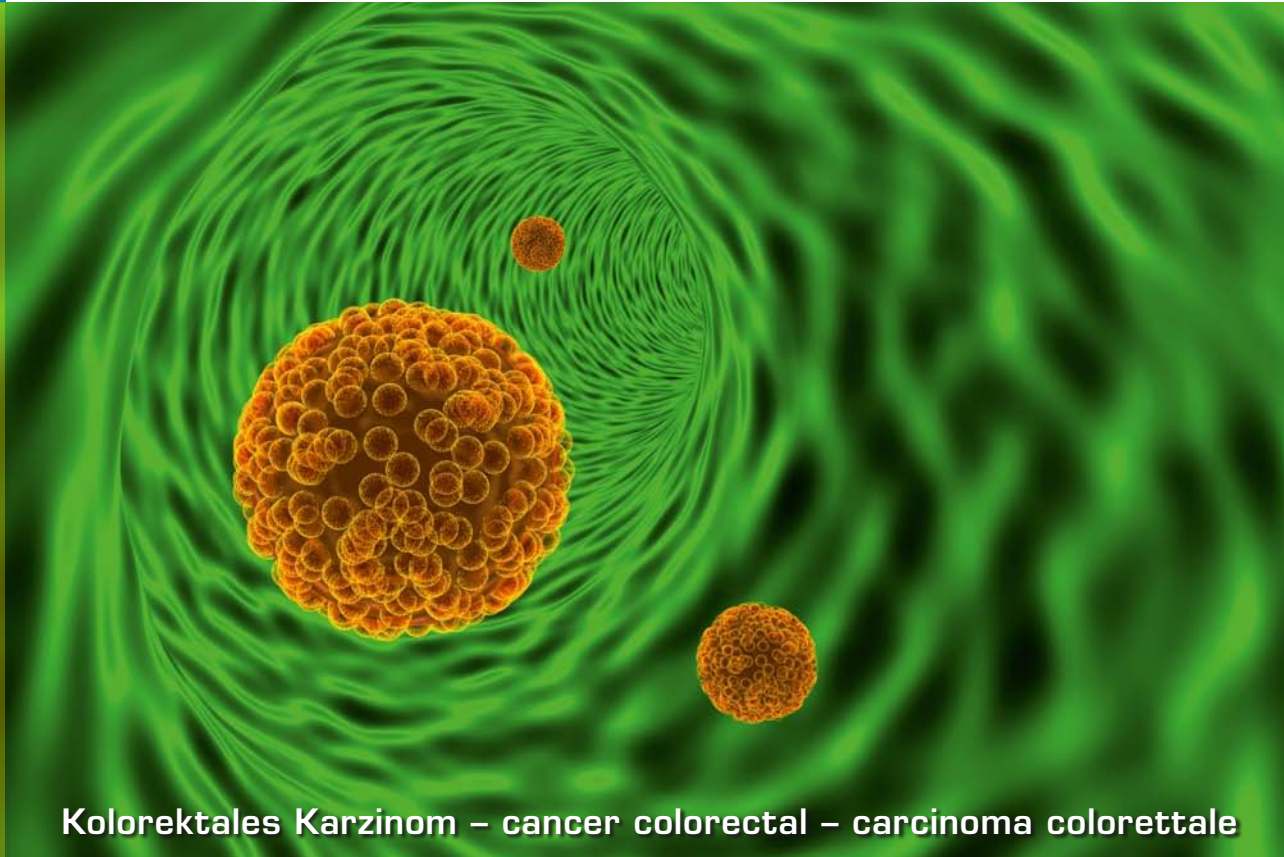


Onkologiepflege Soins en oncologie



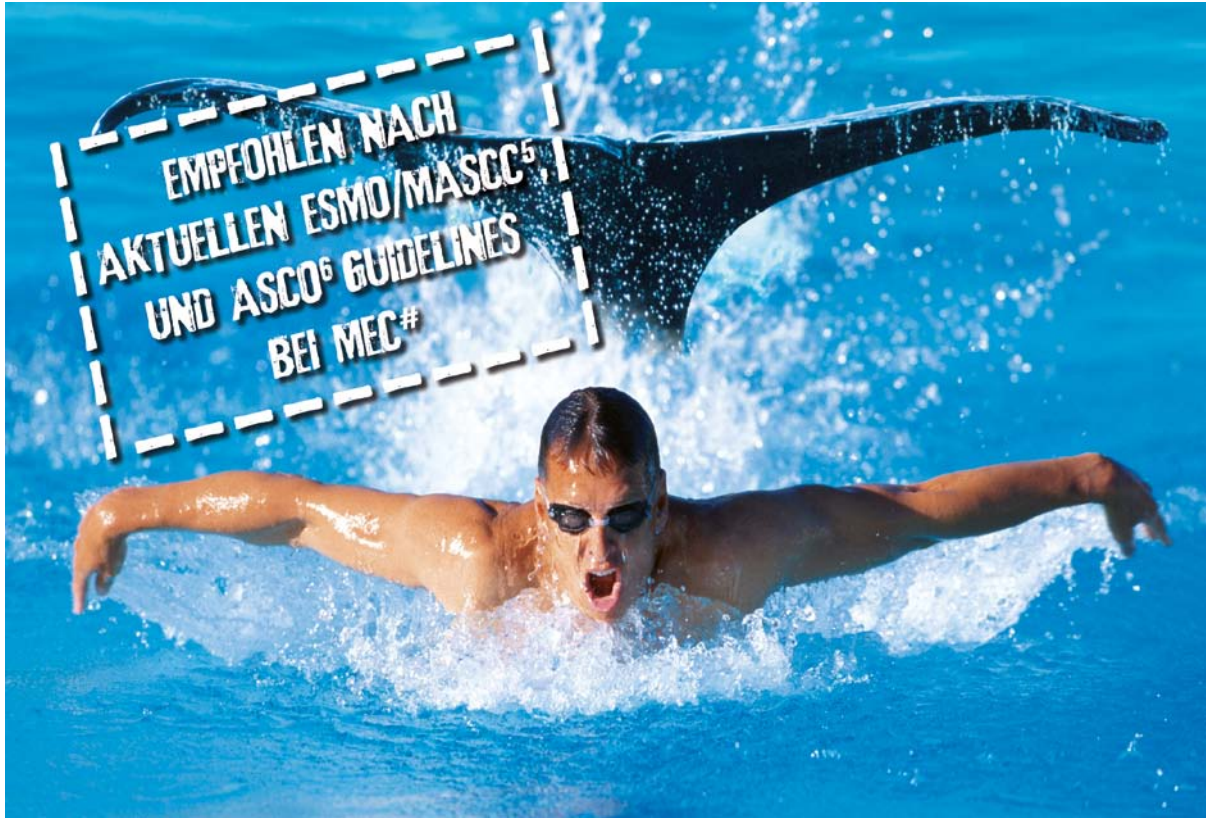
Kolorektales Karzinom – cancer colorectal – carcinoma coloretale

- Darmkrebs-Screening lohnt sich
- Chirurgische Ziele in der Behandlung des kolorektalen Karzinom
- Stomaberatung ein wesentlicher Faktor für die Lebensqualität
- L'infermiere/a stoma-terapista e i pazienti portatori di una stomia digestiva o urinaria
- Programm 15. Schweizer Onkologiepflege Kongress – 21.03.2013
- Programm 15^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie – 21.03.2013



Aloxi[®]
palonosetron HCl injection

STARTS STRONG LASTS LONG



STARTS STRONG LASTS LONG*

Der 5-HT₃ Rezeptorantagonist der zweiten Generation mit starker Wirkung gegen CINV** nach Einmaldosierung (1-4)

Aloxi[®]: Palonosetron (als Hydrochlorid), Ampulle zur Injektion: 0.25 mg in 5 ml. **I**: Prävention von Übelkeit und Erbrechen bei stark und mässig emetogener Chemotherapie aufgrund einer Krebserkrankung. **D**: Erwachsene: 0.25 mg i.v. ca. 30 Min. vor Beginn der antikanzerogenen Chemotherapie. **KI**: Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder Hilfsstoffe. **VM**: Vorsicht bei Patienten mit anamnestischer Obstipation oder Zeichen von subakutem Darmverschluss, bei gleichzeitiger Gabe von Arzneimitteln, welche das QT-Intervall verlängern und bei Patienten die zu QT-Verlängerung neigen. **S/S**: Vorsicht bei Anwendung während der Schwangerschaft, nicht während der Stillzeit anwenden. **UAW**: Häufig: Kopfschmerzen, Schwindel, Obstipation, Diarrhoe. Sehr selten: Überempfindlichkeitsreaktionen. **IA**: bisher keine beobachtet. **Liste B**. Detaillierte Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz oder www.documed.ch. Zulassungsinhaber: **Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne**

*Starts Strong Lasts Long, startet stark, währt lang. **Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting, Chemotherapie induzierte Übelkeit und Erbrechen. #MEC = Moderat Emetogene Chemotherapie ohne AC.

1. Gralla R., Lichinitser M., Van der Vegt S., Sleeboom H., Mezger J., Peschel C., Tonini G., Labianca R., Macciocchi A., Aapro M., «Palonosetron improves prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy: results of a double-blind randomized phase III trial comparing single doses of palonosetron with ondansetron.» Ann. Oncol. 2003; 14: 1570-1577. 2. Eisenberg P, Figueroa-Vadillo J, Zamora R et al. «Improved prevention of moderately emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting with palonosetron, a pharmacologically novel 5-HT₃ receptor antagonist: results of a phase III, single-dose trial versus dolasetron.» Cancer 2003; 98: 2473-82. 3. Aapro M. S., Grunberg S. M., Manikhas G. M., Olivares G., Suarez T., Tjulandin S. A., Bertoli L. F., Yunus F., Morrica B., Lordick F., Macciocchi A., «A phase III, double-blind, randomised trial of palonosetron compared with ondansetron in preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy.» Ann. Oncol. 2006; 10: 1-9. 4. Saito M, Aogi K, Sekine I, Yoshizawa H et al. Palonosetron plus dexamethasone versus granisetron plus dexamethasone for prevention of nausea and vomiting during chemotherapy: a double-blind, double-dummy, randomised, comparative phase III trial. Lancet Oncol 2009; 10: 115-124. 5. Roila F, Herrstedt J, Aapro M, Gralla RJ, Einhorn LH, Ballatori E, Bria E, Clark-Snow RA, Espersen BT, Feyer P, Grunberg SM, Hesketh PJ, Jordan K, Kris MG, Maranzano E, Molassiotis A, Morrow G, Olver I, Rapoport BL, Rittenberg C, Saito M, Tonato M, Warr D on behalf of the ESMO / MASCC Guidelines Working Group. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. Ann Oncol 2010; 21(suppl 5): v232-v243. 6. Basch E, Prestrud AA, Hesketh PJ, Kris MG, Feyer PC, Somerfield MR, Chesney M, Clark-Snow RA, Flaherty AM, Freundlich B, Morrow G, Rao KV, Schwartz RN, Lyman GH. Antiemetics: american society of clinical oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2011; 29(31): 4189-98.



- 4** Editorial
Sara Pöhler-Häusermann
- 5** Fachartikel
Das Darmkrebs-Screening lohnt sich
Urs Marbet
- 8** Fachartikel
Chirurgische Ziele in der Behandlung des kolorektalen Karzinom
Daniel Dindo, Adrienne Imhof
- 12** Fachartikel
Stomaberatung – ein wesentlicher Faktor für die Lebensqualität von Stomaträgern
Brigitte Müller, Monica Stöckli
- 15** Articolo originale
L'infermiere/a stoma-terapista e i pazienti portatori di una stomia digestiva o urinaria
Cristina Treter
- 18** kurz & bündig
Primärprävention? Sekundärprävention? Tertiärprävention?
- 19** Bildung
ilco – die Vereinigung für Stomaträger
Sara Pöhler-Häusermann
- 20** Von der Praxis für die Praxis
Professionelle Betreuung in familiärer Atmosphäre
Rita Arndt, Bernadette Sprenger
- 22** Programm 15. Schweizer Onkologiepflege Kongress vom 21. März 2013 in Bern!
- 23** Programme 15^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie du 21 mars 2013 à Berne!
- 24** De la pratique pour la pratique
Création d'une consultation de podologie pour les patients atteints de cancer
Florence Rochon
- 26** Research Flash
Wie unterschiedlich verarbeiten Männer und Frauen mit Darmkrebs ihre Krankheit?
Maya Shaha
- 29** Research Flash
Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer after chemotherapy treatment
Maya Shaha
- 32** Förderpreis
Mehr Sicherheit mit dem Schutzpad
Therese Thaler-Imoberdorf
- 34** Journal Club
Journal Club Onkologiepflege Schweiz
- 35** Bücher
«Zaubergarten Biologie» – ein Buch über biologische Phänomene
- 36** Krebsliga Schweiz
Rückblick: Fachtagung «Onkologische Rehabilitation – Versorgungsmodelle in der Schweiz»
- 38** Ligue suisse contre le cancer
Journée «Réadaptation oncologique – modèles de soins en Suisse» – rétrospective
- 39** Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer
Kursangebote / Formations continue
- 40** Stellenmarkt
- 41** Panorama
Diplomfeier ZHAW - Première
- 42** Panorama
Lust am Schreiben / Envie d'écrire ? Fragen aus der Praxis / Questions sur la pratique
- 45** Quizrätsel / Quizz
- 46** Fortbildungsprogramm 2013
Programme de formation continue 2013
- 47** Kalender/Calendrier





Sara Pöhler-Häusermann

Liebe Leserin, lieber Leser

In der Schweiz erkranken pro Jahr etwa 4200 Personen neu an einem kolorektalen Karzinom. Etwa 1600 Personen sterben jährlich daran (Krebsliga Schweiz, 2012). Hinter diesen Zahlen verbergen sich viele Einzelschicksale.

Betroffene und ihre Familien brauchen kompetente Unterstützung – durch Gesundheitsfachpersonal wie Pflegefachpersonen in der ambulanten und stationären onkologischen Versorgung, Stomaberatungen, aber auch durch Selbsthilfegruppen.

Diese Ausgabe der «Onkologiepflege» informiert Sie unter anderem über Screening und Therapie des kolorektalen Karzinoms sowie über den unterschiedlichen Umgang von Frauen und Männern mit der Krankheitssituation. Sie lesen über die wichtige Arbeit der Stoma-Beratung und lernen die Selbsthilfeorganisation ilco kennen.

Die Artikel können Ihnen Inputs für Ihre tägliche Arbeit geben und einen Beitrag dazu leisten, dass Betroffene mit einem kolorektalen Tumor sowie ihre Familien sich kompetent betreut fühlen

Chère lectrice, cher lecteur

Chaque année en Suisse, le diagnostic de cancer colorectal est posé chez environ 4.200 personnes. Environ 1600 personnes par an en meurent (Ligue suisse contre le cancer, 2012). Derrière ces chiffres se dissimulent de nombreux destins individuels.

Les patients et leurs familles ont besoin de soutien compétent – au travers des professionnels de la santé telles les infirmiers(ères) des centres de soins ambulatoires et hospitaliers en oncologie, les stomathérapeutes, mais aussi par les groupes d'entraide.

Ce numéro de «Soins en oncologie» vous informe sur le dépistage et le traitement du cancer colorectal, ainsi que sur les différents parcours d'hommes et de femmes en situation de maladie. Vous prendrez connaissance de l'importance du travail de la ou du stomathérapeute et découvrirez l'organisation d'entraide ilco.

Les articles peuvent vous donner des idées pour votre travail au quotidien et contribuer à ce que les personnes touchées par le cancer colorectal et leurs familles se sentent prises en soins de manière compétente.

Gentili lettrici, gentili lettori

In Svizzera, ogni anno, si ammalano circa 4200 persone di tumore del colon-retto, di cui circa 1600 persone muoiono (Lega Svizzera contro il cancro 2012). Dietro queste cifre si nascondono tante storie individuali.

I pazienti e i loro familiari hanno bisogno di sostegno professionale da professionisti sanitari come infermieri in cure oncologiche ambulatoriali e di reparto, da stomaterapisti, ma anche da gruppi di auto-aiuto.

Questo numero di «Cure Oncologiche» vi informerà, tra le altre cose, su screening e trattamento del cancro del colon-retto, nonché sulla disparità di trattamento tra uomini e donne affetti da tale malattia. Parlerà dell'importante lavoro svolto dal consultorio per stomizzati e vi farà conoscere l'organizzazione ILCO per l'auto-aiuto.

Gli articoli possono darvi un input per il vostro lavoro quotidiano e contribuire a gestire in modo competente chi è stato colpito di cancro del colon-retto e i loro familiari.

Literatur/Reférences/Bibliografia

Krebsliga Schweiz (2012). Krebs in der Schweiz: wichtige Zahlen (Stand Juni 2012). Retrieved October 08, 2012, from http://assets.krebsliga.ch/downloads/krebszahlen_2012_d.pdf.

Lega Contro il Cancro, Svizzera (2012). Cancro in Svizzera: cifre importanti (Stato Giugno 2012) Estratto 8 Ottobre 2012, da http://assets.krebsliga.ch/downloads/krebszahlen_2012_d.pdf.



Das Darmkrebs-Screening lohnt sich



Urs Marbet

Keynotes

Was wissen wir über das Thema?

Der Darmkrebs gehört in der Schweiz zu den häufigsten Krebsarten. Da dieser bei früher Entdeckung jedoch mehrheitlich heilbar ist, wird seit Langem nach effizienten Untersuchungen zur Früherkennung gesucht.

Welchen Wissensgewinn bringt der Artikel?

Durch das endoskopische Darmkrebs-Screening mit Abtragung von Polypen wird der Darmkrebs nicht nur früher entdeckt, so dass weniger Menschen daran ster-

ben, sondern neuste Studien zeigen auch, dass durch das Darmkrebs-Screening sogar die Entstehung von Darmkrebs häufig verhindert werden kann. Zudem gibt es auch neue, nicht-invasive Methoden, mit denen der Darmkrebs früh, oft in noch heilbarem Stadium, entdeckt werden kann.

Welche Bedeutung hat das Thema für die Praxis?

Die Darmkrebsvorsorge, ob mittels Endoskopie oder speziellen Stuhltests, lohnt sich und sollte vermehrt eingesetzt werden.

In kaum einem Land Europas ist Darmkrebs häufiger als in der Schweiz. 60 von 1000 Männern und 37 von 1000 Frauen erkranken in ihrem Leben an Darmkrebs, meist nach dem 50. Lebensjahr. Knapp die Hälfte der Betroffenen stirbt an dieser Krankheit. Neue Studien zeigen, dass dies nicht mehr so sein müsste.

Das Risiko, an einem Kolonkarzinom zu erkranken, ist bei Rauchern und bei Personen, in deren Familie bereits Darmkrebs vorgekommen ist, erhöht. Bei Sportlern und Menschen, die viele Früchte und Gemüse konsumieren, ist das Darmkrebsrisiko leicht reduziert. Ein sehr hohes Risiko haben Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, mit einer primär sklerosierenden Cholangitis oder Hämochromatose sowie Menschen, in deren Familien schon wiederholt und

nicht selten bereits in jungen Jahren Karzinome im Magendarm- oder Urogenitaltrakt vorgekommen sind. Diese Hoch-Risikogruppen werden hier nicht diskutiert. Die betroffenen Personen sollten mit ihrem Hausarzt oder einem Spezialisten spezielle Vorsorgemöglichkeiten besprechen.

Dank Früherkennung heilbar

Wir wissen seit Langem, dass der Dickdarmkrebs, der in einem frühen Stadium erkannt wird, meistens geheilt werden kann. Unsere prospektive Darmkrebsstudie in den Kantonen Uri und Glarus zeigte folgendes:

- Wenn die Patienten erst bei Auftreten von Symptomen abgeklärt wurden, wurde der Darmkrebs bei weniger als 20% der Betroffenen in einem Frühstadium gefunden.
- Bei Personen, die nach dem 50. Lebensjahr eine Vorsorge-Darmspiegelung gehabt hatten, fanden wir das Kolonkarzinom bei mehr als 70% in einem sehr frühen Stadium (Manser et al., 2012).

Die tumorbedingte Mortalität konnte durch diese Vorsorgeuntersuchung um beachtliche 90% gesenkt werden!

Durch Vorsorgeuntersuchungen sogar oft verhütbar

Bei kaum einem Krebsleiden wissen wir so viel über die Entstehung wie beim Kolonkarzinom. Meistens bilden sich in der Darmschleimhaut zuerst kleine, gutartige Wucherungen, adenomatöse Polypen, die erst nach Jahren aufgrund verschiedener genetischer Umwandlungen teilweise bösartig werden (Abbildung 1 und 2). Dieses Wissen liess uns schon lange hoffen, dass wir durch Entfernen dieser Vorstufen (Polypektomie bei der Kolonoskopie) den Darmkrebs sogar verhüten könnten. Dennoch war die Kolonoskopie als Vorsorgeuntersuchung lange umstritten. Die US National Polyp Study zeigte zwar schon vor Jahren, dass nach der Polypektomie im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung weniger Karzinome auftraten, es war aber nie klar, ob die Personen mit einer Darmspiegelung und die Durchschnittsbevölkerung wirklich vergleichbar waren.

Die Forderung nach prospektiven randomisierten Polypektomie-Studien wurde in den letzten Jahren endlich erfüllt. Zwei umfassende Screeningstudien aus Eng-

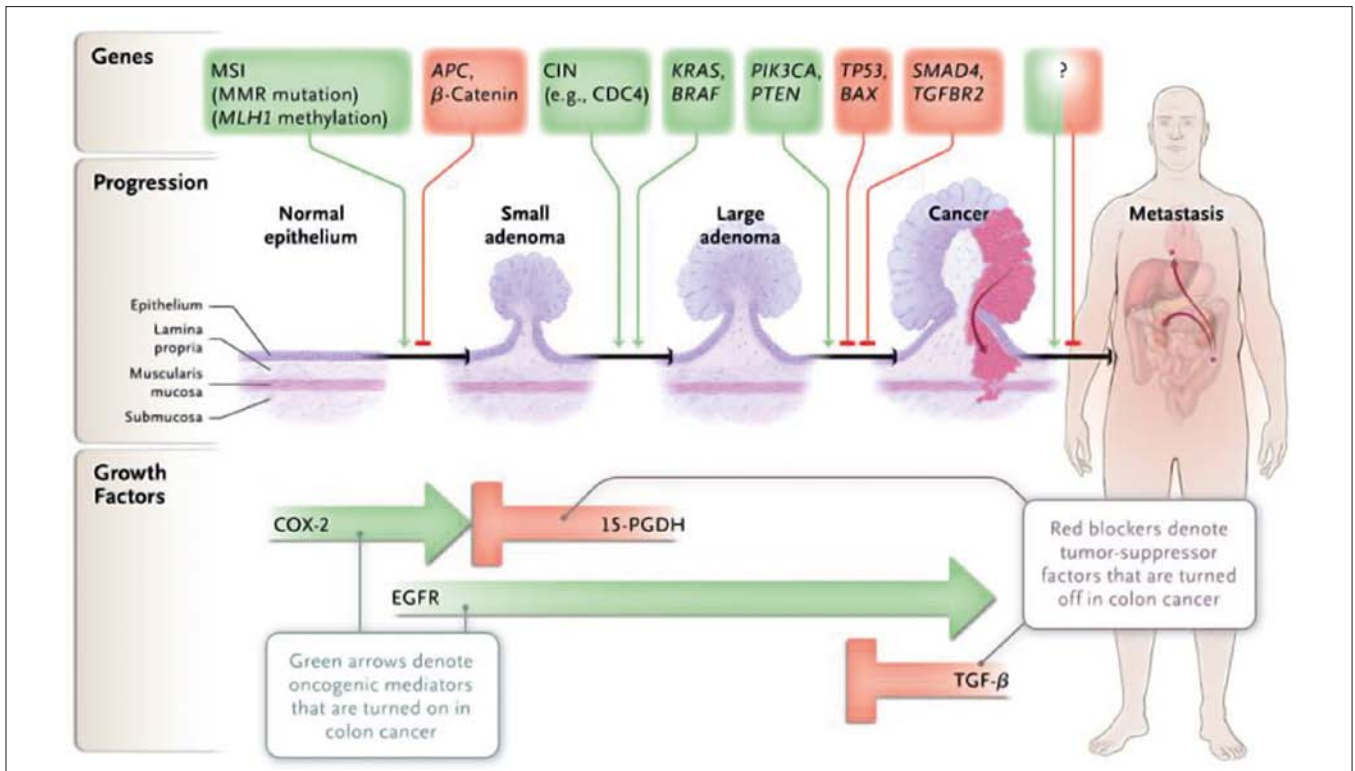


Abb. 1: die Entstehung des Kolonkarzinoms (nach SD Markowitz et al: *New Engl J Med* 2009; 361: 2449)

land respektive den USA (Atkin et al., 2010; Schoen et al., 2012) untersuchten den präventiven Nutzen einer Sigmoidoskopie (endoskopische Untersuchung des untersten Dickdarmdrittels). Fanden die Untersucher dabei einen Polypen, wurde anschliessend eine vollständige Darmspiegelung (Kolonoskopie) durchgeführt und man trug alle Polypen ab, die gefunden wurden. In diesen Studien konnte gezeigt werden, dass dank dieser einfachen Sigmoidoskopie, vorbereitet mit einem Einlauf, der Darmkrebs im untersten Dickdarmteil in den nächsten zehn Jahren um rund ein Drittel seltener auftrat. Gleichartige randomisierte Studien mit der Kolonoskopie gibt es noch nicht.

