Centre intégré de cancérologie de la Montérégie

L'intégration des infirmières pivots dans les équipes d'oncologie en Montérégie : Le processus. Partie 2

par Anne Plante et Sonia Joannette

Abrégé

Les infirmières pivots en oncologie (IPO) ont été intégrées dans l'ensemble du réseau de santé de la Montérégie. Elles ont été des agentes de changement en vue d'implanter une philosophie de soins centrés sur le patient et la famille dans les équipes d'oncologie. Ce deuxième article vise à décrire le rôle des IPO dans la pratique, les difficultés rencontrées dans les différents milieux, les solutions mises de l'avant pour faciliter leur intégration. Nous discuterons de la formation des IPO, du soutien des administrateurs, du déploiement des équipes interdisciplinaires dédiées à l'oncologie, de la tenue de réunions interdisciplinaires structurées régulières, de la formation des professionnels et d'outils de travail standardisés. Les impacts observés suivant leur introduction seront également abordés.

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) a été développé pour répondre aux besoins des patients atteints de cancer et de leurs familles. Cette réorganisation des services de santé en oncologie préconise une approche globale où le patient et ses proches sont vus comme « une entité ». Ce programme cite que les soins centrés sur le patient et la famille optimisent la qualité des soins, le travail en réseau intégré et en équipes interdisciplinaires dans tous les points de service en oncologie. Une telle planification des services inclut la prévention, la systématisation du suivi clinique, la standardisation des pratiques pour toutes les disciplines et l'informatisation des dossiers oncologiques, l'acquisition d'une structure de travail et de soutien, le maintien des compétences par le biais de formation continue, le suivi de la clientèle en oncologie, le travail de relais avec les soins palliatifs et la recherche en oncologie. Le PQLC favorise la qualité de vie et la longévité de la clientèle en oncologie. La mise en place d'intervenants pivots comme personnes de référence est le premier élément pour introduire ce changement de modèle de soin biomédical vers un modèle de soin centré sur le patient (Ministère de la santé et des services sociaux, 1998).

La Montérégie est la première région du Québec à avoir formellement amorcé l'implantation d'un réseau intégré de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches (Plante et Joannette, 2009). Pour ce faire, l'intégration des infirmières pivots dans chaque clinique ambulatoire d'oncologie et le développement d'équipes interdisciplinaires dans ces milieux ont débuté en 2001. Comment les infirmières pivots en oncologie ont-elles pu être des agentes de changement durant leur intégration? Ce deuxième article vise à éclaircir le rôle des infirmières pivots en oncologie en Montérégie, les difficultés rencontrées, les solutions mises de l'avant pour faciliter leur intégration et les impacts observés.

Les quatre verbes qui définissent le travail de l'infirmière pivot (IPO) sont : évaluer, enseigner, soutenir et coordonner. Ces fonctions s'exercent à travers les interventions des IPO par des rencontres avec le

patient/famille à la clinique d'oncologie, dans l'unité d'hospitalisation et par des appels téléphoniques initiés par le patient/famille ou autres intervenants de la santé. Ces rôles infirmiers représentent une formule gagnante auprès de la clientèle parce qu'ils assurent la qualité des soins et du suivi clinique dans un contexte d'interdisciplinarité (Ponte et Nies, 2003; de Serres et Beauchesne, 2000). Le rôle de l'IPO est essentiellement clinique et non administratif comme nous le décrit l'Avis de la Direction de la lutte contre le cancer du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, 2008). L'infirmière pivot en oncologie n'est pas une gestionnaire de cas, ni une infirmière de liaison, ni une infirmière à la planification des départs, ni une infirmière de soins palliatifs; elle est la personne ressource du patient durant son continuum de soin en oncologie.

Évidemment, chacun des neuf centres hospitaliers de la Montérégie possède sa propre culture organisationnelle. L'intégration de l'infirmière pivot se fait différemment dans chaque centre, dépendamment des mécanismes d'adaptation au changement et du contexte de soutien présent (Roberge, Denis, Cazale, Comtois, Pinault, Touati et Tremblay, 2004). Chacune d'elles est porteuse du nouveau paradigme de soins oncologiques. En 2001, une équipe d'oncologie en Montérégie se composait principalement : d'un oncologue ou hémato-oncologue, d'un pharmacien (dédié ou en polyvalence) en oncologie et d'infirmières désignées à l'administration de la chimiothérapie. Pour ces professionnels dévoués à leur fonction depuis des années, l'arrivée d'une infirmière bachelière « pivot » venait ébranler la façon dont les soins en oncologie étaient dispensés. Tremblay (2008) nous explique que cinq ans après son déploiement dans les équipes, ce rôle demeure incompris par certains gestionnaires et cliniciens. Le nouveau rôle de l'infirmière pivot amène beaucoup de changements dans le fonctionnement des cliniques d'oncologie. L'infirmière pivot devient la professionnelle de première ligne responsable d'évaluer les besoins et les ressources des patients atteints de cancer et de leurs proches. Elle présente les nouveaux cas à l'équipe lors de la réunion interdisciplinaire. Elle oblige les membres de l'équipe à se mobiliser pour définir un plan d'interventions interdisciplinaires concerté en lien avec l'histoire spécifique du patient.

Montérégie Comprehensive Cancer Care Centre: Integrating nurse navigators in Montérégie's oncology teams: The Process. Part 2

Abstract

Quebec's Oncology Nurse Navigators (or "IPOs" after their French acronym) have been integrated in the entire Montérégie health care region. They have been agents of change mandated with implementing a philosophy of care that centres on the patients and their families, and is delivered by oncology teams. The goal of this second article is to describe the role of IPOs in practice, the problems encountered in the various contexts and the solutions brought forward to facilitate their integration. The training of IPOs, the support they receive from administrators, the deployment of interdisciplinary teams dedicated to oncology, the holding of regular structured interdisciplinary meetings and the training of professionals, and development of standardized work instruments are discussed. The observed impacts of introducing IPOs will also be examined.

