

Palliative Care



Integriert im Studium

Gesundheitsfachpersonen setzen sich mit Krankheit, Sterben und Tod auseinander. Palliative Care ist deshalb ein fester Bestandteil des Studiums am Fachbereich Gesundheit. ▶ 5



Umsorgt leben und sterben

Wie können Demenzkranke in Alters- und Pflegeheimen nach den Ansätzen von Palliative Care betreut werden?

▶ 19 und 25

Fokus: Palliative Care

- 05 Vom innovativen Ansatz zum umfassenden Versorgungskonzept
- 08 Leben und sterben in Ruhe und Würde
- 12 Humor in der Palliative Care
- 14 Culinary in Palliative Care – eine interdisziplinäre Horizonterweiterung
- 16 In den Tod geboren werden
- 18 mittendrin
- 19 Sterben mit Demenz – wo bleibt die palliative Kultur?
- 22 Ist Physiotherapie in der Palliative Care ein Widerspruch?
- 25 Umsorgt leben und sterben
Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen

Physiotherapie

- 28 Den (chronischen) Schmerzen auf der Spur

Ernährung und Diätetik

- 31 Ernährungsberaterinnen und -berater wollen wissenschaftlich basierte Weiterbildungen mit Praxisbezug

Hebamme

- 33 Rückbildungs-Gymnastik-Training-Therapie?

Pflege

- 37 Die ganzheitliche Betreuung von Menschen mit einer Demenz als Herausforderung

Weiterbildung

- 39 Masernimpfung: ein herausforderndes Kommunikationstraining für elterntnahe Fachpersonen

Forschung

- 40 Pionierarbeit für die Zukunft:
Projekt Panorama Gesundheitsberufe 2030
- 44 Den Wissensdurst stillen und Verantwortung übernehmen

Interdisziplinäres

- 46 Interdisziplinärer Austausch am
«Swiss Congress for Health Professions» 2014

Internationales

- 50 Auf den Spuren eines Patientenpfades in Boston

Im Dialog mit ...

- 52 Marianne Haueter

Weiterbildungsangebot

- 54 Aus- und Weiterbildungen an der
Fachhochschule





Prof. Dr. Cornelia Oertle
Leiterin Fachbereich Gesundheit

Liebe Leserin, lieber Leser

Wie in kaum einem anderen Moment wird uns in einer palliativen Situation die Endlichkeit unseres Seins bewusst. Palliative Care, ein Begriff, der neudeutsch und ein wenig euphemistisch das Thema Lebensende impliziert, bedeutet aber nicht nur würdevolles Sterben. Die palliative Betreuung umfasst die gesamte Phase, in der primär nicht kurative Ziele im Vordergrund stehen. Patientinnen und Patienten sollen die Möglichkeit bekommen, ihre verbleibende Lebenszeit den persönlichen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Gesundheitsfachpersonen aus allen Disziplinen können in den Prozess eingebunden werden und Patientinnen und Patienten in dieser vulnerablen Phase unterstützen.

Die Auseinandersetzung mit Palliative Care ist am Fachbereich Gesundheit in allen Studiengängen verankert. Wir stellen Ihnen in der vorliegenden Ausgabe vor, wie sich Bachelorstudierende auf das Praxismodul in der palliativen Pflege vorbereiten, welche Rolle Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Palliative Care übernehmen und wann die Hebamme als Fachfrau in der palliativen Situation gefragt ist.

Darf Humor in der Palliative Care vorkommen? Welche Verbindung wird zwischen «Culinary» und Palliative Care gemacht? Wo bleibt die palliative Kultur in der Betreuung von Demenzkranken?

Das Fokusthema wirft viele Fragen auf und macht betroffen. Für alle Fachpersonen, die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in der palliativen Situation betreuen, ist diese Tätigkeit herausfordernd und gleichzeitig auch sinnstiftend.

Wir wollen den Fachpersonen, die sich in der Palliative Care einsetzen, hier eine Stimme geben. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine berührende Lektüre.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Fachbereich Gesundheit

Erscheinungsweise: 2-mal jährlich

Auflage: 10 000 Ex.

Redaktion: Judith Bögli und Stefanie Diviani-Preiswerk

Fotos: Stuart Cahill, Daniel Haid,

Alexander Jaquemet, Madeleine Schoder,

Christine Strub, Fotolia 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

Wir gratulieren Heiner Baur zur Habilitation

Heiner Baur, Leiter des Bewegungslabors der angewandten Forschung und Entwicklung Physiotherapie, hat am 14. Mai 2014 erfolgreich seine Habilitation an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam abgeschlossen. Als Sportwissenschaftler mit umfangreicher Forschungs- und Lehrtätigkeit in der Hochschulambulanz (Sportmedizin & Sportorthopädie) der Universität Potsdam wurde ihm die Venia Legendi (Lehrbefugnis) für die Fächer «Sportwissenschaft» und «Klinische Biomechanik» zuerkannt.

Wissenschaftspreis für zwei Hebammen BSc der Berner Fachhochschule Gesundheit

Anlässlich der ersten Preisverleihung des internationalen «Bübchen»-Wissenschaftspreises wurden Jacqueline Wagner und Karin Stucky, zwei Studierende des Bachelorstudiengangs Hebamme, ausgezeichnet. Der Babypflegeartikel-Hersteller «Bübchen» will mit dem Wissenschaftspreis einen Beitrag zur Weiterentwicklung von Schutz und Pflege für Mutter und Kind leisten.

Absolventin des Masters of Science in Pflege BFH für Burgdorfer Innopreis nominiert

Erstmals in der elfjährigen Geschichte des Burgdorfer Innopreises war ein Projekt aus der Pflege im Finale. Aline Wenger, Absolventin des Studiengangs Master of Science in Pflege, konnte mit ihrer Masterthesis zum Thema «Leben in zwei unterschiedlichen Kulturen: <Bisschen Schweiz, bisschen Kosovo>: Diabetes mellitus Typ 2 bei der Schweizer Migrationsbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien» die Jury überzeugen. Mit einer qualitativen Studie untersuchte sie das Krankheitserleben von Migrantinnen und Migranten und beschreibt erstmals die Auswirkung des Lebens in zwei Kulturen auf das individuelle Krankheitsmanagement. Die Studienergebnisse zeigen, dass die Gestaltung des Alltags und das Krankheitsmanagement im Herkunftsland anders sind als in der Schweiz.

Internetplattform FIT-Nursing Care

Die Disziplin Pflege ist seit 2014 Kooperationspartnerin der Internetplattform FIT-Nursing Care. Diese Internetplattform wurde von der Fachhochschule St. Gallen entwickelt und stellt aktuelles internationales Forschungswissen für Pflegefachpersonen in deutscher Sprache zur Verfügung. Beteiligte Studierende, Dozierende und Forschende unterstützen durch die Bereitstellung von analysierten und bewerteten Studien die Pflegepraxis in der Umsetzung von evidenzbasierten Erkenntnissen.

Symposium Advanced Nursing Ethical Practice – Clarifying the Boundaries

Im Januar 2014 fand im Studiengang Master of Science in Pflege das erste Mini-Symposium zum Thema «Ethische Herausforderungen und ethische Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Rolle der Advanced Practice Nurse» statt. Als Rednerinnen durfte der Fachbereich Gesundheit Frau Prof. Dr. Ann Gallagher (Universität Surrey, UK), Herausgeberin der Zeitschrift Nursing Ethics und Direktorin des International Center for Nursing Ethics, und Frau Tiziana Sala, Dozentin an der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), begrüßen. An der Podiumsdiskussion, die von Dr. Rouven Porz, Leiter der Ethikstelle des Inselspitals, moderiert wurde, beteiligten sich zudem Frau Monika Fliedner, Pflegeexpertin am Inselspital Bern, und Herr Settimio Monteverde, Dozent an der BFH.

Events

Anlässe 2014

Wir freuen uns, Sie an folgenden Anlässen zu begrüßen:

- Diätetik à la carte: 21. und 22. August 2014 sowie 26. bis 28. August 2014 (Murtenstrasse 10, 3008 Bern)
- Posterpräsentationen und «Mittagsweile»: Freitag, 5. September 2014 (Murtenstrasse 10, 3008 Bern)
- Abschlussfeier Fachbereich Gesundheit: Freitag, 31. Oktober 2014

Follow-Ups

Am 16. September 2014 (16.15 h – 19.15 h) findet der zweite «Follow-Ups»-Event des Studiengangs Master of Science in Pflege zum Thema «Politisches Engagement» statt. Expertinnen und Experten werden an diesem Anlass für Alumni, Studierende, Dozierende und Praxispartner unter dem Motto «Mach ds Mul uf» die Dos und Don'ts der politischen Bühne präsentieren.

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

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

- Mittwoch, 17.09.2014
- Mittwoch, 05.11.2014
- Mittwoch, 10.12.2014

Zusätzliche Infoveranstaltung Bachelor of Science in Pflege (Vollzeit) und Bachelor of Science in Pflege für diplomierte Pflegefachpersonen

- Donnerstag, 20.11.2014

Infoveranstaltung Master of Science in Pflege

- Donnerstag, 21.08.2014
- Donnerstag, 18.09.2014
- Donnerstag, 16.10.2014
- Donnerstag, 20.11.2014
- Donnerstag, 18.12.2014

Infoveranstaltung Master of Science in Physiotherapie

- Mittwoch, 24.09.2014
- Mittwoch, 19.11.2014

Palliative Care:

Vom innovativen Ansatz zum umfassenden Versorgungskonzept

Seit der ersten Entwicklung einer nationalen Strategie Palliative Care ist dieser wichtige Bereich des Gesundheitswesens auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen fest verankert. Am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule bereiten sich die Bachelorstudierenden in mehreren Modulen auf ihre Praxis-tätigkeit in der palliativen Pflege vor.



Prof. Settimio Monteverde
Dozent Bachelorstudiengang Pflege
settimio.monteverde@bfh.ch



Danielle Pfammatter
Dozentin Bachelorstudiengang Pflege
danielle.pfammatter@bfh.ch

Unter den spektakulären Errungenschaften, die das Bild der modernen Gesundheitsversorgung in westlichen Ländern prägen, lassen sich zweifelsohne die Spitzenmedizin sowie die Möglichkeiten der Diagnose, Prognose und Therapie vieler Erkrankungen aufführen, die früher oft tödlich verliefen. Eine vergleichsweise «stille» Revolution setzte hingegen in den Sechzigerjahren in England ein: Am St. Joseph's und St. Christopher's Hospice in London, wo unheilbar kranke Menschen im Endstadium ihrer Krankheit betreut wurden, begann die Ärztin Cicely Saunders (1918–2005) ihre wissenschaftliche Tätigkeit. Sie belegte die positive Wirkung von Morphin und anderen Medikamenten auf die Schmerzen und die Lebensqualität der Betroffenen. Im Konzept des «totalen Schmerzes» forderte und entwickelte sie eine Kultur im Umgang mit Menschen am Lebensende, die sich nicht nur an ihren physischen und psychischen, sondern auch an den sozialen und spirituellen Bedürfnissen orientierte. Fast zeitgleich veröffentlichte die in den USA wirkende Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) ihre ersten Interviews mit Sterbenden, die die Lebenswelt Sterbender und die vielfältigen Adaptationsprozesse der Trauer von Betroffenen und Angehörigen in einer bisher nicht bekannten Qualität

beschrieben. Sie trugen dazu bei, dem Sterben und Tod innerhalb der medizinischen und pflegerischen Institution wieder ein menschliches Gesicht zu geben. Palliative Care begann in der Zeit der Pionierinnen und Pioniere als stille Revolution und setzte sich nach und nach als interdisziplinärer, an der Lebensqualität des schwer kranken Menschen ausgerichteter Ansatz durch.

Die Nationale Strategie Palliative Care

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat erstmals 1990 mit der Definition von Palliative Care zu einer ersten grossen Standardisierung von Palliative Care beigetragen. Nach dem Vorbild von London entstanden auch in der Schweiz Hospize und Freiwilligengruppen, später auch Palliativstationen und spezialisierte Spitexorganisationen. 1988 wurde die

Palliative Care ist ein integrativer Bestandteil des Pflegestudiums.

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, heute palliative.ch (www.palliative.ch) gegründet, welche als nationale Dachorganisation wichtige Ressourcen an Wissen und

Vernetzung für Betroffene, Professionelle und Institutionen bereitstellt. Als Bund und Kantone 2010 die Nationale Strategie Palliative Care lancierten, fühlten sich die Pionierinnen und Pioniere in der Schweiz in ihren Grundanliegen bestätigt, allen Menschen, die Palliative Care benötigen, den Zugang zu ermöglichen. Damit war das Ende der Pionierzeit, in der sich Palliative Care gegen zahlreiche Widerstände durchsetzen musste und durchsetzen konnte, definitiv besiegelt: In einem umfassenden Versorgungskonzept sollen Bund und Kantone gemeinsam mit Fachpersonen und Leistungserbringern den Zugang zu angepasster, qualitativ hochstehender Palliative Care schweizweit gewährleisten. Die zu diesem Zwecke im Jahr 2010 ins Leben gerufene Nationale Strategie Palliative Care hat dafür fünf spezifische Förderbereiche definiert: Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung. In allen Teilbereichen wurden seit Beginn der Strategie wichtige Meilensteine erreicht, die dazu geführt haben, verschiedene Stakeholder an einen gemeinsamen Tisch zu bringen. So wurde der Status quo spezialisierter Palliative-Care-Einrichtungen erhoben, um regionale Versorgungslücken sichtbar zu machen. Palliative-Care-Angebote in der Grundversorgung (z. B. Akutspital, Spitex, Alters- und Pflegeheim) und in der Spezialversorgung (z. B. Palliativstation, Hospiz, spezialisierte Spitex) wurden definiert. Finanzierungsgrundlagen im ambulanten und stationären Bereich wurden einer vertieften Analyse unterzogen. Ein nationales Bildungskonzept legt fest, dass Palliative Care in der Aus-, Weiter- und Fortbildung nachhaltig verankert sind. Im Nationalforschungsprogramm Lebensende (www.nfp67.ch) werden Projekte gefördert, die Einblicke in die Endphase des Lebens aus verschiedenen Perspektiven und Situationen heraus geben.

Palliative Care weiterdenken

Die vor fast 70 Jahren einsetzende «stille» Revolution ist heute Teil des medizinisch-pflegerischen Alltags geworden. Die demografischen Szenarien, welche die offiziellen Statistiken präsentieren, suggerieren auch, dass dieser Weg wichtig und richtig ist. Gerade in einer Gesellschaft des langen Lebens

Die meisten Menschen, die Palliative Care benötigen, werden in der Grundversorgung betreut.

wird auch das Sterben lang. Ein solches Sterben muss deshalb angstfrei gestaltet und lebbar gemacht werden. In diesem Kontext treten ganz neue Fragen auf, wie die Gerechtigkeit betreffend Zugang zu guter Palliative Care und ein adäquater Umgang mit wahrgenommener Lebensmüdigkeit. Ferner braucht es eine gesellschaftliche Debatte über zulässige Formen der Sterbehilfe in palliativmedizinisch «stabi-

len» Situationen. Gerade hier muss sich in den nächsten Jahren Palliative Care weiterentwickeln. Auch wenn die Pionierinnen und Pioniere mit anderen Fragen konfrontiert waren, bleibt angesichts zukünftiger Herausforderungen das Motto von Elisabeth Kübler-Ross erkenntnisleitend: «We asked our patients to be our teachers» – Wir baten unsere Patienten, uns Lehrerinnen und Lehrer zu sein.

Palliative Care im Pflegestudium

Die meisten Menschen, die Palliative Care benötigen, werden in der Grundversorgung betreut. Dazu zählen Langzeiteinrichtungen, Spitäler und ambulante Dienste. Aus diesem Grunde ist es unabdingbar, dass Palliative Care auch ein integrativer Bestandteil eines generalistisch, d. h. auf die Grundversorgung ausgerichteten Pflegestudiums ist. In der Nationalen Strategie Palliative Care werden Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliative Care als eigener Schwerpunkt genannt. Doch welche Inhalte, Haltungen und Fertigkeiten gehören ins Bachelorstudium, angesichts der Tatsache, dass sich Palliative Care in einem gesellschaftlich dynamischen Umfeld weiterentwickelt? Und wie können diese Inhalte jungen Menschen, die über unterschiedliche Erfahrung und meist wenig Vorwissen in diesem Bereich verfügen, vermittelt werden? Der Bachelorstudiengang Pflege am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule orientiert sich für die Auswahl der Themenfelder der Palliative Care an der WHO-Definition von 2002: «Palliative Care entspricht einer Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.» (Die ausführliche Definition findet sich unter www.palliative.ch)

Das Curriculum des Vollzeitstudiums Pflege nimmt die einzelnen Schwerpunktthemen auf, die in verschiedenen Modulen vermittelt werden. Unterschiedliche Lehr- und Lernformen bieten sich an, um die Themen zu vertiefen. Beispielsweise eignet sich das Skillsseminar zur Trauer- und Sterbebegleitung, um im Gespräch mit Studierenden erste Erfahrungen, die sie in ihren Praktika im Umgang mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen gemacht haben, anzusprechen. Davon ausgehend werden im Seminar Ergebnisse der aktuellen Trauerforschung präsentiert.

Modulare Verankerung der Palliative Care

Im ersten Studienjahr erarbeiten die Studierenden im Modul «Patienten mit Schmerzen pflegen» das Phänomen Schmerz. Sie vertiefen ihr Wissen über die verschiedenen Arten von Schmerzen, deren Erkennung, Erfassung sowie entsprechendes professionelles, kompetentes Handeln im Umgang mit den Assessments, den Medikamenten und deren Verab-



reichung. Im zweiten Studienjahr folgt das Modul «Belastende Situationen bewältigen», in dem u. a. Themen wie Stress, Krise, Coping, Sinnfindung, Sterben und Trauer vertieft werden. Hier findet auch eine spezifische Auseinandersetzung mit dem Konzept der Palliative Care, eine Vertiefung in die Thematik von Sterben und Trauer sowie dem Erwachsenenschutzrecht und dem Instrument der Patientenverfügung statt. Die Studierenden besuchen in Kleingruppen die Palliativstation Diaconis in Bern, vertiefen onkologische und onkologiepflegerische Kenntnisse und lernen Entspannungstechniken, welche gerade auch im Kontext von Selbstpflege im Rahmen des Studiums von den Studierenden sehr geschätzt werden. Im Modul «Chronisch Kranke pflegen» liegt der Fokus auf den Themen Lebensqualität, Adhärenz und Selbstpflege. Anschliessend folgt das Modul «Systemische Pflege und Ethik». Die Studierenden befassen sich mit pflegenden Angehörigen, dem Ansatz der familienzentrierten Pflege, Ethiktheorien und Modellen der ethischen Entscheidungsfindung im Pflegealltag, Autonomie im Spannungsfeld zwischen Ethik und Recht und der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese Bereiche sind aus einer übergeordneten Perspektive auch für Palliative Care relevant.

Kommunikation

Parallel zu den aufgeführten Modulen läuft das Längsmodul Kommunikation, welches sich über alle Studienjahre erstreckt und jeweils die Schwerpunktthemen der Hauptmodule aufnimmt. So steht das Kommunikationsmodul des zweiten Studienjahrs im Kontext komplexer Situationen und heisst «Herausfordernde Gespräche führen». In den Kommunikationsseminaren werden u. a. theoretische Inhalte zu Kommunikation in Krisensituationen und der Beratung in komplexen Situationen vertieft. Im abschliessenden praktischen Kommunikationstraining

treffen die Studierenden auf eine junge Patientin (dargestellt durch eine Kommunikationstrainerin), welche sich in einer Palliativsituation befindet. Das Beratungsgespräch, welches die Studierenden in dieser komplexen Situation mit der Patientin führen, wird auf Video aufgenommen und anschliessend gemeinsam angeschaut. Sowohl die Kommunikationstrainerin wie auch die oder der beobachtende Studierende geben zum erlebten Gespräch ein Feedback ab. Zur Kommunikationssituation und zu dem Feedback verfassen die Studierenden anschliessend eine schriftliche Reflexionsarbeit.

Orte des Lernens

Pflegerisches Handeln ist ohne Kommunikation undenkbar. Dies erklärt auch den Stellenwert der Kommunikation innerhalb des Curriculums. Natürlich ist Kommunikation kein exklusives Thema der Palliative Care, doch ist diese ohne Kommunikation undenkbar. Im Bereich Bildung und Palliative Care stehen wir heute an einem andern Ort als in den Anfangszeiten der Hospizgeschichte. Im Lernzielkatalog der FMH ist Palliative Care fest verankert, in den pflegerischen Studiengängen ebenso. Die Schwerpunktthemen des Bachelorstudiengangs Pflege im Umgang mit der eigenen Haltung, Krankheit, Symptommangement, Sterben, Tod und Trauer sind im Curriculum gut etabliert. Und trotzdem können sie die Erfahrung, die persönliche Reflexion und die Entwicklung einer eigenen Haltung zu Themen wie Leiden, Sterben und Trauer, Sinnstiftungssysteme nur fördern, niemals aber ersetzen. Denn trotz allen Wissens und erworbener Kompetenzen bleibt das Individuum im Zentrum. Ob Hochschule, Praxis oder Alltag – Palliative Care kennt viele Orte des Lernens, in denen es gilt, unheilbar kranke Menschen als Expertinnen und Experten ihrer Lebenssituation und somit weiterhin als unsere Lehrerinnen und Lehrer anzuerkennen.

Leben und sterben in Ruhe und Würde



Nelly Simmen, Leiterin Palliative Care
Stiftung Diaconis, Bern

Interview

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

2013 wurde die «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015» anlässlich der Berufskonferenz Pflege (Teilkonferenz der Konferenz für Hochschulen) den Bildungsfachpersonen vorgestellt. Theresa Scherer, Leiterin des Bachelorstudiengangs Pflege der Berner Fachhochschule Gesundheit und Präsidentin der Berufskonferenz, spricht mit Nelly Simmen, Leiterin von Diaconis Palliative Care, über die Einbindung der Strategie im Alltag einer spezialisierten Institution.

Frau Simmen, wie sind Sie zu Diaconis Palliative Care in Bern gekommen?

Nach der Ausbildung zur Pflegefachfrau habe ich erste Berufserfahrungen im Bezirksspital Morges auf einer medizinischen Abteilung gesammelt und bin dort zum ersten Mal mit «soins palliatifs» und «soins de confort» in Kontakt gekommen. Während einiger Zeit war ich danach nicht im erlernten Beruf tätig, sondern als Flight-Attendant unterwegs. Als ich vom Projekt einer Abteilung für Palliative Care im Berner Salem-Spital hörte, habe ich mich als Pflegefachfrau beworben. Berufs begleitend absolvierte ich eine Höhere Fachausbildung und später einen Master in Nursing Science mit Schwerpunkt Palliative Care an der University of Guildford.

Später wurde ich Stationsleiterin, und nach dem Verkauf des Salem-Spitals an die Hirslandengruppe habe ich die Leitung von Diaconis Palliative Care übernommen.

Wie kam es zur Gründung von Diaconis Palliative Care?

Die Impulse kamen von zwei Seiten: Zum einen gab es auf einer Station, wo viele sterbende Patientinnen und Patienten betreut wurden, einen Stationsleiter, der den Wunsch äusserte, sich in diesem Bereich zu spezialisieren.

Zum andern beklagten sich Onkologinnen und Onkologen bei der Direktion, dass von ihnen behandelte Krebspatientinnen und Krebspatienten auf den medizinischen und chirurgischen Abteilungen zu wenig Ruhe und Privatsphäre hätten, da sie durch die Hektik des Klinikalltags gestört würden. Es kam zur Initiierung einer interprofessionellen Projektgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Ärzteschaft, Sozialarbeit, Seelsorge und Pflege. Ziel war die Schaffung eines Raums, in dem unheilbar kranke Menschen die ihnen angemessene Betreuung erhalten sollten. Es haben Hospitationen stattgefunden in Institutionen, die dieses Ziel bereits verwirklicht hatten, wie beispielsweise das Lighthouse in Basel. 1995 wurde die Station für Palliative Therapie, wie sie damals hiess, gegründet.

Die nationale Strategie will einerseits die palliative Grundversorgung und andererseits spezialisierte Einrichtungen fördern. Früher starben die Menschen vorwiegend zu Hause. Die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte rückte das Sterben in Institutionen immer mehr in den Vordergrund. Warum oder für wen braucht es spezialisierte Einrichtungen?

Palliative Care kann nicht nur auf die Endphase und das Sterben reduziert werden. Sobald sich herausstellt, dass eine fortschreitende unheilbare Erkrankung vor-

liegt, sollte Palliative Care als bio-psycho-sozial-spirituelles Modell, das hilft, Leiden zu lindern, einbezogen werden. Wird die Diagnose einer unheilbaren Krankheit gestellt, treten oft Krisensituationen auf, bei denen Beratung und Begleitung durch eine dafür geschulte Person sinnvoll sind. Palliative Care kann bei Komplikationen und Beschwerden Linderung verschaffen, auch wenn die Lebenserwartung noch viele Monate beträgt. Nicht die spezialisierte Einrichtung ist wichtig, sondern die Fachpersonen, die spezialisiert sind, um diese Betreuung zu übernehmen.

Wie unterscheidet sich das Sterben in einer spezialisierten Einrichtung vom Sterben zu Hause oder in einer «normalen» Institution?