Neue Erkenntnisse dank Schweizer Studie

Wir kontrollieren jedoch seit bald zehn Jahren prospektiv in Glarus und Uri, ob das Screening mit einer Darmspiegelung einen Einfluss auf die Entstehung von Darmkrebs hat. Vor zehn Jahren wurde in diesen Kantonen allen Personen im Alter über 50 eine Kolonoskopie zur Darmkrebsvorsorge angeboten. In

den folgenden Jahren wurden sämtliche Darmkrebspatienten registriert und bezüglich Lifestyle-Faktoren und Beruf befragt. Wir konnten die endoskopisch Gescreenten mit den ebenfalls prospektiv beobachteten Personen ohne Endoskopie vergleichen. Im Gegensatz zur US Polyp Study kennen wir die Vergleichsgruppe in dieser klar begrenzten Gegend der Schweiz sehr gut. Die beiden Gruppen hatten die gleichen Berufe, vergleichbare Risikofaktoren und einen gleichartigen Lebensstil.

In dieser Studie konnten wir zeigen, dass der Darmkrebs im ganzen Darm nach einer Kolonoskopie mit Polypektomie beinahe um 70% seltener auftritt. Dies bedeutet, dass von 1000 Männern mit Kolonoskopie-Screening nur 19 (statt 60) und von 1000 gescreenten Frauen nur 12 (statt 37) später an Darmkrebs erkranken. Zudem wird der Krebs mittels Screening-Kolonoskopie (vor dem Auftreten von Beschwerden) meistens in einem frühen Stadium gefunden; daher sterben gemäss unserer Erfahrungen von rund 100 Personen mit Darmkrebs nur noch 5 statt 40 später an

ihrem Tumor. Dies sind Resultate, die keine Chirurgie und keine Chemotherapie erreichen kann.

Alles hat seinen Preis

Diese äusserst erfreulichen Daten müssen aber auch kritisch hinterfragt werden. Nur bei exzellenter Untersuchungsqualität und optimaler vorausgehender Darmreinigung können solche Resultate erreicht werden, wie wir sie in dieser Studie beobachten konnten. Unsere Erfahrung zeigt auch, dass nur allzu leicht Polypen übersehen werden können. Hierzu gehören insbesondere die flachen, serratierten Adenome (Abbildung 3), die vor allem im proximalen rechten Dickdarmteil vorkommen. Diese Adenome werden nicht nur leicht übersehen, sondern sie wachsen und entarten auch schneller. Bei Darmuntersuchungen mittels Computertomographie dürften diese flachen Polypen regelmässig übersehen werden.

Wir müssen uns aber auch bewusst sein, dass die Kolonoskopie eine invasive Untersuchung ist, die auch schwerwiegende Komplikationen wie schwere Blutun-

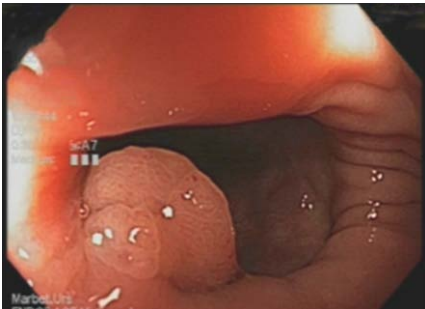


Abb. 2: entstehender Polyp beobachtet bei der Kolonoskopie



Abb. 3: flacher serratierter Polyp

gen und gar Perforationen des Darms verursachen kann. Solche Ereignisse sind umso tragischer, als das Screening bei gesunden Personen durchgeführt wird. Eine gute Ausbildung sowie Erfahrung und Sorgfalt des Endoskopikers sind zwingend gefordert. Die Qualität der Kolonoskopie wird deshalb in Zukunft auch flächendeckend überwacht werden müssen.

Die Kolonoskopie hat leider noch stets ein schlechtes Image. Die untersuchten Personen fühlen sich in ihrer Intimsphäre berührt. Zudem fürchtet man sich vor Schmerzen und weiss, dass die Darmvorbereitung sehr unangenehm ist. Glücklicherweise gibt es heute etwas bekömmlichere Vorbereitungs-mittel, von denen man auch weniger trinken muss, und die Untersuchung kann heute dank besserer Technik und Verabreichen von Medikamenten fast immer schmerzarm durchgeführt werden.

Auch nicht-invasive Vorsorgetests werden besser

Spannende positive Studienresultate gibt es zunehmend auch zu Stuhlunter-

suchungen auf verborgenes Blut mit immunologischen Methoden. Wir wissen, dass Darmkrebs immer wieder etwas bluten kann, ohne dass wir dies sehen oder spüren. Vereinzelt dieser Karzino-me können durch die regelmässige Untersuchung des Stuhls auf verborgenes Blut mit dem Haemocult-Test in einem frühen Stadium gefunden werden. Eine Darmspiegelung wird dann durchgeführt, wenn die Suche nach nicht sichtbarem Blut im Stuhl positiv ausgefällt.

In letzter Zeit wurden verschiedene spezifischere und empfindlichere Tests entwickelt, die verborgenes Blut immunologisch rascher nachweisen können. Eine grosse Bevölkerungsstudie in Spanien (Quintero et al., 2012) konnte nun zeigen, dass mit einem speziellen immunologischen Stuhltest erstaunlich viele Darmkrebsfälle in einem heilbaren Frühstadium gefunden werden können. Dabei muss allerdings unbedingt beachtet werden, dass zwischen den verschiedenen angebotenen immunologischen Stuhltests riesige Unterschiede existieren (Hundt, Haug, & Brenner, 2009). Die guten spanischen Daten dürfen deshalb nicht einfach auf andere immunologischen Stuhltests übertragen werden!

All diese neuen Daten zeigen uns, dass es berechnete Hoffnung gibt, dass in der

Zukunft dank Vorsorgeuntersuchungen weit weniger Menschen an Darmkrebs erkranken müssen. Wir hoffen, dass auch die Bezahlung der Vorsorge in der Schweiz in naher Zukunft geregelt wird. Allerdings muss die Bevölkerung auch motiviert werden, von diesen Vorsorge-möglichkeiten Gebrauch zu machen.

Prof. Dr. med. Urs Marbet
Kantonsspital Uri
urs.marbet@ksuri.ch

Literatur:

- Atkin, W. S., Edwards, R., Kralj-Hans, I., Wooldrage, K., Hart, A. R., Northover, J. M., . . . Cuzick, J. (2010). Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 375(9726), 1624-1633. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60551-X
- Hundt, S., Haug, U., & Brenner, H. (2009). Comparative evaluation of immunochemical fecal occult blood tests for colorectal adenoma detection. *Annals of internal medicine*, 150(3), 162-169.
- Manser, C. N., Bachmann, L. M., Brunner, J., Hunold, F., Bauerfeind, P., & Marbet, U. A. (2012). Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. *Gastrointestinal endoscopy*, 76(1), 110-117. doi: 10.1016/j.gie.2012.02.040
- Quintero, E., Castells, A., Bujanda, L., Cubiella, J., Salas, D., Lanas, A., . . . Gonzalez-Navarro, A. (2012). Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *The New England journal of medicine*, 366(8), 697-706. doi: 10.1056/NEJMoa1108895
- Schoen, R. E., Pinsky, P. F., Weissfeld, J. L., Yokochi, L. A., Church, T., Laiyemo, A. O., . . . Berg, C. D. (2012). Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *The New England journal of medicine*, 366(25), 2345-2357. doi: 10.1056/NEJMoa1114635

Keynotes

Le dépistage du cancer du côlon vaut la peine

Que savons-nous déjà sur le sujet?

En Suisse, le cancer du côlon est un des cancers les plus fréquents. Comme il est le plus souvent curable, détecté précocement, des efforts ont été entrepris depuis longtemps dans la recherche de dépistages efficaces.

A quoi contribue l'article?

Par dépistage endoscopique avec ablation des polypes, le cancer du côlon n'est pas seulement découvert plus tôt, de sorte que moins de personnes en meurent, mais les études les plus récentes montrent égale-

ment que par le dépistage du cancer du côlon, le développement même de ce cancer peut souvent être évité. Il existe aussi de nouvelles méthodes non invasives par lesquelles le cancer peut être détecté de manière précoce, souvent à un stade où il peut encore être guéri.

Quelle est l'importance de ce thème pour la pratique?

Que ce soit par endoscopie ou par analyses particulières des selles, le dépistage du cancer colorectal, vaut la peine et devrait être davantage utilisé.



Chirurgische Ziele in der Behandlung des kolorektalen Karzinom



Adrienne Imhof
Daniel Dindo

Die meisten Patienten mit einem kolorektalen Karzinom werden operiert. Für die Planung der Operation braucht es eine sorgfältige präoperative Abklärung. In manchen klinischen Situationen ist auch eine neoadjuvante Radio- und/oder Chemotherapie angebracht, um den Tumor zu verkleinern und das Risiko für ein Rezidiv zu senken. Die Anlage eines endgültigen Stomas ist heutzutage nur noch bei einer Minderheit der Patienten notwendig.

Das kolorektale Karzinom ist nach wie vor ein sehr weit verbreitetes Leiden. Es ist weltweit bei Frauen die dritthäufigste und bei Männern die vierthäufigste maligne Erkrankung und stellt die dritthäufigste Todesursache im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen dar. Die 5-Jahres-Überlebenschance, unabhängig vom primären Tu-

Keynotes

Was wissen wir über das Thema?

Das kolorektale Karzinom gehört zu den häufigsten Tumorleiden. Es ist potentiell heilbar, die Mortalität beträgt aber trotzdem 30%. Besondere Anstrengungen sollten auf die möglichst frühzeitige Diagnose verwendet werden, da dies die Heilungschancen erheblich verbessert.

Welchen Wissensgewinn bringt der Artikel?

Die Auswahl der chirurgischen Strategie richtet sich nach der vermuteten Ausdehnung des Tumors, seiner genauen Lokalisation und dem allfälligen Befall benachbarter Organe oder Strukturen. Anzustreben ist die vollständige Resektion des Tumors im Gesunden, gegebenenfalls en-bloc mit den befallenen Nachbarstrukturen, und die Mitnahme des zugehörigen Lymphabflussgebiets.

Das TNM-Stadium zeigt schliesslich auf, ob von einem kurativen Therapieansatz ausgegangen werden kann, ob adjuvante Therapien angezeigt sind oder ob eine palliative Situation vorliegt.

Welche Bedeutung hat das Thema für die Praxis?

Durch die Häufigkeit des kolorektalen Karzinoms sind viele Patienten und ihre Familien von der Krankheit betroffen und auf eine umfassende Beratung während des gesamten Krankheitsverlaufs angewiesen. In Anbetracht der mannigfaltigen therapeutischen Ansätze ist es für alle im Gesundheitswesen tätigen Fachleute wichtig, die Therapiemassnahmen zu kennen. Der Artikel gibt eine Übersicht über die chirurgischen Aspekte der Therapie des kolorektalen Karzinoms.

morstadium, beträgt 64% (National Cancer Society, 2009).

Die individuelle Wahrscheinlichkeit, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, liegt in den USA bei 5,5% für Männer und bei 5,1% für Frauen (Center, Jemal, Smith, & Ward, 2009; Jemal et al., 2009; WHO, 2009).

Viele Menschen verbinden die Diagnose des kolorektalen Karzinoms mit der zwangsläufigen Anlage eines Stomas und den damit einhergehenden Einschränkungen. Dies führt zu weitverbreiteten und tief verwurzelten Ängsten, obwohl der Erkrankung mit regelmässigen Vorsorgeuntersuchungen vorzubeugen wäre und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Onkologen, Chirurgen und Radiotherapeuten eine umfassende Therapie erlaubt. Moderne Konzepte der chirurgischen und onkologischen Therapie haben in den letzten Jahrzehnten die Lebenserwartung und die Lebensqualität für Patienten mit kolorektalem Karzinom signifikant verbessert.

Der vorliegende Artikel gibt einen Über-

blick über die chirurgischen Aspekte in der Behandlung des kolorektalen Karzinoms.

Eine leider alltägliche Geschichte

Eine 40-jährige Frau vereinbart bei ihrem Hausarzt einen Termin, da sie seit der Rückkehr aus den Ferien vor vier Wochen an diffusen Bauchschmerzen und Blähungen leidet, die immer wieder mit Durchfällen einhergehen. Zudem bemerkt die Patientin eine ungewollte Gewichtsabnahme. Die erste Untersuchung beim Hausarzt ist wenig ergiebig. Da die Patientin über eine Veränderung der Stuhlgewohnheiten berichtet, erfolgt zur weiteren Untersuchung eine Kolonoskopie. Hier zeigt sich ein stenosierender Prozess im Zökum. Bereits der makroskopische Aspekt ist für ein Karzinom hochverdächtig, was der bioptische Befund leider bestätigt. Die Diagnose Darmkrebs steht fest.

Was geschieht nach der Diagnose?

Für die Patientin und ihre Familie folgt



nun eine Zeit der tiefen Verunsicherung und Angst. Die Patientin muss die weiteren Abklärungen über sich ergehen lassen und wird nahezu täglich mit neuen, für sie schwer oder gar nicht verständlichen Informationen konfrontiert, die sie fast nicht verarbeiten kann.

Das vollständige Staging beinhaltet meist eine Computertomographie des gesamten Abdomens und des Thorax sowie die Bestimmung des CEA (Carcinoembryonales Antigen). Dieser Tumormarker für kolorektale Karzinome hat zwar keinen diagnostischen Wert, ist jedoch beim späteren postoperativen Verlauf für die Tumornachsorge wichtig. In der präoperativen Phase geht es darum, die Ausdehnung des Tumors möglichst genau zu bestimmen, um den individuellen Therapieplan aufbauen zu können.

Chirurgische Überlegungen und Therapieplan

Bevor die Therapie in Angriff genommen wird, werden die gesammelten Befunde im interdisziplinären Team besprochen. Einfluss auf die Planung der Behandlung haben verschiedenste Aspekte: Lokalisation und Grösse des Tumors, vermutete lokale Ausdehnung oder Einwachsen in Nachbarorgane, lokale Metastasen im Lymphabflussgebiet oder Fernmetastasen in Leber und/oder Lunge.

Grundsätzlich gilt, dass das Karzinom im Gesunden reseziert werden muss, unter Mitnahme des gesamten Lymphabflussgebiets des tumortragenden Kolonabschnittes, was das Absetzen der versorgenden Arterie und Vene möglichst zentral notwendig macht. Die Zahl der im Resektat enthaltenen Lymphknoten ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal des operativen Eingriffs und sollte bei mindestens zwölf Lymphknoten liegen. Aus diesen Überlegungen lassen sich nun die Resektionsausmasse für verschiedene Tumorlokalisationen ableiten.

Der Ablauf der Operation

Die Eingriffe sind sich in der chirurgischen Technik sehr ähnlich. Am Anfang des Eingriffs steht die Übersicht über die abdominalen Verhältnisse. Hierbei

ist nach Hinweisen für eine Peritonealkarzinose und Metastasen zu suchen, die vorgängig der Diagnostik entgangen sind. Anschliessend wird der Tumor in seiner Lokalisation verifiziert. Während des gesamten Eingriffs ist peinlich darauf zu achten, den Tumor nicht zu quetschen oder ihn anderweitig zu manipulieren, um eine Aussaat von Tumorzellen zu vermeiden (No-Touch-Technik). Im nächsten Schritt werden die versorgende Arterie und Vene möglichst weit zentral dargestellt. Das frühzeitige Unterbrechen insbesondere des venösen Abflusses trägt wesentlich dazu bei, dass die Aussaat von Tumorzellen während der Operation vermieden werden kann. Danach wird der Darm abgetrennt und zur histologischen Aufarbeitung asserviert. Schliesslich wird noch die Anastomosierung des verbleibenden Kolons von Hand oder maschinell mit verschiedenen Schneid-Klammer-Geräten (Staplern) vorgenommen.

Therapieplanung beim Rektumkarzinom

Das Rektumkarzinom hat bei der präoperativen Planung der Therapie einen besonderen Stellenwert. Zum einen liegt es im kleinen Becken schwer zugänglich und zum anderen ist durch die anatomischen Verhältnisse die Resektion des Tumors mit ausreichenden Sicherheitsabständen im Gesunden anspruchsvoll. Die Folgen der Operation sind zudem für den Patienten unter Umständen erheblich. Als Folge der Verletzung von Nervenstrukturen können der Resektion eines Rektumkarzinoms schwere Störungen der Blasenentleerung und beim Mann der Sexualfunktion folgen. Zudem kann der Tumor soweit an oder in den Schliessmuskel reichen, dass das Rektum mit dem After vollständig amputiert werden muss, was ein definitives Stoma zur Folge hat. Die präzise Planung der Therapie ist hier besonders wichtig.

Bei grossen Tumoren (T3), Verdacht auf Befall der Lymphknoten (N+) oder enger Beziehung des Tumors zum Schliessmuskel wird vor der Operation meist eine neoadjuvante Therapie empfohlen, die in einer lokalen Bestrahlung des Rektums und einer ergänzenden Che-

motherapie besteht. Die neoadjuvante Radiochemotherapie hat vor allem zum Ziel, das Risiko eines lokalen Rezidivs zu senken. Ohne neoadjuvante Therapie beträgt dieses Risiko etwa 15%, mit einer vorgängigen Chemotherapie 5%. Eine Verkleinerung des Tumors wird durch diese Therapie meist auch erreicht, was oft die kontinenserhaltende Therapie ohne definitives Stoma erst ermöglicht.

Operation von Rektumkarzinomen

Die darauf folgenden operativen Eingriffe bestehen in einer tiefen anterioren Rektumresektion (bei kontinenserhaltendem Ansatz) oder einer abdominoperinealen Rektumamputation (wenn der Tumor zu nahe am Schliessmuskel liegt oder diesen gar infiltriert). Auch bei diesen beiden Eingriffen ist die vollständige Resektion des gefässführenden Mesorektums unabdingbare Grundvoraussetzung für einen kurativen Behandlungsansatz. Das Mesorektum liegt dorsal dem Rektum im kleinen Becken. Wird das Mesorektum bei der Operation verletzt oder unvollständig entfernt, steigt das Risiko für lokale Tumorrezidive erheblich an. Die «totale mesorektale Exzision» wurde als Operationsprinzip von Bill Heald 1986 beschrieben und ist ein besonders wichtiges Qualitätsmerkmal der Rektumresektion (Heald & Ryall, 1986). Die Intaktheit des Mesorektums und seiner äusseren Schicht (mesorektale Faszie) gilt als einer der wichtigsten Parameter zur Voraussage der Wahrscheinlichkeit eines lokalen Rezidivs. Solche Rezidive führen in der Regel zu schwer zu behandelnden Schmerzen. Auch operative Eingriffe kommen in solchen Fällen meist nicht mehr in Frage. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass Tumoren, die nahe an die mesorektale Faszie reichen, mit einer neoadjuvanten Therapie vorbehandelt werden sollten.

Bei der kontinenserhaltenden Operation von Rektumkarzinomen nach neoadjuvanter Radiochemotherapie wird zum Schutz der Anastomose häufig ein Ileostoma angelegt, da es im vorbehandelten Gewebe wegen der schlechteren Durchblutung häufiger zu Insuffizienzen der Anastomose kommt. Das Ileostoma



verringert die Wahrscheinlichkeit einer Anastomoseninsuffizienz nicht, schützt jedoch vor einer Peritonitis und vor lokalen Infekten im kleinen Becken, so dass die Insuffizienz abheilen kann. Das Ileostoma kann in aller Regel nach sechs Wochen rückverlegt werden.

Der postoperative Verlauf

Die Behandlung in der postoperativen Phase hat sich während der letzten Jahre in wesentlichen Punkten verändert und weiterentwickelt. Wurde bis vor einigen Jahren mit dem Beginn der peroralen Ernährung bis zum Inngangkommen der Darmtätigkeit zugewartet, liegen uns heute Daten vor, die eine raschere Rekonvaleszenz mit frühzeitigem Beginn des Kostaufbaus nahelegen. Nebst dem Kostaufbau tragen noch weitere Faktoren dazu bei, dass sich die Patienten rascher erholen: Die frühzeitige Mobilisation, konsequente atemtherapeutische Übungen, möglichst frühzeitiges Sistieren der parenteralen Medikation etc. Diese Therapieprinzipien werden unter dem Begriff der «Enhanced Recovery» oder der sogenannten «Fast Track Surgery» zusammengefasst (Wilmore & Kehlet, 2001).

Tumorrezidiv und Metastasierung

Tritt im weiteren Verlauf ein Tumorrezidiv oder eine meist Metastasierung in der Leber auf, sind der interdisziplinäre Ansatz und die Diskussion der weiteren Therapieschritte ganz besonders wichtig. Es stellt sich unter anderem die Frage, ob das Tumorrezidiv lokal resektabel ist oder ob vitale Strukturen betroffen sind, die eine chirurgische Resektion technisch verunmöglichen. Ist das Tumorrezidiv nicht resektabel, ist zu entscheiden, ob allenfalls mit einem palliativen Eingriff Passagestörungen und tumorbedingte Stenosen umgangen werden können, so dass für den Patienten eine bessere Lebensqualität erreicht werden kann.

Liegen Lebermetastasen vor, ist das Muster der Metastasierung genau zu betrachten: Sind die Lebermetastasen resektabel? Liegen sie in einem Leberlappen oder sind sie über beide verteilt? Wie gut ist die Leberfunktion (insbesondere nach bereits applizierten Chemo-

therapien entscheidend) und bleibt nach einer allfälligen Resektion noch ausreichend Gewebe für die Aufrechterhaltung der Leberfunktion übrig? Moderne chirurgische und onkologische Konzepte erlauben heutzutage die Operation vieler Metastasen, die noch vor 10 bis 20 Jahren als nicht-resektabel galten. Eine interdisziplinäre Diskussion ist deshalb in jedem Fall unabdingbar.

Darmverschluss als Notfallsituation

Nicht selten kommen Patienten auf die Notfallstation mit der klinischen Situation eines Darmverschlusses (Ileus), so dass für die beschriebenen präoperativen Überlegungen keine oder nur sehr wenig Zeit bleibt. In der Notfallsituation gelten grundsätzlich die gleichen Regeln wie in der Situation des Wahleingriffs. Die Komplikationsraten sind jedoch deutlich höher, und die Notwendigkeit der Anlage einer (meist temporären) Kolostomie gehäuft. Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten in der Notfallsituation meist einen schlechteren und kaum ausgleichbaren Ernährungszustand aufweisen.

Wenn der Patient in einem zu schlechten Allgemeinzustand für eine Operation ist, kann durch die Einlage eines

Stents die Passage bei einem stenosierenden Tumor häufig wieder hergestellt und damit der Allgemeinzustand verbessert werden. In seltenen Fällen ist vor der eigentlichen Tumorresektion eine äussere Ableitung durch ein Stoma notwendig. Nach Wiederherstellen der Passage und Erholung des Patienten erfolgt dann die Tumorresektion. Eine Tumorperforation ist ein sehr schlechter prognostischer Faktor dar, sie muss meist sofort operativ behoben werden.

