

QUALIFIKATIONSPROFILE DER PFLEGEAUSBILDUNGEN

STELLUNGNAHME UND EMPFEHLUNGEN DES FACHBEREICHS GESUNDHEIT DER HES-SO

15. MÄRZ 2018 (Überarbeitete Version: 16.11.2018)

Zusammenfassung

Im Jahr 2002 hat die Westschweiz entschieden, die Pflegeausbildung ausschliesslich auf Stufe Fachhochschule (FH) anzubieten. Fünfzehn Jahre später wird diese Positionierung des Ausbildungsniveaus wiederholt hinterfragt, bis hin zur Aufforderung an die politischen Behörden, eine zusätzliche Pflegebildung auf Niveau Höhere Fachschule (HF) einzuführen.

Aufgrund dieser Beobachtungen und anhand von vertieften Reflektionen haben die Direktionen der sechs Hochschulen des Fachbereichs Gesundheit der HES-SO es für notwendig gehalten, die zentralen Argumente in dieser Debatte darzulegen. Sie sind einstimmig davon überzeugt, dass die Beibehaltung eines einzigen Bildungsgangs in Pflege für die Westschweiz auf der Stufe FH von strategischem und operativem Interesse ist. Gestützt auf die Meinung von anerkannten Expertinnen und Experten heben sie darüber hinaus die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen hervor, denen sich FH-Absolventinnen und -Absolventen stellen werden müssen, und auch die negativen Konsequenzen einer Rückkehr zu einem Ausbildungssystem mit zwei Niveaus. Die vorliegende Stellungnahme des Fachbereichsrats Gesundheit der HES-SO versteht sich als Beitrag für eine gesellschaftliche Debatte und als Einladung, den Dialog bezüglich Qualität fortzusetzen, dank dem es möglich wurde, Dienstleistungen zu entwickeln, die in der Lage sind, den sich stetig ändernden Rahmenbedingungen der beruflichen Praxis anzupassen.

Hierzu wurden folgende acht zentrale Thesen festgehalten:

1. Risiken im Hinblick auf die Versorgungssicherheit, wenn Pflegefachpersonen mit unzureichend differenzierten Berufsprofilen zusammen arbeiten;
2. Das Interesse der Praxisinstitutionen, sich auf das Tandem von Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) und Pflegefachfrau/Pflegefachmann FH abzustützen;
3. Die Vergrösserung des Rekrutierungspools, weil Inhaberinnen und Inhabern eines EFZ mit einer Berufsmaturität oder einer Aufnahme „sur dossier“ der Zugang zum Bachelor-Studium möglich ist;
4. Ein deutlicher Anstieg der Studierendenzahlen seit der Etablierung des *Bachelor-Master-PhD*-Systems im Pflegebereich;
5. Die Unmöglichkeit, die Zahl der Praktikumsplätze unbegrenzt zu erhöhen, mit der vorhersehbaren und paradoxen Folge, dass die jährlichen Abschlusszahlen sinken werden, wenn ein HF-Bildungsgang geschaffen wird;
6. Die Schaffung eines HF-Bildungsgangs wird nicht zu finanziellen Einsparungen führen;
7. Die FH-Kompetenzen stimmen mit den Herausforderungen im Gesundheitsbereich des 21. Jahrhunderts überein;
8. Die legitimen Forderungen nach zunehmend höheren Kompetenzen in der gemeindenahen und geriatrischen Versorgung.

Abschliessend bekräftigt der Fachbereichsrat die Notwendigkeit, die Kohärenz und das Potenzial der Pflege- und Ausbildungssysteme zu erhalten, indem in der Westschweiz die Pflegeausbildung weiterhin nur auf Stufe FH angeboten wird und indem die Rahmenbedingungen und die Ressourcen gestärkt werden, die eine weitere Erhöhung der Zahl der Pflegestudierenden innerhalb der sechs Hochschulen des Fachbereichs Gesundheit der HES-SO ermöglichen.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	03
1. Einführung	03
2. Kontext	04
3. Präsentation der acht Thesen	05
3.1 These Nr. 1: Die Antwort auf den gestiegenen Bedarf an Fachpersonen des Gesundheitswesens und die Notwendigkeit einer sicheren Pflegeversorgung basiert auf Abschlüssen mit klar abgrenzbaren Kompetenzen	05
3.2 These Nr. 2: Das Tandem Fachfrau/Fachmann Gesundheit (EFZ) & Pflegefachfrau und Pflegefachmann (BSc) erfüllt alle Erwartungen in Bezug auf Zusammenarbeit, Laufbahnentwicklung und Attraktivität	06
3.3 These Nr. 3: Das FH-Modell hat den Rekrutierungspool von Pflegefachfrauen und -männern auf Inhaberinnen und Inhaber von EFZ ausgeweitet, die auf derselben Grundlage wie andere Kandidatinnen und Kandidaten Zugang dazu haben; die Einführung einer Ausbildung auf der Stufe der HF wäre unnötig und teuer	07
3.4 These Nr. 4: Die Positionierung der Pflegeausbildung auf der Stufe der FH und die Etablierung von weiterführenden Studiengängen haben die Zahl der Zulassungen und Abschlüsse in den sechs Pflegehochschulen der Westschweiz deutlich erhöht. Die Einführung der HF würde Verwirrung über die Attraktivität des Titels führen	08
3.5 These Nr. 5: Angesichts der hohen Auslastung der Praktikumsplätze würde die Schaffung einer HF-Ausbildung in den Kantonen der Westschweiz nicht zu einem wirklichen Anstieg der jährlichen Zahl der Diplomierten führen	09
3.6 These Nr. 6: Parallel zur Verringerung der Anzahl der Diplome, die durch die Schaffung von HF-Bildungsgängen in der Westschweiz vergeben werden, wären die Ausbildungskosten für die Kantone höher	09
3.7 These Nr. 7: Die Herausforderungen im Gesundheitsbereich des 21. Jahrhunderts erfordern die Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenzen, des Leaderships und der Autonomie der Pflegefachfrauen und -männer, mit der unmittelbaren Notwendigkeit eines Ausbildungssystem auf Hochschulebene mit drei Stufen (<i>Bachelor, Master, PhD</i>)	10
3.8 These Nr. 8: Der Gedanke, dass die Schaffung von HF-Bildungsgängen in Pflege den Bedürfnissen von Einrichtungen für ältere Menschen entspricht, ist aufgrund der Intensität und Komplexität der klinischen Situationen und der fehlenden medizinischen Betreuung falsch	12
4. Fazit	13
5. Empfehlungen und Anliegen	13
6. Literaturhinweise	14

Mit der Etablierung der Fachhochschulen in der schweizerischen Bildungslandschaft ist der Bedarf an der Steuerung und Koordination der Pflegeausbildungen deutlich geworden. Das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung hat deshalb im Jahr 2010 einen Bericht zum Thema „Bildung Pflegeberufe“ verfasst.

Bereits zu Beginn der 2000er-Jahre haben die Westschweizer Kantone entschieden, sich konsequent für die Aufwertung und Anerkennung der Komplexität des Pflegeberufs einzusetzen. Diese verpflichtende und mutige politische Entscheidung zeigte schnell ihre Kohärenz und ermöglichte eine bemerkenswerte Weiterentwicklung der Ausbildung, sowohl in Bezug auf die Qualität als auch auf die Attraktivität der Ausbildungsgänge.

Die Erfahrung der Hochschulen in der Westschweiz bestätigt die Richtigkeit dieser Entscheidung. Die Pflegeausbildung auf Stufe FH bereitet die Studierenden auf den Umgang mit komplexen, problematischen und schwer vorhersehbaren Patientensituationen vor. Die kontinuierlichen und schnellen Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern Pflegefachpersonen, die in der Lage sind, diese zu antizipieren und ihre Praxis sowohl auf kollektiver als auch auf individueller Ebene anzupassen. Diese Antizipations- und Anpassungsfähigkeit ist in den FH-Bildungsgängen ein zentrales Element. Sie garantiert eine optimale Patientenversorgung und eine effiziente Pflege. Eine der wichtigsten Dimensionen der Hochschulen ist die Vorbereitung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, der sowohl von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) als auch von Fachpersonen, einschliesslich der Ärzteschaft, höchste Priorität beigemessen wird.

Fünfundzwanzig Jahre nach diesem vom damaligen Strategischen Ausschuss der HES-S2 beschlossenen Kurswechsel messen die Direktionen der Hochschulen laufend seinen Einfluss, seine Glaubwürdigkeit und seine Zweckmässigkeit. Dies zumal die zu bewältigenden Herausforderungen des Gesundheitssystems hinsichtlich der Kompetenzen und der beruflichen Autonomie komplex und anspruchsvoll sind.

