



Ambulante Betreuung

Die Betreuung ist anspruchsvoller geworden

Kurze Spitalaufenthalte und komplexe Krankheitsbilder machen die ambulante Pflege immer anspruchsvoller. Drei Spitex-Pflegeexpertinnen sprechen über ihre Erfahrungen. ► 8



Neue Versorgungsmodelle sind gefragt

Um in Zukunft eine nachhaltige Betreuung rund um die Mutterschaft sicherzustellen, braucht es innovative und interprofessionelle Versorgungsmodelle. Akteure aus Gesundheit und Politik sind gefordert. ► 12

Fokus: Ambulante Betreuung

- 05 Sondenkost statt Café complet
Klinische Ernährung zu Hause
- 08 Die Pflege ist anspruchsvoller geworden
- 12 Neue Versorgungsmodelle sind gefragt
- 15 Mit spitzer Feder
- 16 Der Patient bestimmt den Rhythmus
- 18 Chance und Herausforderung zugleich
Die Advanced Praxis Nurse in der Spitex
- 20 Weiterbildung zur Qualitätssicherung
- 22 Neue ambulante Wege in der Versorgung von
Menschen mit psychischen Problemen

Physiotherapie

- 24 Nackenbeschwerden am Arbeitsplatz

Ernährung und Diätetik

- 26 Neuer Master an Schnittstellen

Hebamme

- 28 Internationales Engagement für den
Hebammenberuf

Pflege

- 30 Zwischen Klinik und betreutem Wohnen

Forschung

- 32 Spagat zwischen Ressourcen und
Anforderungsprofil
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (PH SRK)

Interdisziplinäres

- 34 Mach ds Mul uf
Do's und Dont's der politischen Bühne für
Pflegernde
- 35 Multiprofessionelle Zusammenarbeit auf
Erfolgskurs

Internationales

- 36 Ein neuer Blick auf das Leben
- 38 Internationale Beziehungen in Lehre und
Forschung

Weiterbildung

- 40 Ein Meilenstein auf dem Gebiet des Stillens
Das CAS Still- und Laktationsberatung

Diplomfeier

- 43 Abschlussfeier der Master- und Bachelor-
studiengänge

Im Dialog mit ...

- 48 Anne Pfeiffer

Weiterbildungsangebot

- 50 Aus- und Weiterbildungen an der
Fachhochschule





Prof. Dr. Cornelia Oertle
Leiterin Fachbereich Gesundheit

Liebe Leserin, lieber Leser

«Ambulant vor stationär» – das neue Schlagwort im Gesundheitswesen. Wo vor Jahren noch fleissig Spitalbetten gebaut wurden, ein Mangel an Pflegebetten bestand, hat sich die Situation drastisch geändert. Man spricht von Überkapazität, Betten werden abgebaut, Spitäler geschlossen und auch im Pflegeheim sind die Wartelisten weniger lang als noch vor einigen Jahren. Eine Redimensionierungsphase läuft. Existierten Anfang der Achtzigerjahre noch rund 76 000 Spitalbetten in der Schweiz, waren es 2012 nur noch rund 38 000. Nicht mehr die institutionelle Betreuung in allen Lebenslagen ist gefragt, sondern das eigene zu Hause. Immer mehr kranke Menschen möchten dort betreut werden, alte Menschen wollen in ihren eigenen vier Wänden bleiben. Zuhause sein, solange es irgendwie möglich ist. Ein weiterer Grund, weshalb die ambulante Pflege in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat, hängt mit der Spitalfinanzierung zusammen, denn Patientinnen und Patienten werden heutzutage aus Kostengründen immer früher aus dem Spital entlassen.

Unsere Studierenden und Mitarbeitenden werden sich mit dem Prinzip «ambulant vor stationär» in Zukunft noch intensiv auseinandersetzen müssen. Zeit also, das Thema «ambulante Betreuung» in den Fokus unseres Kundenmagazins zu stellen. So lesen Sie im Interview mit drei Pflegeexpertinnen über Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Pflege (S. 8), finden auf Seite 22 eine innovative Geschäftsidee für ambulante Betreuung oder können sich auf der Seite 12 mit neuen Versorgungsmodellen rund um die Mutterschaft vertiefen. Die Lektüre lohnt sich.

Zum Schluss noch etwas in eigener Sache: Da ich Mitte Dezember als Fachbereichsleiterin des Fachbereichs Gesundheit abtrete, um ab Februar als Direktorin dem Eidgenössischen Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB vorzustehen, schreibe ich hier mein letztes Editorial für das Kundenmagazin Frequenz. Der Bildung bleibe ich treu, und mein Interesse an Gesundheit mit all ihren Facetten wird mich weiter begleiten. Bei der nächsten Frequenz-Sommerausgabe gehöre ich bereits zur Leserschaft. Es wäre schön, auch Sie weiter dazuzählen zu dürfen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und von Herzen alles Gute

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Fachbereich Gesundheit
Erscheinungsweise: 2-mal jährlich
Auflage: 10 000 Ex.
Redaktion: Judith Bögli
Fotos: Daniel Haid, Karin Scheidegger, Alexander
Jaquemet, Christine Strub, Christine Weibel und weitere

Layout: AST & FISCHER AG, Wabern, Bettina Häfliger
Druck: AST & FISCHER AG, Wabern
Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung der Redaktion
Abonnement: gesundheit.bfh.ch/frequenz

News

Kein Abschluss ohne Anschluss: vom Master of Science in Pflege (BFH) zum PhD

Seit 2014 haben die Absolvierenden des Studiengangs Master of Science in Pflege BFH zwei Anschlussmöglichkeiten: Gemeinsam mit der Maastricht University (NL), Faculty of Health Medicine and Life Science, School for Public Health and Primary Care und der Medical University of Graz (A), Institute of Nursing Science bietet der Fachbereich Gesundheit ein PhD-Programm an. Auch in der Kooperation mit der University of Central Lancashire (UK), School of Health steht Absolventinnen und Absolventen des Master of Science in Pflege BFH ein renommiertes PhD-Programm offen. Weitere Informationen erteilen Prof. Dr. Sabine Hahn, sabine.hahn@bfh.ch oder Prof. Dr. Claudia Mischke, claudia.mischke@bfh.ch

MSc in Physiotherapie neu mit klinischen Schwerpunkten

Ab 2015 kann im Studiengang «Master of Science in Physiotherapie» ein klinischer Schwerpunkt gewählt werden. Diese Schwerpunkte werden jeweils im Zweijahresrhythmus von der BFH und der ZHAW durchgeführt. Für die Wahl eines Schwerpunktes braucht es keine nachweisliche Berufserfahrung in diesem Gebiet. Der Zugang zu Patientinnen und Patienten im Schwerpunkt muss jedoch während des Studiums gewährleistet sein.

Certificate of Global Competence

Studierende an der BFH können neu das Zertifikat «Global Competence» erwerben. Dieses ermöglicht ihnen, globale und lokale Kompetenzen zu verknüpfen und qualifiziert sie für die Arbeit in einem internationalen Umfeld oder im inter- und transkulturellen Kontext in der Schweiz. Mit dem Zertifikat haben Studierende aller Studienrichtungen die Möglichkeit, «globally competent» zu werden. Dafür braucht es spezifisches Fachwissen, die Teilnahme an grenzüberschreitenden fachlichen Austauschprojekten oder anderen Aktivitäten mit internationaler Ausrichtung, Fremdsprachenkenntnisse und einen Reflexionsbericht.

1000. Diplom am Fachbereich Gesundheit der BFH

Gemeinsam mit 334 weiteren Absolvierenden des Fachbereichs Gesundheit feierte Annina Sahli diesen Herbst den Abschluss ihres Studiums (Bilder der Abschlussfeier S. 43). Sie hat an der Berner Fachhochschule den «Master of Science in Pflege» erworben. Ihr Diplom ist das 1000., das der Fachbereich Gesundheit nur acht Jahre nach seiner Gründung ausstellt. Während des Masterstudiums haben sich für Annina Sahli neue berufliche Wege eröffnet. Sie machte sich selbstständig und eröffnete mit weiteren Fachpersonen ein ambulantes Zentrum für psychische Gesundheit (siehe S. 22).

Interprofessionelles FBG-Team gewinnt Credit Suisse Award for Best Teaching 2014

Eine interprofessionelle Gruppe des Fachbereichs Gesundheit hat ein schweizweit einmaliges Lernkonzept entwickelt und damit den Lehrpreis Credit Suisse Award for Best Teaching 2014 gewonnen. Mit dem jährlich verliehenen Award werden herausragende Lehrkonzepte an Fachhochschulen honoriert. Professionelle Kommunikation ist für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine zentrale Kompetenz. Am Fachbereich Gesundheit ist das Erlernen und Trainieren von kommunikativen Fertigkeiten seit mehreren Jahren integraler Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung (mehr dazu S. 35).

Mitarbeit an Buchprojekten

Expertinnen und Experten aus dem Fachbereich Gesundheit haben in zwei neu publizierten Büchern verschiedene Kapitel geschrieben. «Aufbruch in die Zukunft» und «Erfolgreich in die Zukunft» heissen die beiden Werke. Beide Bücher setzen sich mit der Entwicklung von Schlüsselkompetenzen in der Hochschulbildung und in den Studiengängen der Gesundheitsberufe auseinander. Erschienen sind sie im Verlag Waxmann und im medhochzwei-Verlag. Weitere Informationen unter www.waxmann.com und medhochzwei-verlag.de

Zweite Fachtagung Geburtshilfe in Bern

2014 fand die zweite Fachtagung Geburtshilfe unter dem Motto «Wege zur hebammengeleiteten Geburtshilfe» statt. Verschiedene Referate zum Thema begeisterten die Anwesenden und während der Fachtagung hatten Hebammen aus Praxis, Lehre und Forschung die Gelegenheit, sich auszutauschen. In Workshops kristallisierte sich heraus, wie wichtig die Unterstützung und Mithilfe verschiedener Stakeholder eines Spitals für ein erweitertes Betreuungsangebot sind. Die nächste Fachtagung Geburtshilfe ist für Januar 2016 geplant.

Events

«Marktplatz Weiterbildung»

Am Mittwoch, 11. März 2015, stellen die Studienleitenden der Weiterbildung die aktuellen Weiterbildungsangebote vor. In verschiedenen Präsentationen und an mehreren Ständen wird über die geplanten Fachkurse, CAS-, DAS- und MAS-Studiengänge in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Soziale Arbeit informiert. Der Anlass findet von 17.00 bis 21.30 Uhr an der Schwarztorstrasse 48 in Bern statt. Weitere Informationen unter gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Massagetag

Am 5. Mai 2015 findet der traditionelle Massagetag des Bachelorstudiengangs Physiotherapie statt. Die Einnahmen des Anlasses sind für einen guten Zweck bestimmt.

Infoveranstaltungen Bachelor of Science Ernährung und Diätetik, Hebamme, Pflege, Physiotherapie

Die Infoveranstaltungen der einzelnen Studiengänge finden an der Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern, statt. Die Durchführungszeiten und Anmeldeformulare finden Sie unter gesundheit.bfh.ch

- Dienstag, 19.05.2015
- Mittwoch, 16.09.2015
- Mittwoch, 09.12.2015

Infoveranstaltungen Master of Science in Pflege

- Donnerstag, 15. Januar 2015
- Donnerstag, 19. Februar 2015
- Donnerstag, 19. März 2015
- Donnerstag, 16. April 2015

Infoveranstaltungen Master of Science in Physiotherapie

- Dienstag, 13. Januar 2015
- Mittwoch, 11. Februar 2015
- Dienstag, 24. März 2015

Sondenkost statt Café complet

Klinische Ernährung zu Hause



Sonja Nafzger
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik
sonja.nafzger@bfh.ch

Patientinnen und Patienten im Spital weisen eine hohe Prävalenz für einen schlechten Ernährungszustand auf. In Zeiten immer kürzerer Hospitalisationsdauer gewinnt die Weiterführung der Ernährungstherapie im heimischen Umfeld mit oralen Supplementen oder der enteralen Ernährung per Sonde an Bedeutung.

Gemäss der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES) ist das wichtigste Kriterium beim Entscheid für oder gegen die Durchführung einer ambulanten, klinischen Ernährungstherapie die Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Dieses Kriterium bezieht sich auf Personen, welche aus medizinischer Sicht entlassungsfähig sind, jedoch eine Mangelernährung aufweisen oder deren Eintritt zu erwarten ist, weil sie nicht mehr, noch nicht und/oder nicht vollumfänglich fähig sind, sich bedarfsdeckend oral zu ernähren (Weberhofer, et al.) (Ballmer, Meier, Möltgen, & Rühlin). Andrea Rohrbach, Ernährungsfachfrau HF, selber im Homecare tätig, erlebt oft, dass die Betroffenen eine Ernährungssonde nicht als Steigerung ihrer Lebensqualität empfinden: «Jeden Abend den Beutel anzuhängen anstatt mit der Partnerin, dem Partner zu essen und ständig einen Fremdkörper im und am Körper zu tragen, bereitet vielen Menschen Mühe», sagt sie. Kollege Rolf Jeggli, Ernährungsfachmann HF im Homecare, berichtet: «Dennoch ist die Ernährung per Sonde ein Mehrwert, da sie eine essenzielle, therapeutische Massnahme ist, welche den Patientinnen und Patienten ermöglicht, das Spital zu verlassen.»

Früher aus dem Spital, dafür mit Sonde zu Hause

In der Schweiz sowie europaweit leiden je nach Patientenstruktur 20–50 % der Patientinnen und Patienten bereits bei Spitaleintritt an einer Protein-Energie-Mangelernährung oder weisen ein hohes Risiko dafür auf (Imoberdorf, Meier, Krebs, & et. al., 2010) (Kyle, Pirlich, Schuetz, Luebke, Lochs, & Pichard, 2003). Bei 30–80 % ist im Laufe der Hospitalisation eine weitere Verschlechterung des Ernährungszustands beobachtbar (Löser, 2011). Es resultieren diverse Komplikationen, welche zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität sowie zu einer geringeren Rehabilitation und

häufigeren Rehospitalisation führen (Vonzun, Rühlin, & Sterchi, 2014). Immer kürzere Spitalaufenthalte verlangen die Weiterführung der ernährungstherapeutischen Interventionen nach Spitalentlassung (Beck, Holst, & Rasmussen, 2012). Je nach Ausmass der Funktionstüchtigkeit des Gastrointestinaltrakts können verschiedene Arten künstlicher Ernährung kumulativ oder alternierend ärztlich verordnet werden, um den Ernährungszustand von Patienten zu stabilisieren (Stratton, Green, & Elia, 2003) (Kumpf & Tillman, 2012) (Ballmer, Meier, Möltgen, & Rühlin) (Weberhofer, et al.):

- Orale Ernährungstherapie mithilfe oraler, teilweise oder vollständig trinkfertiger Supplemente
- Enterale Ernährungstherapie per Sonde in den Gastrointestinaltrakt z. B. per PEG-Sonde (Perkutane Endoskopische Gastrostomie)
- Parenterale Ernährung über einen zentralvenösen Katheter ins Blut

In grossen Schweizer Kliniken werden jährlich über 100 Patientinnen und Patienten mit einer enteralen Ernährungs-sonde nach Hause entlassen (Kancz & Hürli- mann, 2009). Die Zahl der Spitalaustritte mit Trink- nahrung übersteigt diese um ein Vielfaches. Diejenigen mit parenteraler Ernährung sind seltener, jedoch bedürfen sie aufgrund der grossen Komplikations- gefahr einer umso sorgfältigeren Instruktion und Begleitung.

Die beschriebene, hohe Mangelernährungsprävalenz bei Spitalaustritt in Kombination mit der immer kürzeren Hospitalisationsdauer im Rahmen der DRG-Fallpauschalen deutet auf eine künftige Zunahme des Bedarfs an Homecare hin. Andrea Rohrbach betreut im Homecare häufig Personen, die mit einer PEG nach Hause entlassen werden. Sie hat den Eindruck, dass die Entscheidung für eine Sonde heute schneller getroffen wird. «In einigen Spitälern wird standardmässig eine

Ernährungssonde gelegt, wenn bestimmte Operationen erfolgt sind», sagt sie. Dies spiegle sich auch in der Homecareentwicklung, und so seien Stellenprozent für Ernährungsfachleute in den letzten Jahren massiv erhöht worden. Kollege Rolf Jeggli stellt dem gegenüber, dass oftmals ethische Aspekte gegen eine Sondeneinlage sprächen, zum Beispiel bei Demenzkranken.

Interdisziplinarität und Fachkompetenz

Der Übertritt aus einem Spital nach Hause wird meist durch Pflegefachpersonen organisiert. Der Prozess ist sehr anfällig für Störungen, welche einen potenziellen ernährungstherapeutischen Erfolg stark behindern. Die wichtigsten Barrieren entstehen aufgrund

organisatorischer und wirtschaftlicher Defizite sowie durch mangelhafte Kompetenz des Fachpersonals (Holst & Rasmussen, 2013; Weberhofer, et al.).

Durch die Zusammenarbeit der beteiligten Instanzen in der Klinik sowie der häuslichen Betreuung wird die interdisziplinäre Abwicklung der Patientenentlassung gestärkt: Rechtzeitige Anmeldung beim Homecare sowie der umfassende Informationsfluss sind zentral. Für Andrea Rohrbach ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie sie beim Entlassungsprozess stattfindet, enorm wichtig. Nur so könne die Patientin, der Patient auch wirklich im Zentrum stehen. Aber auch innerhalb des Homecare sei es unverzichtbar, interdisziplinär zu arbeiten. So bestünde das Ernäh-



rungsteam aus Ernährungs- sowie Pflegefachleuten. Ernährungsfachleute bringen hier ihr breites Fachwissen zu klinischer Ernährung ein (z.B. Nährstoff- und Energiebedarfsberechnung, Sondenpläne erstellen, potenzielle Risiken für Unverträglichkeiten oder Mangelzustände nach bestimmten operativen Eingriffen abschätzen). Pflegefachpersonen haben vertiefte Kenntnisse zu jeglichem Material zur Sondenernährung sowie pflegerischen Massnahmen (z.B. Sondenmobilisation). Genauso wichtig seien auch kommunikative Kompetenzen, um im interdisziplinären Setting mit Ärzten und anderen Fachpersonen aber auch mit Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen kompetent sowie einfühlsam arbeiten zu können.

Literatur:

- Ballmer, P., Meier, R., Möltgen, C., & Rühlin, M. (2013). Richtlinien der GESKES über Homecare, künstliche Ernährung zu Hause. Abgerufen am 13.6.2014 von [http://geskes.ch/uploads/dobj/docs/1_GESKES-HomeCare_Januar2013_REV-22.01.2013\[1\].pdf](http://geskes.ch/uploads/dobj/docs/1_GESKES-HomeCare_Januar2013_REV-22.01.2013[1].pdf)
- Beck, A., Holst, M., & Rasmussen, H. (2013). Oral nutrition support of older (65 years+) medical and surgical patients after discharge from hospital: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 27(1), 19–27.
- Holst, M., & Rasmussen, H. (2013). Nutrition therapy in the transition between hospital and home: An investigation of barriers. *Journal of Nutrition and Metabolism*, Article ID 463751, 8 pages. doi:10.1155/2013/463751.
- Imoberdorf, R., Meier, R., Krebs, P., Hangartner, P.J., Hess, B., Stäubli, M., ... Ballmer, P.E. (2010). Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. *Clinical Nutrition*, 29(1), S. 38–41.
- Kancz, D. & Hürlimann, B. (2014). Nach Hause mit einer Ernährungssonde. *Pflegepraxis*, 107(2), 22–23.
- Kumpf, V., & Tillman, A. (2012). Home Parenteral Nutrition: Safe Transition From Hospital to Home. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 27(6), 749–757.
- Kyle, U., Pirlich, M., Schuetz, T., Luecke, H., Lochs, H. & Pichard, C. (2003). Prevalence of malnutrition in 1760 patients at hospital admission: a controlled population study of body composition. *Clinical Nutrition*, 22(5), 473–481.
- Löser, C. (2011). Unter-/Mangelernährung im Krankenhaus. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 36(1), 57–75.
- Stratton, R., Green, C., & Elia, M. (2003). Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CAB International.
- Vonzun, N., Rühlin, M., & Sterchi, A. (2014). Mangelernährung im Zeitalter von DRG. *Therapeutische Umschau*, 71(3), 185–189.
- Weberhofer, C., Ballmer, P., Mühlebach, S., Pichard, C., Roulet, M., Sterchi, A., et al. (kein Datum). GESKES-Empfehlung für Spitäler: künstliche Ernährung zu Hause (enteral und parenteral). Abgerufen am 13.6.2014 von http://geskes.ch/uploads/dobj/docs/künstliche_Ernährung_zu_Hause_Empfehlungen_GESKES2.pdf

Leben mit dem Palizaeus-Merzbacher-Syndrom

Erlebnisbericht einer Mutter, bei der die künstliche Ernährung ihres Sohnes zum Alltag gehört.

Luca ist 13 Jahre alt und leidet am Palizaeus-Merzbacher-Syndrom, einer seltenen angeborenen Erkrankung des zentralen Nervensystems. Als Luca 10 Jahre alt war, verweigerte er immer wieder das Essen, sodass jede Mahlzeit sehr aufwendig wurde und uns alle enorm viel Kraft kostete. So entschieden wir uns im Dezember 2011 schweren Herzens für eine PEG-Sonden-Einlage. Der Gedanke, ihn damit noch mehr einzuschränken, machte uns schwer zu schaffen. Ich brauchte Zeit, um zu akzeptieren, dass ich dem mütterlichen Grundbedürfnis, mein Kind zu ernähren, nicht mehr nachkommen konnte.

Das optimale Ernährungsprodukt sowie die am besten geeignete Verabreichungsmodalität suchen wir nach wie vor. In diesem langen Prozess erhalten wir glücklicherweise sehr hilfsbereite Unterstützung durch den Homecare. Es ist ein grosser Mehrwert, von Anfang an die immer gleichbleibende Ansprechperson zu haben, die meinen Sohn und seine Geschichte kennt. Egal, ob bei der Suche nach dem passenden Ernährungsprodukt, der Verabreichung der Sondennahrung, der Pflege der Einstichstelle, der Bedienung des Sodomats oder der Abwicklung des Bestellwesens, unsere Vertrauensperson ist immer erreichbar.

Luca isst inzwischen fast nichts mehr oral und erbricht häufig. Aus diesem Grund erhält er seine Hauptmahlzeit per Sonde über Nacht. Tagsüber werden drei kleinere Portionen sondiert. Wenn möglich, geschieht dies bei uns am Tisch, wenn wir auch essen. Einerseits beruhigt es mich, dass ich ihm über die Sonde die Flüssigkeit und Nährstoffe zuführen kann, die er braucht. Andererseits: Er wird jetzt «gestopft», ob er will oder nicht. Wenn ich die Wahl hätte, würde ich mich gegen eine Sonde entscheiden. «Mehr Lebensqualität durch eine Ernährungssonde», beschreibt unseren Zustand für mich nicht treffend.

Gina Mühlebach, ehemalige Studentin FBG, Ernährungsberaterin FH Homecare

Während wir in anderen Praxismodulen häufig ein breites Wissen zu verschiedensten ernährungsphysiologischen Themen aufbauten, konnte ich mich im Homecare in einen Aspekt vertiefen und kenne mich nun umfassend damit aus: spezifisches Wissen zur enteralen Ernährung. Meine Kenntnisse gehen weit darüber hinaus, Sondenpläne zu schreiben. Durch meine Arbeit, bei der ich die Patientinnen und Patienten zu Hause für ihre Interventionen befähige, habe ich erst wirklich realisiert, was die Umsetzung der ernährungstherapeutischen Theorie im privaten Umfeld bedeutet. Keine Sozialanamnese der Welt kann so umfassend sein, als wenn man die Umstände vor Ort mit eigenen Augen sieht.

Hinzu kommen dann auch pflegerische Aspekte wie beispielsweise die Beurteilung der Einstichstelle, Kenntnisse zur Kompatibilität verschiedener Infusionsbestecke und Spritzen sowie die Begleitung des Bandwechsels, was die Arbeit sehr abwechslungsreich macht.

Die Ernährungsfachleute haben eine Schlüsselfunktion, um die Patientencompliance zu erhöhen und gleichzeitig sicherzustellen, dass das Vorgehen fachlich korrekt ist. Hierbei kommen unsere erlernten Beratungskennnisse stark zur Anwendung: Es ist sozusagen eine Kerntätigkeit, die Patientenschaft ins Zentrum zu stellen, wenn klinische Ernährung zu Hause durchgeführt wird. Für Patienten und Patientinnen schliesst sich der Kreis erst, wenn sie auch zu Hause kompetent durch einen Homecareservice betreut werden. Von der Programmierung der Ernährungspumpe gemäss ärztlicher Verordnung bis zur gemeinsamen Bearbeitung von Komplikationen unterstützt die Ernährungsfachperson Menschen dabei, ihr Leben mit enteraler Ernährung zu gestalten, ohne dass der eine Aspekt den anderen bestimmt.

Die Pflege ist anspruchsvoller geworden



Monique Bechler, Ursula Ledermann Bulti und Vera Löbach (v. l. n. r.) Spitex-Pflegeexpertinnen

Interview

Theresa Scherer Hofer
Leiterin Bachelorstudiengang Pflege
theresa.scherer@bfh.ch

Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung will heute bei Krankheit oder Behinderung zu Hause betreut werden. Dazu kommt, dass Spitäler ihre Patientinnen und Patienten immer früher aus dem Spital entlassen. Die Spitex-Pflegeexpertinnen Monique Bechler, Vera Löbach und Ursula Ledermann Bulti über Rollen, Grenzen und Möglichkeiten der spitalexternen Pflege.

