

Onkologiepflege

Soins en oncologie

Cure oncologiche

Supportive Therapie und Pflege in der Onkologie	5
Soins de support en oncologie	23
Prozedurale Schmerzen in der Onkologie: Wie ist ein belastendes Symptom identifizierbar?	14
Medizinische Fortschritte und Krebs	7
Progrès médicaux et cancer	25
I progressi della medicina e il cancro	28

2017

Fortbildungen

Formations continues

09	21.09.2017	Zürich	Hämatologische Tumoren II Akute und chronische Leukämien
10	05.10.2017	Zürich	Lungentumoren - neue Ansätze in der Therapie Von der Ursache bis zur Atemnot. Was hat sich in den letzten Jahren verändert?
	12.10.2017	Olten	NEU: Cancer Survivorship Nachsorge, Arbeitswelt, physische Aktivität, Krebsliga Schweiz
	19.10.2017	Zürich	NEU: Hals-Nasen-Ohren Tumoren / Einführung in die Radiotherapie
	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.
	07.11.2017	Lausanne	Look Good Feel Better Suisse Romande
	09.11.2017	Zürich	Orale Tumorthherapie Motivierende Gesprächsführung
	16.11.2017	Zürich	NEU: Hauttumoren und Maligne Wunden
	17.11.2017	Bern	Fachtagung der Pädiatrischen Onkologiepflege Thema: Rund um die Familie
	30.11.2017	Zürich	Gastrointestinale Tumoren II Ösophagus-, Pankreas-, Primäre Hepatobiliäre Karzinome
12	07.12.2017	Bern	Gegen Ende des Lebens Aspekte der Patientenverfügung, Vorsorge Auftrag, Gespräche über's Sterben.
	14.–15.12.2017	Zürich	«target» – zielgerichtete und personalisierte Therapien Immunologie und Immunotherapie

Weitere Bildungsangebote

	27.–28.09.2017 + 09.11.2017	Olten	Einführungskurs für Pflegende in das Fachgebiet Onkologie
	25.10.2017	Olten	Tagung für Spitex Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
	08.11.2017	Zürich	Netzwerk Führungspersonen
	29.11.2017	Zürich	Netzwerk Pflegeexpertinnen und -experten

2018

	17.01.2018 + 07.03.2018	Zürich	Führungsseminar Wirksam und wertschätzend führen.
	25.–26.04. + 09.05.2018	Olten	Einführungskurs für Pflegende in das Fachgebiet Onkologie

Editorial

Supportive Therapie und Pflege in der Onkologie

Beitrag der Pflegefachpersonen zu einer positiven Wertung des Gesundheitswesens

Sandy Decosterd

Medizinische Fortschritte und Krebs:

Ärzte und Pflegefachpersonen müssen sich komplementär ergänzen

Interview mit Prof. Daniel Betticher

Flüssigkeit am Lebensende

Erleben der parenteralen Hydratation in der End-of-Life Care

Riccarda Jegi, Evelyn Rieder

Prozedurale Schmerzen in der Onkologie: wie ist ein belastendes Symptom identifizierbar?

Prävalenz der Schmerzen beim Portan Stich bei erwachsenen Personen

Katja Marty, Beatrix Kissling, Dr. Monika Bühler Skinner, Prof Dr. Romy Mahrer Imhof

Sexualität – ein oft übersehener Aspekt der Lebensqualität nach allogener Stammzelltransplantation

Pflegerische Informationsmöglichkeiten zum Thema Sexualität

Hanka Berger, Anja Kröner

Soins de support en oncologie :

Contribution infirmière à l'évaluation positive du système de santé

Sandy Decosterd

Progrès médicaux et cancer :

Vers une complémentarité médecins/infirmières

Entretien avec le Prof. Daniel Betticher

I progressi della medicina e il cancro:

Medici e infermieri devono completarsi a vicenda

Intervista con il Prof. Daniel Betticher

BILDUNG

2. Preis «Förderpreis Onkologiepflege Schweiz» 31

3^{ème} prix d'encouragement 2017 de Soins en Oncologie Suisse 32

VON DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

Pflegeexpertin APN Hämatologie 35

Ernährung von Patienten mit Krebs-erkrankungen 38

PÄDIATRISCHE ONKOLOGIE-PFLEGE SCHWEIZ

Port-a-Cath Infektionen reduzieren – ein erreichbares Ziel? 40

AUS DEM VORSTAND

Das Potential unserer Mitglieder 42

Le potentiel de nos membres 42

Il potenziale dei nostri membri 43

FOKUS

Palliative Care 45

KREBSLIGA SCHWEIZ 46

BUCHBESPRECHUNG 53

RÄTSEL/QUIZ 54

KALENDER/CALENDRIER 55

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

Druck/Impression
wylandprint, Andelfingen, Layout: Nadja Walther

Auflage/Tirage 1400 Exemplare/exemplaires
Erscheint/Parution
4 x jährlich/4 x par an, 15.12./15.02./15.05/15.09

Redaktionsschluss/Limite rédactionnelle
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

Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologica 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

Abonnements/Abonnements

Einzelperson/individuel CHF 50.–/Euro 60.–

Institutionen/institutions CHF 70.–/Euro 80.–

Bestellung/commande www.onkologiepflege.ch

Redaktion/Rédaction

Irène Bachmann-Mettler, irene.bachmann@gmx.net

Nadia Ghisletta, nadia.ghisletta@bluewin.ch

Sara Häusermann, posa@zhaw.ch

Andrea Serena, andrea.serena@chuv.ch

Sylvia Spengler-Mettler, info@onkologiepflege.ch

Lektorat: Eva Ebnöther, evaebnoether@bluewin.ch

Liebe Leserin Lieber Leser



Die aktuelle Ausgabe der «Onkologiepflege» ist dem Schwerpunktthema «Supportive Therapie und Pflege» gewidmet. Sie finden in diesem Heft Berichte über Themen, die Ihnen aus der Praxis bekannt und die seit Jahren aktuell sind, doch weiterhin Patientinnen und Patienten belasten und Fachpersonen beschäftigen.

Doch kann es zu Themen wie Ernährung, Hydratation am Lebensende, Schmerzen bei Port-Anstich oder Sexualität bei Krebserkrankung überhaupt noch neue Erkenntnisse geben? Die Beiträge unserer Autorinnen beantworten diese Frage eindeutig mit «Ja». Die altbekannten Symptome sind weiterhin sehr wichtig, und betroffene Personen leiden darunter, wenn sie nicht korrekt unterstützt werden.

Die Pflege richtet sich heute vermehrt an der vielfach gewünschten Autonomie und Verantwortung der Patientinnen und Patienten aus. Pflegenden sind sich bewusst, dass strukturierte und individuelle Informationen und Beratung für den Pflegeerfolg wesentlich sind. Bei grosser Erfahrung können therapeutische Richtlinien nach Bedarf flexibel eingesetzt werden. Interprofessionalität, integrative therapeutische Ansätze und die professionelle Beziehung zu Betroffenen und Angehörigen sind heute Grundsätze und Voraussetzung einer erfolgreichen supportiven Therapie und Pflege. Der Anspruch an die Pflegefachpersonen in der Onkologie ist hoch. Nur vertieftes und neues Wissen und Erfahrung ermöglichen es, diesem Anspruch zu genügen.

Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre!

Irène Bachmann-Mettler

Chère lectrice Cher lecteur

Ce numéro est consacré au thème « Soins et thérapies de soutien ». Il regroupe des thématiques issues de la pratique qui, bien qu'elles soient d'actualité depuis des années, continuent à préoccuper les patientes et patients de même que les professionnelles et professionnels.

Il s'agit de sujets tels que la nutrition, l'hydratation en fin de vie, les douleurs lors de l'injection dans le port-cath ou la sexualité. Ces sujets peuvent-ils encore faire l'objet de nouvelles découvertes ?

Lorsque vous aurez lu les articles de nos auteures et auteurs, vous remarquerez que les « symptômes notoires » n'ont pas perdu de leur importance et que les personnes concernées continuent d'en souffrir si elles ne bénéficient pas d'un soutien adéquat.

Les infirmières et infirmiers axent de plus en plus leur travail sur l'autonomie et la responsabilité, souvent souhaitées par les patientes et patients ; elles ont ainsi conscience du besoin de disposer d'informations et de conseils structurés et personnalisés et elles savent, grâce à leur grande expérience, être plus flexibles dans l'application des guidelines si nécessaire. L'interprofessionnalité, les approches thérapeutiques intégratives et la relation professionnelles avec les personnes concernées et leurs proches constituent aujourd'hui les principes et conditions d'un traitement et des soins de soutien efficaces. Les infirmières et infirmiers en oncologie font face à des exigences considérables auxquelles seules l'expérience et des connaissances nouvelles et approfondies leur permettront de répondre de façon adéquate. Ces principes ne sont donc pas de vains mots. Bonne lecture !

Irène Bachmann-Mettler

Cara lettrice Caro lettore

L'ultimo numero della rivista «Cure oncologiche» è dedicato al tema centrale "Cura e terapia di supporto". Troverete in questo numero dei temi a voi noti e attuali da diversi anni nella pratica, che però continuano a gravare sui pazienti e a preoccupare il personale curante.

Per esempio, temi quali l'alimentazione, l'idratazione in fin di vita, il dolore durante la puntura dell'accesso venoso centrale o la sessualità. Possono esserci in questi temi ancora nuove rivelazioni?

Dopo aver letto i contributi dei nostri autori, si noterà che i «sintomi ben noti» non hanno perso la loro importanza e che le persone colpite continuano a soffrirne se non sono adeguatamente supportate.

La cura si rivolge oggi giorno sempre di più verso l'autonomia e la responsabilità dei pazienti ed è consapevole della necessità di informazioni e di consulenze strutturate e individuali. Inoltre, in caso di bisogno e grazie alla vasta esperienza, impiega in maniera più flessibile le linee guida terapeutiche. L'interprofessionalità, gli approcci terapeutici integrativi e il rapporto professionale con i pazienti e i loro familiari sono oggi i principi e il requisito per una terapia di supporto e di cura di successo. La sfida per il personale infermieristico in oncologia è notevole. Solo conoscenze ed esperienze specifiche permettono di soddisfare questa esigenza.

Buona lettura!

Irène Bachmann-Mettler

Supportive Therapie und Pflege in der Onkologie

Beitrag der Pflegefachpersonen
zu einer positiven Wertung des Gesundheitswesens

Sandy Decosterd

Supportive Therapie und Pflege – definiert als die Gesamtheit der Therapien und Unterstützungen, die Menschen mit einer Erkrankung im Verlauf ihrer Krankheit und darüber hinaus benötigen – kommen in Verbindung mit den spezifischen Krebstherapien zur Anwendung, d.h. während der behandlungsfreien Phasen bzw. nach Beendigung der Therapie.

Die unvergleichliche Wissensexplosion auf dem Gebiet der Onkologie und die erheblich grösseren Therapiemöglichkeiten haben der supportiven Therapie und Pflege eine neue Dimension verliehen – mit einer höheren Lebenserwartung der Betroffenen; der Möglichkeit für noch nicht pensionierte Personen, ins Berufsleben zurückzukehren oder der Perspektive, mit einem langsam wachsenden Tumor zu leben.

Heute werden Richtlinien zur Behandlung chemotherapieinduzierter Symptome weitläufig angewandt und dadurch die dermatologischen Nebenwirkungen gezielter Therapien oder spezifischer Massnahmen zur Kontrolle der Immuntherapien bekämpft. Es wird festgelegt, wieviel Unterstützung das seelische Wohlergehen benötigt, und Fachpersonen verschiedener Disziplinen stehen den Betroffenen, welche aktuell mehrere Jahrzehnte mit dem Krebs leben können, in belastenden Situationen bei. Die Tätigkeiten der beteiligten Fachbereiche sind zusehends besser koordiniert. Entgegen dem Weltgeschehen, wo Unabhängigkeit und Individualität vorherrschen, wird die interprofessionelle Zusammenarbeit immer unverzichtbarer. Durch sie wird die integrative Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten ermöglicht, ohne jedoch das therapeutische Vorhaben als Summe spezifischer Empfehlungen zu erachten, welche bei einer umfassenden Perspektive nicht mehr sachdienlich wären.

«Die Tätigkeiten der beteiligten
Fachbereiche sind
zusehends besser koordiniert»

Anpassung der Ressourcen des Gesundheitsnetzes

Die Zunahme der Krebsinzidenz und -prävalenz sowie die Chronifizierung der Erkrankung bedingen eine konsequente Anpassung der Ressourcen des Gesundheitsnetzes; nur so können die den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen angekündigten Ziele hinsichtlich der Lebensqualität erreicht werden. Die Partnerschaft mit den Patientinnen und Patienten und der Verlass auf deren Fähigkeiten des Selbstmanagements entsprechen in der Tat sozialen, das Individuum in den Mittelpunkt stellenden Werten. Etwas anderes sind jedoch die emotionalen Schwierigkeiten beim Festhalten an der Hoffnung und die Fähigkeit, nach zahlreichen Behandlungslinien mit der fortschreitenden Krankheit fertig zu werden.

Die Beziehung in der Pflege professionalisieren

Die von der betroffenen Person gewünschte Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit entbinden uns nicht davon, sie emotional und in ihrer Suche nach Sinnhaftigkeit zu unterstützen. Über zum Teil schwache und manchmal tiefe gegenseitige Bindungen werden Fragen angegangen, die für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen von entscheidender Bedeutung sind. Auch diese Bindung zu betroffenen Personen und ihren Angehörigen gilt es jedoch zu überdenken. Es geht um viel mehr als um eine soziale Beziehung und bei weitem nicht um Cocooning. Um den Effizienzstandards zu genügen, muss die Pflegefachperson die Beziehung in der Pflege professionalisieren. Anstatt die durch die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens entstehenden negativen Aspekte des Verlusts passiv zu erdulden, können wir unserem professionellen Beitrag eine positive Wertung geben. In der Tat muss die auf Onkologie spezialisierte Pflegefachperson die Betreuung über eine komplexe ambulante Schnittstelle erbringen, d.h. über einen verkürzten Krankenhausaufenthalt sowie eine Phase mit Hospitalisierung und zahlreichen ambulanten Konsultationen, wobei sie bei diesem wechselhaften Rhythmus stets die Kompetenz in der Beziehung und der Unterstützung zu bewahren hat. Durch ihre Kenntnisse, mithilfe der Modelle, die sie in ihrer praktischen Tätigkeit



leiten, durch ihre Fähigkeit des echten Zuhörens und ihr Engagement, gelingt es der Pflegefachperson, mit Betroffenen und Angehörigen eine mögliche Realität zwischen einem evolutionären Therapieprojekt und vorrangigen, ständig hinterfragten und unterstützten Werten zu schaffen.

Mit den Herausforderungen wachsen

Im Rahmen dieser Realisierung des Möglichen finden sich die Antworten auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens. Die Rolle der Pflegefachpersonen ist unverzichtbar und wird nicht in Frage gestellt werden, wenn diese mit den Herausforderungen wachsen, die sich ihnen stellen. Den Pflegefachpersonen obliegt es, an ihrer Stellung zu arbeiten, ihre Kenntnisse zu erwei-

tern, sowohl in Bezug auf die Therapien, die damit verbundenen Nebenwirkungen, das bestehende Unterstützungsnetzwerk, die sich verändernden Pflegeprozesse, die neu auftauchenden Bedürfnisse, als auch, und in noch stärkerem Masse, hinsichtlich der innovativen technischen Mittel, die es erlauben, die Patientinnen und Patienten in ihren Lebensphasen zu unterstützen.

> Sandy Decosterd, Msc
Responsable des soins,
Département d'oncologie
Hôpitaux universitaires de Genève
sandy.decosterd@hcuge.ch

Eisentherapie. Befreiend einfach.

Seit 2008
500 mg

Seit 2015
Stechampulle
1000 mg



Einfach. Schnell. Wirksam.

Ferinject®. Zi: Eisencarboxymaltose. **I:** Eisenmangel, wenn orale Eisentherapie 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. **Ki:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffen, Anämie ohne gesicherten Eisenmangel, Eisenüberladung, erstes Schwangerschaftstrimester. **VM:** Patienten aktiv vor jeder Applikation von Ferinject nach früherem 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, Gesichtsrötung (Flush), Schwindel, Hypertonie, Übelkeit, Reaktionen an der Injektions-/Infusionsstelle. Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp, Parästhesien, Tachykardie, Hypotonie, Erbrechen, 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, ALT, 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: Februar 2017.

www.ferinject.ch

www.iron.medline.ch

WE FOR YOU 

viforpharma.ch



Medizinische Fortschritte und Krebs:

Ärzte und Pflegefachpersonen müssen sich komplementär ergänzen

Prof. Daniel Betticher, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Internistische Onkologie, ist Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin am Freiburger Kantonsspital. Mit seiner langjährigen klinischen Erfahrung beantwortet er in einem Interview Fragen zur Entwicklung der Therapielandschaft und ihre Auswirkungen auf die Aufgaben der Ärzte und des Pflegepersonals.

Wie würden Sie die bisherige Entwicklung auf dem Gebiet der Krebstherapie beschreiben?

Die Entwicklung der Krebstherapie ist in Wellen verlaufen. Bis etwa 1995 gab es die Optionen Chirurgie, Bestrahlung und Chemotherapie, die alle an die Grenzen ihrer Wirksamkeit gestossen waren. Dann kamen die ersten zielgerichteten Therapien wie Rituximab (1998) und Gefitinib (2004) die grosse Hoffnung weckten, da sensationelle Ergebnisse bei einzelnen Patienten erzielt wurden. In den 2010er Jahren stellte man dann fest, dass auch die zielgerichteten Therapien in den meisten Fällen keine Heilung bringen. Inzwischen rollt die nächste, sehr versprechende Welle der Immuntherapie (Abb. 1). Man muss hierbei zwischen zwei Arten von Krebserkrankungen unterscheiden. Es gibt sogenannte «schmutzige Tumoren» mit einer Vielzahl genetischer Mutationen, die häufig mit der Lebensweise zusammenhängen (Rauchen, Alkohol, UV-Bestrahlung). Hier brin-

gen die Immuntherapien den grösseren Nutzen. Und dann gibt es die «sauberen Tumoren», bei denen schlicht durch Zufall ein oder mehrere Gene mutiert sind, die an der Zellproliferation und Apoptose beteiligt sind. Tumoren dieser Art profitieren eher von einer zielgerichteten Therapie.



Prof. Dr. med. Daniel Betticher

Auch die Diagnostik hat sich weiterentwickelt. Welchen Platz sehen Sie für die Genomanalyse in der Patientenversorgung?

Die genetische Analyse wird zunehmend unverzichtbar. Ich bin überzeugt, dass wir schon bald von jedem Tumor ein genetisches Profil erstellen werden. Schon heute lassen wir bei stark vorbehandelten Patienten, deren Krankheit weiter fortschreitet, ein Next-Generation Sequencing (NGS Hochgeschwindigkeits-DNA-Sequenzierung der nächsten Generation) von 52 Genen durchführen. Wir schauen uns das oder die mutierten Gen(e) an und prüfen, ob es eine passende zielgerichtete Therapie gibt, vielleicht auch in einer anderen Indikation. Früher wurde

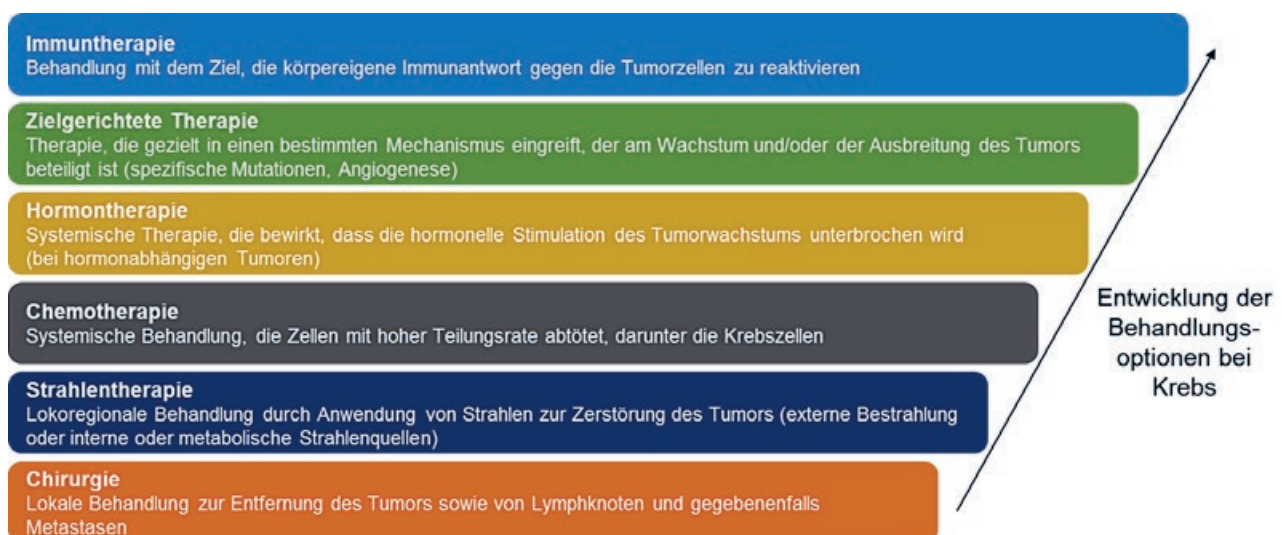


Abbildung 1: Entwicklung der Behandlungsmöglichkeiten in der Onkologie

nur bei der Diagnose eine Biopsie gemacht. Heute folgt bei jeder Krankheitsprogression erneut eine Biopsie, im Fall bestimmter Lungenkrebsarten sogar eine Flüssigbiopsie. Mit diesem Verfahren lässt sich zirkulierende Tumor-DNA (Desoxyribonukleinsäure) aus einer Blutprobe isolieren und analysieren – zwar mit niedriger Sensitivität, aber sehr hoher Spezifität. Wenn es gelänge, die Sensitivität der Sequenzer zu verbessern, könnte das Verfahren in der Diagnostik und im therapiebegleitenden Monitoring neu auftretender Mutationen eingesetzt werden.

Sind Sie zuversichtlich, was die Immuntherapien angeht?

Das kommt darauf an, welches Ziel man vor Augen hat. Heilung als Massstab zu nehmen wäre unrealistisch. Auf ein Wundermittel brauchen wir nicht zu hoffen. Doch wenn es darum geht, die Situation des Patienten zu verbessern, dann bin ich auf jeden Fall zuversichtlich. Der Patient wird besser mit dem Krebs leben können, bei guter Gesundheit. Denn ein guter Gesundheitszustand ist auch mit Tumor möglich; es bedeutet, keine Beschwerden zu haben, am sozialen Leben teilzuhaben und psychisch ausgeglichen zu sein. Und das erreichen wir mit der Immuntherapie bei bestimmten Patienten.

Wie findet man angesichts der Komplexität der Tumorerkrankungen und -therapien die optimale Behandlungsstrategie?

Da ist die entscheidende Frage: «Kann ein einzelner Arzt alles wissen?» In der Onkologie lautet die Antwort heutzutage eindeutig Nein. Man muss im Team arbeiten, mit verteilten Aufgaben. Ich lege grössten Wert darauf, dass

Pflegepersonal und Ärzte sich in ihrer Arbeit gegenseitig ergänzen. Der Arzt hat sein Zeitfenster, in dem er mit dem Patienten über die Krankheit, über Behandlungsmassnahmen, Ziele und Unterstützungsmöglichkeiten spricht. Die Pflegefachpersonen verabreichen die Behandlungen und begleiten den Patienten. Sie sehen, wie er sich entwickelt, und bieten ihm aus der Palette der Möglichkeiten die passenden unterstützenden Massnahmen an, mit denen er besser mit seiner Krankheit leben kann. Und beides ergänzt sich. Es ist wichtig, dass die Ärzte wissen, was das Pflegepersonal tut und umgekehrt. Deshalb ist es sinnvoll, wenn die Pflegefachpersonen an interdisziplinären Kolloquien teilnehmen, sogenannten Tumorboards, um den Verlauf und die Behandlung der Patienten zu verfolgen und vorausschauend den Bedarf an unterstützenden Massnahmen zu erkennen. Das Gebot der Komplementarität gilt aber auch für die Ärzte untereinander und das Pflegepersonal untereinander. Es gibt Ärzte, die auf bestimmte Krebsarten spezialisiert sind, und Pflegefachpersonen, die sich besonders gut mit bestimmten Symptomen auskennen.

Hat sich Ihrer Ansicht nach in der unterstützenden Patientenversorgung viel verändert?

Auf jeden Fall. Die Nebenwirkungen – Übelkeit, Erbrechen, Fatigue, Schmerzen etc. – sind heute gut beherrschbar, und die Lebensqualität ist höher. Die Patientenversorgung ist heute ganzheitlich (Abb. 2). Und warum? Vor 20 Jahren hatte ein Patient mit metastasierendem Bronchial- oder Kolonkarzinom eine mediane Überlebensdauer von 6 bis 12 Monaten. Gefragt waren lindernde Massnahmen und Palliativpflege. Heute führen die Patienten oft noch

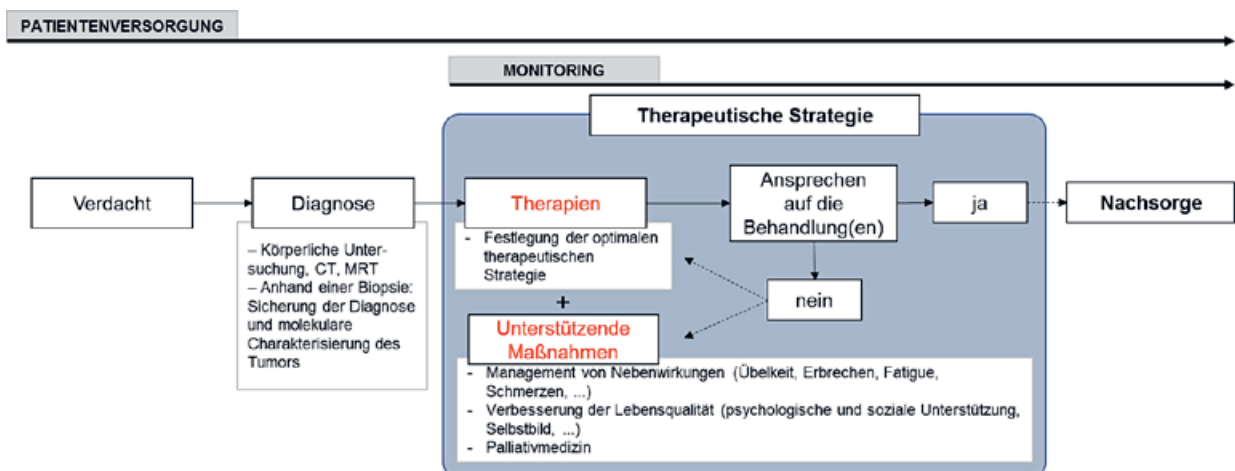


Abbildung 2: Entwicklung der Patientenversorgung in der Onkologie

jahrelang ein gutes Leben, nur eben mit der Krankheit. Sie müssen ihre Behandlungen bekommen, und hier kommen unterstützende Massnahmen und Pflege ins Spiel. Das Pflegefachpersonal ist von zentraler Bedeutung dafür, dass die Bedürfnisse des Patienten erfüllt werden.

