

3. Forum Bildung und Arbeitswelt, 19.3.2015

Am 19. März 2015 fand das 3. Forum «Bildung und Arbeitswelt Palliative Care» des BAG und des SBFI statt. Die diesjährige Tagung stand unter dem Motto: «Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care will gelernt und gelebt sein – je eher, umso besser!» Rund 150 Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheits- und Bildungsbereichs haben sich im Berner Bildungszentrum Pflege zusammengefunden.

Wie kaum ein anderer Bereich im Gesundheitswesen basiert Palliative Care auf Interdisziplinarität, Interprofessionalität und einem berufsübergreifenden Verständnis. Interdisziplinarität und Interprofessionalität bedingen das Zusammenführen verschiedener Teilaspekte, wodurch Ansätze, Denkweisen und Methoden verschiedener Fachrichtungen und Berufe miteinander kombiniert und somit synergetische Effekte erzielt werden.

Eine gelungene interprofessionelle Kooperation ermöglicht somit nicht nur eine optimale patientenzentrierte Behandlung und Begleitung, sondern fördert zudem den gegenseitigen und kontinuierlichen Informations-, Erfahrungs- und Wissensaustausch unter den Fachpersonen. Bereits in Studium und Ausbildung schafft das «interprofessionelle Lernen» eine wichtige Grundlage dafür.

Ziel der Tagung war es, die Entwicklung, Vernetzung und Koordination der interprofessionellen Palliative-Care-Lehre zu fördern, mögliche Herausforderungen und Grenzen zu erkennen und damit eine gute Basis für die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care zu schaffen.

Inhalt

1. Programm Forum „Bildung und Arbeitswelt Palliative Care“
2. Grusswort Dr. Bertrand Kiefer (Zusammenfassung des Vortrags von Dr. Bertrand Kiefer)
3. Interprofessionelle Palliative Care-Lehre: Pflege und Soziale Arbeit (Umsetzungsbeispiel aus dem Ausland, Prof. Dr. Maria Wasner, Professur für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungshochschule in München)
4. Ist-Analyse zur Lehre von Palliative Care in den nicht-medizinischen Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und Theologie in der Schweiz (Prof. Dr. Stefanie Becker, Leiterin Institut Alter der Berner Fachhochschule)
5. Kernkompetenzen für die allgemeine Palliative Care in der Schweiz auf der Basis von europäischen Empfehlungen (Dr.med. Claudia Gamondi, Leiterin Arbeitsgruppe SwissEduc von palliative.ch)
6. Kompetenzen der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen in der Grundversorgung der Palliative Care (Fokus Pflege (Sek II und Tertiär B), Rahel Gmür, Vertreterin der OdASanté und Peter Dolder, externer Projektleiter)
7. Palliative Care für Personen mit Behinderungen: Interdisziplinäres Bildungsangebot für die Institutionen (Catherine Hoenger, Programmverantwortliche Palliative Care im Kanton Waadt)
8. Interprofessionelle Lehre in der Palliative Care: Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit (Serge Gallant, Direktor Bildungszentrum CHUV, Lausanne)
9. Wie wird den Studierenden der Humanmedizin Interprofessionalität im Bereich der Palliativmedizin vermittelt? (Dr.med. Stefan Obrist, Verantwortlicher für das Modul Palliative Care im Rahmen des Medizinstudiums an der Universität Zürich)
10. Wie werden Palliative-Care-Kompetenzen in einer interprofessionellen Studierendengruppe vermittelt? (PD Dr.med. Sophie Pautex, Privatdozentin an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf)
11. Wie wird das Pflichtfach Palliative Care den Studierenden der Humanmedizin interprofessionell gelehrt? (Dr. med. Emmanuel Tamchès, Lehrbeauftragter für Palliativmedizin an der Universität Lausanne)
12. Wie geht es nun weiter? Take Home Message, Prof. Dr. Gian Domenico Borasio

1.

Programm Forum „Bildung und
Arbeitswelt Palliative Care“

Ort
Berner Bildungszentrum Pflege
Hörsaal (B 050) EG
Freiburgstrasse 133, 3008 Bern

Anfahrtsplan als PDF: www.bzpflege.ch/kontakt



Simultanübersetzung

Französisch-Deutsch und Deutsch-Französisch

Anmeldung unter

Bundesamt für Gesundheit – Forum Bildung und Arbeitswelt

Anmeldeschluss: 10. März 2015

Die Teilnahme ist kostenlos.

Die Teilnehmerzahl ist auf 200 beschränkt. Über eine Teilnahme entscheidet die Reihenfolge der Anmeldungen. Nach Ablauf der Anmeldefrist erhalten die Teilnehmenden eine Bestätigung.

Kontaktperson: lara.desimone@bag.admin.ch

Moderation: Cornelia Kazis (www.corneliakazis.ch)

Musikalische Begleitung: Bruno Bieri, Hang und Xang

Organisationskomitee: G.D. Borasio, L. De Simone, P. Frey, C. Gasser, R. Gmür, R. Karpf, C. Kuhn-Bänninger, L. Moser

3. Forum «Bildung und Arbeitswelt Palliative Care»

Interprofessionalität

Interdisziplinarität

19. März 2015, Bern
Berner Bildungszentrum Pflege

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

Staatssekretariat für Bildung,
Forschung und Innovation SBFI

Programm



1. Teil Vormittag

- 09 h 00 Check-in / Kaffee & Gipfeli
- 09 h 30 musikalische Einstimmung
- 09 h 40 **Begrüssung des Gastgebers**
Peter Marbet, Direktor Berner Bildungszentrum Pflege
- 09 h 45 **Eröffnung**
Cornelia Kazis, Tagesmoderatorin
- 09 h 50 **Grussworte**
Dr.med. Bertrand Kiefer, Arzt, Theologe, Ethiker, Chefredaktor der «Revue Médicale Suisse» und Direktor «Médecine et Hygiène»
- 10 h 15 **Interprofessionelle Palliative Care-Lehre: Pflege und Soziale Arbeit
Umsetzungsbeispiel aus dem Ausland**
Prof. Dr. Maria Wasner, Professur für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungshochschule in München
- 10 h 50 Kaffeepause
- 11 h 15 musikalisches Intermezzo
- 11 h 25 **Resultate einer Ist-Analyse zur Lehre von Palliative Care in den nicht-medizinischen Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und Theologie in der Schweiz**
Prof. Dr. Stefanie Becker, Leiterin Institut Alter der Berner Fachhochschule
Prof. Dr. Regula Blaser, Projektleiterin, Institut Alter der Berner Fachhochschule
- 11 h 45 **Gemeinsame erforderliche Kernkompetenzen für die allgemeine Palliative Care in der Schweiz auf der Basis von europäischen Empfehlungen**
Einführung: Dr. Catherine Gasser, BAG Co-Teilprojektleiterin Bildung und Forschung
Dr.med. Claudia Gamondi, Leiterin Arbeitsgruppe SwissEduc palliative.ch
- 12 h 05 musikalischer Ausklang
- 12 h 15 Stehlunch und informeller Austausch



2. Teil Nachmittag

- 13 h 30 **Kompetenzen der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen in der Grundversorgung der Palliative Care; Fokus Pflege (Sek II und Tertiär B)**
Rahel Gmür, Vertreterin der OdASanté und Peter Dolder, externer Projektleiter
- 13 h 50 **Palliative Care für Personen mit Behinderungen: Interdisziplinäres Bildungsangebot für die Institutionen**
Catherine Hoenger, Programmverantwortliche Palliative Care im Kanton Waadt und Laetitia Probst, Projektleiterin Lehre
- 14 h 15 **Interprofessionelle Lehre in der Palliative Care: Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit**
Serge Gallant, Direktor Bildungszentrum CHUV, Lausanne
- 14 h 45 Kaffeepause
- Interprofessionelle Palliative Care-Lehre in der Schweiz: Drei Umsetzungsbeispiele innovativer Lehrmethoden**
- 15 h 10 **Wie wird den Studierenden der Humanmedizin Interprofessionalität/ Interdisziplinarität im Bereich der Palliativmedizin vermittelt?**
Dr.med. Stefan Obrist, Verantwortlicher für das Modul Palliative Care im Rahmen des Medizinstudiums an der Universität Zürich
- 15 h 30 **Wie werden Palliative-Care-Kompetenzen in einer interprofessionellen Studierendengruppe vermittelt?**
PD Dr.med. Sophie Pautex, Privatdozentin an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf
- 15 h 50 **Wie wird das Pflichtfach Palliative Care den Studierenden der Humanmedizin interprofessionell gelehrt?**
Dr.med. Emmanuel Tamchès, Lehrbeauftragter für Palliativmedizin an der Universität Lausanne
- 16 h 10 **Wie geht es nun weiter? Take Home Message**
Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Universität Lausanne
- 16 h 25 **Schlusswort**
Dr. Catherine Gasser, BAG Co-Teilprojektleiterin Bildung und Forschung



2.

Grusswort Dr. Bertrand Kiefer

Zusammenfassung des Vortrags von Dr. Bertrand Kiefer



Zusammenfassung des Vortrags von Dr. Bertrand Kiefer

3. Forum Bildung und Arbeitswelt Palliative Care

Bern, 19. März 2015

Ich möchte zwei, drei Überlegungen zum Thema Palliative Care (PC) aus der Sicht eines fachlichen Laien vorbringen.

Grundsätzlich stellt PC eine Gegenkultur dar, die manchmal sogar ziemlich subversiv sein kann. Warum?

- Zunächst würde ich sagen, dass es kein «richtiges Sterben» gibt. Aber jede Epoche hat dennoch ihre eigene Vorstellung vom wünschenswerten Sterben. Im christlichen Westen kam es bis Mitte des 20. Jahrhunderts dann zum «wünschenswerten Sterben», wenn man Zeit hatte, sein Ende kommen zu sehen und sich im Kreise seiner Angehörigen und mit den gewünschten Sakramenten darauf vorzubereiten. In der heutigen Gesellschaft ist der ideale Tod dagegen ein plötzlicher, den man nicht kommen sieht. Man möchte immer mehr «bei guter Gesundheit sterben», was aus PC, die sterbebegleitend eingesetzt wird und Zeit beansprucht, eine Gegenkultur macht. Schlimmer noch, PC wird dadurch zum Ausdruck des Scheiterns, des vergeblichen Wunsches nach einem raschen Tod.
- In der heutigen Gesellschaft wird der Frage nach der Eigenständigkeit des Patienten (die es zu wahren oder wiederherzustellen gilt) anders Rechnung getragen. Diese Eigenständigkeit wird in den meisten Fällen auf eine egozentrische, narzisstische Weise angestrebt, was aus PC, die per Definition nicht oder wenig eigenständige Patientinnen und Patienten betrifft, eine Gegenkultur macht.
- Ein dritter Punkt betrifft den heutigen Sterbediskurs (und den Diskurs zur Welt «danach», mit allem, was das auf kosmologischer Ebene bedeutet). In der heutigen Gesellschaft wird dieser Diskurs losgelöst von der Vergangenheit, den Ursprüngen und der Entwicklung der Menschheit geführt. Das hat ein existenzielles Vakuum zur Folge, verbunden mit dem Verlust jeglicher sozialer und philosophischer Kontinuität und kombiniert mit einem blinden Vertrauen in die Annahme, dass alles heilbar ist. Die Gesundheit und das Streben nach körperlicher Perfektion werden daher fast zu einer Religion. PC verstösst gegen diese Religion und «entblösst den König» in gewisser Weise, indem sie versucht, der unvermeidlichen körperlichen Veränderung Würde und Wert zu verleihen.

Geht man also davon aus, dass es kein «richtiges Sterben» gibt, muss man sich überlegen, wie richtige Palliative Care für ein akzeptiertes Sterben aussehen könnte, was dem englischen Konzept der Patienten-«Care» Sinn verleiht: Versorgung ist hier als dem Wettbewerb entgegenstehende Achtsamkeit gegenüber dem anderen zu verstehen.

Was die Interprofessionalität (IP) angeht, so sollte sie nicht primär auf eine verstärkte Effizienz der Pflege (mit wirtschaftlichen Zielen) ausgerichtet sein, sondern auf eine Verbesserung und Intensivierung der Patientenbetreuung. Das ist jedoch nur möglich, wenn den kulturellen Welten der Betreuenden und des Patienten Rechnung getragen wird, wobei diese (von der Gesellschaft oder den Pflegenden selbst) nicht vereinheitlicht werden dürfen. Es ist wichtig, dass eine Vielfalt der Pflegekulturen bestehen bleibt.

In diesem Sinne ist PC in Wirklichkeit praktisch eine Unmöglichkeit, denn der Patient, der andere und

vor allem seine Bedürfnisse sind per Definition «unverständlich». Man kann ihm nahe sein, aber man kann ihn nie wirklich verstehen. Bei Sterbefragen sind Pflege- und Kommunikationsprotokolle sowie berufliche Richtlinien ziemlich illusorisch (wohingegen das z.B. bei Schmerz durchaus sinnvoll ist).

Die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit bietet jedoch die Möglichkeit, eine gewisse (im Bereich PC notwendige) Uneinigkeit in den Teams zu tragen und zu leben. Sie erleichtert die Verständigung bei gleichzeitiger Wahrung einer nicht perfekten und nicht idealen, aber vielfältigen und vor allem respektvollen Annäherung an den Patienten. Diese interprofessionelle Funktionsweise ermöglicht auch einen respektvollen Umgang mit dem Sterben des Patienten. Der Umgang muss frei von Vereinheitlichung sein, denn jede Person stirbt auf ihre eigene, sehr individuelle und niemals standardisierte Weise.

Es ist auch auf einen grundlegenden Unterschied zwischen der Tätigkeit der Fachleute für kurative Pflege oder sogar Intensivpflege und jener der Fachleute für PC hinzuweisen. Bei der PC sind die Kontakte mit den Patientinnen und Patienten grundlegend wichtig, aber auch bereichernd und fruchtbar. In der kurativen Pflege steht das dagegen nicht im Vordergrund. Wenn also Fachleute für kurative Pflege in die PC einbezogen werden, findet der Austausch auf eine andere Weise und mit einer anderen Annäherung an den Menschen und Patienten statt, als sie das gewohnt sind. Hier steht nicht mehr das Heilen im Vordergrund. Das ist bei der Organisation von interprofessionellen Tätigkeiten und der Kommunikation mit Fachleuten für kurative Pflege zu berücksichtigen.

Die Auflagen des heutigen Pflegesystems, nach denen der Patient im Zentrum aller Überlegungen steht, werden immer öfter von betriebswirtschaftlichen Einschränkungen durchkreuzt. Unter diesem Blickwinkel ist das Sterben (und die Sterbebegleitung) eine Frage, die wie andere angegangen werden muss, ein Prozess, der effizient zu gestalten ist. Daraus ergibt sich ein unlösbares Paradox zwischen den gesellschaftlichen Vorgaben und dem tatsächlichen Sachverhalt. Dies führt zu Ambivalenz in der Medizin und beeinflusst die Qualität der Pflege.

Es scheint mir ganz wichtig, sich nicht auf dieses Paradox einzulassen. Das bedeutet nicht nur, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, sondern auch, das autonome Vorgehen zu wahren, das PC auszeichnet.

PC stellt durch ihre Symbolisierung von Leben und Sterben die Gegenkultur und Gegeneffizienz dar, von der ich zu Beginn gesprochen habe. So gesehen kann nur PC den Patienten von äusseren Zwängen befreien und ihn sich selbst werden lassen, und zwar bis zu seinem Tod, der sehr individuell ist.

Ich würde die «PC» auf die gleiche Weise sehen wie Winnicott die «ausreichend gute» Mutter, die nicht perfekt sein soll, um dem Kind die Möglichkeit zu lassen, sich selbst zu entwickeln. Eine Mutter, die «gut, aber nicht mehr» ist, macht ihren Kindern ihre Imperfektion zum Geschenk, so wie die Pflegenden in der PC ihren Patientinnen und Patienten ihre Imperfektion zum Geschenk machen, so dass sich die Verletzlichkeit der sterbenden Person äussern kann.

Welche Rolle sollte PC also in der Gesellschaft spielen? Es ist zu vermeiden, dass sie einer Weiterführung des medizinischen Machtverhältnisses zwischen Patient und Pflegenden bis in den Tod dient. PC muss im Gegenteil eine Vorreiterrolle spielen und das beinhalten, was jede medizinische Behandlung in Zukunft umfassen sollte: das Wegkommen von der Idee der absoluten Heilung. Indem PC Menschen (und Pflegenden) den Tod nicht länger verdrängen lässt, führt sie ihnen vor Augen, dass in jedem Anzeichen einer Krankheit, jeder Untersuchung und jeder pathologischen Analyse bereits Prämissen des Lebensendes zu finden sind.

Vor diesem Hintergrund muss die Entwicklung von Pflegerobotern erwogen werden. Trotz allem, was sie dereinst für unsere Patienten tun können, werden Roboter nie in der Lage sein, das Sterben zu erfassen und zu verstehen. Ihr Dasein wird niemals menschlich sein, da sie nicht sterblich sind. Nur die Pflegenden der PC haben diese Vision und dieses Verständnis für die Verletzlichkeit des Patienten, denn im Grunde befinden sie sich in derselben Situation.

Die Erinnerung daran ist wichtig in unserer Gesellschaft, wo das Sterben immer unsichtbarer wird (in einem toten Winkel des gesellschaftlichen Diskurses), wo Patientinnen und Patienten am Lebensende

vom vorherrschenden medizinischen und gesellschaftlichen Diskurs ausgeschlossen sind, wo die Endlichkeit stark verschleiert wird. In einem sozioökonomischen System, in dem «Menschen zu viel sind (Anna Arendt)», ermöglicht PC eine Vision des Menschen, eine Anthropologie, die unserer Zeit aufgrund ihrer wirtschaftlichen Prinzipien fehlt. Dank PC ist der Mensch am Lebensende nicht zu viel. Die Frage, die sich in Bezug auf diese Patientinnen und Patienten stellt, ist daher nicht, wie das Lebensende organisiert, sondern welche Sprache gesprochen werden soll und wie diese Menschen interprofessionell betreut werden können, und zwar im Bestreben, die Uneinigkeit verschiedener, vielfältiger Kulturen zwischen Pflegenden sowie zwischen Pflegenden und Patienten zu wahren, denn das macht die Besonderheit und den Reichtum der PC aus.

3.

Interprofessionelle Palliative Care- Lehre: Pflege und Soziale Arbeit, Umsetzungsbeispiel aus dem Ausland

Prof. Dr. Maria Wasner, Professur für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungsfachhochschule in München



Katholische
Stiftungsfachhochschule
München



University of Applied Sciences

Interprofessionelle Lehre in Palliative Care: Pflege und Soziale Arbeit

Prof. Dr. Maria Wasner, M.A.

