

Auftrag BBT
Vertrag Referenz-Nr. FH.2008.0040

Phase II
Oktober 2008 bis Mai 2009

Abstimmung der Ausbildung auf die Bedürfnisse des Arbeitsmarktes in den reglementierten Gesundheitsberufen, namentlich Pflege

Teil I

Auftraggeber: BBT

Ansprechpartner: Thomas Baumeler

Koordination: OdASanté

Koordinatorin: Ariane Montagne

Realisierung: Harmony Solutions SA

Projektleiterin: Esther Merino

Spezialist Symphony/Corom: Rico Meyer

Unterstützung und Konzept: Christoph Meier

Autoren und Projektteam:

Esther Merino, Rico Meyer, Christoph Meier

Freiburg, 27. Mai 2009

INHALT

1. Projektorganisation und Arbeitsplan	4
1.1 Einleitung, Ziele	4
1.2 Konzept und angewendete Methoden	6
1.3 Projektorganisation und Partner	8
1.4 Detaillierter Arbeitsplan pro Work Package	10
1.4.1 WP1 Steering Committee	10
1.4.2 WP2 Core Team und Projektmanagement	10
1.4.3 WP3 Aktivitäten	10
1.4.4 WP4 Konsolidierung der Schlüsselaktivitäten	13
1.4.5 WP5 Kompetenzprofile	16
1.4.6 WP6 Analyse und Konsolidierung der Kompetenzprofile	19
1.4.7 WP7 Ausbildungsarchitektur	20
1.4.8 WP8 Präsentation und Übermittlung der Ergebnisse ans BBT	20
2. Schlüsselaktivitäten (WP3 – WP4) nach Pflegekontext	20
3. Kompetenzprofile nach Pflegekontext	31
3.1 Profil der Pflegefachperson im wenig spezialisierten Pflegekontext	31
3.2 Profil der Pflegefachperson im mittelmässig spezialisierten Pflegekontext	32
3.3 Profil der Pflegefachperson im hochspezialisierten Pflegekontext	34
3.4 Vergleichsanalyse der Profile	34
3.4.1 Vergleich der Profile der Pflegefachpersonen im mittelmässig spezialisierten und hochspezialisierten Pflegekontext	34
3.4.2 Vergleich der Profile der Pflegefachpersonen im wenig spezialisierten und hochspezialisierten Pflegekontext	36
3.4.3 Mobilitätsradius und Schlussfolgerung	37
4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	39
4.1 Die Bedürfnisse	39
4.2 Verbindung zwischen den Bedürfnissen und der Ausbildung	40
4.3 Die Ausbildung	41
Anhang 1 – Glossar	43
Anhang 2 – Übersicht Projektplanung	44
Anhang 3 – Liste aller Projektpartner	45
Anhang 4 – Liste aller Workshops mit Themen	46
Anhang 5 – Die Methode Symphony/Corom	49
Situativer Kontext	50
Kognitiver Ansatz	51
Die vier Kriterien	52

Die intellektuellen Ansätze (IA)	52
Die Wissensbausteine	53
Der Bezug zu Raum und Zeit (BZR)	54
Die Interaktion der Beziehungen (IB)	54
Beobachtungen aus der Anwendung dieses Vorgehens	55
Schlussfolgerungen	55
Eruieren von Kompetenzen im Betrieb	56
Die Rekrutierung	56
Mobilität/Orientierung	56
Ausbildung	56
Arbeitsorganisation	56
Nutzen des kognitiven Ansatzes	57
Referenzen Symphony/Corom	58
Anhang 6 – Glossar Corom	59
Anhang 7 – Referenzen und Bibliografie	66
Anhang 8 – Liste der Abbildungen mit Titel	67
Anhang 9 – Definition der Kategorien der Patientensituationen	68
Anhang 10 – Kritische Wissensbereiche für die Pflege	69

Phase II

1. Projektorganisation und Arbeitsplan

1.1 Einleitung, Ziele

Das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) hat als Projektziel die Identifikation der Bedürfnisse des Arbeitsmarkts im Bereich der Pflege festgelegt. Die Ziele und die Realisierungsbedingungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

„In den reglementierten Gesundheitsberufen müssen gesamtschweizerisch einheitliche, auf die Bedürfnisse des Arbeitsmarkts abgestimmte Abschlussqualifikationen auf der Stufe Bachelor/Master festgelegt werden.“

- *Es ist zentral, dass diese Abschlussqualifikationen den Bedürfnissen des Arbeitsmarkts entsprechen und effiziente Pflegedienstleistungen garantieren.*
- *Eine bessere Identifikation der Abschlussqualifikationen ist unerlässlich, damit im Pflegebereich effiziente Dienstleistungen erbracht und differenzierte Bildungsprofile erarbeitet werden können.*
- *Die Realisierung setzt eine enge Abstimmung mit der Arbeitswelt voraus, sollen diese Arbeiten erfolgreich sein.“ (07.07.08)*

Das Projekt konzentriert sich auf das Sammeln und Formalisieren des Bedarfs (Nachfrage), um eine von den Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitswelt validierte Referenz zu schaffen und Einfluss auf die Abschlusskompetenzen des Pflegefachpersonals auszuüben. Wie die unten stehende Abbildung zeigt, soll ein dynamischer Zyklus zwischen Angebot und Nachfrage, zwischen der Arbeitswelt und der Welt der Bildung initialisiert werden.

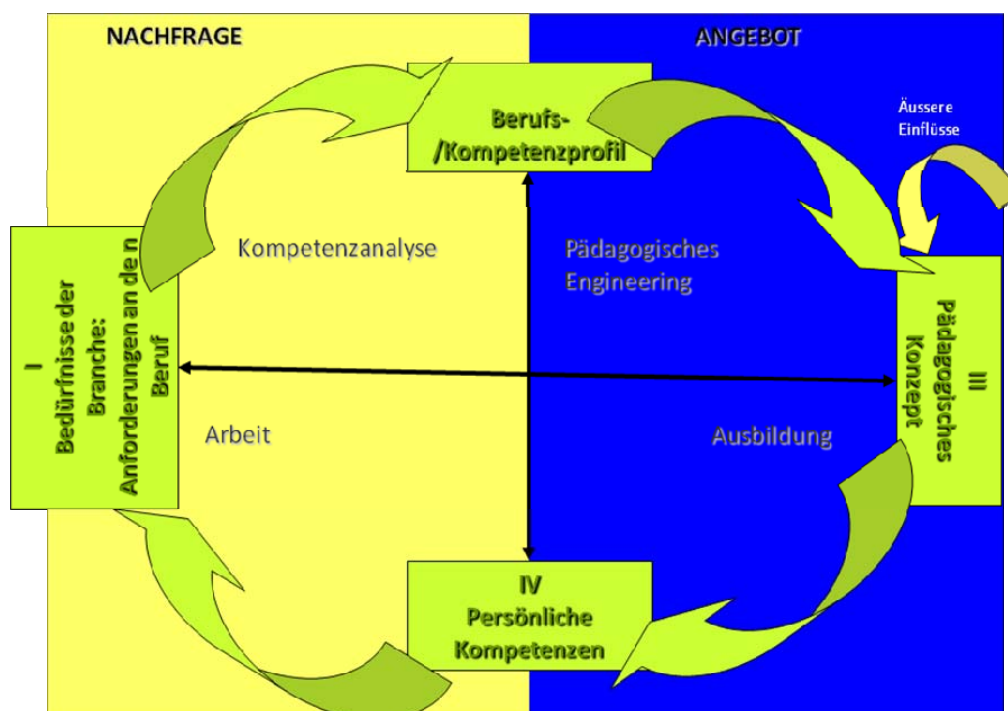


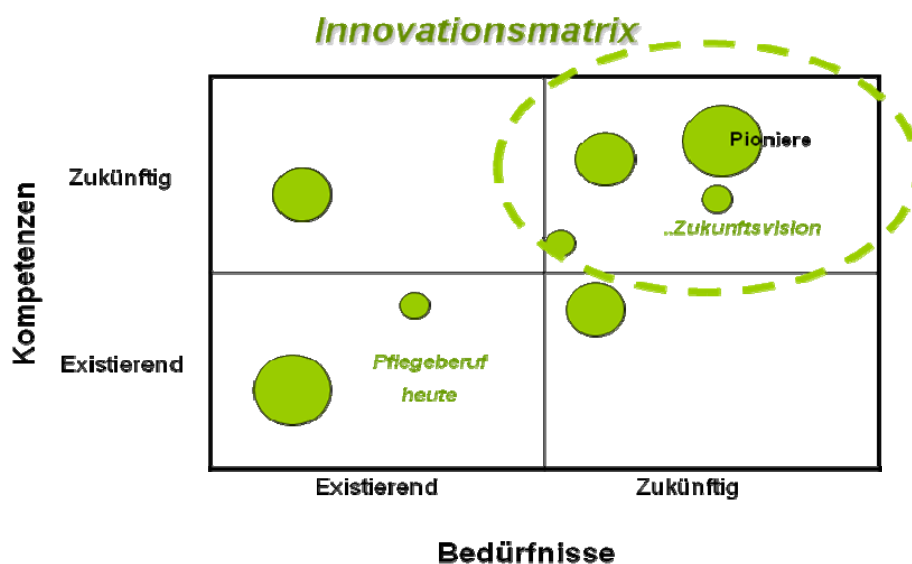
Abbildung 1 - Job Training Cycle Methodology (JTC)

Damit der gemeinsame Bedarf an gegenwärtigen und künftigen Kompetenzen der verschiedenen Spitäler und Pflegedienste identifiziert werden kann, muss über den institutionseigenen Organisationsrahmen hinaus geblickt werden; vielmehr muss ein Ansatz zur Anwendung kommen, der es ermöglicht, mit den Elementen zu arbeiten, die den verschiedenen Kontexten gemeinsam sind.

Die Festlegung des Rahmens und des Reflexionsmodells ist daher äusserst kritisch und entscheidet über die Qualität und die Gültigkeit der Projektergebnisse. Die Herausforderung besteht darin, Parameter zu finden, die für die unterschiedlichen Pflegekontexte signifikant und eindeutig genug sind, damit den wesentlichen Unterschieden Rechnung getragen werden kann. Die Schwierigkeit dabei ist, sich nicht zu stark auf die Besonderheiten und Praktiken jedes einzelnen Spitals zu konzentrieren, sondern vielmehr die bestimmenden und charakteristischen Merkmale des Pflegeberufs zu erfassen.

Die Suche nach den signifikanten Parametern wurde vor Beginn der Phase II partizipativ und iterativ mit Pflegefachpersonen¹ durchgeführt, um so die Kohärenz und die Gültigkeit des Reflexionsrahmens zu gewährleisten.

Unser Ansatz ist zugleich zukunftsorientiert, denn das endgültige Ziel dieses Projekts besteht darin, dass auf gesamtschweizerischer Ebene Einfluss auf die Ausbildung und die Kompetenzen des diplomierten Pflegefachpersonals ausgeübt werden kann. Demzufolge haben wir eine innovative Vorgehensweise gewählt. Ausgangspunkt bildeten bestehende Praktiken, zugleich haben wir unsere Aufmerksamkeit auch auf die Praktiken gerichtet, die sich für die Zukunft abzeichnen, um so die künftig erforderlichen Kompetenzen besser bestimmen zu können. Dies geschah in Zusammenarbeit mit Pflegefachleuten.



- In der Zukunft ist es nicht wie heute, die Ausbildung soll auf die Zukunft vorbereiten.
- Die Vision muss sich auf die zukünftigen Bedürfnisse ausrichten (in 5 bis 10 Jahren). Diesen zukünftigen Bedürfnissen entsprechen neue Kompetenzen, die es zu entwickeln gilt.

Abbildung 2 - Innovationsmatrix

¹ Vgl. Rapport de la phase I (Activité 2 - Plan de travail - Août 2008), erhältlich auf Anfrage

1.2 Konzept und angewendete Methoden

Um die Projektziele zu erreichen und die Erwartungen des BBT sowie der verschiedenen betroffenen Partner zu erfüllen, wählten wir als Ausgangspunkt **die Patientinnen/Patienten und ihren Pflegebedarf**. Das ist das zentrale und grundlegende Element des Pflegeberufs, das allen Pflegekontexten gemeinsam ist.

Das vielfältige Arbeitsumfeld des Pflegepersonals, die verschiedenen Spital- und Dienstleistungstypen und die verschiedenen Aufträge erfordern eine besondere Vorgehensweise, wenn man den Pflegebereich erfassen und signifikante und repräsentative Ergebnisse erzielen will.

Zu diesem Zweck musste ein Analyserahmen definiert werden. In einer Vorphase des Projekts, nachfolgend Phase I genannt, wurden in Zusammenarbeit mit einer kleinen Arbeitsgruppe² (v.a. Leiterinnen/Leiter der Pflege) die relevanten und signifikanten Parameter der Studie identifiziert. In einem zweiten Schritt wurden die Elemente des Analyserahmens von einer grösseren Arbeitsgruppe validiert³.

Zur Bestimmung der Abschlussqualifikationen, die dem Pflegepersonal effiziente Dienstleistungen ermöglichen, müssen **die Kompetenzen** beschrieben werden können.

Letztere sind an den Arbeitskontext gebunden und können nur auf der Grundlage der effektiv durchgeführten Arbeiten des Pflegepersonals identifiziert werden. Die Identifikation der Arbeiten ist das Schlüsselement bei einer kompetenzorientierten Vorgehensweise. Die Arbeiten bilden die Informationsgrundlage für alle nachfolgenden Schritte, folglich sind die Qualität und die berücksichtigten Parameter zentral, wenn es darum geht, die Informationen zusammenzutragen. Es sind dies die Arbeiten, die es erlauben, die Bedürfnisse des Arbeitsmarkts zu ermitteln. Sie müssen aber in direkter Zusammenarbeit mit den Personen, die sie ausführen, und mit ihren direkten Vorgesetzten bestimmt werden bzw. je nach Situation in Zusammenarbeit mit Personen aus anderen Berufen, die direkt mit dem Beruf interagieren, dessen Aufgaben es zu bestimmen gilt.

Es stellt sich auch die Frage, wie man allgemein und doch präzise auf die Patientinnen und Patienten und ihren Pflegebedarf eingehen kann. Im Rahmen der Arbeiten in der Vorphase (Phase I) hatten die Leiterinnen/Leiter der Pflegedienste dazu einen Vorschlag. Sie waren sich einig, dass es möglich sei, die Hauptaufgaben des Pflegeberufs anhand von **fünf bis acht verschiedenen Patientenkategorien** zu erfassen. Diese Patientenkategorien sollten repräsentativ sein für die Mehrheit der Pflegebedürfnisse.

Schliesslich schlug das Universitätsspital Basel acht Patientenkategorien vor⁴. Sie wurden anschliessend von den anderen Pilotinstitutionen, die an der Phase I beteiligt waren, validiert und ergänzt.

Damit der Reflexionsrahmen verfeinert werden und sich so unterschiedliche Institutionen wie Regionalspitäler und Hauspflegedienste im Analyserahmen wiederfinden konnten, wurden zwei weitere Parameter hinzugefügt: der **Spezialisierungsgrad der Pflege** (hoch, mittel, wenig), d.h. die verschiedenen Behandlungskontexte, und die **Stabilität der Patientin/des Patienten**.

² Das Team setzte sich wie folgt zusammen: Herr Horner, Hôpital de la Riviera, Frau Rosery, Universitätsspital Basel, Frau Montagne, OdASanté, Sitzung vom 19.08.08.

³ An der Sitzung vom 21.08.08 nahmen folgende Personen teil: Frau Ackermann, Universitätsspital Zürich; Frau Grünig, GDK; Frau Jenzer, Gesundheitsnetz Wallis; Frau Knüssel, Curaviva; Frau Ley, Gesundheitsnetz Wallis; Frau Montagne, OdASanté.

⁴ Anhang 9: Definition der acht Patientenkategorien

Dieser Reflexionsrahmen wurde an einer Sitzung (WS 21.08.08) mit Vertreterinnen und Vertretern des Pflegebereichs validiert. Parallel dazu wurde er einem Team des medizinischen Diensts des Hôpital de la Riviera vorgelegt. Ihnen wurde eine Matrix⁵ vorgestellt, die alle Dimensionen enthielt, und einige Patientenfälle wurden in die verschiedenen Pflegekontexte gestellt. Das Team konnte sich leicht zurechtfinden und rasch die jeweiligen Patientenpfade festlegen; es erachtete den Ansatz als völlig kohärent und für den Pflegebereich geeignet.

Die wichtigsten Parameter wurden daher wie folgt zusammengefasst und validiert:

1. die Patientinnen und Patienten mit ihrem Pflegebedarf gemäss den acht Kategorien;
2. drei Spezialisierungsgrade, je nach Pflegekontext der Patientinnen und Patienten (hoch, mittel, wenig spezialisiert);
3. die Stabilität der Patientinnen und Patienten (stabil/instabil);
4. die Schlüsselaktivitäten der Pflegefachpersonen, die mit Fachpersonen direkt definiert wurden, um die Kompetenzen zu definieren.

Die drei ersten Parameter entstammen der Berufspraxis. Es handelt sich um charakteristische Elemente des Pflegeberufs. Zur Definition der Schlüsselaktivitäten und der damit verbundenen Kompetenzen wurden die Grundsätze der Corom-Methode⁶ gewählt, um den Arbeitsprozess zu steuern, die Kompetenzen zu definieren und die Analysen vorzunehmen.

Diese Methode erlaubt es, sich auf die Elemente eines Berufs zu konzentrieren, die vorherrschend sind, im Gegensatz zu den meisten anderen bestehenden Methoden, die die Arbeitsweise möglichst genau zu beschreiben und eine Liste des benötigten Wissens zu erstellen versuchen. Das Problem dabei ist, dass das so ermittelte Wissen und Know-how so breit sind, dass ein Vergleich der Stellen/Berufe praktisch unmöglich wird. Zudem ermöglicht die Corom-Methode, eine **Stelle/einen Beruf und eine Einzelperson** zu charakterisieren. So können einerseits die Kompetenzen beschrieben werden, die hauptsächlich nötig sind, um die mit einer Stelle/einem Beruf verbundenen Probleme zu lösen; andererseits ist es auch möglich, die vorherrschenden Kompetenzen einer Einzelperson anhand dessen, was sie macht und wie sie es macht, zu beschreiben. Mit einer vorgängig durchgeführten Analyse der Arbeiten können die ausschlaggebenden kognitiven Kompetenzen bestimmt werden.

COROM erlaubt somit, die Kompetenzprofile der drei Kontexte miteinander zu vergleichen und eine eventuelle Differenzierung des Ausbildungssystems auf der Grundlage eines kohärenten Ganzen der Kompetenzen (mentaler Ansatz etc.) zu analysieren.

⁵ Die vorgelegte Matrix ist in Kapitel 1.4.3 zu finden.

⁶ Die Corom-Methode, auch **kognitiver Ansatz** genannt, wurde Ende der 1980er-Jahre in Frankreich entwickelt, um den bis anhin vorherrschenden Ansatz (die Kompetenzen bestehen aus dem Know-how) zu ergänzen. Der Nachteil des Know-how-Ansatzes ist, dass er das benötigte Wissen sehr detailliert beschreibt und der Unterschied zwischen Aktivität und Kompetenz nicht klar genug ist. Damit erschwert dieser Ansatz die Analyse der übertragbaren Kompetenzen und somit auch die berufliche Mobilität. Der kognitive Ansatz ist wirkungsvoller, wenn es darum geht, die individuelle Mobilität zu begünstigen (seit 1987 besteht eine grosse Nachfrage seitens der Unternehmen, da immer mehr Berufe verschwinden und daher das Bedürfnis besteht, die bestehenden Kompetenzen zu analysieren und sie in neuen Berufen wieder einzusetzen).

MICHEL S., LEDRU M., Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive, Paris, ESF Editeur, 1991
Für weitere Informationen zur Corom-Methode siehe Anhang 5.

1.3 Projektorganisation und Partner

Der Arbeitsprozess der Projektphase II wurde rund um mehrere aufeinanderfolgende „Work Packages“⁷ und um Queraktivitäten herum aufgebaut, die über die gesamte Projektdauer hinweg regelmässig durchgeführt wurden. Nachfolgend die Übersicht über die Projektphase II:

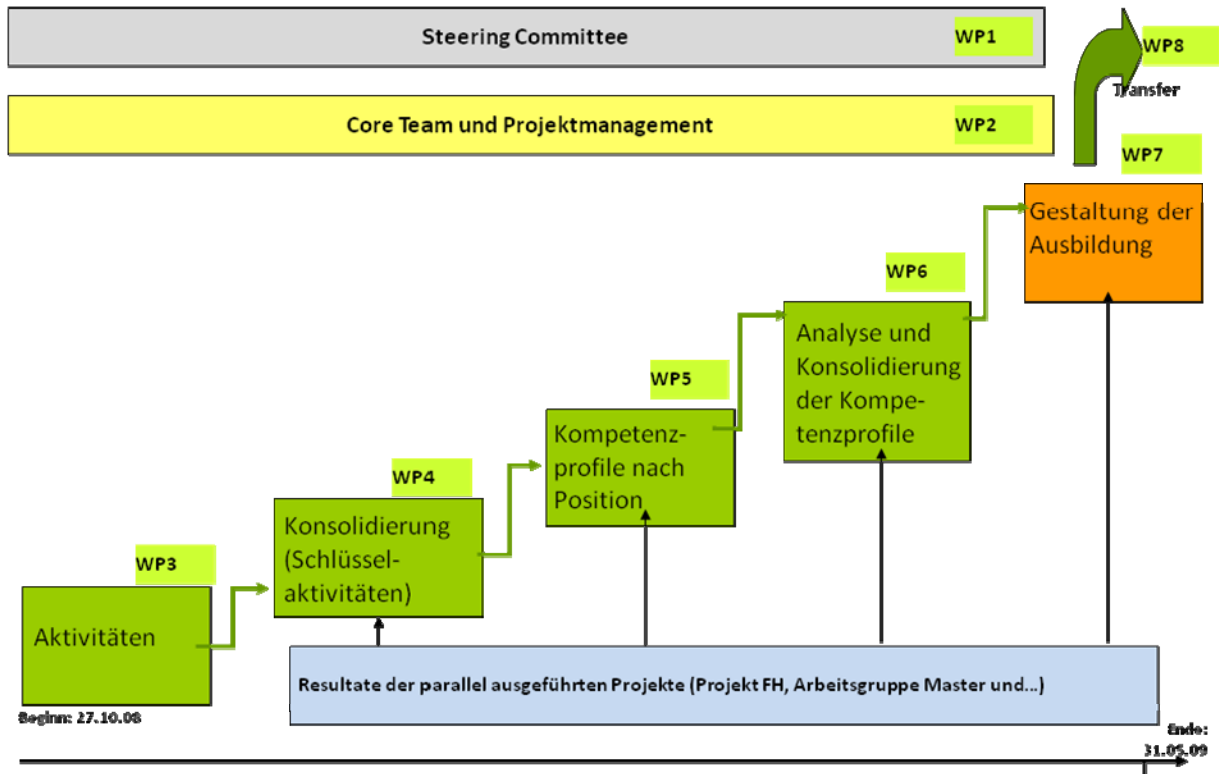


Abbildung 3 - Projektorganisation und Arbeitsplan

Die Work Packages umfassen die verschiedenen Projektmodule mit eigenen Zielen, Umsetzungsfristen und den dazugehörigen Arbeitsgruppen. Die Workshops, die zur Beschaffung von Wissen über die gegenwärtigen und künftigen Praktiken erforderlich waren, wurden direkt mit dem Pflegepersonal durchgeführt, hauptsächlich Pflegefachfrauen/-männer und Stationsleiterinnen/Stationsleiter. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Ergebnisse die effektiven gegenwärtigen und künftigen Bedürfnisse des Arbeitsmarkts abbilden. Anschliessend wurden die Ergebnisse abwechselnd zusammen mit den Leiterinnen/Leitern der Pflegedienste jeder Pilotinstitution (Core Team) validiert.