Der Trend im Gesundheitswesen läuft klar in Richtung «ambulante Betreuung». Wie nehmen Sie als Spezialistinnen diese Entwicklung wahr?

Vera Löbach (VL): Die Auswirkungen dieses Trends sind klar erkennbar: Die Menschen bleiben weniger lange im Spital, werden älter, was häufiger Demenz und/oder psychiatrische Probleme mit sich bringt. Die Betreuungskomplexität erhöht sich. Auf der einen Seite braucht die Spitex dringend qualifiziertes Personal, auf der anderen Seite steigt der Kostendruck der Krankenkassen und des Kantons über das Sparpaket. Letzteres spüren wir enorm.

Monique Bechler (MB): Ob, wann und wie die Kinder, die wir betreuen, in die häusliche Pflege entlassen werden, hängt stark vom Willen des Spitals zur Zusammenarbeit ab. Das Familiengefüge kann trotz den erschwerten Bedingungen, die durch die häusliche Pflege entstehen, zu Hause besser zusammengehalten werden als im Spital. Auch sind die betroffenen Eltern heute sehr viel selbstbewusster. Das macht die Pflege eines kranken Kindes zu Hause eher möglich.

Ursula Ledermann Bulti (UL): Die Tätigkeit der Pflegefachpersonen in der spitalexternen Versorgung hat sich verändert, da die Klientinnen und Klienten heute früher aus dem Spital entlassen werden. Die Pflege zu Hause wird dadurch aufwendiger und anspruchsvoller. Auch, weil die Betreuung Hilfsmittel erfordert, die nicht zu einer häuslichen Infrastruktur gehören.

Was heisst diese Entwicklung ganz konkret für Ihre tägliche Arbeit?

VL: Die Situationen, die wir als Pflegefachpersonen heute in der Spitex antreffen, sind häufig komplexer als früher. Oft haben Klientinnen und Klienten mehrere Diagnosen, manchmal verbunden mit psychiatrischen Krankheitsbildern. Dies alles verlangt nach sehr gut ausgebildeten Pflegefachpersonen, die selbstständig arbeiten und Verantwortung übernehmen.

UL: Das Familiengefüge hat sich verändert. Oft ist niemand da, der Unterstützung bieten kann. Hier übernimmt die Pflegefachperson eine zentrale Rolle.

«Der wachsende Finanzdruck wird an die Pflegenden weitergegeben.»

VL: Ja, wir können vieles auffangen, weil wir die Klientinnen und Klienten regelmässig sehen und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands sofort erkennen. Wenn beispielsweise jemand Ödeme hat, überprüfen wir die Medikation, fragen nach und unterbreiten der Ärzteschaft Vorschläge. Wenn es eine Auffälligkeit gibt, telefonieren wir in die Arztpraxis. Die Hausärztinnen und Hausärzte wissen, dass wir nicht anrufen, wenn nicht ein triftiger Grund vorliegt.

MB: Die Kinderspitex ist für viele Familien ein Segen. Wenn zum Beispiel einem Säugling die Ernährungssonde verrutscht oder ein Medikament gespritzt werden muss, können wir einfach vorbeigehen. Früher hätten die Eltern mit ihrem Kind dafür ins Spital reisen müssen.

Die Attraktivität des Spitex-Tätigkeitsfelds hinkt der wachsenden Bedeutung des Bereichs zumindest in der Deutschschweiz nach. Was können Bildungsinstitutionen, Arbeitgeber und Verbände tun, um angehende Fachkräfte für die Spitex zu gewinnen?

MB: Die Arbeit in der Spitex hat bei Pflegenden zu Unrecht ein denkbar schlechtes Image. Eine umfassende Information über die vielseitigen Einsatzmöglichkeiten ist zentral. Pflegende finden bei der Spitex spannende, anspruchsvolle Herausforderungen. Es braucht Generalistinnen und Generalisten mit breitem Fachwissen, mit Fähigkeit zur Selbstreflexion und Kreativität. Themen wie zum Beispiel Patienten- und Angehörigenedukation, integrative Beeinflussung von Familienkonflikten oder Verhandlungsgeschick mit Behörden stehen im Zentrum des Spitex-Tätigkeitsfelds und sind gegen aussen zu wenig bekannt. Auch Praktika in der Spitex während der Pflegeausbildung sind sinnvoll, so tragen die Studierenden ihre positiven Erfahrungen zurück in die Studiengänge. Und warum nicht Spitex-Fachpersonen in den Unterricht einladen?

«Ein direkter Austausch ist oft unersetzlich.»

VL: An erster Stelle sollte die Politik für finanzielle Unterstützung sorgen, dann könnten die Spitexorganisationen ihre Kernkompetenz ausüben und müssten nicht primär darum kämpfen, über die Runden zu kommen. Der wachsende Finanzdruck wird an die Pflegenden weitergegeben. Das macht unzufrieden und verunsichert.

UL: Es braucht Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung, in Schulen, bei Berufsberatern und bei den Pflegenden selbst: Die Arbeit als Pflegefachperson in der Spitex ist äusserst anspruchsvoll, abwechslungsreich und sehr dankbar, da sie den Klientinnen und Klienten ermöglicht, zu Hause zu bleiben.

Wie können Pflegefachpersonen optimal auf eine Spitex-Tätigkeit vorbereitet werden?

UL: Spezifische Kompetenzen für Tätigkeiten in der Spitex müssen identifiziert und in die Aus- und Weiterbildung integriert werden. Das Fachwissen von Pflegenden mit Masterabschluss sollte unbedingt genutzt und ihr Verantwortungsbereich entsprechend ausgebaut werden. Es braucht mehr Pflegefachpersonen mit spezifischer Ausbildung in der Spitex – und die Pflegefachpersonen müssen adäquat entlohnt werden.

Wo stossen Sie und wo stösst das Spitex-System an Grenzen?

MB: Wir betreuen Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren aus allen Fachgebieten wie Chirurgie, Medizin oder Onkologie. Diese Vielseitigkeit und die verschiedenen Altersstufen sind Bereicherung und Herausforderung zugleich. Sie erfordern grosse Flexibilität. Wir betreuen nicht nur das Kind oder den Jugendlichen, sondern sind mit dem ganzen Familiensystem konfrontiert. Die Pflege planen wir in enger Zusammenarbeit mit den Eltern. An Grenzen stossen wir im Umgang mit verschiedenen Kulturen, Sprachen oder schwerfälligen Strukturen bei Ämtern und Behörden.

VL: Erschwert wird unsere Arbeit durch zunehmende administrative Arbeiten: Ich denke da an die Bedarfsabklärung. Diese wird, unterschrieben vom Hausarzt, an die Krankenkasse geschickt und muss alle drei bis sechs Monate erneuert und an den aktuellen Bedarf angepasst werden. Bei zeitaufwendigen, also «teuren» Klientinnen und Klienten fordert die Krankenkasse zusätzlich die Pflegeplanung, den Betreuungsbericht usw. und entscheidet dann über die Kostenübernahme. Das ist sehr arbeitsintensiv und nimmt uns manchmal die Zeit, die wir lieber in eine gute Pflegequalität investieren würden. Spannend und herausfordernd zugleich finde ich, die Klientinnen und Klienten in ihrer gewohnten Umgebung zu sehen. Dadurch erhalte viel mehr Eindrücke als im Spital. Aber ich bin zu Besuch und muss mich entsprechend anpassen.

Das Thema Interdisziplinarität erhält an der Fachhochschule immer mehr Gewicht. Wie schätzen Sie die Bedeutung des Themas in der Spitex ein?

MB: Ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit geht gar nichts. Wir sind darauf angewiesen, mit den zuweisenden Institutionen zusammenzuarbeiten, in unserer Situation vor allem mit dem Kinderspital Bern. Die Übertritte nach Hause müssen mit den Hausärztinnen und Hausärzten, Apotheken und allen in die Betreuung involvierten Personen gut vorbereitet werden. Die Zusammenarbeit mit dem Kinderspital funktioniert in der Regel sehr gut. Wir erhalten die nötigen Informationen und können den Austritt nach Hause entsprechend planen. Gemäss der Bezugspersonenpflege hat die Bezugsperson der Kinder die Kompetenz, mit den betroffenen interdisziplinären Diensten Kontakt aufzunehmen. So bleiben Informationswege kurz. Dank der interdisziplinären Zusammenarbeit können die Kinder optimal betreut werden.

VL: Interdisziplinarität ist ganz wichtig. In jedem Team arbeiten verschiedene Berufsgruppen: Pflegefachpersonen, Fachfrauen und -männer Gesundheit (FaGe) und Hauspflegerinnen, Hauspfleger. Dass wir uns nicht immer alle sehen, erschwert die Kommunikation, denn obwohl alles schriftlich festgehalten wird, ist ein direkter Austausch oft unersetzlich. Ausserdem arbeiten wir mit Ärzteschaft, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeitern, Beiständinnen, Beiständen, Physiotherapeutinnen, Phy-

siotherapeuten und Hilfsmittelstellen wie dem Ortho-
team usw. zusammen.

UL: Dem Thema Interprofessionalität kommt in der
Spitex eine zentrale Bedeutung zu. Pflegefachpersonen
müssen die Profile der anderen Gesundheitsberufe ken-
nen. Ein Spitexeinsatz findet zwischen Spital, dem Zu-
hause des Patienten, Heim, Arztpraxis und Ambulato-
rium statt. Oft stellen die Pflegenden einen physio- und/
oder ergotherapeutischen Bedarf fest oder dass eine
professionelle Ernährungsberatung dringend notwendig
ist. Entsprechende Schritte leiten Spitex-Fachpersonen,
in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt, ein. Die
Hausärzteschaft initiiert vieles zur Förderung der inter-
professionellen Zusammenarbeit. Der Spitex Verband
Schweiz wird dabei als wichtiger beteiligter Partner
wahrgenommen.

Was sind die wichtigsten Voraussetzungen für
eine Tätigkeit in der Spitex?

MB: Wichtig sind eine solide Ausbildung und stetige
Weiterbildung. Das Fachwissen muss ständig auf dem
neuesten Stand gehalten werden, in der pädiatrischen
Pflege ist es das Wissen über die psychomotorische Ent-
wicklung des Kindes. Bei zu früh geborenen Kindern ist
dies zentral. Erfahrung mit Kindern, sei es als Mutter
oder als Pflegefachfrau, erleichtert die Arbeit. Die Mitar-
beiterinnen greifen elektronisch auf die Patienten- und
Pflegetaten zu, können sich zu Hause Informationen
beschaffen und sich so auf ihren Einsatz vorbereiten.
Dies bedingt Freude an den Informationstechnologien
und IT-Anwenderfähigkeiten.

v.l.n.r. Theresa Scherer, Ursula Ledermann Bulti, Monique Bechler, Vera Löbach



VL: Eine abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachfrau reicht für die Arbeit aus, viele absolvieren bereits während der Ausbildung ein Spitex-Semester. Auch eine Weiterbildung ist sicher sinnvoll, sei es in der Psychia-

UL: Die Fähigkeit und die Bereitschaft, selbstständig Verantwortung zu übernehmen, Prioritäten zu setzen und Entscheidungen zu treffen, sind etwas vom Wichtigsten. Dazu gehören ein grosses fachliches Know-how, interprofessionelles Denken und das realistische Einschätzen komplexer Situationen. Ebenso wichtig sind Verhandlungsgeschick und Verhandlungstechnik.

«Die Kinderspitex ist für viele Familien ein Segen.»

trie, in Kinderspitex, in Palliative Care oder in der Pflege von demenzkranken Personen. Für die Arbeit in der Spitex sollte man gerne mit Menschen arbeiten. Manchmal sind die Mitarbeitenden der Spitex die einzigen Bezugspersonen.



Vera Löbach arbeitet seit elf Jahren bei der Spitex Bern. Ihr Aufgabenbereich als Pflegefachfrau beinhaltet den Erstbesuch mit Abklärung des Pflegebedarfs, Grundpflege in komplexen Situationen, Behandlungspflege, Beratung, z.B. Anleitung zum Blutzucker-Messen und Insulin-Spritzen. Vera Löbach hat nach ihrer Pflegeausbildung und einigen Jahren Berufserfahrung die 2-jährige berufsbegleitende Weiterbildung zur Intensiv- und Anästhesiefachfrau absolviert. Rund zehn Jahre war sie auf verschiedenen Intensivstationen tätig.

Ursula Ledermann Bulti ist verantwortlich für das Ressort Bildung des Spitex Verbandes Schweiz, d. h. der nationalen Dachorganisation der kantonalen Spitex-Verbände. Der Spitex Verband Schweiz vertritt auf nationaler Ebene die Interessen der Non-Profit-Spitex gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik, den Behörden und den Partnerorganisationen. Nach der Grundausbildung in der psychiatrischen Krankenpflege absolvierte Ursula Ledermann Bulti Weiterbildungen in der somatischen Pflege, war auf Dialyse- und Intensivstationen tätig und leistete Einsätze in Entwicklungshilfeprojekten in Südamerika und Afrika. Es folgten Weiterbildungen in Management und Qualitätssicherung sowie ein Pädagogikstudium. Nach einer langjährigen Arbeit in einem Pflegeheim in Genf war Ursula Ledermann Bulti Qualitätsbeauftragte für Heime und Spitexbetriebe der Gesundheitsdirektion des Kantons Genf.

Monique Bechler arbeitet seit 2010 als freiberufliche Pflegefachfrau bei der «Chinderspitex». Diese setzt sich für eine umfassende, interdisziplinäre Unterstützung und Pflege kranker oder behinderter Kinder und deren Familien ein. Nach ihrer Ausbildung zur damaligen «Kinderkrankenschwester» arbeitete Monique Bechler auf der Chirurgie der Kinderklinik und auf der Kinder-Notfallstation des Inselspitals Bern. Es folgten Tätigkeiten in der Mütterberatung, in der Geburtshilfe, Wochenbett und Gynäkologie und in der Spitex des Amtes Laupen. Monique Bechler absolvierte ein Nachdiplomstudium in Pflegeberatung und hat die Ausbildung zur Wundexpertin SAFW abgeschlossen.

Neue Versorgungsmodelle sind gefragt

Die Hebamme zwischen zentraler und dezentraler Grundversorgung



Prof. Marianne Haueter
Dozentin Bachelorstudiengang
Hebamme
marianne.haueter@bfh.ch

Mütter werden nach der Geburt immer früher nach Hause entlassen und die Wichtigkeit der Hebammenbetreuung im Wochenbett scheint unbestritten. Um aber in Zukunft eine qualitativ hochstehende und nachhaltige Betreuung rund um die Mutterschaft aufrechterhalten zu können, sind Akteure aus Gesundheit und Politik gefordert.

In der Geburtshilfe findet seit längerer Zeit eine Zentralisierung der stationären Grundversorgung statt. Vorwiegend aus ökonomischen Überlegungen wurden zahlreiche Geburtsabteilungen in Regionalspitalern geschlossen. Gleichzeitig werden Mutter und Kind nach der Geburt immer früher nach Hause entlassen. Die Aufenthaltsdauer betrug im Jahr 2000 durchschnittlich 6,8, im Jahr 2012 noch 5,6 Tage (Bundesamt für Statistik BFS 2007, BFS 2014a). Aufgrund der Einführung der Fallpauschale im Jahr 2012 wird diese Tendenz vermutlich weiter zunehmen.

Hinsichtlich dieser Tatsache stellt sich die Frage, inwieweit diese Entwicklung zum Nutzen oder zum Nachteil von Mutter und Kind ist, wie sich die Qualität der ausserklinischen Betreuung von Mutter und Kind darstellt und worin die Herausforderungen für die Zukunft bestehen. Die Betreuungsphasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit, obwohl ein Kontinuum, müssen für diese Fragen einzeln betrachtet werden. Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf die Phasen Schwangerschaft und Wochenbettzeit.

In den letzten Jahren sind die Geburtenzahlen kontinuierlich auf das Niveau der Jahre 1994/95, nämlich rund 82000 angestiegen (BFS, 2014b). Auch die Anzahl der durch freipraktizierende Hebammen betreuten und statistisch erfassten Frauen hat sich von 2005 bis 2012 um 80 % auf 55303 erhöht (Schweizerischer Hebammenverband SHV 2013a). Der grösste Anteil an Betreuung, rund 95 %, fand während des Wochenbetts statt. Im Bereich der Schwangerenvorsorge suchen die Frauen fast ausschliesslich Fachärzte auf. Vergleicht man die SHV-Statistik mit den Geburtenzahlen, wird

ersichtlich, dass sich 2012 rund 10 % der Frauen während ihrer Schwangerschaft von einer frei praktizierenden Hebamme betreuen liessen, obwohl die Grundversicherung sechs Vorsorgeuntersuchungen bei der Hebamme deckt.

Die Zufriedenheit der Frauen mit der Hebammenbetreuung in allen Betreuungsphasen kann als sehr hoch bezeichnet werden. Dies zeigen Kundinnenbefragungen 2006, 2009 und 2013 des SHV.

Trotz abweichenden Verläufen selten Hospitalisationen

In der häuslichen Wochenbettbetreuung fällt der hohe Anteil an Wöchnerinnen und Kindern auf, welche abweichende Verläufe aufweisen. In rund 60 % sind bei Mutter oder Kind Beschwerden oder Erkrankungen registriert (SHV Statistik 2012 & 2013). Die grosse Zahl von abweichenden Verläufen ist nicht erstaunlich, da Interventionsraten bei der Geburt stark angestiegen sind, was oft den Wochenbettverlauf beeinflusst. Die erfassten Probleme betreffen Stillprobleme, Schmerzen und Wundheilungsstörung der Damm- und Sectionaht, Subinvolutio uteri, postpartale Depressionen, Hypertonie, Anämie, Infekte, Varikosis, Thrombophlebitis, Diabetes/Gestationsdiabetes und Endometritis. Bei den Neugeborenen sind es Zustände wie Hyperbilirubinämie, Schreiproblematik, Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, Infekte, Mehrlinge, kindliche Fehlbildung, Atemnotsyndrom, Geburtsverletzung, Herzfehler und Hypoglykämie. Trotzdem kommen Hospitalisationen der betreuten Wöchnerinnen resp. der Neugeborenen relativ selten vor. In den Jahren 2007 bis 2011 (SHV-

Statistik) betrug die mütterliche Rate rund 0,5% – 0,6% und die der Neugeborenen rund 0,6% – 0,7%. Gestiegen ist die Verlegungsrate im Jahr 2012. Bei Wöchnerinnen auf 1,0%, bei Neugeborenen auf 2,3%. Ob dies eine Folge der Frühentlassung nach Einführung der Fallpauschale ist, lässt sich nicht eruieren.

Hohes Mass an Flexibilität

An der Schwangerenvorsorge durch Hebammen müsste es eigentlich ein Interesse geben. Raht (2012) fasst die Ergebnisse aus verschiedenen vergleichenden Untersuchungen mit anderen Berufsgruppen zusammen und kommt zum Schluss, dass hebammengeleitete Schwangerenvorsorge von low-risk-Schwangeren gleich gute, in manchen Bereichen bessere Ergebnisse liefert, wie höhere Zufriedenheitswerte, weniger Interventionen und Spitalaufenthalte, was eine Kostenreduktion bedeutet. Die Gründe für die geringe Nutzung sind vermutlich mehrschichtig. Viele Frauen sind schon vor der ersten Schwangerschaft mit einer Gynäkologin, einem Gynäkologen verbunden und wechseln daher die Betreuung nicht. Die Bedürfnisse von Eltern nach medizinischer Technologie rund um die pränatale Diagnostik spielen dabei eine bedeutende Rolle. Dazu kommt, dass die Schwangerenvorsorge durch Hebammen möglicherweise wenig bekannt ist und nicht häufig angeboten wird. Letzteres hat vermutlich arbeitsorganisatorische und ökonomische Gründe. Die Tätigkeit als frei praktizierende Hebamme verlangt ein

hohes Mass an Flexibilität, unbezahlte Bereitschaftsdienste rund um die Uhr bei geringem Lohn und hoher Verantwortung. Viele Hebammen mit Familie sind auf Lösungen angewiesen, die ein gesichertes Mass an Verdienst und eine gewisse Planbarkeit der Arbeit ermöglichen. So bietet sich eine Teilzeitbeschäftigung in einer Geburtsklinik oder eine Kombination mit ambulanter Wochenbettbetreuung an. Die Schwangerenvorsorge ist im Vergleich zur Wochenbettbetreuung auch ein unsicheres Verdienstfeld mit starker Konkurrenz.

Der Hauptbereich der ambulanten Tätigkeit von Hebammen liegt in der Wochenbettzeit. Wie erwähnt, die Zahl der betreuten Frauen hat innerhalb acht Jahren um 80% zugenommen. Durch die frühe Entlassung nach der Geburt scheinen aus medizinischer Sicht für Frauen und Kinder keine Nachteile zu entstehen. Die Frauen sind sehr zufrieden mit der Hebammenbetreuung, das zeigen auch andere Befragungen (Meier Magistretti, Villiger, Luyben, Varga 2014), und die Verlegungsrate ist tief. Fachexpertinnen bewerten die Wochenbettbetreuung und das Versorgungsangebot ebenfalls als insgesamt gut (König & Pehlke-Milde 2010). Aus Hebammensicht ist die Entlassung am dritten postpartalen Tag alles andere als ideal. Es ist der Zeitpunkt der initialen Brustdrüsenanschwellung, des Hormonabfalls, des Babyblues und dazu kommt ein Betreuungswechsel. Viele würden einen früheren Beginn der häuslichen Betreuung nach der Geburt vorziehen. Auch die starre Regelung, die bei einem Hebammen-



bedarf ab dem zehnten Tag eine ärztliche Verordnung nötig macht, generiert Zeit- und Kostenaufwand. Eine beweglichere Lösung wäre wünschenswert. In Anbetracht des hohen Anteils an Wöchnerinnen und Kindern mit einer Problematik leisten hier die frei praktizierenden Hebammen eine grosse und kostengünstige Arbeit. Postpartale Konsultationen sind oft komplex und zeitintensiv, welche in den vorgesehenen Zeittarifen nicht verrechenbar sind. Eine Frühentlassung von Mutter und Kind am dritten statt am fünften Tag entlastet das Spitalbudget mit durchschnittlich Fr. 3400.–. Nach Abzug der Kosten der nachfolgenden Hebammenbetreuung vom dritten bis zum zehnten Tag, welche sich durchschnittlich bei Fr. 800.– bewegen, resultieren durchschnittliche Kosteneinsparungen von Fr. 2600.–. Diese Schätzung basiert auf der diagnosebezogenen Fallkostenstatistik pro Fall nach Aufenthaltsdauer des BFS (2014c) und auf Abrechnungen von Hebammenbetreuung. Störend daran ist, dass Hebamentarife seit 1995 unverändert sind, die abrechenbare Zeit für Betreuung oft nicht ausreicht und unbezahlte Bereitschaftsdienste dazukommen. Zu wessen Lasten hier Kosten umgelagert werden, ist offensichtlich.

Wunsch nach personeller Kontinuität

Als Schwachstellen der postpartalen Betreuung werden von Frauen häufig die widersprüchlichen Informationen beim Betreuungswechsel von stationär zu ambulant genannt (Meier Magistretti, et al., 2014 SHV 2013, Boulvain et al., 2004), aber auch der Wunsch nach personeller Kontinuität der Betreuung kommt zum Ausdruck. Fachexpertinnen identifizieren ähnliche Problemfelder wie hohe Fragmentierung in der Betreuung, regionale Versorgungslücken nach der Spitalentlassung wegen Hebammenmangel und fehlende Angebote für Frauen in schwierigen Lebenslagen (König & Pehlke-Milde, 2010). Aus ihrer Sicht wird auch das Potenzial der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Betreuungsphasen nicht ausreichend genutzt.

Aufgrund oben geschilderter Schwachstellen sind in letzter Zeit auf Initiative von Hebammen in verschiedenen Kantonen Netzwerke mit Vereinsstruktur für die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und einer lückenlosen Betreuung vom stationären zum ambulanten Bereich in Entstehung oder wurden bereits umgesetzt (Kurth, 2013). Daran angegliedert sind Beratungstelefondienste für Eltern. Nur ist es schwierig, die nötigen Mittel für eine langfristige Finanzierung dieser Angebote zu finden. Auch mit dem begrüssenswerten Konzept des Kantons Bern «Frühe Förderung» (Felder, Thoenen, Schläppi & Wetter, 2012) werden für Hebammen zusätzliche weitere und wichtige Aufgaben in der interprofessionellen Zusammenarbeit entstehen; alles Leistungen, die zeitintensiv sind, aber nicht spezifisch abgegolten werden.

Um in Zukunft eine sichere, qualitativ gute, kostenbewusste und trotzdem nachhaltige Gesundheitsversorgung rund um die Mutterschaft zu erhalten und zu fördern, stehen einige Herausforderungen an. Mit der Zentralisierung der stationären Geburtshilfe und der Verkürzung der Aufenthaltsdauer hat sich ein neues

Problemfeld aufgetan. In Randregionen drohen die geburtshilfliche stationäre Versorgung und damit auch die ambulante Gesundheitsversorgung zu verschwinden. Wenn Hebammen ein fachliches und existenzielles Standbein der stationären Versorgung fehlt, ziehen sie weg. Frauen werden dort letztendlich in ihren Versorgungsgrundrechten beschnitten und in Einzelfällen entstehen lebensbedrohliche Situationen, wenn eine nahe stationäre geburtshilfliche Notfallversorgung fehlt. Das geltende Subsidiaritätsprinzip in der Gesundheitsversorgung darf nicht dazu führen, dass in diesem Bereich alle und niemand zuständig sind, nur weil Lobby und finanzielle Mittel für die Behebung von Versorgungsproblemen im Bereich der Frauengesundheit fehlen. Der kleinen Berufsgruppe von Hebammen fehlen die Mittel, um Lücken in ihrem Versorgungsbereich alleine zu beheben. Es braucht ein koordiniertes gesundheitspolitisches Handeln aller Akteure, um eine gute Versorgung zu garantieren.

