

Erfahrungen mit dem Nausea/Emesis-Kommunikations-Instrument (NEKI)

Ein Hilfsmittel für die Umsetzung evidenzbasierter Richtlinien zur Nausea/Emesis-Prophylaxe

Agnes Glaus¹, Petra Stolz Baskett², Florian Otto¹

¹ Tumor- und Brustzentrum ZeTuP, St. Gallen.

² Institut Pflege, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur.

Abstract

Background

The use of evidence-based guidelines for the prevention of chemotherapy-induced nausea and emesis is a major achievement in modern supportive care in patients with cancer. However, the implementation of such guidelines into routine practice remains a major challenge.

Objectives

To test the usefulness of a guideline-based instrument, comprising documentation of antiemetics, therapy-related counselling and nausea/emesis assessment (Nausea Emesis Kommunikations-Instrument NEKI) for patients receiving moderately and highly emetogenic chemotherapy in routine practice in the outpatient setting.

Methods

A patient-instrument, on the base of antiemetic standards (MASCC 2010), was created and agreed in the interdisciplinary team. This instrument was tested by patients to assess its usefulness and applicability in routine practice. Data collection was done with a patient-questionnaire. Consecutive selection of cancer patients receiving moderately and highly emetogenic chemotherapy in the outpatient setting. Nausea and emesis were assessed as Patient Reported Outcomes. Descriptive analysis.

Results

More than 80% of 51 patients, mainly with breast cancer and adjuvant chemotherapy, judged the NEKI instrument as easy to use and helpful for the treatment at home. Standardised antiemetic treatment schedules, their implementation into practice for nurses and patients, respectively, clarified rules and supported communication in the interdisciplinary team. Most patients adhered to the prescribed drugs and care measures. Control of nausea and emesis was comparable with results described in current literature.

Conclusions

The implementation of evidence based anti-emetic guidelines in the interdisciplinary team is a prerequisite to achieve best possible control of nausea and emesis. The test of the NEKI instrument has shown, that the documentation of such standards for its use by nurses and patients secures adherence to standards and simplifies processes within the team and with patients. Apart from that, support of self-management capacities of patients and family members seem to strongly influence successful outcome.

Keywords:

Antiemetic-Guidelines, Adherence, Implementation into practice, Patient-Documentation

Einleitung

Die erfolgreiche Anwendung der 5-Hydroxytryptamine-Rezeptor-Antagonisten (5-HT₃) und Dexamethason hat die Verhütung der Chemotherapie-induzierten Nausea und Emesis (CINE) bereits vor über einem Jahrzehnt revolutioniert. Fachpersonen empfanden diesen Durchbruch als einen der grössten Fortschritte in der onkologischen Supportivtherapie, und für Patienten bedeutete es eine unermessliche Erleichterung und Verbesserung der Lebensqualität. Ein weiterer Fortschritt erfolgte in den letzten Jahren durch die zusätzliche Anwendung eines Neurokinin-Rezeptorantagonisten (NK1RA), indem auch die verzögerte Nausea bei mittel- und hochemetogener Chemotherapie (MEC, HEC) während 120 Stunden nach Start der Chemotherapie noch wesentlich besser verhütet werden kann (1). Diese Entwicklung wurde durch internationale Fachgruppen aufgearbeitet und in Form von evidenzbasierten Antiemetika-Richtlinien publiziert (MASCC/ESMO-Guidelines) (2). Diese Fortschritte in der pharmakologischen Verhütung der belastenden CINE dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass Übelkeit und Erbrechen dennoch bei einem Teil der Patientinnen und Patienten weiterhin sehr belastende Therapieebenenwirkungen darstellen (3). Eine neuere Studie zeigt, dass Patienten, welche nicht im Rahmen von evidenzbasierten Antiemetika-Richtlinien behandelt werden, beträchtlich mehr Nausea und Emesis erleiden als solche, bei denen dies der Fall ist (4). Die Gründe, weshalb evidenzbasierte Richtlinien nicht oder nur teilweise angewandt werden, scheinen vielfältig. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Implementierung und konsequente Anwendung solcher Richtlinien in der Alltagspraxis mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert ist.