Die Analyse der Kompetenzanforderungen wurde partizipativ durchgeführt, wobei von signifikanten und charakteristischen Arbeitseinheiten verschiedener Pilotdienste in Institutionen der Deutschschweiz und der Romandie ausgegangen wurde. Jedes Work Package besteht aus einer oder mehreren Partnergruppen, die an der Umsetzung der Arbeiten beteiligt sind. Nachfolgend die Übersicht über die Arbeitsgruppen und die Partner:

⁷ Work Package (WP) = Schlüsselaktivität / Arbeitsmodul

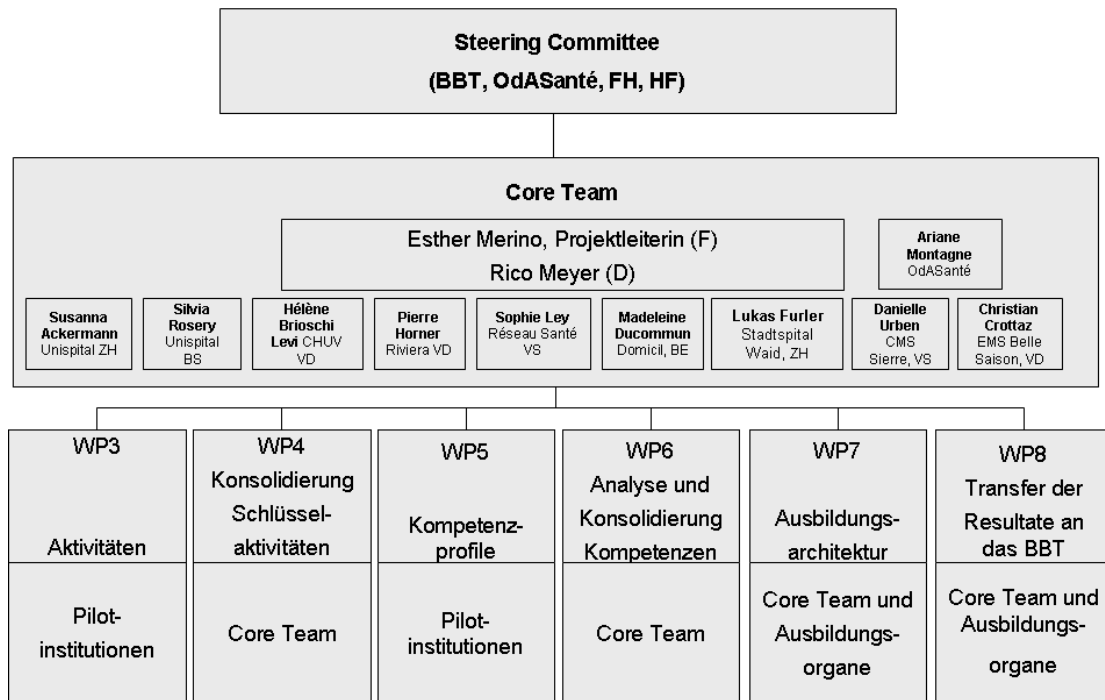


Abbildung 4 - Organisation und Projektpartner

Die nachfolgende Tabelle gibt die Zusammensetzung des Konsortiums (mit beteiligten Pilotpartnern) wieder:

Nr.	Arbeitsgruppen	Partner
1	Steering Committee	BBT; OdASanté; FH; HF
2	Core Team	Eine Ansprechperson pro Institution; es handelt sich um den/die Leiter/in Pflege oder eine delegierte Person (immer die gleiche Ansprechperson) Harmony Solutions SA für die Projektleitung, die methodologische Begleitung und das Konzept
3	Pilot-institutionen (Pflegeteams)	1. Stadtspital Waid, Zürich: Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 2. Hôpital de la Riviera, Waadt: Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 3. Gesundheitsnetz Wallis (GNW): Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 4. Pflegeheim Belle Saison, Waadt: Pflegefachpersonal und Stationsdienstleiter/in 5. Domicil (Langzeitpflege), Bern: Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 6. CMS (Pflege zu Hause), Sierre: Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 7. Universitätsspital Kanton Waadt (CHUV): Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 8. Universitätsspital Basel (USB): Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in 9. Universitätsspital Zürich (USZ): Pflegefachpersonal und Stationsleiter/in
4	Organe und Bildungspolitik	Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (KFH), Fachhochschulen (FH), höhere Fachschulen (HF), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK-CDS) (informiert)

1.4 Detaillierter Arbeitsplan pro Work Package⁸

1.4.1 WP1 Steering Committee

Das Steering Committee setzt sich aus Personen mit umfassendem Wissen über den aktuellen Pflegebereich zusammen. Sie kennen die jetzigen und künftigen Herausforderungen und die in diesem Bereich laufenden Projekte. Die Mitglieder wurden vom BBT ausgewählt.

Das Steering Committee wurde anlässlich einer Sitzung vom 11. Februar 2009 über die Zwischenergebnisse informiert. Diese Zusammenkunft erlaubte es, zu informieren, kritische Themen rund um das Projekt zu diskutieren, die Arbeit in einen breiteren Kontext zu stellen, und Entscheide zu fällen.

1.4.2 WP2 Core Team und Projektmanagement

Das Core Team setzt sich aus einer Ansprechperson pro Pilotinstitution und aus den Beteiligten der Firma Harmony Solutions SA zusammen, d.h. aus der Projektleitung und den Symphony-/Corom-Spezialisten. Bei den Ansprechpersonen handelt es sich entweder um Leiterinnen und Leiter der Pflege einer Institution oder um eine delegierte Person.

Die Mitglieder des Core Teams aus den Pflegeinstitutionen sind in ihrem Spital für die Organisation und die Umsetzung des Projekts verantwortlich. Sie sind die bevorzugte Schnittstelle zwischen den Pflgeteams und den Projektverantwortlichen. Ferner sind sie im Rahmen der Konsolidierung der mit den Pflgeteams durchgeführten Arbeiten und der regelmässigen Validierung der Ergebnisse auch direkt an den institutionsübergreifenden Aktivitäten von WP4 und WP6 beteiligt.

1.4.3 WP3 Aktivitäten

Der Analyserahmen wurde in Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen definiert. Er umfasst die drei folgenden Dimensionen: den **Pflegekontext** mit drei Spezialisierungsgraden (hoch, mittel, wenig spezialisiert), die Situation der Patientin/des Patienten und ihre/seine **Stabilität** (stabil/instabil) und die **acht Patientenkategorien** mit dem wichtigsten Pflegebedarf. Diese drei Dimensionen können wie folgt dargestellt werden:

⁸ Eine Übersicht über die Projektplanung ist in Anhang 2 zu finden.

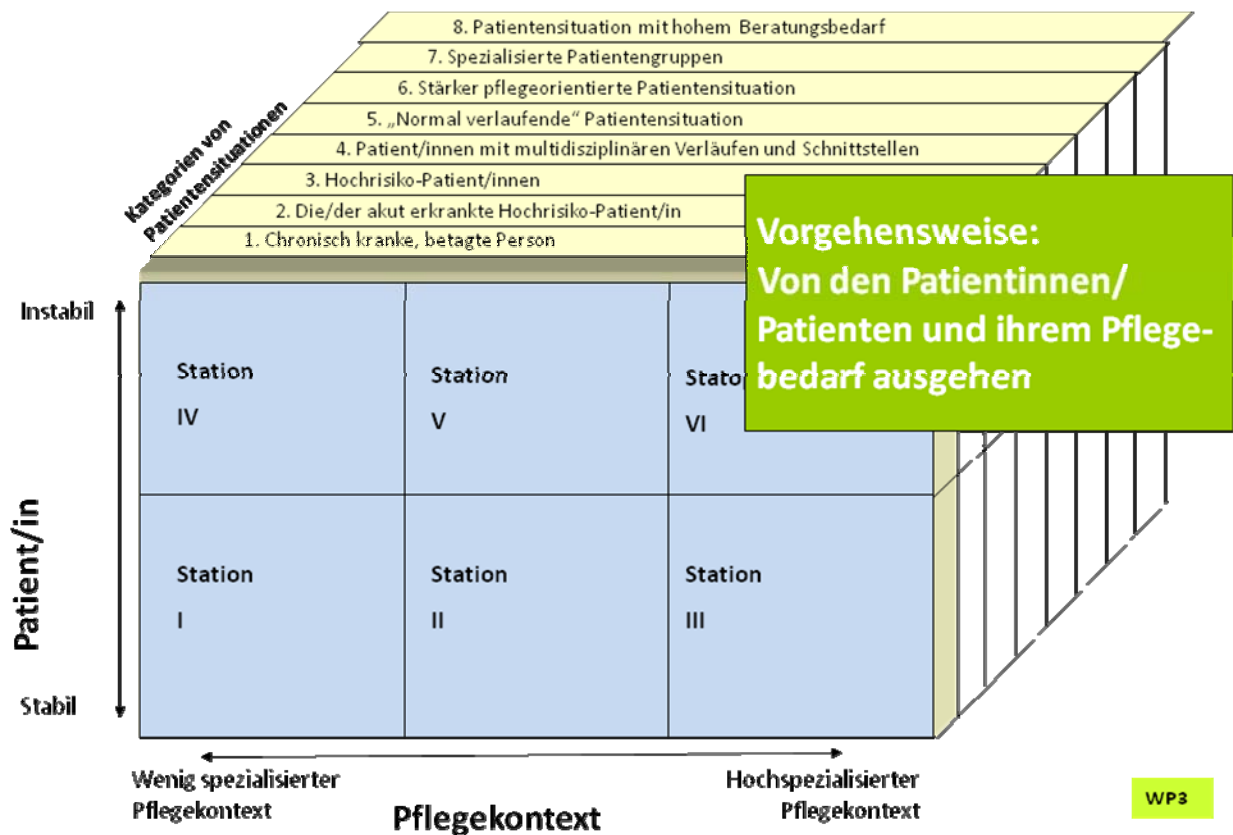


Abbildung 5 - Analyserahmen: die Patient/innen und ihr Pflegekontext als Referenzobjekt

Diese Matrix zeigt, wie aufgrund des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten die Unterteilung, d.h. die Segmentierung, erfolgte. Sie bildet die erforderliche Grundlage für die Identifikation der Arbeiten und der für den Beruf der Pflegefachperson erforderlichen Kompetenzen.

Das Zusammentragen der Aktivitäten erfolgte unter Berücksichtigung der „Patientenpfade“ und der unterschiedlichen potenziellen Pflegekontexte (Stationen I bis VI), die eine erfolgreiche Behandlung ermöglichen. Für jede Station wurden in Workshops⁹, die in den Pilotinstitutionen durchgeführt wurden, die Pflegeaktivitäten identifiziert, wobei ausschliesslich die Stationen berücksichtigt wurden, die für die jeweilige Institution und den jeweiligen Patiententypen relevant sind. Dies illustriert die nachfolgende Abbildung:

⁹ Die Liste der durchgeführten Workshops mit den Teilnehmenden, den Veranstaltungsorten und den Daten ist in Anhang 4 zu finden.

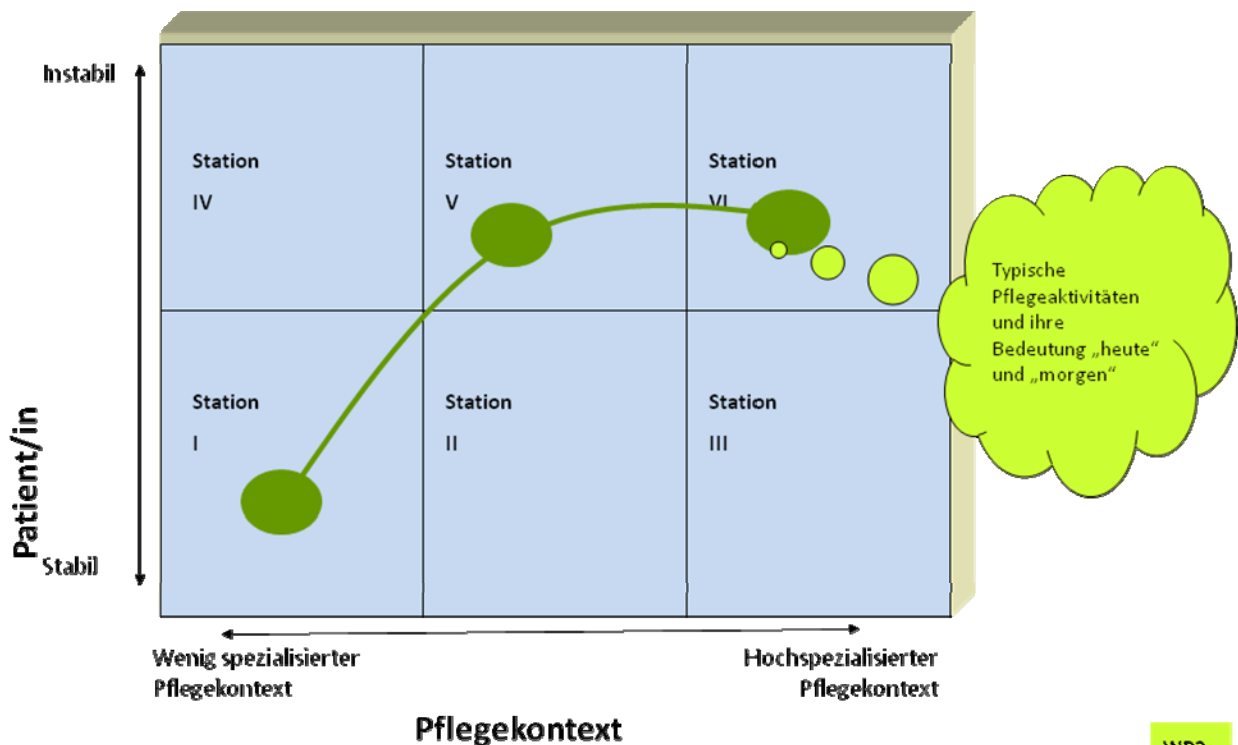


Abbildung 6 - Analyse der Pflegeaktivitäten am Beispiel einer Patientin/eines Patienten mit multidisziplinären Verläufen und Schnittstellen

Die Aktivitäten wurden auf integrierte Art und Weise zusammengetragen und die Ergebnisse aus den Institutionen im anschliessenden Workshop direkt übernommen, damit auf dem aufgebaut werden konnte, was bereits identifiziert worden war. So erfolgte die Integration direkt in Zusammenarbeit mit den Fachpersonen, wodurch die Kohärenz gewährleistet ist.

In diesem Projekt geht es nicht allein um die heutigen Aktivitäten, sondern auch darum herauszufinden, welche **Aktivitäten in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden**. Denn es geht darum, Einfluss auf die Ausbildung auszuüben, d.h. auf die Effizienz des Pflegepersonals von morgen.

Nachdem die Aktivitäten erfasst worden waren, mussten sich zu diesem Zweck die Teilnehmenden, d.h. die (Pflege-)Teams und das Core Team (Leiter/innen Pflege), in Workshops zur Bedeutung der für jede Aktivität zur Verfügung stehenden Zeit (Vergleich zwischen heutigem und künftigen Kontext, Zeithorizont 5 bis 10 Jahre) und zur Qualität der gegenwärtigen Betreuung äussern.

Nachfolgend ein Beispiel des eingesetzten Tools:

Titre:		Activity analysis (for competence development)							
Project:		Adéquation de la formation aux besoins du marché du travail dans les professions réglementées de la santé, en particulier les soins.							
Année:		OFTT, Octobre 2008 à avril 2009							
Auteur:		Esther Meimo, Rico Meyer							
View:		Par catégorie d'activités et type de contexte							
Contexte:		Spécialisé							
Activité:		Evénement		Tâche (portion & ID) (ID)		Opportunités (ratios) (type)		Définition du ranking des activités (sur le terrain)	
Liste des activités consolidées selon l'interview		Temps relatif accordé par sujet (actuel)	Niveau d'importance de la tâche en charge	Temps relatif accordé par activité (future)	Situation actuelle	Situation future	Ranking selon analyse quantitative (actuelle & future)	Ranking selon opportunités d'amélioration (actuelle & future)	Ranking consolidé pour l'analyse des compétences
		1 = 0min	0 à 1000 (subjectif) 00-puifak	1	De plus c'est positif, de plus il y a d'opportunités	De plus c'est positif, de plus il y a d'opportunités	1 = premier	1 = premier	1 = premier
Soutenir, garantir, prescrire et maintenir les AVQ, afin de reconnaître et de compenser des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et de son entourage et dans le cadre de la structure journalière.									
Analyser, protéger votre délégué, évaluer et résoudre les soins, médicaux/délicats et/ou autonomes, de surveillance et de prévention, en fonction des pathologies et du projet de la personne soignée (projet de vie, d'accompagnement, (intégrer les observations de l'équipe interdisciplinaire) et les besoins de l'entourage, tout en établissant une relation de confiance, afin de lui permettre de maintenir et/ou retrouver le maximum d'autonomie possible et d'assurer son confort.									
Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adéquates, en tenant compte de l'aspect relationnel au sein de l'équipe, de l'organisation de l'équipe, de la sécurité de la personne soignée et de son entourage, et en respectant les procédures internes, afin de résoudre la situation et maintenir le bon fonctionnement.		1. Soins		4		2		4	
Soutenir la personne soignée et son entourage, en étant attentif à l'écoute et en s'adaptant à eux, dans le respect de leurs besoins, de leur situation globale et des ressources qui sont en mouvement (d'activation), en faisant le lien avec l'entourage et/ou les autres intervenants afin de favoriser une relation de confiance et de réaliser les objectifs du projet de la personne soignée/projet de vie.									
Soutenir et accompagner la personne soignée dans des situations de crise (p.ex. à l'entrée, médicale, psychique) et dans la phase de débriefing à ses besoins spécifiques. Durant la phase de fin de vie, agir selon les principes palliatifs de base (qualité de vie la meilleure possible, le mieux de stress possible), afin que la personne soignée puisse bénéficier du meilleur bien-être possible et de répondre le mieux possible à ses besoins dans la situation spécifique.									

Abbildung 7 - Hierarchische Gliederung der Schlüsselaktivitäten aufgrund von drei Kriterien, aus Sicht der Pflegeteams und des Core Teams

1.4.4 WP4 Konsolidierung der Schlüsselaktivitäten

Nachdem die Schlüsselaktivitäten des Pflegepersonals für jede einzelne Patientenkategorie und Station identifiziert waren, wurden sie gruppiert, damit die dominierenden Aktivitäten ermittelt werden konnten. **Angesichts der Ergebnisse und der grossen Zahl der vom Pflegefachpersonal zusammengetragenen Aktivitäten wurde das Segmentierungsmodell vereinfacht.**

Von nun konzentrierte sich die Arbeit auf die Dimension **Spezialisierung des Pflegekontexts der Patientinnen und Patienten** (wenig, mittel, hoch spezialisiert), denn der Pflegekontext ist der wichtigste Faktor für die Entwicklung von Kompetenzen. Tatsächlich erwiesen sich die Dimensionen „stabil“ und „instabil“ (Patientenzustand) sowie die verschiedenen Patientenkategorien in dieser Projektetappe als nicht mehr notwendig.

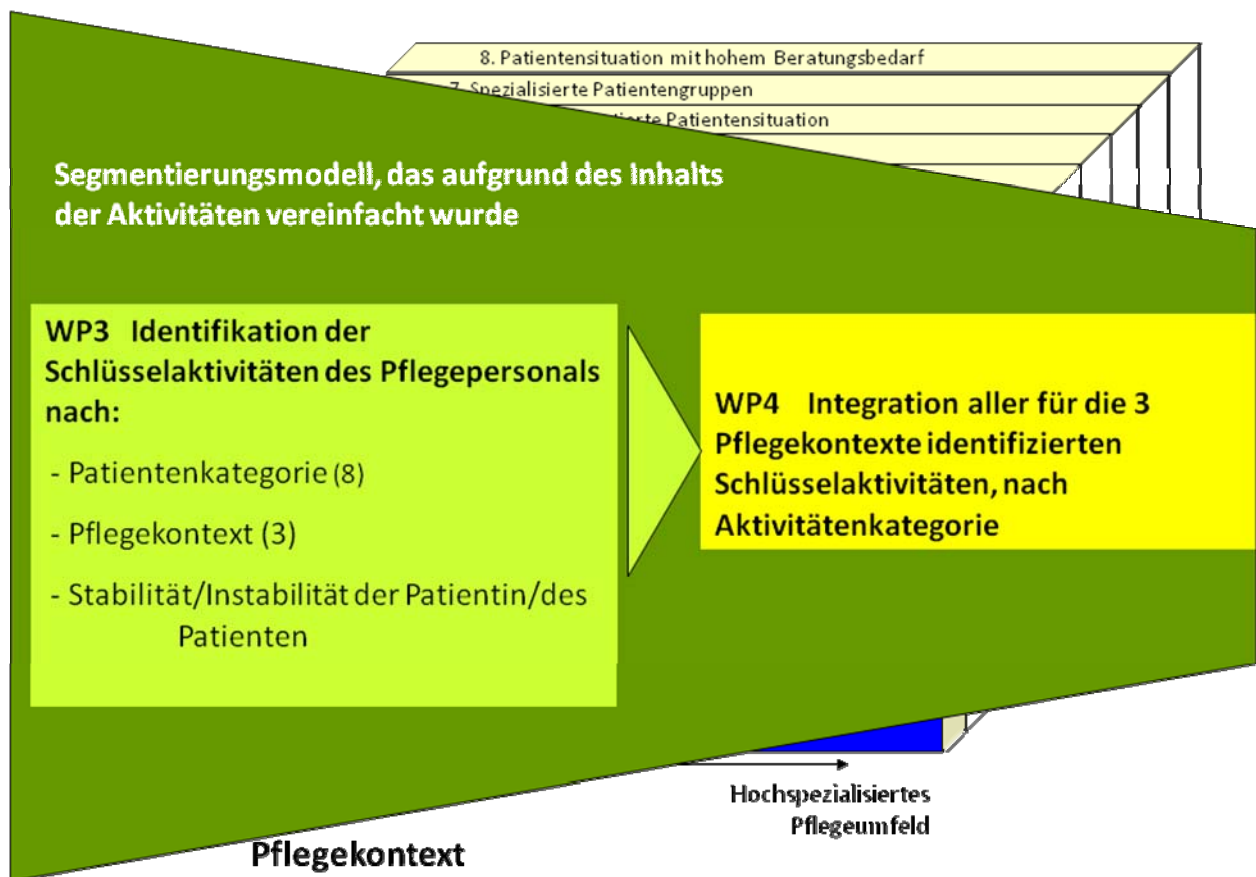


Abbildung 8 - Vereinfachtes Segmentierungsmodell

Um diese Etappe der Konsolidierung zu strukturieren und zu vereinfachen, wurden zuerst Redundanzen ausgesondert; anschliessend wurden die Aktivitäten nach inhaltlicher Logik neu gruppiert. Die Aktivitäten wurden analysiert, und es konnten „Aktivitätsfamilien“ oder **Aktivitätskategorien** ausgemacht werden, z.B. im Bereich der Pflege, der Patientenberatung, der Organisation und der Betreuung. Diese Aktivitätskategorien, die von den Pflegefachpersonen (Core Team und Pflegeteams) validiert wurden, ermöglichten eine logische und kohärente Datenverarbeitung. Aus der nachfolgenden Abbildung geht hervor, wie die neun Kategorien benannt wurden:

	Schlüssel-aktivitäten I	Schlüssel-aktivitäten II	Schlüssel-aktivitäten III
1. Pflege			
2. Pflegemethodik			
3. Organisation & Betreuung			
4. Pflege – Beurteilung und Neubeurteilung			
5. Kommunikation & Koordination			
6. Information & Beratung			
7. Dokumentation			
8. Forschung & Entwicklung			
9. Medizinaltechnik & Umgebung			
	wenig spezialisierter Pflegekontext	mittelmässig spezialisierter Pflegekontext	hochspezialisierter Pflegekontext

Aktivitätskategorie

Pflegekontext

Abbildung 9 - Schlüsselaktivitäten integriert in 3 verschiedene Pflegekontexte, gruppiert nach Kategorie

In einem Workshop mit dem Core Team wurde der Aggregationsgrad der Aktivitäten, die im Rahmen von WP3 ermittelt worden waren, überarbeitet, um die Zahl der Schlüsselaktivitäten der beiden berücksichtigten Dimensionen (Pflegekontext und Aktivitätskategorien) zu reduzieren. Diese Etappe diente auch zur Zwischenevaluation der Ergebnisse durch die Leiterinnen/Leiter der Pflege oder ihrer Delegierten, wobei insbesondere die Bedeutung der zukünftigen Aktivitäten untersucht wurde. Eine solche Evaluation war zuvor bereits durch die Pflegeteams durchgeführt worden [WP4.1].

Nachdem die Regruppierung anhand der vorgängig definierten Kriterien abgeschlossen war, fand ein eintägiger, institutionsübergreifender Workshop statt, an dem die konsolidierte Liste der Schlüsselaktivitäten mit den Pflegeteams (Pflegefachpersonen und Stationsleiterinnen/-leiter, die ihre Institutionen und ihre Dienste vertraten) validiert wurde. [WP4.2] Die nachfolgende Abbildung zeigt die berücksichtigten Aktivitäten nach Pflegekontext. Eine vollständige Liste mit allen Aktivitäten ist in Kapitel 2 zu finden.

