

Fehler. Risiko und Chance



Aus der Komfortzone heraustreten – Fehler machen

Grundsätzlich möchten wir Fehler vermeiden. Dies gilt auch für die Lehre. Um etwas vertieft zu lernen und zu verstehen, sind Fehler aber hilfreich. Es gilt also Studierende zu ermutigen, etwas zu wagen und dann mit Fehlern konstruktiv umzugehen. ► 11



Mit interprofessionellem Simulationstraining Fehler vermeiden

Die Ansprüche an Hebamme und Anästhesie bei der Versorgung von Mutter und Kind im Gebärmutter sind hoch. Mithilfe eines interprofessionellen Simulationstrainings kann das Verhalten beider Professionen in gesundheitskritischen Situationen analysiert und bearbeitet werden. ► 16

Fokus: Fehler. Risiko und Chance

- 05 Medikationsfehler in der klinischen Praxis
- 08 Fehler sind eine Auszeichnung des Menschseins
- 11 Das Potenzial im Fehler
- 13 Die grosse Herausforderung, aus Fehlern zu lernen. Lernarrangement im Bachelorstudiengang Hebamme
- 16 Risiko reduzieren – Fehler vermeiden. Interdisziplinäres/interprofessionelles Simulationstraining «Hebamme–Anästhesie»
- 18 Neue Perspektiven für Ernährungsberaterinnen und -berater: der Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health
- 21 Mit spitzer Feder
- 22 Wie ein brennendes Streichholz kein Loch im Teppich verursacht
- 24 Lernen aus der Erfahrung der Gruppe. Die kollegiale Praxisberatung unter Praxisausbildenden

Physiotherapie

- 26 Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Praxis – der Master of Science in Physiotherapie

Ernährung und Diätetik

- 28 (Strassen-)Seitenwechsel: vom Akutspital in die Lehre

Pflege

- 30 Kompetenzen und Visionen transparent machen

Hebamme

- 32 Kindsbewegungen im Mutterleib: Mütterliche Wahrnehmungen fachlich bewerten

Weiterbildung

- 34 Modular aufgebaut und individuell abgestimmt – Weiterbildung in der Physiotherapie

Forschung

- 36 Unterschätzte Lebensqualität im Pflegeheim?

Interdisziplinäres

- 39 Was für ein Theater!
Forschen im interprofessionellen Setting

Internationales

- 41 Bollywood meets Bern

Diplomfeier

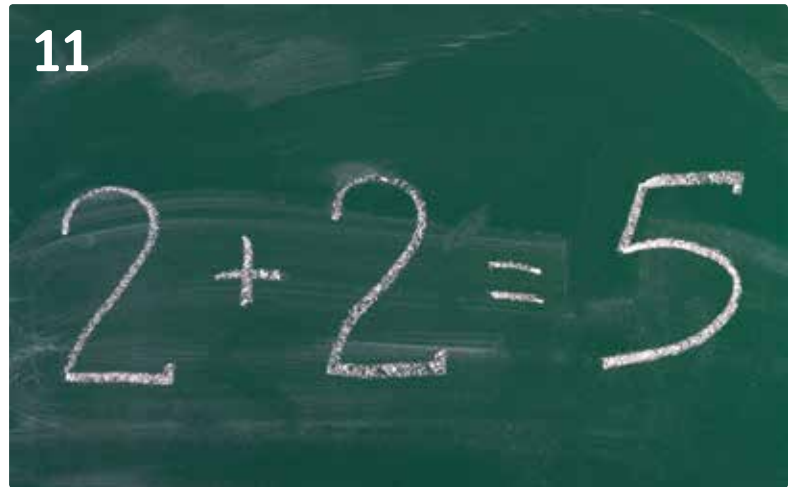
- 43 Abschlussfeier der Master- und Bachelorstudiengänge

Im Dialog mit ...

- 48 Leila Sadeghi

Weiterbildungsangebot

- 50 Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule





Prof. Eugen Mischler
Leiter Fachbereich Gesundheit a.i.

Liebe Leserin, lieber Leser

«Nichts schwächt den Künstler, den Feldherrn, den Machtmenschen mehr als das unablässige Gelingen nach Willen und Wunsch...». Glauben wir den stilvollen Worten Stefan Zweigs, so können wir also an Fehlern erstarren, bringen uns diese im Leben weiter. Was aber, wenn Fehler im Gesundheitswesen geschehen? Was, wenn Fehler weitreichende Folgen haben, ja sogar tödlich enden?

In der Schweiz sterben jährlich zwischen 700 und 1700 Menschen aufgrund von Fehlern in der stationären Gesundheitsversorgung. Und auch wenn wir tatsächlich «aus Fehlern lernen», wie es der Volksmund sagt und Fehler genauso zum Leben gehören wie Erfolge, so ist es unsere Aufgabe, ja unsere Pflicht, Fehler dort zu vermeiden, wo das menschliche Wohlergehen damit verbunden ist.

Weil Fehler im Leben eines Menschen sowohl Risiko als auch Chance sein können, heisst auch diese Frequenz-Ausgabe «Fehler. Risiko und Chance». Der Fokusteil dieses Hefts beleuchtet das Thema Fehler aus verschiedensten Sichtweisen: Wir sprechen mit einem Fehlerforscher, suchen nach der Fehlertoleranz in Lehre und Praxis und lassen auch eine Studierende zu Wort kommen.

Fehler zu verursachen, ist das eine, wie wir nach einem Fehler reagieren, das andere. Darf man Fehler zugeben? Warten Sanktionen oder wird mit dem Finger auf die Schuldigen, den Schuldigen gezeigt? Eine Fehlerkultur, die analysiert, warum ein Fehler gemacht wurde und nicht, wer schuld daran ist, eine Kultur, die geprägt ist von Vertrauen, Transparenz und Toleranz, wird bei den Mitarbeitenden ein hohes Kooperations- und Leistungsverhalten erzeugen. Aus diesem Grund brauchen wir Unternehmen, die Erfahrungsräume schaffen, um Neues zu entdecken – mit einer Kultur, die akzeptiert, dass Fehler zum Leben gehören. Sehen wir der Tatsache in die Augen: Menschen machen Fehler, auf allen Stufen, ja selbst dort, wo grundsätzlich Nulltoleranz besteht – und lernen wir daraus.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Fachbereich Gesundheit
Erscheinungsweise: 2-mal jährlich
Auflage: 10 000 Ex.
Redaktion: Judith Bögli
Fotos: Alexander Jaquemet, Daniel Haid, 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

Geburtshilfe: Berner Forscherinnen gewinnen internationalen Poster Award

Natascha Schütz Hämmerli, Lilian Stoffel, Therese Kohler, Michaela Gruber, Annemarie Berg Maeder, Kathrin Hirter und Eva Cignacco Müller gewinnen den Poster Award am ESPNIC-Kongress 2015. Ihr Poster zum Forschungsprojekt «Transition to Home: A New Model of Care for Families after Preterm Birth» überzeugte die Jury. Diesen Poster Award zu gewinnen, bedeutet für die Forscherinnen einen grossen Erfolg. Der Kongress findet nur alle zwei Jahre statt und ist mit rund 700 Teilnehmenden jeweils sehr gut besucht.

2. Posterpreis für FBG-Team am Pflegekongress in Wien

Selina Bilger und Miranda Fuhrer, beide Absolventinnen des Bachelor of Science in Pflege, gewinnen zusammen mit Friederike J. S. Thilo, wissenschaftliche Mitarbeiterin am FBG, den 2. Posterpreis am pflegekongress15 in Wien. Ihr Poster zum Thema «Elektronische Pflegedokumentation: Eine Literaturreview zur Sicht von Pflegenden» ist ein erfolgreiches Beispiel dafür, aus einer Bachelorthesis mehr zu machen und auf diesem Weg einen ersten internationalen Auftritt in Angriff zu nehmen. Unterstützt wurden die Studierenden dabei von der Angewandten Forschung und Entwicklung Pflege, namentlich von Friederike J. S. Thilo.

Neue Leiterin Studiengang Master of Science in Pflege

Am 1. September 2015 hat Frau Dr. Anne Kersten ihre Tätigkeit als Leiterin des Master of Science (MSc) Pflege aufgenommen. Nach einer langjährigen Pflegelaufbahn hat Anne Kersten 2013 an der Universität Fribourg (CH) in Soziologie promoviert. Vor ihrem Wechsel an die BFH war sie als Dozentin an der Universität Fribourg und an der ZHAW tätig in den Bereichen Soziologie, Sozialpolitik und Soziale Arbeit. Petra Metzenthin, die bisherige Studiengangsleiterin des MSc Pflege, bleibt weiterhin im Fachbereich Gesundheit tätig und ist mit einem Mischprofil in der Forschung und der Lehre tätig.

1500. Diplom am Fachbereich Gesundheit

Nur neun Jahre nach seiner Gründung konnte diesen Herbst an der Abschlussfeier des Fachbereichs Gesundheit das 1500. Diplom überreicht werden. Insgesamt haben 330 Studierende aus den vier Disziplinen und der Weiterbildung ihr Bachelor- oder Masterstudium abgeschlossen (Bilder der Abschlussfeier ab Seite 43).

Gleichgewichtstraining mittels mobilem Geräteset

Prof. Dr. Amir Tal, Studiengangsleiter MSc Physiotherapie, konnte zusammen mit der HKB (Prof. Dr. Priska Gisler) und der Ortho-Team AG Bern bei der Kommission für Technologie und Innovation (KTI) eine Förderung für eine Machbarkeitsstudie erreichen. Die Studie trägt den Titel «Entwicklung einer neuartigen Methode des dynamischen Gleichgewichtstrainings mittels mobilem Geräteset aus Smartphone und Headmounted-Display». Ziel dabei ist es, die Möglichkeit eines Trainings zur Förderung des Gleichgewichts bei älteren Menschen mithilfe einer Smartphone-Applikation und einer Virtual-Reality-Umgebung zu eruieren.

Events

3. Fachtagung Geburtshilfe am 22. Januar 2016

Am 22. Januar 2016 findet die 3. Fachtagung Geburtshilfe unter dem Titel «Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt» statt. Die Fachtagung wird erstmals in interdisziplinärer Kooperation zwischen dem Insepsital, Universitätsklinik für Frauenheilkunde und dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, Disziplin Geburtshilfe durchgeführt. Die Fachtagung widmet sich den zahlreichen Fragen im Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen von betroffenen Schwangeren und Müttern. Nationale und internationale Referentinnen und Referenten berichten über die Prävalenz, die Diagnose, über Psychopharmaka und deren Auswirkungen sowie über psychotherapeutische Ansätze. Weitere Infos unter www.gesundheit.bfh.ch/de/forschung/geburtshilfe/veranstaltungen

Colloque Santé 2016

Die sechs Colloque-Santé-Veranstaltungen im Jahr 2016 geben Ihnen spannende Einblicke in Themen wie Qualitätssicherung oder die Berufsentwicklung innerhalb der unterschiedlichen Disziplinen. Lehre, Weiterbildung und Forschung vernetzen dabei ihre unterschiedlichen Schwerpunkte. Die Veranstaltungen sind öffentlich. Weitere Informationen zu den Colloques Santé unter www.gesundheit.bfh.ch/jubilaeum

Jubiläumsjahr 2016

2016 feiert der Fachbereich Gesundheit sein 10-jähriges Bestehen. Aus diesem Grund finden während des ganzen Jahres verschiedene Aktivitäten aus allen Studiengängen des Fachbereichs statt. Wir freuen uns, Sie an den verschiedenen Veranstaltungen zu begrüßen. Das ganze Jubiläums-Programm finden Sie auf Seite 31 in diesem Heft oder unter www.gesundheit.bfh.ch/jubilaeum

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

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

- Dienstag, 17. Mai 2016
- Mittwoch, 14. September 2016
- Mittwoch, 2. November 2016
- Mittwoch, 7. Dezember 2016

Infoveranstaltungen Master of Science in Pflege

- Donnerstag, 21. Januar 2016
- Donnerstag, 18. Februar 2016
- Donnerstag, 17. März 2016
- Donnerstag, 14. April 2016

Infoveranstaltungen Master of Science in Physiotherapie

- Mittwoch, 13. Januar 2016
- Mittwoch, 17. Februar 2016
- Mittwoch, 16. März 2016

Infoveranstaltung Master of Science in Life Science – Food, Nutrition and Health

- Dienstag, 8. März 2016

Medikationsfehler in der klinischen Praxis

Oberstes Ziel einer jeden Gesundheitsinstitution ist es, Patientinnen und Patienten während ihrer Therapie und Behandlung Sicherheit zu gewährleisten und sie vor Schaden zu bewahren. Dem Schutz vor Medikationsfehlern gilt dabei ein besonderes Augenmerk, ist doch der Medikationsprozess hochkomplex und mit vielen Schnittstellen versehen. Medikationsfehler zu vermeiden, stellt für die klinische Praxis – aber auch für die ambulante Patientenversorgung – eine grosse Herausforderung dar.



Benjamin Rapphold
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Bachelorstudiengang Pflege
benjamindavid.rapphold@bfh.ch



Kaspar Küng
Dozent Bachelorstudiengang Pflege
kaspar.kueng@bfh.ch

Qualitäts- und Patientensicherheit haben seit der Jahrtausendwende an fundamentaler Bedeutung gewonnen. Insbesondere die Publikation «To Err Is Human» führte dabei deutlich vor Augen, dass mehr Menschen durch Behandlungsfehler sterben, als insgesamt bei Autounfällen und infolge Brustkrebs ums Leben kommen. Die Stiftung für Patientensicherheit geht davon aus, dass in der Schweiz jährlich zwischen 700 und 1700 Menschen aufgrund von Fehlern in der stationären Gesundheitsversorgung sterben. Diese fehlerbedingten Todesfälle zeigen, wie hochbrisant das Thema Patientensicherheit ist und wie wichtig geeignete Massnahmen zu deren Förderung sind.

Hotspot Medikationsfehler

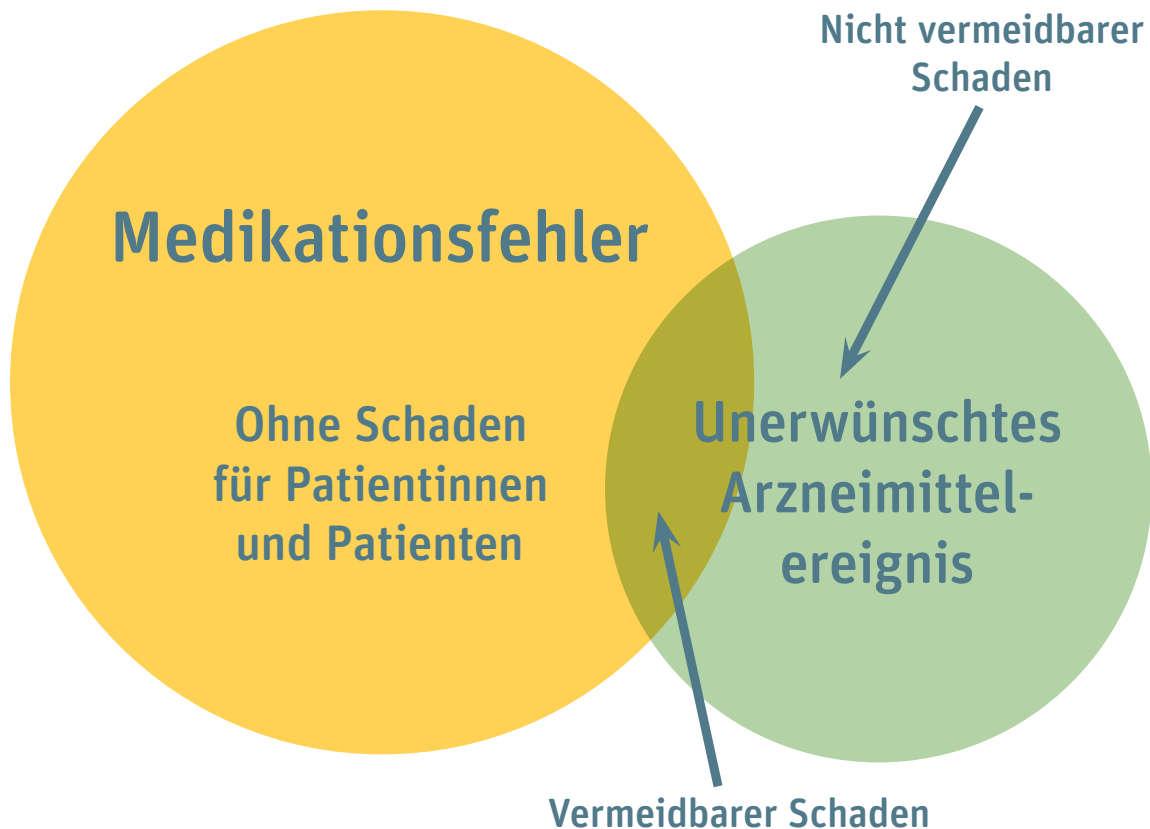
Die am häufigsten durchgeführte therapeutische Massnahme im Spital ist die Medikation, die das Ziel verfolgt, Krankheiten zu heilen oder Linderung zu bewirken. Doch gerade diese therapeutische Intervention erweist sich in der Praxis als Brandherd, was auch aktuelle Studiendaten belegen. Von allen Fehlern, die im Gesundheitswesen passieren, zählen Medikationsfehler zu den häufigsten unerwünschten medizinischen Ereignissen. Die Prävalenz von Medikationsfehlern im Akutspital liegt je nach Studie zwischen 2 und 75 Prozent. Man rechnet in den USA mit etwa 7000 Todesfällen, die jährlich durch Fehler bei der Medikation auf-

treten. In der Schweiz geht man davon aus, dass rund 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten während ihres Spitalaufenthalts ein unerwünschtes Arzneimittelereignis (UAE) erleiden. Brisant: Zirka 30 bis 60 Prozent dieser Vorfälle wären vermeidbar. Die Folgen für Patientinnen und Patienten variieren zwischen nicht schädlich bis tödlich. Dabei hat rund ein Prozent der unerwünschten Arzneimittelereignisse direkte Folgen für die Patientinnen und Patienten.

In diesem Zusammenhang sollten auch ökonomische Faktoren nicht ganz ausser Acht gelassen werden. Die jährlichen Kosten von Medikationsfehlern belaufen sich allein in den USA auf 17 bis 29 Milliarden Dollar. Es konnte nachgewiesen werden, dass in einem 700-Betten-Spital in den USA – bei einer durchschnittlichen Medikationsfehlerrate von etwa zwei Prozent – mit jährlichen Mehrkosten von rund 2,8 Millionen Dollar zu rechnen ist. In der Schweiz belaufen sich die Folgekosten von Medikationsfehlern laut Schätzungen auf 70 bis 100 Millionen Franken.

Der klinische Medikationsprozess

Der klinische Medikationsprozess gilt als Hochrisikoprozess, bei dem Fehler von der Verordnung bis zur Verabreichung und Monitorisierung einer Medikamententherapie auftreten können. Die einzelnen Prozessschritte beinhalten die Verordnung einer Medikation,



das Übertragen dieser Verordnung auf ein Arbeitsdokument bei fehlender elektronischer Verordnung, das Vorbereiten der verordneten Medikation, das Verabreichen der Medikation sowie das Überwachen der Patientinnen und Patienten nach der Medikamentenverabreichung. Dabei sind in jedem Schritt verschiedene Fachpersonen involviert, was Schnittstellen generiert, die jeweils ein eigenes Gefahrenpotenzial aufweisen. Betrachtet man die einzelnen Prozessschritte, kann aufgrund der Datenlage internationaler Studien festgehalten werden, dass rund 39 Prozent der Fehler bei der Medikamentenverordnung, 12 Prozent bei der Übertragung von Verordnungen, 11 Prozent bei der Medikamentenvorbereitung und 38 Prozent während der Medikamentenverabreichung auftreten. Verschiedene Untersuchungen belegen, wie fehleranfällig die Verabreichung von Medikamenten ist, die letztlich das Ziel verfolgt, Patientinnen und Patienten das richtige Medikament zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Dosierung und Konzentration sowie in der richtigen Applikationsform zu verabreichen. Was einfach klingt, stellt in der klinischen Praxis aber eine grosse Herausforderung dar. Eine methodologisch sehr gut angelegte Studie zum Thema Medikamentenverabreichungsfehler in 36 verschiedenen Akutspitälern in den USA detektierte eine Häufigkeit von Verabreichungsfehlern von rund 20 Prozent. Davon wurden 43 Prozent zu einem falschen Zeitpunkt verabreicht, 30 Prozent waren Versäumnisse, 17 Prozent waren falsche Dosierungen und 4 Prozent waren nicht verordnete Medikamente, die dennoch abgegeben wurden.

Ursachen von Medikationsfehlern

Verschiedene Einflussfaktoren sind für Fehler im Medikationsprozess verantwortlich. Dazu gehören die Kontrolle und die Qualität der Medikamentenverordnungen, die Art der Medikamentendistribution, Ablenkungen während der Verabreichung von Medikamenten, Fachwissen über Medikamente sowie hohe Arbeitsbelastungen. In einer Langzeitstudie während fünf Jahren konnte aufgezeigt werden, dass Personal-mangel und eine erhöhte Arbeitsbelastung unter anderem negative Effekte auf die Häufigkeit von Medikationsfehlern haben, dies sowohl auf medizinischen als auch auf chirurgischen Abteilungen. In der Literatur werden verschiedene Faktoren für Arbeitsbelastungen in der Pflege beschrieben. Dazu zählen die Charakteristika der Patientinnen und Patienten, Patientenfluktuation, Patientenüberwachungen und die Intensität der Pflege. Letztere Punkte sind auch Ausdruck der Sicherheitskultur einer Institution, die für ein erfolgreiches Sicherheits- und Fehlermanagement fundamental wichtig ist. Die Frage, wie mit unterschiedlichen Bedingungen, Ressourcen sowie mit Fehlern in einer Institution umgegangen und wie darauf reagiert wird, trägt wesentlich zur Fehlerreduktion bei, insbesondere auch zur Vermeidung und Reduktion von Medikationsfehlern. Ein weiterer möglicher Ansatz ist der Einsatz von elektronischen Hilfsmitteln und Technologien im Medikationsprozess.

Technologie im Medikationsprozess

Ein grosses Potenzial für die Medikamentensicherheit bietet der Einsatz von elektronischen klinischen Informationssystemen (KIS). Hinsichtlich der handgeschriebenen ärztlichen Verordnungen, die oftmals unleserlich sind und deshalb eine Herausforderung in der Entzifferung darstellen, wurde in der letzten Dekade viel investiert, um die Verordnungsqualität und damit verbunden auch die Sicherheit insgesamt zu verbessern. So konnten in einer Studie mithilfe der computer-gestützten ärztlichen Verordnung (CPOE) schwerwiegende Medikamenten-assoziierte Zwischenfälle um 55 Prozent reduziert werden. Diese elektronischen Systeme bieten neue Möglichkeiten, gerade in der Vernetzung mit anderen elektronischen Systemen. So muss eine elektronische Verordnung nicht mehr auf ein Papierdokument übertragen werden, sondern wird ad hoc im KIS für alle beteiligten Personen sichtbar. Um die elektronische Verordnung bereitzustellen, empfiehlt sich der Einsatz von automatischen Medikamentendistributionssystemen (AMD), die mit dem KIS vernetzt sind. So werden nur diejenigen Medikamente herausgegeben, welche auch verordnet wurden. Dank dem AMD wurden beispielsweise im Spital Thun die Medikamentenkosten pro Pflgetag um 12,4 Prozent gesenkt. Eine weitere Möglichkeit in der Medikamentenverabreichung ist der Einsatz von barcodierten oder mit Chip versehenen Patientenarmbändern. Durch das Einlesen eines Patientenarmbandes können Medikamente mit der elektronischen Verordnung im KIS abgeglichen und alle Schritte der korrekten Verabreichung eingehalten werden. Damit lassen sich vor allem auch gefährliche Patientenverwechslungen verhindern.

Literatur:

Die vollständige Literaturliste kann eingesehen werden unter www.gesundheit.bfh.ch/frequenz

«Patientensicherheit gibt es nicht zum Nulltarif»



Prof. Dr. David Schwappach
Wissenschaftlicher Leiter
Stiftung Patientensicherheit Schweiz
schwappach@patientensicherheit.ch

Die Patientensicherheit hinkt dem technologischen Fortschritt offensichtlich hinterher. Warum?

David Schwappach: Das ist nicht so leicht zu beantworten. Für die Patientensicherheit sind die Organisation von Prozessen und der Zusammenarbeit, die Kommunikation und die Kultur sehr wichtig. Dies sind komplexe und vielschichtige Gebilde, für deren Anpassung es Zeit braucht – insbesondere bei neuen Entwicklungen. Auch in der Ausbildung von Fachpersonen wird auf diese Themen noch zu wenig Gewicht gelegt. Zudem erkennt man an vielen Stellen die Problematik der Patientensicherheit und ihr Ausmass noch nicht ausreichend.

Mit welchen konkreten Interventionen könnte man die Patientensicherheit verbessern?