Hindernisse bei der Umsetzung der Richtlinien in die Praxis

Klinische Richtlinien können die Qualität von Versorgung und Outcome für die Patienten wesentlich verbessern. Sie haben zum Ziel, dass der richtige Patient zur richtigen Zeit die richtige Versorgung erhält (5). Dies ist insbesondere auch bei Patienten mit MEC und HEC relevant. Die Implementierung von evidenzbasierten Richtlinien in die Alltagspraxis und die Akzeptanz solcher Vorgaben bleiben jedoch manchmal den Interpretationen und Präferenzen der Fachpersonen oder heute gar ökonomischen Überlegungen unterworfen (6). Während es unbestritten ist, dass eine antiemetische Prophylaxe unabdingbarer Bestandteil der zytostatischen Tumorthherapie ist, scheint die konsequente Umsetzung evidenzbasierter Richtlinien weiterhin unzulänglich (7). Ob Ärzte und Pflegende die entsprechende Fachkompetenz unterschätzen oder ob die Supportivtherapie nicht den nötigen Stellenwert erhält, bleibt unklar.

Tatsächlich sind zahlreiche Lücken und Erschwernisse möglich bei der Implementation und im Anwendungsprozess, da dieser einen eigentlichen Kommunikationszyklus zwischen Patient und Behandlungsteam voraussetzt (Abbildung 1). Diese Hindernisse können sowohl im Bereich der ärztlichen, evidenzbasierten Verordnung als auch bei der kompetenten Verabreichung der Antiemetika durch Pflegende angesiedelt sein oder bei der damit verbundenen, nötigen Instruktion der Patienten für die Versorgung zu Hause. Kommunikationslücken und organisatorische Erschwernisse sind den Klinikern bekannt, zumal die ambulante Chemotherapie oft in einem hektischen Umfeld mit knappen zeitlichen Ressourcen stattfindet. Dem entgegen stehen anspruchsvolle, mehrtägige Antiemetika-Regime mit unterschiedlichen Medikamenten und Zeitplänen, was Betroffene und Angehörige insbesondere dann schnell überfordern kann, wenn die mentale Aufnahmekapazität durch Angst, Müdigkeit oder andere Erschwernisse begrenzt ist (8, 9). Besonders aktuell ist dies bei Patienten in ambulanter Behandlung, wo die Unterstützung durch Fachpersonen begrenzt möglich ist. Zusätzlich zeigt die klinische Erfahrung, dass die Rückmeldung von subjektiven Erfahrungen der Nebenwirkungen durch die Patienten an das oft wechselnde Behandlungsteam lückenhaft ist. Fachpersonen beziehen diese Rückmeldungen auch oft ungenügend mit in ihre Evaluation der Nebenwirkungen ein. Damit ist eine antiemetische Therapie, mit Bezug zu den Erfahrungen bei der vorgängigen Chemotherapie, erschwert. Mangelnde Dokumentation von Nebenwirkungen und Symptomen durch Patienten lässt eine Verbesserung des Erfolgs erwarten (10, 11). Zudem gibt es zahlreiche Hinweise, dass «patient-reported outcomes» bei Weitem genauer sind als Einschätzungen der Betreuer (12).

Zunehmende Anforderungen an die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten

Die kompetente Selbstversorgung im Assessment und in der Behandlung von Nebenwirkungen und Symptomen scheint zukünftig in der Onkologie besonders relevant zu werden. Während es derzeit gängige Praxis ist, dass die Patientinnen und Patienten zuerst durch den ärztlichen Dienst über Krankheit und Therapie sowie deren Nebenwirkungen informiert werden, beraten onkologische Pflegefachpersonen vor, während oder nach der Behandlung über den Umgang mit den Auswirkungen der Therapie und über das Nebenwirkungsmanagement. Diese pflegerisch-therapeutische Intervention umfasst Informieren, Anleiten, Dokumentieren, Einschätzen und Evaluieren und schliesst natürlich mehr als nur

die CINE-Prophylaxe ein; diese steht aber bei mittel- und hochemetogener Therapie besonders im Vordergrund. Im ambulanten Bereich haben diese pflegerischen Interventionen eine besondere Bedeutung, da Patienten und Angehörige zu Hause selber für sich sorgen und im Umgang mit den Therapien kompetent sein müssen. Wegleitend für die Zukunft ist, dass bei der ambulanten Behandlung die Angehörigen wesentlich für den Outcome einer Massnahme Verantwortung tragen und dass die Familienangehörigen zu Hause zu Betreuenden werden (9). Dieser Anspruch an die Selbstmanagement-Fähigkeiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen steigt durch die Zunahme von ambulanten Behandlungen und auch durch die Behandlung von vermehrt betagten Patienten sowie Personen mit Migrationshintergrund.