1. Einführung

Generell gilt das Schweizer Gesundheitssystem als qualitativ hochwertig. Auch wenn es bei der politischen und/oder gesellschaftlichen Debatte regelmässig um die Gesundheitsausgaben geht, ist allen Beteiligten bewusst, dass die Leistungsfähigkeit des Systems wesentlich vom Personal abhängt, also vom Wissen, den Kompetenzen und der Motivation des Gesundheitspersonals. Wenn es einen Beruf gibt, der sich in der Geschichte der Gesundheitsversorgung stark entwickelt hat, dann ist es jener der Pflegefachfrauen und -männer. Historisch in der häuslichen Praxis verankert, war diese Tätigkeit lange Zeit fast ausschliesslich Frauen vorbehalten. Erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts und im Zuge der grossen Fortschritte in der Medizin und Chirurgie wurde der Bedarf an gut ausgebildeten Pflegefachpersonen erkannt. Säkulare medizinische Hilfskräfte ersetzten zunehmend die Ordensschwester, deren Berufung sich an den christlichen Werten der Nächstenliebe und der ehrenamtlichen Pflege orientierte. Diese medizinischen Hilfskräfte sahen sich einer rasanten Entwicklung ihres Kompetenzbereichs gegenüber: Aus einer eher ausführenden Rolle erwuchs ein eigenständigeres Profil. Dies ging einher mit dem Erwerb von Autonomie auf der Grundlage von ärztlich angeordneten Tätigkeiten, um schrittweise zu einem Beruf mit einer bedeutenden selbstständigen Entscheidungsautonomie und einer Schlüsselrolle bei der interprofessionellen Zusammenarbeit und bei der Vertretung der Interessen des Patienten (advocacy) während der Pflege zu gelangen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die Themen Qualität und Sicherheit im Bereich Pflege immer wichtiger, sowohl für die Patienten als auch für Fachpersonen, Politiker und Geldgeber. Es ist unbestritten, dass jedes unerwünschte Ereignis Leiden, Komplikationen und zusätzliche Kosten verursacht. Diese werden derzeit auf 10% der Gesundheitskosten geschätzt, was über den menschlichen Aspekt des nicht zu vernachlässigenden Leidens hinaus eine inakzeptable soziale Belastung darstellt.

Der Beginn des 21. Jahrhunderts steht ganz klar im Zeichen von Effizienz, Qualität und Patientensicherheit. Um die bestmögliche Pflege zu gewährleisten, müssen jedoch einige grundlegende Anforderungen berücksichtigt werden, darunter die folgenden fünf:

- eine Berufspraxis, die durch anerkannte wissenschaftliche Daten oder den Konsens anerkannter Expertinnen und Experten kontextualisiert und geleitet wird (evidence-based practice);
- die Fähigkeit, den Pflegeprozess und die verschiedenen beteiligten Fachpersonen zu koordinieren (interprofessional leadership);
- die Fähigkeit, klinische Situationen zu beurteilen und Entscheidungen zu treffen, diese mit bewährten Praktiken zu rechtfertigen und ihre Auswirkungen zu bemessen (Pflegerisch beeinflussbare Pflegeergebnisse oder nurse-sensitive outcomes);
- die Fähigkeit, die Pflege und das System unter Berücksichtigung von Ressourcen, sozio-epidemiologischen Daten und dem aktuellen Stand der Wissenschaft (Pflegewissenschaften, Humanwissenschaften, Medizinische Wissenschaften) zu entwickeln;
- eine Ausbildung auf Hochschulebene, die darauf vorbereitet, die ersten vier Bedingungen anzunehmen und effektiv sowie auf Augenhöhe mit den anderen betroffenen Berufen in den Bereichen Medizin, Pflege und Technik zusammenzuarbeiten.

Während die Ziele und Bedürfnisse hinsichtlich der Qualität, die im Bereich der Pflege aufrechtzuerhalten und zu entwickeln sind, klar definiert erscheinen, unterscheiden sich die Vorstellungen und die Beurteilung bezüglich der dafür erforderlichen Ausbildung.

2. Kontext

Im Zusammenhang mit der Positionierung der Pflegeausbildungen haben die Westschweizer Kantone sowie der Kanton Bern zwischen 1999 und 2000 eine umfassende Studie durchgeführt und eine Klassifikation der Gesundheitsberufe in drei Tätigkeitsniveaus vorgenommen: „Handeln in überschaubaren, strukturierten Problemsituationen („agir encadré“), Handeln in Problemsituationen mittlerer bis hoher Komplexität („agir autonome“) und Handeln in komplexen Situationen mit unklaren, zu definierenden Problemen und zu einer beratenden und/oder forschenden Expertentätigkeit („agir en expert“).“

Berufe, die stark auf Autonomie angewiesen sind (Rettungssanitäterinnen und -sanitäter, Laborantinnen und Laboranten), wurden in den Bereich „agir autonome“ eingestuft und die Grundausbildung dadurch auf der Stufe der Höheren Fachschule (HF) angesiedelt. Berufe, die ein hohes Mass an Reflexivität und individuellen Handlungen erfordern, wurden als „agir en expert“ klassifiziert.

Um die Zusammensetzung der Pflegeteams zu optimieren, die Verständlichkeit zu verbessern und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, wollten die Praxisinstitutionen die Fragmentierung der Pflegeberufe – ein heikles und allzu oft dysfunktionales Erbe der letzten 30 Jahre – deutlich reduzieren.

Alle betroffenen Akteurinnen und Akteure hielten es daher für konsequent, über zwei Niveaus von ausgebildetem Pflegepersonal zu verfügen:

- ein EFZ für die/den Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) und
- ein FH-Diplom für die/den Pflegefachfrau/Pflegefachmann.

Diese Kohärenz im Kontext einer koordinierten Veränderung des Pflegesystems (Klärung der Verantwortlichkeiten nach Titeln, Kompetenzen und Komplementarität der Niveaus FaGe und FH) und des Bildungssystems (Einführung von FaGe, Berufsmaturität sowie Fachmaturität) erklärt den Erfolg des in der Westschweiz in den letzten fünfzehn Jahren umgesetzten Modells.

Mit der Einführung der Bachelor- (2006) sowie Master- und PhD-Abschlüsse in Pflegewissenschaft (2007) hat die Westschweiz eine Vorreiterrolle für eine Entwicklung eingenommen, die sich weltweit und zuletzt auch in Europa durchgesetzt hat, nämlich den Übergang von der bisherigen Pflegeausbildung zur tertiären Hochschulausbildung (Tertiärstufe A). Indem sie auf das Tandem EFZ/FH setzte, hat die Westschweiz einen tief greifenden Wandel eingeleitet, der von den Arbeitgebern gewünscht wird und im Hinblick auf die gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts Glaubwürdigkeit und Hoffnung mit sich bringt. Die Herausforderungen, die mit diesem Wandel in Verbindung stehen, betreffen die Pflegebedürfnisse älterer Menschen, chronisch Kranker und von Menschen mit Demenz. Diese Entwicklung erfordert eine Antwort, die nicht mehr nur spitalorientiert ist, sondern auch auf der gemeindenahen Versorgung und auf interprofessionellen Versorgungsnetzen beruht und die von Pflegefachpersonen koordiniert wird, die auf dem besten Niveau ausgebildet sind.

Der Fachbereich Gesundheit der HES-SO bekräftigt die Relevanz der in den frühen 2000er-Jahren getroffenen strategischen Entscheidungen. Die kontextuelle Entwicklung (Demografie, Transfer in den ambulanten und häuslichen Bereich, technologische Entwicklung, wirtschaftliche Effizienz der Dienstleistungen etc.) und die Attraktivität der vorgeschlagenen Ausbildungen (Einsatz einheimischer Arbeitskräfte) müssen weiter vorangetrieben werden.

Nach der pragmatischen Analyse und Erfahrung des Fachbereichsrats Gesundheit der HES-SO ist die HF-Ausbildung keine geeignete Antwort auf zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen. Es wird befürchtet, dass ihre systematische Einführung einen Konflikt mit dem FaGe-Beruf und dem damit verbundenen EFZ herbeiführen wird. Die HF-Lösung bietet keinen wesentlichen Vorteil, weder im Hinblick auf das Management komplexer Situationen noch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in einem Bereich, in dem alle anderen Fachpersonen von der Fachhochschule oder der Universität kommen; im Gegenteil, im Kontext der Patientensicherheit erweist sie sich hinsichtlich der Kompetenzen, die auf die Aktualisierung der Praktiken eingehen (evidence-based practice), als unzureichend.

3. Präsentation der acht Thesen

Die Argumente des Fachbereichs Gesundheit werden in Form von acht Thesen kurz vorgestellt. Diese werden durch die Aussagen einer Vielzahl von Gesundheitsakteurinnen und -akteuren bereichert, die ihre Ideen und Erfahrungen bereitwillig in diese Stellungnahme einbringen.

3.1 These Nr. 1: Die Antwort auf den gestiegenen Bedarf an Fachpersonen des Gesundheitswesens und die Notwendigkeit einer sicheren Pflegeversorgung basiert auf Abschlüssen mit klar abgrenzbaren Kompetenzen

Bereits in den 1960er-Jahren reagierten die kantonalen Gesundheitsdirektionen auf den Mangel an Pflegefachpersonen mit Massnahmen zur Abstufung der Ausbildungsniveaus. Daraus gingen die Pflegehilfen und Krankenpfleger/in FA SRK und später die Pflegefachpersonen DNI und DNII hervor. Diese Politik zielte darauf ab, „helfende Hände“ in den Pflegebereich zu bringen und die am wenigsten ausgebildeten Profile im geriatrischen Bereich behalten zu können.

Das Scheitern dieser Politik zeigte sich in der Praxis vielfach, da sich nicht nur der Personalmangel nie verringerte, sondern auch die Inhaber/innen von „Zwischendiplomen“ regelmässig ihr Unbehagen darlegten und klare Möglichkeiten forderten, einen höheren Abschluss zu erwerben. Ein weiterer Misserfolg ergab sich ferner im Bereich der geriatrischen Pflege, für den das benötigte Personal weder gefunden noch längerfristig gehalten werden konnte.

