genügt Ihnen diese Unterstützung?»
 - > «Wie geht es Ihrer Familie? Machen Sie sich Sorgen um sie?»
- > Auf der spirituellen / existentiellen Ebene:
 - > «Gibt es etwas, das Ihrem Leben trotz der Schmerzen Sinn gibt?»
 - > «Was hat Ihnen bisher in Ihrem Leben in schwierigen Situationen geholfen?»
 - > «Was bereitet Ihnen Freude / Was gibt Ihnen Kraft?»

In der multidimensionalen Schmerzerfassung geht es darum, dem Patienten eine Stimme zu geben. Das annähernde Verstehen der Welt der Schmerzen des jeweiligen Patienten ist die Voraussetzung dafür, eine individuell angepasste Schmerzbehandlung einleiten zu können. In der Regel findet man nur etwas, wenn man gezielt danach sucht. Das bedeutet: TP muss erfragt werden (Abb. 2).

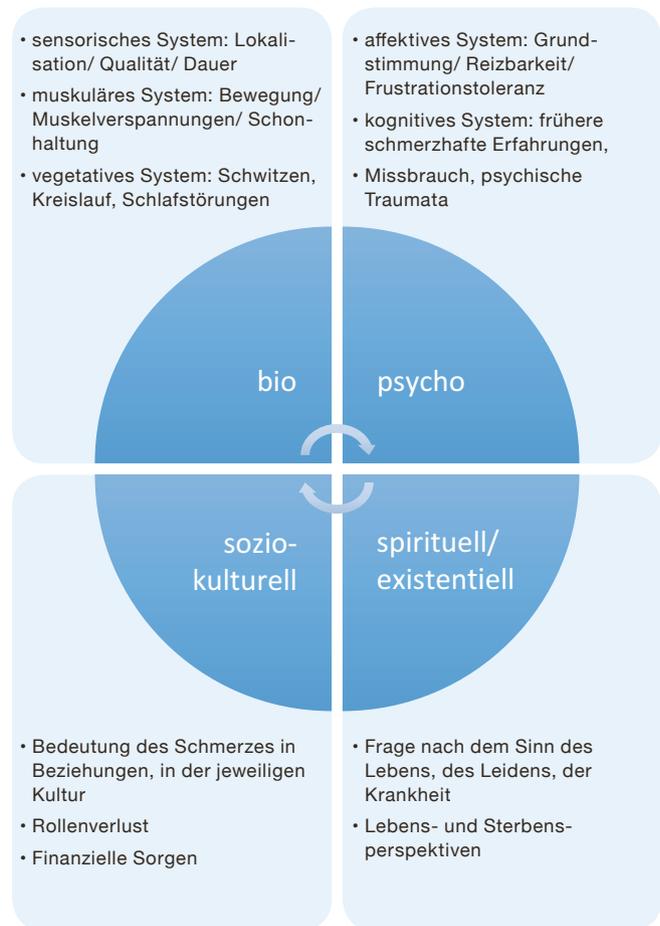


Abbildung 2: Multidimensionale Schmerzerfassung (Büche in Knipping, 2006, Darstellung: Autorin)

Therapie und Haltung – die Welt des Schmerzes verändern

Massnahmen wie das Thematisieren der Gefühle, die mit dem Schmerz verbunden sind, und Zeit geben («Schweigen ist oft aufschlussreicher als Worte»), können helfen, die Welt des Schmerzes zu verändern. Die Narration wird von Saunders als hilfreiches Mittel gesehen, um «Die Probleme des Patienten zu verstehen» (Clark, 1999). Die Haltung des interprofessionellen Teams ist wichtig: Wenn es dem

Schmerz und den schmerzlichen Gefühlen Raum gibt und keine Berührungsängste zu schmerzhaften Themen hat, kann dies dazu beitragen, das Schmerzerleben zu verändern. Fragen zu existentiellen Bereichen zu stellen, hat ebenfalls eine grosse Bedeutung in der Schmerztherapie (Strang et al., 2004).

Methoden wie Hypnose, Relaxation, bewusste Ablenkung, Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR) und weitere verhaltenstherapeutische Massnahmen können den Betroffenen ebenfalls helfen, Schmerzen und Muskelverspannungen zu reduzieren und die Schmerzwahrnehmung zu verändern. Jedoch sind diese Massnahmen bisher erst spärlich erforscht (Breitbart et al., 2011).

Eine exzellente medikamentöse Schmerztherapie ist Voraussetzung, damit die genannten Massnahmen wirken können. Sehr gutes Fachwissen des therapeutischen Teams ist die Basis für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung.

Misslingen einer Schmerztherapie

Verschiedene Faktoren können eine erfolgreiche Schmerztherapie verhindern:

- Ungenügendes Assessment und Fachwissen: Unzulänglichkeit des professionellen Teams, den Schmerz in all seinen Dimensionen zu erfassen, ungenügendes Wissen in Bezug auf medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmethoden.
- Gefühl der Hilflosigkeit des behandelnden Teams: Wenn Fachpersonen Patienten betreuen, die existentielles und spirituelles Leiden erleben, dafür aber ungenügend geschult sind, kann dies zu Hilflosigkeit in der Behandlung führen. Boston et al., 2011 halten fest, dass Pflegefachpersonen, die das Leiden ihrer Patienten nicht zufriedenstellend lindern können und Ängste in Bezug auf den eigenen Tod haben, unter einem erhöhten Stresslevel leiden.
- Ungenügendes Selbstmanagement beim Gebrauch der Analgetika: Patienten, die nicht ausreichend im Umgang mit ihren Schmerzmedikamenten geschult sind und das Prinzip der Basis- und Reservetherapie nicht genügend verstehen, haben ein erhöhtes Risiko für eine nicht effektive medikamentöse Schmerztherapie.
- Ungenügende Information der Angehörigen: Wenn Angehörige ungenügend über Wirkung und Nebenwir-

kung der Therapie und die Prinzipien der Schmerztherapie informiert sind oder Angst davor haben, besteht das Risiko, dass die Patienten nicht die adäquate Therapie erhalten.

- Wenig Kommunikation mit Fachpersonen: Wenn die Beteiligten der Unit-of-Care sich untereinander nur wenig austauschen, werden wichtige Themen nicht erkannt und damit auch nicht behandelt. (Eychmüller, 2015; Boston et al., 2011; Breitbart et al., 2011; Metha et al., 2008)

Schlussfolgerungen

Schmerz kann nicht in jedem Fall mit Leiden gleichgesetzt werden, aber unkontrollierter Schmerz trägt wesentlich zum Leiden bei (Strang et al., 2004). Eine gute Schmerztherapie trägt dazu bei, die Angst vor dem Leiden zu reduzieren, und ist daher auch eine Massnahme zur Suizidprävention.

«Ein tieferes Verständnis von Empathie, im Sinne von «Gegebenes annehmen» und Präsenz, im Sinne von «da sein», kann dazu führen, dass besser auf die ganze Person und ihr Umfeld eingegangen werden kann.»

(Boston et al., 2011)

Es ist nicht einfach, eine leidende Person zu begleiten und ihr in diesem Leiden nahe zu sein. Ein tieferes Verständnis von Empathie, im Sinne von «Gegebenes annehmen» und Präsenz, im Sinne von «da sein», kann dazu führen, dass besser auf die ganze Person und ihr Umfeld eingegangen werden kann (Boston et al., 2011).

Fachpersonen werden aufgefordert, ihr mehrdimensionales Wissen ständig zu erweitern, denn Wissen hilft zu verstehen und das Verstehen hilft zu verändern und zu verbessern. Angebote, Zusammenspiel und Reflexion des multiprofessionellen Teams tragen dazu bei, dass das Leiden gezielter und umfassender wahrgenommen wird und

sich die betroffenen Personen, ihr Umfeld und auch das Team selbst eher getragen fühlen.

> Maya Monteverde

RN, MAS FHO Palliative Care, HöFa 1 Onkologie
Palliativstation
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI),
Bellinzona
maya.monteverde@sunrise.ch

> Literatur: www.onkologiepflege.ch

KEYNOTES

«Total Pain» – comprendre et changer le monde de la douleur

Sujet Cet article traite du problème de la «douleur totale» chez les personnes gravement malades et chez les mourants avec une maladie tumorale.

Apport de connaissances Au cours de son travail avec les personnes gravement malades et les mourants, Cicely Saunders a développé le concept de «douleur totale» pour décrire la douleur dans ses différentes dimensions et ses perceptions peuvent être décrites à un niveau physique, psychologique, social, culturel et spirituel/existentiel.

Dans la pratique Lors d'évaluation de la «douleur totale», il faut se préoccuper de comprendre le monde individuel et subjectif de la douleur. A côté d'une bonne gestion pharmacologique de la douleur, ce qui est central c'est surtout le soutien et l'orientation de la personne souffrante. Empathie, au sens de « accepter ce qui est partagé » et présence, au sens de « être là », peuvent conduire à ce qui peut mieux répondre à la personne dans sa globalité et à son environnement.



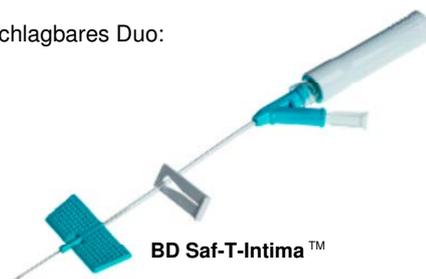
Micrel MP mlh+ für die subkutane Schmerztherapie

Alles begann mit einem Gespräch auf der Palliativstation: „Gibt es eine kleine Spritzenpumpe für die subkutane Schmerztherapie, die ganz einfach zu bedienen ist und in ml pro Stunde programmiert werden kann? Ferner sollte sie günstig im Betrieb sein. Zudem brauchen wir ein Nadelsystem für die subkutane Schmerztherapie, welches sehr flach ist, über eine kleine Verlängerung und einen Stichschutz verfügt. Gibt es so etwas?“

Seit 10 Jahren ein unschlagbares Duo:



Micrel MP mlh+ Spritzenpumpe



BD Saf-T-Intima™

OncoMedical AG, Hintere Hauptgasse 9, 4800 Zofingen, www.oncomedical.ch, Telefon 0840 600 800

Interventionelle Schmerztherapie

Schmerzlinderung bei hochkomplexen Schmerzen in der Onkologie

Monika Kirsch & Wilhelm Ruppen

Wenn Tumorschmerzen trotz hochdosierter Schmerztherapie und unterstützenden Massnahmen schier unerträglich werden, sollte an den Einsatz von interventioneller Schmerztherapie gedacht werden. In diesem Artikel werden Anwendungsgebiete aufgezeigt und ausgewählte Interventionen erläutert.

Irgendwann war der Punkt da, an dem Maria Lehmann¹ den Schmerz nicht mehr ertragen konnte. Selbstständig suchte die 57-Jährige am Wochenende die Notaufnahme des Universitätsspitals Basel auf. Der Rippenschmerz aufgrund einer Metastase ihres kleinzelligen Bronchuskarzinoms treibe sie «schiefer in den Wahnsinn», sagte sie. Schreiend krümmte sie sich im Bett und liess die nötigen Untersuchungen über sich ergehen. Leider bot sich ein ernüchterndes Bild. Neu aufgetretene Metastasen im Thorax und ein progredientes Tumorwachstum liessen darauf schliessen, dass die palliative Antitumortherapie nicht mehr wirkte. Das Behandlungsteam hatte grösste Mühe, die Schmerzen der Patientin in den Griff zu bekommen. Bei einer oralen Opioid-Dosis (MST[®]) von insgesamt 600 mg/d litt Maria Lehmann weiterhin unter starken Schmerzen, und sie hatte massive Nebenwirkungen in Form von Müdigkeit und kognitiver Einschränkung. Der hinzugezogene Schmerztherapeut besprach mit der Patientin die Möglichkeiten von minimalinvasiven Therapieverfahren und sie willigte ein. In einem ersten Schritt wurde bei ihr eine Interkostalblockade durchgeführt. Dabei werden die Interkostalnerven mittels gezielter Injektion betäubt. Die Patientin wurde daraufhin jeweils für einige Stunden schmerzfrei. Deshalb wurde nachfolgend eine Kryotherapie (Vereisung) derselben Interkostalnerven durchgeführt, wodurch eine langfristige und eindeutige Schmerzlinderung erzielt wurde. In den kommenden Wochen entschied Maria Lehmann sich für eine Verlegung in ein Hospiz. Dort konnte sie ihre letzten Lebenswochen schmerzarm verbringen.

Interventionelle Schmerztherapie: zu selten angewendet

Das Beispiel dieser Patientin verdeutlicht: Bis zu 10% der Patienten mit Tumorschmerzen leiden trotz korrekter Anwendung der konservativen Therapien unter starken Schmerzen. Interventionelle Schmerztherapie kann eingesetzt werden, wenn die ersten drei Stufen des WHO-Modells zur Schmerztherapie nicht mehr greifen (Abb. 1). Jedoch erhält nur ein Bruchteil der Patienten ein interventionelles Verfahren (Bhatnagar & Gupta, 2015).

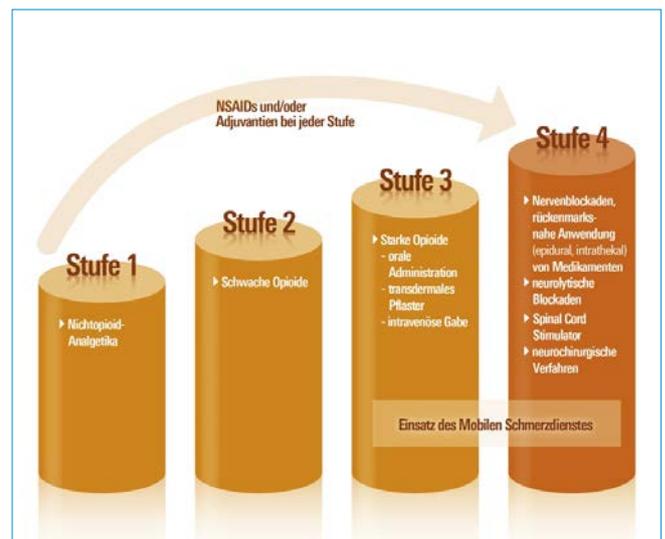


Abbildung 1: WHO-Stufenschema

Die Gründe für die seltene Anwendung sind laut Stearns et al. (2005) vielschichtig:

- > Die interventionellen Verfahren sind vielen Behandlern nicht geläufig.
- > Patienten, die von den Methoden profitieren könnten, werden nicht rechtzeitig erkannt.
- > In vielen Zentren besteht keine Expertise in der Durchführung dieser spezialisierten Techniken.
- > Häufig mangelt es auch an der genügenden Ausbildung multiprofessioneller Teams oder an der Vernetzung zwischen Institutionen, so dass eine Versorgung in Folgeeinrichtungen (z.B. Hospiz oder Pflegeheim) oder beim Patienten daheim nicht gewährleistet werden kann.

¹ Patientennamen sind durch die Autoren geändert.

Voraussetzungen für interventionelle Schmerztherapie

Der Einsatz von interventioneller Schmerztherapie bedarf einer spezialisierten klinischen Expertise sowie guten Kenntnissen über den Krankheitsprozess sowie die Prognose. Der Entscheid für eine interventionelle Schmerztherapie muss unter Einbezug des Patienten und seiner Familie sorgsam getroffen und die Indikation streng gestellt werden. Zudem müssen die Patienten und Angehörigen wie bei jeder Therapie genau über mögliche Komplikationen des Therapieverfahrens aufgeklärt werden.

Als Therapieoptionen stehen hauptsächlich folgende Verfahren zur Verfügung: periphere Regionalblöcke, Blockaden des sympathischen Nervensystems, Neurolysen, Infiltrationen und rückenmarksnahe Katheter-Verfahren (Raphael et al., 2010). Da spezialisierte Pflegefachpersonen insbesondere bei der Betreuung von Patienten mit peripheren Regionalblöcken und bei der intrathekalen Schmerztherapie eine wichtige Rolle im Behandlungsteam spielen, werden diese beiden Verfahren im Folgenden genauer erläutert.

Periphere Regionalblöcke

Periphere Nervenblockaden werden bei der Therapie von Tumorschmerzen insbesondere bei lokalisierten pathologischen Frakturen oder Skelettmetastasen angewendet. Bei peripheren Nervenblockaden wird ein einzelner Nerv oder Nervenplexus gezielt mit einem Lokalanästhetikum blockiert. Im Versorgungsgebiet des Nervs spürt der Patient somit keine oder nur bedingte Schmerzen. Wird ein Nerv mit sensorischen und motorischen Anteilen geblockt, kann eine motorische Schwäche auftreten. Verwendet werden fast immer Lokalanästhetika, die über eine elektronische Pumpe oder eine Elastomerpumpe (Einmalpumpe ohne externe Energiequelle) infundiert werden. Normalerweise wird eine periphere Nervenblockade nur für einen kurzen Zeitraum von drei bis höchstens sieben Tagen angewendet. Jedoch kann in Ausnahmefällen eine längere Liegezeit des peripheren Katheters gewählt werden. Wie z.B. beim 42-jährigen Patienten Marius Meier, der als Folge eines Sarkoms in beiden Oberschenkeln unter sehr starken, immobilisierenden Schmerzen litt, die auch mit hohen Dosen Analgetika nicht beherrschbar waren. Dank der kontinuierlichen peripheren Nervenblockade konnten die Schmerzen über

- > Beratung, Information und Anleitung des Patienten und seiner Angehörigen im Umgang mit der Schmerztherapie und hinsichtlich Risiken
- > Patientenbeobachtung, Beurteilung und Überwachung der Therapiewirksamkeit und möglicher Nebenwirkungen
- > Bedienen der Pumpen, Verbandtechnik, Technisches Know-how
- > Dokumentation von Massnahmen, Wirksamkeit und Nebenwirkungen
- > Erkennen von Komplikationen, Management bei Zwischenfällen
- > Psychosoziale Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen in dieser herausfordernden Phase der Erkrankung

Aufgaben für spezialisierte Pflegefachpersonen in der interventionellen Schmerztherapie

einen Zeitraum von zwei Monaten bis kurz vor seinem Tod gebannt werden.

Einzelne Nerven, insbesondere rein sensorische Nerven, können langfristig ohne Kathetereinlage blockiert werden. Hierzu werden verschiedene Methoden eingesetzt: Neuromodulation mit repetitiven Gaben von Lokalanästhetika, Kryotherapien, Radiofrequenzthermoneurolysen und Phenolysen. Bei diesen Methoden muss kein Katheter mit Pumpensystem gelegt werden, was sich auf die Bewegungsfreiheit und Lebensqualität mobiler Patienten sehr positiv auswirkt. Die Wirkweise dieser Verfahren wird in der ausführlichen Arbeit von Bruera und Portenoy (2009) sehr gut beschrieben.

Intrathekale Schmerztherapie

Zu den rückenmarksnahen Regionalanästhesieverfahren gehören die intrathekale (spinale) und epidurale (peridurale) Anästhesie. Während man die epidurale Schmerztherapie vor allem postoperativ durchführt, wird die intrathekale Schmerztherapie länger (bis zu mehreren Monaten) angewendet. Allgemein kann ein Patient von einer intrathekalen Therapie profitieren, wenn eine orale, transdermale oder intravenöse Behandlung nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat, aber ein opioidsensibler Schmerz besteht. Auch wenn sehr hohe orale, transdermale oder intravenöse Opioid-Dosierungen eingesetzt werden müssen, kann ein Wechsel auf eine intrathekale Therapie einen



Wolfgang Hertel vom Schmerzdienst zeigt einer Patientin eine Elastomerpumpe, die für einen peripheren Regionalblock eingesetzt wird.

Vorteil bringen. Durch den Wechsel kann die tägliche Opioiddosis massiv gesenkt werden, was Nebenwirkungen verhindert oder lindert.

Verabreicht werden in den meisten Fällen Lokalanästhetika in Kombination mit Opiaten. Im Gegensatz zum periduralen Katheter liegt der intrathekale Katheter direkt im Liquorraum. Deshalb werden nur geringe Dosen von Medikamenten benötigt, um einen grossen schmerzlindernden Effekt zu erzielen. Die Äquipotenzrate intrathekaler Opioide ist gegenüber anderer Verabreichungsmodalitäten um ein Vielfaches tiefer, was bedeutet, dass intrathekale Opioide viel stärker wirken. Erhält ein Patient beispielsweise 100 mg Morphin i.v. täglich, benötigt er zum Erzielen der gleichen Wirkung nur 1 mg Morphin intrathekal (Äquipotenzrate i.v.: intrathekal = etwa 100:1).

Bei Tumorpatienten mit einer Behandlungsdauer unter drei Monaten wird als Mittel der Wahl ein getunnelter Intrathekalkatheter mit externem Pumpensystem gewählt. In seltenen Fällen verwenden einige Behandlungszentren bei längerer Liegedauer auch fest implantierte Intrathekalkatheter: entweder mit Gasdruck betrieben oder elektronisch.

Nebenwirkungen und Komplikationen können aufgrund der eingesetzten Medikamente oder katheterbedingt

auftreten. Zu den Opiatnebenwirkungen zählen Übelkeit, Erbrechen, Sedierung und Harnverhalt sowie selten intrathekale Granulome. Katheterbedingte Probleme sind Meningitis, Liquorfisteln, Dislokationen, Diskonnektionen, eine spinale Fibrose oder Pumpendefekte.

Der mobile Schmerzdienst: Brückenschlag von stationär zu ambulant

Viele schwer kranke Patienten haben den Wunsch, so viel Zeit wie möglich daheim zu verbringen und/oder auch zuhause zu sterben. Sehr oft sind aber quälende Schmerzen der Grund für eine Hospitalisierung kurz vor Lebensende. Um eine komplexe Schmerztherapie auch daheim zu ermöglichen, hat die Abteilung Schmerztherapie des Universitätsspitals Basel in diesem Jahr ein innovatives Projekt lanciert.

Zwischen der Abteilung Schmerztherapie/Anästhesiologie und der Spitex Basel besteht ein Kooperationsvertrag, der vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt unterstützt wird, so dass komplexe und invasive Schmerztherapien nun auch im häuslichen Umfeld in der Stadt Basel angeboten werden können. Zusammen mit dem Hausarzt oder Onkologen und der Onkospitex können Patienten mit komplexen Schmerztherapien fortan daheim betreut werden.

Hausbesuche werden durch die Onkospitex und Pflegenden des Schmerzdienstes in Absprache durchgeführt. Auch ein ärztlicher Schmerztherapeut kann mit dem E-Velo «ausrücken». Zwischen 8 und 17 Uhr werden die Telefonberatungen und Hausbesuche nach Terminvereinbarung durchgeführt. Ausserhalb dieser Zeit besteht ein Pikett-Dienst durch die Spitex Basel.

Sehr bedeutsam ist auch die Rolle der Angehörigen, die oft vergessen gehen. Denn häufig tragen sie trotz Inanspruchnahme von professionellen Diensten die Hauptlast der Pflege zu Hause. Folglich ist die Anleitung und Unterstützung der Angehörigen in der komplexen schmerztherapeutischen Situation ein weiteres tragendes Element des Projekts. Für die Zukunft wünscht sich das Schmerzteam vor allem, dass Patienten erreicht werden können, die von solch einer Schmerztherapie profitieren, damit ihnen daheim, in einer der schwierigsten Lebensphasen, mehr Lebensqualität geschenkt werden kann. Das Team der Schmerztherapie freut sich über Kontaktaufnahme bei Fragen zu dem neuen Angebot: schmerztherapie@usb.ch.

Fazit und Ausblick

Im Rahmen eines umfassenden Schmerzmanagements und der Palliation bei onkologischen Patienten sollte die interventionelle Schmerztherapie ihren festen Platz haben. Durch eine sorgsame Entscheidungsfindung sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen kann in der Behandlung von Patienten mit komplexen Schmerzen mehr Lebensqualität erreicht werden. Spezialisierte Pflege leistet einen grossen Beitrag bei der Betreuung von Patienten mit speziellen Schmerztherapieverfahren.