Die Zukunft der geburtshilflichen Grundversorgung ist dezentral

Es ist anzunehmen, dass sich der Trend der Verkürzung des Spitalaufenthalts nach der Geburt fortsetzen wird. Dagegen spricht nichts, sofern alle Frauen eine gute Wochenbettversorgung erhalten. Schon jetzt fehlen Hebammen in der stationären Wochenbettpflege. Aufgrund des Hebammenmangels übernehmen in Spitälern überwiegend die Pflegenden die Betreuung im Wochenbett, was eigentlich eine den Hebammen vorbehaltene Tätigkeit sein müsste. Deshalb sind zusätzlich Ausbildungsplätze für Hebammen nötig, was auch im Prognosebericht zu den Gesundheitsberufen von Rüesch et al. (2014) zum Ausdruck kommt. Erforderlich wären auch periodische Arbeitskräfteerhebungen der Hebammen in der Schweiz, um das Ausmass des Mangels und die sich abzeichnenden Entwicklungen rechtzeitig erfassen zu können.

Um die geburtshilfliche Grundversorgung in allen Regionen des Landes egalitär und sicher zu erhalten, sind neue innovative und interprofessionelle dezentrale Versorgungsmodelle gefragt, die mehr auf Betreuungskontinuität setzen und in denen Hebammen mehr Aufgaben als bisher übergeben werden. Nur so kann der erwiesene Nutzen von Hebammenbetreuung für Familien zum Tragen kommen. Denkbar sind regionale Geburtshäuser inklusive einer operativen 24-Stunden-Notfallversorgung und daran angeschlossen die ambulante Schwangerenvorsorge, die häusliche Wochenbettbetreuung, die Mütter- und Väterberatung und andere Spezialsprechstunden. Wenn in solchen Modellen bei tiefer Auslastung die Dienstzeit von Hebammen 12 und Fachärzten und OP-Personal 24 Stunden beträgt, sind auch Modelle mit tiefen Geburtenzahlen finanziell tragbar, insbesondere, wenn sie an andere Grundversorgungsstrukturen angegliedert sind. Solche Basisversorgungsmodelle könnten attraktive Arbeitsplätze sein. Sie würden die geburtshilfliche Grundversorgung in den ambulanten und stationären Bereichen nachhaltig sicherstellen und die Physiologie in der Geburtshilfe fördern. Auch die Familien in städ-

tischen Regionen würden von solchen Modellen profitieren.

Die Zukunft der geburtshilflichen Grundversorgung ist dezentral, sie muss dort geschehen, wo die Menschen leben, sie setzt auf kontinuierliche Betreuung, ist interprofessionell organisiert, übergibt den Hebammen die Versorgung der low-risk-Frauen in der Mutterschaft vollumfänglich, und sie umfasst stationäre und ambulante Leistungen.

Literatur:

- Boulvain, M., Perneger, T.V., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M. & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised controlled trial. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(8), 807–813.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2007). Gebären in Schweizer Spitälern, Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/dos/02.html>
- Bundesamt für Statistik BFS (2014a). Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Entbindung, Datenjahr 2012. Mailanfrage vom 23.10.2014
- Bundesamt für Statistik BFS. (2014b). Lebendgeburten nach Kanton, 1970–2013. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/data/01.html>
- Bundesamt für Statistik BFS (2014c). Statistik diagnosebezogener Fallkosten. Verfügbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/data/01/05.html#B>
- Felder, G., Thoenen, O., Schläppi, S. & Wetter, M. (2012). Konzept frühe Förderung im Kanton Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Verfügbar unter http://www.gef.be.ch/gef/de/index/familie/familie/fruehe_foerderung.assetref/dam/documents/GEF/JOA/de/Familie/FF/Konzept_FF_Vollversion_d.pdf
- König, C. & Pehlke-Milde, J. (2010). Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Verfügbar unter http://www.blv.admin.ch/dokumentation/00327/05754/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6lONTUO42l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02YuqZ2G6pJCFfXx6fWym162e-pYbg2c_jjKbNoKSn6A--
- Kurth, E. (2013). FamilyStart beider Basel – ein koordinierter Betreuungsservice für Familien nach der Geburt. *hebamme.ch*, 2013(7/8). Verfügbar unter http://fmc.ch/fileadmin/redakteur/pdf/medienmitteilungen/Bericht_FamilyStart_beider_Basel-Betreuungsservice.pdf
- Meier Magistretti C., Villiger, S., Luyben, A., & Varga I. (2014). Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung. Eine Studie zu postnatal care im Rahmen der COST-Aktion IS907: «Childbirth: cultures, concerns and consequences», Hochschule Luzern. Verfügbar unter http://www.hslu.ch/s-projektbericht_postnatal-care.pdf
- Rath, A.M. (2012). Hebammengeleitete Schwangerenvorsorge im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen. *Die Hebamme*, 25(4), 236–240. doi: 10.1055/s-0032-1320142
- Rüesch, P., Bänziger, A., Dutoit, L., Gardiol, L., Juvalta, S., Volken, T., & Künzi, K., (2014). Prognose Gesundheitsberufe: Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025. ZHAW Reihe Gesundheit N°3. Winterthur: Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Verfügbar unter <http://pd.zhaw.ch/hop/685793435.pdf>
- Schweizerischer Hebammenverband SHV (2013). Kundinnenbefragungen der Jahre 2006, 2009, 2013. Geschäftsstelle, Rosenweg 25 C, Postfach, 3000 Bern 23
- Schweizerischer Hebammenverband SHV (2013). Statistikberichte 2005 bis 2012 der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz. Verfügbar unter <http://www.hebamme.ch/de/heb/shv/stats.cfm>

Mit spitzer Feder

Wen, wo und wie «versorgen»?



Conrad Engler
Leiter Kommunikation
H+ Die Spitäler der Schweiz
conrad.engler@hplus.ch

Will ein Patient «versorgt» werden? Will ICH jemanden «versorgen», also verwahren und abschieben, entsorgen? Wollen Sie Teil einer «Versorgungskette» sein als Supply Chain Manager? Wenn wir integriert «versorgen», dann schieben wir koordiniert Hilfsbedürftige umher oder ab. Schlimmer noch, wir managen das «Versorgen»! Wenn davon betroffene «Objekte» den Begriff «Managed Care» hören, verstehen sie meist gar nicht, was das ist. Oder der Patient ahnt, da werden kranke Menschen kostengünstig, besser noch billigt «gemanagt» und «versorgt». In eine Anstalt, in ein Heim. Tschüss, ade! Hat uns gefreut, dass wir Sie versorgen durften.

Versorgung von «Menschen»? Wie bei der Kriegsmaterialversorgung? Menschen versorgen wie Güter? Das ist menschenunwürdig. Diskriminierend. Despektierlich. Das waren noch Zeiten, als Staat und Politik unerwünschte Kinder «versorgten», Aussätzige in Seuchenhäusern absobten, Abnormale, Andersdenkende, Unnormierte sicher in Anstalten versorgten und verwahrten, politische Gegner in Arbeitslagern «unterbrachten» oder gar «umbrachten». Das haben wir doch hinter uns und wenn nicht, dann sollten wir auf- und abräumen mit dem antiquierten Sprachgebrauch!

Alles Unsinn? Gehören nestbeschmutzende Versorgen-Kritiker in die «Spinnwinde» wie früher? Hoffentlich nicht. Denn der ehrenwerte «Duden» schreibt Klartext zu den Stichworten «Versorgung» und «versorgen» mit dem Hinweis auf den schweizerischen Sprachgebrauch (Originalzitate): «das Versorgen, Verstauen, Unterbringung (in einer Anstalt), verwahren, verstauen, (in einer Anstalt) unterbringen, einsperren.»

Der mündige Bürger und Kranke will weder «versorgt» noch «gemanagt» werden. Das Stimmvolk hat am 17. Juni 2012 die verunglückte Managed-Care-Vorlage unter dem Label «Integrierte Versorgung» mit wuchtigen 76 Prozent «Nein» brutal bachab geschickt und den «Versorger-Päpsten» eine Lektion erteilt.

Was wir brauchen, sind integrierte Behandlungsnetze, in denen sich Behandelnde und Behandelte auf gleicher Augenhöhe wertschätzen, achten. Keine Versorger und Versorgte! Keine Täter und Opfer! Darum ade «Versorgung», willkommen in integrierten Behandlungsnetzen mit gut «Aufgehobenen» statt schlecht versorgten «Abgeschobenen».

Der Patient bestimmt den Rhythmus



Judith Bögli
Kommunikation
judith.boegli@bfh.ch

Seit 30 Jahren bietet die Physiotherapeutin Annick Kundert Heimbehandlungen an – und zwar ausschliesslich. Von der Effektivität der Behandlung zu Hause ist sie so überzeugt, dass sie sich auch politisch dafür einsetzt. Ende Jahr hört sie als ambulante Physiotherapeutin auf und ist gespannt, was dann passiert.

«J'ai une bonne idée», war einer der Sätze, den die Mutter der kleinen Annick Kundert immer wieder hörte. Bereits als Kind fehlten ihr die Ideen nie, und es begleitete sie eine ungemeine Kreativität und Vorstellungskraft. Diese Eigenschaften konnte sich Annick Kundert bis heute bewahren und in all den Jahren als ambulante Physiotherapeutin immer wieder darauf zurückgreifen: «Bei den Heimbehandlungen wird die Alltagsstruktur der Patientinnen und Patienten zur Infrastruktur der Physiotherapeutin», sagt sie. Und: «Heimbehandlungen brauchen die Kreativität der Therapeutin».

Die Liste der therapeutischen Behandlungsansätze von Annick Kundert ist lang. Ein grosser Teil der Patientinnen und Patienten ist über 65 Jahre alt und leidet an neurologischen Erkrankungen wie Parkinson oder Multipler Sklerose. Zudem behandelt sie Menschen mit Lähmungen oder schweren Lungenerkrankungen, multimorbide Patientinnen und Patienten, macht Hausbesuche nach orthopädischen und chirurgischen Eingriffen oder betreut Menschen mit Krebserkrankungen. Seit der Einführung der Fallpauschale vor zwei Jahren sind die Situationen zu Hause akuter als früher. Da heisst es dann, auf frische Wundnähte aufpassen, Patientinnen und Patienten behandeln, die eigentlich zur Rehabilitation müssten oder Menschen begleiten, die fürs Sterben nach Hause geschickt wurden. Häufig beinhaltet die Rolle von Annick Kundert viel mehr als nur das eigentliche physiotherapeutische Handwerk. Sie übernimmt eine beratende, tröstende Funktion, hört zu, oder hilft den Menschen mit ihren Berührungen, sich zu entspannen, zu beruhigen: «In einem entspannten Körper lösen sich auch ganz andere Sachen.»

Die Resultate der Heimbehandlung sind schnell sichtbar

Seit dreissig Jahren bietet Annick Kundert Heimbehandlungen an und noch immer macht sie es mit Lei-

denschaft und aus Überzeugung: «In der Physiotherapiepraxis herrscht eine «Laborsituation». Die Patientin kann eine Rolle spielen, der Therapeut ist Gastgeber. Bei Heimbehandlungen ist die Therapeutin der Gast. Bei den Patientinnen und Patienten zu Hause arbeitet man realitätsbezogen. Die Situation ist authentisch und Bedürfnisse kann man 1:1 angehen.» Trotzdem gibt es zu

«Heimbehandlungen brauchen die Kreativität der Therapeutin.»

wenig Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die Heimbehandlungen anbieten. Annick Kundert kann das gut verstehen. Es sei einfacher, jemanden im Spital oder in der Praxis zu empfangen, man arbeite weniger eng und weniger persönlich mit den Patientinnen und Patienten, und es gebe weniger Unvorhergesehenes. «Bei Heimbehandlungen weiss ich nie, was auf mich wartet», sagt Annick Kundert. Sie hat sich aber weder von engen Platzverhältnissen, Dreck, noch von fehlenden Hilfsmitteln abschrecken lassen. Zu schnell sind die Resultate ihrer Therapie sichtbar, zu offensichtlich deren Zusammenhang mit dem Realitätsbezug ihrer Arbeit.

Für ihre Arbeit ist Annick Kundert oft mit der Vespa unterwegs; Wind und Wetter können sie kaum davon abhalten. Wenn sie ein Haus oder eine Wohnung nach der Behandlung verlässt, visualisiert sie den Grund ihres Besuchs oder das Problem der Patientin, des Patienten und bindet es an dessen Zuhause: «Ich biete alles an, um ein Problem zu lösen, nehme es aber niemals mit.» Die ambulante Physiotherapie ist nicht nur körperlich, sondern auch seelisch eine belastende Arbeit. Um diese leisten zu können, holt sich Annick Kundert Energie in «lebensfreudigen» Freizeitaktivitäten wie



Annick Kundert unterwegs mit ihrer Vespa.

dem Tanzen mit ihrem Ehemann, in den Bergen oder durch regen Kontakt mit ihren Kindern, Grosskindern und Freunden.

Mit straffer Planung das Chaos überlisten

Damit man als ambulante Physiotherapeutin erfolgreich sein kann, braucht es viel Disziplin. Die Heimbehandlungen müssen exakt geplant, möglichst nach Quartier eingeteilt und die Behandlungszeiten minutiös eingehalten werden. Annick Kundert, die sich selber als chaotische Natur beschreibt, braucht genau diese Disziplin, genau diese strenge Struktur. In Sachen Organisation und Planung schenkt sie sich nichts. Administrative Arbeiten erledigt sie immer sofort, lässt niemals Pendenzen unerledigt. «So kann ich mich und meinen Hang zum Chaos überlisten.» Straff organisiert schafft sie es, pro Tag rund zehn Heimbehandlungen durchzuführen (früher waren es noch mehr) und dann immer noch viel Zeit für anderes zu haben: «Ich habe nie nur 100 Prozent gearbeitet», sagt Annick Kundert. Bereits als ihre drei Kinder sehr klein waren, begann sie mit den Heimbehandlungen, später kamen ein sehr aktives politisches und berufspolitisches Engagement und verschiedene Weiterbildungen dazu, unter anderem ein MAS in Betriebswirtschaft. «Eins hat zum anderen geführt», sagt Annick Kundert lachend. Gesucht hat sie nichts – aber alles stringent miteinander verbunden. Ein weiteres Merkmal von Annick Kundert: die Parallelschaltung, wie sie es nennt. Ihre Arbeit als am-

«Zu Hause lässt sich kaum etwas verbergen»

bulante Physiotherapeutin, ihr politisches Engagement, ihre Arbeit als Dozentin und Beirätin – alles läuft ineinander, die Grenzen verwischen sich. Diese Parallelschaltung ist auch bei der privaten Annick Kundert

zu finden. So liest sie gleichzeitig immer mindestens drei verschiedene Bücher, hat drei verschiedene Stricksachen angefangen. Und auch gedanklich ist Annick Kundert meist mit verschiedenen Sachen beschäftigt. So kommt es vor, dass ein Vis-à-vis ihr nicht folgen kann.

Der richtige Zeitpunkt, um aufzuhören

Annick Kundert strotzt mit ihren 61 Jahren nur so vor Energie. Der Gedanke, aufzuhören, sei irgendwann letzten Sommer gekommen. Sie habe gemerkt, wie sie ihren Patientinnen und Patienten langsam ähnlicher, halt selber älter werde. Dass es der richtige Zeitpunkt ist, um aufzuhören, weiss sie seit der Geburt ihres letzten Enkelkinds. Ein Patient, der schon lange auf einer Liste für eine Lungentransplantation gewesen war, bekam genau an diesem freudigen Tag und in ihrem Beisein einen Anruf, dass man eine Lunge für ihn habe. «Er hatte fünf Minuten Zeit, sich für oder gegen die Transplantation zu entscheiden.» Als das Telefon erneut klingelte, sagte der Mann, er wolle die Lunge nicht, man könne ihn von der Liste nehmen, sprach also sein eigenes Todesurteil. In dieser Situation konnte sich Annick Kundert zum ersten Mal kaum mehr abgrenzen. Die älter werdende, private Annick Kundert und die Physiotherapeutin Annick Kundert vermischten sich: «Da war es klar, ich höre auf.»

Wie es weitergehen wird, weiss Annick Kundert noch nicht. Sie wird weiterhin als Dozentin im Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule und am Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt tätig sein und die Geschäftsstelle des regionalen Physiotherapieverbands beider Basel leiten. Einen tragenden Pfeiler ihres Lebenshauses baut sie ab: Annick Kundert als ambulante Physiotherapeutin. Was das bedeutet, kann sie nicht abschätzen. Aber genau darauf freut sie sich. Und: «Ich werde sicher eine bonne idée haben.»

«Die Domizilbehandlung ist eine sehr realitätsbezogene Arbeit, der Physiotherapeut kann 1:1 die Bedürfnisse der Patienten in ihrem Umfeld abklären und entsprechende Massnahmen zur Lösung des Problems ergreifen. Durch den Einbezug aller betroffenen Bezugspersonen ergibt sich automatisch ein informelles Netzwerk zur Unterstützung der Patienten. Die Zielsetzungen der Physiotherapie sind für die meisten Patienten sofort nachvollziehbar, daher ergeben sich oft sehr gute Fortschritte und Resultate.»

«Es ist sehr wichtig, dass der Physiotherapie in der ambulanten Grundversorgung einen adäquaten Platz eingeräumt wird und dass sie von der Politik und den Versicherern wahrgenommen wird. Sie kann einen wesentlichen Beitrag zur grösstmöglichen Rehabilitation von Chronischkranken und Behinderten zu Hause leisten.»

Kundert, A. (2011). Domizilbehandlungen. In O.E. Huber, D. Monnin, R. Paillex, Ch. Boldi-Goetschy, W. Oggier (Hrsg.), Physiotherapie im Wandel (S. 182–185). Bern: SGGP

Chance und Herausforderung zugleich

Die Advanced Practise Nurse in der Spitex



Sabina Jaggi, MSN
Qualitätsverantwortliche/
Pflegeexpertin APN
SPITEX AareGürbetal
sabina.jaggi@spitex-aareguerbetal.ch

Als Advanced Practise Nurse (APN) im ambulanten Bereich zu arbeiten, bedeutet, Pionierarbeit zu leisten, heisst, aktiv mitzugestalten und die Professionalisierung der Pflege voranzutreiben. Auf die ambulante Pflege warten viele Herausforderungen – und genau hier kann die APN anpacken.

Die demografische Entwicklung zeigt, dass Menschen immer älter werden und häufig an einer oder gleich mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Erwachsene Kinder leben seltener in unmittelbarer Nähe und sind nicht in der Lage, die Pflege eines Elternteils oder beider Elternteile zu übernehmen (Bundesamt für Statistik, 2014). Folglich übernimmt die Lebenspartnerin, der Lebenspartner die Pflege des kranken Menschen; nicht selten bis an die eigenen physischen und emotionalen Grenzen (Pierrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010). Gleichzeitig ist es der Wunsch der meisten Patientinnen und Patienten, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu bleiben. Diese Faktoren führen zu komplexen, teils auch neuen und äusserst anspruchsvollen Pflegesituationen im Spitex-Bereich.

Die Professionalisierung der ambulanten Pflege gewinnt an Bedeutung

Die eingangs beschriebenen Entwicklungen wurden vor rund fünf Jahren, kurz nach der Fusion, auch vom Vorstand und der Geschäftsleitung der Spitex Aare-Gürbetal erkannt und die Stelle der Qualitätsverantwortlichen ausgeschrieben. Der Begriff APN war dem Geschäftsleiter unbekannt, die ihm am Vorstellungsgespräch aufgezeigten Kompetenzen einer APN nach dem Modell von Hamric, Spross & Hanson (2009) passten aber in sein betriebswirtschaftliches Konzept, und so klappte eine Anstellung.

Bei der Neuanstellung war das Aufgabengebiet der Qualitätsverantwortlichen sehr breit und beinhaltete im Wesentlichen alles, was mit dem Thema «Qualität» irgendwie in Zusammenhang stand. Die für eine APN typischen Kompetenzen konnten zwar von Beginn weg wahrgenommen werden, da so kurz nach der Fusion aber die schriftlichen Grundlagen fehlten, nahm das

Verfassen von Richtlinien, Konzepten und Pflegestandards einen Grossteil der Zeit in Anspruch. Weiter lag der Schwerpunkt auf der Schulung aller Berufsgruppen zum Thema Pflegeprozess.

Als grosse Herausforderung erwiesen sich die unterschiedlichen Kulturen im Fusionsbetrieb. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiteten bereits seit mehreren Jahren oder gar Jahrzehnten in einer der drei vorgängigen Organisationen und wurden nun mit neuen Entwicklungsthemen konfrontiert. Die Begleitung dieser Prozesse war eine intensive und spannende Aufgabe.



Hamric, Spross and Hanson 2009

Die Fülle an Aufbauarbeit und die Breite an Tätigkeiten führten dazu, dass die direkte praktische Tätigkeit am Patientenbett sowie mit den Angehörigen zu

kurz kam, also im Grunde genommen die zentrale Aufgabe einer APN. Die Aufbauphase dauerte rund zwei Jahre. Mit dem Wachstum des Betriebes wurde die Geschäftsstelle rasch ausgebaut. Dadurch konnten einige Arbeiten delegiert werden und APN-typische Arbeiten rückten in den Vordergrund, vor allem der direkte Praxisbezug. Pflegenden wurden in komplexen Patientensituationen regelmässiger begleitet und Patientinnen und Patienten mitbetreut.

Mit den neu eingeführten, monatlichen Fallbesprechungen wurde die Pflege im Praxisalltag weiter gestärkt. Auf Basis eines intern entwickelten Konzepts (Jaggi, 2013) konnten in diesem Rahmen die Pflegenden in familienzentrierter Pflege geschult und diese mit direktem Praxisbezug im Betrieb eingeführt werden. Fragestellungen aus der Praxis wurden zudem in der neu gegründeten Höfa-I-Gruppe diskutiert und wissenschaftlich fundierte Pflegestandards entwickelt.

Mehr Zeit liess sich nun auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit finden. Der Kontakt mit zweiseitigen Organisationen wie zum Beispiel Spitälern, Rehabilitationskliniken usw. wurde hergestellt, die Zusammenarbeit analysiert und erste Verbesserungsmaßnahmen vorgenommen.

Enorme Fortschritte und weiterhin grosses Entwicklungspotenzial

Heute ist Pflegeentwicklung in der Spitex Aare-Gürbetal eine Selbstverständlichkeit und die Pflegeexpertin eine Ressource, welche von den Pflegenden wertgeschätzt und auch rege genutzt wird. Interne Schulungen zu Fachthemen, die Durchführung von Fallbesprechungen und die Begleitung im Praxisalltag sowie das Arbeiten mit Pflegestandards führten dazu, dass komplexe Patientensituationen professioneller angegangen und zusätzliche behandlungspflegerische Massnahmen heute übernommen werden, während die Rückfragen von Krankenkassen tendenziell zurückgehen.

Die verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Organisationen führte nicht nur zu reibungsloseren Patienten-Übertritten, sondern bei den Pflegenden wurde auch das Gefühl gestärkt, einen zentralen Bereich in der Gesundheitsversorgung zu vertreten.

Trotz dieser Fortschritte besteht weiterhin grosses Entwicklungspotenzial: Zwar hat der direkte Kontakt zwischen Pflegeexpertin und Patientinnen, Patienten und Angehörigen zugenommen, er sollte aber einen noch grösseren Teil der Tätigkeit im Betrieb ausmachen. Gleichzeitig muss die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und APN zugunsten der Patientenschaft deutlich ausgebaut und auf ein professionelles, partnerschaftliches Niveau gehoben werden. Der stärkere Einsatz und die Nutzung der Fachexpertise der APN im Praxisalltag werden sicher dazu beitragen, dass die Hausärzte zunehmend den Nutzen der Pflegeexpertin erkennen werden.

Auch wenn der Betrieb der Spitex AareGürbetal klein ist, um eigene Forschungsprojekte durchzuführen, ist dies sicherlich ein Feld, das zukünftig im ambulanten Bereich an Bedeutung gewinnen wird.

Ambulante Pflege braucht mehr Pflegeexpertise und APNs mit Mut zur Pionierarbeit

Derzeit sind drei Prozent der APNs in der Schweiz im ambulanten Bereich tätig (APN-Symposium, ZHAW, 2014). Berücksichtigt man die eingangs erwähnten demografischen und medizinischen Entwicklungen, so ist diese Anzahl noch viel zu gering, und es benötigt dringend mehr APNs in der ambulanten Pflege.

Da die Rolle der Pflegeexpertin APN im spitalexternen Bereich noch relativ neu ist und die meisten Organisationen über kein ausgearbeitetes Stellenprofil verfügen, bedeutet dies erst einmal, Pionierarbeit zu leisten. Gleichzeitig bietet es auch eine Menge Gestaltungsmöglichkeiten bei der Professionalisierung der Pflege im Betrieb.

