



Gesundheit und Migration

Sie sind unterwegs

Die interkulturellen Geburtsvorbereitungskurse von «Mamamundo» sind in Bern erfolgreich. Ihre Gründerinnen, Anja Hurni und Doris Wyssmüller, arbeiten beständig daran, das Angebot auszuweiten. ▶ 14



Wir gehen neue Wege

Seine Handschrift wird das Departement Gesundheit prägen: Urs Brügger ist seit 1. Januar 2018 der neue Direktor. ▶ 8



Departement Gesundheit

- 06 Aufbruchstimmung
- 08 Grundsteinlegung für das Departement Gesundheit

Gesundheit und Migration

- 10 «Die Migrantin, den Migranten» gibt es nicht: Plädoyer für einen Perspektivenwechsel
- 12 Die Perspektive der Betroffenen einbeziehen
- 14 Von Bümplyz aufs nationale Parkett
- 18 Gratwanderung: zwischen wissenschaftlicher Datenerhebung und persönlichen Schicksalen
- 20 Transkulturelle Kommunikation in der Physiotherapie: Nonverbale Kommunikation ist gefordert und sie fördert
- 23 Interkulturelle Kommunikation – «Gopfriedstutz, das ist ja harte Arbeit»
- 32 Die vielen Gesichter der Migration Einblicke am «FollowUs»

Angewandte Forschung und Entwicklung

- 26 Illustration der angewandten Forschung und Entwicklung am Departement Gesundheit

Ernährung und Diätetik

- 34 Konsistenzmodifizierte Kostformen bei Dysphagie

Geburtshilfe

- 36 Stillen und Schlafen in der Nacht – neuste Erkenntnisse aus der Literatur

Pflege

- 38 Verloren im System Der Spitalaufenthalt aus der Sicht von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen

Physiotherapie

- 40 Direktzugang zur Physiotherapie: Empfehlungen der Stakeholder

Weiterbildung

- 42 «Innovativ und verlässlich»

Interprofessionelles

- 44 Halbzeit im Projekt «Curriculum 2020»: Wir bleiben dran!

Internationales

- 46 Schweden – Schweiz So ähnlich und doch so anders

Abschlussfeier

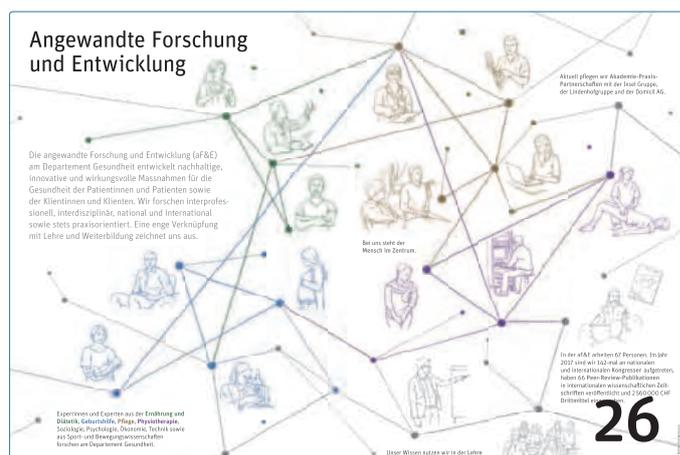
- 48 Abschlussfeier der Master- und Bachelorstudiengänge

Im Dialog mit ...

- 52 Renate Flükiger

Weiterbildungsangebot

- 54 Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule



Liebe Leserinnen und liebe Leser



Monika Eichelberger
Schulrätin BFH

2018 wird ein bewegtes Jahr für die Berner Fachhochschule Gesundheit: Aus dem Fachbereich entsteht ein Departement, Prof. Dr. Urs Brügger nimmt seit dem 1. Januar seine Funktion als Departementsleiter wahr, neue Organisationsstrukturen werden innerhalb des Departements und der Berner Fachhochschule geschaffen. Eine sich verändernde Struktur ist herausfordernd und verlangt von den Mitarbeitenden und den Studierenden Anpassungsfähigkeit und Flexibilität. Herausforderung, Anpassungsfähigkeit und Flexibilität sind Begriffe, die auch zum Fokusthema «Gesundheit und Migration» gehören.

Was verbinden Sie mit «Gesundheit und Migration»?

Gesundheit und Migration – erweitert mit dem Thema Alter. Das ist meine aktuelle Verbindung. Die Beschäftigung von Mitarbeitenden aus über dreissig Nationen in einem Gesundheitsbetrieb im Fokus von alternden, pflegeabhängigen Menschen. Stolz haben sich stellvertretend einige Mitarbeitende dem Bundesrat gezeigt. Vor zwei Jahren durften wir im Schössli Biel den Gesamtbundesrat auf seiner Schulreise begrüßen. 35 Flaggen standen symbolisch für die Nationen dieser Mitarbeitenden.

Vor einem Jahr habe ich die Leitung einer kleineren, dörflichen Langzeitinstitution übernommen. Bereits der Begriff Migration löst hier noch Unsicherheit aus. Wer sind Migrantinnen und Migranten?

Diese Frage stellt sich immer wieder neu – schliesslich geht es um Menschen und nicht um starre Kategorien: Dies zeigt der Artikel zu einem Forschungsprojekt aus der Palliativversorgung genauso wie das Interview mit den Gründerinnen von «Mamamundo», einem Verein, der im Kanton Bern interkulturelle Geburtsvorbereitungskurse anbietet. Lesen Sie ausserdem, mit welchem Ansatz die Studierenden im Bachelorstudiengang in Physiotherapie arbeiten oder was Christa Uehlinger, Dozentin für Interkulturelle Kommunikation, rät, um die Perspektive des Gegenübers zu berücksichtigen.

Ich wünsche Ihnen gute Erfahrungen.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Departement Gesundheit
Erscheinungsweise: 2-mal jährlich
Auflage: 9000 Ex.
Redaktion: Bettina Nägeli
Fotos: Alexander Jaquemet, Daniel Haid, Nick
Schneeberger, Natalie Fasnacht, Franziska Frutiger,
David Bernet, Fotolia und weitere

Layout: AST & FISCHER AG, Wabern, Bettina Häfliger
Druck: AST & FISCHER AG, Wabern
Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung der Redaktion
**Gestaltung «Angewandte Forschung und Entwick-
lung»:** Hahn + Zimmermann GmbH
Abonnement: gesundheit.bfh.ch/frequenz

News

2000. Diplom an der Berner Fachhochschule Gesundheit

Die Berner Fachhochschule Gesundheit hat im Herbst 2017 das 2000. Diplom an Franziska Scheidegger-Balmer, ehemalige Studierende im Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik, verliehen.

Bachelorstudiengang Pflege in Basel

Ab Herbst 2018 bietet die BFH in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt BZG neu den Bachelorstudiengang Pflege in Basel und Bern an. Die Studierenden werden rund 60% des Studiums am BZG und in den Praxisinstitutionen der Region Basel absolvieren sowie 40% an der BFH, wo sie immatrikuliert sind.

Auszeichnung für die Berner Fachhochschule Gesundheit: «Friendly Work Space»

Am 24. Oktober 2017 wurde die Berner Fachhochschule Gesundheit mit dem Label «Friendly Work Space» zertifiziert. Damit attestiert die Organisation Gesundheitsförderung Schweiz dem Departement Gesundheit eine erfolgreiche Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Friendly-Work-Space-Betriebe engagieren sich systematisch für gute Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeitenden.

Leitung des Master of Science in Pflege

Im Studiengang Master of Science in Pflege wurde Christian Eissler nach der a.i. Leitungszeit als Studiengangsleiter bestätigt.

Start Master of Science Hebamme

Am 18. September 2017 starteten in Bern und Winterthur die ersten Studierenden den Master of Science Hebamme. Der Studiengang ist eine Kooperation der Berner Fachhochschule BFH und der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW.

SAMW-Award «Interprofessionalität»

Am 30. November 2017 wurden zwei Projekte der Berner Fachhochschule Gesundheit mit dem SAMW-Award «Interprofessionalität» ausgezeichnet:

- Modultrilogie Interprofessionalität
- BIZEPS Venenpunktionkurs (zusammen mit dem Institut für Medizinische Lehre, Universität Bern, und dem Berner Bildungszentrum Pflege)

Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen

Eine Kooperation der Hochschulen Gesundheit in der Schweiz bildet unter dem Lead der Berner Fachhochschule BFH das Competence Network Health Workforce CNHW. In verschiedenen Teilprojekten werden Grundlagenwissen und Massnahmen erarbeitet. Daraus wird ein Kompetenzzentrum für den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen aufgebaut. Informationen unter www.cnhw.ch

Angewandte Forschung und Entwicklung Physiotherapie am Weltkongress ausgezeichnet

Die angewandte Forschung und Entwicklung Physiotherapie der BFH hat am Weltkongress 2017 der World Confederation for Physical Therapy in Kapstadt zum zweiten Mal den «Outstanding Poster Presentation Award» erhalten. Ausgezeichnet wurde die interprofessionelle Arbeitsgruppe für die Präsentation des neuen Therapiekonzepts zur Belastungsinkontinenz.

PhD-Titel

Wir gratulieren folgenden Dozierenden der Abteilung Physiotherapie zu ihrem erfolgreich abgeschlossenen PhD-Studium: Monika Leitner, Helena Luginbühl und Slavko Rogan.

Events

Colloque Santé

Am 27. Februar 2018 findet das Colloque Santé im Domicil Schwabgut unter dem Titel «Trainingsprogramm zur Stärkung der Handlungskompetenzen von Pflege- und Betreuungspersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz (SHAPE-D)» statt. Weitere Informationen unter gesundheit.bfh.ch/colloque-sante

Massagetag 2018

Im Rahmen des Massagetags 2018 können sich Interessierte am 28. April 2018 zugunsten verschiedener Projekte und Organisationen im Gesundheitswesen während je einer halben Stunde von Studierenden des Bachelorstudiengangs Physiotherapie der Berner Fachhochschule in Bern und Basel massieren lassen. Siehe gesundheit.bfh.ch

4. Fachtagung Geburtshilfe

Am 15. Juni 2018 findet an der BERNEXPO die 4. Fachtagung Geburtshilfe statt. Expertinnen und Experten aus Politik, Praxis und Forschung referieren zum Thema «Perinatale Versorgung von Frauen und ihren Kindern nach Flucht und Migration». Informationen unter gesundheit.bfh.ch (Web-Code T-O-106)

Treffpunkt BFH: «Fit und erfolgreich in die Laufsaison»

Das Departement Gesundheit eröffnet mit der Veranstaltung «Fit und erfolgreich in die Laufsaison» die BFH-Vortragsreihe «Treffpunkt BFH» 2018. Am 22. März 2018 erfahren Sie, wie Sie Ihr Lauftraining optimal gestalten, wie Sie Verletzungen vorbeugen können und wie Sie Ihre Ernährung im Hinblick auf einen Lauf gestalten können. Informationen demnächst unter bfh.ch



3. Nationale Tagung «Gesundheit & Armut»

Das BFH-Zentrum Soziale Sicherheit führt im 2-Jahres-Rhythmus die nationale Tagung «Gesundheit & Armut» durch. Fachleute und Interessierte informieren sich über ungleiche Gesundheitschancen in der Schweiz und tauschen sich aus. Die dritte Ausgabe findet am 22. Juni 2018 statt. Weitere Informationen unter bfh.ch/forschung

Veranstaltungsreihe «Big Data im Nahrungsmittelsystem»

Das BFH-Zentrum Nahrungsmittelsysteme, ein Forschungsnetzwerk der Berner Fachhochschule, geht der Digitalisierung in Nahrungsmittelproduktion und -konsum sowie Ernährung in einer Veranstaltungsreihe auf den Grund. Die Daten und Titel der einzelnen Veranstaltungen finden Sie unter bfh.ch/forschung.

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

Sofern nicht anders angegeben finden die Infoveranstaltungen der einzelnen Studiengänge an der Schwarztörstrasse 48, 3007 Bern statt. Die Durchführungszeiten, Anmeldeformulare und weitere Infoveranstaltungen finden Sie unter gesundheit.bfh.ch.

- Dienstag, 15. Mai 2018
- Mittwoch, 12. September 2018
- Mittwoch, 31. Oktober 2018
- Mittwoch, 5. Dezember 2018

Infoveranstaltungen Master of Science in Pflege

- Dienstag, 6. Februar 2018
- Dienstag, 17. April 2018

Infoveranstaltungen Master of Science Hebamme (Murtenstrasse 10, 3008 Bern)

- Dienstag, 16. Januar 2018
- Dienstag, 27. Februar 2018
- Dienstag, 27. März 2018
- Montag, 23. April 2018
- Dienstag, 29. Mai 2018
- Dienstag, 26. Juni 2018

Infoevent Master of Science in Physiotherapie

- Donnerstag, 1. Februar 2018

Infoveranstaltung Master of Science in Physiotherapie

- Montag, 5. März 2018

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

- Samstag, 13. Januar 2018 (Infotag, Zollikofen, HAFL)
- Dienstag, 30. Januar 2018 (Bern, Departement Gesundheit)
- Dienstag, 13. März 2018 (HWZ Zürich)
- Donnerstag, 5. April 2018 (Zollikofen, HAFL)
- Dienstag, 15. Mai 2018 (Podiumsdiskussion, Bern, Departement Gesundheit)

Aufbruchstimmung

Nach 14 Jahren als Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ist für Prof. Dr. Urs Brügger der richtige Zeitpunkt gekommen, eine neue Aufgabe anzupacken. Der promovierte Gesundheitsökonom freut sich sehr darauf, mit rund 220 Mitarbeitenden das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule aufzubauen. Er wird die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe vorantreiben.



Viele Faktoren haben dazu geführt, dass Urs Brügger sich für die Stelle als Direktor des Departements Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH beworben hat: «Ein neues Departement birgt ein grosses Potenzial. Dieses Departement zu gestalten und die Akademisierung der vier Gesundheitsberufe weiterzuentwickeln, weckt in mir eine grosse Motivation.» Die grosse Vorfreude und der Elan, die Urs Brügger antreiben, bleiben einem nicht verborgen. Er selber bezeichnet seine Wahl als «glückliche Fügung». In seiner beruflichen Laufbahn ist der richtige Moment gekommen, sich auf etwas Neues einzulassen. Unbekannt sind ihm die Gesundheitsberufe der Fachhochschule nicht. Vor zwölf Jahren war Urs Brügger als Projektleiter massgeblich am Aufbau des Departements Gesundheit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW beteiligt. Er weiss um die Herausforderungen, welche die Umstrukturierung der Ausbildungen von der HF- zur FH-Stufe mit sich brachte. Mit dem Departement Gesundheit fühlte er sich seither immer verbunden und war in den Instituten der Berufsgruppen Ergotherapie und Hebammen der ZHAW im jeweiligen fachlichen Beirat. In seiner eigenen Berufsbezeichnung «Gesundheitsökonom» gewichtet Urs Brügger den Begriff «Gesundheit» höher als den des «Ökonomen». «Mein Herz schlägt klar für die Gesundheit», ergänzt er.

Von Winterthur nach Bern

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) hat der Absolvent der HSG Universität St. Gallen als Leiter übernommen, als es noch in den Kinderschuhen steckte. Jetzt ist das WIG «erwachsen» und die Zeit ist reif, es in neue Hände zu übergeben. Urs Brügger hat das Institut zusammen mit 30 Mitarbeitenden zu einem erfolgreichen und im internationalen Kontext gefragten Kompetenzzentrum geführt. Seine Erfahrungen aus dem WIG und aus dem Masterstudium in Health Technology Assessment (HTA) genauso wie die zahlreichen Kontakte zu Akteuren im Gesundheitswesen wird Urs Brügger in seine neue Aufgabe mitnehmen.

Es ist nicht zuletzt auch der neue Arbeitsort, der Urs Brügger zum beruflichen Wechsel bewogen hat: Mit der Stadt Bern verbindet er einerseits schöne Kindheits-erinnerungen, andererseits erlebt er Bern heute als «Zentrum der schweizerischen Gesundheitspolitik». Anders als die Finanzwirtschaft sei das Gesundheitssystem ein regulierter Markt. Dessen Puls werde in Bern gesteuert.

Neue Berufsrollen für die Praxis

Demografische Entwicklungen, die Digitalisierung und der steigende Kostendruck sind Treiber des Wandels, der das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren prägen wird. In diesem Wandel ist es wichtig, dass Hebammen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ernährungsberaterinnen und -berater sich positionieren und befähigt werden, «Advanced-Practice»-Rollen zu übernehmen. «Im Bachelorstudium müssen wir den Studierenden eine so-

lide Grundbildung bieten, im Masterstudium müssen wir die Gestaltung der neuen Rollen und der Verantwortlichkeiten weiterentwickeln», sagt der Departementsleiter. Es gibt durchaus Potenzial, dass Gesundheitsfachpersonen mit einem Masterabschluss oder einem Doktoratsstudium in gewissen Bereichen bisher klassische Tätigkeiten von Medizinerinnen übernehmen können. Dort, wo es um die angewandte Wissenschaft geht, hat die Fachhochschule eine Vorreiterrolle und muss in der Ausbildung Verantwortung übernehmen. Die Fachhochschule hat einen vierfachen Leistungsauftrag und gegenüber der Gesellschaft die Aufgabe, Fachpersonen für die Praxis auszubilden.

Ein Departement mit grosser Ausstrahlung

Als Direktor orientiert sich Urs Brügger nicht nur am Leistungsauftrag. Er strebt eine hohe Qualität in Lehre und Forschung an, will die finanziellen Möglichkeiten effizient ausschöpfen und dafür sorgen, dass das Departement aus zufriedenen und gut orientierten Mitarbeitenden zusammengesetzt ist. Seine Führungsrolle wird er mit viel Leidenschaft ausüben. Sich selber bezeichnet er als «Decision Maker», der Entscheidungen aber nicht überstürzt fällt. Durch seine vielfältigen Tätigkeiten hat sich Urs Brügger in der Gesundheitspolitik und mit vielen Akteuren des Gesundheitswesens stark vernetzt. Er wird seine Verbindungen dafür einsetzen, dass das Departement Gesundheit an Ausstrahlung und Einfluss gewinnt.

Eine leitende Funktion in einer Fachhochschule zu haben, ist für ihn hoch motivierend und durchaus sinnstiftend. Wo sich Urs Brügger einsetzt, will er etwas bewegen. Als Stiftungsrat der Schweizerischen Epilepsie-Stiftung, als Verwaltungsrat der Spital Thurgau AG oder als Vorstandsmitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW übernimmt er als Mandatsträger Verantwortung in gesellschaftlich relevanten Bereichen und bezeichnet diese Aktivitäten auch als sinnstiftend und erfüllend.

Dass Urs Brügger alle Aktivitäten unter einen Hut bringen kann, wünscht man ihm und dem Departement Gesundheit sehr. Erholung holt sich der 52-Jährige, der sich als «Outdoor-Aktiven» bezeichnet, beim Mountainbiken, am Meer beim Windsurfen oder in den Bergen auf Skitouren. Er will dabei nächstens auch das Berner Oberland entdecken.

Die grosse Freude, die Urs Brügger ausstrahlt, ist ansteckend. Dem Departement Gesundheit stehen spannende, bewegte und erfolgversprechende Zeiten bevor, die mit Sicherheit von der Handschrift des neuen Direktors geprägt sein werden.

Text:
Stefanie Diviani, Leiterin Kommunikation Departement Gesundheit

Grundsteinlegung für das Departement Gesundheit

Die Berner Fachhochschule passt ihre Organisation an die aktuellen Herausforderungen an und hat entschieden, die Fachbereiche Gesundheit, Soziale Arbeit und Wirtschaft ab 1. Januar 2018 als eigenständige Departemente zu führen. Die bisher am Fachbereich Gesundheit angesiedelten Disziplinen und Leistungsbereiche werden nun unter dem neuen Dach des Departements Gesundheit ihren Auftrag wahrnehmen.

Gut ausgebildete Fachkräfte sind im Gesundheitswesen gefragt und werden es auch in Zukunft sein! Die Berner Fachhochschule BFH hat den Auftrag, Ernährungsberaterinnen und -berater, Hebammen, Pflegefachpersonen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten auszubilden und für die Ausübung ihrer Berufe zu befähigen. Während zwölf Jahren wurde dieser Auftrag im Fachbereich Gesundheit als Teil des Departements Wirtschaft, Gesundheit, Soziale Arbeit umgesetzt. Die Studierendenzahlen haben sich mehr als verdoppelt, das Angebot und die Zahl der Mitarbeitenden haben sich laufend erweitert. Am 1. Januar 2018 haben wir den Grundstein für das Departement Gesundheit gelegt und freuen uns, nun in der neuen Struktur Teil der BFH zu sein. In enger Zusammenarbeit mit unseren Praxispartnern wollen wir den vierfachen Leistungsauftrag in Lehre, Forschung, Weiterbildung und Dienstleistungen umsetzen. Wir sind überzeugt, dass es uns als Departement noch besser gelingen wird, eine klare inhaltliche Positionierung einzunehmen, und dass wir gezielter auf die Bedürfnisse unserer Kundinnen und Kunden sowie unserer weiteren Stakeholder eingehen können. Die schlanke Organisation des neuen Departements sieht vor, dass die vier Gesundheitsberufe eigene Abteilungen bilden, dadurch in der Departementsleitung vertreten sind und gemeinsam die weitere strategische Entwicklung mitprägen.

Wir werden in der Umsetzung unseres Auftrags vom Ziel geleitet, Patientinnen und Patienten, Kundinnen und Kunden eine professionelle und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Behandlung, Beratung und Betreuung zukommen zu lassen. Wir stehen dafür ein, dass Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen im Zentrum der Gesundheitsversorgung stehen. Diesen personenzentrierten Ansatz vermitteln wir einerseits unseren Studierenden in allen Studiengängen, andererseits sind unsere Forschungsaktivitäten so ausgerichtet, dass sie sich auf den Menschen mit seiner körperlichen und

psychischen Gesundheit fokussieren. Darüber hinaus streben wir an, ein relevanter Akteur bei der Entwicklung eines zukunftsorientierten und nachhaltigen Gesundheitssystems für die gesamte Bevölkerung zu sein.

Studium am Departement Gesundheit

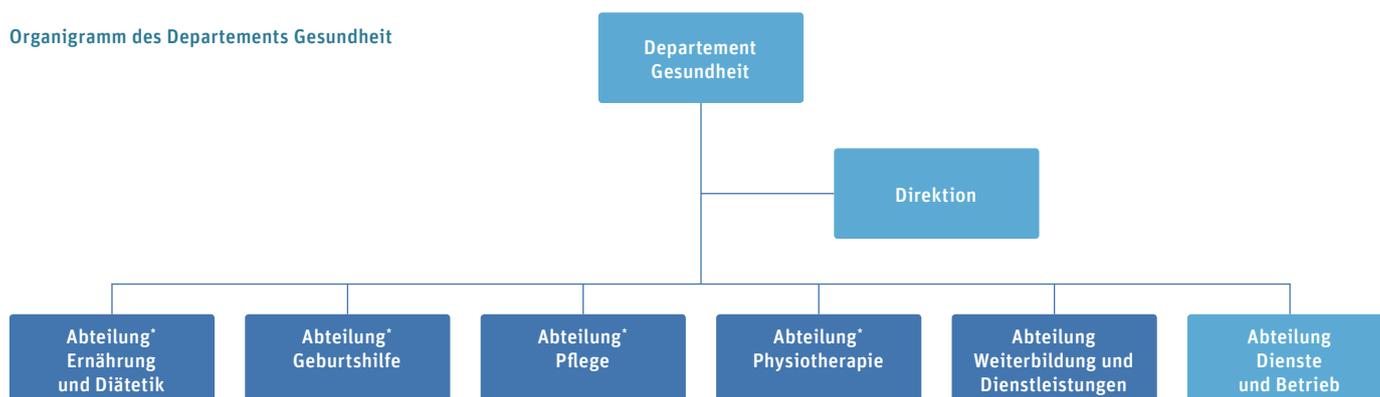
Das Studium am Departement Gesundheit ist geprägt von der Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis. Unsere Dozierenden vermitteln Lerninhalte, die nicht nur einer persönlichen Berufserfahrung entspringen, sondern die sich auf eine wissenschaftliche Basis abstützen. Skills- und Kommunikationstrainings bilden wesentliche Pfeiler in unseren Studiengängen. Ein erster Teil der praxisorientierten Ausbildung kann dank der Skills- und Kommunikationstrainings mit standardisierten Patientinnen und Patienten ohne Patientengefährdung durchgeführt werden, sodass der anschließende Praxistransfer optimal vorbereitet und die Patientensicherheit gefördert wird.

