

# 2018/1

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

# Onkologiepflege

## Soins en oncologie

## Cure oncologiche

Die onkologische Pflegesprechstunde	5
Die adoptive zelluläre Immuntherapie erreicht die Schweiz L'immunothérapie cellulaire adoptive arrive en Suisse	10 15
Il double checking per prevenire gli errori di terapia è utile e sempre necessario?	22
Coordination des soins dans l'allogreffe	18
Fatigue in der stationären onkologischen Rehabilitation	29



# 2018

## BILDUNGSANGEBOTE + NETZWERKE

### FORMATIONS CONTINUES

Fortbildungen · Formations continues

Einführungskurse Onkologie

Netzwerke / Führungsseminare

Kongresse / Tagungen · Congrès / Journées

Basiskurs / Tagungen Pädiatrische Onkologiepflege

Detaillierte Programme: [www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch) / Programme détaillé : [www.soinsoncologiesuisse.ch](http://www.soinsoncologiesuisse.ch)

<b>03</b>	01.03.2018	Olten	Gynäkologische Tumoren
	22.03.2018	Bern	20. Schweizer Onkologiepflege-Kongress 20 <sup>ème</sup> Congrès Suisse des soins en oncologie
<b>04</b>	05.04.2018	Zürich	Krebs beim Mann
	19.04.2018	Zürich	Hämatologische Tumoren I
	24.04.2018	Aarau	Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege Schweiz
	25.04.2018	Zürich	Netzwerk für Pflegeexpertinnen und -experten Onkologiepflege
	25. – 26.04. + 09.05.2018	Olten	Einführungskurs für Pflegende in das Fachgebiet Onkologie
<b>05</b>	03.05.2018	Olten	Mammakarzinom-Basiskurs
	17.05.2018	Olten	Look Good Feel Better
	24.+25.05.2018	Zürich	«target» zielgerichtete Therapien, Immunologie, Immunotherapie
	30.05.2018	Zürich	Netzwerk für Führungspersonen Onkologiepflege
<b>06</b>	06.06.2018	Zürich	Netzwerk U35 für junge Pflegefachpersonen in der Onkologie
	07.06.2018	Olten	Supportive care I: Übelkeit/Erbrechen, Fatigue, Infektionsrisiko
	14.06.2018	Olten	Rund um die Gene
	21.06.2018	Olten	Supportive care IV: Orale Mukositis, periphere Neuropathie, Komplementärmedizin
<b>07</b>	05.07.2018	Zürich	Gastrointestinale Tumoren I
<b>08</b>	23.08.2018	Olten	Mammakarzinom – Themen zur Vertiefung
	30.08.2018	Zürich	Supportive Care II: Onkologische Notfälle, Extravasation, Schmerz
	31.08.2018	Sion	9 <sup>ème</sup> journée romande de formation continue
<b>09</b>	13.09.2018	Zürich	Supportive Care III: Knochenerkrankungen und Dysfunktion Darmausscheidung
	19.09.2018	Zürich	Adoleszente und junge Erwachsene mit Krebs
	20.09.2018	Zürich	Hirntumoren primäre und Hirnmetastasen
	27.09.2018	Zürich	Gastrointestinale Tumoren II
	26. – 27.09. + 07.11.2018	Olten	Einführungskurs für Pflegende in das Fachgebiet Onkologie
<b>10</b>	04.10.2018	Zürich	Lungentumoren
	11.10.2018	Olten	Cancer Survivorship
	25.10.2018	Zürich	Hals-Nasen-Ohren-Tumoren / Einführung in die Radiotherapie
	31.10.2018	Olten	Netzwerk Onkologiepflege in der Spitex
<b>11</b>	01.11.2018	Zürich	Hämatologische Tumoren II
	07.11.2018	Zürich	Netzwerk für Führungspersonen Onkologiepflege
	08.11.2018	Olten	Entscheidungen – gemeinsam treffen
	15.11.2018	Zürich	Hauttumoren / Maligne Wunden
	23.11.2018	Aarau	Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege (Wiederholung)
	29.11.2018	Olten	Das Lebensende zum Thema machen
<b>12</b>	13.+14.12.2018	Thun	«target» zielgerichtete Therapien, Immunologie, Immunotherapie
	In Planung	Olten	Angst, Depression und suizidale Tendenzen
	In Planung	Zürich	Geriatrische Onkologie

Programme und Anmeldung: [www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

Onkologiepflege Schweiz / Hirstigstrasse 13 / CH-8451 Kleinandelfingen / [info@onkologiepflege.ch](mailto:info@onkologiepflege.ch) / +41 52 301 21 89

<b>Editorial</b>	<b>4</b>
<b>Die onkologische Pflegesprechstunde</b> Konzept und Implementierung im Cancer Center Zürich	<b>5</b>
Anja Kröner	
<b>Die adoptive zelluläre Immuntherapie erreicht die Schweiz</b> Neue Wege in der Krebstherapie	<b>10</b>
Sara Colomer-Lahiguera, Patricia Debarge, Andrea Serena, Lionel Trueb, Manuela Eicher, George Coukos	
<b>L'immunothérapie cellulaire adoptive arrive en Suisse</b>	<b>15</b>
De nouveaux ou-TIL-s pour combattre le cancer	
Sara Colomer-Lahiguera, Patricia Debarge, Andrea Serena, Lionel Trueb, Manuela Eicher, George Coukos	
<b>Coordination des soins dans l'allogreffe</b> « Patient greffé et soignants : rencontre au pays des chimères »	<b>18</b>
Véronique Chapuis	
<b>Il double checking per prevenire gli errori di terapia è utile e sempre necessario?</b> Sintesi delle evidenze scientifiche disponibili	<b>22</b>
Loris Bonetti, Angela Tolotti, Roberto Guggiari, Dario Valcarenghi	



### Impressum

#### Herausgeber / Editeur

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

#### Abonnemente / Abonnements

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

#### Redaktion / Rédaction

Irène Bachmann-Mettler, Zürich  
Sandy Decosterd, Genève  
Nadia Ghisletta, Bellinzona  
Sara Häusermann, Winterthur  
Miriam Kesseli, Winterthur  
Andrea Serena, Lausanne  
Sylvia Spengler-Mettler, Kleinandelfingen  
Dario Valcarenghi, Bellinzona  
Catherine Valloton, Vevey

#### Wissenschaftlicher Beirat

Monika Kirsch, Basel

#### Lektorat

Eva Ebnöther

#### Kontakt Redaktion

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

#### Druck / Impression

Sarganserländer Druck, Mels

#### Auflage / Tirage

1500 Exemplare/exemplaires  
**Erscheint / Parution**  
4 x jährlich / 4 x par an,  
15.05./15.09./15.12./15.02.

#### Redaktionsschluss / Limite rédactionnelle

02./2018, 10. April 2018

ISSN 1662-355X Schlüsselzettel  
Onkologiepflege

#### Mit der finanziellen Unterstützung avec le soutien financier de



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

### BILDUNG

Interview mit Prof. Manuela Eicher  
«Die Forschung muss der Praxis dienen» **26**

### VON DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

Fatigue in der stationären  
onkologischen Rehabilitation  
Zielsetzungen und Interventionen **29**

### RESEARCH FLASH

Pflegerische Schmerzberatung  
ist effektiv **32**

### FORMATION

Interview avec la professeure  
Manuela Eicher  
«La recherche doit être au  
service de la pratique» **34**

### NEWS AUS DEM VORSTAND

Aus dem Vorstand **38**  
Nouvelles du comité **39**  
Dal comitato **40**

### KONGRESSBERICHTE

Gruppo Interesse Oncologia Ticino:  
«Interdisciplinarietà in oncologia» **41**  
EONS Leadership Summit **42**

**KREBSLIGA SCHWEIZ 43**

**BUCHBESPRECHUNG 49**

**FOKUS 50**

**KONGRESS 57**

**RÄTSEL/QUIZ 58**

**KALENDER/CALENDRIER 59**

Liebe Kolleginnen

Liebe Kollegen



Sie halten die erste Ausgabe 2018 unserer Zeitschrift «Onkologiepflege» in den Händen. Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre und hoffen, dass Sie die Vielfalt der spannenden und hochaktualen Themen anspricht und Sie daraus Impulse für die eigene Praxis schöpfen können.

Das neue, erweiterte Redaktionsteam hat bereits für die nächsten Ausgaben Schwerpunkte gewählt, die für Sie in der täglichen onkologischen Pflege relevant sind. Wir haben die Themen zusammengestellt und geben Hinweise, wie Sie einen Artikel einreichen können.

Das Motto des diesjährigen Schweizer Onkologiepflege-Kongresses am 22. März 2018 lautet «Mit Inspiration und Zuversicht in die Zukunft». Beide sind für ein erfülltes (Berufs-)Leben Voraussetzung und geben uns Anregungen für sinnstiftende Zielsetzungen. Es freut uns, wenn wir gemeinsam Wissen aufnehmen und kreative Ideen entwickeln, um unseren Weg zuversichtlich weiterzugehen.

Besonders erwähnenswert sind in dieser Ausgabe auch die Artikel zu Immuntherapie und Pflegesprechstunde, wie auch das Interview mit Manuela Eicher. Wir gratulieren ihr zu ihrer Professur und heben den Hut vor unserer erfolgreichen Kollegin!

Irène Bachmann-Mettler

Chère/cher collègue

Voici le premier numéro 2018 de notre magazine «Soins en oncologie». Nous vous en souhaitons bonne lecture et espérons que la diversité des sujets captivants et particulièrement actuels abordés vous intéressera et sera source de nouvelles impulsions dans votre propre activité.

L'équipe rédactionnelle récemment élargie a déjà choisi pour les prochains numéros des thématiques particulièrement pertinentes pour votre métier d'infirmière ou infirmier en oncologie. Nous avons rassemblé ces sujets et vous expliquons comment nous soumettre un article.

Le congrès suisse des soins en oncologie qui se tiendra le 22 mars 2018 aura comme slogan «Avec inspiration et confiance pour le futur». Inspiration et confiance sont les conditions sine qua non à une vie (professionnelle) comblée et nous aident à définir des objectifs satisfaisants. Nous sommes heureux de pouvoir, ensemble, renforcer nos connaissances et développer des idées créatives pour continuer à avancer avec confiance.

Les articles sur l'immunothérapie et les consultations en soins infirmiers, ainsi que l'interview de Manuela Eicher, méritent également d'être mentionnés dans ce numéro. Nous la félicitons pour sa chaire de professeure et saluons notre collègue!

Irène Bachmann-Mettler

Care colleghe

Cari colleghi

Lei hai in mano il primo numero del nostro giornale di «Cure Oncologiche» del 2018. Vi auguriamo una buona lettura e speriamo che apprezziate la varietà di argomenti interessanti e aggiornati e che possiate trarre ispirazione per la vostra pratica.

Il nuovo team editoriale ampliato ha già scelto i temi chiave per le prossime edizioni, che sono per voi rilevanti nelle cure oncologiche quotidiane. Abbiamo preparato gli argomenti e forniamo suggerimenti su come inoltrare un articolo.

Il motto del Congresso di Cure Oncologiche Svizzera di quest'anno, che si terrà il 22 marzo 2018, è «Con ispirazione e fiducia nel futuro». Entrambi sono prerequisiti per una vita (professionale) soddisfacente e ci danno suggerimenti per obiettivi significativi. Ci rallegra quando raccogliamo insieme le conoscenze e sviluppiamo idee creative per continuare il nostro viaggio con fiducia.

Particolarmente degni di nota in questo numero sono gli articoli sull'immunoterapia e la consulenza infermieristica, nonché l'intervista a Manuela Eicher. Ci congratuliamo con lei per il conseguimento della cattedra e togliamo il cappello dinanzi alla nostra collega di successo!

Irène Bachmann-Mettler

# Die onkologische Pflegesprechstunde

## Konzept und Implementierung im Cancer Center Zürich

Anja Kröner

Immer häufiger erhalten Patient(inn)en onkologische und hämatologische Therapien in ambulanter Form. Für Pflegefachpersonen bleibt jedoch oft wenig Zeit, um über unerwünschte Nebenwirkungen und deren Management zu informieren, Fragen zu klären und die aktuelle Gesamtsituation der Patient(inn)en zu erfassen. Hierfür bietet die Pflegesprechstunde einen optimalen Rahmen.

### Hintergrund

Seit der Einführung des Fallpauschalensystems Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) im Januar 2012 erfolgen onkologische Therapien vermehrt ambulant. Dies hat für die Spitäler ökonomische Aspekte, da sich die häufig kostenintensiven Therapien im Vergleich zu stationären Behandlungen spezifischer abrechnen lassen (Kramis, Ruckstuhl & Wyler, 2014). Die ambulante Betreuung stellt an die Pflegenden jedoch vermehrt die Forderung, in kurzer Zeit viele komplexe Informationen zu Therapie, Symptomen und Management zu Hause abzugeben.

### Die Behandlung von Krebserkrankungen

Die Behandlung von Krebserkrankungen ist vielfältig, oft wird eine Chemotherapie verabreicht. Bis weit in die Neunzigerjahre hinein wurde eine onkologische Therapie intravenös verabreicht, doch immer mehr Medikamente in der Tumorthherapie sind als Tabletten erhältlich. 2003 waren nur 5% der chemotherapeutischen Medikamente in oraler Version verfügbar, 20–25% aller neu entwickelten Krebsmedikamente sind jedoch orale Substanzen (Bedell, Hartigan, Wilkinson & Halpern, 2002; Hede, 2009). Die Verabreichung oraler Chemotherapien hat im Gegensatz zur intravenösen Verabreichung viele Vorteile: Patient(inn)en müssen sich weniger lange beim Arzt aufhalten, sie haben mehr Zeit für Arbeit und Familie und fühlen sich unabhängiger, da sie die Medikamente selber einnehmen können (Bedell, 2003; Aisner, 2007; Palmieri & Barton, 2007). Zudem ist kein intravenöser Zugang erforderlich (Hartigan, 2003). Eine orale Tumorthherapie birgt jedoch auch neue Probleme. Der Wechsel von einer intravenösen Chemotherapie im kontrollierten und beaufsichtigten Umfeld zur Selbstverabreichung im eigenen

Zuhause erfordert ein Umdenken im Behandlungsteam (Bedell, 2003). Der ärztliche Dienst und die Pflegenden sehen die Patient(inn)en seltener. Die orale Therapie entfernt Patient(inn)en von Fachpersonen und verändert dadurch die Betreuung und das professionelle Assessment (Hartigan, 2003). Zudem haben orale Tumorthapien ein völlig neues Nebenwirkungsspektrum, das eine andere Herangehensweise und hohes Fachwissen der Pflegenden voraussetzt.

### Adhärenz bei oralen Therapien

Bei der selbstverabreichten oralen Therapie ist die Adhärenz der Patient(inn)en zentral. Im onkologischen Kontext ist Adhärenz ein relativ neues Thema, da orale Zytostatika erst seit zehn Jahren vermehrt zum Einsatz kommen. Zudem bestand häufig die Auffassung, Patient(inn)en seien aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung hoch motiviert für die Therapie, weshalb Adhärenz im onkologischen Bereich kein Thema sei (Noens et al., 2009; Weingart, Brown, Bach, Eng, Johnson et al., 2008; Osterberg & Blaschke, 2005). Die Literatur deutet jedoch darauf hin, dass Non-Adhärenz bei oralen Antitumorthapien ein Hindernis für den Behandlungserfolg darstellt (Ruddy et al., 2009; Weingart et al., 2008).

### Die Rolle der Onkologiepflegenden

Um die Adhärenz zu verbessern, kommt Onkologiepflegenden eine entscheidende Rolle zu (Palmieri & Barton, 2007). Sie können dazu beitragen, Patient(inn)en zu identifizieren, bei denen adhärentes bzw. non-adhärentes Verhalten vorliegen könnte (Palmieri & Barton, 2007). Auch fühlen sich Patient(inn)en entspannter und wohler, wenn sie mit Pflegenden statt mit Ärztinnen oder Ärzten sprechen können (Miaskowski, Shockney & Chlebowski, 2008). Deshalb sollte nach jedem Arztbesuch ein Gespräch mit einer Pflegefachperson erfolgen, um das verordnete Therapieschema durchzugehen (Miaskowski et al., 2008). Die Literatur empfiehlt eine Kombination mündlicher und schriftlicher Informationen zum Symptommanagement (Lalla et al., 2014; Harris & Eilers, 2009; Harris et al., 2007; Keefe et al., 2007; Rubenstein et al., 2004).



## Selbstmanagement fördern

Wie Studien zeigen, lassen sich in einer Pflegesprechstunde Probleme aufgreifen, die in Zusammenhang mit dem Symptommanagement entstehen. Dadurch erhöht sich die Lebensqualität der Patient(inn)en und ihr Selbstmanagement verbessert sich (Cox, Karikios, Roydhouse & White, 2013; Howell et al., 2008). Daher ist es sehr wichtig, die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten zu fördern. Grundlage des Selbstmanagements ist das Trajectory-Modell von Corbin und Strauss. Ein Selbstmanagementprogramm sollte die folgenden drei Bereiche fokussieren:

- > medizinische Aufgaben wie beispielsweise eine subkutane Injektion oder Inhalationen und Anpassung des Verhaltens an die krankheitsbedingten Veränderungen
- > neue Rollen, die infolge der Krankheit entstehen
- > Emotionen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung auftreten (Lorig & Holman, 2003; Corbin & Strauss, 2004).

## Ausgangslage am Universitätsspital Zürich

Aufgrund der hohen Auslastung im onkologischen Ambulatorium blieb Pflegefachpersonen oft nur wenig Zeit, um die Therapie und die zu erwartenden unerwünschten Wirkungen zu erklären sowie den Umgang mit Symptomen aufzuzeigen. Häufige Probleme der Patient(inn)en waren unter anderem die unzureichende Einnahme therapiebegleitender Medikamente, beispielsweise Antiemetika und Analgetika. Ein weiteres Thema war der Therapiebeginn bei bereits initial schlechten Venenverhältnissen, was vor allem bei vesikanten Substanzen problematisch ist. Ein wichtiges Anliegen bestand auch darin, die Intimsphäre der Patient(inn)en zu wahren, wenn psychoonkologische, finanzielle oder familiäre Aspekte zur Sprache kamen.

«Um die Betreuungsqualität zu erhöhen, ein professionelles, kontinuierliches Symptommanagement zu gewährleisten und Patient(inn)en mit einer Anti-

Tumor-Therapie zu beraten, ist es erforderlich, eine onkologische Pflegesprechstunde im ambulanten Setting zu etablieren.»

Ein Followup oder telefonische Beratung nach abgeschlossener Therapie sind in diesem Rahmen ebenfalls möglich.

Das Ziel der Pflegesprechstunde besteht darin, das Selbstmanagement zu fördern und umfassende Information zu vermitteln. Dies soll zu einer besseren Therapieverträglichkeit, einem optimierten Allgemeinzustand und einer guten Lebensqualität der Patient(inn)en beitragen.

## Methode

Um die Pflegesprechstunde zu konzipieren, führten wir zunächst eine umfassende Literaturrecherche zu den Themen «Pflegesprechstunden in der Onkologie», «Adhärenz» und «Selbstmanagement» durch. Anschliessend evaluierten wir bereits bestehende Pflegesprechstunden. Ergänzend befragten wir Expert(inn)en aus den Bereichen Onkologie und Psychoonkologie zu möglichen Themenfeldern und Beratungsschwerpunkten.

Nachdem pflegerische und ärztliche Leitungspersonen das Konzept kritisch geprüft hatten, entstand die finale Version. Sie basiert auf der aktuellen Literatur und berücksichtigt den Kontext sowie die Bedürfnisse im onkologischen Ambulatorium.

## Resultate

Die Pflegesprechstunde richtet sich an Patient(inn)en mit soliden Tumoren und Lymphomen, die eine ambulante onkologische Therapie beginnen oder einen Therapiewechsel durchführen. Personen mit Leukämie hingegen erhalten fast ausschliesslich eine stationäre Therapie.

Die Sprechstunde findet vor oder kurz nach dem Behandlungsbeginn statt, wobei die Therapie bereits im Tumorboard festgelegt ist. Die Pflegesprechstunde ist Teil des Behandlungspfades (Abb. 1)

## Fachliche Aspekte

Aus der Literatur und den Expertenbefragungen ergaben sich fachliche Themenfelder, die in der Pfl-

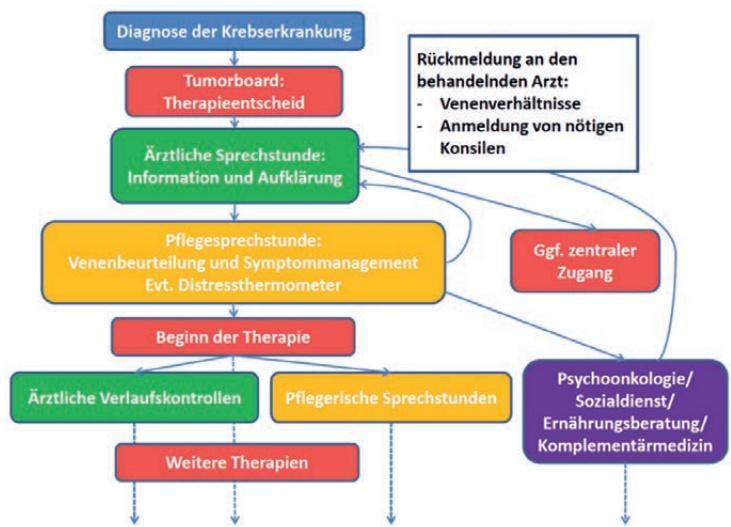


Abbildung 1: Pflegesprechstunde integriert in den Patientenpfad (Kröner, 2015)

gesprächsstunde zur Sprache kommen. Das Symptommanagement mit schriftlichem Informationsmaterial ist einer der wichtigsten Punkte. Grundlage der Beratung ist immer die individuelle Information der Patient(inn)en über unerwünschte Wirkungen der geplanten Therapie sowie mögliche Massnahmen, die zuhause erfolgen können. Wir erstellen eigene Patienteninformationen, greifen aber auch auf die Broschüren der Krebsliga zurück.

Informationen über das Symptommanagement beziehen sich unter anderem auf Mundpflege, Ernährung und Bewegung im Rahmen der Fatigue-Prophylaxe, Umgang mit Neutropenie und Massnahmen zur Prävention von Hautreaktionen. Ein anderes wichtiges Thema ist die gute Schulung bei einer oralen Therapie, wobei wir den Schwerpunkt auf die Einnahmemodalitäten und die Alltagsgestaltung mit oraler Therapie legen. Um die Situation der Patient(inn)en ganzheitlich zu erfassen, führen wir eine Anamnese durch. Dabei sprechen wir die berufliche und soziale Situation an. Um die psychische Belastung zu erfassen, führen wir ein Screening mit dem Distress-Thermometer durch (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2016). Dies erleichtert den Einbezug anderer Dienste (Psychoonkologie, Komplementärmedizin, Sozialdienst, Raucherberatung, Krebsliga, Ernährungsberatung und sexualmedizinische Sprechstunde). Mit allen Diensten trafen wir Absprachen hinsichtlich der Zuweisung. Bei allen Patient(inn)en mit intravenöser Therapie beurteilen wir mithilfe des peripheren Arm-Assessments den

Venenzustand und bieten Empfehlungen für zentrale Zugänge an.

«Ein standardisierter Ablauf einer Pflegesprechstunde lässt sich nicht definieren, da wir Patient(inn)en mit vielen verschiedenen Tumorentitäten und Therapien beraten und diese häufig auch eigene Themen und Anliegen mitbringen.»

Es gilt daher immer, die Themen der Patient(inn)en aufzunehmen, aber auch die fachlich relevanten Informationen und Themenfelder anzusprechen.

### Organisatorische Aspekte

Die Einbettung einer Pflegesprechstunde muss an die Gegebenheiten der jeweiligen Institution angepasst werden. Aufgrund von personellen und räumlichen Ressourcen haben wir einen festen Wochentag definiert, an welchem die Sprechstunde durchgeführt wird. Die Patient(inn)en werden wie für eine Arztkonsultation schriftlich aufgeboten. Für alle wird eine Stunde eingeplant, weitere Termine können sie bei Bedarf zusätzlich über die Disposition abmachen.

Der Einbezug des Pflegemanagements (Pflegedienstleitung, Abteilungsleitung) ist für die Implementierung unabdingbar. Die Dienstplanung der durchführenden Pflegefachpersonen sowie der Räume muss im Personalplan und im Dispositionstool verankert werden.

Ebenfalls muss festgelegt sein, wer die Sprechstunde durchführen wird. Das Konzept wurde bei uns durch eine Pflegeexpertin mit Masterabschluss erstellt, die Sprechstunde wird aber auch von zwei weiteren Pflegefachpersonen mit speziellen onkologischen Weiterbildungen und viel Erfahrung durchgeführt. Aufgrund von Ferien- und Krankheitsvertretungen ist eine kontinuierliche Durchführung der Sprechstunde nur mit mehreren Pflegefachpersonen gewährleistet.

Um die Pflegesprechstunde auf allen Ebenen zu verankern, wurde eine schriftliche Patienteninformation erstellt, zusätzlich wurden Visitenkarten gedruckt sowie eine Mailadresse mit Gruppenpostfach eingerichtet, über welche sich die Patient(inn)en mit Fragen niederschwellig melden können. Ebenso wurde das Angebot der Pflegesprechstunde auf der Website des Cancer Centers aufgeschaltet.

## Finanzielle Aspekte

Für die Pflegesprechstunde konnten vom Management keine zusätzlichen personellen Ressourcen gesprochen werden, daher wird sie mit dem bestehenden Personalschlüssel durchgeführt. Für die Abrechnung der Sprechstunde wird die TARMED-Position «Behandlung und Betreuung ambulanter hämatologischer/onkologischer Patienten» genutzt, welche im 15-Minuten-Takt abgerechnet wird. Zusätzlich wird die pflegerische Zeit im LEP erfasst.

## Diskussion

Seit Beginn der onkologischen Pflegesprechstunde im Juni 2015 stieg die Zahl der Konsultationen kontinuierlich an. Im Jahr 2015 waren es 91 Konsultationen, darunter zwölf Telefonkontakte. 2016 führten wir 228 Beratungen durch, zwölf davon telefonisch. Im Jahr 2017 waren es 217 Konsultationen mit fünf Telefonkontakten.

Initial war die Sprechstunde nicht ausgelastet. Dies änderte sich erst nach Einführung eines wöchentlichen interprofessionellen Rapports zur Vorstellung aller neuen Patient(inn)en mit Diagnose, Therapie und Datum des Therapiestarts. In diesem Rahmen ist es möglich, Patient(inn)en, die neu eine Anti-Tumor-Therapie erhalten, zu erfassen und sie zum nächstmöglichen Termin einzuladen.