Wer gerne eine Pionierrolle wahrnimmt, selbstständig arbeitet und über Verhandlungsgeschick verfügt, wird sich in der Rolle der APN im ambulanten Bereich wohl fühlen. Dies setzt das Bewusstsein voraus, Vorgesetzte und Geschäftsleitung von Vision und Rahmenbedingungen für eine professionelle ambulante Pflege sowohl mit Qualitäts- als auch betriebswirtschaftlichen Argumenten überzeugen zu müssen, insbesondere in einer Zeit, in der finanzielle Ressourcen stets knapper werden.

Referenz:

- Bundesamt für Statistik (2014). Die Bevölkerung der Schweiz: 2012. Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5378>
- Pierrig-Ciello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). *SwissAge-Care-2010. Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? Die Situation der Angehörigen und ihre Ansprüche an die Spitex*. Bern: Spitex Verband Schweiz
- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, Ch.M. (2009). *Advanced practice nursing. An integrative approach (4th ed.)*. St. Louis: Saunders Elsevier
- Jaggi, S. (2013). *Applied education of the CFAM & illness belief model in an ambulatory home care setting*. 11th International Family Nursing Conference, Minneapolis. Verfügbar unter <http://de.slideshare.net/SabinaJaggi/20130621-cfam-andillnessbeliefsmodellambulatoryhomecarejaggiifnc2013>
- APN-Symposium (2014). Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW). 17. Januar 2014

Zur Person

Sabina Jaggi arbeitet seit 2010 als Qualitätsverantwortliche/Pflegeexpertin APN bei der Spitex Aare-Gürbetal. 2008 hat sie ihr Masterstudium in Pflegewissenschaften (MSN) an der Universität Basel beendet. Sabina Jaggi ist Mitgründerin der Akademischen Fachgesellschaft (AFG) Spitex Pflege, welche einen regelmässigen Austausch zu pflege-relevanten Themen mit APNs aus verschiedenen Spitex-Organisationen fördert. Zudem vertritt sie die ambulante Pflege an der 2012 gegründeten Wissenschaftskonferenz des Inselspitals.

Spitex Aare Gürbetal

Die Spitex AareGürbetal ist 2008 aus einer Fusion von drei Spitex-Organisationen entstanden. Sie beschäftigt 140 Mitarbeitende (70 Vollzeitstellen) und betreut 550 Klienten (78 % Pflege, 22 % Hauswirtschaft).

Weiterbildung zur Qualitätssicherung



Stefanie Diviani-Preiswerk
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
stefanie.diviani@bfh.ch

Nicht nur in der somatischen, sondern auch in der psychiatrischen Pflege sind ambulant tätige Fachpersonen gefragt. Der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule bietet entsprechende Weiterbildungen an und trägt zur Qualitätssicherung in der ambulanten psychiatrischen Pflege bei.

Chronische Krankheiten und deren Behandlung sind in der Gesundheitsversorgung unserer älter werdenden Gesellschaft eine grosse Herausforderung. Oftmals begrenzen sich chronische Krankheiten nicht auf somatische Beeinträchtigungen, sondern ziehen ein psychisches Leiden mit sich. In der psychiatrischen Pflege steht das Erkennen und Behandeln dieser Leiden im Vordergrund. Psychiatrische Pflege und Betreuung ist keine vernachlässigbare Nischen-Aktivität, sondern gewinnt unter diesen Vorzeichen an immer grösserer Bedeutung.

Steigender Bedarf an Fachkräften

Pflegfachpersonen, die sich in psychiatrischer Pflege und Betreuung spezialisieren, sind insbesondere im ambulanten Bereich immer mehr gefragt. 2007 wurde der Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP)¹ gegründet. Er bildet ein Netzwerk von freiberuflichen Psychiatriepflegfachpersonen in der Schweiz und ist in der Weiterbildung ein wichtiger Partner des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule. Zur Beschreibung der ambulanten psychiatrischen Pflege steht auf der Homepage des Vereins: «Ambulante Psychiatrische Pflege sucht die Menschen zu Hause auf, fördert das Verständnis für die eigene Krankheit und sucht mit den Betroffenen Wege, um mit Schwierigkeiten umgehen zu können. Der Schritt aus einer Institution in das alltägliche Lebensumfeld ist für viele Menschen ein schwieriger Moment. Das ambulante pflegerische Angebot unterstützt diese Schritte aktiv.»¹

In der Grundausbildung können den Pflegefachpersonen nicht für alle Spezialisierungsrichtungen die nötigen Skills vermittelt werden. Für die Spezialisierung kommt der Weiterbildung in Form von Fachkursen, «Advanced Studies»-Studiengängen (mit Certificate-

Diploma- oder Masterabschluss) und konsekutiven Masterstudiengängen (Master of Science) eine äusserst wichtige Bedeutung zu.

Praxisorientierte Studiengänge und Fachkurse

Die Berner Fachhochschule bietet in Zusammenarbeit mit dem VAPP den CAS-Studiengang (Certificate of Advanced Studies) «Ambulante Psychiatrische Pflege» und den Fachkurs «Ambulante Psychiatrische Pflege» an. Die Studierenden lernen Pflegekonzepte und -interventionen kennen und werden befähigt, komplexe Situationen mit betroffenen Klientinnen und Klienten im ambulanten Bereich zu bewältigen. Die Studiengänge sind praxisorientiert aufgebaut, sodass die Studierenden das erworbene Wissen immer mit ihrer einhergehenden praktischen Tätigkeit verknüpfen können.

Freiberuflich und ambulant tätige Fachpersonen treffen auf andere Herausforderungen als ihre Kolleginnen und Kollegen im stationären Bereich. Diese Unterschiede werden in der Weiterbildung aufgenommen und prägen deren inhaltliche Gestaltung. Rechtliche Grundlagen, Eigenheiten des Versicherungswesens sowie das spezifische Dokumentationsverfahren müssen im Spitexbereich bekannt sein.

Selbstständiges Arbeiten und Entscheiden prägen den Alltag in der ambulanten Betreuung. Damit die Betroffenen in ihrer persönlichen Lebensgestaltung unterstützt und gefördert werden können, bezieht die Pflegefachperson Angehörige und weitere Fachpersonen in die Betreuung mit ein und koordiniert oftmals ein eigens organisiertes Betreuungsteam. Bereits beim Austritt aus einer Institution oder Klinik übernimmt die ambulante Pflegefachperson verschiedene Koordinationsaufgaben.



Ein wichtiges Thema der Weiterbildung ist die ethische Entscheidungsfindung. Wie werden ethisch abgestützte Entscheide getroffen? Welche Handlungsmöglichkeiten hat die Fachperson, wenn aus ihrer Sicht die autonome Gestaltung des Alltags die Klientin oder den Klienten überfordert? Wie kann sie reagieren, wenn sie in der Pflege zu Hause Anzeichen von übermässigem Suchtmittelkonsum feststellt? Wo ist die Grenze des Auftrages, den die Pflegefachperson wahrnehmen soll? Die Studierenden erörtern diese und weitere Fragen und erarbeiten sich das Werkzeug, um im Alltag gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu ethisch vertretbaren Antworten zu finden. Die Diskussionen in den Lerngruppen stärken die eigene Berufsidentität und ermöglichen den Teilnehmenden einen Austausch im fachlichen Netzwerk.

Weiterbildung als qualitätssichernde Massnahme

Der Nachweis einer Weiterbildung in psychiatrischer Pflege ist ein qualitätssicherndes Merkmal. Gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) werden die Bedarfsabklärungen für die ambulante Psychiatriepflege von Pflegefachpersonen durchgeführt, die über ein anerkanntes Diplom in Pflege und eine zweijährige praktische Berufserfahrung in der Fachrichtung Psychiatrie verfügen. Neuste Bestrebungen gehen aber in die Richtung, dass Spezialleistungen in der psychiatrischen Pflege nur dann abgegolten werden, wenn eine entsprechende Aus- oder Weiterbildung mit psychiatrischem Schwerpunkt nachgewiesen werden kann. Die zusätzlich geforderte Berufserfahrung in der entsprechenden Fachrichtung soll mit einer fundierten Weiterbildung verknüpft und reflektiert werden. Der Ent-

scheid für eine Weiterbildung ist insbesondere für Fachpersonen, die über eine langjährige Berufserfahrung verfügen, nicht selbstverständlich. Nebst dem Erwerb von neuem evidenzbasierten Wissen wird dieser Entscheid mit der Möglichkeit zur nationalen und internationalen Vernetzung mehrfach belohnt. Der fachliche und persönliche Kontakt mit Expertinnen und Experten sowie Kolleginnen und Kollegen in einem ähnlichen Tätigkeitsfeld ist nachhaltig und stärkt die Fachpersonen in ihrem oftmals herausfordernden Berufsalltag.

Weitere Informationen:
Manuela Grieser
manuela.grieser@bfh.ch
T +41 31 848 45 50

¹ <http://www.vapp.ch> (abgerufen am 2.11.14)

Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege

Am 12. Juni 2015 findet die 7. Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege statt. Im Zentrum steht das Thema «Selbstbestimmt – bestimmt selbst». Der Anlass bietet die Möglichkeit, neue Impulse zu erhalten und die eigene Arbeit bezüglich fördernden und hemmenden Faktoren von Autonomie zu reflektieren. Weitere Informationen unter www.fachtagung-app.ch

Neue ambulante Wege in der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen



Annina Sahli
Mitglied der Geschäftsleitung
Sollievo.net
annina.sahli@sollievo.net

Ganz nach dem Grundsatz «ambulant vor stationär» wurde 2014 Sollievo.net, ein interdisziplinäres Zentrum für psychische Gesundheit, gegründet. Fachpersonen aus Psychiatrie, Naturheilpraktik und Körpertherapie bieten gemeinsam ambulante Unterstützung an für Menschen mit psychischen Problemen. Der Erfolg des Zentrums unterstreicht die Wichtigkeit ambulanter Angebote im psychiatrischen Bereich.

In der Schweiz leidet jede sechste Person unter einer mittleren bis starken psychischen Belastung (Schuler & Burla, 2012). Betroffene werden deswegen entweder in einer Klinik, teilstationär oder ambulant behandelt. Dabei soll die stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zukünftig nur noch einen kleinen Teil der psychiatrischen Dienstleistungen ausmachen. Das von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) formulierte Ziel für die psychiatrische Versorgung sieht den Ausbau von ambulanten Angeboten vor. Diese sind im Vergleich zu den stationären Einheiten noch wenig entwickelt und entlasten den Klinikbereich zurzeit ungenügend.

Der Ausbau der ambulanten Versorgung scheint vielerorts noch in den Kinderschuhen zu stecken. In einer Diskussion unter Fachpersonen wurde bemerkt, dass das Ziel «ambulant vor stationär» zwar politisch gerne genannt, jedoch kaum konkret angegangen wird (Hemdenkreis, 2011).

Die bereits bestehenden ambulanten Angebote für Menschen mit psychischen Problemen sind unterschiedlich. Sie reichen von klinikinternen Ambulatorien über private Praxen von Psychiatern, manchmal in

personen angeboten, die sich selbstständig gemacht haben oder von privaten Unternehmen, welche Pflegefachpersonen angestellt haben. Trotz der vielfältigen Möglichkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege sind die Angebote in der Öffentlichkeit noch wenig bekannt (Hemdenkreis, 2011). Längst nicht allen Patientinnen und Patienten, welche davon profitieren könnten, wird die Möglichkeit der Unterstützung zu Hause angeboten. Dies liegt einerseits daran, dass die Angebote vielen unbekannt sind und andererseits an der mangelnden Vernetzung zwischen den Fachpersonen, welche ambulante Dienstleistungen anbieten.

Gründung des interdisziplinären Zentrums für psychische Gesundheit

Diesem Schwachpunkt in der ambulanten Versorgung soll mit der Gründung von Sollievo.net, dem interdisziplinären Zentrum für psychische Gesundheit, entgegengewirkt werden. Der Name des Projekts weist auf das gemeinsame Ziel der Beteiligten hin. Sollievo bedeutet im Italienischen «Erleichterung», «Trost» oder «Linderung». Im Praxiszentrum sind insgesamt 16 Personen tätig, welche Menschen mit psychischen Problemen auf verschiedene Weisen unterstützen können. Das Team besteht aktuell aus einem Psychiater, vier psychologischen Psychotherapeutinnen, acht Pflegefachpersonen, einer Naturheilpraktikerin und zwei Körpertherapeutinnen.

Die Motivation des Gründungsteams von Sollievo.net besteht unter anderem darin, Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zu geben, psychische Krisen zu Hause, in der gewohnten Umgebung, zu meistern oder nach einem Klinikaufenthalt den Einstieg in den Alltag zu erleichtern. Betroffene, die ambulante psychiatri-

Sollievo bedeutet im Italienischen
«Erleichterung», «Trost» oder «Linderung».

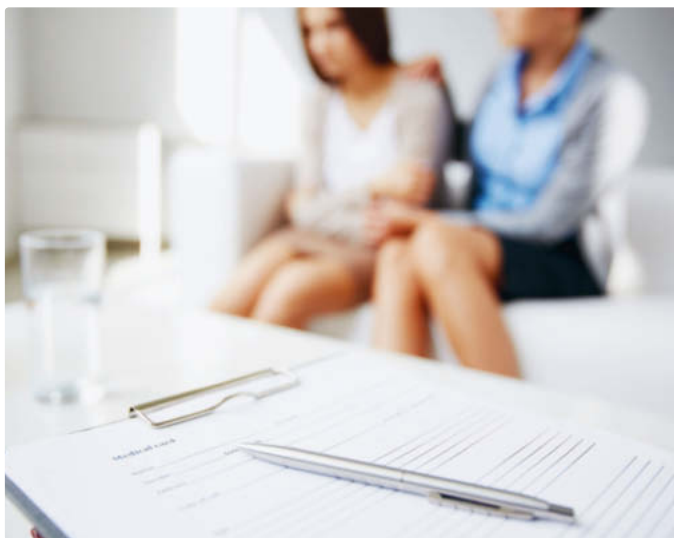
Zusammenarbeit mit psychologischen Therapeutinnen, bis hin zu pflegerischen Angeboten. Für die ambulante psychiatrische Pflege gibt es unterschiedliche Organisationsformen. Sie wird entweder von Einzel-

sche Pflege in Anspruch nehmen, sind der Meinung, dass die Unterstützung zu Hause sinnvoller und nachhaltiger ist als in der künstlichen Umgebung einer Klinik (Hemdenkreis, 2011).

Durch die Interdisziplinarität, welche dank den verschiedenen Berufsgruppen bei Sollievo.net anzutreffen ist, wird eine ganzheitliche Behandlung angestrebt. Damit soll die ambulante Betreuung so umfassend wie möglich gestaltet werden. Patientinnen und Patienten können bei Sollievo.net Leistungen bei einer oder mehreren Fachpersonen beziehen. Um sowohl in Krisensituationen als auch bei längerfristigen Behandlungen eine möglichst optimale ambulante Behandlung anzubieten, besteht beispielsweise die Möglichkeit, die psychiatrische Behandlung mit Naturheilkunde zu ergänzen oder bei Bedarf zusätzlich Pflege zu erhalten. Durch das breite Spektrum von schulmedizinischen und alternativen Angeboten kann vielen Bedürfnissen Rechnung getragen und eine individuell abgestimmte Vorgehensweise angeboten werden (Sahli & Gysi, 2014).

Die ambulante psychiatrische Pflege bei Sollievo.net

Im Pflgeteam arbeiten alle Fachpersonen auf selbstständiger Basis und rechnen ihre Leistungen mit den Krankenkassen und dem Kanton Bern ab. Vor Beginn einer Betreuungsphase braucht es eine ärztliche Verordnung, welche bei Bedarf alle sechs Monate erneuert werden muss. Zugewiesen werden die Patientinnen und Patienten von Kliniken, ambulanten Psychiatern, Haus-



ärzten oder weil sie selber auf das Angebot gestossen sind. Bei einem ersten Termin werden die Bedürfnisse und Vorstellungen der zukünftigen Zusammenarbeit geklärt und ein vorläufiges Betreuungsprozedere ausgemacht. Zusammen mit den Klientinnen und Klienten wird erarbeitet, welche Unterstützung im alltäglichen Umfeld gebraucht und gewünscht wird. Dies können Strategien zur Bewältigung von Krisen sein, aber auch ganz konkrete Schritte, um Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen wie Wohnen, Tagesstruktur und Freizeit zu vermindern. Dabei werden die Termine

meist bei den Klientinnen und Klienten zu Hause geplant, wobei am Standort von Sollievo.net auch ein Pflegebüro für Gespräche zur Verfügung steht. Dies kann von Vorteil sein, wenn eine betreute Person sehr misstrauisch ist oder die Privatsphäre der eigenen vier Wände wahren möchte. Durch die verschiedenen örtlichen und inhaltlichen Möglichkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege kann auf viele unterschiedliche Anliegen eingegangen werden. Mit der kontinuierlichen, alltagsnahen Begleitung entsteht ein Vertrauensverhältnis, welches für die Genesung oder das Erhalten der psychischen Gesundheit ein zentraler Punkt ist. Um dieses Vertrauen zu wahren und zu fördern, wird die Betreuung immer von derselben Person übernommen, wobei in Ausnahmefällen wie Krankheit oder Ferienabwesenheit eine Vertretung angeboten wird.

Die enge Zusammenarbeit der beteiligten Fachpersonen aus den verschiedenen Berufsgruppen mit einer möglichst flachen Hierarchie stellt das Team vor Herausforderungen. Hierzu gehören der grundsätzliche Wille zu Vernetzung und Zusammenarbeit mit Professionellen aus verschiedenen Berufsgruppen, eine gewisse Risikobereitschaft zur Mitarbeit in einem Pionierprojekt sowie ein richtiges Einschätzen der eigenen (beruflichen) Grenzen und Akzeptieren der Möglichkeiten und Grenzen anderer Berufsgruppen (Sahli & Gysi, 2014).

Das Praxiszentrum Sollievo.net ist seit März 2014 in Betrieb und stösst auf breites Interesse. Es können bereits nicht mehr alle Anmeldungen unmittelbar angenommen werden beziehungsweise müssen teilweise abgelehnt werden. Der theoretisch beschriebene Bedarf nach ambulanten Angeboten im Bereich der psychischen Gesundheit kann demnach aus der Praxis bestätigt werden.

Literatur:

- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), 2011. Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2009). Advanced nursing practice. An integrative approach (4th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Hemdenkreis, B. (2011). Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflegedienste aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. Psych. Pflege Heute, 17(3), 130–132.
- Hemdenkreis, B. (2011). «Ich brauche doch die Hilfe im Leben, zu Hause, nicht unter einer Glocke.» Interview mit einer Klientin der ambulanten psychiatrischen Pflege. Psych. Pflege Heute, 17(3), 133–135.
- Sahli, A. & Gysi, J. (2014). Den Schritt in die Zukunft wagen. Psych. Pflege Heute, 20(5), 275–277.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Nackenbeschwerden am Arbeitsplatz

Interprofessionelle Lösungen für ein unterschätztes Problem



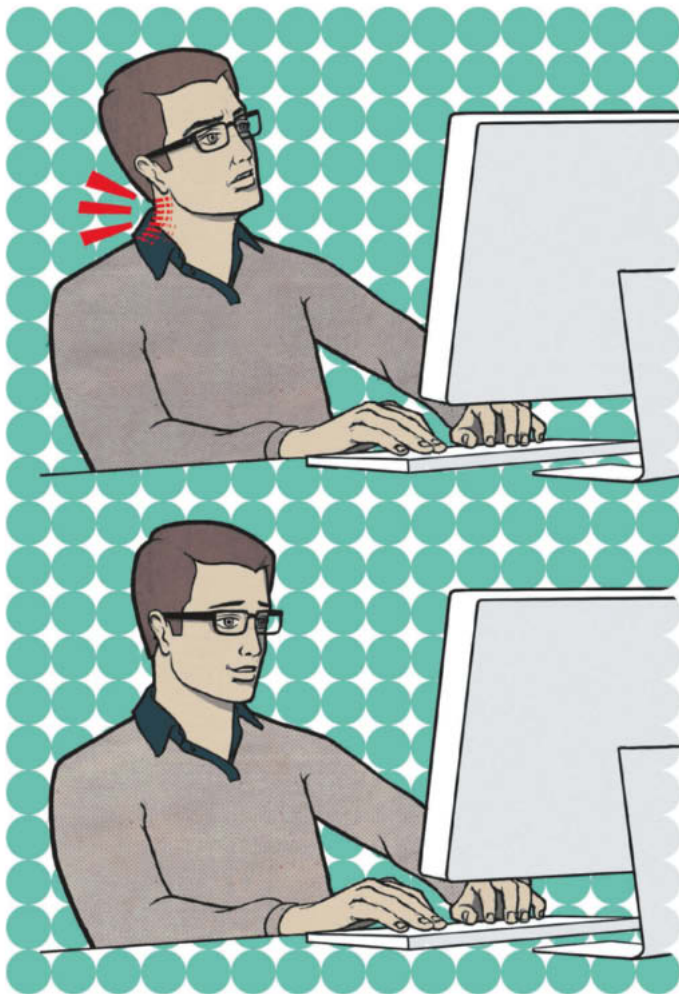
Prof. Dr. habil. Heiner Baur
Dozent Angewandte Forschung und
Entwicklung Physiotherapie
Leiter Bewegungslabor Physiotherapie
heiner.baur@bfh.ch

Unser Bewegungsapparat leidet in der heutigen Arbeitswelt häufig unter einseitigen Belastungen. Aufgrund überwiegend statischer Arbeit am Bildschirm können sich Muskelbeschwerden entwickeln. Dies kann durch Sehschwächen und deren unzureichender Korrektur noch verstärkt werden. Allerdings gibt es vielversprechende, praktisch orientierte Lösungsansätze.

Heutige Arbeitsplätze sind in aller Regel von viel Arbeit am Computer geprägt. In aktuellen Studien zeigt sich zunehmend, dass Beschwerden am Bewegungsapparat, neurologische Beschwerden oder psychosozialer Stress möglicherweise auf die Arbeit am Bildschirm zurückzuführen sind. Allerdings fehlen weitere verlässliche Studienergebnisse, um den Zusammenhang zu klären. Auffallend ist jedoch, dass Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich nach Beschwerden des unteren Rückens zu den häufigsten Gründen zählen, die eine physiotherapeutische Behandlung erfordern. Der obere Wirbelsäulen- und Schulterbereich verfügt über eine grosse Beweglichkeit, was zulasten der mechanischen Stabilität geht. Stabilität in diesen Körperregionen muss dementsprechend vor allem muskulär, also aktiv realisiert werden. Einseitige Belastungen, wie das Verharren in der gleichen Position über einen längeren Zeitraum und eine unzureichende neuromuskuläre Ansteuerung, können so zu Verspannungen und Schmerzzuständen führen. Die Arbeit am Computer kann einerseits Auslöser für Schmerzen sein, andererseits aber auch verstärkend auf bestehende Beschwerden wirken. Zudem sind Büroarbeitskräfte häufig nicht ausreichend über präventive oder therapeutische Möglichkeiten informiert. Hier übernimmt das betriebliche Gesundheitsmanagement eine zentrale Funktion. Beratungen zu Verhaltensaspekten wie zum Beispiel Rücken- und Kopfhaltungen am Arbeitsplatz oder die richtige Bildschirmpositionierung, können wegweisend sein.

Spezifische Brille für die Bildschirmarbeit

Sowohl die Physiotherapie, aber auch das Optikerhandwerk bieten für den angesprochenen Problemkomplex wesentliche Hilfestellungen. Bildschirmarbeit führt per se zu einem fixeren Blick, der das natürliche Blinzeln und regelmässige Befeuchten der Hornhaut verringert. Zusätzlich kann ein unzureichendes Sehvermögen den augenscheinlich angestrengteren Blick verstärken und in der Folge zu Muskelverspannungen des Kopf- und Nackenbereichs führen. Der erste Schritt ist also die Korrektur der Sehschwäche (Kurz- oder Weitsichtigkeit). Damit im Alltag eine einzige Sehhilfe ausreicht, kann die Kurz- und/oder Weitsichtigkeit mit Gleitsichtgläsern korrigiert werden. Dabei wird der untere Bereich der Gläser für den Lesebereich optimiert und damit in aller Regel auf einen Leseabstand von circa 40cm eingestellt. Der obere Teil der Brillengläser erhält eine notwendige Korrektur für das Sehen in die Ferne (Kurzichtigkeit oder Weitsichtigkeit). Der Übergang zwischen oberem und unterem Brillenbereich wird kontinuierlich gestaltet. Dies hat zur Folge, dass der Bereich für eine optimale Bildschirmdistanz sehr klein ist. Dies führt unweigerlich zu einem Anheben des Kopfes, um durch den optimalen Teil der Gleitsichtbrille auf den Bildschirm zu blicken (Abbildung 1). Dadurch entsteht eine statische Zwangshaltung des Kopfes, und muskuläre Beschwerden des Nackenbereichs sind die unweigerliche Folge. Die Lösung für dieses Problem ist eine spezifische «Arbeitsplatzbrille», mit welcher der mittlere bis obere Bereich für eine Mittel-



distanz optimiert wird. Der unterste Teil kann weiterhin den Lesebereich abdecken. Mit einer solchen Arbeitsplatzbrille kann man uneingeschränkt und vor allem sicher im Büroalltag zurecht kommen. Für eine Auto- oder Velofahrt wird dann zum Feierabend wieder die reguläre Gleitsichtbrille notwendig. Da viel Zeit am Arbeitsplatz verbracht wird und eine deutliche Verbesserung muskulärer Beschwerden erreicht werden kann, scheint eine spezifische Brille für die Bildschirmarbeit eine lohnende Investition zu sein. Zudem werden Brillen heutzutage sehr stark auch als individuelles Stilmittel eingesetzt. In der Praxis konnten mit diesen Massnahmen bereits sehr gute Erfahrungen gesammelt werden. Insgesamt sind die Möglichkeiten der Sehkorrektur für verschiedenste Einsatzbereiche noch nicht sehr bekannt, die Optiker beraten ihre Kunden jedoch schon in diese Richtung. Eine ganzheitliche Beurteilung des privaten und beruflichen Umfeldes lässt dabei abschätzen, ob eine Zweitbrille eine sinnvolle Massnahme sein kann.

