



Mammakarzinom

Welche pflegerischen Angebote helfen weiter?

Aufgaben & Kompetenzen der Breast Care Nurse (BCN)

Jeannette Pongratz -
Breast Care Nurse im Brustzentrum am KSSG



Agenda

- 1) Anamnese / Assessment
- 2) Information
- 3) Beratung / Coaching
- 4) Prozessbegleitung
- 5) Koordination
- 6) Vermittlung
- 7) Informationsfluss
- 8) Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 9) Management (je nach Institution)
- 10) Forschung (je nach Institution)

Ziel der BCN

Hohe Qualitätsanforderungen an die Versorgung von Brustkrebspatienten sicherstellen

Diagnostik

Operation

medikamentöse
Antitumorthherapie

Radio-
therapie

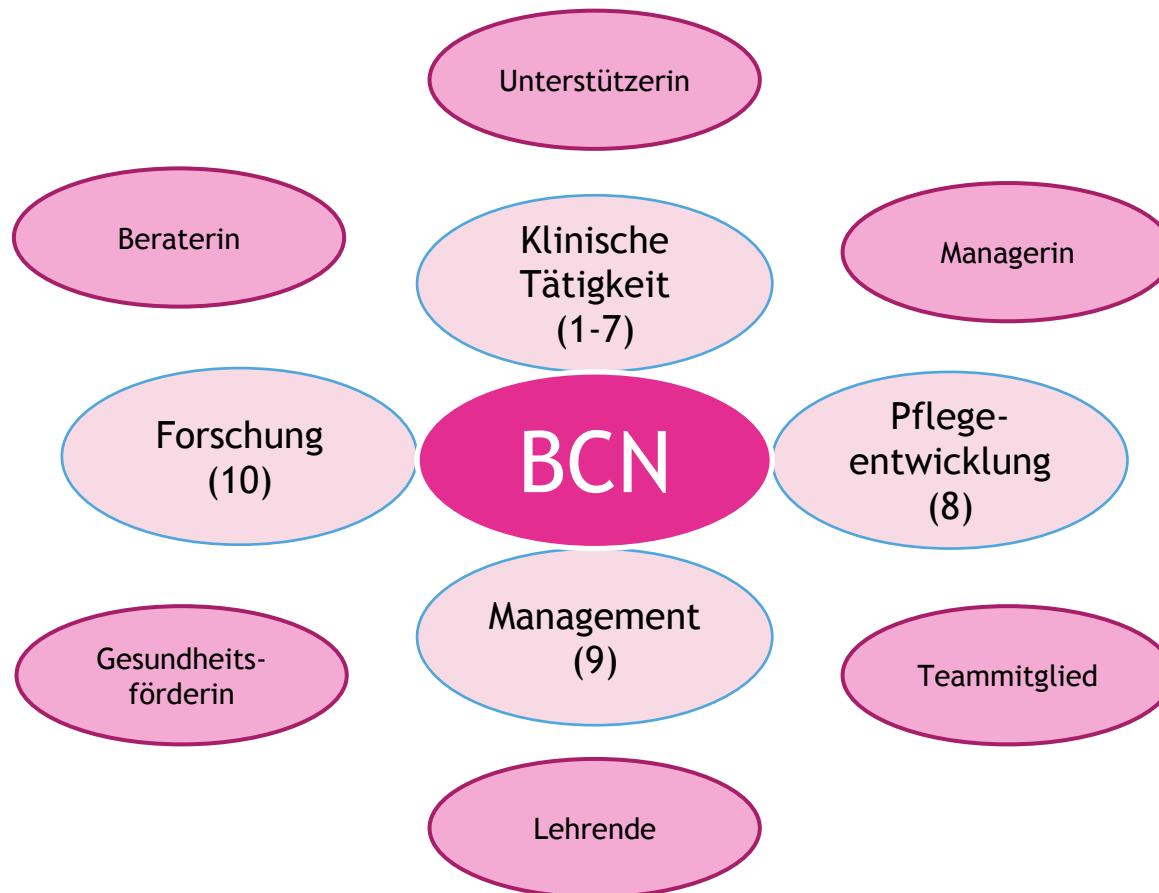
Endokrine
Therapie /
Nachsorge

Survivorship



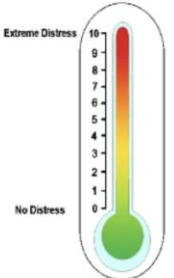
BCN (Lotsenfunktion, Anwältin der betroffenen Frau)