Grundsätzlich sind die Menschen wichtig, die eine sterbende Person begleiten. Dazu gehören Angehörige, Freunde, Nachbarn, die Hausärztin oder der Hausarzt oder Pflegefachpersonen. Falls die betroffene Person leidet, muss geprüft werden, ob genügend Fachkompetenz und Zeit zur Verfügung stehen, um der Situation gerecht zu werden.

Manchmal ist eine auf Palliative Care spezialisierte Station wie das Diaconis die richtige Wahl, wenn stationäre Behandlung und Pflege notwendig sind. Wir versuchen Geborgenheit und individuelle Lebensweise mit professioneller Pflege und Therapie in einer angenehmen Atmosphäre in Einklang zu bringen. Eigentlich führen wir eine Intensivstation; nicht high-tech sondern high-care.

Wie sieht diese Situation für Menschen aus, die nicht mehr selber entscheiden können, beispielsweise bei Menschen mit einer Demenz?

Eine Demenzkrankheit hat einen langsamen Verlauf. Betroffene Personen werden oft zu Hause mit Unterstützung ambulanter Dienste betreut. Wenn die Betreuung nicht mehr möglich ist, werden sie in ein Heim eingewiesen. Daher sind demenzkranke Menschen selten bei uns.

Es kommt jedoch vor, dass Patientinnen und Patienten in gewissen Situationen nicht mehr entscheidungsfähig sind. Daher erheben wir zu Beginn eine sorgfältige Anamnese. Wenn dies nicht mit den Betroffenen selbst möglich ist, dann mit den Angehörigen. Autonomie ist für uns ein hoher Wert. Wir wollen nach bestem Wissen und Gewissen im Sinne der Patientin oder des Patienten entscheiden. Gerade in vulnerablen Phasen ist es eine Frage der Haltung und des Respekts, dass Abhängigkeit nicht ausgenutzt wird.

Fachleute in der Gesundheitsgrundversorgung setzen sich bereits im Rahmen ihrer Ausbildung mit der Thematik der Sterbebegleitung auseinander. Welche Aspekte werden während einer Spezialisierung vertieft oder zusätzlich vermittelt?

Zur Weiterbildung im Bereich Palliative Care gehören u.a. das Symptomassessment, palliative Behandlung und interprofessionelle Zusammenarbeit. Weiter sind



Kommunikation, Krisenbegleitung sowie der Einbezug der Angehörigen und Freiwilligen wichtige Aspekte.

Die Entscheidung zwischen kurativer und palliativer Behandlung ist mir aus meiner eigenen Praxis als Pflegefachfrau für alle Beteiligten als sehr sensible, herausfordernde Phase in Erinnerung geblieben. Wie erleben Sie diese Entscheidungsphasen?

Eine gute, von gegenseitiger Wertschätzung geprägte, interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Grundlage für eine qualitativ hochstehende Dienstleistung in herausfordernden Situationen. Wichtige Entscheide werden wenn immer möglich unter Einbezug der Patientinnen und Patienten, ihrer Angehörigen und des Betreuungsteams gefällt. Es werden alle Möglichkeiten in Bezug auf den weiteren Verlauf thematisiert und gegeneinander abgewogen. Oft kristallisiert sich dann ein Weg heraus.

Die Pflege leidender oder sterbender Menschen ist für viele Pflegende ein genuines Bedürfnis und wird von Kandidatinnen und Kandidaten oft als eines der wichtigsten Motive für die Berufswahl genannt. Welche Voraussetzungen sollten Fachpersonen mitbringen, um mit dieser anspruchsvollen Aufgabe persönlich und fachlich adäquat umgehen zu können?

Die Eignung, um in der palliativen Pflege zu arbeiten, hängt in erster Linie von der Persönlichkeit ab. Natürlich ist es von Vorteil, wenn Pflegefachpersonen ein bis zwei Jahre Berufserfahrung in einer medizinisch-onkologischen Abteilung gesammelt haben. Die Fachpersonen müssen sich mit Themen wie Sterben, Tod, Trauer und Verlust auseinandersetzen wollen. Ebenso entscheidend für einen adäquaten Umgang mit den Herausforderungen sind ein gut funktionierendes Team und ein stabiles privates Umfeld.

Die Angehörigen sterbender Menschen sind – nebst dem Sterbenden selbst – die wichtigsten beteiligten Personen. Inwiefern werden sie auf Ihrer Abteilung in die Begleitung der Betroffenen einbezogen?

Die Nähe der Angehörigen bedeutet für die Patientinnen und Patienten eine grosse Ressource. Sie kümmern sich um Bereiche, welche die Fachpersonen nicht abde-

Es ist wichtig, dass die Leute sich mit ihrem Sterben befassen.

cken können. Sie werden in die Behandlung und Pflege miteinbezogen, wenn sie das wollen und können. Angehörige brauchen aber oft selber Support. Sie sind froh,

wenn wir sie nach ihrem Ergehen und ihren Bedürfnissen fragen. Neben den Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten bieten auch Seelsorgerinnen und Seelsorger oder Musiktherapeuten Gespräche an.

Das Arbeitsfeld rund um Sterben und Tod ist gesellschaftlich nach wie vor mit besonderen Vorstellungen verbunden. Wie erleben Sie und Ihr Team die spezielle Tätigkeit und Arbeitsumgebung?

Für uns ist es normal und natürlich, dass Leben und Sterben eng zusammengehören. Unsere Arbeit erachten wir als sehr wertvoll, befriedigend und auch prägend. Wir stellen uns immer wieder die Frage, was im Leben wichtig ist, was Lebensqualität für uns persönlich bedeutet, und setzen unter Umständen Prioritäten anders. Die Pflege eines schwer kranken oder sterbenden Menschen hat etwas Schönes und Würdevolles.

Natürlich gibt es auch belastende Situationen. Diese sind aber vor allem dann präsent, wenn das Team, die Führung oder die Rahmenbedingungen einen nicht tragen.

Wäre es nicht natürlicher, Menschen dort sterben zu lassen, wo sie hospitalisiert sind?

Grundsätzlich kann man überall sterben. Was es braucht, sind Menschen, die da sind und Zeit haben.



Sterben benötigt eine Atmosphäre der Ruhe und der Intimität. Wenn die Sterbenden leiden, braucht es zusätzlich fachkompetente Personen, die wissen, was zu tun und zu lassen ist. In Spitälern steht meistens die reibungslose Organisation im Vordergrund und das Sterben oder der Tod werden tabuisiert. Bei Diaconis Palliative Care bleiben die Verstorbenen 24 bis 48 Stunden in ihrem Zimmer aufgebahrt und die Angehörigen können in Ruhe von ihnen Abschied nehmen.

Die nationale Gesundheitsstrategie fordert die Entwicklung einer leistungsbezogenen, gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur. Die Sterbebegleitung soll sowohl in der Grund- als auch in der spezialisierten Versorgung über die Krankenversicherungen finanziert werden. Wie lässt sich diese Finanzierung angesichts einer wachsenden Zahl palliativ zu versorgender Patientinnen und Patienten begründen?

Mit der demografischen Entwicklung und den vielen unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen ist es zentral wichtig, dass wir rechtzeitig eine angepasste vernetzte Palliative-Care-Versorgung aufgebaut haben. Dazu gehört auch die Sicherstellung der Finanzierung. Es gibt Forschungsarbeiten, die belegen, dass Palliative Care kosteneffektiv ist und eine höhere Lebensqualität ermöglicht. (Bsp. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project, 2005)



Sterben ist an sich ein völlig normales Ereignis. Die nationale Strategie treibt nun eine Professionalisierung dieses letzten Lebensabschnitts voran, verbunden mit den erwähnten finanziellen Auswirkungen.

Die nationale Strategie möchte die Menschen mündiger machen. So wie es Geburtsvorbereitungskurse gibt, sollte auch Aufklärungsarbeit zum Sterben erfolgen. Es ist wichtig, dass die Leute sich mit ihrem Sterben befassen.

Gleichzeitig will die nationale Strategie explizit auch die Rolle der Freiwilligen stärken. Wie sollten im Interesse einer optimalen und finanzierbaren Sterbebegleitung die Ansätze Professionalisierung und Freiwilligenarbeit miteinander in Bezug stehen?

Freiwillige bilden einen wichtigen Pfeiler in der Palliative Care. Sie bieten oft Unterstützung in einer Qualität, die wir nicht bezahlen könnten. Dies merken wir vor allem, wenn keine Angehörigen da sind. Professionelle Pflege kann und soll aber nicht durch Freiwilligenarbeit ersetzt werden.

Das Thema der aktiven Sterbehilfe wird in der nationalen Strategie nicht erwähnt. Inwiefern werden Sie auf Ihrer Abteilung damit konfrontiert?

Aktive Sterbehilfe ist illegal. Gelegentlich äussern Patientinnen und Patienten den Wunsch zur Beihilfe beim Suizid. Wir reden in solchen Situationen mit den Menschen und versuchen herauszufinden, was hinter diesem Wunsch steht und wie Palliative Care Verbesserung schaffen kann. Falls der Wunsch nach Exit anhält, erklären wir, welche Schritte zu tun sind und dass die Ausführung mit einem Austritt verbunden ist.

Als Gesundheitsfachleute im Jahr 2014 prägen wir «Sterbemodelle», welche möglicherweise in 20 bis 30 Jahren für uns selber wirksam sein werden. Welche Vision schwebt Ihnen in diesem Sinne für das Jahr 2040 vor?

Es sollte Versorgungsmodelle für unheilbar Kranke und Sterbende geben, die von Gesundheitsfachpersonen mit grosser Fachkompetenz im Thema entwickelt worden sind. Für mich persönlich wäre es wichtig, mit wohlgesinnten Menschen am Ort meiner Wahl zu sterben. Das kann zu Hause oder in einer spezialisierten Einrichtung sein. Als wichtig erachte ich die Kontinuität vonseiten der Ärzteschaft und der Pflege. Ich möchte Pflegefachfrauen um mich, die mich gut kennen und für mich sorgen, wenn ich das selbst nicht mehr kann.

Humor in der Palliative Care



Leonie Jaccard
Studierende Bachelorstudiengang
Pflege Berner Fachhochschule
leonie.jaccard@gmx.ch

Die Verbindung von Humor und Palliativpflege wirkt in erster Linie irritierend. Dürfen in Anwesenheit sterbender Menschen überhaupt humorvolle Äusserungen gemacht werden? Oder verstecken sich hinter Humor nicht vielmehr andere Gefühle, die verborgen bleiben wollen? Leonie Jaccard, Studierende des Bachelorstudiengangs Pflege am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, sucht in ihrer Bachelor-Thesis nach Antworten auf diese Fragen.

Humor begleitet uns durchs ganze Leben. Kinderlachen, humorvolle Begegnungen und lachende Gesichter auf Bildern wecken positive Gefühle. Doch welchen Stellenwert hat Humor, wenn das Lebensende sich ankündigt? Anhand einer systematischen Literaturrecherche soll die Bachelor-Thesis Antworten auf folgende Frage geben:

«Welche Einflüsse hat Humor auf die Lebensqualität von erwachsenen Patientinnen und Patienten, die Palliative Care in Anspruch nehmen?»

Erste Ergebnisse

Immer wieder kommt es vor, dass Patientinnen und Patienten in für sie schwierigen Situationen sarkastische oder ironische Bemerkungen machen. In den analysierten Studien wird anhand von Interviews und Fragebogen deutlich, dass durch Humor Ängste zum Ausdruck kommen. Im Gespräch ist es wichtig, nicht über diese Äusserungen hinwegzugehen, sondern die Patientinnen und Patienten darauf anzusprechen. Ängste lassen sich reduzieren, wenn sie ausgesprochen sind. Humor kann durchaus ein Aufhänger sein, der den Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation hilft, die Ängste zu thematisieren. Ein ähnliches Resultat zeigen vier von den neun untersuchten Studien bezüglich des Stresses. Stressfaktoren sind unter anderem Ängste und Schmerzen. Sind die Ängste durch Humor weniger präsent, verringert sich der Stress.

Äussern Patientinnen oder Patienten von sich aus Humor, kann dies bei ihrem sozialen Umfeld eine lockernde Wirkung haben. Die Situation wird ungewohnter, und Spannung, die im Raum liegt, wird abgebaut. Humor ist zudem ein wichtiger Copingmechanismus, d. h. eine Bewältigungsstrategie, um mit herausfordernden Situationen umzugehen. Wenn Humor Platz hat, kann Hoffnung geschöpft werden und positive Emotionen können entstehen.

Umsetzung im Praxisalltag

Humor in der Praxis umzusetzen, ist nicht einfach. Es gibt viele Situationen, in denen Humor nicht angebracht ist. Entsprechend der Sterbephase, in der die

Patientin oder der Patient sich befindet, hat Humor eine andere Funktion (siehe Kasten). In der Schockphase können mit Hilfe von Humor Ängste aufgedeckt werden. In der Phase von Emotionen kann durch Humor beispielsweise Stress ausgedrückt werden. Anders ist es in der Verhandlungsphase. Hier ist Humor heikel, ausser wenn er vom Patienten selbst kommt. In der Depressionsphase muss eine Pflegefachperson sehr sensibel sein, den Humor interpretieren und ansprechen. In der Phase der Akzeptanz ist Humor eine sehr gute Art, mit dem Geschehenen umzugehen. Hier gilt Humor als Copingmechanismus und kann der Patientin oder dem Patienten sowie den Angehörigen den Umgang mit der schweren Erkrankung erleichtern. Zusammenfassend wird deutlich, dass es kein Rezept gibt, wie und in welcher Form Humor in der palliativen Situation gelebt werden soll. Es liegt im Ermessen der Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Pflegenden, ob Humor in der Kommunikation eingebaut wird. Kommen humorvolle Äusserungen von den Patienten her, können die Pflegefachpersonen diese aufnehmen und laufen weniger Gefahr, in ein Fettnäpfchen zu treten.

Das Modell «SMILES» von Borod (2006) versucht, wichtige Hinweise zu geben, wie Humor eingesetzt werden kann und was dabei beachtet werden sollte. Es zeigt einerseits auf, dass im Augenkontakt mit einer Patientin oder einem Patienten deren Einstellung gegenüber Humor gut erkannt werden kann. Andererseits können Pflegefachpersonen Fotos, Erlebnisse oder Erzählungen von Angehörigen und Patienten aufnehmen, um Humor in die Kommunikation mit den Betroffenen einfließen zu lassen. Ein weiterer wichtiger Punkt dieses Modells zeigt, dass Betreuungspersonen Veränderungen einer Situation wahrnehmen müssen und erkennen sollen, wann Humor nicht mehr angebracht ist.

Persönliche Erlebnisse

Viele beeindruckende Situationen nehme ich aus den verschiedenen Praktika, unter anderem auf der onkologischen Abteilung, mit. Da sind beispielsweise Herr G. und seine Familie, die mir zeigen, dass ich

- Literatur**
Borod, M. (2006). SMILES – Toward a Better Laughter Life: A Model for Introducing Humor in the Palliative Care Setting. *Journal of Cancer Education*, 21 (1), 30–34.
Kulbe A. (2008). *Sterbebegleitung. Hilfe zur Pflege Sterbender*. München: Elsevier, Urban & Fischer.

eine Person durch Humor besser kennen lernen kann.

Seit drei Tagen liegt Herr G. im Sterben. Die Angehörigen wachen an seinem Bett, es ist immer jemand da. Herr G. spricht sehr wenig. Wenn er spricht, kann man ihn kaum verstehen. Die Ehefrau spricht mich auf das Thema meiner Bachelor-Thesis an. Im Patientenzimmer erkläre ich ihr und der anwesenden Tochter, welche Fragen ich untersuche. Ich habe Respekt davor, das Thema in dieser palliativen Situation offenzulegen, und fürchte mich vor der Reaktion der Angehörigen. Die beiden sind aber begeistert vom Thema und erzählen von ihrem Ehemann und Vater. Sie berichten, worüber er lachen konnte, und dass sie auch jetzt immer wieder ein Lächeln auf seinem Gesicht erkennen können. Es ist den Angehörigen anzusehen, dass sie sich darüber freuen, über lustige Ereignisse mit ihrem Ehemann und Vater nachzudenken, und zu lachen. So können sie für einen kurzen Moment die schwierige gesundheitliche Situation vergessen. Durch diese Gedankenreise wird Spannung abgebaut und bestenfalls eine Stressreduktion bei den Angehörigen und beim Sterbenden erreicht.

Humor nicht nur durch Clowns

In der Praxis erlebe ich vom Pflegefachpersonal eher Zurückhaltung, wenn es um Humor in der Palliativpflege geht. Am besten können Pflegenden, die bereits mit Palliative Care in Berührung gekommen sind, den positiven Effekt von Humor auf Sterbende erkennen. Die Diskussionen, die über dieses Thema geführt werden, sind oft endlos. Immer wieder lassen sich Argumente dafür und dagegen finden. Am meisten Gegenargumente kristallisieren sich gegen Clowns auf der Palliativstation heraus. Ein besonderes Erlebnis zeigt mir beispielsweise auf, dass ein Clown, der in eine sehr unpassende Situation hereinkommt, als Störung oder gar Provokation wahrgenommen wird. Humor kann bereits durch ein Lächeln im Pflegealltag eingebaut werden. Man muss nicht ein Komiker sein, um den Patienten ein Lachen auf die Lippen zu zaubern.

Gemeinsam lachen

Eine weitere Erfahrung wird mir von einer Pflegefachfrau zugetragen: Ein Patient, dessen Tod kurz bevorsteht, äussert ihr gegenüber seine Angst vor dem Sterben. Die Pflegefachfrau nimmt sich Zeit und zeigt dem Patienten ihr Verständnis. Er sei noch nie gestorben und habe keine Erfahrung mit solchen Dingen, meint der Patient. Die Pflegefachfrau antwortet ihm, dass sie diese Erfahrung genauso wenig habe. Beide können spontan lachen und die Situation entspannt sich.

Das Lachen nicht verstecken

Ebenfalls auf einer Palliativstation erleben zwei Pflegefachpersonen, dass ihr Lachen nicht nur für sie selbst befreiend sein kann. Im Gespräch im Korridor müssen die beiden über eine Begebenheit laut lachen. Die eine Pflegenden bemerkt, dass die Zimmertür einer

Patientin offen steht, und hat ein schlechtes Gewissen, da ihr Lachen bestimmt bis ins Zimmer dringt. Sie entschuldigt sich bei der Patientin für ihr Gelächter, diese meint jedoch, dass sie sich nicht dafür entschuldigen müsse. Sie sei froh, ein Lachen gehört zu haben. Genau daran merke sie, dass sie noch am Leben sei.

Humor in der Palliativpflege macht die Beteiligten oft unsicher und provoziert häufig ein schlechtes Gewissen. Es braucht Mut, Humor im Pflegealltag einfließen zu lassen. Aber es lohnt sich: Humor kann dem Tag mehr Leben geben!

Sterbephasen nach Kübler-Ross

(zusammenfassend aus «Sterbebegleitung. Hilfe zur Pflege Sterbender»)

1. Phase:

Abwehr/Verneinung/Nicht-wahrhaben-Wollen

Die Betroffenen befinden sich in einem Schockzustand, viele bestehen auf eine Zweitdiagnose. Einige verleugnen die Krankheit.

2. Phase: Wut/Aggression

Es wird Wut und Trotz der Krankheit gegenüber empfunden. Betroffene sind zornig auf solche, die gesund sind.

3. Phase: Verhandeln

Die Patientin oder der Patient fühlt innerlich die Wahrheit über den persönlichen Zustand. Die Betroffenen sind nun bereit für Therapien oder andere Heilungswege. Sie verhandeln mit dem Personal um Lebensaufschub.

4. Phase: Trauer/Hoffnungslosigkeit

Nun macht sich Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung breit. Den Patientinnen und Patienten wird in dieser Phase bewusst, dass ihr Leben langsam dem Ende zugeht. Sie trauern um ihr Leben. Nun wollen sie letzte Dinge regeln und Frieden suchen.

5. Phase: Annahme

Die Sterbenden erlangen Frieden und haben sich mit vielem ausgesöhnt. Sie sind zur Ruhe gekommen und empfinden in Erwartung des eigenen Todes Frieden.

Die Sterbephasen müssen nicht linear verlaufen. Die Betroffenen können in verschiedene bereits durchlebte Phasen zurückkehren oder eine Phase im Verlauf überspringen und erst später oder gar nie erleben.

«SMILES-Modell» (Borod, 2006)

S = Smile: Lachen ist ansteckend. Hier geht es um ein Lächeln, als würde mit Freude eine bekannte Person wiedergesehen werden, oder um ein Lächeln, das Verständnis für die schwierige Situation der Patientin oder des Patienten zeigt.

M = Make eye contact: Patientinnen und Patienten so sehen, wie sie wirklich sind (ohne Diagnose). In der Begegnung soll nach einem Funkeln in den Augen gesucht werden.

I = Intuition and Imagination: Suche nach Anhaltspunkten im Zimmer (Kleider, Bilder etc.), die einen Anstoss geben für Humor. Die Äusserung von Humor soll drei Kriterien berücksichtigen: Empfänglichkeit, Zeitpunkt, Inhalt.

L = Look, Listen, Leap: Den Patientinnen und Patienten zuhören, Wortspiele und Gesichtsausdrücke wahrnehmen und darauf reagieren. Es ist wichtig, keinen sarkastischen Humor anzuwenden.

E = Elephants never forget: Ereignisse, Erlebtes oder Vorgefallenes aufnehmen und gegebenenfalls mit Humor bei einer nächsten Begegnung einfließen lassen.

S = Sensitive to the situation: Veränderungen der Situation wahrnehmen und erkennen, wenn Humor nicht angebracht ist (Stunde des Todes, Angst, Dyspnoe, Anwesenheit von anderen Patientinnen und Patienten, die in einer schwierigen Situation sind, Präsenz von Familienmitgliedern, die Humor ablehnen).

Culinary in Palliative Care – eine interdisziplinäre Horizonterweiterung



Prof. Andrea Räss-Hunziker
Dozentin Bachelorstudiengang
Ernährung und Diätetik
andrea.raess@bfh.ch

Ein Dozierendenteam, zwei Hochschulen, drei Studiengänge, vier Sprachen und rund siebzig Studierende: Dies sind die Eckdaten eines spannenden didaktischen Experiments. Lassen sich zwei so gegensätzliche Welten wie das Gesundheitswesen und der Tourismus unter einen Hut bringen? Welches sind mögliche gemeinsame Nenner?

«Culinary in Palliative Care» ist ein Projekt, das Studierenden aus den Fachgebieten Tourismus und Gesundheitswesen ermöglicht, in interdisziplinärer Zusammenarbeit neues Wissen zu erwerben und im Austausch ein gemeinsames kulinarisches Erlebnis zu teilen. Die Rahmenbedingungen sind ehrgeizig. Rund siebzig Studierende der Bachelorstudiengänge Pflege, Ernährung und Diätetik und Tourismus sollen während zweier Tage an einem möglichen gemeinsamen Thema arbeiten. Die Studierenden stammen aus allen Regionen der Schweiz, somit sind verschiedene Sprachen vertreten und der Durchführungsort wird zu einer logistischen Knacknuss. Marc Schnyder von der Hochschule für Wirtschaft und Tourismus HES-SO (Haute école spécialisée de Suisse occidentale) in Siders, Fernando Carlen von der Hochschule Gesundheit in Visp HES-SO und Andrea Räss-Hunziker vom Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik) planen zusammen die gemeinsame Lehrveranstaltung, die im November 2013 erstmals durchgeführt wird. Das Verbinden von «Culinary» und «Palliative Care» – zwei aktuelle Themen aus den Fachgebieten Tourismus und Gesundheitswesen – ist ein Experiment. Die Verantwortlichen sind unsicher, ob sich auch die Studierenden auf diese Horizonterweiterung einlassen werden. Die Veranstaltungen in Visp und Bern werden in Englisch, Deutsch oder Französisch durchgeführt. Die Basis für die zwei gemeinsamen Tage bilden Einführungen in die drei beteiligten Bachelorstudiengänge und Fachreferate zu den Themen Palliative Care aus pflegerischer und ernährungsberaterischer Sicht sowie zu Culinary Tourism (siehe Kasten).

Ernährungsberatung in der palliativen Behandlung

Palliative Care bedeutet immer interdisziplinäre Zusammenarbeit und gewährleistet eine möglichst gute Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Angehörigen in der noch verbleibenden Zeit. In der Ernährungsberatung gilt es zu klären, welche Ziele in der individuellen Situation verfolgt werden. Eine sogenannte gesunde Ernährung, die den Fokus auf die Bedarfsdeckung einer gesunden Bevölkerungsgruppe legt, ist in der palliativen Situation nicht zielführend. Vielmehr geht es darum, den Ernährungsstatus zu erhalten oder wenn möglich zu optimieren. Konkrete Interventionen werden auf die Zielsetzung abgestützt (z.B. energiereiche Ernährung zur Gewichtsstabilisierung). Vorbeugend werden potenzielle schwierige Ernährungssituationen und ein möglicher Umgang damit besprochen. So kann konstantes Thematisieren und Anbieten von

Culinary Tourism (oder auch Food Tourism) bezeichnet einen neueren Trend im Tourismus, mit dem Ziel unvergesslicher und einzigartiger Ess- und Trinkenerfahrungen. Diese Erlebnisse sollen authentisch und nachhaltig sein und somit den speziellen Charakter der bereisten Region individuell und qualitativ hochstehend repräsentieren. Die Kooperation von mehreren Anbietenden garantiert ein nachhaltiges Erlebnis, d.h. mehr als nur ein gutes Essen. Dafür sind diese Gäste auch bereit, einen guten Preis zu bezahlen, und verbreiten ihre gemachten Erfahrungen über die neuen Medien und soziale Netzwerke.

