

User Involvement

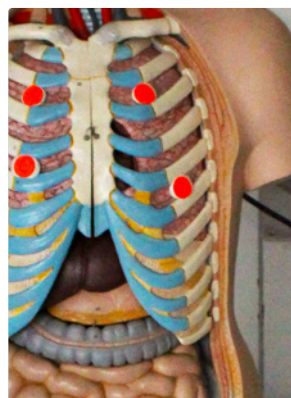
Fokus User Involvement

Krankheitserfahrene Personen können das Know-how von Gesundheitsfachpersonen mit ihrer wertvollen Expertise ergänzen. Wir fördern diese Perspektive mit dem User-Involvement-Ansatz. ▶ 6



Schmerzen erkennen

7 bis 14 schmerzhafte Prozeduren erleben Frühgeborene in ihren ersten Tagen. Der revidierte Berner Schmerzscore hilft, diese Schmerzen zu bewerten. ▶ 26



Close the Loop

Innovative Lehrmethoden erfordern entsprechende Prüfungen. ▶ 30

Departement Gesundheit

- 04 Im Kontakt: analog, digital – immer persönlich
- 05 News und Events

Fokus User Involvement

- 07 Patientinnen und Patienten als Expertinnen und Experten – User Involvement in Forschung und Lehre
- 10 Pioniere im User Involvement
- 13 Leben mit der Sucht – Erfahrungen aus drei Blickwinkeln
- 15 Essen, messen, essen, messen: Selbsterfahrung mit Diabetes
- 17 Beobachten, üben, verstehen
- 19 Effektiv und patientenzentriert: der Klinische Unterricht in den Praxismodulen der Physiotherapie

**Ernährung und Diätetik**

- 22 «Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas bewegen kann»
- 25 News und Events

**Geburtshilfe**

- 26 Für einen erleichterten Start ins Leben – der Berner Schmerzscore für Neugeborene
- 29 News und Events

Pflege

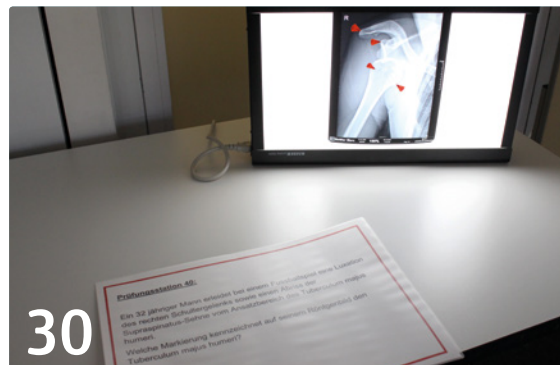
- 30 Close the Loop – prüfen, wie gelehrt und gelernt wurde
- 33 News und Events

Physiotherapie

- 34 Die Physiotherapie BFH am Weltkongress 2019
- 36 News und Events

Weiterbildungsangebot

- 37 Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule





Prof. Dr. Urs Brügger
Direktor Departement Gesundheit

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Der Begriff «Patient» gründet auf dem Lateinischen **patiens**, was übersetzt heisst **geduldig, aushaltend, ertragend**. Eng mit der etymologischen Herkunft des Patientenbegriffs verknüpft ist das paternalistische Modell, nach welchem lange Zeit klinische Entscheidungsprozesse abgelaufen sind: Hier die Gesundheitsfachperson – im klassischen Fall der Arzt, der aufgrund seiner Expertise die Diagnose stellt sowie entsprechende Behandlungsmassnahmen anordnet und durchführt. Dort die Patientinnen und Patienten, die den Behandlungen zustimmen und sie **ertragen**.

In den vergangenen 20 Jahren entstanden, ausgehend vom anglo-amerikanischen Raum, Konzepte, die eine stärkere Beteiligung von Patientinnen und Patienten propagieren. Die Tendenz zur Patientenbeteiligung äussert sich aktuell auch auf politischer Ebene. So fordert der Bundesrat im Bericht «Gesundheit2020», «dass die Patientinnen und Patienten künftig eine vollwertige, gleichberechtigte und selbstbestimmte Rolle in der Beziehung zu den Gesundheitsfachpersonen» erhalten sollen.

Am Departement Gesundheit gehen wir genau in diese Richtung, indem wir «**User Involvement**» als Querschnittsthema aufbauen. Mit «**User**» bezeichnen wir die Personen, welche für ihre eigene Gesundheitsversorgung eine aktive Rolle einnehmen. Sie erfahren im Fokus, wie wir die Zusammenarbeit mit krankheitserfahrenen Personen gestalten und weshalb dadurch die Qualität der Ausbildung unserer Studierenden steigt und unsere Forschung effizienter wird. Damit das «User Involvement» noch stärker in der Gesundheitsversorgung integriert werden kann, braucht es von allen Betroffenen einen Perspektivenwechsel – und noch viel Geduld.

Ich wünsche Ihnen mit der Lektüre neue Erkenntnisse.



INSTITUTIONELL AKKREDITIERT NACH
HFKG 2017–2024

EFQM Member
Shares what works.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Departement Gesundheit
Erscheinungsweise: 3-mal jährlich
Auflage: 8000 Ex.
Redaktion: Bettina Nägeli
Fotos: Alexandra Berger, Daniel Haid, Alexander
Jaquemet, Nick Schneeberger, Adobe Stock, Fotolia
und weitere

Layout: BFH Gesundheit, Alexandra Berger
Lektorat: Barbara Suter Ammann
Druck: Merkur Druck AG, Langenthal
Copyright: Texte und Bilder sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung der Redaktion.
Abonnement: bfh.ch/gesundheit/frequenz

Im Kontakt: analog, digital – immer persönlich



Stefanie Diviani
Leiterin Direktion und Kommunikation
stefanie.diviani@bfh.ch

Das Departement Gesundheit setzt mit analoger und digitaler Kommunikation Akzente. Über direkte Begegnungen und neue, insbesondere digitale Kommunikationskanäle verstärken wir den Austausch mit unseren Stakeholdern. Ein fest verankertes Medium bleibt dabei unser Geburtstagskind «frequenz».

Im November 2009 erschien die erste Ausgabe des «frequenz». Seither haben sich Konzept, Aufbau und Layout des Magazins verändert. Gleichgeblieben ist, dass wir mit dem «frequenz» unsere Stakeholder über das Geschehen am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH informieren.

Als Departement Gesundheit tragen wir mit unserem Angebot in Lehre, Forschung und Weiterbildung zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung bei. Nicht nur wollen wir uns mit unseren Angeboten am aktuellen Puls des Wissens bewegen, sondern auch nahe an den Bedürfnissen unserer Zielgruppen. Um diesen einerseits auf die Spur zu kommen und andererseits zu erfahren, ob wir in der Ausgestaltung unserer Angebote richtig liegen, nutzen wir verschiedenste Kommunikationskanäle. Diese haben sich, wie etwa das Magazin «frequenz», verändert.

Gemeinsam gestalten

Visibilität – oder erhöhte Sichtbarkeit – ist ein häufig genanntes Kommunikationsziel. Auch wir wollen wahrgenommen, gesehen und gehört werden. Doch sind wir uns bewusst, dass nicht nur wir etwas zu sagen haben. Als Departement Gesundheit der BFH sind wir mit der Arbeitswelt und insbesondere dem Gesundheitswesen als grosses System vernetzt. In diesem System lernen wir von unseren Stakeholdern und gestalten gemeinsam mit ihnen das Gesundheitswesen mit. Diese Zusammenarbeit gelingt nur, wenn wir eine gemeinsame Sprache sprechen, im Austausch miteinander sind und den Dialog pflegen.

Die nach wie vor intensivste Form von Dialog bleibt das persönliche Gespräch. Wir freuen uns besonders, wenn wir unsere Stakeholder an einem Departements- oder Abteilungsanlass treffen. Beziehungen werden durch Begegnungen genährt – deshalb schaffen wir immer wieder den Raum für Begegnungen.

Neue, digitale Kommunikationskanäle

Ergänzt werden kann der analoge Austausch mit der Nutzung digitaler Medien. So haben wir im Januar 2019 die LinkedIn-Gruppe «BFH Gesundheit» erstellt, in der wir regelmässig über Anlässe oder neue Angebote berichten. Die Gruppe ist für Interessierte offen und soll zu einer Dialog-Plattform werden. Um mit Bildern auf unser Departementsleben aufmerksam zu machen, bespielen wir neu den Instagram-Kanal der BFH. Wir vermitteln über dieses Medium insbesondere jungen Menschen Eindrücke vom Studium der Gesundheitsberufe und wollen Neugierde wecken.

Eine gute Unternehmenskommunikation zu pflegen heisst, stets Massnahmen und Kanäle zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Wir wollen wach sein und uns verbessern, ohne unreflektiert jedem Trend zu folgen. Als Gesamtorganisation BFH haben wir in diesem Frühjahr für unsere Website einen neuen Auftritt geschaffen. Unter bfh.ch/gesundheit stellen wir uns als Departement dar. Zeitgemäss ist das Webportal der BFH so optimiert, dass die Inhalte sich problemlos auf mobilen Endgeräten lesen lassen. Auf der Website findet sich unter anderem die digitale Ausgabe des Magazins – zurückgehend bis zur ersten Ausgabe von 2009.

Mit unseren Stakeholdern im Kontakt sein – dieses Ziel prägt unsere Kommunikationsmassnahmen – analog, digital und immer persönlich.

«facts» 2018

«facts» 2018 vermittelt Ihnen – grafisch aufbereitet – einen Überblick über unser vergangenes Forschungsjahr: bfh.ch/gesundheit/forschung



News

Neues SNF-Projekt

Dr. Lukas Schoenenberger, Dozent BFH Gesundheit, erarbeitet als Hauptgesuchsteller des SNF-Forschungsprogramms 74 die «Nutzung von Simulationsmodellen für eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Schweiz». Zum Projekt gehören eine Erfassung der aktuellen Pflegesituation von chronisch kranken Menschen sowie in einer späteren Phase ein quantitatives Simulationsmodell zur Pflegesituation. Das SNF-Projekt wird in das Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik integriert.

Events

Symposium «Chronic Care Management»

Das Symposium ist die erste öffentliche Veranstaltung des Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Das Thema lautet «An International Look at Health Care Transformation».

Wann: 12. Juni 2019, 9.00 bis 12.00 Uhr

Wo: Hallerstrasse 10, 3012 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit

12th International Symposium on Pediatric Pain ISPP

Die BFH Gesundheit ist im Lead für die Organisation des internationalen und interprofessionellen pädiatrischen Schmerzkongresses. Am Kongress in Basel werden 900 Forschende, Praxispersonen aus Kliniken sowie Studierende aus aller Welt erwartet. Das überge-

ordnete Thema des Kongresses lautet «Children and Families as Partners in Pain Management».

Wann: 16. bis 20. Juni 2019

Wo: Congress Center, Basel

Informationen: www.ispp2019.org

Summer School «Nutritional Aspects in Rehabilitation Exercise»

Wann: 19. bis 23. August 2019

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheit/summerschool

Fokus Gesundheit

Das nächste Fokus Gesundheit behandelt das Thema «Richtungswechsel in der Gesundheitsversorgung – welchen Weg wählen wir?», u. a. mit Daniel Scheidegger, Präsident Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW.

Datum: 19. September 2019

Ort: Schwarztorstrasse 48, Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheit

Impressionen Summer School <https://youtu.be/RCqzqbWwNHs>



Treten Sie unserer LinkedIn-Gruppe bei: [BFH Gesundheit](#)



Folgen Sie uns auf Instagram: [@berner_fachhochschule](#)



Fokus User Involvement



Unbestritten ist, Gesundheitsfachpersonen sind Expertinnen und Experten für Fragen der Gesundheitsversorgung. User – so nennen wir Personen, die Gesundheitsdienstleistungen nutzen – können eben dieses Wissen in wertvoller Hinsicht ergänzen: mit Erfahrungen aus ihrer Krankheits- und Behandlungsgeschichte sowie mit der Kenntnis der eigenen Bedürfnisse.

Patientinnen und Patienten als Expertinnen und Experten

– User Involvement in Forschung und Lehre



Caroline Gurtner
Leiterin User Involvement
Pflege
caroline.gurtner@bfh.ch



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

Die Orientierung an den Erfahrungen, Bedürfnissen und Wünschen von Patientinnen und Patienten sind elementare Bestandteile einer hochwertigen Gesundheitsversorgung. Dieses Erfahrungswissen nutzt die Berner Fachhochschule Gesundheit in der Lehre und Forschung – mit offensichtlichen Auswirkungen auf die Rollen der Gesundheitsfachpersonen.

Im Kontext der Gesundheitsversorgung verstehen wir unter User eine Person, die eine Gesundheitsdienstleistung nutzt. Diese Terminologie wird synonym mit «Patient/in», «Klient/in» oder «Betroffene/r» verwendet. Teilweise bestehen Überschneidungen und eine unscharfe Abgrenzung zur Verwendung des Begriffs in anderen Fach- oder Wissensgebieten: Die IT nennt die Anwenderinnen und Anwender von Software ebenfalls User, genauso wie die Marktforschung von Nutzerinnen und Nutzern eines Produkts spricht.

Mit ihrer Erfahrungsperspektive stärken User das Forschungsteam. Sie agieren als Brückenbauende zwischen der Forschung, der Praxis sowie der Gesellschaft.

Der Begriff User Involvement bezieht sich auf den Prozess, durch welchen Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen einbezogen werden, beispielsweise in die Entwicklung neuer Angebote, in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen oder in die Gesundheitsforschung (SAMW, 2016). Im Gesundheitskontext wird User Involvement grundsätzlich auf drei verschiedenen Ebenen umgesetzt:

1. Auf individueller Ebene: durch Einbezug in die persönliche Therapie- und Behandlungsplanung
2. Auf der Organisationsebene: durch Einbezug in Lehr- und Forschungsaktivitäten (beispielsweise als Modulverantwortliche, Projektleitende sowie Mitglieder von Kommissionen)
3. Auf sozialpolitischer Ebene: durch Einbezug in die Entwicklung nationaler Strategien, nationaler Forschungsprogramme oder durch Mitwirken in Patientenorganisationen etc.

User Involvement an der BFH Gesundheit

Ihr Wissen zu ihrer Erkrankung und ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung bringen User an der Berner Fachhochschule Gesundheit in Lehre und For-

schung ein: Seit 2015 integrieren wir diese ergänzende Perspektive und Wissensquelle in unsere Forschung und deren praktische Umsetzung. Unsere Forschungsabteilung startete dazu das Modellprojekt PIONEERS I, welches auf den Einbezug von Menschen mit einer psychiatrischen Krankheitserfahrung fokussierte. Mit dem Folgeprojekt PIONEERS II haben wir später auch Personen mit einer körperlichen Erkrankung sowie weitere Berufsgruppen einbezogen und die Erfahrungen in der vielfältigen Zusammenarbeit mit Usern gesammelt und methodisch evaluiert. In der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege arbeiten aktuell eine krankheitserfahrene Akademikerin und ein krankheitserfahrener Akademiker (siehe das Interview auf S. 10). Mit ihrer Erfahrungsperspektive stärken sie das Forschungsteam. Sie agieren als Brückenbauende zwischen der Forschung, der Praxis sowie der Gesellschaft: Indem sie beispielsweise komplexe Fragestellungen für potenzielle Studienteilnehmende «übersetzen», neue Impulse für Forschungsvorhaben aus der Gesellschaft oder ihre Krankheitsexpertise einbringen. So tragen sie dazu bei, dass die Forschung die Bedürfnisse der Krankheitserfahrenen berücksichtigt und ihre Ergebnisse folglich effizienter umsetzt (Barber et al., 2011; Niedermann, 2012). Ebenso engagieren sich User an der BFH Gesundheit aktiv in verschiedenen Lehrveranstaltungen auf Master- und Bachelor-Stufe sowie in der Weiterbildung. Seit 2015 tauschen sich interessierte User im Rahmen der User-Gruppe regelmässig mit Mitarbeitenden aus Forschung und Lehre aus.