Sind Ihrer Erfahrung nach die neuen Therapien auch mit neuen Nebenwirkungen assoziiert?

Ja. Umso mehr, als die neuen Therapien auch in Kombination mit den «klassischen» Behandlungsformen angewandt werden. Die typischen Nebenwirkungen der Chemotherapie sind ja Alopezie, Knochenmarkstoxizität, Mukositis und/oder chemotherapieinduzierte Übelkeit und Erbrechen, wobei letztere heute durch kombinierte Antiemetika besser beherrschbar sind. Anders ist das bei den zielgerichteten Therapien, die einhergehen mit Dermatitis, Diarrhö, Hypothyreose, Fatigue oder Asthenie, und den Immuntherapien, die Autoimmunreaktionen induzieren können (Exanthem, Hepatitis, Kolitis, Thyreoiditis, Hypophysitis etc.). Auch Arzneimittel-Interaktionen kommen vor. Es ist äusserst wichtig zu unterscheiden, ob eine Kolitis durch einen viralen Erreger oder durch eine Immuntherapie hervorgerufen wurde, denn danach richtet sich das therapeutische Vorgehen. Entsprechend sind dann die verschiedenen Disziplinen/Fachrichtungen zu informieren, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind (Notaufnahme, Intensivstation, Gastroenterologie, Endokrinologie etc.). Mit dem Aufkommen der zielgerichteten Therapien zur oralen Einnahme hat jedoch das Pflegepersonal den Zugang zum Patienten verloren. Der Arzt schreibt ein Rezept, der Patient geht in die Apotheke, und das war's. An dieser Stelle sinkt meiner Meinung nach die Qualität der Patientenversorgung. Deshalb bekommt in unserem Hause jeder Patient einen Termin bei einer Pflegefachperson, die ihm die Nebenwirkungen der Therapie und die diesbezügliche Überwachung erklärt, bevor eine zielgerichtete Therapie eingeleitet wird. Die Pflegefachperson kann dann auch bestimmte Medikamente zur Behandlung von Nebenwirkungen empfehlen – natürlich in Absprache mit dem Arzt, aber sie steht im Vordergrund.

Wächst die Zahl der Pflegefachpersonen und Onkologen mit der Zahl der Patienten?

Wir werden alles dafür tun. In Fribourg wie in anderen Zentren werden Pflegepersonal und Ärzte aufgestockt. Aber wie können wir schon genau wissen, wie viele Fach-

«Heute führen die Patienten oft noch jahrelang ein gutes Leben, nur eben mit der Krankheit.»

personen wir in 5–10 Jahren brauchen werden? Der Anstieg der Patientenzahlen hängt natürlich mit dem Wachstum und der Alterung der Bevölkerung zusammen. Darüber hinaus steigt jedoch mit der zunehmenden Wirksamkeit der Behandlungen auch die Zahl der Patienten, die langfristig mit einer Krebserkrankung leben, und diese Zahl ist die wichtigere und nur schwer abzuschätzen.

Wie ist mit Patienten umzugehen, die eine Krebserkrankung überlebt haben?

Es gibt grundsätzlich zwei Gruppen von Patienten. Die eine Hälfte will nach der Heilung nie mehr ins Krankenhaus zurückkehren und möchte wieder ein ganz normales Leben führen. Die andere Hälfte wünscht sich anhaltende Nachsorge und hält den Kontakt mit dem Onkologie-Team, mit Unterstützung des behandelnden Arztes. Aber wie hoch sind die Risiken für geheilte Patienten? Natürlich kann die Krankheit rezidivieren. Auch verzögert auftretende Nebenwirkungen der Behandlung sind möglich. Bei einigen Krebsarten, die bei jungen Menschen auftreten (z.B. Hodenkrebs, Hodgkin-Lymphom), bin ich für eine Nachbeobachtungszeit von 20 Jahren, mit Kontrollen in jährlichen oder zweijährlichen Abständen, um genau diese späten Nebenwirkungen zu erfassen. Bei Patienten unter chronischer Behandlung teilen wir je nach Region die Nachsorge zwischen Krankenhaus und behandelndem Arzt auf.

Wo besteht Verbesserungsbedarf in der Patientenversorgung?

Bei uns und ganz allgemein in der Schweizer Strategie (Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017) müssen wir die onkologische Rehabilitation von Langzeitüberlebenden verbessern. Das betrifft vorrangig zwei Bereiche. Der erste ist, dass der Patient wieder Vertrauen in seinen Körper gewinnt – durch jegliche Aktivitäten, die ihm Freude machen. Der zweite und schwierigere Bereich ist die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. Die Patienten

sind motiviert. Sie haben eine schwere Krankheit durchgemacht, ihren Krebs überlebt. Sie kommen 1 bis 2 Mal im Monat zur Kontrolle ins Krankenhaus, und sie sind in bester Verfassung. In dieser Situation hat der Arbeitgeber das Recht, sie zu entlassen. Wir arbeiten derzeit am Aufbau einer Plattform zusammen mit den Arbeitgebern, der Krebsliga und der Invalidenversicherung, um die Rückkehr ins Berufsleben zu erleichtern. Einige Patienten mit metastasiertem Melanom sind 10 Jahre nach der Diagnose und Behandlung topfit. Ihr Tumor ist nachweisbar, entwickelt sich aber nicht weiter. Sind das nun Patienten oder Menschen, die mit Krebs leben? Wir haben es hier mit einer chronischen Krankheit zu tun, die eine neue Versorgung und Rehabilitation erfordert.

Wie sehen Sie die Zukunft der Onkologie?

Die Zukunft gehört den Kombinationstherapien. Ob es sinnvoll ist, Immuntherapien und gezielte Therapien zu kombinieren, bin ich mir nicht so sicher. Aber Kombinationen aus Chemo- und Immuntherapien sind äusserst interessant, da die Chemotherapie den Tumor empfäng-

licher für die Immuntherapie machen könnte. Ich bin schon sehr gespannt, welche Studienergebnisse hierzu auf den nächsten Kongressen präsentiert werden. Die Grundlage für diese Zukunft bildet die klinische Forschung. Jeder Patient, der an einer klinischen Studie teilnehmen kann, sollte es auch tun – zumal Teilnehmer klinischer Studien besser behandelt und besser überwacht werden. Studien bieten die Chance, eine bessere Behandlung zu bekommen als den bisherigen Standard. Und sie motivieren auch das Pflegefachpersonal. Die neue Hoffnung, die eine klinische Studie bringt, ist für die Patienten ebenso wichtig wie für das Behandlungsteam.

Literatur

Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017

http://www.nsk-krebsstrategie.ch/wp-content/uploads/2015/08/KLS_Nationale-Strategie-gegen-Krebs_Bericht_d_52-Seiten.pdf

> **Das Interview wurde mit freundlicher Unterstützung der Firma Vifor AG geführt.**



ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS
CONGRÈS SOINS EN ONCOLOGIE
CONGRESSO CURE ONCOLOGICHE

20. SCHWEIZER ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS 20^{ÈME} CONGRÈS SUISSE DES SOINS EN ONCOLOGIE 20° CONGRESSO SVIZZERO DI CURE ONCOLOGICHE

22.03.2018 - KURSAAL BERN/BERNE/BERNA



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologica Svizzera www.onkologiepflege.ch – www.soinsoncologiesuisse.ch

Flüssigkeit am Lebensende

Erleben der parenteralen Hydratation in der End-of-Life Care

Riccarda Jegi, Evelyn Rieder

Die künstliche Flüssigkeitszufuhr am Lebensende ist ein Thema mit hohem Diskussionspotenzial. In der Fachliteratur existieren keine eindeutigen Empfehlungen. Für Patienten und Angehörige ist es ein emotionales Thema, nicht zuletzt, weil Wasser ein Symbol des Lebens ist.

Flüssigkeit am Lebensende

Am Lebensende von schwerkranken Menschen verändert sich aufgrund des schlechten physischen und psychischen Zustandes oft das Ernährungs- und Trinkverhalten. Laut BIGORIO (2009) tritt die Dehydratation am Lebensende bei den meisten Patienten auf. Dann kann Flüssigkeit enteral via Magensonde, parenteral oder rektal substituiert werden. Jedoch wird das Für oder Gegen parenterale Hydratation am Lebensende kontrovers diskutiert und für Pflegefachpersonen sind die Entscheide der Betroffenen für oder gegen parenterale Flüssigkeit nicht immer nachvollziehbar. Das Erleben der parenteralen Hydratation ist sehr vielfältig und abhängig von vielen Faktoren, beispielsweise von der Kultur und bereits gemachten Erfahrungen der Betroffenen. Gründe dafür können einerseits mangelndes Fachwissen sein. Andererseits kennen die Pflegenden selten Werte oder Haltungen von Patienten gegenüber Flüssigkeitszufuhr. Im klinischen Alltag treten häufig Diskussionen mit Patienten und Angehörigen zur parenteralen Hydratation auf, welche starke emotionale Aspekte enthalten, da Flüssigkeitsverabreichung mit Zuwendung und Fürsorge (Caring) verbunden wird (Kränzle, 2011). Wenn kaum noch getrunken wird, verspüren Angehörige eine Ohnmacht, da sie das Gefühl haben, nichts mehr tun zu können.

«Das Für oder Gegen parenterale Hydratation am Lebensende wird kontrovers diskutiert.»

Fragestellung und Methode

Im Rahmen der Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) wurde folgender Fragestellung nachgegangen: «Wie erleben erwachsene Patienten und deren Angehörige die parenterale Hydratation in der End-of-Life Care?». Mittels einer systematisierten Literatursuche in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, Cochrane Library, AMED und PsycINFO wurden je drei qualitative und quantitative Studien ausgewählt und kritisch analysiert.

Palliative Care in der Schweiz

In der Schweiz gab es im Jahr 2012 rund 40 000 Palliativpatienten. Schätzungsweise erhöht sich diese Zahl bis ins Jahr 2032 auf 53'000 (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2012). Dadurch werden Pflegefachpersonen immer häufiger mit dem Thema der parenteralen Hydratation am Lebensende konfrontiert sein.

End-of-Life Care

End-of-Life Care bedeutet die Betreuung eines Patienten am Lebensende oder in der letzten Lebensphase. End-of-Life Care ist ein Teilgebiet in der letzten Phase der Palliative Care (Knipping & Abt-Zegelin, 2007).

Parenterale Hydratation

Bei fehlender oraler Flüssigkeitsaufnahme kann die Flüssigkeit subkutan oder intravenös verabreicht werden. Die subkutane Verabreichung ist vorzuziehen, da diese ein geringeres Risiko für eine Volumenüberlastung aufweist und der intravenösen Form in der Wirkung gleichkommt (BIGORIO, 2009; Eychmüller, 2001). Mit parenteraler Hydratation ist ausschliesslich die Zufuhr von Flüssigkeit als Volumenersatz, aber keine Kalorienzufuhr gemeint. Als Synonym wird der Begriff Rehydratation verwendet, welcher die Kompensation eines Flüssigkeitsdefizites bei Dehydratation meint (Escher & Colombo, 2014). Das Ziel der parenteralen Hydratation am Lebensende ist, Dehydratationssymptome zu lindern oder zu verhindern (Eychmüller, 2001). Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen parenteraler Hydratation mit 1000 ml/Tag



und 100 ml/Tag und dem Einfluss auf Dehydratations-symptome sowie auf die Lebensqualität (Bruera et al., 2013). Mögliche Hoffnungen könnten sein, dass die parenterale Hydratation lebensverlängernd ist oder ohne parenterale Hydratation Durst empfunden wird. In der Literatur sind jedoch keine Hinweise zu finden, dass die parenterale Hydratation einen Einfluss auf das Überleben hat (Bruera et al., 2013; Eychmüller, 2001). Ausserdem hat Durst am Lebensende keinen Zusammenhang mit dem Hydratationszustand, sondern mit Xerostomie (Dalal et al., 2009; Eychmüller, 2001).

Obwohl die parenterale Hydratation eine häufige Praxis ist, existieren in der Forschung keine Standards oder Studien zur genauen Anwendung bei Patienten am Lebensende, sondern nur Empfehlungen (BIGORIO, 2009; Bruera et al., 2013; Eychmüller, 2001; Raijmakers et al., 2011).

Terminale Dehydratation

Dies wird definiert als «klinischer Zustand von sterbenden Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, eine ausreichende Menge Flüssigkeit zu sich zu nehmen» (Burge, 1993 zitiert in Feichtner, 2014, S. 128). Es findet ein langsamer Verlust an Wasser und Elektrolyten statt, was ein physiologischer Teil des Sterbeprozesses ist (Wüller, 2014). Mögliche Symptome sind Fatigue, Kopfschmerzen, Vertigo, Nausea, Halluzinationen, Somnolenz und Myoklonien (Bruera et al., 2013; Knipping & Abt-Zegelin, 2007). Durch die Dehydratation werden körpereigene Endorphine ausgeschüttet, welche analgetisch wirken können (Dalal et al., 2009; Eychmüller, 2001).

Erleben der Patienten und Angehörigen

Obwohl keine Kalorien zugeführt werden, denken 75 % der Betroffenen, dass parenterale Hydratation auch Ernährung ist (Mercadante et al., 2005). Ebenso wird beschrieben, dass parenteral hydrierte Patienten wieder Appetit haben und mehr essen (Cohen et al., 2012).

Patienten äussern, dass sich durch die künstliche Hydratation ihr Wohlbefinden steigert, Schmerzen gelindert werden und sie mehr Energie haben (Cohen et al., 2012). Bei über 90 % hat die parenterale Hydratation einen positiven psychologischen Effekt (Mercadante et al., 2005). Ausserdem denken Angehörige, dass künstliche Hydratation bei Symptomen wie Schwäche, Schmerz, Nausea und trockener Haut hilfreich ist. Dehydratation wird von Patienten und Angehörigen mit Schmerzen assoziiert (Parkash & Burge, 1997). Hingegen

äussert die Hälfte der Patienten einer anderen Studie, dass künstliche Flüssigkeitszufuhr das Leiden verstärken könnte (Morita et al., 1999).

Die parenterale Flüssigkeitszufuhr wird als essentiell für das Überleben betrachtet und die Mehrheit glaubt, dass ohne parenterale Hydratation ein vorzeitiger Tod eintritt (Cohen et al., 2012; Parkash & Burge, 1997; Morita et al., 1999). Gemäss Cohen et al. (2012) kann die parenterale Hydratation eine angstlindernde Wirkung haben. Im Gegensatz dazu berichten Betroffene in der Studie von Morita et al. (1999), dass künstliche Hydratation Angstsymptome verstärken kann.

Vielfach wird die künstliche Hydratation als medizinische Behandlung betrachtet. Dabei sieht die Mehrheit der Betroffenen die subkutane Applikation als weniger effektiv als die intravenöse Applikationsart. Ausserdem gibt die parenterale Hydratation Hoffnung auf Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität (Cohen et al., 2012; Mercadante et al., 2005). Nur rund 20 % der Patienten erleben künstliche Flüssigkeitszufuhr als sinnlos, da sie den unvermeidbaren Tod hinauszögere (Morita et al., 1999; Parkash & Burge, 1997).

Oft haben Angehörige das Gefühl, dass man «einfach etwas tun muss» (Musgrave et al., 1996); das Vorhalten der Flüssigkeitssubstitution wird als Aufgeben empfunden (Parkash & Burge, 1997).

«Die Entscheidung betreffend parenteraler Hydratation soll immer individuell getroffen werden.»

Empfehlungen für die Praxis

Die parenterale Hydratation am Lebensende wird sehr unterschiedlich erlebt und ist von vielen Faktoren, wie früheren Erfahrungen, Religion, Kultur und dem Wissen zur parenteralen Hydratation, abhängig. Demzufolge sollte die Entscheidung betreffend parenteraler Hydratation immer individuell getroffen werden. Ein Informationsgespräch sollte möglichst früh initiiert werden, solange der Patient noch entscheidungsfähig ist. Es

sollen Vor- und Nachteile der parenteralen Hydratation erläutert werden und auf Werte, welche durch unterschiedliche Kulturen/Religionen mit Flüssigkeit verbunden werden, eingegangen werden. Die Flüssigkeitsgabe kann nicht isoliert diskutiert werden, sondern es sollen zudem klare Ziele und Massnahmen – wie beispielsweise intensive Mundpflege – besprochen werden und die Angehörigen und Patienten dazu angeleitet werden. Zudem sollen falsche Vorstellungen – wie z. B. Angst vor dem Verdursten – gezielt angesprochen werden.

> Riccarda Jegi
Dipl. Pflegefachfrau
Bachelor of Science Pflege
Nesslerenweg 96
3084 Wabern
riccarda.jegi@gmail.com

> Evelyn Rieder MNS
Dozentin ZHAW

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

KEYNOTES

Hydratation en fin de vie Vécu en matière d'hydratation parentérale dans les soins de fin de vie

Sujet L'hydratation parentérale en fin de vie fait l'objet de controverses. Le vécu de l'hydratation parentérale dépend de certains facteurs tels que la culture et les expériences passées des personnes concernées.

Apport de connaissances Selon une étude, la majorité des patients pensent que l'absence d'hydratation parentérale entraîne une mort prématurée. Les patients déclarent qu'une hydratation artificielle augmente leur bien-être, atténue les douleurs et leur donne davantage d'énergie. En revanche, la moitié des patients interrogés dans le cadre d'une autre étude affirment qu'un apport en liquide artificiel accroît leurs souffrances.

Dans la pratique La décision relative à l'hydratation parentérale doit être prise au cas par cas et ne peut être débattue sans tenir compte des objectifs et des autres mesures telles que l'hygiène bucco-dentaire. Il convient de fixer un entretien informatif le plus tôt possible tant que le patient est encore en mesure de prendre une décision.

Idratazione in fin di vita L'esperienza dell'idratazione parenterale nella cura End-of-Life

Argomento L'idratazione parenterale in fin di vita è controversa. L'esperienza dell'idratazione parenterale dipende da fattori culturali e dall'esperienza acquisita delle persone ammalate.

Acquisire conoscenze In uno studio emerge che la maggior parte dei pazienti crede che si verifichi una morte prematura senza idratazione parenterale. I pazienti esprimono che attraverso l'idratazione artificiale aumenta il benessere, si allevia il dolore e aumenta l'energia. Un altro studio invece indica che per la metà dei pazienti l'idratazione artificiale aumenta la sofferenza.

Contesto nella pratica clinica La decisione riguardante l'idratazione parenterale dovrebbe essere fatta individualmente e non può essere discussa senza considerare gli obiettivi e altre misure, come l'igiene orale. Un colloquio informativo deve essere svolto il prima possibile, finché il paziente è ancora in grado di prendere decisioni autonomamente.

Prozedurale Schmerzen in der Onkologie: wie ist ein belastendes Symptom identifizierbar?

Prävalenz der Schmerzen beim Portanstech bei erwachsenen Personen

Katja Marty, Beatrix Kissling, Dr. Monika Bühler Skinner, Prof Dr. Romy Mahrer Imhof

Schmerzen sind bei Personen mit onkologischen Erkrankungen ein weit verbreitetes Phänomen. Prozedurale Schmerzen entstehen auch aufgrund von Therapie- oder Diagnostikmassnahmen. Es ist bekannt, dass bei Kindern das Anstechen des Portsystems mit Schmerzen assoziiert ist. Bisher gibt es nur wenige Studien, die prozedurale Schmerzen bei erwachsenen Personen mit einer onkologischen Erkrankung untersucht haben. Die Studie im Rahmen der Masterarbeit untersuchte die Häufigkeit des Auftretens von prozeduralen Schmerzen beim Anstechen des Portsystems bei Erwachsenen.

Hintergrund

Schmerzen sind bei onkologisch erkrankten Personen ein bekanntes Phänomen und gehören zu den belastenden Symptomen. Der Schmerz kann vom Tumor selbst, oder durch therapeutische oder diagnostische Interventionen bedingt sein (Ripamonti, Bossi, Santini & Fallon, 2014).

Onkologische Therapien sind vielfältig und bestehen aus Chirurgie, Radiotherapie, Hormontherapie oder Chemotherapie sowie auch aus einer Kombination verschiedener Therapieansätze (Margulies, Kroner, Gaisser & Bachmann – Mettler, 2011). Die periphere Verabreichung von Zytostatika kann Nebenwirkungen und Komplikationen, wie lokale Reizung der Venen, Thrombose oder Extravasation hervorrufen (Margulies et al., 2011). Diese Komplikationen führen dazu, dass eine erneute Verabreichung der Medikamente über diese Vene erschwert ist und die Anzahl misslungener Punktionen zunimmt (Bow, Kilpatrick & Clinch, 1999). Schmerzen, durch misslungene Venenpunktionen, haben eine negative Auswirkung auf das Erleben der Therapie (Margulies et al., 2011). Ein mit Schmerzen verbundene Einlage eines peripheren venösen Zugangs kann zu einer verminderten Compliance mit der medikamentösen Therapie führen (Kahlili et al., 2014).

Ein zentraler Venenkatheter, wie zum Beispiel ein Portsystem, kann die Angst vor wiederholter peripherer Venenpunktion und damit verbundener Schmerzen verringern (Schiffer et al., 2013). Das Ausbleiben einer peripheren venösen Punktion wird von 42 % der Patienten als positiv betrachtet (Goosens, Vrebos, Stas, DeWever & Frederickx, 2005). Allerdings gibt es auch im Umgang mit Portsystemen Komplikationen und Nebenwirkungen,

zum Beispiel Infektionen, Okklusionen oder Schmerzen beim Anstechen des Portsystems. Es ist bekannt, dass für Kinder das Anstechen des Portsystems schmerzhaft ist (Lüllmann et al., 2010). Es kann angenommen werden, dass dies auch für Erwachsene zutrifft.

Bislang gibt es keine publizierte Studie die den Anstichschmerz des Portsystems bei Erwachsenen quantifizierte und mögliche Faktoren, die die Schmerzen beim Anstechen beeinflussen, untersuchte. Im Rahmen einer Masterarbeit wurde daher die Häufigkeit des Auftretens von prozeduralen Schmerzen beim Anstechen des Portsystems bei Erwachsenen und die assoziierten beeinflussenden Faktoren untersucht.

Methode

Für diese Pilotstudie wurde das Design einer Querschnittstudie gewählt. Die Studie wurde im onkologischen Ambulatorium sowie der onkologischen Tagesklinik eines tertiären Spitals in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt. Täglich werden dort ungefähr hundert Personen mit einem soliden Tumor oder einem Lymphom behandelt. Rund ein Drittel dieser Personen hat ein Portsystem. Die Studie wurde durch die Kantonale Ethikkommission Zürich (KEK-ZH Nr. 2015-0100) geprüft und bewilligt.

Sampling

Alle Teilnehmer wurden konsekutiv in die Studie aufgenommen. Eingeschlossen wurden Teilnehmer ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer onkologischen Diagnose, die sich zwischen dem 1. Juni 2015 und dem 30. September 2015 in Behandlung befanden und ein implantiertes Portsystem hatten. Jeder Teilnehmer konnte nur einmal an der Studie teilnehmen.

Datensammlung

Neben den demographischen und medizinischen Daten aus dem Klinikinformationssystem wurde mit Hilfe des Datensammlungsformulars direkt beim Teilnehmer der Schmerz während des Anstichs sowie die Angst vor dem Anstechen jeweils mittels visueller Analogskala (VAS) erhoben. Am linken Ende der Linie steht die Bezeichnung «kein Schmerz» beziehungsweise «keine Angst» und am rechten Ende der Linie steht die Bezeichnung «schlimms-



ter vorstellbarer Schmerz», respektive «schlimmste vorstellbare Angst». Der Teilnehmer markiert auf dieser Linie mit einem Stift die Intensität seiner Schmerzen und die Intensität seiner Angst vor dem Anstich.

Die Pflegefachperson, die das Portsystem anstach, erfasste die Nadelgrösse, die Körperposition des Teilnehmers während des Anstichs, ob das Anstechen nach der institutionseigenen Richtlinie erfolgte und ob, und wenn ja, wie lange beim Teilnehmenden ein lokales Schmerzmittel (EMLA®-Pflaster) appliziert war. Das EMLA®-Pflaster enthält die Wirkstoffe Lidocain und Prilocain und wird als topische Anästhesie der intakten Haut in Verbindung mit kleineren Eingriffen wie z.B. venösen Punktionen oder vor dem Anstechen des Portsystems eingesetzt.

Datenanalyse

Alle Daten wurden hinsichtlich ihrer Vollständigkeit, Korrektheit, Konsistenz und Struktur geprüft. Es zeigten sich 0–6,2 % fehlende Werte in den gesamten Daten. Die Daten zu den Variablen Schmerz während dem Anstich sowie die Angst vor dem Anstich waren vollständig vorhanden. Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe der Statistiksoftware IBM SPSS 23.0 durchgeführt. Im Rahmen der univariaten Analyse wurden für kategorische Variablen die absoluten und relativen Häufigkeiten und für numerischen Variablen (je nach Normalverteilung) der Mittelwert und die Standardabweichung bzw. der Median und die 25 % und 75 % Quartilen, die die Interquartile Range (IQR) definieren, berechnet. Wo angebracht wurden exakte 95 % Konfidenzintervalle berechnet. Das Signifikanzniveau für statistische Tests wurde bei Alpha .05 festgelegt.