*Dr. med. Adrienne Imhof, Oberärztin
«EBSQ Coloproctology»
Schwerpunkt Allgemein Chirurgie
und Traumatologie, Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich
Adrienne.Imhof@triemli.zuerich.ch*

Literatur:

- Center, M. M., Jemal, A., Smith, R. A., & Ward, E. (2009). Worldwide variations in colorectal cancer. [Review]. CA: a cancer journal for clinicians, 59(6), 366-378. doi: 10.3322/caac.20038
- Heald, R. J., & Ryall, R. D. (1986). Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. Lancet, 1(8496), 1479-1482.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M. J. (2009). Cancer statistics, 2009. CA: a cancer journal for clinicians, 59(4), 225-249. doi: 10.3322/caac.20006
- National Cancer Society. (2009). Estimated US Cancer Prevalence. Cancer Control and Population Sciences. WHO. (2009). Mortality Database.
- Wilmore, D. W., & Kehlet, H. (2001). Management of patients in fast track surgery. [Review]. BMJ, 322(7284), 473-476.

Keynotes

Les buts de la chirurgie dans le traitement des cancers colorectaux

Que savons-nous déjà sur le sujet ?

Le cancer colorectal est la tumeur maligne la plus fréquente. Il s'agit d'une tumeur potentiellement curable, mais le taux de mortalité est encore de 30%. Des efforts particuliers devraient être mis dans le diagnostic le plus précoce possible de ce cancer afin d'améliorer les chances de guérison de manière significative.

A quoi contribue l'article ?

Le choix de la stratégie chirurgicale dépend de la taille supposée de la tumeur, de sa localisation exacte et d'une contamination possible des organes ou des structures adjacentes. L'objectif est la résection complète de la tumeur dans les tissus sains, éventuellement en bloc avec les structures avoisinantes concernées, et le curage gan-

glionnaire associé. Enfin, le stade TNM indique si on peut proposer une approche curative thérapeutique, ou si des traitements adjuvants sont recommandés ou encore s'il s'agit d'une situation palliative.

Quelle est l'importance pour la pratique ?

Par sa fréquence, le cancer colorectal touche de nombreux patients et leurs familles ; ils peuvent compter sur des conseils complets tout au long de la maladie. Compte tenu de la diversité des approches thérapeutiques, il est important pour tous les professionnels de santé de connaître les mesures thérapeutiques. L'article donne un aperçu des aspects chirurgicaux du traitement du cancer colorectal.

NEU
zugelassen



PERJETA® STRENGTHEN HER PROTECTION¹

PERJETA® (pertuzumab) ist in Kombination mit Herceptin® (trastuzumab) und Docetaxel zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem, nicht resezierbarem Brustkrebs indiziert, die zuvor noch keine Chemotherapie für ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben.²



Referenzen: 1. Baselga J et al. Pertuzumab plus Trastuzumab plus Docetaxel for Metastatic Breast Cancer. N Engl J Med 2012; 366(2), 109-119 2. Arzneimittel-Kompodium der Schweiz® www.kompodium.ch

PERJETA® (pertuzumab, ein humanisierter monoklonaler Antikörper) Indikation: Perjeta ist in Kombination mit Herceptin und Docetaxel zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem oder lokal rezidivierendem nicht resezierbarem Brustkrebs indiziert, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Dosierung: Perjeta: Initialdosis 840mg verabreicht als intravenöse Infusion über 60 Minuten; nachfolgende Dosierung 420mg alle 3 Wochen über 30-60 Minuten. Es wird empfohlen, die Behandlung mit Perjeta in der Dreifachkombination bis zur Progression der Erkrankung oder bis zum Auftreten unakzeptabler Toxizität fortzuführen. Bei Beendigung der Behandlung mit Docetaxel kann die Behandlung mit Perjeta und Herceptin fortgesetzt werden. Administration: Verdünnung in einer 250ml 0,9% Natriumchlorid-Lösung, Glucoselösung (5%) darf nicht zur Verdünnung von Perjeta verwendet werden, da es sich in solchen Lösungen als instabil erwiesen hat. Perjeta darf nicht mit anderen Arzneimitteln gemischt oder verdünnt werden. Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. Interaktionen: Es bestehen keine Hinweise auf pharmakokinetische Interaktionen von Perjeta und den gleichzeitig verabreichten zytotoxischen Wirkstoffen Herceptin, Docetaxel, Gemcitabin, Erlotinib bzw. Capecitabine. Warnhinweise: Unter Behandlung mit Perjeta wurden Infusions- und Überempfindlichkeitsreaktionen beobachtet. Daher wird eine engmaschige Überwachung des Patienten empfohlen. Bei Patienten, die vorgängig eine Behandlung mit Anthrazyklinen oder eine Radiotherapie im Brustbereich erhalten haben, besteht ein höheres Risiko für eine Abnahme der LVEF. Die LVEF soll vor Beginn einer Behandlung mit Perjeta und in regelmässigen Abständen (z.B. alle drei Monate) während der Behandlung bestimmt werden. Perjeta sollte während der Schwangerschaft und der Stillzeit nicht angewendet werden. Nebenwirkungen: Die häufigsten unerwünschten Wirkungen (>50%), waren Diarrhöe, Alopezie und Neutropenie. Die häufigsten unerwünschten Wirkungen vom Grad 3-4 (>10%) waren Neutropenie, febrile Neutropenie und Leukopenie. Weitere relevante selektierte Nebenwirkungen: Anämie, periphere Neuropathie, Linksventrikuläre Dysfunktion einschliesslich symptomatischer linksventrikulärer systolischer Dysfunktion, Übelkeit, Erbrechen, Rash, Erschöpfung, Asthenie, Fieber, verminderter Appetit, Dyspnoe, Stomatitis, Alopezie, Pruritus, Myalgie und Arthralgie. Packungsinformationen: Packung mit 1 Durchstechflasche zu 14ml (30mg/ml). Ausführliche Angaben, insbesondere zu Vorsichtsmassnahmen und unerwünschten Wirkungen, entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz® (www.kompodium.ch). Stand August 2012.



Stomaberatung – ein wesentlicher Faktor für die Lebensqualität von Stomaträgern



Brigitte Müller Monica Stöckli

Eine Stomaberatung durch speziell geschultes Fachpersonal ist für die betroffenen Patienten äusserst wichtig. Sie lernen nicht nur, wie sie ihr Stoma pflegen müssen, sondern sie werden auch bei der Wiedererlangung ihrer Selbständigkeit unterstützt. Die ambulante Betreuung ermöglicht, Komplikationen vorzubeugen und entstehende Schwierigkeiten zu bewältigen.

Vor 40 Jahren trugen Stomaträger noch Gummibeutel oder selbstklebende Plastikbeutel. Der Geruch aus den Beuteln grenzte die Betroffenen aus der «normalen» Gesellschaft aus und war eine riesige psychische Belastung. Um diesen unwürdigen Zuständen ein Ende zu setzen, richtete das Inselspital 1973 eine Beratungsstelle für Patienten mit einem künstlichen Darmausgang ein, in der heute jährlich rund 300 Betroffene beraten werden. Ziel ist es, die Stomaträger und ihre Angehörigen so zu

beraten und zu unterstützen, dass sie eine maximale Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Mitbestimmung erlangen können.

Präoperative Beratung

Im Allgemeinen bleibt den Patienten wenig Zeit, sich mit der Situation, dass sie ein Stoma bekommen, auseinanderzusetzen. Es ist daher wichtig, dass das erste präoperative Gespräch in einer ruhigen Atmosphäre stattfindet. Es braucht Zeit, Raum und Vertrauen zu einer Fachperson, damit der Patient seine Ängste mitteilen und Fragen stellen kann.

Für die Pflegefachperson gilt es, in kurzer Zeit die individuellen Bedürfnisse, den Gesundheitszustand, die intellektuellen Fähigkeiten und das soziale Umfeld des Patienten zu erfassen. Mit Skizzen und Bildern werden dem Patienten die Lage, das Aussehen des Stoma und Sinn und Zweck des Eingriffs erklärt (Abbildung 1). Wir geben den Patienten auch immer die Broschüre der Krebsliga über die Colo- oder Ileostomie ab. Wenn der Patient Kontakt zu einem Stomaträger wünscht, organisieren wir diesen. Das Informationsgespräch soll auch dazu dienen, eine Perspektive für die weitere Betreuung aufzuzeigen. Das Wissen um eine gesicherte Nachbetreuung hilft, Ängste abzubauen.



Abb. 1: Informationsgespräch

Stomamarkierung

Der Ort, wo das Stoma angelegt werden soll, wird unter Einbezug des Patienten markiert (Abbildung 2). Dabei werden Lebensstil, Kleidungsgewohnheiten und Freizeitaktivitäten berücksichtigt. Damit der Patient das Stoma später selbst pflegen kann, sind folgende Faktoren wichtig:

- Der Patient muss das Stoma im Sitzen und im Stehen sehen können.
- Es sollte ober- oder unterhalb des Hosens- oder Rockbundes liegen.
- Das Stoma muss Abstand zu Bauchfalten, Bauchnabel, Narben und Knochenkanten haben (Rippenbogen, Beckenkamm).
- Das Stoma soll im Muskulus rectus abdominus zu liegen kommen.
- Ein schlecht positioniertes Stoma erschwert die Akzeptanz und die Rehabilitation massiv!

Postoperative Beratung

Der Anblick des Stomas und der Stuhlausscheidung löst oft Ekel aus. Das intakte Körperbild geht verloren, die Ästhetik wird beeinträchtigt. Dies löst Unsicherheit, Hemmungen und Schamgefühle aus. Die Anleitung zur Selbstpflege erfordert daher am Anfang viel Zeit und Geschick. Der Patient soll gefördert, aber nicht überfordert werden. Bei der ersten Beratung geht es darum, Verständnis zu zeigen für die Reaktionen von Trauer und Ablehnung. Der Patient wird ermutigt, über das Aussehen des Stomas zu sprechen. Ein wichtiger erster Schritt und oft der «Schlüssel» zum weiteren Vorgehen ist die erste Berührung. Meist sind die Patienten erstaunt, dass sich ihre Vorstellung nicht mit der Erfahrung deckt. Der erste Schrecken wird entschärft. In verschiedenen Schritten der Patientenedukation wird dem Patienten die Pflege des Stomas gezeigt, dann kann er den Beutel erstmals selbst entlee-



Abb. 2: Platzierung des Stomas



Abb. 3: Erlernen der Selbstpflege

ren, was in der Regel sehr motivierend ist. In einem weiteren Schritt pflegt der Stomaträger das Stoma selbst unter Anleitung, bis er sich sicher fühlt. Ist die Selbstständigkeit erlangt, begleitet die Stomaberaterin den Patienten noch mit konstruktivem Feedback.

In jeder Lernphase erhält der Stomaträger zusätzliche Informationen:

- Beobachtung der parastomalen Haut und der Schleimhaut
- Ernährung
- Körperbelastung (Hernienprophylaxe)
- Körperpflege, Baden, Duschen und Kleidung
- Bezug des Materials und der Abrechnung mit der Krankenkasse
- Selbsthilfegruppe / Freizeit / Reisen
- Partnerschaft / Sexualität

Ist die Selbstpflege nicht möglich, werden wenn immer möglich Angehörige miteinbezogen, die bereit sind, die Lernschritte stellvertretend einzuüben. Dies ist vor allem notwendig bei Kindern, psychisch Erkrankten oder demenzten Patienten.

Ambulante Beratung

Beim Spitalaustritt erhält der Stomaträger einen Termin für die Kontrollberatung. Sie dient dazu, dem Patienten Sicherheit und Unterstützung zu geben. Dabei wird die Wahl des Stoma-Materials überprüft und allenfalls angepasst. Bis zu einem halben Jahr nach definitiver Stomaanlage werden ambulante Folgeberatungen durchgeführt mit der Absicht, das Verständnis und die Moti-

vation zur Selbstpflege zu fördern. Patientenumfragen haben aufgezeigt, wie viele Stomaträger ihr Stoma vollständig unabhängig pflegen können (Abbildung 3). Der Stomaträger soll sich ausserdem in der Bewältigung der neuen Lebenssituation unterstützt und begleitet fühlen. Eine weitere Möglichkeit, Hilfe und Unterstützung im Alltag zu finden, bietet die Selbsthilfeorganisation ilco (www.ilco.ch, siehe Artikel auf Seite 19).

Reisen trotz Stoma

Eine weitere Patientenbefragung in den Sommermonaten 2003 zeigte uns, dass Stomaträger durchaus wieder Freude am Leben finden können. Von 40 befragten Personen bereisten 23 die Schweiz, umliegende Länder, den hohen Norden, Asien, Australien oder wagten gar den Sprung über den Atlantik; 17 Patienten bevorzugten es, zuhause zu bleiben. Lange Reisen bedürfen bezüglich der Stomaversorgung einer guten Planung. Die Stomaträger erhalten einen Stomapass, damit Stomaartikel im Handgepäck am Zoll keine Schwierigkeiten bereiten. Zudem verfügen wir über eine Adressliste von internationalen Stomaberatungsstellen.

Stomapflege bei Komplikationen

Es ist sehr wichtig, die Patienten zu schulen, so dass sie Frühzeichen einer Komplikation rasch erkennen und Gegenmassnahmen ergreifen können (Guyot, Montandon, & Valois, 2003). Besonders Hautirritationen werden gerne übersehen, da sie unter der Hautschutzplatte längere Zeit keine namhaften Beschwerden bereiten. Eine

Patientenbefragung bezüglich Komplikationen zeigte auf, dass Hautrötungen verschiedener Ursache am häufigsten auftreten (Abbildung 4).

Stomakomplikationen haben verschiedene Ursachen: fehlendes Wissen im Umgang mit dem Stoma, Veränderungen des Stomas im Verlauf der Zeit, eine chirurgisch mangelhafte Stomaanlage oder fehlerhafte Ernährung. Stomaberaterinnen sollen für die Prophylaxe von Komplikationen bereits präoperativ in die Pflege miteinbezogen werden. So zeigte eine Studie, dass ohne präoperative Betreuung signifikant mehr postoperative Komplikationen zu beobachten waren als bei Patienten mit präoperativer Beratung (Bass et al., 1997).

Patienten, die sich mit dem Stomamaterial unsicher fühlen, müssen unbedingt ermutigt werden, sich auf einer Beratungsstelle zu melden, damit nach einer befriedigenden Lösung gesucht werden kann. Ein Colostomieträger erhält einen jährlichen Pauschalbetrag von CHF 6300, ein Ileostomieträger erhält CHF 5400. Bei Stomaträgern mit Komplikationen entstehen häufig Mehrkosten, die für die Patienten belastend sind: Einerseits müssen sie mit den Komplikationen leben, andererseits müssen wir die Übernahme der Mehrkosten schriftlich beim Krankenversicherer beantragen.

Stomamaterial

Grundsätzlich steht uns heute eine grosse Produktvielfalt zur Verfügung. Im Vordergrund steht bei der Auswahl, dass das einzelne Produkt zum Patienten passt und er damit umgehen kann.

Die Produktwahl ist abhängig von der Stomaposition, der Form, der Beschaffenheit der Ausscheidung und nicht zuletzt von der Fingerfertigkeit des Patienten. Gute Kenntnisse über die Produkte und Erfahrung in der Beratung von Stomaträgern sind unabdingbar, um firmenneutral das geeignete Material anzupassen.

Die Haftzonen bestehen – abhängig von der Herstellerfirma – aus verschiedenen Adhäsivmaterialien, die mit anderen hydrokolloiden Wundaufgaben vergleichbar sind. Die Rezeptur des hautschützenden Adhäsivmaterials bestimmt den Grad seiner feuchtigkeitsbindenden und somit haftenden Eigenschaft. Die Haftdauer ist stark abhängig von der Konsistenz und von der Aggressivität der Ausscheidung, von der Prominenz des Stomas und von allfälligen Komplikationen. Auch verschiedene geruchshemmende Artikel wie Tropfen, Kapseln und Gels sind im Handel erhältlich. Die korrekte Handhabung des Materials und ein gut angepasstes System sind jedoch das A und O für die Geruchsneutralität. Salben, Kamillosan, Betadine, Äther und Wundbenzin dürfen in der Stomapflege nicht angewendet werden. Sie vermindern die Haftbarkeit der Adhäsivplatte.

Kurzfristige Kontinenz dank Irrigation

Die Irrigation ist eine spezielle Art der Darmspülung, bei welcher der ganze Dickdarm entleert wird. Nach einer Irrigation braucht sich der Patient während 24–48 Stunden nicht um die Ausscheidung zu kümmern, eine diskrete Abdeckung des Stomas mit einem Minibeutel ist möglich, es gibt fast keine Darmgeräusche, das Teilnehmen am gesellschaftlichen Leben kann sorgloser erfolgen (kulturelle Anlässe, Sexualität, Sport etc.). Eine Irrigation erfordert allerdings einen Zeitaufwand von ungefähr 60 Minuten und sollte regelmässig jeden 2. oder 3. Tag ausgeführt werden. Die Instruktion für die Irrigation erfolgt in zwei bis drei Sitzungen bei der Stomaberatung.

Wer sind die Stomaberaterinnen?

Die Stomaberaterin ist eine speziell ausgebildete Pflegefachfrau für den Bereich

Stoma, Inkontinenz und Wundversorgung. Die Schweizerische Vereinigung der Stomatherapeuten wurde 1990 gegründet. Das Ziel ist der Zusammenschluss von Stomatherapeuten, um die Interessen der Patienten zu wahren und zu fördern.

Die Stomaberaterin baut eine Vertrauensbeziehung auf und führt wenn möglich die Pflegeleistung kontinuierlich weiter. Sie erbringt ihre Dienstleistung im Spital, ambulant oder nach Bedarf in anderen Institutionen. In der Schweiz besteht ein gut ausgebautes Netz von stationärer und ambulanter Stomaberatung. Das Berufsprofil der Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten in

der Schweiz ist auf www.stoma-ch.com ersichtlich.

Monica Stöckli, Brigitte Müller
 Viszerale Chirurgie und Medizin
 Stomaberatung B 156
 Freiburgstrasse, Inselspital Bern,
 CH-3010 Bern
darm-stoma-erw@insel.ch

Literatur:

- Bass, E. M., Del Pino, A., Tan, A., Pearl, R. K., Orsay, C. P., & Abcarian, H. (1997). Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Diseases of the colon and rectum*, 40(4), 440-442.
- Guyot, M., Montandon, S., & Valois, M. F. (2003). [Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients]. *Annales de chirurgie*, 128(9), 642-643.

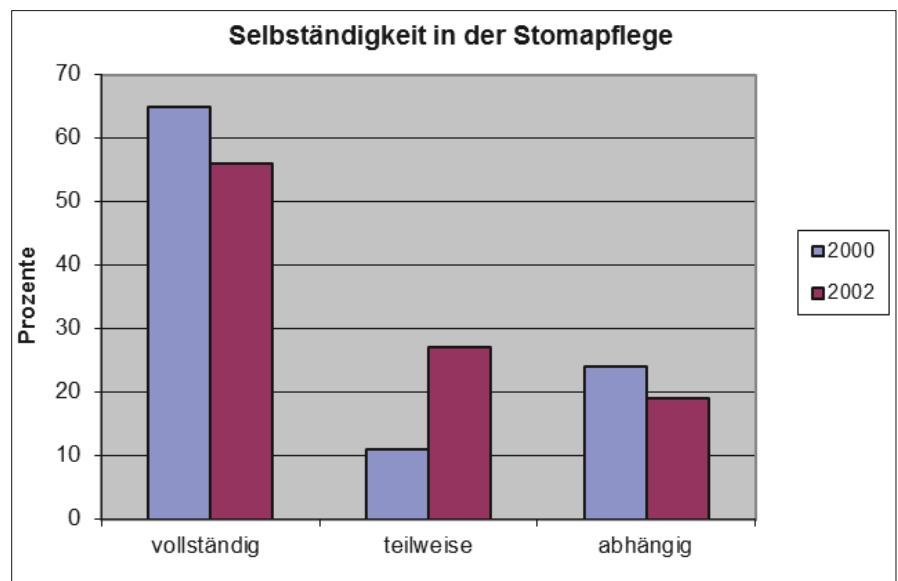


Abb. 3: Selbstständigkeit bei der Stomapflege

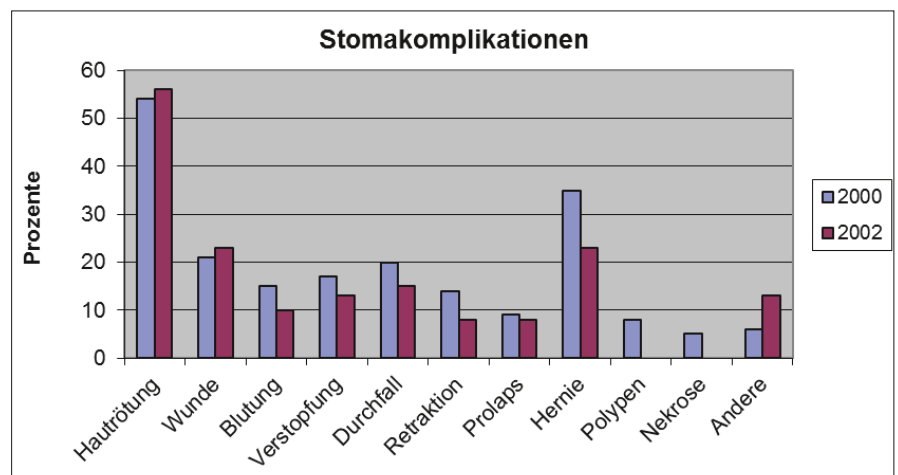


Abb. 4: Die häufigsten Stomakomplikationen



L'infermiere/a stoma-terapista e i pazienti portatori di una stomia digestiva o urinaria



Cristina Treter

L'articolo evidenzia, in base ad un'esperienza diretta, quale dovrebbe essere il ruolo dell'infermiere/a stoma-terapista nel preparare e accompagnare il paziente a convivere con una stomia digestiva o urinaria e ad accettare la sua nuova immagine corporea.

La parola stomia deriva dal greco e significa: «bocca, apertura». Ci sono vari tipi di stomie, le stomie digestive, urinarie, le gastrostomie, le tracheostomie. Fra di esse differenziamo inoltre le stomie temporanee o protettive, da quelle permanenti.

Diverse tecniche chirurgiche portano al confezionamento di una stomia. L'operatore crea un'apertura tramite incisione nella parete addominale esterna mobilizza l'intestino e ne estrae un segmento (ansa), lo rovescia e lo abbocca alla cute dell'addome con dei punti mucocutanei singoli per mantenerlo fisso in superficie. Cosa significa realmente nella quotidianità questo tipo di intervento per il pa-

Keynotes

Cosa sappiamo già sull'argomento?

La creazione di un'apertura artificiale a livello cutaneo è condizione indispensabile, in molti pazienti con patologie diverse, per consentire un'adeguata funzionalità dell'apparato digerente o urinario. Nell'assistenza infermieristica a queste persone, oltre agli aspetti tecnico-pratici di gestione della stomia e di prevenzione delle sue possibili complicanze, molta importanza hanno anche gli aspetti educativi e relazionali per sostenere i pazienti nel processo di accettazione e adattamento a una loro nuova immagine corporea.

Quale contributo da l'articolo al sapere?

L'articolo evidenzia, sulla base dell'esperienza di chi scrive, quale sia il ruolo dell'infermiere/a stomaterapista lungo il percorso, più o meno lungo, di apprendimento del paziente nell'imparare a convivere con la sua stomia digestiva o urinaria. Saper informare il pazi-

ente, saper rispettare i suoi tempi e sapergli comunicare vicinanza ed attenzione, sono considerati aspetti molto importanti di una assistenza infermieristica efficace.

Qual è l'importanza per la pratica?

L'assistenza ai malati con una stomia, per essere efficace, richiede un approccio olistico da parte dell'infermiere/a stomaterapista che, quando possibile, dovrebbe iniziare ancora prima dell'intervento chirurgico e accompagnare i pazienti lungo il loro personale percorso di adattamento, aiutandoli con l'uso della parola, della tecnica e della relazione. Intervento che viene integrato e potenziato dall'essere parte di un team multidisciplinare in grado di aiutare questi malati a ritrovare, attraverso contributi professionali diversi, tranquillità e sicurezza nella loro nuova situazione.

ziente; iniziamo dal colloquio pre-operatorio. Esso si svolge con il chirurgo e la stomaterapista, nel caso di intervento elettivo. Questo incontro è di grande aiuto al paziente non solo dal lato informativo ed umano (si stabilisce un primo contatto curante-paziente), ma pure da quello pratico. La stomaterapista in questa occasione sceglie con il paziente un punto dove il chirurgo in seguito confezionerà la stomia. Il marcaggio avviene secondo dei criteri predefiniti. È un aspetto molto importante perché permette in seguito una gestione autonoma della stomia al paziente (stomia visibile, accessibile) Si valuta anche il suo abbigliamento in modo da, nel limite del possibile, evitare un cambiamento del vestiario. Considerando che egli si dovrà già confrontare con una nuova immagine corporea.