Früh schon erfahren die Studierenden, dass sie als Berufspersonen immer wieder in einem interprofessionellen Team agieren werden. Interprofessionalität und eine dazugehörige transparente Kommunikation fördern und fordern wir. Unsere Studierenden sollen mit ihren Kompetenzen das Gesundheitswesen der Zukunft prägen. Sie sollen verantwortungsvoll handeln und zu wichtigen Entscheidungsträgern werden.

Lesehinweis: Angewandte Forschung und Entwicklung

In der Heftmitte stellen wir Ihnen in illustrierter Form unsere angewandte Forschung und Entwicklung vor. Ausserdem erhalten Sie ab der nächsten «frequenz»-Ausgabe jeweils jährlich einen Jahresrückblick der angewandten Forschung und Entwicklung als Beilage.

Organigramm des Departements Gesundheit



* beinhaltet die Einheiten:

- Bachelor (BSc)
- Master (MSc)
- angewandte Forschung und Entwicklung

Mit dem Bachelordiplom wird den Studierenden basierend auf dem Gesundheitsberufegesetz die Berufsbefähigung attestiert. Mit unseren Studienangeboten auf Masterstufe befähigen wir die Gesundheitsfachpersonen dazu, in der integrierten Versorgung entscheidende Rollen zu übernehmen sowie ihre Professionen im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

Forschen mit der Praxis und für die Praxis

Unsere Forschungsschwerpunkte leiten wir aus den Bedürfnissen und Fragestellungen der Praxis ab. Wir sind überzeugt, dass angewandte Forschung nur dann gelingen kann, wenn sie die Praxispartner konsequent einbezieht. Angewandte Forschung bedeutet, dass die gewonnenen Erkenntnisse für die Praxis relevant sind. Genauso legen wir in unseren Forschungsaktivitäten den Fokus auf die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige. Wir wollen dazu beitragen, dass die personenzentrierte Gesundheitsversorgung den heutigen Ansprüchen gerecht wird. In der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege wird dieser Ansatz beispielsweise mit «Service User Involvement» verfolgt: Durch die aktive Beteiligung von Betroffenen will die Forschung Pflege dringend benötigtes Wissen zur Verbesserung der Pflege und Therapie generieren,

die Praxisrelevanz von Forschungsprojekten vergrößern und damit die Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern.

Gezielte Akademie-Praxis-Partnerschaften bauen wir mit der Inselgruppe, der Lindenhofgruppe und der Domicil AG weiter auf. Diese enge Verbindung zur Praxis ist stärkend und richtungsweisend zugleich. Zukünftig wollen wir zusätzlich noch vermehrt die institutionellen Rahmenbedingungen untersuchen, die für die Versorgung und damit die Umsetzung innovativer Ansätze eine entscheidende Rolle spielen. Gesundheitspolitik, Gesundheitsökonomie oder Managementfragen werden uns ebenfalls zunehmend beschäftigen.

Lebenslanges Lernen

Gesundheitsfachpersonen müssen offen und flexibel sein, um den steigenden Ansprüchen gerecht zu werden. Patientinnen und Patienten werden immer älter und die Gesellschaft wird heterogener. Chronische Erkrankungen und Mehrfach-Erkrankungen nehmen zu. Die Digitalisierung und der steigende Kostendruck sind weitere Herausforderungen im Gesundheitswesen. In gezielter Weiterbildung erwerben Gesundheitsfachpersonen die nötigen Kompetenzen, um die wachsenden Anforderungen zu meistern. Wir wollen mit unserem Weiterbildungs- und Dienstleistungsangebot auf die Bedürfnisse der Fachpersonen reagieren und neue Perspektiven für die eigene Berufslaufbahn aufzeigen. Weiterbildungen sind Ausdruck von lebenslangem Lernen. Neugierde und Motivation werden geweckt und dadurch wird eine längere Berufsverweildauer gefördert. Als Departement Gesundheit liegt uns die Weiterbildung unserer Absolventinnen und Absolventen, unserer Kundinnen und Kunden, aber auch diejenige unserer Mitarbeitenden am Herzen. Nur wenn wir alle kontinuierlich lernen und uns persönlich weiterentwickeln, schaffen wir gemeinsam nach der Grundsteinlegung den erfolgreichen Wiederaufbau des Departements Gesundheit.

Text:
Prof. Dr. Urs Brügger, Direktor Departement Gesundheit

Dank an Eugen Mischler

Mit dem Start des Departements Gesundheit endet die Ad-interim-Leitung des Fachbereichs Gesundheit durch Eugen Mischler. Wir danken Eugen Mischler für seinen enormen Einsatz für den Fachbereich und sein lang anhaltendes Wirken in dieser Funktion. Zusammen mit dem Leitungsteam hat er für die nötige Stabilität im Fachbereich gesorgt und dadurch eine hervorragende Ausgangslage für das neue Departement geschaffen. Eugen Mischler wird im neuen Departement die Abteilung Physiotherapie leiten, Mitglied der Departementsleitung und stellvertretender Departementsleiter sein.

«Die Migrantin, den Migranten» gibt es nicht: Plädoyer für einen Perspektivenwechsel



Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

Wir alle verbinden Bilder und Vorstellungen mit Begriffen wie «die Migrantin, der Migrant» oder «die türkische Kultur». Einerseits reduzieren wir damit komplexe Phänomene unserer Zeit. Andererseits laufen wir Gefahr, Menschen – hier die Patientinnen und Patienten, die Klientinnen und Klienten – vorschnell zu etikettieren. Eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung erfordert von Gesundheits- und anderen Fachpersonen einen professionellen, differenzierten und reflektierten Umgang mit Vielfalt.

«Migration» – respektive Migrantinnen und Migranten – und «Kultur» werden im Zuge der Diskussion über Herausforderungen des Gesundheitswesens dominant ins Feld geführt. Unbestritten sind Migration und daraus resultierende kulturelle und soziale Heterogenität gesellschaftliche Realität. Dies prägt auch das Gesundheitswesen und manifestiert sich in Fragen zu sowohl medizinischen als auch administrativen, ökonomischen und strukturellen Belangen der Gesundheitsversorgung: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Migrations- und Krankheitserfahrung? Gewährleistet das Schweizer Gesundheitswesen den Zugang zu Präventions- und Versorgungsleistungen für die Migrationsbevölkerung? Welche Kompetenzen benötigen Gesundheitsfachpersonen, um Angehörige der Migrationsbevölkerung adäquat zu betreuen und allfällige Kommunikationsprobleme zu überwinden?

Bevor es darum gehen kann, diese Fragen zu beantworten, respektive Lösungen für die sich offenbarenden Herausforderungen zu finden, lohnt sich ein kurzer Exkurs in die Sozial- und Geisteswissenschaften. Diese haben sich der Analyse gesellschaftlicher Phänomene verschrieben und setzen sich kritisch mit den Begriffen «Migration» und «Kultur» auseinander.

Ein differenziertes Verständnis von «Migrantinnen, Migranten» und «Kultur»

«Die Migrantin, den Migranten» gibt es nicht. Zu dieser Schlussfolgerung gelangen wir, wenn wir den Blick aktuellen sozial- und geisteswissenschaftlichen Studien zuwenden. Dort herrscht Konsens darüber, dass die Migrationsbevölkerung in unserer Epoche der Globalisierung alles andere als eine homogene Gruppe darstellt. Stattdessen haben wir es vielmehr «mit einem farbigen und diversifizierten Mosaik unter-

Gesundheitliche Chancengleichheit

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schloss 2017 das nationale Programm «Migration und Gesundheit» ab, dessen Ziel es war, die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Herkunft zu stärken sowie Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit der heterogenen Patientenschaft zu unterstützen. Mit Projekten zugunsten verschiedener benachteiligter Gruppen leistet das BAG auch künftig einen Beitrag an die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Informationen unter www.bag.admin.ch

schiedlicher Personen» (Dahinden, 2009, S. 23) zu tun: Sie sind unterschiedlichen Geschlechts und Alters, leben in verschiedenen ökonomischen Situationen, weisen diverse Bildungshintergründe auf und finden sich in allen sozialen Gruppen und beruflichen Stellungen – und: Sie blicken auf ihre ganz individuelle Migrationsgeschichte.

Angesichts der Vielschichtigkeit der Kategorie «Migration» leuchtet ein, dass die Sozial- und Geisteswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler es heute mehrheitlich ablehnen, «Kultur» als objektive, auf einen geografischen Raum, eine gemeinsame Sprache und geteilte Werte bezogene Tatsache zu verstehen. Damit sehen sie die Gefahr einer stereotypen Kulturalisierung verbunden. Diese verleitet zur Annahme, «dass sie [die Menschen, B.N.] in einer bestimmten, nach aussen klar abgrenzbaren Kultur mit festgelegten Normen und Werten sozialisiert worden sind, und sie sich in der Folge auch dementsprechend kulturspezifisch verhalten» (Domenig, 2009, S. 26). Genau so kommen kulturelle Vorurteile zustande. Stattdessen plädieren die Sozial- und Geisteswissenschaften für einen offenen und dynamischen Kulturbegriff, der in Aushandlungsprozessen entsteht und kontextabhängig ist (Reckwitz, 2005).

Genau hinschauen

Indem wir unreflektiert auf die Herkunft oder die Zuschreibung zu einer bestimmten Kultur zurückgreifen, um herausfordernde Situationen im Umgang mit

Sie sind unterschiedlichen Geschlechts und Alters, leben in verschiedenen ökonomischen Situationen, weisen diverse Bildungshintergründe auf und finden sich in allen sozialen Gruppen und beruflichen Stellungen – und: Sie blicken auf ihre ganz individuelle Migrationsgeschichte.

Patientinnen und Patienten mit migrantischem Hintergrund zu erklären, werden wir der Situation und dem Gegenüber allenfalls nicht gerecht. Weitere denkbare Einflussfaktoren, etwa solche struktureller Art wie unsichere Aufenthaltsstatus oder knapp bemessene Zeitrahmen für die Gesundheitsleistungen (auf Seiten der Institution), bleiben möglicherweise aussen vor.

«Migration» und «Kultur» wirken sich nicht alleine, sondern im Verbund mit anderen Kategorien auf den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten, auf Praxissituationen, ja auf das Gesundheitswesen überhaupt aus. Um Herausforderungen zu analysieren und adäquat anzugehen, sind die Fachpersonen und Institutionen gefordert, genau hinzuschauen. In der Patientin, im Patienten – oder auch in der Teamkollegin, im Teamkollegen – nicht nur «die Migrantin» oder «den Türken» zu sehen. In der Patientengruppe nicht nur «die Migrationsbevölkerung». Herausforderungen differenziert,

mit individuellen, sozialen, strukturellen und ökonomischen Merkmalen anzusehen. Und letztlich gehört immer auch dazu, die eigene Situation kritisch zu betrachten im Sinne einer «professionelle[n, B.N.] Selbstreflexion über eigene Vorurteile und Werthaltungen» (Kleiner und Navarra, 2012, S. 82). Ebendiese Sensibilität für eine differenzierte und reflektierte Perspektive gilt es indes genauso auf dem politischen Parkett, in jeglichen Bereichen der Gesundheitsinstitutionen und in der Ausbildung der Gesundheitsberufe zu entwickeln. Dagmar Domenig spricht von «transkategorialer Kompetenz» (Domenig, 2016, S. 32) – in Erweiterung der zumeist verwendeten Begriffe der transkulturellen oder interkulturellen Kompetenz. Nur so können gern genutzte Worthülsen bezüglich der Ziele der schweizerischen Gesundheitsversorgung wie «Chancengleichheit in der Vielfalt» (Dahinden, 2009, S. 25) oder «Gesundheit für alle»¹ (Gesundheitsförderung Schweiz und Bundesamt für Gesundheit, 2017) Realität werden.

Literatur:

- Dahinden, J. (2009). Migration und Diversität. In P. Saladin (Hg.), *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen* (S. 23–25). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Domenig, D. (2009). Transkulturelle Kompetenz. In P. Saladin (Hg.), *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen* (S. 26–27). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Domenig, D. (2016). Von fremden Kulturen zu komplexen Identitäten. *Physioactive*, 5, 29–34.
- Gesundheitsförderung Schweiz, Bundesamt für Gesundheit. 2017. 19. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz und 4. NCD-Stakeholderkonferenz.
- Gesundheit für alle – neue Erkenntnisse zur Chancengerechtigkeit. Abgerufen von <https://konferenz.gesundheitsfoerderung.ch/de/home>
- Kleiner, M., & Navarra, K. (2012). Transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention: Erfahrungen aus der Praxis mit Projekten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), *Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit* (S. 73–108). Zürich: Seismo.
- Reckwitz, A. (2005). Kulturelle Differenzen aus praxeologischer Perspektive: Kulturelle Globalisierung jenseits von Modernisierungstheorie und Kulturessentialismus. In I. Srubar, J. Renn & U. Wenzel (Hg.), *Kulturen vergleichen – sozial- und kulturwissenschaftliche Grundlagen und Kontroversen* (S. 92–111). Wiesbaden: Springer VS.

Dieser Artikel entstand mit freundlicher Unterstützung des SRK.

¹ Unter dem Motto «Gesundheit für alle – neue Erkenntnisse zur Chancengleichheit» findet am Donnerstag, 18. Januar 2018 die 19. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz und 4. NCD-Stakeholderkonferenz statt. Informationen finden Sie unter <https://konferenz.gesundheitsfoerderung.ch/de/home>.

Plattform «migesplus.ch» des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK)

«migesplus.ch» ist die Plattform für «Gesundheitliche Chancengleichheit». Sie bietet mehrsprachige Gesundheitsinformationen, Informationen für Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen und der Sozialen Arbeit sowie Bildungs- und Beratungsangebote im Bereich Migration und Chancengleichheit. Die Plattform «migesplus.ch» wird vom BAG unterstützt.

Die Perspektive der Betroffenen einbeziehen



Prof. Dr. Eva Soom Ammann
Dozentin
Abteilung Pflege
eva.soomammann@bfh.ch

Die Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz in hoher Qualität gewährleistet und soll chancengleich für alle zugänglich sein – auch für Migrantinnen und Migranten. Um dies zu überprüfen und um allenfalls geeignete Massnahmen zu identifizieren, wie ein Angebot angepasst werden muss, ist die Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen. Am Beispiel der Palliativversorgung wird illustriert, wie dies in Forschung und Praxis gelingen kann.

Das Schweizer Gesundheitswesen hat einen verfassungsbasierten Auftrag, der Bevölkerung gleiche Chancen auf ein gesundes Leben und eine optimale Lebenserwartung zu gewähren.¹ Chancengleichheit ist bedeutsam, weil in modernen, pluralisierten Gesellschaften von einer hohen Diversität bezüglich Werten, Ressourcen, Bedürfnissen und Bedarfen auszugehen ist.² Ein wichtiges Thema sind dabei Benachteiligungen, etwa der Migrationsbevölkerung, die ein gutes Drittel der Schweizer Bevölkerung ausmacht.³ Die Gesundheitsforschung hat nachgewiesen, dass Migrierte tendenziell benachteiligter, vulnerabler und für Präventions- und Versorgungsangebote schwieriger zu erreichen sind. Die Gründe dafür sind vielfältig und in komplexer Weise verwoben mit anderen Diversitätsdimensionen wie sozioökonomischem Status, sozialer Vernetzung oder Geschlecht.

Chancengleichheit umsetzen

Die Nationale Strategie Migration und Gesundheit hat in den letzten Jahren einen soliden Rahmen für die Ausgestaltung migrationssensitiver Gesundheitsversorgung erarbeitet.⁴ Zentrale Pfeiler (z. B. Pfluger et al., 2009) sind die Förderung der Gesundheitskompetenz bei Migrierten, die konsequente Überprüfung bestehender Angebote daraufhin, ob sie Migrierte erreichen und angemessen versorgen, sowie die Förderung von Wissen und Kompetenzen bei Gesundheitsfachpersonen (insbesondere der transkulturellen Kompetenz). Fokussiert wird auf eine für alle zugängliche Regelversorgung, wobei in bestimmten Versorgungsbereichen

und für besonders belastete und/oder schwer erreichbare Zielgruppen spezifische Angebote angebracht sind. Im besten Fall dienen diese als Brücke, das heisst, sie stellen den Zugang zur Regelversorgung sicher und schaffen keine Parallelstrukturen.

Hierfür muss die anvisierte Zielgruppe klar identifiziert und müssen deren Bedarfe und Bedürfnisse erhoben werden. Der Einbezug der Zielgruppe ist dabei der sicherste Weg, um optimale Resultate zu erzielen. Dazu braucht es angemessene, auf Inklusion und Partizipation ausgerichtete Methoden und Vorgehensweisen.

Betroffeneneinbezug am Beispiel Palliative Care

Ein Beispiel für den Einbezug der Perspektive von Migrierten bildet der Versorgungsbereich der Palliative Care – ein besonders sensibler Bereich. Die Versor-

Die Gesundheitsforschung hat nachgewiesen, dass Migrierte tendenziell benachteiligter, vulnerabler und für Präventions- und Versorgungsangebote schwieriger zu erreichen sind.

gung richtet sich auf das Lebensende aus, und kurative Interventionen werden dezidiert hinter lebensquali-

täterhaltende Massnahmen gestellt. Eine konsequente Orientierung an individuellen Bedürfnissen steht dabei noch stärker im Mittelpunkt als in anderen Versorgungsbereichen. Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care⁵ wurde das Ziel verfolgt, in der Schweiz eine flächendeckende Palliative-Care-Versorgung von guter Qualität zu etablieren. Eine im Auftrag des Bun-

stützung bei Entscheidungsfindungsprozessen am Lebensende. Um dem entgegenzuwirken, konnten die Ergebnisse genutzt werden, um einen Kommunikationsleitfaden für die professionelle Praxis zu entwickeln, welcher die migrationssensitive Gesprächsführung mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in Palliative-Care-Situationen anleiten kann.⁷

Die lebensweltliche Verankerung der Betroffenenperspektive ermöglicht es, in der jeweiligen Praxis solide verankerte und passgenaue Lösungen zu erarbeiten, sodass Gesundheitsversorgung ohne Umwege dort ankommt, wo sie gebraucht wird.

Einbezug der Nutzenden führt zu passgenauen Lösungen

Das Beispiel illustriert eine von vielen Möglichkeiten, Betroffene und ihre Sichtweisen in die anwendungsorientierte Forschung einzubeziehen. Je nachdem, welche Perspektive im Hinblick auf welche Praxisentwicklung interessiert, muss sorgfältig geklärt werden, wie vorzugehen ist. Zentral ist dabei die partizipative Vorgehensweise auf Augenhöhe, und es braucht neben Forschungskompetenz auch Zugangswege (oft über Vermittlungsinstanzen), soziale Kompetenz und inhaltliche Vermittlungsfähigkeiten. Der Gewinn für die angewandte Forschung liegt jedoch gerade in der lebensweltlichen Verankerung der Betroffenenperspektive, denn sie ermöglicht es, in der jeweiligen Praxis solide verankerte und passgenaue Lösungen zu erarbeiten, sodass Gesundheitsversorgung ohne Umwege dort ankommt, wo sie gebraucht wird.

desamtes für Gesundheit durchgeführte Studie (Salis Gross et al., 2014; Soom Ammann & Salis Gross, 2014⁶) hat untersucht, ob die Migrationsbevölkerung Palliative Care kennt und ob die Versorgung auf ihre Bedürfnisse angepasst ist. Neben einer internationalen Literaturrecherche und einer telefonischen Befragung von Schweizer Anbietern der spezialisierten Palliative Care wurde ein Participant Rapid Appraisal bei Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine niederschwellige Methode, die bei geringem Wissen zu einem Thema auf breite Erstexploration der Betroffenenperspektive ausgerichtet ist (Rifkin, 1992; von Unger, 2014). Für die Bedarfs- und Bedürfnisabklärung im Hinblick auf Palliative Care wurden zwei Perspektiven berücksichtigt. Zum einen interessierten konkrete Erfahrungen mit Palliative-Care-Angeboten, die mittels Interviews mit sechs Angehörigen von Verstorbenen mit Migrationshintergrund erhoben und in Form von Fallvignetten rekonstruiert wurden. Zum anderen wurden das Wissen zu Palliative Care und die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in Kooperation mit Expertinnen und Experten erhoben. Die Expertenperspektive wurde von Religionsvertreterinnen und -vertretern eingebracht sowie von Mitgliedern einer Fachgruppe, die sich im Kontext von Migrationsvereinen mit Gesundheitsfragen beschäftigt. Zentrales Element der Interviews war – gerade auch aufgrund des weitgehend unbekanntes Feldes – eine stark dialogische, auf gemeinsames Erarbeiten der Gesprächsinhalte ausgerichtete Interviewgestaltung. Bei allfälligen Sprachbarrieren wurden interkulturell Übersetzende und Projektmitarbeitende mit Migrationshintergrund hinzugezogen.

Die wichtigsten Ergebnisse der Interviews verwiesen auf ein hohes Vertrauen in die Schweizer Gesundheitsversorgung, aber geringe Kenntnisse bezüglich der Besonderheiten palliativer Versorgung. Erschwert sind im Kontext des Lebensendes die migrationssensitive Kommunikation, insbesondere beim Übergang von kurativer zu palliativer Behandlung, die psychosoziale Begleitung, die Wertevermittlung und die Unter-

¹ www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitsliche-chancengleichheit.html und das Handlungsfeld Chancengleichheit im Rahmen der Strategie «Gesundheit2020».

² Vor diesem Hintergrund gelten die hier gemachten Ausführungen zu einer migrationssensitiven Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in gleicher Weise auch für eine breitere Berücksichtigung von gesellschaftlicher Diversität und Ungleichheit (Soom, 2017).

³ BFS, Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE, Bevölkerung ab 15 Jahren mit im Ausland geborenen Eltern.

⁴ www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit.html

⁵ www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html

⁶ www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/palliative-care-bedarf-in-der-migrationsbevölkerung.html

⁷ www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/sensibilisierung-zu-palliative-care/mitmigrationssensitive-palliative-care.html

Literatur:

- Pfluger, T., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2009). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee: Transpraev.
- Rifkin, S. B. (1992). Rapid appraisals for health: an overview. RRA Notes, issue 16, 7-12. Gefunden unter www.iied.org/rra-notes-16-applications-for-health
- von Unger, H. (2014). Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.
- Soom Ammann, E. (2017). Vom professionellen Umgang mit Diversität. Suchtmagazin 5/2017, 8-12.

Von Bümpliz aufs nationale Parkett

Mit dem Angebot an interkulturellen Geburtsvorbereitungskursen schliesst der Verein «Mamamundo» im Kanton Bern eine Versorgungslücke. Im Gespräch äussern sich die Geschäftsleiterinnen und Hebammen MSc Anja Hurni und Doris Wyssmüller zur Spezifität ihrer Kurse. Der Umsetzungsweg, den sie mit «Mamamundo» bestritten haben, war ein bemerkenswerter. Heute profitieren Projektteams in Kantonen, in denen es keine vergleichbaren Angebote gibt, von ihren Erfahrungen.

Interview:
Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

Anno 2011 war die Geburtsstunde von «Mamamundo». Wie kam es dazu?

Doris Wyssmüller: Ich arbeite an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde – Inselspital, wo wir einen hohen Anteil an Migrantinnen haben, die zur Geburt kommen. Das klassische Beispiel sieht so aus: Nachts klingelt es an der Türe der Gebärstation. Ich öffne und treffe auf eine verunsicherte, aufgeregte Frau, die erst vor Kurzem in der Schweiz angekommen ist und jetzt, kurz vor der Geburt stehend und ohne Voranmeldung, ins Spital kommt. Die sprachliche Verständigung ist schwierig, die Fachleute sind nicht vorbereitet. Aus diesen Erfahrungen entstand die Idee, Geburtsvorbereitungskurse zu schaffen für Frauen, die mangelnde Sprachkenntnisse und erschwerten Zugang zu Informationen und zum Gesundheitswesen haben.