Der Cut-off Point von ≥ 30 mm wurde vorgängig von der Erstautorin gewählt für die Gruppeneinteilung. In den

internen Richtlinien wird ein Schmerz ≥ 30 mm auf der NRS (Numerische Rating-Skala) als der Schmerz bezeichnet, welcher einer Intervention zur Linderung der Schmerzen bedarf.

Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum erfüllten 94 Personen die Einschlusskriterien. Letztlich nahmen an der Studie 81 Personen teil. Das Alter der Teilnehmer lag im Mittel bei 58.99 ($\pm 14,14$) Jahren. Es nahmen 41 Männer (50,6 %) und 40 Frauen (49,4 %) teil. Von den Teilnehmenden waren 74 (91,4 %) an einem soliden Tumor und 7 (8,6 %) an einem Lymphom erkrankt (Tab. 1).

Variablen	Gesamt n=81	Teilnehmer ohne Schmerzen (VAS < 30 mm) n=74	Teilnehmer mit Schmerzen (VAS $\geq$ 30 mm) n=7
Alter			
M $\pm$ SD (min. / max)	58,99 $\pm$ 14,14 (21 / 81)	59,26 $\pm$ 14,15 (21 / 81)	56,14 $\pm$ 14,85 (28 / 74)
Geschlecht n (%)			
männlich	41 (50,6 %)	37 (50 %)	4 (57,1 %)
weiblich	40 (49,4 %)	37 (50 %)	3 (42,9 %)
Diagnose n (%)			
solider Tumor	74 (91,4 %)	68 (91,9 %)	6 (85,7 %)
Lymphom	7 (8,6 %)	6 (8,1 %)	1 (14,3 %)

n=Anzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Tabelle 1: Demographische Daten der Stichprobe

Schmerz während des Anstichs des Portsystems

Der Schmerz für die gesamten Teilnehmer (n=81) lag im Median bei 7,0 mm auf der VAS (IQR= 0, 16,5; Min. 0, Max. 100). 57 Teilnehmenden (70,4 %) gaben Schmerzen

Variablen	Gesamt n=81 (100 %)	Patienten mit Schmerzen (VAS > 0,1 mm) n=57 (70,4 %)	Patienten mit Schmerzen (VAS $\geq$ 30 mm) n=7 (8,6 %)
Schmerz Median [IQR]	7,0	12,0	47,0
[95 % CI]	[0,0; 16,5]	[5,0; 19,5]	[34,0; 100,0]
M $\pm$ SD	[8,0; 16,3]	[8,0; 16,3]	[30,0; 100,0]
(min. / max)	12,16 $\pm$ 18,70 (0 / 100)	12,16 $\pm$ 18,70 (1 / 100)	60,1429 $\pm$ 31,08 (30 / 100)

n=Anzahl, Median, IQR=Interquartilrange, 95 % CI=95 % Konfidenzintervall, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Schmerz 0=kein Schmerz, 100=schlimmster vorstellbarer Schmerz

Tabelle 2: Schmerzen

Variablen	Gesamt n=81 (100 %)	Teilnehmer ohne Schmerzen (VAS > 30 mm) n=74 (91,4 %)	Teilnehmer mit Schmerzen (VAS ≥ 30 mm) n=74 (91,4 %)	Teststatistik	p-Wert
Angst gesamt Median	0 [0, 11,0]	0 [0, 8,0]	16 [0, 44,0]	Z=-1,311	0,19
[95 % CI]	[0,0; 2,0]	[0,0; 2,0]	[0,0; 74,0]		
M ± SD	9,49 ± 18,27	8,26 ± 16,85	22,57 ± 27,92		
(min. / max)	(0 / 85)	(0 / 85)	(0 / 74)		

Median, IQR=Interquartilrange, 95 % CI=Konfidenzintervall, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Mann-WhitneyU-Test, 0=keine Angst, 100=schlimmste vorstellbare Angst

Tabelle 3: Angst

>0,1 mm auf der VAS an, der Median lag bei 12,0 mm (IQR= 5, 19.5; Min. 1, Max. 100). Sieben Teilnehmende (8,6 %) äusserten Schmerzen ≥30,0 mm auf der VAS. Der Median lag in dieser Gruppe bei 47,0 mm (IQR= 34,0, 100.0; Min. 30.0, Max. 100) (Tab. 2).

Angst

Die Analyse zeigte, dass der Median für das Empfinden von Angst vor dem Anstich für alle Teilnehmer (n=81) 0,0 mm auf der VAS betrug (IQR=0, 11.0; Min. 0, Max. 85). In der Gruppe ohne Schmerzen (n=74) lag der Median für Angst bei 0.0mm auf der VAS (IQR=0, 8.00; Min. 0, Max. 85), in der Gruppe mit Schmerzen ≥30.0mm (n=7) war die Angst 16.0mm (IQR=0.0, 44.0; Min.0, Max. 74.0), (Z=-1.311, p=0.19) (Tab. 3).

Schmerzmedikation

Zehn Teilnehmer (12,3 %) nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung dauerhaft schmerzlindernde Medikamente ein. Alle sieben Teilnehmer (100 %) mit Schmerzen ≥30,0mm während dem Portanstich, waren ohne dauerhafte Schmerzmedikation (x²=1.079 (1), p=0.588) (Tab. 4).

EMLA®-Pflaster und Applikationsdauer von EMLA®-Pflaster

Insgesamt hatten zum Zeitpunkt des Portanstichs 25 der 81 Teilnehmer (30,9 %) ein EMLA®-Pflaster appliziert. Von den Teilnehmern ohne Schmerzen beim Portanstich (n=74) hatten 24 Teilnehmer (32,4 %) ein EMLA®-Pflaster appliziert. In der Gruppe mit Schmerzen ≥30.0mm war ein Teilnehmer mit einem EMLA®-Pflaster (14,3 %) und

Variable	Gesamt	Teilnehmer ohne Schmerzen (VAS > 30 mm)	Teilnehmer mit Schmerzen (VAS ≥ 30 mm)	Teststatistik	p-Wert
Schmerzmedikation n	n=81	n=74	n=7	X ² =1,079 (1)	0,588
Ja	10 (12,3 %)	10 (13,5 %)	0 (0 %)		
Nein	71 (87,7 %)	64 (86,5 %)	7 (100 %)		
EMLA Appliziert n	n=81	n=74	n=7		
Ja	25 (30,9 %)	24 (32,4 %)	1 (14,3 %)		
Nein	56 (69,1 %)	56 (69,1 %)	6 (85,7 %)		
Dauer von EMLA in Minuten	n=25	n=24	n=1		
Median [IQR]	60,0 [55,0, 105]	60,0 [60,0, 112,5]			
[95 % CI]	[60, 90]	[60, 90]	45		
M ± SD	74,0 ± 35,0	75,21 ± 35,21			
(min. / max.)	(30/165)	(30/165)			

n=Anzahl, Median, IQR=Interquartilrange, 95 % CI=Konfidenzintervall, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Chi²-Test

Tabelle 4: Schmerzmedikation und ELMA

«Alle Studienteilnehmer,
welche das EMLA®-Pflaster
mindestens 60 Minuten
vor der Applikation aufklebten,
verspürten keine Schmerzen.»

sechs Teilnehmer (85,7 %) ohne EMLA®-Pflaster. Der Median der Applikationszeit lag in der Gruppe ohne Schmerzen (n=24) bei 60 Minuten (IQR=60.0; 112.5, Min. 30 Minuten, Max. 165 Minuten). Die Person mit EMLA®-Pflaster in der Schmerzgruppe hatte das Pflaster für 45 Minuten aufgeklebt (Tab. 4).

Diskussion

Die Studie zeigt, dass 8,6 % der Teilnehmer Schmerzen beim Anstechen des Portsystems äusserten.

Bei diesen Teilnehmenden zeigte sich eine grössere Angst vor Schmerzen als bei den Teilnehmenden ohne Schmerzen. Die Ergebnisse dieser Studie sind mit jener von Walsh, (1993; zit. in Carr und Mann, 2009) vergleichbar, die zeigte, dass Patienten welche mehr Angst vor der Intervention haben auch grössere Schmerzen erleiden.

In dieser Studie verspürten alle Teilnehmer keine Schmerzen, welche das EMLA®-Pflaster länger als 60 Minuten vor der Applikation aufklebten. Ein Studienteilnehmer, der das Pflaster nur 45 Minuten vorher appliziert hatte, äusserte jedoch Schmerzen. Dieses Resultat ist in Übereinstimmung mit Lüllmann et. al. (2010) Studie, die zeigte, dass Kinder beim Anstechen des Portsystems signifikant weniger Schmerzen äussern, wenn sie 60 Minuten vor dem Eingriff ein EMLA®-Pflaster appliziert bekommen.

Einige Teilnehmer fügten auf dem Datensammlungsformular handschriftlich aus, dass es für sie sehr wichtig sei, wer das Portsystem ansteche und dass dies auf das Schmerzempfinden einen Einfluss habe. Margulies et al. (2011) zeigten, dass wenn geübte Pflegefachpersonen die Punktionen korrekt durchführten, die Patienten weniger Angst und Schmerzen empfanden. Auf Grund der kleinen Stichprobe und der grossen Zahl

anstechender Pflegepersonen konnte nicht statistisch ausgewertet werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Pflegeperson und Schmerzempfinden gibt. Da in unserer Studie im onkologischen Ambulatorium und in der onkologischen Tagesklinik nur Pflegefachpersonen angestellt sind, die über die nötigen fachlichen Qualifikationen verfügen und im Umgang mit dem Portsystem und dem Anstechen des Portsystems geübt sind, kann angenommen werden, dass dies einen positiven Einfluss auf das Schmerzerleben der Teilnehmer hatte.

Limitationen

Die Subgruppenanalyse ergab keinen Faktor, welcher einen signifikanten Einfluss auf das Schmerzerleben hatte. Ein Grund dafür ist sicherlich die kleine Stichprobe. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss dies berücksichtigt werden.

Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis

Die Studie konnte aufzeigen, dass für 8,6 % der Teilnehmer das Anstechen des Portsystems schmerzhaft ist. Es ist bekannt, dass das EMLA®-Pflaster mehr Schmerzlinderung herbeiführt, wenn es mindestens 60 Minuten vor der Intervention appliziert wird. Pflegefachpersonen sollten sich dessen bewusst sein. Deshalb ist es wichtig, dass Patienten, welche ambulant zur Behandlung erscheinen, ein Pflaster mit nach Hause erhalten, um es frühzeitig vor der Intervention anbringen zu können. Vor allem bei Patienten, die schon Schmerzen empfunden haben, ist es besonders wichtig die Möglichkeit der Schmerzlinderung durch das korrekte Anbringen eines EMLA®-Pflasters anzubieten. Die Pflegesprechstunde bietet eine gute Möglichkeit, die Patienten über die nötigen Interventionen im Rahmen der Therapie zu informie-

ren und Möglichkeiten zur Schmerzlinderung zu erläutern. Die gezielte Informationsabgabe kann dem Patienten Sicherheit geben und ihm helfen die Kontrolle über die Situation zu bewahren. Da sich auch in dieser Studie gezeigt hat, dass Patienten die Ursache für ihren Schmerz beim Anstechen bei der Kompetenz der Pflegefachperson sehen, ist die Schulung der Pflegefachpersonen im Umgang mit dem Portsystem zur Erlangung von Sicherheit und Kompetenz unabdingbar.

> **Korrespondenzadresse:**

Katja Marty
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich
katjamarty@gmx.ch

> **Beatrix Kissling**

UniversitätsSpital Zürich

> **Dr. Monika Bühler Skinner**

Universität Zürich,
Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention

> **Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof**

Nursing Science & Care GmbH, Winterthur

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

KEYNOTES

Douleurs induites par les soins en oncologie : comment un symptôme stressant peut-il être identifié ? Prévalence des douleurs lors d'une injection dans le port-a-cath chez des adultes

Sujet Un port-a-cath peut atténuer la peur induite par des ponctions veineuses périphériques répétées et les douleurs associées. Aucune étude n'a jusqu'à ce jour quantifié la douleur liée à l'injection dans le port-a-cath chez les adultes ni étudié les éventuels facteurs d'influence de ces douleurs.

Apport de connaissances Notre étude démontre que 7 participants (8,6 %) sur 81 se sont plaints de douleurs lors de l'injection dans le port-a-cath. Ces 7 participants ont également exprimé une peur plus importante de la douleur que les autres. Au cours de cette étude, aucun des participants ayant porté le pansement EMLA® plus de 60 minutes avant l'application n'a ressenti de douleurs.

Dans la pratique Durant la consultation de traitement ou lors des soins prodigués quotidiennement, il est indispensable de sensibiliser les patients aux douleurs qu'ils sont susceptibles de ressentir lors de l'injection dans le port-a-cath. Il convient de proposer aux patients des moyens appropriés pour atténuer ou empêcher ces douleurs.

Dolore procedurale in oncologia: come si identifica un sintomo stressante?

La prevalenza del dolore negli adulti durante l'apertura dell'accesso venoso centrale

Argomento Un accesso venoso centrale può potenzialmente ridurre la paura di ripetute punture venose periferiche e il dolore a esso collegato. Finora non esiste uno studio che quantifichi negli adulti la puntura dell'accesso venoso centrale e individui i possibili fattori che influenzano il dolore mentre viene inserito l'ago.

Acquisire conoscenze Lo studio mostra che 7 partecipanti (8,6 %) degli 81 partecipanti hanno sentito dolore durante la puntura dell'accesso venoso centrale. Questi partecipanti hanno manifestato inoltre una maggiore paura del dolore rispetto ai partecipanti senza dolore. In questo studio tutti i partecipanti che hanno applicato il cerotto EMLA® patch più di 60 minuti prima dell'applicazione non hanno sentito dolore.

Contesto nella pratica clinica Durante il colloquio di cura o nell'assistenza quotidiana, i pazienti devono essere informati sul possibile dolore durante la puntura dell'accesso venoso centrale. Al paziente devono essere proposte delle misure adeguate per alleviare o prevenire il dolore.

Sexualität – ein oft übersehener Aspekt der Lebensqualität nach allogener Stammzelltransplantation

Pflegerische Informationsmöglichkeiten zum Thema Sexualität: Ergebnisse einer Master of Advanced Studies (MAS)-Arbeit

Hanka Berger, Anja Kröner

Die Nebenwirkungen einer allogenen Stammzelltransplantation können Sexualität stark beeinträchtigen. In der medizinischen Versorgung ist diese Thematik jedoch oft ein Tabu. Pflegefachpersonen sollten Sexualität ansprechen und Patient(inn)en Bedürfnisorientiert informieren.

Frau N., 38 Jahre, bemerkte mehrere Wochen nach der allogenen Stammzelltransplantation vermehrten Haarwuchs, Hyperpigmentierung und trockene Vaginalschleimhäute. Es fiel ihr schwer, Intimität zuzulassen und bei sexueller Aktivität hatte sie starke Schmerzen. Angesichts einer lebensbedrohlichen Erkrankung trat Sexualität zwar zunächst in den Hintergrund. Jedoch zeigte sich, dass sie für das eigene Selbstwertgefühl und die Lebensqualität bedeutsam ist. Da die Krebserkrankung von Frau N. die sexuelle Funktion nicht unmittelbar beeinflusste, erfolgte kein ärztliches oder pflegerisches Gespräch zu diesem Thema. Die Patientin fühlte sich alleingelassen und sprachlos.

Dieses Beispiel führt vor Augen, dass es wichtig ist, dem Thema Sexualität nach einer Stammzelltransplantation pflegerische Aufmerksamkeit zu widmen. Frau N. ist eine der 240 Patient(inn)en, die 2015 in der Schweiz eine allogene Transplantation erhielten. Bei einer hämatologischen oder lymphatischen Erkrankung verbessert sich dadurch die Überlebenschance (Thygesen, Schjødt, & Jarden, 2012). Je nach Alter, Erkrankung, Komorbidität und Aggressivität der Grunderkrankung erhalten die Patient(inn)en eine «reduzierte Konditionierung» oder eine «myeloablative Konditionierung». Dabei handelt es sich um eine Hochdosis-Chemotherapie mit oder ohne Ganzkörperbestrahlung bzw. mit oder ohne Antikörpertherapie (Herr, Theobald, Ehninger, Einsele, & Meyer, 2015). Um eine Immun- und Abstoßungsreaktion des Transplantates zu verhindern, erfolgt eine Immunsuppression (Yi & Syrjala, 2009). Bei bis zu 70 % aller transplantierten Patienten(inn)en tritt eine chronische Abstoßungsreaktion («Graft-versus-Host Disease»; GvHD) ein (Hilgendorf et al., 2015). Sie ist lebensbedrohlich und kann zu Komplikationen führen, welche die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigen (Herr et al.,

2015). Die Behandlung einer GvHD löst häufig weitere Probleme aus (Hilgendorf et al., 2015). Auch die Immunsuppression und die Toxizität der Therapie können die körperlichen Funktionsfähigkeit langfristig beeinträchtigen (Mosher, Redd, Rini, Burkhalter, & DuHamel, 2009). Somit besteht die Gefahr, dass Probleme und Komplikationen nach der allogenen Stammzelltransplantation die körperliche Funktion, das psychosoziale Wohlbefinden sowie die soziale Interaktionen der Patient(inn)en bedeutend beeinflussen und sich auf ihre Lebensqualität auswirken (Mosher et al., 2009).



«Sexualität ist ein oft übersehener Aspekt der Erholung und Lebensqualität nach lebensbedrohlichen Erkrankungen.»

(Thygesen et al., 2012; Tierney, 2004)

Hoher Informationsbedarf zum Thema Sexualität

Sexualität ist ein oft übersehener Aspekt der Erholung und Lebensqualität nach lebensbedrohlichen Erkrankungen (Thygesen et al., 2012; Tierney, 2004). Dabei gilt es zu bedenken, dass Sexualität ein zentraler Teil der eigenen Identität und des Selbstwertgefühls ist und somit auch einen Bestandteil der allgemeinen Gesundheit darstellt. Sexualität umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten, um Zuneigung zu zeigen, beispielsweise Intimität und Berührung (Krebs, 2007). Trotz öffentlicher Präsenz in den Medien ist Sexualität nach wie vor ein Tabuthema in der medizinischen Versorgung (Shell, 2007). Beein-

flusst eine Krebserkrankung die sexuelle Funktion einer Patientin bzw. eines Patienten nicht unmittelbar, findet kein Gespräch zu diesem Thema statt (Shell, 2007). Ein erfülltes Sexualleben ist jedoch oft heilsamer als viele Medikamente und kann mit einem hohen Gesundheitsgewinn verbunden sein (Briken & Berner, 2013). Studien belegen, dass transplantierte Patient(inn)en mehr Informationen zu diesem Thema wünschen und kaum Auskunft erhalten (Cooke, Grant, & Gemmill, 2012; Zettl & Hartlapp, 2008). Umso wichtiger ist es, das Thema Sexualität in der Nachsorge und Rehabilitation zu berücksichtigen (Herr et al., 2015).

Viele Patient(inn)en sprechen nicht freiwillig über sexuelle Probleme. Sie würden es jedoch schätzen, wenn Fachpersonen die Initiative ergreifen und Zeit finden, über diese Thematik mit ihnen zu reden und ihre sexuellen Probleme sorgfältig zu ermitteln (Krebs, 2007; Wilmoth, 2007). In der Praxis zeigt sich, dass dies noch kein fester Bestandteil in der Versorgung von Patient(inn)en mit einer onkologischen Erkrankung ist. Die Thematik findet während und nach der Therapie noch keine ausreichende Aufmerksamkeit (Krebs, 2007; Olsson, Berglund, Larsson, & Athlin, 2012; Shell, 2007).

Um diesem hohen Informationsbedürfnis in der Praxis zu entsprechen, stand das Thema Sexualität bei allogener Stammzelltransplantation im Zentrum einer MAS-Arbeit. Das Ziel lag darin, Vorschläge zu erarbeiten, wie Pflegefachpersonen diese Thematik besser erfassen und Informationen bedürfnisorientiert an Patient(inn)en weitergeben können.

Methode

Eine Literaturrecherche in Pubmed, Embase, CINAHL, PsychInfo, Psynindex und Cochrane ergab 154 Studien zum Thema Sexualität, sexuelle Dysfunktionen und Informationsabgabe. Zehn Studien der letzten 15 Jahre wurden in die Analyse einbezogen. Aus der kritischen Beurteilung und Zusammenfassung der Erkenntnisse entstand ein Leitfaden für halbstrukturierte Expertengespräche. Folgende Fachpersonen wurden zu den erwähnten Themen aus der Literatur interviewt:

- > eine diplomierte Pflegefachfrau, die seit mehr als zehn Jahren Patient(inn)en im Ambulatorium vor und nach der Stammzelltransplantation betreut
- > eine Psycho-Onkologin und Sexualtherapeutin
- > einen Leitenden Arzt mit über vierzig Jahren Erfahrung bei der Betreuung von Patient(inn)en in allen Phasen der allogenen Stammzelltransplantation.

Resultate

Vielfältige sexuelle Dysfunktionen

Nach der Stammzelltransplantation berichten Frauen und Männer über sexuelle Dysfunktionen und Probleme, die unterschiedlich ausgeprägt sind (Li et al., 2015; Noerskov, Schjødt, Syrjala, & Jarden, 2016). Bei Frauen sind die bekanntesten Dysfunktionen vaginale Trockenheit, Reizungen, Schmerz und Dyspareunie (Dyer et al., 2015; Humphreys, Tallman, Altmaier, & Barnette, 2007; Noerskov et al., 2016). Bei Männern tritt häufig eine erektile Dysfunktion auf, ebenso Ejakulationsprobleme (Claessens, Beerendonk, & Schattenberg, 2006; Humphreys et al., 2007; Noerskov et al., 2016). Verminderte Libido, Stenosen, Veränderungen und Geschwüre an den äusseren Geschlechtsorganen können bei Frauen und Männern auftreten (Dyer et al., 2015; Lee, 2011; Li et al., 2015). Die genitale chronische GvHD hat einen grossen Einfluss auf sexuelle Dysfunktionen (Claessens et al., 2006; Dyer et al., 2015; Li et al., 2015; Nørskov, Schmidt, & Jarden, 2015).

Wie die klinische Erfahrung zeigt, kommt es häufig vor, dass Patient(inn)en nach der Transplantation Sexualität vermeiden, unter anderem aufgrund des veränderten Körperbildes durch Hyperpigmentierung oder vermehrtem Haarwuchs infolge der Immunsuppression.

Pflegerische Informationen

Die Autor(inn)en der analysierten Studien empfehlen, mit den Patient(inn)en über Sexualität und sexuelle Dysfunktionen zu sprechen und gezielte Interventionen einzuleiten. Dabei erweist es sich als wichtig, Patient(inn)en darauf hinzuweisen, dass Sexualität mehr ist als nur Geschlechtsverkehr (Nørskov et al., 2015). Auch Intimität und Berührung gehören dazu.

Bereits die Möglichkeit, über das Thema zu reden, senkt die Funktionsprobleme und führt zu einer zufriedenstellenden Sexualität auf einem akzeptablen Level (Humphreys et al., 2007; H. G. Lee et al., 2002; Syrjala, Kurland, Abrams, Sanders, & Heiman, 2007). Besondere Aufmerksamkeit sollte bei den Gesprächen die chronische genitale GvHD erhalten (Cooke et al., 2012; Dyer et al., 2015). Dies bestätigt sich auch im klinischen Alltag. Besonders im ambulanten Bereich besteht ein hoher Bedarf, über Sexualität bei chronischer genitaler GvHD zu sprechen.

Zu welchem Zeitpunkt sollten Informationen erfolgen?

Wie sich eine Transplantation auf die sexuelle Gesundheit und die Fruchtbarkeit auswirkt, sollten Patient(inn)en

«Das Screening und die Information der Patient(inn)en sollten sich an Leitlinien orientieren.»

bereits im Vorfeld erfahren (Dyer et al., 2015). Ein regelmässiges Screening ist empfehlenswert (Li et al., 2015). Über den richtigen Zeitpunkt sind sich jedoch weder die Studien noch die Expert(inn)en einig. Das Screening und die Information der Patient(inn)en sollten sich an Leitlinien orientieren. Da die Thematik aber sehr individuell ausgeprägt ist, gilt es den Zeitpunkt der Informationen auf die Bedürfnisse der Patient(inn)en abzustimmen.

Empfehlungen für die Praxis

Im Universitätsspital Zürich erhalten jährlich etwa 55 Patient(inn)en eine allogene Stammzelltransplantation. Anfang 2017 begannen die Pflegefachpersonen, das Austrittsmanagement nach allogener Stammzelltransplantation zu überarbeiten. In den Rahmen dieses Projekts waren die Themen Sexualität und sexuelle Dysfunktionen integriert.

Die Patient(inn)en erhalten mündliche und schriftliche Informationen, unter anderem ein USZ-Informationsblatt beim Austritt sowie die Broschüre der Stiftung Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe über Sexualität nach allogener Stammzelltransplantation.

In der ambulanten Nachbetreuung der Patient(inn)en nach allogener Stammzelltransplantation erfolgt ein regelmässiges Screening gemäss den Empfehlungen des National Institute of Health (NIH), das die behandelnden Ärzt(inn)en durchführen (Jagasia et al., 2015).

In der klinischen Praxis ist folgendes Vorgehen empfehlenswert:

- Es ist wichtig, sexualitätsbezogenen Problemen früh genug Beachtung zu schenken und sie nicht zu unterschätzen.
- Die Initiative, über das Thema Sexualität zu sprechen, sollte von den Fachpersonen kommen.

KEYNOTES

La sexualité, un aspect souvent négligé de la qualité de vie après une transplantation allogénique de cellules souches
Possibilités d'informations dans le cadre des soins infirmiers sur le thème de la sexualité : résultats d'un travail pour un Master of Advanced Studies (MAS)

Sujet Les effets secondaires d'une transplantation allogénique de cellules souches peuvent nuire fortement à la sexualité. Jusqu'à présent, ce thème n'a reçu que trop peu d'attention, alors qu'il est essentiel pour la qualité de vie des patientes et patients.

Apport de connaissances La littérature de recherche et les expertes cliniques recommandent d'aborder le thème de la sexualité avec ce groupe de patients. Le moment de la discussion à mener et le contenu des informations à fournir dépendent des besoins individuels des patientes et patients.