Der Fachbereichsrat geht davon aus, dass der wesentliche Fehler in der Politik der Abstufung der Abschlüsse innerhalb desselben Berufsstandes auf der Idee beruht, dass ein langes Studium sich an Personen mit einer fundierten schulischen Ausbildung wendet, während kürzere Ausbildungsgänge sich an sogenannte „weniger intellektuelle“ Kandidatinnen und Kandidaten richten. Aus pädagogischer Perspektive ist es jedoch sinnvoller, die Wege und die Organisation der Ausbildungen zu diversifizieren, die aber am Schluss zu einem einzigen Pflegediplom führen.

In der Pflegepraxis stellen die verschiedenen Niveaus ein Problem für die Patientensicherheit und das Management der Pflgeteams dar. Die Stationsleitung hat täglich mit Diplomierten sehr unterschiedlicher Niveaus zu tun, denen sie eine Patientin oder einen Patienten anvertrauen muss, deren bzw. dessen Gesundheitszustand sich manchmal schnell ändert und eine Vielfalt an Fähigkeiten bedarf, um eine optimale Sicherheit zu gewährleisten. Im Bereich der häuslichen Pflege gehören dazu ferner ein hohes Mass an Fachwissen, Autonomie und die Fähigkeit, klinische Entscheidungen zu treffen und zu verantworten.

„Ich befürchte, dass eine Nivellierung der Ausbildung nach unten nur dem Ziel dient, den Mangel an Pflegenden kurzfristig auszugleichen (Statistik des BFS), aber keineswegs der Verbesserung von Qualität und Sicherheit auf Grundlage von fundiertem Wissen dient. Im Klartext: Wir sind ein reiches Land und sparen an der Ausbildungsqualität! Ein für mich unerklärlicher Widerspruch. In all unseren Nachbarländern, die wirtschaftlich weniger gut dastehen, werden gegensätzliche Ansätze verfolgt. Vielleicht haben sie verstanden, dass man, um kompetente Fachpersonen zu haben, auf eine qualitativ hochwertige Ausbildung setzen muss. Genau diese Logik verspricht den grösstmöglichen Ertrag! Um der zunehmenden Komplexität der Fälle und der Versorgung, verbunden mit der kürzeren Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung gerecht zu werden, brauchen wir gut ausgebildete Fachpersonen, die diese Anforderungen erfüllen können. Diese Fachpersonen müssen eine hohe Reflexivitätsfähigkeit aufweisen, um Innovation und Qualität in alle Pflegeprozesse zu bringen, in die sie eingebunden sind.

Eine höhere Ausbildung ermöglicht es den Fachpersonen, in ihren Handlungen und Interventionen über die alleinige Durchführung der Pflege hinauszugehen. Ihr Handeln ist dank einschlägiger Kenntnisse Teil des Betreuungskontinuums und erfordert eine Expertise in der Koordination und Organisation von Patientenpfaden in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern. Der Umgang mit chronischen Verläufen erfordert Wissen und Kompetenzen, die über ein Ausbildungsmodell hinausgehen, das sich in erster Linie auf die Ausführung konzentriert.“

Jose Iglesias, Pflegedienstleiter, Hôpital Riviera-Chablais.

„Wir hatten in der Vergangenheit bereits viele Probleme mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus. Wir haben nun endlich ein Niveau erreicht, das unseren Bedürfnissen gerecht wird und eine Antwort auf die Probleme bei der Personalrekrutierung bietet. Jetzt dürfen wir keinen Schritt zurück machen, sondern müssen diesen Weg fortsetzen.“

Raymond Panchaud, Pflegedienstleiter der Fondation de Nant, psychiatrischer Sektor Ost des Kantons Waadt, Corsier.

„Aus meiner Sicht und gemäss meinen Erfahrungen ist das Studium auf FH-Stufe für Pflegefachpersonen ein Muss, das wir in Bezug auf Qualität und Sicherheit beibehalten müssen.

Pflegefachpersonen müssen über vielfältiges Wissen verfügen, darunter Management, Organisation, Technik und zwischenmenschliche Fähigkeiten sowie Beobachtungs-, Analyse- und Recherchekompetenzen. Hinzu kommen Ausbildung, Beratung, Kontrolle sowie physisches, chemisches, biologisches, psychologisches, spirituelles Wissen... ganz zu schweigen von der Fähigkeit, einwandfreie Synthesen oder Niederschriften in allgemeinverständlicher, aber auch in der Fachsprache zu verfassen. Die Pflegefachperson muss in der Lage sein, die ersten klinischen Merkmale zu identifizieren, die den Arzt dabei unterstützen, eine Diagnose zu stellen; eine Rolle, die immer wichtiger wird. Sie stellt das Bindeglied in der medizinischen, medizinisch-therapeutischen und medizinisch-technischen Interprofessionalität dar.

Die Pflegefachperson muss ferner wissen, wie sie Aufgaben delegiert und ihre Kollegen anleitet. Aus diesem Grund ist sie auf Fachpersonen angewiesen, auf die sie sich verlassen kann, um im Tandem zu arbeiten und Pflegeinterventionen auszuführen. Die FaGe-Ausbildungen werden diesen Anforderungen in vollem Umfang gerecht.

Schon in der Vergangenheit wurden in Zeiten des Mangels an Pflegefachpersonen „vereinfachte“ Pflegeausbildungen ins Leben gerufen, die allerdings in kürzester Zeit wieder verschwanden, da sie nicht der Wirklichkeit vor Ort entsprachen (Pfleger/in FA SRK, Pflegefachperson DNI und DNII). Studien zeigten, dass sich Sterblichkeitsraten, Stürze, Wundliegen, etc. im Vergleich zu anderen Diensten reduzierten, wenn die vor Ort tätigen Dienste mit diplomierten Pflegefachpersonen arbeiteten.

Hélène Hertzog, Pflegedienstleiterin des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis (CHVR).

„Als Verantwortliche für den Hilfs- und Pflegedienst des Sozialmedizinischen Zentrums in Sion bin ich mir der Bedeutung der Rolle der häuslichen Bezugspflegefachperson voll bewusst. Sie übernimmt die Beratung, die Pflegebedarfsabklärung, die Erarbeitung eines individuellen Pflegeplans, aber auch die soziale und pflegerische Koordination. Dies in der Perspektive der Entwicklung der spitalexternen Pflege, der wachsenden Erwartungen der Patienten, der Vielzahl der Pathologien und dem Spektrum der zu berücksichtigenden Themen, um die Qualität der häuslichen Pflege zu gewährleisten. Das FH-Ausbildungssystem trägt direkt dazu bei, die Studierenden auf diesen anspruchsvollen Kontext vorzubereiten.“

Johanna Mengis, Leiterin Hilfs- und Pflegedienst, Centre médico-social de Sion.

3.2 These Nr. 2: Das Tandem Fachfrau/Fachmann Gesundheit (EFZ) & Pflegefachfrau und Pflegefachmann (BSc) erfüllt alle Erwartungen in Bezug auf Zusammenarbeit, Laufbahnentwicklung und Attraktivität

In diesem Kooperationsmodell wird die/der Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) für eine selbstständige Tätigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens ausgebildet. Im Rahmen der Pflege arbeitet sie/er unter Anleitung und Supervision der/des Pflegefachfrau/Pflegefachmanns FH, deren/dessen Aufgabe es ist, das optimale Mass an Delegation in Bezug auf die Versorgungsqualität und Sicherheit der Pflege einzuschätzen. Die Zusammenarbeit wird durch die klare Differenzierung der Kompetenzprofile erleichtert.

Für die Fachangestellte Gesundheit (FaGe) gibt es zwei Laufbahnen:

- Weiterentwicklung durch Vertiefung ihrer eigenen Kompetenzen, dies durch eine eidgenössische Berufsprüfung
- Weiterentwicklung durch ein weiterführendes Studium, das zum Bachelor in Pflege führt

Für die Aufnahme von FaGe in einen FH-Studiengang sind eine Berufsmaturität oder mindestens fünf Jahre Berufserfahrung (Aufnahme sur Dossier) erforderlich. Es stimmt daher nicht, dass es für FaGe keine Laufbahnentwicklung gibt.

Pflegefachpersonen FH haben vielfältige Möglichkeiten, sich über klinische oder akademische Spezialisierungen weiterzubilden. Seit 2007 ist der Master und PhD in Pflege für Inhaber eines Bachelor-Abschlusses zugänglich. Das Master-Niveau ermöglicht den Zugang zum Status einer/eines klinischen Pflegeexpertin und -experten, sehr bald auch als nurse practitioner (nach dem nordamerikanischen Vorbild einer Advanced Practice Nurse). Der PhD bereitet auf die Forschung in Pflegewissenschaft vor.

In diesem Kooperationsmodell macht das HF-Modell keinen Sinn, da das Risiko besteht, dass die Person fortwährend unter einem Mangel an Anerkennung leidet, und sie keinen Zugang zu den weiterführenden Ausbildungen hat, die Inhaberinnen und Inhabern von Bachelor-Abschlüssen offenstehen. Wie bei den in den 60er- und 80er-Jahren initiierten Modellen besteht auch bei den Inhabern eines niedrigeren Abschlusses schnell ein hohes Risiko eines Motivationsverlustes, eines Identitätsdefizits sowie der Wunsch nach Passerellen, die zum Bachelor führen.