Definition der Schlüsselaktivitäten der Pflegefachpersonen: Übersicht der Schlüsselaktivitäten in den drei Pflegekontexten

9 Pflegekategorien

Aktivitätskategorie	Kontext «Wenig spezialisiert»	Kontext «Mittelmässig spezialisiert»	Kontext «Hochspezialisiert»
1. Pflege	<p>Aufgrund der Pathologien und des Patientenprojektes (die Beobachtungen des interdisziplinären Teams einschliessen) die medizinisch-delegierten und/oder autonomen Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, verabreichen, evaluieren und anpassen. Zugleich ein Vertrauensverhältnis aufbauen, damit die Bedürfnisse des Patienten/Bewohners um seinen täglichen Gesundheitszustand zu erhalten/verbessern und dies in Anlehnung an die Bedürfnisse/Ziele des Patienten/Bewohners und im Rahmen der Pflege zu Hause.</p> <p>Krisensituationen antizipieren und im Falle einer Krise, die angebrachten Massnahmen ergreifen. Dabei dem relationalen Aspekt innerhalb des</p> <p>18 Schlüsselaktivitäten</p>	<p>Die ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) unterstützen, sicherstellen, auch dazu anleiten und erhalten, um Defizite zu erkennen und zu kompensieren und das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand zu erhalten/verbessern und dies in Anlehnung an die Bedürfnisse/Ziele des Patienten/Bewohners und der Umgebung und im Sinne einer sinnvollen Tagesstruktur.</p> <p>Aufgrund der Pathologien und des Patientenprojektes/Lebensbedeutungsprojektes (die Bedürfnisse des Patienten/Bewohners einschliessen) die medizinisch-delegierten und/oder autonomen Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, verabreichen, evaluieren und anpassen. Zugleich ein Vertrauensverhältnis aufbauen, damit der Patient/Bewohner die bestmögliche Autonomie beibehält/wiedergewinnt und um seinen Komfort zu garantieren.</p> <p>Krisensituationen antizipieren und im Falle einer Krise, die angebrachten Massnahmen ergreifen. Dabei dem relationalen Aspekt innerhalb des Teams, der Organisation der Institution, der Sicherheit des Patienten/Bewohners und seines Umfeldes Rechnung tragen und die internen Abläufe respektieren, um die Situation zu lösen und</p> <p>25 Schlüsselaktivitäten</p>	<p>Aufgrund der Pathologien und des Patientenprojektes die medizinisch-delegierten und/oder autonomen Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, verabreichen oder delegieren, evaluieren und anpassen. Zugleich ein Vertrauensverhältnis aufbauen und die Qualitäts- und Sicherheitskriterien respektieren, damit der Patient die bestmögliche Autonomie beibehält/wiedergewinnt und um seinen Komfort zu garantieren.</p> <p>Die Bedürfnisse des Patienten/Bewohners und der Angehörigen analysieren und die Ressourcen und der Schwierigkeiten führen, um den Patienten/Bewohner in seiner Entwicklung zu unterstützen.</p> <p>In verschiedenen und komplexen Situationen therapeutische Gespräche führen, um die mit dem Patienten/Bewohner und den Angehörigen festgelegten Ziele zu erreichen.</p> <p>Dem Patienten/Bewohner und seiner Familie aktiv zuhören und sie kontinuierlich informieren</p> <p>33 Schlüsselaktivitäten</p>

Abbildung 10 - Integration aller identifizierten Schlüsselaktivitäten in den 3 Pflegekontexten, nach Aktivitätskategorie

Anmerkung: Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass alle Arbeiten, die anlässlich der Workshops von den Arbeitsgruppen durchgeführt wurden, evaluiert wurden: Die Ergebnisse der Pflorgeteams wurden immer durch das Core Team präsentiert und validiert und umgekehrt.

Die WP3 und WP4 erforderten von den Arbeitsgruppen vollen Einsatz. Doch wie bereits früher erwähnt, bilden diese Schlüsselaktivitäten die unentbehrliche Grundlage für die Identifikation der Kompetenzen. Von der Qualität der ausformulierten Pflegeaktivitäten und von ihrem repräsentativen Charakter für die Pflegebedürfnisse hängt die Qualität der Kompetenzprofile ab.

Ab WP4 nahmen sich die Beteiligten regelmässig Zeit, um laufende Studien zum gleichen Thema zu analysieren und die Ergebnisse in ihre Arbeit einfließen zu lassen. Diese Studien hat das BBT zur Verfügung gestellt. Das Ziel besteht darin, letztlich ein kohärentes Bild der gegenwärtigen und künftigen Bedürfnisse und Herausforderungen im Bereich der Pflege zu erhalten (das Gleiche gilt auch für die nachfolgenden WP).

1.4.5 WP5 Kompetenzprofile

Die Schlüsselaktivitäten wurden gemäss der Corom-Methode nach Wichtigkeit und Häufigkeit der Erwähnung hierarchisch gegliedert. Dies hat direkte Auswirkungen auf das endgültige Kompetenzprofil und liefert wichtige Hinweise für die Planung der Ausbildung. Die Aktivitäten wurden nach folgenden Kriterien geordnet: von den Aktivitäten mit dem für den Beruf repräsentativsten und wichtigsten Charakter und dem grössten Mehrwert hin zu den allgemeineren Aktivitäten (absteigende Reihenfolge).

Diese hierarchische Gliederung wurde zuerst durch die Pflegeteams vorgenommen und anschliessend durch das Core Team überarbeitet und validiert. Die nachfolgende Abbildung stellt die Schlussresultate (Score/Ranking) dar:

Gesamtübersicht über die Ergebnisse der Pflegeteams und des Core Teams

Diskussion vom 11. Februar 2009, Core Team				
Ergebnisse der hierarchischen Gliederung der Aktivitäten nach Pflegekontext				
Aktivitätskategorien	Ranking der Aktivitäten nach Pflegekontext			
	Wenig spezialisiert	Mittelmässig spezialisiert	Hochspezialisiert	Konsolidiert
	(9 = tiefstes Ranking)	(9 = tiefstes Ranking)	(9 = tiefstes Ranking)	(9 = tiefstes Ranking)
1. Pflege	3	1	1	1
2. Pflegemethodik	1	2	7	2
3. Org. & Betreuung	6	4	8	6
4. Pflege – Beurteilung/Neubeurteilung	4	7	2	5
5. Komm. & Koord.	2	5	3	3
6. Pflege – Info & Beratung	5	3	4	4
7. Dokumentation	8	9	9	9
8. Forschung & Entwicklung	9	6	6	8
9. Medizinaltechnik & Umgebung	7	8	5	7

Abbildung 11 - Hierarchische Gliederung der Aktivitäten nach Kontext und Gesamtübersicht mit den drei Kontexten (Tabelle)

Die Umsetzung des partizipativen Verfahrens zur Identifikation der Aktivitäten lässt sich zusammenfassend wie folgt darstellen:

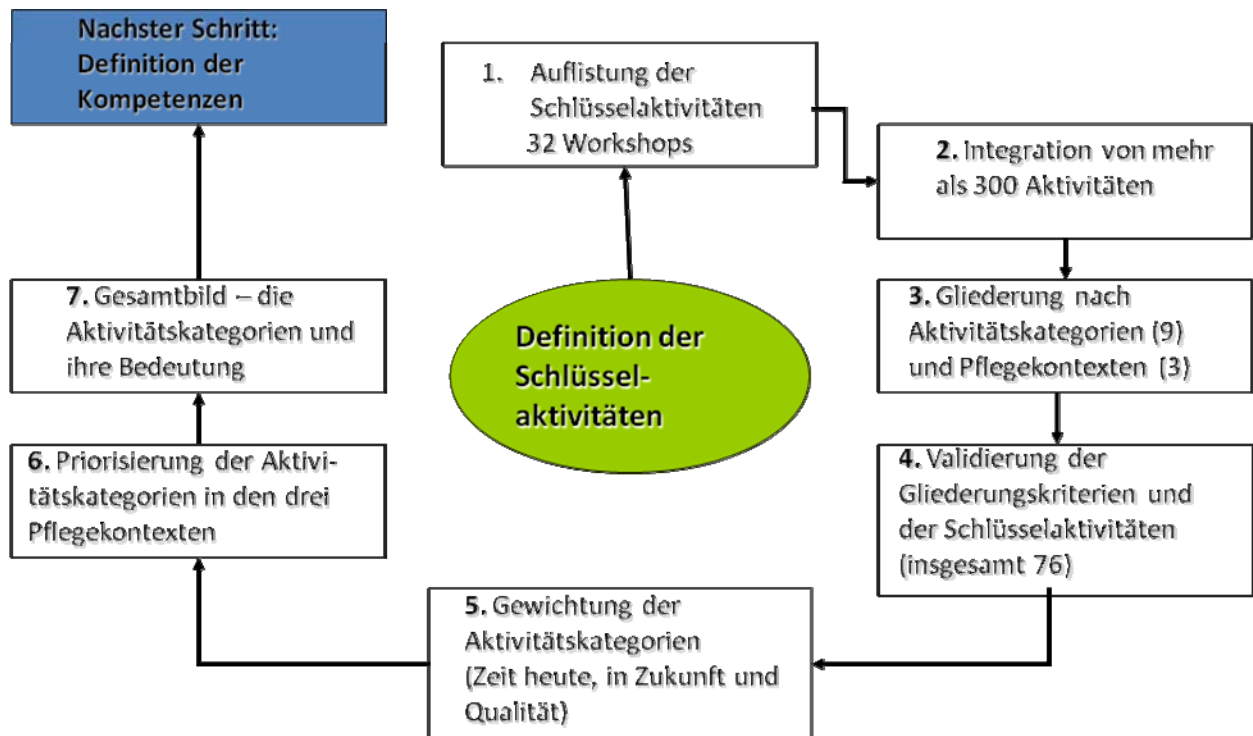


Abbildung 12 - Die Umsetzung: Definition der Schlüsselaktivitäten, eine partizipative Vorgehensweise

In einem zweiten Schritt wurden mithilfe der Plattform SymResources (geschützte Software, über Internet zugänglich) für jede Aktivität die vier Kompetenzdimensionen nach Corom¹⁰ definiert.

Nachfolgend eine Bildschirmkopie zur Illustration:

¹⁰ Mehr zur Corom-Methode im Anhang 5

Aktivitäten & Kompetenzen		Modus Sichten		meine Adresse	
Mission des Berufes		Profil bearbeiten - Synthese bearbeiten - schliessen		Name: Esther Marino Cluster: Santé Cluster	
Schlüsselaktivität 1		Beschreibung: 1. PFEGE - Die ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) unterstützen, sicherstellen, auch dazu anleiten und erhalten, um Defizite zu erkennen und zu kompensieren und das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand zu erhalten/verbessern und dies in Anlehnung an die Bedürfnisse/Ziele des Patienten/Bewohners und der Umgebung und im Sinne einer sinnvollen Tagesstruktur.		Überwachungsfeld	
Intellektueller Ansatz		Anpassung Analyse		Cluster: Santé Cluster erstellt: 21.01.2009	
Wissensbereich		Anwendung Regulierung		durch: Esther Marino abgeändert: 30.04.2009	
Wissensbereich		Spezifikation		durch: Esther Marino	
Wissensbereich		Niveau			
Medizinwissenschaften		Pflege		Beherrschung	
Kommunikation		Kommunikationstechniken		Beherrschung	
Medizinwissenschaften		Physio-Pathologie		Beherrschung	
Medizinwissenschaften		Risikomanagement Pflege		Expertise	
Zeit		Raum			
Komplexität		Netzwerk			
Häufigkeit		Natur		Extern/Intern	
Interaktion		Regelmässig		Mit	
Interaktion				Intern	
Schlüsselaktivität 2		Beschreibung: 1. PFEGE - Aufgrund der Pathologien und des Patientenprojektes/Lebensbegleitungsprojektes (die Beobachtungen des Interdisziplinären Teams einschliessen) die medizinsch-delegierten und/oder autonomen Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, eventuell delegieren, verabreichen, evaluieren und anpassen. Zugleich ein Vertrauensverhältnis aufbauen, damit der Patient/Bewohner die bestmögliche Autonomie beibehält/wiedergewinnt und um seinen Komfort zu garantieren.			
Intellektueller Ansatz		Anpassung Regulierung			
Wissensbereich		Anpassung Analyse			
Wissensbereich		Spezifikation			
Wissensbereich		Niveau			
Medizinwissenschaften		Spez. Pflege		Beherrschung	
Kommunikation		Kommunikationstechniken		Beherrschung	
Medizinwissenschaften		Physio-Pathologie		Beherrschung	
Organisation & Management		Funktionen&Kompetenzen Mitarbeiter		Kenntnisse	
Zeit		Raum			
Komplexität		Netzwerk			
Häufigkeit		Natur		Extern/Intern	
Interaktion		Regelmässig		Mit	
Interaktion				Intern	
Schlüsselaktivität 3		Beschreibung: 1. PFLEGE - Krisensituationen antizipieren und im Falle einer Krise, die angebrachten Massnahmen ergreifen. Dabei dem relationalen Aspekt innerhalb des Teams, der Organisation der Institution, der Sicherheit des Patienten/Bewohners und seines Umfeldes Rechnung tragen und die internen Abläufe respektieren, um die Situation zu lösen und einen geregelten Ablauf zu gewährleisten.			
Intellektueller Ansatz		Anpassung Analyse			
Wissensbereich		Anpassung Regulierung			
Wissensbereich		Spezifikation			
Wissensbereich		Niveau			

Abbildung 13 - Illustration der Aktivitäten und der damit verbundenen Kompetenzen mit der Software SymResources

Während dieser Projektetappe wurden drei institutionsübergreifende, zweisprachige Workshops mit den Pflegeteams durchgeführt. In diesen Workshops wurden den Teams die wichtigsten Grundsätze der Corom-Methode vermittelt. Anschliessend wurden gemeinsam die hierarchische Gliederung der Aktivitäten (auf der Grundlage der Kriterien „Bedeutung“ und „Häufigkeit der Erwähnung“) festgelegt und die für jede Aktivität notwendigen Kompetenzen identifiziert¹¹.

Auf die Identifikation der Kompetenzen folgte die Synthese, d.h. es wurde das für jeden Pflegekontext erforderliche Kompetenzprofil (insbesondere anhand der hierarchischen Gliederung der Aktivitäten) erarbeitet. Die Synthese zeigt, welche Kompetenzen den Beruf am besten charakterisieren und für die Ausübung des Pflegeberufs unentbehrlich sind. Die Synthese ermöglicht auch, Mobilitätsradien zu schaffen, d.h. ein Berufsprofil mit anderen zu vergleichen.

1.4.6 WP6 Analyse und Konsolidierung der Kompetenzprofile

Auf der Grundlage der drei ermittelten Kompetenzprofile (eines pro Kontext) fanden Analyse-, Vergleichs- und Umgruppierungsarbeiten nach einer kompetenzorientierten Logik statt. Mithilfe der Plattform SymResources konnten die Nähe zwischen den drei Kompetenzprofilen ermittelt und Mobilitätsradien generiert werden¹².

Diese „kompetenzbasierte“ Analyse (WP6.1) zeigt auf, welche Kompetenzen vom Pflegepersonal erwartet werden und der Zukunftsvision vom Pflegeberuf entsprechen. Sie zeigt die Kompetenzanforderungen für die drei Pflegekontexte und die wesentlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Kontexten auf.

Diese ersten Ergebnisse wurden dem Steering Committee präsentiert (17.02.09), dessen Mitglieder eine zusätzliche Analyse verlangten. **Geäussert wurde die Annahme, dass sich**

¹¹ Die drei vollständigen Kompetenzprofile sind im Internet zugänglich. Einsicht der Kompetenzprofile unter <https://www.symresource.com>; First login: **job** + Passwort: **nurse**

¹² Vgl. die Ergebnisse in Kapitel 3.4

die so ermittelten drei Profile auf der Grundlage einer „kompetenzbasierten“ Logik in zwei Profilen zusammenfassen liessen. Im Rahmen von WP6 wurde diese Option geprüft, und es wurden aus „Kompetenzsicht“ zwei verschiedene Profile (Profil A und B) erarbeitet, die aber alle Kompetenzanforderungen umfassten, die in den Arbeitsgruppen erarbeitet wurden.

Die verschiedenen Profile wurden dem Core Team in zwei Phasen vorgestellt: Zuerst wurden die drei Kompetenzprofile präsentiert, die auf den drei Pflegekontexten basieren, **anschliessend erfolgte die Präsentation der Profile A und B**. Ziel dieser Sitzungen war es, die Leiterinnen/Leiter der Pflege über die Ergebnisse zu informieren und sie validieren zu lassen.

Ab dieser Projektetappe wurden ebenfalls Kontakte mit den Verantwortlichen des parallel von der KFH (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz) durchgeführten Projekts geknüpft. Dies diente dazu, Verbindungen zwischen den zwei Vorhaben zu schaffen um ein kohärentes Gesamtbild der Kompetenzanforderungen für den Pflegeberuf zu erhalten.

1.4.7 WP7 Ausbildungsarchitektur

Ursprünglich war ein halbtägiger Workshop mit dem Core Team und den betroffenen Ausbildungsorganen geplant, um unter Berücksichtigung der von den Fachpersonen im Pflegebereich genannten Anforderungen eine untereinander abgestimmte Ausbildungsarchitektur auszuarbeiten.

Aufgrund des komplexen Sachverhalts und unterschiedlicher Sichtweisen der betroffenen Akteure und der verschiedenen Regionen wurde dann jedoch entschieden, gemeinsam weitere, vertiefte Arbeiten in Angriff zu nehmen, um eine untereinander abgestimmte Ausbildungsarchitektur zu entwickeln, und zwar so, dass sie den Bedürfnissen der Arbeitsmarkt-Akteure im Pflegebereich entspricht.

1.4.8 WP8 Präsentation und Übermittlung der Ergebnisse ans BBT

Dieses Projekt startete am 27. Oktober 2008, und die Schlussergebnisse wurden gemäss Vereinbarung mit dem Auftraggeber am 31. Mai 2009 abgeliefert.

Anmerkung: Es sei hier erwähnt, dass wir die Partner aus den Institutionen recht stark beansprucht haben. Trotz der sehr kurzen Fristen haben sie uns grosszügig und im Rahmen ihrer Möglichkeiten die notwendigen Ressourcen (Mitarbeitende, Lokalitäten und Mahlzeiten) zur Verfügung gestellt.

2. Schlüsselaktivitäten (WP3 – WP4) nach Pflegekontext

Dieses Kapitel zeigt die Arbeitsgrundlage für die Kompetenzanalyse. Alle in den verschiedenen Pilotinstitutionen zusammengetragenen Schlüsselaktivitäten wurden hier nach Pflegekontext und nach Aktivitätskategorie erfasst. Es wurden 33 Workshops in den neun Pilotinstitutionen durchgeführt, hauptsächlich mit Pflegefachpersonen sowie Stationsleiterinnen und -leitern¹³, um diese Daten zusammenzutragen. Die Ergebnisse wurden durch die Pflegeteams und das Core Team validiert.

¹³ Eine Liste aller mit den Institutionen durchgeführten Workshops sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist in Anhang 4 zu finden.

Definition der Schlüsselaktivitäten der Pflegefachpersonen: Gesamtübersicht über die drei Pflegekontexte

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
1. Pflege	<p>Unter Berücksichtigung der Erkrankung und des Patientenprojekts (die Beobachtungen des interdisziplinären Teams miteinbeziehen) die vom medizinischen Personal und/oder selbständig angeordneten Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, ausführen oder delegieren, evaluieren und anpassen. Dabei soll ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, damit die pflegebedürftige Person ein bestmögliches Mass an Autonomie behalten/wiedererlangen und ein komfortables Leben führen kann.</p> <p>Die pflegebedürftige Person bei den ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) unterstützen, diese sicherstellen, auch dazu anleiten und erhalten, um Defizite zu erkennen und zu kompensieren sowie das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand zu erhalten/verbessern. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Bedürfnisse/Ziele der betroffenen Person und im Rahmen der Pflege zu Hause.</p> <p>Krisensituationen antizipieren und im Falle einer Krise die Situation analysieren und</p>	<p>Die pflegebedürftige Person bei den ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) unterstützen, diese sicherstellen, auch dazu anleiten und erhalten, um Defizite zu erkennen und zu kompensieren sowie das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand zu erhalten/verbessern. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Bedürfnisse/Ziele der pflegebedürftigen Person und ihres Umfelds im Rahmen einer sinnvollen Tagesstruktur.</p> <p>Aufgrund der Erkrankung und des Patientenprojekts/Lebensbegleitungsprojekts (die Beobachtungen des interdisziplinären Teams einschliessen) die vom medizinischen Personal und/oder selbständig angeordneten Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, eventuell delegieren, ausführen, evaluieren und anpassen. Dabei soll ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, damit die pflegebedürftige Person ein bestmögliches Mass an Autonomie behalten/wiedererlangen und ein komfortables Leben führen kann.</p> <p>Krisensituationen antizipieren und im Falle einer Krise die Situation analysieren und die angebrachten Massnahmen ergreifen. Dabei dem Beziehungsaspekt innerhalb des Teams, der institutionseigenen Organisation, der</p>	<p>Unter Berücksichtigung der Erkrankung und des Patientenprojekts die vom medizinischen Personal und/oder selbständig angeordneten Behandlungs-, Überwachungs- und Vorbeugungsmassnahmen analysieren, ausführen oder delegieren, evaluieren und anpassen. Dabei soll ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und die Qualitäts-, Sicherheits- und wirtschaftlichen Kriterien eingehalten werden, damit die pflegebedürftige Person die bestmögliche Autonomie behalten/wiedererlangen und ein komfortables Leben führen kann.</p> <p>Die Behandlungen vorbereiten, kontrollieren und durchführen (Dosierung, Buchführung, Reaktion), die erwartete Reaktion evaluieren und, falls notwendig, in Zusammenarbeit mit der Ärztin/dem Arzt die getroffenen Massnahmen anpassen.</p> <p>Therapeutische Gruppen entsprechend den vorhandenen Ressourcen und den individuellen Schwierigkeiten moderieren und leiten, um die pflegebedürftige Person in ihrer Entwicklung zu unterstützen.</p> <p>In verschiedenen und komplexen Situationen therapeutische Gespräche</p>

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
	<p>die angebrachten Massnahmen ergreifen. Dabei dem Beziehungsaspekt innerhalb des Teams, der institutionseigenen Organisation, der Sicherheit der pflegebedürftigen Person und ihres Umfeldes Rechnung tragen und die internen Abläufe einhalten, damit das Problem gelöst und ein geregelter Ablauf gewährleistet werden kann.</p>	<p>Sicherheit der pflegebedürftigen Person und ihres Umfeldes Rechnung tragen und die internen Abläufe einhalten, damit das Problem gelöst und ein geregelter Ablauf gewährleistet werden kann.</p> <p>Die pflegebedürftige Person und/oder ihre Familie unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, ihrer Situation und der Ressourcen durch aktives Zuhören unterstützen und eine Verbindung mit dem Umfeld und/oder den anderen Beteiligten herstellen, die ein Vertrauensverhältnis begünstigt und dazu beiträgt, die Zielsetzungen der Betreuung zu realisieren.</p> <p>Die pflegebedürftige Person in einer Krise (z.B. beim Eintritt, medizinisch, psychisch) und in der Phase des Sterbens unterstützen, begleiten und auf ihre spezifischen Bedürfnisse eingehen. In der Phase des Sterbens nach den palliativen Grundsätzen (möglichst hohe Lebensqualität, möglichst wenig Stress) handeln, um der betroffenen Person ein möglichst hohes Wohlbefinden zu ermöglichen und ihren Bedürfnissen in der speziellen Situation bestmöglich entgegenzukommen.</p>	<p>führen, um die mit der pflegebedürftigen Person und den Angehörigen festgelegten Ziele zu erreichen.</p> <p>Der pflegebedürftigen Person und ihrer Familie aktiv zuhören und sie kontinuierlich informieren und unterstützen. Dabei ein Vertrauensverhältnis aufbauen, indem man zur Verfügung steht, Fragen beantwortet, Empathie und Mitgefühl zeigt, nicht urteilt und das Anderssein respektiert. Somit können die betroffene Person und ihre Familie die persönlichen Sorgen und Fragen äussern und es kann eine therapeutische Beziehung aufgebaut werden.</p> <p>Die pflegebedürftige Person und ihre Familie in der Lebensendphase begleiten und auf ihre Bedürfnisse eingehen, wobei der Akzent auf die Pflege/Betreuung der Patientin/des Patienten gelegt wird. Ferner sollen die Betroffenen in ihrem Trauerprozess begleitet und ihre Ängste und Sorgen gemindert werden, damit sie so ruhig wie möglich mit dem anstehenden Tod umgehen können.</p> <p>Durch gezielte Gespräche den/die pflegebedürftige Person und ihre Familie in der Krise begleiten und sie, falls erwünscht, über Selbsthilfegruppen oder andere Pflegepartner informieren, damit sie gezielte Unterstützung erhalten und ihnen geholfen wird, die Probleme raschmöglichst zu lösen und</p>