> Dr. sc. med. Monika Kirsch

Pflegeexpertin ANP

Departement Anästhesie /

Pain Service Universitätsspital Basel

> PD Dr. med. Wilhelm Ruppen

Leitender Arzt Schmerztherapie

Departement Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, Präklinische Notfallmedizin und Schmerztherapie

Universitätsspital Basel

> Literatur: www.onkologiepflege.ch

KEYNOTES

Traitement de la douleur interventionnelle

Sujet Lorsque des douleurs cancéreuses deviennent insupportables, malgré un traitement antidouleur à hautes doses et des mesures de soutien, on devrait penser à l'utilisation du traitement interventionnel contre la douleur. Cette thérapie est utilisée trop rarement aujourd'hui.

Apport de connaissances Jusqu'à 10% des patients avec des douleurs cancéreuses souffrent de douleur sévère malgré l'application correcte de traitements conservateurs. Dans les traitements interventionnels de la douleur, comme les blocs périphériques (anesthésies loco-régionales) et le traitement intrathécal de la douleur, les infirmières spécialisées jouent un rôle important.

Dans la pratique Les conseils, l'information et l'orientation des patients et de leur famille dans la gestion du traitement de la douleur et des risques liés, l'évaluation et la surveillance de l'efficacité du traitement et des effets secondaires possibles, le fonctionnement des pompes et l'accompagnement psychologique des personnes concernées, sont quelques-unes des tâches infirmières centrales dans la gestion de la douleur interventionnelle.

Trattamento del dolore interventistica

Argomento Quando nonostante le alte dosi di antidolorifici e di misure di supporto i dolori tumorali sono quasi insopportabili si dovrebbe prendere in considerazione l'uso di una terapia del dolore interventistica. Questa forma di terapia oggi è usata troppo di rado.

Acquisire conoscenze Fino al 10% dei pazienti soffre di dolori tumorali intensi nonostante la corretta applicazione delle terapie conservative. Gli infermieri specializzati assumono un ruolo importante nell'uso della terapia del dolore interventistica, come i blocchi regionali periferici e le terapie antidolorifiche intratecali.

Contesto nella pratica clinica Consigli, informazioni e orientamenti per i pazienti e le loro famiglie nel trattamento antidolorifico e nella gestione dei rischi, nella valutazione e nel monitoraggio dell'efficacia terapeutica e dei possibili effetti collaterali, nell'utilizzo delle pompe, nel sostegno psicologico delle persone colpite, sono alcuni dei compiti centrali nella terapia del dolore interventistica.

«Es git e Picks»

Schmerzhafte diagnostische und therapeutische Interventionen in der Kinderonkologie

Maria Flury / Pädiatrische Onkologiepflege Schweiz

Schmerzhafte Prozeduren sind eine Herausforderung für die betroffenen Kinder, ihre Familie und auch für die Pflegenden. Es gibt aber verschiedene Möglichkeiten, den Schmerz zu reduzieren. Ausser den pharmakologischen Verfahren wie Lokalanästhesie oder Narkose spielen auch die nicht-medikamentösen Methoden eine wichtige Rolle. Hier geht es vor allem darum, Angst abzubauen und Sicherheit zu vermitteln.

Ungefähr 220 Kinder und Jugendliche erkranken in der Schweiz jährlich an einer malignen Erkrankung, zwei Drittel davon sind Kleinkinder (Kinderkrebsregister, 2015). Die Heilungschancen haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verbessert. Diese erfreuliche Tatsache ist vor allem auf verbesserte Diagnostik und die multimodale Therapie mit Chemotherapie, Radiotherapie und Operation zurückzuführen.

Für die betroffenen Kinder heisst das, dass sie im Lauf der Erkrankung mit vielen schmerzhaften diagnostischen und therapeutischen Eingriffen konfrontiert sind. Was das konkret bedeutet, zeigt beispielhaft die Behandlung der akuten lymphatischen Leukämie (ALL): Während der zwei Jahre dauernden Therapie erleben die betroffenen Kinder im Durchschnitt jede Woche eine kapilläre Blutentnahme, 50-mal ein Anstechen des Port-a-Caths, 15 Lumbalpunktionen und zehn Knochenmarkpunktionen. Das unangenehme Entfernen der Pflaster und die beiden Operationen für die Implantation und Explantation des Port-a-Cath kommen noch dazu. Diese Durchschnittszahlen können sich schlagartig erhöhen, wenn Komplikationen wie zum Beispiel eine Sepsis auftreten.

Individuelle Schmerzerfahrung

Was die mit den Eingriffen verbundenen Schmerzen für das einzelne Kind bedeuten, ist sehr individuell. Meistens hat der objektive Befund mit dem subjektiven Befinden wenig zu tun (Zernikow, 2015). So erleben Pflegenden immer wieder, dass es für Kinder viel schwieriger ist, ihren Finger für eine kapilläre Blutentnahme hinzuhalten als den Arm

für das Legen einer venösen Infusionskanüle – was eine in den Augen des Behandlungsteams viel invasivere Intervention ist.

Schmerz ist immer und von Anfang an ein multidimensionales Geschehen, das verschiedenen körperlichen, psychischen und sozialen Einflüssen unterliegt, wie Cicely Saunders bereits in den 60er Jahren beschrieben hat (Clark, 1999). In den Kinderspitälern ist die Prophylaxe der physischen Schmerzen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen heutzutage glücklicherweise Standard. So kommen lokalanästhetische Pflaster vor dem Anstechen des Port-a-Caths zum Einsatz, Knochenmarkpunktionen werden in Narkose durchgeführt, und auch zum Entfernen von Pflastern gibt es heute Hilfsmittel, die es für die Kinder einfacher machen.

Nicht-medikamentöse Schmerzprophylaxe

Ausser der physischen Komponente des Schmerzes gilt es aber auch die psychische zu berücksichtigen. Daher erfährt in den letzten Jahren zunehmend auch die nicht-medikamentöse Schmerzprophylaxe mehr Aufmerksamkeit. Hier geht es vor allem darum, Angst zu reduzieren, Sicherheit zu vermitteln, Vertrauen aufzubauen sowie um Entspannung und Ablenkung. Hilfreich sind unter anderem:

- > vertraute Umgebung
- > Präsenz der Bezugspersonen
- > vertraute Objekte wie Kuscheltiere
- > vertrauensvolle Beziehung zu den Pflegenden
- > behutsame Vorbereitung des Kindes
- > Ansprechen von Ängsten (Prchal, 2016).

Ein wesentliches Element zur Angstreduktion ist die Sprache, die das Behandlungsteam verwendet. Sätze wie «es tut nur etwas weh» sind wenig hilfreich, denn die Wahrnehmung fokussiert bei einer solchen Aussage nur auf ein einzelnes Wort – das «weh». So hilft es dem Kind auch, wenn man es informiert, dass die Pflegenden ihm beim «Ruhighalten helfen», anstelle ihm zu sagen: «Wir halten dich fest».

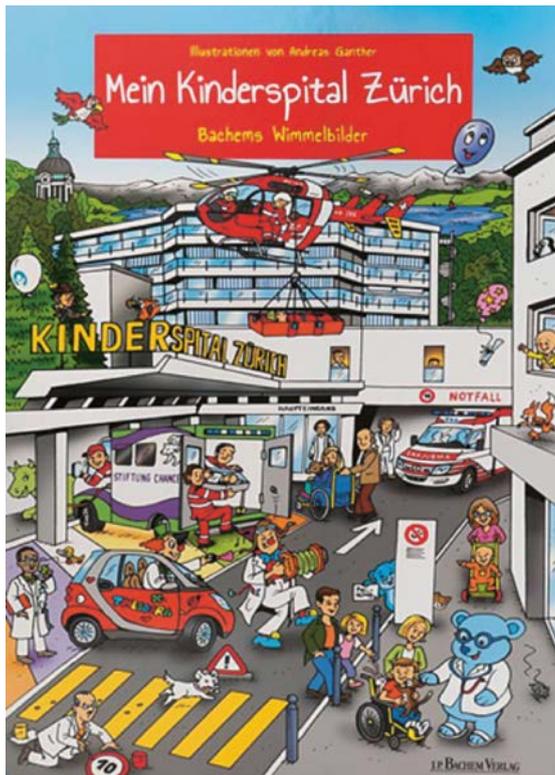


Abbildung 1: Wimmelbuch zur Ablenkung von jüngeren Kindern

Es ist wichtig, dass das Kind auf den Eingriff vorbereitet wird; es ist aber unnötig, Dinge zu erwähnen, die das Kind gar nicht sehen, hören oder fühlen wird. So kann das Kind vor einer Knochenmarkspunktion in Narkose darauf vorbereitet werden, dass man zuerst den Port-a-Cath ansteicht und es dann über den Port-a-Cath ein Mittel erhält, das macht, dass es einschläft, und was es spüren wird, wenn es wieder aufwacht (Thompson, 2009).

Man sollte dem Kind nur dann eine Auswahl anbieten, wenn es auch wirklich wählen kann. So kann das Kind die Farbe des Verbands auswählen, aber nicht, ob es eine periphere Infusion will oder nicht. Für den Vertrauensaufbau ist es wichtig, dass Abmachungen von Seiten des Behandlungsteams eingehalten werden – es ist also wenig sinnvoll, dem Kind zu versprechen, dass die periphere Leitung bereits mit dem ersten Stich gelegt werden kann.

Entspannung und Ablenkung

Zur Entspannung können klassische Methoden wie autogenes Training oder progressive Muskelentspannung sowie Imagination in Form von Bilderreisen oder Phantasiewelten angewandt werden. Ein weiteres Element, das zur Entspannung beiträgt und das Kind gleichzeitig auch beim Ruhighalten unterstützt, ist die «Komfortpositionierung»: Das Kind wird mit ganz viel Nähe zur Bezugsperson so gehalten, dass der notwendige Eingriff möglichst gut durchgeführt werden kann (Thompson, 2009).

Ob ein Kind während eines Eingriffs abgelenkt werden will oder ob es für sein Coping wichtig ist, die Kontrolle darüber zu haben, was passiert, ist ganz individuell und kann sich auch immer wieder verändern. Möchte das Kind nicht abgelenkt werden, kann es in den Eingriff miteinbezogen werden. Bevorzugt das Kind die Ablenkung, stehen altersentsprechend ganz verschiedene Methoden zur Verfügung: Ein Mobile oder Spielzeug mit Geräuschen für Säuglinge, Wimmelbilder und Bilderbücher für Kleinkinder (Abb. 1), Wortspiele für Schulkinder. Jugendliche lassen sich gut mit Gesprächen über Musik oder die nächsten Ferien ablenken. Sehr effektiv zur Ablenkung sind ausserdem Filme oder Spiele auf dem Mobiltelefon oder Tablet (Thompson, 2009; Prchal, 2015).

Eltern oder andere Bezugspersonen des Kindes können bei der Umsetzung der nicht-medikamentösen Schmerzprophylaxe eine ganz aktive Rolle spielen. Damit sie diesen Part übernehmen können, muss man auch sie darauf vorbereiten, was wie ablaufen wird und wie sie ihr Kind unterstützen können.

> Maria Flury

Pflegeexpertin APN Onkologie
 Universitätskinderspital Zürich
 maria.flury@kispi.uzh.ch

> Literatur: www.onkologiepflege.ch

Les patchs transdermiques dans la gestion de la douleur

Recommandations d'utilisation et conseils pratiques

Caroline Breton, Catherine Lefranc

Qu'est-ce qu'un patch ?

Le patch est un support diffusant une substance active par voie transdermique de manière contrôlée et régulière. Deux molécules opioïdes existent sous forme de patch : le fentanyl et la buprénorphine. La substance active traverse la peau progressivement selon un gradient de concentration précis. Elle est ensuite stockée dans les tissus adipeux sous-cutanés, puis délivrée durant 72 à 96 heures dans la circulation capillaire.

Le patch opioïde est actif 12h environ après avoir été collé à la peau. Il est nécessaire, lors de la première pose de pour-

stockée dans le tissu sous-cutané pendant au minimum 24h et il est nécessaire d'en tenir compte lors d'une transition progressive à l'aide d'un autre médicament.

Indications

Le patch opioïde est utilisé lors de douleurs intenses et prolongées généralement de caractère nociceptif ou mixte (nociceptive et neurogène). Il peut être utilisé en oncologie lors de douleurs aiguës persistantes. Les recommandations de bonne pratique définissent de stabiliser le traitement antalgique sous la forme d'opioïdes à action rapide avant de passer au patch qui est une forme galénique d'action retard non adaptée au titrage de la douleur aiguë.

Soins et surveillances

Lors de la pose d'un patch, il est important de ne pas toucher la partie adhésive de la matrice et d'ouvrir l'emballage selon les instructions du laboratoire afin de ne pas abîmer la matrice. Le patch doit ensuite être appliqué pendant au moins 30 secondes sur une partie de peau propre et sèche afin d'assurer la meilleure diffusion possible de l'opioïde. L'infirmière choisira une zone plane, ne comportant pas de

« Le patch opioïde est actif 12h environ après avoir été collé à la peau. »

suivre une antalgie adéquate en parallèle durant ce délai de 12h. Des tables de conversions existent (HUG, CAPP info 53, 2009). Lors de l'ablation, la substance active reste

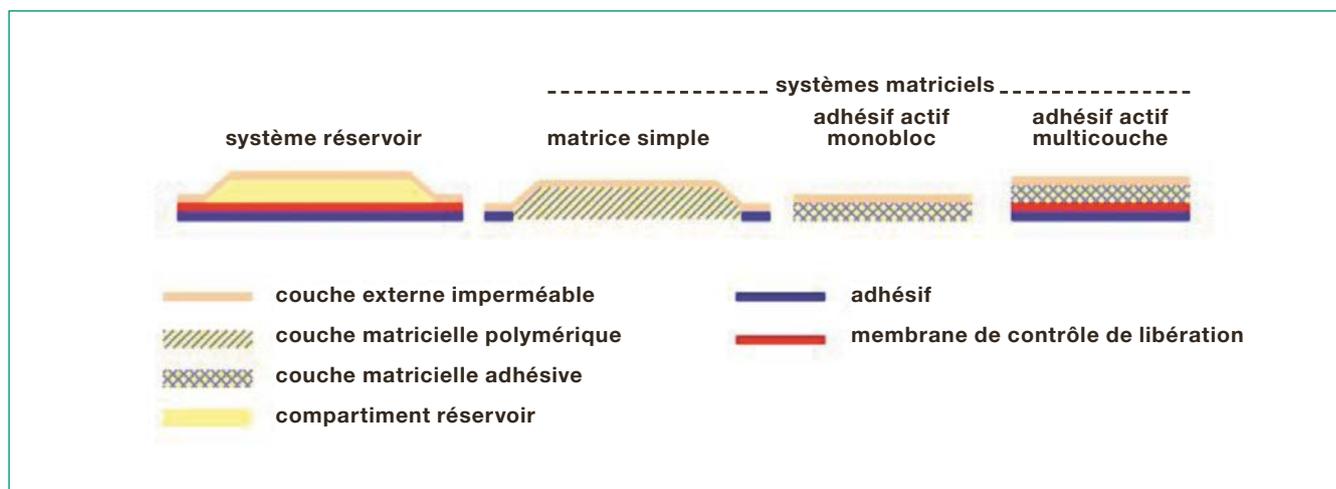


Figure 1: Structure des systèmes transdermiques passifs actuels (adapté de Transdermal and Tropical Drug Delivery de Williams, 2015)

plis cutanés. En cas de pilosité importante, les poils doivent être coupés aux ciseaux afin de ne pas créer de brèches cutanées comme avec un rasoir. Les sites d'applications doivent être alternés afin d'éviter des irritations (bras, thorax, dos). Chez les enfants et les personnes confuses, le dos doit être privilégié pour éviter les risques d'arrachage ou de mise en bouche du patch.

Les patchs opioïdes n'existent aujourd'hui en Suisse que sous forme matricielle (Figure 1). Le médicament est réparti dans toute la structure de l'adhésif et non dans un réservoir. Il est donc possible de le couper en deux dans sa diagonale en cas de nécessité en obturant l'embout coupé avec un adhésif afin qu'il ne se décolle pas, bien que les fabricants n'évoquent pas cette possibilité dans leurs recommandations. La conservation de la partie restante d'un patch n'est généralement pas autorisée en milieu hospitalier. Au domicile, une moitié de patch peut être conservée en prenant soins de l'entreposer dans son emballage d'origine avec le film protecteur.

Afin de prévenir un décollement du patch, un adhésif peut être placé sur son pourtour sans couvrir la totalité du patch pour ne pas augmenter l'absorption de la substance active. Si malgré ces précautions le patch est décollé ou présente des bulles d'air, il est préférable de le retirer et de le remplacer pour assurer une antalgie efficace. L'infirmière veillera à ne pas noter de date au stylo sur le patch pour ne pas risquer de léser la matrice et d'altérer la diffusion de la substance active.

Des variations dans l'absorption peuvent être observées. Par exemple, chez les patients cachectiques, la diffusion de la molécule peut être accélérée par l'absence de tissu adipeux et le passage plus rapide dans le système vasculaire. Chez ces patients, l'infirmière sera attentive à une recrudescence de la douleur le troisième jour qui suit la pose du patch. Dans ces situations, il est conseillé de prescrire un changement du patch toutes les 48h ou de choisir

une autre forme galénique. Dans d'autres situations comme l'hyperthermie ou l'exposition à une source de chaleur supérieure à 37 degrés, la dilatation des vaisseaux accélère la diffusion de la substance active du patch. Cela peut entraîner l'apparition d'effets secondaires dans un premier temps, puis l'épuisement de la substance active avant le

délai de 72h. Les patchs sont résistants à l'eau et permettent le bain ou la douche en restant attentif à la durée de l'exposition au chaud.

Enfin, lors du retrait d'un patch, l'infirmière veillera à le plier en deux, face collantes à l'intérieur.

« Les patchs sont résistants à l'eau et permettent le bain ou la douche. »

Examens radiologiques

Les patchs composés d'un support de matrice en aluminium sont de plus en plus rares, mais reconnaissables par leur aspect argenté sous la surface adhésive. Ils posent problème lors des examens d'imagerie médicale. Ils provoquent des artéfacts en radiologie conventionnelle ou au scanner s'ils sont situés sur la zone à irradier. Pour les examens d'IRM, ils doivent impérativement être retirés pour ne pas causer de brûlures cutanées. L'infirmière veillera donc à avertir les patients devant aller en examen et s'assurera de la remise d'un patch s'il a été retiré, avec une adaptation du cycle des changements.

Voyager avec un patch opioïde

Le patch opioïde est soumis à la législation sur les médicaments contenant des stupéfiants. En cas de voyage à l'étranger, il est recommandé de voyager avec la prescription médicale du patch pour en justifier le transport. La quantité autorisée correspond au nombre de patchs nécessaires pour un traitement maximum d'un mois. Si le séjour est plus long, les patients devront se procurer les médicaments nécessaires dans le pays hôte (Swissmedic, 2016). Pour les patients désirant voyager en dehors de l'Espace Schengen, consulter le site internet du Département Fédéral des affaires étrangères et contacter la représentation

consulaire compétente du pays concerné sur les dispositions applicables dans ce pays.

<http://www.eda.admin.ch/eda/fr/home/reps/forrep.html>

Conclusion

L'administration d'opiacés par voie transdermique avec des patchs est une méthode permettant de simplifier la prise d'antalgiques pour le patient présentant des douleurs stables. Le partenariat avec le patient et l'enseignement aux aspects pratiques restent toutefois primordiaux. L'infirmière par sa connaissance de cette forme galénique et des soins et surveillances liés à son utilisation peut contribuer à une antalgie sûre et efficace.

> Caroline Breton
caroline.breton@hcuge.ch

> Catherine Lefranc
catherine.lefrancbarranco@hcuge.ch

Infirmières spécialisées,
équipe mobile douleur et soins palliatifs
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

> *Littérature* : www.soinsoncologiesuisse.ch

KEYNOTES

Transdermale Pflaster in der Behandlung von Schmerzen

Thema In diesem Artikel werden Empfehlungen zum Einsatz von transdermalen Pflastern beschrieben sowie deren praktische Handhabung bei einer systemischen Schmerztherapie. Heute existieren Hautpflaster mit den Wirkstoffen Buprenorphin und Fentanyl.

Wissensgewinn Vertiefte pflegerische Kenntnisse bezüglich der Vorteile und Grenzen der transdermalen Opioidverabreichung ermöglichen eine sichere und wirksame Schmerztherapie.

Praxisbezug Die korrekte Applikation der Pflaster beeinflusst die Wirkungsdauer der Medikamente und entsprechend die Wirksamkeit der Therapie. Besonderheiten bei der Pflege von älteren Menschen, bei Kindern oder bei Kachexie und Fieber, wie auch beim Zerschneiden der Pflaster sind zu beachten.

Cerotti transdermici nella gestione del dolore

Argomento In quest'articolo sono descritte delle raccomandazioni sull'uso dei cerotti transdermici e la loro gestione pratica nella terapia del dolore sistemico. Oggigiorno esistono cerotti cutanei con le sostanze attive Buprenorphin e Fentanyl.

Acquisire conoscenze Le conoscenze infermieristiche approfondite sui vantaggi e sui limiti dell'utilizzo di cerotti oppioidi transdermici consentono una gestione del dolore sicura ed efficace.

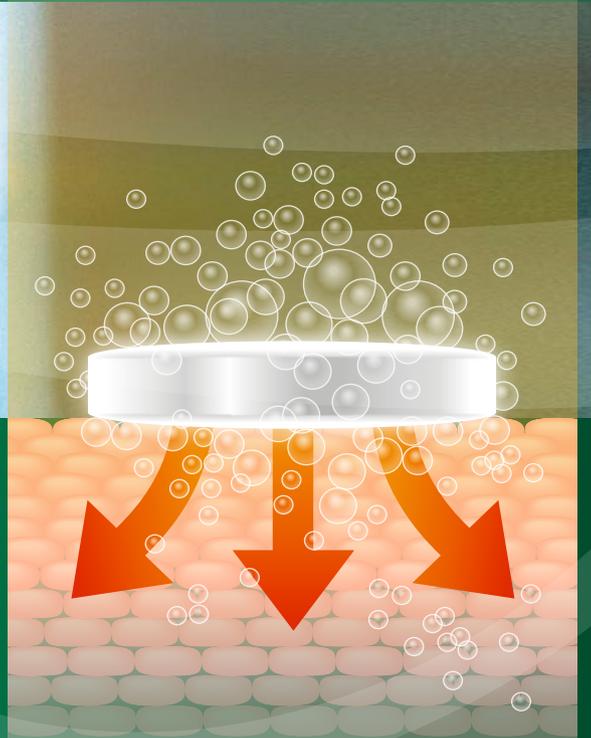
Contesto nella pratica clinica La corretta applicazione dei cerotti influisce sulla durata d'azione dei farmaci e di conseguenza, sull'efficacia delle terapie. Si deve fare particolarmente attenzione in caso di cura degli anziani, dei bambini o in caso di cachessia e febbre, come pure al momento del taglio dei cerotti transdermici.



EFFENTORA®

Comprimés buccaux de fentanyl

0 3 5 10 minutes



Technologie active OraVescent®

Le fentanyl rapide¹

Médication de secours efficace lors d'accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse chez les patients adultes sous traitement opioïde de fond.

¹ Slatkin NE et al. Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. J Support Oncol 2007;5(7):327-334: soulagement de la douleur significativement plus intense après 10 minutes.