Da gibt es eine ganze Reihe konkreter Massnahmen. Beispielhaft möchte ich nennen: die Standardisierung von Übergaben zwischen Fachpersonen, die Einführung der chirurgischen Checkliste, eine enge Indikationsliste für das Einlegen von Blasenkathetern oder den systematischen Medikationsabgleich zur Reduktion von unerwünschten Arzneimittelereignissen. Als eher grundsätzliche Massnahmen sind beispielsweise Simulationstrainings zu nennen oder auch Massnahmen, die das «speaking up» von Fachpersonen fördern, also die Kommunikation von Sicherheitsbedenken innerhalb des Teams.

Wer ist in Sachen Patientensicherheit besonders gefordert?

Alle im Gesundheitssystem Beteiligten haben spezifische Aufgaben. Patientensicherheit ist schliesslich nichts, was man vom Schreibtisch aus verordnen kann. Die Politik muss Rahmenbedingungen stellen, in denen sich das Engagement für die Patientensicherheit lohnt. Nicht jedes Spital oder jede Arztpraxis muss das Rad neu erfinden und kann, je nach Grösse, auch nicht die entsprechende Erfahrung und Expertise aufbauen. Darum muss es Institutionen geben, die als Wissensträger und -verbreiter die notwendigen Konzepte und Instrumente entwickeln oder adaptieren, sie den Gesundheitsorganisationen und Fachpersonen anbieten und diese bei der Umsetzung unterstützen.

Wie wird sich die Patientensicherheit in Zukunft weiter verändern?

Befürchtet wird, dass durch den zunehmenden ökonomischen Druck die Patientensicherheit ins Hintertreffen gerät. Natürlich kosten die Massnahmen zur Förderung der Patientensicherheit Geld. Patientensicherheit gibt es nicht zum Nulltarif. Gleichwohl muss man sagen, dass viele vermeidbare unerwünschte Ereignisse neben dem menschlichen Leid auch finanzielle Auswirkungen haben. Es ist auch kein Entweder-oder. Die Standardisierung von Prozessen und Abläufen führt beispielsweise häufig zu beidem: zu mehr Effizienz und zu mehr Patientensicherheit.

Fehler sind eine Auszeichnung des Menschseins



Prof. em. Dr. phil. Theo Wehner
ETH Zürich, Arbeits- & Organisationspsychologie
twehner@ethz.ch

Interview
Judith Bögli
Kommunikation FBG
judith.boegli@bfh.ch

Natürlich: Fehler ärgern, sind mühsam und frustrierend. Fehler sind aber auch menschlich und Fehler zu machen zeichnet unser Menschsein, unsere Menschlichkeit aus. Fehlerforscher Theo Wehner, der von sich selber sagt, alles andere als fehlerfrei zu sein, im Gespräch über Chancen und Toleranzgrenzen von Fehlern.

Herr Wehner, wann ist Ihnen zum letzten Mal ein Fehler passiert?

Theo Wehner: Uns allen passieren laufend Fehler. Ein Stolpern beim Gehen, ein Versprecher hier im Gespräch, vielleicht sogar gerade jetzt ein Irrtum im Denken. Fehler beim Sprechen korrigiere ich unmittelbar oder sie fallen mir nicht einmal auf. Die gedanklichen Irrtümer erkennen dann vielleicht erst Sie oder die Leserinnen und Leser und ich werde entsprechende Rückmeldungen erhalten.

Sie sprechen von Fehler und Irrtum. Was ist der Unterschied?

Fehler und Irrtümer sind zwar beides Zielverfehlungen, trotzdem ist es wichtig, gut zu unterscheiden: Im Falle des Fehlers handeln wir wider besseres Wissen und Können. Beim Irrtum hingegen fehlen uns die Handlungsvoraussetzungen: Wissen oder Fakten.

Aus Fehlern wird man klug, heisst es. Haben Sie aus Ihren eigenen Fehlern denn immer etwas gelernt?

Ja, ich habe immer etwas aus meinen Fehlern gelernt. Nämlich, dass auch Fehlerforscher fehleranfällig sind und Fehlerforschung nicht zur Fehlerfreiheit führt – was

übrigens auch nie mein Ziel war. Aus einzelnen Fehlern habe ich gelernt zu reflektieren, genauer hinzuschauen oder mich mit anderen über den gemachten Fehler auszutauschen. Aufgefallen ist mir dabei Folgendes: Wer aus Fehlern lernt, erwirbt dadurch keine Garantie, dass ihm in ähnlichen Situationen nicht wieder ein ähnlicher Fehler passieren kann.

Bringen uns Fehler im Leben denn tatsächlich weiter? Sind Fehler nicht einfach nur mühsam?

Sie haben recht, Fehler sind mühsam – manchmal auch ärgerlich und frustrierend. Aber trotzdem bieten Fehler auch Chancen. Entwicklung und Lernen sind von Zielverfehlungen begleitet. Wir brauchen Feedback darüber, was wir erreicht oder verfehlt haben und wir müssen uns die Zeit nehmen, dies zu reflektieren.

Und ohne Fehler bleiben wir stehen?

Wie sehr uns Fehler im Leben weiterbringen, ist eine Frage des Standpunktes. Wie weit ist weit genug? Jemand, der Spitzensportler werden möchte, wird kleinste Zielverfehlungen zum Anlass nehmen, den Trainingsplan anzupassen. Ein Hobbygolfer hingegen lernt noch lange nicht aus jedem Schlag ins Blaue.

Fehler zu machen, wird in unserem Kulturkreis häufig mit Scheitern gleichgesetzt ...

«Der Untätige macht nur einen Fehler, er bleibt untätig», sagt ein Sprichwort. Wer arbeitet, wer lernt, wer lebt, macht Fehler. Es ist sehr wichtig, Fehler oder Irrtum nicht mit Scheitern gleichzusetzen. Scheitern bedeutet, wirklich Schiffbruch zu erleiden und ist wesentlich umfassender, existenzieller und auch bedrohlicher, als einen einzelnen Fehler zu begehen. Wenn man Scheitern mit Fehlern in Verbindung bringt, dann lässt sich aufzeigen, dass Personen, die gescheitert sind, auf dem Weg des Scheiterns zu wenig reflektiert und das Risiko, das sie eingegangen sind, zu wenig kalkuliert haben. Sehr oft haben Menschen, die gescheitert sind, aus ihren Fehlern nichts gelernt und sind zu unrealistischen Optimisten geworden. Fehler oder Irrtum schieben sie allenfalls auf die Situation, nicht aber auf ihre Handlungskompetenz oder ihr Unternehmen.

Gibt es Menschen, die eher zu Fehlern neigen als andere?

Darüber wurde sehr viel geforscht und die Ergebnisse sind übereinstimmend. Nichts lässt darauf schliessen, dass man auch nur annähernd davon ausgehen kann, dass Fehler im Handeln Einzelner zu prognostizieren sind. Es sind weder kognitiv auffällige Personen noch motorische oder sensorische Mängel, die dazu führen, dass wir Fehler vorhersagen können.

Sondern?

«Errare humanum est», also «irren ist menschlich». Schon die alten Griechen sahen den Irrtum als Auszeichnung und nicht als Schöpfungsdefizit. Irren ist ganz einfach menschlich, bedeutet Mensch zu sein. Reflexe, Instinkte der sogenannten niederen Tiere, sind nie falsch, deshalb machen Tiere auch keine Fehler oder können sich nicht irren. Wer frei im Denken, frei im Handeln ist, der macht Fehler, der verfehlt Ziele.

Und woher kommt die Art und Weise, wie wir mit Fehlern umgehen?

Das sind Erziehung und Sozialisation. In einer Leistungsgesellschaft wird das Genaue, das Perfekte höher bewertet als sich den Zielen nur anzunähern, dabei vielleicht zwei Schritte vor und wieder einen zurück zu machen. Das ist unökonomisch, unnötig, man könnte es doch gleich richtig machen. Im Spiel können wir beobachten, dass die einen Kinder den eingestürzten Bauklötzchenturm als Eisenbahn weiterverwenden und die anderen laut aufschreien und sich selber als Versager sehen. Hier sind Erziehungspersonen gefordert, die

Normalität des Handelns mit der Zielerreichung oder Verfehlung in Einklang zu bringen und zu zeigen, dass auch sie selber Fehler machen.

Sind in unserer Gesellschaft Fehler also ein Tabu?

Ja. Wir leben in einem Kulturkreis, wo der Fehler tabuisiert ist, man spricht nicht frei darüber. Aber auch das Gegenteil, also Fehler wie Trophäen vor sich herzutragen, ist sicher genauso unsinnig. Es braucht einen normalen Umgang mit Fehlern, ein fehlerfreundliches Milieu. Es braucht Fehlertoleranz und das heisst auch eine gewisse Grosszügigkeit gegenüber der Perfektion innerhalb der Zielerreichung. Man muss auch mal den Fünfer gerade sein lassen. Kleine Abweichungen können durchaus toleriert werden und müssen nicht sofort als Fehler denunziert werden.

Und was bedeutet ein fehlerfreundliches Milieu?

Was häufig zu Fehlern führt, sind die Kontexte. Ein Computerprogramm, das nicht durchdacht ist oder ein nicht eindeutiges Verkehrsschild, das wir falsch interpretieren. In der Wissenschaft spricht man von «system-induced errors», also durch das System induzierten Fehlern. Auch nach Katastrophen sieht man häufig, dass die Schnittstelle Mensch/Technik verbessert werden muss und dass mit technischen Eingriffen versucht wird, Fehler auslösende Situationen zu vermeiden. Die Umgebung und eben das Milieu sind meist einfacher zu verändern als der Charakter oder die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten von Menschen.

Und wenn der Fehler schon passiert ist?

Auch dazu ein Sprichwort: «Fehler bemerkt man nicht, als bis sie begangen sind.» Erst wenn wir ein Ziel verfehlt haben, können wir vom Fehler sprechen. Es gilt den Fehler zuerst zu korrigieren und als Zweites zu reflektieren, sodass man, und zwar ohne jeden Garantieanspruch, daraus lernen kann.

Wo liegt die Toleranzgrenze in Sachen Fehlerfreundlichkeit?

Es braucht Toleranz und es braucht fehlertolerante Systeme. Ich würde sogar noch einen Schritt weitergehen und sagen, es braucht Fehlerfreundlichkeit. Das heisst eine Aufmerksamkeit, eine Hinwendung zum Fehler und nicht eine Abwendung. Ein System, ein Kontext ist fehlerfreundlich, wenn ich die Möglichkeit erhalte, den Fehler selbst zu beseitigen, den Irrtum selbst zu korrigieren und dann daraus zu lernen. Das ist höher zu bewerten als nur ein toleranter Umgang.



Im Gesundheitswesen kann ein kleiner Fehler tödliche Folgen haben. Gelten hier deshalb andere Regeln?

In jedem Kontext müssen individuelle Regeln erarbeitet werden. Viel zu häufig wurde verglichen: Wie macht man denn das in der Industrie, was machen die denn im Cockpit, was machen sie in Kernkraftwerken und können wir das Gleiche nicht auch bei uns einführen? Jede Branche hat ihre Spezifika, jedes System eigene Regeln im Umgang mit Qualität, mit Fehlern, mit Sicherheit. Natürlich können Analogien zu andern Bereichen hergestellt werden, aber die Sache muss kapiert und nicht kopiert werden.

Aber nochmals: Im Gesundheitswesen ist die Fehlertoleranz doch verschwindend klein?

In der Medizin und im Gesundheitswesen allgemein wurde das Thema Fehler sehr lange tabuisiert. Erst die amerikanische Studie «To Err Is Human», die vor rund 15 Jahren publiziert wurde, rüttelte die Branche auf: Die Zahlen der Studie bewiesen, dass es die neunthäufigste Todesursache ist, im Spital durch einen Fehler oder einen Irrtum zu sterben. Aufgrund dieser Studie hat sich in den letzten Jahren sehr viel verändert.

Konkret?

Wir haben heute Systeme wie das «Critical Incident Reporting», also wenn kritische Ereignisse berichtet werden. In vielen Leitbildern von Spitälern und Institutionen des Gesundheitswesens kommt der Begriff der Fehlertoleranz vor. Es wird nicht nur zwischen Tür und Angel über Fehler berichtet, sondern es gibt Fallkonferenzen, an denen man über herausragende Fälle im Team spricht und versucht, daraus zu lernen. Ich habe viele solche Seminare geleitet und mir war immer am wichtigsten, im Gesundheitssystem nicht nach Schuldigen zu suchen, sondern zu fragen, warum hier so gehandelt wurde. Wir gehen davon aus, dass Menschen gerade in solchen verantwortungsvollen Bereichen kompetent handeln wollen, dass sie nicht zur Arbeit gehen, um Fehler zu machen. Wer dies anders sieht, wird bei der Fehleranalyse die tatsächliche Ursache oder das Ursachengeflecht nicht finden.

Sie arbeiten seit über 30 Jahren in der Fehlerforschung. Wie hat sich der Umgang mit Fehlern seither verändert? Wie sieht die «perfekte» Fehlerkultur aus?

Es hat sich in diesen Jahren zu diesem Thema einiges verändert. Viel schneller wird heute nach einer Fehlerkultur gerufen, als es noch vor 20, 30 Jahren der Fall war. Wie ernst das mitunter gemeint ist, schaue ich mir im Einzelfall an. Ich habe festgestellt, dass es zum Teil modisch geworden ist, sich um Fehlerkultur zu kümmern. An der Alltagspraxis hat sich aber dann doch wenig geändert. Es wird keine perfekte Fehlerkultur geben. Aber es muss selbstbewusst mit dem Fehler umgegangen werden. Wir müssen Fehler nicht als Entschuldigung und als Resignation vortragen, sondern als Auszeichnung des Menschseins und uns dann korrigierend und reflektierend den Zielverfehlungen zuwenden. Wir müssen uns über unsere Fehler wundern können. Wir müssen darüber staunen können, was alles schiefgehen kann, und wir sollten häufig auch schmunzeln können über das, was man im Alltag so alles falsch macht. Dann sind wir auf dem Weg zum guten Leben und hoffentlich auch zu einer guten Fehlerkultur.

Das Potenzial im Fehler



Dr. Corinne Tiaden
Stellvertretende Leiterin
Fachstelle Hochschuldidaktik &
E-Learning
corinne.tiaden@bfh.ch

Wenn wir Studierende ermutigen, aus ihrer Komfortzone herauszutreten und etwas zu wagen, werden Fehler erst so richtig sichtbar. Als Lehrende tragen wir die Verantwortung dafür, dass mit Fehlern konstruktiv umgegangen wird. Studierende erhalten die Chance, positives sowie negatives Wissen aufzubauen und den kompetenten Umgang mit Fehlern zu erlernen.

Wir sind geneigt, Fehler zu vermeiden. Denn Fehler machen unsere Schwächen sichtbar, sie zeigen auf, wo wir zu wenig aufmerksam waren oder inwiefern wir eine Situation falsch eingeschätzt haben. Das ist unangenehm. Wenn wir jedoch etwas vertieft lernen und verstehen wollen, sind Fehler hilfreich. Fehler können neue Einsichten entstehen lassen, die zu einem Lernprozess führen, der mehr ist als nur die Prävention des früheren Fehlers (Bauer & Harteis, 2012).

Negatives Wissen als Fehlerpotenzial

Das Vermeiden von Fehlern findet sich auch in der Lehre. Die folgende Situation zeigt diese subtile Neigung auf: Der Dozent diskutiert mit den Studierenden über die Möglichkeit, wie bei einer spezifischen Krankheit ernährungstherapeutisch vorgegangen werden kann. Eine Studentin meldet sich mit einer falschen Antwort. Der Dozent nimmt die Antwort entgegen, ohne vertiefter darauf einzugehen. Er gibt die Frage nochmals in die Runde, um weitere Vorschläge zu sammeln. Glücklicherweise meldet sich ein Student mit dem richtigen Beitrag. Diesen nimmt der Dozent dankbar auf und erläutert den Sachverhalt weiter, ohne auf die falsche Antwort eingegangen zu sein. Die falsche Antwort verschwindet im Bermuda-Dreieck (Oser & Spychiger, 2005). Welche Lernchance wird dabei verpasst? Fehler beinhalten die Möglichkeit, Wissen darüber aufzubauen, wie und warum etwas nicht funktioniert. Das ist negatives Wissen (Oser & Spychiger, 2005). Wäre die Antwort der Studentin konstruktiv in die Diskussion eingebaut worden, so wüssten die Studierenden nun, wie sie im besprochenen Krankheitsfall nicht vorgehen sollten. Kontrastierend dazu wird anschliessend die richtige Lösung entwickelt. Dadurch erwerben Studierende ein umfassenderes und tieferes Verständnis von der Sache. Sie wissen anschliessend mehr, nämlich wie sie vorgehen sollten und wie eben nicht. Dies führt in künftigen Praxissituationen zu mehr Sicherheit, da Studierende falsche Handlungen

bewusst ausschliessen können. Und sie lernen noch etwas: nämlich wie kontrastierend aus schlechteren Lösungen bessere entwickelt werden. Sie erlernen den kompetenten Umgang mit Fehlern.

Das Fehlerpotenzial versteckt sich in anspruchsvollen Lernprozessen

Das Potenzial von Fehlern zeigt sich vor allem in Lernprozessen, die eine vertiefte und anspruchsvolle Auseinandersetzung voraussetzen. Das Auswendiglernen der einzelnen Knochenbezeichnungen in der Ausbildung zur Physiotherapeutin und zum Physiotherapeuten beispielsweise ist zwar anstrengend und unbedingt notwendig, erfordert aber keine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Lernmaterial. Auch hier können natürlich Fehler passieren. Das Potenzial darin ist jedoch für die Lehre längst nicht so nützlich. Denn es geht um ein Richtig oder Falsch, das lediglich der Korrektur bedarf. Interessant in unserem Zusammenhang sind komplexere Fragestellungen, die besser oder schlechter bzw. mehr oder weniger praxistauglich gelöst werden können. Einen Patientenfall zu analysieren und anschliessend die adäquate Therapie zu entwickeln, fordert Studierende auf einer höheren kognitiven Ebene heraus. Sie müssen das Krankheitsbild von anderen möglichen abgrenzen. Sie wählen aus verschiedenen Therapieansätzen den passendsten aus. Fehler, die in solchen und ähnlichen Lernprozessen entstehen, entfalten, konstruktiv genutzt, ein grosses Potenzial. Denn dank der vertieften Einsicht in den Fehler entwickeln Studierende ein differenziertes Verständnis von der Sache. Wie bereits im obigen Beispiel erläutert, bauen sie negatives Wissen auf.

Nachhaltige Lernprozesse über persönliche Erfahrung

Obwohl Lehrende vermitteln können, was man tun und lassen sollte, ist die persönliche Erfahrung natürlich nachhaltiger. Im Fachbereich Gesundheit werden

vielfältige Lernszenarien eingesetzt, um Handlungskompetenzen aufzubauen, beispielsweise wenn Studierende mit Schauspielenden Kommunikationskompetenzen trainieren. Lernszenarien dieser Art bieten den Studierenden variantenreiche Möglichkeiten, etwas auszuprobieren und zu tun. Verschiedene Vorgehensweisen werden persönlich erfahrbar und bei Mitstudierenden beobachtbar. Es werden natürlich auch Verhaltensweisen sichtbar, die weniger erfolgreich oder nicht adäquat sind, also Fehler. Das Potenzial im Fehler, nämlich dessen Prävention, wird in solchen Lernsettings nachhaltiger aufgebaut als nur über eine Diskussion. Ein Vorgehen dieser Art ist für den Aufbau von Handlungskompetenzen unerlässlich. Gleichzeitig ist die Emotionalität, die mit möglichen Fehlern einhergeht, intensiver. Es sind Emotionen wie Scham, Ärger oder Angst. Das Ansprechen des Fehlers bedarf in solchen Lernsituationen besonderer Sorgfalt. Ein gesundes Mass an Ärger über sich selbst nach einem Fehler kann jedoch durchaus hilfreich sein, um einen Lernprozess anzustossen, der die Korrektur im Zentrum hat (Oser & Spychiger, 2005). Grundsätzlich unterstützend ist eine Stimmung, die Studierende ermutigt, etwas zu wagen und Fehler konstruktiv nutzt.



Vom konstruktiven Umgang mit Fehlern in der Hochschullehre

Lernorientierte Haltung gegenüber Fehlern

Zwei Dinge können wir aus dem Lernen in Organisationen ins Lernen an Hochschulen übertragen. Bei Arbeitnehmenden wirken sich die persönliche Überzeugung, mit Fehlern umgehen zu können, sowie die Erwartung, dass Fehler von Zeit zu Zeit passieren, positiv auf den Umgang mit Fehlern aus (Gartmeier & Schüttelkopf, 2012). Das ist ein erster wichtiger Hinweis. Der zweite zeigt, dass Unternehmen Fehler vor allem dann für Innovation nutzen können, wenn eine offene Diskussion über begangene Fehler stattfindet (Gartmeier & Schüttelkopf, 2012). Übertragen auf das hochschulische Lernen bedeutet dies, eine Stimmung zu schaffen, die Studierende darin ermutigt, Dinge auszudrücken oder auszuprobieren, auch wenn sie sich hinsichtlich der Richtigkeit der Antwort bzw. der Vorgehensweise noch nicht ganz sicher sind. Ideal wäre, wenn eine gemeinsame Haltung angestrebt wird, in der jede und jeder ihr und sein Bestes gibt. Wenn dennoch Fehler passieren, werden diese gemeinsam für den Lernfortschritt genutzt. In einem solchen Lernklima

können Fehler offen angesprochen und zum Richtigen weiterentwickelt werden.

Sorgfältiges Feedback

Negatives Wissen an sich sagt noch nichts darüber aus, was die mögliche richtige Lösung ist. Über Feedbackprozesse und gemeinsame Diskussionen gilt es, das Richtige herauszuarbeiten. Es ist mittlerweile Standard, dass Feedback nicht nur den Fehler fokussiert bzw. aufzeigt, was noch verbessert werden muss. Feedback soll auch das stärken, was bereits gut funktioniert (z. B. Voerman et al., 2014). Denn Lernen wird dann unbefriedigend, wenn die erlebte Unfähigkeit stärker ist als die Freude über das Gelingen (Oser & Spychiger, 2005).

Genügend Zeit für die Korrektur des Fehlers

Im Weiteren ist es für den Lernfortschritt zentral, dass die Studierenden genügend Zeit erhalten, um das Feedback zu verarbeiten bzw. den Fehler zu korrigieren. Aus Fehlern zu lernen, benötigt nämlich Zeit. Je anspruchsvoller das Feedback, desto mehr Zeit beansprucht die anschließende Korrektur (Widorski et al., 2012). Das, was in den Köpfen der Studierenden passieren soll, ist nach dem Feedback oder nach einer Diskussion noch nicht vollendet. Das Falsche muss wirklich verstanden und dessen Korrektur eingearbeitet werden.

Klare Trennung von Lern- und Leistungssituationen

Damit Studierende wagen, etwas auszuprobieren und sich einzubringen, ist es notwendig, dass Lern- und Prüfungssituationen klar getrennt sind (Dalehefte et al., 2012). Studierenden muss klar sein, wann sie sich in einer Lernsituation befinden, in der sie frei von der Leber weg üben können und auch Fehler machen dürfen. In Prüfungssituationen weisen die Studierenden die geübten Kompetenzen nach. Diese werden bewertet. Fehler sollen hier vermieden werden. Sind Lern- und Prüfungssituationen nicht klar voneinander abgegrenzt, werden Studierende Hemmungen haben, das Angebot zum Üben und Fehlermachen anzunehmen.

Literatur:

- Bauer, J. & Harteis, C. (2012). *Human Fallibility – the Ambiguity of Errors for Work and Learning*. Springer: Dordrecht.
- Dalehefte, I.M., Seidel, T. & Prenzel, M. (2012). Reflecting Learning from Errors in School Instruction: Findings and Suggestions from a Swiss-German Video Study. In J. Bauer & C. Harteis (Eds.), *Human Fallibility – the Ambiguity of Errors for Work and Learning*, 197–214. Springer: Dordrecht.
- Gartmeier, M. & Schüttelkopf, E.M. (2012). Tracing Outcomes of Learning from Errors on the Level of Knowledge. In J. Bauer & C. Harteis (Eds.), *Human Fallibility – the Ambiguity of Errors for Work and Learning*, 33–51. Springer: Dordrecht.
- Oser, F. & Spychiger, M. (2005). *Lernen ist schmerzhaft: Zur Theorie des Negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur*. Beltz: Weinheim und Basel.
- Voerman, L., Korhagen, F.A.J., Meijer, P.C. & Simons, R.J. (2014). Feedback revisited: Adding perspectives based on positive psychology. Implications for theory and classroom practice. *Teaching and Teacher Education*, 43, 91–98.
- Widorski, P., Salzmann, P., Bauder, T., Heinzer, S. & Oser, F. (2012). *Lernenden fördernd Feedback geben*. Hep: Bern.