- (1) Katholische Stiftungsfachhochschule München
- (2) Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin, LMU München

Katholische Stiftungsfachhochschule München (KSFH)

- Hochschule in kirchlicher Trägerschaft
- zwei Studienorte: in der Münchner Innenstadt und im Kloster Benediktbeuern im bayerischen Voralpenland
- akademische Ausbildung von Sozial-, Pflege- und pädagogischen Berufen



Bachelorstudiengänge



- Soziale Arbeit
(Vollzeit, berufsintegrierend)
- Pflegemanagement
- Pflegepädagogik
- Pflege dual
- Bildung & Erziehung im Kindesalter
(berufsintegrierend)
- Religionspädagogik und kirchliche
Bildungsarbeit (ab Wintersemester 2014/15)

Konsekutive Masterstudiengänge

- Angewandte Sozial- und Bildungswissenschaften
- Management von Sozial- und Gesundheitsbetrieben
- Pflegewissenschaft – Innovative Versorgungskonzepte (ab Sommersemester 2015)

Weiterbildungsmasterstudiengänge (berufsbegleitend)

- Weiterbildungsmaster Soziale Arbeit
- Weiterbildungsmaster Suchttherapie

Die KSFH in Zahlen ...

- **2.172** Studierende
 - Bachelor Soziale Arbeit 1441
 - Bachelor Pflegemanagement 116
 - Bachelor Pflegepädagogik 137
 - Bachelor Pflege dual 239
 - Bachelor Bildung u. Erziehung im Kindesalter 137
 - plus Masterstudiengänge 102

- **58** Professorinnen und Professoren
- **> 300** Lehrbeauftragte (Stand: WS 2014/15)

Interprofessionelle Lehre

Praxisbeispiele



Praxisbeispiel I: „Gestaltungskompetenzen für Gesundheits- und Sozialberufe“



- vertiefendes Wahlmodul für Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Soziale Arbeit (5.- 7. Sem.)
- 24 Teilnehmer, zu gleichen Teilen aus Pflege und Sozialer Arbeit
- Blockveranstaltung (6 Tage = 4 SWS)
- Konzeptualisierung einer Raumgestaltung und Umsetzung am Modell durch jeweils 2 Studierende aus unterschiedlichen Fachbereichen

Ziele des Seminars



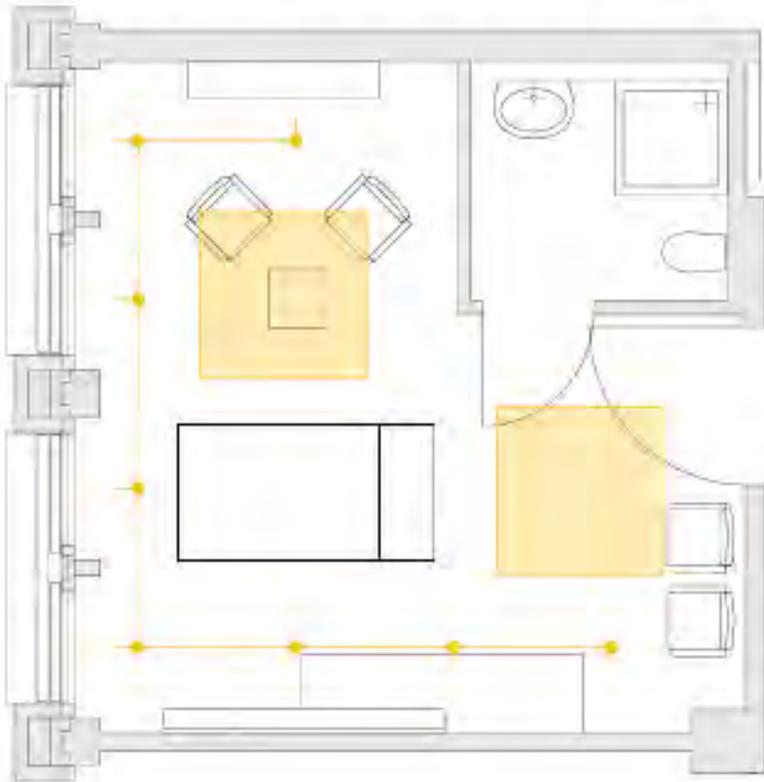
- Sensibilisierung für die Raumwirkung auf soziale Beziehungen & Befindlichkeit
- Kenntnis von ästhetischen Theorien und Transfer auf praktische und therapeutische Felder in Gesundheits- und Sozialberufen
- Analyse von architektonischen Gegebenheiten in sozialen und Gesundheits- Einrichtungen
- Befähigung zur konzeptuellen Gestaltung von Räumen

Ablauf

- Theoretische Grundlegung (2 Tage)
- Konzeptualisierung einer Raumgestaltung & Umsetzung am Modell (3 Tage)
 - Welche Atmosphäre soll dominant sein und warum?
 - Wie sollen sich die Menschen, die sich in diesem Raum aufhalten, fühlen und verhalten?
- Präsentation der Umsetzung (1 Tag)
- **Beispiele:** Arbeitsplatz in Beratungsstelle, Abteilung für Demenzkranke, Sinnesgarten für Demenzkranke, Räume auf einer **Palliativstation**

„Raum der Stille“ (Palliativstation)

Raum der Stille - Variante mit Spots und Deckensegeln M1:50



Feedback der Studierenden

- theoretisch anspruchsvoll
- hat Spaß gemacht
- Zusammenarbeit mit Studierenden aus dem anderen Fachbereich
 - Anfangsschwierigkeiten
 - Vorurteile abgebaut
 - eigenen Blick geweitet
 - andere Perspektiven kennen gelernt



Praxisbeispiel II: „Trauer und Trauerbegleitung“

- vertiefendes Wahlmodul für Soziale Arbeit für Pflegepädagogik und Pflegemanagement geöffnet (5.- 7. Sem.)
- Nur 2 Teilnehmer aus dem Fachbereich Pflege
- Mögliche Ursachen:
 - Terminliche Schwierigkeiten
 - Relevanz des Themas für Pflegende?

Praxisbeispiel III:

„ Spiritualität der Lebensphasen; Ansätze von Hospiz und Palliative Care“

- Pflichtmodul für Pflege dual (8. Sem.)
- seminaristischer Unterricht, Gruppenarbeit
- Ziele des Moduls:
 - aktuelle Entwicklungen von Palliative Care
 - Organisationsstrukturen- und formen
 - Grundlagen im medizinisch- pfleger. Bereich
 - psychosoziale und spirituelle Aspekte
 - ethische Fragestellungen am Lebensende
- wöchentlich (4 SWS)
 - 2 SWS Soziale Arbeit
 - 2 SWS Pflege, Medizin und Theologie

Inhalte



- Tod und Sterben im geschichtlichen Wandel und transkulturellen Kontext
- Tod und Sterben in der heutigen Gesellschaft
- Ansätze von Palliative Care in Theorie und Praxis
- Palliativmedizin und Palliativpflege
- Palliative Care und Soziales Umfeld
- Spiritualität und Sinnsuche
- Umgang mit Verstorbenen
- Trauer
- Forschung und Ethik in Palliative Care

Feedback der Studierenden



- Tolle Atmosphäre, super Kompetenz und trotz des schweren Themas durchaus locker und familiär. Top Veranstaltung.
- Einzigartig durch die Dozenten mit ihren unterschiedlichen Blickwinkeln. Das Seminar hat mir wichtige Informationen und Denkanstöße gegeben.
- Trotz des schwierigen Themas (bei dem es oftmals in sehr persönliche Bereiche ging) war das Seminar so gelungen, dass man sich "gerne" mit diesem Thema beschäftigt hat.
- Sehr professionelle Vermittlung eines so schwierigen Themas - anschaulich, prägnant, verständlich, persönlich – sensibel, aber trotzdem realistisch und konfrontierend. Einmalig durch die Dozenten mit ihrem Praxisbezug!

Praxisbeispiel IV: „Sterbe- und Trauerbegleitung“

- Pflichtmodul für Pflegepädagogik und Pflegemanagement (3. Sem.)
- seminaristischer Unterricht, Gruppenarbeit, Referate, evtl. Exkursion
- wöchentliche Veranstaltung (4 SWS)
 - 2 SWS Soziale Arbeit
 - 2 SWS Theologie/Ethik
 - gemeinsame Anfangs- und Schlussveranstaltungen

Inhalte



Todesbilder in der Gesellschaft
Bedürfnisse Sterbender und ihrer Familien.
Geschichte und Definition von Hospiz und
Palliative Care
Hirntod und Organtransplantation
Autonomie und assistierter Suizid
Sterben von Kindern
Sterbe- und Trauerkultur im Wandel
Trauer und Trauerbegleitung

Feedback der Studierenden

- Sehr interessantes und lohnenswertes Thema der Lehrveranstaltung, die ich gerne besucht habe; dazu haben nicht zuletzt die sehr engagierten Dozenten beigetragen.
- Seminar hat sehr viel Spaß gemacht - obwohl ich nicht immer mit Spaß bei den Themen war, dazu war der Inhalt zu traurig. Referate wurden fachlich gut ergänzt, auch Humor war eingestreut.
- Auch wenn viele Themen schon in der Krankenpflegeschule behandelt wurden, haben sich mir durch die zwei Dozenten und ihren vielen Beispielen aus der Praxis wieder neue Blickwinkel eröffnet, das Thema hat mich bewegt.

Praxisbeispiel V: „Palliative Care“



- Wahlmodul in Pflegepädagogik und –management (7. Sem.)
- Ziele :
 - Konzepte und aktuelle Entwicklungen von Hospiz und Palliative Care
 - Organisationsformen
 - Grundlagen des Symptom- Managements
 - psychosoziale Dimensionen in Palliative Care
 - vertiefte Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen der Implementierung von Palliative Care
 - Reflexion der eigenen Haltung
 - Reflexion der spezifischen Aufgaben und Rollen der Pflege im interdisziplinären Kontext

Gestaltung des Seminars



- seminaristischer Unterricht, Gruppenarbeit, evtl. Exkursion
- max. 24 Teilnehmer
- Blockveranstaltung (6 Tage = 4 SWS)
 - 2 Tage Soziale Arbeit
 - 2 Tage Pflege
 - 1 Tag Medizin
 - 1 Tag Soziale Arbeit, Pflege und Medizin

Tag 1 und 2



- Theorien und Konzepte von Palliative Care
- Geschichte und Organisation von Palliative Care
- Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung und ihre Umsetzung in die Praxis
- Psychosoziale und spirituelle Aspekte
- Angehörigenarbeit
- Rechtliche Rahmenbedingungen

- Dozentin: Professorin für Soziale Arbeit

Tag 3



- Grundlagen von Symptomkontrolle
 - Schmerzmanagement
 - Atemnot
 - Übelkeit und Erbrechen...
- Notfallplanung
- Palliative Sedierung
- Spezifische ethische Fragestellungen

- Dozent: Palliativmediziner, Leiter eines SAPV-Teams

Tag 4 und 5



- Wie unterscheidet sich Palliativpflege von „normaler Pflege“?
- Palliativpflegerische Interventionen
 - Wundmanagement
 - Ernährung und Flüssigkeit am Lebensende
- Umgang mit Verstorbenen
- Dozent: Palliativpflegekraft in einem SAPV- Team

Tag 6



- Abschlusstag
- nach Möglichkeit in Anwesenheit aller drei Referenten
- Wiederholung erlernter Aspekte durch Zusammenführung und Übertragung auf komplexen Fall oder durch Exkursion mit anschließender Reflektion

Exkursionen

Kinobesuch



Besuch
einer
Ausstellung



Feedback der Studierenden



- Das Seminar war sehr interessant, aber inhaltlich sehr anspruchsvoll. Hätte gerne noch mehr solch derartiger Veranstaltungen gehabt.
- Die Lernatmosphäre wurde extrem von der "Wahlpflichtfach"-Vorlesung unterstützt. Es waren nur Studenten anwesend, die das Thema auch wirklich interessiert hat!
- Diese Lehrveranstaltung war super, was vor allem auch an den drei Dozenten mit ihren unterschiedlichen Arbeitsgebieten lag, die sehr engagiert und motiviert waren.
- Super Seminar. Die Highlights waren für mich der letzte Tag mit dem gemeinsamen Bearbeiten des Falls und die Ausstellung.
- Bestes Seminar im Studium! Super waren vor allem die sehr anschaulichen Erzählungen von eigenen Erfahrungen der Dozenten! Sehr praxisnah!

Besondere Herausforderungen – Sicht der Lehrenden



- fachbereichsübergreifende Lehre
 - gemeinsame Zeitfenster und Verknüpfung mit Modulplänen der unterschiedlichen Studiengänge?
 - unterschiedliche Vertrautheit mit Thematik – Herangehensweise?
- Lehre innerhalb eines Fachbereichs
 - Absprachen der Lehrenden untereinander?
 - Lehrbeauftragte: zeitliche Verfügbarkeit?

Zusammenfassung



- hohe Akzeptanz der interprofessionellen Lehrangebote im Bereich Palliative Care
- Lehrende aus der Praxis von entscheidender Bedeutung
- noch multiprofessionelle oder schon interprofessionelle Lehre?
- kaum fachbereichsübergreifende Lehrveranstaltungen

Ausblick



- gemeinsames Modul zu Palliative Care geplant in den Masterstudiengängen „Management von Sozial- und Gesundheitsbetrieben“ und „Pflegewissenschaft“
- Kompetenzzentrum zu Palliative Care und Alter geplant
 - ganzheitliche Ausrichtung auf pflegerische, psychosoziale, spirituelle und gesellschaftliche Dimensionen des Altwerdens und Sterbens
 - Errichtung einer Professur für Palliativpflege
 - Ausbau von Forschungsstrukturen
 - Beteiligung von ProfessorInnen und Studierenden aller Fachbereiche



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !
maria.wasner@ksfh.de

4.

Ist-Analyse zur Lehre von Palliative Care in den nicht-medizinischen Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und Theologie in der Schweiz

Prof. Dr. Stefanie Becker, Leiterin Institut Alter der Berner Fachhochschule



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



IST-Analyse der Verankerung von Palliative Care in den nicht-medizinischen Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und Theologie in der Schweiz

Prof. Dr. Stefanie Becker

Prof. Dr. Regula Blaser

► Institut Alter, Berner Fachhochschule, Schwarztorstrasse 48, CH - 3007 Bern, www.alter.bfh.ch



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Inhalt

1. Hauptfragestellung
2. Methode
3. Ergebnisse
4. Schlussfolgerungen

1. Hauptfragestellung

Fragestellung und Ziele

- ▶ Ermittlung der aktuellen Situation der Lehre und Weiterbildung in Palliative Care in den nicht-medizinischen Studiengängen der Psychologie, Sozialen Arbeit und Theologie auf Hochschulstufe unter Einbezug der jeweils verantwortlichen Akteure
- ▶ **Ziele:**
 - ▶ Sammlung, Vervollständigung und vergleichende Zusammenführung der aktuellen Lehr- und Lerninhalte (direkte Kernbegriffe) und Kompetenzen (relevante Bezugsdimensionen) in Palliative Care in Grund- und Weiterbildung
 - ▶ Identifikation von Lücken der Verankerung
- ▶ Begleitgruppe (ExpertInnen der PC-Strategie, VertreterInnen der Disziplinen) als Sounding-Board

2. Methode

- Analysegrundlagen
- Stichproben
- Vorgehen
 - Ausbildungscurricula
 - Expertenbefragung Ausbildungscurricula
 - Weiterbildungsangebote

Arbeitsschritte und Analysegrundlagen

Modul 1: Analyse der Ausbildungscurricula

Modul 2: ExpertInnen-Interviews

Modul 3: Analyse der Weiterbildungsangebote

Modul 1 und 3: Inhaltsanalytisches Kategoriensystem (Kriterienkatalog)

► Grundlagepapiere

1. Nationale Leitlinien Palliative Care (BAG & GDK, 2010)
2. Nationales Bildungskonzept Palliative Care und Bildung (BAG & SBFI, 2012)
3. Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz (BAG & GDK, 2010)
4. Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, 2012)

Modul 2: Teilstandardisierte Interviews (Telefon/schriftlich)

Kriterienkatalog: Zentrale Kerninhalte

Dimensionen							
Palliative Care	köorp/psych	soz/jur	spir/kult	Lebens- ende	Kom/Bez	Interprof	Selbstsorge /GF
Kern- begriffe	Relevante Bezugsdimensionen						

Kriterienkatalog: Zentrale Kerninhalte

Dimensionen							
Palliative Care	korp/psych	soz/jur	spirit/kult	Lebens- ende	Kom/Bez	Interprof	Selbstsorge /GF
Kern- inhalte	Relevante Bezugsdimensionen						

► **«Direkter/expliziter» Palliative Care Bezug:**

Dimension	Kontextuelle Einbettung, Umschreibung
1 Palliative Care Kerninhalte	
Palliativ	Palliative care, palliative Medizin, palliative Versorgung, palliative Pflege, palliative Begleitung
Krankheit	Lebensbedrohliche/unheilbare/chronisch degenerative/chronisch fortschreitende Krankheit

Stichproben

Gesamtstichprobe Hochschulen N = 29

- ▶ Psychologie: N = 8 Hochschulen (6 Universitäten, 2 Fachhochschulen)
- ▶ Soziale Arbeit: N = 11 Hochschulen (1 Universität, 10 Fachhochschulen)
- ▶ Theologie: N = 10 Hochschulen (9 Universitäten, 1 Fachhochschule)

Gesamtstichprobe Curricula und Weiterbildungsangebote N = 170

- ▶ N = 100 Ausbildungscurricula
- ▶ N = 70 Weiterbildungsangebote

Analysiert nach

- ▶ Fachgebiet (Psychologie, Soziale Arbeit, Theologie)
- ▶ Ausbildungscurricula (BSc & MSc, HS & FS) / Weiterbildungen (CAS, DAS, MAS)

Psychologie	N = 32	/	N = 26
Soziale Arbeit	N = 30	/	N = 34
Theologie	N = 38	/	N = 10

- ▶ Hochschultyp (Universitäten, Fachhochschulen)
- ▶ Sprachgebiet (deutsch, französisch, italienisch)

3. Ergebnisse

- Ausbildungscurricula
- Expertenbefragung Ausbildungscurricula
- Weiterbildungsangebote