Ein Hilfsmittel für die Umsetzung der Antiemetika-Richtlinien für Patienten/Angehörige

Vor dem dargelegten Hintergrund wurde in den letzten Jahren am Tumor- und Brustzentrum ZeTuP in St. Gallen ein Nausea/Emesis-Kommunikations-Instrument (NEKI) für die ambulante Versorgung bei Patienten mit MEC und HEC entwickelt, welches für Patienten individuell den antiemetischen Therapieplan nach evidenzbasiertem Standard MASCC (2010) (www.mascc.org) (13) dokumentiert, Anleitungen zu pflegerischen Massnahmen enthält sowie ein Instrument zur Selbsterfassung von Nausea und Emesis vorgibt (14). In diesem Beitrag berichten wir über die Evaluation dieses aus der Praxis heraus entwickelten Instrumentes NEKI.

Ziel und Fragestellung zur Evaluation des NEKI

Das Ziel dieser Arbeit war die Evaluation des Instrumentes NEKI aus der Sicht der Patienten. Dabei stellten sich folgende Fragen:

- ▲ Unterstützt die Anwendung des NEKI bei ambulanten Patienten mit Chemotherapie die Selbstmanagement-Fähigkeiten, und fördert es die Kompetenz für die supportiven Massnahmen zu Hause?
- ▲ Verhilft es zur bestmöglichen Verhütung oder Reduktion von Chemotherapie-induzierter Nausea und Emesis?
- ▲ Finden Patienten das NEKI verständlich und nützlich, und sind sie zufrieden mit dem Instrument und der damit verbundenen Beratung?
- ▲ Unterstützt es den Kommunikationskreislauf bezüglich Nausea/Emesis zwischen Patienten und interdisziplinärem Team?

Methoden

Entscheidung für evidenzbasierte Antiemetika-Richtlinien

Die Anwendung der evidenzbasierten Antiemetika-Richtlinien nach MASCC/ESMO (2010) bei MEC und

HEC (2) war schon früher im interdisziplinären Team vereinbart worden und gehörte bei der Evaluation des Instrumentes bereits zur Routinepraxis. Die praktische Anwendung von drei vereinbarten Standardvarianten (innerhalb der Richtlinien) wurde in einer ersten Version des NEKI umgesetzt (14). Die laufende Aktualisierung des Instrumentes, welche sich teils aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, teils aus logistischen Gründen ergab (z.B. durch Nicht-Verfügbarkeit von bestimmten Antiemetika), erfolgte durch eine Pflegeexpertin («Advanced Practice Nurse», Onkologie). In Vorbereitung der Evaluation des NEKI wurden zehn Patienten mit Erfahrung in der Anwendung der NEKI-Erstversion angefragt, die neue Version des Instrumentes zu beurteilen. Zusammen mit Anregungen aus dem Pflegeteam bildeten sie die Grundlage zum Re-Design des NEKI und damit zu dessen Fertigstellung für die Evaluation durch Patienten.

Das Instrument NEKI und seine drei Elemente

Nach dem Re-Design besteht das NEKI aus drei Teilen:

- a) dem Richtlinien-basierten Antiemetikakaplan (inkl. Reserven, gemäss vereinbartem Standard), in dem nur noch das aktuelle Datum und individuelle Modifikationen eingesetzt werden müssen;
- b) der Anleitung zum Nebenwirkungsmanagement im Umgang mit den Folgen der Therapie und der Supportivtherapie (persönliche Ergänzungen möglich);
- c) dem Selbstassessment der Nausea/Emesis als Ausgangslage für weitere Therapien.

Dieser letzte Teil erfuhr für die aktuelle NEKI-Version eine wesentliche Änderung durch den Ersatz der Nausea/Emesis-Skalen mit dem validierten MASCC-Antiemesis-Fragebogen MAT (MASCC 2004) (13, 15), in welchem Nausea und Emesis, akut und verzögert, erfragt werden. Die Anwendung von MAT im Kontext des NEKI erfolgte mit freundlicher Genehmigung von MASCC.

Zusätzlich zu diesen Angaben enthält das NEKI auch die Telefonnummer für den 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des Zentrums und verleiht damit ein Gefühl der Sicherheit. Es enthält auch Angaben über mögliche Vorkommnisse, für welche ein Rückruf im Zentrum empfohlen wird.