Aufgaben & Kompetenzen der BCN



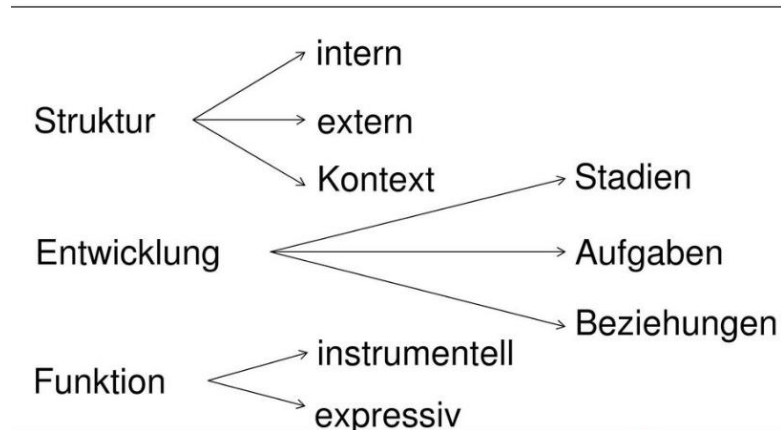
1) Anamnese / Assessment

a) Distress-Thermometer

<p>First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.</p>	<p>Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.</p>	
	<p>YES NO Practical Problems</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Housing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insurance/financial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Work/school <p>Family Problems</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with children <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with partner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dealing with close Friend/relative <p>Emotional Problems</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervousness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sadness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Worry <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Loss of interest in usual activities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spiritual/religious concerns 	<p>YES NO Physical Problems</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bathing/dressing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Changes in urination <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Feeling Swollen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Getting around <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Memory/concentration <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouth sores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose dry/congested <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin dry itchy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sleep <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tingling in hands/feet <p>Other problems</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

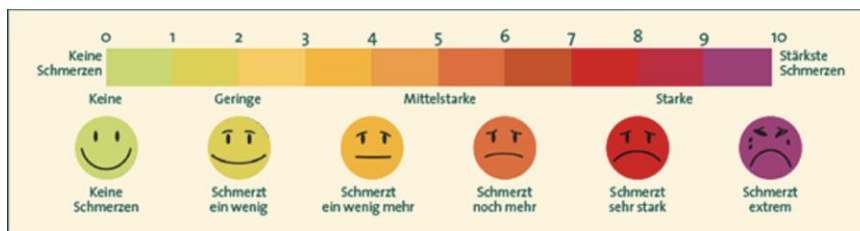
b) Erhebung der familiären Systeme

Calgary Family Assessment Model (CFAM)



1) Anamnese / Assessment

c) Schmerz-Skala



d) Fatigue Assessment Questionnaire

Müdigkeit

Müdigkeitsfragebogen

Name B
 Vorname C
 Datum _____

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten, indem Sie die für Sie passende Antwort ankreuzen (entsprechende Zahl ankreuzen).
 Die Antworten müssen sich auf die letzten 2 Wochen beziehen.

	überhaupt nicht	wenig	mäßig	sehr
1. Reagierten, handelten Sie langsamer?	0	1	2	3
2. Verspürten Sie ein extremes, unübliches Bedürfnis, sich auszurufen? (unüblich für Sie)	0	1	2	3
3. Verspürten Sie ein Gefühl extremer, unüblicher Müdigkeit?	0	1	2	3
4. Erlebten Sie ein Gefühl von «ausgewunden sein», von Erschöpfung?	0	1	2	3
5. Verspürten Sie eine Schwäche, ein Verlust an Kraft?	0	1	2	3
6. Verspürten Sie ein allgemeines Unwohlsein?	0	1	2	3
7. Verspürten Sie schwere Glieder?	0	1	2	3
8. Verspürten Sie eine reduzierte, körperliche Leistungsfähigkeit?	0	1	2	3
9. Verspürten Sie einen Verlust an Energie? (verglichen mit üblicher Energie)	0	1	2	3
10. Brauchte es oft Überwindung, die sonst üblichen Aktivitäten durchzuführen?	0	1	2	3
11. Fühlten Sie sich während des Tages oft schläfrig?	0	1	2	3
12. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	0	1	2	3
13. Fühlten Sie sich vergesslicher als normalerweise?	0	1	2	3
14. War es für Sie schwierig, aufmerksam zu bleiben, z.B. Zuhören oder Lesen?	0	1	2	3
15. Hatten Sie den Wunsch, die Gedanken «abzuschalten»?	0	1	2	3
16. Verspürten Sie Angst?	0	1	2	3
17. Fühlten Sie sich angespannt?	0	1	2	3
18. Fühlten Sie sich ungeduldig?	0	1	2	3
19. Fühlten Sie sich traurig, deprimiert?	0	1	2	3
20. Hatten Sie nachts Schlafprobleme?	0	1	2	3

Es folgen noch weitere Fragen dazu, wie intensiv Sie die unübliche Müdigkeit letzte Woche und letzten Monat empfunden und wie stark Sie darunter gelitten haben.