Effentora® C: 1 comprimé gingival contient 100 µg, 200 µg, 400 µg, 600 µg ou 800 µg de Fentanylum. Effentora 100 µg contient 8 mg de sodium, 200/400/600/800 µg contient 16 mg de sodium.
I: Traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients adultes ayant un cancer et recevant déjà un traitement opioïde de fond contre leurs douleurs chroniques d'origine cancéreuse. **P:** Dose initiale recommandée de 100 µg, un autre comprimé du même dosage peut être utilisé en cas d'analgésie insuffisante, titration individuelle de la dose jusqu'à max. 800 µg. L'utilisation n'est pas recommandée chez l'enfant et l'adolescent. Pour les modalités de prise recommandées et de plus amples instructions pour la posologie, consulter l'information professionnelle. **CI:** Hypersensibilité au fentanyl ou à l'un des excipients. Patients sans traitement opioïde de fond. Dépression respiratoire sévère ou bronchopneumopathie obstructive sévère. Traitement des douleurs aiguës autres que des accès douloureux paroxystiques. Administration simultanée d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) ou administration d'Effentora® dans les deux semaines qui suivent l'arrêt d'un traitement par IMAO. Grossesse/allaitement. **PC:** Il faut informer les patients qu'Effentora® contient un principe actif qui peut être mortel notamment pour les enfants. Dépression respiratoire cliniquement significative sous fentanyl, patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive non sévère ou toute autre pathologie les prédisposant à une dépression respiratoire, sensibilité aux effets intracrâniens d'une rétention de CO₂, bradyarythmie préexistante, insuffisance hépatique ou rénale, hypovolémie, hypotension, réactions anaphylactiques et d'hypersensibilité, accoutumance et dépendance physique et/ou psychique, conduite de véhicules et utilisation de machines. **EI:** Sévères: dépression respiratoire, dépression circulatoire, hypotension et choc. Très fréquents: vertiges, céphalées, nausées, vomissements. Accidents liés au site d'administration: saignements, douleurs, ulcérations, irritations, paresthésies, anesthésie, érythème, œdème, tuméfaction et formation de vésicules. Candidose orale, anémie, neutropénie, anorexie, dépression, anxiété, état confusionnel, insomnie, troubles du goût, somnolence, léthargie, tremblements, sédation, hypoesthésie, migraine, tachycardie, hypertension, hypotension, dyspnée, douleurs pharyngo-laryngées, constipation, stomatite, sécheresse buccale, diarrhées, douleurs abdominales, reflux gastro-œsophagien, troubles gastriques, dyspepsie, douleurs dentaires, prurit, hyperhidrose, éruption cutanée, myalgies, mal de dos, œdèmes périphériques, fatigue, asthénie, syndrome de sevrage, frissons, perte de poids, risque de chute. **IA:** Utilisation concomitante avec des inducteurs du CYP3A4, des inhibiteurs du CYP3A4 tels que ritonavir, kétocoazole, itraconazole, tréandomycine, clarithromycine, nefinavir, amprénavir, aprépitant, diltiazem, érythromycine, fluconazole, fosampnénavir, jus de pampleousse, vérapamil. Administration concomitante d'opioïdes, sédatifs, hypnotiques, anesthésiques généraux, phénothiazines, tranquillisants, myorelaxants, antihistaminiques sédatifs, alcool, agonistes/antagonistes opioïdes partiels tels que buprénorphine, nalbuphine, pentazocine, IMAO, ISRS, IRSN. **Liste:** A+ Soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes. Pour des informations complémentaires sur le médicament consulter www.swissmedicinfo.ch

Teva Pharma SA, Kirschgartenstrasse 14, case postale, 4010 Bâle, téléphone 061 705 43 43, fax 0800 00 44 88, www.tevapharma.ch

04/2016

www.effentora.ch

TEVA

Pharma

«Total Pain» – capire e cambiare il mondo del dolore

Maya Monteverde

Le terapie del dolore non devono essere limitate alla somministrazione di farmaci, ma devono coinvolgere anche aspetti psicologici, sociali, culturali e spirituali e esistenziali. Ciò richiede, tra l'altro una valutazione del dolore individuale.



I pazienti oncologici soffrono di dolore. I dati dimostrano che circa il 70% di tutti i pazienti che si sono ammalati di cancro hanno dolori nel corso della loro malattia. Nelle cure di fine vita la percentuale sale al 75%. A seconda degli studi il dolore non controllato dei pazienti oscilla tra il 5-25% (Breitbart et al., 2011; Fallon et al., 2006; Metha et al., 2008). Questo significa che, nonostante gli sforzi fatti finora nella ricerca sul dolore e sulla terapia, fino a un quarto dei pazienti affetti da dolore non sono ancora adeguatamente trattati.

Questo articolo si occupa della sfida del «Total Pain» (TP) in persone con una malattia tumorale gravemente malate e/o morenti. L'articolo è un approccio a questo fenomeno complesso, per aumentarne la comprensione, ridurre la paura e contribuire a formare le competenze nel valutare e nel trattare con il TP.

Cosa significa «Total Pain»?

Nei anni 1950 e 1960, durante il suo lavoro con malati gravi e morenti, Cicely Saunders ha elaborato il concetto di TP al fine di descrivere il dolore nelle sue diverse dimensioni e percezioni a livello fisico, psicologico, sociale, culturale e spirituale / esistenziale: «...not only to understand the world of pain, but also to change it» (... non solo comprendere il mondo del dolore, ma cambiarlo) (Clark, 1999, S. 730). In questo modo, è riuscita a dare al dolore un significato che va ben oltre il senso fisico. Inoltre, ha coniato il termine «sindrome di dolore», il che implica che il dolore non è solo un sintomo, ma una malattia (Strang et al., 2004). Ciò significa che il controllo del dolore non si limita alla sola som-

ministrazione di farmaci antalgici, ma comprende tutte le fasi che lo coinvolgono. Perciò si può trattare il TP solo in modo interprofessionale. Inoltre Saunders ha descritto che il dolore non riguarda solo il paziente, ma ha conseguenze anche sul suo ambiente e il team curante, il cosiddetto «Unit-of-Care» (Eychmüller, 2015). Un aspetto essenziale del lavoro di Saunders con i pazienti sofferenti da dolore è l'utilizzo della narrazione. Un primo passo per poter capire e dare al paziente la possibilità di parlare del loro dolore e delle loro paure (Clark, 1999). Il concetto di TP era rivoluzionario nel 1960 e ha influenzato in modo decisivo l'ulteriore sviluppo del movimento hospice e cure palliative (Strang et al., 2004).

Difficoltà e critiche

L'Associazione Internazionale Association for the Study of Pain (IASP) ha affermato come non sia chiaro se sotto la definizione TP si intenda il dolore o se si tratti di altre forme di sofferenza in generale (Strang et al., 2004). Inoltre vengono criticate: la definizione incoerente della differenza tra sofferenza spirituale ed esistenziale, la mancanza di una comprensione concettuale comune e la descrizione di interventi poco documentati (Boston et al., 2011).

La sofferenza al dolore

Nel concetto di TP la sensazione di dolore è strettamente legata al senso della sofferenza. La condizione esistenziale, psicologica e socio-culturale può aumentare la percezione del dolore fisico, così

come il dolore fisico può influenzare i settori psicologici, sociali ed esistenziali. Sono fenomeni interconnessi di dolore e sofferenza che si riscontrano in molti pazienti nel contesto delle cure palliative (Strang et al., 2004). Argomenti e sentimenti come la disperazione, l'insignificanza, la frustrazione, la paura della morte e di una morte agonizzante, la paura di essere un peso per gli altri e il dolore sono

«... non solo
comprendere il
mondo del dolore,
ma cambiarlo.»

(Clark, 1999)

spesso onnipresenti in una sindrome TP (Boston et al., 2011; Müller, 2006). La paura della progressione del cancro intensifica l'esperienza della sofferenza e del dolore (Breitbart, 2011). Una persona soffre anche quando è minacciata dal deterioramento fisico e sperimenta la perdita della propria identità e integrità. Anche, il sentimento di rabbia può aumentare la sofferenza: La rabbia per l'ingiustizia che ci capita. L'ansia non elaborata, per quanto riguarda la morte e l'isolamento esistenziale, ha un impatto negativo sulla qualità della vita, e il dolore non sufficientemente trattato può ampliare il desiderio di una morte accelerata (Syrjala, 2014).

Concetto di dolore multidimensionale

Dalla concetto di TP si comprende che il dolore non è solo una esperienza fisica, ma comprende personalità, cognizione, emozioni e il comportamento sociale. Esiste un'interazione tra percezione fisica e psicologica, esperienza esistenziale, cognitiva e sociale del dolore. Fallon et al. (2006) descrive le complesse interazioni tra fattori nocicettivi e non nocicettivi che possono aumentare la sensazione di dolore. Pertanto, idealmente, viene utilizzata una combinazione di diversi approcci alla terapia:

Da un lato, si cercano farmaci antidolorifici e analgesici per alleviare il dolore a livello fisico, d'altra parte, viene prescritta una terapia che affronta gli aspetti psicologici, sociali ed esistenziali del dolore (Breitbart et al., 2011).

Dong et al. (2014) nella loro revisione sistematica sui sintomi che compaiono come un cluster (insieme) in pazienti con cancro avanzato, hanno trovato che il cluster «dolore, depressione, astenia» così come anche il cluster «stanchezza, dispnea, sonnolenza/torpace, dolore» sono presenti in molti studi. Questo evidenzia un legame tra dimensioni cognitivo-mentali (affaticamento) e emotivo-esistenziali (depressione) con l'esperienza fisica del dolore.

Assessment – Capire il mondo del dolore

Quando si fa la valutazione dei pazienti con TP, si tratta di capire il mondo individuale e personale del dolore. Pertanto le seguenti domande possono fornire una guida:

- > Chi è questa persona?
- > Quali sono i suoi fattori di stress/paura?
- > In che modo il dolore influisce sulla vita attuale e come ne influenza la qualità della vita?
- > In che modo si possono influenzare i pazienti? Quali sono le loro strategie di coping?
- > Quali sono le aspettative del paziente verso il team curante?
- > Come si sentono i familiari/ della Unit-of-Care?

(Eychmüller, 2015, S. 53)

Le seguenti domande possono rendere più facile nella clinica a ricercare le diverse dimensioni del TP:

- > A livello emozionale:
 - > «Come si sente adesso?»
 - > «Cosa è attualmente la cosa più importante/ dolorosa/ difficile per lei?»
 - > «Cosa la preoccupa?»
 - > «Cosa possiamo fare per lei?»
- > A livello socio-culturale:
 - > «Esiste una persona di cui lei ha la totale fiducia?»
 - > «Ha l'impressione di essere di peso?»
 - > «Da dove e da chi riceve supporto? Le basta questo supporto?»
 - > «Come stanno i suoi familiari? Si preoccupano?»
- > A livello spirituale/ esistenziale:
 - > «C'è qualcosa che nonostante il dolore le dà senso nella vita?»
 - > «Cosa le è stato d'aiuto durante la sua vita, in situazioni difficili»
 - > «Cosa le dà gioia, cosa le dà forza»

Nella valutazione del dolore multidimensionale si deve dare al paziente una voce. La comprensione approssimativa del mondo del dolore dei pazienti è il presupposto per poter introdurre un trattamento del dolore personalizzato. In genere si trova qualcosa solo se si cerca in modo specifico. Questo significa che il TP deve essere indagato.

Terapia e atteggiamento- cambiare il mondo del dolore

Misure come la tematizzazione sui sentimenti associati al dolore e dare tempo («il silenzio è spesso più significativo delle parole»), possono contribuire a cambiare il mondo del dolore. La narrazione viene descritta da Saunders come un mezzo per «capire i problemi dei pazienti» (Clark, 1999). L'atteggiamento del team curante è importante: Se vi è spazio per il dolore e le emozioni dolorose e non ci sono timori

«Nella valutazione del dolore multidimensionale si deve dare al paziente una voce.»

per argomenti dolorosi, questo può aiutare a cambiare l'esperienza del dolore. Porre alcune domande circa gli argomenti esistenziali, sono anch'esse di grande importanza nel trattamento del dolore (Strang et al., 2004). Metodi come l'ipnosi, il rilassamento, la distrazione cosciente, la Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR) e altre misure comportamentali possono aiutare le persone a ridurre il dolore, la tensione muscolare e cambiare la percezione del dolore. Tuttavia, queste misure sono state finora scarsamente esplorate (Breitbart et al., 2011).

Un eccellente terapia del dolore è una premessa affinché tali misure possano agire. Le ottime competenze specifiche del team curante sono la base per una gestione di successo del dolore.

Fallimento della terapia del dolore

Vari fattori possono impedire una terapia del dolore di successo:

- > Assessment e competenze insufficienti: L'inadeguatezza dell'équipe curante per rilevare il dolore in tutte le sue dimensioni e la mancanza di conoscenza per quanto riguarda i metodi di trattamento farmacologico e psicoterapeutico.
- > Sensazione di impotenza del personale curante: Se i professionisti che assistono i pazienti che vivono l'esperienza di una sofferenza esistenziale e spirituale, non sono sufficientemente preparati, possono arrivare a sentirsi impotenti nel loro trattamento. Boston et al. (2011) sostengono che gli infermieri che non possono alleviare in modo soddisfacente le sofferenze dei loro pazienti e hanno timori circa la propria morte, soffrono di un aumento del livello di stress.
- > Inadeguata autogestione nell'uso di analgesici: I pazienti che non sono adeguatamente istruiti nell'assunzione dei farmaci contro il dolore e non capiscono la differenza fra terapia di base e terapia di riserva, hanno un aumentato rischio di ricevere un trattamento farmacologico antalgico non efficace.
- > Inadeguata informazione dei familiari: Quando le famiglie non sono sufficientemente informate circa le caratteristiche della terapia antalgica (sua efficacia, suoi effetti collaterali e suoi principi guida) o hanno paura di essa, vi è il rischio che i pazienti non ricevano un trattamento adeguato.
- > Poca comunicazione con il personale curante: Se la partecipazione della «Unit-of-Care» non è adeguata, non vengono riconosciuti problemi importanti che quindi non saranno affrontati.

(Eychmüller, 2015; Boston et al., 2011; Breitbart et al., 2011; Metha et al., 2008)

Conclusione

Il dolore non può essere in ogni caso equiparato con la sofferenza, ma il dolore non controllato contribuisce in modo significativo a soffrire (Strang et al., 2004). Una buona gestione del dolore aiuta a ridurre la paura della sofferenza e quindi è anche una misura per la prevenzione del suicidio.

Non è facile accompagnare una persona che soffre e esserle vicino in questa sua esperienza. Una più profonda comprensione di tipo empatico, nel senso di «accettazione» e di presenza, nel senso di «esserci», può portare a meglio affrontare globalmente la persona e il suo ambiente (Boston et al., 2011).

Ai professionisti si richiede di aggiornarsi nelle loro conoscenze multidimensionali, perché la conoscenza aiuta a comprendere e la comprensione aiuta a cambiare e migliorare. Le offerte, le interazioni e la riflessione nei team multi-professionali contribuiscono ad avere una maggiore e specifica consapevolezza della sofferenza, delle persone sofferenti e del loro ambiente e lo stesso team si sentirà più supportato.

> Maya Monteverde

RN, MAS FHO Palliative Care, HöFa 1 Onkologie,
 Unità Cure Palliative, Istituto Oncologico della
 Svizzera Italiana (IOSI) Bellinzona
 maya.monteverde@sunrise.ch

> **Letteratura :** www.onkologiepflege.ch

Eisentherapie. Befreiend einfach.



Seit 2008
500 mg



Seit 2015
Stechampulle
1000 mg



Einfach. Schnell. Wirksam.

Ferinject®. Z: Eisencarboxymaltose. I: Eisenmangel, wenn orale Eisenherapie ungenügend wirksam, unwirksam oder nicht durchführbar ist. D: Die kumulative Gesamtdosis von Ferinject muss individuell berechnet werden. Ferinject kann als I.v. Infusion (verdünnt in 0,9% NaCl) oder als I.v. Injektion (unverdünnt) in wöchentlichen Einzeldosen von bis zu 20 mg/kg, maximal 1000 mg, bis zum Erreichen der berechneten kumulativen Gesamtdosis verabreicht werden. **Kf:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffen, Anämie ohne gesicherten Eisenmangel, Eisenüberladung, erstes Schwangerschaftstrimester. **VM:** Patienten aktiv vor jeder Applikation von Ferinject nach früheren UAW von I.v. Eisenpräparaten befragen. Nur anwenden, falls medizinisches Fachpersonal, das anaphylaktische Reaktionen bewerten und behandeln kann, sofort verfügbar ist, sowie nur in einer Einrichtung, in der alle Vorrichtungen zur Reanimation vorhanden sind. Patienten während mind. 30 Min. nach Verabreichung auf Anzeichen und Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion beobachten. Paravenöse Injektion kann eine braune Verfärbung und Reizung der Haut verursachen und ist deshalb zu vermeiden. Bei akuter oder chronischer Infektion, Asthma oder atopischen Allergien nur mit Vorsicht anwenden. Natriumgehalt von bis zu 5,5 mg/ml berücksichtigen. **S/S:** KI im 1. Trimester, im 2. und 3. Trimester nur bei zwingender Indikation anwenden. **UAW:** Häufig: Transiente Hypophosphatämie, Kopfschmerzen, Schwindel, Hypertonie, Übelkeit, Anstieg der ALT, Phlebitis, Reaktionen an der Injektionsstelle. Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp, Parästhesien, Tachykardie, Hypotonie, Erötten, Dyspnoe, gastrointestinale Beschwerden, Dysgeusie, Hautausschlag, Pruritus, Urtikaria, Hautrötung, Myalgie, Rückenschmerzen, Arthralgie, Muskelkrämpfe, Gliederschmerzen, Fieber, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb, peripheres Ödem, Schüttelfrost, Schmerz, Anstieg der AST, Gamma-GT, LDH und ALP. **IA:** Bei gleichzeitiger Verabreichung von oralen Eisenpräparaten ist deren Absorption reduziert. P: 5 Stechampullen zu 100 mg (2 ml) oder 500 mg (10 ml), 1 Stechampulle zu 500 mg (10 ml) oder zu 1000 mg (20 ml). **Liste B.** Detaillierte Informationen: www.swissmedinfo.ch. Zulassungsinhaber: Vifor (International) AG, CH-9001 St. Gallen, Vertrieb: Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne, Stand: Juni 2015.

www.ferinject.ch
www.iron.medline.ch

WE FOR YOU
www.viforpharma.ch
Vifor Pharma

Schmerzmanagement in der Onkologie

Wirksamkeit von psychologischen und verhaltensfördernden Interventionen

Monika Kirsch

Die Literaturübersicht von Syrjala und Kollegen (2014) zeigt, dass Schmerzen durch den Einsatz von psychologischen und verhaltensfördernden Interventionen gelindert werden können. Doch gilt dies für alle verschiedenen Phasen einer Krebserkrankung? Es besteht grosser Forschungsbedarf, um diese Frage zu beantworten.

Schmerz ist ein häufiges Symptom von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung. Die medikamentöse Schmerztherapie ist in vielen Fällen wirksam, jedoch nicht immer. Somit stellt sich die Frage, ob der zusätzliche Einsatz psychologischer und verhaltensfördernder Interventionen Schmerzen effektiv zu lindern vermag. Die hier vorgestellte Literaturübersicht von Syrjala und Kollegen beschäftigt sich mit folgenden Fragen:

- Beeinflussen die psychologischen Merkmale eines onkologischen Patienten seine Schmerzerfahrung?
- Welche psychologischen und verhaltensfördernden Interventionen können Schmerz während dem zeitlichen Kontinuum einer Krebserkrankung positiv beeinflussen?

Dem Autorenteam ist es gelungen, die Ergebnisse von Metaanalysen und hochwertigen randomisiert-kontrollierten Studien kompakt zusammenzufassen. Die Autoren beantworten die gestellten Fragen in Hinsicht auf drei Phasen einer Krebserkrankung: während der Behandlung, im Langzeitverlauf resp. während der Survivorship sowie für die terminale Lebensphase resp. das Lebensende. Ausserdem werden Empfehlungen für die klinische Praxis und die zukünftige Forschung abgegeben.

Psychologische Patientenmerkmale und ihre Auswirkung auf Schmerz

Die untersuchte Literatur zeigt deutlich, dass emotionaler Stress, Depression, Angst, Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit mit Schmerzen in Wechselwirkung treten. Insbesondere chronischer Schmerz kann den Wunsch nach einem früheren Tod verstärken. Patientinnen und Patienten

wenden eine Vielzahl von Strategien an, um mit Schmerz umzugehen. Eine hohe Selbstkompetenz im Umgang mit schmerzlindernden Massnahmen und eine positiv erfahrene Selbstwirksamkeit vermögen die Schmerzen am erfolgreichsten zu lindern. In anderen Worten: Wenn wir als Gesundheitsfachpersonen die Patienten in ihrer Kompetenz, auf Schmerzen zu reagieren und entsprechende Massnahmen einzuleiten, erfolgreich fördern, so ist ein effektiveres Schmerzmanagement möglich.

Während der Antitumor-Therapie

Die Studienergebnisse zur Phase der Antitumor-Therapie sind sehr fundiert: Die psychologische Verfassung eines Patienten hat erhebliche Auswirkungen auf dessen Schmerzen und vice versa. Metaanalysen zeigen, dass die Behandlung von Depressionen, Angst, Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit helfen kann, Schmerz und Leiden zu lindern. Weitere Interventionsstudien zeigen, dass insbesondere Hypnose, Entspannungsübungen und Imagination sowie die Befähigung von Patienten in ihrem Schmerzmanagement durch Schulung und Verhaltenstraining sehr effektiv sind, wenn diese Massnahmen zusätzlich zur analgetischen Therapie angewendet werden. Die gezeigten Effekte in den Metaanalysen sind gross genug, um die Aufnahme solcher Interventionen in die Standardversorgung zu unterstützen.

Situation bei Langzeit-Überlebenden

Die Studienlage zum Langzeitverlauf nach einer Krebsdiagnose ist eher mässig. Gründe dafür liegen wohl unter anderem in der Tatsache, dass es schwierig ist, Untersuchungen zur Vielzahl der vorkommenden Schmerzsyndrome (z.B. Neuropathien, Myalgien, Athralgien, Lymphödeme) durchzuführen. Auch gestaltet sich die analgetische Therapie dieser oft chronischen Schmerzen häufig sehr komplex. Die untersuchten Studien zeigen gute Ergebnisse für den Einsatz von Physiotherapie, Rehabilitation und Massnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität. Auch zeigen sich positive Effekte von Hypnose und Yoga. Gemäss den Autoren sollten weitere Studien klären, ob psychologi-

sche oder Verhaltensinterventionen, wie beispielsweise Entspannungsübungen oder Meditation, die verschiedenen Schmerzsyndrome positiv beeinflussen können.

Situation am Lebensende

Einige wenige Interventionsstudien geben gute Hinweise, dass Massnahmen, welche die Schmerzbehandlungskompetenz und die Bewältigungsstrategien von Patienten und insbesondere ihrer pflegenden Angehörigen fördern, positive Effekte zeigen. Auch liegen positive Resultate für den Einsatz der Hypnose vor.