Anne Plante, M.Sc.inf., CSIO(C), CSIP(C), Infirmière conseillère régionale en soins spécialisés en oncologie

Sonia Joannette, B.Sc.inf., candidate à la maîtrise, CSIO(C), Infirmière pivot en oncologie

Centre intégré de cancérologie de la Montérégie—Hôpital Charles LeMoine, 3120 Boul. Taschereau, Greenfield Park, Québec J4V 2H1; Téléphone : (450) 466-5000 # 2667; Courriel : anne.plante@rrsss16.gouv.qc.ca

L'intégration des infirmières pivots en oncologie crée un changement dans l'organisation des soins. Dans cinq des neuf centres hospitaliers, l'infirmière pivot est accueillie avec empressement. Elle répond à un besoin de suivi clinique, d'enseignement, de gestion des symptômes complexes perçu par les professionnels, mais impossible à combler étant donné le manque d'organisation jusqu'à ce jour. Dans les quatre autres centres, l'adaptation est plus graduelle. Certaines équipes étaient très soulagées car personne n'avait le temps d'assurer un suivi adéquat mais d'autres équipes se sentaient bousculées dans le changement de ces soins centrés sur le patient. D'après Whitten et Cameron (2007), la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe d'oncologie sont garants des plus grands résultats. Les professionnels de la santé sont appelés à changer leur routine et à s'éloigner de leur zone de confort dans leur pratique. Le changement et ses impacts donnent naissance à une résistance parfois raisonnable, parfois démotivante au fil du temps.

Difficultés rencontrées

L'expérience de l'intégration des infirmières pivots en Montérégie comporte son lot de difficultés. Le travail des IPO, selon l'objectif visé par le PQLC (de Serres et Beauchesne, 2000) d'assurer le suivi tout le long du continuum de soins, fait émerger des besoins qui existaient bel et bien auparavant mais qui sont dorénavant mis en lumière. Il a fallu reconnaître les problèmes cliniques et organisationnels existants :

- augmentation de la clientèle oncologique
- vieillissement de la population
- peu d'indicateurs pour majorer les heures/soins en clinique d'oncologie
- faible pourcentage de patients détenant un médecin de famille
- nombreux patients avec des symptômes complexes requérant une expertise en soins palliatifs
- gestion des symptômes sans réévaluation
- enseignements interdisciplinaires non cohérents et redondants
- discours contradictoires de la part des professionnels de la santé
- manque d'accès à des professionnels (psychologue, travailleur social, nutritionniste intra et/ou extra muros)
- locaux restreints pour rencontrer les patients/familles
- délais des examens diagnostiques
- la résistance des professionnels à l'idée que l'IPO soit la première ligne pour évaluer les besoins et les ressources des patients.

Les besoins des patients en oncologie sont multiples : physiques, psychologiques et affectifs, matériels, financiers, pratiques et spirituels ainsi que les besoins d'information sur les autosoins, les saines habitudes de vie et le besoin de s'engager dans leur mieux-être (Fitch, Porter et Page, 2008). Soothill, Morris, Harman, Francis, Thomas et McIlmurray (2001) rapportent les mêmes constats où les besoins face à la vie courante, la détresse psychologique et l'identité sociale demeurent des besoins difficiles à combler.

Solutions efficaces

Les solutions choisies pour faciliter l'intégration de l'infirmière pivot dans les équipes d'oncologie de la Montérégie sont les suivantes : la formation des IPO, le soutien des administrateurs, la formation des professionnels des différentes disciplines et milieux de travail en oncologie, le déploiement d'équipes interdisciplinaires dédiées à l'oncologie, les réunions interdisciplinaires et les outils de travail standardisés.

Formation des IPO

Le programme de formation de base des IPO et la formation continue (Comtois et coll., 2003) permettent aux IPO d'être soutenues dans leurs engagements et la consolidation de leur expertise à développer une culture de discussions précises sur les symptômes, l'élaboration d'hypothèses pour mieux comprendre les causes des symptômes et participer activement aux échanges interdisciplinaires

pour trouver des interventions thérapeutiques réalistes et fondées sur des résultats probants. Les IPO ont été fortement encouragées à devenir membres de leurs associations provinciale et nationale : l'Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO) et l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO). La création d'un réseau d'étude et de soutien à la préparation de la certification en soins infirmiers en oncologie du Canada (AIIC, 2008) encourage les IPO à passer l'examen. L'objectif visé en Montérégie est que toutes les IPO possèdent la certification canadienne en oncologie.

La formation clinique pour soutenir les infirmières pivots dans leur nouveau rôle s'est appuyée sur les recommandations du PQLC, sur les soins infirmiers oncologiques fondés sur des résultats probants et sur les normes de soins et les compétences infirmières en oncologie de l'ACIO. Le Comité d'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CÉPIO) (Bélanger, Bergeron, de Serres et Saucier, 2005), l'agence de cancer de la Nouvelle-Écosse (CCNS, 2002) ainsi que l'ACIO (2001) ont insisté sur l'importance de la formation des infirmières en oncologie étant donné la complexité des soins. La formation continue des IPO a été actualisée par les nouveaux écrits et les présentations en soins oncologiques et ajustée aux besoins de connaissances exprimés par les IPO.

Les auteurs Otto (2002), Gates et Fink (2001, 2008) sont des guides pour la formation de base des IPO sur l'oncologie clinique et les soins infirmiers par exemple : oncogénèse, stadification de la tumeur, traitements oncologiques, effets secondaires, urgences oncologiques et meilleures interventions infirmières. Les auteurs comme Ausloos (2002), Wright et Leahey (2001) et Duhamel (1995, 2007) ont soutenu le canevas pédagogique pour l'approche familiale. D'Amour (2005), Dufour (2004), Farrell, Schmitt et Heinemann (2001), Carson, Carson et Roe (2001), Degner et Davidson (1998) et Benner (1984) ont tous contribué à ancrer le rôle de l'infirmière pour faciliter la collaboration de tous les membres de l'équipe à l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé.