e) Wunderfassung und –kontrolle (spezifische körperl. Untersuchung)

f) Nausea, Ernährung etc. (je nach Institution)

2) Information

Abgabe von Informationsmaterial

- bewährte Webseiten



2) Information



3) Beratung / Coaching

- Haarverlust u. Nebenwirkungen der gesamten Antitumorthherapie
- Gewichtsveränderung
- Schlafstörungen
- Emotionale Belastungen
 - Ängste, Ungewissheit,
 - Sorgen um Familie
 - Arbeitsplatz, Finanzen
 - Verlust der Normalität
 - Einsamkeit



4) Prozessbegleitung

- BCN navigiert zusammen mit dem Arzt durch den gesamten Prozess (Lotse).
- Angebot wird bei der Aufnahme im BZ vorgestellt.
- Ist bei Bedarf beim Diagnosegespräch anwesend.
- Bewältigungsprozess der Patientin und ihrer Familie im Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung.

Kantonsspital
St.Gallen



Patienteninformation

Brustzentrum



Kantonsspital
St.Gallen



Diagnostik

Operation

medikamentöse
Antitumorthherapie

Radio-therapie

Endokrine
Therapie /
Nachsorge

Survivorship

5) Koordination

- Teilnahme am Tumorboard
- Zugang zu allen Resultaten der Besprechung
 - Sicherstellung Informationstransfer
 - Patientenpräferenzen vertreten

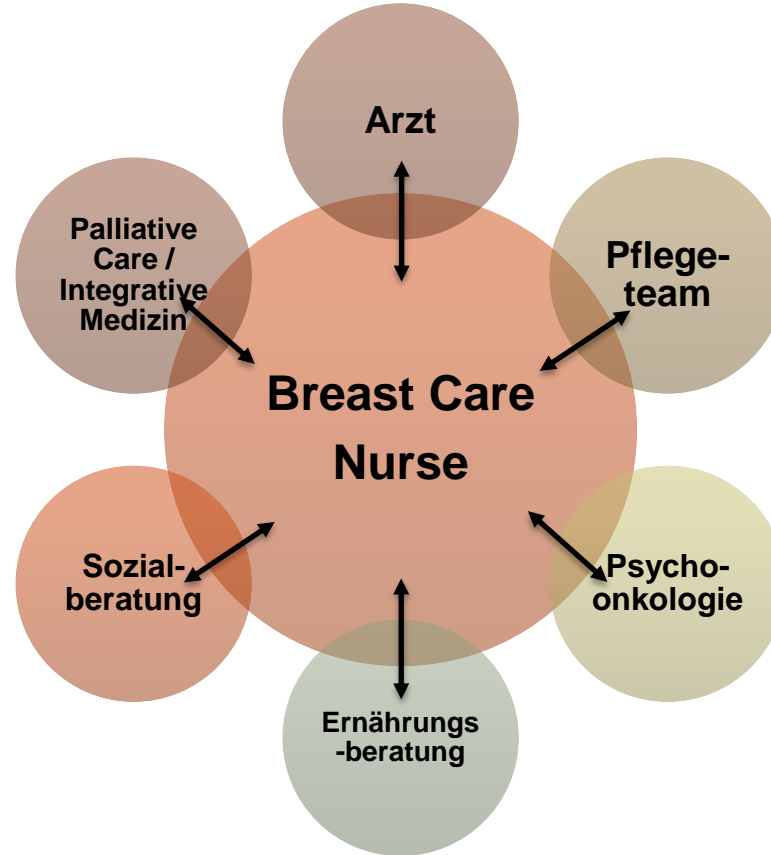


6) Vermittlung

- weitere Fachdisziplinen
 - Psychoonkologie
 - Seelsorge
 - Ernährungsberatung
 - Sozialberatung
- weitere Dienste
 - Integrative Medizin
 - Krebsliga
 - Palliative Care
 - Selbsthilfegruppen
 - Sanitätsgeschäfte



7) Informationsfluss



8) Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Bildet sich kontinuierlich weiter
- 32 Std. fachspezifische Fortbildung
- intern
- extern (Kongress, eigene Beiträge)
- evtl. Entwicklung von Fortbildungsangeboten
- Kommunikationstraining



9) Management (je nach Institution)

- Erhebungen statistischer Daten in ihrem Fachbereich, zur Evaluation ihrer Leistungen.
 - Anzahl Konsultationen pro Jahr
 - Dauer und Inhalte
 - Anzahl Vermittlungen an andere Fachpersonen



10) Forschung (je nach Institution)

- BCN leistet Beitrag zu
 - Audits und Zertifizierungen
 - Qualitätsinitiativen
 - Umsetzung von Empfehlungen
 - Zertifizierung seit 2012