Im Verlauf des ersten Jahres zeigte sich, dass wir bestimmte Themenfelder vertieft besprechen müssen. Dies betraf besonders die Ernährung. Sie gehört zu den wenigen Bereichen, die Betroffene und Angehörige selbst beeinflussen können (Kröner, Stoll & Spichiger, 2012). Leider sind fachlich gute und richtige Informationen oft nicht leicht zu erhalten und Patient(inn)en versuchen viele medizinisch bedenkliche Diäten. Die Literatur hebt hervor, dass es wichtig ist, den Ernährungszustand zu erfassen, um ernährungstherapeutische Massnahmen als Prävention oder Korrektur der Mangelernährung einzuleiten

(Joyce, Schwartz & Huhmann, 2008; Bosaeus, 2008; Schwartz & Huhmann, 2008; van Bokhorst, van der Schueren, 2005; MacDonald, 2003). Dies ist auch für Patient(inn)en relevant, die momentan noch nicht mangelernährt sind (MacDonald, 2003). Wir klären Patient(inn)en über den krankheits- bzw. therapiebedingten erhöhten Kalorienbedarf auf und beraten sie zu einfachen Ernährungsmassnahmen, beispielsweise zu eiweissreicher Ernährung in Kombination mit moderater Bewegung, um Muskelmasse zu erhalten.

Zusätzlich nahmen wir das Thema sexuelle Probleme in die Beratung auf und verweisen bei Bedarf auf die sexualmedizinische Sprechstunde. Von sich aus sprechen Patientinnen beispielsweise vaginale Trockenheit kaum an. Sie sind jedoch dankbar, wenn wir dieses Problem thematisieren und spezielle Intim-Waschlotionen und Gleitgels empfehlen.

Weiterhin zeigte sich, dass sehr viele Patient(inn)en an komplementärmedizinischen Angeboten interessiert sind. In enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Komplementärmedizin (IKI) entwickelten wir deshalb eine gemeinsame Patienteninformation und machen Patient(inn)en auf IKI-Angebote aufmerksam.

Es zeigte sich, dass die Gesprächsführung besonders bei psychoonkologischen Themen anspruchsvoll ist, da Trauer und Ängste aufgefangen werden müssen.

## Schlussfolgerungen

Nach zweieinhalb Jahren Erfahrung mit der onkologischen Pflegesprechstunde können wir ein positives Fazit ziehen. Patient(inn)en melden uns zurück, dass sie sich gut betreut fühlen und mit Symptomen im Alltag besser zurecht kommen. Dies ist allerdings nicht durch Zahlen belegbar, da wir Outcomes nicht gezielt erfassen und auswerten. Pflegefachpersonen, die Therapien durchführen, fühlen sich durch die Pflegesprechstunde entlastet. Sie können nun den Fokus auf die sichere Durchführung der Therapie legen. Lediglich bei zusätzlichen Fragen oder neu auftretenden Problemen beraten sie.

Eine wissenschaftliche Evaluation der Pflegesprechstunde ist in Planung. Anhand eines strukturierten Fragebogens werden die Patient(inn)en über ihre Zufriedenheit mit der Pflegesprechstunde Auskunft geben.



---

> Dr. Anja Kröner  
PhD, HöFa I Onkologie, RN  
Pflegeexpertin Comprehensive  
Cancer Center Zürich  
Universitätsspital Zürich  
Rämistrasse 100, RAE D 44  
8091 Zürich  
anja.kroener@usz.ch

---

> **Literatur:** [www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

---

## KEYNOTES

---

### Consultation infirmière en oncologique Concept et implémentation au Centre de cancéro- logie de Zurich

---

**Sujet** L'accent est mis sur le développement et l'introduction d'une consultation infirmière en oncologie pour les patients en traitement ambulatoire.

**Bénéfice des connaissances** Le développement d'une consultation infirmière nécessite un travail conceptuel, l'intégration d'opinions d'experts et la prise en compte des conditions structurelles. Il est important d'évaluer et d'adapter continuellement le concept de consultation.

**Pertinence pratique** Dans le contexte de Swiss DRG, il y a un besoin croissant de consultation infirmières afin d'assurer des soins de qualité élevée aux patients ayant des thérapies anti-tumorales ambulatoires.

---

### Consulenza infermieristica oncologica Concetto e implementazione nel Center di Oncologia a Zurigo

---

**Argomento** L'attenzione si concentra sullo sviluppo e sull'introduzione di una consulenza infermieristica oncologica per pazienti con terapia ambulatoriale.

**Acquisire conoscenze** Predisporre una consulenza infermieristica richiede un lavoro concettuale, l'inclusione di pareri di esperti e la considerazione delle condizioni strutturali. È importante valutare e adattare continuamente il concetto di consultazione.

**Contesto nella pratica clinica** Secondo i termini di SwissDRG, vi è una crescente necessità di una consulenza infermieristica al fine di garantire un'alta qualità dell'assistenza ai pazienti con terapie antitumorali ambulatoriali.

---

## Update 2017 – Handbücher Medikamente in der Onkologie

Mit dem Update 2017 der Ordner «Orale Medikamente in der Onkologie» und «Parenterale Medikamente in der Onkologie» vermitteln wir Ihnen alle wichtigen Informationen zu den zurzeit im Handel erhältlichen Medikamenten in der Onkologie.

Alle Medikamentenmerkblätter wurden durch erfahrene Onkologen und Onkologie-Pflegefachper-

sonen überprüft und aktualisiert. 19 neue Medikamente wurden im Ordner «Orale Medikamente in der Onkologie» und zwölf im Ordner «Parenterale Medikamente in der Onkologie» hinzugefügt.

Die Bücher sind ab sofort lieferbar und auch in digitaler Form erhältlich:

[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

# Die adoptive zelluläre Immuntherapie erreicht die Schweiz

## Neue Wege in der Krebstherapie

Sara Colomer-Lahiguera, Patricia Debarge, Andrea Serena, Lionel Trueb, Manuela Eicher, George Coukos



Das Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) wird in Kürze die ersten klinischen Studien durchführen, in denen ein adoptiver Zelltransfer auf Basis von tumorinfiltrierenden T-Lymphozyten zum Einsatz kommt. Damit ist das CHUV das erste Zentrum in der Schweiz, welches diese experimentelle Therapie anwendet. In diesem Artikel stellen wir die Grundlagen der adoptiven T-Zell-Therapie sowie die notwendigen Vorbereitungen des Pflorgeteams für deren Anwendung vor.

Immuntherapien stellen zunehmend eine zusätzliche Behandlungsmöglichkeit dar und sind mehr und mehr in der Praxis anzutreffen. Im Unterschied zur Chemotherapie, Radiotherapie oder der Chirurgie, bei denen körperfremde Behandlungen zum Einsatz kommen, nutzen Immuntherapien das körpereigene Immunsystem, um maligne Zellen zu bekämpfen.

Im Allgemeinen werden Immuntherapien im Hinblick auf ihre Kapazität der Immunsystem-Aktivierung in aktive und passive Therapiestrategien eingeteilt. Sogenannte «Checkpoint-Inhibitoren» oder Krebsimpfstoffe sind Beispiele für aktive Immuntherapien. Ihre Wirkung gegen Krebszellen entfaltet sich durch die Aktivierung des Immunsystems eines Patienten. Passive Immuntherapien wirken hingegen durch sich selbst antineoplastisch. Beispiele sind die sogenannten monoklonalen Antikörper oder die sogenannte adoptive Zelltherapie mittels T-Lymphozyten (englisch ACT, Adoptive Cell Therapy). Eine ausführliche Übersicht hierzu findet sich bei Galluzzi et al., 2014.

Es gibt verschiedene Arten von Immunzellen, die bei der adoptiven Zelltherapie zum Einsatz kommen können. Dazu zählen beispielsweise natürliche tumorinfiltrierende Lymphozyten (TIL, Tumor Infiltrating Lymphocytes) oder eine eingeschränkte Gruppe an genetisch veränderten T-Zellen, die spezifische, natürliche Zellrezeptoren tragen (TCR, T Cell Receptors).

«Gentechnologisch veränderte T-Zellen mit synthetischen, antigenspezifischen Rezeptoren, sogenannten CAR-T Cells, sind derzeit am weitesten in der klinischen Entwicklung fortgeschritten.»

Zwei auf CAR-T Cells basierende Therapien wurden 2017 in den USA durch die Food and Drug Administration (FDA) zugelassen. Eine für die Behandlung von Kindern, die an akuter lymphoblastischer Leukämie (ALL) erkrankt sind, die andere für Erwachsene mit fortgeschrittenem B-Zell-Lymphom.

### Adoptive Zelltherapie mit tumorinfiltrierenden Lymphozyten (TIL-ACT)

Erste vielversprechende Ergebnisse der Krebsbehandlung mittels adoptiver Zelltherapie (ACT Adoptive Cell Therapy) mit tumorinfiltrierenden Lymphozyten (TIL-ACT) liessen sich an metastasierten Melanompatienten, welche auf Standardtherapien nicht ansprachen, zeigen. Nach fünf Jahren zeigten 22% der Patienten eine komplette Ansprechrate sowie eine Überlebensrate von 29% (Rosenberg et al., 2011). Auch wenn der Chirurg Steven Rosenberg die Therapie mit TIL-ACT bereits 1988 beschrieb (Rosenberg et al., 1988), kann sie bis heute nur unter Studienbedingungen angewendet werden. Dies liegt insbesondere an der sehr aufwendigen Infrastruktur, die für die Isolierung und Anreicherung der Zellen und deren Verabreichung nötig ist. Diese kann bisher nur von einigen Zentren weltweit garantiert werden.

Das Vorkommen und die Funktion der Zellen des Immunsystems in einem Tumor war und wird in zahlreichen Studien untersucht. So wurde beispielsweise gezeigt, dass das Auftreten von Immunzellen mit inhibitorischer Wirkung die antitumorale Antwort mindern und somit das Ausbrechen und Wachstum der Krebszellen begünstigen kann. Auch wurde gezeigt, dass die Anzahl der TILs bei mehreren verschiedenen Krebserkrankungen ein prognostischer Faktor in Bezug auf das Ansprechen einer Therapie und das Überleben ist (Barnes & Amir, 2017).

Adoptive Zelltherapien zielen folglich auf die Verabreichung einer grossen Menge von Lymphozyten ab.

«Im Falle der TIL-ACT werden T-Lymphozyten aus dem individuellen Tumor eines Patienten gewonnen.»

Da diese Zellen aus dem eigenen Tumor gewonnen werden, können sie dessen spezifischen, Antigene individualisiert erkennen und gezielter angreifen.

### Die sechs Phasen der adoptiven Zelltherapie mit tumorinfiltrierenden Lymphozyten

Die erste von sechs Phasen der TIL-ACT beginnt mit der Gewinnung der TILs (Abbildung 1). Eine Tumoresektion mit einem Durchschnitt von minimal 1–2 cm ist dafür ausreichend. Das resezierte Tumorstück wird in mehrere Fragmente geteilt (Phase 2) und die T-Lymphozyten werden auf Interleukin-2-Kulturen (IL-2) verteilt. IL-2 erlaubt die Anreicherung der T-Lymphozyten. Diese Phase dauert 11 bis 35 Tage. Die so gewonnenen T-Zellen werden kryokonserviert bis sie dem Patienten verabreicht werden können (Phase 3). Die vierte und fünfte Phase laufen parallel ab und setzen eine umfassende Koordination zwischen Labor und Klinik voraus: Die T-Zellen werden aufgetaut und diese Population wird 14 Tage kultiviert und somit nochmals um den Faktor 1000-10'000 erhöht. Das finale Produkt umfasst ca. 300 ml. Seine Sterilität und Reinheit (Abwesenheit von anderen Zellen) wird

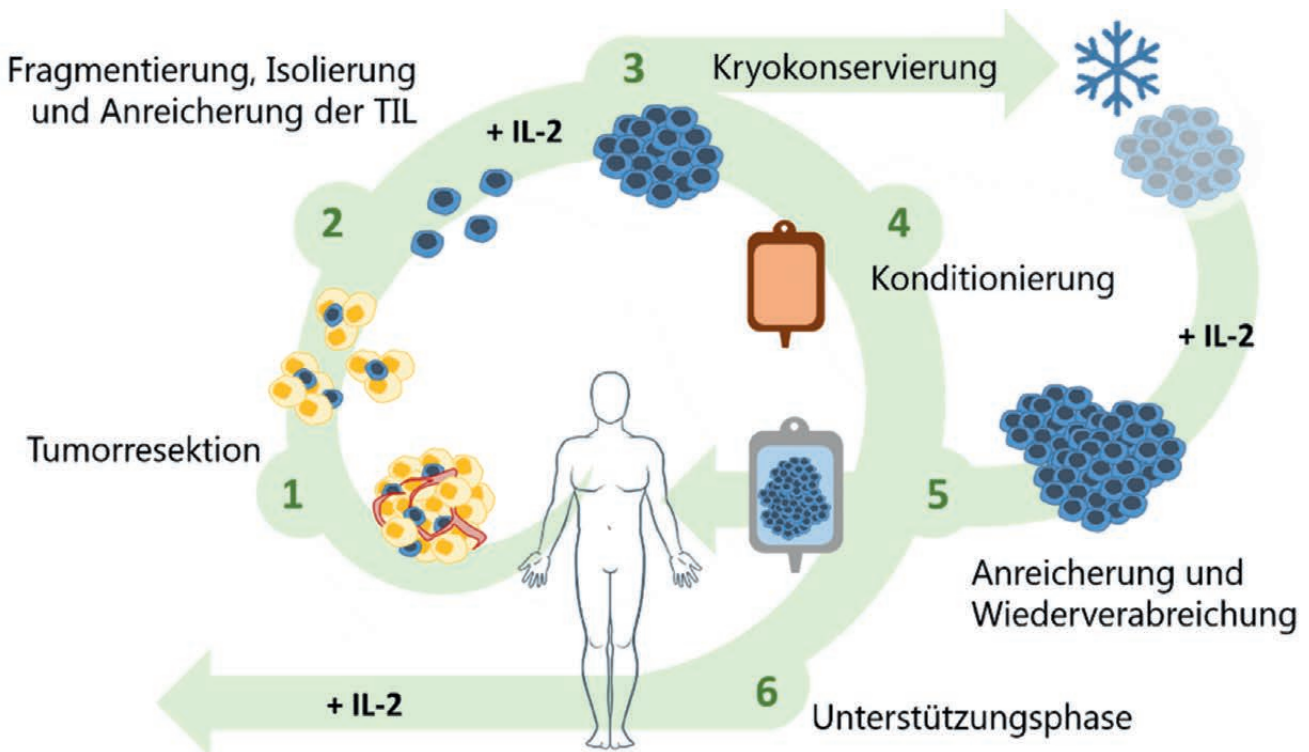


Abbildung 1. Schematische Darstellung der verschiedenen Phasen der adoptiven Zelltherapie mit tumorinfiltrierenden Lymphozyten (ACT-TIL)

vor der Verabreichung genauestens kontrolliert (Phase 5). Gleichzeitig wird der Patient hospitalisiert und erhält eine nicht myeloablative, aber lympho-depletive Behandlung (der Patient erhält Cyclophosphamid und hochdosiert Fludarabin während 5–7 Tagen), um die Ansiedlung der vervielfältigten T-Zellen zu ermöglichen (Phase 4). Diese vierte Phase umfasst eine aplastische Phase von 10–14 Tagen, wie man sie von Patienten bei autologen Stammzelltransplantationen kennt. Die Verabreichung des finalen Produktes erfolgt 24–48 Stunden nach der Patienten-Konditionierung. Diese Infusion dauert ca. 30 Minuten und erfolgt unter engmaschiger Kontrolle der Vitalfunktionen. Die sechste Phase, die sich auch Unterstützungsphase nennt, ist die kritischste der Behandlung. Um die infundierten Lymphozyten zu stimulieren, erhält der Patient achtstündlich hochdosierte IL-2-Infusionen (in Abhängigkeit seiner Toleranz). Die Toxizität dieser Behandlung kann sich in Form von Fieber, Schüttelfrost, Hypotension, Oligurie oder auch einem Lungenödem zeigen. Daher bedarf der Patient in dieser Phase einer intensiven Überwachung durch Ärzte und Pflegende. Neben der grossen Hoffnung, die Patienten und Angehörige in dieser Behandlungsphase haben, äussern sie auch eine hohe Unsicherheit, da sie sich in einer experimentellen Studie befinden. Eine detaillierte Darstellung der verschiedenen Therapiephasen findet sich auch bei Martins, Orcurto, Michielin, & Coukos, 2016.

### Vorbereitung der Onkologiepflegenden für die Pflege von Patienten unter TIL-ACT

Die verschiedenen Prozesse der TIL-ACT sind technisch sehr aufwendig und setzen eine zertifizierte Infrastruktur voraus. Weiter bedarf es eines spezialisierten Behandlungsteams inklusive spezifisch weitergebildeter Onkologiepflegender, um die Toxizität der Behandlung zu überwachen und zu behandeln. Im Jahr 2014 hat das Département d'Oncologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) das Centre de Thérapies Expérimentales (CTE) gegründet, im Jahr 2016 die Abteilung für Immun-Onkologie. Diese klinischen Strukturen sind die Basis für eine translationale Plattform zwischen Forschung und Klinik, die einen permanenten Dialog ermöglicht, um innovative Therapien im Bereich der personalisierten Immuntherapien bereitstellen zu können.

Im Jahr 2018 wird das CHUV als erstes Schweizer Spital eine immun-onkologische Abteilung eröff-

nen, welche sich auf die Behandlung und Pflege von Patienten unter adoptiver Zelltherapie mit tumorinfiltrierenden Lymphozyten spezialisiert hat. Wie bereits beschrieben, handelt es sich um Patienten in klinischen Studien, zunächst in Protokollen für Phase-1-Studien. Es sind aber bereits für 2018 Teilnahmen an internationalen Phase-2- und -3-Studien geplant, insbesondere für Melanompatienten.

Die Eröffnung einer solchen Abteilung der experimentellen Onkologie setzt eine komplexe Organisation und Planung sowie spezifische Weiterbildungen des Versorgungsteams voraus. Die Organisation betrifft insbesondere die intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege, ärztlichem Dienst, Labor und translationaler Forschung. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden bedingt eine effiziente Abstimmung zwischen verschiedenen Rollen, wie beispielsweise Clinical Trial Nurses, Pflegeexpertinnen, Onkologiepflegenden und Pflegenden der spezialisierten Dienste. Diese Zusammenarbeit schliesst auch Ärzte ein, wie beispielsweise Immunologen, Onkologen, sowie Forscher der Abteilung für experimentelle Therapien (CTE). Letztere sind insbesondere wichtig, um die Erhebung von Material und Daten der Patienten für weitere Forschungszwecke zu koordinieren.

Die Fort- und Weiterbildung des Teams hat das Pflegemanagement seit zwei Jahren intensiv mit den Ärzten, welche für die Forschungsprotokolle zuständig sind, sowie der Direktion der Abteilung für experimentelle Therapien ausgearbeitet. Das Fort- und Weiterbildungsprogramm richtet sich an alle Mitarbeitenden, die in die Forschung, Behandlung und Pflege von Patienten und ihren Angehörigen unter TIL-ACT involviert sind. Es beinhaltet eine Einführung in klinische Aspekte, eine Erklärung der Forschungsprotokolle, Vermittlung der verschiedenen zu erwartenden Toxizitäten und deren Management, die Vorbereitung der Zellen im Labor und schliesslich ein Atelier zu den verschiedenen Pflegetechniken, wie beispielsweise das Spülen der verabreichten TIL-Infusion. Dieses Weiterbildungsprogramm wurde 2017 mehrmals durchgeführt. Zusätzlich, um eine nachhaltige Einführung der neuen Erkenntnisse in die Praxis sicherzustellen, absolvieren Mitarbeiter jeder Disziplin Kurse in Good Clinical Practice (GCP), welche alle zwei Jahre wiederholt werden.

Um die Sicherheit und Qualität der Behandlung sicherzustellen, wurden in Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeexpertinnen Behandlungs-

pfade für die TIL-ACT ausgearbeitet. Um das interprofessionelle Team in der Anwendung der best practice im Umgang mit immunonkologischen Toxizitäten zu unterstützen, stehen auch spezifische Guidelines zur Verfügung. Zusätzlich werden diverse Praxisreflexionen zwischen den Mitarbeitenden organisiert. Diese werden durch Präsentationen und Inputs von TIL-Spezialisten ergänzt. Diverse Seminare wurden und werden in diesem Sinne organisiert.

Vor allem aber hat für das Management die Begleitung des Versorgungsteams Priorität. Sie sollen Unterstützung erhalten, um in der Zusammenarbeit zwischen neuen Akteuren, beim Aneignen neuer technischer Fähigkeiten und im Umgang mit neuem Material und neuen Einrichtungen Sicherheit zu erlangen. All dies, ohne die Notwendigkeit der supportive care und ethischer Aspekte ausser Acht zu lassen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die zelluläre, adoptive Immuntherapie als neue Behandlungsform eine Chance für Patienten bietet, die gleichzeitig für Pflegenden grossartige Weiterentwicklungen in der Praxis und Forschung ermöglicht.

> **Dre. Sara Colomer-Lahiguera,**  
Post-Doctorante  
Institut universitaire de formation  
et de recherche en soins – IUFRS  
Université de Lausanne – UNIL  
Centre hospitalier universitaire  
vaudois – CHUV  
sara.colomer-lahiguera@chuv.ch

> **Patricia DEBARGE**  
Infirmière Cheffe de Service  
Département d'oncologie  
Centre hospitalier universitaire  
vaudois - CHUV  
patricia.debarga@chuv.ch

> **Literatur:** [www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

**Akynzeo®**  
netupitant/palonosetron  
PRÄVENTION LEICHT GEMACHT

Das einzige Antiemetikum mit dualer Wirkung zur fünfägigen CINV\*-Prophylaxe in oraler Einmalgabe<sup>1</sup>

**Eine Dosis. Doppelwirkung. 5-Tage-Prävention.** <sup>1-5</sup>

\*CINV: chemotherapie-induzierte Nausea und Ermesis

**Referenzen:** 1. Aspro M et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy and safety of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy. Ann Oncol. 2014; 25(7):1328-1335. 2. Hesketh PJ et al. Efficacy and safety of NEPA, an oral combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following highly emetogenic chemotherapy: a randomized dose-ranging pivotal study. Ann Oncol. 2014; 25(7):1340-1346. 3. Gralla RJ et al. A phase III study evaluating the safety and efficacy of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron, for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting over repeated cycles of chemotherapy. Ann Oncol. 2014; 25(7):1333-1339. 4. Rojas C et al. Molecular mechanisms of 5-HT(3) and NK(1) receptor antagonists in prevention of emesis. Eur J Pharmacol. 2014; 5(722):26-37. 5. www.swissmedicinfo.ch Akynzeo - summary of product characteristics.

**Akynzeo®:** Z: Palonosetron (0.5 mg) und Netupitant (300 mg). I: Assoziiert mit Dexamethason, ist indiziert für die Prophylaxe von akutem und verzögertem Erbrechen und Übelkeit im Rahmen einer hoch-emetogenen oder moderat-emetogenen anti-Krebs Chemotherapie. D: 1 Kapsel etwa 1 Stunde vor jedem Chemotherapie Zyklus, mit einem 2-wöchigen Intervall zwischen den Zyklen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffen, oder Fruktose Intoleranz. **VM:** Überwachung bei Patienten mit Obstipationsproblemen, Anzeichen eines subakuten Ileus oder Hypersensitivität gegen Erdnüsse oder Soja. Serotonin-Syndrom Fälle wurden für 5-HT3-Antagonisten berichtet, entweder allein oder in Kombination mit anderen serotonergen Medikamenten. Es wurde keine klinisch signifikante Wirkung auf die EKG beobachtet aber Vorsicht ist geboten bei gleichzeitiger Anwendung mit Arzneimitteln die das QT-Intervall verlängern. In den folgenden Tagen der Chemotherapie nicht verwenden. **IA:** Inhibitoren und Induktoren von CYP3A4, serotonergen Drogen, CYP3A4-Substrate (Dexamethason: Dosisreduktion bei gleichzeitiger Verabreichung), Krebsmedikamente (Docetaxel, Etoposid, Cyclophosphamid). Unwahrscheinlich: CYP2C9-Substraten, Substrate von P-Glykoprotein. **S/S:** unzureichende klinische Daten. Verabreichen nur wenn es absolut notwendig ist. Das Stillen muss abgebrochen werden. **UAW:** Häufig: Kopfschmerzen, Obstipation und Fatigue. **P:** Verpackung mit einer Kapsel. **Liste B.** Detaillierte Informationen: www.swissmedicinfo.ch. Zulassungsinhaber: **Vifor AG**, CH-1752 Villars-sur-Glâne. **Stand: Oktober 2015.**

D 11/2007 CHR/AKV/17/0347

Distributed under license of Helsinn Healthcare SA, Switzerland.

WE FOR YOU  [viforpharma.ch](http://viforpharma.ch) 



ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS  
CONGRÈS SOINS EN ONCOLOGIE  
CONGRESSO CURE ONCOLOGICHE

## **20. SCHWEIZER ONKOLOGIEPFLEGE KONGRESS**

«MIT INSPIRATION UND ZUVERSICHT IN DIE ZUKUNFT»

**22. MÄRZ 2018, BERN**

## **20<sup>ÈME</sup> CONGRÈS SUISSE DES SOINS EN ONCOLOGIE**

« AVEC INSPIRATION ET CONFIANCE POUR LE FUTUR »

**22 MARS 2018 À BERNE**

## **20° CONGRESSO SVIZZERO DI CURE ONCOLOGICHE**

«CON ISPIRAZIONE E FIDUCIA NEL FUTURO»

**22 MARZO 2018, BERNA**



Onkologiepflege Schweiz  
Soins en Oncologie Suisse  
Cure Oncologiche Svizzera

Anmeldung • Inscription • Iscrizione  
[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch) • [www.soinsoncologiesuisse.ch](http://www.soinsoncologiesuisse.ch)

# L'immunothérapie cellulaire adoptive arrive en Suisse

## De nouveaux ou-TIL-s pour combattre le cancer

Sara Colomer-Lahiguera, Patricia Debarge, Andrea Serena, Lionel Trueb, Manuela Eicher, George Coukos

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) accueillera prochainement les premières études cliniques de phase précoce avec une thérapie cellulaire par transfert adoptif à base de lymphocytes T infiltrant la tumeur (TIL-ACT). Le CHUV se situe ainsi comme le premier en Suisse, à utiliser ce type de thérapie expérimentale. Cet article présente quelques notions sur cette approche et l'implication de sa mise en œuvre pour les équipes soignantes.

De plus en plus présente dans la pratique clinique, l'immunothérapie émerge aujourd'hui comme un pilier thérapeutique supplémentaire en oncologie. A la différence de la chimiothérapie, de la radiothérapie ou la chirurgie, où un agent externe est utilisé pour éliminer la tumeur, l'immunothérapie utilise le système immunitaire du patient pour qu'il s'attaque aux cellules malignes.

Les immunothérapies peuvent être classées dans des approches actives ou passives en fonction de leur capacité à engager le système immunitaire de l'individu. Ainsi, les inhibiteurs de point de contrôle ou les vaccins anticancéreux constituent des exemples d'immunothérapie active.