En ce qui a trait à l'évaluation des symptômes, l'utilisation de l'instrument de mesure multi-symptômes l'Edmonton Symptom Assessment Scale (Bruera, Kuehn et Miller, 1991) a été retenu en 2001. Cet outil simple et visuel est pratique mais ne s'est pas avéré suffisant pour capter la globalité des symptômes du patient entre les traitements (Watanabe, Nekolaichuk, Beaumont et Mawani, 2009). Avec les années, l'évaluation des symptômes biopsychosociaux avec le modèle PQRST s'est démontré une stratégie efficace de communication avec les médecins et autres membres de l'équipe (Lacasse et Beck, 2007). Les modèles conceptuels de la gestion des symptômes de Dodd, Janson et Facione (2001) et Larson, Carrieri-Kohlman, Dodd, Douglas, Faucett et Froelicher (1994) viennent soutenir le travail en collaboration avec le patient et ses proches pour des stratégies efficaces de gestion des symptômes et pour obtenir des résultats satisfaisants pour le patient. Le guide de pratique La pratique des soins infirmiers au téléphone (CCO, 2004) sert de document de référence pour les appels téléphoniques avec ses algorithmes de décision.

Rando (1984) et Rosen (1998) ont soutenu l'élaboration des cours sur le concept de perte, le processus de deuil et les soins à apporter à une clientèle atteinte d'une maladie à pronostic sévère avec maintes pertes tout au long de la trajectoire. Tous les cours en matière d'intervention ont été présentés avec histoires de cas et jeux de rôle. Pour orienter la philosophie de chacune des équipes vers des soins centrés sur le patient et sur la famille, mentionnons que l'outil d'évaluation initiale, la collecte de données effectuée par les infirmières pivots a été déterminant. Plusieurs études en oncologie rapportent que les professionnels connaissent trop peu le vécu du patient et sa famille et que l'approche systémique s'avère plus productive que l'approche linéaire où le patient est vu en tant qu'individu sans son réseau (Fitch, Porter et Page, 2008).

L'évaluation initiale est élaborée avec des spécificités propres à l'oncologie mais s'appuie sur le modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2001, 2007) et sur le modèle McGill (Feeley et Gottlieb, 2000). Le modèle de Calgary d'approche systémique familiale met en lumière l'importance que les soins s'appuient sur les forces et les

ressources des patients et des familles et non seulement sur les déficits. Le modèle McGill place le client/famille en relation constante avec son environnement. Les activités de soins s'exercent en collaboration selon les buts, les capacités et le potentiel du client/famille. Cette évaluation initiale est interventionniste en elle-même par ses questions circulaires. Dès le début de son utilisation, les infirmières pivots perçoivent l'impact de la famille auprès de la personne atteinte et vice versa. Dès lors, l'infirmière pivot est perçue par le patient et ses proches comme une professionnelle qui s'intéresse à leur vécu et elle s'adresse à eux en tant que personnes ayant des besoins et des ressources spécifiques.

Les rencontres mensuelles de formation continue des IPO avec l'infirmière conseillère régionale en soins spécialisés en oncologie suscitent beaucoup la participation des IPO, facilitent les communications et favorisent la compréhension des concepts théoriques et leur application clinique dans le quotidien. Par exemple, dans le contexte de travail en réseau, comment peut-on bonifier le travail entre le milieu hospitalier et les soins à domicile et diminuer les appels des intervenants parce que la demande de service n'est pas suffisamment explicite? Toute une journée a donc été consacrée à la pratique des demandes de services pour aider les IPO à rédiger des demandes de services de soins à domicile et aux autres professionnels de la santé plus précises et complètes, à l'exemple de celle-ci : « 20/12/07 — homme 47 ans marié sans enfant diagnostiqué d'un néo du colon métastatique T2N1M1 a complété la chimiothérapie oxaliplatine depuis 6 semaines. Perd des forces = fatigue 7/10. Les symptômes de diarrhée 4/10 et de douleur neurogène au bassin 3/10 persistent. Besoin d'aide dans le suivi de symptômes, compréhension des médicaments et soutien dans la communication familiale. Son souhait est de retourner travailler... »

Avec l'infirmière conseillère, les IPO partagent de nouvelles connaissances, des expériences, des outils de travail et des analyses de cas créant l'uniformisation des pratiques. Néanmoins, les infirmières pivots trouvent leur travail très exigeant et leur contexte est parfois même inconfortable au niveau de la collaboration interprofessionnelle. Ces rencontres de formation continue ont comme résultat d'unir les neuf infirmières pivots en un groupe homogène, axé vers les mêmes objectifs et capables de se soutenir entre elles dans leur compréhension des sujets et d'apprendre des stratégies d'adaptation organisationnelle employées par leurs consœurs. Pour le développement des compétences des IPO, il faut organiser régulièrement, tant à l'intérieur de l'établissement que dans la région et dans l'ensemble du Québec, des activités de soutien et de formation continue, essentielles pour permettre la consolidation de l'expertise et le maintien d'un équilibre personnel à l'intérieur d'un rôle très exigeant (Bélanger, Bergeron, de Serres et Saucier, 2005, Whitten et Cameron, 2007).

Soutien des administrateurs

Le soutien des administrateurs est un facteur essentiel à la réussite de l'intégration des IPO. La création d'un feuillet explicatif du rôle de l'infirmière pivot destiné à la clientèle nouvellement diagnostiquée est le véhicule d'introduction de l'IPO. Il est distribué dans les hôpitaux de la région et dans le réseau communautaire. La présentation du rôle de l'infirmière pivot, aux Directrices de soins infirmiers, aux infirmières-chefs, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, aux chefs de programme de la région et aux coordonnateurs des services des milieux communautaires aide à expliquer ce rôle dans l'implantation du PQLC en Montérégie. La présentation du rôle de l'IPO lors de la réunion de service de chaque équipe d'oncologie sur le territoire lui donne une visibilité. Elle aide à mettre des limites face aux autres professionnels, en s'appuyant sur la définition du rôle tel que présenté.

La demande de consultation à l'IPO par les médecins (chirurgiens, oncologues, hémato-oncologue, etc.) permet de connaître le nom et le diagnostic de la personne atteinte de cancer. La notion de temps est importante entre l'annonce du diagnostic et la rencontre avec l'IPO.