Fragebogen zur Datensammlung für die Evaluation des NEKI

Die Evaluation von pflegegeleiteten Interventionen zur evidenzbasierten Verbesserung der Praxis können auf verschiedenen Stufen vorgenommen werden (16). NEKI ist ein Kommunikationsinstrument zum interdisziplinären, patientenfokussierten Management von Nausea und Emesis bei Personen mit ambulanter Chemotherapie (14). Beim Einsatz des NEKI kön-

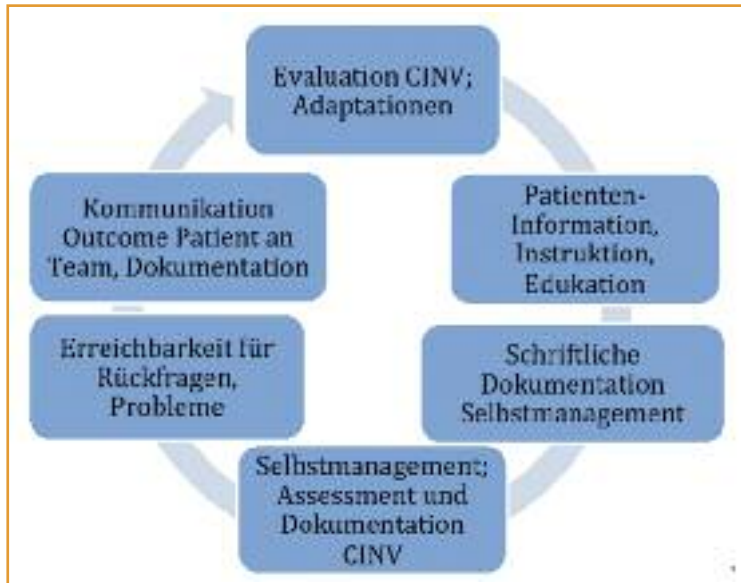


Abbildung 1: Kommunikationszyklus Patient-Behandlungsteam in der Nausea/Emesis-Prophylaxe.

Tabelle 1:

Ziele des Instrumentes NEKI

1. **Im interdisziplinären Team** vereinbartes, evidenzbasiertes Management zur CINE-Prophylaxe bei hoch- und mittelhoch emetogener ambulanter Chemotherapie.
2. **Umsetzbare Leitlinie** für das Pflegefachpersonal zur Patientenedukation bezüglich CINE-Prophylaxe.
3. **Nachvollziehbare Kommunikationswege** bezüglich Verordnung, Instruktion und Dokumentation der CINE-Prophylaxe sowie Nausea/Emesis-Assessment im multidisziplinären Team.
4. **Reduktion der Nausea- und Emesis-Inzidenz** bei Patienten und Patientinnen mit hoch und mittelhoch emetogener ambulanter Chemotherapie.
5. **Förderung von Selbstmanagementkompetenzen** der Patienten und Patientinnen sowie ihrer Angehörigen durch Information/Edukation bezüglich CINE-Management.
6. **Vermeidung von Hospitalisationen** und/oder zusätzlichen ambulanten Behandlungen durch Emesis-induzierte Komplikationen.

nen Umsetzbarkeit und Effektivität bei Patienten und Patientinnen, dem Behandlungsteam, aber auch auf der Prozessebene der Organisation evaluiert werden. Für die Evaluation wurde infolgedessen ein spezieller Fragebogen konstruiert, welcher Messgrößen entsprechend den Zielen des Instrumentes anspricht (Tabelle 1), wobei Punkt 6 der Tabelle nicht Gegenstand dieser Instrumenten-Überprüfung war. Der Fragebogen umfasst 12 Fragen mit Antwortoptionen vom Typ der Likert-Skala und zusätzlichem Raum für individuelle Bemerkungen. Zwei Pflege-Expertinnen mit Master und PhD-Abschluss überprüften die Fragen auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Relevanz. Ein Pilottest mit 10 Patienten bestätigte die Anwendbarkeit des Fragebogens.

Die zuständigen Pflegenden in der Praxis verwendeten in der Patientenversorgung ab der ersten Che-

motherapie das NEKI (re-designed). Vor dem dritten Chemotherapiezyklus übergaben sie den Patienten einmalig ein Kuvert mit dem Fragebogen für die Evaluation, dem auch ein erklärendes Schreiben der Projektleiterin und des Zentrumsleiters beigelegt war. Das Ausfüllen konnte während des Besuchs im Zentrum oder zu Hause erfolgen und das verschlossene Kuvert wieder an der Rezeption abgegeben werden.

Studienpopulation, Selektion

Die Evaluation umfasste die Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer mittel- oder hochemetogenen, ambulanten Chemotherapie (2) in einem privaten Tumor- und Brustzentrum in der Schweiz. Der Einschluss in die Untersuchung erfolgte konsekutiv, das heisst, jede infrage kommende Person im Zeitraum von April 2011 bis Mai 2012 wurde wegen einer Teilnahme angefragt. Ausschlusskriterien waren mangelnde Deutschkenntnisse oder eingeschränkte kognitive Funktionen.