Dans la pratique Actuellement, les patientes et patients ne bénéficient d'informations sur la sexualité et ses troubles que s'ils posent des questions. Il convient d'ancrer structurellement les explications sur le sujet dans le cadre d'une transplantation allogénique de cellules souches et de les fournir sous la forme d'informations orales et écrites.

La sessualità – un aspetto spesso trascurato della qualità di vita dopo il trapianto allogenico di cellule staminali

Fonti informative di cura sul tema della sessualità: risultati di una tesi del Master of Advanced Studies (MAS).

Argomento Gli effetti collaterali di un trapianto di cellule staminali allogenico possono influenzare fortemente la sessualità. Finora, è stata prestata troppa poca attenzione a tale argomento e questo nonostante ciò sia rilevante per la qualità di vita del paziente.

Acquisire conoscenze Gli studi e le esperte cliniche consigliano di affrontare l'argomento della sessualità in questo gruppo di pazienti. La tempistica e il contenuto delle informazioni dovrebbero orientarsi alle esigenze individuali dei pazienti.

Contesto nella pratica clinica Attualmente i pazienti ricevono informazioni sulla sessualità e sulle disfunzioni sessuali solo se lo chiedono. La spiegazione riguardante questo tema dovrebbe essere ancorata in maniera strutturale nel quadro di uno trapianto di cellule staminali allogeniche e basarsi su informazioni scritte e orali.

- > Bevor ein Gespräch über die Thematik erfolgen kann, ist das Einverständnis der Patient(inn)en notwendig.
- > Kulturelle Sensibilität ist bedeutsam. In bestimmten Kulturen ist die Thematik besonders schambehaftet und tabuisiert.
- > Es braucht ein feines Gespür, um zu erkennen, wann Patient(inn)en offen und bereit sind, über dieses Thema zu sprechen.
- > Der Zeitpunkt des Screenings und der Information sollte auf die individuellen Bedürfnisse der Patient(inn)en abgestimmt sein.
- > Schriftliches Informationsmaterial kann unterstützend sein. Die Broschüre der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe eignet sich gut.

Im ambulanten Bereich sind die zeitlichen, räumlichen und personellen Ressourcen häufig begrenzt. Daher stellt das Austrittsgespräch im stationären Bereich eine Möglichkeit dar, die Thematik zur Sprache zu bringen und den Patient(inn)en Informationsmaterial mitzugeben.

> Hanka Berger
MAS in Oncological Care,
Kalaidos FH Department Gesundheit
Fachexpertin Pflege
Klinik für Hämatologie,
Stammzell-Transplantationsstation OST E 4
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100, 8091 Zürich
hanka.berger@usz.ch, hankaberger@gmx.ch

> Dr. Anja Kröner, PhD, RN
Pflegeexpertin Cancer Center
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100, RAE D 44
8091 Zürich
anja.kroener@usz.ch

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

Konsequent praxisorientiert:
MAS/DAS/CAS FH in
ONCOLOGICAL CARE
berufsbegleitend
modular
fundiert



Krebskranke Menschen und ihre Angehörigen brauchen eine optimale Pflege, die auf aktuellem Forschungswissen basiert, ihren Zustand und ihre Lebenssituation kompetent analysiert, die pflegerischen Interventionen gezielt auswählt und reflektiert umsetzt.

Der berufsbegleitende MAS Studiengang in Oncological Care dauert minimal 2 Jahre. Die Module können auch 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 | Complex Care | Geriatric Care | Home Care | Management of Healthcare Institutions | Nephrological Care | Neuro/Stroke | Oncological Care | Palliative Care | Pflege- und Gesundheitsrecht | Rehabilitation Care | Transformationen managen | Transplantationspflege | Wound Care | Wissenschaftspraxis

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



Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz

Die Hochschule für Berufstätige.



Eidgenössisch akkreditierte und
 beaufsichtigte Fachhochschule

KALG1706

Soins de support en oncologie

Contribution infirmière à l'évaluation positive du système de santé

Sandy Decosterd

Les soins de support définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie et au-delà, se pratiquent en association avec les traitements anticancéreux spécifiques mis en place, voire en l'absence de traitement ou après la fin de ceux-ci.

La formidable explosion des connaissances en oncologie et les possibilités de traitement décuplées ont donné aux soins de support une nouvelle dimension avec l'espérance de vie prolongée des patients, la possibilité de retour au travail pour certains en âge actif, ou la vie avec un cancer dont l'évolution est ralentie.

Des guidelines de prise en charge des symptômes chimio-induits sont largement suivis et adressent dorénavant les effets secondaires dermatologiques des thérapies ciblées ou les propositions spécifiques au suivi des immunothérapies. Les professionnels dessinent le périmètre du soutien de l'âme et diverses disciplines se penchent dorénavant au chevet de patients qui peuvent vivre plusieurs décennies avec un cancer. L'organisation coordonnée des différentes compétences impliquées se précise. La collaboration interprofessionnelle devient un impératif, à contre-courant de ce monde où l'autonomie et l'individualité prévalent. Elle permet la prise en charge des patients poly morbides de manière intégrative, sans considérer le projet thérapeutique comme une addition de recommandations spécifiques qui ne seraient plus pertinentes dans une perspective globale.

Quels enjeux pour le futur ?

L'augmentation de l'incidence et de la prévalence du cancer, la chronicisation de la maladie vont demander une adaptation conséquente des ressources du réseau de santé pour maintenir les objectifs de qualité de vie annoncés pour les patients et leurs proches. De plus, si le partenariat avec le patient et l'appui sur ses capacités d'autogestion répondent à ces valeurs sociales qui mettent l'individu au centre, les difficultés émotionnelles en lien avec le maintien de l'espoir, la capacité à faire face à des progressions de la maladie subséquentes à des lignes de traitements démultipliées, sont une autre affaire.

La responsabilité et l'autonomie souhaitées par le patient ne nous amènera pas de répondre à des besoins en soutien émotionnels et de quête de sens.

Les soins relationnels indispensables

C'est au travers du lien parfois ténu ou d'autres fois profond et réciproque que se jouent des enjeux cruciaux pour les patients et leurs proches. Cependant ce lien avec le patient et ses proches doit sans doute aussi être reconsidéré. Sa place est bien plus qu'une relation sociale et bien autre que le cocooning. Pour répondre à des impératifs d'efficacité, l'infirmière doit professionnaliser encore le soin relationnel. Ainsi, plutôt que de subir l'aspect négatif des pertes liées à l'évolution du système de santé, nous avons l'opportunité d'envisager cette contribution professionnelle de manière positive. En effet, l'infirmière experte en oncologie doit pouvoir déployer les soins au travers d'une interface ambulatoire complexe, d'une hospitalisation raccourcie, d'une trajectoire intercalant hospitalisation et consultations ambulatoires multiples et amener dans ce rythme changeant, l'essence de l'expertise relationnelle et du soutien. Par ses connaissances, par les modèles qui guident sa pratique, par ses capacités d'écoute authentique, par son engagement, l'infirmière est à même de tisser avec le patient et ses proches une réalité possible, entre un projet thérapeutique évolutif et des valeurs prioritaires toujours questionnées et soutenues.



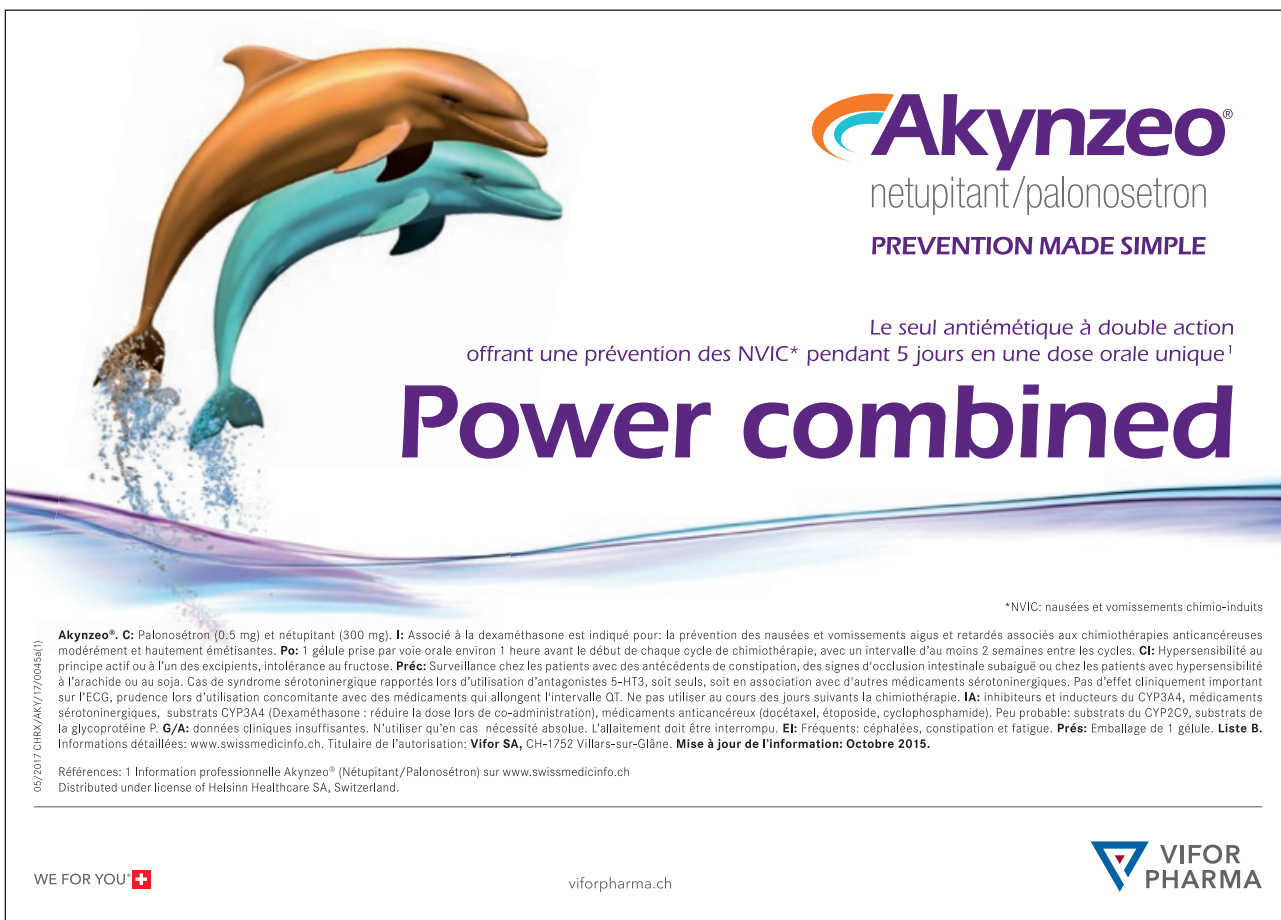
«La collaboration interprofessionnelle devient un impératif.»

Évoluer avec les enjeux

C'est au travers de cette construction de possibles que se trouve la réponse aux enjeux de santé. Les infirmières ont un rôle indispensable qui ne sera pas remis en ques-

tion s'il évolue avec les enjeux qu'il rencontre. La responsabilité leur appartient de travailler leur posture, de mettre à jour leurs connaissances des traitements, des effets secondaires associés, du réseau de soutien existant, des parcours de soins qui évoluent, des nouveaux besoins qui émergent et bien plus largement des moyens techniques novateurs pouvant être mobilisés pour soutenir les trajectoires de vie des patients.

> Sandy Decosterd, Msc
Responsable des soins,
Département d'oncologie
Hôpitaux universitaires de Genève
sandy.decosterd@hcuge.ch



Akynzeo®
netupitant/palonosetron
PREVENTION MADE SIMPLE

Le seul antiémétique à double action
offrant une prévention des NVIC* pendant 5 jours en une dose orale unique¹

Power combined

*NVIC: nausées et vomissements chimio-induits

Akynzeo®. C: Palonosetron (0,5 mg) et netupitant (300 mg). I: Associé à la dexaméthasone est indiqué pour: la prévention des nausées et vomissements aigus et retardés associés aux chimiothérapies anticancéreuses modérément et hautement émétisantes. Po: 1 gélule prise par voie orale environ 1 heure avant le début de chaque cycle de chimiothérapie, avec un intervalle d'au moins 2 semaines entre les cycles. CI: Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, intolérance au fructose. Pré: Surveillance chez les patients avec des antécédents de constipation, des signes d'occlusion intestinale subaiguë ou chez les patients avec hypersensibilité à l'arachide ou au soja. Cas de syndrome sérotoninergique rapportés lors d'utilisation d'antagonistes 5-HT₃, soit seuls, soit en association avec d'autres médicaments sérotoninergiques. Pas d'effet cliniquement important sur l'ECG, prudence lors d'utilisation concomitante avec des médicaments qui allongent l'intervalle QT. Ne pas utiliser au cours des jours suivants la chimiothérapie. IA: inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4, médicaments sérotoninergiques, substrats CYP3A4 (Dexaméthasone: réduire la dose lors de co-administration), médicaments anticancéreux (docétaxel, étoposide, cyclophosphamide). Peu probable: substrats du CYP2C9, substrats de la glycoprotéine P. G/A: données cliniques insuffisantes. N'utiliser qu'en cas nécessité absolue. L'allaitement doit être interrompu. Et: Fréquents: céphalées, constipation et fatigue. Prés: Emballage de 1 gélule. Liste B. Informations détaillées: www.swissmedicinfo.ch. Titulaire de l'autorisation: **Vifor SA**, CH-1752 Villars-sur-Glâne. Mise à jour de l'information: Octobre 2015.

05/2017 CHR/ARX/17/0045a(1)
Références: 1 Information professionnelle Akynzeo® (Nétupitant/Palonosetron) sur www.swissmedicinfo.ch
Distributed under license of Helsinn Healthcare SA, Switzerland.

WE FOR YOU 

viforpharma.ch

 **VIFOR PHARMA**

Progrès médicaux et cancer : Vers une complémentarité médecins/infirmières

Médecin-chef du service de médecine interne de l'hôpital de Fribourg, le Prof. Daniel Betticher est spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale. Riche d'une longue expérience clinique, il répond aux questions relatives à l'évolution des traitements et leur impact sur les missions des médecins et des infirmières.

Comment avez-vous vu évoluer les traitements en oncologie ?

Le développement des traitements s'est fait par vagues. Jusque dans les années 1995, il y avait la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie qui avaient montré leurs limites d'efficacité. L'arrivée des premières thérapies ciblées comme le rituximab (1998) et le gefitinib (2004) a apporté beaucoup d'espoir avec des résultats spectaculaires pour certains patients. Vers les années 2010, nous avons réalisé que dans la majorité des cas ces traitements ciblés ne permettraient pas de guérir. Actuellement, nous vivons une nouvelle vague très prometteuse avec l'immunothérapie (Fig.1). Il faut savoir qu'il existe deux « formes » de cancer. Il y a les cancers portant une grande charge de mutations génétiques ou « tumeurs sales », souvent en lien avec le style de vie (tabac, alcool, exposition au soleil). Il tirera un meilleur bénéfice de l'immunothérapie. De l'autre côté, « les tumeurs propres », qui ont acquis, par malchance, une (des) mutation(s) dans des gènes impliqués dans la pro-

lifération cellulaire et l'apoptose. Ce groupe-là bénéficiera d'une thérapie ciblée.

Le diagnostic a également évolué. Que pensez-vous de l'apport de l'analyse génomique dans la prise en charge du patient ?

L'analyse génomique est de plus en plus nécessaire. Je suis persuadé que bientôt nous aurons le profil génétique de chaque tumeur. Déjà, aujourd'hui, lorsque nous avons un patient lourdement traité dont la maladie progresse, nous demandons un séquençage NGS (Séquençage de l'ADN à haut débit de nouvelle génération (next-generation sequencing) sur 52 gènes. Nous regardons le(s) gène(s) muté(s) et s'il y existe une thérapie ciblée associée éventuellement indiquée dans d'autres maladies. Auparavant, nous faisons une seule biopsie au moment du diagnostic. Maintenant, de nouvelles biopsies sont réalisées dès progression de la maladie, voire même des biopsies liquides pour certains cancers du poumon. Celles-ci permettent l'analyse de l'ADN tumoral (acide désoxyribonucléique) circulant à partir d'une prise de sang. Bien



Prof. Dr. med. Daniel Betticher



Figure 1 : évolution des options thérapeutiques en oncologie

que peu sensible, elles sont très spécifiques. L'augmentation de la sensibilité des séquenceurs permettrait une utilisation lors du diagnostic et un suivi de l'apparition des mutations au cours des traitements.

Etes-vous optimiste sur les traitements d'immunothérapie ?

Cela dépend de l'objectif fixé. Si, c'est la guérison, ce serait irréaliste. Il ne faut plus chercher le médicament miracle. Par contre, si le but est d'améliorer la situation du patient, oui, je suis optimiste. Le patient arrivera à mieux vivre, en bonne santé, avec son cancer. Car oui, il peut être en bonne santé malgré sa tumeur, c'est-à-dire, ne pas avoir de symptômes, être socialement intégré et psychologiquement en équilibre. Et nous obtenons ces résultats avec l'immunothérapie pour certains patients.

Devant la complexité des tumeurs et des traitements, comment définir la stratégie thérapeutique optimale ?

La question est : « est-ce qu'un seul médecin peut tout savoir ? ». En oncologie, aujourd'hui, non, ce n'est plus possible. Il faut travailler en équipe avec une répartition des charges de travail. Je veille absolument à ce que le travail de l'infirmière* et du médecin soit complémentaire. Le médecin a un temps avec le patient pour l'informer de la maladie, des traitements, des objectifs et des soutiens. L'infirmière, en administrant les traitements, accompagne le malade. Elle verra son évolution et proposera, tel un buffet, les soins de support pour que le patient vive mieux sa maladie. Et ceci est complémentaire. Il est important que les médecins sachent ce que font les infirmières et réciproquement. C'est pour cela que les infirmières peuvent

participer aux colloques multidisciplinaires « les tumor-boards » afin de suivre l'évolution des patients, de leurs traitements et d'anticiper le besoin en soins de support. La complémentarité est également inter-médecins et inter-infirmières. Certains médecins se spécialisent sur certains types de cancers et les infirmières sur certains symptômes engendrés par la maladie.

Estimez-vous que les soins de support ont beaucoup évolué ?

Absolument. Les effets indésirables (nausées, vomissements, fatigue, douleurs...) sont bien contrôlés et la qualité de vie améliorée. Actuellement, la prise en charge est globale (Fig. 2). Et pourquoi ? Il y a 20 ans, la survie médiane d'un patient atteint d'un cancer métastatique du poumon ou du côlon était de 6 à 12 mois. Il fallait faire des soins de confort et palliatifs. Maintenant, les patients vivent bien, des années, mais avec la maladie. Ils doivent recevoir des traitements et les soins de support prennent toute leur importance. L'infirmière joue là tout son rôle pour répondre aux besoins du patient.

Avez-vous vu apparaître de nouveaux effets secondaires associés aux nouveaux traitements ?

Oui. D'autant plus que ces traitements peuvent être associés aux traitements « classiques ». Pour la chimiothérapie, les effets secondaires sont l'alopecie, la myélotoxicité, les mucites et/ou les nausées et vomissements chimio-induits, ces derniers étant aujourd'hui mieux contrôlés grâce aux antiémétiques combinés. Ce n'est pas la même chose pour les thérapies ciblées associées à des dermatites, diarrhées, hypothyroïdie, fatigue, asthénie et l'im-

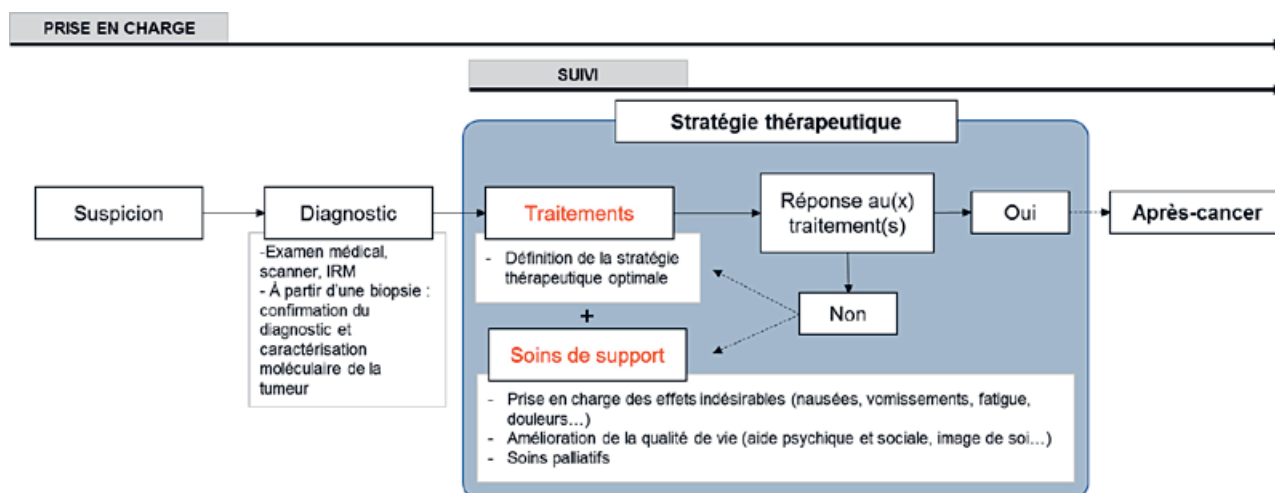


Figure 2 : Déroulement de la prise en charge en oncologie

munothérapie avec les maladies auto-immunes induites (exanthème, hépatite, colite, thyroïdite, hypophysite etc.). Et il y a des interactions. Il faut absolument faire la différence entre une colite virale ou provoquée par l'immuno-thérapie. La prise en charge sera différente. Il faut donc informer les différentes disciplines/spécialités qui s'occupent du patient (service des urgences, soins intensifs, gastroentérologues, endocrinologues etc.). Mais avec l'arrivée des traitements ciblés à prise orale, l'infirmière n'avait plus accès au patient. Le médecin donnait l'ordonnance au patient qui allait à la pharmacie, et c'était tout. Et là, à mon avis la qualité de prise en charge du patient diminue. C'est pour cette raison que dans notre institution chaque patient suit une consultation infirmière afin d'expliquer les effets secondaires des traitements et leur surveillance avant d'initier la thérapie ciblée. L'infirmière pourra conseiller certains médicaments pour les effets secondaires, bien sûr en collaboration avec le médecin, mais elle sera au premier plan.

Est-ce que le nombre d'infirmières et d'oncologues suit l'évolution du nombre de patients ?

Nous ferons tout pour. A Fribourg comme dans les autres centres, il y a une augmentation du personnel soignant et de médecins. Mais comment évaluer les effectifs indispensables dans 5 à 10 ans ? Parce que l'augmentation du nombre de patients est liée à l'augmentation de la population et à son vieillissement. De plus, avec l'efficacité croissante des traitements, il y a également une forte hausse du nombre de patients vivant avec un cancer, et ce dernier point est le plus important et difficilement estimable.

Comment gérer les survivants du cancer ?

Il y a deux groupes de patients. La première moitié souhaite ne plus revenir à l'hôpital et reprendre une vie normale après guérison. La deuxième moitié désire poursuivre leur contrôle et garder le contact avec l'équipe d'oncologie, avec l'aide du médecin traitant. Mais quel est le risque pour le patient guéri ? Il y a évidemment le risque de rechute. Ensuite, ce sont les effets secondaires tardifs des traitements. Pour certains cancers touchant les jeunes (par exemple cancer testiculaire, maladie de Hodgkin), je préfère un suivi sur 20 ans pour capter ces effets secondaires tardifs avec une fréquence de contrôle tous les ans ou tous les 2 ans. Pour les patients sous traitement chronique, et selon les régions, nous partageons les contrôles entre l'hôpital et le médecin traitant.

Quels sont les points à améliorer dans la prise en charge des patients ?

Chez nous, et plus globalement dans la stratégie nationale suisse (Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017), il faut améliorer la réadaptation oncologique des survivants. Elle touche deux volets. Le premier est de retrouver la confiance en son corps au travers toute activité procurant du plaisir. Le deuxième volet, plus difficile, est la réinsertion professionnelle. Les patients en ont envie. Ils viennent de subir une maladie grave, un cancer. Ils vont 1 à 2 fois par mois à l'hôpital pour un contrôle, et sont en pleine forme. Et là, l'employeur a le droit de les congédier. Nous sommes en train de créer une plateforme avec les employeurs, la Ligue Contre le Cancer et l'Assurance Invalidité pour faciliter leur retour au travail. Certains patients avec un mélanome métastatique sont en bonne forme 10 ans après le diagnostic et le traitement. Leur tumeur est détectable mais n'évolue pas. Alors est-ce que ce sont des patients ou des personnes avec cancer ? Nous sommes bien sur une maladie chronique qui nécessite une nouvelle prise en charge de réadaptation.

Comment voyez-vous l'avenir en oncologie ?

L'avenir est dans l'association de traitements. Associer immunothérapie et thérapie ciblée, je ne sais pas si c'est efficace. Mais associer la chimiothérapie à l'immunothérapie est très intéressant, car la chimiothérapie pourrait rendre la tumeur encore plus vulnérable à l'immunothérapie. Je suis impatient de voir les résultats présentés aux prochains congrès. Cet avenir passe par la recherche clinique. Tout patient qui peut être dans un essai clinique doit l'être, d'autant plus que les patients d'essai clinique sont mieux traités et mieux suivis. C'est la chance de recevoir un traitement potentiellement encore meilleur que le standard. Et c'est aussi une motivation pour les infirmières. Apporter un espoir au travers d'un essai clinique est important pour le patient et pour l'équipe soignante.

> * **Le terme générique infirmière inclut les infirmières et les infirmiers**

> **L'entretien a été soutenu par Vifor SA.**

Bibliographie

Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017

http://www.nsk-krebsstrategie.ch/wp-content/uploads/2015/09/bericht_nsk_f.pdf

I progressi della medicina e il cancro:

Medici e infermieri devono completarsi a vicenda

Il Prof. Daniel Betticher è Specialista in Medicina Interna e Oncologia Medica, è capo del Dipartimento di Medicina Interna presso l'ospedale cantonale di Friburgo. Con i suoi anni di esperienza clinica, risponde alle domande sullo sviluppo delle terapie e sui loro relativi effetti sui compiti dei medici e degli infermieri.