« Ils exercent leur effet anticancéreux en activant le système immunitaire propre du patient. »

Inversement, l'utilisation d'anticorps monoclonaux visant directement les cellules tumorales ou le transfert adoptif de lymphocytes T (ACT, Adoptive Cell Therapy) représentent une approche passive, puisque ces traitements sont dotés d'une activité anti-néoplasique par eux-mêmes. Une revue extensive à ce sujet peut être trouvée dans Galluzzi et al., 2014.

Il existe différentes sortes d'ACT, tel que l'ACT basé sur les lymphocytes naturels infiltrant la tumeur (TIL, Tumor Infiltrating Lymphocytes), l'ACT avec des lymphocytes modifiés génétiquement avec des nou-

veaux récepteurs qui peuvent être des récepteurs naturels des cellules T (TCR, T Cell Receptors), ou des récepteurs artificiels tels que les récepteurs chimeriques antigéniques (CAR, Chimeric Antigen Receptor) des cellules T. Ces derniers sont de loin les plus avancés dans le développement clinique. Deux thérapies CAR-T ont reçu l'approbation en 2017 de la Food and Drug Administration (FDA) aux USA, l'une pour le traitement des enfants atteints de leucémie lymphoblastique aiguë (ALL) et l'autre pour les adultes atteints de lymphome à cellules B avancé.

### La thérapie cellulaire adoptive à base de lymphocytes infiltrant la tumeur (TIL-ACT)

Les premiers résultats prometteurs avec la thérapie TIL-ACT ont été rapportés pour des patients souffrant de mélanome métastatique réfractaire aux traitements standards, montrant à 5 ans une réponse complète chez 22% des patients et un taux de survie globale de 29% (Rosenberg et al., 2011). Bien que déjà décrite en 1988 par le chirurgien Steven Rosenberg (Rosenberg et al., 1988), la TIL-ACT reste à ce jour expérimentale. L'une des raisons en est la complexité de sa mise en œuvre, qui nécessite une infrastructure permettant l'isolement et la multiplication des cellules T et leur administration aux patients, ce qui la limite à une poignée de centres dans le monde.

La présence et la fonction de cellules du système immunitaire au sein de la tumeur est l'objet de nombreuses recherches. Par exemple, la présence de certaines cellules immunitaires avec une prédisposition inhibitrice, semble jouer un rôle majeur en diminuant la réponse immunitaire anti-tumorale, favorisant ainsi l'évasion et la croissance des cellules cancéreuses. D'autre part, le nombre de lymphocytes T infiltrant la tumeur est une valeur pronostique dans plusieurs types de cancer (Barnes & Amir, 2017).

Des thérapies comme l'ACT visent donc à administrer un grand nombre de lymphocytes spécifiques au patient. Dans le cas de la TIL-ACT, les lym-



phocytes T sont issus directement de la tumeur et sont donc capables d'identifier les antigènes spécifiques de celle-ci, de les reconnaître et les attaquer d'une manière ciblée et individualisée.

### Les six phases de la thérapie TIL-ACT

La récolte des TIL marque la première des six phases de la thérapie TIL-ACT (figure 1). Une résection tumorale de 1–2 cm de diamètre au minimum permet de les obtenir. La pièce est scindée en plusieurs fragments (phase 2) qui sont cultivés dans un milieu de culture enrichi en interleukine-2 (IL-2), qui permet l'expansion des lymphocytes T. Cette phase dure de 11 à 35 jours. Les cellules T sont ensuite cryopréserverées en attente de leur administration au patient (phase 3). Les quatrième et cinquième phases sont simultanées et nécessitent une grande coordination entre le laboratoire et la clinique: les cellules T sont décongelées et à nouveau cultivées pendant 14 jours pour une croissance d'un facteur 1'000–10'000. Le produit final est conditionné dans une poche de 300 ml environ. Des contrôles stricts de stérilité et de pureté (absence d'autres cellules) sont effectués avant l'acheminement au lit du patient. En parallèle,

le patient est hospitalisé et reçoit un traitement de conditionnement non myéloablatif mais lympho-déplétif (le patient reçoit cyclophosphamide et fludarabine à haute dose pendant 5–7 jours) qui facilitera le repeuplement clonal des cellules T. Cette phase comprend aussi une période d'aplasie similaire à celle des patients en autogreffe de cellules souches hématopoïétiques d'environ 7–10 jours. La ré-infusion du produit final a lieu dans les 24–48 heures après le régime de conditionnement. La perfusion dure environ 30 minutes sous une étroite surveillance des paramètres vitaux. L'étape suivante (phase 6) ou phase de soutien est la plus critique du traitement. Afin de stimuler les lymphocytes infusés, le patient reçoit une perfusion d'IL-2 à haute dose toutes les 8h (dépendant de sa tolérance). La toxicité par IL-2 peut se présenter sous forme d'état fébrile, frissons, hypotension, oligurie ou œdème pulmonaire, et nécessite une surveillance très étroite de l'équipe médico-infirmière. Pour une description plus détaillée des étapes de la thérapie, veuillez consulter Martins, Orcurto, Michielin, & Coukos, 2016. De plus, cette phase est accompagnée pour le patient et ses proches de sentiments partagés entre

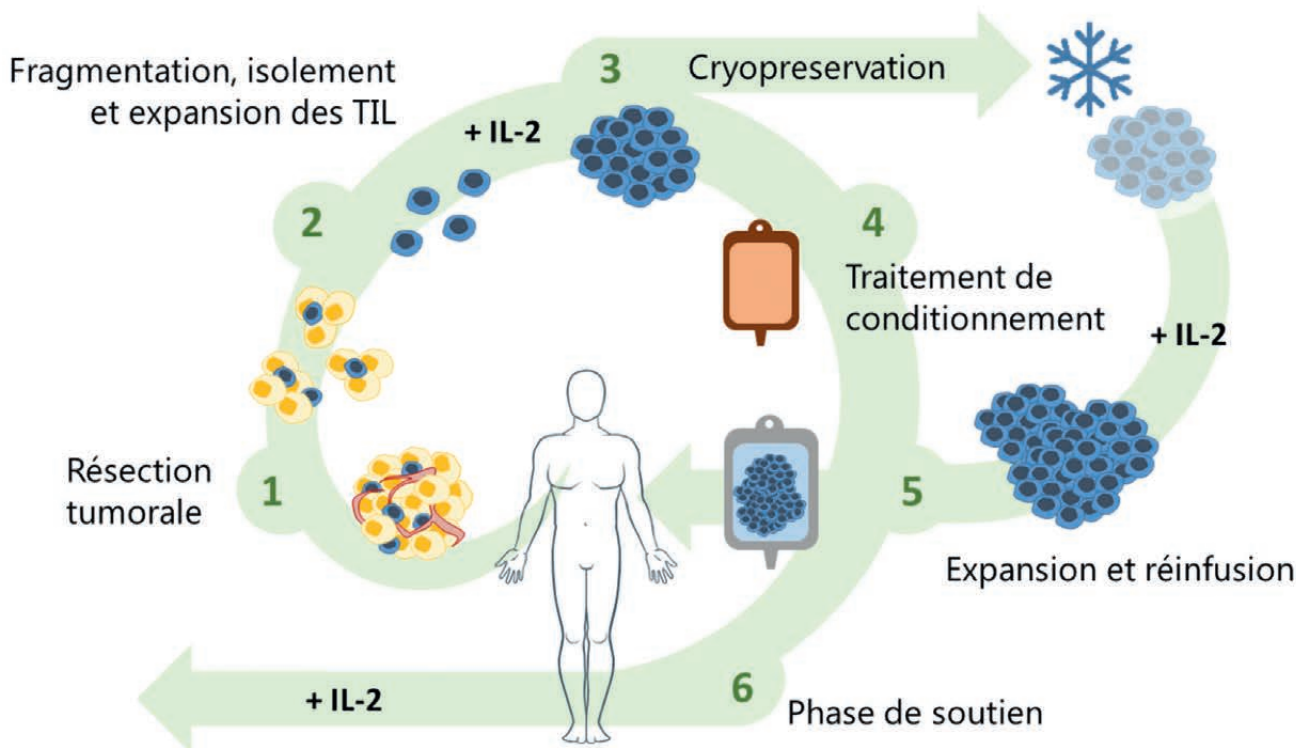


Figure 1. Schéma représentant les différentes phases de la thérapie TIL-ACT.



---

l'espoir et une haute insécurité et incertitude quant au traitement encore expérimental.

### Que fait-on au CHUV pour préparer les infirmières à la prise en charge des patients recevant un traitement de TIL-ACT?

Ce type de traitement est techniquement complexe et nécessite une infrastructure et des installations certifiées ainsi qu'une équipe médico-infirmière spécialisée et formée pour surveiller et gérer les toxicités associées. En 2014, le Département d'Oncologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) a créé le Centre de Thérapies Expérimentales (CTE) et en 2016, le Service d'immuno-oncologie. Cette plateforme qui a pour objectif la recherche clinique-translationalnelle facilite un dialogue permanent entre scientifiques et cliniciens permettant le développement de thérapies innovantes dans le domaine des traitements immuno-thérapeutiques personnalisés.

« En 2018, le CHUV sera le premier hôpital en Suisse à accueillir une unité hospitalière d'immuno-oncologie spécifiquement dédiée à la prise en charge des patients oncologiques recevant un traitement ACT. »

Etant encore en phase expérimentale, ces traitements se font dans le cadre de protocoles de recherche de phase précoce. Nous participerons également courant 2018 à deux études internationales de phase 2 et de phase 3 spécifiquement pour les patients atteints de mélanome.

Préparer l'ouverture d'une unité oncologique expérimentale est complexe en termes d'organisation, de coordination, d'intégration et de formation des équipes médico-infirmière et de recherche sur le terrain. Une collaboration interprofessionnelle exemplaire est indispensable entre les différents intervenants infirmiers, médicaux, l'équipe du laboratoire de production cellulaire et les chercheurs translati-

onnels. Sur le plan infirmier, l'organisation et la gestion des rôles entre les infirmières de première ligne, les infirmières cliniciennes et les infirmières de recherche est primordiale pour une prise en charge efficiente du patient. La collaboration interdisciplinaire se prépare avec les différents rôles infirmiers et les médecins spécialisés en immuno-oncologie, les attachés de recherche du CTE pour la coordination de la recherche et de la collection des données pour chaque patient. En termes de formation, depuis deux ans, les cadres soignants ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins responsables des protocoles de recherche ainsi que la direction des opérations du CTE à la mise en place d'un programme de formation pour les collaborateurs.

Ce programme s'adresse à l'ensemble des collaborateurs impliqués dans la prise en charge clinique des patients et de leurs proches. Il inclut un aperçu des aspects cliniques, une explication du protocole de recherche et de la préparation des cellules en laboratoire, l'explication des différentes toxicités attendues, et enfin un atelier dédié aux techniques de soins spécifiques, comme par exemple la technique de lavage de la poche infusée. Cette formation a été répétée plusieurs fois en 2017. De surcroît, afin d'assurer le transfert des connaissances dans la pratique à long terme, une formation spécifique aux bonnes pratiques cliniques (Good Clinical Practices, GCP) a été demandée à chaque membre de l'équipe soignante et de recherche et devra être mis à jour tous les deux ans.

Afin d'assurer la qualité et de la sécurité des soins, les médecins responsables et les infirmières cliniciennes ont élaboré un itinéraire clinique spécifique pour la prise en charge des patients recevant des TIL. De plus, pour soutenir les équipes pluridisciplinaires dans l'utilisation des bonnes pratiques dans leur activité quotidienne, des guidelines relatives aux toxicités de l'immunothérapie sont mises à leur disposition. Enfin divers séminaires d'analyses des pratiques entre les collaborateurs sont organisés, soutenus par les spécialistes dans le domaine des TIL.

Mais surtout l'accompagnement des soignants sera une priorité pour l'équipe d'encadrement étant donné les nouveautés à la fois dans le travail partagé avec de nouveaux acteurs tel que les infirmières de recherche, dans les aspects techniques et thérapeutiques, sans oublier les soins de support et l'aspect

éthique important dans ce contexte. En conclusion, les thérapies cellulaires adoptives représentent un nouvel axe thérapeutique pour les patients et des possibilités excitantes pour la recherche en soins infirmiers et le développement de carrière, tant dans le domaine clinique avec la gestion des patients que dans la recherche translationnelle.

> **Dre. Sara Colomer-Lahiguera,**  
 Post-Doctorante  
 Institut universitaire de formation  
 et de recherche en soins – IUFRS  
 Université de Lausanne – UNIL

Centre hospitalier universitaire  
 vaudois – CHUV  
 sara.colomer-lahiguera@chuv.ch

> **Patricia DEBARGE**  
 Infirmière Cheffe de Service  
 Département d'oncologie  
 Centre hospitalier universitaire  
 vaudois - CHUV  
 patricia.debarga@chuv.ch

> **Bibliographie:** [www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

## Coordination des soins dans l'allogreffe

« Patient greffé et soignants : rencontre au pays des chimères »



Véronique Chapuis

Pour certains patients atteints de pathologies hématologiques malignes, la greffe de cellules souches hématopoïétiques ou greffe de moelle osseuse représente la seule perspective de traitement curatif. C'est un traitement intensif et complexe dont les effets secondaires et les complications requièrent une adhésion totale du patient ainsi que ses proches.

L'allogreffe consiste à remplacer la moelle déficiente d'un patient par des cellules souches hématopoïétiques d'un donneur apparenté ou non. Ce traitement diffère de l'autogreffe par l'effet immunologique produit par les cellules d'un tiers. On parle de chimérisme chez le patient transplanté car on peut identifier et mesurer le nombre de cellules du donneur com-

paré aux siennes propres.

Le patient a souvent suivi plusieurs cures de chimiothérapies intensives, expérimenté leurs effets indésirables comme nausée, perte de cheveux, mucites. Parfois, il aura connu la rémission suivie d'une rechute, un parcours long et difficile. La greffe de cellules souches hématopoïétiques est un traitement complexe qui va bouleverser sa vie mais aussi celle des proches. Il est indispensable que le patient adhère au traitement et qu'un partenariat avec l'équipe soignante ainsi qu'avec tous les acteurs du réseau de soin se développe.

La complexité du parcours du patient depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à la greffe est illustrée ci-dessous.

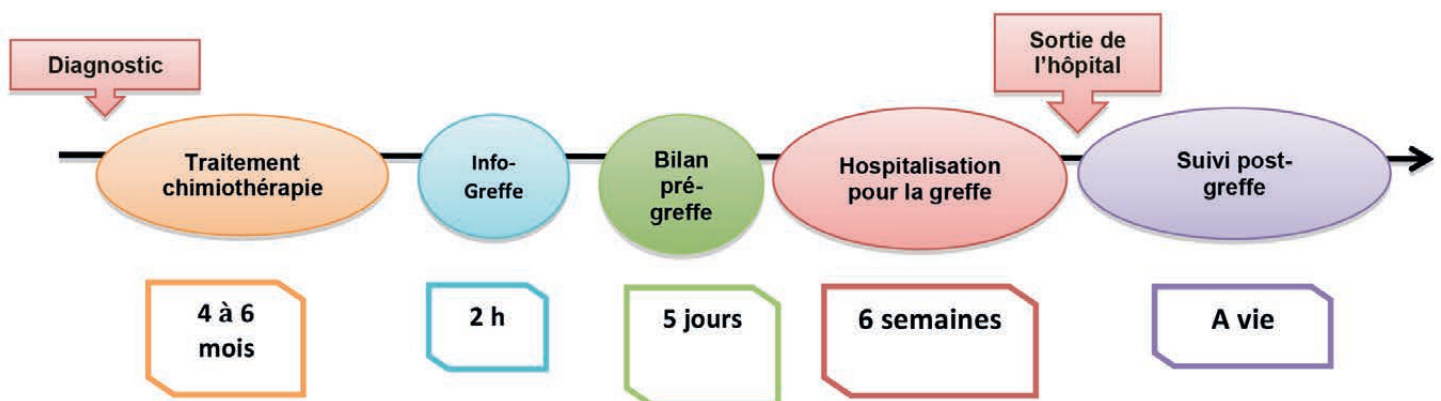


Figure 1: Parcours de la greffe

La procédure de greffe est divisée en cinq grandes étapes:

- > La recherche du donneur
- > L'entretien pré greffe
- > Le bilan pré greffe
- > L'hospitalisation
- > Le suivi post greffe

### Interventions de soins de l'infirmier(ère) de coordination

La coordination des allogreffes peut être différente selon chaque établissement (il existe trois centres pratiquant l'allogreffe en Suisse) mais répond cependant aux mêmes nécessités d'organisation du processus de greffe : recherche d'un donneur, diffusion d'une information claire, gestion de l'hospitalisation et du suivi post greffe. La coordination potentialise l'interdisciplinarité dans les soins et à la transversalité de ceux-ci avec pour seul but de permettre une prise en charge globale et personnalisée du patient et ses proches tout au long du processus.

L'infirmier(ère)<sup>1</sup> de coordination intervient à chacune des étapes, de l'indication à la greffe jusqu'à la sortie en post greffe. Lorsque le diagnostic de maladie hématologique est posé, l'infirmière de coordination établit un recensement des potentiels donateurs familiaux (frère, sœur, enfants) en ayant soin de s'assurer de leur bon état de santé et qu'ils répondent aux critères du don<sup>2</sup>. Lorsque la famille est proche géographiquement, l'infirmière les reçoit pour un entretien, évalue la volonté d'être donneur et effectue le groupe d'histocompatibilité (HLA) s'il y a accord. Si le donneur potentiel est éloigné, des questionnaires officiels de don du sang et l'envoi de tubes d'échantillons sont préparés. Pour le patient, la longue attente de l'identification d'un donneur apparenté ou non commence. Elle peut prendre de 1 à 3 mois.

« L'activité de coordination la plus intense se situe pendant la période pré greffe. L'évaluation du patient et de sa situation globale est un élément déterminant qui va orienter les futures interventions

de soins avec pour objectif de diminuer le risque de complications et développer l'apprentissage des auto-soins. »

Dès que le donneur est identifié, le patient, ses proches ainsi que le donneur, s'il s'agit d'un donneur familial, sont conviés à un entretien d'information avec le médecin transplantateur et l'infirmière coordinatrice.

### L'infogreffe : informer et évaluer

L'entretien d'information en vue de la greffe, appelé communément infogreffe, est un moment particulièrement intense, à la fois très redouté des patients mais aussi très attendu car il représente l'espoir du dernier traitement et la guérison, même si celle-ci ne pourra être envisagée qu'après 5 ans de rémission.

L'infogreffe répond à plusieurs objectifs :

- > Reprendre la situation clinique du patient et faire une synthèse des traitements et de leurs résultats
- > Présenter les bénéfices attendus de la greffe
- > Expliquer le processus de greffe : bilan pré greffe, procédure de l'allogreffe, suivi post greffe
- > Informer sur les risques et complications possibles
- > Présenter les recommandations et les changements de comportements à mettre en place à la sortie afin de prévenir les complications

L'évaluation réalisée lors de l'entretien pré greffe a pour objectif d'identifier les points suivants :

- > Capacité du patient/son entourage à développer des stratégies d'adaptation efficaces
- > Capacité d'apprentissage du patient
- > Niveau de compréhension des principes du traitement
- > Difficultés ou freins à l'apprentissage et à la transition tant sur le plan familial, psychologique que social (aspect financier, logistique)
- > Ressources personnelles et socio-familiales du patient

Cette évaluation va permettre de développer un programme personnalisé d'éducation articulé autour

des différentes phases de la greffe. L'objectif principal est de permettre au patient de s'engager dans ce lourd traitement et de prendre une part active dans les soins grâce à une information éclairée. Ce processus est soutenu à chaque étape par une documentation adaptée et des compétences des soignants adaptées aux besoins spécifiques.

Cette première étape va demander au patient et ses proches de comprendre le processus de la greffe, d'appréhender les risques et complications possibles ainsi que d'être informé des traitements alternatifs si existants. Le niveau de stress ressenti lors de cet entretien va influencer de façon non négligeable la capacité du patient à se projeter dans ce processus. Il est courant que des patients ne se souviennent plus des thèmes abordés d'où l'importance de reprendre ceux-ci lors du bilan pré greffe et au fur et à mesure de l'hospitalisation.

L'infirmière de coordination évalue la situation globale du patient, teste ses capacités d'apprentissage et son adhésion aux contraintes et recommandations post greffe qui seront indispensables pour prévenir des complications. Elle détecte les éventuelles barrières à l'apprentissage comme la langue, vivre seul, l'âge avancé, les troubles psychiatriques. Utiliser un langage simple et compréhensible traduisant le vocabulaire médical favorise une meilleure compréhension. En effet, si certains patients ont «fouillé» internet à la recherche d'informations et pensent être familiarisés avec la technique de la greffe, d'autres n'ont jamais entendu certains termes comme GvH (graft versus host disease ou maladie greffe contre hôte) complication majeure de la greffe.

Par l'intensité de son contenu, l'entretien médico-infirmier pré greffe, peut être considéré comme une annonce de maladie grave.

La méthode EPICES (Teike Lüthi, Cantin, 2011) décrite pour l'annonce de mauvaise nouvelle peut être alors adaptée comme une stratégie pour guider l'entretien. On propose de respecter les étapes suivantes:

- > E : environnement (préparer un lieu, temps suffisant, accueil)
- > P : perception du patient (comment perçoit-il sa situation, état psychologique)
- > I : invitation (repérer les mécanismes de défenses, le niveau d'information souhaité)

- > C : connaissances (s'informer du dossier, langage clair et compréhensible)
- > E : empathie (accueillir les émotions, respecter le rythme du patient)
- > S : synthèse (résumé la procédure de greffe, proposer un agenda des différentes étapes, remise des consentements éclairés)

75% des patients résident hors du canton ne connaissent pas l'institution des HUG<sup>3</sup> et cette rencontre est leur première visite dans ce nouvel hôpital. L'infirmière de coordination est le premier visage de l'équipe de greffe rencontré et va incarner celle-ci et « créer le liant » tout au long de la greffe. Les premières minutes vont donner la couleur à la suite du processus.

### Construire une relation et communiquer

Cet entretien déterminant requiert de solides connaissances dans le domaine de l'hématologie et des compétences relationnelles expertes. Le médecin transplantateur va focaliser ses informations sur les aspects médicaux, expliquer l'indication du traitement, le conditionnement à la greffe, les effets secondaires et complications. Il s'assure de la bonne compréhension des étapes par tous les participants et parfois discute des autres options thérapeutiques lorsqu'elles existent. L'infirmière de coordination permet au patient de se projeter dans les différentes étapes du traitement par ses explications: le bilan pré greffe, l'hospitalisation et le retour à domicile ainsi que le suivi post greffe.

### Le bilan pré greffe : reprendre et compléter les informations

Le bilan pré greffe est réalisé en hospitalier. Il va déterminer la situation clinique du patient ainsi que le choix du conditionnement. C'est aussi le moment de la reprise des informations données lors de la consultation pré greffe, ainsi qu'une première prise de contact avec la réalité de la greffe, la rencontre avec les médecins et soignants du service. C'est aussi le moment d'anticiper les différentes problématiques liées à la sortie post greffe, situation sociale, financière car souvent les problèmes comme les frais de transport, l'hébergement des proches deviennent une réalité concrète. Le patient prend conscience des changements qu'il devra entreprendre et qui vont remettre en question la dynamique familiale.

Coordonner les différentes étapes doit permettre au patient de franchir chacune d'elle le plus harmonieusement possible en anticipant au mieux les problèmes. Il est de ce fait important d'avoir une bonne connaissance du réseau qui s'articule autour de lui.

Pour mieux comprendre et adapter le programme d'éducation, l'infirmière peut être guidée par un modèle théorique comme celui de la transition décrit par Meleis et al., (2000). Cette auteure évoque la transition comme « un passage entre deux périodes relativement stables et durant un certain temps ». La transition concerne un individu, une famille ou une communauté (Schuhmacher et al., 1999). Ces transitions sont complexes, multidimensionnelles. Pour la personne allo greffée il peut s'agir de :

- > Changement de santé avec beaucoup d'incertitude :
  - Bien être/maladie grave/complication/retour à la santé/rechute
- > Changement du rôle social et familial lié à la maladie :
  - Perte du rôle familial
  - Changement professionnel
- > Changement dans l'environnement :
  - Changement d'alimentation/recommandations d'hygiène strictes

### Envisager le futur

Pour traverser et faire face à ces transitions multiples, le patient va devoir mobiliser ses ressources, intégrer de nouvelles connaissances et développer de nouvelles compétences.

On comprend l'importance de la communication lors des interventions de soins tout au long du parcours et la nécessité d'évaluer régulièrement le vécu et le ressenti du patient afin de définir de nouveaux objectifs. Ce concept de la transition est important pour les soignants car il permet de mieux appréhender la trajectoire de maladie du patient allo greffé et le guide dans ses interventions de soins afin de mieux aider les personnes à changer leurs habitudes de vie.

La coordination consiste à communiquer les informations aux différents professionnels intervenant dans cette trajectoire et d'assurer le lien avec le patient.

Si la coordination de la greffe est efficiente en prégreffe, son rôle démontre ses limites pour la transition entre l'hospitalisation et la sortie à domicile. Les trois premiers mois sont particulièrement critiques et le patient en grande vulnérabilité, d'autant que sont greffées des personnes de plus en plus âgées. Il devient impératif de développer une approche spécialisée pour le suivi de ces personnes très fragiles lors de la réadaptation.

« Au cœur de la chimiothérapie, la nuit fut si éprouvante que toutes mes forces étaient annihilées. Mais, au matin, la vie avait permis le passage d'une rive à l'autre. Il me fallait garder le moral et l'espoir. »

Témoignage d'un patient allo greffé en 2007

### > Véronique Chapuis

Infirmière coordinatrice greffe de moelle osseuse  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
veronique.chapuis@hcuge.ch

### > Bibliographie: [www.soinsoncologiesuisse.ch](http://www.soinsoncologiesuisse.ch)

<sup>1</sup>Infirmier(ère) est à considérer pour l'ensemble du texte

<sup>2</sup>[https://www.blutspende.ch/fr/cellules\\_souches\\_du\\_sang/devenir\\_donneur/criteres\\_daptitude\\_au\\_don](https://www.blutspende.ch/fr/cellules_souches_du_sang/devenir_donneur/criteres_daptitude_au_don)

<sup>3</sup>HUG: Hôpitaux Universitaires de Genève

# Il double checking per prevenire gli errori di terapia è utile e sempre necessario?

Sintesi delle evidenze scientifiche disponibili

Loris Bonetti, Angela Tolotti, Roberto Guggiari, Dario Valcarenghi



Tra errori più frequenti che possono avvenire a livello ospedaliero grande rilevanza ha la somministrazione dei farmaci. Uno dei metodi riportati in letteratura per prevenire tali errori di terapia è il double checking, ovvero l'esecuzione indipendente di tutto il processo di somministrazione del farmaco, da parte di due professionisti sanitari. Questo metodo comporta però l'utilizzo di molte risorse. È necessario perciò valutarne la reale efficacia e se è sempre necessario. L'articolo riporta le migliori evidenze scientifiche attualmente disponibili riguardo utilità, efficacia e modalità di esecuzione del double checking.

