

Weiterbildungskonzept der Abteilung Geriatrie der Klinik Rehabilitation/Geriatrie am Spitalzentrum Oberwallis

1. Angaben zur Weiterbildungsstätte

1.1. Weiterbildungsstätte

Abteilung Geriatrie
Klinik Rehabilitation/Geriatrie
Spitalzentrum Oberwallis, Standort Brig
Überlandstrasse 14
3900 Brig
027/604 33 38 (Sekretariat Medizin/Geriatrie)
www.spitalvs.ch

1.2. Anerkennung der Weiterbildungsstätte

- Kategorie B für Schwerpunkt Geriatrie (1 ½ Jahre)
- Kategorie C für Allgemeine Innere Medizin (1 Jahr)

1.3. Besondere Merkmale der Weiterbildungsstätte

Seit 2004 sind das Oberwalliser Kreisspital Brig und das Regionalspital St. Maria Visp fusioniert und gehören als Spitalzentrum Oberwallis dem Gesundheitsnetz Wallis an. Das Einzugsgebiet des Spitalzentrum Oberwallis beträgt ca. 80'000 Einwohner. Das Spitalzentrum Oberwallis umfasst zwei Spitalstandorte und ist für die Grundversorgung zuständig. Am Standort Visp ist das Departement Chirurgie, Urologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie, Pädiatrie, Innere Medizin, die Notfallstation und die Intensivstation stationiert. In Visp besteht ein 24-Stunden-Betrieb mit Behandlung der schweren Fälle. Am Standort Brig befindet sich die Geriatrie, Orthopädie, Onkologie/Palliativ-Medizin, IMC, Tagesklinik, Schmerztherapie und Psychiatrie. Initial waren die Abteilungen Geriatrie und Rehabilitation in das Departement Innere Medizin integriert. Seit 2016 gibt es eine Klinik Innere Medizin sowie eine Klinik Rehabilitation/Geriatrie. Für die Assistenzärzte der Klinik Innere Medizin besteht die Möglichkeit im Rahmen einer Weiterbildungsrotation 3 Monate auf der Abteilung Geriatrie zu arbeiten. Die geriatrische Abteilung in Brig umfasst insgesamt 37 Betten (Akutstationäre Betreuung geriatrischer Patienten 10 Betten, geriatrische Rehabilitation 27 Betten). Die meisten Patienten werden intern von den anderen Abteilungen des Spitals auf die Geriatrie verlegt bei einem vorliegenden akut geriatrischen Problem oder zur geriatrischen Rehabilitation. Weiter werden Patienten auch von den Hausärzten oder anderen Spitälern eingewiesen zur entsprechenden geriatrischen Abklärung, Behandlung und Rehabilitation.

1.4. Stationäre Patienten: Anzahl Hospitalisationen pro Jahr

Die geriatrische Abteilung hat ca. 600 stationäre Eintritte pro Jahr (Im Jahr 2019: 570 Hospitalisationen gesamte geriatrische Abteilung, davon 446 Hospitalisationen geriatrische Rehabilitation, 224 Hospitalisationen Akutstationäre Betreuung geriatrischer Patienten).

1.5. Anzahl Stellen für Ärzte in Weiterbildung

Die Weiterbildungsstelle ist geeignet für Assistenzärzte, welche den Schwerpunkt Geriatrie erwerben wollen oder für Assistenzärzte, welche den Facharzt Allgemeine Innere Medizin (Curriculum Spitalinternist/Curriculum Hausarzt) anstreben und einen Einblick in die Geriatrie

wünschen. Für die Assistenzärzte der Klinik der Inneren Medizin am Spitalzentrum Oberwallis besteht die Möglichkeit im Rahmen einer Weiterbildungsrotation 3 Monate auf der geriatrischen Abteilung zu arbeiten.

- fachspezifisch: 1 Stelle
- nicht-fachspezifisch: 1 Stelle

2. Ärzteteam

2.1. Leiter der Weiterbildungsstätte

Dr. med. Rolf Koch

Chefarzt

Abteilungsleiter Geriatrie

FMH Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie, Master of Science Palliative Care