Krankheitserfahrung als Expertise anerkennen

Der Einbezug der User wird in der Regel von den verantwortlichen Dozierenden geleitet. Bisherige Erfahrungen sind positiv und vielversprechend: Die User vermitteln im Unterricht durch ihre persönliche Erfahrung eine ungewohnte und zu wenig beachtete Realität von Krankheit, welche uns von den Studierenden als enorm «praxisnah» und «eindrücklich» zurückgemeldet wird. Dozierende und Studierende profitieren so gleicherma-

ssen von den individuellen Einsichten der beteiligten User, reflektieren dadurch ihre eigene Haltung und werden in der (Weiter-)Entwicklung ihrer professionellen Rolle angeregt. Dies unter der Voraussetzung, dass die User aktiv in die Unterrichtsgestaltung involviert und nicht als passive Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrachtet werden. Somit kann die mit User Involvement angestrebte Diversität sowohl das Fachwissen als auch die Fachkompetenz der Forschungs- und Lehrteams erweitern. Die zusätzliche User-Perspektive dient folglich als wichtige Ergänzung zur theoriebezogenen Wissensvermittlung. Diese partizipative Form der Zusammenarbeit führt idealerweise in naher Zukunft zu nachhaltigen Veränderungen der Lehr- und Lernansätze, wie beispielsweise kooperativen Arbeitstechniken (Towle et al., 2010). Unsere heutigen Studierenden werden durch den User-Involvement-Ansatz optimal auf eine personenzentrierte Versorgung in der Praxis vorbereitet, mit positiven Auswirkungen auf die Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

Modelle als Orientierungshilfe bei der Umsetzung

Bereits 1969 entwickelte Sherry Arnstein eine Stufenleiter, welche als «Arnstein's ladder of involvement» international bekannt wurde (Arnstein, 1969). Ursprünglich entstand diese aus der Idee, verschiedene Mitsprache- und Partizipationsmöglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger aufzuzeigen – im Kampf gegen soziale Armut und für eine bürgerfreundliche Stadtplanung. In der Weiterentwicklung und mit Fokus auf das Gesundheitswesen folgten weitere Modelle, zum Beispiel von Morrow et al. (2012). Um die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten von Usern, wie sie am Departement Gesundheit zum Zuge kommen, sichtbar zu machen, haben wir in Anlehnung an «Arnstein's ladder of involvement» ein weiteres Stufenmodell entwickelt. Dieses umfasst drei Stufen einer möglichen Einbindung von Usern, wobei Stufe 1 die höchsten und Stufe 3 die niedrigsten Anforderungen an die Beteiligten stellt (siehe Tabelle 1).

Stufe	Einbindung	Voraussetzungen (Beispiele)
1	Arbeitsvertrag und Stellenprofil für professionelle Rolle in Forschung oder Lehre, Beteiligung in der Planung, Durchführung und Evaluation von Forschungsprojekten oder Lehraufträgen, Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung.	Hochschulabschluss oder äquivalent, abgeschlossene Peer-Ausbildung oder reflektierte Krankheitserfahrung, gute Computerkenntnisse (Excel, Word, PowerPoint), didaktische Grundkenntnisse, Auftrittskompetenz, Erfahrung mit Projektarbeit.
2	Vertrag auf Stundenlohnbasis (ELE), beispielsweise in der Rolle als Co-Referent/in, Co-Dozent/in, sequentielle Aufträge in Forschungsprojekten/Lehreinheiten.	Eventuell Peer-Ausbildung oder reflektierte Krankheitserfahrung, PC Anwenderkenntnisse (Word, Excel, PowerPoint).
3	Unregelmässiger Einzeleinsatz auf Honorarbasis und/oder Freiwilligenarbeit bei Interesse an Vernetzung, keine vertragliche Bindung an die BFH Gesundheit (beispielsweise Teilnahme an einer Betroffenenegruppe, Soundingboard etc.).	Persönliche Krankheitserfahrung, eventuell Peer-Ausbildung, Interesse an Vernetzung und Austausch (Distanz zur persönlichen Krankheitserfahrung), Offenheit für verschiedene Ansichten und Meinungen.

Tabelle 1: Stufenmodell für den User-Einbezug an der BFH Gesundheit



Dank ihrer Perspektive «übersetzen» User komplexe Fragestellungen für potenzielle Studienteilnehmende oder geben Impulse für die Forschung und Lehre.

Neues Institut für die konsequente Umsetzung von User Involvement

Für die zukünftige erfolgreiche Etablierung von User Involvement in Forschungsprojekten oder Lehrveranstaltungen ist es entscheidend, dass die Zusammenarbeit mit Usern transparent und mit ausreichend personellen und zeitlichen Ressourcen geplant und umgesetzt wird. Das Engagement auf allen Hierarchieebenen des Departements Gesundheit bot eine ideale Voraussetzung für die Aufbauarbeit und legt nun den Grundstein für die konsequente Umsetzung und innovative Weiterentwicklung im neuen Institut für personenzentrierte Gesundheitsversorgung. Davon werden unsere Berufsfelder und das Gesundheitswesen profitieren.

Dozierende und Studierende profitieren gleichermaßen von den individuellen Erfahrungen der involvierten User, reflektieren dadurch ihre eigene Haltung und werden in der (Weiter-)Entwicklung ihrer professionellen Rolle angeregt.

Das PIONEERS-Team dankt den involvierten Personen mit und ohne Krankheitserfahrung für die wertvolle Unterstützung im Aufbau des User Involvements.

Literatur:

- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- Barber, R., Beresford, P., Boote, J., Cooper, C., & Faulkner, A. (2011). Evaluating the impact of service user involvement on research: a prospective case study. *International Journal of Consumer Studies*, 35(6), 609-615.
- Morrow, E., Boaz, A., Brearley, S., & Ross, F. (2012). *Handbook for Service User Involvement in Nursing & Healthcare Research*. West-Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Niedermann, K. (2012). Patient Research Partner – der Einbezug von Betroffenen in der Forschung. *Physioscience*, 8(01), 1-2.
- SAMW (2016). Patienten und Angehörige beteiligen. *Swiss Academies Communications*, 11(10).
- Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., & Thistlethwaite, J. (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical education*, 44(1), 64-74.

Pioniere im User Involvement



Sabine Rühle Andersson (li) ist Kunsthistorikerin und Germanistin, Userin mit psychiatrischer Krankheitserfahrung, Wissenschaftliche Assistentin und Co-Projektleiterin im Projekt CHapp_U (Swiss App User im psychiatrischen Umfeld) in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege.

Raphael Reift (re) ist Theologe (BSc), Lyriker und Künstler, User mit psychiatrischer Krankheitserfahrung und Wissenschaftlicher Assistent in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege.

Sie kennen sich aus mit Therapien und Klinikaufenthalten: Sabine Rühle Andersson und Raphael Reift sind User; nehmen seit Jahren Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch. Ihre daraus erwachsene Perspektive – das Expertenwissen aus Patientensicht – bringen sie in die Forschung und Lehre ein.

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

Interviewerin: Sie sind beide sogenannte User. Was heisst das?

Sabine Rühle Andersson: Ich bin eine Userin, weil ich Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehme. Ich möchte den Begriff User klar abgrenzen von dem des Betroffenen: Letzterer reduziert den Menschen auf die Erkrankung. User betont den aktiven Part von Menschen, die erkrankt sind. Und aktiv – das bin ich: Ich arbeite in der angewandten Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule BFH.

«Spüren erkrankte Personen, dass sie ernst genommen werden, sind sie auch offener für Behandlungsmassnahmen. Werden Fachpersonen bereits in ihrer Ausbildung dafür sensibilisiert, funktioniert die Zusammenarbeit mit den Usern viel besser. Deshalb ist User Involvement so wichtig.»

Sabine Rühle Andersson

Raphael Reift: Aufgrund meiner mehrjährigen Klinik- und Therapieerfahrungen habe ich mir ein Wissen über meine Erkrankung angeeignet, das über jenes eines Normalbürgers hinausgeht. Ich ergänze das Wissen der Gesundheitsfachpersonen. Diese haben zumeist nicht am eigenen Leib erfahren, wie es ist, jahrelang mit Depressionen zu kämpfen, oder was es heisst, in einer Klinik zu sein.

I: Welches sind Ihre Aufgaben an der BFH?

R. R.: Längere Zeit habe ich Forschungsliteratur zum Thema User Involvement recherchiert. Ich habe konstatiert: Noch gibt es kaum Konzepte für die konsequente Umsetzung. Die Fachwelt ist sich noch nicht einmal einig darüber, wie sie es benennen soll: Im englischsprachigen Raum spricht man von User Involvement (UI) oder Patient and Public Involvement (PPI). Ich doziere auch in Unterrichtseinheiten; kürzlich habe ich im Fachkurs «Pflegeprozesse bei Menschen mit psychischen Störungen» den Pflegefachpersonen über meine Recovery-Erfahrung berichtet.



Eine Gesundheitsversorgung, in der User und Fachpersonen auf Augenhöhe zusammenarbeiten – dafür setzen sich Raphael Reift und Sabine Rühle Andersson ein.

S. R.: Ich leite mittlerweile zusammen mit Prof. Dr. Sabine Hahn mein eigenes Projekt «CHapp_U» (Swiss App User). Während meiner Klinikaufenthalte habe ich festgestellt, die wenigsten Mitpatientinnen und -patienten wissen, dass das elektronische Patientendossier kommen wird. Unser Projekt hat zum Ziel, eine mögliche Exklusion durch Technologie zu verhindern. Um dies zu erreichen, habe ich eine Literaturrecherche und ein Online-Survey durchgeführt. Gerade erstelle ich die Publikation.

I: Inwiefern können Sie die psychiatrische Pflege mit Ihrem Engagement beeinflussen?

R. R.: Dank meiner Krankheitserfahrung bin ich in der Therapie ein ebenbürtiger Gesprächspartner und kann Entscheidungen mitfällen. Ich habe erlebt, dass Menschen mit Krankheitserfahrung durchaus wissen, was ihnen guttun würde, dies aber im therapeutischen Setting untergeht. Wenn diese Perspektive in Forschungs- und Lernprozesse eingebunden wird, kann das die künftige Praxis beeinflussen.

S. R.: In einer Klinik wurde ich einmal mit den Worten entlassen: «Sie sind nicht heilbar. Wir können nichts mehr für Sie tun.» So ging ich dann, nach fünf Wochen,

allein nach Hause. Diese Erfahrung zeigt, wie zentral es ist, bei Fachpersonen das Bewusstsein zu schärfen, was sie mit Worten anrichten können. Spüren erkrankte Personen, dass sie ernst genommen werden, sind sie auch offener für Behandlungsmassnahmen. Werden Fachpersonen in ihrer Aus- und Weiterbildung dafür sensibilisiert, funktioniert die Zusammenarbeit mit den Usern viel besser. Deshalb ist User Involvement so wichtig.

I: Es geht also um einen Perspektivenwechsel.

S. R.: Ja, und mein letzter Klinikaufenthalt in einer Zürcher Klinik zeigte, dass das durchaus schon funktioniert. Ich stand als Patientin im Zentrum – eine für mich ganz ungewohnte Erfahrung. Das Thema, das alle Beteiligten um mich herum beschäftigte, war: Was können alle tun, damit es mir besser geht? Diese Haltung in der Zusammenarbeit ist für den Genesungsprozess enorm wirksam.

I: Frau Rühle, trotz reduzierter Arbeitsfähigkeit arbeiten Sie an der BFH. Wie geht es Ihnen dabei?

S. R.: Ich befinde mich in einem Bereich zwischen Herausforderung und Überforderung. Ich kann nur sehr

reduziert arbeiten. Mein Therapeut befürwortet jedoch mein Wirken an der BFH, weil es meinen Recovery-Prozess unterstützt. Es tut mir gut, meine Energie dafür zu verwenden. Auch die Integration ins Team funktioniert wunderbar. Anfangs wollte ich nicht in die Kaffeepause, weil ich ja nur einen halben Tag da bin – bis ich gemerkt habe, wie wichtig das für den Austausch ist. Ich muss allerdings gut dosieren. Darum macht mein Mann den Haushalt.

I.: Ist Dosieren auch Ihnen ein Begriff, Herr Reift?

R. R.: Das ist auch bei mir ein Thema. Ich bin schnell für eine Sache zu begeistern, brauche die intellektuelle Herausforderung und kann mich dann darüber verausgaben. Dadurch laufe ich Gefahr, mich zu überfordern. Anfang Jahr habe ich auch Teilzeit wieder zu studieren begonnen – Germanistik und klassische Philologie. Ich merke aber, meine Ressourcen sind beschränkter als vor zehn Jahren. Ich muss akzeptieren lernen, dass ich nicht gleich viel leisten kann wie jemand, der voll arbeitsfähig ist.

**«Ich ergänze das Wissen der Gesundheitsfachpersonen. Diese haben zu-
meist nicht am eigenen Leib erfahren,
wie es ist, jahrelang mit Depressionen
zu kämpfen, oder was es heisst, in ei-
ner Klinik zu sein.»**

Raphael Reift

I: Was unterstützt Sie dabei, dass die Herausforderung die Überforderung überwiegt?

S. R.: Ich fühle mich gut aufgehoben. Ich weiss, dass ich sofort zu den Vorgesetzten gehen kann, wenn es zu viel ist für mich. Wir haben mit Leuten zu tun, die eine unglaubliche Empathie haben für unsere Situation. Zudem hilft mein wissenschaftlicher Hintergrund: Ich habe an der Universität Basel studiert, und habe langjährige Berufserfahrung u.a. im Kunsthandel und dem sozialen Bereich. Ich kann Konzepte entwickeln, arbeite professionell und bin es gewohnt, flexibel zu sein.

R. R.: Mir hat mein akademischer Hintergrund geholfen, obschon ich nicht aus der Pflegewissenschaft komme. Ich kenne die Forschungsprozesse aus eigener Erfahrung.

S. R.: Wir haben auch zusammen herausgefunden: Wenn es dem einen mal nicht so gut geht, dann treffen wir uns im Café und tauschen uns aus. Als User unter uns können wir unbefangen reden und die krankheitsbedingten Probleme des anderen verstehen.

I: Eine psychiatrische Erkrankung beschäftigt einen tagtäglich. Wie ist es, sich auch beruflich damit auseinanderzusetzen – der Krankheit so eine Omnipräsenz einzuräumen?

S. R.: Als ich mitten in der Krise steckte, habe ich mir geschworen, die Situation von psychisch Erkrankten zu verbessern, sollte ich einmal die Gelegenheit dazu haben. Insofern bietet die Arbeit als Wissenschaftliche Assistentin eine Chance, die Bedürfnisse und Wünsche von Usern in die Forschung einzubringen und auf diesem Wege eine Änderung in der Haltung zu evozieren.

R. R.: Ja, und die berufliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung hat etwas Heilsames für mich. Sie gibt mir eine Struktur.

S. R.: Den Begriff Heilen möchte ich für mich nicht nennen. Ich habe aber gemerkt, dass ich der Krankheit mit meinem Verstand Gegensteuer geben kann. Die Wissenschaftlichkeit schafft eine Distanz zur Krankheit – diese wird zum wissenschaftlichen Objekt.

I: Hat jede Person, die krankheitserfahren ist, das Potenzial, in Lehre oder Forschung zu arbeiten?

S. R.: Grundsätzlich ja. Wichtig sind eine klare Einführung und Anleitung. Und man muss unterscheiden zwischen der Teilnahme an einem Soundingboard, wo Krankheitserfahrene ihre Meinung einbringen, und dem aktiven Mitarbeiten. Letzteres ist ein weiterer Schritt. Wir müssen uns von der Erkrankung distanzieren und reflektieren können. Wir betrachten uns quasi als Objekte, die wir wissenschaftlich untersuchen – mein akademischer Hintergrund hat mich darin unterstützt.