„Grundsätzlich erscheint uns diese neue HF-Ausbildung nicht angemessen, denn:

- Auf der Ebene des Kantons Waadt wurde die Ausbildung der FaGe von den Verantwortlichen der Gesundheitspolitik massgeblich unterstützt und gefördert. Dieses Berufsbild entlastet die Pflegefachpersonen FH von Pflegeaufgaben, die delegiert werden können. Die Entwicklung dieses Berufsprofils soll eine grössere Handlungsfähigkeit bei der Rückkehr in den häuslichen Bereich nach einer kurzen stationären Versorgung ermöglichen.
- Folglich konzentriert sich der Aufgabenbereich von Pflegefachpersonen zunehmend auf die Bewältigung komplexer Situationen und die Fachpflege, was eine gewisse Autonomie und schnelle Handlungsfähigkeit erfordert. Die Pflegefachperson FH ist auch dafür ausgebildet, weniger komplexe Situationen zu koordinieren und zu delegieren, wofür sie aber in der Zusammenarbeit mit Partnern und Angehörigen dennoch genau diese Kompetenzen zur Analyse, Synthese und Positionierung benötigen.
- Die HF-Ausbildung konzentriert sich auf die Pflege und das Pflgeteam. Die Schaffung von zwei Ausbildungsgängen, FH und HF, birgt die Gefahr von Spannungen im Hinblick auf die Bewertung der Abschlüsse.
- Arbeitgeber hätten eine Vielzahl von Fachpersonen in Pflgeteams (FaGe, FH, HF, ausländische Abschlüsse etc.), mit all den Schwierigkeiten, die dies in Bezug auf Gehaltseinstufungen und Wertschätzung innerhalb der Einrichtungen mit sich bringt.“

Susana Garcia, Generaldirektorin der Association Vaudoise d'Aide et de Soins A Domicile (AVASAD), Lausanne.

„Die Pflegedienstleitung des Centre Neuchâtelois de Psychiatrie ist aus mehreren Gründen eindeutig gegen das Projekt der Einführung einer neuen Pflegeausbildung auf Stufe HF.

Zum einen ermöglicht die FH-Ausbildung unseren Pflegefachpersonen heute den direkten Zugang zu weiterführenden Ausbildungen auf Universitätsniveau in der Schweiz, in Europa oder in Nordamerika. Die Umsetzung der Bologna-Abkommen hat diese Positionierung nun noch verstärkt, die die Pflegeausbildung auf ein höheres Weiterbildungsniveau bringt und damit den Zugang zu Master-Studiengängen, Doktoraten und der Forschung in Pflegewissenschaft fördert. Zum anderen haben die Institutionen in ihren Einrichtungen in den letzten Jahren neue FaGe-Funktionen geschaffen. Auch wenn dies durchaus mit Schwierigkeiten verbunden war, finden wir heute eine gewisse Stabilität in der Komplementarität der Pflegepraxis. Die Haltung der FHs, die sich an einer tertiären Praxis und an Aufgaben orientiert, die ein hohes Mass an geteilter Verantwortung mit der Ärzteschaft beinhalten, was dazu beiträgt, die Position und den Autonomiebereich der FaGe in der medizinisch-pflegerischen Organisation zu stärken. Zuletzt würde in diesem Zusammenhang die Einführung einer HF-Stufe nur die Position der zuvor genannten neuen Funktionen schwächen und unter Umständen Verwirrung hinsichtlich der Funktion der Pflegefachperson stiften, indem sie eine Vielzahl von Verantwortungsniveaus einführt, wie es sie bereits vorher gab.“

Emmanuelle Garnier, Pflegedienstleiterin, Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, Marin-Epargnier.

3.3 These Nr. 3: Das FH-Modell hat den Rekrutierungspool von Pflegefachfrauen und -männern auf Inhaberinnen und Inhaber von EFZ ausgeweitet, die auf derselben Grundlage wie andere Kandidatinnen und Kandidaten Zugang zu den FHs haben; die Einführung einer Ausbildung auf der Stufe der HF wäre unnötig und teuer

Zwischen 1980 und 2000 verlangten die Pflegeschulen in der Westschweiz für die Zulassung zu ihren Bildungsgängen eine schulische Vorbildung von 12 Jahren. Nur sehr wenige Schulen gingen auf Zulassungsanträge von Inhaberinnen und Inhabern eines EFZ ein, falls sie nicht bereits über einen Abschluss einer Diplommittelschule (DMS) oder eine gymnasiale Maturität verfügten.

Mit dem FH-System wird das EFZ vollständig anerkannt; heute ermöglicht ein EFZ im Gesundheitsbereich den gleichwertigen Zugang zu einer FH unter der Voraussetzung, dass entweder eine Berufsmaturität oder eine Zulassung „sur dossier“ (5 Jahre Berufserfahrung) vorliegt. Die Forderung nach einer Berufsmaturität ist in allen FH-Bildungsgängen üblich. In einigen Fachhochschulen erfüllen mehr als 90% aller Eingeschriebenen diese Voraussetzung. Darüber hinaus haben auch alle anderen EFZ ohne gesundheitlichen Bezug über ein propädeutisches Jahr (einjährige Fachmaturität im Bereich Gesundheit oder mit Zusatzmodulen Gesundheit) Zugang zur FH. Der Rekrutierungspool wurde daher durch den Übergang zum FH-System erheblich erweitert, was allgemein sehr geschätzt wird.

Bestimmte Kreise möchten zukünftige Pflegefachfrauen und -männer von den FH-spezifischen Zulassungsvoraussetzungen befreien, indem sie zu diesem Zweck einen HF-Bildungsgang schaffen möchten. Eine solche Massnahme ist eindeutig unverhältnismässig und unnötig, da sich hier die Geschichte wiederholt: Es ist festzustellen, dass die überwältigende Mehrheit von Inhaberinnen und Inhabern eines „Zwischendiploms“ am Ende die Zulassung zu einem höheren Niveau wünschen. Die Schaffung einer HF in der Westschweiz würde folglich dazu führen, dass eine Gruppe von zukünftigen Pflegefachpersonen zwischen dem EFZ und dem FH-Programm drei weitere Jahre Studium auf HF-Niveau absolvieren müssten. Eine FH-Passerelle dauert gemäss Bundesgesetz über die Berufsbildung dann immer noch 18 Monate (90 Credits). Das ist eine ineffiziente Inflation von Mitteln und Kosten und zudem eine negative Botschaft gegenüber den FaGe, denen gewissermassen Folgendes vermittelt wird „Wir vervielfachen die Mittel, um Sie da rauszuholen... FaGe ist also kein Beruf, in dem man sich entwickeln und/oder Karriere machen kann.“

3.4 These Nr. 4: Die Positionierung der Pflegeausbildung auf Stufe FH und die Etablierung von weiterführenden Studiengängen haben die Zahl der Zulassungen und Abschlüsse in den sechs Pflegehochschulen der Westschweiz deutlich erhöht. Die Einführung der HF würde zu einer Verwirrung über die Attraktivität des Titels führen

Früher wurde das Pflegediplom vom Schweizerischen Roten Kreuz im Auftrag der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK reglementiert. Der Titel war ein „Hybrid“, der im schweizerischen Bildungssystem schlecht verankert war. In der Westschweiz erforderte er eine schulische Vorbildung von 12 Jahren, in der Deutschschweiz lediglich neun Jahre. Hier wurde das Diplom eher als eine Lehre auf EFZ-Niveau angeschaut, bei welcher das Eintrittsalter auf 18 Jahre verschoben wurde, entweder nach zwei Jahren Erfahrung als „Au Pair“ oder als Pflegehelfer/in. Zum Zeitpunkt der Berufswahl hatte der Titel des Roten Kreuzes nur wenig Gewicht, vor allem im Vergleich zu eidgenössischen und/oder universitären Abschlüssen. Inhaberinnen und Inhaber einer Maturität zögerten diesen Berufsweg zu wählen, und wurden insbesondere von ihren Eltern nicht dazu ermutigt.

Im Jahr 2000 ging die Ausbildung in die Kompetenz des Bundes über, und wie im Vorwort erwähnt, entschied sich die Westschweiz ab 2002 für einen Bildungsweg, der ausschließlich über die FH führte. Wenn sich die Deutschschweiz dieser Bestrebung nicht anschliessen wollte, so lag es wohl daran, dass der Wechsel von der einer Lehre zu einer Berufsschule auf Tertiärniveau (3B) bereits gross erschien. Darüber hinaus wurde der Zugang zur gymnasialen Maturität und zur Fachmittelschule dort unter Umständen weniger geschätzt und/oder gefördert.

Infolge der Veränderungen im Bildungssystem, welche deutlich mehr Attraktivität für den Pflegeberuf mit sich brachten, haben sich die Einschreibungen an den sechs Hochschulen der Westschweiz zwischen 2006 und 2016 mehr als verdoppelt. Gleichzeitig steigt die Zahl der Bachelor-Abschlüsse deutlich an:

HES-SO: Entwicklung der Anzahl Diplomierten von 2006 bis 2016		
	BSc in Pflege	MSc in Pflege
2006	186	
2007	282	
2008	325	
2009	386	
2010	412	
2011	434	4
2012	456	15
2013	478	13
2014	556	13
2015	574	15
2016	617	16

3.5 These Nr. 5: Angesichts der hohen Auslastung der Praktikumsplätze würde die Schaffung einer HF-Ausbildung in den Kantonen der Westschweiz nicht zu einem wirklichen Anstieg der jährlichen Zahl der Diplomierten führen

Die kantonalen Direktionen für Bildung und Gesundheit haben sich koordiniert, um das Praktikumsangebot in den Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zu optimieren, indem sie sich an der Finanzierung der Ausbildung beteiligen, um die Ressourcen für die ordentlichen Aufgaben der Pflegeteams nicht zu reduzieren. Dieses System garantiert eine maximale Verfügbarkeit von Praktikumsplätzen, was derzeit das grösste Hindernis für die Erhöhung der Ausbildungsplätze an den Westschweizer Hochschulen darstellt.