Ethische Aspekte

Das Projekt wurde dem lokalen ethischen Komitee zur Einwilligung vorgelegt und genehmigt. Die Teilnahme war für die Patienten freiwillig. Sie erteilten die schriftliche Einwilligung zur Verwendung ihrer Angaben und wurden der vertraulichen Behandlung der Daten versichert.

Analyse

Die anonymisierten Daten wurden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die individuellen Anmerkungen wurden qualitativ analysiert und zusammengefasst.

Resultate

Charakteristika der Studienpopulation

Alle angefragten Patienten willigten in die Untersuchung ein. Die Evaluation umfasste 51 Teilnehmende, davon 46 Frauen und 5 Männer im Alter zwischen 21 und 74 Jahren (Durchschnitt 52,9). Die Diagnose Mammakarzinom war am häufigsten ($n = 36$). Diese Patientinnen erhielten alle eine hochemetogene, adjuvante Chemotherapie mit Epirubicin und Cyclophosphamid. Die anderen Patienten ($n = 15$) litten an Ovarial-, Urogenital- oder Darmkrebs und erhielten ebenfalls eine hoch- oder mittelhoch emetogene Chemotherapie. Die standardisierte antiemetische Therapie umfasste bei den hochemetogenen Behandlungen das Schema mit HT3-Rezeptor-Antagonisten und Dexamethason (intravenös im Zentrum und per os zu Hause), zusätzlich erhielten die Patienten, gemäss MASCC-Richtlinien, einen Neurokinin-Rezeptorantagonisten. Für die Patienten mit mittelhoch emetogener Therapie galt standardmässig die Prophylaxe mit HT3-Rezeptor-Antagonisten und Dexamethason.

Wirksamkeit der CINE-Prophylaxe unter Anwendung von NEKI

Die Patienten wurden gebeten, das auf der Rückseite des NEKI-Formulars abgebildete, validierte MASCC-Assessment-Tool (MAT) (13) auszufüllen. 86% der Befragten bestätigten, dass die standardisierte CINE-Prophylaxe wirksam war, um das Erbrechen zu verhüten. Verbleibende 14% gaben an, mindestens einmal erbrochen zu haben. Hingegen verspürten fast 60% der Patienten während oder nach der Chemotherapie Nausea, und nur 39% gaben an, keine Übelkeit verspürt zu haben.

Verständlichkeit, Nützlichkeit, Anwendbarkeit von NEKI

Für 80% (n = 51) der evaluierenden Patienten war die Information des NEKI «sehr verständlich», für 20% war sie «ziemlich verständlich», niemand beurteilte sie als unverständlich. Als «sehr nützlich» wurde das Instrument von 80% der Patienten beurteilt, als «ziemlich nützlich» von 18% und als «weder noch» von 2%. Für 77% der Patienten war es «sehr einfach», den Medikamentenplan anzuwenden und dessen Angaben zu folgen, während dies für 23% «ziemlich einfach» war (Tabelle 2), für niemand war es unmöglich, diesen anzuwenden.

Zufriedenheit mit Information und Edukation, Behandlungssadhärenz

Mit 96% fühlten sich fast alle Patienten «sehr gut instruiert» für die Massnahmen zu Hause, 4% bezeichneten sich als «ziemlich gut instruiert». Dementsprechend hielten sich 84% sehr genau an die Anleitungen des Instrumentes und die Medikamenteneinnahme, 16% gaben an, sie hätten sich «ziemlich genau» daran gehalten.

Eine Multiple-Choice-Testfrage zum Verhalten bei anhaltender Übelkeit zu Hause sollte überprüfen, ob die Edukation durch die Pflegenden (mittels NEKI) den Patienten das nötige Wissen zu vermitteln vermochte. Von 82 Antworten (Mehrfachantworten möglich) waren 60 Antworten korrekt (75%).

CINE-Selbstassessment und Besprechung des Outcomes mit dem interdisziplinären Team

Von 51 Patienten dokumentierten nach der ersten

Therapie 88% die akute Nausea/Emesis (24 Stunden nach Therapie) und die verzögerte Nausea/Emesis (4 Tage nach Therapie). Bei den weiteren Therapien dokumentierten dies nur noch 72%. Vier Fünftel der Teilnehmenden bestätigten, dass dieses Selbstassessment als Grundlage zur Besprechung im interdisziplinären Team benutzt wurde.