Anja Hurni: Geburtsvorbereitungskurse sind hierzulande beliebt. Es besteht Bedarf, sich während der Schwangerschaft mit Fachpersonen und Frauen in derselben Situation auszutauschen. Fremdsprachige Frauen sind von diesem Angebot, das von der Grundversicherung mitfinanziert wird, ausgeschlossen, solange es keine Kurse in ihrer Sprache oder mit Übersetzung gibt. Dies ist umso gravierender, als sich Migrantinnen, gerade Asylbewerberinnen, oft mit Hindernissen, die den ausseralltäglichen Zeitraum der Schwangerschaft zusätzlich herausfordern, konfrontiert sehen.

Was sind Beispiele für migrationspezifische Herausforderungen?

AH: Aufgrund fehlender Finanzierung von Dolmetscherdiensten können die Frauen ihre Unsicherheiten im Zuge der Regeluntersuchungen nicht mitteilen (vgl. Kasten). Ihre Fragen rund um die Schwangerschaft bleiben unbeantwortet. Die Frauen sind ausserdem herausgehoben aus dem Familiengefüge, das Vertrauen, Sicherheit und Wissen vermittelt. Sie befinden sich in einem kulturellen Kontext, in dem medizinische Handlungen verbreitet sind, die im Herkunftsland als Eingriff in den natürlichen Prozess einer Geburt angesehen werden – eine Einleitung etwa bei Überschreitung des Geburtstermins oder ein Kaiserschnitt.

Mit welchen Mitteln begegnen die Geburtsvorbereitungskurse von «Mamamundo» diesen Herausforderungen?

AH: Das Ziel der Kurse besteht darin, das psychische und körperliche Wohlbefinden der Frauen zu fördern. Einen hohen Stellenwert hat die Körperarbeit. Die Teilnehmerinnen lernen von den kursleitenden Hebammen, Körpersignale zu deuten und ihnen die angemessene Relevanz zuzuschreiben. Sie erhalten praktische Übungen zum Entspannen, zum Atmen und zu Körperpositio-

nen. Die Gesamtheit der Kurselemente, über sieben Sequenzen verteilt, vermittelt Sicherheit im Umgang mit emotionalen und körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft und stärkt die Gesundheitskompetenz mit Informationen rund um die Geburt und die Zeit danach.

Die sprachliche Verständigung ist schwierig, die Fachleute sind nicht vorbereitet. Aus diesen Erfahrungen entstand die Idee, Geburtsvorbereitungskurse zu schaffen für Frauen, die mangelnde Sprachkenntnisse und erschwerten Zugang zu Informationen und zum Gesundheitswesen haben.

DW: Darüber hinaus bieten die Kurse die Gelegenheit, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Nicht zuletzt vermitteln wir Informationen und Anlaufstellen im Gesundheitswesen.

Was unterscheidet Ihre Kurse von Geburtsvorbereitungskursen für Frauen, die eine unserer Landessprachen sprechen?

AH: Neben den Hebammen sind interkulturelle Dolmetscherinnen die Schlüsselfiguren. Häufig nehmen

Frauen aus verschiedenen Sprachgruppen an einem Kurs teil. Die Übersetzung nimmt viel Raum ein. Zuerst werden die Aussagen der kursleitenden Hebamme an die Teilnehmerinnen übersetzt. Stellt eine Frau eine Frage, muss diese an mich sowie an die Teilnehmerinnen anderer sprachlicher Herkunft übersetzt werden. Der Ablauf wiederholt sich, nachdem die Hebamme geantwortet hat.

DW: Nicht nur die sprachliche Übersetzung prägt den Kurs. Die Besonderheit des interkulturellen Dolmetschens liegt in der Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Teilnehmerinnen. Die Dolmetscherinnen sind sensibilisiert darauf, nicht nur wörtlich zu übersetzen, sondern weiterführende Erläuterungen anzubringen. Man kann sich vorstellen, dass dies viel Zeit beansprucht. Jede Kurssequenz muss entsprechend gut vorbereitet und dosiert sein.

Wie gelangen Sie an die Kursteilnehmerinnen?

DW: Dem Kursbesuch der Frauen geht eine hartnäckige, aufsuchende Koordinationsarbeit unsererseits voraus. Hebammen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde – Inselspital, Soziale Dienste und sensibilisierte Mitarbeitende in Asylunterkünften oder Gynäkologinnen und Gynäkologen melden uns infrage kommende Personen. Diese werden von den Dolmetscherinnen kontaktiert und über das Angebot informiert. Bis die Frauen sich letztlich im Familienhaus in Bümpliz, einem unserer Kursstandorte, einfinden, dauert es oft lange.



Die Teilnehmerinnen lernen von den kursleitenden Hebammen, Körpersignale zu deuten und ihnen die angemessene Relevanz zuzuschreiben. Sie erhalten praktische Übungen zum Entspannen, zum Atmen und zu Körperpositionen.



Projektmanagement, Budgetierung, Coaching: «Mamamundo» erweitert das Tätigkeitsspektrum der Hebammen MSc, Doris Wyssmüller und Anja Hurni.

Wie viele Frauen haben die Kurse bis anhin besucht und woher stammen sie?

AH: Die Teilnehmerinnen stammen vorwiegend aus Eritrea, aus dem Iran, aus Syrien, Afghanistan oder Tibet. Wir haben auch Englisch sprechende Teilnehmerinnen, wobei diese Gruppe relativ heterogen ist bezüglich Herkunft und Hintergrund. Aktuell besuchen jährlich rund 120 Frauen unsere Kurse, wobei wir an unsere Kapazitätsgrenzen stossen. So konzentrieren sich die Kurse aktuell auf den Raum Bern. Es gibt viele Frauen, Migrantinnen aus dem Raum Europa etwa, die zu un-

«Mamamundo» hat uns auf einen lehrreichen Weg geschickt – fachlich wie persönlich. Ich bin froh, können wir diesen Weg zu zweit bestreiten.

rer Zielgruppe zählen. Aus Kapazitäts- und Ressourcen Gründen können wir noch keine Kurse für sie anbieten.

DW: Daneben gibt es Herkunftsgruppen, zum Beispiel Albanerinnen, denen das Konzept der Geburtsvor-

bereitungskurse oft nicht zusagt. Sie unterscheiden sich darin von anderen Migrantinnen, dass ihre Familie mitmigriert ist und sie auf die Unterstützung weiblicher Verwandter zurückgreifen können.

Sie haben in den vergangenen Jahren mit «Mamamundo» einen anspruchsvollen Weg von der Idee über die Umsetzung bis hin zur Professionalisierung begangen. Welches waren die wichtigsten Stationen?

AH: Angefangen haben wir als Privatpersonen. «Mamamundo» fand in der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) schnell eine Unterstützerin. Die GEF förderte uns fortwährend, auch als ihre Vorgabe, uns einer grösseren Institution anzugliedern, sich längerfristig nicht bewährte.

DW: Vorgesehen war – mit Blick auf die Nachhaltigkeit durchaus sinnvoll –, dass wir das Projekt der Abteilung Bildung des Schweizerischen Roten Kreuzes Kanton Bern angliedern. Einerseits brachte die Zusammenarbeit Vorteile, andererseits war es schwierig, das noch junge Angebot mit seiner Dynamik in die etablierte SRK-Struktur zu integrieren. Im gegenseitigen Einver-

ständnis beendeten wir die Zusammenarbeit 2015 und sind seither als Verein organisiert. Die ersten Jahre waren jedoch sehr lehrreich.

AH: 2015 liessen wir eine externe Evaluation durchführen, die den Bedarf des Projekts bekräftigte. In der Folge erhielten wir zusätzliche Gelder und wuchsen. Im Verein schufen wir eine administrative Stelle und eine Koordinationsstelle, die sich primär um die Akquise der Teilnehmerinnen kümmert. Der Vorstand zeichnet verantwortlich für die Drittmittelgewinnung.

Welches sind die nächsten Schritte, die Sie mit «Mamamundo» planen?

DW: Einerseits haben wir zum Ziel, das Angebot von der Stadt Bern auf andere Regionen im Kanton auszuweiten. Zurzeit entwickeln wir Angebote in Biel, wo ein grosser Anteil der Bevölkerung unserer Zielgruppe entspricht.

AH: Andererseits stösst «Mamamundo» national auf Interesse, fungiert als Best-Practice-Projekt. Angefragt von Gesundheitsförderung Schweiz, haben wir einen Leitfaden und ein detailliertes Kurskonzept erstellt, damit andere Kantone Projekte nach unserem Modell aufbauen können. Wir freuen uns, wenn wir unsere Erfahrungen weitergeben können.

Angesichts der beeindruckenden Entwicklung von «Mamamundo» haben sich Ihre Tätigkeiten – ursprünglich sind Sie beide Hebammen – verändert. Wie erleben Sie dies?

AH: Unser Tätigkeitsspektrum hat sich enorm erweitert: Wir erstellen Budgetierungen, verfassen Projektanträge und coachen andere Kantone im Projektaufbau. Dabei kam uns sicherlich der Master of Science zugute, der unseren Blick für gesundheitspolitische Gesichtspunkte schärfte sowie Argumentationskompetenzen und Selbstvertrauen vermittelte.

DW: Das bestätige ich vollends: «Mamamundo» hat uns auf einen lehrreichen Weg geschickt – fachlich wie persönlich. Ich bin froh, können wir diesen Weg zu zweit bestreiten.

Was wünschen Sie sich für «Mamamundo»?

DW: Meine Wünsche gehen über das Projekt hinaus. So geraten wir immer wieder in Situationen, die uns unsere Grenzen aufzeigen – namentlich etwa in der Zusammenarbeit mit von Traumaerfahrungen gebeutelten Frauen. Die Aufarbeitung eben solcher Hintergründe können wir im Rahmen der Kurse weder fachlich noch ressourcentechnisch angehen. Dies verweist auf die Notwendigkeit, die Grundversorgung auszubauen. Unser Projekt stellt hier lediglich einen Anfang dar.

Die Besonderheit des interkulturellen Dolmetschens liegt in der Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Teilnehmerinnen. Die Dolmetscherinnen sind sensibilisiert darauf, nicht nur wörtlich zu übersetzen, sondern weiterführende Erläuterungen anzubringen.

AH: Ich wünsche mir dahingehend, dass «Mamamundo» gesamtschweizerisch auf noch mehr Resonanz stösst, sodass politische Handlungen ausgelöst werden. Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen sollen als Leistung der Grundversicherung anerkannt werden, so dass nicht jedem Projektteam eine aufwendige Finanzierungssuche bevorsteht. Über diesen Weg erhalten schwangere Migrantinnen chancengleich Zugang zur reproduktiven Gesundheitsversorgung.

Forschungsprojekte der Abteilung Geburtshilfe

Zwei abgeschlossene Projekte, in denen die perinatale Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und schwangeren asylsuchenden Frauen im Zentrum stand, fanden im vergangenen Jahr bei Medien und Politik eine grosse Resonanz:

«Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz» (REFUGEE)

«Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen» (BRIDGE)

Informationen unter gesundheits.bfh.ch/forschung

Gratwanderung: zwischen wissenschaftlicher Datenerhebung und persönlichen Schicksalen



Susanne Müller
Wissenschaftliche Assistentin
Abteilung Ernährung und Diätetik
susanne.mueller@bfh.ch

Wenn Menschen im Zentrum von Forschungsprojekten stehen, sind mit dem Forschungsprozess oft Emotionen verbunden. Die Forschenden erfahren persönliche Geschichten und treffen auf Schicksale. Der wissenschaftliche Auftrag rückt in den Hintergrund. Ein persönlicher Erfahrungsbericht.

Überladene Schlauchboote, Fotos von ertrunkenen Kindern, kilometerlange Schlangen von Menschen, die über die Balkanroute wandern – aber auch die Silvesternacht 2015 in Köln. All diese Bilder wirbeln uns durch den Kopf, als Sofia, meine Arbeitskollegin, und ich in Richtung Asylunterkunft in einer ländlichen Berner Gemeinde fahren, um die Umfrage für unser Projekt zu starten (siehe Kasten).

Vor einiger Zeit haben wir in der angewandten Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik im Rahmen eines Projekts Beratungsunterlagen für tamilische Frauen mit Gestationsdiabetes erarbeitet. Für die aktuelle Studie im Migrationskontext sollen wir Männer und Frauen afghanischer Herkunft zu ihren Erfahrungen auf der Flucht und in der Fremde unter dem Fokus der Lebensmittelsicherheit befragen. Es wurden abenteuerliche Tage mit skurrilen, schönen und erschreckenden Momenten, die mein eigenes Weltbild ziemlich auf den Kopf stellen sollten.

Zurück zum ersten Eindruck nach der Ankunft in der Asylunterkunft: Anscheinend wohnen hier nur Männer und Kinder. Oder ist das hinter dem Vorhang doch ein neugieriges Frauengesicht? Nach der ersten Kontaktaufnahme im Gemeinschaftsraum und der Suche nach einem Übersetzer finden wir uns im Zimmer einer afghanischen Familie wieder. Diese hat Glück und kann zu fünft in einem Raum leben. Normalerweise essen, lernen und schlafen in ähnlichen Zimmern bis zu zehn Personen.

Auf dem Fussboden sind Kissen und ein Tischtuch ausgebreitet. Man bittet uns freundlich zu Tisch und serviert uns Bonbons und Tee. Die Männer nehmen im Kreis Platz. Die Frauen bleiben in der Tür stehen, offenbar wissen sie nicht so recht, was sie mit uns anfangen sollen. Mithilfe des Übersetzers erklären wir, warum wir hier sind und welche Fragen wir ihnen stellen werden.

Im Gespräch wird mir klar, dass ich das Wissenschaftliche einen Moment lang vergessen und den Leuten einfach nur zuhören möchte. Dem Thema Lebensmittelsicherheit schreiben die Anwesenden angesichts ihrer Situation keinen hohen Stellenwert zu. Wichtiger ist ihnen die persönliche Sicherheit. Die Sicherheit, dass sie ihre Kinder morgens zur Schule schicken können und diese abends gesund nach Hause kommen. Die Sicherheit, dass es sich lohnt, Vorräte für den nächsten Frühling anzulegen. Die Hoffnung, sich etwas Eigenes aufzubauen, das von Bestand ist. Dinge, die für uns selbstverständlich sind. Der Begriff «Taliban» fällt häufig. In einigen Regionen Afghanistans sind diese sehr präsent und ich kann die Angst spüren, die mit dem Wort einhergeht.

Von den Frauen erfahren wir, welche Pflanzen in ihrer Heimatregion angebaut werden und welche Mahlzeiten sie tagsüber zu sich nehmen. Sie erzählen auch, wie sie in der Heimat Melonenkerne sammeln, um daraus Öl zu pressen. Wie mit einfachen Mitteln Käse hergestellt wird und dass sie jeden Tag frisches Fladenbrot backen. Auf die Frage, wie sie denn hierzulande ein-



Der Forschungsprozess erweist sich als Gratwanderung zwischen wissenschaftlicher Distanz im Zuge der Datenerhebung und sozialem Engagement.

kaufen, ernten wir verständnislose Blicke. Eine junge Mutter klärt uns auf: «Auf den Verpackungen sind doch Bilder und die frischen Sachen kennen wir fast alle von zuhause. Nur Salz und Zucker sowie Essig und Öl habe ich schon verwechselt.»

Beim zweiten Termin werden wir von einer Gruppe Kinder mit grossem «Hallo» in Empfang genommen und in ein Häuschen am Rande des Camps gebracht. Der Raum ist festlich dekoriert, die Tische sind gedeckt und es stehen diverse Platten mit frischen Orangen, Äpfeln und Bananen bereit. Alle haben Geld zusammengelegt, um ein Essen zu organisieren. Es gibt Reis, verschiedene Fleischgerichte und feines, frisch gebackenes Brot. Die Kinder stehen aufgereiht wie Orgelpfeifen, singen neu gelernte Lieder und tragen Gedichte vor. Es fühlt sich fast wie Weihnachten an und doch ganz anders. Irgendwie fremd und heimelig zugleich.

Im Zuge des Festes zeigt sich, dass bei unseren afghanischen Gastgebern eine gewisse Erwartungshaltung uns gegenüber mitschwingt. Sie haben die Hoffnung, dass wir als Aussenstehende etwas an ihrer Situation ändern können. Uns ist bewusst, dass wir als Forschende eine besondere Rolle innehaben, die Reflexionsvermögen erfordert. Einsatz für die Personen bis zu einem gewissen Grad ist denkbar. Es bleibt aber dabei, dass wir einen wissenschaftlichen Auftrag wahrzunehmen haben. Der Forschungsprozess gestaltet sich deshalb als Gratwanderung zwischen sozialem Engagement, wie Kleider sammeln und Lebensmittel organisieren, und wissenschaftlicher Distanz im Zuge der Datenerhebung.

Letztlich können wir die Erhebung abschliessen, die Fragebögen mit den Bewohnenden der Asylunterkunft durchgehen, die Interviews aufzeichnen. Die Geschichten und die persönlichen Begegnungen nehmen wir mit nach Hause.

The Impact of Socio-economic and Cultural Factors on Household Food Insecurity of Refugees

Prof. Dr. Leila Sadeghi (Dozentin, Abteilung Ernährung und Diätetik, Berner Fachhochschule BFH), Prof. Dr. Hassan Vatanparast (University of Saskatchewan, Kanada)

In Afghanistan ist die politische Lage seit 30 Jahren unsicher, weshalb immer wieder Menschen gezwungen sind, in die umliegenden Länder sowie nach Europa, Amerika oder Australien zu flüchten. Dabei werden sie oft mit der mangelhaften Lebensmittelsicherheit konfrontiert (Verfügbarkeit, Zugang und mögliche Nutzung von Nahrung). Das Forschungsprojekt analysiert die Versorgung der besagten Bevölkerungsgruppe an den Zwischenstationen wie auch im Ankunftsland. Die Forschenden befragen sowohl quantitativ als auch qualitativ afghanische Migrantinnen und Migranten in Kanada, im Iran, in Pakistan, in Australien und in der Schweiz. Das Methodensetting wird mit Gruppendiskussionen und Interviews mit Mitarbeitenden des Asylwesens ergänzt.

Transkulturelle Kommunikation in der Physiotherapie: Nonverbale Kommunikation ist gefordert und sie fördert



Dr. Dörte Watzek
Dozentin
Abteilung Physiotherapie
doerte.watzek@bfh.ch

Die physiotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Herkunft kann herausfordernd sein. Ein Einblick in das Bachelorstudium in Physiotherapie der Berner Fachhochschule und die Erfahrungen zweier Physiotherapeutinnen in der Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten zeigen, wie eine angemessene Kommunikation und Therapieansätze die Behandlung unterstützen.

In der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund als dem eigenen bewegen sich Gesundheitsfachpersonen in einem Spannungsfeld: Sie sollten in der Lage sein, kulturelle Eigenheiten der Patientinnen und Patienten zu reflektieren und in die Behandlung einzubeziehen, ohne dabei pauschalen Vorurteilen zu verfallen. Die Studierenden des Bachelor of Science in Physiotherapie werden dafür sensibilisiert, Patientinnen und Patienten als Individuen mit ihrer ganz eigenen Geschichte wahrzunehmen. Im Modul Kommunikation absolvieren die Studierenden ein Kommunikationstraining zu einer möglichen Praxissituation mit einem Asylbewerber – dargestellt von einem Schauspieler. Darüber hinaus reflektieren sie eigene Erfahrungen und Werte.

Isabel Allende (2006) beschreibt ihre subjektive Exil-Erfahrung mit folgenden Worten: «Ins Exil geht man unter Zwang, flieht oder wird dazu getrieben, und man empfindet sich als Opfer [...]. Aus dem Exil schaut man zurück und leckt sich die Wunden. Der Einwanderer blickt nach vorn, bereit die Chancen zu nutzen, die sich ihm bieten.» Die Beschreibung verdeutlicht, dass

in der Behandlung von Patientinnen und Patienten der erwähnten Patientengruppe spezifische Fragen wichtig sind: Unter welchen Umständen kam eine Person in die Schweiz und wie lebt sie hier? Wie gestaltet sich das familiäre Umfeld?

Krankheitsursachen – Therapieerwartungen

Abhängig davon, wo sie den Ursprung einer Krankheit vermuten, erwarten Patientinnen und Patienten Heilmethoden, die uns bisweilen fremd erscheinen. Dies zeigt ein Beispiel aus der Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten aus einem kulturellen Kontext, in dem Magie und Rituale einen hohen Stellenwert haben: Schmerzen können vom sogenannten «bösen Blick» – ausgehend von einer mit religiösen Kräften ausgestatteten Person – verursacht werden. Dieser «böse Blick» kann in den Augen der Patientinnen und Patienten nur durch religiöse Rituale ausgeglichen werden. Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben letztlich die Aufgabe, die von Patientenseite erwarteten Therapiemethoden in jene zu integrieren, die sie aufgrund ihrer Fachkenntnisse empfehlen würden. Bewegung als zentrale physiotherapeutische Therapie-

methode in der Behandlung von Schmerzpatientinnen und -patienten widerspricht oft deren Therapieverständnis. Häufig werden Krankheit und Schmerzen mit Ruhe verknüpft (Scheermesser et al., 2012). Die Studierenden werden an der BFH entsprechend dafür sensibilisiert zu hinterfragen, wie sich Patientinnen und Patienten ihre Beschwerden subjektiv erklären und wie sie in ihrer Heimat möglicherweise behandelt würden.

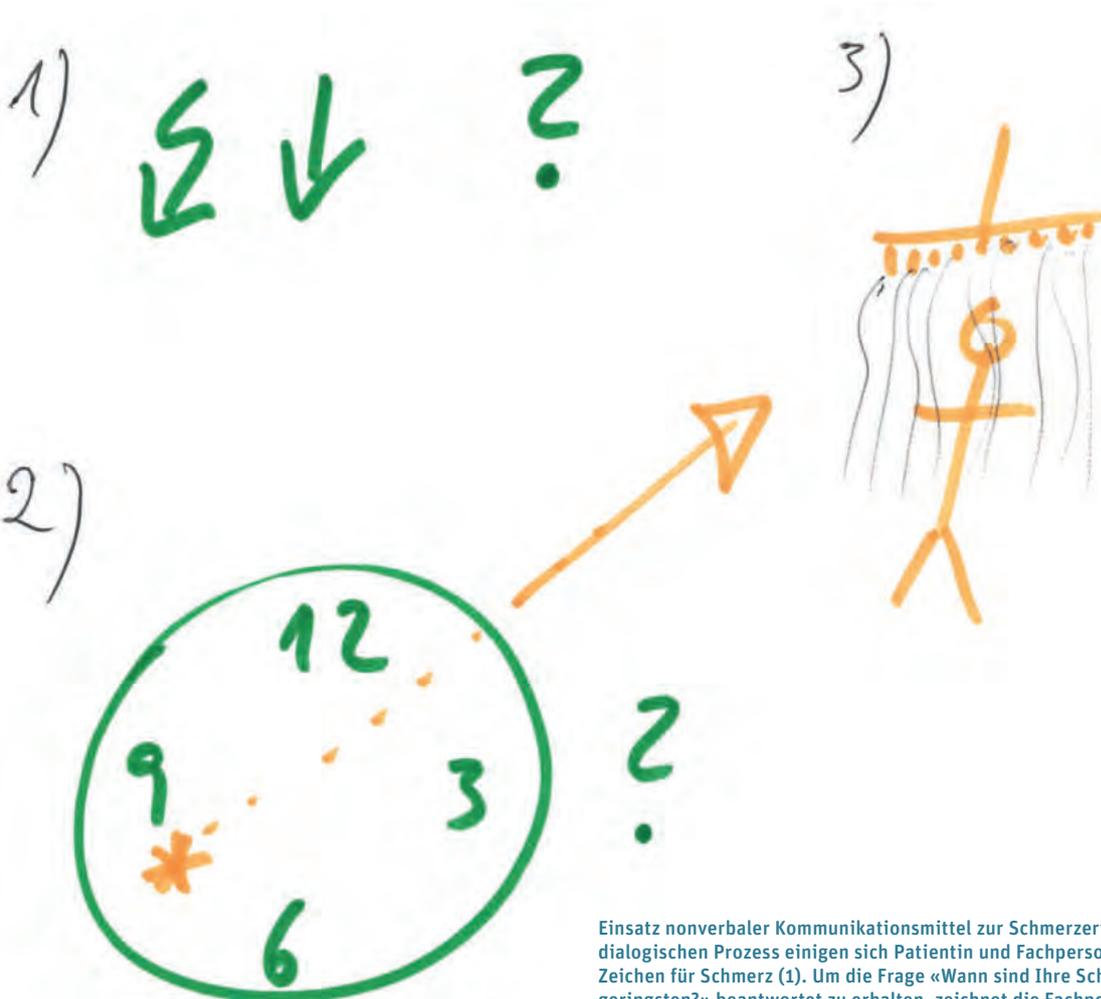
Verbal – nonverbal – miteinander kommunizieren

Herausfordernd in der Behandlung der erwähnten Patientengruppe ist auch die sprachliche Verständigung: Zeigen sich im Zuge der Behandlung Verständigungsprobleme, sind Fachpersonen im hektischen Alltag geneigt, jede sich anbietende dolmetschende Person zu akzeptieren. In der Literatur wird davor gewarnt, dass Angehörige und Mitarbeitende Dolmetscherarbeit leisten. Nach Saladin (2007) entstehen Fehler in der Kommunikation, denn die sprachlichen Fertigkeiten von Angehörigen oder Mitarbeitenden der Institution sind oft nicht ausreichend für medizinische Themen. Auch werden Kinder regelmässig überfordert, wenn sie

als Übersetzende in die Behandlung ihrer kranken Eltern einbezogen werden. Im Rahmen des Kommunikationstrainings üben die Studierenden deshalb beispielsweise, das Schmerzempfinden der Patientinnen und Patienten unter Einsatz nonverbaler Kommunikationsmittel – z. B. Zeichnungen – zu erfassen (vgl. Abbildung).