Zusätzliche Praktikantinnen und Praktikanten aus einem HF-Bildungsgang würden dieses Gleichgewicht aus dem Lot bringen, ohne eine Lösung für die Erhöhung der Aufnahmekapazität der Einrichtungen zu bieten, die sich diesbezüglich bereits am Limit bewegen.

In einem sehr angespannten Kontext hinsichtlich der verfügbaren Praktikumsplätze muss darauf hingewiesen werden, dass die HF-Ausbildung mehr Praktika (72 Wochen) verlangt als die FH-Ausbildung (40 Wochen und gegebenenfalls 8 spezifische Wochen in einem propädeutischen Jahr Gesundheit).

Damit würde die Schaffung von 100 HF-Ausbildungsplätzen 150% der klinischen Ressourcen in Anspruch nehmen, die für die gleiche Zahl an FH-Plätzen nötig sind. Aufgrund der hohen Auslastung der Praktika gehen wir davon aus, dass die Schaffung einer HF-Ausbildung zwangsläufig zur Einführung eines Numerus Clausus in den FHs führen würde, um Praktikumsplätze freigeben zu können. In diesem Fall wäre es nicht ausgeschlossen, dass die FH 150 Plätze abbauen müssten, damit 100 neue HF-Studienplätze geschaffen werden könnten. Ein Szenario, welches als wenig effizient betrachtet wird und dessen Folgen sogar noch grösser würden, wenn sich einige der Pflegefachfrauen und -männer HF an der HES-SO einschreiben, um dort die 90 ECTS-Credits für einen Bachelor-Abschluss zu erwerben. In diesem Fall würden die HF- und FH-Studien 4,5 Jahre statt 3 Jahre dauern und insgesamt 92 Wochen Praktika statt 48 Wochen (propädeutisches Jahr Gesundheit und Bachelor) in Anspruch nehmen – was einem Quotienten von 191% entspricht!

3.6 These Nr. 6: Parallel zur Verringerung der Anzahl der Diplome, die durch die Schaffung von HF-Bildungsgängen in der Westschweiz vergeben werden, wären die Ausbildungskosten für die Kantone höher

Mehrere Faktoren unterstützen diese Aussage:

1. Während die Ausbildung in den Höheren Fachschulen (HF) ausschliesslich Sache der Kantone ist, beteiligt sich der Bund mit 30% an den Kosten der Ausbildung an den FH.
2. Eine Studie des Eidgenössischen Hochschulinstituts für Berufsbildung (Fuhrer M. & Schweri J., 2011, EHB, Zollikofen) analysierte die Kosten und den Nutzen von HF- und FH-Praktikantinnen und -Praktikanten in Pflegeeinrichtungen in der Schweiz. Diese Studie zeigt, dass die Nettokosten der FHs nicht höher sind als jene der HFs bzw. in mancher Hinsicht sogar niedriger. Bei den Nettokosten muss jedoch beachtet werden, dass sie die den Studierenden ausbezahlten Lohnleistungen nicht berücksichtigen, die je nach Kanton für die HFs recht hoch sein können, während sie für FHs nicht vorhanden oder stark reduziert sind.
3. Es ist weder wünschenswert, noch aufgrund von unzureichenden Kapazitäten möglich, dass die Fachhochschulen HF-Bildungsgänge bei sich aufnehmen. Die Schaffung einer HF geht demzufolge einher mit zusätzlichen Investitionen für die Infrastruktur und das Gleiche gilt auch für die Betriebskosten (kein Bundesbeitrag).

Letztlich würde die Schaffung einer HF in der Westschweiz sowohl zu einem Mangel an Diplomierten (Fehlende Kapazitäten der Praxisbetriebe, mehr Studierende aufzunehmen und erhöhte Nachfrage nach Praktikumsplätzen aufgrund des HF-Programms) als auch zu erheblichen Zusatzkosten führen.

Im Zusammenhang mit den Lohnkosten ist zu erwähnen, dass die Westschweizer Kantone trotz des Berufseintritts von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss kaum oder gar keine Änderungen an ihrem Gehaltsgefüge vorgenommen haben. Von daher entstand durch die neue Ausbildung keine nennenswerte Erhöhung der Lohnkosten.

Ein Vergleich der Gehälter der schweizerischen Pflegefachfrauen und -männer (HF- und Bachelor-Abschluss) zeigt, dass die Lohnkosten für die Arbeitgeber ähnlich sind:

Gemäss „Berufskarrieren und Berufsrollen im Rahmen der neuen Ausbildungen im Pflegebereich“, Vertragsnr. BB.2010.0068 (SBFI, 2014, Bern)

Bruttogehälter 2014	Deutschschweiz HF	Deutschschweiz BSc*	Westschweiz BSc	Tessin BSc
Durchschnitt	5 388.00	5 646.00	5 330.00	5 172.00
Median	5 350.00	5 569.00	5 272.00	4 968.00
Minimum	4 111.00	5 000.00	4 200.00	4 800.00
Maximum	6 875.00	8 190.00	7 125.00	7 056.00

*30% der BSc-Absolventinnen und -Absolventen in der Deutschschweiz haben bereits einen HF-Abschluss und sind von daher auf ihrer ersten Stelle älter und erfahrener

„Die Lohnkosten sind nach der HF und FH gleich. Die etwas höheren Kosten (vgl. Bericht des SBFI) sind auf die größere Erfahrung und das höhere Alter der Pflegefachfrauen zurückzuführen, die nach einer HF-Ausbildung eine verkürzte FH-Ausbildung absolviert haben. Einige der BSc-Studierenden (schätzungsweise 30%) sind deswegen bereits vor Beginn ihrer zweiten Pflegeausbildung älter und erfahrener; ein Modell, das der SBK kritisiert und das in der Deutschschweiz relativ weit verbreitet ist.“

Roswitha Koch, MCommH, Leiterin Abteilung Pflegeentwicklung, SBK/ASI, Bern.

Das zeigt, dass FH-Absolventinnen und -Absolventen bei gleichem Alter und gleicher Erfahrung nicht die Lohninflation verursachen, welche bei der Schaffung einer HF befürchtet wird.

3.7 These Nr. 7: Die Herausforderungen im Gesundheitsbereich des 21. Jahrhunderts erfordern die Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenzen, des Leaderships und der Autonomie der Pflegefachpersonen, mit der unmittelbaren Notwendigkeit eines Ausbildungssystems auf Hochschulebene mit drei Stufen (Bachelor, Master, PhD)

Zahlreiche internationale Studien zeigen, dass Pflegeteams, die sich aus Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss zusammensetzen, bessere Ergebnisse im Hinblick auf postoperative Mortalität, Schmerzmanagement, Infektionsprävention, Hospitalisationsdauer und Rehospitalisierungsrate aufweisen, um nur einige zu nennen. Hierzu hat das Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) einen Bericht veröffentlicht (La formation universitaire des infirmiers et des infirmières : une réponse aux défis des systèmes de santé, 2011, Westmount, Québec). Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der RN4CAST-Studie, dass ein ausreichendes Angebot an auf höchstem Niveau ausgebildeten Pflegefachpersonen in europäischen und schweizerischen Spitälern ein wichtiger Faktor für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie die Qualität der Pflege ist; dies bestätigt die Ergebnisse früherer Untersuchungen in den USA.

(Needleman et al. 2011, Blegen et al. 2011). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) Bulletin 3/2014 (http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.2_Pflege_und_Pflegeforschung/Obsan_BULLETIN_2014-03_f.pdf).

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass der Westschweizer Gesundheitssektor viele neue bzw. vertiefte Anforderungen im Hinblick auf die Kompetenzen der Pflegefachpersonen stellt, dazu gehören insbesondere:

- die interprofessionelle Zusammenarbeit und die geteilte Übernahme von Verantwortung;
- die Autonomie in der erweiterten Praxis, die klinische Beurteilung und die Kommunikation (Rolle einer „interdisziplinären“ Schnittstelle);
- die Information und die Beratung von Patientinnen und Patienten, die in zunehmendem Masse vernetzt und angesichts der Fülle der Informationen überfordert sind (neue Form der digitalen Lesekompetenz);
- das individuelle professionelle Engagement in der Begleitung von chronischen kranken Menschen, in der Beurteilung kritischer Situationen im häuslichen Bereich und in der Krisenintervention;
- die Aufgaben der Koordination an Schnittstellen sowie das Case Management im Zusammenhang mit der Zunahme und der Komplexität von Situationen der Multimorbidität sowie mit der Alterung der Bevölkerung;
- das Bestreben zur Verkürzung der Dauer von Behandlungen und Hospitalisierungen, was zu einer starken Verdichtung in der Pflege, der Überwachung und bei der Entscheidungsfindung führt;
- die Entwicklung einer erweiterten Praxis einschliesslich der Verordnung von Untersuchungen und Behandlungen;

- die zwingende Notwendigkeit, die eigene Praxis auf evidenzbasierte Grundlagen abzustützen (evidence-based nursing) und für die eigenen Pflegeentscheidungen verantwortlich zu sein;
- die grosse Verantwortung der Pflegefachpersonen im Zusammenhang mit der Patientensicherheit und bei der Messung von Pflegeergebnissen.

Zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen zu Beginn dieses Jahrhunderts gehören insbesondere die Alterung der Bevölkerung und die Stärkung der häuslichen Pflege. Um diesen zu begegnen, ist es unerlässlich, auf mehr Hausärzte und auf höchstem Niveau ausgebildete Pflegefachpersonen zählen zu können. Zu den wichtigsten Pflegekompetenzen gehören dabei die klinische Beurteilung, Bewertung und Bewältigung komplexer Situationen, die Autonomie und die Anpassung der Pflegepraxis an den aktuellen Stand des Wissens und die neusten Pflege Techniken (evidence-based practice).

Diese Beispiele aktueller und zukünftiger Anforderungen sind zugleich sachliche Argumente für eine einzige Pflegeausbildung auf Bachelor-FH-Niveau mit möglicher Fortsetzung in Master- und PhD-Studiengängen. Die HF-Stufe hat keinen aktuellen Bezug und bietet weder Antworten auf gesellschaftliche Herausforderungen noch auf die Anforderungen an die Entwicklung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen und parallel dazu, jene der anderen Gesundheitsberufe.

„Nach Abschluss ihrer Ausbildung werden FH-Absolventen als Experten angesehen, die in der Lage sind, eine mehr oder weniger komplexe Patientensituation zu bewältigen und ein Pflegeteam zu leiten, das sich auf die Bedürfnisse und die Sicherheit des Patienten konzentriert. Sie koordinieren die Arbeit der verschiedenen involvierten Fachpersonen, mit der Fähigkeit, den Überblick zu behalten, um dem Pflegeprozess Sinn zu geben und den Patienten und die pflegenden Angehörigen in die Dynamik einzubinden.“

Jean-Luc Tuma, Pflegedienstleiter, GOL, Nyon.

„Auf der Managementebene schafft die Vielzahl der Ausbildungsniveaus und Kompetenzen Verwirrung, mit dem Risiko der Aufteilung von Arbeitsabläufen. Wir haben Erfahrung mit dem Kompetenzprofil der FaGe, diese Funktion ist komplementär zu jener der Pflegefachfrau. Eine Zusammenarbeit im Tandem ist möglich, ohne dass es dabei zwangsläufig zu einer Aufteilung der Abläufe kommt, die der Patientensicherheit abträglich wäre. Die Pflegefachpersonen stehen an vorderster Front, so dass ihre Qualifikationen einen unmittelbaren Einfluss auf die Patientensicherheit haben. Die fundierte Fähigkeit, Gesundheitszustände beurteilen zu können, ist von daher unerlässlich.

Die akademische Ausbildung von Pflegefachpersonen ermöglicht es ihnen, auf die gleichen Instrumente und die gleiche Sprache wie andere Gesundheitsfachpersonen mit FH- und Universitätsabschluss zurückzugreifen, mit denen sie täglich zusammenarbeiten. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die klinische Beurteilung, die Übermittlung klinischer Informationen und Beobachtungen sowie die Festlegung von Pflegezielen. Diese tragen entscheidend zur Gewährleistung der Patientensicherheit bei.

Es ist sehr wichtig, Pflegefachpersonen zu haben, die in der Lage sind, mit der rasanten Entwicklung des Wissens umzugehen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu integrieren, ihre Relevanz zu bewerten und sie in ihre Praxis einfließen zu lassen. Die akademische Ausbildung bereitet Pflegefachpersonen darauf vor, sich an diese rasante Entwicklung des Wissens anzupassen.“

Marie-Jose Roulin, stellvertretende Pflegedienstleiterin, Hôpitaux Universitaires de Genève.

„Das Bachelor-Programm der FH entspricht besser der Komplexität der Pflege. Das Gesundheitssystem muss aktuell gleichzeitig auf die alternde Bevölkerung und die Zunahme chronischer Krankheiten reagieren. Hinzu kommt der finanzielle Druck, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer so stark wie möglich zu verkürzen, weshalb sich die Patientenversorgung intensiviert. Die Pflegefachperson muss in der Lage sein, kontinuierlich neue klinische Beurteilungen des Patienten durchzuführen, und dabei eine hervorragende Kommunikationsfähigkeit aufzuweisen, da sie die Pflege mit allen anderen Fachpersonen koordiniert, die sich um den Patienten kümmern.

Sie hat auch die Verantwortung, den Patienten und seine Angehörigen so vorzubereiten, dass sie sich bei ihrer Rückkehr in die häusliche Umgebung bereit fühlen, teilweise autonom mit der Situation umzugehen. All dies sind zentrale Kompetenzen, die eine FH-Absolventin während ihrer Ausbildung erlernt.

Dies bedeutet aber nicht, dass eine auf der HF-Stufe ausgebildete Pflegefachfrau diese Aufgaben nicht übernehmen kann. Sie erlernt diese Kompetenzen vielmehr im Rahmen von Erfahrungen und Weiterbildungen, aber eben nicht in ihrer Grundausbildung.

Eine Pflegefachperson, die von der HF kommt, verfügt über grössere manuelle Fertigkeiten, weil sie längere Praktika hinter sich hat. Doch praktische Fähigkeiten sind nun nicht mehr das Einzige, was eine Pflegefachperson mitbringen muss. Sie muss darüber hinaus wissenschaftliche und theoretische Kenntnisse in ihre Praxis einfließen lassen können, um mit anderen Mitgliedern des Behandlungsteams, wie z. B. Ärzten, interprofessionell zusammenzuarbeiten, was einen unbestreitbaren Mehrwert für die klinische Behandlung des Patienten und die Steuerung seiner Therapie hat.

Darüber hinaus sind die Patienten über das Internet und diverse andere Medien, die ihnen zur Verfügung stehen, umfangreich informiert bzw. falsch informiert. Pflegefachpersonen müssen ihre Informationen aufgreifen, um sie zu korrigieren oder sie den Patienten und ihren Angehörigen in ihrem jeweiligen Kontext zu erklären.

Zudem verlangen einige von ihnen, Akteure bei Betreuungsentscheidungen sein. Während die Pflegefachfrau FH gewappnet ist, eine Partnerschaft mit ihnen aufzubauen, ist die Pflegefachperson HF häufiger in einer nur paternalistischen Position.“

Isabelle Lehn, Pflegedienstleiterin des CHUV, Lausanne.

3.8 These Nr. 8: Der Gedanke, dass die Schaffung von HF-Bildungsgängen in Pflege den Bedürfnissen von Einrichtungen für ältere Menschen entspricht, ist aufgrund der Intensität und Komplexität der klinischen Situationen und der fehlenden medizinischen Betreuung falsch

In manchen Kreisen wird die Pflege von älteren Menschen als weniger anspruchsvolle Pflege angesehen, die im Wesentlichen aus der Grundpflege und der Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens besteht. Diese reduzierte Sichtweise ignoriert die demografischen und epidemiologischen Veränderungen, die in der westlichen Welt festzustellen sind.

Der Aufgabenbereich in den Alters- und Pflegeheimen verändert sich mit der Alterung der Bevölkerung. Obwohl wir während des dritten Lebensalters die meiste Zeit in guter Verfassung sind, kann niemand das Entstehen eines „vierten Lebensalters“ bestreiten, in welchem die Betroffenen oft besonders stark auf intensive Pflege und die Behandlung der Symptome angewiesen sind. Für diese „intensive“ Pflege des vierten Lebensalters sind und werden Alters- und Pflegeheime immer erforderlich sein. Die Einrichtungen sehen sich einem steigenden Bedarf an bestens ausgebildetem Personal (sowohl in Aus- als auch Weiterbildung) gegenüber. Analysen zum Bedarf an geschultem Personal in Alters- und Pflegeheimen zeigen auf, wie wichtig es ist, sich auf eine ausreichende Anzahl von Mitarbeitenden auf der Ebene der Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit (FaGe) und eine leistungsfähige und hoch autonome Betreuung durch Pflegefachfrauen und -männer FH verlassen zu können. Dazu kommt in diesem Kontext ein ausgeprägter Mangel an Geriatern sowie an Allgemeinmedizinerinnen, die in den Alters- und Pflegeheimen zur Verfügung stehen. Die Pflegefachperson ist somit auf sich allein gestellt, meist entfernt vom Arzt, der parallel seine Praxis führt. Die aktuellen Anforderungen in Bezug auf klinische Beurteilung, die Übernahme von Verantwortung und Initiative zu ergreifen werden immer anspruchsvoller und rechtfertigen es, in diesem spezifischen Umfeld auf Pflegefachpersonen mit einem soliden professionellen und autonomen Hintergrund zu setzen.

Der Betreuungsbedarf dieser Art von Einrichtung rechtfertigt die Schaffung von HF-Bildungsgängen in der Westschweiz in keiner Weise, da diese zu unklaren und unangenehmen Situationen zwischen den FaGe und den Pflegefachpersonen FH führen könnten.

