



Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumorthherapie

Grundlagen zum Thema Adhärenz und Sicherheit bei der Anwendung oraler Tumormedikamente

Diese Grundlagen wurden im Auftrag der Arbeitsgruppe *Adhärenz bei oraler Tumorthherapie*, der Onkologiepflege Schweiz¹ (OPS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie² (SGMO) entwickelt.

Hauptautorin: Evelyn Rieder¹

Mitautoren: Urs Breitenstein², Richard Cathomas², Manuela Eicher¹,
Christian Rothermundt², Christine Widmer¹

Publikationsjahr 2012



1 Vorwort

Diese Einführung und Übersicht zum Thema Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumorthherapie ist ein gemeinsames Projekt der Onkologiepflege Schweiz (OPS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO).

Die OPS ist ein unabhängiger, selbstständiger Fachverband für Pflegefachpersonen und weitere Fachpersonen, die Menschen mit einer Krebserkrankung pflegen und betreuen oder in Projekten zur Prävention und Früherkennung von Krebskrankheiten in der Schweiz tätig sind.

Die SGMO ist die Vereinigung der Ärzte¹ in der Schweiz, die auf die Diagnose, Behandlung und Erforschung bösartiger solider Tumoren und Blutkrankheiten spezialisiert sind.

Diese Übersicht basiert auf der bis dato bestverfügbaren Evidenz und richtet sich an alle Berufsgruppen, die im schweizerischen Gesundheitswesen Menschen mit einer Krebserkrankung und oralen Tumorthérapien betreuen und begleiten. Der Patient und seine Angehörigen stehen im Mittelpunkt. Ihr Wissen und ihre Meinungen, aber auch ihre Sorgen im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme sind wichtig.

Ärzte, Pflegende sowie Apotheker² sollten mittels einer gezielten und einfühlsamen Kommunikation das Thema Adhärenz respektive Nicht-Adhärenz bei oralen Tumorthérapien ansprechen, erfassen und passende Interventionen anbieten – immer entsprechend den individuellen Patientenbedürfnissen. Dadurch soll eine möglichst hohe Qualität und Sicherheit bei der Behandlung mit oralen Tumormedikamenten erreicht werden.

Diese Übersicht zeigt auch mögliche Strukturen, Abläufe sowie Verantwortlichkeiten auf, die im multiprofessionellen Therapiemanagement von Krebspatienten in unterschiedlichen Institutionen angewendet werden können.

¹ Geschlechtsspezifische Formulierungen schliessen das jeweils andere Geschlecht ein.

² Der im Text verwendete Begriff "Fachpersonen" schliesst immer Ärzte, Pflegende sowie Apotheker ein.



2 Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	2
2	Inhaltsverzeichnis	3
3	Einleitung	4
4	Definitionen	6
4.1	Orale medikamentöse Tumorthherapie	6
4.2	Compliance, Adhärenz, Konkordanz, Persistenz	6
5	Adhärenz	8
5.1	Kontinuum der Adhärenz	8
5.2	Faktoren und Dimensionen, welche die Adhärenz beeinflussen	8
5.3	Prädiktive Faktoren	9
5.4	Erfassen der Adhärenz	10
5.4.1	Screening und Assessment-Instrumente	10
5.4.2	Messen und Überwachen der Adhärenz	12
6	Wie kann die Adhärenz gestützt und verbessert werden?	14
6.1	Interventionsmöglichkeiten	14
6.2	Hilfsmittel	15
6.3	Gespräche zur Verbesserung der Adhärenz	18
6.3.1	Informationsgespräche	19
6.3.2	Verlaufsgespräche	20
7	Empfehlungen zu Logistik und Infrastruktur	21
7.1	Verantwortlichkeiten	23
8	Verrechnung	25
9	Schlusswort und Dank	26
10	Literaturverzeichnis	27
11	Anhang	29
11.1	Schlüsselfragen zum Adhärenz-Assessment	30
11.2	Adhärenz-Selbstassessment	31
11.3	Medikamentenmerkblatt	32



3 Einleitung

Die aktuelle Krebsstatistik der Schweiz zeigt, dass vier von zehn Menschen in ihrem Leben einmal an Krebs erkranken [1]. Die unterschiedlichen Tumorthapien und die damit verbundenen erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowie deren Management – insbesondere das Selbstmanagement – stellen eine grosse Herausforderung für die Patienten und die Fachpersonen im Gesundheitswesen dar [2]. Chemotherapien, die früher zu stationären Spitalaufenthalten führten, werden heute vorwiegend ambulant durchgeführt.

Obwohl parenterale Tumorthapien immer noch den Hauptanteil der medikamentösen Therapien ausmachen, stellen perorale Tumorthapien immer häufiger eine Alternative dar oder gelten bei einzelnen Tumorerkrankungen bereits als Standard. Die orale Einnahme der Medikamente wird von manchen Patienten der parenteralen Applikation vorgezogen. Sie begründen ihre Präferenz für orale Therapien mit der Annahme, dass eine orale Einnahme mit weniger Nebenwirkungen einhergehe und darum harmloser sei [3-5].

Um bei der oralen Tumorthapie ein Medikamentenregime einhalten zu können, müssen die Patienten sehr gute Informationen zu den Medikamenten, der Galenik, dem Einnahmehodus sowie den erwünschten und unerwünschten Wirkungen erhalten. Ausserdem müssen sie lernen, die möglichen Symptome unerwünschter Wirkungen zu erkennen, um adäquat reagieren und handeln zu können. Die Patienten und ihre Angehörigen müssen ein exaktes Einhalten des Medikamentenregimes erlernen, wie z. B. die richtige Dosis zur richtigen Zeit einzunehmen. Dazu brauchen die Patienten auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Information und Unterstützung.

Das Thema der Medikamentenadhärenz respektive Compliance oder Nicht-Adhärenz ist bei vielen Erkrankungen ein bekanntes und gut beschriebenes Phänomen. In der Onkologie wird dieses Thema durch die Zunahme der oralen Tumorthapien nun auch vermehrt diskutiert [6].



Eine Untersuchung in den USA zeigte bei 8769 Brustkrebspatienten mit endokrinen Therapien über 5 Jahre, dass 49% der Patientinnen die Medikamente korrekt, d. h. so wie verordnet, einnahmen. Ein besonders hohes Risiko für einen Therapieabbruch oder -unterbruch hatten v. a. junge Frauen [7]. Eine europäische Studie, die in 34 Zentren mit 169 Patienten mit chronisch myeloischer Leukämie (CML) durchgeführt wurde, zeigte, dass nur 14.2% der Patienten die verordneten Medikamente absolut korrekt einnahmen. Innerhalb von 90 Tagen nahmen im Durchschnitt 34% der Patienten Imatinib nicht nach Verordnung ein. Gleichzeitig wurde in dieser Studie bei den behandelnden Ärzten sowie den Angehörigen der Patienten eine Einschätzung der Patientenadhärenz mittels einer visuellen analogen Skala (0-100) durchgeführt. Diese Untersuchung präsentierte eine Überschätzung der Patientenadhärenz, was die Autoren zur Schlussfolgerung veranlasste, dass Adhärenz in Konsultationen regelmässig angesprochen werden sollte [8]. Eine kürzlich in der Schweiz durchgeführte prospektive Compliance-Studie, in der die Patienten ihre Adhärenz zu Capecitabine selbst deklarierten, wies eine sehr hohe Adhärenzrate von 91% auf [9].

Die unterschiedlichen Ergebnisse der verschiedenen Studien erklären sich teilweise durch die verschiedenen Krankheitssituationen (adjuvante versus Erhaltungs- versus palliative Therapie) und auch durch die unterschiedliche Definition von Adhärenz in den Studien. Insgesamt besteht aber Konsens darüber, dass Adhärenz durch diverse Faktoren beeinflusst wird³.

Die obengenannten Beispiele zeigen, dass im klinischen Alltag die komplexen oralen Tumorthérapien für Patienten, ihre Angehörigen sowie für Fachpersonen eine Herausforderung darstellen können. Darum sind in der Onkologie neue Ansätze oder Modelle zur Unterstützung, Überwachung und Patientenedukation dringend erforderlich, um Patienten sicher und mit dem grösstmöglichen Therapieeffekt durch die Behandlung begleiten zu können [10].