Ausbildungscurricula

Dimensionen	Psychologie (Universitäten)		Soziale Arbeit (Fachhochschulen)		Theologie (Universitäten)
	BSc (N=6)	MSc (N=6)	BSc (N=9)	MSc (N=3)	BSc/MSc (N=9)
Palliative Care relevante Bezugsdimensionen					
Körperlich und psychisch	51%	61%	11%	13%	1%
Sozial und juristisch	18%	10%	36%	44%	2%
Spirituell und kulturell	2%	4%	9%	9%	50%
Lebensende	5%	8%	6%	4%	34%
Kommunikation und Beziehung	8%	2%	14%	4%	2%
Interprofessionalität	11%	3%	13%	22%	8%
Selbstsorge und Gesundheitsförderung	0%	2%	7%	4%	1%
Palliative Care Kerninhalte					
	5%	10%	4%	0%	2%

2 Fachhochschulen bieten Psychologie im BSc oder MSc an:

- 1 Curriculum war nicht verfügbar
- 1 Curriculum nicht aufgeführt, da identifizierbar

→ Körperlich/psychische Dimension in BSc und MSc am häufigsten

→ Zentrale PC Kerninhalte: 10%

Ausbildungscurricula

Dimensionen	Psychologie (Universitäten)		Soziale Arbeit (Fachhochschulen)		Theologie (Universitäten)
	BSc (N=6)	MSc (N=6)	BSc (N=9)	MSc (N=3)	BSc/MSc (N=9)
Palliative Care relevante Bezugsdimensionen					
Körperlich und psychisch	51%	61%	11%	13%	1%
Sozial und juristisch	18%	10%	36%	44%	2%
Spirituell und kulturell	2%	4%	9%	9%	50%
Lebensende	5%	8%	6%	4%	34%
Kommunikation und Beziehung	8%	2%	14%	4%	2%
Interprofessionalität	11%	3%	13%	22%	8%
Selbstsorge und Gesundheitsförderung	0%	2%	7%	4%	1%
Palliative Care Kerninhalte					
	5%	10%	4%	0%	2%

Soziale Arbeit wird nur an einer Universität angeboten:
nicht aufgeführt, da identifizierbar

BSc 9 Curricula, MSc 3 Curricula:

→ Soziale / Juristische Dimension in BSc und MSc am häufigsten

→ Wenig zentrale PC Kerninhalte, wenn dann in BSc

Ausbildungscurricula

Dimensionen	Psychologie (Universitäten)		Soziale Arbeit (Fachhochschulen)		Theologie (Universitäten)
	BSc (N=6)	MSc (N=6)	BSc (N=9)	MSc (N=3)	BSc/MSc (N=9)
Palliative Care relevante Bezugsdimensionen					
Körperlich und psychisch	51%	61%	11%	13%	1%
Sozial und juristisch	18%	10%	3%	44%	2%
Spirituell und kulturell	2%	4%	9%	9%	50%
Lebensende	5%	8%	6%	4%	34%
Kommunikation und Beziehung	8%	2%	14%	4%	2%
Interprofessionalität	11%	3%	13%	22%	8%
Selbstsorge und Gesundheitsförderung	0%	2%	7%	4%	1%
Palliative Care Kerninhalte					
	5%	10%	4%	0%	2%

Für die Theologie wird nicht nach BSc und MSc unterschieden, da an den reformierten Universitäten viele Veranstaltungen sowohl im BSc oder im MSc besucht werden können.

- Spirituelle / Kulturelle Dimension am häufigsten
- Dimension Lebensende ebenfalls häufig vertreten
- Am wenigsten zentrale PC Kerninhalte

Expertenbefragung Ausbildungscurricula

1. Übereinstimmung zur Analyse Ausbildungscurricula

- ▶ Weitgehende Übereinstimmung über alle Studienfächer hinweg
- ▶ Ergänzungen von Veranstaltungen öfter als Streichungen
- *Konservatives Vorgehen bei Analyse*

2. Verankerung von Palliative Care

- ▶ Potential über alle Studienfächer hinweg wird gesehen vor allem in Weiterbildung, Praxis/Praktika, Lehre oder durch externe Dozierende
- ▶ Inhaltlich bei Sterbe-, Tod- und Altersthemen
- *Insgesamt eher geringes (internes) Potential in Ausbildungscurricula*

3. Vernetzung

- ▶ Interesse über alle Studienfächer hinweg vorhanden
- ▶ Wenige Vernetzung geplant über alle Studienfächer hinweg
- ▶ Studienfach Theologie weist am meisten Kooperation und geplante Vernetzungen auf
- *Gute Kooperationsbeziehungen erwünscht (gleichwertige Anerkennung, v.a. durch medizinisch-gesundheitlichen Studienfächer)*

Fazit Ausbildungscurricula

- ▶ **Kerninhalte** der Palliative Care werden in den Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und Theologie nur **an einzelnen Standorten** und dort nur **in wenigen Veranstaltungen** thematisiert.
- ▶ Inhalte zu **relevanten Bezugsdimensionen** der Palliative Care werden hingegen **in allen Studiengängen** an **fast allen Standorten** unterrichtet. In Bezug auf die 8 Dimensionen zeigen sich dabei deutlich Schwerpunkte in den einzelnen Studiengängen, die jeweils dem inhaltlichen Selbstverständnis der Disziplinen entsprechen.
- ▶ Weitergehende **Vertiefungsmöglichkeiten** werden vor allem bei **Weiterbildungen**, Praktika etc. gesehen.
- ▶ **Vernetzung** und Kooperation ist mehrheitlich **erwünscht**, aber noch **wenig Konkretes geplant**.

Weiterbildungsangebote

- ▶ Anzahl gefundener Begriffe in Weiterbildungsbeschrieben nach Studienfach

Palliative Care relevante Bezugsdimensionen	Psychologie		Soziale Arbeit		Theologie	
	Anzahl Begriffe	% Anteil	Anzahl Begriffe	% Anteil	Anzahl Begriffe	% Anteil
Körperlich und psychisch	85	42	53	16	5	7.5
Sozial und juristisch	11	5.5	74	22.3	4	6
Spirituell und kulturell	5	2.5	25	8	17	25
Lebensende	11	5.5	29	8.7	11	16
Kommunikation und Beziehung	33	16.5	56	17	12	17.5
Interprofessionalität	25	12.5	47	14	9	13
Selbstsorge und Gesundheitsförderung	26	13	19	6	3	4.5
Palliative Care Kernbegriffe	5	2.5	27	8	7	10.5
Total Begriffe	201	100	330	100	68	100

Fazit Weiterbildungen

- ▶ Die Analyse der WB-Angebote zeigt, dass die **Erwartungen** der Experten **an die Weiterbildung** in Bezug zu Palliative Care bisher **nicht erfüllt** sind.
- ▶ Es gibt gemäss unserer Analyse nur ein **einziges Angebot** vom Fachgebiet **Theologie**, das sich spezifisch und **explizit** dem Thema **Palliative Care** widmet.
- ▶ Alle **anderen WB-Angebote** fallen in den Bereich der **relevanten Bezugsdimensionen** von Palliative Care. Einiges scheint in Planung, kann aber entsprechend in einer Ist-Analyse zum heutigen Zeitpunkt nicht abgebildet werden.
- *Im Bereich der WB zeigt sich entsprechend deutlich auch Potential und Handlungsbedarf.*

4. Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen

- ▶ Alle **Fachgebiete** haben sowohl in den Ausbildungscurricula als auch in der WB **deutliche, disziplinspezifische Schwerpunkte**.
- ▶ Zentrale Palliative Care **Kerninhalte** werden **in allen Fachgebieten** in den Ausbildungscurricula **thematisiert**, jedoch **nicht vertieft**.
- ▶ Die von den Experten benannte **Vertiefung in der WB** ist **(noch) nicht realisiert**, es besteht jedoch viel Potential in allen Fachgebieten.
 - *Handlungsbedarf: Vertiefung in Weiterbildung*
- ▶ **Vernetzung der Fachgebiete** zukünftig mehr **notwendig** für besser Verankerung der zentralen Palliative Care Kerninhalte sowie die relevanten Bezugsdimensionen. **Kooperation** (hochschulintern und -übergreifend) wird als **sinnvoll**, jedoch als **schwierig** bewertet
- ▶ **Praktische Umsetzung** der für Palliative Care geforderten **Interdisziplinarität** noch wenig erfolgt.
 - *Abbau von Hürden (disziplinspezifisch, administrativ, ...)*

► Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Institut Alter

Berner Fachhochschule

Prof. Dr. Stefanie Becker

Schwarztorstr. 48

CH-3007 Bern

Tel: +41 (0) 31 848 36 70

stefanie.becker@bfh.ch

www.alter.bfh.ch

5.

Kernkompetenzen für die allgemeine Palliative Care in der Schweiz auf der Basis von europäischen Empfehlungen

Dr.med. Claudia Gamondi, Leiterin Arbeitsgruppe SwissEduc
von palliative.ch

3. Forum «Bildung und Arbeitswelt Palliative Care»

Gemeinsame erforderliche Kernkompetenzen für die allgemeine Palliative Care in der Schweiz auf der Basis von europäischen Empfehlungen

Bern, 19. März 2015

Claudia Gamondi, MD



Ente Ospedaliero Cantonale



palliative.ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

Table 1. Agreed levels of education currently adopted by the EAPC to reflect the scope and focus of professionals involved in the delivery of palliative care

Palliative care approach

A way to integrate palliative care methods and procedures in settings not specialised in palliative care. Should be made available to general practitioners and staff in general hospitals, as well as to nursing services and nursing home staff. May be taught through undergraduate learning or through continuing professional development

General palliative care

Provided by primary care professionals and specialists treating patients with life-threatening diseases who have good basic palliative care skills and knowledge. Should be made available to professionals who are involved more frequently in palliative care, such as oncologists or geriatric specialists, but do not provide palliative care as the main focus of their work. Depending on discipline, may be taught at an undergraduate or postgraduate level or through continuing professional development

Specialist palliative care

Provided in services whose main activity is the provision of palliative care. These services generally care for patients with complex and difficult needs and therefore require a higher level of education, staff and other resources. Specialist palliative care is provided by specialised services for patients with complex problems not adequately covered by other treatment options. Usually taught at a postgraduate level and reinforced through continuing professional development

The European Association for Palliative Care (EAPC) outlines what core competencies health- and social care professionals involved in palliative care should possess, in a consensus White Paper prepared by **Claudia Gamondi, Philip Larkin** and **Sheila Payne**

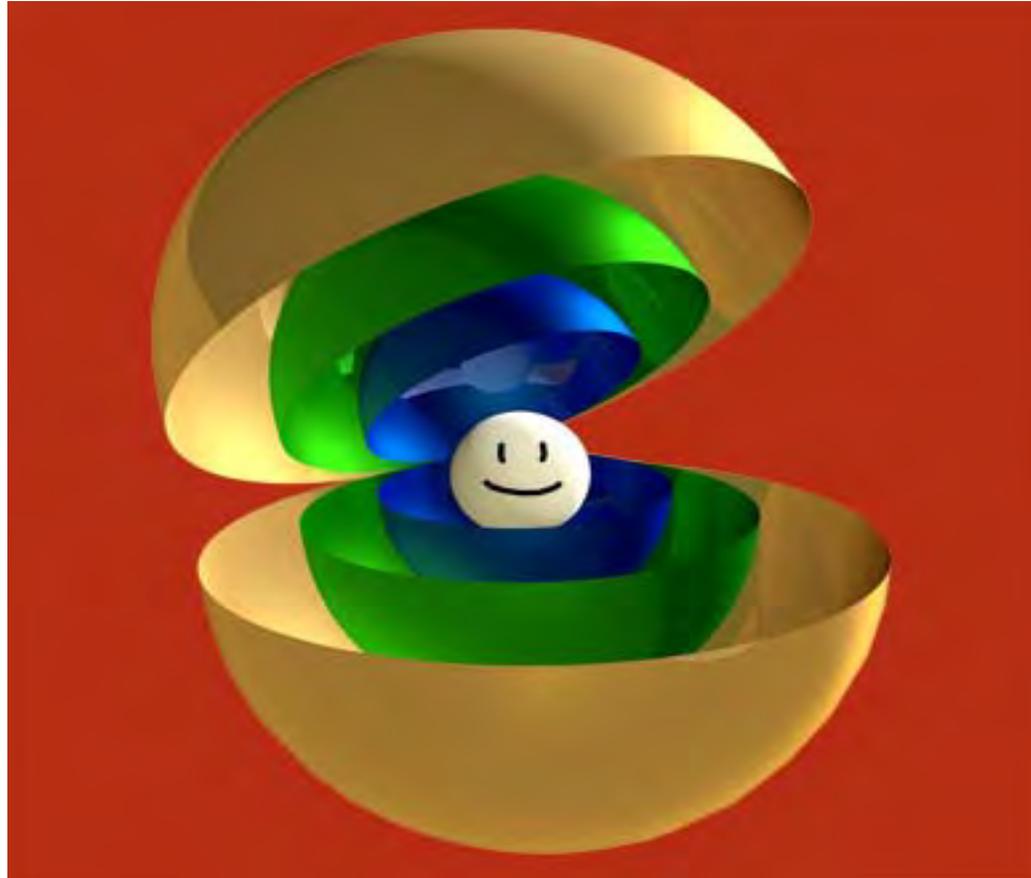
Box 1. Core constituents of palliative care

- Autonomy
- Dignity
- Relationship between patient and healthcare professionals
- Quality of life
- Position towards life and death
- Communication
- Public education
- Multiprofessional approach
- Grief and bereavement

Box 3. Definition of competency¹²

'A competency is: a cluster of related knowledge, skills and attitudes that affects a major part of one's job (a role or responsibility), that correlates with performance on the job, that can be measured against well-accepted standards, and that can be improved via training and development'

Why core competencies?

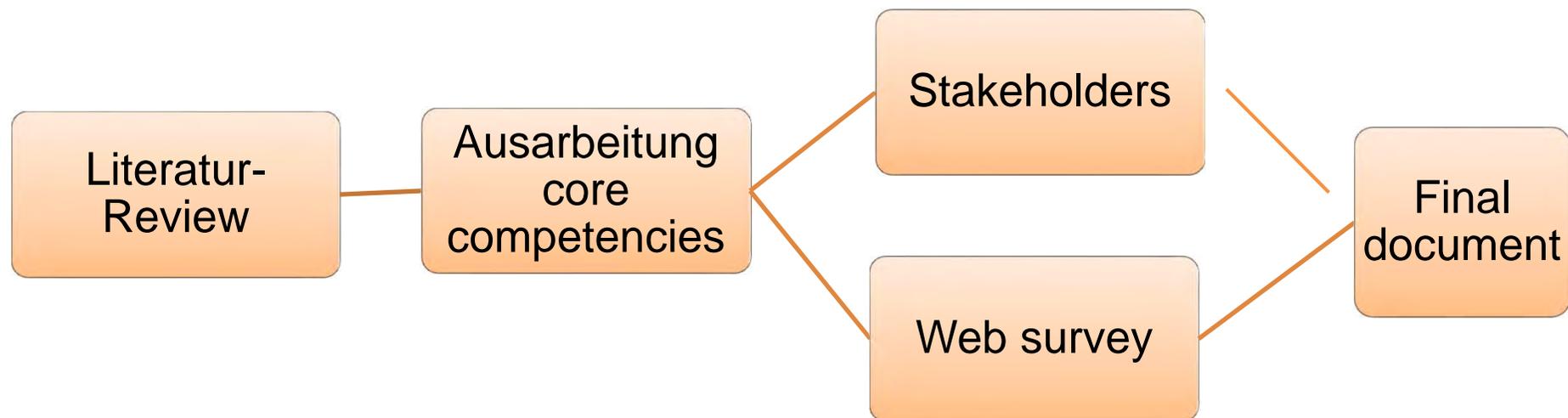


EAPC Core competencies for general PC

Box 4. The ten core competencies in palliative care

1. Apply the core constituents of palliative care in the setting where patients and families are based
2. Enhance physical comfort throughout patients' disease trajectories
3. Meet patients' psychological needs
4. Meet patients' social needs
5. Meet patients' spiritual needs
6. Respond to the needs of family carers in relation to short-, medium- and long-term patient care goals
7. Respond to the challenges of clinical and ethical decision-making in palliative care
8. Practise comprehensive care co-ordination and interdisciplinary teamwork across all settings where palliative care is offered
9. Develop interpersonal and communication skills appropriate to palliative care
10. Practise self-awareness and undergo continuing professional development

Core competencies for general PC SwissEduc project



Outline of the project

Transforming multi-disciplinarity



...Into interdisciplinarity



6.

Kompetenzen der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen in der Grundversorgung der Palliative Care (Fokus Pflege (Sek II und Tertiär B))

Rahel Gmür, Vertreterin der OdASanté und Peter Dolder,
externer Projektleiter

Kompetenzen der Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen in der Grundversorgung der Palliative Care; *Fokus Pflege*

3. Forum „Bildung und Arbeitswelt Palliative Care“
19. März 2015



Peter Dolder

Rahel Gmür

Ein Projekt von OdASanté im Auftrag des Staatssekretariats
für Bildung, Forschung und Innovation SBF



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Zielsetzung des Projekts

- Erarbeiten von Empfehlungen zu einem Kompetenzkatalog für die Grundversorgung in der Palliative Care.
- Integration der Kompetenzen der Grundversorgung der Palliative Care in die berufliche Grundbildung und die Bildungsgänge der Höheren Berufsbildung.
- Sicherstellen der Nahtstellen mit den Bildungsgängen auf der Tertiärstufe.