Kommentare/Anregungen der Patienten

Patienten machten auch handschriftliche Bemerkungen und Anregungen. Mehr als die Hälfte von ihnen umschrieben den Dank und die Zufriedenheit mit den Betreuenden und deren Kompetenz und Freundlichkeit. Patienten betonten, wie wichtig es für sie war, solche schriftlichen Informationen zu erhalten. Daneben wurden einzelne Anmerkungen zur besseren Lesbarkeit der Daten und persönliche Präferenzen bezüglich Darstellung des Medikamentenplans gemacht. Einige Patienten notierten auch weitere Nebenwirkungen oder die Durchführung komplementärer Massnahmen.

Diskussion

Wirksamkeit der Antiemetika-Behandlung nach evidenzbasiertem Standard in delegierter Verantwortung

Die Anwendung des NEKI brachte es mit sich, dass alle Patienten nach individuell angepassten Varianten der Antiemetika-Standards der Multinational Society of Supportive Care (MASCC 2010) behandelt wurden. Die Integration dieser Standards in das Instrument sichert damit die evidenzbasierte Behandlung. Während solche Entscheidungen im Behandlungsteam einiges an Studium, Diskussionen und Zeit erfordern, wird danach dafür wiederum vieles vereinfacht und Zeit zurückgewonnen. Die ärztliche Verordnung wird vereinfacht und rationell und entspricht somit einer stehenden Verordnung (6) «Antiemetika-Standard Nr. X». Die fachkompetenten Onkologiepflegenden übernehmen die Verantwortung, das verordnete Schema im Detail mit dem Patienten umzusetzen.

In einer europäischen Studie konnte gezeigt werden, dass bei 59% der nach Antiemetika-Guidelines behandelten Patienten (n = 991) kein Erbrechen auftrat, während dies bei Patienten, welche ausserhalb von

Tabelle 2 :

Verständlichkeit, Nützlichkeit, Anwendbarkeit des NEKI

	Gar nicht (%)	Weder noch (%)	Ziemlich (%)	Sehr (%)
Wie verständlich waren die Informationen?	0	0	19,6	80,4
Wie nützlich fanden Sie das Instrument?	0	2,0	18,0	80,0
Wie einfach war es, dem Medikamentenplan zu folgen?	0	0	23,5	76,5
Wie gut war die Instruktion über den Medikamentenplan?			4,0	96,0
Haben Sie sich an den Medikamentenplan gehalten?			15,7	84,3

Guidelines behandelt wurden, nur bei 50,7% der Fall war (4). Unsere Evaluation zeigte einen noch höheren Anteil an Patienten, die unter Einhaltung der Guidelines vor Erbrechen bewahrt werden konnten. Dies stützt die Tatsache, dass die konsequente Anwendung der Antiemetika-Richtlinien für Patienten mit HEC und MEC einen grossen Vorteil bringt.

Verständlichkeit, Nützlichkeit und Anwendbarkeit von NEKI

Das NEKI wurde durch die grosse Mehrheit der Patienten als sehr verständlich und anwendbar bezeichnet. Alle Patienten waren in der Lage, es anzuwenden. Dem ist allerdings vorzuschicken, dass beim Gespräch zwischen der Pflegefachperson und dem Patienten bei der Ersttherapie die Instruktion und Edukation einen wichtigen Platz einnimmt. Dies wiederum wird gerade durch das Instrument erleichtert, indem die Themen schriftlich festgehalten sind und diese so standardmässig angesprochen werden. Einige Kommentare der Patienten zur Lesbarkeit und Darstellung konnten ergänzend ins NEKI eingebracht werden.

Der für die Patienten anspruchsvollste Teil scheint der Medikamentenplan zu sein, da er für die akute und verzögerte Nausea/Emesis die verschiedenen Medikationen über mehrere Tage im Detail festhalten muss. Für ein Viertel der Patienten ist hier noch Verbesserungspotenzial erkennbar. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der guten Instruktion durch die Pflegenden. Eher selten kommt es vor, dass wegen mentaler Schwierigkeiten ein Medikamentendispenser angeboten werden muss. Die vermehrte Behandlung älterer Menschen fordert hier in Zukunft möglicherweise mehr individuelle Massnahmen.

Cox (8) beschrieb die eingeschränkte Aufnahmefähigkeit wegen Angst und Ungewissheit. Ein Weg, sich gegen die Angst zu wehren, ist die Suche nach Information (17). Nicht zuletzt deshalb äusserten wohl alle Patienten eine grosse Zufriedenheit mit dem NEKI. Sie waren sehr zufrieden mit der Instruktion und froh über die damit verbundene Dokumentation, welche ihnen zu Hause eine hilfreiche Grundlage gab und Sicherheit verschaffte. Obwohl es nicht das Ziel war, die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten zu überprüfen, so sprachen doch die Rückmeldungen der Patienten dafür, dass sie sich als Beteiligte an der Behandlung verstanden fühlten. Die im NEKI eingefügte Telefonnummer für den Fall eines Problems zu Hause wurde besonders geschätzt. Dieser Aspekt der Kontinuität kann dem Bedürfnis nach Sicherheit offenbar entgegenkommen. Die Vermutung liegt deshalb nahe, dass das NEKI dazu verhilft, Komplikationen vorzubeugen, die Kontaktaufnahme zum Betreuungsteam zu fördern und vielleicht gar Hospitalisationen zu verhüten; allerdings war dies nicht Gegenstand der Untersuchung.