## Introduzione

La sicurezza dei pazienti, che include anche la somministrazione della terapia, è un obiettivo primario per i professionisti sanitari (Sharma, 2016). Nonostante ciò, uno dei potenziali maggiori rischi a cui il paziente va incontro in ospedale riguarda appunto la terapia (Keers et al. 2013). Una revisione del Joanna Briggs Institute (2009) riporta che negli Stati Uniti gli errori di terapia rappresentano il 20% di tutti gli errori in ospedale.

Gli errori più comuni riportati dalla letteratura riguardano il tempo di somministrazione, l'omissione e il dosaggio scorretto. I farmaci che più frequentemente sono associati ad errore sono quelli che agiscono sulla nutrizione e la componente ematica, sull'apparato gastrointestinale, cardiovascolare, del sistema nervoso centrale e gli antibiotici (Keers et al. 2013).

«È quindi importante adottare strategie per minimizzare gli errori di terapia, che possono causare complicanze anche gravi per i pazienti (Keers et al., 2014).»

Una delle strategie suggerite dalla letteratura per prevenire gli errori di terapia è il double checking (DC), che può essere definito come l'esecuzione indipendente di tutto il processo di somministrazione della terapia, da parte di due professionisti sanitari.

Vi sono però pareri contrastanti in letteratura sulla reale efficacia del DC nel prevenire gli errori. In una revisione di Hewitt et al., (2015) gli autori sottolineano che vi è una scarsa concettualizzazione di cos'è realmente il DC, che è una procedura costosa in termini di tempo e risorse. Il DC spesso crea una falsa fiducia negli infermieri e rischia di evitare che emergano i «near misses», che sappiamo essere la spia di un problema nella catena della sicurezza, i quali rimangono spesso sconosciuti perché non più riportati nell'incident reporting (Hewitt et al., 2015).

Secondo Hewitt et al., (2015) il DC rimane una strategia utile per prevenire gli errori, ma andrebbe applicato con alcune accortezze: in primo luogo il personale andrebbe attentamente formato al suo utilizzo; si potrebbero utilizzare tecnologie informatiche (come la prescrizione non più cartacea, ma elettronica) per ridurre gli errori di trascrizione. Da ultimo gli autori suggeriscono che il DC dovrebbe andare oltre l'errore, ed essere usato anche come un'occasione per condividere le opinioni e le migliori evidenze scientifiche.

## Materiali e metodi

Sono state cercate le revisioni sistematiche più recenti, in merito al DC, nelle principali banche dati di interesse infermieristico (Pubmed e Cinahl) negli ultimi cinque anni. La ricerca ha portato all'individuazione di cinque revisioni della letteratura tre sistematiche e due non ben definite. Due revisioni del Joanna Briggs Institute sono ben fatte e riportano anche una sintesi delle evidenze (Kunde, 2015; Sharma, 2016).

## Sintesi delle evidenze

Di seguito vengono riportate le migliori evidenze oggi disponibili sul DC, ricavate dalle revisioni analizzate. Per definire il grado delle raccomandazioni, verrà usata la classificazione del Joanna Briggs Institute (JBI, 2014).

**Grado delle raccomandazioni (classificazione del JBI)**

**Grado A:** forte supporto delle evidenze, che merita applicazione

**Grado B:** moderato supporto delle evidenze, che giustifica l'applicazione

Raccomandazione	Forza della raccomandazione
Il DC prima della terapia farmacologica, effettuato in modo indipendente da due professionisti qualificati (infermiere o infermiere specializzato) dovrebbe essere considerato nelle situazioni ad alto rischio (per esempio, nella somministrazione della terapia endovena) con popolazioni ad alto rischio (per esempio bambini) o quando si somministrano terapie ad alto rischio (come per esempio la chemioterapia o gli oppiacei endovena)	Grado A
Il DC non dovrebbe essere usato come unica strategia di prevenzione dell'errore, ma dovrebbe essere adottato insieme ad altre strategie	Grado A
I professionisti sanitari dovrebbero essere formati sull'importanza del DC	Grado A
I professionisti sanitari dovrebbero essere formati su come effettuare il DC	Grado A
Una procedura standard e strumenti standardizzati (come una checklist) dovrebbero essere utilizzati se si considera di utilizzare il DC	Grado A
Le politiche e le procedure di DC dovrebbero essere riviste periodicamente e modificate, qualora necessario	Grado A
La conformità delle politiche e procedure di DC andrebbero costantemente monitorate	Grado A
Il ruolo del secondo valutatore e una guida su quale requisiti deve possedere, dovrebbero essere chiaramente e esplicitamente dichiarati nelle politiche e procedure di DC	Grado A
Il tipo di compiti, il tipo di farmaco e i pazienti con cui applicare il DC dovrebbero essere identificati tramite una strategia di risk management	Grado A
Le seguenti procedure sono raccomandate per il DC prima della somministrazione della terapia:	Grado A
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Una valutazione separata ed indipendente di una seconda persona deve essere fatta, senza che questa sia a conoscenza di quanto ha fatto il primo somministratore</li><li>2. Ogni fase della procedura deve essere DC (per esempio il calcolo della dose e la preparazione della siringa o del farmaco)</li><li>3. Il DC deve verificare anche l'identità del paziente, la correttezza del farmaco prescritto, del dosaggio, della via di somministrazione, del tempo e della frequenza di somministrazione</li></ol>	
Il DC dovrebbe prevedere anche un'analisi approfondita di questi aspetti:	Grado A
<ol style="list-style-type: none"><li>1. La corrispondenza tra farmaco prescritto e le sue indicazioni e la diagnosi del paziente</li><li>2. L'adeguatezza della forma farmaceutica</li><li>3. Il calcolo corretto della dose</li><li>4. La formula usata per arrivare al dosaggio</li><li>5. L'appropriatezza della dose al paziente</li><li>6. L'appropriatezza del tempo e della frequenza di somministrazione per quel paziente</li><li>7. L'appropriatezza e la sicurezza della via di somministrazione per quel paziente</li><li>8. L'appropriatezza dei controlli da effettuare a seguito della somministrazione</li></ol>	

Tabella 1: Sintesi delle raccomandazioni, con il grado di forza delle raccomandazioni (Tratto e modificato da Sharma, [2016] e Kunde, [2015])

## Passi da seguire durante la procedura double checking (tratto da Kellett & Gottwald, 2015)

I due infermieri preparano e somministrano il farmaco seguendo la regola delle 7 g

- > Giusto paziente
- > Giusto farmaco
- > Giusta dose
- > Giusta forma farmaceutica
- > Giusta via di somministrazione
- > Giusto orario
- > Giusta registrazione dell'avvenuta somministrazione

### Step 1. Iniziale valutazione della somministrazione da effettuare

Due infermieri partecipano all'intero processo, in un'area adeguata priva di fonti di distrazione, leggono entrambi ad alta voce la prescrizione.

### Step 2. Calcolo della dose in modo indipendente

Dove avere appurato che la prescrizione è adeguata al tipo di paziente e alle sue condizioni cliniche, ognuno esegue il calcolo della dose in modo indipendente. Si confrontano quindi sui risultati e, qualora emerga una discrepanza cercano di capire dov'è l'errore. I calcoli dei dosaggi dovrebbero essere espliciti e riportare le formule usate per arrivare al risultato, in modo da rendere più facile il riconoscimento dell'errore.

### Step 3. Preparazione del farmaco

Un infermiere prepara il farmaco, sotto la supervisione del secondo infermiere, al fine di garantire che non vengano commessi errori in questa fase.

### Step 4. Identificazione del paziente e somministrazione preparazione del farmaco

I due infermieri si recano dal paziente e ne verificano l'identità.

Valutano quindi la corrispondenza del farmaco prescritto con l'identità del paziente.

### Step 5. Verifica della corretta via di somministrazione

In letteratura sono riportati spesso errori, legati all'utilizzo della scorretta via di somministrazione (Kellett & Gottwald, 2015). È perciò importante non sottovalutare quest'ultima verifica.

### Step 6

Registrazione dell'avvenuta somministrazione nella documentazione clinica e controfirma, anche da parte del secondo infermiere.

## Discussione

Questo articolo riporta una sintesi delle migliori evidenze scientifiche sul Double Checking (DC), durante la somministrazione della terapia. La letteratura non è concorde nel suo uso indiscriminato per qualsiasi procedura, dato che ci sono ancora pochi studi, di elevata qualità, che testimoniano la sua efficacia nel prevenire l'errore della terapia farmacologica (Alsulami et al., 2013) e visto che è una procedura che richiede tempo e risorse (Hewitt et al., 2015).

Le evidenze sottolineano anche che non c'è ancora un'adeguata concettualizzazione di cos'è il DC e che andrebbe trovata un'omogeneità nei suoi

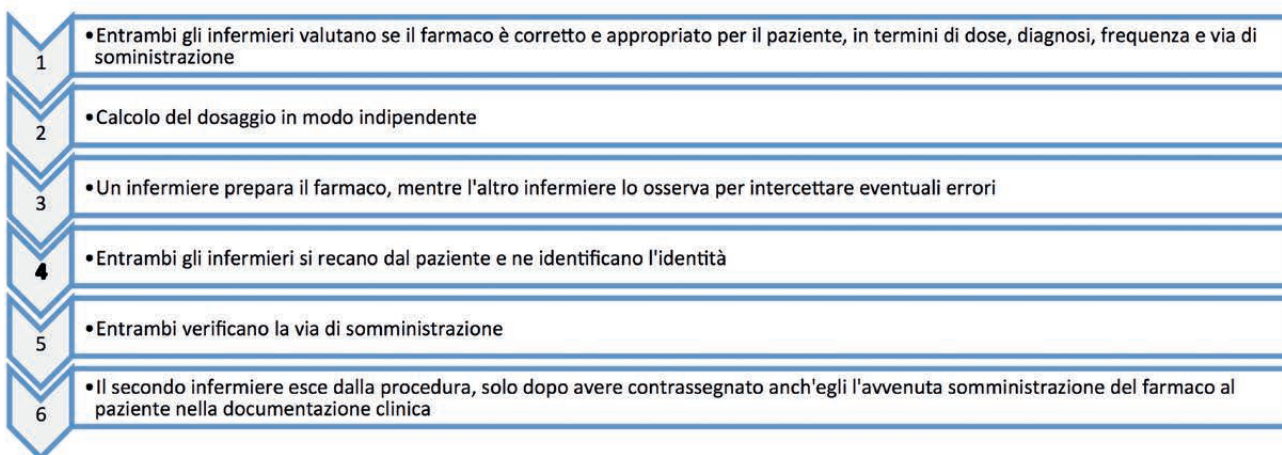


Figura 1: Sintesi degli step da seguire durante il DC (Tratto da Kellett & Gottwald, 2015)



---

passaggi fondamentali. A volte il DC ostacola la segnalazione dei «near misses», facendo in modo così che un processo problematico non venga intercettato e corretto con opportune strategie di analisi e valutazione del rischio clinico (Hewitt et al., 2015).

Per questo motivo, le evidenze scientifiche attuali sottolineano che questa procedura va usata in alcune situazioni specifiche, ossia nelle situazioni ad alto rischio come nella somministrazione della terapia endovena, con popolazioni ad alto rischio (per esempio bambini) o quando si somministrano particolari terapie (come per esempio la chemioterapia, o gli oppiacei endovena; Sharma, 2016; Kunde, 2015).

È importante perciò definire bene i passaggi da seguire per rendere il DC un intervento standardizzato: ciò permetterebbe inoltre di condurre sperimentazioni cliniche, tramite trial clinici randomizzati, al fine di valutarne la reale efficacia nella riduzione dell'errore. In questo articolo riportiamo alcuni passi, stabiliti da Kellett & Gottwald, (2015), per rendere più omogenea l'implementazione di questa procedura.

Nelle raccomandazioni è anche riportata l'importanza di formare adeguatamente coloro che useranno il DC sulla sua importanza e riguardo a come deve essere implementato; dovrebbe essere chiaramente definito il ruolo del secondo valutatore nelle procedure di DC. Queste procedure vanno rivalutate periodicamente, per determinarne l'appropriatezza al proprio contesto, che sappiamo essere in continuo mutamento (Sharma, 2016; Kunde, 2015).

Le raccomandazioni sottolineano che nel DC non è importante stabilire solo che si sta dando il farmaco corretto, ma all'infermiere è richiesta anche la capacità di valutare se quel farmaco è adeguato per la condizione clinica attuale del soggetto e segnalare qualora vi sia il sospetto che non lo sia.

La letteratura sottolinea poi l'importanza di creare una cultura del rischio clinico, che non punti ad individuare e colpevolizzare chi ha sbagliato, ma

si interroghi piuttosto su quali aspetti della catena della sicurezza non hanno funzionato, portando all'accadimento dell'errore (Kellett & Gottwald, 2015).

## Conclusioni

La Prevenzione dell'errore farmacologico è un processo complesso, che deve essere composto da un insieme di strategie, data la sua natura multifattoriale. Il DC è una buona strategia di prevenzione, anche se è impegnativa, richiede tempo e risorse. Può inoltre generare falsa sicurezza, perché potrebbe portare a pensare che la sua implementazione riduca la probabilità di errore a zero. A volte non è ben definito e mancano procedure standardizzate che ne regolano l'implementazione. È necessario perciò stabilire delle procedure chiare, per evitare che le responsabilità dei soggetti coinvolti non siano definite e generino confusione.

Politiche di risk management, con analisi del proprio contesto ed individuazione dei punti critici che possono causare errori, è fondamentale per creare interventi ad hoc e basati sulla propria realtà clinica, tipo di pazienti, tipo di terapia e punti critici nel sistema della sicurezza. Alla luce di questa analisi il DC potrebbe essere utilizzato più efficacemente e con minor dispendio di energie e risorse, nelle situazioni particolarmente a rischio della terapia farmacologica presenti nella propria realtà clinica.

---

> Istituto: Ufficio Sviluppo e Ricerca  
Infermieristica  
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana  
Ospedale San Giovanni, 6500 Bellinzona  
loris.bonetti@eoc.ch

---

> **Bibliografia:** [info@onkologiepflege.ch](mailto:info@onkologiepflege.ch)

# Interview mit Prof. Manuela Eicher

«Die Forschung muss der Praxis dienen»



Manuela Eicher, Wegbegleiterin und Förderin der Forschung und Entwicklung der Onkologiepflege in der Schweiz, ist seit einem Jahr Professorin für Pflegewissenschaften an der Universität Lausanne. Wie ist sie dorthin gekommen? Wie sieht sie die Entwicklung der Pflegewissenschaften hierzulande? Und wie koordiniert sie das Familienleben mit der akademischen Karriere?

*Manuela, du hast am 9. November 2017 deine Antrittsvorlesung an der Uni Lausanne gehalten. Worüber hast du gesprochen?*

Es ging mir vor allem darum, herauszuarbeiten, was Krebs für die Pflege und damit letztlich für Patienten und deren Familien bedeutet. In der biomedizinischen Forschung untersucht man in erster Linie, wie sich Krebs entwickelt und wie sich die Tumoren ausbreiten – und wie man diese Prozesse unterbrechen kann. In der Onkologiepflege und auch der Pflegeforschung interessieren wir uns mehr dafür, was es für die Patienten und ihre Angehörigen bedeutet, mit einer Krebsdiagnose zu leben. Das ist es auch, worüber ich als Pflegewissenschaftlerin mehr wissen möchte: Wie können wir Menschen mit Krebs so unterstützen, dass sie möglichst gut mit dieser Krankheit umgehen und wenn möglich weiterleben können?

*Was bedeutet das konkret für die Pflegeforschung?*

In der Vorlesung habe ich ein paar Beispiele aufgeführt. So haben

wir beispielsweise in mehreren Studien beschrieben, dass mindestens die Hälfte aller Krebspatienten in der Schweiz Unterstützungsbedürfnisse haben, die nicht erfüllt werden. Das gilt auch für die Zeit nach den intensiven Krebstherapien. Hier sind Pflegendе gefordert, mehr und vielseitigere Unterstützung anzubieten. Ein weiterer Schwerpunkt meiner Forschung ist die Förderung des Selbstmanagements. Beispielsweise testen wir in Zusammenarbeit mit der Lindenhofgruppe ein sogenanntes Symptom-Navi-Programm. Wir möchten herausfinden, ob dieses Onkologiepflegenden hilft, Patienten beim Selbstmanagement von Symptomen zu unterstützen. Denn gut gemeint ist nicht immer auch gut gemacht. In anderen Forschungsprojekten entwickeln wir neue Rollen von Onkologiepflegenden. So haben wir am Universitätsspital Lausanne (CHUV) seit vier Jahren eine APN für Patienten mit Lungenkrebs.

*Du bist ja nicht nur Professorin. Welche Tätigkeiten übst du sonst noch aus?*

Als Professorin am IUFERS habe ich die akademische Verantwortung für das Masterprogramm, in dem wir nun schon seit neun Jahren Pflegeexpertinnen auf ANP-Niveau ausbilden. Gleichzeitig haben wir eine Partnerschaft mit dem Departement d'Oncologie des CHUV. Ich leite dort die Pflegeforschung im Bereich Onkologie. Momentan beschäftigen wir uns vor allem mit drei Forschungs-

gebieten. Erstens wollen wir den spezifischen Unterstützungsbedarf von Patienten unter Immuntherapie besser verstehen, um dann Interventionen zu entwickeln. Zudem entwickeln wir Rollen von Onkologiepflegenden weiter und testen diese. Wir pflegen auch internationale Forschungs-kooperationen mit Europa, den USA, Kanada und Australien. Ausserdem bin ich in verschiedenen pflegerischen und interprofessionellen Organisationen und Institutionen in der Schweiz und international vertreten.

*Welche Forschungsgebiete interessieren dich besonders?*

Das kann ich so nicht beantworten, denn meine Forschungsprojekte interessieren mich immer besonders. Bei der Förderung des Selbstmanagements von Patienten bin ich vielleicht mit besonders viel Herzblut dabei, aber auch die aktuelle Entwicklung in der Immunonkologie finde ich hochspannend.

*Bist du noch praktisch in der Pflege tätig?*

Leider habe ich mit Patienten meistens nur noch Kontakt, wenn ich mit ihnen im Rahmen der Forschung Interviews durchführe. Es wäre aber mein Wunsch, dass Pflegeforscherinnen praktisch tätig sein können – ob das in absehbarer Zeit gelingt, weiss ich aber nicht.

*Ist das ein wunder Punkt?*

Es ist uns in der Schweiz noch kaum gelungen, klinische Profes-

suren zu etablieren. Ich persönlich finde es aber falsch, dass sich die Pflegeforschung in einer Form entwickelt, die Forschung, Lehre und Praxis trennt. Bei Ärzten, die medizinische Forschung betreiben, ist das ja nicht der Fall. Ich wäre gern näher an der Praxis dran, um auch mein Denken in der Praxis verankern zu können. Denn letztlich muss ja die Forschung der Praxis dienen, und das kann nur gelingen, wenn man eng zusammenarbeitet.

*Gibt es im Gegensatz dazu etwas, das dir an deinem Beruf ganz besonders gefällt?*

Ich genieße es sehr, dass ich mit so vielen interessanten Menschen zusammenarbeiten darf. Ich habe einerseits viel Freude daran, Studierende auszubilden, andererseits tausche ich mich auch gern mit Pflegenden und anderen Kollegen aus, mit denen ich neue Projekte entwickle und die Ergebnisse diskutiere. Diesen Austausch, für den ich ja auch bezahlt werde, empfinde ich als riesiges Privileg.

*Wie erfährst du das Erstarken der onkologischen Pflegewissenschaft in der Schweiz?*

Von Institutionen und ärztlicher Seite erlebe ich viel Unterstützung – der Wille ist da, den Pflegenden bei der Versorgung von Krebspatienten mehr Raum einzuräumen. Meine Kolleginnen in der Pflege davon zu überzeugen, dass wir jetzt neue Rollen übernehmen können, ist eine spannende Herausforderung. Nicht alle Pflegenden sind überzeugt, dass es Pflegeforschung und -wissenschaften braucht. Das liegt vielleicht auch daran, dass wir noch wenige sind, die in der

Pflege eine akademische Ausbildung machen konnten. Aber vielleicht liegt es auch an der genannten Trennung von Forschung, Lehre und Praxis?

*Wie bist du zur Onkologiepflege gekommen?*

Nach der Matura ging ich nach Brasilien, um dort in einem Pflegeprojekt zu arbeiten. Eigentlich wollte ich danach Medizin studieren, ich war aber so begeistert von der Pflege, dass ich mich anders entschied und eine Pflegeausbildung machte. Das habe ich nie bereut. Bis heute fasziniert es mich, kranke Menschen auf ihrem Weg zu begleiten. Nach der Ausbildung habe ich während Jahren mit HIV-Patienten gearbeitet, in der Schweiz, in Brasilien und in Afrika. Zur Onkologie kam ich erst während meines Studiums der Pflegewissenschaften, als ich meine Masterarbeit im Brust- und Tumorzentrum im Inselspital machte. Bis heute bin ich mit viel Freude in diesem Gebiet tätig, weil es so viele verschiedene Herausforderungen bietet.

*Wann und warum hast du dich für die akademische Karriere entschieden?*

Meine Mutter ist Krankenschwester, mein Vater Professor. Sie haben bei uns Kindern die intellektuellen Interessen geweckt. Den wissenschaftlichen Ansatz vermisste ich schon während der Pflegeausbildung. Ich war immer neugierig und wollte mehr wissen: Warum wirkt etwas, etwas anderes nicht? Warum ist es wichtig, dass wir diese Pflegeintervention anwenden und nicht eine andere? Mir war klar, dass ich Antworten nur über ein Studium der Pflegewissenschaften erhalten würde,

und weil es dieses Studium in der Schweiz damals noch nicht gab, studierte ich in Deutschland. Nach der Masterarbeit hatte ich dann die Möglichkeit, am Inselspital eine Doktorarbeit zu machen. Und danach kam eins zum anderen. Ich hatte aber nie bewusst ein Karriereziel im Kopf. Als ich Krankenpflege lernte, war es ja auch noch gar nicht möglich, eine Pflegeprofessur anzustreben.

*Dann hast du jetzt auch eine Vorbildfunktion?*

Für die Masterstudierenden und die Doktorierenden bin ich sicher auch Modell, weil es nicht viele Professorinnen der Pflegewissenschaft gibt – da bin ich relativ exponiert. Ob ich ein Modell im positiven oder negativen Sinn bin, weiss ich allerdings nicht.

*Wer war dein Vorbild während deiner Karriere?*

Neben vielen Pflegenden, die mir Vorbild waren und sind, die mich prägten und förderten, war mir der Onkologe Prof. Stefan Aebi, der heute Chefarzt Onkologie am Kantonsspital Luzern ist, während des Beginns meiner akademischen Laufbahn ein Vorbild. Seine Strenge war für mich neu – ich versuchte bei ihm, strukturiert und logisch denken und formulieren zu lernen. Was mich vielleicht noch mehr beeindruckte, war seine Bescheidenheit. Er stellte sich nie als jemand Besonderes dar, sondern leistete einfach seinen Beitrag. Das nehme ich mir auch heute noch zu Herzen. Ich glaube nicht, dass Pflegewissenschaftlerinnen, weil sie studieren konnten, eine Elite bilden, sondern sie sollten in erster Linie der Praxis dienen.

*Für Frauen sind akademische Karrieren ja immer noch nicht selbstverständlich. Warst du mit Vorurteilen konfrontiert?*

Als weibliche Wissenschaftlerin habe ich mich nie diskriminiert gefühlt. Es ist aber pickelhart, in der Schweiz eine Karriere als Mutter zu machen. Ich habe zwei Kinder, Lili ist 12, Oscar ist 10. Nach meiner Nomination zur Professorin bekam ich mehr Reaktionen à la «Warum willst du Professorin werden, obwohl du Kinder hast?» zu hören als Gratulationen. Das Zusammenbringen der beiden Rollen Mutter und Akademikerin ist eine Herausforderung. Zum Glück habe ich den besten Partner und die besten Kinder der Welt – damit lässt sie sich meistern.

*Hast du einen Tipp für jüngere Kolleginnen, wie sie damit umgehen sollen?*

Dranbleiben, an etwas und sich glauben, immer schön weitermachen. Der beste Rat, den ich je bekommen habe, war: «Get more support than you will ever need.» Also: Hilfe anfordern und auch planen. Mein Mann und ich investieren viel in die Kinderbetreuung – mehr als in unser Haus, die Ferien, Kleider oder ins Auto. Ich finde, wenn man Kinder will, sollte man nicht deswegen auf eine Karriere verzichten. Es ist möglich, eine Karriere um die Kinder herum aufzubauen. Das kann man sich und anderen zumuten.

*Wie erholst du dich von der Arbeit?*

Ich mache es, wie es Tucholsky empfahl: «Mache deine Berufung zu deinem Beruf und du musst in deinem Leben nie mehr arbeiten.» Bei mir ist eine strikte Trennung zwischen Beruf und Freizeit nicht möglich, denn ich mache vieles von dem, was ich mache, einfach

sehr gern. Deshalb brauche ich wohl auch nicht so viel Regeneration. Ich genieße bewusst die schönen Momente, die ich erlebe, sowohl im Familien- als auch im Berufsleben. Und die anderen, weniger schönen Momente, die ignoriere ich.

#### **Zur Person: Manuela Eicher**

Manuela Eicher hat ein Diplom in allgemeiner Krankenpflege von der Lindenhof-Schule in Bern, einen Bachelor und einen Master of Science in Pflege (BScN und MScN) und einen Doctor rerum medicinalium von der Universität Witten/Herdecke in Deutschland. In Freiburg war sie als Dekanin für

Angewandte Forschung und Entwicklung an der Haute Ecole de Santé (HEdS-FR) tätig. Im Juni 2016 wurde sie zur Professeure Associée des Universitätsinstituts für Lehre und Forschung in Versorgungswissenschaften (IUFRS) der Universität Lausanne ernannt. Sie ist ausserdem in verschiedenen internationalen und nationalen Institutionen vertreten (EONS, IPOS, MASSC, SIDIIEF, akademische Fachgesellschaft Onkologiepflege des VfP, SAMW, SBK, SAKK).