I: Schauen wir in die Zukunft. Was wünschen Sie sich für die Gesundheitsversorgung?

S. R.: Eine Vision ist der Open Dialogue. Open Dialogue meint die ganz gezielte, enge Zusammenarbeit zwischen Usern und Gesundheitspersonal. Die Hierarchien sind flacher. Es ist eine reine Handlungsfrage. Damit diese Haltung verinnerlicht wird, muss man die Pflege früh mit ins Boot holen. Die Diagnose mag bei Menschen mit psychiatrischer Erkrankung oft dieselbe sein, der Umgang damit ist aber ganz individuell und erfordert demnach individuelle Therapiemassnahmen.

R. R.: Wichtig ist auch, dass der Zugang zu psychologischer oder psychiatrischer Hilfe vereinfacht wird. Gerade wenn es um Abrechnungen bei Krankenkassen geht, wird es einem oft schwer gemacht. Diese Bürokratie ist für User eine zusätzliche Belastung im Leben mit der Erkrankung – auch hier muss eine Sensibilisierung stattfinden.

Leben mit der Sucht – Erfahrungen aus drei Blickwinkeln



Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

Rund 44 000 Personen* mit substanzgebundenen Süchten befinden sich schweizweit in Behandlung. Die Diagnose – Sucht – mag dieselbe sein. Die Ausprägungen und der Umgang damit sind jedoch ganz individuell. Im Fachkurs «Leben mit der Sucht» treffen unterschiedlich in eine Sucht Involvierte aufeinander. Ein ehemaliger Suchterkrankter, eine Pflegefachfrau und ein Elternpaar erzählen.

Der ehemalige Suchterkrankte

Als Chris Zeltner seinen Freunden erzählte, er werde einen Fachkurs mit dem Titel «Leben mit der Sucht» besuchen, reagierten sie verwundert. «Was willst du denn dort noch lernen?», fragten sie und konstatierten: «Du weisst ja in- und auswendig, wie es ist, mit einer Sucht zu leben.» Chris Zeltner spricht mit tiefer, klarer Stimme. Seine Ausführungen kommen wie aus einem Guss; wohlüberlegt und bedächtig formuliert. Der Klarheit seiner Sprache zuwiderlaufend mutet seine Lebensgeschichte an: Mit elf Jahren erhielt er Psychopharmaka verschrieben. Als 14-Jähriger entdeckte er Drogen und

«Wir begehen den Weg nicht nur in unseren Rollen als Betroffene oder Fachpersonen, sondern als Menschen.»

Chris Zeltner

Alkohol. Statt die Matura folgten der Schulabbruch und eine «klassische Drogenkarriere»: Platzspitz, Letten, drei Langzeittherapien, dazwischen Gefängnisaufenthalte. Heute ist Chris Zeltner abstinent. Das Wissen um die inneren Kämpfe, um Lichtblicke und Rückschläge prädestinieren den Zürcher dafür, andere suchterkrankte Personen auf ihrem Genesungsweg zu begleiten. Peer lautet seine Rolle, mit welcher er in psychiatrische Behandlungsprozesse involviert ist und sich für das Empowerment und die Selbstbestimmung der Patientin, des Patienten einsetzt. Anders ausgedrückt: Chris Zeltner wirkt als Mediator, vermittelt zwischen den Fachpersonen und den Patientinnen und Patienten. Im Fachkurs habe er etliche Male seine Komfortzone verlassen müssen. «Ich vertrete die Überzeugung, dass jeder mit einer Suchterkrankung ein erfülltes und sinnvolles Leben führen kann», lässt Chris Zeltner verlauten. Abstinenz

sei dazu der aus seiner Sicht richtige Weg – «nicht alle teilen diese Meinung. Dann sind von meiner Seite Toleranz, Empathie und Perspektivenwechsel gefragt.» Die vermeintlich eindeutigen Definitionen von Personen mit einer Suchterkrankung, Fachpersonen und Peers lockerten sich auf. Genau darin identifiziert Chris Zeltner die zentrale Ingredienz eines erfolgversprechenden, von den Beteiligten gemeinsam begangenen Genesungswegs: «Wir begehen den Weg nicht nur in unseren Rollen als Betroffene oder Fachpersonen, sondern als Menschen.»

Die Pflegefachfrau

Regula Straumann ist Pflegefachfrau HF mit Schwerpunkt Psychiatrie. Sie betreut und begleitet psychisch Erkrankte und Suchterkrankte in einem Wohnheim der Solodaris Stiftung. Als Gruppenleiterin und eine wichtige Bezugsperson der Bewohnenden erlebt sie die Berg- und Talfahrten des Lebens mit einer Sucht hautnah mit. Welche Sucht genau, sei indes gar nicht relevant: «Komplex ist das Phänomen der Sucht in jeder Manifestation.» Wenn Regula Straumann den Fachkurs Revue passieren lässt, betont sie das ausgewogene Verhältnis zwischen Theorie und Praxis. So habe sie einen reichhaltigen theoretischen Einblick gewonnen: in die neurobiologische Forschung zu Sucht- und Abhängigkeit, in aktuellste Therapieansätze oder in Konzepte wie Selbstwert und Selbstbewusstsein. Letztere lieferten ihr nicht nur wertvolle Inputs für ihre Begleit- und Betreuungsfunktion, sondern veranlassten sie dazu, sich mit ihrer Biografie und ihrer Rolle als Pflegefachperson und Gruppenleiterin

«Ich reicherte meine fachliche Perspektive mit den Erfahrungen der anderen Teilnehmenden an.»

Regula Straumann

rin auseinandersetzen. Neben inhaltlichen Erkenntnissen erweiterte Regula Straumann ihre Perspektive um das Wissen und die Erfahrungen der anderen Teilnehmenden: «Indem sich die Kursteilnehmenden miteinander auseinandersetzten, erweiterten wir den jeweils eigenen Horizont», beschreibt sie. Die individuell geprägten Ansichten zur Begleitung Suchterkrankter seien durchaus different – letztlich handle es sich jedoch lediglich um verschiedene Herangehensweisen, die gerade in ihrer Kombination Wirkung erzielten.

Die Eltern

«Warum antwortet er nicht auf den Anruf? Wird er heute Nacht nach Hause kommen? Und wenn ja, in welchem Zustand?» – Diese Fragen geisterten durch ihre Köpfe. Abend für Abend. Gepaart mit den schlimmsten Befürchtungen, die sie schwerlich schlafen liessen. Liliane und Marco Kunz** sind Eltern eines drogenabhängigen Sohnes. Als Jugendlicher testete dieser Cannabis, ging bald über zu Kokain. Aus dem Probieren wurde eine Sucht, die ihn heute noch in ihren Fängen hat. Co-Abhängigkeit nennt sich das, wenn Angehörige einer suchterkrankten Person unter deren Abhängigkeit mitleiden; gleichzeitig emotional und finanziell. So kamen Liliane und Marco Kunz für Schadenskosten auf, die der Sohn unter Drogeneinfluss verursacht hatte. Liliane Kunz erzählt von denkwürdigen Behördenterminen, schiefen Blicken der dortigen Mitarbeitenden: «Ich wurde als Mutter eines drogenabhängigen Sohnes regelrecht stigmatisiert».

Im Fachkurs haben sich Liliane und Marco Kunz ausserhalb des üblichen Alltagsstrudels, aus wissenschaftlicher und reflektorischer Sicht mit dem Phänomen Sucht auseinandergesetzt. Marco Kunz erkannte durch den Austausch mit anderen Betroffenen und die Auseinandersetzung mit aktuellen Studien, dass «niemand aus böser Absicht süchtig ist. Der Konsum macht die eigene Situation erträglich.» Der neue Blickwinkel motivierte ihn dazu, sein eigenes Verhalten zu verändern: Marco

«Mein Sohn ist nicht mit böser Absicht süchtig, sondern der Konsum macht seine eigene Situation erträglich – durch diese Einsicht konnte ich mein Verhalten ändern.»

Marco Kunz

Kunz, der seinem Sohn bis vor Kurzem, kaum war dieser zur Tür hereingetreten, mit Misstrauen oder gar Wut begegnete, fragt heute als Erstes nach dessen Befinden. Dass Vater und Sohn wieder zusammensitzen können, sich die familiäre Situation insgesamt entspannt hat, beweist auch das kürzlich stattgefundenen Bergwochenende der beiden. Fast parallel zum väterlichen Vertrauensgewinn setzte beim Sohn dann auch ein Rückgang des Drogenkonsums ein.

* act-info Jahresbericht (2016). Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Abgerufen von: https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/maffli_83ogha9m93k4.pdf

** Die Namen der Eltern wurden zur Anonymitätswahrung durch fiktive ersetzt.



«Eine Begleitung auf Augenhöhe ist das Beste, was einem Menschen mit Suchterfahrung passieren kann.»

Manuela Grieser
Studienleiterin
Weiterbildung
manuela.grieser@bfh.ch

Der Fachkurs «Leben mit der Sucht» richtet sich sowohl an Krankheitserfahrene als auch an Fachpersonen und Angehörige. Wie kamen Sie auf diese Idee?

Manuela Grieser: Im englischsprachigen Raum werden «Recovery Colleges», die Betroffene, Fachpersonen und Angehörige einbeziehen, schon länger angeboten. In der Schweiz werden seit einigen Jahren Peers im Rahmen der EX-IN Ausbildung (Experienced Involvement) zu Genesungsbegleiterinnen und -begleitern qualifiziert. Diese Empowerment-Bewegung hat mich dazu inspiriert, ein Weiterbildungsangebot zu konzipieren, das Krankheits- erfahrung als Ressource aufgreift.

Wie sieht der Teilnehmer-Mix Ihres Fachkurses aus?

M. G.: Ein Grossteil der Teilnehmenden begleitet suchterkrankte Personen im stationären oder ambulanten Bereich. Die Perspektive der Direktbetroffenen bringen Personen ein, die Eigenerfahrungen mit einer substanzbezogenen Sucht haben – wir hatten aber auch schon Teilnehmende mit einer Essstörung. Die kleinste Teilnehmergruppe bilden die Angehörigen. Dass der Fachkurs gerade für Letztere viel Potenzial birgt, zeigt das Beispiel von Marco Kunz.

Wie erleben Sie die Gruppendynamik, wenn so viele verschiedene Sichtweisen aufeinandertreffen?

M. G.: Bisweilen kann ich das Zusammenspiel der unterschiedlichen Teilnehmenden mit didaktischen Methoden beeinflussen. Allerdings nur bedingt – schliesslich sind wir alle Menschen. Im ersten Kurs 2017 blieben die Fachpersonen und die Krankheits- erfahrenen dann auch eher unter sich. Das zeigte sich vor allem in den Pausen. Im zweiten Kurs 2018 habe ich dagegen übergreifend einen starken Zusammenhalt wahrgenommen; die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Betroffenheitsarten erodierten.

Was nehmen Sie für künftige Weiterbildungsangebote mit?

M. G.: Im Laufe des Fachkurses passiert etwas mit den Teilnehmenden. Genau dieser Haltungswandel ist gewinnbringend für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Kontext von Sucht – aber auch in anderen psychiatrischen Bereichen. Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist das Beste, was der Begleitung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung passieren kann. Darin steckt noch viel unentdecktes Potenzial.

Essen, messen, essen, messen: Selbsterfahrung mit Diabetes



Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

In der Psychotherapie-Ausbildung ist die Selbsterfahrung seit Jahren etabliert. Deren Essenz besteht darin, die eigene Therapiekompetenz zu verbessern. Auch für Ernährungsberaterinnen und -berater kann die Erfahrung, für eine gewisse Zeit in die Rolle der Betroffenen zu schlüpfen, eine Ressource für ihr professionelles Handeln sein.

Der Tagesablauf ist in eben diesem Rhythmus getaktet: Aufstehen, Blutzucker messen, frühstücken, Zwischenmahlzeit einnehmen und danach Blutzucker messen. Es folgen das Mittagessen, Blutzucker messen, Zvieri essen und wieder Blutzucker messen. Dann das Nachtessen, Blutzucker messen und vor dem Zubettgehen noch einen Spätsnack verzehren.

Für Personen mit Diabetes ist das Alltag. Nicht aber für Svenja Bögeholz und Michaela Bucher, Bachelor-Studentinnen im 4. Semester. In naher Zukunft werden sie als

waren, mussten sich Svenja Bögeholz und Michaela Bucher regelmässig zum Essen zwingen. «Ich bin es gewohnt, zu essen, wenn mein knurrender Magen Hunger signalisiert», erklärt Svenja Bögeholz. Während der besagten Woche habe sie aber nie gegessen, weil sie hungrig gewesen sei, sondern weil die Uhr es vorgegeben habe. «Wir essen gewöhnlich eher protein- und fettlastig», begründet Michaela Bucher die gefühlte Dauersättigung. «Die Umstellung auf mehr Kohlenhydrate brachte mit sich, dass wir volumenreicher essen mussten.»

«Während der ersten Viertelstunde bin ich mit der Waage am Tisch gesessen und habe meine Portionen abgewogen – vom Tischgespräch habe ich nichts mitbekommen.»

Michaela Bucher

Ernährungsberaterinnen auch Klientinnen und Klienten mit Diabetes beraten, diese zu einer selbstverständlichen Alltagsbewältigung ermutigen und darin unterstützen, Spätfolgen der Krankheit zu verhindern. Im Zuge der Ausbildung stellen sich Svenja Bögeholz, Michaela Bucher und ihre Mitstudierenden der Aufgabe, während einer Woche so zu leben, als hätten sie Diabetes.

«Kein O-Saft, keine Konfi...»

Obschon die Mengen und Nährwerte für die Diabeteswoche auf den jeweiligen Kalorienbedarf abgestimmt

Die Ernährungsumstellung erforderte indes auch den Verzicht auf gewohnte und geschätzte Lebensmittel: «Kein O-Saft, keine Konfi, kein Honig, keine Milch im Kaffee, keine Datteln, kaum Nüsse, kein spontanes Zugreifen», notierte Michaela Bucher am 10. November 2018, dem Tag, als sie Familie und Freunde zum Brunch einlud, in ihr Ernährungstagebuch zur Diabeteswoche. Das Tagebuch bietet eine weitere Spalte für die Tagesreflexion. Dort steht geschrieben: «Ich realisiere, wie stark mein Genuss beim Essen damit zusammenhängt, dass ich intuitiv und impulsfolgend essen darf.»

Ergänzung zum Theorie- und Methodenwissen

Selbsterfahrung ist als Ausbildungsbestandteil insbesondere in der Psychotherapie etabliert. Künftige Psychotherapeutinnen und -therapeuten testen die Anwendung und Wirksamkeit bestimmter Therapien an sich selbst, bevor sie Klientinnen und Klienten behandeln – in manchen europäischen Ländern ist das gar gesetzlich vorgeschrieben. Selbsterfahrung wird hierbei neben «Theorie- und Methodenwissen, praktischer Ausbildung und Supervision also als unerlässlicher Bestandteil der Psychotherapieausbildung betrachtet» (Frank, Gahleitner, Gerlich et. al., 2015, S. 115). Silvia Honigmann, Dozentin Ernährung und Diätetik, bedient sich dieses Konzepts, um den Studierenden – in Ergänzung zum theoretischen Wissen über die Ernährungstherapie bei Diabetes – Verständnis für die Situation ihrer zukünftigen Klientinnen und Klienten zu vermitteln.