Literatur:

- Allende, I. (2006). Mein erfundenes Land. Berlin: Suhrkamp.
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (2006). Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. 3. Auflage. München: DTV-Beck.
- Scheermesser, M., Bachmann, S., Schamann, A., Oesch, P., & Kool, J. (2012). A qualitative study on the role of cultural background in patients' perspectives on rehabilitation. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 5.
- Saladin, P. (2007). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.



Einsatz nonverbaler Kommunikationsmittel zur Schmerzerfassung: In einem dialogischen Prozess einigen sich Patientin und Fachperson auf den Blitz als Zeichen für Schmerz (1). Um die Frage «Wann sind Ihre Schmerzen am geringsten?» beantwortet zu erhalten, zeichnet die Fachperson eine Uhr und den Pfeil nach unten. Die Patientin markiert die entsprechende Uhrzeit (2) und ergänzt auf der Skizze, dass sie zu dieser Uhrzeit duscht (3).

Mit Tanz Hindernisse überwinden



Zagorka Pavles
Leitende Physiotherapeutin
Psychiatrie Baselland
zagorka.pavles@pbl.ch



Yvonne Harder
Physiotherapeutin
Psychiatrie Baselland
yvonne.harder@gmx.net

Sie sind in der Psychiatrie Baselland verantwortlich für die physiotherapeutische Behandlung und behandeln auch Patientinnen und Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. Welche Unterschiede erleben Sie zwischen Schmerzpatientinnen und -patienten unterschiedlicher Herkunft?

Zagorka Pavles: Für uns ist relevant, welcher Einwanderergeneration eine Person angehört. Angehörige der zweiten Generation können Behandlungsangebote erfahrungsgemäss gut annehmen. Bei Angehörigen der ersten Generation erschweren häufig mangelnde Sprachkenntnisse die Behandlung. Auch sind ihnen oftmals Werte wichtig, die uns nicht vertraut sind und die wir erst entdecken und respektieren müssen.

Yvonne Harder: Wir haben die Erfahrung gemacht, dass bei Patientinnen und Patienten die Fähigkeit, sich mit ihrem eigenen Körper auseinanderzusetzen und auf ihn zu hören, unterschiedlich ausgeprägt ist. Angehörige einer von Kollektivismus und Machtdistanz geprägten Kultur haben eher gelernt, das zu tun, was die Gemeinschaft von ihnen erwartet. Es ist unklar, wie gut sie den eigenen Körper und ihre Bedürfnisse wahrnehmen und mitteilen. Dieses Wissen integrieren wir in die Therapieangebote.

Was ist Ihnen wichtig in der Therapie von Schmerzpatientinnen und -patienten aus einem anderen kulturellen Kontext?

YH: Wir achten auf eine angemessene Kommunikation. Im Wissen um die kulturelle Prägung und das damit verbundene Ursachen- und Therapieverständnis vermeiden wir Aussagen wie: «Ihre Schmerzen sind psychisch bedingt.» Oder: «Sie müssen sich bewegen, obwohl es weh tut.» Solche Aussagen wirken lähmend und demotivierend. Damit eine Patientin, ein Patient Unterstützung annimmt und Veränderungen zulässt, benötigt es eine Vertrauensbasis.

Mit welchen Ansätzen arbeiten Sie, um diesen Bedürfnissen entgegenzukommen?

ZP: Unser therapeutisches Konzept beinhaltet Einzel- und Gruppentherapien. Im Alltag bleiben Schmerzpatientinnen und -patienten oft passiv, denn die Schmerzsymptomatik wirkt wie eine Barriere, was zusätzlich herausfordernd ist. Darauf reagierend haben wir eine therapeutisch geleitete Tanzgruppe eingeführt. Wir erleben dabei, dass Patientinnen und Patienten mit wenig Deutschkenntnissen mittels Gesten, Musik und Rhythmen aktiviert werden und gar eine Gruppe anleiten.

YH: Das Vorzeigen der Übungen im Rhythmus heimatlicher Musik kann den Fokus vom Schmerz hin zu Bewegungsressourcen lenken. Die Tanzbewegungen fördern die erwähnte Vertrauensbasis und helfen den verlorenen, eigenen Rhythmus wiederzufinden.

ZP: Zusätzlich greifen wir auf interne Ad-hoc-Übersetzerinnen und -Übersetzer zurück, etwa auf Angehörige der therapeutischen Berufe. Damit nutzen wir unsere internen sprachlichen Ressourcen und bleiben in Krisensituationen handlungsfähig.

Welchen Stellenwert hat die interprofessionelle Zusammenarbeit in Ihrer Tätigkeit?

YH: Wir arbeiten im Klinikalltag eng mit der Tanz-, Sport-, Kunst- oder Psychotherapie zusammen.

ZP: Ausserhalb des Klinikkontextes haben sich Fachpersonen der Physiotherapie und anderer Berufsgruppen zur Schweizer Arbeitsgruppe für Physiotherapie in der Psychosomatik und Psychiatrie (www.SAGPPP.ch) zusammengeschlossen. Ziel ist, die Berufspolitik für das Bewusstsein zu sensibilisieren, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen oder psychiatrischen Störungen komplex und zeitaufwendig ist. Dies gilt umso mehr, als viele Behandelnde zusätzlich den Herausforderungen der transkulturellen Kommunikation gegenüberstehen.

Interview: Dörte Watzek

Interkulturelle Kommunikation – «Gopfriedstutz, das ist ja harte Arbeit»

Arbeiten in einem multikulturellen Team ist für viele Gesundheitsfachpersonen Alltagsrealität. Um das Potenzial der Diversität wirksam für die Teamarbeit und letztlich für die Patientinnen und Patienten zu nutzen, sind interkulturelle Kompetenzen notwendig. «Diese unterliegen einem lebenslangen Lernprozess», sagt Dr. Christa Uehlinger, Intercultural Advisor und Dozentin für interkulturelle Kommunikation.

Interview:
Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

Sie beraten multikulturelle Arbeitsteams in internationalen Unternehmen, aber auch im Gesundheitswesen oder in der Verwaltung. Wie lautet Ihre Definition einer funktionierenden Teamarbeit?

Christa Uehlinger: Ich möchte zunächst auf Kultur und ihre Auswirkung auf die Zusammenarbeit eingehen, da man sich dazu meist keine Gedanken macht. Kultur umfasst Werte, Glaubenssätze und Grundannahmen. Diese beeinflussen unser Verhalten, unsere Wahrnehmung, unsere Kommunikation und unsere Denkweise. Kultur vermittelt Bedeutung, gibt Sicherheit und Orientierung. Sie definiert damit unsere Komfortzone, inner-

Arbeiten wir mit Personen zusammen, die sich anders als erwartet verhalten, sind wir in unserer Komfortzone gefordert.

halb deren wir gemäss unserer Normalvorstellung handeln. Jedes Teammitglied ist kulturell geprägt und bringt seine Art und Weise ein. Unbewusst wird angenommen,

dass der andere gleich tickt. Das trifft aber nicht zu. Arbeiten wir mit Personen zusammen, die sich anders als erwartet verhalten, sind wir in unserer Komfortzone gefordert. Genau das passiert in jedem multikulturellen Team. Ein solches ist vielschichtigen Herausforderungen ausgesetzt. Die entscheidende Frage lautet: Lasse ich mich darauf ein oder wehre ich ab? Wenn sich ein Team darauf einlässt, Andersartigkeit respektiert und aktiv nutzt, ist dies wirksamer und innovativer. Ein Kursteilnehmer hat mal gesagt: «Gopfriedstutz, das ist ja harte Arbeit.» Damit hat er recht. Das wird unterschätzt, weil man meint, es gehe schon irgendwie.

In Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen sind multikulturelle Arbeitsteams verbreitet. Was fordert diese heraus?

CU: Die Zusammenarbeitenden stammen oft aus verschiedenen kulturellen Kontexten und unterscheiden sich zusätzlich hinsichtlich des Bildungshintergrunds, des Alters und der hierarchischen Position im Betrieb. Eine der grössten Herausforderungen ist die Kommunikation, insbesondere die kulturell geprägten Kommunikationsstile, das heisst wie etwas gesagt wird: Die



Christa Uehlinger: «Interkulturelle Kompetenz ist eine Sozialkompetenz, die jeder haben sollte, um kulturübergreifend wirksam zu arbeiten.»

einen schätzen klare Aussagen, andere ziehen indirekte vor, wieder andere sagen nichts. Auch darin kann eine Botschaft liegen. Damit hängt auch zusammen, wie und ob man überhaupt Feedback gibt. Unklare Rollen, Aufgaben und Ziele hindern weiter. Ausserdem nehme ich wahr, dass Werte je nach Kultur anders definiert werden. In der Schweiz ist Qualität grossgeschrieben. Diese wird unter anderem am Grad der Ausbildung gemessen. Oft begegne ich dem Vorurteil, nicht in der Schweiz ausgebildete Gesundheitsfachpersonen seien weniger gut ausgebildet und arbeiteten deshalb qualitativ weniger gut, was meist unzutreffend ist. All dies fördert Misstrauen und erhöht den Stresslevel im Team. Wichtig ist immer, auch Emotionen in einer solchen Zusammenarbeit zu beachten und gegebenenfalls anzusprechen.

Und demgegenüber: Welches Potenzial haben multikulturell zusammengesetzte Teams?

CU: Wenn Menschen mit unterschiedlicher kultureller Prägung zusammenarbeiten, kommt eine Vielfalt an Wissen und Vorgehensweisen zusammen. Das ist eine Bereicherung. Arbeitsteams im Spital können individueller auf unterschiedliche Patientinnen und Patienten eingehen. Denn interkulturelles Pflegeverständnis erhöht die Pflegequalität. Ausserdem haben solche Teams besonderes Potenzial für innovative Zusammenarbeitsformen oder kreative Arbeitsansätze. Vorausgesetzt, die Teammitglieder lassen sich auf die Unterschiede ein und machen sie sich als Stärke bewusst – sehen sie als etwas Positives.

Der Schlüssel zu einer funktionierenden interkulturellen Zusammenarbeit lautet «interkulturelle Kompetenz». Was bedeutet dies konkret?

CU: Interkulturelle Kompetenz ist, genauso wie Kultur, ein Konzept, das unterschiedlich definiert wird. Ich verstehe unter interkultureller Kompetenz die Fähigkeit, mit Menschen aus anderen kulturellen Kontexten wertschätzend, achtsam und reflektiert zu interagieren und

Wenn Menschen mit unterschiedlicher kultureller Prägung zusammenarbeiten, kommt eine Vielfalt an Wissen und Vorgehensweisen zusammen. Das ist eine Bereicherung.

zu kommunizieren. Es handelt sich um eine Sozialkompetenz, die jeder haben sollte, um kulturübergreifend wirksam zu arbeiten. Tatsache ist aber, dass die wenigsten interkulturell kompetent sind.

Inwiefern ist interkulturelle Kompetenz überhaupt erlernbar?

CU: Interkulturelle Kompetenz erfordert die Kombination von Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen. Die meisten Weiterbildungen konzentrieren sich auf die

Wissensvermittlung. Ich bin Verfechterin eines integrativen, prozessorientierten Ansatzes, der neben der Wissensvermittlung auch Fähigkeiten und Einstellungen entwickelt und bei jedem Einzelnen selbst beginnt. Die

Interkulturelle Kompetenz ist «die Fähigkeit, mit Menschen anderer Kulturen wertschätzend, achtsam und reflektiert zu interagieren und zu kommunizieren».

Arbeit an förderlichen Fähigkeiten wie Zuhören, Beobachten und Reflektieren oder gar an Einstellungen, zum Beispiel Neugierde, Offenheit, Respekt und Empathie, erfordert ein anderes Vorgehen als die Wissensvermittlung. Kürzlich schickte ich eine multikulturell zusammengesetzte Studierendengruppe in St.Gallen in Zweiergruppen – Schweizer Studierende mit Incoming Studierenden – auf explorative Spaziergänge mit dem Auftrag, nach Spuren der Schweizer Kultur Ausschau zu halten. Sie schulten ihre Beobachtungsgabe, wurden neugierig und hielten Augen und Ohren offen. Mit diesen Erfahrungen lässt sich weiterarbeiten. Genau darum geht es bei interkultureller Kompetenz: Erfahrungen zu machen und diese mit interkulturellem Wissen zu verknüpfen. Das ist ein lebenslanger Lernprozess, in dem Selbstreflexion eine wichtige Methode ist.

Haben Sie Tipps für Teamleitende und Arbeitsteams, die die interkulturelle Zusammenarbeit erleichtern?

- An erster Stelle steht die klare Kommunikation von Rollen, Funktionen und Aufgaben. Teamleitende sollten diese so erklären, dass jeder sie versteht.

EQUI – Grademix und Diversität im stabilen Gleichgewicht

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Qualifikationsstufen ist Voraussetzung, um eine hohe Qualität in der Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Studie «EQUI» der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege der BFH schafft eine Wissensbasis, die den kompetenzgerechten Einsatz und die erfolgreiche Zusammenarbeit unter Berücksichtigung von Aspekten der Diversität, von Dienstleistungsqualität und Kosten sicherstellt. Im Zuge des Projekts hat das Team eine Literatursichtung durchgeführt, die Faktoren für eine gelingende Integration von zugewanderten Pflegefachpersonen hervorbringt.

Dieses Projekt ist Teil einer Kooperation der Hochschulen Gesundheit in der Schweiz zur Entwicklung eines Kompetenzzentrums für den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen. Informationen unter gesundheits.bfh.ch/forschung

- Setzen Sie die Reflexion auf die Traktandenliste der Teamsitzung. Reservieren Sie sich und dem Team 20 Minuten, halten Sie inne und setzen Sie sich lösungsorientiert mit Herausforderungen aus dem Arbeitsalltag auseinander, die sich aus den kulturellen Unterschieden ergeben haben.
- Erstellen Sie im Team Zusammenarbeitsregeln, die alle unterschreiben und die Sie sichtbar im Sitzungszimmer aufhängen.
- Eine gemeinsame Basis zu finden ist elementar, wobei man aus der Forschung weiss, dass multikulturelle Teams dreimal länger benötigen, eben diese Basis zu finden, als monokulturelle. Der persönliche Kontakt ausserhalb der Arbeit, etwa bei einem gemeinsamen Nachtessen, kann dies unterstützen.

Welche Vision haben Sie von interkultureller Kommunikation im Gesundheitswesen?

CU: Zuallererst wünsche ich mir, dass interkulturelle Kommunikation als Fachgebiet anerkannt und gestärkt wird. Viele verkennen, dass der wirksame Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen auch Fachwissen erfordert. Dabei wirkt sich ineffiziente Teamarbeit im Gesundheitswesen schnell aus; zum einen finanziell, zum anderen auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Die Integration von interkultureller Kommunikation in die Studienpläne an den Hochschulen, die wie die Berner Fachhochschule BFH ihre Absolventinnen und Absolventen in multikulturelle Arbeitsfelder entlassen, wäre ein möglicher Ausdruck davon. Weiter wünsche ich mir, dass ein Umdenken vonstattengeht; dass Andersartigkeit vermehrt mit Positivem, mit Chancen und Ressourcen konnotiert wird.

Zur Person: Christa Uehlinger

Dr. Christa Uehlinger ist Intercultural Advisor und Dozentin für interkulturelle Kommunikation an der Fachhochschule St.Gallen und der hzw Zürich. Sie verfügt über breite internationale Erfahrung als Coach, Trainerin, Beraterin, Managerin, Dozentin und ist ausserdem Autorin und Keynote Speaker. Nach ihrer Promotion in Rechtswissenschaften arbeitete sie über zehn Jahre in global tätigen Unternehmen in verschiedenen Branchen. Danach studierte sie interkulturelle Kommunikation am Intercultural Communication Institute in Portland/OR USA, wo sie sich laufend weiterbildet. Sie ist Inhaberin von *christa uehlinger linking people*® (www.linkingpeople.ch), spezialisiert auf die Entwicklung interkultureller Exzellenz. Ihre Neugier, andere Kulturen und Menschen kennenzulernen, führte sie sowohl für ihre Tätigkeit, als auch für persönliche Reisen nach Europa, in die USA, nach Kanada, Australien und Asien. Weitere Informationen sowie Fachbücher und Spiele zur Förderung interkultureller Kompetenz finden Sie unter <https://linkingpeople.ch/de/#top>.

Angewandte Forschung und Entwicklung

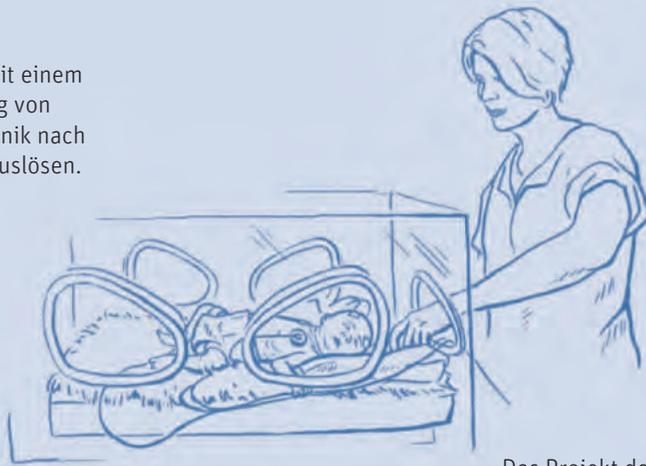
Die angewandte Forschung und Entwicklung (aF&E) am Departement Gesundheit entwickelt nachhaltige, innovative und wirkungsvolle Massnahmen für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten sowie der Klientinnen und Klienten. Wir forschen interprofessionell, interdisziplinär, national und international sowie stets praxisorientiert. Eine enge Verknüpfung mit Lehre und Weiterbildung zeichnet uns aus.

Expertinnen und Experten aus der **Ernährung und Diätetik**, **Geburtshilfe**, **Pflege**, **Physiotherapie**, Soziologie, Psychologie, Ökonomie, Technik sowie aus Sport- und Bewegungswissenschaften forschen am Departement Gesundheit.

Wir sind mit mehreren BFH-Zentren vernetzt.



«Transition to Home»: Für Familien mit einem frühgeborenen Kind kann der Übergang von der engmaschigen Betreuung in der Klinik nach Hause Verunsicherungen und Ängste auslösen.



Das Projekt der aF&E Geburtshilfe untersucht mit der Praxispartnerin, der Universitätsklinik für Kinderheilkunde am Inselspital, ein schweizweit einzigartiges, **neues Versorgungsmodell**.



Eine «**Advanced Practice Nurse**» (APN) verantwortet zuhause die Betreuung und Beratung der Familie sowie die Koordination der Behandlungen und Therapien des frühgeborenen Kindes. Die APN ist eine Pflegefachperson, die aufgrund ihrer akademischen Ausbildung erweiterte Rollen in der Pflege übernehmen kann.



aF&E Geburtshilfe

Im Zentrum der aF&E Geburtshilfe steht die evidenzbasierte und integrierte Versorgung von Frauen, Säuglingen und Familien. Die Projekte sind national und international vernetzt sowie interprofessionell und ausgeprägt praxisorientiert.

aF&E Pflege

Innovativ stellt sich die aF&E Pflege dem Paradigmenwechsel: Durch den aktiven Einbezug von Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie Gesundheitsfachpersonen generiert sie neues Wissen zur stetigen Optimierung der Pflege und Behandlung. Pflegeforschung, die sich an der Praxis und den Anforderungen der Patientenschaft samt Angehörigen orientiert, verbessert Patientenoutcomes, Versorgungsprozesse und -strukturen nachhaltig.

Der Name ist Programm: Das Projekt leistet Pionierarbeit im Bereich «Service User Involvement».

«PIONEERS»: Die aF&E Pflege eruiert mit Patientinnen und Patienten, Forschenden und Dozierenden Erwartungen an den Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen in Forschung und Lehre. Sie erarbeitet notwendige institutionelle Voraussetzungen für die gemeinsame Arbeit.

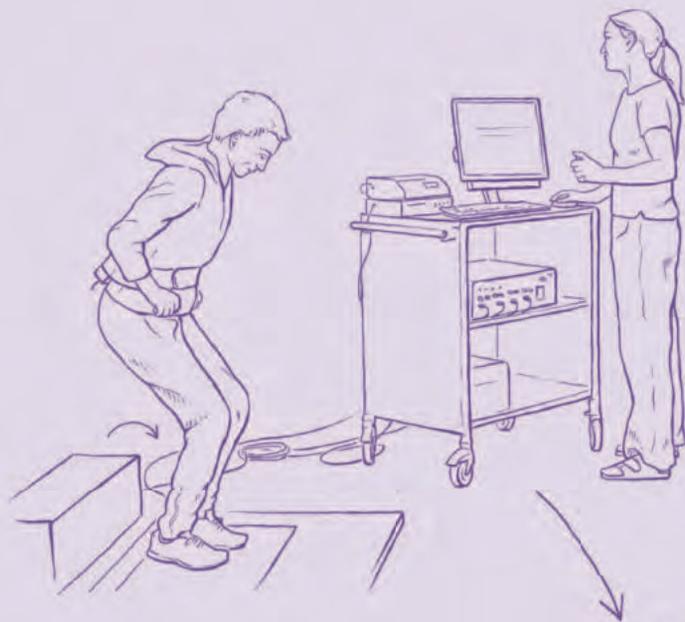


«Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen»: «Competence Network Health Workforce» CNHW bündelt die Ressourcen der Fachhochschulen Gesundheit der Schweiz und untersucht den Fachkräftemangel mit dem Ziel, diesen zu reduzieren und ein Kompetenzzentrum aufzubauen.

Innerhalb des Netzwerks CNHW erarbeitet die aF&E Pflege in zwei Standortprojekten effektive Modelle der **Arbeitsorganisation** und untersucht **Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz**.



Inkontinenz (unfreiwilliger Harnabgang) betrifft fast ein Viertel der Frauen und führt zu Aktivitätsreduktion oder sozialer Einschränkung.



Das **Bewegungslabor** bietet die infrastrukturellen Voraussetzungen für die Forschungsarbeit zur Inkontinenz und allgemein zu den Funktionen des menschlichen Bewegungsapparats.