Come descriverebbe l'attuale sviluppo nel campo della terapia del cancro?

Lo sviluppo delle terapie contro il cancro ha avuto un percorso a fluttuazioni. Fino al 1995 circa c'erano come scelte, la radioterapia, la chirurgia e la chemioterapia; queste terapie hanno ormai raggiunto il limite della loro efficacia. Poi sono arrivate le terapie mirate come il Rituximab (1998) e Gefitinib (2004) che hanno suscitato una grande speranza, con il raggiungimento di risultati sensazionali per singoli pazienti. Nei 2010 si è però constatato che anche le terapie mirate non portano alla guarigione completa nella maggior parte dei casi. Nel frattempo, è arrivata l'ondata molto promettente dell'immunoterapia. Ci sono i cosiddetti «tumori sporchi» con una varietà di mutazioni genetiche che sono spesso correlati con lo stile di vita (il fumo, l'alcool, le radiazioni UV). In questi casi con le immunoterapie si ottengono i maggiori benefici. E poi ci sono i «tumori puliti», in cui uno o più geni sono mutati per caso e che sono coinvolti nella proliferazione cellulare e l'apoptosi. I tumori di questo tipo hanno più probabilità di beneficiare di una terapia mirata.

Anche la diagnostica si è evoluta. Quale posto vede per l'analisi del genoma nella cura del paziente?

L'analisi genetica sta diventando sempre più indispensabile. Sono convinto che presto potremo creare un profilo genetico di ogni tumore. Già ora nei pazienti fortemente pretrattati in cui la malattia progredisce, eseguiamo un NGS da 52 geni. Controlliamo il gene o i geni mutati e verifichiamo se ci fosse una terapia mirata, magari anche in un'altra indicazione. In precedenza, la biopsia veniva realizzata solo al momento della diagnosi. Oggigiorno con qualsiasi progressione di malattia viene rifatta una biopsia. Nel caso di alcuni tipi di cancro ai polmoni viene eseguita addirittura una biopsia liquida. Con questo metodo, da un campione di sangue si può isolare il DNA

tumorale circolante e analizzarlo, benché con bassa sensibilità ma con elevata specificità. Se fosse possibile migliorare la sensibilità del sequenziatore, potrebbe essere utilizzato come metodo per la diagnostica e nel monitoraggio delle terapie di supporto impiegandolo nell'insorgenza delle nuove mutazioni.



Prof. Dr. med. Daniel Betticher

E fiducioso a riguardo dell'immunoterapia?

Dipende dall'obiettivo che si ha davanti. Prendere come punto di riferimento la guarigione sarebbe irrealistico. Non dobbiamo sperare in una cura miracolosa. Quando si tratta di migliorare la situazione del paziente, allora sono in ogni caso fiducioso. Il paziente è in grado di vivere meglio con il cancro, se è in buona salute. Perché un buon stato di salute è possibile anche con il tumore; significa non avere dolore, partecipare alla vita sociale ed essere mentalmente equilibrato. E ciò lo raggiungiamo somministrando l'immunoterapia ad alcuni pazienti.

Come trovare la strategia ottimale di trattamento, data la complessità delle malattie e delle terapie tumorali?

Questa è la domanda cruciale: «Può un singolo medico sapere tutto?» In oncologia, la risposta oggi è chiaramente «no». Si deve lavorare in team, distribuendo i compiti. Attribuisco grande importanza affinché gli infermieri e medici si completino a vicenda nel loro lavoro. Il medico ha la sua fascia temporale in cui parla con il paziente di malattia, misure di trattamento, obiettivi e opzioni di supporto. Le infermiere somministrano i trattamenti e accompagnano il paziente. Vedono come evolve e gli offrono, scegliendo tra le opzioni possibili, le misure di sostegno adeguate con cui può vivere meglio la sua malattia. Ed entrambi si completano a vicenda. È importante che i medici sappiano che cosa fanno gli infermieri e viceversa. Perciò ha senso quando gli infermieri partecipano a colloqui interdisciplinari, ai cosiddetti

detti Tumorboards per monitorare il decorso e il trattamento dei pazienti e per riconoscere il futuro fabbisogno di misure di supporto. L'imperativo della complementarità vale quindi anche per i medici e gli infermieri tra di loro. Ci sono medici che si specializzano in certi tipi di cancro, e infermieri, che sono esperti in specifici sintomi.

Secondo la sua visione, ha cambiato molto il sostegno nella cura dei pazienti?

Sicuramente. Gli effetti collaterali come la nausea, il vomito, la stanchezza, il dolore ecc. sono ormai ben controllati, e la qualità di vita è più alta. La cura al paziente è ora olistica. E' perché? 20 anni fa un paziente con un tumore polmonare metastatico o tumore del colon aveva un tempo di sopravvivenza medio di 6 o 12 mesi. Erano richieste misure lenitive e cure palliative. Oggigiorno, i pazienti vivono spesso per anni una buona qualità di vita, nonostante la malattia. Hanno bisogno dei loro trattamenti, e qui entrano in gioco le misure di sostegno e cura. Il personale infermieristico è di fondamentale importanza per soddisfare i bisogni dei pazienti.

Secondo la sua esperienza, le nuove terapie sono anche associate a nuovi effetti collaterali?

Sì. Tanto più perché le nuove terapie sono utilizzate anche in combinazione con le forme «classiche» di trattamento. Gli effetti collaterali tipici della chemioterapia sono l'alopecia, la tossicità midollare, la mucosite e/o la nausea e il vomito indotti dalla chemioterapia, questi ultimi però possono essere oggi meglio controllati da antiemetici combinati. La situazione è diversa nelle terapie mirate che possono provocare dermatiti, diarrea, ipotiroidismo, stanchezza o astenia, e nelle terapie immunitarie che possono provocare reazioni autoimmuni (rash cutanei, epatite, colite, tiroidite, ipofisite ecc). Si possono osservare anche interazioni medicamentose. E' molto importante distinguere se una colite è causata da patogeni virali o dall'immunoterapia perché, a seconda della causa, si può intervenire con una terapeutica mirata. In seguito si devono informare le varie discipline / specializzazioni coinvolte nelle cure del paziente (pronto soccorso, rianimazione, gastroenterologia, endocrinologia ecc.). Con l'introduzione di terapie mirate per via orale, il personale infermieristico ha tuttavia perso il contatto con il paziente. Il medico prescrive una ricetta, il paziente si reca in farmacia, e questo è tutto. A questo punto, a mio parere diminuisce la qualità di cura del paziente. Perciò, nella nostra istituzione ogni paziente riceve un appunta-

mento con un infermiere che gli spiega gli effetti collaterali della terapia e l'adeguato monitoraggio prima di iniziare una terapia mirata. L'infermiere può quindi raccomandare alcuni farmaci per il trattamento di effetti collaterali -naturalmente, in accordo con il medico, anche se prevale sempre l'opinione dell'infermiere stesso.

Crescerà il numero di infermieri e oncologi con l'aumentare dei pazienti?

Faremo di tutto al riguardo. A Friburgo come in altri centri, il personale medico e infermieristico sarà incrementato. Come possiamo tuttavia sapere esattamente di quanto personale avremo bisogno tra 5-10 anni? L'aumento del numero dei pazienti andrà certamente di pari passo con la crescita e l'invecchiamento della popolazione. Inoltre, con l'aumento dell'efficacia dei trattamenti, cresce anche il numero di pazienti che vivono con il cancro a lungo termine, e questo numero è il più importante e il dato più difficile da valutare.

Com'è l'approccio con i pazienti che sono sopravvissuti a una malattia di cancro?

Ci sono fondamentalmente due gruppi di pazienti. Una metà non vuole mai più tornare in ospedale dopo la guarigione e vuole vivere una vita normale. L'altra metà vuole una sorveglianza post-terapia e mantiene i contatti con il team di oncologia, con il supporto del medico curante. Quanto alti sono i rischi per i pazienti guariti? Naturalmente, la malattia può recidivare. Anche gli effetti collaterali tardivi dei trattamenti sono possibili. Per alcuni tipi di cancro che si manifestano nei giovani (ad es. cancro ai testicoli, linfoma di Hodgkin), considero sia necessario un follow-up di 20 anni, con controlli a cadenza annuale o biennale per rilevare con scrupolosità proprio tali effetti collaterali tardivi. Nei pazienti in trattamento cronico consideriamo opportuno, secondo la regione, i follow-up tra l'ospedale e il medico curante.

Dove deve migliorare la cura al paziente?

Da noi, e in generale nella Strategia Svizzera (Strategia Nazionale contro il cancro 2014-2017), dobbiamo migliorare la riabilitazione oncologica di sopravvissuti a lungo termine. Ciò riguarda principalmente due aree. La prima è che il paziente riconquisti la fiducia nel suo corpo, con qualsiasi attività che gli faccia piacere. La seconda e più difficile area è il reinserimento professionale. I pazienti sono motivati. Hanno passato attraverso una grave

malattia, è sono sopravvissuti al loro cancro. 1 o 2 volte al mese arrivano per i controlli in ospedale, e sono in ottime condizioni. In questa situazione, il datore di lavoro ha diritto di licenziarli. Attualmente stiamo lavorando alla realizzazione di una piattaforma insieme a datori di lavoro, Lega Contro il Cancro e assicurazione invalidità per facilitare il ritorno al lavoro. Alcuni pazienti con melanoma metastatico sono in perfetta forma 10 anni dopo la diagnosi e il trattamento. Il loro tumore è rilevabile, ma non in evoluzione. Sono perciò pazienti o persone che vivono con il cancro? Abbiamo a che fare con una malattia cronica che richiede una nuova assistenza e riabilitazione.

Come vede il futuro dell'oncologia?

Il futuro sarà caratterizzato dalle terapie combinate. Non sono così sicuro se ha senso combinare le immunoterapie e terapie mirate. Le combinazioni di chemioterapia e d'immunoterapia sono invece estremamente interessanti dato che la chemioterapia potrebbe rendere il tumore più ricettivo nei confronti dell'immunoterapia. Sono molto curioso di vedere i risultati degli studi che saranno pre-

sentati al riguardo nei prossimi congressi. La base per tale futuro è la ricerca clinica. Ogni paziente che può partecipare a uno studio clinico, dovrebbe anche farlo soprattutto poiché i partecipanti agli studi clinici sono meglio trattati e più attentamente monitorati. Motivano anche il personale infermieristico. La nuova speranza che comporta uno studio clinico è importante sia per il paziente sia per il team curante.

> Abbreviazioni

DNA: Acido desossiribonucleico

EGFR: Recettore del fattore di crescita dell'epidermide

NGS: Next-Generation Sequencing; Hochgeschwindigkeits-DNA-Sequenzierung der nächste Generation

> L'intervista è stata realizzata con il gentile sostegno della ditta Vifor AG.

Literatura

Strategia Nazionale contro il Cancro 2014-2017

http://www.nsk-krebsstrategie.ch/wp-content/uploads/2015/08/KLS_Nationale-Strategie-gegen-Krebs_Bericht_d_52-Seiten.pdf



Giovedì 9 novembre 2017

Centro Eventi Cadempino

Interdisciplinarietà in Oncologia

GIOTI Gruppo d'Interesse Oncologia Ticino

Iscrizione obbligatoria a gioti@bluewin.ch

Informazione e programma www.onkologiepflege.ch



**Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologiche Svizzera**

Sezione Ticino / GIOTI

2. Preis «Förderpreis Onkologiepflege Schweiz»

Nachsorgekonzept bei Brustkrebs

Die weiterführende Betreuung von Patientinnen nach abgeschlossener Brustkrebstherapie

Obwohl Frauen nach einer Brustkrebsbehandlung in ärztlicher Kontrolle bleiben, sind sie im Umgang mit den Folgewirkungen der Behandlung oft auf sich allein gestellt. Eine Arbeitsgruppe des Verbands "Breastcarenurses" hat ein Konzept entwickelt für eine pflegerisch weiterführende Betreuung. Dieses Nachsorgekonzept dient nicht nur den involvierten Breast Care Nurses in ihrer täglichen Arbeit, es unterstützt auch die betroffenen Frauen in der Zeit nach der Behandlung.

Im Schweizer Gesundheitswesen hat die pflegerische Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen gegenwärtig nur einen geringen Stellenwert. Nach Abschluss der adjuvanten Therapien sind die Patientinnen oft alleine mit Beschwerden, Sorgen und Ängsten. Spätfolgen wie Fatigue, Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie, Einschränkungen der Armbeweglichkeit, Körperbildstörungen oder Angst vor Rezidiven belasten den Alltag. Eicher, M. & Marquard, S. (2008) beschreiben, dass Beschwerden nach der Therapie sehr unterschiedlich erlebt werden und das Zurückkehren in den Alltag und in die gewohnten Rollen erschwert ist. In dieser Phase kann die Breast Care Nurse (BCN) als spezialisierte Pflegefachperson wesentlich dazu beitragen, die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Entwicklung des Nachsorgekonzepts

Zur pflegerischen Nachsorge existierten bislang keine nationalen Emp-

fehlungen oder Richtlinien. Eine Gruppe von BCN aus dem Verband «Breastcarenurses» Schweiz erkannte diese Lücke und entwickelte ein pflegerisches Nachsorgekonzept. Dieses besteht aus evidenzbasierten Beratungsinhalten, einem Gesprächsleitfaden, einer Behandlungsübersicht in Form eines Nachsorgepasses sowie aus Evaluationskriterien zur Sicherstellung der Qualität der Pflegetätigkeit.

Inhalt des Konzepts

Der Beratungsteil des Nachsorgekonzepts basiert auf den klinischen Tätigkeiten der Patientenedukation (Anamnese, Information, Koordination etc.). Dabei werden die Anforderungen einer ressourcenorientierten und ergebnisoffenen Beratung berücksichtigt. Die verschiedenen Tätigkeiten werden einzeln beschrieben und sind teilweise mit konkreten Empfehlungen zur praktischen Umsetzung versehen (z. B. das Erfassen psychosozialer Belastungen mittels Distress-Thermometer im Rahmen der Anamnese). Für die Vorbereitung und Durchführung der Beratung steht der BCN ein detaillierter Gesprächsleitfaden zur Verfügung. Dazu gehören auch konkrete Inhalte zu wichtigen Beratungsthemen (Angst, endokrine Therapie, Sexualität, Rückkehr an den Arbeitsplatz etc.), die zusammen mit der Vorlage für einen Nachsorgepass unter www.breastcarenurse.ch bezogen werden können. Mit dem Nachsorgepass behält die Patientin die Übersicht über durchgeführte Behandlungen und geplante Kontrollschritte.

Die im Konzept enthaltenen Evaluationskriterien dienen der BCN als Richtlinie für die qualitative Gestaltung ihrer Arbeit sowie für die regelmässige Selbstevaluation. Die Kriterien können aber auch als Grundlage für eine Intervention im Team oder als Qualitätsnachweis gegenüber Dritten herangezogen werden. So stellen die Kriterien beispielsweise sicher, dass das Beratungsangebot der pflegerischen Nachsorge möglichst allen Patientinnen zur Verfügung steht, die Intensität der Beratung auf die Belastungssituation ausgerichtet ist und die Patientinnen mit Blick auf mögliche Langzeitwirkungen in ihren Selbstmanagement-Fähigkeiten gestärkt werden. Das gesamte Nachsorgekonzept steht als Download unter www.breastcarenurse.ch zur Verfügung.

Festigung der Lotsenfunktion der BCN

Bezogen auf das Rollenbild der BCN (Stufe 1 BCN, 2014) bedeutet das Nachsorgekonzept eine folgerichtige Erweiterung des Tätigkeitsfelds. Durch die zentrale Stellung der BCN bei der pflegerischen Nachsorge wird ihre Lotsenfunktion für die betroffenen Frauen und deren Angehörige gefestigt.

Erste Erfahrungen

Das Nachsorgekonzept ist in einzelnen Spitälern bereits institutionalisiert. Die Erfahrungen sind sehr positiv und bestätigen dessen Mehrwert. Selbstverständlich ersetzt die pflegerische Nachsorge in keinem Fall die ärztliche Nachsorge. Die pflegerische Nachsorge ergänzt die Kontrollen

beim Arzt. Dadurch verbessert sich die Gesamtsituation der betroffenen Frau und ihres Umfelds in der Phase nach der Behandlung entscheidend. Eine möglichst schweizweite Umsetzung des Konzepts wäre erstrebens-

wert. Dadurch liessen sich die Erfolgschancen von Brustkrebsbehandlungen unterstützen.

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

> **Maria Weibel**
BCCN/Fachfrau für gynäkologische Tumorerkrankungen
Kantonsspital Aarau
Frauenklinik/Brustzentrum
maria.weibel@ksa.ch

3^{ème} prix d'encouragement 2017 de Soins en Oncologie Suisse

ELEA

Et les enfants alors ?

Le projet ELEA a pour mission d'offrir un accompagnement et un soutien de qualité aux enfants dont une personne proche est atteinte par une maladie cancéreuse, pendant les différentes étapes de la maladie et après le décès. L'intervenante, infirmière spécialisée dans le domaine de l'oncologie et des soins palliatifs propose une approche personnalisée: des explications spécifiques concernant la maladie et ses conséquences, les traitements et effets secondaires, ainsi qu'un accompagnement dans le processus de deuil.

Introduction

Que sait un enfant de la maladie de son parent ? Que veut-il savoir ? Comment vit-il les changements engendrés par la maladie et les traitements ? Quel espace a-t-il à sa disposition pour poser des questions et exprimer ses émotions ? Que peut-on lui dire ? La région Riviera-Chablais totalise environ 180'000 personnes. Les deux acteurs principaux dans les soins sont le Réseau Santé Haut Léman et l'Hôpital Riviera-Chablais

Vaud-Valais (HRC). Ils offrent un système de soins performant. En 2015, environ 225 personnes entre 18 et 50 ans ont été traitées au sein du Service Interdisciplinaire de Cancérologie. Environ 330 enfants, adolescents et jeunes adultes sont potentiellement concernés par le projet. Ces chiffres ne reflètent que la réalité de l'HRC. Dans un grand nombre de familles, le dialogue parent/enfant existe. Pour toutes les autres familles, il n'existe actuellement aucune structure régionale proposant une aide pour accompagner les enfants concernés.

Cadre de référence

L'intervenante du projet a eu la chance d'être formée par Marie-Dominique Genoud, initiatrice de la Fondation As'trame ainsi que par Jean-Claude Demers, fondateur de l'Association le P.A.S (Préparer, Accompagner, Soutenir). La plupart des outils utilisés lors des rencontres sont tirés de la programmation neuro-linguistique, empruntant des notions d'écoute active et de debriefing. L'intervenante base sa pratique sur les idées centrales des travaux de Françoise Dolto, Erikson et Piaget. Ses

interventions ont été enrichies par les ouvrages de Michel Hanus.

Objectifs et indicateurs du projet ELEA

Le but est d'offrir aux enfants et aux jeunes un espace d'expression et de dialogue, avec l'objectif de diminuer le stress des jeunes concernés, améliorer la qualité de la relation parent/enfant et cheminer dans le processus de changement et/ou de deuil. L'intervention d'ELEA a atteint son but lorsque l'enfant dit comprendre la maladie de son parent et pose des questions face à la situation, qu'il dispose d'un espace de dialogue où il est soutenu et entendu. Il peut exprimer ses émotions, pose des questions et obtient des réponses empreintes de vérité. Entre fin 2015 et début 2016, l'intervenante du programme ELEA a eu l'opportunité de rencontrer quatre enfants. Vous allez découvrir l'histoire de Myriam, neuf ans. Sa Maman a été mise en contact avec l'équipe mobile de soins palliatifs dans laquelle travaille l'intervenante du projet. La raison de l'intervention d'une équipe spécialisée est la gestion de symptômes, en lien

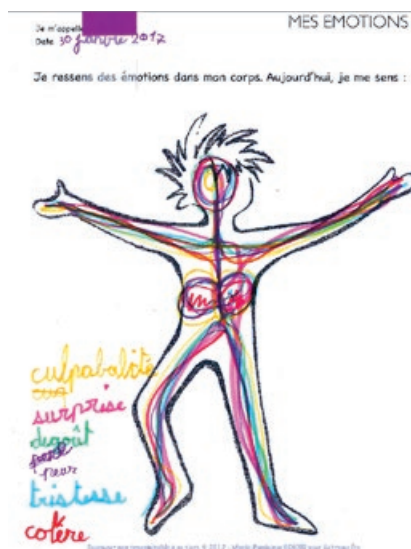


Fig.1 : « Après votre intervention, mon petit-fils ne se réveillait plus la nuit. Ses cauchemars ont cessé. Il y a des choses qui se sont passées pour lui. » Grand-maman de Gaël, 10 ans.

avec une maladie cancéreuse multi-métastatique. Lors des discussions, Madame A est submergée par les émotions en évoquant sa fille. Elle désire que quelqu'un d'extérieur aide Myriam à recevoir des explications sur la maladie et exprimer son ressenti face à la situation vécue.

Déroulement des rencontres

La première séance reprend la base : la maladie et ses conséquences (fistules, iléus et stomies), les traitements et leurs effets secondaires, les appareillages (chambre implantable, sonde naso-gastrique et alimentation parentérale), les symptômes actuels : fatigue et douleur. La deuxième rencontre voit la « ligne de vie » se créer, afin que Myriam acquière une représentation de sa vie qui lui soit personnelle. Le troisième rendez-vous est réservé aux émotions. La photo 1 montre le « Bonhomme émotions » et combien les sentiments sont entremêlés. Le quatrième se focalise sur

l'intégration de la nouvelle situation. L'utilisation de la métaphore permet à Myriam de représenter la maladie de sa Maman par un dinosaure (Cf. photo 2). Elle exprime : Cette rencontre a été la dernière. Madame A. est admise dans une maison de soins palliatifs, la prise en soins au domicile ayant atteint ses limites. Le relais dans le soutien de Myriam a été transmis à l'équipe pluridisciplinaire du lieu. Grâce au travail effectué, la fillette a pu engranger de beaux souvenirs dans les dernières semaines de vie de sa Maman.

L'intégralité de ce qui a été dit dans les entretiens dépasse le cadre de cet article. Les différents outils utilisés comme des livres, des dessins et des collages permettent d'ouvrir la discussion avec l'enfant, de corriger les fausses croyances et de déculpabiliser l'enfant. Une partie du travail de l'intervenante est de faire le lien avec les professionnels entourant l'enfant, de conseiller les parents et de déceler



Fig. 2 : Myriam: « Il est méchant et très fort. Je souhaite qu'il parte et laisse ma Maman tranquille ».

si un suivi avec un autre professionnel est nécessaire (psychologue, psychothérapeute, etc.) ELEA est destiné à l'accompagnement, non pas à la thérapie.

Conclusion

La plus-value du projet ELEA est difficilement mesurable. Néanmoins, les propos des personnes concernées démontrent les bénéfices pour les enfants suivis, leurs proches et les professionnels:

«Ca m'a fait du bien de discuter avec toi. Je me sens plus léger.» Valentin, 11 ans

«Après votre intervention, mon petit-fils ne se réveillait plus la nuit. Ses cauchemars ont cessé. Il y a des choses qui se sont passées pour lui.» Grand-maman de Gaël, 10 ans

«C'est quand que tu reviens la prochaine fois ? J'aime bien faire des

*bricolages avec toi.» Myriam 9 ans
«Votre accompagnement a été magnifique. Ça m'a soulagée de savoir que quelqu'un d'extérieur à notre famille pouvait intervenir pour donner des explications à ma fille.» Maman de Myriam, 9 ans.*

«Il nous a été précieux de savoir qu'il y avait du soutien pour ce petit garçon en dehors de l'hôpital. Je n'ai pas de formation approfondie avec les enfants. Je me suis vite sentie démunie avec le fils de Mme G.» Christine, infirmière spécialisée

«Il m'a été utile de recevoir des pistes concrètes sur comment accompa-

gner ce petit garçon. Grâce à vous, il a pu passer du temps avec sa Maman en fin de vie, hospitalisée dans mon service» Isabelle, infirmière.

Afin de pérenniser le projet, deux étapes sont indispensables: procéder à une recherche de fonds et recruter d'autres professionnels prêts à s'engager aux côtés de l'intervenante. Ne pas communiquer avec les enfants au sujet d'une maladie d'un proche peut se révéler grave pour leur développement. La région Riviera-Chablais ne devrait pas passer à côté d'une offre en soins telle qu'ELEA et promouvoir la santé de ses enfants touchés par la maladie d'un proche.

> Gwenaëlle Herrero
Infirmière consultante
Équipe mobile de soins palliatifs
Réseau Santé Haut Léman
p.a Fondation Rive-Neuve
Chemin des Cuarroz 57
1807 Blonay
gwenaëlle.herrero@rshl.ch

> **De 2007 à 2015, Infirmière clinicienne**
Service interdisciplinaire de cancérologie, Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais

> **Littérature :**
www.soinsoncologiesuisse.ch

L'adhésion

thérapeutique est aussi une question qui concerne vos patients!

Une information ciblée et des conseils professionnels encouragent la prise correcte et en toute sécurité des médicaments

www.anticancereuxoraux.ch

Sur ce site internet vous trouverez des fiches informatives pour les patients, facilement compréhensibles, sur les médicaments antitumoraux.



Adhésion thérapeutique aux traitements antitumoraux oraux

Un groupe de travail composé de membre de SOS et SSOM
www.anticancereuxoraux.ch

Pflegeexpertin APN Hämatologie

Erweiterte Betreuung von Patienten nach Stammzelltransplantation

Veronika Kobler, Sabine Degen Kellerhals

Im Universitätsspital Basel (USB) gibt es seit einigen Jahren die Stelle der Pflegeexpertin APN Hämatologie. Diese betreut auch Patienten, die sich einer Stammzelltransplantation unterziehen müssen. Wie sieht die Arbeit der Pflegeexpertin APN Hämatologie aus und wie profitieren die Patienten davon?

Im Behandlungszentrum Stammzelltransplantation des USB wurden im letzten Jahr 156 Stammzelltransplantationen durchgeführt (Universitätsspital Basel, 2016). Damit diese vulnerablen Patienten auch nach Verlegung auf die Bettenstation gezielt und konstant betreut werden können, wurde im Jahr 2012 die Stelle der Pflegeexpertin APN Hämatologie geschaffen. Während einer Hospitation im Rahmen des Masterstudiengangs für Pflege (MScN) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften hatte ich die Möglichkeit, Sabine Degen Kellerhals, die Pflegeexpertin APN Hämatologie im USB, während zwei Wochen in ihrer Praxis zu begleiten. Ich konnte dabei Skills und Aufgaben kennenlernen und legte meinen Fokus besonders auch auf den Arbeitsbereich «Konsultation und Beratung».

Was ist eine APN?

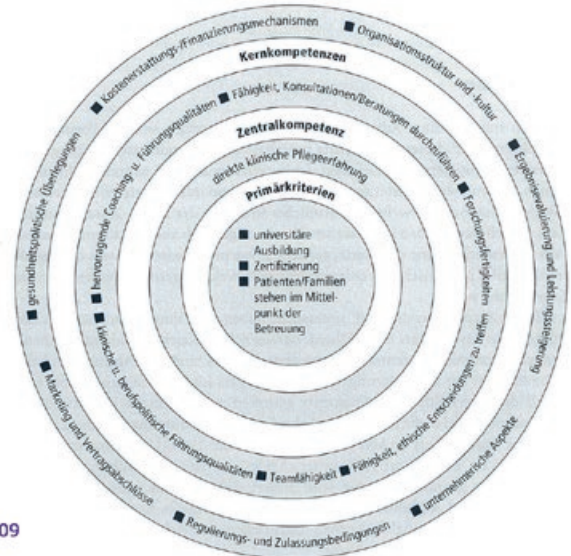
Die Interessengruppe «swissAPN» des SBK definiert die Pflegeexpertin APN wie folgt:

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN sind «registrierte Pflegefachpersonen, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet haben. Sie sind fähig, in unterschiedlichsten Settings vertiefte und erweiterte Rollen zu übernehmen und diese in eigener Verantwortung im interprofessionellen Team auszufüllen» (SBK, swissANP, VfP, CHUV, 2012). Die Kernkompetenzen einer APN zeigt Abbildung 1.

Aus dem Praxisalltag der Pflegeexpertin APN Hämatologie

Auf ihren täglichen Visiten bei allen hämatologischen Patienten beobachtet und erfragt Sabine Degen Kellerhals fokussiert die Symptome, das Verständnis in Bezug auf das weitere Procedere, das aktuelle Befinden und die

Kernkompetenzen nach Hamric



Vgl. Hamric 2009

Abbildung 1: Kernkompetenzen einer APN
Quelle: Hamric et al. (2009) (Reick, Cadina, & Reif, 2014)

Bedürfnisse und sie berät die Patienten entsprechend. Anschliessend plant und bespricht die Pflegeexpertin das weitere Vorgehen interdisziplinär und interprofessionell mit den zuständigen Fachpersonen. Komplexe Situationen sind nicht aussergewöhnlich und ein professionelles, empathisches Vorgehen ist selbstverständlich (Abb. 2).



Abbildung 2: Sabine Degen Kellerhals während einer Konsultation
(Abbildung erfolgt mit dem Einverständnis der Patientin)

Informationsbedürfnisse von Stammzelltransplantierten

Für Stammzelltransplantierte ist es sehr wichtig, dass sie gute Informationen über die Behandlung erhalten. Das Ausmass und die Qualität der Information kann sich unter anderem auf die Medikamenten-Adhärenz, das Auftreten (oder Nicht-Auftreten) von Komplikationen und das Selbstmanagement auswirken (Kirsch, Crombez, Calza, Eeltink, & Johansson, 2012). Cooke et al. (2012) haben in Zusammenarbeit mit Stammzelltransplantierten deren Bedürfnisse vor dem Spitalaustritt erforscht. Diese entsprachen einerseits den Themenbereichen, wie sie durch das Lebensqualität-Modell von Grant et al. (1992) aufgezeichnet werden (Abb. 3), zudem wurden aber auch noch weitere, nicht erwartete Sorgen aufgedeckt: Diabetestherapie, Heimweh, Haustiere, fehlende Bezugs- und Betreuungspersonen nach Austritt, Kinderbetreuung, Familien- und Eheprobleme sowie finanzielle und kulturelle Probleme. Ausserdem bestand das Bedürfnis, die eigene Diagnose- und Krankheitsgeschichte zu erzählen.

Erfahrungsbericht einer Patientin nach Stammzelltransplantation

Im Rahmen der Hospitation bestand die Gelegenheit, mit einer stammzelltransplantierten Patientin vertieft über ihre Situation zu sprechen. Bei ihren Aussagen bestehen deutliche Parallelen zu den Ergebnissen der Studie von Cooke et al. (2012).

«Frau Degen war sehr wichtig für mich», erzählt die Patientin. «Sie hat mir zum Beispiel immer die aktuellen Blutwerte, deren Bedeutungen und die Konsequenzen erklärt. Gleichzeitig ging sie auf meine Ängste ein, und zwar ohne die Situation zu beschönigen.»

Auch in der Literatur zu Belastungen von Stammzelltransplantierten finden sich psychologische Aspekte wie Sorgen und Angst vor Rückfällen (Cooke et al., 2012; Lobb et al., 2009). Cooke et al. (2012) betonen, dass es wichtig ist, bei der Beratung von Patienten individuellen Anliegen Raum zu geben, damit auch unerwartete Sorgen erfasst und Betroffene entsprechend unterstützt werden können.

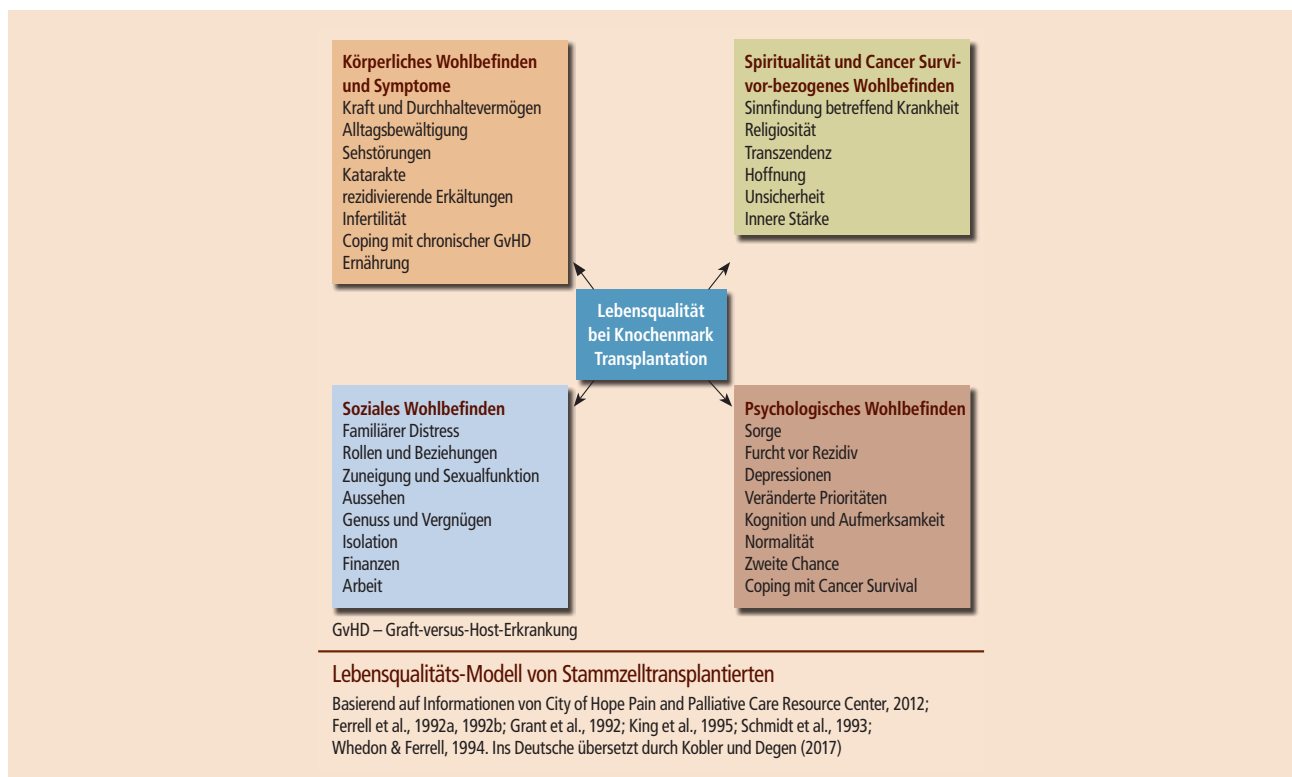


Abbildung 3: Lebensqualitätsmodell

Quelle: basierend auf Grant et al. (1992) (Cooke et al., 2012).

Note. Reprinted with permission from "Discharge Needs of Allogeneic Transplantation Recipients" by L. Cooke, M. Grant, & R. Gemmill, 2012, Clinical Journal of Oncology Nursing, 16(4), E142-E149. Copyright © 2012 by Oncology Nursing Society (ONS). This figure was translated by a third party with the permission of ONS. Because translations from English may not always be accurate or precise, ONS disclaims any responsibility for errors, typos, or any other inaccuracies in words or meaning introduced during translation.

«Bei den Personen, die mich medizinisch betreuten, gab es immer wieder Wechsel. Die konstante Betreuung durch Frau Degen half mir, Vertrauen zu fassen.»

Das Vertrauen der Patienten zu Pflegefachpersonen ist nicht einfach gegeben. Bei einer besonderen Vulnerabilität der Patienten kann es für diese schwierig sein, Vertrauen aufzubauen (Bell & Duffy, 2009). Bei dieser Patientin konnte der Aufbau von Vertrauen durch die persönliche konstante Präsenz, das Einfühlungsvermögen und die hohe Fachkompetenz von Sabine Degen Kellerhals gelingen.

«Meine Familie war von der Situation überfordert, was auch mich sehr belastet hat. Ein Gespräch mit dem Behandlungsteam hat uns sehr geholfen. Hätte dieses zufällige Gespräch aber nicht stattgefunden, dann wäre es für meine Familie enorm wichtig gewesen, von Frau Degen in die Beratungen miteinbezogen zu werden.»

Angehörige haben häufig das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung. Es ist wichtig, dass das Pflege-team auch auf die Vulnerabilität der Angehörigen eingeht (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012).

Fazit

Die kontinuierliche und regelmässige Betreuung durch eine Pflegeexpertin ANP kann Stammzelltransplantierten helfen, Vertrauen zu fassen; dies ist besonders bedeutsam, da im interdisziplinären und interprofessionellen Team stetig personelle Wechsel stattfinden. Individuelle Bedürfnisse der Betroffenen werden durch die

konstante Betreuung umfänglicher erfasst und unterstützt. Zudem sollte der Einbezug von Angehörigen gezielt und strukturiert in Beratungen eingeplant werden.

Persönlich war ich beeindruckt von den erfreuten Gesichtern der Patienten, wenn Sabine Degen Kellerhals zum Beispiel im Rahmen von Rehospitalisationen auf sie traf. Dies zeigte mir, dass die Kombination von Professionalität und Empathie bei der Arbeit als APN eine zentrale Rolle spielt. Unter anderem scheint darauf der Zugang zu den Patienten und deren Vertrauen zu beruhen. Zudem wurde mir vermehrt bewusst, dass die professionelle Pflege durch die Pflegeexpertin APN unterstützt sowie gestärkt wird. Und nicht zuletzt stellte ich mit Freude fest, dass die Rolle der APN im USB erfolgreich in die Praxis umgesetzt ist.

> Veronika Kobler
BScN, MScN cand.
Pflegeexpertin med. Privatstationen,
Stadtspital Triemli, Zürich
Veronika.Kobler@triemli.zuerich.ch

> Sabine Degen Kellerhals
MScN, Diploma of Advanced Studies
Advanced Nursing Practice-plus
Pflegeexpertin APN Hämatologie,
Universitätsspital Basel
Sabine.Degen@usb.ch

> Literatur: www.onkologiepflege.ch

Adhärenz

...ist auch bei Ihren Patientinnen und Patienten ein Thema!

Auf der Webseite www.oraletumorthapie.ch finden Sie

- Fachliche Grundlagen zu Adhärenz bei oraler Tumorthapie
- Verständliche Medikamenten-Merkblätter für Patientinnen und Patienten
- Informationen zum Projekt «Adhärenz bei oraler Tumorthapie».



Adhärenz bei oraler Tumorthapie

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der SGMO und der OPS
www.oraletumorthapie.ch

Ernährung von Patienten mit Krebserkrankungen

Die Lust am Essen fördern

Tumorerkrankungen führen krankheits- und therapiebedingt oft zu Problemen beim Essen und erhöhen das Risiko einer Mangelernährung. Dieser Problematik hat sich ein Projektteam der Onkologie am Berner Inselspital angenommen. Der Schwerpunkt des Projekts lag darauf, bei onkologischen Patienten die Lust und Freude am Essen zu fördern.

Gemäss internationalen Studien liegt das Risiko einer Mangelernährung für Tumor-Patienten bei 20-40 % (Kondrup, Rasmussen, et al.; 2003, Arends, et al., 2015). Je nach Tumorart und -ausbreitung sind bereits vor der Therapie 24-54 % der Patienten mangelernährt (Fietkau, Höffken, 2016). Häufig verschlechtert sich die Ernährungssituation während des Spitalaufenthalts zusätzlich, zum Beispiel wegen Nüchternzeiten oder therapiebedingten Symptomen wie Mukositis, Übelkeit etc. (Kondrup, Rasmussen, et al.; 2003, Arends, et al., 2015). Die Erkrankung selbst und die damit verbundenen Symptome (z.B. Schmerzen, Nausea, Atemnot etc.) sowie die Therapie beeinflussen das Allgemeinbefinden der Patienten und damit ihre Freude am Essen zusätzlich. In einer Studie der Fachhochschule St. Gallen und der Universität Basel beschreiben die Autorinnen (Haldemann-Jenni, Fierz, Frei, 2016), dass Patienten als Folge von verändertem Geschmacksempfinden, Übelkeit, starken Ekelgefühlen und Schluckbeschwerden (Mukositis) Mühe bei der Nahrungsaufnahme haben. Das Gefühl schneller Sätti-

gung, ohne genug gegessen zu haben, aber auch strukturelle Probleme des Spitals, wie z.B. Menüauswahl oder fixe Essenszeiten, wurden als beeinflussende Faktoren genannt.

Projekt zur Förderung der Zufriedenheit mit dem Essen

Im stationären Bereich der Onkologie am Inselspital Bern wurde im Jahr 2016 ein Projekt durchgeführt, das sich mit dem Thema «Ernährung in der Onkologie» beschäftigte. Der stationäre onkologische Bereich umfasst fünf Abteilungen und ist in einer departementalen Bettenstation zusammengeschlossen. Das Projekt wurde auf Initiative der Pflegeleitung durchgeführt, nachdem die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragungen 2015 deutlich unter dem Durchschnitt gelegen hatten. Das erste Ziel des Projekts bestand darin, mit klinikinternen Massnahmen die Zufriedenheit bezüglich Essen zu verbessern. Den zweiten Schwerpunkt bildete die Einführung von Smoothfood als zusätzliches Angebot zur gemixten Kost.

Klinikinterne Massnahmen

Es wurde eine Schulung der Pflegeassistentinnen durchgeführt, da diese für die Essensbestellung zuständig sind. Im Rahmen dieser Schulung wurden die Kenntnisse zur Menüauswahl vom Fachpersonal der Patientengastronomie vertieft. Ein Mitarbeiter der Gastro Bern, einer Ausbildungsstätte für angeheendes Servicefachpersonal in den Gastronomiebereichen, referierte zum Thema «Appetitanregender Service in der Onkologie» mit Fokus auf die Kom-

munikation. Das Referat behandelte auch die Fragen, welchen Einfluss Ambiente und Atmosphäre auf den Appetit haben, welche konkreten Massnahmen sich daraus ableiten lassen und wie diese im Alltag umgesetzt werden können (Abb. 1).

Klinikinterne

appetitanregende Massnahmen

Unter der Leitung der Pflegeexpertin wurde eine Projektgruppe gebildet, bestehend aus jeweils einer Pflegeassistentin pro Abteilung. Die Projektgruppe entwickelte konkrete Massnahmen, die mit geringem Aufwand im Alltag integrierbar sind (Tab. 1).



Abb. 1: Appetitanregende Präsentation

Einführung von Smoothfood

Im zweiten Teil des Projekts wurde Smoothfood als Alternative zur gemixten Kost eingeführt. Smoothfood wurde von Markus Biedermann und Herbert Thill entwickelt, um Menschen mit Schluckproblemen das Essen zu ermöglichen. Es handelt sich um rohe oder gegarte, frische oder gefrorene Lebens- und Nahrungsmittel, die durch Schneiden, Mixen, Pürieren, Passieren, Pacosieren oder Aufschäumen zubereitet und in Form gebracht werden, ohne dass Inhalts-, Geschmacks- und Aromastoffe verloren gehen. Um Smoothfood herzustellen, werden klassische Zubereitungsarten mit Techniken der Molekularküche kombiniert.

Die entsprechende Arbeitsgruppe war ein interprofessionelles Team aus den Initiantinnen der Onkologie, der Leiterin der Patientengastronomie, einem leitenden Koch und einer Ernährungsberaterin. In einer Pilotphase wurde evaluiert, ob ein Bedarf für diese neue Kostform besteht. Dazu wurde im April 2016 die Zufriedenheit der Patienten bei gemixter Kost erfasst, im Mai 2016 jene mit

«Die Zufriedenheit der Patienten bezüglich Geschmack und Aussehen des Essens war mit Smoothfood deutlich höher als mit gemixter Kost.»

Smoothfood. Die Datenerfassung erfolgte durch eine qualitative Erhebung mittels Fragebogen. Die Zufriedenheit der Patienten bezüglich Geschmack und Aussehen des Essens war mit Smoothfood deutlich höher als mit gemixter Kost. Mit diesem Resultat und literaturgestützten Argumenten trat das Projektteam vor die Kommission für Ernährungsrichtlinien des Inselspitals. Diese entschied, Smoothfood in der gesamten Inselgruppe ab Oktober 2016 einzuführen.

Fazit

Die Auswirkungen des Projekts sind noch nicht mit Resultaten belegbar, doch die Erhebung der Patientenzufriedenheit in diesem Jahr wird erste

Hinweise geben. Die Projektleitung ist überzeugt, dass beide Projektteile dazu beitragen, bei onkologischen Patienten mit Problemen mit der Nahrungsaufnahme die Lust am Essen positiv zu beeinflussen. Dadurch wird ein aktiver Beitrag zur Vermeidung resp. Verminderung einer Mangelernährung geleistet.

> Esther Squaratti-Heinzmann
Leitung Pflegedienst Onkologie,
Inselspital

> Susanne Sester
MAS Onkologie, Pflegeexpertin,
susanne.sester@insel.ch

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

Nützen anderer Kostformen	Damit kann den Patienten eine grössere Auswahl an Speisen angeboten werden, z. B. > Kinder-Mahlzeiten: Diese sind weniger stark gewürzt; es gibt Wienerli, Hamburger, Kartoffelsalat, Fischstäbchen etc. > Diabeteskost: Omeletten, Rührei etc.
Anbieten von Plastikbesteck	Metallbesteck kann Geschmacksstörungen verstärken
Appetitliches Anrichten	> Flüssige Zwischenmahlzeiten wie Trinknahrung/ Frappés/ Ovomaltine etc. in bunten Gläser und mit Trinkhalm servieren > Unter Zusatzgetränk oder Joghurt einen Servierteller platzieren
Süsse Zwischenmahlzeiten	Kambly, Balisto etc. werden Patienten bei Inappetenz oder Mangelernährung als Zwischenmahlzeit angeboten
Geburtstage feiern	Für jede Abteilung wurde ein buntes Tablett angeschafft, damit das Essen am Geburtstag eines Patienten besonders schön angerichtet werden kann

Tab. 1: Massnahmen zur Förderung der Lust am Essen

Port-a-Cath Infektionen reduzieren – ein erreichbares Ziel?

Massnahmen zur Reduktion von Katheterinfektionen

Yvonne Strässle, Maria Flury

Eine Chemotherapie in der Pädiatrie ist ohne einen implantierten zentralvenösen Katheter nur schwer vorstellbar. Bei den meisten Kindern wird dazu kurz nach der Diagnose einer onkologischen Erkrankung ein Port-a-Cath (PAC) implantiert. Dieser Eingriff erhöht die Lebensqualität der Kinder, da sie nicht für jede venöse Verabreichung von Infusionen und Medikamenten peripher gestochen werden müssen, was bei einer onkologischen Therapie sonst sehr häufig der Fall wäre. Zudem trägt es zur Steigerung der Patientensicherheit bei, wenn die Chemotherapie zentralvenös verabreicht werden kann (Viana Taveira et al., 2016).

Neben allen Vorteilen die ein PAC in der onkologischen Therapie bringt, kommt es auch zu Katheterinfektionen, die in der Regel zur Folge haben, dass der PAC explantiert und das Kind antibiotisch behandelt werden muss. Zu einem späteren Zeitpunkt wird für die weitere antineoplastische Therapie ein neuer PAC implantiert.

Erfassung der Infektionen

Im Universitätskinderspital Zürich wird pro Jahr bei ungefähr 70 Kindern eine onkologische Diagnose gestellt und einem grossen Teil davon ein PAC für die Chemotherapie implantiert. Seit dem Jahr 2006 erfassen die Infektiologie und die Spitalhygiene systematisch die Daten aller PAC Infektionen. Seit 2009 erfolgt die Erfassung prospektiv. Bei der Analyse der Daten wurde eine Zunahme von infizierten PAC bei der onkologischen Population festgestellt, was bedeutet, dass bei jedem sechsten Kind der PAC aufgrund eines Infektes explantiert werden musste.

«Ein Bundle definiert Kernelemente bei ausgewählten pflegerischen und klinischen Aktivitäten.»

Als Risikofaktoren für eine PAC Infektion gelten das junge Alter der Patienten, die Immunsuppression und häufige Manipulationen am Katheter (Viana Taveira et al., 2016). Weder das Alter der Kinder noch die Immunsuppression unter der Chemotherapie können beeinflusst werden. Deshalb lag es nahe, die Manipulationen und das Handling durch das medizinische Personal genauer unter die Lupe zu nehmen.

Relevante Massnahmen gemeinsam festlegen

Die Daten der PAC Infektionen wurden dem Behandlungsteam vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Daraus resultierend, wurde im August 2013 die interprofessionelle Arbeitsgruppe «Port-a-cath Bundle» ins Leben gerufen. Ein Bundle definiert Kernelemente bei ausgewählten pflegerischen und klinischen Aktivitäten des PAC Managements. Deren Umsetzung, die laufende Diskussion darüber und die Kooperation im Team führen zu Verbesserungen, welche einzelne Personen nicht erreichen können. Ziel ist es, durch Übereinstimmung der Praxis mit den festgelegten Kernelementen, die Infektionsrate der PAC und die damit verbundenen Komplikationen für die Patienten zu senken.

Vereinbarte Massnahmen umsetzen

In den letzten vier Jahren wurden folgende Optimierungsmassnahmen im klinischen Alltag umgesetzt: Für das Spülen des Katheters werden NaCl 0.9% Fertigspritzen verwendet, der Einsatz von Katheterheparin wurde reduziert und im Moment laufen Abklärungen zur Verwendung einer antimikrobiellen Locklösung. Bei der Verbandstechnik wurden Optionen für Folienverbände evaluiert. Die korrekte Anwendung der Hautdesinfektionsmittel wurde ebenfalls thematisiert. Die Reduktion von Manipulationen am PAC wurde am meisten diskutiert: Eine Reduktion von Blutentnahmen aus dem PAC benötigte Schulungen im ärztlichen Dienst, denn die Tatsache, dass ein zentraler venöser Zugang vorhanden ist, aus dem jederzeit Blutentnahmen möglich sind, kann dazu verführen unkoordinierte Blutentnahmen zu verordnen. Die Pflegenden wurden dazu angehalten, zu Gunsten einer niedrigeren Infektionsrate, auf der Visite Verordnungen für Blutentnahmen zu hinterfragen.

Laborparameter, die mittels kapillärer Blutentnahme bestimmt werden können, werden nicht mehr aus dem PAC abgenommen. Eine Veränderung, die im Vorfeld viele Emotionen ausgelöst hat, heisst es doch, dass die Kinder vermehrt gestochen werden müssen, was für viele Kinder belastend ist. Die zusätzlichen «Fingerpicks» abzuwägen gegen eine PAC Explantation und erneute Implantation, trug wesentlich dazu bei, die hochgehenden Emotionen zu reduzieren und die Pflegenden fit zu machen, diese Interventionen auch gegenüber den Familien zu vertreten.

Die Einlagetechnik im Operationssaal, wie auch die Benutzung des Katheters in den ersten Tagen nach der Einlage wurden ebenso analysiert. Daraus resultierte die Bestimmung, dass der für die Narkose eingelegte periphere Katheter nach der PAC Implantation noch solange wie möglich weiter benutzt wird, um so den PAC zu «schonen».

Aktuelle Situation

Die PAC-assoziierten Infektionen nehmen seit 2013 erfreulicherweise ab. In den vier Jahren vor Einführung des Bundles (2009 – 2012) wurden insgesamt 36 PAC-Infekte bei onkologischen Patienten diagnostiziert, nach Einführung des Bundles ab 2013 bis Ende 2016 (ebenfalls 4 Jahre) wurden 22 PAC –Infekte erfasst. Nicht nur die absolute Zahl der PAC-Infektionen hat abgenommen, sondern die Infektionsrate (PAC-assoziierte Infektionen / 1000 PAC-Tage) ist ebenfalls rückläufig.

Schlussfolgerung

Wir sind überzeugt, dass nicht nur die Massnahmen alleine diesen positiven Effekt bewirkt haben. Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe haben eine Sensibilisierung der Mitglieder bewirkt und sie haben diese dem Team weitergegeben. Pflegefachpersonen von der Basis in einer solchen Arbeitsgruppe zu haben, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor. Sie sind die Bindeglieder zwischen Pflegeteam und Arbeitsgruppe und bringen die Fragen und Überlegungen aus der Praxis in die Gruppe und zurück ins Team. Die interprofessionelle Zusammensetzung der Gruppe ist ebenfalls wichtig. Alle (Pfleger, Pflegeexpertin, Ärzte, Spitalhygiene) bringen ihre Sichtweisen und Erfahrungen in die Diskussion ein. Alle mit einem gemeinsamen Ziel: mehr Sicherheit für onkologische Patienten.

> Yvonne Strässle,
Fachexpertin für Infektionsprävention
Universitätskinderspital Zürich

> Maria Flury
Pflegeexpertin Onkologie
Universitätskinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
maria.flury@kispi.uzh.ch

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

zhaw **Gesundheit**

Kurse leiten: Lernen mit Krebs zu leben

Das Modul 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.

Weiterbildungs- modul

Start: 8. März 2018
Dauer: 5 Kurstage

Mehr unter zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

Das Potential unserer Mitglieder

Es ist eine bekannte Weisheit: Eine Organisation, sei es ein Spital oder ein Fachverband, kann nur dank den Mitarbeitenden respektive Mitgliedern fachlich anerkannt und erfolgreich sein. Wissen, Kompetenzen und Zufriedenheit der Mitglieder sind auch für die Onkologiepflege Schweiz der Schlüssel zum Erfolg. Seit vielen Jahren bieten wir Fortbildungen, Symposien, Kongresse und Fachmaterialien an, die von Mitgliedern erarbeitet und von anderen Mitgliedern rege genutzt werden.

Netzwerktreffen fördern den Austausch

In der Romandie, im Tessin und im Wallis bestehen seit vielen Jahren anerkannte Treffen der Mitglieder mit Fortbildungsangeboten und der Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch. In der Deutschschweiz gibt es seit den 90er Jahren keine entsprechenden regionalen Angebote mehr. Umso wichtiger erscheint es dem Vorstand, spezielle Netzwerktreffen zu organisieren, bei denen

sich die Mitglieder austauschen können. Die Onkologiepflege Schweiz bietet unentgeltlich den Rahmen dafür an, die Teilnehmenden bestimmen die Inhalte. Aktuell finden Treffen von folgenden Mitgliedergruppen statt:

- Netzwerk Führungspersonen in der ambulanten Pflege (Ambulatorien und Arztpraxen)
- Netzwerk für Pflegeexpertinnen und -experten
- Tagung für junge Mitglieder (bis rund 30 Jahre, U 30).

Die ersten Erfahrungen mit den Netzwerktreffen sind sehr positiv. An der Tagung «Gruppe Argumentarium» konnten wir das Wissen und die Erfahrung von Fachpersonen nutzen, die sich mit Stellenplänen und TAR-MED-Abrechnungen in der Pflege auseinandergesetzt hatten. Es kristallisierte sich heraus, dass die Abrechnungen unterschiedlich gehandhabt werden. Deshalb planen wir im nächsten Jahr eine Tagung zu diesem Thema.

Gemeinsamer Preis von OPS und AFG

Mit einer noch engeren Zusammenarbeit zwischen der Onkologiepflege Schweiz (OPS) und der Akademischen Fachgesellschaft Onkologiepflege (AFG) möchten wir das Potential der Mitglieder weiterhin fördern. Erstmals werden im Jahr 2018 der Förderpreis OPS und der Best-Poster-Preis AFG gemeinsam ausgeschrieben. Weitere Informationen dazu finden Sie anfangs September auf den Webseiten der Verbände und in der nächsten Ausgabe unserer Zeitschrift. Überlegen Sie sich doch schon heute, welche Themen Sie in der Praxis vertieft bearbeiten und im Rahmen eines Posters am nächsten Kongress vorstellen wollen. Wir freuen uns über zahlreiche Einsendungen!

Auch bei uns ermöglicht und garantiert das Potential unserer Mitglieder schliesslich den Erfolg des Verbands.

➤ Irène Bachmann-Mettler
Präsidentin

Le potentiel de nos membres

C'est bien connu : une organisation, qu'il s'agisse d'un hôpital ou d'une association professionnelle, est reconnue par ses pairs et mène à bien ses missions grâce à ses collaborateurs ou membres. Les connaissances, les compétences et la satisfaction des membres sont également la clé du succès de Soins en Oncologie Suisse. Depuis de nombreuses années, nos membres profitent de formations continues, colloques, congrès et matériel spécifique élaborés et offerts par certaines de leurs collègues afin d'améliorer leurs compétences.

Des rencontres reconnues entre membres ont lieu en Romandie, au Tessin et dans le Valais depuis longtemps. Elles sont l'occasion de s'informer des possibilités de formations continues et d'échanger des expériences. La Suisse alémanique ne dispose plus d'offres régionales similaires depuis les années 90.

Il paraît donc d'autant plus important pour le comité d'organiser des rencontres de réseau spéciales lors desquelles les membres peuvent communiquer leur potentiel et échanger. Soins en Oncologie Suisse fournit gracieusement un cadre pour ces rencontres dont le contenu sera déterminé par les participantes et participants. Actuellement, nous proposons des rencontres destinées aux membres suivants :

- > réseau des responsables en soins ambulatoires (services ambulatoires et cabinets médicaux)
- > réseau des expertes et experts en soins
- > colloque réservé aux membres âgés d'une trentaine d'années ou plus jeunes. (U 30).

Les premières expériences de ces rencontres de réseau sont très positives. Par ailleurs, lors du colloque « groupe argumentaire », nous avons pu profiter des connaissances et de l'expérience de professionnelles qui se sont penchées sur les plans des postes et la tarification TARMED pour

les soins. Elles ont mis en lumière des disparités dans l'application de la tarification. C'est la raison pour laquelle nous prévoyons d'organiser un colloque sur le sujet l'an prochain.

Nous souhaitons continuer de développer le potentiel des membres par l'intermédiaire d'une collaboration encore plus étroite entre Soins en Oncologie Suisse (SOS) et la Société scientifique des soins en oncologie (AFG). Pour la première fois en 2018, le prix d'encouragement SOS et le prix Best Poster de l'AFG seront annoncés conjointement. Début septembre, vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sur les

pages Web des deux associations ainsi que dans le prochain numéro de notre magazine. Nous vous invitons à réfléchir dès aujourd'hui aux thèmes que vous souhaitez traiter plus en profondeur dans la pratique et les présenter sous forme de poster lors du prochain congrès.

Nous sommes heureuses que le potentiel de nos membres permette et garantisse le succès des associations professionnelles.

> Irène Bachmann-Mettler
Présidente

Il potenziale dei nostri membri

Parole sagge: un'organizzazione, sia che si tratti di un ospedale o di un'associazione professionale, esiste solo grazie ai suoi collaboratori o ai suoi membri riconosciuti professionalmente e di successo. Conoscenza, abilità, e soddisfazione dei membri sono le chiavi del successo per Cure Oncologiche Svizzera. Da molti anni, per promuovere le competenze dei nostri membri proponiamo perfezionamenti, convegni, conferenze e materiale tecnico. I membri ne fanno largo uso e provvedono alla relativa rielaborazione e offerta.

Nella Romandia, nel Ticino e nel Cantone del Vallese esistono da molti anni riconosciuti incontri dei membri con offerte di perfezionamento e possibilità di scambio di esperienze. Dagli anni novanta nella Svizzera tedesca non ci sono più offerte regionali corrispondenti.

Il comitato ritiene quindi molto importante organizzare degli incontri di networking specifici dove i membri

possono comunicare e scambiare i loro potenziali. Cure Oncologiche Svizzera mette a disposizione gratuitamente la struttura mentre gli argomenti sono definiti dai partecipanti. Attualmente offriamo incontri per i seguenti membri:

- > incontro di networking tra responsabili nelle cure ambulatoriali (ambulatori e studi medici)
- > networking per specialisti in cure
- > giornate d'incontro per infermieri sotto i 30 anni (U30).

Le prime esperienze degli incontri di networking sono molto positive. Inoltre, in occasione della riunione «Gruppe Argumentarium» abbiamo potuto beneficiare delle conoscenze e delle esperienze dei professionisti che si occupano di organigrammi e fatturazioni TARMED nelle cure. È emerso che le fatturazioni sono trattate in modo non uniforme. Pertanto, stiamo progettando un incontro sul tema nel prossimo anno.

Con una collaborazione ancora più stretta con «Cure Oncologiche Svizzera (COS) e la Società Accademica professionale in Cure Oncologiche infermieristiche (AFG)» desideriamo anche continuare a promuovere le potenzialità dei membri. Per la prima volta saranno messi a concorso insieme nel 2018 il premio della miglior borsa di studio COS e il miglior poster AFG. Maggiori informazioni seguiranno all'inizio di settembre sui siti web delle organizzazioni e nel prossimo numero della nostra rivista. Sarebbe positivo riflettere già oggi su quali argomenti desiderate elaborare in maniera approfondita nella pratica per poi presentarli al prossimo congresso su un poster.

Siamo lieti che il potenziale dei nostri membri, infine, permetta e assicuri il successo delle associazioni di categoria.

> Irène Bachmann-Mettler
Presidente

Voulez-vous participer activement au développement de notre association ?

En tant qu'association professionnelle avec plus de 1000 membres dans toute la Suisse, nous cherchons à compter de notre prochaine assemblée générale 2018 :

une nouvelle ou un nouveau collègue pour le comité de Soins en Oncologie Suisse

Ce poste est à pourvoir par une infirmière ou infirmier du domaine des soins en oncologie qui soit en mesure de relever un défi intéressant et de s'investir à titre personnel pour remplir son mandat.

Pour toute question concernant ce poste, veuillez vous adresser directement à Sandy Decosterd : Sandy.Decosterd@hcuge.ch.



Soins en Oncologie Suisse, www.soinsoncologiesuisse.ch

Möchten Sie sich aktiv an der Entwicklung unseres Fachverbandes beteiligen?

Als Berufsverband mit über 1000 Mitgliedern in der ganzen Schweiz suchen wir bis zur Generalversammlung 2018

Eine neue Kollegin, einen neuen Kollegen als Vorstandsmitglied der Onkologiepflge Schweiz.

Diese Aufgabe richtet sich an eine Pflegefachperson aus dem Bereich Onkologiepflge, die interessiert ist, ihr Wissen und ihre Berufserfahrung in einem motivierten und aktiven Gremium einzubringen.

Für weitere Informationen für eine Kandidatur als Vorstandsmitglied wenden Sie sich an Irène Bachmann-Mettler, irene.bachmann@gmx.net.



Onkologiepflge Schweiz, www.onkologiepflge.ch

Palliative Care

Von der nationalen Strategie zur Plattform

Nach dem Ende der nationalen Strategie «Palliative Care» wurde im Jahr 2016 die Plattform Palliative Care (PPC) gegründet. Die Plattform soll Fachpersonen der Palliative Care vernetzen, relevante Themen identifizieren und entwickeln sowie Grundlagenwissen vermitteln und Empfehlungen erarbeiten. Ein erstes Treffen der PPC-Akteure fand im April 2017 statt.

Die nationale Strategie «Palliative Care» wurde im Jahr 2010 vom Bund und den Kantonen ins Leben gerufen. In den Jahren 2010-2015 wurde mithilfe der Strategie Palliative Care auf verschiedensten Ebenen gefördert und implementiert. Im Fokus standen die sechs Bereiche Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung, Forschung und übergreifendes Teilprojekt. Palliative Care wurde in dieser Zeit sichtbarer und von verschiedenen Medien aufgenommen. Broschüren wurden entwickelt, das nationale Forschungsprogramm 67 «Lebensende» lanciert, Lehrstühle für Palliative Care errichtet (Lausanne und Bern), die Bevölkerung sensibilisiert, Filme zum Thema produziert (beispielsweise «Being there» von Thomas Lüchinger, «Dedications» von Peter Liechti). Weitere Informationen finden sich unter: www.bag.admin.ch/palliativecare.

Wie weiter nach Beendigung der nationalen Strategie?

Obwohl einiges erreicht wurde, bleibt immer noch viel zu tun. Daher wurde im letzten Jahr die Plattform Palliative Care (PPC) gegründet. Sie soll sicherstellen, dass Erreichtes erhalten bleibt und weiter gefördert wird und dass Themen, deren Umsetzung noch in den Anfängen steckt, weiter entwickelt werden. Ausserdem ist ein Ziel der PPC, die Vernetzung und den

Austausch zwischen den Akteuren zu fördern und die relevanten Themen und aktuellen Herausforderungen zu identifizieren. Ebenso will die PPC die laufenden Arbeiten koordinieren, die jeweils zuständigen Akteure zusammenbringen, den Wissenstransfer sicherstellen und nicht zuletzt Empfehlungen erarbeiten und Grundlagenwissen bereitstellen. Auf der Website der PPC (www.plattform-palliativecare.ch) gibt es unter anderem die Möglichkeit, Projekte aus der Praxis festzuhalten, um so die Eigeninitiative in den Regionen zu fördern. Ein- bis zweimal pro Jahr findet ein Forumstreffen für die Mitglieder der PPC statt.

Das erste Forumstreffen der PPC

Zur ersten Forumsveranstaltung trafen sich unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) am 27. April 2017 Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedensten Bereichen, welche mit Palliative Care zu tun haben. Die Onkologiepflege Schweiz war auch vertreten. In sechs Workshops wurden folgende Themen bearbeitet:

1. Förderung von Palliative Care über alle Themenbereiche hinweg
 2. Förderung von Palliative Care im ambulanten Bereich
 3. Übergänge ambulant – stationär verbessern
 4. Verankerung von Palliative Care in der stationären Langzeitpflege
 5. Besserer Zugang für Menschen mit besonderen Bedürfnissen (über-regional)
 6. Förderung von Vernetzung und Austausch zwischen den Kantonen
- Die nächste Forumsveranstaltung findet im November 2017 statt.

Zwei grosse Baustellen:

Finanzierung und Dokumentation

Eine grosse Baustelle bleibt weiterhin

die Finanzierung der Palliative Care-Leistungen. Die Handhabung von SwissDRG im Spital in Bezug auf Palliative Care-Leistungen ist nach wie vor unklar, und ebenso unklar ist die Abrechnung von Pflegeleistungen in den Pflegeheimen und von Koordinations- und Beratungsstellen im häuslichen Bereich.

Eine weitere Baustelle zeigt sich in der uneinheitlichen Dokumentation. In gewissen Kantonen gibt es elektronische Betreuungs- und Notfallpläne, die aber erst vereinzelt und oft noch nicht flächendeckend eingesetzt werden. Dieses Thema soll im Rahmen der Arbeiten vom BAG und eHealth Suisse zum elektronischen Patientendossier aufgenommen werden, um die Schnittstellen zwischen ambulant und stationär zu verbessern.

Aktivitäten des BAG

Die Förderung von Advance Care Planning wird in dem vom BAG initiierten Projekt «Koordinierte Versorgung» voran getrieben (www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung). Zudem hat das BAG ein Förderprogramm für pflegende Angehörige ins Leben gerufen, das die Rolle der pflegenden Angehörigen stärken soll.

> www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html

> www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html

> Maya Monteverde

Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), Palliativstation

Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz

Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

CAS «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»
2016–2018

Einzel-Workshops

14.09.2017: Haus der Krebsliga Schweiz
Nachmittag: Onkologische Rehabilitation

19.10.2017: Inselspital Bern
Vormittag: Gastrointestinale Tumoren, **Nachmittag:** Hirntumoren

16.11.2017: Inselspital
Ganzer Tag: Die vergessene Minderheit – Kinder krebserkrankter Eltern, Kommunikation mit betroffenen Kindern

18.01.2018: Inselspital Bern
Vormittag: Komplementär-medizinische Behandlung Nutzen und Grenzen, **Nachmittag:** Palliative Care – Sterbebegleitung

15.02.2018: Inselspital
Ganzer Tag: Differenzierung psychische Störung vs. normale Belastungsreaktion (Angst, Depression, Trauer, Suizidalität)

15.03.2018: Haus der Krebsliga Schweiz
Nachmittag: Betreuung terminaler Patientinnen und Patienten

17.05.2018: Inselspital
Ganzer Tag: Berücksichtigung soziokultureller Faktoren und religiöser Aspekte im Umgang mit Krankheit und Tod

07.06.2018: Haus der Krebsliga Schweiz
Nachmittag: Fragestunde «Arbeitsrecht / Sozialversicherung bei Arbeitsunfähigkeit und Invalidität»

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

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

- Nr. 155: 2.–3.11.2017, Olten (Kurs ausgebucht, Warteliste)
- Nr. 156: 22.–23.2.2018, Olten – Anmeldeschluss 13.1.2018
- Nr. 157: 24.–25.5.2018, Olten – Anmeldeschluss 14.4.2018
- Nr. 158: 15.–16.11.2018, Olten – Anmeldeschluss 6.10.2018

Das Seminar wird von der SGMO und der SGH 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: 16.–17.11.2017, Basel – Anmeldeschluss 7.10.2017

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. 235 : 30.11.–1.12.2017, Jongny VD – Clôture des inscriptions 20.10.2017
- No. 236 : 26.–27.4.2018, Jongny VD – Clôture des inscriptions 17.3.2018
- No. 237 : 6.–7.12.2018, Jongny – Clôture des inscriptions 27.10.2018

Ce séminaire est reconnu par la SSOM et la SSH 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 e la SSE 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: 12.–13.10.2017 à Lugano o Bellinzona – Scadenza per l'iscrizione 1.9.2017
- No. 317: ca. la metà di ottobre 2018 à Lugano o Bellinzona – Scadenza per l'iscrizione ca. all'inizio di settembre 2018

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

Wiedereinstieg ins Berufsleben nach einer Krebstherapie

Die Leitfäden der Krebsliga geben Vorgesetzten, HR-Fachleuten, Arbeitskolleginnen und -kollegen wie auch Betroffenen wertvolle Tipps für alle Phasen der Erkrankung. Sie sind ab sofort im Shop der Krebsliga kostenlos erhältlich.

Erkrankt ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin an Krebs, löst dies im beruflichen Umfeld nebst Betroffenheit oftmals auch Verunsicherung aus. Viele Betroffene arbeiten nach oder während der Therapie weiter. Viele von ihnen leiden anfangs unter Müdigkeit und Konzentrationsproblemen. Neben der körperlichen, verändert sich auch die seelische Verfassung. So individuell jede Krebserkrankung ist, so unterschiedlich sind auch die Bedürfnisse der Betroffenen. Einige möchten darüber sprechen, andere nicht. Dies erfordert vom Umfeld Verständnis und Feingespitzengefühl. Arbeitgeber haben einen entscheidenden Einfluss dar-



auf, wie an Krebs erkrankte Mitarbeitende während der Therapie in das Unternehmen eingebunden bleiben können und ob sie den Wiedereinstieg nach längerer Absenz schaffen.

Als Orientierungshilfe bietet die Krebsliga Leitfäden für Vorgesetzte, HR-Fachleuten, Kolleginnen und Kollegen und die Betroffenen an. Darin sind Tipps und Beratungsangebote der Krebsliga aufgeführt. Die Leitfäden können kostenlos als PDF

(www.krebsliga.ch/arbeitgeber) heruntergeladen oder in gedruckter Form im Shop der Krebsliga (www.krebsliga.ch) bestellt werden.

Neu ist auch das Telefoncoaching für Arbeitgeber: 0848 114 118, Mo. bis Fr. von 9 bis 16 Uhr. Hier können sich Vorgesetzte und Teams bei Unsicherheiten und Fragen kompetent und individuell beraten lassen.

> Aline Binggeli

Kuren und Erholen nach einer Krebserkrankung

Ein Angebot der Krebsliga für Betroffene



Sammeln Sie Kräfte im Gesundheitszentrum Bad Zurzach mit einem auf Sie zugeschnittenen Angebot.

Weitere Informationen finden Sie unter www.krebsliga.ch/kur



krebsliga

Onkologische Rehabilitation: Unterstützung beim langen Weg zurück

Aufbau ambulanter Programme und Engagement der Onkologiepflege

Immer mehr Menschen überleben eine Krebserkrankung. Doch die Krankheit und ihre Behandlung führen häufig zu körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Onkologische Rehabilitationsprogramme verbessern die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und erleichtern ihre Wiedereingliederung in den Alltag und in das Berufsleben. Die positiven Wirkungen der Programme werden in zahlreichen Publikationen dokumentiert und von Betroffenen bestätigt.

Wesentliche Merkmale der onkologischen Rehabilitation sind die Zusammenarbeit innerhalb eines multiprofessionellen Teams sowie die Koordination und Begleitung von Krebsbetroffenen im gesamten Rehabilitationsprozess. Die Onkologiepflege kann in beiden Funktionen eine zentrale Rolle spielen.

Guter Überblick

Die Krebsliga Schweiz (KLS) konnte in den vergangenen Jahren in allen Sprachregionen zahlreiche ambulante onkologische Rehabilitationsprogramme im Aufbau begleiten. Die aktuellen Programme sind auf der Website der Krebsliga in Form einer Landkarte abgebildet: www.krebsliga.ch/ueber-krebs/rehabilitation. Interessierte Fachpersonen sowie Patienten und Angehörige erhalten damit einen guten Überblick. Damit alle Krebsbetroffene mit Rehabilitationsbedarf Zugang zu einem onkologischen Rehabilitationsprogramm erhalten, müssen allerdings

weitere spezifische Angebote entstehen.

Die praktischen Erfahrungen, die in den verschiedenen Regionen beim Aufbau von ambulanten onkologischen Rehabilitationsprogrammen gemacht wurden, konnten gemeinsam von der KLS und den Anbietern in einem Handbuch mit hilfreichen Dokumenten und Tools zusammengetragen und dokumentiert werden.

Von bestehenden Erfahrungen profitieren

Ein wesentliches Instrument des Handbuchs ist der «Ratgeber zum Aufbau ambulanter onkologischer Rehabilitationsprogramme». Auf übersichtliche Weise werden die Hauptprozesse beim Aufbau solcher Programme beschrieben. Diese beschäftigen sich einerseits mit strategischen Vorüberlegungen wie der Analyse und Klärung des Bedarfs und der Möglichkeiten (von ambulanter onkologischer Rehabilitation) am jeweiligen Standort. Andererseits müssen personelle Fragestellungen geklärt werden wie Trägerschaft und medizinische Leitung, Partnerschaften und Kooperationen, Reha-Koordination und multiprofessionelles Reha-Team. Auch für die Programmform und Qualitätskriterien werden Empfehlungen ausgesprochen.

Der zweite Teil des Ratgebers geht auf die konkrete Umsetzung einer ambulanten onkologischen Rehabilitation ein. Es werden Empfehlungen für die Planung der multiprofessionellen Rehabilitation inkl. Assessment, Inhalten, Zielen und Finanzierung formuliert. Zusätzlich werden mögli-



che Rehabilitationsprozesse und Instrumente vorgeschlagen.

Der «Ratgeber zum Aufbau ambulanter onkologischer Rehabilitation» zeigt mögliche Schritte, die beim Aufbau ambulanter Rehabilitationsprogramme hilfreich sein können, von der Idee bis zur Realisierung. Diese Hinweise zu den einzelnen Schritten, wie auch die ergänzenden Dokumente im Handbuch, sind als Empfehlung zu verstehen und müssen nicht kategorisch genommen werden. Wesentlich ist, dass man von den vielfältigen Erfahrungen aus bestehenden ambulanten Rehabilitationsprogrammen profitieren kann und das sprichwörtliche Rad nicht neu erfunden werden muss.

Koordination der ambulanten onkologischen Rehabilitation – ein erweitertes Aufgabenfeld für die Onkologiepflege

Die wachsende Komplexität und die daraus resultierenden multimodalen

Behandlungsprozesse während und nach einer Krebsbehandlung führen zu zahlreichen Schnittstellen. Diese gilt es von der Akutbehandlung überleitend in die Nachsorge zu koordinieren und individuell auf die Patientensituation abzustimmen mit dem Fokus auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Es müssen somit nachhaltig wirksame Versorgungsketten und bedürfnisgerechte Betreuungsmodelle umgesetzt werden, damit den Bedürfnissen der betroffenen Personen Rechnung getragen werden kann. Eine fallführende fachspezifische und koordinierende Begleitung während und nach der Behandlung kann eine entscheidende Rolle in diesem Setting einnehmen. Die Onkologiepflege kann künftig in diesem Tätigkeitsfeld eine massgebende Schlüsselrolle einnehmen.

Für diese individuelle Patientennavigation gehören zur Spezialisierung im onkologischen Fachgebiet ein breites Wissen über Krebserkrankungen, Krebstherapien und deren individuelle Auswirkungen auf die Personen. Weiter sollte eine Onkologiepflegefachperson Erfahrung in der Begleitung von onkologischen Patienten, Beratungs- und Edukationskompetenz sowie eine psychoonkologische Weiterbildung nachweisen können.

Ersttermin bereits in der akuten Phase

Optimal ist es, wenn ein Ersttermin zwischen dem Patienten und der Reha-Koordinatorin bereits in der akuten Phase der Krebsbehandlung vereinbart werden kann, um über das mögliche Rehabilitationsangebot zu informieren. Bei Bedarf sollten mittels standardisiertem Assessment Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem

Patienten festgehalten werden und eine Anmeldung zur Onkologischen Rehabilitation erfolgen.

Die Koordinationsperson organisiert in Absprache mit dem Patienten und nach Rücksprache mit dem zuständigen Onkologen die Weiterführung des Therapiemanagements wie zum Beispiel der Versorgung von krankheits- und/oder therapiebedingten unerwünschten Wirkungen, deren Beurteilung, Behandlung sowie die gezielte Weitervermittlung an Fachspezialisten.

Durch die individuelle Begleitung der betroffenen Personen während aller Phasen der Behandlung können Rehabilitationsziele mit dem Patienten regelmässig abgesprochen und der Rehabilitationsverlauf überprüft werden, womit der Genesungsprozess und die Reintegration in den Alltag verkürzt und positiv beeinflusst werden können. Hiermit kommt das pflegerische Angebot auch einem oft erwähnten Patienten- und Angehörigenwunsch entgegen: Viele wünschen sich eine Vertrauensperson, eine kontinuierliche Ansprechperson sowie eine Koordination während aller Phasen der Erkrankung. Neben einem reibungslosen, auf die Prioritäten fokussierten Rehabilitationsverlauf vermittelt die Pflegefachperson dem Patienten und seinen wichtigsten Bezugspersonen Sicherheit und gibt Orientierung – immer mit dem Ziel, eine optimale individuelle Behandlungs- und Betreuungsqualität sowie eine bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Krankheitsverlaufes für die betroffenen Personen anzustreben.