Fazit

Eine lesenswerte Übersichtsarbeit! Der Artikel wird durch kompakte Tabellen abgerundet und gibt einen guten Überblick über die Effektivität psychologischer und verhaltensfördernder Massnahmen beim Management von Schmerzen infolge einer malignen Erkrankung

> Dr. sc. med. Monika Kirsch
Pflegeexpertin ANP
Anästhesiologie / Pain Service
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
Tel: +41 61 32 85 0 85
Monika.Kirsch@usb.ch

Literatur

Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Yi, J. C., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol*, 32(16), 1703-1711. doi: 10.1200/JCO.2013.54.4825



NEU

Akynzeo®
netupitant/palonosetron
PREVENTION MADE SIMPLE

Das einzige Antiemetikum mit dualer
Wirkung zur fünftägigen CINV-Prophylaxe in oraler Einmalgabe¹

Power combined

Akynzeo®. **Z:** Palonosetron (0.5 mg) und Netupitant (300 mg). **I:** Assoziiert mit Dexamethason, ist indiziert für die Prophylaxe von akutem und verzögertem Erbrechen und Übelkeit im Rahmen einer hoch-emetogenen oder moderat-emetogenen anti-Krebs Chemotherapie. **D:** 1 Kapsel etwa 1 Stunde vor jedem Chemotherapie Zyklus, mit einem 2-wöchigen Intervall zwischen den Zyklen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffen, oder Fruktose Intoleranz. **VM:** Überwachung bei Patienten mit Obstipationsproblemen, Anzeichen eines subakuten Ileus oder Hypersensitivität gegen Erdnüsse oder Soja. Es wurde keine klinisch signifikante Wirkung auf die EKG beobachtet aber Vorsicht ist geboten bei gleichzeitiger Anwendung mit Arzneimitteln die das QT-Intervall verlängern. In den folgenden Tagen der Chemotherapie nicht verwenden. **IA:** Inhibitoren und Induktoren von CYP3A4, serotonergen Drogen, CYP3A4-Substrate (Dexamethason: Dosisreduktion bei gleichzeitiger Verabreichung), Krebsmedikamente (Docetaxel, Etoposid, Cyclophosphamid), Unwahrscheinlich: CYP2C9-Substraten, Substrate von P-Glykoprotein. **S/S:** unzureichende klinische Daten. Verabreichen nur wenn es absolut notwendig ist. Das Stillen muss abgebrochen werden. **UAW:** Häufig: Kopfschmerzen, Obstipation und Fatigue. **P:** Verpackung mit einer Kapsel. **Liste B.** Detaillierte Informationen: www.swissmedinfo.ch. Zulassungsinhaberin: **Vifor AG**, CH-1752 Villars-sur-Glâne. **Stand: Oktober 2015.**

Referenzen: 1 Fachinformation Akynzeo® (Netupitant/Palonosetron) auf www.swissmedinfo.ch
Distributed under license of Helsinn Healthcare SA, Switzerland.

WE FOR YOU  www.viforpharma.ch 

Häufige Fehler im onkologischen Schmerzmanagement

Umfragen zeigen, dass Schmerz bei Krebserkrankungen weiterhin ein verbreitetes Problem ist. Um Schmerz wirksam zu bekämpfen, müssen sich sowohl die Health Professionals als auch die Patienten häufiger Fehler beim Schmerzmanagement bewusst sein und entsprechend geschult werden.

Krebsschmerz wird nicht immer optimal behandelt. Dies zeigten die Zahlen des European Pain in Cancer-Survey (EPIC) eindrücklich: 63% der Patienten, die Analgetika erhalten, haben Durchbruchschmerzen (Breivik et al., 2009). 69% berichten über Probleme im Alltagsmanagement. 50% der Betroffenen sind der Meinung, ihre Lebensqualität werde von den Health Professionals nicht als Priorität betrachtet. Oldenmenger et al. (2009) weisen darauf hin, dass insbesondere mangelndes Wissen und falsche Überzeugungen der Patienten und der Health Professionals zu Fehler im Management von Krebsschmerz führen.

Vernachlässigung des Assessments

Das Schmerz-Assessment wird häufig vernachlässigt (Oldenmenger et al., 2009), und es wird keine oder eine falsche Schmerzdiagnose gestellt. Wenn keine systematische Erfassung der Schmerzintensität erfolgt, kann auch der Bedarf für eine analgetische Intervention nicht ermittelt und deren Erfolg nicht kontrolliert werden (DNQP, 2005; NHMRC, 2010). Dieses Problem verschärft sich bei Patienten mit kogniti-

ven Beeinträchtigungen oder Bewusstseins Einschränkungen.

Es dürfte mehr sein!

Analgetika werden von Pflegenden teilweise seltener oder in einer tieferen Dosis verabreicht als verordnet (DNQP, 2005). Dabei spielen Ängste und Vorurteile eine zentrale Rolle: In der Befragung von Rustoen et al. (2013) gaben 24.8% der befragten europäischen Onkologie-Pflegenden an, Angst zu haben, dass ihre Patienten eine Medikamentenabhängigkeit entwickeln. Diese Angst ist aber unbegründet, denn dass die Gefahr einer Abhängigkeit besteht, wurde beim Einsatz von Opioiden bei chronischem Krebschmerz weitgehend widerlegt (u.a. Fishbain, Cole, Lewis, Rosomoff, & Rosomoff, 2008). Weitere Gründe, warum die Pflegenden ihren Patienten nicht empfohlen, Opioide einzunehmen, waren die Einschätzung der Pflegenden, dass die Schmerzen nicht immer schlimmer waren (42.2%) sowie die auftretenden Nebenwirkungen (34.4%) (Rustoen et al., 2013).

Die Basisedikation sollte zu fix verordneten Zeitpunkten verabreicht werden. Wenn möglich kommt ein Retard-Produkt bzw. Long-Acting Opioid (LAO) zum Einsatz. Die Kombination mehrerer Nicht-Opioide (z.B. Paracetamol plus nichtsteroidales Antirheumatikum) kann sinnvoll sein. Die WHO-Stufe 1 soll beibehalten werden, wenn auf ein Basisedikament der Stufe 2 bzw. 3 gewechselt wird. Nicht zu vergessen sind der Einsatz von Co-An-

algetika wie Pregabalin (Lyrica®) bei neurogenem Schmerzcharakter und die Opioidrotation bei einem ungünstigen Wirkungs-Nebenwirkungs-Verhältnis (Jost & Rolia, 2010; NCCN, 2015).

Das verordnete Reservemedikament muss mindestens der gleichen WHO-Stufe entsprechen wie das stärkste Basisedikament. Das Reservemedikament muss schnell wirken, ist also ein Short-Acting Opioid (SAO) oder Rapid-Onset Opioid (ROO), und sollte alle 1-2 Stunden verabreicht werden dürfen. Werden Stufe 3-Medikamente eingesetzt, sollte eine Einzeldosis der Reservemedikation einen Sechstel (bis einen Zehntel) der Tages-Gesamtdosis des Basisedikaments ausmachen (Jost & Rolia, 2010; NCCN, 2015).

Fehlender Einsatz von nicht-medikamentösen Interventionen

Nicht-medikamentöse Interventionen sind nicht als Ersatz für die Pharmakotherapie gedacht, sondern als Ergänzung. Sie können entscheidend zu einem Behandlungserfolg beitragen. Am häufigsten kommen Positionswechsel, Ruhe und Massage als nicht-medikamentöse Interventionen zum Einsatz. 38.8% der europäischen Onkologie-Pflegenden wenden keine nicht-medikamentösen Interventionen an (Rustoen et al., 2013).

Zurückhaltende Patienten

Patienten verhalten sich gerade im stationären Setting oft zurückhaltend: Sie warten, bis sie ein Analgetikum ange-

boten bekommen, und sie wollen die oft vielbeschäftigten Pflegenden nicht stören. Zudem berichten auch Patienten von Ängsten, insbesondere in Bezug auf Nebenwirkungen, Abhängigkeit und Medikamentenresistenz bei Schmerzzunahme (DNQP, 2005; Lüscher-Buffet et al., 2012). Hier wird deutlich, welche zentrale Stellung im Schmerzmanagement die Patienten- und Angehörigenbildung hat (Oldenmenger et al., 2009).

> Sara Häusermann

> **Literatur:** www.onkologiepflege.ch

**Konsequent praxisorientiert:
MAS/DAS/CAS FH in
PALLIATIVE CARE**

berufsbegleitend
modular
fundiert

Die Fachpflege von schwer kranken und sterbenden Menschen ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, die erweitertes und aktuelles Wissen voraussetzt. Zentrale Konzepte werden gemeinsam mit den Betroffenen im interprofessionellen Team und aus verschiedenen Blickwinkeln kritisch hinterfragt und umgesetzt.

Der interprofessionelle, berufsbegleitende MAS Studiengang in Palliative Care dauert mindestens 2 Jahre. Die Module können einzeln besucht werden.

Der Studienstart ist jederzeit möglich.
Termine für Info-Anlässe: www.kalaidos-gesundheit.ch

Ihre Karriereziele – unsere berufsbegleitenden Studiengänge: Bachelor of Science / Master of Science / Cardiovascular Perfusion / Care Management / Chronic Care / Geriatric Care / Management of Healthcare Institutions / Neuro/Stroke / Oncological Care / Palliative Care / Pflege- und Gesundheitsrecht / Rehabilitation Care / Wound Care / Wissenschaftspraxis

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit
Careum Campus, Pestalozzistrasse 5,
8032 Zürich, Tel. 043 222 63 00
michael.ruest@kalaidos-fh.ch

KALG 168 Eidgenössisch akkreditierte und beaufsichtigte Fachhochschule

**Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz**
Die Hochschule für Berufstätige.

KURZ UND BÜNDIG

Schmerz-Qualitäten

Während einer symptomfokussierten Anamnese werden verschiedene Symptomcharakteristika erfragt: Lokalisation, Qualität, Quantität, zeitlicher Verlauf, lindernde und verschlimmernde Faktoren, Begleitsymptome und die Erklärung des Patienten für das Symptom

Die Erfragung der Qualität ist – gerade auch beim Thema Schmerz – sehr herausfordernd, da es für Betroffene oft nicht einfach ist, etwas Gefühls in Worten widerzugeben. Es empfiehlt

sich zuerst eine offene Frage: «Wie fühlt sich der Schmerz für Sie an?». Kommt der Patient mit dieser Frage nicht zurecht, können einige Vorschläge gemacht werden, wie Schmerz wahrgenommen werden kann. In der Schmerzempfindungsskala (Geissner, 1996) werden folgende Adjektive aufgeführt: Quälend, grausam, erschöpfend, heftig, mörderisch, elend, schauerhaft, scheusslich, schwer, entnervend, marternd, furchtbar, unerträglich, lähmend, schneidend, klopfend, brennend, reissend, pochend, glühend, stechend, hämmernd, heiss, durchstossend. In der Praxis haben sich folgende Begriffe etabliert: Stechend,

klopfend, dumpf, drückend, elektrisierend, brennend, kribbelnd.

Bei der symptomfokussierten Anamnese ist es wichtig, Hinweise auf eine neurogene Schmerzkomponente zu erfassen (elektrisierend, brennend, kribbelnd), damit ein suffizientes medikamentöses Therapiekonzept festgelegt werden kann.

> Sara Häusermann

Literatur

Geissner, E. (1996). Die Schmerzempfindungsskala (SES) (Handanweisung). Göttingen: Hogrefe.



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologique Svizzera

Aus dem Vorstand

Zwei langjährige Vorstandsmitglieder aus der Romandie stellen sich nicht mehr zur Wiederwahl an der Generalversammlung im März 2017: Unsere Vizepräsidentin Lucienne Bigler-Perrotin, Genf, und Frédéric Fournier, Freiburg. Beide Vorstandsmitglieder haben sich über viele Jahre sehr aktiv und mit grossem Interesse und Fachwissen für die Entwicklung der Onkologiepflege in der Schweiz und insbesondere in ihrer Region engagiert. Für ihren wertvollen Beitrag danken wir ihnen vorerst an dieser Stelle sehr herzlich. Für die beiden frei werdenden Sitze im Vorstand können sich Mitglieder aus der Romandie bewerben. Das Anforderungsprofil ist auf der Webseite www.soinsoncologiesuisse.ch publiziert. Gerne geben die Präsidentin und die Geschäftsstelle weitere Informationen an interessierte Personen.

Die OPS hat für jüngere Pflegende in der Onkologie eine Tagung zum Thema «Standortbestimmung und Zukunftsgestaltung» durchgeführt. Die Teilnehmenden regten einen regelmässigen Erfahrungsaustausch für jüngere Pflegende an, was der Vorstand gerne aufnimmt. Ebenso werden anfangs Jahr eine Tagung für Führungspersonen in der ambulanten Onkologie und ein Einführungskurs in die Onkologiepflege angeboten (siehe Ausschreibungen). Die beiden grossen Tagungen in der Romandie «Journée Romande 2017» und im Tessin der Gruppe Gioti können wiederum mit vielen Teilnehmenden durchgeführt werden. Wir danken den Organisatorinnen und Organisatoren sehr herzlich für ihr grosses Engagement! Das umfangreiche, vielfältige Fortbildungsprogramm 2017 der Onkologiepflege Schweiz finden Sie bereits jetzt auf unserer Webseite. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Zusammenstellen Ihres persönlichen Fortbildungsprogrammes.

Ein neues Angebot für Pflegefachpersonen in der Romandie nimmt Formen an und wird im Rahmen eines Pilots angeboten: Eine erfahrene Pflegeexpertin in Onkologie bietet ab 15. Dezember 2016 eine Helpline an für fachliche Fragen rund um die Pflege von krebserkrankten Personen. (siehe www.soinsoncologiesuisse.ch). Findet das Angebot Anklang, wird es auch in der Deutschschweiz angeboten.

Und zu guter Letzt machen wir Sie auf den 19. Schweizer Onkologiepflege Kongress vom 23. März 2017 in Bern aufmerksam. Wir haben ein vielfältiges und interessantes Programm zusammengestellt und freuen uns, Sie wiederzusehen!

> Irène Bachmann-Mettler
Präsidentin

Nouvelles du Comité

Deux membres du comité de longue date ne se représenteront plus lors de l'assemblée générale en mars 2017. Il s'agit de notre vice-présidente, Lucienne Bigler-Perrotin, de Genève, et Frédéric Fournier, de Fribourg. Durant de longues années, ces deux membres romands se sont engagés activement et ont porté tout leur intérêt et leur savoir au profit du développement des soins en oncologie en Suisse et plus particulièrement dans leur région. Nous les remercions ici très chaleureusement pour leur grand engagement.

Les membres de Suisse romande peuvent donc poser leur candidature pour pourvoir les deux sièges vacants au comité. Le profil requis est publié sur le site Internet : www.soinsoncologiesuisse.ch. Pour plus de amples renseignements, la présidente et le secrétariat se tiennent à votre disposition.

SOS a organisé pour les jeunes infirmières et infirmiers en oncologie un colloque en allemand sur le thème des perspectives professionnelles. Les participantes et participants ont proposé d'entretenir un échange d'expérience continu pour les jeunes infirmières et infirmiers, une idée que le comité va reprendre avec grand plaisir. En outre, un colloque destiné aux responsables en oncologie ambulatoire et un cours d'introduction aux soins en oncologie seront proposés en début d'année prochaine (voir offres de cours). Les deux grandes manifestations que sont la « Journée Romande de formations continues » en Suisse romande et le colloque GIOTI au Tessin seront reconduites en 2017. Nous adressons tous nos remerciements aux organisatrices et organisateurs pour leur engagement hors-pair ! Le vaste programme de formation continue 2017 de Soins en Oncologie Suisse se trouve déjà sur notre site Internet. Nous espérons qu'il vous sera d'une grande aide pour composer

vos programmes de formation continue personnalisés.

Une nouvelle offre pour les infirmières et infirmiers de Suisse romande prend forme et sera proposée dans le cadre d'un projet pilote : une experte en soins infirmiers expérimentée ouvrira à compter du 15 décembre 2016 un service d'assistance téléphonique pour toutes les questions concernant les soins des personnes atteintes d'un cancer (www.soinsoncologiesuisse.ch). Si l'offre trouve un accueil favorable, elle sera également proposée en Suisse alémanique.

Nous profitons de cette occasion pour vous rappeler que le 19^e Congrès Suisse des soins en oncologie aura lieu à Berne le 23 mars 2017 et présentera un programme aussi varié qu'intéressant. Nous nous réjouissons d'ores et déjà de vous y rencontrer !

> Irène Bachmann-Mettler
Présidente

Pflege-Weiterbildungen im Bereich «Schmerz»

Ein neues Zertifikat für qualitativ hochstehende Bildungsangebote

Die drei Fachgesellschaften Onkologiepflege Schweiz, Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege und Schweizerische Interessengemeinschaft Anästhesiepflege haben ein Zertifikat für Bildungsgänge zum Thema Schmerz geschaffen. Pflegende, die sich für ein Bildungsangebot interessieren, können dessen Qualität dank dem Zertifikat einfacher beurteilen.

Viele Onkologiepflegende bilden sich in der einen oder anderen Form zum Thema Schmerz weiter. Denn unbestritten ist die Beratung und Unterstützung von Krebskranken im Schmerzmanagement eine häufige und wichtige Aufgabe in der Onkologiepflege. Dementsprechend breit ist die Palette der angebotenen Fort- und Weiterbildungen zum Thema Schmerz. Dabei ist es oft nicht einfach, die Qualität der Angebote zu beurteilen.

Drei Fachgesellschaften – gleiche Qualitätsanforderungen

Es ist den drei Fachgesellschaften Onkologiepflege Schweiz (OPS), Schweizerische Interessengemeinschaft Notfallpflege (SIN) und Schweizerische Interessengemeinschaft Anästhesiepflege (SIGA/FSIA) ein gemeinsames Anliegen, dass Pflegende ihrer Spezialgebiete Fort- und Weiterbildungsangebote finden und besuchen können, die den Bedürfnissen der jeweiligen Fachgebiete Rechnung tragen, aber auch den Qualitätsvorstel-

lung der drei Fachgesellschaften entsprechen.

Seit diesem Jahr können sich Bildungsgänge zum Thema Schmerz von den drei Fachgesellschaften zertifizieren lassen. Pflegende, die sich für einen Bildungsgang interessieren, können in Zukunft also sehen, welche Bildungsgänge im Bereich Schmerz von der Zertifizierungskommission der drei Fachgesellschaften geprüft wurden. Bildungsgänge, die den Qualitätsanforderungen entsprechen, erhalten ein entsprechendes Zertifikat.

Zertifizierungskommission aus Expertinnen und Experten

Die Vertreterinnen und Vertreter der Fachgesellschaften diskutierten in mehreren Arbeitsgruppen viele Ideen und Vorstellungen zur Qualitätskontrolle. Möglichkeiten wie beispielsweise die Schaffung des Titels einer «Pain Nurse» oder eine fachliche Prüfung im Bereich Schmerz für Pflegefachpersonen wurden geprüft und aus verschiedenen Gründen wieder aufgegeben. Schliesslich entstand ein gemeinsamer Katalog mit fachlichen Inhalten; daraus wurden Anforderungen formuliert, die als Grundlage für die Beurteilung der Bildungsgänge dienen. Die drei Fachgesellschaften haben eine Zertifizierungskommission mit Expertinnen und Experten aus den drei Spezialgebieten und dem Bildungsbereich aufgestellt, die nun die hoffentlich bald zahlreich eingehenden Zertifizierungsanträge prüfen und beurteilen wird. Unterstützt

wird die Zertifizierungskommission im administrativen Bereich von der WALKER Management AG, die auch die vorherigen Arbeitsprozesse kompetent begleitet hat. Die Onkologiepflege Schweiz freut sich sehr, dass die Zertifizierungsmöglichkeit für Ausbildungsgänge im Bereich Schmerz nun realisiert werden konnte.

Fragen Sie nach dem Zertifikat!

Wenn Sie sich für ein entsprechendes Bildungsangebot interessieren, fragen Sie nach dem Zertifikat und helfen Sie damit mit, dieses zu etablieren. Falls Sie weitere Fragen haben oder wenn Sie Bildungsanbieter sind und Interesse an einer Zertifizierung haben, wenden Sie sich für weiterführende Informationen an die Geschäftsstelle der Onkologiepflege Schweiz info@onkologiepflege.ch oder an WALKER Management AG
Nina Hänslı
www.walker-management.ch.

► **Gabriela Finkbeiner**
Vorstand Onkologiepflege Schweiz

Tumordurchbruchschmerzen – Bedeutung der Lebensqualität oft unterschätzt

Mehr als 60% der Tumorpatienten leiden an Tumordurchbruchschmerzen. Oftmals werden diese Schmerzen nicht erkannt – auch deshalb nicht, weil Missverständnisse im Arzt-Patienten-Gespräch auftreten. Dabei könnte eine adäquate Durchbruchschmerztherapie die Lebensqualität und das Alltagsleben dieser letztlich unheilbaren Patienten deutlich verbessern, erklärte Prof. Dr. med. Roman Rolke im Rahmen seines Vortrages auf dem Deutschen Schmerzkongress, der vom 14. bis 17. Oktober 2015 in Mannheim stattfand.

Im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass menschliche Brustkrebszellen, die eingepflanzt wurden in den Femur immun-inkompetenter Mäuse, dort – unter anderem – ein Aussprossen («Sprouting») von Nervenfasern bewirkten. Gab man von Anfang an einen Anti-NGF-Antikörper dazu, konnte das Aussprossen und Wachsen der Nervenfasern weitgehend unterbunden werden. Dies führte auch zu einer deutlichen Schmerzreduktion bei den Tieren, das heisst, die mit Anti-NGF-Antikörpern behandelten Tiere konnten sich fast normal bewegen und zeigten kaum ein schmerzbedingtes Schon- und Rückzugsverhalten (1). Damit bestätigt dieses Experiment, so Prof. Dr. med. Roman Rolke, Direktor der Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Aachen/Deutschland, dass in der Umgebung des Tumors ein Milieu entsteht, das zu einer gesteigerten Empfindlichkeit führen und Schmerzen – auch Tumordurchbruchschmerzen – verursachen kann.

Im Patientengespräch Missverständnisse ausräumen!

Tumordurchbruchschmerzen sind definiert als episodische Tumorschmerzen. Es handelt sich um «eine vorübergehende Schmerzverstärkung bei relativ stabilem und adäquat durch eine Opioidbehandlung kontrolliertem Ruheschmerz» (2). «Dieses Verständnis, dass zuerst ein gut kontrollierter Ruheschmerz vorliegen muss, und dass

der Tumordurchbruchschmerz dann eine kurze Exazerbation aus diesem Niveau heraus ist, das ist das Entscheidende», betonte Rolke. Und es sei auch wichtig, so fuhr Rolke fort, den Patienten die Bedeutung dieses Begriffes genau zu erklären. Er selbst habe einmal eine Patientin gehabt, die bei der Frage nach Tumordurchbruchschmerzen ganz entsetzt auf ihren Bauch geschaut habe in der Annahme, der Tumor werde jetzt gleich durch die Bauchdecke durchbrechen. «Eine sinnvolle Schmerzanamnese ist also nur möglich, wenn die Patienten genau verstanden haben, worum es überhaupt geht und was sie gefragt werden», konstatierte Rolke.

Bedeutung der Lebensqualität – für die Patienten erheblich

In einer europäischen Befragung von mehr als 5000 Tumorpatienten zeigte sich, dass 63% dieser Patienten an Tumordurchbruchschmerzen litten. Fast 70% hatten täglich Probleme, ihre Alltagsaktivitäten durchzuführen, weil die Schmerzen sie so stark einschränkten. Dennoch war bei der Hälfte aller Befragten die Lebensqualität kein Schwerpunkt der ärztlichen Therapie, das heisst, der behandelnde Arzt kümmerte sich in den Augen der Patienten wenig darum, wie es ihnen ging und ob sie Schmerzen hatten oder nicht (3). In der gleichen Studie wurde gefragt, welcher Arzt denn die Tumorschmerzen behandelt. An erster Stelle wurde von 42% der Patienten der Onkologe genannt, gefolgt vom Hausarzt. Schmerzexperten waren nur bei 3% der Patienten in die Therapie mit einbezogen worden.