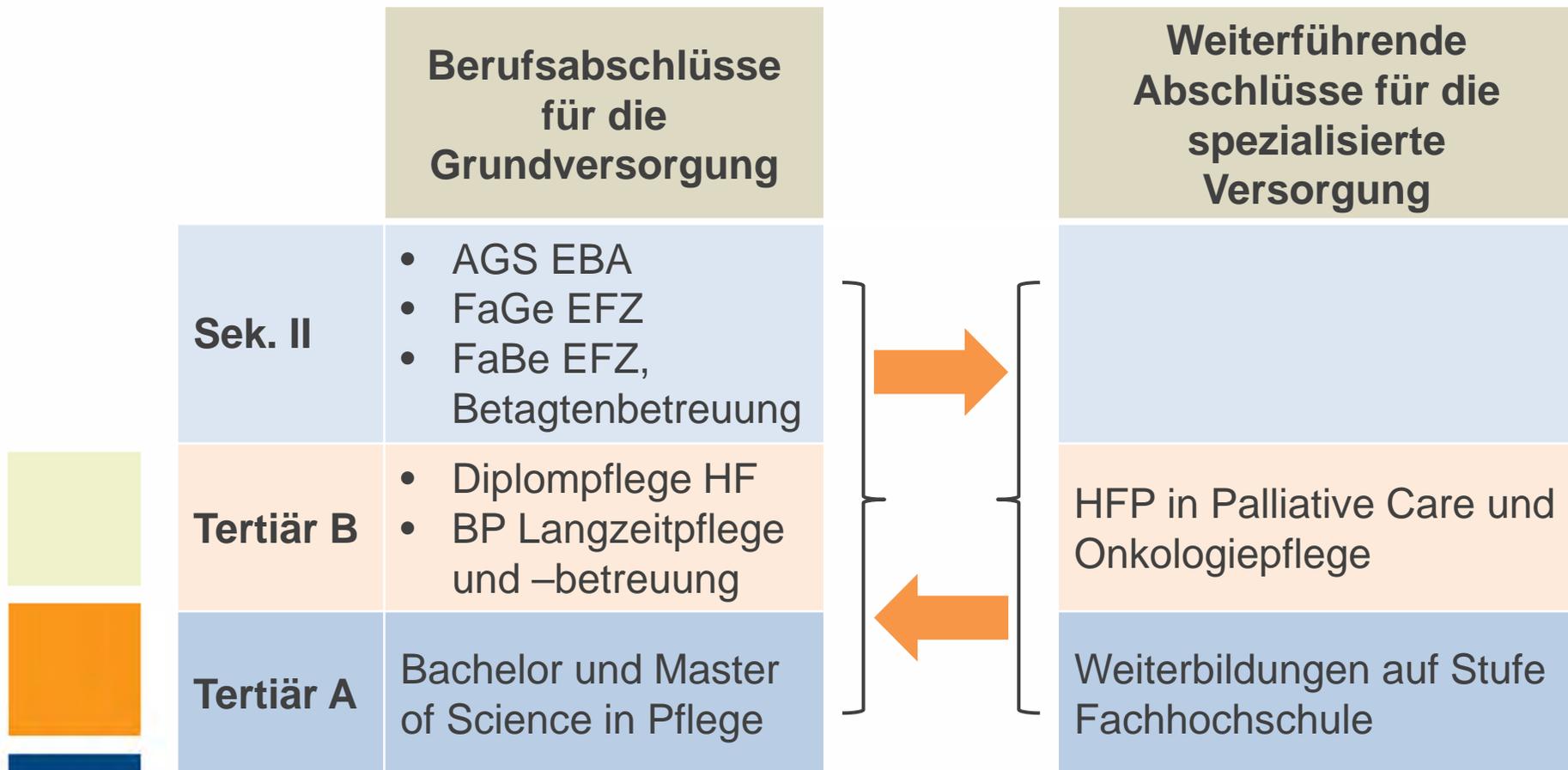


Übergeordnete Grundlagen und Verortung

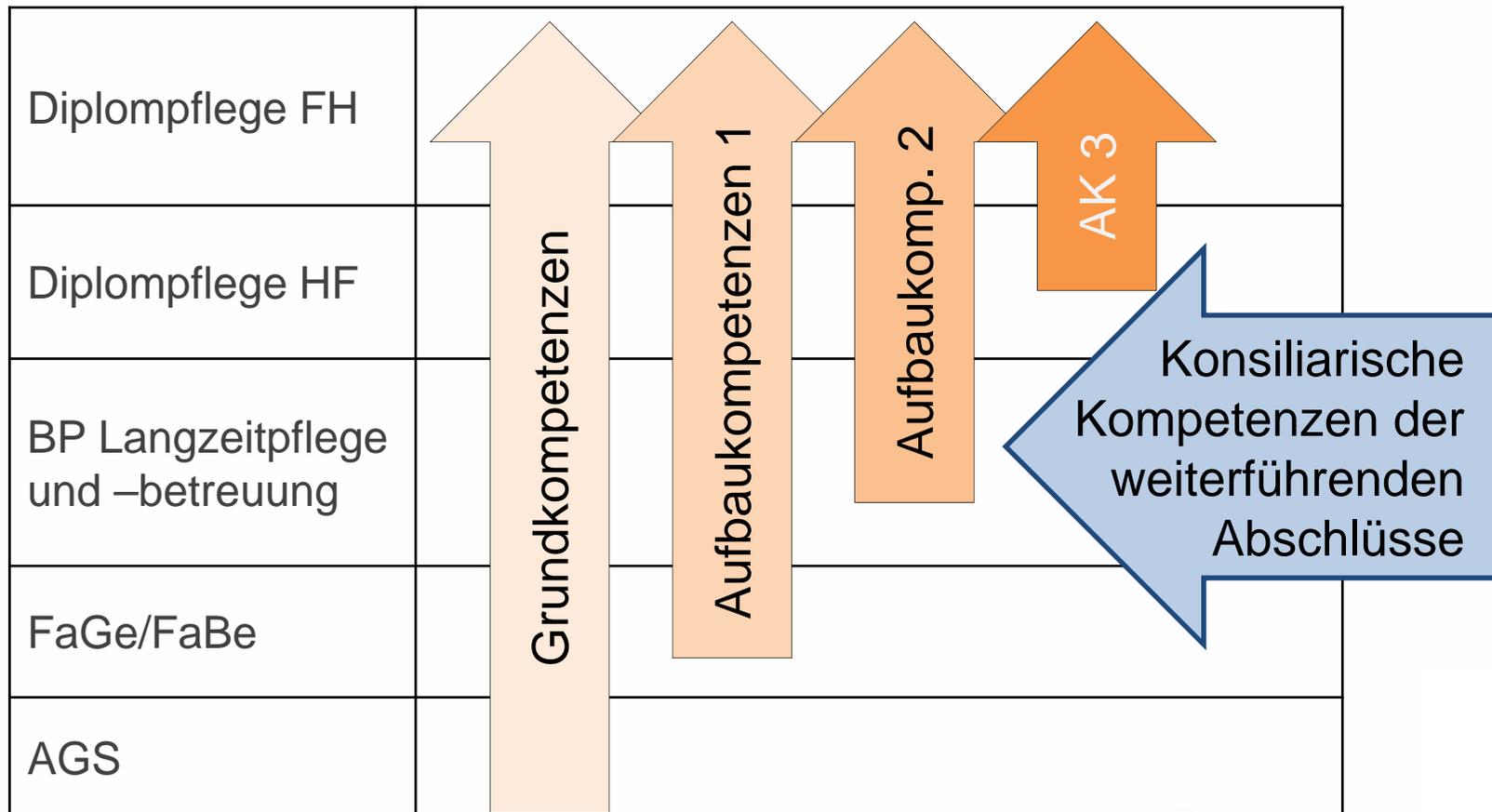
- Nationale Leitlinien Palliative Care (2010)
- Nationales Bildungskonzept Palliative Care (2012)
- Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz (2014) als definatorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care»
- Das Projekt ist Teil der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care 2013 bis 2015 im Bereich Bildung.



Abschlüsse im Zielbereich des Projekts



Im Projekt eingesetztes Kompetenzmodell



Die befragten Institutionen

22 ausgewählte Institutionen im Bench-Mark-Bereich wurden zur Teilnahme angefragt, 12 nahmen teil:

- 7 Pflegeheime
- 3 Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause
- 2 Akutspitäler

- 8 Institutionen der Deutschschweiz
- 3 Institutionen der Westschweiz
- 1 Institution des Tessin

Die Befragten nach Berufen

Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heimärzte
Diplomstufe Pflege (Tertiär A und Tertiär B)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegedienstleitung ▪ Leiterin Geriatrie ▪ Leiterin Psychogeriatrie ▪ Prozessverantwortliche Palliative Care ▪ Pflegeexpertin
Pflege und Betreuung Sek .II	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachfrau Gesundheit EFZ ▪ Praktische Krankenpflege PKP ▪ Assistentin Gesundheit und Soziales EBA ▪ Pflegeassistentin
Therapieberufe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergotherapie ▪ Physiotherapie ▪ Aktivierung
Weitere Berufe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Theologe – Seelsorger ▪ Sozialarbeiter ▪ Fachfrau Hauswirtschaft

Der Kompetenzkatalog

Die Ergebnisse des Projekts sind in einem Kompetenzkatalog zusammengefasst. Dieser

- Ist eine übergeordnete Empfehlung und Arbeitsgrundlage.
- Muss in den einzelnen Bildungserlassen stufengerecht umgesetzt werden.
- Mit der Umsetzung soll die erweiterte Dimension der Palliative Care in den Bildungserlassen sichtbar werden.
- Für die Umsetzung sind die für die Bildungserlasse verantwortlichen Organe zuständig.



Gliederung des Kompetenzkatalogs

- Haltungen
- Symptomerfassung und Symptomlinderung
- Verbale und nonverbale Kommunikation mit Klient/innen
- Kommunikation mit Angehörigen
- Kommunikation im Team
- Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Klient/innen
- Erkennen und Wahren der eigenen Grenzen
- Ethische und normative Grundlagen



Die wichtigsten Anforderungen an die Mitarbeitenden in der Grundversorgung der Palliative Care (1)

- Die Betroffenen stehen im Zentrum
- Die Betroffenen erfassen, *mit* ihnen arbeiten
- Die Symptome und ihre Bedeutung für die Betroffenen ganzheitlich verstehen
- Die besondere Dimension von Würde und Autonomie für die Betroffenen in palliativen Situationen verstehen
- Das Potenzial von nahestehenden Bezugspersonen erkennen, diese angemessen einbeziehen, konstruktiv zu begleiten und unterstützen, aber auch den Willen der Betroffenen ihnen gegenüber zu stützen.



Die wichtigsten Anforderungen an die Mitarbeitenden in der Grundversorgung der Palliative Care (2)

- Wertschätzende Zusammenarbeit im Team
- Das Team als Ressource nutzen, Belastungen gemeinsam tragen, Bereicherungen teilen
- Ausgeprägte Sozial- und Selbstkompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Aufmerksamkeit, Empathie, Authentizität und Offenheit
- Bereitschaft, die eigene Persönlichkeit weiter zu entwickeln



Unterschiedliche Settings der Palliative Care

Die Anforderungen zeigen unterschiedliche Ausprägungen durch die unterschiedlichen Settings der Palliative Care in den verschiedenen Versorgungsbereichen

- Räumliche und zeitliche Nähe der anderen Teammitglieder
- Dichte und Präsenz der Angehörigen
- Verbundenheit der Klient/innen mit ihrem Aufenthaltsort
- Dauer des Aufenthalts und Beziehungsintensität
- Skills- und Grademix im Team



Der Kompetenzerwerb in Palliative Care

Der Kompetenzerwerb in Palliative Care setzt voraus, dass

- die Lernorte im Rahmen eines kompetenzorientierten Bildungsverständnis zusammenarbeiten;
- Palliative Care am Lernort Praxis gelebt wird
- Vorbildlernen und Erleben möglich sind;
- Raum für die Auseinandersetzung mit dem Erlebten da ist;
- die Einsatzplanung und Begleitung der Lernenden und Studierenden bewusst und sorgfältig erfolgt.

→ **Sensibilisierung der Lernorte und insbesondere der Betriebe!**

Verständnis der Palliative Care in der Bevölkerung

Das Bild der Palliative Care in der Öffentlichkeit ist oft nicht adäquat:

- Palliative Care wird oft reduziert auf die Begleitung von Menschen im Sterbeprozess.
- Die Ziele und Qualitäten der Palliative Care sind (zu) wenig bekannt.
- Im Ergebnis ergibt sich eine Abwehrhaltung gegen die Palliative Care.

→ Sensibilisierung der Bevölkerung für die Palliative Care!

Aktueller und künftiger Kontext

- Die Projektergebnisse fliessen stufengerecht in die folgenden aktuell laufenden Revisionsprozesse ein:
 - Revision der beruflichen Grundbildung zur Fachfrau / zum Fachmann Gesundheit EFZ,
 - Überprüfung des Rahmenlehrplans Pflege HF.
- Sie werden für die Revisionen der weiteren Bildungserlasse der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung massgebend sein.
- Sie ermöglichen die Sicherung der Nahtstellen mit den Bildungsgängen auf Stufe Fachhochschule.



Zum Abschluss mein herzlicher Dank!

Ohne die Unterstützung und das Engagement der befragten Teams wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich bedanke mich herzlich bei den Teams für die eingesetzte Zeit und die geleistete Mitarbeit. Mein Dank geht auch an alle Mitwirkenden im abschliessenden Workshop, der wertvolle Impulse vermittelt hat.

Besonders danke ich allen Beteiligten für die Bereicherung, welche mir die offenen Gespräche gegeben haben.



7.

Palliative Care für Personen mit Behinderungen: Interdisziplinäres Bildungsangebot für die Institutionen

Catherine Hoenger, Programmverantwortliche Palliative Care im Kanton Waadt

**INTERDISZIPLINÄRES BILDUNGSANGEBOT
IN PALLIATIVE CARE
FÜR SOZIO-EDUKATIVE EINRICHTUNGEN**

ERFAHRUNGEN DER WAADT

19. MÄRZ 2015

Catherine Hoenger und Laetitia Probst – Waadtländer Gesundheitsamt

WAADTLÄNDER KANTONSPROGRAMM IN PALLIATIVE CARE: GLOBALES ZIEL

Zugang zu qualitativ guter Palliative Care, unabhängig von:

- Alter
- Krankheit
- Lebensort
- Pflegeort

Sozio-educative Einrichtungen (SEE)

- 13 SEE für Personen mit geistiger Behinderung
- 1'400 Bewohnerinnen und Bewohner
- 0.2 % der Waadtländer Bevölkerung
- 50% der Bewohnerinnen und Bewohner sind 50 oder mehr Jahre alt.
- 15 - 20 Todesfälle pro Jahr

Waadt – interdisziplinäre Schulung SEE

Das Gesundheitsamt und das Amt für Vorsorge und Sozialhilfe haben folgenden Auftrag erteilt:

Die Palliative Care in die Lebensorte der Personen mit Behinderung integrieren.

Anforderungen des Staates:

- 20 % der Fachleute (alle Berufszweige zusammengenommen) des sozio-educativen Bereichs müssen in der Sensibilisierung für den palliativen Ansatz geschult sein.
- 1 in Palliative Care geschulte Ansprechperson pro Einrichtung (CAS).

Im Gegenzug wird ein Teil der Schulungskosten sowie ein Arbeitspensum für die Ansprechpersonen vom Staat getragen.

Waadt – interdisziplinäre Schulung SEE

Sensibilisierung für den palliativen Ansatz im sozio-educativen Bereich

- Implementierung auf der Grundlage des in Genfer und Waadtländer Alters- und Pflegeheimen umgesetzten Ansatzes, und zwar durch das private Gremium CIPEPS
- Mit Fachleuten aus 5 sozio-educativen Einrichtungen überarbeitet und an den sozio-educativen Bereich angepasst
- Ende 2009 getestete Pilotschulung

Zielpublikum:

Alle Berufszweige der Einrichtungen müssen vertreten sein:

Erzieher/-innen, Werkstattmeister/-innen, Therapeuten/-innen, Nachtwache, Pflegefachleute, Hausdienst, Wartungsdienst, Köche/-innen, Administration, Geschäftsleitung

Interdisziplinäre Schulung

Dispositiv 1 (271 geschulte Personen):

- 4 Tage Theorie;
- 5x ½ Tag Projektkreation;
- 1 Tag, um Bilanz aus der Schulung zu ziehen.

Dispositiv 2 (321 geschulte Personen):

- 4 Tage Theorie.

Inhalt der 4 Schulungstage

- Rolle, Zusammenarbeit und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Fachleute
- Schmerzphänomen
- Trauerarbeit und -bewältigung
- Bedeutung der Ernährung
- Ethik in der Palliative Care

Erwartungen der SEE zu Beginn der Schulung

- Entwicklung von Beziehungsstrategien mit den Angehörigen
- Entwicklung von Austausch- und Analysemöglichkeiten für die Teams
- Sich damit befassen, wie man den Bewohnerinnen und Bewohnern Informationen zu ihrem Gesundheitszustand gibt
- Wissen, wer was macht
- Trauerbegleitung für die Bewohnerinnen und Bewohner

Institutionelle Projekte

- Verfahren bei Schmerzphänomen
- Patientenverfügung und Behandlungsplan
- Ernährung
- Konzept für Palliative Care

Interesse einer interdisziplinären Schulung

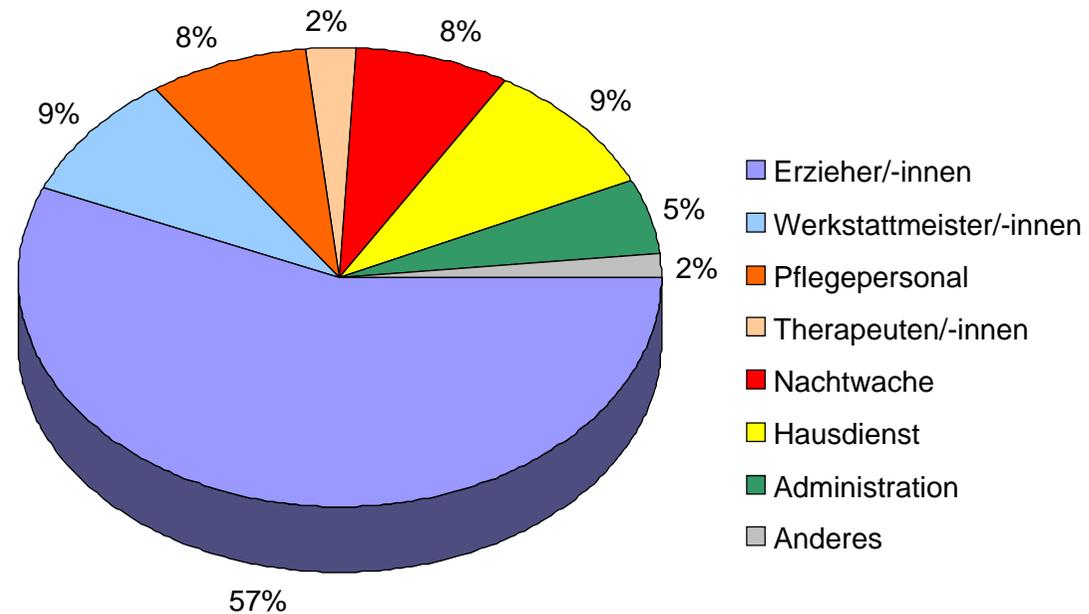
- einige Aussagen von Teilnehmenden

Grenzen einer interdisziplinären Schulung

- Repräsentativität: keine Unter- oder Überrepräsentativität bestimmter Berufe
- Inhaltlich: Kursinhalt, der von allen Berufen als angemessen erachtet wird.