Essen den «Ernährungsstress» von Kranken fördern. Wichtig ist hier, die Angehörigen in die Ernährungsberatung einzubinden.

Palliative Care und Tourismus

In Kleingruppen erarbeiten die Studierenden Möglichkeiten, wie sich Palliative Care und Tourismus vereinbaren lassen. Palliative Patientinnen und Patienten und deren Angehörige werden dabei von den Studierenden als potenzielle Tourismuszielgruppe gesehen. Beispielsweise könnte für Betroffene die Möglichkeit geschaffen werden, gemeinsam mit ihren Angehörigen Ferien zu machen. Die Zusammenarbeit von Hotels, Spitälern, Pflegeheimen und Rehakliniken wird als weitere Option diskutiert. Kranke Menschen wären in ihren Ferien medizinisch gut versorgt und die Angehörigen könnten entlastet werden und sich erholen. Essen würde den Angehörigen ein regionales Genusserlebnis ermöglichen. Betroffene profitierten von einem spezifischen Ernährungsangebot, welches z. B. durch gezielte Zutatenauswahl und angepasste Portionengrösse auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Als Voraussetzung erwähnen die Studierenden, dass die notwendige Infrastruktur in Hotels geschaffen werden müsste und dass die Kontaktpersonen über entsprechendes Wissen verfügen sollten. Ebenso müsste die Finanzierung eines solchen Angebots geklärt werden. In der abschliessenden Diskussionsrunde wird die Idee entwickelt, dass diese Fragestellung im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes bearbeitet werden könnte.

Kulinarischer Austausch

Im zweiten Teil des Austausches liegt der Fokus im Erleben von «Culinary Tourism». Die Studierenden bringen eigene Rezepte mit, welche sie mit ihrer Herkunftsregion und ihrer Geschichte verbinden. In den gemischten Gruppen wählen die Studierenden ein Rezept aus, das sie in Bezug auf das Vermarktungspotenzial mit dem Businessmodell Canvas (Osterwalder, 2008) analysieren. Zudem bestimmen sie den Nährwert und ernährungstherapeutische Adaptionmöglichkeiten für kranke Menschen. Einsatzmöglichkeiten der Speisen in der palliativen Pflege werden geprüft. In diesem Teil wird sichtbar, wie unterschiedlich die Studierenden an die Aufgaben herangehen. Verschiedene Gedankengänge, Betrachtungsweisen und Fachwissen werden ausgetauscht. In einem weiteren Schritt bereiten die Stu-



dierenden die Rezepte für die gesamte Gruppe zu. Mit viel Leidenschaft werden u.a. eine delikate Weissweinsuppe, ein rassiger Eintopf «Papet Vaudoise», deftige Rösti, Risotto und eine würzige Cholera (gedeckter Kuchen mit Kartoffeln, Zwiebeln, Käse und Apfel) gekocht. Auch einige Süssspeisen wie gebrannte Creme, Nusstorte oder die Walliser Brotspeise «Sii» entstehen in den interprofessionellen Kochgruppen. Beim gemeinsamen Mittagessen werden die leckeren Speisen gekostet und die Resultate der Gruppenarbeiten präsentiert und diskutiert. Vielfältig sind die Eindrücke dieses interdisziplinären Experiments. Besonders das gemeinsame Kochen sorgt bei den Studierenden für eine vertiefte Zusammenarbeit. Diese Erkenntnis nehmen die Dozierenden für die Planung von Culinary in Palliative Care 2014 auf.



«Sii»: Süsse Roggenbrotspeise. Roggenbrotwürfel und Rosinen werden über Nacht in Rotwein eingelegt. Die leicht ausgedrückte Masse wird mit Johannisbeer-gelee, Zucker und Butter in der Pfanne erwärmt und anschliessend mit geschlagenem Rahm lauwarm serviert. Ein Portion davon hat ca. 500 kcal.

In den Tod geboren werden



Franziska Maurer, Hebamme Leiterin Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod (FpK), Hebamme HF
fachstelle@fpk.ch

Interview

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

Als Hebamme arbeitet Franziska Maurer auf der Fachstelle Fehlgeburt und perinataler Kindstod (FpK) in Bern. Sie berät Elternpaare in Verlustsituationen und gibt ihr grosses Erfahrungswissen an Fachpersonen weiter. Sie erlebt immer wieder, wie wichtig es ist, in der kurzen Zeit zwischen Geburt und Tod Erinnerungsmomente zu schaffen. Frau Maurer, mit welchen Anliegen wenden sich Betroffene an die Fachstelle?

Für Elternpaare, deren Kind kurz vor oder nach der Geburt stirbt, gibt es zum Glück bereits viele Betreuungsangebote. Dies einerseits im stationären Bereich, d. h. nahe am akuten Geschehen, aber auch in der ambulanten Situation. Viele Elternpaare kommen aber erst über Umwege zu den Angeboten. Die Aufgabe der Fachstelle besteht darin, passende Angebote oder beratende Fachpersonen in der Nähe der Betroffenen zu vermitteln. Wir sind ein Bindeglied zwischen der stationären und der ambulanten Betreuung.

Sich einlassen ist Teil des Abschiednehmens

Das Spektrum unserer Beratungsdienste (telefonisch oder online) geht von Anliegen oder Bedürfnissen von Frauen aus, die während der Schwangerschaft erfahren, dass ihr Kind nicht mehr lebt oder nach der Geburt kaum Überlebenschancen hat, bis hin zu Anliegen von Eltern, die sich nach dem frühen Verlust ihres Kindes mit rechtlichen Fragen auseinandersetzen müssen.

Wer arbeitet an der Fachstelle?

Die Beratungen werden in der Regel von Hebammen angeboten. Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und «Familie-Sein» sind ein Kontinuum. Gerade in der Beratung in Krisensituationen ist es wichtig, diesen ganzen Betreuungsbogen zu kennen.

Die interdisziplinäre Betreuung ist von grosser Bedeutung. So vermitteln wir auch Fachpersonen aus der Seelsorge oder dem therapeutischen Bereich und haben u. a. mit Bestatterinnen und Bestattern zu tun.

Wie sieht die Hebammenarbeit für betroffene Elternpaare aus?

Das Ziel ist, die Eltern in ihren eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu unterstützen. Sie sollen die Möglichkeit bekommen, an ihren eigenen Vorstellungen anzuknüpfen. Nach dem ersten Schock befinden sich die Elternpaare oft in einer grossen Orientierungslosigkeit. Durch die Geburt des Kindes werden sie zur Familie, müssen sich nun aber ohne ihr Kind in der neuen Situation zurechtfinden. Stirbt ein Kind intrauterin, hilft zum Beispiel die Frage an die Eltern, welches ihre Vorstellungen für die Geburt waren. Es ist in diesem Moment sehr wichtig, die Eltern zurück auf die Spur des Kontinuums, in dem sie sich befinden, zu führen.

Eltern, die ihr Kind noch während der Schwangerschaft oder nach der Geburt verlieren, verbringen nur eine sehr kurze Zeit mit ihrem Neugeborenen. Diese Zeit soll so gestaltet werden, dass für die Eltern eine kostbare Erinnerung bleibt.

Unsere zentrale Aufgabe besteht darin, dem Geschehen Raum zu geben und den oft aufkommenden Aktionismus und die Hektik zu bremsen. Wir vermitteln den beteiligten Fachpersonen immer wieder, wie wichtig der Faktor Zeit ist. Alles, was die Eltern jetzt nicht machen, können sie je nach Situation nicht mehr in gleicher

Weise erleben. Geburt und Tod gehören eigentlich nicht so nahe zueinander. Wenn viel Leben zwischen Geburt und Tod stattfindet, hat man für die gemeinsame Geschichte viel länger Zeit.

Welche Hilfestellungen können Sie den Elternpaaren geben, um die kurze Zeit mit ihrem Kind zu gestalten?

Erstens braucht es die Anerkennung, dass die Eltern mit ihrem Kind ganz frisch Familie sind. Wir unterstützen das Zusammenkommen von Kind und Eltern, damit in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit eine Beziehung gestaltet werden kann. Denn einen Verlust bewältigen, wo keine Beziehung stattgefunden hat, ist sehr schwierig.

Für viele Eltern ist es wichtig, ihr Kind selber zu waschen und anzuziehen. Oft ist dies nur ein Mal möglich. Fast jede Handlung wird durch ihre Einmaligkeit zu einem Ritual. Es geht auch darum, Andenken zu schaffen. Dazu gehören Fotos, Fussabdrücke oder auch das Gestalten einer Feier.

Alle Handlungen und Erfahrungen, die Eltern auch mit nahestehenden Beteiligten machen, helfen für die Erinnerung und sind gemeinsam gelebte Zeit. Es gibt Eltern, die wünschen im Spital eine Begrüßungsfeier, bei dem ihr Kind gesegnet wird. Später verabschieden sie es mit den Angehörigen auf dem Friedhof. Das Kind wird in eine Familie geboren. Auch dem Umfeld muss man die Chance geben, dazuzukommen. Sonst ist es für sie schwierig zu verstehen, was in dieser Familie passiert ist.

Auch in der Geburtshilfe ist Sterben eine Realität.

Ich arbeite seit 15 Jahren in dieser Thematik. Mir ist noch niemand begegnet, der sagt, er bereue, etwas gemacht zu haben. Aber wir haben praktisch jede Woche Kontakt mit Betroffenen, die sagen, dass sie das bereuen, was sie nicht gemacht haben. Vielleicht weil ihnen Informationen fehlten, weil es zu schnell ging, weil es niemandem in den Sinn kam.

Welche Gestaltungsmöglichkeiten hat eine Hebamme in einer palliativen Situation?

Wird durch pränatale Diagnostik festgestellt, dass das Ungeborene krank ist und ausserhalb des Mutterleibs keine oder nur eine kurze Überlebenschance hat, bedeutet dies eine palliative Situation. Palliativ im ursprünglichen Sinn: Gestaltung des Lebensendes ohne kurative Massnahmen. Die restliche Lebenszeit des Kindes ist sehr kurz. Die Eltern haben aber im Gegensatz zu einer Totgeburt die Möglichkeit, sich vorzubereiten. Oft haben Betroffene nach der Diagnose den Wunsch, alles

schnell hinter sich zu bringen und die Geburt möglichst bald einzuleiten. Mit der Geburt ist jedoch nicht «alles» vorbei – das Schicksal bleibt. In unseren Beratungen wird immer deutlicher, dass der weitere Prozess erschwert wird, wenn Eltern in dieser ersten Schockphase Entscheidungen treffen. Wer mitten in dieser schweren Situation steht, hat oft nicht den Blick für das Kontinuum, zu dem auch «Familie-Sein» gehört. Deshalb braucht es von aussen die Unterstützung, um Entscheidungs- und Handlungsprozesse zu entschleunigen.

Elternpaare, die wissen, dass ihr Kind sterben wird, brauchen viel Mut und Unterstützung, um sich auf das kurze Leben ihres Kindes einzulassen. Manchmal denken Eltern, dass eine Situation weniger schmerzt, wenn sie sich weniger darauf einlassen. Eltern verpassen ganz viel, wenn sie sich nicht getrauen, das Herz zu öffnen und sich auf ihr Kind einzulassen. Sich einlassen ist ein Teil des Abschiednehmens.

Suchen die Betroffenen auch nach dem akuten Geschehen Unterstützung?

Viele Eltern melden sich, wenn Jahrestage bevorstehen. Die von Verlustsituationen betroffenen Familien sind damit konfrontiert, dass der Todestag ihres Kindes oft auch dessen Geburtstag ist. So stellt sich für sie die Frage, wie sie diese Erinnerungsmomente auch mit ihrem Umfeld begehen möchten. Es ist für uns zentral, die Eltern so zu begleiten, dass sie ihre Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf den Umgang mit Erinnerungen äussern können.

Als Fachstelle können wir hier Erfahrungen weitergeben und vermitteln, was andere Familien in einer ähnlichen Situation geholfen hat. Wir ermutigen die Eltern, Familientraditionen für ihr Kind zu entwickeln. Denn es ist ein Kind, das auf besondere Weise zur Familie gehört.



Wie können Sie persönlich mit den belastenden Situationen umgehen?

Die Arbeit, die wir hier machen, berührt uns alle immer wieder. Ich sehe in meinen Aufgaben vor allem die Sinnhaftigkeit. Durch die Beratungen leisten wir einen Beitrag, damit Elternpaare wieder Orientierung und einen weiteren Weg finden. Diese Perspektive gibt mir auch Entspannung für die anspruchsvolle Arbeit.

Und wenn die Eltern die «Warum-Frage» stellen?

Dies sind die grossen Fragen! Ich muss darauf keine Antwort wissen. Es gibt nur ganz persönliche Antworten. Da wir nicht nur mit Eltern Kontakt haben, die ganz frisch betroffen sind, sondern auch mit solchen, bei denen der Tod ihres Kindes schon länger zurückliegt, sehen wir, wie das Leben weitergehen kann. Im besten Fall kommen auch die Schuldfrage und die Suche nach Fehlern zur Ruhe. Wir muten den Eltern zu, dass sie mit ihrem Schicksal einen Weg finden. Selbst ohne klare Antwort auf die «Warum-Frage» kann es gelingen, das Familienschicksal zu akzeptieren. Immer wieder dürfen wir erleben, dass Betroffene sich nach einer gewissen Zeit dafür einsetzen, andere Eltern zu unterstützen. Dies kann durch ein Engagement in der Vereinsarbeit der Fachstelle sein oder auch durch mutmachende Medienbeiträge.

Welches sind weitere Aufgabenbereiche der Fachstelle?

Neben der Beratung von betroffenen Elternpaaren sind wir in der Schulung von Fachpersonen, der Öffentlichkeitsarbeit und auch als Partner in Forschungsprojekten engagiert. Hier geht es beispielsweise darum, zu erforschen, welche Angebote für Eltern in Verlustsituationen bestehen und wie die unterstützenden Massnahmen wirken. Als unabhängige und schweizweit vernetzte Organisation haben wir zu diesen Fragen viel Wissen.

Es geht darum, Andenken zu schaffen.

In der Öffentlichkeitsarbeit ist es uns ein grosses Anliegen, die Zahlen und Fakten zu prä- und perinatalem Kindstod zu benennen. Dazu benutzen wir eine klare Sprache, die sich nicht hinter medizinischen Abkürzungen verstecken soll. Wir geben den Tendenzen, dass in unserer hochentwickelten Gesellschaft medizinisch fast alles möglich ist, ein Gegengewicht. Auch in der Geburtshilfe ist Sterben eine Realität. Wir streben ein grösseres Verständnis für die Betroffenen an und wünschen uns, dass ein sorgfältiger Umgang mit dem frühen Tod von Kindern stattfinden kann.

mittendrin

zvg. Madeleine Schoder / Zürcher Unterländer



Kerstin Birkeland Ackermann, Heldin des Alltags 2013, Gründerin von Herzensbilder.ch, birkeland-ackermann@bluewin.ch

Ich sass hinten im Auto und hielt die Hand unseres Jungen. Eben hatten die MRI-Bilder gezeigt, dass der Tumor wieder da war. «Ab heute ist Till ein Engel», sagte mein Mann zu mir. Heimzufahren mit unserem Engel, dessen Flügel nun wachsen werden, bis er irgendwann losfliegen wird zu den Sternen, wie wir das Sterben nennen: Was für eine unendlich schwierige Aufgabe, die vor uns lag.

Wie all die Jahre zuvor im Kampf gegen den Krebs sollte auch jetzt unser Bauchgefühl unser Kompass bleiben. Darauf zu hören und alles zu geben, um ihm Raum und Gehör zu verschaffen, das war unser Weg. Zu wichtig war sie, diese Zeit. Sie sollte so liebevoll, so friedlich, so gut und so sanft wie möglich sein. Sie sollte so stimmig wie möglich sein, für uns beide Grosse und für unsere beiden Kleinen.

Das hiess, nun daheim anzukommen und danach so viele Stunden im Bett wachzuliegen, um einfach zu denken. Und dann zu handeln und das hiess reden, reden, reden.

Mit den Ärzten alles schon jetzt zu besprechen, jetzt, wo es Till noch gut ging, weil jetzt noch die Ruhe dafür da war. Alles abgemacht zu haben, für das Wie und Was und Wo, das kommen wird. All unsere Wünsche bei ihnen schon platziert zu haben und zu wissen, dass sie uns stützen werden.

Sämtliche Schmerzmittel schon daheim in der Schublade zu haben, um nie zuerst ein stärkeres besorgen zu müssen, wenn Till schon Schmerzen hat. Alles musste griffbereit daheim sein.

Dem Umfeld eine «Anleitung» in die Hand zu geben, bezüglich dessen, was wir brauchen und wie man helfen kann. Und zu merken, dass sie dankbar waren, für ganz konkrete Worte und Wünsche.

Zu spüren, dass wir eine eigene Pfarrerin suchen wollten und die Kirche im Dorf zu klein ist und wir so auch eine andere Kirche brauchen. Dass wir Till aber doch hier im Dorf auf dem Friedhof haben möchten. Und dann zu erleben, wie alles machbar war.

So vieles galt es, aufzugleisen und zu realisieren. So vieles war anders, als «man» es macht in einem solchen Fall. Doch alles, was uns wichtig war, wurde möglich.

Es hat 1001 Gespräche im Voraus gebraucht, es hat so viel Erklärungen gebraucht, warum es für unsere Familie so sein muss. Aber dann reichten uns Ämter, Ärzte, Pflegende und Behörden die Hand und plötzlich wurde machbar, was zuerst nicht machbar schien. Und das war unser Märchen in diesem Leben zwischen Himmel und Erde. Tills letztes Wegstück durfte so sein, wie es für ihn und uns gut war. Es lief nicht einfach irgendwie ab. Es blieb unser Wegstück und wir blieben die Kapitäne. Wie gut tut es jetzt, im Leben ohne unseren Jungen, dies so fest mitnehmen zu dürfen. Seid mutig, ihr alle, die einen Engel begleiten müsst. Hört auf euer Bauchgefühl und gestaltet diese so kostbare, so wichtige Zeit so, wie es für eure Herzen am besten ist, und kämpft dafür ...

Sterben mit Demenz – wo bleibt die palliative Kultur?

Palliative Care integriert physische, psychosoziale und spirituelle Aspekte in die Versorgung von Menschen mit unheilbaren, lebensbegrenzenden und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Dennoch findet dieser Betreuungsansatz in der Begleitung von Menschen mit Demenz bislang kaum Anwendung. Die «Nationale Strategie Palliative Care» will diese Lücke in der Schweiz schliessen.



Claudia Mischke
Dozentin Master of Science in Pflege
claudia.mischke@bfh.ch



Esther Berkemer
Graduiertenkolleg Demenz, Netzwerk Altersforschung,
Universität Heidelberg, berkemer@nar.uni-heidelberg.de

2012 lebten in der Schweiz etwa 113 000 Menschen, die an Alzheimer-Demenz oder einer anderen Form von Demenz erkrankt waren. Die Schweizerische Alzheimergesellschaft (2013) rechnet zudem mit ca. 24 000 Demenz-Neudiagnosen pro Jahr. Ursächlich für demenzielle Erkrankungen sind Krankheitsprozesse im Gehirn, die durch eine Zunahme von kognitiven Einbussen gekennzeichnet sind. Häufig kommen nichtkognitive Symptome, wie Depression, Wahn, Angst, Apathie, motorische Unruhe, Aggressivität sowie Störungen des Sozialverhaltens und Persönlichkeitsveränderungen, hinzu. Die Demenz gilt inzwischen als lebenslimitierende Erkrankung. Allerdings sterben viele Betroffene nicht an der Demenz selbst, sondern an den Folgen einer anderen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses. Eine palliative Versorgung der letzten Lebensphase ist daher nicht nur auf das Endstadium der Demenzerkrankung begrenzt, sie kann zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs der Demenz notwendig werden. An die begleitenden Gesundheitsfachpersonen stellt dies hohe Anforderungen, da sie – je nach Kontext – in der palliativen Pflege dieser Personengruppe wenig bis keine Erfahrung haben, aber dennoch die Symptome und Phänomene der Demenzerkrankung mitberücksichtigen müssen.

Diese Problematik rückt zunehmend in das öffentliche Bewusstsein der Gesundheitsversorgung. Die «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015» hebt u. a. eine Verbesserung der bedürfnisgerechten,

palliativen Begleitung von Menschen mit einer Demenzerkrankung hervor und unterstreicht damit die Notwendigkeit, sich mit den spezifischen Anforderungen für diese Personengruppe in der letzten Lebensphase auseinanderzusetzen (BAG & GDK, 2012).

Palliative Care und Demenz – die Herausforderungen

Was zeichnet eine demenzspezifische palliative Pflege aus? Kann der ursprünglich aus der terminalen Versorgung von Krebskranken entwickelte Ansatz Palliative Care problemlos auf die letzte Lebensphase von Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen, zu denen auch das demenzielle Syndrom gehört, übertragen werden? Diese Frage ist insbesondere deswegen relevant, weil die Krankheitsverläufe von Krebs- und Demenzerkrankungen nicht vergleichbar scheinen. Während krebskranke Personen vor allem in den letzten Lebenswochen und -monaten Einschränkungen in ihrer physischen und psychischen Gesundheit erleben und diese Verläufe häufig sehr gut erforscht sind, werden Menschen mit Demenz bereits früh mit den typischen Symptomen der Erkrankung konfrontiert und erleben Gedächtnis- und Gesundheitseinschränkungen in vielen Bereichen. Die terminale Phase von demenzkranken Personen ist noch wenig beleuchtet. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass die Versorgungssituation bislang eher durch nichtpalliative und für die Betroffenen belastende Massnahmen gekenn-

zeichnet ist (Sampson, Ritchie, Lai, Raven, & Blanchard, 2005). Um diesen Missstand zu ändern, hat die Europäische Palliativgesellschaft (European Association for Palliative Care – EAPC) kürzlich eine Definition und einen Bezugsrahmen zur optimalen palliativen Pflege von älteren Menschen mit Demenz erarbeitet. Der Bezugsrahmen umfasst 57 Empfehlungen, die 11 verschiedenen Bereichen zugeordnet werden:

11 Bereiche nach dem Bezugsrahmen der EAPC

- Zugang zur demenzspezifischen palliativen Pflege
- Personenzentrierte Versorgung, Kommunikation und Entscheidungsfindung
- Setting-bezogene Ziele und vorausschauende Planung
- Kontinuität in der Pflege/Betreuung
- Prognose und frühzeitiges Erkennen des Sterbeprozesses
- Vermeidung übermässig aggressiver und belastender Behandlungen
- Optimales Symptommanagement und Wohlbefinden
- Psychosoziale und spirituelle Unterstützung
- Familienorientierte Pflege
- Schulung und Qualifizierung des Gesundheitsfachpersonals Gesellschaftliche und ethische Belange

(van der Steen et al., 2014)

Die Arbeit der EAPC kann im Praxisalltag helfen, ein Bewusstsein für die Notwendigkeit eines demenzspezifischen Palliative-Care-Ansatzes zu entwickeln bzw. zu implementieren. Defizitäres demenzspezifisches Fachwissen, Schwächen in der Kommunikation sowohl innerhalb des interdisziplinären Teams wie auch mit Angehörigen oder inkonsistente Entscheidungen im Alltag führen häufig zu Unsicherheiten. Unklarheit besteht auch bezüglich des Zeitpunkts, ab dem Personen mit Demenz eine palliativ ausgerichtete Pflege erhalten sollen (Phillips, West, Davidson, & Agar, 2013).

Der Übergang von «normaler» zu palliativer Pflege

Durch die Symptome ihrer Demenzerkrankung erleben die Betroffenen mit Zunahme des Erkrankungsgrades starke Einschränkungen in ihren kommunikativen Fähigkeiten bis hin zum Unvermögen, sich sprachlich mitzuteilen. Alltägliche Bedarfe und Wünsche sowie gesundheitliche Leiden, beispielsweise Schmerzen oder Unbehaglichkeit, können nicht mehr verbal kommuniziert werden. Betreuende Personen, Bezugspersonen und Gesundheitsfachpersonen müssen daher lernen, nonverbale und emotionale Signale wahrzunehmen, und eine Sensibilität für deren Bedeutung entwickeln. So können leibliche Ausdrucksformen wie Unruhe oder auffällige Verhaltensweisen Anzeichen für Schmerzen



oder Unwohlsein sein. Das Erkennen solcher Hinweise ist für die Einschätzung der palliativen Bedarfe bedeutsam und bildet gleichzeitig die Grundlage für die Auswahl geeigneter Pflege- und Behandlungsinterventionen. Auch andere physische Indizien, wie Gewichtsverlust, veränderte Atmung, Schluckbeschwerden oder Nahrungsverweigerung können mögliche Anhaltspunkte sein. Ebenso gelten soziale Anzeichen wie vermehrte Rückzugstendenzen oder zunehmende Agitation als wichtige nonverbale Hinweise.