Hier besteht offenbar ein grosser Bedarf, so Rolke, den Themen Tumorschmerz und Lebensqualität künftig mehr Aufmerksamkeit zu widmen. In einer kürzlich publizierten Studie (4) wurde dies detailliert untersucht. An der multizentrischen offenen Dokumentation, die in 7 europäischen Ländern durchgeführt wurde, nahmen 330 Krebspatienten teil, die im Durchschnitt bis zu 4 Durchbruchschmerz-Episoden pro Tag

erlebten. Sie erhielten zusätzlich zu ihrer Opioid-Basismedikation eine optimierte Tumordurchbruchschmerz-Therapie mit der Fentanyl-Buccaltablette Effentora®. Das Medikament sollte als «Rescue-Medikation» immer dann sofort angewandt werden, wenn sich der Beginn von Tumordurchbruchschmerzen abzeichnete. Lebensqualität und Alltagsbewältigung wurden mit Hilfe des modifizierten «Brief-Pain-Inventory seven-item interference subscale» (BPI-7S)-Fragebogens zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie und am Ende der Behandlungsperiode gemessen. Darüber hinaus erfolgte eine Befragung zur allgemeinen Zufriedenheit mit der Medikation.

Signifikante Verbesserung von Lebensfreude und Arbeitsfähigkeit durch Effentora®

Tatsächlich konnte die Lebensqualität der Patienten unter der neuen Durchbruchschmerz-Medikation erheblich verbessert werden ($p < 0,001$). Dies zeigte sich durch so elementare Dinge wie der verbesserten Fähigkeit zu gehen, dem intensiveren Kontakt zu Mitmenschen und der besseren Arbeitsfähigkeit, was auch für das Selbstwertgefühl der Patienten sehr wichtig war. Darüber hinaus war der Schlaf deutlich besser und weniger gestört, die persönliche Stimmung stieg – ebenso wie die allgemeine Fähigkeit, das Leben zu geniessen, und das Aktivitätsniveau generell (Abb. 1).

Insgesamt waren die Patienten mit der schnell wirksamen Fentanyl-Buccaltablette deutlich zufriedener als mit ihrer vorausgegangenen Durchbruchschmerz-Therapie ($p < 0,001$). Sie fühlten sich mit Effentora® signifikant sicherer. Vor allem empfanden die Patienten es als vorteilhaft, dass dieses Fentanyl in der Öffentlichkeit schnell, bequem und unauffällig angewendet werden kann. Die schnelle und adäquate Schmerzlinderung und die einfache Anwendung wurden sehr positiv bewertet.

Literatur

Bloom AP, Jimenez-Andrade JM, Taylor RN, Castañeda-Corral G, Kaczmarek MJ, Freeman KT, Coughlin KA, Ghilardi JR, Kuskowski MA, Mantyh PW. Breast cancer-induced bone remodeling, skeletal pain, and sprouting of sensory nerve fibers. *J Pain*. 2011 Jun;12(6):698-711. doi: 10.1016/j.jpain.2010.12.016. Epub 2011 Apr 15.

Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK et al.; Working Group of an IASP Task Force on Cancer Pain. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. *Palliat Med*. 2004 Apr;18(3):177-83.

Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, Cohen R, Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009 Aug;20(8):1420-33. doi: 10.1093/annonc/mdp001. Epub 2009 Feb 24.

Davies A, Kleeberg UR, Jarosz J, Mercadante S, Poulain P, O'Brien T, Schneider H, Kress HG. Improved patient functioning after treatment of breakthrough cancer pain: an open-label study of fentanyl buccal tablet in patients with cancer pain. *Support Care Cancer*. 2015 Jul;23(7):2135-43. doi: 10.1007/s00520-014-2590-8. Epub 2015 Jan 4.

Kurzfachinformation siehe Inserat

FENTANYL BEI TUMORDURCHBRUCHSCHMERZEN – ES GEHT UM LEBENSQUALITÄT!

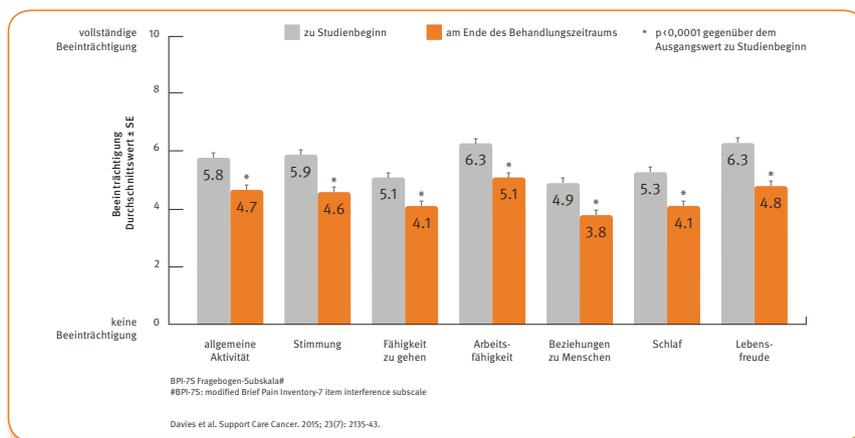


Abb. 1: Fentanyl bei Tumordurchbruchschmerzen – es geht um Lebensqualität!

Accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse – L'importance de la qualité de vie est souvent sous-estimée

Plus de 60% des patients atteints de cancer souffrent d'accès douloureux paroxystiques. Ces douleurs sont souvent méconnues, et ce, également en raison de malentendus survenant au cours des entretiens entre les patients et leur médecin. Un traitement adéquat de ces accès douloureux paroxystiques pourrait pourtant considérablement améliorer la qualité de vie et les activités quotidiennes de ces patients en définitive incurables, a expliqué le Prof. Dr méd. Roman Rolke dans le cadre de la conférence qu'il a tenue lors du congrès allemand sur la douleur, qui a eu lieu à Mannheim du 14 au 17 octobre 2015.

Dans le cadre d'essais menés chez l'animal, on a pu montrer que des cellules de cancer mammaire chez l'être humain implantées dans le fémur de souris immuno-incompétentes induisent entre autres dans ces tissus un «bourgeonnement» («sprouting») de fibres nerveuses. L'ajout d'emblée d'un anticorps anti-NGF a permis d'inhiber dans une large mesure ce bourgeonnement, ainsi que la prolifération des fibres nerveuses. Ce phénomène a également entraîné une nette diminution des douleurs chez les animaux, ce qui signifie que les spécimens traités par les anticorps anti-NGF étaient capables de se déplacer de manière presque normale et ne montraient presque aucun signe de comportement de retrait ou de ménagement dû aux douleurs (1).

De l'avis du Prof. Dr méd. Roman Rolke, directeur du Service de médecine palliative de l'hôpital universitaire d'Aix-la-Chapelle en Allemagne, ces observations confirment l'apparition au voisinage de la tumeur d'un environnement favorisant une hypersensibilité accrue et donc les douleurs, y compris les accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse.

Éliminer les malentendus lors des entretiens avec les patients!

Les accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse se définissent comme des douleurs tumorales épisodiques. Il s'agit d'«intensifications passagères des douleurs dans le contexte de douleurs au repos relativement stables et bien contrôlées sous opioïdes» (2).

«L'essentiel est de bien comprendre qu'il faut d'abord créer une situation dans laquelle la douleur au repos est bien contrôlée et que les accès douloureux paroxystiques

d'origine cancéreuse représentent ensuite une brève exacerbation de ces douleurs de base», a souligné Rolke.

Et il est également important, a poursuivi Rolke, de bien expliquer aux patients la signification exacte de ce terme. Il a ainsi raconté le cas d'une patiente qui avait baissé la tête et regardé son ventre d'un air catastrophé lorsqu'il lui avait demandé si elle savait ce que signifiait le terme d'«accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse» (en allemand «Durchbruchschmerzen», soit littéralement «douleurs perforantes»), parce qu'elle pensait que la tumeur allait transpercer sa paroi abdominale.

«Une anamnèse appropriée des douleurs n'est donc possible que si les patients ont bien compris de quoi il s'agit véritablement et les questions qui leur sont posées», a observé Rolke.

L'importance de la qualité de vie – un élément central pour les patients

Une enquête européenne menée auprès de plus de 5 000 patients cancéreux a montré que 63% d'entre eux souffraient d'accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse. Près de 70% éprouvaient tous les jours des difficultés dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes en raison de l'intensité des douleurs. Malgré cela, la qualité de vie n'était pas un point important du traitement médical chez la moitié des patients interrogés. En d'autres termes, le médecin traitant ne se souciait guère, aux yeux des patients, de savoir comment ils se sentaient et s'ils souffraient de douleurs ou non (3).

Une question de cette même enquête cherchait à savoir quel était le médecin en charge du traitement des douleurs tumorales. La majorité des patients, soit 42%, nommait l'oncologue, puis le médecin de famille. Seuls 3% des patients avaient bénéficié de l'intervention de spécialistes de la douleur au cours de leur traitement.

D'après Rolke, il semble donc manifestement nécessaire d'accorder à l'avenir une plus grande attention au traitement antalgique et à la qualité de vie.

Une étude publiée récemment (4) a examiné cette problématique de manière approfondie. Il s'agissait d'une étude multicentrique ouverte, menée dans 7 pays européens, ayant inclus 330 patients atteints de cancer souffrant en moyenne de 4 épisodes d'accès douloureux paroxystiques

par jour. En plus de leur traitement de fond par des opioïdes, ils recevaient une thérapie optimisée pour les accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse sous forme de comprimés oraux de fentanyl Effentora®. Les patients devaient prendre ce médicament de manière systématique, à titre de «médication de secours», dès que survenaient les premiers signes d'un accès douloureux paroxystique d'origine cancéreuse. Le questionnaire BPI-7S («Brief-Pain-Inventory seven-item interference subscale») modifié a servi à mesurer la qualité de vie et la maîtrise de la vie quotidienne lors de l'inclusion dans l'étude ainsi qu'à la fin de la période de traitement. De plus, on a demandé aux participants quelle était leur satisfaction générale vis-à-vis de la médication.

Amélioration significative de la joie de vivre et de la capacité de travail grâce à Effentora®

La qualité de vie des patients sous cette nouvelle médication antalgique contre les accès douloureux paroxystiques a en effet été considérablement améliorée ($p < 0,001$). Cela se remarquait par une série de choses toutes simples, telles que l'amélioration de la capacité à marcher, l'intensification de la vie sociale (contacts avec l'entourage) et l'amélioration de la capacité de travail, ce qui avait également des effets très positifs sur l'estime de soi des patients. La qualité du sommeil s'en est également trouvée fortement améliorée, avec une diminution des troubles du sommeil et une amélioration de l'humeur, et les patients étaient plus à même de profiter de la vie et ont pu accroître le niveau de leur activité générale (fig. 1).

Globalement, les patients se déclaraient nettement plus satisfaits des comprimés buccaux d'action rapide de fentanyl que du traitement antalgique antérieur contre les accès douloureux paroxystiques ($p < 0,001$). Ils se sentaient significativement plus sûrs d'eux avec Effentora®. Les patients ont notamment apprécié le fait que ces comprimés de fentanyl puissent être facilement et confortablement utilisés en public, tout en garantissant une certaine discrétion. La rapidité et l'adéquation de l'analgésie ainsi que la simplicité d'emploi ont été jugées de manière très positive.

Littérature

Bloom AP, Jimenez-Andrade JM, Taylor RN, Castañeda-Corral G, Kaczmarek MJ, Freeman KT, Coughlin KA, Ghilardi JR, Kuskowski MA, Mantyh PW. Breast cancer-induced bone remodeling, skeletal pain, and sprouting of sensory nerve fibers. *J Pain*. 2011 Jun;12(6):698-711. doi: 10.1016/j.jpain.2010.12.016. Epub 2011 Apr 15.

Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK et al.; Working Group of an IASP Task Force on Cancer Pain. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. *Palliat Med*. 2004 Apr;18(3):177-83.

Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, Cohen R, Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009 Aug;20(8):1420-33. doi: 10.1093/annonc/mdp001. Epub 2009 Feb 24.

Davies A, Kleeberg UR, Jarosz J, Mercadante S, Poulain P, O'Brien T, Schneid H, Kress HG. Improved patient functioning after treatment of breakthrough cancer pain: an open-label study of fentanyl buccal tablet in patients with cancer pain. *Support Care Cancer*. 2015 Jul;23(7):2135-43. doi: 10.1007/s00520-014-2590-8. Epub 2015 Jan 4.

Information professionnelle agréée voir annonce

LE FENTANYL DANS LES ACCÈS DOULOUREUX PAROXYSTIQUES D'ORIGINE CANCÉREUSE – C'EST UNE QUESTION DE QUALITÉ DE VIE!

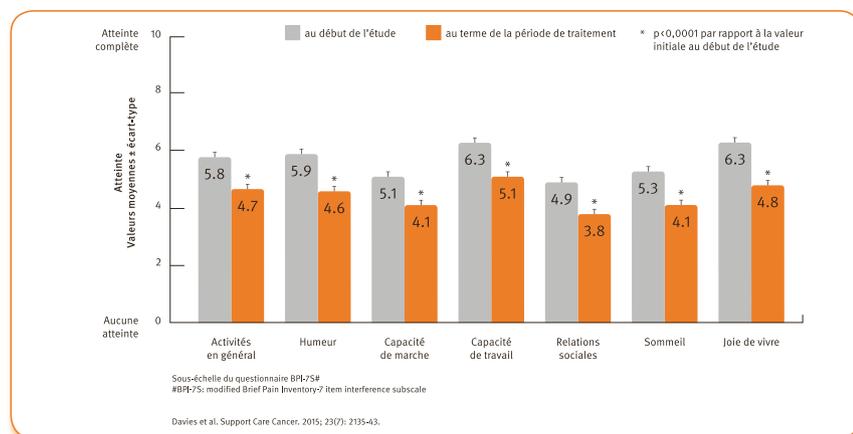


Fig. 1: Le fentanyl dans les accès douloureux paroxystiques d'origine cancéreuse – c'est une question de qualité de vie!

Einführungskurs für Pflegende in den Fachbereich Onkologie Ein neues Bildungsangebot der Onkologiepflege Schweiz

Ausgangslage

Wer sich in das Fachgebiet der Onkologie einarbeitet, benötigt eine solide Basis an Fachwissen und praktischen Fähigkeiten rund um die Behandlungen, die Pflege und im Umgang mit Betroffenen. Für viele Betriebe ist die Einführung neuer Mitarbeitenden eine grosse zeitliche Herausforderung, was für Neueinsteigerinnen schwierig und belastend sein kann. Als Fachverband sehen wir uns veranlasst ein Unterstützungsangebot anzubieten, das den

Einstieg in das interessante Gebiet der Onkologie erleichtert. Der Einführungskurs soll dazu beitragen, dass sich Pflegende im Fachbereich Onkologie schneller sicher und kompetent fühlen, länger in der Onkologiepflege verweilen und somit der Personalmangel reduziert werden kann.

In der Behandlung der verschiedenen Krebskrankheiten werden zurzeit enorme Fortschritte gemacht. Neue Ansätze in der Chirurgie, Radiothera-

pie und medikamentösen Antitumorthérapie stellen Pflegende vor neue Herausforderungen, insbesondere bei der anspruchsvollen Behandlung unerwünschter Wirkungen der Therapien und der Information und Anleitung der Patientinnen und Patienten.

Ziele des Kurses

- > Kennen von Grundkenntnissen der Onkologie: Diagnostik, Klassifizierung der Tumore, Therapieziele, Behandlungsmöglichkeiten, Wirkungsmechanismen medikamentöser Antitumorthérapien und Radiotherapie, unerwünschte Wirkungen
- > Verstehen der pflegerischen Interventionen zur Vorbeugung und Behandlung von unerwünschten Wirkungen
- > Kennen der Richtlinien, um eine Therapie sicher und korrekt verabreichen zu können
- > Reflektieren der Erfahrungen in der Pflege von krebserkrankten Menschen
- > Sicherheit gewinnen in der Pflege und dem Umgang mit Betroffenen und Angehörigen (z. B. Fördern des Selbstmanagements)
- > Erkennen der Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit wie z.B. Psychoonkologie, Sozialdienst, usw.
- > Kennenlernen von onkologischen Fort- und Weiterbildungsangeboten
- > Aufbauen eines eigenen Netzwerkes

Zielgruppe:

Diplomierte Pflegefachpersonen, die neu im Fachbereich der Onkologie tätig sind und sich ein Grundwissen der onkologischen Behandlung und Pflege aneignen möchten

Inhalte des Kurses

- > Grundlagen der onkologischen Behandlung (Diagnose, Therapieziel, Wirkung und unerwünschte Wirkungen)
- > Verabreichung von medikamentösen Antitumorthérapien, Schutzmassnahmen
- > Umgang mit unerwünschten Wirkungen
- > Grundlagen der Radiotherapie und Pflege der Patienten mit Radiotherapie
- > Schwerpunkte der Pflege von Patienten mit einer Krebserkrankung
- > Zusammenarbeit mit der Psychoonkologie, der Krebsliga und der Sozialberatung
- > Erfahrungsaustausch
- > Fort- oder Weiterbildungsmöglichkeiten in der Onkologiepflege

Ort

Kantonsspital Olten

Daten

20. – 21. April und 12. Mai 2017

Leitung

Therese Grädel, Onkologiepflegefachfrau HöFa I, Erwachsenenbilderin

Referentinnen und Referenten

Spezialisierte Fachpersonen aus Medizin, Psycho-Onkologie und Pflege

Kosten

CHF 400.– inklusive Unterlagen

Mehr Informationen und Anmeldung: www.onkologiepflege.ch

All Onco?

Adoleszente und junge Erwachsene mit Krebs

Eine Patientengruppe mit besonderen Anliegen und Bedürfnissen

Für krebserkrankte Adoleszente und junge Erwachsene zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr hat sich die Bezeichnung «AYA» (Adolescents and Young Adults) als gebräuchliche Bezeichnung im Rahmen der spezialisierten Versorgung etabliert. Die betroffenen Patientinnen und Patienten erleben ihre Krankheit anders und leiden unter anderen psychosozialen Belastungen als krebserkrankte Kinder oder ältere Erwachsene. AYA-Patienten müssen sich in einer Lebensphase, die wegen der Ablösung von den Eltern, der Berufsfindung und der persönlichen Entwicklung ohnehin anspruchsvoll ist, zusätzlich mit einer lebensbedrohlichen Krankheit auseinandersetzen. Deshalb haben AYA auch andere Unterstützungsbedürfnisse. Bei der Behandlung und Begleitung von AYA-Krebspatienten ist das Behandlungsteam mit einer Reihe von charakteristischen Herausforderungen konfrontiert. Einerseits sind die Heilungschancen in der Regel hoch, andererseits besteht eine berechnete Angst vor Langzeitfolgen und Zweiterkrankungen.

Die Fortbildung vermittelt Wissen, damit Pflegenden AYA-Krebspatienten besser betreuen und begleiten können. Die Fortbildung findet am 9. Februar 2017 in Zürich statt.

Mehr Informationen:
www.onkologiepflege.ch



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologica Svizzera

076 6906 222

Helpline : **lundi entre 16h et 18h**

Ligne de support professionnel de Soins en Oncologie Suisse

Soins en Oncologie Suisse veut favoriser l'accès à des professionnels-ressources aux infirmiers-ères de toute la Suisse romande travaillant avec des personnes concernées par le cancer. C'est pourquoi Soins en Oncologie Suisse vous proposera dès le 1er décembre une ligne d'appel téléphonique « support pro ».

Cette ligne sera ouverte chaque lundi entre 16h et 18h.

Vous pourrez téléphoner durant ces heures pour parler directement à une infirmière experte en oncologie. En dehors de ces heures, vous serez invité(e) à laisser un message comportant le sujet de votre appel, votre nom, ainsi qu'un numéro de téléphone où vous joindre le lundi suivant entre 16h et 18h (numéro d'appel suisse uniquement).

Les objectifs de cette ligne « support pro » sont de fournir aux professionnels infirmiers-ères une opportunité de partager, questionner, réfléchir avec une infirmière experte dans les soins en oncologie, offrant clarification, orientation, conseil, références et fortifiant le développement de soins directs ou de projets dans le champ de l'oncologie.

Soins en Oncologie Suisse souhaite soutenir la réflexion sur la pratique et ne s'engage pas à résoudre des situations cliniques qui sont sous la responsabilité des institutions concernées. Tout échange restera confidentiel.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

**zh
aw** **Gesundheit**

Weiterbildungsmodul

Kurse leiten: Lernen mit Krebs zu leben

Das Weiterbildungsmodul vermittelt Ihnen Kenntnisse, um Kurse kompetent und selbständig durchführen zu können. Damit sind Sie in der Lage, Krebskranken und ihren Angehörigen im Umgang mit Erkrankung und deren Auswirkungen auf den Alltag eine ergänzende Unterstützung anzubieten.

Weiterbildungsmodul

Start: 7. März 2017
Dauer: 5 Kurstage

Mehr unter zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

Dermatologische Reaktionen unter medikamentöser Antitumorthherapie

Ein neuer Leitfaden für die Pflege-Praxis

In den letzten Jahren wurden bei den Behandlungen verschiedener onkologischer Erkrankungen grosse Fortschritte gemacht. Zielgerichtete medikamentöse Antitumorthérapien haben sich etabliert. Mit den neuen Therapieansätzen treten jedoch neue, beispielsweise dermatologische Reaktionen auf. Diese können für die betroffenen Patientinnen und Patienten belastend sein und langwierige Auswirkungen auf die Lebensqualität haben. Für manche dieser Nebenwirkungen gibt es noch kein einheitliches und teilweise kein eindeutig evidenzbasiertes Vorgehen, was Pflegende in der Onkologie vor grosse Herausforderungen stellt.

Leitfaden für dermatologische Reaktionen

Um dem wachsenden Bedarf nach einem einheitlichen Management der dermatologischen Probleme bei medikamentösen Antitumorthérapien gerecht zu werden, hat der Vorstand der Onkologiepflege Schweiz die Entwicklung eines Leitfadens für die Prävention und das Management solcher Hautveränderungen in Auftrag gegeben. Dieser Leitfaden wurde nun im Rahmen einer Präsentation vorgestellt, an der über 50 Pflegende teilnahmen. Entstanden ist ein umfangreiches, überzeugendes und übersichtliches Werk auf der Grundlage des aktuell verfügbaren Wissens.

Inhalt des Leitfadens

Im Leitfaden werden die Folgen der dermatologischen Reaktionen, die Grundlagen der Prävention und Patien-

tenedukation sowie grundlegendes Wissen zum Management der dermatologischen Reaktionen beschrieben. Kernstück des Leitfadens ist ein Nachschlagewerk in Tabellenform: Es informiert über alle aktuell verfügbaren zielgerichteten Arzneimittel, Immuntherapien und Zytostatika und die jeweiligen dermatologischen Reaktionen, unterteilt in Haut, Schleimhaut, Nägel und Haare sowie empfohlene Massnahmen zur Prävention und Intervention (Abb. 1). In einem weiteren Teil werden Empfehlungen für topische und systemische Produkte sowie Kosmetika aufgeführt. Den Abschluss bildet ein Erfassungsinstrument für unerwünschte dermatologische Wirkungen.

Einsatz in der Praxis

Die übersichtliche Struktur des Leitfadens wird in der Praxis sicherlich sehr geschätzt werden, denn sie erleichtert den Umgang mit den vielen Informationen. Zudem helfen relevante Informationen wie zum Beispiel ein Glossar, sich das nötige Wissen anzueignen oder zu vertiefen, denn dermatologische Begriffe sind in der Onkologie noch nicht verankert. Die Förderung des Selbstmanagements ist einer der wichtigsten Aufgaben der Onkologiepflegenden, wie die Autorinnen an der Präsentation betonten: «Werden die auftretenden Hautreaktionen nicht adäquat behandelt, kann dies einen negativen Einfluss auf Therapie, Adhärenz und Lebensqualität der Patienten haben.»