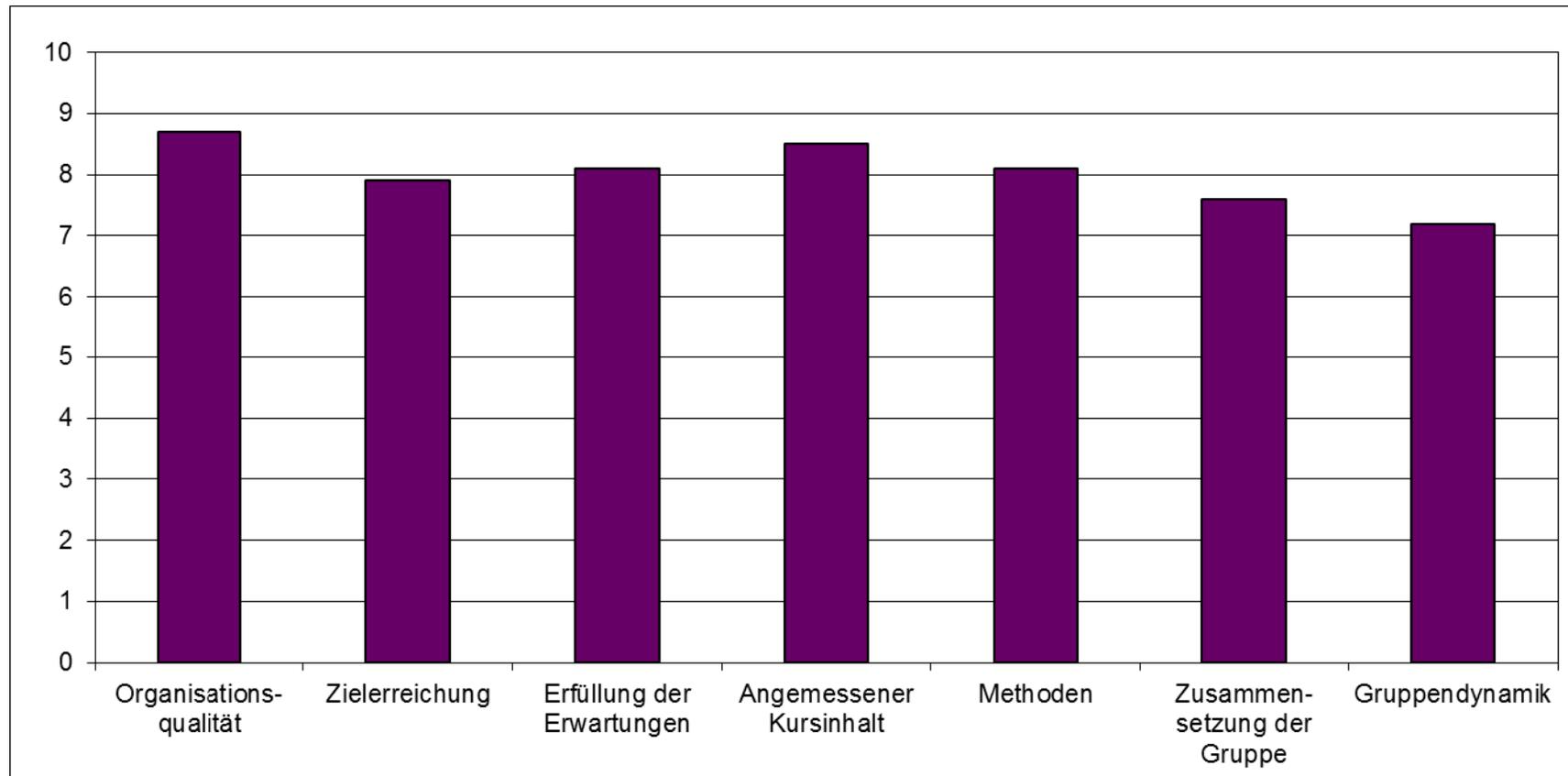
Waadt – interdisziplinäre Schulung SEE

Quantitative Auswertung: 592 geschulte Personen



Waadt – interdisziplinäre Schulung SEE

Abschliessende Beurteilung der Teilnehmenden



Beispiel: Beurteilungsergebnisse eines Jahrgangs

Wirkungsevaluation Schulung:

- Ergebnisse Kontrollen CIVESS –
noch nicht veröffentlicht, aber insgesamt positiv

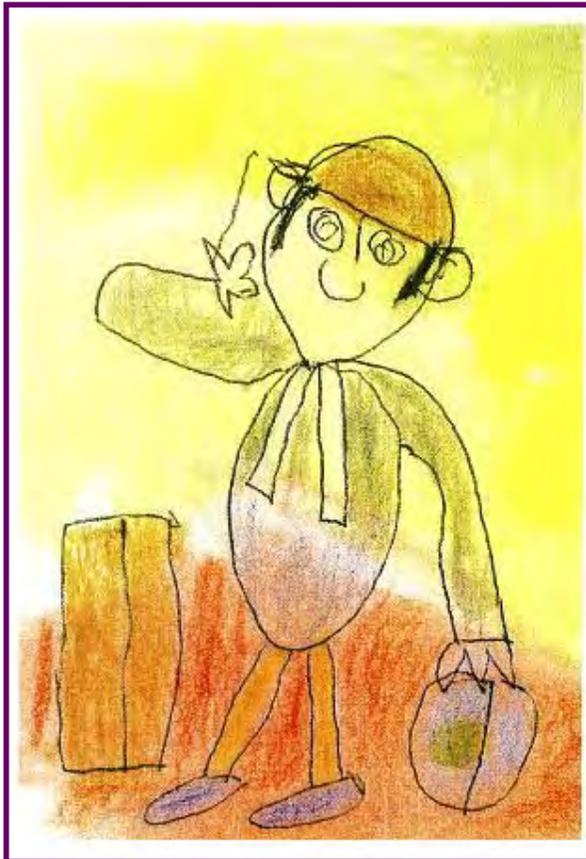
Waadt – interdisziplinäre Schulung SEE

Ergebnisse

Die interdisziplinäre Schulung:

- ist möglich, wenn sie auf dem Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden beruht,
- erfüllt die Erwartungen der Teilnehmenden,
- kann aufzeigen, dass die Palliative Care alle angeht, nicht nur die Pflegeberufe,
- ermöglicht die Anerkennung und Aufwertung gewisser Berufe (Reinigungskräfte, Nachtwache,..),
- führt Lösungen und Veränderungen in der Betreuung herbei.

Waadt – interdisziplinäre Schulung SEE



Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

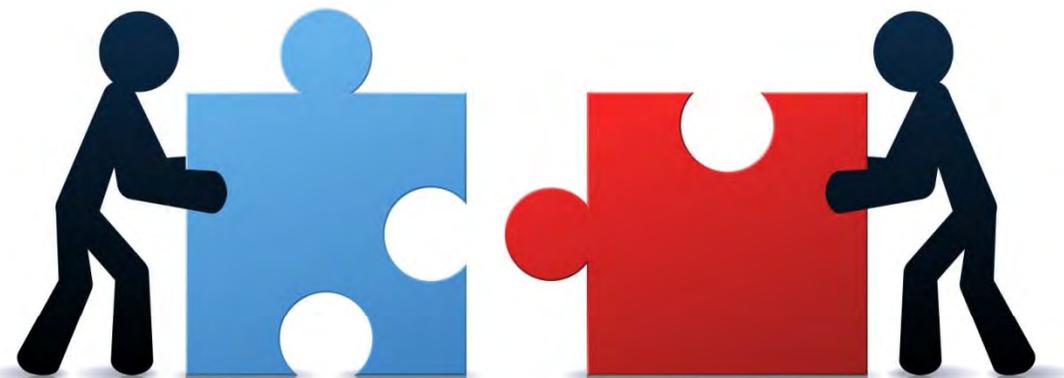
Catherine.hoenger@vd.ch

Laetitia.probst@vd.ch

8.

Interprofessionelle Lehre in der Palliative Care: Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit

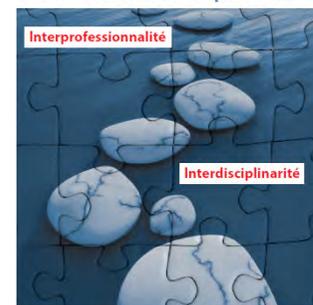
Serge Gallant, Direktor Bildungszentrum CHUV, Lausanne



Interprofessionelle Ausbildung in der Palliative Care: Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität

S. Gallant, Bildungszentrum CHUV

3^e forum « Formation et monde du travail
dans le domaine des soins palliatifs »



Le 19 mars 2015, Berne
Bernier Bildungszentrum Pflege

Weshalb zusammenarbeiten?

«Kein Beruf verfügt allein über das erforderliche Fachwissen, um befriedigend und effizient auf das komplexe Bedürfnisspektrum vieler Nutzerinnen und Nutzer der Gesundheitsdienste einzugehen.»

- ✓ Patientenzufriedenheit
- ✓ Patientensicherheit
- ✓ Leistungseffizienz





Modeerscheinung?



- ASSM. Académie Suisse des Sciences Médicales. (2014) Charte: Collaboration entre les professionnels de la santé.
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization.
- CanMeds. *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*
- Journal of Interprofessional Care. [En ligne sur Perunil](#)
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. *Plan stratégique 2014-2018*

Modeerscheinung?



**Journées de sensibilisation au travail interprofessionnel
pour les étudiants engagés dans une formation de la santé**



Interprofessionelle Zusammenarbeit

Definition

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird definiert als von den Mitgliedern eines Teams entwickelte **kollektive Kompetenz**, um einerseits gemeinsam zu arbeiten, **effizient zu kommunizieren**, vorausschauend zu handeln und auf verschiedene Erwartungen einzugehen und andererseits auf die Ergebnisse zu vertrauen, die **eine kollektive Handlung**, die selbst eines oder etliche von mehreren Personen angestrebte Ziele verfolgt, **hervorbringen kann**.

Interprofessionalität lehren?

Compétence
Réaliser-Faire
en situation réelle

Travailler ensemble
Communiquer efficacement
Anticiper/Répondre aux attentes
Etre confiant résultats du collectif

Compétent

Inconsciemment
Compétent

Consciemment
Compétent

Incompétent

Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Inconscient

Conscient

Connaissance
Nommer – Comprendre
en salle de cours

Interprofessionalität lehren?

Individuelle Kompetenzen

- Effizient kommunizieren
- Vorausschauend handeln und auf verschiedene Erwartungen eingehen
- Auf die Ergebnisse vertrauen, die eine kollektive Handlung hervorbringen kann

Kollektive Kompetenz

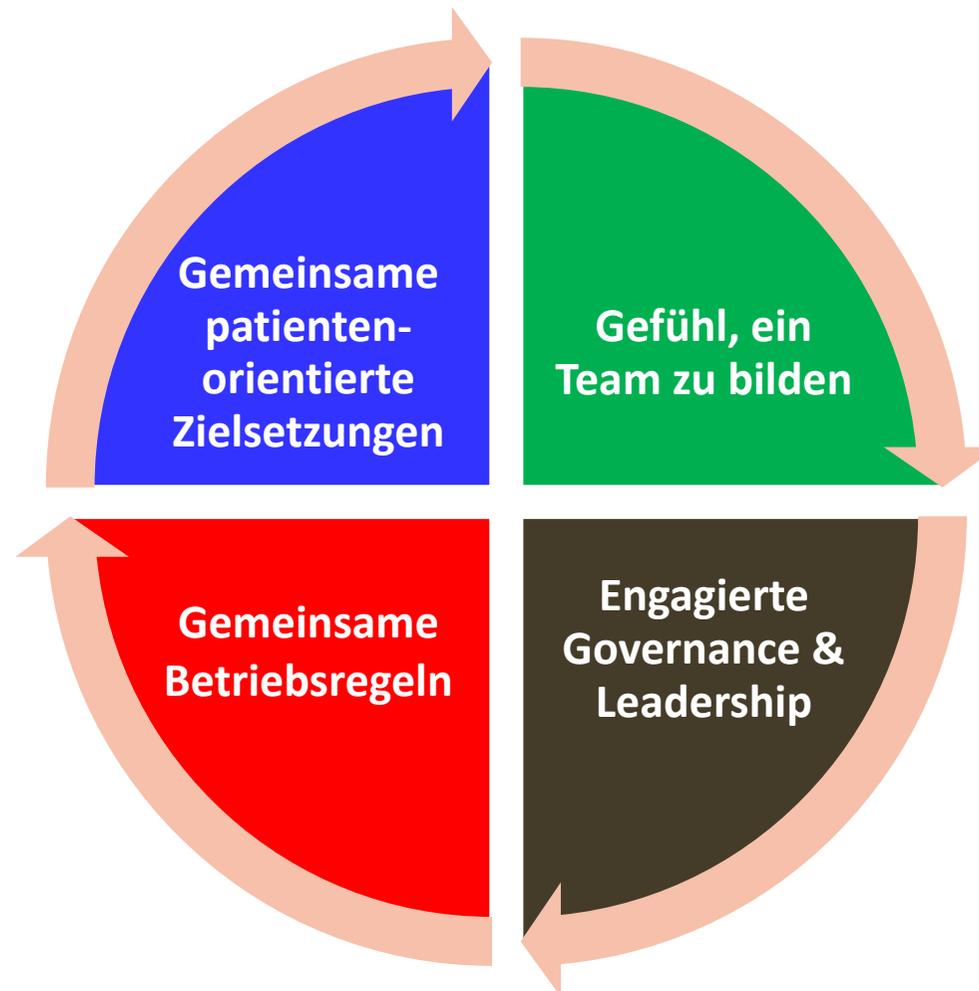
- Der Realität standhalten!

Erfolgsfaktoren der Schulung in Interprofessionalität

- Früh anfangen
 - Nicht lehren, sondern fördern
 - Integrative Wechselbeziehung verkörpern
 - Mit gutem Beispiel vorangehen
- Zielsetzung wiederholen, wiederholen und wiederholen... **die Patienten/-innen und ihre Angehörigen!**

Fazit

Kollaborative Praxis: 1 Teller mit 4 Zutaten



Leave your EGO
outside!

...but don't forget to
bring your expertise!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

9.

Wie wird den Studierenden der Humanmedizin Interprofessionalität im Bereich der Palliativmedizin vermittelt?

Dr.med. Stefan Obrist, Verantwortlicher für das Modul Palliative Care im Rahmen des Medizinstudiums an der Universität Zürich



**3. Forum «Bildung und Arbeitswelt Palliative Care»
19. März 2015, Bern
Berner Bildungszentrum Pflege**

Wie wird den Studierenden der Humanmedizin Interprofessionalität/Interdisziplinarität im Bereich der Palliativmedizin vermittelt?

Dr. med. Stefan Obrist, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH
Ärztlicher Leiter Kompetenzzentrum Palliative Care
Verantwortlicher für das Modul Palliative Care im Rahmen des
Medizinstudiums an der Universität Zürich

Einleitung

- Co-Leitung Kompetenzzentrum Palliative Care USZ:
 - Sabine Fischer, Abteilungsleitung Pflege
 - Dr. Stefan Obrist, Ärztlicher Leiter
- Impulsgespräch zum Thema Interprofessionalität Oktober 2012 im Careum Bildungszentrum Zürich (CBZ).
Zielpublikum: Studierende der HF Ausbildung am CBZ (2./3.J) und Studierende der Med. Fakultät (5./6. Semester)
 - sehr ähnlich wie KISPI Notfallstation (sehr patientenbezogene Institution)
 - keine Studierenden der Medizin im Publikum
- 2 kurze Patientenbeispiele zur Interprofessionalität

Mantelstudium Palliative Care

- Wahlpflichtfach 2./3./4. Studienjahr (meist 4. Studienjahr)
- 36 Studierende
- 7 Vormittage (7x4 Stunden)
 - 2 Vormittage Einführungsvorlesungen
 - Am 2. Vormittag Doppelstunde «Vorgelebte Interdisziplinarität»
 - 4 Praktikumsmorgens in Kleingruppen
 - Gespräche von 1-3 Studierenden mit Pat., Beobachtung durch Psychologen, Besprechung mit Pflege/Ärzten, Teilnahme an interdisziplinärem Rapport u.a.m.
 - Abschlussvormittag mit Schlussevaluation wieder im Plenum
 - Evaluation: MC-Fragen und Essay (entweder: «Erfahrungen in den Institutionen» oder «Interdisziplinarität: Vorteil und Nachteile?»)



Erfahrungen mit dem Vermitteln von Interdisziplinarität/Interprofessionalität

- Doppelstunde «Vorgelebte Interdisziplinarität»:
 - Ursprünglich theoretische Einleitung, dann Vorstellung eines Pat. durch Arzt, Pflege, Sozialdienst, Physiotherapie, Psychoonkologie, Schmerzdienst, Ernährungsberatung etc.
 - Aufmerksamkeit und Beteiligung der Studierenden schwierig zu gewinnen
 - Heute moderierte Diskussionsrunde mit Vorstellung und Diskussion eines Pat. mit Einbezug der Studierenden, ohne theoretische Einführung
 - Gute aktive Beteiligung der Studierenden, langer Applaus am Ende
- Versuch: 1 Vorlesungsstunde von Pflegefachfrau gehalten
 - Konzentration und Aufmerksamkeit der Studierenden schlecht

Evaluation durch die Studierenden (1)

Etwa die Hälfte der Studierenden wählt bei der Evaluation das Thema «Interdisziplinarität in der Palliative Care, was sind die Vorteile, was die Nachteile?»

Nachteile:

- Grösserer Aufwand für Koordination, Kommunikation
- Höhere Ansprüche an Teamfähigkeit
- Abläufe können träge werden, es kann zu Doppelspurigkeiten kommen
- Sehr schwierig, wenn Konflikte im Team vorhanden sind
- Ev. Abschieben von Problemen auf anderes Fachgebiet
- Ev. Überforderung der geschwächten Pat. mit zu vielen Therapien

Evaluation durch die Studierenden (2)

Vorteile:

- Pat. wird in (fast) allen Facetten erfasst, ganzheitlich
- Umfassende Betreuung auf hohem Niveau
- Individuellere und adäquatere Behandlung möglich, wenn Wissen von verschiedenen Seiten eingebracht wird.
- Beteiligte ziehen eher «an einem Strang»
- Gefahr, dass etwas vergessen geht wird kleiner, auch nicht medizinische Bedürfnisse werden erfasst
- Schwierige Fälle können durch Team besser getragen werden
- Teammitglieder lernen voneinander, «Blick über den Tellerrand»
- «In meinen Augen würde es auch andern Fachgebieten nicht schaden, interdisziplinärer zu arbeiten, trotz des Mehraufwands»
- «Die nicht-palliative Medizin könnte da einiges lernen von der Palliative Care»

Zusammenfassung / Ausblick

«...vielleicht ist bald die Zeit reif für einen interprofessionellen Lehrstuhl...»