**Die Onkologiepflege
im multiprofessionellen Reha-Team**
Nebst einer engen Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachpersonen und

den Onkologen, der aktiven Gestaltung der Patientennavigation sowie der Koordination weiterführender Therapien sind folgende Aufgaben der Onkologiepflege zugeordnet:

- > Beratung, Unterstützung und Edukation pflegetherapeutischer Interventionen bei krankheits- und/oder therapiebedingten Nebenwirkungen resp. Begleiterecheinungen z. B. mittels Kinästhetik, Einreibungen, basale Stimulation, Aromapflege, Wickel etc.
- > Beratung, Unterstützung und Edukation im Umgang mit Hilfsmitteln
- > Selbstmanagementförderung mittels Anleitung von praktischen, pflegerischen Interventionsmöglichkeiten
- > Support und Beratung von Angehörigen
- > Leiten gruppentherapeutischer Angebote wie z. B. «Lernen mit Krebs zu leben»

Regelmässig sollte die Reha-Koordinationsstelle interdisziplinäre Rapporte planen, die der Patienten-Zielüberprüfung und der Sensibilisierung sowie der Verständnisförderung der anderen Berufsgruppen dienen. Jährlich interdisziplinäre Fachtreffen können die kontinuierliche Weiterentwicklung ebenfalls optimieren.

> Beate Schneider-Mörsch

> Nadja Wyrsh

Literatur

Scherz, N. et al., 2017. Case management to increase quality of life after cancer treatment: a randomized controlled trial. BMC Cancer. 17:223

Réadaptation oncologique : soutien sur le long retour à la vie normale

Mise en place de programmes en ambulatoire et engagement des soins en oncologie

De plus en plus de personnes survivent à leur cancer. La maladie et ses traitements conduisent cependant souvent à des séquelles physiques, des souffrances psychiques et une modification des relations sociales. La réadaptation oncologique améliore la qualité de vie des personnes touchées et facilite leur retour à la vie normale et professionnelle. Elle implique la collaboration d'une équipe multi-professionnelle ainsi que la coordination et l'accompagnement de la personne dans le processus de réadaptation.

Nouveau guide pour la mise sur pied de la réadaptation oncologique ambulatoire

Ces dernières années, la Ligue suisse contre le cancer (LSC) a accompagné la mise sur pied de programmes de réadaptation oncologique ambulatoire dans tout le pays. Les expériences pratiques faites par la LSC et les prestataires ont été répertoriées et documentées et peuvent dorénavant être retrouvées dans un manuel incluant de nombreux exemples et outils utiles.

L'un des outils essentiels du manuel est le « Guide pour la mise en place de programmes de réadaptation oncologique ambulatoire ». Les processus principaux pour l'élaboration de ces programmes y sont clairement décrits, ils recouvrent d'une part les réflexions stratégiques ainsi que l'analyse et la clarification des besoins et des opportunités à l'emplacement choisi. On y répond par ail-

leurs à des questions dans le domaine des ressources humaines. Des informations sur le type de programme et les critères de qualification y figurent également. La deuxième partie aborde la mise en œuvre concrète d'une offre de réadaptation oncologique ambulatoire.

Coordination de la réadaptation oncologique ambulatoire – un domaine de compétences étendu en matière de soins en oncologie

La complexité croissante des traitements et le processus multimodal qui en découle conduisent à de nombreux recoupements après la phase des traitements. Il s'agit de coordonner le passage de la phase aiguë au suivi en l'adaptant à la situation personnelle du patient, tout en mettant l'accent sur les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

Pour assurer la conduite individuelle du patient, le personnel soignant doit disposer d'une spécialisation en oncologie qui requiert un large savoir sur les maladies cancéreuses, les thérapies et leurs effets spécifiques sur les personnes. Le spécialiste en soins en oncologie doit également avoir de l'expérience dans l'accompagnement des patients et disposer d'une formation continue en psycho-oncologie.

Dans l'idéal, le premier rendez-vous entre le patient et la coordinatrice de la réadaptation a lieu pendant la phase aiguë des traitements, afin de l'informer sur l'offre de réadaptation.

Un accompagnement individualisé de la personne touchée dans toutes les phases de la prise en charge per-

met de fixer régulièrement des objectifs de réadaptation avec le patient et de vérifier leur déroulement. Il est ainsi possible de raccourcir et d'avoir une influence positive sur le processus de guérison ainsi que le retour à la vie normale.

Le spécialiste en soins en oncologie assure, en plus de la collaboration rapprochée avec les spécialistes en réadaptation et l'oncologue, nombre de tâches dans des domaines qui sont dévolus aux soins en oncologie, notamment de conseil et de soutien dans l'utilisation des moyens auxiliaires, dans les soins ou avec les proches. Des réunions annuelles de formation continue contribuent à optimiser les compétences des spécialistes en soins en oncologie.

> Beate Schneider-Mörsch

> Nadja Wyrsch

Riabilitazione oncologica: sostegno nella lunga via del ritorno alla vita normale

Creazione di programmi di ambulatoriali ed impegno nelle cure oncologiche

Oggi sempre più persone sopravvivono al cancro. Tuttavia la malattia ed i relativi trattamenti comportano spesso problemi fisici, sofferenze psichiche e un cambiamento dei rapporti sociali. La riabilitazione oncologica migliora la qualità della vita delle persone ammalate di cancro e facilita il loro ritorno alla vita normale e professionale. Essa implica la collaborazione di un team multiprofessionale, il coordinamento e anche l'accompagnamento della persona nel processo di riabilitazione.

Nuova guida per l'organizzazione della riabilitazione oncologica ambulatoriale

Negli ultimi anni la Lega svizzera contro il cancro (LCS) ha seguito la creazione di programmi di riabilitazione oncologica ambulatoriale in tutto il paese. Le esperienze pratiche fatte dalla LCS e dagli organizzatori sono state raccolte, documentate e pubblicate in un manuale corredato di numerosi esempi e strumenti utili. Uno degli strumenti essenziali del manuale è la «Guida per la creazione di programmi di riabilitazione oncologica ambulatoriale». La guida descrive con chiarezza i procedimenti principali per l'elaborazione dei programmi, comprese le riflessioni sulle strategie, l'analisi e l'accertamento dei bisogni e delle opportunità nel luogo in questione. Vi si trovano risposte a domande sulle risorse umane e informazioni sul tipo di programma e i criteri di qualifica. La seconda parte della guida affronta la messa in pratica delle offerte di

riabilitazione oncologica ambulatoriale.

Coordinamento della riabilitazione oncologica ambulatoriale – un ampio ambito di competenze nel settore delle cure oncologiche

La crescente complessità dei trattamenti e dei processi multimodali durante e dopo il trattamento comporta diverse interfacce. È essenziale coordinare il passaggio dalla fase acuta a quella dei controlli, adattandolo alla situazione personale del paziente e mettendo l'accento sui criteri dell'efficacia, dell'adeguatezza e dell'economicità.

Per garantire l'assistenza su misura del paziente, il personale curante deve disporre di una specializzazione in oncologia che garantisca ampie conoscenze delle malattie tumorali, delle terapie e degli effetti specifici che esse hanno sulle persone. Lo specialista in cure oncologiche deve anche disporre di esperienza nell'accompagnamento dei pazienti e svolgere una formazione continua in psico-oncologia.

Sarebbe bene che il primo incontro tra il paziente e chi coordina la riabilitazione si svolgesse durante la fase acuta dei trattamenti, per informare il paziente sull'offerta di riabilitazione specifica. Un accompagnamento personalizzato del paziente in tutte le fasi dell'assistenza permette di fissare regolarmente assieme gli obiettivi di riabilitazione e di verificarne il raggiungimento. È anche possibile abbreviare il processo di guarigione ed influenzarlo positivamente fino al ritorno alla vita normale.

Lo specialista in cure oncologiche, oltre alla collaborazione ravvicinata con gli specialisti di riabilitazione e con l'oncologo, garantisce lo svolgimento di numerosi compiti nei settori dedicati alle cure oncologiche, in particolare la consulenza e il sostegno nell'utilizzo degli strumenti ausiliari per le cure o per i familiari. Incontri annuali di formazione continua contribuiscono a perfezionare le competenze degli specialisti di cure oncologiche.

> Beate Schneider-Mörsch

> Nadja Wyrsch

Erfahrungsaustausch und Fortbildung für Führungspersonen

An Führungspersonen in einer onkologischen Praxis oder in einem onkologischen Ambulatorium werden hohe Anforderungen gestellt.



Die Onkologiepflege Schweiz lädt Sie ein, mit anderen Führungspersonen der ambulanten Pflege Ihre Erfahrungen und Anliegen auszutauschen und Antworten auf Fragen zu finden wie beispielsweise:

- Wie viele Pflegefachpersonen sollten für wie viele Patienten pro Tag zur Verfügung stehen?
- Wie können die Abläufe effizient und trotzdem patientenfreundlich organisiert werden?
- Wie können die Fachpersonen unterstützt und geführt werden?
- Welches sind minimale Qualitätskriterien, die erfüllt werden sollten?
- Welche Voraussetzungen sollten geschaffen werden, damit eine Pflegegesprächsstunde erfolgreich durchgeführt werden kann?

Wann: Mittwoch, 8. November 2017 in Zürich (Wiederholung)

Netzwerktreffen

Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten

Onkologiepflege Schweiz lädt Sie ein, Ihre Erfahrungen im Umgang mit Herausforderungen, sowie Fachwissen, Projekte und Ideen auszutauschen und voneinander zu lernen. Sie als Expertin und Experte bestimmen die Themen, die Sie diskutieren und bearbeiten möchten.

Onkologiepflege Schweiz organisiert für Sie den Rahmen und ermöglicht das gemeinsame Treffen.

Eingeladen sind Pflegefachpersonen, die in der Funktion als Pflegeexpertin, Pflegeexperte, Advanced Practice Nurse oder ähnlichen Funktionen im Fachbereich Onkologie tätig sind, sei es in der Akut-, Palliativ- oder Rehabilitationspflege, ambulant oder stationär.

Wann: Mittwoch, 29. November 2017 in Zürich



Tagung für Spitex Mitarbeiter

Menschen mit einer Krebserkrankung zu Hause pflegen und begleiten

Neue Herausforderungen und notwendiges Fachwissen in der Spitex

Immer mehr Menschen mit einer Krebserkrankung leben länger und besser als noch vor einigen Jahren. Heute sind viele Krebserkrankungen chronische Erkrankungen. Die meisten betroffenen Menschen können und möchten zuhause leben und dabei die Pflege der Spitex in Anspruch nehmen. Sie und ihre Angehörigen benötigen eine fachspezifische Pflege und Begleitung. Fachpersonen in der Spitex werden mit verschiedensten Herausforderungen konfrontiert: Umgang mit unerwünschten Wirkungen von Krebstherapien, Behandlung und Pflege bei komplexen Schmerzen, belastende maligne Wunden und Stomata.

Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller beteiligten Fachpersonen und eine bewusste Achtsamkeit in anspruchsvollen Situationen sind ebenso Voraussetzungen für eine gelingende Pflege und Begleitung der Personen zu Hause.

Entsprechend wird von den Fachpersonen der Spitex aktuelles Wissen im Umgang mit den spezifischen Fragestellungen bei der Pflege von Menschen mit einer Krebserkrankung erwartet.

Onkologiepflege Schweiz bietet Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Spitex eine Plattform an, bei der spezifisches Fachwissen und Erfahrungen erweitert und ausgetauscht werden können.

Wann: Mittwoch, 25. Oktober 2017 in Olten



Was tun, wenn Schmerzen nicht aufhören? Wenn der Schmerz den Alltag bestimmt? In seinem Buch «Gesichter des Schmerzes: Möglichkeiten und Grenzen der Schmerzmedizin» möchte der Schmerzspezialist Roland Schreiber Fachleuten und Nichtmedizinern dabei helfen, chronische Schmerzen zu verstehen und zu behandeln.

Eine klare Antwort für die Behandlung chronischer Schmerzen gibt es leider nicht. Vielmehr ist ein «Trial & Error» in der Behandlung von Schmerzen oftmals unumgänglich. So meint Roland Schreiber: «Therapeutisch gibt es beim chronischen Schmerz kein klares Richtig oder Falsch. Richtig ist, wenn die Behandlung erfolgreich war. Diese richtige Behandlung zu finden, bedeutet aber, dass einiges getan werden muss.» Und so geht der Arzt mit seinen Patienten auf die Suche. Unverblümt be-

schreibt er dabei Erfolge sowie Misserfolge der Behandlung. Doch eines wird dem Leser recht schnell klar. Der engagierte Schmerzspezialist gibt nicht gerne auf. Schwierige Fälle scheinen ihn zu packen. Schritt für Schritt beschreibt er in seinem Buch die von ihm angewandten Behandlungsmethoden und deren Wirkweise. Um bei komplexen schmerzmedizinischen Problemen systematisch arbeiten zu können, entwickelte er das integrative Behandlungsmodell. Dieses Modell bildet das Herzstück des Buches. Schreiber benutzt es um aufzuzeigen, wie er mit einer Kombination aus Schulmedizin, alternativen Heilmethoden und mentalen Praktiken versucht, Schmerzen zu lindern und somit die Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Schritt für Schritt erklärt er kompakt die Methoden und deren Anwendungsgebiete. Neben den allgemein anerkannten schulmedizinischen Methoden scheut er sich nicht auch unkonventionelle Methoden wie die Hypnose, Musiktherapie und Affekttherapie genauer unter die Lupe zu nehmen. Anhand von Fallbeispielen stellt er diese Werkzeuge vor und schnell wird dem Leser klar, dass die Pille allein nicht hilft. Jedoch darf das Buch nicht nur als «Methodenkiste» gesehen werden.

Vielmehr will es die Diskussion über mögliche Veränderungen beim Thema «Chronischer Schmerz» in der Gesellschaft anheizen. Die Schreibweise des Autors beschwingt und birgt oft einen frechen Unterton. Dabei betont Schreiber mehrmals die Pflicht zur Veränderung eines jeden Individuums zu mehr Eigenverantwortung und Gesundheit. Auch verliert er nicht den gesellschaftlichen Kontext aus den Augen. So bietet sein Buch viele interessante Impulse an alle Menschen, die mit chronischem Schmerz zu tun haben: Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, Patienten und deren Angehörige, aber auch an Politiker, Anwälte und diejenigen in den sozialen Behörden und Versicherungen, die über das Schicksal von Schmerzpatienten mitentscheiden.

> Dr. sc. med. Monika Kirsch
Pflegeexpertin Schmerztherapie,
Departement Anästhesiologie,
Universitätsspital Basel
monika.kirsch@usb.ch

Gesichter des Schmerzes: Möglichkeiten und Grenzen der Schmerzmedizin Autor: Roland Schreiber, Herausgeber: Careum, ISBN: 978-3-03787-208-6, Anzahl Seiten: 288, Veröffentlichung: 2016

«Improvewelt» – Das Theater mit dem Krebs!

Noch ein weiterer Kurs für Krebsbetroffene, wo es doch schon so viele gibt? Ja – und zwar Improvisationstheater für Krebsbetroffene und Angehörige – «Improvewelt». Hinter dem Projekt steht Pflegefachfrau und Improvisationsschauspielerin Regina Leemann:
«Improtheater verbindet, bringt unheimlich viel Spass und kann bewirken, dass man einen neuen Zugang zu sich selber, seinem Körper und dem Erlebten erhält. Jeder Mensch

trägt einen Schatz an Bildern, Eindrücken und Phantasien in sich, der nur ausgepackt werden muss!» In den Kursen werden spielerisch Elemente des Improvisationstheaters angewendet, ohne dass sich die Einzelnen zu sehr exponieren müssen – es sei denn, sie wollen.
Ziel der Kurse ist v. a. zu lachen, aber auch Impulse wahrzunehmen, zu entspannen und aus unplanbaren Situationen etwas Neues entstehen zu

lassen – genau so, wie im Leben, genauso, wie beim «Theater mit dem Krebs»! Voraussetzung ist einzig eine gewisse Spielfreude und ein «Ja», sich darauf einzulassen.

Der nächste Kurs ist in Planung, ebenso können auch Kurse auf Anfrage gebucht werden (inkl. für Fachpersonen). Genauere Informationen sowie Anmeldung bitte unter: www.improvewelt.ch.

4 Entrées für eine Fortbildung der OPS zu gewinnen!

4 entrées pour une formation continue de SOS à gagner !

1. Wie heissen die Best Practice-Empfehlungen von palliative.ch?

I = BROVETO S = BIGORIO D = BRISSAGO

2. In welchem Jahr kam die erste zielgerichtete Krebstherapie auf den Markt?

N = 2000 E = 2004 U = 1998

3. Wie viele Prozent der Patienten betrachten das Ausbleiben einer peripher-venösen Punktion gemäss Goosens et al. (2005) als positiv?

P = 42 % L = 54 % B = 66 %

4. Wie viele Palliativ-Patienten gab es im Jahr 2012 in der Schweiz ungefähr?

U = 53 000 T = 25 000 P = 40 000

5. Wie viele Stammzelltransplantationen wurden im letzten Jahr im entsprechenden Behandlungszentrum des Universitätsspitals Basel durchgeführt?

I = 136 O = 156 W = 186

6. Für wie viele Prozent der teilnehmenden Patienten war das Anstechen des Portsystems in der Studie von Marty et al. (2017) schmerzhaft?

R = 8,6 % T = 10,3 % M = 21,4 %

7. Wie hoch war die mediane Überlebensdauer eines Patienten mit metastasierendem Bronchial- oder Kolonkarzinom vor 20 Jahren?

T = 6–12 Monate L = 7–18 Monate A = 4–8 Monate

Lösungswort:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

1. Comment se nomme le projet d'accompagnement des enfants de proches touchés par la maladie cancéreuse ?

A = ESLA S = ELEA D = ESPERA

2. Quel est le nombre de personnes vivant dans la région Riviera-Chablais ?

N = 300 000 E = 118 000 O = 180 000

3. Quelles sont les personnes qui ont réalisé des travaux sur lesquels se base la pratique de l'intervenante du projet ELEA ?

U = Dolto, Erikson et Piaget N = Dolto, Parse et Erickson B = Parse, Erikson et Demers

4. Quelle est l'année où le Rituximab a commencé à être utilisé ?

I = 2004 P = 1995 T = 1998

5. Quelle est l'abréviation anglophone du séquençage de l'ADN à haut débit de nouvelle génération ?

U = SGN I = NGS W = SNG

6. Il y a 20 ans quelle était la survie médiane d'un patient atteint d'un cancer métastatique du poulmon ?

E = 6 à 12 mois T = 7 à 18 mois M = 4 à 8 mois

7. Quelle association de traitements semble constituer l'avenir des traitements oncologiques ?

N = chimio et immunothérapie L = Immunothérapie et thérapie ciblée A = chimiothérapie et thérapie ciblée

Mot / Solution :

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

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 15.10.2017 an:

info@onkologiepflege.ch oder per Post an

Onkologiepflege Schweiz

Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Rätsel Nr. 2/2017

Lösungswort: Caring

Gewinnerinnen:

E. Brogle, Walkringen

K. Keller, Mörschwil

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 15.10.2017 à :

info@onkologiepflege.ch, ou bien par courrier

à Soins en Oncologie Suisse

Hirstigstr. 13, 8451 Kleinandelfingen

Quiz No 2/2017

Solution : Caring

La gagnante :

N. Beyeler, Riaz

10	25.10.2017	Tagung für Spitex Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Olten, www.onkologiepflege.ch
11	08.11.2017	Netzwerk für Führungspersonen Zürich, www.onkologiepflege.ch
	09.11.2017	Giornata di formazione 2017 del GIOTI Interdisciplinarieta in oncologia Cadempino, Programma: www.onkologiepflege.ch , iscrizioni: gioti@bluewin.ch
	24.11.2017	Freiburger Onkologischer Pflegefachtag D-Freiburg, www.uniklinik-freiburg.de
	29.11.2017	Netzwerk Pflegeexpertinnen und -experten Zürich, www.onkologiepflege.ch

2018

01	17.01.2018 + 07.03.2018	Führungsseminar Zürich, www.onkologiepflege.ch
03	22.03.2018	20. Schweizer Onkologiepflege Kongress Bern, www.onkologiepflege.ch
		20^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie Berne, www.soinsoncologiesuisse.ch
		20° Congresso Svizzero di cure oncologiche Berna, www.onkologiepflege.ch
04	25.–26.04. + 09.05.2018	Einführungskurs für Pflegende in das Fachgebiet Onkologie Olten, www.onkologiepflege.ch

Neue Projektleitung

Nationale Strategie gegen Krebs (NSK)

Mit dem Entscheid von Bund und Kantonen, die Nationale Strategie gegen Krebs (NSK) bis Ende 2020 zu verlängern, bietet sich die Chance, die bisherigen NSK-Projekte noch enger mit der nationalen Gesundheitspolitik abzustimmen und unter diesem Fokus weiterzuentwickeln und zu ergänzen.

Künftig werden Dr. Catherine Gasser und Dr. Michael Röthlisberger die NSK in Form einer Co-Leitung operativ führen.

Die Verlängerung der NSK ist eine grosse Chance, für die Betroffenen sowie in der Optimierung der Strukturen entlang des Patientenpfades nachhaltige Erfolge zu erzielen. Die Co-Leitung eignet sich optimal, laufende Projekte weiterzuführen, Zielsetzungen anzupassen sowie das Potenzial in den Handlungsfeldern «Abstimmung mit anderen Gesundheitsstrategien», «Aufbau von Cancer Communities», «Innovation» sowie «Koordinierte Versorgung» bestmöglich auszuschöpfen.

Mitteilung Oncosuisse/Krebsliga Schweiz

Nouveaux responsables à la direction de projet Stratégie nationale contre le cancer (SNC)

La décision de la Confédération et des cantons de prolonger la Stratégie nationale contre le cancer (SNC) jusqu'à fin 2020 offre une chance de coordonner encore mieux les projets actuels de la SNC avec la politique nationale de la santé tout en continuant à les développer et à les compléter dans cette optique.

A l'avenir, Catherine Gasser et Michael Röthlisberger assureront conjointement la direction opérationnelle de la SNC.

La prolongation de la SNC représente une grande chance d'aboutir à des progrès durables pour les personnes touchées ainsi que pour l'optimisation des structures qui jalonnent l'itinéraire du patient. La direction conjointe est une solution optimale pour poursuivre les projets en cours, adapter les objectifs et exploiter au mieux les potentiels que renferment les champs d'action « Coordination avec d'autres stratégies de santé », « Mise en place de Cancer Communities », « Innovation » et « Services de santé coordonnés ».

Communiqué Oncosuisse/ ligue suisse contre le cancer

ÜBERLEGENE WIRKSAMKEIT¹

DENOSUMAB AB DER ERSTEN KNOCHENMETASTASE²



- ▶ 8.2 Monate mehr Zeit ohne Knochenkomplikationen^{*1}
- ▶ Verzögerung der Schmerzprogression³

XGEVA®
(denosumab)

PRECISE
POWERFUL
PROVEN

^{*}27.7 Monate (Denosumab) vs. 19.5 Monate (Zoledronsäure). ¹Lipton Allan et al. Superiority of denosumab to zoledronic acid for prevention of skeletal-related events: A combined analysis of 3 pivotal, randomised, phase 3 trials. *European Journal of Cancer* (2012) 48, 3082–3092. ²Coleman R et al. Bone health in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* (2014) 25 (suppl 3): iii124–iii137. ³Von Moos R. et al. Pain and health-related quality of life in patients with advanced solid tumours and bone metastases: integrated results from three randomized, double-blind studies of denosumab and zoledronic acid. *Support Care Cancer* 2013. 21(12):3497–3507.

XGEVA® (Denosumab): Mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellter humaner monoklonaler IgG2-Antikörper. **Indikation:** Zur Behandlung von Patienten mit Knochenmetastasen solider Tumoren in Verbindung mit einer antineoplastischen Standardtherapie. Zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen mit abgeschlossener Skelettmetastase mit Riesenzelltumoren des Knochens, die entweder nicht resezierbar sind oder bei denen eine Resektion wahrscheinlich zu hoher Morbidität führen würde. **Dosierung/Anwendung:** 120 mg einmal alle 4 Wochen, als einzelne subkutane Injektion. Bei Riesenzelltumoren des Knochens zusätzlich eine «Loading-Dosis» von 120 mg an Tag 8 und 15. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Patienten sollten nicht gleichzeitig mit Prolia® (enthält ebenfalls Denosumab) behandelt werden. Eine vorbestehende Hypokalzämie muss vor Beginn der Behandlung mit XGEVA® korrigiert werden. Eine Supplementation von Kalzium und Vitamin D ist bei allen Patienten notwendig, ausser bei Hyperkalzämie. Es wird empfohlen, den Kalziumspiegel bei allen Patienten zu überwachen. Osteonekrose im Kieferbereich trat bei Patienten auf, die mit XGEVA® behandelt wurden. In klinischen Studien wurden Hautinfektionen (hauptsächlich bakterielle Entzündung des Unterhautgewebes) beobachtet, die zu einer Hospitalisation führten. Im Zusammenhang mit XGEVA® wurde über atypische Femurfraktur berichtet. Patienten mit seltener hereditärer Fructoseintoleranz sollten XGEVA® nicht anwenden. **Interaktionen:** keine bekannt. **Unerwünschte Wirkungen:** Sehr häufig: Dyspnoe, Diarrhoe. Häufig: übermässiges Schwitzen, Osteonekrose im Kieferbereich, Hypokalzämie, Hypophosphatämie. Gelegentlich: bakterielle Infektion des Unterhautgewebes. Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen, atypische Femurfraktur. **Packungen:** 1 Durchstechflasche zu 120 mg Denosumab in 1.7 ml Lösung. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte der Fachinformation unter www.swissmedinfo.ch. **Verkaufskategorie:** A. **Zulassungsinhaber:** Amgen Switzerland AG, Zug. DMO-CHE-AMG-021-2014-February-P