



Fokus Qualität

Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Mit unserer Ausbildungs- und Forschungstätigkeit tragen wir zur Qualität in der Gesundheitsversorgung bei. ▶ 6



2020
INTERNATIONAL YEAR
OF THE NURSE AND
THE MIDWIFE

Year of the Nurse and the Midwife

Die Corona-Krise zeigt: Gut qualifizierte Gesundheitsfachpersonen sind gefragt. Ihnen gebührt Wertschätzung, die über Applaus hinausgeht. ▶ 4



Clinical Assessment

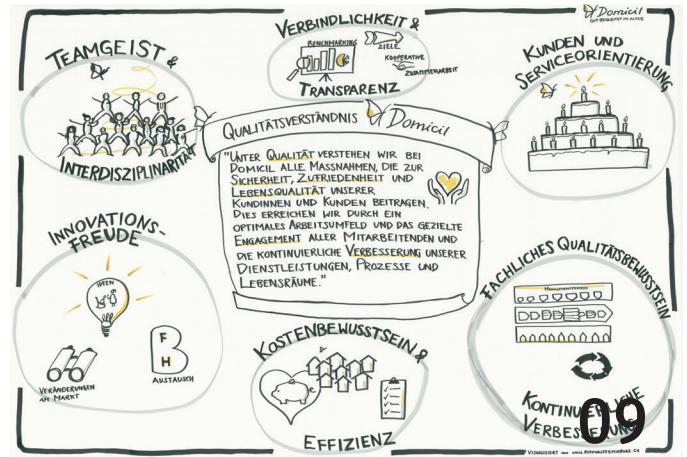
Das Projekt «P-Classe» fördert das Clinical Assessment im Spital Thun und zielt darauf ab, dieses als eigenständigen Bereich der Pflege zu etablieren. ▶ 30

Departement Gesundheit

- 04 Anerkennung muss über Applaus hinausgehen
- 05 News und Events

Fokus Qualität

- 07 Qualität in der Gesundheitsversorgung
- 09 Qualität ist eine Haltung
- 12 Herausforderungen beim Messen von Qualität
- 14 Forschungsbasierte Lehre für qualitativ hochstehende Praxis
- 16 Suche nach der «optimalen» Geburtsbetreuung bei Frauen mit Adipositas
- 18 Evaluation einer Advanced-Practice-Rolle zur Betreuung von Tumorpatientinnen und -patienten



Ernährung und Diätetik

- 21 «Global Health Diet» im Alpenraum?
- 23 News und Events

Geburtshilfe

- 24 Jetzt einsatzbereit: Der neue Berner Schmerzscore für Neugeborene BSN-R
- 27 Ihr Herz schlägt für Neues
- 29 News und Events

Pflege

- 30 «Mit Clinical Assessment schöpft die Pflege ihr Potenzial aus»
- 33 News und Events

Physiotherapie

- 34 Expertinnen und Experten für die Schmerzphysiotherapie
- 36 News und Events

Weiterbildungsangebot

- 37 Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule





Prof. Dr. Urs Brügger
Direktor Departement Gesundheit

Liebe Leserin, lieber Leser

«Es gibt nichts Gutes, ausser: Man tut es!» – Dieser Ausspruch von Erich Kästner weist darauf hin, dass Qualität alles andere als ein statischer Wert ist. Auf die Qualität im Gesundheitswesen trifft dies in besonderem Mass zu: Gesundheitsdienstleistungen – die Behandlung der Patientinnen und Patienten, deren Pflege, Beratung oder Therapie – offenbaren ihre Qualität nicht erst im Ergebnis. Einer hohen Ergebnisqualität gehen, folgt man der oft zitierten Qualitätsdefinition von Avedis Donabedian, eine hohe Struktur- und Prozessqualität voraus. Weiter beeinflussen ökonomische Ressourcen, gesetzliche Vorgaben und fachliche Kriterien die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Das Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule BFH ist als Ausbildungs- und Forschungsstätte einer unter vielen Akteuren, die zur Qualität im Gesundheitswesen beitragen. Unsere Aufgabe ist es, angehende Gesundheitsfachpersonen mit den Kompetenzen auszurüsten, die im Gesundheitsberufegesetz (GesBG) festgelegt sind. Die Corona-Krise hat uns vor Augen geführt: Gut ausgebildete Gesundheitsfachpersonen sind ein zentraler Pfeiler eines qualitativ hochwertigen, auch in Krisenzeiten funktionierenden Gesundheitssystems.

Die Artikel im Fokus dieser Ausgabe – entstanden ohne Bezug zu Corona – vermitteln, wie wir in Lehre und Forschung Qualität definieren, herstellen und leben. Beispielsweise lernen unsere Master-Studierenden Physiotherapie, ihr Handeln auf aktuelle Forschungserkenntnisse abzustützen. Derweil untersuchen wir im Rahmen der Akademie-Praxis-Partnerschaft mit der Insel Gruppe AG, inwiefern Advanced-Practice-Rollen die Pflege von Patientinnen und Patienten mit Hirntumor beeinflussen. Es freut uns, dass auch die Qualitätsverantwortliche des Donacil einen Artikel beisteuert, in dem sie die anspruchsvolle Aufgabe der Qualitätssicherung der Institution erläutert.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Bleiben Sie gesund.



INSTITUTIONELL AKKREDITIERT NACH
HFKG 2017–2024

EFQM Member
Shares what works.

Impressum

Herausgeberin: Berner Fachhochschule BFH,
Departement Gesundheit
Erscheinungsweise: 3-mal jährlich
Auflage: 7 200 Ex.
Redaktion: Bettina Nägeli
Fotos: Alexandra Berger, Adobe Stock 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

Anerkennung muss über Applaus hinausgehen



Prof. Dr. Urs Brügger
Direktor Departement Gesundheit
urs.bruegger@bfh.ch



Prof. Dr. Eva Cignacco Müller
Co-Leiterin Fachbereich Geburtshilfe
eva.cignacco@bfh.ch

Die World Health Organization hat das Jahr 2020 zum «Year of the Nurse and the Midwife» erklärt. Ein besseres Jahr hätte sie sich kaum aussuchen können. Nie zuvor war der Ruf nach mehr Anerkennung für Gesundheitsfachpersonen lauter. Aber: Es braucht mehr als Applaus.

Die Menschen klatschen von den Balkonen, posten Lobeshymnen in sozialen Netzwerken oder hängen Plakate aus mit der Aufschrift «Danke». Sie adressieren in erster Linie die Gesundheitsfachpersonen, die dieser Tage Grosses leisten, um dem Corona-Virus die Stirn zu bieten.

«Year of the Nurse and the Midwife»

Die Ironie der Aktualität will, dass die World Health Organization (WHO) das Jahr 2020 zum «Year of the Nurse and the Midwife» erklärt hat. Sie hätte dafür kein besseres Jahr wählen können. Mehr als die Hälfte aller Gesundheitsfachpersonen gehört diesen beiden Professionen an. Weltweit spielen sie in der Gesundheitsversorgung eine tragende Rolle: in der Grundversorgung in

Eine Krise dieses Ausmasses kann nicht bewältigt werden ohne die kompetente Arbeit von Ärztinnen und Ärzten, aber ebenso wenig ohne jene von Pflegefachpersonen und Hebammen – und darüber hinaus von vielen weiteren Berufsgruppen.

der Gemeinde, in der spezialisierten Versorgung in Spitälern und Kliniken, in der Prävention und nicht zuletzt sind sie wichtige Akteurinnen und Akteure der interprofessionellen Zusammenarbeit. In Umfragen gehören sie übrigens stets zu den vertrauenswürdigsten Berufen.

Die Krise lenkt den Blick auf die Missstände

Dahingehend mutet es paradox an, werden diese Berufe – gemessen an ihrem Einkommen und ihren Arbeitsbedingungen – wenig wertgeschätzt. Aktuell scheint in dieser Hinsicht aber eine tektonische Verschiebung der öffentlichen Wahrnehmung stattzufinden. Die Corona-Krise lenkt den Blick auf die Missstände. Spätestens

seit dem Ausbruch der Pandemie und deren Folgen für die öffentliche Gesundheit, das gesellschaftliche Leben und die Wirtschaft ist vielen klar geworden: Eine Krise dieses Ausmasses kann nicht bewältigt werden ohne die kompetente Arbeit von Ärztinnen und Ärzten, aber ebenso wenig ohne jene von Pflegefachpersonen und Hebammen – und darüber hinaus von vielen weiteren Berufsgruppen.

Es braucht das Zusammenspiel diverser Akteurinnen und Akteure

Die WHO fordert in ihrer Kampagne dazu auf, viel mehr in diese beiden Berufe zu investieren; in ihre Aus- und Weiterbildung, in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, in ihre Entlohnung, in neue Versorgungsmodelle und erweiterte Rollen. Die Berner Fachhochschule Gesundheit bildet als Ausbildungs- und Forschungsstätte ein wichtiges Puzzleteil zur Förderung von Pflegefachpersonen und Hebammen. Wir bilden die künftigen Pflegefachpersonen und Hebammen aus und bilden die Berufstätigen weiter. Darüber hinaus generieren wir in unseren Forschungsprojekten Erkenntnisse zu den Mechanismen des Fachkräftemangels und gewinnen Lösungsansätze zu dessen Überwindung. Für eine tragfähige, langfristige Verbesserung der Arbeitsbedingungen der besagten Professionen, für den Umgang mit dem Fachkräftemangel braucht es das Zusammenspiel von Ausbildungs- und Forschungsinstitutionen mit Politik, Leistungserbringenden und Kostenträgern. Spätestens dann, wenn die akuten Versorgungsprobleme dieser Pandemie hierzulande gelöst sind, ist es an der Zeit, die Systemrelevanz solcher Gesundheitsberufe in das rechte Licht zu rücken – die Anerkennung muss über einen Applaus hinausgehen.

Lesen Sie unter «News und Events», wie das Departement Gesundheit das «Year of the Nurse and the Midwife» feiert.



News

Aktionen im «Year of the Nurse and the Midwife»

Die World Health Organization (WHO) hat das Jahr 2020 zum «Year of the Nurse and the Midwife» erklärt. Damit setzt sie ein starkes Zeichen für die beiden Gesundheitsberufe. Im Jahr der besonderen Anerkennung feiert gleichzeitig Florence Nightingale, eine Pionierin der modernen Krankenpflege, ihren 200. Geburtstag – Happy Birthday Florence!

Die BFH Gesundheit ist mit dabei, wenn es darum geht, die Ausbildung der beiden Schlüsselprofessionen voranzutreiben und weiterzuentwickeln. Speziell für das WHO-Jahr haben wir monatliche Aktionen geplant, wie beispielsweise:

- Videobotschaften unserer Akademie-Praxis-Partner Insel Gruppe AG, Domicil und Lindenhofgruppe
- Statements von «Service Usern», die für ihre Gesundheitsversorgung eine aktive Rolle einnehmen
- Ein Quiz zu unserem Studienangebot Pflege und Hebamme

Lesen Sie rein, hören Sie mit und nehmen Sie teil an unseren Aktivitäten! Alle Informationen finden Sie hier: bfh.ch/jahr-der-pflege-und-hebammen

Events

Fokus Gesundheit: Florence Nightingale und Louyse Bourgeois im Dialog

Zwei Pionierinnen revolutionierten im 16. und 19. Jahrhundert die Pflege und den Hebammenberuf. Am «Fokus Gesundheit» erfahren Sie, wie die beiden aussergewöhnlichen Gäste ihre Professionen prägten. Lassen Sie sich überraschen!

Wann: 19. November 2020

Wo: Schwarztorstrasse 48, 3007 Bern

Informationen & Anmeldung: bfh.ch/fokus-gesundheit

2nd International Conference – Competence Network Health Workforce

Effective Measures to Keep our Treasures – How to Care for the Health Professionals

Wann: Frühjahr 2021

Wo: Institut et Haute École de la Santé La Source site de Beaulieu Av. des Bergières, Lausanne

Informationen & Anmeldung: cnhw.ch

Fokus Qualität



Je nach Perspektive ist die Definition von Qualität eine andere. Einmal liegt die Betonung auf Strukturen und Prozessen, ein anderes Mal auf dem Ergebnis. Fakt ist: Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Wir vermitteln unseren Studierenden Kompetenzen, mit denen sie Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten professionell behandeln, begleiten, beraten und therapieren. Auch unsere Forschung trägt dazu bei, Qualität in der Gesundheitsversorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

Qualität in der Gesundheitsversorgung



Bettina Nägeli
Kommunikation
bettina.naegeli@bfh.ch

Die schweizerische Gesundheitsversorgung wird generell als eine qualitativ hochwertige beschrieben. Aber was ist genau gemeint, wenn wir von Qualität in der Gesundheitsversorgung reden und anhand welcher Massstäbe wird sie beurteilt?

«To err is human» titelte eine richtungweisende Studie des renommierten «Institute of Medicine» im Jahr 1999. Sie zeigte auf, dass in den Vereinigten Staaten medizinische Fehler jährlich bis zu 100 000 Menschen das Leben kosten. Umgerechnet auf die Schweiz bedeutete dies pro Jahr gegen 3 000 Todesfälle aufgrund vermeidbarer Zwischenfälle, etwa Infektionen oder falscher Medikalisierung, wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kurz darauf publizierte. Diese Hochrechnung war initialzündend für die Festlegung der Patientensicherheit als Schwerpunktthema in der schweizerischen Gesundheitsversorgung und für eine Reihe von Initiativen, welche die Verbesserung der Qualität in der hiesigen Gesundheitsversorgung vorsahen (Vincent, & Staines, 2019).

Die Frage der Definition und Messbarkeit

Die Gesundheitsversorgung ist komplex und geprägt von unterschiedlichen Akteurinnen, Akteuren und Anspruchsgruppen; die Beurteilung ihrer Qualität ist folglich immerzu von der jeweiligen Perspektive abhängig: «A patient might identify quality when treated with empathy, respect and concern. A physician might define it as 'delivering the most advanced knowledge and skills or medical science to serve the patient'. A hospital trustee might say 'having the best people and facilities to deliver service'. A hospital administrator would [...] add that 'the professionals who provide the service continually evaluate their efforts and provide education for continuing improvements'. To those who fund hospital services, quality will also have a dimension of efficiency» (Schulz & Johnson, 2003, S. 245).

Avedis Donabedian beschrieb einst drei Dimensionen, anhand derer sich vor allem medizinische Qualität messen lässt: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, 1966). Die Strukturqualität bezieht sich auf Versorgungsstrukturen wie Sprechstunden, medizi-

nische Geräte, aber auch auf fachliche Qualifikationen. Die Prozessqualität meint Versorgungsabläufe, ärztliche, pflegerische oder administrative Tätigkeiten. Die Änderung des Gesundheitszustands der Behandelten manifestiert sich schliesslich in der Ergebnisqualität. In Ergänzung zu Donabedians Qualitätsmodell wird in letzter Zeit vermehrt gefordert, die Indikationsqualität stärker zu gewichten. Ihr liegt die Überlegung zugrunde, dass nur eine bedarfsgerechte Versorgung von hoher Qualität sein kann. Folgt man der FMH, dem Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, umfasst die Indikationsqualität die «Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen» (Kraft, Hersperger, & Herren, 2012, S. 1487). Angemessen ist eine Intervention dann, wenn ihr medizinischer Nutzen für die Patientin, den Patienten höher ist als das Risiko. Ist eine Behandlung für die Patientin, den Patienten aus «wissenschaftlichen und sozialethischen Gründen» dringend zu empfehlen, ist sie notwendig (Kraft et al., 2012).

Sicherstellung von Qualität

In den letzten 20 Jahren ging in der Schweiz in Bezug auf die Qualitätsherstellung und -sicherung in der Gesundheitsversorgung eine grosse Entwicklung vorstatten. Mit der Qualitätsstrategie (2009) und dem Bericht zu ihrer Konkretisierung (2011) schaffte der Bund eine wichtige Basis für die Weiterentwicklung seiner Aktivitäten zu diesem Thema. Aufgeteilt ist die Zuständigkeit zwischen den nationalen und kantonalen Behörden; für die Umsetzung sind zumeist verschiedene öffentliche Instanzen auf nationaler und kantonaler Ebene (beispielsweise der Bundesrat respektive kantonale Gesundheitsbehörden) oder private Institutionen (etwa die Stiftung Patientensicherheit) verantwortlich. Eine wichtige gesetzliche Grundlage bildet das Krankenversicherungsgesetz (KVG), eingeführt im Jahr 1996 (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019).

Eine kontinuierliche Aufgabe

Trotz der Fortschritte sind die Qualitätsinitiativen in der Schweiz, ihre Trag- und Reichweite oft beschränkt und ihre klinische Wirkung und Nachhaltigkeit zu wenig überprüft. Zudem wird der Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit bislang zu wenig strategische Priorität eingeräumt. Dies und weit mehr geht aus dem nationalen Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen hervor, der erstmals eine detaillierte Standortbestimmung zur Situation in der Schweiz vornimmt (Vincent & Staines, 2019). Der umfangreiche Bericht präsentiert einen ganzen Katalog von Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungsqualität in der Schweiz. Er weist die Her- und Sicherstellung von Qualität im Schweizer Gesundheitswesen als kontinuierliche Aufgabe von allen Akteurinnen und Akteuren aus: In den Einrichtungen soll eine Qualitätskultur gefördert werden. Gefordert werden ausserdem die Erarbeitung weiterer nationaler Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren oder auch eine verstärkte Verankerung des Qualitätsthemas in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen. Vermehrt sollen auch die Erfahrungen der Patientinnen, Patienten und Angehörigen einbezogen werden.