Die grosse Herausforderung, aus Fehlern zu lernen

Lernarrangement im Bachelorstudiengang Hebamme



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

Speziell in den Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, welche prinzipiell als physiologisch anzusehen sind, können Fehler schwerwiegende Konsequenzen für Mutter und Kind haben – und langwierige und kostenintensive Folgen verursachen. Systematisches Qualitäts- und Bildungsmanagement im Gesundheitsbereich kann zu einer positiven Beeinflussung der Fehlerkultur führen. Um dieser Herausforderung in der praktischen Hebammenarbeit zu begegnen, wird dem Thema in der Lehre besondere Aufmerksamkeit beigemessen. Das hier vorgestellte Lernarrangement gibt einen Einblick, wie studierende Hebammen lernen, mit Fehlern umzugehen, und welche Instrumente sie bei kritischen Ereignissen unterstützen können.

Vor 15 Jahren hat das Bundesamt für Gesundheit mit der Mitteilung, dass in der Schweiz pro Jahr rund 3000 Menschen wegen medizinischer Behandlungsfehler sterben, in der Öffentlichkeit für Aufsehen gesorgt. Der Bundesrat reagierte mit einem entsprechenden Beschluss zur Sicherung der Qualität der Leistungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG), Artikel 58¹. Seitdem werden regelmässig systematische, wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der KVG-Leistungen durchgeführt. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat in der Folge 2007 einen Bericht² veröffentlicht, der den Bedarf aufzeigte, das Thema Patientensicherheit in die Curricula der Hochschulen und Universitäten aufzunehmen. Gefordert wurde eine Schulung in Patientensicherheit für Fachpersonen im Gesundheitswesen. Diese muss mit einem Kulturwandel bei der Beurteilung von Fehlern einhergehen und beim beruflichen Selbstverständnis der Fachleute in den Gesundheitsinstitutionen ansetzen. Es gilt, Gesundheitsfachleute zu befähigen, Fehler nicht mehr als Tabuthema zu behandeln, sondern offen zu diskutieren. Die dazu notwendigen Kompetenzen (Kommunikation und fachkundiges Verhalten) müssen deshalb auch Bestandteil der Schulung sein.

Das Gesundheitswesen ist besonders anfällig für Fehler. Einer neuen Kultur des Lernens im Umgang mit Fehlern muss deshalb heute auch in der Ausbildung von Hebammen höchste Priorität eingeräumt werden. Dabei geht es darum, den Studierenden die Systematik deutlich zu machen, mit der auch die Ereignisse, bei

denen es gerade noch einmal gut gegangen ist, gesammelt und analysiert werden.

Der interaktive Zugang zum Thema mittels eines realen, anonymisierten Fallbeispiels aus der Praxis leistet einen wichtigen Beitrag, sich systematisch mit der Fehlerursache auseinanderzusetzen. Genau hier setzt die Lehre an. Die Studierenden sollen erkennen, dass man aus Fehlern lernen kann, damit diese nicht wiederholt werden. Instrumente wie Crisis Resource Management³ (CRM), Leitsätze und Kommunikationsformen, die auch unter ungünstigen Bedingungen helfen, effektive Massnahmen im Team einzuleiten, werden vorgestellt und geübt.

Lernaufgabe und Fallbeispiel

Die Studierenden analysieren anhand der Grundlagen aus den Vorlesungsunterlagen systematisch einen realen, anonymisierten Behandlungsfehler mittels Strukturlegetechnikmethode (compad Toolbox⁴) und legen entsprechende Massnahmen fest.

Ziel dieser Lernform ist, die Situation möglichst exakt in drei Phasen zu zerlegen. Damit sollen eine aktive Auseinandersetzung mit dem Fall und damit die Konstruktion von Wissen erzeugt werden. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum: Haben wir genügend Informationen, um eine Ursachenanalyse vorzunehmen? Wo im Behandlungsablauf könnte es sich um fehlerhafte Vorgänge oder fehlerbegünstigende Faktoren gehandelt haben? Wie könnten diese identifiziert werden? Schliesslich sollen Empfehlungen abgeleitet und Wissenslücken eruiert werden, die für einen Massnahmenplan notwendig sind.

Der Vorteil der Strukturlegetechnik liegt darin, dass die Prozesse visualisiert werden können. Mit dieser Darstellungsform können die Studierenden immer wieder gemeinsam zu den einzelnen Schritten im Ablauf zurückkehren und neue Erkenntnisse rasch identifizieren, was für die Ursachenanalyse von grosser Bedeutung ist.

Eintritt einer schwangeren Frau mit Bauchschmerzen

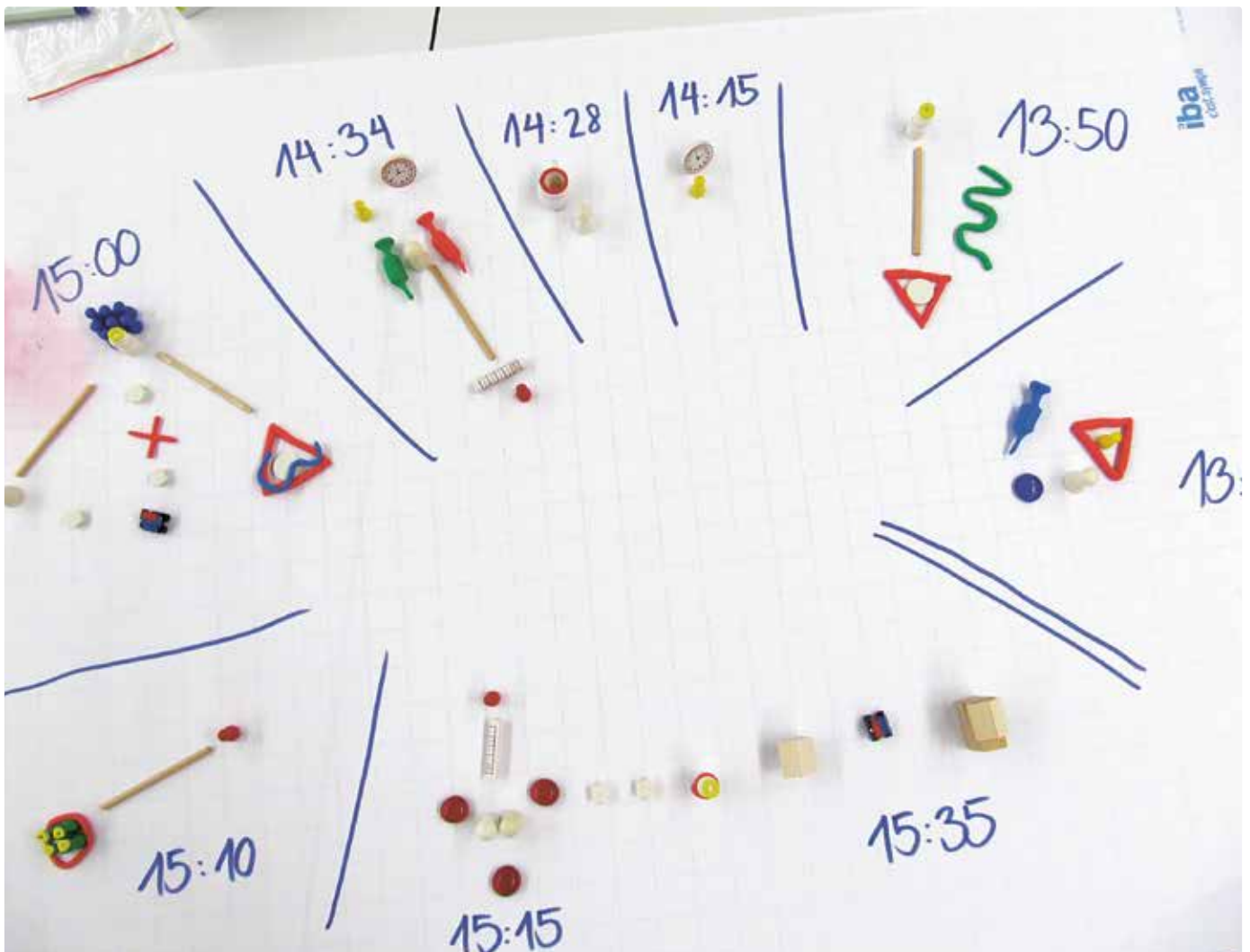
Folgende anonymisierte Fallsituation zeigt eine mögliche Analyse mittels Strukturlegetechnik: Stationäre Aufnahme einer Erstgebärenden vier Wochen vor Geburtstermin wegen Bauchschmerzen. Da der Herzton- und Wehenschreiber, CardioTokoGraph (CTG), Auffälligkeiten zeigte, wird der Belegarzt in seiner Praxis telefonisch informiert und er ordnet eine medikamentöse Lungenreife beim ungeborenen Kind an. Erneut kontaktiert die Hebamme den Arzt telefonisch, da sich die Situation beim CTG unverändert zeigt. Der Arzt «kann» wegen der vollen Praxis nicht sofort in die Klinik kommen und gibt erneut Anordnungen (Infusion

anhängen). Die Hebamme drängt auf eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus mit einer Neonatologie. Sie weiss, dass ein Kind, wenn es intrauterin mit der Mutter verlegt wird, bessere Chancen hat und sicherer betreut werden kann. Nach längerem Hin und Her stimmt der Arzt einer Verlegung zu. Die späte Verlegung ist für Mutter und Kind mit grossen Risiken verbunden. Über den heutigen Gesundheitszustand des Kindes können hier keine Angaben gemacht werden, die Krankenkasse klagte jedoch auf Schadenersatz wegen «Untätigbleiben» der Hebamme. Der Fall ist haftpflichtrechtlich abgeschlossen.

Für die Analyse haben die Studierenden eine detaillierte, anonymisierte Patientendokumentation in Papierform mit einem Gedächtnisprotokoll der betroffenen Hebamme zur Hand, das sie am Ende des Unterrichts den Dozierenden wieder abgeben müssen.

Lernaufgabe

Entlang einer Lernaufgabe aus der compad Toolbox «aus Situationen lernen» wird in drei Schritten die Ist- und Sollanalyse mit einem Fotoprotokoll erstellt. Alle



Beispiel für die Methode der Strukturlegetechnik

Zwischenergebnisse werden fotografiert.

1. Darstellen des Fallprozesses nach Datenlage
2. Kritische Punkte und Ereignisse im Prozess aufzeigen und herausarbeiten
3. Lösungsansätze erarbeiten (fachliche Anforderungen/Kompetenzen festhalten, welche in dieser Situation an die Hebamme gestellt wurden)

Folgende Fragen unterstützen die Studierenden in der Fallanalyse:

- Wurde die Situation richtig eingeschätzt, der Notfall erkannt?
- Welche Massnahmen hätten wann und wie ergriffen werden müssen?
- Wurde, als der Notfall festgestellt wurde, adäquat und mit der nötigen Sorgfalt reagiert?
- Wurde im Nachhinein entsprechend und nachvollziehbar dokumentiert?

Als Ergebnissicherung präsentieren alle Gruppen ihre drei Bilder und kommentieren diese mithilfe der vorbereiteten Bilder als Fotoprotokoll auf der Grossleinwand. Nach den Präsentationen wird ein Ergebnistext zum Fall verfasst.

Allgemeine Erkenntnissicherung

Kommunikationsformen

- Gute, klare, prägnante, sachliche Kommunikation, besonders wichtig beim Telefonieren. Keine Gefühle äussern, sondern Fakten, was zum Zeitpunkt sachlich zusammengefasst, erläutert werden kann. Vorschlag über Prozedere machen, z. B. aufgrund der Situation sofort kommen. Wenn er nicht kann, mitteilen, dass eine Vertretung gerufen wird.
- Was sind die internen Kommunikations- und Meldewege bei kritischen Situationen und bei Notfällen, Regeln usw.? Wie wurden diese implementiert?
- Kurze Information und Kommunikation nach CRM⁵-Leitsätzen. Die wichtigen und richtigen Fachpersonen zu Hilfe holen. Kurzorientierung anhand des 10-Sekunden-für-10-Minuten-Prinzips (Was ist das Problem? Um welche Diagnose handelt es sich? Informationen zusammentragen und Plan für die nächsten 10 Minuten erstellen).

Patientendokumentation

- Gute, nachvollziehbare, prägnante, leserliche Dokumentation (gemeinsame Fachsprache, z. B. nach welchen Scores wird im Spital das CTG interpretiert?) Genaue Zeitangaben, Medikamentendosis exakt eintragen usw.
- Dokumentation ist wichtig. Warum wurden welche Medikamente verordnet, diese gut beschriften.

Technical und non-technical skills⁶

- Alle nötigen Interventionen im Kompetenzbereich der Hebamme planen und durchführen, z. B. bei pathologischem CTG: Weckversuch, Lagerungswechsel (Seitenlage), Flüssigkeitszufuhr, Kollegin zur Beurteilung hinzuziehen. Telefonanruf bei der Verlegungsklinik bereits als Vorinformation, Rückfragen beim Frühdienst, um weitere Informationen zu erhalten, Dokumente vervollständigen, im Kontakt bleiben mit der Frau und ihrem Partner.
- Wenn Arzt nicht kommen kann: abklären, wer rasch verfügbar ist (Vertretungsregelung in Privatklinik).
- intrauterine Verlegung in eine Klinik mit Neonatologie sollte in einem Prozessablauf/Algorithmus geregelt sein.

Das interaktive Lernsetting ermöglicht den Studierenden, sich der Fehleranalyse mit einer neuen Lernmethode anzunähern. Die Begleitung der Studierenden erfordert von den Expertinnen ein rasches und flexibles Reagieren sowie fundierte Sachkenntnisse, damit die Gruppenprozesse inhaltlich in guter Qualität gesteuert werden können. Da das reale Fallbeispiel von den Dozierenden selbst aufbereitet wird, sind diesbezüglich beste Voraussetzungen gegeben. Der erste Kontakt im Umgang mit Fehlern im geschützten Bereich der Lehre ist ein wichtiger Schritt hin zu ersten Erfahrungen einer gelebten Fehlerkultur in der Praxis.

Literatur:

- ¹ Santésuisse (2003). Gesetzlicher Hintergrund nach KVG und VVG. Abgerufen am 02.10.2015 unter: www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=7918&detail=yes&navid=672
- ² Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2007). Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit und Fehlerkultur.
- ³ Rall, M. (2004). Erhöhung der Patientensicherheit durch Crisis Resource Management (CRM) Training. J Anästhesie Intensivbehandlung 2: 98-104.
- ⁴ Künzel, M. (1997). Compad® LernMaterial. Abgerufen am 02.10.2015 unter: <http://www.schulverlag.ch/page/content/index.asp?MenuID=3154&ID=5308&Menu=1&Item=20.4.1>
- ⁵ InPass (2007). CRM Karten Patientensicherheit. Abgerufen am 02.10.2015 unter: <http://www.inpass.de/service/materialdownloadlinks/>
- ⁶ Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., et al. (2003). Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. Br J. Anaesth 90: 580-588.

Risiko reduzieren – Fehler vermeiden. Interdisziplinäres/interprofessionelles Simulationstraining «Hebamme–Anästhesie»



Prof. Dorothee Eichenberger zur Bosen
Leiterin Disziplin Geburtshilfe und
Bachelorstudiengang Hebamme
dorothee.eichenberger@bfh.ch

Mutter und Kind sollen im Gebärraum von Hebamme und Anästhesie mit hoher fachlicher Sorgfalt und mit professioneller Kommunikation zwischen den Berufsangehörigen versorgt werden. Mit interprofessionellen Simulationstrainings werden kommunikative Unzulänglichkeiten und Fehlverhalten beider Professionen in gesundheitskritischen Situationen bearbeitet. Dadurch sollen im praktisch-klinischen Alltag Behandlungsrisiken reduziert und Fehler vermieden werden.

Die Schnittstelle interprofessionelle/interdisziplinäre Aus- und Weiterbildung hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Das Beispiel des Simulationstrainings «Hebamme–Anästhesie» zeigt, wie aus einer schon seit langer Zeit bestehenden klinischen Zusammenarbeit ein Lehr- und Lernarrangement zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Professionen in kritischen Gesundheitssituationen entstehen kann. Studierende Hebammen und angehende Anästhesisten und Anästhesistinnen wenden ihr medizinisches Wissen und ihre Kommunikation über die Berufsgrenzen hinweg an, um so das Risiko von Fehlern zu vermindern. Geburtshilfliche und anästhesiologische Fälle werden in einem eingerichteten Gebärraum realitätsnah ausgeführt.

Gegenseitiges Verständnis als Grundlage

2010 wurde in Helsinki die erste Deklaration für Patientensicherheit unterschrieben. Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation ist Mitunterzeichnerin dieser Deklaration. Die Verbindung

Finalisten für den CS Award 2015

Mit dem Simulationstraining «Hebamme–Anästhesie» gehörte das Projektteam zu den Finalisten des CS Award for Best Teaching 2015. Mit diesem Lehrpreis werden an der BFH jedes Jahr Einsatz und Innovation in der Lehre gewürdigt. Zum Projektteam gehören Dorothee Eichenberger zur Bosen, Pflegefachfrau und Hebamme mit Lehrdiplom und MBA, die Hebammen an der Berner Fachhochschule Isabelle Romano, MAS in Evaluation, Ines Uhr, Master of Science in Nursing, und die Anästhesisten Dr. Thomas Arnold und Prof. Dr. Robert Greif, MME am Universitätsspital Insel Bern.

von Personen aus der Disziplin Geburtshilfe der Berner Fachhochschule BFH und der Anästhesie des Universitätsspitals Insel Bern schaffen die Basis für eine verbesserte Zusammenarbeit. Obwohl Hebammen und Anästhesisten die gleiche Patientin betreuen, sind ihre Arbeitsweisen und ihr Vorgehen in der Geburtshilfe unterschiedlich. Kooperation und Kommunikation basieren aber auf gegenseitigem Verständnis in fachlichen und nontechnical Skills für die Betreuung der Gebärenden. Getrennte Skilltrainings zum Erlangen manueller Fähigkeiten finden schon länger statt, gemeinsame Trainings auf Basis der non-technical Skills waren bis vor drei Jahren allerdings nicht Inhalt des Lehrplans.

Blended Learning und neue Medien

Das Simulationszentrum am Inselspital bietet beste Voraussetzungen für eine medizintechnisch gestützte und gesteuerte Fallsimulation. Die Schauspielpatientin der BFH in der Rolle als Gebärende ermöglicht einen idealen Echtheitsgrad der Simulation. Verschiedene Hilfsmaterialien wie anschnallbarer Babybauch oder Peridural-Punktionstrainer erhöhen die Realitätsnähe des Szenarios. Vorbereitend studieren die angehenden Hebammen und Anästhesisten Hintergrundwissen je auf der Basis ihrer eigenen Studiengänge. Dies geschieht mittels webbasierter Unterlagen und Aufträge in Kombination mit Direktkontakt-Lehrveranstaltungen.

Stufen der Simulation

Das Trainieren von Fähigkeiten und Fertigkeiten baut auf einem Stufenmodell auf. Auf der ersten Stufe wird in einer eng definierten Einzelsituation gelernt. Die zweite Stufe enthält eine Steigerung zu einer komplexeren Situation, welche an einem Phantom/einer Puppe geübt wird.



Skilltraining

Low fidelity Simulation

Basic Skills

Medizinisches Fachpersonal

In der folgenden dritten Stufe wird dann interdisziplinär in einer Risikosituation gehandelt. Zuletzt, auf der vierten Stufe, steht die interprofessionelle/interdisziplinäre Situation, welche insbesondere die optimale Zusammenarbeit mit einer abgestimmten Kommunikation zum Ziel hat.

Professionelles Setting

Das Simulationszentrum ist mit verschiedenen Räumlichkeiten ausgestattet. Im eigentlichen Simulationsraum, der in unserem Fall das Gebärzimmer darstellen soll, sind Kameras und Mikrofone eingerichtet, welche die Szenarien aufzeichnen. Gleich neben dieser Räumlichkeit befindet sich der Kontrollraum. Von dort aus kann der Tutor, die Tutorin mit der Schauspielpatientin via Headsets kommunizieren und das Szenario je nach Verlauf steuern. Als weitere Räumlichkeit ist der Debriefingraum zu nennen. Hier wird das Simulationsszenario live für die anderen Teilnehmenden übertragen. Auch das anschließende Debriefing findet hier statt.

Nach der gespielten Simulation schildern die beiden Durchführenden, eine Hebamme und ein Anästhesist, in der interprofessionellen Gruppe ihre Erlebnisse und geben sich gegenseitig wertschätzendes Feedback. Die Wiederholung von einzelnen Filmszenen und das direkte Feedback erlauben Fremdeinschätzung und Selbstreflexion in einer wertschätzenden Atmosphäre. Damit wird der offene Umgang mit Andersartigkeit, aber auch mit Fehlern und Schwächen gefördert und die Basis für eine sinnvolle interprofessionelle Zusammenarbeit gelegt. Summative Assessments sind im didaktischen Konzept des experimentellen Lernens im Simulator nicht vorgesehen. Indem der Stressfaktor «Prüfung» wegfällt, wird das Bearbeiten von Fehlern und Unzulänglichkeiten erleichtert. Die Simulationsteilnehmenden diskutieren offener über ihre Probleme, da eine potenzielle Sanktion aufgrund von Fehlern nicht gegeben ist. Diese Verbindung von praktisch-klinischer Lehre ohne Patientengefährdung und der Möglichkeit, eigenes Handeln direkt im Anschluss an das

Geschehen beobachten zu können, erlaubt die Wahrnehmung und Reflexion des eigenen Verhaltens.

Didaktische Übereinstimmung

Das Lernarrangement wird fachdidaktisch von den Inhalten der beiden Disziplinen Geburtshilfe und Anästhesie und deren Zusammenarbeit im Ernstfall geprägt. Die Fehlerquellen in der Gesundheitsversorgung sind hoch, und eine Verbesserung zur erhöhten Sicherheit von Mutter und Kind in geburtshilflich-anästhesiologischen Situationen ist unbedingt anzustreben. Die Fragen nach Rahmenbedingungen, Zugangsmöglichkeiten und methodisch-didaktischer Strukturierung konnten in der Akademie-Praxis-Partnerschaft gemeinsam beantwortet werden.

Schlüsselkompetenzen

Schlüsselkompetenzen werden im Simulationstraining speziell gefördert. Dazu gehören die interprofessionelle/interdisziplinäre Kommunikation, die gegenseitige Klärung des Verständnisses der eigenen und der anderen Berufsrolle, die Teamzusammenarbeit und Aufgabenbewältigung, die gemeinsame Entscheidungsfindung und spezifisches Situationsbewusstsein zur Lösung von interprofessionellen Konflikten, aber auch der Umgang mit Hierarchie. Um Schlüsselkompetenzen fördern zu können, müssen die Beobachtenden Faktoren kennen, welche einem potenziellen Fehler den Weg bahnen können. Es sind dies beispielsweise:

- Interaktionen im Team, welche auf Missverständnisse oder Widersprüche hinweisen,
- strukturelle oder institutionelle Faktoren, wie beispielsweise die Personalsituation,
- Verfügbarkeit und Funktionstüchtigkeit von Materialien, aber auch organisatorische Missstände,
- die eigentlichen kognitiven und manuellen Fertigkeiten und deren inhaltlicher Hintergrund,
- persönliche Faktoren wie Belastungen, Müdigkeit, Willen, Motivation, Reaktion auf Stress.

Das Simulationstraining «Hebamme–Anästhesie» bringt einen individuellen Lernzuwachs in der entsprechenden Berufsrolle, verbessert das grundlegende Verständnis für die unterschiedlichen Handlungsweisen der beiden Berufsgruppen und hilft, eine gemeinsame, verständliche Sprache zu entwickeln. Auch der zwischenmenschliche Umgang in der Praxis und somit die Betriebskultur werden verbessert. Damit trägt dieses Training zu einer Verminderung der Risiken und der Fehlerentstehung in gesundheitskritischen Situationen bei.



Erweitertes Skilltraining am Simulator



Fachspezifisches Critical Incidence Management am Simulator



Critical Incidence Management und Human Factor Training am Simulator

- interprofessionell
- interdisziplinär

High fidelity Simulation

Advanced Skills

Critical Care Bereich

Neue Perspektiven für Ernährungsberaterinnen und -berater: der Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health

Im Herbst 2015 startete zum ersten Mal die neue Vertiefungsrichtung Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health an der Berner Fachhochschule. Das Studienangebot richtet sich gleichermaßen an Personen mit einem Hintergrund in Lebensmitteltechnologie oder Ernährung und Diätetik. Welche beruflichen Perspektiven eröffnen sich dadurch für Ernährungsberaterinnen und -berater? Was bringt das Studium für ihre Berufsentwicklung? Diese und weitere Fragen werden am runden Tisch diskutiert.

Interview

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

Stefan Siegenthaler, Sie interessieren sich dafür, den neuen Master of Science (MSc) zu absolvieren. Warum?

Stefan Siegenthaler (StS): Ich bin seit vielen Jahren als Ernährungsberater tätig. Meine Arbeit ist vor allem dann gefragt, wenn Probleme im Zusammenhang mit der Ernährung bereits vorhanden sind. Die Herausforderung in der Beratung besteht darin, für jede Person individuelle Massnahmen zu finden. Das Ernährungsverhalten von Menschen ist sehr komplex und dessen nachhaltige Veränderung anspruchsvoll. Ich habe deshalb das Bedürfnis, früher in der Wertschöpfungskette des Nahrungsmittelsystems die Rahmenbedingungen für die Ernährung der Bevölkerung mitzugestalten. Mit den Qualifikationen aus dem MSc erhalte ich Zugang zu Aspekten aus Lebensmittel- und Ernährungswissenschaft sowie Public Health. Ich erhoffe mir dadurch, mit meiner Arbeit ansetzen zu können, bevor ein ernährungsbedingtes Problem entsteht.