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
			Sofortmassnahmen einzuleiten, damit die Sicherheit gewährleistet ist.
2. Pflegemethodik	<p>Anamnese, Dokumentation und Leistungserfassung erstellen (multidimensionales Assessment, Pflegeplanung, Pflegebericht usw.), um die Patientensituation zu erfassen, die Ziele festzulegen und zu dokumentieren, die Massnahmen zu koordinieren und die Kontinuität der Pflege sicherzustellen.</p> <p>Die Situation (physisch, psychisch, sozial) der pflegebedürftigen Person analysieren und eine Pflegediagnose festlegen. Zu diesem Zweck werden die Bedürfnisse und Probleme im Zusammenhang mit der Gesundheit/Lebenshygiene identifiziert und die pflegebedürftige Person dazu angehalten, ihr Gesundheitskapital zu schützen.</p> <p>Den Pflegeprozess in einem Pflegeorganisationsmodell planen, zusammenführen, umsetzen, analysieren und anpassen, um die Entwicklung der pflegebedürftigen Person festzuhalten und die Aktivitäten der Pflegenden zu koordinieren.</p>	<p>Anamnese, Dokumentation und Leistungserfassung erstellen (multidimensionales Assessment, Pflegeplanung, Pflegebericht usw.), um die Patientensituation zu erfassen, die Ziele festzulegen und zu dokumentieren, die Massnahmen zu koordinieren und die Kontinuität der Pflege sicherzustellen.</p> <p>Die Situation (physisch, psychisch, sozial) der pflegebedürftigen Person analysieren und eine Pflegediagnose festlegen. Zu diesem Zweck werden die Bedürfnisse und Probleme im Zusammenhang mit der Gesundheit/Lebenshygiene identifiziert und die pflegebedürftige Person dazu angehalten, ihr Gesundheitskapital zu schützen.</p> <p>Den Pflegeprozess in einem Pflegeorganisationsmodell planen, zusammenführen, umsetzen, analysieren und anpassen, um die Entwicklung der pflegebedürftigen Person festzuhalten und die Aktivitäten der Pflegenden zu koordinieren.</p>	<p>Die Anamnese erstellen und den Pflegeprozess und die Massnahmen für das zukünftige selbständige Funktionieren definieren, um die bestmögliche Pflege zu garantieren und den Austausch/die Übergabe zwischen Pflegenden sicherzustellen.</p> <p>Das Patientenprojekt aufstellen und umsetzen. Darin sind die Ziele und Massnahmen festgehalten, die anlässlich individueller Gespräche aufgenommen wurden. Das Ziel ist, dass die pflegebedürftige Person die höchstmögliche Autonomie zurückgewinnt.</p> <p>Die Situation (physisch, psychisch, sozial) der pflegebedürftigen Person analysieren und eine Pflegediagnose festlegen. Zu diesem Zweck werden die Bedürfnisse und Probleme im Zusammenhang mit der Gesundheit/Lebenshygiene identifiziert und die pflegebedürftige Person dazu angehalten, ihr Gesundheitskapital zu schützen.</p>
3. Organisation & Betreuung Mitarbeiter, Lernende	Die globale Betreuung der pflegebedürftigen Person (Pflege, Mahlzeiten, Haushalt usw.) organisieren und regelmässig kontrollieren, ob die Betreuung noch angemessen ist. Dabei Risiken und Komplikationen antizipieren und anlässlich der regelmässigen	Den Verlauf des Spitalaufenthaltes der/des Patient/in organisieren und unter Berücksichtigung der Anforderungen und des Unvorhersehbaren der interdisziplinären Arbeit laufend anpassen. Die alltägliche Arbeit entsprechend den Prioritäten, der Entwicklung der betroffenen Person, der Arbeitslast und der	Die tägliche Pflege und die Untersuchungen unter Berücksichtigung der Anforderungen und des Unvorhersehbaren der interdisziplinären Arbeit ständig planen, antizipieren und anpassen. Die Situation der pflegebedürftigen Person und der

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
	<p>Hausbesuche die Ziele und Neubeurteilungen berücksichtigen, um den Bedürfnissen der Betroffenen in optimaler Weise nachzukommen.</p> <p>Die täglichen Patientensiten organisieren und das dafür notwendige Material und die nötigen Medikamente vorsehen.</p> <p>Die Aktivitäten der neuen Mitarbeiter/innen, Familienhilfen, Hilfspflegepersonen, Praktikant/innen und Studierenden betreuen und überwachen und die nötigen Anpassungsmassnahmen ergreifen, um die Arbeitsvorgänge gemäss den geltenden institutionellen Normen zu verbessern.</p> <p>Den Familienhilfen und Hilfspflegepersonen ihren Kompetenzen und ihren Bedürfnissen entsprechend Aufgaben delegieren und die korrekte Umsetzung überwachen. Dies geschieht mithilfe eines Dossiers, in dem die Aktivitäten, die notwendig sind, um den Bedürfnissen nachzukommen, genau beschrieben werden.</p>	<p>Kompetenzen des Teams (Kolleg/innen, Praktikant/innen, Studierende) aufteilen, delegieren und überwachen, um die Pflege/Begleitung optimal zu organisieren und den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person effizient nachzukommen.</p> <p>Die Aktivitäten der neuen Mitarbeitenden, Lernenden (FaGe, FaBe, Fachleute Hauswirtschaft), Hilfspflegepersonen, Praktikant/innen und Studierenden betreuen, sie ausbilden und überwachen und die nötigen Anpassungsmassnahmen ergreifen, um die Arbeitsvorgänge gemäss den geltenden institutionellen Normen zu verbessern.</p>	<p>Institution evaluieren und die tägliche Arbeit entsprechend den Prioritäten, der Arbeitslast, den Kompetenzen des Teams und unter Berücksichtigung von Unvorhersehbarem und der Einschränkungen aufteilen, delegieren und überwachen, damit eine optimale Organisation der Pflege gewährleistet ist.</p> <p>Die Aktivitäten der neuen Mitarbeiter/innen, Lernenden (FaGe, FaBe, Fachleute Hauswirtschaft), Hilfspflegepersonen, Praktikanten und Studierenden betreuen, sie ausbilden und überwachen und die nötigen Anpassungsmassnahmen ergreifen, um die Arbeitsvorgänge gemäss den geltenden institutionellen Normen zu verbessern.</p>
4. Pflege: Beurteilung /Neubeurteilung	Die Ziele für den fortwährenden Heimaufenthalt der pflegebedürftigen Person definieren und neu evaluieren. Dazu regelmässig die Bedürfnisse, Ressourcen und Schwierigkeiten der betroffenen Person auf interdisziplinäre Art und Weise und aufgrund des	In Zusammenarbeit mit der pflegebedürftigen Person die Ziele oder die erforderlichen Pflege- und Überwachungsarten analysieren, festlegen und neu evaluieren. Dies geschieht, indem unter Berücksichtigung des Grundes für den Spitalaufenthalt und des Gesundheitszustands der betroffenen Person die Ressourcen und	Zwecks Anpassung der Behandlung die Ziele der pflegebedürftigen Person definieren und neu evaluieren. Dies geschieht, indem unter Berücksichtigung des Grundes für den Spitalaufenthalt und des Gesundheitszustands der betroffenen Person die Ressourcen und Probleme

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
	<p>Dienstleistungsauftrags des sozialmedizinischen Zentrums identifizieren, um die Heimbetreuung anzupassen.</p>	<p>Probleme regelmässig und interdisziplinär identifiziert werden. Ziel ist es, der pflegebedürftigen Person ein bestmögliches Mass an Autonomie zu ermöglichen oder sie bis an ihr Lebensende zu begleiten.</p> <p>Der pflegebedürftigen Person zuhören, sie verstehen und ihre Fragen und Beschwerden (Gesundheit) kontextualisieren. Sich dabei auf die mit den interdisziplinär Beteiligten definierten Abläufe beziehen, um einen Behandlungsablauf aufzustellen, die entsprechenden Massnahmen zu treffen und zu evaluieren.</p> <p>Verlaufsgespräche mit pflegebedürftigen Personen und/oder Angehörigen führen, um die bisher getroffenen Massnahmen zu überprüfen, anzupassen und weitere zu planen und einzuleiten. Dadurch werden die betroffene Person, die Familie und die Angehörigen in der belastenden Situation unterstützt und begleitet.</p>	<p>regelmässig und interdisziplinär identifiziert werden.</p> <p>Ständige Überwachung der Lebensparameter und/oder Konsultation der Labor-/Radiologieresultate je nach Entwicklung der betroffenen Person. Damit soll eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands erkannt bzw. antizipiert und eine integrierte Betreuung sichergestellt werden.</p> <p>Die pflegebedürftige Person regelmässig untersuchen (abhorchen), beobachten und befragen, um potenzielle Probleme zu identifizieren.</p> <p>Kontakt mit der pflegebedürftigen Person aufnehmen, sie beobachten, eine klinische Beurteilung (Einsatz verschiedener Systeme) vornehmen, die eingesetzten Geräte, die medikamentöse Behandlung, die ärztlichen Verordnungen (im Tandem) prüfen, evaluieren und beurteilen, ob die Behandlung auf das Pflegedossier abgestimmt ist. Dies soll eine Übersicht über den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person und angemessene Massnahmen ermöglichen.</p> <p>Erste Grundwerte erheben (Schmerzerfassung, Ausscheidungsparameter überprüfen, Blutdruck, Puls, Temperatur, O2-Sättigung), einschätzen, analysieren, dokumentieren und, je nach Wert,</p>

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
			<p>weiterleiten oder eigenständig handeln, um ein möglichst exaktes Bild der momentanen Situation der pflegebedürftigen Person zu erhalten und die Pflege optimal zu gestalten.</p> <p>Den Zustand der pflegebedürftigen Person kontinuierlich beobachten und evaluieren, die Überwachungen festlegen und Verbindungen mit ihrer Erkrankung und ihrer Behandlung schaffen, damit eventuellen Problemen vorgebeugt werden kann.</p> <p>Regelmässig die Bedürfnisse und Ressourcen der pflegebedürftigen Person und ihrer Familie evaluieren, um die Behandlung auf optimale Weise anzupassen.</p> <p>Durch regelmässige Befragungen zum Sinn der Behandlung und der aktuellen Situation eine angemessene Behandlung sicherstellen, damit die Interessen der pflegebedürftigen Person gewahrt werden.</p> <p>Regelmässig, unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozio-spirituellen Ansatzes, den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person evaluieren, damit die Behandlung gestaltet oder angepasst werden kann. Dies geschieht, indem der klinische Zustand anhand der ATL, anhand von Gesprächen und von Symptomen beobachtet wird.</p>

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
5. Kommunikation & Koordination	<p>Regelmässig eine Verbindung zwischen Ärzt/innen, der Familie/dem Umfeld und den anderen Beteiligten schaffen, indem die gesundheits- und betreuungsspezifischen Informationen, unter Berücksichtigung eventueller Neubeurteilungen, gesammelt und weitergegeben werden, damit die Betreuung an die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person angepasst werden kann.</p>	<p>Informationen einholen, sie ordnen, analysieren und mündlich und/oder schriftlich an die Betroffenen weiterleiten, damit in Absprache mit dem interdisziplinären Team sachgemässe Entscheidungen in Bezug auf den Behandlungsprozess getroffen werden können.</p> <p>Mit internen und externen Institutionen (behandelnde Ärzt/innen, Spitex, Aktivierungs-, Ergo-, Physiotherapeut/innen, Freiwilligenarbeit, Sozialdienste usw.) Massnahmen planen, koordinieren, in die Wege leiten, damit für die pflegebedürftige Person das bestmögliche Behandlungsergebnis erzielt werden kann.</p>	<p>In Zusammenarbeit mit der Ärztin/dem Arzt und unter Berücksichtigung des Zustands der betroffenen Person und der verfügbaren Ressourcen die Interventionen des multidisziplinären Teams organisieren, um eine wirksame und sinnvolle Therapie zu gewährleisten.</p> <p>Eine Austrittbilanz erstellen und den Austritt der Patientin/des Patienten vorbereiten. Dazu ist anlässlich eines Gesprächs mit der/dem Patient/in und der Familie, der/dem Arzt/in, der zuständigen Pflegefachperson, der/dem Klinikchef/in, der/dem Sozialarbeiter/in die Situation in Bezug auf den Aufenthalt und die Fortschritte der Patientin/des Patienten zu analysieren und zu beurteilen, damit die verschiedenen externen Stellen die weitere Pflege übernehmen können.</p> <p>Netzwerke schaffen und die intra- und interdisziplinäre Kommunikation zwischen Pflegenden, dem Umfeld, verschiedenen Berufsgruppen in- und ausserhalb des Spitals fördern, um die kurz- und mittelfristige Planung sicherzustellen.</p> <p>Informationen einholen, sie ordnen, analysieren und mündlich und/oder schriftlich an alle Beteiligten weiterleiten, damit in Absprache mit dem interdisziplinären Team sachgemässe Entscheidungen in Bezug auf den Behandlungsprozess getroffen und die Kontinuität der Pflege gewährleistet</p>

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
			werden können.
6. Pflege: Information & Beratung	<p>Die verschiedenen Bevölkerungsgruppen anlässlich von Sprechstunden oder Gesprächen über die mit dem Dienstleistungsauftrag in Verbindung stehenden Themen (Impfungen, Ernährung, Diabetes, Schule usw.) beraten, um sie für gesundheitliche Probleme zu sensibilisieren. Dies geschieht gemäss den Weisungen des Bundesamts für Gesundheit.</p> <p>Die pflegebedürftige Person und/oder ihre Familie unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, ihrer Situation und der Ressourcen durch aktives Zuhören unterstützen und eine Verbindung mit dem Umfeld und/oder den anderen Beteiligten herstellen, die ein Vertrauensverhältnis begünstigt und dazu beiträgt, die Zielsetzungen der Betreuung zu realisieren.</p> <p>Der pflegebedürftigen Person und ihrem Umfeld die Krankheit, die Risiken, die Präventionsmassnahmen, die Behandlung und deren Umsetzung und Fortsetzung erklären und ihnen die dazu benötigten Handgriffe zeigen, prüfen, ob diese beherrscht und richtig verstanden werden. Dabei sind die kognitiven und physischen Fähigkeiten der Betroffenen zu berücksichtigen. Ziel ist es, die Autonomie der pflegebedürftigen Person zu</p>	<p>Die pflegebedürftige Person und ihr Umfeld über Rechte und Pflichten der zu betreuenden Person informieren. Ferner sollen die Krankheit, die Hygiene- und Sicherheitspraktiken, die Risiken, Präventionsmassnahmen, die Behandlung und deren Umsetzung und Fortsetzung erklärt werden, die dazu benötigten Handgriffe gezeigt und geprüft werden, ob diese beherrscht und richtig verstanden werden. Dabei sind die kognitiven und physischen Fähigkeiten der Betroffenen zu berücksichtigen. Ziel ist es, das Rückfallrisiko zu mindern, die selbständige Betreuung zu fördern, die Gesundheit zu erhalten und der betroffenen Person die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen oder sie in einer geeigneten Institution unterzubringen.</p> <p>Die pflegebedürftige Person und ihre Begleitperson empfangen, sie über die Organisation der Institution, den Alltag und die Dienstleistungen informieren, um so eine individuelle Betreuung zu garantieren, eine optimale Fortsetzung des Pflegeprozesses zu ermöglichen und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.</p> <p>Gesundheitsförderung: In Kursen die verschiedenen Informationen zu den Themen Prävention und Gesundheit vermitteln.</p>	<p>Die pflegebedürftige Person und ihr Umfeld über Rechte und Pflichten der zu betreuenden Person informieren. Ferner sollen die Krankheit, die Risiken, Präventionsmassnahmen, die Behandlung und deren Umsetzung und Fortsetzung erklärt werden, die dazu benötigten Handgriffe gezeigt und geprüft werden, ob diese beherrscht und richtig verstanden werden. Dabei sind die kognitiven und physischen Fähigkeiten der Betroffenen zu berücksichtigen. Ziel ist es, das Rückfallrisiko zu mindern, den autonomen Umgang mit der Krankheit zu fördern und der betroffenen Person die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen oder sie in einer geeigneten Institution unterzubringen.</p> <p>Der pflegebedürftigen Person zuhören und mit ihr beim Spitaleintritt oder in Workshops das Erlebte analysieren. Dabei die betroffene Person in die Krankheit einführen und die Verbindung zwischen ihrer Situation und der Krankheit aufzeigen, ihr die therapeutischen Indikationen vermitteln und sie bezüglich Lebenshygiene beraten. Dabei soll die Anpassungsfähigkeit der betroffenen Person berücksichtigt werden, damit sie bestmöglich mit der Krankheit leben und ein Rückfall verhindert werden kann.</p>

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
	begünstigen, ihre Gesundheit zu erhalten und ihr zu ermöglichen, weiterhin zu Hause zu leben.		
7. Dokumentation	Täglich die verschiedenen Dokumente (EDV und Papier, LEP) unter Einhaltung der institutionseigenen Richtlinien ausfüllen und nachführen, um so die Rückverfolgbarkeit und Transparenz der Dienstleistungen und die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten.	Laufend die verschiedenen Dokumente und die medizinischen Verordnungen ausfüllen und nachführen, um die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten. Zusätzliche Dokumente unter Einhaltung der institutionseigenen Richtlinien vervollständigen, um so die Rückverfolgbarkeit und Transparenz der Dienstleistungen sicherzustellen.	Laufend die verschiedenen Dokumente und die medizinischen Verordnungen ausfüllen und nachführen, um die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten. Zusätzliche Dokumente unter Einhaltung der institutionseigenen Richtlinien vervollständigen, um so die Rückverfolgbarkeit und Transparenz der Dienstleistungen sicherzustellen
8. Forschung & Entwicklung	Regelmässige Weiterbildung in den Bereichen neue Pflegetechniken, Sozialkompetenz und allgemeine Gesundheitsthemen. So kann die eigene Arbeitsmarktfähigkeit sichergestellt und zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs beigetragen werden.	Regelmässige Weiterbildung in den Bereichen neue Pflegetechniken, Sozialkompetenz und allgemeine Gesundheitsthemen und Mitwirkung an Forschungsprojekten. Damit soll die eigene Arbeitsmarktfähigkeit sichergestellt und ein Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs geleistet werden. Ausbildungsmodule für die pflegebedürftigen Personen ausarbeiten, sie analysieren und regelmässig aktualisieren. Sie dienen der Sensibilisierung der betroffenen Personen für Verhaltensänderungen, die aufgrund von gesundheitlichen Problemen erforderlich sind. Die bestehenden Richtlinien und die Bedürfnisse des Zielpublikums sind dabei zu berücksichtigen.	Das eigene Wissen durch den Austausch mit anderen (Arbeitsgruppen) kontinuierlich verbessern. Hierzu werden zwecks Sicherung der Pflegequalität Protokolle erarbeitet und optimiert. Regelmässige Weiterbildung in den Bereichen neue Pflegetechniken, Sozialkompetenz und allgemeine Gesundheitsthemen sowie Mitwirkung an Forschungsprojekten. Damit soll die eigene Arbeitsmarktfähigkeit sichergestellt und ein Beitrag zur Weiterentwicklung des Pflegeberufs geleistet werden.
9. Medizinaltechnik und Umgebung	Die Räumlichkeiten, das Material und die technischen Geräte vorbereiten, prüfen und beherrschen, um auf alle Situationen vorbereitet zu sein.	Die Räumlichkeiten, das Material und die technischen Geräte vorbereiten, prüfen und beherrschen, um auf alle Situationen vorbereitet zu sein.	Die Räumlichkeiten, das Material und die technischen Geräte vorbereiten, prüfen und beherrschen, um auf alle Situationen vorbereitet zu sein.

Aktivitätskategorie	Kontext „Wenig spezialisiert“	Kontext „Mittelmässig spezialisiert“	Kontext „Hochspezialisiert“
		<p>Verschiedenste medizinische und technische Massnahmen durchführen (Infusion, Katheter, Magensonden, Trachealkanüle usw.), um die Pflege, die Sicherheit und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten.</p> <p>Laufend die direkte und indirekte Umgebung der pflegebedürftigen Person prüfen und, wenn nötig, Massnahmen ergreifen, damit das Umfeld den Bedürfnissen der betroffenen Person entspricht.</p> <p>Mit der pflegebedürftigen Person die Aspekte, die die Unterbringung betreffen, absprechen, klären, Entscheide treffen und die betroffene Person anschliessend informieren. Damit soll sichergestellt werden, dass im Rahmen des Möglichen die Bedürfnisse der betroffenen Person abgedeckt werden.</p>	<p>Verschiedenste medizinische und technische Massnahmen durchführen (Infusion, Katheter, Magensonden, Trachealkanüle usw.), um die Pflege, die Sicherheit und das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten.</p> <p>Laufend die direkte und indirekte Umgebung der pflegebedürftigen Person prüfen und, wenn nötig, Massnahmen ergreifen, damit das Umfeld den Bedürfnissen der betroffenen Person entspricht.</p>

3. Kompetenzprofile nach Pflegekontext

Die Kompetenzprofile wurden erstellt, indem jede Schlüsselaktivität in die vier Dimensionen der kognitiven Kompetenz gemäss der Corom-Methode übertragen wurde. Die Liste aller Aktivitäten und der jeweiligen Definition der Kompetenzen ist auf der Plattform SymResources¹⁴ verfügbar. In diesem Kapitel ist einzig die Synthese jedes durch den Pflegekontext bedingten Profils umrissen. Es handelt sich dabei um die Schlüsselkompetenzen, über die Pflegefachkräfte verfügen sollten.

3.1 Profil der Pflegefachperson im wenig spezialisierten Pflegekontext

Die Pflegefachperson im Bereich der Heimpflege übt ihre Tätigkeit direkt bei der Patientin/dem Patienten aus, was dem wenig spezialisierten Kontext entspricht. Zur optimalen Ausübung ihrer Tätigkeit greift die Pflegefachperson hauptsächlich auf zwei sehr unterschiedliche intellektuelle Ansätze (kognitives Vorgehen) zurück: Anpassung und Anwendung.

■ Intellektueller Ansatz Nr. 1

Der erste und wichtigste intellektuelle Ansatz ist die **Anpassung Analyse**. Um ihre Tätigkeit ausüben zu können, kennt die Pflegefachperson die ihr zur Verfügung stehenden Arbeitselemente und weiss ungefähr, welches Resultat erwartet wird. Um dieses zu erreichen, verfügt sie jedoch über mehrere Umsetzungsstrategien. Dieser Denkprozess verlangt die Fähigkeit, heterogene Parameter zu analysieren, um zu einer optimalen Lösung zu gelangen oder die Bedeutung einer Situation zu erfassen. Die Pflegefachperson konzentriert sich darauf, die durch Beobachtung und Gespräch mit der Patientin/dem Patienten gewonnenen Daten zu verstehen. Sie muss deren Sinn und Bedeutung erschliessen. Sie arbeitet auf eine Entscheidung hin und geht von den Informationen aus, die sie sortiert, analysiert, vergleicht und in Zusammenhang bringt. Sie versucht zudem, scheinbar disparaten Elementen Sinn zu geben.

■ Intellektueller Ansatz Nr. 2

Der zweite intellektuelle Ansatz, auf den sie sich stützt, ist die **Anwendung Regulierung**. Um ihre Aktivität umzusetzen, kennt die Pflegefachperson sämtliche ihr zur Verfügung stehenden Arbeitselemente und weiss, welches Resultat erwartet wird. Die zur Erzielung dieses Resultats umzusetzende Strategie ist eindeutig und klar definiert. Der mentale Prozess richtet sich darauf, verschiedene Elemente in einem System zu koordinieren. Die Pflegefachperson ist direkt an der Aktion beteiligt, sie muss mehrere gemeinsame Faktoren berücksichtigen, zusammenfügen und anhand von einem oder mehreren Arbeitsschritten ausgleichen. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, verschiedene Elemente zu koordinieren, damit ein erstrebter oder erwünschter Gleichgewichtszustand aufrechterhalten, gefunden oder wiedergefunden werden kann. Dazu bezieht sie sich auf ein präzises Modell, das einem Idealzustand entspricht.

¹⁴ Zur Ansicht muss der Internet Explorer und anschliessend folgende Seite geöffnet werden: <https://www.symresource.com>;
First login: **job** + Passwort: **nurse**

■ Die Wissensbausteine

Die von den Arbeitsgruppen beschriebenen Aktivitäten dieses Berufs verlangen zahlreiche Kenntnisse. Die vier zur Berufsausübung am häufigsten verwendeten und wichtigsten Fähigkeiten sind die folgenden:

1. **Pflege** (Patientenprotokolle, medizinisch angeordnete Massnahmen, Pharmakologie) auf Stufe Beherrschung (= *Fachkenntnisse anwenden und erklären können*)
2. **Kommunikation und Beziehungspflege mit der Patientin/dem Patienten** auf Stufe Erfahrung (= *Fähigkeit, die Fachkenntnisse anzuwenden*).
3. **Patho-Physiologie** auf Stufe Beherrschung (= *Fachkenntnisse anwenden und erklären können*).
4. **Funktionen und Kompetenzen der Fachpersonen in sozialmedizinischen Zentren** für die Pflege zu Hause auf Stufe Erfahrung (= *Fähigkeit, die Fachkenntnisse anzuwenden*).

■ Die Komplexität

Zeit: Der Funktionshorizont des Berufs einer Pflegefachperson im Bereich der Pflege zu Hause ist kurzfristig und liegt zwischen **1 und 4 Wochen**. Dies betrifft die zeitliche Perspektive, in der sich die Pflegefachperson befindet, während sie handelt. Sobald sie handelt, stellt sie sich die Lösung kurz- oder mittelfristig vor? Muss sie in ihrem Lösungsprozess eine zukunftsorientierte Dimension miteinbeziehen? Muss sie vorausblicken, um zu handeln und um Lösungen zu finden? Muss sie ihre Handlung langfristig ausrichten?