Mit der Revision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, die das Parlament im Juni 2019 verabschiedet hat, erhält der Bund die rechtliche Basis und die finanziellen Mittel, um die Qualität und die Patientensicherheit nachhaltig zu stärken. Eine wichtige Rolle kommt den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer zu. Diese werden zum Abschliessen von gesamtschweizerischen Qualitätsverträgen verpflichtet, die verbindliche Verbesserungsmassnahmen und regelmässige Überprüfungen festlegen (Eidgenössisches Departement des Innern [EDI], 2020).

Literatur:

- Bundesamt für Gesundheit. (2019). Krankenversicherung: Qualität und Patientensicherheit. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Eidgenössisches Departement des Innern. (2020). Qualität im Gesundheitswesen: Bundesrat legt die revidierte Verordnung vor. Abgerufen von <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dokumentation/medienmitteilungen.html.msg-id-78336.html>
- Kraft, E., Hersperger, M. & Herren, D. (2012). Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. *Schweizerische Ärztezeitung* 93(41): 1485-1489.
- Schulz, R., & Johnson, A. C. (2003). *Management of Hospitals and Health Services. Strategic Issues and Performance*. Washington, D.C.: Beard Books.
- Vincent, Ch., & Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Abgerufen von <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/59013.pdf>



Lisa Berger
Bachelor-Studentin Pflege, Triathletin

Lisa Bergers Alltag ist von hohen Qualitätsansprüchen bestimmt. Sie studiert Pflege an der Berner Fachhochschule und betreibt Triathlon – mit Ambitionen.

Was bedeutet für Sie Qualität?

Lisa Berger: Qualität ist eng mit Effizienz verknüpft. Weil ich Sport und Studium verbinde, habe ich weniger Zeit zur Verfügung. Ich versuche, mit möglichst geringem Zeitaufwand ein optimales Ergebnis zu erreichen. Im Sport heisst das für mich, das Training genau nach Plan zu absolvieren. Während für die Qualität meiner sportlichen Leistungen die Zeit als Gradmesser dient, gestaltet sich die Qualitätsmessung in der Pflege sehr komplex. In beiden Bereichen möchte ich gute Ergebnisse erzielen.

Ein Studium mit Spitzensport zu verbinden, ist anspruchsvoll. Wie meistern Sie diese Doppelbelastung?

L. B.: Mir kommt entgegen, dass ich im Studium in kurzer Zeit relativ viel Stoff aufnehmen kann und auch effizient arbeite. Ich kann es mir nicht leisten, beispielsweise bei einer Arbeit die Verschriftlichung hinauszuzögern. Die doppelte Beanspruchung erfordert auch Disziplin und eine gute Planung des Tages und der Zeitfenster fürs Lernen. Während etwa in der Zeit der Bachelor-Thesis meine Mitstudierenden viele Stunden pro Tag in der Bibliothek verbracht haben, schrieb ich die Thesis zuhause und trainierte nebenbei. Einmal hatte ich ein schlechtes Gewissen und bin an die Schule gegangen – um zu sehen, dass, wofür sie 8 Stunden benötigen, ich dasselbe zuhause in 2 bis 3 Stunden erledige.

Gibt es Bereiche, in denen Sie Qualitätseinbussen in Kauf nehmen?

L. B.: Freunde, vor allem jene ausserhalb des Sports, müssen sicher manchmal zurückstecken. Allerdings hängt die Qualität einer Freundschaft nicht davon ab, wie häufig man sich sieht. Richtige Ferien hatte ich auch schon lange nicht mehr. Aber auch ein Trainingslager ist eine Art Ferien für mich. Und gerade dort entstehen sehr schöne Freundschaften.

Welches sind Ihre Ziele – sportlich und beruflich?

L. B.: Im Triathlon strebe ich die Olympischen Spiele an; spätestens diese im Jahr 2024. In der Pflege interessieren mich besonders die Modelle in der Alterspflege und die Frage, wie wir diese angesichts der demografischen Veränderungen gestalten. Gerade habe ich das Zusatzmodul B absolviert und werde weiterhin 20 bis 40 % im Beruf tätig sein. Und wer weiss, vielleicht kann ich mir später sogar ein Master-Studium vorstellen.

Qualität ist eine Haltung



Irene Häni
Verantwortliche Qualitätsmanagement
Domicil
irene.haeni@domicilbern.ch

Domicil ist die führende Anbieterin für Wohnen und Leben im Alter im Kanton Bern. Qualität ist hier mehr als ein Faktor unter vielen. Qualität bedeutet eine Haltung. Die Verantwortliche Qualitätsmanagement zeigt auf, wie Domicil Qualität definiert und umsetzt.

Welchen Stellenwert die Qualität in einer Unternehmung hat, wird von der Unternehmenskultur bestimmt. Diese ist ein Produkt aus Werten, Haltungen und Verhaltensmustern, welche die Führungskräfte in ihrer Vorbildfunktion vorleben und welche die Mitarbeitenden aller Stufen gegenüber den Kundinnen und Kunden spürbar machen (Vincent & Staines, 2019). Diese Aussage gilt wohl unabhängig von der Branche; in der Gesundheitsversorgung, wo Qualitätsmanagement nebst der Dienstleistungsqualität auch die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit einbezieht, ist sie aber zentral (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2009). Wenn Mitarbeitende potenzielle Sicherheits- und Qualitätsprobleme offen ansprechen können, ist es möglich, diese anzugehen und zu lösen (Vincent & Staines, 2019).

Bereits vor 10 Jahren hat Domicil damit begonnen, eine wertebasierte Unternehmenskultur aufzubauen. Diese ist heute im Alltag spürbar. Das 2010 etablierte Ethik-Forum sowie Ethik-Komitees unterstützen die Mitarbeitenden darin, sicherer mit Wertekonflikten und

ethischen Fragen umzugehen, welche in Alterszentren täglich auftauchen. Interdisziplinäre und interprofessionelle Fallbesprechungen, Schulungen sowie Empfehlungen und Richtlinien, etwa zum selbstbestimmten Sterben, sind zentrale Grundlagen für die Betreuungsqualität in den Alterszentren von Domicil.

Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule

Qualität entsteht, wenn sich alle Mitarbeitenden in ihrem jeweiligen Bereich engagieren und sich für die Dienstleistungen gegenüber den Kundinnen und Kunden verantwortlich fühlen. Dies ist eine Voraussetzung, damit die in Prozessabläufen und Standards definierten Qualitätslevels überhaupt zur Anwendung kommen. Bei Domicil wurden in den letzten zehn Jahren Prozesse und Standards in allen Bereichen erarbeitet, teilweise in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule BFH. Im Rahmen der Akademie-Praxis-Partnerschaft (APP) wurde beispielsweise ein Konzept für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährung von Menschen mit einer Demenzerkrankung erarbeitet und der Grade-Skill-Mix in der Pflege in allen Standorten eingeführt und evaluiert. Bei der Weiterentwicklung und Sicherung dieser Standards berate und unterstütze ich als Qualitätsmanagerin die Prozessverantwortlichen sowie die Geschäftsleitenden der 23 Standorte, welche die Qualitätsverantwortung vor Ort tragen.

Konkretisieren und Übersetzen

1 700 Mitarbeitende aus 67 Nationen sorgen bei Domicil 24x7 für die Sicherheit, Zufriedenheit und Lebensqualität der 1 650 Bewohnenden. Es müssen die unterschiedlichen Aus- und Zusatzbildungen (Grades) sowie Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten (Skills) der Mitarbeitenden berücksichtigt und das Qualitätssystem möglichst anwendungsorientiert ausgestaltet werden. Das heisst: wenn immer möglich, weg

Domicil in Kürze:

- führende Anbieterin für Wohnen und Leben im Alter
- die Nummer 1 in der Langzeitpflege
- 23 Alterszentren in der Region Bern
- 480 hindernisfreie Wohnungen und 1 138 Pflegeplätze
- Lebens- und Wohnraum für 1 650 Seniorinnen und Senioren
- seit 2019 mit den Tochtergesellschaften Domicil Apotheken AG und Private Spitex GmbH
- 1 700 Mitarbeitende, 205 Lernende, 30 HF-Studierende
- Mitarbeitende aus 67 Nationen
- rund 400 freiwillige Mitarbeitende

von langen, komplexen und ausschliesslich textbasierten Dokumenten hin zu praktischen Arbeitshilfsmitteln in einfacher Sprache, mit Piktogrammen, Bildern oder auch kurzen Schulungsvideos. Konzepte und Systeme, die sich hinter Abkürzungen wie RAI, MDS, RUG, NQI, CIRS, PDCA oder englischen, zuweilen gar japanischen Begriffen wie Benchmarking, Best Practice, Skill-Grade-Mix, Lean Management, Kaizen, Kanban etc. verbergen, müssen in verständliche und anwendbare Hilfsmittel übersetzt werden.

– die Auswahl der Kennzahlen oder Indikatoren und deren Interpretation und Vergleichbarkeit ist jedoch komplex. Die Leistungsempfänger und -empfängerinnen in der Gesundheitsversorgung, sprich die Patientinnen und Patienten und die Bewohnenden, sind meist nur subjektiv in der Lage, die medizinische, pflegerische, therapeutische und pharmazeutische Leistungserbringung zu beurteilen. Wenn beispielsweise die Wunde bei einem Dekubitus desinfiziert, mit Eiswürfeln gekühlt und mit dem Fön gewärmt wird, wie dies bis in

«If you can't measure it, you can't manage it» – was man nicht messen kann, kann man auch nicht steuern, oder eben «managen». Auch im komplexen Gesundheitswesen sind einfache Qualitätsmessungen möglich – die Auswahl der Kennzahlen oder Indikatoren und deren Interpretation und Vergleichbarkeit ist jedoch komplex.

Als Verantwortliche Qualitätsmanagement will ich primär mit Menschen zu tun haben, nicht mit Dokumenten. Entsprechend verstecke ich mich nicht hinter externen Vorgaben, sondern zeige praktischen Mehrwert auf oder schaffe diesen. Nebst der Rolle als interne Dienstleisterin, Koordinatorin und Moderatorin habe ich im Bereich der Qualitätssicherung aber natürlich auch eine Kontrollfunktion inne.

Mehr als ein Zertifikat

Wer kennt sie nicht, die Zertifikate von ISO, EFQM sowie eine Vielzahl von branchen- und fachspezifischen Zertifikaten, welche die Qualität einer Organisation und deren Produkte und Dienstleistungen nachweisen und garantieren sollen? In der Qualitätssicherung werden Zertifikate als das Mass der Dinge betrachtet. Auch Domicil setzt auf externe Überprüfungen und Messungen und vergleicht die Leistung in Benchmarks in der Branche, aber auch innerhalb der Domicil-Gruppe. So werden beispielsweise jährlich alternierend die Mitarbeitendenzufriedenheit und die Zufriedenheit der Bewohnenden sowie deren Angehörigen gemessen. Die Auszeichnung als beste Arbeitgeberin im Gesundheits- und Sozialwesen 2017 und 2019 durch «Great Place to Work» ebenso wie die hohen Werte bei der Zufriedenheit der Kundinnen, Kunden und Angehörigen, welche jeweils über den Vorjahren und den Benchmarks liegen, bestätigen unseren Mitarbeitenden und Führungskräften ihre gute Arbeit und motivieren sie.

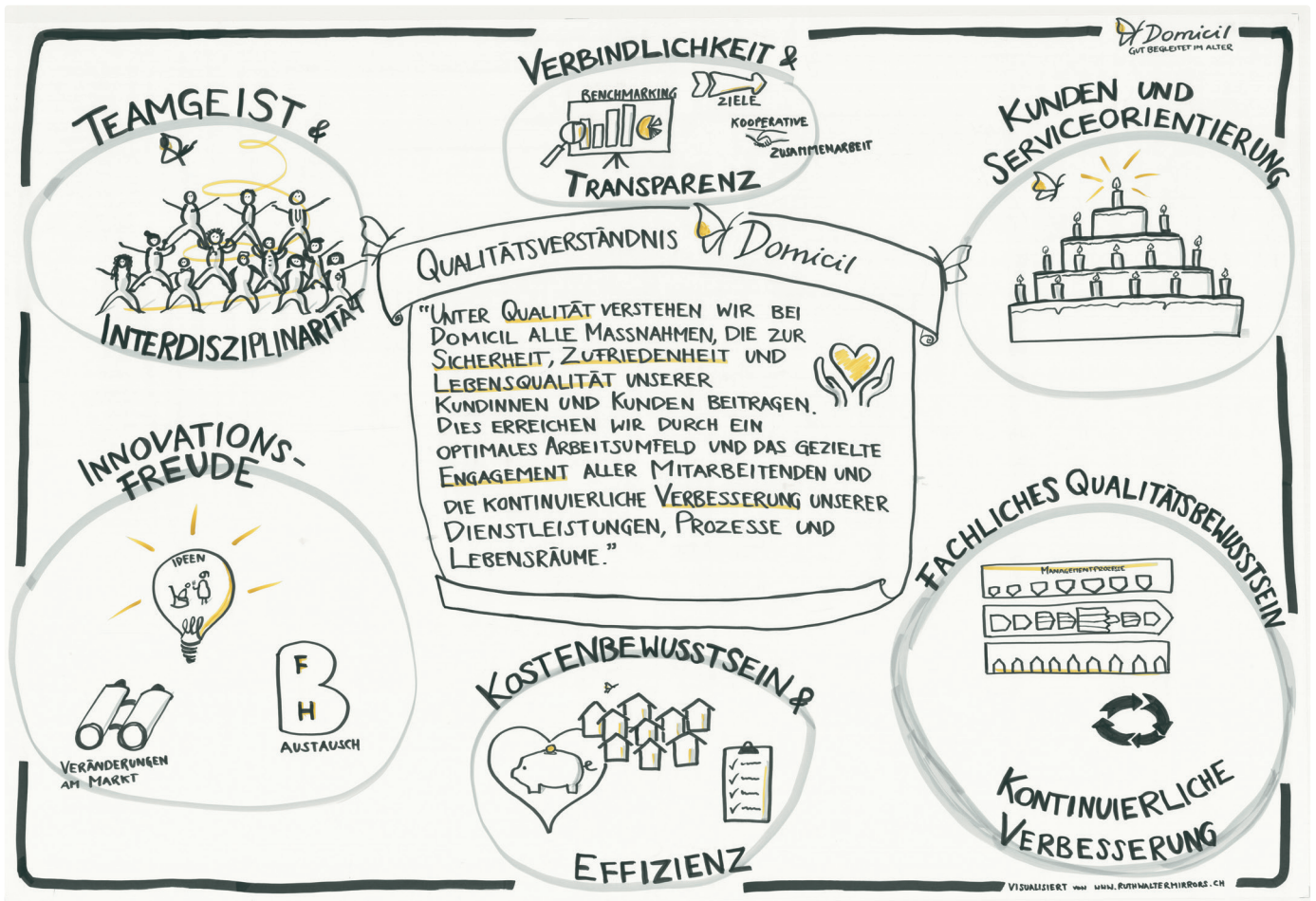
Die Krux der Messbarkeit – aus Sicht der Kundschaft

«If you can't measure it, you can't manage it» – was man nicht messen kann, kann man auch nicht steuern, oder eben «managen». Auch im komplexen Gesundheitswesen sind einfache Qualitätsmessungen möglich

die Neunzigerjahre üblich war, mag dies die Patientenzufriedenheit positiv beeinflussen, auch wenn es auf die Wundheilung keinen Einfluss hat. Dennoch ist das subjektive Befinden – die Patienten- oder Kundenzufriedenheit – ein wichtiger Qualitätsindikator. Die Beurteilung seitens Patientinnen, Patienten und Bewohnenden von Wartezeiten, Freundlichkeit und Empathie des Personals oder des Gastronomieangebots sowie das eigene Wohlbefinden in den Räumlichkeiten der Gesundheitsinstitution geben der Institution wichtige Rückmeldungen zur Dienstleistungsqualität und zu Verbesserungspotenzialen.

Die Krux der Messbarkeit – aus Sicht der Leistungserbringenden

Seit 2008 publiziert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Qualitätsindikatoren der Akutspitäler. Ausgewiesen werden Fallzahlen, Anteilswerte (beispielsweise Kaiserschnitttrate), Sterberate bei bestimmten Krankheitsbildern und Operationen sowie Aufenthaltsdauer. Auch der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhebt für akut-somatische Spitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken Qualitätsindikatoren (BAG, 2018). Seit 2019 sind auch die Pflegeheime verpflichtet, Daten zur Messung von medizinischen Qualitätsindikatoren zu erheben. Diese umfassen bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Schmerz und Polymedikation. Wie viele andere Institutionen auch, arbeitet Domicil schon lange mit diesen und weiteren Qualitätsindikatoren. Während Gesundheitsfachpersonen daraus wertvolle Erkenntnisse für die interne Qualitätsentwicklung gewinnen können, bestehen Bedenken bezüglich Vergleichbarkeit mit Heimen, die andere Schwerpunkte und Bewohnendenfaktoren aufweisen. Weiter ist fraglich,



Die Qualitätspolitik von Domicil (visualisiert durch www.ruthwaltermirrors.ch).

ob die Öffentlichkeit anhand solcher Qualitätsindikatoren die Qualität eines Alterszentrums beurteilen kann (Zúñiga et al., 2019).

Domicil hat durch die langjährige Auseinandersetzung mit den Unternehmenswerten sowie der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualitätsstandards das Fundament für eine erfolgreiche Qualitätsarbeit gelegt. Nun gilt es, die Anwendbarkeit und Verbindlichkeit der Qualitätsstandards in der Praxis noch konsequenter voranzutreiben. Weiter ist die alltägliche «Veränderung zum Besseren» (Kaizen-Methode) unserer Dienstleistungen, Prozesse und Lebensräume als Aufgabe von allen Mitarbeitenden noch stärker zu verankern.