„Für die Alters- und Pflegeheime ist die Ausbildung von Pflegefachfrauen auf Bachelor-Niveau ein echter Mehrwert. Die gegenwärtige Tendenz, Hospitalisierungen älterer Menschen so weit wie möglich zu vermeiden, bedarf seitens der Fachpersonen spezielle Kompetenzen in der klinischen Beurteilung. Darüber hinaus geht mit der Autonomie der Pflegefachfrauen in Alters- und Pflegeheimen eine besondere Verantwortung einher, insbesondere in Bezug auf die wissenschaftliche Begleitung und Umsetzung der Empfehlungen von guten Praktiken. Sie sind für den gesamten Pflegeprozess verantwortlich, überwachen die Massnahmen weniger ausgebildeter Fachpersonen und müssen daher über hohe klinisch-pädagogische Kompetenzen verfügen. Bei der Fondation Mont-Calme verfügt die Mehrheit unserer Pflegefachfrauen über einen Bachelor-Abschluss. Und wir haben nicht vor, diesen Trend umzukehren. Die Herausforderungen von heute und morgen erfordern eine solche Ausbildung der Pflegefachfrauen, davon sind wir überzeugt.“

Valérie Binamé, Leiterin der Fondation Mont-Calme, Lausanne.

„Die Herausforderungen im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten und der zunehmenden medizinisch-sozialen Komplexität der Patienten erfordern grosse Veränderungen im Bereich der Pflegeausbildung und -organisation. Fachkräftemangel und steigende Betreuungskosten unterstreichen die Notwendigkeit, hochwertige klinische Ausbildungsprogramme für alle medizinischen und pflegerischen Berufe aufzubauen. Ziel der Interprofessionalität ist es, die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen des Gesundheitsbereichs zu stärken und bisher ausschliesslich von Ärzten durchgeführte medizinische Tätigkeiten teilweise zu delegieren. Um dies zu erreichen, bedarf es der Entwicklung von Ausbildung und Praxis aus einer interprofessionellen Perspektive und des Erwerbs von zunehmend akademischen Kompetenzen.

Allgemeinmediziner müssen Kompetenzen im Umgang mit chronischen Krankheiten und professionelle Führungsqualitäten entwickeln, um unangemessene Hospitalisierungen zu vermeiden; Pflegefachpersonen mit FH-Abschluss müssen in der Lage sein, komplexe Patienten zu begleiten, klinische Entscheidungen zu treffen und selbstständig zu arbeiten. Die FaGe ihrerseits müssen einfache Pflegeaufgaben übernehmen und innerhalb ihres Kompetenzbereichs mit sicherer Autonomie handeln.

Uns fehlt es massiv an FH-Pflegefachpersonen, die für die Betreuung komplexer Patienten in der ambulanten Medizin ausgebildet sind, und vor allem an Fachpersonen, die klinisch autonom arbeiten können.“

Dr. Philippe Schaller, medizinische Leitung, Cité générations et du Réseau Delta, Genf.

„In Alters- und Pflegeheimen ist die Zeit des Arztes sehr begrenzt. Deshalb ist es unerlässlich, auf qualifizierte Pflegefachpersonen vertrauen zu können, die nicht nur als Übermittlerinnen von Beschwerden, Symptomen und Vitalzeichen der Patienten dienen und delegierte therapeutische Massnahmen umsetzen, sondern vor allem auch für eine klinische Beurteilung und Triage, um die richtige medizinische Versorgung zum richtigen Zeitpunkt sicherzustellen.“

Dr. Marc Bonard, leitender Arzt, Fondation Mont-Calmé, Lausanne.

„Als langjährige Pflegedienstleiterin in einem Alters- und Pflegeheim möchte ich bekräftigen, wie wichtig es ist, in einem anspruchsvollen Gesundheitskontext Pflegefachpersonen mit FH-Abschluss zu haben.

Zu den Pflegekompetenzen gehören zwangsläufig die Analyse komplexer Pflegesituationen, die Entscheidungsfindung in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, das Teammanagement, die Fähigkeit, mit den Fragen und Bedürfnissen der Angehörigen umzugehen, die Optimierung und Steuerung der Pflege durch EDV-Tools und die Planung im Zusammenhang mit Versicherungen und kantonalen Beiträgen. Die Pflegefachperson FH hat eine globale Vision von Pflege und ein Kompetenzniveau, welches ihr ermöglicht, die Pflege zu optimieren, ständig neuen Anforderungen angemessen zu begegnen und neue Technologien zu integrieren.

Durch die Vervielfachung der Ausbildungsniveaus verkomplizieren wir die Organisation der Pflege. Die Grenzen der Rollen und Verantwortlichkeiten verschwimmen, was meiner Meinung nach negativen Auswirkungen auf die Patientensicherheit und die Motivation am Arbeitsplatz zur Folge hat.

Die FaGe-Ausbildung ist eine echte Bereicherung, wenn es darum geht, in Tandems effizient zu arbeiten. Auf der anderen Seite schreibt die kantonale Gesundheitspolitik im Sinne der Verantwortung und Sicherheit vor, dass am Tag Pflegefachpersonen mit FH-Niveau anwesend sind und in der Nacht ein Pikettdienst verfügbar ist.“

Nadine Pardo, Pflegedienstleiterin der Résidence médicalisée „Le Glarier“ und Gemeinderätin der Stadt Sion.

4. Fazit

In Anbetracht der acht genannten Thesen, mit dem Willen, die wichtige Rolle der Gesundheitsberufe in der Gesundheitspolitik zu unterstreichen und sich an der Bewältigung der aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen zu beteiligen, möchte der Fachbereichsrat Gesundheit seine Position in Form von Empfehlungen zum Ausdruck bringen. Diese erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, aber sie stützen sich auf einen umfassenden Austausch, auf Reflektionen, auf Praxisexpertise und auf Erfahrungen im Ausbildungsbereich ab.

5. Empfehlungen und Anliegen

Um die Bemühungen der Westschweizer Kantone zu unterstützen, den gesundheitlichen Bedürfnissen des 21. Jahrhunderts gerecht zu werden, erachtet der Fachbereichsrat Folgendes als notwendig:

1. Die anfangs der 2000er-Jahre eingeleitete Politik einer einzigen Pflege-Diplomausbildung auf Stufe FH in der Westschweiz muss weitergeführt werden, um die Kohärenz zwischen den Versorgungs- und dem Ausbildungssystemen sowie die Effizienz und Sicherheit der Pflege zu gewährleisten.
2. Mit Unterstützung der kantonalen Direktionen für Bildung und Gesundheit müssen die Zugangsmöglichkeiten zu FHs für Jugendliche, die eine Lehre (EFZ) oder eine Fachmittelschule (FMS) abgeschlossen haben, verstärkt werden.
3. Es muss über die Entwicklung oder Schaffung von Wegen zur weiteren Förderung des Zugangs zu einem einzigen FH-Diplomabschluss (Bachelor) nachgedacht werden, z.B. durch die zielgruppenspezifische Anpassung von Lernrhythmus und -methoden (z.B. Anerkennung von Berufserfahrung, Vorbereitungskurse am Abend, ältere Studierende, Familienfrauen, Teilzeit- oder Berufsbegleitende Studiengänge, FH-Abendkurse, etc.).
4. Es muss eine Strategie zur Förderung der FH-Ausbildung in Pflege festgelegt werden, parallel zu den Massnahmen zur Stärkung der Attraktivität des Berufes und zum Ausbau von FH-Infrastrukturen, insbesondere im Bereich der Ausbildung anhand von Simulationen.

Im Kontext der vier oben genannten Empfehlungen möchte der Fachbereichsrat die Politik dazu einladen, die Unterstützung für die Hochschulen des HES-SO-Netzwerks fortzusetzen und zu verstärken. Ziel ist es, die verschiedenen Möglichkeiten zu erörtern, eine differenzierte und komplementäre Positionierung von Pflegenden (EFZ und FH) zu fördern und den Bedürfnissen künftiger Arbeitgeber gerecht zu werden, ohne dass dafür in der Westschweiz eine Ausbildung auf der Stufe der HF geschaffen wird.

6. Literaturhinweise

Um die Position des Fachbereichsrats Gesundheit der HES-SO zu untermauern, kann auf zahlreiche internationale Studien verwiesen werden, die die Notwendigkeit der Ausbildung von Pflegefachfrauen und -männern auf Hochschulniveau und die Einrichtung eines Studiensystems mit drei Stufen (Bachelor, Master, PhD) betonen. Aus diesen Studien von für ihre wissenschaftliche Kompetenz anerkannten Autoren hat der Rat sieben Institutionen oder Persönlichkeiten ausgewählt, deren Untersuchungen weltweit unbestritten sind:

- die Weltgesundheitsorganisation (**WHO**);
- der Weltbund der Pflegefachpersonen (**ICN**);
- das Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (**SIDIIEF**);
- das **National Institute of Health** von Maryland, USA;
- das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (**OBSAN**);
- Professorin **Linda Aiken** (School of Nursing, University of Pennsylvania, Center for Health Outcomes and Policy Research, Philadelphia, Pennsylvania, USA), Leiterin der internationalen Studien zu Arbeitsbelastung und Pflegeausbildung;
- die **RN4Cast**-Studie, die einzige grosse europäische Studie, welche die Pflegequalität in Spitälern von zwölf Ländern untersucht hat, darunter auch die Schweiz.