Tel. 027/604 25 83

rolf.koch@hopitalvs.ch

Beschäftigungsgrad 100%

2.2. Stellvertretung

Dr. med. Anke Baumgartner

Chefärztin

Abteilungsleiterin Rehabilitation

Klinikleiterin Rehabilitation/Geriatrie

FMH Innere Medizin, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation

Tel. 027/604 36 27

anke.baumgartner@hopitalvs.ch

Beschäftigungsgrad 100%

2.3. Andere an der Weiterbildung beteiligten Kaderärzte

Gisela Schwestermann

Oberärztin Geriatrie

Kurz vor Abschluss FMH Innere Medizin mit Ziel Schwerpunkt Geriatrie

Tel. 027/604 33 81

gisela.schwestermann@hopitalvs.ch

Beschäftigungsgrad 80 %

Carmen Von Burg-Venetz

Oberärztin Geriatrie

Kurz vor Abschluss FMH Innere Medizin

Tel. 027/604 32 51

carmen.vonburg@hopitalvs.ch

Beschäftigungsgrad 20%

2.4. Verhältnis Weiterzubildende zu Lehrärzten (je zu 100%)

Das Verhältnis Weiterzubildende zu Lehrärzten beträgt 2:1 (2 Assistenzärzte, 1 Chefarzt). Der Chefarzt wird in der Weiterbildung der Assistenzärzte von den Oberärztinnen unterstützt und bei Abwesenheit zusätzlich von der Stellvertretung.

3. Einführung beim Stellenantritt

3.1. Persönliche Begleitung

Allgemeine Einführung

Am ersten Tag findet zentral eine Einführung für neue Mitarbeiter statt mit Begrüssung, Spitalführung und Abgabe von wichtigen Dokumenten und Informationen. Im Verlauf findet zentral eine Computerprogrammschulung (Phönix) statt

Einführung Abteilung Geriatrie

Jedem Assistenzarzt wird ein Kaderarzt (Chefarzt bzw. Oberärztin) zugeteilt, welcher als Tutor während der Einführungsphase (ca. 2 Wochen) intensiver persönliche Unterstützung leistet. Der gleiche Kaderarzt bleibt als Tutor während der ganzen Zeit der Anstellung bzw. der Rotation als Ansprechpartner bestehen. Weiter wird die Einführung ergänzt durch das Eintrittsgespräch in der ersten Woche mit dem Chefarzt zur Information über die Organisation der Abteilung, über wichtige Arbeitsabläufe und über die zu erarbeitenden Lernziele gemäss Lernzielkatalog und Weiterbildungskonzept. Im Geriatrie-Ordner, der sich im Büro der Assistenzärzte befindet, sind alle wichtigen Informationen schriftlich hinterlegt und jederzeit einsehbar. Aufgrund der Organisation im kleinen Team (1 Chefarzt, 1 Oberärztin, 2 Assistenzärzte) und allen Arbeitsplätzen auf dem gleichen Stock, besteht ein sehr enger Kontakt und intensiver Informationsaustausch mit den Assistenzärzten. Es finden täglich zwei fest geplante Besprechungen (vor dem Mittag und Abend) im Büro der Assistenzärzte statt, um allfällige medizinische wie auch organisatorische Probleme zu besprechen.

3.2. Notfalldienst

Assistenzärzte, welche auf der Abteilung Geriatrie arbeiten sind, beteiligen sich je nach Ausbildungsstand, persönlicher Entwicklung und fachlicher Ausbildung am Notfalldienst unter der Woche und am Wochenenddienst im Spital Brig. Der zeitliche Aufwand ist in der Regel gering, so dass die Stationsarbeit ohne Probleme erledigt werden kann. Die Einführung erfolgt durch einen erfahrenen Assistenzarzt oder durch den geriatrischen Kaderarzt (Tutor). Der geriatrische Kaderarzt (Tutor) ist während der normalen Arbeitszeit für Fragen neben dem diensthabenden medizinischen Kaderarzt beim Notfalldienst erreichbar.

Der Notfalldienst unter der Woche ist vom Montag bis Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr und von 14.00 bis 18.00 Uhr. Dieser wird von den geriatrischen und medizinischen Assistenzärzten abgedeckt. Dies sind 3-4 Halbtage à 4 Stunden pro Woche pro Assistenzarzt. Die Zeit von 12.00 bis 14.00 Uhr (Mittagsdienst) und 18.00 bis 20.00 Uhr (Spätdienst) werden im Wechsel zusammen mit den medizinischen und orthopädischen Assistenzärzten gemacht. Dies sind ein Mittagsdienst und ein Spätdienst pro Woche pro Assistenzarzt. Der Assistenzarzt der den Spätdienst abdeckt, hat Anrecht auf eine längere Mittagspause (2 Stunden).