Literatur:

- Bundesamt für Gesundheit (2009). Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaets-sicherung/qualit%C3%A4tsstrategie-des-bundes-im-schweizerischen-gesundheitswesen.pdf.download.pdf/Qualit%C3%A4tsstrategie%20des%20Bundes%20im%20Schweizerischen%20Gesundheitswesen.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit (2018). Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler.html>
- Vincent, Ch., & Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens. Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im

- schweizerischen Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/qualitaets-sicherung/verbesserung-der-qualitaet-und-patientensicherheit-des-schweizerischen-gesundheitswesen.pdf.download.pdf/Verbesserung%20der%20Qualit%C3%A4t%20und%20Patientensicherheit%20des%20Schweizerischen%20Gesundheitswesen.pdf>
- Zúñiga, F., Blatter, C., Wicki, R., & Simon, M. (2019). Nationale Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, doi: 10.1007/s00391-019-01583-7

Herausforderungen beim Messen von Qualität



Silvia Thomann
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Pflege
silvia.thomann@bfh.ch



Prof. Dr. Mark Pletscher
Leiter Institut für Gesundheits-
ökonomie und Gesundheitspolitik
mark.pletscher@bfh.ch

Die Patientensicherheit wird zu einem grossen Teil durch gute Qualität der Leistungserbringung erreicht. Daher gilt es, Qualität zu überprüfen und dort, wo Defizite identifiziert werden, Massnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Diese vermeintlich klare und einfach umzusetzende Aufgabe birgt jedoch einige Herausforderungen.



Niklaus Bernet
Leiter Innovationsfeld Qualität
Pflege
niklausstefan.bernet@bfh.ch

Spätestens seit dem «Nationalen Bericht zur Qualität und Patientensicherheit» ist klar, dass das teure Schweizer Gesundheitswesen betreffend Qualität nicht vollumfänglich überzeugt (Vincent & Staines, 2019). Entsprechend hat der Bund Massnahmen eingeleitet, um die Qualität längerfristig zu sichern. Unter anderem wurde der Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) revidiert, wodurch ab 2021 die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit einer eidgenössischen Kommission unterliegt. Eine zentrale Aufgabe dieser Kommission wird sein, die nationale transparente Bereitstellung von Qualitätsinformationen auszubauen und Qualitätsverbesserungsmassnahmen anzustossen.

Zu diesem Zweck werden bereits heute verschiedene Qualitätsmessungen auf nationaler Ebene durchgeführt. So koordiniert beispielsweise der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) seit 2009 Qualitätsmessungen im stationären Bereich. Dazu gehört auch die Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus, welche die Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule BFH im Auftrag des ANQ seit 2011 durchführt. Im Rahmen dieser Messung erheben die Akutspitäler der Schweiz jährlich an einem Stichtag im November Daten zu den Indikatoren Sturz und Dekubitus. Aus den knapp zehn Jahren Erfahrung mit der Prävalenzmessung können Herausforderungen beim Messen von Qualität auf nationaler Ebene abgeleitet und Empfehlungen zu deren Lösung diskutiert werden.

Es ist von Bedeutung, dass auf nationaler Ebene ein Konsens über die relevanten Qualitätsindikatoren und deren einheitliche Operationalisierung und Erfassung gefunden wird.

Herausforderung Routinedaten

Qualitätsmessungen, beispielsweise die Prävalenzmessung, sind in der Regel mit einem erheblichen zeitlich-personellen Aufwand für die Leistungserbringenden verbunden. Die Daten müssen jeweils spezifisch für den Zweck der Messung entweder direkt bei den Patientinnen und Patienten oder aus den Patientendokumentationen erhoben werden. Vor dem Hintergrund der

verpflichtenden Einführung des elektronischen Patientendossiers ab 2020 für Spitäler und der damit einhergehenden Digitalisierung wird zunehmend die Nutzung von Routinedaten für Qualitätsmessungen als kostengünstige Alternative gefordert. Routinedaten können jedoch auf nationaler Ebene nur verwendet und ausgewertet werden, wenn sie in den Spitälern einheitlich erfasst sind. Die Vielzahl an unterschiedlichen Klinikinformationssystemen (KIS) in den Spitälern erschwert die national einheitliche und standardisierte Erfassung von Qualitätsinformationen. Ist beispielsweise die nationale Erhebung eines einzelnen Ergebnisindikators wie Sturz oder Dekubitus aus Routinedaten durchaus denkbar, wird die Erhebung von zusätzlichen Prozessindikatoren zum Ergebnisindikator wie Präventionsmassnahmen ungleich komplexer. Bei anderen Indikatoren wie Mangelernährung oder freiheitseinschränkenden Massnahmen fehlt bereits ein (inter)nationaler Konsens zur Definition des Ergebnisindikators, wodurch auch keine einheitliche Operationalisierung in den KIS vorliegt.

Herausforderung Anspruchsgruppen

Nebst den technisch-inhaltlichen Herausforderungen zeigt sich, dass die verschiedenen Anspruchsgruppen unterschiedliche Anforderungen an Qualitätsmessungen stellen. Für Patientinnen und Patienten wäre ein einziger Wert zur Qualität eines Leistungserbringenden dienlich bei der Entscheidung, wo sie sich behandeln lassen möchten. Hingegen ist für die Leistungserbringenden ein möglichst hoher Detaillierungsgrad hilfreich, damit auch konkrete Massnahmen abgeleitet werden können. Politik und Kantone möchten zudem Qualitätsdaten für die Leistungsmessung oder Vergütungsentscheide nutzen, was den Aussagegehalt der Daten bezüglich Qualität beeinträchtigen kann.

Nebst den Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen an eine Qualitätsmessung zeigt sich, dass auch die zielgruppengerechte Vermittlung der Ergebnisse wichtig ist. Ein korrekter Vergleich von Leistungserbringenden ist nur durch Risikoadjustierung möglich. Das heisst, Unterschiede im Leistungsauftrag und somit der Patientengruppe, wie Alter, Komorbiditäten etc., müssen beim Vergleich berücksichtigt werden. Herausfordernd

CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis

Der CAS-Studiengang bereitet Ärztinnen, Ärzte und Gesundheitsfachpersonen auf die Rolle als Schlüsselpersonen für Qualität im Gesundheitswesen vor. Der Studiengang fokussiert die patientennahe medizinische Versorgungssicherheit im interprofessionellen Arbeitsumfeld. Die BFH Gesundheit hat den CAS-Studiengang in Zusammenarbeit mit der FMH für Ärztinnen und Ärzte konzipiert und spricht im interdisziplinären Kontext alle Fachpersonen aus Medizin- und Gesundheitsberufen an. Weitere Informationen finden Sie unter:

bfh.ch/gesundheit/weiterbildung/cas/qualitaet-in-der-medizin

ist also, dass, nebst der Identifizierung von zuverlässigen Risikoadjustierungsmodellen, auch deren zielgruppengerechte Vermittlung bisher kaum gelöst ist.

Herausforderung Kausalität

Qualitätsindikatoren können Qualitätsdefizite in Spitälern aufzeigen. Diese Informationen haben aber nur dann einen Wert, wenn sie als Grundlage für qualitätsverbessernde Massnahmen genutzt werden können. Die Entwicklung solcher Massnahmen bedingt jedoch die Identifikation von kausalen Zusammenhängen wie beispielsweise den Einfluss von Qualitätsverbesserungsmassnahmen auf das Behandlungsergebnis. Die Messung dieser kausalen Zusammenhänge ist im klinischen

Seit 2011 führt die Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege der Berner Fachhochschule BFH im Auftrag des ANQ die nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus durch.

Alltag allerdings eine besondere Herausforderung. Randomisierte kontrollierte Experimente unter eng kontrollierten Bedingungen gelten als Goldstandard, um Aussagen zu klar definierten Fragestellungen zu erhalten und kausale Effekte zu messen. Dieser Goldstandard ist aber aus ethischer und praktischer Sicht oftmals nicht umsetzbar und lässt daher nur begrenzt Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von weit gefassten Massnahmen in einem realistischen Umfeld zu. Wird das Protokoll gelockert, um die Wirksamkeit unter realistischen Bedingungen zu testen, steigt auch die Unsicherheit bezüglich der beobachteten Wirkungen.

Herausforderungen anpacken

Um ein finanzierbares Gesundheitswesen mit einem guten Qualitätsniveau zu etablieren und somit die Patientensicherheit gewährleisten zu können, gilt es, die (bestimmt nicht abschliessend aufgelisteten) Herausforderungen anzupacken. Dabei ist von Bedeutung, dass auf nationaler Ebene ein Konsens über die relevanten Qualitätsindikatoren und deren einheitliche Operationalisierung und Erfassung gefunden wird. Nur so können längerfristig Routinedaten genutzt und damit den Anforderungen der verschiedenen Anspruchsgruppen Rechnung getragen werden. Zudem bedarf es geeigneter Studiendesigns und statistischer Modellierungen, um aus den Qualitätsmessungen auch Qualitätsverbesserungsmassnahmen ableiten und deren Effekt wiederum messen zu können. Das Entwicklungspotenzial ist gross und wir freuen uns, diese spannenden Herausforderungen wissenschaftlich anzupacken.

Literatur:

– Vincent, Ch., & Staines, A. (2019). Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare. Federal Office of Public Health, Bern.

Forschungsbasierte Lehre für qualitativ hochstehende Praxis



Evelyn Kraft
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachstelle Hochschuldidaktik &
E-Learning
evelyn.kraft@bfh.ch



Dr. Patric Eichelberger
Leiter Bern Movement Lab
Physiotherapie
patric.eichelberger@bfh.ch

Angehende Gesundheitsfachpersonen lernen an der Berner Fachhochschule forschungsbasiert. Dadurch handeln sie in der Praxis auf der Grundlage aktueller Forschung und entwickeln weitere wichtige überfachliche Kompetenzen wie kritisches Denken und Problemlösefähigkeit.

Forschungsbasiertes Lehren und Lernen hat zum Ziel, Forschung und Lehre miteinander zu verbinden. Dieser Oberbegriff schliesst drei aufeinander aufbauende Stufen ein, die nachfolgend beschrieben werden (angelehnt an Bundesassistentenkonferenz [BAK], 2009; Huber, 2014; Reinmann, 2016; Sonntag et al., 2017) (vgl. Abb. 1).

Drei Schritte forschungsbasierten Lehrens und Lernens

Im ersten Schritt, dem **forschungsbasierten Lehren und Lernen** im engeren Sinne, lernen die Studierenden über die Forschung. Die Lehrenden beziehen sich in ihrer Lehre auf aktuelle Forschung aus dem jeweiligen Fachgebiet, zeigen den aktuellen Stand des Wissens auf und erklären, wie das Wissen zustande kommt. Studierende verstehen so die forschende Arbeitsweise in ihrer Fachdisziplin und können wissenschaftliche Theorien, Methoden und Erkenntnisse nachvollziehen. Sie sind in der Lage, wissenschaftliche Literatur zu recherchieren, kritisch zu lesen und zu analysieren.

Im zweiten Schritt, dem **forschungsorientierten Lehren und Lernen**, lernen die Studierenden durch das Replizieren der Forschung. Sie lernen die fachspezifischen Untersuchungs- und Analysemethoden kennen. Diese wenden sie dann an, um einzelne Schritte bereits bestehender Forschung nachzuahmen und die Ergebnisse nach Gütekriterien zu evaluieren. Dadurch wird das kritische Denken der Studierenden angeregt.

Im dritten Schritt, dem **forschenden Lehren und Lernen**, lernen Studierende durch und mit praxisorientierter Forschung. Sie praktizieren erste Schritte im selbstständigen wissenschaftlichen Arbeiten und

Forschen in ihrer Fachdisziplin. Sie bearbeiten eine eigene Fragestellung und generieren wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Studierenden entwickeln so Problemlösefähigkeit. Sie finden sich auch in neuen Situationen mit viel Ungewissheit zurecht und können Lösungswege zu deren Bewältigung entwickeln. Sie lernen, mit Misserfolgen umzugehen; denn nicht alle Hypothesen lassen sich bestätigen und einige gewählte Methoden können sich als ungeeignet erweisen.

Forschungsbasiertes Lehren und Lernen im Master-Studium Physiotherapie

Anatomie, Biomechanik und Bewegungsanalyse

Im Master-Studium Physiotherapie wird forschungsbasiertes Lehren und Lernen im Modul «Anatomie, Biomechanik und Bewegungsanalyse» des Schwerpunkts Professionsentwicklung umgesetzt. Das Modul vermittelt vertiefte Kenntnisse zu Struktur, Funktion und Analyse des Bewegungssystems: Die Studierenden lernen, wie Knochen, Bänder, Sehnen und Muskeln mit dem neuronalen System zusammenspielen. Sie lernen auch, diese Strukturen und Bewegungsphänomene wissenschaftlich zu untersuchen und die Erkenntnisse in den Behandlungsprozess zu integrieren.

Angewandte Forschung Physiotherapie und Bern Movement Lab

Eine qualitativ hochstehende Versorgung von Patientinnen und Patienten verlangt von Physiotherapeutinnen und -therapeuten, dass sie den Forschungsprozess in Zusammenhang mit dem Bewegungssystem nachvollziehen können. Das Modul bewegt sich im Rahmen der Bewegungsanalyse im Forschungsfeld der Biomechanik

und der neuromuskulären Kontrolle. Die Forschung in den Bereichen Biomechanik und neuromuskuläre Kontrolle der unteren Extremität, des Beckenbodens und der Wirbelsäule ist ein Schwerpunkt der Angewandten Forschung und Entwicklung Physiotherapie der Berner Fachhochschule BFH. Dies ermöglicht den Transfer der eigenen Forschungsergebnisse in die Ausbildung und die Vermittlung des praktischen Umgangs mit den Mess- und Analyseverfahren im Bern Movement Lab.

Konzept

Die Studierenden lernen in zu zweit durchgeführten Projektarbeiten anhand von einfachen Fragestellungen, einen biomechanischen Forschungsprozess von der Literatur über die Datenerhebung und -analyse bis hin zur Präsentation und Diskussion durchzuführen.

Umsetzung

Die Studierenden erhalten während des Semesters laufend theoretische Inputs zu Aufbau, Funktionsweise und Adaption des Bewegungsapparats, sprich zu Anatomie, Mechanobiologie und Biomechanik. Zusätzlich besuchen sie den Präpariersaal im Anatomischen Institut der Universität Bern, wo sie sich anhand von Präparaten mit der funktionellen Anatomie auseinandersetzen. Anschliessend wird der jeweilige Aspekt in Workshops wieder aufgenommen und mit der Bewegungsanalyse im Bern Movement Lab ergänzt. So erfahren die Studierenden, wie gängige Methoden der Biomechanik angewendet werden, um die Funktion des Bewegungsapparats zu messen. Diese Messungen führen sie anschliessend im Plenum durch. Zurück im Zweierteam werten die Studierenden die Daten zur anfangs gestellten Frage aus und bereiten die Erkenntnisse für eine Kurzpräsentation auf. In ihrer Master-Thesis führen die Studierenden eigenständig ein Forschungsprojekt durch – darauf sind sie dank der Heranführung an den Forschungsprozess gut vorbereitet.

Die Praxis profitiert

Durch ihre Kompetenz, wissenschaftliche Literatur zu suchen und kritisch zu beurteilen, können die Studierenden ihr professionelles Handeln immer wieder an der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz ausrichten. Ebenso eignen sie sich überfachliche Kompetenzen an;

etwa Problemlösefähigkeit oder die Fähigkeit, mit Ungewissheit und Misserfolgen umzugehen. Indem die Studierenden Implikationen für die Praxis ableiten, können sie evidenzbasierte Standards verfassen und so die komplexe wissenschaftliche Sachlage auch anderen Fachpersonen zugänglich machen. Die Entwicklung dieser forschenden Haltung und das Methodenverständnis erhöhen letztlich die Qualität der Gesundheitsversorgung (Sonntag, Ruess, Ebert, Friederici, Schilow, & Deicke, 2017).

Die Studierenden lernen, wie Knochen, Bänder, Sehnen und Muskeln mit dem neuronalen System zusammenspielen. Sie lernen auch, diese Strukturen und Bewegungsphänomene wissenschaftlich zu untersuchen und die Erkenntnisse in den Behandlungsprozess zu integrieren.

Literatur:

- Bundesassistentenkonferenz [BAK] (2009). Forschendes Lernen – Wissenschaftliches Prüfen. Ergebnisse des Ausschusses für Hochschuldidaktik (2. Auflage). Bonn: Schriften der Bundesassistentenkonferenz 5.
- Huber, L. (2014). Forschungsbasiertes, Forschungsorientiertes, Forschendes Lernen: Alles dasselbe? Hochschulforschung, 1+2, 22-29.
- Reinmann, G. (2016). Forschungsorientierung in der akademischen Lehre. Impact Free, 1, 1-5. <http://gabi-reinmann.de/wp-content/uploads/2016/05/Impact-Free-1.pdf>
- Sonntag, M., Ruess, J., Ebert, C., Friederici, K., Schilow, L., & Deicke, W. (2017). Forschendes Lernen im Seminar. Ein Leitfaden für Lehrende (2. Auflage). Berlin: Humboldt-Universität, Bologna. lab. https://www.researchgate.net/publication/323030033_Forschendes_Lernen_im_Seminar_Ein_Leitfaden_fur_Lehrende_2_uberarbeitete_Auflage

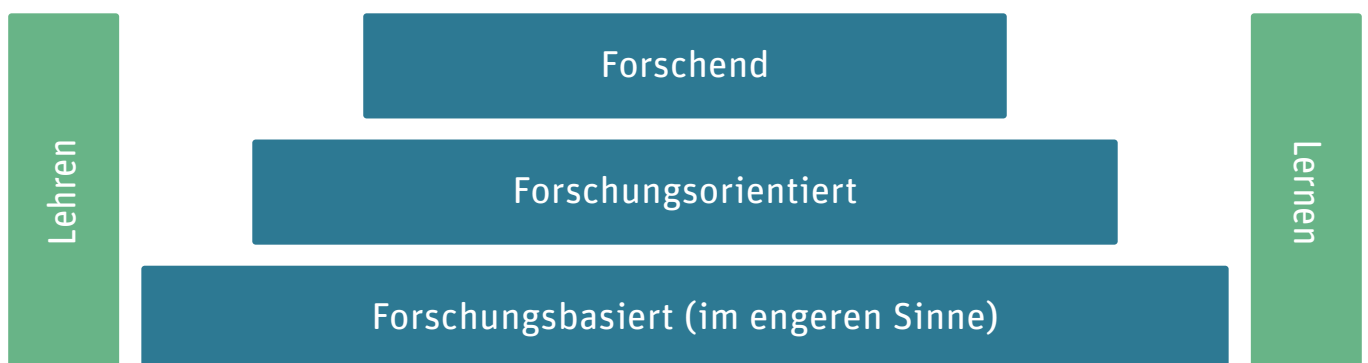


Abbildung 1: Stufen des forschungsbasierten Lehrens und Lernens.