Christoph Cina, Hausarzt in Messen SO

<http://www.saez.ch/archiv/details/aufs-lebensende-vorbereiten.html>

“You need to learn both to be a leader and to be a member of a team, because we’re all going to play this whole gradient of roles”

George Thibault, president of the Macy, a former professor of medicine and medical education at Harvard Medical School

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1201526>





Danke

für Ihre Aufmerksamkeit!

stefan.obrist@usz.ch



10.

Wie werden Palliative-Care-Kompetenzen in einer interprofessionellen Studierendengruppe vermittelt?

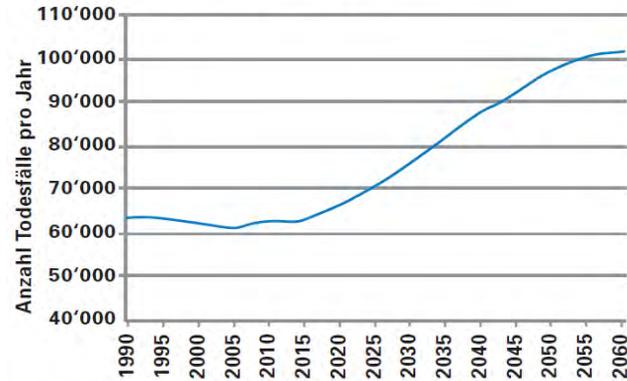
PD Dr.med. Sophie Pautex, Privatdozentin an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf

Wie werden Kompetenzen in Palliative Care in einer interprofessionellen Studierendengruppe vermittelt?

PD, Dr. Sophie Pautex, Abteilung für Geriatrie und gemeinschaftl. Palliative Care

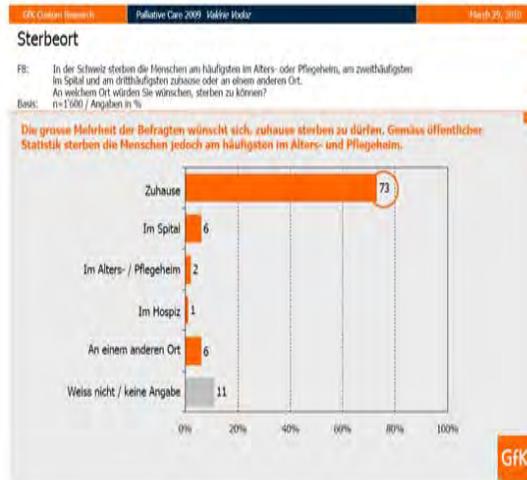
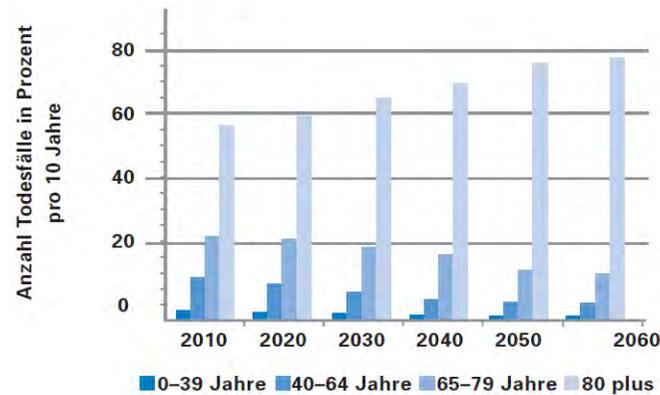
Herausforderungen....

Abb. 2: Entwicklung der Anzahl Todesfälle pro Jahr in der Schweiz bis 2060

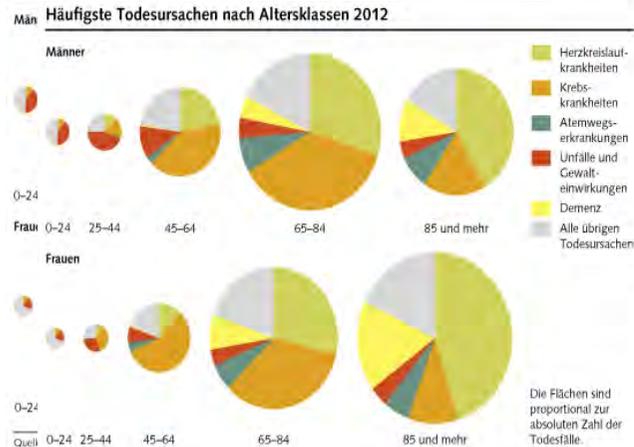


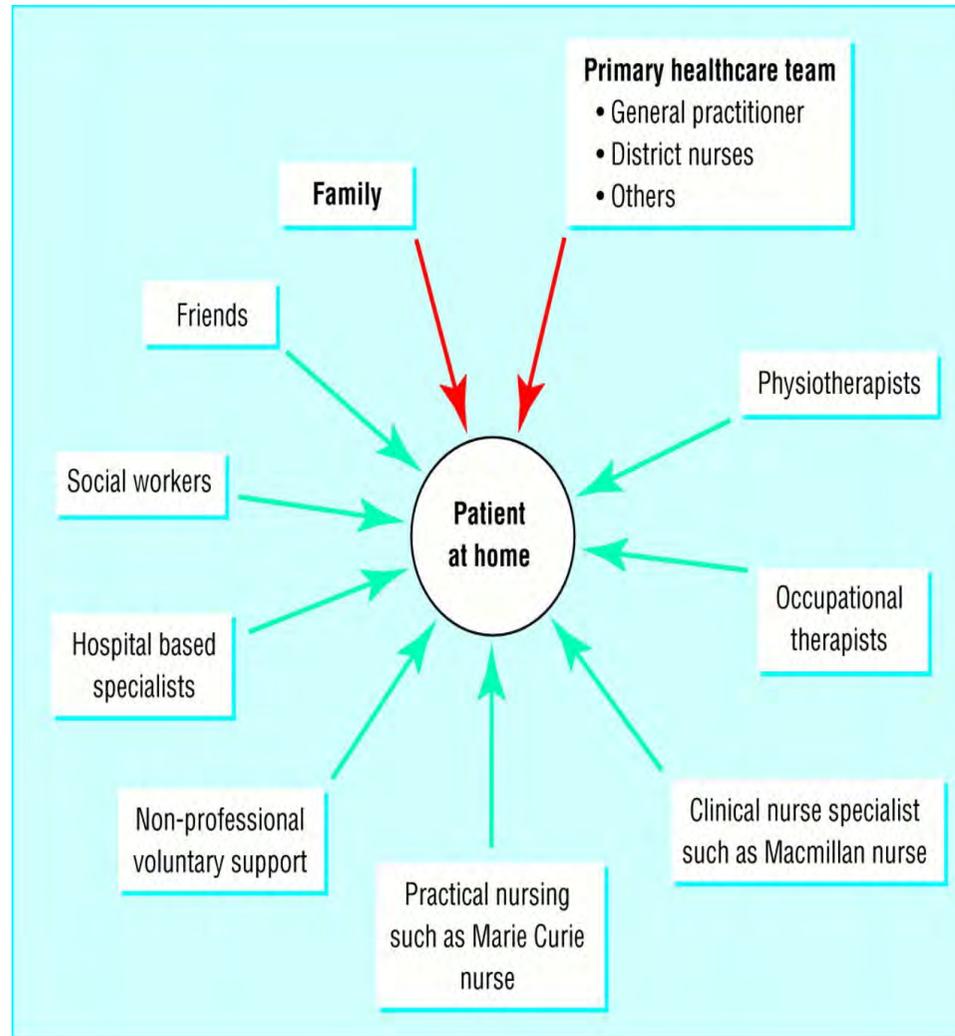
Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS)

Abb. 3: Entwicklung der Todesfälle nach Alter 2010–2060



Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2012

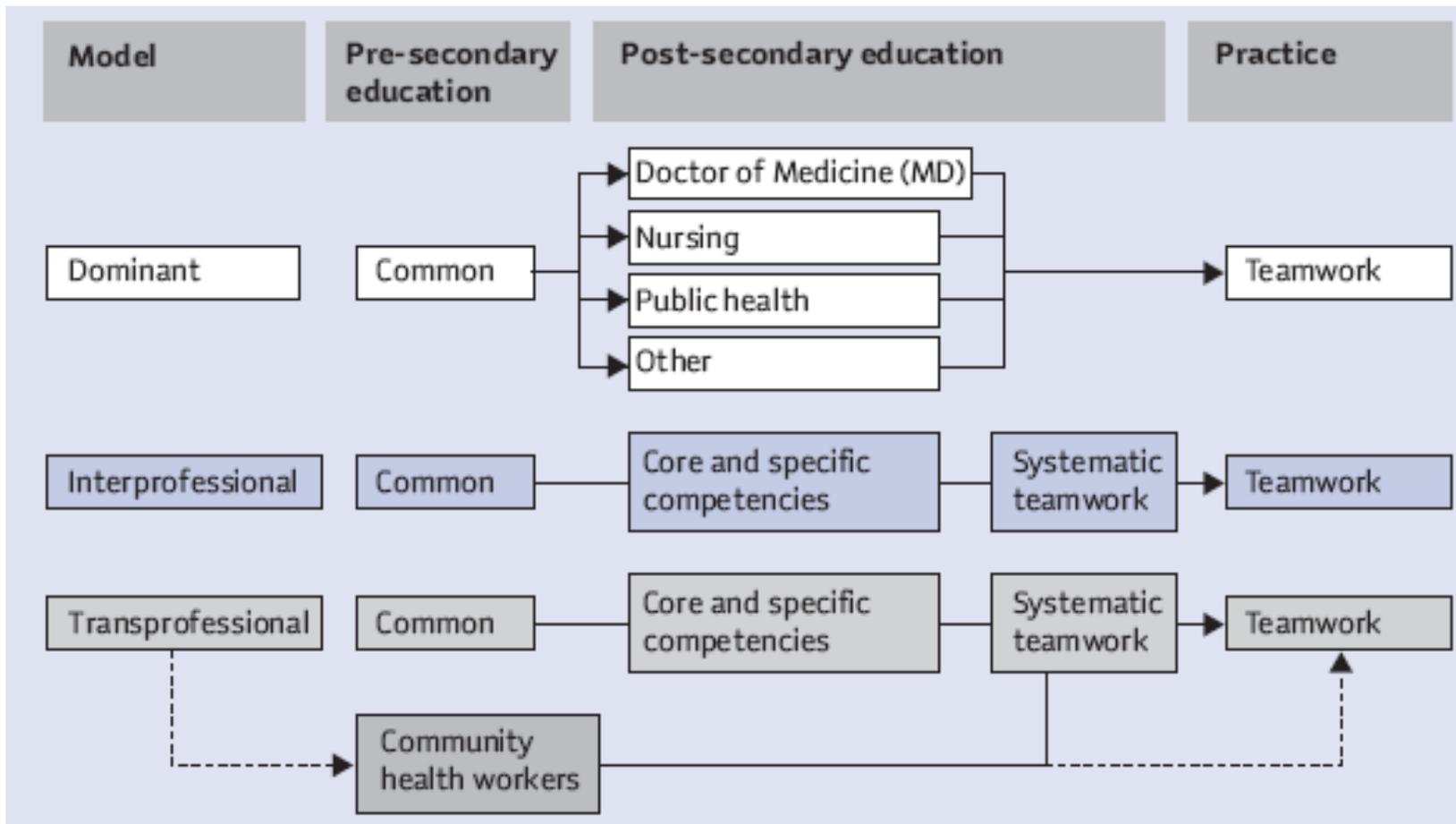




BMJ 1998;316:373-377



Interprofessionelle Schulungsmodelle



Lancet 2010, 376; S. 1923–58

Definition der Interprofessionalität

“Wenn zwei oder mehr Berufe miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern.”



Die Fachleute für die Zusammenarbeit schulen

Bessere Zusammenarbeit vor Ort

Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit



HERAUSFORDERUNGEN IPE

- Berücksichtigung der Bedürfnisse und Vorstellungen jedes Berufs
- Frühzeitige interprofessionelle Ausbildung im Studiengang
 - Ausgewählte, relevante Themen
- Angepasste Ausbildungsformate
 - Simulation/nachgestellte Situationen und anderes

PLoS One. 2014;25;9:e96160; 2013;8:e57570

5 FH-Studiengänge und 1 med. Fakultät

95 STU PHYSIO FH



110 STU MTRA FH



100-150 STU Medizin Uni GE



350 STU Intensivpflege FH



95 STU Hebamme FH



95 STU Ernährung FH



Ziele

- Schaffung von **kollaborativen und interprofessionellen Schulungen** (fachliche und nicht fachliche Kompetenzen) fördern
- Entwicklung eines **Schulungszentrums (Core facilities/ Plattform...)** für **simulierte praktische Übungen** (gemeinsame Nutzung pädagogischer Mittel, Erfahrungsaustausch)

2 plateaux techniques

6 filières de formation

20 simulateurs

100 enseignants

200 patients simulés

2'000 étudiants par an

www.cis-ge.ch

Ausbildungsdispositiv IPE über 3 Jahre

Zusammenarbeit HS Ges./med. Fak.

4 ECTS

- Rollen und Verantwortlichkeiten der Pflegenden
- Unterschiedliche sozio-sanitäre Zusammenarbeitskontexte
- Austausch zu Kommunikation, Methodik und Instrumenten

4 ECTS

- Methodik und Projektmanagement im Gesundheitswesen
- Studiengangübergreifende Simulationsworkshops: Arbeit an Rollen und Verantwortlichkeiten

2 ECTS

- [1 Woche studiengangübergreifende Simulationen](#) : Teamarbeit in Kontexten chronischer oder akuter Pflege; Achse Versorgungsqualität und -sicherheit

THEMEN	BERUFSLEUTE	ART DER SIMULATION	MITTEL	ZIELE
Palliative Care	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt/Ärztin ➤ Spitalinterne und -externe Krankenpflege ➤ Ernährungsberater/-in 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IPE-Kolloquium ➤ Gespräch mit helfendem Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standardpatient/-in 	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch über das Problem des Patienten/der Patientin • Festlegung der Pflege- und Behandlungsprioritäten • Stellungnahme gegenüber den anderen Berufsleuten • Aushandlung eines Pflegeplans mit dem Patienten/der Patientin • Aufbau einer Partnerschaft mit dem Patienten/der Patientin oder dem helfenden Angehörigen bei der Entscheidungsfindung • Aufgabenteilung und -planung mit anderen Berufsleuten • Koordination der Umsetzung der Interventionen
Sucht und Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt/Ärztin ➤ Spitalinterne und -externe Krankenpflege ➤ Physiotherapeut/-in 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IPE-Kolloquium ➤ Gespräch mit dem Patienten oder der Patientin 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standardpatient/-in 	
COPD-Patient/-in	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt/Ärztin ➤ Spitalinterne und -externe Krankenpflege ➤ Physio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IPE-Kolloquium ➤ NIV bei unruhigem Patienten ➤ Austrittsgespräch 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standardpatient/-in ➤ Gemischtes Dispositiv 	
Schwangerschaftsdiabetes und Interkulturalität	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt/Ärztin ➤ Hebamme ➤ Ernährungsberater/-in ➤ Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ IPE-Kolloquium ➤ Gespräch mit der Patientin 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standardpatient/-in 	
Allergien/anaphylaktischer Schock/Transfusionsreaktionen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt/Ärztin ➤ Hebamme ➤ MTRA ➤ Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Notfall/Teamarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mannequin möglichst realitätsnah 	
Fehler/Zwischenfall	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt/Ärztin ➤ Hebamme ➤ MTRA ➤ Krankenpflege 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gespräch mit dem Patienten/der Patientin, der Familie des Patienten/der Patientin 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Standardpatient/-in 	

Situation von Frau S: erfolgreiche Rückkehr nach Hause

Person:

- 58 Jahre alt, Informatikerin
- Geschieden, lebt allein in einer Wohnung in Genf
- Frau S. hat keine Patientenverfügung verfasst, hat aber ihre Tochter als Vorsorgebevollmächtigte eingesetzt.

Soziales Netz:

- Eine Tochter, die selten da ist, weil sie in den USA lebt
- Eine zweite, 30-jährige Tochter, die in Genf lebt

Die Tochter steht ihrer Mutter sehr nahe, und deren Rückkehr nach Hause beunruhigt sie sehr. Sie sagt, dass sie nicht mehr so viel Zeit für die Betreuung aufwenden kann, denn sie fürchtet um ihre Stelle, wenn sie der Arbeit regelmässig fernbleibt.

Gesundheitszustand:

- **Februar 2013:** Diagnose eines gastrischen Adenokarzinoms: Chemotherapie und vollständige Gastrektomie
- **Mai 2014:** Rückfall in Form einer Peritonealkarzinose und Lungenembolie
- **November 2014:** Hospitalisierung wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und intestinaler Okklusion: günstige Entwicklung unter medikamentöser Behandlung und gemeinsamer Entscheid mit Frau S., die onkologische Behandlung einzustellen und nach Hause zurückzukehren.

Betreuung zu Hause:

Evaluation der Bedürfnisse von Frau S. und ihrer Tochter durch eine Bezugspflegefachfrau, Implementierung der Leistungen und Aufbau der partnerschaftlichen Beziehung

Modalitäten und Auflösung

1. **Briefing zu den Zielen der nachgestellten Situation und zum Kontext**
2. **Erste Simulationsphase**
3. **Debriefing und Feedback zur Phase 1**
4. **Kurzes Briefing zu Beginn der zweiten Phase**
5. **Zweite Simulationsphase mit Angehörigem-SP**
6. **Simulation abschliessen**

PERSPEKTIVEN

Frühzeitige Zusammenarbeitskultur noch
vor Ausbildungsabschluss

Gemeinschaftliche Praktiken

Andere Berufe, Bildungsgänge

Nachdiplomausbildung, Fortbildung

Schulung Patient/-in, Angehörige, Freiwillige

11.

Wie wird das Pflichtfach Palliative Care den Studierenden der Humanmedizin interprofessionell gelehrt?