Die Onkologiepflege Schweiz bedankt sich bei den Autorinnen des Leitfadens für die ausgezeichnete und wertvolle Arbeit, welche dazu beitragen wird, Patienten nach dem aktuell besten Wissen pflegen und beraten zu können.

Dermatologische Reaktionen und unerwünschte Wirkungen unter medikamentöser Antitumorthérapie – Prävention und Interventionen

Ein Leitfaden für die Praxis

Onkologiepflege Schweiz, 2016

Autorinnen:

- > Cornelia Kern Fürer, RN, HöFa | Onkologie, MAS in Onkological Care
- > Anja Kröner, RN, HöFa | Onkologie, MScN, PhDc
- > Susanne Wiedmer, RN, HöFa | Onkologie, Ausbilderin FA, Dipl. Berufspädagogin

Preise: (in CHF)

Mitglied/Nichtmitglied/Institution)

Printversion

ohne updates: **80.00 / 160.00 / 300.00**

mit 2 updates: **120.00 / 200.00 / 450.00**

Digitale Version für Institutionen/Intranet

mit 2 updates: **450.00**

Print- und Digitale Version (Kombi)

mit 2 updates **600.00**

Bestellung: www.onkologiepflege.ch

ISBN: 978-3-033-05902-3

- > Therese Grädel
Vorstand Onkologiepflege Schweiz

Arzneimittel	Wirkmechanismus	Dermatologische Reaktionen			
		Haut	Schleimhaut	Nägel	Haare
Dabrafenib (Tafinlar®)	Tyrosinkinase-Inhibitor BRAF	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperkeratose (sehr häufig) - Exanthem (sehr häufig) - Hand-Fuss-Reaktion (sehr häufig) - Hauttrockenheit, Pruritus (häufig) - Seborrhoische oder aktinische Keratose (häufig) - Benigne und maligne Hauttumoren (gelegentlich) 			<ul style="list-style-type: none"> - Trichomegalie (häufig) - Alopezie (selten)
Dasatinib (Sprycel®)	Tyrosinkinase-Inhibitor BCR-ABL SRC	<ul style="list-style-type: none"> - Exanthem (sehr häufig): Akneiform, urtikariell - Hauttrockenheit, Pruritus (häufig) - Hyperhidrose (häufig) - Hand-Fuss-Reaktion (gelegentlich) 	<ul style="list-style-type: none"> - Orale Mukositis (häufig) - Augentrockenheit (häufig) - Vaginale Trockenheit (häufig) - Analfissuren (gelegentlich) - Konjunktivitis (gelegentlich) - Verstärkte Tränensekretion/Tränendrüsenentzündung (gelegentlich) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nagelstörungen (selten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alopezie (selten)
Erlotinib (Tarceva®)	Tyrosinkinase-Inhibitor EGFR	<ul style="list-style-type: none"> - Akneiformes Exanthem (sehr häufig) - Hauttrockenheit, Pruritus (häufig) - Fissuren (häufig) - Hyperpigmentierung (gelegentlich) 	<ul style="list-style-type: none"> - Orale Mukositis (sehr häufig) - Konjunktivitis (häufig) 	<ul style="list-style-type: none"> - Paronychie (gelegentlich) - Nagelstörungen (häufig) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alopezie (selten) - Hypertrichose (gelegentlich) - Trichomegalie (gelegentlich)
Everolimus (Afinitor®)	mTOR-Inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> - Akneiformes Exanthem (sehr häufig) - Pruritus (sehr häufig) - Hauttrockenheit (häufig) - Hand-Fuss-Reaktion (häufig) - Periorbitales Ödem (häufig) 	<ul style="list-style-type: none"> - Orale Mukositis (sehr häufig) - Konjunktivitis (häufig) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nagelstörungen (häufig) 	

Abbildung 1: Übersichtstabelle zur Darstellung dermatologischer Reaktionen – Auszug aus dem Leitfaden: Dermatologische Reaktionen, Onkologiepflege Schweiz, 2016



OncoSet mit PES Filtermembran (gering proteinbindend)

Für die Verabreichung neuer Onkologika sind häufig **Filter mit geringer Proteinbindung** und einer **PES (Polyethersulfon) Membran** vorgeschrieben. Ab sofort finden Sie bei uns eine Auswahl an Infusionsbestecken mit PES Filtermembran. Damit erfüllen wir die Vorgaben der Pharmahersteller.



OncoSet Mono PES: Infusionsbesteck mit Dorn und 0.2µm PES Filter (gering proteinbindend)

OncoSet Y Link Mono PES:

Kurze Verlängerung mit Dorn und 0.2µm PES Filter (gering proteinbindend) sowie Ventil zur geschlossenen Zubereitung der Lösung



OncoMedical AG, Hintere Hauptgasse 9, 4800 Zofingen, www.oncomedical.ch, Telefon 0840 600 800

Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen vom Parlament verabschiedet

Am 18. März 2016 haben National- und Ständerat das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (KRG) mit grosser Mehrheit bzw. einstimmig verabschiedet. Die Räte sind bei den zentralen Punkten dem Antrag des Bundesrates gefolgt, der den Gesetzesentwurf am 29. Oktober 2014 an das Parlament überwiesen hatte. Das Inkrafttreten wird gestaffelt voraussichtlich per 01.01.2018 (Aufgaben des Bundes) und per 01.01.2019 (Systemwechsel Krebsregistrierung) erfolgen.

Mit dem Gesetz werden die Datengrundlagen für die Erarbeitung von Präventions- und Früherkennungsmassnahmen, für die Evaluation der Versorgungs-, Diagnose- und Behandlungsqualität sowie für die Unterstützung der kantonalen Versorgungsplanung und der Forschung zu Krebserkrankungen geschaffen. Die Regelung zählt als langfristige Reformmassnahme zu den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates («Gesundheit2020»).

Das Gesetz regelt im Bereich der Krebsregistrierung die Erhebung, Registrierung und Weiterleitung von Daten für deren Auswertung und Veröffentlichung auf nationaler Ebene. Es beinhaltet eine Meldepflicht von diagnostizierten Krebserkrankungen durch Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens. Patientinnen und Patienten können der Registrierung ihrer Daten jederzeit widersprechen.

Die bevölkerungsbezogene Beobachtung von Krebserkrankungen erfolgt durch die Auswertung der sogenannten Basisdaten. Zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen von gesundheitspolitischer Bedeutung ordnet der Bundesrat für bestimmte Krebserkrankungen und Personengruppen (z. B. Kinder und Jugendliche) zudem die allenfalls zeitlich befristete Erhebung von Zusatzdaten an.

Die Regelung baut auf den bestehenden Strukturen der Krebsregistrierung auf. Die Krebsregistrierung erfolgt weiterhin in den von den Kantonen betriebenen kantonalen Krebsregistern. Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen werden im Kinderkrebsregister registriert, das vom Bund geführt wird. Die so erfassten Daten werden auf nationaler Ebene durch die nationale Krebsregistrierungsstelle zusammengeführt und aufbereitet. Die Auswertung der Daten erfolgt einerseits in Form eines jährlichen Krebsmonitorings (BFS) und andererseits im Rahmen einer vertieften Gesundheitsberichterstattung über Krebserkrankungen.

Für andere nicht übertragbare Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes, ist eine finanzielle Unterstützung entsprechender Register möglich, unter der Voraussetzung, dass sie die im Gesetz aufgeführten Bedingungen erfüllen.

Heute gibt der Bund für die Krebsregistrierung jährlich 1,4 Millionen Franken aus. Die Umsetzung des Gesetzes dürfte zu jährlichen Mehrausgaben von 1,1 bis 1,6 Millionen Franken (insgesamt 2,5 bis 3,0 Millionen Franken) für die Krebsregistrierung und maximal 1 Million Franken für die Förderung der Registrierung anderer stark verbreiteter oder bösartiger nicht übertragbarer Krankheiten führen.

02.06.2016

<http://www.bag.admin.ch>

Le Parlement a approuvé la loi fédérale sur les maladies oncologiques

La loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO) a été approuvée, le 18 mars 2016, à large majorité par le Conseil national et à l'unanimité par le Conseil des Etats. Dans les grandes lignes, les Chambres ont suivi la proposition du Conseil fédéral, qui avait transmis le projet de loi au Parlement le 29 octobre 2014. L'entrée en vigueur sera progressive, soit à priori, le 1er janvier 2018 (tâches de la Confédération) et le 1er janvier 2019 (changement de système d'enregistrement des maladies oncologiques).

La loi permet de constituer les bases de données nécessaires pour élaborer des mesures de prévention et de dépistage précoce, pour évaluer la qualité des soins, des diagnostics et des traitements et pour soutenir la planification des soins au niveau cantonal ainsi que la recherche sur les maladies oncologiques. La réglementation constitue une réforme durable et s'inscrit en tant que telle dans les priorités du Conseil fédéral en matière de politique de la santé (« Santé2020 »).

La loi régleme, dans le domaine de l'enregistrement des maladies oncologiques, la collecte, l'enregistrement et la transmission des données pour leur évaluation et la publication au niveau national. Elle introduit un régime de déclaration obligatoire des maladies oncologiques diagnostiquées pour les médecins, les hôpitaux et les autres institutions privées ou publiques du système de santé. Les patients peuvent s'opposer en tout temps à l'enregistrement des données les concernant.

L'observation des maladies oncologiques au sein de la population passe par l'évaluation des données dites de base. Par ailleurs, pour répondre à des problématiques spécifiques d'importance capitale pour la politique de la santé, le Conseil fédéral ordonne la collecte de données supplémentaires pour certaines maladies oncologiques et pour certains groupes de population (p. ex., les

L'enregistrement des

enfants et les adolescents), mesure dont il peut limiter la durée.

La réglementation repose sur les structures existantes en matière d'enregistrement du cancer. Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, les données seront enregistrées dans les registres des tumeurs, gérés par les cantons. Les cas de maladies oncologiques chez l'enfant et l'adolescent seront enregistrés dans le registre suisse du cancer de l'enfant, tenu par la Confédération. Les données ainsi collectées seront ensuite regroupées et préparées au niveau national par l'organe national d'enregistrement du cancer. Les données seront évaluées, d'une part, sous la forme d'un monitoring annuel (Office fédéral de la statistique) et, d'autre part, dans le cadre de rapports sanitaires approfondis sur le cancer.

Pour d'autres maladies non transmissibles très répandues ou particulièrement dangereuses comme les maladies cardio-vasculaires ou le diabète, un soutien financier est possible pour les registres correspondants à la condition qu'ils satisfassent aux exigences mentionnées dans la loi.

Actuellement, la Confédération consacre 1,4 million de francs par an à l'enregistrement du cancer. La mise en œuvre de la loi devrait entraîner une hausse des dépenses annuelles allant de 1,1 à 1,6 million de francs (dépense totale : 2,5 à 3 millions de francs) pour l'enregistrement des maladies oncologiques et de 1 million de francs au maximum pour la promotion de l'enregistrement d'autres maladies non transmissibles très répandues ou particulièrement dangereuses.

Dernière mise à jour le: 02.06.2016

Il Parlamento ha adottato la legge sulla registrazione dei tumori

Il 18 marzo 2016, il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati hanno adottato rispettivamente ad ampia maggioranza e all'unanimità la legge federale sulla registrazione delle malattie tumorali (LRT). Il Consiglio federale ha trasmesso il disegno di legge al Parlamento il 29 ottobre 2014, che ha seguito la sua proposta in merito ai punti fondamentali. L'entrata in vigore avverrà a tappe a partire dal 1° gennaio 2018 (compiti della Confederazione) e dal 1° gennaio 2019 (cambio di sistema della registrazione dei tumori).

Con questa legge vengono costituite le basi di dati necessarie per elaborare misure di prevenzione e di diagnosi precoce, valutare la qualità dell'assistenza sanitaria, della diagnosi e del trattamento, nonché per sostenere la pianificazione sanitaria dei Cantoni e la ricerca sulle malattie tumorali. La normativa rientra nelle riforme a lungo termine previste dalle priorità di politica sanitaria del Consiglio federale («Sanità2020»).

La legge disciplina la raccolta, la registrazione e la trasmissione di dati sulle malattie tumorali che saranno in seguito analizzati e pubblicati a livello nazionale. Prevede l'obbligo per medici, ospedali e altre istituzioni sanitarie private e pubbliche di notificare le malattie tumorali diagnosticate. I pazienti possono opporsi in qualsiasi momento alla registrazione dei loro dati.

Il monitoraggio delle malattie tumorali nella popolazione è effettuato sulla base della valutazione dei cosiddetti dati di base. Per rispondere a interrogativi specifici rilevanti ai fini della politica sanitaria, il Consiglio federale ordina, per determinate malattie tumorali o gruppi di popolazione (per es. bambini e giovani), la raccolta, eventualmente limitata nel tempo, di dati supplementari.

La normativa si fonda sulle strutture odierne di registrazione dei tumori. La registrazione conti-

nuerà a essere effettuata nei registri cantonali. Le malattie tumorali nei bambini e nei giovani saranno rilevate nel registro dei tumori pediatrici, gestito dalla Confederazione. Tutti i dati saranno in seguito raggruppati e trattati a livello nazionale dal servizio per la registrazione dei tumori. I dati analizzati sono presentati sotto forma sia di un monitoraggio annuale (UST) sia nell'ambito di rapporti sanitari sui tumori.

Per altre malattie non trasmissibili fortemente diffuse o maligne, come i disturbi circolatori o il diabete, è possibile un sostegno finanziario a registri specifici, a condizione che soddisfino le condizioni previste dalla legge.

Per la registrazione dei tumori la Confederazione spende oggi 1,4 milioni di franchi all'anno. L'attuazione della legge comporterebbe costi supplementari annui dell'ordine di 1,1-1,6 milioni di franchi (per un totale di 2,5-3,0 milioni di franchi) per la registrazione e di al massimo 1 milione di franchi per la promozione della registrazione di altre malattie non trasmissibili fortemente diffuse o maligne.

Aggiornato l'ultima volta il: 02.06.2016

Swissmedic lässt ALOXI® zur Prophylaxe von Chemotherapie-induzierter Übelkeit und Erbrechen (CINV) bei Kindern für die Schweiz zu

Schweizer Zulassung für ALOXI® für den pädiatrischen Einsatz folgt den Zulassungen durch die EMA im Februar 2015 und die FDA im Mai 2014

Lugano und Villars-sur-Glâne, Schweiz, 25.

Oktober 2016: Helsinn, die Schweizer Pharmagruppe, deren Tätigkeit auf qualitativ hochstehende Versorgung im onkologischen Bereich ausgerichtet ist, und Vifor Pharma gaben heute die Zulassung für das Antiemetikum ALOXI® für die Prophylaxe von akuter Nausea und Erbrechen bei hoch emetogener Chemotherapie und für die Prophylaxe von Nausea und Erbrechen bei mässig emetogener Chemotherapie für Kinder im Alter ab einem Monat bekannt. Die Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic erfolgte am 19. August 2016.

Erstmals wird damit in der Schweiz ein Arzneimittel zur Prophylaxe akuter Chemotherapie-induzierter Nausea und Erbrechen (CINV) bei Kindern im Alter zwischen einem und sechs Monaten zugelassen und so eine wichtige neue Behandlungsoption für krebserkrankte Säuglinge in der Schweiz geschaffen. Dies ist von entscheidender Bedeutung, da die Inzidenz von Krebserkrankungen bei Kindern in den ersten Lebensjahren tendenziell höher liegt. Zugleich deckt die Zulassung den Einsatz von ALOXI® auch bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre ab.

Die CINV ist eine der häufigsten Nebenwirkungen von Krebstherapien. In klinischen Studien an pädiatrischen Patienten trat sie in 35 bis 80 Prozent der Fälle auf, je nach Alter des Patienten, Lokalisierung des Tumors und verabreichtem Chemotherapeutikum. Helsinn untersuchte ALOXI® in vier pädiatrischen klinischen Studien.

Die Zulassung der pädiatrischen Indikation basiert auf einer randomisierten, doppelblinden Nicht-Unterlegenheitsstudie (n=502). Diese verglich 30 Minuten vor Beginn der Chemotherapie intravenös (i.v.) verabreichte Einzelgaben von ALOXI® 20 µg/kg mit der Ondansetron-Standardtherapie bestehend aus 0,15 mg/kg Ondansetron i.v. 30 Minuten vor Beginn der Chemotherapie gefolgt von Ondansetron-Infusionen vier und acht Stunden nach der ersten Dosis. Vollständiges Ansprechen (CR) konnte innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Chemotherapie bei 59 % der Patienten beider Gruppen (ALOXI® 20 µg/kg und Ondansetron-Dosierungsschema) beobachtet werden, wobei CR definiert wurde als: kein Erbrechen, kein Würgen und keine Notfallgabe von Antiemetika.

Die behandlungsbedingten Nebenwirkungen (TEAE) waren unter beiden Prüfmedikationen vergleichbar, wobei in der Palonosetron-Gruppe am häufigsten über Kopfschmerzen geklagt wurde.

Obwohl die Dosis pro Kilogramm bei den pädiatrischen Patienten höher lag als in der CINV-Prophylaxe bei Erwachsenen, entsprach das Unbedenklichkeitsprofil von Palonosetron dem für Erwachsene belegten Profil.

Giorgio Calderari, Geschäftsführer der Helsinn-Gruppe, meint dazu:

«Die Swissmedic-Zulassung von ALOXI® zur Prophylaxe von akuter Übelkeit und Erbrechen bei Kindern ab dem Alter von einem Monat eröffnet neue Behandlungsoptionen für krebserkrankte Säuglinge. Helsinn ist weltweit führend in Supportive Care bei Krebs. Wir freuen uns, dass wir nun gemeinsam mit unserem Partner Vifor Pharma in unserem Heimatmarkt auch krebserkrankte Kinder mit dieser wichtigen unterstützenden Behandlung vor den Nebenwirkungen einer Chemotherapie schützen können.»

Josef Troxler, General Manager Vifor Pharma Schweiz und Österreich, sagt:

«Mit dieser neuen Indikation deckt ALOXI® einen unerfüllten Bedarf in der medizinischen Versorgung, indem sie den behandelnden Ärzten erlaubt, Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen besser zu kontrollieren. Säuglinge und Kinder profitieren künftig von der Wirksamkeit dieser fortschrittlichen Behandlung in der Schweiz. Supportive Care ist sowohl für Vifor Pharma wie für die Helsinn-Gruppe ein Schwerpunkt, und das Streben nach Exzellenz in diesem Bereich ist unser gemeinsames Ziel.»

Über die Helsinn-Gruppe

Helsinn ist ein pharmazeutisches Familienunternehmen, das sich auf Supportive Care für Krebspatienten spezialisiert und neben seiner umfangreichen Produktpalette kontinuierlich neue Medikamente entwickelt. Seit 1976 macht Helsinn gemäss seinen Unternehmenswerten Respekt, Integrität und Qualität kranken Menschen den Alltag leichter. Über ein einzigartiges integriertes Lizenzmodell pflegt Helsinn die Zusammenarbeit mit langjährigen Partnern in den Bereichen Arzneimittel, Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel. Helsinn hat seinen Hauptsitz in Lugano, Schweiz, und unterhält operative Niederlassungen in Irland und den USA sowie eine Vertretung in China. Helsinn-Produkte sind in rund 90 Ländern weltweit auf dem Markt.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.helsinn.com.

Über Vifor Pharma

Vifor Pharma, ein Unternehmen der Galenica Gruppe, ist eines der weltweit führenden Unternehmen im Bereich Forschung, Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von pharmazeutischen Produkten zur Behandlung von Eisenmangel. Das Unternehmen bietet zudem ein diversifiziertes Portfolio an verschreibungspflichtigen Medikamenten an. Vifor Pharma mit Sitz in Zürich, Schweiz, baut seine globale Präsenz laufend aus und verfügt über ein umfassendes Netzwerk aus Tochtergesellschaften und Partnern weltweit. Die Schweizer Niederlassung hat ihren Sitz in Villars-sur-Glâne im Kanton Freiburg.

Weitere Informationen über Vifor Pharma und den Mutterkonzern Galenica finden Sie auf www.viforpharma.com www.viforpharma.ch und www.galenica.com.

Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an:

Helsinn-Gruppe

Paola Bonvicini
Head of Communication & Press Office
Tel. +41 (0)91 985 21 21
E-Mail: info-hhc@helsinn.com

Vifor Pharma – Media relations

Beatrix Benz
Head of Global Communications and Public Affairs
Tel. +41 (0)58 851 80 16
E-Mail: media@viforpharma.com



Neue pädiatrische Indikation

Das erste Antiemetikum gegen Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen (CINV*)

bei Kindern
über 1 Monat

Aloxi®: Z: Palonosetron (als Hydrochlorid), Ampulle zur Injektion: 0.25 mg in 5 ml oder weiche Kapsel zu 0.5 mg. I: Prävention von Übelkeit und Erbrechen bei stark (nur i.v.) und mässig emetogener (i.v. und oral) Chemotherapie aufgrund einer Krebserkrankung. D: Erwachsene: 0.25 mg i.v. ca. 30 Min. oder 0.5 mg per os 1 Stunde vor Beginn der antikanzerogenen Chemotherapie; Kinder ≥ 1 Monat bis 17 Jahren: 20 Mikrogramm/kg (maximal 1.5 mg) i.v. über 15 Minuten, ca. 30 Min. vor Beginn der antikanzerogenen Chemotherapie. KI: Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder Hilfsstoffe. VM: Vorsicht bei Patienten mit anamnestischer Obstipation oder Zeichen von subakutem Darmverschluss, bei gleichzeitiger Gabe von Arzneimitteln, welche das QT-Intervall verlängern und bei Patienten die zu QT-Verlängerung neigen. Kapsel: Fruktose-intolerante Patienten; Patienten mit Überempfindlichkeit auf Erdnüsse oder auf Soja müssen überwacht werden. S/S: Muss während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, es sei denn, die Behandlung ist absolut notwendig. Muss während der Stillzeit nicht angewendet werden oder das Stillen während der Behandlung unterbrechen. UAW: Aloxi i.v.: Häufig: Kopfschmerzen, Schwindel, Obstipation, Diarrhoe. Aloxi oral: Häufig: Kopfschmerzen. IA: bisher keine beobachtet. Pack: 1 Ampulle zu 0.25 mg (5 ml), Packung mit 1 oder 5 Weichkapseln zu 0.5 mg. Liste B. Detaillierte Informationen: www.swissmedinfo.ch. Zulassungsinhaber: Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne. Stand: August 2016

Referenzen

* CINV: Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting, Übelkeit und Erbrechen ausgelöst durch eine Chemotherapie

Aloxi[®]
palonosetron HCl injection
STARTS STRONG
LASTS LONG



EONS 10

17-18 OCTOBER 2016 – DUBLIN, IRELAND



Europäischer Kongress für Onkologiepflege (EONS)

Kompetenzshift: vom Arzt in der Zentrumsmedizin zur Pflegefachperson in der Grundversorgung

Monique Sailer Schramm

Am EONS-Kongress wurde ein irisches Schulungsprojekt vorgestellt, das onkologische Nachkontrollen wohnortsnah ermöglicht. Das Projekt leistet einen Beitrag zur Gleichbehandlung von Patienten unabhängig von ihrem Wohnort – davon kann auch die Schweiz lernen.

Der europäische Kongress für Onkologiepflege (EONS) fand dieses Jahr am 17. und 18. Oktober in Dublin (Irland) statt. Unter anderem wurde diskutiert, wie limitierte Leistungen des Gesundheitswesens gerecht auf alle Betroffenen aufgeteilt werden können – dies bei einer immer älter werdenden Bevölkerung und bei immer besseren und längeren Therapiemöglichkeiten. Die Frage stellt sich, weil sich der Bedarf an Gesundheitsversorgung und die Zahl der zur Verfügung stehenden Fachpersonen nicht proportional entwickeln. Eine Disbalance in der Gesundheitsversorgung bezüglich Geschlecht und ethnischen Gruppen der Patienten sowie Behandlungsort ist bereits heute eine Tatsache, die es zu stoppen, zu verlangsamen oder aus dem Weg zu räumen gilt.