Empathie für das Gegenüber schärfen

Mit den neuen Mahlzeitzusammensetzungen kamen die Studierenden relativ schnell zurecht; mehr zu schaffen machten ihnen die Folgen für das Sozialleben, welche sich mit den veränderten Essgewohnheiten abzeichnen begannen. Während der ersten Viertelstunde sei sie mit der Waage am Tisch gesessen und habe ihre Portionen abgewogen, blickt Michaela Bucher wieder auf den Brunch zurück – «vom Tischgespräch habe ich nichts mitbekommen». Eine andere Situation schildert Svenja Bögeholz: «Wie die Leute schauten, als ich im Zug den Blutzucker messen musste und meine Utensilien auspackte...», erinnert sie sich an eine der Widrigkeiten, die das ständige Blutzuckermessen – bis zu sieben Mal am Tag – mit sich brachte. Den neugierigen, bisweilen gar befremdeten Blicken der Mitreisenden ausgesetzt zu sein, war neu für sie – und zunächst unangenehm. Die beiden Beispiele zeugen von der beabsichtigten Wirkung der Selbsterfahrung, dass die Studierenden ihre Empathie für ihr Gegenüber schärfen.



Diabetes bedeutet eine Umstellung vieler Gewohnheiten und das Angewöhnen von neuen – etwa dem Blutzuckermessen.

etwa wie die Ernährung trotz Einschränkungen auf die eigenen Vorlieben angepasst werden kann. «Ich mag keine Milch – der Ernährungsplan sah aber Milch vor. So begann ich zu rechnen, wie viel Quark und Früchte ich nehmen muss, um etwa denselben Nährstoffgehalt zu erhalten», sagt Michaela Bucher. Ihr sei bewusst, dass den meisten Personen, die an Diabetes leiden, das Rechnen gerade in der ersten Zeit schwerfalle. Umso mehr hat sie sich vorgenommen, «meine Klientinnen und Klienten zu ermutigen und darin zu unterstützen, die Ernährung auf sich selbst abzustimmen. Auch wenn es aufwändig ist – die Lebensqualität sollte es uns wert sein.»

«Natürlich ist es wichtig, regelmässig den Blutzucker zu messen – wenn ein Patient aber das Messen aufgrund einer Situation, wie ich sie im Zug erlebt habe, auslöst, kann ich das jetzt nachvollziehen.»

Svenja Bögeholz

«Die Lebensqualität sollte es uns wert sein»

Ernährungsberaterinnen und -berater wirken nicht nur beratend, sondern der Gesundheit ihrer Klientinnen und Klienten zuliebe auch als Instanzen der Kontrolle und Disziplin. «Natürlich ist es als Diabetiker wichtig, regelmässig den Blutzucker zu messen – wenn ein Patient aber das Messen aufgrund einer Situation, wie ich sie im Zug erlebt habe, einmal auslöst, kann ich das jetzt nachvollziehen», erläutert Svenja Bögeholz. Das Diabetes-Experiment liess die Studierenden auch förderliche Strategien gegen die Widrigkeiten entwickeln,

Literatur:

– Frank, Ch., Gahleitner, S., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, A., ...Leitner, A. (2015): Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil der Psychotherapie – Qualitätsmerkmal oder Mythos? Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojekts «Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung». Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3(2), 114-130. Abgerufen von www.resonanzen-journal.org

Beobachten, üben, verstehen



Stefanie Diviani
Leiterin Direktion und Kommunikation
stefanie.diviani@bfh.ch

Haben Frauen in der Schwangerschaft körperliche Beschwerden oder Einschränkungen, sind Interventionen aus der Körperarbeit ein möglicher Behandlungsansatz. Studentinnen im Bachelor-Studiengang Hebamme verfolgen mit, wie ihre Dozentin eine schwangere Frau behandelt. User Involvement schärft ihren Blick auf die Beschwerden und die ergriffenen Massnahmen.

Seit Tagen kann Sarah Widmer* nicht mehr ohne Schmerzen aufstehen oder sich hinsetzen. Die 35-Jährige ist in der 23. Schwangerschaftswoche und spürt ein heftiges Stechen und Ziehen in der Schambeingegend. Verantwortlich für die Beschwerden ist eine Symphysenlockerung. Eine Hormonausschüttung sorgt bei der schwangeren Frau dafür, dass sämtliches Gewebe weicher wird. Wenn die Stabilität des Beckens dadurch nicht mehr gegeben ist, können Schmerzen entstehen.

Die Hebammen-Studierenden sollen im Unterricht erfahren, was eine Symphysenlockerung ist. Deshalb fragt Helene Gschwend – Hebamme von Sarah Widmer und Dozentin an der Berner Fachhochschule BFH – die schwangere Frau um ihre Mitwirkung als Betroffene im Modul «Körperarbeit» an. Aus Erfahrung weiss Helene Gschwend, dass die richtigen Handgriffe am Becken und eine Stabilisierung von aussen bei diesen Symptomen Linderung schaffen können. Ihr Wissen will sie mit den Studentinnen teilen und sie erleben lassen, wie eine entsprechende Behandlung gestaltet sein kann. Susan Dräyer, Hebammen-Studentin im dritten Semester, erinnert sich noch gut an die Unterrichtssituation mit Sarah Widmer und ihrem Partner. Das Lernen am konkreten Beispiel war für die Studentin so eindrücklich, dass sie noch ein halbes Jahr später mit viel Begeisterung davon erzählt. Im praktisch ausgerichteten Modul «Körperarbeit» geht es sehr oft um Wahrnehmung; die Studentinnen machen emotionale und körperliche Erfahrungen und üben viel an- und miteinander. Die Möglichkeit, die Behandlung einer betroffenen Frau zu erleben und mitverfolgen zu dürfen, bringt den Studentinnen einen zusätzlichen Mehrwert.

Mit dem Blick von aussen

Sowohl die offene Sarah Widmer als auch Helene Gschwend in der Rolle der behandelnden Hebamme lassen sich ganz auf den ungewöhnlichen Behandlungsrahmen ein. So vergessen auch die Studentinnen bald, dass sie mitten im Unterricht sind und können ihre Rolle als Beobachtende sogar geniessen. Als Pflegefachpersonen, die im verkürzten Bachelor-Studiengang den Beruf Hebamme studieren, sind die Studentinnen gewohnt, selbst beobachtet oder im Praktikum auch beurteilt zu werden. Das Lernen durch Beobachten ohne die Verantwortung für die Behandlung zu übernehmen, birgt viel Potenzial. Susan Dräyer erläutert, dass sie ihre Wahrnehmung in der Rolle der Beobachterin auf ganz andere Aspekte lenken kann. So bleibt ihr in Erinnerung, mit wie viel Zuversicht und «Empowering» die Dozentin mit der schwangeren Frau kommuniziert: «Von aussen einen Blick auf die Behandlung und die Kommunikation zwischen den beiden Personen zu werfen, ist ganz anders, als selbst im Geschehen zu sein.»

Im Unterricht kommt es vor, dass die Studentinnen die Relevanz oder die Praktikabilität von Übungen oder Behandlungsformen in Frage stellen. Ohne konkrete Beispiele können Zweifel bestehen bleiben. Doch die Begegnung mit einer betroffenen Frau sowie deren klare Aussagen zu den Beschwerden vor und nach der Behandlung lösen die Skepsis auf. Helene Gschwend zeigt den Studentinnen, worauf sie bei der Beurteilung der Beckenstellung achtet. Sie stellt bei Sarah Widmer eine Beckenverschiebung fest und demonstriert eine Technik, mit der das Becken stabilisiert werden kann. Mitzuerleben, wie die Beschwerden gelindert werden und



Von Helene Gschwend erfahren die Studentinnen, wie sie die bisherige Behandlung gestaltet hat.

wie erleichtert Sarah Widmer nach der Behandlung ist, bleibt für die Studentinnen sehr eindrücklich. Helene Gschwend bezieht auch den Partner von Sarah Widmer in die Behandlung mit ein. Sie zeigt dem werdenden Vater, mit welchen Handgriffen er – auch ausserhalb der Hebammensprechstunde – unterstützen kann, um die Schmerzen von Sarah Widmer zu verringern.

Flexibilität der Dozierenden

Ginge es stets nach dem Wunsch der Studentinnen, so würde der Unterricht noch in vielen weiteren Modulen mit konkreten Situationen und Beispielen ergänzt. Dass diese Unterrichtsform mit einem grossen organisatorischen Aufwand verbunden ist, sind sich die Studentinnen aber bewusst. Umso mehr schätzen sie die Flexibilität von Helene Gschwend, die mit der Vernetzung

Ein paar Wochen später trifft sie auf eine Frau mit Symphysenlockerung. Die damit verbundenen Emotionen rufen der Studentin die Behandlung ins Gedächtnis.

Langfristige Wirkung

Das gemeinsame Üben der Studentinnen nach der demonstrierten Behandlungssequenz wird von angeregten Diskussionen begleitet. Sie tauschen ihre Beobachtungen aus und verknüpfen das Erlebte mit der eigenen Wahrnehmung. Dass diese Unterrichtsform auch eine langfristige Wirkung hat, zeigt sich bei Susan Dräyer im Praxismodul: Ein paar Wochen später trifft sie auf eine Frau mit Symphysenlockerung. Die damit verbundenen Emotionen rufen der Studentin die Behandlung ins Gedächtnis. Sie kann sich mit der behandelnden Hebamme austauschen und mit ihr die positiven Erfahrungen teilen. Für die Hebamme in der Praxis ist es bestärkend zu hören, dass die angewandte Behandlungsform auch in der aktuellen Ausbildung als «Therapie der Wahl» gilt.

der eigenen Hebammentätigkeit und ihrem Auftrag als Dozentin, die Begegnung zwischen der schwangeren Sarah Widmer und den Hebammen-Studentinnen geschaffen hat. Die schwangere Frau reagiert überdies offen auf die Fragen der Studentinnen und berichtet von ihren Beschwerden und Einschränkungen. Die bisher nur in der Theorie kennengelernte Symptomatik wird auf diese Weise fassbar.

Rückblickend folgert Susan Dräyer, dass durch User Involvement in der Lehre Berührungspunkte vermindert und Motivation gesteigert werden können.

* Name von der Redaktion geändert

Effektiv und patientenzentriert: der Klinische Unterricht in den Praxismodulen der Physiotherapie



Evelyne Baeriswyl
Dozentin
Physiotherapie
evelyne.baeriswyl@bfh.ch



Sabina Mustone
Dozentin
Physiotherapie
sabina.mustone@bfh.ch

Seit über 25 Jahren beinhaltet die Praxisausbildung Physiotherapie den Klinischen Unterricht. Dessen Erfolgsrezept ist, dass er die Bedürfnisse und Ziele der Studierenden, der Praxisausbildenden sowie der Patientinnen und Patienten vereint. Davon profitieren alle.

Theorie und Praxis sind im Bachelor-Studium Physiotherapie an der Berner Fachhochschule BFH eng verknüpft: Die Studierenden erarbeiten sich ihr Wissen nicht allein im Hörsaal, sondern eignen sich dieses auch hautnah in Gesundheitsinstitutionen an – dies in Form von Praxismodulen. In Spitälern oder Rehabilitationszentren behandeln sie Patientinnen und Patienten, sowohl selbstständig als auch unter Supervision. Eine spezielle Form der Supervision findet als Klinischer Unterricht (KU) statt. Dabei werden die Studierenden von ihren Praxisausbildenden und den Physiotherapie-Dozierenden der BFH vor, während und nach einer Be-

handlung fachlich unterstützt. Der KU, der im Zuge der Praxisausbildung durchgeführt wird, hat in der Physiotherapie-Ausbildung in Bern eine 25-jährige Tradition.

Klinischer Unterricht in der Orthopädie

Maria Balli*, Bachelor-Studentin im 4. Semester, absolviert ein Praxismodul in einer orthopädischen Klinik. Im Rahmen des KU werden Maria Balli und ihr Praxisausbildner von einer Physiotherapie-Dozentin für eine Lernsituation besucht. Im KU interagieren die beteiligten Personen in spezifischer Weise miteinander (siehe Abb. 1):

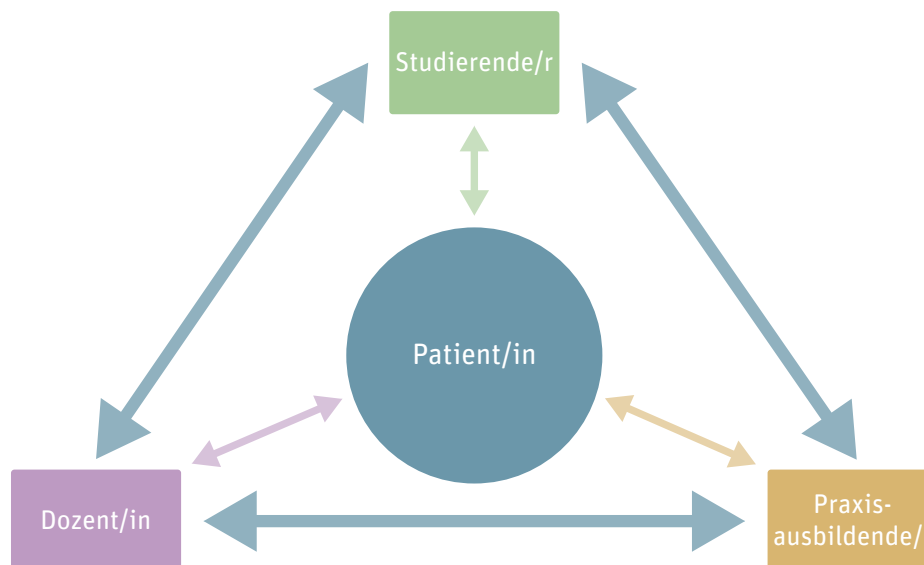


Abb. 1: Im Klinischen Unterricht der Physiotherapie steht die Patientin, der Patient im Zentrum der Interaktion von Studierenden, Praxisausbildenden und Dozierenden.

- Fritz Schüpbach, dem eine Kniegelenksprothese eingesetzt wurde, steht als Patient im Zentrum der Lernsituation – dazu hat er im Vorfeld eingewilligt. Während der Behandlung interagiert er vor allem mit Maria Balli, seiner behandelnden Physiotherapeutin. Fritz Schüpbach zeigt heute eine unerwartete Problematik: Obwohl die Operation bereits einen Monat zurückliegt, weist das Knie akute Entzündungszeichen auf. Der heutige Behandlungsplan muss der aktuellen Situation angepasst werden. Die intensive Auseinandersetzung mit Fritz Schüpbachs Fall kann die Qualität der gegenwärtigen und der nachfolgenden Behandlungen steigern.
- Maria Balli ist die behandelnde Physiotherapeutin. Vor der Behandlung bespricht sie ihre persönlichen Lernziele mit Praxisausbildner (PAr) Pascal Lang und der Dozentin Edith Meyer. Der Fokus heute liegt auf der korrekten Untersuchung des Kniegelenks. Während der Behandlung nimmt Maria Balli Inputs oder Korrekturen der anwesenden Fachpersonen entgegen und setzt diese um. Pascal Lang und Edith Meyer achten indes darauf, dass ihre fachlichen Interventionen die Studierende nicht vor dem Patienten blossstellen, sondern ein angemessenes therapeutisches Klima wahren (Kianmehr et al., 2010). Nach der Behandlung reflektiert Maria Balli ihr Vorgehen. Sie klärt mit Pascal Lang und Edith Meyer Fragen und erhält ein konstruktives Feedback.

schliessenden Gespräch zu dritt eine vermittelnde Rolle einnehmen – hier ist dies aber nicht notwendig.

Rundum geschätzt

Die Studierenden schätzen den Lerneffekt des KU als gross bis sehr gross ein; speziell dann, wenn der Dozierendenbesuch zu einem anregenden fachlichen Dialog führt. Es kommt auch vor, dass die Lernbedingungen am Praxisort wenig studierendenfreundlich sind. Dann ist es besonders wichtig, dass die Studierenden von einer ihnen bekannten, vertrauensvollen Person der BFH besucht werden, die sich gegebenenfalls für sie einsetzt (Dean et al., 2016).