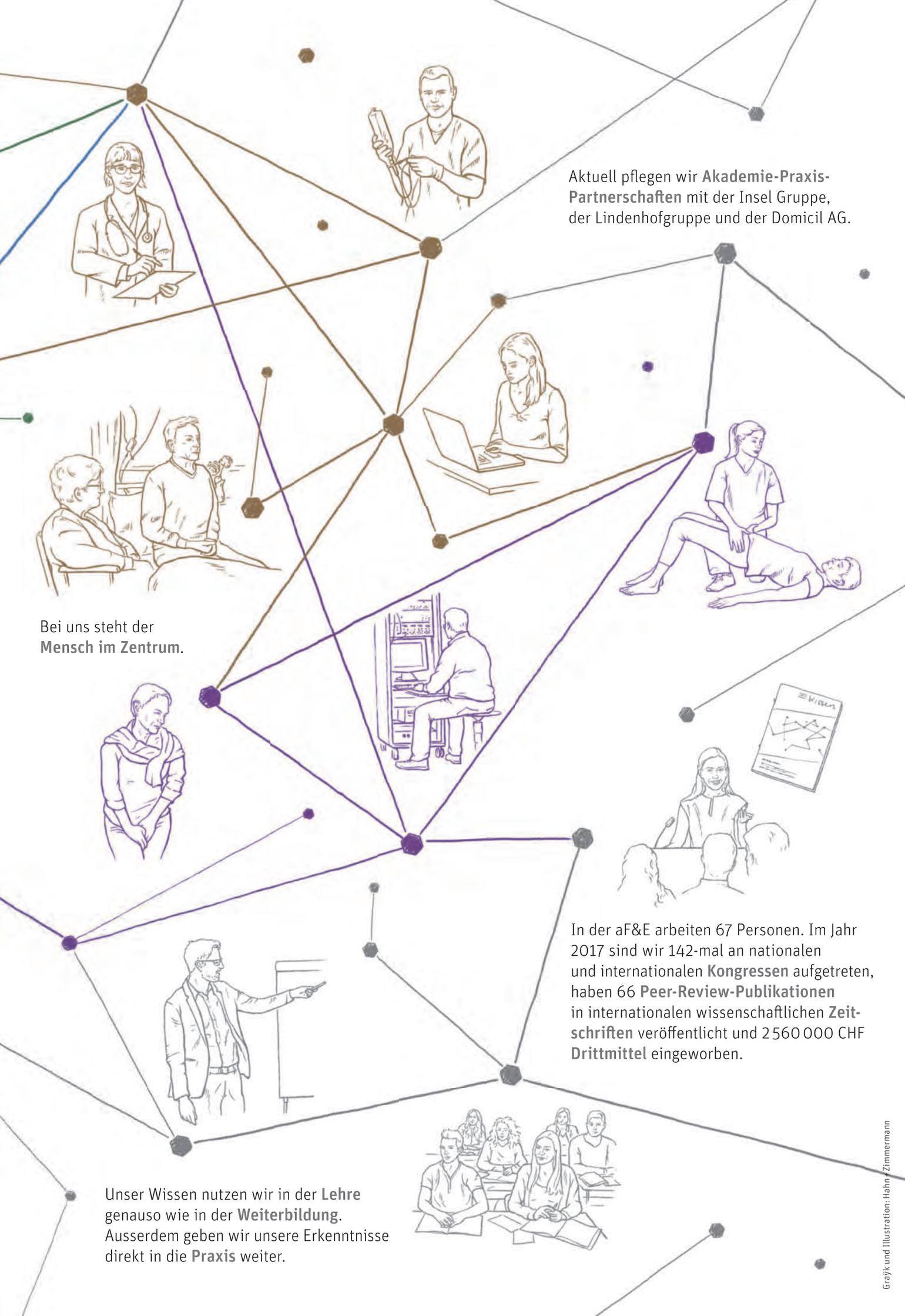
aF&E Physiotherapie

In der Physiotherapie galt der Beckenboden lange Zeit als ein wenig reizvolles Thema. Die aF&E Physiotherapie hat dieses durch ihre langjährige, innovative und preisgekrönte Forschung sowie durch unkonventionelle Therapieansätze und Diagnostik auf hohes wissenschaftliches Niveau und internationales Parkett befördert.



Die Mitarbeitenden der aF&E Physiotherapie sind durch ihre langjährige und interdisziplinäre Forschungstätigkeit nachgefragte Expertinnen und Experten an **nationalen und internationalen Kongressen**.

Mit **hochmodernen Geräten** messen die Forschenden die auf den Körper einwirkenden Kräfte und ermitteln die physiologische Leistungsfähigkeit einer Person.



Aktuell pflegen wir **Akademie-Praxis-Partnerschaften** mit der Insel Gruppe, der Lindenhofgruppe und der Domicil AG.

Bei uns steht der **Mensch im Zentrum**.

In der aF&E arbeiten 67 Personen. Im Jahr 2017 sind wir 142-mal an nationalen und internationalen **Kongressen** aufgetreten, haben 66 **Peer-Review-Publikationen** in internationalen wissenschaftlichen **Zeitschriften** veröffentlicht und 2560 000 CHF **Drittmittel** eingeworben.

Unser Wissen nutzen wir in der **Lehre** genauso wie in der **Weiterbildung**. Ausserdem geben wir unsere Erkenntnisse direkt in die **Praxis** weiter.

Die vielen Gesichter der Migration

Einblicke am «FollowUs»

Migration fordert mit ihren Charakteristika – Grenzüberschreitungen, Unsicherheiten, Dynamiken – das Gesundheitswesen heraus, bereichert dieses aber auch. Unter diesem Blickwinkel veranstaltete die Alumni BFH Gesundheit am 15. November 2017 den Event «FollowUs».

Bewegt

Migrationsbewegungen manifestieren sich im Gesundheitswesen ganz unterschiedlich: Gesundheitsfachpersonen, die im Ausland humanitäre Einsätze leisten. Im Ausland rekrutierte und hierzulande arbeitende Gesundheitsfachpersonen. In der Schweiz lebende Patientinnen und Patienten verschiedenster Herkunft. Patientinnen und Patienten, die im Ausland Gesundheitsleistungen einkaufen. Dies hebt Eva Soom, Sozialanthropologin und Dozentin Abteilung Pflege, hervor und sieht Unsicherheiten als Charakteristikum, das die vielschichtige Migrationskategorie durchzieht.



Eröffnet

Erstmals findet der Alumni-Event «FollowUs» – entwickelt und etabliert vom Master of Science in Pflege – für alle Ehemaligen und Mitarbeitenden der BFH Gesundheit statt. Andrea Mahlstein, Leiterin Abteilung Ernährung und Diätetik und des Organisationsteams, betont zur Eröffnung die Verschiedenartigkeit der Abteilungen, die sich unter dem Dach der BFH Gesundheit versammeln: eine Gemeinsamkeit zum vielschichtigen Feld der Migration und humanitären Hilfe, dem sich der Event inhaltlich widmete.

Gelernt

Nachdenkliche Mienen, aber auch zustimmendes Nicken lassen sich beim Blick durch die Reihen der Zuhörenden erhaschen. Die Schlaglichter aus Wissenschaft und Praxis zeigen: Migration hat unterschiedliche Gesichter. Sie geben auch Hinweise darauf, wie Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens zu einem konstruktiven Miteinander beitragen können; nämlich indem sie sich auf die Unterschiede einlassen und eine offene, reflexive sowie kommunikative Haltung einnehmen.



Gefördert

Projektschilderungen aus der Praxis lassen die Teilnehmenden erfahren, wie migrationsbedingte Grenzüberquerungen unterschiedlich gelebt und mitgestaltet werden: Da ist das Projekt «Nicaplast», dessen interdisziplinäres Team in Nicaragua Lippen-, Kiefer und Gaumenspalten behandelt und die Aus- und Weiterbildung einheimischer Fachpersonen fördert. Derweil erhalten anerkannte Flüchtlinge im «Vorkurs Pflege» des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern mittels Unterricht und Praktika Einblick in den Pflegeberuf, der für viele eine Zukunftsperspektive darstellt.



Erfahren

«Mit dem Zug bin ich mit meinen Eltern von Athen nach München gereist», erzählt Aristomenis Exadaktylos, Sohn von griechischen Arbeitsmigranten und Direktor sowie Chefarzt des Universitären Notfallzentrums Inselspital Bern. Damit spickt er sein Referat zur Arbeit mit Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichsten Ländern am Notfallzentrum mit der eigenen Migrationserfahrung. Migrationserfahrung ist auch Arifur Rajman, MSc in Physiotherapie. Die Details, die er in den Vergleich zwischen dem Gesundheitswesen der Schweiz und jenem seines Heimatlands einbaut, entlocken manchem ein Schmunzeln: Exakt 7542 Kilometer betrage die Distanz nach Bangladesch, informiert er jeweils an seinem Hintergrund interessierte Patientinnen und Patienten der Physiotherapiepraxis Larsson in Bümpliz.

Erlebt

Miriam Kasztura und Rhoda Moramba, Studierende MSc in Pflege, vermitteln einen zum Nachdenken anregenden Eindruck von ihren Einsätzen als Pflegefachpersonen mit Médecins Sans Frontières in Camps für Menschen auf der Flucht – in Syrien, in Tansania, im Südsudan, in Liberia, in Kenia oder in der Zentralafrikanischen Republik. Erlebnisreich ist auch die Geschichte des Vereins «Mamamundo», der im Kanton Bern Geburtsvorbereitungskurse in den Sprachen der Teilnehmerinnen anbietet. Zentral sind dabei die interkulturellen Übersetzerinnen (siehe Interview S. 14).



Vernetzt

Auf dem «Marktplatz» überschreiten die Mitarbeitenden und die ehemaligen Studierenden selbst Grenzen – zwar keine Landesgrenzen, dafür aber disziplinäre, professionelle und institutionelle: Berufsverbände sowie Gesundheitsinstitutionen präsentieren sich und ihre Angebote. «Die Heterogenität, die sich aus dem Mix zwischen Verbänden, Institutionen und BFH ergibt, regt den fachlichen und sozialen Austausch an», äussert sich Benjamin Rapphold, Organisator des Marktplatzes und Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung Pflege, während er die lebhafteste Vernetzungsszenarie beobachtet.

Text: Bettina Nägeli, Kommunikation

Konsistenzmodifizierte Kostformen bei Dysphagie



Adrian Rufener
Dozent
Abteilung Ernährung und Diätetik
adrian.rufener@bfh.ch

Die Veränderung der Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz ist ein wichtiger Bestandteil der Ernährungstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer bestehenden Dysphagie. Bislang fehlte ein Konsens über die Bezeichnung sowie die Charakteristika der unterschiedlichen Konsistenzstufen und damit die Grundlage, um diese Patientengruppe bestmöglich zu betreuen. Eine neue, interprofessionell entwickelte Terminologie soll künftig die Qualität der Ernährungstherapie von Patientinnen und Patienten mit Dysphagie verbessern.

Die Dysphagie ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, unter welcher schätzungsweise 8% der Weltbevölkerung leiden (Cichero et al., 2013). Eine Dysphagie bedeutet, dass der komplexe Vorgang des Schluckens durch bestimmte Krankheiten oder aufgrund von physiologischen Veränderungen im Alter gestört ist (Vilgis, Lendner, & Caviezel, 2015). Dehydratation, eine Mangelernährung oder die Aspiration von Nahrung und Flüssigkeit werden dadurch begünstigt (Cichero et al., 2013). Durch die Aspiration von Nahrung oder Flüssigkeit, also das Eindringen von kleinen Nahrungsbestandteilchen in die Lunge, kann eine Pneumonie entstehen (Vilgis et al., 2015). Eine Pneumonie sowie die Mangelernährung mit den sich ergebenden Nährstoffdefiziten führen zu einer signifikant höheren Morbiditäts- und Mortalitätsrate bei Patientinnen und Patienten mit einer Schluckstörung (Leonard, White, McKenzie, & Belafsky, 2014).

Fehlender Konsens – sowohl international als auch in der Schweiz

Konsistenzmodifizierte Kostformen gelten als Grundstein der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Dysphagie. Durch die Veränderung der Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz kann die Nahrungszufuhr unterstützt und das Risiko einer Aspiration reduziert werden (Ozaki et al., 2010). Die Anzahl

der Konsistenzstufen sowie deren Bezeichnung und Charakteristika variieren in der Praxis stark (Cichero et al., 2013). Fachpersonen stützen sich demnach beim Eindicken von Flüssigkeiten und der Anpassung der Nahrungskonsistenz auf unterschiedliche Grundlagen ab (Kyzima, Strowd, Pillsbury, & Rubin, 2008).

Eine im Jahr 2014 durchgeführte, nicht veröffentlichte Studie der Berner Fachhochschule BFH liefert Erkenntnisse über die Situation in der Deutschschweiz: 730 Institutionen (Spitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationseinrichtungen, Alters- und Pflegeheime) aus der deutschsprachigen Schweiz wurden befragt, welche konsistenzmodifizierten Kostformen sie anbieten, wie sie diese bezeichnen und wie diese charakterisiert werden (Rücklaufquote 24,1%).

93% der Institutionen bieten konsistenzmodifizierte Kostformen an. Die Anzahl angebotener Kostformstufen und deren Bezeichnung sind in den einzelnen Institutionen sehr unterschiedlich. Mehrheitlich gaben die Institutionen an, mit zwei bis vier Konsistenzstufen zu arbeiten, wobei sich die Kostformen auf das gesamte Spektrum zwischen fester und flüssiger Konsistenz verteilen (vgl. Abb. 1). Die Verwendung eines standardisierten Therapiekonzepts ist nicht erkennbar. Stattdessen nutzen die Institutionen betriebsspezifisch

Abbildung 1: Spektrum der verwendeten Bezeichnungen von fester bis flüssiger Konsistenz.



unterschiedliche Bezeichnungen für konsistenzmodifizierte Kostformen, die selten selbsterklärend und teilweise schwer voneinander abzugrenzen sind.

Sowohl im internationalen als auch im schweizerischen Kontext fehlt ein Konsens über die Konsistenzstufen und deren Charakteristika. Dies erhöht das Fehlerpotenzial im Zuge des Schnittstellenmanagements zwischen verschiedenen Institutionen wie auch bei der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb einer einzelnen Institution. Die bestehenden Daten stützen somit die Erkenntnis, dass es notwendig ist, mit einheitlichen Begriffen und Begriffsdefinitionen zu arbeiten (Kyzima et al., 2008).

International und interprofessionell abgestützte Terminologie

Im Jahr 2017 wurde von der international und interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)¹ ein Vorschlag für eine einheitliche Terminologie publiziert (vgl. Abb. 2). In diesem Vorschlag werden die verschiedenen Konsistenzstufen mithilfe von einheitlichen Begriffen sowie entsprechenden Farb- und Zahlencodes evidenzbasiert hergeleitet. In einem be-

gleitenden Manual werden die verschiedenen Konsistenzstufen detailliert beschrieben und mithilfe einfacher Beurteilungsmethoden weiter geklärt.

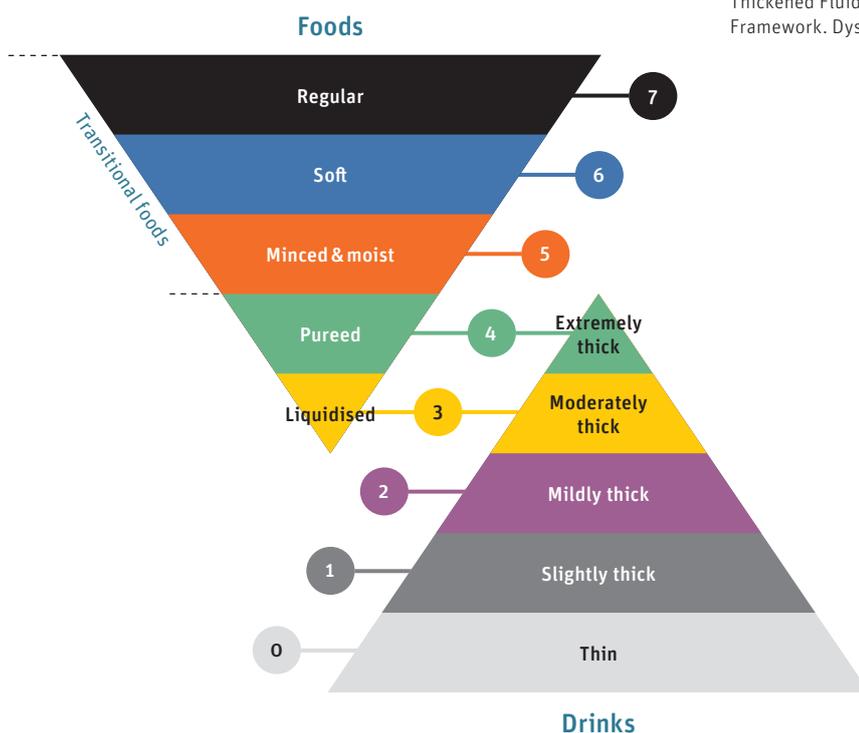
Die Entwicklung dieser interprofessionell abgestützten Terminologie stellt einen wichtigen Meilenstein dar, um die Ernährungstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer Dysphagie interprofessionell und institutionsübergreifend auf ein höheres Qualitätsniveau anzuheben. Noch sind die Übersetzung ins Deutsche sowie die Adaptierung auf Schweizer Bedürfnisse ausstehend und die Umsetzung der Terminologie steckt erst in den Anfängen. Sie wird jedoch dank klarer Definitionen für konsistenzmodifizierte Kostformen zu einer verbesserten Patientensicherheit, grösserer Zuverlässigkeit und einer besseren Produktequalität für die Betroffenen führen (Cichero et al., 2013). Dadurch werden die Therapieauswahl und die Behandlungsabläufe für Fachpersonen und Pflegeinstitutionen vereinfacht, wodurch effizienter gearbeitet werden kann (Cichero et al., 2013).

Literatur:

- Cichero, J. A., Steele, C., Duivesteyn, J., Clavé, P., & Chen, J., et al. (2013). The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: Foundations of a Global Initiative. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 280–291.
- Cichero, J. A., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Duivesteyn, J., ... Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32, 293–314.
- Gassmann, C. (2013). Bedarfsdeckende Ernährung mit modifizierter Nahrungskonsistenz bei Dysphagie. *SZE*, 2013(2), 16–21.
- Kyzima, J. B., Strowd, L., Pillsbury, D., & Rubin, B. (2008). Managing Dysphagia: Lack of Standardization on Food Viscosities May Compromise Patient Care. *Clinical Nutrition Insight*, 34(8), 1–5.
- Leonard, R. J., White, C., McKenzie, S., & Belafsky, P. C. (2014). Effects of bolus rheology on aspiration in patients with dysphagia. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(4), 590–594.
- Ozaki, K., Kagaya, H., Yokoyama, M., Saitoh, E., ... Okada, S. (2010). The risk of penetration or aspiration during videofluoroscopic examination of swallowing varies depending on food types. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 220(1), 41–46.
- Vilgis, T. A., Lendner, I., Caviezel, R. (2015). Ernährung bei Pflegebedürftigkeit und Demenz. Wien: Springer-Verlag.

¹ Weitere Informationen finden Sie unter <http://iddsi.org/>

Abbildung 2: Terminologievorschlage der IDDSI fur verschiedene Konsistenzstufen (Cichero, J. A. et al., 2017).



Stillen und Schlafen in der Nacht – neuste Erkenntnisse aus der Literatur



Ines Uhr
Dozentin
Abteilung Geburtshilfe
ines.uhr@bfh.ch

Schlafzyklen bei Säuglingen sind kurz: Sie wollen auch nachts gestillt werden. Dies beeinflusst den Schlafrhythmus der Mutter und kann gar einen Zustand der Erschöpfung herbeiführen. Eine Abschlussarbeit des CAS (Certificate of Advanced Studies) «Still- und Laktationsberatung» zeigt die neusten Erkenntnisse zum Thema Stillen und Schlafen in der Nacht auf.

In der Schweiz werden pro Jahr rund 88 000 Kinder geboren (BFS, 2017). Davon werden etwa 95 % ab Geburt gestillt (Gross, Späth, Dratva, & Zemp Stutz, 2014). Nach zwölf Wochen wird nur noch gut die Hälfte der Neugeborenen ausschliesslich gestillt (Gross, et al., 2014). Mit 27 % zählte die mütterliche Erschöpfung zu den vier häufigsten Gründen für ein frühzeitiges Abstillen (neben zu wenig Milch, kindlichem Hunger und Problemen mit den Brustwarzen) (Gross et al., 2014). Diese mütterliche Erschöpfung kommt überwiegend aufgrund des mehrmaligen Gewecktwerdens durch den Säugling während der Nacht und des dadurch veränderten Schlafrhythmus zustande. Eine Abschlussarbeit des CAS «Still- und Laktationsberatung» der Berner Fachhochschule BFH ermittelte die aktuellste Literatur zum Thema Stillen und Schlafen in der Nacht.

Erkenntnisse aus der Literaturrecherche

Schlaf beim Säugling

Schlaf-Wach-Phasen sind beim Neugeborenen in den ersten Lebenswochen gleichmässig über Tag und Nacht verteilt (Largo, 2015). Ein Schlafzyklus dauert etwa 50 Minuten, weshalb Säuglinge in den ersten Lebenswochen jede Stunde kurz aufwachen (Largo, 2015). Laut Gresens (2016) fördert dieses Schlafmuster sowohl das Gehirnwachstum als auch die körperliche Entwicklung. Zudem sichert es das Überleben, da Säuglinge in bedrohlichen Situationen (Hunger, Nässe, Unbehagen, Schmerz) leichter erwachen können (Gresens, 2016). Beim gemeinsamen Schlafen im selben Raum (Co-Sleeping) gleichen sich die Schlafphasen von Mutter und Kind an, sodass die Mutter nicht von ihrem hungrigen, schreienden Kind aus dem Tiefschlaf geweckt wird (Gresens, 2016). Laut Brown und Harries

(2015) wachen noch drei Viertel der Kinder im Alter von sechs bis zwölf Monaten mindestens einmal pro Nacht auf, davon erhalten über die Hälfte eine nächtliche Mahlzeit.

Stillen in der Nacht

Pro Tag sollte der Säugling acht bis zwölf Stillmahlzeiten zu sich nehmen (Harder & Friedrich, 2015). Diese Häufigkeit ist nötig, da das Neugeborene aufgrund des kleinen Magenvolumens nur kleine Mengen Muttermilch pro Mahlzeit aufnehmen kann und die Muttermilch zudem nach spätestens zwei bis drei Stunden den Magen wieder verlassen hat (Gresens, 2016). Die Häufigkeit und die Dauer der Stillmahlzeiten regeln die Milchmenge und somit die Prolaktinausschüttung. Daher sind die nächtlichen Stillmahlzeiten sehr wichtig, da in der Nacht die mütterliche Prolaktinausschüttung höher ist als tagsüber (Gresens, 2016). McBean und Montgomery-Downs (2015) haben herausgefunden, dass Mütter im Schnitt drei Mal pro Nacht geweckt werden, um sich um das Kind zu kümmern. Ungefähr die Hälfte der befragten Mütter gab an, während der Stillmahlzeit einzuschlafen – je älter das Kind, desto grösser die Wahrscheinlichkeit dafür (McBean & Montgomery-Downs, 2015).

Fütterungsmethode

Entgegen der landläufigen Meinung, dass mit Milchpulver (Formula) ernährte Kinder eher durchschlafen (Gresens, 2016), stellen mehrere Studien fest, dass es keinen Unterschied gibt im nächtlichen Aufwachen und der Anzahl Mahlzeiten zwischen gestillten Kindern und Kindern, die die Flasche erhielten (Brown & Harries, 2015; Demirci et al., 2012; Montgomery-Downs et

al., 2010). Doan et al. (2007) konstatieren, dass Eltern von gestillten Kindern pro Nacht im Schnitt 40 bis 45 Minuten mehr schlafen als Eltern von nicht gestillten Kindern. Brown und Harries (2015) halten zudem fest, dass bei Säuglingen, die tagsüber mehr Milch erhalten, zwar die nächtliche Nahrungsaufnahme reduziert ist, jedoch nicht das nächtliche Erwachen.

Schlafumgebung

Mütter und Kinder, die gemeinsam in einem Bett schlafen (Bedsharing), weisen mehr Stillmahlzeiten auf als Mutter-Kind-Paare, die in unterschiedlichen Betten die Nacht verbringen (Gettler & McKenna, 2011). Zudem führt längeres Bedsharing zu einer Zunahme der gesamten Stilldauer (Huang et al., 2013). Für Bedsharing bei stillenden Müttern (ohne Risikofaktoren wie z.B. Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum) konnte kein signifikant erhöhtes Risiko für den Plötzlichen Kindstod festgestellt werden (Fleming et al., 2015).

Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis

Es ist wichtig, dass Fachpersonen werdende Eltern über die Besonderheiten des kindlichen Schlafs und des Stillens während der Nacht aufklären. So können sich frischgebackene Eltern mit realistischen Vorstellungen und Erwartungen auf die neue, unbekannte Situation einlassen und entsprechende Informationen einholen. Die Informationsvermittlung kann vorgeburtlich etwa während Schwangerschaftskontrollen, in Geburtsvorbereitungs- oder Säuglingspflegekursen erfolgen. Nach der Geburt können sich Eltern im Zuge der stationären oder ambulanten Wochenbettbetreuung bei Hebammen, Pflegenden oder Stillberaterinnen und später bei der Mütter-Väter-Beratung oder Pädiaterinnen und Pädiatern informieren.

Literatur:

- BFS (2017). Bundesamt für Statistik. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html>
- Brown, A., & Harries, V. (2015). Infant sleep and night feeding patterns during later infancy: association with breastfeeding frequency, daytime complementary food intake, and infant weight. *Breastfeeding Medicine*, 10(5), 246–252.
- Demirci, J. R., Braxter, B. J., & Chasens, E. R. (2012). Breastfeeding and short sleep duration in mothers and 6-11-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 35(4), 884–886.
- Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2007). Breastfeeding increases sleep duration of new parents. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(3), 200–206.
- Fleming, P., Pease, A., & Blair, P. (2015). Bed-sharing and unexpected infant deaths: what is the relationship? *Paediatric Respiratory Reviews*, 16(1), 62–67.
- Gettler, L. T., & McKenna, J. J. (2011). Evolutionary perspectives on mother-infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *American Journal of Physical Anthropology*, 144(3), 454–462.
- Gresens, R. (2016). *Intuitives Stillen: dem eigenen Gefühl vertrauen – die Beziehung zum Baby stärken – einfach und entspannt*. München: Kösel Verlag.
- Gross, K., Späth, A., Dratva, J., & Zemp Stutz, E. (2014). SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Abgerufen von https://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/SwissTPH/Projects/SWIFS/SWIFS_schlussbericht.pdf
- Harder, U., & Friedrich, J. (2015). *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (4., aktual. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Huang, Y., Hauck, F. R., Signore, C., Yu, A., Raju, T. N., ... Huang, T. T. (2013). Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatrics*, 167(11), 1038–1044.
- Largo, R. H. (2015). *Babyjahre: Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren* (Vollst. überarb. Neuausg.). München, Zürich: Piper.
- McBean, A. L., & Montgomery-Downs, H. E. (2015). What are postpartum women doing while the rest of the world is asleep? *Journal of Sleep Research*, 24(3), 270–278.
- Montgomery-Downs, H. E., Clawges, H. M., & Santy, E. E. (2010). Infant feeding methods and maternal sleep and daytime functioning. *The Journal of Pediatrics*, 126(6), 1562–1568.



Nächtliche Stillmahlzeiten sind wichtig, da nachts die mütterliche Prolaktinausschüttung höher ist als tagsüber.

Verloren im System

Der Spitalaufenthalt aus der Sicht von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen



Quan Jenni
Absolventin BSc in Pflege BFH
quan16@bluewin.ch

Werden Menschen mit Demenz aufgrund anderer Diagnosen hospitalisiert, stellt dies für sie eine Stresssituation dar. Die daraus resultierenden spitalbedingten Komplikationen wirken sich belastend auf die Angehörigen und auf das Pflegepersonal aus. Dies bedingt die Entwicklung von neuen, an die Bedürfnisse von Demenzbetroffenen angepassten Versorgungsangeboten und einen Perspektivenwechsel. Zu diesem Schluss kommt eine 2016 im Bachelor of Science in Pflege erstellte Bachelor-Thesis.

Ziel der im Rahmen des Bachelor of Science in Pflege erarbeiteten Bachelor-Thesis war, einen Einblick in die Innenwelt der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu erhalten und aufzuzeigen, wie sie den Aufenthalt in einem Akutspital erleben. Die Perspektiven der Betroffenen und Angehörigen können Möglichkeiten zur Optimierung in der Betreuung und Gestaltung der Pflege aufzeigen, um einen möglichst bedürfnisgerechten Spitalaufenthalt für alle Beteiligten zu gestalten. Der Bachelor-Thesis liegen eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken und eine Handsuche im Internet zugrunde. Zehn qualitative Studien wurden evaluiert und deskriptiv in ein Kategoriensystem zusammengefasst.

Ergebnisse und Diskussion

Perspektive der Demenzbetroffenen

Die Bachelor-Thesis ordnet die verschiedenen Aussagen über die psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nach den fünf zentralen psychischen Bedürfnissen nach Tom Kitwood ein: die Bindung, die Einbeziehung, die Identität, die Beschäftigung und der Trost. Sie überschneiden und vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe (Clisset et al., 2013b; Scerri et al., 2015; Hynninen et al., 2015). Drei Studien zeigen, dass diese Bedürfnisse nur teilweise durch die Pflegenden erfüllt werden (Clisset et al., 2013b; Hynninen et

al., 2015; Spencer et al., 2013). Auch bezüglich der physischen Bedürfnisse gibt es positive und negative Ergebnisse. Die Auswahl und die Unterstützung beim Essen werden positiv bewertet, während die Unterstützung bei der Körperpflege und das Wahren der Intimsphäre teilweise kritisiert werden (Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013).

Die Studien zeigen, dass die Umgebungsgestaltung von Menschen mit Demenz als wichtig erachtet wird, auch wenn die Befragten sich dazu wenig äussern konnten. Mehrbettzimmer werden eher abgelehnt (Digby & Bloomer, 2012; Hynninen et al., 2015; Scerri et al., 2015). Der Anschluss an die Natur wird als wichtig und positiv empfunden (Digby & Bloomer, 2012). Die Angehörigen nennen die Notwendigkeit einer wohnlichen, sicheren, sauberen und entspannten Umgebung, die den spezifischen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz entspreche (Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013).

Perspektive der Angehörigen

Die Studien zeigen auf, dass der Spitalaufenthalt ein gefühlbetontes Erlebnis für die Angehörigen ist und eine Rollenveränderung mit sich bringt. Ausserdem wird ein Gefühl des Verlusts über die Kontrolle beschrieben, welches mit Stress assoziiert wird (Bloomer et al., 2014). Dies wiederum hat gemäss den Studien



Die fünf psychischen Grundbedürfnisse nach Tom Kitwood: Bindung, Einbeziehung, Identität, Beschäftigung und Trost.

einen Einfluss auf die Alltagsroutine und die körperliche Gesundheit; die Folgen sind Erschöpfung oder Schlafmangel (Bloomer et al., 2014; Jurgens et al., 2012; Nufer & Spichiger, 2011). Die Studien zeigen auch, dass die Angehörigen geringfügig in die Entscheidungen über die Behandlung involviert werden und sich von den Ärztinnen und Ärzten unterschätzt fühlen (Bloomer et al., 2014; Nufer & Spichiger, 2011; Hynninen, 2015). Aufgrund der Erwartungen und Erlebnisse entwickeln Angehörige verschiedene Coping-Strategien, um sich und die Menschen mit Demenz zu schützen. Angehörige wenden ihr Wissen an, trösten, stellen Fragen und verbringen mehr Zeit mit der von Demenz betroffenen Person (Jurgens et al., 2012; Nufer & Spichiger, 2011; Clisset et al., 2013b).

Zusammenarbeit mit Fachpersonen

Bezüglich der Zusammenarbeit mit Fachpersonen äussern sich die Angehörigen zu Themen wie Kommunikation, Beziehung, Qualität der Demenzpflege und Spitalaustrittsplanung. Der Aufbau einer Beziehung zu den Fachpersonen wird als wichtig erachtet (Bloomer et al., 2014; Nufer & Spichiger, 2011; Scerri et al., 2015). Hinsichtlich der Kommunikation mit Fachpersonen wünschen sich Angehörige mehr Informationen über den Behandlungsverlauf, die Aufenthaltsdauer, Medikation und Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten (Bloomer et al., 2014). Die Studien weisen von Seiten der Angehörigen auch auf schlechte Bewertungen der Qualität der Demenzpflege hin (Jurgens et al., 2012). Die Rede ist vom Wunsch nach mehr Patientenaktivitäten und längeren sowie flexibleren Besuchszeiten (Scerri et al., 2015). Die Angehörigen erwähnen auch Beobachtungen von widersprüchlichen Freiheitseinschränkungen, gestresstem Personal und unzureichender Schmerzlindeung (Hynninen et al., 2015). Sie

sehen ausserdem einen Mangel an Beratung und Information in der Austrittsorganisation (Spencer et al., 2013; Mockford, 2015).

Schlussfolgerung

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen erleben einen Spitalaufenthalt individuell. Die Bachelor-Thesis kommt zum Schluss, dass die Kenntnis der Bedürfnisse der Demenzbetroffenen zu gezielten Interventionen beitragen kann: Die Pflege soll die Hilfe der Angehörigen anerkennen und wertschätzen. Ziel ist eine personen- und familienzentrierte Pflege und Bezugspflege. In der Begegnung mit Menschen mit Demenz ist es förderlich, wenn Pflegefachpersonen sich ihrer eigenen Haltung bewusst sind und diese in einer professionellen und wertfreien Rolle vertreten. Hilfreich kann auch die Entwicklung eines Konzepts sein, das spezifisch auf die Zielgruppe der Demenzbetroffenen und ihrer Angehörigen zugeschnitten ist. Während des Spitalaufenthalts brauchen die Angehörigen emotionale Unterstützung. Durch Vermittlung einer offenen Kultur können Pflgeteams die Beziehung zu den Angehörigen und die Zusammenarbeit mit denselben stärken. Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit sind zudem wichtige Elemente für eine erfolgreiche Kommunikation. Da Demenz komplexe Phänomene für das Pflgeteam aufweist, vor allem im hektischen Spitalalltag, ist eine inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Nur so kann die Gesundheitsversorgung im Spital aus Sicht der Pflege und mit Blick auf die Bedürfnisse Demenzbetroffener nachhaltig optimiert werden. Ausserdem besteht Bedarf nach mehr Forschung in diesem Themenbereich, insbesondere bezüglich der Angehörigenperspektive.

Die Literaturangaben erhalten Sie auf Anfrage bei der Autorin.

Direktzugang zur Physiotherapie: Empfehlungen der Stakeholder



Sophie Karoline Brandt
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Abteilung Physiotherapie
sophie.brandt@bfh.ch

Eine Master-Thesis im Studiengang Master of Science in Physiotherapie an der Berner Fachhochschule verdeutlicht die Debatte über den Direktzugang zur Physiotherapie in der Schweiz. Vor dem Hintergrund des weit verbreiteten Wunsches nach Verbesserung des schweizerischen Gesundheitssystems müssen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten notwendige Grundvoraussetzungen erfüllen, um sich für die Einführung des Direktzugangs einzusetzen. Dies empfehlen wichtige Akteurinnen und Akteure des Gesundheitssystems.

Die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Beschwerden im Bewegungsapparat bildet eines der Spezialgebiete von Physiotherapeutinnen und -therapeuten. In vielen Ländern dürfen Patientinnen und Patienten diese physiotherapeutische Leistung ohne ärztliche Überweisung – per Direktzugang – in Anspruch nehmen. Forschungsergebnisse aus dem Ausland zeigen, dass der Direktzugang viele Vorteile mit sich bringt: bessere Behandlungsergebnisse bei muskuloskelettalen Beschwerden (Leemrijse, Swinkels & Veenhof, 2008), geringere Behandlungskosten (Ojha, Snyder & Davenport, 2014) sowie gesteigerte Autonomie und Zufriedenheit der Betroffenen und Behandelnden (Swinkels et al., 2014). In der Schweiz müssen physiotherapeutische Leistungen von Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Lediglich manche Zusatzversicherungen finanzieren ihren Versicherten bestimmte physiotherapeutische Leistungen auch ohne ärztliche Überweisung. Die Möglichkeit, Physiotherapie als selbstzahlende Patientinnen und Patienten in Anspruch zu nehmen, widerspricht dem Sozialversicherungssystem und ist in fünf Kantonen nicht zugelassen (Stand 2016).

Direktzugang: Thema in Forschung und Politik

Die Einführung des Direktzugangs in der Schweiz wurde in einer Umfrage im Jahr 2011 von der Mehrheit der beteiligten Physiotherapeutinnen und -therapeuten befürwortet (Scheermesser et al., 2011). In einem Versuch im Jahr 2013 zeigten teilnehmende Physio-

therapeutinnen und -therapeuten, dass sie beim Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten zu einem überwiegenden Anteil korrekt bestimmten, ob physiotherapeutische Behandlungen indiziert waren (Nast et al., 2013). Jährlich steigende Gesundheitskosten (BFS, 2017) und der Mangel an qualifizierten Fachkräften (Bachmann et al., 2015) gefährden die Gesundheitsversorgung, was eine Umverteilung der Verantwortlichkeiten, wie sie der Direktzugang zur Physiotherapie beinhaltet, in der schweizerischen Gesundheitsversorgung dringlich werden lässt. Mit seiner Strategie

Mit seiner Strategie Gesundheit2020 fördert der Bundesrat moderne Versorgungsmodelle und möchte unnötige Kosten vermeiden (Schweizerischer Bundesrat, 2013), doch die Interpellation «Direktzugang zu Physiotherapieleistungen» lehnte er 2016 ab (Schweizerischer Bundesrat, 2016).

Gesundheit2020 fördert der Bundesrat moderne Versorgungsmodelle und möchte unnötige Kosten vermeiden (Schweizerischer Bundesrat, 2013), doch die Interpellation «Direktzugang zu Physiotherapieleistungen» lehnte er 2016 ab (Schweizerischer Bundesrat, 2016).

Fragen an Stakeholder

Wie beurteilen wesentliche Akteurinnen und Akteure des Gesundheitssystems die Rolle der Physiotherapie in der Schweizer Gesundheitsversorgung? Was sind ihre Meinungen über den Direktzugang zur Physiotherapie in der Schweiz? Welche Barrieren und unterstützenden Faktoren zur Einführung des Direktzugangs benennen sie? Die Beantwortung dieser Fragen war das Ziel einer Master-Thesis im Studiengang Master of Science in Physiotherapie an der Berner Fachhochschule BFH. Befragt wurden zwölf Entscheidungsträgerinnen und -träger aus der Gesundheitspolitik, Mitarbeitende von Berufsverbänden, Krankenkassen und deren Dachverbänden sowie Ärzte und Dozierende von Physiotherapie-Studiengängen¹.

Einflussreiche Gegner

Die Mehrheit der Interviewten befürwortete die Einführung des Direktzugangs zur Physiotherapie. So plädierten die befragten Ärzte und Dozierenden der Physiotherapie-Studiengänge klar für den Direktzugang. Die befragten Entscheidungsträgerinnen und -träger aus der Gesundheitspolitik und Vertreter der Krankenkassen waren hingegen geteilter Meinung. Manche von ihnen offenbarten sich als Gegner des Direktzugangs². Dieses Verhältnis aus Gegnern und Unterstützerinnen respektive Unterstützern unter den Professionen lässt vermuten, dass der Einfluss der Gegner auf die Politik und die Öffentlichkeit grösser sein könnte als jener der Befürworterinnen und Befürworter. Insgesamt zeigten sich die Interviewten sowohl über die Relevanz der Physiotherapie im Schweizer Gesundheitssystem als auch über die wissenschaftliche Evidenz der Physiotherapie uneinig:

«Bei vielen Krankheitsbildern sind physiotherapeutische Leistungen angemessener als jene von Ärzten. Darum sage ich, dass Physiotherapie ein wichtiger Teil der Schweizer Gesundheitsversorgung ist.»

«Wir stellen fest, dass die Datenlage in der Versorgungsforschung und der Forschung über Nutzenbewertung nicht gut ist. Es gibt immer wieder Bereiche, in denen man den Nutzen von Physiotherapie in Frage stellen kann.»

Einigkeit herrschte hingegen über die Notwendigkeit eines neuen Gesundheitssystems, welches grossen Wert auf integrierte und koordinierte Versorgung legt. Die Forderung nach diesem neuen Gesundheitssystem konnte als essenziell wichtiger und unterstützender Faktor für die Einführung des Direktzugangs zur Physiotherapie identifiziert werden:

«Es gibt immer mehr multimorbide Patientinnen und Patienten und irgendjemand muss sich um sie kümmern. Ich bin mir sicher, die Hausärztinnen und -ärzte allein werden das nicht schaffen. Darum wird sich unsere Grundversorgung in den nächsten zehn Jahren grundlegend verändern. (...) Ich glaube, wir sollten vielmehr die medizinische Grundversorgung als

Mannschaftssport praktizieren. (...) Das heisst auch, dass wir Behandlungssysteme brauchen, wo jede und jeder das tut, was sie oder er am besten kann.»

Als wichtigste Barrieren zur Einführung des Direktzugangs wurden einerseits höhere Gesundheitsausgaben durch Mengenausweitung und die Gefahr, dass der Direktzugang von Physiotherapeutinnen und -therapeuten für den eigenen Profit ausgenutzt werden könnte, andererseits der Bedeutungsverlust der Ärztinnen und Ärzte in ihrer Funktion als Gatekeeper genannt.

Einigkeit herrschte über die Notwendigkeit eines neuen Gesundheitssystems, welches grossen Wert auf integrierte und koordinierte Versorgung legt.

Auch das als gering angesehene Evidenzniveau physiotherapeutischer Massnahmen wurde als Hindernis auf dem Weg zum Direktzugang aufgeführt. Die Aussagen der Interviewten verdeutlichen, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllen müssen, um die Forderung nach einem neuen Gesundheitssystem voranzutreiben, welches die Einführung des Direktzugangs beinhalten könnte:

«Es ist wichtig, dass Physiotherapeutinnen und -therapeuten auf Interprofessionalität setzen, dass sie sich flankierende Massnahmen, Qualitätssicherungsmassnahmen und ein Vergütungsmodell mit Krankenversicherern überlegen, dass sie aufzeigen, wie man ein ungerechtfertigtes Mengenwachstum eindämmen könnte, und in einem geeinten Berufsverband auftreten.»

Interprofessionalität in Ausbildung und Praxis

Die Prüfung nötiger Kontrollmechanismen, um ein mögliches Ausnutzen des Direktzugangs zugunsten der Physiotherapeutinnen und -therapeuten zu begrenzen, wurde besonders von den politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern als unabdingbar angesehen. Sie empfahlen ebenso, die Wirksamkeit von Physiotherapie noch stärker zu erforschen und die Forschungsergebnisse einem breiten Publikum zugänglich zu machen. Darüber hinaus wurde interprofessionelles Engagement in Ausbildung und Praxis als Voraussetzung für die Einführung des Direktzugangs genannt, um den Physiotherapieberuf auf die Herausforderungen von morgen vorzubereiten und das schweizerische Gesundheitssystem zu verbessern, in welchem verstärkt die Patientinnen und Patienten und weniger die Versorgungssysteme im Zentrum stehen.

Die vollständige Literaturliste kann bei der Autorin angefragt werden.

¹ Bei den Befragten aus den Bereichen Ärzteschaft und Krankenkassen handelt es sich ausschliesslich um Männer, weshalb in der Folge die männliche Form genutzt wird.

² Unter den Gegnern finden sich ausschliesslich Männer.

«Innovativ und verlässlich»

Seit dem 1. Januar 2018 ist die Weiterbildung des ehemaligen Weiterbildungszentrums Wirtschaft, Gesundheit, Soziale Arbeit departemental organisiert. Peter Baumann, einstiger Zentrumsleiter, hält künftig die Fäden der Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen am Departement Gesundheit in der Hand. Zum Start äussert er sich zur Rolle der Weiterbildung im Gesundheitswesen sowie zu seinen Zielen und Wünschen für die Abteilung.

Interview:
Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

Seit Jahresanbruch leiten Sie die Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen am Departement Gesundheit. Was verbindet Sie mit der Gesundheit?

Peter Baumann: Als das WBZ vor vier Jahren startete, war mir das Gebiet der Gesundheit zugegebenermassen fremd. Je länger ich mich mit dem Themenfeld auseinandersetzte, Menschen und Inhalten begegnete, desto mehr eröffnete sich mir die Gesundheit als spannendes gesellschaftliches Feld: Alterungsprozesse, chronische Krankheiten, Einflüsse aus Umwelt und Politik oder Migration fordern und verändern das Gesundheitswesen laufend. Diverse Akteure müssen für ein funktionierendes und effizientes Gesundheitssystem gemeinsam und im Verbund Leistungen erbringen, was die Organisation von Gesundheitsinstitutionen herausfordernd und spannend macht.

Was charakterisiert gegenwärtig das Weiterbildungsprogramm des Departements Gesundheit?

PB: Die Weiterbildung ist relativ stark professionsorientiert und wird disziplinar gedacht. Das werde ich als Stärke, haben Berufsleute doch so die Möglichkeit, sich auf ihrem professionsorientierten Weg weiterzubilden. Dies festigt die Professionen. Gleichzeitig haben wir interprofessionelle Angebote wie das CAS «Patientensicherheit». Die Frage ist, inwiefern wir einen Schritt weitergehen und uns sowohl neue professionspezifische wie auch interprofessionelle Themenfelder erschliessen können.

Denken Sie an bestimmte Themenfelder?

PB: Ich habe tatsächlich Themen im Kopf. Es wäre aber verfrüht, diese hier und allein aus meiner Sicht zu deponieren. Seit November 2017 widmet sich eine abteilungsübergreifende Arbeitsgruppe mit Vertretenden aus Lehre, Forschung sowie Weiterbildung und Dienstleistungen der «Angebotsentwicklung Weiterbildung Gesundheit». Wir durchleuchten in den nächsten Monaten unsere Angebotsstruktur und passen diese an.

Inwiefern kann Weiterbildung das Gesundheitswesen stärken?

PB: Elementar für ein funktionierendes Gesundheitswesen ist Interprofessionalität – nicht nur im engen Sinne hinsichtlich des Verhältnisses von Medizin- und Gesundheitsberufen gedacht. Institutionen, Finanzierer und politische Akteure sind mit ihren Ansprüchen an das Gesundheitswesen mitzudenken. Schaffen es diese Akteure, in einen fruchtbaren Austausch zu treten, die



jeweils eigene Perspektive auch mal zu wechseln, können daraus innovative Lösungen für Fragestellungen entstehen. Hier setzt die Weiterbildung an: Sie ist ein Übungsfeld für die Akteure, sich aktiv mit verschiedenen fachlichen Strömungen auseinanderzusetzen und diese in die Lösungsfindung einzubeziehen.

Heisst das, dass Sie sich Angebote vorstellen können, die sowohl von einer Krankenkassenvertreterin als auch von einem Pflegefachmann absolviert werden können?

PB: Wenn eine Weiterbildung Erfahrungen von Interprofessionalität jenseits einer theoretischen Ebene eröffnen soll, muss man zulassen, dass sie verschiedensten Berufsgruppen mit diversen Hintergründen und Bildungsabschlüssen offensteht. Unser Zielpublikum kann sich deshalb nicht ausschliesslich auf Alumni unserer Studienrichtungen konzentrieren. Je nach Thema tendiere ich dazu, Hochschulweiterbildung breiter zu verstehen. Ich kann mir durchaus ein multiples Modell vorstellen, wobei auch nicht jede Absolventin, jeder Absolvent mit einem Titel abschliesst, aber dennoch die Möglichkeit hat, von dem Angebot zu profitieren.

Welches Gewicht schreiben Sie folglich der wissenschaftlichen Verankerung der Weiterbildung zu?

PB: Hochschulweiterbildung muss einen gewissen Wissenschaftsanspruch haben. Darüber, dass die Inhalte auf Evidenz aus der Forschung basieren, können sich unsere Angebote von jenem anderer Anbieter unterscheiden. Die Frage ist nur, was ist Wissenschaftlichkeit, was ist Evidenz? Darüber kursieren unterschiedliche Vorstellungen innerhalb der BFH, der Departemente, der Weiterbildungsabteilungen. Ich erhoffe mir, dass wir uns am Departement Gesundheit auf ein Konzept von Wissenschaftlichkeit einigen können, mit dem wir fortan arbeiten und der Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen ein Gesicht verleihen werden.

Der Weiterbildungsmarkt im Gesundheitswesen ist hart umkämpft. Welche Position sehen Sie für die Weiterbildung des Departements Gesundheit vor?