> **Interview:**  
**Dr. med. Eva Ebnöther**

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

**zhaw** **Gesundheit**

## Fit für Ihre Pflegekarriere

- Bachelor of Science in Pflege
- Bachelor of Science für diplomierte Pflegendende
- Master of Science in Pflege
- Weiterbildungen in den Fachrichtungen Pädiatrische Pflege, Onkologische Pflege, Gerontologische Pflege sowie Patienten- und Familienedukation

**Planen Sie Ihre Laufbahn:  
Aus- und Weiterbildung in der Pflege**

Mehr unter [zhaw.ch/gesundheits](http://zhaw.ch/gesundheits)

# Fatigue in der onkologischen Rehabilitation

## Zielsetzungen und Interventionen

Nadja Wyrsch

Eine Krebserkrankung und die entsprechenden Therapien haben Auswirkungen auf das gesamte Leben der Betroffenen. Die Erkrankung betrifft nicht nur den Körper, sondern häufig auch die Psyche, das Familienleben, die Sexualität, die Arbeit und die soziale Situation. Die Rehabilitation soll die Krebsbetroffenen dabei unterstützen, wieder in den Alltag zurückzukehren.

Eine Rehabilitation kann bereits während der medizinischen Behandlung beginnen, der grösste Teil findet in der Regel jedoch nach Abschluss der Krebstherapie statt. Möglich ist eine stationäre oder ambulante Rehabilitation. Die Teilnahme gilt als Empfehlung und kann freiwillig in Anspruch genommen werden. Die Kosten werden in den meisten Fällen von der Krankenversicherung übernommen, wobei der behandelnde Arzt für einzelne Therapien oder aber die stationäre Rehabilitation ein Gesuch um Kostenübernahme stellen muss. Da in der Schweiz die onkologischen Rehabilitationsprogramme noch sehr jung und die Angebote noch nicht flächendeckend sind, sind die Angebote dem medizinischen Fachpersonal sowie den Betroffenen selber noch wenig bekannt.

### Zielsetzungen der Rehabilitation

Die Rehabilitation hat primär das Ziel, die körperlichen und psychischen Folgen der Krebserkrankung und deren Therapien zu lindern und Betroffene wie auch deren

Angehörige zu beraten und zu schulen, wie im Umgang mit spezifisch körperlichen/psychischen Problemen und Belastungen, welche durch die Krankheit oder Therapie aufgetreten sind, umzugehen ist (Marti et al. 2007).

Typische Nachwirkungen sind Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue), Schmerzen, Ernährungsprobleme, krebsspezifische Beeinträchtigungen wie z.B. Inkontinenz, oder Atembeschwerden nach Lungenoperationen, die Angst vor einem Rezidiv, Probleme mit der Sexualität, Unruhe, finanzielle Sorgen sowie die Reintegration in das gewohnte Leben inkl. Arbeitsleben.

Massgebend in der Rehabilitation ist die Förderung von Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit. Unter Selbstwirksamkeit wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, überzeugt zu sein, in einer bestimmten Situation die angemessenen Leistungen zu erbringen. Die Erfahrung einer Krebserkrankung kann als existenziell bedrohend wahrgenommen werden und einen Vertrauensverlust in den eigenen Körper bewirken. Gefühle von Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Abhängigkeit und Autonomieverlust können die Folgen sein, was wiederum das Selbstwertkonzept angreift.

Informationen, Beratung und Anleitungen können Betroffene unterstützen, die eigenen Handlungskompetenzen und Handlungskonsequenzen wieder zu erfahren.

### Beispiel Frau Sch.

Folgendes Fallbeispiel soll die Relevanz einer Rehabilitation speziell in Bezug auf Fatigue veranschaulichen:

Frau Sch. wird nach Radiochemotherapie von ihrem Onkologen in die onkologische Rehabilitation angemeldet. Bei Eintritt ist Frau Sch. körperlich wie auch psychisch stark erschöpft (Fatigue) und ihr Ernährungszustand stark reduziert (BMI 16).

### Anamnestiche Daten

**Patientin:** Frau Sch., 57-jährig, selbständige Textilentwerferin und Leiterin einer Weberei, geschieden, zwei Töchter, wohnt in einem Haus mit Stall und Garten, hat Hund und Katzen.

### Aktuelle Diagnoseliste:

- 1.) Diffuses grosszelliges B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom, Stadium IA SE (Magen- und Milzinfiltration) ED 26.4.2017
- 04/2017-12/2017 8x R-CHOP 21 mit PR und 2x mit GCSF-Support
- 02-03/2017 konsolidierende Radiotherapie mit anschl. Boost im Bereich des morphologischen Lymphomrests

### Rehabilitationsziel:

- > physische Rekonditionierung: mit Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Gangsicherheit und Mobilität
- > Gewichtszunahme
- > psychische Stabilisierung: wieder Vertrauen in ihren Körper

finden, Verarbeitung der Krankengeschichte, Reintegration in das soziale Umfeld

➤ Reintegration in den Arbeitsalltag

### Fatigue

Fatigue ist eines der häufigsten Symptome einer Krebserkrankung und deren Behandlung. Laut Kuhn et al. (2008) leiden 70–90% der Betroffenen an Fatigue und 58% geben dies als alltagsrelevantes Problem an. 48% leiden auch zwei Jahre nach Erstdiagnose noch unter Fatigue. Viele Onkologen nehmen das Erschöpfungssymptom bei ihren Patienten zwar wahr, nennen aber noch immer den Tumorschmerz als das am stärksten beeinträchtigendste Symptom. So zeigt die Umfrage von Vogelzang (2000), dass 94% der Ärzte eine Schmerztherapie für erforderlich halten, aber nur 5% eine Therapie bei Fatigue.

Fatigue ist ein multifaktorielles Symptom.

**Definition Cancer related fatigue:** Müdigkeit ist ein subjektives Empfinden und wird von den Betroffenen als unüberwindbares, anhaltendes Gefühl der Erschöpfung beschrieben. Genügend Schlaf und Ruhe verändern das Erleben der Erschöpfung nicht. Die Auswirkungen der Müdigkeit sind multidimensional und beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten.

Die Faktoren, welche zu einer Fatigue führen, sind multikausal. (franz.: fatigue = Ermüdung, Mattigkeit)

### Behandlungsansätze

Diverse Studien beschreiben die Anämiebehandlung (falls vorhan-

den), die sportliche Aktivität, Aktivitätsaufbau mittels Tagesstruktur, gesunden Schlaf und psycho-soziale Unterstützung/Betreuung als gesichert wirksame Behandlungsansätze (Abb. 1). De Vlies et al. (2011) differenziert die psychosoziale Betreuung in folgende Punkte: Beratung/Schulung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen. Einen immer wichtigeren Stellenwert nehmen auch komplementärmedizinische Behandlungen wie Akupunktur, Massage, Yoga, Entspannung oder Homöopathie ein. Die medikamentöse Therapie mittels Psychostimulantien, Antidepressiva oder Kortikosteroiden werden in der Literatur noch sehr kontrovers diskutiert. Die Ernährungstherapie wird ebenfalls immer wieder als wichtiger Faktor erwähnt, doch sind keine einheitlichen Behandlungsansätze be-

schrieben (Empfehlungen vom Fasten über vegetarische Ernährung bis hin zu ketogener Ernährung).

### Therapieprogramm

Oben genannte Ansätze finden sich auch im täglich neu angepassten Therapieprogramm von Frau Sch. Der individuelle Tagesplan hilft, die Tagesgestaltung bewusster und kräfteschonender zu gestalten. Zwischen Therapieeinheiten finden jeweils bewusst Ruhepausen oder aber eine Entspannungseinheit statt.

Ein Lavendel-Fussbad, das bewusste Reflektieren von Emotionen und Verhalten sowie Entspannungsübungen haben Frau Sch. unterstützt, einen erholsameren Schlaf zu finden. In den psychoonkologischen Gesprä-

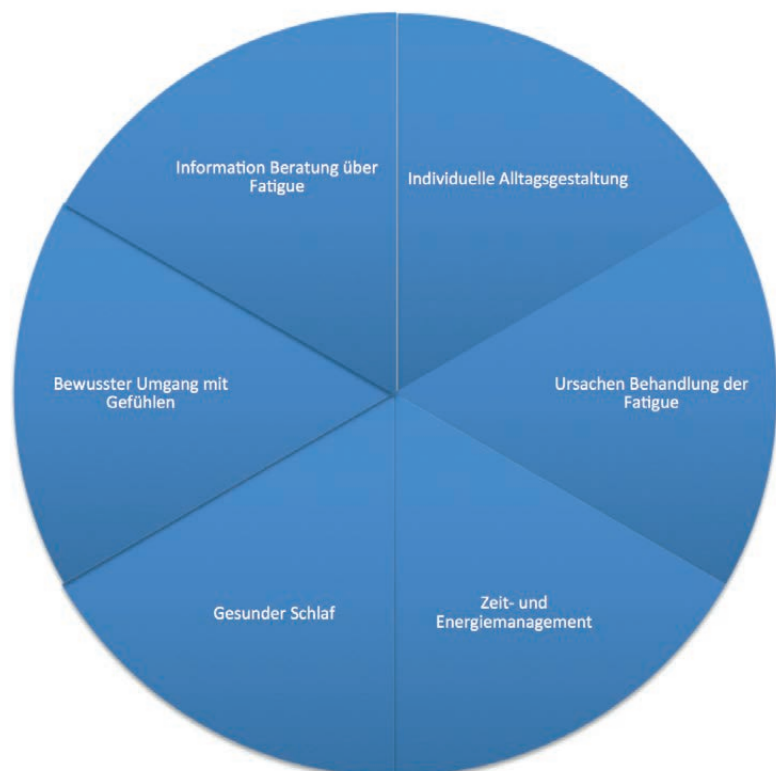


Abbildung 1: Individuelle Behandlungsansätze bei Fatigue (de Vries et al. 2011)

chen kann Frau Sch. über ihre Emotionen sprechen und es findet eine aktive Krankheitsverarbeitung statt. Sie lernt bewusst Strategien zur Beeinflussung negativer Gefühle und zur Aktivierung positiver Emotionen kennen. Auch findet eine umfassende Information und Beratung zum Thema statt. Frau Sch. hatte schon viel von Fatigue gehört und gelesen, doch in der Phase der Akutbehandlung war ihr dieses Phänomen wenig bewusst gewesen. Das Verstehen hilft ihr, besser damit umzugehen (vgl. A. Antonovsky: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit). Imaginationsübungen nutzt sie schon in der zweiten Aufenthaltswoche zur aktiven Entspannung. Ebenfalls als unterstützend sieht sie die Gesprächsgruppe, in der von einem aktiven Austausch mit anderen Patienten profitiert werden kann.


### Wichtige Bestandteile des Rehabilitationsprogramms von Frau Sch.:

- > Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation, Qi-Gong, Bauchdeckenentspannung, Atemtherapie)
- > psychoonkologische und psychologische Einzelgespräche
- > onkologische Gesprächsgruppe zu den Themen: Coping, Fatigue, Umgang mit Angst etc.
- > Ernährungsberatung
- > Ergotherapie
- > komplementärmedizinische Anwendungen zur Schlafförderung und Appetitanregung mittels Aromapflege
- > Sozialberatung (Jobreintegration, Versicherungsfragen, IV-Anmeldung?)


> **Nadja Wyrsch**  
 Onkologische Beratung und  
 Pflegefachfrau BsCN  
 Zürcher Rehabilitationszen-

trum Davos-Clavadel  
 nadja.wyrsch@zhreha.ch

> **Literatur:**  
[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)



**Universität  
Basel**  
Fakultät für  
Psychologie



## CAS in Grundlagen der Psychoonkologie

Gemeinsam gegen Krebs

**Zielgruppen**  
 Die interprofessionellen Weiterbildungen in Psychoonkologie richten sich insbesondere an Fachpersonen aus der Medizin und Pflege (Onkologie, Psychiatrie), Psychologie, Sozialarbeit und Theologie, weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich.

**Weiterbildungsziele**

- Grundkenntnisse in Psychoonkologie erwerben
- Zu fachlich-interprofessionellem Austausch befähigen

**Inhalte / Module**

- Erweiterung der fachlichen Kompetenzen im Bereich Onkologie
- Umgang mit persönlicher Belastung
- Selbst- und Situationsreflektion
- Supervision
- Interprofessioneller Wissenstransfer und -austausch

**Ausbildungsdauer:** August 2018 bis Juni 2019

**Abschluss:** «CAS in Grundlagen der Psychoonkologie» der Universität Basel, 15 ECTS-Punkte


**Ort:** Bern (einige Kurstage ausserhalb)

**Kosten:** Fr. 8500.– (2 Semester)

**Anmeldeschluss:** 30. April 2018

**Unterlagen und Anmeldung**  
[www.krebsliga.ch/fachpersonen/weiterbildungen/psychoonkologie/](http://www.krebsliga.ch/fachpersonen/weiterbildungen/psychoonkologie/)

**Kursorganisation:** Tel. 031 389 93 27  
 E-Mail: [psychoonkologie@krebsliga.ch](mailto:psychoonkologie@krebsliga.ch)



**krebsliga**

ADVANCED STUDIES

# Pflegerische Schmerzberatung ist effektiv: Barrieren zur Schmerztherapie, Symptombelastung und Lebensqualität werden positiv beeinflusst

Die Cluster-randomisierte Interventionsstudie von Jahn und Kollegen (2014) zeigt, dass eine modulare pflegerische Schmerzberatung Barrieren zur effektiven Schmerztherapie, Symptombelastung und Lebensqualität positiv beeinflussen kann. Nun besteht Forschungsbedarf, um diese positiven Ergebnisse in der klinischen Praxis zu sichern.

Die Förderung des Selbstmanagements ist in der Onkologie von zunehmender Bedeutung. Bei vielen Patienten führen die Krebserkrankung und die damit verbundenen Therapien zu Symptomen, die auch nach Abschluss einer Therapie anhalten können. Fast jeder Patient wird im Laufe der Erkrankung und deren Behandlung mit Schmerz konfrontiert. Somit benötigen Patienten und deren Angehörige Unterstützung, um aktiv damit umgehen zu können. Selbstmanagementfähigkeiten in der Schmerztherapie werden insbesondere von Wissen, bisherigem Handeln und persönlicher Einstellung beeinflusst. Pflegende spielen dabei eine zentrale Rolle, indem sie informieren, beraten und schulen. Aus diesem Grund entwickelte und testete das Forschungsteam rund um Dr. Patrick Jahn das sogenannte «Self Care Improvement through Oncology Nursing (SCION-)Pain»-Programm.

Die Forscher wollten folgenden Fragen auf den Grund gehen:

➤ Welchen Einfluss hat eine multimodulare strukturierte pflegeri-

sche Schmerzberatung auf die subjektive Wahrnehmung von Barrieren hinsichtlich einer effektiven Schmerztherapie?

➤ Kann die Symptombelastung und Lebensqualität von onkologischen Patienten durch die Schmerzberatung nachhaltig verbessert werden?

Insgesamt 263 erwachsene Patienten mit unterschiedlichen Tumordiagnosen aus zwei deutschen Universitätskliniken und 18 verschiedenen Bettenstationen nahmen an der Studie teil. Alle eingeschlossenen Patienten befanden sich bei Studieneinschluss aufgrund ihrer Krebsbehandlung im Spital und beklagten mittelstarke oder starke Schmerzen. Die Patienten wurden der Kontroll- und Interventionsgruppe randomisiert zugeteilt. Während die Kontrollgruppe eine Standard-schmerztherapie erhielt, nahmen Patienten der Interventionsgruppe zusätzlich am Edukationsprogramm SCION-PAIN teil.

Die Beratungssitzungen von SCION-PAIN wurden in drei Modulen durchgeführt. Dazu erhielten Patienten eine Lehrbroschüre, ein Schmerztagebuch, eine Checkliste zur Vorbereitung der Entlassung und eine CD mit Übungen zur progressiven Muskelentspannung. Die Intervention wurde von speziell ausgebildeten Onkologiepflegefachpersonen durchgeführt und dauerte jeweils 20 bis 30 Minuten. Das erste Modul «Pharmakologische Schmerztherapie» beinhaltete die Themen Schmerzbeurteilung, Medikamentenein-

nahme und Kommunikation mit dem Behandlungsteam. Das zweite Modul, «Nicht pharmakologisches Schmerzmanagement», fasste Informationen über die Wirksamkeit komplementärer Schmerzbehandlungsmethoden zusammen. Auch erhielten die Patienten eine CD mit Anweisungen, wie sie die progressive Muskelentspannung einsetzen können. Das dritte Modul, «Schmerzen und Entlassungsmanagement», zielte im Sinne von Selbstmanagement darauf ab, Patienten auf den Umgang mit Schmerzen im häuslichen Umfeld zu schulen. Nachdem jeder Patient die Beratung erhalten hatte, wurde zusätzlich an jedem zweiten oder dritten Aufenthaltstag eine zusätzliche individuelle Beratung angeboten. Zwei bis drei Tage nach dem Spitalaustritt erhielten die Patienten der Interventionsgruppe eine Telefonberatung. Patienten wurden zu ihrer Schmerzintensität (Brief Pain Inventory), Barrieren in der Schmerzbehandlung (Barriers Questionnaire-BQ II), ihrer Lebensqualität (EORTC QLQ C30) und ihrer Schmerzverarbeitung und bewältigung (FESV-BW) befragt. Die Studienergebnisse zeigten, dass Patienten aus der Interventionsgruppe deutlich weniger Barrieren für das Schmerzmanagement eine Woche nach Entlassung aus dem Krankenhaus wahrnahmen: Die mittlere Differenz beim Barriers Questionnaire-BQ II betrug 0,49 Punkte (95% Konfidenzintervall 0,87 Punkte bis 0,12 Punkte; P = 0,02). Darüber hinaus zeigten die



Patienten eine bessere Medikamentenadhärenz; Odds Ratio 8,58 (95% Konfidenzintervall 1,66 – 44,40; P = 0,02). Eine Post-hoc-Analyse zeigte eine niedrigere Schmerzintensität sowie eine verbesserte Lebensqualität an.

#### Fazit und Ausblick

Diese Studie zeigte – zumindest unter Studienbedingungen –, dass es durch eine pflegerische Intervention möglich ist, das Selbstmanagement von Patienten mit Schmerzen, bedingt durch eine Krebserkrankung, zu verbessern. Patienten berichteten über weniger Barrieren zur effektiven Schmerztherapie, eine niedrigere Schmerzintensität und eine höhere Lebensqualität.

Pflegewissenschaftliche Studien wie diese zum SCION-Pain-Programm sind wichtig, um aufzuzeigen, dass pflegerische Beratung Patientenergebnisse verbessern kann. Das Forschungsteam kündigte an, das es in einer Phase-IV-Studie testen möchte, ob sich das SCION-Pain-Programm nachhaltig in der Praxis etablieren lässt und einen langfristigen Nutzen für Patienten und das Gesundheitssystem bringen kann. Auf diese Ergebnisse können wir nun gespannt sein.

> **Dr. sc. med. Monika Kirsch**  
Pflegeexpertin ANP  
Anästhesiologie / Abteilung  
Schmerztherapie

Universitätsspital Basel  
Spitalstrasse 21  
CH-4031 Basel  
Tel.: +41 61 328 50 85  
monika.kirsch@usb.ch

#### > **Literatur:**

**Jahn, P., Kuss, O., Schmidt, H., Bauer, A., Kitzmantel, M.,**

**Jordan, K., Krasemann, S., Landenberger, M. (2014). Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial. Pain, 155(4), 746-754. doi: 10.1016/j.pain.2014.01.006**

**Konsequent praxisorientiert:  
MAS/DAS/CAS FH in  
ONCOLOGICAL CARE**

**berufsbegleitend  
modular  
fundiert**

Krebskranke Menschen und ihre Angehörigen brauchen eine optimale Pflege, die auf aktuellem Forschungswissen basiert, ihren Zustand und ihre Lebenssituation kompetent analysiert, die pflegerischen Interventionen gezielt auswählt und reflektiert umsetzt.

Der berufsbegleitende MAS Studiengang in Oncological Care dauert minimal 2 Jahre. Die Module können auch einzeln besucht werden.

**Der Studienstart ist jederzeit möglich.**

**Termine für Info-Anlässe: [www.kalaidos-gesundheit.ch](http://www.kalaidos-gesundheit.ch)**

**Ihre Karriereziele – unsere berufsbegleitenden Studiengänge:** Bachelor of Science | Master of Science | Cardiovascular Perfusion | Care Management | Complex Care | Geriatric Care | Home Care | Management of Healthcare Institutions | Nephrological Care | Neuro/Stroke | Oncological Care | Palliative Care | Pflege- und Gesundheitsrecht | Rehabilitation Care | Transformationen managen | Transplantationspflege | Wound Care | Wissenschaftspraxis

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit  
Careum Campus, Pestalozzistrasse 5, 8032 Zürich  
Tel. 043 222 63 00, [patrick.jermann@kalaidos-fh.ch](mailto:patrick.jermann@kalaidos-fh.ch)



**Kalaidos  
Fachhochschule  
Schweiz**

Die Hochschule für Berufstätige.

KALG17/06

 Eidgenössisch akkreditierte und beaufsichtigte Fachhochschule

# Interview avec la professeure Manuela Eicher

« La recherche doit être au service de la pratique »



Manuela Eicher, qui en Suisse accompagne et encourage la recherche et le développement dans le domaine des soins en oncologie, est depuis un an professeure associée en sciences infirmières à l'université de Lausanne. Comment a-t-elle accédé à ce poste ? Comment voit-elle l'évolution des sciences infirmières dans le pays ? Et comment concilie-t-elle vie de famille et carrière académique ?

*Manuela, tu as donné ta leçon inaugurale à l'université de Lausanne le 9 novembre dernier. Quel en était le sujet ?*

Je souhaitais souligner notamment ce qu'implique le cancer pour les soins infirmiers, mais également pour les patients et leurs proches. La recherche biomédicale a pour vocation d'étudier en particulier le développement du cancer et la propagation des tumeurs et d'analyser comment interrompre ces processus. Dans le domaine des soins en oncologie, mais également dans la recherche en matière de soins, nous nous intéressons davantage à ce que représente un diagnostic de cancer dans la vie quotidienne des patients et de leurs proches. C'est ces connaissances-là que je souhaite approfondir en tant que scientifique spécialisée en soins infirmiers : comment pouvons-nous soutenir les personnes atteintes d'un cancer de manière à ce qu'elles gèrent au mieux leur maladie et puissent si possible continuer de vivre sainement avec cette maladie ?

*Qu'est-ce que cela signifie concrètement pour la recherche en matière de soins ?*

J'ai illustré ma leçon avec quelques exemples : nous avons notamment décrit dans plusieurs études qu'au moins la moitié de tous les patients atteints d'un cancer en Suisse ont des besoins en soins de support qui restent insatisfaits. Ce constat concerne également la période qui suit les traitements intensifs anticancéreux, durant laquelle un soutien accru et multiple est attendu des infirmières et infirmiers et des autres professionnelles de la santé. L'encouragement à l'autogestion est un autre aspect important de mes recherches. Par exemple, nous testons avec le groupe Lindenhof un programme appelé «Symptom-Navi-Programm». Nous souhaitons découvrir si celui-ci permet aux infirmières et infirmiers en oncologie d'aider les patients à autogérer les symptômes. Car ce n'est pas parce qu'un programme a été développé avec les meilleures intentions qu'il fonctionnera correctement. Dans d'autres projets de recherche, nous développons de nouveaux rôles pour les infirmières et infirmiers en oncologie. Ainsi, depuis quatre ans, nous disposons à l'hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) d'un rôle de pratique avancée (IPA) pour les patients atteints d'un cancer du poumon.

*Tu n'es pas seulement professeure. Quelles autres activités exerces-tu par ailleurs ?*

En tant que professeure à l'IUFRS,

j'assume la responsabilité académique du programme de Master-ès en Sciences Infirmières dans le cadre duquel nous formons depuis neuf ans des expertes et experts en soins de niveau IPA. Parallèlement, je travaille en partenariat avec le département d'oncologie du CHUV. J'y suis responsable de réaliser des projets de recherche dans le domaine des soins infirmiers en oncologie. Pour le moment, nos travaux de recherche se concentrent différents pôles. D'une part, nous voulons mieux comprendre les besoins spécifiques en soins de support des patients sous traitement immunitaire afin de développer des interventions. D'autre part, nous continuons de développer des rôles et interventions pour les infirmières et infirmiers en oncologie et nous les testons. Nous entretenons par ailleurs des coopérations de recherche à l'échelle internationale avec l'Europe, les USA, le Canada et l'Australie. De plus, je suis représentée dans diverses organisations et institutions interprofessionnelles et de soins en Suisse et à l'étranger.

*Quels sont les domaines de recherche qui t'intéressent le plus ?*

C'est difficile à dire, car tous mes projets de recherche présentent pour moi un intérêt particulier. Des projets d'encouragement à l'autogestion des patients me tiennent peut-être un peu plus à cœur, bien que je trouve aussi extrêmement captivante l'évolution actuelle de l'immuno-oncologie.



### *Prends-tu également une part active dans les soins ?*

Malheureusement, je n'ai généralement des contacts avec les patients que lorsque je mène des entretiens dans le cadre de mes recherches. Cela dit, j'aimerais beaucoup que chercheuses et chercheurs dans le domaine des soins puissent exercer un rôle pratique. J'ignore toutefois si mon souhait est réalisable dans un futur proche.

### *Est-ce un point sensible ?*

La Suisse peine encore à mettre en place des chaires cliniques. Personnellement, je trouve qu'il est incorrect de développer la recherche en matière de soins en dissociant la recherche, la formation et la pratique. D'ailleurs, ce n'est pas le cas des médecins qui font de la recherche médicale. J'aimerais être plus impliquée dans la pratique pour pouvoir également mieux y ancrer mes idées. Car au final, la recherche doit être au service de la pratique et une collaboration étroite entre les deux activités est par conséquent indispensable.

### *Existe-t-il en revanche un aspect de ton travail qui te plaît particulièrement ?*

J'apprécie beaucoup le fait de pouvoir travailler avec autant de personnes intéressantes. J'ai beaucoup de plaisir à former des étudiants, et j'aime échanger avec les infirmières, infirmiers et autres collègues avec lesquels je développe de nouveaux projets et discute des résultats. Cet échange, pour lequel je suis également rétribuée, constitue à mes yeux un privilège énorme.

### *Que penses-tu du renforcement des sciences infirmières en oncologie sur le territoire suisse ?*

Je constate qu'un soutien considérable est apporté par les institutions et les médecins – ils veulent donner aux infirmières et infirmiers plus de marge de manœuvre dans les soins aux patients atteints d'un cancer. C'est un défi palpitant que de parvenir à convaincre mes collègues infirmières qu'à l'avenir, elles pourront assumer de nouveaux rôles. Toutes les infirmières et infirmiers ne sont pas persuadés que le secteur des soins a besoin de s'ouvrir

à la recherche et aux sciences. Si leurs doutes s'expliquent sans doute en partie par le fait que peu d'entre nous ont suivi une formation académique, peut-être sont-ils liés aussi à la dissociation déjà évoquée entre recherche, formation et pratique.