Purtroppo però, questo tipo di intervento succede spesso in casi d'urgenza. In queste situazioni non è sempre fattibile

informare adeguatamente il paziente. Il chirurgo si vede costretto a procedere per non mettere a rischio ulteriormente la vita del paziente ed evitare altre gravi complicazioni. In queste circostanze, non sempre la stomia si trova in una posizione ottimale, complicandone in seguito la sua gestione. Fortunatamente, di regola, queste stomie non sono permanenti.

Il compito della stomaterapista oltre all'accompagnamento nel periodo post-operatorio, dove il paziente viene istruito ed aiutato nella gestione e cura della sua stomia, è anche quello del colloquio informativo collaborando con il medico ed i curanti, coinvolgendo, se il paziente lo desidera, la sua famiglia. Lo scopo di questi incontri è quello di aiutare lo stomizzato a ritrovare la sua autonomia e la sua sicurezza nella vita quotidiana. Svegliarsi dopo un complesso intervento chirurgico e ritrovarsi con una stomia senza nemmeno sapere con



Ricevuta dalla Ditta Dansac fornitrice di materiale per stomizzati, presente nel loro opuscolo in merito alla riabilitazione del paziente stomizzato, esercizi che fortificano i muscoli addominali dopo l'intervento di laparotomia con posa di una stomia.

esattezza che cosa sia, è un vero shock per il paziente che non dobbiamo sottovalutare. Alcuni pazienti all'inizio si rifiutano di guardare il cambiamento sul loro corpo. In questa fase delicata è di fondamentale importanza essere vicino al paziente per aiutarlo ad accettare la nuova situazione, rispettando i suoi ritmi e secondo le sue condizioni generali di salute. Una corretta informazione a lui comprensibile, lo tranquillizza e diminuisce la sua paura, assicurando anche la sua famiglia.

Attraverso cure infermieristiche mirate in stretta collaborazione con un team interdisciplinare che comprende oltre la stomaterapista, il medico, i curanti, la nutrizionista, se fosse il caso lo psicologo, a volte la fisioterapista, se richiesta, anche la/il sessuologa/o il servizio sociale e le cure domiciliari (se necessarie), si instaura un sostegno costruttivo con il paziente che gli permette di ritro-

vare un equilibrio con la sua persona e la nuova immagine corporea.

L'essere umano ha tante risorse, nel momento del bisogno affiorano, permettendogli di riprendersi in mano. Per noi curanti è fondamentale valutare le difficoltà iniziali che questo tipo di paziente incontra e non diminuirle. Per esempio, la comunicazione non verbale è un grande aiuto. Attraverso la mimica, il paziente ci trasmette importanti informazioni che non si sente ancora di verbalizzare. Anche la nostra mimica non sfugge al paziente. Specialmente quando, durante il cambio della sacca, l'odore è penetrante. All'inizio egli vive questo momento con grande imbarazzo, paragonabile al paziente che perde il controllo del suo liquido corporeo.

Una parola di conforto onesta, reale, lo aiuta a superare meglio questo confron-

to per lui sgradevole. Inoltre, può essere uno stimolo per volere apprendere in fretta la gestione autonoma della stomia, se le sue condizioni psico-fisiche glielo permettono.

Non va dimenticato che spesso questi pazienti sono confrontati oltre alla stomia, con la diagnosi di un cancro. Pertanto, nella nostra funzione di curanti, non dobbiamo scordarci del fardello che pesa sul paziente e la sua famiglia. Non da ultimo, dopo la dimissione certi pazienti iniziano dei trattamenti di radioterapia o chemioterapia. Un peso notevole da elaborare. Il nostro compito, in stretta collaborazione con il medico, è proprio quello di dimostrare la nostra presenza la nostra comprensione ed insieme programmare la dimissione in modo mirato ed adattato al singolo individuo ed alla sua casistica.

Durante gli incontri ambulatoriali in stomaterapia proposti al paziente dopo la



dimissione, tutti questi aspetti vengono nuovamente discussi ed elaborati con il paziente e la sua famiglia, coinvolgendo, dove è necessario il medico. La stomaterapista si occupa inoltre di consigliare il paziente riguardo al materiale da utilizzare più idoneo al suo tipo di cute e stomia. Si esercita con il paziente mostrandogli utili trucchi del mestiere. Lo mette al corrente delle istituzioni presenti sul territorio in grado di fornirgli eventuali sostegni, quali il gruppo d'interesse per pazienti stomizzati e le loro famiglie (ILCO), come pure la Lega contro il Cancro.

Il reinserimento professionale, quindi nella società, la possibilità di tornare a praticare lo sport, eccetto quelli estremi. Suggestivi pratici nel caso desiderasse intraprendere un viaggio, lo stoma-pass che contiene informazioni in merito al tipo di stomia ed al materiale in uso, nel caso di un ricovero fuori Cantone o all'estero, tutti questi aspetti rientrano nei diritti del paziente stomizzato. La carta dei diritti è stata creata in collaborazione con la IOA (International Ostomy Association), è pertanto obiettivo essenziale dell'Associazione delle Stomaterapiste che tutti i pazienti con una stomia permanente o temporanea, siano aiutati a ritrovare una qualità di vita soddisfacente, dopo questo tipo di intervento, regola valida in tutti i Paesi del mondo.

Un altro aspetto molto importante per il paziente stomizzato è la sessualità. Di solito non è un argomento sul quale i pazienti si espongono all'inizio del nuovo percorso di vita con una stomia, salvo qualche eccezione. Nel caso in cui il paziente è sottoposto a prostatectomia radicale, l'urologo discute con l'interessato questo particolare delicato. Da non sottovalutare alcune resezioni del basso retto complesse con posa di colostomia terminale e chiusura del perineo, per entrambe i sessi, ma specialmente per l'uomo. È fondamentale che durante il colloquio preoperatorio, se possibile, il chirurgo informi bene il paziente, se ci fosse questo rischio. Da parte mia, quando vedo che il paziente gestisce bene la sua stomia e sta ritrovando il

suo equilibrio nella vita, discretamente apro l'argomento sessualità, in modo da poter capire se devo interpellare la giusta figura professionale per dare un ulteriore sostegno anche in questo senso al paziente.

Oggi giorno le tecniche chirurgiche hanno visto una grande evoluzione. Questo ci permette di evitare che il paziente viva la stomia come una mutilazione o comprometta la sua vita sessuale. Auspicabile per un percorso riabilitativo competente e professionale, rimane la stretta collaborazione dei Curanti nelle loro varie funzioni, in modo da poter garantire ai pazienti una continuità delle cure nel rispetto e nella trasparenza.

La stomia non deve isolare colui che la porta, tanto meno deve rimanere un tabù. Il dialogo, l'ascolto, la comprensione come pure il sostegno individuale agevolano l'accettazione della nuova situazione e delle sue sfide. Dopo ogni tramonto, segue una nuova alba, l'impossibile diventa possibile, la paura si trasforma in fiducia e nuova voglia di vivere.

*Cristina Treter
Stomaterapista
Ospedale Civico
Via Tesserete 46
6900 Lugano
Cristina.Treter@eoc.ch*

Keynotes

Der Stomatherapeut / die Stomatherapeutin und die Patienten mit einem Darm- oder Urinstoma

Was wissen wir über das Thema?

Ein operativ angelegtes Stoma ermöglicht für viele Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen eine adäquate Funktion des Verdauungssystems oder des Hartraktes. Die pflegerische Begleitung dieser Personen umfasst technische und praktische Aspekte im Umgang mit dem Stoma, die Vorbeugung von möglichen Komplikationen, die Berücksichtigung von Edukation und Beziehungsgestaltung um beim Akzeptierungs- und Adaptionsprozess zum veränderten Körperbild unterstützen zu können.

Welchen Wissensgewinn bringt der Artikel?

Der Artikel stellt basierend auf den Erfahrungen der Autorin die Rolle der Stomatherapeutin bei der Begleitung des Patienten auf seinem Weg dar, während dem er lernt mit seinem Darm- oder Urinstoma zu leben.

Wichtige Aspekte bei einer wirksamen pflegerischen Unterstützung sind: Ihn zu informieren, seinen Zeitbedarf zu respektieren und aufmerksam zu kommunizieren.

Welche Bedeutung hat das Thema für die Praxis?

Die Unterstützung von Patienten mit einem Stoma verlangt einen ganzheitlichen Ansatz der Stomatherapeutin. Diese Unterstützung sollte wenn möglich schon vor der chirurgischen Intervention beginnen und den Patienten während seinem Adaptionsweg begleiten. Dies wird mit helfenden Worten und mit Techniken der Beziehungsgestaltung gefördert. Diese Interventionen gelingen verstärkt in einem multidisziplinären Team, in welchem unterschiedliche Fachpersonen sich ergänzen und den Patienten Ruhe und Sicherheit vermitteln.

Primärprävention? Sekundärprävention? Tertiärprävention?

Das Wort Prävention stammt aus dem Lateinischen: «prävenire» heisst «zu-vorkommen». Unter Prävention werden Massnahmen verstanden, die darauf ausgerichtet sind, Gesundheit zu fördern, Krankheiten und Unfälle zu verhüten und das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen (Lauber & Schmalstieg, 2004, S. 5).

Primärprävention bedeutet, die Krankheitsentstehung zu verhindern, indem krankheitsverursachende Faktoren beim gesunden Menschen beseitigt werden. Das Ziel ist, dass gesunde Menschen gesund bleiben. Unter unspezifischer Primärprävention versteht man allgemeine

gesundheitsfördernde Massnahmen zur Reduktion des generellen Krankheitsrisikos (z.B. Sport, gesunde Ernährung), spezifische Primärprävention sind Massnahmen zur Vorbeugung von bestimmten Erkrankungen (z.B. Impfungen).

Sekundärprävention bedeutet die möglichst frühe Erfassung von Risiken und die Erkennung von bereits vorhandenen Erkrankungen in einem Stadium, in dem noch Aussicht auf Heilung besteht. Dadurch soll das Fortschreiten der Erkrankung verhindert oder ein günstiger Krankheitsverlauf gefördert werden. Ein Beispiel ist die Früherkennung des kolorektalen Karzinoms mittels Tests auf

okkultes Blut oder endoskopischen Untersuchungen.

Unter **Tertiärprävention** werden die positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs bei Krankheiten in klinischem Stadium und die Verhinderung von Rezidiven verstanden. Dies geschieht zum Beispiel durch Einnahme von Medikamenten oder Nachkontrollen.

Sara Pöhler-Häusermann

Literatur:

Lauber, A., & Schmalstieg, P. (2004). Prävention und Rehabilitation. Stuttgart: Thieme.

pfmmedical

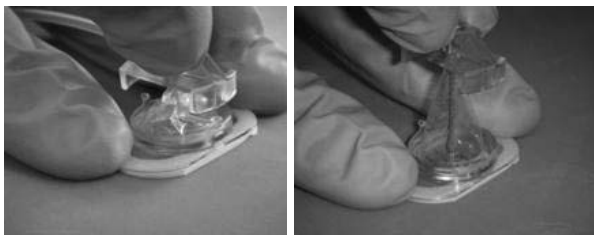
 **ONCOMEDICAL**

JETCAN Safe II – Schutz auf höchstem Niveau

Unsere **JETCAN Safe II** Portnadel geht einen Schritt weiter und schützt Sie als Anwender in zweifacher Hinsicht:

1. Schutz vor **Stichverletzungen** durch den integrierten Mechanismus beim Ziehen der Nadel.
2. Schutz vor **Kontamination** durch das Kunststoff Zelt, welches die Nadel, nach dem Ziehen, völlig von der Umwelt isoliert.

Die Nadel bleibt nach dem Ziehen hinter einem durchsichtigen „Zelt“ aus festem Kunststoff verborgen. Dieser Mechanismus verhindert Stichverletzungen aber auch die Übertragung von Keimen.



- ✓ Sehr einfach in der Handhabung
- ✓ Integrierter Schutz vor Nadelstichen und Kontamination
- ✓ Nadel ist nach dem Ziehen vollständig isoliert
- ✓ Basis ist in der Höhe verstellbar

Die **JETCAN Safe II** ist mittlerweile die am meist verkaufte Portnadel mit Stichschutz in der Schweiz. Wie auch die implantierbaren Portsysteme (T-Port Contrast), wird sie in der Schweizer Uhren-Metropole La Chaux-de-Fonds hergestellt. **JETCAN Safe II** - Sicherheit zu einem fairen Preis.

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

ilco – die Vereinigung für Stomaträger



Sara Pöhler-Häusermann

Es ist nicht einfach, mit einem Stoma zu leben. Der Austausch unter Betroffenen kann entscheidend zur besseren Bewältigung des Alltags beitragen. Dafür gibt es die Selbsthilfeorganisation «ilco Schweiz», die Schweizerische Vereinigung der regionalen Gruppen von Stomaträgern, sowie deren 13 regionale ilco-Gruppen.

«Niemand weiss und spürt so gut wie die Betroffenen selber, was sie für ihr Wohlbefinden benötigen und wie alltägliche Probleme gelöst werden können». So stellt die Selbsthilfeorganisation ilco Schweiz auf ihrer Website dar, wie wichtig sie für Betroffene sein kann. Die Abkürzung ilco steht für Ileostomie, Colostomie und Urostomie. Es handelt sich um eine gemeinnützige Vereinigung; beitreten können Betroffene, aber auch Angehörige und Gönner. Die ilco finanziert sich über die jährlichen Mitgliederbeiträge, Beiträge der Krebsligen und

der Lieferanten von Versorgungssystemen sowie durch Spenden. Zweimal jährlich erscheint ein Informationsbulletin, das «ilco-Bulletin».

Regional- und Gesprächsgruppen

Die ilco besteht aus 13 Regionalgruppen in folgenden Kantonen/Regionen: Aargau, Basel, Bern, Fribourg, St. Gallen, Südostschweiz, Thurgau, Neuchâtel, Tessin, Zentralschweiz, Vaud, Valais/Wallis und Zürich. Es sind selbstständige, gemeinnützige regionale Vereinigungen. Jede Gruppe wird von einem ehrenamtlichen Vorstand geleitet. Dieser hat auch Kontakt zu Stoma-Therapeutinnen und Krebsligen.

Ausser dem Erfahrungsaustausch in Gesprächsgruppen wird der Kontakt zwischen den Betroffenen an Versammlungen, Vorträgen, Informationsveranstaltungen (z.B. über neue Versorgungssysteme) und auf Ausflügen gepflegt. Gerade in den ersten Monaten nach der Stoma-Anlage neigen viele Betroffene dazu sich zurückzuziehen. Hier kann der Kontakt zu anderen Stomaträgern sehr wertvoll sein: Die Patienten müssen lernen, Vertrauen in ihren Körper und in ihr Versorgungssystem zu haben – aber auch mit Geruch, Geräuschen und nicht immer ganz auszuschliessenden Pannen umzugehen.

Die ilco betont, dass das Vorurteil, in den Gesprächsgruppen werde vor allem über die Situation gejammert, nicht zutrefte. Im Zentrum stehe der Austausch von Informationen, die das Leben mit einem Stoma erleichtern. Auch der Humor hat einen wichtigen Stellenwert: «Nicht selten wird auch über erlittene Pannen gelacht, denn mit Humor geht vieles leichter.»

Besucherdienst

Speziell ausgebildete ilco-Mitglieder, die selbst langjährige Stomaträger sind,

werden für den Besucherdienst ausgebildet. Auf ehrenamtlicher Basis besuchen sie auf Wunsch Patienten, die vor einer Stoma-Operation stehen. Der Besucher geht auf alle Fragen bezüglich Stoma ein, gibt aber keine medizinischen Ratschläge. Für Patienten kann es entlastend sein, von den Erfahrungen einer ebenfalls betroffenen Person zu hören, wie diese die Herausforderungen des Alltags meistern gelernt hat.

Kontakt

Alle Informationen zur ilco Schweiz und zu den einzelnen Regionalgruppen findet man auf www.ilco.ch. Bei einer Anmeldung für eine Regionalgruppe, werden die Angaben zur Person vertraulich behandelt.

Sara Pöhler-Häusermann

Literatur:

ilco Schweiz. (n.d.) ilco – die Schweizerische Vereinigung der regionalen Gruppen von Stomaträgern. Retrieved October 08, 2012, from www.ilco.ch.



Professionelle Betreuung in familiärer Atmosphäre

Das onkologische Ambulatorium am Kantonsspital St. Gallen, Standort Rorschach



Rita Arndt

Bernadette Sprenger

Das kleine Behandlungsteam des onkologischen Ambulatoriums in Rorschach gewährleistet eine persönliche Betreuung – genau dies schätzen die Patienten und ihre Familien. Als Teil des Unternehmens Kantonsspital St. Gallen profitiert das Ambulatorium vom Zentrumsspital.

Zum Unternehmen Kantonsspital St. Gallen (KSSG) gehören ausser dem Kantonsspital in St. Gallen auch die Grundversorgungsspitäler Rorschach und Flawil, die medizinisch, logistisch und personell integrierte Bestandteile des Unternehmens KSSG sind. Das onkologische Ambulatorium in Rorschach ist für die Region Rorschach und Umgebung zuständig. In der heutigen Form existiert es seit 2005.

Im Ambulatorium werden ambulante Chemotherapien, Antikörpertherapien, Immunglobulintherapien, Bisphosphonattherapien, Schmerztherapien, Erythrozyten-Transfusionen und therapeutische Punktionen durchgeführt. Auch Patienten mit palliativer Zielsetzung wer-

den umfassend begleitet und betreut, um mit gezielten Interventionen ihre Lebensqualität zu verbessern.

Kleines Team – persönliche Beziehungen

Im Ambulatorium arbeiten Ärzte, Pflegefachpersonen, Assistenzpersonal, Sekretärinnen und Raumpflegerinnen zusammen. Das Pflege-Team besteht aus fünf Pflegefachfrauen (Stationsleitung mit 80 Stellenprozent, Pflorgeteam mit insgesamt 230 Stellenprozent). Alle Pflegenden bringen eine mehrjährige Berufserfahrung mit und besuchten teilweise die Weiterbildung zur Höheren Fachausbildung in Onkologie. Eine Pflegeassistentin (50%) ergänzt das Team. Eine Rotkreuzhilfe aus dem Springerpool des Unternehmens leistet bei Bedarf zusätzliche Unterstützung. Durch die überschaubare Grösse des Pflgeteams ist es möglich, persönliche Beziehungen zu den Patienten aufzubauen.

Erstkontakt mit Pflegeanamnese

Die Patienten werden oft über den Hausarzt zu einer ambulanten oder stationären Abklärung überwiesen und je nach Diagnose im onkologischen Ambulatorium weiter behandelt. Auch das interprofessionelle Tumorboard weist Patienten ins Ambulatorium zu. Oft werden Patienten im Ambulatorium weiterbehandelt, welche vorher im Kantonsspital St. Gallen therapiert wurden.

Die Pflegenden sehen die Patienten meistens am Tumorboard ein erstes Mal, das heisst bei der Besprechung mit dem Onkologen vom KSSG. Wenn möglich führt die Pflegenden, die beim Tumorboard anwesend war, auch die Ersttherapie durch – das gibt dem Patienten Sicherheit und Vertrauen. Beim Erstkontakt mit dem Patienten wird eine Pflegeanamnese erhoben, die Bedürfnisse des Betroffenen festgehalten und gemäss der pflegerischen Ein-



Einblick ins Ambulatorium

schätzung individuelle Pflegeinterventionen geplant. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Erfassung von belastenden Symptomen.

Abwechslungsreicher Pflegealltag

Die Pflegenden des Ambulatoriums sind täglich mit herausfordernden Pflegesituationen konfrontiert. Die Vielfalt der anstehenden Aufgaben gestaltet den Pflegealltag abwechslungsreich. Regelmässige Aufgaben sind sowohl pflegetechnische Verrichtungen wie das Anstechen von Port-a-Caths, Legen von peripheren Venenkathetern und Blutentnahmen, Richten und Anhängen von Infusionen wie auch die individuelle Beratung und Begleitung von Patienten und Angehörigen. Interprofessionelle Besprechungen wie das Tumorboard (jeden Dienstag), Fallbesprechungen und administrative Aufgaben wie Abrechnungen, Leistungserfassung, sowie die Pflegedokumentation komplettieren den Arbeitsalltag. Die Familienangehörigen begleiten die Patienten oft zur Chemotherapie. Gespräche werden wenn möglich mit dem Patienten und seinen Angehörigen geführt. Dabei werden aktuelle Probleme (z.B. bezüglich Essen, Medikamenteneinnahme, Müdigkeit, Angst) erfasst,



verschiedene Interventionen aufgezeigt und mit dem Patienten und deren Angehörigen diskutiert. Diejenigen Interventionen, welche der Patient in seinem Alltag integrieren kann und akzeptiert werden initiiert.

Der Tagesablauf

Das Pflorgeteam arbeitet von Montag bis Freitag jeweils von 8:00 bis 17:00 Uhr. Bei Arbeitsbeginn werden die zur Therapie erwarteten Patienten und wichtige Tagetermine besprochen sowie Vorbereitungen für die Therapien getroffen. Anschliessend erfolgt eine kurze Patientenbesprechung mit dem Arzt. Von 08:30 bis 12:30 Uhr werden maximal vier Patienten parallel behandelt und betreut. Nach einer halben Stunde Mittagspause treffen die Pflegenden Vorbereitungen für den Nachmittag, bevor von 13:30 bis 16:30 Uhr wieder Patienten behandelt werden. Nach einer kurzen Tagesreflexion und der Vorbesprechung des Folgetags erfolgen letzte administrative Arbeiten.

Aktive Rolle im Netzwerk Onkologie Ostschweiz

Das Team des onkologischen Ambulatoriums Rorschach arbeitet im Netzwerk Onkologie Ostschweiz mit. Es handelt sich dabei um eine Kooperation zwischen den verschiedenen Spitalregionen der Ostschweiz, Spitälern, Organisationen (zum Beispiel der Kantonalen Krebsliga) und Fachpersonen. Die Zusammenarbeit basiert auf den Grundsätzen der Interdisziplinarität und Interprofessionalität, es sind also verschiedene Berufsgruppen vertreten. Unter anderem werden standardisierte pflegerische Handlungs- und Behandlungsabläufe entwickelt. Mitglieder aus dem Pflorgeteam sind in verschiedene Projekte involviert, zum Beispiel zu Ernährung und Tumorkachexie. Für das Pflorgeteam ist es wichtig, den Betreuungsstandard zu halten und zu verbessern – dabei ist es offen für Neues. Unter anderem wird im Moment eine engere Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst sowie der Psychosomatik diskutiert.

Die Pflegefachpersonen des Ambulatoriums verbinden mit ihrem Arbeitsort zwei zentrale Vorteile. Einerseits ist die Grösse überschaubar, sie ermöglicht eine familiäre und professionelle Atmosphäre für die Patienten. Andererseits profitiert das Ambulatorium vom Kantonsspital St. Gallen – dank der engen Zusammenarbeit können verschiedene fachliche Ressourcen zum Wohl der Patienten und ihrer Familien eingesetzt werden.

*Rita Arndt,
MAS HSM
Leitung Pflege, Departement Pflege
Onkologisches Ambulatorium
Spital Rorschach
rita.arndt@kssg.ch*

*Bernadette Sprenger
dipl. Pflegefachperson HöFa I Onkologie
Stationsleitung
Onkologisches Ambulatorium
Spital Rorschach
bernadette.sprenger@kssg.ch*



Team Onkologisches Ambulatorium

15 SCHWEIZER ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS

21. MÄRZ 2013 – BERN

«Exzellente Onkologiepflege»

realisierbar? messbar? bezahlbar? definierbar? wunderbar!