Raum: Der Bezug zum Raum bezieht sich auf die Vorstellung eines „Raum-Problems“, die Anzahl und Vielfältigkeit der Elemente, die während des Handelns berücksichtigt werden müssen, und die verschiedenartigen Quellen der zu bearbeitenden Daten. Sobald die Pflegefachperson im Bereich Pflege zu Hause handelt, integriert sie hauptsächlich Daten, die aus **ihrem direkten Umfeld, d.h. den sozialmedizinischen Zentren, stammen und patientenspezifisch** sind.

■ Interaktion der Beziehung

Bei der Arbeit steht die Pflegefachperson in **sehr häufigem Kontakt mit anderen**, sie übt ihre Tätigkeit praktisch „ununterbrochen“ im Austausch mit einer oder mehrerer Gruppen und mit den Patientinnen/Patienten aus.

Die Tätigkeit verlangt vorwiegend den **Austausch von Daten**, von Informationen und von Material. Informationen von Drittpersonen müssen regelmässig miteinbezogen werden. Diese Elemente sind für die Organisation und für den Arbeitsfortschritt notwendig, sie ändern jedoch weder den intellektuellen Ansatz noch den Ablauf der Aktivität.

Die Hauptgesprächspartner sind vorwiegend die Patientinnen und Patienten innerhalb des Betriebs, d.h. des sozialmedizinischen Zentrums.

3.2 Profil der Pflegefachperson im mittelmässig spezialisierten Pflegekontext

Die im mittelmässig spezialisierten Pflegekontext tätige Pflegefachperson arbeitet in Organisationseinheiten wie beispielsweise dem medizinischen Dienst, dem Pflegeheim, der Geriatrie, der stationären Pflege oder der Chirurgie. Dieser Pflegekontext verlangt die Interaktion mit vielen anderen internen und externen Diensten. Zur optimalen Ausübung ihrer Arbeit greift die Pflegefachperson hauptsächlich auf zwei intellektuelle Ansätze (kognitives Vorgehen) zurück, die beide zum Bereich „Anpassung“ gehören. Die Eigenschaft dieses

intellektuellen Ansatzes besteht darin, die zur Verfügung stehenden Elemente zu kennen und ungefähr zu wissen, wie das erwartete Resultat aussehen soll. Es gibt jedoch mehrere Umsetzungsstrategien, um dieses Resultat zu erzielen, wobei jede Argumentation wieder anders ist und sich aus dem jeweiligen Kontext ergibt.

■ **Intellektueller Ansatz Nr. 1**

Der erste und wichtigste intellektuelle Ansatz ist die **Anpassung Analyse**. Dieser Denkprozess verlangt die Fähigkeit, heterogene Parameter zu analysieren, um zu einer optimalen Lösung zu gelangen oder die Bedeutung einer Situation zu erfassen. Die Pflegefachperson konzentriert sich darauf, die durch Beobachtung und Gespräch mit der Patientin/dem Patienten gewonnenen Daten zu verstehen. Sie muss deren Sinn und Bedeutung erschliessen. Sie arbeitet auf eine Entscheidung hin und geht von den Informationen aus, die sie sortiert, analysiert, vergleicht und in Zusammenhang bringt. Sie versucht zudem, scheinbar disparaten Elementen Sinn zu geben. Die Pflegefachperson wendet diesen intellektuellen Ansatz in einem wenig spezialisierten Kontext an.

■ **Intellektueller Ansatz Nr. 2**

Der zweite intellektuelle Ansatz, auf den die Pflegefachperson zurückgreift, ist die **Anpassung Regulierung**. Dabei geht es darum, ein komplexes System weiterzuentwickeln, in dem sich verschiedene Prioritäten überlagern. Die Pflegefachperson muss mehrere zusammenhängende Systeme berücksichtigen und integrieren, damit diese gemeinsam weiterentwickelt werden können und sich die Situation verbessert. Sie muss ein Modell an einen Kontext anpassen, um zur besten Lösung zu gelangen. Es braucht die Fähigkeit, Lösungsansätze anhand der sich fortlaufend entwickelnden Parameter ständig anzupassen.

Diese beiden intellektuellen Ansätze bedürfen solider Fachkenntnisse und einer hohen Kapazität, differenziert und situationsangepasst zu argumentieren. Sie sind komplex.

■ **Die Wissensbausteine**

Die von den Arbeitsgruppen beschriebenen Aktivitäten dieses Berufs verlangen zahlreiche Kenntnisse. Die vier zur Berufsausübungen am häufigsten verwendeten und wichtigsten Fähigkeiten sind die folgenden:

1. **Pflege** (Patientenprotokolle, medizinisch angeordnete Massnahmen, Pharmakologie) auf Stufe Beherrschung (= *Fachkenntnisse anwenden und erklären können*).
2. **Kommunikationstechnik** auf Stufe Beherrschung (= *Fachkenntnisse anwenden und erklären können*).
3. **Patho-Physiologie** auf Stufe Beherrschung (= *Fachkenntnisse anwenden und erklären können*).
4. **Kommunikation und Beziehungspflege mit der Patientin/dem Patienten** auf Stufe Beherrschung (= *Fachkenntnisse anwenden und erklären können*).

In diesem Pflegekontext wird in allen Bereichen die Stufe „Beherrschung“ verlangt. Es braucht das Verständnis für das Detail, das aus dem theoretischen und praktischen Wissen geschöpft wird. Die Stufe „Beherrschung“ charakterisiert die Fähigkeit, theoretisches Wissen in der Praxis umzusetzen.

■ **Die Komplexität**

Zeit: Der Funktionshorizont des Berufs einer Pflegefachperson im mittelmässig spezialisierten Pflegekontext ist ebenfalls kurzfristig und liegt zwischen **1 und 4 Wochen**. Dies betrifft die zeitliche Perspektive, in der sich die Pflegefachperson befindet, während sie handelt. Sobald sie handelt, stellt sie sich die Lösung kurz- oder mittelfristig vor? Muss sie in ihrem Lösungsprozess eine zukunftsorientierte Dimension miteinbeziehen? Muss

sie vorausblicken, um zu handeln und um Lösungen zu finden? Muss sie ihre Handlung langfristig konzipieren?

Raum: Der Bezug zum Raum bezieht sich auf die Vorstellung eines „Raum-Problems“, die Anzahl und Vielfältigkeit der Elemente, die während des Handelns berücksichtigt werden müssen und die verschiedenartigen Quellen der zu bearbeitenden Daten. Sobald die Pflegefachperson handelt, integriert sie hauptsächlich Daten, die **aus dem Netzwerk stammen und patientenspezifisch sind**.

In diesem Pflegekontext ist es wichtig, die sehr unterschiedlichen, aus dem Netzwerk stammenden Daten zu berücksichtigen, was mehr Interaktionen, unterschiedliche Prioritäten und Denkweisen etc. bedeutet.

■ Interaktion der Beziehungen

Bei der Arbeit steht die Pflegefachperson in **sehr häufigem Kontakt mit anderen**, sie übt ihre Tätigkeit praktisch „ununterbrochen“ im Austausch mit einer oder mehrerer Gruppen und mit den Patientinnen/Patienten aus.

Diese Interaktion ist vom Typ „Mit“. Es handelt sich um Teamarbeit, die Nutzung von Synergien und die enge Zusammenarbeit innerhalb des Arbeitsablaufs. Es müssen verschiedene Denkweisen und andere Vorgehensweisen miteinbezogen werden, um die gestellten Probleme zu lösen.

Die Hauptgesprächspartner sind vorwiegend die Patientinnen/Patienten, die sich innerhalb des Spitals befinden.

Auch in diesem Pflegekontext ist das Anforderungsprofil im Bereich der Beziehungsinteraktion hoch. Die Argumentation ist immer anders und muss verschiedene Denkweisen miteinbeziehen (Patientin/Patient, Umfeld, Fachkräfte aus anderen Disziplinen, Ärztinnen/Ärzte etc.)

3.3 Profil der Pflegefachperson im hochspezialisierten Pflegekontext

Die im hochspezialisierten Pflegekontext tätige Pflegefachperson arbeitet in Organisationseinheiten wie beispielsweise der Intensivstation, der Langzeitpflege der Herz- und Gefässchirurgie, der Psychiatrie, in Traumatologie- und Rehabilitationszentren oder im Bereich HNO.

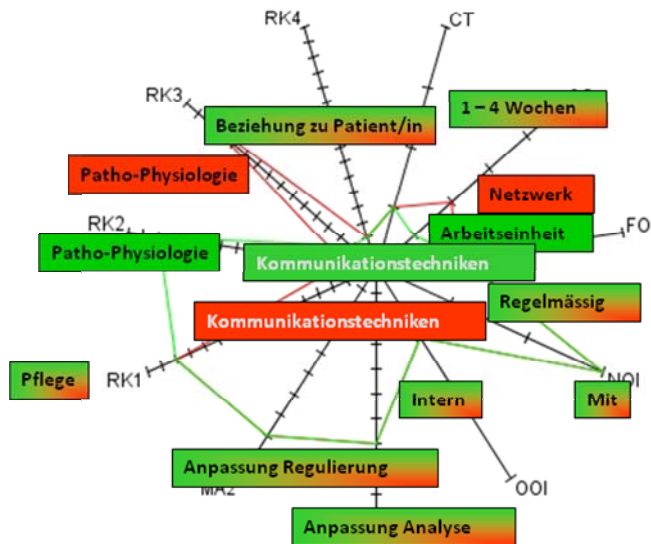
Die im hochspezialisierten Pflegekontext notwendigen Kompetenzen sind praktisch identisch mit denjenigen im mittelmässig spezialisierten Pflegekontext. Einzig im Bereich der Dimension Komplexität **beschränkt sich der Raum auf die Arbeitseinheit**. Es besteht eine andere „Unmittelbarkeit“ bei der Arbeit. Somit ist dieser Pflegekontext stärker eingeschränkt als der mittelmässig spezialisierte, dessen Raum das ganze Netzwerk umfasst.

3.4 Vergleichsanalyse der Profile

3.4.1 Vergleich der Profile der Pflegefachpersonen im mittelmässig spezialisierten und hochspezialisierten Pflegekontext

Die Daten des vorangegangenen Kapitels geben uns die Möglichkeit, die 3 Profile miteinander zu vergleichen. Dies, um festzustellen, ob es sich um drei völlig unterschiedliche Profile oder ob Ähnlichkeiten zwischen ihnen bestehen.

In einem ersten Schritt werden die Profile der Pflege im hochspezialisierten und mittelmässig spezialisierten Kontext miteinander verglichen. Es resultiert eine hohe Ähnlichkeit zwischen den zwei Profilen (96%).



96 % Ähnlichkeit zwischen den beiden Profilen

Grosse Ähnlichkeit zwischen den Kompetenzprofilen für die Kontexttypen „mittelmässig spezialisiert“ und „hochspezialisiert“

Kontexttyp:
█ Mittelmässig
█ Hoch

Abbildung 14 - Ähnlichkeiten im Pflegeberuf zwischen den Kontexttypen „mittelmässig spezialisiert“ und „hochspezialisiert“

Anhand der Illustration lässt sich feststellen, dass auf Stufe der Dimension „Komplexität“ Unterschiede zwischen den beiden Profilen bestehen. Die Pflegefachpersonen im hochspezialisierten Pflegekontext holen sich die nötigen Informationen hauptsächlich in ihrer Arbeitseinheit, während ihre Kolleginnen und Kollegen aus dem mittelmässig spezialisierten Pflegekontext bei der Ausübung ihrer Aktivität Informationen auch ausserhalb der Arbeitseinheit und aus dem Netzwerk beziehen.

Des Weiteren ist die Reihenfolge der beiden Fachkenntnisse „Patho-Physiologie“ und „Kommunikationstechnik“ in der Wichtigkeitsskala umgekehrt.

Da diese Unterschiede jedoch gering sind, kann man die beiden Profile als äusserst ähnlich bezeichnen.

3.4.2 Vergleich der Profile der Pflegefachpersonen im wenig spezialisierten und hochspezialisierten Pflegekontext

Diese beiden Profile sind hingegen unterschiedlicher. Insbesondere im Bereich der intellektuellen Ansätze ist nur der erste Ansatz identisch, nämlich die Anpassung Analyse. Da dieser intellektuelle Ansatz für den Pflegeberuf zentral ist und diesen wesentlich charakterisiert¹⁵, kommt er bei allen drei Profilen vor. Der zweite intellektuelle Ansatz hingegen unterscheidet sich im wenig spezialisierten Pflegekontext im Vergleich zum hochspezialisierten grundsätzlich. Der intellektuelle Ansatz der Anwendung Regulierung umfasst hauptsächlich klar festgelegte Arbeitsschritte, wobei die zur Verfügung stehenden Elemente und das erwartete Resultat bekannt sind. Die Umsetzungsstrategie zur Erreichung des Resultats ist eindeutig und klar bestimmt.

Die Pflegefachperson im Bereich Spitex muss die Informationen aus dem Betrieb beziehen und ist zur optimalen Ausübung ihrer Aktivitäten nicht einzig auf die Arbeitseinheit beschränkt, um ihre Aufgaben erfüllen zu können.

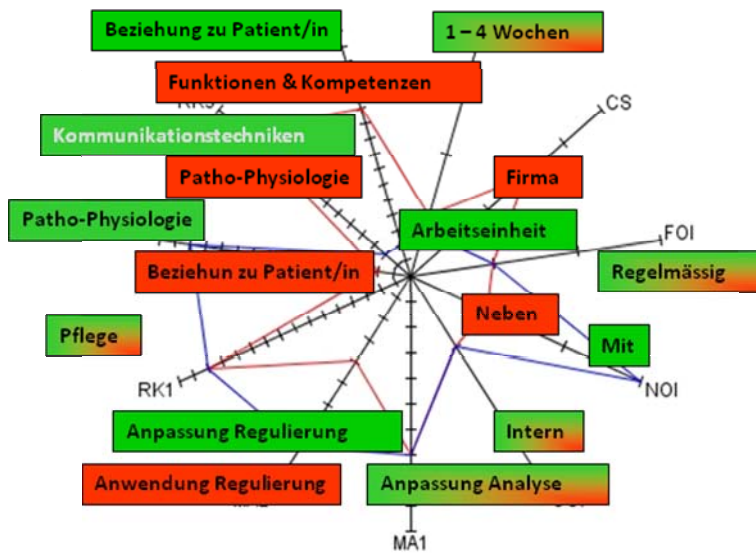
Für das Profil der Pflegefachperson im Bereich der Pflege zu Hause ist es zudem sehr wichtig, über Kenntnisse im Bereich der Beziehungspflege mit der Patientin/dem Patienten zu verfügen. Diese Kenntnisse folgen in der Reihenfolge der Wichtigkeit an zweiter Stelle nach der Pflege.

Die Art der Beziehungspflege mit anderen gestaltet sich in diesem Pflegekontext hingegen auch unterschiedlich. Die Pflegefachperson muss Informationen mit anderen austauschen und Informationen aus anderen Quellen regelmässig in ihre Arbeit integrieren. Diese Elemente sind für die Organisation und das Voranschreiten der Arbeit unabdingbar.

Dies sind die hauptsächlichsten Unterschiede im Vergleich mit den beiden anderen Profilen. Die Ähnlichkeit zwischen den beiden Profilen liegt bei 66 %.

¹⁵ Siehe Kapitel 3.1 zur Definition des intellektuellen Ansatzes der Anpassung der Analyse oder siehe Corom-Glossar im Anhang Nr. 6

66 % Ähnlichkeit zwischen den beiden Profilen

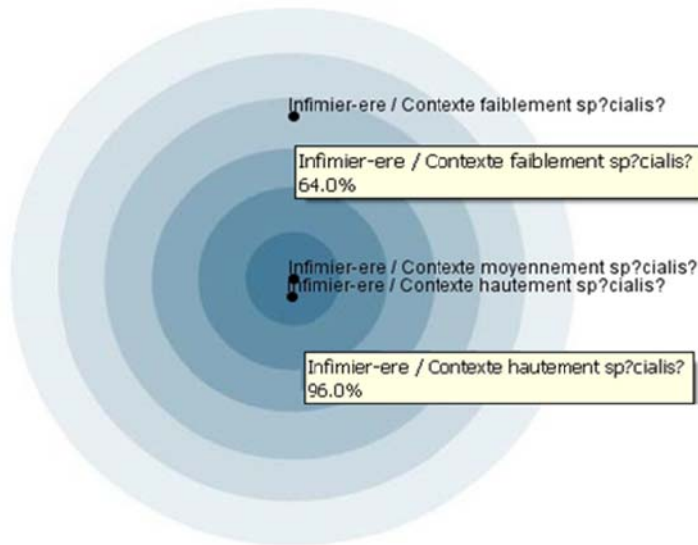


Kontexttypen:
— Wenig spezialisiert
— Hochspezialisiert

Abbildung 15 - Ähnlichkeiten im Pflegeberuf zwischen den Kontexttypen „wenig spezialisiert“ und „hochspezialisiert“

3.4.3 Mobilitätsradius und Schlussfolgerung

Die nachfolgende Abbildung zeigt zusammenfassend nochmals die Abstände zwischen den 3 Profilen auf.



Grosse Ähnlichkeit zwischen den Kompetenzprofilen für die Pflegekontexte „mittelmässig spezialisiert“ und „hochspezialisiert,“ aber weniger Ähnlichkeiten zwischen den Profilen für die Pflegekontexte „wenig spezialisiert“ und „hochspezialisiert.“

Abbildung 16 - Mobilitätsradius ausgehend vom Berufsprofil für den Pflegekontext „mittelmässig spezialisiert“

Da der Pflegekontext die Entwicklung der Kompetenzen bestimmt, sind die Ähnlichkeiten wie auch die Unterschiede zwischen den beiden Profilen einleuchtend.

Die Beschreibung der nach Pflegekontext und Aktivitätskategorie strukturierten Kompetenzen ermöglicht einen umfassenden und präzisen Überblick über die Kompetenzen, die nötig sind, um den Pflegefachberuf heute und in Zukunft auszuüben, und über die Erwartungen der Pflegefachpersonen (Pflegeteams und Core Team).

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

4.1 Die Bedürfnisse

Ob es sich nun um zwei oder drei Kompetenzprofile handelt, die **Anforderungen** an die Pflegefachleute **sind hoch**. Sie umfassen die aktuellen Gegebenheiten (Qualität, Stellenwert, Komplexität...), aber auch die künftigen Bedürfnisse, die von den heutigen Tendenzen und den zu erwartenden Entwicklungen bestimmt sind.

Im Verlauf des Projekts hat sich auch gezeigt, dass es in Bezug auf die Kompetenzen keine Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie gibt, da die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten identisch ist und somit auch die Bedürfnisse dieselben sind. Das Core Team erwähnte ausserdem (Sitzung vom 11.02.2009 in Bern), dass die drei mit den Pflegekontexten verbundenen Profile die aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse des Pflegeberufs zusammenfassen. **Diese drei Profile wurden von den Leiterinnen/Leitern Pflege validiert.**

Zusätzlich zu diesen qualitativen Überlegungen ist es wichtig, auch andere Parameter zu berücksichtigen, insbesondere mehr quantitative. Das sind z.B. die Angebots- und Nachfragesituation für das Pflegefachpersonal, die Rekrutierung und – insbesondere in Anbetracht des anhaltenden Personalmangels – die Anbindung des Pflegepersonals, die Personalkosten, die Spitalaufenthaltsdauer, die steigende Komplexität der Pflegefälle, was sich auf die erforderlichen Qualifikationen auswirkt, und die berufliche Mobilität.

Dem Arbeitsmarkt ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken, insbesondere in Bezug auf das Niveau der verlangten Qualifikationen. Ist nämlich das Anforderungsprofil zu anspruchsvoll und zu komplex, bleibt der Zugang zum Pflegeberuf für geeignete Berufsleute mit einem Abschluss auf der Sekundarstufe II verschlossen und/oder es besteht die grosse Gefahr, interessierte Bewerberinnen/Bewerber von vornherein abzuschrecken. Wir benötigen verschiedene Ausbildungsgefässe, um ausreichend Personal für den Pflegeberuf rekrutieren zu können und die Bedürfnisse des Arbeitsmarktes auch nur einigermassen abdecken zu können. Die Herausforderung ist, Kompetenzprofile auf den verschiedenen Ausbildungsstufen (weiter) zu entwickeln und anzubieten, die im Einklang mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes liegen und gleichzeitig Voraussetzungen schaffen, dass ausreichend Berufsleute rekrutiert werden können.

Es ist heute nicht bestritten, dass sowohl die Ausbildungen auf der Stufe höhere Fachschule als auch auf der Stufe Fachhochschule Kompetenzen vermitteln, die einen geeigneten Einstieg in den Pflegeberuf darstellen.

Die Herausforderungen in Zusammenhang mit der Qualität des Pflegeberufs (Kompetenzen) und die quantitative Dimension des Personals müssen auch unter dem Blickwinkel der beruflichen Mobilität und des Spektrums der Berufe, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechen, betrachtet werden. Die Studie berücksichtigte bei der Identifikation der Aktivitäten neben dem Pflegefachberuf auch andere Berufe, insbesondere den neuen Beruf „Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ“.

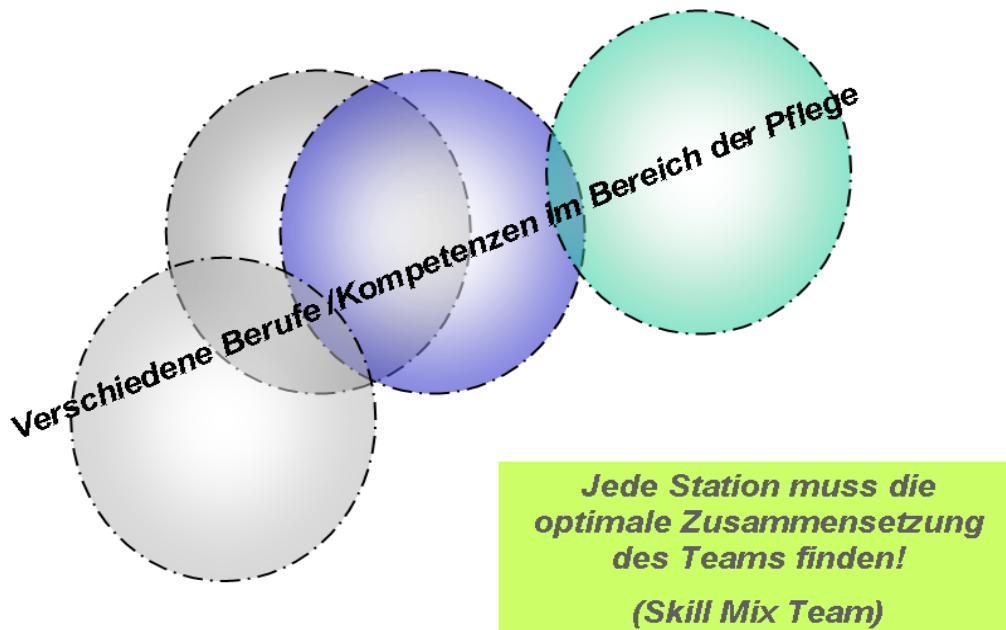


Abbildung 17- Berufliche Mobilität im Bereich der Pflege und Interaktion zwischen den Berufen

Die berufliche Mobilität trägt zur Attraktivität des Berufs und zur Anbindung des Personals bei; sie ermöglicht auch spannende und zu den verschiedenen Lebenssituationen passende Berufslaufbahnen.

Schwierig bleibt die Frage der Zusammensetzung eines Teams, welches Profil geeigneter ist, den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen in der Pflege gerecht zu werden. Wie bereits im vorangehenden Kapitel erwähnt, gehen die Meinungen im Core Team zu dieser Frage auseinander. Diese wird sich nicht einheitlich beantworten lassen, sondern wird wesentlich von der Organisation, der Aufgabenstellung und weicheren Faktoren wie der „Philosophie“ des Arbeitgebers abhängen.

Die politisch Verantwortlichen in Bund und Kantonen werden bei der künftigen Weiterentwicklung des Pflegeberufs, in enger Absprache mit der Praxis und den Ausbildungsinstitutionen sowohl qualitative wie quantitative Aspekte berücksichtigen müssen, um dem enormen Personalmangel, der für die nächsten Jahre zu befürchten steht, entgegenzuwirken.¹⁶ Die Rolle der Schulen und der Organisationen der Arbeitswelt ist zentral, wenn es darum geht, den Pflegeberuf auf die zukünftigen Pflegebedürfnisse der Gesellschaft auszurichten.

4.2 Verbindung zwischen den Bedürfnissen und der Ausbildung

Die Gelegenheit, ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Qualifikationen der Pflegefachperson anmelden zu können, fand bei den Mitgliedern des Core Teams Anklang – dies

¹⁶ Studie Gesundheitsobservatorium, Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020, Arbeitsdokument Nr. 35

insbesondere dank einer engeren Zusammenarbeit mit den Schulen (aller Stufen). Sie wünschen auch mehr Dynamik im Pull-Prozess zwischen der Arbeitswelt und den Ausbildungsorganen, damit diese fortlaufend die aktuellen Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten und die neusten Entwicklungen in der Pflegepraxis in die Ausbildung integrieren können.