Auch in den regelmässigen Qualitätsgesprächen mit den Verantwortlichen der Ausbildungsbetriebe wird der KU gewürdigt. Die Praxisausbildenden schätzen den Austausch mit den Dozierenden, nehmen gerne Feedback und Anregungen entgegen. Dean et al. (2016) betonen, dass gerade dieser persönliche Kontakt zu einem übereinstimmenden Vorgehen in der Ausbildung und der Beurteilung in der Praxis führe. Dabei würden die Praxisausbildenden in ihren multidimensionalen Rollen individuell unterstützt.

Die Patientinnen und Patienten beteiligen sich aktuell nicht an der Praxisevaluation oder an der Feedbackrunde zum KU. Die heutige patientenzentrierte Lernsituation kann indes zu einem besseren Behandlungserfolg beitragen. Verschiedene Studien erwähnen eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem

Das Feedback der Dozierenden zur Behandlung wie auch zum Lernsetting hilft sowohl den Studierenden als auch den Praxisausbildenden, ihre Leistungen einzuordnen und Fortschritte zu machen.

- Praxisausbildner Pascal Lang ist Experte der orthopädischen Chirurgie und für die Sicherheit des Patienten verantwortlich. Er steht Maria Balli während der Behandlung hilfreich zur Seite und hat anschliessend den Lead im Lerngespräch. Letzteres enthält die Kernelemente Reflexion, Behandlungsevaluation, Aktivierung und Verknüpfung von Wissen sowie gezieltes Feedback aus der Supervision. Am Ende erhält auch Pascal Lang ein Feedback und anregende Tipps von Edith Meyer zu seiner Rolle als PAr.
- Dozentin Edith Meyer ist Expertin sowohl für Orthopädie wie auch für Praxisausbildung. Sie behält die Bedürfnisse von Maria Balli und Pascal Lang während der Lernsituation im Blick. Ihr Feedback zur Behandlung wie auch zum Lernsetting hilft sowohl der Studierenden als auch dem PAr, ihre Leistungen einzuordnen und Fortschritte zu machen. Im Fall von Divergenzen oder Konflikten zwischen Studierenden und Praxisausbildenden kann Edith Meyer im ab-

«bedside teaching» und viel Bereitschaft, am Lernen von Auszubildenden zu partizipieren (Peters et al., 2013; Kianmehr et al., 2010; Spencer in Swanwick, 2013).

* Zugunsten der Anschaulichkeit verwenden wir hier ein fiktives Beispiel, das sich aber genau so zutragen könnte. Die Personen und Namen sind frei erfunden.

Literatur:

- Dean, M., & Levis, A. (2016). Does the use of a university lecturer as a visiting tutor support learning and assessment during physiotherapy students' clinical placements? A survey of higher education institution providers. *Physiotherapy*, 102(4), 365-370.
- Kianmehr, N., Mofidi, M., Yazdanpanah, R., & Ahmadi, M. A. (2010). Medical student and patient perspectives on bedside teaching. *Saudi Medical Journal*, 31(5), 565-568.
- Peters, M., & Ten Cate, O. (2013). Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspectives on medical education*, 3(2), 76-88.
- Swanwick, T. (2013). *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*, 1-6.
- Leitfaden und Unterlagen zum Klinischen Unterricht BSc PHY im Praxisordner auf Moodle: <https://moodle.bfh.ch/course/view.php?id=13656>



«Ich fühle mich wohl, wenn ich etwas bewegen kann»



Prof. Dr. Klazine van der Horst leitet seit knapp einem Jahr die angewandte Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik. Die Holländerin folgte früh ihrer Entdeckungslust.

Für Klazine van der Horst ist die Leitung der angewandten Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik die willkommene Herausforderung. Sie legt mit ihrem Team den Fokus auf klinische Ernährung und bearbeitet konkrete Fragestellungen aus der Ernährungsberatung. Die Aufbruchstimmung am Departement Gesundheit motiviert sie, Neues anzupacken.

Stefanie Diviani
Leiterin Direktion und Kommunikation
stefanie.diviani@bfh.ch

«Forschung soll attraktiv sein!» Dies ist eines der Leitmotive von Klazine van der Horst, Leiterin der angewandten Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik der Berner Fachhochschule Gesundheit. Ihre Lust am Forschen wird schon früh geweckt: «Ich wurde während meiner eigenen Master-Thesis sehr gut betreut», blickt die Holländerin zurück. Dies erkläre ihren erleichterten Zugang zum wissenschaftlichen Arbeiten. So reiht sie in jungen Jahren zahlreiche Studienjahre aneinander; absolviert in den Niederlanden einen Bachelor of Science, zwei Master of Science und letztlich den PhD.

liche Wissenshunger und das Bedürfnis, mit neuen Erkenntnissen etwas zu verändern, die Forschungsleiterin antreiben. Während des Bachelor-Studiums in Nutrition & Dietetics merkt sie zwar, dass ihr das persönliche Gespräch mit Klientinnen und Klienten liegt. Sie stellt aber auch ernüchert und teilweise frustriert fest, wie schwierig es für viele Menschen ist, ihr Essverhalten zu ändern. Klazine van der Horst will deshalb mehr wissen über Gesundheitsförderung und Prävention. Sie widmet sich in ihrem Studium den Einflussfaktoren auf Übergewicht bei Jugendlichen und führt verschiedene Untersuchungen durch. Ihre Dissertation trägt den Titel

«Ich brauche Herausforderungen.»

Klazine van der Horst

Auf der Suche nach Erklärungen

Im Gespräch wird klar, dass nicht die Lorbeeren für die eigene akademische Karriere, sondern der persön-

«Environmental Determinants of Overweight in Rotterdam Schoolchildren». Das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen ist ein Thema, das sie seither nicht



Klazine van der Horst (Zweite von rechts) legt Wert darauf, dass ihre Forschungsfelder in den neuen Master-Studiengang Ernährung und Diätetik einfließen.

mehr loslässt und ihr Jahre später in der Schweiz wieder begegnet.

«Mein Mann und ich hatten den Wunsch, irgendwann im Ausland zu arbeiten», erzählt die Forscherin über eine weitere Seite ihrer Entdeckungslust. So kommt es, dass sie auf eine Postdoc-Stelle an der ETH Zürich aufmerksam wird und drei Jahre lang im Auftrag der ETH das Ernährungsverhalten von Konsumentinnen und Konsumenten untersucht. Die gute Betreuung, die sie einst erlebte, will sie auch den Studierenden an der ETH zukommen lassen: Sie ist eine engagierte Dozentin und betreut mehrere Master-Thesen. Bis zu ihrem Stellenantritt an der BFH Gesundheit, wo sie dank des neuen Master-Studiengangs Ernährung und Diätetik wieder

direkten Kontakt mit den Studierenden haben wird, folgen weitere Jahre als Forscherin in der Romandie.

Den Kindern Gemüse schmackhaft machen

Im Nestlé Research Center forscht die erfahrene Spezialistin alsdann in einem Feld, zu dem sie eine persönliche Verbindung hat. Mittlerweile Mutter von zwei Kindern untersucht Klazine van der Horst, ob das gemeinsame Kochen von Kindern mit ihren Eltern Einfluss auf das Essverhalten der Kinder hat. Die Resultate sind beeindruckend: Kinder, die bei der Zubereitung des Essens selbst Hand anlegen, lehnen Gemüse und Salat weniger ab, als wenn sie beim Kochen nur in der Zuschauerrolle sind. Klazine van der Horst hebt her-

vor, dass Kinder bereits im Alter von zwei Jahren zum Mithelfen in der Küche animiert werden können. Für Erziehungspersonen ist es also sehr wohl möglich, das Essverhalten der Kleinen zu beeinflussen. Praktische Tipps von Klazine van der Horst sind: Kindern nicht zu grosse Mengen servieren, zum Essen klare Regeln kommunizieren, keine Fehlanreize setzen mit einem Belohnungssystem für gesundes Essen – sowie Geduld. Ein Kind braucht lange, bis es sich an den Geschmack eines neuen Produktes gewöhnt. Mindestens 8 bis 10 Mal muss es die Geschmacksrichtung erfahren, damit sich eine definitive Vorliebe oder Abneigung einstellt.

dert das Team auf, Ideen einzubringen. Die Forschung ist auch eine Lernumgebung. Als Vorgesetzte vermittelt sie, dass Fehler gemacht werden dürfen und dass es bei Rückschlägen darum geht, welche Erkenntnis man aus der erlebten Erfahrung zieht.

Klazine van der Horst ist angekommen! Ihre Dynamik wird die DNA der Forschungsabteilung prägen.

Nicht die Lorbeeren für die eigene akademische Karriere, sondern der persönliche Wissenshunger und das Bedürfnis, mit neuen Erkenntnissen etwas zu verändern, treiben die Forschungsleiterin an.

Mit ihren eigenen Kindern kocht die Forscherin eher selten. Dies liegt aber mehr daran, dass Haus- und Betreuungsrbeit zu grossen Teilen von ihrem Mann übernommen werden und die Kinder dem Vater bessere Kochkünste attestieren.

Eine dynamische Macherin kommt nach Bern

Im Juni 2018 übernimmt die 40-Jährige die Leitung der angewandten Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik an der BFH in einem Vollzeitpensum. Dass das Departement Gesundheit an der BFH in dieser Form noch jung und in einer Aufbauphase ist, kommt ihr entgegen; die Praxisorientierung reizt sie. «Ich brauche Herausforderungen und fühle mich wohl, wenn ich etwas bewegen kann.» Bei Nestlé hat sie gelernt, für ihre Ideen einzustehen, kurz und knapp die eigenen Projektideen zu verteidigen und zu argumentieren. Die Forschungsabteilung Ernährung und Diätetik will sie zu einer bedeutenden Grösse, insbesondere für die klinische Ernährung, führen. Diese Ausrichtung soll auch die Vernetzung zwischen der Forschung und dem neuen Master-Studiengang ermöglichen. Als Themenfelder (siehe Kasten) nennt Klazine van der Horst Mangelernährung, Allergien, technologisierte Ernährungsberatung oder auch die zielgruppenspezifische Ernährungskommunikation.

«Dass ich nun wieder in der klinischen Ernährungsberatung gelandet bin, ist erstaunlich», meint die Forscherin im Rückblick auf ihren Werdegang. An Projektideen und Tatendrang fehlt es ihr aber nicht. Nach ihren Vorlieben gefragt, zählt die Forschungsleiterin das ganze Spektrum auf: Führung, Management, Akquise, Administration von Projekten, Betreuung von Studierenden im Schreiben der Thesen. Mit Führung verbindet die Forschungsleiterin auch die Rolle als Coach: «Ich bin kein 'Mikro-Management-Typ'. Für die Anliegen der Mitarbeitenden ist meine Tür aber immer offen.» Sie for-

Forschungsfelder und Expertise der angewandten Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik

Ernährungstherapie und -interventionen

- Mangelernährung
- Nichtübertragbare Krankheiten
- Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen
- Beratungsforschung

Neue Technologien in der Ernährungsberatung

- Validierung von Ernährungsstudien mit neuen Technologien
- Nutzbarkeitsanalysen von neuen Technologien in der Ernährungspraxis
- Evaluation und Entwicklung von (individueller) Ernährungsberatung auf Basis neuer Technologien

Kommunikation von Ernährungsthemen

- Nährwertkennzeichnung
- Ernährungsberatung für spezifische Bevölkerungsgruppen
- Kommunikationsmittel zu Ernährungsthemen im Bereich Public Health
- Aufklärung und Beratung

Information

bfh.ch/gesundheit/forschung



News

Master-Studium: Anmeldefrist verlängert

Packen Sie Ihre Chance: Sie können sich noch bis zum 31. Juli 2019 für das Master-Studium Ernährung und Diätetik (Studienstart September 2019) anmelden. Weitere Informationen finden Sie unter: bfh.ch/gesundheit/master

Master-Studiengang: Neue Leiterin

Am 1. März 2019 übernahm Dr. Undine Lehmann die Leitung des Master-Studiengangs Ernährung und Diätetik an der BFH Gesundheit. Die 45-jährige ist promovierte Ernährungswissenschaftlerin und bringt eine grosse Erfahrung als Forscherin und Projektleiterin mit. Sie arbeitete während 15 Jahren in der angewandten Ernährungsforschung am Nestlé Research Center in Lausanne.

Neuer CAS «Nutritional Assessment»

Im August 2019 startet der neue CAS «Nutritional Assessment». Teilnehmende haben die Gelegenheit, mit Patientinnen und Patienten der Klinik Hirslanden zu arbeiten. Sie erarbeiten Fachwissen und Fähigkeiten zum systematischen Erheben und Interpretieren einer Anamnese und der körperlichen Befunde. Weitere Informationen finden Sie unter: bfh.ch/gesundheit/weiterbildung

Gratulation

Wir gratulieren unseren Studierenden, die am Posterwettbewerb der NutriDays den zweiten und dritten Platz erreicht haben:

2. Platz: Anja Fux und Eva-Maria Holderegger: APPetit auf mehr? M-Health auf dem Vormarsch

3. Platz: Joëlle Wickart: Vegane Ernährung während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren

Events

Diätetik à la carte

Die Studierenden des zweiten Studienjahrs bereiten im Zuge ihres Modulabschlusses diätetische Gaumenfreuden zu.

Wann: 20. bis 22. sowie 26. bis 28. August 2019, jeweils 12.00 bis 14.00 Uhr

Wo: Murtenstrasse 10, 3008 Bern

Anmeldung: ernaehrung@bfh.ch

Noch dieses Jahr mit dem
Master-Studium starten?
Anmeldefrist
verlängert bis zum
31. Juli 2019!



Infoveranstaltungen

Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik

Wann: 11. September, 23. Oktober, 4. Dezember 2019, 16.00 bis 18.45 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Master of Science in Ernährung und Diätetik

Zurzeit finden keine Infoveranstaltungen statt. Zögern Sie nicht, uns bei Fragen zu kontaktieren.

Informationen: bfh.ch/gesundheit/master

Kontakt: mscernaehrung@bfh.ch

Für einen erleichterten Start ins Leben

– der Berner Schmerzscore für Neugeborene



Prof. Dr. Eva Cignacco (li), Co-Abteilungsleiterin Geburtshilfe, Leiterin Master-Studiengang Geburtshilfe sowie angewandte Forschung und Entwicklung Geburtshilfe, interessiert sich seit 20 Jahren für Schmerzmanagement bei Neugeborenen und validierte den ersten Berner Schmerzscore für Neugeborene.

Karin Schenk (re), Wissenschaftliche Mitarbeiterin Geburtshilfe, entwickelte den ersten Berner Schmerzscore im Rahmen einer vom SNF finanzierten Doktoratsstudie weiter. Sie filmte hierzu das Verhalten von 154 Neugeborenen während kapillären Blutentnahmen – knapp 2000 Videosequenzen kamen zustande.

Häufig sind sie kaum eine Hand lang und federleicht: Frühgeborene haben einen harten Lebensstart. In der ersten Zeit müssen sie täglich 7 bis 14 schmerzhafte Prozeduren über sich ergehen lassen. Mit dem zweiten, revidierten Berner Schmerzscore soll es für die Fachpersonen noch einfacher werden, Schmerz zu messen und dafür zu sorgen, dass Frühgeborene ihm weniger ausgesetzt sind.

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

Interviewerin: Frau Cignacco, Ihnen ist das Thema Schmerz bei Neugeborenen 1999 zum ersten Mal begegnet, als Sie im Inselspital, Universitätsspital Bern, als Pflegeexpertin tätig waren. Was hat Ihr Interesse am Thema geweckt?

Eva Cignacco: Ich war als Pflegeexpertin in der Geburtshilfe und in der Neonatologie im Inselspital, Universitätsspital Bern, tätig. Von Liliane Stoffel, damals Pflegefachfrau, erhielt ich den Input, in meiner Master-Thesis den Berner Schmerzscore für Neugeborene (BSN) zu validieren. Schmerz bei Neugeborenen? Das sagte mir nicht viel. Ich war aber nicht die Einzige. Liliane Stoffel erzählte von Spannungen zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten, wenn erstere Schmerzen bei Neugeborenen zu erkennen glaubten. Letztere sagten: «Euer Gefühl interessiert uns nicht. Wir brauchen Evidenz.» So führten wir gemeinsam eine erste Validierungsstudie des BSN mit neun Kindern durch, die zeigte, dass der BSN sehr wohl zwischen einem schmerzhaften und nicht schmerzhaften Zustand zu unterscheiden vermochte. Die erste Version des BSN war geboren. Sie ermöglichte es, Schmerz zu objektivieren.

I: Welchen Schmerzen sind denn Neugeborene respektive Frühgeborene ausgesetzt?

Karin Schenk: Wir haben in der Studie zur Weiterentwicklung des BSN vor allem Frühgeborene untersucht. Diese erleiden 7 bis 14 schmerzhafte Prozeduren – pro Tag in den ersten 14 Lebenstagen. Ihnen wird Blut abgenommen, ihnen werden Venenkatheter gelegt, sie werden intubiert oder extubiert. Meistens im Zusammenhang mit diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Termingeborene haben Impfungen und Blutentnahmen zur Blutzuckerbestimmung oder um die Stoffwechselfunktion zu überprüfen. Auch diese erleben 3 bis 4 Fersenstiche.

I: Wie sind Sie methodisch vorgegangen, um herauszufinden, ob und wie stark die Kleinen Schmerzen haben?

K. S.: Wir haben die Kinder immer vor, während und nach einer Blutentnahme gefilmt. Diese Sequenzen haben fünf Pflegefachpersonen mit dem BSN bewertet. So konnten wir unter anderem überprüfen, inwiefern der Schmerzscore je nach Phase zu- oder abnimmt.



Damit Spitäler das Schmerzmanagement noch konsequenter umsetzen können, braucht es Pflegeexpertinnen und -experten mit entsprechenden Kompetenzen.

I. Welche Folgen haben die schmerzhaften Prozeduren für die Entwicklung des Kindes?

K. S.: Kurzfristig kann sich die Schmerzäußerung des Kindes verändern. Es zeigt zum Beispiel weniger Schmerzen, weil es mit der Zeit erschöpft ist. Langfristig können sich die Schmerzerfahrungen auf die Gehirnentwicklung auswirken oder es kann zu kognitiven und motorischen Beeinträchtigungen kommen. Häufig entwickeln sich Frühgeborene aufgrund der mit Schmerzen verbundenen Interventionen zu Hyper- oder Hyposensiblen – dies ist jedoch noch nicht evident.

E. C.: Das Nervensystem entfaltet sich erst in der letzten Gestationswoche maximal. Entstehen vorher Nervenschädigungen durch die Eingriffe, kann dies zu einer chronischen Erkrankung der Gehirn- und der lokalen Nervenstrukturen führen. Es gibt Frühgeborene, die später nicht barfuss laufen können. Sie verspüren eine unangenehme Berührung und haben keinen Halt. Hinzu kommt, dass jeder Fersenstich zu einer hormonellen Stressreaktion führt. Wird zu häufig Cortisol ausgeschüttet, kann dies eine chronische Senkung des Cortisolspiegels und damit eine höhere Anfälligkeit für Depressionen bewirken.

«Relevant ist, dass die Pflegefachpersonen damit im Alltag schnell und unkompliziert feststellen können, ob ein Neu- oder Frühgeborenes Schmerzen hat.»

Eva Cignacco

I: Was ist neu an der zweiten Version des BSN?

K. S.: Aufgrund von Faktorenanalysen haben wir den Schmerzscore von neun auf vier Items reduziert und diese überprüft: Mimik, Weinen, Körperausdruck sowie Herzrate zeigen, ob die Kinder Schmerzen haben. Diese Reduktion vereinfacht die Anwendung des BSN in der

Praxis. Wir mussten auch sicherstellen, dass der BSN mit dem Premature Infant Pain Profile (PIPP), einem der im amerikanischen Raum am besten validierten Schmerzscores, korreliert. Weiter haben wir herausgefunden, dass je nach Gestationsalter ein anderer

«Langfristig können sich die Schmerzerfahrungen auf die Gehirnentwicklung auswirken oder es kann zu kognitiven und motorischen Beeinträchtigungen kommen.»

Karin Schenk

Schwellenwert gilt, der uns sagt, ob ein Kind Schmerzen hat oder nicht. Damit können wir künftig die Gefahr von Unter- oder Überbehandlung eindämmen. Auch berücksichtigt der BSN Kontextfaktoren, die das Schmerzempfinden neben dem eigentlichen Eingriff beeinflussen: Der Verhaltensstatus eines Kindes vor einem Eingriff zum Beispiel: Wenn ein Kind vor einer Blutentnahme aktiv ist, zeigt es eine stärkere Schmerzäußerung als wenn es etwa vorher ruhig geschlafen hat.

I: Wie stellen Sie sicher, dass der BSN ein für die Praxis handhabbares Instrument ist?

E. C.: Eine enge Zusammenarbeit zwischen der Berner Fachhochschule Gesundheit und dem Inselspital, Universitätsspital Bern, ist enorm wichtig. Liliane Stoffel hat unser Raster auf die Praxisauswertung hin bewertet. Relevant ist, dass die Pflegefachpersonen damit im Alltag schnell und unkompliziert feststellen können, ob ein Neu- oder Frühgeborenes Schmerzen hat. Wir werden auch einen Leitfaden erarbeiten und Schulungen machen. Noch ist die Implementierung des revidierten BSN in die Praxis nicht erfolgt. Studentinnen unserer ersten Kohorte des Master of Science Hebamme werden den revidierten BSN im Rahmen ihrer Master-Thesis wissenschaftlich überprüfen und in die Praxis überführen.

Schmerzindikatoren	0	1	2	3	Score
Weinen	Kein Weinen	Kurze Weinphase (weniger als 2 Minuten)	Vermehrtes Weinen (mehr als 2 Minuten)	Vermehrtes und schrilles Weinen (mehr als 2 Minuten)	
Gesichtsmimik	Gesicht entspannt	Vorübergehendes Verkneifen des Gesichts	Vermehrtes Verkneifen des Gesichts und Zittern des Kinns	Dauerhaftes Verkneifen des Gesichts und Zittern des Kinns	
Körperausdruck	Körper entspannt	Vorwiegend entspannt, kurze Verkrampfung	Häufige Verkrampfung, aber auch Entspannung möglich	Permanente Verkrampfung	
Herzfrequenz (bpm) Ausgangswert: -----	Normal (Ausgangswert)	Zunahme um 20 bpm oder mehr bpm vom Ausgangswert, mit Rückgang zum Ausgangswert innerhalb von 2'.	Zunahme von 20 bpm oder mehr bpm vom Ausgangswert, ohne Rückgang zum Ausgangswert innerhalb von 2'.	Zunahme von 30 bpm oder mehr bpm vom Ausgangswert oder vermehrte Bradykardien innerhalb von 2'.	
Zwischentotal →					
Zwischentotal ≥ 1: Kontextfaktoren dazu zählen!					
Kontextfaktoren	0	1	2	3	Score
Postmenstruelles Alter (GA + Anzahl Lebenstage)	Termingeborene (≥ 37 0/7 Wochen)	Moderat bis spät Frühgeborene (32 0/7 – 36 6/7 Wochen)	Sehr Frühgeborene (28 0/7 – 31 6/7 Wochen)	Extrem Frühgeborene (< 28 Wochen)	
Verhaltensstatus (Baseline)	Aktiv (wach oder schlafend)	Ruhig (wach oder schlafend)			
Beatmung	CPAP oder keine Beatmung	Mechanische Beatmung			
Gesamttotal →					
Gesamttotal = Zwischentotal der Schmerzindikatoren + Score der Kontextfaktoren (wenn Zwischentotal ≥ 1).					
0-4 Punkte = Kein Schmerz oder keine beobachtbare Schmerzäußerung					
≥ 5 Punkte = Schmerz					
(Schenk et al., 2019)					

Der revidierte BSN enthält nur noch vier statt neun Schmerzindikatoren und ist für die Fachpersonen einfacher zu handhaben. Neu berücksichtigt der BSN auch Kontextfaktoren, die das Schmerzempfinden beeinflussen.

I: Wie verbreitet ist der BSN heute?

E. C.: Der BSN ist im ganzen deutschsprachigen Raum bei Neugeborenen verbreitet. In der Schweiz ist er in allen Neonatologie-Stationen, in 14 Kliniken implementiert – auch für das Tessin und für das Welschland wurde er übersetzt. Neben Österreich und Deutschland wird er auch in Taiwan und in China verwendet. Ich bin mir aber nicht sicher, inwiefern der Schmerzscore auch in kleinen Spitälern konsequent zum Einsatz kommt.

I: Was braucht es denn, damit Spitäler das Schmerzmanagement noch konsequenter umsetzen?

E. C.: Pflegeexpertinnen und -experten, denn diese haben in der Praxis eine wichtige Funktion für den Transfer und die Qualitätssicherung. Sie sind gut vernetzt und erfahren als erste von neuen Entwicklungen. In der Folge können sie das Personal informieren und schulen. Sie sind wichtige Vermittelnde – und unsere Master-Studierenden werden genau dafür ausgebildet.

Der Fall des Jeffrey Lawson

Neugeborene verspüren keine Schmerzen. Davon gingen Fachpersonen bis in die 1980er-Jahre aus. Die Wende brachte dieses Ereignis: Jeffrey Lawson kam viel zu früh zur Welt, wog nur 500 Gramm und hatte einen schweren Herzfehler. Drei Tage nach der Operation am offenen Herzen verstarb er. Die Mutter, eine medizinische Fachperson, wollte die Krankenakten ihres Jungen einsehen. Sie sah, dass er bei der mehrstündigen Operation am offenen Herzen nur sediert war. Die Ärztinnen und Anästhesisten jedoch handelten nach bestem Wissen und Gewissen, war man doch bis dahin davon ausgegangen, bei Frühgeborenen werde der Schmerzimpuls nicht bis ins Hirn weitergeleitet. Die Mutter glaubte das nicht und machte die Geschichte publik, womit sie das Interesse der Wissenschaft auf das Thema lenkte. 1987 titelte die «Times» aufgrund neuer Forschungserkenntnisse: «Infant's Sense of Pain Is Recognized, Finally» (24.11.1987).



News

Master-Studium: Anmeldefrist verlängert

Packen Sie Ihre Chance: Sie können sich noch bis am 31. Juli 2019 für das Master-Studium Hebamme (Studienstart September 2019) anmelden. Weitere Informationen finden Sie unter: bfh.ch/gesundheits/master (Infoveranstaltungen siehe Kasten).

Bachelor-Studium: Rekord

Für die 70 Studienplätze im Bachelor-Studium Hebamme (Start September 2019) haben sich 210 Personen beworben – das ist neuer Rekord. Rund die Hälfte der Bewerberinnen hat die gymnasiale Matura absolviert.

Fonds unterstützt Forschungsprojekt

Zwang gegenüber gebärenden Frauen – dieses Thema untersucht Dr. Stephan Oelhafen, Dozent Geburtshilfe, in einer Studie. Das Forschungsprojekt wird vom Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW unterstützt.

«Transition to Home» in der Sendung «10vor10»

Frühgeborene Kinder und ihre Eltern haben einen schwierigen Start ins gemeinsame Leben. Das Projekt der BFH Gesundheit und der Insel Gruppe «Transition to Home» untersucht Interventionen, die den Übergang vom Spital nach Hause verbessern und erleichtern sollen. SRF widmete dieser «Idee» einen Beitrag in der Sendung «10vor10» vom 12. April 2019: srf.ch/10vor10

Mehr zum Projekt erfahren Sie unter: bfh.ch/gesundheits/forschung

Events

Posterpräsentationen

Absolvierende des Bachelor-Studiums Hebamme für diplomierte Pflegefachpersonen präsentieren ihre Bachelor-Thesis. Die Präsentationen sind öffentlich.

Wann: 9. Juli 2019, ab 09.00 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheits

Besuchstag Abteilung Geburtshilfe

Wann: 22. November 2019, 10.00 bis 15.30 Uhr

Wo: Murtenstrasse 10, 3008 Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheits

Alumnae-Netzwerktreffen

Wann: 22. November 2019, 16.00 bis 20.00 Uhr

Wo: Murtenstrasse 10, 3008 Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheits

Infoveranstaltungen

Bachelor of Science Hebamme

Wann: 11. September, 23. Oktober, 4. Dezember 2019, 16.00 bis 18.45 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Master of Science Hebamme

Wann: 14. Mai, 25. Juni, 13. August 2019, jeweils 16.45 bis 17.45 Uhr

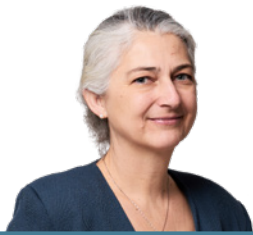
Wo: Murtenstrasse 10, 3008 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/master

Close the Loop – prüfen, wie gelehrt und gelernt wurde



Benjamin D. Rapphold
Dozent
Pflege
benjamindavid.rapphold@bfh.ch



Dr. Ekawi Schnabel
Dozentin
Pflege
ekawi.schnabel@bfh.ch

Die Berner Fachhochschule Gesundheit hat in einer Pilotstudie ein innovatives Prüfungsformat getestet: 77 Prüfungsposten bestehend aus Modellen, Bildgebungsverfahren, Video- und Audiodateien sowie echten oder simulierten Patientenfällen.

Pflegefachpersonen sind im Berufsalltag mit schnell veränderlichen Gesundheitszuständen und Situationen von Patientinnen und Patienten konfrontiert. Eine umfassende, fachgerechte und sichere Betreuung erfordert eine klare und rasche klinische Einschätzung. Mit den im Clinical Assessment (CA) erworbenen Kompetenzen werden Pflegefachpersonen befähigt, diesen Anforderungen noch besser gerecht zu werden und den Pflegeprozess zusätzlich zu optimieren (Stuedter et al., 2013;

Innovative Lehrmethoden...

Supervidiert üben die Studierenden aneinander körperliche Untersuchungen, um Techniken und deren systematische Anwendung zu erlernen. Computergestützte 3D-Programme dienen der Veranschaulichung anatomischer Strukturen sowie physiologischer und pathologischer Prozesse. Es kommen Patientenfälle aus dem Spital Thun und digital aufbereitete Aufnahmen von Auskultations- und/oder Perkussionsbefunden zum

77 Stationen
37 Laptops
25 Modelle
15 Schauspielpatientinnen und -patienten

Zweifel & Uhr, 2016). Die Studierenden lernen mit einer situationsangepassten Anamnese sowie einer körperlichen Untersuchung, klinische Veränderungen des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten frühzeitig zu erkennen. Zu den anvisierten Kernkompetenzen des Studiums gehört es, diese Veränderungen einzuschätzen, fachlich zu beschreiben und, falls nötig, entsprechende Massnahmen einzuleiten. Als Grundlagen dienen theoretisches Fachwissen in Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie sowie das vertiefte Erlernen und Üben der Untersuchungstechniken: Auskultation (Abhören), Inspektion (Beobachtung), Perkussion (Abklopfen) und Palpation (Abtasten).

Einsatz und machen den Unterricht authentisch. So lernen die Studierenden beispielsweise, Veränderungen von Lungengeräuschen aus der Praxis zu erkennen, zu beschreiben und zu analysieren. Anhand der Fallbeispiele können physiologische von pathologischen Befunden differenziert werden. Spezifische Videos zeigen Praxisbeispiele klinischer Situationen und erlauben eine realitätsnahe Analyse und Beurteilung. Für die Lehrveranstaltungen zur Hautuntersuchung werden pathologische Hautbefunde aus einem 3D-Drucker verwendet, die vom Institut für Medizinische Lehre (IML) bezogen werden. Dies ermöglicht ein realistisches Simulieren der Praxis. Mit einer solchen Moulage können bei-

spielsweise die detailgetreue Nachahmung einer Gürtelrose oder Einblutungen in die Haut simuliert werden (Stokes-Parish et al., 2017; Smith-Stoner, 2011).

...erfordern entsprechende Prüfungen

Die Dozierenden überprüfen die Lernziele zurzeit mit schriftlichen Multiple-Choice-Prüfungen (MC) sowie einer klinisch-praktischen Prüfung im Format Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Mittels OSCE beurteilen sie, ob die Studierenden die Untersuchungstechniken und die Systematik der Untersuchung beherrschen. Die wissensbasierten Lernziele werden in der MC-Prüfung ermittelt. Diese Prüfungsformate erfassen die angestrebten Lernziele und Kompetenzen jedoch nicht umfassend (Nikendei & Jünger, 2006; Sopka, Simon, & Beckers, 2013). So vermag zum Beispiel keine der Prüfungsformen, ein Lungengeräusch, entsprechend seiner auditiven Vermittlung im Unterricht, differenziert abzufragen. Nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist es jedoch zentral, dass Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen der Studierenden so geprüft werden, wie sie in den Lehrveranstaltungen gelehrt und von den Studierenden gelernt worden sind. Denn dies geschieht durch komplexe Lernprozesse über unterschiedliche Sinne (Reynolds, 2002).

Taktil, auditiv und visuell

Benjamin D. Rapphold entwickelte in seiner Master-Thesis ein neues Prüfungsformat für Pflegestudierende: der Tactile, Auditory and Visual Test for Clinical Examination (TAVT-CE). Dieses wurde in einer Pilotstudie an der Berner Fachhochschule Gesundheit geprüft. Die Studierenden durchliefen 77 Prüfungsstationen mit praxisorientierten MC-Fragen, die Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie sowohl in der Theorie als auch im Anwendungswissen testeten. Für jede Prüfungsfrage standen 90 Sekunden zur Beantwortung und 10 Sekunden für den Stationswechsel zur Verfügung, woraus sich eine Prüfungszeit von insgesamt 128 Minuten und 20 Sekunden ergab. Die Posten entsprachen den Lehrmethoden aus der Praxis; sie setzten sich zusammen aus Modellen, Bildgebungsverfahren (z. B. Röntgenbildern), Video- und Audiodateien und der Simulation von Befunden durch Schauspielpatientinnen und -patienten sowie Usern mit echten Befunden. Der TAVT-CE ist im Grad der Standardisierung mit einer schriftlichen MC-Prüfung vergleichbar, kombiniert dazu aber auch die klinisch-praktischen Fertigkeiten einer OSCE (Krebs, 2004).

Ein positives Attest für die Prüfung

Zwölf Expertinnen und Experten aus Praxis und Lehre beurteilten im Vorfeld das Prüfungsformat TAVT-CE



Realitätsnah: Die Studierenden analysieren in der Prüfung echte Röntgenbilder.



Spüren, hören, tasten: Das innovative Prüfungsformat wurde in einem Pilotversuch getestet.

und schätzten seine Relevanz sowohl klinisch als auch praxisorientiert sehr hoch ein. Das Format TAVT-CE könnte insbesondere eine schriftliche Prüfung ersetzen, dadurch würde es das Prüfungsformat OSCE ideal ergänzen. Die 63 Studierenden im Pilotversuch füllten einen Fragebogen zur Akzeptanz des TAVT-CE aus: 98.4 Prozent waren zufrieden bis sehr zufrieden mit dem TAVT-CE. Die qualitative, inhaltsanalytische Auswertung des Fragebogens ergab, dass die Studierenden besonders die Kombination von theoretischem mit praktisch angewandtem Wissen im TAVT-CE schätzten. Sie bezeichneten die Prüfungsform als anspruchsvoll, jedoch als weniger stressig verglichen mit anderen Formaten. Zudem bilde der TAVT-CE das Gelernte sowie die Praxis realistisch und sinnvoll ab.

Ideale Praxisvorbereitung

Der Pilotversuch zeigt: Das Format TAVT-CE ist eine innovative, praxisorientierte Prüfungsform, die ein standardisiertes Examen evidenzbasiert ermöglicht. Mit dem TAVT-CE wurde zum Prüfen im CA ein Novum entwickelt: Durch die Stimulierung verschiedener Sinne mittels unterschiedlicher Darstellungen werden bei den Studierenden das breite Wissen, die Fertigkeiten und die Kompetenzen gezielt angesprochen, situativ verknüpft, beurteilt und geprüft. Dies fördert eine aktive, problemorientierte Auseinandersetzung mit den Lernthemen, nicht nur in der Prüfung selbst, sondern auch beim Kompetenzerwerb. Im Sinne des Constructive Alignment entsteht so eine sinnvolle Übereinstimmung des Prüfungsformats mit den Lernzielen, Lehrmethoden und Lernhandlungen und bereitet die Studierenden von Anfang bis Ende in idealer Weise auf die Praxis vor. Eine zukünftige feste Implementierung dieser Prüfungsform in den Unterricht des CA wird aktuell diskutiert.

Literatur:

- Krebs, R. (2004). Anleitung zur Herstellung von MC-Fragen und MC-Prüfungen für die ärztliche Ausbildung. Bern: Institut für Medizinische Lehre IML, Abteilung für Ausbildungs- und Examensforschung AAE.
- Nikendei, C., & Jünger, J. (2006). OSCE – praktische Tipps zur Implementierung einer klinischpraktischen Prüfung. *GMS Z Med Ausbild*, 23(3), 2006-2023.
- Reynolds, T. A. (2002). *Dissecting Gross Anatomy*. *JAMA*, 287(9), 1178-1178.
- Smith-Stoner, M. (2011). Using moulage to enhance educational instruction. *Nurse Educator*, 36(1), 21-24.
- Sopka, S., Simon, M., & Beckers, S. K. (2013). «Assessment drives Learning»: Konzepte zur Erfolgs- und Qualitätskontrolle. In St. Pierre M., Breuer G. (Hrsg.): *Simulation in der Medizin* (S. 83-92). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Stuedter, E., Knüppel Lauener, S., Piller, M.-T., Schimpf, M., & Zweifel, A. (2013). Mehr Handlungskompetenz – Klinisches Assessment für die Pflegepraxis – Teil 1. *Krankenpflege*, 11(1), 28-30.
- Stokes-Parish, J. B., Duvivier, R., & Jolly, B. (2017). Does Appearance Matter? Current Issues and Formulation of a Research Agenda for Moulage in Simulation. *Simulation in Healthcare*, 12(1), 47-50.
- Zweifel, A., & Uhr, I. (2016). Klinisches Assessment: neue Kompetenz für die berufliche Praxis. *Frequenz*, 16(2), 40-44.

Erfahren Sie mehr im Film:

<https://youtu.be/nTsotKSyUc>





News

Master-Studium: Anmeldefrist verlängert

Packen Sie Ihre Chance: Sie können sich noch bis am 31. Juli 2019 für das Master-Studium Pflege (Studienstart September 2019) anmelden. Weitere Informationen finden Sie unter: bfh.ch/gesundheits/master

Gratulation

Wir gratulieren Christian Eissler, Leiter Master-Studiengang Pflege, zum erfolgreichen Abschluss seiner Promotion. Christian Eissler erlangte mit seiner Dissertation den Doktorgrad der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Er untersuchte in seiner Doktorarbeit die wahrgenommene Belastung sowie das stressassoziierte Erkrankungsrisiko für Burnout, depressive Störungen und Angststörungen bei Studierenden. Christian Eissler erhob und bearbeitete Daten von mehr als 4000 Studierenden an vier unterschiedlichen Hochschulen in Süddeutschland. Die Resultate bestätigen bereits vorhandene Studienergebnisse, dass Studierende im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, an depressiven und/oder Angststörungen zu erkranken. Zwischen den Studierenden der unterschiedlichen Hochschulsysteme konnten keine klinisch relevanten Unterschiede abgeleitet werden.

Internationaler Forschungsaustausch

Die «European Violence in Psychiatry Research Group» traf sich anfangs April zum jährlichen Austausch an der BFH. Rund 30 Expertinnen und Experten aus Europa, den USA und Australien diskutierten die neusten Forschungsergebnisse zu den Themen Aggression, Gewalt und Zwang im Gesundheitswesen. Informationen zur Forschungsgruppe finden Sie unter: <http://eviprg.eu/>

Events



11. Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege

Thema: «Psyche und Körper in Schiefelage»

Wann: 24. Mai 2019

Wo: Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern

Informationen & Anmeldung: www.fachtagung-app.ch

Posterpräsentationen Bachelor of Science in Pflege

Wann: 9. Juli 2019, ab 09.00 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3. Stock

Informationen: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Infoveranstaltungen

Bachelor of Science in Pflege (Vollzeit)

Wann: 11. September, 23. Oktober, 4. Dezember 2019, 16.00 bis 18.45 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Weitere Bachelor of Science in Pflege

– Teilzeit für FaGe/FaBe → Die Anmeldefrist wurde bis zum 26. Mai 2019 verlängert.

– Bachelor-Studium für diplomierte Pflegefachpersonen

– Bachelor-Studium Hebamme – verkürztes Teilzeitstudium für diplomierte Pflegefachpersonen

Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Master of Science in Pflege

Zurzeit finden keine Infoveranstaltungen statt.

Zögern Sie nicht, uns bei Fragen zu kontaktieren.

Information: bfh.ch/gesundheits/master

Kontakt: mscpflge@bfh.ch

Die Physiotherapie BFH am Weltkongress 2019



Dr. Helena Luginbühl
Dozentin
Physiotherapie
helena.luginbuehl@bfh.ch

Helena Luginbühl gewann einen «Outstanding Poster Presentation Award» am «World Confederation for Physical Therapy» (WCPT) Kongress 2017 in Kapstadt. Am WCPT Kongress 2019 in Genf wird sie den eintägigen Kurs «Pelvic Health: Sports and Exercise» in internationaler Co-Leitung mit einem Vortrag und Workshop mitgestalten.

In ihrem Vortrag «Pelvic floor muscle reflex activity and considerations on its training» wird Helena Luginbühl am «World Confederation for Physical Therapy» (WCPT) Kongress folgende Inhalte erläutern:

Belastungsinkontinenz (BI) wird als Urinverlust beim Husten, Niesen oder bei körperlicher Anstrengung (z. B. sportlichen Aktivitäten) definiert (Haylen, 2010), die typischerweise bei Stossbelastungen auftritt. Die Definition der BI sagt somit nur aus, in welchen Situationen dieses Krankheitsbild vorkommt. Die Kernfrage wäre aber: Welches sind die genauen Belastungen, Beanspruchungen und Kontraktionsmechanismen der Beckenbodenmuskulatur (BBM) während diesen Stossbelastungen und warum führen sie zu Harnverlust? Bei starken Stossbelastungen im Sport kommt es innerhalb von Millisekunden zu hohen Bodenreaktionskräften, die auf den Körper einwirken (Ortega, 2010). Daher sind schnelle **unwillkürliche, reflektorische** BBM-Kontraktionen notwendig, um die Kontinenz zu gewährleisten. Dies ist der Fall, solange der Druck in der Harnröhre höher ist als der Blasendruck (Miller, 1994).

Besuchen Sie uns am WCPT!

Pre-conference course: «Pelvic Health: Sports and Exercise» am 10. Mai 2019.

Informationen zu allen Referaten, Workshops und Referenten (Prof. K. Bø, PhD (N), Prof. P. Hodges, PhD MedDr DSc (AU), H. Luginbühl, PhD (CH), P. Mota, PhD (P) und J. de Jong, Cand. PhD (CH)):

www.wcpt.org/wcpt2019/programme/courses

Das Programm des gesamten WCPT Kongresses mit den 29 akzeptierten Beiträgen der BFH Gesundheit in Erst- oder Co-Autorenschaft finden Sie unter: www.wcpt.org/wcpt2019

Belastungsinkontinenz im Sport

Vom Breiten- bis hin zum Spitzensport ist die Prävalenz der BI bei Frauen hoch, und Sportarten mit starken Stossbelastungen, wie zum Beispiel Trampolin, Volleyball oder Fussball, zeigen die höchste Prävalenz dieses Krankheitsbildes (Nygaard, 2016). Da kontinente Frauen ihre BBM während des Joggens oder bei Sprüngen nicht willkürlich, sondern unwillkürlich kontrahieren

Neue Untersuchungen werfen etwa die Frage auf: Genügt die bis heute übliche BBM-Rehabilitation, welche auf starken und schnellen **willkürlichen** BBM-Kontraktionen beruht, um belastungsinkontinente Frauen zu behandeln und diese wieder symptomfrei in ihren Alltag und in ihre sportlichen Aktivitäten zurückzuführen?

(Moser, 2018; Leitner, 2017), sind ihre BBM-Kontraktionen als **automatische**, schnelle und starke Co-Kontraktion zu betrachten (Bo, 2005). Man weiss heute, dass ein BBM-Training die Symptome einer BI verbessern kann (Dumoulin, 2018), und so wird bei betroffenen Frauen als initiale Behandlungsmassnahme unter anderem (Beratung Alltagsaktivitäten, Trinkverhalten etc.) ein BBM-Training empfohlen (Abrams, 2017). Dieses wird bis heute als ein Training mit **willkürlichen** Muskelkontraktionen beschrieben (Dumoulin, 2018). Obwohl – wie oben aufgezeigt – eher **unwillkürliche** BBM-Kontraktionen notwendig sind (Moser, 2018; Leitner, 2017). Neue Untersuchungen unserer Forschungsgruppe zeigten beim Joggen und vor allem bei Sprüngen hohe unwillkürliche BBM-Reflexaktivierung

gen, die innerhalb von Millisekunden bis zu 400 % der willkürlichen Aktivierung einer maximal isometrischen Kontraktion erzielen (Moser, 2018; Leitner, 2017). Diese Resultate lassen auf folgende Fragen schliessen: Genügt die bis heute übliche BBM-Rehabilitation, welche auf starken und schnellen **willkürlichen** BBM-Kontraktionen beruht, um belastungsinkontinente Frauen zu behandeln und diese wieder symptomfrei in ihren Alltag und in ihre sportlichen Aktivitäten zurückzuführen (Moser, 2018)? Und können Stossbelastungen, die typischerweise BI provozieren, wie zum Beispiel Joggen oder Sprünge, als gezielt angepasste Trainingsreize zum Üben der unwillkürlichen Aktivierung effektiv im Sinne einer Verbesserung der Kontinenz in ein BBM-Trainingsprogramm integriert werden (Luginbuehl, 2015)?

Welches Beckenbodentraining ist das richtige?

Im an den Vortrag anschliessenden Workshop wird Helena Luginbühl folgende Themen diskutieren und erarbeiten lassen:

Können die allgemein bekannten und evidenzbasierten Trainingsmethoden aus der Sportwissenschaft, zum Beispiel wie diejenigen für die Beinmuskulatur, auch auf die BBM übertragen werden? Dies betrifft die Trainingsmethoden der Sensomotorik, Hypertrophie, intramuskulären Koordination, Schnell- und Reaktivkraft sowie Schnellkraftausdauer und Reaktivkraftausdauer. Welche Anpassungen der Trainingsmethoden werden für das BBM-Training notwendig? Welche beobachtbaren oder messbaren Kriterien können für die Zielerreichung der jeweiligen Trainingsmethode festgelegt werden, um zur nächsten Methode wechseln zu können? Wie können Frauen, die an BI leiden, in der Wiederaufnahme ihrer sportlichen Aktivitäten unterstützt werden?