Suche nach der «optimalen» Geburtsbetreuung bei Frauen mit Adipositas



Carmen Wyss
Doktorandin
Geburtshilfe
carmen.wyss@bfh.ch



Dr. Evelyne Aubry
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Geburtshilfe
evelyne.aubry@bfh.ch

Die steigende Prävalenz von Adipositas bei Frauen im reproduktiven Alter geht mit gesundheitlichen Folgen einher, welche die geburtshilfliche Versorgung herausfordern. Ein Forschungsprojekt ergründet die Möglichkeiten einer «optimalen» Geburtsbetreuung, um die Versorgungsqualität sowie die Gesundheit der Betroffenen zu steigern.

Gemäss der letzten Gesundheitsbefragung haben über sechs Prozent der weiblichen Schweizer Bevölkerung im Alter von 15 bis 44 Jahren einen Body Mass Index (BMI) von oder über 30 kg/m² (Schweizerisches Bundesamt für Statistik [BFS], 2018) und sind somit adipös. Obwohl die Prävalenz von maternaler Adipositas in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern eher tief ist (Devlieger et al., 2016), betrifft sie schätzungsweise fast 100 000 Frauen im reproduktiven Alter (BFS, 2018).

Diese maternale Adipositas kann sich ernsthaft auf die Gesundheit von Frauen und ihren Kindern auswirken. Sie ist nicht nur ein Risikofaktor für nicht übertragbare Erkrankungen, sondern sie kann auch den physiologischen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beeinträchtigen. Im Vergleich zu Frauen mit Normalgewicht sind Frauen mit Adipositas stärker betroffen von gewichtsassoziierter Morbidität, medizinischen Eingriffen sowie ungünstigen Folgen nach der Geburt (Aubry et al., 2019; Marchi et al., 2015). Aus diesen Gründen gelten Frauen mit Adipositas während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett meist als «Hochrisikoklientel» – eine Bezeichnung, welche die Betreuung der Frauen massgeblich beeinflusst (Kerrigan et al., 2015).

Ofmals medikalisierte Geburtsbetreuung

Am Beispiel der Geburt zeigt sich, dass die Betreuung von Frauen mit Adipositas oftmals medikalisiert ist. Im Vergleich zu Frauen mit Normalgewicht sind sie häufiger mit Interventionen wie Medikamentenverabreichung konfrontiert und es werden bei ihnen auch öfters

instrumentelle Geburtsbeendigungen wie sogenannte Sauglockengeburten oder Kaiserschnitte durchgeführt (Heslehurst et al., 2008; Marchi et al., 2015). In der Literatur werden gewichtsassozierte Morbidität (Aubry et al., 2019) und pathophysiologische endokrine Veränderungen (Azaïs et al., 2017) als Faktoren beschrieben, die zu dieser Medikalisierung führen. So scheint beispielsweise eine hormonelle Dysbalance bei Frauen mit Adipositas zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen verzögerten Geburtsbeginn oder -verlauf zu führen (Azaïs et al., 2017). Entsprechend werden Sicherheitsbedenken als Indikation für Eingriffe wie etwa Geburtseinleitungen angeführt. Obwohl eine sichere Betreuung essenziell ist, sollte jedoch auch bedacht werden, dass medizinische Interventionen das Risiko zusätzlicher Komplikationen erhöhen (Kerrigan et al., 2015). Zu klären bleibt, ob die mit Adipositas assoziierten ungünstigen Outcomes eine medikalisierte Betreuung erfordern oder ob Alternativen zur oftmals risikoorientierten und invasiven Geburtshilfe das Auftreten perinataler Komplikationen bei Frauen mit Adipositas reduzieren könnten. Um die Qualität der Geburtsversorgung zu steigern, bedarf es aus diesem Grund innovativer Entscheidungshilfen für die Betreuung von Frauen mit Adipositas.

Forschungsprojekt zur «optimalen» Geburtsbetreuung

Das Projekt OptiMAM¹ will die «optimale» Geburtsbetreuung bei Frauen mit Adipositas mithilfe einer multikriteriellen Entscheidungsanalyse aufzeigen. Dafür werden zuerst relevante Stakeholder wie betroffene

Frauen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte befragt, um zu evaluieren, welche Betreuungsalternativen vorhanden sind und welche Ziele eine optimale Geburtsbetreuung – ihrer Meinung nach – erreichen müsste. Zudem priorisieren sie aus ihrer Sicht die Ziele, da unterschiedliche Erwartungen an eine «optimale» Geburtsbetreuung zwischen betroffenen Frauen, Hebammen und Ärztinnen, Ärzten wahrscheinlich sind. So könnten beispielsweise die Geburtseinleitung am errechneten Termin oder das Abwarten von spontanen Wehen zwei potenzielle Betreuungsalternativen unter vielen weiteren darstellen.

Literatur:

- Aubry, E. M., Oelhafen, S., Fankhauser, N., Raio, L., & Cignacco, E. L. (2019). Adverse perinatal outcomes for obese women are influenced by the presence of comorbid diabetes and hypertensive disorders. *Scientific Reports*, 9(1), 9793. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46179-8>
- Azaïs, H., Leroy, A., Ghesquiere, L., Deruelle, P., & Hanssens, S. (2017). Effects of adipokines and obesity on uterine contractility. *Cytokine Growth Factor Rev*, 34, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2017.01.001>
- Devlieger, R., Benhalima, K., Damm, P., Van Assche, A., Mathieu, C., Mahmood, et al. (2016). Maternal obesity in Europe: where do we stand and how to move forward?: A scientific paper commissioned by the European Board and College of Obstetrics

Maternale Adipositas und ihre möglichen Folgen für Frauen und ihre Kinder fordern eine Anpassung der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung. Es ist unabdingbar, ein tieferes Verständnis der Zusammenhänge zwischen der Betreuung und den angestrebten Zielen zu gewinnen, um die Qualität zu steigern und optimale Outcomes zu ermöglichen.

Als Ziele könnten hingegen Kriterien wie die bestmögliche Gesundheit von Mutter und Kind, eine hohe Zufriedenheit oder tiefe Kosten herangezogen und priorisiert werden. Mithilfe von bereits vorhandenen, quantitativen Daten wird darauffolgend berechnet, wie gut die verschiedenen Betreuungsalternativen die genannten Ziele einer «optimalen» Geburtsbetreuung erfüllen. Diese Resultate und die Zielprioritäten der Stakeholder werden schliesslich verwendet, um ein Entscheidungsmodell für eine «optimale» Geburtsbetreuung je nach Situation zu erstellen.

Das Erstellen eines Modells mithilfe der multikriteriellen Entscheidungsanalyse hat den Vorteil, dass Vorhersagen über objektive Daten mit subjektiven Präferenzen verknüpft werden. Der Einbezug der Stakeholder ermöglicht, dass sowohl unterschiedliche Bedürfnisse als auch Nutzen-, Schaden- und Anwendungskriterien berücksichtigt werden (Mühlbacher et al., 2018). So kann die Entscheidung aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und die Geburtsversorgung darauf abgestimmt werden. Indem der Fokus auf die Ziele gelegt wird, führt das Vorgehen weg von vorurteilsbelasteten Diskussionen über Betreuungsalternativen hin zu einem besseren Gesamtverständnis der Entscheidungssituation.

Maternale Adipositas und ihre möglichen Folgen für Frauen und ihre Kinder fordern eine Anpassung der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung. Es ist unabdingbar, ein tieferes Verständnis der Zusammenhänge zwischen der Betreuung und den angestrebten Zielen zu gewinnen, um die Qualität zu steigern und optimale Outcomes zu ermöglichen. Das Projekt OptiMAM wird hierzu einen Beitrag leisten.

- and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 201, 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.04.005>
- Heslehurst, N., Simpson, H., Ells, L. J., Rankin, J., Wilkinson, J., Lang, R., et al. (2008). The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev*, 9(6), 635-683. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00511.x>
- Kerrigan, A., Kingdon, C., & Cheyne, H. (2015). Obesity and normal birth: A qualitative study of clinician's management of obese pregnant women during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 256. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0673-2>
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*, 16(8), 621-638. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>
- Mühlbacher, A. C., Kaczynski, A., Schmidt, K., & Dintsios, C.-M. (2018). Komplexe Entscheidungen im Gesundheitswesen: Die Bewertung und Saldierung von Nutzen und Schaden als Gegenstand der multikriteriellen Entscheidungsanalyse. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 23(03), 129-141. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118360>
- Schweizerisches Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018). Schweizerische Gesundheitsbefragung: Übergewicht. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/uebergewicht.html>

¹ Forschungsprojekt zur Förderung der optimalen Geburtsbetreuung bei maternaler Adipositas mithilfe der multikriteriellen Entscheidungsanalyse.

Evaluation einer Advanced-Practice-Rolle zur Betreuung von Tumorpatientinnen und -patienten



Franziska Geese
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Akademie-Praxis-Partnerschaft BFH
und Insel Gruppe AG
franziska.geese@bfh.ch



Sabine Molls
Pflegeexpertin APN
Universitätsklinik für Neurochirurgie
Inselspital Bern, Insel Gruppe AG
sabine.molls@insel.ch

Co-Autor: Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt
Leiter Akademie-Praxis-Partnerschaft
BFH und Insel Gruppe AG
kai-uwe.schmitt@bfh.ch

Advanced-Practice-Rollen sollen die Versorgung von Patientinnen und Patienten in komplexen Situationen verbessern. Die Akademie-Praxis-Partnerschaft Berner Fachhochschule und Insel Gruppe AG hat den Einfluss solcher Rollen für die pflegerische Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Hirntumor untersucht. Erste Ergebnisse der umfangreichen Evaluation liegen nun vor.

Menschen mit einem Hirntumor erleben häufig schon zu Beginn der Erkrankung Einschränkungen aufgrund von Symptomen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Einschränkung der psychomotorischen Funktionen (Halkett, Lobb, Oldham, & Nowak, 2010; Janda, Eakin, Bailey, Walker, & Troy, 2006; Langbecker, Janda, & Yates, 2013; Schubart, Kinzie, & Farace, 2008). Aufgrund der Gefahr des schnell ansteigenden Hirndrucks müssen Betroffene oft innerhalb kürzester Zeit operiert werden. Die zeitnahe Koordination von Diagnostik, Therapie und anschliessender Betreuung ist oft eine Herausforderung. Verschiedene Studien zeigen, dass eine strukturierte Erhebung der Patientenbedürfnisse und die Abgabe gezielter Informationen für Betroffene und ihre Angehörigen sehr wichtig sind (Halkett et al., 2010; Janda et al., 2006; Schubart et al., 2008). Um diesen eine umfassendere Versorgung zu bieten, hat die Universitätsklinik für Neurochirurgie des Inselspitals Bern im Jahr 2017 ein Team von Advanced Practice Nurses (APN, spezialisierte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen) eingeführt.

Das Angebot

Mit der Einführung der Advanced-Practice-Rolle soll eine verbesserte Patientenbetreuung erzielt werden. Das APN-Team verfügt insgesamt über 2.6 Stellen, welche eine kontinuierliche, nachhaltige Patientenbetreuung sicherstellen. Das patientenzentrierte Angebot der

Neurochirurgie orientiert sich an den in der Literatur beschriebenen Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen. Qualitative Forschungsergebnisse bilden die Basis der Patienten- und Angehörigenperspektive, an welcher sich das Angebot über den ganzen Krankheitsverlauf orientiert. Zentrale Aspekte des Angebots sind die Befähigung im Symptommanagement und die gemeinsame Entwicklung eines individuellen Unterstützungssystems im häuslichen Alltag sowie eine mögliche Vorausplanung bei einer eingeschränkten Lebenserwartung (Patientenverfügung, Vorsorgeaufträge etc.). Durch die koordinierte und standardisierte Kollaboration aller am Behandlungspfad beteiligten Berufsgruppen erhalten Betroffene und Angehörige somit eine effiziente Versorgung.

Begleitforschung gibt Aufschluss

Ein Jahr nach der Implementierung der Advanced-Practice-Rollen startete eine erste Evaluation, um die Auswirkung des neuen Versorgungsansatzes zu untersuchen. Im Rahmen der Evaluation sollen einerseits Veränderungen in der Patientenversorgung benannt und andererseits soll der Impact, den die APN auf Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende und die Organisation hat, abgebildet werden. Die Evaluation nutzt einen Mixed-Methods-Ansatz, also qualitative und quantitative Elemente. In einem ersten Schritt wurden die Berufsgruppen Pflegefachpersonen, APNs und Assistenzärz-

tinnen und -ärzte in ihrem klinischen Alltag beobachtet. Dadurch wurde der IST-Zustand der aktuellen Betreuung abgebildet. Dokumentiert wurden beispielsweise der Tagesablauf, professionsspezifische Zuständigkeiten, klinische Tätigkeiten und Schnittstellen. Ergänzend wurde untersucht, wie die verschiedenen Berufsgruppen das Angebot der APNs erleben. Dazu wurden Interviews mit Vertretenden der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und psychologischen Berufsgruppen durchgeführt.

mit Konsilien umgegangen werden kann, die von einer APN und nicht von einer ärztlichen Fachperson beauftragt werden.

Das Fazit

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen bedürfen visionärer Rollenbilder, welche einen patientenzentrierten Ansatz verfolgen. Wirkung und Auswirkung zu evaluieren, ist zentral für die Weiterentwicklung sowie für die Implementierung zukünftiger Advanced-Practice-Rollen in weiteren Bereichen der Patientenversorgung.

Die Analyse zeigt, dass Assistenzärztinnen und -ärzte seit Einführung der APNs eine Reduktion des Arbeitsaufkommens erleben. Es kristallisierte sich heraus, dass alle Berufsgruppen das Angebot der APN in der Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Hirntumor schätzen. Zudem wird ein schneller und gezielter koordinativer Ablauf in der Patientenbetreuung und Austrittsplanung wahrgenommen.

Die Analyse

Bei der Analyse der Beobachtungsdaten wurden Tätigkeitsüberschneidungen zwischen Professionen sowie Optimierungspotenziale der Arbeitsorganisation festgestellt. Die Berufsgruppen Pflegefachpersonen, APNs und Assistenzärztinnen, -ärzte weisen an sich aber abgrenzbare professionsspezifische Tätigkeitsbereiche auf. Tätigkeitsüberlappungen zwischen APNs und Assistenzärztinnen und -ärzten wurden vor allem in den folgenden Bereichen deutlich:

- Austrittsplanung
- Verordnung, Koordination und Organisation von Konsilien
- Verordnung von bestimmten Medikamenten/Interventionen
- Wundversorgung
- Austritts-/Verlegungsberichte schreiben

Die Implementierung der APN parallel zur weiteren Betreuung durch Assistenz- und Oberärztinnen, -ärzte begründet teilweise diese Tätigkeitsüberlappungen.

Im Rahmen der Einzel- und Fokusgruppeninterviewanalyse wurde deutlich, dass Assistenzärztinnen und -ärzte seit Einführung der APNs eine Reduktion des Arbeitsaufkommens erleben. Weiter kristallisierte sich heraus, dass alle Berufsgruppen das Angebot der APN in der Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Hirntumor schätzen. Zudem wird ein schneller und gezielter koordinativer Ablauf in der Patientenbetreuung und Austrittsplanung wahrgenommen. Optimierungspotenzial wird im Schnittstellenmanagement mit therapeutischen Berufsgruppen beschrieben. Die Abstimmung mit deren Kompetenzen und Expertise erfolgt aktuell noch nicht standardisiert. Zudem wird es als Herausforderung erlebt, dass spezifische Kompetenzen der APN zwar innerhalb der Neuroonkologie bewilligt wurden, jedoch berufspolitisch und rechtlich noch nicht etabliert sind. In diesem Kontext herrscht Unsicherheit, wie

Literatur:

- Halkett, G. K., Lobb, E. A., Oldham, L., & Nowak, A. K. (2010). The information and support needs of patients diagnosed with High Grade Glioma. *Patient Educ Couns*, 79(1), 112-119. doi:10.1016/j.pec.2009.08.013
- Janda, M., Eakin, E. G., Bailey, L., Walker, D., & Troy, K. (2006). Supportive care needs of people with brain tumours and their carers. *Support Care Cancer*, 14(11), 1094-1103. doi:10.1007/s00520-006-0074-1
- Langbecker, D., Janda, M., & Yates, P. (2013). Health professionals' perspectives on information provision for patients with brain tumours and their families. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 22(2), 179-187. doi:10.1111/ecc.12011
- Schubart, J. R., Kinzie, M. B., & Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro Oncol*, 10(1), 61-72. doi:10.1215/15228517-2007-040



«Global Health Diet» im Alpenraum?