PB: Die Frage unserer Positionierung stellt sich zum Beispiel bei selbstständig erwerbenden Professionsangehörigen wie Ernährungsberaterinnen und -beratern, Hebammen oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Diese haben eine Weiterbildungspflicht; aber jeder Tag, den sie in der Weiterbildung verbringen, bedeutet eine finanzielle Einbusse. Ihrer Situation kommen die Berufsverbände mit ihren Weiterbildungsangeboten – kurze Formate, praxisorientiert, kostengünstig – entgegen. Diesen Markt zu bearbeiten ist schwierig. Wir müssen neben den bereits genannten interprofessionellen Angeboten auch Themenfelder mit einem gewissen Innovationspotenzial identifizieren. Im Wissen darum,

dass wir damit eine eher kleine, spezifisch interessierte Gruppe von Gesundheitsfachpersonen ansprechen. Weiter können wir uns durch eine starke Zusammenarbeit mit Institutionen hervorheben.

Wo steht die Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen Ende 2018?

PB: Das angebrochene Jahr verstehe ich als Übergangsjahr, in dem wir erstens unser bestehendes Angebot konsolidieren. Mir ist es zweitens ein Anliegen, dass die Weiterbildung ins Departement eingebettet ist. Führen wir ein zu starkes Eigenleben, sind wir zu klein, zu teuer und vergeben Chancen auf vorhandene Ressourcen. Drittens möchte ich als Team der Weiterbildung und Dienstleistungen eine «Schlagkraft» – mag dies auch etwas martialisch klingen – entwickeln, die uns erlaubt, neue Projekte in Angriff zu nehmen. Und letztlich werden wir Ende 2018 Themen identifiziert haben, in die wir investieren.

Was wünschen Sie sich längerfristig für die Weiterbildung am Departement Gesundheit?

PB: Ich wünsche mir, dass wir wachsen und das Ziel der Kostendeckung erreichen. Dies verleiht uns Spielraum für die Weiterentwicklung. Weiter wünsche ich mir, dass wir in der Lage sein werden, Impulse aus dem Departement, aus den Bachelor- und Masterstudiengängen sowie aus der Forschung aufzunehmen und diese über das Weiterbildungsangebot wiederum in die Praxis zu tragen. Gleichzeitig wünsche ich mir eine Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen, die aufgrund ihres ausgezeichneten Praxiskontakts – das Merkmal einer guten Weiterbildung – auch für das Departement als Impulsgeberin wirkt. Und schliesslich soll die Abteilung als innovative und verlässliche Partnerin dazu beitragen, die Institutionen im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

Zur Person: Peter Baumann

Peter Baumann schloss sein Studium in Germanistik, Pädagogik und Publizistik 1991 an der Universität Zürich mit dem Lizentiat ab. Parallel absolvierte er die Weiterbildung zum eidgenössisch diplomierten Marketingleiter, aktuell erwirbt er berufsbegleitend in Zürich und Wien den MSc in Organization Development.

Seit 1992 ist Peter Baumann an der BFH, dozierte am Fachbereich Wirtschaft zum Thema Marketing, leitete eine Gruppe von Dozierenden und Forschungsleitenden zur Markenführung und von 2014 bis 2017 das WBZ Wirtschaft, Gesundheit, Soziale Arbeit. Am 1. Januar 2018 übernahm er die Führung der Abteilung Weiterbildung und Dienstleistungen am Departement Gesundheit.

Halbzeit im Projekt «Curriculum 2020»: Wir bleiben dran!

Im Zuge gesellschaftlicher Entwicklungen und der damit verbundenen wachsenden Komplexität vieler Lebensbereiche gewinnt die Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit an Bedeutung – auch im Gesundheitswesen. Das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule verankert mit dem Projekt «Curriculum 2020» Interprofessionalität systematisch in den vier Bachelorstudiengängen Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Physiotherapie und Pflege. Zur Projekthalbzeit liegt ein erstes Modulkonzept vor.



Theresa Scherer
Studiengangsleiterin BSc in Pflege
Abteilung Pflege
Interne Projektkoordinatorin
«Curriculum 2020»
theresa.scherer@bfh.ch



Ursula Schwager
Externe Projektleiterin
«Curriculum 2020»
ursula.schwager@mails.ch

Interprofessionalität gewinnt im Gesundheitswesen an Bedeutung. Verbesserte Lebensbedingungen ermöglichen es, dass die Menschen älter werden. Gleichzeitig ist eine stetige Zunahme chronischer Krankheitsbilder zu verzeichnen. Mit dem wissenschaftlichen Fortschritt eröffnen sich neue therapeutische Möglichkeiten. Ökonomische Zwänge erfordern, dass in kurzer Zeit optimale Ergebnisse erzielt werden. Neue digitale Möglichkeiten verändern den Praxisalltag sowie das Verhalten und die Erwartungen aller Beteiligten: Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten informieren und vernetzen sich und werden zu Partnerinnen und Partnern im Prozess der Gesundheitsversorgung. Die Ansprüche an die Gesundheitsfachpersonen wachsen. Der Berufsalltag wird hektischer, intensiver und komplexer. Der Umgang mit Schnittstellen zwischen verschiedenen Berufen wird zunehmend erfolgskritisch. All dies erfordert ein funktionierendes interprofessionelles

Zusammenspiel zwischen den Gesundheitsfachpersonen.

Interprofessionelle Ausrichtung der Bachelorstudiengänge

Das strategische Projekt «Curriculum 2020» des Departements Gesundheit nimmt diese Entwicklungen auf und richtet seine vier Bachelorstudiengänge Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege und Physiotherapie verstärkt interprofessionell aus. Ziel ist, ab 2020 die angehenden Gesundheitsfachpersonen bereits während des Studiums vermehrt auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vorzubereiten, indem in diesem Kontext relevante Kompetenzen während der Ausbildung stärker gewichtet werden. Sämtliche Entwicklungsarbeiten orientieren sich am Anspruch einer konsequenten Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und Klientinnen, Klienten sowie deren Umfeld.

Vorgehen und erste Erkenntnisse zur Projekthalbzeit

Den Entwicklungsarbeiten liegt ein Vorgehen zugrunde, welches gleichzeitig im konkreten Praxisalltag (situierter Ansatz) sowie in der aktuellen Literatur (forschungsbasierter Ansatz) verankert ist: Ausgehend von der Analyse exemplarischer Praxissituationen aus dem gesamten Gesundheitsversorgungspfad und allen Lebensphasen identifizierte die zuständige Arbeitsgruppe interprofessionell relevante Aufgabenstellungen und Herausforderungen. Aus diesen wiederum leitete sie die dafür notwendigen interprofessionellen Kompetenzen ab. Parallel dazu wurden Erkenntnisse aus der Literatur ausgewertet und in die Entwürfe integriert.

Aktuell befindet sich das 2015 gestartete Projekt in der Halbzeit. Erste wichtige Ergebnisse liegen vor. Dazu zählt der Entwurf eines interprofessionellen Modulkonzepts, welches aktuell fünf aufeinander bezogene Themen skizziert. Parallel dazu wurden Leitgedanken zum interprofessionellen Lehren und Lernen sowie konkrete Umsetzungsbeispiele für das didaktische und strukturell-organisatorische Umfeld erarbeitet.

Das interprofessionelle Modulkonzept mit seinen inhaltlichen Schwerpunkten:

Thema 1: Die betroffene Person und ihr Umfeld im Zentrum interprofessionellen Handelns

Blick auf die Gesundheitsversorgung, den interprofessionellen Kontext und die Bedeutung von Interprofessionalität aus den Augen der zu betreuenden Person und ihrer Angehörigen.

Thema 2: Gesundheitsberufe im Kontext der interprofessionellen Gesundheitsversorgung

Einführung des Themas Interprofessionalität an sich sowie einer interprofessionellen Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem der Schweiz; Sensibilisierung für deren Relevanz im Gesundheitswesen und für die Tätigkeit der Gesundheitsfachperson.

Thema 3: Gesundheitsberufe im Kontext der klinischen Entscheidungsfindung

Bedeutung der Interprofessionalität aus der Perspektive der beteiligten Berufe; Interaktion unterschiedlicher Rollen und Professionen in Versorgungsprozessen.

Thema 4: Digitale Kommunikation im interprofessionellen Setting

Bedeutung, Chancen und Herausforderungen digitaler Instrumente und Daten für die Interaktion, Kommunikation und Dokumentation im interprofessionellen Kontext.

Thema 5: Gesundheitsförderung und Prävention – ein interprofessionelles Handlungsfeld

Synthese der IP-Modulgruppe: Umsetzung realer interprofessioneller Zusammenarbeit in einem Themenfeld, in dem gelingende Interprofessionalität von grosser Bedeutung ist (Projekt).

Projekt «Curriculum 2020» – gelebte Interprofessionalität

Der Projektprozess beinhaltet unterschiedliche Gefässe, die den zentralen Anspruchsgruppen in allen Projektphasen eine Beteiligung ermöglichen. Damit wird Interprofessionalität bereits im Projektprozess gelebt:

- Alle aktiven Projektgremien sind interprofessionell zusammengesetzt. Diese Zusammensetzung bewährt sich und trägt wesentlich dazu bei, das anspruchsvolle Vorhaben kontinuierlich mit heterogenen Perspektiven und den Eigenheiten der Curricula der Bachelorstudiengänge Ernährung und Diätetik, Geburtshilfe, Pflege und Physiotherapie abzustimmen.
- Regelmässig finden die sogenannten «Soundingboards» mit wichtigen Zielgruppen statt: mit dem ganzen Departement Gesundheit der BFH, mit Vertretenden der Studierenden, mit Vertretenden aus der interprofessionellen Praxis (inkl. Ärzteschaft, Vertretende der Sozialen Arbeit usw.) sowie mit Patientinnen, Patienten, Klientinnen, Klienten und Angehörigen. In den «Soundingboards» werden die Projektergebnisse oder aktuelle Fragestellungen diskutiert. Die Erkenntnisse fliessen kontinuierlich in die Projektarbeit ein.
- Im Projektbeirat sind mit Praxisvertretenden der involvierten Professionen, mit Vertretenden der Ärzteschaft, mit Schlüsselpersonen der BFH sowie mit Expertinnen und Experten zu Interprofessionalität aus dem In- und Ausland wichtige Perspektiven vertreten.
- Zusätzlich finden mündliche und schriftliche Vernehmlassungen und Feedbackschleifen zu Zwischenergebnissen statt, an welchen jeweils die vier Bachelorteams oder auch das ganze Departement beteiligt sind.

Für alle Beteiligten herausforderungsreich

«Curriculum 2020» ist ein komplexes Grossprojekt, das professions- und studiengangübergreifend konzipiert ist und an dem zahlreiche Personen beteiligt sind. Es ist mit einem «Identitätsshift» von einem hauptsächlich professionellen hin zu einem deutlich stärker interprofessionellen und personenzentrierten Selbstverständnis verbunden. Herausforderungsreich für die Beteiligten ist zudem, dass es parallel zum laufenden Betrieb durchgeführt und umgesetzt wird. Das Projekt kann nur gelingen, wenn sich die Verantwortlichen mit den Projektzielen und mit seinen Inhalten identifizieren. Gleichzeitig müssen sie mit geeigneten Massnahmen dafür sorgen, dass alle involvierten Personen den Prozess nachvollziehen und sich schrittweise mit der Thematik auseinandersetzen. Aus diesem Grund finden seit Beginn des Projekts Aktivitäten unterschiedlicher Art statt, die die Fakultätsentwicklung begünstigen. Dazu zählen die oben erwähnten Gefässe sowie Weiterbildungsaktivitäten. Letztere sind insbesondere ab der nächsten Projektphase vorgesehen.

Schweden – Schweiz

So ähnlich und doch so anders



Madeleine Bernet
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Abteilung Pflege
madeleine.bernet@bfh.ch

Grosse blonde Menschen, Familienfreundlichkeit, IKEA, Mittsommer, Zimtschnecken oder Fortschrittlichkeit: Wer an Schweden denkt, dem fallen vermutlich schnell Schlagwörter und Attribute ein, die mit dem Land und seiner Bevölkerung verbunden sind. Madeleine Bernet lebt für ein Jahr im sogenannten Land der Schären und Elche. Von September bis Dezember absolvierte sie einen Mitarbeitendenaustausch an der Fakultät für Gesundheit und Gesellschaft der Malmö Högskola. In diesem Erfahrungsbericht schildert sie ihre Eindrücke und Erlebnisse aus den ersten Wochen in der neuen, fremden Heimat.

Seit mehreren Wochen lebe ich nun in Schweden. Mittlerweile befinde ich mich in der Anpassungsphase. Anpassungsphase? Ein Umzug in ein anderes Land ist oftmals mit einem Kulturschock verbunden, unabhängig davon, wie ähnlich das Zielland der Heimat auch scheint. Der Kulturschock ist durchaus ein wissenschaftlich erforschtes Phänomen. Gemäss dem im Lehrbuch von Scherrer und Lindemalm (2015) beschriebenen Modell folgt die Anpassungsphase auf die Touristenphase und die Schockphase. In der Touristen-

phase ist alles am neuen Land spannend, die Begeisterung über die fremden Eindrücke überwiegt – wie ich es anfangs erlebt hatte. Ich freute mich auf das Abenteuer und fand alles in Schweden super: die Natur, das Meer, die Leute und deren Unkompliziertheit. In der darauf folgenden Schockphase fiel mir auf, was ich in Schweden im Vergleich zur Schweiz eher als störend empfand: So schien mir Schweden weniger sauber. Das meinem Eindruck nach schlechte Wetter und der ständige Wind bescherten mir häufig Migräne. Die Unkom-



Die Stadt Malmö mit dem bekannten Turning Torso des spanischen Architekten Santiago Calatrava. (Bild: David Bernet)

pliziertheit der Schweden empfand ich als weniger positiv und ich erlebte die Bürokratie, bezogen etwa auf das Bankkonto oder die Personennummer, als chaotisch. Zuweilen dachte ich: «Was mache ich hier eigentlich?»

Einleben in der neuen Heimat

In der Anpassungsphase angekommen, fühle ich mich nun langsam «zuhause». Ich spreche im Treppenhaus mit den Nachbarn und die Dame an der Kasse im Shop vis-à-vis kennt mich. Es sind die kleinen Aspekte des Alltags, die das Einleben fördern. Die gelassene schwedische Art schätze ich mittlerweile sehr. «Ta det lugnt» ist ein Teil des schwedischen Lebensgefühls und bedeutet so viel wie «take it easy». Die immer und überall verwendete Du-Form trägt einiges zur Unkompliziertheit bei. Meine wachsenden Schwedischkenntnisse erleichtern die Integration in die neue Kultur. Auch das Wissen über das Phänomen des Kulturschocks hat mir geholfen, mich in der neuen Heimat einzuleben. Anfänglich habe ich mich oftmals selbst hinterfragt und gedacht, ich sei pingelig und kompliziert. Dass es anderen jedoch ebenso geht und es dazu sogar ein beschriebenes Phänomen gibt, hat mir Sicherheit vermittelt. Zudem wurde mir einmal mehr bewusst, wie hilfreich theoretische Modelle für die Praxis sein können.

Arbeiten an der Malmö Högskola

Ende August wurde ich an der Malmö Högskola herzlich empfangen (vgl. Informationen zu SEMP im Kasten). Meinen ersten Arbeitstag haben wir mit Kaffee gestartet, während mir Anna Carlson, meine geschätzte Mentorin, einen Einblick in die Geschichte von Malmö – einst eine eher triste Industriestadt, heute eine multikulturelle, pulsierende Hochschulstadt – und der Högskola gab. Nach dem anfänglichen «Fika» (Kaffeepause und heiliges Ritual in Schweden) erstellten wir mein individuelles Programm, damit ich meine vier Hauptziele 1) Networking, 2) schwedisches Gesundheits- und Hochschulsystem kennenlernen, 3) Verbesserung der Sprachkompetenzen und 4) Vertiefung der Fähigkeiten in qualitativen Forschungsmethoden erreichen kann. Letzteres geschieht etwa, indem ich an Doktorandenseminaren teilnehme und mich mit Expertinnen und Experten über ihre Erfahrungen und Methoden austausche. Aus organisatorischen Gründen arbeite ich ansonsten vorwiegend in der Lehre mit, erhalte aber auch spannende Einblicke in die Forschung. Das schwedische Hochschulsystem sowie die Bachelor- und Masterstudiengänge in Pflege weisen einige Unterschiede zum Schweizer System und den Studiengängen an der BFH auf. Wichtiges Instrument im Bachelorstudiengang ist beispielsweise das «Peer Learning» in Theorie und Praxis, bei welchem immer zwei Studierende ein Tandem bilden und so voneinander profitieren können. So sollen auch fehlende Betreuungspersonen in der Praxis kompensiert werden (Stenberg & Carlson, 2015). Die einjährigen spezialisierten Masterstudiengänge (60 ECTS) dagegen verfolgen eine Vertiefung in einem Fachgebiet. So arbeiten in den Ge-



Madeleine Bernet (re) und ihre Mentorin Anna Carlsson (li) vor der wertvollen Wand mit den Dissertationen an der Malmö Högskola. Doktorarbeiten, die im Rahmen der öffentlichen Verteidigung einwandfrei angenommen werden, werden zum Zeichen der Akzeptanz «festgenagelt». (Bild: David Bernet)

sundheitszentren der Primärversorgung häufig Pflegefachpersonen mit der Spezialisierung «Distriktssköterska» (district nurse). Wer sich im Hinblick auf eine akademische Karriere theoretisch weiterbilden will, kann weitere 60 ECTS-Punkte erarbeiten und das zweijährige Masterprogramm abschliessen (120 ECTS).

Viel wandern macht bewandert

Schwedische Eigenheiten haben sich mir auch bezüglich Gesundheitswesen und Politik schnell eröffnet: So wird die schwedische Hauspflege aufgrund der vielen Primärversorgungszentren eher vernachlässigt – und das Schweizer Spitex-System häufig bestaunt. Zudem gibt es in den Gesundheitszentren oft lange Wartezeiten und ein hohes Mass an Selbstmanagement wird vorausgesetzt. Demgegenüber investiert Schweden viel Geld in die Familien- und Bildungspolitik. Es scheint sich auszuzahlen – viele Schweden wirken ausgeglichener und entspannter.

Um genau abzuschätzen, was ich für meine Tätigkeit an der BFH aus Schweden mitnehmen werde, ist es noch zu früh. Mir bleibt aber zum Glück noch Zeit, um mehr über die schwedische Kultur zu erfahren, den schwedischen Lebensstil zu ergründen und die schwedische Natur zu erforschen. So sagte Peter Sirius schliesslich einst: Viel wandern macht bewandert.

Literatur:

- Scherrer, P. L. & Lindemalm, K. (2015). Rivstart B1+B2 Textbok. Stockholm: Natur & Kultur.
- Stenberg, M. & Carlson, E. (2015). Swedish student nurses' perception of peer learning as an educational model during clinical practice in a hospital setting – an evaluation study. BMC Nursing, 14, 48. doi:10.1186/s12912-015-0098-2

Horizontenerweiterung

Das Swiss-European Mobility Programme (SEMP, ehemals Erasmus) bietet Mitarbeitenden der Berner Fachhochschule BFH die Möglichkeit, an europäischen Hochschulen andere Herangehensweisen und Perspektiven in Lehre und Forschung zu entdecken.

Abschlussfeier der Master- und Bachelorstudiengänge

Berner Fachhochschule Gesundheit,
30. Oktober 2017, Kursaal Bern

Master of Science in Pflege

Die Diplomierten: Beerli Bettina, Zürich; Eggenberger Karin, Biel; Fröbel Rahel Shirin, Winterthur; Golz Christoph, Worb; Hauser Roman Albert Othmar, Winterthur; Höhn Sonja Ruth, Egg bei Zürich; Inniger Melanie Tatjana, Hindelbank; Klein Carolin, Buttisholz; Lauber Franziska Maria, Mund; Milse Marion, Unterseen; Miracco Romina, Gerlafingen; Pessach-Bamert Simone Gabriela, Brüttisellen; Rupp Julia Verena, Urswil; von Euw Iris, Luzern; Wyssen Chantal, Unterbäch VS

Master of Science in Physiotherapie

Die Diplomierten: Brandt Sophie Karoline, Bern; Fritzsche Jenifer, Büren an der Aare; Hubacher-Schneider Dajana Michelle, Bern; Hummel Alexandra Charlotte, Bern; Otter-Kaufmann Laurence Adeline Selma, Ursy; Pudelko Agnes Martha, Bern; Rahman Md Arifur, Bern; Schraknepper Anja, Basel; Schulz Carolin, Bad Belzig (D); Siemens Xenia Katharina, Efringen-Kirchen (D)

Bachelorstudiengang Pflege (Vollzeit)

Die Diplomierten: Däppen Joëlle, Rubigen; Delaquis Rahel, Bitsch; Herzog Jasmin Margrit, Möhlin; Huber Flavia Katharina, Bern; Langsch Yvonne Rebecca, Ortschaftswaben; Leu Alexandra Anita, Niederstocken; Markovic Monika, Olten; Müller Christine, Solothurn; Neuenschwander Milo, Steffisburg; Nüssli Vanessa Lea, Mellingen; Odermatt Barbara, Büren NW; Ramseyer Laura Simona, Schüpfen; Renggli Renate Gertrud, Malters; Roth Tonja Ursina, Niederdorf; Sutter Kim Belinda, Oberbipp; Unternährer Céline Vanessa, Buttisholz; Weibel Leandra, Derendingen; Wismer Sabrina, Ebikon; Zwahlen Sarah, Münchenbuchsee

Bachelorstudiengang Pflege (Vollzeit)

Die Absolvierenden: Aguirre Cheyenne Jastine, Gunten; Albisser Rahel Katharina, Tenniken; Allam Samy Samir, Basel; Arni Bettina Gabriela, Mühledorf SO; Arnold Sandra, Bürglen UR; Baumann Stefanie, Oppligen; Berni Seraina Theresia, Schliern bei Köniz;



Biedermann Nadine Veronika, Bern; Bill Corina, Röthenbach bei Herzogenbuchsee; Bouchoucha Rym Nesrin, Spiegel bei Bern; Brack Gaëlle Lea, Uhwiesen; Burghard Philipp, Buchrain; Bürgi Pia-Maruschka, Frauenkappelen; Bütschi Svenja Tina, Frutigen; Ebeling Stephanie Ann Margarete, Aarau Rohr; Eichelberger Nina Stefanie, Aarau; Eichenberger Naima Luana, Bern; Esposito Lia, Vordemwald; Furer Cornelia Vanessa, Burgdorf; Gisler Andrea Stefanie, Schattdorf; Hadorn Beatrice, Gurzelen; Hohl Dimitri Kay, Basel; Hölzl Monika, Bern; Huber Paulina Luisa Géraldine, Luzern; Iseli Patrizia Louise, Uetendorf; Jäggi Nina, Wabern; Jau Andrea Corina, Erlinsbach SO; Kobel Silja Marina, Fribourg; Koch Janina, Wabern; Kofmel Nadine Bernadette, Deitingen; Leuenberger Natalie, Bannwil; Mäder Katharina, Balzers; Meyer Sabrina, Nidau; Pfander Jeannine, Lohn-Ammannsegg; Reinhard Eliane Andrea, Luzern; Renggli Fabienne Josefine, Malters; Rohrbach Edda Elena, Rüscheegg Gambach; Rüedi Irina, Gamsen; Saponja-Dimitrijevic Jelena, Spiez; Schneeberger Antonetta Ursina, Steffisburg; Traber Rahel Tamara, Allschwil; Vranic Monika, Bern; Wiler Natalie Luzia, Schötz; Wyss Marjelle Eline, Bern; Zarrabi Saffari Tu Hanh, Ittigen

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



Bachelorstudiengang Pflege, berufsbegleitend (für diplomierte Pflegefachpersonen)