Folgende Auszüge belegen die Relevanz des Modells der HES-SO:

Jeder zehnte Patient erleidet laut der Studie Schaden aufgrund von vermeidbaren Fehlern: Schmerzen, Beeinträchtigungen, physische und psychische Traumata und sogar Tod. **Die mit mangelnder Sicherheit verbundenen finanziellen Kosten werden auf etwa 10% der gesamten Gesundheitsausgaben der Länder geschätzt.**

WHO (2005) : Alliance mondiale pour la sécurité des patients. „Défi mondial pour la sécurité des patients“. Genève.

Die Expertise der Pflegefachperson rettet Leben und verhindert viele unerwünschte Ereignisse. Ausgehend von evidenzbasierten Erkenntnissen¹, dass **die Sterblichkeitsrate mit zunehmender Zahl der Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss deutlich sinkt**, sollte der Zugang zur universitären Ausbildung, insbesondere aus Gründen der Patientensicherheit², unterstützt werden.

¹Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003) „Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality“, *JAMA*, 290, 1617–1623.

²Reams, S. & Striclin, S.M. (2006). „Bachelor of Science in nursing“.

An increase in nurses' workload by one patient increased the likelihood of an inpatient dying within 30 days of admission by 7% (odds ratio 1.068, 95% CI 1.031–1.106), and every 10% increase in bachelor's degree nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7% (0.929, 0.886–0.973). These associations imply that patients in hospitals in which 60% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of six patients would have almost 30% lower mortality than patients in hospitals in which only 30% of nurses had bachelor's degrees and nurses cared for an average of eight patients.

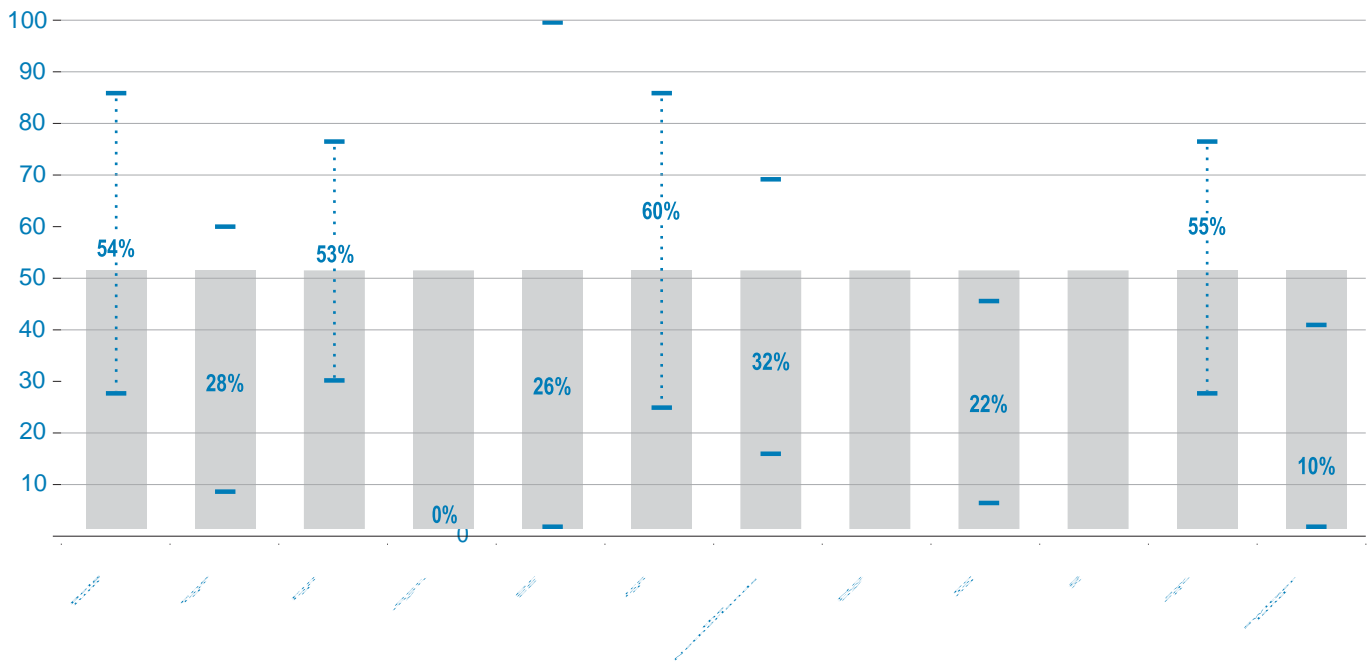
Nurse staffing cuts to save money might adversely affect patient outcomes. **An increased emphasis on Bachelor's education for nurses could reduce preventable hospital deaths.**

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study

Prof Linda H Aiken, PhD, Douglas M Sloane, PhD, Luk Bruyneel, MS, Koen Van den Heede, PhD, Prof Peter Griffiths, PhD, Prof Reinhard Busse, MD, Marianna Diomidous, PhD, Prof Juha Kinnunen, PhD, Prof Maria Kózka, PhD, Prof Emmanuel Lesaffre, PhD, Matthew D McHugh, PhD, M T Moreno-Casbas, PhD, Prof Anne Marie Rafferty, PhD, Rene Schwendimann, PhD, Prof P Anne Scott, PhD, Prof Carol Tishelman, PhD, Theo van Achterberg, PhD, Prof Walter Sermeus, PhD, for the RN4CAST consortium†, 2014, The Lancet.

10% der Schweizer Pflegefachpersonen haben einen Bachelor-Abschluss, das stellt nach Deutschland die niedrigste Quote weltweit dar.

RN4CAST: EDUCATION PROPORTION OF BACHELOR NURSES



KU LEUVEN

LEUVEN INSTITUTE
FOR HEALTHCARE POLICY

Weighted by hospital level

Der International Council of Nurses (ICN) beklagt, dass eine unzureichende Ausbildung zu einer Zunahme von unerwünschten Ereignissen wie Stürze von Patienten, Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen, Rehospitalisierungen und erhöhte Sterblichkeitsraten in Gesundheitseinrichtungen führt.

ICN. (2002. Sécurité des patients. Genève : ICN

USA: adverse medication events cause more than 770,000 injuries and deaths each year at a cost as high as \$5.6 billion annually.

Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, et al. Adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997; 277(4):301-6.

Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, et al. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: A comparative study of intensive care and general care units. Crit Care Med 1997; 25(8):1289-97.

Der Zugang zum **vollständigen, dreistufigen Studiengang in Pflegewissenschaften** ist eine wesentliche Voraussetzung, um:

- die **Qualität und Sicherheit der Pflege der Bevölkerung** deutlich zu verbessern;
- die Ausbildung in der eigenen Profession zu verankern
- den Erwerb der erforderlichen wissenschaftlichen und technologischen Kenntnisse sicherzustellen;
- zukünftige Pflegefachpersonen, Auszubildenden und Forschenden auszubilden ;
- Forschung zu fördern, um innovative klinische Praktiken zu gewährleisten.

SIDI...F, 2012. La formation universitaire des infirmières et des infirmiers, une réponse aux défis des systèmes de santé. Montréal.

USA: an estimated **1.7 million healthcare associated infections occur each year leading to 99,000 deaths.**

U.S. Dept of Health and Human Services. *Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infections* – Washington, D.C., HHS, June 2009.

In practice, higher education can make the difference in patient safety in many situations, including hands-on administration of medication and treatments, proficiency with new technologies, the ability to glean important clues from day-to-day contact with patients, and accurately and effectively communicating care instructions to families. Nurse staffing research is also on the rise as the health care industry looks for ways to save more lives while reducing costs. In fact, the National Institutes of Health found that for **every 10% increase in nurses with bachelor degrees, the likelihood of patient mortality fell by 7% in hospital settings.** Studies like this show that becoming a registered nurse isn't always enough.

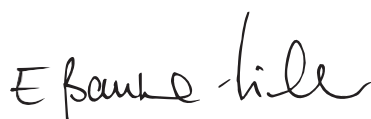
National Institutes of Health, 9000 Rockville Pike, Bethesda, Maryland 20892.

Arbeitsbelastung und Ausbildungsstand beeinflussen die Sterblichkeitsraten von Patienten

Eine Teilstudie hat den Zusammenhang zwischen der Sterblichkeitsrate von Patienten nach einer Operation und dem Niveau der Ausbildung sowie der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals untersucht (Aiken, 2014). Die Ergebnisse zeigen, dass eine bessere Personalausstattung und **ein höheres Ausbildungsniveau (Bachelor) die Anzahl von Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation sterben, deutlich reduzieren.** Jeder weitere Patient, um den sich eine Pflegefachperson kümmern muss, erhöht das Sterberisiko im Spital um 7%. Eine Erhöhung des Anteils der Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss um 10% senkt dagegen die Sterblichkeitsrate um 7%. Diese Ergebnisse belegen, dass eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Pflegefachpersonen dazu beiträgt, die Zahl der Todesfälle in Spitälern zu reduzieren.

OBSAN Bulletin 3/2014

Autorinnen und Autor:



Elisabeth Baume-Schneider
Direktorin Hochschule für Soziale Arbeit
und Gesundheit ESSP Lausanne



Jacques Chapuis
Direktor Institut und Hochschule für
Gesundheit La Source, Lausanne

Für den Fachbereichsrat Gesundheit:



Nicole Seiler
Verantwortliche Fachbereich Gesundheit
Fachhochschule Westschweiz

HES·SO
Route de Moutier 14
2800 Delémont

Hes·SO
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland