

3 | 2021

Onkologiepflege Soins en Oncologie Cure Oncologiche

Fachzeitschrift der Onkologiepflege Schweiz
Journal professionnel de Soins en Oncologie Suisse
Rivista professionale delle Cure Oncologiche Svizzera

ONKO-GERIATRIE

ONCO-GÉRIATRIE

ONCO-GERIATRIA

Ältere Menschen mit Tumorerkrankungen	5
Arzneimitteltherapie bei älteren Personen mit Krebs	11
Ethische Herausforderungen der geriatrischen Onkologie	17
Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée-infirmier praticien spécialisé en oncogériatrie : projet en cours	27



Detaillierte Programme: www.onkologiepflege.ch Programme détaillé: www.soinsoncologiesuisse.ch

09	15.09.2021	Bern	23. Schweizer Onkologiepflege Kongress Integrierte Onkologie – Und wie integriert sich die Pflege?
	22. – 23.09.+ 27.10.2021	Olten	Einführungskurs in die Onkologie (3 Tage) Einstieg in die Onkologiepflege
	23.09.2021	Zürich	Hämatologische Tumoren II Akute und chronische Leukämien, Pflegeschwerpunkt Adhärenz
	29.09.2021	Olten	Übergang von Kuration zu Palliation und Sterbeprozess Was ist wichtig für Betroffene, Bezugspersonen und das Betreuungsteam?
10	28.10.2021	Olten	Hirnmetastasen und primäre Hirntumoren Wenn das komplexeste Organ betroffen ist
	28.10.2021	Zürich	Supportive Care 6 – Komplementäre Behandlungsmethoden
11	03.11.2021	Zürich	Hämatologische Tumoren I – Maligne Lymphome, Multiples Myelom, Stammzelltransplantation und Survivorship
	04.11.2021	Olten	Angst, Depressionen und suizidale Tendenzen bei Krebsbetroffenen/ Ethische Aspekte in der Onkologiepflege
	04.11.2021	Zürich	Supportive Care 1 – Gastrointestinale Symptome in der Onkologie
	05.11.2021	Bulle	11ème Journée Romande de Soins en Oncologie Suisse Cancers et Tabous, osons en parler !
	11.11.2021	Zürich	Alte Menschen mit Krebs Wie erhalten sie die passende Behandlung und nötige Unterstützung?
	11.11.2021	Zürich	Krebs beim Mann Tumore unter der «Gürtellinie» und Schwerpunkte in der «Männerbetreuung»
	15.11.2021	Zürich	Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege – Update Leukämie
	17.11.2021	Zürich	Onkologie und Ernährung – Aktuelle Trends und Fakten unter der Lupe
	18.11.2021	Zürich	Lungentumoren – Häufigste Todesursache immer noch zu spät erkannt
	19.11.2021	Zürich	Basiskurs Pflege bei Radiotherapie Für Pflegefachpersonen, FAGE, MPA und MTRA
	24. – 25.11.2021	Bern	Zielgerichtete Therapien/Immunonkologie (2 Tage) – Target Lernprogramm
12	01. – 02.12.2021	Zürich	Hypnose – Hypnotherapie (2 Tage) Einsatz von Hypnose in der Onkologie
	09.12.2021	Olten	Einführung für FAGE und MPA in die Onkologie – Pflerelevantes Wissen
2022			
03	10. – 11.03. / 05. – 06.05. / 10.06. / 16.09.2022	Zürich	Weiterbildungslehrgang Dermatologische Reaktionen Onkologiepflege
	17.03.2022	Zürich	Supportive Care 2 – Schmerzen und Notfallsituationen in der Onkologie
	23. – 24.03. + 19.05.2022	Zürich	Basiskurs in pädiatrischer Onkologiepflege
04	07.04.2022	Zürich	Supportive Care 3 – Periphere Neuropathie, Schleimhauttoxizität sowie Qualität und Sicherheit in der Onkologie
05	18.05.2022	Zürich	Onkologie und Ernährung

Terminänderungen vorbehalten.

2021 | 3

Schwerpunktthema: Onko-Geriatrie

Sujet prioritaire : Onco-gériatrie

Argomento principale: Onco-geriatria

Editorial 4

Ältere Menschen mit Tumorerkrankungen 5

Arzneimitteltherapie bei älteren Personen mit Krebs 11

Ethische Herausforderungen der geriatrischen Onkologie 17

«Das Alter darf kein Grund sein, einer Person eine Therapie vorzuenthalten» 21

La médication chez les personnes âgées atteintes de cancer 24

Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée-infirmier praticien spécialisé en oncogériatrie : projet en cours 27

BILDUNG

Gerontologie und Onkologie 30

VON DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

Expertengruppe «Geriatrische Onkologie» 33

Gemeinsam vorausplanen? 35

Delir als Komplikation bei älteren Erwachsenen mit einer Krebserkrankung 36

Symptomassessments via Telefon 38

RESEARCH FLASH

Évaluation gériatrique 41

POPS

Krankheit und Tod im hohen Alter 42

PORTRÄT

«Alternde Menschen mit ihrer Lebensgeschichte und ihrem Lebenswillen faszinieren mich sehr» 44

NEWS

Aus dem Vorstand 46

Du comité 46

Dal comitato direttivo 47

FOKUS

48

BUCHBESPRECHUNG

50

KREBSLIGA SCHWEIZ

Finanzielle Soforthilfe für Krebsbetroffene in der Corona-Pandemie 51

Aide financière immédiate pour les personnes touchées par le cancer durant la pandémie 51

Sterneköche schenken Krebsbetroffenen Genussmomente 53

Chefs étoilés offrent aux personnes touchées par le cancer des instants de plaisir 54

RÄTSEL 55



Impressum

Herausgeber/Editeur

Onkologiepflege Schweiz, Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstrasse 12, CH-8451 Kleinandelfingen
Telefon +41 52 301 21 89, info@onkologiepflege.ch,
www.onkologiepflege.ch,
www.soinsoncologiesuisse.ch

Abonnemente/Abonnements

Einzelperson/individuel CHF 50.–/Euro 60.–
Institutionen/institutions CHF 70.–/Euro 80.–
Bestellung/commande www.onkologiepflege.ch

Redaktion/Rédaction

Irène Bachmann-Mettler, Zürich
Nadia Ghisletta, Bellinzona
Sara Häusermann, Winterthur
Sara Kohler, Winterthur
Dario Valcarengi, Bellinzona
Elke Wimmer, Zürich

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Antje Koller, St. Gallen

Lektorat

Dr. med. Eva Ebnöther

Kontakt Redaktion

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

Druck/Impression

Sarganserländer Druck, Mels

Inserate/Annonces

info@onkologiepflege.ch

Auflage/Tirage 1400 Exemplare/exemplaires

Erscheint/Parution
4 x jährlich / 4 x par an,
16.12.21/8.3.22/7.6.22/5.9.22

Redaktionsschluss/Limite rédactionnelle

04 | 2021, 11. Oktober 2021

ISSN 1662-355X Schlüsseltitel
Onkologiepflege

Mit der finanziellen Unterstützung
avec le soutien financier de



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

Liebe Leserin

Lieber Leser

Wie uns der griechische Philosoph Heraklit lehrt, fließt und verändert sich alles mit der Zeit («Panta rhei»). So entwickelt sich auch die Rolle der onkologisch tätigen Pflegenden weiter und stellt sich neuen kulturellen und beruflichen Herausforderungen. Einige Veränderungen kommen von aussen auf uns zu, während andere von uns und der Entwicklung unseres Wissens abhängen.

Heute sind wir Pflegefachpersonen gefordert, die Veränderungen in der Gesellschaft und in der Medizin zu überblicken und dabei unseren besonderen beruflichen Ansatz beizubehalten, der auf den Menschen mit seinen gesundheitlichen Bedürfnissen und Problemen und nicht nur auf die Krankheit ausgerichtet ist.

Onko-Geriatrie wurde mit dem Ziel gegründet, zwei unterschiedliche Kulturen und therapeutische Strategien zu verschmelzen: Onkologie und Geriatrie. Im gleichen Alter kann eine ältere Person tatsächlich autonom und leistungsfähig sein und eine andere kann gesundheitliche Probleme haben und sich selbst versorgen. Die Interventionen (medizinisch und pflegerisch) müssen daher an diese grosse individuelle Variabilität angepasst werden.

Die Entwicklung von weiterem Wissen über die Pflege älterer und krebserkrankter Menschen, deren Zahl zunimmt, ist daher eine professionelle Verantwortung, der wir uns stellen müssen.

Wir hoffen, dass die Artikel in dieser Ausgabe dazu beitragen, dass wir gemeinsam über diese Themen nachdenken.

Viel Vergnügen beim Lesen!

Dario Valcarenghi

Chère lectrice

Cher lecteur

Comme nous l'enseigne le philosophe grec Héraclite, tout passe et change avec le temps («Panta rhei»). Ainsi, le rôle de l'infirmière en oncologie évolue également pour répondre aux nouveaux défis culturels et professionnels. Certains changements nous viennent de l'extérieur, tandis que d'autres dépendent de nous et du développement de nos connaissances.

Aujourd'hui, nous est demandé, à nous les infirmières et infirmiers, d'être capables de décrypter les changements qui se produisent dans la société et dans la médecine, tout en maintenant notre approche professionnelle particulière, qui se centre sur la personnes avec ses besoins et problèmes de santé et pas seulement sur la maladie.

L'onco-gériatrie a été créée dans le but de fusionner deux cultures et stratégies thérapeutiques différentes : l'oncologie et la gériatrie. Au même âge, une personne âgée peut en effet être autonome et performante et une autre peut avoir des problèmes de santé et d'autosuffisance. Les traitements médicaux et les soins infirmiers doivent donc être adaptés en fonction de cette grande variabilité individuelle.

Développer de nouvelles connaissances sur la façon de prendre soin des personnes âgées et les personnes atteintes de cancer, dont le nombre augmente, est donc une responsabilité professionnelle que nous devons assumer.

Nous espérons que les articles de ce numéro contribueront à notre réflexion collective sur ces questions.

Bonne lecture

Dario Valcarenghi

Cara lettrice

Caro lettore

Come ci insegna il filosofo greco, Eraclito, tutto scorre e cambia nel tempo («panta rei»). Così, anche il ruolo dell'infermiere oncologico è in evoluzione per affrontare nuove sfide culturali e professionali. Alcuni cambiamenti ci arrivano dall'esterno, mentre altri dipendono da noi e dallo sviluppo delle nostre conoscenze.

A noi infermieri viene oggi chiesta la capacità di rileggere i cambiamenti in atto nella società e nella medicina, mantenendo il nostro particolare approccio professionale, che è rivolto alle persone con bisogni e problemi di salute e non solo alla malattia.

L'onco-geriatria nasce con lo scopo di fondere fra loro due differenti culture e strategie terapeutiche: quella oncologica e quella geriatrica. Ad una stessa età, un anziano può infatti essere autonomo e prestante ed un altro avere problemi di salute e di autosufficienza. I trattamenti (medici e infermieristici) vanno quindi adattati in funzione di questa ampia variabilità individuale.

Sviluppare ulteriori conoscenze su come prendersi cura delle persone anziane e con tumore, i cui numeri sono in aumento, è quindi una responsabilità professionale di cui dobbiamo farci carico.

Confidiamo che gli articoli presenti in questo numero possano aiutarci a riflettere insieme su questi temi.

Buona lettura

Dario Valcarenghi

Ältere Menschen mit Tumorerkrankungen

Möglichkeiten und Grenzen patientenzentrierter Behandlungsplanung mit Fokus Frailty

Michael Gagesch, Wiebke Rösler, Silvia Rusch

Mit dem Alterungsprozess erweitert sich die Spanne zwischen chronologischem und biologischem Alter und altersassoziierte Veränderungen können auf onkologische Therapien entscheidenden Einfluss haben. Ein patientenzentrierter Blick auf die körperliche Robustheit der Betroffenen kann zu optimierten Behandlungsergebnissen beitragen.

Hintergrund

Der Anteil der Schweizer Bevölkerung im Alter 65 plus wächst im Rahmen des demographischen Wandels stetig an und beträgt aktuell knapp 18 % der Gesamtbevölkerung. Bereits 2023 wird die Gruppe der über 65-Jährigen mit 1,8 Millionen die jungen Menschen unter 20 Jahren überholt haben. Die Hochbetagten im Alter 80+ sind dabei die aktuell am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe (BFS, 2015). Ältere Menschen weisen dabei eine höhere Prävalenz komorbider Erkrankungen auf, nehmen häufig mehrere Medikamente ein und leiden häufiger unter funktionellen Beeinträchtigungen (körperlich und kognitiv) und ebenfalls sozioökonomischen Nachteilen. Die Ausprägung dieser Faktoren bei älteren Patientinnen und Patienten desselben chronologischen Alters variiert jedoch stark. Gleichzeitig nimmt die Wahrscheinlichkeit, an einem bösartigen Tumor zu erkranken, über die Lebenszeit bei beiden Geschlechtern zu. Die oben genannten altersassoziierten Faktoren können die Behandlungsergebnisse bei Tumorerkrankungen relevant beeinflussen. Die Schweizer Todesursachenstatistik weist Krebserkrankungen in der Gruppe der 65–84-jährigen Frauen und Männer als häufigste Todesursache auf (35 % bzw. 36.5 %), noch vor den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (24.2 %, bzw. 26.4 %) (BFS, 2018).

Der Alterungsprozess ist allgemein durch eine Vielzahl von Veränderungen auf zellulärer und molekularer Ebene gekennzeichnet, welche zu einer verminderten körperlichen Widerstandsfähigkeit beitragen (Lopez-Otin et al., 2013). Ebenso wirken sich psychische sowie sozioökonomische Faktoren auf die körperliche und seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter aus. Dennoch weist der menschliche Körper im Falle eines «erfolgreichen» Alterungsprozesses ausreichende Reserven für das Erreichen einer langen Lebenszeit auf (Beard et al., 2016). Die Diagnose einer bösartigen Krebserkrankung hat somit auch im Alter einen existenziell herausfordernden Charakter. Für ältere Menschen steht dabei jedoch oft nicht der drohende Verlust von Lebenszeit, sondern vielmehr der befürchtete Verlust von Alltagsautonomie und Selbsthilfe-

fähigkeit sowie die Sorge vor einem durch Schmerzen und Leid gekennzeichneten Lebensende im Vordergrund (Gosney, 2017).

Experimentelle Arbeiten aus Tiermodellen zeigen eine im Alter zum Teil geringere Tumor-Aggressivität. Bei älteren Patientinnen mit Mamma-Karzinom liegen häufiger günstigere histologische Typen und mehr Hormonrezeptorexpression als Therapieansatzpunkte vor, Metastasen sind weniger häufig und das durchschnittliche Überleben ist in allen Stadien länger. Im Gegensatz dazu ist die Prognose z. B. für Lymphome im Alter schlechter (Morrison, 2018). Für viele Tumore gibt es jedoch keine nachgewiesenen Unterschiede nach Altersgruppen. Da neue onkologische Therapien zunächst in klinischen Studien beurteilt werden, ist wichtig anzumerken, dass bisher nur etwa 3 % der älteren Tumorpatientinnen und -patienten in Therapiestudien eingeschlossen werden. Gleichzeitig sind das in Studien häufig untersuchte Gesamtüberleben und die krankheitsbezogene Mortalität ggf. nicht die optimalen Endpunkte für diese Patientengruppe. Andererseits darf fehlende Evidenz aus klinischen Studien für ältere Patientinnen und Patienten nicht zu einer Unterbehandlung führen.

Herausforderungen

Bei älteren Menschen stellen sich die in medizinischen Lehrbüchern als charakteristisch beschriebenen Symptome vieler Erkrankungen im Alltag häufig atypisch oder weniger deutlich dar. Gleichzeitig werden bestimmte Symptome durch die Betroffenen nicht selten als «altersassoziiert» und damit unvermeidlich wahrgenommen. So werden schleichend auftretende Anhaltspunkte auch zu Beginn einer Tumorerkrankung bei älteren Patienten in medizinischen Konsultationen möglicherweise seltener berichtet oder durch die beteiligten medizinischen Fachpersonen erst verzögert erkannt (Gosney, 2017). Dies kann dazu führen, dass Krebs im Vergleich zu jüngeren Betroffenen erst in späteren Krankheitsstadien erkannt wird, und sich dadurch der Beginn einer spezifischen Therapie verzögert bzw. eine kurative Therapie zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht mehr möglich erscheint.

Auch für die Onkologie ist die Behandlung älterer Patientinnen und Patienten aufgrund der physiologischen Altersveränderungen und der oftmals bestehenden Begleiterkrankungen häufig eine therapeutische Herausforderung. Dies gilt für medikamentöse, radiotherapeutische und chirurgische Therapien gleichermaßen. Insbesondere sind hier die im Alter veränderte Pharmakokinetik (d. h.



die Verteilung und Verstoffwechselung von Medikamenten im Körper), eine verminderte Herz-Kreislauf-Funktion, reduzierte Regenerationsfähigkeit von Knochenmark, Haut- und Schleimhäuten und eine Niereninsuffizienz zu nennen. Die wichtigsten für eine onkologische Therapie im Alter zu berücksichtigenden Einflussfaktoren sind in **Tabelle 1** dargestellt.

Tabelle 1: Wichtigste Einflussfaktoren einer onkologischen Therapie im Alter

Behandlungsfaktoren	Beispiele
Tumorspezifische Faktoren	Operabilität, post-operative Einschränkungen und veränderte Körperfunktionen, Ausscheidung von Stuhl und Urin
Therapietoxizität	Infekte, Zytopenie, Stomatitis/Mukositis, Nausea/Emesis, Diarrhoe
Schmerzen	Tumorassoziiert, therapieassoziiert
Polypharmazie	Neben- und Wechselwirkungen, Toxizität
Ernährungszustand	Malnutrition, Tumorkachexie, Anorexie
Psychosoziale Faktoren	Anpassungsstörung, Depression, Copingstrategien, Stigmatisierung
Sozioökonomische Faktoren	Patientenedukation, soziale Integration

In der Praxis der Behandlung älterer Tumorpatientinnen und -patienten stellt sich vielfach die Frage, ob eine maximale onkologische Therapie gleichzeitig die optimale Behandlungsoption für diese Gruppe und die individuell Betroffenen darstellt, und worin die Wirksamkeit und Nützlichkeit der Therapie gemessen und beurteilt werden kann. Es gilt dabei, die beiden möglichen Extreme einer

Über- und Unterbehandlung bzw. auch der Nichtbehandlung kritisch zu reflektieren. Gleichzeitig ist die Frage zu beantworten, welche Faktoren massgeblich die individuelle Prognose bestimmen. Ein dabei aus geriatrischer Sicht relevanter Faktor ist die sogenannte altersassoziierte Gebrechlichkeit, engl. «Frailty». Dabei handelt es sich um ein altersmedizinisches Syndrom, welches durch überproportional verminderte funktionelle körperliche Reserven gekennzeichnet ist, und mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe akuter und chronischer Erkrankungen, längerer Regenerationszeit, unerwünschten Behandlungsfolgen, Verlust von Alltagsselbstständigkeit, Behinderung und erhöhter Sterblichkeit verbunden ist (Clegg et al., 2013). Frailty ist dabei ein nachgewiesen genauerer Parameter als der Blick auf das chronologische Alter allein.

Über die letzten zwei Jahrzehnte ist das medizinische Wissen um die Erkennung und mögliche Behandlungsoptionen für Frailty auch im Bereich der Onkologie stetig gewachsen. Zwei Frailty-Konzepte haben sich in der Literatur weit verbreitet und können in verschiedenen Behandlungssituationen von der hausärztlichen Praxis bis ins Spitalsetting und von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen angewendet werden. Es handelt sich dabei um den sogenannten Frailty-Phänotyp nach Fried (Fried et al., 2001) und den Frailty-Index, basierend auf der Messung der Anhäufung körperlicher Defizite und Limitationen (Mitnitski, Mogilner, Rockwood 2001). Der Phänotyp ist durch die fünf Kennzeichen ungewollter Gewichtsverlust, verminderte Kraft, langsame Ganggeschwindigkeit, allgemeine Erschöpfung und verminderte körperliche Aktivität charakterisiert. Der Frailty-Index lässt sich anhand einer Mindestanzahl von 30 Variablen aus verschiedenen altersassoziierten Erkrankungen und Limitationen erheben. Eine vom Frailty-Index abgeleitete bildhafte Darstellung, die sogenannte Clinical Frailty Scale, lässt sich ohne das



Abbildung 1: Durch die «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» der WHO werden die multidimensionalen Einflüsse und Auswirkungen von Tumorerkrankungen auf die Gesundheit von älteren Betroffenen deutlich

Tabelle 2: Übersicht Frailty-Konzepte, Beispiele für validierte Untersuchungsinstrumente

Frailty-Konzept	Dimensionen	Auswahl möglicher Instrumente
Frailty-Phänotyp	Ungewollter Gewichtsverlust Erschöpfung Langsamer Gang Niedriges Aktivitätsniveau Reduzierte Kraft	Phänotyp nach Fried clinical Frailty Instrument SHARE-Frailty Instrument FRAIL-Scale SOF-Frailty Index
Frailty-Index (Defizitakkumulation)	30+ altersassoziierte Variablen	electronic Frailty Index (eFI) Clinical Frailty Scale
Multidimensionale Konzepte	Mobilität Sensorium Ernährung Psychosoziales Kognition	Groningen Frailty Index Tilburg Frailty Indicator
Konzepte die Schutzfaktoren berücksichtigen	Ungewollter Gewichtsverlust Mobilität/Sturzanamnese IADL Körperliche Aktivität Soziales Engagement	LUCAS-Funktionsindex
Frailty bei Myelompatienten	Alter Komorbiditäten Kognitiver Zustand Physischer Zustand	Myeloma Frailty Score

Erheben der Variablen auch am Patientenbett anwenden. Bis heute ist auf Grundlage der beiden oben genannten Konzepte eine Vielzahl von Untersuchungsinstrumenten vorgeschlagen worden, um Frailty zu erkennen. Daneben gibt es einige Vorschläge für Methoden, die auch psychosoziale Komponenten in das Frailty-Konzept integrieren (Azzopardi et al., 2016). Abbildung 1 stellt die multidimensionalen Einflüsse und Auswirkungen von Tumorerkrankungen auf die Gesundheit von älteren Betroffenen anhand der «Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» der WHO dar. **Tabelle 2** zeigt eine Übersicht der bekanntesten Frailty-Konzepte und Beispiele für validierte Untersuchungsinstrumente.

Die Erkennung der Bedeutung von Frailty für die medizinische Versorgung älterer Erwachsener hat im Vereinigten Königreich im Rahmen des NHS (National Health Service) bereits 2018 zur Einführung der regelhaften Erhebung eines elektronischen Frailty-Index als Screeninginstrument bei über 65-Jährigen in der Hausarztpraxis geführt. Ein weiteres Beispiel für eine vielversprechende Initiative zur Verbesserung des Gesundheitszustands älterer Erwachsener ist das in Kanada national etablierte «Canadian Frailty Network». In der Schweiz ist für ältere Patientinnen und Patienten die Früherkennung (Screening) oder standardisierte Abklärung von Frailty in alters-

medizinischen Zentren jedoch bisher noch nicht regelhaft etabliert, dies gilt auch für ältere Menschen mit Tumorerkrankungen.

Möglichkeiten

Üblicherweise erfolgt die Beurteilung der «Fitness» für eine geplante onkologische Therapie durch die behandelnden Fachspezialisten anhand des Patientenalters und des Karnofsky-Index oder des ECOG (Eastern Cooperative of Oncology Group) Performance Status. Diese Instrumente sind bereits in den 1940er- bzw. 1960er-Jahren entwickelt worden. Sie bilden zwar grundsätzlich den Hilfsbedarf in den basalen Alltagsaktivitäten und die generelle Leistungsfähigkeit ab, sind gleichzeitig jedoch nicht speziell für ältere Betroffene entwickelt worden und stark von der subjektiven Beurteilung der Untersuchenden abhängig. Weiterhin fehlen Informationen z. B. über die Alltagsmobilität, den Ernährungszustand, die funktionellen Reserven und die psychische Verfassung, ein Vorteil liegt dagegen im geringen Zeitaufwand, der für die Beurteilung erforderlich ist.

Das frühzeitige Erkennen von Frailty kann auch bei Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen dazu beitragen, dass eine onkologische Therapie mit geringerem Risiko für unerwünschte Behandlungsfolgen durchgeführt werden kann und die Betroffenen im Verlauf ihre frühere Selbstversorgungsfähigkeit eher wiedererlangen (Ethun et al., 2017). Wird eine Tumorpantin oder ein Tumorpantient als «frail» oder «prä-frail» (Risikostadium) identifiziert, sollte in einem zweiten Schritt ein umfassendes, sogenanntes «geriatrisches Assessment» (GA) stattfinden. Dadurch können geriatrische Syndrome identifiziert und ein patientenzentrierter Behandlungsplan entworfen werden. Gleichzeitig muss der für ein GA benötigte Zeitaufwand von 45 bis 60 Minuten gegenüber einem ca. fünf Minuten dauernden Screening berücksichtigt werden. Es kann daher im klinischen Alltag von Vorteil sein, zunächst anhand eines kurzen Screeningtests Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Handlungsbedarf zu identifizieren, die dann im Weiteren ein GA erhalten und von den entsprechend daraus abgeleiteten Empfehlungen profitieren.

Eine begrüßenswerte Initiative der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) fordert seit einigen Jahren die Erhebung eines Frailty-Screenings anhand des sogenannten G8-Screening-Tools für Studienprobanden ab 70 Jahren in klinischen Krebsstudien. Dabei handelt es sich um eine Entwicklung auf Grundlage einer Auswahl von Teilen eines Ernährungsfragebogens (Mini Nutritional Assessment) plus Berücksichtigung des Patientenalters (Bellera et al., 2012). Das G8-Screening-Tool hat sich bisher in verschiedenen onkologischen Studien als belegtes Instrument etablieren können und wird auch von der SIOG (Internationale Gesellschaft für Geriatrische Onkologie) für ältere Tumorpantienten im klinischen Alltag empfohlen. Darüber hinaus

hat die SIOG-Arbeitsgruppe für Pflege und unterstützen der Gesundheitsberufe 2016 ein Positionspapier veröffentlicht, welches den Stellenwert und die Möglichkeiten der onkologischen Pflege in der Betreuung älterer Patientinnen und Patienten zusammenfassend darstellt (Burhenn et al., 2016).

Für die meisten Tumorerkrankungen stehen neben dem G8 bisher noch keine spezifischen Screeninginstrumente zur Verfügung. Für das Multiple Myelom wurde jedoch durch eine internationale Arbeitsgruppe 2015 der «Myeloma Frailty Score» publiziert, der Betroffene in drei Kategorien (fit, intermediate, frail) einteilt und online berechnet werden kann (<http://www.myelomafrailtyscore-calculator.net/>). Daneben wurden mit dem CARG- (Cancer and Aging Research Group) und dem CRASH- (Chemotherapy Risk Age Scale for High Risk Patients) Score spezielle Instrumente publiziert, die die mögliche Toxizität einer Chemotherapie vorhersagen können und darauf abzielen, die klinische Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Anhand der bisher verfügbaren Evidenz kann zusammenfassend festgehalten werden, dass ältere Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen von einem Frailty-Screening im klinischen Alltag profitieren, und dass als gebrechlich identifizierten Betroffenen als Grundlage für eine individualisierte Behandlungsplanung ein geriatrisches Assessment angeboten werden sollte. Identifizierte geriatrische Syndrome sollten im besten Falle im Vorfeld oder zeitgleich mit dem Therapiestart angegangen werden, um unerwünschte Wirkungen im Zusammenhang mit der Therapie minimieren zu können oder auch um die Therapierbarkeit zu ermöglichen. Als vielversprechendste Interventionen haben sich bisher der Beginn eines regelmässigen körperlichen Trainings (mit Einheiten von Kraft- und Ausdauerübungen und zwei bis drei Einheiten von mind. 20 bis 30 Minuten pro Woche) und eine Ernährungsintervention mit speziellem Blick auf eine ausreichende

Eiweisszufuhr von mindestens 1 Gramm Protein pro Kilogramm Körpergewicht herausgestellt. Weiterhin sollte bei bestehender Polypharmazie (d. h. Verordnung von 5 oder mehr regelmässig einzunehmenden Substanzen bzw. exzessiver Polypharmazie bei ≥ 10 Substanzen) durch ein systematisches Medikamenten-Review die korrekte Indikationsstellung in regelmässigen Intervallen kritisch durch die Verordnenden überprüft werden. Weiterhin sollte das kognitive Leistungsniveau untersucht werden und psychosoziale Faktoren, die Frailty beeinflussen (z. B. eine nicht behandelte Depression oder soziale Isolation) frühzeitig identifiziert und durch entsprechende Interventionen behandelt werden. In **Tabelle 3** sind mögliche Frailty-Interventionen in der Übersicht dargestellt.

Diskussion und Fazit

Die optimale Behandlung älterer Tumorpatienten stellt durch den demographischen Wandel eine zunehmend wichtigere Herausforderung in der Onkologie dar. Die aktuelle Studienlage liefert vielversprechende Ergebnisse für den regelhaften Einsatz eines dezidierten Frailty-Screenings in der klinischen Praxis und die darauf aufzubauende Etablierung von Behandlungspfaden für betroffene Patientinnen und Patienten, basierend auf einem geriatrischen Assessment. Es fehlen aktuell jedoch noch Daten, die die Überlegenheit eines solchen Konzepts für die geriatrische Onkologie gegenüber etablierten Behandlungsansätzen für die klinische Praxis klar belegen. Interdisziplinarität und interprofessionelles Teamwork sind gleichzeitig besonders für ältere Tumorpatientinnen und -patienten die Grundlage und der Schlüssel für einen optimalen Behandlungserfolg in dieser vulnerablen Patientengruppe, einschliesslich der Frage nach den individuellen Behandlungszielen, welche ganz besonders bei Menschen in dieser Lebensphase immer abgeglichen werden sollte mit den Möglichkeiten und Grenzen einer Behandlung.

Ausblick

In der Schweiz ist im Rahmen des Swiss Personalized Health Networks, einer Initiative des Bundes, lanciert durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und des Schweizerischen Instituts für Bioinformatik (SIB) das Projekt des «Swiss Frailty Networks and Repository» gefördert worden, welches erstmals an allen Universitätsspitalern einen elektronischen Frailty-Index (eFI) untersucht. Erste Ergebnisse werden 2022 erwartet. Dieses Projekt kann im Weiteren auch dazu beitragen, die medizinische Versorgung von älteren Menschen mit Tumorerkrankungen zu verbessern. Weiterhin sind auch in der Schweiz klinische Studien speziell für ältere Tumorpatientinnen und -patienten erforderlich, die die Gegebenheiten des Schweizer Gesundheitssystems berücksichtigen und die aktuellen Innovationen in Klinik und Forschung auch für diese Patientengruppe nutzbar machen.

Tabelle 3: Übersicht möglicher Frailty-Interventionen

Frailty-Dimension	Intervention
Langsamer Gang	Kraft- und Ausdauerübungen und zwei bis drei
Reduzierte Kraft	Einheiten von mind. 20 bis 30 Minuten pro Woche
Mobilität und Sturzrisiko	Osteoporoseabklärung und ggf. -therapie
Ungewollter Gewichtsverlust	Ernährungsberatung und -intervention > 1g Protein pro kg Körpergewicht pro Tag
Gefühlte Erschöpfung	Behandlung mögl. bestehender Depression Kognitionsabklärung
Vermindertes Aktivitätsniveau	Fördern sozialer Aktivitäten Teilnahme an Gruppenangeboten
Allgemein	Vermeiden von Polypharmazie Optimales Management von Komorbiditäten

> Michael Gagesch, Dr. med.
Oberarzt mV
Klinik für Altersmedizin
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich
michael.gagesch@usz.ch

> Wiebke Rösler, Dr. med.
Oberärztin
Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

> Silvia Rusch, BScN, HöFa II
Pflegefachfrau
Onkologie und Gynäkologie
Spital Uster
8610 Uster

Danksagung

Für die kritische Durchsicht des Artikels möchten wir uns ganz herzlich bedanken bei Monica Bergomi, Sarah Ewers, Corinne Steinbrüchel-Bösch und Matthias Hellberg-Nägele.

Literatur

Bundesamt für Statistik, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045. Statistik der Schweiz, ed. BFS. 2015, Neuchâtel. 84.

Bundesamt für Statistik. Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2018. [cited 2021 29.06.]; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.14966817.html>.

Lopez-Otin, C., et al., The hallmarks of aging. *Cell*, 2013. **153**(6): p. 1194–217.

Beard, J.R., et al., The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 2016. **387**(10033): p. 2145–2154.

Gosney, M., Decision Making and Safety Issues in Older Cancer Patients, in *Geriatric Oncology*, M. Extermann, Editor. 2017, Springer International Publishing: Cham. p. 1–14.

Die vollständige Literaturliste kann beim Erstautor bezogen werden.
Fotos: Gagesch, Rösler: © Universitätsspital Zürich

Résumé

Personnes âgées atteintes de maladies tumorales
Possibilités et limites de schémas de traitement centrés sur le patient et polarisés sur la fragilité

Michael Gagesch, Wiebke Rösler, Silvia Rusch

Dans la vieillesse, l'écart entre l'âge chronologique et l'âge biologique augmente. L'état de santé général des patients âgés atteints de maladies tumorales est donc également très hétérogène et se situe entre la forme physique et des syndromes gériatriques typiques. Ceux-ci sont souvent associés à une fragilité et à une grande vulnérabilité et peuvent donc avoir une influence décisive sur les traitements oncologiques. Un aperçu centré patient de la condition physique des personnes concernées peut, au moyen de tests de dépistage simples (par exemple, l'outil G8 [questionnaire de dépistage gériatrique]), indiquer s'il y a un risque accru. Dans la plupart des situations de traitement, ce dépistage peut généralement être aisément intégré aux procédures cliniques. Si le dépistage est flagrant, une évaluation médicale gériatrique spécialisée doit être réalisée dans un second temps. Un schéma thérapeutique interprofessionnel élaboré sur cette base peut contribuer à de meilleurs résultats du traitement.

Sintesi

Persone anziane colpite da tumore
Possibilità e limiti della pianificazione di cura incentrata sui pazienti con focus sulla frailty

Michael Gagesch, Wiebke Rösler, Silvia Rusch

Con l'età aumenta il divario tra l'età cronologica e biologica. La salute generale è quindi molto eterogenea anche nei pazienti più anziani colpiti da tumore e spazia da una buona forma fisica fino alle tipiche sindromi geriatriche. Queste ultime sono spesso associate a fragilità (in inglese frailty) e a un'elevata vulnerabilità e possono quindi avere un'influenza decisiva sulle terapie oncologiche. Uno sguardo incentrato sul paziente e sulla forma fisica delle persone colpite utilizzando semplici test di screening (ad esempio lo strumento G8), può rivelare la presenza di un rischio maggiore. Tale screening può essere integrato di regola in modo semplice nelle procedure cliniche nella maggior parte delle situazioni di cura. Se lo screening rivela qualcosa di anomalo, in una seconda fase dovrebbe essere chiesto un secondo parere (un cosiddetto assessment geriatrico) a un medico geriatrico specializzato. Un piano di cura interprofessionale sviluppato su tale base può contribuire a ottenere migliori risultati di cura.



CODAN CYTO®

Komplett geschlossenes System /
Un système totalement clos

CODAN Check Valve

Vermeidung von Leckagen und retrograden
Infusionen / *Prévention des fuites et des
perfusions rétrogrades*

ONCE-LOCK 2 adapter / Connecteur ONCE-LOCK 2

Für eine sichere, nicht mehr entkonn timerbare
Verbindung zur Hauptlinie / *Pour un branche-
ment sécurisé et définitif à la ligne principale*

Wing-Valve

Schnelle und einfache Füllung
sowie Be- und Entlüftung des
geschlossenen Systems /
*Remplissage et ventilation
rapides et faciles du
système clos*

Besuchen Sie
uns auf dem Onkologie-
pflege Kongress
am 15. September 2021 /
Rendez-nous visite au
congrès des soins infir-
miers en oncologie le
15 septembre 2021

Arzneimitteltherapie bei älteren Personen mit Krebs

Polymedikation und andere Besonderheiten

Simone Widmer-Hungerbühler

Multimorbidität und Polymedikation sind bei geriatrischen Patientinnen und Patienten häufige Phänomene. Um Arzneimittelinteraktionen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden, ist eine sorgfältige Medikationsanalyse unerlässlich. Das gilt ganz besonders in der Onkologie, weil die betroffenen Personen oft Risikopatienten sind, die mit risikoreichen Medikamenten behandelt werden.

Aufgrund des demographischen Wandels und neuer Therapieoptionen mit besseren Überlebensraten werden Personen mit einer Krebserkrankung generell älter. 55 % der europäischen Patientinnen und Patienten mit Krebs sind zum Zeitpunkt der Diagnose ≥ 65 Jahre alt, dementsprechend nehmen Multimorbidität und Polypharmazie zu (Vrijkorte, 2019). Die Polypharmazie steht in einem direkten Zusammenhang mit einer erhöhten Rate an therapiebedingten Toxizitäten von Grad III und IV, dadurch bedingten Hospitalisationen und erhöhten Gesundheitskosten (Vrijkorte, 2019).

Veränderungen im Alter und deren Einfluss auf die Krebstherapie

Ältere Personen mit einer Krebserkrankung sind eine sehr heterogene Gruppe. Die Betroffenen können fit, aber auch gebrechlich sein. Physiologische Veränderungen im höheren Lebensalter beeinflussen die Effektivität und Toxizität von medikamentösen Tumorthérapien. So kann eine reduzierte Nierenfunktion die Arzneistoffausscheidung verlangsamen und die Arzneistoffverteilung im Körper beeinflussen; eine verringerte intestinale Schleimhautoberfläche kann die Resorption oraler Therapien reduzieren; verringerte Zellteilungsrate und Zell-Reparatur-Mechanismen führen zu längerer Rekonvaleszenz und häufiger zu Komplikationen. Zudem hat die Krebstherapie Einfluss auf den Alterungsprozess sowie die kognitive und körperliche Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten.

Das chronologische Alter eignet sich nicht als Entscheidungskriterium für oder gegen eine Therapie. Zur Abschätzung der Therapiefähigkeit soll ein geriatrisches Assessment mit Berücksichtigung von Alter, Allgemeinzustand, Selbstständigkeit der Lebensführung, Selbsteinschätzung der Patientin resp. des Patienten und Komorbiditäten erfolgen (Bokemeyer, 2018). Nach einem adäquaten Assessment und der Therapiewahl inklusive Dosierung unter Berücksichtigung der Nieren- und Leberfunktion können sowohl kurative als auch palliative medikamentöse Therapien im Alter mit akzeptablen unerwünschten

Arzneimittelwirkungen (UAW) und vergleichbarem therapeutischen Effekt wie bei jüngeren Personen durchgeführt werden. Bei gewissen prädiktiven Faktoren ist mit einer höheren Toxizität zu rechnen (Abb. 1) (Bokemeyer, 2018).

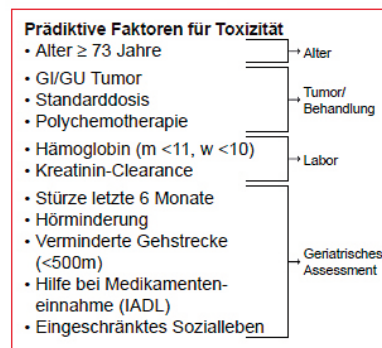


Abbildung 1:
Prädiktive Faktoren
für therapiebedingte
Toxizität bei onkologi-
schen Therapien
(Bokemeyer, 2018)



Zusätzlich zu den physiologischen Veränderungen können Komorbiditäten und Arzneimittelinteraktionen, die besonders bei Personen mit Polypharmazie auftreten, das Therapieresultat beeinflussen. Beispielsweise können ein durch Diarrhoe reduziertes Flüssigkeitsvolumen und eine gleichzeitige NSAR-Einnahme die Nierenfunktion weiter verschlechtern und die Toxizität der Tumorthérapie erhöhen.

Polymedikation und Medikationsanalyse

Unter Polypharmazie versteht man die gleichzeitige Anwendung von fünf oder mehr verschiedenen Medikamenten. Von einer exzessiven Polypharmazie spricht man bei mehr als neun Medikamenten (Boudon, 2017). Gemäss einer dänischen registerbasierten Kohortenstudie mit rund 262'000 Personen mit erster Krebsdiagnose hatten ca. 55 % mindestens eine Begleiterkrankung. Rund 27 % litten sogar unter zwei oder mehreren Komorbiditäten. Bei einem Drittel der Patientinnen und Patienten fand sich eine Polymedikation (Anwendung von ≥ 5 Arzneimitteln) (Loeppethen, 2020).

Eine effiziente und optimale Arzneimitteltherapie betagter Personen (mit Polymorbidität und/oder Polypharmazie) darf nicht so durchgeführt werden, als litte die betroffene Person nur unter einer Krankheit. Eine strikte Umsetzung von Therapie-Guidelines führt in Abhängigkeit von der Zahl der Erkrankungen zu einer Polypharmazie (Boudon, 2017). Bei Personen mit reduzierter Lebenserwartung müssen neue, individuelle Therapieziele beachtet

werden. Arzneimittel zur Langzeittherapie und -prävention haben einen geringeren Stellenwert und allenfalls ist deren Notwendigkeit zu hinterfragen (Vrijkorte, 2019).

Für die Voraussage unerwünschter Ereignisse wie beispielsweise Stürze, Erschöpfung oder reduzierte physiologische Funktionen bei älteren Personen mit Krebs gibt es bezüglich der Polymedikation keinen «Grenzwert». Es gilt der definierte Wert von ≥ 5 Arzneimitteln zur Identifikation von Risikopatienten, und es soll eine entsprechende Überprüfung der Medikation erfolgen. Die Anzahl eingenommener Arzneimittel, die Art der Wirkstoffgruppen und individuelle klinische Faktoren bestimmen das Auftreten von UAW. Frailty ist beispielsweise assoziiert mit der Einnahme von Sedativa und Anticholinergika (Turner, 2015).

Gewisse Arzneistoffe sind für ältere Menschen wegen pharmakokinetischen und -dynamischen Eigenschaften bzw. einem erhöhten Risiko für UAW ungeeignet. Man spricht von einer potenziell inadäquaten Medikation, kurz PIM. Solche Verordnungen sollen kritisch betrachtet werden, da sie das Risiko für Hospitalisationen erhöhen und vermehrte Gesundheitskosten verursachen (Vrijkorte, 2019).

Hilfsmittel zur Reduktion von Polymedikation

Im medizinischen Alltag gibt es verschiedene Strategien und Hilfsmittel, um eine Polymedikation zu vermeiden resp. zu reduzieren und potenziell inadäquate Medikamente zu identifizieren:

- > Priscus-Liste: Liste mit 83 Wirkstoffen, die für alte Menschen ungeeignet sind. Die Liste enthält therapeutische Alternativen und mögliche Massnahmen, falls die Wirkstoffe trotzdem eingesetzt werden.
- > FORTA-Liste (Fit FOR The Aged-Liste): Arzneimittelliste nach Therapieindikationen mit ungeeigneten und erwiesenermassen geeigneten Arzneimitteln für ältere Personen.
- > MAI-Index (Medication Appropriateness Index): Fragekatalog zur strukturierten Überprüfung einer Medikationsliste und Abklärung der Notwendigkeit eines Arzneimittels.
- > Abklärungsalgorithmus nach Garfinkel zur Reduktion einer Polypharmazie bei Hochbetagten (Abb. 2).

In den Niederlanden wurde spezifisch für Personen mit Krebserkrankungen eine Methode zur Reduktion der Polymedikation entwickelt, das *Oncologic Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing* (OncoSTRIP). Durch eine strukturierte Anamnese werden alle Komorbiditäten, die komplette Medikation mit Dosierungen und Indikation (inklusive Arzneimittel für Selbstmedikation), erkennbare UAW und die Präferenzen der betroffenen Person erfasst (*shared decision making*). Durch eine detaillierte Analyse können einerseits Arzneimittel mit fehlender resp. ohne evidenzbasierte Indikation, mit Anwendung über die empfohlene Therapiedauer oder Doppelverord-



Abbildung 2: Algorithmus nach Garfinkel zur Reduktion einer Polypharmazie bei Hochbetagten, vereinfachte Version (eigene Darstellung nach Neuner, 2014)

nung identifiziert und gestoppt werden. In der OncoSTRIP-Liste gibt es Empfehlungen, wie Dauertherapien unter Berücksichtigung der Lebenserwartung bewertet, teilweise gestoppt oder in der Dosis reduziert werden können. Beispielsweise kann bei einer antihypertensiven Therapie oder einer Statin-Therapie unter Berücksichtigung der Lebenserwartung ein Therapiestopp erwogen werden oder bei Protonenpumpen-Hemmern oder Heparinen die Dosis gesenkt werden. Das niederländische Team konnte mit dieser Methode bei 78 % der untersuchten Patientinnen und Patienten arzneimittelbezogene Probleme erkennen und Anpassungen vornehmen (Vrijkorte, 2019).

Medizinische und pharmazeutische Fachpersonen können mit Unterstützung der genannten Hilfsmittel einen Therapieplan beurteilen und eine Polymedikation reduzieren. Die Patientenbedürfnisse und eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung sind bei einer Entscheidung immer zu berücksichtigen. Bei einer Medikationsanalyse ist auch immer zu prüfen, ob Arzneimittel fehlen und zu ergänzen sind (z. B. Laxantien bei Opioid-Therapie, Hautpflegeprodukte bei dermatologischen UAW).

Interaktionen in der Onkologie

Onkologische Erkrankungen erfordern oft komplexe Therapieregimes. Das Risiko für Arzneimittelinteraktionen steigt überproportional mit der Anzahl angewendeter Arzneimittel (inkl. komplementärmedizinische Mittel), bei

der Anwendung von Arzneimitteln mit enger therapeutischer Breite, bei Organeinschränkungen (Niere, Leber) und bei Komorbiditäten.

Arzneimittelinteraktionen können einerseits zu erwünschten additiven Wirkungen, aber auch zu vermindernden Wirkungen oder UAW führen. Beispielsweise wird die erwünschte additive Wirkung bei der Kombination von verschiedenen Analgetika oder bei der kombinierten Anwendung mehrerer Tumortheraeutika genutzt. Unter pharmakodynamischen Interaktionen versteht man Wechselwirkungen, bei denen sich Arzneistoffe in ihrer Wirkung unmittelbar beeinflussen. Bei pharmakokinetischen Interaktionen kann es durch die gegenseitige Beeinflussung der Absorption, Verteilung in verschiedenen Kompartimenten, Metabolisierung und Elimination zur Veränderung der effektiven Arzneistoffkonzentrationen an einem Wirkort kommen (Cascorbi, 2014).

Medikamentöse Tumorthapien haben oft eine enge therapeutische Breite. Die minimale therapeutische Konzentration, die für ein Therapieansprechen notwendig ist, und die minimale toxische Konzentration, die zu UAW führen kann, liegen nahe beieinander. Änderungen der Plasmaspiegel können zu Gesundheitsschäden und einem Wirkverlust führen (Vrijkorte, 2019).

Interaktionen können sowohl bei klassischen Zytostatika als auch zielgerichteten Therapien problematisch sein. Stoffwechselvorgänge über Cytochrom-P450-Enzyme und weitere Vorgänge der Biotransformation sind bei zahlreichen klassischen Zytostatika von Bedeutung; diese Stoffwechselvorgänge können durch Komedikationen beeinflusst werden und es kann zu Interaktionen kommen (Petri, 2017). Bei oralen, zielgerichteten Tumortheraeutika führen Komedikationen mit Arzneimitteln, die den Magen-pH verändern (Protonenpumpen-Hemmer, Antazida), Begleittherapien mit potenten Cytochrom-P450-Indukto-

ren und/oder -Inhibitoren und die Einnahme zum falschen Zeitpunkt (Einnahme nüchtern, mit dem Essen oder unabhängig von den Mahlzeiten) am häufigsten zu Arzneimittelinteraktionen (Lipp, 2019).

Viele Personen mit Krebs nutzen komplementärmedizinische Therapien. Ungefähr ein Drittel der Patientinnen und Patienten nimmt pflanzliche Präparate ein (Ritter 2021). Komplementärmedizinische Arzneimittel sind bei Interaktionsanalysen ebenfalls zu berücksichtigen. Für viele phytotherapeutische Präparate liegen keine aussagekräftigen Daten zu möglichen Interaktionen vor. Das Interaktionsrisiko hängt nicht nur von den Stoffwechselwegen der beteiligten Tumortheraeutika ab, sondern auch von der Möglichkeit des pflanzlichen Präparats, diese Stoffwechselwege zu beeinflussen (Ritter, 2021).

Eine individuelle, umfassende Bestandsaufnahme der gesamten medikamentösen Therapie inkl. komplementärmedizinischer Präparate ist zentral für die Abschätzung potenzieller, klinisch relevanter Interaktionen. Die Bewertung soll immer im Gesamtkontext von Wirksamkeit und Sicherheit in die Therapieentscheidungen einfließen (Ritter, 2021). Kostenlose und kostenpflichtige Interaktionsdatenbanken (z.B. www.compendium.ch, www.epocrates.com, www.mediq.ch) sind beim Erkennen und Bewerten von Interaktionen hilfreich. Oft ist in Klinikinformationssysteme bereits eine Interaktionsprüfung integriert. Die Interpretation der angezeigten Interaktionen und Ableitung entsprechender Massnahmen muss durch Fachpersonen erfolgen. Es muss immer beurteilt werden, ob eine Interaktion klinisch relevant ist.

Das Wissen um Interaktionen und deren Ursachen kann dazu beitragen, Interaktionen zu vermeiden und die Therapiesicherheit zu erhöhen. Bei Personen mit Krebs erhöht sich das Risiko für Arzneimittelinteraktionen durch eine Vielzahl verschiedener Faktoren (Abb. 3), daher ist

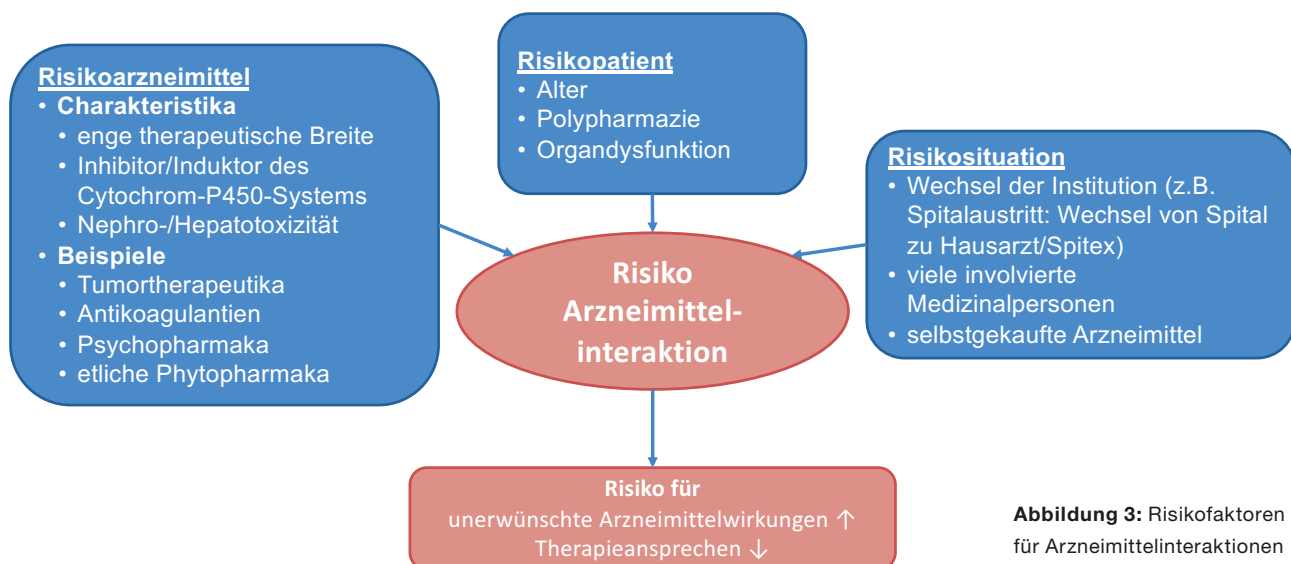


Abbildung 3: Risikofaktoren für Arzneimittelinteraktionen



80%
der Krebspatienten
leiden aufgrund ihrer
Behandlung unter
Hautnebenwirkungen**

EIN SCHÖNERES LEBEN FÜR KREBSPATIENTEN

La Roche-Posay bietet Lösungen an,
die den **Hautkomfort** der Patienten
verbessern und ihnen helfen, ihre
Lebensqualität zurückzugewinnen.

*IQVIA, International Dermatologist Barometer, Schweiz, 06/2019, spontane Empfehlung, 60 Dermatologen.

**Charles C., Sultan S., Bungener C., et al., March 2013. Impact of cutaneous toxicity associated with targeted therapies on quality of life. Results of a longitudinal exploratory study. Bulletin du Cancer. Vol 100 N 3



bei diesen Personen besonders auf Interaktionen zu achten. Oft werden bei Risikopatientinnen und -patienten auch risikoreiche Arzneimittel eingesetzt, was die Möglichkeit für Arzneimittelinteraktionen und deren Konsequenzen begünstigt.

Risikosituationen im Alltag erkennen und Praxis-transfer

Mit einer zunehmenden Zahl verordneter Arzneimittel steigt das Risiko für Interaktionen überproportional an. Dadurch können sich Gesamtprognose, Autonomie und Lebensqualität relevant verschlechtern. In der Praxis ist es wichtig, Risiken zu erkennen, die zu einer problematischen Polypharmazie mit möglichen Arzneimittelinteraktionen, Einnahmefehlern oder Unter- resp. Übermedikation führen können. Dazu gehören auch Risikopersonen, Risikomedikamente und Risikosituationen im Alltag.

Ältere Menschen reagieren auf viele Arzneimittel empfindlicher, was sich in UAW äussern kann. Bei Personen mit neu erkennbaren Symptomen wie beispielsweise Gangstörungen, Schwindel, Verwirrung oder generelles Unwohlsein muss an eine Polypharmazie und mögliche Arzneimittelinteraktionen gedacht werden. Patientinnen und Patienten sollen motiviert werden, ihr Medikamentenregime inkl. selbstgekaufter Medikamente mit Fachpersonen zu besprechen (Ärztin/Arzt, Apothekerin/Apotheker, Pflegefachperson). Oft sind sich die behandelten Personen nicht bewusst, dass auch Phytotherapeutika oder Nahrungsergänzungsmittel zu Interaktionen führen können und im Medikationsregime aufgeführt werden müssen. Durch eine Analyse des Medikationsplans können potenziell inadäquate Arzneimittel und Arzneimittelinteraktionen erkannt werden und entsprechende Massnahmen getroffen werden. Therapieentscheidungen und -anpassungen sollten immer die vereinbarten Behandlungsziele (kurativ oder palliativ), Patientenpräferenzen, die wichtigsten Behandlungsziele, verbleibende Lebensdauer und wissenschaftliche Datenlage berücksichtigen (Boudon, 2017).

Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich bei komplexen Therapien überfordert. Dosierhilfen, in denen die einzunehmenden Medikamente geordnet vorliegen, können eine sichere Arzneimitteltherapie unterstützen.

> Simone Widmer-Hungerbühler
simone@hungerbuehlers.ch
eidg. dipl. Apothekerin ETH
Onkologische Pharmazeutin DGOP
9500 Wil

Literatur

Bokemeyer, C., Busse, R., Engel, J., Gebauer, A., Hallek, M., Heinemann, V., Lüftner, D., & Wörmann, B. (2018). Der ältere Krebspatient - Herausforderungen im Krankenhaus und in der Praxis. *Oncology Research and Treatment*, 41(suppl 3), 2–26.

doi: 10.1159/000490082

Boudon, A., Riat, F., Hasso, Y., & Lang, P. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 17(13), 306–312. doi: 10.4414/smf.2017.02899

Lipp, H. P. (2019). Wechselwirkungsrisiken mit zielgerichtet wirksamen, niedermolekularen Arzneistoffen in der klinischen Onkologie. *Arzneimitteltherapie*, 37(06), 200–210.

Ritter, C. A. (2021). Arzneimittelinteraktionen zwischen oralen TKI und pflanzlichen Präparaten. *InFo Hämatologie + Onkologie*, 24(1–2), 18–24. doi: 10.1007/s15004-021-8543-8

Vrijkorte, E., Vries, J., Schaafsma, R., Wymenga, M., & Oude Mun-
nink, T. (2019). Optimising pharmacotherapy in older cancer patients with polypharmacy. *European Journal of Cancer Care*, 29(1), 1–8. doi: 10.1111/ecc.13185

Die vollständige Literaturliste kann bei der Autorin bezogen werden.

Sintesi

Terapia farmacologica nelle persone anziane colpite da tumore

Polimedicazione e altre particolarità

Simone Widmer-Hungerbühler

Nelle persone anziane colpite da tumore è molto diffusa la multimorbidità e la polimedicazione. La polimedicazione può portare a interazioni tra farmaci con un aumento delle reazioni avverse ai farmaci o ridurre la risposta alla terapia. Le conseguenze sono un peggioramento della qualità di vita o una riduzione dell'aspettativa di vita. «Meno è spesso meglio», una massima che si applica anche ai farmaci, ma che sovente non viene realizzata. Un'attenta anamnesi dei farmaci con un piano di medicazione aggiornato e ben documentato, così come una cooperazione interprofessionale ben funzionante tra medici, farmacisti e infermieri specializzati costituisce un presupposto importante per ridurre i rischi della polifarmacia nelle persone anziane e rendere sicura la terapia farmacologica.

schützt dich vor dem unsichtbaren Risiko



die nächste Generation der
geschlossenen Transfer Schutzsysteme

ChemfortTM
keeps you safe simply click

Nachfolger von
TEVADAPTOR

vom Marktführer Simplivia
Healthcare Ltd. Das **einzige**
geschlossene System mit der
Toxi-Guard Luftfilter Technologie.

Schutz durch zuverlässige
geschlossene Verbindungen für
den Transfer von gefährlichen
Substanzen.

Wir freuen uns
auf Ihren Besuch an
unserem Stand 27
am Onkologiepflege
Kongress vom
15. September 2021
in Bern.