### *Comment t'es-tu intéressée aux soins en oncologie ?*

Après mon diplôme, je suis partie au Brésil pour y travailler dans le cadre d'un projet d'infirmiers. En fait, je souhaitais entreprendre des études de médecine, mais les soins infirmiers m'ont tellement plu que j'ai changé d'avis sur mon choix d'études pour finalement suivre une formation d'infirmière. Je ne l'ai jamais regretté. Je reste fascinée par l'accompagnement des personnes malades. Après mes études, j'ai travaillé des années avec des patients atteints par le VIH en Suisse, au Brésil et en Afrique. Je ne me suis intéressée à l'oncologie que durant mes études en sciences infirmières, lorsque j'ai rédigé mon travail de Master au centre du sein et des tumeurs gynécologiques de l'hôpital de l'Île. Je suis toujours très heureuse de travailler dans ce secteur qui nous confronte à des défis extrêmement variés.

### *Quand et pourquoi t'es-tu décidée à suivre une carrière académique ?*

Ma maman est infirmière et mon papa professeur. Ils ont suscité l'intérêt de leurs enfants pour les activités intellectuelles. L'approche scientifique m'a manqué dans ma formation d'infirmière. J'ai toujours été curieuse et désireuse d'en savoir plus : pourquoi une solution particulière est-elle efficace et une autre pas ? Pourquoi est-il important de privilégier une

intervention infirmière plutôt qu'une autre ? Il était clair pour moi que je n'obtiendrais des réponses à mes questions que dans le cadre d'études en sciences infirmières et comme à l'époque, la Suisse n'offrait pas encore ce type de formation, je l'ai suivie en Allemagne. Après la maîtrise, j'ai eu la possibilité de passer une thèse de doctorat à l'hôpital de l'Île. Et puis les choses se sont enchaînées. Je n'ai pourtant jamais eu de plan de carrière. Lorsque j'ai suivi mes études d'infirmière, il n'était même pas encore possible de briguer une chaire en soins infirmiers.

### *Tu sers donc d'exemple aujourd'hui ?*

Pour les étudiants et étudiantes en Master-ès en Sciences Infirmières et les doctorants, je suis certainement un modèle, dans la mesure où nous sommes peu nombreux à être professeurs en sciences infirmières. Je suis donc plutôt exposée. Toutefois, j'ignore si je suis un modèle au sens positif ou négatif.

### *Qui t'a servi d'exemple durant ta carrière ?*

Outre les nombreuses infirmières et infirmiers qui m'ont inspirée, marquée et encouragée, le professeur Stefan Aebi, oncologue et aujourd'hui médecin-chef en oncologie à l'hôpital cantonal de Lucerne, a été mon modèle au début de ma carrière académique. Sa rigueur était nouvelle pour moi ; j'ai essayé à ses côtés d'apprendre à penser et à formuler mes idées de manière structurée et logique. Mais sa modestie m'a sans doute impressionnée davantage encore. Il n'a jamais cherché à s'imposer comme une personne d'exception, mais a toujours fait

simplement son travail. C'est un trait de caractère qui, aujourd'hui encore, me tient personnellement à cœur. Je ne pense pas que les scientifiques spécialistes des soins forment une élite parce qu'ils ont pu faire des études. Je pense qu'ils doivent surtout servir la pratique.

### *Mener une carrière académique n'est toujours pas évident pour les femmes. As-tu été confrontée à des préjugés ?*

En tant que femme scientifique, je ne me suis jamais sentie discriminée. Mais il reste difficile en Suisse de faire carrière lorsqu'on est maman. J'ai deux enfants : Lili 12 ans et Oscar 10 ans. Après ma nomination au poste de professeure, j'ai entendu plus de réactions du style « Pourquoi veux-tu devenir professeure alors que tu es maman ? » que de félicitations. Il est compliqué de gérer de front sa carrière universitaire et son rôle de mère. Heureusement, j'ai un compagnon et des enfants formidables qui me permettent de concilier vie privée et vie professionnelle.

### *As-tu dans ce contexte un conseil à donner à de jeunes collègues ?*

S'accrocher, croire en soi et en ce

que l'on fait, continuer sans relâche. Le meilleur conseil que j'ai reçu était : « Get more support than you will ever need », c'est-à-dire : demander de l'aide et en prévoir en suffisance. Mon mari et moi investissons beaucoup dans la garde de nos enfants – plus que dans notre maison, dans les vacances, les vêtements ou la voiture. Je pense que ce n'est pas parce que l'on veut des enfants que l'on doit pour autant renoncer à sa carrière. Il est possible de concilier vie professionnelle et enfants. Chacun peut être à la hauteur de ce défi.

### *Quels sont tes loisirs en dehors du travail ?*

J'applique le conseil de Tucholsky : « Fais de ta vocation ton métier et tu ne devras plus jamais travailler de ta vie. » Il m'est impossible de dissocier complètement mon métier de mes loisirs, car bon nombre des activités que je prends en charge me procurent beaucoup de plaisir. Ainsi, je n'éprouve pas souvent le besoin de me régénérer. Je profite pleinement des bons moments qui me sont donnés de vivre, à la fois dans mon métier et dans ma vie de famille, et j'ignore les autres moments moins agréables.





### Manuela Eicher

Manuela Eicher a obtenu un diplôme en soins généraux à l'école de soins infirmiers Lindenhof à Berne, un bachelors et un master en sciences

infirmières (BScN et MScN) ainsi qu'un Doctor rerum medicinalium à l'université de Witten/Herdecke en Allemagne. Elle a été doyenne pour la recherche

appliquée et le développement à la Haute Ecole de Santé de Fribourg (HEdS-FR). En juin 2016, elle a été nommée professeure associée de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) de l'université de Lausanne. Par ailleurs, elle siège dans diverses institutions internationales et nationales (EONS, IPOS, MASSC, SIDIIEF, société scientifique des soins en oncologie de l'APSI, ASSM, ASI, SAKK).

> **Interview:**  
**Dr. med. Eva Ebnöther**

## Thérapie martiale. Un geste simple et efficace.



Depuis 2008  
500 mg



Depuis 2015  
Flacon de  
1000 mg



Simple. Rapide. Efficace.<sup>1,2,3</sup>

1. Qunibi WY et al. A randomized controlled trial comparing intravenous ferric carboxymaltose with oral iron for treatment of iron deficiency anaemia of non-dialysis-dependent chronic kidney disease patients. *Nephrol Dial Transplant* (2011); 26(5):1599-607. 2. Van Wyck DB et al. Large-dose intravenous ferric carboxymaltose injection for iron deficiency anemia in heavy uterine bleeding: a randomized, controlled trial. *Transfusion* (2009); 49(12):2719-28. 3. www.swissmedicinfo.ch

**Ferinject®**, C: Carboxymaltose ferrique. I: Carence martiale lorsque le traitement par fer oral n'est pas suffisamment efficace, inefficace ou impossible. **Po:** La dose totale cumulée de Ferinject doit être calculée individuellement. Ferinject peut être administré en perfusion i.v. (dilué dans 0,9% NaCl) ou en injection i.v. (non diluée) à des doses unitaires hebdomadaires allant jusqu'à 20 mg/kg, maximum 1000 mg, jusqu'à l'obtention de la dose totale cumulée calculée. **Ca:** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, anémie sans origine ferrique confirmée, surcharge en fer, 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. **Préc:** Interroger les patients de façon approfondie avant chaque administration de Ferinject à la recherche d'EI liés à l'administration préalable de préparations i.v. à base de fer. Du personnel médical qualifié doit être immédiatement disponible, en mesure d'évaluer des réactions anaphylactiques et de les traiter. N'administrer que dans une structure dans laquelle tous les moyens de réanimation sont présents. Surveillance des patients pendant min. 30 min après administration, à la recherche de signes et de symptômes d'une réaction d'hypersensibilité. Une injection paraveineuse peut provoquer une coloration brune et une irritation de la peau et est donc à éviter. Utiliser avec prudence lors d'infections aiguës ou chroniques, d'asthme ou d'allergies atopiques. Tenir compte de la teneur en sodium pouvant aller jusqu'à 5,5 mg/ml. **G/A:** CI pendant le 1<sup>er</sup> trimestre. Utilisation durant les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres seulement sur indication stricte. **Ef:** Fréquents: hypophosphatémie transitoire, céphalées, rougeur du visage (flush), vertiges, hypertension, nausées, réactions au site d'injection/de perfusion. Occasionnels: réactions d'hypersensibilité de type immédiat, paresthésies, tachycardie, hypotension, rougeurs, dyspnée troubles gastro-intestinaux, dysgueusie, rash, prurit, urticaire, érythème, myalgies, dorsalgies, arthralgies, crampes musculaires, douleurs dans les membres, fièvre, fatigue, douleurs thoraciques, œdème périphérique, frissons, douleurs, élévation du taux d'AST, ALT, gamma-GT, LDH et ALP. **IA:** L'administration simultanée avec des préparations orales de fer en réduit l'absorption. **Prés:** 5 flacons de 100 mg (2 ml) ou 500 mg (10 ml), 1 flacon de 500 mg (10 ml) ou de 1000 mg (20 ml). **Liste B.** Informations détaillées: www.swissmedicinfo.ch. Titulaire de l'autorisation: **Vifor (International) SA, CH-9001 Saint-Gall.** Distribution: **Vifor SA, CH-1752 Villars-sur-Glâne.** Mise à jour de l'information: février 2017.

www.ferinject.ch

www.iron.medline.ch

WE FOR YOU<sup>+</sup>

viforpharma.ch



## Aus dem Vorstand

Der Vorstand freut sich sehr über den Erfolg der verschiedenen Aktivitäten in den vergangenen Monaten, wie Fortbildungen, Einführungskurs und die Tagungen in der Suisse Romande und im Tessin. Auch die erstmals durchgeführte Netzwerktagung für Pflegeexpertinnen und -experten wie die neue Tagung für Pflegefachpersonen in der Spitex sind auf ein gutes Echo gestossen. Das Angebot zur Unterstützung bei der Implementierung des Leitfadens «Dermatologische Reaktionen bei Tumorthérapien» wurde von sieben Institutionen und Netzwerken in Anspruch genommen. Der Vorstand dankt allen Kolleginnen und Kollegen herzlich für die professionelle Durchführung der Veranstaltungen! Die aktuellen Termine für alle Veranstaltungen im 2018 sind auf unserer Webseite aufgeschaltet.

### Wechsel bei der Leitung Gruppe Fortbildungen (GFB-OPS)

Anita Margulies hat die Leitung der GFB-OPS auf den 1. Januar 2018 an Silvia Rusch übergeben. Anita Margulies hat das erfolgreiche Fortbildungsprogramm vor vielen Jahren auf- und es stetig ausgebaut, sodass heute jährlich

über 600 Interessierte an den verschiedenen Veranstaltungen teilnehmen. Die Fortbildungen sind bekannt für die wissenschaftlich fundierten Inhalte, die ausgezeichneten Referentinnen und Referenten aus allen Fachrichtungen der Onkologie und der am Thema beteiligten Berufsgruppen. Anita ist es stets gelungen, eine Atmosphäre des Lernens und des Austausches zu schaffen, was alle Beteiligten sehr schätzten. Der Vorstand dankt Anita Margulies sehr herzlich für ihr Engagement, das von aktuellstem und fundiertem Fachwissen, Expertise, aber auch viel Herzblut geprägt war. Silvia Rusch, Pflegefachfrau und Pflegeexpertin mit langjähriger Praxiserfahrung mit onkologischen Patientinnen und Patienten am Universitätsspital Zürich, wurde vom Vorstand als neue Leiterin der GFB-OPS gewählt. Im vergangenen Jahr wurde sie von Anita Margulies in die neue Aufgabe eingeführt. Zusammen mit den bereits seit vielen Jahren in der GFB-OPS aktiven Kursleiterinnen Monika Biedermann, Inselspital, und Cornelia Kern Fürer, Chur, wird sie die bewährten Fortbildungen anbieten und neue Angebote entwickeln. Wir freuen uns

sehr auf die Zusammenarbeit mit Silvia Rusch und wünschen ihr, wie auch ihren Kolleginnen, viel Erfolg und Freude.

### Neue Interessengruppe Radio-Onkologie (IG-Pflege RAO)

Die Interessengruppe RAO, in welcher Mitglieder von 13 Institutionen mit einem Fachbereich Radio-Onkologie vertreten sind, schliesst sich als Interessengruppe der OPS an. Der Vorstand hat das Gesuch der IG-Pflege RAO einstimmig angenommen und freut sich sehr, mit den Kolleginnen und Kollegen der Radio-Onkologie das Angebot für die Pflegefachpersonen in diesem Fachbereich zu unterstützen und zu fördern. Er heisst die neuen Mitglieder herzlich willkommen! In den nächsten Monaten werden das Programm der IG und die Zusammenarbeit mit der OPS konkretisiert. Die Interessengruppe bleibt weiterhin Mitglied der Scientific Association of Swiss Radiation Oncology (SASRO), damit der Kontakt zu den Radiotherapeuten erhalten bleibt.

> Irène Bachmann-Mettler,  
Präsidentin OPS

## Nouvelles du comité

Le comité est très heureux du succès des diverses activités menées ces derniers mois, notamment les formations continues, cours d'introduction et congrès donnés en Suisse romande et dans le Tessin. Le congrès de réseau d'expertes et experts en soins qui s'est tenu pour la première fois ainsi que le nouveau congrès réservé aux infirmières et infirmiers des services d'aide et de soins à domicile ont également rencontré un écho favorable. Les activités de soutien proposées lors de l'implémentation du guide « Réactions dermatologiques dans les thérapies tumorales » ont profité à sept institutions et réseaux. Le comité remercie de tout cœur toutes et tous les collègues pour leur professionnalisme dans l'organisation des manifestations. Les dates des manifestations 2018 sont disponibles sur notre site Web.

### Changement au sein de la direction dans le groupe Formations continues (GFC-SOS)

Le 1er janvier 2018, Anita Margulies a cédé son poste de directrice du GFC des SOS à Silvia Rusch. Anita Margulies a créé un programme efficace de formations continues il y a de nombreuses années et n'a cessé de le dé-

velopper de sorte qu'aujourd'hui, ce sont chaque année plus de 600 personnes qui participent aux différentes manifestations. Les formations continues sont réputées pour leur contenu scientifique, l'excellence des intervenantes et intervenants issus de toutes les disciplines apparentées à l'oncologie et aux groupes professionnels intéressés par la thématique. Anita a toujours réussi à instaurer un climat propice à l'apprentissage et aux échanges, ce qui est très apprécié de tous les participants. Le comité remercie chaleureusement Anita Margulies pour son engagement empreint d'un savoir solide et actuel, d'une grande expertise et de beaucoup de passion.

Silvia Rusch est infirmière et experte en soins infirmiers. Elle a travaillé de nombreuses années auprès des patientes et patients en oncologie de l'hôpital universitaire de Zurich et a été nommée par le comité à la tête du GFC des SOS. Tout au long de l'année écoulée, Anita Margulies l'a initiée à ses nouvelles responsabilités. Aux côtés des formatrices Monika Biedermann de l'Inselspital et Cornelia Kern FÜRer de Coire, actives depuis de nombreuses années au sein du GFC des SOS, elle continuera de proposer les

formations continues déjà éprouvées et étendra l'offre existante. Nous nous réjouissons de la future collaboration avec Silvia Rusch et lui souhaitons à elle et à ses collègues beaucoup de succès et de joie.

### Nouveau groupe d'intérêt Radio-oncologie (GI des soins infirmiers en RAO)

Le groupe d'intérêt RAO dans lequel sont représentés les membres de 13 institutions spécialisées en radio-oncologie rejoint les autres groupes d'intérêt des SOS. Le comité a accepté à l'unanimité la requête du GI des soins infirmiers en RAO et se réjouit de pouvoir, avec les collègues de radio-oncologie, soutenir et encourager l'offre destinée aux infirmières et infirmiers de cette discipline. Il souhaite de tout cœur la bienvenue aux nouveaux membres ! Le programme du GI et la collaboration avec les SOS se concrétiseront ces prochains mois. Le groupe d'intérêt reste membre de la Scientific Association of Swiss Radiation Oncology (SASRO), si bien que les contacts avec les radiothérapeutes seront préservés.

> Irène Bachmann-Mettler,  
présidente des SOS

## Dal comitato

Il comitato è molto soddisfatto del successo delle varie attività degli ultimi mesi, come le formazioni, il corso introduttivo e gli incontri in Romandia e Ticino. Hanno avuto un buon riscontro anche il primo incontro di networking per esperti infermieristici e la nuova giornata per infermieri in Spitex. L'offerta per sostenere l'implementazione della guida «Reazioni dermatologiche nella terapia del tumore» è stata presa in considerazione da sette istituzioni e reti specifiche. Il Comitato ringrazia di cuore tutti i colleghi e le colleghe per la professionale realizzazione degli eventi! Le date aggiornate per tutti gli eventi del 2018 sono disponibili sul nostro sito web.

### Cambiamento del gruppo direttivo della formazione (GFB-OPS)

Il 1° gennaio 2018 Anita Margulies ha passato la direzione del GFB-OPS a Silvia Rusch. Molti anni fa Anita Margulies ha creato e ampliato con successo il programma di formazione; oggi infatti oltre 600 persone partecipano ai vari eventi. I corsi di formazione sono

noti per il loro contenuto scientificamente fondato, gli eccellenti relatori di tutte le discipline in oncologia e i gruppi professionali coinvolti nell'argomento. Anita è sempre riuscita a creare un'atmosfera di apprendimento e di scambio, che tutti i partecipanti hanno molto apprezzato. Il comitato desidera ringraziare Anita Margulies per il suo impegno, che è stato caratterizzato da conoscenze specialistiche, competenze, nonché da molta passione.

Silvia Rusch, infermiera e esperta in cure infermieristiche con molti anni di esperienza pratica con pazienti oncologici presso l'Ospedale Universitario di Zurigo, è stata eletta dal comitato come nuova responsabile del GFB-OPS. L'anno scorso è stata introdotta nel nuovo ruolo da Anita Margulies. Insieme alle formatrici, Monika Biedermann, dell'Inselspital, e Cornelia Kern Fürer, di Coira, attive da molti anni nel GFB-OPS, offrirà corsi di formazione consolidati e svilupperà nuove offerte. Siamo molto lieti di poter collaborare con Silvia Rusch e auguriamo

a lei e ai suoi colleghi molto successo e gioia.

### Nuovo gruppo di interesse Radio-Oncologia (IG-Pflege RAO)

Il gruppo di interesse RAO, nel quale sono rappresentati membri di 13 istituzioni con un dipartimento di radio-oncologia, si unisce come gruppo di interesse alla COS. Il comitato ha accettato all'unanimità la richiesta della radio-oncologia IG-Pflege RAO ed è molto lieto di sostenere e promuovere l'offerta per gli infermieri in questo ambito specifico. Accogliamo i nuovi membri calorosamente! Nei prossimi mesi verrà concretizzato il programma dei gruppi d'interesse e la cooperazione con il COS. Il Gruppo di interesse rimarrà membro dell'Associazione Scientifica di Radiologia Oncologica Svizzera (SAS-RO) per poter mantenere i contatti con i radioterapisti.

> Irène Bachmann-Mettler,  
presidente OPS



## GIOTI ha proposto per la sua formazione annuale il tema «Interdisciplinarietà in oncologia»

La formazione si è svolta il 9 Novembre 2017 presso il Centro Eventi a Cadempino, Ticino.

Le partecipanti e i partecipanti sono stati circa 80, provenienti da diverse istituzioni sanitarie del territorio. I relatori invitati erano tutti validi professionisti, appartenenti a differenti ambiti delle cure e della salute.

Il tema è stato trattato con ottima professionalità, i relatori, nelle loro presentazioni, sono riusciti, con la loro esperienza e competenza a sensibilizzare il pubblico presente esponendo delle relazioni e centrando appieno il tema che era stato loro richiesto.

Riassumendo quanto ascoltato, sappiamo quanto importante possa essere utilizzare come modello l'approccio interdisciplinare/multidisciplinare/interprofessionale, il quale, con le dovute sfumature nel suo significato, ci rende consapevoli del fatto che mai come nel nostro tempo, l'assistenza sanitaria dovrebbe basarsi sullo stesso. In un'ottica oncologica tale approccio è molto significativo. Infatti, si è data importanza al fatto che il poter mettere in contatto tutti i professionisti della salute interessati al paziente e ai familiari e avendo una visione olistica o a 360 gradi, farà sì che le esperienze e le competenze di ognuno non potranno essere sprecate o perse nelle varie discussioni e colloqui ecc. ecc. ma inglobate nelle cure in modo che esse siano sempre di più globali, personalizzate e condivise.

La giornata voleva giustamente evidenziare l'importanza dell'approccio in termini di organizza-



Comitato GIOTI

zione prima e d'incontro di culture ed esperienze diverse poi, per capire, comprendere e introiettare quali e quanti potranno essere i benefici sia per il paziente, la famiglia e il personale curante.

> Mariuccia Schönholzer

Presidente

GIOTI, Gruppo Interesse Oncologia Ticino

[mariuccia.schoenholzer@bluewin.ch](mailto:mariuccia.schoenholzer@bluewin.ch)

# EONS Leadership Summit

## Every nurse is a leader!

Am 19. und 20. November 2017 trafen sich Onkologiepflegende aus ganz Europa in Ede, Niederlanden zum Leadership-Treffen der European Oncology Nursing Society (EONS).

*Leader tun mehr, als nur die Leiter des Erfolgs hochklettern. Sie halten diese fest, damit andere auch hinaufsteigen können. (Kylene Beers, Erwachsenenbildnerin)*

Die EONS organisierte den Leadership-Anlass gemeinsam mit der Onkologiepflege-Gesellschaft der USA. Ziel des Treffens war es, die persönliche und berufliche Leistungsfähigkeit und Effektivität von Onkologie-Pflegefachpersonen zu verbessern. Dies ist nicht nur wichtig, um Krebsbehandlungen allgemein zu optimieren, sondern auch, damit die Herausforderungen der Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern besser gemeistert werden können. Verschiedene Referentinnen und Referenten befassten sich mit den Aspekten der Führung aus persönlicher, beruflicher, klinischer und politischer Sicht. Unter anderem ging es um klinische Führung, Führung des Teams, Kommunikation in der Krebsbehandlung, Führungsstile, das Profil als Führungskraft sowie fachliche Stärken und Schwächen.

Als Vorstandsmitglied der OPS konnte ich im Auftrag der OPS an der Tagung teilnehmen, gemeinsam mit rund 150 Onkologiepflegenden aus Albanien, Schweden, Spanien, Estland und weiteren Ländern. Wir Teilnehmenden waren uns einig, dass

diese beiden Tage inspirierend und vollgepackt waren mit nützlichen Hinweisen, wie man ein Leader wird – in jedem Abschnitt der Onkologiepflege-Laufbahn. Was ich aus diesen Tagen mitnehme:

- > Es wird viel über Feedback gesprochen, was im Pflegealltag oft schwierig umzusetzen ist. Denn wie der Rest der Welt wird auch der Pflegealltag immer schneller und komplexer, mit Veränderungen, Ambivalenz und Unsicherheiten. Zentral dabei ist, einen «kritischen Freund» zu haben, der einem ein ehrliches Feedback zu Zielvorgaben und Abläufen gibt – nicht zur Person.
- > Beim Feedback sollte man sich darauf fokussieren, was geschehen ist, und nicht darauf, was falsch gelaufen ist. Ein wichtiges Element kann ein Debriefing am Ende des Tages sein, bei dem gefragt wird, was gut gelaufen ist und was man am nächsten Tag besser machen will.
- > Ein grosser Titel ist keine nötige Voraussetzung für einen Leader. Ein klares Ziel, das trotz externer Hindernisse und turbulenter Zeiten verfolgt wird, zeichnet einen Leader aus. Ein weiterer wichtiger Baustein ist emotionale Intelligenz, zum Beispiel Selbstbewusstsein, Bewusstsein für andere, die Pflege von Beziehungen etc.
- > Führungsstile sind oft eine Reflexion von Kultur und Werten. Transformationales Führen (Leadership) bedeutet, Werte zu haben und andere Menschen wachsen lassen. Vor lauter noch härterem Arbeiten sollte die eigentliche Kernaufgabe, die Pflege des Patienten, nicht vergessen gehen.
- > Leader sollen sich fragen: Warum sind wir hier? Warum machen wir es so?
- > Leader erfassen die Stärken von anderen Personen und lernen, diese Stärken sinnvoll einzusetzen.
- > Leader nutzen jede Gelegenheit, von anderen Personen zu lernen, und denken nicht: «Ich bin in der höheren Position, also muss der andere von mir lernen.»
- > Leader sind nicht nur ein Vorbild, sondern sie erleichtern anderen, zu wachsen.

> Patrick Jermann, MSc RN  
Pestalozzistrasse 5  
8032 Zürich  
patrick.jermann@kalaidos-fh.ch



## Time-out-Wochenende

### Ein Angebot der Krebsliga Schweiz für Familien in Zeiten der Trauer

Wie bewältigt man den Verlust eines Familienmitglieds? Was braucht es, um der Trauer den dafür notwendigen Raum geben zu können? Antworten auf diese Fragen bot ein Angebot der Krebsliga Schweiz.

Die Krebsliga Schweiz (KLS) engagiert sich seit vielen Jahren im Bereich Palliative Care. Das Palliativkonzept der WHO sieht in der ganzheitlichen Betreuung von krebserkrankten Menschen mit infaustem Verlauf vor, Angehörige während der Erkrankung und über den Tod des Verstorbenen hinaus zu begleiten.

Im September 2017 wurde erstmals ein Time-out-Wochenende (TOW) angeboten. Das Zielpublikum waren Familien, die den Verlust eines an Krebs verstorbenen Elternteils oder Partnerin/Partners betrauern. Fünf Familien mit Kindern zwischen fünf und 17 Jahren nahmen am Seminar teil, das im Berggasthaus Salwidi in Sörenberg stattfand.

Ziel war es, den Familien eine Auszeit vom Alltag zu ermöglichen und sich mit Menschen auszutauschen, die einen vergleichbaren Verlust erlebt haben. Eine professionelle Begleitung sollte das Gefühl des Aufgehobenseins vermitteln, falls Krisenmomente aufkommen würden.

Im Leitungsteam waren drei Pflegefachpersonen mit spezialisierter Ausbildung und ein Psychologe. Ergänzt wurde das Team mit einer Yogalehrerin und einem jungen Mann als Peer für die Kin-

der. Das Pilotprojekt wurde durch die externe Leitungsperson, einer PhD (cand.) der Universität Zürich (UZH), evaluiert. Es fanden telefonische Erstgespräche und Folgeinterviews bei den Familien zu Hause statt sowie Vor- und Nachgespräche im Leitungsteam. Am TOW wurden ferner halbstrukturierte Beobachtungsbögen ausgefüllt, welche durch Gespräche und einen Fragebogen ergänzt wurden. Unter dem Motto «Man kann, aber muss nicht» wurden verschiedene Möglichkeiten zu Bewegung und Gesprächsrunden angeboten.