Wie könnte eine solche Mitgestaltung der Nahrungsmittelwertschöpfungskette denn aussehen?

StS: Ernährungsberater und -beraterinnen werden in der Gesellschaft häufig als Moralapostel wahrgenommen. Personen mit Ernährungsproblemen befürchten, dass wir ihnen etwas vorschreiben, das Genuss und Lebensqualität einschränkt. Dabei haben wir selber eine deutlich liberalere Haltung gegenüber den individuellen Ernährungsbedürfnissen, als es die Betroffenen vermuten. Diese könnte viel früher in der Wertschöpfungskette eingebracht und so die Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung sowie spezifischer Personengruppen günstig beeinflusst werden.

Daniel Heine (DH): Der MSc vermittelt wesentliche Kompetenzen entlang der gesamten Nahrungsmittelwertschöpfungskette. Diese sollen die Absolventinnen und Absolventen in ihrem späteren beruflichen Alltag befähigen, zur Sicherung und Steigerung der Verpfle-



Stefan Siegenthaler

Potenzieller Interessent für das Masterstudium
BSc BFH in Ernährung und Diätetik
Wissenschaftlicher Assistent aF&E Ernährung & Diätetik,
Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit,
Ernährungsberater, Spitalzentrum Biel

gungsqualität verschiedenster Bevölkerungsgruppen beizutragen. Personen mit einem Ernährungsberatungshintergrund kennen die Bedürfnisse und Verhaltensmuster der unterschiedlichen Zielgruppen sehr genau. Aufgrund der Erfahrungen mit den Herausforderungen bei der Umsetzung spezifischer Ernährungskonzepte leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Innovation und Weiterentwicklung von Produkten der Lebensmittelindustrie sowie zur konsumentengerechten Kommunikation.

Nicole Eckert, in der Lebensmittelindustrie kennen Sie sich bestens aus. Warum haben Sie sich nach dem BSc in Ernährung und Diätetik für dieses Arbeitsfeld entschieden?

Nicole Eckert (NE): Vor dem Bachelor habe ich eine Lehre als Polygrafin gemacht, ich komme also eigentlich eher aus einem industriellen Umfeld. Nach dem Studium stand für mich fest, dass ich mein Ernährungswissen mit meinen Kompetenzen und meinem Interesse für die Industrie kombinieren möchte.

Meine aktuelle Funktion ist enorm vielseitig und ich stehe in engem Austausch mit diversen Playern im Betrieb, so zum Beispiel mit der Produktentwicklung, der Qualitätssicherung, dem Einkauf und der Logistik.

Das klingt nach einem sehr abwechslungsreichen Arbeitsumfeld.

NE: Oh ja. Ich schätze sehr, dass ich in meinem Arbeitsumfeld so vielfältig tätig sein kann. Auf der anderen Seite ist es nicht immer einfach. Mit meinem beruflichen Profil bringe ich zwar viele verschiedene Kompetenzen mit. Es gibt jedoch Situationen, in denen

mir vertieftes Fachwissen fehlt, um mit Personen, die einen universitären Abschluss in Wirtschaftswissenschaften haben, auf Augenhöhe zu kommunizieren.

Denken Sie, der neue MSc würde die Anerkennung der Ernährungsfachpersonen verändern?

NE: Ich kann mir vorstellen, dass der akademische Abschluss die eigene Orientierung und Positionierung im Arbeitsumfeld der Industrie sowie die ebenbürtige Kommunikation mit Fachpersonen aus Öcotrophologie, Ernährungswissenschaft und Lebensmitteltechnologie erleichtert.

DH: Der MSc hat klar einen akademischen Anspruch. Das Studium bietet die Möglichkeit, anhand der Schnittstellen vom individuellen, ernährungsphysiologischen Bedürfnis bis hin zur technologischen Umsetzung und Vermarktung eines Produkts, methodische und wissenschaftliche Kompetenzen auszubauen. Die Absolventinnen und Absolventen verfügen über ein umfassendes Verständnis über alle Stufen der Wertschöpfungskette von Nahrungsmitteln: «from farm to fork». Dies vereinfacht es, in der Lebensmittel- und Ernährungsbranche leitende Funktionen zu übernehmen.



Nicole Eckert

BSc BFH in Ernährung und Diätetik
Jun. Marketing Manager Infant & Glutenfree / Nutritionist,
Hero Schweiz



Sonja Nafzger
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Bachelorstudiengang
Ernährung und Diätetik

Daniel Heine
Koordinator Masterangebot HAFL
M. Eng. Dipl.-Ing. Biotechnologie
Dozent für Lebensmitteltechnologie, HAFL

Inwiefern stellt der MSc eine Erweiterung der Kompetenzen von Ernährungsberaterinnen und -beratern dar?

StS: Es werden sehr viele Abschlusskompetenzen des BSc in Ernährung und Diätetik vertieft: beispielsweise Ernährungswissen, physio- und pathologische Kenntnisse, das Verständnis vom essenden Individuum in seinem sozialen Kontext, wissenschaftliches Arbeiten, Lebensmittelkunde und Kenntnisse zu Managementaspekten. Was wir in diesem MSc-Studium nicht suchen dürfen, ist die fachliche Weiterbildung in den Bereichen Beratung, Diätetik und klinische Ernährung. Es geht darum, sich auf wissenschaftlicher Ebene mit bestimmten Problemen in der Lebensmittel- und Ernährungswelt auseinanderzusetzen.

DH: Mit dem MSc werden bestehende Kompetenzen aus der Vorbildung methodisch geschärft und weitergedacht. Ernährungsberaterinnen und -berater entwickeln ein vertieftes Verständnis zu Chancen und Barrieren in der Welt der Lebensmittelindustrie: gesetzliche Auflagen, Standards für die Herstellung, betriebswirtschaftliche und technologische Begrenzungen.

Was bedeutet der MSc aus Ihrer Sicht für das Berufsbild der Ernährungsberatung?

StS: Neben meiner langjährigen Tätigkeit als Ernährungsberater interessiere ich mich für die Entwicklung unserer Berufsgruppe. Im internationalen Vergleich lässt sich erkennen, dass wir den Umfang unserer Expertise im Moment bei Weitem nicht ausschöpfen. Ich sehe uns nicht nur als «die Berufsgruppe der Ernährungsberater und -beraterinnen», sondern ganz allge-

mein als Fachpersonen mit Hochschulabschluss in Ernährung und Diätetik. Ich stelle mir vor, dass der MSc für Personen aus unserer Berufsgruppe eine Horizont-erweiterung bedeuten kann, die letztlich einen Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Berufsbilds leistet. Es ist an der Zeit, dass wir die Wahrnehmung unserer Profession in der Gesellschaft auf diesem Weg aktiv mitgestalten.

NE: Gerade in meiner Position bin ich häufig damit konfrontiert, dass ich mich mit der Berufsbezeichnung «Ernährungsberaterin» nicht identifizieren kann. Meine Kerntätigkeiten weichen stark von der klassischen Beratung ab. Wenn ich mich dennoch so betittle, mache ich immer wieder die Erfahrung, dass ich in meiner Funktion nicht ernst genommen werde.

Ist es denn wirklich sinnvoll, wenn Personen aus Lebensmitteltechnologie und Ernährung und Diätetik das gleiche Studium absolvieren?

DH: Ja. Meiner Meinung nach handelt es sich um ein Zusammentreffen zweier Berufsfelder, die sich optimal ergänzen: Personen mit dem BSc in Ernährung und Diätetik kennen die Bedürfnisse im Praxisumfeld bestens, LebensmitteltechnologInnen und -technologInnen können beurteilen, welche Bedürfnisse sich wie auf Produktionsebene beantworten lassen. Dies birgt für beide Seiten enormes Potenzial für neue berufliche Perspektiven.

Was sind mögliche berufliche Optionen für Personen mit diesem MSc-Abschluss?

StS: Der MSc ist für Personen unserer Berufsgruppe geeignet, die nicht, zukünftig nicht mehr oder nicht ausschliesslich in der klassischen Beratung arbeiten möchten. Wo ich persönlich meinen Platz finden werde, bleibt vorerst offen. Ich kann mir Tätigkeiten an einer Hochschule, beim Bund oder in der Lebensmittelindustrie als berufliche Optionen vorstellen. Für mich steht jedoch ausser Frage, dass ich auch mit diesem akademischen Abschluss meinen Fokus weiterhin auf den essenden Menschen richten will – und nicht auf das Lebensmittel an sich.

DH: Diesen Punkt finde ich absolut zentral: Der konsumierende Mensch sollte immer der erste Motivator dafür sein, den MSc zu absolvieren. Das Studium vermittelt Kompetenzen, um Produktinnovationen zu initiieren, welche exakt den spezifischen Bedürfnissen einzelner Personengruppen dienen. Daraus könnte eine Win-win-Situation entstehen: Absolventinnen und Absolventen steigen beispielsweise in der Industrie in Kader- und Managementpositionen ein, in denen sie die «Lebensmittelwelt» zielgruppengerecht mitgestalten können. So resultiert gleichzeitig ein immenser Nutzen für die konsumierende Gesellschaft und für den produzierenden Betrieb.

Welche Herausforderungen resultieren aus der akademischen Weiterentwicklung?

StS: Im Vergleich mit der Pflege oder der Physiotherapie ist die Berufsgruppe der Ernährungsberaterinnen und -berater klein. Wir engagieren uns sehr, um uns zu positionieren. Die Einführung der Ausbildung als Bachelorstudium ist ein wichtiger Teil der Professionalisierung und Etablierung. Der neue MSc bietet Perspektiven für alle, die nicht in der klassischen Ernährungsberatung und -therapie tätig sein möchten.

DH: Wer diesen MSc macht, lässt sich auf die spannende Aufgabe ein, den Arbeitsmarkt mitzugestalten, neue Berufsprofile zu prägen, Tätigkeitsfelder zu schaffen und all die Projekte anzugehen, bei denen neue Lösungsansätze und Experten gebraucht werden.

Wie beurteilen Sie das Potenzial des MSc im beruflichen Umfeld?

StS: Ich beobachte einen grossen Bedarf an Übersetzungsarbeit über die verschiedenen Ebenen der an der Ernährung beteiligten, interprofessionellen Player. Handel, Politik, Industrie und Bevölkerung sprechen meist nicht dieselbe Sprache. Hier können Ernährungsberaterinnen und -berater mit MSc einen wichtigen Übersetzungsbeitrag leisten.

DH: Genau, es geht um die Schnittstellen innerhalb der Wertschöpfungskette. Nehmen wir zum Beispiel die Strategie zur Salzreduktion: Die Ergebnisqualität solcher grosser, nationaler Projekte lässt sich deutlich erhöhen, wenn Personen beteiligt sind, die den Überblick über das Ineinandergreifen aller Ebenen haben. Das Ziel solcher Initiativen ist es, die Gesellschaft nach besten naturwissenschaftlichen Kenntnissen zu verpflegen. Dabei müssen die Möglichkeiten politischer Interventionen, betriebswirtschaftliche Interessen der Lebensmittelindustrie sowie die Anliegen der verbrauchenden Gesellschaft gleichermaßen miteinbezogen werden.

MSc in Life Sciences – Food, Nutrition and Health

Der MSc in Life Sciences ist ein Kooperationsmaster von BFH, FHNW, HES-SO und ZFH. Die Vertiefung Food, Nutrition and Health führen der FBG, BFH-HAFL und HES-SO Valais gemeinsam.

Ernährungsberater/in ist die Berufsbezeichnung für alle Personen mit einem BSc in Ernährung und Diätetik (inkl. NTE) oder einem HF-Diplom in Ernährungsberatung, unabhängig vom beruflichen Tätigkeitsbereich.

Mit spitzer Feder

Fehler. Risiko und Chance



Dr. Eva Desarzens-Wunderlin
Generalsekretärin Konferenz
Höhere Fachschulen
desarzens@konferenz-hf.ch

Soll ich mich proaktiv mit einer möglichen kommenden Veränderung auseinandersetzen? Eine Veränderung könnte ja ein Risiko beinhalten. Nur welches? Oftmals wird als Risiko betrachtet, was im Grunde genommen nur eine zu erledigende Aufgabe ist, die aber vorausschauend geplant werden muss. Häufig kann diese in Teilaufgaben aufgeteilt werden. Diese wiederum lassen sich leichter gestaffelt planen und auch so umsetzen. Das Risiko, dass das Vorhaben aufgrund von Fehlern in der Planung oder Umsetzung scheitern könnte, wird damit sofort kleiner: Und plötzlich hat im Neuen Positives Platz und das Neue wird zur Chance.

Für mich ist die Einführung des elektronischen Patientendossiers nicht nur eine «mögliche kommende Veränderung», sondern eine «kommende Veränderung», die als Chance zu betrachten ist; ein wichtiges Instrument, um die doppelte oder mehrfache Erfassung von Patientendaten abzubauen und damit auch das doppelte oder mehrfache Untersuchen eines Patienten. Kooperative Versorgung kann nur effektiv aufgebaut werden, wenn die Versorgungspartner die Sicherheit haben, dass sie auf elektronischem Weg Patientendaten austauschen können. Erst recht gilt dies für die integrierte Versorgung. Es stecken in diesem Vorhaben nicht nur technische Risiken, Datensicherheitsrisiken, sondern auch Planungs- und Umsetzungsrisiken. Doch die Chance, im Interesse der Patienten den elektronischen Datenaustausch zu fördern, beurteile ich als um einiges grösser.

Wie ein brennendes Streichholz kein Loch im Teppich verursacht



Damaris Held
Studierende Bachelorstudiengang
Pflege
damaris.held@students.bfh.ch

Fehler machen und daraus lernen – ganz die Idee einer Ausbildung, eines Studiums. Was aber, wenn Fehler weitreichende Konsequenzen haben können? Was, wenn gesundheitliche Schäden von Patienten und Klientinnen damit verbunden sind? Der Spagat zwischen Verantwortung übernehmen und Fehler machen ist nicht einfach. Damaris Held, Studierende aus dem Bachelor Pflege, über ihre Erfahrungen während des Studiums.

«I han es Zündhölzli azündt und das hett e Flamme gäh...» Wer kennt sie nicht, die berühmten Strophen von Mani Matter. In seinem Lied beschreibt er bildhaft, wie eine einfache, unverfängliche, vielleicht etwas unüberlegte Handlung rasend schnell in einer Katastrophe enden kann. Ähnlich verhält sich dies mit einem Fehler, der passiert ist.

Während der Praktika als Bachelorstudentin des Studiengangs Pflege der Berner Fachhochschule BFH hört man von den betreuenden Fachleuten oft die Aussage: «Das passiert dir nur einmal.» Damit ist beispielsweise gemeint, den Stauschlauch während der Blutentnahme nicht zu lösen, sodass beim Entfernen der Nadel viel Blut austritt – und das Bett frisch gemacht werden muss. Daraus kann geschlossen werden, dass man gewisse Fehler einmal gemacht haben muss, um etwas daraus zu lernen. Während des Studiums bekommt man noch Rückendeckung von den diplomierten Pflegefachpersonen. Später gilt es dann, selber Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen.

«...aber ds'Hölzli isch dervo gspickt und uf e Teppich cho und es hätt no fasch es Loch i Teppich gäh dervo...», singt Mani Matter weiter. Auch Fehler können bleibende Schäden verursachen. Es ist selbstredend, dass es verschiedene Arten von Fehlern beziehungsweise Zwischenfällen gibt. Dementsprechend ist auch nicht jeder Fehler gleich schlimm. Bei manchen Missgeschicken reicht eine einfache Entschuldigung aus. Dann gibt es aber noch diejenigen Fehler, welche Konsequenzen mit sich bringen: einerseits für die betroffene Person, andererseits für einen selbst. Dies kann beispielsweise durch ein falsch verabreichtes Medikament passieren. Das falsche Handeln kann in manchen Situ-

ationen rechtliche Folgen haben und bei der betroffenen Person können schwere gesundheitliche Schäden zurückbleiben. Bei dieser Art von Fehlern reicht eine Entschuldigung allein nicht mehr aus, da die Tragweite des Missgeschicks weite Kreise ziehen kann.

Fehler offen darlegen

Solange in der Pflege oder auch in jedem anderen Beruf Menschen arbeiten, ist es natürlich, dass Fehler passieren. Man kann Fehler reduzieren, minimieren, sie zu eliminieren versuchen, aber ganz wird das nicht gelingen – aufgrund des Faktors Mensch. Auch für Studentinnen und Studenten, die noch etwas Nestschutz haben, kann ein schlechtes Fehlererlebnis verheerend sein. Unter Umständen kann ein Fehler das Selbstvertrauen einer Person in den Grundfesten erschüttern.

Da man weiss, dass Fehler passieren, stellt sich die Frage nach dem Umgang mit kritischen Zwischenfällen. Man kann wohl behaupten, dass Fehler normalerweise nicht mit Absicht gemacht werden und bestimmt nicht mit dem Motiv, jemandem zu schaden. Gerade als Studentin, als Student ist man aber immer wieder damit konfrontiert, Fehler zu machen und gerade für Studierende ist es enorm wichtig, dass Fehler nicht personalisiert werden. Ansonsten entsteht schnell der Fall, dass man eine Fehlersituation besser darstellen möchte, als sie ist. Hier muss eine Institution ansetzen. Wie kann eine Fehlerkultur geschaffen werden, die es Studentinnen und Studenten (und auch allen andern) erlaubt, Fehler offen darzulegen? Sicher ist ein System, das nicht mit dem Finger auf Schuldige zeigt, sondern mit helfenden Händen zur Seite steht, der richtige Ansatz.

Wissensdefizite ausgleichen

Ist ein Fehler passiert, soll also nicht die Frage nach dem Wer, sondern nach dem Warum gestellt werden. Welche Faktoren spielen hinein, damit ein Missgeschick überhaupt passieren kann? Diese Faktoren können, gestützt auf die Error & Risk Analysis (ERA), zum Beispiel patienten-, team- oder umgebungsbedingt sein. Es gibt eine Bandbreite an Umständen, welche zu einem Fehler führen: aufwendige und pflegebedürftige Patienten und Patientinnen, der steigende Zeitdruck, veraltete Infrastruktur oder Baulärm, Krankheitsausfälle im Team und allenfalls individuelle Wissensdefizite.

Bei der Vermeidung von Fehlern ist die Aus- und Weiterbildung ein zentraler Punkt. Eine Fachperson muss eine ausgezeichnete Ausbildung geniessen können, in welcher alles Wesentliche vermittelt wird. Sie muss fähig sein, Verknüpfungen zwischen Diagnosen und Massnahmen herzustellen, sie muss handeln und reagieren können und zwar bei mehreren Patientinnen und Patienten gleichzeitig. Um Wissensdefizite auszugleichen, muss in einer Institution ein gutes Intranet vorhanden sein. Hier lassen sich aktuelle Pflegestandards und Erklärungen zu Pflegehandlungen einfach finden und anschliessend auch umsetzen. Für Studierende ist besonders wichtig zu wissen, wo sie Informationen finden und wo sie bei Unklarheiten anfragen können. Es ist wichtig, dass das Team gut zusammenarbeiten kann und nebst dem Pensum, das jedes einzelne Mitglied zu bewältigen hat, noch zeitliche Reserven da sind, um anderen zu helfen und Patientensituationen zu besprechen. Bei Krankheitsausfällen muss es selbstverständlich sein, dass andere Abteilungen zu Hilfe kommen, sobald sie Kapazität haben. Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss reibungslos funktionieren, mit bereitwilliger gegenseitiger Informationsabgabe und Hilfestellung. Solch perfekte Ar-

beitsbedingungen existieren leider kaum und entsprechend wird es unmöglich sein, Fehler völlig auszuschliessen.

Fehleranalyse durch «Fehlerteam»

Mit dem Wissen, dass bei der Entstehung eines Fehlers immer mehrere Faktoren wichtig sind und ein kritischer Zwischenfall mehrere Schnittstellen passieren muss, um zum Fehler zu werden, ist es eine weitere Strategie, Schnittstellen zu eliminieren oder zu klären. Nachdem ein Fehler passiert ist, gilt es diesen zu analysieren und herauszufinden, weshalb er geschehen konnte. Nach erfolgter Analyse können Massnahmen abgeleitet werden, um weitere solche Fehler künftig zu vermeiden. Sehr bewährt hat sich die Fehleranalyse durch ein dafür spezialisiertes Team. In vielen Institutionen ist das CIRS-Meldesystem für kritische Zwischenfälle bekannt. Jede mitarbeitende Person sollte kritische Zwischenfälle, welche sie selber oder andere verursachen, melden. Dies kann anonym geschehen. Erlebnisse aus den Praktika zeigen, dass es sinnvoll und vor allem entlastend sein kann, Fehler als Gruppe zu melden. Nach der Analyse durch das «Fehlerteam» erhalten alle betroffenen Stellen (z. B. die entsprechende Bettenstation) eine konkrete Rückmeldung und Vorschläge für Massnahmen zur zukünftigen Fehlervermeidung. Das ganze System basiert darauf, dass alle Mitarbeitenden mithelfen, Fehler zu vermeiden – und um das zu schaffen, müssen einige Fehler erst einmal passieren. Fehler passieren. Verhindern kann man sie nie zu 100 Prozent. Wichtig ist, für Studierende sowie für alle anderen Mitarbeitenden, eine positive Fehlerkultur zu leben und anstatt mit dem Finger auf die Schuldigen zu zeigen, selber anzupacken, um künftig Fehler zu vermeiden. Dies ganz im Sinne von: «...Gottseidank dass i's vom Teppich wider furt ha gno!»

Lernen aus der Erfahrung

der Gruppe. Die kollegiale Praxisberatung unter Praxisausbildenden

Die Begleitung von Studierenden in der Praxis verlangt von den Praxisausbildenden ein hohes Mass an Rollenbewusstsein. Neben den beiden obligatorischen Einführungstagen hat der Studiengang Physiotherapie einen eintägigen Workshop für erfahrene Praxisausbildende entwickelt. Die kollegiale Praxisberatung wird darin als zentrales methodisches Element eingesetzt, um die gegenseitige Unterstützung und Beratung in herausfordernden Situationen mit Studierenden zu fördern; mit Erfolg.



Evelyne Baeriswyl
Dozentin Bachelorstudiengang
Physiotherapie
Ressortverantwortliche
Praxisausbildung
evelyne.baeriswyl@bfh.ch



Edith Bucheli Waber
Dozentin Bachelorstudiengang
Physiotherapie
edith.bucheli@bfh.ch

«Die Studierende des Bachelorstudiengangs Physiotherapie sitzt zusammengesunken auf dem Stuhl, wirkt abwesend und passiv. Sie kann meine Fragen nicht beantworten. Die Angst, etwas nicht zu wissen oder nicht zu können, blockiert die Studierende immer wieder und lässt sie lieber schweigen, anstatt sich einzubringen. Ich versuche die Fragen auf eine neue, andere Art zu stellen, was jedoch den Teufelskreis der Blockade nur noch mehr anregt. Ich bin ratlos. Ich weiss nicht, wie ich ein konstruktives Lehrgespräch mit ihr führen kann.» So in etwa beschreibt die Praxisausbildende und Fallgeberin ihr Beispiel für die kollegiale Praxisberatung. In anderen Lernsituationen erkennt sie hingegen das Potenzial und das solide Fachwissen der Studierenden. Die Praxisausbildende bringt folgende Fragestellung in die kollegiale Praxisberatung mit ein: Wie sollte die Unterstützung einer Studierenden gestaltet sein, damit sie ihr Potenzial besser entfalten kann?

Vielseitige Aufgaben und gegensätzliche Rollen

Während des dreijährigen Bachelorstudiums Physiotherapie absolvieren die Studierenden insgesamt vier Praxismodule. Die Aufgaben der Praxisausbildenden sind vielfältig und anspruchsvoll. Sie begleiten die Studierenden, bilden aus und beurteilen. Dazu gestalten sie passende Lernsituationen und beurteilen die Studierenden im Praxisalltag. Sie sind gleichzeitig als

Coach und Mentor, Mentorin sowie als Examinator, Examinatorin tätig. Neben diesen Aufgabenbereichen sind sie aber auch angestellte Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Betrieb und somit auch Arbeitskolleginnen und -kollegen der Studierenden. Diese verschiedenen Rollen, zusammen mit dem hohen Verantwortungsdruck, machen die Aufgaben der Praxisausbildenden zu einer grossen Herausforderung.

Erst wenn Erfahrung aktiv und systematisch reflektiert wird, führt sie zu kognitiven Veränderungen.