Sonja Schönberg
Wissenschaftliche Assistentin
Ernährung und Diätetik
sonja.schoenberg@bfh.ch

Die EAT-Lancet-Commission hat kürzlich die «Global Health Diet» publiziert. Diese vereint die Gesundheit der Menschen und die Gesundheit der Umwelt. Im Master-Studiengang Life Sciences – Food, Nutrition and Health entstand eine Projektarbeit, die eine mögliche Umsetzung der «Global Health Diet» im Schweizer Alpenraum untersucht.

Zum ersten Mal in der Menschheitsgeschichte stellen Ernährungsweisen die grösste Bedrohung für die menschliche Gesundheit und für die Umwelt dar. Die Nahrungsmittelproduktion gehört zu den wichtigsten Treibern für globale Umweltveränderungen und ist für 30 % der globalen Treibhausgasemissionen verantwortlich (Willett et al., 2019).

Die «Global Health Diet» ist zukunftsweisend – auch für die Schweizer Ernährungswelt. Dabei handelt es sich um die ersten wissenschaftlich basierten, globalen Ernährungsempfehlungen, welche die Sicherstellung gesunder, ausgewogener Ernährungsweisen aus nachhaltigen Nahrungsmittelsystemen für die projizierte Weltbevölkerung von 10 Milliarden Menschen im Jahr 2050 ermöglichen (Willett et al., 2019).

«Global Health Diet» und Schweizer Voraussetzungen

Die «Global Health Diet» ermöglicht eine Einsparung von rund 50 % aller Emissionen etwa durch reduzierten Fleischverzehr. Sie beinhaltet grösstenteils Gemüse, Früchte, Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte, Nüsse, ungesättigte Fette sowie moderate Mengen Meeresfrüchte und Geflügel. Die «Global Health Diet» soll als kultur- und produktionssystemübergreifender Rahmen dienen, innerhalb dessen gewisse Anpassungen gemäss lokalen Gegebenheiten erfolgen können (Willett et al., 2019). Dies ist zentral, wenn sich Ernährungsfachpersonen dafür einsetzen, die globalen Ernährungsempfehlungen auf die Schweiz zu extrapolieren.

Der einzige Weg, den Klimawandel durch eine CO₂-freie Landwirtschaft zu bremsen, ist die Reduktion des Fleischverzehrs (Willett et al., 2019). Würde sich der Fleischverzehr in der Schweiz an den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) orien-

tieren, bedeutete dies eine deutliche Annäherung an die «Global Health Diet» von Willett et al. (siehe Tabelle 1).

Gleichzeitig können die grossen Graslandflächen (65 % der landwirtschaftlichen Nutzfläche in der Schweiz) mit für den Menschen nicht nutzbaren Nährstoffen nur durch die Beweidung mit Rindern zu ernährungsphysiologisch hochwertigen, proteinreichen Nahrungsmitteln «veredelt» werden. Rund die Hälfte der landwirtschaftlich genutzten Flächen in der Schweiz liegt zudem in verschiedenen Bergzonen und in Gebieten mit Alpung. Die Rinderhaltung generiert hier wertvolle Ökosystemleistungen (Böni, 2019; Gregis, 2018).

«Global Health Diet» im Schweizer Alpenraum

Eine Modularbeit aus dem Master-Studium Life Sciences – Food, Nutrition and Health an der Berner Fachhochschule BFH befasst sich mit ernährungsspezifischen, ökologischen, agrar- und regionalpolitischen Chancen und Limitationen der «Global Health Diet» in

Genügsamkeit ist unerlässlich, um ein nachhaltiges Ernährungssystem sicherzustellen.

der Schweizer Alpenregion. Mittels Fachliteratur und ergänzenden, halbstrukturierten Interviews mit acht Personen aus Landwirtschaft, Biologie, Umweltökonomie, Landschaftsplanung und Metzgerei wurden im Engadin wichtige Wertschöpfungsmomente in der lokalen

	Gemäss SGE empfohlene Mengen pro erwachsene Person und Woche	Max. empfohlene Mengen pro erwachsene Person und Woche gemäss «Global Health Diet»	In der Schweiz aktuell verzehrte Mengen pro erwachsene Person und Woche
Fleisch und Fleischprodukte	200–360 g alle Arten	50 g Rind oder Lamm* 50 g Schwein 200 g Geflügel	800 g (60 % unverarbeitet alle Arten, 40 % verarbeitet)
* Rind- und Lammfleisch können mit Schweinefleisch ersetzt werden und vice versa. Geringe Mengen Schmalz und Speck können gelegentlich konsumiert werden, wenn Schweine- oder Rindfleisch verzehrt wird. Geflügelfleisch ist mit Eiern, Fisch oder Pflanzenprotein ersetzbar (Willett et al., 2019).			

Tabelle 1: Vergleich der SGE-Empfehlungen, der «Referenz-Ernährung» und der tatsächlich verzehrten Mengen von Fleisch und Fleischprodukten (Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV 2017a; 2017b; 2017c; Willett et al., 2019).

Nahrungsmittelproduktion identifiziert und die «Global Health Diet» mit ihren Empfehlungen zu tierischen Proteinlieferanten in deren Kontext eingeordnet.

Qualität statt Quantität

Die Befragten befürworteten eine maximal zu verzehrende Menge von 300 g Fleisch pro Woche, plädierten allerdings, entgegen der «Global Health Diet», für biozertifiziertes Rind- statt Geflügelfleisch, um regional, graslandbasiert und somit wirtschaftlich sowie ökologisch nachhaltig zu produzieren. Weiter sei Genügsamkeit unerlässlich, um ein nachhaltiges Ernährungssystem sicherzustellen. Sowohl die Akzeptanz einer begrenzten Nahrungsmittelvielfalt aus kleinen Produktionsbetrieben als auch der Fleischverzehr nach dem Nose-to-Tail-Prinzip könnten dabei einen Beitrag leisten.

Regionalität als Nachhaltigkeitsmerkmal

Die Vertretenden der Engadiner Regionalpolitik wie auch die Interviewten betonen die Wichtigkeit des Erhalts moderner, naturnaher, rindviehbetonter, extensiver und alpiner Landwirtschaft als Nachhaltigkeitsmerkmal (Amt für Landwirtschaft und Geoinformation Kanton Graubünden, 2016). Regionale Grenzen sollten sich an Ökosystemen anstatt an Landesgrenzen orientieren, sodass beispielsweise Wildfleisch, welches in Österreich geschossen und im Engadin verkauft wird, von Verbraucherinnen und Verbrauchern als «regional» anerkannt wird.

Landwirtschaftsbetriebe, die Treuhänder der Erde

Das Klimaschutzpotenzial der Landwirtschaft ist einzigartig, da sie den Ausstoss und die Entnahme von Treibhausgasen steuern kann. Die stark steigende Nachfrage nach Nahrungs- und Futtermitteln, die weltweite Unterernährung, die klimatisch bedingt weniger sichere landwirtschaftliche Produktion sowie die Verknappung von Produktionsfaktoren und die Lebensmittelverschwendung müssen von den Landwirtschaftsbetrieben in eine effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen überführt werden (Agroscope, 2017; Gregis, 2018; Grenz, Mainiero, Schoch, Sereke, Stalder, Thalmann, & Wyss, 2018; IAASTD, 2008).

Aus globalen Gegebenheiten lokale Handlungsimplikationen ableiten

Die Zusammenhänge zwischen Ernährungsmustern und Umwelteffekten müssen von allen Akteurinnen und Akteuren auf allen Ebenen des Ernährungssystems anerkannt werden, sodass auf eine grosse Transformation zugesteuert werden kann (Willett et al., 2019). Bis die Bereitschaft von Politik, Wirtschaft und Bevölkerung gereift ist, können Ernährungsfachpersonen als Facilitatorinnen und Facilitatoren fungieren und jede und jeder von uns kann den Wandel tagtäglich und mit jedem Bissen mitgestalten.

Literatur:

- Agroscope 2017. Umwelt- und ressourcenschonende Ernährung: Detaillierte Analyse für die Schweiz. Umwelt Agroscope Science, 55.
- Amt für Landwirtschaft und Geoinformation Kanton Graubünden 2016. Landschaftsqualitätsprojekt 15. Oberengadin, Projektbericht.
- Böni, R. 2013. Alpwirtschaft in der Schweiz – Status quo. Verbundprojekt AlpFUTUR – Zukunft der Sömmerungsweiden in der Schweiz.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen [BLV]. 2017. Fleischkonsum in der Schweiz 2014/15. Fachinformation_menuCH_Fleischkonsum.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen [BLV]. 2017. Getreideprodukte-, Kartoffel- und Hülsenfrüchtekonsum in der Schweiz 2014/15. menuCH_hülsenfrüchte_verzehr. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=menuCH+h%C3%BClisenfr%C3%BCchte+verzehr>. Accessed 14 December 2019.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen [BLV]. 2017. Milch- und Milchproduktekonsum in der Schweiz 2014/15. Fachinformation_menuCH_Milchkonsum.
- Gregis, B. 2018. Graslandbasierte Milchproduktion in der Schweiz. Präsentation AF 51/55, Input Chästeile/Justistal 21.09.2018, Justistal.
- Grenz, J., Mainiero, R., Schoch, M., Sereke, F., Stalder, S., Thalmann, C., et al. 2018. RISE 3.0 - Handbuch. Nachhaltigkeits-themen und -indikatoren.
- IAASTD 2008. Executive Summary of the Synthesis Report. <https://www.globalagriculture.org/fileadmin/files/weltagrabericht/IAASTDBerichte/IAASTDExecutiveSummarySynthesisReport.pdf>. Accessed 6 January 2019.
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, et al. 2019. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. The Lancet 393, 10170, 447–492.



News

Policy Paper: Outcome-Management in der Ernährung und Diätetik

Silvia Kurmann, Dozentin im Bachelor-Studiengang Ernährung und Diätetik, arbeitet seit gut einem Jahr im Professional Practice Committee der European Federation of the Associations of Dieticians (EFAD) mit. Als Hauptautorin hat sie gemeinsam mit dem Komitee ein Policy Paper zur Wichtigkeit des Outcome-Managements in der Ernährung und Diätetik publiziert. Die EFAD hat einen Konsultativsitz in der EU und der WHO inne und wird das Policy Paper dort bekannt machen. Mit diesem Engagement beteiligt sich der Fachbereich Ernährung und Diätetik aktiv an der Weiterentwicklung der Profession.

Events

Diätetik à la carte

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

Wann: 17. bis 20. sowie 24. bis 26. August 2020, 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
30. Juni 2020!**



Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik

Wann: 9. September, 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr
Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Master of Science in Ernährung und Diätetik

Wann: 18. Juni und 8. September 2020, 18.30 bis 19.30 Uhr
Anmeldung: bfh.ch/master-ernaehrung

Jetzt einsatzbereit:

Der neue Berner Schmerzscore für Neugeborene BSN-R



Prof. Dr. Eva Cignacco Müller
Co-Leiterin Fachbereich Geburtshilfe
eva.cignacco@bfh.ch



Dr. Karin Schenk
Ehemalige Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Doktorandin
Geburtshilfe
schenk.karin@gmx.ch



Lisa Walther
Master-Studentin Hebamme
lisawalther@gmx.ch



Liliane Stoffel
Pflegeexpertin
Universitätsklinik für Kinderheilkunde,
Inselspital Bern, Insel Gruppe AG
liliane.stoffelzuercher@insel.ch

Nach einer rigorosen Testung ist der Berner Schmerzscore für Neugeborene-*Revised* (BSN-R) für den klinischen Einsatz bereit. Die modifizierte Version des BSN gewichtet individuelle Kontextfaktoren wie das Gestationsalter, den Verhaltenszustand und den Beatmungsmodus stärker. So werden akute Schmerzzustände auch bei Frühgeborenen und sehr kranken Neugeborenen akkurater erkannt.

Neugeborene können Schmerzen nicht verbal ausdrücken und sind daher darauf angewiesen, dass Gesundheitsfachpersonen ihre Schmerzen erkennen, erfassen und angemessen behandeln können (Maxwell et al., 2019). Wiederholte schmerzhaft Reize können gerade bei Frühgeborenen zu chronischen Veränderungen des zentralen Nervensystems führen und motorische sowie kognitive Entwicklungsbeeinträchtigungen verursachen (Williams et al., 2020). Der zweite, revidierte Berner Schmerzscore (BSN-R) vereinfacht es Gesundheitsfachpersonen, Schmerz zu messen und sicherzustellen, dass Neugeborene ihm weniger ausgesetzt sind.

Wie alles begann

1996 entwickelten Pflegefachfrauen der Neonatologie des Inselspitals, Universitätsspital Bern, den Berner Schmerzscore für Neugeborene (BSN). Dieser hatte zum Ziel, einen möglichen akuten Schmerzzustand von Früh- und Termingeborenen zu objektivieren sowie schmerzlindernde Massnahmen zu begründen. Der BSN umfasste sieben verhaltensorientierte Indikatoren (etwa Gesichtsmimik, Weinen) und zwei physio-

logische Indikatoren. Nach seiner Validierung kam der BSN in etlichen Neonatologien in der Schweiz sowie im deutschsprachigen Raum zum Einsatz (Cignacco et al., 2004). Rückmeldungen aus der Praxis zeigten, dass die Schmerzerfassung besonders bei Frühgeborenen mit tiefem Gestationsalter schwierig war, da die Schmerzscore bei dieser Patientengruppe grundsätzlich sehr tief ausfielen (Schenk et al., 2019). Damit bestand die Gefahr der Verkennung eines möglichen Schmerzzustandes. Evidenzen wiesen zunehmend darauf hin, dass neben verhaltensorientierten und physiologischen Schmerzindikatoren auch individuelle Kontextfaktoren, wie die Berücksichtigung des Gestationsalters,

Der BSN kam in etlichen Neonatologien in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum zum Einsatz.

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	Vorwiegend entspannt, kurzes Verkneifen des Gesichts	Vermehrtes Verkneifen des Gesichts, aber auch Entspannung möglich	Permanentes Verkneifen des Gesichts	
Körperspannung	Körper entspannt	Vorwiegend entspannt, kurze Anspannung	Vorwiegende Anspannung, aber auch Entspannung möglich	Permanente Anspannung	
Herzfrequenz (bpm) Ruhezustand: -----	Ruhezustand (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)	≥ 37 0/7 Wochen	32 0/7 – 36 6/7 Wochen	28 0/7 – 31 6/7 Wochen	< 28 Wochen	
Verhaltenszustand (Baseline)	Aktiv (wach oder schlafend)	Ruhig (wach oder schlafend)			
Beatmung	Keine Beatmung	Mechanische Beatmung oder CPAP			
Gesamttotal ⇨					
Gesamttotal = Zwischentotal der Schmerzindikatoren + Score der Kontextfaktoren (wenn Zwischentotal ≥ 1).					
Frühgeborene (PMA < 37 Wochen) 0-5 Punkte = Kein Schmerz oder keine beobachtbare Schmerzäusserung ≥ 6 Punkte = Schmerz			Termingeborene (PMA ≥ 37 Wochen) 0-3 Punkte = Kein Schmerz oder keine beobachtbare Schmerzäusserung ≥ 4 Punkte = Schmerz		
(Schenk, Stoffel, Cignacco, et al., 2020)					

Abbildung 1: Der Berner Schmerzscore für Neugeborene Revised hat die Testphase bestanden und ist für die Praxis einsatzbereit.

bei der Erkennung eines möglichen Schmerzzustandes von Relevanz sind (Sellam et al., 2013). Somit zeichnete sich eine Revision des BSN ab.

BSN-R: Reduktion auf vier Schmerzindikatoren

Im Jahr 2015 wurde die Weiterentwicklung des BSN durch den Zuspruch des Schweizerischen Nationalfonds gefördert. Der BSN wurde einer psychometrischen Testung mit 154 Früh- und Neugeborenen unterzogen. In dieser methodisch sehr aufwändigen Studie wurden knapp 2 000 Videosequenzen produziert und analysiert. Es wurde eine Reduktion von neun auf vier Schmerzindikatoren (Weinen, Gesichtsmimik, Körperausdruck und Herzfrequenz) vorgenommen, die mit sehr guten psychometrischen Eigenschaften einherging (Schenk et al., 2019). In einer Substudie wurden über 40 indivi-

duelle Kontextfaktoren einer linear gemischten Regressionsanalyse unterzogen. Schliesslich einigte sich die Forschungsgruppe aufgrund der statistischen Resultate und eingehender Gespräche mit unserem klinischen Partner, der Neonatologie des Inselspitals, Universitätsspital Bern, auf die Integration von drei Kontextfaktoren in den BSN-Revised (BSN-R): das Gestationsalter, der Verhaltenszustand und die Beatmung.

Validierung des BSN-R

Der BSN-R mit vier Schmerzindikatoren und drei individuellen Kontextfaktoren lag nun vor, es fehlte jedoch eine weitere Testung zur Validierung. Im Rahmen ihrer Master-Thesis verfasste eine Studentin des Master-Studiengangs Hebamme die weitere psychometrische Testung des BSN-R (Walther, 2020). Sie führte die Ana-

lyse mit 1 026 Videobewertungen von vier unabhängigen Videoraterinnen durch. Die Ergebnisse weisen auf gute psychometrische Eigenschaften des BSN-R hin. Insbesondere bestätigt Walther (2020) die Notwendigkeit, bei Früh- und Termingeborenen unterschiedliche

des Gestationsalters als Kontextfaktor wesentlich dazu beiträgt, die Schmerzáusserung von Frühgeborenen nicht zu verkennen (Walther, 2020). Die aktuell geltende Version ist in Abbildung 1 dargelegt.