Diese Übersicht zu oralen Tumorthérapien soll dem interdisziplinären Behandlungsteam aktuelles Wissen zur Einschätzung und Unterstützung der Adhärenz vermitteln. Dadurch soll die Adhärenz und Sicherheit der Patienten im Umgang mit oralen Tumorthérapien unterstützt und verbessert werden. .

³ Verschiedene internationale Fachgesellschaften wie z. B. The National Collaborating Centre for Primary Care (NCCPC, www.rcgp.org.uk) oder National Comprehensive Cancer Network (NCCN, www.nccn.org) erstellten Empfehlungen zum Thema Adhärenz.



4 Definitionen

4.1 Orale medikamentöse Tumorthherapie

Zu den oralen medikamentösen Tumorthérapien zählen alle antineoplastischen Wirkstoffe, die oral verabreicht werden und den zytotoxischen oder biologischen Therapien zuzuordnen sind [11]. In den letzten zehn Jahren beschleunigte sich die Entwicklung und Zulassung oral verfügbarer Medikamente mit Antitumorwirkung rasant. Zu diesen gehören endokrine Therapien (selektive Östrogen-Rezeptor-Modulatoren, Aromatasehemmer), zytotoxische Wirkstoffe (z. B. Capecitabine) sowie Kinase-Inhibitoren und andere Wirkstoffe, die sich an Rezeptoren der Zelloberfläche oder an zelluläre Proteine binden (z. B. Imatinib, Gefitinib, Erlotinib, Lapatinib, Sorefinib, Sunitinib usw). Ein Grossteil dieser neuen Medikamente muss dauerhaft, d. h. bis zur Krankheitsprogredienz, eingenommen werden. Wissenschaftliche Informationen zu diversen oralen tumorwirksamen Medikamenten und deren Management sind im Internet zu finden, unter anderem auf den Webseiten www.cancerdrugs.ch und www.oraletumorthherapie.ch.

4.2 Compliance, Adhärenz, Konkordanz, Persistenz

Im Berufsalltag und in der Literatur werden die Begriffe Compliance, Adhärenz, Konkordanz und Persistenz oft synonym verwendet [12]. Alle Begriffe umschreiben die Bereitschaft, zuverlässig ein Medikament einzunehmen. Der Ausdruck Compliance basiert auf einer paternalistischen Arzt-Patientenbeziehung, die heute meistens nicht mehr der Realität entspricht. Chronisch kranke Menschen gelten heute als Experten ihrer Krankheit und ihres Therapiemanagements. Die Beziehung zum Arzt respektive Behandlungsteam basiert zunehmend auf gemeinsamen, partnerschaftlichen Entscheidungsfindungsprozessen und widerspiegelt meistens den Patientenwunsch zu einer erhöhten Eigenkompetenz in Fragen seiner Gesundheit.

In Tabelle 1 sind die einzelnen Begriffe definiert. Sie beschreiben in einem grösseren Kontext die Bereitschaft und das Verhalten von Patienten bezüglich der Einnahme von Medikamenten. Im Prinzip ist es falsch, diese Begriffe synonym zu gebrauchen. Darum werden in diesen Empfehlungen ausschliesslich die Begriffe Adhärenz und Nicht- Adhärenz verwendet.



Tabelle 1: Definitionen: Compliance, Adhärenz, Konkordanz, Persistenz [13-15]

Compliance	<ul style="list-style-type: none">- Therapietreue- Das Ausmass, wie das Verhalten eines Betroffenen mit den therapeutischen Empfehlungen übereinstimmt.
Adhärenz	<ul style="list-style-type: none">- Therapiemotivation- Das Ausmass, wie das Verhalten eines Betroffenen mit den therapeutischen Empfehlungen übereinstimmt und wie der Betroffene damit einverstanden ist.
Konkordanz	<ul style="list-style-type: none">- Übereinstimmung- Partnerschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Betreuerteam. Konkordanz setzt einen aktiven Einbezug in den Behandlungsprozess voraus.
Persistenz	<ul style="list-style-type: none">- Beharrlichkeit, Ausdauer- Zeitspanne vom Beginn bis zum Abschluss der verordneten Therapie.



5 Adhärenz

Adhärenz ist ein multidimensionales und dynamisches Phänomen, das schwierig zu messen und zu erfassen ist [13].

5.1 Kontinuum der Adhärenz

Fachpersonen wünschen sich oder erwarten, dass der Patient die Medikamente so einnimmt wie verordnet, d. h. zur exakten Zeit die richtige Dosis schluckt. Dies bedeutet, dass der Patient 100% oder mit anderen Worten optimal, korrekt oder gut adhären ist. Nun gibt es aber unterschiedliche Abweichungsmöglichkeiten von optimaler Adhärenz über schlechte Adhärenz bis zu Nicht-Adhärenz [16]. Manche Patienten nehmen zwar die richtige Dosis ein, diese aber zur falschen Zeit (z. B. am Morgen statt mit dem Mittagessen), oder sie ändern die vorgeschriebene Dosierung (z. B. nehmen sie das Medikament einmal statt zweimal täglich). Des Weiteren gibt es Patienten, die ihre Medikamente mehrere Tage oder sogar Wochen lang weglassen oder vergessen („Drug Holidays“) [16]. Beim Näherrücken eines Arzttermins werden die Medikamente wieder exakter eingenommen („White coat effect“ oder „Weisskittel-Effekt“) [17]. Dieses Kontinuum der Adhärenz wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst und gilt als dynamischer Prozess [13].

5.2 Faktoren und Dimensionen, welche die Adhärenz beeinflussen

In einem paternalistischen Verhältnis zwischen therapieführenden/begleitenden Fachpersonen und Patienten wurde und wird die Nicht-Adhärenz oft als ein Problem des Patienten angesehen und nicht nachgefragt, warum es zu Unregelmäßigkeiten bei der Medikamenteneinnahme kommt. Nicht-Adhärenz ist ein komplexes Geschehen, bei dem individuelle, therapie- und krankheitsbezogene, personelle sowie institutionelle Faktoren eine bedeutende Rolle spielen [13, 18, 19]. Darum ist es wichtig herauszufinden, warum die Patienten ihre Medikamente nicht so einnehmen wie verordnet. Die Folgen von Nicht-Adhärenz sind schlechtere Therapieergebnisse, eingeschränkte Patientensicherheit und erhöhte Kosten. Daher gilt heute als Standard, dass Fachpersonen sich den Erfahrungen und Problemen der Patienten mit chronischer Krankheit und ihrer Medikationen stellen. Repetitive Assessments und Gespräche sind notwendig, um die Umsetzung der Therapieverordnung zu begleiten, zu kontrollieren und Patienten immer wieder zur Einnahme zu motivieren [18]. Es