Dr. med. Emmanuel Tamchès, Lehrbeauftragter für Palliativmedizin an der Universität Lausanne



***Interprofessionelle Vermittlung
des obligatorischen Fachs
Palliative Care im Studium der
Humanmedizin***

Dr. Emmanuel Tamchès
CHUV/UNIL

Forum Bildung und Arbeitswelt
Bern, 19.03.2015



Kontext (1)

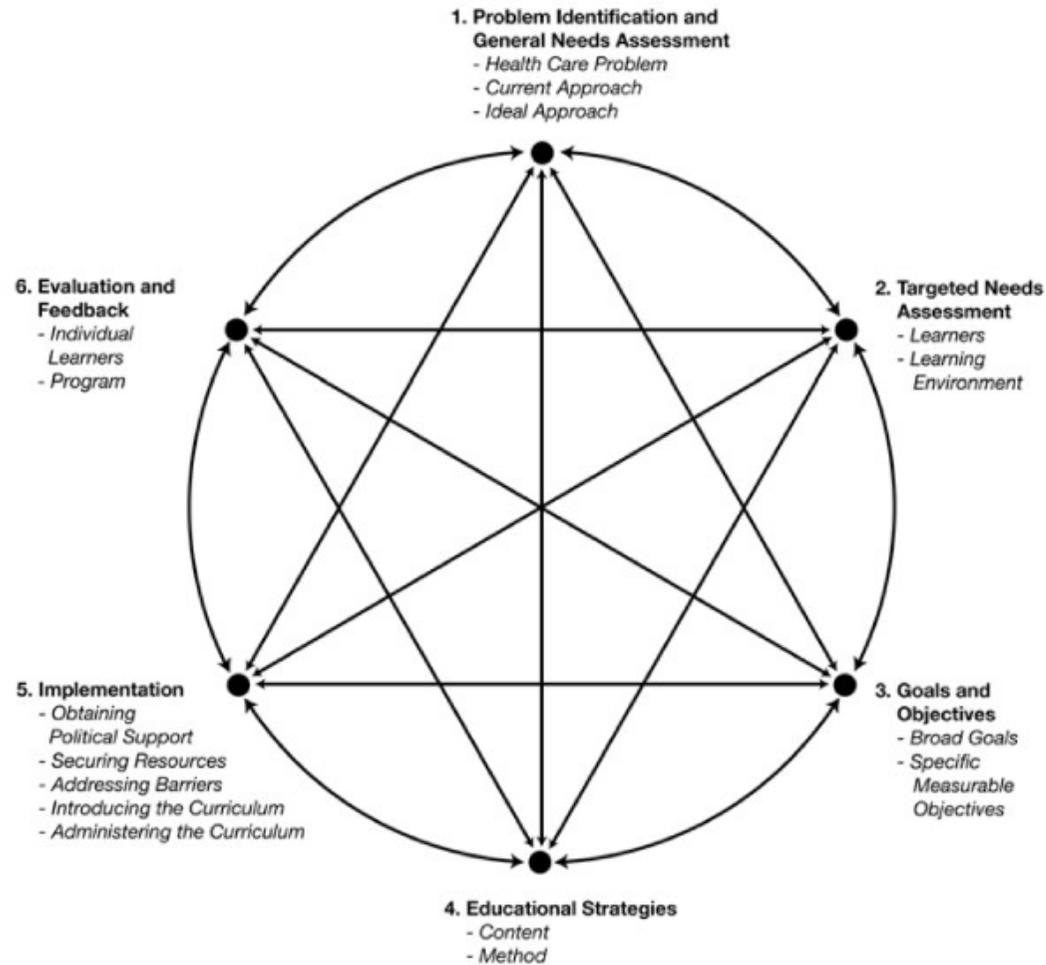


Kontext (2)



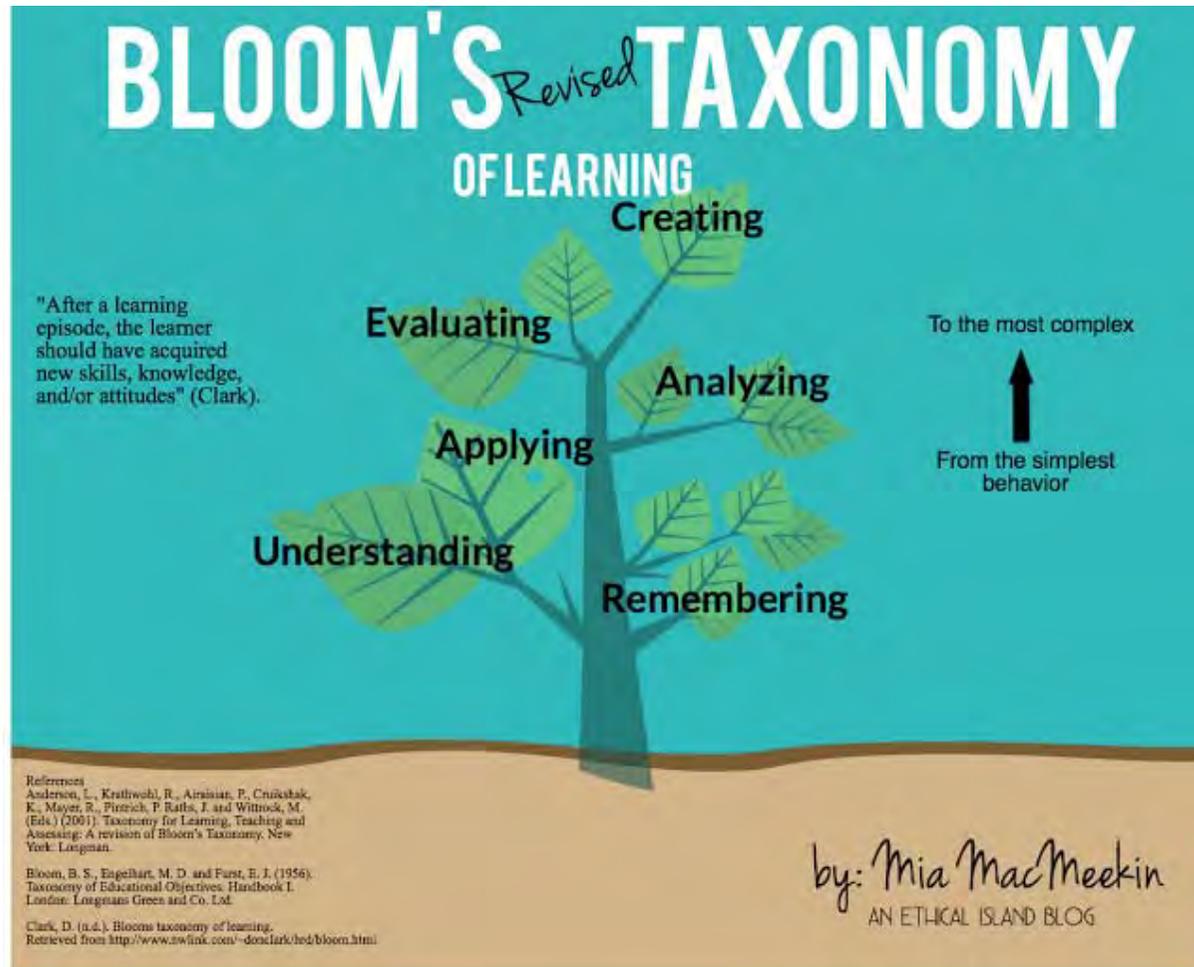
Fakultät für Biologie & Medizin Lausanne: 2008

Method (1)

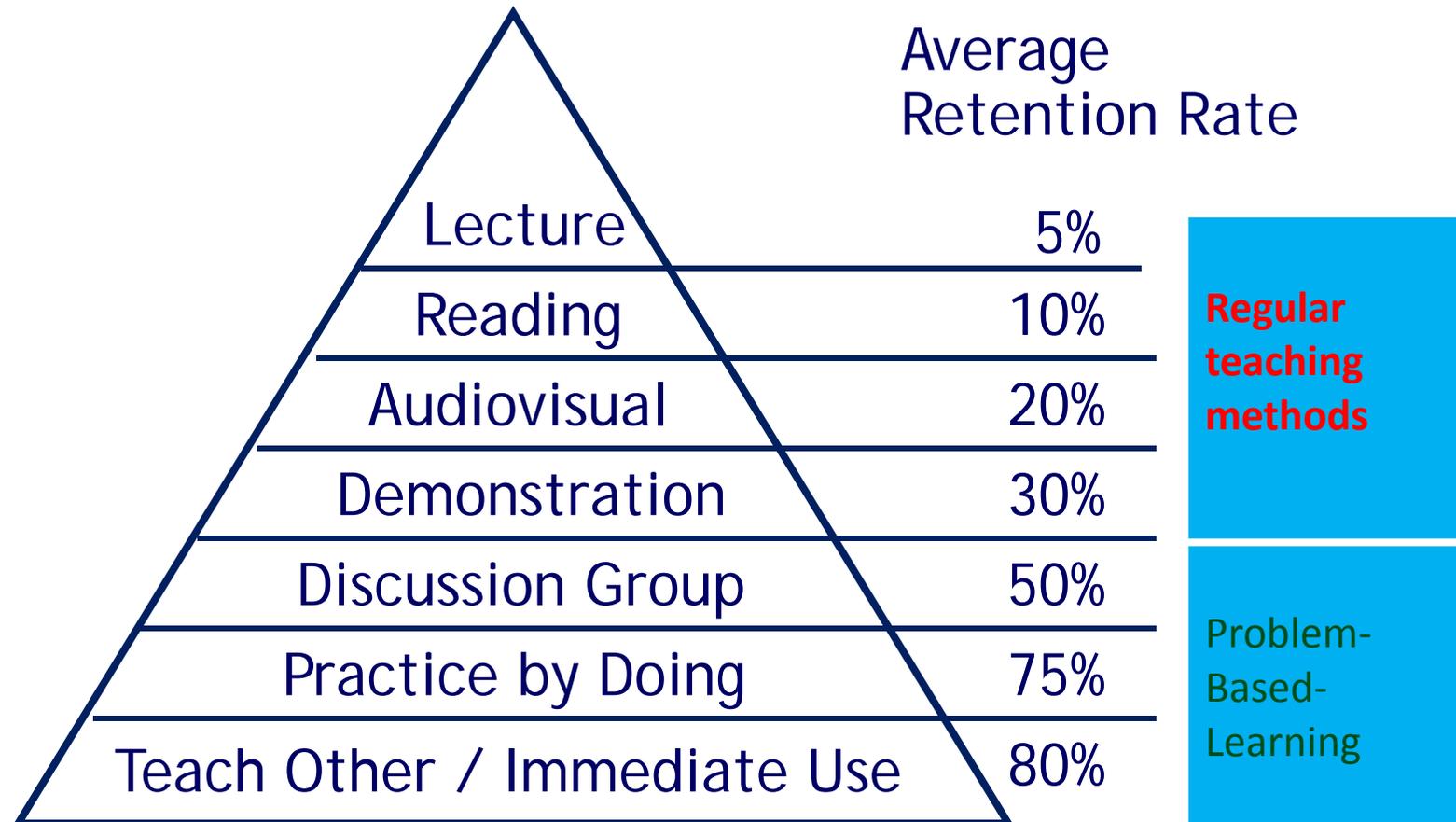


Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB, 1998; 2009

Methode (2)

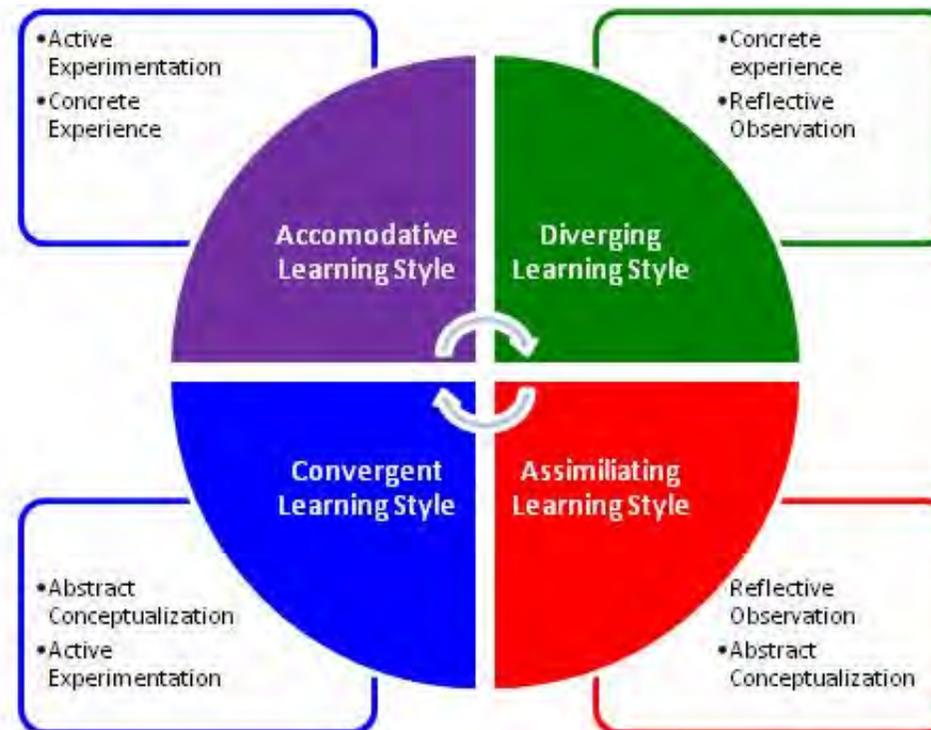


Methode (3)



Bales, 1996, IDiNEB (from NTL Institute for Applied Behavioral Science)

Metode (4)



<http://mile.mmu.edu.my/orion/seyedjamal/kolbs-learning-style/>

Kolb D, 1984

Methode (5)



> Metakognition

Ormrod JE, 2008

Ergebnisse (1)

- Ermitteltes allgemeines Bedürfnis:

«Den Patienten / die Patientin als Ganzes betrachten»

- Ermitteltes gezieltes Bedürfnis:

«Den Patienten / die Patientin, der/die mit einer potenziell tödlichen Krankheit konfrontiert ist, als Ganzes betrachten»

- Schlüsselziele der Ausbildung:

1. Ermittlung der bio-psycho-sozio-spirituellen Bedürfnisse des Patienten / der Patientin
2. Kommunikation über die Bedürfnisse des Patienten / der Patientin
3. Kennen von multimodalen Antworten auf die Bedürfnisse des Patienten / der Patientin

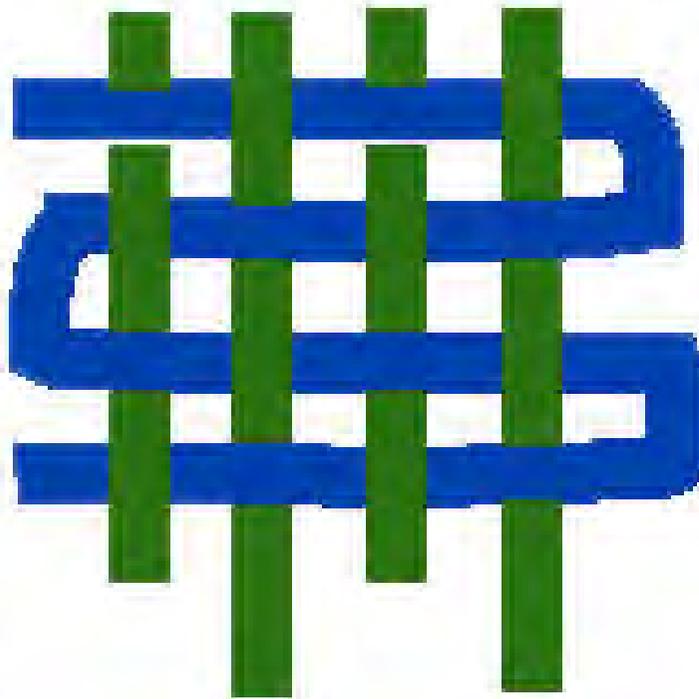


Den Wert der interdisziplinären Arbeit verstehen

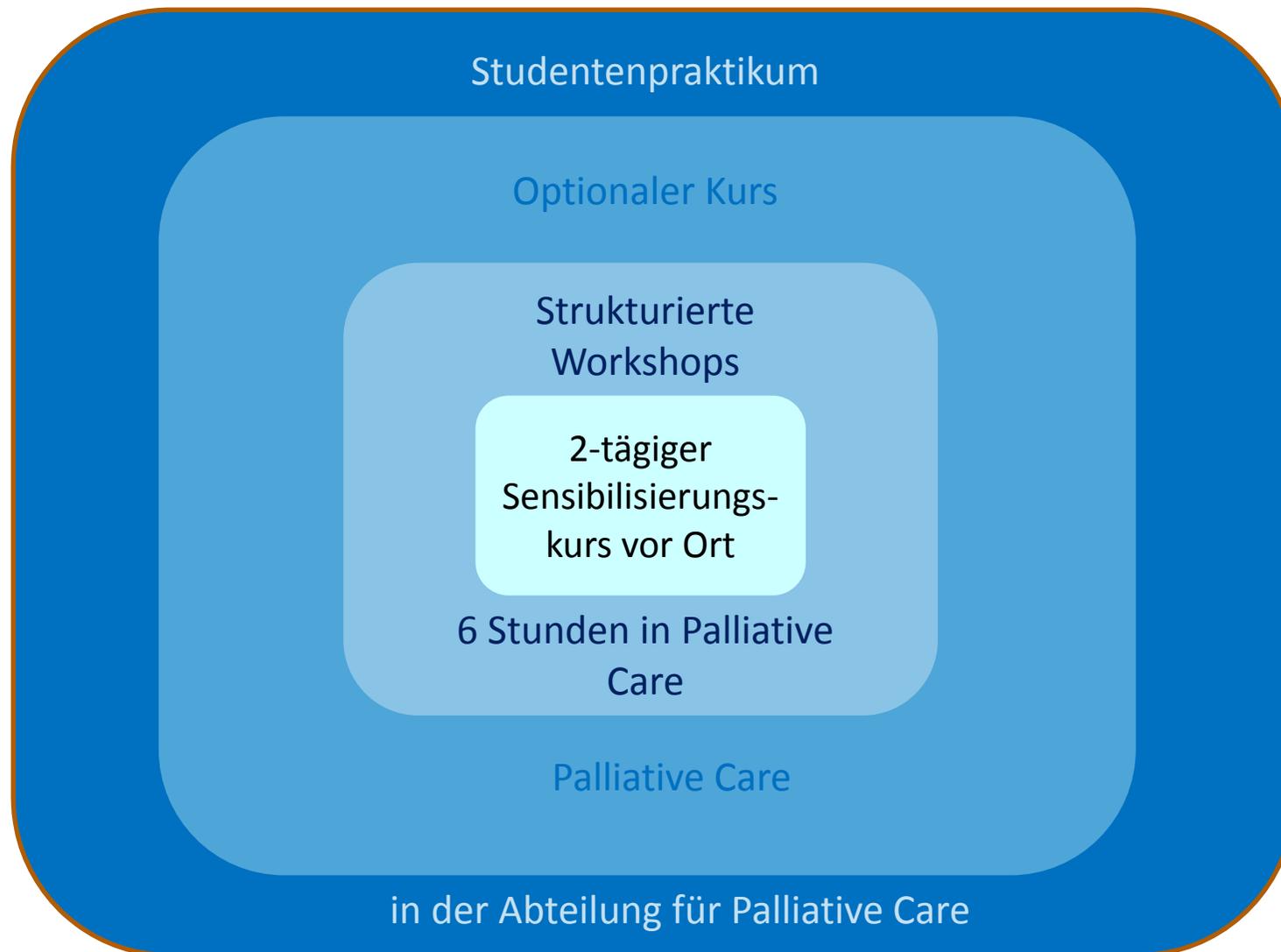
Ergebnisse (2)

Studiengang Med. Fakultät
Lausanne

Richtschnur der Palliative Care



Ergebnisse (3)



Ergebnisse (4)

e2.unil.ch/course/view.php?id=3447

Cours Obligatoire de Soins Palliatifs M 2.2 2014

Matériel Etudiant(e)s

Cher étudiant(e),
vous trouverez chaque semaine le matériel pédagogique présenté par les tuteurs dans cette section.
Libre à vous de le télécharger ou de l'imprimer.
A noter que ce matériel est rendu disponible uniquement à la fin de chaque session.
Bon cours à vous et merci de votre participation !