Unübertroffene Sicherheit

Wissenschaftlich
erwiesene Sicherheit
im Umgang mit
gefährlichen Substanzen



Brilliant Einfach

Intuitive Bedienung
und minimaler
Schulungsaufwand



Keine Einschränkungen

Kompatibel mit
allen bekannten
gefährlichen
Substanzen



OncoMedical AG, Hintere Hauptgasse 9,
CH-4800 Zofingen, Tel 0840 600 800,
info@oncomedical.ch www.oncomedical.ch



Ethische Herausforderungen der geriatrischen Onkologie

Grundregeln ethischen Handelns in der Klinik

Christoph Kerwien, Rouven Porz

Bei onkologischen Erkrankungen von älteren Menschen stellen sich häufig ethische Fragen. Zu den Grundregeln ethischen Handelns in der Klinik gehören der Respekt, den man vor der Autonomie des Patienten und der Patientin aufbringen soll, das Prinzip des nicht Schadens, das Prinzip der Fürsorge sowie die gleiche und gerechte Behandlung aller Patientinnen und Patienten.

Im US-amerikanischen Filmdrama «Beim Leben meiner Schwester» (2009, *My sister's keeper*) wird die Situation um die Leukämieerkrankung des jungen Mädchens Kate dargestellt. In ihrer Familie ergibt sich ein Chaos an Abhängigkeiten, weil die Eltern extra ein im Reagenzglas gezeugtes Mädchen zur Welt bringen, um Kate mit Stammzellen und Knochenmark zu versorgen. Der Film transportiert eine grosse Tragik, die so oft im Raum steht, wenn es um onkologische Erkrankungen bei Kindern geht. Darüber hinaus war er auch Anlass zu ausführlichen Diskussionen, nicht nur in der professionellen Medizinethik-Szene, sondern auch in der breiten Bevölkerung. Ein Film über pädiatrische Onkologie führte also zu ausgeprägten gesellschaftlichen Debatten. Dagegen scheint die mediale und soziale Reaktion bei Themen zum Kranksein und Sterben älterer kranker Menschen oft verhaltener. Vielleicht, weil man wohl annimmt, dass Erkrankungen und das Sterben zum Alter dazu gehören, nicht aber zum Kind-Sein.

Immer mehr ältere Menschen mit Krebserkrankungen

Bei onkologischen Erkrankungen von älteren Menschen stellen sich aber nicht weniger ethische Fragen. Aber die mit diesen Fragen verbundenen herausfordernden Aspekte kommen oft weniger laut, eher stiller und hintergründiger daher. Somit erscheinen auch die Fragen nach dem richtigen Tun in der geriatrischen Onkologie viel stiller und hintergründiger zu sein, aber nicht minder wichtig und auch nicht minder drängend. Denn allein aufgrund des demographischen Wandels und der nachgewiesenen steigenden Inzidenz von Neoplasien mit fortschreitendem Alter werden wir alle im Gesundheitswesen und in den eigenen Familien zunehmend mit immer mehr älteren Menschen mit Krebserkrankungen konfrontiert (Meran 2001:281). Da sich im Alter soziale, körperliche und kognitive Bedürfnisse, Fähigkeiten und Ressourcen verändern, entstehen aus ethischen Herausforderungen speziell im onkologisch-geriatrischen Kontext eigene Fragen. So ist allein der Fakt, dass die nebenwirkungsreichsten, aber auch betreuungs- und kostenintensivsten onkologischen

Therapien besonders im hohen Alter anstehen, eine auf vielen Ebenen abzuwägende moralische Herausforderung (Meran 2001:281).

Dies führt dazu, dass onkologisch-geriatrische Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen, aber auch die Pflegefachpersonen in der Onkologie, in besonderem Mass mit zunehmenden ethischen Herausforderungen konfrontiert sind. Einige zentrale ethische Herausforderungen sollen in diesem Text kurz dargestellt und diskutiert werden. Wir folgen dabei in unserer Betrachtung dem Verständnis von «geriatrischer Onkologie», die Meran mit spezifischen Kriterien umreißt, welche die betroffenen Patientinnen und Patienten charakterisieren. Zu den wichtigsten Kriterien gehören maligne Grunderkrankung, höheres biologisches Alter, eingeschränkte Reservekapazität und Multimorbidität (Meran 2001: 281–283).

Was bedeutet «ethische Herausforderung»?

Häufig erleben wir in unserer täglichen Arbeit in der klinischen Ethik, dass – zum Beispiel in ethischen Fallbesprechungen in Kliniken – die zentral zu diskutierenden Fragen gar nicht wirklich ethischer Art sind, sondern eher Probleme von strukturell-kommunikativer, individuell-emotionaler oder auch fachlich-medizinischer oder rechtlicher Art. Deshalb ist es wichtig, den Begriff der ethischen Herausforderungen zu definieren.

Die Ethik beschäftigt sich als Disziplin der praktischen Philosophie mit der Begründung und Rechtfertigung von menschlichen Regeln- und Wertesystemen («Moral»). Sie ist somit die Wissenschaft der Moral und untersucht und analysiert Werte und Wertesysteme von einzelnen Menschen und/oder Menschengruppen. Dabei versucht die Ethik auch, neue Werte argumentativ vorzuschlagen oder alte Wertesysteme zu verbessern.

Das geschieht genauso in der Klinik beziehungsweise in der sogenannten «klinischen Ethik». Hinter alltäglichen klinischen Fragen wie «Ist es richtig, bei dieser schlechten Prognose und den grossen Nebenwirkungen die Therapie abubrechen?» stecken meist allgemeinere Fragen der Ethik wie: «Was erscheint uns richtig resp. falsch?» oder «Was sollen wir hier tun?». Solche Fragen werden in der Regel mit verschiedenen Werten oder Prinzipien beantwortet, wie z.B. dem Wert des Wohlbefindens, der Schmerzfreiheit, der Selbstbestimmung oder der Gerechtigkeit. Eine ethische Herausforderung tritt meist dann auf, wenn jene Werte und Prinzipien miteinander kollidieren. Entweder weil mehrere Werte und Prinzipien gleichwertig



vertreten werden und man sich nicht für den einen oder anderen entscheiden kann, oder weil z. B. eine Patientin ganz andere Werte als das Behandlungsteam hat. Daraus resultieren auch ethische Wertekonflikte, wenn Pflegende zum Beispiel Handlungen ausführen müssen, hinter denen sie aufgrund ihrer persönlichen Werte oder der Prinzipien ihrer Berufsrolle nicht stehen können.

Ethische Herausforderungen in der Klinik sind also immer Werte- und Prinzipienkollisionen: wenn in einer Situation des klinischen Handelns mehrere überzeugende Argumente für verschiedene Werte vorliegen oder wenn zum Beispiel von Pflegenden Handlungen verlangt werden, die mit ihren eigenen Werten nicht vereinbar sind. Beide Formen finden wir auch in der geriatrischen Onkologie.

Ethische Herausforderungen im Fachbereich der geriatrischen Onkologie

Die im Umgang mit ethischen Herausforderungen bekanntesten ethischen Berufsregeln finden sich bei den Ethikpionieren Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Sie haben schon Ende der 1970er-Jahre ein medizinethisches Grundlagenwerk geschrieben: *Principles of Biomedical Ethics* (vgl. Beauchamp & Childress 2013). Ihre titelgebenden biomedizinischen Grundregeln sind:

1. Respekt, den man vor der Autonomie des Patienten und der Patientin aufbringen soll,
2. Prinzip des nicht Schadens,
3. Prinzip der Fürsorge,
4. gleiche und gerechte Behandlung aller Patientinnen und Patienten.

Diese vier Prinzipien können uns nun in der Reflexion und Analyse von ethischen Herausforderungen in der geriatrischen Onkologie helfen (vgl. Adamietz & Ritter 2010: 709 – 717).

Respekt vor der Autonomie

Respekt vor der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten – das klingt leicht, ist aber ganz und gar nicht trivial. Einerseits sind gar nicht alle Personen immer autonomie-«fähig». Andererseits ist die Selbstbestimmung heutzutage im Gesundheitswesen zu einem nicht mehr hinterfragbaren Credo hochstilisiert worden, sodass Gesundheitsfachpersonen leicht in die «Autonomiefalle» treten können.

Oft sind sehr alte Menschen aufgrund von körperlichen und sozialen Veränderungen gar nicht mehr zu voll selbstbestimmtem Verhalten und Entscheiden fähig. Oft ist auch unklar, ob die kognitiven Fähigkeiten für eine volle Selbstbestimmung noch ausreichen. Hier stellt sich die Frage, ob das Prinzip der Autonomie die Betroffenen nicht überfordert. Dazu kommen weitere Unsicherheiten: Sind die alten Menschen überhaupt ausreichend aufgeklärt worden oder gab es Kommunikationsprobleme aufgrund

von Aufklärung unter Zeitmangel, wegen Schwerhörigkeit etc.?

Ist es hier überhaupt noch möglich, von «Autonomie» zu sprechen oder passt dieses Konzept nicht in den Kontext (vgl. Meran 2001 S. 285 – 290)? Ganz sicher würde es sich lohnen, mehr den Respekt in den ethischen Vordergrund zu stellen und die Autonomie nicht überzustrapazieren. Dieser Respekt könnte z. B. bedeuten, dass man mehr Zeit für die Autonomiebefähigung der Betroffenen aufwendet und nicht nur abfragt, was aktuell noch an selbstbestimmtem Verhalten da ist. Hier können Onkologiepflegende unterstützend wirken, indem sie Werte und Therapiewillen der Patientinnen und Patienten im Beziehungsprozess gemeinsam herausarbeiten und wahren.

Eine weitere ethische Herausforderung zeigt sich, wenn älteren Menschen das Vorurteil entgegengebracht wird, sie könnten aufgrund ihres Alters nicht mehr selbstbestimmt entscheiden, obwohl sie dazu noch gut in der Lage sind.

Herr Koller, 95 Jahre alt, hat metastasierten Prostatakrebs im Endstadium. Trotz aller Aufklärung zu seiner Prognose und Lebenserwartung, trotz seines hohen Alters und obwohl die kognitiven Fähigkeiten noch voll da sind, beantwortet Herr Koller Fragen zum Reanimationsstatus und zur möglichen Intensivbehandlung mit Ja. Das professionelle Team hingegen möchte eine potenzielle Reanimation nicht durchführen, weil es andere moralische Werte von Lebensqualität hat. Es fallen Sätze wie: «Der ist doch schon so alt und hat eine so schlechte Prognose, der braucht keine Rea mehr.» Herr Koller und seine Angehörigen werden im Rahmen der Therapie zu anderen Werten genötigt, indem die behandelnde Pflegefachperson empfiehlt: «In Ihrem Alter und mit der Diagnose sollten Sie Rea NEIN ankreuzen.»

In diesem Fallbeispiel wird nicht nur die Autonomie, sondern vor allem der Respekt gegenüber Herrn Koller ethisch verletzt. Lösungsansätze sind hier: Mehr Bewusstsein schaffen für subtile Vorurteile oder unausgesprochene team-interne Werte. Dazu können Supervisionen, Teamsitzungen und/oder ethische Fallbesprechungen dienen.

Nicht schaden

Ein zentrales moralisches Dilemma der (geriatrischen) Onkologie hängt unmittelbar mit dem Prinzip «nicht schaden» zusammen. Denn die onkologischen Therapien schädigen sowohl das maligne als auch das gesunde Gewebe (mit allen damit verbundenen Nebenwirkungen). Der Nutzen dieses Schadens für die Prognose kann nur vom therapierenden Team und allenfalls den betroffenen Patientinnen und Patienten abgewogen werden. Auch schwere Krankheitsverläufe werfen Fragen zu abzuwägender Lebensqualität und Lebensquantität auf.

Frau Berger, 82 Jahre alt, hat Brustkrebs mit Lungen- und Hirnmetastasen, die grosse Schmerzen, schwere Atemnot und neurologische Ausfälle verursachen. Die Lebensquantität scheint bei ihr nicht mehr das entscheidende Kriterium, wenn das Leben mit diesen Symptomen verbunden ist («So will ich nicht weiterleben»). Was genau dieses «so» ist und welcher Wert ihre persönliche Lebensqualität definiert, kann im Beziehungsprozess herausgearbeitet werden.

Im Behandlungsprozess mit Frau Berger gilt es also, individuell und gemeinsam mit ihr zwischen Lebensqualität und -quantität abzuwägen. Diese hängen von der onkologischen Erkrankung, aber auch von den onkologischen Therapien ab. Die Abwägung sollte möglichst konkret und auf die Situation von Frau Berger bezogen erfolgen: Welches therapeutische Handeln bewirkt am wenigsten Schaden? Welches bewirkt am meisten Freude und Wohlbefinden in Qualität oder Quantität? Die dafür notwendige Wertunterscheidung kann nur der Patient treffen, mit Unterstützung der Angehörigen und Pflegenden und durch gute und umfangreiche Aufklärung.

Fürsorge, Gerechtigkeit und Gleichheit

Der moraltheoretische Zugang *Care Ethics* betont, dass es nicht nur – wie bei Beauchamp und Childress – bedeutsam ist, dass moralisches Handeln in der Klinik im Wohlwollen zueinander und rational-gerecht erfolgt, sondern dass insbesondere die emotionale Fürsorge in Abhängigkeitsbeziehungen von besonderem Wert ist und dass die Stimmen der Abhängigen und Nicht-Gehörten besonders zu wahren sind (vgl. Held 2006: 10–13; 23–25 und Porz 2018: 18). Klinische Fürsorgebeziehungen zwischen Pflegenden und Patientinnen und Patienten sind auch Orte der moralischen Unterstützung. Das therapeutische Team nimmt emotional Anteil an den klinischen und moralischen Entscheidungen der Betroffenen, unterstützt und befähigt diese und bleibt an ihrer Seite, um die Handlungsfolgen mitzutragen – dies ist nach der *Care Ethics* von besonderem moralischen Wert (vgl. Held 2006:10–13; 23–25). Indem Pflege sich als Beziehungsprofession begreift, lassen sich in ihren zentralen Beziehungsprozessen die Werte der Patientinnen und Patienten herausarbeiten, moderieren und wahren.

Pflegende nehmen in der geriatrischen Onkologie somit die Rolle der «moralischen Anwälte» der Patientinnen und Patienten ein. Pflegende setzen ihre professionelle Stimme für therapeutische und moralische Gerechtigkeit ein – trotz der schlechten Prognosen, trotz kognitiver und körperlicher Einschränkungen, trotz hoher Pflegebedürftigkeit und vermeintlich geringer Selbstbestimmung der betreuten Personen. Dieses ethische «Giving Voice» für die Werte der Patientinnen und Patienten im therapeutischen Team und bei therapeutischen Entscheidungen ist eine pflegerische Kernkompetenz und Aufgabe (vgl. Kerwien & Porz 2021: 24–25).

Fazit

Die Pflege ist unter anderem eine Beziehungsprofession. Insbesondere in den Beziehungsprozessen der pflegerisch-klinischen Tätigkeit lassen sich die Werte aller Beteiligten (aber vor allem der Patientinnen und Patienten) herausarbeiten, wenn man dafür aufmerksam bleibt. Diese Werte und möglichen Wertekonflikte sind auch der Kern fast aller ethischer Herausforderungen. Gleichzeitig sind Werte auch der Lösungsansatz für die ethischen Probleme des klinischen Handelns, denn sie lassen sich moderieren und analysieren. Selbst wenn es keine «gute» abschliessende Lösung gibt, so kann die Analyse einer ethischen Herausforderung hilfreich und lehrreich für die nächste herausfordernde Situation sein. Für diese Analysen bieten sich ethische Fallbesprechungen an, aber auch offene und interdisziplinäre Teamsitzungen. Den Pflegenden kommen dabei oft die Kompetenz und die Aufgabe zu, «für den Patienten» zu sprechen. Es handelt sich dabei um eine Form der Anteilnahme und Verantwortungsübernahme für Patientinnen und Patienten, um bei moralischen Herausforderungen allen Beteiligten eine gleichberechtigte Stimme zu geben. Dies kann zu einer ethisch *guten* Lösung beitragen.

> Christoph Kerwien

Freier wissenschaftlicher Mitarbeiter, Medizinethik, Inselgruppe
Diplomierter Pflegefachmann
Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern
Studierender B.A. in Philosophie und Theologie, Universität Bern
3010 Bern
christoph.kerwien@insel.ch

> Rouven Porz, Prof. Dr.

Leiter Medizinethik und ärztliche Weiterbildung
Inselspital, Insel Gruppe Bern
3010 Bern

Literatur

- Adamietz, I., Ritter, P. Ethik in der Onkologie. *Onkologie* 16, 709–720 (2010).
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press. 2013
- Held, Virginia. 2006. *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press.
- Kerwien, C.; Porz, R. 2021. «'Giving Voice!' Care-Ethics in der Logopädie. Eine Alternative zur Prinzipienethik im Gesundheitswesen». *forum:logopädie* Jg. 35 (2) März 2021, S. 22–25.
- Meran, J. 2001. Konzeptuelle und ethische Fragen der geriatrischen Onkologie. *Z Gerontol Geriat* 34, 280–291.
- Porz, Rouven. 2018. «Care Ethics ist nicht gleich Pflegeethik». In: Riedel, A; Linde, A.-C. (Hrsg.). *Ethische Reflexion in der Pflege*. Berlin: Springer. S. 13–19.

Résumé

Défis éthiques en oncologie gériatrique

Règles de base des interventions éthiques dans la pratique Christoph Kerwien, Rouven Porz

Des questions éthiques se posent souvent lors de maladies oncologiques chez des personnes âgées. Les règles de base d'interventions éthiques dans la clinique comprennent le respect de l'autonomie des patients, le principe de non-nuisance, le principe d'équité et d'égalité d'assistance et de traitement pour tous les patients.

Les soins infirmiers sont, entre autres, une profession relationnelle. En particulier dans les processus relationnels de l'activité infirmière-clinique, les valeurs de toutes les parties prenantes peuvent être élaborées si l'on y reste attentif. Ces valeurs et les éventuels conflits de valeurs sont également au cœur de presque tous les défis éthiques. En même temps, les valeurs sont aussi l'approche de la solution aux problèmes éthiques des interventions cliniques, car elles peuvent être modérées et analysées. Même s'il n'y a pas de «bonne» solution finale, l'analyse d'un défi éthique peut être utile et instructive pour la prochaine situation difficile. Les discussions de cas éthiques, mais aussi les réunions d'équipe ouvertes et interdisciplinaires se prêtent à ces analyses. Les soignants ont souvent la compétence et la tâche de parler «au nom du patient». Il s'agit d'une forme de compassion et de prise de responsabilité pour des patients afin de donner à toutes les parties prenantes une voix égale dans les défis moraux. Cela peut contribuer à une solution éthiquement *bonne*.

Sintesi

Sfide etiche dell'oncologia geriatrica

Regole di base del comportamento etico nella pratica Christoph Kerwien, Rouven Porz

Le malattie oncologiche negli anziani sollevano spesso questioni etiche. Tra le regole di base del comportamento etico nella pratica clinica si annoverano il rispetto verso l'autonomia del paziente, il principio del non nuocere, il principio dell'assistenza e del trattamento uguale ed equo di tutti i pazienti.

La professione infermieristica è, tra le altre cose, una professione basata sulle relazioni. E specialmente nell'attività clinica infermieristica si possono identificare, con un'attenta osservazione, i valori di tutte le persone coinvolte. Tali valori e i possibili conflitti che ne derivano rappresentano anche il nucleo di quasi tutte le sfide etiche. Allo stesso tempo, i valori costituiscono anche una via per risolvere i problemi etici nella pratica clinica, dal momento che possono essere moderati e analizzati. Anche se non esiste una «buona» soluzione definitiva, l'analisi di una sfida etica può essere d'aiuto e istruttiva per la successiva situazione impegnativa. Per tali analisi sono adatte le riunioni di gruppo aperte e interdisciplinari come pure le discussioni sui casi etici. In tali situazioni, il personale curante spesso ha il compito e la responsabilità di parlare «per il paziente». Si tratta di una forma di solidarietà e responsabilità verso il paziente, per dare a tutte le persone coinvolte la possibilità di far sentire la propria voce nelle sfide morali. Ciò può contribuire a una *buona* soluzione etica.

CODAN A717V/A718V

Volumetrische Infusionspumpe A717V/A718V mit Barcode Assisted Infusion (BAI) /
A717V/A718V Pompe à perfusion volumétrique avec assistance code-barres (BAI)



Vorteile auf einen Blick

- Erhöhte Patientensicherheit
- Verringerung von Bedienungsfehlern
- Steigerung der Arbeits- und Kosteneffizienz auf den Stationen

Les avantages en un coup d'œil

- Une sécurité renforcée pour les patients
- Réduction des erreurs des utilisateurs
- Augmentation de la rentabilité dans les services



Besuchen Sie
uns auf dem Onkologie-
pflege Kongress
am 15. September 2021 /
Rendez-vous visite au
congrès des soins infir-
miers en oncologie le
15 septembre 2021



CODAN Medical AG · Oberneuhofstrasse 10 · CH-6340 Baar

Telefon +41 (0) 41 · 7 47 00 77 · Telefax +41 (0) 41 · 7 47 00 70 · codan@codan.ch · www.codancompanies.com

«Das Alter darf kein Grund sein, einer Person eine Therapie vorzuenthalten»

Interview mit Dr. med. Walter Mingrone

Interview: Irène Bachmann-Mettler

Dr. med. Walter Mingrone ist Leitender Arzt der Onkologie am Kantonsspital Olten. Im Interview gibt er Auskunft, welche Grundsätze er bei der onkologischen Behandlung von älteren Menschen beachtet.

Onkologiepflege: Was ist das Besondere bei der Behandlung und Betreuung von älteren Menschen mit einer Krebserkrankung?

Walter Mingrone: Es ist anspruchsvoller, ältere und v. a. hochaltrige Menschen zu behandeln, da diese Personen aus verschiedenen Gründen nicht die gleichen gesundheitlichen und sozialen Voraussetzungen haben wie 30- oder 40-Jährige. Studienresultate zu Behandlungen von Krebserkrankten beziehen sich meistens auf jüngere Menschen. Dieser Population geht es per se besser als dem durchschnittlich älteren Menschen. Deshalb ist es schwierig, diese Studienergebnisse auf ältere Menschen zu übertragen. Es stellt sich die Frage: «Was können wir tun, damit wir ähnliche Therapieresultate erzielen?»

Unweigerlich kommt bei der Behandlung von über 85-Jährigen der Gedanke auf: «Ist das noch sinnvoll?». Was geht Ihnen in einer solchen Situation durch den Kopf?

Als Impfarzt bin ich während der COVID-19-Pandemie vielen hochaltrigen, agilen und gesunden Menschen begegnet. Wenn ich Menschen in diesem Alter im Spital sehe, geht es ihnen meistens nicht so gut. Wir geben dem Alter per se im Spital und in der Medizin ganz allgemein einen besonderen Wert. So beginnen wir die Vorstellung einer Patientin, eines Patienten am Rapport mit: «Herr Meier, 40-jährig, Frau Müller, 87 Jahre alt», und lösen mit der initialen Nennung des Alters bereits eine Assoziation aus. Wir kategorisieren sofort. Wir sollten aber primär nicht auf das kalendarische Alter schauen, sondern klären, wie fit jemand körperlich und mental ist und unter welchen Umständen die Person lebt und selbstverständlich, welche Wünsche sie hat.

Was hat sich in den letzten Jahren in der Behandlung von Krebserkrankungen bei älteren Menschen geändert?

Eine Therapie auf sich zu nehmen, bedeutet heute oftmals nicht mehr das gleiche wie vor einigen Jahren. Das ist vielen Menschen nicht bekannt. Wir haben heute, je nach Diagnose, ganz andere Möglichkeiten, beispielsweise mit einer Immuntherapie oder mit oral einzunehmen-

den, häufig gut tolerierten zielgerichteten Substanzen zu behandeln. Die Verbesserung der Lebensqualität ist ein ganz zentrales Ziel, vor allem auch bei älteren Patienten.

Wie kann man entscheiden, ob man einer 85-Jährigen mit einem metastasierten Kolonkarzinom noch eine grosse Operation empfehlen soll?

Es gibt Hilfsmittel, die helfen abzuschätzen, wie gut eine Person eine Operation tolerieren wird, und welche weiteren Behandlungen hierfür notwendig sind. Die verschiedenen Therapiemöglichkeiten werden unter Einbezug der Wünsche und Erwartungen des Patienten mit Fachärztinnen und -ärzten verschiedener Disziplinen diskutiert. Mit der heutigen minimalinvasiven Chirurgie ist es erstaunlich, wie schnell sich die Operierten erholen. Es ist also wichtig, über die enormen Fortschritte der letzten Jahre zu informieren und auch selbst darüber informiert zu sein, was heute machbar ist.

Wie werden die betroffenen Personen in die Entscheidungsfindung einbezogen?

Es braucht ausführliche Gespräche mit den Betroffenen und ihren Angehörigen. Manchmal drängen Angehörige auf eine Behandlung, oder eine Patientin möchte eine Behandlung durchführen, weil sie sich nicht vorstellen kann, dass ihr Mann ohne sie weiterleben kann. Das sind schwierige Situationen, weil ein Zielkonflikt bestehen kann. Als behandelnder Arzt weiss ich, welche Toxizität die Patientin auf sich nehmen wird, damit sie sich um ihren Mann kümmern kann. Ich verstehe gut, dass man eine Therapie nicht für sich alleine macht, weil man in eine soziale Gemeinschaft eingebunden ist. Ich erlebe es jedoch als schwierig, wenn letztlich Angehörige ausschlaggebend für eine Therapie sind und der Patient selbst nicht darauf drängt.

Wie sprechen Sie dieses Thema an? Man möchte die Angehörigen ja auch ernst nehmen.

Ich versuche mir klar zu machen, was für eine Person ich vor mir habe: ihr Gesundheitszustand, ihre Mobilität, ihr soziales Netz. Kann die Person alleine gehen oder ist sie im Rollstuhl zu uns gekommen? Ich erkläre, welche Behandlungen theoretisch möglich sind und wie diese in ihrer Situation angewendet werden könnten. Was kann der mögliche Nutzen sein, wie gross ist der Aufwand und welche Nebenwirkungen können für eine gewisse Zeit auftreten. Wichtig ist mir, dass die betroffenen Personen



eine realistische Vorstellung von der Therapie und deren möglichem Nutzen haben. Ich informiere konkret, wie die Therapie abläuft, und kann oft auch Vorstellungen korrigieren, dass eine Krebsbehandlung sehr schlimm sein müsse. Ich hoffe, dass ich jeweils realisiere, wenn Angehörige Hemmungen haben, gewisse Dinge vor dem Patienten zu äussern – ich spreche dann mit der betroffenen Person alleine und frage, ob ich auch mit den Angehörigen alleine sprechen darf. In der Regel spreche ich mit den Betroffenen zwei- bis dreimal vor einer Therapieentscheid.

Bei einer Entscheidung für oder gegen eine Krebstherapie steht also nicht das Alter im Vordergrund, sondern die für diese Person beste Therapie?

Genau. Schwierig können Entscheidungen sein, wie beispielsweise diejenige bei einer 87-jährigen Frau mit exulzierendem Mammakarzinom im Pflegeheim. Eigentlich wäre eine operative Entfernung der Brust notwendig, doch in dieser Situation kann auch eine orale Antihormontherapie sinnvoll sein. Man kann davon ausgehen, dass die Wunde kleiner wird und die Patientin weniger Beschwerden haben wird. Der Aufwand für die Patientin ist m. E. vertretbar und die Frau wird voraussichtlich davon profitieren. Eine Mastektomie hätte viel belastender sein können. Ein anderes Beispiel ist eine nahezu blinde, hochaltrige Frau mit Mammakarzinom und Hautmetastasen. Ich konnte sie und ihre Angehörigen davon überzeugen, dass es sich lohnt, regelmässige Infusionen mit Trastuzumab und eine orale Antihormontherapie durchzuführen. Beide Frauen haben von der Therapie profitiert und erlebt, dass eine Krebstherapie nicht mit schlimmen Nebenwirkungen einhergehen muss.

Die Verbesserung der Lebensqualität ist also der Ansatz für eine Therapie.

Bei diesen Patientinnen war das so. Es gibt aber auch über 85-jährige Menschen, die klar formulieren, dass sie eine volle Therapie erwarten und ihr Alter kein Grund sein darf, ihnen eine kurative Therapie vorzuenthalten. Also muss man aufpassen, nicht nur die unmittelbare Lebensqualität im Fokus zu haben, sondern die gesamte gesundheitliche Situation und die Chancen der Behandlung. Viele ältere Menschen fühlen sich heute fit und sind es auch. Sie möchten noch einige Jahre leben und nehmen dafür eine Krebstherapie mit unerwünschten Wirkungen in Kauf.

Welche weiteren Faktoren sind bei einer Therapieentscheidung zu beachten?

Nebst den biologischen Parametern zu Organfunktionen ist die Funktionalität wichtig. Ich empfehle meinen jungen Kolleginnen und Kollegen, die Person zu beobachten, wie sie aufsteht, wie sie geht, etc. Andererseits kann

eine solche Wahrnehmung auch trügerisch sein, weil es eine Momentaufnahme ist. Ein geriatrisches Assessment mit einem Fragebogen in Kurzversion, dem Geriatric-8-Screening-Tool, ist daher empfehlenswert. Ich finde, man sollte solche Assessments systematischer durchführen. Dann hätte das kalendarische Alter vermutlich nicht mehr diese überragende Bedeutung, die wir ihm heute bei der Entscheidungsfindung noch immer häufig beimessen.

Ist es sinnvoll, dass eine Pflegefachperson dieses Screening durchführt?

Ja, das wäre eine wichtige Aufgabe von Pflegenden und wäre eine Grundlage, um gegebenenfalls ein erweitertes Assessment durch den geriatrischen Dienst einzuleiten.

Bei der medikamentösen Krebsbehandlung stellt sich vor allem bei älteren Menschen immer wieder die Frage nach einer Dosisreduktion.

Die Frage der Dosisreduktion betrifft vor allem die klassische Chemotherapie, die zu Aplasie, Infektionen, schwerer Mukositis und anderen Nebenwirkungen führen kann, und weniger eine Hormon- oder Immuntherapie. Wichtig ist, das Ziel der Therapie im Auge zu behalten. Ist sie kurativ, dann streben wir die hierfür notwendige Dosis an. Steht die Palliation im Mittelpunkt und die Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität, müssen wir entsprechend noch mehr Rücksicht nehmen auf die Organfunktionen, die Erholung des Blutes unter Chemotherapie etc. und gegebenenfalls eine Dosisreduktion vornehmen.

Was ist bei Hochbetagten beim Symptommanagement besonders zu berücksichtigen?

Das Management sollte differenziert und breit thematisiert werden: Wie ist das Umfeld, wie lebt diese Person? Wie kann die Selbstständigkeit erhalten werden? Das ist oft ausschlaggebend für ältere Menschen, wenn sie in eine Therapie einwilligen: Sie möchten selbstständig bleiben.

Folgende konkrete Fragen sollen sich die Fachpersonen stellen: «Müssen wir den Patienten häufiger sehen, um ihn zu überwachen und zu erfahren, wie es ihm geht?», «Realisiert die Patientin, dass sie Fieber hat, dass sie bspw. bei Durchfall dehydriert werden kann und meldet sie sich rechtzeitig?». Je nach kognitiver Situation ist die Förderung des Selbstmanagements bei älteren Patientinnen und Patienten für die Betroffenen selbst und auch für Pflegefachpersonen eine grosse Herausforderung. In diesen Situationen müssen wir die Angehörigen im häuslichen Umfeld schulen, damit sie bei der kranken Person die entscheidenden Veränderungen feststellen und uns rechtzeitig informieren.

Welche Rolle spielen bei älteren Menschen die Organfunktionen?

Die Nierenfunktion nimmt mit dem Alter ab. Und wenn man weniger trinkt und belastende Medikamente erhält, wird die Nierenfunktion unter Umständen noch schlechter. Die Funktion des Knochenmarks reduziert sich mit dem Alter ebenfalls. Deshalb verabreicht man älteren Menschen in einer vergleichbaren Tumorsituation unter Chemotherapie eher Wachstumsfaktoren (G-CSF) für die Leukozyten als jüngeren. Die kognitiven Fähigkeiten unter Stress nehmen ab. Ein anderer wichtiger Faktor ist die Ernährung. So kann die Ernährung auch bei Adipositas ungenügend sein. Heute leben viele Menschen alleine – auch viele jüngere – und ernähren sich unausgewogen. Nur schon das Essen in Gesellschaft würde dem entgegenwirken. Ein Augenmerk auf diese Funktionen ist zentral.

Ihre Beschreibungen zeugen von einem ganzheitlichen Ansatz, der vor allem in der Palliative Care grossgeschrieben wird.

Ich habe den Eindruck, dass in der Onkologie seit jeher ein ganzheitlicher Ansatz der Betreuung gelebt wird. Wir möchten verhindern, die Situation mit unseren Therapien so zu verschlechtern, dass eine Patientin oder ein Patient wieder ins Spital kommen muss. Manchmal ist dies eine Gratwanderung – in einer kurativen Situation gehen wir ungern Kompromisse in der Behandlung ein, denn dann helfen wir letztlich nicht.

Neue Onkologika sind teuer. Werden die ökonomischen Aspekte im Zusammenhang mit dem Alter diskutiert? Das ist ja ein ethisches Dilemma, da der Wert des Lebens nicht ökonomisiert werden kann.

Ein heikles Thema. Ein Beispiel: Eine 100-jährige Frau erhält ein Medikament, das mehrere Tausend Franken pro Monat kostet. Das Medikament wirkt. Sie kann nach einem Jahr Behandlung ihren 101. Geburtstag feiern. Sie hat ein Leben lang durch ihre Prämienzahlungen dazu beigetragen, dass unser Gesundheitssystem funktioniert. Weshalb sollen wir ihr jetzt etwas vorenthalten, nur weil sie 100 Jahre alt ist? Sie hat eine gute Lebensqualität mit diesem Medikament, kann weiter zu Hause sein und die Krankenkassen müssen es unabhängig vom Alter vergüten. Die Frage stellt sich eher, weshalb das Medikament so teuer ist. Ich bin froh, dass wir in der Schweiz eine Krankenversicherung haben, die unabhängig vom Alter Therapien abdeckt.

Wie geht man bezüglich Krebstherapien vor, wenn jemand eine kognitive Beeinträchtigung hat, etwa eine Demenz?

Bei stark dementen Personen kann man vieles nicht machen. Sie können nicht verstehen, weshalb sie bei-

spielsweise alle drei Wochen intravenös behandelt werden sollen und warum die Behandlungen körperlich belastend sind. Andererseits kann eine antihormonelle Therapie bei hierfür passender Krankheit fast immer versucht werden. Vor kurzem hatten wir einen Mann mit metastasiertem Hodenkrebs, dement und abhängig in vielen Bereichen in unserer Klinik. Hodenkrebs ist heute mit hoher Wahrscheinlichkeit heilbar, doch die notwendige Kooperation schien uns nicht gegeben. Die Situation wurde mit den Angehörigen und den Betreuungspersonen und im Ethikrat des Spitals ausführlich diskutiert. Die Angehörigen waren froh, dass wir ihnen halfen, die schwere Entscheidung zu treffen, auf die Chemotherapie zu verzichten.

Lehnen betroffene Personen Therapien ab einem gewissen Alter eher ab?

Oft haben ältere Menschen mit ihrem Leben abgeschlossen. Kürzlich meinte eine Patientin, die ich informiert habe, dass die Krankheit zum Tod führen wird: «Ja, ich will gehen, es ist Zeit.»

Also ist es wichtig, immer die individuelle Situation zu klären.

Ja, da haben wir sicher alle Fortschritte gemacht. Als Vorgesetzter ist es mir ein Anliegen, dass junge Ärztinnen und Ärzte dies lernen. Sie können noch weniger gut abschätzen, wie eine Therapie insbesondere von älteren und vielleicht polymorbiden Menschen toleriert wird. Deshalb sollten wir das geriatrische Assessment strukturierter anwenden, um eine bessere Entscheidungsgrundlage zu haben. Ich denke, die meisten von uns, ich inklusive, machen es noch zu wenig oft und standardisiert.

Auch viele Pflegende erachten ein systematisches Assessment als nicht notwendig oder die Ergebnisse eines Assessments werden nicht in die Pflege einbezogen.

Ich erlebe ab und zu, dass v. a. junge Pflegende nicht nachvollziehen können, weshalb ein älterer Mensch noch eine Therapie möchte. Situationen können auch schwierig einzuschätzen sein, zum Beispiel, wenn ein Patient ambivalente Gefühle hat. Er sagt den Pflegenden, dass er eigentlich sterben möchte, teilt aber den Ärzten mit, es liege ihm noch viel am Leben.

Klärende Gespräche mit Patienten und Angehörigen sind zentral. Kurz-Assessments wie beispielsweise der G8-Test sind gute Hilfsmittel, gerade wenn man die Ergebnisse gemeinsam mit anderen Fachärztinnen und -ärzten bespricht. Deshalb sollte meines Erachtens das geriatrische Assessment in die Facharztausbildung und in die Weiterbildung für Pflegende in der Onkologie integriert werden.

La médication chez les personnes âgées atteintes de cancer

Polymédication et autres particularités

Simone Widmer-Hungerbühler



La multimorbidité et la polymédication sont des phénomènes courants chez les patients de gériatrie. Afin d'éviter les interactions médicamenteuses et les effets indésirables des médicaments, il est essentiel de procéder à une analyse soigneuse des médicaments. C'est particulièrement vrai en oncologie, car les personnes concernées sont souvent des patients à risques qui sont traités avec des médicaments à haut risque.

En raison de l'évolution démographique et des nouvelles options de traitement avec des taux de survie améliorés, les personnes atteintes d'un cancer sont généralement plus âgées. 55 % des patients européens atteints de cancer sont âgés de 65 ans et plus au moment du diagnostic, avec en conséquence une augmentation de la multimorbidité et la polypharmacie (Vrijkorte, 2019). La polypharmacie est en association directe avec une augmentation des taux de toxicités de grade III et IV liées aux traitements, engendrant des hospitalisations et augmentant les coûts de santé (Vrijkorte, 2019).

L'évolution de l'âge et son impact sur le traitement du cancer

Les personnes âgées atteintes d'un cancer constituent un groupe très hétérogène. Les personnes touchées peuvent être en bonne santé, mais aussi fragiles. Les changements physiologiques survenant à un âge avancé influencent l'efficacité et la toxicité des traitements médicamenteux antitumoraux. Ainsi, une fonction rénale diminuée peut ralentir l'élimination des médicaments et affecter leur distribution dans l'organisme ; une surface de la muqueuse intestinale diminuée peut réduire l'absorption de la médication orale ; la réduction des taux de division et des mécanismes de réparation cellulaire entraîne une convalescence plus longue et des complications plus fréquentes. En outre, le traitement du cancer affecte le processus de vieillissement ainsi que les capacités cognitives et physiques des patients.

L'âge chronologique ne convient pas en tant que critère de décision pour ou contre un traitement. Afin d'estimer l'aptitude au traitement, il convient de procéder à une évaluation gériatrique, en tenant compte de l'âge, de l'état général, de l'autonomie dans la conduite du quotidien, de la perception que la personne a d'elle-même et des comorbidités (Bokemeyer, 2018). Après une évaluation adéquate et un choix de traitement avec une posologie prenant en compte les fonctions rénales et hépatiques, des traitements médicamenteux curatifs et palliatifs peu-

vent être administrés chez les personnes âgées avec des effets indésirables acceptables et un effet thérapeutique comparable à celui de personnes plus jeunes. En présence de certains facteurs prédictifs, une toxicité plus élevée peut être attendue (Bokemeyer, 2018).

Outre les modifications physiologiques, les comorbidités et les interactions médicamenteuses, qui se surviennent en particulier chez les personnes concernées par une polypharmacie, peuvent influencer le résultat thérapeutique. Par exemple, une diminution du volume de liquide due à la diarrhée et une utilisation concomitante d'AINS peuvent aggraver la fonction rénale et accroître la toxicité du traitement tumoral.

Polymédication et analyse des médicaments

La polypharmacie est l'utilisation simultanée de cinq médicaments différents ou plus. On parle de polypharmacie excessive lorsque plus de neuf médicaments sont utilisés (Boudon, 2017). Selon une étude de cohorte danoise s'appuyant sur des données issues de registres et portant sur quelque 262'000 personnes ayant reçu un premier diagnostic de cancer, environ 55 % d'entre elles présentaient au moins une maladie concomitante. Environ 27 % d'entre elles souffraient même de deux comorbidités ou plus. Un tiers des patients présentait une polymédication (utilisation de ≥ 5 médicaments) (Loeppethen, 2020).

Chez les personnes âgées (avec polymorbidité et/ou polypharmacie), un traitement médicamenteux efficace et optimal ne doit pas être réalisé comme si la personne concernée ne souffrait que d'une seule maladie. L'application stricte des directives thérapeutiques conduit à la polypharmacie en fonction du nombre de maladies (Boudon, 2017). Pour les personnes dont l'espérance de vie est réduite, de nouveaux objectifs thérapeutiques individuels doivent être pris en compte. Les médicaments destinés au traitement et à la prévention à long terme sont de moindre importance et, au mieux, leur nécessité doit être remise en question (Vrijkorte, 2019).

Il n'existe pas de «valeur seuil» en ce qui concerne la polymédication chez les personnes âgées atteintes de cancer pour le pronostic d'événements indésirables tels que chutes, fatigue ou réduction des fonctions physiologiques. La valeur définie de ≥ 5 médicaments pour identifier les patients à risques s'applique, et les médicaments doivent être revus en conséquence. Le nombre de médicaments pris, le type de groupes de médicaments et les facteurs cliniques individuels déterminent la survenue des

EIM [Effets Indésirables des Médicaments]. La fragilité, par exemple, est associée à la prise de sédatifs et d'anticholinergiques (Turner, 2015).

Certains médicaments ne sont pas adaptés aux personnes âgées en raison de leurs propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques ou d'un risque accru d'EIM. C'est ce qu'on appelle une médication potentiellement inadéquate, ou MPI en abrégé. De telles prescriptions doivent être considérées de manière critique, car elles augmentent le risque d'hospitalisations et entraînent une hausse des coûts de la santé (Vrijkorte, 2019).

Outils pour réduire la polymédication

Dans la pratique médicale quotidienne, il existe diverses stratégies et outils pour éviter ou réduire la polymédication et identifier les médicaments potentiellement inappropriés :

- Liste de Priscus : Liste de 83 substances actives qui ne conviennent pas aux personnes âgées. La liste contient des alternatives thérapeutiques et des mesures possibles si les substances actives sont néanmoins utilisées.
- Liste FORTA (Fit FOR The Aged-list/Liste convenant aux personnes âgées) : liste de médicaments par indication thérapeutique avec les médicaments inadéquats et ceux qui sont manifestement adaptés aux personnes âgées.
- Index MAI (Medication Appropriateness Index/Index des médicaments appropriés) : Questionnaire pour le contrôle structuré d'une liste de médicaments et la clarification de la nécessité d'un médicament.
- Algorithme de clarification selon Garfinkel pour réduire une polypharmacie chez des personnes très âgées.

Aux Pays-Bas, une méthode de réduction de la polymédication a été développée spécifiquement pour les personnes atteintes de cancer, l'*Oncologic Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing* (OncoSTRIP/ Outil de détection systématique pour réduire les prescriptions inappropriées en oncologie). Au moyen d'une anamnèse structurée, toutes les comorbidités, la médication complète avec dosages et indication (y compris les médicaments en automédication), les EIM reconnaissables et les préférences de la personne concernée sont consignés (*prise de décision partagée*). Une analyse détaillée permet d'identifier et de stopper les médicaments sans indication ou sans indication fondée sur des preuves, dont l'utilisation dépasse la durée recommandée du traitement ou qui font l'objet d'une double prescription. La liste OncoSTRIP contient des recommandations sur la manière d'évaluer, d'arrêter partiellement ou de réduire la dose des traitements à long terme, en tenant compte de l'espérance de vie. Par exemple, dans le cas d'un traitement antihypertenseur ou d'un traitement par statine, un arrêt du traitement peut être envisagé en tenant compte de l'espérance de vie, ou dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons ou des héparines, la dose peut être réduite. L'équipe néerlandaise, grâce à cette méthode, a pu identifier, chez

78 % des patients étudiés, des problèmes liés aux médicaments et procéder à des ajustements (Vrijkorte, 2019).

Les professionnels en médecine et pharmacie peuvent évaluer un plan de traitement et réduire la polymédication à l'aide des outils susmentionnés. Les besoins des patients et le rapport risques-avantages doivent toujours être pris en compte lors de la prise de décision. Dans une analyse de la médication, il faut également toujours vérifier si des médicaments manquent et doivent être complétés (par exemple, des laxatifs dans le cadre d'un traitement opioïde, des produits de soins de la peau dans le cas d'EIM dermatologiques).

Interactions en oncologie

Les maladies oncologiques nécessitent souvent des traitements médicaux complexes. Le risque d'interactions médicamenteuses augmente de manière disproportionnée avec le nombre de médicaments utilisés (y compris ceux de médecines complémentaires), l'utilisation de médicaments à marge thérapeutique étroite, en cas de déficiences d'organes (rein, foie) et de comorbidités.

Les interactions médicamenteuses peuvent conduire à des synergies additives souhaitées d'une part, mais aussi à des effets réduits ou à des effets indésirables. Par exemple, l'effet additif recherché est utilisé dans l'association de différents analgésiques ou dans l'utilisation combinée de nombreux traitements tumoraux. Les interactions pharmacodynamiques sont des interactions dans lesquelles les médicaments s'influencent directement les uns les autres dans leur effet. Dans le cas d'interactions pharmacocinétiques, il peut y avoir modification des concentrations effectives du médicament sur un site d'action par influence mutuelle entre l'absorption, la distribution dans différents compartiments, le métabolisme et l'élimination (Cascorbi, 2014).

Les traitements oncologiques médicamenteux ont souvent une marge thérapeutique étroite. La concentration thérapeutique minimale nécessaire pour obtenir une réponse thérapeutique et la concentration toxique seuil, pouvant entraîner des EIM, sont proches l'une de l'autre. Des modifications des taux plasmatiques peuvent entraîner des effets indésirables sur la santé ainsi qu'une perte d'efficacité (Vrijkorte, 2019).

Les interactions peuvent être problématiques tant avec les médicaments cytostatiques classiques qu'avec les thérapies ciblées. Les processus métaboliques via les enzymes du cytochrome P450 et d'autres processus de biotransformation sont importants dans le cas de nombreux cytostatiques classiques ; ces processus métaboliques peuvent être influencés par des co-médications et des interactions peuvent se produire (Petri, 2017). Pour les traitements antitumoraux ciblés par voie orale, des co-médications avec des médicaments qui modifient le pH gastrique (inhibiteurs de la pompe à protons, antiacides), des traitements concomitants avec des inducteurs et/ou des inhibiteurs puissants du cytochrome P450 et

leur prise au mauvais moment (à jeun, avec de la nourriture ou indépendamment des repas) entraînent le plus souvent des interactions médicamenteuses (Lipp, 2019).

De nombreuses personnes atteintes d'un cancer ont recours à des approches en médecine complémentaire. Environ un tiers des patients prennent des préparations à base de plantes (Ritter 2021). Les médicaments de médecine complémentaire doivent également être pris en compte dans les analyses d'interaction. Pour de nombreuses préparations de traitement en phytothérapie, il n'existe pas de données significatives sur les interactions possibles. Le risque d'interaction ne dépend pas seulement des voies métaboliques des traitements anticancéreux concernés, mais aussi de la possibilité des préparations à base de plantes d'influencer ces voies métaboliques (Ritter, 2021).

Une évaluation individuelle et complète de l'ensemble du traitement médicamenteux, y compris les préparations médicinales complémentaires, est essentielle pour évaluer les interactions potentielles et cliniquement pertinentes. Lors de décisions thérapeutiques, l'évaluation doit toujours être considérée dans le contexte global d'efficacité et de sécurité (Ritter, 2021). Les bases de données d'interactions gratuites et payantes (par ex. www.compendium.ch, www.epocrates.com, www.mediq.ch) sont utiles pour identifier et évaluer les interférences. Souvent les systèmes informatiques hospitaliers ont déjà intégré ce type de contrôle. L'interprétation des interactions indiquées et l'élaboration de mesures appropriées doivent être effectuées par des spécialistes ; il est nécessaire de toujours évaluer la pertinence clinique d'une interaction médicamenteuse.

La connaissance des interactions médicamenteuses et leurs causes peut contribuer à éviter des interférences et à accroître la sécurité du traitement. Chez les personnes atteintes d'un cancer, le risque d'interactions médicamenteuses est augmenté par un grand nombre de facteurs différents, de sorte qu'il faut être particulièrement vigilant avec ces personnes. Les médicaments à haut risque sont souvent utilisés chez des patients à risques, ce qui augmente la possibilité d'interactions médicamenteuses et leurs conséquences.

Reconnaissance des situations à risque au quotidien et transfert de pratique

Avec l'augmentation du nombre de médicaments prescrits, le risque d'interactions augmente de façon dis-

proportionnée ou exponentielle. En conséquence, le pronostic global, l'autonomie et la qualité de vie peuvent se détériorer de manière significative. Dans la pratique, il est important de reconnaître les risques qui peuvent conduire à une polypharmacie problématique avec de possibles interactions médicamenteuses, des erreurs de médication, ou une sous ou sur-médication. Cela inclut également les personnes, les médicaments et les situations à risques dans la vie quotidienne.

Les personnes âgées sont plus sensibles à de nombreux médicaments, ce qui peut se manifester par des EIM. Chez les personnes présentant des symptômes récents tels que des troubles de la marche, des vertiges, une confusion ou un malaise général, la polypharmacie et d'éventuelles interactions médicamenteuses sont à considérer. Les patients doivent être encouragés à discuter avec des professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers) de leur traitement médicamenteux, y compris les médicaments qu'ils se procurent par eux-mêmes. Souvent, les personnes traitées ne savent pas que les produits de phytothérapie ou les compléments alimentaires peuvent aussi entraîner des interactions et doivent donc être mentionnés dans le cadre du traitement prescrit. L'analyse du traitement médicamenteux permet d'identifier des médicaments et des interactions médicamenteuses potentiellement inadéquats et de prendre les mesures appropriées. Les décisions et ajustements en matière de traitement doivent toujours tenir compte des objectifs thérapeutiques convenus (curatifs ou palliatifs), des préférences des patients, des principaux objectifs thérapeutiques, de la durée de vie restante et des données scientifiques (Boudon, 2017).

De nombreux patients se sentent dépassés par des traitements complexes. Un semainier, dans lesquelles les médicaments à prendre sont disponibles de manière ordonnée, peut favoriser une médication sûre.

> Simone Widmer-Hungerbühler
simone@hungerbuehlers.ch
Pharmacienne diplômée suisse ETH
Pharmacienne oncologue DGOP
9500 Wil

Littérature

voir article en allemand

Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée-infirmier praticien spécialisé en oncogériatrie : projet en cours

Andrea Serena, Hasna Bouchaab, Françoise Ninane

La population gériatrique atteinte d'un cancer est en constante augmentation. Par la présence simultanée du cancer et du processus de vieillissement, cette population représente un défi majeur pour l'avenir des soins oncologiques. Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois vise à développer et intégrer le rôle d'Infirmière Praticienne Spécialisée-Infirmier Praticien Spécialisé (IPS) pour favoriser la réponse aux besoins spécifiques de cette population.

Le besoin d'un modèle de soins pour l'oncogériatrie
Autour de 60% des cancers sont diagnostiqués chez des patients âgés et ce nombre est amené à augmenter. A ce jour la plupart des structures et des processus de soins en oncologie sont développés pour répondre aux besoins de patients adultes et beaucoup moins adaptés pour répondre à une population vieillissante (Kagan, 2016). Par leur complexité biologique causée par la présence simultanée du cancer et du processus de vieillissement, les patients âgés représentent un défi majeur pour les professionnels de la santé (Morgan & Tarbi, 2016).

La population gériatrique atteinte d'un cancer est une population vulnérable. Ceci est causé par de nombreux problèmes tels que la présence de plusieurs comorbidités, la polymédication, les problèmes sociaux (ex. isolement social, économiques ...), un statut fonctionnel diminué, et la présence de plusieurs syndromes gériatriques (ostéoporose, sarcopénie, incontinence, malnutrition, escarres, chutes, démences/delirium, troubles visuels et d'audition) (Wildiers et al., 2014).

Souvent, les membres de la famille des patients doivent assumer le rôle de proche aidant (PA). Il est reconnu que le fardeau vécu par les PA concerne plusieurs dimensions (physique, psychosociale et financière) qui sont associées à une baisse de leur qualité de vie (Northouse, 2005).

Récemment, des programmes d'oncogériatrie ont été développés en démontrant des avantages dans l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients (Kagan, 2016). Ces programmes sont fondés sur des approches interdisciplinaires. Selon le contexte, la place de l'IPS dans une équipe interdisciplinaire (oncologue, infirmière, gériatre, assistant social, pharmacien, nutritionniste, ...) est reconnue comme essentielle (Lynch, Marcone, & Kagan, 2007; Morgan & Tarbi, 2016).

L'étendue de pratique de l'IPS

Selon l'article 124bis de la Loi sur la santé publique vaudoise, l'IPS est une personne dont la formation, de niveau

Master, lui permet d'assumer, dans son champ de compétences et de manière autonome, les responsabilités médicales suivantes: i) prescrire et interpréter des tests diagnostiques, ii) effectuer des actes médicaux et iii) prescrire des médicaments et en assurer le suivi et les ajustements. L'IPS doit exercer ces activités en partenariat avec un ou plusieurs médecins.

En septembre 2021, les premiers cinq IPS de Suisse, nouvellement diplômés au sein de l'Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins de Lausanne (UNIL), ont débuté leur activité clinique au Centre Universitaire Hospitalier Vaudois (CHUV), dont un, au sein du département d'oncologie.

Le rôle d'IPS pour les patients âgés atteints d'un cancer thoracique

Le contexte du Centre des tumeurs thoraciques du CHUV a été retenu pour le projet de développement et d'implantation de ce nouveau rôle.

Plus que le 50% des patients atteints d'un cancer du poumon sont diagnostiqués après 65 ans, et le 30% après 70 ans. Il est reconnu que les patients âgés atteints d'un cancer du poumon sont parmi les patients oncologiques qui présentent les plus hauts nombres de syndromes gériatriques (Mohile et al., 2011).

En considérant l'aspect épidémiologique et la fragilité des patients âgés atteints d'un cancer du poumon, cette population a été définie comme la population cible pour le développement du rôle d'IPS dans le but de pouvoir améliorer leur prise en charge globale et répondre à leurs besoins en soins de support.

Grâce à une approche infirmière et ses connaissances au niveau médical, l'IPS a la responsabilité d'assurer le suivi clinique des patients. En plus des responsabilités standards dans le contexte des soins oncologiques, il est attendu que l'IPS effectue des interventions spécifiques au domaine de l'oncogériatrie. Celles-ci comprennent : i) l'évaluation gériatrique multidimensionnelle selon SIOG (Wildiers et al., 2014) et la planification d'un suivi clinique personnalisé, ii) l'évaluation de la polymédication et la capacité du patient/PA à gérer les médicaments à domicile, iii) l'évaluation des besoins de soutien pour les PA, iv) la promotion de l'auto-soins et v) soutenir les patients/familles dans la formulation des directives anticipées. Par ailleurs, il est attendu que, par ses interventions auprès de l'équipe infirmière, l'IPS contribue au développement des compétences de l'équipe infirmière, en particulier par une meilleure évaluation clinique gériatrique des patients.





**We Focus On Cancer So
You Can Focus on Life**



Afin d'assurer une continuité des soins, l'IPS travaille en étroite collaboration avec l'équipe interdisciplinaire du Centre des tumeurs thoraciques (oncologues, infirmiers-infirmières, infirmières cliniciennes spécialisées-infirmiers cliniciens spécialisés, pharmacienne clinique, soins palliatifs, ...) et avec des partenaires externes (soins à domicile, médecins de famille, pharmacies).

Conclusion et perspectives

Intégrer le rôle de l'IPS en oncogériatrie dans une équipe interdisciplinaire peut être un des facteurs favorisant l'amélioration de la qualité des soins pour les patients et les PA. Le PEPPA Framework (Participatory Evidence-based Patient-focused Process for Advanced Practice Nursing) a été retenu par le CHUV comme modèle pour le développement, l'intégration et l'évaluation du rôle. Actuellement, le déploiement du rôle d'IPS spécifique à l'oncogériatrie est prévu pour 2023. L'IPS qui a pris ses fonctions en septembre 2021 doit prioritairement consolider ses compétences d'IPS concernant l'oncologie générale pour ensuite avancer dans la mobilisation des compétences spécifiques à l'oncogériatrie.

> Andrea Serena, MScN, MScNP, PhD

Infirmier praticien spécialisé
Centre coordonné d'oncologie
1011 Lausanne
andrea.serena@chuv.ch

> Dre. Hasna Bouchaab, MD

Médecin cadre hospitalier
Service d'oncologie médicale
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
1011 Lausanne

> Mme. Françoise Ninane, MScN

Directrice des soins du département d'oncologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
1011 Lausanne

Bibliographie

- Kagan, S. H. (2016). The Future of Gero-Oncology Nursing. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(1), 65–76. doi:10.1016/j.soncn.2015.11.008
- Lynch, M. P., Marcone, D., & Kagan, S. H. (2007). Developing a multidisciplinary geriatric oncology program in a community cancer center. *Clin J Oncol Nurs*, 11(6), 929–933. doi:10.1188/07.CJON.929-933
- Mohile, S. G., Fan, L., Reeve, E., Jean-Pierre, P., Mustian, K., Pappone, L., ... Dale, W. (2011). Association of cancer with geriatric syndromes in older Medicare beneficiaries. *J Clin Oncol*, 29(11), 1458–1464. doi:10.1200/JCO.2010.31.6695
- Morgan, B., & Tarbi, E. (2016). The Role of the Advanced Practice Nurse in Geriatric Oncology Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(1), 33–43. doi:10.1016/j.soncn.2015.11.005

Northouse, L. (2005). Helping families of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 32(4), 743–750. doi:10.1188/05.onf.743-750

Wildiers, H., Heeren, P., Puts, M., Topinkova, E., Janssen-Heijnen, M. L., Extermann, M., ... Hurria, A. (2014). International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*, 32(24), 2595–2603. doi:10.1200/JCO.2013.54.8347

Zusammenfassung

Die Rolle der spezialisierten Nurse Practitioner in der Onkogeriatric: ein laufendes Projekt

Andrea Serena, Hasna Bouchaab, Françoise Ninane

Das Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) hat sich zum Ziel gesetzt, die Rolle der spezialisierten Nurse Practitioner (NP) im Thorax-Tumorzentrum weiterzuentwickeln und zu integrieren, um den spezifischen Bedürfnissen der geriatrischen Bevölkerungsgruppe mit Krebs gerecht zu werden.

Durch den pflegerischen Ansatz und das medizinische Wissen ist die spezialisierte NP für die klinische Nachsorge der Patienten verantwortlich. Zusätzlich zu den Standardaufgaben in der Onkologie wird von der NP erwartet, dass sie spezifische Massnahmen im Bereich der Onkogeriatric durchführt wie beispielsweise das multidimensionale geriatrische Assessment, die Planung einer individualisierten klinischen Nachsorge, die Beurteilung der Polymedikation und der Fähigkeit des Patienten, mit den Medikamenten zu Hause umzugehen, und die Förderung der Selbstpflege. Zudem soll die NP dazu beitragen, die Fähigkeiten des Pflegeteams zu fördern, insbesondere durch eine bessere klinisch-geriatrische Beurteilung der Patienten. Um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, arbeitet die NP eng mit dem interdisziplinären Team des Thorax-Tumorzentrums zusammen. Derzeit ist der Roll-out der onkogeriatric-spezialisierten NP-Rolle für 2023 geplant.

Sintesi

Il ruolo degli infermieri specializzati nell'oncologia geriatrica: un progetto in corso

Andrea Serena, Hasna Bouchaab, Françoise Ninane

Il Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) si è posto l'obiettivo di sviluppare ulteriormente e integrare il ruolo degli infermieri specializzati nel «Centre des tumeurs thoraciques» per far fronte alle esigenze specifiche della popolazione geriatrica colpita da un tumore.

Grazie all'approccio assistenziale e alle conoscenze mediche, gli infermieri specializzati sono responsabili dell'assistenza clinica ai pazienti dopo la terapia. Oltre ai compiti standard in oncologia, dagli infermieri specializzati ci si aspetta che implementino delle misure specifiche nell'ambito dell'oncologia geriatrica come per esempio la valutazione geriatrica multidimensionale, la pianificazione dell'assistenza clinica individuale dopo la terapia, la valutazione della polimedicazione e della capacità del paziente di gestire i farmaci a casa, nonché la promozione della cura autonoma. Gli infermieri specializzati devono inoltre contribuire a promuovere le capacità del team di cura, specialmente migliorando la valutazione clinico-geriatrica del paziente. Per assicurare la continuità nell'assistenza, gli infermieri specializzati lavorano a stretto contatto con il team interdisciplinare del «Centre des tumeurs thoraciques».

Il rollout del ruolo degli infermieri specializzati in oncologia geriatrica è previsto per il 2023.

Gerontologie und Onkologie

Was kann die Gerontologie die Onkologie lehren?

Natalie Battaglia, Jeanine Altherr, Sara Kohler



Es wird vorausgesagt, dass 2035 der Anteil an neu krebserkrankten Menschen ab 65 Jahren weltweit auf 67 % steigen wird (Pilleron et al., 2019). Das Alter gilt als hauptsächlicher Risikofaktor für Krebs, da sich die Zellen weniger schnell reparieren können und es so zu häufigeren Mutationen kommt (Smetana et al., 2016). Zudem kann es im Alter zum Verlust individueller Reserven kommen und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber innerer und externer Einflussfaktoren entstehen; die sogenannte Frailty. Begünstigend für die Frailty sind neben dem Alter individuelle Lebensstilfaktoren und Multimorbidität (Benzinger et al., 2021).

Multimorbidität

Zu einer Krebserkrankung können im Laufe des Älterwerdens Erkrankungen hinzukommen, abhängig oder unabhängig von den Folgen der Krebsterapie. Umgekehrt kann zu schon bestehenden Erkrankungen zusätzlich eine Krebserkrankung diagnostiziert werden. Das daraus folgende umfassende Symptomanagement (Humphreys et al., 2014) und die komplexen Therapien bedeuten oftmals eine Einschränkung in der Funktionalität und der Lebensqualität. In der Praxis wird deutlich, dass ältere Menschen und ihre Angehörigen auf diese Belastung und die Bedeutung von präventiven Interventionen zu wenig vorbereitet werden.

Ein konkretes Beispiel soll verdeutlichen, wie sich das «zu wenig vorbereitet sein» zeigt. Bei Frau B., heute 85-jährig, wurde mit 63 Jahren ein Mammakarzinom diagnostiziert. Es folgten eine Mastektomie links mit beidseitiger Lymphadenektomie, adjuvante Chemotherapie, Radiotherapie und zwei Zyklen antihormoneller Therapie. Damals schien es sinnvoll,

die Lebensverlängerung als erste Priorität zu sehen. Als medizinische Diagnose hatte Frau B. «nur» ein Vorhofflimmern unter Antikoagulationstherapie. Die Therapieerfolgsschancen standen gut. 10 Jahre später war sie vom Krebs nicht kuriert, zeigte jedoch keine Symptome. Sie lebte alleine autonom zu Hause und pflegte ein gutes soziales Umfeld. Allerdings erlitt sie aufgrund eines Sturzes eine Unterarmfraktur rechts. Nachmals 5 Jahre später – mit 78 Jahren – manifestierte sich die Osteoporose. Ossäre Metastasen und Frakturen an der Wirbelsäule führten zu einer ausgeprägten Kyphose. Man entschied, aufgrund des intensiven Symptomerlebens und hohen Leidensdrucks, palliativ weiterzubehandeln. Hinzu kamen eine chronisch venöse Insuffizienz, chronische Ulzera, Nieren- und Herzinsuffizienz und leichte kognitive Einschränkungen. Einiges davon wird in Zusammenhang mit den Folgen der Krebsbehandlung gebracht. Jetzt, mit 85 Jahren, leidet Frau B. an schwerer Nieren- und Herzinsuffizienz. Sie ist schwach, leidet häufig unter Nausea und Rückenschmerzen und weist eine stark einschränkende Gehbehinderung auf, sodass sie auf den Rollator angewiesen und nur noch wohnungsmobil ist. Frau B. braucht mehrmals täglich häusliche Pflege. Der Hausarzt macht regelmässig Hausbesuche; dennoch muss Frau B. häufig notfallmässig hospitalisiert werden.

Dieses Beispiel zeigt, wie elementar eine gezielte Vorsorge ist. Es braucht eine Auseinandersetzung, mit welchen gesundheitlichen Problemen die Betroffenen sich mit höchster Wahrscheinlichkeit aus onkologischer und aus gerontologischer Sicht befassen müssen. Zu Beginn und regelmässig im Verlauf

empfiehlt sich dringend ein umfassendes geriatrisches Assessment, um die physische, psychische (inkl. kognitive) und soziale Gesundheit einzuschätzen und mit den Bedürfnissen und der individuell definierten Lebensqualität in Verbindung zu bringen, sodass Entscheidungen auf einer guten Basis getroffen werden können (Puts et al., 2021). Zudem sollten im Assessment die bekannten «onkologischen» Symptome (siehe Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) der Palliative ZH und SH (2021)) durch häufige Leiden im Alter wie beispielsweise Schluckstörung, Inkontinenz, Schlaflosigkeit, Hörstörung, Bewegungseinschränkungen (Gehen, wie auch der Arme und Hände) ergänzt werden.

Zurück zu Frau B. Damals, kurz vor der Pensionierung und voller Pläne, stellte niemand Fragen wie: Welche Bedürfnisse stehen bei Frau B. im Vordergrund? Was ist für sie Lebensqualität? Mit welchen Einschränkungen kann sie gut leben? Welche Folgen der Krebsbehandlung sind im Alter zu erwarten? Welchen häufigen Alterskrankheiten muss präventiv entgegengewirkt werden (z.B. neben Frailty gerade der Osteoporose; ist doch bei einem Mammakarzinom eine ossäre Metastasierung häufig)? Hätte man sich diese Fragen gestellt, hätte der Frailty und Osteoporose durch proteinreiche Ernährung, Ergänzung von Vitaminen (insbesondere Vitamin D) und Mineralstoffen (insbesondere Calcium) sowie allem voran durch körperliches Training vorgebeugt werden können.

Und was uns die Gerontologie auch lehrt: Jede Therapie, jedes Medikament, jede Intervention, hat auch Nebenwirkungen und/oder Interaktionen. Es gilt, Krankheiten und Symptome nicht alleinstehend zu betrach-

ten und anzugehen, sondern immer einen Gesamtüberblick zu haben, die Probleme gemeinsam zu gewichten mit Blick auf Funktionalität, Lebensqualität, Lebensdauer und möglichst wenig belastende machbare Behandlungspläne zu erstellen; wobei einzelne Massnahmen idealerweise mehrere Probleme angehen. Dies braucht vielleicht manchmal auch Mut – Mut, nicht alles zu tun, was theoretisch möglich ist. Dazu braucht es eine kontinuierliche Begleitung und Beratung im Rahmen eines individuellen interprofessionellen Behandlungsplans, wobei die Pflege prädestiniert ist, den Lead zu übernehmen.

> **Natalie Battaglia, MScN**
 Leiterin MAS in Gerontologischer Pflege
 ZHAW – Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
 Departement Gesundheit
 Institut für Pflege
 8401 Winterthur
natalie.battaglia@zhaw.ch

> **Jeanine Altherr, MScN**
 Pflegeexpertin APN,
 Fachdienst Advanced Practice Nursing
 Spitex Zürich Sihl
 8038 Zürich

> **Sara Kohler, MScN, MAS**
 onkologische Pflege
 Leiterin MAS in Onkologischer Pflege
 ZHAW – Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
 Departement Gesundheit
 Institut für Pflege
 8401 Winterthur

Im Positionspapier von Puts et al. (2021) werden neben dem umfassenden geriatrischen Assessment noch

andere Interventionen empfohlen. Das Dokument bietet den Pflegefachpersonen in der Praxis, aber auch den Führungskräften und den Forschenden klare Hinweise, die Bedürfnisse älterer Erwachsener mit Krebs wahrzunehmen und für diese einzustehen und eine qualitativ hochwertige Pflege für diese spezielle Krebsgruppe anzubieten.

Literatur

Benzinger, P., Eidam, A. & Bauer J.M. (2021). Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. *Z Gerontol Geriat* 2021, 54, 285–296. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01873-z>
 Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., ... & the UCSF School of Nursing Symptom Management Faculty Group (2014). Theory of symptom management. In M. J. Smith & P. R. Lier (Hrsg.), *A middle range theory for nursing* (S. 141–164). New York: Springer Publishing Co.

Palliative ZH und SH. (2021). Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Heruntergeladen von <https://www.pallnetz.ch/edmonton-symptom-assessment-system-esas-.htm>

Pilleron, S., Sarfati, D., Janssen-Heijnen, M., Vignat, J., Ferlay, J., Bray, F. & Soerjomataram, I. (2019). Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035 : A population based study. *Int J Cancer*, 144(1), 49–58.

Puts, M., Strohschein, F., Oldenmenger, W., Haase, K., Newton, L., Fitch, M., Sattar, S., Stolz-Baskett, P., Jin, R., Loucks, A., Nightingale, G. & Kenis, C. (2021). Position statement on oncology and cancer nursing care for older adults with cancer and their caregivers of the International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group, the Canadian Association of Nurses in Oncology Oncology & Ageing Specialist Interest Group, and the European Oncology Nursing Society. *Journal of Geriatric Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.03.010>

Smetana, K., Lacina, L., Szabo, P., Dvornikova, B., Proz, B. & Sedo, A. (2016). Ageing as an important risk factor for cancer. *Anticancer Res*, 36(10), 5009–5017.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften


Gesundheit

**Neues
Angebot**

CAS Integrative und komple- mentäre Behandlungsansätze

Erwerben Sie Grundlagen von Behandlungsansätzen der Phytotherapie, der anthroposophischen Medizin, der Homöopathie und der Traditionellen Chinesischen Medizin. Ausgewählte Methoden werden durch Selbsterfahrung vertieft. Damit sind Sie in der Lage, Patienten/Klienten zum Einsatz der Behandlungsansätze fundiert zu beraten.

Interprofessionelle Weiterbildung

Start: Frühsommer 2022

Mehr unter zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

Résumé

Que peut enseigner la gérontologie à l'oncologie ?

Natalie Battaglia, Jeanine Altherr, Sara Kohler

A mesure que l'on vieillit, d'autres maladies peuvent s'ajouter au cancer, ceci dépendamment ou pas des conséquences du traitement anticancéreux. À l'inverse, un cancer peut être diagnostiqué en plus d'affections préexistantes. La gestion complète des symptômes (Humphreys et al., 2014) et les thérapies complexes qui en résultent signifient souvent une réduction de la fonctionnalité et de la qualité de vie. Dans la pratique, il est clair que les personnes âgées et leurs proches sont insuffisamment préparés à cette charge et à l'importance des interventions préventives.

Il est nécessaire de prendre en compte quels sont les problèmes de santé auxquels les personnes concernées sont le plus susceptibles d'être confrontées d'un point de vue oncologique et gérontologique. Dès le début et régulièrement tout au long du parcours, il est fortement recommandé de procéder à une évaluation gériatrique complète afin d'évaluer la santé physique, psychique (y compris cognitive) et sociale et de la mettre en relation avec les besoins et la qualité de vie telle que définie individuellement, afin que les décisions puissent être prises sur une bonne base (Puts et al., 2021). En outre, l'évaluation des symptômes « oncologiques » bien connus (Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)) devrait s'étendre aux affections courantes chez les personnes âgées, telles que la dysphagie, l'incontinence, l'insomnie, la déficience auditive, les limitations de mobilité.

Et ce que la gérontologie nous apprend également, c'est que chaque thérapie, chaque médicament, chaque intervention, a également des effets secondaires et/ou des interactions. Il est important de ne pas considérer les maladies et les symptômes de manière isolée, mais de toujours avoir une vue d'ensemble, d'évaluer les problèmes conjointement en prenant en compte la fonctionnalité, la qualité de vie et la longévité, et d'élaborer des plans de traitement réalisables aussi peu contraignants que possible ; chaque mesure permettant idéalement de traiter plusieurs problèmes. Cela demande peut-être parfois du courage – le courage de ne pas faire tout ce qui est théoriquement possible. Cependant, un soutien et des conseils continus dans le cadre d'un plan de traitement interprofessionnel individuel sont nécessaires, l'infirmière-infirmier étant prédestinée-é à en prendre la tête.

Sintesi

Che cosa può insegnare la gerontologia all'oncologia?

Natalie Battaglia, Jeanine Altherr, Sara Kohler

Quando si inizia ad andare in là con l'età un tumore può essere accompagnato da malattie che possono essere una conseguenza o meno della terapia antitumorale. Al contrario, può anche accadere che oltre alle malattie esistenti sia diagnosticata una malattia tumorale. L'ampia gestione dei sintomi che ne deriva (Humphreys et al., 2014) e le terapie complesse spesso comportano una limitazione delle funzionalità e della qualità di vita. Nella pratica emerge chiaramente che le persone an-

ziane e i loro familiari sono poco preparati ad affrontare tale pressione e conoscono troppo poco l'importanza degli interventi preventivi.

C'è bisogno di avviare un dibattito per capire con quali problemi di salute le persone colpite saranno molto probabilmente confrontate dal punto di vista oncologico e gerontologico. All'inizio e regolarmente nel corso dell'assistenza si consiglia urgentemente di attuare un assessment geriatrico per valutare la salute fisica, psichica (incl. cognitiva) e sociale, mettendolo in relazione con le esigenze e la qualità di vita definita individualmente, in modo che le decisioni siano prese partendo da una buona base (Puts et al., 2021). L'assessment dovrebbe inoltre essere integrato con i sintomi « oncologici » noti (Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)) e i disturbi frequenti nelle persone anziane come difficoltà a inghiottire, incontinenza, insonnia, disturbo dell'udito, difficoltà nei movimenti.

La gerontologia poi ci insegna anche questo: ogni terapia, farmaco, intervento ha anche effetti collaterali e/o presenta interazioni. Si tratta di valutare le malattie e i sintomi non come parti a sé stanti ma come un tutt'uno, di ponderare insieme i problemi tenendo conto di funzionalità, qualità e durata della vita, limitando il più possibile i piani di cura gravosi per il paziente, assicurandosi che siano fattibili. I singoli provvedimenti dovrebbero idealmente poter affrontare diversi problemi allo stesso tempo. Per fare questo, a volte ci vuole forse anche coraggio, coraggio di non fare tutto quello potrebbe essere fatto in teoria. A tale scopo c'è bisogno di un'assistenza e consulenza costante nell'ambito del piano assistenziale interprofessionale individuale, sebbene la cura sia predestinata ad assumere il lead.



Adhésion thérapeutique aux traitements antitumoraux oraux
Un groupe de travail composé de membre de SOS et SSOM

L'adhésion thérapeutique est aussi une question qui concerne vos patients!

Des informations ciblées et des conseils professionnels favorisent la prise correcte et sûre de médicaments.

Sur notre site web, vous trouverez des informations techniques de base sur l'adhésion thérapeutique et des fiches informatives des médicaments anticancéreux oraux, une information facile à comprendre pour les patients.

www.anticancereuxoraux.ch

Expertengruppe «Geriatrische Onkologie»

Themen und Ziele der interprofessionellen Gruppe im Universitären Cancer Center (UCI) des Inselspitals Bern

Susanne Sester

Immer mehr PatientInnen in der Onkologie sind älter oder sogar hochbetagt. Wie lässt sich sicherstellen, dass die Bedürfnisse dieser Personen im klinischen Alltag genügend berücksichtigt werden? Mit dieser Frage beschäftigt sich am Inselspital Bern die Expertengruppe «Geriatrische Onkologie».

Onkologische PatientInnen werden zunehmend älter und multimorbider, gleichzeitig werden die Therapien komplexer und vorzugsweise ambulant verabreicht. Die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen von älteren Menschen werden aber oft nicht ausreichend wahrgenommen. Bei den Fachpersonen fehlt es an vertieften fachlichen Kenntnissen und am interprofessionellen Austausch zu spezifischen Themen der geriatrischen Onkologie.

Die ASCO-Guidelines (1) empfehlen, dass bei onkologischen PatientInnen ab dem 65. Lebensjahr vor Beginn einer antitumoralen Therapie ein geriatrisches Assessment durchgeführt werden soll, um Probleme zu identifizieren, die bei onkologischen Anamnesen nicht routinemässig erfasst werden. Die Ergebnisse des Assessments sollen dabei helfen, einen integrierten und individualisierten Betreuungsplan zu entwickeln. Wegen der Unterrepräsentation von Personen über 65 Jahren in klinischen Studien gibt es wenig Evidenz für die teilweise komplexe Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe bei onkologischen Diagnosen (2).

Expertengruppe «Geriatrische Onkologie»

Im Universitären Cancer Center (UCI) des Inselspitals wurde im Oktober 2019 die Expertengruppe «Geriatrische Onkologie» gegründet. Die multiprofessionelle Gruppe besteht aus

> ÄrztInnen verschiedener Disziplinen wie Onkologie, Radioonkolo-

gie, Innere Medizin, Geriatrie, Kardiologie und Orthopädie,

- > Pflegefachpersonen aus verschiedenen Spitälern mit Schwerpunkten in Akutmedizin, Langzeitpflege und ambulanter Pflege,
- > Fachpersonen mit den Spezialgebieten Sozialarbeit, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Logopädie, Psychoonkologie und Seelsorge.

Die Teilnehmenden der Gruppe eint der Wunsch, alte Menschen, die eine Tumorthherapie brauchen, bestmöglich zu unterstützen und sie entsprechend ihren Bedürfnissen zu behandeln und zu betreuen. In der Gruppe stellen sich spezifische Fragen, zum Beispiel:

- > Wie unterscheiden sich jüngere und ältere resp. alte onkologische PatientInnen?
- > Welche Therapiemöglichkeiten eignen sich für hochbetagte Menschen?
- > Wie können wir einschätzen, ob wir dem alten Menschen mit der vorgesehenen Therapie helfen oder vielleicht doch eher schaden?
- > Brauchen alte PatientInnen mehr oder weniger Therapien als jüngere? Benötigen Ältere höhere oder geringere Medikamentendosierungen?
- > Was ist therapeutisch sinnvoll und ethisch vertretbar?

Alle Teilnehmenden der Gruppe bringen unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen zu diesen Themen ein, was den Austausch sehr bereichert.

Organisation der Gruppe

Die Gruppe trifft sich viermal jährlich für zwei Stunden. Bei jedem Treffen wird ein anderes Thema diskutiert: Es gibt einen fachlichen Input und danach einen Austausch.

Besprochene Themen

Im Rahmen der bisherigen Treffen

sprachen wir zum Beispiel über geriatrisches Assessment, das man vor Beginn einer onkologischen Therapie durchführen sollte, und wie sich das Assessment konkret in den Alltag der/s behandelnden OnkologIn resp. Radio-OnkologIn einpassen lässt. Ein anderes Thema waren medizinisch-onkologische Therapieoptionen im Alter: Wie ist die Studienlage zur Verträglichkeit im Alter? Brauchen alte Menschen angepasste Schemata, gerade im Hinblick auf Multimorbidität und Polypharmazie? Für die nächsten Treffen sind folgende Themen geplant:

- > Pharmakotherapie/Polypharmazie
- > Onkologische Rehabilitation für betagte Menschen
- > Anschlusslösungen ambulant und stationär
- > Finanzierung von Krankheitskosten und Hilfsmitteln
- > Spiritualität
- > Demenz/Delir
- > Gebrechlichkeit (Frailty)
- > Kommunikation über Palliative Care/ Advance Care Planning
- > Endlichkeit, Sterben und Tod
- > Einsamkeit
- > Betagte Angehörige
- > Vernetzungsmöglichkeiten und pflegerische Herausforderungen

Ziele der Gruppe

Die Ziele der Treffen bestehen nicht nur im Austausch von Wissen und Erfahrungen, sondern auch in der Vernetzung von Professionen und Fachgebieten. Längerfristig wollen wir evidenzbasierte Richtlinien für die Behandlung und Betreuung älterer Menschen erstellen und die Richtlinien in den Konzepten des UCI verankern. Mit der Anwendung der Richtlinien in der Praxis soll die unterstützende und sensible Pflege und Versorgung von älteren Menschen mit onkologischen Erkrankungen gefördert werden.



> Susanne Sester, MAS Oncological Care
Pflegeexpertin Onkologie
Inselspital Bern
Susanne.Sester@insel.ch

Résumé

Groupe d'experts «Oncologie gériatrique»

Thèmes et objectifs du groupe interprofessionnel du Centre Universitaire du Cancer de l'hôpital de l'île (UCI), Berne
Susanne Sester

Dans le domaine de l'oncologie, de plus en plus de patients sont âgés, voire très âgés. Comment s'assurer que les besoins de ces personnes soient suffisamment pris en compte dans la pratique clinique quotidienne ? Le groupe d'experts « Oncologie gériatrique » de l'Hôpital de l'île de Berne s'intéresse à de cette question.

Groupe d'experts « Oncologie gériatrique »

Au centre universitaire du cancer de l'hôpital de l'île (UCI), le groupe d'experts « Oncologie gériatrique » a été fondé en octobre 2019. Le groupe interprofessionnel est composé de médecins de diverses disciplines, d'infirmières et infirmiers de différents hôpitaux spécialisés en médecine aiguë, soins de longue durée et soins ambulatoires, de professionnels avec un domaine d'expertise en travail social, conseil nutritionnel, physiothérapie, logopédie, psychooncologie et en assistance spirituelle.

Les participants au groupe sont unis par le désir d'apporter le meilleur soutien possible aux personnes âgées ayant besoin d'un traitement oncologique et de les traiter et soigner en fonction de leurs besoins. Des questions spécifiques surgissent dans le groupe, par exemple :

- > Quelles sont les différences entre les patientes oncologiques plus jeunes et plus âgées ou âgées ?
- > Quelles options thérapeutiques sont adaptées aux personnes très âgées ?
- > Comment pouvons-nous évaluer si nous aidons ou éventuellement même nuisons à la personne âgée avec le traitement prévu ?
- > Qu'est-ce qui a du sens sur le plan thérapeutique et qui est défendable sur le plan éthique ?

Organisation du groupe

Le groupe se réunit quatre fois par an pendant deux heures. Il y a toujours un apport professionnel et ensuite un échange.

Literatur

(1) Mohile S, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, Canin B, Cohen HJ, Holmes HM, Hopkins JO, Janelins MC, Khorana AA, Klepin HD, Lichtman SM, Mustian KM, Tew WP, Hurria A. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol. 2018 Aug 1;36(22):2326–2347.

(2) Williams GR. Geriatric Assessment: Precision Medicine for Older Adults With Cancer. J Oncol Pract. 2018;14(2):97–8.

(3) Rao AV, Hurria A, Kimmick G, Pinheiro S, Seo PH. Geriatric oncology: past, present, future. J Oncol Pract. 2008;4(4):190–2. (4) Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. J Clin Oncol. 2014;32(24):2595–603.

Sujets discutés

Lors de réunions précédentes, nous avons, par exemple, parlé de l'évaluation gériatrique qui doit être effectuée avant de commencer un traitement oncologique, et de la manière dont cette évaluation peut être intégrée concrètement dans la vie quotidienne. Un autre sujet était les options de traitement médico-oncologique dans la vieillesse : quelle est l'état des études par rapport à la tolérance dans la vieillesse ? Les personnes âgées ont-elles besoin de régimes adaptés, notamment en regard de la multimorbidité et de la polypharmacie ?

Objectifs du groupe

Les objectifs de ces rencontres sont non seulement l'échange de connaissances et d'expériences, mais aussi la mise en réseau des professions et des disciplines. À plus long terme, nous voulons élaborer des lignes directrices basées sur l'évidence (données probantes) pour le traitement et la prise en soins des personnes âgées et ancrer ces directives dans les concepts de l'UCI.

Sintesi

Gruppo di esperti «Oncologia geriatrica»

Temi e obiettivi del gruppo interprofessionale in seno all'University Cancer Center (UCI) dell'Inselspital di Berna
Susanne Sester

Un numero sempre maggiore di pazienti oncologici è più anziano o addirittura molto anziano. Come possiamo garantire che venga prestata un'attenzione sufficiente alle esigenze di tali persone nella quotidianità clinica? Di tale questione si occupa il gruppo di esperti «Oncologia geriatrica» presso l'Inselspital di Berna.

Gruppo di esperti «Oncologia geriatrica»

A ottobre 2019, presso l'University Cancer Center (UCI) dell'Inselspital è stato creato il gruppo di esperti «Oncologia geriatrica». Tale gruppo interprofessionale è composto da medici di diverse discipline, personale curante proveniente da diversi os-

pedali specializzati in medicina acuta, esperti in cure di lunga degenza e ambulatoriali, personale specializzato in assistenza sociale, consulenza nutrizionale, fisioterapia, logopedia, assistenza spirituale.

I membri del gruppo sono accomunati dal desiderio di aiutare nel miglior modo possibile le persone anziane che hanno bisogno di terapie antitumorali, offrendo assistenza e cure in base alle loro esigenze. Nel gruppo vengono poste domande specifiche come per esempio:

- > Cosa contraddistingue i pazienti più giovani da quelli più anziani o molto anziani?
- > Quali approcci terapeutici sono adatti per le persone molto anziane?
- > Come possiamo valutare se con la terapia prevista aiutiamo o piuttosto arreciamo danni alla persona anziana?
- > Che cos'è ragionevole dal punto di vista terapeutico ed etico?

Organizzazione del gruppo

Il gruppo si ritrova quattro volte l'anno per due ore. Ad ogni incontro viene dato prima un input tecnico e dopo ha luogo uno scambio.

Temi discussi

Nell'ambito degli incontri tenuti finora abbiamo parlato per esempio dell'assessment geriatrico che dovrebbe essere realizzato prima dell'inizio della terapia oncologica e di come tale assessment può essere inserito in concreto nella quotidianità. Un altro tema verteva sulle possibilità mediche-oncologiche della terapia agli anziani: Cosa dicono gli studi sulla tollerabilità della terapia nei pazienti anziani? Le persone anziane hanno bisogno di una terapia adattata a loro, specialmente in vista della multimorbidità e polifarmacia?

Obiettivi del gruppo

Gli obiettivi degli incontri non consistono in uno scambio di conoscenze ed esperienze bensì anche nella messa in rete delle professioni e dei settori specialistici. A lungo termine vogliamo allestire delle direttive basate sull'evidenza per l'assistenza e la cura delle persone anziane, e ancorarle quindi nei concetti dell'UCI.

Gemeinsam vorausplanen?

Herausforderungen bei der Pflege von hochbetagten Personen mit einer Krebserkrankung

Ursina Gujan, Flurina Collenberg, Hanna Burkhalter

Hochaltrige onkologische Patientinnen und Patienten stellen Pflegende im onkologischen Ambulatorium sowie auf den medizinischen Bettenstationen aufgrund ihrer Komplexität zunehmend vor fachliche Herausforderungen. Hinzu kommt die Schwierigkeit, die Autonomie der Patientin, des Patienten und ihrer/seiner Familie auch bei sehr schlechter Prognose und zunehmender Pflegebedürftigkeit zu wahren.

Die steigende Anzahl älterer Menschen in der Schweiz ist ein Hauptgrund für die Zunahme der Krebsfälle, gleichzeitig steigt mit zunehmendem Alter das Risiko einer Krebserkrankung (Bundesamt für Statistik, 2017). Onkologische Patientinnen und Patienten, welche auf medizinischen Abteilungen im Akutspital behandelt werden, sind oftmals betagt und haben Mehrfacherkrankungen. Aufgrund der zunehmenden Komplexität ist das Fachwissen von mehreren pflegerischen und ärztlichen Fachspezialisten gefragt – so auch bei Herrn M.

Herr M. – hochbetagt und mit Mehrfacherkrankungen

Herrn M. (Beispiel anonymisiert und verfremdet), einen 80-jährigen Patienten, stellen wir exemplarisch für die genannte Patientengruppe vor. Eingetreten ins Spital zu einem Kontrolltermin des multiplen Myeloms auf dem onkologischen Ambulatorium, musste er schliesslich bei reduziertem Allgemeinzustand stationär aufgenommen werden. In der Diagnoseliste wies er des Weiteren eine Koronare Herzkrankheit, eine Niereninsuffizienz sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit mit chronischen Wunden auf. Das stationäre Pflegeteam begegnete einem Patienten, welcher nur schwer mobilisierbar war, stark unter Nausea und Emesis litt und kaum Appetit hatte. Er zeigte

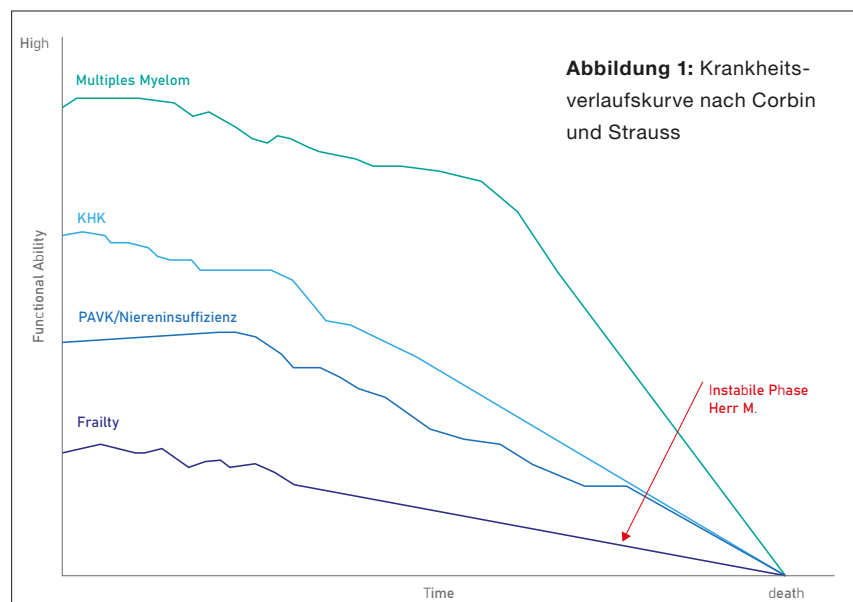
sich müde und abgeschlagen mit ausgeprägter Ruhe- und Belastungs-dyspnoe. Hinzu kamen Schmerzen an den Wunden sowie Schwierigkeiten beim Wasserlösen. Das Ziel des stationären Aufenthalts war die Stabilisierung seines Allgemeinzustandes, um die Antikörpertherapie weiterzuführen. Herr M. wies neben den Folgen seiner Mehrfacherkrankungen einige Zeichen von Frailty (Gebrechlichkeit) auf, welche mit den Symptomen der onkologischen Erkrankung kumulierten. Frailty ist verbunden mit einem erhöhten Risiko für Mortalität, Chemotherapie-Unverträglichkeit sowie postoperative Komplikationen (Handforth, 2015). Unter diesen Umständen sind Patienten wie Herr M. angewiesen auf eine stetige Alltagsunterstützung. In seinem Fall übernahm diese zentrale Rolle seine Ehepartnerin. Sie bot ihm neben der moralischen Unterstützung Hilfe in der Umsetzung der therapeutischen Massnahmen.

Nach der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (1991) befand sich Herr M. während seines Spitalaufenthaltes auf der neurologi-

schen Bettenstation in einer instabilen Phase (Abb. 1). Die Pflegenden auf der Inneren Medizin waren mit den folgenden Herausforderungen konfrontiert:

Hochbetagt und mehrfacherkrankt: Pflegerische Herausforderungen

- > Hohes gefordertes Spezialwissen, ärztlich als auch pflegerisch – die Zuteilung zu einer spezialisierten Abteilung/Fachteam ist aus Kapazitätsgründen nicht immer möglich.
- > Fokus liegt im Spital auf der Stabilisierung der akuten, instabilen Phase – trotz Bedarf an weiterer Vorausplanung bei chronisch-progredientem Verlauf.
- > Über lange Therapiedauer gewachsenes Vertrauensverhältnis zum Pflegeteam des onkologischen Ambulatoriums, versus Schwierigkeiten, einem «fremden» stationären Pflegeteam zu vertrauen (äusserte sich in Ablehnung, externer Beratung, hohes Stresslevel).
- > Familie hat viele Fragen zur zukünftigen häuslichen Versorgung bei zunehmender Pflegebedürftigkeit.



- > Keine gemeinsame Pflegedokumentation ambulant/stationär.

Vorausplanung mit «Advance Care Planning»

Die Visualisierung der Krankheitsverlaufskurve in Kombination mit der vorausschauenden, ganzheitlichen Planung wie «Advance Care Planning» würde Patienten wie Herrn M. in der Lebensqualität unterstützen (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide, 2014). Hierfür bedarf es jedoch an Erfassungs- und Dokumentationsinstrumenten, welche den Patienten zu Hause, in der ambulanten Versorgung sowie in der stationären Pflege abbilden. Die ganzheitliche Abbildung führt zu einer besseren Vernetzung der Behandlungsteams und erhöht die Sicherheit für das konkrete Vorgehen in Notfallsituationen (Bundesamt für Gesundheit, 2018). Das Vertrauensverhältnis zwischen allen Beteiligten und der Familie wird gestärkt. Mit geschulten Fachpersonen können die Erwartungen, Wünsche und Werte von Patienten wie Herrn M. und seiner Familie

frühzeitig abgeholt werden. Diese geben dem Behandlungsteam «Leitplanken» für den Behandlungsprozess bis zum Tod. Der Leidensdruck von schwerkranken Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sowie der moralische Stress des Behandlungsteams in der Versorgung dieser Menschen, kann mit Fallbesprechungen über die Krankheitsverlaufskurve und der vorausschauenden, ganzheitlichen Planung reduziert werden.

> Ursina Gujan, MScN
Pflegeexpertin
Innere Medizin
Kantonsspital Graubünden
7000 Chur
ursina.gujan@ksgr.ch

> Flurina Collenberg
Pflegefachfrau, DAS Onkologie
Onkologisches Ambulatorium
Kantonsspital Graubünden
7000 Chur

- > Hanna Burkhalter, Dr. sc. med
Leitung Pflegeentwicklung
Kantonsspital Graubünden
7000 Chur

Literatur

Bundesamt für Statistik (2017) Krebs epidemiologie. Abgerufen am 25.06.2021 von Krebs | Bundesamt für Statistik (admin.ch)

Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative.ch (2018) Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advanced Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Abgerufen am 18. Juni 2021 von https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/48/48DF3714B1101EE980D45D-638BC7EC11.pdf

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative medicine*, 28(8), 1000–1025. <https://doi-org.ksgr.swissconsortium.ch/10.1177/0269216314526272>

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 5(3), 155–174.

Handforth, C., Clegg, A., Young, C., Simpkins, S., Seymour, M. T., Selby, P. J., & Young, J. (2015). The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 26(6), 1091–1101. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl540>

Delir als Komplikation bei älteren Erwachsenen mit einer Krebserkrankung

Eine Fallvignette aus der Rehabilitation

Franziska Schmidt, Wolfgang Hasemann



Dass ein Delir die Rehabilitation bei einem älteren Mann mit metastasiertem Prostatakarzinom verlängert, und was dies für den Patienten und seine Familie bedeutet, wird in diesem Artikel verdeutlicht. Ebenso wird auf die Bedeutung eines interprofessionellen geriatrischen Assessments hingewiesen.



Ältere Erwachsene mit einer Krebserkrankung: eine wachsende Population mit besonderen Bedürfnissen

Mit 6498 diagnostizierten malignen Erkrankungen in der Schweiz bilden äl-

tere Erwachsene die grösste Gruppen unter den Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung (Krebsliga Schweiz, 2020). Ältere Erwachsene sind zum Zeitpunkt der Diagnosestellung meist von Multimorbidität betroffen. Physiologische Alterungsprozesse können zusätzlich das Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen erhöhen und mit einer generellen funktionellen Beeinträchtigung einhergehen (Nightingale et al. 2021). Hinzu kommen geriatrische Symptome wie Malnutrition, Sarkopenie, Gebrechlichkeit (Frailty), neurokognitive Störungen (Demenz, Delir) und Stürze.

Die daraus resultierenden Verschlechterungen in der Funktionalität bedeuten für ältere onkologische Patientinnen und Patienten eine verschlechterte Lebensqualität, was sich negativ auf die Prognose und das Überleben auswirken kann. Daher verfolgt die onkologische Rehabilitation das übergeordnete Ziel, die Funktionalität in Bezug auf die onkologische Diagnose und/oder Therapie zu erhalten und/oder zu verbessern, Komplikationen zu reduzieren, die die Lebenserwartung und -qualität beeinträchtigen können, unabhängig vom Krankheitsstadium (Balducci et Fossa, 2013).

Fallvignette Herr V.

Die folgende Vignette soll die Besonderheiten eines älteren krebserkrankten Mannes während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes veranschaulichen: Herr V. (geb. 1933) wird aufgrund von lumbosakralen Schmerzen bei metastasiertem Prostata-Karzinom von einer zuweisenden Institution für eine stationäre Rehabilitation angemeldet.

Anamnese

Bis vor dem notfallmässigen Spitaleintritt lebte Herr V. mit seiner Ehefrau selbstständig in einer Wohnung im 8. Stock mit Lift und war rollatormobil.

Aufgrund von starken lumbosakralen Schmerzen (visuelle analoge Schmerzskala 10) stellte sich Herr V. auf dem Notfall der zuweisenden Institution vor. Die Hauptdiagnosen lauteten: Schmerzexazerbation bei progredienter ossärer Metastasierung und subakuter Fraktur des Processus costales LWK 2 und 3 (Erstdiagnose 05/2021) bei progredientem Prostata-Karzinom.

Bei Eintritt berichtete Herr V. über Rückenschmerzen und präsentierte sich in einem reduzierten Allgemeinzustand mit eingeschränkter Selbstständigkeit in Bezug auf das Gehen, Aufstehen, Waschen und Kleiden sowie Ausscheiden. Des Weiteren war eine Sturzgefahr vorhanden. Er war zeitlich und örtlich orientiert.

Rehabilitationsziele:

Bezugnehmend auf die Anamnese ergaben sich die folgenden Rehabilitationsziele:

- > Verbesserung der Schmerzsituation, mit dem übergeordneten Ziel, eine Schmerzkompensation zu erreichen
- > Verbesserung der eingeschränkten körperlichen Mobilität
- > Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- > Anleitung zur Selbstpflege und zum Selbstmanagement
- > Unterstützung zur Rückkehr in die häusliche Umgebung

Rehabilitationsverlauf von Herrn V.

Am zweiten Tag der Hospitalisation entwickelte Herr V. febrile Temperatur von 38,3° und ein Delir mit psychomotorischer Unruhe, Handlungs- und Planungsstörungen, Gedächtnisstörungen und Orientierungsschwierigkeiten (Savaskan et al., 2016). Die Folge war ein unbeobachteter Sturz ohne Verletzungsfolge. Zur Weiterbehandlung des hyperaktiven Delirs wurde Herr V. auf eine interne Überwachungsstation mit Fokus Delir verlegt. Aufgrund des Delirs konnte Herr V. nur eingeschränkt das Therapieangebot (z. B. Physio-, Ergotherapie) zur Erreichung der angestrebten Rehabilitationsziele nutzen. Im Verlauf besserte sich die Delirsymptomatik jedoch deutlich, sodass Herr V. nach einem verlängerten Aufenthalt die anvisierten Rehabilitationsziele erreichen konnte und ein Austritt nach Hause mit externen Hilfen möglich war.

Betreuung von älteren an Krebs erkrankten Menschen während der Rehabilitation

Gerade bei älteren Menschen mit einer Krebserkrankung ist der Verlust der Unabhängigkeit die grösste Bedrohung (Balducci & Fossa, 2013). Um diese und ähnliche Komplikationen möglichst zu vermeiden, wird bei dieser vulnerablen Patientengruppe empfohlen, (onkologische) Therapieentscheide idealerweise aufgrund eines multidisziplinären geriatrischen Assessments zu treffen (Decoster et al., 2015; Scotté et al. 2018). Bestandteile dieses Assessments sind unter anderem die Erfassung der Funktionalität, Komorbiditäten, Polypharmazie, Kognition (Demenz, Delir), die emotionale Verfassung, Fatigue, Malnutrition und die soziale Unterstützung (Burhenn et al. 2016). Aufgrund der Länge dieses Assessments (bis zu 60 Minuten) empfiehlt die *Internationale Gesellschaft für geriatrische Onkologie (SIOG)* die Ein- und Durchführung eines deutlich verkürzten Screening Tools (Decoster et al., 2015).

Damit Onkologiepflegende Beinträchtigungen und Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten rasch erkennen, um entsprechende Interventionen initiieren zu können, benötigen Pflegende sowohl aktuelles onkologisches als auch geriatrisches Fachwissen. Onkologiepflegende sollten deshalb dazu ermuntert werden, Bildungsangebote, wie der Onkologiepflege Schweiz, zu nutzen.

> Franziska Schmidt, PhD, RN
Pflegeexpertin
Universitäre Altersmedizin FELIX
PLATTER
4055 Basel
Ab 16.8.21 Berner Fachhochschule Gesundheit
franziska.schmidt@bfh.ch

> Wolfgang Hasemann, PhD, RN
Leiter Basler Demenz-Delir-
Programm
Universitäre Altersmedizin FELIX
PLATTER
4055 Basel

Literatur

Balducci, L., & Fossa, S. D. (2013). Rehabilitation of older cancer patients. *Acta Oncologica*, 52(2), 233–238.

Nightingale, G., Battisti, N. M. L., Loh, K. P., Puts, M., Kenis, C., Goldberg, A., ... & Pergolotti, M. (2020). Perspectives on functional status in older adults with cancer: An interprofessional report from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) nursing and allied health interest group and young SIOG. *Journal of Geriatric Oncology*.

Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., ... & Verloo, H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. *Praxis (Bern 1994)*, 105(16), 941–952. https://www.memoryclinic.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Publikation_Savaskan_2016.pdf

Scotté, F., Bossi, P., Carola, E., Cudenne, T., Dielenseger, P., Gomes, F., ... & Strasser, F. (2018). Addressing the quality of life needs of older patients with cancer: a SIOG consensus paper and practical guide. *Annals of Oncology*, 29(8), 1718–1726.

Die vollständige Literaturliste kann bei der Erstautorin bezogen werden.

Symptomassessment via Telefon

Systematisierte Literaturübersicht zur wirksamen Gestaltung durch Pflegende

Antje Koller, Janine Vetsch



Durch die COVID-19-Pandemie wurden in der Schweiz Pflegefachpersonen in der Onkologie vermehrt vor die Herausforderung der telefonischen Versorgung von Patientinnen und Patienten gestellt. Deshalb wurde dieses Thema 2020 im Rahmen von zwei Webinaren von der Akademischen Fachgesellschaft Onkologiepflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft aufgegriffen.

Während dieser Webinare kristallisierte sich heraus, dass in der Schweiz synthetisiertes Wissen zu Instrumenten und geeigneten Methoden zur telefonischen Versorgung für onkologische Pflegefachpersonen fehlt.

Die Benutzung von evidenzbasierten Standards zur telefonischen Einschätzung von Symptomen in der Onkologie kann relevant sein, um schwere Komplikationen oder Notfallkonsultationen zu verhindern (Stacey et al. 2013). Aktuell scheint es keine veröffentlichten deutschen Standards zum telefonbasierten Symptomassessment für Pflegefachpersonen in der Onkologie zu geben.

Daher wurde die klinische Frage «Wie sollte das telefonbasierte Symptomassessment und -management durch Pflegefachpersonen in der Onkologie wirksam gestaltet werden?» bei FIT-Nursing Care an der OST Ostschweizer Fachhochschule St. Gallen zur Bearbeitung eingereicht, um durch eine Literaturrecherche Antworten zu finden.

Methode

Es wurde eine systematisierte Schnellsuche in den Datenbanken Medline und per Handsuche in Google und den Referenzlisten durchgeführt. Die gesamte Vorgehensweise ist unter <https://www.fit-care.ch/covid-19> beschrieben.

Resultate

Mit der Suche wurden 40 Artikel identifiziert. Nach Screening der Abstracts stellten sich zwei Artikel als für die Fragestellung relevant heraus (Stacey et al., 2013; 2015). Die ausführliche Beschreibung der Ergebnisse wird ebenfalls auf der Seite von FIT Nursing Care unter (<https://www.fit-care.ch/covid-19>) zur Verfügung gestellt.

Die erste Studie umfasste die Entwicklung und Evaluation eines evidenzbasierten Standards für das telefonbasierte onkologische Symptomassessment, -management und die Triage aus Kanada (Stacey et al., 2013). Mit Hilfe der «CAN-IMPLEMENT»-Methode, welche die Entwicklung und Überarbeitung von Richtlinien beschreibt, wurde eine Vorlage für den Standard erstellt. Im Rahmen von Fokusgruppeninterviews mit onkologischen Pflegefachpersonen wurde die Vorlage evaluiert. Diese Studie gibt definierte Anhaltspunkte, wie anhand eines evidenzbasierten Standards das telefonbasierte onkologische Symptomassessment, -management und die Triage durchgeführt werden können. Es wurde eine Vorlage für die Gestaltung von evidenzbasierten Protokollen bei telefonbasierten Pflegekonsultationen für Pflegefachpersonen in der Onkologie zur systematischen Symptomeinschätzung, Triage, Dokumentation und Unterstützung von Patienten und Patientinnen im Symptommanagement entwickelt.

In einer Mixed-Methods-Studie analysierten Stacey et al. (2015) beeinflussende Faktoren im Rahmen des pflegerischen, telefonbasierten onkologischen Symptommanagements. Es wurde sowohl die Sicht der Pflegefachpersonen, der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sowie des Pflegemanagements

in der Studie untersucht. Die Erkenntnisse dieser Studie geben Hinweise auf die wirksame Gestaltung des pflegerischen, telefonbasierten onkologischen Symptommanagements. Um die Nutzung der evidenzbasierten Protokolle durch die Pflegefachpersonen zu fördern, benötigt es eine klare Weisung seitens der Organisation, eine sinnvolle Integration in die bestehende Dokumentation sowie eine entsprechende Weiterbildung zum korrekten Gebrauch der Protokolle. Des Weiteren kann es sinnvoll sein, die standardisierten Protokolle dem Kontext entsprechend anzupassen, wie zum Beispiel durch Pocket Guides für die Kitteltasche. Für eine effizientere Kommunikation könnte es hilfreich sein, eine Patientenversion der Protokolle zu erstellen, welche die Patientinnen und Patienten während der Telefonate nutzen könnten.

Zur Vervollständigung der Beantwortung der Frage wird auf die Werke von Stacey et al (2020) und Hickey & Newton (Third Version 2019) verwiesen. Aktuell gibt es diese zwei verschiedenen Standardwerke zum telefonbasierten, onkologischen Symptomassessment durch Pflegefachpersonen. Diese verfügen nach Symptomen geordnet über entsprechende Assessment-Instrumente und Handlungsanweisungen. In englischer Buchversion findet sich die 3. Ausgabe von Hickey & Newton (2019) «Telephone triage for oncology nurses». Als online Version in Englisch und Französisch von Stacey et al. (2020) der Leitfaden «Remote Symptom Practice Guides for Adults on cancer Treatment».

Schlussfolgerungen

Mithilfe der systematisierten Schnellsuche wurden zwei relevante Publi-

kationen identifiziert, die Hilfestellung für onkologische Pflegefachpersonen in der Schweiz bieten können. Die Ergebnisse dieser systematisierten Schnellsuche können als Basis für einen vertieften weiteren Review und zur Entwicklung von deutschsprachigen gültigen Standards für die Schweiz verwendet werden.

> Antje Koller, Prof. Dr. phil.
Co-Leiterin OnkOs
Institut für Angewandte
Pflegerwissenschaft
OST Ostschweizer Fachhochschule
9001 St.Gallen
antje.koller@ost.ch

> Janine Vetsch, Dr. phil.
Leiterin FIT Nursing Care
Institut für Angewandte Pflege-
wissenschaft
Leiterin Kompetenzzentrum
swisseBN
OST Ostschweizer Fachhochschule
9001 St.Gallen
fitnursingcare@ost.ch

Literatur

Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., Harrison, M. B. & The Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support Group (COSTaRS) (2013). Development and Evaluation of Evidence-Informed Clinical Nursing Protocols for Remote Assessment, Triage and Support of Cancer Treatment-Induced Symptoms. Nursing Research and Practice, 2013.

Stacey, D., Carley, M., Ballantyne, B., Skrutkowski, M., Whynot, A. (2015). Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods study. European Journal of Oncology Nursing, 19, 268–277.

Weiterführende Literatur und Links

Praxisorientierte Leitfäden zur Fernbehandlung von Symptomen Erwachsener während einer onkologischen Therapie: Stacey et al. (2020). Remote Symptom Practice Guides for Adults on cancer Treatment. Ottawa, Canada: Ottawa Hospital Research Institute & University of Ottawa. https://ktcanada.ohri.ca/costars/Research/docs/COSTaRS_Pocket_Guide_March2016.pdf

Hickey, M. & Newton S. (2013) Telephone triage for oncology nurses. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society Publications Department.

<https://www.fit-care.ch/covid-19>

onkologika.ch

Die Webseite für parenterale Onkologika

120 Medikamente/Merkblätter mit aktuellsten Fachinformationen

- Zubereitung, Verabreichung, unerwünschte Wirkungen
- Lagerung / Stabilität
- Informationen Paravasat / Behandlung
- Prämedikation, Infusionsreaktionen, Monitoring
- Suche mit Substanz- oder Handelsname
- Druck einzelner Merkblätter möglich

Onkologieflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologica Svizzera

Jetzt abonnieren – onkologika.ch



berufsbegleitend | modular | praxisorientiert

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 mindestens 2 Jahre. Die Module können auch einzeln besucht werden.

Ihre Karriereziele – unsere berufsbegleitenden Studiengänge:

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

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

Kalaidos
Fachhochschule
Schweiz

Die Hochschule für Berufstätige.

Eidgenössisch akkreditierte
Fachhochschule

careum

Careum
Hochschule Gesundheit
Teil der Kalaidos Fachhochschule

Résumé

Évaluation des symptômes par téléphone

Revue de littérature systématisée d'une réalisation effective par les infirmières

Antje Koller, Janine Vetsch

En raison de la pandémie COVID-19, en Suisse, les infirmières en oncologie ont été de plus en plus confrontées au défi de fournir des soins aux patients par téléphone. C'est pourquoi en 2020, ce sujet a été abordé par la Société Scientifique de Soins en Oncologie de l'Association Suisse pour les sciences infirmières dans le cadre de deux webinaires.

Au cours de ces webinaires, est apparu qu'il y a en Suisse un manque de connaissances synthétiques sur des outils et méthodes appropriés à des soins par téléphone pour les infirmières-infirmiers en oncologie. Par conséquent, la question clinique « Comment devrait être conçu efficacement l'évaluation et la gestion des symptômes par téléphone, par des infirmières en oncologie? » a été soumise au FIT-Nursing Care (Plateforme en ligne « Guides pratiques suisses-Soins Infirmiers ») de l'OST Haute école spécialisée de Suisse orientale Saint Gall, pour être traitée afin de trouver des réponses à travers une revue de la littérature.

Méthode

Une revue de littérature systématisée a été réalisée dans les bases de données Medline et par une recherche manuelle dans Google et les listes de référence.

Résultats

Cette recherche a permis d'identifier 40 articles. Après en avoir examiné les abstracts (résumés), deux articles ont été jugés pertinents pour la question abordée.

Venant du Canada, la première étude portait sur l'élaboration et l'évaluation de standards fondés sur des données probantes pour l'évaluation, la gestion et le tri des symptômes oncologiques par téléphone (Stacey et al., 2013). Cette étude fournit des indications définies sur la manière de mener l'évaluation, la gestion et le triage des symptômes oncologiques par téléphone sur la base de normes fondées sur l'évidence.

Dans une étude à méthodes mixtes (qualitative et quantitative), Stacey et al. (2015) ont analysé les facteurs influençant,

dans le cadre des soins infirmiers, la gestion des symptômes oncologiques par téléphone. Les résultats de cette étude fournissent des indications sur l'aménagement efficace d'une gestion par des infirmières des symptômes oncologiques par téléphone. La promotion de l'utilisation par les infirmières de protocoles basés sur des données probantes nécessite un positionnement clair de l'organisation, une intégration significative dans la documentation existante, de même qu'une formation appropriée sur l'utilisation correcte des protocoles.

Pour compléter la réponse à la question, il est fait référence aux travaux de Stacey et al (2020) et de Hickey & Newton (3e version, 2019). Ceux-ci disposent d'outils d'évaluation appropriés et d'instructions d'action, classés par symptôme. Dans la version du livre en anglais, on trouve la 3e édition de Hickey & Newton (2019) « Telephone triage for oncology nurses » (Triage par téléphone pour infirmières en oncologie). De même qu'une version en ligne de Stacey et al. (2020), en anglais « Remote Symptom Practice Guides for Adults on cancer Treatment » et en français « Guides de pratique d'évaluation à distance des symptômes pour les adultes suivant des traitements contre le cancer ».

Sintesi

Valutazione dei sintomi per telefono

Revisione sistematica della letteratura sulla gestione efficace da parte del personale curante

Antje Koller, Janine Vetsch

A causa della pandemia di COVID-19 in Svizzera molti infermieri specializzati in oncologia sono stati posti davanti alla sfida dell'assistenza telefonica ai pazienti. Per questo motivo, nel 2020 è stato sollevato questo tema nell'ambito di due webinar della Società Accademica di Cure Oncologiche dell'Associazione svizzera per le scienze infermieristiche.

Durante tali webinar è emerso che in Svizzera mancano conoscenze sistematiche in merito agli strumenti e ai metodi adatti riguardanti l'assistenza telefonica per il personale infermieristico specializzato. La domanda clinica «Come assicurare l'efficacia nella valutazione e gestione

dei sintomi per telefono da parte degli infermieri specializzati in oncologia?» è stata quindi inoltrata per l'elaborazione a FIT-Nursing Care alla OST, Scuola universitaria professionale della Svizzera orientale di San Gallo, allo scopo di trovare risposte in base alla ricerca bibliografica.

Metodo

È stata realizzata una revisione sistematica della letteratura nelle banche dati Medline e una ricerca manuale su Google e sugli elenchi di riferimento.

Risultati

Dalla ricerca sono risultati 40 articoli. Lo screening degli abstract ha identificato due articoli che risultano importanti per dare una risposta alla questione sollevata.

Il primo studio realizzato in Canada (Stacey et al., 2013) si è occupato dello sviluppo e della valutazione di uno standard basato sull'evidenza per l'assessment, la gestione e il triage dei sintomi oncologici rilevati durante l'assistenza telefonica. Tale studio offre punti di riferimento definiti su come realizzare l'assessment, la gestione e il triage dei sintomi oncologici rilevati durante l'assistenza telefonica sulla base di uno standard basato sull'evidenza.

Nell'ambito di uno studio basato su metodi misti, Stacey et al. (2015) hanno analizzato i fattori di incidenza nell'ambito della gestione infermieristica dei sintomi oncologici emersi durante l'assistenza telefonica. I risultati di tale studio indicano che si tratta di un metodo efficace. Per promuovere l'utilizzo di protocolli basati sull'evidenza da parte del personale infermieristico specializzato, sono necessarie chiare istruzioni da parte dell'organizzazione, un'integrazione ragionevole nella documentazione esistente, e una rispettiva formazione continua per l'uso corretto dei protocolli.

Per completare la risposta alla questione sollevata si prendono come riferimento i lavori di Stacey et al (2020) e Hickey & Newton (Third Version 2019). In essi si trovano rispettivi strumenti per la valutazione e linee guida ordinati secondo i sintomi. In inglese è pubblicata la terza edizione del libro di Hickey & Newton (2019) «Telephone triage for oncology nurses». Come versione online in inglese e francese si trova il manuale di Stacey et al. (2020) «Remote Symptom Practice Guides for Adults on cancer Treatment».

Évaluation gériatrique

Le diagnostic multidimensionnel et interdisciplinaire

Natacha Szüts

La prise en charge des patients âgés atteints de cancer est devenue une préoccupation majeure. L'implication des infirmières et infirmiers et des professionnels paramédicaux est cruciale dans la prise en charge de ces patients à travers le processus d'évaluation gériatrique. La capacité des professionnels à effectuer cette évaluation nécessite une formation et une éducation spécialisées.

Introduction

L'évaluation gériatrique est définie comme un processus de diagnostic multidimensionnel et interdisciplinaire axé sur la détermination des capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles d'une personne âgée afin d'élaborer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi à long terme.

Sociodémographie, soutien social et personne âgée atteinte de cancer

L'isolement social est considéré comme un prédicteur indépendant de la mortalité dans la population des personnes âgées atteintes de cancer. Il est important d'évaluer la présence et l'adéquation des proches aidants, les conditions de vie, le niveau de revenu et l'accès aux transports, entre autres.