Zu Beginn des TOW stellten sich alle gegenseitig vor und erzählten ihre Geschichte. Der Einstieg bot den Familien eine Bühne, den Verlust des Familienmitglieds anzusprechen. Es entstand sehr schnell eine vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe. Es gab tägliche Morgen- und Abendrunden, die durch Vorträge z.B. zu Resilienz oder zu Techniken ergänzt wurden, mit denen Emotionen gesteuert werden können. Ferner wurden Yoga, Jochen, Kampfkunst, eine Wanderung und eine begleitete Bildbesprechung angeboten, um die Teilnehmenden für Ressourcen zu sensibilisieren. In unterschiedlichen Konstellationen wurde gespielt, wie wild gepuzzelt und sich ausgetauscht. Auch Einzelgespräche waren willkommen und wurden genutzt.

Ein Zitat eines Vaters drückt eindrücklich den Mehrwert des TOW aus: «Der Rucksack ist nicht

leichter geworden, aber ich fühle mich stärker, ihn zu tragen.» Der Austausch mit Menschen, die Ähnliches erlebt haben, war für die Kinder und Erwachsenen wichtig, da ihr Alltag nicht immer einfach zu bewältigen ist. Die Kinder haben gemäss ihrer Aussage untereinander nicht aktiv über den Verlust gesprochen. Sie genossen es, Spass miteinander zu haben. Das TOW wurde sehr geschätzt und war für einige zu schnell vorbei, da sie sich in der Gruppe gut aufgehoben fühlten. Es tat ihnen gut, zu realisieren, dass andere vergleichbare Herausforderungen im Alltag erleben.

Mit dem TOW können Betroffene innovativ und zugleich professionell begleitet und unterstützt werden. Daher empfiehlt es sich, Hinterbliebene auf das Angebot hinzuweisen.

Das nächste TOW findet vom 21. bis 23. September 2018 statt. Weitere Informationen und Anmeldungen unter Telefon 031 389 91 29 oder per E-Mail: [kursangebote@krebssluga.ch](mailto:kursangebote@krebssluga.ch).

> Corina Wyler, PhD (cand.), MScN, RN, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich

> Danielle Pfammatter, Fachspezialistin Palliative Care, Krebsliga Schweiz



## Week-end « Time out »

Une offre de la Ligue suisse contre le cancer s'adressant aux familles en deuil.



Comment surmonter la perte d'un membre de la famille ? Comment créer un cadre adéquat pour le deuil ? Une offre de la Ligue suisse contre le cancer a permis d'apporter des réponses à ces questions.



La Ligue suisse contre le cancer (LSC) s'engage depuis de nombreuses années dans le domaine des soins palliatifs. Dans le cadre d'une prise en charge globale de personnes atteintes d'un cancer au pronostic défavorable, le concept de soins palliatifs de l'OMS prévoit un accompagnement des proches durant la maladie et au-delà du décès.

Le premier week-end « Time out » était proposé au mois de septembre 2017. Il s'adressait aux familles portant le deuil d'une mère, d'un père ou du partenaire emporté par le cancer. Cinq familles avec des enfants âgés de cinq à dix-sept ans ont pris part au séminaire organisé à l'auberge de montagne Salwideli à Sörenberg (canton de Lucerne).

L'objectif était de proposer aux familles une pause dans leur quotidien pour échanger avec des personnes faisant face à une telle perte. Un accompagnement professionnel visait à conférer un sentiment de prise en charge si moments de crise devaient se manifester.

L'encadrement était assuré par trois infirmiers au bénéfice d'une formation spécialisée et d'un psychologue. Une professeure de yoga et un jeune homme s'occupant des enfants sont venus compléter l'équipe. Le projet pilote a été évalué par une accom-

pagnatrice externe, une docteurante de l'université de Zurich (UZH). De premiers entretiens téléphoniques et des entretiens consécutifs à domicile auprès des familles ont été organisés, de même que des entretiens préparatoires et consécutifs avec l'équipe de direction. Des fiches d'observation semi-structurées ont en outre été complétées durant le week-end, en plus d'entretiens et d'un questionnaire. Sous la devise « On peut, mais on n'est pas obligé », les participants se sont vu proposer diverses activités physiques et des discussions en groupe.

Pour donner le coup d'envoi, chacun s'est présenté en racontant son histoire. Ce week-end représentait pour les familles l'occasion d'aborder la perte d'un être cher. Une atmosphère de confiance s'est rapidement installée au sein du groupe. Des échanges étaient prévus chaque matin et chaque soir, ponctués d'exposés consacrés notamment à la résilience ou aux stratégies pour gérer les émotions. Pour mieux distinguer les ressources individuelles, les familles pouvaient s'adonner au yoga, à la course à pied, aux arts martiaux, à la randonnée ou encore à une interprétation guidée d'images. Différentes configurations ont permis de se consacrer aux jeux, aux puzzles et aux échanges. Les entretiens individuels ont aussi trouvé leur place et se sont révélés opportuns.

La citation d'un père de famille illustre de manière saisissante la raison d'être de ce week-end : « Le poids reste aussi lourd,

mais je me sens plus fort pour le porter ». Le quotidien n'étant pas toujours simple, les enfants et les adultes avaient besoin de cet échange avec des personnes qui ont vécu des événements semblables. D'après les enfants, ils n'ont pas parlé ouvertement de la perte mais ont profité de ces moments pour s'amuser ensemble. Le week-end fut un succès et pour certains, le temps est passé bien trop vite car le groupe leur permettait de se sentir entourés. Réaliser que le quotidien d'autres était marqué par des défis semblables leur a fait beaucoup de bien.

Le week-end « Time out » permet aux personnes touchées de bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement à la fois professionnels et innovants. Il est indiqué d'attirer l'attention des proches survivants sur cette offre.

La prochaine édition du week-end « Time out » aura lieu du 21 au 23 septembre 2018. Pour obtenir de plus amples informations et vous inscrire, n'hésitez pas à nous contacter au 031 389 91 29 ou à l'adresse [kursan.gebote@krebsliga.ch](mailto:kursan.gebote@krebsliga.ch).

> Corina Wyler, PhD (cand.), MScN, RN, Institut d'éthique biomédicale et d'histoire de la médecine, Université de Zurich

> Danielle Pfammatter, Spécialiste soins palliatifs, Ligue suisse contre le cancer

## Fine settimana di time out

### Un'offerta della Lega svizzera contro il cancro per famiglie in lutto

**Come si supera la perdita di un membro della famiglia? Di cosa c'è bisogno per dare al lutto lo spazio necessario? Un'offerta della Lega contro il cancro ha risposto a queste domande.**

La Lega svizzera contro il cancro (LCS) s'impegna da molti anni nel settore del Palliative Care. Nell'ambito dell'assistenza completa di persone ammalate di cancro con decorso infausto, il concetto di cure palliative dell'OMS prevede di seguire i congiunti durante la malattia del familiare e dopo la sua morte.

Nel settembre del 2017 è stato proposto per la prima volta un fine settimana time out (TOW). Era rivolto a famiglie in lutto per la perdita di un genitore o della/del partner in seguito al cancro. Cinque famiglie con figli di età compresa tra cinque e diciassette anni hanno partecipato al seminario che si è svolto nell'albergo di montagna Salwideli sul Sörenberg.

Si è cercato di offrire alle famiglie una pausa dalla routine quotidiana per scambiare esperienze con persone che avevano vissuto una perdita simile. L'accompagnamento professionale doveva far sì che i partecipanti si sentissero sostenuti nelle situazioni di crisi dovute al lutto.

Il team di conduzione era costituito da tre infermieri diplomati con formazione specialistica, da uno psicologo, da un'insegnante di yoga e da un giovane ragazzo alla pari per i bambini. Il

progetto pilota è stato valutato dalla responsabile esterna, una PhD (cand.) dell'Università di Zurigo (UZH). A casa delle famiglie sono stati svolti colloqui telefonici preliminari e interviste successive al soggiorno. Anche all'interno del team di conduzione si sono svolti colloqui preliminari e successivi. Inoltre, in occasione del TOW sono state compilate anche schede d'osservazione semistrutturate, completate da colloqui e da un questionario. All'insegna del «si può, ma non si deve» sono state offerte diverse opportunità di movimento e di colloquio in gruppo.

Nel corso di un incontro iniziale tutti si sono presentati e hanno raccontato la propria storia. L'incontro ha offerto alle famiglie un'occasione per tematizzare la perdita del congiunto. Ben presto si è diffusa nel gruppo un'atmosfera di fiducia reciproca. Gli incontri si sono svolti ogni giorno la mattina e la sera e sono stati completati da relazioni, p. es. sulla resilienza o su tecniche che permettono di gestire le emozioni. Inoltre, è stato possibile fare sedute di yoga, jogging, arti marziali, partecipare a un'escursione e a una discussione guidata per sensibilizzare i presenti sulle risorse. Sono stati fatti tanti giochi in diverse combinazioni, ultimati tantissimi puzzle e si è parlato. È anche stato possibile svolgere colloqui individuali.

La frase di un padre fa capire chiaramente cosa si ottiene in un TOW: «Lo zaino non è diventato più leggero, ma io mi sento più

forte per portarlo». Il confronto con persone che hanno vissuto esperienze simili è stato importante sia per i bambini che per gli adulti, poiché non è facile superare le difficoltà della vita quotidiana. In base a quanto hanno affermato, i bambini non hanno parlato attivamente tra di loro della perdita subita. Hanno giocato insieme e si sono divertiti. Il TOW è stato molto apprezzato, i partecipanti si sono sentiti sostenuti dal gruppo; per alcuni il tempo è passato troppo velocemente. È stato benefico realizzare che altre persone convivono nella quotidianità con sfide simili.

Con il TOW è possibile seguire e supportare le persone interessate in modo innovativo e al contempo professionale. Pertanto è consigliabile informare dell'offerta i superstiti.

Il prossimo TOW avrà luogo dal 21 al 23 settembre 2018. Per ulteriori informazioni e iscrizioni telefonare allo 031 389 91 29 oppure scrivere un'e-mail a: kursan gebote@krebsliga.ch.



> **Corina Wyler, PhD (cand.), MScN, RN, Istituto di etica biomedica e storia della medicina (IBME), Università di Zurigo**

> **Danielle Pfammatter, specialista Palliative Care, Lega svizzera contro il cancro**

## Neue Broschüren in Italienisch

Eine Krankheit wirft Fragen auf – die Publikationen der Krebsliga helfen weiter. Es liegen über 170 Broschüren vor, die sich an Betroffene, Angehörige, Interessierte und Fachpersonen richten.

Zwei Broschüren des ausführlichen Sortiments sind neuerdings auf Italienisch erhältlich, eine der bereits bestehenden italienischen Broschüren wurde überarbeitet und auf den aktuellsten Wissensstand gebracht:

«Terapie orali in oncologia»: Die Broschüre gibt es mit dem Titel «Krebsmedikamente zu Hause einnehmen – Orale Tumorthera-pien» bereits in Deutsch und liegt nun druckfrisch auch in Italienisch vor. Sie informiert darüber, was

bei der Einnahme alles beachtet werden muss, damit die Medikamente ihre Wirkung entfalten. Nützliche Tipps helfen den Betroffenen, die regelmässige Einnahme in ihren Alltag zu integrieren.

«Quando anche l'anima soffre»: Diese Neuerscheinung ist sowohl in Italienisch als auch in Französisch («Cancer et souffrance psychique») publiziert worden. Die Broschüre, die bereits in Deutsch existiert («Wenn auch die Seele leidet – Krebs trifft den ganzen Menschen»), hilft, die eigenen Reaktionen zu verstehen und einzuordnen, und zeigt Wege auf, wie ein Umgang mit belastenden Gefühlen gefunden werden kann.

«Il cancro dello stomaco»: Welche Beschwerden oder Symptome deuten auf ein Magenkarzinom hin? Wird immer der ganze Magen entfernt? Kann man danach überhaupt noch normal essen? Die italienische Broschüre wurde aktualisiert, geht auf zahlreiche Fragen ein und erläutert die verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Die Broschüre liegt unter dem Titel «Magenkrebs – Magenkarzinom» auch in Deutsch vor.

Alle Broschüren können unter [www.krebsliga.ch/broschueren](http://www.krebsliga.ch/broschueren) kostenlos gelesen und bestellt werden.

## Nouvelles brochures en italien

Une maladie suscite des interrogations – les publications de la Ligue contre le cancer sont là pour vous aider. Il existe pas moins de 170 brochures s'adressant aux personnes touchées, à leurs proches, aux personnes intéressées et aux professionnels.

Deux brochures de l'assortiment complet sont désormais disponibles en italien et une des brochures déjà proposées en italien a été remaniée et mise à jour :

« Terapie orali in oncologia » : la brochure était déjà disponible en français sous le titre « Le traitement médicamenteux à domicile – Les chimiothérapies orales du cancer » et vient maintenant de paraître en langue italienne. Elle

informe sur la prise correcte des médicaments et fournit des conseils pour intégrer le traitement à la vie de tous les jours. Un questionnaire permet aux personnes concernées de faire le point sur les éventuelles difficultés et de les orienter pour améliorer la prise du traitement.

« Quando anche l'anima soffre » : cette nouvelle parution est disponible aussi bien en italien qu'en français (« Cancer et souffrance psychique »). Elle aide à identifier et à mieux comprendre ses propres réactions et révèle comment trouver des méthodes pour faire face aux émotions douloureuses.

« Il cancro dello stomaco » : quelles douleurs et symptômes accompagnent un cancer de l'estomac ? Peut-on encore se nourrir après une ablation totale ou partielle de l'estomac ? Cette brochure en italien a été mise à jour. Elle aborde de nombreuses questions et présente les différentes possibilités d'examen et de traitement. Elle est également disponible en français sous le titre « Le cancer de l'estomac ».

Vous pouvez consulter et commander gratuitement toutes les brochures sur [www.liguecancer.ch/brochures](http://www.liguecancer.ch/brochures).

## Aggiornamenti e nuove pubblicazioni: tre opuscoli in italiano

Una malattia pone delle domande – le pubblicazioni della Lega contro il cancro aiutano a trovare delle risposte. Sono disponibili oltre 170 opuscoli rivolti alle persone ammalate, ai loro congiunti, a tutti gli interessati e agli specialisti.

Ora altri due opuscoli di questo vasto assortimento sono disponibili anche in italiano, mentre uno degli opuscoli già disponibili è stato rielaborato e aggiornato secondo le ultime conoscenze.

«Terapie orali in oncologia»: questo opuscolo è ora disponibile anche in italiano. Ci sono medicinali che possono essere assunti sotto forma di pillole, capsule, compresse o pastiglie. Per fare in

modo che i medicinali abbiano l'effetto desiderato, è bene seguire alcuni accorgimenti. Alcuni farmaci, per esempio, è bene assumerli sempre alla stessa ora; altri, invece, non devono essere frantumati per facilitarne la deglutizione. L'opuscolo illustra come assumere in modo corretto i medicinali. I consigli aiutano i pazienti ad integrare la regolare assunzione di medicinali nella vita quotidiana.

«Quando anche l'anima soffre»: questo nuovo opuscolo è stato pubblicato anche in italiano e in francese («Cancer et souffrance psychique»). L'opuscolo aiuta a capire e a mettere in ordine le proprie reazioni e mostra come

trovare un modo per affrontare i sentimenti più gravosi.

«Il cancro dello stomaco»: quali disturbi o sintomi possono essere indice di carcinoma dello stomaco? Con un'operazione viene sempre rimosso tutto lo stomaco? E dopo si può di nuovo mangiare normalmente? Questo opuscolo, aggiornato allo stato attuale delle conoscenze affronta queste ed altre questioni e illustra le diverse possibilità di analisi e di trattamento.

Tutti gli opuscoli si possono leggere e ordinare gratuitamente al sito

[www.legacancro.ch/opuscoli](http://www.legacancro.ch/opuscoli).



## Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

### CAS «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie» 2016–2018

#### Einzel-Workshops

**15.02.2018:** Inselspital

**Ganzer Tag:** Differenzierung psychische Störung vs. normale Belastungsreaktion (Angst, Depression, Trauer, Suizidalität)

**15.03.2018:** Haus der Krebsliga Schweiz

**Nachmittag:** Betreuung terminaler Patientinnen und Patienten

**17.05.2018:** Inselspital

**Ganzer Tag:** Berücksichtigung soziokultureller Faktoren und religiöser Aspekte im Umgang mit Krankheit und Tod

**07.06.2018:** Haus der Krebsliga Schweiz

**Nachmittag:** Fragestunde «Arbeitsrecht/Sozialversicherung bei Arbeitsunfähigkeit und Invaliderität»

**Weitere Einzel-Workshops siehe unter** [www.krebsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie/einzel\\_workshops](http://www.krebsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie/einzel_workshops)

**Information und Anmeldung:** Krebsliga Schweiz, Psychoonkologie-Kurs, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 93 27, [psychoonkologie@krebsliga.ch](mailto:psychoonkologie@krebsliga.ch), [www.krebsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie/einzel\\_workshops](http://www.krebsliga.ch/de/fachpersonen/psychoonkologie/einzel_workshops)

### CAS in «Grundlagen der Psychoonkologie» 2018–2019

Dauer August 2018 – Juni 2019, Anmeldeschluss 30. April 2018, Kosten Fr. 8'500.–.

Unterlagen und Anmeldung [www.krebsliga.ch/fachpersonen/weiterbildungen/psychoonkologie/](http://www.krebsliga.ch/fachpersonen/weiterbildungen/psychoonkologie/)

Kursorganisation: Tel. 031 389 93 27, E-Mail: [psychoonkologie@krebsliga.ch](mailto:psychoonkologie@krebsliga.ch)

### «Kommunikations-training»

#### Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken

aus der Onkologie, Radioonkologie, Hämatologie, inneren Medizin, allgemeinen Medizin, Chirurgie, onkologischen Gynäkologie und Urologie.

– Nr. 157: 24.–25.5.2018, Olten – Anmeldeschluss 14.4.2018

– Nr. 158: 15.–16.11.2018, Olten – Anmeldeschluss 6.10.2018

Das Seminar wird von der SGM0 und der SGH für den FMH-Titel Onkologie gemäss Weiterbildungsstatut akzeptiert.

Diverse medizinische Fachgesellschaften vergeben Fortbildungspunkte/Credits.

**Information und Anmeldung:** Krebsliga Schweiz, CST-Kurse, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 93 27, [kurse-cst@krebsliga.ch](mailto:kurse-cst@krebsliga.ch), [www.krebsliga.ch/cst\\_d](http://www.krebsliga.ch/cst_d)

### «Kommunikations-training»

#### Neues Trainingsseminar für pädiatrische Onkologen und Onkologiepflegende

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie sowie die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe anerkennen das Seminar mit 12 Creditpunkten als fachspezifische Kernfortbildung.

– Nr. 606: Im November 2018, Basel – Anmeldeschluss ca. Mitte Oktober 2018

**Information und Anmeldung:** Krebsliga Schweiz, CST-Kurse, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 389 93 27, [kurse-cst@krebsliga.ch](mailto:kurse-cst@krebsliga.ch), [www.krebsliga.ch/cst\\_d](http://www.krebsliga.ch/cst_d)

### « Mieux communiquer »

#### Séminaire pour médecins et personnel infirmier en oncologie

Ce cours est destiné à des personnes expérimentées travaillant en oncologie, et souhaitant perfectionner leurs connaissances en techniques de communication.

– No. 236 : 26.–27.4.2018, Jongny VD – Clôture des inscriptions 17.3.2018

– No. 237 : 6.–7.12.2018, Jongny – Clôture des inscriptions 27.10.2018

Ce séminaire est reconnu par la SSOM et la SSH pour le titre FMH en oncologie, en accord avec les statuts régissant la formation continue. Différentes sociétés médicales reconnaissent ce séminaire et lui octroient des crédits de formation continue.

**Information et inscription :** Ligue suisse contre le cancer, cours-cst, case postale, 3001 Berne, tél. 031 389 93 27, [cours-cst@liguecancer.ch](mailto:cours-cst@liguecancer.ch), [www.liguecancer.ch/cst\\_f](http://www.liguecancer.ch/cst_f)

### «Migliorare la comunicazione»

#### Corso per medici e personale infermieristico operanti in ambito oncologico

Il seminario è riconosciuto dalla SSOM e la SSE per il titolo in oncologia in base al nuovo statuto per la formazione permanente. Per l'aggiornamento continuo, diverse società svizzere di medicina riconoscono questo corso con crediti.

– No. 317: ca. la metà di ottobre 2018 à Lugano o Bellinzona – Scadenza per l'iscrizione ca. all'inizio di settembre 2018

**Informazioni e iscrizione:** Lega svizzera contro il cancro, corsi-cst, casella postale, 3001 Berna, telefono 031 389 93 27, [corsi-cst@legacancro.ch](mailto:corsi-cst@legacancro.ch), [www.legacancro.ch/cst\\_i](http://www.legacancro.ch/cst_i)



Anita Margulies, Thomas Kroner, Andrea Gaisser, Irène Bachmann-Mettler (Hrsg.)

# Onkologische Krankenpflege

2017, 793 Seiten, Springer Verlag



Anita Margulies · Thomas Kroner ·  
Andrea Gaisser · Irène Bachmann-Mettler  
Hrsg.

## Onkologische Krankenpflege

6. Auflage

 Springer

1744 g Fachwissen finden sich in der 6. Auflage «Onkologische Krankenpflege». Dass seit der ersten Ausgabe 1994 durchschnittlich alle 4,6 Jahre eine neue Auflage produziert wurde, weist darauf hin, dass sich das Gebiet der Onkologie ständig entwickelt. Und dass das Buch stetige Nachfrage findet.

Die Herausgeber(innen) koordinierten 53 Autor(innen): 31 aus der Schweiz, 19 aus Deutschland und drei aus Österreich. Fünf Autor(innen) sind Fachpersonen in Gebieten wie Psychoonkologie, Ethik oder Ernährungsberatung. Von den restlichen Autor(innen) stammen gut zwei Drittel aus der Medizin und knapp ein Drittel sind

Pflegefachpersonen. Im Vergleich zur letzten Auflage hat fast die Hälfte der Autor(innen) gewechselt.

Das Buch ist nach wie vor Lehrbuch und Nachschlagewerk zugleich und deckt alle wesentlichen Bereiche der Onkologie ab: von den biologischen Grundlagen über Diagnostik/Therapie bis zur Psychoonkologie. Allerdings fehlt leider das Kapitel «Rehabilitation» bei dieser Ausgabe.

Ein grosses Gewicht (40% des Buches) nehmen häufige klinische und pflegerische Probleme wie Schmerz, Fatigue oder Hautveränderungen ein.

Im Vergleich zu «Cancer Nursing – Principles and Practice», dem amerikanischen Standardwerk von Henke Yarbro, Wujcik und Holmes Gobel, konzentriert sich der Inhalt beim vorliegenden Buch auf das Wesentliche, liefert wo nötig medizinische Hintergründe, aber immer mit dem Blick auf die pflegerische Relevanz. Das amerikanische Werk hingegen ist mit seinen 2200 Seiten und 3,2 kg teilweise kaum von einem rein medizinischen Fachbuch zu unterscheiden. Im Gegensatz zum US-Werk von Yarbro et. al. ist beim hier besprochenen Buch auch eine farbige grafische Gestaltung mit vielen Tabellen und Abbildungen vorhanden, welche das Lesen erleichtert. Querverweise auf andere Buchteile vereinfachen zudem die Orientierung.

Auf den ersten Blick erscheint die 6. Auflage ähnlich wie jene von 2011. Den Mehrwert machen die vielen Aktualisierungen auf den momentanen Stand des Wissens aus, wie etwa bezüglich der neuen Immuntherapien.

Auf eine wichtige Änderung ist zum Schluss noch hinzuweisen: Es ist auch eine eBook-Ausgabe in PDF-Form erhältlich, welche ohne Kopierschutzmechanismus auskommt, hingegen ein digitales Wasserzeichen verwendet. Lange habe ich darauf gewartet. Damit lässt sich das Buch leicht transportieren (z.B. zwischen Arbeitsplatz und Wohnort), schnell durchsuchen und mit den entsprechenden Tools auch Markierungen und Notizen anbringen. Auch die Printausgabe ist durch eine leichte inhaltliche Straffung und eine andere Papierwahl ein knappes Pfund leichter, etwas dünner und somit leichter transportierbar geworden.

Aus meiner Sicht sollte die aktuelle Auflage des Buches überall dort schnell zur Hand sein, wo Pflegefachpersonen regelmässig onkologische Patienten betreuen.

> Ernst Näf MNS  
Clinical Nurse Specialist  
Onkologie und Palliative  
Care  
Solithurner Spitäler  
Baslerstrasse 150  
4601 Olten  
ernst.naef@spital.so.ch

## In eigener Sache

### Die Redaktion unserer Zeitschrift erhält Verstärkung! Themenschwerpunkte 2018

60 Seiten mit aktuellen Fachartikeln und News – in drei Sprachen – viermal jährlich zu füllen, ist spannend, macht Spass, benötigt Zeit und manchmal auch starke Nerven. Bis alle Texte und Übersetzungen für den Druck bereitstehen, dauert es einige Wochen und bedarf einer guten Vorausplanung, eines guten Netzwerks und Kontakten zu den Autorinnen und Autoren. Glücklicherweise konnten wir unser Redaktionsteam verstärken. Nun freuen wir uns auf eine vielseitige Zeitschrift, die aktuelle, praxisbezogene Fachthemen aufgreift und News aus dem Fachbereich Onkologie vermittelt.

#### Aufgaben des Redaktionsteams

Sandy Decosterd, Genf, und Catherine Valloton, Vevey, sind für französischsprachige Artikel zuständig; Nadia Ghisletta, Bellinzona, und Dario Valcarengi, Bellinzona, für die italienischen Texte.

Andrea Serena, Lausanne, vertritt die Akademische Fachgesellschaft Onkologiepflege (AFG Onkologiepflege) in der Redaktion und ist für die Zusammenfas-

sung von aufschlussreichen Studien, dem «Research Flash», zuständig.

Sara Häusermann, Winterthur, ist für die Rubriken «Von der Praxis für die Praxis» und «Bildung» verantwortlich und wird dabei von Miriam Kesseli, Winterthur, unterstützt. Sylvia Spengler-Mettler, Geschäftsführerin OPS, ist für administrative Aufgaben, Inserate, Werbung und Finanzen zuständig. Irène Bachmann-Mettler koordiniert alle Aufgaben und trägt die Verantwortung für die

einzelnen Ausgaben.

Alle Mitglieder der Redaktion verfügen über ein ausgezeichnetes fachliches Wissen und ein Netzwerk, das ihnen ermöglicht, fachkompetente Autorinnen und Autoren zu gewinnen, die zu bewegenden Themen in der Onkologie und der Pflegepraxis Artikel schreiben. Diese Aufgabe übernimmt auch Monika Kirsch, Basel, als wissenschaftliche Beirätin, indem sie ihr Wissen und ihr Netzwerk zur Verfügung stellt.



Haben Sie ein Projekt durchgeführt, eine Masterarbeit geschrieben, ein interessantes Buch gelesen oder einen Kongress besucht? Haben Sie sich mit neuem Wissen der Onkologiepflege auseinandergesetzt und möchten dieses mit Kolleginnen und Kollegen teilen? Schreiben Sie Ihre Erfahrungen auf, fassen Sie das erworbene Wissen zusammen – kontaktieren Sie ein Mitglied des Redaktionsteams in Ihrer Sprachregion für weitere Informationen, oder melden Sie sich direkt für die Autorenrichtlinien bei Irène Bachmann-Mettler (Adressen siehe Impressum).

Unsere Lektorin Eva Ebnöther wird Sie im sprachlichen Bereich unterstützen. Wir freuen uns auf Artikel zu den Schwerpunktthemen der einzelnen Ausgaben (siehe Tabelle) oder über andere Themen und News, die für Pflege-

fachpersonen relevant sind. Melden Sie Ihre Fachartikel frühzeitig, mindestens vier Monate vor Redaktionsschluss, an – News werden auch kurz vor Redaktionsschluss gerne aufgenommen.

#### Themenschwerpunkte und Termine

Ausgabe	Redaktionsschluss	Themenschwerpunkte
02/2018	08. April 2018	Kongressbericht
03/2018	23. Juli 2018	Advance Care Planning in der Onkologie
04/2018	15. Oktober 2018	Integrative Onkologie
01/2019	10. Januar 2019	Patienten- und Angehörigenedukation

## Nous concernant

### L'équipe rédactionnelle de notre magazine reçoit du renfort !

#### Thématiques 2018

Remplir quatre fois par an 60 pages d'articles spécialisés et d'actualités en trois langues est une activité passionnante et intéressante qui prend du temps et met parfois les nerfs à rude épreuve. Pour qu'en quelques semaines, textes et traductions soient disponibles et puissent passer à l'impression, il faut faire preuve de bonnes capacités de planification, disposer d'un réseau solide et entretenir les contacts avec les auteurs. Heureusement, nous avons renforcé notre équipe rédactionnelle. Nous sommes ravies de proposer un magazine diversifié qui aborde des sujets d'aujourd'hui axés sur la pratique et présente l'actualité propre à l'oncologie.

#### Tâches de l'équipe rédactionnelle

Sandy Decosterd, de Genève, et Catherine Valloton, de Vevey, sont responsables des articles en français ; Nadia Ghisletta, de Bellinzone, et Dario Valcarengi, de Bellinzone également, s'occupent des textes en italien.

Andrea Serena, de Lausanne, représente la Société scientifique des soins en oncologie

auprès de la rédaction et synthétise des études instructives dans le «Research Flash».

Sara Häusermann, de Winterthur, gère les rubriques « De la pratique pour la pratique » et « Formation » pour lesquelles elle est épaulée par Miriam Kesseli, de Winterthur. Sylvia Spengler-Mettler, directrice des SOS, est responsable des tâches administratives, des petites annonces, de la publicité et des finances. Irène Bachmann-Mettler coordonne toutes les tâches et est re-

sponsable de chaque numéro.

Tous les membres de la rédaction disposent d'excellentes connaissances spécialisées et d'un réseau qui leur permet de trouver des auteures et auteurs compétents qui rédigeront des articles sur des thèmes fascinants de l'oncologie et de la pratique des soins infirmiers. Cette tâche est également prise en charge par Monika Kirsch, de Bâle, qui en tant que conseillère scientifique met à la disposition du magazine ses connaissances et son réseau.



Avez-vous mené à bien un projet, écrit un mémoire de maîtrise, lu un livre intéressant ou participé à un congrès ? Vous êtes-vous confronté aux plus récentes découvertes dans le domaine des soins en oncologie et souhaitez-vous partager ces informations avec vos collègues ? Décrivez vos expériences, synthétisez les connaissances acquises et contactez un membre de l'équipe rédactionnelle dans votre région linguistique pour plus d'informations, ou adressez-vous directement à Irène Bachmann-Mettler si vous avez besoin d'instructions d'ordre rédactionnel (les adresses figurent dans les mentions légales).

Notre éditrice Eva Ebnöther répondra à vos questions linguistiques. Nous serons heureux d'inclure dans notre magazine des articles sur l'un des thèmes phares de chaque numéro (cf. le tableau) ou sur d'autres thèmes et

actualités susceptibles d'intéresser les infirmières et infirmiers. Soumettez-nous vos articles à temps, au moins 4 mois avant le bouclage. Nous accepterons également tout article d'actualité juste avant l'impression.

#### Thèmes phares et dates

Numéro	Bouclage	Thèmes phares
02/2018	8 avril 2018	Rapport de congrès
03/2018	23 juillet 2018	Advance Care Planning en oncologie
04/2018	15 octobre 2018	Oncologie intégrative
01/2019	10 janvier 2019	Education des patients et de leurs proches

## Sul nostro conto

### La redazione della nostra rivista riceve rinforzi! Argomenti principali del 2018

60 pagine con articoli e notizie attuali – in tre lingue – da riempire quattro volte l’anno è entusiasmante, divertente, richiede tempo e talvolta anche nervi saldi. Ci vogliono alcune settimane perché tutti i testi e le traduzioni siano pronti per la stampa ed è richiesta una buona pianificazione anticipata, una buona rete e contatti con gli autori. Fortunatamente, siamo stati in grado di rafforzare la nostra squadra editoriale. Ora attendiamo con impazienza una rivista versatile che raccolga argomenti attuali relativi alla pratica e trasmetta notizie dal campo specifico dell’oncologia.

#### Compiti del team editoriale

Sandy Decosterd, di Ginevra, e Catherine Valloton, di Vevey, sono responsabili degli articoli in lingua francese; Nadia Ghisletta e Dario Valcarengi, di Bellinzona, per i testi in italiano. Andrea Serena, di Losanna, rappresenta il gruppo Accademico di Cure Oncologiche (AFG Oncology Care) nel team editoriale ed è responsabile della sintesi di studi approfonditi, il

«Research Flash». Sara Häusermann, di Winterthur, è responsabile della rubrica «Dalla pratica per la pratica» e «Educazione» ed è supportata da Miriam Kesseli, di Winterthur. Sylvia Spengler-Mettler, amministratrice COS, è responsabile delle attività amministrative, delle inserzioni, della pubblicità e delle finanze. Irène Bachmann-Mettler coordina tutte le attività ed è responsabile dei singoli compiti.

Tutti i membri del team editoriale hanno eccellenti conoscenze professionali e una rete che consente loro di prendere contatto con autori esperti che scrivono articoli su argomenti legati all’oncologia e alla pratica infermieristica. Anche Monika Kirsch, di Basilea, assume questo incarico come consulente scientifico, mettendo a disposizione le sue conoscenze e i suoi contatti.



Ha partecipato a un progetto, ha scritto una tesi di master, ha letto un libro interessante o si è recato a un congresso? Si è occupato delle ultime conoscenze in materia di cure oncologiche e vorrebbe condividere con i suoi colleghi? Annoti la sua esperienza, riepiloghi le conoscenze acquisite, prenda contatto con un membro del team editoriale nella sua regione linguistica per ulteriori informazioni, o si metta direttamente in contatto con Irène Bachmann-Mettler per le linee guida dell’autore (vedi indirizzo nei contatti).

La nostra curatrice, Eva Ebnöther, la supporterà nell’ambito linguistico. Attendiamo con impazienza articoli sui temi chiave delle singole edizioni (vedi tabella) o su altri argomenti e notizie rilevanti che possono essere arricchenti per gli infermieri.

Segnali i suoi articoli in anticipo, almeno 4 mesi prima della scadenza editoriale; le news saranno volentieri incluse anche poco prima della scadenza editoriale.

#### Principali argomenti e date

Edizione	Scadenza editoriale	Argomenti
02/2018	08 aprile 2018	Rapporto del Congresso
03/2018	23 luglio 2018	Advance Care Planning in Oncologia
04/2018	15 ottobre 2018	Oncologia integrativa
01/2019	10 gennaio 2019	Educazione terapeutica ai pazienti e ai loro familiari

## Krebs beim Mann

### Hoden- und Prostatakarzinome und was braucht es in der «Männerbetreuung»?

Prostatakrebs ist in der Schweiz die häufigste Krebsart und die zweithäufigste Krebs-Todesursache beim Mann. Hodenkrebs ist die häufigste Krebsart bei Männern zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate beträgt über 90%. Heute erkranken doppelt so viele Männer an Hodenkrebs als noch vor 50 Jahren.

Was wissen wir über die Risikofaktoren und die Entstehung

dieser Krebsarten? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Werden die Auswirkungen auf die Partnerschaft, die Sexualität und das männliche Selbstwertgefühl wahrgenommen? Welche Bedürfnisse haben die betroffenen Männer und welche Unterstützung kann die Pflege bieten? Wie kann es gelingen, mit den Patienten auch über sensible Themen zu sprechen?

Diese Fortbildung bietet Antworten auf diese Fragen. Im Fokus stehen aktuelles, praxisnahes Grundlagenwissen zu Hoden- und Prostatakrebs und die psychosozialen Auswirkungen dieser Krebsarten.

- > **5. April 2018 in Zürich**
- > **Mehr Informationen:**  
[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

## Netzwerk Pflegeexpertinnen und -experten

An Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im Fachbereich Onkologie werden hohe Ansprüche gestellt. Ihre Rollen sind sehr unterschiedlich, und doch haben sie viel Gemeinsames. Diese Vielfalt an Aufgaben, Themen und Fachwissen wird noch wenig in einem vertrauten Rahmen unter Kolleginnen und Kollegen ausgetauscht.

Onkologiepflege Schweiz lädt Sie ein, Ihre Erfahrungen im

Umgang mit Herausforderungen sowie Fachwissen, Projekte und Ideen auszutauschen und voneinander zu lernen. Sie als Expertin und Experte bestimmen die Themen, die Sie diskutieren und bearbeiten möchten.

Onkologiepflege Schweiz organisiert für Sie den Rahmen und ermöglicht das gemeinsame Treffen. Eingeladen sind Pflegefachpersonen, die in der Funktion als Pflegeexpertin, Pflegeexperte,

Advanced Practice Nurse oder ähnlichen Funktionen im Fachbereich Onkologie tätig sind, sei es in der Akut-, Palliativ- oder Rehabilitationspflege, ambulant oder stationär.

- > **25. April 2018 in Zürich**
- > **Mehr Informationen:**  
[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

## Fachmaterial-Shop

Aktuell finden Sie in unserem Shop folgendes Fachmaterial:

- > Update 2017: Handbücher parenterale und orale Medikamente in der Onkologie
- > Leitlinien: Dermatologische Reaktionen und unerwünschte Wirkungen unter medikamentöser Tumorthherapie

- > **Medikamentöse Tumorthherapie – Leitlinien für die Praxis (2017)**

- > **Mehr Informationen:**  
[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)

# Einführungskurs in die Onkologiepflege

## Mehr Wissen hilft im Pflegealltag

An zwei Tagen Ende September und an einem Tag im November fand in Olten ein Kurs der Onkologiepflege Schweiz statt, der Pflegende in das Fachgebiet der Onkologie einführte. Eine Teilnehmerin war Therese Tschanz, Pflegefachfrau im Spital Interlaken – sie schildert ihre Eindrücke.

20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden sich aus verschiedenen Orten der Schweiz in Olten ein. Eines verband uns: Wir wollten unser Halbwissen in Onkologiepflege erweitern. Der Bedarf an Pflegenden, die sich in der Onkologiepflege auskennen, steigt stetig an. Dafür gibt es zwei Gründe: Einerseits gibt es immer mehr Krebspatienten, andererseits leben viele Patienten heute auch deutlich länger mit ihrer Krankheit als noch vor 20 Jahren. Uns erwartete ein vielfältiges Programm zu grundlegend wichtigen Themen für unseren Berufsalltag in Spitälern, Kliniken und Praxen. Auf sehr empathische Weise führte uns Therese Grädel durch die drei Kurstage.

### Tumorboard und Linearbeschleuniger

Der oft lange Weg, bis eine Diagnose feststeht, beeindruckte uns alle. Jetzt verstehen wir, warum es von der Gewebefixation eines Operationspräparats bis zur Fertigstellung eines Berichts seine Zeit braucht. Dieses Wissen ist

hilfreich für Beratungsgespräche mit unseren Patienten. Weiter wurden wir in verschiedene Therapiepläne eingeführt. Das Prozedere des Therapieentscheids ist abhängig von medizinischen, biologischen, pathologischen, sozialen und auch ethischen Faktoren. Oft führt der Entscheidungsweg heute über ein Tumorboard mit Fachspezialisten. Vielversprechend sind all die neuen Medikamente, zum Beispiel für die Immuntherapie. Da sind wir Pflegende gefordert, uns immer wieder Wissen anzueignen.

Beim Thema Radioonkologie faszinierte uns der Linearbeschleuniger der neuesten Generation. Damit vermeidet man einen Energieverlust und kann absolut hautschonend bestrahlen. Dass man mit modulierter Bogenbestrahlung um «Ecken» bestrahlen kann, erstaunte uns. Für uns Pflegende war es sehr informativ, zu erfahren, wie die Radiologie bildgebend, aber auch therapeutisch eingesetzt wird.

### Psychoonkologie und Gesprächsführung

Anhand von Fallbeispielen erhielten wir Einblick in die Arbeit der Psychoonkologin. Wir lernten zu differenzieren zwischen den Begriffen Beraten, Begleiten und Psychotherapie. Sehr wertvoll waren die Gruppengespräche über eigene Erfahrungen. Wir erfuhrten mehr über verschiedene

Modelle der Gesprächsführung und das Erläutern unserer Kompetenzen und konnten in diesem Bereich mehr Sicherheit erlangen. Für unseren Berufsalltag lernten wir auch Modelle für Pflegeberatungsgespräche kennen. Eines haben sie alle gemeinsam: Sie sollen Fragen klären, Wissen vermitteln und organisatorische Abläufe der Therapie aufzeigen.

### Symptommanagement und Sozialversicherungen

Weitere Themen waren die ganze Palette der unerwünschten Wirkungen in Zusammenhang mit Antitumorthérapien und das entsprechende Symptommanagement. Das spannende Referat von Cornelia Kern Fürer bestand nicht nur aus Theorie, sondern auch aus Fallbeispielen, Bildern und vielen praktischen Tipps. Das Herzblut und die Begeisterung der Referentin steckte uns Teilnehmerinnen an, sodass wir das umfangreiche Fachwissen, das uns in kurzer Zeit vermittelt wurde, gut bewältigen konnten.

Auch das Angebot der Krebsliga wurde uns nähergebracht. Diese Institution ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich organisiert. Manche Dienstleistungen bietet die Krebsliga selbst an, und falls nicht, verweist sie die Patienten an andere Fachstellen. Sehr interessant waren auch die Fakten zu den Sozialversicherungen. Wir Pflegenden sind oft um

das Wohl des Patienten besorgt, ohne genau abschätzen zu können, wer welche Leistungen bezahlt. Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten und über Nachstudiengänge in Onkologiepflege rundeten den Kurs ab.

#### Mein Fazit

Dieser gut strukturierte Kurs der Onkologiepflege Schweiz hilft Pflegenden bei der Bewältigung ihrer Alltagsaufgaben im Bereich Onkologie. Ich kann eine Teilnahme nur empfehlen.

> **Therese Tschanz**  
Pflegefachfrau, fmi Spital  
Interlaken, Med. Amb.  
Onkologie  
therese\_tschanz@bluewin.ch

Studierende in der Grundausbildung Pflege (Bachelor und HF) profitieren von  
Les étudiants en formation initiale (formation Bachelor et formation ES) profitant d'une réduction de

**50% Rabatt**  
auf die Mitgliedschaft der  
Onkologiepflege Schweiz  
sur la cotisation de Soins en  
Oncologie Suisse



[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch) | [www.soinsoncologiesuisse.ch](http://www.soinsoncologiesuisse.ch)



Onkologiepflege Schweiz  
Soins en Oncologie Suisse  
Cure Oncologique Svizzera

**SAVE THE DATE!**

# **ESMO 2018**

October 19-23, 2018  
in Munich, Germany



**Full 3 day Cancer Nursing Track (EONS 11) 20-22 October!**

Registration will open shortly.

Read more at: [www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)



## 20. Schweizer Onkologiepflege-Kongress am 22. März 2018 in Bern

### Mit Inspiration und Zuversicht in die Zukunft

Dieses Jahr möchten wir mit Ihnen das 30-jährige Bestehen der «offiziellen» Onkologiepflege in der Schweiz feiern! 1987 wurde die Interessengruppe Onkologie SBK gegründet, im Jahr 2001 die Onkologiepflege Schweiz (OPS) als unabhängiger Verein. Viele Angebote konnten entwickelt werden, die von den heute über 1200 Mitglieder sehr geschätzt werden: beispielsweise ein breites Fortbildungsprogramm, Interessengruppen, ein Einführungskurs oder fachliche Empfehlungen. Inspiration und Zuversicht haben uns über all die Jahre bei unserer Arbeit mit betroffenen Personen

und in der Verbandsarbeit geleitet. Dieses Motto steht auch an unserem Jubiläumskongress im Zentrum!

Seien Sie dabei, wenn die Präsidentin der Stiftung Patientenschutz, Frau Susanne Hochuli, aufzeigt, was es für Pflegefachpersonen bedeutet, das 21. Jahrhundert zum Jahrhundert des Patienten werden zu lassen! Oder erleben Sie, wenn ein Patient mit Pankreaskarzinom berichtet, wie er seine schwierige Situation in die Hände genommen hat und vielen betroffenen Personen Zuversicht vermittelt. Nutzen Sie die 18 Seminare und diskutieren Sie

mit Fachreferentinnen und -referenten über die aktuellsten Entwicklungen in der Onkologie und deren Auswirkungen auf Patienten und Pflegefachpersonen.

Wir laden Sie herzlich ein, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen, einer grossen Fachausstellung, einer Posterpräsentation und mit 25 Referentinnen und Referenten einen inspirierenden Tag am Onkologiepflege-Kongress zu verbringen!

> **Programm und Anmeldung:**  
[www.onkologiepflege.ch](http://www.onkologiepflege.ch)



## 4 Eintritte für eine Fortbildung der OPS zu gewinnen! 4 entrées pour une formation continue de SOS à gagner !

1. In welchem Jahr wurden auf CAR-T Cells basierende Therapien von der FDA zugelassen?

B = 2011                      C = 2015                      A = 2017

2. Was sind massgebende Ziele der stationären onkologischen Rehabilitation?

D = Förderung Selbstmanagement & Selbstwirksamkeit      F = Förderung Mobilität & Gesundheit      E = Ernährungstherapie & Wellness

3. Weshalb wird bei Patienten mit oraler Tumorthherapie ein Pflegegespräch durchgeführt?

O = Probleme mit Symptommanagement werden aufgegriffen      P = Pflegende informieren Patienten verständlicher als Ärzte      L = Zeitersparnis für Arzt

4. Was empfindet Manuela Eicher in ihrer Tätigkeit als grosses Privileg?

M = In der Praxis zu arbeiten      P = Austausch mit Fachpersonen über Projekte und deren Ergebnisse      Q = Publikation von Forschungsergebnissen

5. Welches Angebot machte die OPS 2017 an die Institutionen?

L = Förderung der Adhärenz bei oraler Tumorthherapie      B = Schulung «Maligne Wunden»      T = Implementierung Leitfaden «Dermatologische Reaktionen bei Tumorthérapien»

6. Welche Fähigkeit zeichnet Leaders aus?

I = Fokussieren, was gut gelaufen ist      M = Ehrgeiz & Fachwissen      Z = Freundschaftliche Zusammenarbeit im Team

7. Welches Jubiläum feiert die Onkologiepflege in der Schweiz?

B = 20 Jahre                      O = 15 Jahre                      V = 30 Jahre

1. L'immunothérapie utilise :

D = la chirurgie                      A = le système immunitaire propre au patient                      B = la radiothérapie

2. ACT Adoptive Cell Therapy représente une thérapie immunitaire :

D = active                      C = passive                      E = sélective

3. TIL-ACT est une thérapie basée sur :

T = les inhibiteurs du récepteur du facteur de croissance épidermique      I = les anticorps monoclonaux      O = les propres lymphocytes du patient infiltrant la cellule tumorale

4. Combien y-at-il de phases dans la thérapie TIL-ACT ?

M = 3                      T = 5                      P = 6

5. En quelle année les thérapies à base de cellules CAR-T ont-elles été approuvées par la FDA aux USA ?

L = 2011                      B = 2015                      T = 2017

6. Le nombre de patients hors canton, bénéficiant d'une allogreffe ne connaissant pas les établissements des HUG est évalué à

E = 50%                      U = 30%                      I = 75%

7. Quelle est la durée du suivi post greffe ?

B = 6 mois                      V = à vie                      P = 2 ans

8. Quel jubilé fête SOS cette année ?

T = 20 ans                      O = 15 ans                      E = 30 ans

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

**Senden Sie das Lösungswort bis zum 31. März 2018 an:**

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

Rätsel Nr. 4/2017

Lösungswort: PLATON

Gewinnerinnen:

E. Hoffmann, Luzern

C. Kronawetter, Bad Erlach (Österreich)

**Lösungswort:**

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

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

**Envoyer la solution sous forme du mot découvert jusqu'au 31 mars 2018 à:**

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

Quiz No 4/2017

Solution: PLATON

Gagnante:

A.-L. Thalman, Villars-sur-Glâne

**Solution:**

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

<b>03</b>	<b>22.03.2018</b>	<b>20. Schweizer Onkologiepflege-Kongress</b> Bern, <a href="http://www.onkologiepflege.ch">www.onkologiepflege.ch</a>
		<b>20ème Congrès Suisse des soins en oncologie</b> Berne, <a href="http://www.soinsoncologiesuisse.ch">www.soinsoncologiesuisse.ch</a>
		<b>20° Congresso Svizzero di cure oncologiche</b> Berna, <a href="http://www.onkologiepflege.ch">www.onkologiepflege.ch</a>
<b>05</b>	<b>02.–05.05.2018</b>	<b>SBK-Kongress / Congrès ASI</b> St. Gallen, <a href="http://www.sbk.ch">www.sbk.ch</a>
	<b>24.–26.05.2018</b>	<b>EAPC 2018</b> Bern, <a href="http://www.eapcnet.eu">www.eapcnet.eu</a>
<b>06</b>	<b>28.–30.06.2018</b>	<b>MASCC 2018</b> A-Wien, <a href="http://www.mascc.org">www.mascc.org</a>
<b>08</b>	<b>31.08.2018</b>	<b>9ème Journée romande</b> Sion, <a href="http://www.soinsoncologiesuisse.ch">www.soinsoncologiesuisse.ch</a>
<b>09</b>	<b>28.09. – 02.10.2018</b>	<b>Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Medizinische Onkologie</b> A-Wien, <a href="http://www.haematologie-onkologie-2018.com">www.haematologie-onkologie-2018.com</a>
<b>10</b>	<b>19.–23.10.2018</b>	<b>EONS 11 AT ESMO</b> D-München, <a href="http://www.cancernurse.eu">www.cancernurse.eu</a>
<b>11</b>	<b>14.–15.11.2018</b>	<b>Nationaler Palliative-Care-Kongress</b> Biel, <a href="http://www.palliative.ch">www.palliative.ch</a>

# L'adhésion

**thérapeutique est aussi une question  
qui concerne vos patients!**

Une information ciblée et des conseils professionnels encouragent la prise correcte et en toute sécurité des médicaments

**[www.anticancereuxoraux.ch](http://www.anticancereuxoraux.ch)**

Sur ce site internet vous trouvez des fiches informatives pour les patients, facilement compréhensibles, sur les médicaments antitumoraux.

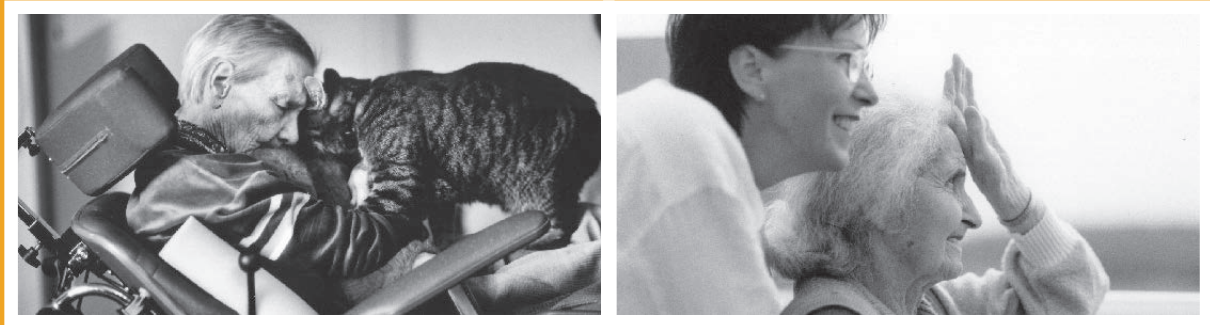


**Adhésion thérapeutique aux  
traitements antitumoraux oraux**

Un groupe de travail composé de membre de SOS et SSOM  
[www.oraletumotherapie.ch](http://www.oraletumotherapie.ch)

**weiterbildung-palliative.ch**  
**Interdisziplinärer Lehrgang**

# Palliative Care



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

**Durchführung Zürich | März 2018 – März 2019**

05. / 06. März 2018, 16. / 17. April 2018, 16. / 17. Mai 2018, 11. / 12. Juni 2018, 05. / 06. Juli 2018, 29. / 30. August 2018, 24. / 25. Sept. 2018, 25. / 26. Oktober 2018, 26. / 27. November 2018, 10. / 11. Januar 2019, 04. / 05. März 2019, weitere drei Tage nach Wahl / Tagungen und Tagesseminare

**Durchführung Zürich | November 2018 – November 2019**

05. / 06. November 2018, 05. / 06. Dezember 2018, 08. / 09. Januar 2019, 27. / 28. Februar 2019, 25. / 26. März 2019, 08. / 09. Mai 2019, 03. / 04. Juni 2019, 03. / 04. Juli 2019, 22. / 23. August 2019, 24. / 25. September 2019, 04. / 05. November 2019, weitere drei Tage nach Wahl / Tagungen und Tagesseminare

**Dozentinnen / Dozenten**

Dr. med. Christoph Gerhard, Bea Goldman, Dr. med. Manuel Jungi, Prof. Dr. Andreas Kruse, Dr. med. Roland Kunz, Peter Lack, Dr. phil. Matthias Mettner, Prof. Dr. Settimio Monteverde, Dr. med. Florian Riese, Claudia Schröter, Jacqueline Sonego Mettner, Prof. Dr. Rolf Verres, Dr. med. Manuela Wälchli, Dr. med. Andreas Weber, Dr. med. Markus Weber, und andere nach Nennung

**Veranstaltungsort**

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

**Information / Anmeldung**

Beachten / Verlangen Sie bitte die 20-seitige Informationsbroschüre.  
Palliative Care und Organisationsethik, Postfach 425, CH-8706 Meilen ZH, Tel. 044 980 32 21  
info@weiterbildung-palliative.ch, www.weiterbildung-palliative.ch

In Zusammenarbeit mit:

RUPRECHT-KARLS-  
UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG



Direkt zur Informationsbroschüre:

