



Berner Fachhochschule
Gesundheit

MAGAZIN

des Fachbereichs Gesundheit
Juni 2012

FOKUS

Fachbereich Gesundheit: Beste Bachelorarbeiten 2011

HEBAMME

«Wie es ist, Mutter zu sein, kann man sich vorher nicht wirklich vorstellen»

INTERNATIONALES

Praktika ausserhalb Europas: Ein Gewinn für alle?

**Immer einen Schritt voraus:
Weiterbildungsprogramm 2012/13
für Gesundheitsfachleute**

FREQUENZ



NEWS & EVENTS

NEWS

Ablösung der Verträge für die Praxisausbildung

Die bisherigen Praktikumsverträge mit unseren Lernorten in der Praxis werden zurzeit schrittweise abgelöst. Der neue Vertrag beinhaltet klarere Strukturen und vereinfacht so die Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereich Gesundheit und seinen Praxispartnern. Die Vertragsablösung dauert bis 2013 an. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Praxiskoordinatorin: sabine.welti@bfh.ch.

EVENTS

Informationsveranstaltungen Bachelorstudiengänge

Interessieren Sie sich für den Bachelorstudiengang Pflege, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik oder Hebamme? Dann besuchen Sie eine unserer regelmässigen Infoveranstaltungen. Die Daten, Veranstaltungsorte und Online-Anmeldungen finden Sie unter www.gesundheit.bfh.ch/bachelor.

Fachtagung Geburtshilfe

Am 29.3.2012 organisierte der Fachbereich Gesundheit eine Fachtagung zum Thema «Zusammenarbeit zwischen Praxis und Forschenden stärken». Prof. Dr. Ans Luyben, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung Hebamme, Berner Fachhochschule, und Dr. Eva Cignacco, Hebamme und Pflegewissenschaftlerin, Universität Basel, berichteten über die Rahmenbedingungen für Projekte im Bereich der angewandten Forschung von Hebammen.

«Aus der Praxis für die Praxis»

Am 25.4.2012 fand ein Fachaustausch zwischen Forschenden in den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik sowie Hebamme statt. Der Fachbereich Gesundheit stellte seine beiden Forschungsschwerpunkte «Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensphasen» sowie «Qualitätsförderung, Wirkungsorientierung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen» vor. In Workshops konnten die Teilnehmenden und Forschenden Ideen, Interessen und Anliegen aus der Praxis sowie die Chancen und Grenzen einer Projektzusammenarbeit diskutieren.

Massieren für Madagaskar: Massagetag 2012 bricht alle Rekorde

Am 5.5.2012 hat der Massagetag des Bachelorstudiengangs Physiotherapie der Berner Fachhochschule unter dem Motto «Relax and help» stattgefunden. Interessierte konnten sich während einer halben Stunde für CHF 20.– Rücken, Beine oder Arme massieren lassen. Der diesjährige Massagetag brach alle bisherigen Rekorde: Die Studierenden machten 401 Massagen und nahmen einen Rekorderlös von CHF 8340.– ein. Wie jedes Jahr kommt dieser dem Entwicklungsprojekt der Vereinigung «Communauté des Enfants Polyhandicapés» (CEP) zu, die das Tageszentrum «Ny Avana» für mehrfachbehinderte Kinder in Antananarivo (Madagaskar) fördert.

5. Nationales Symposium für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Am 15.5.2012 hat der Fachbereich Gesundheit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (SQMH) und dem Institut für Evaluative Forschung in der Medizin (IEFM) der Universität Bern das 5. Nationale Symposium für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen mit organisiert. Der Anlass fand im Inselspital zum Thema «Qualitätsmanagement – vom «Schwarzen Peter» zum Wettbewerbsfaktor» statt.

Diätetik à la Carte 2012

Vom 22. bis 29.8.2012 veranstaltet der Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule den Anlass «Diätetik à la Carte». Dieser dient den Studierenden als Abschluss des zweiten Semesters und den Teilnehmenden als diätetische Gaumenfreude. Freiwillige Spenden gehen an die Stiftung «Schweizer Nicaplast-Gruppe».

Tagung «Ambulante Alterspflege»

Die demographische Alterung der Bevölkerung stellt uns vor die Frage, wie der zukünftige Betreuungs- und Pflegebedarf einer steigenden Zahl älterer Menschen gedeckt werden kann. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachleuten, Angehörigen und Freiwilligen sowie die Angebote müssen dementsprechend optimiert werden. An der Tagung «Ambulante Alterspflege» am 6.9.2012 an der Schwarztorstrasse 48 in Bern werden

die Ergebnisse der Studie «Ambulante Alterspflege und Altershilfe» der beiden Fachbereiche Gesundheit und Soziale Arbeit zusammen mit der SwissAgeCare-Studie des Spitex Verbands Schweiz vorgestellt. Siehe dazu auch www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung (Webcode: T-GER-13).

Partnerevent und Posterpräsentation 2012

Am 7.9.2012 finden der Partnerevent des Fachbereichs Gesundheit und die Posterpräsentationen unserer diesjährigen Bachelorabsolvierenden an der Schwarztorstrasse 48 in Bern statt. Im Rahmen des Partnerevents wird es eine spannende Podiumsdiskussion zum Thema «Kommunikation im Gesundheitswesen» geben. Gerne laden wir Sie zu diesem Anlass inkl. Stehlunch ein. Das detaillierte Programm mit Anmeldung finden Sie zu gegebener Zeit unter www.gesundheit.bfh.ch/news.

Abschlussfeier 2012

Am 1.11.2012 findet die diesjährige Abschlussfeier unserer Bachelorstudierenden in Pflege, Physiotherapie, Ernährung und Diätetik sowie Hebamme statt. Auch die ersten Absolvierenden des Master of Science in Pflege werden an diesem Tag ihre Studienzeit an der Berner Fachhochschule abschliessen – wir freuen uns, dies ab 17.30 Uhr im Kultur-Casino Bern in einem würdigen Rahmen gemeinsam zu feiern. Das Programm wird zu gegebener Zeit verschickt und unter www.gesundheit.bfh.ch/news aufgeschaltet.

Colloque Santé

Der Fachbereich Gesundheit hat im Frühlingsemester 2012 eine öffentliche Fachvortragsreihe zu den Themen «Advanced Nursing Practice» und «Advanced Midwifery Practice» durchgeführt. Das aktuelle Thema wurde von namhaften nationalen und internationalen Expertinnen und Experten vorgestellt. Das Colloque Santé des Studienjahrs 2012/13 widmet sich Themen aus den Disziplinen Physiotherapie sowie Ernährung und Diätetik. Das Programm finden Sie zu gegebener Zeit unter www.gesundheit.bfh.ch/news.



Liebe Leserin, lieber Leser

«Alles Wissen besteht in einer sicheren und klaren Erkenntnis», schrieb der grosse französische Philosoph, Mathematiker, Naturwissenschaftler und Begründer des modernen Rationalismus René Descartes bereits im 17. Jahrhundert. Descartes ist widerlegt, bestärkt und kritisiert worden, war Ausgangspunkt für weiterführende Theorien und philosophische Überlegungen. Sein Denken wirkt bis heute nach, auch wenn sich Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie in seither fast vierhundert Jahren weiter entwickelt und verändert haben. Für die Medizinal- und Gesundheitsberufe ist Descartes' Aussage sehr aktuell – die Forderung nach evidenzbasiertem Wissen und Arbeiten ist im Grunde genommen nichts anderes als eine moderne Umschreibung seines Statements.

Damit eine sichere und klare Erkenntnis möglich ist, ist Forschung notwendig. Sie dient dem Wissensgewinn und damit dem evidenzbasierten Arbeiten einer Disziplin. Bereits in der Dezemberausgabe 2010 des FREQUENZ haben wir das Thema Forschung behandelt und Projekte unserer Forschenden vorgestellt. Das vorliegende Heft ist in zweierlei Hinsicht eine Fortsetzung, einerseits thematisch und andererseits als Ausweitung des Radius, rücken hier doch die Studierenden des Fachbereichs Gesundheit in den Fokus. Sie haben sich während ihres Bachelor- und noch vertiefter während des konsekutiven Masterstudiums intensiv mit wissenschaftlichem Arbeiten und Forschung auseinandergesetzt. Das Resultat kann sich sehen lassen: Wir präsentieren Ihnen gerne einige prämierte Bachelor- und Masterarbeiten unserer Studierenden und sind überzeugt, dass sie damit nicht nur unter Beweis stellen, über welches gute Rüstzeug sie verfügen, sondern dass sie mit ihren Forschungsarbeiten auch bereits erste wichtige Inputs für evidenzbasiertes Arbeiten geben können. Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre!

Prof. Dr. Cornelia Oertle
Leiterin Fachbereich Gesundheit

INHALT

IMPRESSUM

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Fachbereich Gesundheit

Erscheinungsweise: 2 Mal jährlich

Auflage: 10 000 Ex.

Chefredaktion: Anouk Hiedl

Fotos: Alexander Jaquemet, Marius Schären
und weitere

Gestaltung: Studio Longatti, Biel

Druck: Schläefli & Maurer, Uetendorf

Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung der Redaktion.

Abonnement: www.gesundheit.bfh.ch/frequenz

FOKUS: Beste Bachelor-Thesen 2011

- 4 Palliative Pflege bei muslimischen Patientinnen und Patienten
- 6 Ganzkörpervibrationstraining: Auswirkungen auf die Kraft im Alter
- 8 Mangelernährung: Zusammenarbeit zwischen Ernährungsberatung und Physiotherapie ist nötig
- 10 Die Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest

PHYSIOTHERAPIE

- 12 Bedeutung von Bachelor-Thesen für die Physiotherapieforschung

PFLEGE

- 14 Irren ist menschlich: Hängen Medikamentenfehler mit dem Sicherheitsklima zusammen?

ERNÄHRUNG UND DIÄTETIK

- 16 Wenn Milch Bauchschmerzen verursacht

HEBAMME

- 18 «Wie es ist, Mutter zu sein, kann man sich vorher nicht wirklich vorstellen»

FORSCHUNG

- 20 Salzsteuer oder Salzmühle: Ein Unterschied für die tägliche Salzaufnahme?
- 21 Erkennung und Behandlung von Mangelernährung in der Pflege
- 22 Geburt aus Hebammensicht: «Es kann ganz viele Normalitäten geben»

INTERNATIONALES

- 23 Praktika ausserhalb Europas: Ein Gewinn für alle?

WEITERBILDUNG

- 24 «CAS-Absolvierende werden zu gleichwertigen Partnern im interdisziplinären Gefüge»
- 26 Mit neuer Passerelle an die Fachhochschule

WEITERBILDUNGSPROGRAMM

- 28 Weiterbildungsprogramm 2012/13



Palliative Pflege bei muslimischen Patientinnen und Patienten

Die Vorstellungen, wie eine gute Betreuung in der letzten Phase des Lebens aussieht, unterscheiden sich oft grundlegend. Die Pflege muslimischer Patientinnen und Patienten in Palliativsituationen stellt für christlich geprägtes Krankenhauspersonal eine Herausforderung dar. Die Autorin hat 2011 für ihre Studie zum Thema den Preis für die beste Bachelor-Thesis in Pflege erhalten.



Tania Stiefel
Absolventin Bachelorstudiengang Pflege
Berner Fachhochschule
taniastiefel@bluewin.ch

Der Anteil der Muslime in der Schweiz hat in den letzten Jahren rasant zugenommen. Im Spitalalltag führt dieses Phänomen zu einem vermehrten Aufeinandertreffen von Personen islamischen Glaubens und meist christlich geprägtem Gesundheitspersonal. Die Einstellungen, Werte und religiösen Praktiken der muslimischen Patientinnen und Patienten unterscheiden sich in weiten Teilen von denen der Pflegefachpersonen. Dies kann gerade in belastenden Situationen wie dem Sterbeprozess zu Unstimmigkeiten oder gar Konflikten im Umgang miteinander führen.

Methodik

Im Rahmen meiner Bachelor-Thesis sollte herausgefunden werden, wie Patientinnen und Patienten islamischen Glaubens

beziehungsweise Pflegefachpersonen, die sie betreuen, Palliativsituationen erleben. Durch diese Betrachtung aus zwei Perspektiven sollten Spannungsfelder aufgedeckt werden und Möglichkeiten zur Reduktion des Konfliktpotenzials aufgezeigt werden. Es wurde zu diesem Zweck eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Schlussendlich wurden acht qualitative Studien evaluiert und für die Ergebniszusammenstellung genutzt.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass sehr unterschiedliche Erfahrungen mit palliativer Pflege in westlichen Akutspitälern gemacht werden. Vor allem in fünf Bereichen unterschieden sich die Erlebnisse der muslimischen Patientinnen und Patienten und diejenigen der Pflege-

fachpersonen. Die unterschiedlichen Erwartungen führten oft zu Spannungen, die ein unbefriedigendes Gefühl für die vom Sterbeprozess Betroffenen hinterliess.

Die Ansichten, was gute palliative Pflege ist, gingen oft weit auseinander. Aufgrund der sehr individuellen Wünsche und Bedürfnisse in der letzten Phase des Lebens entstanden laut den Studien oft Spannungen zwischen den verschiedenen Beteiligten. Pflegenden beschrieben, sich oft in einem moralischen Dilemma zwischen den eigenen Werten und den Vorstellungen der Betroffenen zu befinden.

Die Kommunikation wurde oft thematisiert. So beklagten die muslimischen Patientinnen und Patienten, sich nicht genügend informiert und ernstgenommen zu fühlen. Die Pflegenden brachten zum Ausdruck, dass sie einen grossen Zeitaufwand aufbringen müssen, um Gespräche zu führen, da oft Verständigungsprobleme bestünden. Dabei hatten sie das Gefühl, die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen nicht richtig erfassen zu können.

Weiter wurde die Rolle der Familie im Krankheitsprozess diskutiert. Die muslimischen Patientinnen und Patienten erlebten oft eine mangelnde Akzeptanz und Wertschätzung der Familie durch die Fachpersonen. Die Pflegenden sahen oft lediglich die Patientin oder den Patienten im Zentrum ihrer Tätigkeit. Sie empfanden es als schwierig, dass sich die Familie stark einbringen möchte und sich teilweise über die Wünsche des Kranken hinwegsetzt.

Ein weiteres zentrales Thema war die islamische Gemeinschaft. Es stellte sich heraus, dass die Patientinnen und Patienten die Gemeinschaft zum einen als Unterstützung, zum anderen aber auch als Belastung empfanden. Die Patientinnen und Patienten waren froh, gut in eine Gemeinschaft eingebettet zu sein. Teilweise wurde aber auch ein Druck der Gemeinschaft beschrieben, sich entsprechend deren Wertvorstellungen zu verhalten. Für die Pflegefachpersonen stellten vor allem die vielen Besuche ein Hindernis für ihre Arbeit dar, das laut ihnen auch für Mitpatientinnen und -patienten belastend werden könne.

Als letzter Punkt tauchte die Frage auf, wie sich die Religion und Spiritualität der Patientinnen und Patienten mit dem europäischen Spitalalltag vereinen lasse. So bemängelten viele Patientinnen und Patienten aufgrund der fehlenden Flexibilität der Pflegefachpersonen, Rituale und religiöse Bräuche im Spital nicht praktizieren zu können. Die Pflegefachpersonen fühlten sich sehr unsicher im Umgang mit Andersgläubigen, was im Alltag der Pflegenden zum Rückzug und zur Vermeidung des Patientenkontaktes führte.

Umsetzungsvorschläge für die Praxis

Um die erkannten Spannungsfelder zu minimieren, scheinen für die Pflegepraxis verschiedene Punkte zentral zu sein. Trotz der Zugehörigkeit zur islamischen Glaubensgemeinschaft und der oben beschriebenen Tendenzen, sind gerade beim Thema Sterben sehr individuelle Präferenzen und Vorstellungen von guter Pflege festzustellen. Die Individualität sollte als zentrales Element der palliativen Pflege auf jeden Fall berücksichtigt werden. Dazu ist ein umfassendes Assessment zentral. Fragen zum Vorgehen bei Schmerzen und nach Therapiewünschen sollten von Anfang an geklärt werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Kommunikation von allen Beteiligten oft als schwierig erlebt wurde. Eine einfache, klare Kommunikation wird empfohlen. Für wichtige Gespräche sollte ein professioneller Dolmetscher eingesetzt werden. Gerade wenn schwierige Botschaften überbracht werden müssen, kann es für Angehörige sehr belastend sein, als Übersetzer zu fungieren.

Da die Familie und die Gemeinschaft für die Kranken eine grosse Ressource darstellen, sollten Besuche soweit als möglich gestattet werden. Wenn es die Platzverhältnisse zulassen, wäre ein separates Zimmer für Sterbende ideal. Die Familie wünscht generell in den Pflegeprozess integriert zu sein, daher scheint es sinnvoll, sie in die Gestaltung der Pflege mit einzubeziehen.

Wichtig scheint, dass Unterschiede im Erleben von Palliativsituationen in der Praxis überhaupt festgestellt werden. Bereits bevor Konflikte entstehen, sollte mit allen Beteiligten das Gespräch gesucht werden, um gemeinsame Lösungen zu finden. ■

Alle Bachelorposter Pflege 2011:
www.gesundheit.bfh.ch/pflege > Publikationen

Literatur und Links:

Lehrbuch Palliative Care (2007). Bern: Huber.
Neuberger, J. (2009). Sterbende unterschiedlicher Glaubensrichtungen pflegen. Bern: Huber.
World Health Organisation [WHO] (2011). WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en

Palliative Pflege

Der Begriff «palliative Pflege» oder «Palliative Care» wird im Zusammenhang mit schwer kranken Menschen verwendet. Palliative Pflege umfasst alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 2002 Palliative Care folgendermassen: «Palliative Care ist eine Grundhaltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.»

Palliative Pflege

... bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess,

... will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern,

... will Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen verschaffen,

... reduziert diagnostische Massnahmen auf das Notwendigste,

... schliesst psychische und spirituelle Aspekte in die Versorgung der Patienten ein,

... bietet ein Unterstützungssystem, um den Patientinnen und Patienten zu helfen, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben,

... bietet ein Unterstützungssystem, um Angehörigen von Patientinnen und Patienten zu helfen, die Zeit während der Krankheit sowie die eigene Trauer zu bewältigen.



Ganzkörpervibrationstraining: Auswirkungen auf die Kraft im Alter

Während in vielen Fitnessstudios Ganzkörpervibration als effektive Trainingsform angeboten wird, ist das Alter im Zusammenhang mit den steigenden Gesundheitskosten ein Dauerthema. Die Autoren haben die beiden aktuellen Themen kombiniert und wurden dafür an der Abschlussfeier 2011 mit dem Preis für die beste Bachelor-Thesis in Physiotherapie ausgezeichnet.



Christine Jöhr
Absolventin Bachelor-
studiengang Physiotherapie
Berner Fachhochschule
christine_j99@gmx.ch



Christa Nyffenegger
Absolventin Bachelor-
studiengang Physiotherapie
Berner Fachhochschule
christa.nyffenegger@
gmail.com



Neil-Jérôme Stuck
Absolvent Bachelor-
studiengang Physiotherapie
Berner Fachhochschule
njstuck@bluewin.ch

In der Schweiz steigt die Anzahl älterer Menschen. Das Bundesamt für Statistik rechnet für 2060 mit einem nationalen Bevölkerungsanteil von 28 Prozent über 65-jähriger Personen. In Folge physiologischer aber auch pathologischer Entwicklungen sind betagte Menschen besonders von Kraft- und Mobilitätsverlusten betroffen. Einer Studie zufolge beträgt der Kraftverlust im Alter von 20 bis 80 Jahren zwischen 32 und 34 Prozent. Muskelschwäche kann das Sturzrisiko in Langzeitinstitutionen um das 6,2-fache erhöhen. Gleichzeitig verschlimmern Stürze die bestehende Problematik, da eine Immobilisation den Muskelabbau (Sarkopenie) weiter verstärken kann. Durch die Schwäche ist jedoch nicht nur die Sturzgefahr erhöht, sondern auch die Mobilität eingeschränkt.

Studien beweisen, dass durch Training auch im Alter Verbesserungen der Maximalkraft erzielt werden können. Zudem konnte eine Zunahme des Muskelquerschnitts festgestellt werden. Weiter konnte nachgewiesen werden, dass Krafttraining im Alter die Gehgeschwindigkeit, das Treppensteigen und den Aktivitätslevel verbessern

kann. Aufgrund von Nebendiagnosen und Vorlieben der betagten Menschen ist ein intensives Training jedoch oft kaum möglich.

Das Ganzkörpervibrationstraining (Whole Body Vibration, WBV) bietet einen neuen Ansatz, die Kraft von älteren Menschen mit einem wenig belastenden Training in kurzer Zeit zu verbessern. Die Vibrationsgeräte erzeugen entweder über eine Platte horizontale und/oder vertikale Bewegungen oder Kippbewegungen (seitenalternierend). Weiter gibt es Vibrationsgeräte, die über zwei einzelne Platten verfügen und damit beide Beine unabhängig voneinander bewegen (stochastisch). Die Wirkung soll über monosynaptische Muskeldehnungsreflexe, ausgelöst durch die Schwingungen des Vibrationsgeräts, erfolgen. Für unsere Untersuchung stellten wir uns die Fragen, welche Auswirkungen ein Vibrationstraining auf die verschiedenen Formen der Kraft hat und inwiefern sich diese von einem konventionellen Krafttraining unterscheiden. Zudem sollte erörtert werden, welche Einstellungen und welche Vibrationsart die besten Trainingseffekte bewirken.

Methodik

Auf den Datenbanken von Pubmed, Pedro, Cochrane, Science Direct und den Registern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben wir Studien mit (zufällig zugeteilten) Kontrollgruppen (randomized controlled trial (RCT) und controlled trial (CT)) gesucht, die die Kraft nach einem Vibrationstraining erfassten. Wir schlossen lediglich Studien ein, bei welchen die Probandinnen und Probanden im Durchschnitt mindestens 60-jährig waren. Studien, die vorwiegend Menschen mit neurologischen Erkrankungen erfassten, wurden ausgeschlossen. Wir bewerteten die verbleibenden Studien mit einer abgeänderten Form der Cochrane Skala und mit der Pedro Skala. Diese beiden Skalen dienen der Bewertung der Gültigkeit von Studien. Sie geben somit Auskunft, wie gut die Methodik einer Studie ist und ob die daraus abgeleiteten Werte zuverlässig sind. Je mehr Punkte eine Studie erhält, desto korrekter ist die Methodik.

Zudem teilten wir die Daten nach den drei Kraftbereichen Maximalkraft, Power und Kraftentwicklung auf. Als Maximalkraftwerte verwendeten wir, wenn vorhanden, die isometrische oder dynamische Maximalkraft der Kniestrecker. Diese Werte geben an, wie viel Kraft für eine Bewegung respektive haltend gegen einen Widerstand maximal erzeugt werden kann. Als Powerwerte haben wir hauptsächlich funktionelle Tests wie das repetitive Aufstehen von und Absitzen auf einen Stuhl ausgewählt. Für die Kraftentwicklung haben wir die zeitabhängige Kraft oder die Sprungkraft verwendet. Diese Werte sollen zeigen, wie viel Kraft in sehr kurzer Zeit entwickelt werden kann.

Weiter wurden die Daten in vier Gruppen unterteilt: Vibrations-, Trainings-, Scheinbehandlungs- und Kontrollgruppe. Als Vibrationsgruppen galten jene Gruppen, welche auf einem eingeschalteten Vibrationsgerät trainierten. Die Scheinbehandlungsgruppen trainierten auf Vibrationsgeräten, jedoch ohne Vibration. Die Trainingsgruppen schlossen all jene Gruppen ein, welche ein anderes Training ohne Vibration (zum Beispiel an Fitnessgeräten) besuchten. Die Kontrollgruppen führten keine (wirksamen) Trainings durch. Die resultierenden Daten wurden metaanalytisch miteinander verrechnet und in Forestplots dargestellt. Das bedeutet, dass alle Daten einer Gruppe mit den Daten einer anderen Gruppe verglichen wurden. Die Forestplots sind Darstellungen, welche zeigen, welche Gruppe durchschnittlich besser abschneidet und wie gross die Unterschiede zwischen den Gruppen sind.

Ergebnisse

In unsere Untersuchung haben wir 19 Studien eingeschlossen. Die Probanden der Vibra-

tionsgruppen trainierten auf vertikalen oder seitenalternierenden Platten zwischen vier und 78 Wochen lang zwei bis 3,8 Mal pro Woche, mit einer Frequenz von 12 bis 40 Hertz. Das Vibrationstraining erwies sich sowohl in Bezug auf die Maximalkraft (standardisierte Mittelwertsdifferenz SMD 1,20), die Power (SMD 0,66) und die Kraftentwicklung (SMD 0,56) als erfolgreich. Bei Vergleichen zwischen der Scheinbehandlungs- und der Vibrationsgruppe gab es bei der Maximalkraft leicht positive Ergebnisse für die Vibrationsgruppe (SMD 0,14), in der Power und in der Kraftentwicklung etwa vergleichbare Werte (SMD 0,05 respektive 0,01). Allerdings erzielte die Trainingsgruppe in den Maximalkrafttests und in der Power bessere Werte als die Vibrationsgruppe (SMD -0,26 respektive -1,28). Die Studienbewertung lag zwischen 4/10 und 8/10 Punkten auf der Pedro Skala. Der Median, also der mittlere Wert liegt bei 5/10 Punkten, was bedeutet, dass die Machart der Studien grösstenteils eher schlecht war.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die klinisch relevanten positiven Ergebnisse der Vibrations- und der Kontrollgruppe lassen sich mit einer Optimierung der neuromuskulären Koordination und durch die Regulierung verschiedener Hormone (Zunahme von Insulin-like-Growth Factor und Testosteron, Abnahme von Cortisol) erläutern, welche sich positiv auf das Muskelwachstum auswirken.

Der kaum vorhandene Unterschied zwischen der Vibrations- und der Scheinbehandlungsgruppe lässt darauf schliessen, dass der Einfluss der Vibration auf die verschiedenen Kraftarten äusserst gering ist, da vielmehr die auf der Platte ausgeführten Kraftübungen zu den oben erwähnten Veränderungen führen.

Der kleine positive Effekt für die Trainingsgruppen in Bezug auf die Maximalkraft lässt sich durch eine optimaler auf den Probanden eingestellte und höhere Intensität sowie durch eine bessere Durchblutung bei längerer Trainingszeit erklären.

Diese Metaanalyse schliesst einige Limitationen ein, welche das Ergebnis verzerren; die unterschiedliche Untersuchungsdauer, die Verschiedenheit der Interventionen und Parametermessungen oder die eher schlechte methodische Qualität der eingeschlossenen Studien. Es ist weiterhin zu beachten, dass keine Studie auf stochastischen Vibrationsgeräten durchgeführt wurde.

Insgesamt lässt sich ableiten, dass ein Vibrationstraining besser ist als kein Training, die Trainingsgruppen alles in allem etwas besser abschneiden, dafür auch länger trainieren. Mit 18 Vibrationseinheiten zu je

zwei bis drei Trainings pro Woche kann bei Menschen ab 60 Jahren ein Kraft- und ein Powerzuwachs erzielt werden. Aus den eingeschlossenen Studien geht hervor, dass der Trainingsumfang auf dem Gerät mindestens sechs Minuten betragen sollte. Die Frequenz sollte zwischen 20 bis 35 Hertz liegen. Ob statisch oder dynamisch trainiert wird, scheint nicht relevant zu sein. ■

Alle Bachelorposter Physiotherapie 2011: www.gesundheit.bfh.ch/physiotherapie > Publikationen

Tapen – die legale Art zu dopen?

In der heutigen Zeit werden immer wieder unerlaubte Substanzen verwendet, um den hohen Anforderungen im Sport gerecht zu werden. Tape – ein elastischer, farbiger Klebstreifen – kommt im Physiotherapiealltag häufig zum Einsatz. Deshalb haben Karin Bühler und Katrin Lüchinger, Absolventinnen des Bachelorstudiengangs Physiotherapie der Berner Fachhochschule, in einer Pilotstudie erforscht, ob die Verwendung des Tapes als legales Dopingmittel im Hochsprung sinnvoll ist. Hierzu untersuchten sie den Einfluss einer tonisierenden bzw. detonisierenden Tape-Anlage am Wadenmuskel (Musculus triceps surae) auf die maximale Sprunghöhe von Leichtathleten im Vergleich zu ihrer maximalen Sprunghöhe ohne Verwendung des Tapes. Um dies herauszufinden, haben Bühler und Lüchinger eine «randomized controlled trial» (RCT)-Pilotstudie lanciert. Sie führten Messungen durch und erfassten zusätzlich mittels Fragebogen Verletzungen innerhalb der letzten sechs Monate vor der Messung, die Tape-Erfahrung, das subjektive Empfinden mit und ohne Tape und die momentane Tagesform. In der Studie untersuchten sie zwölf Probandinnen und Probanden im Alter zwischen 15 und 26 Jahren. Mit der detonisierenden Tape-Anlagentechnik war keine signifikante Differenz der maximal erreichten Sprunghöhen feststellbar (p-Wert = 0,202). Bei der tonisierenden Tape-Anlage entstand jedoch ein signifikanter Höhenunterschied zugunsten des Tapes (p-Wert = 0,042). Somit ergibt sich die Tendenz, dass das elastische Tape im Physiotherapiealltag und auch im Sport als legales Dopingmittel sinnvoll verwendet werden kann.

Das Schweizer Fernsehen SF1 berichtete am 14. November 2011 in der Sendung «sportlounge» über die Bachelor-Thesis von Karin Bühler und Katrin Lüchinger: www.videoportal.sf.tv



Mangelernährung: Zusammenarbeit zwischen Ernährungs- beratung und Physiotherapie ist nötig

Mangelernährung führt durch Muskelverlust u. a. zu Mobilitätsproblemen und längerer Aufenthaltsdauer im Spital. Bisher findet dazu kaum eine systematische Zusammenarbeit zwischen Ernährungsberatung und Physiotherapie statt. Für ihre Resultate über eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde die Autorin 2011 für die beste Bachelor-Thesis in Ernährung und Diätetik ausgezeichnet.



Manuela Neuenschwander
Absolventin Bachelorstudiengang
Ernährung und Diätetik
Berner Fachhochschule
manu_neuenschwander@hotmail.com

Die Prävalenz für Mangelernährung in Schweizer Spitälern beträgt durchschnittlich 18,2 Prozent. Die häufigste Form – die Protein-Energie-Mangelernährung – hat einen Verlust an Muskelmasse zur Folge, woraus eine verminderte Lebensqualität, verlängerte Hospitalisationsdauer und gesteigerte Mortalität resultieren. Ziel der Ernährungstherapie im Spital ist es, einen weiteren Muskelverlust durch die Bedarfsdeckung von Protein und Energie zu vermindern. Durch den Muskelabbau resultieren auch für die Physiotherapie relevante Mobilitäts- und Gleichgewichtsprobleme, welche die Sturzgefahr erhöhen.

Sowohl der Ernährungszustand wie auch körperliche Aktivität haben einen Einfluss auf die Muskelmasse: Krafttraining und die Aufnahme von Protein fördern die Muskelproteinsynthese. Umgekehrt erhöhen körperliche Inaktivität und eine zu geringe Protein- und Energiezufuhr den Muskelabbau.

Mit der Einführung der Fallkostenpauschale und der daraus folgenden Verkürzung der durchschnittlichen Hospitalisationsdauer wird eine möglichst effiziente Behandlung nötig, was im Falle einer Mangelernährung eine gut abgestimmte Kombination von Ernährungs- und Bewegungstherapie voraussetzt.

In der Praxis fällt auf, dass in Schweizer Spitälern keine interdisziplinäre Zusammenarbeit (IZa) zwischen Ernährungsberatung (ERB) und Physiotherapie (PHY) bei mangelernährten Patientinnen und Patienten stattzufinden scheint. Das Hauptziel meiner Bachelor-Thesis war es, diese Hypothese zu überprüfen und den aktuellen Stand der IZa zwischen ERB und PHY in Deutschschweizer Akutspitälern zu erfassen. Dies erfolgte anhand von Kriterien des Modells der «Interprofessional Cooperation», welche zur Beurteilung einer IZa als valide eingestuft wurden. Diese beinhalten das Formulieren

eines gemeinsamen Zieles, die Organisation der Kommunikation sowie zwischenmenschliche Aspekte wie z. B. Vertrauen zum anderen Team und die Bewahrung der eigenen Autonomie. Auch sollten die Motivation für eine IZa erfragt und mögliche Bedürfnisse zur Steigerung identifiziert werden. Ausserdem galt es herauszufinden, ob der Bedarf für ein Hilfsmittel oder eine Unterstützung zur Förderung der IZa besteht und, falls ja, einen Vorschlag dazu zu erstellen.

Methode

Für meine Studie habe ich einen Online-Fragebogen an die ERB- und PHY-Abteilungen von 40 Deutschschweizer Akutspitalern verschickt. Der Fragebogen begann mit einer Filterfrage, um Spitäler mit bestehender IZa zwischen ERB und PHY von solchen ohne IZa zu unterscheiden. Darauf folgten Fragen zur Erfassung der Kriterien für eine gelingende IZa (im Fall von Spitälern ohne IZa hypothetisch), zur Motivation für eine IZa und Administration. Die Akutspitäler wurden zufällig ausgewählt und Rehabilitationskliniken und Psychiatrien ausgeschlossen. Die Umfrage dauerte vier Wochen.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 88 Prozent. In mehr als der Hälfte der Spitäler findet eine IZa zwischen ERB und PHY statt – aber nicht bei Mangelernährung. Die IZa erfolgt meist unstrukturiert, oft wird kein gemeinsames Ziel besprochen. Ausserdem ist nicht definiert, wer eine IZa wann initiiert oder leitet. Auch die Kommunikation ist nicht geregelt – weder die Häufigkeit, noch wer mit wem über welches Medium in Kontakt tritt. In Spitälern ohne bestehende IZa würde nur eine Minderheit eine IZa initiieren.

Bei den zwischenmenschlichen Aspekten werden sowohl das Vertrauen ins andere Team als auch der Erhalt der eigenen Autonomie von ERB und PHY in Spitälern mit und ohne IZa positiv bewertet. Die Mehrheit der befragten ERB- und PHY-Abteilungen erkennen den Zusammenhang zwischen Muskelmasse, Ernährung und Bewegung als Grund für eine IZa an und sind zu einer solchen motiviert. Vor allem auf Seiten der ERB, aber auch der PHY, werden Zeitprobleme als Motivationsdämpfer genannt. Speziell die ERB wünscht deshalb zur Steigerung der Motivation mehr Ressourcen. Die PHY benötigt zur Motivationssteigerung vor allem die Evidenz dazu, dass mit der IZa ein signifikanter Effekt auf die Verminderung der Muskelmasse zu erzielen ist, und mehr Initiative von ärztlicher Seite. Als unterstützendes Hilfsmittel wird von beiden Seiten ein Konzept zur Strukturierung der IZa gewünscht.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In einem nächsten Schritt muss die Mangelernährung als Indikation für eine IZa zwischen ERB und PHY eingeführt werden. Hier spielt auch die Ärzteschaft eine entscheidende Rolle. Gerade um deren Unterstützung zu erhalten und den Wünschen der PHY nach mehr Evidenz und mehr ärztlicher Initiative zur Motivationssteigerung gerecht zu werden, gilt es weiter zu untersuchen, ob während des meist kurzen Aufenthalts im Akutspital durch die IZa ein signifikanter Effekt auf die Muskelmasse bzw. Kraft und Funktionalität im Alltag erzielt werden kann und welche Intervention dafür die effizienteste ist. Diese Fragen werden durch die aktuelle Literatur noch nicht beantwortet, da der Einfluss von Ernährung und körperlicher Aktivität auf die Muskelmasse meist über einen längeren Zeitraum von mindestens einem Monat untersucht wurde. Da die Motivation mehrheitlich gegeben ist und der Grund für eine IZa erkannt wird, besteht vor allem bezüglich der Organisation der IZa Handlungsbedarf. Ein Konzept, wie dies von beiden Seiten als Hilfsmittel gewünscht wird, unterstützt eine strukturierte IZa, und durch die Definition der Abläufe wird der Prozess optimiert und zeitsparender gestaltet. Dies kann auch dem Zeitproblem, das speziell auf Seiten der ERB häufig als Motivationsdämpfer genannt wurde, entgegen wirken. Ein solches Konzept wurde exemplarisch erstellt, müsste aber in Zusammenarbeit mit der PHY auf das jeweilige Spital angepasst werden.

Limitationen

Da nicht darauf hingewiesen wurde, dass pro Team nur eine Person den Fragebogen ausfüllen muss, nahmen zum Teil mehrere Personen aus demselben Team teil. Deshalb ist es möglich, dass bei der Auswertung ein Spital mehrfach vertreten ist. Da ein Fünftel der Spitäler anonym blieben und auch von diesen Doppelspurigkeiten nicht auszuschliessen sind, können sie gewisse Verzerrungen der Resultate verursachen. ■

Alle Bachelorposter Ernährung und Diätetik 2011: www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung > Publikationen

Bachelorposter am 5. DIETS-Kongress 2011 in Barcelona prämiert

Sonja Schönberg und Lea-Angelica Zürcher, Absolventinnen des Bachelorstudiums Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule (BFH), schrieben ihre Bachelor-Thesis im Auftrag des klinischen Ernährungsteams des Inselspitals Bern. Das Thema lautete: «Empfehlungen zur Erfassung der Mangelernährung bei Hämodialyse-Patientinnen und -Patienten im Inselspital Bern – Diskussion von 10 Parametern» («Recommendations for detecting malnutrition in patients on maintenance hemodialysis – A discussion of 10 parameters»). Während der Erarbeitung ergab sich die Möglichkeit, das Poster für die Teilnahme am 5. DIETS-Kongress (Dietitians Improving the Education and Training Standards) einzureichen, der Ende Oktober 2011 in Barcelona stattfand. Das Poster wurde angenommen, so dass die beiden ihre Bachelor-Thesis im Rahmen einer Posterpräsentation am Kongress vorstellen konnten. Dazu wurden sie vom Fachbereich Gesundheit der BFH finanziell unterstützt. Zum Abschluss wurden aus allen Posterpräsentationen die zehn besten gekürt – und das Poster von Frau Schönberg und Frau Zürcher gehörte dazu! Die beiden freuen sich sehr, diese Chance erhalten zu haben, und der Fachbereich Gesundheit gratuliert ihnen herzlich zu diesem Erfolg und zum Preisgeld von 100 Euro.

Prämiertes Bachelorposter:
www.thematicnetworkdietetics.eu
> DIETS conferences > DIETS Fifth Conference > Poster presentations
> Poster Session 1 (Poster 10)



Die Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest

Wenn eine Frau in der Schweiz schwanger wird, ist eine der ersten Entscheidungen, mit der sie und ihr Partner konfrontiert werden: Sollen wir unser ungeborenes Kind auf das Risiko für Trisomie 21 testen? Für ihre Literaturreview zur Rolle der Hebamme im Rahmen dieses Tests haben die Autorinnen den Preis für die beste Abschlussarbeit 2011 des Bachelorstudiums Hebamme bekommen.



Linda Birri
Absolventin Bachelorstudengang Hebamme
Berner Fachhochschule
linbi@gmx.ch



Corina Guler
Absolventin Bachelorstudengang Hebamme
Berner Fachhochschule
chlei_guler@hotmail.com

Auf der Suche nach einem spannenden Thema für unsere Bachelor-Thesis haben wir uns an den Ersttrimestertest (ETT) erinnert und uns überlegt, dass wir nach einer Vorlesung zum Thema Pränatalscreening in der Praxis kaum mit diesem Thema in Berührung kamen. Nach einigen Nachforschungen wurde uns schnell klar, dass dieses Screening in der Frühschwangerschaft für die Schwangeren eine erste Begegnung mit der medizinischen Schwangerschaftsbetreuung in der Schweiz darstellt – eine Untersuchung, bei welcher die Hebamme jedoch kaum eine Rolle spielt.

Als Ziele unserer Literaturreview definierten wir eine bedürfnisorientierte und ganzheitliche Betreuung rund um den Ersttrimestertest und eine mögliche Rolle der Hebamme in diesem Prozess zu eruieren und zu diskutieren. Wir versuchten aufzuzeigen, ob die kontinuierliche und hebammengeleitete

Betreuung eine mögliche Begleitform im Kontext des ETT darstellt und welche interdisziplinäre Rolle (neben Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Pränataldiagnostik) die Hebamme einnehmen kann. Um den Umfang der Arbeit nicht zu sprengen, entschieden wir uns bewusst, den ETT nicht kritisch zu hinterfragen, die Entscheidungsfindung oder ethische Hintergründe nicht zu beleuchten und auch die invasive Pränataldiagnostik nicht ausführlich zu thematisieren.

Im Rahmen unserer Literaturrecherche wurde die Relevanz und Aktualität des Pränatalscreenings schnell offensichtlich. Hierfür gibt es mehrere Gründe, zum Beispiel die medizintechnologische Entwicklung der letzten Jahre, das steigende Alter werdender Mütter in unserer Gesellschaft (das Risiko für Trisomie 21 korreliert mit dem Alter der Mutter) oder der erhöhte Fokus auf die Gesundheit des Kindes.

Method

Damit unsere Arbeit auch für Personen anderer Fachrichtungen und Laien gut verständlich ist, wurden nebst einem ausführlichen Glossar auch relevante Themen wie Screening, Trisomie 21, ETT, weiterführende Massnahmen und mögliche Betreuungskonzepte im theoretischen Hintergrund näher beschrieben. Die Literatur wurde mittels eines Rasters der Berner Fachhochschule analysiert, das zum Beispiel die Analyseparameter-Methode, Intervention und Ergebnisse beurteilt. Da soziopsychologische Themen oft qualitativ erforscht werden und somit den Fokus auf das individuelle Erlebnis setzen, analysierten wir für diese Arbeit sechs qualitative und drei quantitative Studien, vier Reviews und zwei Leitlinien.

Ergebnisse

Um die untersuchte internationale Literatur vergleichen zu können, wurden Kategorien aus den Ergebnissen und Empfehlungen der Studien, Reviews und Leitlinien in Kombination mit unserer Zielsetzung und Fragestellung gebildet. Unter anderem stellte sich dabei heraus, dass ein positives Ergebnis der Risikoberechnung (ein erhöhtes Risiko für Trisomie 21) zu psychosozialen Konsequenzen für die betroffene Frau bzw. das Paar führen kann, etwa zu ängstlichen, schockierten und traumatisierten Gefühlen und Reaktionen oder zu einer Distanzierung sowie Beeinträchtigung der Gefühle zur Schwangerschaft bzw. zum ungeborenen Kind.

Es konnte auch gezeigt werden, dass der Begriff «Risiko» und die Thematik Pränatal-screening oftmals schwierig zu verstehen sind. So war es für schwangere Frauen und deren Partner teilweise unklar, ob sie nun eine Diagnose erhielten und ihr Kind wirklich betroffen ist. Folglich konnte ein Mangel an angepasster Betreuung und Beratung erfasst werden. Weiter wurden zwei Hebammenbetreuungskonzepte analysiert, um eine mögliche Rolle der Hebamme im Prozess des Pränatalscreenings zu beleuchten.

Diskussion und Schlussfolgerung

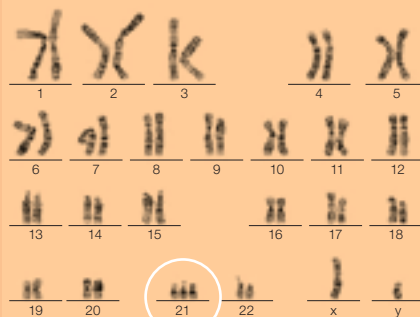
In der Diskussion der Arbeit wird besprochen, dass die psychosozialen Folgen für Frau und Paar bei einem erhöhten Risiko für Trisomie 21 eine angepasste Betreuung erfordern. Internationale Konzepte einer kontinuierlichen und hebammengeleiteten Betreuung wurden für einen möglichen Transfer in die Schweiz in Betracht gezogen. Diverse Studien haben gezeigt, dass die Hebammenarbeit eine positive Wirkung auf die Schwangerschaft und die Frau hat. Folglich kann angenommen werden, dass eine Hebammenbetreuung rund um den Ersttrimestertest

den Bedürfnissen der Frauen bzw. der Paare entspricht. Zur Umsetzung dieser Ergebnisse sind jedoch ein Strukturwandel im Schweizer Gesundheitssystem und in der Aus- und Weiterbildung von Hebammen sowie eine Sensibilisierung der Gesellschaft nötig. Ersteres ist nötig, da die Betreuung während der Schwangerschaft in der Schweiz stark von Ärztinnen und Ärzten dominiert wird. Da das Thema sehr komplex ist, bräuchte es zudem eine optimierte Aus- und Weiterbildung wie auch eine Sensibilisierung der Hebammen für die Betreuung rund um den Ersttrimestertest. Weiter bedarf es einer allgemeinen Sensibilisierung der Gesellschaft für die Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft, welche zum heutigen Zeitpunkt nicht ausreichend entlohnt und anerkannt wird. Die Auseinandersetzung mit dem Thema und deren Relevanz und Aktualität unterstützte unsere Motivation für das Schreiben der Bachelor-Thesis sehr. ■

Alle Bachelor-Thesen Hebamme 2011:
www.gesundheit.bfh.ch/hebamme > Publikationen

Was ist Trisomie 21?

Trisomie 21 ist eine angeborene Anomalie der Chromosomenanzahl, die sich in einem zusätzlichen – dritten – Chromosom 21 zeigt. Die Folgen der Chromosomenanomalie äussern sich in Form einer geistigen Behinderung, häufig kombiniert mit weiteren Fehlbildungen vor allem im Bereich des Herzens und Magen-Darm-Trakts. Trotz der medizinischen Entwicklung und besseren Betreuung besteht eine geringere Lebenserwartung bei Menschen mit Trisomie 21. Da das Gebäralter in den westlichen Ländern steigt, hat die Inzidenz in den letzten 20 Jahren dort klar zugenommen. Die durchschnittliche Häufigkeit von Neugeborenen mit Trisomie 21 ist in den letzten Jahren von ungefähr 1:1000 auf 1:700 gestiegen.



Die Autorinnen freuten sich an der Abschlussfeier 2011 über ihren Preis für die beste Bachelor-Thesis der Disziplin Hebamme.

Wie funktioniert der Ersttrimestertest?

Mit einem Screening werden Erkrankte oder Personen mit Risikofaktoren aus der Menge der Gesunden herausgesiebt. Um ein Screeningprogramm einführen zu können, müssen folgende Punkte erfüllt sein: Gut definiertes Krankheitsbild, bekannte Prävalenz der Krankheit, einfache und sichere Testverfahren, Verfügbarkeit einer wirksamen Therapie und Kosteneffektivität. Es handelt sich beim Ersttrimestertest um ein kombiniertes Risikoevaluationsverfahren für Trisomie 21 und weiteren Chromosomenanomalien. Dieser Test wird in der Frühschwangerschaft zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt. In Europa haben sich für die Risikoberechnung drei Parameter etabliert:

- Das Alter der Mutter ist der wichtigste Einflussfaktor für das Auftreten von Chromosomenanomalien. Die allgemein gültige Altersgrenze für die Risikoeinschätzung liegt bei 35 Jahren.
- Die Breite der Nackentransparenz, ein Nackenödem des Ungeborenen, sollte im ersten Drittel der Schwangerschaft unter drei Millimeter breit sein und wird mittels Ultraschall gemessen.
- Zwei biochemische Marker im mütterlichen Blut können einen Hinweis auf Trisomie 21 geben.

Das Risiko für eine Trisomie 21 kann mit einer Erfassungsrate von 90 Prozent bei fünf Prozent falsch-positiven Resultaten bestimmt werden. In der Literatur ist ein erhöhtes Risiko nicht einheitlich definiert, die Angaben variieren von 1:200 bis 1:350. Bei einem erhöhten Risiko für Trisomie 21 muss sich das Paar entscheiden, ob sie weitere invasive Pränataldiagnostik durchführen lassen will.



Bedeutung von Bachelor-Thesen für die Physiotherapieforschung

Bachelor-Thesen haben für die Physiotherapieforschung der Berner Fachhochschule eine besondere Bedeutung: Die Themen orientieren sich an den Forschungsschwerpunkten, und die Dozierenden werden durch die Betreuung in die Forschung eingebunden. Dadurch gewinnen Unterrichts- und Forschungsinhalte an Qualität und Aktualität. Literatur- und Pilotstudien zeigen zudem relevante Forschungswege auf.



Prof. Dr. Lorenz Radlinger
Leiter Angewandte
Forschung und Entwicklung
Physiotherapie
lorenz.radlinger@bfh.ch



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

Auf den ersten Blick hat eine Bachelor-Thesis eine primäre Aufgabe: Die Studierenden sollen zeigen, dass sie unter Betreuung in der Lage sind, sich selbständig in ein wissenschaftliches Thema einzuarbeiten, dieses strukturiert und zielgerichtet zu durchdringen und ihre Vorgehensweise sowie die Ergebnisse nachvollziehbar darzustellen. Daneben gibt es ein unmittelbares zukunfts- und berufsorientiertes Ziel: Die ausgebildeten Bachelorabsolvierenden sollten sich während ihrer beruflichen Laufbahn innerhalb der wissenschaftlichen

Literatur zurechtfinden und diese als eine wesentliche Quelle für ihre evidenzbasierte praktische Arbeit nutzen.

Blick über den Tellerrand

An Hochschulen und Universitäten im In- und Ausland werden Qualifikationsarbeiten der Studierenden – Semesterarbeiten, Bachelor- und Master-Thesen, Dissertationen und Habilitationen – zum systematischen Aufbau der Forschung verwendet. Dies geschieht auch unter dem Aspekt, dass Forschung via Qualifikationsarbeiten nur geringe Kosten verursacht. Im Sinne der Nutzung von vorhandenen Ressourcen muss dies auch ein Modell für die Fachhochschule sein. Dabei ist man am Fachbereich Gesundheit bislang wesentlich auf Bachelor-Thesen, und in zwei Studiengängen zusätzlich auf Master-Thesen beschränkt. Aber schon Bachelor-Thesen bieten gute Möglichkeiten, die Forschung zu unterstützen.

Themenwahl im Rahmen von Forschungsschwerpunkten

Die Themenwahl für die Bachelor-Thesis ist freigestellt, sie wird aber durch Fragestel-

lungen aus Forschung und Praxis gesteuert. Für die Forschung und die Studierenden ist es von Vorteil, wenn die Themen inhaltlich an die Forschungsschwerpunkte und -felder ihrer Hochschule angelehnt sind. Daraus ergeben sich Synergien zwischen betreuenden Forschenden und Studierenden. Forschende sind organisatorisch, inhaltlich und in Bezug auf ihre materielle Ausrüstung in ihre Forschungsgebiete vertieft. Daraus ergeben sich eine hohe Betreuungsqualität und entsprechend qualitativ anspruchsvolle Bachelor-Thesen. Die Studierenden haben so die Möglichkeit, an laufenden Forschungsprojekten mitzuarbeiten. Viele Studierende nutzen diese Gelegenheit und beschreiben, dass diese Mitarbeit für sie zu einer hohen Befriedigung führt, da sie sich als wertvoller Teil in einem grossen Ganzen empfinden.

Literatur, qualitative und quantitative Methoden

Die Grundausbildung unserer Bachelorstudierenden garantiert bereits ein ansehnliches wissenschaftliches Niveau. Sie lernen, wissenschaftliche Literatur zu bearbeiten und führen erste «Narrative Reviews» durch,

d.h. Literaturübersichtsarbeiten, die ohne klare wissenschaftliche Methodik angefertigt werden. In den Bachelor-Thesen gilt es, den Transfer zum «Systematischen Review» zu machen. Dies ist eine Literaturübersichtsarbeit, die Forschungsergebnisse zu einer präzise formulierten Fragestellung nach klar spezifizierten Kriterien recherchiert, analysiert und zusammenfasst. Sogar der nächste Schritt zur «Meta-Analyse» – eine Studienform, bei der die Ergebnisdaten einzelner Studien zusammengefasst und erneut statistisch ausgewertet werden – ist möglich. Damit bereiten sie den theoretischen Hintergrund sowohl für die aktuellen Forschungsgebiete wie auch für den Unterricht hilfreich auf. Dass «Meta-Analysen» auf hohem Niveau möglich sind, zeigt z. B. die Bachelor-These «Ganzkörpervibrations-training: Auswirkungen auf die Kraft im Alter (siehe S. 6–7). In dieser Arbeit wird die Literatursuche sehr systematisch durchgeführt, und sie zeigt, dass auch die anspruchsvolle statistische Auswertung von Studierenden bewältigt werden kann. Diese Arbeit wurde 2011 sowohl vom Fachbereich Gesundheit als beste Bachelor-These der Disziplin Physiotherapie als auch von physioswiss – der Forschungskommission des Berufsverbands der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten – als beste Schweizer Bachelor-These 2011 prämiert.

Auch eine Forschungsarbeit mit qualitativem Design ist im Rahmen einer Bachelor-These realisierbar. Hier geht es um die Erhebung nicht standardisierter Daten, z. B. aus offenen Interviews, und deren interpretative und hermeneutische Auswertung. Der Forschung dienen diese Arbeiten hinsichtlich der Exploration von Sachverhalten, der Generierung von Hypothesen oder als Ergänzung zu quantitativen Ergebnissen.

Im Rahmen von quantitativen Fragestellungen werden zunehmend «Pilotstudien» durchgeführt. Hier geht es beispielsweise um strukturierte Befragungen, grundlegende Untersuchungen zur Machbarkeit, Aussagekraft oder Sicherheit von Testverfahren oder zu Effekten von berufsspezifischen Interventionen. Der Forschung wird hiermit z. B. die wichtige Information geliefert, ob es sich lohnt, eine bestimmte Forschungs-idee im Rahmen einer grösseren Studie zu verfolgen. So wurde beispielsweise die Forschungslinie zum Thema «Ganzkörpervibration und Inkontinenz» auf der Basis einer Bachelor-These aufgebaut.

Auch die Betreuenden profitieren

Die Dozierenden fungieren im Rahmen einer Bachelor-These z. T. ausschliesslich als Betreuende, man erkennt aber, dass auch sie davon profitieren. Viele Beispiele zeigen,

dass die Dozierenden durch diese Arbeiten enger mit der Forschung verknüpft werden, weil Unterrichts- oder Forschungsthemen untersucht werden. So können die Themen auf der Basis von «Systematischen Reviews» immer wieder erneut zur Aktualisierung eines Themas eingesetzt werden.

Publikationen sind notwendig

«Ich möchte keine Bachelor-These für das Bücherregal schreiben», lautet es häufig seitens der Studierenden. Die Konsequenz dieses Anspruchs ist relativ einfach: Sehr gute Bachelor-Thesen werden publiziert. Dies können Poster, Vorträge oder Artikel sein. Gegenwärtige Beispiele zeigen, dass dies bereits ein gut funktionierendes Modell im Bachelorstudiengang Physiotherapie ist. Die Studierenden treten dabei als Erstautorinnen, die Betreuenden als «Senior-Autoren» auf. Scheuen die Studierenden den Publikationsaufwand, können die Dozierenden die Publikation als Erstautorinnen vornehmen, und die Studierenden erscheinen dann als Ko-Autoren. Publikationen sind für die Forschung hinsichtlich wissenschaftlicher Leistung und Drittmittelakquise von besonderer Bedeutung. Deshalb sollte bei entsprechender Qualität der Bachelor-These die Publikation in einer wissenschaftlichen Zeitschrift oder zumindest als Abstract in einem Kongressband angestrebt werden. Optimal wäre demnach, wenn eine Bachelor-These nicht nur als Monographie, sondern direkt in Form eines Zeitschriftenartikels eingereicht werden kann. Als herausragende Beispiele waren Studierende am Weltkongress der Physiotherapie 2011 in Amsterdam und am nationalen Physiotherapiekongress 2012 in Genf mit Beiträgen vertreten. Alleine aus dem letzten Jahr 2011 werden mindestens drei Bachelor-Thesen in englischsprachigen und zwei in deutschsprachigen Journals eingereicht, sie sind derzeit in Bearbeitung.

Bachelor-These – und dann?

Schon heute sehen wir, wie ehemalige Bachelorstudierende für ihre wissenschaftliche Karriere profitieren, indem sie in ihrer Master-These fortführen, was sie in ihrer Bachelor-These begonnen haben. Schon jetzt nutzt die Forschung die Möglichkeiten, die Bachelor-Thesen bieten. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil für den Aufbau und Fortbestand der Forschung und nicht mehr wegzudenken. Deshalb sollten Bachelor-Thesen zukünftig noch konsequenter genutzt und vor allem noch umfangreicher zur Unterstützung der Forschung eingesetzt werden. ■

«Bachelorabsolvierende können selbständig entscheiden, was für ihre Patientinnen und Patienten nützlich ist»



Prof. Dr. Dörte Watzek

Dozentin Bachelorstudiengang Physiotherapie
Ressortverantwortliche
Wissenschaftliches Arbeiten und Thesis
doerte.watzek@bfh.ch

Bei meinem Einstellungsgespräch am Bachelorstudiengang Physiotherapie wurde ich gefragt, was ich erreichen möchte, wenn ich bedenke, dass die Studierenden demnächst Absolvierende einer Fachhochschule sein werden. Als Negativbeispiel gilt für mich eine ehemalige Kollegin, die «nur in die Praxis umsetzt», was ihr eine Lehrperson gezeigt habe. Die Bachelorabsolvierenden müssen heute selbständig entscheiden, was für ihre Patientinnen und Patienten sinnvoll und nützlich ist. Sie vertreten diese Entscheidungen auch bei anderen Professionen, sei dies bei der Ärzteschaft oder bei Angestellten von Krankenkassen.

Für solche Entscheidungen und Argumentationen müssen die aktuelle Literatur und Studienergebnisse genutzt werden. Aus meiner Sicht ist dies der wesentliche Betrag, der geleistet wird mit der Erweiterung des Studiums um die Inhalte des wissenschaftlichen Arbeitens. Diese Fertigkeiten belegen die Studierenden mit der Bachelor-These – die Zusammenarbeit mit der Angewandten Forschung der Berner Fachhochschule ist hierbei besonders fruchtbar. So entstanden im vergangenen Jahr prämierte Bachelor-Thesen im Rahmen von Forschungsarbeiten (siehe S. 4–11). Diese Studierenden profitierten von der fachlichen Unterstützung der Forschenden, z. B. bei der erweiterten Auswertung zur Metaanalyse. Andere Studierende bearbeiteten Fragen zur Aktivierung des Beckenbodens mit der komplexen Methodik Elektromyogramm – diese Gelegenheit wäre ohne die Anbindung an die angewandte Forschung nicht möglich gewesen.



Irren ist menschlich: Hängen Medikamentenfehler mit dem Sicherheitsklima zusammen?

Die Patientensicherheit ist ein fundamentaler Grundsatz, um eine hervorragende Qualität im Gesundheitswesen zu erreichen. Die Anzahl medizinischer Fehler ist jedoch besorgniserregend. Medikamentenfehler sind dabei eines der grossen Probleme und zählen zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen. Eine wichtige Frage dabei ist: Hat das Sicherheitsklima einen Einfluss auf die Medikamentenfehlerhäufigkeit?



Kaspar Küng
Dozent Bachelorstudiengang Pflege
Pflegeexperte, Inselspital Bern
kaspar.kueng@bfh.ch

Seit dem Bericht des US-Instituts für Medizin (IOM) «To Err is Human» Anfang 2000, steht die Patientensicherheit im Fokus der Gesundheitspolitik. Die vom IOM veröffentlichten Zahlen über unerwünschte medizinische Ereignisse und die daraus resultierenden Schäden für Patientinnen und Patienten sind erschreckend. Laut Bericht des IOM sterben in den USA zwischen 48 000 und 98 000 Menschen durch medizinische Fehler. In der Schweiz liegt die Zahl gemäss Schätzungen zwischen 700 und 1700. Studien der letzten zwei Dekaden haben gezeigt, dass Medikamentenfehler die häufigsten medizinischen Fehlerereignisse darstellen. Diese sind Fehler, die im gesamten Medikationsprozess – von der Verordnung bis zur Verabreichung und Überwachung von Medikamenten – auftreten können.

Fatal: unerwünschte Arzneimittelereignisse

Medikamentenfehler variieren je nach Setting und Messmethode zwischen ein und über 70 Prozent, wobei bislang viele Forschungsarbeiten eine zirka 15- bis 20-prozentige Medikamentenfehlerprävalenz detektierten. Führt ein Medikamentenfehler zu einem Schaden bei Patienten, spricht man von einem unerwünschten Arzneimittelereignis. Man geht davon aus, dass zirka fünf bis zehn Prozent der hospitalisierten Patienten einen Schaden aufgrund eines Medikamentenfehlers erleiden. In den USA sind dies rund 1,5 Millionen Menschen. Zirka ein Prozent dieser unerwünschten Arzneimittelereignisse enden tödlich. In den USA sind über 7000 Todesfälle pro Jahr darauf zurückzuführen. Genaue Daten fehlen, da es methodologisch schwierig ist, alle Medika-

mentenfehler zu entdecken und auch als solche zu identifizieren. Laut Bericht des IOM «Preventing Medication Errors», der im Jahr 2007 publiziert wurde, sind mindestens 380 000 (etwa 1/3) dieser unerwünschten Arzneimittelereignisse vermeidbar. Systematische wissenschaftliche Daten aus der Schweiz zum Thema Medikamentenfehler gibt es nur begrenzt. Aus dem universitären kardiologischen Setting fehlen Daten bislang gänzlich, obwohl international aus Studien hervorgeht, dass Medikamentenfehler bei herz- und gefässchirurgischen Patienten etwa 2,4 Mal häufiger vorkommen.

Medikationsprozess – ein hochriskanter Prozess

Der klinische Medikationsprozess kann als fünfstufiger, interdisziplinärer Hochrisikoprozess zwischen Pflegefachpersonen, Ärzten und Pharmakologen angesehen werden (siehe Abbildung 1).

Das diplomierte Pflegefachpersonal ist bei vier der unten aufgezeigten fünf Prozessstufen wesentlich beteiligt und übernimmt eine hohe Verantwortung beim Übertragen von Verordnungen sowie beim Richten, Verabreichen und Überwachen von Medikamenten.

Zusammenhänge zwischen Sicherheitsklima und Medikamentenfehler

Im Rahmen seines Masterstudiums habe ich die Querschnittstudie «Patient Safety, Safety Climate and Medication Errors in a Cardiovascular Surgery Department: A cross-sectional Study» durchgeführt, um das Sicherheitsklima sowie die Medikamentenfehlerprävalenz zu messen und Zusammenhänge zwischen diesen Variablen zu prüfen. Um diese Ziele zu erreichen, wurde auf fünf Abteilungen der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie des Inselspitals Bern das Sicherheitsklima und die Medikamentenfehlerprävalenz gemessen. In die Studie eingeschlossen wurden 148 klinisch tätige Fachpersonen (119 Pflegefachpersonen, 29 Ärztinnen und Ärzte). Das Sicherheitsklima wurde mit einem standardisierten Fragebogen gemessen und quantifiziert, die Medikamentenfehlerprävalenz

wurde mit einem eigens dafür entwickelten Messinstrument erhoben. Als Hauptergebnisse konnten dabei die Medikamentenfehlerarten und deren Häufigkeit bestimmt werden. Der Rücklauf des Fragebogens zum Sicherheitsklima lag beim Pflegefachpersonal bei 70 Prozent.

Im Messzeitraum von einem Monat wurden über 20 000 Medikamente verabreicht und über das spezifische Medikamentenfehlermeldetool insgesamt 288 Medikamentenfehler gemeldet – das sind deutlich mehr als mit üblichen Incidence Reporting Systemen. Die Medikamentenfehlerprävalenz lag an den administrierten Medikamentendosen gemessen bei 1,2 Prozent, das ist signifikant weniger als in der internationalen Literatur angegeben. Während der Studie wurde kein Patient durch einen Medikamentenfehler geschädigt, acht Patienten mussten jedoch häufiger überwacht werden. Wir konnten in unserer Studie nachweisen, dass je höher der Sicherheitsklima-Score (0 = schlecht, 100 = perfekt) auf einer Abteilung war, desto tiefer war auf der gleichen Abteilung auch die Medikamentenfehlerprävalenz. Die Medikamentenfehlerhäufigkeit war also beispielsweise bei einem Wert von 60 höher als bei einem Wert von 75.

Häufigste Fehler waren Verabreichungsfehler

Der häufigste Medikamentenfehler im Rahmen dieser Studie war die falsche zeitliche Abgabe eines Medikaments. Hier ist entscheidend was als falscher Verabreichungszeitpunkt definiert wird. Es ist in der Klinik nicht möglich, allen Patientinnen und Patienten gleichzeitig ihre Medikamente zu verabreichen. Mit einem Zeitraum von 60 Minuten (30 Minuten vor und nach der effektiven Verabreichungszeit) waren wir in unserer Studie relativ streng. Internationale Vergleichsstudien geben eine zeitliche Verabreichungsvariabilität von rund zwei Stunden an, was von Medikament zu Medikament individuell geprüft werden muss und nicht pauschal gelten kann.

Das Sicherheitsklima hatte, gegeben unsere Daten, einen signifikanten Einfluss auf die Medikamentenfehlerhäufigkeit ($p=0.019$). Units mit tieferem Sicherheitsklima-Score



Prämierte Forschungsergebnisse

2010 gewann Kaspar Küng für seine hier vorgestellten Resultate den Preis für die beste Masterarbeit in Pflegewissenschaft der Universität Basel. Dieser war mit 3000 Franken dotiert und von der Stiftung für Pflegewissenschaft Schweiz ausgeschrieben. Gemäss dem Urteil der Jury hat Küng eine «sowohl wissenschaftlich sehr gehaltvolle als auch klinisch äusserst relevante Arbeit» geschrieben.

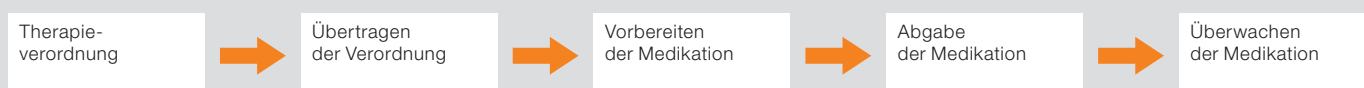
meldeten mehr Medikamentenfehler als solche mit einem höheren – also «besseren» – Sicherheit-Score. Natürlich dürfen wir bei dem gegebenen Studiendesign keine Kausalinterpretationen vornehmen. Die Ergebnisse der Studie sind auch nicht grundsätzlich extrapolierbar auf andere Settings. Die Resultate sind jedoch eine Neuheit für die Schweiz, insbesondere für das kardiovaskuläre Setting. ■

Literatur:

Aspden, P., I. Institute of Medicine. Committee on, et al. (2007). Preventing medication errors, National Academies Press.

Kohn, L. T., J. Corrigan, et al. (2000). To err is human: building a safer health system, National Academy Press.

Abbildung 1: Die Medikation von Patientinnen und Patienten läuft in fünf Stufen ab.





Wenn Milch Bauchschmerzen verursacht

Laktoseintoleranz ist eine durch genetische Faktoren oder eine Erkrankung der Darmschleimhaut verursachte Unverträglichkeit gegenüber Milchzucker. Sie tritt weltweit mit unterschiedlicher Häufigkeit auf. Die Therapie besteht in einer individuellen Anpassung der Laktoseaufnahme.



Judith Pommerenke
Ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin
Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik
judith.pommerenke@googlemail.com

Laktose ist Milchzucker, eine Zuckerart, die in ihre Bestandteile zerlegt werden muss, bevor sie aus dem Darm aufgenommen werden kann. Milchzucker ist in Milch und Milchprodukten nahezu aller Säugetiere enthalten. Die Aufspaltung erfolgt durch das Verdauungsenzym Laktase. Die Bildung von Laktase ist genetisch reguliert und erfordert eine gesunde Dünndarmschleimhaut. Liegt ein Enzymmangel vor, gelangt Laktose nicht oder unzureichend abgebaut in den Dickdarm. Hier wird Laktose durch Bakterien unter anderem zu Wasserstoff

abgebaut. Dabei tritt im Darm ein Druckanstieg auf, welcher mit dem Einstrom von Wasser und der Verstärkung der Darmbewegungen verbunden ist. Charakteristische Symptome sind Darmkrämpfe, Blähungen, Blähbauch, Durchfälle und teilweise sehr schnelle Stuhlentleerungen. Darüber hinaus zeigen sich häufig unspezifische Beschwerden wie zum Beispiel Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und morgendliche Übelkeit. Die Symptome treten in der Regel 30 Minuten bis etwa 2 Stunden nach der Aufnahme laktosehaltiger Lebensmittel auf. Ihre Ausprägung wird mitbestimmt durch die aufgenommene Laktosemenge und die noch vorhandene Laktaseaktivität. Die Kombination aus Enzymmangel und den beschriebenen Symptomen wird als Laktoseintoleranz bezeichnet. Man unterscheidet zwischen primärem und sekundärem (siehe Kasten) sowie dem sehr selten auftretenden angeborenen Laktasemangel.

70 Prozent der Weltbevölkerung sind betroffen

Etwa 70 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind weltweit vom primären Laktasemangel betroffen. Abhängig von ihrer

ethnischen Zugehörigkeit und den Ernährungsgewohnheiten treten grosse Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Laktasemangels auf. In vielen asiatischen Bevölkerungsgruppen beträgt diese Häufigkeit fast 100 Prozent. In Europa zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle. In Skandinavien liegt die Häufigkeit bei etwa zwei Prozent, auf Sizilien bei bis zu 70 Prozent (siehe Abbildung 1).

Die Aktivität der Laktase verringert sich nach dem Abstillen. Das Ausmass und der Zeitraum dieser Enzymaktivitätsabnahme sind ebenfalls von der ethnischen Zugehörigkeit abhängig. Bei Chinesinnen und Chinesen bzw. Japanerinnen und Japanern verringert sich innerhalb von drei bis vier Jahren nach dem Abstillen die Enzymaktivität um 80 bis 90 Prozent. Im Gegensatz dazu weist Laktase bei Nordeuropäerinnen und -europäern teilweise erst 18 bis 20 Jahre nach dem Abstillen die geringste Aktivität auf.

Nachweis durch Messung in der Atemluft

Eine einfache Möglichkeit, die Diagnose zu stellen, besteht im Verzicht auf laktosehaltige Lebensmittel für einen begrenzten

Zeitraum. Das Ausbleiben der Symptome unter Verzicht und Wiederauftreten bei erneutem Verzehr laktosehaltiger Lebensmittel kann für das Vorliegen einer Laktoseintoleranz sprechen. Für die eindeutige Diagnosestellung ist dieses Verfahren aber oft unzureichend. So kann ein Reizdarmsyndrom ähnliche Symptome verursachen. Die Symptome der Laktoseintoleranz und deren Ausmass sind individuell sehr unterschiedlich. Nur ein Teil der Patienten kann einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Aufnahme laktosehaltiger Produkte und damit verbundenen Beschwerden herstellen. In der Praxis kann die laktosefreie Diät mit standardisierten Testverfahren kombiniert werden, um die Diagnose der Laktoseintoleranz zu bestätigen. Ein häufig verwendetes Testverfahren stellt der Laktose-Wasserstoff-Atemtest, der sogenannte H₂-Atemtest, dar. Der beim Laktoseabbau gebildete Wasserstoff wird teilweise über die Lungen abgeatmet und kann somit in der Atemluft gemessen werden. Die Bestimmung der Wasserstoffkonzentration in der Atemluft erfolgt vor und sofort nach der Aufnahme von 50 g Laktose, sowie 30, 60, 90 und 120 Minuten später.

Aufgenommene Laktosemenge reduzieren

Die Grundlage für die Therapie der Laktoseintoleranz bildet die Anpassung der über die Ernährung aufgenommenen Laktosemenge. Ein Laktasemangel muss aber nur dann diätetisch berücksichtigt werden, wenn die betroffene Person Symptome aufweist. Die Therapie eines primären Laktasemangels besteht darin, die Laktoseaufnahme über die Ernährung in Abhängigkeit von der individuell tolerierten Aufnahmemenge zu reduzieren und auf diesem Weg dem Auftreten von Beschwerden entgegen zu wirken. Die

Patientinnen und Patienten ernähren sich über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen laktosefrei. Das beinhaltet den Verzicht auf Milch, Milchprodukte und sämtliche mit Milch oder Milchpulver zubereitete Lebensmittel. Im Anschluss an diese Phase der laktosefreien Ernährung nehmen sie stufenweise Milchprodukte mit steigendem Laktosegehalt zu sich und testen auf diesem Weg die eigene Laktosetoleranz. Dabei sind die von den Patientinnen und Patienten beobachtete Verträglichkeit und ihr Stuhlverhalten von grösserer Bedeutung als die Ergebnisse verwendeter Testverfahren. Nur ein ausgeprägter Laktasemangel erfordert eine dauerhaft laktosefreie Diät. In den meisten Fällen ist es ausreichend, die Ernährung auf eine mässig laktosearme Kost mit acht bis zehn Gramm Laktose pro Tag umzustellen. Die Betroffenen weichen dabei auf Lebensmittel mit geringem Laktosegehalt aus.

Alternative Produkte

Unter Berücksichtigung der individuell tolerierten Laktosemenge sollten Milch- und Milchprodukte Bestandteil der täglichen Ernährung sein, da sie wichtige Kalziumlieferanten darstellen. Fermentierte Milchprodukte wie Joghurt, Sauermilch und Käse werden besser toleriert. Ergänzend können kalziumreiche Mineralwasser (ab 300 mg Kalzium pro Liter) und mit Kalzium angereicherte Fruchtsäfte aufgenommen werden, um eine ausreichende Kalziumzufuhr zu gewährleisten und damit Knochenabbauprozessen vorzubeugen. Es besteht ausserdem die Möglichkeit, auf mit Kalzium angereicherte Soja-Produkte zurückzugreifen, sofern keine Allergie gegenüber den enthaltenen Eiweissen vorliegt. Auch die im Handel erhältlichen laktosefreien Milchprodukte sowie Kokosmilch, Hafermilch und Reismilch stellen eine Alternative für Betrof-

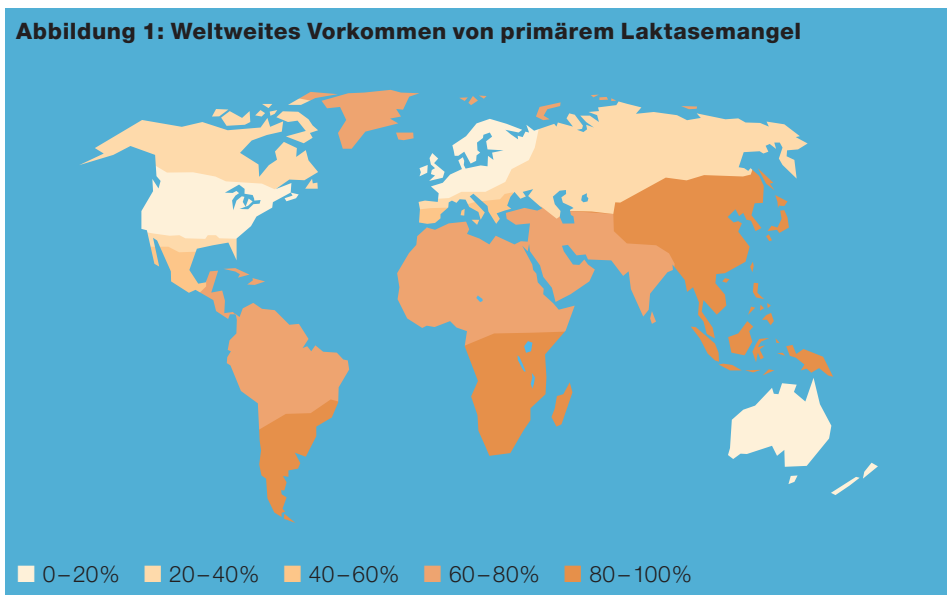
fene dar. Bei der Herstellung laktosefreier Produkte wird Laktose durch die Verwendung von Laktase gezielt gespalten, die weiteren Bestandteile der Milch bleiben aber erhalten.

Patientinnen und Patienten, die unter einem sekundären Laktasemangel leiden, sollten die Aufnahme von Laktose einschränken, bis die Grunderkrankung ausgeheilt ist, da die erfolgreiche Behandlung dieser Grunderkrankung im Allgemeinen zur Rückbildung des sekundären Laktasemangels führt. Die Verwendung von Laktase-Enzympräparaten kann das Auftreten von Symptomen ebenfalls beeinflussen. Die enthaltene reine Laktase wird aus Hefe oder Pilzen gewonnen. Die Produkte sind in Tabletten- und Pulverform erhältlich und werden entweder direkt zu den laktosehaltigen Speisen gegeben oder zu der laktosehaltigen Mahlzeit eingenommen. Die Enzympräparate verbessern die Verträglichkeit von Milchzucker deutlich, können aber häufig nicht die gesamte aufgenommene Laktosemenge abbauen. ■

Literatur:

Eisenmann, A., Datta, B., Ledochowski, M. (2009). Laktasemangel und Laktoseintoleranz. Ernährung & Medizin, 24, 16–20.
 Leiss, O. (2005). Diätetische Therapie bei Kohlenhydratmalabsorption und Laktoseintoleranz. Aktuelle Ernährungsmedizin, 30, 75–87.
 Lomer, M.C.E., Parkes, G.C., Sanderson, J.D. (2008). Review article: Lactose intolerance in clinical practice—myths and realities. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 27, 93–103.
 Matthews, S.B., Waud, J.P., Roberts, A.G., Campbell, A.K. (2005). Systemic lactose intolerance: a new perspective on an old problem. Postgraduate Medical Journal, 81, 167–173.
 Sahi, T. (2001). Genetics and epidemiology of adult-type hypolactasia with emphasis on the situation in Europe. Scandinavian Journal of Nutrition, 45, 161–162.

Abbildung 1: Weltweites Vorkommen von primärem Laktasemangel



Formen des Laktasemangels

Primärer Laktasemangel

- weltweit am häufigsten vorkommend
- genetisch bedingte Veranlagung zur Verminderung der Enzymaktivität

Sekundärer Laktasemangel

- verursacht durch Schädigungen der Darmschleimhaut
- bei bakteriellen oder viralen Magen-Darm-Erkrankungen
- bei Zöliakie/Sprue
- nach Chemo- oder Strahlentherapie



«Wie es ist, Mutter zu sein, kann man sich vorher nicht wirklich vorstellen»

In der Schweiz ist wenig darüber bekannt, wie Frauen den Übergang in ihre Mutterschaft erleben. Marianne Haueter hat im Rahmen ihrer Masterarbeit an der Caledonian University in Glasgow dazu eine qualitative Studie über das Erleben von erstgebärenden Frauen in ihrem Mutterwerden und Muttersein während den ersten Lebensmonaten ihres Kindes durchgeführt.



Marianne Haueter
Dozentin Studiengang Hebamme
marianne.haueter@bfh.ch

«Wie es ist, Mutter zu sein – das kann man sich vorher nicht wirklich vorstellen.» Diese Aussage war meist Ausgangspunkt, wenn ich Frauen nach ihrem Erleben der Mutterschaft befragte. Für meine Masterarbeit habe ich acht deutschsprachige, gesunde erstgebärende Mütter in Mütter- und Väterberatungsstellen und in einer Hebammenpraxis der Stadt Bern für Interviews rekrutiert. Drei offene Leitfragen dienten dazu, die Erfahrungen dieser Mütter zu erschliessen und sie danach gemäss Braun und Clark (2006) thematisch zu analysieren.

Die häufige Aussage hatte unterschiedliche Bedeutungen, je nach Kontext in der Erzählung. Erstens wollten Frauen damit etwas «Immenses» ausdrücken, das sie eben erfahren hatten und das sie kaum in Worte fassen konnten, etwas «Überwältigend-Überraschendes». Zweitens wollten sie damit etwas sagen, das unvorstellbar sei, ausser «man sei da selber durchgegangen». Manchmal wurde damit auch etwas Entlastendes zum Ausdruck gebracht. Wie zum Beispiel nach einer schwierigen Reise, für welche man sich rückblickend als nicht gut ausgestattet gewahrt, aber gleichzeitig merkt, dass es wenig Möglichkeiten gab, sich dafür wirklich gut auszurüsten.

« ... und alle sagen, es wird dann anspruchsvoll, es wird dann viel schreien und so ... »

Jede Frau hatte ihre eigene Erklärung, warum diese unvorstellbare Erfahrung bei ihrer Reise in die Mutterschaft sie mehr oder weniger überraschte.

Mutter werden ist ein Prozess

Insgesamt resultierten aus der Interviewanalyse vier Hauptthemen und elf Subthemen. Die herausgehobenen Aussagen gehören zum Hauptthema «sich begreifen – sich verlieren – sich verändern» und widerspiegeln Prozesse der Mütter, die versuchen, in einer Art «aufgewühltem Zustand» zu begreifen, was mit ihnen geschieht, hin zur Suche nach Normalisierung, betitelt mit dem Thema «hinter sich lassen – sich justieren – sich integrieren». Daneben äusserten die Mütter hohe Erwartungen an sich selbst. Sie nahmen sich in einem universalen Kontext wahr, beschrieben im Thema «Perfektion anstreben – sich selber Fehler gestatten und ein Teil eines universalen Ganzen sein». Als viertes Hauptthema – quasi wie die Gratifikation – kristallisierte sich «verliebt sein» in das Kind heraus.

Weltweit ähnliche Erfahrungen

Auch die im Vorfeld der Studie durchgeführte Literaturübersicht zeigt, dass Frauen in verschiedenen Ländern sehr ähnliche

Erfahrungen auf dem Weg in die Mutterschaft machen und einen enorm anspruchsvollen Entwicklungsprozess durchleben. Verschiedene Forschungsarbeiten illustrieren eine herausfordernde und verletzte Übergangsperiode mit Überforderung, hohen Stresslevels und Isolation. Die befragten

« ... und du weisst all die Dinge, die du hörst ... »

Frauen fühlen sich ausgelaugt, viele durchleben eine Achterbahn von Gefühlen und verschiedene ungewohnte Körpersensationen. Auch das Zeitgefühl verändert sich, und die eigene Identität scheint verlustig zu gehen. Das Befinden der Mütter wird von vielen Variablen beeinflusst, z. B. vom Verhalten des Kindes und von sozialer Unterstützung. Wie gut sich eine Frau in ihre neue Rolle als Mutter einpassen kann, ist nicht nur von kritischer Bedeutung für ihre Gesundheit, sondern auch für die kindliche Entwicklung. Adaptationsstörungen in diesem Übergangsprozess können sich auch in Spätfolgen für Mutter, Kind und die ganze Familie manifestieren und haben so Bedeutung für die Zukunft der nächsten Generation.

Ramona Mercer, eine amerikanische Forschungspionierin auf diesem Gebiet, identifizierte im Prozess des Mutterwerdens vier verschiedene Phasen. Die erste Phase beginnt in der Schwangerschaft, die letzte Phase endet rund vier Monate nach der Geburt. Dann fühlt sich die Mehrheit der Frauen in ihrer Rolle als Mutter komfortabel. Die verwendeten Daten für dieses Phasenmodell

« ... aber wirklich vorstellen, wie es ist, das kannst du dir nicht ... »

stammen mehrheitlich aus den sechziger Jahren. Neuere Forschungen deuten darauf hin, dass diese Übergangsprozesse bis zu einem Jahr dauern. Zum Zeitpunkt meiner Interviews hatte noch keine der Frauen diese Phasen hinter sich. Interessant ist, dass diese Prozesse bei jedem weiteren Kind wieder ablaufen.

Forschungsausblick: interdisziplinäre, sozio-ökonomische Langzeitstudien

In der Forschungsliteratur über das «Mutterwerden» sind Lücken und Mängel feststellbar. Die Resultate lassen sich nicht verallgemeinern, sie spiegeln vorwiegend Erfahrungen von weissen Frauen aus der Mittelschicht. Es ist anzunehmen, dass kulturelle Konstruktionen von der «guten Mutter» und die heute immer noch vorwiegend den Müttern zugeschriebene Verantwortung für das Wohlergehen der Kinder die mütterliche Rollenent-

wicklung und die Forschungsergebnisse beeinflussen. Weitere Untersuchungen, die über traditionelle Familienformen hinausgehen und auch Einflüsse von sozio-ökonomischen Faktoren untersuchen, sind wünschenswert.

Auch interdisziplinäre Forschungen und Langzeitstudien sind wertvoll. Die internationale Kooperation zu diesem Thema ist noch zu entwickeln, um Resultate aus verschiedenen geographischen, sozialen und zeitlichen Kontexten zusammenführen zu können, damit ein robustes Transitionsmodell erstellt werden kann. Dieses Modell, dem die Erfahrungen von Müttern zugrunde liegen, müsste den Ausgangspunkt für die Konzeption von Wochenbettbetreuungsmodellen in der Grundversorgung bilden.

Positive und negative Einflüsse auf das Mutterwerden

Eine gute Betreuung beginnt in der Schwangerschaft, zeichnet sich durch Kontinuität aus und begleitet die Geburt und das Wochenbett flexibel bis einige Wochen nachher, je

« ... da ist kein anderer Weg ... »

nach Situation einer Mutter. Die Schnittstellen bei einem Betreuungswechsel, zum Beispiel zwischen stationären und ambulanten Versorgern machen einen zentralen Aspekt in der Qualitätsbetrachtung durch Frauen aus. Ebenso hat das Erleben der Schwangerschaft und Geburt einen nachhaltigen Effekt auf die Befindlichkeit und die Anpassungsprozesse der Frauen im Wochenbett. Frauen, die eine interventionsfreie, selbstbestimmte und gute Unterstützung während der Schwangerschaft und durch die Geburt erfahren, berichten über einfachere Anpassungsprozesse im Wochenbett. Eine kontinuierliche und bedürfnisorientierte Betreuung während diesen drei Zeitspannen scheint auch ein wichtiger Faktor in der Prävention von postpartalen Depressionen zu sein. Immerhin entwickeln zwischen zehn bis 15 Prozent der Frauen in industrialisierten Ländern schwere bis mittelschwere Wochenbettdepressionen. Das heutige Credo «nach der Geburt möglichst schnell zurück zur Normalität» ist nicht im Interesse einer nachhaltigeren Betrachtung für die Gesundheit der Betroffenen.

Was Frauen erleben, ist immer auch zentral beeinflusst von den sozio-ökonomischen Lebensbedingungen. Der Wiedereinstieg von

« ... du musst da durch ... »

Müttern ins Arbeitsleben ist von hohen Stresslevels begleitet. Diesem Umstand wird zu wenig Beachtung in den heutigen Betreuungsmodellen und den Mutterschafts- und Elternurlaubsregelungen beigemessen.

Hebammen nehmen in den Phasen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine zentrale, wichtige Stellung in der Betreuung von Frauen ein. So ist es höchste Zeit, die Rahmenbedingung für ein zeitgemässes, frauenzentrierteres und flexibleres Betreuungsmodell mit der Hebamme als erste Ansprechperson für alle werdenden Mütter zu entwickeln – dies als nachhaltige Investition in die Gesundheit der Mütter, Kinder und Familien, die auch die Ressourcen der Frauen stärkt. ■

Literatur:

Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V. & Wyllie, A. (1997): «Becoming a mother – an analysis of women's experience of early motherhood», J Adv Nurs, Vol. 25, No. 4, pp. 719–728.

Braun, V. & Clarke, C. (2006): Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology, Vol. 3, pp. 77–101.

Emmanuel, E., Creedy, D. K., John, W. S., Gamble, J. & Brown, C. (2009): «Maternal role development following childbirth among Australian women», Journal of advanced nursing, Vol. 64, No. 1, pp. 18–26.

Luyben, A. G., Kinn, S. R., Fleming, V. E. M. (2011): Becoming a Mother: Women's Journeys from Expectation to Experience in Three European Countries International Journal of Childbirth, Vol. 1, No. 1 pp. 13–26.

Mercer, R. (2004): Becoming a mother versus maternal role attainment, Journal of Nursing Scholarship, Vol. 36, No. 3, pp. 226–232.

Umsetzung und Wahrnehmung der Wochenbettphase in der Schweiz

Betrachten wir die Praxis in der Schweiz, lassen sich Mängel im heutigen Versorgungsmodell feststellen. In den gängigen Lehrbüchern wird die Dauer des Wochenbettes auf sechs bis acht Wochen definiert. Im Rahmen ihrer Forschungsarbeit kommt Marianne Haueter zum Schluss, dass diese Zeitspanne zu kurz ist. Diese sehr verletzte Übergangsphase im Leben einer Frau wird unterschätzt, ist unterforscht und untertheoretisiert. Die reguläre Hebammenbetreuung, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz bis zu zehn Tagen nach der Geburt entschädigt wird, hat eine vorwiegend medizinische Perspektive, wird auf somatische Aspekte reduziert und ist unflexibel in der Dauer. Die herrschende Fragmentierung in der Betreuung hat qualitative und ökonomische Nachteile. Schwangere Frauen und Mütter – möchten Kontinuität und direkte Ansprechpersonen in der Betreuung statt Informations- und Beratungsliteratur – betonen die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung in der Übergangszeit des Wochenbetts – bezeichnen auch frühere Kontakte mit Kindern als hilfreiche Erfahrung auf ihrem Weg in die Mutterschaft.

Salzstreuer oder Salzmühle: Ein Unterschied für die tägliche Salzaufnahme?

Im November 2011 ging es durch die Presse: Der durchschnittliche tägliche Salzkonsum der Schweizerinnen und Schweizer liegt deutlich über den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation. Das Bundesamt für Gesundheit sucht im Rahmen der Salzstrategie 2008–2012 u. a. mit der Berner Fachhochschule nach praktikablen Wegen, diesen gesundheitlichen Risikofaktor in den Griff zu bekommen.



Andrea Bürk
Studierende Bachelorstudengang Ernährung und Diätetik
burka7@bfh.ch



Prof. Sigrid Beer-Borst
Dozentin, Projektleiterin
Angewandte Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik
sigrid.beer@bfh.ch

Im Rahmen eines Forschungsprojekts über Salz in der Gemeinschaftsgastronomie (2009–2011) hat sich die Berner Fachhochschule die Frage gestellt, welche Massnahmen auf der Verhältnis- und Verhaltensebene einen realistischen Beitrag zur Reduktion der täglichen Salzaufnahme leisten können. In enger Zusammenarbeit mit drei Personalrestaurants, einer Mensa und einer Heimküche wurde untersucht, wie viel Salz in den dort angebotenen Mittagsmahlzeiten steckt und welches die Quellen sind. Neben salzhaltigen Ausgangs- und/oder Fertigprodukten (Fleischzubereitungen, Saucen, Dressings, Würzmittel usw.) wurden Verhaltensmuster bei der Speisezubereitung und -ausgabe als kritische Punkte identifiziert. Eine Befragung der Verpflegungsteilnehmenden zeigte zudem, dass bei rund 40 Prozent das Nachsalzen am Tisch einen wichtigen Beitrag zur täglichen Salzaufnahme leisten kann.

Mit den Leitenden der Praxispartnerbetriebe wurde diskutiert, ob mehr oder weniger Salz in die Speisen gelangt, wenn man den Gästen eine Salzmühle anstatt eines klassischen Salzstreuers zur Verfügung stellt. In der Literatur findet man darüber keine Informationen. Andrea Bürk, Bachelorstudierende Ernährung und Diätetik, hat diese Frage im Rahmen eines Forschungspraktikums gemeinsam mit Dr. Leila Sadeghi untersucht.

Pilotstudie mit Degustationstest

Für die Teilnahme an der Pilotstudie wurden fünfzehn Mitarbeitende des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule und der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung SGE gewonnen. In einem zweiphasigen

Degustationstest wurde gemessen, wie viel Salz jede Person für das Würzen von 200 ml neutralem, ungesalzenem Tomatensaft verwendet – einmal mit dem Salzstreuer und einmal mit der Salzmühle.

Die Testpersonen wurden zufällig zwei Tischen zugeteilt. An Tisch 1 wurde in der ersten Phase mit der Salzmühle, an Tisch 2 mit dem Salzstreuer gesalzen. Nach dem Degustieren des ungesalzenen Tomatensaftes wurde in eine auf dem Saftbecher platzierte Aluminiumschale gesalzen. Nach dem Abwiegen der Salzmenge gaben die Testpersonen das Salz in den Tomatensaft und probierten diesen erneut. Es wurde solange nachgesalzen, bis der Tomatensaft für die Testpersonen geschmacklich zufriedenstellend war. Für jedes Nachsalzen wurde die zugefügte Salzmenge gemessen. Nach einer kurzen Wassertrinkpause zur Geschmacksneutralisation folgte die zweite Phase. Jeder Testperson wurde eine neue Portion des salzlosen Tomatensaftes serviert und das Vorgehen wiederholt, jedoch diesmal an Tisch 1 mit dem Salzstreuer und an Tisch 2 mit der Salzmühle. Abschliessend füllten die Testpersonen einen kurzen Fragebogen über ihr Salzverhalten und ihr Bewusstsein in Hinblick auf Salz und Gesundheit aus.

Wer Salz mahlt, isst mehr davon

Neun der 15 Testpersonen wurden aufgrund ihrer Antworten als «salzbewusst» klassiert. Fünf von ihnen gaben an, am Tisch nicht

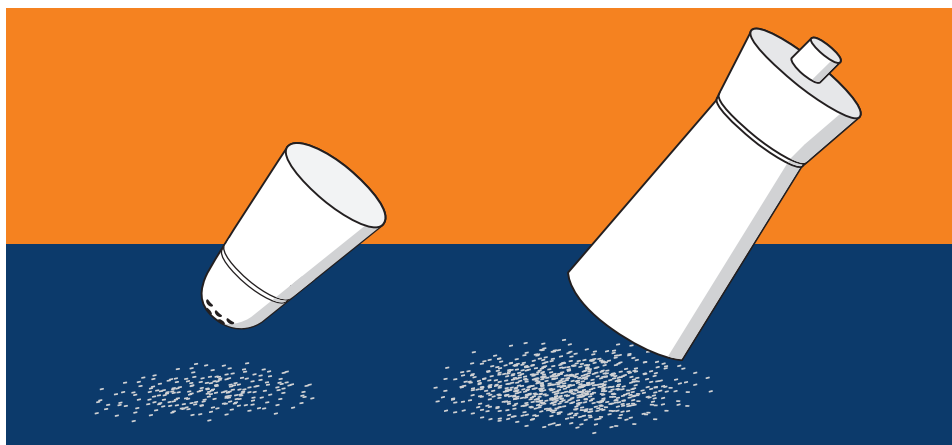
nachzusalzen, acht verwenden einen Salzstreuer und zwei eine Salzmühle. Die zum Würzen des Tomatensaftes verwendeten Salz mengen waren mit der Salzmühle tendenziell höher als mit dem Salzstreuer. Die mittlere verwendete Salzmenge lag mit dem Salzstreuer bei 0,63 g, bei einer Spannweite von 0,01 g bis 1,0 g. Mit der Salzmühle gaben die Personen durchschnittlich 0,7 g Salz in den Tomatensaft, dies bei einem Minimum von 0,05 g und einem Maximum von 1,48 g.

Der Test hat trotz aller Sorgfalt im Studiendesign gewisse Limitierungen. In der Praxis gibt es keine Einheitsmodelle für Salzstreuer und -mühlen, und Tomatensaft ist kein sehr häufig konsumiertes Lebensmittel. Wir verzehren sehr viele verarbeitete Lebensmittel und Lebensmittelkombinationen, was die sensorische Wahrnehmung komplizierter gestaltet als in diesem Test. Deshalb müssten die vorliegenden Beobachtungen in einer für den Alltag repräsentativen Studie bestätigt werden. Diese Arbeit bot aber eine ideale Gelegenheit, Forschung, Lehre und Praxis zusammenzubringen – und Andrea Bürk konnte für ihre anstehende Bachelor-Thesis nützliche Erfahrungen sammeln und einen guten Einblick in die praxisnahe Forschung gewinnen.

Links:

«Salz in der Gemeinschaftsgastronomie»:
www.goodpractice-gemeinschaftsgastronomie.ch > Ergebnisse

Salzstrategie des Bundes 2008–2012:
www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewerbung/05207/05216/index.html?lang=de



Erkennung und Behandlung von Mangelernährung in der Pflege

Übergewicht ist auch in der Schweiz ein zunehmendes Problem. Der Anteil der Bevölkerung, der an Übergewicht leidet, ist in den letzten 20 Jahren auf rund 37 Prozent angestiegen. Mangelernährung ist ein ebenso grosses Gesundheitsrisiko. Eine Unter- oder Mangelernährung kann z. B. nach grösseren Operationen eine verzögerte Genesung mit mehr Komplikationen zur Folge haben.



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



Anna-Barbara Sterchi
Leiterin Ernährungsberatung
Erwachsene Inselspital,
Universitätsspital Bern
anna-barbara.sterchi@insel.ch



Barbara Hürlimann
Pflegeexpertin,
MSc in Nursing Science
Universitätskliniken für Thorax-
chirurgie und Pneumologie
Inselspital, Universitätsspital Bern
barbara.huerlimann@insel.ch

Im Gegensatz zur Überernährung wird Mangelernährung in der Schweiz nach wie vor zu wenig als ernsthaftes Problem betrachtet. Dies führt dazu, dass bei Spitaleintritt bis zu 40 Prozent der Patientinnen und Patienten mangelernährt sind und sich ihr Ernährungszustand im Laufe der Hospitalisation noch verschlechtert. Für die betroffenen Personen führt dies zu gesundheitlichen Problemen, denn Mangelernährung erhöht die Komplikations- sowie Mortalitätsrate und vermindert die Lebensqualität. Das Gesundheitswesen hat in solchen Fällen erhöhte Kosten zu tragen, u. a. durch eine verlängerte Spitalaufenthaltsdauer.

Interdisziplinäre Partnerschaft zwischen Forschung und Praxis

Um das Problem anzugehen, ist die Identifikation und die Einschätzung des Mangelernährungsrisikos die Grundlage für eine adäquate Ernährungstherapie im Spital. Die Ärzteschaft und Pflegenden führen das

Screening oft ungenügend durch, da sie meist unzureichend zum Thema geschult sind. Die Berner Fachhochschule (BFH), die Direktion Pflege/MTT sowie der Bereich Klinische Ernährung/Ernährungsberatung des Inselspitals Bern führen daher eine gemeinsam finanzierte Interventionsstudie zur Evaluation der Einführung und Anwendung des Mangelernährungsscreenings (Nutrition Risk Score 2002) durch. In der Studie werden Unterschiede in der korrekten Erfassung von Patientinnen und Patienten mit Risiko für Mangelernährung vor und nach einer Schulung zur Einführung des Mangelernährungsscreenings gesammelt. Zudem untersucht die Studie Faktoren, welche die korrekte Anwendung eines Risikoassessments für Mangelernährung positiv oder negativ beeinflussen können. Das interdisziplinäre Forschungsteam setzt sich aus Ernährungsberaterinnen und Pflegefachpersonen sowie aus akademisch ausgebildeten Praxisvertreterinnen und Forschenden der BFH zusammen. Diese Synergie zwischen Praxis und Fachhochschule bildet eine optimale Basis für praxisrelevante Forschung und die Umsetzung der Erkenntnisse zum Wohl der Patienten.