Les personnes atteintes de cancer et leurs proches vivent une détresse considérable dès l'annonce du diagnostic (Holland et coll., 2007). L'attente sans soutien accentue la détresse au fil des jours. Les actions des administrateurs pour fournir du soutien cléricale et l'ajout de professionnels de la santé dédiés à l'équipe d'oncologie dans chaque clinique sont des éléments nécessaires pour que l'IPO puisse exercer le rôle attendu. L'appui des administrateurs dans les centres d'oncologie a soutenu invariablement le développement des équipes interdisciplinaires en oncologie. Les objectifs communs encadrés dans une philosophie de soins ont été déterminants de l'imputabilité des résultats à atteindre (Roberge et coll., 2004). (Annexe 1)

Déploiement des équipes interdisciplinaires dédiées à l'oncologie

Il s'avère nécessaire de déployer des équipes interdisciplinaires dans les différents milieux de la région. Le travail interdisciplinaire est essentiel en oncologie puisqu'une multitude de spécialistes sont concernés par la personne atteinte de cancer et ses proches; que les besoins de la clientèle sont nombreux et que les soins sont complexes (Gendron, Gagnier et Plante, 2005). L'élaboration d'une philosophie de soins en oncologie entérinée par chaque membre de l'équipe locale aide à convenir d'une vision commune. Les professionnels de la santé ont été sollicités pour construire et offrir des sessions d'information aux patients/familles : cancer-sexualité, cancer-lymphoedème, cancer-survie, etc. L'élaboration de descriptions de fonctions de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire d'oncologie (infirmière en chimiothérapie, secrétaire, infirmière pivot, pharmacien, infirmière de recherche, travailleur social, physiothérapeute, bénévole, nutritionniste, psychologue, animatrice de pastorale, ...) ouvre sur la complémentarité des compétences, sans chevauchement ni incohérence (Fallowfield et Jenkins, 1999) et l'utilisation judicieuse des ressources.

Tenue de réunions interdisciplinaires régulières

La mise en place d'une réunion interdisciplinaire structurée régulière (hebdomadaire ou bimensuelle) dans les cliniques de la Montérégie permet un accès aux informations pertinentes au sujet du patient pour assurer la concertation et la continuité dans les soins. Les soins oncologiques sont discutés et doivent s'adapter à la personne atteinte de cancer et non l'inverse (Gendron, Gagnier et Plante, 2005). L'IPO n'est pas la seule à présenter des patients à la réunion interdisciplinaire, les autres intervenants de la santé sont appelés à présenter les patients pour lesquels la discussion des meilleures solutions à mettre en place pour contrer les symptômes vécus (problématiques biopsychosociales) est pertinente. La réunion est organisée en fonction du nombre de patients à discuter et du type de demande du professionnel qui la présente : nouveau cas, symptôme complexe, suivi de dossier. Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé fait émerger la compétence collective (Le Boterf, 2002) et la coopération entre les professionnels face aux problématiques soulevées (D'amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez et Pineault, 2008). La logique des symptômes complexes (Plante, Carrier et Gendron, 2004) est utilisée par l'équipe interdisciplinaire. (Annexe 2)

Formation des professionnels

L'augmentation des connaissances en oncologie doit également se faire par tous les professionnels de la santé pour que tous partagent un discours commun. Le cours de base en soins infirmiers oncologiques, où sont invitées à une même table les infirmières des milieux communautaires, des cliniques d'oncologie et des unités de soins de la région, renforce leurs rôles dans l'évaluation et la surveillance de l'état clinique du patient atteint de cancer et revoit la théorie de l'approche familiale systémique. Pour les nouvelles infirmières en oncologie, un

cours de 21 heures fait partie du plan d'orientation. Une formation continue de 7 heures/année est proposée avec un approfondissement des normes de pratique en soins infirmiers en oncologie avec histoires de cas (pédagogie active). Ces enseignements sont construits et donnés par l'infirmière conseillère régionale secondée d'une infirmière monitrice clinique. La création de comités régionaux de pratique encourage les professionnels à s'unir et à travailler dans une même voie: groupe des infirmières chef en oncologie, groupe des infirmières conseillères en soins palliatifs, groupe des intervenants psychosociaux, groupe des pharmaciens et groupe des nutritionnistes.

Outils de travail standardisés

Les efforts pour de la mise en commun et l'utilisation d'outils standardisés à travers le réseau de la Montérégie facilitent grandement les échanges entre les professionnels et minimisent le chevauchement de services. L'évaluation biopsychosociale initiale est utilisée par l'ensemble des IPO de la Montérégie. Les demandes de référence aux milieux communautaires ont été travaillées en collaboration pour optimiser la description de la situation clinique et diminuer les délais de réponse. La coordination avec les pharmaciens pour rencontrer les nouveaux patients assure que l'enseignement offert soit complémentaire et non redondant. L'implantation et l'utilisation des guides de poche sur l'approche familiale systémique se font auprès des infirmières dans l'ensemble du réseau (adaptation à un nouveau diagnostic, rôle de parent atteint de cancer et interventions en situation de pronostic fatal).

Un programme informatisé (Fournier, Plante et Roberge, 2001) est installé à chaque poste informatique des IPO de la Montérégie. L'analyse des données recueillies permet de faire des liens entre leur pratique et les besoins de la clientèle. À la fin de chaque période administrative (28 jours), sont connus : les renseignements sur le patient et la personne soutien, le CLSC rattaché, le nombre de nouveaux patients rencontrés, le nombre d'appels téléphoniques et de rencontres et leur durée, l'objet des activités cliniques, l'interlocuteur et les interventions de soins offerts et ce, pour chacune des infirmières pivots de la Montérégie. Le Registre provincial du cancer est implanté au Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie, l'hôpital régional affilié à l'université de Sherbrooke. Depuis 2005, les données sont complètes pour les cancers du sein, colorectal et poumon. Les données informatisées sont dorénavant colligées pour l'ensemble des sites tumoraux. Ce registre comprend un volet sociodémographique et diagnostique et un volet pharmacie; le volet symptôme est en développement. Le registre nous donnera une vue d'ensemble de la clientèle traitée dans ce centre.

Plusieurs efforts sont aussi déployés pour mettre sur pied et offrir des groupes de soutien et d'autres sessions d'approches complémentaires comme l'imagerie mentale et l'art thérapie dans le but d'aider le patient et ses proches à mieux composer avec la situation et optimiser leur santé. L'accueil des bénévoles permet de mieux soutenir les patients et familles lors de leur visite à la clinique d'oncologie et dans les unités d'hospitalisation.