Der Wochenenddienst (8.00 bis 20.00 Uhr) und Dienste an Feiertagen (8.00 bis 20.00 Uhr) werden von den geriatrischen, medizinischen und orthopädischen Assistenzärzten geleistet. Die geriatrischen bzw. medizinischen Assistenzärzte machen jeweils den Dienst am Samstag. Dies macht ein Dienst am Samstag alle 4-6 Wochen und ein Dienst an einem Feiertag pro Assistenzarzt pro Jahr. Die anfallenden Überstunden im Notfalldienst können entsprechend kompensiert werden.

Der Notfalldienst unter der Woche ist zuständig für allfällige Fragen auf den medizinischen und geriatrischen Abteilungen, wenn der zuständige Stationsarzt nicht erreichbar ist. Beim Mittags- und Spätdienst ist die Station der Orthopädie und Rehabilitation ebenfalls zu betreuen.

Am Samstag macht der Assistenzarzt die Kardexvisite auf allen Stationen. Die IMC wird zusammen mit dem Kaderarzt visitiert. Allfällige Eintritte von Patienten (Eintritt auf Onkologie/Palliativ-Medizin, Verlegungen von diversen Abteilungen des Spitals Visp auf die Geriatrie) werden mit dem diensthabenden Kaderarzt besprochen.

Der Dienstarzt ist zusammen mit dem diensthabenden Kaderarzt auch zuständig für Patienten, welche sich im Spital Brig wegen einem medizinischen Problem vorstellen zur Erstbeurteilung und Festlegung des weiteren Procederes (ambulante Behandlung, Verlegung auf die Notfallstation des Spital Visp oder Spital Sion). Da die Notfallstation im Spital Visp ist, stellen sich Patienten nur in Ausnahmefällen im Spital Brig vor. Der diensthabende Kaderarzt ist ausserhalb der normalen Arbeitszeit telefonisch jederzeit erreichbar und innerhalb 30 Minuten im Spital am Patientenbett anwesend.

Der Nachtdienst im Spital Brig wird von medizinischen, chirurgischen und orthopädischen Assistenzärzten abgedeckt.

3.3. Administration

Die gesamte Patientenadministration wird über die elektronische Krankengeschichte (Phönix) abgewickelt. Der grösste Teil wird diktiert und vom Sekretariat geschrieben. Einige Einträge werden durch die Assistenzärzte selber erstellt. Führen einer problemorientierten Krankengeschichte nach vorgegebener Struktur. Die Krankengeschichte wird ständig benutzt und aktualisiert. Ein von der Klinik vorgegebener Raster gewährleistet ein strukturiertes Vorgehen beim Abfassen von Austrittsberichten. Bei Fragen können sich die Assistenzärzte beim erfahrenen Assistenzarztkollegen, dem Tutor oder beim Sekretariat melden.

3.4. Qualitätssicherungsmassnahmen und Patientensicherheit

Zur Qualitätsbestätigung werden regelmässig externe Audits durch ISO 901:2015 durchgeführt. Im Intranet können im Zwischenfall-Abweichungsmeldungssystem kritische Zwischenfälle, Personenschäden, Sachschäden, Materiovigilanz, Pharmakovigilanz und Hämovigilanz gemeldet werden. Diese werden dann systematisch untersucht um Abläufe weiter zu verbessern. Mit dem Projekt MediScreen (Spitalapotheke) werden fortlaufend die Patientendossiers von allen hospitalisierten Patienten analysiert und die Spitalapotheke wird benachrichtigt, wenn eine Risikosituation in der medikamentösen Behandlung vorhanden ist. Die Spitalapotheke macht einen Eintrag im Patientendossier und gibt eine entsprechende Meldung an den behandelnden Arzt.

3.5. Klinikspezifische Richtlinien

Im Intranet ist eine Vielzahl von Richtlinien der verschiedenen Kliniken (Dokumente der Zentren) abgelegt. Im Geriatrie-Ordner im Assistenzarztbüro befinden sich zusätzliche Richtlinien der Geriatrie. Weiter haben alle Ärzte Zugriff zu den elektronischen Guidelines des «up to Date» online und bei Notfallsituationen stehen die MedStandards der Universität Basel zur Verfügung.

4. Weiterbildungsinhalt

4.1. Allgemeine Weiterbildungsziele

Das folgende Weiterbildungskonzept basiert auf dem Artikel 41 der Weiterbildungsordnung der Schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH vom 21.6.2000 (letzte Revision 13.6.2019) und dem Weiterbildungsprogramm für Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin, inklusive Schwerpunkt Geriatrie (letzte Revision 20.12.2018). Die Abteilung Geriatrie berücksichtigt unter geriatrischer Gewichtung den Lernzielkatalog des SIWF.

Bei Stellenantritt oder Beginn der Rotation auf der Abteilung Geriatrie werden mit dem Assistenzarzt Weiterbildungsziele gemäss Lernzielkatalog vereinbart. Diese Vereinbarung richten sich nach den Vorkenntnissen und Stärken des Stelleninhabers und betreffen neben den fachlichen Themen auch die persönliche Entwicklung. Für die Vermittlung der Lernziele ist der Chefarzt mit Unterstützung der Oberärztinnen hauptverantwortlich. Die Vermittlung von den Lernzielen geschieht meist an konkreten Beispielen im Spitalalltag im Rahmen von bedside teaching. Dem Assistenzarzt werden zusätzlich weitere Unterlagen zur Vertiefung des besprochenen Themas für das Selbststudium abgegeben. Teile der Lernziele werden eigenständig durch die Assistenzärzte erarbeitet. Die Assistenzärzte werden dabei von den Kaderärzten unterstützt.

4.2. Lernziel nach Fachrichtung

Assistenzärzte, welche den Facharzt Allgemeine Innere Medizin (Curriculum Spitalinternist/ Curriculum Hausarzt) anstreben und einen Einblick in die Geriatrie haben möchten (3 Monate Rotationsstelle auf der Geriatrie)

Diese Anstellung eignet sich für Assistenzärzte, die einen Einblick in die Geriatrie im Rahmen ihrer Ausbildung zum Internisten haben möchten. Ziel ist es, Fertigkeiten im Umgang und der Betreuung geriatrischer Patienten zu erlangen. Je nach Ausbildungsziel, Interesse und persönlicher Entwicklung des Assistenzarztes können die Lehrziele individuell angepasst werden. Assistenzärzte der Klinik Innere Medizin haben die Möglichkeit in einer 3 Monate dauernden Rotationsstelle die Geriatrie kennenzulernen. Bei Interesse an der Geriatrie und Absicht im Verlauf den Schwerpunkt Geriatrie zu erwerben, kann die Rotationszeit (3 Monaten) auf der Geriatrie als Weiterbildungszeit für den Erwerb des Schwerpunktes Geriatrie (Kategorie B) angerechnet werden.

Assistenzärzte, welche sich im Fachgebiet Geriatrie vertiefen wollen und die Absicht haben den Schwerpunkt Geriatrie zu erwerben (1 Jahr)

Diese Anstellung eignet sich für Assistenzärzte, die sich im Fachgebiet Geriatrie vertiefen und im Verlauf den Schwerpunkt Geriatrie erwerben wollen. Ziel ist es, dass der Assistenzarzt eine fundierte geriatrische Ausbildung erhält und diese im Alltag anwenden kann. Die entsprechend aufgelisteten Lehrziele werden je nach Ausbildungsstand und Interesse individuell ausführlicher bearbeitet.

4.3. Lernziel nach Dauer der Anstellung

Lernziele 1-3 Monate der Anstellung

- Kenntnisse und Fertigkeiten in der Erhebung der Anamnese und in der körperlichen Untersuchung, speziell im Umgang mit älteren Patienten und ihren Angehörigen
- Erstellen einer medizinischen Problem- bzw. Diagnoseliste mit Einbezug der geriatrischen Probleme (Mobilitätsstörung, kognitive Einschränkung, Visusminderung, Hörminderung, Urininkontinenz, Mangelernährung, usw.)
- Lernen ärztliche Gespräche mit Patienten und Angehörigen zu führen mit dem Ziel eine partnerschaftliche Beziehung zum Patienten und dessen Angehörigen aufzubauen
- Lernen der Gesprächsführung bei Gesprächen mit dem Patienten und den Angehörigen im interdisziplinären Team (Arzt, Pflegeperson und Sozialarbeiterin)
- Einbringen medizinisch relevanter Informationen in der interprofessionellen Besprechung und den Angehörigengesprächen
- Kenntnisse wichtiger geriatrischer Syndrome wie kognitive Einschränkung, Mobilitätsstörung,

Depression, eingeschränkte Selbstständigkeit und Mangelernährung

- Kenntnisse des multidimensionalen geriatrischen Assessment und seiner Bedeutung
- Kenntnisse der im Spital durchgeführten geriatrischen Assessments (Kognition, Emotion, Mobilität, Mangelernährung, Selbstständigkeit) und deren Interpretation
- Kenntnisse allgemeine Grundlagen der Pharmakologie im Alter (Heterogenität und Vulnerabilität älterer Patienten, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Medikamentencompliance)
- Selbständige Durchführung der Kardexvisite und Entscheidung bei Bedarf den Patienten zu visitieren und mit dem Kaderarzt zu besprechen
- Kenntnisse Delir (Klinik, Ursachen, Assessment, präventive Massnahmen, nichtmedikamentöse und medikamentöse Behandlung)
- Kenntnisse Schmerztherapie im Alter (Schmerzanamnese und -erfassung, insbesondere bei Demenz, medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlung)

Lernziele 4-6 Monaten der Anstellung

- Kenntnisse normales Altern und dessen Auswirkung auf verschiedene Organsysteme
- Kenntnisse einer gesunden Lebensführung bei älteren Menschen (gesunde Ernährung, körperliche Bewegung, Nikotinstop und moderater Alkoholkonsum)
- Kenntnisse präventiver Massnahmen bei älteren Menschen (z.B. Impfungen)
- Kenntnisse in der Prävention und Behandlung von Komplikationen im Spital wie Dekubitalulzera, Thrombosen, Kontrakturen und Aspirationspneumonien
- Kenntnisse der Behandlung von akuten Erkrankungen mit teils atypischer Präsentation im Alter
- Kenntnisse der Behandlung von chronischen Erkrankungen angepasst an die individuelle Situation des Patienten (Alter, Multimorbidität, Konzept go- slow go- no go)
- Kenntnisse von weiteren geriatrischen Syndromen wie Visusminderung, Hörminderung, Frailty, Sarkopenie und Urininkontinenz
- Kennen weiterer Assessments (Visusminderung, Hörminderung, Selbstständigkeit, Sarkopenie, Frailty, Urininkontinenz, Mundgesundheit) und deren Interpretation
- Kenntnisse der Aussagekraft und Limitationen der verwendeten Assessments
- Kenntnisse Umgang mit Polypharmazie (Medication-Appropriateness-Index, Negativ-Listen, FORTA-Liste, Interaktionsprogramme, anticholinergic burden)
- Kenntnisse Behandlung von Symptomen am Lebensende (Schmerz, Übelkeit, Atemnot, Angst, Delir, Depression, Inappetenz, Flüssigkeitsgabe am Lebensende, usw.)
- Kenntnisse der palliativen Betreuung von geriatrischen Patienten am Lebensende (Therapieentscheidungen, Therapiezieländerung, Konzept Total pain, Einbezug spiritueller Aspekte, Einbezug der Seelsorge, Betreuung der Angehörigen)

Lernziele 7-12 Monate der Anstellung

- Auswirkung des Alters und mehrerer Erkrankungen auf die Funktionalität und deren Bedeutung in der Rehabilitation und in der Austrittsplanung
- Erstellen der weiteren medizinischen Diagnostik und Behandlung eines Patienten bei Eintritt aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung, Laborwerte und Assessment
- Kenntnisse der Möglichkeiten und Grenzen diagnostischer und therapeutischer Massnahmen bei geriatrischen Patienten
- Schwierigkeiten der Anwendung von evidenzbasierter Medizin bei alten Patienten
- Kenntnisse kognitive Einschränkung, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Mangelernährung, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Gangstörung/Sturz, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse eingeschränkte Aktivitäten des täglichen Lebens, Massnahmen im Spital und bei Austritt

- Kenntnisse Depression, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Osteoporose, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Sarkopenie, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Frailty, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Visusminderung, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Hörminderung, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Urininkontinenz, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Schlafstörungen, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse Mundgesundheit, Massnahmen im Spital und bei Austritt
- Kenntnisse von Wundmanagement (Beurteilung, Wundverbände, VAC-Anlage, usw.)

Lernziele 13-18 Monate der Anstellung

- Kenntnisse der verschiedenen Rehabilitationsmassnahmen für ältere Patienten im multidisziplinären Team
- Erstellen einer patientenorientierten Behandlungs- und Austrittsplanung im interdisziplinären Team aufgrund der medizinischen Probleme und der Assessments
- Lernen ein Therapieteam zu leiten, Behandlungsziele und Austrittsplanung je nach Verlauf der Rehabilitation neu auszurichten
- Kenntnisse der Aufgaben des interdisziplinären Teams für die Austrittsplanung
- Führen Korrespondenz mit Hausärzten und sozialen Diensten
- Führen mündliche und schriftliche Korrespondenz mit Krankenkasse (Kostengutsprachen)
- Kenntnisse verschiedener Betreuungsformen nach dem Spitalaustritt (zu Hause mit Spitex, Tagesheimbetreuung, Ferienzimmer in Pflegeheimen, Pflegeheime, u.a.)
- Kenntnisse der Indikationsstellung für eine Betreuung zu Hause und mögliche Unterstützungsangebote (Spitex, Mahlzeitendienst, Haushaltshilfe, u.a.)
- Kenntnisse der Indikationsstellung für eine Betreuung in einer Langzeitinstitution
- Kenntnisse der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung
- Kenntnisse der geriatrischen Rehabilitation (Biopsychosoziales Modell ICF)
- Kenntnisse bei der Betreuung von Patienten nach Hirnschlag, bei Morbus Parkinson oder anderen neurologischen Erkrankungen
- Kenntnisse bei der Betreuung von Patienten nach einem orthopädischen Eingriff bzw. nach operativer Versorgung einer Fraktur nach Trauma
- Kenntnisse in rechtlichen Fragen (Beurteilung der Urteilsfähigkeit, Anwendung von freiheitseinschränkenden Massnahmen, Erteilung einer Vollmacht, Beistandschaft, u.a.)
- Kenntnisse in wichtigen medizinisch-ethischen Fragen (Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand, Einholung der Einwilligung für medizinische Massnahmen)
- Kenntnisse Beurteilung der Fahreignung und Einleitung weiterer Massnahmen
- Konsiliarische Beurteilung von orthopädischen und gerontopsychiatrischen Patienten
- Kenntnisse ethischer Aspekte in der Geriatrie (Vier-Prinzipien-Modell nach Beauchamp und Childress, Konzept Medical Futility, usw.)
- Kenntnisse über gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning, Patientenverfügung)

4.4. Welche Interventionen und andere Massnahmen gemäss Weiterbildungsprogramm können bei entsprechender Vorbildung durchgeführt werden?

- Sonographische Restharnbestimmung
- Einlegen bzw. Wechsel eines Blasenkatheters
- Wechsel eines Zystofix-Katheters
- Einlegen einer Magensonde
- Einlegen einer PEG-Sonde zusammen mit dem Gastroenterologen, Management der PEG-

Sonde

- Bestimmung und Interpretation des Knöchel-Arm-Index
- Durchführung und Interpretation des Schellong-Tests
- Durchführung und Interpretation einer arteriellen Blutgasanalyse
- Durchführung und Interpretation einer Otoskopie, je nach Befund Ohrspülung
- Durchführung diverser invasiver Untersuchungen bei Patienten auf der medizinischen Tagesklinik bzw. bei Patienten auf der geriatrischen Station (Pleura-, Aszites-, Lumbal- und Knochenmarkpunktionen)
- Praktische Durchführung verschiedener Assessments gemäss Assessmentbogen (MMSE, Uhrentest, GDS, Tinetti-Test, FAC, 3.-Min.Gehtest, Chair Stand Test, Handkraft, NRS 2002) nach Einführung durch Assessment-Nurse oder Physio- bzw. Ergotherapeut
- Befundung von Routine-EKG der psychiatrischen Abteilung, welche vom geriatrischen Kaderarzt visitiert und mit dem Assistenzarzt je nach Befund diskutiert werden
- Betreuung von teils schwer erkrankten medizinischen wie auch geriatrischen Patienten auf der IMC, welche eine kontinuierliche Überwachung und intensive Pflege benötigen (Patienten mit schweren Infektionen, kardiovaskulären Erkrankungen, deliranten Zustandsbildern mit allenfalls nötigen freiheitsbeschränkenden Massnahmen, postoperative Patienten mit internistischen bzw. geriatrischen Problemen, usw.)
- Tägliche Teilnahme am Röntgenrapport, wo die Bildgebungen der Patienten der Onkologie/ Palliativmedizin bzw. Rehabilitation/Geriatrie demonstriert und diskutiert werden
- Durchführung Konsilien mit geriatrischer Fragestellung beim orthopädischen und alterspsychiatrischen Patienten
- Beurteilung von geriatrischen und internistischen Notfallsituationen auf den Abteilungen

4.5. Welche Rotationen in andere Disziplinen sind bei entsprechender Eignung und Verfügbarkeit möglich

Assistenzärzte der geriatrischen Abteilung haben bei entsprechender Eignung die Möglichkeit Patienten auf der IMC zu betreuen und am Notfalldienst in Brig teilzunehmen.

4.6. Strukturierte theoretische Weiterbildung intern, inklusive Journal-Club

Die Teilnahme an den Weiterbildungsveranstaltungen ist für die Assistenzärzte obligatorisch. Die Weiterbildungen sind so organisiert, dass die Assistenzärzte normalerweise daran teilnehmen können. Ein grosser Teil der Ausbildung findet zusätzlich im Rahmen von bedside teaching anhand von Fallbeispielen der betreuten Patienten in der täglichen Arbeit statt.

- 1 x wöchentlich im Wechsel geriatrisches Curriculum zu den wichtigsten geriatrischen Themen als Vorträge (Kaderarzt), Journal Club (Assistenzarzt), Fallbesprechung (Assistenzarzt), Montag 14.00 - 15.00 Uhr
- 1 x wöchentlich praktische Polypharmazie (Fallbesprechungen von Patienten auf der Abteilung gemäss pharmakologischem Management), Mittwoch 14.00 - 14.30 Uhr
- 1 x wöchentlich praktisches Assessment (Fallbesprechung diverser Assessments gemäss Assessmentbogen von Patienten auf der Abteilung), Freitag 14.00 - 14.30 Uhr
- 1 x wöchentlich findet die Videokonferenz zu Themen der Inneren Medizin mit dem Inselspital Bern statt (2-jähriges, systematisches Curriculum), Dienstag 12.00 - 13.00 Uhr
- 1 x wöchentlich findet die Weiterbildung zu Themen der Inneren Medizin und Geriatrie statt (offen für alle Spitalärzte und Hausärzte), Mittwoch 18.15 - 19.15 Uhr
- 1 x pro Woche Journal Club bzw. Fallbesprechung mit Analyse und Vortrag von Fachartikeln aus Innerer Medizin oder Geriatrie zusammen mit den Assistenzärzten der Allgemeinen Inneren Medizin, Donnerstag 8.30 - 9.00 Uhr

- 2 x wöchentlich klinische Visite mit dem Kaderarzt mit ausführlicher Besprechung der Patienten und bei Bedarf klinischer Untersuchung
- Gemeinsame Besprechung, klinische Untersuchung und Planung der weiteren Abklärungen bei jedem Patienten bei Eintritt auf die geriatrische Abteilung
- Alle 2 Monate pharmakologische Visite beim Patienten mit Kaderarzt und Frau Marion Jordan, Spitalapotheke mit Beurteilung der aktuellen Medikamente, Indikationen, Nebenwirkungen und Interaktionen

4.7. Strukturierte Weiterbildungen extern

Die Teilnahme an Kongressen bzw. anderen Fortbildungen werden unterstützt. Es stehen dafür 5 Tage und 1500 Franken pro Jahr dem Assistenzarzt zur Verfügung. Bei Abwesenheit wird die Stellvertretung aus dem Assistenzarztpool der Inneren Medizin geplant.

4.8. Bibliothek

Das Spitalzentrum Oberwallis verfügt über einen modernen IT-Bereich mit elektronischen Krankengeschichten (Phönix), Intranet, Internetzugang, digitalem Röntgenarchiv (PACS), Videokonferenzraum, Online-Bibliothek, (Ovid, Swiss consortium, Up-to-date, PubMed, Chochrane Library, Online Zugriff auf wichtige Fachzeitschriften). Zudem stehen in den Büros der Kaderärzte Fachbücher und diverse Zeitschriften zu internistischen, geriatrischen und palliativmedizinischen Themen zur Verfügung.

4.9. Forschung

Die Assistenzärzte werden durch den Chefarzt bei Interesse für eine wissenschaftliche Tätigkeit unterstützt (Mitarbeit bei kleinen Studien, Verfassen von Publikationen interessanter Fälle).

5. Evaluationen

5.1. Arbeitsplatz-basierte Assessments

Unter Arbeitsplatz-basiertem Assessment versteht man die strukturierte Beurteilung ärztlichen Handelns im klinischen Alltag. Analog den Vorgaben der FMH/SIWF werden die Assistenzärzte in Weiterbildung der Abteilung Geriatrie mittels arbeitsplatz-basiertem Assessment durch den Chefarzt Geriatrie evaluiert. Dazu wird der Assessmentbogen Schwerpunkt Geriatrie (Mini Clinical Evaluation Exercise = Mini-CEX und Direct Observation of Procedural Skills = DOPS) eingesetzt. Insgesamt vier Mini-CEX und DOPS pro Jahr sind in Eigeninitiative zu absolvieren und werden im e-Lobuch dokumentiert.

