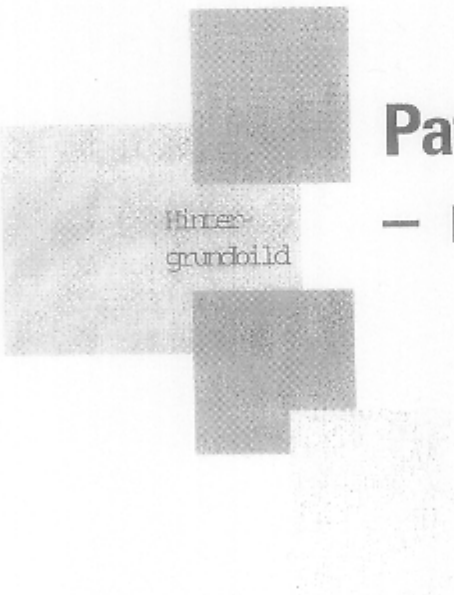


## Begleitprogramm

# Patientinnen mit Brustkrebs – rundum gut betreut


 Hintergrundbild

Frauen, die an Brustkrebs erkranken, brauchen eine besondere Begleitung. In einem eineinhalbjährigen Praxisprojekt zwischen dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und der Station eines Brustzentrums wurde deshalb ein spezielles Begleitprogramm für Brustkrebspatientinnen entwickelt und von den Pflegenden der Station umgesetzt. Im Folgenden wird es vorgestellt.

**K**rankschwestern haben eigentlich schon immer den „Löwenanteil“ der Begleitung von Brustkrebspatientinnen übernommen – allerdings ohne Struktur, Darstellung bzw. öffentliche Inanspruchnahme. Jede Patientin trifft im Krankenhaus auf Pflegenden und wendet sich unmittelbar mit ihren Fragen und Sorgen an sie. Diese erste Zeit vor und nach der Operation scheint sehr wichtig, um eine positive und informierte Grundeinstellung zu erreichen. Es ist daher unverzeihlich, dass im Disease Management Programm Brustkrebs den Pflegeberufen keinerlei Rolle zuerkannt wurde.

## Vorbereitungen rund um das Begleitprogramm

Insgesamt fanden während der Entwicklung und Umsetzung des Begleitprogramms 18 Sitzungen statt. Gleich im ersten Treffen stellte sich heraus, dass die Pflegenden auf dieser Station schon vor dem stationären Aufenthalt die Terminvereinbarung mit den betroffenen Frauen übernehmen und am Telefon ei-

ne Art „Krisenhilfe“ leisten. Die Telefonate gehen während der normalen Schichtarbeit ein, und die Pflegenden nehmen sich Zeit für die ängstlichen und aufgeregten Frauen, sichern rasch einen Termin, geben Informationen und versuchen, Angst zu mindern. „Uns ist wichtig, den Frauen Vertrauen und Mut zu geben“, sagten die Krankenschwestern – ohne, dass je gemeinsam über die Strategie gesprochen worden war.

In den weiteren Sitzungen wurde dann jeweils ein Thema fokussiert, eine Neuentwicklung erarbeitet und zwischen den Sitzungen ausprobiert. Zum Teil wurden in den Treffen (und außerhalb) Fortbildungsthemen angeboten: Körperbild, Trajektmodell nach Strauss/Corbin, Disease Management Programme, subjektive Krankheitstheorien, Angehörigenarbeit, plastische Chirurgie usw. Während der ganzen Zeit fanden in thematischer Absprache zusätzliche Termine mit einer Psychologin statt. Hierbei ging es um Fallarbeit, um Erhöhung der Gesprächskompetenz, aber auch um Konflikte auf der Station.

Die Sitzungen dauerten jeweils zirka zwei Stunden und fanden mit dem ganzen Team statt (Notbesetzung auf der Station). Immer anwesend war die zuständige Pflegedienstleitung und gelegentlich eine Ärztin, die den Kontakt zur Ärzteschaft herstellte und dem Chefarzt Bericht erstattete.

Während des Projektzeitraumes wurden entsprechende Fachkongresse besucht, Hospitationen durchgeführt und jede Menge aktueller Literatur gelesen – jeweils mit Austausch. Weiter wurden auch selbst Kontakte aufgebaut, von der örtlichen Gesundheitskonferenz, über Landesinitiativen, Selbsthilfegruppen, Fachgesellschaften bis hin zu Europadonna, einer europäischen Organisation gegen Brustkrebs. Drei Studentinnen der Pflegewissenschaft begleiteten das Projekt durch Recherchen und thematische Vertiefungen, zum Beispiel zur Prothetik oder zum Lymphödem.