Verschiedene Bausteine für eine Verbesserung nötig

Nach dem Auftritt von arbeitsplatzbedingten muskuloskeletalen Beschwerden des Bewegungsapparates können zusätzlich zur Korrektur der Sehschwäche physiotherapeutische Massnahmen erfolgreich in der The-

rapie eingesetzt werden. Ein aktuelles Beispiel dazu zeigt eine aktuelle kontrollierte Interventionsstudie aus Schweden. Bei 61 Patientinnen und Patienten mit einer Sehschwäche konnten Schulter- und Nackenbeschwerden im Vergleich zur Kontrollgruppe mittels Feldenkraistherapie (zwölf Mal während drei Monaten) signifikant reduziert werden. Insgesamt sind Schmerzmanagement, manuelle und manipulative Therapie, Training der aktiven Beweglichkeit und ein sensorisches Training wichtige Bausteine, um die neuromuskuläre Funktion der betroffenen Körperregion zu verbessern. Um bei chronischen Beschwerden das «Schmerzgedächtnis» zu beeinflussen, werden zusätzlich zu trainingstherapeutischen Massnahmen auch allgemeine psychologische Massnahmen (Entspannungstechniken, Meditation usw.) eingesetzt. Komplementäre Techniken wie Akupunktur können ergänzen, eignen sich jedoch nach derzeitigem Wissensstand nicht als alleinige Therapiemassnahme.

Inwieweit muskuloskeletale Beschwerden durch eine alleinige Korrektur des Sehbereiches präventiv verhindert werden können, oder ob begleitende präventive Physio- oder Trainingstherapie eingesetzt werden sollte, kann nach aktuellem Wissensstand nicht beantwortet werden. Dies wäre eine lohnende Idee für eine prospektive Studie. Einstweilen kann festgehalten werden, dass muskuloskeletale Beschwerden am Arbeitsplatz im Fokus mehrerer Professionen stehen, die jede für sich nachvollziehbare Ansätze entwickelt, um Beschwerden zu lindern oder gegebenenfalls gar nicht auftreten zu lassen.

Boday Bulloni Brillante Brillen sponsert Preis für die beste Physiotherapie-Masterarbeit

Das 1975 von Stefan Boday gegründete und heute von Camilla Boday-Bulloni und Béla Boday geleitete Familienunternehmen möchte mit ästhetischen und funktionellen Qualitätsprodukten überzeugen. Eine umfassende persönliche Beratung steht dabei im Vordergrund. Individuell abgestimmte Brillen setzen das Gesicht des Trägers optimal in Szene und verbinden damit erstklassige Korrektur des Sehfehlers und perfekten Sitz mit optimalem Tragekomfort.

Im nunmehr zweiten Jahr kann durch das Engagement von Boday Bulloni die beste Masterarbeit im Fach Physiotherapie ausgezeichnet werden. Dadurch wird auf vorbildliche Weise deutlich, dass interprofessionelle Zusammenarbeit kein Schlagwort bleiben muss. Der Fachbereich und der Masterstudiengang Physiotherapie bedanken sich bei Boday Bulloni herzlich für das Sponsoring des Preises.

Neuer Master of Science an Schnittstellen

Ab Herbst 2015 bietet der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule zusammen mit der Hochschule für Agrar-, Forst- und Lebensmittelwissenschaften HAFL und der HES-SO in Sion einen Master in Life Sciences – Food, Nutrition and Health an. Das schweizweit einzigartige Studium orientiert sich an den Übergängen von Lebensmittel- und Ernährungswissenschaften.



Dr. Franziska Pfister
Projektleiterin Master und Dozentin
im Bachelorstudiengang Ernährung und
Diätetik, FBG
franziska.pfister@bfh.ch



Daniel Heine
Projektleiter Master und Dozent für
Lebensmitteltechnologie, HAFL
daniel.heine@bfh.ch



Gaby Allheilig
Leiterin Kommunikation & Marketing
HAFL
gaby.allheilig@bfh.ch

«Sowohl in der öffentlichen Diskussion wie bei den Herstellern hat sich in den letzten Jahren punkto Gesundheitsmanagement im Lebensmittelbereich sehr viel verändert», stellt Daniel Heine, Dozent für Lebensmitteltechnologie an der BFH-HAFL, fest. So sei die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten, die sich bewusst ernähren, deutlich gestiegen und die Lebensmittelindustrie produziere mehr Produkte für bestimmte Bedürfnisse und Personengruppen. Die Folge: Die Märkte für Spezial-Lebensmittel wie Functional und Novel Food, diätetischer oder Ergänzungsnahrung boomen.

Nachholbedarf trotz boomender Märkte

Und die Nachfrage nach speziellen Lebensmitteln wächst weiter. «Personen, die an Laktoseintoleranz oder Glutenunverträglichkeit leiden, haben heute eine deutlich grössere Auswahl an Produkten. Zudem sind diese preisgünstiger und geschmacklich besser als noch vor einigen Jahren», sagt Franziska Pfister, Projektleiterin Master und Dozentin im Studiengang Ernährung und Diätetik. «Beim Angebot für andere Zielgruppen, wie z.B. Personen mit Schluckbeschwerden oder Mangelernährung, besteht hingegen Nachholbedarf.» Ähnliches gelte selbst für gesunde Menschen, die spezielle Bedürfnisse bezüglich ihrer Ernährung haben – etwa ältere Menschen oder Sportlerinnen und Sportler.

Brücke zwischen technisch Machbarem und gesellschaftlich Erwünschtem

Solche Märkte bieten der Lebensmittelindustrie neue, interessante Entwicklungsmöglichkeiten. Kommt hinzu, dass Themen wie der Umgang mit natürlichen Ressourcen oder Food Waste die Ernährungswirtschaft erreicht haben. Damit steht fest: Die Herausforderungen, eine Brücke zwischen dem technisch Machbaren, dem gesellschaftlich Erwünschten und den aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen zu schlagen, werden weiter zunehmen.

«Für die neuen Fragestellungen braucht es gut ausgebildete Spezialistinnen und Spezialisten», so Daniel Heine. Eine 2013 erstellte Arbeitsmarktanalyse förderte zu Tage: Fachkräfte müssen künftig vermehrt entlang der gesamten Wertschöpfungskette ganzheitlich denken und innovative Lösungen entwickeln können. Gleichzeitig ist es wichtig, dass sie hohe Sozialkompetenzen mitbringen und fähig sind, praktisch zu handeln. Das beginnt bei der Abklärung vorhandener Bedürfnisse, geht über Herstellung, Design und Vermarktung von Lebensmitteln bis hin zu deren Konsum und Auswirkungen auf die Gesundheit.

Fachübergreifender Master of Science mit Win-Win-Effekt

Genau daran orientiert sich das neue Angebot des Master of Science (MSc) von HAFL, FBG und der HES-SO



Neue Entwicklungsmöglichkeiten für boomende Märkte: zum Beispiel zielgruppengerechte Ernährung.

in Sion: Die Ausbildung an den Schnittstellen zwischen Lebensmittel- und Ernährungswissenschaften deckt die ganze Palette ab. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Spezialnahrung für bestimmte Bevölkerungsgruppen.

«Die stark interdisziplinäre Ausrichtung bringt für die Studierenden einen klaren Mehrwert», erläutert Franziska Pfister. So könnten etwa Lebensmittelingenieure von den Beratungskompetenzen der Ernährungsspezialistinnen und -spezialisten profitieren – umgekehrt sei dies beispielsweise beim Know-how

über technische Verfahren möglich. Zudem gewinne die Fähigkeit, fachübergreifend zu arbeiten, immer mehr an Gewicht. «Das eröffnet den Absolventinnen und Absolventen neben Führungs- und Forschungstätigkeiten in der Schweiz auch anspruchsvolle Jobs in einem internationalen Umfeld.»

Innovative Forschungsfelder

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der drei beteiligten Fachhochschul-Institutionen verleiht schliesslich der angewandten Forschung Auftrieb und fördert Synergien. «Diese erlauben es uns, innovative Forschungsfelder zu erschliessen», erklärt Daniel Heine. Ein Beispiel dafür sind die erwähnten Speziallebensmittel. «Hier können wir die Produktentwicklung in der Lebensmitteltechnologie mit ernährungsphysiologischen Aspekten erweitern.»

Weitere Infos www.hafl.bfh.ch/food-nutrition-health

Infoabend Masterstudium Food, Nutrition and Health

- Zollikofen: 25.2.2015, 18.30–19.30 Uhr, BFH-HAFL, Länggasse 85
- Basel: 3.3.2015, 18.30–19.30 Uhr, Handelsschule KV Basel, Aeschengraben 15
- Zürich: 10.3.2015, 18.30–19.30 Uhr, Hochschule für Wirtschaft, Lagerstrasse 5
- Bern: 11.3.15, 18.30–19.30 Uhr, BFH Schwarztorstrasse 48

Weitere Infos: www.hafl.bfh.ch/veranstaltungen

«Nachfrage nach Fachleuten mit Praxisbezug ist sehr gross»

Interview mit Martin Marthaler, Leiter Entwicklung JOWA AG

Das neue MSc-Angebot ist in der Schweiz und den umliegenden Ländern einzigartig. Entspricht es einem Bedürfnis der Lebensmittelindustrie und der Ernährungsbranche?

Die Nachfrage nach gut ausgebildeten Fachleuten mit Praxisbezug in der Lebensmittelindustrie ist sehr gross. Gerade die Aspekte Gesundheit und Wohlbefinden sind bei der Entwicklung von neuen oder der Überarbeitung bestehender Produkte von hoher Relevanz. Der Master in Life Sciences Food, Nutrition and Health setzt genau hier an und ermöglicht es, auf gut ausgebildete Spezialisten zurückzugreifen.

Wo sehen Sie Vorteile dieses Studiums?

Das MSc-Studium in Food, Nutrition and Health bietet durch die Verbindung von Lebensmitteltechnologie, Ernährung und Diätetik den Vorteil, dass die Absolventen das Wissen der unterschiedlichen Spezialgebiete vernetzt anwenden können. Das ist sehr

wichtig, um schnell auf die neuen Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft und/oder auf veränderte Konsumenten- und Marktbedürfnisse reagieren zu können.

Welche Perspektiven kann die Branche den Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt bieten?

Die Lebensmittelindustrie ist sehr dynamisch und vielfältig. Nach dem MSc-Studium gibt es unterschiedliche Einstiegs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Naheliegender ist sicherlich eine Funktion in der Forschung, der Produkt- oder Technologieentwicklung. Weiter gibt es auch die Möglichkeit, in der Ernährungsberatung* tätig zu sein oder die Projektleitung von Themen rund um Ernährung und Gesundheit zu übernehmen. Eine Weiterentwicklung ist dann in alle Richtungen vorstellbar, hier sehe ich keine Einschränkungen.

* Anmerkung der Redaktion: Für die Berufsberechtigung als Ernährungsberaterin, Ernährungsberater ist der BSc in Ernährung und Diätetik Voraussetzung.

Internationales Engagement für den Hebammenberuf

Der Hebammenkongress der «International Confederation of Midwives» (ICM) feierte dieses Jahr sein 30-jähriges Bestehen. Er fand unter dem Thema «Midwives: Improving Women's Health Globally» in Prag statt. Über 3800 Hebammen aus der ganzen Welt, darunter 22 aus dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, tauschten während fünf Tagen Wissen und Ideen aus.



Annina Hiller
Studierende Bachelorstudiengang
Hebamme Typ 2
anninamargit.hiller@students.bfh.ch



Olga Miesch
Studierende Bachelorstudiengang
Hebamme Typ 2
olgaamalie.miesch@students.bfh.ch

Zum Auftakt des Kongresses sangen 1563 Hebammen gemeinsam im Prager Kampa Park und stellten damit gleich einen neuen Weltrekord auf. An der Eröffnungsfeier trug, der Olympiade ähnlich, aus jedem vertretenen Land eine Hebamme in Landestracht die Nationalflagge auf das Podium des Kongressauditoriums. Die Stimmung war feierlich, der Beifall gross – ein eindrückliches Fest der Farben, Kulturen und Länder. Insgesamt waren 126 Länder vertreten. Beeindruckend waren auch die verschiedenen Ansprachen, welche mit prachtvollen kulturellen Darbietungen aus dem Gastgeberland Tschechien aufgelockert wurden.

Die ICM-Präsidentin Frances Day-Stirk erinnerte in ihrer Eröffnungsansprache daran, dass Hebammen einen wichtigen Beitrag zum Erreichen der «Millenium Development Goals by 2015» leisten können. Angestrebt wird damit die weltweite Verbesserung der Gesundheit von Frauen, Neugeborenen und Kindern. Dabei wird insbesondere die sexuelle und reproduktive Gesundheit in den Fokus gestellt. Ihre Exzellenz, Frau Toyin Saraki, die Gründerin und Präsidentin der «Wellbeing Foundation Africa», wurde am diesjährigen Kongress zur «ICM Inaugural Global Goodwill Ambassador» ernannt. Zum Erreichen der «Millenium Development Goals by 2015» ermutigte sie die Hebammen in ihrer Ansprache, sich in Verbänden wie dem ICM zusammenzuschliessen. Sie unterstrich ihr Anliegen

mit der nigerianischen Redewendung: «If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together».

Unterschiedliche Sichtweisen kennenlernen

An den fünf Kongresstagen lag ein breites Weiterbildungsangebot vor. Aktuelle Studien aus verschiedenen Ländern wurden präsentiert und «Best Practices» vorgestellt. In Workshops wurden «Skills» vertieft und diskutiert wie z.B. das Vorgehen bei einer postpartalen Blutung oder einer Geburt in Beckenendlage. Diskussionsforen schufen Raum, um wissenschaftliche Erkenntnisse mit Erfahrungen aus der Praxis zu verknüpfen und unterschiedliche Sichtweisen kennenzulernen.

Ein Workshop war speziell auf Studierende ausgerichtet. Ungefähr sechzig Hebammen in Ausbildung nahmen daran teil. Der Austausch über unterschiedlich aufgebaute Studiengänge und Erfahrungen in den Praktika war äusserst bereichernd und diente gleichzeitig als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme untereinander. Die Berichte der verschiedenen Kongressteilnehmerinnen waren ermutigend und erfreulich, teilweise jedoch auch ernüchternd und stimmten nachdenklich.

So erzählte eine Hebamme aus China, dass ihre Aufgabe mehrheitlich darin bestehe, dem Arzt zu assistieren. Das traditionelle Hebammenhandwerk ist dort in den letzten Jahrzehnten fast ausgestorben. Die steigen-



Fahnenträgerinnen und Fahnenträger der «Opening ceremony».

den Kaiserschnittraten beschäftigten Hebammen aus verschiedenen Ländern. Aus einer Präsentation einer japanischen Hebamme wurde deutlich, dass der Kaiserschnitt in Japan immer mehr zur Norm wird. Verschiedene kulturelle und soziale Aspekte spielen dabei eine Rolle, z. B. die Angst vor dem Kontrollverlust unter der Geburt, welcher den sozialen Anstandsregeln in Japan widerspricht. Dazu kommt, dass der Kaiserschnitt besser planbar und für die Spitäler finanziell lukrativer ist. Eine langjährige Hebamme aus dem Sudan erzählte aus ihrem Klinikalltag, dass sie gleichzeitig fünf bis sechs Frauen unter der Geburt zu betreuen habe. In Nigeria ist die Situation ähnlich. Wenig medizinische Ressourcen und zu wenig geschultes Personal führen zu einer erhöhten Mutter- und Kindersterblichkeit. Erfreulich dagegen ist die Vergabe des «Marie Goubran Award» an Kingsley Musama aus Sambia. Er erhielt als erste männliche Hebamme diesen Preis. Die durch ihn lancierten Verbesserungen in der Betreuung von Müttern und Kindern in einem Health Center in Sambia führten zu einer Reduktion von mütterlicher und kindlicher Mortalität und Morbidität.

Es war beeindruckend, zu sehen, wie viele Hebammen mit grossem Engagement ihr Fachwissen präsentierten oder aktiv mitdiskutierten und so einen Beitrag leisteten für die Zukunft des Hebammenberufes.

Während der Schlussveranstaltung präsentierten die kanadischen Hebammen einen Film mit Ausblick auf den nächsten Kongress in Toronto. Diese Sequenz war sehr berührend und einladend gestaltet. Die Impressionen riefen eine grosse Vorfreude auf den nächsten ICM-Kongress 2017 hervor – und einen grossen Traum: Von der Hebammenstudentin in Prag zur diplomierten Hebamme FH in Toronto.

Die Internationale Konföderation der Hebammen

Die International Confederation of Midwives (ICM) ist eine akkreditierte Nichtregierungsorganisation, welche die Interessen der Hebammen weltweit vertritt. Momentan gehören 116 Hebammenverbände bzw. Organisationen dazu, welche 102 Länder auf jedem Kontinent repräsentieren. Aufgeteilt ist der ICM in vier Regionen: Afrika, Nord- und Südamerika, Pazifischer Ozean und Europa. Mehr als 300 000 Hebammen werden durch diese regionalen Organisationen vertreten. Die internationale Organisation ICM hat zum Ziel, die Rechte der Frauen zu stärken und allen Frauen Zugang zu Hebammen während und nach der Geburt zu ermöglichen. Die Gesundheit von Mutter und Neugeborenen steht im Mittelpunkt, aber auch die Profession der Hebamme soll gestärkt werden. Der ICM hat seine Anfänge im Jahr 1919, als eine Gruppe von Hebammen aus Europa in Antwerpen, Belgien, zusammenkam (International Confederation of Midwives, 2014). Zu dieser Zeit gab es bereits in vielen Ländern nationale Hebammenverbände. So wurde z. B. der Schweizerische Hebammenverband 1894 gegründet. In der Schweiz stellt er die älteste Berufsorganisation für Frauen dar (Schweizerischer Hebammenverband, 2014).

Quellen:

- Schweizerischer Hebammenverband. (2014). Der Verband. Abgefragt unter <http://www.hebamme.ch/de/heb/shv/>
- International Confederation of Midwives. (2014). History. Abgefragt unter <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/history/>

Zwischen Klinik und betreutem Wohnen

Während eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik steht nebst der Krankheitsbewältigung die Frage im Zentrum, wie das Leben nach Klinikaustritt zu Hause, in der Arbeitswelt und in der Familie sinnvoll gestaltet und vor allem bewältigt werden kann. Eine gute und durchdachte Austrittsplanung ist Voraussetzung, um «draussen» wieder Fuss fassen zu können.



Markus Berner
Dozent Bachelorstudiengang Pflege
markus.berner@bfh.ch



Franziska Boinay
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Angewandte Forschung und
Entwicklung Pflege
franziska.boinay@bfh.ch



Prof. Dr. Dirk Richter
Dozent Angewandte Forschung und
Entwicklung Pflege
dirk.richter@bfh.ch

Patientinnen und Patienten sind nach dem Austritt aus einer psychiatrischen Klinik mit unterschiedlichsten Problemen zu Hause, im persönlichen Umfeld und in der Arbeitswelt konfrontiert. In einer Untersuchung von Schmidinger (2009) nennen Patientinnen und Patienten zu Hause Probleme wie psychische Belastung, Anspannung und Ängste. Als schwierig werden der Aufbau und die Aufrechterhaltung von Beziehungen genannt, verbunden mit aktivem oder passivem sozialen Rückzug, der zu leidvoller Isolation führen kann. Weiter wird über Probleme in der Gestaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens berichtet. Ein erheblicher Leistungsmangel kann bei komplexen Fertigkeiten wie Haushaltsplanung, Freizeitgestaltung, Einkaufen oder Benutzung von Transportmitteln festgestellt werden. Viele Patientinnen und Patienten berichten über eine gedrückte Stimmung bis hin zu einer leichten, jedoch eindeutig vorhandenen Depression mit Begleitsymptomen wie unangemessenen Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.

Versorgungslücken oder -unterbrüche entstehen besonders während des Übergangs vom stationären zum ambulanten Bereich (Nurjannah, Mills, Usher & Park, 2013). Zentrale Probleme zeigen sich in der unzureichenden Informationsweiterleitung zwischen den Beteiligten, in unklaren Absprachen und unterschied-

lichen Meinungen bezüglich Behandlungsschwerpunkten und Zielen. Weitere Schwierigkeiten sind die Medikamenten-Adherence, die ungenügende Vorbereitung auf das ambulante Setting und die Unklarheit darüber, was die Patientinnen und Patienten zu Hause erwartet (Jones, Ahmedb, Catty, McLaren, Rose, Wykes & Burns, 2009).

Tragende Beziehungen dank Brückenpflege

Im Rahmen eines Praxisprojektes wurde diesem Umstand Rechnung getragen und eine Übergangs- beziehungsweise eine Brückenpflege von der stationären Pflege ins ambulante Setting eingeführt. In einem psychiatrischen Versorgungsgebiet in der Ostschweiz wurden zwei Pflegefachpersonen gleichzeitig klinikintern sowie bei einer ambulant tätigen Institution angestellt. Das Brückenangebot richtet sich primär an Patientinnen und Patienten, welche ausserhalb der Klinik weitere Betreuung benötigen. Die Brückenpflege beinhaltet die Erstkontakt-Aufnahme im stationären Bereich der Klinik mit dem Schwerpunkt Austrittsplanung. Die Pflegenden bauen schon in der Klinik eine tragende Beziehung mit den Patientinnen und Patienten auf und begleiten diese während des Aus- und Übertritts nach Hause. Die Betreuung wird zu Hause durch die gleichen Pflegefachpersonen weitergeführt.

Enorme emotionale Entlastung

Die Autorin und die Autoren haben im Rahmen einer qualitativen Evaluationsstudie das Projekt Brückenpflege ausgewertet. Es wurden in zwei Etappen insgesamt 41 Personen in Gruppen- und Einzelinterviews zur Brückenpflege befragt. Unter den Studienteilnehmenden wurden klinikinterne und -externe Mitarbeitende (Ärzte, Sozialarbeitende und Pflegendе) sowie Patientinnen und Patienten befragt. Nach einer inhaltsanalytischen Auswertung (nach Mayring) konnten die nachfolgenden Ergebnisse generiert werden.

Patientinnen und Patienten schätzen das Angebot. In erster Linie ist die Begleitung für sie eine enorme emotionale Entlastung.

«Ja, es sind vor allem die Gespräche, man kann da wirklich Probleme aus dem Alltag besprechen, über die Zukunft und die damit verbundenen Ängste reden. Einfach wie es so läuft, mit der Wohnung, der Wäsche, mit der Freizeit und der Familie...».

Patientinnen und Patienten berichten darüber, dass sie die Brückenpflegenden als Vertrauenspersonen ansehen, die ihnen Unterstützung im Erlernen von Skills bieten, dem Einrichten und Unterhalten der Wohnung behilflich sind. Sie nehmen eine Mediationsfunktion bei schwierigen Behördengängen, Arztbesuchen oder



Konflikten mit der Familie ein und entlasten Familienangehörige von Überwachungsfunktionen. Ein weiterer wichtiger Aspekt wird in der Bewältigung und dem Umgang mit Krankheitssymptomen und der Medikamenten-Adherence genannt.

Die Brückenpflegenden erleben ihre Arbeit als sehr sinnvoll, schätzen die Arbeit klinikintern und -extern jedoch auch als grosse Herausforderung ein. Zu Beginn des Projektes war es für die Brückenpflegenden vor allem in der Klinik anspruchsvoll, ihre neue Rolle in den pflegerischen und interdisziplinären Teams zu finden. Klinikintern ist die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen wichtig, klinikextern sind die Brückenpflegenden dann auf sich alleine gestellt und tragen eine grosse Verantwortung. Um Probleme bei Schnittstellen zu vermeiden, sind gute Absprachen bezüglich Austritt und Nachsorge wichtig. Da es oft un-

terschiedliche Meinungen zu Therapiezielen gibt, spielen die Brückenpflegenden da eine tragende Rolle. Die Brückenpflegenden repräsentieren in der Klinik die «Aussenwelt» und helfen Patientinnen und Patienten im Übergang nach «draussen». Für Mitarbeitende der Klinik ist der Blick nach draussen eher schwierig, weil sie ihren Fokus primär auf die klinikinternen Aufgaben haben.

Externe Anbieter wie zum Beispiel Psychiater und Psychologen schätzen das Angebot der Brückenpflege. Die Pflegenden stellen direkte Ansprechpartner dar, die die Situation der Patientin, des Patienten genau kennen. Bei Schwierigkeiten kann gemeinsam gehandelt werden. Diese Vernetzung kann den Patientinnen und Patienten helfen, Schwierigkeiten oder Krisen zu Hause zu bewältigen und einen Wiedereintritt in die Klinik zu verhindern.

Das Projekt Brückenpflege braucht längerfristig die Unterstützung aller beteiligten Mitarbeitenden im internen Klinikbereich sowie auch in der externen Institution. Aus der Evaluation können folgend die wichtigsten Promotoren benannt werden:

Die Klinikleitung und die Mitarbeitenden müssen das Projekt unterstützen und den Nutzen sowie den Gewinn für die Patientinnen und Patienten erkennen. Für

die Brückenpflegenden sollen klare Zielsetzungen, Aufgaben- und Kompetenzbereiche festgelegt sein. Ein klar ausformuliertes Konzept mit definierten internen und externen Schnittstellen kann die Zusammenarbeit aller involvierten Partnerinnen und Partner erleichtern. Die Hemmschwelle, das Angebot der Brückenpflege in Anspruch zu nehmen, kann dank einer früheren Kontakt- und Beziehungsaufnahme gesenkt werden.

Pflegende können die Versorgungslücke zwischen Klinikaustritt und begleiteter Wohnform überbrücken. Sie benötigen dazu ein solides Fachwissen und Erfahrung in der psychiatrischen Pflege. Eine hohe

kommunikative Kompetenz, vor allem im interdisziplinären Kontext, inner- und ausserhalb der Klinik ist Voraussetzung. Gefragt sind Pflegendе mit einer hohen Flexibilität, dem Flair für strukturiertes Vorgehen sowie einem hohen Verantwortungsbewusstsein.

Literatur:

- Jones, I.R., Ahmedb, N., Catty, J., McLaren, S., Rose, D., Wykes, T., Burns, T. Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers. *Social Science & Medicine*, 2009, 69, 632–639.
- Nurjannah, I., Mills, J., Usher, K., Park, T. (2013) Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.12297
- Schmidinger, S. (2009) Problemerkfassung bei Klientinnen und Klienten der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern. Diplomarbeit. Universität Wien. Fakultät für Sozialwissenschaften.

Spagat zwischen Ressourcen und Anforderungsprofil

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (PH SRK)

«Kranke Menschen pflegen, liegt mir» – Resultate eines Forschungsprojektes beschreiben erstmals den Hintergrund von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern, wie ihr Tätigkeitsfeld aussieht, welche Verantwortung sie tagtäglich tragen und welche Ressourcen sie in die Alters- und Langzeitpflege einfliessen lassen.



Prof. Marianne Stäubli Wolfers
Dozentin Bachelorstudiengang Pflege
marianne.staebli@bfh.ch



Prof. Dr. Sabine Hahn
Leiterin Disziplin Pflege und
Forschungsleiterin Pflege
sabine.hahn@bfh.ch

Die Pflegehelferinnen, Pflegehelfer des Schweizerischen Roten Kreuzes (PH SRK) sind aus der Langzeitpflege nicht wegzudenken. Sie nehmen eine wichtige Funktion ein. Trotzdem sind ihre Leistungen wenig bekannt. Auch scheinen sich ihre Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereiche in der Praxis stark zu unterscheiden. Um mehr Klarheit über diese wichtige Personalgruppe zu erhalten, führte der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule im Auftrag der Schweizerischen Interessengemeinschaft PH SRK (IG PH SRK) eine gesamtschweizerische Umfrage bei in der Praxis tätigen PH SRK durch.

Zielsetzung des Forschungsprojektes war es, diese Personalgruppe in Bezug auf soziodemografische Daten, Tätigkeitsgebiete, Kompetenzen, Ressourcen sowie Nutzung der Weiterbildungsangebote näher beschreiben zu können.

Sinngabende, aber belastende Arbeit

In der landesweit durchgeführten Umfrage nahmen 1531 PH SRK teil. 1365 der ausgefüllten Fragebogen konnten ausgewertet werden. Die PH SRK sind laut Auswertung mehrheitlich weiblich und 62 Prozent zwi-

schen 46 und 60 Jahren alt. Zwei Drittel der Teilnehmenden haben die schweizerische Staatsbürgerschaft. Schweizerdeutsch ist bei der Hälfte der Teilnehmenden die Muttersprache, gefolgt von Französisch, Italienisch und Rätomanisch. Auffallend ist, dass sich ein Viertel durch Zwei- oder Dreisprachigkeit auszeichnet. Ausserdem verfügt die Hälfte aller PH SRK bereits über einen zwei- oder dreijährigen Berufsabschluss in einem anderen Tätigkeitsfeld. 80 Prozent der Teilnehmenden arbeiten in der Alters- und Langzeitpflege.

Die Resultate der Umfrage zeigen, dass die PH SRK ihre Tätigkeiten mit viel Engagement ausüben. Bemerkenswert ist ihre Treue gegenüber dem Arbeitgeber. Als langjährige Mitarbeitende bringen sie viel Erfahrung mit und bezeichnen das Pflegen und Betreuen von alten Menschen als sinngebend. Sie lieben die Arbeit mit Menschen, auch wenn diese körperlich und psychisch belastend sein kann. PH SRK betreuen und unterstützen mittel- bis schwer pflegeabhängige Personen, welche an unterschiedlichsten körperlichen, kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen leiden. Die Hälfte unterstützt Menschen mit Wahnvorstellungen und die meisten der PH SRK begleiten sterbende Men-

Aktivitäten des täglichen Lebens	Grad Selbstständigkeit	%	(Anzahl P.)
Hygiene und Sicherheit: grössere Wundverbände	selbstständig	2,9	(39)
	auf Anweisung	14,1	(193)
Sich sauber halten/kleiden: Basale Stimulation	selbstständig	71,1	(971)
	auf Anweisung	17,1	(233)
Sich bewegen: Thromboseprophylaxe	selbstständig	35,2	(480)
	auf Anweisung	20,2	(276)
Sich bewegen: Kontrakturenprophylaxe	selbstständig	31,6	(431)
	auf Anweisung	37,7	(515)
Essen und Trinken: Medikamente verabreichen	selbstständig	21,2	(289)
	auf Anweisung	51,9	(708)
Essen und Trinken: Sondenkost verabreichen	selbstständig	9,6	(131)
	auf Anweisung	15,1	(306)
Unterstützung Atmung: Medikamente Inhalation	selbstständig	35,8	(489)
	auf Anweisung	38,5	(526)
Unterstützung Atmung: Sauerstoff verabreichen	selbstständig	21,8	(298)
	auf Anweisung	36,3	(495)
Ruhens und Schlafen: Medikamente verabreichen	selbstständig	9,3	(127)
	auf Anweisung	46,3	(632)

Tabelle 1: Kompetenzerweiterungen

sehen. Zwei Drittel der Teilnehmenden werden in ihrer täglichen Arbeit mit aggressivem Verhalten der zu Betreuenden konfrontiert.

Aufgrund der Umfrage wird ersichtlich, dass die PH SRK Tätigkeiten, welche in den Bereich der Grundpflege gehören, entsprechend ihren Kompetenzen gemäss dem Lehrgang PH SRK selbstständig ausführen. Diese umfassen die Unterstützung beim Waschen, Ankleiden, Mobilisieren, bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Ausscheidung.

Im Unterschied zu den vorher erwähnten Tätigkeiten weichen Verrichtungen wie Basale Stimulation, Thrombose- und Kontrakturenprophylaxe, Sauerstoff und Medikamente verabreichen von diesen Vorgaben ab. Trotzdem gaben einige Studienteilnehmende an, dass sie auch solche Tätigkeiten ausführen, was eine Kompetenzerweiterung respektive -überschreitung gegenüber dem eigentlichen Profil bedeutet.

Kompetenzerweiterung wirft Fragen auf

Die Tätigkeiten in Tabelle 1 weichen vom Kompetenzprofil der PH SRK ab. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass einige Kompetenzen wie z. B. Basale Stimulation in Weiterbildungskursen erworben worden sind. Die Regionalverbände des Schweizerischen Roten Kreuzes bieten landesweit verschiedene Kurse an, um die PH SRK für zusätzliche Verrichtungen beziehungsweise Tätigkeiten in der Alters- und Langzeitpflege auszubilden. Rechtlich gesehen, resultieren durch diese in Weiterbildungskursen zusätzlich aufgebauten Kompetenzen Probleme. Diese Kompetenzerweiterungen beziehungsweise Kompetenzüberschreitungen sind vielschichtig und werfen einerseits Fragen zur Qualität sowie Verantwortungs- und Haftungsfragen auf. Andererseits tangiert diese Aufgabenausweitung die Kompetenzprofile anderer Berufsgruppen, wie zum Beispiel der Assistentinnen und Assistenten für

Gesundheit und Soziales (AGS) sowie der Fachfrauen und -männer Gesundheit (FaGe). In Bezug auf die Aufgabenausweitung sind die Betriebe gefordert, Klarheit zu schaffen, d.h. Aufgabenausweitungen in Verlaufsdocumentationen schriftlich festzuhalten (Curaviva, 2013) und die rechtliche Haftung zu klären.

Im Weiteren verdeutlicht die Umfrage, dass gerade jüngere Studienteilnehmende den Wunsch äusserten, eine formalisierte Berufs- beziehungsweise Weiterbildung zu absolvieren. In Zeiten des Personalmangels im Gesundheitswesen sollte dieser Wunsch aufgenommen und der Zugang zur formalisierten Berufs- beziehungsweise Weiterbildung durch gezielte Informationsveranstaltungen stimuliert werden (SBFI; Berufsbildung.ch, 2012).

Die Ausbildung der PH SRK sollte in der Öffentlichkeit durch entsprechende Imagewerbung aufgewertet werden. Auch wenn das Bundesamt für Sozialversicherungen (gemäss AHVG Art. 101) und einzelne Kantone die Lehrgänge PH SRK mit Subventionen unterstützen, gilt es zu prüfen, ob sich die öffentliche Hand oder die Betriebe vermehrt an den Kosten zur Ausbildung PH SRK beteiligen sollen. Zudem müssten neben den regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) die Berufsberatungsstellen gezielter auf die Kurse PH SRK aufmerksam machen.

Literatur:

- Berufsbildung.ch. Das Portal zur Berufsbildung. (2012). Berufsabschluss für Erwachsene. Abgerufen am 30. September 2014 unter <http://www.bae.berufsbildung.ch/dyn/8728.aspx>
- Curaviva (2013). HR BOX: BILDUNG. Abgerufen am 30. September 2014 unter <http://upload.sitesystem.ch/7589311EBD/5D242FAD61/6A1B8B4952.pdf>
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation. Berufsbildung. Abgerufen am 30. September 2014 unter <http://www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01587/index.html?lang=de>

Mach ds Mul uf

Do's und Dont's der politischen Bühne für Pflegende

Um die Rolle der eigenen Disziplin mitzubestimmen, müssen sich Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen gezielt in aktuelle politische Diskussionen einbringen. Der zweite Alumnianlass «FollowUs» des Studiengangs Master of Science in Pflege widmete sich entsprechend dem Thema «Politisches Engagement».



Prof. Dr. Eva-Maria Panfil
Dozentin Studiengang Master of
Science in Pflege
eva-maria.panfil@bfh.ch



Eva Tola
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Studiengang Master of Science in Pflege
eva.tola@bfh.ch

Teilnehmende aus dem Netzwerk des Studiengangs mit Alumni, Studierenden, Vertretungen von Praxispartnerinnen und -partnern, Lehrbeauftragten, anderen Gesundheitsstudiengängen und Abteilungen der BFH Gesundheit folgten neugierig dem Motto «Mach ds Mul uf». Neben der Präsentation aktueller Projekte, z. B. durch die Alumni Madeleine Blatter zu RESPONSE (Lebensqualität in Pflegeheimen), gaben namhafte Expertinnen und Experten Einblicke in die Do's und Dont's der politischen Bühne.

Dr. Beat Sottas, freischaffender Berater im Bereich Gesundheitspolitik, forderte die Anwesenden auf, die Bilder zu verändern, die andere von Pflege im Kopf hätten. «Mach ds Mul uf! Aber nicht nur hallo, wir sind auch noch hier, gebt uns etwas». Denn Selbstbezogenheit und eine «Bittstellerhaltung» würden als «Killer» wahrgenommen. Pflegende sollten stattdessen eine systembezogene Aussensicht einnehmen. Es sei wichtig, sich aktiv einzumischen, versorgungspolitische, fachliche, prozessorientierte Lösungen anzubieten und managementbasiert zu argumentieren.

Wie dies aussehen kann, präsentierte die Alumni Esther Indermaur. Ihr Ziel war, nach ihrem Studium als Advanced Practice Nurse (APN) in einer psychiatrischen Klinik zu arbeiten. Dank einer versorgungsbezogenen Argumentation, einem klaren Projektplan mit Stellenbeschreibung, expliziten Zielgrössen und Projektbudget konnte sie eine pflegegeleitete offene Beratung für Klientinnen und Klienten realisieren.

Es besteht jedoch nicht für alle Pflegefachpersonen die Möglichkeit, über konkrete Projekte die Bedeutung

der Pflege darzustellen. Es müsse auch nicht jeder mit einem Bundespolitiker diskutieren können, so Yvonne Ribl, die Geschäftsführerin des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Jede Fachperson sei jedoch verpflichtet, für den Beruf einzustehen. Sie machte den Anwesenden Mut, mit Pflegegeschichten über den Beruf zu sprechen. «Sagen Sie, was Sie tun – ganz konkret». In Gesprächen und Diskussionen sollten keine hohen Abstraktionsebenen gewählt werden, wie Definitionen von Pflege oder Fachbegriffen wie Dekubitus, Diuretika. Überzeugender sei, Bilder entstehen zu lassen, in denen aber auch Fakten und Statistiken Platz haben könnten.

Dass «Ds Mul ufmache» nicht ausreicht, zeigte der Kommunikationsdesigner Arne Scheuermann. Der Leiter des gleichnamigen Forschungsschwerpunktes an der Hochschule für Künste vermittelte den Anwesenden einige visuelle rhetorische Regeln. Veränderungen der Körperhaltung und -gestik, z. B. Handstellungen, oder Verhandlungs- statt Pflegekleidung, könnten gezielt zu anderen Wahrnehmungen des Gegenübers führen. Und, so Arne Scheuermann, manchmal müsse man auch aufstehen, um von der gleichen Augenhöhe wegzukommen.

Niemand verliess ohne neues Handwerkzeug und ohne Ziele den Anlass. «Bleibe immer sachlich und zwischendurch hartnäckig. Du bist nicht machtlos, sondern kannst die Zukunft der Pflege aktiv mitgestalten», so das Fazit der Alumni Eva Spinnler.

Wir freuen uns, am 11.11.2015 den nächsten Alumnianlass «FollowUs» durchzuführen.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Erfolgskurs



Prof. Dr. Petra Metzenthin
Leiterin Studiengang
Master of Science in Pflege
petra.metzenthin@bfh.ch

Die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist in aller Munde. Am Fachbereich Gesundheit wurden aus Worten Taten: Ein interprofessionell erarbeitetes Lernkonzept erhielt den CS Award for Best Teaching 2014.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen unabdingbar und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Deshalb werden die Studierenden des Fachbereichs Gesundheit von ihrem ersten Studientag an darauf sensibilisiert. Gemeinsame Lehrveranstaltungen für die Studierenden aller Disziplinen, interdisziplinäre Projekte und der Dialog zwischen den Berufsgruppen prägen die gesamte Studienzzeit.

Interprofessionell auch hinter den Kulissen

Gemeinsames Lernen verlangt aber auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit hinter den Kulissen. Ein Beispiel gelungener interprofessioneller Zusammenarbeit stellt das «Lernkonzept zur Vermittlung der kommunikativen Kompetenzen» am Fachbereich Gesundheit dar.



Das multiprofessionelle Entwicklungsteam. (v.l.n.r.) Prof. Ninetta Scura, Prof. Gisela Bähler, Prof. Dr. Petra Metzenthin, Prof. Dr. Dörte Watzek, Sibylle Matt Robert, Stefanie Diviani-Preiswerk. Nicht auf dem Bild: Prof. Inge Loos

Die Kommunikationstrainings am Fachbereich Gesundheit haben einen hohen Stellenwert und Bekanntheitsgrad. Absolventinnen und Absolventen der Bachelor- und Masterstudiengänge und der Weiterbildung erinnern sich gern an die lehrreichen Trainings, auch wenn diese für die Beteiligten nicht nur einfach waren. Das Kommunikationstraining ist Teil eines fest etablierten Gesamtkonzeptes. Dieses umfasst insgesamt drei Bausteine: den theoretischen Erwerb der kommunikativen Grundlagen, die Anwendung im Kommunikationstraining und die Vertiefung der Kenntnisse durch die schriftliche Reflexion.

nikativen Grundlagen, die Anwendung im Kommunikationstraining und die Vertiefung der Kenntnisse durch die schriftliche Reflexion.

Vier Disziplinen – ein Konzept

Mangelnde oder missverständliche Kommunikation kann in der interprofessionellen Zusammenarbeit zur Barriere werden. Mit kommunikativen Herausforderungen war auch das Team der interprofessionellen Gruppe Kommunikation konfrontiert. Theorie und Anwendung der verschiedenen kommunikativen Aspekte trafen hier häufig aufeinander. In der Auseinandersetzung musste eine gemeinsame Sprache für das gleiche Ziel gefunden werden. Dabei half die Offenheit für das Gegenüber und die Bereitschaft, Themen aus den verschiedenen Perspektiven zu diskutieren. Entstanden ist ein Lernkonzept, das die Bedürfnisse aller Disziplinen vereint. Das Konzept wird durch die Verantwortlichen kontinuierlich weiterentwickelt. Inzwischen sind zahlreiche Publikationen und Präsentationen zum Konzept verfasst worden. Angeregt durch Anfragen aus der Praxis werden Teile des Konzepts, z. B. die Kommunikationstrainings, als Dienstleistung für externe Kunden angeboten. Auch im Bereich der Forschung ist das Team aktiv. Neben der kontinuierlichen Evaluation der Trainings läuft derzeit gemeinsam mit der Abteilung Theater der Hochschule der Künste ein Forschungsprojekt.

CS Award for Best Teaching

Für das schweizweit einmalige Lernkonzept durfte das interprofessionelle Team des Fachbereichs Gesundheit den Credit Suisse Award for Best Teaching 2014 entgegennehmen. Mit dem jährlich verliehenen Award werden herausragende Lehrkonzepte an Fachhochschulen honoriert. Diese Auszeichnung unterstreicht, dass der eingeschlagene interprofessionelle Weg erfolgsversprechend ist.

Ein neuer Blick auf das Leben



Andrina Ratti,
Studentin Studiengang Hebamme
andrinanora.ratti@students.bfh.ch

Andrina Ratti, Hebammenstudentin der Berner Fachhochschule, hat in Brazzaville erfahren, dass Wehenpausen für gebärende Frauen auch Kraftquellen sein können. Die Arbeit im Kongo veränderte ihre Sichtweise und zurückgekommen ist sie mit prägenden Erkenntnissen über Hebammenarbeit unter einfachsten Umständen. Ein Erfahrungsbericht.

Studierende des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule haben die Möglichkeit, im Anschluss an das Bachelorstudium einen Teil ihres obligatorischen zehnmönatigen Zusatzmoduls B im Ausland zu absolvieren. In Absprache mit der internationalen Koordinatorin des Studiengangs organisierte ich mir ein Praktikum in Belgien bei einer freiberuflichen Hebamme, Marianne Mox. Diese hatte aber in der geplanten Zeitperiode eine berufliche Verpflichtung im Kongo, weshalb ich unverhofft zu einem spannenden und herausfordernden Einsatz in Afrika kam.

Marianne Mox ist seit über dreissig Jahren Hebamme. Vor zwei Jahren hatte sie ihren ersten Einsatz im Hôpital Central des Armées (HCA) in Brazzaville. Die Einsätze haben zum Ziel, den Austausch über geburts-hilfliche Themen und Erkenntnisse zwischen dem kongolesischen Spital und der europäischen Geburtshilfe zu ermöglichen, voneinander zu lernen und sich weiterzuentwickeln. Das Projekt wird von kongolesischen und belgischen Privatpersonen, jedoch keiner spezifischen Organisation getragen.

Ungewöhnliche Untersuchungsmethoden

Bereits nach einer kurzen Einarbeitungszeit konnte ich sehr viel alleine arbeiten, immer im Wissen, dass Marianne Mox und die kongolesischen Hebammen mich unterstützten. So habe ich in diesen vier Wochen sehr viele weiterführende Lernsituationen erlebt. Zu meinen Aufgaben gehörten etliche Schwangerschaftskontrollen und das Leiten von insgesamt 27 Geburten. Ich war bei acht Kaiserschnitten dabei und durfte bei einem Kaiserschnitt intraoperativ assistieren. Ich beteiligte mich bei Frühgeburten, Spätaborten und spontanen Beckenendlagegeburten, welche in der Schweiz praktisch nicht mehr als Spontangeburt durchgeführt werden. Bei einer Zwillingsgeburt war ich zum ersten Mal mit einem Nabelschnurvorfal konfrontiert, einer ernsthaften Notfallsituation. Ich übte mich unter Aufsicht in Eingriffen wie Episiotomie schneiden und

Dammverletzungen nähen. Klassische Hebammenfertigkeiten wie die Leopold'schen Handgriffe zur Bestimmung der intrauterinen Kindslage führte ich viel bewusster durch, ertastete Quer- und Beckenendlagen und lernte, die kindlichen Herztöne statt per Ultraschallknopf mit dem Pinardrohr zu bestimmen.

Das Spektrum der Aufgaben war sehr breit und ich lernte, bei jedem Eintritt auf alle möglichen Regelwidrigkeiten und Pathologien gefasst zu sein.

Ein bewegliches Becken

Interessant waren besonders einige Unterschiede im Verlauf der Geburten. So nahm ich kaum je Einstellungsanomalien wahr, d. h. Abweichungen von der normalen kindlichen Haltung unter der Geburt. Ohne wissenschaftliche Evidenz dafür zu haben, erkläre ich es mir damit, dass die Schwangeren viel körperlich arbeiten und immer in Bewegung sind. Sie sind meistens barfuss unterwegs, können problemlos lange in der tiefen Hocke bleiben und haben ein sehr bewegliches Becken. Diese Beweglichkeit sieht man besonders schön, wenn die afrikanischen Frauen tanzen.

Während der Geburt sind die werdenden Mütter im HCA weitgehend auf sich gestellt. Ich erlebte bei ganz vielen Gebärenden, dass die Wehen nicht immer kontinuierlich zunahmen, sondern, dass die Frauen immer wieder Wehenpausen hatten, in denen sie oft schliefen. Weil für Gebärende keine Analgetika zur Verfügung stehen, gehen die kongolesischen Frauen ganz anders mit den Wehen um, als ich dies in meiner bisherigen Tätigkeit beobachtet habe. Dass fast alle Frauen, sogar in der späten Eröffnungs- und Austreibungsphase, die Augen schliessen und schlafen können, um so Energie zu sammeln, faszinierte mich sehr.

Gerade Erstgebärende hatten für mich erstaunlich rasche Austreibungsperioden. Fast nie erlebte ich eine Frau, bei welcher der vorangehende Teil nicht tiefer treten wollte. Vermutlich liegt dies einerseits am kleineren Kopfumfang der Babys und andererseits an den



v. l. n. r. Andrina Ratti, Leen Beyaert (auszubildende Doula), leitende Hebamme HCA und Marianne Mox

muskulösen und beweglichen Frauen. Dank ausgiebigen Wehenpausen hatten manche Frauen auch nach langen Geburtsverläufen in der Pressphase noch viel Kraft.

In der Maternité

Besonders beeindruckt hat mich die Ruhe in den Sälen der Maternité, wo bis zu zwanzig Frauen mit ihren Neugeborenen liegen. Ich beobachtete kein weinendes oder schreiendes Kind, die Frauen auf der Maternité sind mit der ganzen Aufmerksamkeit bei den Babys. Im Unterschied zur Handhabung in der Schweiz wird im HCA nicht speziell auf das Bonding geachtet. Die Kinder kommen nach der Geburt sofort weg von der Mutter und werden meistens erst nach zwei Stunden zum ersten Mal gestillt. In dieser Zeit kühlen sie häufig stark aus. Sobald sie aber bei der Mutter sind, werden sie sehr gut versorgt. Unruhige Kinder werden gestillt oder in den Arm genommen und beruhigen sich.

Nebst den geburtshilflichen Fertigkeiten konnte ich meine Kenntnisse in Arbeitsorganisation und im wirtschaftlichen Umgang mit Material erweitern. So lernte ich, kein möglicherweise noch brauchbares Material wegzuerwerfen: Einen Infusionsschlauch kann man sehr gut als Stauschlauch und den Einstechdorn für eine künstliche Eröffnung der Fruchtblase verwenden. Die gerollten Ränder von Handschuhen eignen sich prima zum Abklemmen einer Nabelschnur und die Verpackungen der sterilen Handschuhe sind praktische Nähunterlagen.

Für mich waren die unterschiedlichen Arbeitsweisen ungewohnt. Ich bemühte mich, speditiv zu arbeiten, was jedoch dazu führte, dass ich teilweise sehr lange auf die nächsten Schritte, wie beispielsweise die Durchführung eines Kaiserschnittes, warten musste. Während ich schon längst alles vorbereitet hatte, waren die anderen Beteiligten noch mit etwas ganz anderem beschäftigt. Das viele Warten hat mich immer wieder frustriert, weil ich wusste, dass noch so viel zu tun wäre und es Situationen gibt, wo man mit einer speditiveren Arbeitsweise Leben von Mutter und Kind retten könnte. Zentral war für mich, dass ich die Situationen der schwangeren Frauen jeweils mit ganz anderen Mit-

teln einschätzen musste: Mir standen keine Herztonkurve, kein Partogramm und oft keine detaillierte Anamnese zur Verfügung. Da ich aber keine Erwartungen betreffend bestimmten Arbeitsweisen nach Schema erfüllen musste, entwickelte ich bald meine eigenen Strategien. Ich konnte vieles, das ich bisher gelernt hatte, anwenden, weil ich die Zusammenhänge und deren Wichtigkeit erkannte und weil ich alleine die Verantwortung übernehmen musste.

Vor meinem Einsatz im Kongo war ich der Meinung, dass es erst als diplomierte Hebamme mit genügend Erfahrung sinnvoll ist, in einem so anderen Land zu arbeiten. Durch Zufall wurde dieser Einsatz im Kongo für mich möglich, und ohne allzu lange nachzudenken, entschied ich mich dafür. Organisation und Vorbereitung waren zwar sehr aufwendig, doch nachträglich bin ich froh, mit gesunder Naivität zugesagt zu haben. Trotz der vielen schwierigen Situationen überwiegen die schönen Momente. Das Wissen, dass weltweit ein Grossteil der Frauen ihre Kinder unter solchen, für uns unvorstellbaren Bedingungen zur Welt bringt, verändert meinen Blick auf das Leben.

Hôpital Central des Armées

Das Hôpital Central des Armées (HCA), Pierre Mombongo, befindet sich in Brazzaville, der Millionen-Hauptstadt der Republik Kongo. Als Militärspital ist es für die Versorgung kranker oder verletzter Militärangehöriger zuständig. Zusätzlich führt es eine Maternité, die Frauen aus der ganzen Region und der benachbarten Demokratischen Republik Kongo nutzen. Das Spital übernimmt die Kosten für die Geburten und die anschliessende 24-stündige Hospitalisation von Mutter und Kind, nicht aber das benötigte Material von ca. 40 Euro. Pro Monat zählt das HCA rund 600 Geburten. 2013 waren 8,6% aller Geburten Kaiserschnittgeburten. Die neonatale Mortalität lag bei ca. 1,2%, die Mortalität der Mütter bei 0,4%.

Internationale Beziehungen in Lehre und Forschung



Stefanie Diviani-Preiswerk
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
stefanie.diviani@bfh.ch

Der Fachbereich Gesundheit konnte dieses Jahr die Expertinnen Joy Duxbury (University of Central Lancashire) sowie Holly Kennedy und Cecilia Jevitt (University of Yale) als Gäste in den Disziplinen Pflege und Geburtshilfe empfangen. Im intensiven Austausch werden gemeinsame Ziele in Forschungsprojekten und Lehrinhalte erarbeitet.

«We just start slowly and build it up»: Mit diesen Worten umschreiben Holly Kennedy und Cecilia Jevitt die wachsende Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereich Gesundheit (FBG) der Berner Fachhochschule und der School of Nursing Yale im Bereich Geburtshilfe.

2014 besuchten die beiden Hebammen und Dozentinnen aus Yale erstmals den FBG und setzten bei dieser Gelegenheit zusammen mit den Mitarbeiterinnen der Disziplin Geburtshilfe wichtige Pfeiler für zukünftige gemeinsame Projekte. Cecilia Jevitt verfügt in der Forschung über viel Erfahrung, die sie beispielsweise im Bereich «Migration und Gesundheit» unterstützend einbringt. Soziale Themen und Gesundheit sind umfassende Bereiche, die eine klare Eingrenzung verlangen. Cecilia Jevitt hat selber Studien im Bereich «Migration und Gesundheit» durchgeführt. Je nachdem, wie das Team des FBG das Forschungsdesign definiert, können aufgrund der neu gewonnenen Erkenntnisse in der Schweiz auch Vergleiche zwischen den beiden Ländern gemacht werden.

Eingeschränkte Vergleichbarkeit

Wenn methodisch geforscht wird, sind die Grundlagen für alle Beteiligten dieselben. Holly Kennedy, die ihre Erfahrungen im Bereich der psychischen Gesundheit in der Geburtshilfe einbringt, stellt aber fest, dass die Art der Datensammlung im Gesundheitswesen je nach Land unterschiedlich erfolge. Gewisse Daten können deshalb nicht über die Landesgrenzen miteinander verglichen werden. Ein Aspekt in der Zusammenarbeit ist immer wieder das Herausfiltern der Unterschiede und das Akzeptieren der begrenzten Vergleichbarkeit. Die Forscherinnen stellen insbesondere in der internationalen Zusammenarbeit fest, wie wichtig die gemeinsame Sprache sei. Denn nicht alles, was gleich benannt werde, meine das Gleiche. Auch wenn die englische



Cecilia Jevitt

Sprache in der Forschung als «Lingua franca» etabliert ist, braucht es Erläuterungen, wie die einzelnen Begriffe im jeweiligen Kulturkreis verwendet werden. Unterschiedliche Gesundheits- und Ausbildungssysteme muss man gegenseitig erklären, damit nicht fehlgeleitete Schlüsse aus Vergleichen gezogen werden. Ganz konkret erleben die Forscherinnen hier, wie wichtig die präzise Kommunikation ist.

Mütterliche psychische Gesundheit

Als Beispiel für die strukturell bedingten Unterschiede werden von den Forscherinnen die Aufgaben und Verantwortungsbereiche von Hebammen in den USA respektive der Schweiz genannt. Hierzulande erfolgt die nachgeburtliche Betreuung durch eine Hebamme, die in der Schweiz von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt wird und somit den Müttern zusteht; dies in einem viel grösseren Umfang als in den USA. Während den Frauen bei uns post-partum im Schnitt sieben bis zehn Besuche der Hebamme zustehen, sind es in den USA nur deren zwei. Dank der



Holly Kennedy

umfangreicheren Betreuung kann in der Schweiz die Beziehung zwischen Hebamme und Mutter anders gestaltet werden. So hat die Hebamme auch die Gelegenheit, allfällige psychische Veränderungen der Mutter zu beobachten. Bisher fehlen in der Schweiz Zahlen zur Entwicklung von postpartalen Depressionen. Am FBG ist die mütterliche psychische Gesundheit deshalb einer der Forschungsschwerpunkte in der Geburtshilfe. Holly Kennedy geht davon aus, dass rund 10% der Frauen in den USA eine Form von postpartaler Depression erleiden. Sie ist sehr interessiert an den Zahlen, die in der Schweiz erhoben werden. Neuste Erkenntnisse zeigen, dass sowohl in der Schwangerschaft wie nach der Geburt bei allen Frauen ein Screening zu psychischen Veränderungen gemacht werden sollte. Veränderungen, die während der Schwangerschaft ersichtlich sind, können Hinweise auf die Entwicklung einer postpartalen Depression geben. Entsprechend kann die Behandlung hier früher erfolgen.

Holly Kennedy und Cecilia Jevitt und ihre Gastgeberinnen am FBG wissen um die wesentlichen Unterschiede ihrer jeweiligen Arbeitsfelder. Aber die gemeinsamen Visionen und Ziele, gerade in der mütterlichen psychischen Gesundheit, verbinden und motivieren die Forscherinnen, sodass die Zusammenarbeit zwischen Yale und Bern eine vielversprechende Zukunft vor sich hat.

Psychische Gesundheit in der Pflege

Joy Duxbury kommt nur wenige Woche nach der Preisverleihung des Skellern Lecture Awards nach Bern. Diese Auszeichnung, die einmal jährlich im Bereich «Mental Health» verliehen wird, ist für die engagierte Pflegeprofessorin, die an der University of Central Lancashire lehrt und forscht, eine wichtige Anerkennung ihres Forschungswerks. Ihre Forschungsschwerpunkte «Aggression im Gesundheitswesen» sowie «Zwangsmassnahmen (z.B. körperliche und mechanische Fixation) von Patienten und deren Folgen» sind wichtige Verbindungspunkte in der Zusammenarbeit mit der Forschung in der Disziplin Pflege des FBG. Seit mehr als zwei Jahren arbeiten Sabine Hahn (Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Pflege am FBG) und Joy Duxbury in Forschungs Kooperationen zusammen. Dass sich aktuell in Grossbritannien langjährige, sich negativ auf Patienten auswirkende, Praktiken in der Pflege ändern, motiviert

Joy Duxbury und hilft ihr, ihre Forschungsarbeiten weiter zu verfolgen. So war sie als Expertin beteiligt, als das Gesundheitsdepartement von England im Februar 2014 offizielle «Guidelines» verabschiedete, um freiheitsbeschränkende Massnahmen wie Fixierungen von Patientinnen und Patienten zu reduzieren und deren negative Folgen zu minimieren. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht für die Forscherin im Fokus. Joy Duxbury weiss, dass das Gespräch mit Patientinnen und Patienten und deren aktive Beteiligung im therapeutischen Prozess positive Auswirkungen haben.

Präventive Massnahmen

Joy Duxbury ist es ein Anliegen, dass präventiv mehr gegen Aggression im Klinikalltag unternommen wird. Zwei wichtige Massnahmen sollten hierzu umgesetzt werden: Einerseits das stete Erfassen und Reflektieren von Interventionen, die für eine Patientin oder einen Patienten umgesetzt wurden und andererseits der direkte Austausch mit den betroffenen Patienten, im Sinne einer gemeinsamen Nachbesprechung. Mit diesen zwei Schritten wird das Ziel verfolgt, dass sich Pflegefachpersonen der Wirkung ihres Verhaltens bewusst werden und dass Interventionen, welche die Freiheit der Patientinnen und Patienten einschränken, reflektierter eingesetzt bzw. reduziert werden. Seit über fünfzehn Jahren kämpft Joy Duxbury für solche Veränderungen in der psychiatrischen Pflege. Sie erklärt nicht ohne Stolz, dass heute viele Länder nach Grossbritannien schauen würden und das Land in diesem Bereich eine Vorreiterrolle einnehme.



Joy Duxbury

Wichtige Netzwerke

Die Gründung der internationalen Forschungsgruppe «International Research Collaborative on Clinical Aggression» soll die Forschungsaktivitäten im Bereich Aggressionen und Aggressionsmanagement vorantreiben. Für den FBG hat der Austausch mit den Expertinnen und Experten und insbesondere die bilaterale Zusammenarbeit mit der University of Central Lancashire eine grosse Bedeutung. Ein fachliches Netzwerk zu schaffen, verlangt viel Zeit und Arbeit. Aber die Beteiligten sind sich einig, dass es sich lohnt, in Netzwerkarbeit zu investieren. Nicht die eigene Forscherkarriere steht hier im Vordergrund, sondern eine verbesserte Pflege und Betreuung zum Wohle von Patientinnen und Patienten.

Ein Meilenstein auf dem Gebiet des Stillens

Das CAS Still- und Laktationsberatung



Barbara Stocker Kalberer
Studienleiterin Hebammen
Abteilung Weiterbildung und
Dienstleistungen
barbara.stocker.1@bfh.ch

«Breastfeeding – a winning goal for life», dieses Motto prägte 2014 die jährlich stattfindende Weltstillwoche. Stillen ist ein Gewinn fürs Leben; die Weiterbildung zur Stillberaterin an der Berner Fachhochschule ein Gewinn für die berufliche Tätigkeit. Die etablierte und fundierte Weiterbildung erscheint im neuen Kleid.

In den Sechziger- und Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts erlebten die industrialisierten Länder einen eigentlichen Wertewandel. War es mangels alternativer Ernährung bisher selbstverständlich, einen Säugling zu stillen, kam mit der Entwicklung von immer besser industrialisierter Säuglingsfertigernahrung und einer beachtlichen Marketingkampagne der Ernährungsindustrie das Stillen zunehmend ausser Mode. Die Flaschenernährung erlebte einen eigentlichen Siegeszug, was bedeutete, dass Frauen kaum noch stillten und beim Stillen keine Unterstützung erhielten. Es gab zwar bereits erste Stillberaterinnen, doch sie waren unausgebildete Laienhelferinnen, welche aufgrund eigener, schlechter Stillverfahren andere Frauen beim Stillen unterstützen wollten. In den USA war man Anfang der Achtzigerjahre bereits einen Schritt weiter. Das International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) wurde im März 1985 gegründet. IBLCE ist ein internationales, unabhängiges Prüfungsgremium, das die Standards für die Zertifizierung zur Still- und Laktationsberaterin definiert und die entsprechenden Examen erarbeitet, organisiert und durchführt. Wer dieses Examen besteht, darf den Titel Still- und Laktationsberaterin IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) tragen.

In der Schweiz konnten die ersten Stillberaterinnen 1987 das deutschsprachige IBLCE- Examen absolvieren und 1990 wurde der Berufsverband der Still- und Laktationsberaterin IBCLC (BSS) gegründet. Die Entwicklung ging rasant weiter. Erste Ausbildungsgänge wurden angeboten und stetig weiterentwickelt. Aus den ursprünglichen Laienberaterinnen entstanden sehr gut ausgebildete Stillberaterinnen. Ende der Neunzi-



gerjahre gelang die Anerkennung durch die Krankenkasse. Seither dürfen Hebammen oder Stillberaterinnen IBCLC bei jeder Frau drei Stillberatungen durchführen und entsprechend abrechnen.

Stillen fördert die Gesundheit der Säuglinge

Die Wichtigkeit und die Nachhaltigkeit des Stillens wurden in den letzten Jahren intensiv untersucht. Viele Studien und wissenschaftliche Arbeiten belegen, dass die physische und psychische Gesundheit der Säuglinge durch das Stillen gefördert wird und diese Auswirkung bis ins Erwachsenenleben nachweisbar ist. Ebenso konnte bewiesen werden, dass das Stillen auf die mütterliche Gesundheit eine positive Auswirkung hat. Damit das Stillen von Anfang an klappt, und damit Stillprobleme erkannt und behandelt werden können, brauchen Mütter professionelle Unterstützung und Beratung.

Der Beruf der Stillberaterin / des Stillberaters IBCLC entwickelte sich stetig weiter. Heute gibt es weltweit, verteilt auf 96 Länder, rund 26 500 Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC. Der Titel ist geschützt und darf

Kommentierte Zusammenfassung der CAS-Arbeit von Kathrin Wyss Engler und Corinne Flückiger-Beyeler

Aufgrund der eigenen Stillererfahrung und der häufigsten Fragestellungen bei unserer täglichen Arbeit widmeten wir uns der Thematik «Schmerzen beim Stillen» und sind bei der Eingrenzung des Themas auf das selten dokumentierte Raynaud Phänomen gestossen. Dabei handelt es sich um einen Vasospasmus (unklarer Ätiologie) der Körperenden wie Händen und Füssen oder eben auch der Mamilen und der Brust. Als beobachtbares Hauptmerkmal zeigt sich eine Verfärbung (blau-weiss-rot) der Mamilen einhergehend mit starken Schmerzen oder aber auch einem Taubheitsgefühl.

In der CAS-Arbeit erweiterten wir unser Wissen über dieses seltene Phänomen und dessen Behandlung. Die schulmedizinische Behandlung eines Raynaud Syndroms (RS) erfolgt gemäss den meisten deutschen wie englischen Studien und Empfehlungen zumeist medikamentös mit Magnesium, Calcium oder Nifedipin. Wir haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass viele Mütter für sich und ihre Kinder alternative Behandlungsmethoden bevorzugen. Deshalb verknüpften wir die Thematik Raynaud Syndrom mit unserer eben erst abgeschlossenen Ausbildung in Homöopathie für Hebammen. Unsere Arbeit beinhaltet eine kurze Zusammenfassung in die homöopathische Philosophie. Ausserdem erarbeiteten wir einen Anamnesebogen für die Praxis sowie eine Arzneimittellistenzusammenstellung der wichtigsten Mittel, welche bei der Behandlung eines Raynaud Syndroms in Frage kommen können. Beim intensiven Studium verschiedenster case reports sowie bei Interviews mit Betroffenen und auch Fachpersonen stiessen wir ausserdem auf die Tatsache, dass ein Raynaud Syndrom oft fälschlicherweise mit einer Candida-albicans-Infektion verwechselt wird. Viele Frauen werden in der Folge über längere Zeit mit Antimykotika behandelt, ohne dass eine Verbesserung der Symptome auftritt. Gleichzeitig vermutet man heute, dass diese Fehlbehandlung die Situation noch verschlimmert und die Leidenszeit somit verlängert.

In Zukunft werden wir ein Raynaud Syndrom sicherlich rascher erkennen und verfügen über das Wissen, dieses sowohl homöopathisch wie auch allopathisch zu behandeln.



Weitere Informationen sind bei den folgenden Organisationen und Verbänden erhältlich:

- Europäisches Institut für Stillen und Laktation, www.stillen-institut.com
- ELACTA VELB Europäische Laktationsberaterinnen Allianz e.V., www.elacta.eu/de
- International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), www.iblce.org
- Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens, www.stiftungstillen.ch

nur von Beraterinnen und Beratern mit gültigem Examen (alle fünf Jahre ist eine Zertifizierung nötig) getragen werden. Das Examen wird international organisiert und weltweit mit einheitlichen Fragen und zum selben Zeitpunkt durchgeführt. Die kontinuierliche Weiterbildung der Stillberaterinnen und Stillberater IBCLC wird streng überwacht.

Bisher einmalig in Europa

Ein Meilenstein in der Entwicklung der Zusatzqualifikation auf dem Gebiet des Stillens und der Laktation ist die Kooperation und die Überführung der deutschsprachigen Ausbildung des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation an die Berner Fachhochschule. Gemeinsam wurde ein entsprechender Studiengang entwickelt und aufgebaut. Im Sommer 2014 konnten erstmals 23 Studierende den Weiterbildungslehrgang CAS Still- und Laktationsberatung erfolgreich abschliessen. Mit dem Studiengang erhalten die Studierenden das nötige Grundwissen vermittelt, um das internationale Examen zur Still- und Laktationsberaterin IBCLC ablegen zu können. Gleich-



zeitig wird die Studienleistung mit zehn ECTS anerkannt. Diese Fachhochschulankennung und Zusammenarbeit ist in Europa bisher einmalig und soll in Zukunft auch in anderen Ländern angestrebt werden.

Drei Fragen an die CAS-Absolventinnen Kathrin Wyss Engler und Corinne Flückiger-Beyeler (erfahrene, freiberuflich tätige Hebammen)

Interview: Barbara Stocker Kalberer

Warum haben Sie beide das CAS Still- und Laktationsberatung absolviert?

Kathrin Wyss Engler (KWE): Mit dem Thema Stillen beschäftige ich mich eigentlich fast täglich. Während meiner langjährigen Tätigkeit als Hebamme auf einer Wochenbettabteilung sowie in der Freiberuflichkeit habe ich einiges an praktischer «Still»-Erfahrung sammeln können. Viele Ratschläge meinerseits beruhen vor allem auf Beobachtungen oder altem Wissen und wie ich erfahren musste, auch einigen «Ammenmärchen». Ich erhoffte mir durch die Ausbildung ein aktuelles Wissensfundament zu erarbeiten, damit meine Tipps Hand und Fuss bekommen.

Corinne Flückiger-Beyeler (CFB): Da ich mich in meiner täglichen Arbeit als freiberufliche Wochenbetthebamme schwerpunktmässig mit dem Thema Stillen in allen Variationen auseinandersetzen darf, hatte ich ein grosses Interesse daran, mein Wissen diesbezüglich zu vertiefen. Ich wünschte mir von dieser Weiterbildung einiges an wissenschaftlichen Inputs, um meine Informationen an die stillenden Mütter noch zu untermauern.

Sie sind beide erfahrene Hebammen. Wöchnerinnen beim Stillen zu beraten und zu unterstützen, ist Ihre tägliche Arbeit. Profitiert eine Hebamme von den Inhalten dieser Weiterbildung tatsächlich?

KWE: Ja, ich konnte viel profitieren. In der Hebammenausbildung, wie ich sie vor fünfzehn Jahren erleben durfte, wurde die Wochenbettthematik sowie das Stillen eher stiefmütterlich behandelt. Mein Wissen eignete sich mir in der Praxis an. Während diesen achtzehn CAS-Schultagen lernte ich von sehr praxisorientierten Fachpersonen verschiedenster Richtungen vieles über Zusammenhänge rund ums Stillen, aber auch über Ernährung des Kleinkindes, Verhütung, Allergien usw. Diese neuen Erkenntnisse kann ich jetzt eins zu eins in die Praxis transferieren.

CFB: Dadurch, dass das CAS Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kleinkindalter thematisiert, kann ich bei all meinen Tätigkeiten, also z. B. auch bei der Beratung von Schwangeren, von der Weiterbildung profitieren. Sie umfasst ein enormes Spektrum an verschiedenen Themen, an die ich vorher nicht unbedingt gedacht habe. Ja, ich habe viel gelernt.

Was waren die Highlights des CAS-Studiengangs?

KWE: Beeindruckt haben mich die meisten Dozenten. Zudem eröffnete mir das CAS buchstäblich neue Welten. Als Vorbereitung für die Prüfung stellte ich ausserdem fest, dass wir exzellente Skripts erhalten hatten.

CFB: Von den Beobachtungen während der Hospitationstage im Stillambulatorium habe ich extrem profitiert. Auch die kurzen Visiten bei La Leche Liga fand ich spannend.

Abschlussfeier der Master- und Bachelorstudiengänge

Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit,
31. Oktober 2014, Kultur-Casino Bern

Master of Science in Pflege

Die Diplomierten: Blatter Madeleine, Bern; David Birgit, Küsnacht ZH; Güdel Daniel Hans Roger, Langendorf; Indermaur Esther, Sargans; Jensen Majbritt Alexandra, Meiringen; Laimbacher Sabrina, Winterthur; Lötscher Claudia, Bern; Rapphold Benjamin David, Bern; Sahli Annina Eva, Liebefeld; Spinnler Eva, Wabern; Walter Monika, Möriegen; Zehnder Ursina, Lupfig; Ziegler Anna Barbara, Bern

Master of Science in Physiotherapie

Die Diplomierten: Amrhyn Helen, Buttisholz; Bechter Susanne, Pfäffikon ZH; Born Michaela Silva, Toffen; Brand Pascale Denise, Steffisburg; Franz Martina Brigitte, Zürich; Furrer Martina, Hedingen; Knutti Isabelle Aimée, Biel/Bienne; Rüeger Andrea Saskia, Erlenbach ZH; Schmid Ludwig, Zürich; Vogler Anina, Sachseln; Volmajer Zdenka, Olten; Zuber Stefan, Lohn; Zumstein Franziska Barbara, Sissach

Bachelorstudiengang Pflege Vollzeit

Die Diplomierten: Aebi Sara, Schmidigen-Mühleweg; Annen Nadja, Rigi Kaltbad; Blaettler Thierry, Ipsach; Borer Jessica Yvonne, Läufelfingen; Cavigelli Esther, Siat; Egger Marina, Frutigen; Gerber Isabelle, Biberist; Hachen Martina Gabriela, Uttigen; Hebeisen Katrin, Rumendingen; Heinrichs França Ruth Evelyn, Bern; Hirsiger Regina, Pfaffnau; Hofmann Melanie, Safenwil; Junele Flurina, Steffisburg; Käser Stefanie Annia, Leimiswil; Koller Milena, St. Urban; Marbacher Fabienne, Bern; Rieder Sarah, Burgdorf; Roder Nadja, Lyss; Schär Olivia, Wabern; Schmid Julia Melanie, Liebefeld; Schweizer Christine, Bern; Schwizer Corinne, Pfaffnau; Simmen Fabienne, Thun; van der Wee Linda, Kirchberg BE; Zahnd Patricia Gabriela, Flamatt

Die Diplomierten absolvieren aufgrund ihrer Vorbildung kein berufsspezifisches Zusatzmodul in der Praxis und können ihr Bachelordiplom direkt entgegennehmen.



Bachelorstudiengang Pflege Vollzeit

Die Absolvierenden: Aegerter Priscylla Eridia, Birsfelden; Balzli Sabrina, Stettlen; Bernet Isabel, Ufhusen; Bieri Andrea Luisa, Signau; Blunier Sila Maria, Bern; Bucher Rebecca, Flühli LU; Campacci Alessandra Laura, Villigen; Engel Simone Fabienne, Frutigen; Fröhlich Annina Silja, Bern; Gehrig Mirjam, Sumiswald; Geissbühler Damaris Chantal, Leissigen; Glassey Daniel Pierre, Sarmenstorf; Hächler Leila Anna, Luzern; Head Nicole Elizabeth, Ballwil; Heer Olivia Angelina, Wangen bei Olten; Jenni Debora, Affoltern BE; Kägi Daniela, Münsingen; Kälin Siglinde, Rubigen; Kathrein Lisa Maria, Rorschacherberg; Keller Chantal, Mühlethal; Lang Kevin Silvan, Ermensee; Lapanik Zinaida, Biel/Bienne; Leu Livia Nora, Bern; Mannai Monika, Rüfenacht BE; Marti Annegret Elise, Marly; Müller Mirjam, Münchenbuchsee; Müller Sarina Loredana, Kriens; O'Leary Olivia Maria, Rodersdorf; Reusser Nadine Fabiola, Bern; Schlup Fabienne, Kyburg; Schorer Shanti Renée, Münsingen; Schudel Monique Regula, Brugg BE; Stucki Marielle, Aeschlen; Tapfer Nina, Langenthal; Walter Katja Johanna, Zürich; Weber Rahel, Riken AG; Wermelinger Stefanie, Wolhusen; Wernicke von Siebenthal Carmen, Rüscheegg Gambach; Zürcher Sara, Unterseen

Die Absolvierenden müssen noch das zehnmonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolvieren, bevor sie das Bachelordiplom entgegennehmen können.

Bachelorstudiengang Pflege, berufsbegleitend (für diplomierte Pflegefachpersonen)

Die Diplomierten: Bolliger Caroline, Buochs; Bossart Aline Cécile, Dagmersellen; Britschgi Isabelle, Zofingen; Butscher Maria Veronika, Wallisellen; Camponovo Martha Agnes, Zürich; Combertaldi Mayer Graziella, Zürich; Den Judith Yukari, Ostermundigen; Frei Jacqueline, Thun; Gasche-Meuwly Franziska Verena, Basel; Gassmann Fabienne, Wabern; Habermacher Petra, Rothenburg; Heer Rahel, Luzern; Joller Michael Thomas, Bern; Joshi Michelle Simone,

Bern; Lehmann Noëmi Stephanie, Köniz; Maier Marina, Thun; Meier Monika, Bern; Oehen Simeon Johannes, Hellbühl; Pessach-Bamert Simone Gabriela, Brüttisellen; Peter Sandra Regina, Bolligen; Raemy Manuela, Sempach Station; Reusser Stefanie, Ostermundigen; Rohr Lena Kristina, Bern; Schuler Antonella, Schattdorf; Suter Christine, Baar; Thomet Céline, Bern; Traber Natalie Bernadette, Zürich; Wolf Yvonne Luise, Sarnen; Zaugg Gabriela, Langenthal; Zbinden Claudia, Bern

Beim berufsbegleitenden Studiengang Pflege entfällt das berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis; die Diplomierten haben ihr Bachelordiplom direkt erhalten.

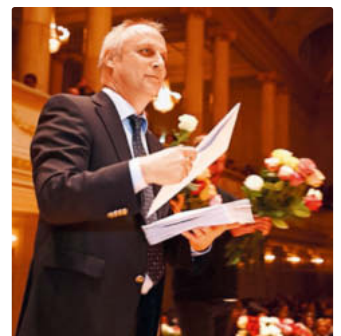
Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Bern

Die Diplomierten: Caspar Luca, Lüterkofen; Jaggi Jana, Aeschi SO; Kneubühler Stefan, Burgdorf; Müller Marlene Lisa, Horriwil; Riesen Jan, Bern; Wagner Sabrina Tamara, Lohn

Die Diplomierten haben in diesem Jahr sowohl ihren Studienabschluss als auch das zehnmonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolviert. Darum können sie ihr Bachelordiplom direkt entgegennehmen.

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Bern

Die Absolvierenden: Agner Sandra, Richenthal; Alessandri Sabrina Katja, Sörenberg; Anliker Annina Elena, Bern; Bachem Ramona, Bern; Bangerter Christian, Bremgarten b. Bern; Berchtold Judith, Kägswil; Bernet Jeannine, Kriens; Brügger Romy, Schüpbach; Brunner Larissa, Uetendorf; Bühlmann Esther, Neuenkirch; Bürgi Mirjam Carmen, Bern; Dietrich Eliane, Steffisburg; Dübendorfer Seraina, Bern; Egloff Martina, Neu St. Johann; Fankhauser Roger Vivian, Zuzwil SG; Füllemann Sandra, Bern; Geering Roger, Biembach; Grassi Larissa Annina, Bern; Helfenstein Dominique Christina, Ruswil; Heri Helen, Biberist; Hirsiger Seraina, Schüpfen; Jau



Rahel, Boll; Joray Carla Patricia, Bern; Kuchen Daniela Barbara, Bern; Kunz Andrea Christina, Gstaad; Lüdi Christoph, Jegenstorf; Luginbühl Irène, Aeschi b. Spiez; Luternauer Fabienne, Strengelbach; Lüthi Stefanie, Langenthal; Metzler Patrizia, Wolfwil; Opliger Kathrin, Vordemwald; Raaflaub Cristina Lucia, Uettiligen; Rohrbach Marina, Bern; Rothacher Lea Maria, Thun; Schwander Rahel, Thun; Schwarz Esther Therese, Uetendorf; Simon Sven, Thun; Studer Vreni, Flühli LU; Uetz Wanda Elisabeth, Olten; von Ah Katrin, Hofstetten BE; Weber Pascal Gabriel, Windisch; Wobmann Andrea Maria, Sursee; Zemp Esther, Schüpfheim; Zürcher Evelyne, Bowil

Die Absolvierenden müssen noch das zehntonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolvieren, bevor sie das Bachelordiplom entgegennehmen können.

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Basel

Die Diplomierten: Hutter Michael Andreas, Rothenburg; Oberholzer Patrick, Ibach; Steiner Tobias, Staufen; Thurnherr Kathrin Bernadette, Steffisburg; Vogel Kevin Michael, Allschwil

Die Diplomierten haben in diesem Jahr sowohl ihren Studienabschluss als auch das zehntonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolviert. Darum können sie ihr Bachelordiplom direkt entgegennehmen.

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Basel

Die Absolvierenden: Aeschbacher Simon Emanuel, Rüti ZH; Baltisberger Christoph, Sissach; Bieli Rebecca Andrea, Wölflinswil; Binzen Martina, Riehen; Blank Simone Seraina, Bubendorf; Bürkli Nora Rosario, Aesch BL; Bützer Viola Anna, Bern; Cueni Olivia Noëmi, Lenzburg; De Veer Kelly, Appenzell; Del Nero Jessica, Glashütten; Dengler Gergö, Weil am Rhein; Estermann Anna Sophia, Basel; Finazzi Flavia Giuliana, Basel; Flury Delia, Lohn; Gempp Carmen Christin, Rümelingen; Glor Yvonne Bettina, Ried-Brig; Gschwind

Cynthia Oktavia, Allschwil; Gysin Deborah Irina, Lampenberg; Haungs Judith, Lörrach; Hiltmann Marina, Brugg AG; Hofmann Eva Eveline, Unterkulm; Hürlimann André, Kriens; Liechti Sabrina, Zäziwil; Lörtscher Nadine Sonja, Seftigen; Meier Rahel Angela, Sarmenstorf; Ninck Simone-Julia, Kirchdorf BE; Nösberger Lea, St. Antoni; Rich Jiska, MuttENZ; Russi Jolanda, Hospental; Schatz Tanja Helena, Basel; Scheidiger Rebecca, Gebenstorf; Schmid Samira Sahra, Rhäzüns; Schoch Joëlle, Hünenberg; Schuler Céline, Kappel; Simmen Silvia, Andermatt; Todt Katrin, Klettgau; Unternährer Kathrin Erika, Bottmingen; Wäger Ramona, Chur; Wettstein Manuela Daniela, Fislisbach; Zumbühl Rebekka Claudia, Basel; Zumsteg Sina, Möhlin

Die Absolvierenden müssen noch das zehntonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolvieren, bevor sie das Bachelordiplom entgegennehmen können.

Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Die Diplomandinnen: Gautschi Senayda Eliane, Avegno; Nguyen Minh Duong, Dübendorf; Schaffer Stefanie, Münsingen; Schärer Karin Stefanie, Bern; Schenker Stephanie, Bern; Stäger-Rohner Rahel Sarina, Hindelbank

Die Diplomandinnen haben in diesem Jahr sowohl ihren Studienabschluss als auch das zehntonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolviert. Darum können sie ihr Bachelordiplom direkt entgegennehmen.

Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Die Absolvierenden: Bächli Valerie Sara, Olten; Beuret Noemi Deborah, Blankenburg; Bilic Biljana, Dietlikon; Bommes Fabia Pascale, Luzern; Brand Claudia Barbara, Feldbrunnen; Egg Dominique Simona, Hettlingen; Grässli Linda, Bern; Grolimund Anita, Matzendorf; Heuberger Sonja Manuela, Wil AG; Hirschi Irina Anna Xenia, Birsfelden; Ilic Katharina, Bern; Imbach Nadine, Luzern; Kasper



Ursina Rut, Urtenen-Schönbühl; Kessens Vera Katharina, Wettlingen; Koch Laura Michèle, Balgach; Krogull Nicole, Wald ZH; Lacher Tullia Rosalba V., Schwyz; Langenegger Nicole, Zürich; Lehmann Christina, Langrickenbach; Lehmann Gabriela, Bern; Mang Anina Lena, Zürich; Matti Marina Micheline, Lenk im Simmental; Meili-Marinus Angela, Basel; Meyer Markus Emanuel, Aarau; Mosimann Lisa Christina, Schwarzenburg; Ramseier Sara, Kottwil; Reimann Sibylle, Oberhof; Rossel Stéfanie, Biel/Bienne; Rossi Ronja, Basel; Sätteli Carmen Monika, St. Gallen; Scheuner Muriel, Moosseedorf; Schöni Michaela, Lachen SZ; Schraner Corina, Wölflinswil; Schwager Sibylle, Dussnang; Sprunger Julia Jeannine, Blauen; Staub Fabienne Hedwig I., Merenschwand; Walser Andrea Rahel, Langenthal; Wessner Melinda Jana, Hildisrieden; Zentner Anita Rosina, Elm

Die Absolvierenden müssen noch das zehnmonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolvieren, bevor sie das Bachelordiplom entgegennehmen können.

Bachelorstudiengang Hebamme Vollzeit

Die Diplomandinnen: Dahmen Christina, Triesenberg; Mühlemann Daniela Talita, Melchnau; Schlegel Sabine, Münsingen; Schmitter Isabel Regina, Bern; Siegenthaler Stefanie, Zofingen

Die Diplomandinnen haben in diesem Jahr sowohl ihren Studienabschluss als auch das zehnmonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolviert. Darum können sie ihr Bachelordiplom direkt entgegennehmen.

Bachelorstudiengang Hebamme Vollzeit

Die Absolventinnen: Battaglia Jasmin Erika, Feldis/Veulden; Benz Rebekka, Rombach; Bichsel Rahel, Kriegstetten; Blaser Seraina Amalia, Mollis; Buljina Amela, Birmenstorf AG; Bürgy Bettina, Thuisis; Bürklin Ilona Franziska, Reichenbach i. K.; Burri Ramona, Sursee; Daumüller Bianca Priscilla, Herzogenbuchsee; Eggenschwiler Luisa Christina, Trimbach; Fankhauser Carole, Udligenswil; Geiss-

bühler Bettina Simone, Münchenbuchsee; Hert Linda, Messen; Jaggi Vanessa, Schöftland; Kauer Anita, Langenthal; Klisura Sarah, Ostermundigen; Kumli Mirjam Lea, Ormalingen; Lambert Gwendoline, Grolley; Liechi Raphaela, Bern; Mock Larissa Maria, Wattenwil; Nadig Carmen, Biel/Bienne; Piatti Carina Cristina M., Dietlikon; Rauchwerger Stephanie, Interlaken; Schenk Rahel Sara, Bern; St. John-Wigger Elvira Georgette, Marly; Stadelmann Veronica, Aarau Rohr; Stepl Bettina, Adligenswil; Stettler Annina Andrea, Waltenschwil; Toth Stephanie Caroline, Binningen; von Niederhäusern Martina, Frieswil; Wüthrich Maya, Schmitten FR

Die Absolventinnen müssen noch das zehnmonatige berufsspezifische Zusatzmodul in der Praxis absolvieren, bevor sie das Bachelordiplom entgegennehmen können.

Bachelorstudiengang Hebamme (verkürzter Studiengang für diplomierte Pflegefachpersonen)

Die Diplomandinnen: Bänninger Sarah, Solothurn; Bretscher Nina, Bern; Burkhard Michèle Madeleine, Uster; Butcher Fiona Ann, Niederhasli; Dobberstein Tatjana, Inwil; Haas Fabia, Basel; Maier Martina, Zürich; Meier Daniela, Eggenwil; Portmann Melanie Stefanie, Büren NW; Probst Stefanie Antonia, Seon; Richter Nadine, Langnau am Albis; Rossgotterer Julia Agnes, Biel/Bienne; Schüpbach Martina, Rickenbach BL; Schwarzentruher Iris Melanie, Luzern; Strebel Annegret, Geuensee; Thomet Evelyn Rahel, Rechterswil; Zumbühl Lussi Eva, Luzern

Die Diplomandinnen absolvieren aufgrund ihrer Vorbildung kein berufsspezifisches Zusatzmodul in der Praxis und können ihr Bachelordiplom direkt entgegennehmen.

Master of Advanced Studies in Mental Health

Die Diplomierten: Auer Böer Natalie, Efringen-Kirchen; Ellenberger Urs, Wichtrach; Egger Andreas Philipp, Niederwil; Tschanz Simone, Bern





Anne Pfeiffer liest grundsätzlich kein Buch zweimal und macht keine halben Sachen im Leben. Die leitende Bibliothekarin des Fachbereichs Gesundheit weiss, was sie will und kann auch mal hartnäckig sein. Ohne Bücher geht gar nichts, mittlerweile gerne aber auch per E-Reader.



Anne Pfeiffer wirkt zufrieden und selbstbewusst, wie sie so zwischen all den Büchern steht. Die Bibliothek des Fachbereichs Gesundheit, das merkt man schnell, ist ihre Leidenschaft. Seit 2007 leitet Anne Pfeiffer die Bibliothek des Fachbereichs Gesundheit; also seit der ersten Stunde. «Als ich hier angefangen habe, bekam ich einen Schlüssel, hatte ein Pult mit einem PC und einen Raum voller Bücher, sonst nichts.» Die damals frisch diplomierte wissenschaftliche Bibliothekarin stürzte sich voller Tatendrang auf ihre neue Arbeit. Zuerst hiess es aufräumen. Alle damals

vorhandenen Bücher und Filme, rund 6000 Stück, kontrollierte die Bibliothekarin auf ihre Aktualität hin und ordnete sie nach der Klassifikation der amerikanischen National Library of Medicine neu. «Es gab nur zwei Möglichkeiten: Entweder alles von Grund auf neu anlegen oder wieder gehen», sagt sie schelmisch. Nach und nach konnte sich Anne Pfeiffer auch um den elektronischen Zugang zu Fachdatenbanken und E-Journals kümmern. Heute haben die Studierenden und Mitarbeitenden des Fachbereichs Gesundheit Zugriff auf über 60 elektronische Datenbanken, 23 000 E-Journals

und 40 000 E-Books und in der Bibliothek finden rund 14 000 physische Medien ihren exakten Platz. «Da ist viel passiert in den letzten acht Jahren», sagt Anne Pfeiffer nicht ganz ohne Stolz. Sie und ihr Team haben Pionierarbeit geleistet und dürfen Besuchern heute eine moderne und sehr gut ausgebauten Bibliothek zeigen.



Mit Cinderella ging eine neue Welt auf

Die Freude an Büchern begleitet Anne Pfeiffer seit sie denken kann. Sie erinnert sich sogar an ihr allererstes Bilderbuch. Ein Stoffbuch war es, das sie mit in die Badewanne nehmen durfte. Ein Buch hatte es der kleinen Anne besonders angetan: Cinderella (Aschenbrödel). Sie liebte dieses englische Märchenbuch mit seinen feinen, geheimnisvollen Zeichnungen über alles und ihre Mutter musste ihr die Geschichte immer und immer wieder vorlesen. Das Buch, so erinnert sich Anne Pfeiffer, sei damals bereits alt gewesen, habe viele Gebrauchsspuren und keinen Bucheinband mehr gehabt. Abends nahm sie das Märchenbuch mit ins Bett. Unter der Bettdecke schaute sie sich im Licht der Taschenlampe die Bilder und Buchstaben immer wieder an – so lange, bis sie schliesslich lesen konnte.

Vielseitige Interessen

Seit Cinderella gab es für Anne Pfeiffer praktisch keinen Tag ohne Lesen, existiert kein Leben ohne Bücher. Sollte tatsächlich einmal kein Buch in Sichtweite sein, fühlt sie sich richtig unwohl. Dabei muss es auch nicht immer ein physisches Buch sein. Auf ihrem E-Reader, genau 170 Gramm schwer, findet sich Platz für eine ganze Bibliothek. Ihre Interessen sind vielfältig

und reichen von Krimis und Romanen auf Englisch bis zum Kochbuch und Fachliteratur. Anne Pfeiffer ist offen für vieles. In den Ferien dürfen es auch gerne drei, vier Krimis am Stück sein. Dabei liest sie grundsätzlich kein Buch zweimal: «Dafür gibt es zu viele spannende Bücher».

Engagement über den Fachbereich hinaus

An ihren freien Tagen und Wochenenden ist Anne Pfeiffer, zusammen mit ihrem Ehemann, meistens in Gstaad anzutreffen. Seit über zehn Jahren besitzen die beiden dort eine Zweitwohnung: «Gstaad ist unsere zweite Heimat», sagt sie und strahlt über das ganze Gesicht. Egal ob Velo fahren, wandern, kochen, lesen, mit der Katze spielen; wenn Anne Pfeiffer etwas macht, dann macht sie es mit grosser Motivation und Leidenschaft. So auch im Fachbereich Gesundheit: «Eine gute Bibliothek stellt Dreh- und Angelpunkt für die Aneignung von Wissen dar» sagt sie und ergänzt, «wir sind verantwortlich für die Literaturversorgung des Fachbereichs». Ihr Engagement endet aber nicht etwa im Fachbereich Gesundheit. Als Vorsitzende der Fachgruppe Bibliotheken der Berner Fachhochschule setzt sie sich für bibliothekarische Anliegen der ganzen Fachhochschule ein. So koordiniert sie derzeit den Datenumzug der BFH-Bibliotheken Wirtschaft, Gesundheit und Soziale Arbeit sowie der HKB Mediothek vom jetzigen Bibliotheksverbund zum Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz (NEBIS). Darüber hinaus sitzt sie im Vorstand des Vereins «Netzwerk Fachbibliotheken Gesundheit» und arbeitet auch hier mit dem Ziel, dass Synergien zwischen Bibliotheken genutzt werden können.

Bücher wegzugeben, fällt schwer

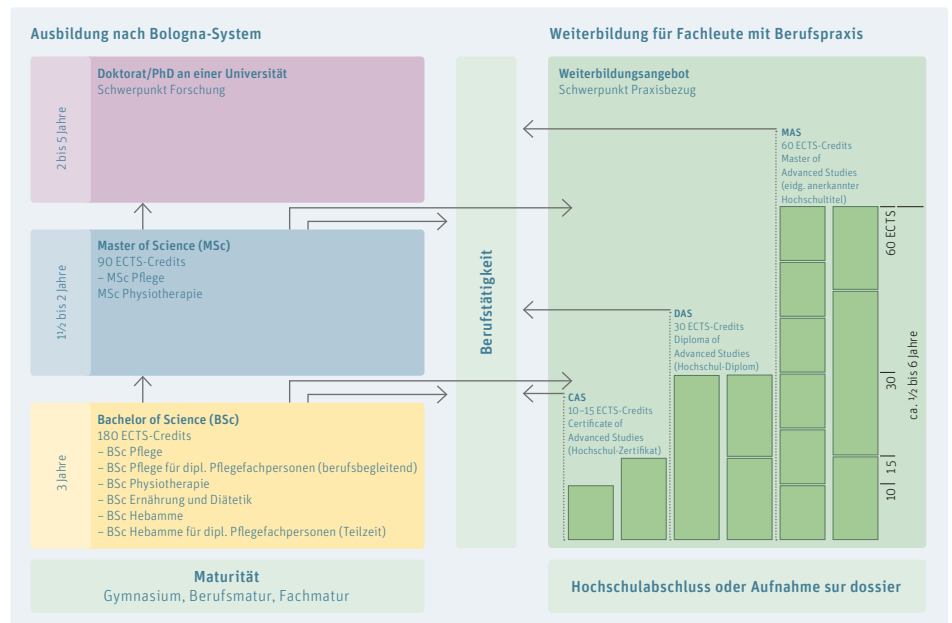
Wie viele Bücher sie in ihrem Leben gelesen hat, kann Anne Pfeiffer nicht sagen. 1000, 10 000? «Keine Ahnung. Es waren sicher viele», sagt sie. Früher hatte sie die Idee, alle gelesenen Bücher zu behalten und eine private Bibliothek einzurichten; mit Bücherregalen bis an die Decke und bequemen Ohrensesseln. Irgendwann sei ihr dann klar geworden, dass sie nicht alle Bücher behalten könne und sie habe damit begonnen, sie wegzugeben. Zuerst sei ihr das sehr schwer gefallen, heute sei es kein Problem mehr und mit dem E-Reader erübrige sich die Platzfrage von selbst. Die Frage nach ihrem Lieblingsbuch beantwortet Anne Pfeiffer überraschend schnell: «Cinderella – immer noch.» Das Märchenbuch mit den feinen Zeichnungen steht beharrlich im Büchergestell. Damit hat alles angefangen. Anne Pfeiffer hat das alte Märchenbuch ohne Einband mittlerweile beim Buchbinder neu binden lassen.

Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule

Die Weiterbildungsstudiengänge des Fachbereichs Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert konzipiert und modular aufgebaut. Verschiedene Fachkurse und CAS-Studiengänge können zu einem DAS- und /oder einem MAS-Abschluss kombiniert werden. Der Mastertitel ist geschützt. Jeder MAS-Studiengang wird mit einem eidgenössisch anerkannten Masterdiplom (Master of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen.

Die Studienleitungen der jeweiligen Disziplin beraten Sie gerne in der Planung Ihrer persönlichen Weiterbildung.

weiterbildung.gesundheit@bfh.ch
Telefon + 41 31 848 44 44



Angebot	Datum	Web-Code
Interdisziplinäre Weiterbildungen		
CAS Abschlussmodul	September 2015	C-PSY-5
DAS Abschlussmodul	September 2015	D-PFL-4
MAS Abschlussmodul	Juni 2015	M-O-6
Fachkurs Anleitung von Studierenden in der Praxis	Herbst 2015	K-O-30
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	Start jeweils Januar, März, August und September 2015	K-O-31
Prüfungsmodul Wissenschaftliches Arbeiten	25. April 2015 oder 5. September 2015	K-INT-13
Psychische Gesundheit und Krankheit		
MAS Mental Health	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-O-2
DAS Psychische Gesundheit	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-O-2
CAS Ambulante psychiatrische Pflege	September 2015	C-SPE-15
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Herbst 2016	C-PSY-4
CAS Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2015	C-SPE-13
CAS Psychiatrische Pflege	September 2015	C-O-14
CAS Verbesserung der Gesundheit	September 2015	C-SPE-3
Fachkurs Adherencetherapie	März 2015	K-O-102
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	Oktober 2015	K-PSY-22
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Herbst 2016	K-PSY-21
Fachkurs Gesundheitsförderung	November 2015	K-PSY-10
Fachkurs Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2015	K-PSY-20

Angebot	Datum	Web-Code
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	März 2015	K-PSY-4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	März 2015	K-PSY-7
Fachkurs Motivational Interviewing	Februar 2016	K-PSY-5
Fachkurs Pflegeprozess bei psychischen Störungen	März 2015	K-PSY-13
Fachkurs Psychiatrie	Oktober 2015	K-PSY-2
Fachkurs Psychoedukation	April 2016	K-PSY-11
Fachkurs Public Health	März 2015	K-PSY-3
Fachkurs Suizidprävention	März 2015	K-PSY-19
Spezialisierte Pflege		
MAS Spezialisierte Pflege	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-PFL-4
DAS Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-PFL-1
DAS Passerelle Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium Passerelle besteht aus dem Fachkurs «Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis» und dem DAS-Abschlussmodul.	D-PFL-3
CAS Clinical Assessment und Decision Making	September 2015	C-O-34
CAS Clinical Research Coordinator	September 2015	C-PFL-4
Fachkurs Clinical Assessment	September 2015	K-PHY-14
Fachkurs Clinical Decision Making	Februar 2015, nächste Durchführung März 2016	K-PHY-13
Physiotherapie		
CAS Lymphologische Therapie	April 2015	C-PHY-3
CAS Lymphologische Therapie (verkürzt)	Juni 2015	C-PHY-8
CAS Manuelle Therapie SAMT Advanced	Januar 2015; nächste Durchführung ab Januar 2016	C-PHY-4
CAS Manuelle Therapie SAMT Basic	Januar 2015; nächste Durchführung ab Januar 2016	C-PHY-2
CAS Neurorehabilitation – Konzept Bobath (verkürzt)	April 2015	C-PHY-10
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Februar 2015	K-PHY-18
Fachkurs Respiratorische Physiotherapie Basic	Februar 2015	K-PHY-3
Ernährung und Diätetik		
Fachkurs Biochemie für Ernährungsberater/-innen	März 2015	K-ERB-29
Fachkurs Mangelernährung	Oktober 2015	K-PFL-2
Kurs Up-Date Focusing für Ernährungsberater/-innen	8. Mai 2015	K-ERB-30
Grundkurs Zöliakie und glutenfreie Ernährung	Frühling und Herbst 2015	K-ERB-9
Kurs Nahrungsmittelallergien – eine spannende Herausforderung im Beratungsalltag	Durchführung noch offen	K-ERB-25
Kurs Unspezifische Magen-Darm-Beschwerden	19. und 20. März 2015	K-ERB-3
Hebamme		
CAS Still- und Laktationsberatung	August 2015	C-HEB-2
Fachkurs Körperarbeit im Hebammenalltag	August 2015	K-HEB-11

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

Fax +41 31 848 35 01

gesundheit@bfh.ch

gesundheit.bfh.ch

Studium

- Bachelor of Science in Pflege
- Bachelor of Science in Physiotherapie
- Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik
- Bachelor of Science Hebamme
- Master of Science in Pflege
- Master of Science in Physiotherapie

Weiterbildung

- Fachkurse / Kurse
- Master of Advanced Studies, Diploma of Advanced Studies, Certificate of Advanced Studies
- Betriebsinterne Weiterbildungen

Dienstleistungen

- Fachberatung
- Organisationsentwicklung für Gesundheitsinstitutionen
- Qualitätsmanagement
- Kommunikationstraining

Angewandte Forschung und Entwicklung

- Forschungsprojekte mit Praxispartnern
- Evaluationen
- Forschungsunterstützung