Die Ergebnisse dieser Studie stellen eine erste Grundlage für den Aufbau dieser dynamischen Beziehung dar.

4.3 Die Ausbildung

Zurzeit gibt es in Bezug auf die Ausbildung zwei Varianten:

1. **Aktuelles System:** Jeder Bildungsanbieter bestimmt frei über den Inhalt seines Lehrplans.
2. **System „Demand Lead“:** Die Positionierung der Schulen erfolgt anhand einer gemeinsamen Referenz; der Ausbildungsstandard wird vom Organ festgelegt, das innerhalb dieses Systems den Lead hat.

Bei der Variante Nr. 2 bedarf es eines nationalen Konsens über eine gültige Referenz, im Sinne eines Spital-Standards, der die für die Ausrichtung notwendigen qualitativen und quantitativen Aspekte umfasst.

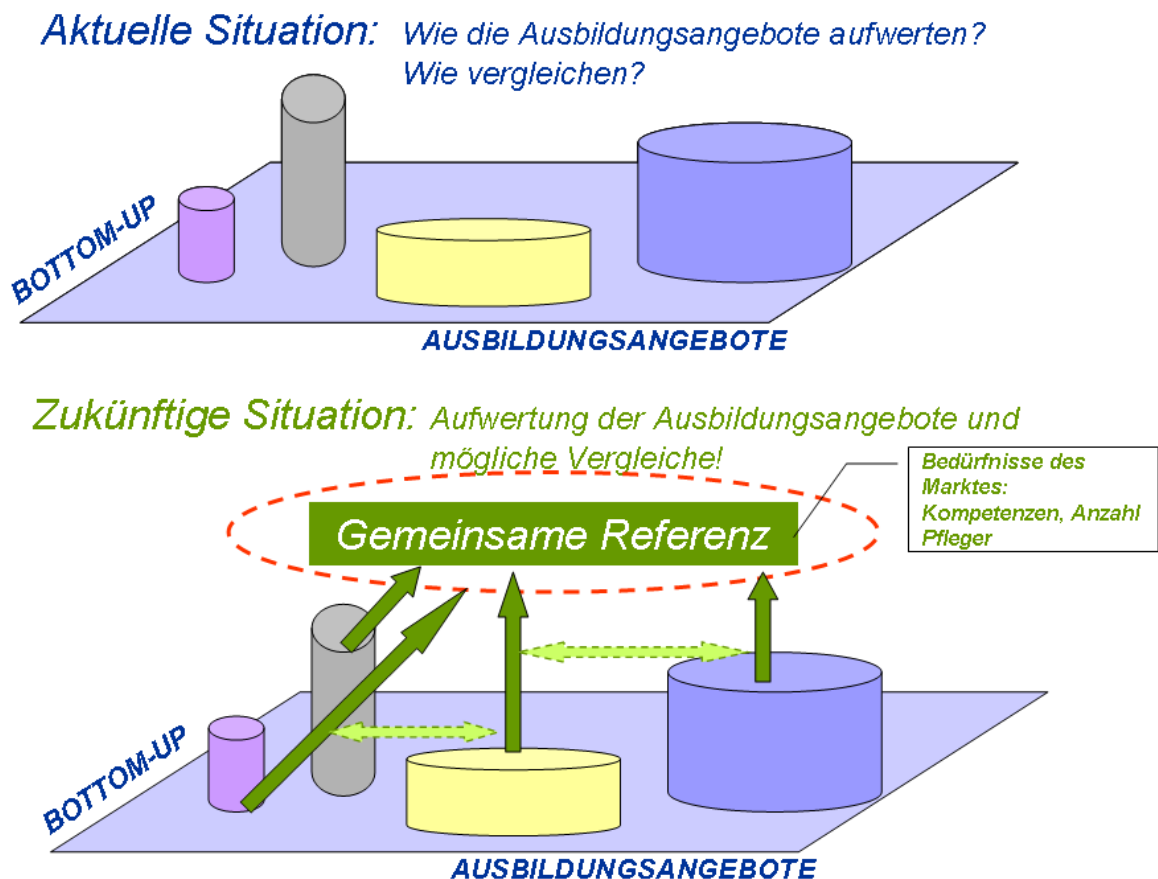


Abbildung 18 - Zwei Ausbildungsvarianten

Die Ausbildungsorgane waren für die von den Pflegefachpersonen im Rahmen dieser Studie geäusserten Erwartungen empfänglich. Es besteht von ihrer Seite die Bereitschaft zur Erarbeitung gemeinsamer Referenzen, die sich dann in der Entwicklung ihrer Lehrpläne niederschlagen sollen. Das System „Demand Lead“ ist eine denkbare und auch geplante Alternative.

Mehrere Sitzungen mit verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern fanden in den letzten Monaten statt; es ist vorgesehen, den Prozess fortzusetzen.

ANHANG

Anhang 1 – Glossar

Was ist eine Aktivität?

Eine Aktivität ist eine Zusammenfassung von Aktionen, die durch eine kohärente Logik miteinander verbunden sind. Die Aktivität gibt die Antwort auf die Frage: Was konkret **macht** eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter bei der Arbeit? Die Aktivitäten können in Funktionen zusammengefasst werden.

Was ist der kognitive Ansatz?

Wenn es darum geht, Kompetenzen zu beschreiben, besteht der kognitive Ansatz darin, die intellektuellen Ansätze, die mit den Aktivitäten der Mitarbeitenden verbunden sind, zu beschreiben. Es werden also nicht Kenntnisse oder Fähigkeiten beschrieben, sondern vielmehr einzelne Schritte und intellektuelle Überlegungen, die jede Aktivität begleiten, was sowohl auf manuelle als auch soziale und rein intellektuelle Aktivitäten zutrifft.

Der Vorteil dieses Ansatzes ist zum Beispiel, dass man verschiedene Arbeiten besser miteinander vergleichen oder die Entwicklungen von Kompetenzen unabhängig von den Aktivitäten aufzeigen kann.

Was ist eine Kompetenz?

Kompetenz ist die Fähigkeit, ein Problem innerhalb eines gegebenen Kontexts zu lösen. Die Kompetenz zeigt sich also in den Problemlösungsstrategien, die grossenteils „automatisiert“ sind. Parallel zu den intellektuellen Ansätzen und zum Wissen zeigen sich in der Kompetenz auch verhaltensbedingte und psychologische Aspekte. Es ist allerdings schwierig, diese Aspekte objektiv zu beschreiben, weshalb man mit dem kognitiven Ansatz die Kompetenzen besser erfassen kann.

Was ist Personaladministration und Human Resource Management?

Unter Personaladministration oder Human Resource Management ist ein Prozess zu verstehen, der darauf abzielt, ein optimales quantitatives und qualitatives Gleichgewicht zwischen den von der Arbeitsstelle verlangten und den bei den Mitarbeitenden vorhandenen Kompetenzen aufrechtzuerhalten und vorausschauend zu planen.

Was ist ein Beruf?

Ein Beruf ist die Gesamtheit der Arbeiten und Arbeitsstellen, die durch eine gemeinsame Technik, ein gleiches wirtschaftliches oder produktives Ziel miteinander verbunden sind. Ein Beruf beeinflusst in einem Unternehmen sowohl die Wahl der Technik und Strategie als auch die interne Betriebskultur. Der Beruf stellt den Kern der Berufsidentität eines Individuums dar.

Was ist eine Arbeitsstelle?

Eine Arbeitsstelle ist die Gesamtheit von Aufgaben, die in Raum und Zeit zusammengefasst werden. Die Stelle entspricht der Basiseinheit in der Arbeitsorganisation. Sie basiert auf der rationalen und technischen Analyse der Arbeitsorganisation und nicht auf der Aktivität der/des Mitarbeitenden. Eine Stelle kann von mehreren Angestellten besetzt werden, und eine Angestellte/ein Angestellter kann mehrere Stellen besetzen.

Anhang 2 – Übersicht Projektplanung

Struktur der Aktivitäten, der Aufgaben und der Ressourcen vom 27.10.08 bis 31.03.09
resp. 30.04.09

Aktivitäten		Aufgaben				Partner (Anzahl Personen/Tag)						
Nr. des WP	Titel des WP	Nr.	Beschreibung	Methoden und Werkzeuge	Ressourcen	Merino (Harmony)	Meyer (Harmony)	Meyer (Harmony)	Core Team (ohne Frau Montagne + ohne Harmony)	Stationsleitung	Pflegefachpersonal	Frau Montagne (OdASanté)
WP1	Steering Committee	WP1.1	Sitzung 1 (1/2 Tag)									
		WP1.2	Sitzung 2 (1/2 Tag)			1	1	0.5				0.5
WP2	Core Team & Projektmanagement	WP2-1	Projektmanagement			1	1	0.5				0.5
		WP2-2	Kick-off Sitzung mit detailliertem Planning (1 Tag WS)		Core Team	12	4					2
WP3	Identifizierung der Aktivitäten	WP3.1	9 Workshops in den 9 Pilotinstitutionen max. je 2 Tage	Animation mit Unterstützung (Analyserahmen, Excel); Register der Aktivitätenliste	Institutionen: Stationsleitung und 2 Pflegefachpersonen Coaching: EM oder RM	2	2		9			1
		WP3.2	Aktualisierung des Aktivitätenregisters (F, D) von einem Workshop zum anderen	Back office	Coaching: EM und RM	8	8			9	32	
WP4	Konsolidierung und Aufstellung der Liste der Schlüsselaktivitäten	WP4.1	Aggregation der Aktivitäten und Erstellung der Liste der Schlüsselaktivitäten (2T. WS)	Animation Basis COROM und Excel	Core Team	2	2					
		WP4.2	Validierung der Liste der Schlüsselaktivitäten und Anpassung (1 institutionsübergreifender Workshop, 1 Tag)	Animation mit Unterstützung (Liste der Schlüsselaktivitäten)	Coaching mit Institutionen (Stationsleitung oder Pflegefachpersonen)	2	2		18			
		WP4.3	Analyse und Integration der Resultate anderer parallel durchgeführter Studien	Back office	Coaching: EM und RM	1	1			9	16	
WP5	Schaffung der Kompetenzprofile nach "Position"	WP5.1	Hierarchisierung der Schlüsselaktivitäten nach Station und Entwicklung der Kompetenzprofile 4-6 Segmente (Stationen), d.h. 4-6 Workshops von 1 Tag. Doppelt zu machen F+D, d.h. 2 Segmente/Tag.	Animation Basis SymResources, COROM und Excel; Liste der Schlüsselaktivitäten	Institutionsübergreifend mit Spezialisten Station Coaching: EM und RM	1	1	0.5				
		WP5.2	Analyse und Integration der Resultate anderer parallel durchgeführter Studien	Back office	Coaching: EM und RM	6	6			18	32	
WP6	Analyse und Konsolidierung der Kompetenzen	WP6.1	Arbeit über Analyse und Vergleich, Mobilität.....	SymResources, COROM	Coaching: EM und RM	1	1	1				
		WP6.2	Gruppierung der Kompetenzen, um ein Portfolio der Kompetenzprofile der Pflege zu erarbeiten (1 Workshop von einem Tag)	SymResources, COROM	Core Team	3	1					
		WP6.3	Analyse und Integration der Resultate anderer parallel durchgeführter Studien	Back office	Coaching: EM und RM	1	1		9			1
WP7	Ausbildungsarchitektur	WP7.1	Analyse und Integration der Resultate anderer parallel durchgeführter Studien	Back office	Coaching: EM und RM	1	1	1				
		WP7.2	Entwicklung einer Ausbildungsarchitektur	JTC - Kompetenzprofile (Resultate)	Coaching: EM, RM, CM	1	1	1				
		WP7.3	Diskussion der Ausbildungsarchitektur und Anpassung (1 Workshop von 1/2 Tag)		Core Team + Ausbildungsorgane	2	2	2				
WP8	Präsentation und Transfer der Resultate ans BBT	WP8.1	Formalisierung der Resultate, Erstellen des Berichtes		Coaching: EM, RM, CM	1	1		4.5			0.5
		WP8.2	Präsentation der Resultate z.H. BBT und Schlüsselpartner 1 Workshop von einem 1/2 Tag		Core Team	5	3	1				
TOTAL in Tagen/Personen						1	1		4.5			0.5
						52	40	7.5	45	36	80	6
Kosten pro Pilot (maximal) 19 Tage: 5 Tage für das Core Team, 10 Tage für das Pflegefachpersonal und 4 Tage für die Stationsleitungen												

Anhang 3 – Liste aller Projektpartner

	Pilotinstitutionen	Adresse	Kontaktperson	Funktion	Telefon	E-Mail-Adresse
1	Hôpital Riviera	Bd Paderewski 3 1800 Vevey	Pierre Horner	Leiter Pflege	021 923 48 71	pierre.horner@hopital-riviera.ch
2	CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Leitung)	BU21-06.211 Rue du Bugnon 21 CH-1005 Lausanne	Hélène Brioschi Levi	Leiterin Pflege	021 314 18 20	Helene.Brioschi@chuv.ch
3	RSV / GNW - Gesundheitsnetz Wallis (Generaldirektion)	Route de Morgins 10 1870 Monthey	Sophie Ley	Leiterin und Kordinatorin für die Pflegeausbildung	024 473 33 22	sophie.ley@rsv-gnw.ch
4	Universitätsspital Basel	Hebelstrasse 32 4031 Basel	Silvia Rosery	Leiterin Pflege	061 265 34 81	roserys@uhbs.ch
5	Universitätsspital Zürich (USZ)	Rämistrasse 100 8091 Zürich	Susanna Ackermann	Leiterin Pflege	044 255 52 20	Barbara.Bruehwiler@usz.ch
6	Stadspital Waid	Tièchestrasse 99 8037 Zürich	Lukas Furler Iris Scheffler	Leiter Pflege Pflegeleiterin Medizin	044 366 20 96 079 414 36 10	lukas.furler@waid.zuerich.ch iris.scheffler@waid.zuerich.ch
7	CMS Sierre	Hôtel de ville 3960 Sierre	Danielle Urben	Koordinatorin der Hilfsdienste und der Pflege zu Hause	027 452 07 36	daniele.urben@sierre.ch
8	Domicil / BE	Engenhaldenstr. 20 3012 Bern	Madeleine Ducommun- Capponi	Koordinatorin	032 307 20 20	madeleine.ducommun@domicilbern.ch
9	Stiftung Belle Saison	1196 Gland	Christian Crottaz	Leiter HR und Pflege	079 213 90 14	crottaz@ems-bellevue.ch

Anhang 4 – Liste aller Workshops mit Themen

Liste aller Workshops - Identifikation der Schlüsselaktivitäten								
Nr	Datum	Institution	Abteilung	Teilnehmende	Patientenkategorie	Behandlungsgrund (Beispiele)	Pflegekontext	Anzahl Schlüsselaktivitäten
1	27.10.2008	Hôpital Riviera Vevey, Les Samaritains	Intensivstation	Sophie Wallef, Sandrine Gabens, Marie Caroline Lugin	Hochrisikopatient/in, akut erkrankte/r Patient/in	Chirurgie, hämorrhagischer Schock, respiratorische Insuffizienz	Stabil & instabil, hochspezialisiert	12
2	27.10.2008	Hôpital Riviera Vevey, Montreux	Privat-chirurgie	André Michel, Francine Schneider, Carole Reimann	Patient/in mit hohem Pflegebedarf	Schenkelhalsbruch + Bauchschmerzen + Schädel-Hirntrauma	Stabil, mittelmässig spezialisiert	9
3	03.11.2008	Hôpital Riviera Vevey, Montreux	CTR 3	Eliane Chauvin, Aude Lavanchy, Corinne Mayer	„Normal verlaufende“ Patientensituation	Knie- oder Hüftprothese (ohne Komplikationen)	Stabil & hochspezialisiert	9
4	03.11.2008	Hôpital Riviera Vevey, Montreux	CTR 3	Eliane Chauvin, Aude Lavanchy, Corinne Mayer	Chronisch kranke, betagte Person	CTR-Patient/in mit Mehrfacherkrankung	Stabil & hochspezialisiert	9
5	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Onkologie	Maxime Côté, Linda Farad, Chantal Inversini	Patient/in mit multidisziplinären Verläufen und Schnittstellen	Onkologie-Patient/in	Stabil & hochspezialisiert	10
6	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne Standort Cery	Erwachsenenpsychiatrie (Abteilung Jaspers)	Jacques Herrgott, Bruno Robalo, Gaelle Monnier	Patient/in mit multidisziplinären Verläufen und Schnittstellen	Psychatrie-Patient/in	Instabil, hochspezialisiert	9
7	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Innere Medizin	Roland Foster, Laurent Messina, Nicolas Jayet	„Normal verlaufende“ Patientensituation	Akute Dekompensation bei chronischer Krankheit	Instabil, mittelmässig spezialisiert	10
8	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Stationäre Pflege, Herz- und Gefässchirurgie	José da Silva, Alexandra Margairaz, Cynthia Stoudmann	Hochrisikopatient/in	Aortokoronaer Bypass	Stabil, hochspezialisiert	9

9	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Centre de santé infirmier pour requérants d'asile (PMU)	Françoise Ninane, Béatrice Huber, Jacques Goin	Patient/in mit Beratungsbedarf	Asylsuchende/r, verschiedene Behinderungen	Stabil, mittelmässig spezialisiert	7
10	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Intensivstation	Philippe Maravic, Ickan Aebischer, Anne Bühler	Hochrisikopatient/in, akut erkrankte/r Patient/in	Atemstillstand	Instabil, hochspezialisiert	9
11	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	CUTR - Sylvania	Viviane Szostak, Monique Gudrna, Jeanne Bakajika	Stärker pflegeorientierte Patientensituation	Schenkelhalsbruch + Bauchschmerzen + Schädel-Hirntrauma	Stabil & hochspezialisiert	10
12	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	ORLH	Françoise Vassort, A-Cathrine Delafontaine, Evelyne Bourquin	Spezialisierte Patientengruppen	HNO-Patient/in	Instabil, hochspezialisiert	10
13	17.11.2008	Gesundheitsnetz Wallis, Clinique St-Amé	Geriatric	Mireille Benavides, Léa Rovalletti, Carole Delavy, Anne-Françoise Merz	Chronisch kranke, betagte Person	Herzversagen, Atemdekomensation, chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (BPCO)	Stabil, mittelmässig spezialisiert	9
14	17.11.2008	Gesundheitsnetz Wallis, Sion	Medizinischer Dienst und Onkologie	Florence Giroud Anaïs Hermelin	Stärker pflegeorientierte Patientensituation	Medizin Onkologie	Instabil, mittelmässig spezialisiert	9
15	18.11.2008	Gesundheitsnetz Wallis, Brig	Chirurgie, Wochen-Klinik	Renata Werlen, Nicole Salzgeber, Felicitas Führer	"Normal verlaufende" Patientensituation	Urologiepatient	Stabil, mittelmässig spezialisiert	6
16	21.11.2008	Gesundheitsnetz Wallis, Sion	Psychiatrie	Christian Fontannaz, Evelyne Grolleau, Antoinette Lachavanne	Patient/in mit multi-disziplinären Verläufen und Schnittstellen	Post-Krise	Stabil & hochspezialisiert	9
17	25.11.2008	Universitätsspital Basel	Akut-Geriatric	Hr. Tschamper, Fr. Ulrich, Fr. Mattler	Chronisch kranke, betagte Person mit akuter Diagnose	Herzinsuffizienz	Instabil, hochspezialisiert	20
18	25.11.2008	Universitätsspital Basel	OIB	Hr. Stehlin, Fr. Thompson, Fr. Kessler, Hr. Hübsch	Akut erkrankte/r Hochrisikopatient/in	Herz- und Atemstillstand	Instabil, hochspezialisiert	12
19	25.11.2008	Universitätsspital Basel	Hals-, Nasen-, Ohren-klinik	Hr. Hink, Fr. Jensen, Fr. Josephs	Patient/innen mit multi-disziplinären Verläufen und Schnittstellen	Onkologiepatient/in	Instabil, mittelmässig spezialisiert	13
20	25.11.2008	Universitätsspital Basel	Chirurgie 6	Fr. Wigger, Fr. Hugenschmidt, Fr. Gebauer	"Normal verlaufende" Patientensituation	Rektumkarzinom	Stabil, mittelmässig spezialisiert	7
21	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Chirurgie	Fr. Sobock, Fr. Helbling-Wegener, Fr. Schmid	Hochrisikopatient/in	Lebertransplantation	Instabil, mittelmässig spezialisiert	15

22	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Neurochirurgie	Karin Kölberer, Claudia Aebi, Cornelia Brunner, Stefan Heuser	Stärker pflegeorientierte Patientensituation	Tumorpatient/in, Hirnblutung	Instabil, mittelmässig spezialisiert	11
23	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Hauterkrankungen	Sarah Rappo, Markus Musholt, Ebru Sinan	Spezialisierte Patientengruppen	Ekzeme, Allergien, Wundbehandlung	Stabil, hochspezialisiert	13
24	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Pränatal-Abteilung	Fr. Schwarz, Fr. Wyler, Fr. Ragnesi	Patientensituation mit hohem Beratungsbedarf	Schwangerschaftsvergiftung, Frühgeburt	Stabil, mittelmässig spezialisiert	10
25	03.12.2008	Stadtspital Waid, Zürich	EFG3	Roger Häfliger, Katrin Wichmann, Sophie Moser	Chronisch kranke, betagte Person	Diabetes	Instabil, mittelmässig spezialisiert	7
26	03.12.2008	Stadtspital Waid, Zürich	AB1	Elisabeth Mattle, Yesenia Alba Ruiz, Miriam Husistein	"Normal verlaufende" Patientensituation	Gallenblasenoperation	Stabil, mittelmässig spezialisiert	9
27	03.12.2008	Stadtspital Waid, Zürich	D2	Martin Hagemann, Cornelia Abplanalp, Margreta Hofmann	Stärker pflegeorientierte Patientensituation	Hirnblutung und Langzeitpflege	Stabil, mittelmässig spezialisiert	8
28	03.12.2008	Stadtspital Waid, Zürich	EFG3	Roger Häfliger, Katrin Wichmann, Sophie Moser	Hochrisiko-Patient/in	Status nach Herzinfarkt	Stabil, mittelmässig spezialisiert	8
29	08.12.2008	Domicil Bethlehemacker, Bern	Team Langzeitpflege	Patricia Baeriswyl, Natascha Radenovic, Madeleine Ducommun	Chronisch kranke, betagte Person	Demenz, Herzinsuffizienz, Diabetes	Stabil, mittelmässig spezialisiert	10
30	09.12.2008	Domicil Bethlehemacker, Bern	Team Langzeitpflege	Patricia Baeriswyl, Natascha Radenovic, Madeleine Ducommun	Stärker pflegeorientierte Patientensituation	Geriatrie-Patient/in	Stabil, mittelmässig spezialisiert	
31	15.12.2008	Soins à domicile, Sierre	Pflegeteam Sierre	Danièle Urben, Isabelle Salamin Plaschy, Adèle Antonelli	Chronisch kranke, betagte Person	chronische Herzinsuffizienz, Diabetes	Stabil, wenig spezialisiert	12
32	16.12.2008	Pflegeheim Belle Saison, Waadt	Pflegeteam Belle Saison	Huguette Steiner, Arlette Perret, Anne-Marie Sylvestre Baron	Chronisch kranke, betagte Person	multiple Erkrankung	Stabil, mittelmässig spezialisiert	10
Anzahl Schlüsselaktivitäten								311

Anhang 5 – Die Methode Symphony/Corom

Zusammenfassung

<i>Situativer Kontext</i> _____	50
<i>Kognitiver Ansatz</i> _____	51
<i>Die vier Kriterien</i> _____	52
Die intellektuellen Ansätze _____	52
Die Wissensbausteine _____	53
Der Bezug zu Raum und Zeit (BZR) _____	54
Die Interaktion der Beziehungen (IB) _____	54
<i>Beobachtungen aus der Anwendung dieses Vorgehens</i> _____	55
<i>Schlussfolgerungen</i> _____	55
<i>Eruieren von Kompetenzen im Betrieb</i> _____	56
Die Rekrutierung _____	56
Mobilität/Orientierung _____	56
Ausbildung _____	56
Arbeitsorganisation _____	56
<i>Nutzen des kognitiven Ansatzes</i> _____	57
<i>Referenzen Symphony/Corom</i> _____	58

Situativer Kontext

Die Form einer Organisation beeinflusst deren Praxis und Ausgestaltung des Human Resource Management (HRM). Anhand des von Scott erstellten Rasters lassen sich die verschiedenen bisher angewandten Formen des HRM unterscheiden. Es handelt sich um vier grundlegende theoretische Standpunkte und einen fünften, künftigen Pol, der sich zurzeit in Ausarbeitung befindet.