## Die Schritte des Begleitprogramms

1. Erweiterte Pflegeanamnese/ spezielles Formular

Die in der Klinik übliche Pflegeanamnese wurde um Aspekte erweitert, die besonders im Bereich Brustkrebs relevant sein könnten: Welche Ängste löst die (mögliche) Krebserkrankung aus? Gab es Brustkrebs in der Familie? Welche Bewältigungsstrategien können helfen? Wie ist die familiäre Unterstützung? Gibt es spezielle Sorgen hinsichtlich des Aussehens (Körperbildstörung)? Welche persönlichen Ressourcen stehen zur Bewältigung zur Verfügung?

## 2. Angebot

### Entspannungsverfahren

Jeder Patientin wurde eine CD mit einem Programm zur Atementspannung ausgehändigt – die Station hat dafür CD-Player als Leihgabe angeschafft. Dank der Unterstützung durch die Techniker-Krankenkasse konnte die CDs auch den Frauen mitgegeben werden. Die Beruhigung durch die Atementspannung wird von den Patientinnen, besonders präoperativ, sehr geschätzt. Dieses Angebot ist ein voller Erfolg – auch für Frauen mit anderen Diagnosen.

### 3. Informationsmappe

Das Zusammenstellen einer Informationsmappe für die Patienten nahm einen großen Raum ein, das Sichten einer Vielzahl von Broschüren erhöhte gleichzeitig das Wissen aller Projektbeteiligten. Die Broschüren wurden gemeinsam nach der Wittener Liste ([www.patientenedukation.de](http://www.patientenedukation.de)) beurteilt. Etwa sechs bis acht Broschüren werden individuell und sukzessive an die Frauen abgegeben und in einer bereit gestellten Mappe gesammelt. Zusätzlich wurden „hauseigene“ Informationsblätter erstellt und eine kleine Handbibliothek für die Patientinnen zur Verfügung gestellt.

### 4. Angebot Angehörigen-gespräche/-beteiligung

Während des Projektzeitraumes wuchs die Einsicht über die Rolle der Familie zur Krankheitsbewältigung. Die Pflegenden berichteten von zahlreichen

„Seitengesprächen“ mit den Angehörigen auf dem Flur („Bitte kümmern Sie sich besonders um meine Frau, wir haben beide so viel Angst“). Die Stationsleitung erzählte, dass eine Patientin explizit darum gebeten hätte, dass der Ehemann bei einem Verbandwechsel erstmalig die operierte Brust sehen sollte – unter Beisein der Krankenschwester.

Die Pflegenden haben schon immer den „Löwenanteil“ der Begleitung von Brustkrebspatientinnen übernommen

Im Team wurde überlegt, wie diese Situation zu gestalten sei, und es wurden alle Eventualitäten durchgespielt. Der Versuch verlief positiv und mündete in dem Ergebnis, dass allen Patientinnen dieses Angebot gemacht werden sollte.

### 5. Psychoonkologische Bedarfseinschätzung

Über mehrere Monate hinweg wurde ein Assessment-Verfahren gesucht, um einschätzen zu können, welche Patientinnen weitergehende psychologische Hilfen benötigen. Dabei wurden verschiedene gängige Verfahren angesehen und diskutiert, schließlich fiel die Entscheidung für das Hornheider-Screening-Instrument, ein Selbstausfüllverfahren für Krebskranke.

Die Auswertung der Bögen ergab bisher, dass sich die Ergebnisse mit den subjektiven Einschätzungen der Krankenschwestern deckten. Allerdings wurde immer wieder diskutiert, dass gerade die „stillen“ Patientinnen zugehende Angebote bräuchten. Eine zusätzliche psychoonkologische Betreuung für manche Patientinnen wurde vom Projektteam als wichtig angesehen. Als problematisch stellte sich heraus, dass einige Frauen es offenbar ablehnten,

„psychologische“ Hilfe in Anspruch zu nehmen – sie äußerten ihre Unterstützungswünsche spontan. Dies spricht dafür, dass Pflegeteams und Psycho-Onkologen sehr eng zusammenarbeiten sollten, beispielsweise indem sie die Schichtarbeit teilen oder auch Pflegeteams beraten (z.B. Fallbesprechungen).