Impacts observés

Lors d'un sondage, Comtois et ses collaborateurs (2003) ont fait ressortir l'impact positif de l'IPO sur les patients. Voici ce que les patients ou les proches ont émis comme commentaires face aux soins offerts par l'infirmière pivot :

- Quelqu'un à qui je peux me confier. « C'est important ce que vous faites »
- Quelqu'un qui pose les bonnes questions. « Je n'ai jamais tant parlé, cela fait du bien »
- Quelqu'un qui explique doucement et qui répète au besoin. « Je comprends mieux quand c'est vous qui l'expliquez »
- Quelqu'un qui invite ma famille à communiquer plus facilement avec moi. « Vous m'avez donné de l'espoir »
- Quelqu'un qui est au bout du fil et qui me reconnaît quand je lui demande une information pour mon mari. « Vous m'avez tellement aidée la semaine passée quand mon mari faisait de la fièvre »

- Quelqu'un qui m'aide à participer à la réussite de mes traitements. « Je ne croyais pas avoir du pouvoir sur ma qualité de vie »
- Quelqu'un qui prend le temps de comprendre ce que je n'ose dire. « Vous avez été une bonne oreille »

Pour compléter la liste des opinions, voici comment les chefs de services résument les bienfaits dans les soins depuis l'avènement des infirmières pivots :

- Les informations données sont beaucoup plus complètes.
- Une meilleure gestion des symptômes.
- Un meilleur suivi de la clientèle.
- Le nombre de situations de crise est presque diminué à zéro grâce à la planification de soins.
- Une meilleure utilisation des ressources à tous points de vue : familial, professionnel, communautaire.
- Le soutien est beaucoup plus individualisé et perçu comme faisant partie des soins en oncologie.
- Les patients sont très rassurés d'avoir une personne ressource qui les connaît pour répondre à leurs questions lors d'appels à la clinique.
- Les urgences oncologiques sont perçues plus rapidement et souvent gérées sans visite à l'urgence avec la collaboration de l'oncologue.
- Tous les professionnels sont plus sensibles à la qualité de soins à offrir et à l'efficacité de la collaboration en équipe.
- Les liens avec les soins à domicile sont améliorés et l'infirmière pivot est là pour répondre aux questions des infirmières dans la communauté.

Les oncologues ont vu des changements chez la clientèle qui était mieux informée sur les effets secondaires et se questionnait de manière plus spécifique sur les options thérapeutiques. Les IPO et les équipes interdisciplinaires favorisent l'utilisation optimale des ressources du système, évitent les situations de crise et permettent un dépistage rapide des problèmes prévisibles.

Encore aujourd'hui, le rôle de l'IPO au quotidien soulève de nombreuses exigences : difficulté à mettre ses limites face au rôle, nécessité de rappeler aux autres intervenants et même aux patients et aux proches son rôle de première ligne. Les auteurs Walczak et Absolon (2001) relatent cette réalité dans la publication de leur article sur la communication, les résolutions de conflits, la délégation et la motivation. Les IPO vivent de l'impuissance face au manque de ressources humaines du réseau de la santé, de ressources matérielles pour les patients, face aux délais d'attente trop longs pour une consultation ou un examen spécifique. Elles doivent encore aujourd'hui négocier la demande de référence pour la deuxième ligne. Certains patients, familles et professionnels de la santé croient parfois que l'hôpital est un lieu de « prise en charge » et le focus sur l'empowerment (pouvoir d'agir) est un changement de culture et demande temps et enseignement. Faute de ressources suffisantes, le volume croissant de nouveaux cas, le nombre de patients/familles en suivi et ceux en phase palliative demeurent longtemps dans la cohorte de l'IPO ne pouvant pas avoir accès aux professionnels de deuxième ligne. La fonction de coordination prend souvent trop de place dans la journée d'une IPO. La charge de travail trop lourde et le non-remplacement de l'IPO durant les absences (vacances, formations, réunions...) limitent l'accessibilité à ses services.

Conclusion

L'implantation du PQLC et l'intégration des IPO en Montérégie ont été menées à bien notamment grâce à la formation des IPO, la formation pour un travail interdisciplinaire, et la description claire des fonctions de chacune des professions. Naturellement, le soutien de l'Agence et des administrateurs ainsi que l'introduction d'outils standardisés ont permis une restructuration du travail en oncologie selon les résultats probants. Ceci crée un impact sur la qualité et la continuité des soins. La réussite de l'intégration des infirmières pivot

en oncologie repose sur l'union entre l'écoute des besoins des patients et des proches, l'application en pratique des théories et la collaboration interdisciplinaire.

De par leur patience et leur passion, les IPO sont reconnues par la clientèle comme des professionnelles écoutant la détresse et offrant de l'espoir. Durant leur évolution dans ce nouveau rôle, elles ont développé de nombreuses qualités et ont su composer avec différents stressseurs d'ordre organisationnel et clinique. Aucune ne connaissait l'ampleur du défi qui les attendait en postulant ce poste innovateur. Les situations de stress, de changement, d'adaptation et d'utilisation de stratégies de coping font partie intégrante de la vie d'une infirmière. Duquette, Kérouac et Beaudet (1992) démontrent que la « hardiesse » est la qualité première de l'infirmière capable de traverser les années difficiles du 21^e siècle et capable d'initier de nouvelles perspectives. Ces infirmières ont aussi démontré les trois grandes

qualités reconnues en administration comme les clés du succès, soit : la compétence, la persévérance et la capacité d'alliance (créer et garder des contacts).