Eindeutige Indikatoren für die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz fehlen aber nach wie vor. Auch wenn es Hinweise gibt, dass es im letzten Lebensmonat zu einem deutlichen Anstieg von demenzspezifischen Symptomen kommt (Powers & Watson, 2008), existieren bislang noch keine Instrumente oder Hilfsmittel zur Erfassung solcher Anzeichen. Die Einschätzungen durch Gesundheitsfachpersonen erfolgen daher in der Regel wenig systematisch und bewusst. Deutungs- und Entscheidungsprozesse im Hinblick auf eine palliative Orientierung werden dabei durch verschiedene per-



sonen- und kontextbezogene Faktoren beeinflusst. Empathie, Wahrnehmungskompetenz, Einstellung, Engagement, Erfahrung und Expertise der Gesundheitsfachpersonen spielen hier ebenso eine Rolle wie das jeweilige Betreuungskonzept der Einrichtung. Auch die Interaktionen zwischen der an Demenz erkrankten Person und ihren Bezugspersonen sowie innerhalb des Betreuungsteams beeinflussen die Interpretation der Anzeichen einer palliativen Phase. In einem – von der Robert Bosch Stiftung geförderten – Promotionsvorhaben untersucht Esther Berkemer die Erfassung von Bedarfen und Bedürfnissen bei kognitiv beeinträchtigten Personen in ihrer letzten Lebensphase, in dem sie die palliative Versorgungspraxis aus Sicht des ärztlichen und pflegerischen Fachpersonal in Einrichtungen der Langzeitpflege in den Vordergrund stellt. Die Ergebnisse sollen neue Erkenntnisse zum frühzeitigen Identifizieren und Interpretieren von nonverbalen und emotionalen Signalen liefern und helfen, die palliative Kultur in der Begleitung von Menschen mit Demenz zu stärken. Empfehlungen der EAPC können dank dieser Grundlagen konkretisiert werden.

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.). (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: Hrsg.
- Phillips, J. L., West, P. A., Davidson, P. M., & Agar, M. (2013). Does case conferencing for people with advanced dementia living in nursing homes improve care outcomes: Evidence from an integrative review? *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1122–1135.
- Powers, B. A., & Watson, N. M. (2008). Meaning and practice of palliative care for nursing home residents with dementia at end-of-life. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(4), 319–325.
- Sampson, E. L., Ritchie, C. W., Lai, R., Raven, P. W., & Blanchard, M. R. (2005). A systematic review of the scientific evidence for the efficacy of a palliative care approach in advanced dementia. *International Psychogeriatrics*, 17(1), 31–40.
- van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., ... European Association for Palliative Care. (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 28(3), 197–209.

Ist Physiotherapie in der Palliative Care ein Widerspruch?

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sind in erster Linie Spezialistinnen und Spezialisten in der Rehabilitation. Bei physiotherapeutischen Interventionen in der Palliative Care liegt der Schwerpunkt im Erhalt der Lebensqualität und der Wahrung der Autonomie der Patientinnen und Patienten. Dabei wird die Aussage von Cicely Saunders (Gründerin des St. Christopher's Hospice in London) umgesetzt: «Es geht darum, den Tagen Leben und nicht dem Leben Tage hinzuzufügen.»

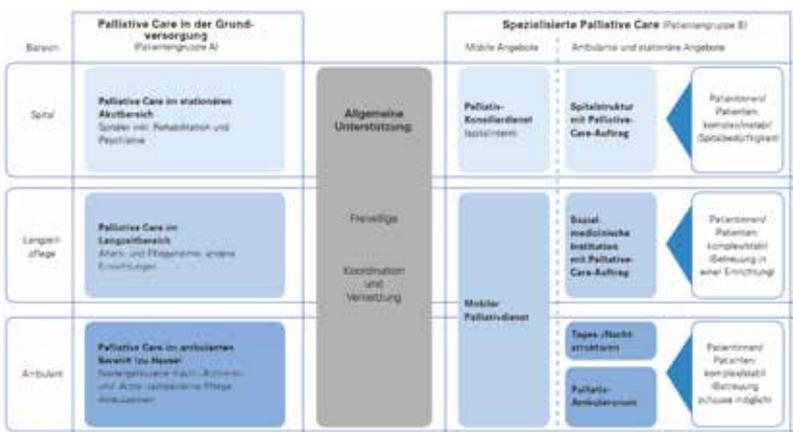


Martin Ruppen, Physiotherapeut FH am Institut für Physiotherapie des Inselspitals Bern (Schwerpunkt Respiratory), Mitglied bei Palliative.ch, martin.ruppen@insel.ch



Beatrice Bruderer, Physiotherapeutin am Institut für Physiotherapie des Inselspitals Bern (Schwerpunkt Respiratory), Mitglied bei Palliative.ch, beatrice.bruderer@insel.ch

In der Schweiz werden mehr als 80 Prozent der Menschen, die Palliative Care in Anspruch nehmen, im Rahmen der Grundversorgung behandelt.



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. In diesem Sinne erleben Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten häufig Situationen, in denen die Patientin oder der Patient nicht in

der Sterbephase ist, die physiotherapeutische Behandlung aber doch einen mehrheitlich palliativen Charakter hat. Auch in der Rehabilitation – einem Teilbereich der Grundversorgung – werden nicht nur kurative Ziele verfolgt. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten müssen früh ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass chronische Krankheiten unterschiedliche und oft nicht lineare Verläufe zeigen. Deshalb muss sich die behandelnde Person immer wieder fragen, ob der Fokus der Behandlung im palliativen oder im kurativen Bereich liegt. Ein COPD-Patient (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) in einer pulmonalen Rehabilitation, der immer wieder mit Atemnot zu ringen und bei einer Exazerbation oft mit einer erhöhten Sekretproduktion zu kämpfen hat, eine Patientin mit multipler Sklerose oder ein Patient mit Tetraplegie in einer Rehabilitationsklinik verfolgen nicht immer primär kurative Ziele. Und doch hat die Physiotherapie hier einen wichtigen Auftrag. Oft geht es darum, die Selbstständigkeit zu erhalten oder Strategien im Umgang mit der chronischen Krankheit zu finden. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten begegnen auch bei Domizilbehandlung Patientinnen und Patienten, deren Lebensqualität dank der Behandlung positiv beeinflusst werden kann, obwohl die Gesamtsituation eher als palliativ gilt. In jeder Behandlung werden



die Ziele überprüft und falls nötig wegen des sich oft verändernden Zustandes und der unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten neu angepasst. Das Bewusstsein für die Bedeutung des palliativen Bereichs innerhalb der Physiotherapie liefert nicht zuletzt Argumente, um die therapeutischen Interventionen gegenüber den Kostenträgern zu begründen. Palliative Care betrifft also alle Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten: im Akut- oder Rehabilitationsbereich und in der freien Praxis.

Je nach Stadium einer fortschreitenden Erkrankung werden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nicht mehr in den Behandlungsplan einbezogen. Der Grund dafür kann in fehlenden Kenntnissen der Zuweisenden über die physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten liegen, oft aber auch bei Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten selbst, welche die physiotherapeutische Behandlung in der Palliative Care als Luxus, Ablenkung und «nice to have» beschreiben. Das Fehlen der Physiotherapie in solchen Situationen ist zu bedauern, denn auch bei fortschreitenden Krankheiten kann die Physiotherapie viel bewirken, damit Patientinnen und Patienten einen Teil ihrer Autonomie erhalten oder wieder gewinnen.

20 Prozent der Patientinnen und Patienten, welche komplexere und zum Teil instabile Krankheitsbilder aufweisen, benötigen Spezialistinnen und Spezialisten der Palliative Care (siehe Grafik):

In einer spezialisierten Einrichtung für Palliative

Care, wie z. B. im Universitären Zentrum für Palliative Care der Insel (PZI), gehören physiotherapeutische Einsatzmöglichkeiten in den Behandlungsplan. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten werden als wichtiges Glied im behandelnden interdisziplinären Team wahrgenommen.

Kompetenzen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Palliativbetreuung

In der Palliative Care begegnen die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten den Menschen ganzheitlich. Neben der physischen spielen die psychische, soziale und spirituelle Ebene in der Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten eine grosse Rolle. Für diese Bereiche müssen die behandelnden Fachpersonen offen und aufmerksam sein. Es braucht Fachwissen über die Pathophysiologie fortgeschrittener, lebensverkürzender Krankheiten und deren Therapiemöglichkeiten. Verschiedene therapeutische Fähigkeiten und klinische Erfahrungen sind eine Voraussetzung, um auf die oft sehr komplexen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

Der wohl wichtigste Aspekt im Palliative-Care-Bereich ist die kommunikative Ebene. Die Fachpersonen sind herausgefordert, Verständnis für die schwierige Situation zu zeigen, aktiv zuzuhören, empathisch zu sein sowie Authentizität und Respekt gegenüber den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen aufzubringen.

Um einerseits Patientinnen und Patienten ausreichend unterstützen zu können und andererseits im Beruf belastbar zu bleiben, muss die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut mit der Kunst der emotionalen Distanz gut vertraut sein. Mitfühlen, aber nicht Mitleiden!

Als vertraute, möglichst konstante Bezugsperson sollte sie oder er Krisen wahrnehmen und mit Sinnfragen umgehen können. Zudem ist es sehr wichtig, sich auch im interdisziplinären Team einzubringen und Rückmeldungen zu geben und entgegenzunehmen.

Das übergeordnete Behandlungsziel ist, der Patientin oder dem Patienten zu ermöglichen, die zur Verfügung stehende Lebenszeit möglichst schmerzlos und selbstständig zu verbringen und somit eine bestmögliche Lebensqualität zu erreichen.

Kurative oder palliative Behandlung

Kurativ und palliativ sind nicht einfach klar abgrenzbar und in weiss oder schwarz einzuteilen. Die Übergänge von kurativ zu palliativ können je nach Krankheitsbild sehr unterschiedlich verlaufen. Wichtig ist, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erkennen, in welcher Phase sich die Patientin oder der Patient gerade befindet.

Erkrankungen wie z. B. Krebs, Organinsuffizienz, Demenz und Gebrechlichkeit haben ihre typischen Krankheitsverläufe. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten müssen diese Verläufe kennen, um

sich für den optimalen therapeutischen Ansatz zu entscheiden. Gleichzeitig muss mit der Patientin oder dem Patienten immer wieder neu herausgefunden werden, was in der aktuellen Behandlung wichtig ist. Die Anliegen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sind der Ausgangspunkt des physiotherapeutischen Behandlungsansatzes. Je nach Situation geht die Behandlung in Richtung Prävention, Linderung der Beschwerden, Rehabilitation, Beratung und/oder Edukation, mit dem Ziel von grösserer Selbständigkeit und Selbstbefähigung. Eine Regelmässigkeit der physiotherapeutischen Behandlung ist sinnvoll. So wird sichergestellt, dass das bestmögliche Funktionsniveau erhalten bleibt und die relevanten Symptome unter Kontrolle sind. Bei fortgeschrittenen Erkrankungen können viele Beschwerden durch gezielte physiotherapeutische Interventionen gelindert werden.

Assessment in der Palliative Care

Ein multidimensionales Assessment wird entweder gemäss den Dimensionen «physisch, psychisch, sozial, spirituell» oder mit Hilfe des **SENS**-Modells erstellt. Letzteres ist ein Modell, dessen Fokus auf Problemen und weniger auf Diagnosen liegt. Abgeleitet von der WHO-Definition für Palliative Care, wurde es von Dr. Steffen Eychmüller für den klinischen Alltag entwickelt.¹

SENS bedeutet die Erfassung von **Symptomen**, **Unterstützung** in der Entscheidungsfindung, **Aufbau** eines stabilen **Netzwerks** und **Support** der Angehörigen. Mit der konkreten Benennung dieser Faktoren können die Fachpersonen auch in komplexen Situationen den Überblick bewahren oder wieder herstellen.

Kennzeichen des Assessments in der Palliative Care ist eine Fokussierung auf konkrete Ängste und Sorgen, aber auch auf die Erfassung und den Einbezug der Ressourcen und Vorlieben der Patientin oder des Patienten und weniger auf die medizinische Diagnose. Dadurch wird eine interprofessionelle Grundlage für die Planung des weiteren Vorgehens von Fachpersonen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen geschaffen. Das Assessment soll aufzeigen, wer welche Aufgaben übernimmt und wie die Unterstützung konkret aussieht.

Dem Tag mehr Leben geben

Das Behandlungsgebiet in der Palliative Care ist für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sehr bereichernd und lebendig. Sie sind herausgefordert, sich in der dem Patienten und der Patientin verbleibenden Zeit immer wieder neu auf die sich oft schnell veränderte Situation einzustellen und vorausdenkend zu planen. Immer stehen dabei die Patientinnen und Patienten und ihre Lebensqualität im Vordergrund. Im Bewusstsein der Endlichkeit des Lebens gewinnt diese Arbeit an Intensität und ermöglicht viele tiefgehende Begegnungen.

Weiterführende Informationen zur Palliativstation SWAN C und zum Universitären Zentrum für Palliative Care des Inselspitals

Die Bettenstation für spezialisierte Palliative Care (SWAN Haus, Stock C) am Universitätsspital ist eine sogenannte bio-psycho-soziale-spirituelle Station für chronisch oder lebensbedrohlich erkrankte Menschen mit komplexen und instabilen Problemen.

Die pflegerische und ärztliche Betreuung auf der Palliativstation wird ergänzt durch Dienste der Physiotherapie, Sozialberatung, Psychoonkologie, Seelsorge, Ernährungsberatung, Musiktherapie und Freiwilligenarbeit. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer stellen einen «Link» zwischen Fachpersonen und Laien her und tragen letztendlich zur Wärme und Menschlichkeit auf der Station, aber auch im Universitären Zentrum für Palliative Care am Inselspital (PZI-PalliativZentrumInsel) bei.

Weitere Angebote des Palliativzentrums sind Beratungen durch das ACP-Team (Advance Care Planning), sowie ambulante Sprechstunden. Die Angebote sind möglichst nahe an den Wünschen und Prioritäten der Patienten und deren Angehörigen orientiert.

www.palliativzentrum.insel.ch
palliativzentrum@insel.ch

¹ Eychmüller, S. (2012). SENS macht Sinn – Der Weg zu einer neuen Assessment-Struktur in der Palliative Care. *Therapeutische Umschau*, 69(2), 87–90

Umsorgt leben und sterben

Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen

Mit der Nationalen Strategie Palliative Care wird Palliative Care in der Grundversorgung verankert. Zu den Grundversorgern gehören auch die Alterspflegeheime. Im Rahmen ihrer MAS-Abschlussarbeit (Master of Advanced Studies in Gerontologie) am Institut Alter der Berner Fachhochschule untersuchte Claudia Roche die Praxis der Palliative Care in den 38 Heimen des Kantons Basel-Stadt. Die Ergebnisse dürften in vielen anderen Kantonen ähnlich aussehen.



Claudia Roche, Geschäftsführerin
Verband gemeinnütziger Basler
Alterspflegeheime (VAP), Absolventin
Master of Advanced Studies
in Gerontologie 2011–2013
claudia.roche@vap-bs.ch



Elsmarie Stricker, Studienleiterin
und Dozentin, Institut Alter
Berner Fachhochschule
elsmarie.stricker@bfh.ch

Palliative Care gilt nach heutigem Verständnis nicht mehr nur Tumorkranken, sondern allen Menschen mit unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankungen. Davon sind viele hochaltrige Menschen betroffen, nicht zuletzt auch Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Gemäss der nationalen Strategie wird Palliative Care ein fester Bestandteil der Versorgung in allen Schweizer Spitälern, Hausarztpraxen, Heimen und der Spitex. Das Know-how der Gesundheitsfachleute soll durch (Weiter-)Bildung verstärkt und das Versorgungsnetz engmaschiger geknüpft werden. Qualitätskriterien sind definiert und gleichzeitig starten Forschungsprojekte. Betroffene in der Schweiz sollen wissen, wo es Palliative Care gibt. Und nicht zuletzt ist auch die Finanzierung der zusätzlichen Leistungen zu klären. Wie viel verstehen die Fachpersonen in Alterspflegeheimen heute schon von diesem Gebiet?

Gertrud W.¹ wohnt im Alterspflegeheim Münsterblick in einem hellen Zimmer mit schöner Aussicht auf das bunte Münsterdach. Das Gehen fällt ihr sehr schwer. Mit ihrer Familie hat Frau W. keinen Kontakt

mehr, nachdem die Kinder das von ihr angesparte Geld veruntreut haben. Eine Beiständin kümmert sich um ihre Angelegenheiten. «Ihre Wohngruppe ist ein bisschen Familienersatz und bietet Sicherheit», erzählt die Pflegedienstleiterin. «Frau W. kam mit sehr schmerzhaften, tiefen Wunden an beiden Fersen und anderen ernsthaften Erkrankungen zu uns.» Das Lindern von Schmerzen, Unruhe und Angst steht im Vordergrund. Die Verbandswechsel vom Hausarzt sind nur unter Morphiumgaben möglich.

Die hochbetagte Dame entscheidet sich nach mehreren Gesprächen mit Arzt und Pflgeteam gegen eine operative Wundbehandlung. Frau W. will eine wirksame Schmerztherapie, sie möchte lieber schmerzfrei und etwas schläfrig sein als so schlimm leiden. Sie sagt, dass sie den Tod nicht fürchtet. Ihre Pfarrerin kommt manchmal vorbei und auch alternative Massnahmen wie Massagen tun ihr gut.

Dieses Beispiel ist eine von vielen möglichen palliativen Situationen. Mit Palliative Care hat das Alterspflegeheim Münsterblick schon einige Erfahrung und steht Frau W. mit viel Unterstützung zur Seite.

¹ Namen geändert



Das Team beachtet neben der medizinischen Problematik von Frau W. auch ihre persönlichen Themen wie Armut, Sterben und Tod. Und natürlich haben Humor und fröhliche Ablenkung im Alltag ebenfalls ihren Platz.

Palliative Care bedingt, dass Krankheit, Sterben und Tod als zum Leben gehörend angenommen werden. Sich damit auseinanderzusetzen, ist eine der zentralen Lebensaufgaben, nicht nur für die Menschen in den späten Lebensphasen, sondern auch für alle Betreuenden.

Standortbestimmung in den Basler Heimen

Eine Erhebung des aktuellen Standes, wie die Gesamtheit der Basler Alterspflegeheime sich mit Palliative Care auseinandersetzt, war Ziel der Untersuchung. Die Befragungen führte Claudia Roche 2013 im Rahmen der MAS-Abschlussarbeit Gerontologie durch. Die Ergebnisse der Untersuchungen belegen, dass die Grundlagen in den Basler Alterspflegeheimen insgesamt solide sind und viele palliativspezifische Qualitätskriterien bereits erfüllt werden.

So sind beispielsweise zwei der vier Grundelemente der Palliative Care, Selbstbestimmung und

Sicherheit (siehe Kasten), schon gut verankert. Sie gehören zum Selbstverständnis der Pflegeteams, denn die heutige ganzheitliche Pflege ist der palliativen Versorgung bereits recht nah. Die befragten Heime verfügen über sehr viel Erfahrung in der Sterbegleitung. Auch das Grundelement «Support der

Sich mit Krankheit, Sterben und Tod auseinanderzusetzen, ist eine der zentralen Aufgaben der Betreuenden.

Angehörigen» wird berücksichtigt: Angehörige beteiligen sich nach ihren Möglichkeiten am Alltag des Heims und werden während des Sterbeprozesses der Bewohnerinnen und Bewohner begleitet.

Umsorgt leben

Palliative Care mit ihrer konsequent patienten- bzw. bewohnerorientierten Grundhaltung setzt nicht erst im Sterbeprozess ein, sondern bedeutet bei sehr kranken, hochaltrigen Menschen auch umsorgtes

Leben. Dies bedingt einen differenzierten, ganzheitlichen Blick auf die Lebenssituationen und Anliegen sowohl von Betroffenen als auch von nahestehenden Bezugspersonen. Bis zum letzten Tag gut umsorgt zu leben, bedeutet, dass der Mensch in seiner ihm innewohnenden Würde ernst genommen wird.

Palliative Care verlangt ein wertschätzendes, konstruktives und möglichst unbürokratisches Miteinander verschiedenster Berufsgruppen, die in irgendeiner Weise mit Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen zu tun haben.

Gute Ansätze und einige Lücken

Palliative Care ist im Vergleich zu ganzheitlicher Pflege noch differenzierter im Ansatz; entsprechend gilt es noch einige Lücken zu füllen. Obwohl in diversen Weiterbildungen schon heute palliative Elemente integriert sind, brauchen noch deutlich mehr Mitarbeitende spezifische Kenntnisse in Palliative Care. Bezüglich der Symptombehandlung ist zu prüfen, ob

die verwendeten Pflegestandards mit Richtlinien von Palliative Care übereinstimmen. Auch empfiehlt sich die gemeinsame Weiterentwicklung von Behandlungsplänen durch Hausärzteschaft und Pflegende, denn interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet die

Palliative Care setzt nicht erst beim Sterbeprozess ein. Sie bedeutet umsorgtes Leben.

Basis von Palliative Care. Notwendige Schritte werden mit dem gesamten Team besprochen, mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin, wenn möglich mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen. Auf Wunsch kann auch eine Seelsorgerin oder ein Seelsorger einbezogen werden.

Spiritualität ist ein wichtiges Element von Palliative Care. Auch wenn Gottesdienste und Seelsorge in den Heimen stattfinden, ist die persönliche Begleitung durch das Team in diesem Aspekt noch wenig ausgeprägt. Bisher hing diese mehr von der Neigung der Mitarbeitenden ab. Hier steht eine Öffnung für das Thema an. Das Team sollte die Möglichkeit bekommen, sich noch bewusster mit spirituellen Fragen, Sterben und Tod auseinanderzusetzen.

Auf gutem Weg

Die Erkenntnisse aus der Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen: In Alterspflegeheimen gibt es bereits viele Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner in einer palliativen Situation. Die konzeptionelle Arbeit hierzu ist jedoch in der Mehrheit der Heime noch zu leisten.

Der differenzierte Ansatz von Palliative Care entspricht den ethischen Vorstellungen der Pflegenden und Betreuenden und beinhaltet einen hohen Leistungsanspruch. Die Fachpersonen in Alters- und Pflegeheimen sind heutzutage sehr ausgelastet. So stellt sich die Frage, inwieweit sich Palliative Care mit begrenzten Personalschlüsseln noch leisten lässt. Die Meinungen darüber gehen je nach Kosten-Blickwinkel auseinander. Möglicherweise sind die Dienste von Freiwilligen ein Beitrag zur Lösung, denn sie gehören als direkte Begleitpersonen von schwer kranken Menschen ebenfalls zum interdisziplinären Team. Der Einsatz von Freiwilligen in palliativen Situationen ist allerdings in den Basler Alterspflegeheimen derzeit noch nicht üblich.

Flächendeckende und qualitativ hochstehende Palliative Care setzt also auch in der Langzeitpflege geeignete Rahmenbedingungen, nicht zuletzt personell und finanziell, voraus.

Die MAS-Arbeit «Palliative Care in den Basler Alterspflegeheimen» ist erhältlich bei der Autorin claudia.roche@vap-bs.ch

Die vier S als Grundelemente der Palliative Care (basierend auf der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012; Kurzversion)

Symptombehandlung

Häufigstes Symptom ist der Schmerz, gefolgt von Atemnot und Übelkeit. Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen braucht die Schmerzerfassung aufgrund von Wahrnehmungs- und Verständigungsschwierigkeiten viel Erfahrung. Medikamentöse Behandlung geht einher mit anderen Massnahmen wie z. B. Physiotherapie, Seelsorge oder Psychotherapie.

Selbstbestimmung

Sie gilt als moralischer Grundwert unserer Gesellschaft. Ihr dienen die gute Symptombehandlung, Biografiearbeit, um Bewohnerinnen und Bewohner gut zu kennen, und als Herzstück eine gute Kommunikation im interdisziplinären Team. Bewohnerinnen und Bewohner entscheiden über Behandlung und Pflege.

Sicherheit

Bewohnerinnen und Bewohner brauchen verlässliche Fachleute, die immer abrufbar sind. Für Entscheidungen haben die Bewohnerinnen und Bewohner Zeit, in ihrer Verletzlichkeit werden sie vom Team getragen.

Support für Angehörige

Angehörige sind Informationsträgerinnen und -träger aus dem Leben der Bewohnerinnen und Bewohner, gerade bei demenziellen Erkrankungen. Auf Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner können Angehörige in der Pflege der Betroffenen mithelfen. Beim Sterben und Tod werden sie begleitet und unterstützt.

Den (chronischen) Schmerzen auf der Spur



Prof. Dr. Amir Tal, Leiter Master of Science in Physiotherapie (MScPT)
amir.tal@bfh.ch

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten begegnen in der Praxis sehr häufig Patientinnen und Patienten mit chronischem Schmerz. Wieso kann Schmerz, der uns vor Gefahren warnen soll, chronisch werden? Gibt es überhaupt Behandlungsansätze, wenn die Schmerzsituation aussichtslos scheint?

Erneut ist Frau B. mit sehr heftigen Schmerzen erwacht. Seit über zehn Jahren leidet die Pflegefachfrau tagtäglich an heftigen Rücken- und Kopfschmerzen. Am Anfang ihrer Leidensgeschichte steht ein Sturz, dessen Folge eine Fraktur im linken Fuss war. Nach mehrfach misslungenen Operationen spürt die Patientin erst Rückenschmerzen, später migräneartige Kopfschmerzen. Bei der Arbeit werden einfachste Tätigkeiten für sie zur Qual. Die

Das Gehirn reagiert wie ein gestörtes Alarmsystem.

Hausarbeit kann sie nur zeitweise erledigen und Freizeitaktivitäten bereiten ihr aufgrund der Schmerzen keinen Spass mehr. Oft kann Frau B. nicht schmerzfrei liegen. Ihr Sozialleben versucht die heute 49-jährige Frau so gut wie möglich wahrzunehmen. Wenn die Schmerzen aber dominieren, muss sie Termine und die Teilnahme an diversen Anlässen absagen. Nach vier Jahren Leidensgeschichte mit chronischem Schmerz und vielen Arbeitsabwesenheiten muss Frau B. ihren Job aufgeben und ist seitdem von der Invalidenversicherung abhängig. Auf der Suche nach einer Erlösung von den Schmerzen nimmt die Patientin unzählige Therapien ambulant und stationär in Anspruch. Aber nichts scheint nachhaltig gegen ihre Schmerzen zu wirken. Verzweifelt fragt sich Frau B., weshalb die modernste Medizin ihr keine Lösung anbieten kann.

Um diese Frage zu beantworten, müssen weitere Fragen gestellt werden: Was ist (chronischer) Schmerz

und woher kommt er? Ist Schmerzfreiheit ausschlaggebend für eine hohe Lebensqualität?

Die Botschaft des Schmerzes

Die Schmerz-Definition der IASP (International Association for the Study of Pain) lautet: «Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das im Bezug mit einem tatsächlichen oder möglichen Schaden steht.» Studien zeigen, dass ca. jeder vierte Arztbesuch in Deutschland wegen chronischer Schmerzen erfolgt, insbesondere wegen Rücken- und Kopfschmerzen. Die häufigste Diagnose, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland gestellt wird, lautet Rückenschmerzen. Etwa 25 Prozent aller deutschen Erwachsenen lassen sich deswegen jährlich behandeln. Chronische Schmerzen gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Störungen. Europaweit liegt die Schmerzquote bei 19 Prozent der Erwachsenen bei mindestens 5 von 10 auf der «Visual Analogue Scale» (VAS).

Wir bezeichnen Schmerzen als akut oder chronisch. Chronische Schmerzen bestehen länger als zwei bis vier Monate. Weiter können adaptive von maladaptiven Schmerzen unterschieden werden.

Zu einem erfolgreichen Behandlungsplan gehört ein interprofessionelles Team.

Beim adaptiven Schmerz wird unser Alarmsystem aktiv und versucht uns vor einer echten oder einer potenziellen Gewebeschädigung zu warnen. Bei den maladaptiven Schmerzen ist etwas mit dem Alarmsystem falsch, d. h., das Gehirn kann die «Warnung»

nicht mehr stoppen. Akuter Schmerz hingegen macht unsre Körper auf eine Bedrohung aufmerksam. Er ist ein wichtiges Alarmsignal. Starke chemische, mechanische oder thermische Reize aktivieren Nozizeptoren (Nervenendigungen von unmyelinisierten oder wenig myelinisierten C- bzw. A-delta-Fasern), die frei im Gewebe enden. Sie lösen Aktionspotenziale aus, die zum Rückenmark gelangen. D. h., die Botschaft, dass das Gewebe bedroht ist, wird über die Nerven bis zum Hirn transportiert und löst die Schmerzempfindung aus.

Ein Schmerz wird intuitiv mit potenzieller Gewebeschädigung verknüpft. Diese Vorstellung löst unmittelbar Angst aus. Patientinnen und Patienten, die Schmerzen empfinden, versuchen diese zu vermeiden und reduzieren deshalb häufig ihre Aktivität und Bewegung. Eine Konsequenz dieses Schmerzvermeidungsphänomens ist sekundärer Muskelabbau und reaktiver Schmerz.

Das cartesianische Schmerzparadigma

Nach dem cartesianischen Schmerzparadigma (benannt nach dem Mathematiker und Philosophen René Descartes, 1596–1650) hängt die Intensität der Schmerzwahrnehmung direkt von der Grösse des peripheren Reizes ab (Diagramm A). Wird die Pathologie behandelt, geht der Schmerz zurück (Diagramm B). Die Realität sieht aber anders aus: Es gibt Menschen, die massive Schmerzen haben, aber in der bildgebenden Diagnostik (MRI, CT, Röntgen) einen negativen oder geringen Befund, d. h. geringe Gewebeschädigungen, aufweisen (Diagramm C). Andererseits kann es sein, dass eine Bildgebung eine grosse Pathologie aufweist, die oder der Betroffene aber keinen oder nur sehr geringen Schmerz (Diagramm D) spürt. Dieses Phänomen nennt man «Schmerz-Paradox». Es zeigt, dass nicht alle Schmerzen eine strukturschädigende Natur haben, sondern weitere Mechanismen und Faktoren den Schmerz bestimmen.

Das bio-psycho-soziale Modell

Gifford beschreibt 1997 das «bio-psycho-soziale Modell», auch bekannt als «Mature Organism Model». Dieses «post-cartesianische» Schmerzmodell

beschreibt das neurale Netz oder die «Matrix des Gehirns». Die Matrix wird in ein mediales und ein laterales Schmerzsystem unterteilt. Dem lateralen Schmerzsystem werden somatosensorische Diskrimination und Lokalisation von Schmerzreizen zugeschrieben, dem medialen System die affektiven und motivationalen Komponenten des Schmerzerlebens.

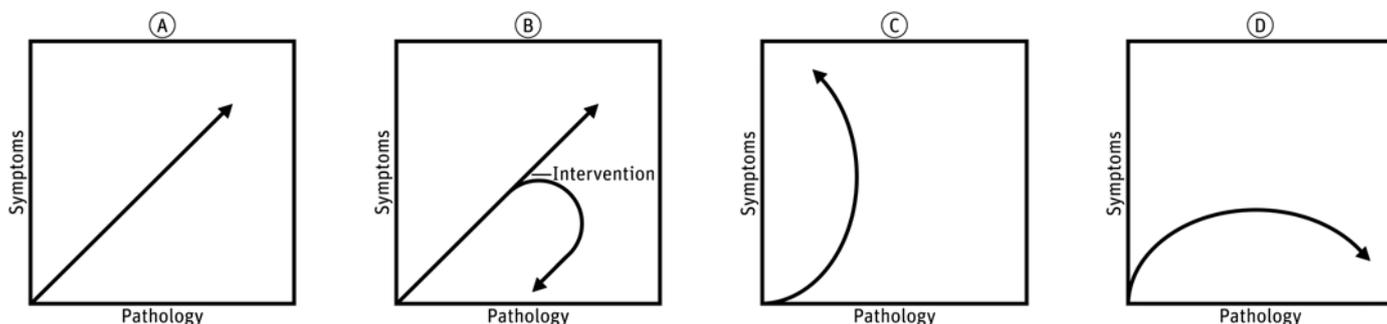
Akuter Schmerz macht den Körper auf eine Bedrohung aufmerksam.

Zum lateralen Schmerzsystem gehören Bahnen, welche die Empfindungen vom Thalamus zum somatosensorischen Cortex projizieren. Zum medialen Schmerzsystem gehören dagegen limbische System-Areale, wie der anteriore Gyrus cinguli (ACC), Amygdala und Hippocampus, Teile des präfrontalen Cortex (periaquäduktales Grau PAG) sowie die Inselregion im Temporallappen.

Im Gehirn findet die Verarbeitung der Schmerzen, die über die Nervenbahnen geleitet werden, statt. Diese Verarbeitung wird durch Faktoren wie Stress, Erfahrungen, Glauben, Wissen, Kultur, sozioökonomische Situation und weitere Faktoren beeinflusst. Das Gehirn reagiert darauf und sendet hemmende Signale ans Rückenmark und zugleich wird der Reiz emotional bewertet. Diese Verarbeitung und Reizbewertung bestimmen die Reaktionen auf den Reiz (Output).

Beim maladaptiven Schmerz reagiert das Gehirn wie ein gestörtes Alarmsystem. Es interpretiert das Problem als eher bedrohlich und kann das Warnsignal (Schmerzempfindung) nicht mehr stoppen. Durch einen dauernden Erregungszustand der Zellmembrane finden diverse physiologische Veränderungen in der Zellmembrane statt. Dies führt zur Entstehung von nicht physiologischen Ionenkanälen, und dadurch ändert die Nervenzelle ihre Erregbarkeit. Nun reagieren die veränderten Nervenzellen auf den gleichen Reiz wie vorher mit einer deutlich höheren Entladungstätigkeit. In diesem

Das cartesianische Schmerzparadigma



Zustand werden Reize, die vorher nicht schmerzhaft waren, als schmerzhaft empfunden. Es entsteht das sogenannte Schmerzgedächtnis. So kommt es zur Stimulierung von mehreren Hirnarealen mit einer Verstärkung des Schmerzes. Wie beim akuten Schmerz bestimmt die neuronale Schmerzverarbeitung die Reaktion auf den Reiz. Eine Schonhaltung, welche die Durchblutung des Gewebes verschlechtert, kann zur Übersäuerung im Gewebe führen bis hin zur Sensibilisierung der Nerven und dadurch zu mehr Schmerz. Wenn dazu Stresshormone ausgeschüttet werden und das Nervensystem weiter sensibilisiert wird, befindet sich die Patientin oder der Patient in einer chronischen Schmerzspirale.

Behandlungsansätze

Bei der Behandlung von akuten Schmerzen ist es wichtig, diese so schnell wie möglich zu senken, um die Chronifizierung und die Entwicklung des Schmerzgedächtnisses zu vermeiden. Eine medikamentöse Behandlung (z. B. mit nichtsteroidalen Antirheumatika NSAR) kann sinnvoll sein, damit die Patientin oder der Patient sich im schmerzfreien Bereich bewegen kann. Dadurch wird die Durchblutung verbessert und Übersäuerung und Ödem-Entwicklung können verhindert werden. Eine Entlastung der schmerzhaften Körperregion in Abwechslung mit sanfter Bewegung dient dazu, dass die Entzündung sich nicht verbreitet und verschlimmert.

können, um die Arbeitsbelastung zu verteilen. Ein Gleichgewicht zwischen Aktivität und Entspannung sowie Vermeiden von Stress im Alltag wirken auf den Schmerz positiv. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten können die Patientinnen und Patienten ermutigen, soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten nicht zu vernachlässigen, sondern im Gegenteil die Aktivitäten, die Spass und Freude bereiten, regelmässig auszuführen. Immer wieder sind die Betroffenen herausgefordert, ihre Ziele für den Alltag, das Training, den Beruf oder für die Hobbys realistisch zu setzen. Ein guter und erfolgreicher Behandlungsplan schliesst ein interprofessionelles Team mit ein. Auch nicht physiotherapeutische Behandlungsansätze sollen berücksichtigt werden. Die Behandlungsmassnahmen werden aufgrund aller beitragenden Faktoren individuell angepasst. Schmerzlinderung ist nicht das primäre Ziel in der Behandlung von chronischen Schmerzen. Vielmehr suchen die Fachpersonen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten nach Strategien, die ein wertvolles Leben trotz chronischer Schmerzen ermöglichen. Angestrebt wird eine Situation, in der Patientinnen und Patienten Eigenverantwortung übernehmen und in der nicht das ganze Sein vom Schmerz bestimmt wird.

Die Entwicklung des Schmerzgedächtnisses muss vermieden werden.

Das eingangs beschriebene Beispiel zeigt, dass bei Frau B. der chronische Schmerz seine Warn- und Schutzfunktion verloren hat. Dieser Schmerz wird auf die üblichen Behandlungsmethoden nicht reagieren. Die beitragenden Faktoren müssen identifiziert und behandelt werden. Es ist absolut normal, dass Schmerzpatientinnen und -patienten grosse Tagesunterschiede erleben. Für diese Patientengruppe ist es sehr wichtig, dass sie Strategien entwickeln

Literatur

- Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–333
- Butler D. & Moseley L. (2004). *Schmerzen verstehen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Häuser, W., Wolfe, F., Henningsen, P., Schmutzer, G., Brähler, E., & Hinz, A. (2014) Untying chronic pain: prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population – a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14(4), 352.
- Reiber, M. (2000) Kulturgeschichtliche Aspekte des Schmerzes. *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(47), 2652–2655
- Schiltenswolf, M. & Henningsen, P. (2006). *Muskuloskelettale Schmerzen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Webseiten:
 International Association for the Study of Pain (2014) www.iasp-pain.org
 Krankenkassen Deutschland (2014) www.krankenkassen.de
 Gek-Report 2008 (2014) www.gek.de
 ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2014) www.gbe-bund.de
 BKK-Gesundheitsreport 2008 (2014) www.bkk-dachverband.de/gesundheitsreport

Ernährungsberaterinnen und -berater wollen wissenschaftlich basierte Weiterbildungen mit Praxisbezug



Gabriela Fontana, Studienleiterin und Dozentin Weiterbildung Ernährung und Diätetik
gabriela.fontana@bfh.ch

Am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (BFH) werden seit vier Jahren Weiterbildungen für diplomierte Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater angeboten. Es ist Zeit für eine Standortbestimmung: In einer Umfrage äussern sich die Berufsfachpersonen zur Qualität des Angebotes und nennen ihre Erwartungen.

Gesamtschweizerisch gibt es ca. 1000 diplomierte Ernährungsberaterinnen und -berater. In der deutschen Schweiz ist die Berner Fachhochschule der einzige Standort für die Ausbildung von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern (Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik) und für die Weiterbildung für diplomierte Ernährungsberaterinnen und -berater auf Fachhochschulstufe. Die diplomierten Berufspersonen haben an der BFH die Möglichkeit, den nachträglichen Titel Fachhochschule zu erwerben (NTE-FH). Seit der Anerkennung der Ernährungsberatung als Leistungserbringer der obligatorischen Grundversicherung sind die selbstständig erwerbenden diplomierten Ernährungsberaterinnen und -berater aufgrund des Abkommens mit santésuisse zur Qualitätssicherung verpflichtet. Dazu gehören unter anderem die dauernde Weiterbildung und deren Nachweis.

Die Einstufung der Ausbildung auf Fachhochschulniveau (2005) löste anfangs innerhalb der Berufsgruppe Unsicherheiten und Ängste aus. Berufsleute mit altrechtlichen Abschlüssen (Hochschulstufe, HF) waren verunsichert, ob sie diesem Niveau standhalten können und ob sie die Voraussetzungen für eine Weiterbildung an der Fachhochschule mitbringen. In den letzten Jahren haben aber bereits ca. 200 Ernährungsberaterinnen und -berater mit altrechtlichem Abschluss den nachträglichen Titel Fachhochschule (NTE-FH) erworben und konnten so ihre Hemmschwellen gegenüber der Fachhochschule abbauen.

Standortbestimmung

Die BFH bietet seit 2010 Weiterbildungen für diplomierte Ernährungsberaterinnen und -berater an. Um die Qualität des Weiterbildungsangebotes lau-

Ein häufiger Grund für die Teilnahme an einer Weiterbildung ist der nachträgliche Titelerwerb FH.

fend zu verbessern, haben die Bereiche Weiterbildung und angewandte Forschung und Entwicklung «Ernährung & Diätetik» Anfang 2014 eine Online-Umfrage durchgeführt. Ziel der Befragung sind die Evaluation der bestehenden Weiterbildungsangebote sowie das Erfassen der Bedürfnisse und Erwartungen bezüglich Weiterbildungen. Ein Fragebogen mit 37 Fragen wurde an ca. 630 diplomierte Ernährungsberaterinnen und -berater verschickt. Davon haben 202 Personen (195 Frauen und 7 Männer) den Fragebogen ausgefüllt und retourniert.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der häufigste Grund für die Teilnahme an einer Weiterbildung am Fachbereich Gesundheit der BFH ist das persönliche Interesse. Weitere oft genannte Gründe sind der nachträgliche Titelerwerb FH, der Erwerb von Zusatzqualifikationen für den aktuellen Beschäftigungsbereich und Weiterbildung im Rahmen der Qualitätssicherung.



Über die Hälfte der Befragten ist im Allgemeinen mit den Weiterbildungen «zufrieden». 92% der Teilnehmenden würden erneut Weiterbildungen an der BFH besuchen und diese weiterempfehlen. Befragte, welche an keiner Weiterbildung der BFH teilgenom-

Der Austausch mit anderen Gesundheitsberufen ist sehr wichtig und wertvoll.

men haben, nennen als Hindernisse berufliche Verpflichtungen, die Reisezeit nach Bern sowie die relativ hohen Kosten, welche für teilzeitbeschäftigte Ernährungsberaterinnen und -berater einen massiven Budgetposten darstellen.

Ausblick

Ernährungsberaterinnen und -berater schätzen, dass die BFH interdisziplinäre Weiterbildungen anbietet. Der Austausch mit den anderen nichtuniversitären Gesundheitsberufen ist für sie sehr wichtig und wertvoll. Ebenso wird die Vermittlung von wissenschaftlichen Aspekten und dem daraus abgeleiteten Praxisbezug als positiv bewertet. Obwohl die bevorzugte Form von Weiterbildungen Tageskurse von ein bis zwei Tagen sind, wünschen sich die Teilnehmenden der Umfrage auch Weiterbildungsstudi-

engänge mit vertieftem Inhalt und der Möglichkeit, ECTS-Credits zu erwerben.

Fazit

Das Weiterbildungsangebot der BFH für diplomierte Ernährungsberaterinnen und -berater erfreut sich grosser Zufriedenheit und wird nach Möglichkeit genutzt. Für diese Attraktivität ist nebst der inhaltlichen Qualität der starke Praxisbezug, welcher durch erfahrene und fachkompetente Dozierende vermittelt wird, verantwortlich. Bei der Planung der Studiengänge müssen die finanziellen Möglichkeiten der diplomierten Ernährungsberaterinnen und -berater im Auge behalten werden. Der Aufwand der Weiterbildungen muss so berechnet werden, dass sich die Zielgruppe diese leisten kann. Die Information über das jeweils aktuelle Weiterbildungsprogramm soll nach wie vor via elektronischen Newsletter zur Verfügung gestellt werden.

Die Resultate der Umfrage zeigen, in welche Richtung der Weiterbildungsbereich an der Fachhochschule gehen soll. Die BFH ist bestrebt, den Ernährungsberaterinnen und -beratern wissenschaftlich verankerte und gleichzeitig praktisch orientierte Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten. Der Austausch mit der Zielgruppe soll weiterhin rege gepflegt werden, um die Bedürfnisse in die Angebotsplanung aufzunehmen.

Rückbildungs-Gymnastik- Training-Therapie?

Immer öfter besuchen Frauen nach der Geburt einen Rückbildungskurs. Doch worauf kommt es in der Rückbildung an? Unterschiedliche Kursformen verfolgen das Ziel, dass die Frauen ihrem Körper nach den Herausforderungen von Schwangerschaft und Geburt wieder vertrauen können.



Prof. Isabelle Romano, Dozentin
Bachelorstudiengang Hebamme
isabelle.romano@bfh.ch



Prof. Helene Gschwend Zurlinden,
Dozentin Bachelorstudiengang
Hebamme, helene.gschwend@bfh.ch

Jahrzehntlang wurde der Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik wenig Beachtung geschenkt. Die Frauen wussten nach der Geburt nicht, ob, wann, warum und vor allem wie sie diese Übungssequenzen durchführen sollten. Die Fachexpertinnen hatten lange Zeit zu wenig Evidenzen zur Wirksamkeit und zum Nutzen des körperlichen Trainings nach einer Geburt. Hay-Smith et al. (2009) bestätigen in ihrer Review teilweise den Effekt von Beckenbodenarbeit nach der Geburt. Sie sagen jedoch auch, dass Beckenbodenschwäche oft mit dem Geburtsmodus zu tun hat. Das heisst, eine «schonende» Geburt in einer angemessenen Geburtsposition ohne Interventionen ist ein Schutz, um einer Beckenbodenschwäche vorzubeugen. Prävention bedeutet auch, dass sich die Frau bereits während der Schwangerschaft mit ihrem Becken und ihrem Beckenboden vertraut machen kann. So wird es für sie einfacher, während der Geburt des Kindes in ihrem Becken präsent zu sein.

Frauen, die einen Rückbildungskurs besuchen, haben den Wunsch, zu ihrer vorherigen Körperform zurückzufinden. Ebenso hoffen sie, dass sich körperliche Beschwerden wie z.B. Beckenbodenschwäche oder Rückenschmerzen verbessern. Der Kurseinstieg ist unterschiedlich, meist zwei bis vier Monate nach der Geburt. Wird im Internet bei Google nach dem

Stichwort Rückbildungsgymnastik gesucht, erhalten wir ungefähr 598 000 Ergebnisse. Interessierte Frauen finden zwar eine Vielfalt an Informationen, können dadurch aber auch überfordert sein. Wenn Frauen über ihr Körperbefinden in den ersten Monaten nach der Geburt sprechen, benutzen sie Begriffe wie: «grosse Offenheit, Haltlosigkeit, Weichheit, Dünnhäutigkeit und Verletzlichkeit». Oft erwähnen die Teilnehmerinnen, dass ihr Körper nicht mehr die gleiche Spannkraft wie vor der Schwangerschaft hat, sie sich diese aber wieder zurückwünschen. Die Frauen merken, dass sie mit dem veränderten Körper, der sich verletzlich und instabil zeigt, den Anforderungen des Alltags nicht gewachsen sind und ihr Körperbefinden eng an ihr psychisches Befinden gekoppelt ist (Gschwend 2013).

Anforderungen an die Kursleitung

Rückbildungsgymnastik wird von verschiedenen Berufsgruppen angeboten, unter anderem auch von Hebammen. Es existieren keine konkreten Richtlinien zur Ausbildung einer Kursleiterin sowie zum Kursinhalt. Die Qualitätskontrolle ist deshalb mangelhaft.

Das Erteilen von Rückbildungskursen verlangt von einer Kursleiterin verschiedene Fähigkeiten. Sie

braucht ein fundiertes Wissen in Physiologie und Pathologie der verschiedenen körperlichen Rückbildungsprozesse, der Anatomie und Physiologie, der Trainingslehre und zur Gestaltung von Gruppenprozessen. Von grosser Wichtigkeit ist das Verständnis für die Frau in dieser besonderen Lebenssituation.

Verschiedene Studien zeigen, dass Frauen in der Kontrolle sechs Wochen nach der Geburt nur selten mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt über spezifische körperliche Beschwerden sprechen (Glazener et al. 1995, Brown/Lumley 2000, Mason et al. 2001). Oftmals zeigen sich die Beschwerden erst zu einem späteren Zeitpunkt, möglicherweise erst im Ver-

lauf des Rückbildungskurses (Saurel-Cubizolles et al. 2000, Webb et al. 2008, Declercq et al. 2013).

Rückbildungskurse auch nach einer Kaiserschnittgeburt?

In den letzten 19 Jahren ist die Tendenz zu Kaiserschnittgeburten stark gestiegen. Gemäss Bundesamt für Statistik waren 1998 in der Schweiz 22,7% aller Geburten Kaiserschnitte. 2010 waren es deren 32,6%. Frauen nach einer Kaiserschnittgeburt beklagen sich häufig über Sensibilitätsstörungen oder Schmerzen im Narbenbereich. Auch nach einer Kaiserschnittgeburt sind Rückbildungskurse indiziert. Die betroffenen Frauen haben im Vergleich zu Frauen nach einer Spontangeburt teilweise andere Anliegen und Beschwerden, welche mit der Hebamme im Rückbildungskurs gezielt angegangen werden können.

Kursinhalte

Die Erfahrung zeigt, dass sich die Frauen nach einer Geburt wenig Zeit gönnen, um zu ihrer Körperform zurückzufinden. Sie sind ungeduldig mit sich und erwarten, dass sie nach wenigen Monaten ihre vorherige Körperform wieder gefunden haben. (Rallis et al. 2007). Der Einfluss medienwirksamer Frauen ist hoch, gerade wenn sie bereits nach sechs Wochen schon wieder so aussehen wie vor der Schwangerschaft. Die Frauen kommen mit ganz unterschiedlichen Bedürfnissen in einen Rückbildungskurs. Wichtig ist, dass sie sich während des Kurses auf sich und den eigenen Körper konzentrieren können. Der Austausch unter den Teilnehmerinnen kann für die Mütter in der neuen Lebenssituation unterstützend sein. Der Hebamme als Kursleiterin kommt die Aufgabe zu, den Frauen die physiologischen Rückbildungsvorgänge zu erklären. Sie zeigt auf, dass Beckenboden, Rumpfmuskulatur und Zwerchfell eine funktionelle Einheit sind und nach der starken Belastung durch Schwangerschaft und Geburt in einem stufenweisen Aufbau wieder lernen müssen, miteinander zu arbeiten. Das Übungsprogramm soll so aufgebaut sein, dass die körperlichen Anforderungen kontinuierlich gesteigert werden und die Frauen in der Ausführung der Übungen Erfolgserlebnisse haben.

Ein Gesundheitsfragebogen, der den Frauen vor dem Kurs abgegeben wird, hilft der Kursleiterin, die Ausgangslage und die individuellen Ziele



der Frau zu erfassen. Die Inhalte können so auf die Teilnehmerinnen abgestimmt werden. Gleichzeitig sind die Frauen durch das Ausfüllen des Fragebogens bereits herausgefordert, ihrem Körper mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Intime Fragen beispielsweise zu Beckenbodenschwäche oder Sexualität können der Kursleiterin via Mail gestellt werden. Vielleicht kann eine Einzelberatung oder das Weiterweisen an die Gynäkologin oder den Gynäkologen oder an die Physiotherapie der nächste Schritt sein.

Am Ende des Kurses sollte dieser mit einem geeigneten Instrument evaluiert werden, um die Qualität weiterer Kurse zu steigern.

Unterschiedliche Formen der Rückbildung

Die übergeordneten Ziele der Rückbildung können auf unterschiedliche Art erreicht werden. So nutzen auch die Hebammen unterschiedliche Ansätze, um die Kurse zu gestalten. Im Therapieansatz nach A. Heller (Heller A. 2002) geht es primär um die Stabilisierung des Rumpfes. Diese wird einerseits durch eine aufrechte Haltung, verschiedene Atemformen sowie gezielte Körperübungen erreicht. Ein Bestandteil davon sind die Körperwahrnehmung und das rücken- und beckenbodenschonende Alltagsverhalten. Die Voraussetzung für einen stabilen Rumpf sind ein intakter Beckenboden, eine gestärkte Rückenmuskulatur sowie eine kompakte Bauchwand, deshalb gehört das Schliessen der Rektusdiastase (Auseinanderweichen der beiden Mm. Recti abdomini) auch in die Rückbildungstherapie. Im Laufe des Kurses werden Basisübungen erarbeitet, die die Frauen in ihr Übungsprogramm und in ihren Alltag einbauen können. Die meisten Frauen verfügen bereits nach fünf Übungssequenzen über mehr körperliche Sicherheit und eine gesteigerte Aufmerksamkeit für ihre Körperhaltung.

Eine weitere Form von Rückbildungskursen richtet sich an die Gruppe von Frauen, die sich gerne

sportlich betätigen. Diese Teilnehmerinnen beschäftigen sich in besonderem Masse mit den körperlichen Veränderungen, die die Schwangerschaft und die Geburt mit sich bringen. Sie möchten früh wieder mit ihrem gewohnten Sport beginnen. Dadurch dass die Fachpersonen vermehrt auf die Risiken eines zu frühen Trainingseinstieges hinweisen, sind die Frauen heutzutage besser über die möglichen negativen Folgen eines zu frühen oder falschen Trainings informiert. Die Aussagen der Frauen zu Beginn eines Kurses zeigen aber, dass sie an sich und das Rückbildungstraining hohe Erwartungen haben. Einige wünschen sich baldmöglichst einen flachen Bauch oder ein schweisstreibendes Training.

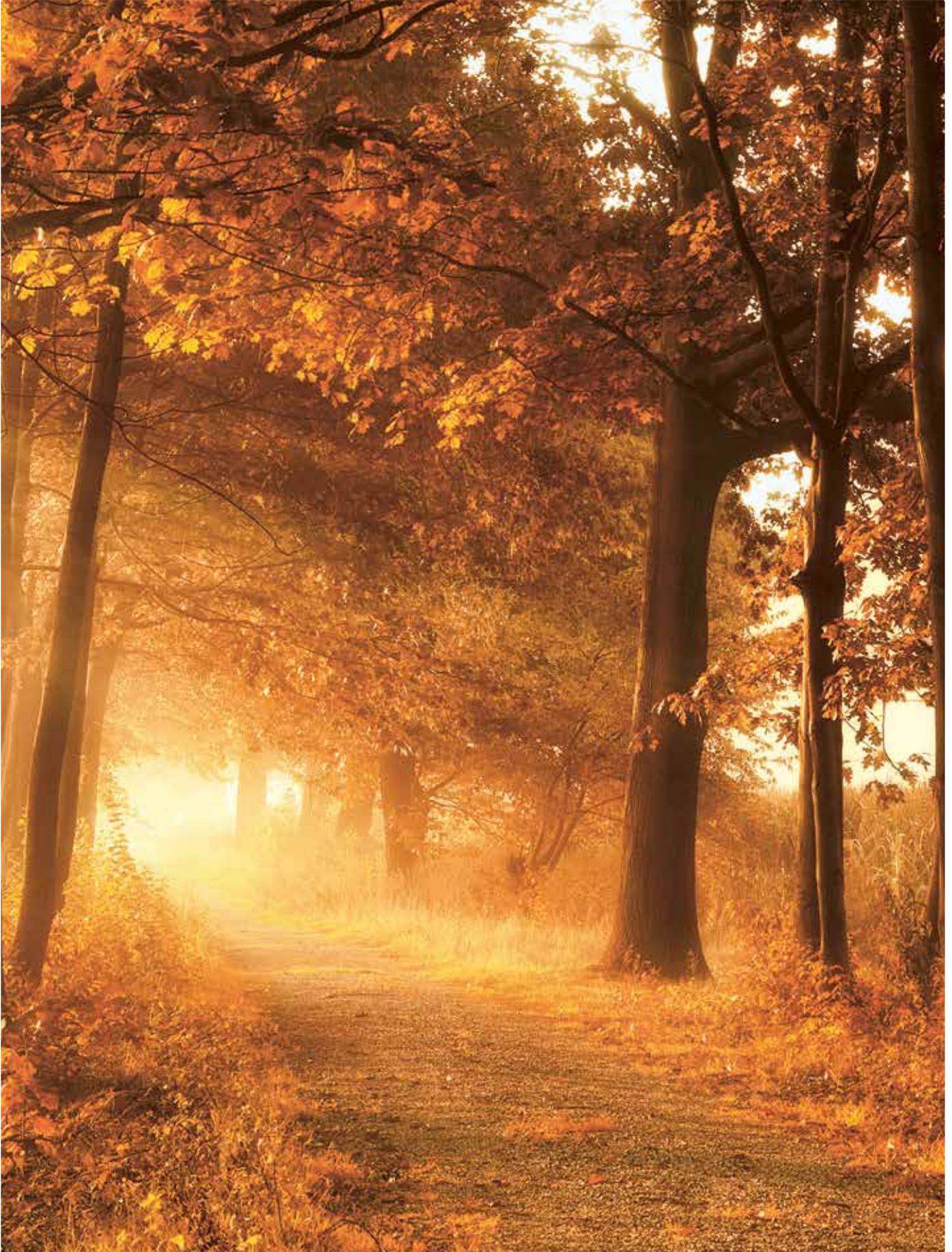
Im Übungsprogramm, das sich am Stabilitätstrainingskonzept nach Karin Albrecht (2006) orientiert, wird in erster Linie der Beckenboden gestärkt. Dazu werden verschiedene Massnahmen zur Stärkung der Haltungsmuskulatur eingesetzt.

Der Beckenboden wird stufenweise über Sensibilisierungsübungen, Konditionstrainingseinheiten bis hin zu Entspannungsanleitungen aufgebaut. Wenn die Frauen während des Kurses plötzlich fühlen, wie sie ihren Beckenboden aktivieren können, sind sie auch für den nächsten Schritt bereit. Sie vertrauen dem langsamen Aufbau und sind ermutigt, stufenweise auch die Umgebungsmuskulatur zu trainieren. Wer mit der Umsetzung von gewissen Übungen Schwierigkeiten hat, kann von einer Einzelberatung profitieren. So kann die Hebamme vertieft auf die individuelle Situation eingehen.

Die Durchführung von Rückbildungskursen ist eine anspruchsvolle Arbeit. Es ist zentral, die Frauen in ihrer neuen Herausforderung abzuholen und ihnen das Vertrauen in ihren Körper wieder zu ermöglichen. Das Bewusstsein für die körperlichen Veränderungen kann den Frauen helfen, die Veränderungen anzunehmen.

Literatur

- Albrecht K. (2006). Körperhaltung, Haltungskorrektur und Stabilität in Training und Alltag (2. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Haug Verlag.
- Buckley, E., Fern, V. A., & Grogan, S. (2012). Women's experiences of body image and weight loss after childbirth. *British Journal of Midwifery*, 20(12), 860–865
- Bundesamt für Statistik (BfS). Medizinische Statistik der Krankenhäuser. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.html> (abgerufen 10.02.2014)
- Brown, S., & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1194–1201
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth: Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Childbirth Connection. Abgerufen unter <http://www.childbirthconnection.org>
- Hay-Smith, J., Morkved, S., Fairbrother, K. A., & Herbison, G. P., (2008). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Intervention Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Oct. 2008 doi: 10.1002/14651858.CD007471
- Glazener, C. M. A., Abdalla, M., Stoud, P., Naji, S., Tempelton, A. & Russell, I. T. (1995). Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102(4), 282–287
- Heller A. (2002). Nach der Geburt, Wochenbett und Rückbildung. Stuttgart: Thieme.
- Mason, L., Glenn, S., Walton, I., & Hughes, C. (2001). Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following childbirth. *Midwifery*, 17(3), 212–221
- Rallis, S., Skouteris, H., Wertheim, E. H., & Paxton, Susan J. (2008). Predictors of body image during the first year postpartum: a prospective study. *Woman and Health*, 45(1), 87–104
- Saurel-Cubizolles, M.-J., Romito, P., Lelong, N., & Ancel, P.-Y. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(10), 1202–1209
- Gschwend, H. (2013). Die späte Wöchnerin: eine Untersuchung zu langfristigen körperlichen Beschwerden nach der Geburt (Unveröffentlichte Masterarbeit). Fachhochschule Salzburg.
- Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., Chung, E. K., Bennett, I. M., & Faltow Culhane, J. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional wellbeing. *Birth*, 35(3), 179–187



Die ganzheitliche Betreuung von Menschen mit einer Demenz als Herausforderung



Prof. Brigitte Zaugg, Dozentin
Bachelorstudiengang Pflege
brigitte.zaugg@bfh.ch

In ihrem Demenzrapport 2012 rief die WHO die Staaten dazu auf, nationale Demenzstrategien zu entwickeln. Im November 2013 wurde für die Schweiz die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 verabschiedet. Für den Bachelorstudiengang Pflege der Berner Fachhochschule stellt sich die Frage, inwieweit das Thema Demenz bereits im Unterricht integriert wird und welche Anforderungen zukünftig erfüllt werden müssen.

Die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 (siehe Kasten) zeigt auf, dass die Thematik Demenz heute einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert hat, welcher zukünftig noch an Bedeutung gewinnen wird (Coppex & Wyss, 2013; Bundesamt für Gesundheit, 2011).

Eine der formulierten Zielsetzungen (Handlungsfeld 3) der Strategie bezieht sich konkret auf die in der Demenzbetreuung tätigen Fachpersonen:

Personen, die in Gesundheits- und Sozialberufen tätig sind, müssen umfassende und qualitätsorientierte Kompetenzen in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer Demenz aufweisen.

Angehörige und freiwillig tätige Personen werden gemäss ihren Bedürfnissen unterstützt und begleitet.

Bereits seit der Einführung des Bachelorstudiengangs Pflege (BSc) am Fachbereich Gesundheit (2006) ist das Thema Demenz im Curriculum fest verankert. In den vergangenen Jahren wurde die Thematik stets weiterentwickelt. Heute wird sie während dreier Wochen modulübergreifend vermittelt.

Grundkenntnisse des Krankheitsbildes Demenz und die pflegerischen Aufgaben gehören zu den Basiskompetenzen einer Pflegefachperson mit einem BSc Abschluss (Bachelor of Science), egal, in welchem Tätigkeitsfeld sie arbeitet. In allen Fachbereichen können Pflegefachpersonen mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, in Kontakt kommen. Im Bachelorstudium Pflege wird die grosse Komplexität der Demenzbetreuung in unterschiedlichen Settings und Themenbereichen aufgenommen. Eine umfassende Betreuung von einer an Demenz erkrankten Person muss immer interdisziplinär erfolgen. Dies wird auch im Studium exemplarisch vermittelt, indem das Thema modulübergreifend und interdisziplinär unterrichtet wird. Neben dem eigentlichen

Fachmodul, «Unabhängigkeit fördern», wird die Thematik auch im Kommunikationsmodul sowie im Clinical Assessment aufgenommen. Im später folgenden Modul «Systemische Pflege und Ethik» wird nochmals ganz spezifisch auf die Situation von Angehörigen von Demenzkranken eingegangen.

Zu Beginn des Moduls «Unabhängigkeit fördern» herrscht bei den Studierenden jeweils die Ansicht, dass das Thema Demenz primär für die Langzeitpflege aktuell sei und dass diejenigen, welche in der Akutpflege tätig sein werden, mit dieser Thematik wenig in Berührung kommen. Diese Vorstellungen widerspiegeln die aktuelle Situation in Bezug auf die Betreuung von Menschen mit einer Demenz in den meisten Akutspitälern der Schweiz. Im Gegensatz zu anderen Ländern gibt es in der Schweiz noch kaum umfassende Konzepte, wie diese Gruppe von Patientinnen und Patienten in den Spitälern unter Einbezug der Demenzproblematik speziell betreut werden muss. Diese Thematik ist einer der ersten Inhalte, welcher mit den Studierenden fundiert diskutiert wird. Auch in der Akutpflege nimmt die Anzahl an Demenz erkrankter Menschen zu. Man geht davon aus, dass in der Schweiz 50 000 demente Menschen pro Jahr in einem Akutspital versorgt werden (Bundesamt für Statistik, 2011). Diese Zahl wird in den folgenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung noch steigen. Bei vielen akutpflegerischen Situationen hat die Diagnose Demenz einen grossen, häufig erschwerenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Behandlung der erkrankten Person. So ist beispielsweise die frühzeitige Erkennung einer Delirproblematik für den ganzen weiteren Genesungsverlauf und die Zukunft der betroffenen Person von grösster Bedeutung und wird durch eine demenzielle Grunderkrankung massiv erschwert.

Innerhalb des Moduls «Unabhängigkeit fördern» erarbeiten die Studierenden die Inhalte, welche die Demenzstrategie anstrebt. Dazu gehören die Diagnostik sowie der Umgang mit der Krankheit und die Begleitung der Angehörigen des erkrankten Menschen. Das Krankheitsbild Demenz und die davon abgeleitete medizinische Behandlung wird von einer ärztlichen Fachperson unterrichtet. Weitere integrierte Lehrbeauftragte sind Aktivierungstherapeutinnen, Pflegefachleute mit spezifischen Kenntnissen, Angehörige, Praxisbegleiterinnen Basale Stimulation® und ein Ethiker.

Die pflegerischen Inhalte (Validation, Milieuthherapie, Erinnerungspflege/Biografiearbeit, Kinästhetik, Basale Stimulation/Snoezelen), welche der Schweizerische Dachverband für Heime und Institutionen (CURAVIVA Schweiz) in seinen Empfehlungen für die Praxis formuliert, sind ebenso Teil des Bachelorstudiums. Psychosoziale Massnahmen gelten als die tragenden Säulen eines qualitativ hochstehenden Behandlungs- und Betreuungskonzeptes. Ein zentrales Ziel dieser Massnahmen ist die Optimierung der Lebensqualität der demenzkranken Menschen und deren Angehörigen (Monsch et al., 2012).

Die Berücksichtigung dieses Ziels erfordert, dass die Betreuenden den an Demenz erkrankten Menschen und ihrem sozialen Umfeld mit einer wertschätzenden Grundhaltung begegnen. Im Studium wird der Fokus deshalb auf den «personenzentrierten» Ansatz von Kitwood (2013) gelegt.

In der Gestaltung des Curriculums des Bachelorstudiengangs Pflege wird Wert darauf gelegt, dass das Thema Demenz gemäss den neusten wissenschaftlichen Leitlinien erarbeitet wird und die Ausbildung der Pflegefachpersonen den aktuellen und zukünftigen Anforderungen bezüglich Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen Rechnung trägt.

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.). (2011). Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung. (Tagungsband). Bern: Hrsg.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.). (2013). Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Bern: Hrsg.
- Bundesamt für Statistik (BFS). Medizinische Statistik der Krankenhäuser. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.html> Coppex, P., & Wyss, N. (2013). Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar–April 2013). Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- Curaviva Schweiz. Demenz: Pflege- und Behandlungsansätze. Bern: Autor. Abgerufen unter www.curaviva.ch
- Kitwood, T. (2013). Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Monsch, A. U., Büla, C., Hermelink, M., Kressig, R.W., Martensson, B., Müri, R.,...Schweizer Expertengruppe. (2012). Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. Praxis, 101(19), 1239–1249.

Nationale Demenzstrategie

Im November 2013 verabschiedete der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Mitglieder des Bundes und der Kantone) die Nationale Demenzstrategie 2014–2017.

Die Strategie wurde durch Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenenorganisationen, Expertinnen und Experten, Berufsgruppen und Fachorganisationen, Leistungserbringer und Fachleute von Bund, Kantonen und Gemeinden entwickelt. Mit der Strategie wird unter anderem die Zielsetzung verfolgt, dass alle Menschen mit einer Demenzerkrankung in allen Krankheitsphasen Zugang zu qualitativ hochstehenden, niederschweligen und kontinuierlichen Angeboten einer integrierten psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Versorgung haben. Die Strategie wurde in vier zentrale Handlungsfelder aufgeteilt:

Handlungsfeld 1:

Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation:

Die Bevölkerung wird umfassend über die Demenzerkrankung und deren Folgen für alle Betroffenen informiert. Niederschwellige Unterstützungsangebote werden für die an Demenz Erkrankten und deren Angehörige zur Verfügung gestellt.

Handlungsfeld 2:

Bedarfsgerechte Angebote:

Den an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen werden bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung gestellt. Die Angebote sollen finanziell tragbar sein.

Handlungsfeld 3:

Qualität und Fachkompetenz:

«Die Behandlung, Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen orientiert sich an ethischen Leitlinien.»

«Die Qualität ist in der Versorgung von demenzkranken Menschen entlang des Krankheitsverlaufs sichergestellt.»

«Fachpersonen in allen relevanten Gesundheits- und Sozialberufen verfügen über die in ihrem Berufsfeld erforderliche Handlungskompetenz zur qualitätsorientierten Diagnostik bzw. Situationsanalyse, Behandlung, Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen. Angehörige und im Bereich der Freiwilligenarbeit engagierte Personen werden in ihrer Kompetenz dem Bedarf entsprechend gestärkt.»

Handlungsfeld 4:

Daten und Wissensvermittlung:

Als Grundlage für die Versorgungsplanung liegen in den Kantonen Informationen zur aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation der Menschen mit Demenz vor.

Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis und der Austausch zwischen Forschenden und Nutzenden werden unterstützt.

Damit die festgelegten Zielsetzungen der vier Handlungsfelder erreicht werden können, wurden gesamthaft 18 Projekte ausgearbeitet, welche in den nächsten Jahren in die Praxis umgesetzt und evaluiert werden. Der Bund und die Kantone übernehmen dabei die Koordinationsverantwortung. (BAG & GDK, 2013)

Masernimpfung: ein herausforderndes Kommunikationstraining für elternnahe Fachpersonen



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

Im Rahmen der nationalen Maserneliminationsstrategie erarbeitet das Bundesamt für Gesundheit gemeinsam mit dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule ein Schulungsmodul. Fachpersonen, die in ihrem Berufsalltag Eltern zu Impffragen beraten, haben die Gelegenheit, in einer praxisorientierten Schulung ihr Wissen zu Masern und der Thematik Masernimpfung zu erweitern.

Masern gehören zu den Krankheiten, die trotz wirksamen vorhandenen Impfstoffs weiterhin verbreitet sind. Die Schweiz ist bestrebt, gemeinsam mit andern Ländern Europas das Ziel der WHO zu erreichen und Masern bis 2015 zu eliminieren. Bei einer Erkrankung an Masern kann es teilweise zu schwerwiegenden Komplikationen kommen. Tritt die Krankheit auf, können sich die Masern bei nicht-immunen Personen rasch ausbreiten. Eine hohe Durchimpfungsrate in der Bevölkerung wirkt besonders für Kleinkinder im ersten Lebensjahr und schwangere Frauen, die nicht geimpft sind, schützend. Diese Personengruppen sind einem grösseren Komplikationsrisiko ausgesetzt.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat eine umfassende Strategie definiert, die zum Ziel hat, die Bevölkerung vor Masern und deren Komplikationen zu schützen. Masern kommen nur beim Menschen vor und sind mittels wirksamer Impfung eliminierbar. Eines der Strategieziele des Bundes ist deshalb eine leicht zugängliche Information zu den Themen Masern, Masernelimination und Masernimpfung. Das BAG strebt für die Schweiz bei allen Kleinkindern bis zum Alter von 2 Jahren eine Durchimpfungsrate von 95 % an. Die Zielgruppe, welche das BAG hier mit Aufklärungsmassnahmen erreichen will, sind Eltern und Erziehungsberechtigte von Kleinkindern.

Beratung von elternnahen Fachpersonen

Eltern sind schon sehr früh nach der Geburt mit Fragen rund ums Thema Impfen konfrontiert. Nebst all den grossen Herausforderungen und den neuen Themen, mit denen Eltern rund um die Geburt ihres Kindes konfrontiert sind, ist es nicht einfach, zu den Impffragen eine Antwort zu finden. Hier benötigen Eltern einfühlsame und fachkompetente Beratung. Insbesondere elternnahe Fachpersonen wie Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen und -berater, Fachärztinnen und -ärzte der Pädiatrie und der Gynäkologie müssen zu den empfohlenen Impfungen und deren Nebenwirkungen oder Gefahren ein fundiertes Fachwissen haben.

Praxisbezogenes Schulungsmodul

Mit dem Ziel, diesen Fachpersonen eine Schulung anzubieten, hat das BAG auf Wunsch verschiedener Kantone gemeinsam mit der Berner Fachhochschule Gesundheit ein Schulungsmodul entwickelt. Das halbtägige Modul beinhaltet einen thematischen Input zur Masernerkrankung und zu deren Komplikationen und Vorbeugemassnahmen sowie einen praktischen Beratungsteil. Eine Fachperson vor Ort (beispielsweise die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt) präsentiert das Inputreferat. Nach dem Input übernimmt eine Kommunikationstrainerin oder ein Kommunikationstrainer die Rolle einer Mutter oder eines Vaters, die sich für oder gegen eine Masernimpfung entscheiden müssen. Die Teilnehmenden beraten in ihrer Rolle als Fachperson die Eltern und gehen auf deren Fragen ein.

In der Übungssituation werden die Fachpersonen mit realitätsnahen Beispielen konfrontiert und haben die Möglichkeit, ihre Beratungstätigkeit in einer Übungsumgebung zu trainieren. Die Pilotschulungen im letzten Herbst haben gezeigt, dass die Fachpersonen in ihrem Beratungsalltag auf Verunsicherungen, ungenügende Vorinformation und Ängste reagieren müssen. Das praktische Kommunikationstraining dient den Fachpersonen dazu, ihre Beratungskompetenz zu erweitern. Eltern sollen nicht in eine Entscheidung gedrängt werden. Vielmehr sollen sie im Gespräch mit der Fachperson ihre Zweifel oder Ängste äussern können und sich aufgrund der sachlichen Informationen eine Meinung bilden können. Anschliessend an die Trainingssituationen erhalten die Teilnehmenden von der Kommunikationstrainerin oder dem Kommunikationstrainer und der Gruppe eine direkte Rückmeldung. Die Schulung soll insgesamt den Austausch unter den Fachpersonen und die Beantwortung von Fragen zur Thematik Masernelimination ermöglichen.

Literatur

www.bag.admin.ch/masern (abgerufen am 26.5.2014)

Pionierarbeit für die Zukunft: Projekt Panorama Gesundheitsberufe 2030

Mit dem Forschungsprojekt Panorama Gesundheitsberufe 2030 hat der Fachbereich Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Pionierarbeit geleistet. Wie sieht die Gesundheitsversorgung bis in 16 Jahren aus? Was bedeutet das für die Ausbildungen im Gesundheitsbereich? Was erstmals auf kantonaler Ebene angedacht wurde, soll jetzt national weiter ausgearbeitet werden.



Sabine Hahn,
Disziplin- und Forschungsleiterin Pflege
Fachbereich Gesundheit
sabine.hahn@bfh.ch



Danny Heilbronn,
Leiter Dienststelle Berufsbildung,
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
danny.heilbronn@gef.be.ch

Warum brauchte es die Studie Panorama Gesundheitsberufe 2030?

Danny Heilbronn: Uns war schon länger bewusst, dass sich die Gesundheitsberufe teilweise nicht nach den aktuellen Bedürfnissen der Gesundheitsbetriebe richten. Das heisst, wir haben Fachleute ausgebildet, die Fähigkeiten mitbringen, die vor zehn Jahren aktuell gewesen wären. In Gesprächen mit der Berner Fachhochschule wurde klar, dass genau diese Thematik ein interessantes Forschungsfeld sein könnte. Konkret: Wie müssen sich Gesundheitsausbildungen entwickeln, damit sie sich der Realität der Betriebe und deren Bedürfnissen annähern?

Warum wurden bei der Studie nur die nicht- universitären Berufe untersucht?

Danny Heilbronn: Das hat klar mit dem Versorgungsauftrag des Kantons Bern zu tun. Dieser beschränkt sich momentan auf die nichtuniversitären Gesundheitsberufe.

Gab es Resultate aus dem Forschungsprojekt, die Sie besonders überrascht haben?

Sabine Hahn: Erstaunt hat mich vor allem, wie schwierig es ist, über die Zukunft nachzudenken. Es ging ja nicht darum, was sich die Studienteilnehmenden von der Zukunft erhoffen, sondern wie diese gemäss fachlicher Expertise aussehen wird. Die eigenen Wünsche ausser Acht zu lassen, ist enorm schwierig. Entsprechend liegt die Stärke des Projekts nun darin, dass es sehr nahe an der Realität ist. Überraschend war für mich, wie einig sich im Grossen und Ganzen die Teilnehmenden bezüglich zukünftiger Entwicklungen waren.

Was waren wichtigste methodische Eckpfeiler des Forschungsprojekts?

Sabine Hahn: Einerseits die sehr umfassende Literaturstudie, bei der es uns gelungen ist, die wichtigsten Resultate herauszufiltern. Andererseits sicher die Delphi-Befragung, also das mehrstufige Befragungsverfahren.

ren, das von der Einzelbefragung bis zur Gruppenbefragung reicht. Jeder einzelne Schritt war wichtig für den Gesamterfolg des Projekts.

Was sind denn nun die wirklich wichtigen Erkenntnisse?

Danny Heilbronn: Wir konnten und wollten nicht für 14 verschiedene Gesundheitsberufe Einzelaussagen machen. Ziel war es zu zeigen, dass man genauer hinschauen und jetzt anfangen muss, die Berufe im Gesundheitswesen neu auszulegen. Wir wollten eine Diskussion anregen, wollten die Zukunft zum Thema machen, und das ist uns auch gelungen.

Was heisst das konkret?

Danny Heilbronn: Wir schreiben nicht vor, wie Zukunft sein soll. Das Projekt legt einen Grundstein, wie die Zukunft aussehen kann. In Bezug auf die Gesundheitsausbildungen gibt es ganz klar Handlungsbedarf und das wird durch «Panorama Gesundheitsberufe 2030» belegt.

Sabine Hahn: Man könnte auch sagen, wir bieten damit eine Mustervorlage, wenn man sich in einem Beruf um die zukünftige Ausgestaltung kümmern will.

Sie machen also keine allgemeingültigen Aussagen zur Gesundheitsversorgung in 16 Jahren?

Sabine Hahn: Doch, wir haben ein Raster mit wichtigen Kompetenzen, die alle Gesundheitsberufe betreffen. Fähigkeiten also, die alle Gesundheitsmitarbeitenden mitbringen müssen.

Können Sie dazu ein Beispiel geben?

Sabine Hahn: Ein gutes Beispiel ist die technologische Entwicklung. Alle Gesundheitsberufe werden sich in Zukunft mit Kommunikationstechnologien auseinandersetzen müssen. Und zwar nicht nur so, dass sie sich selber damit auskennen, sondern so, dass sie auch ihre Patienten darin anleiten können.

Wie sieht denn die Gesundheitsversorgung bis im Jahr 2030 aus?

Danny Heilbronn: Eine der grossen Herausforderungen wird die alternde Gesellschaft sein. Das wird alle betreffen: Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Behörden etc. Für die einzelnen Gesundheitsberufe wird das Thema Alter ganz stark ins Zentrum rücken.

Sabine Hahn: Die Gesundheitsversorgung wird sich sicher in Richtung einer integrierten Versorgung entwickeln. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen muss intensiviert werden, z. B. Casemanagement, und es wird Fachleute brauchen, die über

lange Zeit Patienten begleiten, Gesundheitsfachleute, die gut vernetzt und integriert sind. Ob das dann Hausärzte oder Pflegefachpersonen sind, war nicht Thema des Forschungsprojekts.

Sicher ist auch, dass sich der Fokus der Gesundheitsversorgung von spitalintern nach spitalextern verschieben wird.

Können wir die Qualität der Gesundheitsversorgung von heute beibehalten?

Sabine Hahn: Die Qualität der Versorgung wird bis in 16 Jahren vermehrt durch die Pflege und Betreuung bestimmt werden. Heute ist sie stark von der Medizin diktiert. Für die Zukunft heisst das also nicht mehr, wer einen guten Hausarzt hat, ist gut betreut, sondern wer einen guten Pflegedienst hat. Vernetzungen, wie sie zum Beispiel bei der Spitex zu finden sind, mit Haushaltshilfe etc. werden zunehmen. In der Betreuung im Alltag könnte beispielsweise auch der Pösteler kleine Handreichungen machen. Dies wird bereits diskutiert, nicht nur für erkrankte und ältere Menschen, auch für uns vielbeschäftigte Arbeitnehmende. Mit dem Wandel in der Gesellschaft wird es auch einen Wandel im Gesundheitswesen geben.

Und was für Gesundheitsmitarbeitende benötigt es in diesem Umbruch?

Danny Heilbronn: Es wird immer Leute auf allen Ausbildungsstufen brauchen. Klar ist aber, dass alle et-

Mit dem richtigen Methoden-Mix zum Erfolg

Im Projekt «Panorama Gesundheitsberufe 2030» wurde ein Methoden-Mix angewendet, der aus der sozialwissenschaftlichen Zukunftsforschung stammt. Zuerst wurde eine Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Insgesamt überprüfte das Forschungsteam dabei 522 Quellen auf ihre Relevanz für die Zielsetzung des Projekts und ermittelte 206 relevante Quellen. Dabei handelt es sich um Berichte, Expertenmeinungen, Studien und Projektarbeiten sowie Datenbanken. Danach folgten die Delphi-Befragung und die Szenarioentwicklung. Für die Delphi-Befragung wurde auf der Basis der Literaturreview ein Fragebogen erstellt und online an 44 Expertinnen und Experten verschickt. Nach zwei Delphi-Runden zeigte die Auswertung der Delphi-Befragung die Übereinstimmungen und die Unterschiede zwischen den Expertenmeinungen zu den befragten Themenbereichen. Es folgte ein Vergleich der Resultate der Delphi-Befragung mit denjenigen der Literaturanalyse. Dann wurden verschiedene Szenarios für die Bereiche Gesellschaft, Gesundheitswesen und Versorgung erstellt. Im letzten Arbeitspaket wurden Lücken in den entwickelten Szenarios mit Einzelinterviews mit Expertinnen und Experten aus spezifischen, noch unzureichend beschriebenen Themenbereichen ergänzt. In Gruppeninterviews mit Expertinnen und Experten konnten die Szenarios weiter verfeinert und konkretisiert werden. In einem letzten Arbeitsschritt wurden mit Konzeptarbeit die Szenario-Auswirkungen auf die Aus- und Weiterbildung konkretisiert.



was vom Altern und von chronischen Krankheiten verstehen müssen. Denn genau diese Menschen sind ja auf Hilfe zu Hause angewiesen.

Sabine Hahn: Es geht jetzt darum, auf allen Stufen zu schauen, wie und welche Anpassungen in der Ausbildung gemacht werden müssen. Und dafür liefert «Panorama 2030» die Grundlage.

Wo braucht es für das sich verändernde Gesundheitswesen neue Berufe?

Danny Heilbronn: Es wird dann neue Berufe geben, wenn die veränderten Aufgaben nicht mehr in die bestehenden Curricula passen und wenn das neue Wissen zu viel Raum einnimmt. Nehmen wir das Beispiel der Sterilisation: Das Wiederaufbereiten von medizinischen Instrumenten ist so aufwändig geworden, da braucht es

viel Spezialwissen und man muss sehr viele Abläufe und Schemen kennen. Das kann man nicht mehr einfach einem bestehenden Beruf anhängen. Aus den Bedürfnissen heraus, die in der realen Welt zu finden sind, wird ein neuer Beruf konstruiert.

Welche Rolle spielen denn die Bachelor- und Masterabsolventinnen und -absolventen in der veränderten Gesundheitsversorgung?

Sabine Hahn: Das Modell der integrierten Versorgung verlangt klar Spezialistinnen und Spezialisten aus verschiedenen Gebieten, und da sind die Absolvierenden der Berner Fachhochschule sicher unverzichtbar. Vor allem aber braucht es Menschen, die selbstständig arbeiten können, die sich in einer integrierten Versorgung selber vernetzen und die antizipieren können, was der andere Player braucht.

Gerade weil wir in Zukunft mit weniger Gesundheitspersonal auskommen müssen, ist eine effiziente Zusammenarbeit unverzichtbar.

Nebst den Spezialistinnen und Spezialisten braucht es auch Personen für alles Alltägliche, Leute die viel-

Die einzelne Pflegeperson muss ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden.



seitig einsetzbar sind und die über ein breites Wissen verfügen.

Danny Heilbronn: Sicher ist auch, dass es weniger Hausärzte geben wird. Die ganze Versorgung ist heute sehr medizinlastig und es ist darum zu evaluieren, welche Aufgaben aus der Hausarztmedizin anderen Berufsgruppen zugeordnet werden können. Hier spielen die Fachhochschulabsolventinnen und -absolventen natürlich eine sehr wichtige Rolle.

Was bedeutet das für die Curricula an der Berner Fachhochschule?

Sabine Hahn: Jeder Studiengang muss sein Angebot genau analysieren und anhand der Ergebnisse aus «Panorama Gesundheitsberufe 2030» prüfen, was fehlt und was ergänzt werden müsste. Ein Beispiel aus dem Studiengang Pflege ist die elektronische Pflegedokumentation. Reicht es für die Zukunft, wenn Absolvierende der Fachhochschule diese einfach anwenden können? Braucht es nicht ein vertiefteres technologisches Wissen, um ein solches im Alltag unverzichtbares Instrument zu kritisieren und einen Beitrag zur Weiterent-

wicklung leisten zu können? Solche und ähnliche Fragen stellen sich für uns.

Was macht die Gesundheits- und Fürsorgedirektion jetzt mit den Forschungsergebnissen?

Danny Heilbronn: Wir wollten eine Diskussionsgrundlage schaffen und aufzeigen, wie man zu Antworten für die Gesundheitsversorgung der Zukunft kommen kann. Erste Ansätze für Antworten lassen sich ebenfalls bereits aus dem Projekt herauslesen. Nun muss es auf nationaler Ebene weitergehen, jetzt sind die Akteure auf nationaler Ebene gefordert. Also konkret dort, wo an Bildungserlassen gearbeitet wird. Angesprochen sind der Masterplan Pflege und die OdASanté. Wichtig ist dabei, dass auch die Praxis wirklich mitreden kann.

Sabine Hahn: Hier können dann unsere Erkenntnisse ganz konkret für die einzelnen Berufe ausdifferenziert werden.

Eine angepasste Ausbildung ist das eine, genügend Personal das andere? Wie stellen Sie den Personalbedarf für die Zukunft sicher?

Sabine Hahn: Die einzelne Pflegeperson muss möglichst effizient und ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. So können wir Doppelspurigkeiten und Leerlauf vermeiden. Die richtige Person am richtigen Ort, das wird eine besondere Bedeutung erhalten. Allerdings werden wir auch in Zukunft auf ausländische Pflegende angewiesen sein. Wichtig ist, diese Leute für das schweizerische Gesundheitssystem fit zu machen.

Eine der grossen Herausforderungen wird die alternde Gesellschaft sein.

Danny Heilbronn: Adäquat ausbilden, am richtigen Ort einsetzen, andere Netzwerke miteinbeziehen, so können wir sicher viel optimieren.

Welches Fazit ziehen Sie aus der Zusammenarbeit zwischen der Berner Fachhochschule und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion?

Danny Heilbronn: Wir haben mit dem Projekt sicher Pionierarbeit geleistet. Die Zusammenarbeit zwischen einer «Denkfabrik» wie der Berner Fachhochschule und einer Versorgungsbehörde wie der Gesundheits- und Fürsorgedirektion war äusserst zielführend. «Panorama Gesundheitsberufe 2030» ist ein überaus erfolgreiches Projekt.

Sabine Hahn: Es war beeindruckend, wie offen die GEF an das Forschungsprojekt herangegangen ist. Schön auch zu sehen, dass das Endprodukt auch tatsächlich etwas auslöst und weiterbearbeitet wird.

Text: Judith Bögli
Kommunikation
judith.boegli@bfh.ch

Den Wissensdurst stillen und Verantwortung übernehmen



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

Eva Cignacco Müller ist seit dem 1. Februar 2014 Leiterin der angewandten Forschung und Entwicklung Geburtshilfe am Fachbereich Gesundheit. Ein Schlüsselerlebnis nach einer Geburt vor 20 Jahren hat ihren Forscherinnengeist geweckt. Die diplomierte Hebamme ist heute habilitierte Pflegewissenschaftlerin und somit eine erfahrene Forscherin mit starkem Praxisbezug.

Ihren beruflichen Werdegang beginnt Eva Cignacco im Frauenstrafvollzug Hindelbank und im öffentlichen Sozialdienst der Stadt Bern. Die diplomierte Sozialarbeiterin ist früh schon mit den unterschiedlichsten Schicksalen von Frauen und deren Familien konfrontiert. Bald verstärkt sich in ihr das Bedürfnis, im Gesundheitswesen eine Tätigkeit auszuüben, bei der sie Frauen nicht nur punktuell Unterstützung anbieten kann, sondern eine längerfristige Begleitung möglich ist. Der Wunsch nach einer neuen Herausforderung führt die Baslerin zum Entschluss, in Bern die Ausbildung zur diplomierten Hebamme zu absolvieren.

unwidersprochen auf sich nehmen. Das Ereignis beschäftigt die Hebamme tagelang, sie entschliesst sich, in der Medizinbibliothek der Uni Bern nach Berichten oder Studien zu diesem Thema zu suchen. In der Bibliothek wird sie zur gleichentags stattfindenden Einführung in die Datenbank Medline eingeladen, welche die Hebamme mit grossem Wissensdurst besucht. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sie noch keine Ahnung, dass es solche elektronischen Datenbanken überhaupt gibt. Eine neue Welt tut sich für sie auf. Eva Cignacco bearbeitet alle Studien zum Thema «Dammriss» mit grosser Ausdauer. Ihre Arbeit lohnt sich: Die gefundenen Studien zeigen, dass es keine Evidenz dazu gibt, dass ein vorsorglicher Dammschnitt einem Dammriss vorbeugt. Die neugeborene Forscherin legt dem Gynäkologen, der sie zur Verantwortung gezogen hatte, die Studien vor und bekommt drei Wochen später von ihm zu hören, dass sie ihn überzeugt habe. Damit ist die Schuldzuweisung vom Tisch, und der erste Meilenstein in der Forscherkarriere von Eva Cignacco ist gelegt. Sie hat noch viele offene Fragen und erkennt, dass auch Hebammen mit langjähriger Erfahrung nicht immer recht haben.

Eva Cignacco fördert aktiv die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Das Erlernen des neuen Berufs an der damaligen Hebammenschule Bern ebnet ihr den Weg in ein spannendes und dynamisches Berufsfeld, in dem sie sich sofort wohl fühlt und in dem sie ihrer Berufung folgen kann. Nach einer Geburt, die sie als Hebamme begleitet, hat Eva Cignacco ein Schlüsselerlebnis, das ihren weiteren Berufsweg massgeblich prägt: Unter der Geburt erleidet die gebärende Frau einen grossen Dammriss, dessen Verursachung später der Hebamme angelastet wird, weil sie das Ziel verfolgt hatte, die Frau mit intaktem Damm gebären zu lassen.

Erste Forschungstätigkeit

Die Schuldzuweisung und das Bewusstsein für die zugeschobene Verantwortung treffen Eva Cignacco mitten in ihrem Berufsverständnis. Sie will den Vorwurf für den Dammriss und für die nachfolgend drohende Inkontinenz der betroffenen Frau nicht

Nicht stehenbleiben

Der Satz «Wir machen es so, weil wir es immer so gemacht haben» stellt die wissensdurstige Hebamme nicht zufrieden. Sie will mehr wissen und eignet sich die nötigen Fertigkeiten an, um Fragen zu formulieren und die entsprechenden Antworten zu finden. Eva Cignacco erlebt, dass ihre anfängliche Angst vor der Verantwortung während einer Geburt kleiner wird, je mehr Wissen sie erworben hat. So führt ihr Weiterbildungsweg sie zum Diplom Pflegeexpertin HöFa II, weiter zum Master in Nursing Science, den sie mit einer Dissertation in Nursing Science an der Universität in Maastricht (NL) ergänzt,

und schliesslich zur Habilitation in Pflegewissenschaft an der medizinischen Fakultät der Universität Basel.

Offen für interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das erfolgreiche Doktoratsstudium absolviert sie als erste Hebamme der Schweiz. Die Pionierin Eva Cignacco wird teilweise sogar innerhalb ihrer eigenen Berufsgruppe als Exotin wahrgenommen. Doch auch wenn sie gewisse Unterschiede zwischen den Disziplinen Geburtshilfe und Pflege feststellt, sieht sie viele Gemeinsamkeiten. Eine Stärke, welche die Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Geburtshilfe auszeichnet, ist ihre Offenheit. Durch ihre Neugierde und ihr Interesse an anderen Berufsgruppen gegenüber ist sie in verschiedenen Fachkreisen stark vernetzt und fördert aktiv die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Schmerzen von Neugeborenen («Pain in Neonates») werden zum Forschungsschwerpunkt von Eva Cignacco. Das Thema begegnet ihr erstmals im Jahr 2000 während ihrer praktischen Tätigkeit als Pflegeexpertin auf der Neonatologie-Station am Inselspital Bern und lässt sie seither nicht mehr los. Viele Forschungsprojekte setzt sie um und erarbeitet unter anderem den Berner Schmerzscore für Neugeborene. Unterdessen geht der Hebamme in diesem Themenbereich der Ruf einer international anerkannten Expertin voraus.

Am 1. Februar 2014 übernahm Eva Cignacco am Fachbereich Gesundheit die Leitung der angewandten Forschung und Entwicklung Geburtshilfe. Ihre Aufgabe ist es, Forschungsschwerpunkte zu setzen und die Forschung Geburtshilfe – ein Leistungsauftrag der Berner Fachhochschule – zu etablieren. In dieser Phase kann sie neue Akzente setzen, und nicht zum ersten Mal wird sie dabei eine Pionierrolle einnehmen. Als ehemalige Präsidentin des Fachbeirats der Geburtshilfe kennt Eva Cignacco die Disziplin bereits sehr gut und freut sich darauf, ihre Kompetenzen und ihr Fachwissen in einer neuen herausfordernden Funktion einzubringen.

Forschungsportfolio

Geburtshilfe Berner Fachhochschule

Die Schwerpunkte der angewandten Forschung sind:

- Maternal Mental Health (National prevalence study)
- Maternal and Child Health in underprivileged families (Experiences and Needs)
- New Models of Care (Midwifery led births and Transition to Home after preterm birth)
- Single Projects: INEC / eMatrix / Sexuelle Gesundheit / Erweiterung und Revalidierung des Berner Schmerzscore für Neugeborene

gesundheit.bfh/forschung



Interdisziplinärer Austausch am «Swiss Congress for Health Professions» 2014



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

Am 11. und 12. März 2014 fand in Bern der «Swiss Congress for Health Professions» – ein Wissensaustausch unter den Gesundheitsberufen – statt. Der von der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz und der Fachkonferenz Gesundheit ausgerichtete Kongress wurde dieses Jahr vom Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule organisiert. Der Kongress bietet eine wichtige Informationsplattform für interdisziplinäre und fachübergreifende Themen im Bereich der Gesundheitsberufe.

Rund 280 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen Landesteilen trafen sich Mitte März zum dritten «Swiss Congress for Health Professions» in Bern. Gesundheitsfachpersonen aus der Praxis, der Lehre und der Forschung nahmen die Gelegenheit wahr, aktuelle Fragen zum Thema «Entwicklungen und neue Herausforderungen – die Zukunft der Gesundheitsberufe» zu diskutieren und in rund sechzig Parallelsessions, Workshops und der Posterpräsentation neue Forschungsergebnisse zu erfahren. Cornelia Oertle, Präsidentin der Fachkonferenz Gesundheit innerhalb der Konferenz der Fachhochschulen, eröffnete den Kongress mit einem Ausblick auf das

vielfältige Programm. Das rege genutzte Angebot der Simultanübersetzungen (deutsch/französisch) ermöglichte eine zweisprachige Durchführung der Plenarveranstaltungen. Als besondere Attraktion des diesjährigen Kongresses verfolgte der Cartoonist Carlo Schneider die Diskussionen im Plenum und pointierte dann spontan mit spitzer Feder grafisch einige Kernpunkte der dringlichsten Probleme im Gesundheitswesen.

Prominente Keynote-Speaker wiesen in kritischen Beiträgen auf fachliche, ethische, politische, rechtliche und finanzielle Anforderungen an die «Health Professionals» im Rahmen der politischen Agenda «Gesundheit 2020» hin. In der ersten Keynote entwickelte Werner Bauer, Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung, die Frage, ob die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe durch Formulierung einer «Charta» neue Impulse bekommen kann. Er skizzierte nachvollziehbar, dass die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zunehmend von mehr Interdisziplinarität geprägt sein wird. Ebenso wird die Gesundheitsversorgung der Schweiz vermehrt mit veränderten Rahmenbedingungen konfrontiert. Hierzu gehören die demografischen Entwicklungen, der zunehmende Mangel an «Health Professionals», knapper werdende Ressourcen und die Entstehung neuer Berufe. Gleichzeitig verändern sich die Berufsbilder etablierter Berufe sowie die Arbeits- und Versorgungsmodelle. Soll die Qualität unserer Gesundheitsversorgung weiterhin aufrechterhalten werden, muss über eine gut koordinierte Zusammenarbeit aller «Health Professionals»



nachgedacht werden. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat deshalb eine «Charter for Coordinated Care» formuliert, die Prinzipien der interprofessionellen Zusammenarbeit im Sinne einer optimalen Patientenversorgung ermöglicht. Darin sind fundamentale Prinzipien wie das Primat des Patientenwohls, das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und die soziale Gerechtigkeit verankert, die Leitbilder für die unmittelbare Arbeit mit Patientinnen und Patienten sein sollen. Mit dem Papier soll auf unterschiedlichen politischen Ebenen, bei Versicherungen und Berufsverbänden für diese Fragen eine erhöhte Sensibilität erreicht werden.

Bettina Borisch vom Institute of Global Health der Université de Genève skizzierte in ihrem Vortrag die politische Agenda «Gesundheit 2020». Diese Agenda legt die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für die nächsten acht Jahre fest. In vier Handlungsfeldern werden im Bericht 36 Massnahmen genannt. Frau Borisch warf die Frage auf, ob damit eine gemeinsame Strategie für alle Akteure im Gesundheitswesen entwickelt werden kann. In ihrem Referat wurde ebenfalls sehr deutlich, dass es Modelle braucht, die eine zunehmende Arbeitsteilung unter den verschiedenen Gesundheitsberufen ermöglichen, damit unter knapper werdenden Ressourcen eine gute Versorgung aufrechterhalten werden kann. Immer wichtiger wird auch die Rolle der mündigen Patientin und des mündigen Patienten, die vermehrt in Entscheidungsprozesse eingebunden werden sollen.

Heidi Hanselmann, Vorsteherin des Gesundheitsdepartementes des Kantons St.Gallen, sprach über die zunehmende Professionalisierung in den Gesundheitsberufen und stellte die provokante Frage, ob diese für die Zukunft ein Problem darstellt oder die Lösung der Probleme im Gesundheitswesen bedeutet. Zum einen sieht die Regierungsrätin in der Akademisierung der «Health Professionals» eine klare Verbesserung des Know-hows dieser Berufsleute. Andererseits müssten die Aufgabenbereiche dem Ausbildungsstand der Fachkräfte angepasst werden. Denn der weiter zunehmende Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen wird neue Formen in der Arbeitsorganisation notwendig machen. Genauso wird eine weitere Verschiebung von Versorgungsaufgaben in den ambulanten Bereich Auswirkungen auf den Nachwuchsbedarf und die Qualifikation und Ausbildung der «Health Professionals» haben.

Neben diesen drei unmittelbar die Alltagswirklichkeit der «Health Professions» betreffenden Vorträgen bot Christoph Rehmann-Suter, Professor für Ethik in den Biowissenschaften an der Universität



1 Prof. Dr. Cornelia Oertle eröffnet den «Swiss Congress for Health Professions».

2 In den Parallelsessions werden einzelne Themen vertieft.

3 Fachpersonen stellen während der Posterpräsentation aktuelle Forschungsergebnisse vor.



4

Lübeck, einen wichtigen Ausblick in die Auswirkungen zunehmender Datengenerierung und Datentransparenz in der Medizin. Der gegenwärtige Paradigmenwechsel in der medizinischen Forschung von hypothesengeleitetem Vorgehen zu datengetriebener Forschung führe unweigerlich zu neuen ethischen Überlegungen. Vielfältige Datenerhebungen und Diagnosemöglichkeiten liefern potenziell gewinnbringende Aspekte für die Patientinnen und Patienten. Allerdings ist die Frage, wie mit genomischen Profilen umgegangen werden soll. Was bringen Risikoabschätzungen hinsichtlich möglicher Krankheitsauftritte? Welche ethischen Probleme werden dabei generiert und wie geht man damit um? Hier sind viele Fragen offen und es wurde deutlich, dass bereits heutige medizinische Möglichkeiten weiter sind als die ethische und rechtliche Diskussion über den Umgang mit diesen Möglichkeiten.

Insgesamt wurde am Kongress in verschiedenen Vorträgen und Posterpräsentationen deutlich, welche Vielfalt in den Forschungs-, Lehr- und Praxisentwicklungsthemen innerhalb der Gesundheitswissenschaften vorliegen und wie breit und interprofessionell bereits aktuell geforscht wird. Insbesondere in der Postersession entstanden sehr gewinnbringende Diskussionen zwischen den Professionen. Speziell bei Lehr- und Weiterbildungsthemen können hilfreiche Inputs aus benachbarten Berufen für das eigene Tätigkeitsfeld genutzt werden. Unter Fachkolleginnen und -kollegen wurde rege über Forschungsergebnisse der eigenen Disziplin diskutiert. Der Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern aus anderen Institutionen diente mancherorts als Aufhänger für zukünftig mögliche Zusammenarbeiten in kleineren oder grösseren Projekten.

Insgesamt wurde der dritte «Swiss Congress for Health Professions» zu einer wichtigen Plattform des interdisziplinären Austausches zwischen den Gesundheitsberufen. Der Kongress konnte damit seinem ursprünglichen Ziel gerecht werden: Er leistet einen kompetenten Beitrag zur aktuellen Diskussion um eine gute Gesundheitsversorgung.



5

4 Keynote-Speaker Prof. Dr. phil. Christoph Rehmann-Sutter.

5 Interdisziplinärer Austausch während der Parallelsessions.

6 Publikumsdiskussionen während der Plenarveranstaltungen.

7 Cornelia Oertle im Gespräch mit Heidi Hanselmann (Regierungsrätin Kanton St. Gallen).

8 Gäste der Podiumsdiskussion: Cornelia Oertle (Leiterin Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule und Präsidentin Fachkonferenz Gesundheit), Adriana Degiorgi (Qualitätsverantwortliche, Ente Ospidaliere Cantonale TI), François Riondel (Ausbildungsverantwortlicher für medizinisch-technische Radiologie, Universitätsspital Genf), Martin Verra (Direktor Institut für Physiotherapie, Inselspital Bern), Annemieke van Waes Prod'hom (Beraterin, SPO Patientenschutz), Moderation: Myriam Holzner

9 Mit rund 280 Teilnehmerinnen und Teilnehmern war der Kongress ein Erfolg.





Auf den Spuren eines Patientenpfades in Boston



Birgit David, Studierende Master of Science in Pflege, Berner Fachhochschule
Birgit.david@usz.ch

Birgit David, Studierende des Masterstudiengangs Pflege (MSc) am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, wirft in Boston einen Blick hinter die Kulissen einer Forschungsarbeit. Sie entdeckt dabei eine Vielzahl von Gemeinsamkeiten zwischen einer Pflegeexpertin und einer Clinical-Nurse-Specialist.

Zwei Transfermodule im Masterstudiengang Pflege erlauben den Studierenden, ihr Wissen und ihre erworbenen Kenntnisse mit den Erfahrungen in der Praxis zu verknüpfen. Eines der beiden Module muss im Bereich der Forschung absolviert werden, das andere Modul kann wahlweise in der Praxis oder in der Forschung erfolgen. Die Wahl und die Organisation sind den Studierenden (in Absprache mit den verantwortlichen Dozierenden) selbst überlassen.

Als Pflegeexpertin und Studierende des Masterstudiengangs Pflege beschäftigt mich das Thema der pflegerischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Ileostoma. Sowohl in meiner praktischen Arbeit wie auch im Studium tritt immer wieder die Frage nach Optionen für Verbesserungen der Pflege dieser Patientengruppe auf. Eines der Hauptprobleme der Patienten und Patientinnen ist ein hoher

Flüssigkeitsverlust und eine damit verbundene Rehospitalisation. So war ich begeistert, als ich eine Studie fand (Nagle et. d. 2012), die genau diese Probleme thematisiert. In der Studie wird ein Patientenpfad («Pathway») beschrieben, der die Wiedereintrittsquote von 35 Prozent auf null reduzierte und im Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC) in Boston entwickelt wurde. Meine Neugier war geweckt und die Idee geboren, ein Transfermodul in Boston zu absolvieren und den «Ileostomy Pathway» live zu erleben.

Aufbruch nach Boston

Nach einer Recherche über Institut und Personen fragte ich im Februar 2013 bei der Hauptautorin der Studie, Dr. Deborah Nagle, um die Möglichkeit eines Praktikums im BIDMC an. Ihre positive Antwort war das Startzeichen für die weitere Planung. Ein Administrator und die Leiterin des Wound, Ostomy and Continence (WOC) Teams übernahmen die Organisation meines Aufenthaltes. Impfbescheinigungen über Masern-Mumps-Röteln und Varizellen sowie ein aktueller Test auf Tuberkulose waren notwendig, um eine Genehmigung des Occupational Health Departments für ein Praktikum zu bekommen.

Das Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC)

Auf dem medizinischen Campus der Longwood Medical and Academic Area befinden sich fünf Spitäler, Forschungseinrichtungen und 12 Schulen und Universitäten. Eine davon ist die Harvard Medical School, an die das BIDMC angeschlossen ist. Das BIDMC gilt seit mehreren Jahren als eines der besten Spitäler in den USA (US News & World Report, 2013) und ist der drittgrösste Empfänger von Forschungsgeldern der National Institutes of Health (\$ 200 000 000 pro Jahr) (BIDMC, 2013). Für Pflege-



Das «Beth Israel Deaconess Medical Center» in Boston. Quelle: zvg: Stuart Cahill/Boston Herald

studium und Forschung bestehen Verbindungen mit der William F. Cornell School of Nursing des Boston College und der University of Boston. Als ich vor meinem ersten Praktikumstag einen kleinen Orientierungslauf durch den Campus und das Gebäude machte und bei der Rezeption vorsprach, wurde mir herzlich zum neuen Job am BIDMC gratuliert, da es nicht einfach sei, dort angenommen zu werden.

Der Pathway

Der Administrator hatte für mich mit den verschiedenen am Ileostomy Pathway beteiligten Disziplinen Termine und Kontakte organisiert und begleitete mich jeden Morgen zu den entsprechenden Personen und Orten. Hierzu gehörten Nurse Practitioner (NP) im Ambulatorium und im stationären Bereich, WOC-Spezialistinnen, Clinical Nurse Specialist, Nurse Educator und Pflegende auf der Abteilung. Die leitende Ärztin und Initiatorin der Studie nahm sich Zeit, mir Fragen zum Pathway und zur Durchführung der Studie zu beantworten. Obwohl ich einen Grossteil der Zeit mit Beobachten, Führen von Gesprächen und dem Studium von Dokumenten verbrachte, wurde ich – besonders im Ambulatorium – nach kurzer Zeit in den Arbeitsablauf integriert. Ich nahm aktiv an Beratungen zur Stomaversorgung teil, half bei der Wundversorgung und war bei Aufklärungsgesprächen und verschiedenen Rapporten anwesend.

Der Ileostomy Pathway wurde von einem interdisziplinären Team entwickelt. Er beinhaltet standardisiertes Edukationsmaterial in Form eines Tool-Kits (ACS, 2013) und zusätzlichen Schulungsmaterials, das schon präoperativ eingesetzt wird. Postoperativ werden Patientinnen und Patienten vom ersten Tag an in die Versorgung ihres Stomas einbezogen und anhand dieses Materials informiert und geschult. Dabei lernen sie vor allem, die Ein- und Ausfuhr zu messen und zu bilanzieren, sowie die notwendigen Handlungsweisen bei Zeichen von Dehydratation. Ärztliche Verordnungen und der Austrittsprozess sind standardisiert, und nachbehandelnde Institutionen werden in die Edukation mit einbezogen. Entgegen meiner Vorstellungen wurde das Schulungsmaterial nicht literaturgestützt, sondern ganz pragmatisch aus Expertenmeinungen entwickelt.

Ich konnte beobachten und erfahren, dass der Pathway etabliert ist und von allen Beteiligten stolz erwähnt wird. Die Durchführung wird von der leitenden Ärztin konsequent überwacht. Die NP auf Abteilungsebene wurde für die Implementierung und Sicherung des Pathways zusätzlich eingestellt und hat die Kompetenz, sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Planung zu überwachen und zu korri-



gieren. Bei neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sorgt die Nurse-Edukatorin für die Schulung.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Der Spitalbetrieb und die Patientenversorgung in Boston unterscheiden sich nur gering von jenen in der Schweiz. Auch weisen verschiedene Rollen im Skill-Grade-Mix Parallelen auf. Eine «Nurse Educator» beschreibt ihren Job ähnlich wie eine Fachexpertin. Die Rolle der «Clinical Nurse Practitioner» ist mit meiner Funktion als Pflegeexpertin vergleichbar. Unterschiede zeigen sich in der Arbeit der Nurse Practitioner. Im Ambulatorium führt diese Fachperson Tätigkeiten aus, die bei uns zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte gehören, wie beispielsweise Durchführung von Rektoskopien, Entscheidungen zur OP bei kleinen Eingriffen, Verordnung von Medikamenten etc. Erstaunt war ich über den niedrigen Status von Pflegeprozess und Bezugspflege. Nach Aussage der Nurse-Edukatorin wurde eine Pflegeprozess-Dokumentation im BIDMC erst vor fünf Jahren eingeführt, nachdem die Colleges drohten, keine Studierenden mehr zur Ausbildung in diese Institution zu schicken.

Insgesamt ging es mir im dreiwöchigen Transfermodul in Boston sehr gut und ich bin froh über meine Wahl. Ich nehme von den Begegnungen im Spital und von der Umsetzung des Patientenpfades viel für meine Tätigkeit mit. Besonders die Begleitung der Patientinnen und Patienten mit standardisiertem, einfachem Informations- und Übungsmaterial sowie die Integration von wichtigen Schnittstellen prä- und poststationär sind für meine Tätigkeit von Bedeutung. Der Aufenthalt war nicht nur für mein Studium, sondern für mich persönlich eine grosse Bereicherung.

Literatur

- American College of Surgeons. (2013): Ostomy Skills Program. Retrieved from <http://www.facs.org/patienteducation/skills/ostomy.html>
 Beth Israel Deaconess Medical Center Boston. (2013). Retrieved October 2013 from <http://www.bidmc.org/>
 Nagle, D., Pare, T., Keenan, E., Marcet, K., Tizio, S., & Poylin, V. (2012). Ileostomy pathway virtually eliminates readmissions for dehydration in new ostomates. *Diseases of the colon & rectum*. 55(12), 1266-1272
 Beth Israel Deaconess Medical Center [Hospital Report]. (2013, October). Retrieved from <http://health.usnews.com/best-hospitals/area/ma/beth-israel-deaconessmedical-center-6140013>

Marianne Haueter wollte als Kind Tierärztin werden. Heute ist sie Hebamme durch und durch, politisch aktiv und äusserst sensibel für Ungerechtigkeiten



Mit ihr, so stellt man sich vor, muss das Gebären einfacher gehen: Marianne Haueter, gestandene Hebamme in den besten Jahren, mit ruhiger, tiefer Stimme und sanften Augen, ist eine Frau der Taten. Aufgewachsen auf einem Bauernhof im bernischen Simmental, konnte sie schon als Kind bei verschiedenen Tieren beobachten, was eine natürliche Geburt bedeutet. Und dafür, dass Frauen natürlich und autonom gebären können, setzt sie sich heute mit ihrem ganzen Engagement ein. «Die Kraft und Zuversicht für eine Geburt wäre eigentlich in jeder Frau vorhanden», ist Marianne Haueter überzeugt. Doch leider herrschten in der Geburtshilfe sehr viele Ängste und Unsicherheiten. «Der Körper der Frau wird oft als behandlungsbedürftiger Gegenstand betrachtet und Frauen werden ihrer Selbstbestimmungsrechte und guter Hoffnung beraubt.»

Als Dozentin im Studiengang Hebamme an der Berner Fachhochschule ist es ihr deshalb ein grosses Anliegen, den angehenden Studentinnen die physiologischen Grundlagen des Körpers im Prozess von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit zu vermitteln. «Wer die komplexen, aufeinander abgestimmten Prozesse der hormonellen Steuerung versteht und deren Störanfälligkeit begreift, wird dem

Schutz dieser Vorgänge in der Begleitung von Frauen und Familien hohes Gewicht beimessen.» Wenn man ein Verständnis darüber habe, sagt Haueter weiter, was der Körper unter guten Bedingungen tatsächlich zu leisten vermöge, dann erhalte man auch Vertrauen in die Kraft des Körpers der Frau und könne das entsprechend weitergeben. Auch die Körperarbeit, fester Bestandteil im Curriculum des Hebammenstudiums, liegt Marianne Haueter am Herzen. Hier lernen die Studentinnen verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten für die Begleitung von Frauen und Neugeborenen kennen, um ganz konkret mit den Frauen zu arbeiten. Nebst diesem Wissen, so ist Marianne Haueter überzeugt, brauchen die angehenden Hebammen vor allem positive Erlebnisse in der Praxis. Die Arbeit mit Frauen unter der Geburt ist für Hebammen anstrengend und benötigt sehr viel Zeit und Energie. Genauso ist es wunderbar bereichernd. Die Studentinnen müssten aber in diese anspruchsvolle Arbeit entsprechend eingeführt und begleitet werden.

Drei verschiedene Rollen

Marianne Haueter muss es wissen: Nebst ihrer Arbeit als Dozentin im Studiengang Hebamme arbeitet

sie zu dreissig Prozent als Hebamme im Spital Zweisimmen. In ihrer Funktion als Dozentin könne sie so aktuelle Erlebnisse in den Unterricht einbauen, wisse, wovon sie spreche und erlebe ganz direkt, was die Hebammen in der Praxis bewegt. Für die Gesundheitsversorgung des Berner Oberlands ist das Spital Zweisimmen eine wichtige Einrichtung. Marianne Haueter hat auch hier eine klare Meinung. Sie setzt sich dafür ein, dass Berg- und Randregionen über eine qualitativ gute Grundversorgung verfügen, und sagt: «Es gibt keine überzeugenden Argumente alles zu zentralisieren.» Sie liebt die Arbeit mit der ländlichen Bevölkerung und sieht klare Vorteile darin, wenn man einander kennt und sich auch in die Leute aus der Region hineinversetzen kann.

Ihre klare Meinung zu hebammenspezifischen Themen vertritt Marianne Haueter auch als Präsidentin der Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbands. Für diese Funktion setzt sie einen grossen Teil ihrer Freizeit ein. Doch so genau unterscheidet sie sowieso nicht zwischen Arbeit und Hobbys, oft weiss sie gar nicht so genau, wo die Arbeit endet und die Freizeit beginnt.

Lernen von anderen Kulturen

Ungefähr so erging es ihr auch, als sie letztes Jahr die Anfrage erhielt, zwei Wochen in der chinesischen Wüste Gobi, einer sogenannt rückständigen Gegend, Geburtshilfe zu unterrichten. Marianne Haueter, Verfechterin der hebammengeleiteten Geburtshilfe, reiste also in ein Land mit der höchsten Kaiserschnitttrate der Welt (über 50 Prozent). Dieser Aufenthalt hat sie darin bestätigt, wie wichtig ein eigenständiges und gut ausgebautes Hebammenwesen und eine entsprechende Hebammenausbildung für die Gesundheit von Mutter und Kind sind. Das Hebammenwesen habe sehr gelitten unter Chinas ökonomischen und technologischen Veränderungen. Unter dem Begriff «Sicherheit», marktökonomischen Prinzipien und medizinischem Fortschritt hätten sich Routineinterventionen und Kaiserschnitte verbreitet, sagt sie. Die industrielle und ökonomische Effizienz in der Gesundheitsversorgung veränderten dabei zwei Dinge: den natürlichen Prozess des Gebärens und den Beruf der Hebammen. Die traditionellen Hebammen wurden verdrängt, sie gelten als rückständig und sie wurden auch nicht durch eigenständige Ausbildungen von Hebammen ersetzt. Das Fürsorgliche und das Praktische des Hebammenberufs ging verloren, so wie auch das Wissen um die Bedeutung der normalen physiologischen Geburt für die Gesundheit von Mutter und Kind. Dies zeige, so die Hebamme mit einem Master in Geburtshilfe, wie wichtig es ist, das Hebammenwesen zu fördern insbesondere die Sicherung und das Hervorbringen von hebammenspezifischem Wissen und Können, durch Forschung und das praktische Lernen.

Trotz der Gesundheitsprobleme von Frauen und Kindern und der Schwierigkeiten im Hebammenwesen konnte Marianne Haueter auch viele positive

Eindrücke von ihrem Aufenthalt in Jiuquan mit nach Hause nehmen. Zum Beispiel, dass in China Frauen im Wochenbett besonders beschützt und behütet werden, auch wenn einige Aspekte dieser Tradition im Wandel sind und moderne Chinesinnen in ein Dilemma zwischen Moderne und Tradition geraten. So gilt bei ihnen: Einen Monat lang nicht aus dem Haus, kein Haarewaschen, kein TV; Hausarbeit oder Ähnliches schon gar nicht. Dies steht in krassem Gegensatz zum westlichen Trend, wo eine Mutter möglichst rasch nach der Geburt wieder «normal» funktionieren sollte. «Das Wochenbett ist eine sehr sensible Phase», betont Haueter, und «wenn diese Wochen unterschätzt werden, hat das oftmals negative Auswirkungen auf Mutter und Kind.» Das Thema Wochenbett hat Marianne Haueter auch im Rahmen ihrer Masterausbildung in Geburtshilfe an der Caledonian Universität in Glasgow untersucht. Es ist ein Thema, das ihr besonders am Herzen liegt.

Enthusiasmus ohne Ende

Die Arbeit in China war für Marianne Haueter eine besondere Erfahrung, die sie sehr gerne wiederholen würde. Eventuell kann sie im nächsten Sommer bei einer Fortsetzung des Projekts dabei sein. Doch auch wenn dies nicht klappen sollte, wird ihr sicher nicht langweilig werden. Sowohl als Dozentin an der BFH wie auch auf dem politischen Parkett gibt es für Marianne Haueter einige ganz heisse Themen. Eine grosse Herausforderung ist die fehlende Kontinuität in der Betreuung von Frauen durch Hebammen in den heutigen Versorgungsmodellen, die es zu beheben gilt. Weiter auch das Wiederansiedeln von traditionellen Hebammenaufgaben, die heute bei den Medizinern liegen: zum Beispiel die Schwangerschaftsvorsorge. «Unser Versorgungssystem hat einige Lücken, bei denen die Hebammen eine äusserst wichtige Rolle spielen könnten», ist Marianne Haueter überzeugt.

Ich habe aufgehört, die Geburten zu zählen

Dass Berg- und Randregionen wie das Berner Oberland medizinisch gut versorgt bleiben, ist ein weiterer wichtiger gesundheitspolitischer Aspekt, für den sie sich einsetzen will, und auch auf dem Gebiet der Hebammenforschung gebe es noch einiges zu tun: «Es existieren in der Schweiz viel zu wenig Daten zur Qualität der heutigen Versorgungsmodelle rund um die Mutterschaft, hier herrscht ein grosser Forschungsbedarf.»

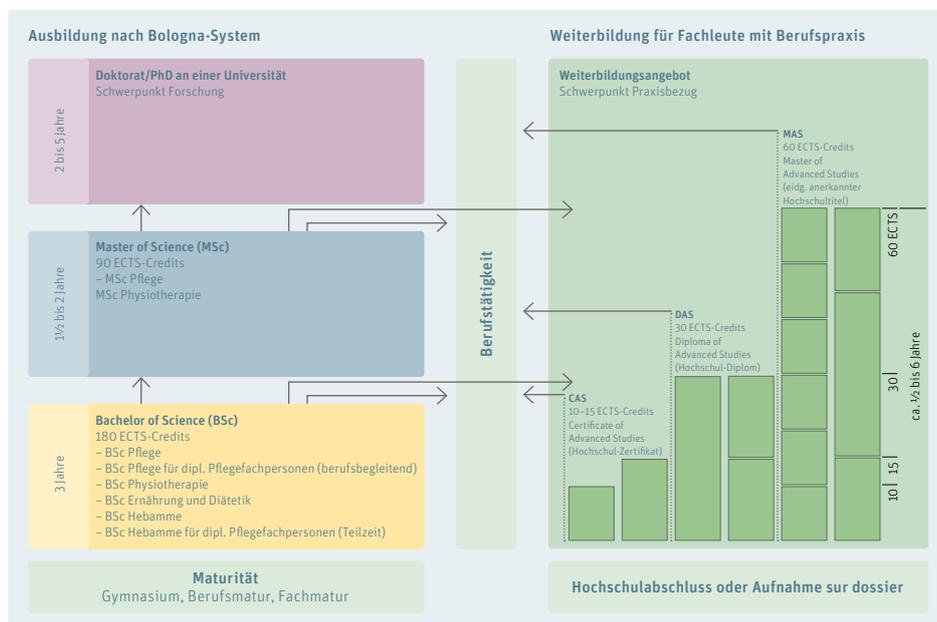
Nebst dem scheinbar unerschöpflichen Enthusiasmus für Hebammenthemen in allen Facetten findet Marianne Haueter auch noch Zeit für sich. Beim Reisen, Wandern oder Lesen tankt sie Energie. Abends begleitet meist die aktuelle Tageszeitung sie bis ins Bett – oder eines ihrer vielen angefangenen Bücher: z. B. eine Forschungsarbeit über das Elternwerden.

Text: Judith Bögli
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin
judith.boegli@bfh.ch

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		
Fachkurs Anleitung von Studierenden in der Praxis	Herbst 2014	K-O-30
Fachkurs Statistik für Angehörige des mittleren und oberen Kaders von Gesundheitsinstitutionen	Januar 2015	K-O-70
Fachkurs Reflektierte Praxis/Wissenschaft verstehen (Fachkurs zum nachträglichen Titelerwerb NTE)	August 2014	K-O-31
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten für Praxis und Weiterbildungsstudium	Zwei Durchführungen: Start August und September 2014	K-INT-1
Prüfungsmodul Wissenschaftliches Arbeiten für Praxis und Weiterbildungsstudium	25. November 2014	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 2014	C-SPE-15
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	September 2014	C-PSY-4
CAS Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung	September 2014	C-SPE-13
CAS Psychiatrische Pflege	September 2014	C-O-14
CAS Verbesserung der Gesundheit	September 2014	C-SPE-3
Fachkurs Adhärenztherapie	März 2015	K-O-102
Fachkurs Gesundheitsförderung	Oktober 2014	K-PSY-10
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	März 2015	K-PSY-4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	März 2015	K-PSY-7
Fachkurs Motivational Interviewing	Oktober 2014	K-PSY-5
Fachkurs Pflegeprozess bei psychischen Störungen	März 2015	K-PSY-13

Angebot	Datum	Web-Code
Fachkurs Psychiatrie	September 2014	K-PSY-2
Fachkurs Psychoedukation	Oktober 2014	K-PSY-11
Fachkurs Public Health	März 2015	K-PSY-3
Fachkurs Recovery	März 2015	K-PSY-14
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 den Fachkursen «Wissenschaftliches Arbeiten für Praxis und Weiterbildungsstudium» und dem DAS-Abschlussmodul.	D-PFL-3
CAS Ambulante Pflege – Pflege und Beratung in der Spitex	September 2014	C-PFL-3
CAS Clinical Assessment und Decision Making	September 2014	C-O-34
CAS Schmerzmanagement	Oktober 2014	C-PSY-2
CAS Study Nurse	September 2014	C-PFL-4
Fachkurs Clinical Assessment	September 2014	K-PHY-14
Fachkurs Clinical Decision Making	Februar 2015	K-PHY-13
Physiotherapie		
MAS Rehabilitation	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-O-3
CAS Lymphologische Therapie	August 2014	C-PHY-3
CAS Lymphologische Therapie (verkürzt)	September 2014	C-PHY-8
CAS Manuelle Therapie SAMT Advanced	Januar 2015	C-PHY-4
CAS Manuelle Therapie SAMT Basic	Januar 2015	C-PHY-2
CAS Myofasziale Triggerpunkttherapie DGSA (verkürzt)	August 2014	C-PHY-13
CAS Neurorehabilitation – Bobath-Konzept (verkürzt)	Frühjahr 2015	C-PHY-10
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Herbst 2014	K-PHY-18
Fachkurs Respiratorische Physiotherapie Basic	März 2015	K-PHY-3
Fachkurs Respiratorische Physiotherapie Rehabilitation	Oktober 2014	K-PHY-19
Fachkurs Vertiefung Neurorehabilitation	August 2014	K-PHY-16
Ernährung und Diätetik		
Fachkurs Mangelernährung	Herbst 2014	K-PFL-2
Kurs Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung – Erweiterungskurs	14. November 2014	K-ERB-15
Kurs Nahrungsmittelallergien – eine spannende Herausforderung im Beratungsalltag	28. und 29. November 2014	K-ERB-10
Hebamme		
CAS Still- und Laktationsberatung	August 2014, erneute Durchführung Sommer 2015	C-HEB-2
Fachkurs Körperarbeit im Hebammenalltag	August 2014	K-HEB-1
Fachkurs Schwangerschaft, Geburt, Muttersein und Psyche	Oktober 2014	K-HEB-7
Management im Gesundheitswesen		
CAS Medizincontrolling	November 2014	C-QM-1
CAS Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen	November 2014	C-QM-2

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