Literatur:

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (Hrsg). Incontinence. 6th Edition 2017. 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.
- Bø, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys The*, 85(3), 269-282.
- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. No.: CD005654.
- Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J. et al. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS). Joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 29(1), 4-20.
- Leitner, M., Moser, H., Eichelberger, P., Kuhn, A. & Radlinger, L. (2017). Evaluation of pelvic floor muscle activity during running in continent and incontinent women: An exploratory study. *Neurourol Urodyn*, 36(6), 1570-1576.
- Luginbuehl, H., Lehmann, C., Baeyens, J. P., Kuhn, A., & Radlinger, R. (2015). Involuntary reflexive pelvic floor muscle training in addition to standard training versus standard training alone for women with stress urinary incontinence: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 524.
- Miller, J., Kasper, C., & Sampelle, C. (1994). Review of muscle physiology with application to pelvic muscle exercise. *Urol Nurs*, 14, 92-97.
- Moser, H., Leitner, M., Eichelberger, P., Kuhn, A., Baeyens, J. P., & Radlinger, L. (2018). Pelvic floor muscle activity during jumps in continent and incontinent women: an exploratory study. *Arch Gynecol Obstet*, 297(6), 1455-1463.
- Nygaard, I. E., & Shaw, J. M. (2016). Physical activity and the pelvic floor. *Am J Obstet Gynecol*, 214(2), 164-171.
- Ortega, D. R., Rodriguez Bies, E. C., & Berral de la Rosa, F. J. (2010). Analysis of the vertical ground reaction forces and temporal factors in the landing phase of a countermovement jump. *Sports Sci Med.*, 9(2), 282-287.



Joggen gehört zu den Sportarten, die Belastungsinkontinenz provozieren können. Am WCPT diskutiert Helena Luginbühl über die neusten Forschungsergebnisse und geeignete Beckenbodentrainings.



News

Master-Studium: Anmeldefrist verlängert

Packen Sie Ihre Chance: Es hat noch wenige freie Plätze in den Schwerpunkten Sport, Neurologie und Professionsentwicklung. Bis am 31. Juli 2019 können Sie sich für das Master-Studium Physiotherapie (Studienstart September 2019) anmelden. Weitere Informationen finden Sie unter: bfh.ch/gesundheit/master

Events

Weltkongress Physiotherapie

Wann: 10.–13. Mai 2019

Wo: Palexpo, Route François-Peyrot 30, 1218 Grand-Saconnex. Sie finden uns am Stand R8.

Informationen: www.wcpt.org

Guest Lecture mit Live-Stream: «Developing and Implementing Running-Related Injury Prevention Programs»

In der Guest Lecture erläutert Luiz Hespanhol, Universidade Cidade de São Paulo, die Erfahrungen bei der Implementierung von Präventionsprogrammen für Spitzen- und Freizeitsportler in unterschiedlichem Kontext.

Die Guest Lecture ist öffentlich und kostenlos.

Wann: 14. Mai 2019, 16.30 bis 17.30 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Informationen: bfh.ch/gesundheit/weiterbildung

Symposium: «Zu gesund für die Psychiatrie, zu krank für Physiotherapie?»

Das Symposium behandelt die Rolle der Physiotherapie beim Wechselspiel von Körper und Psyche.

Wann: 8. November 2019

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/symposium-physiotherapie

Infoveranstaltungen

Bachelor of Science in Physiotherapie

Wann: 11. September, 23. Oktober, 4. Dezember 2019, 16.00 bis 18.45 Uhr

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Master of Science in Physiotherapie

Zurzeit finden keine Infoveranstaltungen statt. Zögern Sie nicht, uns bei Fragen zu kontaktieren.

Informationen: bfh.ch/gesundheit/master

Kontakt: msscphysiotherapie@bfh.ch

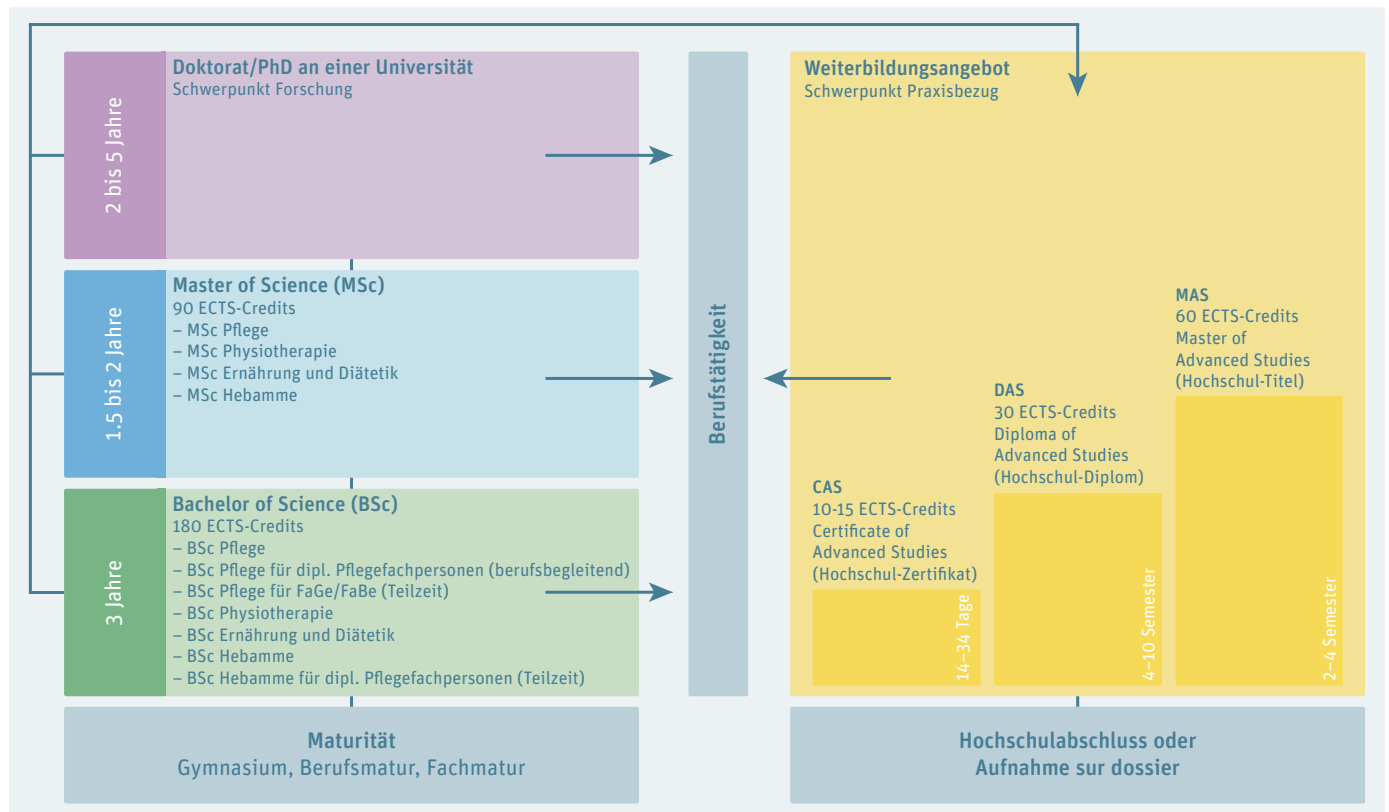
Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule

Die Weiterbildungsstudiengänge des Departements Gesundheit beruhen auf wissenschaftlicher Grundlage. Sie sind praxisorientiert konzipiert und modular aufgebaut. Verschiedene Fachkurse und Certificate of Advanced Studies (CAS) können zu einem Diploma of Advanced Studies (DAS)- und/oder einem Master of Advanced Studies (MAS)-Abschluss kombiniert werden.

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	ECTS-Credits
Interprofessionelle Angebote		
MAS Abschlussmodul	Juni 2019, nächste Durchführung 2020	15
DAS Abschlussmodul	September 2019, nächste Durchführung 2020	5
CAS Bedarfsgerechte kunsttherapeutische Behandlungsmodelle – Neu	September 2019	15
CAS Ethische Unterstützung und spirituelle Begleitung – Neu	September 2019	12
CAS Gesundheitsökonomie und Public Health – Neu	Oktober 2019	12
CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis – Neu	März 2020	12
CAS Modul	September 2019, nächste Durchführung 2020	5
Fachkurs Ethische Unterstützung – Neu	Januar 2020	4
Fachkurs Echo der Kunsttherapie	November 2019	5
Fachkurs Facilitation – Veränderung (mit)gestalten – Neu	Januar 2020	4
Fachkurs Kunsttherapeutische Kurzzeitinterventionen – Neu	Oktober 2019	5
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	Oktober 2019	5
Fachkurs Spirituelle Ressourcen in Krisen und Lebensübergängen – Neu	November 2019	4
Fachkurs Statistik leicht gemacht	Mai 2020	5
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	August 2019	5

Angebot	Datum	ECTS-Credits
Ernährung und Diätetik		
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen	März 2020	10
CAS Nutritional Assessment	August 2019	12
CAS Sporternährung	November 2019	15
Geburtshilfe		
CAS Maternale und Neonatale Gesundheit im humanitären Kontext	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Kurs	12
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2019, nächste Durchführung Herbst 2020	10
Fachkurs Notfälle in der Geburtshilfe – Neu	August bis September 2019	5
Fachkurs Perinatale Gesundheit im humanitären Kontext – Neu	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Kurs	6
Kurs Beckenendlage und Schulterdystokie** – Neu	23. + 24. August 2019	1.25
Kurs Geburt im humanitären Kontext* – Neu	14.–16. Mai 2020	1.5
Kurs Geburtsstillstand und hypertensive Erkrankungen** – Neu	30. + 31. August 2019	1.25
Kurs Hämorrhagie und kindliche Notfälle** – Neu	7. + 14. September 2019	1.25
Kurs Neonatologie im humanitären Kontext* – Neu	19.–21. März 2020	1.5
Kurs Plazentarperiode begleiten in Zeiten des Syntocinon®-Mangels – Neu	29. Juni 2019	-
Kurs Schwangerschaft im humanitären Kontext* – Neu	nächste Durchführung April 2020	1.5
Kurs Stillen und Ernährung im humanitären Kontext* – Neu	20.–22. Februar 2020	1.5
Kurs Teamwork und Lageanomalien** – Neu	16. + 17. August 2019	1.25
Kurs Wochenbett im humanitären Kontext* – Neu	13.–15. Juni 2019, nächste Durchführung Juni 2020	1.5
Physiotherapie		
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	60
CAS Manuelle Therapie Basic	Januar 2020	10
CAS Manuelle Therapie Advanced	Januar 2020	10
CAS Reha-Training	November 2020	10
CAS Spezialistin, Spezialist Lymphologische Physiotherapie	Juni 2021	10
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Mai 2020	5
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Advanced	Dezember 2020	5
Fachkurs Neurorehabilitation Basic – Neu	Mai 2020	5
Fachkurs Pulmonale Rehabilitation	April 2020	5
P4P-Kurs Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	2. September 2019, nächste Durchführung im 2020	0.5
P4P-Kurs Ambulante, arbeitsorientierte Physiotherapie	24. Juni 2019, nächste Durchführung Juni 2020	0.5
P4P-Kurs Ask, don't tell! Chronische Erkrankungen mit Selbstbehandlung und Laien-Tutoren meistern	30. + 31. August 2019, nächste Durchführung August 2020	1
P4P-Kurs Atemtherapie im akutstationären Setting	4. + 5. Mai 2020	1
P4P-Kurs Automobilisation in der Selbstbehandlung	28. + 29. Februar 2020	1
P4P-Kurs Beckenboden: vernachlässigt und vergessen?	20. März 2020	0.5
P4P-Kurs Craniomandibuläre Dysfunktionen	29. + 30. November 2019, nächste Durchführung Dezember 2020	1
P4P-Kurs Elektrotherapie heute	27. März 2020	0.5
P4P-Kurs Erfolgreich in der peripheren Grundversorgung	27. Mai 2019, nächste Durchführung September 2020	0.5
P4P-Kurs Keep it simple: individualisierte Reha nach Verletzungen der unteren Extremitäten	20. + 21. September 2019, nächste Durchführung Oktober 2020	1
P4P-Kurs Komplexe Nacken-Syndrome	17. + 18. Mai 2019	1
P4P-Kurs Kopfschmerzen und Migräne behandeln	10. + 11. November 2019, nächste Durchführung November 2020	1
P4P-Kurs Management von Rückenschmerzen	24. + 25. Mai 2019, nächste Durchführung Mai 2020	1
P4P-Kurs Management von Schulterbeschwerden	1. + 2. November 2019, nächste Durchführung Oktober 2020	1
P4P-Kurs Physiotherapie und Mental Health Basic – Neu	8. + 9. Mai 2020	1
P4P-Kurs Physiotherapie und Mental Health Advanced – Neu	erste Durchführung im 2021	-
P4P-Kurs Physiotherapie und Schlaf – Neu	9. März 2020	0.5
P4P-Kurs Respiratorische Physiotherapie Basic	23.–25. Januar 2020	2
P4P-Kurs Screening in der Physiotherapie	nächste Durchführung auf Anfrage	1
P4P-Kurs Supported Employment	24. + 25. Januar 2020	2
P4P-Kurs Vom Lab in die Werkstatt: Orthesen in der Physiotherapie – Neu	21. Oktober 2019	0.5

* Dieses Angebot ist Teil des Fachkurses Perinatale Gesundheit im humanitären Kontext sowie des CAS Maternale und Neonatale Gesundheit im humanitären Kontext.

** Dieses Angebot ist Teil des Fachkurses Notfälle in der Geburtshilfe.

Angebot	Datum	ECTS-Credits
Psychische Gesundheit und Krankheit		
MAS Mental Health	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	60
DAS Psychische Gesundheit	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	30
CAS Ambulante psychiatrische Pflege	September 2019	15
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	September 2020	15
CAS Psychiatrische Pflege	September 2019	15
CAS Psychosoziales Caring – Neu	September 2019	12
CAS Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	Einstieg möglich mit anrechenbarem Fachkurs oder CAS-Modul	15
CAS Verbesserung der Gesundheit	September 2019	15
Fachkurs Adherencetherapie	Februar 2020	5
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	Oktober 2019	5
Fachkurs Caring – Neu	September 2019	4
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	Oktober 2020	10
Fachkurs Gesundheitsförderung	Oktober 2019	5
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	Januar 2020	5
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	März 2020	5
Fachkurs Leben mit der Sucht	Oktober 2019	5
Fachkurs Motivational Interviewing	Februar 2020	5
Fachkurs Pflegeprozess bei Menschen mit psychischen Störungen	Januar 2020	5
Fachkurs Psychiatrie	Oktober 2019	5
Fachkurs Psychoedukation	Februar 2020	5
Fachkurs Psychosoziale Interventionen – Neu	Januar 2020	4
Fachkurs Public Health	Januar 2020	5
Fachkurs Suizidprävention	nächste Durchführung 2021	5
Spezialisierte Pflege		
MAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	60
DAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	30
DAS Passerelle Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit einem Fachkurs aus dem Bereich «Spezialisierte Pflege» und/oder dem DAS-Abschlussmodul	30
CAS Akut- und Notfallsituationen	nächste Durchführung Herbst 2020	10
CAS Clinical Assessment und Decision Making	August 2019	10
CAS Clinical Research Coordinator	nächste Durchführung Herbst 2020	10
CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care	Januar 2020	15
Fachkurs Clinical Assessment	August 2019	5
Fachkurs Clinical Decision Making	Januar 2020	5
Fachkurs Forensic Nursing	nächste Durchführung 2020	5
Fachkurs Maternité	September 2019	5
Fachkurs Pädiatrie	Oktober 2019	5

Berner Fachhochschule

Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern

Telefon +41 31 848 35 00

gesundheit@bfh.ch
bfh.ch/gesundheit

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 Ernährung und Diätetik
- 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