<p>1. Pol RATIONAL - GESCHLOSSEN (1900-1930)</p> <p>Organisation und Führung HRM = Personaladministration</p> <p>Die Arbeitsteilung konzentriert sich auf die Verteilung von Arbeitsvorgängen und auf Koordinationsfragen. Die Unternehmensorganisation orientiert sich an den einzelnen TÄTIGKEITEN (Taylorismus).</p>	<p>3. Pol RATIONAL - OFFEN (1960-1970)</p> <p>Anpassung und Handhabung der HR (Kontext) HRM = Führung/Verwaltung der HR durch MbO (Management by Objectives = Führen durch Zielvereinbarungen) mit der Möglichkeit, über Zielvereinbarungen zu verhandeln</p> <p>Erkenntnis, dass gewisse Tätigkeiten über gemeinsame Eigenschaften verfügen = Auftreten der vorausschauenden Führung/Verwaltung nach ART der TÄTIGKEIT (Berufe).</p>
<p>2. Pol SOZIAL - GESCHLOSSEN (1930-1960)</p> <p>Motivieren (menschliche Dimension) HRM = humanistischer Diskurs, konfliktvermeidend (auf der Grundlage von persönlichen Gesprächen)</p> <p>Erkenntnis, dass bei einer Tätigkeit nicht alles steuerbar ist. Der Begriff ARBEITSSTELLE wird eingeführt.</p>	<p>4. Pol SOZIAL - OFFEN (1970-)</p> <p>Partizipative Führung: Mobilisierung und Unternehmenskultur HRM = soziale Entwicklung des Unternehmens durch das Individuum</p> <p>Das Ermitteln von Kompetenzen wird als Führungsinstrument eingesetzt (Kompetenz = Wissen/Können = das, was es mir ermöglicht, eine Stelle zu behalten = Bezug zur Tätigkeit). Diese Auffassung überwiegt auch heute noch weitgehend.</p>
<p>5) Pol INDIVIDUUM – KOMPETENZEN (1990-)</p> <p>Situationsabhängige Führung der Kompetenzen HRM = auf die Führung der individuellen Mobilität ausgerichtet</p> <p>Kompetenz wird als ein gedanklicher Prozess zur Problemlösung betrachtet.</p>	

Seit Ende der 1980er-Jahre ergänzt der kognitive Ansatz den bis dahin vorherrschenden Ansatz (die Kompetenzen bestehen aus dem Know-how). Das Problem des Know-how-Ansatzes ist, dass er das benötigte Wissen sehr detailliert beschreibt und der Unterschied zwischen Aktivität und Kompetenz oft nicht klar genug ist. Damit erschwert dieser Ansatz die Analyse der übertragbaren Kompetenzen und somit auch die berufliche Mobilität. Der kognitive Ansatz ist wirkungsvoller, wenn es darum geht, die individuelle Mobilität zu begünstigen (seit 1987 besteht eine grosse Nachfrage seitens der Unternehmen, da immer mehr Berufe verschwinden und daher das Bedürfnis besteht, die bestehenden Kompetenzen zu analysieren und sie in neuen Berufen wieder einzusetzen).

Kognitiver Ansatz

Definition von Kompetenz:

„Unter kognitiver Kompetenz versteht man die Fähigkeit zur Problemlösung in einer bestimmten Situation.“

Definition von Problemlösung:

„Unter Problemlösung versteht man die Notwendigkeit, eine Situation A in eine Situation B zu ändern.“

Es handelt sich dabei also nicht um Aktivitäten, die „Probleme verursachen“, sondern um solche, die es ermöglichen, einzugreifen, zu handeln und die Situation zu verändern.

Fragestellungen:

- Was macht es aus, dass ich etwas erreiche?
- Warum und wie schaffe ich es, ein Problem zu lösen? (und nicht „was mache ich“...)

Die Aktivität verschiebt sich in Richtung Problemlösung. Die Aktivität ist nicht ausreichend, aber unverzichtbar (z.B. die Ursache einer Panne erkennen können).

Jedes Individuum besitzt dominante kognitive Kompetenzen. Sie werden anhand einer vorgängigen Analyse der vorherrschenden Aktivitäten eruiert. Weil ein Individuum regelmässig identische Probleme lösen muss, entwickelt es nach und nach die effizienten mentalen Vorgehensweisen und wirksamen Mittel, die es ihm erlauben, mit geringem Zeitaufwand öfter zum Erfolg zu kommen. Durch das Reagieren auf die Umwelt, die Probleme stellt, entwickelt das Individuum also seine Kompetenzen und eignet sich gewisse bevorzugte Vorgehensweisen an.

Zuerst befragt man die Personen zu ihren Aktivitäten und/oder den Problemen, die sie zu lösen haben. Aus dieser ersten Phase kann man einige Feststellungen treffen:

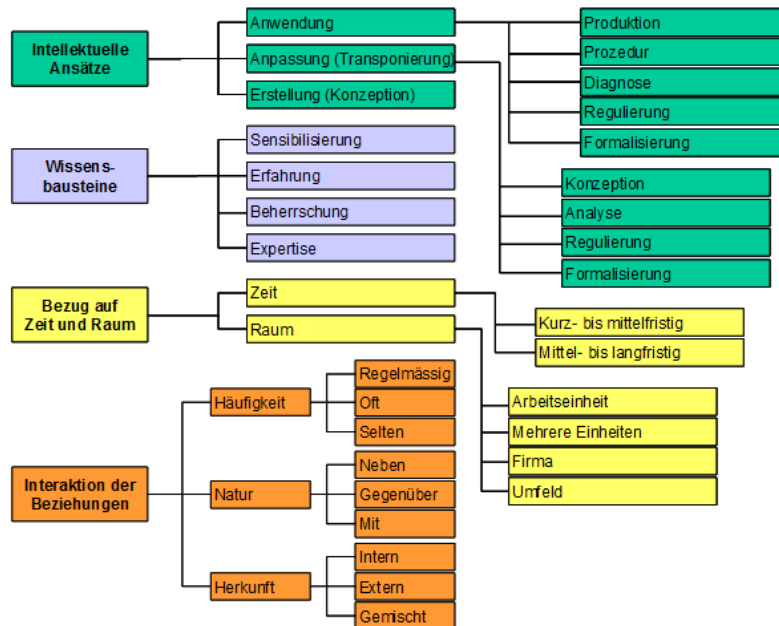
- Je kompetenter eine Person ist, desto weniger kann sie erklären, wie sie bei einer bestimmten Tätigkeit vorgeht. Man ist also kompetent, wenn man nicht mehr erklären kann, wie man etwas macht.
- Hypothese: Kompetenz ist ein Automatisierungsprozess, eine geistige Vorgehensweise. (= wie mobilisiere ich meine Kenntnisse, mein Wissen...in der richtigen Reihenfolge, zum richtigen Zeitpunkt etc.).
- Der Ansatz der kognitiven Kompetenz stützt sich auf einen Grundsatz ab: Sobald eine effiziente Handlung vorliegt, ist Kompetenz im Spiel.
- Erfahrung ermöglicht die Entwicklung einer intellektuellen Vorgehensweise, d.h. einer kognitiven Kompetenz.
- Eine kompetente Person unterscheidet sich von einer nicht-kompetenten Person durch die Fähigkeit, die bei der täglichen Aktivität auftretenden Probleme schneller, besser und häufiger lösen zu können. Sie steuert direkter auf das Ziel zu, sammelt sofort die richtigen Informationen und die richtigen Anhaltspunkte.
- Kompetenz ist keine theoretische Grösse, sondern mit einer Aktivität und mit einem Kontext verbunden.

Die vier Kriterien

Der kognitive Ansatz bietet vier Kriterien zur Bewertung der intellektuellen Aktivität bei einer Handlung.

Die 4 Dimensionen der Kompetenz

Typologie der vier Kompetenzen (Quelle: Sandra Bellier, Michel Ledru, CEGOS)



Die intellektuellen Ansätze (IA)

IA sind aufeinanderfolgende mentale Handlungen/Aktionen, die eine Problemlösung ermöglichen. Die IA erlauben es, im Verlauf der Aktion nach und nach die nötigen Kompetenzen „abzurufen“ und anzuwenden, ob es sich dabei nun um Wissen, Verhalten oder Fertigkeiten handelt. Zur Problemlösung bedarf es der IA, dies auch beim Umgang mit beziehungs-spezifischen oder materiell bedingten Problemen. Die IA sind vollständig abhängig vom zu lösenden Problem und stehen somit in direkter Beziehung zur Aktivität.

Der kognitive Ansatz fokussiert sich darauf, wie Personen mit Informationen umgehen, und erkennt so drei Strategietypen der Problemlösung:

■ Der intellektuelle Ansatz **Anwendung**:

- Sehr gutes Vorstellungsvermögen, wie eine Lösung aussehen muss. Wenn z.B. ein Automechaniker/eine Automechanikerin ein defektes Fahrzeug mit einem intakten vergleicht, bezieht er/sie sich auf ein bestehendes Modell. Den gleichen Ansatz wendet eine Ärztin/ein Arzt an.
- Es gibt vier Unterkategorien der IA des Typs Anwendung:
 - 1) Anwendung Produktion
 - 2) Anwendung Prozess

- 3) Anwendung Diagnose
- 4) Anwendung Regulierung

- Der intellektuelle Ansatz **Anpassung** (oder Transponierung):
 - Wahl der besten Vorgehensweise anhand des Kontexts, der kognitive Vorgang fokussiert sich auf die Wahl der Methode zum richtigen Zeitpunkt etc.
 - Es gibt vier Unterkategorien der IA für den Typ Anpassung:
 - 1) Anpassung Konzeption
 - 2) Anpassung Analyse
 - 3) Anpassung Regulierung
 - 4) Anpassung Formalisierung
- Der intellektuelle Ansatz **Erstellung** (oder Konzeption):
 - Keine Verarbeitung von Informationen
 - Keine Vorgabe der Lösung
 - Erwartung einer Lösungsfindung (Sinn/Bedeutung tritt unerwartet ein)

Man erfindet etwas, schafft etwas Neues oder arbeitet kreativ. Arbeiten, die diese IA mobilisieren, sind insbesondere im Bereich der Forschung, Entwicklung und Innovation zu finden.

Die Wissensbausteine

Als WB bezeichnet man das Beherrschen eines strukturierten Wissensbereichs (Recht, Psychologie, Informatik etc.). Es ist das zusammengefasste Wissen, das für das erfolgreiche Ausüben des Berufs unerlässlich ist, wobei man dabei eher auf „Fähigkeitsgruppen“ zurückgreift als auf einzelne Kenntnisse. Die WB bilden die grundlegende Wissensbibliothek, die es einem erlaubt, etwas zu verstehen, zu handeln und im Beruf Neues zu erlernen. Dieses Wissen ist fest verankert und bildet einen Referenzrahmen, in den man andere Kenntnisse integrieren kann.

Dank den WB lässt sich ein neuer Sachverhalt in einem gleichen Bereich einfacher erlernen.

Für dieses Kriterium gibt es eine Beherrschungsskala:

- Sensibilisierung: von etwas Kenntnis haben..., allgemeines Verständnis = „Ich kenne etwas, ich habe davon gehört...“
- Erfahrung: gut integriert für die tägliche Anwendung, auf Wissen zurückgreifen, um zu handeln = „Ich wende etwas an, ich weiss, wie etwas geht“
- Beherrschung: vertieftes Wissen = „Ich verstehe etwas, ich kann ausbilden“
- Expertise: Wissen weiterentwickeln können, über sehr vertieftes Wissen verfügen, das erlaubt, Neuerungen einzuführen und auf hohem Niveau weiterzugeben

Anwendung: Um einen Beruf zu charakterisieren, eruiert man die drei oder vier dominanten Wissensbausteine.

Der Bezug zu Raum und Zeit (BZR)

Der Bezug zu Zeit und Raum (BZR) vervollständigt das Kriterium der IA. Dieses dritte Kriterium erlaubt es, den Grad der Komplexität, der während der IA interveniert, anhand von zwei Dimensionen zu präzisieren, nämlich die während der Aktivität notwendige Ausrichtung auf Zeit und Raum.

Die Ausrichtung auf die Zeit betrifft eine oder mehrere zeitliche Perspektiven, in denen man sich während der Lösungsfindung befindet. Eine mittelfristige Ausrichtung beispielsweise verlangt von einer Person, Informationen mit einzubeziehen, die noch gar nicht vorhanden sind.

Die Ausrichtung auf den Raum bezieht sich auf die Berücksichtigung der Anzahl Informationen und der Analyse des quasi-geografischen Raums während der Problemlösung.

Bemerkung

Die Komplexität ist das einzige Kriterium, das teilweise auch in Bezug zur Hierarchiestufe steht. Je höher die Position ist, die man innehat, desto wichtiger werden langfristig ausgerichtete Aktivitäten.

Die Interaktion der Beziehungen (IB)

Dieses Kriterium betrifft die Art und Weise der Interaktionen, deren es zu einer Problemlösung bedarf. Die IB unterscheidet sich dabei von der Bezeichnung „Kontakte“, da man zwar mit zahlreichen Menschen in Kontakt sein kann, ohne aber dabei während des mentalen Prozesses in eine Interaktion treten zu müssen.

Es gibt drei Indikatoren, um die IB zu charakterisieren.

a. Die **Häufigkeit** der Interaktion

- Selten: Die Arbeit verläuft mit sehr wenig IB.
- Häufig: Die Arbeit kann nicht ohne IB durchgeführt werden. Es bedarf eines gewissen Austauschs von Informationen, damit die Aktivität erfolgreich durchgeführt werden kann.

b. Die **Art** der Interaktion

- Interaktion „neben“: Die Arbeit verlangt IB, die in Informationsaustausch bestehen. Sie sind zur Organisation und Fortführung der Arbeit notwendig, verändern den intellektuellen Ansatz aber nicht.
- Interaktion „gegenüber“: umfasst alle Interaktionen im Bereich Verkauf, Verhandlungen, Empfang und direkter (Kunden-)Kontakt
- Interaktion „mit“: Die Arbeit kann ohne IB nicht ausgeführt werden. Es handelt sich also um echte Teamarbeit. Bei dieser IB müssen andere Denklagen berücksichtigt werden.

c. Die **Zielrichtung** der Interaktion

- Nach innen gerichtete Interaktion (intern)
- Nach aussen gerichtete Interaktion (extern)

Beobachtungen aus der Anwendung dieses Vorgehens

- Die Hauptaktivitäten einer Arbeit erfordern die gleichen IA und erlauben es, 80% der Probleme damit zu lösen.
- Nicht Individuen, sondern Problemsituationen bestimmen die Kompetenzen.
- Für die berufliche Orientierung und Mobilität ist es von Vorteil, wenn man sich auf Aktivitäten, die den gleichen IA verlangen, konzentrieren kann. Ausschlaggebend dabei sind nicht die Ähnlichkeiten zwischen den verschiedenen Berufszweigen, sondern vielmehr die Ähnlichkeiten bei der Art und Weise der Problemlösung.
- Zwischen den drei Typen von intellektuellen Ansätzen besteht keine Rangfolge, d.h. es ist in jeder Richtung schwierig, von einem intellektuellen Ansatz zum einem anderen zu wechseln. Ohne Vorwarnung besteht ein hohes Risiko zu scheitern.
- Von Mitarbeitenden sollte nicht verlangt werden, verschiedene IA gleichzeitig anwenden zu müssen, da dies sehr anstrengend ist und dabei keine Automatismen angewendet werden können, was letztlich zu einer verringerten Kompetenz führt. Es gibt dennoch einige Berufe, die dies verlangen (und deshalb auch sehr anstrengend sind):
 - Sich ständig verändernde Berufe (unstrukturierte Berufe, die zu einer hohen Fluktuation führen)
 - Berufe, die Teamarbeit erfordern und in denen die Aufgaben untereinander aufgeteilt werden
 - Z.B. Flugverkehrsleiter/in = Anwendung + Anpassung
 - Z.B. soziale Berufe = Anwendung (Administration) und Anpassung (sehr häufiger Kontakt/ Beziehung zu anderen)

Schlussfolgerungen

Dieses Vorgehen trifft den Kern der Kompetenz, allerdings nicht alles, was Kompetenz ausmacht. Es ersetzt andere Vorgehensweisen nicht. Um ein Gesamtbild zu erhalten, kann man es mit anderen Ansätzen kombinieren, wie z.B. die hier fehlende persönlichkeitsbezogene Kompetenz.

Nach zehn Jahren Arbeit mit Kompetenzen haben sich die Spezialisten auf folgende Eigenschaften geeinigt, die Kompetenz ausmachen:

1. Kompetenz ist verbunden mit der Aktivität.
(Kompetenz existiert nur in Verbindung mit einem zu lösenden Problem)
2. Kompetenz ist kontextbezogen und somit nicht transversal.
3. Im Inneren einer Kompetenz liegt eine kognitive Dimension.
4. Kompetenzen mobilisieren Wissen, Können und Selbsteinschätzung
5. Integration macht die Kompetenz aus (lernt man beim Handeln).

Eruieren von Kompetenzen im Betrieb

Die Rekrutierung

Die Selektion: Das Definieren von Kompetenzen vereinfacht es, eine Bewerberin/einen Bewerber aufgrund dieser Kriterien auszuwählen.

- a) Analyse der Arbeit/Stelle
 - b) Analyse der mit der Stelle verbundenen Tätigkeiten
 - c) Definition der Kompetenzen anhand der geforderten Tätigkeiten
 - d) Definition der Selektionskriterien anhand der Kompetenzen
 - e) Erstellung eines Profils = Werkzeug
- Es müssen nicht alle Tätigkeiten im Detail bekannt sein.
 - Es sollen die Kernaktivitäten des Berufs eruiert werden (sich auf das Wichtigste konzentrieren). Die zwei wichtigsten Kriterien sind:
 - 1) WICHTIGKEIT: Dies erlaubt, den Kern des Berufs und die wichtigsten, ausschlaggebendsten Aktivitäten zu eruiern,...
 - 2) HÄUFIGKEIT: kognitives Vorgehen, das zu Automatismen führt
 - Selektionslogik: sich zuerst und vor allem auf die wichtigsten Aktivitäten konzentrieren.

Mobilität/Orientierung

Mobilität/Orientierung ermöglicht den Übergang von einem Beruf X zu einem Beruf Y mit möglichst geringem Aufwand (wirtschaftlich, psychologisch etc.).

- Mobilität erlaubt den Vergleich zwischen zwei Arbeitsplätzen und zwischen einer Person und einem Arbeitsplatz.
- Orientierung schafft neue Möglichkeiten, erlaubt es, Risiken ab- und Kompetenzen einzuschätzen. Sie ermöglicht, ein personenbezogenes Konzept zu erstellen.

Ausbildung

Der Aufbau einer Ausbildungsarchitektur verlangt gute Kenntnisse der allgemeinen Berufssituation. Dabei muss analysiert werden, was die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen vorgängig erledigen können und was sie nach einer abgeschlossenen Fort- oder Weiterbildung beherrschen sollten.

Als Beispiel kann man den Unterschied zwischen den Aufgaben einer Sekretärin und einer Direktionssekretärin nehmen. Die Kompetenzanalyse verdeutlicht, auf welchen Kriterien die Ähnlichkeit oder die Unterschiedlichkeit zwischen zwei Stellen/Berufen beruht. Wenn man die Kompetenzkriterien analysiert, die eine Ähnlichkeit zwischen den beiden Berufen erahnen lässt und jene eruiert, die die Unterschiede hervorheben, können Stärken und Schwächen, die es beim Übergang von einem in einen anderen Beruf zu berücksichtigen gilt, definiert werden. Eine solche Analyse kann auch zu Überlegungen im Bereich der beruflichen Mobilität führen: Welche Ausbildung ist am Geeignetesten? Welche Stelle/Beruf soll als Zwischenlösung gewählt werden, um schrittweise den Übergang vom einem in einen anderen Beruf zu bewerkstelligen?

Arbeitsorganisation

Die Beschreibung der Tätigkeiten soll es für eine zukünftige Situation erlauben, Stellenbeschreibungen zu erstellen (Bezeichnungen/Titel, Tätigkeiten).

Nutzen des kognitiven Ansatzes

- Mit der Auswahl der kognitiven Kompetenzkriterien kann das Schwergewicht auf etwas anderes als lediglich die ausführende Tätigkeit gelegt werden. Es geht über das Wissen/Können hinaus, das normalerweise mittels eines Qualifikationsbeschriebs analysiert wird.
- Die meisten existierenden Methoden versuchen, so detailliert wie möglich die operativen Vorgehensweisen zu eruieren und damit die benötigten Wissensbereiche aufzuzeigen. Dieses Vorgehen bringt aber das Problem mit sich, dass die verschiedensten Bereiche von Wissen und Fähigkeiten beschrieben werden, was den Vergleich zwischen Berufen/Stellen aus verschiedenen Bereichen praktisch verunmöglicht.
- Mit den kognitiven Kompetenzen kann man gleichzeitig eine Person und eine Stelle/einen Beruf charakterisieren. So können einerseits die dominanten Kompetenzen einer Person anhand dessen, was die Person macht und wie sie es macht, beschrieben werden; andererseits können auch die zur Problemlösung am Arbeitsplatz benötigten Kompetenzen beschrieben werden. Die ausschlaggebenden kognitiven Kompetenzen können also mittels einer vorgängig durchgeführten Analyse der Aktivitäten bestimmt werden.

Die fünf wichtigsten Vorteile aus dem Ansatz der kognitiven Kompetenz:

1. Kognitive Kompetenzen sind in jeder Aktivität vorhanden, sei es eine Aktivität manueller, intellektueller oder sozialer Art. Bei allen ist eine geistige Komponente im Spiel, um die Gesten, Ideen und die Kommunikation miteinander zu verknüpfen. Bei jeder Aktivität ist das Aufnehmen und Weiterverarbeiten von Informationen wichtig. Es ist also möglich, für verschiedene Stellen/Berufe übereinstimmende Kriterien zu finden, die zur Ausübung benötigt werden.
2. Kognitive Kompetenzen sind am einfachsten zu transferieren. Beim Übergang von einer Stelle/einem Beruf A zu einer Stelle/einem Beruf B fährt eine Person, auch wenn sie dort nicht die gleichen Wissensbereiche und Fähigkeiten wiederfindet, spontan fort, Dinge in einer bestimmten Art und Weise zu tun: wie sie Probleme löst und wie sie sich allgemein organisiert.
3. Die Zahl der kognitiven Kompetenzen ist eher gering bzw. die Zahl der kognitiven Kompetenzen, die eine Prognose in Bezug auf die Ähnlichkeiten von Stellen/Berufen erlauben, ist überschaubar. Dies bedeutet hingegen auch, dass dieses Vorgehen nicht alles abdecken kann.
4. Personen, die mit einer „zumutbaren“ Mobilität konfrontiert werden, müssen nicht plötzlich ihre Denkweise ändern. Sie können ihr Verhalten einfacher anpassen und sind so schneller wieder kompetent.
5. Für ein Unternehmen ist es einfacher, kompetente Personen zu finden, da aus der „Kompetenzkonfiguration“ einer Bewerberin/eines Bewerbers geschlossen werden kann, dass sie/er in einer vorgängigen Situation bereits benötigte Kompetenzen überträgt und wieder einsetzt.