Um Praxisausbildende in der Weiterentwicklung ihrer persönlichen Kompetenz zu unterstützen, wurde im Bachelorstudiengang Physiotherapie ein Workshop mit dem Schwerpunkt Vertiefung der Kompetenz als Praxisausbildende entwickelt. Das Zielpublikum sind Betreuungspersonen mit mindestens einem Jahr Erfahrung in dieser Funktion. Die Praxisausbildenden reflektieren in diesem Workshop ihre eigenen Rollen sowie ihr Verhalten und ihre Aktivitäten. Neben verschiedenen Inputs, unter anderem zum konstruktiven

Vorgehensmodell für die kollegiale Praxisberatung

Ablauf	Aktivität der Gruppe/Aktivität der Fallgeberin, des Fallgebers (FG)	Aufgabe Moderation	Zeitbedarf
Moderationsleitung	Bestimmung einer Moderatorin, eines Moderators.	Führt Schritte der Beratung ein.	
Fallvorstellung kurz	Die Teilnehmenden erzählen, was sie heute bearbeiten möchten.	Begrenzt Redezeit auf 1–2 Sätze.	5 Min.
Fallauswahl	Die Gruppe wählt einen Fall aus, der bearbeitet wird.	Mögliche Auswahlkriterien sind: – Was ist am dringendsten? – Was interessiert am meisten?	5 Min.
Fallschilderung	FG schildert die Situation.	Keine Unterbrechung erlaubt!	10 Min.
Zielformulierung	FG definiert Ziel oder Fragestellung.	Unterstützt bei Ziel- bzw. Fragedefinition.	5 Min.
Informationsfragen	Die Teilnehmenden stellen Informations- und Verständnisfragen.	Unterbricht sofort bei Ratschlägen oder Interpretationen!	5 Min.
Assoziationsphase	Während dieses Schrittes rückt FG etwas nach hinten und hört nur zu.	Initiiert evtl. einen Perspektivenwechsel.	15 Min.
Stellungnahme	Alle Teilnehmenden berichten, was ihnen an der Erzählung aufgefallen ist.	Keine Unterbrechung erlaubt!	5 Min.
Problemverständnis	Mögliche Variante ist ein Perspektivenwechsel.	Unterstützt bei der Problem- bzw. neuen Zieldefinition.	5 Min.
Lösungssuche	FG sitzt wieder im Kreis und nimmt Stellung, wie sie/er die Situation jetzt sieht.	Unterstützt die konkrete Handlungsplanung.	10 Min.
Sharing	FG definiert das Problem.	Schliesst kollegiale Beratung ab, indem sie/er die Mitarbeit der Teilnehmenden wertschätzt.	5 Min.
Lösungssuche	Die Teilnehmenden suchen Lösungen. FG entscheidet sich für eine Variante.	Unterstützt die konkrete Handlungsplanung.	10 Min.
Sharing	Alle Teilnehmenden berichten, was sie für sich selber an dieser Problembearbeitung gelernt haben.	Schliesst kollegiale Beratung ab, indem sie/er die Mitarbeit der Teilnehmenden wertschätzt.	5 Min.

Feedback und Kritikgespräch sowie der lösungsorientierten Kurzzeitberatung, wird am Workshop die kollegiale Beratung ein- und durchgeführt. Ziel dabei ist es, gemeinsam lösungsorientierte Strategien für den Umgang mit anspruchsvollen Situationen zu erarbeiten.

Die kollegiale Praxisberatung im Workshop für Praxisausbildende

Das Vorgehensmodell für die kollegiale Praxisberatung (Grundmodell) orientiert sich am Grundsatz, dass gute Lösungen für Fragestellungen erst gefunden werden können, wenn die Dynamik einer Situation verstanden ist. Verstehen ist hier nicht nur als verstandesmässiger, sondern auch als gefühlsmässiger Prozess zu verstehen. Wichtig ist zudem, dass innerhalb dieses Ablaufs so gearbeitet wird, dass die Ressourcen und das Potenzial der Gruppe vielseitig genutzt werden. Die Arbeit mit diesem Modell erfordert eine definierte Leitung (Moderation) und eine Gruppe von mindestens fünf bis maximal acht Personen. Die Praxisberatung dauert insgesamt rund 60 Minuten. Das Grundmodell beruht auf verschiedenen Quellen, unter anderem den Theorien Deweys, Balints und Mutzecks (2002)¹.

Wie geht es der Fallgeberin mit der passiven, blockierten Studierenden nach der kollegialen Praxisberatung? Sie hat aus der Gruppe neue Ideen zur Förderung des Potenzials der Studierenden erhalten. Sie wird insbesondere folgende Ideen umsetzen:

- Positive, konkrete Rückmeldungen an die Studierende verstärken.
- Selbstreflexion der Studierenden über Erfolge fördern.
- Für den Umgang mit Stressoren Strategien entwickeln.

- Eigene Erwartungen an Studierende konkretisieren.
- Frage nach der Ausnahme stellen: Wann gelingt es der Studierenden, ihr Potenzial auszuschöpfen?
- Frage nach eigener Fehlerkultur stellen: Warum sind Fehler für den Lernprozess wichtig?
- Der Studierenden aufzeigen, wie die Praxisausbildende mit Fehlern umgeht.

Es ist leichter für andere weise zu sein, als für sich selbst. (La Rochefoucauld)

Der Vertiefungsworkshop mit kollegialer Praxisberatung wurde bisher zweimal durchgeführt. Die ersten Evaluationsergebnisse sind positiv. Die konstruktive Art und Weise des Lernens voneinander und die Auseinandersetzung in einer Gruppe hat alle Teilnehmenden überzeugt. In einer partnerschaftlichen Kultur der Zusammenarbeit hat das gegenseitige Lernen und Unterstützen auf Basis von herausfordernden Erfahrungen einen wichtigen Stellenwert. Die Praxis und die Studierenden brauchen Betreuungspersonen, die sich gegenseitig austauschen und beraten, die ihre spannenden und auch belastenden Erfahrungen damit verarbeiten und die ihr eigenes Verhalten strukturiert reflektieren und weiterentwickeln.

Literatur:

- ¹ Mutzeck, W. (2002). Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Taschenbuch 135.

Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Praxis – der Master of Science in Physiotherapie



Prof. Dr. Heiner Baur
Dozent Masterstudiengang
Physiotherapie
Leiter Bewegungslabor
heiner.baur@bfh.ch

Seit fünf Jahren bietet die Berner Fachhochschule, zusammen mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, einen Master of Science in Physiotherapie an. Unter Bachelorabsolventinnen und -absolventen wird vielfach diskutiert, welche Vorteile eine Weiterqualifikation auf Masterniveau mit sich bringt. Klar ist, dass ein Master of Science für viele Leitungspositionen mittlerweile zwingend ist. Bettina Haupt-Bertschy und Gere Luder arbeiten beide am Universitätsspital Insel Bern und haben gemeinsam das Masterstudium bestritten. Trotzdem unterscheidet sich ihr Arbeitsalltag erheblich.

Als Gere Luder seine jetzige Stelle am Universitätsspital Insel Bern begann, konnte er schon auf eine vielfältige wissenschaftliche Tätigkeit zurückblicken. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der ETH (Institut für Biomechanik) erhielt er vertieften Einblick in die Organisation und die Durchführung von bewegungswissenschaftlichen Forschungsprojekten. Ursprünglich wurde nur eine Person zur Durchführung von Messungen gesucht. Nach und nach konnte er sich jedoch auch methodische Kenntnisse aneignen und wurde so zunehmend in Datenanalysen und Interpretationen mit einbezogen. Die Teilzeitstelle war genau das Richtige für ihn, da er daneben noch Patientinnen und Patienten behandeln konnte. Gere Luders Wunschvorstellung des idealen Jobprofils enthielt immer auch einen Tagesablauf mit wenig Routine. Was ihn interessierte, war die Forschung: Phänomene aus den Beobachtungen der eigenen Behandlungen mit soliden wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erklären, das faszinierte ihn.

Wissen einbringen und Projekte entwickeln

Seine neue und heutige Teilzeitstelle am Inselspital war ebenfalls auf die wissenschaftliche Tätigkeit ausgerichtet und nicht auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten. Für die Stelle hätte er eigentlich einen Master of Science (MSc) und wissenschaftstheoretische Kenntnisse benötigt. Da die MSc-Abgänger auf



Gere Luder mit einer Probandin im Bewegungslabor

dem Markt aber noch rar waren, bekam er die Stelle auch ohne MSc-Abschluss. Sein bis dahin gewonnener breiter Erfahrungsschatz ermöglichte ihm den Stellenantritt. So konnte er sein Wissen einbringen und gemeinsam mit der Forschungsleitung Projekte entwickeln, die dann vielfach in Zusammenarbeit mit den medizinischen Abteilungen durchgeführt wurden. Aus der Komplexität dieser Projekte heraus entstand dann auch der Wunsch, den MSc in Physiotherapie in Angriff zu nehmen.

Zusammen mit seiner Arbeitskollegin Bettina Haupt-Bertschy begann er im gleichen Jahr das MSc-Studium. Der Arbeitgeber unterstützte die beiden massgeblich, indem zum Beispiel studienbedingte Abwesenheiten grosszügig gewährt wurden. Dies war für beide eine wesentliche Hilfe bei der Bewältigung des Teilzeitstudiums. Beide sagen rückblickend, dass die Förderung durch den Arbeitgeber massgeblich zum erfolgreichen Abschluss der Weiterqualifikation beigetragen hat.

Bettina Haupt-Bertschy ist aktuell Therapieexpertin im Team Orthopädie des Universitätsspitals Insel Bern und kann ihre Kenntnisse aus dem MSc-Studium optimal in den Wissenstransfer von der Wissenschaft in die Praxis einsetzen. Als Therapieexpertin hat sie die Aufgabe, qualitätssichernde Massnahmen im Fachteam Orthopädie umzusetzen. Dazu gehören gemeinsame Patientenbesprechungen, Supervisionen und kollegiales Coaching, das auch über das Team hinaus, im Rahmen des gesamten Instituts, durchgeführt wird. Sie organisiert interne und externe Weiterbildungen und leitet den Journal Club, in dem unmittelbar aktuelle Studienergebnisse besprochen und mögliche Umsetzungen in das hausinterne therapeutische Vorgehen diskutiert werden. Darüber hinaus werden im Rahmen der Therapieexpertise Behandlungsschemata erarbeitet oder weiterentwickelt. Im interprofessionellen Austausch mit anderen Fachdisziplinen werden gemeinsame patientenorientierte Behandlungen besprochen.

Unerlässliche Schlüsselkompetenzen

Das eigene Wissen weiterzugeben, ist für beide ein weiterer Bestandteil ihres umfangreichen Arbeitsalltags. Gere Luder betreut Bachelor-Abschlussarbeiten im Referententeam der Disziplin Physiotherapie an der Berner Fachhochschule BFH und unterrichtet im Bachelorstudiengang Wissenschaftliches Arbeiten und Evidence-based Practice. Bettina Haupt-Bertschy hat in ihrem Team regelmässig Praktikantinnen und Praktikanten sowie Bachelorabsolventinnen und -absolventen, die im Praxisjahr nach dem Hochschulabschluss («Zusatzmodul B») fit für ihre eigene Berufsbefähigung gemacht werden. Die angehenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten haben dabei ein ideales Lernumfeld und können «hands-on» von der Erfahrung beider extrem profitieren. Zudem sehen die Absolventinnen und Absolventen, welche abwechslungsreichen Aufgaben das eigene Berufsfeld bietet.

Dies alles sind Tätigkeiten, für die erworbene Schlüsselkompetenzen aus dem MSc-Studium unerlässlich sind und die über die Kompetenzen von Bache-



Bettina Haupt-Bertschy bei einer Schultergelenksmobilisation

lorabsolvierenden hinausgehen. Insbesondere die Mitarbeit in wissenschaftlichen Projekten erfordert ein weitgehend selbstständiges wissenschaftliches Arbeiten. Nach erfolgreichen Projektabschlüssen werden die Ergebnisse auf nationalen und internationalen Konferenzen vorgetragen. Dies schärft das Profil der eigenen Institution (Inselspital) und sorgt für einen positiven Auftritt gegen aussen. Gere Luder und Bettina Haupt-Bertschy konnten zum Beispiel im Jahr 2015 eigene Ergebnisse beim Weltkongress für Physiotherapie der World Confederation for Physical Therapy (WCPT) in Singapore präsentieren. Gerade die Teilnahme an internationalen Konferenzen ist der verdiente Lohn für die vorangegangenen Anstrengungen im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts.

Evidenzbasiertes Wissen in die Praxis überführen

Bettina Haupt-Bertschy bezeichnet die Entscheidung, den Msc frühzeitig anzugehen, als die beste berufliche Entscheidung, die sie getroffen hat. Gere Luder sieht das ähnlich und geht noch einen Schritt weiter: Er arbeitet aktuell an seiner Dissertation. Diese wird ihm eine noch grössere Unabhängigkeit im wissenschaftlichen Arbeiten ermöglichen. Beide können sich eine nur praktische physiotherapeutische Tätigkeit heute nicht mehr vorstellen. Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Praxis zu arbeiten, macht den Reiz ihrer Arbeit aus. Dabei ist ihnen wichtig zu vermitteln, dass die Schwierigkeit immer sein wird, ein untersuchtes standardisiertes Therapieverfahren einer Studie auf den einen individuellen Patienten adäquat anzupassen. Dies bedeutet, evidenzbasiertes Wissen sinnvoll in eine «Evidence-based Practice» zu überführen.

(Strassen-)Seitenwechsel: vom Akutspital in die Lehre



Silvia Kurmann
Dozentin Studiengang Ernährung und
Diätetik
silvia.kurmann@bfh.ch

Sie hat viel praktische Erfahrung als Ernährungsberaterin und als Therapieexpertin Klinische Ernährung/Ernährungsberatung. Nach neun Jahren Universitätsspital Insel wechselt Silvia Kurmann als Dozentin an die Berner Fachhochschule. Einiges scheint vertraut, vieles ist Neuland. Ein Erfahrungsbericht.

Das Inselspital ist nah und die Zusammenarbeit eng: So kam es, dass ich zum Zeitpunkt meines Arbeitsantritts an der Berner Fachhochschule BFH fast alle meiner Teammitglieder zumindest schon namentlich, einige auch etwas näher kannte. Das erleichterte mir den Arbeitseinstieg auf der persönlichen Ebene massiv.

Der Einstieg in die Lehrtätigkeit erwies sich für mich dann zweifelsohne als holpriger. Obwohl ich als externe Lehrbeauftragte (ELE) seit fünf Jahren für den Studiengang tätig war, stellte sich das Lehren als internes Teammitglied als ein anderes Paar Schuhe heraus. Einerseits gestalten sich die internen Abläufe und die Kommunikation mit den Studierenden ganz anders. Andererseits ist die Herangehensweise an die Lehrinhalte unterschiedlich. Als ELE kam ich jeweils zum Unterricht, ohne im Detail zu wissen, was die Studierenden an Vorwissen mitbringen würden. Als Dozentin kann ich nun auf Vorwissen effizienter zurückgreifen und entsprechend die Inhalte konkreter vertiefen.

Als Mit-Auftraggeberin aus der Praxis habe ich mehrere Bachelorthesen als Co-Referentin betreut. Diese Erfahrungen waren sehr lehrreich und erleichtern es mir jetzt, realistische Themen für mögliche Bachelorthesen vorzuschlagen. Die Betreuung als Hauptreferentin gestaltet sich jedoch anders. Während als Praxispartner eine sehr enge Betreuung mit ganz konkreten Vorstellungen an die Studentinnen und Studenten angesagt war, ist als interne Hauptreferentin viel mehr Spielraum in der Themenfindung und der Eingrenzung der Themen mit den Studierenden möglich.

Begleiten von Individuen und Kleingruppen versus Kohortenbegleitung

Am Inselspital habe ich als Ernährungsberaterin in erster Linie Patientinnen und Patienten betreut und

begleitet. Als Therapieexpertin waren es die Mitarbeitenden im Fachgebiet und in ernährungsnahen Disziplinen. So kamen während der Praxisjahre einige Erfahrungen in der Begleitung von Lernprozessen zusammen. Einzelgespräche sind mir ein vertrautes Setting und es fällt mir vergleichsweise einfach, Menschen mit ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und lösungsorientiert zu begleiten. In meiner neuen Rolle als Mentorin an der BFH fühlte ich mich entsprechend von Beginn an wohl. In der Lehre ist der Kontakt mit den Studierenden loser. Dies stellt eine meiner grossen Herausforderungen dar, denn Einzelgespräche und Teamcoachings lassen sich nicht mit der Begleitung einer ganzen Kohorte vergleichen. Immer wieder stellen sich mir hier Fragen wie: «Wie kann ich möglichst alle Studierenden mit ins Boot holen? Wie kann ich die Kohorte am Ball behalten? Inwiefern stehen mir didaktische Ansätze zur Verfügung, um die Lernprozesse der einzelnen Studierenden zu begleiten? Wie viel Input ist an einem Tag mit sechs oder acht Lektionen überhaupt sinnvoll? Welcher Zeitrahmen ist nötig, um das Gelernte zu verarbeiten? Wie oft müssen einzelne Aspekte vertieft werden?» Diese und weitere ähnliche Fragen beschäftigen mich oft. Deshalb ist die didaktische Weiterbildung für mich ein logischer und essenzieller Schritt, um weiter in die Rolle als Lehrperson hineinzuwachsen.

Fachinhalte und fachliche Tiefe

Vertieftes Fachwissen habe ich mir am Inselspital in vielen Fachgebieten angeeignet. Die zentrale Frage, die sich mir heute immer wieder stellt, ist jene nach der fachlichen Tiefe, welche die Studentinnen und Studenten des Bachelorstudiengangs Ernährung und Diätetik erlangen sollen. Ich führe mir regelmässig vor Augen, dass ich mit Studierenden arbeite, die nicht auf jede

Situation, der sie in der Praxis begegnen werden, fachlich vorbereitet sein können. Breite versus Tiefe ist hier eine wichtige Thematik, mit der sich wohl jeder Dozent, jede Dozentin immer wieder herumschlägt. «Exempla-



risches Lernen» scheint bei uns im Studiengang ein trendiges Thema zu sein, aber was ist das genau und wie gehe ich in der Lehre sinnvoll damit um? Neuland eben...

Das Curriculum und der gegebene Zeitrahmen bieten mir einen Bezugsrahmen für fachliche Inhalte. Es existiert andererseits aber auch viel Gestaltungsspielraum. Dies animiert mich zum Mitdenken und Mitgestalten. Das Team bezieht mich in dieser Hinsicht als Neuling mit noch frischer Akutspital-Perspektive aktiv in die Entwicklung des Curriculums mit ein, was ich als sehr wertschätzend wahrnehme und wovon ich auch selber sehr viel profitieren kann.

Gut, aber nicht gut genug

Trotz der Berufserfahrung und der fachlichklinischen Vertiefung reicht das Wissen aus der Praxis für die Lehre oft nicht aus. Für die Lehre habe ich einen höheren Anspruch an meine Aktualität – gerade weil die Lehrveranstaltung lediglich einmal jährlich stattfindet und sich klinisches Wissen teilweise rasch weiterentwickelt. Im Vergleich dazu konnte ich in der Praxis neue Literatur eher mal auf den To-do-Stapel legen und war nur dann dazu gezwungen, sie zu lesen, wenn Richtlinien oder Merkblätter überarbeitet wurden. Ich habe den Eindruck, dass ich mit dem Jahreszyklus der BFH mein Wissen vergleichsweise aktueller halten werde. Dieser Art von Arbeitsintensität sehe ich, dank dem offensichtlichen Wissenszuwachs, freudig entgegen.

Arbeitsort, Arbeitszeit

Einen wesentlichen Unterschied zwischen Akutspital und Hochschule stellt das Arbeitszeit- und Arbeitsortmanagement dar. Im Akutspital ist der Arbeitsalltag kaum vorhersehbar, denn Anmeldungen für Ernäh-

rungstherapien gehen laufend ein. Die Patientinnen und Patienten haben oberste Priorität im Tagesgeschäft. Entsprechend muss das Team vor Ort sein, sich fortlaufend gegenseitig unter die Arme greifen, und der Feierabend ist nicht immer einfach zu planen. Ganz anders als Dozentin: Die Anstellung erlaubt einen hohen Planungsfreiraum, wobei auch mal zu Hause, am Abend oder am Wochenende gearbeitet werden kann. Das stellt meines Erachtens einen hohen Anspruch an die Fähigkeit, sich abzugrenzen, denn die Arbeit ist ja bekanntlich nie fertig. Hier stellt sich für mich klar eine neue Herausforderung.

Die Arbeitsortflexibilität sowie auch die Tatsache, dass sich das Team der Disziplin Ernährung und Diätetik auf drei BFH-Standorte verteilt, stellen eine Herausforderung an die eigene Organisation, aber vor allem eine grosse Herausforderung ans Team dar. Die örtliche Verteilung des Teams erschwert oft die Terminfindung für Absprachen, und meines Erachtens leidet auch die Teamfindung darunter. Das ist definitiv Neuland für mich und meine, persönliche Landkarte dafür ist noch in Arbeit.

Dozieren im BSc Ernährung und Diätetik – Eine Welt zwischen Wissenschaft, Methodik/Didaktik und Praxiserfahrung

Lehren im Studiengang Ernährung und Diätetik verlangt von den Dozierenden sowie wissenschaftlichen Mitarbeitenden/Assistierenden vielfältige Fähigkeiten. Es bedeutet, Studierende zu befähigen, Informationen selbstständig und vertieft zu verarbeiten, damit sie Fragestellungen/Probleme in der Praxis eigenständig angehen und lösen können. Entsprechend gehören zum Alltag einer Lehrperson unterschiedlichste Aufgaben wie Experte, Expertin sein, Lehr- und Lernsituationen gestalten, Studierende führen, begleiten und beraten, aber auch Leistungen von Studierenden beurteilen.

Dieser bunte «Rollenstrauss» stellt entsprechend hohe Anforderungen und Erwartungen an Lehrpersonen. Grundvoraussetzungen sind eine wissenschaftliche Grundausbildung im Themenfeld sowie mehrjährige Praxiserfahrung. Genauso wichtig sind die methodisch-didaktischen Kompetenzen, um Studierende gezielt in ihren Lernprozessen anzuleiten und zu begleiten. Abgerundet wird das Profil einer «guten» Lehrperson durch Motivationsfähigkeit, Begeisterung für das Berufsfeld, rhetorische Fähigkeiten sowie das Interesse, zukünftige Berufsleute zu fördern und weiterzubringen.

Kompetenzen und Visionen transparent machen



Anna Ziegler
Pflegeexpertin Hirslanden Bern AG
anna.ziegler@hirslanden.ch

Wer an der Berner Fachhochschule einen Master of Science in Pflege abschliesst, ist auf dem Arbeitsmarkt gesucht und viele Türen stehen offen. Die Rollen der Absolventinnen und Absolventen in der Praxis gilt es aber oft noch zu definieren. Unter dem Titel «Als Change Agent Widerstände kreativ nutzen» war die Berufsrolle dann auch Thema am diesjährigen Alumni-Event des Master of Science in Pflege.

Ein Change Agent erkennt die Notwendigkeit für Veränderungen, initiiert entsprechende Prozesse und begleitet diese mit hohem Engagement bis zur Umsetzung. Absolventinnen und Absolventen des Master of Science in Pflege (MSc Pflege)* sind oft als Change Agents unterwegs – sei dies bei der Implementierung einer neuen Rolle, beim Planen von neuen Projekten oder bei der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Stakeholdern. So entstehen interessante Prozesse, in welchen es darum geht, die positiven Energien zu nutzen und gleichzeitig kritische Stimmen ernst zu nehmen. Wie diese Herausforderung kreativ gelingen kann, zeigten am Alumni-Event verschiedene Vertreterinnen aus der Praxis, dem Coaching und dem Management.

Der Abschluss des Studiengangs MSc Pflege bedeutet oft den Einstieg in eine neue Stelle oder in neue Projekte. Im Erfahrungsaustausch mit MSc-Absolventinnen und MSc-Absolventen zeigt sich, dass diese neuen Rollen anfangs meistens noch nicht abschliessend definiert sind, oft sogar erst ganz neu geschaffen werden. Die Strukturen und Konditionen müssen verhandelt werden. Hier geht es für die Absolventinnen und Absolventen darum, ihre neuen Kompetenzen und Visionen transparent zu machen und für deren Umsetzung einzustehen.

Wachsen und sich etablieren – fünf Jahre Master of Science in Pflege

Im Herbst 2010 startete der Studiengang Master of Science in Pflege zum ersten Mal: mit knappen Ressourcen und nach nur sehr kurzer Entwicklungszeit. Da der Studiengang als Kooperation geführt wird, gab es zu Beginn seiner Einführung besonders viel abzusprechen und zu organisieren. Die Zusammenarbeit der Hochschulen aus drei verschiedenen Kantonen war einerseits eine echte Herausforderung, andererseits eine grosse Bereicherung.

Seit diesem Start vor fünf Jahren ist viel passiert: Der MSc Pflege konnte stetig wachsen und ist heute in der Schweizer Hochschullandschaft gut positioniert. Der Studiengang wurde weiterentwickelt und die ersten MSc-Absolventinnen konnten in der Praxis Fuss fassen. Einige sind bereits am Doktorieren. Bis heute

verzeichnet der Kooperationsstudiengang mehr als 100 Absolventinnen und Absolventen. 2013 wurde an der BFH zum ersten Mal der Alumni-Event «FollowUs» durchgeführt – er gehört heute zu den wichtigsten Jahresevents des Studiengangs MSc Pflege der BFH.