Erleichterung in der Routinepraxis für Pflegende und Ärzte

Aus Sicht der Pflegenden stellte das NEKI eine Erleichterung dar. Einerseits wegen der Klarheit der Verordnung «nach Standard», welche sie in eigener Kompetenz umsetzen konnten, andererseits wegen der schon vorhandenen Druckversion mit den standardisierten Informationen für die Patienten, was sich zeitsparend auswirkte. Der Aufwand zum Aufschreiben der individuellen Daten war gering, erforderte aber durchaus grosse Aufmerksamkeit.

Selbstdokumentation und Kommunikationskreislauf zwischen Patient und Team

Die klinische Alltagspraxis zeigt, dass Nebenwirkungen oft mangelhaft oder gar nicht dokumentiert werden. Zudem ist die Beurteilung eines subjektiven Symptoms durch Betreuer kaum realistisch. Dementsprechend wird berichtet, dass es wenig Übereinstimmung in der Beurteilung von Nebenwirkungen zwischen Ärzten und Patienten gebe (12). Diese Argumente sprechen für den Vorteil der Symptomdokumentation durch die Patienten selber (10). Im NEKI ist deshalb das Assessment von Nausea und Emesis und deren Dokumentation die Aufgabe des Patienten. Es zeigte sich, dass die validierte, deutsche Version des MASCC-Assessment-Tools (15) als integraler Teil des NEKI für die Patienten verständlich, einfach und gut anwendbar war. Hingegen schien gerade dieser Teil mit jeder weiteren Therapie etwas mehr vernachlässigt zu werden. Dies könnte mit der wachsenden Sicherheit der Patienten erklärt werden oder mit der mangelnden Beachtung im Behandlungsteam. Sowohl Patienten als auch Pflegepersonen und Ärzte scheinen vorerst noch vermehrt lernen zu müssen, dass die durch Patienten dokumentierten Ergebnisse («patient reported outcomes») in der Behandlung elementar sind und dass die Evaluation solcher Dokumente erst den sinnreichen Abschluss des Kommunikationszyklus darstellt. Die Patientendokumentation gehört als Diagnostikinstrument in die Patientenakte. Letztlich kann sie als Grundlage für spätere wissenschaftliche Analysen dienen (10).

Limitationen

Die Untersuchung prüfte die Anwendung eines Instrumentes zum Nausea/Emesis-Management für Patienten mit ambulanter Chemotherapie. Eine Betreuung ohne unterstützendes Instrument wäre den Patienten nicht zumutbar gewesen, weshalb die Überprüfung nicht in randomisierter Form vorgenommen werden konnte. Das NEKI ist speziell gedacht für Patienten mit MEC und HEC, bei minimal oder schwach emetogenen Therapien scheint eine geringere Dokumentation zu genügen. Die Gestaltung und Anwendung des Instrumentes kann für unterschiedliche Institutionen und Abläufe abwei-

chende Formen erfordern. Da Antiemetika-Standards kontinuierlichen Veränderungen unterworfen sind, ist ein fortlaufendes Anpassen des Instrumentes nötig. Dieser Aufwand ist aber nicht nur Limitation, sondern zugleich Vorteil im Sinne der Aktualität jeder evidenzbasierten Massnahme in der klinischen Praxis.

Schlussfolgerung

Die Umsetzung von evidenzbasierten Antiemetika-Richtlinien in die onkologische Routinepraxis ist noch vielerorts ungenügend. Damit das aktuellste Wissen den Patienten zugutekommt, braucht es Prozesse und Strukturen, welche die Integration der Richtlinien in die Praxis fördern und eine «best practice» ermöglichen. Mit dem Nausea/Emesis-Kommunikations-Instrument (NEKI) ist ein Instrument entstanden, das aktuelles Richtlinienwissen umsetzt und in einem Instrument für die Patienten verfügbar macht. Im Team vereinbarte Behandlungsstandards vereinfachen den Ordnungsmodus, klären die Zuständigkeiten, standardisieren die Pflegeberatung und ermöglichen eine rationelle Patienteninstruktion und -dokumentation. Es schliesst die Patienten ein in die Messung des Erfolgs der Nausea- und Emesis-Prophylaxe und schafft eine Struktur für die gezielte Kommunikation zwischen Patient und Behandlungsteam in diesem Bereich. Die Anwendungsüberprüfung des NEKI hat gezeigt, dass es für Patienten verständlich, anwendbar und nützlich ist und allgemein geschätzt wird. Es steht im Einklang mit den Bedürfnissen, welche die zunehmend ambulante Gesundheitsversorgung sowie die Zunahme der älteren, onkologischen Patientenpopulation mit sich bringen.

Last, but not least fordert es Fachpersonen heraus, medizinische und pflegerische Betreuungsaspekte integrierend abzusprechen, um eine vereinbarte Qualität zu standardisieren. ▲

Dr. Agnes Glaus (PhD)

(Erstautorin, Korrespondenzadresse)
Onkologiepflege und Wissenschaft
Tumor- und Brustzentrum ZeTuP
Silberturm, Rorschacherstrasse 150
9006 St. Gallen
E-Mail: agnes.glaus@zetup.ch

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Wir danken den Patientinnen und Patienten für die Mitarbeit und den Onkologie-Pflegefachfrauen

Müller Ramona¹, Müller Maya¹, Rey Katrin¹ für die Unterstützung bei diesem Projekt. Ebenso danken wir der Dr.-Hans-Altschüler-Stiftung für die finanzielle Unterstützung.

Literatur:

1. Grundberg SM, Rugo HS.: Discussion: Emerging treatments in CINV. *Clin Adv Hematol Oncol* 2013; 11 (2Suppl 1): 14–16.
2. Roila F, Herrstedt J, Aapro M, Gralla R, et al.: Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. (www.mascc.org). *Annals of Oncology* 2010; 21 (Supplement 5): 232–43.
3. Rapoport BL, Jordan K, Boice JA, et al.: Aprepitant for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with a broad range of moderately emetogenic chemotherapies and tumour types: a randomized double-blind study. *Support Care Cancer* 2010; 18 (4): 423–31.
4. Aapro M, Molassiotis A, Dicato M, et al.: The effect of guideline-consistent antiemetic therapy on chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): the Pan European Emesis Registry (PEER). *Ann Oncol* 2012; 23: 1986–92.
5. Eisenberg J, Power E.: Transforming insurance coverage into quality healthcare: voltage drops from potential to delivered quality. *JAMA* 2000; 284: 2100–07.
6. Jordan K, Gralla R, Jahn F, Molassiotis A.: International antiemetic guidelines on chemotherapy induced nausea and vomiting (CINV): Content and implementation in daily routine practice. *Europ J Pharmacol* 2014; 722: 197–202.
7. Burmeister H, Aebi S, Studer C, Frey M, Gautschi O.: Adherence to ESMO clinical recommendations for prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer* 2012; 20: 141–47.
8. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L.: Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2006; 10: 263–72.
9. Miakowski C.: New approaches for evaluating the quality of cancer pain management in the outpatient setting. *Pain Manag Nurs* 2001; 2: 7–12.
10. Wintner LM, Giesinger JM, Kemmler G, et al.: The benefits of using patient-reported outcomes in cancer treatment: an overview. *Wien Klin Wochenschr* 2012; 124(9–10): 293–303.
11. Kaiser R.: Antiemetic guidelines: are they being used? *Lancet Oncol* 2005; 6: 622–25.
12. Fromme E, Eilers K, Motomi M, Yi-Ching H, Beer T.: *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22, 17: 3485–90.
13. MASCC Antiemesis-Fragebogen (MAT) (2004). www.mascc.org Zugriffen 15. Mai 2014.
14. Glaus A.: Das Instrument NEKI in der Nausea-Emesis-Prophylaxe. Optimierung der Kommunikationswege in der ambulanten Versorgung. *Schweiz Zeitschr Onkol* 2010; 3: 2–5.
15. Molassiotis A, Conventry P, Stricker C, et al.: Validation and psychometric assessment of a short clinical scale to measure chemotherapy-induced nausea and vomiting: the MASCC Antiemesis Too. *J Pain a Sympnt Managem* 2007; 43, 2: 148–59.
16. Kleinpell R.: *Outcome assessment in advanced practice nursing*. Springer, New York 2009.
17. McCaughan E, McKenna H.: Never-ending making sense: Toward a substantive theory of the information-seeking behaviour of newly diagnosed cancer patients. *J Clin Nursing* 2006; 16: 2096–2104.