Bei Assistenzärzten der Innern Medizin, die 3 Monate auf der Rotationstelle Geriatrie arbeiten, wird der Assessmentbogen für den Facharzt Allgemeine Innere Medizin verwendet. Ein Mini-CEX und DOPS wird pro Rotation in Eigeninitiative gemacht und durch den Chefarzt Geriatrie beurteilt. Bei Interesse kann zusätzlich auch der Assessmentbogen für den Schwerpunkt Geriatrie pro Rotation gemacht und beurteilt werden.

5.2. Eintrittsgespräche/Verlaufsgespräch

Für Assistenzärzte, welche auf der Abteilung Geriatrie arbeiten, wird im Eintrittsgespräch in der ersten Woche mit dem Chefarzt Geriatrie die Weiterbildungsziele besprochen. Dies beinhaltet die Kenntnisse des vorliegenden Weiterbildungskonzeptes mit den formulierten Lernzielen gemäss Lernzielkatalog, die im Verlauf der Ausbildung individuell je nach Ausbildungsstand und Interesse angepasst werden können.

5.3. Jährliche Evaluationsgespräch gemäss Logbuch bzw. SIWF-Zeugnis

Die Evaluationsgespräche zur Besprechung der Leistungen erfolgen mit den Assistenzärzten, welche sich im Fachgebiet Geriatrie vertiefen und den Schwerpunkt Geriatrie erwerben wollen, nach 6 und 12 Monaten durch den Chefarzt Geriatrie. Für Assistenzärzte der Inneren Medizin, welche auf der Rotationsstelle auf der Geriatrie arbeiten, wird ein Evaluationsgespräch/Abschlussgespräch nach 3 Monaten am Ende der Rotation gemacht. Diese geben dem Assistenzarzt eine Rückmeldung über ihre Fähigkeiten, welche mit der Selbsteinschätzung der Assistenzärzte verglichen wird. Anhand dessen wird das weitere Vorgehen besprochen um die Lehrziele individuell anpassen zu können. Zusammenfassungen dieser Evaluationsgespräche werden schriftlich durch den Assistenzarzt im Logbuch festgehalten und fliessen in die abschliessende Evaluation und Anerkennung der Weiterbildungszeit ein (SIWF-Zeugnis). Für Assistenzärzte der Innern Medizin, die 3 Monate auf der Rotationsstelle Geriatrie arbeiten, besteht die Möglichkeit die 3 Monate auf der Geriatrie als Weiterbildungszeit für den Schwerpunkt Geriatrie anrechnen und ein entsprechendes SIWF-Zeugnis durch den Chefarzt Geriatrie ausstellen zu lassen.

Die Abteilung Geriatrie und die Klinik der Inneren Medizin arbeiten mit dem elektronischen Logbuch (e-Logbuch) des Weiterbildungsprogrammes Allgemeine Innere Medizin. Das e-Logbuch erleichtert die Dokumentation von Weiterbildung und Evaluation. Für Assistenzärzte ist das Führen des e-Logbuches obligatorisch.

6. Bewerbungen

6.1. Termine für Bewerbungen

Bewerbungen können jederzeit schriftlich eingereicht werden.

6.2. Adresse für Bewerbungen

Dr. med. Rolf Koch
Chefarzt, Abteilungsleiter Geriatrie
Abteilung Geriatrie, Klinik Rehabilitation/Geriatrie
Spitalzentrum Oberwallis, Standort Brig
Überlandstrasse 14
3900 Brig

6.3. Notwendige Unterlagen für die Bewerbung

Motivationsschreiben
Curriculum Vitae
Zeugnisse (Staatsexamen Approbationsurkunde, Zeugnisse der bisherigen Ausbildung und spezielle Fähigkeiten)
Eventuell Angabe von Referenzen

6.4. Selektionskriterien

Die Weiterbildungsstelle ist geeignet für Assistenzärzte, welche den Schwerpunkt Geriatrie erwerben möchten oder für Assistenzärzte, welche den Facharzt Allgemeine Innere Medizin (Curriculum Spitalinternist/Curriculum Hausarzt) anstreben und sich für Geriatrie interessieren. Assistenzärzte, welche den Schwerpunkt Geriatrie anstreben, werden bevorzugt.

6.5. Ablauf des Auswahlverfahrens

Nach Einreichung der Bewerbungsunterlagen werden geeignete Kandidaten für ein Vorstellungsgespräch aufgeboten. Je nach Situation ist ein «Schnuppertag» auf der Abteilung möglich.

6.6. Anstellungsvertrag

Bei einer Zusage erhalten die Bewerber einen schriftlichen Anstellungsvertrag vom Personaldienst.

Juni 2020

Dr. med. Rolf Koch