Le Programme provincial de lutte contre le cancer (PQLC) a été le déclencheur du changement et les infirmières pivots ont mené à bien leur rôle d'agents de changement. L'objectif des soins intégrés dans un travail en réseau où les soins interdisciplinaires sont centrés sur le patient et la famille dans un contexte de pratique fondée sur les résultats probants est maintenant appliqué en Montérégie. Au Québec, les IPO se sont intégrées dans les différents paliers du réseau de la santé en oncologie. Des initiatives multiples d'implantation du rôle de l'IPO sont faites d'abord dans les grands centres et ensuite en périphérie. L'intégration de l'IPO dans les équipes de soins oncologiques a connu une évolution concluante avec les années. En 2006, le Ministre de la santé et des services sociaux, Dr Philippe Couillard, a statué que l'intégration des infirmières pivot en oncologie se ferait dorénavant sur tout le territoire de la province. ★

Annexe 1. Ingrédients utiles à la collaboration interdisciplinaire avec une philosophie de soins centrée sur le patient et la famille

- Avoir en poche une bonne dose de souplesse
- Accepter les compromis
- Expérimenter les idées nouvelles
- Féliciter nos collègues de leur bon travail le plus souvent possible (reconnaissance)
- Toujours maintenir la confiance de la clientèle
- Évaluer les situations précisément et rapporter les symptômes avec des faits et des dates aux collègues
- Prendre des risques et être innovateur
- Sauter sur les occasions
- S'entraider
- Savoir perdre (humilité)
- Ouverture aux autres
- Toujours se faire confiance et prendre une méga dose quotidienne de vitamines appelées « Je crois que je vais réussir »
- Exploiter toutes pistes de solutions
- Apprendre à mieux communiquer
- Faire confiance aux collègues
- Être responsable de la mise à jour de ses connaissances
- Nommer les situations difficiles à son supérieur et ne pas les prendre comme un échec personnel
- Choisir la meilleure parole pour la circonstance
- Toujours présenter un plan d'intervention bien réfléchi et être assez patient pour attendre le moment où il recevra une bonne écoute et une évaluation équitable
- Utiliser des histoires de cas pour toucher son auditoire vers le changement
- Écouter les opinions de chacun et dire l'importance d'une décision constructive pour le patient et ses proches.

Annexe 2. Logique des symptômes complexes

(Conception du schéma : A. Plante, C. Carrier et C. Gendron, 2004)

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). **Certification infirmière en oncologie**. Récupéré le 25 mai 2009 à http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT_Oncology_f.pdf
- Association canadienne des infirmières en oncologie. (2001). **Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie et compétences relatives aux rôles infirmiers**. Ottawa : ACIO.
- Ausloos, G. (2002). **La compétence des familles**. Montréal : Édition Érés.
- Benner, P. (1984). **From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice**. Boston: A. Wesley.
- Bélanger, S., Bergeron, C., de Serres, M., & Saucier, A. (2005). **Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer, avis du Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CEPIO)**. Direction de la lutte contre le cancer: Bibliothèque nationale du Québec.
- Bruera, E., Kuehn, N., & Miller, M.J. (1991). The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. **Journal of Palliative Care**, 7, 6-9.
- Cancer Care Nova Scotia. (2002). **Furthering cancer education in Nova Scotia, nurses needs assessment: Final report**. Halifax:

- CCNS. Récupéré le 25 mai 2009 à <http://www.cancercare.ns.ca/media/documents/NursesNeedsAssesFinalReport.pdf>
- Cancer Care Ontario. (2004). **Nursing telephone practice & symptom management guidelines**. Ontario: Nursing Professional Advisory Committee. Récupéré le 25 mai 2009 à <http://www.cancercare.on.ca/documents/NursingTelephonePracticeGuidelines.pdf>
- Carson, K.D., Carson, P.P., Yallapragada, R., & Roe, C.W. (2001). Teamwork or interdepartmental cooperation: Which is more important in the health care setting? *Health Care Manager*, 19(4), 39–46.
- Comtois, E., Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Pineault, R., Latreille, J., & Touati, N. (2003). **Bilan de l'expérience des infirmières pivots en oncologie de la Montérégie 2001–2003. Un nouveau rôle dans un réseau en émergence**. Centre de recherche Greenfield Park : Hôpital Charles LeMoine.
- D'amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 116–131.
- D'amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., San Martin-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in health care organization. *BMC Health Services Research*, 8, 188.
- Degner L., & Davidson J. (1998). Promoting patient decision-making in life and death situations. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 129–136.
- de Serres, M., & Beauchesne, N. (2000). **L'intervenant pivot en oncologie : un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer**. Conseil québécois de lutte contre le cancer : Bibliothèque nationale du Québec.
- Dodd, M., Janson, S., & Facione, N. (2001) Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676.
- Dufour, B. (2004). Approche interdisciplinaire et soins, les fondements de l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 79, 4–11.
- Duhamel, F. (1995). **La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers**. Boucherville : Gaetan Morin Éditeur.
- Duhamel, F. (2007). **La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers**, 2^{ème} édition. Montréal : Gaetan Morin Éditeur.
- Duquette, A., Kérouac, S., & Beaudet, L. (1992). **L'épuisement professionnel du personnel infirmier : un bilan des connaissances. Synthèse d'un rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale**. Montréal : Université de Montréal.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592–7.
- Farrell, M.P., Schmitt, M.H., & Heinemann, G.D. (2001). Informal roles and the stages of interdisciplinary team development. *Journal of Interprofessional Care*, 15(3) 282–295.
- Feeley, N., & Gottlieb, L.N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of family nursing*, 6(1), 9–24.
- Fitch, M.J., Porter, H.B., & Page, B.D. (2008). **Supportive Care framework: A foundation for person-centred care**. Pembroke, ON: Pappin Communications.
- Fournier, M., Plante, A., & Roberge, D. (2001). **Base de données infirmière pivot en oncologie**. Centre intégré de cancérologie de la Montérégie : Hôpital Charles LeMoine.
- Gates, R., & Fink, R. (2001). **Oncology Nursing SECRETS**. Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Gates, R., & Fink, R. (2008). **Oncology Nursing SECRETS** (3rd ed.). St-Louis: Mosby Elsevier.
- Gendron, C., Gagnier, J.-P., & Plante, A. (2005). **Les équipes interdisciplinaires en oncologie**. Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer : Bibliothèque Nationale du Québec.
- Holland, J.C., Breitbart, W.S., Foley, G.V., Greenberg, D.B., Handzo, G.F., Knight, S.J., et al. (2007). The NCCN Distress Management, clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 65–98.
- Lacasse, C., & Beck, S. (2007). Clinical assessment of symptom clusters. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(2), 106–112.
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.J., Dougals, M., Faucett, J., & Froelicher, E. (1994). A model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272–276.
- Le Boterf, G. (2002). **Développer la compétence des professionnels. Construire les parcours de professionnalisation**. Paris: Éditions d'organisation.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1998). **Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe**. Québec: Direction de la lutte contre le cancer.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). **Rôle de l'infirmière pivot en oncologie**. Québec : Direction de la lutte contre le cancer.
- Otto, S. (2001). **Oncology nursing**. New York: Mosby.
- Plante, A., Carrier, C., & Gendron, C. (2004). Logique des symptômes complexes (problèmes bio psychosociaux) utilisée par l'équipe interdisciplinaire. Schéma dans Gendron, C., Gagnier, J.-P., Plante, A. (2005). **Les équipes interdisciplinaires en oncologie**. Comité des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer : Bibliothèque Nationale du Québec, p. 50.
- Plante, A., & Joannette, S. (2009). L'intégration des infirmières pivots dans les équipes d'oncologie en Montérégie : un aspect de l'implantation du Programme de lutte contre le cancer, Partie 1. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 19(1), 13–18.
- Ponte, P.R., & Nies, J. (2003). Making patient-centred care come alive. *Journal of Nursing Administration*, 33(2) 82–90.
- Rando, T. (1984). **Grief, dying and death**. Illinois : Research Press Co.
- Roberge, D., Denis, J.-C., Cazale, L., Comtois, E., Pineault, R., Touati, N., & Tremblay, D. (2004). **Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie, l'expérience de la Montérégie**. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Récupéré le 25 mai 2009 à http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/roberge_2_f.pdf
- Rosen, E. (1998). **Families facing death**. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Soothill, K., Morris, S.M., Harman, J.C., Francis, B., Thomas, C., & McIlmurray, M.B. (2001). Informal carers of cancer patients: What are their unmet psychosocial needs? *Health and Social Care in the Community*, 9(6), 464–475.
- Tremblay, D. (2008). **La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau: l'infirmière pivot en oncologie**. Montréal: Thèse Université de Montréal.
- Walczak, M.B., & Absolon, P.L. (2001). Essentials for effective communication in oncology nursing: Assertiveness, conflict management, delegation, and motivation. *Journal for Nurses in Staff Development*, 17(2), 67–70.
- Watanabe, S., Nekolaichuk, C., Beaumont, S., & Mawani, A. (2009). The Edmonton symptom assessment system—What do patients think? *Support Care Cancer*, 17, 675–683.
- Whitten, D., & Cameron, K. (2007). **Developing management skills**. New Jersey : Practice Hall.
- Wright, M., & Leahy, L.M. (2001). **L'infirmière et la famille: guide d'évaluation et d'intervention**. Adaptation française de Lyne Campagna. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau pédagogique.