### 6. Mini-Fallkonferenz

Um den interdisziplinären Austausch zu verbessern, wurde das Vorgehen einer „Mini-Fallkonferenz“ zwischen Ärzten und Pflegenden entwickelt. Darunter wird ein kurzes Gespräch während der Visite (auf dem Flur) verstanden. Dabei geht es darum, sich über unterschiedliche Sichtweisen über die Patientin auszutauschen und ein gemeinsames Vorgehen anzustreben. Zunächst fanden diese Besprechungen allzu informell statt und variierten je nach Durchsetzungsvermögen der begleitenden Krankenschwester.

Schließlich gelang es aber, dem kurzen Austausch eine Struktur zu geben. Ein „Durchbruch“ wurde erzielt, nachdem ein entsprechender Stempel angeschafft wurde, namentlich musste nun die Durchführung des Gespräches in der Pflegedokumentation bestätigt werden.

Immer wieder gab es dadurch Probleme, dass Ärzte, besonders aus der Leitungsebene, Gespräche mit den Patientinnen dem Pflegepersonal nicht mitteilten. Im Projektverlauf nahm dann eine Pflegenden der Station, soweit möglich, an der morgendlichen Kurzbesprechung der Ärzte teil. Überhaupt besserte sich im Projektverlauf die Zusammenarbeit mit den Medizinern deutlich, dazu dienten auch die regelmäßigen Rückmeldungen zum Projektverlauf an die Ärzteschaft. Der häufige Wechsel der Ärzte auf der Station und die unterschiedlichen täglichen Zeittakte der Pflege und der Medizin blieben schwierig.

### 7. Verbandwechsel/Körperbild

Die Sensibilität für eine mögliche „Körperbildstörung“ der

operierten Frauen wurde immer wieder thematisiert. Ein wichtige Situation ist der Verbandwechsel, obwohl ein aufwändiger Wechsel heute durch Transparentverbände entfällt. Früher fand die Wundvisitation generell im Patientenzimmer statt. Vielen Frauen war das jedoch unangenehm – schließlich wurde ein kleiner Raum dafür genutzt. Die Arbeit am Körperbewusstsein der Patientinnen vollzieht sich in vielen kleinen Interaktionen, die den Frauen Mut machen sollen.

#### 8. Entlassungsgespräch

Das Entlassungsgespräch soll als Abschluss des gesamten Prozesses dienen und eine gemeinsame Evaluation mit der Patientin zulassen. Dafür wurden in der Gruppe Ziele/Inhalte festgelegt, zum Beispiel sich rundum gut betreut zu fühlen, Informationen für die nächste Zeit zu haben, gestärkt und sicher die Klinik zu verlassen. Weiter sollte dieses Gespräch auch Rückmeldungen zur Pflege geben und im Sinne von Qualitätsentwicklung auch wieder „eingespeist“ werden. Von der Idee eines gemeinsamen Entlassungsgespräch mit den Ärzten wurde aus organisatorischen Gründen abgesehen.

#### „Befindlichkeitsgespräche“ bei Fragen und Sorgen

Zusätzlich zu diesen acht Schritten werden permanent Koordinationsaufgaben erledigt. Es wird Kontakt zum Sozialdienst aufgenommen, die Mitarbeiterin des Sanitätsfachhandels (Brustprothetik, Perücken u.a.) wird informiert, es werden Gespräche zwischen Angehörigen und Ärzten vermittelt, Termine koordiniert und eventuell der Krankenhausseelsorger oder der psychologische Dienst eingeschaltet.

Im Vordergrund aller Pflegeaktivitäten stehen viele Gespräche mit den Krebspatientinnen – diese wenden sich unmittelbar mit ihren kleineren und größeren Sorgen und Fragen an die

#### Begleitprogramm im Überblick

1. Erweiterte Pflegeanamnese/spezielles Formular
2. Angebot Entspannungsverfahren
3. Informationsmappe
4. Angebot Angehörigen-gespräche/-beteiligung
5. Psychoonkologische Bedarfseinschätzung
6. Mini-Fallkonferenz
7. Verbandwechsel/Körperbild
8. Entlassungsgespräch

stets präsenten Krankenschwestern.

Diese „Befindlichkeitsgespräche“ sind ungeplant, häufig zersplittert und finden meist während der Pflege statt. Oft wenden sich die Frauen mit den gleichen Themen an verschiedene Pflegende – wahrscheinlich um sich „rückzuversichern“. Im Projekt wurden Dokumentationsbögen entwickelt und eingesetzt, um die Gespräche quantitativ und qualitativ zu erfassen. Im Projektteam wurden dazu verschiedene Gesprächsstrategien unterschieden: Informieren, stummes Dasein, Wiedergutmachungsarbeit, Ermutigen, Gefühle zulassen, Angehörigen-gespräche usw. Als Diskussionsvorlage halfen hier die Vorschläge zur „Emotionsarbeit“ von Strauss.