Was kann jede einzelne Pflegefachperson in der Schweiz in Bezug auf diese Problematik tun? Sich bewusst zu sein, dass Ungerechtig-

keiten vorhanden und die Ressourcen beschränkt sind, ist ein erster Ansatzpunkt. Weiter kann im persönlichen Umfeld, beruflich wie privat, auf dieses schwierige Thema aufmerksam gemacht und sensibilisiert werden. Ein weiterer Schritt wäre, sich aktiv Gedanken zu machen, wie die Ressourcen eines Behandlungsteams und/oder -orts allen bedürftigen Krebspatienten zur Verfügung gestellt werden können, egal, wo die Betroffenen leben, welchen sozio-ökonomischen Status sie haben und auch, welcher ethnischen Gruppe sie angehören.

Wohnortsnah onkologische Nachkontrollen durch Pflegefachpersonen

Ein Projekt, um die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern, wurde von Janice P. Richmond, BSc, Advanced Nurse Practitioner, Irland, vorgestellt. Unter dem Titel «Gemeinsam sind wir besser» erläuterte sie den Aufbau und die Evaluation eines Programms für Pflegefachpersonen, die in ländlichen Regionen in der Grundversorgung tätig sind und die Kontrollen nach Therapie bei Krebspatienten im Rahmen der Grundversorgung übernehmen. Im Vergleich zur Schweizer Praxis fand in Irland ein Kompetenzshift von bisher ärztlichen Tätigkeiten hin zur Pflege statt.

Um diese neuen Kompetenzen auch sicher anwenden zu können, wurden die Pflegenden der Grundversorgung von spezialisierten Pflegefachpersonen eines Zentrums während sechs Tagen geschult. Im Rahmen der Schulung diskutierten die Teilnehmenden zusätzlich zur Theorie Fallvignetten, erlernten den Umgang mit den Arbeitsmitteln (strukturiertes Assessment und Vorgehen anhand eines Ampelsystems) und besprachen die Kommunikationsmittel und -wege. Nach einer bestandenen theoretischen und praktischen Prüfung waren die Pflegefachpersonen gut gewappnet für ihr neues Tätigkeitsgebiet.

Die Schulung wie auch der neue Einsatz der Pflegenden der Grundversorgung in der Nachkontrolle von Krebspatienten wurden evaluiert. Dabei zeigte sich eine hohe Patientenzufriedenheit: Die Patienten schätzten es, nicht über weite Strecken zum Onkologen fahren und Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. Die Komplikationsrate nach den antitumoralen Therapien war nicht höher als bei Kontrollen durch den Facharzt. Die Pflegenden der Grundversorgung beschrieben ihre zusätzliche Tätigkeit als anspruchsvoll, doch sie fühlten sich durch das strukturierte Vorgehen und die absolvierte Schulung sehr unterstützt.

Kompetenzshift auch in der Schweiz?

Auch in der Schweiz wäre eine solches Vorgehen denkbar. Auf tertiärer Stufe ausgebildete Pflegefachpersonen mit einem Bachelor- oder einem wissenschaftlichen Master-Abschluss inklusive einer Fachspezialisierung in der Onkologie auf den Stufen CAS, DAS oder MAS sind ausbildungsmässig gut auf solche Aufgaben vorbereitet. Zu verhandeln wäre ein standardisiertes Vorgehen der zu erhebenden Parameter (klinische Untersuchung und Laborparameter) bei einer Kontrolle nach antitumoraler Therapie und das Festlegen der Kommunikationswege, die stark vom Behandlungsort des Patienten abhängen.

Um den Kompetenzshift aber flächendeckend vollziehen zu können, bräuchte es eine Einigung der Bildungsinstitutionen, welche klinischen Kompetenzen auf welcher Stufe vermittelt werden. Eine Berufsprüfung, wie sie die englischsprachigen Länder heute schon kennen (registered nurse: RN), eine Weiterbildungspflicht, um die Berufsausübungsbeurteilung zu halten, und ein Titelschutz würden Transparenz schaffen, welche Pflegefachperson über welche klinischen Skills verfügt. Das Parlament der Schweiz ist aber gerade kürzlich nicht auf eine Initiative für mehr Eigenverantwortung in der Pflege eingetreten (Initiative Joder) und hat sich gegen eine separate Regelung der Master-Stufe im Gesundheitsberufegesetz ausgesprochen. Es liegt also an der Praxis und somit der Basis und der Führung zu deklarieren, welche Ausbildungsstufen der Pflege sie für welche Skills einsetzen und wie sie diesen Einsatz begründen.

In der Schweiz sind die unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungen zwar bekannt und beliebt, bis jetzt fehlt aber Konsens, welche Kompetenzen welcher Ausbildungsstufe zuzuordnen sind.

Kompetenzen der unterschiedlichen Ausbildungsstufen

In Dublin hat die dänische Pflegeorganisation die verschiedenen Rollen und Ausbildungsstufen wie folgt beschrieben:

- > Die Pflegefachperson HF/BSc fördert die Gesundheit, sorgt Krankheiten vor und verhindert Leiden. In Rahmen der Onkologie wurde diese Pflegerolle durch Weiterbildung (NDS, Höfa I, CAS, DAS) erweitert. Eine Pflegefachperson HF/BSc mit entsprechender Weiterbildung hat gewisse Skills und Verantwortlichkeiten, die sie auf einer onkologischen Bettenstation oder in einem Ambulatorium für eine sichere Patientenbetreuung anwendet.
- > Die Kompetenzen einer Pflegefachperson HF/BSc mit MAS oder Höfa II wurden durch die Weiterbildung ausgedehnt. Eine solche Pflegefachperson hat eine grössere Verantwortung für eine spezielle Patientengruppe oder in einem speziellen Setting, stellt den Bedarf an evidenzbasierter Pflege fest und kann diese in die Praxis integrieren.
- > Die Pflegefachperson MSc, PhD, hat eine noch fortschrittlichere Rolle. Sie lernt problem- und evidenzbasiert, lebt den Theorie-zur-Praxis-Transfer vor, entwickelt neue Versorgungsmodelle und bildet Pflegenden praxisbezogen aus. Im Aus-

land haben Pflegenden mit einer Ausbildung auf Master-Stufe auch Verschreibungskompetenz für bestimmte Medikamente.

Nächste Schritte im Schweizer Kontext

Als Interessengemeinschaft könnte die Onkologiepflege Schweiz von dieser Vorarbeit profitieren und an europäische Gegebenheiten anknüpfen: Aufgabenbereiche könnten den verschiedenen Ausbildungsstufen in der Pflege zugeordnet und Konzepte erarbeitet werden, welche Aus- und Weiterbildungen zusätzlich zu den bestehenden Abschlüssen (HF, BSc, CAS, DAS, MAS, MScN, PhD) nötig sind, damit die Pflegenden die sich ändernden Anforderungen bewältigen können – im interdisziplinären Team und zu Gunsten einer qualitativ hochstehenden Betreuung der Patienten. Mit der Konkretisierung der Ausbildungsstufen und der Kompetenzen kann im interdisziplinären Team besser über den Kompetenzshift von einer Berufsgruppe zur anderen diskutiert werden. Ziel ist, dass das eigene Gärtnchen weniger verteidigt wird und die limitierten Ressourcen aller Fachpersonen besser für die Patienten eingesetzt werden können.

> Monique Sailer Schramm MScN
Palliative Pflege Expertise GmbH
c/o C. Schramm
Trogacher 24
1719 Brünisried
mss@palliative-pflege-expertise.ch

> Kongressprogramm:
<http://eonsdublin2016.com/wp-content/uploads/2016/10/EONS-10-Programme-Updated-12.10.16-1.pdf>

He, Frau Fortunato! Sie sind eine mega coole Frau!

René Ammann

Carla Fortunato aus Aarau arbeitet seit gut einem Jahr als dipl. Pflegefachfrau FH auf der Onkologie. Das ist nicht einfach, wenn man 24 ist und das Leben vor sich hat. Könnte man meinen. Ein Protokoll.

Was die Alternative gewesen wäre zum Beruf Krankenschwester, Entschuldigung, Pflegefachfrau? Wie man mich ruft? Schwester! Das macht mir nichts, das macht mir wirklich nichts aus. Was soll ich von den älteren Patienten verlangen, wie sie mich rufen? Doch es gibt auch ältere Patienten, die sich meinen Nachnamen merken und mich dann so nennen. Im Fernsehen sah ich «Schwester Stefanie», eine Serie, die im Krankenhaus spielt. Da war ich acht oder so. Die Serie war cool. Meine beste Freundin und ich studierten gemeinsam Krankenpflege wegen dieser Serie. Hm. Richterin wollte ich auch einmal werden, weil ich Gerichtssendungen sah. Meine Mam arbeitete lange beim IKRK. Einen Einsatz beim IKRK kann ich mir auch vorstellen. Das war auch ein Grund, weshalb ich mich für die Fachhochschule entschieden habe. Es ergab sich dann so, dass ich die in Winterthur absolvierte.

Meine Ausbildung habe ich in einem grossen Spital auf der Onkologie abgeschlossen und ging danach eine paar Monate auf Reisen. Was mir an der Onk gefällt: Sie ist ehrlich und direkt. Wenn ein Patient fragt: Wie lange denken Sie, dass ich noch lebe?, dann sagen die Onkologen, wir machen jetzt diese Chemo und können den Tod hinauszögern. Vielleicht drei oder vier Monate. Sie sagen nicht, Sie werden noch zehn Jahre leben.

Im Moment ist es gerade streng in der Nacht

Ich wollte auf die Onk zurück, aber dort gab es leider gerade keine freie Stelle. Nun bin ich auf der Privatabteilung. Wir betreuen dort allerdings auch onkologische Patienten. Mein Nachtdienst dauert von 22 bis 7 Uhr. Wir haben fünf Betriebsferientage, das heisst, wir haben eine Woche länger Ferien. Im Moment ist es gerade streng in

der Nacht. Was das heisst? Ich hatte diese Nacht keine Pause.

In zwei Monaten beginne ich in Aarau auf der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. Warum ich mir das in meinem jugendlichen Alter antue? Das fragen mich meine Freunde ebenso. Wenn Patienten mit einer Krebserkrankung sterben, ist es in vielen Fällen eine Erlösung nach einer eher leidenden letzten Lebensphase. Deshalb finde ich es schön, wenn sie gehen können. Wenn ich einmal eine Sterbebegleitung bei einem Kind machen werde, wird es mich wahrscheinlich sehr berühren. Und ich finde es wichtig, dass man gut betreut ist in der letzten Phase des Lebens, und darum mache ich das gern. Es geht um etwas, es hat Substanz.

Man ist nahe am Menschen. Und nahe am Verlust

Es ist etwas anderes, als wenn ein 50-Jähriger mit einer Lungenentzündung kommt und wir geben ihm Antibiotika und päppeln ihn auf und er verlässt das Spital wieder.

«Manchmal werden die Patienten ambulant behandelt und ich denke dann oft an sie und frage mich, wie es ihnen wohl geht.»

Oder ein ebenfalls 50-Jähriger, der wegen Nachtschweiss und Appetitverlust eingeliefert wird, in den letzten Monaten zehn Kilo abgenommen hat, und wir wissen nicht, ob er einen Lungentumor hat. Ich betreue beide gerne, man ist nahe am Menschen. Ja, man ist damit auch nahe am Verlust, wobei es ja nicht so ist, dass jeder, der die Diagnose Krebs bekommt, stirbt.

Manchmal werden die Patienten ambulant behandelt und ich denke dann oft an sie und frage mich, wie es ihnen wohl geht. Dann kann es sein, dass ich bei den Notfällen

einen Namen lese und denke, das muss diese Patientin sein, die ich schon einmal betreut habe. Manchmal beginnen die Patienten zu weinen, wenn wir uns wiedersehen, vor Freude. Und dann kommt es vor, dass ich die neue Schicht beginne und mich darauf freue, sie wiederzusehen – und sie sind bereits tot. Ob der Geruch mich stört? Nun ja, wenn ein Tumor durchbricht und du den Verband wechseln musst, kann das schon unangenehm sein. Dann ziehst du halt die Maske an und schiebst einen Beutel Pfefferminztee unter die Nase.

Die Menschen sterben, wenn sie alleine sind

Der Zeitpunkt, wann ein Mensch stirbt, ist auffallend. Ich habe den Eindruck, man sucht sich den Moment aus, in dem man stirbt. Ich habe schon vor meiner Arbeit auf der Onk eher den Moment gelebt. Nicht extrem, aber es ist durchaus so, dass mich die Arbeit daran erinnert, dass man das Leben geniessen soll. Ah, und ich habe eine Patientenverfügung gemacht. Und nein, ich bin nicht gläubig. Ich bin konfessionslos aufgewachsen.

Kürzlich war ich in Zürich an einer Ausstellung über das Sterben. Die Leute wurden im Hospiz porträtiert und dann wieder nach dem Tod. Dazu konnte man ihre Geschichten lesen. Sie sind erst gestorben, als sie Frieden geschlossen hatten. Sie sind erst gestorben, als sie alleine waren. Weil die Familie ständig anwesend war im Zimmer. Das ist durchaus auch meine Erfahrung. Die Menschen sterben, wenn sie alleine sind. Manchmal denkt man, er stirbt, er stirbt, er stirbt. Und er stirbt nicht. Dann kommt der Sohn nach drei Wochen Ferien zurück und besucht ihn. Und fünf Minuten später ist er tot.

Das Sterben gehört zum Leben. Ich finde es nicht schlimm, einen toten Menschen zu sehen. Ich durfte und wollte schon in der Ausbildung Sterbebegleitung machen – im Rahmen eines Akutspital-Settings. Wenn der Sterbeprozess länger dauert, gehen die Patienten meist in ein Hospiz.

Die Teams auf der Onk sind anders

Ob Sterben einen Geruch hat? Nein. Aber die Pathologie, die hat einen. Aber wenn du je auf der Onk arbeitest: Du



Carla Fortunato unterwegs.

merkst, ob das etwas ist für dich oder nicht. Die Teams auf der Onk sind anders, man hat einen Zusammenhalt. Es ist einfach tiefgründig. Es ist ein tiefgründiges Fachgebiet. Es dreht sich ja nicht alles um den Tod, überhaupt nicht.

Es sind andere Sachen, die mich zu Tränen rühren. Normalerweise kann ich mich zusammenreißen. Aber bei diesem einen Patienten ging es nicht, er war mega jung, stand voll im Leben. Am Ende der Schicht besuchte ich ihn. Er wollte im Hospiz sterben und ich wusste, dass ich ihn nicht mehr sehen würde. Er sagte, er sei bereit zu gehen. Das muss man auch erst schaffen. Als ich zur Tür ging, rief er mir hinterher: He, Frau Fortunato! Sie sind eine mega coole Frau! Machen Sie weiter so! Eine solche Aussage von einem Menschen, der in einer derartigen Situation war. Das berührt mich unglaublich. Mir liefen die Tränen hinunter. Später googelte ich seinen Namen. Er war eine Woche darauf tot.

➤ René Ammann ist Journalist und wohnt in Zürich.

Carla Fortunato hat die Fortbildung «Junge Pflegende in der Onkologie» der Onkologiepflege Schweiz besucht und sich dann bereit erklärt, ihre Erlebnisse als junge Pflegende zu schildern. René Ammann hat ihr dabei zugehört.

Le programme de réadaptation oncologique au Tessin

Noëlle Bender a initié un programme de réadaptation oncologique ambulatoire au Tessin ils y a neuf ans, d'abord à l'Institut Oncologique de la Suisse Italienne (IOSI), puis à la Ligue tessinoise contre le cancer qui a repris le projet. Nous l'avons rencontrée pour connaître les spécificités du modèle tessinois.

Comment recevez-vous les patients ?

Noëlle Bender : « Les patients sont envoyés par l'oncologue qui les suit, ou par l'infirmière de référence du patient. Nous participons au rapport le matin, nous connaissons ainsi les pathologies des patients. Le patient sait pourquoi il va nous rencontrer. L'entretien dure en moyenne une heure et demie à deux heures. L'important est de pouvoir accueillir le patient dans toute sa dimension. Je le laisse parler pendant au moins trois quarts d'heure. Je l'invite à me raconter ce qui s'est passé, comment il a reçu le diagnostic, comment il l'a vécu. Puis viennent les problèmes qui ont émergés par rapport à la maladie ou à la thérapie.

Nous voyons parfois les patients au début du parcours thérapeutique, parfois au milieu, souvent à la fin. Il arrive aussi de plus en plus souvent que des patients me rappellent une ou plusieurs années après avoir terminé les thérapies. Au moment de l'entretien sur la réadaptation, il semblait qu'ils n'avaient besoin de rien. Avec le temps cependant, apparaissent des séquelles. Il n'y a donc pas de moment donné pour faire de la réadaptation. »

Avez-vous un programme standard ou modulez-vous suivant les cas ?

« Nous avons un programme individualisé. Il dépend de ce que le patient faisait avant la maladie, de ce qu'il aime faire, de ce dont il a besoin. C'est l'entretien qui va nous aiguiller pour faire des propositions. Nous proposons souvent de l'activité physique, parce que le corps a été mis à rude épreuve, mais aussi parce que l'activité physique est un fort moyen de prévention des récives. Dans certains cas, nous proposons un soutien psychologique avec la psycho-oncologue ou de la logothérapie. Si le patient en exprime le besoin, il peut aussi me voir plus souvent pour parler.

Les besoins sociaux sont abordés avec l'assistante sociale, par exemple au début de la maladie pour éviter que des problèmes financiers s'alourdissent avec la maladie. Viennent encore la perte de travail ou la situation des indépendants, puis le fait d'avoir des enfants en bas âge ou des jeunes qui sont encore scolarisés ou qui font des études.

L'alimentation est aussi importante. Tous les patients ont des questions sur

l'alimentation. Il y a les difficultés qu'ils ont face à la perte ou la prise de poids. Nous donnons des conseils et orientons le patient vers le médecin nutritionniste ou la diététicienne pour éviter d'avoir de trop grandes variations de poids et pour des problèmes de malnutrition.

Quelle est votre plus grande satisfaction ?

« C'est quand le patient a perdu confiance en son corps, en ses possibilités. Il se sent trahi par ce corps. L'activité physique lui permet de se prendre en main, de se redécouvrir et de se rendre compte peu à peu de son potentiel physique, même s'il n'y croyait pas au départ. Il y a aussi la réinsertion professionnelle. Quand des jeunes ont perdu leur travail ou n'avaient pas de travail avant et ont réussi à décrocher un emploi. »

> Ligue Suisse contre le cancer

> Noëlle Bender, sa trajectoire en quelques lignes

Noëlle Bender est infirmière spécialisée en oncologie et titulaire d'un master en science clinique en soins infirmiers. Elle décrit son poste actuel avec passion : « C'est un travail complètement différent de celui que je faisais avant. J'ai travaillé pendant 24 ans en oncologie. Il y a certains acquis dont on ne se rend même pas compte. C'est le moyen de les restituer d'une autre façon à d'autres personnes. Même si je ne suis plus en première ligne, j'ai toujours un pied à l'hôpital. Je suis satisfaite de ce choix. Je vois toujours les patients. Je ne suis pas toujours dans un bureau. »

Programm zur onkologischen Rehabilitation im Tessin

Vor neun Jahren führte Noëlle Bender im Onkologischen Institut der Italienischen Schweiz ein Programm zur onkologischen Rehabilitation im Tessin ein. Das Projekt wurde später von der Krebsliga Tessin übernommen. Wir haben Noëlle Bender getroffen, um mehr über die Einzelheiten des Tessiner Modells zu erfahren.

Wie kommen die Patienten zu Ihnen?

Noëlle Bender: «Die Patienten werden vom behandelnden Onkologen oder von ihrer Bezugsperson im Pflegedienst zu uns geschickt. Wir beteiligen uns am Morgenbericht, dort erfahren wir die Krankengeschichte. Der Patient weiss, warum er uns trifft. Das Gespräch dauert anderthalb bis zwei Stunden. Wichtig ist, dass der Patient in seiner Gesamtheit betrachtet wird. Ich bitte ihn, mir zu erzählen, was passiert ist, unter welchen Umständen er die Diagnose erhalten und wie er diese aufgenommen hat. Dann sprechen wir über seine Probleme, die durch die Krankheit, die Therapie oder die medikamentöse Behandlung aufgetreten sind.

Manchmal sehen wir die Patienten zum ersten Mal zu Beginn ihrer Therapie, manchmal in der Mitte, oft erst am Ende. Es kommt häufiger vor, dass mich Patienten ein oder zwei Jahre nach Abschluss ihrer Behandlung wieder anrufen. Bei ihrem Erstgespräch zur Rehabilitation schien es noch, als bräuchten sie keine Unterstützung. Dann aber traten Spätfolgen auf. Eine Rehabilitation kann jederzeit notwendig werden.»

Haben Sie ein Standardprogramm oder passen Sie sich an den Einzelfall an?

«Wir bieten ein individualisiertes Programm an. Es berücksichtigt mehrere Faktoren: Was der Patient vor der Krankheit gemacht hat, was er gerne macht, was er braucht etc. Das Gespräch hilft, Vorschläge zu erarbeiten. Wir bieten oftmals körperliche Bewegung an, denn oftmals hat der Körper unter der Krankheit stark gelitten. Bewegung stellt zudem eine wichtige Vorsorge gegen Rückfälle dar. In manchen Fällen schlagen wir eine psychologische Betreuung durch einen Psychoonkologen oder im Rahmen einer Logotherapie vor. Wenn der Patient es wünscht, kann er mich öfter zum Gespräch treffen.

Die sozialen Fragen werden mit der Sozialarbeiterin geklärt, etwa zu Beginn der Krankheit, damit es während der Therapie zu keinen grösseren finanziellen Schwierigkeiten kommt. Weitere Themen sind: der Verlust des Arbeitsplatzes, die spezielle Situation für Selbstständigerwerbende, Fragen rund um Kinder.

Alle Patienten haben Fragen zur Ernährung: Wie sie sich ernähren sollten und wie sie sich tatsächlich ernähren. Zudem sprechen wir über Probleme, die sie aufgrund einer Gewichtsabnahme oder -zunahme haben. Gegebenenfalls schlagen wir einen Ernährungsmediziner oder -berater vor, um zu grosse Gewichtsschwankungen und eine falsche Ernährung zu vermeiden.»

Was löst die grösste Zufriedenheit bei Ihnen aus?

«Wenn der Patient das Vertrauen in seinen eigenen Körper und seine Fähigkeiten verloren hat, weil er sich von diesem Körper verraten fühlt, ermöglicht ihm eine körperliche Aktivität, wieder Kontrolle über sich zu erlangen, sich neu zu entdecken und sich Schritt für Schritt über sein körperliches Potenzial bewusst zu werden. Selbst wenn er am Anfang nicht daran geglaubt hat. Zufriedenheit löst bei mir auch eine berufliche Wiedereingliederung aus.»

➤ Krebsliga Schweiz

➤ Noëlle Bender – ein kurzer Blick auf ihren Werdegang

Noëlle Bender ist ausgebildete Pflegefachfrau. Sie besitzt eine Fachausbildung in Onkologie und einen Master of Science in klinischer Pflege. Sie sagt: «Das ist eine ganz andere Arbeit als die, die ich früher gemacht habe. Ich habe 24 Jahre lang in der Onkologie gearbeitet. Manche Kompetenzen erwirbt man, ohne es zu merken. Jetzt habe ich die Möglichkeit, diese Kompetenzen auf eine ganz andere Art einzubringen. Auch wenn ich nicht mehr an vorderster Front arbeite, bin ich häufig im Krankenhaus. Ich bin damit sehr zufrieden. Ich bin häufig mit Patienten in Kontakt und verbringe den Tag nicht nur im Büro.»