Die Diplomierten: Bader Sabrina, Itingen; Baumgartner Noemi Elena, Basel; Brandao Mona N'Gola, Zürich; Breidenbach Leonie, Bern; Bresler Jessica Aimée, Basel; Bürgi Seline, Lyss; Burri Andrea Sandra, Bern; Christen Aline, Luzern; Djuric Brankica, Suhr; Herzog Katjana Susanne, Gümligen; Ith Bettina, Liebefeld; Käufeler Martina, Wettingen; Kugler Rahel, Zürich; Ludwig-Witt Severien, Winterthur; Lustenberger Angela, Romoos; Mitrovic Zorica, Basel; Müller Nadine Michèle, Frenkendorf; Mutschler Stefanie, Waltenschwil; Passerini Simone, Aarau; Puter Justin Mihály, Bern; Rössli Sabrina Daniela, Luzern; Saladino Christian, Allschwil; Schmocker Melanie Annina, MuttENZ; Schmutz Doris, Bigenthal; Siegrist-Dreier Sandra, Luzern; Stüdl Maya Isabelle, Bern; Usman Mariama, Bern; Weyermann-Suter Franziska Gabriele, Reinach BL; Wörle-Siegenthaler Tanja, Evilard; Z'Rotz Manuela Fabienne, Luzern

Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Bern

Die Absolvierenden: Ackermann Susanne Daniela, Olten; Aeberhard Deborah, Boll; Berger Laura, Uebeschi; Brand Rahel, Wimmis; Brunner Ella-Francine Vera-Lia, Steinhausen; Bucher Sarina Christina, Bern; Buri Fabienne, Hettiswil; Dohnke Lisa, Aarau; Durisch Ladina Silvana, Ittigen; Eggmann Maria Tabea, Bern; Elmiger Chantal, Rain; Engel Jonas Edwin, Bern; Feuz Severin, Bern; Frei Elio Lionel, Langendorf; Freiburghaus Selina Anja, Köniz; Gisler Dominik Andreas, Lenzburg; Gsponer Janine, Glis; Huser Benjamin, Alpnach Dorf; Kälin Moritz Thomas, Leukerbad; Kästli Janina, Holziken; Kaufmann Corinne Helen, Hergiswil LU; Kläy Martina, Zäziwil; Kronig Michael Patrick, Brig; Leiser Lucia, Vinelz; Luggen Lea Maximiliane, Brig; Marolf Melanie Sarah, Finsterhennen; Minder Karin, Niederscherli; Müller Mirjam, Hindelbank; Oberli Daniela Senta, Bern; Odermatt Melanie, Buochs; Rieser Robin Sten, Koppigen; Schenk Katja, Luzern; Schindler Matthias, Affoltern im Emmental; Schlatter Jasmin Joëlle, Bern; Schneider Mirjam Andrea, Steffisburg; Schwammberger Helen Larissa, Schöftland; Sidler Sarah, Fulenbach; Sigel Joëlle, Herzogenbuchsee; Stauffer Sabrina, Hinterkappelen; Strässle Marius Cornel, Steffisburg; Studer Elena Naomi Rahel, Gümligen; Sturzenegger Tanja Alina, Brittnau; Thomann Sabrina Karin, Herrenschwanden; Truttmann Daniela, Nebikon; Vogel Carla Christina, Entlebuch; Werlen Raphael, Ferden; Willi Franziska Regina, Hasliberg Hohfluh; Wittker Laura Sabina, Meggen; Wyss Elisa, Triengen; Zimmermann Sandra Claudia, Moosseedorf

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



Bachelorstudiengang Physiotherapie, Standort Basel

Die Absolvierenden: Abt Lia Anna, Basel; Achermann Jacqueline, Buochs; Ackermann Nicola, Mümliswil; Baumann Florence Anne-Laure, Münchenstein; Bender Joëlle Tamina, Birsfelden; Berger Fabienne, Möhlin; Blaser Marc-Joel, Spiez; Böhringer Laura, Möhlin; Bonell Anaïs Sophia, Basel; Bouvard Sarina Rosemarie, Liebefeld; Cairoli Angela, Muttenz; Egger Jennifer, Zimmerwald; Fankhauser Kenny, Ittigen; Fricker Nadine, Wölflinswil; Gerfin Salome Anna, Basel; Goldenberger Sonja, Rüttenen; Guercio Debora, Binningen; Güntert Lara Melissa, Reinach BL; Hacksteiner Katja, Windisch; Heeg Marloes, Möhlin; Imhof Michaela, Bettmeralp; Kaufmann Sophia, Egolzwil; Keller Michèle Sara, Grenchen; Keller Mirta Rebecca, Bern; Kraft Michael, Thunstetten; Landtwing Dominique Catherine, Rickenbach LU; Locher Joana Nora, Trimbach; Lussi Fabian Daniel, Oberdorf NW; Meier Anik Marina, Bremgarten bei Bern; Michel Laura Maria, Davos Monstein; Miescher Mélanie, Arisdorf; Morello Cinzia Debora, Allschwil; Moser Mirjam, Zweisimmen; Müller Stefanie, Zollbrück; Ray Emmanuel, Wabern; Roggwiler Lea, Therwil; Schiess Lea, Diepflingen; Schöbi Florian Alexander, Bern; Thommen Martin Gilbert, Liestal; Thoss Eric, Basel; Treier Raphaela, Wölflinswil; Vollenweider Alena, Ormalingen; von Heeren Carmen Chantal Katherina, Reinach AG; von Wyl Laura, Kägiswil; Wälchli Alexandra, Burgdorf; Weber Cindy, Luzern; Wider Line Mylène, Dürigen; Zumbrunnen Valerie, Saanen

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



Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Diplomiert: Wick Alexandra, Walzenhausen

Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik

Die Absolvierenden: Abe Bieri Fumi, Uster; Ammann Lena Alina, St. Gallen; Baltensperger Yvonne, Brütten; Beck Julia Gabriella Anna, Nebikon; Bissig Martina Marianne, Altdorf UR; Brun Josiane Monika, Maltes; Cina Tamara Marina Valentine, Salgesch; Engeli Carina, Amriswil; Etienne Anne, La Roche FR; Föhn Simone Nadine, Steinen; Frei Gabriela, Rothrist; Häfeli-Richner Barbara, Rupperts- wil; Heimann Alexandra, Spiez; Hirsig Nadine, Riggisberg; Hubeli Madeleine, Tegerfelden; Hunkeler Eveline Florina Maria, Langnau bei Reiden; Imfeld Priscilla, Bern; Imhof Jasmine Viviane, Courta- man; Inauen Roman, Haslen AI; Kolb Benjamin, Kreuzlingen; Krum- menacher Michael Patrick, Sarnen; Marti Lea Ines, Laupen BE; Marti Pia Lynn, Worb; Messineo Tiziana, Biel; Minery Kevin, Hégenheim (F); Motzer Barbara, Hauptwil; Öztürk Umut, Basel; Piccoli Ricarda, Flims Dorf; Radicci Luana, Pfäffikon ZH; Razi Zee Shaan, Dübendorf; Reiser Seraina, Flims; Renfer Nathalie, Uster; Roggli Debora, Gümligen; Ruch Linda Jennifer, Belp; Rutsch Nadia, Grossaffoltern; Rüttimann Amanda Laura, Oberkirch LU; Schmid Samantha Dominique, Wil AG; Schürch Ramona, Herzogenbuch- see; Stadelmann Nicole, Mosen; Stahel Lea, Elsau; Tuchschild Martina, Thundorf; Turkic Lejla, Bülach; Vagliani Laura, Nieder- hasli; Vogt Adriana Antonia, Widnau; von Blücher Janine Natalie, Bern; Weber Sandra, Bern; Wegmann Carla, Zürich Oerlikon; Weibel Evelyne Sarah, Buttwil; Wepf Anina, Niederönz; Zbären Eveline, Kaufdorf

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



Bachelorstudiengang Hebamme Vollzeit

Die Absolventinnen: Aeschlimann Susanna Helena, Solothurn; Antener Sophie, Erlach; Bissegger Vögeli Simone Barbara, Luzern; Bossard Michal Magdalena, Wynau; Dieffenbach Sarah, Arisdorf; Dietrich Isabel Rea, Oberdiessbach; Enz Christina Karin, Muotathal; Flubacher Daniela, Bennwil; Frei Anna Katharina, Köniz; Hecht Nina, Kerzers; Heldner Kristina, Eyholz; Hellmann Topal Johanna, Oftringen; Huber Corina, Ballwil; Hunziker Jeannette, Büren an der Aare; Kälin Cindy, Gross; Kunz Sabrina, Schüpbach; Lafranchi Eliane Julia, Ramlinsburg; Malmström Rahel Madeleine Eva, Bern; Molari Livia, Magglingen; Neuhaus Sabrina Antonietta, Aarau; Radoicic Dragana, Neuendorf; Rappo Luzia, Basel; Rufer Esther Hadassa Naomi, Gerlafingen; Rusch Jacqueline Karoline, Köniz; Rutishauser Nora Katja, Arlesheim; Schaller Milena, Alterswil FR; Schifferle Barbara, Steinhausen; Schneider Angela, Huttwil; Schuler Sandra, Ebikon; Schüpbach Isabelle, Düringen; Schwaller Mira Ladina, Derendingen; Sigrist Manuela, Steffsburg; Sigrist Melina, Spiez; Sommer Flavia, Bern; Sonderegger Angelika, Heiden; Stamati Corina, Adligenswil; Theile Fiona Sophia, Duggingen; Tscherrig Hanna, Unterems; Vögtli Sarah Andrea, Hochwald; Walther Annatina, Sursee; Wälti Stephanie, Biel; Wicki Beatrice, Zürich; Wyss Ulrike Susanne, Boudry; Zugg Sibille, Bern; Zbinden Anita Verena, Rüscheegg Heubach; Zulauf Saskia, Gränichen

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



Bachelorstudiengang Hebamme (verkürzter Studiengang für diplomierte Pflegefachpersonen)

Die Diplomierten: Durrer Daniela, Melchtal; Gamma Simone Stephanie, Altdorf UR; Grünig Sarah Andrea, Oberhofen am Thunersee; Hardegger Agnes Josefina, Gams; Hufnagl Eva-Maria, Bern; Jäger Dorothea, Basel; Kasper Mirjam, Bern; Lemmke Martina Esther, Aarau; Moravac Iduna, St.Gallen; Pfander Désirée, Oberhünigen; Ricklin Gabriela, Brugg AG; Rutz Lea Debora, Sirmach; Senn Caroline Andrea, Baden; Wenger Laila, Schwarzenburg

Master of Advanced Studies in Mental Health

Die Diplomierten: Affolter Rachel, Basel; Domeyer Claudius, Thun; Edsperger Carola, Wangen ZH; Mönch Yrene, Winterthur; Nesa Bettina, Bern; Weiss Daniel, Pfaffhausen

Master of Advanced Studies in Rehabilitation

Diplomiert: Stefanicki Hanschur Valentine, Mauensee; Vogel Susanne, Umiken

Master of Advanced Studies in Spezialisierte Pflege

Die Diplomierten: Piller Caroline, Gümmenen; Schnidrig Silvia, Herrenschwanden



Die Vielschichtigkeit, mit der sie beruflich und privat unterwegs ist, attestiert

Renate Flükiger,

wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung Pflege, eine chamäleonartige Anpassungsfähigkeit.

Behände bewegt sie sich nicht nur in einem breiten Spektrum der Pflege, sondern auch auf der Tanzfläche, auf der Kampfmatte und in Tracht.

Einen Monat lang sei sie in Buenos Aires hängen geblieben. Die Nächte habe sie mit Tanzen in traditionellen Tanzlokalen verbracht, in denen «Estilo Milonguero», eine Stilrichtung des Tangos, praktiziert wird, erzählt Renate Flükiger vom vergangenen Urlaub in Argentinien. Ihre exemplarische Beschreibung einer solchen Tanznacht ist derart lebhaft und präzise, dass es der ZuhörerIn vorkommt, selbst dabei gewesen zu sein: «Auf der einen Seite des Raums sitzen die Frauen, auf der anderen lassen sich die Männer nieder. Über mehrere Meter Entfernung hinweg verabreden sich die Paare zum Tanz – ohne Worte, alleine via Blickkontakt.» Der Mann übernehme beim Tanz den Lead, setze die Musik um, berichtet sie und führt aus: «Der Tanz folgt keiner Choreografie, sondern entsteht eigens in

«Neue Konzepte und Theorien erweitern meine Perspektive. Sie unterstützen mich darin, mein Handeln und meine Erklärungen zu reflektieren.»

dem Moment, in dem das Paar tanzt.» Er klingt nach vier Musikstücken – einer sogenannten Tanda – die Pausenmusik, lösen sich die Paare auf, um sich in neue Konstellationen zu begeben.

Tanz auf verschiedenen Hochzeiten

Neben dem Tango frönt Renate Flükiger weiteren Leidenschaften. Sie tanzt auf verschiedenen Hochzeiten, ist man geneigt zu sagen. So drängt sich einem angesichts ihrer diversen beruflichen Stationen und

vielfältigen privaten Aktivitäten unweigerlich das Bild des Chamäleons auf. Dessen bewundernswerte optische Flexibilität lässt sich mit Renate Flükigers Anpassungsfähigkeit an verschiedenste Kontexte vergleichen. «Ich bin facettenreich unterwegs», bestätigt die heute im Berner «Breitsch» Wohnhafte und betont: Das heisse nicht, dass sie sprunghaft sei. Im Gegenteil: «Meine Arbeitsstellen, Weiterbildungen und Freizeitbeschäftigungen bauen aufeinander auf und ergänzen sich.»

Praxis – Studium – Lehre

Nach der Ausbildung erarbeitete sich die diplomierte Pflegefachfrau AKP über mehrere Jahre hinweg und in diversen Bereichen – auf einer medizinisch-pneumologischen Abteilung oder einer gemischten chirurgischen Abteilung – pflegerisches Erfahrungswissen. Als sich 2006 die Möglichkeit ergab, den Bachelor of Science in Pflege zu absolvieren, nahm sie diese in St. Gallen wahr, wo sie sieben Jahre lang studierte und parallel dazu in der Geriatrischen Klinik St. Gallen arbeitete. Der Wissensdurst war geweckt: Für den Master of Science in Pflege kehrte sie nach Bern zurück und absolvierte diesen an der Berner Fachhochschule BFH. Zeitgleich setzte sie im Schlossgarten Riggisberg (ehemals Wohnheim Riggisberg) das erworbene Fachwissen in der Funktion der Pflegeexpertin um.

Seit Oktober 2016 arbeitet Renate Flükiger als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der BFH und übernimmt Lehraufträge in diversen Modulen des BSc in Pflege. «Um den Studierenden eine Materie glaubhaft zu vermitteln, muss man sich mit ihr identifizieren», legt die 47-Jährige, die das Dozieren als «Bereicherung»



Renate Flükiger tanzt auf verschiedenen Hochzeiten.

erlebt, dar. In der Folge bezeichnet sie Themen wie Coaching und Beratung, gerade im Zusammenhang mit älteren Menschen, als «meine Herzblutthemen, die mich schon zur Zeit meines Studiums und im Beruf gepackt haben». Im Modul «Unabhängigkeit und Selbstständigkeit fördern» vermittelt sie den Studierenden, wie Pflegefachpersonen Patientinnen und Patienten, die durch chronische Krankheiten Einschränkungen in der Lebensgestaltung erfahren, Wege zu neuer Selbstständigkeit aufzeigen können.

Mit Blick für das Wesentliche

Von Herzblut getrieben wird Renate Flükiger auch in der Ausübung des Ju-Jitsu («Die sanfte Kunst»), einer von den japanischen Samurai stammenden Kampfkunst, der sie schon lange vor dem Tango verfallen ist. Stärker als Ju-Jitsu, dem eine persönlichkeitsstärkende Wirkung attestiert wird, könnte wohl kaum eine Tätigkeit die weichen, fließenden Tanzbewegungen kontrastieren. So hat sie Kampftechniken intus, mit denen sie sich im Ernstfall – der nie eintreten möge – verteidigen

könnte. Zu Kampf und Tanz gesellte sich vor wenigen Jahren eine weitere Begeisterung; jene für die Tracht. «Von meiner Mutter erbeite ich die Berner Sonntagstracht, die ich jedoch, ausser an einschlägigen Familienfesten, kaum getragen habe», erzählt die gebürtige Emmentalerin. Dies änderte sich mit dem Beitritt zur Trachtengruppe Bern-Stadt, in der sie heute jeden zweiten Dienstagabend singt und an Volksfesten wie dem kürzlich stattgefundenen Unspunnenfest auftritt.

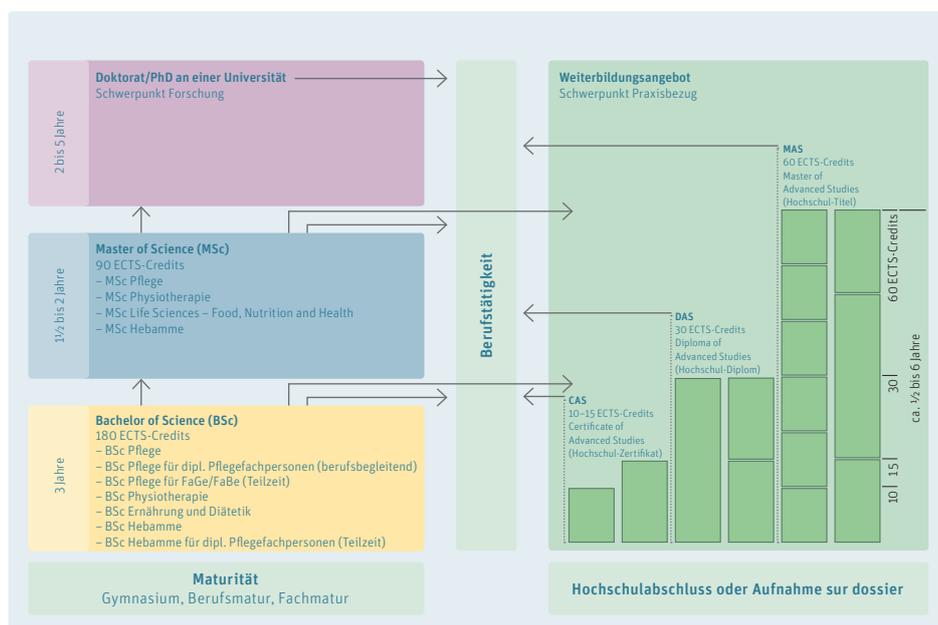
Die Verschiedenartigkeit der Settings, in denen sie sich bewegt, erachtet Renate Flükiger als fokuserweiternd. Dieselbe Argumentation legt sie auch der aktuell anstehenden beruflichen Weiterbildung zugrunde: dem CAS Hochschuldidaktik. «Neue Konzepte und Theorien erweitern meine Perspektive. Sie unterstützen mich darin, mein Handeln und meine Erklärungen zu reflektieren.»

Text:
Bettina Nägeli, Kommunikation

Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule

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

Die Studienleitungen der jeweiligen Abteilung beraten Sie gerne in der Planung Ihrer persönlichen Weiterbildung. weiterbildung.gesundheit@bfh.ch
Telefon + 41 31 848 45 45



Angebot	Datum	Web-Code
Interdisziplinäre Weiterbildungen		
CAS Modul	September 2018	C-PSY-5
DAS Abschlussmodul	September 2018	D-PFL-4
MAS Abschlussmodul	Juli 2018	M-O-6
CAS Bedarfsgerechte kunsttherapeutische Behandlungsmodelle – Neu	September 2018	C-PSY-9
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	November 2018	K-O-30
Fachkurs Kunsttherapeutische Kurzzeitinterventionen – Neu	Oktober 2018	K-PSY-25
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	November 2018	K-O-30
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	Start April, August und September 2018	K-O-31
Prüfungsmodul Wissenschaftliches Arbeiten	2 Termine 2018 (März und August)	K-INT-13
Fachkurs Statistisches Denken: Anwendungsorientiert und praxisbezogen	April 2018	K-O-70
Psychische Gesundheit und Krankheit		
MAS Mental Health	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-O-2
DAS Psychische Gesundheit	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-O-2
CAS Ambulante psychiatrische Pflege	September 2018	C-SPE-15
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	September 2018	C-PSY-4
CAS Psychiatrische Pflege	September 2018	C-O-14
CAS Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	Der Einstieg ist mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder dem CAS Modul möglich.	C-PSY-8
CAS Verbesserung der Gesundheit	September 2018	C-SPE-3
Passerelle Psychiatrische Pflege	Durchführung siehe Website	C-PSY-7
Fachkurs Adherencetherapie	Februar 2018, erneute Durchführung Februar 2019	K-O-102
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	Oktober 2018	K-PSY-22
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2018	K-PSY-21

Angebot	Datum	Web-Code
Fachkurs Gesundheitsförderung	November 2018	K-PSY-10
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	Januar 2019	K-PSY-4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	Mai 2018	K-PSY-7
Fachkurs Leben mit der Sucht	Juli 2018	K-PSY-24
Fachkurs Motivational Interviewing	Februar 2018, erneute Durchführung Februar 2019	K-PSY-5
Fachkurs Pflegeprozess bei Menschen mit psychischen Störungen	Januar 2019	K-PSY-13
Fachkurs Psychiatrie	Oktober 2018	K-PSY-2
Fachkurs Psychoedukation	Februar 2018, erneute Durchführung Februar 2019	K-PSY-11
Fachkurs Public Health	Januar 2019	K-PSY-3
Fachkurs Suizidprävention	Mai 2019	K-PSY-19
Spezialisierte Pflege		
MAS Spezialisierte Pflege	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	M-PFL-4
DAS Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen, CAS-Studiengängen und einem Abschlussmodul zusammen.	D-PFL-1
DAS Passerelle Spezialisierte Pflege	Das DAS-Studium Passerelle besteht aus dem Fachkurs «Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis» und dem DAS Abschlussmodul.	D-PFL-3
CAS Akut- und Notfallmedizin – Neu	Januar 2019	C-PFL-9
CAS Clinical Assessment und Decision Making	Oktober 2018	C-0-34
CAS Clinical Research Coordinator	September 2018	C-PFL-4
CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care	Januar 2019	C-PFL-5
CAS Organspende	Frühjahr 2019	C-PFL-6
CAS Patientensicherheit	Oktober 2018	C-PFL-7
Fachkurs Achtsamkeit und Persönlichkeitsentwicklung im Gesundheitsberuf	Winter 2019	K-PFL-8
Fachkurs Clinical Assessment	Oktober 2018	K-PHY-14
Fachkurs Clinical Decision Making	Januar 2019	K-PHY-13
Fachkurs Forensic Reasoning / Forensic Nursing	Oktober 2018	K-PFL-5
Fachkurs Maternité – Neu	März 2018, erneute Durchführung September 2018	K-PFL-10
Fachkurs Pädiatrie	Oktober 2018	K-PFL-6
Physiotherapie		
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Das MAS-Studium ist modular aufgebaut und setzt sich aus verschiedenen Fachkursen und CAS-Studiengängen zusammen.	M-O-3
CAS Manuelle Therapie SAMT Basic	Januar 2019	C-PHY-2
CAS Sensomotorik	voraussichtlich Herbst 2018	C-PHY-14
Fachkurs Craniocervicale Dysfunktionen	Juli 2018	K-PHY-20
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Frühjahr 2019	K-PHY-18
Fachkurs Pulmonale Rehabilitation	April 2018	K-PHY-19
Fachkurs Respiratorische Physiotherapie Basic	Durchführung auf Anfrage	K-PHY-3
Fachkurs Stürze, Gleichgewicht und Schwindel im Alter	Herbst 2018	K-PHY-21
Ernährung und Diätetik		
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen	März 2018	C-ERB-2
CAS Sporternährung	November 2018	C-ERB-3
Fachkurs Biochemie für Ernährungsberater/-innen	voraussichtlich Januar 2019	K-ERB-29
Hebamme		
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2018	C-HEB-2

In der Regel werden die Studiengänge und Fachkurse jährlich angeboten.
Aktuelle Angaben finden Sie auf der Website: gesundheit.bfh.ch/weiterbildung

Berner Fachhochschule

Departement Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

gesundheit@bfh.ch
gesundheit.bfh.ch

Studium

- Bachelor of Science in Pflege
- Bachelor of Science in Physiotherapie
- Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik
- Bachelor of Science Hebamme
- Master of Science in Pflege
- Master of Science in Physiotherapie
- Master of Science in Life Sciences – Food, Nutrition and Health
- Master of Science Hebamme

Weiterbildung

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

Dienstleistungen

- Fachberatung
- Organisationsentwicklung für Gesundheitsinstitutionen
- Qualitätsmanagement
- Kommunikationstraining

Angewandte Forschung und Entwicklung

- Forschungsprojekte mit Praxispartnern
- Evaluationen
- Forschungsunterstützung