Dass sich der MSc Pflege äusserst schnell als wichtiges Studienangebot etablieren konnte, liegt nicht zuletzt an Frau Dr. Petra Metzenthin, die bis Herbst 2015 die Studienleitung des MSc Pflege an der Berner Fachhochschule BFH innehatte. Die Leitung des Fachbereichs Gesundheit möchte sich an dieser Stelle bei Frau Metzenthin für das grosse Engagement während der Aufbaujahre des MSc Pflege herzlich bedanken.

Wissenschaftlichkeit und Praxisorientierung

Ein viel diskutiertes Thema bei Absolventinnen und Absolventen des MSc Pflege ist der Theorie-Praxis-Transfer. So ist das wissenschaftliche Arbeiten während des Studiengangs geradezu internalisiert worden. Das Argumentieren mit wissenschaftlichen Belegen ist auch nach dem Studium in vielen Gremien sehr förderlich, wenn nicht sogar unumgänglich. Nebst der Wissenschaftlichkeit vermittelt der Studiengang MSc Pflege auch praxisorientierte Fähigkeiten, welche in komplexen Patientensituationen nötig sind. Beispiele dafür sind die Gesprächsführung oder das analytische Denken in herausfordernden Konstellationen. In der Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen auf den Abteilungen ist aber zusätzlich auch eine hohe Sensibilität für deren Berufsalltag nötig, um beurteilen zu können, ob ein Projekt nachhaltig implementiert werden kann. Gleichzeitig ist es von Vorteil, die praktischen Fertigkeiten beizubehalten, um die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz seitens der Praxis nicht zu verlieren.

Die Erwartungen an die Absolventinnen und Absolventen aus Sicht der verschiedenen Akteure sind also unterschiedlich – dies gilt es offenzulegen. Nur so kann eine allenfalls neue Berufsrolle korrekt definiert, können Zuständigkeiten und Kompetenzen klar abgesteckt werden.

Nach einem MSc Pflege kommen Absolventinnen und Absolventen zuweilen in Funktionen, von welchen es in der jeweiligen Institution nur eine oder wenige gibt. Aus diesem Grund ist es besonders hilfreich, sich in einem Netzwerk zu engagieren und dieses zu pflegen. Der MSc-Studiengang bietet hierfür eine optimale Grundlage und fördert das Netzwerk aktiv mit Anlässen wie dem Alumni-Event.

* Der Master of Science in Pflege ist eine Kooperation von drei etablierten Schweizer Fachhochschulen: der Berner Fachhochschule (BFH), der FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Winterthur (ZHAW).

Jubiläumsjahr 2016 – 10 Jahre Fachbereich Gesundheit

Dienstag, 19. Januar 2016	Colloque Santé «Patienten-Ombudsstelle Inselspital, Bern»
Dienstag, 15. März 2016	Colloque Santé «Berufsentwicklung der Ernährungsberatung»
Anfang April 2016	Überraschung aus dem BSc Pflege
Dienstag, 26. April 2016	Colloque Santé «Berufsentwicklung der Physiotherapie»
Dienstag, 26. April 2016	«Physiowelten» – Kurzvorträge aus der Physiotherapie
Samstag, 30. April 2016	Massagetag und Physiotherapie erleben
Dienstag, 24. Mai 2016	Colloque Santé «Berufsentwicklung der Hebammenarbeit»
Samstag, 4. Juni 2016	Tag der offenen Tür
24. bis 26. August 2016 sowie 30. August bis 1. September 2016	Diätetik à la carte: Spezialanlässe nach Ankündigung
Freitag, 9. September 2016	Posterpräsentationen und «Mittagsweile»
Dienstag, 27. September 2016	Colloque Santé: Jubiläumsveranstaltung
Mittwoch, 28. September 2016	Pflegeforschung 10.0 – «Ein Jahrzehnt Pflegeforschung, die wirkt»
Mittwoch, 16. November 2016	FollowUs – Alumni-Event MSc Pflege
Freitag, 18. November 2016	1. Besuchstag und 1. Treffen Alumni BSc Hebamme
Dienstag, 29. November 2016	Colloque Santé «Berufsentwicklung der Pflege»
Weitere Informationen zum Jubiläumsjahr finden Sie auf gesundheit.bfh.ch/jubilaem	

Kindsbewegungen im Mutterleib: Mütterliche Wahrnehmungen fachlich bewerten

Über fetale Bewegungs- und Verhaltensmuster liegen keine einheitlichen Aussagen vor. Trotzdem ist der Zusammenhang zwischen den fetalen Bewegungen und dem kindlichen intrauterinen Wohlbefinden nicht von der Hand zu weisen. Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit an der Berner Fachhochschule gingen die beiden Autorinnen der Frage nach, wie Veränderungen von fetalen Bewegungsmustern von werdenden Müttern wahrgenommen und wie sie fachlich bewertet werden können.



Jasmin Battaglia
Absolventin Bachelorstudiengang
Hebamme
jasmin.battaglia@gmail.ch



Gwendoline Lambert
Absolventin Bachelorstudiengang
Hebamme
gwendoline_lambert@hotmail.com

Die Aktivität des Fetus gilt seit jeher als Zeichen für die intrauterine fetale Existenz (Pearson und Weaver, 1976). Die Wahrnehmung der kindlichen Bewegungen durch die Mutter zählt zu den ältesten Methoden, das kindliche intrauterine Wohlbefinden zu ermitteln (Frøen, 2004). Fachpersonen konnten zudem über erastete Aktivität wesentliche Hinweise für die intrauterine Entwicklung gewinnen. Vor ungefähr 60 Jahren wurde mit dem Ultraschall zusätzlich eine technische Methode eingesetzt, um das kindliche Wohlergehen besser überwachen zu können (Horowitz, 1993). Die sensorischen Wahrnehmungen der Mütter und Fachpersonen traten damit in den Hintergrund.

Mütter können früh befragt werden

Frauen sind in der Schwangerschaft empfänglich und offen für die Wahrnehmung des Kindes (Dunkel Schetter, 2011). Erste Kindsbewegungen sind schon zwischen der 14. und 22. Schwangerschaftswoche (SSW) wahrnehmbar. Mütterliche Angaben zu kindlichen Bewegungen und Verhaltensmustern können daher schon sehr früh erfragt werden, um das intrauterine Wohlbefinden des Kindes einzuschätzen. Da

bisher für die Praxis nur minimale Instruktionen zur Registrierung der kindlichen Verhaltensmuster vorliegen, sollte in der Bachelorarbeit der beiden Autorinnen der Frage nachgegangen werden, wie Mütter Veränderungen von Kindsbewegungen und kindlichen Verhaltensmustern wahrnehmen und beschreiben und wie diese Wahrnehmungen fachlich gedeutet und dokumentiert werden können. Für die Beantwortung der Frage wurde eine systematische Literaturreview durchgeführt.

Quantitative Veränderungen der Kindsbewegungen

Bei Raynes-Greenow et al. (2013) veränderte sich die Frequenz der Bewegungen während der gesunden Schwangerschaft bei 56 Prozent der befragten Frauen. Die Bewegungszahl scheint um die 32. SSW zu stagnieren, es kommt aber zu keiner Reduktion im dritten Trimenon (RCOG, 2011). Die Bewegungen veränderten sich nicht nur im Verlauf der Schwangerschaft, sondern variierten auch im Verlauf des Tages. Die Frauen berichteten von einer regelmässigen Verteilung über den Tag mit einer steten Zunahme der Frequenz und einem Peak am Abend (Raynes-Greenow et al., 2013).

Was Mütter fühlen und wie sie sich verhalten

Bei Saastad et al. (2008) äusserten 99,9 Prozent der befragten Frauen, dass das tägliche Spüren von Kindsbewegungen für sie wichtig sei. Kindsbewegungen wurden als Signale für kindliches Wohlergehen gedeutet. Hatten die Frauen in der Schwangerschaft Informationen zu fetaler Aktivität erhalten, war dies verbunden mit einer höheren Aufmerksamkeit gegenüber den Bewegungen des Kindes (Saastad et al., 2010). Bei Erlandsson et al. (2012) hatten von 614 Frauen, die einen intrauterinen Fruchttod erlitten hatten, 392 (64 Prozent) eine Vorahnung, dass es ihrem Baby nicht gut gehen könnte. Bei Raynes-Greenow et al. (2013) reagierten einige Frauen auf fehlende Kindsbewegungen sofort. Sie tranken kaltes Wasser, legten sich hin oder kontaktierten Fachpersonen. Generell waren die Reaktionen der Frauen sehr unterschiedlich, 13 bis 54 Prozent warteten zunächst ab, oft über 24 Stunden, bevor sie Fachpersonen kontaktierten (Holm Tveit et al., 2009; O'Sullivan et al., 2009; Erlandsson et al., 2012). Als Gründe des Abwartens wurden genannt: eine mangelnde Beziehung zu den Fachpersonen zu haben, nicht hysterisch wirken zu wollen, die Realität nicht wahrhaben zu wollen oder von Fachpersonen nicht ernst genommen zu werden (Erlandsson et al., 2012).

Abnehmende Bewegungen deuten auf Pathologien hin

Bei Konsultationen wegen abnehmender Kindsbewegungen wurden öfter auffällige Diagnosen gestellt. In der Studie von O'Sullivan et al. (2009) waren 72 Prozent der wachstumsretardierten Kinder durch andere diagnostische Mittel wie Ultraschall oder Symphysen-Fundus-Messungen vor der Konsultation wegen abnehmender Kindsbewegungen unentdeckt geblieben. Fachpersonen sollen schwangeren Frauen empfehlen, auf Kindsbewegungen zu achten und eine Abnahme der Bewegungszahl sofort zu melden (RCOG, 2011).

Kein Erhebungsinstrument für Qualität und Quantität

Die Resultate dieser Literaturreview weisen darauf hin, dass es wichtig ist, der mütterlichen Wahrnehmung von Kindsbewegungen ausreichend Beachtung zu schenken, weil werdende Mütter Bewegungen einheitlich und differenziert beschreiben und einschätzen können (RCOG, 2011; Frøen, 2004; Frøen et al., 2008; Berbey et al., 2001). Bisher wurden vor allem Methoden zur quantitativen Erfassung der fetalen Aktivität untersucht mit dem Ziel, abnehmende Kindsbewegungen frühzeitig zu erfassen, um die perinatale Mortalität senken zu können. Die Resultate dazu sind widersprüchlich ausgefallen, deshalb muss der Zusammenhang weiter untersucht werden. Da es keine einheitlichen Normen und Alarmgrenzen gibt, ist eine ausschliessliche Berücksichtigung der quantitativen Werte unzureichend (RCOG, 2011; Mangesi et al., 2012).

In der Studie von Holm Tveit et al. (2009) konnte gezeigt werden, dass Frauen und Fachpersonen über das Thema fetale Aktivität unzureichend aufgeklärt waren. Zudem informierten Fachpersonen unterschiedlich da-

rüber, und ein Teil der Frauen reagierte bei abnehmenden Kindsbewegungen oder ungewohnten Bewegungsmustern erst verzögert. Darum könnte es sinnvoll sein, gemeinsam mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen eine Informationsbroschüre für Frauen zu entwickeln, die auch als Grundlage für eine einheitliche Beratung dienen könnte. Frauen befürchten, nicht ernst genommen zu werden oder hysterisch zu wirken (Erlandsson et al., 2012). Die mangelnde Beziehung zu Fachpersonen wurde als ein Grund dafür genannt. Einheitliche Informationen und Respekt den Wahrnehmungen der Frauen gegenüber könnten auch die Beziehung zu den Fachpersonen verbessern (Saastad et al., 2010).

Frauen in der Frühschwangerschaft sensibilisieren

Durch das Wahrnehmen von Kindsbewegungen können sich Frauen vermehrt auf ihr Inneres fokussieren und Abstand zu dem kognitiv ausgerichteten Übermass an Informationen gewinnen, das in der Schwangerschaft angeboten wird (Rådestad, 2012). Zudem können die schwangeren Frauen vermehrt Verantwortung für ihre Situation übernehmen, weil sie darin unterstützt und bestärkt werden, mit ihren Fähigkeiten das kindliche Wohlbefinden einzuschätzen und sich nicht nur auf medizinische Tests zu verlassen (Holm Tveit, 2011). Frauen sollen daher bereits in der Frühschwangerschaft in einer positiven Art und Weise an das Thema herangeführt werden. Da noch keine Kriterien definiert wurden und keine einheitlichen Richtlinien vorliegen, sollten weitere qualitative Untersuchungen durchgeführt werden, in denen Frauen zu mehreren Zeitpunkten in der Schwangerschaft fetale Verhaltensmuster beschreiben. Auch sollte erforscht werden, wie Hebammen in der Praxis Frauen zu Kindsbewegungen befragen und unter welchen Bedingungen Frauen befähigt werden, bei verändert wahrgenommenen Bewegungen adäquat zu reagieren. So könnte längerfristig ein Assessmentinstrument entwickelt und getestet werden, mit dem neben quantitativen auch qualitative Aspekte berücksichtigt werden und das der komplexen Dimension der fetalen Aktivität gerecht wird.

Literatur:

Die vollständige Literaturliste kann eingesehen werden unter www.gesundheit.bfh.ch/frequenz

Der hier veröffentlichte Text ist eine gekürzte Version des Originalartikels. Der vollständige und ungekürzte Artikel ist unter dem Titel «Wie werden von Müttern wahrgenommene fetale Bewegungen fachlich beurteilt?» in Hebamme.ch vom November 2015 erschienen.

Modular aufgebaut und individuell abgestimmt – Weiterbildung in der Physiotherapie



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

Seit Jahrzehnten hat die Weiterbildung in der Physiotherapie einen hohen Stellenwert und gehört bei Physiotherapeutinnen und -therapeuten unbestritten zur Ausübung des Berufs. Am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule bestehen auf Aus- und Weiterbildungsebene verschiedenste Angebote, die darauf abzielen, eine optimale evidenzbasierte physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten.

Wer einen Beruf im Gesundheitswesen ausübt, arbeitet in einem dynamischen Umfeld. Das Gesundheitswesen und die Berufsbilder im Gesundheitsbereich entwickeln sich stetig weiter. Dieses Entwicklungspotenzial will der Fachbereich Gesundheit ausschöpfen und bietet deshalb Weiterbildungsstudiengänge in allen vier Disziplinen an. Weiterbildung gehört gemeinsam mit Lehre, Forschung und Dienstleistungen zum vierfachen Leistungsauftrag der Berner Fachhochschule BFH.

Als Berufsgruppe sind Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten seit Langem aufgefordert, sich regelmässig weiterzubilden. Die Angebotspalette der physiotherapeutischen Behandlungsmassnahmen erweitert sich stetig und passt sich den Erkenntnissen an, die aus zahlreichen Studien gewonnen werden. Physiotherapeutinnen und -therapeuten müssen ihre Kompetenzen überprüfen und vertiefen, um ihr Handwerk und ihre Kenntnisse den neuen Herausforderungen anzupassen.

Doch nicht nur aus Sicht der einzelnen Berufsgruppe ist Weiterbildung im Gesundheitswesen unverzichtbar. Der vom Bundesrat 2013 verabschiedete Bericht «Gesundheit 2020», der die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für die nächsten Jahre festlegt, nennt in vier gesundheitspolitischen Handlungsfeldern Massnahmen, die schrittweise umgesetzt werden. «Versorgungsqualität sichern und erhöhen» ist die Bezeichnung des dritten Handlungsfelds. Unter Ziel 3.3. wird «mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal» angestrebt. Ganz klar hat hier nebst der soliden Grundbildung auch die Weiterbildung für Gesundheitsfachpersonen einen hohen Stellenwert.

Wie können sich Physiotherapeutinnen und -therapeuten am Fachbereich Gesundheit weiterbilden?

Wer aufbauend auf einen Bachelor of Science seine wissenschaftlichen Kenntnisse vertiefen und gleichzeitig einen klinischen Schwerpunkt wählen will, hat die Möglichkeit, in einem konsekutiven dreijährigen Studium einen Master of Science (MSc) zu erwerben. Im Unterschied dazu bietet der Master of Advanced Studies (MAS) einen individuell planbaren Aufbau der persönlichen Weiterbildung. Diverse Fachkurse und

MAS-Studium Physiotherapeutische Rehabilitation

Yvonne Brühlhart, Studienleiterin, und Stefan Zuber, Studienleiter Physiotherapie, erweitern am Fachbereich Gesundheit zurzeit das Weiterbildungsangebot. Der neue MAS-Studiengang Physiotherapeutische Rehabilitation soll die Bedürfnisse der Praxis aufnehmen und sich im Kern darauf fokussieren, dass Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten einen unmittelbaren Nutzen für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten, Kundinnen und Kunden haben. Die Studienleitenden der Weiterbildung Physiotherapie informieren Interessierte gerne persönlich über das MAS-Studium Physiotherapeutische Rehabilitation und stehen beratend zur Verfügung.

Kontakt: yvonne.bruehlhart@bfh.ch und
stefan.zuber@bfh.ch

CAS-Studiengänge (Certificate of Advanced Studies) lassen sich wie Bausteine modulartig zu einem auf die persönlichen Ziele abgestimmten MAS-Abschluss zusammenbauen. Das MAS-Studium dauert maximal sechs Jahre und kann ohne Reduktion der beruflichen Tätigkeit absolviert werden. Der stete Bezug zur Praxis und zu konkreten praktischen Fragestellungen ermöglicht einen unmittelbaren Wissenstransfer. Alle Module berücksichtigen praktische Aspekte und verbinden diese mit aktueller Evidenz. Eine MAS-Arbeit rundet das Studium ab. Absolvierende erbringen mit dem Erstellen und Präsentieren derselben den erforderlichen Kompetenznachweis.

Viele Wege führen ... dank Weiterbildung zu neuen Berufsaussichten

Den Absolventinnen und Absolventen eröffnen sich neue berufliche Perspektiven: Mit einem MAS-Abschluss werden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu klinischen Experten und Expertinnen,

können Leitungsverantwortung, einen Lehrauftrag oder Aufgabenbereiche in der Forschung übernehmen. Eine Weiterbildung wird dann zur nachhaltigen Investition, wenn die Therapeutin, der Therapeut die neuen Erkenntnisse direkt in die Behandlungen einfließen lassen kann und auch ihr oder sein Team daran teilhaben lässt. Durch die vielfachen Möglichkeiten einer Spezialisierung innerhalb des MAS-Studiums ist es für jedes Team oder jede Physiotherapie-Abteilung eine Bereicherung, wenn sich Mitarbeitende auf Hochschulstufe weiterbilden und dabei auch Fragen aus der Praxis mit Expertinnen und Experten diskutieren.

Absolvierende des MAS-Studiums lernen dank modularem Aufbau in jedem Fachkurs und CAS-Studium neue Mits Studierende aus den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern kennen. Diese Vernetzung mit Berufskolleginnen und -kollegen ermöglicht einen vertieften Austausch über das neu erworbene Wissen und dessen Verankerung in der Praxis.



Unterschätzte Lebensqualität im Pflegeheim?

Im Alter möchten die meisten Menschen möglichst lange zu Hause wohnen. Ist die Lebensqualität im Heim wirklich so schlecht? Die Studie Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS) zeigt erstmalig für die Schweiz auf, wie Heimbewohnende ihre Lebens- und Pflegequalität beurteilen. Die Resultate machen deutlich, dass der Ruf der Heime schlechter ist als die von den Bewohnenden erlebte Realität.



Prof. Dr. Sabine Hahn
Leiterin angewandte Forschung und
Entwicklung Pflege
sabine.hahn@bfh.ch



Kathrin Sommerhalder Madliger
Studienleiterin und Dozentin
kathrin.sommerhalder@bfh.ch



Eliane Gugler
Co-Studienleiterin und Dozentin
Bachelorstudiengang Pflege
eliane.gugler@bfh.ch

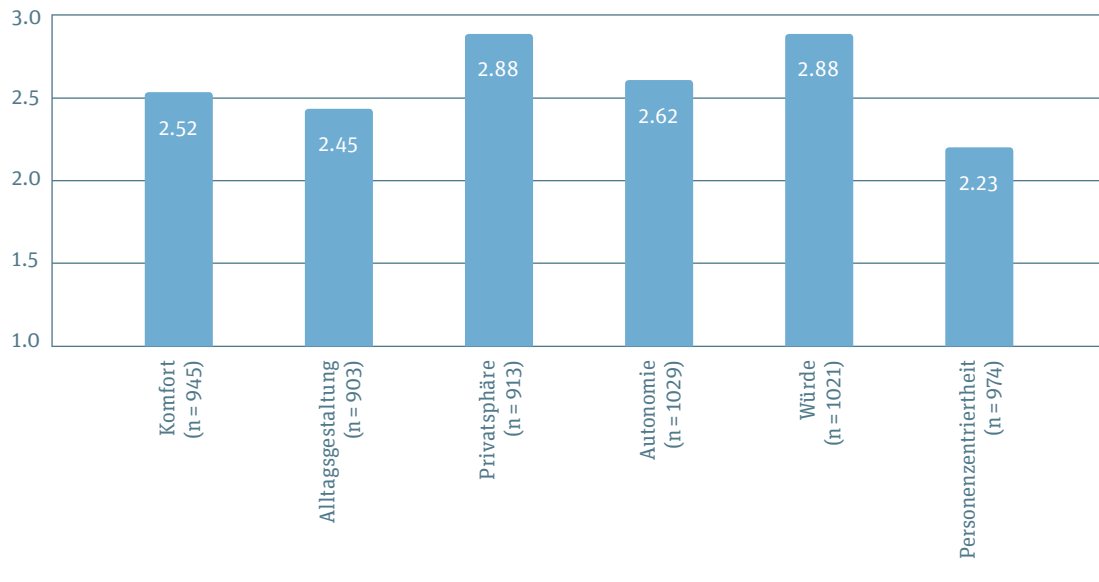
OECD-Prognosen gehen davon aus, dass in der Schweiz der Anteil von Personen ab 65 Jahren zwischen 2010 und 2050 von 17 auf 27 Prozent der Gesamtbevölkerung steigen wird (Colombo et al., 2011). Bei Personen im Alter von 80 und mehr Jahren erhöht sich der Anteil gemäss OECD in diesem Zeitraum von 5 auf knapp 16 Prozent. Durch diese demografische Entwicklung und die damit verbundene Multimorbidität entsteht ein erheblicher Versorgungsbedarf im Bereich der Pflege. Da sich der Personalmangel im Gesundheitswesen noch verschärfen wird, ist die demografische Entwicklung zur grossen Herausforderung geworden, um die geforderte Lebens- und Pflegequalität in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu gewährleisten. Zeit also, sich in der Pflegeforschung mit dem Thema Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim zu befassen. Wollen wir in Zeiten der knappen Personalressourcen eine gute pflegerische Versorgung der ältesten Bevölkerungsmittglieder ermöglichen, gilt es so viel als möglich über die Zusammenhänge herauszufinden, welche die Lebens- und Pflegequalität im letzten Lebensabschnitt ermöglichen und fördern.

Lebens- und Pflegequalität aus Sicht von Heimbewohnenden

Die Studie Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS) startete im September 2012 unter der Verantwortung von Prof. Dr. Sabine Hahn und der Co-Projektleitung von Kathrin Sommerhalder und Eliane Gugler. Ziel der Studie ist es, die Lebensqualität im Pflegeheim und die Zufriedenheit mit der Pflege aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner zu beschreiben.

An der Studie RESPONS nahmen insgesamt 51 zufällig ausgewählte Pflegeheime teil. In der Deutschschweiz wurden 840 Bewohnerinterviews in 16 kleinen, 16 mittleren und 6 grossen Heimen durchgeführt. In der französischen Schweiz wurden 195 Bewohnerinnen und Bewohner aus 8 kleinen, 4 mittleren und einem grossen Heim befragt. Insgesamt nahmen 1035 Bewohnerinnen und Bewohner an Einzelinterviews zum Thema Lebens- und Pflegequalität teil. RESPONS ist damit eine der grössten Studien, die bisher in diesem Versorgungsbereich durchgeführt wurden. Leider war es nicht möglich, die Bewilligung des Kantons Tessin für die Durchfüh-

Abbildung 1: Durchschnittliche Bewertung der Lebensqualität pro Lebensqualitätsdimension
(1 = tiefstmöglicher Wert, 3 = höchstmöglicher Wert)



rung der Studie in vier Tessiner Heimen zu erhalten.

Die in der Studie RESPONS erhobenen Daten ermöglichen, die Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der Pflege, der Lebensqualität und soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Charakteristika der Bewohnerinnen und Bewohner darzustellen. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel im Rahmen von (SHURP) wird zudem die Verbindung zwischen subjektiven und objektiven Qualitätsindikatoren untersucht. Die SHURP-Studie wurde unter der Leitung von PD Dr. René Schwendimann durchgeführt (<https://shurp.unibas.ch>) und beschreibt die Zusammenhänge zwischen organisatorischen Merkmalen der Pflegeinstitutionen und den Ergebnissen von befragten Bewohnenden und dem Pflegepersonal in Schweizer Pflegeinstitutionen (objektive Qualitätsindikatoren). Die beiden Studien RESPONS und SHURP versuchen somit, Pflegequalität in Pflegeheimen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu erforschen und zu einem vertieften Verständnis von Lebens- und Pflegequalität in Schweizer Pflegeheimen beizutragen.