D = Deutsch, F = Französisch
d/f = Simultanübersetzung

D = allemand, F = français
d/f = traduction simultanée

Programm / Programmes

09.00	Generalversammlung Onkologiepflege Schweiz D/f Für Mitglieder der Onkologiepflege Schweiz	
	Assemblée générale de Soins en Oncologie Suisse Pour les membres de Soins en Oncologie Suisse	
10.00	Eröffnung Kongress / Ouverture du congrès D/f Begrüssung und Einleitung / Accueil et modération	Irène Bachmann-Mettler
10.10	Wenn nicht nur pflegeleichte Exzellenzen von Pflegekräften nach Kräften exzellent gepflegt werden. D/f Eine literarisch-humoristische Annäherung	Achim Parterre
	«Lorsque les soignants s'efforcent de ne pas donner d'excellents soins qu'aux seules Excellences faciles à soigner.» Une approche littéraire et humoristique	
10.20	Exzellente Onkologiepflege: Utopie oder Vision? D/f Des soins d'excellence en oncologie: utopie ou vision?	Maria Müller Staub
10.50	Exzellenzzentrum Onkologie: Warum? F/d Centres d'excellence en oncologie: pourquoi?	Anne-Claude Griesser-Delacrétaz
11.20	Pause	Besuch der Ausstellung Visite de l'exposition
12.00	Seminare Teil I / Séminaires partie I	
13.00	Mittagessen / Repas de midi	Besuch der Ausstellung Visite de l'exposition
14.00	Seminare Teil II / Séminaires partie II	
15.00	Pause	Besuch der Ausstellung Visite de l'exposition
15.30	Verleihung Förderpreis 2013 – Onkologiepflege Schweiz D/f Verleihung AFG Onkologie Preis – Beste Masterarbeit	Frédéric Fournier Manuela Eicher
	Remise du prix d'encouragement 2013 de Soins en Oncologie Suisse Remise du prix de l'AFG – meilleur travail de Master	
16.00	Brennen ohne auszubrennen D/f Brûler sans s'épuiser	Heinz Frei
16.15	Abschluss Kongress D/f Conclusion et fin de la journée	Irène Bachmann-Mettler

Anmeldung:
www.onkologiepflege.ch

Inscription:
www.soinsoncologiesuisse.ch



15^{ème} CONGRÈS SUISSE 21 MARS 2013 BERNE DES SOINS EN ONCOLOGIE

Des soins infirmiers d'excellence en oncologie
réalisable? mesurable? abordable? définissable? formidable!

Seminare Teil I / Séminaires partie I

12.00 bis 13.00 Uhr

- | | |
|--------------|---|
| Nr. 1
D/f | Sich sorgen um Betroffene – Ein Beitrag zur exzellenten Pflege. Wie kann «Caring» entwickelt und im heutigen Gesundheitswesen integriert werden?

Prendre soin de ceux qui sont touchés – Une contribution à des soins d'excellence Comment développer et intégrer le «Caring» dans les soins de santé actuels?

Hanna Mayer |
| Nr. 2
D | «Ich lose nöd, ich lose nöd...» – Gesprächsführung mit Kindern über belastende Themen
Rosanna Abbruzzese |
| Nr. 3
D | Facts and Figures – Update Onkologiepflege. Fachwissen als Grundlage für eine exzellente Pflege
Patrick Jermann, Angela van Zijl |
| Nr. 4
D | Sinnlicher Hörgenuss / Selbstpflege leben
Barbara Haller, Achim Parterre |
| Nr. 5
D | Ist exzellente Pflege unter SwissDRG finanzierbar?
Stephan Hänsenberger |
| Nr. 6
D | Aufbau von Pflegeexpertise: Das «Kompetenzteam Onkologische Pflege» im Kantonsspital Aarau
Vivien Rink, Petra Schäfer-Keller |
| Nr. 7
D | Spezialisierung für eine exzellente Pflege? Pro und Kontra Debatte
Hansruedi Stoll (pro), Ernst Näf (kontra) |
| Nr. 8
F | Expérience d'enseignement en oncologie au Maroc. Quel bilan d'excellence?
Sandy Decosterd, Florence Rochon |
| Nr. 9
F | «La montagne pour s'initier»
Suzanne Balimann-Oertli, Marie-Laure Moine |

Seminare Teil II / Séminaires partie II

14.00 bis 15.00 Uhr

- | | |
|---------------|---|
| Nr. 10
D/f | Sich selber Sorge tragen
Prendre soin de soi-même

Liselotte Dietrich |
| Nr. 11
D | Kinder-Palliativ-Zentrum Datteln: Konzept und Arbeit
Dörte Garske |
| Nr. 12
D | Breast Care Nurses – Ein Weg zur exzellenten Pflege?
Therese Grädel, Irene Brenneisen, Monika Biedermann
Sarah Stoll, Maria Weibel, Katrin Baumann |
| Nr. 13
D | Einfluss des Organisationssystems auf die Qualität der Pflege: Die beziehungsbasierte Pflege im onkologischen Ambulatorium IOSI, Bellinzona
Monica Bianchi, Susanna Brillì, Miriam Ravelli-Todeschini, Yvonne Willems Cavalli |
| Nr. 14
D | Ist exzellente ambulante Pflege unter TARMED finanzierbar?
Stephan Hänsenberger |
| Nr. 15
D | Palliative Care: Mosaiksteine, die zu Exzellenz führen
Hildegard Egolf-Zett, Barbara Steffen-Bürgi |
| Nr. 16
D/F | Resilienz fördern: Eine neue Herausforderung für Onkologiepflegende?

Encourager la résilience: Un nouveau défi pour les soins en oncologie?

Catherine Dubey, Manuela Eicher |
| Nr. 17
F | Comment faire pour que le proche s'épanouisse dans une difficile mission d'accompagnement?
Brigitte Chappuis-Baud, Irène Stuby |
| Nr. 18
F | La consultation en podologie – un projet infirmier
Sandy Decosterd, Florence Rochon |



Création d'une consultation de podologie pour les patients atteints de cancer



Florence Rochon

Keynotes

Que savons-nous déjà sur le sujet?

Le syndrome main pied spécifique en oncologie apparaît suite à l'administration de certaines chimiothérapies et/ou traitements par anticorps. Les lésions apparaissent dans les zones d'appui et de frottements des pieds ou de préhension des mains. Ce syndrome handicapant et douloureux pour le patient, peut entraîner l'arrêt ou la suspension du traitement.

A quoi contribue l'article?

Anticiper la survenue de cet effet secondaire

par une consultation par un podologue suffisamment tôt dans la prise en soin, permet d'améliorer la qualité de vie de la personne malade et une meilleure observance du traitement.

Quelle est l'importance de ce thème pour la pratique?

Une première dans la prise en soin du patient oncologique de façon pluridisciplinaire infirmière/podologue en Suisse. Une diminution voire une disparition du syndrome main-pied si la prise en charge est précoce.

Quotidiennement, les infirmières rencontrent des patients sous traitements anti cancéreux qui développent des erythro-dysesthésies palmoplantaires. Que peuvent-elles faire pour palier à cela?

Introduction

En juin 2010, je suis appelée en tant qu'Infirmière Spécialiste Clinique en oncologie (ISC) auprès d'une patiente ambulatoire pour un problème de chambre implantable.

Je lui propose de s'allonger sur un lit et elle se déchausse. Alors qu'elle n'a aucune plainte, aucune claudication, je m'aperçois que ses pieds sont rouges et cloqués.

En raison du syndrome main-pied, l'oncologue est obligé d'arrêter son traitement de chimiothérapie pour plusieurs semaines jusqu'à ce que son état cutané soit à nouveau correct.

Le syndrome main-pied se manifeste par des rougeurs douloureuses, des gonflements au niveau de la paume des

mains et de la plante des pieds ainsi que par de petites plaies et fissures.

Les patients recevant des thérapies ciblées telles que les anticorps monoclonaux (suffixe en -mab) ou les petites molécules per os à pénétration intracellulaire (suffixe en -nib) sont à risque d'avoir comme effets secondaires une toxicité induite au niveau palmo-plantaire et/ou unguéale avec un impact fonctionnel majeur.

Comment soutenir la qualité de vie des patients au travers une consultation de podologie?:

Quelques jours après cet événement, je rencontre la directrice de l'école de podologie à Genève et lui demande ce qu'on peut imaginer Ensemble pour soutenir les patients face aux effets secondaires du syndrome main-pied. En discutant avec des formateurs de l'école de podologie, ils me racontent que lors de congrès de podologues, ils ont déjà entendu des exposés sur les toxicités des pieds et ongles induites par les traitements anticancéreux mais ne sont que peu sollicités par les soignants et ne savent pas comment faire face à ces troubles.

L'école de podologie assure une permanence du lundi au vendredi au 7^e étage

des Hôpitaux Universitaires de Genève, et peut recevoir les patients oncologiques dans ses locaux, qu'ils soient suivis ambulatoirement ou hospitalisés. Il est décidé que la consultation de podologie sera menée par les étudiants de fin de deuxième année et de troisième année, sous la supervision des enseignants. En effet ceux-ci sont plus expérimentés, et il y a moins de risque de lésions lors des soins.

Nous décidons que cette prise en charge se fera lorsque les enseignants seront tous formés à la connaissance de ces effets secondaires et des différents traitements donnant des syndromes mains-pieds.

Je fais une présentation de l'oncologie et du syndrome main-pied à l'école de podologie pour tous les enseignants et la directrice.

Parallèlement une formation sur ce thème est proposée pour les étudiants de deuxième et de troisième année.

En accord avec le directeur des soins des HUG et la directrice de l'école de podologie, nous créons officiellement une consultation pour les pieds des patients oncologiques qu'ils soient hospitalisés ou ambulatoires. Les rendez-vous sont pris par les infirmiers des services d'oncologie. Lorsque les per-



sonnes sont hospitalisées, les étudiants se rendent dans les lits du malade. Les patients ambulatoires viennent dans les locaux de l'école de podologie (au sein de l'hôpital) sur rendez-vous et la consultation dure environ 1h30. Cette consultation, une première dans la prise en soin des patients oncologiques, est gratuite.

Depuis sa création, une quarantaine de patients a été prise en charge par la consultation ambulatoire de podologie. La majorité de ces personnes sont vues avant de commencer le traitement ou lors du premier cycle de chimiothérapie. Nous avons pu mettre en évidence qu'avant chaque début de traitement, il est nécessaire de faire un bilan podologique, d'enlever le maximum de kératose pour diminuer les frottements, voire de proposer des semelles orthopédiques pour décharger les appuis et ainsi éviter le syndrome main-pied.

Différents conseils sont prodigués par les élèves et leurs enseignants lors du soin

- Comment couper les ongles
- Masser les ongles avec une crème ultra grasse pendant les jours qui suivent le traitement (à base de lanoline et vit A). Le massage des paumes de mains et plantes de pieds avec une crème à base d'urée 10% est conseillé
- Mettre du vernis durcisseur sur les ongles des mains et des pieds un jour avant la cure et le garder un ou deux jours après. En effet les ongles se fragilisent et deviennent mous et cassants pouvant rendre la préhension d'objets très douloureuse
- Mettre systématiquement des gants pour faire le ménage ou la vaisselle car les nettoyants fragilisent les mains
- Ne pas utiliser de dissolvant à base d'acétone
- Privilégier les chaussures fermées

Nous avons constaté que les patients qui ont bénéficié de la consultation de podologie, n'ont pas souffert pas du syndrome palmo-plantaire induit par

leur traitement. Aucun traitement n'a été suspendu à cause de cet effet adverse.

Paroles de patients

«Quand j'ai eu cette consultation, j'avais mal sous le pied, je boitais: maintenant tout va bien, c'était un cor au pied»

«Un vrai moment de bonheur avec un massage, j'ai enfin appris à me couper les ongles et à observer mes pieds»

«Mes ongles de mains et de pieds tombaient, les élèves m'ont aidé à les soigner et depuis je souffre moins»

«Grace à leurs conseils, les fissures de mes doigts ont disparus et j'ai pu refaire mon passeport»

Au vu des résultats encourageants sur la qualité de vie des patients, la consultation de podologie devrait être proposée de manière systématique à tous les patients oncologiques en début de traitement et ce pour diminuer les complications de ce syndrome qui peuvent avoir une incidence sur l'observance du traitement.

Cette expérience a eu des impacts sur la formation en podologie dispensée à Genève. Les infirmières spécialistes cliniques en oncologie interviennent auprès des étudiants de deuxième année. De plus, dix heures de cours pendant la formation seront dédiés à l'oncologie dès 2013.

Conclusion

Cette collaboration Infirmier/Podologue a permis de développer une consultation dont les résultats sont encourageants et soutiennent la qualité de vie des personnes vivant l'expérience de la maladie cancéreuse. Elle a aussi conduit à une adaptation de la formation des podologues pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des personnes avec une maladie cancéreuse.

*Florence Rochon
ISC en oncologie
Hôpitaux Universitaires de Genève
florence.rochon@hcuge.ch*

Références

Pilet E., Chevreau C., & Sibaud V. (2010) Atteintes des pieds lors des thérapies ciblées cancéreuses. Le podologue scientifique.
<http://www.pedicure-podologue-royet.fr>

Keynotes

Schaffung einer podologischen Beratung für Krebspatientinnen und Krebspatienten

Was wissen wir über das Thema?

Das für die Onkologie spezifische Hand-Fuss-Syndrom tritt nach Chemo- und/oder Antikörpertherapie auf, v.a. an den Aufttritts- oder Reibungsflächen der Füße oder und an den Griffflächen der Händen auf. Für den Patienten bedeutet dies Schmerz und Behinderung und kann zum Abbruch oder Unterbruch der Therapie führen.

Welchen Wissensgewinn bringt der Artikel?

Erkennt die podologische Beratung während der Behandlung das Auftreten dieser

Nebenwirkung früh genug, so profitiert die erkrankte Person von einer besseren Lebensqualität, und die Behandlung kann besser befolgt werden.

Welche Bedeutung hat das Thema für die Praxis?

Es handelt sich in der Schweiz um eine Premiere in der multidisziplinären Behandlung von Krebspatienten zwischen Pflegefachpersonen und Podologinnen / Podologen. Erfolgt die Behandlung früh genug, könnte das Hand-Fuss-Syndrom seltener auftreten oder gar verschwinden.

Wie unterschiedlich verarbeiten Männer und Frauen mit Darmkrebs ihre Krankheit?



Maya Shaha

Titel der Studie

Erfahrungen und Coping-Strategien von Männern und Frauen mit Darmkrebs nach der Chemotherapie: eine qualitative, longitudinale Studie.

Zusammenfassung der Studie

Hintergrund

Darmkrebs ist die dritthäufigste Krebsart bei Frauen und Männern in entwickelten Ländern. Aufgrund von medizinischen Fortschritten ist die Überlebensrate bei diesem Krebs gestiegen. Nur wenige Studien haben mit der Lebenszeit der Patienten nach der Darmkrebstherapie befasst. Besonders die Coping-Mechanismen während des Krankheitsverlaufs sowie die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich Coping-Mechanismen sind kaum erforscht. Unterschiede bei Coping-Mechanismen werden weniger auf physiologische, hormonelle und genetische Unterschiede zurückgeführt als vielmehr auf den grossen Einfluss der sozialen Rolle im Alltag und im Krankheitsfall.

Ziel der Studie

Diese Studie hatte zum Ziel, die Unterschiede zwischen der Erfahrung von Frauen und Männern bezüglich der

Diagnosestellung und Behandlung von Darmkrebs zu untersuchen.

Methoden

Es wurde ein qualitatives, longitudinales, beschreibendes Design verwendet (McCaughan, Prue, Parahoo, McIlfratrick, & McKenna, 2011). Mit den Teilnehmenden wurden jeweils vier Interviews in einem Zeitraum von 18 Monaten durchgeführt. Das erste Interview fand nach dem chirurgischen Eingriff statt. Nach Abschluss der Chemotherapie wurde das zweite Interview durchgeführt. Interviews 3 und 4 wurden sechs respektive zwölf Monate nach Abschluss der Chemotherapie durchgeführt (Tabelle 1).

Alle Teilnehmenden hatten eine Darmkrebsdiagnose und wurden in einem regionalen Krebszentrum behandelt. Sie waren älter als 18 Jahre und sprachen Englisch. So war es möglich, eine grosse Zahl an möglichen Teilnehmenden in die Studie einzuschliessen. Die Rekrutierung erfolgte nach dem System der zweckgebundenen Stichprobe und fand zwischen November 2006 und Juni 2007 statt.

Die halbstrukturierten Interviews wurden aufgenommen und anschliessend wörtlich transkribiert. In den ersten zwei Interviews stand die Erfahrung und Erzählung der Teilnehmenden bezüglich der Diagnosestellung und der Krebsbehandlung im Mittelpunkt. Interviews 3 und 4 befassten sich mit der Erfahrung der Teilnehmenden bezüglich ihres Überlebens und der Bewältigungsstrategien.

Resultate

Insgesamt wurden 56 Patientinnen und Patienten identifiziert, die allen Einschlusskriterien entsprachen. Von diesen 56 möglichen Teilnehmenden wurden 14 Frauen und 24 Männer in die Studie eingeschlossen. Nicht alle Teilnehmenden beendeten die Inter-

viewperiode vollumfänglich (Tabelle 2). Sechs Teilnehmende absolvierten nur einen Teil der Interviews wegen der bereits erreichten Datensättigung.

Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 60 Jahre alt, die Mehrheit war verheiratet. Von allen 38 Teilnehmenden musste sich rund die Hälfte sowohl einem chirurgischen Eingriff als auch einer Chemotherapie unterziehen. Bei fünf wurde nur eine Operation durchgeführt. Bei sieben Teilnehmenden wurde ein Stoma angelegt. Bei sechs Teilnehmenden wurde eine neo-adjuvante Radiotherapie durchgeführt, gefolgt vom chirurgischen Eingriff.

Die Autoren des besprochenen Artikels berichten von den Resultaten der Analyse der dritten und vierten Interviews. Diese Gespräche führten zur Identifikation von drei Hauptthemen: «Neue Normalität», «Leben mit Ungewissheit» und «Unterstützungsbedarf».

Das erste Thema beinhaltet eine Beschreibung des Lebens nach der Diagnosestellung und der nachfolgenden Behandlung. Nach Abschluss der Behandlung leiden die Betroffenen noch unter Nachwirkungen wie Müdigkeit, tränenden Augen oder beeinträchtigter Darmfunktion (McCaughan, Prue, Parahoo, McIlfratrick, & McKenna, 2012). Diese Nachwirkungen nehmen die Betroffenen wahr als Teil des Alltags und zum neuen Selbst gehörend. Für die Frauen hat sich das Leben nach der Krebsdiagnose verändert, aber sie haben sich daran gewöhnt. Die Männer haben eine eher stoische Haltung. Die tränenden Augen werden von den Männern jedoch als störendes Element der stoischen Haltung wahrgenommen, weil das Umfeld die Tränen als Ausdruck von Emotionalität interpretieren könnte. Jedoch gaben die Männer auch zu Protokoll, dass sie integrierende Schritte wie das Akzeptieren und Anpassen an das Stoma vorgenommen hatten. Beide, Frauen wie Männer, befanden, dass

ihr soziales Leben und entsprechende Aktivitäten durch den Krebs beeinträchtigt wurden.

Das zweite Thema stellt die Ungewissheit der Teilnehmenden dar. Sie erlebten Ungewissheit auf einem Kontinuum von gar nicht bis zu komplett ausgeliefert. Insgesamt befanden alle Teilnehmenden, dass die Ungewissheit in einem moderaten Mass vorhanden war. Alle fühlten sich ungewiss, aber mit unterschiedlicher Ausprägung. Auf der einen Seite steht Ungewissheit in Zusammenhang mit der Angst vor einem Rezidiv. Männer hatten geringe Angst vor Rezidiven und schätzten sich als wenig unsicher ein. Hingegen empfanden die Frauen die Möglichkeit eines Rezidivs als realistische Bedrohung. Diese Angst rief Ungewissheit hervor. Jedoch versuchten die Frauen, sich nicht von der Ungewissheit vereinnahmen zu lassen. Letztlich identifizierten Frauen wie Männer notwendige Unterstützung. Die Männer sahen kaum Bedarf für Unterstützung. Im Gegensatz dazu erwarteten die Frauen physische und psychische Unterstützung von den Fachpersonen. Für die Teilnehmenden stellten Selbsthilfegruppen teilweise eine Möglichkeit dar, diesen Bedürfnissen gerecht zu werden. Auf der anderen Seite empfanden die Teilnehmenden die Selbsthilfegruppen auch als Stressfaktor. Die Studienteilnehmenden hatten den Eindruck, die Mitglieder der Selbsthilfegruppen seien in einem besseren Zustand als sie selbst. Für andere Studienteilnehmende waren Selbsthilfegruppen gar nicht hilfreich. Die Konfrontation mit den Erfahrungen anderer Personen war für diese Studienteilnehmenden eher eine Belastung und reduzierte das Wohlbefinden.

Welche Folgerungen ergeben sich für die Praxis?

Die Studie stellt die Zeit nach Abschluss der Krebstherapien dar und weist auf die möglichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Umgang mit der Krankheitssituation hin. Damit nimmt die Studie Bezug auf eine wenig untersuchte Gruppe von Krebspatienten sowie auf eine kaum explorierte Zeitspanne. Die Autoren der Studie sehen einen Bedarf für Unterstützungsangebote, die

Zeit	Monat 1	Monat 7	Monat 13	Monat 19
Interview	Nach dem chirurgischen Eingriff	Abschluss der Chemotherapie	6 Monate später	12 Monate später

Tab. 1: Zeitlicher Ablauf der Interviews

Zugestimmt	Nach Chirurgie	Abschluss der Chemotherapie	6 Monate später	12 Monate später
38	38	32	24	16
Männer/Frauen	24/14	-	15/9	10/6

Tab. 2: Anzahl der Studienteilnehmer

bereits nach dem chirurgischen Eingriff einsetzen. Im Speziellen sehen sie einen hohen Bedarf bei Frauen, insbesondere nach Beendigung der initialen Therapien. Um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden, schlagen die Studienautoren vor, eine spezialisierte Pflegefachperson zur Betreuung dieser Patientengruppe einzusetzen. Zusätzlich wird aufgezeigt, dass Nebenwirkungen nach Abschluss der Therapien bestehen bleiben und die Patienten einschränken können, wie beispielsweise das Symptom der tränenden Augen. Betroffene, bei denen die Nebenwirkungen persistieren sollten besonders intensiv betreut werden, denn bei ihnen besteht die Tendenz zu stärkerer und bleibender Angst. Dadurch kann das Wohlbefinden reduziert werden. Entsprechend ist die Fähigkeit der Patienten beeinträchtigt, die Anforderungen der Krankheitssituation zu bewältigen. Von Fachpersonen im Gesundheitswesen wird erwartet, dass sie ihr Wissen bezüglich dem weiblichen und männlichen Verhalten sowie den geschlechterspezifischen Bewältigungsstrategien aktualisieren. Dadurch wird es möglich, potentielle Problemsituationen zu identifizieren – wie beispielsweise wenn eine Person wenig zu ihrem aktuellen Befinden mitteilt. Basierend auf dem aktualisierten Wissen können Fachpersonen im Gesundheitswesen entsprechende

Unterstützung konzipieren und anbieten, um den Bedürfnissen der betroffenen Person gerecht zu werden.

*Maya Shaha, PhD, RN
 Wissenschaftliche Mitarbeiterin
 Inselspital, Universitätsspital Bern,
 Direktion Pflege/MTT, Bereich
 Fachentwicklung und Forschung*

Maitre d'enseignement et de recherche 1: Universität Lausanne, Institut universitaire de formation et de recherche en soins

Maya.Shaha@insel.ch

Quelle:

McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlfratrick, S., & McKenna, H. (2012). Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer after chemotherapy treatment: a qualitative longitudinal study. *Psychooncology*, 21(1), 64-71.

Literatur:

McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlfratrick, S., & McKenna, H. (2011). Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer at diagnosis and during surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1591-1600.

Einer Ihrer Tumorpatienten hat stärkere Schmerzen.

INJEKTIONSLösUNG

2, 10, 20, 50 mg/ml – i.v./s.c./für Pumpen- oder Portsysteme

- Hohe analgetische Potenz
- Geringes Applikationsvolumen



Ein Fall für Palladon® inject

hydromorphe hydrochloride



Mundipharma Medical Company Zweigniederlassung Basel St. Alban-Rheinweg 74 CH-4052 Basel T +41 61 205 11 11

www.mundipharma.ch

PALLADON® INJECT Injektionslösung Z: Wirkstoff: Hydromorphoni hydrochloridum: Ampullen à 1 ml zu 2/10/20/50 mg; Hilfsstoffe: Acidum citricum, Natrii citras, Natrii chloridum, Natrii hydroxidum, Aqua ad injectabilia. **I:** Mittelstarke bis starke Schmerzen bzw. bei ungenügender Wirksamkeit nicht-opioider Analgetika und/oder schwacher Opiode. **D:** Dosierung abhängig von der Stärke der Schmerzen, der individuellen Reaktion, der Anwendungsart (i.v., s.c., Bolus, Infusion) und vom Alter. Schrittweise Dosisanpassung. i.v. oder s.c. Bolus-Anwendung alle 3–4 Stunden. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirk-/Hilfsstoffe, schwere Atemdepression mit Hypoxie oder Hyperkapnie, schwere obstruktive Atemwegserkrankungen, Koma, akutes Abdomen, paralytischer Ileus, akute Lebererkrankungen, verzögerte Magenentleerung, Schädel-Hirn-Trauma, erhöhter intrakranieller Druck, während der Anwendung von MAO-Inhibitoren oder innerhalb von 2 Wochen nach deren Absetzen, konvulsive Störungen, Delirium tremens. **WH/VM:** Bei Atemdepression, Opioid-Abhängigkeit, Kopfverletzungen, Kopfverletzungen, Alkoholisismus, toxischer Psychose, Hypotonie bei Hypovolämie, Bewusstseinsstörung, Gallenwegserkrankung, Gallen- oder Nierenkolik, Pankreatitis, obstruktiven oder entzündlichen Darmerkrankungen, Prostatahypertrophie, Nebennierenrinden-Insuffizienz, Hypothyreose, COPD, verminderter Atemreserve, älteren oder geschwächten Patienten, Kindern unter 12 Monaten, schweren Leber- und Nierenschädigungen, Toleranzentwicklung resp. Kreuztoleranz zu anderen Opioiden, Entzugssyndrom aufgrund abrupter Therapiebeendigung, Hyperalgesie, paralytischem Ileus, Gabe prä- oder postoperativ, Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens, physischer und psychischer Abhängigkeit bei falscher oder missbräuchlicher Anwendung. **IA:** Verstärkung des ZNS-dämpfenden Effekts mit zentral dämpfend wirkenden Substanzen. Mögliche Verstärkung der anticholinergen Effekte durch Anticholinergika. Eine gleichzeitige Langzeittherapie mit Cimetidin könnte die Hydromorphonplasmakonzentration erhöhen. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Sollte während einer Schwangerschaft/Stillzeit nicht eingenommen werden. **UW:** Häufig: Anorexie, Angst, Verwirrtheit, Schläflosigkeit, Schwindel, Somnolenz, Hypotonie, abdominale Schmerzen, Obstipation, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Pruritus, Schwitzen, Harnverhalten, verstärkter Harndrang, Asthenie, Reaktionen an der Injektionsstelle. **Sonstige Hinweise:** Nach dem Öffnen sofort verwenden (nicht konserviert). Unter Lichtschutz lagern. **Abgabekategorie:** A+. Untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe. **Zulassungsinhaber:** Mundipharma Medical Company, Hamilton/Bermuda, Zweigniederlassung Basel, St. Alban-Rheinweg 74, Postfach, 4020 Basel. www.mundipharma.ch. **Stand der Information:** September 2011. ©: PALLADON ist eine registrierte Marke. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. www.documed.ch



Maya Shaha

Title of the study

Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer after chemotherapy treatment: a qualitative longitudinal study. McCaughan, Eilis; Prue, Gillian; Parahoo, Kader; McIlfatrick, Sonja; McKenna, Hugh (2012). *Psycho-Oncology*, 21, (1): 64-71.

Summary of the study

Background

Colorectal cancer constitutes the third most frequent form of cancer among men and women in the United Kingdom as well as in any other developed country. Due to medical and other progression, the survival rate of this type of cancer has increased and a large number of individuals with colorectal cancer returns home and takes up life again. Only a paucity of studies has focused on the survival period of colorectal cancer. In particular, coping mechanisms in this period of the cancer trajectory remain understudied. Similarly, the differences in men and women concerning their coping strategies remain to be investigated. Differences in gender concerning issues such as coping are not attributed to the physiological, hormonal and chromosomal aspects of sex, i.e., men and women. But the social role has a large influence on how men and women behave in everyday life and specifically in illness.

Aim of the study

The objective of this study was to explore the differences between the experiences of men and women who had been diagnosed with and treated for colorectal cancer.

Methods

For the purpose of this study, a qualitative longitudinal descriptive design was selected (McCaughan, Prue, Parahoo, McIlfatrick, & McKenna, 2011). Four interviews were conducted over a period of 18 months with each participant. The first interview was scheduled directly after the surgical removal of the cancer.

Time	Month 1	Month 7	Month 13	Month 19
Interview	Post-surgery	End of chemotherapy	6 months later	12 months later

Table 1: timing of interviews

The second interview was conducted after the initial chemotherapy treatment had been concluded. Interview 3 and 4 were then scheduled 6 and 12 months after conclusions of the chemotherapy (Table 1).

Participants needed to have been diagnosed and treated for colorectal cancer at a regional cancer centre, over 18 years old and English speaking. Purposive sampling was employed. Hence, any patient responding to the requirements stated above was approached and asked to participate in the study between November 2006 and June 2007.

All interviews were semi-structured, tape recorded and then transcribed verbatim. The first two interviews focused on the participants' experience of the diagnosis and treatment of their cancer. Interviews 3 and 4 were guided by the participants' experience of their survivorship and their coping strategies.

Results

A total of 56 patients were identified responding to all inclusion criteria above. Of these, 24 men and 14 women were included in the study. Over the interview period of the study, which included 19 months in total, a number of participants did not complete all interviews. It is explained that a total of six participants were not included in all four interviews because data saturation had been obtained (Table 2).

The mean age of participants was 60 years. A majority of participants were married (only 4 single, 1 divorced, and

1 widowed). Roughly half of the participants (18 individuals) were still working. Of all 38 participants, about half had surgery combined with chemotherapy. Only five participants had to undergo surgery only. For seven participants, the surgery included the forming of a stoma and subsequent chemotherapy. Only two participants experienced surgery with the forming of a stoma. A total of six participants had pre-surgical radiotherapy or chemotherapy.

In this paper, the researchers reported on the findings from interviews 3 and 4. The findings from interviews 1 and 2 had been published elsewhere (McCaughan et al., 2011). Analysis of the data from interviews 3 and 4 elicited three major themes. They were called: «new normal», «living with uncertainty», and «support needs». With the first theme, the participants' description of their life after the diagnosis and subsequent treatment is provided. Since the completion of the treatments participants still had some residues such as «tiredness or watering eyes and impaired bowel functioning» (McCaughan, Prue, Parahoo, McIlfatrick, & McKenna, 2012). These manifestations were perceived as belonging to everyday life now and constituted elements of the participants' new self. Women report that their lives are different after the cancer diagnosis and that they have adjusted to this. Men demonstrate to some degree a stoic attitude. The watering eyes phenomenon was perceived as a breach in the stoic attitude as the environment might interpret this as a Symptom of emotionality. However, men did admit to integrating

Agreed	Post-surgery	End of chemotherapy	6 months later	12 months later
38	38	32	24	16
Men/Women	24/14	-	15/9	10/6

Table 2: number of study participants



adjusting steps such as accommodating the stoma. Both, men and women reported that their social life and activities had been limited due to the cancer. In the second theme, the participants' view of uncertainty was described. For the participants, uncertainty was perceived to be on a continuum from not at all to completely being delivered over. Overall, men and women estimated that their uncertainty was moderate. All participants were feeling uncertain, but at varying degrees. The uncertainty was tied to the fear of recurrence. Men demonstrated a low fear of recurrence and, therefore, considered themselves to be less uncertain. Recurrence was described to be a more genuine threat by the women. This fear provoked uncertainty. But they tried not to become overwhelmed by the accompanying uncertainty.

Lastly, men and women identified support needs. Men did not consider to needing support; whereas women wished for support by healthcare professionals. They identified physical and psychological needs. In order to address these needs, the participants demonstrated interest in support groups. To some extent, the participants found replies to questions. But to another extent, participants were also stressed by the support groups as they perceived the members to be in much better shape. A few participants did not consider support groups any help at all. They felt that being confronted with other people's stories might be detrimental to their well-being.

What are the implications for practice?

In this study, the time following completion of the cancer therapies is described. Potenzial differences between the coping strategies of women and men are highlighted. Therefore, the study focuses on patient group that has not often been investigated. Also, a paucity of studies exists focusing on the time after completion of the treatments. The authors of this study perceive a need to continue to provide support after completion of the initial therapies after surgery for colorectal cancer. They

emphasise that women need particular attention at the completion of the therapies. In order to provide this support, the authors suggest the implementation of specialist nurses in the care of this patient group.

In addition, it is highlighted that side-effects may remain and impair the patients; such as the Symptom of «watering eyes». Particular attention should be given to patients with persisting side-effects as they might develop and experience more persisting anxiety. This can reduce their well-being and, thus, reduce the patients' ability to cope with the demands of life or the disease.

Healthcare professionals are expected to update their knowledge base on male and female behavior and coping strategies. Thus, it will be possible to identify potential problems, e.g., if a person is not communicative of his/her state. Based on their knowledge, healthcare professionals can then develop adequate

supportive interventions in order to help patients address the demands of life and the disease.

*Maya Shaha, PhD, RN
Scientific collaborator: Inselhospital, Bern University Hospital, Directorate of Nursing; 3010 Bern
Lecturer; University of Lausanne, Institute of Higher Education and Research in Nursing, University and Cantonal Hospital of Lausanne, 1010 Lausanne
Maya.Shaha@insel.ch*

Source:

McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlfratrick, S., & McKenna, H. (2011). Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer at diagnosis and during surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1591-1600.

References:

McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlfratrick, S., & McKenna, H. (2012). Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer after chemotherapy treatment: a qualitative longitudinal study. *Psychooncology*, 21(1), 64-71.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Vertiefen Sie Ihr Wissen und Können

Die berufsbegleitenden und praxisorientierten Weiterbildungen des Instituts für Pflege bestehen aus verschiedenen Modulen. Diese können einzeln absolviert werden oder führen Schritt für Schritt zu einem **Certificate, Diploma** oder **Master of Advanced Studies**.

NEU: MAS in Pädiatrischer Pflege

Bestehende MAS in neuem Format!

MAS in Gerontologischer Pflege

MAS in Onkologischer Pflege

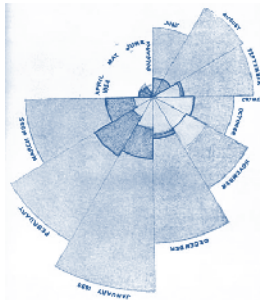
MAS in Patienten- und Familienedukation

Weitere Informationen

www.gesundheit.zhaw.ch/pflege oder Telefon 058 934 63 88

Zürcher Fachhochschule

Ausschreibung: Preis für die beste Masterarbeit 2012 im Bereich Onkologiepflege



Die akademische Fachgesellschaft Onkologiepflege verleiht einen Preis für die beste Masterarbeit (Master of Science in Nursing) zum Thema Onkologiepflege.

Anforderungen: Der Preis wird für Masterarbeiten im Bereich Pflegewissenschaft (MScN) vergeben, die 2011 / 2012 abgeschlossen wurden. BewerberInnen werden gebeten, eine Zusammenfassung Ihrer Masterarbeit (Hintergrund, Ziele, Methoden, Ergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerungen) in schriftlicher Form (Maximal 3 DIN-A-4 Seiten, Schriftgösse 11, Zeilenabstand 1.5) in elektronischer Form einzureichen. Die Eingaben werden im Hinblick auf deren methodische Qualität, deren Originalität und deren Bedeutsamkeit für die Entwicklung der Onkologiepflege in der Schweiz beurteilt. Eine Kommission der Akademischen Fachgesellschaft Onkologiepflege entscheidet über die Preisvergabe.

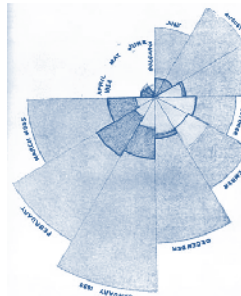
Preis: Der/Die GewinnerIn des Preises erhält eine Summe von 500.- CHF und eine Gratismitgliedschaft im VFP / der AFG Onkologiepflege für ein Jahr. Eine Zusammenfassung der Studie wird als Research Flash in einer Ausgabe der Fachzeitschrift der Onkologiepflege Schweiz 2013 erscheinen.

Dead-Line: Eingabefrist ist der 31. Januar 2013.

Referenzen/Team: Der/die Gewinnerin des Preises wird an der Jahrestagung der Onkologiepflege Schweiz am 21. März 2013 bekannt gegeben.

Bewerbung in elektronischer Form an: Manuela Eicher, Präsidentin der Akademischen Fachgesellschaft Onkologiepflege: onkologie@pflgeforschung-vfp.ch

Mise au concours : Prix du meilleur travail de Master 2012 dans le domaine des soins en oncologie



La Société scientifique des soins en oncologie décerne un prix au meilleur travail de Master of Science en Soins infirmiers consacré aux soins en oncologie.

Les conditions: Le prix récompensera l'un des travaux de Master of Science en Soins infirmiers (MScN) achevés en 2011/2012. Les candidats sont invité-e-s à soumettre un résumé de leur travail de Master (contexte, objectifs, méthodes, résultats, discussion, conclusion) sous forme électronique (4 pages format A4 maximum, taille de police 11, interligne 1.5). Les travaux seront jugés sous l'angle de leur qualité méthodologique, de leur originalité et de leur contribution au développement des soins en oncologie en Suisse. Une commission de l'AFG des soins en oncologie a été nommée pour statuer sur l'attribution du prix.

Le prix: Le lauréat ou la lauréate reçoit une somme CHF 500.00 ainsi qu'une affiliation gratuite d'une année à l'AFG des soins en oncologie. En outre, un résumé de l'étude sera publié dans la rubrique Research Flash du journal professionnel de Soins en Oncologie Suisse en 2013.

Le délai: Les résumés doivent être remis jusqu'au 31 janvier 2013.

Le résultat du concours: Le nom du lauréat ou de la lauréate sera divulgué lors du Congrès Suisse des Soins en Oncologie, le 21 mars 2013 à Berne.

Les candidatures sont à adresser à: Dr Manuela Eicher, présidente de la Société Scientifique des Soins en Oncologie: onkologie@pflgeforschung-vfp.ch



Mehr Sicherheit

Ein Schutz-Pad für Patienten mit einem implantierten Portsystem



Therese Thaler-Imoberdorf

Auf dem Markt war bisher kein Produkt erhältlich, das einen Schutz für das implantierte Portsystem bietet. Therese Thaler-Imoberdorf hat einen Port-Schutz-Pad entwickelt, der das Portsystem schützt und beim Portträger Schmerzen verhindert.

Zur Verabreichung von Zytostatika wird häufig ein Portsystem implantiert. Dieses ermöglicht einen raschen und sicheren Venenzugang. Das Portsystem befindet sich in der Regel infraclaviculär.

Über der implantierten Portkammer besteht oft erhöhte Druckempfindlichkeit. Schlanke und kachektische Personen leiden häufiger unter diesem Problem. In den ersten Wochen nach der Implantation klagen Betroffene vermehrt über Druckschmerzen. Einige Patienten äussern Bedenken, dass sie durch sportliche Tätigkeiten oder durch das Tragen einer Tasche oder eines Rucksacks das Gewebe über der Portkammer verletzen könnten. Beim Schlafen in Bauchlage kann das Portsystem als störend

Keynotes

Was wissen wir schon über das Thema?

Über der implantierten Portkammer besteht oft erhöhte Druckempfindlichkeit. Bis anhin gab es kein Produkt, das einen Schutz für den Portträger bietet.

Welchen Wissensgewinn bringt der Artikel?

Durch die Entwicklung des Port-Schutz-Pads ist nun ein Produkt auf dem Markt erhältlich, das das implantierte Portsystem schützt.

Welche Bedeutung hat das Thema für die Praxis?

Pflegefachkräfte sollten die Portträger über den Port-Schutz-Pad und dessen Möglichkeiten informieren.

empfunden werden. Auf dem Markt war bis jetzt kein Produkt erhältlich, das einen Schutz für das implantierte Portsystem bietet.

Diese Tatsachen brachte die Autorin auf die Idee, einen Schutz-Pad für implantierte Portsysteme zu entwickeln. Dieser bietet dem Portträger Schutz vor Verletzungen und verhindert Schmerzen. Der Pad hat eine runde Form mit flacher Aussennaht und einen direkt am Pad angebrachten Klettverschluss. Der weiche Überzug ist hautfreundlich, und die Schaumstofffüllung vermindert den Druck auf die Portkammer. Der Pad ist bei 40°C waschbar.

Methode

Am Anfang standen die Entwicklung verschiedener Prototypen und deren Testung durch mehrere Patienten. Nach der ersten Testphase wurden 100 Schutz-Pads angefertigt und zusammen mit einem Fragebogen an 24 Institutionen zum Testen versandt. Insgesamt wurden 31 Fragebogen retourniert

und ausgewertet. Christian Rossner von der Firma OncoMedical AG unterstützte das Projekt.

Ergebnisse

Die Resultate der Umfrage zeigen, dass die meisten Personen den Schutz-Pad nicht regelmässig tragen. Doch es besteht ein grosses Bedürfnis für den Pad, weil er Erleichterung und Schutz bei spezifischen Tätigkeiten bietet, zum Beispiel beim Tragen von Taschen, Autofahren oder bei sportlichen Aktivitäten, bei Kindern beim Tragen von Schultaschen.

Das Modell ist einfach zu fixieren und weist einen hohen Tragekomfort auf. Momentan ist der Schutz-Pad in zwei Grössen erhältlich. Beim Tragen von Autogurten ist das Modell mit dem grösseren Durchmesser zu empfehlen. Das Modell mit dem kleineren Durchmesser eignet sich besonders für Kinder und übrige Tätigkeiten.

Der Schutz-Pad kann nur getragen werden, wenn sich ein Träger (zum Beispiel Träger der Unterwäsche oder Autogurt) an der richtigen Stelle über der Implantationsstelle befindet. Dies ist jedoch meistens der Fall. Nur bei enganliegender Kleidung kann der Schutz-Pad sichtbar sein. Aufgrund der Rückmeldungen ist die Farbpalette erweitert worden.

Es ist wichtig, dass Pflegefachkräfte die Portträger über den Schutz-Pad und dessen Anwendung informieren. Dies sollte, wenn möglich, bereits vor der Implantation geschehen. Personen mit genügend Unterhautfettgewebe benötigen den Schutz-Pad in der Regel nicht. Zudem ist nicht jede Implantationsstelle druckgefährdet.

Ausblick

Für die Zukunft muss angestrebt werden, dass die Krankenversicherer die Kosten für die Schutz-Pads übernehmen. Die Rückmeldungen zeigen, dass



eine erweiterte Farbpalette des Pads erwünscht ist. Die Gebrauchsanweisung für den Pad wird bei Bedarf in verschiedenen Sprachen erhältlich sein. Es gilt anzumerken, dass der Port-Schutz-Pad auch bei anderen Implantaten, zum Beispiel Pacemaker und implantierten Cardioverter-Defibrillatoren (ICD), seine

Schutzwirkung gezeigt hat und somit der Anwendungsbereich erheblich erweitert wird.

Der Port-Safety-Pad kann bei der Firma OncoMedical AG, Hintere Hauptgasse 9, 4800 Zofingen, Tel. 0840 600 800, <http://www.oncomedical.ch>, bezogen werden.

*Therese Thaler-Imoberdorf
Ambulatorium für Onkologie
Kantonsspital Nidwalden
therese.thaler@ksnw.ch*

Keynotes

Un coussin de protection pour les patients avec un système de chambre implantable

Que savons-nous déjà sur le sujet?

À l'endroit de la chambre de chambre implantable il existe souvent une sensibilité accrue à la pression. Jusqu'à présent, il n'y avait pas de produit qui offre une protection pour le porteur de boîtier.

A quoi contribue l'article?

Grâce au développement de coussinets de protection pour chambre implantable, un

produit qui protège le système implanté est aujourd'hui disponible.

Quelle est l'importance de ce thème pour la pratique?

Les infirmières devraient informer les patients porteurs de chambres implantables de ce coussinet de protection et de ses possibilités.



Port Safety Pad – Schutz des implantierten Portsystems

Bislang war kein Produkt erhältlich, welches einen äusserlichen Schutz für das implantierte Portsystem bot.

Dank der Initiative von Frau Therese Thaler-Imoberdorf, Onkologie Pflegefachfrau am Kantonsspital Nidwalden, wurde dieses innovative Projekt realisiert.

Das **Port Safety Pad** soll auf einfache Art und Weise die Lebensqualität von Portträgern verbessern.

Dieses Projekt erzielte den 3. Platz des Förderpreises 2012 der Onkologiepflege Schweiz.

- Waschen: bei 60° C
- Farben: weiss, schwarz und hautfarben
- Pädiatrie: Das **Port Safety Pad** ist auch für Kinder mit verschiedenen Sujets erhältlich

Beim Autofahren



Pädiatrie



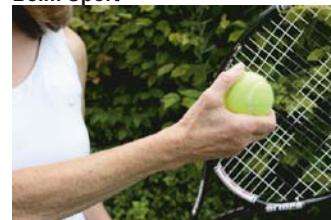
Im Alltag



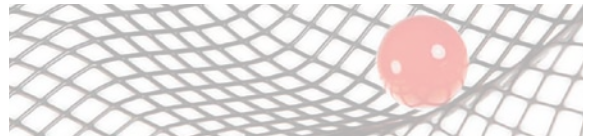
Beim Wandern



Beim Sport



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



Journal Club Onkologiepflege Schweiz

Am 16. Oktober 2012 fand in Winterthur das erste Treffen des «Journal Clubs» im Namen der Onkologiepflege Schweiz statt. Im Mittelpunkt stand eine Studie zum Thema Bewegung bei fortgeschrittener Krebskrankheit.

Drei Pflegefachpersonen analysierten eine Übersichtsstudie mit dem Titel «Physical activity in patients with advanced-stage cancer: a systematic review of the literature»*. Jede der Teilnehmerinnen brachte ein Analyseraster mit, und wir diskutierten in der Gruppe die Stärken und Schwächen dieser Übersichtsarbeit.

Ergebnisse

Durch die Analyse der Studie kamen verschiedene Stärken und Mängel der Arbeit zum Vorschein. Die Fragestellung war präzise, wurde aber im Artikel nicht explizit formuliert. Die Einschluss- und Ausschlusskriterien sind beschrieben, aber es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die beiden Autorinnen relevante Studien zum Thema übersehen haben.

Die Autorinnen haben im Artikel eine übersichtliche Tabelle mit den wichtigsten Resultaten der eingeschlossenen Studien zusammengestellt und machen damit ihre Beurteilung nachvollziehbar. Mehrheitlich handelt es sich um Studien, die mit kleinen Stichproben gemacht wurden. Die Aussagekraft der Resultate ist daher als eher ungenau einzuschätzen, und die Resultate kön-

nen nicht verallgemeinert werden. Aus diesem Grund geben die Autorinnen wenig konkrete Empfehlungen für die Pflegepraxis. Sie postulieren, dass physische Aktivität auch bei Patienten in einer palliativen Situation positive Effekte hat: Physische Aktivitäten erhöhen die Selbstständigkeit in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, steigern die gesundheitsbezogene Lebensqualität, reduzieren Fatigue, Schmerzen und psychische Symptome und verbessern die Schlafqualität.

In der Diskussion verglichen wir die verschiedenen Analyseraster und einigten uns darauf, dass wir in Zukunft die Kriterien des «Journal of Advanced Nursing» für die Analyse von Studien verwenden werden. Beim nächsten Journal Club werden wir nochmals eine Übersichtsarbeit analysieren und alle Teilnehmer werden dasselbe Analyseraster zur Vorbereitung verwenden.

Logotherapie-Ausbildung

Logotherapie ist eine sinnzentrierte Psychotherapie, begründet durch den Psychiater und Neurologen Prof. Dr. med. et phil. Viktor E. Frankl. Sie bezieht neben dem Psychophysikum besonders die geistige Dimension des Menschen mit ein.



Ausbildung in logotherapeutischer Beratung und Begleitung

- 4 Jahre berufsbegleitend
- für Personen aus sozialen, pädagogischen und pflegerischen Berufen
- vom Bundesamt für Bildung und Technologie (BBT) und vom Kanton Graubünden anerkanntes Nachdiplomstudium Höhere Fachschule

Integrale Fachausbildung in Psychotherapie

- 5 Jahre berufsbegleitend
- für Psychologen/Psychologinnen sowie Absolventen/Absolventinnen anderer akademischer Hochschulstudien der Human- und Sozialwissenschaften
- von der Schweizer Charta für Psychotherapie anerkannt

Weiterbildung Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

- 3 Jahre berufsbegleitend
- von der SGPP (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) anerkannt

Weitere Informationen unter www.logotherapie.ch

Nächster Ausbildungsbeginn 12. Januar 2013

Institutsleitung: Dr. phil. Giosch Albrecht

Freifeldstrasse 27, CH-7000 Chur

Telefon 081 250 50 83, Fax 081 25050 84

E-Mail: info@logotherapie.ch – Internet: www.logotherapie.ch

Nächstes Treffen

Unseren nächsten Termin vereinbarten wir so, dass möglichst alle teilnehmen können. Wir haben einen Dienstag im Januar 2013 vorgesehen, aber noch nicht definitiv das Datum gesetzt. Dieses werden wir sobald wie möglich auf der Internetseite der Onkologiepflege Schweiz öffentlich machen.

Interessierte Pflegefachpersonen sind herzlich eingeladen, am Journal Club teilzunehmen! Bitte meldet euch per Mail bei Marika Bana an. Ihr bekommt dann den zu besprechenden Artikel und das Analyseraster zugeschickt und könnt euch auf den Journal Club vorbereiten.

Marika Bana

marika.bana@zhaw.ch

Literatur:

*Albrecht, T.A., & Taylor, A.G. (2012). Physical activity in patients with advanced-stage cancer: a systematic review of the literature, *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 16 (3). 293-300.



«Zaubergarten Biologie» – ein Buch über biologische Phänomene



Der Autor, Prof. Dr. Gottfried Schatz, studierte Chemie und forschte auf dem Gebiet der Biochemie. Im seinem Buch beschreibt er in 19 Geschichten anschaulich, wie biologische Entdeckungen und Phänomene unser Menschenbild prägen.

Die 19 Essays von Gottfried Schatz umfassen jeweils 5–10 Seiten. Er setzt an den Anfang der Essays jeweils eine Frage, eine Beobachtung, beschreibt ein Phänomen und erklärt die Zusammenhänge. Einige Beispiele:

Der kleine warme Tümpel. Was urtümliche Einzeller von der Frühzeit des Lebens berichten

Hier geht der Autor der Frage nach, wo und wann Leben auf unserem Planeten entstand. Er kommt zum Schluss, dass wir wahrscheinlich keine eindeutige Antwort auf diese Frage finden werden.

Der Lebensspendende Strom. Wie die Lebewesen die Energie des Sonnenlichts teilen

Das Thema Energie steht im Mittelpunkt.

Energie lässt sich nicht neu schaffen, sondern nur von einer Form in die andere umwandeln, zum Beispiel von Licht in Wärme. Der Autor beschreibt die Fähigkeit von Lebewesen, die vorhandene Energie auch von anderen Lebewesen zu nutzen.

Ein besonderer Saft. Wie die Zellen unseres Blutes reifen und sterben

Seit Urgedenken gilt Blut als Saft des Lebens. Gottfried Schatz beschreibt es eher als Symbol des Todes, da Tausende von abgestorbenen Zellen in ihm treiben. Mit Bewunderung erzählt er, wie aus einer Stammzelle, je nach Botenstoffen, verschiedene Blutzellen entstehen können.

Grenzen des Ichs. Weshalb Bakterien wichtige Teile unseres Körpers sind

Ein Mensch besteht aus ca. 10000 Milliarden Zellen. Besiedelt ist er mit 10- bis 20-mal mehr Bakterien. Gottfried Schatz verbindet diesen Umstand mit der Frage, ob die Bakterien ein Teil des Menschen sind oder nur Parasiten und wo der Mensch endet.

Ungeduld des Herzens. Wie «unsichtbarer Hunger» die Menschheit bedroht

Der Autor spricht hier über den Mangel an Vitaminen und Spurenelementen, die wir in geringen Mengen benötigen. Welche Auswirkungen dieser Mangel hat, zeigt er auf, ausserdem auch Lösungsansätze.

Planet der Mikroben. Warum wir Infektionskrankheiten nie endgültig besiegen werden

Beschrieben wird hier die Fähigkeit von Bakterien und Viren, ihr Erbgut schneller der Umwelt anpassen zu können als wir Menschen. Die Krankheitserreger finden deshalb immer wieder Wege, die Abwehr des Körpers zu überlisten. Unser erfinderischer Geist ist die einzige und schärfste Waffe in diesem Kampf.

Schöpfer Zufall. Wie chemische Zufallsprozesse dem Leben Vielfalt schenken

Die Evolution kann mit den Varianten, die beim Kopieren des Erbguts entstanden sind, spielen. Wachstum und Entwicklung können daraus entstehen.

Sprachwerdung. Wie Wissenschaftler der Geburt menschlicher Sprache nachspüren

Wie entstand Sprache? Vermutet wird, dass sie sich aus Gebärden entwickelte, die Gesicht und Rachen mit einbezogen.

Die lange Sicht. Warum Unwissen unsere Energiezukunft bedroht

Die wichtigste und vielseitigste Energieform ist die Elektrizität. Um sie in genügender Menge bereitzustellen, fehlt uns das Wissen.

Die grosse Frage. Die Suche nach ausserirdischem Leben

Im letzten Essay geht der Autor der Frage nach, ob Leben auf einem anderen Planeten existieren könnte.

Das Faszinierende an diesem Buch ist, dass es Gottfried Schatz gelingt, komplexe Phänomene in einer leicht verständlichen Sprache darzustellen. Für manche Phänomene gibt er eine philosophische Erklärung ab, aber nicht alle aufgeworfenen Fragen werden beantwortet. Neue, andere Fragen werden gestellt und regen zum Nachdenken an.

Ursula Binggeli

Rehacoach

Pflegefachfrau HöFa | Onkologie

ursula-binggeli@bluewin.ch

Gottfried Schatz

Zaubergarten Biologie

Wie biologische Entdeckungen unser Menschenbild prägen

Verlag Neue Zürcher Zeitung, 2012, 180 Seiten, CHF 32.00



Der Stellenwert der onkologischen Rehabilitation muss gestärkt werden

Ein Rückblick: Fachtagung «Onkologische Rehabilitation – Versorgungsmodelle in der Schweiz»

Wie gelingt es, dass Krebsbetroffene schweizweit Rehabilitationsangebote erhalten, die ihren Problemen angemessen sind? Darüber tauschten sich Anfang Oktober in Freiburg Expertinnen und Experten aus Politik und Medizin aus. Zu der Veranstaltung eingeladen hatten die Krebsliga Schweiz und der Verein oncoreha.ch.

«Unser Ziel ist es, gemeinsam mit Ihnen das Fachgebiet der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz weiter auf- und auszubauen.» Mit diesen Worten hiess Prof. Dr. Jakob R. Passweg, Präsident der Krebsliga Schweiz, über hundert Teilnehmende an der Fachtagung «Onkologische Rehabilitation – Versorgungsmodelle in der Schweiz» willkommen. 37 000 Menschen erkranken in der Schweiz jährlich neu an Krebs. Mehr als die Hälfte davon lebt mit der Krebsdiagnose länger als fünf Jahre. Themen wie die onkologische Rehabilitation und die berufliche Wiedereingliederung rücken damit zwangsläufig stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Grosse Versorgungslücken

Ogleich der Schwerpunkt der Tagung auf dem Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern des klassischen medizinischen Settings lag, hatten im Programm auch interessante Inputs aus der Praxis Platz. So stellte etwa Rémy Noël, stellvertretender Geschäftsführer der Krebsliga Freiburg, das Pilotprojekt «Jobcoaching» vor. Dieses Projekt zielt darauf ab, Patienten während des Pro-



Prof. Dr. Jakob Passweg, Präsident der Krebsliga Schweiz (re) zu Podiumsleiter Nationalrat Jean-François Steiert: «Stationäre und ambulante Angebote sind komplementär.»

Prof. Dr. med. Jakob Passweg, président de la Ligue suisse contre le cancer (droite) et Jean-François Steiert, conseiller national canton de Fribourg.

zesses der beruflichen Wiedereingliederung bei ihrem Arbeitgeber zu begleiten. Sandra Sieber, Fachpsychologin für Psychotherapie und Psychoonkologische Psychotherapeutin SGPO, berichtete von den Prozesserfahrungen eines interdisziplinär arbeitenden Teams, das im Spitalzentrum Oberwallis das sogenannte Distress-Thermometer implementiert. Das Screening-Verfahren dient dazu, körperliche, psychische, soziale, wirtschaftliche und spirituelle Probleme von Krebsbetroffenen früh zu erfassen und eine effizientere Triage zu ermöglichen.

Solche spezifischen Projekte und Programme sind in den letzten Jahren an verschiedenen Orten in der Schweiz

entstanden – auch mit finanzieller Förderung der Krebsliga Schweiz. Eine Regel sind sie nicht. «Krebsbetroffene sind in Bezug auf den Rehabilitationsbedarf von allen Patienten am meisten vernachlässigt», hielt Dr. Jürg Berchtold, Chefarzt der Reha Chrischona des Bürgerspitals Basel, auf dem Podium fest. Auch andere Leistungsanbieter bemängelten im Gleichklang mit Krebsbetroffenen, sogar zuweisende Onkologen seien wenig für den Rehabilitationsbedarf von Patienten sensibilisiert. Zudem sei die Unterstützung seitens der Politik gering; gross hingegen sei die Abwehrhaltung der Krankenkassen gegenüber Kostengutsprachen für onkologische Rehabilitationsmassnahmen.



Podiumsdiskussion, von links nach rechts: Agnes Nienhaus (Kt. Bern), Dr. Salome von Greyerz (BAG), Benno Meichtry (DFGI, Kt. Wallis), Uta-Maria Lampe (Spitalpfarrerin, Uniklinik Balgrist, ZH), Dr. med. Jürg Zollikofer (SGV), Dr. med. Jürg Berchtold (Bürgerspital Basel Reha Chrischona), Dr. med. Patricia Vuichard (Freiburger Spital HFR Riaz).

Podium, de gauche a droite: Agnes Nienhaus (canton de Berne), Dr. Salome von Greyerz (OFSP), Benno Meichtry (DFIS, canton du Valais), Uta-Maria Lampe (Aumônière clinique universitaire de Balgrist, ZH), Dr. med. Jürg Zollikofer (SSMC), Dr. med. Jürg Berchtold (Reha Chrischona du Bürgerspital de Bâle), Dr. med. Patricia Vuichard (HFR Riaz).

Diese Kritik griff Stephan Eberhardt, Co-Präsident von oncoreha.ch und Chefarzt der Berner Klinik Montana auf. Er betonte, es brauche politische Aufträge, «Best Practice»-Kriterien, strukturierte, ambulante Programme auch für Kinder und Jugendliche, Weiterbildung für Fachpersonen und eine adäquate Tarifierung. Als Betroffene und Spitalpfarrerin der Uniklinik Balgrist, Zürich, plädierte Uta-Maria Lampe dafür, die Seelsorgenden stärker in die Netzwerke der onkologischen Rehabilitation einzubinden.

Zusammenarbeit statt isolierter Angebote

Mehr Zusammenarbeit forderte Agnes Nienhaus, Projektleiterin Versorgungsplanung des Kantons Bern. Damit sich die onkologische Rehabilitation zu Recht als eigene Kategorie der Versorgungsplanung zu etablieren vermöge, sei es entscheidend, dass Angebote stärker patientenorientiert entwickelt würden. Es sei zentral, die stationäre Rehabilitation nicht isoliert voranzutreiben, sondern

mit ambulanten Anschlussangeboten zu verknüpfen.

Trotz unterschiedlichen Perspektiven waren sich Podiumsteilnehmende wie Referenten einig, dass der Rehabilitation von Krebsbetroffenen künftig ein höherer Stellenwert zukommen muss. Nationalrat Jean-François Steiert hielt abschliessend fest: «Die demografische Entwicklung zwingt uns, einen Weg zu

finden, die onkologische Rehabilitation in die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen zu integrieren.»

Tagungspräsentationen:
www.krebsliga.ch/tagung

Regionaljournal-Beitrag,
Pilotprojekt «Jobcoaching»
<http://www.dr1.ch/www/node/365805>

4. Fachtagung «Psycholonkologie»

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO) und die Klinik Schützen Rheinfelden, laden am 17. Januar 2013 zur 4. Tagung «Psychoonkologie» ein. Das Patronat hat die Krebsliga Schweiz inne. Das Programm zeichnet sich durch eine breite Palette von Referaten und Workshops zu spezifischen Themen der Onkologie und Psychoonkologie aus. Das medizinische Update ist dem Hirntumor gewidmet. Weiter werden die Themen «Cancer related Fatigue», «Chemobrain» und die Belastungen der Angehörigen beleuchtet. Die Workshops vertiefen die Themen der Referate und gehen auch auf die Aufgaben des Hausarztes in der Betreuung von Krebspatienten ein. Anmeldungen bei: tagungssekretariat@klinikschuetzen.ch oder Tel.: 061 836 24 38.



Il faut revaloriser la réadaptation oncologique

Journée «Réadaptation oncologique – modèles de soins en Suisse» – rétrospective

Comment assurer aux personnes touchées par le cancer des offres de réadaptation adaptées à leurs besoins dans toute la Suisse? Des experts du monde politique et médical se sont penchés sur cette question début octobre à la Journée «Réadaptation oncologique: modèle de soins en Suisse», répondant à l'invitation de l'association oncoreha.ch et de la Ligue suisse contre le cancer.

«L'objectif de cette Journée est de débattre les problèmes actuels pour donner à la réadaptation oncologique la place qu'elle mérite en Suisse.» C'est en ces termes que le professeur Jakob Passweg, président de la Ligue suisse contre le cancer, a souhaité la bienvenue à la centaine de participants. En Suisse, plus de 37 000 personnes par année sont confrontées au diagnostic du cancer. Plus de la moitié sont encore en vie cinq ans plus tard. Compte tenu de cette évolution, des thèmes comme la réadaptation oncologique et la réinsertion professionnelle sont appelés à prendre une importance croissante.

Des manques flagrants

Bien que consacrée en priorité aux échanges avec des représentants de la médecine classique, la Journée a également permis des interventions intéressantes tirées de la pratique. Ainsi, Rémy Noël, directeur adjoint de la Ligue friburgeoise contre le cancer, a présenté

le projet pilote «job coaching», qui vise à soutenir les patients dans le processus de réinsertion professionnelle auprès de leur employeur. Sandra Sieber, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP/psychothérapeute psychoncologue SSPO, a pour sa part relaté les expériences faites par une équipe interdisciplinaire qui met actuellement en œuvre un «thermomètre de la détresse morale» au Centre hospitalier du Haut-Valais. Cette méthode de dépistage vise à détecter rapidement les problèmes physiques, psychiques, sociaux, économiques et spirituels des personnes touchées par le cancer et à effectuer un triage plus efficace.

Des projets et des programmes spécifiques de ce type ont vu le jour dans différentes localités suisses ces dernières années, en partie avec le soutien de la Ligue suisse contre le cancer. Ils sont loin d'être la règle. «Les personnes qui souffrent d'un cancer sont les parents pauvres de la réadaptation», a observé Jürg Berchtold, médecin-chef du service Reha Chrischona au Bürgerspital de Bâle. Comme lui, les fournisseurs de prestations ont uni leur voix à celle des patients pour déplorer le manque de sensibilisation au besoin de réadaptation des malades du cancer, même chez les oncologues traitants. Par ailleurs, le soutien politique fait largement défaut et les caisses-maladie sont réticentes à donner des garanties de remboursement pour les mesures de réadaptation oncologique.

Stephan Eberhardt, coprésident d'oncoreha.ch et médecin-chef de la clinique bernoise Montana, est revenu sur cette critique. Il faut des mandats politiques, des critères de bonnes pratiques, des programmes ambulatoires structurés pour tous les âges et des cours de per-

fectionnement pour les spécialistes et une tarification adéquate, a-t-il souligné. Aumônière à la clinique universitaire Balgrist à Zurich et elle-même touchée par un cancer, Uta-Maria Lampe a plaidé pour une plus grande implication des aumôniers dans les réseaux de réadaptation oncologique.

Collaboration et coordination pour éviter des offres isolées

Agnes Nienhaus, responsable du projet «Planification des soins» du canton de Berne, a réclamé davantage de collaboration. Pour que la réadaptation oncologique puisse être considérée comme une catégorie à part entière dans la planification des soins, il faut que les offres ne soient plus développées en fonction des patients. Pour elle, il est essentiel de ne pas développer la réadaptation stationnaire isolément, mais en lien avec des offres ambulatoires subséquentes.

Malgré des points de vue divergents, les participants à la table ronde et les conférenciers se sont accordés sur la nécessité de donner davantage de poids à la réadaptation des personnes touchées par le cancer. Le conseiller national Jean-François Steiert, qui a animé le débat, a clos la journée sur ces propos: «L'évolution démographique nous oblige à trouver une voie pour intégrer la réadaptation oncologique dans le débat actuel sur la politique de santé.»

Les exposés et les présentations de la Journée sont disponibles sur notre site Internet, sous www.liguecancer.ch/journee



Januar

17.01.2013 **4. Tagung «Psychoonkologie»**
Das Programm umfasst Referate und Workshops zu spezifischen Themen der Onkologie und Psycho-onkologie. Das medizinische Update ist dem Hirntumor gewidmet. Weiter werden die Themen «Cancer related Fatigue», «Chemobrain» und die Belastungen der Angehörigen beleuchtet. Die Workshops vertiefen die Themen und gehen auch auf die Aufgaben des Hausarztes in der Betreuung von Krebspatienten ein.
Ort: Klinik Schützen Rheinfelden.
Information und Anmeldung: tagungssekretariat@klinikschuetzen.ch oder Tel.: 061 836 24 38.

März

07.–09.03.2013 **«Kommunikationstraining»**
Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken
Ort: Hotel Aesch, Walchwil am Zugersee
Information: Krebsliga Schweiz, CST-Kurse, Claudia Neri, Tel. 031 389 93 27, kurse-cst@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch

21.03.2013 **«Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»**
Vormittag: Workshop zum Thema «Onkologische Behandlung» (Prostata CA / Lymphome, Nieren CA)
Nachmittag: Workshop zum Thema «Männerbetreuung»
Ort: Universität Bern
Information: Krebsliga Schweiz, Claudia Neri, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

April

18.04.2013 **«Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»**
Nachmittag: Workshop zum Thema «Genetische Prädisposition: Wie beraten?»
Ort: Universität Bern
Information: Krebsliga Schweiz, Claudia Neri, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

18.–20.04.2013 **«Mieux communiquer»**
Séminaire pour médecins et personnel infirmier en oncologie
Lieu: Hôtel Préalpina, Chexbres VD
Information: Ligue suisse contre le cancer, Cours-CST, Claudia Neri, tél. 031 389 93 27, cours-cst@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch

Mai

16.05.2013 **«Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»**
Vormittag: Workshop zum Thema «Hämatologie»
Nachmittag: Workshop zum Thema «Folgen der Isolation»
Ort: Universität Bern
Information: Krebsliga Schweiz, Claudia Neri, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

Juni

06.–07.06.2013 **10. Fachtagung Psychoonkologie**
Ort: Hotel Einstein, St. Gallen
Information: Sekretariat SGPO, Claudia Bigler, Tel. 031 389 91 30, kontakt@psycho-onkologie.ch, www.psychoonkologie.ch

20.06.2013 **«Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»**
Vormittag: Workshop zum Thema «Coping, Lebensqualität (kognitive Störungen, Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen)»
Nachmittag: Workshop zum Thema «Körpererleben, Körperschema und Sexualität»
Ort: Universität Bern
Information: Krebsliga Schweiz, Claudia Neri, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

20.–22.06.2013 **«Kommunikationstraining»**
Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken
Ort: Bildungshaus Kloster Fischingen, Fischingen, TG
Information: Krebsliga Schweiz, CST-Kurse, Claudia Neri, Tel. 031 389 93 27, kurse-cst@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch

September

19.09.2013 **«Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie»**
Nachmittag: Workshop zum Thema «Psychosoziale Rehabilitation»
Ort: Haus der Krebsliga, Bern
Information: Krebsliga Schweiz, Claudia Neri, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

Information:

Krebsliga Schweiz
www.krebssliga.ch

Ligue Suisse contre le cancer
www.liguecancer.ch



Am liebsten dabei.

Wir leisten individuelle Hilfe und Pflege zu Hause. Kranken, behinderten und hilfsbedürftigen Menschen ermöglichen wir damit ein Leben in vertrauter Umgebung – und unterstützen und entlasten ihre Angehörigen.

Wir suchen zwei

Dipl. Pflegefachpersonen Onkologie/Palliativ Care (30–40%)

Eine gute Pflege und Betreuung vermittelt Sicherheit und Vertrauen. Die Onko-Spitex Basel ermöglicht krebserkrankten Menschen im fortgeschrittenen Stadium ein Leben in ihrer gewohnten Umgebung. Als Mitarbeiter/in des Spezialdienstes für Krebskranke von Spitex Basel sind Sie für diese Menschen da.

Sie verfügen über mehrere Jahre Berufserfahrung auf einer medizinischen Abteilung und eine Spezialisierung in Onkologie oder Palliativ Care. Zudem sind Sie bereit, nachts und an Wochenenden im Turnus mit Ihren Kolleginnen Pikettendienste zu leisten.

Sie zeichnen sich durch eine hohe Fach- und Sozialkompetenz sowie eine gute Selbsteinschätzung und Entwicklungsbereitschaft aus. Bewerberinnen und Bewerber mit einer Zweitstellung in einem onkologischen Arbeitsgebiet werden bevorzugt.

Für erste Auskünfte wenden Sie sich an Frau Johanna Löffel, Teamleiterin Spezialdienste, Tel. 061 686 96 01.

Ihre vollständige, schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an: Spitex Basel, Ressort Personal und Bildung, Feierabendstrasse 44, 4051 Basel. www.spitexbasel.ch.

Spitex Basel, Ressort Personal und Bildung
Feierabendstrasse 44, 4051 Basel
Telefon 061 686 96 00, www.spitexbasel.ch



Departement Innere Medizin / Onkologie



Arbeitsort St.Gallen



Zum Unternehmen Kantonsspital St.Gallen gehören das Kantonsspital St.Gallen und die Spitäler in Rorschach und Flawil. Als sechstgrösstes Spital der Schweiz erbringt das Kantonsspital St.Gallen neben medizinischen Grundversorgungsleistungen für die Bevölkerung der drei Standorte auch spezialisierte Zentrumsleistungen für die Einwohnerinnen und Einwohner des ganzen Kantons St.Gallen sowie der angrenzenden Regionen. Über 5000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedenster Berufsgruppen stellen diese hochstehende Versorgung sicher.



Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine/n

Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF/DN II, (100%), Onkologie, Station 0204

mit Berufserfahrung in Onkologie (HöFa I oder NDS von Vorteil)

Sie übernehmen die Pflege von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Dies beinhaltet die Gestaltung der individuellen Pflege und die Verabreichung von medikamentösen Tumortherapien. Sie sind technisch geschickt und versiert und interessiert an den spezifischen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen der Onkologie.

Wir freuen uns auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die den Patientinnen und Patienten mit Wertschätzung, Respekt und Einfühlungsvermögen begegnen und gerne die spezifische Pflege in allen Phasen der Erkrankung übernehmen. Wir wünschen uns Ihr Engagement für eine stetige Entwicklung der Pflegequalität und Ihr grosses fachliches Interesse an den Massnahmen der Onkologie. Wir setzen hohe Belastbarkeit, Flexibilität und Innovationsfreude voraus und schätzen, wenn Sie gerne Verantwortung übernehmen. Auszubildende in unterschiedlichen Phasen werden von Ihnen mit betreut.

Sind Sie eine engagierte, offene und achtsame Persönlichkeit, die gerne in einem vielfältigen, interprofessionellen Team arbeitet? Verfügen Sie über eine hohe Sozial- und Fachkompetenz und sind interessiert diese weiter zu entwickeln?

Fühlen Sie sich angesprochen? Dann sind wir uns auf Ihre Bewerbung!

Für weitere Informationen steht Ihnen Frau Andrea Krebs, Leiterin Pflege Haus 02, Tel. +41 (0)71 494 11 20 gerne zur Verfügung.

Ihre vollständige Bewerbung mit Foto senden Sie bitte unter Angabe der Ref. 1509E an welcome@kssg.ch oder Kantonsspital St.Gallen – Personaldienst, Katharina Gurtner – Rorschacher Strasse 95 – CH-9007 St.Gallen

*Kantonsspital St.Gallen - ein Unternehmen, drei Spitäler.
St.Gallen Rorschach Flawil*

Auf www.onkologiepflege.ch finden Sie ausserdem eine grosse Auswahl an attraktiven Stellenangeboten. Für Mitglieder der Onkologiepflege Schweiz ist die Ausschreibung von Stellengesuchen kostenlos!



Première am Institut für Pflege

Die diesjährige Diplomfeier des Instituts für Pflege der ZHAW ist in zweifacher Hinsicht eine Premiere: Erstmals konnten am 5. Oktober zehn Studierende einen Master of Science in Pflege entgegennehmen. Zeitgleich schliessen die ersten dreizehn Absolventinnen und Absolventen ihre Pflegeweiterbildung mit einem Master of Advanced Studies ab. Mit dem akademischen Aus- und Weiterbildungsangebot setzt das Institut für Pflege entscheidende Akzente für die Zukunft der Pflegeberufe.

Seit vier Jahren bildet das Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften Studierende zu Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss aus. Am 5. Oktober erhielten in der Winterthurer Reithalle 90 Studierende ihr Diplom. Diese verfügen über fundierte praktische und theoretische Grundlagen, um als Pflegefachperson in verschiedenen Institutionen und Fachbereichen anspruchsvolle Aufgaben zu übernehmen. Mit dem konsekutiven Ausbildungsgang Master of Science in Pflege (MSc) und den Weiterbildungsgängen Master of Advanced Studies (MAS) bietet die ZHAW diplomierten Pflegefachpersonen Entwicklungsmöglichkeiten, die den aktuellen Veränderungen im Gesundheitswesen Rechnung tragen.

Qualifizierte Fachkräfte für komplexe Pflegesituationen

Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt, die Komplexität der Erkrankun-

gen nimmt laufend zu und der technologische Fortschritt schafft neue Behandlungsmöglichkeiten. Dies stellt die Gesundheitsversorgung vor neue Herausforderungen und hebt die Anforderungen an das Pflegepersonal. Das Institut für Pflege der ZHAW reagiert auf diese Entwicklungen mit dem Studiengang Master of Science in Pflege, den sie in Kooperation mit den Fachhochschulen Bern und St. Gallen anbietet. Mit diesem Abschluss qualifizierten sich am 5. Oktober erstmals neun Absolventinnen und ein Absolvent für die Tätigkeit als Pflegeexpertinnen beziehungsweise Pflegeexperte Advanced Practice Nursing (APN).

«Pflegeexpertinnen können komplexe Pflegesituationen systematisch analysieren, Betroffene und deren Angehörige beim Symptom- und Selbstmanagement unterstützen sowie Pflegefachpersonen bei schwierigen Entscheidungen beraten», erklärt Romy Mahrer Imhof, Studiengangleiterin MSc in Pflege. «Sie beteiligen sich aber auch an der Forschung und – davon ausgehend – an der Weiterentwicklung der Pflege.»

Gezielte Positionierung im Berufsfeld

Zum ersten Mal haben auch dreizehn Studierende ihre Weiterbildung an der ZHAW mit einem Master of Advanced Studies (MAS) abgeschlossen. Sie spezialisierten sich als Pflegeexpertinnen in einer der Fachrichtungen – Gerontologische Pflege, Onkologische Pflege

oder Patienten- und Familienedukation – und positionieren sich damit gezielt im Berufsfeld. Als ausgewiesene Spezialisten in ihrem Bereich können sie die Fachführung in einem interprofessionellen Team übernehmen und praxisbezogene Projekte leiten.

Ruth Schumacher, eine der dreizehn Diplomierten, profitiert vom MAS in Gerontologischer Pflege in ihrem Berufsalltag bei Spitex, aber auch in ihrer Tätigkeit als Dozentin: «Während der Weiterbildung konnte ich mich mit einzelnen Themen vertieft auseinandersetzen – zum Beispiel für die Masterarbeit mit der Sturzprävention in der Spitexpflege. Dabei habe ich gelernt, von der ausschliesslichen Patientenzentrierung wegzukommen und systemischer zu denken, das heisst die Familienangehörigen stärker einzubeziehen. Nicht zuletzt profitierte ich vom Austausch mit meinen Kommilitoninnen und Kommilitonen sowie vom beruflichen Netzwerk, das ich mir während der Weiterbildung aufbauen konnte.»

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
www.gesundheit.zhaw.ch



Lust am Schreiben

Für die Fachzeitschrift Onkologiepflege suchen wir interessante Artikel zu aktuellen Themen in der Onkologiepflege. Haben Sie unlängst eine Bachelor-, Master of Advanced Studies (MAS) – oder eine Master of Science (MSc) Arbeit zum Thema Onkologiepflege verfasst und möchten Ihre Arbeit interessierten Leserinnen und Leser vorstellen. So ist schon der erste Schritt – der Grundstein, in Form Ihrer Abschlussarbeit – zu einem Artikel vollbracht.

Wir bieten Ihnen Unterstützung im Schreibprozess und möchten Sie ermutigen einen ersten Entwurf Ihrer Abschlussarbeit unter info@onkologiepflege.ch einzureichen.

Wir freuen uns auf Ihren Artikel!

Envie d'écrire?

Nous recherchons des articles intéressants sur des sujets d'actualité en lien avec les soins d'oncologie. Avez-vous rédigé récemment un travail de Bachelor, Master of Advanced Studies (MAS) ou Master of Science (MSc) dans le domaine des soins oncologiques ? Aimerez-vous le présenter à des lecteurs intéressés ? Ainsi, la première étape pour un article est déjà réalisé, la base étant votre mémoire.

Nous vous fournissons un soutien pour le processus de rédaction et vous encourageons de nous envoyer une première ébauche de votre travail à info@onkologiepflege.ch.

Nous nous réjouissons de votre article !

Mitglieder werben Mitglieder



Kennen Sie eine Kollegin, einen Kollegen, die / der noch nicht Mitglied bei der Onkologiepflege Schweiz ist? Dann überzeugen Sie diese Person ganz einfach von den Vorzügen bei unserem Fachverband für onkologische Pflegefachpersonen mitzuwirken.

Wenn Ihnen dies gelingt, erhalten Sie einen Gutschein im Wert von CHF 40.00!

Die Jahresmitgliedschaftsgebühr beträgt CHF 80.00. Weitere Infos finden unter www.onkologiepflege.ch

Des membres recrutent des membres



Notre association professionnelle s'engage pour ses membres et existe grâce à ses membres ! Connaissez-vous une collègue, un collègue qui n'est pas encore membres de Soins en Oncologie Suisse? Persuadez-les des avantages d'une adhésion à notre association pour les professionnels des soins en oncologie.

Vous en serez récompensé par un bon d'une valeur de CHF 40.00 !

La cotisation annuelle est de CHF 80.00. Plus d'informations vous trouvez sur www.soinsoncologiesuisse.ch

Fragen aus der Praxis

An der Vorstandssitzung der Onkologiepflege Schweiz werden unter dem Traktandum «Plattform Praxis» jeweils eine Frage aus dem Praxisalltag zur Diskussion gestellt und nach Möglichkeit beantwortet.

Wir möchten diese Frage auch an Sie weitergeben, um noch mehr Resonanz aus dem Praxisalltag zu erhalten. Möchten Sie zu Händen des Teams «Plattform Praxis» eine Frage deponieren, so senden Sie diese bitte an info@onkologiepflege.ch. Wir freuen uns einen aktiven Austausch!

Besseres Gelingen der Venenpunktionen

Wer kennt oder benutzt vor Venenpunktionen (mit Venflon) die Anwendung von einem Nitroderm TS 5 Pflaster und einem Wärmekissen? Welche Erfahrung machen Sie damit?

Das Team Plattform für die Praxis besteht aus den folgenden Vorstandsmitgliedern der Onkologiepflege Schweiz
Therese Grädel-Fankhauser
Nadia Ghisletta-Facchin
Ursula Biderbost Schnyder

La question sur la pratique des soins

Lors des réunions du comité central de Soins en Oncologie Suisse, l'ordre du jour agenda régulièrement le sujet «Plate-forme pour la pratique».

Une question concernant la pratique professionnelle des soins est posée et débattue. Aujourd'hui, nous aimerions nous adresser à vous afin de connaître votre quotidien professionnel.

Meilleure réussite de la ponction veineuse

Qui parmi vous connaît ou utilise un Patch Nitroderm TS5 et un coussin chauffant lors de la pose d'un abord veineux (pose de Venflon) ? Quelles sont vos expériences ? Nous sommes très intéressés par votre opinion et vous remercions de votre réponse par mail à info@onkologiepflege.ch ?

Votre équipe de Plate-forme pour la pratique du comité central SOS
Thérèse Grädel Fankhauser
Nadia Ghisletta-Facchin
Ursula Biderbost Schnyder

Orale Tumorthérapien – Herausforderungen und Optimierung

Fortbildung der Onkologiepflege Schweiz



Seit Anfang der 1950er-Jahre werden orale Chemotherapien verwendet. Die ersten oralen Medikamente waren z.B. Methothrexat, Chlorambucil oder Cyclophosphamid. Alle drei sind heute noch in der Onkologie in Gebrauch.

Im Laufe der letzten Jahre gelangten viele neue orale Tumormedikamente auf den Markt. Dadurch konnten eine Anzahl von Tumoren behandelt werden. Diese neue Therapiestrategie bedeutet für den Patienten sowie das Behandlungsteam eine Herausforderung. Die Forschung hat gezeigt, dass es gar nicht so einfach ist, eine orale Tumorthérapie einzusetzen, diese zu kontrollieren und sie dem Patienten verständlich zu machen.

Bei einer oralen Tumorthérapie sind im Behandlungsteam verschiedene Fachpersonen involviert, die im ganzen Ablaufprozess unterschiedliche Funktionen und Rollen einnehmen.

So auch die Pflegefachpersonen. Was wissen wir über . Was wissen wir über deren Rolle und über diese der anderen Mitglieder im Behandlungsteam?

An dieser Fortbildung werden Sie von einem Onkologen, einer Pflegefachfrau und einer Apothekerin fundierte Informationen zum Thema Orale Tumorthérapien erhalten. Berücksichtigt werden auch Aspekte der aktuellen Reformen im Gesundheitssystem, Fragen der Wirtschaftlichkeit und die künftige Rolle der Pflegenden.

25. Februar 2013, Zürich

Anmeldung: www.onkologiepflege.ch

Anzeige

16. Internationales Seminar Onkologische Pflege – Fortgeschrittene Praxis

5. bis 6. September 2013, Universität, CH-St. Gallen



Inhalt: Gesellschaftliche Aspekte der Onkologiepflege, Erleben von Krankheit und Behandlung, Supportive Care für Patienten und Betreuende, aktuelle medizinische und pflegerische Entwicklungen.
Detailliertes, aktuelles Programm unter www.oncoconferences.ch.

Methoden: Plenumsvorträge, Diskussion, Workshops und persönlicher Austausch.

Leitung: Dr. A. Glaus PhD (CH); M. Fliedner MNS (CH); E. Irlinger MNS (DE), Mag. I. Achatz (AT)

Veranstalterin: Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso)

EONS-Akkreditierung

Infos + Anmeldung (Frühbuchungsrabatt bis 31.5.2013)

Kongress-Sekretariat der Deutschsprachig-Europäischen Schule für Onkologie (deso)

Frau Gabi Laesser | c/o Tumor- und Brustzentrum ZeTuP | Rorschacherstrasse 150 | CH-9006 St. Gallen

Tel.: 0041-(0)71-243 0032, Fax: 0041-(0)71-245 6805 | deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch

Nous cherchons jusqu'à la prochaine
Assemblée Générale du 21 mars 2013



une nouvelle collègue romande ou un nouveau collègue romand pour le comité central de Soins en Oncologie Suisse.

Vous venez des soins en oncologie et désirez relever un nouveau défi pour représenter et promouvoir la stratégie de SOS et sa mise en œuvre en Suisse Romande.

La liste de vos futures activités peut être obtenue auprès du secrétariat.

Vous disposez d'une formation spécialisée dans la prise en soin de patients atteints d'une maladie oncologique et de 5 ans d'expérience clinique au moins. Vous être reconnu(e) en tant que professionnel/le en Suisse Romande.

Vous aimez communiquer et avez une affinité pour le travail d'équipe. Vous comprenez l'allemand et pouvez investir au moins 5 jours par an dans le travail associatif. Votre hiérarchie vous encourage dans cette voie.

Nous nous réjouissons de recevoir votre candidature avec curriculum vitae et photo d'ici le 31 décembre 2012 à l'adresse du secrétariat de Soins en Oncologie Suisse.

Pour toute question, veuillez contacter directement Irène Bachmann Mettler.
Présidente de Soins en Oncologie Suisse (irene.bachmann@gmx.net).

Soins en Oncologie Suisse, Hirstigstrasse 13, 8451 Kleinandelfingen, Tél. +41 52 301 21 89,
info@onkologiepflege.ch, www.soinsoncologiesuisse.ch

15 SCHWEIZER
ONKOLOGIEPFLEGE
21. MÄRZ 2013 – BERN KONGRESS

15^{ème} CONGRÈS SUISSE
DES SOINS EN ONCOLOGIE
21 MARS 2013 BERNE

«Exzellente Onkologiepflege»
realisierbar? messbar? bezahlbar? definierbar? wunderbar!

Des soins infirmiers d'excellence en oncologie
réalisable ? mesurable ? abordable ? définissable ? formidable!

Onkologiepflege Schweiz – Hirstigstrasse 13 – CH-8451 Kleinandelfingen – www.onkologiepflege.ch – www.soinsoncologiesuisse.ch

Zu gewinnen: 5 x Eintritte für den 15. Schweizer Onkologiepflege Kongress vom 21. März 2013 in Bern!

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

1. Wie lautet die erste Phase des Pflegeprozesses?

B = Outcome festlegen **I** = Pflegediagnosen stellen **C** = Pflegeanamnese erheben **T** = Pflegeinterventionen durchführen

2. Der Test auf okkultes Blut bei der Früherkennung des kolorektalen Karzinoms ist eine Massnahme der

A = Primärprävention **O** = Sekundärprävention **E** = Tertiärprävention

3. Der Autor eines berühmten Stress-Modells heisst

R = Ursus **D** = Felix **T** = Nautilus **L** = Lazarus

4. Die Inzidenz der kolorektalen Tumoren in der Schweiz beträgt gemäss Zahlen der Krebsliga Schweiz von 2012

O = 4 200 **U** = 1 600 **K** = 1 800 **S** = 5 100

5. Welcher Wirkstoff gehört zu der Medikamentengruppe der Laxantien?

M = Furosemid **N** = Macrogol **S** = Enalapril **P** = Clarithromycin

Senden Sie das Lösungswort bis 10.01.2013 an:

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

Rätsel Nr. 3/2012

Lösungswort: FENTANYL

Gewinner:

J. Gräbner, Buchrain
L. Kropf, Lostorf
K. Moser, Biel
M. Zumsteg, Fislisbach

Lösungswort:

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

À gagner: 5 entrées pour le 15ème Congrès Suisse des soins en oncologie du 21 mars 2013 à Berne!

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

1. Quelle est la première phase du processus de soins infirmiers?

B = déterminer les résultats **I** = poser les diagnostics infirmiers **C** = compléter l'anamnèse infirmière **T** = Effectuer des interventions infirmières

2. Le test de sang occulte dans les selles dans le dépistage du cancer colorectal est une mesure de

A = prévention primaire **O** = prévention secondaire **E** = prévention tertiaire

3. L'auteur d'un célèbre modèle de stress se nomme

R = Ursus **D** = Felix **T** = Nautilus **L** = Lazarus

4. L'incidence des cancers colorectaux en Suisse est pour 2012 et selon les chiffres de la Ligue Suisse contre le cancer de

O = 4 200 **U** = 1 600 **K** = 1 800 **S** = 5 100

5. Quel médicament appartient au groupe des médicaments laxatifs?

M = Furosemid **N** = Macrogols **S** = Enalapril **P** = Clarithromycin

Envoyer la solution sous forme du mot découvert jusqu'au 10.01.2013 à:

info@onkologiepflege.ch, ou bien par courrier à Soins en Oncologie Suisse Hirstigstrasse 13, 8451 Kleinandelfingen

Quizz No 3/2012

Solution: SOLIDARITÉ

Mot/Solution:

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



Fortbildungsprogramm 2013 Programme de formation continue 2013

education
is the
key



Februar / février

25.02.2013	Orale Tumorthérapien – Herausforderungen und Optimierung
28.02.2013	Psychosoziales Befinden erfassen

März / mars

07.03.2013	Behandlung und Pflege von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren
14.03.2013	Onkologie heute – ein Überblick / Fortbildung für Medizinische Praxisassistentinnen
21.03.2013	15. Schweizer Onkologiepflege Kongress / 15 ^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie – Bern
25.–26.03. + 06.05.2013	Basiskurs in pädiatrischer Onkologiepflege

April / avril

11.04.2013	Target – zielgerichtete Tumorthérapien – ein Volltreffer für zukünftige Tumorthérapien
------------	--

Mai / mai

02.05.2013	Sexualität – wie wird sie zum Thema in der Onkologie?
23.05.2015	Mammakarzinom – das kennen wir! Wirklich?
23.05.2013	Aufbaukurs für Fortgeschrittene in pädiatrischer Onkologiepflege

Juni / juin

06.06.2013	Look good – feel better! Spieglein, Spieglein ... erfahren und miterleben
------------	---

September / septembre

06.09.2013	4 ^{ème} journée romande de formation continue – Genolier
26.09.2013	Schlechte Nachrichten – Aufgaben der Onkologiepflege

November / novembre

22.11.2013	Aufbaukurs für Fortgeschrittene in pädiatrischer Onkologiepflege
28.11.2013	Gespräche über's Sterben – wie können sie gelingen?

Die Daten dieser Fortbildungen folgen demnächst:

- Ernährungsprobleme von Patienten mit einer Tumorerkrankung
- Behandlung und Pflege von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren
- Behandlung und Pflege von Patienten mit hämatologischen Tumoren
- Komplementärmedizin und alternative Methoden in der Krebstherapie
- Behandlung und Pflege von Patienten von Lungentumoren
- Behandlung und Pflege von Patienten mit Lymphom, Multiples Myelom
- Behandlung und Pflege von Patienten mit Prostata Karzinom
- Schmerz up-date

www.onkologiepflege.ch
www.soinsoncologiesuisse.ch

Kongresse Schweiz und International / Congrès en Suisse et International

März / mars

16.–21.03.2013 **6th Masterclass in Oncology Nursing**
Ermatingen
www.cancernurse.eu

21.03.2013 **15. Schweizer Onkologiepflege Kongress
15^{ème} Congrès Suisse des soins
en oncologie**
Bern
www.onkologiepflege.ch
www.soinsoncologiesuisse.ch

April / avril

07.–10.04.2013 **29th Meeting EBMT Nurses Group**
GB-London
www.congrex.ch/ebmt2013.html

19.–20.04.2013 **20. AHOP Frühjahrstagung**
A-Linz
www.ahop.at

Mai / mai

29.–31.05.2013 **SBK Kongress**
St. Gallen
www.sbk-asi.ch

Juni / juin

06.–07.06.2013 **Fachtagung Psychoonkologie 2013**
St. Gallen
www.psychoonkologie.ch

27.–29.06.2013 **MASCC/ISOO International
Symposium on Supportive Care in Cancer**
D-Berlin
www.mascc.kenes.com

September / septembre

05.–06.09.2013 **16. Int. Seminar Onkologische Pflege –
Fortgeschrittene Praxis**
St. Gallen
www.oncoconferences.ch

27.09.–01.10.2013 **17th ECCO European Cancer Congress**
NL-Amsterdam
www.ecco-org.eu

Oktober / octobre

18.–22.10.2013 **DGHO Jahrestagung**
A-Wien
www.dgho.de

Impressum

Herausgeber / Editeur
Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Hirstigstrasse 13
CH-8451 Kleinandelfingen

Telefon +41 52 301 21 89
info@onkologiepflege.ch
www.onkologiepflege.ch
www.soinsoncologiesuisse.ch

Abonnemente / Abonnements
Einzelperson/individuel Fr. 50.– / € 50.–
Institutionen/institutions Fr. 70.– / € 70.–
Bestellung/commande: www.onkologiepflege.ch

Redaktion / Rédaction

Evelyn Rieder/Chefredaktion, evelyn.rieder@riev.ch
Marika Bana/Stv. Chefred., bana@zhaw.ch
Lucienne Bigler-Perrotin, l.bigler-perrotin@mediane.ch
Manuela Eicher, manuela.eicher@hefr.ch
Sara Pöhler-Häusermann, tspoehler@hotmail.com
Sylvia Spengler-Mettler, info@onkologiepflege.ch

Lektorat

Eva Ebnöther, evaebnoether@bluewin.ch

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

Leserbriefe

info@onkologiepflege.ch

Druck / Impression

wylandprint, Andelfingen, Layout: Mike Allram

Auflage / Tirage

1500 Exemplare / exemplaires

Erscheint / Parution 4 x jährlich / 4 x par an
2013: 15.02. / 02.05. / 15.09. / 15.12.

Nächste Ausgabe / Prochaine édition
Nr. 1/2013 – 15.02.2013 Palliative care

Redaktionsschluss / Limite rédactionnelle
02/2013, 04.03.2013 Exzellente Onkologiepflege
03/2013, 08.07.2013 Symptommanagement
04/2013, 14.10.2013 Orale Tumortherapien

Geschlechterspezifische Formulierungen
schliessen das andere Geschlecht jeweils mit ein.

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

PALLIATIVE CARE UND ORGANISATIONSETHIK

Interdisziplinäre Weiterbildung CH
Begleitung kranker, sterbender und
trauernder Menschen

weiterbildung-palliative.ch

Interdisziplinärer Lehrgang

Palliative Care



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

Durchführung März 2013 bis März 2014

Termine Unterrichtstage: 11. / 12. März 2013, 04. / 05. April 2013, 22. / 23. Mai 2013,
26. / 27. Juni 2013, 26. / 27. August 2013, 23. / 24. September 2013, 28. / 29. Oktober 2013,
18. / 19. November 2013, 12. / 13. Dezember 2013, 27. / 28. Januar 2014, 10. / 11. März 2014,
weitere drei Tage nach Wahl / Tagungen und Tagesseminare

Inhalte / Themen

Grundverständnis und Kernelemente von Palliative Care – Werte und Grundhaltungen –
Schmerz- und Symptommanagement, best practice in Palliative Care – psychologische und
psychiatrische Aspekte am Lebensende – psychosoziale und kommunikative Kompetenzen –
häufige und belastende Gefühle und Emotionen – Grundwissen der Salutogenese und
Resilienzforschung – existenzielle, spirituelle und religiöse Aspekte in der Begleitung –
ethische Entscheidungsfindung und rechtliche Fragen – Trauern und Kultur des Abschieds
in der Institution – Aufgaben und Entwicklung einer palliativen Organisationskultur –
Selbstsorge und Gesundheitsförderung

Dozentinnen / Dozenten

Markus Feuz, Bea Goldman, Prof. Dr. med. Erich Grond, Dr. med. Tanja Krones,
Prof. Dr. Andreas Kruse, Dr. med. Roland Kunz, Peter Lack, Esther Meister, Matthias Mettner,
Settimio Monteverde, Claudia Schröter, Jacqueline Sonego Mettner, Dr. med. Andreas Weber,
Dr. med. Markus Weber, Christine Widmer, weitere DozentInnen nach Nennung

Veranstaltungsort

Zentrum für Weiterbildung / Universität Zürich, Schaffhauserstrasse 228, 8057 Zürich

Information / Anmeldung

Beachten / Verlangen Sie bitte die 24-seitige Informationsbroschüre.

Palliative Care und Organisationsethik

Postfach 425, CH-8706 Meilen ZH, Tel. 044 980 32 21

info@weiterbildung-palliative.ch, www.weiterbildung-palliative.ch

In Zusammenarbeit mit: RUPRECHT-KARLS-
UNIVERSITÄT
HEIDELBERG