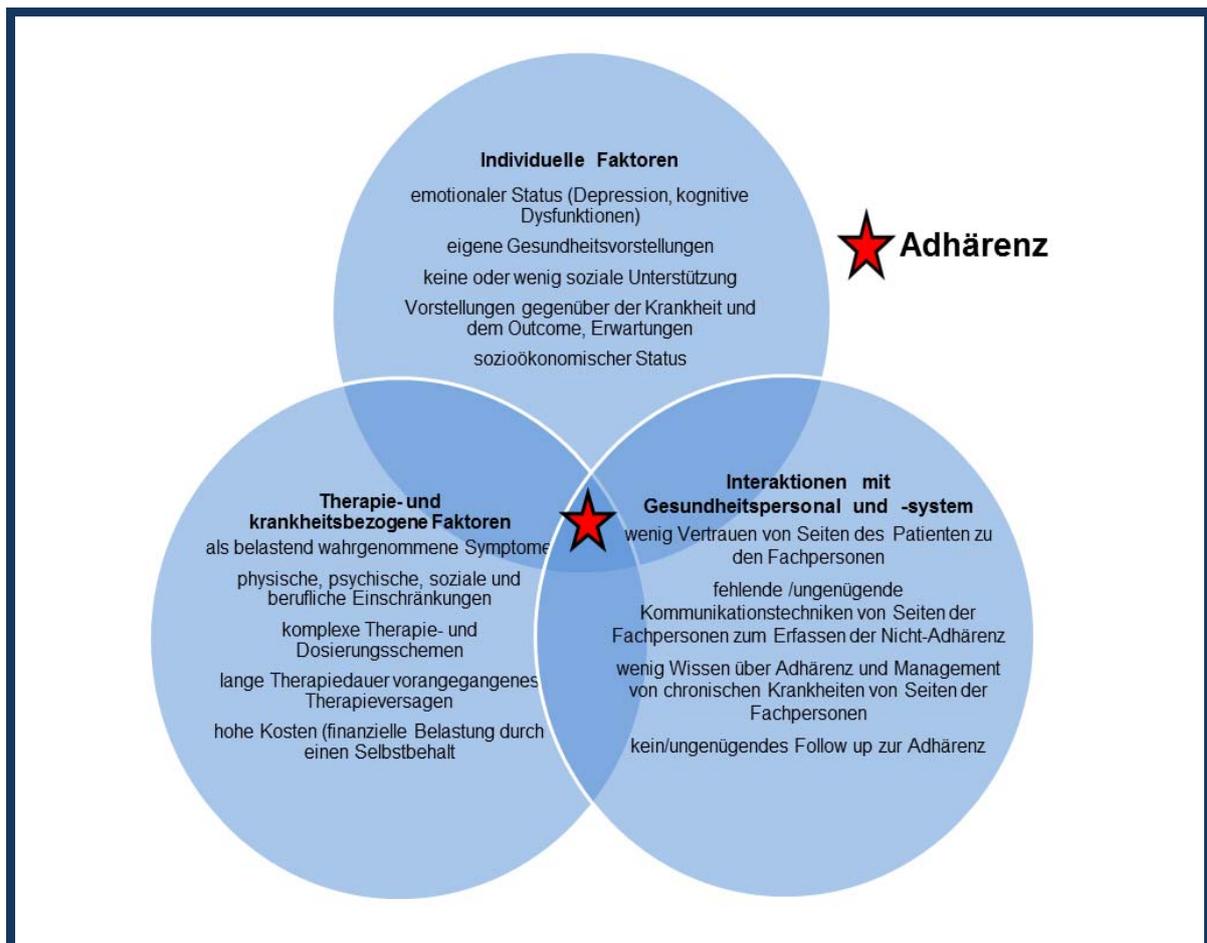


wird davon ausgegangen, dass Tumorpatienten wegen ihrer Krankheit eher zu den hochmotivierten Patientengruppen gehören und möglicherweise die Gefahr einer „Über-Adhärenz“ besteht, im Sinne von „mehr ist besser“ [20].

5.3 Prädiktive Faktoren

Prädiktive Faktoren der Adhärenz respektive Nicht-Adhärenz werden in der Literatur unterschiedlich dargestellt. Die WHO (2003) teilt sie in fünf Bereiche ein: individuelle Patientenfaktoren, sozioökonomische Faktoren, krankheitsbezogene Faktoren, therapiebezogene Faktoren sowie Faktoren des Gesundheitspersonals und -systems. Diese Bereiche sollten im Zusammenhang mit Adhärenz immer berücksichtigt werden.

Abbildung 1: Faktoren, welche die Adhärenz beeinflussen [6, 21].





Ergänzend beschreiben Osterberg und Blaschek noch weitere Faktoren als prädiktiv für eine Nicht-Adhärenz [16]:

- Behandlung einer asymptomatischen Krankheit sowie mangelndes Verständnis bezüglich Krankheit
- Therapien mit vielen erwünschten und unerwünschten Wirkungen
- Mangelnde Überzeugung des Patienten bezüglich Wirksamkeit der Therapie
- Schlechte Beziehung zwischen Patienten und Fachpersonen oder Therapieverantwortlichen
- Termine, die vom Patient nicht wahrgenommen werden

Diese Faktoren zeigen, dass die Informationen oder das Informationsdefizit eine zentrale Rolle einnehmen. Mangelt es an Informationen zu Krankheit und Medikation resp. ist der Patient unzufrieden mit diesen Informationen, beeinflusst dies die Motivation und das Verhalten bei der Medikamenteneinnahme. Je besser sich der Patient informiert fühlt und je zufriedener er mit den Informationen ist, desto adhärenter ist er [13, 22].

Die Widerstände gegen eine optimale Medikamenteneinnahme können vielschichtig sein und müssen von den Fachpersonen erkannt und angesprochen werden. Dies kann durch ein Screening mit einfachen Fragen oder gezielter durch eine Assessment geschehen. Studienergebnisse zeigen, dass das Thema Adhärenz beziehungsweise Nicht-Adhärenz bei den Kontrollen eine grössere Gewichtung erhalten sollte. Es ist sinnvoll, wenn Fachpersonen die Adhärenz als fixes Thema in jedes Patientengespräch einbauen.

5.4 Erfassen der Adhärenz

5.4.1 Screening und Assessment-Instrumente

Ein allgemein anerkannter Goldstandard zur Erfassung der Adhärenz existiert nicht. Die unterschiedlichen Messmethoden weisen Limitationen auf [6, 16]. Ein wichtiger Grundsatz ist, mit den Patienten unterstützend und nicht kritisierend, sondern motivierend zu kommunizieren [13, 18]. Für einen Patienten ist es einfacher, wenn beim Assessment der Adhärenz die Fragen so gestellt werden, dass sie ihn nicht blossstellen, sondern ermutigen. In einem ersten Schritt eignen sich Patienten-Selbstberichte für ein Adhärenz-Screening. Da-



zu dienen einfache Fragen, die mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind und die einen ersten Eindruck vermitteln, wie der Patient mit Medikamenten umgeht.

Morisky, Green und Levine haben bereits 1986 im Zusammenhang mit Bluthochdruckmedikamenten vier Fragen entwickelt [23], die auch für das Adhärenz-Screening im onkologischen Bereich empfohlen werden [21]. Die Antworten erlauben während der Konsultation eine rasche Einschätzung der Adhärenz:

- Vergessen Sie jemals, Ihre Medikamente einzunehmen?
- Sind Sie manchmal unachtsam, was Ihre Medikamenteneinnahme angeht?
- Wenn Sie sich besser fühlen, nehmen Sie dann manchmal Ihre Medikamente nicht mehr ein?
- Wenn es Ihnen schlechter geht, nachdem Sie die Medikamente eingenommen haben, nehmen Sie diese dann manchmal nicht mehr ein?

Jede mit „Ja“ beantwortete Frage wird mit einem Punkt bewertet. Patienten mit einer Punktzahl zwischen 0-1 zeigen grundsätzlich hohe Adhärenzbereitschaft. Patienten mit höheren Werten haben einen höheren Bedarf für unterstützende Massnahmen zur Förderung der Adhärenz.

Im Verlauf eines Patientengesprächs lohnt es sich, die bereits genannten Fragen so zu ergänzen, dass von Seiten der therapieführenden/begleitenden Fachperson Gesprächs- und Unterstützungsbereitschaft signalisiert wird:

- „Was beschäftigt Sie jetzt am meisten?“
- „Habe ich mich verständlich ausgedrückt?“

Dabei wird in der Regel nach den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung vorgegangen [24]. Es wird von Seiten der Fachperson Anerkennung ausgesprochen, indem man dem Patienten zu verstehen gibt, welche grosse Herausforderung Adhärenz im Alltag darstellt. So ist es möglich, Probleme bezüglich der Adhärenzmotivation und -bereitschaft im Alltag der Patienten herauszufinden und ihnen darzulegen, wie diese Probleme angegangen werden können.

Weitere mögliche Fragen respektive Instrumente sind in den Anhängen 1 und 2 aufgeführt.



5.4.2 Messen und Überwachen der Adhärenz

Es gibt zwei verschiedene Methoden, die Medikamentenadhärenz zu messen – die direkte oder indirekte [16]. Bei der direkten Methode werden Messungen im Patientenblut oder -urin vorgenommen oder die Medikamenteneinnahme wird beobachtet. Die indirekten Messmethoden sind z. B. Tagebuch ausfüllen, Rezept einlösen oder Medikamente zählen [16]. Tabelle 2 zeigt die verschiedenen Möglichkeiten mit Vor- und Nachteilen auf.