Angewandtes Forschungswissen

Zur Verbesserung der Kompetenzen der Behandlungsteams schult das klinische Ernährungsteam (KET) die Ärzteschaft und das Pflegepersonal der rekrutierten Klinik in der Handhabung des Screenings sowie der dazugehörigen Erfassung der Nahrungsaufnahmemenge der Patienten. Die Schulung beinhaltet einen ernährungstherapeutischen Aktionsplan. Während einer zehntonatigen Pilotphase wird das Pflegepersonal von der zuständigen Ernährungsberaterin der Klinik fortlaufend in der Umsetzung gecoacht und begleitet. Mittels qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden werden vor und nach der Intervention jeweils Barrieren und Promotoren erhoben, d. h. Faktoren definiert, welche die Verwendung des Screenings und den ernährungstherapeutischen Aktionsplan fördern oder bremsen. Dazu werden strukturierte schriftliche Befragungen und Gruppeninterviews durchgeführt. Die Studie wurde

im Frühjahr 2011 gestartet und wird voraussichtlich im Herbst 2012 abgeschlossen. Wir sind gespannt auf die Ergebnisse und den Effekt dieser engen Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis. ■

Literatur:

Beck, A.M., et al., Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and guidelines from the Council of Europe. Clin Nutr, 2001. 20(5): p. 455-460.

Iff, S., et al., Prevalence and predictors of malnutrition in a general internal hospital caucasian population. Schweizerisches Medizinisches Forum, 2008. Supplement 42, 8(36): p. 1-19.

Keller, U., et al., Mangelernährung im Spital. Stellungnahme einer Expertengruppe des Europarates und Empfehlungen der Eidgenössischen Ernährungskommission. 2006, Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Kondrup, J., et al., Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr, 2002. 21(6): p. 461-468.

Mangelernährungsscreening in der Pflegepraxis – eine eierlegende Wollmilchsau?

An Universitätskliniken für Thoraxchirurgie und Pneumologie ist Ernährung für die Pflegenden ein Thema, das an Bedeutung gewonnen hat. Einerseits ist es für sie wichtig, ein Instrument zur Unterstützung ihrer klinischen Einschätzung von Patientinnen und Patienten zu haben. Es ist im von Effektivität und Effizienz geprägten Gesundheitswesen einfacher, relativ kostspielige Interventionen wie Trinknahrung mit objektivierbaren Daten zu begründen. Andererseits ist der Dokumentationsaufwand gerade für die Erfassung der Nahrungsmenge erheblich. Nach zehn Monaten Projektdauer mit dem Mangelernährungsscreening wünschten sich die Pflegenden ein System, welches ihnen ermöglicht, mit angepasstem administrativem Aufwand gefährdete Patientinnen und Patienten erkennen zu können. Das Mangelernährungsscreening hat in den Kliniken so nicht nur die Praxis verändert, sondern auch den Wunsch nach mehr Wissen und mehr Einsicht in klinische Prozesse geweckt.

Geburt aus Hebammensicht: «Es kann ganz viele Normalitäten geben»

Frauen und Hebammen wünschen sich normale Geburten – aber was gehört heutzutage für Schweizer Hebammen zu einer «normalen» Geburt? Die Autorinnen haben diese Frage in einem Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule, der Frauenklinik des Inselspitals Bern und des Schweizerischen Hebammenverbands untersucht.



Prof. Dr. Ans Luyben
Hebamme, Leiterin
Angewandte Forschung und
Entwicklung Hebammen
Fachbereich Gesundheit
ans.luyben@bfh.ch



Patricia Blöchlinger
Hebamme, MSc
Frauenklinik Inselspital Bern
Patricia.BloechlingerTreier@
insel.ch



Franziska Suter-Hofmann
Hebamme, MSc
Frauenklinik Inselspital Bern
franziska.suter@insel.ch

Wahrscheinlich wünscht sich jede Frau eine «normale Geburt» mit einem guten Start in ihr neues Familienleben. Aber was gilt heute noch als «normal»? Das Konzept der Normalität hat auch einen Einfluss auf den Handlungsspielraum der Hebammen. Hebammen sind zuständig für den physiologischen Geburtsprozess und sollten einen Arzt beziehen, sobald dieser Prozess abweichend verläuft. Weltweit werden immer mehr Kaiserschnitte durchgeführt – in der Schweiz kommt inzwischen jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zur Welt – dies, obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Sektiorate von über 10 bis 15 Prozent nicht für gerechtfertigt hält. In diesem Spannungsfeld entstanden sowohl im angelsächsischen Raum als auch in der Schweiz Diskussionen über eine optimale Kaiserschnitttrate und aktuelle Definitionen der normalen Geburt.

Eine «normale» Geburt ist...

In einer Studie stellten sich die Autorinnen die Frage, wie sich Hebammen in der Schweiz eine normale Geburt vorstellen. Im Rahmen des Schweizerischen Hebammenkongresses 2010 in Genf nahmen

19 Schweizer Hebammen an entsprechenden Interviews teil; zwölf aus deutsch- und sieben aus französischsprachigen Gebieten. Die Interviews wurden transkribiert und mittels einer qualitativen thematischen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Am Anfang des Interviews beschreiben alle 19 Hebammen ihre Definition einer normalen Geburt. Diese ist meistens verbunden mit einer Spontangeburt, einem natürlichen oder physiologischen Verlauf einer Geburt, die eine Frau selbst bewältigen kann und heil übersteht. Die meisten Hebammen finden es schwierig, eine «normale Geburt» zu definieren, weil es unterschiedliche Normalitäten gibt. Die Grenze zwischen dem, was normal ist und was nicht, steht für alle in Beziehung zu einer Intervention. Obwohl diese Tatsache klar war, gab es rege Diskussionen darüber, wann eine Intervention gerechtfertigt bzw. noch «normal» ist.

Mehrere und unterschiedliche Faktoren beeinflussen die Definition einer «normalen» Geburt. Für viele Hebammen spielt nicht nur ihre eigene Vorstellung, sondern auch die Vorstellung der gebärenden Frau darüber, was normal ist, eine wesentliche Rolle. Sie erzählen von den Gesprächen nach der Geburt, in denen sie versuchen, die Vorstellung und Erfahrungen der Frau mit ihren eigenen Vorstellungen in Einklang zu bringen. Wichtige Faktoren sind somit die Erfahrungen der Hebamme und der Mutter, der Geburtsort, der Kulturraum, in dem die Hebammen lebten, und die variable Zeit, die es für eine Geburt braucht. Die meisten Hebammen betrachten die normale Geburt als ein dynamisches Geschehen und finden es schwierig, prospektiv zu beurteilen, ob es sich um eine normale Geburt handelt. Sie beschreiben, wie sie ihre Hebammenkompetenzen und -philosophie zur Förderung der Normalität einer Geburt einsetzen. Sie betonen dabei, wie ihre Arbeit dazu beiträgt, dass die Geburt «normal bleibt» oder auch «wieder normal wird». Im Rahmen dieser Arbeit lässt sich feststellen, dass eine gute Vorbereitung und eine ganzheitliche, kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch Hebammen wesentlich als Ansätze für eine Normalisierung der Geburt beitragen.

Wie können die Ergebnisse in der Praxis umgesetzt werden?

Diese Schweizer Forschungsergebnisse bestätigen Resultate aus anderen Ländern. Interessant ist insbesondere, dass die Vorstellungen der betreuten Frauen für Hebammen ein wichtiger Faktor zur Definition der Normalität ist. Dadurch wird deutlich, dass Hebammen und Frauen den Prozess vor, während und nach der Geburt gemeinsam erleben sollten. Verschiedene Interviews resultierten in neuen Ideen über die Hebammenarbeit während der Mutterschaft, besonders in der Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt. So ist eine Optimierung der Kontinuität der Hebammenbetreuung als auch der partizipativen Autonomie von Hebammen in der interdisziplinären Zusammenarbeit in neuen Versorgungsmodellen anzustreben. Ein vermehrter Einsatz von Hebammen könnte auf diese Weise zur Qualitätsverbesserung und Kostenreduktion im heutigen Gesundheitswesen führen. ■

Links:

www.rcmnormalbirth.org.uk
www.forum-geburt.ch/natuerlichegeburt/
www.quag.de/content/empfehlungen_bdth.htm

Wichtigste Studienergebnisse

Die meisten Hebammen finden den Begriff «normale Geburt» schwierig zu definieren, weil es unterschiedliche Normalitäten gibt:

- Die Vorstellungen der Hebamme und der gebärenden Frau spielen bei der Definition einer «normalen» Geburt eine wesentliche Rolle.
- Der vermehrte Einsatz von Hebammen kann zur Qualitätsverbesserung und Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen.

Praktika ausserhalb Europas: Ein Gewinn für alle?

Im Rahmen eines Bachelorstudiums am Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule ist es möglich, selbstorganisierte Praktika ausserhalb Europas zu absolvieren. Für die Studierenden ist dies eine Chance, berufliche und menschliche Erfahrungen zu sammeln. Aber: Profitieren auch die Entwicklungsländer von einem solchen Austausch?



Paola Origlia Ikhilor
Dozentin und Koordinatorin
für Internationales
Bachelorstudiengang Hebamme
paola.origlia@bfh.ch

Noch vor wenigen Jahren war es für Gesundheitsberufe undenkbar, dass während des Studiums so viele Möglichkeiten bestehen, international Erfahrungen zu sammeln. Seit seinem Start vor sechs Jahren hat der Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (BFH) Beziehungen und Strukturen aufgebaut, die einen Studienaustausch im Rahmen von Kooperationen oder selbstorganisierten Praktika auf der ganzen Welt ermöglichen. Diese werden in der Regel vollumfänglich als Studienleistung anerkannt.

Das professionelle und persönliche Lernpotenzial ist für die Studierenden des Fachbereichs Gesundheit enorm, denn ein Austausch unterstützt ihr kulturelles Verständnis – auch im Hinblick auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit Migration und Globalisierung im hiesigen Gesundheitswesen. Das Arbeiten mit beschränkten Mitteln, wie es in Entwicklungsländern gang und gäbe ist, verlangt ein hohes Mass an Problemlösefähigkeit. Die Erfahrungen, die die Studierenden aus dem Ausland mitbringen, stärken ihre Offenheit für kreative, alternative Lösungen sowie ihre Anpassungsfähigkeit und ihre kommunikativen Kompetenzen.

Wie ausgeglichen ist ein «Austausch» mit der Dritten Welt?

So weit, so gut. Aber rechtfertigen die oben genannten Erfahrungen den Einsatz von Schweizer Studierenden in deprivilegierten Ländern? Kann von Austausch die Rede

sein, wenn auf der einen Seite die Möglichkeiten fehlen, vergleichbare Erfahrungen in einem Spital im Ausland zu machen? Sind die positiven Erfahrungen von Einseitigkeit geprägt, und erinnert der «Profit» so an ein neokolonialistisches Gefälle? Diese Fragen wurden uns Koordinatorinnen und Koordinatoren im Fachbereich Gesundheit – insbesondere in Bezug auf das Fallbeispiel Äthiopien bzw. die Praktikumsmöglichkeit am Black Lion Hospital in Addis Abeba – wiederholt gestellt.

Äthiopien weist als einkommensschwaches Land eine prekäre Gesundheitsversorgung auf; der Zugang zu Gesundheitsangeboten ist erschwert, die Grundversorgung ist für viele Familien zu teuer. Es fehlt an Medikamenten – und an Gesundheitsfachpersonen, deren Rate mit 0,27 pro 1000 Einwohner extrem niedrig ist. Nun können Studierende, die als Einzelperson im Ausland auftreten, die grossen Zusammenhänge unmöglich überblicken und diese im eigenen Handeln berücksichtigen. Sie verlassen sich also auf die Strategie der Institution, an welcher sie ihr Praktikum absolvieren, was vor Ort zu Interessenskonflikten oder Hilflosigkeit führen kann, wenn sie mit kritischen Fragen konfrontiert werden.

Win-win-Situation dank Abkommen

Im Fall von Äthiopien ist die institutionalisierte Antwort zur Ausgeglichenheit der Beziehungen seit 2010 ein Abkommen zwischen der BFH und der medizinischen Fakultät des Universitätsspitals Black Lion Hospital in Addis Abeba, das auf einer seit 1999



Auch Lara Eigenmann, Bachelorstudierende Physiotherapie der BFH, absolvierte 2011 ein Praktikum am Black Lion Hospital.

bestehenden Partnerschaft basiert. Die Aktivitäten sollen sich nicht auf die Praktika der Studierenden beschränken, sondern beidseitige Projekte und Forschungen umfassen. So ist auch ein Dozierendenaustausch in beiden Ländern geplant, bei dem auch äthiopische Fachleute von der Kooperation mit der BFH profitieren. Durch Entwicklung und Anwendung von neuen Lehr- und Lernmethoden gewinnt letztlich die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen an Nachhaltigkeit und Attraktivität.

Der persönliche Einsatz von Praktikantinnen und Praktikanten der Berner Fachhochschule ist gross: Sie finanzieren sich ihr Praktikum in Übersee selbst, was sich nur eine Minderheit leisten kann. Für die daheim bleibenden Studierenden findet die Begegnung mit dem Fremden in der Heimat statt, mit Migrantinnen und Migranten während der Arbeit, mit Austauschstudierenden aus dem Ausland oder mit heimgekehrten Kolleginnen und Kollegen.

Transkulturelle Erfahrung

Heimgekehrt ist auch Ursina Huber, Studierende im Bachelorstudium Hebamme, die 2010 ein Praktikum am Black Lion Hospital in Addis Abeba absolviert hat. Sie erzählt von der regen Auseinandersetzung mit Studierenden vor Ort. Gemeinsam werden in ruhigen Momenten auf der Gebärabteilung Fälle besprochen; man vergleicht, was Äthiopien und die Schweiz zu bieten haben. Dabei fällt auf: Die theoretischen Kenntnisse unterscheiden sich kaum. Die praktische Umsetzung hingegen ist aufgrund der Strukturen und wegen Materialmangel oft nur begrenzt möglich.

Doch nicht nur von der fachlichen Reflexion profitieren Heim- und Gaststudierende gleichermaßen, sondern auch von der transkulturellen Auseinandersetzung. So stellte eine junge äthiopische Hebamme gegenüber Ursina Huber fest: «Bis vor kurzem glaubte ich, alle weissen Menschen seien böse. Nun, da ich selber eine Weisse kenne, sehe ich, dass ihr so seid wie wir.» ■

www.gesundheit.bfh.ch/internationales



Fotos: Karin Salathé-Vuille

«CAS-Absolvierende werden zu gleichwertigen Partnern im interdisziplinären Gefüge»

Der Fachbereich Gesundheit hat das Certificate of Advanced Studies «Psychiatrische Pflege» für diplomierte Pflegefachpersonen drei Mal für die Psychiatrischen Dienste Thurgau durchgeführt. Regula Lüthi, Pflegedirektorin der Psychiatrischen Dienste Thurgau, erklärt im Interview, warum diese Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden einen hohen Stellenwert hat.

Interview: Stefanie Diviani-Preiswerk



Stefanie Diviani-Preiswerk
Koordinatorin Kommunikationstraining
Fachbereich Gesundheit
stefanie.diviani@bfh.ch

Frau Lüthi, was hat Sie dazu bewogen, das Certificate of Advanced Studies (CAS) «Psychiatrische Pflege» als Gesamtpaket für die diplomierten Pflegefachpersonen der Psychiatrischen Dienste Thurgau beim Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule zu kaufen?

Ich habe diesen Weiterbildungsstudiengang eingekauft, weil es in unserer Klinik einerseits diplomierte Fachpersonen gibt, die schon

«Pflegefachpersonen sollten sich vermehrt auf politischer Ebene einbringen.»

länger keine Weiterbildung mehr in psychiatrischer Pflege absolviert haben und andererseits solche, die aufgrund ihrer generalistischen Ausbildung noch nicht so viel Erfahrung in der Psychiatrie haben. Es war mein Ziel,

dass den diplomierten Fachpersonen ein gemeinsamer Grundstock an Wissen in psychiatrischer Pflege vermittelt wird. Dazu gehören auch das Aneignen von evidenzbasiertem Wissen und die Befähigung zur Literaturrecherche – zwei Inhalte, die viele Pflegefachpersonen in ihrer Ausbildung noch nicht gelernt haben. In einem CAS-Studiengang lernen die Teilnehmenden, Fragen zu stellen und zu bearbeiten. Diese Fähigkeit können sie auch in anderen Bereichen anwenden.

Wer waren die Teilnehmenden aus Ihrer Institution?

Ich wollte nicht nur ein spezielles Kadersegment fördern. Von jeder Station sollten mindestens zwei diplomierte Pflegefachpersonen und die Stationsleitung das CAS absolvieren. Wenn wir im Juni 2012 die dritte Durchführung beenden, wird fast die

Hälfte unserer diplomierten Fachpersonen das CAS «Psychiatrische Pflege» abgeschlossen haben.

Wie wirkt sich diese Form der Weiterbildung für die Psychiatrischen Dienste Thurgau aus?

Die Teilnehmenden sind zu einem grossen Teil echt stolz auf ihren CAS-Abschluss. Es freut mich zudem sehr, dass sich die vertiefte Auseinandersetzung mit einem fachlichen Thema auch interdisziplinär auswirkt. So bringen unsere Pflegefachpersonen vermehrt ihr auf neue Erkenntnisse gestütztes, erworbenes Wissen in Besprechungen mit anderen Disziplinen oder in der Erarbeitung von neuen Behandlungskonzepten ein und werden zu interessanten und gleichwertigen Partnern im interdisziplinären Gefüge. Das neue Wissen in psychiatrischer Pflege

«Unsere Teilnehmenden sind stolz auf ihren CAS-Abschluss.»

kommt auch den einzelnen Stationen zugute. Eine meiner Bedingungen war, dass die Fragestellung der Abschlussarbeiten unserer Teilnehmenden für ihre jeweilige Station relevant ist. Die Teilnehmenden mussten sich dazu vorgängig mit ihrer Station absprechen und das Thema der Arbeit mit dem Klinikalltag verknüpfen. Alle Abschlussarbeiten wurden zudem öffentlich vorgestellt und für die interne Bibliothek katalogisiert.

Welche Vorteile brachte die Durchführung vor Ort an der Klinik Münsterlingen?

Die Psychiatrischen Dienste Thurgau haben 17 Stationen. Da wir bei jeder Durchführung des CAS-Studiengangs 22 Plätze intern belegten, konnten in kurzer Zeit sehr viele diplomierte Pflegefachpersonen aus der ganzen Klinik dieselben Wissensgrundlagen erwerben. Obwohl der finanzielle Aufwand beträchtlich war, hat sich diese interne Durchführung gelohnt. Pro Studiengang nahmen auch jeweils zwei bis drei externe Fachkräfte, meistens Pflegefachpersonen der Spitex, teil. Dies war immer eine grosse Bereicherung für die Gruppe.

Dafür fehlte der Austausch mit Berufskolleginnen und -kollegen aus anderen Institutionen. Sehen Sie darin auch Nachteile?

Wenn man eine externe Weiterbildung besucht, ist der Austausch unter den Teilnehmenden immer ein wichtiger Punkt. Man erfährt, wie andere arbeiten und lernt andere Kulturen kennen. Doch wir haben festgestellt, dass der Austausch auch intern sehr fruchtbar war. Viele Pflegefachpersonen

der Psychiatrischen Dienste Thurgau kannten sich vorher nicht oder nur teilweise, da die Mitarbeitenden jeweils in verschiedenen Bereichen tätig sind. Durch die gemeinsame Weiterbildung ist das Verständnis untereinander noch besser geworden. Ich glaube, der gegenseitige Respekt ist gewachsen. Sehr positiv hat sich auch die Tatsache ausgewirkt, dass Führungspersonen und Mitarbeitende als gleichberechtigte Teilnehmende die Weiterbildung absolviert haben.

Wie kam es zur Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule (BFH)?

Da es den Ausbildungsgang «Psychiatriepflege» auf Stufe Höhere Fachschule (HöFa) nicht mehr gibt, musste ich nach einer alternativen Weiterbildungsmöglichkeit für unsere Mitarbeitenden Ausschau halten. Mir schwebte ein internes Fortbildungsprogramm für mehrere Kliniken vor, wie ich es in den USA kennengelernt hatte. Dies zu realisieren wäre für eine einzelne Institution nicht möglich gewesen. Zur gleichen Zeit hat die BFH den CAS-Studiengang «Psychiatrische Pflege» entwickelt. Die Zusammenarbeit mit der BFH hat sich sehr bewährt. Das Angebot von Fort- und Weiterbildungen ist für einen Arbeitgeber immer auch eine Möglichkeit, attraktiv zu bleiben. Nicht nur der Lohn spielt in den Verhandlungen für ein Arbeitsverhältnis eine Rolle, sondern auch die Möglichkeit für die Angestellten, sich als Fachpersonen weiterbilden zu können.

Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial für den CAS-Studiengang?

Grundsätzlich hat die Berner Fachhochschule das Angebot gemacht, ich konnte aber meine Anliegen einbringen. Dank intensivem Kontakt und Austausch mit den Studienleitenden und den Verantwortlichen von Seiten der BFH war es möglich, die Inhalte unseren Bedürfnissen anzupassen und wo nötig Änderungen vorzunehmen. Verbesserungspotenzial sehe ich in der Ausführung der Abschlussarbeiten. Heutzutage sind eine gute schriftliche Ausdrucksweise und korrektes und präzises Schreiben Schlüssel-

kompetenzen, die mit einer CAS-Arbeit gefördert werden können. Hierzu gehören das Begleiten der Schreibenden und das Vermitteln von klaren Strukturen für die schriftliche Arbeit.

Welche Themen müssen in Zukunft in der Weiterbildung für diplomierte Pflegefachpersonen aufgenommen werden?

Von Pflegefachpersonen wird immer mehr Eigenverantwortung gefordert. Das heisst, die Fachpersonen brauchen viel Fachwissen und ein grosses Verständnis für komplexe Situationen, um entscheidungsfähig zu sein. Man kann sicher sagen, dass neben einer grossen Fachkompetenz die Themenbereiche Case Management, Beratung, motivierende

«Arbeitgeber, die Fort- und Weiterbildung ermöglichen, bleiben attraktiv.»

Gesprächsführung und die Fähigkeit, in einem Behandlungsnetz Beziehungen zu knüpfen, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Was aus meiner Sicht seit langem zu kurz kommt, ist die Förderung einer aktiven Teilnahme von diplomierten Pflegefachpersonen an der allgemeinen Gesundheitsversorgung, zum Beispiel in der kantonalen Planung. Ich finde es zwingend nötig, dass sich Pflegefachpersonen vermehrt auf der politischen Ebene einbringen. Dieses Thema sollten auch die Fachhochschulen aufnehmen.

Ich wünsche mir, dass diplomierte Pflegefachpersonen immer mehr erkennen, dass wir mit einer soliden Ausbildung und guter Argumentation viele Gestaltungsmöglichkeiten haben. Je mehr Mitsprache, Eigenverantwortung und gestalterische Möglichkeiten man wahrnehmen kann, desto lebendiger bleibt man auch für lange Zeit im Beruf. ■

Frau Lüthi, besten Dank für dieses aufschlussreiche Gespräch!

www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung



Regula Lüthi, dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie, Pflegeexpertin Höhere Fachschule (HöFa II), Master of Public Health



Mit neuer Passerelle an die Fachhochschule

Ab 2013 haben Absolvierende eines Nachdiplomstudiums in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege einer Höheren Fachschule erstmals die Möglichkeit, das Diploma of Advanced Studies «Spezialisierte Pflege» zu erwerben. Die Berner Fachhochschule hat dazu mit dem Berner Bildungszentrum Pflege sowie dem Inselspital Bern ein in der Schweiz einmaliges Passerelle-Programm entwickelt.



Prof. Marie-Theres Nieuwesteeg
Leiterin Abteilung Weiterbildung
und Dienstleistungen
Fachbereich Gesundheit
marie-theres.nieuwesteeg@bfh.ch

Im Zuge der neuen Bildungssystematik wurden fast alle Grundausbildungen im Gesundheitswesen entweder an der Fachhochschule (FH) oder der Höheren Fachschule (HF) angesiedelt. Während etwa die Ausbildung in Physiotherapie nur an FH angeboten wird, werden z. B. Rettungssanitäter ausschliesslich an HF ausgebildet. Als einzige Ausnahme können Pflegeausbildungen an beiden Bildungsinstitutionen abgeschlossen werden – wobei es für FH-Ausbildungen eine (Berufs-)Matura braucht. Im Kanton Bern muss die Gesundheits- und Fürsorgedirektion den vom Souverän erhaltenen Versorgungsauftrag umsetzen. Das heisst, der Kanton hat den Auftrag, für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu sorgen. Dazu

müssen genügend Spitäler und Versorgungszentren aufgebaut und unterhalten sowie genügend Fachpersonen ausgebildet werden. Deshalb unterstützt und fördert der Kanton sowohl Grundausbildungen wie auch die Nachdiplomstudiengänge in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege (NDS HF AIN), die das Berner Bildungszentrum Pflege seit Jahren anbietet.

In zweijährigen Ausbildungsgängen werden Pflegefachpersonen auf eine entsprechende Spezialisierung vorbereitet. Mit ihrem erworbenen Fachwissen können sie Intensivstationen qualifiziert betreiben, Notfallpatienten kundig und situationsgerecht behandeln oder während Operationen fachgerecht die Anästhesie überwachen. Seit 2012 unterstehen die NDS HF AIN neu erarbeiteten

Rahmenlehrplänen – Pflegefachpersonen mit einer Grundausbildung FH oder HF können diese Nachdiplomstudiengänge ab 2013 mit einer höheren Fachprüfung abschliessen.

HF-Abschluss mit FH-Anschluss

Mit der Einbindung der Gesundheitsberufe in die allgemeine Berufsbildung wurde der Grundsatz «Keine Ausbildung ohne Anschluss» umgesetzt. Auch die Bologna-Reform fordert durchlässige Bildungssysteme, z. B. mit dem Konzept «Lebenslanges Lernen». Zudem muss dem Bedarf an Professionalisierung in allen Berufsbereichen Rechnung getragen werden.

Für die NDS HF AIN waren diese Forderungen nur bedingt umsetzbar. Der Zugang zur FH mit einem dieser Nachdiplomstudiengänge war nicht möglich, da die Absolvierenden die Zugangsbedingungen für die Hochschule nicht erfüllen. Dieser Umstand war für den Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (BFH), das Berner Bildungszentrum und das Inselspital Bern nicht haltbar. Gemeinsam suchten sie nach Wegen, um den Anschluss an ein Fachhochschulstudium zu ermöglichen.

Die Curricula der NDS HF AIN wurden einer genauen Prüfung unterzogen. Dabei zeigte sich, dass diese Nachdiplomstudiengänge sehr gut strukturiert sind und fachlich umfassend sowie vertiefend ausbilden. Im Unterschied zu den Weiterbildungsstudiengängen der BFH weisen die NDS HF AIN aber sehr wenig Unterricht in wissenschaftlichem Arbeiten aus. Deshalb kann der Unterricht nicht evidenzbasiert aufgebaut werden.

Der hohe Aufwand eines NDS HF AIN soll im Sinne eines vernünftigen Wissensmanagements durch FH anerkannt werden können (siehe Kasten). Für den erfolgreichen Abschluss eines NDS HF AIN rechnet die BFH bei einer Anmeldung zur DAS-Passerelle 25 ECTS-Punkte an. Dies ermöglicht interessierten Absolvierenden eines NDS HF AIN, ab Januar 2013 mit einem vertretbaren zusätzlichen Aufwand das Diploma of Advanced Studies (DAS) «Spezialisierte Pflege» zu erreichen.

Weg aus der Sackgasse

Aussenstehende können sich fragen, ob die zunehmenden Forderungen von Weiterbildungen und Diplomen nützlich und sinnvoll sind. Im vorliegenden Fall besteht in der Tat ein grosses Interesse, dass die NDS HF AIN den Weg zu weiteren Studienabschlüssen öffnen: Die beruflichen Anforderungen nehmen stetig zu. Deshalb sind Arbeitgebende – im vorliegenden Fall Pflegedirektionen von Universitäts- und/oder Kantons-

spitälern – sehr daran interessiert, dass spezialisierte Pflegefachleute den Gegebenheiten am Arbeitsplatz mit neusten Erkenntnissen begegnen können. Dazu gehören vertieftes Fachwissen wie auch Kenntnisse über wissenschaftliche Methodik.

Nach dem erfolgreichen Abschluss eines DAS kann ein Master of Advanced Studies (MAS) erreicht werden. Nicht alle Absolvierenden eines NDS HF AIN werden einen DAS- oder MAS-Abschluss anstreben, aber die Möglichkeit einer weiterführenden Ausbildung soll allen offen stehen, die sich weiterentwickeln oder in ihrer Institution neue Aufgaben übernehmen wollen. Die knappen Ressourcen an Pflegefachpersonen und -spezialisten verlangen nach Weiterbildungsmöglichkeiten, welche auf weitere berufliche Herausforderungen vorbereiten.

Passerelle an der Berner Fachhochschule – ein Pilotprojekt

Mit der Unterstützung der Top5Soin (Vereinigung aller grossen Universitätsspitäler der Schweiz) will die BFH 2013 den ersten Pilotkurs für Absolvierende eines NDS HF AIN durchführen. Die Bildungslandschaft im Gesundheitswesen ist nach der Umsetzung der neuen Bildungssystematik im Bereich der Grundausbildungen gefestigt. Dies kann für den Bereich der Weiterbildungen noch nicht behauptet werden. Die Zukunft wird weisen, welche Abschlüsse zu welchen neuen Funktionen führen. Mit Engagement muss verhindert werden, dass sich Weiterbildungen als Sackgasse erweisen. In Zukunft müssen so auch für Weiterbildungen Anschlussmöglichkeiten geschaffen werden, welche die vorgegebenen Regeln berücksichtigen und den Betroffenen keine Hindernisse in den Weg legen. Die hier vorgestellte DAS-Passerelle ist ein Schritt in diese Richtung. ■

www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung > Pflege



25 + 5 ECTS-Credits = DAS «Spezialisierte Pflege»

Am Berner Bildungszentrum Pflege werden fachlich umfassende Nachdiplomstudiengänge in Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege (NDS HF AIN) auf Stufe Höhere Fachschule angeboten. Das für einen Hochschulabschluss noch fehlende evidenzbasierte Wissen erlangen Interessenten nach bestandener Ausbildung NDS HF AIN ab Januar 2013 mit einer entsprechenden Passerelle an der Berner Fachhochschule (BFH).

Für den erfolgreichen Abschluss eines NDS HF AIN rechnet die BFH bei einer Anmeldung zur DAS-Passerelle 25 ECTS-Punkte an. Absolvierende ohne Hochschulabschluss nehmen vor Aufnahme in das Passerelle-Programm an einem Fachkurs in wissenschaftlichem Arbeiten teil. Weitere fünf ECTS-Punkte werden an der BFH mit dem Durchlaufen des DAS-Abschlussmoduls und dem Erstellen einer DAS-Arbeit erworben. Teilnehmende der Passerelle erhalten dann den Abschluss Diploma of Advanced Studies (DAS) «Spezialisierte Pflege». Prof. Marie-Theres Nieuwesteeg, Leiterin Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen am Fachbereich Gesundheit, zeigt sich zufrieden: «Ökonomisches Wissensmanagement berücksichtigt schon erbrachte Lernleistungen. Durch das Passerelle-Programm erhalten Absolvierende die Möglichkeit, ihre Weiterbildung fortzusetzen und bei Bedarf und Wunsch ein Studium an der BFH mit einem Master of Advanced Studies abzuschliessen.»



Weiterbildungsprogramm 2012/ 13

Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Wandel erfordert von Fach- und Führungskräften des Gesundheitswesens eine ständige Aktualisierung und Weiterentwicklung ihrer beruflichen Qualifikationen. Vor diesem Hintergrund haben wir für Sie ein praxisorientiertes und wissenschaftlich fundiertes Weiterbildungsprogramm konzipiert, welches Ihnen ausgezeichnete Laufbahn- und Spezialisierungsmöglichkeiten in zukunftsgerichteten Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens eröffnet.

INHALT

WEITERBILDUNG

- 29 Weiterbildungen auf Hochschulstufe:
wissenschaftlich – praxisnah –
interdisziplinär
- 30 Überblick über die Weiterbildungs-
studiengänge
- 31 Lebenslanges Lernen: Aus- und Weiter-
bildung an der Fachhochschule

WEITERBILDUNGSPROGRAMM

Management im Gesundheitswesen

- 32 Diploma of Advanced Studies (DAS)
- 32 Certificate of Advanced Studies (CAS)
Weitere Angebote aus dem Fachbereich
Soziale Arbeit:

- 32 Certificate of Advanced Studies (CAS)

Wissenschaft im Praxisalltag

- 32 Fachkurse

Psychische Gesundheit und Krankheit

- 33 Master of Advanced Studies (MAS)
- 33 Diploma of Advanced Studies (DAS)
- 33 Certificate of Advanced Studies (CAS)
- 33 Fachkurse

Pflege

- 34 Master of Advanced Studies (MAS)
- 34 Diploma of Advanced Studies (DAS)
- 34 Certificate of Advanced Studies (CAS)
- 34 Fachkurse
- 35 Passerelle

Physiotherapie

- 36 Master of Advanced Studies (MAS)
- 36 Certificate of Advanced Studies (CAS)
- 36 Fachkurse
- 36 Kurzcourse

Ernährung und Diätetik

- 37 Certificate of Advanced Studies (CAS)
- 37 Fachkurse
- 37 Kurse

Hebamme

- 37 Certificate of Advanced Studies (CAS)
- 37 Fachkurse
- 37 Kurzcourse

STANDORTE

- 38 Unsere Standorte

DIENSTLEISTUNGEN

- 39 Dienstleistungen
des Fachbereichs Gesundheit

Information und Beratung

Detaillierte Informationen über Inhalt und Durchführung finden Sie auf unserer Website.

www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Die Studienleitenden stehen gerne für persönliche Beratungsgespräche zur Verfügung.

Terminvereinbarungen:
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch oder
telefonisch +41 31 848 45 45

Weiterbildungen auf Hochschulstufe: wissenschaftlich – praxisnah – interdisziplinär

Die Weiterbildungsstudiengänge des Fachbereichs Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert sowie interdisziplinär konzipiert und aufgebaut. Das Gelernte soll in die berufliche Praxis transferiert werden. Die unterschiedlichen Hintergründe und die Praxiserfahrungen der Studierenden bilden die Basis für eine aktive Auseinandersetzung mit den Lerninhalten und eröffnen neue Sicht- und Denkweisen.

Rund die Hälfte der Studienzeit besteht aus eigenverantwortlich gestaltetem Selbststudium. Der hohe Anteil an selbstbestimmtem Lernen ist ein zentrales Merkmal von Hochschulbildungen. Bei Fragen und Unsicherheiten leisten die Lehrkräfte individuelle Unterstützung.

Certificate of Advanced Studies (CAS)

Min. 10 ECTS-Credits*, ca. 300 bis 450 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Abschlussarbeit), Dauer min. 1 Semester.

Ein CAS-Studiengang vermittelt themenspezifisch theoretisch fundiertes und praxisorientiertes Fachwissen sowie praktische Kompetenzen und Instrumente für den Berufsalltag.

Jeder CAS-Studiengang wird mit einem Zertifikat (Certificate of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen. Die CAS-Studiengänge bilden aber auch die Module für weiterführende DAS- und MAS-Abschlüsse.

Diploma of Advanced Studies (DAS)

30 ECTS-Credits*, ca. 900 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Diplomarbeit), Dauer min. 2 Semester.

Der DAS-Studiengang ist eine Zwischenstufe zwischen CAS und MAS. Mittels einer Kombination von CAS-Studiengängen und einer Diplomarbeit ist ein Abschluss auf Diplomstufe möglich. Jeder DAS-Studiengang wird mit einem Diplom (Diploma of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen. Die beiden CAS-Studiengänge können gleichzeitig oder nacheinander absolviert werden. Die erworbenen 30 ECTS-Credits können an einen MAS angerechnet werden.

Master of Advanced Studies (MAS)

60 ECTS-Credits*, ca. 1800 Lernstunden (Unterricht, Selbststudium und Masterarbeit), Dauer individuell, je nach Aufbau des Studiums (min. 2 Jahre, max. 6 Jahre)

Der MAS ist ein modular aufgebauter Studiengang und ermöglicht die Kombination von verschiedenen CAS-Studiengängen zu einem Weiterbildungsmaster. Er setzt sich aus min. 3 CAS-Studiengängen und einer Masterarbeit zusammen. Je nach Konzept kann der modulare Aufbau jedoch variieren. Der Mastertitel ist geschützt; jeder MAS-Studiengang wird mit einem eidgenössisch anerkannten Masterdiplom (Master of Advanced Studies) der Berner Fachhochschule abgeschlossen.

Zulassung

Zu unseren Weiterbildungsstudiengängen werden grundsätzlich Personen zugelassen, die über einen Hochschulabschluss (Fachhochschule, Universität oder ETH) verfügen. Bei vergleichbaren Qualifikationen (z.B. einem Abschluss an einer Höheren Fachschule) und mehrjähriger Berufserfahrung entscheidet die Studienleitung «sur dossier» über die Zulassung. Je nach Studiengang können weitere Voraussetzungen verlangt werden.

Persönliche Beratung

Sie möchten sich im Gesundheitswesen auf Hochschulstufe weiterbilden? Wir beraten Sie gerne kostenlos und unverbindlich.

T +41 31 848 45 45
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch

* ECTS-Credits = European Credit Transfer System ist das europäische System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen.
1 ECTS-Credit entspricht einem Arbeitsaufwand von ca. 30 Stunden.

Überblick über die Weiterbildungsstudiengänge

	CAS	DAS	MAS
Abschluss	Hochschul-Zertifikat: «Certificate of Advanced Studies CAS Bernser Fachhochschule»	Hochschul-Diplom: «Diploma of Advanced Studies DAS Bernser Fachhochschule»	Eidgenössisch anerkannter Hochschultitel: «Master of Advanced Studies MAS Bernser Fachhochschule»
Studienleistung	min. 10 ECTS-Credits (ca. 300–450 Stunden)	min. 30 ECTS-Credits (ca. 900 Stunden)	min. 60 ECTS-Credits (ca. 1800 Stunden)
Dauer	1–2 Semester	min. 2 Semester	min. 2, max. 6 Jahre
Umfang	ca. 17–25 Tage Kontaktunterricht plus Selbststudium und Abschlussarbeit	ca. 50 Tage Kontaktunterricht plus Selbststudium und Diplomarbeit	ca. 75 Tage Kontaktunterricht plus Selbststudium und Masterarbeit
Schriftliche Arbeiten	Abschlussarbeit	Diplomarbeit	Masterarbeit (im Umfang von 10–15 ECTS-Credits)
Studienaufbau	CAS-Studiengang	Modularer Aufbau, Kombination aus mehreren CAS-Studiengängen; Diplomarbeit	Modularer Aufbau, Kombination aus mehreren CAS-Studiengängen; Masterarbeit
Preis	ca. CHF 4000–9000.–	variiert je nach Studienaufbau	variiert je nach Studienaufbau
Zulassung	Hochschulabschluss oder «sur dossier» bei vergleichbarer Qualifikation		
Anrechnung	für DAS- oder MAS-Studiengänge	für MAS-Studiengänge	Höchster Abschluss in der Weiterbildung auf Hochschulniveau
Orientierung	Praxisorientierung, wissenschaftlich fundiert	Praxisorientierung, wissenschaftlich fundiert	Praxisorientierung und Expertise; Erkenntnisgewinn und -vermittlung, wissenschaftlicher Anspruch
Ziel	spezifische Kompetenz zu einem Thema, Zusatzqualifikation für ein Gebiet	vertiefte Kompetenz in einem Fachgebiet; zusätzliche Qualifikation im angestamm- ten Beruf oder Qualifikation in einem neuen Berufsfeld	vertiefte Kompetenzen im Fachbereich; erweiterte Qualifikation im angestamm- ten Beruf oder Qualifikation in einem neuen Berufsfeld, Spezialisierung

Bei allen Angaben sind Änderungen vorbehalten

Lebenslanges Lernen: Aus- und Weiterbildung an der Fachhochschule

Ausbildung nach Bologna-System

Doktorat/PhD an einer Universität
Schwerpunkt Forschung

2 bis 5 Jahre

Master of Science (MSc) 90 ECTS-Credits

- MSc Pflege
- MSc Physiotherapie

1½ bis 2 Jahre

Bachelor of Science (BSc) 180 ECTS-Credits

- BSc Pflege
- BSc Pflege für dipl. Pflegefachpersonen (berufsbegleitend)
- BSc Physiotherapie
- BSc Ernährung und Diätetik
- BSc Hebamme
- BSc Hebamme für dipl. Pflegefachpersonen (verkürzt)

3 Jahre

Maturität
Gymnasium, Berufsmatur, Fachmatur

Weiterbildung für Fachleute mit Berufspraxis

Weiterbildungsangebot
Schwerpunkt Praxisbezug

MAS
60 ECTS-Credits
Master of Advanced Studies (Eidg. anerkannter Hochschultitel)

DAS
30 ECTS-Credits
Diploma of Advanced Studies (Hochschul-Diplom)

CAS
10-15 ECTS-Credits
Certificate of Advanced Studies (Hochschul-Zertifikat)

60
30
ca. 1/2 bis 6 Jahre
10

Hochschulabschluss oder Aufnahme «sur dossier»

Berufstätigkeit

MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN

Diploma of Advanced Studies (DAS)

DAS Medizincontrolling und Qualitätsentwicklung

Der Einstieg ist jederzeit möglich; Beratungs- und Betreuungstermine werden individuell vereinbart.

35 ECTS-Credits

Web-Code: D-MAN-1

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

September 2012 bis März 2013

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-QM-2

CAS Medizincontrolling

September 2012 bis März 2013

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-QM-1

Weitere Angebote aus dem Fachbereich Soziale Arbeit:

www.soziale-arbeit.bfh.ch

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Change Management

April 2013 bis Mai 2014

Web-Code: C-SOZ-7

CAS Führungskompetenzen

Mai 2013 bis März 2014

Web-Code: C-SOZ-3

WISSENSCHAFT IM PRAXISALLTAG

Fachkurse

Qualitative Forschung [neu]

8 Kurstage

September 2012 bis März 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PSY-9

Quantitative Forschung [neu]

8 Kurstage

Oktober 2012 bis März 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PSY-8

Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten für Weiterbildungsstudium Gesundheit und Passerelle [neu]

8 Kurstage

Februar bis Mai 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-INT-1

Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten für Weiterbildungsstudium Gesundheit (E-Learning Angebot) [neu]

Erste Durchführung Start Februar 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-INT-2

Reflektierte Praxis – Wissenschaft verstehen: Fachkurs zum nachträglichen Titelerwerb (NTE)

8 Kurstage, jeweils Februar bis Juni sowie

August bis Dezember

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-0-31

Anleitung von Studierenden in der Praxis:

Fachkurs für Praxisausbilderinnen und Praxisausbilder

Je 8 Kurstage (inkl. Vorkurs)

Herbst 2012 ausgebucht. Daten für Durchführung im Frühjahr 2013 werden ab Juni 2012 bekannt gegeben.

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-0-30

Lehren im Gesundheitswesen [neu]

8 Kurstage, August bis Dezember 2013,

erneute Durchführung ab Herbst 2014

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-0-104

Mit einem Klick zum Ziel

Geben Sie unter www.gesundheit.bfh.ch im Suchfeld den Web-Code ein und gelangen Sie direkt zum Weiterbildungsangebot.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Master of Advanced Studies (MAS)

MAS Mental Health

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich.
Dauer je nach Studienprogramm min. 2 und max. 6 Jahre
60 ECTS-Credits
Web-Code: M-0-2

MAS Abschlussmodul [neu]

September 2012 bis Juli 2013;
erneute Durchführung ab Herbst 2013
10 ECTS-Credits
Web-Code: M-0-6

Diploma of Advanced Studies (DAS)

DAS Psychische Gesundheit

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich.
Dauer je nach Studienprogramm min. 2 Semester
30 ECTS-Credits
Web-Code: D-0-2

DAS Abschlussmodul

Ab Herbst 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: D-PSY-2

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege und Betreuung

Februar bis Oktober 2013
15 ECTS-Credits
Web-Code: C-SPE-13

CAS Arbeitsrehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen [neu]

Februar bis Juli 2013
10 ECTS-Credits
Web-Code: C-INT-3

CAS Ambulante psychiatrische Pflege

Start Herbst 2013
Freie Plätze im Studiengang mit Start September 2012 sind im Internet ersichtlich.
15 ECTS-Credits
Web-Code: C-SPE-15

CAS Verbesserung der psychischen Gesundheit

Start Herbst 2013
Freie Plätze im Studiengang mit Start September 2012 sind im Internet ersichtlich.
15 ECTS-Credits
Web-Code: C-SPE-3

CAS Psychiatrische Pflege

Start Herbst 2013
Freie Plätze im Studiengang mit Start September 2012 sind im Internet ersichtlich.
15 ECTS-Credits
Web-Code: C-0-14

CAS Suizidprävention

Start Herbst 2013
Freie Plätze im Studiengang mit Start September 2012 sind im Internet ersichtlich.
15 ECTS-Credits
Web-Code: C-INT-1

CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung

Start Herbst 2013
Freie Plätze im Studiengang mit Start September 2012 sind im Internet ersichtlich.
15 ECTS-Credits
Web-Code: C-SPE-14

Fachkurse

Adherencetherapie

Oktober 2012 bis Februar 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-0-102

Psychiatrie

Oktober bis Dezember 2012
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-2

Motivational Interviewing

Oktober bis Dezember 2012
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-5

Gesundheitsförderung

Oktober bis Dezember 2012
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-10

Psychoedukation

Oktober bis Dezember 2012
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-11

Aggressionsmanagement

Januar bis Juli 2013
E-Learning Angebot
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-6

Pflegeprozess Persönlichkeitsstörungen und Suchtprobleme

März bis Mai 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-12

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Pflegeprozess Affektstörungen und Schizophrenie

März bis Mai 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-13

Recovery

März bis Mai 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-14

Kognitive Verhaltenstherapie

März bis Juni 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-4

Public Mental Health

März bis Juni 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-3

Lösungsorientierte Gesprächsführung

April bis Juni 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-15

Krisen- und Kurzzeitinterventionen

Erneute Durchführung Start Herbst 2013
Freie Plätze im Fachkurs mit Start September 2012
sind im Internet ersichtlich.
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PSY-7

PFLEGE

Master of Advanced Studies (MAS)

MAS Spezialisierte Pflege [neu]

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich. Dauer je nach Studienprogramm mindestens 2 und maximal 6 Jahre. Das Abschlussmodul wird jährlich angeboten.
60 ECTS-Credits
Web-Code: M-PFL-4

Diploma of Advanced Studies (DAS)

DAS Spezialisierte Pflege [neu]

Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS-Studiengang möglich. Dauer je nach Studienprogramm mindestens 2 Semester. Das Abschlussmodul wird jährlich angeboten.
30 ECTS-Credits
Web-Code: D-PFL-1

DAS Abschlussmodul

September bis Dezember 2013
5 ECTS-Credits
Web-Code: D-PSY-2

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Schmerzmanagement

September 2012 bis Januar 2013
10 ECTS-Credits
Web-Code: C-PSY-2

CAS Clinical Assessment und Decision Making

Februar 2013 bis Januar 2014
10 ECTS-Credits
Web-Code: C-0-34

CAS Einführung in das Case Management- pflegerischer Fokus [in Planung]

10 ECTS-Credits
Web-Code: C-PFL-1

Fachkurse

Mangelernährung [in Planung]

8 Kurstage
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PFL-2

Dysphagie [in Planung]

8 Kurstage
5 ECTS-Credits
Web-Code: K-PFL-1

Passerelle

Passerelle zum Erwerb eines Diploma of Advanced Studies «Spezialisierte Pflege» für Absolvierende eines NDS HF AIN [neu]

Absolvierende eines Nachdiploms HF Anästhesie-, Intensiv- oder Notfallpflege ohne Hochschulabschluss nehmen vor Aufnahme in das Passerelle-Programm am Fachkurs «Grundlagen Wissenschaftliches Arbeiten für Weiterbildungsstudium Gesundheit und Passerelle» teil. 5 ECTS-Punkte werden an der BFH mit dem Durchlaufen des DAS-Abschlussmoduls und dem Erstellen einer DAS-Arbeit erworben. Absolvierenden des DAS-Abschlussmoduls werden dann 25 ECTS-Punkte für das erfolgreich bestandene Nachdiplomstudium HF AIN von der BFH angerechnet und sie erhalten den Abschluss DAS «Spezialisierte Pflege». Damit steht auch der Weg zum MAS «Spezialisierte Pflege» offen.

Web-Code: D-PFL-3

Weitere interessante Weiterbildungsangebote finden Sie auch unter folgenden Rubriken:

- «Management im Gesundheitswesen» (S. 32)
- «Wissenschaft im Praxisalltag» (S. 32)
- «Psychische Gesundheit und Krankheit» (S. 33)

PHYSIOTHERAPIE

Master of Advanced Studies (MAS)

MAS Rehabilitation [neu]

60 ECTS-Credits

Dauer individuell, je nach Aufbau des Studienprogramms min. 2 Jahre und max. 6 Jahre. Anmeldungen zu den einzelnen Modulen sind laufend möglich. Anmeldung zum Mastermodul möglich, sobald mind. 40 ECTS-Credits in Teilmodulen erreicht wurden.
Web-Code: M-0-3

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Lymphologie verkürzt

August 2012 bis Januar 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PHY-8

CAS Neuro-Developmental Treatment NDT

Bobath Baby

Vorbereitung August bis November 2012

Studientage November 2012 bis Juni 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PHY-5

CAS Neuro-Developmental Treatment NDT

Bobath (Basic) [in Planung]

CAS Neurorehabilitation – Konzept Bobath

September 2012 bis Juni 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-0-37

CAS Manuelle Therapie SAMT (Basic)

Januar bis September 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PHY-2

CAS Manuelle Therapie SAMT (Advanced) [neu]

März bis Dezember 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PHY-4

CAS Myofasziale Triggerpunkttherapie DGSA [neu]

ab Februar 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-PHY-6

CAS Clinical Assessment und Decision Making

Februar 2013 bis Januar 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-0-34

CAS Sportphysiotherapie – Sport in der Rehabilitation

März bis Dezember 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-0-36

Fachkurse

Bewegungsvorstellungen in der Rehabilitation

6 Kurstage, März bis Juni 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PHY-2

Wiedereinsteigen in die Physiotherapie

6 Kurstage, März bis Juni 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PHY-1

Respiratorische Physiotherapie Basic

7 Kurstage, März bis August 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PHY-3

Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) [neu]

10 Kurstage, ab Frühjahr 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PHY-6

Dysphagie [in Planung]

8 Kurstage

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PFL-1

Kurzkurse

Einführung in die Kinaesthesiologie

2 Kurstage, 2. und 3. November 2012

Web-Code: K-PHY-4

Physiotherapie bei Stimmstörungen [in Planung]

2 Kurstage, Herbst 2013

Web-Code: K-PHY-8

Mit einem Klick zum Ziel

Geben Sie unter www.gesundheit.bfh.ch im Suchfeld den Web-Code ein und gelangen Sie direkt zum Weiterbildungsangebot.

ERNÄHRUNG UND DIÄTETIK

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Ernährung und Diätetik – Beratung und Coaching

16 Studientage ab Herbst 2012

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-ERB-1

CAS Clinical Assessment und Decision Making

Februar 2013 bis Januar 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-0-34

Fachkurse

Vertiefung in Ernährung und Diätetik – Synthesemodul

Frühjahr 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-0-32

Dysphagie [in Planung]

8 Kurstage

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PFL-1

Kurse

Die folgenden Kurse sind SVDE-anerkannt und punkteberechtigt.

Mehr Kompetenz und Sicherheit in der Beratung Betroffener mit «Unverträglichkeiten»

9. und 10. November 2012

Web-Code: K-ERB-10

Die Ernährungsberaterin / der Ernährungsberater in der Gemeinschaftsgastronomie

2 Halbtage, 25. Oktober und 29. November 2012,
jeweils 14.00 – 17.30 Uhr

Web-Code: K-ERB-6

Sporternährung- Umsetzung der aktuellen Empfehlungen

1 Kurstag, 2. Oktober 2012

Web-Code: K-ERB-12

Bariatrische Chirurgie für Ernährungsberaterinnen und -berater

2 Halbtage Herbst 2012

Web-Codes: K-ERB-13 und K-ERB-14

Ernährungsberatung in der Onkologie

Frühjahr 2013

Web-Code: K-ERB-1

Ausgewählte Kapitel der allgemeinen und speziellen Pharmakologie für die Ernährungsberatung [in Planung]

Web-Code: K-ERB-11

HEBAMME

Certificate of Advanced Studies (CAS)

CAS Clinical Assessment und Decision Making

Februar 2013 bis Januar 2014

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-0-34

CAS Geburtsvorbereitung [in Planung]

16 Studientage

Start Herbst 2013

10 ECTS-Credits

Web-Code: C-HEB-1

CAS Suizidprävention

Start Herbst 2013

15 ECTS-Credits

Web-Code: C-INT-1

Fachkurse

Motivational Interviewing

Oktober bis Dezember 2012

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PSY-5

Lösungsorientierte Gesprächsführung

April bis Juni 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code K-PSY-15

Pränatale Diagnostik und Reproduktionsmedizin Begleitung werdender Eltern [neu]

Frühjahr 2013

8 Kurstage

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-HEB-5

Krisen- und Kurzzeitinterventionen

Start Herbst 2013

5 ECTS-Credits

Web-Code: K-PSY-7

Kurzkurs

Berner Notfallkurs Gebärsaal

24. November 2012

Web-Code: K-HEB-3

Weitere interessante Weiterbildungsangebote
finden Sie auch unter folgenden Rubriken:

– «Management im Gesundheitswesen» (S. 32)

– «Wissenschaft im Praxisalltag» (S. 32)

– «Psychische Gesundheit und Krankheit» (S. 33)

Unsere Standorte

Die Weiterbildungsveranstaltungen des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule finden in der Regel an der Schwarztorstrasse 48 in Bern und an der Murtenstrasse 10 in Bern statt.



Murtenstrasse 10, Bern

Ab Hauptbahnhof Bern bis Haltestelle «Insel»:

- Bus Nr. 11, Richtung Güterbahnhof

Schwarztorstrasse 48, Bern

Ab Hauptbahnhof Bern bis Haltestelle «Kocherpark»:

- Bus Nr. 17, Richtung Köniz Weiermatt
- Tram Nr. 6, Richtung Fischermätteli
- Tram Nr. 7, Richtung Bümpliz
- Tram Nr. 8, Richtung Bern Brünnen Westside

Ab Hauptbahnhof Bern bis Haltestelle «Hasler»:

- Tram Nr. 3, Richtung Weissenbühl

Kontakt

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Sekretariat Weiterbildung
T +41 31 848 45 45
F +41 31 848 35 97
weiterbildung.gesundheit@bfh.ch
www.gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Telefon-Auskunftszeiten
Mo–Do: 8.00–12.00 / 13.30–17.00 Uhr
Fr: 8.00–12.00 / 13.30–16.00 Uhr

Dienstleistungen des Fachbereichs Gesundheit

Der Fachbereich Gesundheit bietet eine umfassende Palette massgeschneiderter Dienstleistungen an, in welche das Know-how aus Forschung, Lehre und Weiterbildung einfließt. Er zeichnet sich u.a. auch durch professionelle Forschungsprojekte zu aktuellen, gesellschaftsrelevanten Fragestellungen und praxisbezogene disziplinäre und interdisziplinäre Weiterbildungsangebote aus.

Betriebsinterne Weiterbildungen

Ausgehend von Ihren Praxisfragen konzipieren und entwickeln unsere Expertinnen und Experten – mit Ihnen zusammen oder nach Ihren Vorgaben – betriebsinterne Weiterbildungen, die auf Ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten sind. So profitieren Sie von einer betriebsexternen Unterstützung bei der Implementierung von Neuerungen und Weiterentwicklung einer hochwertigen Leistungserbringung. Die Weiterbildungen werden von unseren Fachleuten entweder in unseren Räumlichkeiten in Bern oder auf Wunsch auch in Ihrem Betrieb durchgeführt.

www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen

Fachberatungen

Unsere Expertinnen und Experten unterstützen Sie mit Beratungen in verschiedenen Bereichen:

- Audits: Überprüfung von Pflegemassnahmen und -konzepten auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Praxis;
- Konzeption: Konzeptentwicklung und -umsetzung;
- Projektierung: Projektplanung, -beratung und -leitung;
- Beratung: Fall- und Teamberatung; Recherchen: z.B. zu praxisrelevanten Fragestellungen, Assessments oder Interventionen.

www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule erbringt Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Soziale Arbeit. Das Leistungsangebot umfasst Methoden und Verfahren im Rahmen des umfassenden Qualitätsmanagements:

- Weiterbildungsangebote zu den verschiedenen Facetten des Themenbereichs «Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen» sowie massgeschneiderte betriebsinterne Weiterbildungen;
- Erarbeitung von strategischen Zielen des Qualitätsmanagements in Organisationen, Verbänden und Gremien des Gesundheitswesens;
- Aufbau und Einführung von Prozessmanagement und Clinical Pathways;
- Aufbau und Einführung eines Beschwerde- und Fehlermanagements;
- Erarbeiten und Institutionalisieren von Qualitätsnachweisen aufgrund von Wirkungsindikatoren, Qualitätsreportings und -berichten;
- Unterstützung bei Fragen zur Organisationsentwicklung;
- Entwicklung und Einführung von umfassenden und massgeschneiderten Qualitätsmanagementsystemen für personenbezogene Dienstleistungen im Gesundheitswesen auf der Basis des EFQM-Modells;
- Schulung und Durchführung von Audits und EFQM-Assessments;
- Angewandte Forschungsaufträge zu Fragen der Qualität und Qualitätsentwicklung.

www.qm.bfh.ch

Kommunikationstraining

Als Berufstätige im Gesundheitswesen sind Sie immer wieder mit komplexen Situationen konfrontiert, die eine hohe kommunikative Kompetenz erfordern. Im Umgang mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, innerhalb des Teams und auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit brauchen Sie verbale und non-verbale Fertigkeiten, die trainiert werden können.

Wir stellen für Ihr Team massgeschneiderte Schulungen mit theoretischen Inputs und praktischen Kommunikationstrainings zusammen. Die Inhalte und der Umfang der Schulung werden auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt. Mit professionellen Schauspielerinnen und Schauspielern können Sie konkrete Kommunikationssituationen, wie beispielsweise schwierige Gespräche im Behandlungsverlauf, Krisengespräche, Gespräche mit Angehörigen oder andere praxisbezogene Situationen aus Ihrem Berufsalltag im kleinen Rahmen üben. Dank gezielter Rückmeldungen bekommen Sie die Möglichkeit, das Erlebte zu reflektieren und können Ihre kommunikativen Kompetenzen erweitern.

Gerne beraten wir Sie persönlich und stellen für Sie eine praxisnahe Schulung zusammen.

www.gesundheit.bfh.ch/dienstleistungen

Angewandte Forschung und Entwicklung

Die Forschungsabteilung des Fachbereichs Gesundheit führt für Sie im Mandat Forschungsprojekte und Evaluationen durch:

- Beratung, Planung und Durchführung von Evaluationen und Forschungsprojekten (Methodenwahl, Stichprobe, Verbindung qualitativer und quantitativer Ansätze);
- Aufbereitung und Organisation bereits erhobener Daten, Problemanalysen, Literaturexpertisen zum Stand des nationalen und internationalen Wissens.

www.gesundheit.bfh.ch/forschung

Studium

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

Weiterbildung

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

Dienstleistungen

- Fachberatung
- Organisationsentwicklung für Gesundheitsinstitutionen
- Qualitätsmanagement
- Kommunikationstraining

Angewandte Forschung und Entwicklung

- Forschungsprojekte mit Praxispartnern
- Evaluationen
- Forschungsunterstützung

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Murtenstrasse 10 3008 Bern
T +41 31 848 35 00
gesundheit@bfh.ch
www.gesundheit.bfh.ch