Anfang Jahr testeten Pflegefachpersonen auf Neonatologien die Nutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit des BSN-R – sie bescheinigen ihm eine gute Verständlichkeit und eine praktikable Anwendung.

Cut-Off Werte festzulegen (Toleranzwert, der festlegt, ab wann ein Testergebnis positiv bzw. negativ zu bewerten ist). Bei Frühgeborenen weist eine Punktzahl zwischen 0–5 Punkten auf keine beobachtbare Schmerzáusserung hin. Bei ≥ 6 Punkten ist von einem schmerzhaften Zustand auszugehen. Bei Termingeborenen sind 0–3 Punkte im nicht schmerzhaften Bereich während ≥ 4 Punkte auf einen Schmerzzustand hindeuten. Des Weiteren zeigt die Arbeit deutlich auf, dass die Beurteilung

Nützlichkeit und Anwendungstestung in der Praxis

Im Januar 2020 wurde der BSN-R mit den Kontextfaktoren auf dessen Nutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit in der Neonatologie des Inselspitals, Universitätsspital Bern, und in der Klinik für Neonatologie des Universitätsspitals Zürich mit einzelnen Pflegefachpersonen getestet. Diese letzte Testphase verweist auf eine sehr gute Verständlichkeit der einzelnen Indikatoren, auf einen einfachen Bewertungsmodus und auf eine sehr praktikable Anwendung. Wichtig war die Rückmeldung, dass die Messung mittels BSN-R wenig Zeit in Anspruch nimmt, so dass die Hürde für dessen Anwendung in der Klinik sehr gering sein wird.

Anwendung des BSN-R

Schritt 1: Baseline-Messung: Bei Schichtbeginn/Antrittskontrolle den Zustand des Kindes mit dem BSN-R einschätzen.

Schritt 2: Bei Verdacht auf einen akuten Schmerzzustand die ersten vier Indikatoren (Weinen, Gesichtsmimik, Körperspannung, Herzfrequenz) einschätzen. Zwischentotal berechnen.

Schritt 3: Bei einem Zwischentotal von ≥ 1 Punkt sind die Kontextfaktoren zu bewerten und ein Gesamttotal zu berechnen.

Schritt 4: Bei Frühgeborenen <37 Wochen ist bei einem Total-Scorewert von ≥ 6 Punkten an einen schmerzhaften Zustand zu denken und in erster Linie sind nicht-pharmakologische schmerzlindernde Massnahmen zu ergreifen. Überprüfung der Effektivität der Massnahme innert 15' – 30' nach Intervention wiederum mit dem BSN-R. **Bei Termingeborenen ≥ 37 Wochen** ist bei einem Total-Scorewert von ≥ 4 Punkten an einen schmerzhaften Zustand zu denken und in erster Linie sind nicht-pharmakologische schmerzlindernde Massnahmen zu ergreifen. Überprüfung der Effektivität der Massnahme innert 15' – 30' nach Intervention wiederum mit dem BSN-R.

Der BSN-R mitsamt dem Manual kann unter folgendem Link kostenlos heruntergeladen werden: bfh.ch/berner-schmerzscore

Literatur:

- Cignacco, E., Mueller, R., Hamers, J.P., & Gessler, P. (2004). Pain assessment in the neonate using the Bernese Pain Scale for Neonates. *Early Human Development*, 78(2), 125-131. doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.001.
- Maxwell, L. G., Fraga, M. V., & Malavolta, C. P. (2019). Assessment of pain in the newborn: An update. *Clinic in Perinatology*, 46(4), 693-707.
- Schenk, K., Stoffel L., Bürgin, R., Stevens, B., Bassler, D., Schulzke, et al. (2019): The influence of gestational age in the psychometric testing of the Bernese Pain Scale for Neonates. *BMC Pediatrics*, 19(1), 1-21. doi:10.1186/s12887-018-1380-8.
- Sellam G., Engberg, S., Denhaerynck, K., Craig, K.D., & Cignacco E. (2013): Contextual factors associated with pain response of preterm infants to heel-stick procedures. *European Journal of Pain*, 17(2), 255-263. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00182.x.
- Walther, L. (2020). Validierung des revidierten Berner Schmerzscore für Neugeborene (BSN-R) mit den neu definierten individuellen Kontextfaktoren. Unpublizierte Masterthesis, Departement Gesundheit, Fachbereich Geburtshilfe, Berner Fachhochschule.
- Williams, D. W., & Duncan Lascelles, B. (2020). Early neonatal pain – A review of clinical and experimental implications on painful conditions later in life. *Frontiers in Pediatrics*, 8 (30). doi:10.3389/fped.2020.00030.

Ihr Herz schlägt für Neues



Therese Damke-Schranz freut sich auf ihre neuen Aufgaben als Leiterin des Bachelor-Studiengangs Hebamme und als Co-Leiterin des Fachbereichs Geburtshilfe.

Therese Damke-Schranz wechselt im Sommer von der Lindenhofgruppe zur Berner Fachhochschule. Fundierte Praxiserfahrung als Hebamme, Hebammenexpertin und zuletzt als stellvertretende Bereichsleiterin Pflege der Gynäkologie/Geburtshilfe zeichnet sie aus. Auch mit der BFH ist sie bestens vertraut. Sie übernimmt hier die Leitung des Bachelor-Studiengangs Hebamme.

Interview:
Janine Jeker
Kommunikation
janine.jeker@bfh.ch

Therese Damke-Schranz ist eigenständig, selbstbewusst und professionell. Und so wirkt sie auch beim nachfolgenden Interview: offen, redegewandt und voller Tatendrang! Ab 1. Juni 2020 leitet Therese Damke-Schranz den Bachelor-Studiengang Hebamme an der Berner Fachhochschule Gesundheit. Zusätzlich übernimmt sie gemeinsam mit Eva Cignacco Müller die Co-Leitung des Fachbereichs Geburtshilfe.

«Eine Hebamme muss wissen, was sie selbst entscheiden und durchführen kann, aber auch, wann sie an ihre Grenzen stösst und wo sie sich Unterstützung holt.»

Therese Damke-Schranz

Die klugen Köpfe der BFH

«Mit klugen Köpfen aus verschiedenen Berufsfeldern zusammenarbeiten, die wie Sie etwas bewegen wollen.» Dieser Ausschnitt aus dem Stelleninserat der BFH hat Therese Damke-Schranz überzeugt. «Die klugen Köpfe gefallen mir», erzählt sie lachend. Es sei ihr wichtig,

Dinge von verschiedenen Seiten zu betrachten und diese auch einmal unkonventionell anzugehen.

An der Universität Basel absolvierte Therese Damke-Schranz den Master of Science in Nursing mit der Vertiefungsrichtung Research. Im Rahmen der Studierendenbetreuung kam sie ein erstes Mal in Kontakt mit der BFH und absolvierte hier auch ein Forschungspraktikum und den CAS Clinical Assessment. Die Zusammenarbeit und den Austausch mit der BFH hat Therese Damke-Schranz stets geschätzt. «In Bezug auf Lehre und Forschung ist die BFH ein wichtiger Gradmesser», meint sie. Für die Weiterentwicklung der Praxis sei es wichtig, zu wissen, was die Studierenden in der Theorie lernten und wo Unterschiede zur Praxis lägen. Eine aktive Zusammenarbeit zwischen Lehre und Praxis förderten zum Beispiel die gemeinsamen Projekte der Akademie-Praxis-Partnerschaften (APP).

Qualität in der Ausbildung

«Ich habe mich in meiner Laufbahn immer für die Themen von Studierenden interessiert», sagt Therese Damke-Schranz, die während zehn Jahren Ausbildungsverantwortliche im Engeriedspital war. Um am Puls der Zeit zu bleiben, hat sie sich stetig weitergebildet und wei-

terentwickelt. Sie organisierte Praktika für Hebammen, verantwortete Transfercoachings und Lernbegleitungen. Dabei unterrichtete sie Hebammen direkt «am Bett». «Eine Hebamme», so der Anspruch Damke-Schranz' an das Bachelor-Studium Hebamme, «soll in der Ausbildung so ausgerüstet und befähigt werden, dass sie sich selbst und die Situation, in der sie sich befindet, genau einschätzen kann. Sie muss wissen, was sie selbst entscheiden und durchführen kann, aber auch, wann sie an ihre Grenzen stösst und wo sie sich Unterstützung holt.» Schwierige Entscheidungen sollten nicht leichtfertig, sondern überlegt und verantwortungsvoll getroffen werden. «Dies sind für mich essenzielle Qualitätsfaktoren in der Ausbildung einer Hebamme», erklärt Therese Damke-Schranz.

Horizontenerweiterung

Ein Master-Studium zu absolvieren, bedeutet für Therese Damke-Schranz keine Entfernung von der eigentlichen Hebammentätigkeit. Zwar habe eine Hebammenexpertin Aufgaben, die ausserhalb des Wochenbetts und Gebärsaals angesiedelt sind – beispielsweise bringen ca. 25 % der Frauen eine Komorbidität wie Diabetes oder Rheuma mit in die Schwangerschaft – dort aber füllten Hebammenexpertinnen mit ihrem erweiterten Wissen und ihren vertieften Kompetenzen wichtige Versorgungslücken. «Um neue Betreuungsmodelle zu schaffen, braucht es Hebammen mit einem Master-Abschluss. Pionierinnen und Pioniere, die initiativ handeln, indem sie Schlüsselrollen in der Gesundheitsversorgung entwickeln und übernehmen. Die Interdisziplinarität steht dabei im Zentrum», so Therese Damke-Schranz.

Die Abwechslung macht den Flow

Geprägt wurde Therese Damke-Schranz nicht nur von ihrer Ausbildung und ihrer bisherigen Praxistätigkeit, sondern auch von ihrer Familie. Bereits mit acht Jahren teilte sie sich mit ihren zwei Geschwistern verschiedene «Ämtli» im Haushalt. Beide Eltern arbeiteten damals Vollzeit. Sie sei dadurch sehr früh selbstständig geworden. Ihre ältere Schwester, die ebenfalls im Gesundheitswesen tätig ist, bewegte sie schliesslich dazu, Hebamme zu werden.

Therese Damke-Schranz mag die Abwechslung. Regel-



Therese Damke-Schranz ist eine Teamplayerin.

recht im «Schaffensrausch» ist sie, wenn über Nacht neue Ideen aufblitzen, die sie dann als Teamplayerin mit ihren Kolleginnen und Kollegen teilt. Auch in ihrer Freizeit probiert Therese Damke-Schranz mit grossem Vergnügen Neues aus, so ist sie gerne kreativ in der Küche und schafft etwa immer wieder neue Variationen ihres Lieblingsgerichts Riz Casimir.

«Um neue Betreuungsmodelle zu schaffen, braucht es Hebammen mit einem Master-Abschluss. Pionierinnen und Pioniere, die initiativ handeln, indem sie Schlüsselrollen in der Gesundheitsversorgung entwickeln und übernehmen.»

Therese Damke-Schranz

Eine Runde «Entweder-oder» mit Therese Damke-Schranz

1. Buch oder Netflix?

Buch – gerne am Abend im Bett

2. Rücken- oder Seitenschläferin?

Bauchschläferin

3. Coffee to go oder gemütliches Frühstück?

Coffee, aber nicht to go – ein einzelner unter der Woche und am Wochenende gerne ein gemütliches Frühstück

4. Bügeln oder Staubsaugen?

Bügeln. Staubsaugen übernimmt mein Mann.

5. Vegan oder Chateaubriand?

Chateaubriand

6. Zalando oder Shoppingcenter?

Lädli in der Altstadt von Bern

Zukunftsausblick

Für die Zukunft des Hebammenberufs wünscht sich Therese Damke-Schranz einen guten Mittelweg im Spannungsfeld zwischen Forschung und Praxis. Hier bestehe aktuell noch eine Lücke, welche das Risiko berge, dass neue Erkenntnisse nicht in den Studiengang sowie in die Praxis implementiert werden könnten. Dies weil die Einbindung zu aufwändig sei und zusätzliche Kosten entstünden. Diese Kontroverse sollte nach Meinung von Therese Damke-Schranz aber möglichst klein sein.

Als Vorgesetzte möchte Therese Damke-Schranz gemeinsam mit ihren Kolleginnen und Kollegen weiterkommen. «Die Mitarbeitenden sollen in einem guten Arbeitsumfeld kompetent und motiviert wirken können», so Damke-Schranz. Es sei ihr wichtig, zu erkennen, wer was brauche, um die gemeinsamen Ziele erreichen zu können.



News

Neue Leitung im Bachelor-Studiengang Hebamme

Am 1. Juni 2020 übernimmt Therese Damke-Schranz die Leitung des Bachelor-Studiengangs Hebamme. Mit ihrer umfassenden Berufserfahrung, ihrem grossen Netzwerk und ihren fundierten wissenschaftlichen Kenntnissen bringt Therese Damke-Schranz optimale Voraussetzungen für die Studiengangsleitung mit. Ebenfalls übernimmt Therese Damke-Schranz gemeinsam mit Prof. Dr. Eva Cignacco-Müller die Co-Leitung des Fachbereichs Geburtshilfe. Lesen Sie mehr über Therese Damke-Schranz auf S. 27.

Erfolgreiche Doktoratsverteidigung

Am 11. Dezember 2019 hat Dr. Karin Schenk, Doktorandin der Angewandten Forschung und Entwicklung Geburtshilfe, erfolgreich ihre Dissertation «The Consideration of Individual Contextual Factors in Neonatal Pain Assessment: Validation and Revision of the Bernese Pain Scale for Neonates» an der Fakultät für Psychologie der Universität Basel mit dem Prädikat «Insigni cum laude» verteidigt. Es ist das erste Doktorat des Fachbereichs Geburtshilfe in Kooperation mit der Universität Basel.

Referat «Entwicklung neuer Gesundheitsversorgungsmodelle durch Advanced-Practice-Hebammen: Der MSc Hebamme an der Berner Fachhochschule»

Prof. Dr. Eva Cignacco-Müller, Co-Leiterin Fachbereich Geburtshilfe, hat an der 5. Internationalen Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften am 13. und 14. Februar 2020 in Bochum vor internationalem Publikum ein Referat gehalten mit dem Titel «Entwicklung neuer Gesundheitsversorgungsmodelle durch Advanced-Practice-Hebammen: Der MSc Hebamme an der Berner Fachhochschule (BFH) – Ein Bildungskonzept für die Zukunft». Hier können Sie sich das Referat anschauen: bfh.ch/master/hebamme

Events

Versoben: Fachtagung Geburtshilfe «Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe»

Was ist stärker zu gewichten: die Schutzwürdigkeit des heranwachsenden Embryos oder die Selbstbestimmung der Frau? Klassische ethisch-moralische Fragen

wie diese prägen den klinischen Alltag in der geburts-hilflichen Versorgung. Durch die fortschreitende Medizinaltechnologie stellen sie sich zudem immer wieder neu. Ethisch-moralische Debatten tangieren darüber hinaus auch das Verhältnis zwischen der Frau, ihren Angehörigen und den Fachpersonen. Diesen verschiedenen Facetten widmet sich die 5. Fachtagung Geburtshilfe. Aufgrund der Corona-Pandemie haben wir die Fachtagung vom 12. Juni 2020 auf den 8. Oktober 2021 verschoben.

Wann: 8. Oktober 2021

Wo: Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

Informationen & Anmeldung: bfh.ch/gesundheits

Noch dieses Jahr mit dem
Master-Studium starten?
Anmeldefrist
verlängert bis zum
30. Juni 2020!



Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Bachelor of Science Hebamme

Wann: 9. September, 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Bachelor of Science Hebamme für dipl. Pflegefachpersonen

Wann: 11. Juni 2020, 16.45 bis 17.45 Uhr; 9. September, 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheits/bachelor

Master of Science Hebamme

Wann: 16. Juni, 15. September, 13. Oktober, 17. November und 15. Dezember 2020, Online-Präsentationen

Anmeldung: bfh.ch/master-hebamme

«Mit Clinical Assessment schöpft die Pflege ihr Potenzial aus»



Carla Jordi ist Leiterin Pflegedienst und Mitglied der Geschäftsleitung im Spital Thun.

Benjamin D. Rapphold ist Pflegeexperte im Spital Thun und Dozent im Bachelor-Studiengang Pflege an der Berner Fachhochschule BFH.

Mit dem Clinical Assessment können Pflegefachpersonen durch eine situationsangepasste Anamnese und eine körperliche Untersuchung klinische Veränderungen des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten frühzeitig erkennen, einschätzen, beschreiben und falls nötig Massnahmen einleiten. Das Projekt «P-CLASSE» fördert das Clinical Assessment im Spital Thun und zielt darauf ab, dieses als eigenständigen Bereich der klinischen Pflege zu etablieren.

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

Interviewerin: Im Spital Thun wird das Clinical Assessment systematisch gefördert und soll langfristig als eigenständiger Bereich der klinischen Pflege etabliert werden. Wie ist diese Idee entstanden?