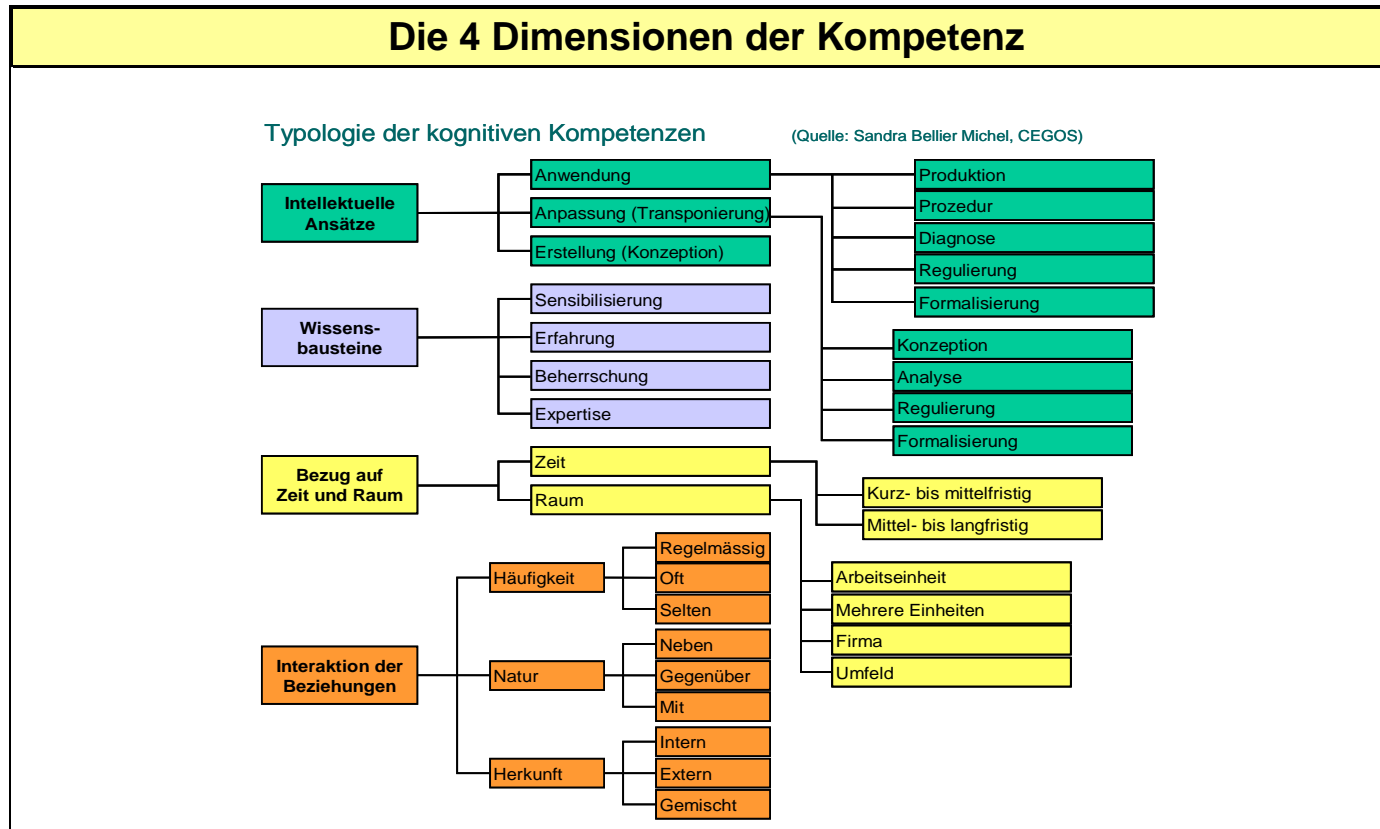
Referenzen Symphony/Corom

MICHEL S., LEDRU M., Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive, Paris, ESF Editeur, 1991

MICHEL S., Sens et contresens des bilans de compétences, Paris, Editions Liaisons, 1993

Sur la base du cours du professeur Sandra Bellier-Michel (12.03.99 au 30.04.99) donné à l'UNIL pour l'IPA

Anhang 6 – Glossar Corom



1. Die intellektuellen Ansätze

Die Intellektuellen Ansätze charakterisieren den mentalen Prozess, welcher zur Problemlösung im Rahmen der Ausführung einer Aktivität erstellt wurde. Man unterscheidet drei IA-Familien, die wie folgt schematisiert werden können:

Anwendung Um meiner Aktivität nachkommen zu können, kenne ich alle mir zur Verfügung stehenden Elemente (A). Ich weiss, welches Resultat erwartet wird (B). Die zur Erzielung dieses Resultates umzusetzende Strategie ist eindeutig und klar definiert.

Anwendung Produktion Der mentale Prozess beachtet, dass die/der Mitarbeitende in direktem Kontakt mit dem technischen System ist. Die/der Mitarbeitende setzt im Verlauf der Problemlösung ihren/seinen Körper ein. Mit der Erfahrung hat sie/er sich eine Geschicklichkeit in ihren/seinen Gesten angeeignet. Die Gesten sind von entscheidender Wichtigkeit und die Darstellung der Lösung wird andauernd auf „das Erinnerungsvermögen des Körpers“ zurückgreifen.

Anwendung Prozedur Die Aufgabe der/des Mitarbeitenden ist, eine gegebene Prozedur, ein gegebenes Schema zur Problemlösung strikt zu befolgen. Im Beruf ist die erste Notwendigkeit, die Prozedur im Verlauf der Aktion so genau wie nur möglich umzusetzen, durchzuführen, egal ob es sich um eine einfache oder um eine komplexe Prozedur handelt.

Anwendung Diagnose Der mentale Prozess ist auf das fokalisiert, was ermöglicht, den Fehler zu entdecken, die Ursache einer Anomalie zu suchen, eine Kontrolle durchzuführen, eine Diagnose zu erstellen.
Es handelt sich weder darum, direkt zu produzieren, noch das ganze System zu regulieren, sondern sich auf das zu konzentrieren, was eine normale Funktionsweise des Systems verhindert.

Anwendung Regulierung Der mentale Prozess ist auf die Koordination der verschiedenen Elemente in einem System gerichtet. Der/die Mitarbeitende nimmt direkt an der Aktion teil. Sie/er berücksichtigt mehrere gemeinsame Faktoren, die „miteinander funktionieren“, ausgeglichen werden müssen. Dazu werden eine oder mehrere Prozeduren eingesetzt. Die/der Mitarbeitende behebt Dissonanzen, damit alles immer so ist, wie es sein sollte. Dazu bezieht sie/er sich auf ein präzises Modell, das dem

Anwendung Formalisierung Der mentale Prozess ist auf die Verarbeitung von Objekten, schriftlichen oder mündlichen Mitteilungen ausgerichtet, die es mit einer vorherbestimmten Norm in Konformität zu bringen gilt. Die/der Mitarbeitende hält sich an Regeln, die sie/er sich selber vorgeschrieben hat oder die ihr/ihm von der Organisation vorgeschrieben wurden, unabhängig von der unmittelbaren Reaktion des Empfängers der Mitteilung oder des Objektes. Sie/er bezieht sich dementsprechend auf präzise Präsentationsmodelle: Protokolle, Stylblätter, Policen, Sätze...

Anpassung

Um meiner Aktivität nachzukommen, kenne ich die mir zur Verfügung stehenden Elemente (A), ich weiss ungefähr, welches Resultat erwartet wird (B?), aber ich verfüge über mehrere Umsetzungsstrategien, um dieses Resultat zu erzielen.



**Anpassung
Konzeption**

Der/die Mitarbeitende hat weder eine präzise Vorstellung des Lösungsprozesses noch der Endlösung, die sie/er anstreben soll. Sie/er stützt sich auf die Ausarbeitung von Ideen, die Entwicklung neuer Themen. Sie/er muss aufgrund vieler vorhandener Schemen Modelle erarbeiten. Der "reine" Entwicklungsteil und die Ausarbeitung von Ideen sind ausschlaggebend.

**Anpassung
Analyse**

Die/der Mitarbeitende konzentriert sich darauf, die ihr/ihm zur Verfügung gestellten Daten zu verstehen, deren Sinn und Bedeutung zu suchen. Sie/er arbeitet auf die Entscheidung hin, stützt sich auf Informationen, welche sie/er sortiert, analysiert, vergleicht und in Zusammenhang bringt. Zudem versucht sie/er, anscheinend disparaten Elementen einen Sinn zu geben.

**Anpassung
Regulierung**

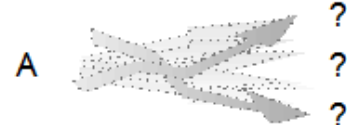
Es handelt sich darum, ein komplexes System weiterzuentwickeln, in welchem verschiedene Prioritäten interferieren. Die/der Mitarbeitende berücksichtigt und integriert mehrere zusammenhängende Systeme, damit sie sich gemeinsam weiterentwickeln. Das globale Funktionieren soll verbessert werden, indem die Lösungen im Verlauf der Dinge nach und nach angepasst werden. Die/der Mitarbeitende muss ein Modell an einen Kontext anpassen, um zur besten Lösung zu gelangen.

**Anpassung
Formalisierung**

An dieser Stelle konzentriert sich die/der Mitarbeitende vorwiegend auf die Bedingungen zur Umsetzung der Lösung; mehr auf die Präsentation und die Modalitäten als auf den Inhalt. Hier geht es nicht mehr darum, zwischen mehreren Ideen zu wählen, sondern zwischen mehreren Formen oder Modalitäten für eine gegebene Idee. Jedoch gibt es Alternativen und demzufolge müssen Entscheidungen getroffen werden, um die Formalisierung an das erwünschte Ziel anzupassen.

Erstellung

Um diese Aktivität umzusetzen, verfüge ich über mehrere Elemente, habe aber keine Ahnung vom Resultat und wie ich meine Aktivität ausüben werde. Hier geht es darum, zu erfinden, zu innovieren, zu kreieren. Der Prozess, der Ansatz, die Arbeitsweise müssen kreiert werden. Diese Vorgehensweise ist nur selten in Firmen vorzufinden, in welchen die Arbeitsorganisation versucht, die Prozeduren zu rationalisieren.



2. Die Wissensbausteine

Die Wissensbausteine können als Wissensbibliothek betrachtet werden oder als Referenzrahmen, in welchem man schöpfen kann, um eine Aktivität auszuführen. Es ist eine solide Wissensbasis, die Bestandteil der Kompetenz ist, welche eine effektive Ausübung einer Berufsaktivität gewährleistet. Dieses Wissen wird meistens auf vier verschiedene Weisen mobilisiert:

Kenntnisse

Kenntnis eines Arbeitsumfeldes, einer Berufskultur, Konventionen, Codes und Reglementen die mit einem Beruf verbunden sind. Hinzu kommt noch das Verständnis des Berufsvokabulars. Viele Firmen nennen dies den Lack des Wissens einer „Allgemeinbildung“ in einem professionellen Bereich.
Diese Wissensbausteine wurden durch Erfahrung gesammelt: „Ich kenne das, ich habe davon gehört, ich kann global darüber sprechen.“

Erfahrung

Es ist die Fähigkeit, Regeln, Konventionen, Codes und Reglemente anzuwenden. Es handelt sich um praktisches Wissen, welches vielmehr mit einem Applikationskontext verbunden ist. Dieser Wissensstand entspricht generell einem Know-how. Ein Grossteil dieser Wissensbausteine kann durch Erfahrung gesammelt werden: „Ich kann dieses Wissen umsetzen.“

Beherrschung

Ausführliches, theoretisches und beherrschtes Verständnis des Wissens. Dieses Niveau charakterisiert die Fähigkeit, im Rahmen eines Berufes theoretische Referenzen zu benützen. Dieser Wissensstand kennzeichnet sich durch: „Ich verstehe die Theorie gut genug, um zu erklären und auszubilden.“ Die auf diesem Niveau von einer Fachperson gegebene Art der Ausbildung erklärt das „warum“ und nicht nur das „wie“.

Expertise

Dieser Wissensstand impliziert ein konzeptuelles Verständnis und eine völlige Beherrschung der grossen, grundlegenden Mechanismen sowie der Prinzipien eines spezifischen oder technischen Bereiches, welches mit anderen Bereichen verbunden ist. Dieses Niveau ist am meisten abstrakt und konzeptuell. Es charakterisiert die Fähigkeit, das Wissen weiterzuentwickeln, zu ändern, es zu bereichern: „Ich kann das Wissen weiterentwickeln.“

3. Die Komplexität: auf Zeit und Raum bezogen

Zeit

Es betrifft die zeitliche(n) Perspektive(n), in welcher (oder welchen) man sich während des Problemlösungsansatzes befindet. Es ist der Funktionshorizont des Berufes. Hier handelt es sich weder um die Frist für die Problemlösung, noch um den Dringlichkeitsgrad des zu behandelnden Problems, noch um den zeitlichen Einfluss in der umzusetzenden Aktion, noch um die Periodizität oder den Arbeitszyklus. Wenn die/der Mitarbeitende handelt, stellt sie/er sich die Lösung kurz- oder mittelfristig vor? Muss sie/er in seinem Lösungsprozess eine zukunftsorientierte Dimension integrieren? Ist es notwendig vorzusehen, um zu handeln und Lösungen zu finden? Muss sie/er Handlungen auf Langfristigkeit ausschreiben?
Die Abstufung der zu berücksichtigenden Perspektiven ist spezifisch auf jede Firma abgestimmt, je nach Aktivitätsbereich, Arbeitsorganisation...

Raum

Der Bezug auf den Raum bezieht sich auf die Vorstellung eines "Raum-Problems" die Anzahl und Diversität der während des Problemlösungsansatzes zu berücksichtigenden Elemente, der vielfältigen Quellen der zu behandelnden Daten. Da man diese Elemente nicht orten kann, analysiert man den während der Problemlösung betroffenen quasi-geographischen Raum. Man benennt diese Dimension mit Hilfe von Raummethoden.
In dem Augenblick, wo die/der Mitarbeitende handelt, integriert sie/er Daten, die mit dem direkten, erweiterten oder gar ausserbetrieblichen Umfeld verbunden sind? Verfügt sie/er über bestehende Lösungen? Muss sie/er ausserhalb ihres/seines nahen Umfeldes nach Lösungen suchen? Ist die von ihr/ihm integrierte Problematik unmittelbar, nahe vom Arbeitsumfeld oder ist sie eher ausserhalb des unmittelbaren Arbeitsumfeldes?

Skala der Bezüge auf Zeit und Raum (Beispiel)

Zeitbezug

KF	Kurzfristig	1 bis 4 Wochen
KMF	Kurz- bis mittelfristig	1 bis 3 Monate
LF	Langfristig	4 bis 12 Monate
SLF	Sehr langfristig	1 bis 3 Jahre

Raumbezug

AE	Arbeitseinheit	Ein Prozess oder eine Kompetenzzelle
NW	Netzwerk	Strategische oder bevorzugte Partner
F	Firma	Die Firma als Ganzes (intern)
CLUS	Cluster	Die Firma und alle Partnertypen verbunden mit dem Aktivitätsbereich
UF	Umfeld	Die Firma und ihr Umfeld (Kunden, Partner, usw.)

4. Interaktion der Beziehungen

Um Aktivitäten zu realisieren, arbeite ich mit Bezugspersonen. Dieses Kriterium unterscheidet den Typ und die Natur der mit anderen Personen notwendigen Beziehungen, um einen Beruf oder eine Aktivität auszuüben.

Häufigkeit

- Sehr oft** Die Arbeit erfolgt fast ausschliesslich, "ununterbrochen" mittels Interaktionen mit einer oder mehreren Gruppen, den Kunden. Die Häufigkeit der Interaktionen ist stark mit Berufen verbunden wie Telefonempfang, Kundendienst etc.
- Oft** Die Arbeit erfordert viele Beziehungen, beinhaltet jedoch auch Momente isolierter Arbeit.
- Selten** Die Arbeit erfolgt mit sehr wenig Interaktionen. Die/der Mitarbeitende folgt einem mentalen Prozess, bei welchem kaum andere Personen intervenieren. Aber in der gewöhnlichen Arbeitsorganisation ist es fast ausgeschlossen, von totaler Interaktionsabsenz zu sprechen.

Natur

Die Natur der Interaktion der Beziehungen bezieht sich auf den Grad der Berücksichtigung der Aktivität anderer, um im eigenen Beruf zu handeln. Muss ein/e Mitarbeitende/r die Aktionslogik und Funktionsweise anderer integrieren, um ihre/seinen eigenen Aktivitäten nachzukommen? Auf welche Weise beeinflusst ein anderer den Problemlösungsprozess einer/eines Mitarbeitenden?

Man muss die Abwicklung des Arbeitsprozesses analysieren und orten, ob es notwendig ist oder nicht, die Interaktion der Beziehungen in den Problemlösungsprozess zu integrieren.

Neben

Die Arbeit verlangt Interaktionen wie Daten-, Informations-, Materialaustausch... Sie setzt die regelmässige Integration von Dritt-Informationen voraus. Diese Elemente sind für die Organisation und das Voranschreiten der Arbeit notwendig, aber sie ändern weder den intellektuellen Ansatz noch die Abwicklung der Aktion.

Gegenüber

Diese Interaktion steht für Beziehungen in den Bereichen Verkauf, Beratung, Verhandlungen, von Angesicht zu Angesicht. Die Arbeit kann nur schrittweise, gemäss der allmählichen Reaktionen und Informationen anderer Personen, vorankommen. Die/der Mitarbeitende, die/der in ihrem/seinem Beruf dem „gegenüber“-Typ von Interaktion der Beziehungen untersteht, ist von anderen Personen abhängig, insbesondere, was den Rhythmus der Problemlösung anbelangt.

Mit

Es handelt sich hier um Teamarbeit, die für die Abwicklung der Aktivitäten eine enge Zusammenarbeit voraussetzt. Es müssen andere Denklogiken, andere Verfahren integriert werden, um die gestellten Probleme zu lösen. Die Interaktion der Beziehungen „mit“ ist oft mit einem intellektuellen Ansatz vom Typ Anpassung verbunden.

Herkunft

Es handelt sich um die Lokalisierung der Personen, mit welchen der/die Mitarbeitende interagiert. Die Ansprechpersonen können mehrheitlich innerhalb der Firma oder eher ausserhalb der Firma sein, oder beides.

Intern

Die Hauptansprechpartner sind innerhalb der Firma zu finden.

Extern

Die Beziehungen sind mehrheitlich auf Personen ausserhalb der Firma orientiert.

Gemischt

Die Ansprechpartner der/des Mitarbeitenden sind sowohl innerhalb wie auch ausserhalb der Firma zu finden.

Anhang 7 – Referenzen und Bibliografie

Bibliografie

- Bellier-Michel S., Ledru M., *Capital compétence dans l'entreprise*, ESF Editeur, 1991
- Bellier S., *Sens et contresens des bilans de compétences*, Editions Liaisons, Paris, 1993
- Bellier-Michel S., *Modes et légendes au pays du management*, Vuibert Entreprendre, 1997
- Jolis N., *Piloter les compétences*, Les Editions d'Organisation, 1997
- Le Boterf G., *Le schéma directeur des emplois et des ressources humaines*, Les Editions d'Organisation, 1988
- Le Boterf G., *De la compétence*, Les Editions d'Organisation, 1994
- Le Boterf G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les Editions d'Organisation, 1997
- Le Boterf G., Pour une définition plus rigoureuse de la compétence, *Le Monde*, 2. Juli 1997
- Leonard D., *Wellsprings of knowledge*, Harvard Business School Press, 1995
- Meignant, A., Le client, grand oublié de la gestion des compétences, *Le Monde*, 22. April 1998
- Mitrani, A., *Des compétences et des hommes*, Editions d'Organisation, Paris, 1992
- Montmollin (DE), M., *L'intelligence de la tâche – Eléments d'ergonomie cognitive*, Peter Lang, Bern, 1984
- Zafirian P., Le modèle de la compétence: une démarche inachevée, *Le Monde*, 1. März 1995

Verschiedene Publikationen im Bereich Gesundheit

- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., Widmer, M., *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020*, Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, 2009
- Jason R. F., *Le Cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa, 2005
- Kaufmann, Y., Wapf, B., *Bedarfsklärung FH-Masterstudiengänge Fachbereich Gesundheit*, econcept, Zürich 2009
- KFH, *Abschlusskompetenzen der Fachhochschul-Gesundheitsberufe, 2009 (Zwischenergebnisse)*
- Ludwig, I., Mondoux, J., Schäfer, M., *Modèles de référence pour les corpus de professions de la Santé et du Social*, WE'G & REF, Bern, 2007
- Gesundheitsnetz Wallis, *Vers une complémentarité optimale des compétences, Manuel des Instruments du Skill- et Grademix dans les soins*, Sion, 2008
- Spitzer, A., Kuhne N., Perrenoud B., Camus D., *Les soins infirmiers en Europe, Vers plus de similitude ou plus de différence?* Editions Médecine & Hygiène, Chêne Bourg, 2008

Anhang 8 – Liste der Abbildungen mit Titel

Abbildung 1 -	Job Training Cycle Methodology (JTC)	4
Abbildung 2 -	Innovationsmatrix	5
Abbildung 3 -	Projektorganisation und Arbeitsplan	8
Abbildung 4 -	Organisation und Projektpartner	9
Abbildung 5 -	Analyserahmen: die Patient/innen und ihr Pflegekontext als Referenzobjekt	11
Abbildung 6 -	Analyse der Pflegeaktivitäten am Beispiel einer Patientin/eines Patienten mit multidisziplinären Verläufen und Schnittstellen	12
Abbildung 7 -	Hierarchische Gliederung der Schlüsselaktivitäten aufgrund von drei Kriterien, aus Sicht der Pflegeteams und des Core Teams	13
Abbildung 8 -	Vereinfachtes Segmentierungsmodell	14
Abbildung 9 -	Schlüsselaktivitäten integriert in 3 verschiedene Pflegekontexte, gruppiert nach Kategorie	15
Abbildung 10 -	Integration aller identifizierten Schlüsselaktivitäten in den 3 Pflegekontexten, nach Aktivitätskategorie	16
Abbildung 11 -	Hierarchische Gliederung der Aktivitäten nach Kontext und Gesamtübersicht mit den drei Kontexten (Tabelle)	17
Abbildung 12 -	Die Umsetzung: Definition der Schlüsselaktivitäten, eine partizipative Vorgehensweise	18
Abbildung 13 -	Illustration der Aktivitäten und der damit verbundenen Kompetenzen mit der Software SymResources	19
Abbildung 14 -	Ähnlichkeiten im Pflegeberuf zwischen den Kontexttypen „mittelmässig spezialisiert“ und „hochspezialisiert“	35
Abbildung 15 -	Ähnlichkeiten im Pflegeberuf zwischen den Kontexttypen „wenig spezialisiert“ und „hochspezialisiert“	37
Abbildung 16 -	Mobilitätsradius ausgehend vom Berufsprofil für den Pflegekontext „mittelmässig spezialisiert“	38

Anhang 9 – Definition der Kategorien der Patientensituationen

<p>Patientensituation 1: Chronisch kranke, betagte Person (z.B. chronische Herzinsuffizienz, Diabetes) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Krankheit erfordert häufige und regelmässige Spitalaufenthalte. ■ Die Krankheit bringt oft weitere Krankheiten mit sich.
<p>Patientensituation 2: Hochrisikopatient/in, akut erkrankte/r Patient/in (Betreuung auf spezialisierten Stationen, z.B. Intensivstation, Intermediate Care) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hohe technische Anforderungen ■ Wichtigkeit der Diagnose ■ Hohe Instabilität ■ Wichtigkeit der Vernetzung mit medizinischen Diensten
<p>Patientensituation 3: Hochrisikopatient/in (z.B. Patient/innen in der Hämatologie, der Herz-Thorax-Chirurgie etc.) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Standardisierte Abläufe, die trotzdem viel Technik erfordern ■ Übergangsphase zwischen Akutsituation und „normalem“ Heilungsprozess
<p>Patientensituation 4: Patient/in mit multidisziplinären Verläufen und Schnittstellen (z.B. Onkologie oder Psychiatrie) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auf medizinischer Ebene vorwiegend interdisziplinäre Patient/innen ■ Viele Schnittstellen mit der stationären und ambulanten Pflege ■ Anspruchsvolle medizinisch-therapeutische und pflegerische Massnahmen
<p>Patientensituation 5: „normal verlaufende“ Patientensituation (z.B. geplante medizinische Eingriffe, Geburten, Kontrollen) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Standardisierte Abläufe ■ Keine Komplikationen ■ gut abschätzbarer medizinischer und pflegerischer Aufwand
<p>Patientensituation 6: Vermehrt pflegeorientierte Patientensituation (z.B. Apoplexie-Patient/in, Geriatrie-Patient/in etc.) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Erfordert hauptsächlich Pflegemassnahmen ■ Relevanz der sozialen Aspekte ■ Anspruchsvolles Case Management zwischen den verschiedenen Institutionen
<p>Patientensituation 7: Spezialisierte Patientengruppen (z.B. Patient/in HNO, Dermatologie, Ophthalmologie, Urologie etc.) Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sehr spezifische Pflegeanforderungen ■ Hochspezialisierte Massnahmen
<p>Patientensituation 8: Patient/in mit hohem Beratungsbedarf z.B. bei Behinderungen, bei Patient/innen, die lernen müssen, mit einer Krankheit zu leben, bei Verlust eines Kindes und Gesundheitsfragen</p>

Anhang 10 – Kritische Wissensbereiche für die Pflege

No	Kritische Wissensbereiche	Spezifikation
1	Rechte und Regelungen	Leitbild
2	Kommunikation	Kommunikation Kollegen
3		Selbstkenntnis
4	Rechte und Regelungen	Ethik
5	Human Ressourcen	Funktionen & Kompetenzen der Mitarbeiter
6	Wissenschaften und Techniken	Geographie
7	Organisation & Management	Risikomanagement Pflege
8	Wissenschaften und Techniken	Lagerverwaltung
9	Organisation & Management	Spital - Organisation
10	Wissenschaften und Techniken	Hygiene
11	Organisation & Management	Indikatoren (Arbeitslast, Patientendaten, Bedürfnisse der Abteilung...)
12	Human Ressourcen	Interne und externe Ressourcen
13	Wissenschaften und Techniken	Maschinen (Gebrauch von)
14	Wissenschaften und Techniken	Pflegematerial
15	Wissenschaften und Techniken	Reinigung
16	Organisation & Management	Dienstleistungsangebot
17	Organisation & Management	Kommunikations-Organigramm
18	Organisation & Management	Strukturelles Organigramm
19	Organisation & Management	Organisation der Abteilung
20	Informatik & IKT	EDV-Mittel
21	Kommunikation	Kommunikation Patienten
22	Sozialwissenschaften	Pädagogik
23	Medizinwissenschaften	Physio-Pathologie
24	Organisation & Management	Management Prinzipien
25	Organisation & Management	Qualitätsmanagement
26	Human Ressourcen	Interne Ressourcen (Spital/Institution)
27	Medizinwissenschaften	Risikomanagement Patient
28	Medizinwissenschaften	Pflege
29	Medizinwissenschaften	Spezifische Pflege (z.B. Chemotherapie, Kardiologie, ...)
30	Organisation & Management	Angebote Pflege
31	Kommunikation	Kommunikationstechniken