Etwa 90 Minuten Interaktionen pro Patientin und Tag „Hoch“-Zeiten des Gesprächsbedarfes sind nach ärztlichen Kontakten zu beobachten. Nach fast jedem ärztlichen Gespräch erfolgt ein Gespräch mit den Krankenschwestern (Bestätigung, Erklärung). Außerdem vergleichen die Krebspatientinnen häufig untereinander das Behandlungsregime und fragen dazu die Pflegenden. Die Patientinnen warten auf den Befund, werten dies als schlechtes Zeichen und erkundigen sich wiederum bei den Pflegenden. Auch nach verstärktem „Besucherandrang“ sind es wieder die Krankenschwestern, die Ratschläge der Besucher sortieren

und auf die Patientinnen eingehen.

Erste quantifizierende Einschätzungen der Interaktionen kommen auf einen zeitlichen Anteil von durchschnittlich 90 Minuten pro Patientin und Tag, dabei gehen die Gespräche weit über eine „niederschwellige psychoonkologische Begleitung“ hinaus. Stellvertretend für die Gesprächsanlässe sollen hier drei Beispiele gegeben werden:

#### 1. Hoffnung machen nach Feststellung weitergehender Befunde:

Das lapidare Kürzel „Scan“ im Pflegebericht (!) offenbarte auf Nachfrage eine ganze Reihe versteckter Pflegeinterventionen. Die Untersuchung auf Metastasen bestimmt für die Patientinnen die weitere Behandlung, der unmittelbare Befund wird den betroffenen Frauen direkt klar. Die Krankenschwestern sind die ersten Personen, denen die Patientinnen das Ergebnis mitteilen: Sie fallen ihnen erleichtert „um den Hals“ oder sie sind verzweifelt, weinen, suchen Trost angesichts einer weitergehenden onkologischen Therapie und bereiten sich vor, ihre Angehörigen zu verständigen.

**2. Lebensbilanz:** Es ist bekannt, dass Menschen in einer bedrohlichen Krankheitssituation, oft noch in der Klinik, über ihr Leben nachdenken. In vielen Fällen sind Pflegenden hier wieder die ersten Ansprechpartner. In einer der letzten Sitzungen berichtete die Stationsleitung, dass sich manchmal längere Gespräche über die Wahl des Ortes für die Nachsorge ergeben.

**3. Ermutigung vor der Operation:** Die Pflegenden im Nachtdienst tauchte erst im Projektverlauf als wichtige Akteurin auf. Am Abend vor der Operation spricht diese Krankenschwester auf Bitte der Patientinnen noch einmal zehn bis fünfzehn Minuten mit ihnen, durchaus aber auch zusätzlich noch in der Nacht – meistens geht es dabei um Vertrauen, um

zinunterstützende Maßnahmen vor (Blut bestellen usw.). Von der realen Pflegeleistung bildeten sie nur etwa ein Viertel der Interventionen ab – sie werden zurzeit überarbeitet.

### Geplante Gespräche

Aus dem „Teppich“ der zahlreichen kleinen Interaktionen sollten vertiefte Gespräche herausgehoben und nicht „zwischen Tür und Angel“ geführt werden. Dazu gehörten die Pflegeanamnese oder Gespräche mit Angehörigen. Dabei ergaben sich zahlreiche Schwierigkeiten – ganz profan etwa durch das Nicht-Vorhandensein einer Rückzugsmöglichkeit auf der Station.

Schließlich wurde ein kleiner Archivraum umgestaltet, ein winziger Raum, auf den plötzlich verschiedene Gruppen „multifunktional“ zurückgreifen wollten: als Verbandsraum mit Untersuchungsfläche, als PC-Raum für medizinische Dokumentation, als Lager, als Gesprächsort u. v. m. Allen Schwierigkeiten voran entstand ein Widerstand der Krankenschwestern, „extra“ für Gespräche einen anderen Raum aufsuchen zu müssen. Erst im Laufe der Zeit wurden solche Gespräche vermehrt geführt und auch die Ruhe genutzt (Schild „Nicht stören“). Es stellte sich aber auch heraus, dass spontane Gespräche im Handlungsablauf typisch für das Pflegesetting sind und einen Großteil der Interaktionen ausmachen.

### Fachwissen oft nicht ausreichend

Im Projekt zeigte sich, dass die erforderliche Fachexpertise für Brustkrebspatientinnen in der Pflege fehlt. Dieses Wissen kann eine onkologische Fachweiterbildung gut ergänzen. Silvia Denton, Präsidentin des Royal College of Nursing, GB, besuchte das Team im Projektverlauf. Sie hat vor vielen Jahren die Spezialisierung zur „Breast

Care Nurse“ entwickelt und drängte darauf, diese Expertise als Masterstudiengang zu entwickeln. Angesichts der Bildungssituation in der deutschen Pflege ist zunächst ein Fernlehrgang mit Präsenzphasen entstanden. Dieser Kurs ist inzwischen sehr erfolgreich zum zweiten Mal durchgeführt worden und wird weiter angeboten ([www.bildung-essen.de](http://www.bildung-essen.de)). Nur so ist es hierzulande möglich, überhaupt Pflegenden in der Fläche bildungsmäßig vorzubereiten.

In dem hier vorgestellten Projekt wurde nur die perioperative Phase fokussiert, es fehlt noch die onkologische Expertise in der längerfristigen Begleitung (Hormontherapie, Chemotherapie, Bestrahlung u. a.) und auch in der Palliativbetreuung. So wurden im Projekt keine Besonderheiten bei Rezidivpatientinnen thematisiert. Besonders wichtig scheint die Entwicklung von prästationären und poststationären Kontakten durch die Pflege. Bisher ist dies nicht vorgesehen.

Pflegeexpertinnen könnten durch Besuche, telefonische Kontakte, durch Mitarbeit in Arztpraxen die Frauen im Sinne eines Case Managements begleiten. Die außerstationäre Begleitung scheint auch deswegen wichtiger zu werden, weil die Verweildauer in der Klinik rapide sinkt. Viele Frauen, besonders jüngere und berufstätige Mütter, scheinen sich rasch wieder zu verselbstständigen und könnten durch die Maschen des Betreuungsnetzes fallen.

### Abschließende Einschätzung

Sehr auffällig war die professionelle Entwicklung im Team. Der Zuwachs an Kompetenz, Selbstbewusstsein und Zufriedenheit war deutlich spürbar. Im Nachgang haben sich noch weitere Aktivitäten entwickelt, so wird zurzeit eine neue Broschüre über das Brustzentrum von den Pflegenden entwickelt – in der vormaligen Ausgabe kamen sie überhaupt nicht vor.

Die größte Bestätigung geschieht jedoch durch die Patientinnen selbst. Sie merken die erhöhte Zuwendung und Sicherheit und fühlen sich wohl. Es scheint, dass eine stabile, kohärenzfördernde Orientierung in der Anfangsphase „trägt“ und Zuversicht und das Gefühl der Selbstwirksamkeit steigert. Die Selbsthilfegruppen/Interessensverbände im Brustkrebsbereich sind allerdings auf die Medizin fixiert, erst auf Nachfrage wird zögernd die Rolle der Pflege angesprochen.

Entsetzt waren wir zu Projektbeginn über die Stummheit der Pflege. Obwohl die Krankenschwestern auf der Station ganz überwiegend die Begleitung der Brustkrebspatientinnen übernahmen, meinten sie, nichts zu tun zu haben mit der Zertifizierung, mit Disease Management Programmen, Öffentlichkeitswochen, psychoonkologischen Kreisen usw. Eine Teilfreistellung einer Pflegenden wäre dringend erforderlich, um das Team und dessen Entwicklungen zu stützen. Zahlreiche Zuschriften und Anrufe während des Projektes deuten darauf hin, dass es auch in anderen Brustzentren ähnlich zugeht. Hier und da werden Rollen entwickelt, im Allgemeinen verschwinden sie aber je nach Situation wieder – von einer breiten „offiziellen“ Beteiligung der Pflegeberufe an der Diskussion kann (noch?) nicht die Rede sein.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. A. Abt-Zegelin  
Institut für Pflegewissenschaft  
Universität Witten/Herdecke  
Stockumerstraße 10-12, 56453 Witten  
E-Mail: [zegelin@uni-wh.de](mailto:zegelin@uni-wh.de)

### Lust aufs Studium?

Erstmalig nimmt das Institut für Pflegewissenschaft zu Beginn des Sommersemesters (April 07) in den Bachelorstudiengang auf. Neu ist auch eine verstärkte Anrechnung von Vorleistungen. Informieren Sie sich: [www.uni-wh.de/pflege](http://www.uni-wh.de/pflege)