Carla Jordi: Einerseits steigen die Anforderungen an die Pflege in Akutspitälern: Durch die Zunahme von betagten, multimorbiden und chronischen Patientenprofilen nimmt die Komplexität der Betreuung zu. Andererseits muss die Pflege auch die Möglichkeit haben, ihr Potenzial richtig auszuschöpfen. Ziel ist, klinische Veränderungen an den Patientinnen und Patienten

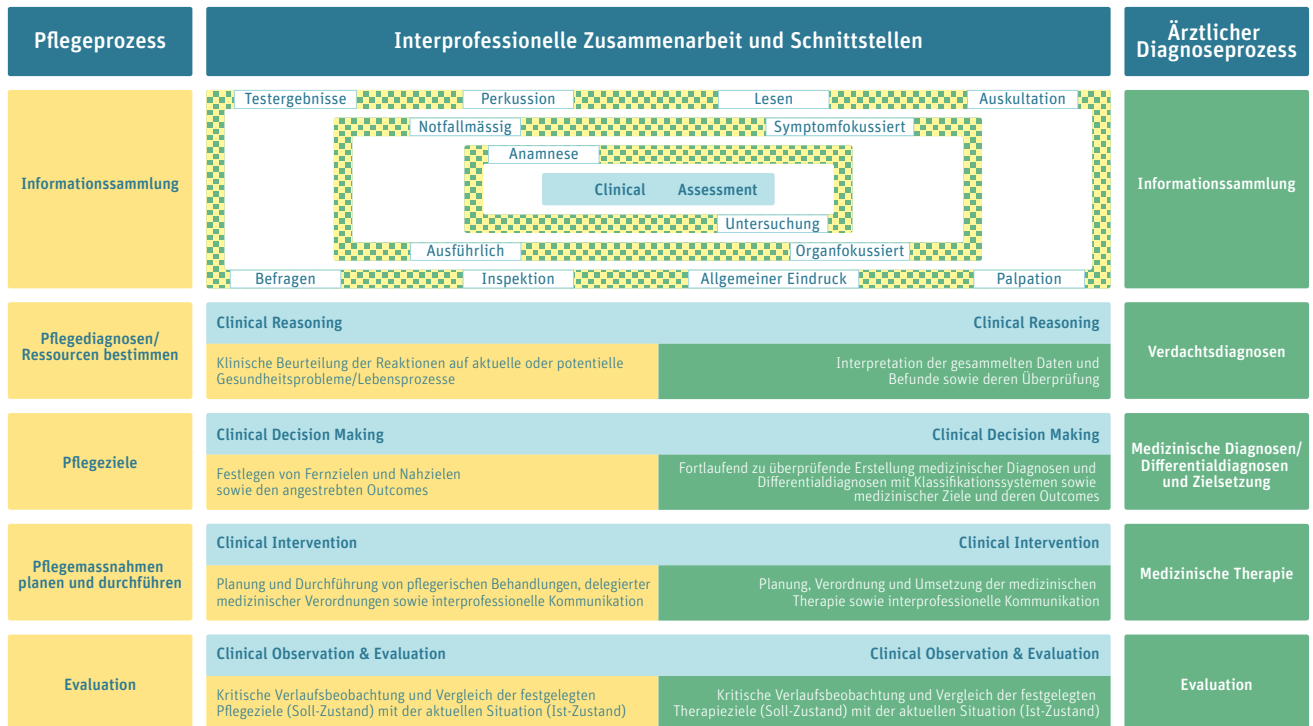
frühzeitiger zu erkennen und danach in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten und auch anderen Gesundheitsprofessionen die Behandlungsqualität zu verbessern.

I: Inwiefern eignet sich gerade das Clinical Assessment für mehr Verantwortung der Pflege?

Benjamin D. Rapphold.: Das Clinical Assessment fördert aus pflegerischer Sicht eine ganzheitliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten. Es befähigt die Pflegefachpersonen, Veränderungen des Gesundheitszustands ihrer Patientinnen und Patienten frühzeitig und vor allem systematisch zu erkennen und Dringlichkeiten einzuschätzen. Wenn beispielsweise Pflegefachpersonen die Auskultation der Lunge bei einem Patienten mit einer Pneumonie im Verlauf vornehmen, bietet die erweiterte Datenbasis eine fundierte Einschätzung der Situation und ermöglicht, schon früh die Behandlungsqualität zu verbessern. Somit ist das Clinical Assessment eine ideale Ergänzung zum üblichen Pflegeprozess und bewirkt, dass nicht nur die Probleme, sondern auch die Ressourcen miteinbezogen werden.

«Es geht um einen Paradigmenwechsel.»

Carla Jordi



Quelle: Rapphold, B.D., Schnabel, E., Conti C., Zurbrugg, H. & Zweifel, A. (2019). Modell Clinical Assessment im Pflegeprozess und ärztlichen Diagnoseprozess. Unveröffentlichter Artikel. Berner Fachhochschule Gesundheit & Spital STS AG, Bern.

Abbildung 1: Das Modell zeigt die Aufgaben des Pflegeprozesses, des ärztlichen Diagnoseprozesses und wo Synergiepotenzial vorherrscht.

C. J.: Zentral ist im Clinical Assessment auch, dass die Befunde fachsprachlich und differenziert beschrieben, dokumentiert und kommuniziert werden können – sowohl intra- als auch interprofessionell. Diese fachlich kompetente Kommunikation auf Augenhöhe erleichtert und fördert die gemeinsame Zusammenarbeit sehr. Das Pflegepersonal ist jene Bezugsgruppe im Spital, die am nächsten und längsten bei den Patientinnen und Patienten ist. Durch das Clinical Assessment wird die Patientin, der Patient noch besser gehört und die Wirksamkeit ebenso wie die Zweckmässigkeit der Pflege erhöhen sich deutlich.

I: Wie gehen Sie im Projekt «P-CLASSE» vor?

C. J.: Das Projekt ist insgesamt in drei Arbeitspakete unterteilt. Eine erste, ganz wichtige Phase umfasste viele Vorgespräche mit der Ärzteschaft, aber auch mit dem Management, der Bildung und mit den Stationsleitungen. Wir wollten uns von allen im Spital beteiligten Akteurinnen und Akteuren die Unterstützung abholen, denn es geht hier um einen bedeutenden Paradigmenwechsel. Darum mussten wir auch behutsam vorgehen; ein bisschen wie Tango tanzen: zwei Schritte vorwärts, einer auf der Stelle. Aktuell befinden wir uns in der Umsetzungsphase. Eine dritte Phase dient schliesslich der Evaluation, die in Zusammenarbeit mit der Angewandten Forschung und Entwicklung Pflege der BFH durchgeführt wird.

B. R.: Die Förderung des Clinical Assessments setzt gezielt bei Bachelor-Studierenden der Pflege, bei Berufsbildenden und bei diplomierten Pflegefachpersonen an. Erstere werden an acht ganzen Tagen während ihres Praktikums an die verschiedenen Bereiche des Clinical Assessments, beispielsweise Lunge oder Herz-Kreislauf-System, herangeführt. Sie erleben interprofessionelle Fallbesprechungen, erhalten Theorieinputs und lernen dann, die praktischen Fertigkeiten einzusetzen. Dies führen wir zuerst supervidiert in der Lernwerkstatt und dann direkt an den Patientinnen und Patienten auf den Abteilungen durch. Berufsbildende und diplomierte Pflegefachpersonen, welche das Clinical Assessment noch nicht erlernt haben, werden einen Fachkurs an der BFH absolvieren. In den nächsten fünf Jahren wird das 60 Personen betreffen. Darüber hinaus werden mehrmals im Jahr spezifische interne Refresher-Kurse, interprofessionelle Fallbesprechungen sowie gezielte Fortbildungen stattfinden. Damit dies möglich ist, wird eine herausragende Arbeit seitens der Bildung Pflege und der Expertise Pflege geleistet, was einfach grossartig ist.

«Durch das Clinical Assessment wird die Patientin, der Patient noch besser gehört und die Wirksamkeit ebenso wie die Zweckmässigkeit der Pflege erhöhen sich deutlich.»

Carla Jordi



Benjamin D. Rapphold setzt sich für einen Theorie-Praxis-Transfer ein.

I: Was ist das Innovative am Projekt «P-CLASSE»?

B. R.: Das Projekt zeichnet sich durch einen ausgeprägten Theorie-Praxis-Transfer aus. Die Pflegefachpersonen, Berufsbildenden und Studierenden erhalten ihre Kompetenzen für das Clinical Assessment an der BFH und/oder intern, entwickeln sie weiter und wenden sie danach optimal in der Praxis an. Wir machen damit einen «closed loop» und ermöglichen – einfach gesagt – der Pflege das zu tun, was sie eben auch kann. Wir sehen darin einen natürlichen und selbstverständlichen Teil der Pflege.

C. J.: Wir holen die Pflegefachpersonen, Berufsbildenden und Studierenden bei ihren Kompetenzen ab. Wir sehen ihr Potenzial und wollen, dass dieses voll ausgeschöpft wird. Dabei legen wir grossen Wert darauf, dass wir alle Generationen einbeziehen und früh den Dialog mit den diversen Anspruchsgruppen suchen. Dadurch fördern wir insbesondere die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit.

I: Welches sind die Voraussetzungen, damit ein solches Projekt erfolgreich umgesetzt werden kann?

C. J.: Eine gute Kommunikation ist immens wichtig. Von Beginn an haben wir kommuniziert, welcher Mehrwert durch die Pflege im Clinical Assessment langfristig für die Patientin, den Patienten aber auch für die Fachkräfte entsteht. In unserem Modell, das wir gemeinsam mit der BFH entwickelt haben, zeigen wir auf, welche Aufgaben zum Pflegeprozess gehören, welche dem ärztlichen Diagnoseprozess angegliedert sind und wo die

Synergien liegen (vgl. Abbildung 1). Auf dieser Grundlage wollen wir das Verständnis transportieren, dass die Pflege nicht der verlängerte Arm der Ärzteschaft ist, sondern eigenständig im Rahmen ihrer Profession handelt. Pflege und Ärzteschaft tragen gemeinsam Verantwortung für das Wohl der Patientinnen und Patienten.

B. R.: Im Spital Thun sind die Bedingungen ideal, das heisst, wir haben schlanke Prozesse und kurze Wege. Insbesondere ist die Pflege im Spital Thun autonom und gleichberechtigt in der Geschäftsleitung, wie es etwa die Ärzteschaft ist. Dies sollte heutzutage eigentlich selbstverständlich sein, ist aber leider nicht überall so umgesetzt.

I: Wer wird vom Projekt «P-Classe» profitieren?

B. R.: In erster Linie werden die Patientinnen und Patienten vom Clinical Assessment profitieren, weil die Pflegefachpersonen, die Berufsbildenden und die Bachelor-Studierenden Pflege mehr Sicherheit in der strukturierten Analyse von klinischen, patientenorientierten Fragestellungen erwerben. Dies wird sich positiv auf die Patientenzufriedenheit und auf die Versorgungsqualität auswirken.

C. J.: Auch die Mitarbeitendenzufriedenheit wird steigen, weil das Potenzial und die Kompetenzen der Pflege besser ausgeschöpft werden. Und auch, weil die interprofessionelle Kommunikation an Qualität gewinnen wird. Insgesamt wird sich auch die Ausbildungsqualität am Spital Thun verbessern – was eine bedeutende Investition in der Bekämpfung des Fachkräftemangels darstellt.



Carla Jordi investiert viel in den Dialog mit allen Anspruchsgruppen.



News

Neue Leitung im Bachelor-Studiengang Pflege

Seit 1. April 2020 leitet Kaspar Küng den Bachelor-Studiengang Pflege. Gleichzeitig ist er als Pflegeexperte in der Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie am Inselspital Bern tätig und doktoriert an der Universität Bern. Die Berner Fachhochschule Gesundheit gratuliert Kaspar Küng herzlich zu seiner neuen Aufgabe.

inCLOUsiv – ein Online-Begegnungsraum während der Corona-Pandemie

Die Stiftung Pro Mente Sana und die BFH Gesundheit haben die Plattform inCLOUsiv lanciert, die Raum für Dialoge und dringliche Fragen rund um die psychische Gesundheit während der Corona-Pandemie ermöglicht. Weitere Informationen finden Sie unter: bfh.ch/gesundheit

Herzliche Gratulation

Wir gratulieren Dr. Friederike J.S. Thilo, Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege, herzlich zum Erlangen der Doktorinnenwürde! Unter Supervision von Prof. Dr. Jos Schools, Associate Prof. Ruud Halfens und Prof. Dr. Sabine Hahn erforschte sie das Thema «Ageing in Place Safely. Lessons Learnt From a Multi-perspective Immersion Into the Use and Non-use of Personal Safety Alerting Devices».

Events

Verschoben: QuPuG Summer of Science

Die Veranstaltung wurde ins Jahr 2021 verschoben.

Wann: 12. bis 15. Juli 2021

Wo: Universität Wien, Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaften

Informationen & Anmeldung: www.pflegenetz.at

Verschoben: 19th European Doctoral Conference in Nursing Science (EDCNS)

Die Veranstaltung wurde ins Jahr 2021 verschoben.

Wann: 10. bis 11. September 2021

Wo: Lindenhof, Bremgartenstrasse 117, 3001 Bern

Informationen & Anmeldung: bfh.ch/gesundheit

Noch dieses Jahr mit dem
Master-Studium starten?
Anmeldefrist
verlängert bis zum
30. Juni 2020!



Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Bachelor of Science in Pflege

Wann: 16. Juni (online), 9. September, 21. Oktober und 2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Weitere Bachelor of Science

– Teilzeit für FaGe/FaBe

– berufsbegleitend für diplomierte Pflegefachpersonen

– Bachelor-Studium Hebamme – verkürztes Teilzeitstudium für diplomierte Pflegefachpersonen

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Master of Science in Pflege

Wann: 18. Juni, 20. August, 30. September, 22. Oktober und 12. November 2020, ab 17.15 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/master-pflege

Expertinnen und Experten für die Schmerzphysiotherapie



Dr. scient. med. Kay-Uwe Hanusch
Abteilungsleiter Physiotherapie
Spital Emmental
kay-uwe.hanusch@spital-emental.ch

Im September 2020 startet im Master-Studiengang Physiotherapie der neue Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie. Die Absolventinnen und Absolventen werden eine wichtige Versorgungslücke schliessen – bislang fehlte es an Fachpersonen, die Schmerzen adäquat analysieren und interpretieren sowie entsprechende Behandlungskonzepte entwickeln konnten.

Etwa 16 % der Schweizer Bevölkerung leiden unter chronischen Schmerzen. Chronische Schmerzen in Kombination mit Depressionen zählen bei muskuloskeletalen Erkrankungen zu der häufigsten Multimorbidität, welche mit besonders hohen Krankheitskosten verbunden ist (Gesundheitsobservatorium, 2015). Bei der besagten Patientengruppe besteht ein grosser und zukünftig steigender Versorgungsbedarf. Daher definierte die World Health Organization (WHO) in der aktuellen ICD-Version nun erstmalig chronische Schmerzzustände als eine eigenständige Erkrankung und legte die Erfassung und Co-

dass sich Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit Patientinnen und Patienten, welche an einer Schmerzerkrankung leiden, auf teilweise unbekanntes Terrain einlassen müssen. Der muskuloskeletale Bereich ist für viele Physiotherapeutinnen und -therapeuten greifbar, plausibel und reproduzierbar – ganz anders als eine Schmerzerkrankung. Hier fehlt den Physiotherapeutinnen und -therapeuten zum einen an Sicherheit, um die Behandlungssituation richtig einzuschätzen, und zum anderen an adäquaten Behandlungsoptionen, um die Schmerzerkrankungen positiv zu beeinflussen. Im neuen Schwer-

Schmerzphysiotherapeutinnen und -therapeuten schützen Patientinnen und Patienten mit Schmerzerkrankungen vor unnötigen Behandlungen, so werden Therapieausweitungen vermieden und das Gesundheitswesen erfährt Entlastung.

dierung der häufigsten und klinisch relevanten Gruppen der Schmerzzustände fest (Diagnoseschlüssel ICD-11) (Medinside, 2020). Die nationalen und internationalen Schmerzgesellschaften fordern im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team zur Behandlung von Schmerzerkrankungen. Die Physiotherapie wird dabei als essenzieller Bestandteil betrachtet. Viele Physiotherapeutinnen und -therapeuten tun sich aber erfahrungsgemäss noch sehr schwer im Umgang mit dieser speziellen Patientengruppe und fühlen sich verunsichert. Dies mag daran liegen,

punkt Schmerzphysiotherapie (Vollzeit oder berufsbegleitend) des Master-Studiums Physiotherapie an der Berner Fachhochschule Gesundheit bilden wir Expertinnen und Experten aus, die sich der Herausforderung stellen und künftig diese Versorgungslücke schliessen können.

Schmerzerkrankungen differenzieren, Behandlungskonzepte entwickeln

Grundsätzlich ist das Master-Studium Physiotherapie mit Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie sehr praxisorientiert aufgebaut und entspricht einem klinischen Trans-

fer nach den Aspekten der Implementierungsforschung. Die Studierenden erfahren, wie nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Schmerzerkrankungen entstehen und wie diese zwischen chronisch, psychosomatisch, neuropathisch u. a. differenziert werden können. Zudem erwerben die Studierenden Kompetenzen, um Schmerzen qualitativ und quantitativ sowie subjektiv und objektiviert zu analysieren und zu interpretieren. Die Studierenden erarbeiten demnach die Fähigkeit, Behandlungskonzepte im Rahmen interdisziplinärer bzw. interprofessioneller Schmerzteams zu erstellen und zu triagieren. Dabei wird eine ausgewogene Mischung passiver, aktiver und edukativer Therapiemaßnahmen thematisiert, untersucht und diskutiert. Die erarbeiteten Skills zu den elektrophysiologischen und thermischen Interventionen, zum graduierten Bewegungstraining, beispielsweise zu Graded Motor Imagery (GMI), können dann direkt in die klinische Praxis übertragen werden. Des Weiteren sind die Absolventinnen und Absolventen in der Lage, als Expertinnen und Experten in Schmerzphysiotherapie für diesen Fachbereich entsprechende Forschungsfragen zu entwickeln und zu bearbeiten.