I'm nursing as fast as I can: How the history of cancer and cancer care informs the future of oncology nursing

by Jennifer Wiernikowski

The first descriptions of cancer were put to paper, or papyrus, somewhere between 3000 and 1600 BC (Emory University, 2009). In the 3,000 or so years since then, we have learned an enormous amount about what drives the disease, how to prevent it, how to target and exploit its vulnerable side, and how to unwind its genetic code in order to cook up new ways to slay the dragon. Many of these discoveries have come recently and have impacted our clinical work in varied ways. It is a most exciting time to be an oncology nurse. This paper will trace the history of how cancer has been conceptualized, treated and studied over the centuries to give cancer nurses some context about the unprecedented time in which we find ourselves. Our collective professional responsibility to “keep up” has never been more important than it is today.

Early descriptions of cancer

The Edwin Smith Papyrus is the only surviving part of the earliest known medical textbook. Written in Egypt between 3000 and 1600 BC, the author describes 48 cases of trauma requiring medical intervention. The cases are presented in head-to-toe fashion starting with head trauma and continuing through the various regions of the body. Tumours of the breast are described in detail by the author and although it is stated that, ultimately, there is no treatment, the suggested intervention is to cauterize the bleeding wound with a fire drill (ACS, 2009). Careful examination of ancient mummified Egyptian remains has revealed that they suffered from diseases that include osteosarcomas and head and neck cancers. As far back as can be found, cancer has been part of our world. The most revered physicians throughout the

centuries including Hippocrates and Celsus conceded that, once cancer had started to grow, it would continue to return (ACS, 2009).

It was not until the 15th century that scientists began to conceptualize a new road to discovery. The scientific method we rely on today to provide us with ultimate truths was a concept put to practice in Europe at this time and would later become the basis for medical research (ACS, 2009). Some early epidemiological observations at the time included the fact that nuns did not often suffer from cervical cancer, but seemed to be more prone than average women to succumb to breast cancer, a fact well understood today, as many breast cancers are hormonally driven and cervical cancer risk increases with the number of sexual partners a woman might have (Mackay, 2006). It was in the early 1600s, at least 3,000 years since the recording of the Edwin Papyrus, that scientists began to better understand the workings of the body, and the religious taboos that surrounded its exploration after death were set aside in order to perform the first autopsies. The first autopsy to link symptoms to disease was performed by Giovanni Morgagni in 1761, the pistol shot that started the race against cancer (Mackay, 2006).

Treatment for cancer

For centuries, surgery was the only intervention for cancer, perhaps starting with the fire drill and continuing on for thousands of years. It continues to be one of the most important treatments for cancer today. With the advent of anesthesia in the mid 1800s, the need to be a swift surgeon became a secondary consideration to being thorough, a luxury not known prior when patients remained conscious throughout the procedure (ACS, 2009). The practice of surgery quickly evolved and cancer outcomes slowly began to improve as a result of more radical approaches. Clinical trials continue

to inform the practice of cancer surgery such that minimally invasive and highly effective techniques feature prominently, driven by the goal to maximize disease control while ensuring a quick recovery for many patients.

Up until this time, cancer was understood based on what could be seen with the eye. In 1838 the German pathologist Johannes Muller demonstrated that cancer was made up of cells, not fermenting lymph fluid as previously believed (Mackay, 2006). Dr. Rudolf Virchow, a student of Dr. Muller, later declared his belief that “every cell originates from another existing cell like it” after studying cells carefully under the microscope (ACS, 2009). The first cancer target was in site. It was Dr. Virchow's belief that chronic inflammation characterized by a wound that would not heal was a common cause of cancer (ACS, 2009).

Radiation therapy was the first nonsurgical treatment for cancer and didn't hit the clinical scene until after 1900, following the famous lecture given by Dr. Conrad Roentgen “concerning a new kind of ray”. Dr. Roentgen was awarded the Nobel Prize for physics in 1901 in recognition of his work and its far-reaching impact (Nobel Lectures, 1961). The realization that x-rays could slow or stop the growth of cancer changed the landscape of cancer care in the early 20th century and the rate at which this modality continues to evolve is astounding. In 100 years, we have moved from the first primitive radiation therapy unit to IMRT and proton therapy, and the nursing care provided to patients receiving radiation has had to change as well.

The use of medications to treat cancer wasn't considered seriously until during the Second World War when the hematologic effects of Nitrogen Mustard gas were observed in soldiers who had been exposed (Mackay, 2006). The

specialty of medical oncology began to evolve in the 1970s and, in not quite 40 years, chemotherapy has become an essential component of cancer care. Twenty years ago, an oncology nurse needed to understand the cell cycle and where in that cycle various medications could target the process to cause cell death. This approach meant not just the death of the cancer cell, but all quickly dividing cells in the body causing side effects that drove extreme suffering for cancer patients. Today, the oncology nurse needs to understand that cycle, but also the intimate inner workings of the cell. The communication pathways between the surface of the cell and its nucleus have only started to be targeted by medical compounds and these new therapies come with a whole new host of side effects to learn about and study in order to identify the best interventions to support cancer patients.

Genetics and cancer

Although the genetic footprint of cancer is becoming a common topic of discussion in conference rooms, multidisciplinary case conferences and between patients and their oncology teams, our understanding of this piece of the cancer puzzle is far from complete and the knowledge still very new. The Human Genome Project set out in the late 1980s to map the location and function of the 20,000 to 25,000 genes that make up human DNA, the exact chemical structure of which was not understood until 1962 (ACS, 2009). The Human Genome Project was not completed until 2003, and included not only the mapping of the genes, but also determined the three billion chemical base pairs that make up DNA. The completion of that work will continue to impact our understanding of how to diagnose, treat and prevent various types of cancer and other diseases for decades to come (Emory University, 2009). Oncology nurses play an important role in patient teaching. The

addition of content as complex as genetics and pathological microarrays make it very important for nurses to understand how these tools are used in the creation of the cancer care plan in order to distill and provide health information for patients in a way that is understandable and helpful. As the landscape becomes increasingly complex, issues related to adult teaching, learning approaches and health literacy will become increasingly important for oncology nurses and nurse researchers to consider.

Supportive care

The role that oncology nurses play in the provision of supportive care has also evolved over time. In Canada, the oncology nursing collective boasts some of the premier nurse researchers in the area of supportive care and cancer. Most recently, the CANO/ACIO-endorsed book, **“Supportive Care Framework: A Foundation for Person Centred Care”** by Dr. Margaret Fitch was published. Dr. Fitch first introduced the notion of a supportive care framework via an article in *CONJ* in 1994, and as it has evolved it has become a foundational element of oncology nursing practice. This work now widely informs cancer care provision in Canada. This framework helps nurses and health care planners to identify the types of support that cancer patients and their families require and how to enact feasible ways to meet those needs in a complex health care system. The framework was very valuable in the creation of the *CANO-ACIO Standards and Competencies for the Specialized Oncology Nurse*.

Supportive care medications such as the 5-HT₃ receptor antagonists and colony stimulating factors to name only a few have made their way to clinical practice with a great impact on some of the most profound and common side effects of cancer treatment. New cancer therapies are now

studied in clinical trials that prospectively collect information about side effects and quality of life, which was not the case in the early days of therapeutic cancer research. Oncology nurses now have a robust toolbox with which to plan creative and effective supportive care plans for patients treated for cancer.

Considering that treatment for cancer literally stood still for more than 3,000 years, the pace of change fostered by national and international clinical trials and oncology nursing research in the last century has been nothing less than stunning, and it is this warp speed era of discovery in which cancer nurses today find themselves working. There is no wonder that we feel a bit frantic and that the pace of our work is faster than it has ever been. These are times that will be recorded in the history books as the century that cancer secrets were unlocked, and being a part of it is thrilling. The American Cancer Society has posted a remarkable essay about the history of cancer on its website, and in that essay is a statement that frames, for me, the enormity of our adventure, “Scientists have learned more about cancer in the last two decades than has been learned in all the preceding centuries”. Knowing that the pace of discovery has accelerated to this degree, and knowing how much there is still to learn about cancer and its treatment, what will we see in the next 20 years? Although the details cannot be identified from this observation deck, we can likely guarantee that we will be experiencing more change. Oncology nurses, get excited and get ready! 🍀

About the author

Jennifer Wiernikowski, Vice President,
Canadian Association of Nurses in
Oncology/Association des Infirmières en
oncologie.

References

- American Cancer Society. (2009, Revised March 3). **The History of Cancer**. Retrieved March 14, 2009, from http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_the_history_of_cancer_72.asp
- Emory University. (2009, Revised May 5) **Cancerquest: History of Cancer**. Retrieved May 20, 2009, from <http://www.cancerquest.org/index.cfm?page=2405#>
- Fitch, M., Porter, H., & Page B. (Eds.). (2008). **Supportive Care Framework: A Foundation for Person Centred Care**. Pembroke, ON: Pappin Communications.
- Mackay, J., Jemal, A., Lee, N., & Parkin, M. (2006). **The Cancer Atlas**. Retrieved May 15, 2009, from <http://www.cancer.org/downloads/AA/CancerAtlas27b.pdf>
- Nobel Lectures. (1967). **Physics 1901–1921**. Retrieved May 22, 2009, from http://nobelprize.org/nobel_prizes/physics/laureates/1901/rontgen-bio.html