Tabelle 2: Vor- und Nachteile der Messmethoden der Adhärenz [16]

Adhärenzmessmethoden	Vorteile	Nachteile
<i>Direkte Methoden</i>		
Direkte Beobachtung der Medikamenteneinnahme	Sehr genau	Patienten können vorgeben, dass sie die Medikamente schlucken, diese aber im Mund verstecken und zu einem späteren Zeitpunkt ausspucken. Unpraktisch in der täglichen Routine
Messung des Medikamentenspiegels oder von Metaboliten in Körperflüssigkeiten	Objektiv	Variationen im Metabolismus oder der „White coat effect“ können den Eindruck einer guten Adhärenz vermitteln Teuer
Messung von biologischen Markern in Körperflüssigkeiten	Objektiv, klinische Studien	Erfordert teure quantitative Tests und Sammlung von Körperflüssigkeiten
<i>Indirekte Methoden</i>		
Patienten-Selbstberichte	Einfach, kostengünstig, empfehlenswert im klinischen Setting	Resultate sind durch den Patienten einfach zu manipulieren. Fehleranfällig, je länger die Zeit zwischen den Kontrollen ist
Patiententagebuch	Erinnerungsstütze	Patient kann eintragen, was und wann er will, manipulierbar
Tabletten zählen	Objektiv, einfach, quantifizierbar	Leicht zu manipulieren
Rezept einlösen	Objektiv, einfach	Vernetzung mit Apotheken nötig Ein Rezept einlösen bedeutet nicht, dass der Patient das Medikament auch einnimmt.
Erfassen des klinischen Gesundheitszustands	In der Regel einfach durchführbar	Beinflussbar durch mehrere Faktoren
Elektronische Medikamentenüberwachung	Präzise, quantifizierbar, Einnahmemuster	Teuer, Daten müssen heruntergeladen werden, Vernetzung, Besuch der Institution
Messung von physiologischen Markern (z.B. Blutdruck)	Objektiv, einfach	Marker können aus unterschiedlichen Gründen verändert sein
Fremdbericht durch Drittpersonen	Objektiv, einfach	Anfällig für Verzerrungen



Oft beeinflussen die unerwünschten Wirkungen einer Therapie die Adhärenz. Deshalb fordern die American Society of Clinical Oncology und die Oncology Nursing Society [25], dass die Adhärenz standardisiert dokumentiert werden sollte, z. B. in Form eines Tagebuchs. Es muss in den Institutionen diskutiert und genau festgelegt werden, wie Patienten bei unerwünschten Wirkungen und Nicht-Adhärenz unterstützt werden können [25].

Unabhängig von der Methode zur Adhärenzerfassung gilt, dass ein Hinweis auf eine Nicht-Adhärenz eine vertiefere Abklärung mit den dazu passenden Interventionen verlangt. Außerdem ist es essentiell, dass alle am Adhärenzprozess Beteiligten, dazu gehören auch Patient und Angehörige, miteinander im Dialog stehen und als Team zusammenarbeiten [13].



6 Wie kann die Adhärenz gestützt und verbessert werden?

Der Adhärenzprozess beginnt schon bei der Auswahl der Medikamente für jeden Patienten. Wie die Definition der Adhärenz besagt, muss der Patient in die Entscheidung um seine Therapie miteinbezogen werden. Innerhalb des Entscheidungsprozesses werden schon erste Weichen zur Unterstützung des Patienten gestellt.

6.1 Interventionsmöglichkeiten

Es werden verschiedene Methoden zur Stützung und Verbesserung der Adhärenz eingesetzt. Grundsätzlich erfolgt die Unterstützung auf vier Ebenen: Patienten- und Angehörigenebene (z. B. Patientenedukation), Therapieebene (z. B. Anpassung der Medikamentenverordnung), Institutionsebene (z. B. Abgabe von Merkblättern) und Kommunikationsebene (z. B. motivierende Gesprächsführung) [16].

Ein Cochrane-Review, das sich mit Interventionen zur Unterstützung der Medikamenten-Adhärenz bei chronischen Erkrankungen befasst, zeigt, dass die Adhärenz vor allem durch komplexe Interventionen, deren Evidenz derzeit aber noch als schwach bezeichnet wird, nachhaltig verbessert wird (Tabelle 3) [26].

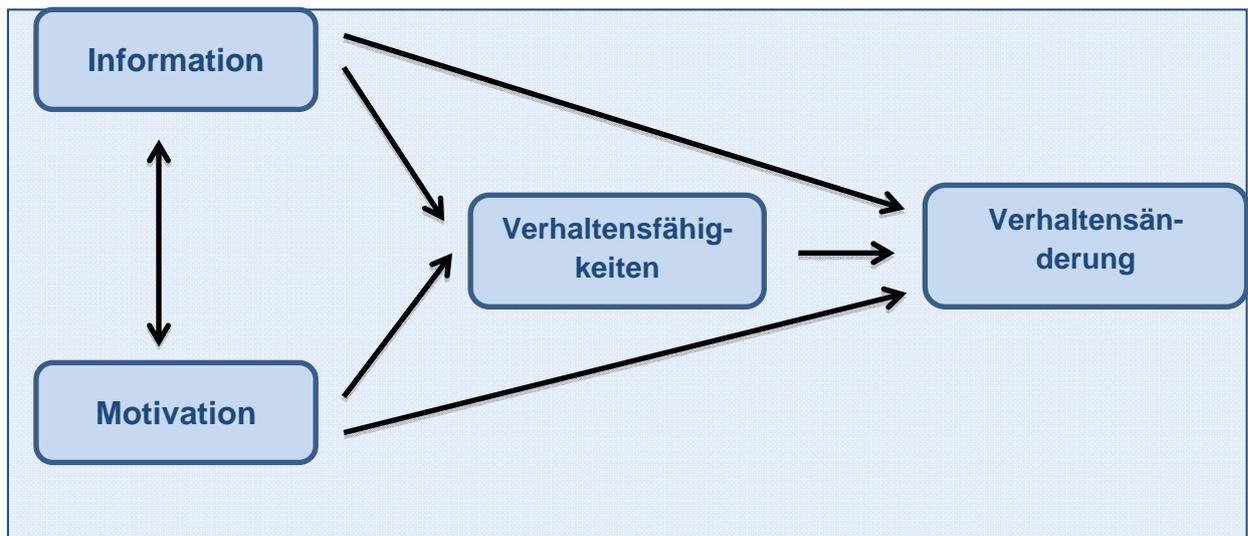
Tabelle 3: Geprüfte Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz [26]

<ul style="list-style-type: none">• Unterstützende Behandlung• Information• Selbstbeobachtung• Positive Verstärkung• Patienten- und Familienberatung• Psychologische Therapien• Krisenintervention• Telephonischer Follow-up



Es ist von grosser Bedeutung, mögliche Ursachen einer Nicht-Adhärenz zu erfassen, um die nötigen Interventionen abzuleiten. Experten sind sich einig, dass zur Verbesserung der Adhärenz ein Ansatz gewählt werden muss, der die Information, die Motivation und das Verhalten der Patienten positiv beeinflusst (Abbildung 2) [13, 16].

Abbildung 2: Information-Motivation-Behavioral Skills [13]



In der Regel geht es um eine kontinuierliche Kombination von verschiedenen Interventionen, da keine einzelne alle Faktoren der Non-Adhärenz beseitigen kann. Dies bedingt wiederum eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen. In diesem Kontext ist es auch wichtig, die allgemeine Haltung des Patienten, seine Einstellung zur Medikamenteneinnahme oder Therapie sowie seine Bereitschaft, etwas zu ändern, zu kennen.

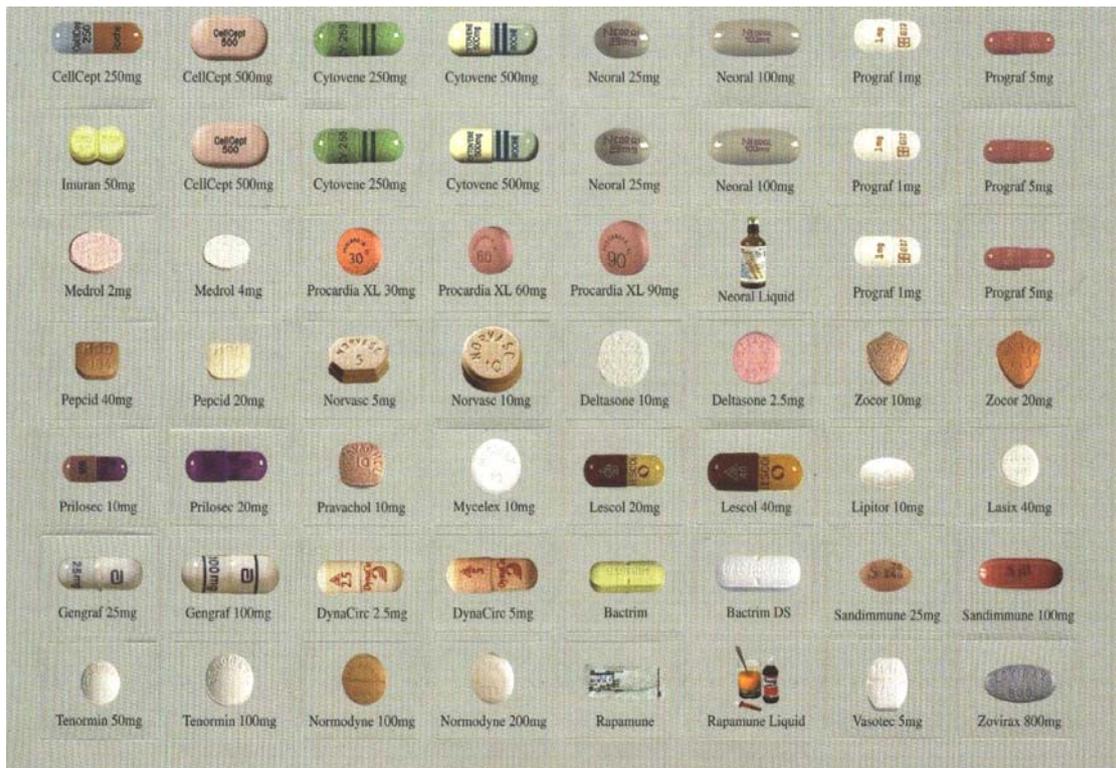
6.2 Hilfsmittel

Es gibt diverse Hilfsmittel, um Patienten bei der korrekten Einnahme oraler Tumorthapien zu unterstützen. Dabei müssen die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen sowie ihre Fähigkeiten berücksichtigt werden, z. B., ob die Betroffenen ein Merkblatt oder eine Pill-Reminder-App für das Smartphone bevorzugen. Die indirekten Methoden zur Messung der Adhärenz können auch angewendet werden, um die Adhärenz zu verbessern.



Für verschiedene Medikamente sind Sticker entwickelt worden, die es Patienten ermöglichen, die Form und Farbe von Medikamenten dem betreffenden Medikamentennamen zuzuordnen (Abbildung 3). Solche Sticker sind derzeit für orale Tumorthapien noch nicht erhältlich.

Abbildung 3: Medikamentensticker (<http://www.itns.org>)



In der Schweiz erhältlich sind Aufbewahrungsbehälter ("Dosette") für Medikamente mit Erinnerungsfunktionen. Diese Behälter leiten eine Erinnerungsmeldung an einen Pager, wenn der Behälter nicht geöffnet wurde. Andere Behälter geben selbst ein Alarmsignal ab, wenn das Medikament eingenommen werden muss. Patienten können sich durch spezielle Uhren mit Erinnerungsfunktionen, Pager oder Erinnerungen per SMS auf ihr Mobiltelefon an die Medikamenteneinnahme erinnern lassen (Abbildung 4).

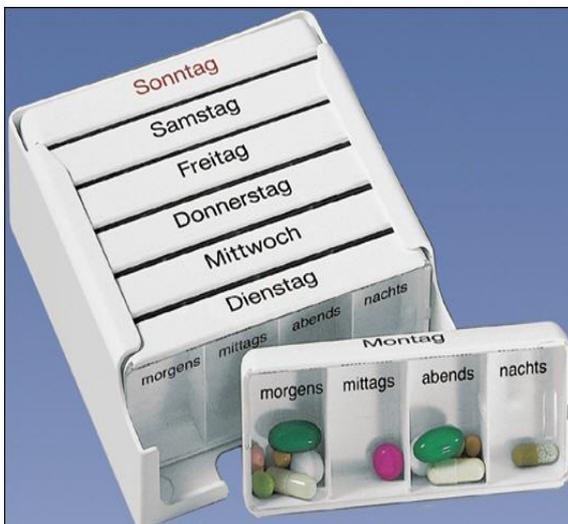


Abbildung 4: Pill Bolte Mult Alarm, Kosten ca. 45.00 SFr. (<http://www.epill.com/pilbotal.html>)
Uhren mit Alarm, Kosten zwischen 30.00 – 90.00 SFr. (rechte Seite)



Weiter sind auch Dispenser für die Medikamente erhältlich. Wie Abbildung 5 zeigt, existieren Dispenser für einen oder sieben Tage.

Abbildung 5: Wochen- und Tagesdispenser für Medikament (www.google.ch)



Meistens zu Studienzwecken werden Erinnerungshilfen mit integriertem Patientenfeedback eingesetzt. Zunehmend finden diese aber auch Anwendung im klinischen Alltag, zum Beispiel bei HIV-Patienten oder Patienten nach Transplantation. Das Medication Event Monitoring System (MEMS) erlaubt eine Aufzeichnung der Medikamenteneinnahme über einen



längeren Zeitraum. Die elektronischen Aufzeichnungen werden zur Analyse des Adhärenz-Verhaltens genutzt (Abbildung 6).

Abbildung 6: Medication Event Monitoring System (MEMS) <http://www.google.ch/imgres?>



Auch das Führen eines Tagebuchs kann für den Patienten hilfreich sein. Die Handhabung ist einfach, die Patienten müssen aber zuverlässig Einträge machen. Das Führen eines Tagebuchs kann allerdings auch als Belastung empfunden werden.

Ein komplexes Medikamentenregime kann die Betroffenen stark beeinträchtigen. Es ist nicht immer einfach, dieses Regime in den Alltag zu integrieren. Die Betroffenen benötigen Unterstützung und Ermutigungen. Es kann sinnvoll sein, Erfahrungen von anderen Patienten ins Gespräch einfließen zu lassen.

6.3 Gespräche zur Verbesserung der Adhärenz

Gespräche, in denen die Themen Adhärenz und Therapieverhalten im Mittelpunkt stehen, sind enorm wichtig. Vielleicht geht es darum, dass der Patient einfach einmal erzählen möchte, wie er die Abklärungen, die Diagnose und die Therapien erlebt und verarbeitet oder noch nicht verarbeitet hat. Oft sind die Betroffenen in einer Ausnahmesituation, vulnerabel und nicht voll aufnahmefähig, darum kann es hilfreich sein, wenn Angehörige bei diesen Gesprächen dabei sind. Gleichzeitig kann so abgeklärt werden, ob und in welchem Ausmass die Angehörigen den Patienten bei der Einnahme der Medikamente unterstützen können.



6.3.1 Informationsgespräche

Vor jeder Therapieeinheit sollte ein Gespräch geführt werden (initial durch den Arzt). Dieses sollte Informationen zu folgenden Schwerpunkten beinhalten:

Patient

Evaluation des Patienten in Bezug auf sein Verhalten und seine Ansichten bezüglich Therapieadhärenz (Alter, kognitive Leistung, psychologische Stressmomente, behandlungsbedürftige psychische Veränderungen, soziales Umfeld, Motivation zur Verhaltensänderung, Überzeugungen), Einschätzung des Nicht-Adhärenz-Risikos.

Medikamente

- Medikamentenwirkung
- Medikamentendosierung
- Medikamenteneinnahme und Hilfsmittel
- Medikationsdauer (Länge, Intervalle)
- Medikamenteninteraktionen
- Medikamentennebenwirkungen
- Erkennung gefährlicher Toxizitäten
- Kontaktmöglichkeiten bei Fragen, Unklarheiten, Toxizitäten
- Abgabe von schriftlichem und illustriertem Informationsmaterial

Bei Informationsgesprächen, in denen es z. B. um die Therapiemodalitäten geht, wird empfohlen, dass ausser den Angehörigen auch Pflegende dabei sind. Dadurch haben alle Beteiligten denselben Informationsstand. Dies bedeutet aber nicht, dass alle Informationen bei allen Zuhörenden gleich ankommen und verstanden werden. Informationsgespräche können an Pflegende mit sehr gutem onkologischen und medikamentösen Fachwissen und Beratungsfähigkeiten delegiert werden.

Es wäre wünschenswert, wenn in grösseren Institutionen oder Praxen den Patienten und ihren Angehörigen eine Fachpflegesprechstunde angeboten würde, z. B. durch Pflegende mit einer HöFa I Onkologie, Pflegeexpertin HöFa II, MAS Onkologie, Breast Care Nurse, Advanced Practice Nurse (APN) mit der Expertise Onkologie.



6.3.2 Verlaufsgespräche

Ziel von Verlaufsgesprächen ist die Verbesserung der Adhärenz bei oralen Tumorthera-
pien. Folgegespräche können durch die Pflegenden in Absprache mit dem behandelnden
Arzt durchgeführt werden. In diesen Gesprächen können die erwähnten Assessment-
Instrumente angewendet werden, um Unklarheiten, Unsicherheiten oder Probleme mit der
oralen Tumorthherapie zu identifizieren. Die Medikamenteneinnahme muss jedes Mal the-
matisiert werden. Folgende Punkte müssen immer wieder überprüft und besprochen wer-
den:

- ***Informationsstand des Patienten***

Medikamentendosierung, Medikamenteneinnahme, Medikationsdauer (Länge, Intervalle),
Interaktionen, Nebenwirkungen, Medikamentenaufbewahrung zu Hause

- ***Informationsmaterial***

Schriftliche Informationen (Broschüren, Merkblätter) nicht nur abgeben, sondern erklä-
ren und bei Unklarheiten und Fragen diskutieren.

- ***Umgang mit Medikamenten***

Medikamentenabgabe oder -einnahme kontrollieren, v. a. bei Risikoverhalten bezüglich
Nicht-Adhärenz (Zählung von Tabletten, Rückgabe von Medikamentenresten, Abgabe
von gezählten Blistern bis zur nächsten Zwischenkontrolle usw.)



7 Empfehlungen zu Logistik und Infrastruktur

Die ambulanten Krebsbehandlungen gewinnen immer mehr an Bedeutung. Wegen der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) wird angenommen, dass die Anzahl der ambulant behandelten Patienten noch zunehmen wird. Dieser Trend wird durch orale Tumorthérapien gestützt und gefördert. Patienten nehmen ihre Medikamente zuhause ein und kommen viel weniger mit Pflegenden oder medizinischen Praxisassistentinnen für ein mögliches Gespräch in Kontakt. Umso wichtiger ist es, dass Pflegende ihre Rolle als Fachperson und Berater wahrnehmen und mit den Patienten und Angehörigen im Gespräch auf die Therapieverordnung und die Patientenpräferenzen eingehen.

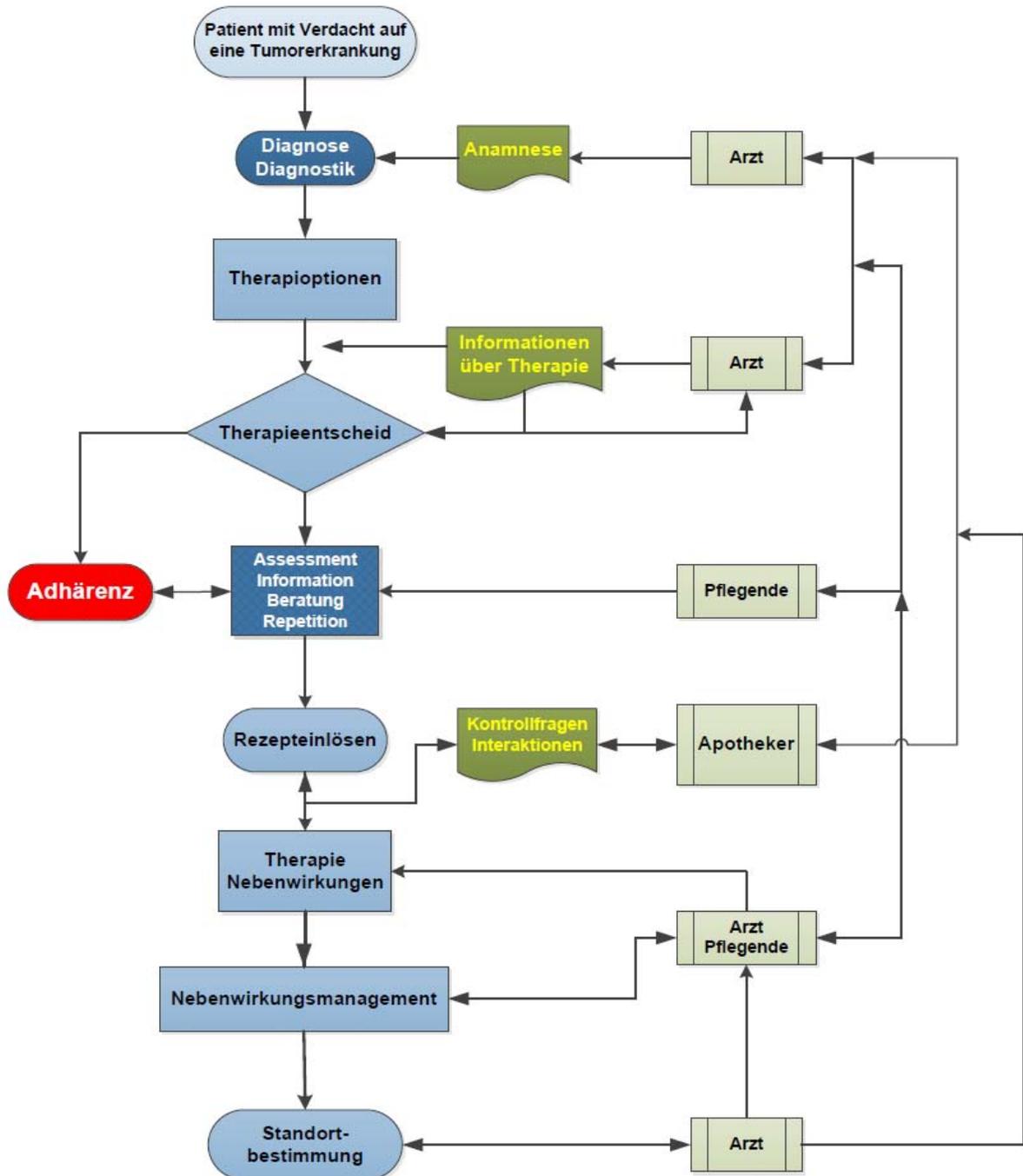
In der Schweiz werden Patienten mit Krebserkrankungen in unterschiedlichen Institutionen mit unterschiedlichen Abläufen therapiert. Aktuell gibt es in der Schweiz folgende Formen von Behandlungseinrichtungen:

- Spitäler mit onkologischen Kliniken und Ambulatorien (Universitäts- und Kantonsspitäler)
- Spitäler mit onkologischen Ambulatorien (regionale Spitäler)
- Onkologische Gruppenpraxen mit Anlehnung an Privatkliniken oder öffentliche Spitäler
- Onkologische Einzelpraxen mit gemeinsamem Ambulatorium
- Onkologische Einzelpraxen mit Anlehnung an Privatkliniken oder öffentliche Spitäler

Diese Institutionen unterscheiden sich hinsichtlich Hierarchien, Abläufen sowie personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen deutlich voneinander. Das Thema der Adhärenz und damit der Sicherheit der Patienten sollte jedoch unabhängig von der Art der Institution thematisiert werden. Abbildung 7 zeigt einen möglichen Patienten- und Therapiefad sowie Verantwortlichkeiten in unterschiedlichen Schritten.



Abbildung 7: Verantwortung und Aufgabenbereich im Ablauf der Beratung bezüglich Adhärenz bei oraler Tumorthherapie





Alle Leistungserbringer sollten das Thema Adhärenz bei oraler Tumorthherapie im Auge behalten. Es ist wichtig, die Verantwortlichkeiten und Aufgaben festzulegen, damit der Patient und seine Angehörigen innerhalb des multidisziplinären Teams optimal behandelt und betreut werden können.

7.1 Verantwortlichkeiten

In Zukunft wird der zeitliche Aufwand für die Patientenbetreuung deutlich zunehmen. Gründe dafür sind unter anderem die allgemeine Zunahme von Krebserkrankungen, das verlängerte Überleben von Krebspatienten und die unterschiedlichen Multilinentherapien bei verschiedenen Tumoren. Behandelnde Ärzte können unter dem zeitlichen Druck nicht immer gewährleisten, dass jeder Patient vollumfänglich über alle Aspekte der Medikationen informiert wird. Ärzte sollten in Anbetracht dieser möglichen Informationsdefizite eng mit dem Pflege team zusammenarbeiten. In grösseren Therapieeinheiten sollte im Einverständnis mit dem ärztlichen Dienst oder den vorgesetzten Ärzten eine Pflegesprechstunde geführt werden, um den Problemen der Adhärenz respektive Non-Adhärenz bei oralen Tumorthera-pien gerecht zu werden.

Behandelnde Ärzte: Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für die Indikationsstellung der oralen Tumorthherapie. Er legt Dosis, Einnahmezeiten, Therapielänge/-unterbrüche und Therapieende fest und klärt die Patienten über die wesentlichen Nebenwirkungen auf. Er kann Teilbereiche der Erstaufklärung und der Verlaufsgespräche an die Pflege delegieren. Der Arzt stellt sicher, dass Patienten auch bei Rezeptverordnung eines oralen Tumormedi-kaments ein informierendes Gespräch mit Pflegenden führen können. Eine interdisziplinäre, repetitive und auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte Aufklärung und Information ist essentiell.

Pflege: Im Auftrag des behandelnden Arztes finden vertiefende Informations- oder Ver-laufsgespräche über die Behandlung statt, z. B. im Sinn einer Pflegesprechstunde. Im We-sentlichen wird im Rahmen dieser Gespräche ergänzend über die bevorstehenden Thera-pien informiert. Dem Patienten wird spezifisches Informationsmaterial zu seiner Medikation abgeben (Merkblätter unter www.oraletumorthherapie.ch). Die Medikamente werden nach Möglichkeit während der Erstinstruktion direkt abgegeben. Es finden Verlaufsgespräche zur Klärung der Adhärenz statt. Das Assessment beinhaltet Fragen zur Adhärenz, zum Um-gang mit der Medikamenteneinnahme, laufende Medikamentenabgabe/Medikamenten-



rückgabe, Informationswiederholung bei Non-Adhärenz, Hilfsmittel usw.

Apotheker: Apotheker stellen sicher, dass Patienten, die per Rezept orale Tumormedikamente beziehen, grundlegende Informationen erhalten haben. Apotheker prüfen auch die Interaktionen zwischen den verschiedenen einzunehmenden Medikamenten (inkl. Komplementärmedikamente). Bei Auffälligkeiten bezüglich Einnahmedosis, -dauer und fehlender Kenntnis über allfällige Nebenwirkungen sollte mit dem behandelnden Arzt Rücksprache genommen werden, damit diese Punkte bei nächster Gelegenheit mit dem Arzt oder den Pflegenden besprochen werden können.



8 Verrechnung

In Einzelpraxen ohne Pflegende mit einer onkologischen Expertise trägt der behandelnde Arzt die alleinige Verantwortung für die Gespräche vor jeder neuen oder geänderten Behandlung. In grösseren onkologischen Therapieeinheiten wird der Patient nach der Indikationsstellung zur Medikation und einem ersten ärztlichen Informationsgespräch mit einer schriftlichen Verordnung an die zuständige Pflegende für eine Informationsvertiefung überwiesen. Die Gespräche zur Informationsvertiefung dauern in der Regel 30-60 Minuten und können je nach körperlicher und psychischer Belastbar- und Aufnahmefähigkeit des Patienten zeitlich getrennt von den Arztkonsultationen stattfinden. Der zeitliche Aufwand der Pflegenden sollte finanziell abgeglichen werden. Die Verrechnung kann über folgende TARMED Position erfolgen:

00.1430 / 00.1440 „Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer / hämatologischer / diabetologischer Patienten“, erste 15 Min. / jede weiteren 15 Min.

Ein ärztlich delegiertes Gespräch, das durch die Pflegende durchgeführt wird, darf nicht über ärztliche TARMED-Positionen verrechnet werden (Konsilium pro 5 Min., Behandlung durch onkologischen oder hämatologischen Facharzt, pro 5 Min). Folgegespräche während der laufenden Behandlung dürfen nur im Einverständnis mit dem behandelnden Arzt mit der gleichen Position wie für das Erstgespräch verrechnet werden.



9 Schlusswort und Dank

Dieses Grundlagenpapier zur Adhärenz und Sicherheit bei oralen Tumorthapien soll Fachpersonen einerseits als Information dienen, andererseits gibt es einen Einblick in mögliche Assessments und Interventionsmöglichkeiten. Fachpersonen, die sich mit dem Thema Adhärenz auskennen, können Patienten und ihre Angehörigen durch Edukation zu einer regelmässigen Medikamenteneinnahme motivieren und die Patienten zum Selbstmanagement befähigen.

Dieses Grundlagenpapier ist Teil des Projekts „Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumorthherapie“ der Arbeitsgruppe *Adhärenz bei oraler Tumorthherapie* der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Onkologie und der Onkologiepflege Schweiz. Die Arbeitsgruppe dankt den pharmazeutischen Firmen für die finanzielle Unterstützung zur Erarbeitung dieser fachlichen Grundlagen.



10 Literaturverzeichnis

1. Bouchardy, C., J.M. Lutz, and C. Kühni, *Krebs in der Schweiz. Stand und Entwicklung von 1983-2007*, BFS, NICER, and SKKR, Editors. 2011, Bundesamt für Statistik: Neuchatel.
2. McCorkle, R., et al., *Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2011. **61**(1): p. 50-62.
3. Viele, C.S., *Managing oral chemotherapy: the healthcare practitioner's role*. American Journal of Health-System Pharmacy, 2007. **64**: p. S25.
4. Winkeljohn, D., *Oral chemotherapy medications: the need for a nurse's touch*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2007. **11**(6): p. 793-796.
5. Liu, G., et al., *Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy*. Journal of Clinical Oncology, 1997. **15**: p. 110-115.
6. Ruddy, K., E. Mayer, and A. Partridge, *Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment*. CA -- A Cancer Journal for Clinicians, 2009. **59**(1): p. 56-66.
7. Hershman, D.L., et al., *Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early-stage breast cancer patients*. Journal of Clinical Oncology, 2010. **28**(27): p. 4120-4128.
8. Noens, L., et al., *Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study*. Blood, 2009. **113**(22): p. 5401-11.
9. Winterhalder, R., et al., *Self-reported compliance with capecitabine: findings from a prospective cohort analysis*. Oncology, 2011. **80**(1-2): p. 29-33.
10. Barefoot, J., C.S. Blecher, and R. Emery, *Keeping Pace with Oral Chemotherapy*. Oncology Issues, 2009(May/June): p. 36-39.
11. Weingart, S.N., et al., *NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy*. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN, 2008. **6 Suppl 3**: p. S1-14.
12. Bissonnette, J.M., *Adherence: a concept analysis*. J Adv Nurs, 2008. **63**(6): p. 634-43.
13. World Health Organization, ed. *Adherence to Long-term Therapies; Evidence for Action*. 2003, World Health Organization: Geneva.
14. Viele, C.S., *Managing oral chemotherapy: the healthcare practitioner's role*.



- American Journal of Health-System Pharmacy, 2007. **64**(9 Suppl 5): p. S25-32.
15. Cramer, J., et al., *Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions*. Value in Health, 2008. **11**(1): p. 44-47.
 16. Osterberg, L. and T. Blaschke, *Adherence to medication*. N Engl J Med, 2005. **353**(5): p. 487-97.
 17. Urquhart, J., J. Demonceau, and B. Vrijens, [*Compliance, concordance, adherence*]. Ther Umsch, 2010. **67**(6): p. 289-92.
 18. Nunes, V., et al., eds. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence* 2009, National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners.: London.
 19. Schafer-Keller, P., et al., [*Medication non adherence - predictive factors and diagnostics*]. Ther Umsch, 2010. **67**(6): p. 283-8.
 20. Partridge, A.H., et al., *Adherence to therapy with oral antineoplastic agents*. Journal of the National Cancer Institute, 2002. **94**(9): p. 652-661.
 21. Miaskowski, C., L. Shockney, and R.T. Chlebowski, *Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2008. **12**(2): p. 213-221.
 22. Horne, R., M. Hankins, and R. Jenkins, *The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research*. Qual Health Care, 2001. **10**(3): p. 135-40.
 23. Morisky, D.E., L.W. Green, and D.M. Levine, *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. Med Care, 1986. **24**(1): p. 67-74.
 24. Rollnick, S., et al., *Motivational interviewing*. BMJ, 2010. **340**.
 25. Jacobson, J.O., et al., *American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards*. Oncology Nursing Forum, 2009. **36**(6): p. 651-658.
 26. Haynes, R.B., et al., *Interventions for enhancing medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2): p. CD000011.



11 Anhang



11.1 Schlüsselfragen zum Adhärenz-Assessment

Die folgenden Schlüsselfragen sind Bestandteil des „MASCC⁴ teaching tool for patients receiving oral agents for cancer (MOATT©, 2008)“. Sie wurden aus der englischen Version übersetzt.

- Was wurde Ihnen zum Behandlungsplan mit den Tabletten, die Sie jetzt gegen den Tumor einnehmen, erklärt?

Überprüfen Sie, ob der Patient weiss, dass die Medikamente gegen den Tumor wirken und oral eingenommen werden.

- Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?

Wenn der Patient eine Liste hat, gehen Sie diese mit ihm durch. Wenn er keine Liste hat, fragen Sie den Patienten nach weiteren Medikamenten (verschriebene und nichtverschriebene), pflanzlichen Präparaten und komplementären Therapien.

- Können Sie die Tabletten schlucken? Wenn nicht, erklären Sie mir bitte Ihre Probleme.
- Können Sie die Medikamenteninformationen lesen?
- Können Sie die Medikamentenverpackungen öffnen?
- Nehmen Sie andere Medikamente wegen des Tumors ein?

Finden Sie heraus, ob der Patient Medikamente gegen unerwünschte Wirkungen einnimmt.

- Haben Sie Probleme mit Ihrer Versicherung bezüglich Bezahlung der Medikamente?
- Eine Tumorerkrankung kann sehr belastend sein. Wenn dadurch viel Stress, Angst oder eine Depression entsteht, ist es für manche Patienten schwierig, Neues zu lernen oder zum Beispiel Medikamente regelmässig einzunehmen. Machen Sie ähnliche Erfahrungen?

⁴ Multinational Association of Supportive Care in Cancer



11.2 Adhärenz-Selbstassessment

Aus Adult Meducation, Improving Medication Adherence in Older Adults, www.adultmeducation.com, American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation, 2006

- Kennen Sie die Namen von allen Ihren Medikamenten?
- Wissen Sie, wofür oder wogegen die Medikamente wirken?
- Wissen Sie, wie Sie die Medikamente einnehmen müssen?
- Glauben Sie, dass Sie alle Medikamente, die Sie nehmen, auch benötigen?

Wenn Sie die Fragen mehrheitlich mit NEIN beantworten, besteht die Möglichkeit, dass Sie vielleicht nicht den bestmöglichen Nutzen von Ihrer Therapie haben.

11.3 Medikamentenmerkblatt

Beispiel für ein Merkblatt (www.oraletumorthotherapie.ch)



Merkblatt für Patientinnen und Patienten

Xeloda® (Capecitabine)

Xeloda® wurde von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt für Sie ausgewählt. Sie können die Therapie positiv beeinflussen, wenn Sie folgende Informationen beachten.

Wie sieht Xeloda® aus?



Xeloda® Tabletten zu 150 mg und 500 mg.
Tabletten zu 150 mg: Hellrosa, auf einer Seite mit «150» und auf der anderen mit «XELODA» gekennzeichnet.
Tabletten zu 500 mg: Dunkelrosa, auf einer Seite mit «500» und auf der anderen mit «XELODA» gekennzeichnet.

Wie muss Xeloda® aufbewahrt werden?

Bewahren Sie das Medikament bei Raumtemperatur auf.

Wie ist die Dosierung von Xeloda®?

Nehmen Sie die Tabletten in der Dosierung gemäss Verordnung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes ein.

Wie nehme ich Xeloda® ein?

- Nehmen Sie die verordneten Tabletten morgens und abends, innerhalb von 30 Minuten nach einer Mahlzeit, mit einem Glas Wasser ein.
- Schlucken Sie die Tabletten ganz. Die Tabletten weder kauen, noch brechen oder mörsern.

Was mache ich, wenn ich ...

... das Medikament vergessen habe?

- Die ausgelassene Dosis wird nicht nachträglich eingenommen. Die nächste Einnahme erfolgt zur gewohnten Tageszeit am darauf folgenden Tag.
- Notieren Sie sich dieses Datum.

... das Medikament erbrechen musste?

- Nehmen Sie keine neuen Tabletten ein.
- Setzen Sie die Therapie am nächsten Tag unverändert fort.

... zu viele Tabletten eingenommen habe?

- Kontaktieren Sie Ihr Behandlungsteam, damit die nächste Dosis oder eine Therapiepause festgelegt werden kann.

Welche Nebenwirkungen sind häufig?

Was kann ich dagegen tun?

Rötung, Blasenbildung und Schmerzen an den Hand- und Fussinnenflächen

- Reiben Sie von Therapiebeginn an die Hände und Füße mit fettender Crème oder Lotion ein.
- Vermeiden Sie extreme Temperaturen (z. B. Hände längere Zeit in heissem Wasser).
- Vermeiden Sie starken Druck (z. B. enge Schuhe).
- Bei Schmerzen und Blasen die Therapie abbrechen und unmittelbar mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.

Durchfall

- Nehmen Sie frühzeitig Loperamid (z. B. Imodium®) nach Vorschrift ein.
- Versuchen Sie bei leichtem Durchfall eine Ernährungsanpassung mit Reis, Bananen und mit weissem Brot.
- Achten Sie darauf, dass Sie circa 2 Liter pro Tag trinken (z.B. Wasser, Tee, Bouillon).

Übelkeit/ Erbrechen

- Nehmen Sie die dagegen verordneten Medikamente frühzeitig ein.
- Wenn keine Besserung innerhalb von 24 Stunden eintritt nehmen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Kontakt auf.

Entzündung der Mundschleimhaut

- Mindestens nach jeder Mahlzeit mit Wasser oder Salzwasser (1/2-1 TL / Liter Wasser) spülen. Falls keine Besserung eintritt und/oder die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme behindert ist, nehmen Sie Kontakt mit dem Behandlungsteam auf.

In Kombination mit anderen Medikamenten können weitere Nebenwirkungen auftreten.

Wann muss ich mein Behandlungsteam informieren?

- Wenn sich der Durchfall mit der Normaldosierung des Wirkstoffes Loperamid (Imodium®) mit bis maximal 8 Kapseln/Tabletten pro Tag nicht stoppen lässt.
- Wenn Schmerzen oder Blasen an den Händen und Füßen auftreten.
- Wenn Sie durch raue oder offene Stellen in Mund behindert werden.
- Wenn Sie Schmerzen hinter dem Brustbein («Herzschmerz») verspüren.
- Wenn Sie Schluckbeschwerden haben.
- Bei Auftreten von Fieber über 38 °C oder Blutungen.
- Wenn Sie unter anhaltenden oder anderen unklaren Beschwerden leiden.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt muss wissen, welche Medikamente oder Präparate (auch pflanzliche und homöopathische Mittel und Zusatznährstoffe) Sie einnehmen. Bringen Sie beim nächsten Arztbesuch eine Liste mit.

Was muss ich sonst noch wissen?

Unterbrechen Sie die Behandlung nicht ohne Rücksprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Kontaktpersonen

Ärztin/Arzt

Pflegende

Apotheke

Notfall

Notizen

Version: Februar 2012
Referenz: Arzneimittel-Kompendium der Schweiz
© Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie/Onkologiepflege Schweiz

cancer
drugs[®]
Management
oraler Krebstherapie