Nutzen für Patientinnen, Patienten und Entlastung für das Gesundheitswesen

Ein bekanntes Problem bei Schmerzerkrankungen sind unkontrollierte Therapieausweitungen, welche das Gesundheitswesen sowie auch die Patientinnen und Patienten erheblich belasten. Ein triagiertes Behandlungskonzept, bestehend aus Schmerzmedizin, Schmerz- edukation und Schmerzphysiotherapie, kann als ein zukunftsorientierter Lösungsansatz betrachtet werden, um diese Patientengruppe zu entmedizinieren. Die Schmerzphysiotherapie mit ihren nicht-pharmakologischen und nicht-interventionellen Skills zur Schmerztherapie spielt eine wichtige Rolle bei der Erreichung einer neuen Schmerztoleranz der besagten Patientinnen und Patienten. Dabei stehen das Erleben, Wahrnehmen und das

eigene Körpervertrauen im Fokus der Schmerzphysiotherapie. Alle an dieser Triage Beteiligten thematisieren die Schmerzerkrankung in der Anwendung ihrer Kompetenzen und erfüllen somit die geforderten Bereiche des bio-psycho-sozialen Modells. Durch diesen konzeptiven Lösungsansatz werden Patientinnen und Patienten mit Schmerzerkrankungen vor unnötigen Behandlungen geschützt, Therapieausweitungen vermieden und folgend wird das Gesundheitswesen entlastet.

Vielseitige Arbeitsfelder

Die zukünftigen Arbeitsfelder von Expertinnen und Experten für Schmerzphysiotherapie sind vielseitig. Die Absolventinnen und Absolventen werden als wichtiger Baustein in der Behandlungstriage bestehender klinischer und interventioneller Schmerzzentren gesehen. In diesen Schmerzzentren kann die Schmerzphysiotherapie ein konzeptives interdisziplinäres sowie interprofessionelles Behandlungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Schmerzerkrankungen anbieten. Zukünftig werden Expertinnen und Experten der Schmerzphysiotherapie unter anderem auch im Rahmen von Swiss Advanced Physiotherapy Practitioner (SwissAPP) vorbereitet, welche zusätzliche Kompetenzen erwerben und Netzwerke bilden, um ambulante Triagen zur Behandlung von Patienten mit Schmerzerkrankungen zu entwickeln. Als weiteres Arbeitsfeld eröffnet sich auch die klinische Forschung, in dem die Schmerzexpertinnen und -experten drängende Forschungsfragen zur Schmerztherapie beantworten und Therapieoptionen in Wirkung und Risiko untersuchen und publizieren.

Literatur:

- MEDINSIDE (2020). Chronische Schmerzen erzeugen hohe Kosten. Abgerufen von <https://www.medinside.ch/de/post/chronische-schmerzen-erzeugen-hohe-kosten>.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe.





News

Neue Leitung im Bachelor-Studiengang Physiotherapie

Angela Blasimann und Irene König übernehmen am 1. Juni 2020 die Co-Leitung des Bachelor-Studiengangs Physiotherapie. Aktuell absolviert Angela Blasimann das Doktoratsstudium in Antwerpen (Belgien), während Irene König in Kürze das Doktorat an der Vrije Universiteit in Brüssel (Belgien) abschliessen wird. Die BFH Gesundheit gratuliert den beiden Co-Leiterinnen herzlich zu ihrer neuen Aufgabe.

Master-Studiengang Physiotherapie: Neuer Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie

Ab Herbst 2020 können Studierende des Master-Studiums Physiotherapie erstmals den neuen Schwerpunkt Schmerzphysiotherapie (Vollzeit und berufsbegleitend) absolvieren. Sie lernen, die verschiedenen Schmerzarten von chronisch, somatoform bis neuropathisch zu differenzieren, eine Analyse der Schmerzleitung und Schmerzverarbeitung durchzuführen und diese zu interpretieren. Der Fokus in diesem Schwerpunkt liegt auf dem klinischen Transfer aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Praktiken aus dem Bereich der Schmerzforschung (lesen Sie dazu den Artikel auf S. 34). Weitere Informationen unter: bfh.ch/master-physiotherapie

Events

Guest-Lecture: Spastizität – Differentialdiagnostik und Behandlung

Mit Prof. Dr. habil. Jan Mehrholz, SRH Hochschule für Gesundheit, Deutschland.

Wann: 3. Juni 2020

Wo: Online via Livestream

Informationen: bfh.ch/physiotherapie-guest-lecture

Verschoben: Summer School – Personalised Rehabilitation: Diet and Exercise

Die vom 17. bis 21. August 2020 geplante Summer School «Personalised Rehabilitation: Diet and Exercise» wurde ins Jahr 2021 verschoben.

Wann: August 2021

Wo: University of Antwerp

Informationen: www.uantwerpen.be

Tag der offenen Tür: 10 Jahre Bern Movement Lab

Seit zehn Jahren bietet das Bewegungslabor – heute Bern Movement Lab – die infrastrukturelle Umgebung für innovative Physiotherapie-Forschung und -Lehre an der BFH Gesundheit. Das möchten wir mit Ihnen feiern!

Wann: 1. Dezember 2020

Wo: Stadtbachstrasse 64, 3012 Bern

Informationen: bfh.ch/bern-movement-lab

Noch dieses Jahr mit dem
Master-Studium starten?
Anmeldefrist
verlängert bis zum
30. Juni 2020!



Infoveranstaltungen

Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite, ob die Infoveranstaltung online oder vor Ort stattfindet.

Bachelor of Science in Physiotherapie

Wann: 9. September, 21. Oktober und

2. Dezember 2020, 16.00 bis 18.45 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/gesundheit/bachelor

Master of Science in Physiotherapie

Wann: 13. Oktober, 1. Dezember 2020, 19.00 Uhr

Anmeldung: bfh.ch/master-physiotherapie

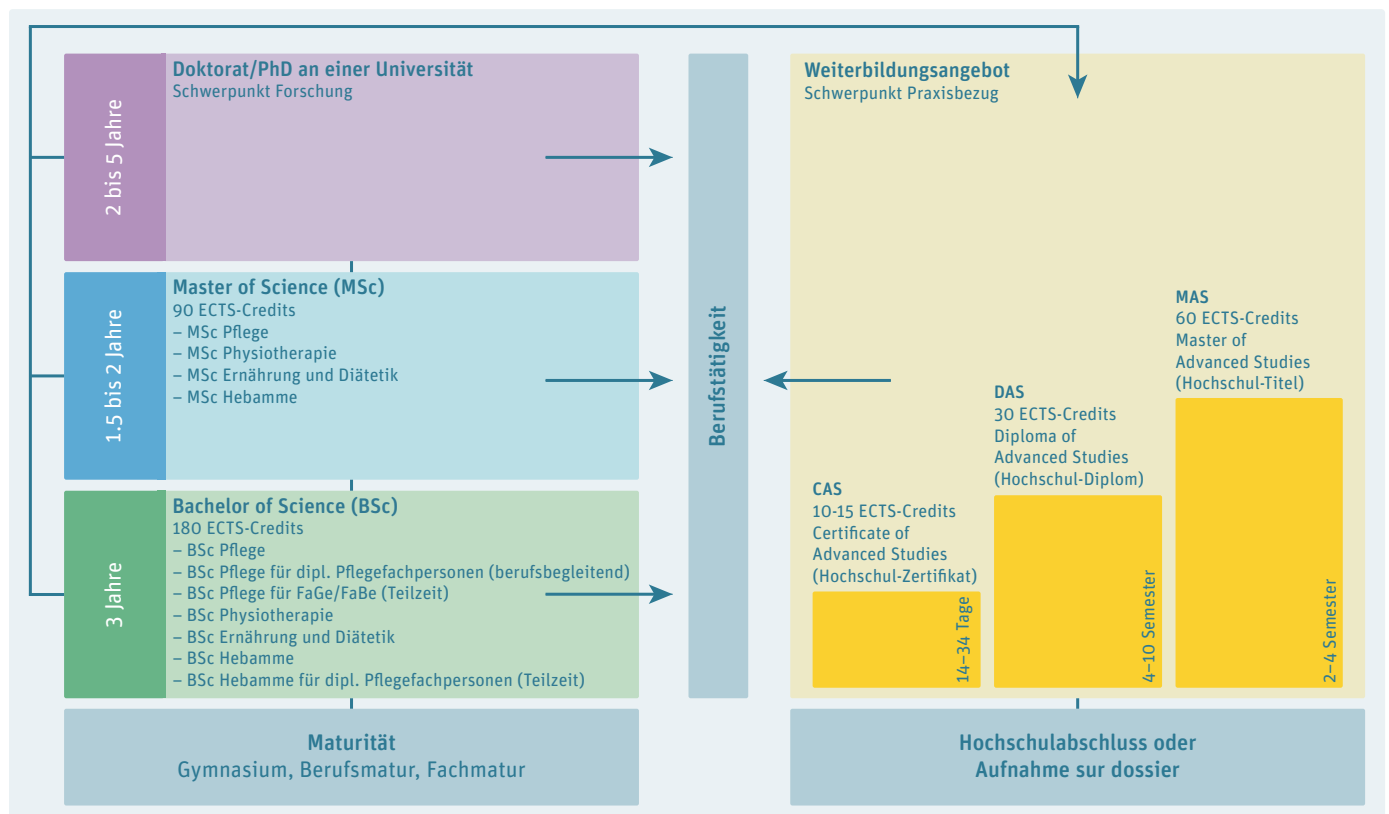
Aus- und Weiterbildungen an der Fachhochschule

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		
CAS Gesundheitsökonomie und Public Health	November 2020	12
CAS Qualität in der Medizin für die patientennahe Arbeitspraxis – Neu	September 2020	12
Fachkurs Achtsamkeit	August 2020	4
Fachkurs Echo der Kunsttherapie	November 2020	4
Fachkurs Facilitation – Veränderungen (mit)gestalten	Januar 2021	4
Fachkurs Praxisausbildung Gesundheit	Januar 2021	5
Fachkurs Statistik leicht gemacht	März 2021	4
Fachkurs Wissenschaftliches Arbeiten – Reflektierte Praxis	August 2020	5
Kurs Die eigene Gesundheit als Voraussetzung für Qualität im Gesundheitswesen – Neu	18.–20. Januar 2021	2
Kurs Die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Patientenversorgungsqualität – Neu	14.–16. Dezember 2020	2
Kurs Einbezug durch Dialog – Neu	September 2020	2
Kurs Keine Fürsorge ohne Selbstfürsorge – Neu	5. September 2020	–
Kurs Kommunikation in schwierigen Situationen – Neu	15.–17. März 2021	2

Angebot	Datum	ECTS-Credits
Kurs Massnahmen der Qualitätsverbesserung – Neu	19.–21. Oktober 2020	2
Kurs Patientensicherheit, Beurteilung von Risiken und entsprechende (präventive) Massnahmen – Neu	16.–18. November 2020	2
Kurs Soul Injury® (Basiskurs) – mit seelischen Verletzungen umgehen – Neu	20. + 27. Oktober 2020	2
Kurs Verständnis für Bedeutung und Ausweis von Qualitätsarbeit, stetige Qualitätsverbesserung im Alltag umsetzen – Neu	14.–16. September 2020	2
Kurs Von der Erfassung eines Problems zur Erarbeitung eines Qualitätsprojekts mit Hilfe von «Design Thinking» – Neu	22. + 23. Februar 2021 + 18. Mai 2021	2
Ernährung und Diätetik		
CAS Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelintoleranzen	Juni 2020	10
CAS Nutritional Assessment	August 2020	12
CAS Sporternährung	nächste Durchführung im 2021/2022	15
Kurs Ernährungstherapie bei sekundären Nahrungsmittelallergien – Neu	5. Februar 2021	–
Geburtshilfe		
CAS Still- und Laktationsberatung	September 2020	10
Fachkurs Nikotinberatung und Tabakentwöhnung – Neu	Oktober 2020	4
Fachkurs Perinatale psychische Gesundheit	nächste Durchführung im 2021	3
Fachkurs Salutogenese in Theorie und Praxis für Gesundheitsfachpersonen – Neu	August 2020	4
Physiotherapie		
MAS Physiotherapeutische Rehabilitation	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren P4P-Kurs, Fachkurs oder CAS	60
CAS Manuelle Therapie Basic	Januar 2021	10
CAS Manuelle Therapie Advanced	Januar 2022. Der CAS wird derzeit weiterentwickelt.	
CAS Reha-Training	November 2020	10
CAS Spezialistin, Spezialist Lymphologische Physiotherapie	Juni 2021	10
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Basic	Dezember 2020	5
Fachkurs Physiotherapie auf der Intensivstation Advanced	Der Fachkurs wird derzeit weiterentwickelt. Nächste Durchführung voraussichtlich Dezember 2021	
Fachkurs Neurorehabilitation Basic	Juni 2021	5
Fachkurs Pulmonale Rehabilitation	September 2020	5
P4P-Kurs Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	31. August 2020	–
P4P-Kurs Arbeitsorientierte Physiotherapie	29. Juni 2020	–
P4P-Kurs Selbstmanagement im Behandlungsprozess bei komplexen Patientinnen und Patienten gezielt fördern	28. + 29. August 2020	–
P4P-Kurs Atemtherapie im akutstationären Setting	19. + 20. Oktober 2020	–
P4P-Kurs Automobilisation – einfach und evidenzbasiert	20. + 21. August 2021	–
P4P-Kurs Beckenboden: vernachlässigt und vergessen?	30. März 2021	–
P4P-Kurs Craniomandibuläre Dysfunktionen	4. + 5. Dezember 2020	–
P4P-Kurs Elektrotherapie heute	7. August 2020	–
P4P-Kurs Erfolgreich in der peripheren Grundversorgung	14. September 2020	–
P4P-Kurs Good Practice bei chronischen Schmerzen – Neu	1. + 2. Februar 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Fussbeschwerden – Neu	17.–19. Januar 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Hand- und Ellbogenbeschwerden – Neu	8.–10. Juli 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Knie- und Hüftbeschwerden – Neu	7.–9. Februar 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Nackenschmerzen – Neu	17. + 18. Mai 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Rückenschmerzen	28. + 29. Mai 2021	–
P4P-Kurs Good Practice bei Schulterbeschwerden	5.–7. September 2021	–
P4P-Kurs Kopfschmerzen und Migräne behandeln	20. + 21. November 2020	–
P4P-Kurs Kraft Ü65 – Krafttraining für Seniorinnen und Senioren – Neu	15. + 16. März 2021	–
P4P-Kurs Körperliches Training in der Onkologie – Neu	28. + 29. Juni 2021	–
P4P-Kurs Management von Schulterbeschwerden	30. + 31. Oktober 2020	–
P4P-Kurs Manuelle Therapie der Extremitäten (Kursreihe) – Neu	Januar bis September 2021	–
P4P-Kurs Mentales Aufbautraining nach Sportverletzungen – Neu	27. + 28. November 2020	–
P4P-Kurs Physiotherapie und Mental Health Basic	4. + 5. September 2020	–

Angebot	Datum	ECTS-Credits
P4P-Kurs Physiotherapie und Mental Health Advanced – Neu	16.–18. September 2021	–
P4P-Kurs Physiotherapie und Schlaf	8. März 2021	–
P4P-Kurs Respiratorische Physiotherapie	25.–27. März 2021	–
P4P-Kurs Screening in der Physiotherapie	12. + 13. März 2021	–
P4P-Kurs Spastizität evidenzbasiert untersuchen und behandeln – Neu	4. Juni 2020	–
P4P-Kurs Supported Employment	Auf Anfrage	–
P4P-Kurs Vom Lab in die Werkstatt: Orthesen in der Physiotherapie	21. Oktober 2020	–
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 2020	12
CAS Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	September 2020	12
CAS Psychiatrische Pflege	August 2020	12
CAS Psychosomatik – Neu	Januar 2021	12
CAS Psychosoziales Caring	August 2020	12
CAS Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	September 2020	12
CAS Verbesserung der Gesundheit	November 2020	12
Fachkurs Adherencetherapie	Januar 2021	4
Fachkurs Ambulante psychiatrische Pflege	September 2020	4
Fachkurs Caring	August 2020	4
Fachkurs Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung	September 2020	4
Fachkurs Kognitive Verhaltenstherapie	November 2020	4
Fachkurs Krisen- und Kurzzeitinterventionen	August 2020	5
Fachkurs Kunst der Multimodalen Therapie – Neu	Januar 2021	4
Fachkurs Leben mit der Sucht	September 2020	4
Fachkurs Motivational Interviewing	November 2020	4
Fachkurs Menschen mit psychischen Störungen pflegen	Januar 2021	4
Fachkurs Mind & Body Care – Neu	September 2021	4
Fachkurs Prävention in der Gesundheitsversorgung	November 2020	4
Fachkurs Psychiatrie	August 2020	4
Fachkurs Psychoedukation	Januar 2021	4
Fachkurs Psychosoziale Interventionen	November 2020	4
Fachkurs Public Health	Januar 2021	4
Fachkurs Suizidprävention	Januar 2021	4
Spezialisierte Pflege		
MAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	60
DAS APN Primary Care – Neu	September 2020	30
DAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit jedem anrechenbaren Fachkurs oder CAS	30
Passerelle zum DAS Spezialisierte Pflege	Einstieg möglich mit einem Fachkurs aus dem Bereich «Spezialisierte Pflege» und/oder einem Evidence-Based-Practice-Modul	30
CAS Akut- und Notfallsituationen	November 2020	12
CAS Clinical Assessment und Decision Making	August 2020	10
CAS Clinical Research Coordinator	September 2020	10
CAS Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care	Januar 2021	16
Fachkurs Akut- und Notfallsituationen – Neu	November 2020	8
Fachkurs Clinical Assessment	August 2020	5
Fachkurs Clinical Decision Making	Januar 2021	5
Fachkurs Forensic Nursing	Januar 2021	4
Fachkurs Maternité	September 2020	5
Workshops für Angehörige		
Soll ich lachen oder weinen? Humortraining und humorvolle Auszeit	12. September 2020	–
Das geht zu weit! Aggressionen in der Familie – wie gehe ich damit um?	24. Oktober 2020	–

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