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

CAS «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie» 2016 - 2018

Einzel-Workshops

16.03.2017: Inselspital, Bern
Vormittag: Onkologische Behandlung (Prostata CA / Lymphome, Nieren CA)
Nachmittag: Männerbetreuung
27.04.2017: Haus der Krebsliga Schweiz
Nachmittag: Genetische Prädisposition: Wie beraten?

18.05.2017: Inselspital, Bern
Vormittag: Hämatologie
Nachmittag: Folgen der Isolation

15.06.2017: Inselspital, Bern
Vormittag: Coping, Lebensqualität (kognitive Störungen, Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen)
Nachmittag: Sexualität leben mit Krebs

Weitere Einzel-Workshops siehe unter www.krebsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie/einzel_workshops
Information und Anmeldung: Krebsliga Schweiz, Psychoonkologie Kurs, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie/einzel_workshops

«Kommunikationstraining»

Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken

– Nr. 153: 2.–3.3.2017, Olten
 – Nr. 154: 15.–16.6.2017, Olten
 – Nr. 155: 2.–3.11.2017, Olten

Das Seminar wird von der SGMÖ für den FMH-Titel Onkologie gemäss Weiterbildungsstatut akzeptiert. Diverse medizinische Fachgesellschaften vergeben Fortbildungspunkte /Credits.

Information und Anmeldung: Krebsliga Schweiz, CST-Kurse, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 93 27, kurse-cst@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch/cst_d

«Kommunikationstraining»

Neues Trainingsseminar für pädiatrische Onkologen und Onkologiepflegende

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

– Nr. 605: Im November 2017, Basel

Information und Anmeldung: Krebsliga Schweiz, CST-Kurse, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 93 27, kurse-cst@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch/cst_d

« Mieux communiquer »

Séminaire 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.

– No. 233 : 05.-06.12.2016, Jongny VD
 – No. 234 : 28.-29.3.2017, Jongny VD
 – No. 235 : 26.-27.10.2017, Jongny VD

Ce séminaire est reconnu par la SSOM pour le titre FMH en oncologie, en accord avec les statuts régissant la formation continue. Différentes sociétés médicales reconnaissent ce séminaire et lui octroient des crédits de formation continue.

Information et inscription: Ligue suisse contre le cancer, cours-cst, case postale, 3001 Berne, tél. 031 389 93 27, cours-cst@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch/cst_f

«Migliorare la comunicazione»

Corso per medici e personale infermieristico operanti in ambito oncologico

Il seminario è riconosciuto dalla SSMO per il titolo in oncologia in base al nuovo statuto per la formazione permanente. Per l'aggiornamento continuo, diverse società svizzere di medicina riconoscono questo corso con crediti.

– No. 316: 26.-27.10.2017 à Lugano o Bellinzona

Informazioni e iscrizione: Lega svizzera contro il cancro, corsi-cst, casella postale, 3001 Berna, telefono 031 389 93 27, corsi-cst@legacancro.ch, www.legacancro.ch/cst_i

Fortgeschrittenes nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom – Fortgeschrittenes Mammakarzinom*

KRANKHEITSKONTROLLE¹⁻⁵ LEBENSQUALITÄT BEWAHREN^{1,6,7}



NAVELBINE® Oral
vinorelbine

RIGHT FROM THE FIRST LINE

Krankheitskontrolle¹⁻⁵
Kaum kumulative Toxizitäten¹⁻²
Lebensqualität¹⁻⁷

*NAVELBINE® Oral wird angewendet beim nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom in Kombination mit einem Platinderivat und beim fortgeschrittenen oder metastasierenden Mammakarzinom in Monotherapie oder in Kombination mit Capecitabin nach Versagen einer Therapie mit Anthrazyklinen und Taxanen.

1. Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M et al. Oral Vinorelbine in Breast Cancer: A Benefit for the Patients and Society. *European J Clin Med Oncol*. 2011;3:32-41. 2. Agpro M & Finek J. Oral vinorelbine in metastatic breast cancer: a review of current clinical trial results. *Cancer Treat Rev*. 2012;38:120-6. 3. Bannouna J, Havel L, Krzakowski M et al. Oral Vinorelbine Plus Cisplatin as First-Line Chemotherapy in Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer: Final Results of an International Randomized Phase II Study (NAVtrial 01). *Clin Lung Cancer* 2014;15:258-65. 4. Freyer G, Delozier T, Lichinister M et al. Phase II Study of Oral Vinorelbine in First-Line Advanced Breast Cancer Chemotherapy. *J Clin Oncol* 2003;21:35-40. 5. Campone M, Dobrovolskaya N, Tjulandin S et al. A Three-Arm Randomized Phase II Study of Oral Vinorelbine Plus Capecitabine Versus Oral Vinorelbine and Capecitabine in Sequence Versus Docetaxel Plus Capecitabine in Patients with Metastatic Breast Cancer Previously Treated with Anthracyclines. *Breast J*. 2013;19:240-9. 6. Strada MR, Palumbo R, Bernardo A et al. Intravenous or Oral Vinorelbine Plus Capecitabine As First-Line Treatment in HER2- Metastatic Breast Cancer: Joint Analysis of 2 Consecutive Prospective Phase II Trials. *Clin Breast Cancer*. 2012;12:30-9. 7. Jensen LH, Osterlind K, Rytter C. Randomized cross-over study of patient preference for oral or intravenous vinorelbine in combination with carboplatin in the treatment of advanced NSCLC. *Lung Cancer* 2008;62(1):85-91.

Kurzfachinformation Navelbine® oral (Vinorelbium et Vinorelbini tartras, Weichkapseln zu 20 und 30 mg).

Indikation: Nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC): in Kombination mit einem Platinderivat (z.B. Cisplatin). Fortgeschrittenes oder metastasierendes Mammakarzinom: in Monotherapie oder in Kombination mit Capecitabin nach Versagen einer Therapie mit Anthrazyklinen und Taxanen. **Dosierung:** NSCLC: Erstdosis erfolgt mit Navelbine i.v. 25 mg/m² mit Cisplatin 100 mg/m² an Tag 1, gefolgt von Navelbine oral 60 mg/m² an Tag 8, 15 und 22. Dieser Zyklus kann alle 4 Wochen wiederholt werden für bis zu 6 Zyklen. Mammakarzinom: Bei Monotherapie 60 mg/m²/Woche über im Allgemeinen 6 Zyklen; die i.v. Gabe ist der oralen Behandlung vorzuziehen. In Kombination mit Capecitabin: Während der ersten Anwendung sollte Navelbine i.v. verabreicht werden, anschließend Weichkapseln 60 mg/m²/Woche. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Vinorelbine, anderen Vinca-Alkaloiden oder einen der Hilfsstoffe. Neutrophilenwerte <1500/mm³, schwere Infektionen, Thrombozytopenie (<75'000/mm³), schwere Leberinsuffizienz, Schwangerschaft und Stillzeit, inoperables NSCLC für das eine Langzeit-Sauerstofftherapie benötigt wird, sowie Erkrankungen, die bei oraler Form die Resorption stark beeinträchtigen, und vorangegangene erhebliche Resektion von Magen und Dünndarm. **Vorsichtsmassnahmen:** Strikte hämatologische Überwachung. Vorsicht bei Behandlung von Patienten mit Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems und ischämischer Herzerkrankung. Navelbine darf nicht verabreicht werden, wenn gleichzeitig mit der Chemotherapie bestrahlt wird und das Bestrahlungsfeld die Leber einschliesst. Sofortige diagnostische Abklärung erforderlich bei Anzeichen einer Infektion. Bei Fructose-Intoleranz sollte Navelbine oral nicht eingenommen werden. Bei Erbrechen (wennige Stunden nach oraler Einnahme) keine weitere Einnahme in dieser Woche. **Interaktionen:** CYP3A4-Inhibitoren wie Troleandomycin, Ketoconazol, Itraconazol und Fluconazol und möglicherweise mit CYP3A4-Induktoren wie Johanniskraut sowie mit Vitamin K Antagonisten. Bei gleichzeitiger Verabreichung von Vinorelbine und anderen myelotoxischen Arzneimitteln besteht die Gefahr einer verstärkten Myelosuppression. **Unerwünschte Wirkungen:** Die Knochenmarkdepression ist der limitierende toxische Effekt. Sehr häufig: Bakterielle, virale oder fungale Infektionen, Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Verschwinden der Sehnenreflexe, selten schwerwiegend; neuromotorische Symptome, Nausea, Erbrechen, Durchfall, Anorexie, Obstipation, Stomatitis, Alopezie, Müdigkeit, Fieber. Häufig: febrile Neutropenie; Oesophagitis, Arthralgien, Myopathien, Schmerzen einschliesslich Tumorschmerz. Packungen: Packung zu je einer Weichkapsel 20 mg bzw. 30 mg. **Liste A.** Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der publizierten Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. Stand Juli 2010.



Pierre Fabre
Pharma



ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS
CONGRÈS SOINS EN ONCOLOGIE
CONGRESSO CURE ONCOLOGICHE



Die Angehörigen. Unsichtbar? Unverzichtbar! Les proches. Invisibles? Indispensables!

19. SCHWEIZER ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS
19^{ÈME} CONGRÈS SUISSE DES SOINS EN ONCOLOGIE

23.3.2017 – KURSAAL BERN/BERNE



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologique Svizzera

www.onkologiepflege.ch – www.soinsoncologiesuisse.ch

Praxisprojekte einreichen für Posters!

Die Akademische Fachgesellschaft Onkologiepflege und die Onkologiepflege Schweiz laden Sie ein, Ihre Projekte und Entwicklungen für die Praxis am **19. Schweizer Onkologiepflege Kongress vom 23. März 2017** auszustellen.

Wer kann teilnehmen?

Sie sind Pflegefachperson und Ihr Projekt/Thema ist relevant und interessant für die Onkologiepflege.

Teilnahmebedingungen

Senden Sie uns eine Zusammenfassung des Projektes / des Themas in elektronischer Form als pdf zu (max. 2 Seiten Format A4, Schriftgrösse 11, Zeilenabstand 1.5). Die Qualität und Bedeutung für die Entwicklung der Onkologiepflege aller eingesendeten Zusammenfassungen werden durch ein Komitee beurteilt. Eine detaillierte Darstellung der Evaluationskriterien finden Sie auf www.onkologiepflege.ch.

Prozedere

- 1. Die Zusammenfassungen werden durch ein Komitee (Mitglieder der AFG Onkologiepflege und Vorstand OPS) beurteilt.
- 2. Autoren der positiv bewerteten Zusammenfassungen werden eingeladen, ihr Poster am Kongress auszustellen.
- 3. Die 4 besten Zusammenfassungen (2 auf Deutsch und 2 auf Französisch) werden eingeladen, ihr Poster im Rahmen eines Workshops am Kongress vorzustellen.
- 4. Das beste Poster wird in der Rubrik Research Flash der Zeitschrift Onkologiepflege im 2017 vorgestellt.

Fristen

Zusammenfassungen müssen bis zum 31. Dezember 2016 zugestellt werden.

Evaluationsergebnisse

Autorinnen und Autoren werden vor dem 31. Januar 2017 über die Evaluationsergebnisse informiert.

Zusammenfassungen bitte senden an
Prof. Manuela Eicher, Co-Präsidentin Akademische
Fachgesellschaft Onkologiepflege
onkologie@pflegeforschung-vfp.ch

Soumettre des projets pratiques pour les posters !

La Société scientifique des soins en oncologie et Soins en Oncologie Suisse vous invite à présenter vos projets / développements sous forme de poster lors du **19^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie qui aura lieu le 23 mars 2017**.

Qui peut participer ?

Tout infirmier(ère) présentant un projet / développement intéressant et/ou pertinent dans le domaine des soins en oncologie.

Les conditions

Les candidat-e-s sont invité-e-s à soumettre un résumé de leur projet sous forme électronique (2 pages format A4 maximum, taille de police 11, interligne 1.5). La qualité et la pertinence de tous les résumés soumis, pour le développement des soins en oncologie, seront évaluées par un comité. Une description détaillée des critères d'évaluation peuvent être consultés sur www.soinsoncologiesuisse.ch

- 1. Les résumés seront évalués par un comité (Membres de l'AFG soins oncologiques et du Comité SOS).
- 2. Les auteurs des résumés qui sont évalués positivement seront invités à afficher un poster lors du congrès
- 3. Ensuite, les 4 meilleurs posters (2 en allemand et 2 en français) seront présentés oralement par les auteurs respectifs durant un atelier du congrès
- 3. Le meilleur poster sera publié dans la rubrique Research Flash du journal professionnel Soins en Oncologie en 2017

Le délai

Les résumés doivent être remis jusqu'au 31 décembre 2016.

Le résultat du concours

Les auteur-e-s seront informés avant le 31 janvier 2017 de l'évaluation des résumés.

Les candidatures sont à adresser à
Prof Manuela Eicher, Co-présidente de la Société
Scientifique des Soins en Oncologie
onkologie@pflegeforschung-vfp.ch

4 Eintritte für eine Fortbildung der OPS zu gewinnen!
4 entrées pour une formation continue de SOS à gagner !

1. Welche Therapie gehört zu einer interventionellen Schmerztherapie?

K = Interkostalblockade B = Intervention mit Medikamentene A = Radiotherapie zur Schmerzbehandlung

2. Von wem wurde das Konzept «Total Pain» entwickelt?

A = Florence Nightingale L = Elisabeth Kübler-Ross R = Cicely Saunders

3. Während einer symptomfokussierten Anamnese wird folgendes Thema erfasst:

B = Therapie I = Qualität V = Angehörige

4. Weshalb ist Schmerz bei Krebserkrankungen ein verbreitetes Problem?

O = Es gibt zu wenig wirksame Medikamente P = Patienten äussern ihre Schmerzen nicht S = ungenügende Schmerzerfassung

5. Heute gibt der Bund für die Krebsregistrierung jährlich wieviele Franken aus?

I = 0.8 Millionen U = 2.3 Millionen E = 1.4 Millionen

6. Die neuen Empfehlungen der Onkologiepflege Schweiz behandeln welche Reaktionen ?

R = psychologische E = toxikologische N = dermatologische

Lösungswort:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Ermitteln Sie für jede Frage den richtigen Lösungsbuchstaben. Der Reihe nach in die Lösungsfelder eingetragen, ergibt sich die richtige Lösung.

Senden Sie das Lösungswort bis 15.01.2017 an:

info@onkologiepflege.ch oder per Post an:
Onkologiepflege Schweiz,
Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Rätsel Nr. 3/2016
Lösungswort: SELTEN

Gewinnerinnen:
A. Baltensperger, Höri
R. Berther, Rabius
A. Cathomas, Chur

1. L'échèle de la douleur par illustration de mimiques contient combien de visages différents ?

C = 6 F = 5 T = 7

2. Le concept de douleur totale a été décrit par :

A = Florence Nightingale L = Elisabeth Kübler-Ross R = Cicely Saunders

3. Lors d'utilisation de patches d'opiacés, la diffusion peut en être accélérée en cas de :

U = obésité I = bain de soleil V = chez les personnes de couleur

4. Lors de voyage à l'étranger, la quantité de patchs autorisée correspond à :

S = 1 mois de traitement P = 2 mois de traitement O = 3 mois de traitement

5. Aujourd'hui, la confédération engage par année, pour le registre suisse des tumeurs

I = 0.8 mio U = 2.3 mio E = 1.4 mio

6. Le nouveau standard de pratique proposé par SOS concerne des réactions ...

R = psychologiques E = toxicologiques S = dermatologiques

Mot / Solution :

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Trouvez pour chaque question la lettre qui correspond à la bonne réponse. Entrez successivement chaque lettre dans la case correspondante pour découvrir le mot/la solution.

Envoyer la solution sous forme du mot découvert jusqu'au 15.01.2017 à :
info@onkologiepflege.ch, ou bien par courrier à
Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Quiz No 3/2016
Solution : COMMUN

La gagnante :
A.L. Thalmann, Villars-sur-Glâne

2017

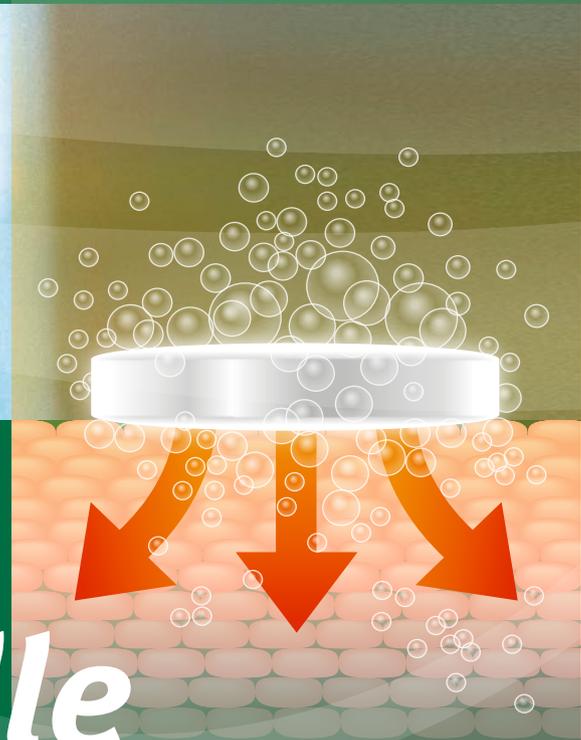
01	27.–30.01.2017	ECCO 2017 NL-Amsterdam, www.ecco2017.com
	19.01.2017	Tagung für Führungspersonen in der ambulanten Onkologiepflege Zürich, www.onkologiepflege.ch
	20.–21.01.2017	Bildungskonferenz der Haematology Nurses & Healthcare Professionals Group Zürich, www.hemcare.org
02	02.02.2017	Nationale Tagung PELICAN «Wie Kinder in der Schweiz sterben» Zürich, www.kispi.uzh.ch
03	23.03.2017	19. Schweizer Onkologiepflege Kongress Bern, www.onkologiepflege.ch
		19^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie Berne, www.soinsoncologiesuisse.ch
		19° Congresso Svizzero di cure oncologiche Berna, www.onkologiepflege.ch
04	21.–22.04.2017	Einführungskurs für Pflegende in die Onkologiepflege Olten, www.onkologiepflege.ch
	12.05.2017	
05	17.–19.05.2017	SBK Kongress / Congrès de l'ASI Bern, www.sbk.ch
06	22.–24.06.2017	MASCC 2017 USA-Washington DC, www.mascc.org
07	09.–12.07.2017	International Conference on Cancer Nursing (ICCN) 2017 USA-Anaheim, www.isncc.org
09	01.09.2017	8^{ème} Journée Romande de formation continue Lausanne, www.soinsoncologiesuisse.ch
	19.–20.09.2017	CURAVIVA Fachkongress Alter 2017 Montreux, www.curaviva.ch

Fröhliche Weihnachten und ein gutes neues Jahr +
Joyeux Noël et bonne année
Buon Natale e Felice Anno Nuovo



EFFENTORA

Fentanyl Buccaltabletten



Aktive OraVescent®-Technologie

Das schnelle Fentanyl¹

Effektive Bedarfsmedikation bei erwachsenen Patienten mit Tumor-Durchbruchschmerzen unter Opioid-Basistherapie

1 Slatkin NE et al. Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. J Support Oncol 2007;5(7):327-334: signifikant stärkere Schmerzreduktion ab 10 Minuten.

Effentora® Z: 1 Buccaltablette enthält 100 µg, 200 µg, 400 µg, 600 µg oder 800 µg Fentanylum. Effentora 100 µg enthält 8 mg Natrium, 200/400/600/800 µg enthalten 16 mg Natrium. **I:** Behandlung von Durchbruchschmerzen bei erwachsenen Krebspatienten, die bereits eine Opioid-Basis-Therapie gegen ihre chronischen Tumorschmerzen erhalten. **D:** Empfohlene Anfangsdosis 100 µg, bei ungenügender Analgesie kann eine weitere Tablette der gleichen Dosisstärke verabreicht werden, individuelle Dosis titration bis max. 800 µg. Die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen wird nicht empfohlen. Für Einnahmeempfehlungen und weiterführende Dosierungsanweisungen siehe Arzneimittel-information. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Fentanyl oder einem der Hilfsstoffe. Patienten ohne Opioid-Basistherapie. Schwere Atemdepression oder schwere obstruktive Lungenerkrankungen. Behandlung akuter Schmerzen, welche keine Durchbruchschmerzen darstellen. Gleichzeitige Anwendung von Monoaminoxidase (MAO)-Hemmern oder Anwendung von Effentora® innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Therapie mit MAO-Hemmern. Schwangerschaft/Stillzeit. **V:** Die Patienten müssen informiert werden, dass Effentora® einen Wirkstoff enthält, der insbesondere für Kinder tödlich sein kann. Klinisch relevante Atemdepression unter Fentanyl, Patienten mit nicht-schwerwiegender chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder andere Erkrankungen die für eine Atemdepression prädisponieren, Auffälligkeit für intrakranielle Wirkungen einer CO₂-Retention, vorbestehende Bradyarrhythmie, Leber- und Nierenfunktionseinschränkungen, Hypovolämie, Hypotonie, anaphylaktische und Hypersensitivitätsreaktionen, Gewöhnung und physische und/oder psychische Abhängigkeit, das Führen eines Fahrzeugs und Bedienen von Maschinen. **UW:** Schwerwiegend: Atemdepression, Kreislaufabfall, Hypotonie und Schock. Sehr häufig: Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Beschwerden am Verabreichungsort: Blutungen, Schmerzen, Ulzeration, Reizung, Paresthesie, Anästhesie, Erythem, Ödem, Schwellung, Bläschenbildung, orale Candidosen, Anämie, Neutropenie, Anorexie, Depression, Angst Verwirrheitszustand, Schlaflosigkeit, Geschmacksstörung, Somnolenz, Lethargie, Tremor, Sedierung, Hypästhesie, Migräne, Tachykardie, Hypertonie, Hypotonie, Dyspnoe, pharyngolaryngeale Schmerzen, Obstipation, Stomatitis, Mundtrockenheit, Diarrhoe, Bauchschmerzen, gastroösophageale Refluxkrankheit, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Zahnschmerzen, Pruritus, Hyperhidrose, Hautausschlag, Myalgie, Rückenschmerzen, periphere Ödeme, Fatigue, Asthenie, Substanzentzugssyndrom Schüttelfrost, Gewichtsabnahme, Sturzgefahr. **IA:** Gleichzeitige Anwendung mit CYP3A₄-Induktoren, CYP3A₄-Inhibitoren wie Ritonavir, Ketoconazol, Itraconazol, Troleanandomycin, Clarithromycin, Nelfinavir, Amprenavir, Aprepitant, Diltiazem, Erythromycin, Fluconazol, Fosamprenavir, Grapefruitsaft, Verapamil. Gleichzeitige Gabe von Opioiden, Sedativa, Hypnotika, Allgemeinanästhetika, Phenothiazinen, Tranquilizern, Muskelrelaxantien, sedierenden Antihistaminika, Alkohol, partielle Opioid-Agonisten/Antagonisten wie Buprenorphin, Nalbuphin, Pentazocin, MAO-Hemmer, SSRI, SNRI. **Liste:** A+. Untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe. Weiterführende Informationen siehe Arzneimittelinformation www.swissmedinfo.ch

Teva Pharma AG, Kirschgartenstrasse 14, Postfach, 4010 Basel, Telefon 061 705 43 43, Fax 061 705 43 85, www.tevapharma.ch

www.effentora.ch

TEVA

Pharma