Entwicklungsbedarf in der personenzentrierten Pflege trotz guter Lebens- und Pflegequalität

Die Lebensqualität wurde von den befragten Heimbewohnerinnen und -bewohnern unterschiedlich eingeschätzt. Die Privatsphäre wurde von den Bewohnenden der beteiligten Heime durchwegs positiv beurteilt. Die verschiedenen Fragen zu Würde wurden von über zwei Dritteln der Teilnehmenden als positiv bewertet. Die Wohnumgebung beurteilten die Befragten so, dass sie ermöglicht, Autonomie wahrzunehmen. Die Mehrheit der Bewohnenden berichtete über ausreichende Wahlmöglichkeiten bezüglich des Zeitpunkts, an dem sie zu Bett gehen möchten und der Kleiderwahl. Knapp

zwei Drittel konnten wählen, zu welcher Zeit sie aufstehen möchten. Es bestehen im Allgemeinen wenige Möglichkeiten Hobbys auszuüben, die Freude bereiten. Nur 61 Prozent der Teilnehmenden stimmten einer entsprechenden Frage zu. Etwa gleich vielen machten die angebotenen Alltagsaktivitäten unter der Woche Freude. Am Wochenende wurde dies jedoch anders eingeschätzt. Dann waren es nur weniger als ein Drittel der Befragten, welche an den angebotenen Aktivitäten Freude hatten. Das Essen sowie die Atmosphäre beim Essen bewerteten knapp drei Viertel der Befragten positiv. Für 58 Prozent gab es auch ab und zu das Liebessessen. Die Beurteilung der Personenzentriertheit der Pflege fiel im Vergleich zu den anderen Fragen negativer aus: Nur 57 Prozent der Befragten gaben an,

Finanzielle und ideelle Unterstützung

Wir danken allen teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohnern und den verantwortlichen Personen der teilnehmenden Heime für ihre Unterstützung. Wir danken der Berner Fachhochschule BFH und der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz sowie der Schweizerischen Alzheimervereinigung für die finanzielle Unterstützung der Studie. Zudem wird die Studie RESPONS durch folgende Organisationen ideell unterstützt: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, senesuisse – Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz, Dachverband Schweizer Patientenstellen, Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter, CURAVIVA SCHWEIZ – Verband Heime und Institutionen Schweiz.



dass das Personal sie gut kennt und um ihre Präferenzen weiss. 60 Prozent hatten so viel Vertrauen in das Personal, dass sie sich auch mit persönlichen Sorgen an dieses wenden könnten. Auffallend ist, dass nur ein Drittel der Befragten äusserten, dass sich das Personal für ihre Biografie interessierte. Zeit scheint knapp zu sein. Weniger als ein Drittel der Befragten gaben an, dass das Personal vorbeischaute, nur um zu reden. Schmerzen zu haben, scheint auch heute im Pflegeheim noch weit verbreitet zu sein; 58 Prozent der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, momentan unter Schmerzen zu leiden.

Trotz dieser heterogenen Ergebnisse zu den Fragen zur Lebensqualität beurteilten 71 Prozent der Befragten ihre globale Lebensqualität als gut bis sehr gut. Insgesamt beurteilten 93 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die Pflegequalität als gut bis sehr gut und waren zufrieden, auch wenn nur 69 Prozent berichteten, dass ihnen die tägliche Pflege erklärt wird.

Ergebnisse berichten und diskutieren, damit Pflegequalität gefördert werden kann

Die teilnehmenden Heime erhielten einige Monate nach der Befragung einen oder mehrere heimspezifische Berichte mit den Ergebnissen für die an der Studie beteiligten Organisationseinheiten und/oder die Gesamtorganisation. Die heimspezifischen Berichte ermöglichten den Heimen, sich gezielt mit bestimmten Aspekten der Pflege- und Lebensqualität auseinanderzusetzen. Wir empfahlen den Heimen, beim Lesen der heimspezifischen Berichte ihr Augenmerk vorerst auf diejenigen Fragen zu legen, die von vielen Bewohnerinnen und Bewohnern auffallend gut oder schlecht bewertet wurden. Davon ausgehend konnten sie sich Überlegungen machen, warum diese Aspekte besonders positiv oder besonders negativ bewertet wurden, und so Änderungspotenziale erkennen. Ergaben die heimspezifischen Resultate beispielsweise, dass viele Bewohnerinnen und Bewohner über körperliche Schmerzen berichteten, empfahlen wir den Heimen, das Schmerzmanagement zu überprüfen: Woran könnte es liegen, dass die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen mit Schmerzen hoch ist? Werden die Schmerzen regelmässig und standardisiert erfasst? Werden die Verordnungen regelmässig überprüft? Wie sind die Betroffenen über die Schmerztherapie informiert? Existiert ein Standard für das Schmerzmanagement usw.? Diese beispielhaften Überlegungen konnten den teilnehmenden Heimen helfen, die Ergebnisse für die eigene Institution zu interpretieren, mögliche Gründe für die positiven und negativen Antworten zu finden, konkrete Zielsetzungen zur Verbesserung zu formulieren und spezifische Massnahmen einzuleiten.

Wohnen im Pflegeheim: angenehm und besser als sein Ruf

Die Studie RESPONS liefert erstmals für die Schweiz Aussagen von Bewohnerinnen und Bewohnern zum Leben, der Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim. Sie zeigt die Stärken und Schwächen der Pflege und des Lebens im Heim aus der Sicht der Bewohnenden auf. Einiges an Verbesserungspotenzial konnte ausgemacht werden, doch scheint die Lebensqualität von den Bewohnenden besser wahrgenommen zu werden als von der Öffentlichkeit. Die Studie RESPONS kann durch Vermittlung und Diskussion der Resultate mit den betroffenen Heimen einen wichtigen Beitrag zum Qualitätsmanagement leisten. Zudem sollen die Resultate auch dazu beitragen, Vorurteile gegenüber dem Leben im Pflegeheim zu überdenken.

Was für ein Theater!

Forschen im interprofessionellen Setting



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

Was hat Theater mit dem Fachbereich Gesundheit zu tun?
Und wieso ist das Kommunikationstraining eine Aufführung?
Der Fachbereich Gesundheit und der Studienbereich Theater der Hochschule der Künste der Berner Fachhochschule haben ein gemeinsames Forschungsprojekt durchgeführt. Vorhang auf für ein interprofessionelles Vorhaben.

Das Kommunikationstraining des Fachbereichs Gesundheit ist bekannt: Studierende lernen hier die professionelle Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, mit werdenden Eltern, Angehörigen, Vorgesetzten, Kolleginnen oder Kollegen. Nicht immer fällt es ihnen leicht, sich auf die Methodik einzulassen. Sie treffen nicht nur herausfordernde Aufgaben an, sondern begegnen auch einem professionellen Schauspieler, einer professionellen Schauspielerin, die in die Rolle des Patienten oder der Kollegin schlüpfen. Mit Theater hat das aber nichts zu tun.

Zwanzig Minuten dauert das «Rollenspiel», welches auf Video aufgezeichnet wird. Anschliessend wird die Sequenz gemeinsam angeschaut und reflektiert. Hierfür gibt es eine Checkliste, anhand welcher analysiert werden kann, wie das Verhalten der Studierenden in der Rolle der Pflegenden, der Physiotherapeutin, des Ernährungsberaters oder der Hebamme war. Danach folgt ein umfassendes Feedbackgespräch, welches der Schauspieler, die Schauspielerin moderiert. Diese drei Teile bilden das Kommunikationstraining, das in allen Studiengängen des Fachbereichs zum Einsatz kommt. Das Lehrkonzept mit den Kommunikationstrainings wurde seit 2005 kontinuierlich entwickelt und erhielt im Jahr 2014 den Lehrpreis «Credit Swiss Award for Best Teaching». Auch für externe Kundinnen und Kunden wird das Konzept inzwischen vielseitig genutzt.

Anspruchsvolle Aufgabe

Doch das Training lebt nicht nur von der Konstruktion und dem Input aus der Lehre. Es wird massgeblich durch die professionellen Schauspielerinnen und Schauspieler gestaltet. Diese füllen die Rolle mit Leben, moderieren das Training und geben wertvolles Feedback. Daher werden sie im Fachbereich Gesundheit auch als Kommunikationstrainer und Kommunikationstrainerinnen bezeichnet und dafür extra ausgebildet. Sie werden mit den Krankheitsbildern vertraut ge-

macht, üben Symptome darzustellen und lernen die theoretischen Inhalte kennen, beispielsweise zur Kommunikation mit Menschen mit Sprachstörungen, welche die Studierenden in den Seminaren erlernt haben. In ihrer Rolle als Kommunikationstrainer, -trainerin geben sie ein Feedback aus Sicht der Patienten, das sie mit diesen theoretischen Grundlagen verknüpfen. Sie sind also nicht nur Rollenpartner, sondern auch Lehrpersonen, welche die Studierenden in ihrem Lernprozess begleiten – eine anspruchsvolle Aufgabe.

Kommunikationstraining auf der Bühne

Welche spezifischen Kompetenzen Schauspielerinnen und Schauspieler für diese Aufgabe benötigen, wurde bisher nicht systematisch untersucht und beschrieben. Diese Kompetenzen interessierten insbesondere auch den Studienbereich Theater der Berner Fachhochschule BFH, der Schauspielerinnen und Schauspieler ausbildet. Zusammen nahmen der Fachbereich Gesundheit und der Studienbereich Theater in den letzten 18 Monaten das Kommunikationstraining unter die Lupe und hoben es dafür auf die Bühne. Das Forschungsprojekt zielte darauf ab, neben den schauspielerischen Fähigkeiten die zusätzlichen Kompetenzen zu beschreiben, welche gebraucht werden, um als Kommunikationstrainerin oder -trainer agieren zu können. Entsprechend wurden die Kommunikationstrainings aus einer theaterwissenschaftlichen und der Perspektive des Fachbereichs Gesundheit beleuchtet.

In einem ersten Schritt wurde eine Aufführungsanalyse durchgeführt. Fachpersonen des Theaters beobachteten einzelne Trainings und nahmen anhand klarer Kriterien eine erste Einschätzung vor. Ziel dieser Analyseform war es, zu beschreiben, welche schauspielerischen Kompetenzen im Training gefordert werden. In einem zweiten Schritt wurden Dozierende, Studierende sowie die Kommunikationstrainer und -trainerinnen dazu befragt, welche Kompetenzen aus



ihrer Sicht benötigt werden, um ein Training erfolgreich gestalten zu können. Die Fokusgruppeninterviews wurden aufgezeichnet, verschriftlicht und in interprofessioneller Zusammenarbeit von Mitarbeitenden der beiden Fachbereiche analysiert.

Verständnis und Transferleistung

Diese interprofessionelle Zusammenarbeit brachte so einige Herausforderungen mit sich, trafen doch sehr verschiedene Bereiche aufeinander – Kunst und Gesundheit.

So gab es anfangs Probleme mit einzelnen Begrifflichkeiten; zum Beispiel in Bezug auf den Begriff der Rollen. Argumentieren wir aus Sicht der Gesundheit mit den diversen Rollen, die unsere Studierenden einnehmen müssen, sei es als Teamworker, Kommunikator usw., so besteht von Seiten des Theaters ein komplett anderes Rollenverständnis. Missverständnisse waren also vorprogrammiert, konnten aber immer schnell wieder geklärt werden.

Auch für die Forschenden aus der Gesundheit brauchte es einiges an Transferleistung, um das Kommunikationstraining für einmal als Aufführung zu verstehen, wurde im Fachbereich Gesundheit doch bisher immer sehr darauf geachtet, nie von «theäterlen» im Zusammenhang mit dem Training zu sprechen. Im Forschersinn der Theaterwissenschaft ist es aber eine Art Aufführung, in welcher eine Rolle/Figur eingenommen wird. Laut Definition ist «eine Aufführung eine Veranstaltung, bei der sich alle Beteiligten zu einer bestimmten Zeit am selben Ort einfinden, um dort an einem spezifischen Programm von Aktivitäten teilzunehmen – entweder als Akteur oder als Zuschauer»

(Fischer-Lichte, 2009, S. 24). So gesehen ist das Training in der Tat eine Aufführung. Ziel dieser Aufführung ist jedoch kein künstlerisches Ereignis, sondern die Schaffung einer Lernsituation.

Unterschiede zeigten sich auch in den Arbeitsweisen. Ist der Fachbereich Gesundheit eher geprägt durch das medizinische Verständnis, Evidenzbasiertheit usw., so zeigt sich das Theater künstlerisch und damit offener und flexibler in der Ausgestaltung von Methoden und der Interpretation von Ergebnissen. Das Verständnis für die unterschiedlichen Sichtweisen und das Finden einer gemeinsamen Sprache waren essenziell für die erfolgreiche Zusammenarbeit.

Was für ein Theater? Nein, Theater war das nicht, sondern eine grosse Bereicherung für alle Beteiligten. Das Projekt ermöglichte neue Einblicke durch das Kennenlernen der unterschiedlichen Arbeits- und Denkweisen. Für die Mitarbeitenden des Fachbereichs Gesundheit war es überaus spannend, den Studienbereich Theater mit seiner besonderen Ausstattung, mit Bühnen, Tanzsälen und Einzelunterrichtsräumen kennenzulernen. Im Gegenzug lernte der Studienbereich Theater eine Wirkungsstätte ihrer Absolventinnen und Absolventen kennen, die in der bisherigen Ausbildung nicht Gegenstand der Betrachtungen war. Entstanden sind eine fruchtbare Zusammenarbeit und weitere Projektideen, die durchaus bühnenreif sind.

Literatur:
Fischer-Lichte (2009). *Semiotik des Theaters*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Bollywood meets Bern

Während zwölf Monaten unterstützte Shashvat Kapoor als erster Praktikant 2015 das International Office im Fachbereich Gesundheit. Als indischer Staatsbürger und finnischer Student war er der ideale Kandidat für das International Office – internationaler geht nicht.



Aileen Kirchhofer
Leiterin Ressort
Internationales
aileen.kirchhofer@bfh.ch

Aileen Kirchhofer

Die Möglichkeit, im International Office temporär einen Praktikanten oder eine Praktikantin anzustellen, war schon länger diskutiert worden. Nach einer Reorganisation im Jahr 2013 konkretisierte sich diese Idee, und plötzlich ging es dabei um ein greifbares Projekt.

Unsere Aufgabe im International Office ist es, die Mobilität von Studierenden zu fördern und sie dabei zu unterstützen. Die Studierenden sollen die Möglichkeit erhalten, globale und lokale Kompetenzen miteinander zu verknüpfen und sich für die Arbeit in einem internationalen Umfeld, oder im inter- und transkulturellen Kontext in der Schweiz, zu qualifizieren.

Umgekehrt gilt dies natürlich genauso. Auch internationale Studierende sollen die Möglichkeit erhalten, ihre trans- und interkulturellen Kompetenzen zu fördern und ihr fachliches Wissen zu erweitern. Somit haben wir als International Office eine Art Vorbildfunktion wahrzunehmen und beschlossen deshalb für die Suche nach einem geeigneten Praktikanten oder einer Praktikantin, das Stelleninserat an unsere europäischen Partnerhochschulen zu schicken. Nur einige Wochen später startete Shashvat Kapoor, Betriebsökonomiestudent an der Hochschule in Jyväskylä (JAMK) in Finnland, das Praktikum im International Office.

Für mich war die Begleitung eines Praktikanten eine ganz neue Herausforderung, auf die ich mich jedoch sehr freute. Nichtsdestotrotz war aller Anfang schwer. Die intensive Betreuung zu Beginn des Praktikums bedeutete eine Doppelbelastung neben dem normalen Arbeitsalltag. Allerdings

Shashvat Kapoor

Die Idee, ein Praktikum in der Schweiz zu absolvieren, kam mir sehr spontan, als ich vom International Office meiner Heimhochschule, der JAMK, das Stelleninserat per E-Mail zugeschickt bekam. Ich war damals gerade in einem Pflichtpraktikum in Neu-Delhi und beschloss, die Gelegenheit zu packen und mich für diese Praktikumsstelle im International Office zu bewerben. Kurz darauf hatte ich ein Skype-Interview mit Aileen Kirchhofer und Julia Eisenblätter von der Berner Fachhochschule und erhielt später tatsächlich die Zusage für das Praktikum.

Die ersten paar Monate waren nicht ganz einfach – ich musste lernen zu verstehen, was genau meine Aufgabe im International Office sein würde. Ausserdem waren da diese Sprache, die so gar nicht nach Deutsch klang, und die kulturellen Unterschiede: Ich erinnere mich noch genau an meinen ersten Arbeitstag – ich kam über 30 Minuten zu spät. Das war wahrscheinlich nicht der allerbeste erste Eindruck, den ich bei Aileen, meiner neuen Chefin, hinterlassen hatte. Sie war aber so nett und zeigte für die anfänglichen Schwierigkeiten Verständnis. Ich musste lernen, dass Pünktlichkeit in der Schweiz einen sehr hohen Stellenwert hat.

Die Arbeitskultur in der Schweiz unterscheidet sich deutlich von derjenigen in Finnland oder Indien. Die Schweizer sind eher ruhig und sehr auf die Arbeit fokussiert. Am Arbeitsplatz sprechen sie nur sehr wenig über Privates; Privates und Geschäftliches werden strikt getrennt. In Finnland und in Indien sind die Arbeitsplätze meist sehr geräuschvoll, überall wird lautstark miteinander diskutiert und telefoniert. Die Stille in den Büros hier hatte für mich



Shashvat Kapoor
Ehemaliger Praktikant
shashvat.kapoor@gmail.com

gefiel es mir auch, einen jungen Menschen im Lernprozess zu begleiten, seine Entwicklung zu beobachten und ihn weiterzubringen.

Die Einarbeitung in das Thema und speziell in Shashvats Aufgabengebiet war sehr zeitintensiv, da ich alles auf Englisch erklären und übersetzen musste. Dafür konnte ich meine Englischkenntnisse wieder auffrischen und Shashvat lernte in dieser Zeit fleissig Deutsch.

In kultureller Hinsicht gäbe es so einige Anekdoten zu erzählen; vor allem aber unterschieden sich Shashvats und meine Definition von Pünktlichkeit ziemlich stark voneinander. Hauptsächlich zu Beginn seines Praktikums bei den regelmässigen Wochengesprächen am Montagmorgen um 9.00 Uhr kam dies sehr oft zum Ausdruck. Ich erwartete vom neuen Praktikanten, dass er mindestens zehn Minuten vor dem Termin eintrifft und die Gesprächsnotizen bereithält, damit das Gespräch dann pünktlich zur vereinbarten Uhrzeit begonnen werden kann. Shashvats Vorstellung von Pünktlichkeit war es jedoch, um 9.05 Uhr ins Büro zu kommen, den Computer hochzufahren und ohne weitere Planung oder Vorbereitung das Gespräch zu beginnen.

Es war interessant zu beobachten, wie sehr man selber in seiner eigenen Kultur verwurzelt ist und wie einen diese kulturellen Gepflogenheiten im alltäglichen Handeln beeinflussen. Wichtig ist auf jeden Fall eine klare und transparente Kommunikation, um Missverständnisse aufzuklären und ihnen vorzubeugen. Unterm Strich ziehe ich ein sehr positives Fazit aus dem einjährigen Praktikum mit Shashvat. Mir gefiel, dass er mit seiner direkten und offenen Art frischen Wind in unser International Office gebracht hat. Ebenfalls erhielt ich wieder einmal die Gelegenheit, mein eigenes Handeln und Denken reflektieren zu können, dies nicht nur im Bereich der Praktikumsbegleitung, sondern auch in kultureller Hinsicht.

Nun freue ich mich, dass wir wiederum eine neue Praktikantin willkommen heissen durften. Seit Herbst 2015 unterstützt mich Laura Zambelli Hernandez. Als kubanische Staatsbürgerin wird auch sie ganz bestimmt für die nötige internationale Ausstrahlung im International Office sorgen.

manchmal beinahe etwas Gespenstisches. Auch die einzelnen Schritte und Prozesse werden genauestens dokumentiert und strikte eingehalten. In Indien und in Finnland sieht man Prozesse eher als eine Art «Richtlinie».

Meine Hauptaufgabe als Praktikant bestand darin, die Studierenden in der International Lounge zu beraten. Ausserdem unterstützte ich meine Vorgesetzte in der Prozessabwicklung der Outgoing-Studierenden. Während meines Praktikums hatte ich ausserdem die Möglichkeit, in diversen Projekten mitzuarbeiten. So durfte ich zum ersten Mal an einem Konzept mitschreiben und entwickelte das «Buddy System» für Incoming-Studierende mit. Ich hatte die Möglichkeit, kleinere Events zu planen und zu organisieren und erhielt ausserdem die Gelegenheit, mich sehr eigenständig für ein Projekt zu engagieren, welches mir grossen Spass gemacht hat: ein Video-Tutorial für Incoming-Studierende.

Über mangelnde Abwechslung durfte ich mich also definitiv nicht beklagen. Bei so vielen parallel verlaufenden Projekten, welche nebst dem Tagesgeschäft auf mich zukamen, musste ich lernen, Prioritäten zu setzen und strukturiert zu arbeiten. Meine Arbeitsweise war jedoch alles andere als strukturiert – ja, man könnte sogar sagen, dass ich ein ziemlicher Chaot war. Aileen brauchte viel Zeit und Geduld, um mich auf Kurs zu bringen. Für mich bedeutete diese Umstellung harte Arbeit und einiges an Disziplin – aber gegen Ende des Praktikums war meine Chefin dann doch zufrieden mit mir. Für mein zukünftiges Arbeitsleben wird mir eine strukturierte Arbeitsweise sicherlich von grossem Nutzen sein.

Mein Fazit zu meinem einjährigen Praktikum in der Schweiz ist, dass es sowohl für meine persönliche als auch für meine berufliche Entwicklung ein Meilenstein war. Ich nehme viele tolle Erinnerungen mit und einen vollgepackten Rucksack mit neu erlernten Fähigkeiten und neuem Wissen. Auch die deutsche Sprache beherrsche ich jetzt viel besser und verstehe sogar etwas Schwyzerdütsch.

Das Praktikum hat mir in vielerlei Hinsicht geholfen. Ich konnte mein theoretisch erworbenes Wissen in die Praxis umsetzen, habe eine neue Sprache, eine neue Kultur und ein neues Arbeitsumfeld kennengelernt. Ebenfalls konnte ich mein Netzwerk erweitern und durfte ein wunderschönes Land entdecken. Ich bin sicher, dass ich eines Tages wieder hierher zurückkommen werde – ein grosses Dankeschön an alle, die mich unterstützt haben und mir mit so viel Geduld begegnet sind.