-  Cours obligatoire Soins Palliatifs Module 1 9.4Mo
-  Cours obligatoire Soins Palliatifs Module 2 7.8Mo
-  Cours obligatoires Soins Palliatifs Module 3 3.4Mo

Matériel Tuteurs

-  Cahier du lecteur & Consignes
-  Vignettes Cliniques et Vidéo
-  Power Point avec Commentaires Tuteurs



Introduction au jeu de rôle

00:08 03:30

Jeu de rôle — quelques principes 48.3Ko

Titre	Durée
Introduction au 1ère séquence	3 minutes 30 secondes
Introduction au 2ème séquence	2 minutes 00 secondes
Jeu de rôle - Scène 3ème séquence	9 minutes 33 secondes
Jeu de rôle - Scène 4ème séquence	16 minutes 58 secondes
Jeu de rôle - Scène 5ème séquence	7 minutes 38 secondes
Jeu de rôle - Scène 6ème séquence	6 minutes 17 secondes
Conclusions 7ème séquence	4 minutes 22 secondes



Traitements adjuvants et antalgie

Dr C. Mazzocato, PD & MER

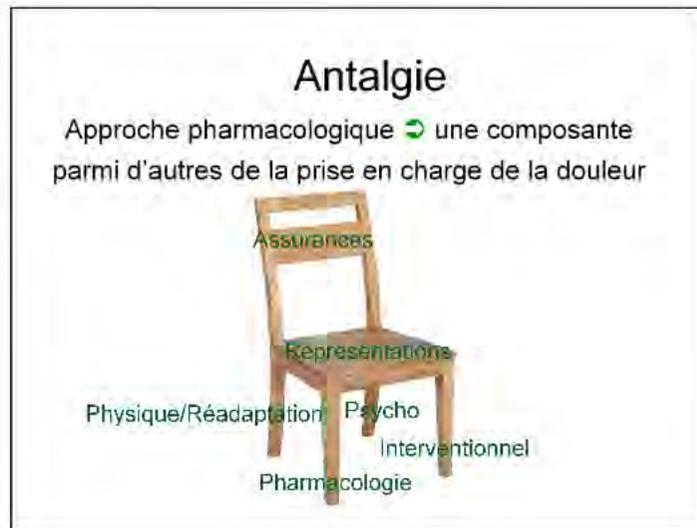
Réalisé : 20.09.07
Revu : 20.09.07

Durée du module : 20 minutes

Plan	Module	Notes	Chercher
+ Traitements adjuvants...	00:11		
Conséquence 1	00:27		
Conséquence 2	00:40		
Conséquence 3	01:10		
Conséquence 4	01:49		
Conséquence 5	01:48		
Conséquence 6	01:21		
Conséquence 7	01:52		
Conséquence 8	01:34		
Conséquence 9	00:49		
Conséquence 10	00:47		
Conséquence 11	01:05		
Conséquence 12	00:43		
Conséquence 13	00:44		
Conséquence 14	00:30		
Conséquence 15	01:13		
Conséquence 16	00:42		
Conséquence 17	00:35		
Conséquence 18	00:38		
Conséquence 19	00:41		
Conséquence 20	00:38		
Conséquence 21	00:41		

18 minutes 13 secondes restées

Ergebnisse (5)



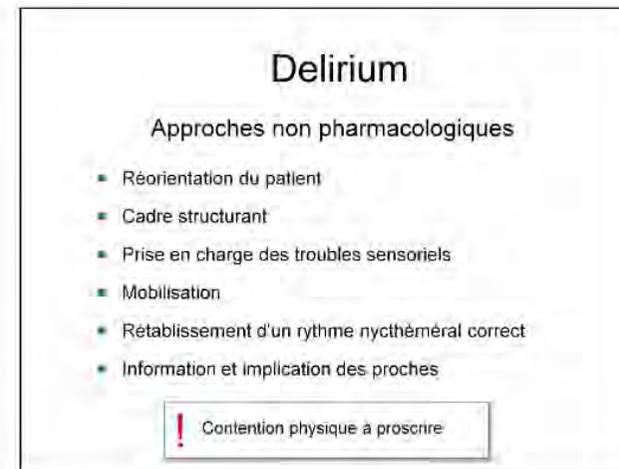
La prise en charge de la douleur est toujours multi-modale.

Ainsi, l'image de la chaise représente une « assise » stable, en d'autres termes la stabilisation de la douleur en agissant sur tous les paramètres que nous venons d'évoquer dans la composante et l'évaluation de la douleur.

La prise en charge pharmacologique est évidemment un pilier important; auquel s'ajoute les approches non pharmacologiques (TENS, massages p.ex.), de soutien (hypnose médicale, auto-training Schulz, p.ex.) ou interventionnels (infiltrations d'anesthésiques, pompes péridurales ou IT, p.ex.).

Dans le suivi global du patient, il convient aussi de comprendre les croyances et représentations afin de négocier les objectifs thérapeutiques.

Enfin, au long cours, les patients nécessitent souvent l'aide d'assistantes sociales pour la gestion des questions d'assurances ou d'assurance invalidité, source de stress majeur et donc d'acutisation possible des douleurs.



Patient

- Installer le patient dans un endroit paisible, en évitant de le sur-stimuler (nombreux examens ou visites) et de le sous-stimuler (isolement dans une pièce fermée).
- Éviter des lumières fortes, les miroirs.
- structurant.
- Prendre en charge les troubles sensoriels.
- Favoriser la mobilisation.
- Intensifier la communication.
- Éviter la contention physique: **aggrave le delirium**. En cas d'agitation ou d'agressivité, **traiter avec les neuroleptiques**.

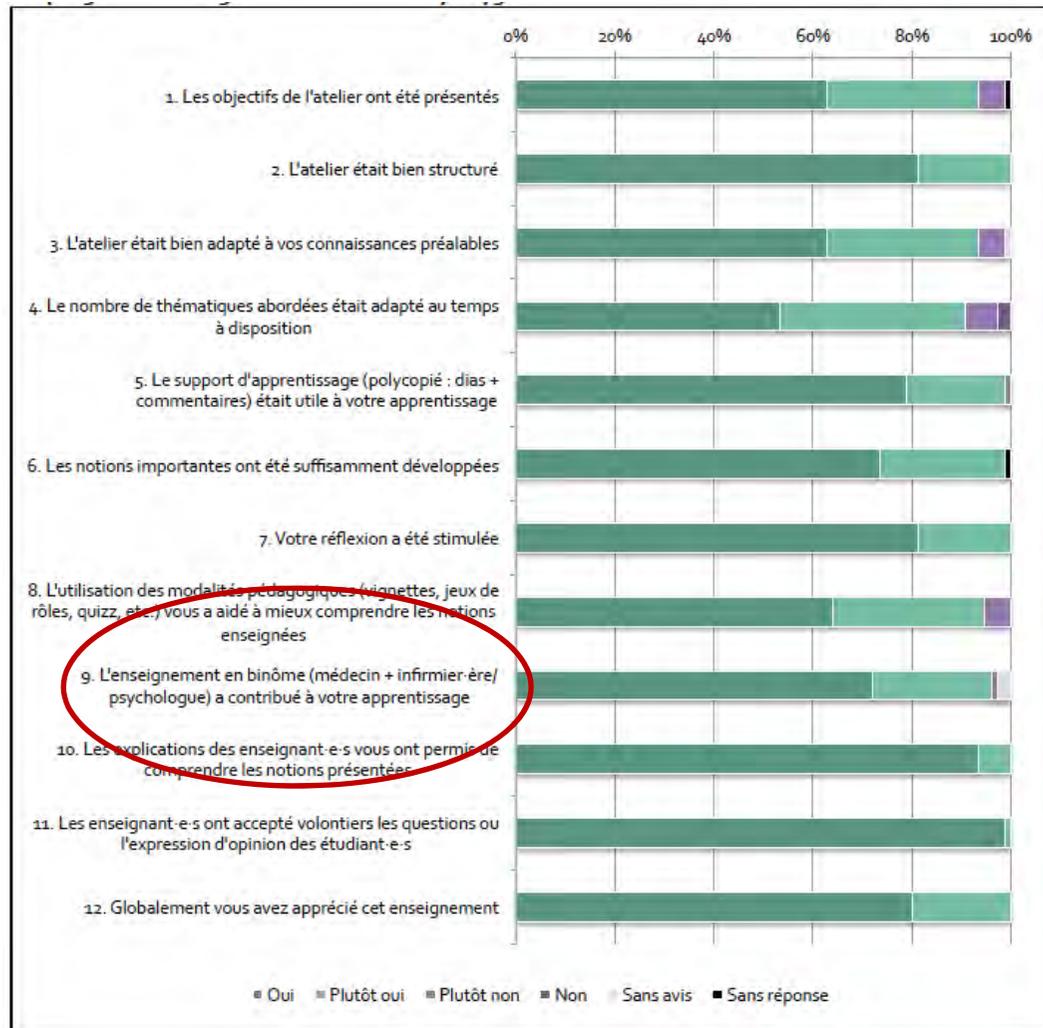
Communication avec les proches

Le delirium est très éprouvant pour les proches, qui peuvent interpréter ses manifestations comme l'expression d'une colère à leur égard lors de comportement agressif ou le signe d'une douleur insuffisamment soulagée: il est donc essentiel de les informer de sa nature organique, de son caractère fluctuant (alternance de phases de lucidité et de confusion) et des mesures mises en place pour soulager le patient.

Les proches peuvent se sentir soulagés de pouvoir participer aux soins: leur expliquer comment communiquer et se comporter avec le patient en lui donnant divers repères.

Ergebnisse (6)

Beurteilung Workshops Palliative Care 2014



N= 75

Ergebnisse (7)

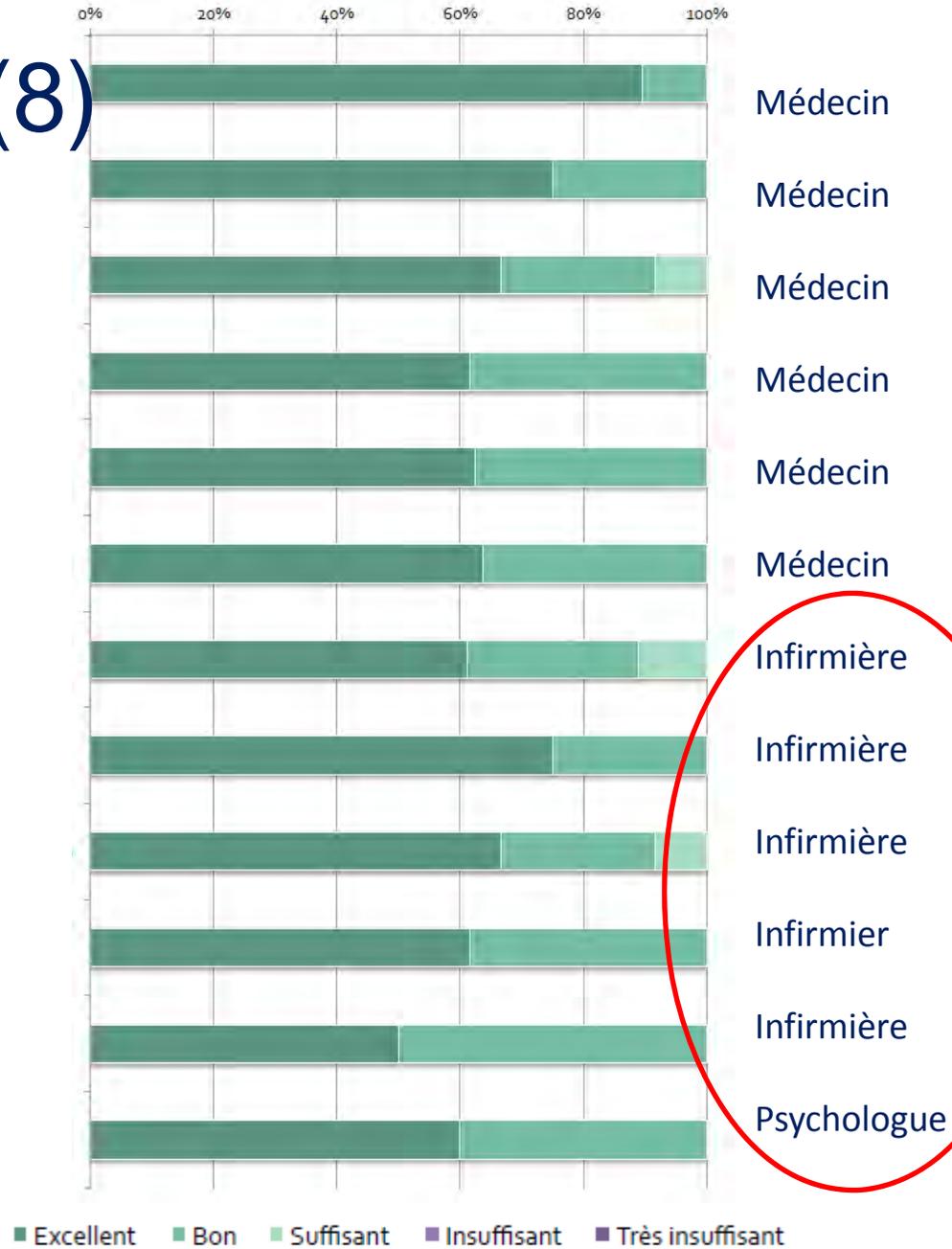
Beurteilung Workshops Palliative Care 2014

Les **points forts** les plus cités sont les suivants :

1. *L'interactivité ; travailler en petits groupes ; dynamique (64 commentaires) ;*
2. *La diversité des modalités pédagogiques : vignettes, jeux de rôles, quizz, vidéo (33 commentaires) ;*
3. *Les notions importantes sont enseignées, bien expliquées ; font appel aux connaissances préalables ; thèmes intéressants (18 commentaires) ;*
4. *La qualité des enseignant·e·s, disponibles, parfaits, pédagogues, etc. (17 commentaires) ;*
5. *L'association médecin – infirmier·ère/psychologue ; partage multidisciplinaire, visions complémentaires (16 commentaires) ;*
6. *Un bon équilibre entre l'enseignement théorie et pratique ; beaucoup d'exemples cliniques (et vignettes) ; perspective pratique (15 commentaires) ;*
7. *La stimulation à la réflexion ; les questions de réflexion (9 commentaires) ;*
8. *Le polycopié, très complet (7 commentaires).*

Ergebnisse(8)

Beurteilung Workshops Palliative Care 2014



Fazit



Unsere drei goldenen Regeln

1. Systematischen Ansatz bei der Erarbeitung von Bildungsprogrammen in Palliative Care würdigen
2. Interdisziplinäre Arbeit bei der Zusammenstellung von pädagogischem Material fördern
3. Beispielhaftigkeit ('Role Modeling') und Erwerb einer selbständigen Arbeitsweise der Studierenden ('Empowerment') als Schlüsselemente der Bildung in Palliative Care betrachten

12.

Wie geht es nun weiter? Take Home Message

Prof. Dr. Gian Domenico Borasio



3. Forum «Bildung und Arbeitswelt Palliative Care», 19. März 2015, 16.10-16.25 Uhr

Wie geht es nun weiter? Take Home Message, Prof. Dr. Gian Domenico Borasio

G.D. Borasio betont die Ehre des Schlussworts und geht anschliessend auf verschiedene, ihm zentral erscheinende Punkte der vorangegangenen Vorträge ein:

- «Echte Interprofessionalität geht gegen den Mainstream» (B. Kiefer). G.D. Borasio stimmt mit B. Kiefer überein. Er betont allerdings, dass es sich insbesondere um den ökonomischen Mainstream handelt und Interprofessionalität daher eigentlich zum Scheitern verurteilt ist.
- Bezug nehmend auf M. Wasner vergleicht er die verschiedenen in Palliative Care (PC) involvierten Professionen als «Subkulturen», die eigene Sprachen sprechen, sich dadurch zunehmend abgrenzen und letztlich nur noch schwer miteinander kommunizieren können. Um diesem Phänomen entgegen zu wirken, brauchen die Fachkräfte laut G.D. Borasio jene beiden Eigenschaften, die bereits von C. Gamondi und S. Gallant thematisiert wurden: eine eigene professionelle Identität und ein Bewusstsein der interprofessionellen Philosophie der PC.
- Horizontverschmelzung ist eine notwendige Bedingung für Interprofessionalität: Die beruflichen Kompetenzen müssen herausgearbeitet und mit den Horizonten der anderen Disziplinen zusammengesetzt werden. Bedingung hierfür ist allerdings der Einblick in die eigene Begrenztheit, d.h. der Mut zur Imperfektion, der von B. Kiefer thematisiert wurde.

Einige Vorschläge für die Zukunft

G.D. Borasio wirft in der Folge die Frage auf, ob und wie eine Entwicklung, die gegen den Mainstream ist, top down erzwungen werden kann. Zur Beantwortung verweist er einerseits auf die Notwendigkeit der politischen Unterstützung und andererseits auf drei Aspekte, die es top down zu implementieren gilt:

- Pflichtseminare mit multiprofessioneller Beteiligung und problembasiertes Lernen (mit Prüfung);
- Gezielte Förderung der interprofessionellen Kommunikationskompetenz;
- Einbringung der interprofessionellen Lehre als Zertifizierungskriterium für Universitäten, Fachhochschulen und höhere Fachschulen.