> Les données sociodémographiques et le soutien social existant peuvent être auto-reportées par les patients ou collectées depuis le dossier de soins.

Comorbidités et personne âgée atteinte de cancer

Environ 40% des patients âgés atteints de cancer souffrent de quatre comorbidités et plus. Elles impactent non seulement la survie, mais également le traitement contre le cancer.

> Les échelles *Charlson Comorbidity Index* (CCI) ou *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics* (CIRS-G)

peuvent être intégrées dans l'évaluation gériatrique.

Statut fonctionnel et personne âgée atteinte de cancer

Le maintien de l'état fonctionnel est un facteur-clé pour les personnes âgées. La possibilité de prédire le déclin fonctionnel est cruciale car elle peut permettre des mesures préventives pour les patients à risque.

> Les échelles *Katz's Activities of Daily Living* (ADL) et *Lawton's Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) sont couramment utilisées. En cas de déclin fonctionnel, des interventions ciblées devraient être mises en place.

Cognition et personne âgée atteinte de cancer

Les changements cognitifs peuvent avoir un impact sur la qualité de vie et entraîner un déclin fonctionnel.

> Une mesure de la cognition peut être réalisée à l'aide du *Mini-COG* ou à l'aide d'autres outils (cf. SIOG). Les patients dont le test de dépistage est positif pour des problèmes cognitifs devraient être référés à un professionnel compétent.

Dépression et personne âgée atteinte de cancer

La dépression s'élève jusqu'à 22% chez les patients atteints de cancer. La dépression chez les personnes âgées nécessite une évaluation gériatrique spécifique.

> Le *Geriatric Depression Scale* (GDS) fournit un dépistage utile pour le risque de dépression. À la suite d'un dépistage positif, les patients devraient recevoir un soutien adapté.

Nutrition et personne âgée atteinte de cancer

La malnutrition chez les patients âgés atteints de cancer est considérée

comme un indicateur pronostique de morbidité et de mortalité et est très fréquente dans cette population.

> Les échelles de dépistage de la malnutrition telles que le *Malnutrition Screening Tool for Cancer Patients* (MSTC) et le *Mini Nutritional Assessment* (MNA) détectent les personnes à risque. Le dépistage positif doit amener à une évaluation diététique plus complète.

Fatigue et personne âgée atteinte de cancer

La fatigue liée au cancer est un symptôme fréquent avec une prévalence qui atteint 70% chez les patients âgés durant le parcours de la maladie et du traitement.

> Plusieurs instruments d'évaluation sont utilisés : l'échelle *Functional Assessment of Cancer Therapy : Fatigue* (FACT-F), la sous-échelle *EORTC QLQ C30 Fatigue*, ou une simple Echelle Visuelle Analogue (EVA).

Polypharmacie et problèmes liés à la médication chez la personne âgée atteintes de cancer

La polypharmacie est définie comme la prise concomitante de cinq médicaments et plus, incluant les médicaments avec et sans prescription, ainsi que les compléments à base de plantes ou la prescription de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) qui peut augmenter le risque d'évènement indésirable médicamenteux chez les patients âgés.

> Un bilan médicamenteux et l'arrêt rationnel des médicaments non essentiels et à haut risque sont des éléments primordiaux dans la gestion médicamenteuse.

Syndromes gériatriques dans la population générale et chez la personne âgée atteinte de cancer



Il n'existe pas de définition unique de ce qui constitue un syndrome gériatrique. La directive actuelle du SIOG les décrit comme : démence, delirium, incontinence, ostéoporose, négligence ou abus, retard de croissance, chutes, constipation, polypharmacie, escarres et sarcopénie.

> Le site web du *Hartford Institute of Nursing* (www.hartfordign.org) propose plusieurs outils d'évaluation pour chaque syndrome identifié.

Syndrome gériatrique : delirium et personne âgée atteinte de cancer

Les patients présentant des troubles cognitifs sont plus à risque de delirium, en particulier pendant et après le traitement contre le cancer ainsi qu'en cas d'hospitalisation.

> Plusieurs outils peuvent être utilisés : la *Confusion Assessment Method* (CAM), le *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) ou le *Delirium Rating Scale-Revised 98* (DRS-R-98).

Syndrome gériatrique : chutes et personnes âgées atteintes de cancer

Les chutes représentent une cause majeure de morbidité, de mortalité et de déclin fonctionnel.

> Les lignes directrices « Prevention of falls in older persons » de l'*American Geriatrics Society* (AGS) et « Falls: assessment and prevention of falls in older people » du *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE) sont recommandées pour la mise en œuvre de mesures préventives.

Qualité de vie et personne âgée atteinte de cancer

La qualité de vie, ne fait pas partie de l'évaluation gériatrique mais est un *patient-reported outcome* (PRO) qui complète l'évaluation du clinicien.

> L'instrument QLQ-ELD 14 de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) a été développé et validé pour un contexte d'oncologie gériatrique.

Conclusion

Les infirmières et infirmiers ainsi que les professionnels paramédicaux jouent un rôle crucial dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer à travers le processus d'évaluation gériatrique. La connaissance des domaines-clés à évaluer chez une personne âgée atteinte de cancer peut améliorer les soins en reconnaissant les problèmes potentiels et en intervenant tôt.

> Natacha Szüts, ICLS
CAS en oncologie et soins palliatifs
Hôpital Interkantonal de la Broye (HIB)
1530 Payerne
natacha.szuets@hibroye.ch

Bibliographie

Burhenn PS, et al, Geriatric assessment in daily oncology practice for nurses and allied health care professionals : Opinion paper of the Nursing and Allied Health Interest Group of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG), *J Geriatr Oncol* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2016.02.006>

Krankheit und Tod im hohen Alter

Die Sicht zweier Enkelinnen

Nicole Hollinger



Währenddem ich als Pflegefachfrau in der pädiatrischen Onkologie mit kranken Kindern und Jugendlichen zusammenarbeite, wollte ich mich für diesen Artikel an die andere Seite herantasten: Wie ist es für Jugendliche, wenn ein Grosselternteil schwer erkrankt? Was interessiert sie? Mit welchen Themen beschäftigen sie sich? Wo liegen Tabus? Wie erleben sie den Tod im nahen Umfeld? Mit diesen Fragen habe ich mich an meine 16- und 17-jährigen Cousins Sophie und Mia gewendet, welche dazu bereit waren, mit mir über diese Themen zu sprechen.

Krankheit – ein Tabu oder Integration in das Leben?

Unser Grossvater erkrankte vor vielen Jahren an einem Prostatakarzinom und ist im Sommer 2019 an den Folgen verstorben. Sophie und Mia haben es lange nicht richtig mitbekommen, dass unser Grossvater schwer krank war. Den Grund dafür sehen sie auch darin, dass sie lange im Ausland gelebt haben. Sie erinnern sich an das Jahr 2015, als es ihm nach einem Spitalaufenthalt schlecht ging und es unklar war, ob unser Grossvater noch alleine in seine Wohnung konnte. Schliesslich war es ihnen

klar, dass er nicht mehr lange leben würde, als er schlussendlich definitiv ins Altersheim umgezogen ist.

Sophie und Mia berichten, dass sie wenig über die Diagnose gewusst haben, sondern nur, dass es Krebs war. Auch die Therapie, welche sich aus Bestrahlung und Chemotherapie zusammensetzte, konnten sie nicht einordnen. Sie wussten zwar, dass etwas gemacht werden musste und dass stationäre Aufenthalte folgten, mehr jedoch nicht. Für sie war es auch nicht wichtig.

Die beiden berichten, dass unser Grossvater mit ihnen nicht über seine

Gesundheit gesprochen hat, sie haben ihm auch keine Fragen gestellt. Zuhause haben sie über die Gesundheit des Grossvaters gesprochen, als der Übertritt ins Pflegeheim stattfand und in den letzten Wochen und Tagen vor seinem Tod.

Gemäss ihren Aussagen haben Sophie und Mia nicht wirklich verstanden, dass eine Krankheit im Raum stand, sie brachten den reduzierten Gesundheitszustand eher mit dem fortgeschrittenen Alter von unserem Grossvater in Verbindung. Das Ganze haben sie nicht als Tabuthema wahrgenommen, denn sie konnten in der Familie darüber sprechen, haben dies aber eher selten gemacht.

Wir haben auch über seinen Wunsch nach Selbstständigkeit und Autonomie gesprochen. Für Sophie und Mia ist klar, dass es für unseren Grossvater sehr wichtig war, selbstständig und autonom zu leben. Er wollte sein Leben stets selbst in der Hand haben, deshalb ging es ihm wohl auch lange relativ gut. Er hat gekämpft und wollte noch nicht sterben.

Regelmässige Kontakte erleichtern den Abschied

Für die beiden Teenager war es neu, mit dem Lebensende konfrontiert zu werden. Sie erlebten den Sterbeprozess länger als angenommen, so dass sie noch Vorbereitungszeit hatten, um sich an den Gedanken der Vergänglichkeit zu gewöhnen.

«Es ist uns 'eingefahren', als unser Grossvater kaum mehr gegessen hat», berichten die beiden. Die häufigen Besuche im Pflegeheim erleichterten den Umgang mit der Situation.

Sie behalten ihn sowohl gesund als auch geschwächt, jedoch nicht leidend in Erinnerung, da sie ihn am Schluss nicht mehr besuchten.

«Es ist uns 'eingefahren', als unser Grossvater kaum mehr gegessen hat»

Auf die Frage, wann ihnen klar wurde, dass unser Grossvater sterben würde, erinnern sie sich an den Zeitpunkt, als er dem Umzug ins Pflegeheim zugestimmt hatte und an ihren letzten Besuch, als sie mit ihm im Rollstuhl unterwegs waren. In seinen letzten Wochen, als es ihm immer schlechter ging, entschieden sie sich bewusst gegen weitere Besuche.

Umsorgt im Pflegeheim

Sophie und Mia erinnern sich gut an die Besuche im Pflegeheim. Es war für unseren Grossvater eine Erleichterung, da er nun Besuch empfangen konnte, den er nicht mehr umsorgen musste und nun auch selbst umsorgt wurde. Es war schön zu sehen, dass er scheinbar die Gesellschaft der anderen Mitbewohner geniessen und nochmals Freude empfinden konnte.

Abschied nehmen

Auf seinen Tod angesprochen, erinnern sie sich genau an den Zeitpunkt, an dem sie davon erfahren haben und sie mit ihren Eltern im Pflegeheim waren, um Abschied zu nehmen. «Eine Ruhe war spürbar, doch es war auch etwas beklemmend, einen toten Menschen zu sehen.» Sie sind froh, dass sie ihn so bald wie möglich gesehen haben. Sie haben ihn nicht

berührt. Mia ging schnell wieder aus dem Raum. Sie haben seine Anwesenheit noch gespürt, haben Abschied genommen, merkten aber auch, dass er irgendwie schon gegangen war.

Reflexion

Ich denke, für Sophie und Mia stand lange das Alter von unserem Grossvater im Vordergrund, weshalb der Tod für sie wohl der normale, natürliche Verlauf des Lebens bedeutete. Zudem waren sie mit Schule und Freizeit ausgefüllt und erlebten die Krankheit und das Sterben des Grossvaters mehr aus der Distanz als ihre Eltern. Dass der Abschied aus heutiger Sicht für sie stimmte und sie mit sich im Reinen sind, hat auch damit zu tun, dass sie selbst darüber entschieden haben, wann sie nicht mehr auf Besuch gehen mochten und wie sie sich vom Grossvater verabschieden wollten.

Das Gespräch mit Sophie und Mia habe ich als sehr interessant empfunden. Nicht, dass ich es als Tabuthema wahrgenommen hätte, aber trotzdem haben wir nie in diesem Rahmen darüber gesprochen und gewisse Ereignisse werden auch sehr unterschiedlich wahrgenommen. Für mich war das Gespräch mit Sophie und Mia deshalb sehr wertvoll und aufschlussreich. Vielen Dank dafür.

> Nicole Hollinger
Dipl. Pflegefachfrau Onkologie
In den Ziegelhöfen 153
4054 Basel
nicole.hollinger@gmail.com

«Alternde Menschen mit ihrer Lebensgeschichte und ihrem Lebenswillen faszinieren mich sehr»

Interview mit Anna Konrad

Anna Konrad, MScN, ist Leiterin der Klinischen Pflegespezialistinnen und -spezialisten des Kompetenzzentrums Pflege und Gesundheit (KZU) im Kanton Zürich. Was diese Funktion alles beinhaltet und warum die Arbeit mit betagten Menschen ihr besonders gefällt, erzählt Anna Konrad im Interview.

Anna, was macht eine Leiterin der Klinischen Pflegespezialistinnen und Pflegespezialisten des KZU?

Ich bin verantwortlich für alle Klinischen Pflegespezialistinnen und -spezialisten (KPS) und trage gemeinsam mit ihnen die pflegerische Fachverantwortung im KZU. Einmal wöchentlich führe ich Gespräche mit den KPS, und ungefähr einmal pro Monat treffen sich alle KPS im Rahmen einer Sitzung zu einem Austausch. Jede KPS hat als Fachverantwortliche einer Pflegegruppe einen spezifischen Schwerpunkt. Im KZU gibt es Pflegegruppen mit Schwerpunkt spezialisierte Palliative Care, Übergangspflege, Neurocare, Dementia Care und Pflege von Menschen mit herausforderndem Verhalten. Eine KPS arbeitet in der Tages-Nacht-Klinik – ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige –, eine weitere in den Pflegewohnungen.

Wie ist der Begriff «Klinische Pflegespezialistin» definiert?

Jede KPS ist eine diplomierte Pflegefachperson mit erweitertem pflegerischen Fachwissen. Grundvoraussetzung ist ein CAS, MAS, BScN oder MScN. Eine KPS hat die Kernkompetenzen einer Pflegefachperson mit erweitertem Fachwissen. Die Arbeitsschwerpunkte sind die direkte klinische Tätigkeit, Führung und Coaching, Beratung, klinische und professionelle Leadership, Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team, evidenzbasierte Praxis und

ethische Entscheidungsfindung. Eine meiner zentralen Aufgaben als Leiterin der KPS ist es, die KPS in ihrer Tätigkeit zu unterstützen, zu coachen und zu befähigen.

Was hat dich dazu bewogen, in die gerontologische Pflege einzusteigen?

Der alternde Mensch mit seiner Lebensgeschichte, seinem Lebensentwurf und seinem Lebenswillen inmitten seiner Vulnerabilität fasziniert mich sehr. Alternenden Personen begegne ich immer mit grossem Respekt und wohlwollendem Interesse. Menschen, die in einer Langzeitpflegeinstitution leben, nähern sich bezüglich der Kontinuen «Gesundheit – Krankheit», «Kuration – Palliation», «Entstehung des Lebens/Geburt – Sterben/Tod» der rechten Seite. Dort ergeben sich entscheidende Fragen: Wie pflege ich das Leben? Was ist wichtig im Leben? Wann endet das Leben? Die Antworten sind für mich so divers und spannend, dass ich meinen Fokus auf die gerontologische Pflege legte.

Welche Aspekte deiner Arbeit faszinieren dich besonders?

Alte Menschen, die in einer Institution für Langzeitpflege wohnen, leiden oft an einer ausgeprägten Gebrechlichkeit (Frailty) und Multimorbidität. Sie haben oftmals lange Diagnosenlisten mit Tumorerkrankungen, neurologischen, chronischen, kognitiven oder psychischen Erkrankungen. Der Alltag in Langzeitpflegeinstitutionen ist deshalb auch durch das akute Krankheitsgeschehen geprägt. Dennoch verfügen die Bewohnerinnen und Bewohner auch über Ressourcen. Es ist eine spannende Herausforderung, trotz der Gebrechlichkeit und/oder dem kognitiven Zerfall den einzelnen Menschen zu sehen und bewusst wahrzunehmen. Die

Annäherung an die hochkomplexen, höchst individuellen Lebenssituationen und die bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung dieser vulnerablen Menschen basiert auf gegenseitigem Vertrauen. Diese Arbeit erlebe ich als bereichernd. Die KPS und ich sind täglich motiviert, den Betroffenen eine bestmögliche Lebensqualität gemäss ihren Wünschen und Bedürfnissen zu ermöglichen. Alternde Menschen brauchen Zeit, Ruhe, Geduld, Empathie und sie wollen sozial eingebunden und aktiviert werden, um am Leben teilnehmen zu können.

Welches sind die Voraussetzungen für die pflegerische Arbeit in einer Institution für Langzeitpflege?

Die Langzeitpflege wird immer komplexer – das erfordert eine gute Zusammenarbeit mit den Betroffenen, den nächsten Angehörigen, im Team und interprofessionell. Damit Pflegefachpersonen in allen Situationen handlungsfähig sein können, sind ein breites, fundiertes Fachwissen über Krankheiten und Symptomlinderung sowie eine sehr gute Kommunikationsfähigkeit grundlegend. Wenn man eine bestmögliche Entscheidung treffen will, die den Wünschen der betroffenen Person gerecht wird, ist es wichtig, sich mit dem Umfeld auszutauschen und verschiedene Perspektiven einzunehmen.

Was ist für Onkologiepflegende wichtig, die geriatrische Patientinnen und Patienten betreuen?

Die Entscheidungsfindung bei onkologischen Therapien alternder Menschen muss differenziert sein, um eine Unter- oder Überversorgung zu verhindern. Der altersbedingte Abbau aller Körperfunktionen verlangt einen äusserst achtsamen Umgang mit den Therapien. Es wäre ideal, wenn Onkologiepflegende ausser ih-

rem spezialisierten Wissen im Bereich Onkologie auch ein breites Fachwissen über chronische, kognitive und psychische Erkrankungen und Syndrome des alternden Menschen hätten.

Wichtig ist ausserdem eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen der stationären resp. ambulanten Onkologie und der Langzeitpflege. Menschen in Langzeitpflegeinstitutionen müssen beim Auftreten von unkontrollierbaren Symptomen immer die Möglichkeit haben, dass eine exakte Diagnostik im Akutspital durchgeführt wird. Nur so kann eine angepasste kurative oder palliative Behandlung oder ein effektives Symptommanagement eingeleitet werden. Bei Übertritten vom Akutspital in die Langzeitpflege und umgekehrt wäre es für die Lebensqualität der betroffenen Person grundlegend, dass sich die Institutionen austauschen. Sinnvoll wäre ein Rundtischgespräch, an dem alle beteiligten Personen teilnehmen können. Das würde den Ver-

Anna Konrads pflegerischer Werdegang

Meine Grundausbildung in allgemeiner Krankenpflege absolvierte ich an der Lindenhofschule in Bern. Anschliessend arbeitete ich im Inselspital Bern auf der medizinischen Abteilung und auf der Thorax-Herz- und Gefässchirurgie, wo ich meine ersten prägenden Erfahrungen mit onkologischer Pflege und Palliative Care machte. Nach einer Familienzeit, in der ich mich in die Theologie vertiefte, plante ich meinen Wiedereinstieg bewusst in der Langzeitpflege. Ich arbeitete im Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (KZU) des Kantons Zürich in Bassersdorf in der Pflegegruppe mit Schwerpunkt «Spezialisierte Palliative Care». Dort sammelte ich unter anderem Erfahrungen mit älteren Menschen mit Tumorerkrankungen. Gleichzeitig startete ich an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ein berufsbegleitendes Bachelorstudium für diplomierte Pflegendе. Anschliessend absolvierte ich am selben Ort meinen Master of Science in Nursing Pflege. Im KZU wechselte ich nach Embrach in eine Pflegegruppe mit dem Schwerpunkt «Menschen mit Demenz» und übernahm als klinische Pflegespezialistin (KPS) die fachliche Verantwortung für diese Pflegegruppe. Seit 2019 bin ich die Leiterin der Klinischen Pflegespezialistinnen und Pflegespezialisten (KPS) im KZU.

lust von grundlegendem Wissen minimieren und der Übertritt könnte reibungslos und ruhig verlaufen.

Literatur

Practice Nursing: An Integrative Approach (5th Edition ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472–479.

> Interview

Sara Häusermann
BScN, MSc Palliative Care
MAS in Onkologischer Pflege
Berufsschullehrerin
Dozentin Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit
8401 Winterthur
posa@zhaw.ch



Anna Konrad

Aus dem Vorstand

Onkologiepflegepreis 2022

Der Vorstand der Onkologiepflege Schweiz (OPS) hat gemeinsam mit der Akademischen Fachgesellschaft Onkologiepflege entschieden, die Entwicklungs- und Forschungspreise jährlich alternierend zu vergeben.

Im Jahr 2022 werden Projekte «Aus der Praxis für die Praxis» (Preis der OPS) ausgezeichnet.

Die Onkologiepflege Schweiz lädt Sie ein, Ihre Innovationen und Entwicklungen bis am 17. Januar 2022 einzureichen. Am Onkologiepflege-Kongress, 31. März 2022, werden die drei prämierten Innovationen/Projekte vorgestellt.

Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.onkologiepflege.ch/fachwissen/onkologiepflegepreis/> oder über die Geschäftsstelle der OPS: info@onkologiepflege.ch

Susanne Kropf-Staub
Vorstandsmitglied OPS



Wechsel in der Redaktion Onkologiepflege

Das Redaktionsteam Onkologiepflege verabschiedet zwei langjährige Mitglieder und begrüsst ein neues Mitglied.

Sara Häusermann, MSc, Leitung Entwicklung & Pädagogik BSc Pflege und Dozentin an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) hat ihr Wissen und ihre Erfahrung in onkologischer und palliativer Pflege unserer Zeitschrift zur Verfügung gestellt. Ihre interessanten und praxisnahen Artikel zeigten eindrücklich auf, wie theoretisches Wissen in der Pflegepraxis eingesetzt werden kann. Zudem profitierte das Redaktionsteam von ihrem grossen fachlichen Netzwerk: Innert kürzester Zeit gelang es Sara, praxisrelevante Themen zu identifizieren und Autorinnen und Autoren für entsprechende Artikel zu gewinnen. Sara Häusermann fokussiert sich nun auf das Studium zum Doktorat, bleibt jedoch im Hintergrund mit der Redaktion verbunden.

Dario Valcarengi, Dr. PHD, Verantwortlicher für Entwicklung und Forschung Pflege der kantonalen Spitäler im Tessin und am Onkologischen Institut der Italienischen Schweiz, berichtete in seinen Beiträ-

gen über wichtige und aktuelle Entwicklungen in der Pflege im Tessin und auf internationaler Ebene. Seine Berichte waren so geschrieben, dass sie auch von nicht akademisch geschulten Mitarbeitenden verstanden wurden und ihnen aufzeigten, wie Forschung die Pflegepraxis analysieren und weiter entwickeln kann. Die präzisen Anregungen von Dario Valcarengi waren in der Redaktion sehr willkommen.

Sara und Dario haben zur Vielfalt und Professionalität unserer Zeitschrift Wesentliches beigetragen. Die Redaktion dankt ihnen sehr herzlich für ihr Engagement und die bereichernde und freundschaftliche Zusammenarbeit!

Es freut uns sehr, Elke Wimmer, MHSch, Leiterin Studiengang Oncological Care, Home Care, CT- und Hybridtechnik an der Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, als neues Redaktionsmitglied willkommen zu heissen! Dank ihrem breiten Fachwissen und der Verbundenheit mit Lehre und Praxis in Onkologiepflege werden wir Zugang zu interessanten Artikeln erhalten. Vielen Dank für die Mitarbeit!

Irène Bachmann-Mettler

Du comité

Prix soins oncologie 2022

Le comité de Soins en Oncologie Suisse (SOS), en collaboration avec la Société scientifique Soins en oncologie, a décidé de décerner annuellement, en alternance, les prix de développement et de recherche.

En 2022, seront primés les projets «De la pratique à la pratique» (prix de SOS).

Soins en Oncologie Suisse vous invite à soumettre vos innovations et développements d'ici au 17 janvier

2022. Les trois innovations/projets primés seront présentés lors du congrès des infirmières en oncologie, le 31 mars 2022.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site <https://www.onkologiepflege.ch/1/connaissances/prix-soins-en-oncologie-2020/> ou contacter le secrétariat de SOS : info@onkologiepflege.ch.

Susanne Kropf-Staub
membre du comité SOS

Changement dans l'équipe de rédaction de Soins en Oncologie

L'équipe de rédaction de Soins en oncologie fait ses adieux à deux de ses membres de longue date et accueille un nouveau membre.

Sara Häusermann, MSc, responsable Développement et Pédagogie BSc (Bachelor of Science) Soins infirmiers et chargée de cours à l'Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) a mis ses connaissances et son expérience en matière de so-

ins oncologiques et palliatifs à la disposition de notre journal. Ses articles intéressants et tournés vers la pratique ont montré de manière impressionnante comment les connaissances théoriques peuvent être appliquées dans la pratique infirmière. En outre, l'équipe de rédaction a bénéficié de son vaste réseau professionnel : en très peu de temps, Sara a réussi à identifier des sujets pertinents pour la pratique et à convaincre des auteurs de rédiger des articles correspondants. Sara Häusermann se concentre désormais sur ses études de doctorat, mais restera toutefois en lien avec l'équipe de rédaction.

Dario Valcarengi, Dr. PhD, responsable pour le développement et la recherche en soins infirmiers au-

près des hôpitaux cantonaux du Tessin, Institut d'Oncologie de la Suisse italienne, a rendu compte dans ses articles des développements importants et actuels des soins infirmiers au Tessin et au niveau international. Ses rapports étaient rédigés de manière à pouvoir être compris par des contributeurs n'ayant pas une formation universitaire et leur montraient comment la recherche peut analyser et faire évoluer la pratique des soins infirmiers. Les suggestions précises de Dario Valcarengi étaient très bien accueillies par l'équipe de rédaction.

Sara et Dario ont contribué de manière significative à la diversité et au professionnalisme de notre journal. L'équipe de rédaction les remercie vivement pour leur engagement et

leur collaboration enrichissante et amicale !

Nous sommes très heureux d'accueillir Elke Wimmer, MHSc (Master of Health Science/Master en Science de la Santé), directrice du programme d'étude en soins oncologiques, en soins à domicile, en CT et technologie hybride, à la Careum Haute Ecole de Santé de Zurich, en tant que nouveau membre de l'équipe de rédaction ! Grâce à sa grande expertise et à son lien avec l'enseignement et la pratique des soins en oncologie, nous aurons accès à des articles intéressants. Merci beaucoup pour votre collaboration !

Irène Bachmann-Mettler

Dal comitato direttivo

Premio Cure Oncologiche 2022

Il comitato di Cure Oncologiche Svizzera (COS) ha deciso insieme alla Società Accademica di Cure Oncologiche di assegnare i premi per lo sviluppo e la ricerca ad anni alterni. Nel 2022 saranno premiati progetti «Dalla pratica per la pratica» (premio COS).

Cure Oncologiche Svizzera vi invita a presentare le vostre innovazioni e gli sviluppi entro il 17 gennaio 2022. In occasione del congresso di Cure Oncologiche, che si terrà il 31 marzo 2022, saranno presentati i tre progetti/innovazioni premiati.

Trovate ulteriori informazioni sotto <https://www.onkologiepflege.ch/ticino/premio-cure-oncologiche-2022/> o attraverso il segretariato COS: info@onkologiepflege.ch

Susanne Kropf-Staub
membro del comitato COS

Cambiamenti nella redazione di Cure Oncologie

Il team della redazione di Cure Oncologiche saluta due membri di lunga data e dà il benvenuto a un nuovo membro.

Sara Häusermann, MSc, responsabile Sviluppo e Pedagogia BSc Cure e docente all'Università di scienze applicate di Zurigo (ZHAW) ha messo a disposizione le proprie conoscenze ed esperienze in cure oncologiche e palliative a favore della nostra rivista. I suoi articoli interessanti e vicini alla pratica hanno messo in evidenza come le conoscenze teoriche possono essere impiegate nella pratica infermieristica. Il team della redazione ha potuto beneficiare anche della sua ampia rete specialistica: in pochissimo tempo, Sara è riuscita a identificare temi rilevanti per la pratica e a trovare persone che scrivessero articoli in merito. Sara Häusermann ora si dedicherà allo studio per conseguire il dottorato, tuttavia manterrà il contatto con la redazione.

Dario Valcarengi, Dr. PHD, responsabile Ufficio Sviluppo e Ricerca Infermieristica, Ente Ospedaliero Cantonale, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana, nei suoi articoli ha

parlato degli importanti e attuali sviluppi in atto nell'ambito delle cure infermieristiche in Ticino e a livello internazionale. I suoi articoli sono stati scritti in modo da essere comprensibili anche a un pubblico non accademico e non professionista, mostrano come la ricerca può analizzare e sviluppare ulteriormente la pratica infermieristica. I suggerimenti di Dario Valcarengi sono stati molto apprezzati dalla redazione.

Sara e Dario hanno dato un contributo essenziale alla varietà e professionalità della nostra rivista. La redazione li ringrazia di cuore per il loro impegno e la preziosa e piacevole collaborazione!

Siamo molto lieti di dare il benvenuto al nuovo membro della redazione Elke Wimmer, MHSc, responsabile del ciclo di studio Oncological Care, Home Care, tecnica CT e ibrida alla Careum Hochschule Gesundheit, di Zurigo! Grazie alle sue approfondite conoscenze specialistiche e al suo legame con la teoria e la pratica avremo accesso ad articoli interessanti. Grazie mille per la collaborazione!

Irène Bachmann-Mettler

Alte Menschen mit Krebs

Bildungsangebote der Onkologiepflege Schweiz

Wie erhalten sie die passende Behandlung und nötige Unterstützung?

Fortschreitendes Alter ist kein Grund, eine Tumorthherapie nicht durchzuführen. Die Therapien entsprechen jedoch nicht immer den Standard-Empfehlungen. Ebenso gibt es erst wenige Behandlungsstudien, die ältere Patienten miteinschliessen. Herausforderungen im Zusammenhang mit Multimorbidität, Polypharmazie,

körperlichen und kognitiven Einschränkungen müssen frühzeitig erkannt werden und das soziale Umfeld und Erwartungen der Betroffenen in den Therapieentscheid einfließen.

Was gilt es in der Betreuung zu beachten und wie können Betroffene gezielt unterstützt werden? Eine personalisierte Behandlung und die frühe Einleitung supportiver Massnahmen ist bei älteren Menschen mit Krebs unabdingbar. Wie passiert dies

im klinischen Alltag? Wie und durch wen können altersspezifische Faktoren erfasst werden? Geriatriische Onkologie: Eine zukunftssträchtige Pflegespezialisierung?

11. November 2021, Zürich

Mehr zum Inhalt und weitere Bildungsangebote: www.onkologiepflege.ch

Stigma Haarausfall

Perücken können für wiedererlangtes Wohlbefinden sorgen

Andrea Blick, Susanna Piccarreta

Zwei ausgebildete Maskenbildnerinnen berichten über die Wichtigkeit einer Perücke oder einem anderen Haarersatz für Personen mit Haarverlust und ihre Erfahrungen bei der Beratung. Pflegefachpersonen können betroffenen Personen wichtige Anregungen geben, auf was sie beim Kauf eines individuell angepassten Haarersatzes achten sollten.

Haarverlust kann belastend sein

Zu den häufigsten Nebenwirkungen einer zytostatischen Chemotherapie zur Behandlung von Brustkrebs – der häufigsten Krebsart bei Frauen – gehört der Haarverlust. Dieser ist laut Münstedt (1997) für 47 Prozent der Frauen der am stärksten traumatisierende Aspekt bei der Chemotherapie.

Selbstverständlich sind nicht nur Frauen von Haarausfall betroffen: Auch bei Männern kann eine Chemotherapie zum Verlust der Haare führen. Um die 80 Prozent der Männer sehen sich zudem mit androgenetischem Haarausfall konfrontiert (Garcia Bartels, 2021). «Obschon haarlose Männer in der Öffentlichkeit weniger stigmatisiert werden als Frauen, können auch sie – insbesondere beim unerwarteten und raschen Haarverlust aufgrund einer Chemotherapie – Leidensdruck erleben», weiss Andrea Blick. Männer machen lediglich rund fünf Prozent der Kundschaft der Haarwerkstatt Basel aus, was die beiden Geschäftsinhaberinnen darauf zurückführen, dass das Thema vom medizinischen Personal seltener als bei Frauen angesprochen wird.

Oder auch, dass sich Männer weniger häufig Unterstützung für eine Haarersatzlösung suchen.

Identitätsstiftende Haare

Fakt ist: Haare tragen zur Identität bei und formen die menschliche Silhouette. Haare verleihen also nicht nur Schutz und Selbstvertrauen, sondern bilden einen Teil der Persönlichkeit. «Bei Frauen ist die Haarpracht zudem mit dem Verständnis von Weiblichkeit verbunden», führt Susanna Piccarreta aus. Dementsprechend schwer tun sich Frauen mit dem Gedanken, ihre Haare zu verlieren. «Eine Perücke kann das abfedern», so Piccarreta. «Bevor wir diese an eine Kundin überreichen, muss sie sehr gut angepasst sein. Wenn das Eigenhaar dann ausgeht, kann dieses – auf Wunsch

der Kundschaft – entfernt werden.» Ein Schritt, vor dem viele Angst verspüren. Auch, weil sich dann nicht mehr verbergen lässt, dass eine Krankheit vorliegt. Lösen lässt sich diese Situation mittels einer sorgfältig ausgesuchten, typgerechten und gutschitzenden Perücke. Bei einer solchen erkennt kaum jemand, dass es sich nicht um eigenes Haar handelt. In der Schweiz ist das Angebot an Perückenfachgeschäften, die Haarerersatz aus Echt- und Kunsthaar sowie Haarteile, Toupets und spezifische Kopfbedeckungen anbieten, eher bescheiden.

Den Weg in ein Perückengeschäft findet die Kundschaft oftmals über das Spital, via Internet oder durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Ein unverbindlicher Besuch empfiehlt sich. Trotzdem ist eine Voranmeldung ideal, damit aus Gründen der Diskretion zeitgleich nie mehr als eine Kundin – oftmals in Begleitung einer Freundin oder von Familienangehörigen – beraten werden kann. «Viele sind beim ersten Besuch sichtlich nervös. Doch das gibt sich rasch», sagt Blick. Nicht zuletzt, weil die Arbeit mit grosser Empathie durchgeführt wird und den Anliegen und Bedürfnissen ihrer Kundinnen und Kunden genügend Raum und Zeit bietet. Dabei soll gemeinsam ergründet werden, welche Lösung für die Kundin und ihre Situation die sinnvollste ist.

In drei Terminen zur Perücke

Während das Erstgespräch vor allem darauf fokussiert, was die Kundinnen und Kunden benötigen, geht es beim zweiten Termin ums Ausprobieren einer Auswahl an Perücken respektive von Mützen, Beanies oder Wickelturbanen. Wenn alles klappt, findet der dritte Termin zu jenem Zeitpunkt statt, an dem der Kundin oder dem Kunden die Haare zusehends ausgehen. Dann kann die individuell zugeschnittene Perücke bereits überreicht werden. Wichtig ist, dass die Kundschaft jederzeit wieder vorbeikom-



Andrea Blick (links), Susanna Piccarreta

©Margrit Mueller, Haarwerkstatt Basel

men kann, wenn sie einen Wunsch bezüglich ihrer Perücke hat. Deren erste Anpassung erfolgt während der ersten Wochen kostenlos.

Eine vorgefertigte Perücke aus Echthaar kostet ab 2500 Franken aufwärts, aparte Modelle aus Kunsthaar gibt es bereits ab 1000 Franken. Eine von Grund auf hergestellte Perücke ist dabei die Ausnahme. Zumal sich der Arbeitsaufwand von rund 100 Stunden nur dann lohnt, wenn jemand voraussichtlich längerfristig keine Haare mehr haben wird. Die Kundschaft wird auch unterstützt beim Abrechnungsvorgang mit der AHV/IV, welche 1000 Franken bzw. 1500 Franken beisteuert.

Es muss nicht immer eine Perücke sein

Gute Fachgeschäfte bieten eine ergebnisoffene Beratung an. Das bedeutet, dass sie auch Lösungen für Personen anbieten, die sich keine Perücke für ihre haarlose Zeit wünschen. Deshalb ist es wichtig, ein Fachgeschäft zu wählen, das auch eine grosse Auswahl an Kopfbedeckungen führt, wie z. B. die Haarwerkstatt Basel. Diese lassen sich dort mit eigens hergestellten «Bändern aus Haar» kombinieren. Ebenso

werden in ihrem Webshop hochwertige und stilvolle Mützen, Beanies, Turbane etc., angeboten.

Gute Fachgeschäfte bieten eine ergebnisoffene Beratung an.

2018 haben Andrea Blick und Susanna Piccarreta, zwei ausgebildete Maskenbildnerinnen, ihre «Haarwerkstatt Basel – die Perückenmacherei» gegründet. Wer ihr Geschäft mitten in Basel aufsucht, ist häufig von Krebs betroffen oder leidet unter partieller oder universeller Alopezie. Die beiden Betreiberinnen möchten mit ihrem vielfältigen Angebot das Selbstvertrauen von Menschen erhöhen, die von Haarausfall betroffen sind.

Andrea Blick, Maskenbildnerin
Susanna Piccarreta, Maskenbildnerin
IHK
8051 Basel

kontakt@haarwerkstatt-basel.ch
www.haarwerkstatt-basel.ch

Literatur

Garcia Bartels, N. (2021) [Internet] <https://haarausfallforum.blogspot.com/2013/06/80-prozent-aller-manner-sind-von.html>.

Münstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H. Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. Support Care Cancer [Internet]. 1997 Mar;5(2):139–43. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01262572>

Berthold, H. K. (Hrsg.) (2021). Leitfaden Geriatrie – Interprofessionelles Arbeiten in Medizin, Pflege und Physiotherapie

Elsevier: München.

Sara Kohler



lagen für eine verbesserte Lebensqualität alternder Menschen und vieles mehr. Auch ein Kapitel zu konkreten Besonderheiten der Hämatologie und Onkologie ist vorhanden. Durch den breiten Inhalt, die therapeutischen und diagnostischen Optionen sowie Assessmentmöglichkeiten, ist der Leitfaden Geriatrie nicht nur ein praktisches Nachschlagewerk auf den Abteilungen, sondern kann auch als Lektüre für die eigene Fort- und Weiterbildung herangezogen werden. Etwas kurz kommen dabei die pflegerischen und therapeutischen Möglichkeiten. Hier würde man sich bei einem interprofessionellen Werk zumindest Verweise als Ergänzung zu den gelungenen Blickpunkten der verschiedenen Professionen wünschen.

Zusammenfassend kann eine klare Empfehlung für den Leitfaden Geriatrie ausgesprochen werden. Er bietet vor allem aus diagnostischer Perspektive eine wertvolle Informationsquelle für das interprofessionelle Team und gibt Hinweise auf mögliche Ursachen von Beschwerden ausserhalb der Krebserkrankung.

In der Schweiz erkranken jährlich ca. 23000 Männer und 19500 Frauen neu an Krebs. Bei den Männern sind ca. 65%, bei den Frauen ca. 57,5% über 65 Jahre alt (BFS, 2013-2017). Der Anteil älterer Menschen in der Onkologie ist damit sehr hoch und hat für die Praxis eine hohe Relevanz.

Das Thema Geriatrie/Gerontologie wird in den Ambulatorien und auf den Stationen jedoch meist nur am Rande gestreift. Der Fokus liegt häufig klar auf der Antitumorthherapie sowie deren Nebenwirkungen. Die physiologischen Veränderungen des

Alters sowie veränderte Anforderungen bzgl. der Lebensqualität werden selten konkret berücksichtigt bzw. erfasst.

Der Leitfaden Geriatrie, herausgegeben von Heiner Berthold, erarbeitet von einer interprofessionellen Arbeitsgruppe aus Pflegenden, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Rehabilitationspädagogen, stellt hierfür eine ideale Informationsgrundlage zur Verfügung.

Er bietet eine Übersicht der wichtigsten Veränderungen im Prozess des Alterns, Faktoren und Grund-

> Sara Kohler, MScN, MAS, RN
Studiengangsleitung MAS in
onkologischer Pflege
ZHAW – Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit
Institut für Pflege
8401 Winterthur
E-Mail: sara.kohler@zhaw.ch

Finanzielle Soforthilfe für Krebsbetroffene in der Coronapandemie

Corona hat die – durch die Krebserkrankung oft bereits angespannte – finanzielle Situation gewisser Krebsbetroffener verschärft. Um diese Menschen gezielt zu entlasten, schuf die Krebsliga einen Covid-19-Spezialfonds. Daraus konnte sie bereits rund 150 000 Franken an Krebsbetroffene auszahlen, die wegen der Pandemie in finanzielle Nöte geraten sind, weitere 300 000 Franken sind gesprochen. Krebserkrankungen haben auch in einem reichen Land wie der Schweiz für die Betroffenen weitreichende sozioökonomische Folgen. Das Coronavirus hat diese bei einigen noch verstärkt. Ein unvorhersehbares Ereignis wie ein pandemiebedingter Arbeitsplatzverlust kann Krebsbetroffene in existenzielle Nöte bringen. So geschah es beispielsweise bei Cornelia D., die als Fachfrau Betreuung Teilzeit in einem Wohnheim arbeitete. Wegen der Krebserkrankung war sie nach Ausbruch der Pandemie bei der Arbeit auf besondere Schutzmassnahmen angewiesen. Das wirkte sich negativ auf ihr Arbeitsverhältnis aus. «Durch die Coronakrise verlor ich meine Stelle. Das zog mir der Boden unter den Füßen weg. Plötzlich musste ich mit noch weniger Geld auskommen und hatte grosse Existenzängste», erzählt sie.

Finanzielle Not lindern

Um Menschen wie Cornelia D. unbürokratisch und gezielt Hilfe an-

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

Armutsrisiko vermindern

Die Beraterinnen und Berater der Krebsliga beurteilen die finanzielle Situation der Betroffenen. Nach sorgfältiger Prüfung erhalten sie aus dem Spezialfonds schnell und unbürokratisch die Mittel, die sie direkt an die Betroffenen auszahlen können. Von den für den Fonds gesprochenen 450 000 Franken wurden so inzwischen rund 150 000 Franken gezielt eingesetzt. Damit leistet die Krebsliga einen wichtigen Beitrag, um das Armutsrisiko krebsbetroffener Menschen in der Pandemie zu reduzieren. «Der Coronafonds der Krebsliga hat mich unterstützt, in einer Zeit, in der ich oft nicht mehr weiterwusste. Für diese Hilfe und die gleichzeitige Begleitung und Beratung durch die Krebsliga bin ich unglaublich dankbar», erzählt Cornelia D.

Die Hilfe geht weiter

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

Informationen zu Beratungsangeboten der Krebsliga:

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

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

Le coronavirus a aggravé la situation financière – souvent déjà mise à mal par la maladie – de certaines personnes touchées par le cancer. Afin de leur apporter une aide ciblée, la Ligue contre le cancer a créé un fonds

spécial COVID-19. Près de 150 000 francs ont ainsi déjà été versés à des personnes atteintes de cancer en situation de détresse financière due à la pandémie, et le dispositif s'est vu allouer 300 000 francs supplémentaires.

Même dans un pays riche comme la Suisse, le cancer a un impact socio-économique considérable sur les personnes concernées, encore exacerbé par le coronavirus. Un événement imprévisible tel qu'une perte

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

Atténuer la précarité financière

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

déclare Michèle Leuenberger-Morf, directrice de la Ligue contre le cancer des deux Bâle.

Réduire le risque de pauvreté

Les conseillères et conseillers de la Ligue contre le cancer évaluent la situation financière des demandeurs. Après un examen minutieux de leur dossier, ils reçoivent rapidement et sans bureaucratie inutile l'argent du fonds spécial, qu'ils peuvent verser directement aux bénéficiaires. Sur les 450 000 francs suisses alloués au fonds, environ 150 000 francs ont à ce jour été utilisés de manière ciblée. La Ligue contre le cancer contribue ainsi de manière significative à réduire le risque de pauvreté des personnes touchées par le cancer en temps de pandémie. « Le fonds mis en place par la Ligue contre le cancer m'a soutenue à une période où j'étais souvent en plein désarroi. Je suis extrêmement reconnaissante pour l'aide financière, mais aussi pour l'accompagnement et les conseils dont j'ai bénéficiés grâce à la Ligue contre le cancer », affirme Cornelia D.

Maintien du dispositif

Nous n'en avons pas fini avec la pandémie et ses retombées socio-économiques. « Les demandes parvien-

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

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

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



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

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

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



krebssliga.ch/weiterbildung
liguecancer.ch/formationcontinue



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

Sterneköche schenken Krebsbetroffenen Genussmomente

Ein leidvoller Nebeneffekt einer Krebstherapie ist die Sache mit dem Essen: Die Medikamente verändern bei vielen Betroffenen nicht nur den Appetit, sondern auch den Geschmackssinn. Hier setzt die Aktion «RECIPES rewritten» der Krebsliga an. Die zwei Sterneköche Mitja Birlo und Romain Paillereau und das Nachwuchstalent Stéphanie Zosso passen ihre Lieblingsrezepte so an, dass Krebsbetroffenen das Essen wieder so richtig schmeckt. Sie gehen das schwierige Thema lustvoll und offen an und schenken so Krebsbetroffenen etwas mehr Lebensqualität.

Häufige Nebenwirkungen einer Krebstherapie sind ein veränderter Geschmackssinn und Appetitlosigkeit. Zwei von drei Krebsbetroffenen leiden an solchen Geschmacksveränderungen. «Was früher ein Genuss war, schmeckt plötzlich fade, metallisch oder extrem bitter», schildert beispielsweise die 51-jährige Kathrin Zulauf ihre Erfahrungen als Betroffene. Kochen und Essen werden so zu einer zusätzlichen Herausforderung im bereits schwierigen Alltag. Als Folge ziehen sich Betroffene immer mehr zurück und verlieren mit der Freude am Essen ein weiteres Stück Lebensqualität – und auch an sozialem Halt.

Schweizer Gourmetspezialisten schreiben ihre Signature-Rezepte um

In einem kulinarischen Experiment hat die Krebsliga drei Schweizer Kochtalente gebeten, ihre Lieblingsrezepte umzuschreiben. Chefs wie Betroffene waren gefordert, Mut, Verständnis und auch Experimentierfreude aufzubringen, um Gewohntes anzupassen und die Freude am Essen gemeinsam neu zu entdecken. In einem ersten Schritt entdeckten die

Chefs bei einem «Tasting» die Präferenzen der Betroffenen und erhielten so wichtige Inputs für die Erarbeitung des Menüs. «Das ist auch für Spitzenköche kein leichtes Unterfangen», erklärt Marianne Botta, die das kulinarische Experiment als Ernährungswissenschaftlerin begleitet, «denn vielen Betroffenen bereitet es Mühe, ihre veränderten Geschmacksempfindungen in Worte zu fassen.»

In einem zweiten Schritt fand das eigentliche Dinner statt, an dem die Küchenchefs die Betroffenen mit ihren Gästen im Restaurant der Köche empfingen. Das Projekt «RECIPES rewritten» richtet sich aber nicht nur an die drei Betroffenen, die in den Genuss der eigens für sie kreierten Gerichte kamen. Es soll anderen Betroffenen auch Mut machen, sich mit anderen über die Krankheit und deren Folgen auszutauschen. Und nicht zuletzt werden mit der Aktion auch Tipps und Informationen zu therapiebedingten Geschmacksveränderungen vermittelt.

Tipps für Krebsbetroffene bei therapiebedingten Geschmacksveränderungen

- > Statt wenige grössere Mahlzeiten mehrere kleine, möglichst energie- und eiweissreiche Snacks über den Tag verteilt zu sich nehmen.
- > Lebensmittel nach der geschmacklichen Akzeptanz und den aktuellen, persönlichen Vorlieben auswählen.
- > Neues ausprobieren. Bei neuen Gerichten hat man keine Erwartungen an den Geschmack und akzeptiert Geschmacksabweichungen besser.
- > Das Auge isst mit. Ein schön angelegter Teller motiviert mehr zum Essen.
- > Geschmacksverluste können durch

Kau- und Bissserlebnisse, z. B. weich, knusprig, knackig, körnig ausgeglichen werden.

- > Nicht zu heisse oder zu kalte Speisen essen.
- > Häufig kleine Mengen trinken, um den unangenehmen Geschmack im Mund zu vermindern.
- > Falls der Geruch Probleme bereitet, wenn möglich starke Essensgerüche vermeiden. Vor dem Essen die Räume lüften. Andere für sich kochen lassen.
- > Geruchsarme Speisen oder Lebensmittel mit wenig Eigengeschmack, wie z. B. Reis, Weissbrot, Poulet verwenden.
- > Beim Zubereiten der Speisen eher wenig Gewürze verwenden und bei Bedarf nachwürzen. Gewürze wie z. B. Ingwer, Zimt oder Kräuter, aber auch Aromazusätze wie Sirup oder Zesten oder Techniken wie Marinieren helfen, den Eigengeschmack der Speisen zu verändern oder zu intensivieren.
- > Schmeckt das Essen zu salzig, kann die Zugabe von Zucker helfen, den salzigen Geschmack zu vermindern. Schmeckt das Essen zu süß, können ein paar Tropfen Zitronensaft oder Essig hilfreich sein.
- > Bei einem metallischen Geschmack im Mund: Lebensmittel meiden, die bereits einen bitteren oder metallischen Geschmack haben, wie z. B. Kaffee, Schokolade oder rotes Fleisch. Speisen wenn möglich nicht im Metallgeschirr zubereiten und kein Metallbesteck verwenden.

> **Der Film und die Rezepte der Chefs zum Nachkochen:**
www.recipes-rewritten.ch

> **Mehr zum Thema Krebs und Ernährung**
<https://ernaehrung.krebsliga.ch>

Chefs étoilés offrent aux personnes touchées par le cancer des instants de plaisir

L'alimentation est souvent un domaine où les effets secondaires des traitements contre le cancer se font cruellement sentir, car les médicaments modifient non seulement l'appétit, mais aussi le goût. C'est dans ce cadre que s'inscrit la campagne « RECI-PES rewritten » de la Ligue contre le cancer. Deux chefs étoilés, Mitja Birlo et Romain Paillereau, ainsi que la jeune et talentueuse Stéphanie Zosso, ont adapté leurs recettes préférées de manière à redonner aux personnes atteintes d'un cancer le goût de manger. Un défi difficile qu'ils ont abordé avec entrain et inventivité, offrant ainsi aux personnes touchées un peu de qualité de vie retrouvée.

La perte d'appétit et l'altération du goût, qui affecte deux personnes touchées sur trois, font partie des effets secondaires courants des traitements contre le cancer. « Des aliments auparavant savoureux ont soudain un goût fade, métallique, extrêmement amer », explique par exemple Kathrin Zulauf, 51 ans. Cuisiner et manger deviennent un défi supplémentaire dans un quotidien déjà compliqué. Les malades s'isolent de plus en plus et perdent avec le plaisir de manger une nouvelle part de qualité de vie – et de soutien social.

Des chefs étoilés réécrivent leurs recettes signatures

Dans le cadre d'une expérience culinaire, la Ligue contre le cancer a demandé à trois talents suisses de la cuisine de réécrire leurs recettes préférées. Chefs comme malades ont donc dû faire preuve de courage et de compréhension mais aussi se montrer ouverts à l'expérimentation et redécouvrir ensemble la joie et le

plaisir de manger. Dans un premier temps, les chefs ont découvert les préférences des malades du cancer lors d'une dégustation et ont ainsi obtenu des informations importantes pour l'élaboration du menu. « Ce n'est pas un exercice facile, même pour les grands chefs », explique Marianne Botta, qui accompagne cette expérience en tant que nutritionniste, « car la plupart des personnes touchées ont du mal à trouver les mots pour décrire l'altération de leurs sensations gustatives. »

Dans un deuxième temps, lors du souper, les chefs ont reçu dans leur restaurant les malades avec leurs proches. Mais le projet « RECI-PES réécrites » ne s'adresse pas seulement aux trois personnes qui ont pu déguster les plats créés spécialement pour elles. Il vise également à encourager d'autres personnes atteintes d'un cancer à parler de la maladie et de ses conséquences. Enfin, la campagne fournit des informations et des conseils sur les altérations de goût liées aux traitements.

Conseils pour les personnes présentant une altération de goût due aux traitements

- > Répartissez plusieurs petits repas à haute teneur énergétique sur l'ensemble de la journée.
- > Choisissez les aliments en fonction de ce qui vous fait envie et de vos préférences personnelles.
- > Essayer des plats inconnus. Ainsi vous n'avez pas d'attentes quant au goût et vous acceptez mieux des saveurs différentes.
- > Apprêtez vos plats de manière à les rendre visuellement appétissants.
- > Vous pouvez compenser la perte de goût en jouant avec la texture

des aliments (par ex. mou, croquant, croustillant, granuleux).

- > Evitez des plats trop chauds ou trop froids.
- > Entre et durant les repas, buvez de petites quantités pour éliminer le mauvais goût.
- > Minimisez si possible les odeurs fortes et aérez bien les pièces avant de manger ou laissez quelqu'un cuisiner pour vous.
- > Privilégiez les aliments qui ont peu d'odeur ou de saveur (par ex. riz, pain blanc).
- > Utilisez plutôt peu d'épices et assaisonnez selon les besoins. Les épices telles que le gingembre, la cannelle ou les herbes, mais aussi les additifs aromatiques tels que le sirop ou le zeste, ou encore les techniques telles que la marinade, contribuent à modifier ou à intensifier le goût intrinsèque des aliments.
- > L'ajout de sucre peut aider à réduire un goût trop salé ; quelques gouttes de jus de citron ou de vinaigre peuvent être utiles quand le goût est trop sucré.
- > Si vous avez un goût métallique dans la bouche, évitez les aliments comme le café, le chocolat ou la viande rouge qui ont déjà un goût métallique à la base. Si possible, ne préparez pas les aliments dans des ustensiles en métal et n'utilisez pas de couverts en métal.

> **Film et recettes des chefs à suivre pas à pas :**
www.recipes-rewritten.ch

> **En savoir plus sur « alimentation et cancer »** <https://alimentation.liguecancer.ch>

Zwei Eintritte für eine Fortbildung der OPS zu gewinnen!

1. Welche Befürchtungen haben ältere Menschen oft bei einer Krebserkrankung?

P = Verlust von Alltagsautonomie N = Hohe Therapiekosten A = Verlust von Lebenszeit

2. Was wird unter «Frailty» verstanden?

O = Chronische Müdigkeit L = Sturzgefahr A = Gebrechlichkeit

3. Welches geriatrische Screening-Tool wird von der SIOG im klinischen Alltag empfohlen?

N = G 8 V = FRAIL-Scale B = RAI

4. Was wird unter Polypharmazie verstanden?

B = ≥ 3 Arzneimittel O = ≥ 8 Arzneimittel T = ≥ 5 Arzneimittel

5. Bis zu welchem Alter bezahlt die Krankenversicherung eine teure medikamentöse Krebstherapie?

G = bis 90 Jahre O = bis 87 Jahre A = keine Limite

6. Welche Fachgesellschaft hat (unter anderen) kürzlich ein Positionspapier zur onkologischen Pflege und Betreuung von älteren Menschen mit Krebs und ihrer Angehörigen publiziert?

Z = OPS R = EONS C = ONS

7. Ab welchem Alter sollte gemäss der ASCO-Guideline vor einer Tumorthherapie ein geriatrisches Assessment durchgeführt werden?

H = 65 Jahre O = 70 Jahre T = 80 Jahre

8. Was ist bei «Multimorbidität» besonders wichtig?

U = Überprüfung Medikation M = individuelle Therapie E = Gesamtüberblick

9. Was bedeutet eine verminderte Funktionalität für ältere onkologische Patientinnen und Patienten?

I = Schlechtere Lebensqualität B = Frühzeitiger Tod F = Anpassung der Tumorthherapie

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

Senden Sie das Lösungswort bis zum 31. Oktober 2021 an:

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

Rätsel Nr. 2/2021

Lösungswort: ALLOSZT

Gewinnerin und Gewinner:

D. Aggeler, Plons

B. Gresch, Jona

Lösungswort:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---



The only dual-action antiemetic offering
5-day CINV* prevention in a single oral dose¹

One dose Dual action 5-day prevention¹⁻⁵

 **Akynzeo**[®]

netupitant/palonosetron

PREVENTION MADE SIMPLE

*CINV: chemotherapy induced nausea and vomiting

References: 1. Aapro M et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy and safety of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy. *Ann Oncol.* 2014; 25(7):1328-1333. 2. Hesketh PJ et al. Efficacy and safety of NEPA, an oral combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy: a randomized dose-ranging pivotal study. *Ann Oncol.* 2014; 25(7):1340-1346. 3. Gralla RJ et al. A phase III study evaluating the safety and efficacy of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting over repeated cycles of chemotherapy. *Ann Oncol.* 2014; 25(7):1333-1339. 4. Rojas C et al. Molecular mechanisms of 5-HT₃ and NK(1) receptor antagonists in prevention of emesis. *Eur J Pharmacol.* 2014; 5(722):26-37. 5. www.swissmedic.ch, Akynzeo – summary of product characteristics.

Akynzeo[®]. C: Palonosetron (0.5 mg) and netupitant (300 mg). I: Is indicated for the prevention of acute and delayed nausea and vomiting associated with highly emetogenic and moderately emetogenic chemotherapies in association with dexamethasone. **Po:** 1 oral capsule 1 hour prior each chemotherapy cycle, with an interval of at least 2 weeks between the cycles **Ci:** Hypersensitivity to one of the active substances or the excipients, intolerance to fructose. **Prec:** Monitor patients with known history of constipation, signs of subacute intestinal occlusion or patients with hypersensitivities to peanuts or soybeans. Serotonin syndrome cases reported during use of 5-HT₃ antagonists, either alone or in combination with other serotonergic medications. No clinically significant effect on ECG, caution during concomitant use with drugs that prolong the QT interval. Do not use in the following days of chemotherapy. **Int:** Inhibitors and inducers of CYP3A4, serotonergic drugs, CYP3A4 substrates (Dexamethasone: reduce dosage in co-administration), anticancer drugs (docetaxel, etoposide, cyclophosphamide). Unlikely: CYP2C9 substrates, substrates of P-glycoprotein. **Preg/Lact:** Insufficient clinical data, use only in case of absolute necessity. Breastfeeding must be discontinued. **AEs:** Frequent: headache, constipation and fatigue. **Pres:** Package of 1 capsule. **Liste B.** Detailed information: www.swissmedicinfo.ch. Owner of the authorization: **Vifor SA**, CH-1752 Villars-sur-Glâne. **Date of preparation: March 2021.**

Distributed under license of Helsinn Healthcare SA, Switzerland

E 06/2021 CH-AKY-2000007