Abschlussfeier der Master- und Bachelorstudiengänge

Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, 12. November 2015, Kultur-Casino Bern

Master of Science in Pflege

Die Diplomierten: Berchtold Caroline, Lalden; Bohner Katja, Zürich; Burr Christian Markus, Ostermundigen; Flükiger Renate, Bern; Lanz Elisabeth, Bern; Linke Sandra, Männedorf; Molls Sabine Maria Elisabeth, Bern; Peschak Anna Maria, Mühlethal; Rappo Sonja, Plaffeien; Reinhard Cornelia, Düdingen; Reuter Annette, Luzern; Schwarzenbach Stephanie, Bern; Steiner Laura Maria, Zollikofen; Wick Andrea, Frutigen

Master of Science in Physiotherapie

Die Diplomierten: Blasimann Schwarz Angela, Langnau i. E.; Brühlhart Yvonne, Zofingen; Chevalley Odile, Puidoux; Ehrhardt Angela, Luzern; Hähni Michaela, Liebefeld; Hövel Veronika, Bern; König Irene, Rotkreuz; Mahnig Sara, Bern; Obrist Seraina, Latterbach; Steuri Hans Rudolf Werner, Spiez

Bachelorstudiengang Pflege (Vollzeit)

Die Diplomierten: Ahmedi Fatbardha, Ruswil; Bajrami Dzenisa, Egerkingen; Bazzo Laura, Pratteln; Bossart Sarah, Hämikon; Buchli Andrina, Valendas; Burkhard Livia, Gunzwil; Burri Andrea Lisa, Schliern bei Köniz; Egger Sarah Esther, Schüpfen; Fuhrer Michela Luisa, Ueberstorf; Jappert Carina Lisa, Gansingen; Mast Rebekka, Schwadernau; Müller Noëmi Alexandra, Jegenstorf; Mürner Andrea Viviane, Wabern; Neyer Stefanie Angela, Rebstein; Niewiadomska Klaudia Maria, Thun; Obenaus Theresa Dorothea, Schüpfen; Özaydin Selda, Bern; Piliqi Shqipe, Interlaken; Röösl Rahel Anina, Münchenbuchsee; Roth Marie, Grindelwald; Röthlisberger Andrea Selina, Münchenbuchsee; Rupp Veronika Maria, Worblaufen; Schenk Lisa, Schwanden im Emmental; Schlunegger Margarithe Charlotte, Grindelwald; Sivarajah Sayantha, Lyss; Struchen Sandra Nicole, Bern; Teuscher Salome, Hinterkappelen; Veltman Valerie, Basel; Weber Sarah, Arth; Wilhelm Lena, Etziken; Wyss Fabienne Sabina, Breitenbach; Zemp Stefanie, Lenzburg; Zimmermann Nathalie Rita, Willisau

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



Bachelorstudiengang Pflege (Vollzeit)

Die Diplomierten: Hauri Noël Olivier, Emmen; Rossi Maura, Lyss; Schär Susanna, Trubschachen; Wüthrich Damaris, Münchenbuchsee

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

Bachelorstudiengang Pflege Vollzeit

Die Absolvierenden: Allgaier Tessa Ella, Zürich; Bachofner Anna, Reinach AG; Bösch Cornelia Janina, Kriens; Chandran Damaris, Köniz; Deplazes Maurus, Wabern; Gerber Anne-Kathrin, Frutigen; Gonzalo Isabel, Bern; Haldemann Anouk Paula, Bern; Held Damaris, Wasen im Emmental; Joho Janine, Niederönz; Kallen Larissa Ramona, Langnau i. E.; Käser Estelle, Bern; Künzler Petra Katharina, Bolken; Manz Manuela, Steffisburg; Marugg Selina, Samedan; Moser Sarah Anna, Urtenen-Schönbühl; Müller Ramona Andrea, Wynigen; Persson Raphaela Lucia, Ludvika; Ruckstuhl Salome, Oberkirch LU; Salvisberg Nadine Fabienne, Luzern; Schindler Michelle, Utzenstorf; Schönthal Dunja Angela, Thun; Schweikert David Lukas Benedikt, Thun; Stalder Lilith Jana, Ebikon; Strehler Priscilla-Yasmin, Belp; Studer Silvan Guido, Buttisholz; Troxler Angela, Hildisrieden; Tschanz Janica Deborah, Grafenried; Urfer Sandra, Thun; Wiederkehr Manuel, Gelterkinden; Wyder Emanuel, Bremgarten b. Bern

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

Bachelorstudiengang Pflege, berufsbegleitend (für diplomierte Pflegefachpersonen)

Die Diplomierten: Blaser Elena, Hasle-Rüegsau; Ding-Blum Simone Madeleine, Basel; Djedovic Emina, Steinhausen; Gärtner Pierric Carol, Solothurn; Gemperli Daniela Franziska, Bern; Graf Samuel, Luzern; Henn Christian, Basel; Heymann Michèle Sarah, Bern; Hübsch Katrin, Ebikon; Lüthi Florian, Zürich; Nyffeler Thomas, Bern; Pracher Janine, Geroldswil; Renold Tina Manuela, Buchs AG; Ritschard Pascale Joëlle, Bern; Schild Anita, Bern; Sonder Martina, Zürich; Stalder Manuela, Rubigen; Von der Insel Mark, Füllinsdorf; von Känel Patricia Beatrice, Heimberg; Wettstein Chantal Nicole, Illnau; Wicki Ruth Erika, Schwarzenberg LU; Wyss Sisman Alena Irma, Solothurn; Zimmerli Simone Alexandra, Bern; Zuber Tamsin Patricia, Zürich; Zürcher Therese, Liebefeld

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

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Bern

Die Diplomierten: Boschung Joelle Anja, Heitenried; Felder Luzia Pia, Romoos; Jäggi Ursina, Brittnau; Jau Rahel, Boll; Maurer Jonas Martin, Bern; Räss David, Kehrsatz

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



Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Bern

Die Absolvierenden: Bachmann Lisa Maria, Sempach Station; Bardill Angéline Vreni Michèle, Bern; Bilger Jana Franziska, Bern; Bumann Jana, Saas-Fee; Bütschi Anja Nina, Frutigen; Chéhab Joëlle, Langenthal; Dietiker Hannah Fabienne, Muhlen; Dietrich Nicole, Rechthalten; Eberle Simon, Cham; Flückiger Barbara, Bern; Friedli Dina Leoni, Konolfingen; Furrer Benjamin Johannes, Boll; Gigon Manuela, Schwarzenberg LU; Gräub Marlen Elena, Reiden; Hirter Nadia Elisabeth, Müntschemier; Hutmacher Nicole, Münsingen; Jöster Salome, Fiesch; Jungo Anja Claudia, Cordast; Lauber Sandra, Liebefeld; Liechti Seraina, Huttwil; Meier Sandra Maria, Grossaffoltern; Meile Nadja, Baldegg; Moser Ramona, Worben; Näpflin Sandro Beat, Emmetten; Ryter Selina Elena, Worb; Schaffner Nives, Attiswil; Scherer Tabea, Udligenswil; Schibler Florence, Biberist; Schmid Aline Julie, Brig; Schnidrig Raphael, St. Niklaus VS; Schürmann Sandra, Ruswil; Schwarz Mélanie Christine, Bern; Scuderi Manuel Markus, Gunzgen; Senn Rosa Magdalena, Bern; Stocker Selina Claudia, Hitzkirch; Studer Helene, Wabern; Unternährer Sophie, Oberburg; von Gunten Andrina, Merligen; Walch de Vries Joanna Milena, Niedergösgen; Woern Lena Mara, Biel/Bienne; Wolf Jessica, Urtenen-Schönbühl; Zürcher Annina, Arni BE

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

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Basel

Die Diplomierten: Schäublin Jouko Tapani, Basel; Stadelmann Beda Heinrich Isidor, Bern; Zaugg Annina Brigitte, Freimettigen

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

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Basel

Die Absolvierenden: Abächerli Kathrin, Giswil; Aeby Steven Richard, Tentlingen; Akos Sabina Ursina, Basel; Baumann Samira Geraldine, Pfeffingen; Biner Cecile, Sion; Binggeli Tanja, Arch; Bühlmann Nora Cassandra, Ettingen; Corti Danilo Mauro, Günsberg; Dettwiler Oliver Lukas, Birsfelden; Douma Mirjam Veerle, Curio; Eberhard Dominik, Buochs; Ebnetter Anita Ursula, Suhr; Felber Anna Katharina, Langenthal; Gautschi Bettina Prisca, Etzelkofen; Gerber Nora, Langnau i. E.; Ghonda Viceline, Eschenbach LU; Gysin Eliane Noëmi, MuttENZ; Haas Stefanie, Allschwil; Hauser Jael Anjuli, Frick; Hischier Sabine, Gampel; Holenstein Céline Meret, Bern; Horn Angela, Basel; Hubacher Beatrice, Kirchdorf BE; Ilchmann Larissa Kristina, Liestal; Kreuzer Rebecca, Thürnen; Latassa Daniele, Strengelbach; Luggen Nadia, Ried-Brig; Madassery Anns, Aesch BL; Mahler Maria Renate, Lenzkirch; Minder Silvia, Biel/



Bienne; Mischler Brigitte, Oberwil BL; Nicollier-Garrab Sara, Basel; Recher Bettina Salome, St. Pantaleon; Reinhardt Jasmin, Heimberg; Roth Selina, Gwatt (Thun); Schumacher Raffael Benjamin, Luzern; Seewald Evelyn Andrea, Basel; Steiner Milena, Schlosswil; Steiner Patricia, Turtmann; Steiner Tiziana, Rütshelen; Stöckli Romana, Lüterswil; Sumi Melanie Rebecca, Bättwil; Truong David, Basel; Vögeli Rebekka Cornelia, Frauenkappelen;

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

Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Die Diplomandinnen: Conte Chantal, Zug; Günay Derya Laura, Basel; Hänzi Corinne Nicole, Hinterkappelen; Heck Dunja, Paris; Hofmann Daniela Claudia, Aarau; Müller Susanne, Lyss; Oberli Anne, Eggwil; Scotton Bianca, Simplon Dorf

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

Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Die Absolvierenden: Amrein Priscilla Irene, Aarau; Bär Jeanette, Oberaach; Barmet Cécile, Menzingen; Bichler Maureen Anna Katharina, Bassersdorf; Bischof Fabienne, Zürich; Bovisi Andrea Lisa, Bern; Büsser Sandra, Igis; Fischer Isabel Nirine, Wettingen; Forrer

Carmen, Lichtensteig; Geiser Adrienne Angelina, Allschwil; Gerber Andrea Franziska, Steffisburg; Gerber Lisa, Sumiswald; Hengartner Evelyne, Wallenwil; Indergand Melanie Maria Louisa, Intschi; Joos Anita Mirjam, Russikon; Kaufmann Claudia Stephanie, Biberist; Lüthi Marlies, Wasen im Emmental; Minder Yolanda Barbara, Rafz; Morf Mirjam, Wil SG; Müller Luzia, Bern; Pintore Antonio Giovanni, St. Gallen; Reiterer Anja, Deitingen; Schenk Stefan, Signau; Schmid Alexandra Salome, Jona; Sen Volkan, Schaffhausen; Setz Jasmin Fabienne, Niedergösgen; Stebler Sabrina Viola, Bubendorf; Stocker Alexandra Mirjam, Dietikon; Theiler Carol Sabrina, Zürich; Vorlet Jeanne Joséphine, Fribourg; Weber Claudia Alexandra, Dietikon; Weber Kathrin, Oberflachs; Weilenmann Sandrina, Biel/Bienne; Werder Andrea Dorothee, Basel; Zwahlen Jasmin Martha, Hochstetten

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

Bachelorstudiengang Hebamme Vollzeit

Die Diplomandinnen: Gnägi Vera Stefanie, Herzogenbuchsee; Gross Leonie Lisa, Basel; Lanz Annina Silvia, Bern; Leone Deborah, Uster

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



Bachelorstudiengang Hebamme Vollzeit

Die Absolventinnen: Bach Nadja, Frutigen; Bächler Angélique, Rechthalten; Bösch Isabelle Erika, Staufeu; Brechbühl Nina, Sursee; Frei Angela, Nussbaumen bei Baden; Gehrig Lea, Isenthal; Hagmann-Bachmann Andrea Maria, Oberkirch LU; Hammer Natalie, Balsthal; Herrli Janina, Bern; Hug Corinne Lea, Willisau; Hurni Sophie Alice, St. Gallen; Jenni Yael Tabea, Biel/Bienne; Kälin Stefanie, Eich; Kofmel Melanie, Frutigen; Krähenbühl Dina Maria, Rohrbachgraben; Kugler Sabrina Annemarie, Hergiswil NW; Leuenberger Bettina, Albligen; Lisser Anja Maria Selina, Brislach; Lüthi Melina Selina, Spiez; Mani Corina, Ennenda; Martin Sarah, Aarau; Meier Kalina Felicitas, Zürich; Merkli Céline Irène, Mellingen; Meyer Miryam, Therwil; Mikeler Selina Sarah, Ramlinsburg; Muff Adrienne, Hochdorf; Mühlheim Raquel, Scheuren; Mürner Beatrice, Reichenbach i. K.; Pulfer Fabienne Aline, Münchenbuchsee; Ramseier Daniela, Kottwil; Rupp Erika, Hilterfingen; Vogt Röthlisberger Sarah Elisabeth, Jegenstorf; Wildbolz Yvonne Erika, Oberburg; Zumstein Doina Melinda, Luzern

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



Bachelorstudiengang Hebamme (verkürzter Studiengang für diplomierte Pflegefachpersonen)

Die Diplomandinnen: Bischofberger Sonja Maria, Schänis; Cattaneo Ottavia, Luzern; Finger Samirah Nadine, Zuchwil; Gafner Fabienne, Einigen; Germann Myrta, Niederwil SG; Gfeller Stephanie Janine, Burgdorf; Giebl Sabine, Bichelsee; Hamidi Farida, Zofingen; Hiller Annina Margrit, Bern; Miesch Olga Amalie, Muri AG; Müller Nadine, Buchen BE; Naas Fabienne, Basel; Schaad Sheila, Kleindietwil; Schmid Nicole, Zürich; Stillhard Franziska Romy Ngum, Horben bei Frauenfeld; Suter Bernadette Lucia, Bern; Tschopp Stefanie, Hölstein

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

Master of Advanced Studies in Mental Health

Die Diplomierten: Althaus Mirjam, Ermatingen; Gähler-Schwab Béatrice, Büren a.A; Grbani Ergin, Rüti ZH; Grossrieder Regula, Münsingen

Master of Advanced Studies in Spezialisierte Pflege

Die Diplomierten: Roitner Renate, Würenlos

Master of Advanced Studies in Rehabilitation

Die Diplomierten: Kruse Antje, Möhlin; Perren Andrea Bettina, Bremgarten b. Bern



Leila Sadeghi isst nicht immer nur gesund – doch gesundes Essen liegt ihr am Herzen. Genauso wie die Forschung. Dass sie von ihrer Arbeit oftmals bis nach Hause begleitet wird, stört die Ernährungswissenschaftlerin nicht. Im Gegenteil: Sie liebt ihre Arbeit an der Berner Fachhochschule und die Grenzen zu Hobbys und Freizeit sind fliegend.

Sie ist keine Frau der grossen Worte, auch wenn sie viel zu sagen hätte. Bescheidenheit umgibt ihre filigrane Gestalt und angesprochen auf ihren Erfolg, wirkt sie unangenehm berührt. Seit fast sieben Jahren arbeitet Leila Sadeghi als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH, seit Kurzem nun auch als Dozentin. Im Bereich angewandte Forschung und Entwicklung der Disziplin Ernährung und Diätetik leitet sie selbstständig Forschungsprojekte, akquiriert Drittmittel, spannt die richtigen Fäden zu wichtigen Partnern oder publiziert wissenschaftliche Artikel über ihre Forschungsprojekte. Dass sie an der BFH arbeite, sei kein Zufall, sagt Leila Sadeghi. So wie sie auch kaum etwas anderes in ihrem Leben bisher dem Zufall überlassen hat. Seit ihrer Kindheit weiss sie, was sie will, plant, arbeitet mit sehr viel Engagement auf ihre Ziele hin – und wird dafür mit Erfolg belohnt.

Aufgewachsen in Lausanne, absolvierte Leila Sadeghi das Gymnasium und schloss als eine von ganz wenigen Gymnasiastinnen und Gymnasiasten der ganzen Schweiz mit einer Doppelmatur in «Latin-Scientifique» ab. Da sie Sprachen liebt und die Herausforderung suchte, schrieb sie sich direkt nach der Matura an der Universität von Minnesota für ein Biologiestudium ein und blieb hängen – zehn Jahre. «Das waren die besten Jahre meines Lebens», sagt Leila Sadeghi lachend. Dieses «bizarre Englisch», das internationale Terrain, renommierte Professoren und dann die einmalige Chance, mit einem spannenden Projekt das Doktorat in Nutrition und Public Health abzuschliessen: «Ernährung ist existenziell, ist das Wichtigste überhaupt und meine Professoren haben mir ihre Leidenschaft für die

Ernährungsthemen weitergegeben.» Für ihr Doktorat untersuchte sie den Vollkornkonsum bei Kindern mit dem Ziel, den Vollkornanteil zu erhöhen. Mit ihrer Arbeit konnte sie nachhaltig etwas für eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen beitragen und auch jetzt, Jahre nach der Studie, sind ganz konkrete Resultate sichtbar. «Es ist sehr befriedigend zu sehen, was man konkret bewirken kann.» Selber verzichtet Leila Sadeghi seit vielen Jahren auf raffinierte Produkte. «Irgendwann ist es ganz normal, nur Vollkornprodukte zu kaufen», sagt sie.

Nach ihrem PhD-Abschluss wollte Leila Sadeghi zurück in die Schweiz, zurück zu Familie und Freunden. Die Stellenausschreibung an der BFH kam genau zum richtigen Zeitpunkt, traf sie wie ein Blitz und sie wusste: diesen und nur diesen Job wollte sie haben. Seit fast sieben Jahren ist Leila Sadeghi nun an der BFH und noch immer kommt sie jeden Tag mit sehr viel Freude und Enthusiasmus von Lausanne nach Bern. «Zum Glück reichen mir fünf Stunden Schlaf», sagt die Schweizerin mit persischen Wurzeln. Morgens zwischen fünf und sechs klingelt der Wecker, dann geht's zack, zack: Coffee to go, Laptop und Müesli im Zug.

An der BFH zeigt Leila Sadeghi sehr viel Ausdauer und Energie für Dinge, die sie interessieren. Sie geht den Sachverhalten auf den Grund und aufgeben irgendwo unterwegs, das gibt es für sie nicht. Seit ihrem Hochschuldidaktik-Abschluss ist Leila Sadeghi mehr und mehr auch in der Lehre tätig. Im Moment arbeitet sie rund 80 Prozent in der Forschung und 20 Prozent in der Lehre. «Eigene Forschungsergebnisse mit dem Lehrauftrag zu verknüpfen, macht sehr viel Freude»,



sagt sie. Dass sie an der BFH vor allem auf Deutsch schreiben, sprechen und unterrichten muss, ist heute für sie längst kein Problem mehr. Sie liebt Sprachen über alles, spricht Französisch, Englisch, Deutsch, Persisch und Koreanisch.

Leila Sadeghi beschreibt sich selber als grosse Optimistin: «In der Forschung muss man zuversichtlich sein, offen bleiben und vertrauen, sonst wird man keinen Erfolg haben.» Doch auch ausserhalb der Forschung mag sie weder Pessimisten noch Egoisten, sondern baut auf ehrliche Menschen mit Tiefgang. Obwohl sie immer weiss, was sie will und klare Ziele vor Augen hat, ist sie ein grosser Teamplayer. Die Zusammenarbeit mit anderen Menschen und vor allem auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit begeistern sie.

Die Tage an der BFH sind für Leila Sadeghi meist proppenvoll, die Mittagspause kurz: Ein kleiner Spaziergang an der frischen Luft, ein leichter Snack – dann kann sie am Nachmittag nochmals zu Höchstleistungen auflaufen. «Meine Arbeit ist für mich mehr als nur arbeiten – sie ist meine Leidenschaft.» Aus diesem Grund unterscheidet Leila Sadeghi auch nicht zwischen Beruflichem und Privatem. Sie arbeitet im Zug, liest abends Fachartikel, ist in der Redaktionskommis-

sion der Verbandszeitschrift des Schweizerischen Verbands der Ernährungsberater/innen und Mitglied der Jury des Ernährungspreises von Nestlé Schweiz – und auch am Wochenende diskutiert sie gerne über die neusten Entwicklungen und Trends in Sachen Ernährung. Beruf oder Freizeit? Leila Sadeghi weiss es nicht, und es spielt ihr auch überhaupt keine Rolle. Wenn sie sich ausnahmsweise nicht aktiv mit Ernährung auseinandersetzt, dann bereist sie gerne die Schweiz oder den Norden Amerikas. Sie mag Scrabble, französische Literatur des 19. Jahrhunderts und Gedichte von Victor Hugo – und sie liebt Schokolade.

Nach einem vollen Tag an der BFH und der Heimreise nach Lausanne bleibt meistens nicht mehr viel Zeit für anderes. Vielleicht etwas Sport, ein spontaner Besuch bei der Familie oder ein Telefonat mit ihrem Lebenspartner in den USA. Was allerdings nie fehlen darf, ist Tee: «Erst mit einer Tasse Tee kann ich meinen Tag abschliessen. Tee macht meinen Tag rund und komplett.» Und was für Tee trinkt die Ernährungswissenschaftlerin am liebsten: «Blueberry Muffin Tee.»

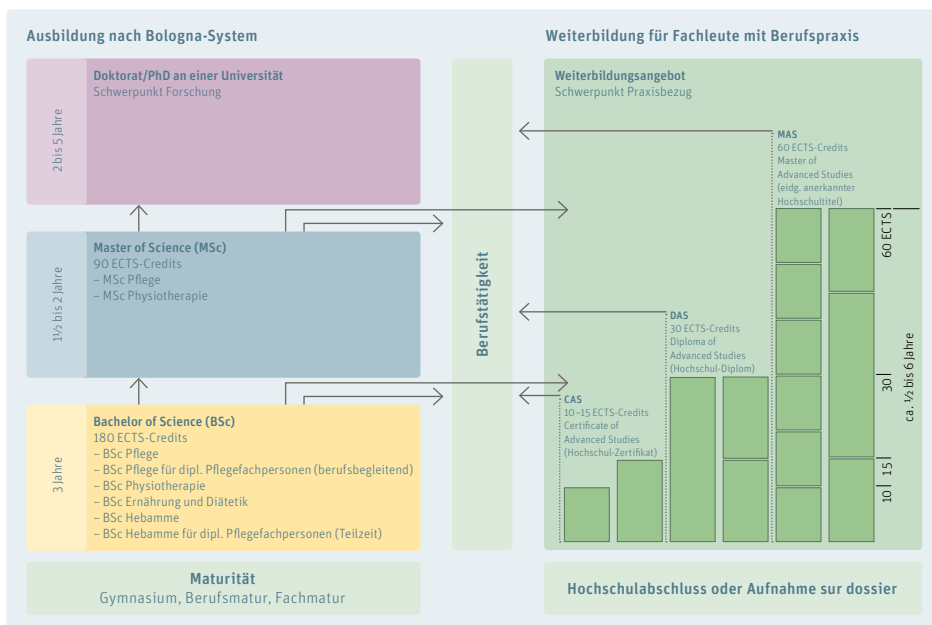
Text:
Judith Bögli, Kommunikation FBG, judith.boegli@bfh.ch

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		
CAS Abschlussmodul	September 2016	C-PSY-5
DAS Abschlussmodul	September 2016	D-PFL-4
MAS Abschlussmodul	Juli 2016	M-O-6
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	Oktober 2016	K-O-30
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	Start Januar, August und September 2016, erneute Durchführung Januar und August 2017	K-O-31
Prüfungsmodul Wissenschaftliches Arbeiten	4 Termine im Jahr 2016	K-INT-13
Fachkurs English for Health Professionals (Level First Certificate)	September 2016	K-INT-14
Fachkurs English for Health Professionals (Level Advanced Certificate)	September 2016	K-INT-15
Fachkurs Statistisches Denken: Anwendungsorientiert und praxisbezogen	September 2016	K-O-70
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 2016	C-SPE-15
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	September 2016	C-PSY-4
CAS Psychiatrische Pflege	September 2016	C-O-14
CAS Verbesserung der Gesundheit	September 2016	C-SPE-3
Passerelle Psychiatrische Pflege	Durchführung siehe Website	C-PSY-6
Fachkurs Adherencetherapie	Februar 2016	K-O-102

Angebot	Datum	Web-Code
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	Oktober 2016	K-PSY-22
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2016	K-PSY-21
Fachkurs Gesundheitsförderung	November 2016	K-PSY-10
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	Januar 2016, erneute Durchführung Januar 2017	K-PSY-4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	Mai 2016	K-PSY-7
Fachkurs Motivational Interviewing	Februar 2016, erneute Durchführung Februar 2017	K-PSY-5
Fachkurs Pflegeprozess bei psychischen Störungen	Februar 2016, erneute Durchführung Januar 2017	K-PSY-13
Fachkurs Psychiatrie	Oktober 2016	K-PSY-2
Fachkurs Psychoedukation	April 2016	K-PSY-11
Fachkurs Public Health	Januar 2016, erneute Durchführung Winter 2017	K-PSY-3
Fachkurs Suizidprävention	Mai 2017	K-PSY-19
Spezialisierte Pflege		
MAS Spezialisierte Pflege	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-PFL-4
DAS Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-PFL-1
DAS Passerelle Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium Passerelle besteht aus dem Fachkurs «Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis» und dem DAS-Abschlussmodul.	D-PFL-3
CAS Clinical Assessment und Decision Making	Januar 2016, erneute Durchführung Winter 2017	C-O-34
CAS Clinical Research Coordinator	September 2016	C-PFL-4
Fachkurs Clinical Assessment	Januar 2016, erneute Durchführung Winter 2017	K-PHY-14
Physiotherapie		
CAS Manuelle Therapie SAMT Advanced	Januar 2016	C-PHY-4
CAS Manuelle Therapie SAMT Basic	Januar 2016	C-PHY-2
CAS Neurorehabilitation Konzept Bobath (verkürzt)	April 2016	C-PHY-10
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen und CAS-Studiengängen zusammen.	M-O-3
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Februar 2016	K-PHY-18
Fachkurs Respiratorische Physiotherapie Basic	Januar 2016	K-PHY-3
Fachkurs Vertiefung Neurorehabilitation	April 2016	K-PHY-16
Ernährung und Diätetik		
Fachkurs Biochemie für Ernährungsberater/-innen	Januar 2016	K-ERB-29
Fachkurs Mangelernährung	Herbst 2016	K-PFL-2
Kurzkurs Nahrungsmittelunverträglichkeiten	März und November 2016	K-O-110
Hebamme		
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2016	C-HEB-2

In der Regel werden die Studiengänge und Fachkurse jährlich angeboten.
 Aktuelle Angaben finden Sie auf der Website: gesundheit.bfh.ch/weiterbildung
 Alle Weiterbildungsangebote des Instituts Alter finden Sie auf der Website: alter.bfh.ch

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
- Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health

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