

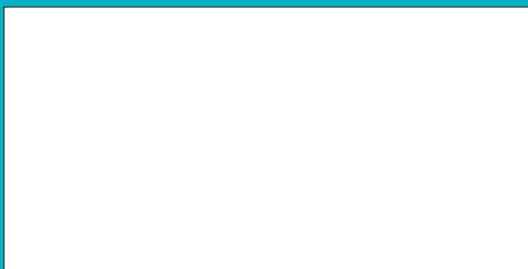


MAGAZINE OFFICIEL DE L'ASSOCIATION
NATIONALE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU LUXEMBOURG

September 2022

ANILnews

Evidence Based
Nursing



PERIODIQUE



Envois non distribuables à retourner à:
L-3290 BETTEMBOURG

PORT PAYÉ
PS/506

Traitement d'une brûlure au 2^e degré avec Flaminal[®] Hydro

Cause de la brûlure : contact avec une cigarette, pas d'antécédents



Jour 1



Jour 2



Jour 8



Jour 29

Traitement :

- ◉ 8 jours avec Flaminal[®] Hydro - Changement quotidien du pansement
- ◉ Flamigel[®] à partir du 9 jour - Pour une cicatrisation optimale

Propriétés antimicrobiennes



- ✓ Protection antimicrobienne¹
- ✓ Activité bactéricide rapide²
- ✓ Risque minimal de développement de résistance³

Conditions de plaie optimales



- ✓ Milieu humide⁴
- ✓ Optimisation de l'exsudat⁴
- ✓ Débridement et élimination du tissu nécrotique⁴
- ✓ Non cytotoxique = sûr²
- ✓ Facile à utiliser¹

UN CHOIX EFFICACE ET SANS DANGER POUR VOS PLAIES



WWW.FLENHEALTH.COM
PLUS DE CAS ICI



CE 0344

1. Mode d'emploi Flaminal[®] Hydro et Flaminal[®] Forte

2. De Smet, K. et al. Pre-clinical evaluation of a new antimicrobial enzyme for the control of wound bioburden. Wounds. 2009, 21(3): 65-73.

3. Gottrup, F. et al. EWMA document: antimicrobials and non-healing wounds – Evidence, controversies and suggestions. J Wound Care. 2013, 22 (5 suppl.): S1-S92 WHO Definitions

4. Jones, J. et al. TIME to assess wounds – a clinical evaluation of Flaminal[®]. Wounds UK. 2018, 14(3): 63-69

SOMMAIRE

Edito

Anne-Marie HANFF 1
Présidentin vun der ANIL
Présidente de l'ANIL

Actualités de l'ANIL

Nomination des premiers professeurs
en sciences infirmières 3

Network Clinical Nursing
Sciences Luxembourg 4

Resumé: Firststellung an zukunfts-
gerichtet Diskussioun vun der
LëtzeCare Etüd. Aarbeschtsufoerderungen
am lëtzeburger Fleegesecteur 5

Etude Letz-Care - Résumé: Présentation
et discussion prospective de l'étude
LetzCare. Exigences de travail dans
le secteur des soins au Luxembourg 9

Carte Blanche: D'Kompetenz ze
wëssen, wat mir net wëssen 13

Journées des bonnes pratiques 15

Actualités professionnelles

Pflegewissenschaft im
Krankenhausalltag. Geht das? 17

Wie funktioniert
Evidenzbasierte Pflege? 19

Fachtexte suchen, finden und
verstehen - eine Einführung 22

Les infirmiers de recherche clinique:
un maillon indispensable au progrès
de la médecine 27

Aperçu du quotidien d'une scientifique
en soins infirmiers 31

Emanzipation der Pflege und
das „gehobene Bürgertum“ 33

Palliativ Geriatrie zu Lëtzebuerg 37

«Zesumme géint de Wéi» 39

Beispiele an Forschungsprojekten 42

ANIL News

Magazine officiel de l'Association Nationale
des Infirmières et Infirmiers du Luxembourg
Editeur responsable: ANIL - Association Nationale
des Infirmières et Infirmiers du Luxembourg
B.P. 1184 - L-1011 Luxembourg

Secrétariat de l'Anil:

Tél.: 49 58 09 - Fax: 40 85 85
e-mail: anil@anil.lu · www.anil.lu

Comité de rédaction:

Anne-Marie Hanff, Marie-France Liefgen,

Photos: ANIL, istockphoto

Impression: Imprimerie Heintz, Pétange

Avis: La reproduction, même partielle, des articles
du magazine Anil News est interdite sans autorisation
préalable. Les articles publiés n'engagent que la
responsabilité de leurs auteurs.

Mir verdéngen näischt manner wéi dat!



Léif Memberen,

2022 ass zu Enn gaangen an ech well kuerz op d'Joer zeréckblécken. Am Hierscht gouf d'LëtzeCare Etüd virgestallt an zukunftsgerichtet diskutéiert. Dës gouf duerch d'Universitéit Lëtzebuerg mat Ënnerstëtzung vun der ANIL duerchgefuert an huet eis erméiglecht, ouni Polemik op Basis vun Fakten ze diskutéieren. D'Präsentatiounen kennt dir all op eisem Site nokucken. Fir eppes wat vill vun eis schonn am Gefill haten kruten mir elo eng Zuel: **Méi wéi 70% vun den Infirmièren an Infirmieren hunn am vergaangenen Joer mindestens 1x doriwwer nogeduecht den Beruff ze verlossen.**

Hauptgrond: Burnout duerch héijen Aarbeschtsopwand.

Elo mussen Léisungen hier - an zwar schnell! D'Politik an d'Patronat spillen heibäi eng wichteg Roll.

Mee wat mir heefeg vergiessen sinn déi elementar Roll an den Pouvoir vun den Infirmièren an Infirmieren. Mir sinn déi gréissten Berufsgrupp am Gesondheetswiesen! Mir hunn eng Penurie vun dësem essentiellen Beruff ouni deen den Gesondheetssystem zesummen brieche géng. An England streiken d'Infirmièren an Infirmieren zum Wuel vun den Betraffenen. Hinnen geet et elo duer, „Enough is enough!“ an ech ënnerstëtzen hier Forderungen zu 100%! **Zu Lëtzebuerg mussen mir ophalen doriwwer ze diskutéieren wat eng gutt Fleeg kaschten dier! Mir mussen doriwwer diskutéieren wat se kaschten soll!** Wosst dir z.B., dass säit den 90er Joren d'Memberen vun der Nomenklaturkommissioun géint all Infirmiersakten op initiative propre gestëmmt hunn? Elo stellt iech fir, mir géingen fir een Dag nëmmen déi Akten maachen, déi mir och bezuelt kréien an gläichzäitig géinge mir erklären, wat mir alles nach kéinten maachen, wann mir d'Moyenen dofir hätten? Déi fleegbedierfeg Leit an d'Familljen (déi missten asprangen) géinge mir iwwer d'Hannergrënn opklären. Dëst wier eng immens effektiv Ëffentlechkeetscampagne! Mir sinn eis seelen bewosst, dass mir net ofhängeg sinn vun der „Gutmütgeeket“ vun den Aneren!

D'Pandemie huet eis all verännert. Wat mir virun der Pandemie ausgehalen hunn, mussen mir eis elo net méi gefalen loossen! Och mir hunn en Recht op eng Aarbecht, déi eis net krank mëscht. Mir kennen eis Rechter afuerderen an eis aktiv fir eng Verbesserung asetzen. Fir d'Joer 2023 setzen ech mech mat der ANIL (ënner anerem) weiderhin dofir an, dass d'Infirmière an den Infirmier:

- laangfristeg en adequaten Status an der Gesellschaft kréien,
- deementspreechend och unerkannt an respektéiert ginn,
- Garantien kréien fir bei Entscheidungen déi d'Gesondheetsversuergung an Fleeg betreffen, mat um Dësch ze setzen,
- genuch Ressourcen kréien an vun onnéidegen Tâchen entlaascht ginn,
- Kompetenzen forméiert (Bachelor an Infirmière de Pratique avancée) an unerkannt (Attributiounen) kréien, déi si brauchen fir déi Betraffenen ze versuergen (bspw. klinesch Ënnersichung, ...), an
- rechtlech an monetär ofgeséichert ginn, wann si an hirem rôle propre net als Assistent vum Dokter schaffen (Reform vun der Finanzéierung, Nomenklaturkommissioun).

Den System zu Lëtzebuerg muss sech grondleeënd verännern, fir dass mir déi Betraffenen nees beschtem Wëssen an Gewëssen fleegen kennen. An dëst ass net nëmmen nice to have, mä mir verdéngen näischt manner wéi dat!

Hëlleft eis méi Gehéier ze kréien. Zielt Ären KollegInnen wat mir maachen an dass et sech lount d'ANIL ze ënnerstëtzen!

Och den rôle propre vun der Infirmièren an dem Infirmier gëtt säit Joerzénge ëmmer méi ageschränkt duerch Prozeduren, déi dovunner ausginn, dass evidenz-baséiert Fleeg d'Besoinen vun den Betraffenen an d'Expertise vun den Infirmièren an Infirmieren ignoréieren soll. Mat dësem Messverständnis wëllen mir an dëser News opklären. Och wëllen mir en Abléck doranner ginn, wéi d'Wëssenschaft an d'Praxis integréiert kann ginn. Den Management spillt an dësem Punkt och eng enorm wichteg Roll. Dowéinst wäerten mir eis an der nächster ANIL News dem Thema widmen.

Anne-Marie Hanff,
Présidentin vun der ANIL
presidente@anil.lu

Assurez votre appart' en 3 clics



GoodStart.lu

L'assurance appartement
qui simplifie la vie.

www.goodstart.lu

LOCATAIRES &
PROPRIÉTAIRES

 **Bâloise**
Assurances

Nomination des premiers professeurs en sciences infirmières

Le Conseil de Gouvernance de l'Université du Luxembourg a nommé Mmes Laurence Bernard et Marie Friedel professeurs titulaires en sciences infirmières qui développeront conjointement une offre d'études complète en sciences infirmières à l'Université.

Laurence Bernard est titulaire d'un doctorat en sciences infirmières et rejoint l'Université après avoir travaillé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle a dix ans d'expérience en tant que professeur et a publié dans les domaines de la sécurité des soins de santé et, récemment, des pandémies, mais aussi de la théorie critique, notamment le féminisme, le postmodernisme ou le socioconstructivisme. Laurence Bernard détient les citoyennetés canadienne et belge et parle couramment le français et l'anglais.



Laurence Bernard



Marie Friedel

Marie Friedel est née au Luxembourg et a la double nationalité française et allemande. Elle est titulaire d'un doctorat en santé publique. Marie Friedel a travaillé comme collaboratrice scientifique à l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) de l'Université Catholique de Louvain et enseigne depuis plus de 20 ans au département des soins infirmiers et obstétriques de la Haute Ecole Léonard de Vinci à Bruxelles. Ses activités de recherche, basées sur des méthodes mixtes et une forte approche collaborative, portent sur les soins

palliatifs pédiatriques, la mesure des résultats dans les soins de santé, l'éthique et la formation en soins infirmiers. Marie Friedel parle français, anglais, allemand et italien.

Afin d'offrir une formation en soins infirmiers à un niveau académique, le gouvernement a mandaté l'Université du Luxembourg pour élaborer une gamme complète de programmes de bachelors en soins infirmiers. Au total, sept nouveaux bachelors dans différents domaines des soins infirmiers sont prévus pour être lancés progressivement à partir de septembre 2023: des bachelors en ATM de chirurgie, des bachelors pour des infirmiers en anesthésie et réanimation, en pédiatrie, en santé mentale, suivis en 2024 par un bachelors de sage-femme et en radiologie ainsi qu'un bachelors en soins infirmiers généraux.

Les programmes d'études combineront une formation théorique utilisant les technologies les plus récentes avec une formation pratique dans les hôpitaux et en collaboration avec les différents instituts au Luxembourg ainsi qu'avec des partenaires étrangers.

Laurence Bernard et Marie Friedel sont toutes deux infirmières de formation. Le Prof. Laurence Bernard prendra ses fonctions en octobre 2022 et le Prof. Marie Friedel en novembre 2022. Leur affectation principale sera le Département Sciences de la vie et médecine de la Faculté des Sciences, des Technologies et de Médecine (FSTM). Les deux professeurs auront un rôle important dans la mise en place et la coordination de la formation en soins infirmiers à l'Université. Ils seront également responsables du développement de la recherche en sciences infirmières à l'Université du Luxembourg.

Le recteur de l'université, Stéphane Pallage, a déclaré: «Ces nominations constituent une étape importante pour l'Université du Luxembourg sur la voie d'une formation académique en soins infirmiers attractive au Luxembourg. Marie Friedel et Laurence Bernard apportent à l'Université une riche expérience, des personnalités orientées vers les gens et une vision claire du développement et des besoins de la profession infirmière.»

Source:

Communiqué de l'Université du Luxembourg

Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg

De berufsethesche Kodex vun den Infirmière beseet, dass d'Infirmièren aktiv en professionellt Wëssen opbaue sollen, dat op Fuerschung baséiert.

De 25. Februar 2021 huet d'ANIL de **Reseau fir klinesch Fleegwëssenschaften** (*Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg - NCNSL*) gegrënnt.

Den iwwegräifenden Objektiv vun dësem Netzwierk ass d'Promotioun vum Evidence Based Nursing duerch:

- **Ënnerstëtzung:** vu Projeten um Terrain zur Promotioun vun enger Fleeg déi op wëssenschaftlechen Resultater berout (bspw. Uspriechpartner fir Leitlinnen déi d'Fleeg betreffen),
- **Vernetzung:**
 - Infirmièren, déi un der Evidence Baséierter Fleeg, der Fleegwëssenschaft an -fuerschung interesséiert sinn,
 - Potentielle Kooperatiounspartner,
 - Potentiellen Interviewpartner,
- **Sammlung an Diskussioun** vun nationalen an internationalen:
 - Projeten zur Promotioun vun evidence baséierter Fleeg,
 - fleegwëssenschaftlechen Projeten,
 - Best Practices,
 - Systemer.

- **Informatioun a Motivatioun:** vun den Infirmièren an Infirmieren zur Weiterbildung mat engem international unerkanntem Ofschluss an zu méigleche Karriären an der Fleeg,
- **Fleegfuerschung:** (Ënnerstëtzung bei der) Duerchféiere vu Fleegfuerschungsprojeten (Hergestelltung vun Kontakter, Multiplikator / Verbreedung vun Informatiounen zur Studie, ...),
- **Wëssensaustausch:** zu Methoden an Erfahrungen an der Fleegfuerschung an -wëssenschaft (Formatiounen, Präsentatioune vu Fuerschungsprojeten, „Journal Club“, ...),
- **Ressourcen:** Austausch vu Ressourcen (Literatur, Methoden, ...),
- **Reduzéierung** vun onnéidegen Iwwerschneidungen.

Interesséiert Persounen, déi wellen matmaachen sinn herzlich Wëllkomm sech op www.anil.lu anzuschreiwen. Sitt Dir interesséiert um Thema? Dann fannt Dir an dëser Ausgab e puer Beispiller vun Projeten vun eise Membere. Eis Beiträg ginn mam **#NursesCanSciences** markéiert, soudass Dir dës op den sozialen Medien eremfannt.

Weider Informatiounen fannt Dir op www.anil.lu. Bei Froen kann déi folgend Address direkt kontaktéiert ginn: info.NCNSL@anil.lu.

La naissance d'un enfant est le plus beau cadeau ...

... Mais avec Banque Raiffeisen, ce n'est pas le seul !

Nouveaux parents ? Recevez une Baby Box et un bon d'épargne de 50€ à faire valoir sur l'un de nos produits d'épargne Green Code KIDS, R-Junior ou R-PlanInvest.

Rendez-vous sur www.raiffeisen.lu/baby-box



La Banque qui appartient à ses membres



Resumé: Firstellung an zukunftsgerichtet Diskussioun vun der LëtZCare Etüd. Aarbechtsufuerderungen am lëtzebuerger Flegeseceur



An diesem Artikel resümieren mir d'Präsentatiounen an d'Diskussiounen vum Evenement den 20.10.2022 am Parc Hotel Alvisse. **D'Präsentatiounen souwéi d'Table Ronde fannt Dir um Site vun der ANIL (www.anil.lu).**

Präsentatioun vum Martha Fernandez de Henestrosa: Ein Forschungsprojekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen im luxemburgischen Pflegesektor

D'ANIL huet zesumme mat der Uni.lu d'Etüd „LëtZCare“ lancéiert fir d'Aarbechtsufuerderungen an hir Auswierkungen op déi psychesch Gesondheet vun den Infirmieren ze analyséieren. D'Daten goufen am Abrëll 2021 erhuewen. Et besteet d'Méiglechkeet des Etüd och op aner Fleegeberuffer auszewäiten.

Aktuell ginn 2/3 vun den Infirmieren am Ausland rekrutéiert. Ouni si géif de System net funktionéieren, mee de Problem ass, dass 42% vun den Infirmiere bis 2034 an d'Pensioun ginn.

Fir d'Etüd am Kader vun hirer Dokteraarbecht huet d'Martha Fernandez vun der Universitéit Lëtzebuerg Aarbechtsmerkmalen (z.B. emotional a kierperlech Ufuerderungen, Zäitdrock oder Ressourcë wéi Autonomie, Führungsqualitéit a Feedback) vum Beruff qualifizéiert esou wéi de Stress an d'Aarbechtsqualitéit

analyséiert. Verschidde Froen hunn ob d'Emotiounen (Wut, Angscht, etc.) vum Personal ofgezilt an de Lien zur Motivatioun, bspw dem Risiko vun engem Burn-out duerch d'Aarbecht, gezunn.

D'Iddi ass et de Bols ze fillen, esou wéi Léisungen a Prioritéiten ze definéieren. Matmaache konnten Infirmieren tëscht 18 a 65 Joer, déi opmannst mi-temps a säit 6 Méint zu Lëtzebuerg schaffen. D'Duerchschnitts Aarbechtserfahrung vun den 735 Participanten si 15 Joer. Et si virun allem Lëtzebuerger mat engem Brevet de technicien supérieur.

Aus der Etüd geet ervir dass baal 80% vun den Infirmieren d'lescht Joer opmannst 1x doru geduecht hunn de Beruff ze wiesselen. Als Hauptgrond nennen si mat 48% den Aarbechtswolumen, mee soss och d'Aarbechtzäiten an -inhalter, esou wéi d'Behandlung duerch d'Aarbechtskollegen an d'Responsabel. Mat engem Bléck op d'Statistiken kann ee generell soen, wat d'Personal méi zefridden am Beruff ass a manner riskéiert e Burn-out ze kréien, wat si manner wëllen ophalen.

Fir Burn-out an Aarbechtzefriddenheet ginn et dominant Faktoren: Ëmsou méi héich déi emotional a kierperlech Ufuerderungen an den Zäitdrock, ëmsou méi grouss ass de Risiko fir ee Burn-out. Am Géigenzuch ass de Risiko manner grouss, wann déi sozial Ënnerstëtzung tëscht

den Aarbechtskolleegen an d'kierperlech Ressourcë besser sinn. Och den Alter an den Zäitdrock si wichteg Faktoren.

D'Etüd vergläicht d'Spidol och mat der COPAS/FEDAS. D'Resultater sinn fir béid Secteuren änlech, mee am Spidol ass d'Ausprägung vun Zäitdrock an d'Ufuerderunge liicht méi héich. D'Personal am Spidol kritt méi sozial Ënnerstëtzung, während beim COPAS/FEDAS méi kierperlech Ressourcen (Pausen man, Hellefsmittel) disponibel sinn.

E weidere Verglach ass mam „Quality of Work Index“ (QoW) mat Participante, déi sech net op d'Fleeg beschränken. D'Resultat ass, dass d'Participante vun der Lëtzt Care Etüd méi Zäitdrock an emotional Ufuerderungen hunn. Si hunn och signifikant manner Autonomie a Feedback, mee dofir signifikant méi sozial Ënnerstëtzung wéi z.B. sech enner den ArbeschtskolleegInnen géigensäiteg ze hellefen.

Eng spuenesch Etüd vun Abrëll 2020 huet änlech Resultater erausfonnt. Zu Lëtzebuerg ginn et keng vergläichbar Donnéeën aus der Pré-Covid Zäit, mee eng däitsch Etüd vergläicht pré an after Covid an et koum en Negativtrend eraus: d'Hallschent vun de Participante sinn elo manner zefridden.

Sabine Brase: Personalmangel in der Pflege. Packen wir es an!

D'Sabine Brase, Directrice des Soins am Klinikum Oldenburg, huet an hirem Virtrag erkläert, dass et an de Klinicke vill Verännerunge ginn duerch d'Globaliséierung, d'Digitaliséierung a rezent d'Pandemie. Nëmme wien sech upasse kann, kann erfollegräich sinn/bleiwen. Mir sinn an engem Wiessel vun enger Industrie- an eng Wëssensgesellschaft, doduerch ännert sech d'Struktur vun den Aarbechtsplazen, dës gi méi autonom an d'Hierarchie flaacht of.

An der Fleeg mierkt een aktuell, dass d'Personal midd ass. Si sinn onzefridden, ënnerbesat a vill resignéieren, well si net méi kennen. Vill Infirmiere wiesselen de Beruff oder reduzéieren hir Stonnen. Parallel kënn net vill qualifizierten Nowuess no, bspw brieche d'Leit d'Ausbildung of.

Gläichzäiteg klëmmt den **Usproch un d'Cheffen**. Si mussen et hikréien, dass hir Mataarbechter bleiwen, an zousätzlech déi richteg nei Infirmieren rekrutéieren. Heizou mussen si den Matarbeschter Respekt a Wäertschätzung entgéigen bréngen an hinnen et erméiglechen, sech ze verwierklechen a weiderentwéckele. Chef de services sinn oft gläichzäiteg Chef a Mataarbechter. Doduerch hunn si villfälteg Bedürfnisser a brauchen Handlungsspillraum a Begleedung, fir eppes ze änneren. Duerch déi Duebelbelaaschtung brauchen si och Entlaaschtungsmaassnamen. Si sollten e Virbild kenne sinn. Si mussen Wohlwollen hunn an Iddie fir Verännerung a Verbesserung hunn (visionäert Denken, Charisma, Wäertschätzung, Stimuléierung, Inspiratioun, Stressresistenz). Si sollen den Fleegekräfte Sënn vermëttelen an si inspiréieren, fir dass si hir Aar-

becht net nëmme gutt maachen, mee sech selwer wëlle verbessern. Si hunn och ëmmer en Aen op déi Jonk a kucke wien hir Positioun an Zukunft anhuele kéint am Sënn vum strukturellen Empowerment. Heibäi schwätzt een éischerter vun Leadersip ewéi vum Management. Resultater sinn manner Burn-out a Fluktuatioun, méi Zefriddenheet a Motivatioun bei de Mataarbechter.

- Schlecht Cheffen, déi d'Equipe weder leeden nach ënnerstëtzen, me just fuerderen

Zentral ass e positive Leadership, d.h. d'Stärkte luewen am plaz ëmmer alles ze kritiséieren.

D'Mme Brase beschreiw déi folgend Iddien a Konzepter fir d'Praxis:

- Room of Error: et ass d'Plaz fir iwwe Feeler déi gemaach goufen ze schwätzen, erauszefanne firwat dës Feeler geschitt sinn an als Equipe aus dës Feeler ze léieren et besser ze maachen. Esoumat kann eng Institutioun zu enger «organisation apprenante» ginn, wou de Patient an de Mataarbechter sech a Sécherheet spieren.
- Och en Austausch tëscht Spideeler ass wichteg, well iwwe all ginn et déi selwecht Prozess a Feeler, an et kenne gemeinsam Léisungsusätz ginn.
- Events organiséieren (z.B. Octobre Rose, mee och Dag vun der Fleeg fir Mataarbechter)

En Arbeschtgeber ass nemmen sou gutt wéi säin Personal. Fir d'Personal un d'Institutioun ze bannen, beschreiw si als anere wichtegen Usaz e Projet aus dem Klinikum Oldenburg, wou si d'Personal froe wat si an hirer Fräizäit maachen, wat hir Stärkten an Talenter ausserhalb vun der Aarbecht sinn. Dës zousätzlech Ressourcen a Qualifikatioune wéi bspw. Sängen oder en Instrument spillen, bauen si op der Aarbecht an. Wann dann och nach doriwwer geschwat oder geschriwwen gëtt - an der interner Zeitung, um Internetsite - bënnt dat d'Personal un seng Institutioun.

D'Fleegedirectrice fiert weider: **Wann mir méi Personal brauchen, mussen mir och méi ausbilden.** Dëst gëtt méiglech duerch den direkten Kontakt zu Lyceeën an Universiteiten. Am Alter vun tëscht 10 an 12 Joer entscheiden d'Kanner a wéi e Secteur si wëlle schaffe goen. Dofir ass et ze spéit fir a 9^e Klassen ze goen, et muss een op spéitstens an d'7^{iem} goen. Sënnvoll kennen och Formatiounsfoire beim Arbeschtgeber sinn, mat Virstellung vun Ausbildungsméiglechkeeten, Berodung vu RH / Service Formatioun an opweise vun de Perspektiven am Beruff. Well Elteren oft e falscht Bild vum Infirmiersberuff an dem Gesondheessektor hunn, ass et och wichteg ob Elterenowenter ze goen, fir do de Beruff virzestellen an esou ze verhënnern, dass d'Elteren hire Kanner ausrieden an d'Fleeg ze goen. Schon während der Infirmièresformatioun ass dann den Preboarding wichteg. Dobäi kéinten bspw. scho LTPS Studenten un d'Spidol gebonnen ginn duerch interessant Offeren an e nohaltegen Encadrement.



Kooperatioune mat internationale Schoulen an Uni'en erméiglechen en internationalen Austausch an **d'Openheet fir aner Solutiounen ze promovéieren**. D'Mme Brase féiert aus, dass et sech lount Weiterbildungen an Spezialisatiounen unzeerkennen. Eng Persoun déi op d'Universitéit géing goen, géing net d'office vun der Praxis fort goën. Oft wéilt si einfach just méi Wëssen, méi Formatioun, fir d'Patienten esou gutt wéi méiglech kennen ze fleegen. Ganz nom Sënn „Die Besten ans Bett!“. Heizou misst och d'Recherche méi an d'Praxis agebonnen ginn: Fleegefuerscher ginn a Servicer, kucken sech erausfuendernd Situatiounen un, recherchieren dozou, tauschen sech aus a verbannen esou Theorie mat der Praxis. D'Fleegepraxis gëtt **empowert** sech selwer ze hëllefen.

Fir d'Effizienz ze steigern müssen laut der Mme Brase, den Opwand an de Besoin zesumme passen. De Patient deen am meeschte oder déi komplexten Fleege brauch, muss de beschten Infirmier zur Säit hunn an net eng Hëlleskraaft oder e Stagiär, well den Infirmier keng Zäit huet, well en dobäi ass Material opzefellen. E Chef de service muss seng Leit kennen, hier Stärkte fuerderen a si richtig andeelen: „**Déi richtig Persoun fir déi richtig Arbescht**“. Dobäi géing Drock entstoen duerch den falschen Asaz vu Ressourcen, z.B. Infirmiëren déi Patiententransporter maachen oder Schief araumen. Et wier besser dofir manner qualifizéiert Personal anzustellen, an d'Infirmierspersonal un der Säit vun de Patiente loossen.

Table ronde mam Nora Back, Sabine Brase, Daniela Collas, Dr. Carine Federspiel, Anne-Marie Hanff a Paulette Lenert, moderéiert vum Annick Goerens

Den gréissten Deel vun den Participanten vun der LëtZCare Etüd schafft am hospitalièren Beräich. D'Dr. Federspiel weist sech allerdéngs net iwerrascht an bericht vun änlech Resultater an der Langzäitfleeg. Fir emotionaler Middegkeet a Burn-out virzebeugen, de Beruff méi attraktiv ze maachen an d'Leit un de Secteur ze banne wier de „Parrainage“ eng Iddi: E Jonke kritt en erfuerene Mataarbechter un d'Säit gestallt, deen hie beroden an him hëllef kann.

Burn-out kann e moossen, wann een dofir geschoult ass. D'Chefs de service müssen d'Signaler kennen

erkennen, ier et ze spéit ass. Bei participativen Aarbechtsgruppen kennen d'Mataarbechter matschaffen an hire Standpunkt abréngen. Dëst feiert zu enger positiver Verännerung, déi si mat bestëmmen konnten.

Thema waren och d'Aarbechtszäite déi schwéier ze verhandelen sinn. Et feelt u Flexibilitéit, wann ee säin Aarbechtsplang eréischt 7 bis 10 Deeg am Virus kritt an doduerch säi Privatliwen net plangen kann (schlecht Work-Life Balance). Den Finanzement vun mobilen Equipen, déi bei Ausfäll apsrangen kennen, kéinten dem Employeur an dem Infirmier Plangsecherheet ginn an de Beruff méi attraktiv maachen.

D'Participanten sinn sech eenz, dass zwee ennerschiedlech Kollektivverträg (hospitalier an extra-hospitalier) net sennvoll sinn. Et muss méiglech sinn ouni finanziell Verloschter tëscht dem Spidols- an dem Secteur extrahospitalier ze wiesselen. D'Kollektivverträg mussen fusionéiert gi fir déi selwecht Bedingunge fir jiddereen ze schafen. Allerdéngs ass een sech net iwwert d'Detailer eenz.

Iddi'en um Gesondheitsdesch:

- **Opwärtung vum Beruff:** Klischeeën opléisen an d'Villfältigkeet vum Beruff opweisen an dem Beruf vun der Infirmière en méi héigen Stellenwäert an strategesch Decisiounen souwéi an eiser Gesellschaft ginn. Dobäi soll een net nemmen op d' Problemer hiweisen me och déi positiv Aspekter ewéi d'Weiderbildung a Spezialisierungsméiglechkeeten erfir hiewen. D'Infirmière solle stolz op hire Beruff sinn an sech net müssen erklären firwat si trotz allem den Beruf gewielt hunn.
- Bei der **Reforme vum Exercice** vun der Infirmière, muss onbedéngt eng Upassung vum Berufsbild un d'Realitéit geschéihen: Aktuell spigelt dat wat um Pabeier steet net d'Praxis erëm. Et brauch eng nei Aarbechtsopdeelung fir Kompetenz ideal anzusetzen.
- **D'Digitaliséierung** soll Aarbechtsprozesser verbessern an den Infirmier entlaaschten, fir dass e méi Zäit fir de Patient huet, deen am Zentrum stoe sollt. Et muss landeswäit bessert Computermaterial kaf ginn, fir d'Digitaliséierung unzedreiwen, d'Dokumentatioun (déi wichteg ass fir de Suivi, Tracen, an sech ofzesécheren) ze vereinfachen an Zäit a Geld ze spueren. Wat den Dossier de soins partagé ugeet, fënnt ee kee gemeinsamen Nenner. Et misst eng Méiglechkeet ginn, dass een di verschidde Systemer kéint mat enee vernetzen.

Et muss een deene Jonke Perspektive weisen a Spezialisierungen erméiglechen. Dat ass aktuell fir d'ANIL schwéier, well et kee transparenten, duerchgängegen, logeschen Opbau, keng **Träppche vun enger Qualifikatioun zur nächster gëtt**, déi een eropklamme kann. Dorun ännert och di aktuell Propose vum Bachelor en soins généraux näischt, wou et weiderhinn onméiglech ass vun der Aide-Soignante an d'Infirmièresformatioun ze wiesselen an den Infirmier en soins généraux genee ewéi déi

dorobb opbauend Spezialisatiounen um nämlechten Niveau bleiwen, d.h. allen zwee en Bachelordiplom kréien.

Dobäi gëtt ennerschaat, dass eng **Investitioun an d'Ausbildung vum Personal sech och lount**: Duerch besser ausgebild Personal, geet d'Zuel vun Hospitalisatiounen erof, well méi präventiv geschafft gëtt, och mat Hausvisitten. Et ass eng Investitioun an d'Gesondheet op Dauer. Wann d'Leit méi gesond sinn, spuert ee Suen, well Hospitalisatiounen si méi deier (fir de Staat an de Patient) wéi Präventivmedizin an Ausbildung.

Déi wichtegst Punkte fir de Personalmangel kuerz- a laangfristeg ze léisen:

- Prozesser, Qualifikatiounen vun de Fleegenden an d'Arbechtsbedingunge verbessern
- D'Bild vun der Fleeg besser vermëttelen: wat gëtt et alles vun Aarbechten an dëse Beruffer, wéi gëtt am Team geschafft, wat sinn déi relational a sozial Aspekter vun dëser Aarbecht. Eng Verbesserung vum Berufsimage kéim och all deenen, déi schaffen ze gutt.
- De Beruff a seng Virdeeler an de Virdergrond stellen
- Eng gutt Ausbildung ass eng gutt Basis
- Digitaliséierung = Déier am Uschaffen, mee effizient am Gebrauch
- De Patient an de Mëttelpunkt stellen an d'Infirmièren bei allem wat net direkt mat der Fleeg ze dinn huet ennerstetzen (Transport, Logistik, verschidden Dokumentatiounen, asw.). Keng duebel Dokumentatiounen (digital a Pabeier) méi musse maachen.
- De Chief Nursing Officer soll e Staff zur Verfügung an Matsproocherecht bei strategeschen Decisiounen hunn
- Mat besseren Aarbechtsbedingungen a méi Wäertschätzung géifen eng Partie Leit erëm Vollzäit schaffe wëllen, wat de Personalmangel léisen an d'Zefriddenheet verbessere géif. Dem neie Fleegepersonal och direkt en CDI ubidden.
- D'Ministerin kämpft dofir, dass de Secteur an öffentlecher Hand bléift fir en öffentlech finanzéierten an héichwäertege System ze garantéieren.

Zum Ofschloss gouf vum Anne-Marie Hanff nach eng Kéier drop higewisen, dass et wichteg wier am Sënn vun enger Shared Governance eng Statiounsleedung an e Fleegeexpert pro Statioun ze hunn, déi op Aenhéicht mat enee schaffen, wou deen ee fir d'Organisatioun an deen anere fir d'Fleeg zoustänneg ass. Dëst géif déi fleegeresch Expertise valoriséieren an op den gläichen Niveau stellen ewéi den Manager. Dëst wier haut nach net den Fall.

Autoren:

Nadine KREMER,

Chargée de communication (CHEM)

Marie-France LIEFGEN

an Anne-Marie Hanff, ANIL



HINWEIS FUER DIE KOMMUNIKATIONSBEAUFTRAGTEN

AVIS AUX RESPONSABLES DE LA COMMUNICATION

Machen Sie Ihre Projekte für Pflegende in Luxemburg sichtbar

Rendez vos projets visible pour les infirmières et infirmiers au Luxembourg

Möchten Sie ein Projekt/ einen Fachbeitrag zur beruflichen Praxis oder zur Pflegewissenschaft mit der luxemburgischen Gemeinschaft der Krankenpflege teilen?

Kontaktieren Sie uns! Gerne unterstützt die ANIL Sie dabei Ihren Beitrag mit Hilfe unserer ANIL NEWS zu verbreiten.



Vous désirez de partager un projet/ article concernant la pratique professionnelle ou les sciences infirmières avec la communauté des infirmières et infirmiers au Luxembourg?

Contactez-nous! L'ANIL est contente de vous aider à faire passer le message dans notre ANIL NEWS.

Einreichfrist für Ihre Beiträge

Délais pour l'envoi des articles/

- **April / avril:** 01.03.
- **September / septembre:** 01.08.
- **Dezember / décembre:** 01.11.

Etude Letz-Care - Résumé: Présentation et discussion prospective de l'étude LetzCare. Exigences de travail dans le secteur des soins au Luxembourg



L ANIL a lancé ensemble avec l'Université du Luxembourg l'étude „LëtZ-Care” en vue d'analyser les exigences de travail et les répercussions sur la santé psychique du personnel infirmier. Les données traitées ont été recueillies en avril 2021 et se rapportent uniquement au personnel infirmier.

Actuellement 2/3 du personnel infirmier travaillant au Luxembourg est recruté dans les pays limitrophes (France, Belgique, Allemagne). Jusqu'en 2034, 42% des infirmiers prendront la retraite.

Dans le cadre de son doctorat, Mme Martha Fernandez de l'uni.lu a rassemblé et analysé les caractéristiques du travail infirmier, comme p.ex. les exigences émotionnelles et physiques, la pression de temps et les ressources comme l'autonomie, les qualités de leadership et le feedback ainsi que le stress et la qualité de travail.

Tous les infirmiers entre 18 et 65 ans avaient la possibilité de participer à l'étude, travaillant au Luxembourg depuis six mois. 735 personnes ont participé avec une moyenne de 15 ans d'expérience professionnelle - la plupart des luxembourgeois avec un BTS infirmier (brevet de technicien supérieur)

70% des infirmiers ayant répondu au questionnaire, ont pensé au moins une fois pendant l'année passée de changer de profession. Les causes les plus fréquemment nommées sont: le volume, les horaires et les

contenus de travail, la relation avec les collègues et les supérieurs.

Les résultats entre les personnes travaillant en milieu hospitalier sont similaires avec ceux de l'extra-hospitalier (maisons de soins et soins à domicile). A l'hôpital le soutien social semble mieux fonctionner tandis qu'en milieu extra-hospitalier, il y a plus de ressources disponibles. En comparaison avec le „Quality of Work Index”, les infirmiers sont soumis à plus d'exigences émotionnelles et de pression de temps, ils ont moins d'autonomie et de feedback dans le travail quotidien, par contre ils profitent d'un soutien social plus important.

Une partie du personnel infirmier est fatiguée, insatisfaite, en sous-effectif et résigne parce qu'elle n'en peut plus. Il y a des changements de profession et des réductions du temps de travail et en parallèle, peu de relève par des jeunes qualifiés; beaucoup d'élèves arrêtent la formation en cours.

Quelques pistes de réflexion émises lors de la conférence et de la table ronde:

- Améliorer les qualifications des soignants, les processus de soins / de décisions ainsi que les conditions de travail
- Mieux communiquer l'image réelle de la profession infirmière: quels sont les différents aspects

très variés de cette profession, quelles en sont les exigences relationnelles et sociales, quels sont les avantages de la profession soignante, comment travailler en équipe interdisciplinaire? Une autre image de la profession profiterait non seulement à un meilleur recrutement mais également à tous ceux qui sont en exercice.

- Mettre le patient / résident au centre des préoccupations et redonner la place du soignant auprès du patient / résident: toutes les tâches accessoires doivent être prestées par du personnel administratif et logistique, toute documentation doit être facilitée par une digitalisation bien pensée, plus de documentation double (papier et ordinateur) même si ceci coûte cher au début, aussi bien en matériel qu'en formation du personnel.
- Transformer le poste de «Chief Nursing Officer» au sein du Ministère de la Santé en division autonome avec le personnel nécessaire pour les missions à mener et des droits de décision en la matière de soins.
- Room of Error: pouvoir parler d'une faute commise sans avoir peur de répercussions, analyser les causes et apprendre pour que ceci ne se reproduise plus. Devenir une «organisation apprenante» dans laquelle le patient / résident et le collaborateur se sentent en sécurité. Un échange entre les institutions pourrait être une plus-value – chaque institution travaille avec des processus et des erreurs peuvent apparaître partout - les institutions peuvent apprendre par / avec les autres.
- Rendre les directions et les chefs de services plus autonomes et plus responsables, dans le sens de l'empowerment: vivre un leadership positif, créer un milieu de travail basé sur la confiance, organiser des réunions pour écouter les propositions du personnel travaillant auprès du patient / résident.
- Lier les élèves / étudiants à l'institution dès la formation par un encadrement durable et des offres intéressantes : formations continues avec possibilité d'un travail différent / diversifié - ceci vaut également pour le personnel plus âgé.
- Rencontrer les élèves et leurs parents dès la fin de l'école primaire - au plus tard au début du secondaire, car les choix professionnels se font tôt. Leur parler de toutes les perspectives de l'infirmière. En classe de 9e, comme il est le cas depuis 30 ans, il est trop tard pour intéresser les jeunes à la profession de l'infirmier
- Soutenir la recherche en soins et l'intégrer dans la pratique: les chercheurs vont sur le terrain, observent et constatent, font des recherches et retournent avec leurs résultats sur le terrain pour faire avancer la pratique.
- Créer une double responsabilité de service : un responsable organisationnel et un responsable par rapport à la qualité de soins - les deux seront hiérarchiquement identiques et responsables pour deux domaines tout à fait indépendants.

Auteur:

Marie-France LIEFGEN

Infirmière et Membre du comité de l'ANIL



Avec UrgoK2 débutez la cicatrisation

URGO
MEDICAL
Healing people®

et



la vie continue



UrgoK2



Confortable⁽¹⁾

Quel que soit le niveau de mobilité des patients, de jour comme de nuit.



1^{ère} intention⁽³⁾

Système de compression multitype conforme aux recommandations de la HAS.



Compression continue et fiable^(1,2)

Effet de massage à la marche + pression modérée au repos.



ULCÈRE DE JAMBE VEINEUX OU MIXTE A PRÉDOMINANCE VEINEUSE (IPS \geq 0,8)⁽⁴⁾, ŒDÈME D'ORIGINE VEINEUSE, LYMPHŒDÈME.

1) Hors UrgoK2 Latex Free. (2) European Wound Management Association (EWMA), Management of Patients With Venous Leg Ulcers: Challenges and Current Best Practice (multicomponent system). J Wound Care. 2016; Jan; 25(1):5-11-567. (3) Jorgler et al. Combination of interface pressure and direct compression bandage systems used on healthy volunteers. J Wound Care (2009) 20(11): 474-80. (4) Bon usage des technologies de santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques. Document de la Haute Autorité de Santé, disponible sur le site www.has-sante.fr. (5) Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pression. Juin 2006. Document de la Haute Autorité de Santé, disponible sur le site www.has-sante.fr.
UrgoK2 et UrgoK2 Latex Free - Système de compression multitype à bande à pression contrôlée. Indications : Traitement de l'ulcère veineux de jambe et/ou des œdèmes du membre inférieur, pour lequel une compression forte est recommandée, chez l'adulte. Contre-indications : Pathologie artérielle modérée ou sévère, avec indice de pression systolique (IPS) \leq 60 - Patient souffrant de thrombose veineuse, de phlébite ou de varices (pression élevée associée avec compression élevée), de phlébite veineuse - Ulcération ou œdème d'origine infectieuse - Insuffisance cardiaque congestive décompensée - Patient avec antécédent de portage post-arteriel - Hypertension chronique à l'un des constituants, en particulier le latex pour UrgoK2. Intégrément remboursable UFR (Séc. Soc. 60% - Mutualité 40%) dans le traitement de l'ulcère de jambe d'origine veineuse (IPS \geq 0,8). Dispositif Médical de classe I. Lire attentivement la notice avant utilisation. Laboratoire Urgo - 17204



WE NEED YOU!

Wéi een am Rapport d'Activité gesäit, finanzéiert sech d'ANIL ausschliisslech duerch hier Memberen an d'ANIL News. Dëst ass eis vun immenser Wichtigkeet, well mir eis heiduerch fräi vun Interesseskonflikter fir d'Infirmiëren an d'Infirmieren zu Lëtzebuerg anzesetzen. Wärend aner Associatiounen duerch Sponsoren hier Aktivitéite finanzéieren hunn mir dës finanziell Ënnerstëtzung bewosst net.

2023 wëlle mir weider wuessen an nei Projeten ugoen. Dobäi si mir op d'Ënnerstëtzung vun iech ugewisen. Wëllt Dir d'ANIL dobäi ennerstëtzen weiderhin als Stëmm vun der Infirmière an der Gesellschaft a Politik aktiv ze sinn?

Kennt Dir Infirmiëren oder Infirmieren déi nach net Member bei eis sinn?

Dann maacht si op eis Associatioun opmierksam an hëlleft eis nei Memberen ze rekrutéieren.

D'ANIL ass elo och unerkannt, als Association d'utilité publique. Dons kennen also vun de Stéieren ofgesat ginn.

CCPLLULL: LU92 1111 0581 9188 0000

BCEELULL: LU65 0019 1100 7517 5000

BGLLULL: LU48 0030 5685 1431 0000

Villmoools Merci fir d'Ënnerstëtzung!



SERVIOR 
RECRUTE

ce que nous proposons:

Le plus grand gestionnaire d'hébergements pour seniors au Luxembourg
Groupe luxembourgeois
Opportunité de carrière et de mobilité géographique au sein du groupe
Grande inter-professionnalité
Convention collective (CCT-SAS)
Hauts standards de qualité
Outils de travail performants
Culture de formation très développée

jobs.servior.lu

>>> **Chef de département / Chefs de Service - "Soins & Encadrement" (m/f)**
Pflegedienstleiter / Stationsleiter - "Pflege und Betreuung" (m/w)

>>> **Infirmiers diplômés (m/f)**
geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger (m/w)

>>> **Aides-soignants (m/f)**
Altenpfleger (m/w)

Bofferdange, Diekirch, Differdange, Dudelange, Echternach, Esch/Alzette, Howald, Luxembourg-Ville, Niederborn, Remich, Rumelange, Troisvierges, Vianden, Wiltz

>>> **"Däi Beruff fir d'Liewen, op jobs.servior.lu"**

Carte Blanche:

D'Kompetenz ze wëssen, wat mir net wëssen

Am Buch vum Organisatiounspsycholgue Adam Grant mam Titel „Think again. The power of knowing what you don't know» betount hien d'Wichtigkeet dovun, eis Meenungen och mol z'iwwerdenken. Esou en „wëssenschaftlecht Denken», sou schreift hien, kann eis hëllef, nei Léisunge fir al Problemer ze fannen. Wat dëst mam Infirmiersberuff ze dinn huet, weist d'Anne-Marie Hanff, Infirmière an Doktorantin an der Fleegewëssenschaft.

Déi meescht vun eis sinn houfreg op hiert Wëssen an dorop, dass si hiren Iwwerzeugungen trei bleiwen. Dat ergëtt Sënn an enger stabiller Welt, wou sech näischt verännert, mä net an der Fuerschung

Eng fundamental Kompetenz vun engem Wëssenschaftler ass et nämlech grad, Saachen nei ze denken. Wëssenschaftler ze sinn, ass dobäi net nëmmen e Beruff, et ass och eng Haltung, eng Denkweis, déi no der Wourecht sicht.

Wëssenschaftler fänken net mat Äntwerten oder Léisungen un, mä mat Froen. Si priedegen net eppes aus hirer Intuitioun eraus, mä si leieren duerch Beweiser. Dobäi siche si no Grënn, firwat si falsch leie kéinten, an net no Grënn, firwat si Recht mussen hunn. Well während anerer der Meenung sinn, dass et en Zeeche vu Schwächt ass, seng Meenung z'änneren, ass et fir e Wëssenschaftler en Zeeche vun intellektueller Integritéit!

Et geet net ëm hien, mä drëms, d'Wësse fir jidderee weider z'entwëckelen. An dobäi muss ee kee Wëssenschaftler sinn, fir wei e Wëssenschaftler ze denken.

Fir erauszefannen, wat déi wierklech grouss Presidenten aus den USA ausgezeechent huet, hunn Experten an

Historiker si beurteilt. An entgéint den Erwaardungen, hunn si sech beispillsweis net duerch hiren Éiergäiz oder hiert Wëssen ausgezeechent. Entscheedend war hiren intellektuelle Virwëtz an hir Oppenheet. Si waren drun interesséiert, nei Usiichten ze héieren an hier al Usiichten ze iwwerpräiwen, amplaz alles z'ignoréieren, wat net zur Gonscht vun hire Wieler war. Obwuel si Politiker waren, hu si d'Problemer dacks wéi e Wëssenschaftler geléist.

Leider fënnt esou en Ëmdenkprozess heefegt net statt. Dëst erkennt een un Aussoen ewéi „Dat hu mir schonn ëmmer sou gemaach“. Op d'Fleeg bezunn, ass déi Ausso de Géigendeel vun enger Evidenz basierter Fleeg, d.h. enger Fleeg, déi hir Handlungen hannerfreet an hir Entscheidung mat wëssenschaftlechen Erkenntnisser, hirer Erfahrung an de Besoine vum Patient begrënnt an net domadder, „dass et schonn ëmmer sou gemaach gouf“.

D'Uni Lëtzebuerg huet zwou Professorinnen an der Fleegewëssenschaft ernannt. Jo, de Studium wäert den Infirmièresberuff zu Lëtzebuerg verännere! Mee bei all de Verännerunge bleift d'Infirmière eng Infirmière. Si wäert nach ëmmer fir déi betraffe Leit, hiert Ëmfeld an d'Problemer duerch d'Erkrankung suergen. Si wäert nach ëmmer Matgefill hunn an den Kontakt mat Mënsche gären hunn. Mee eben e bësse méi wéi e Wëssenschaftler denken. An dat kënnst eis all ze gutt!

Autorin

Anne-Marie HANFF

Infirmière an Doktorantin

Literatur

Adam Grant (2022) Think again – Die Kraft des flexiblen Denkens: Was wir gewinnen, wenn wir unsere Pläne umschmeissen. Piper Verlag

The graphic features the ANIL logo on a green background. The logo consists of the letters 'ANIL' in a bold, black, sans-serif font. A red circle is partially visible behind the letters, with its top and right sides cut off. Below the logo, the text 'ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU LUXEMBOURG' is written in a smaller, black, sans-serif font. To the right of the logo, on a white background, is a blue thumbs-up icon. Below the icon, the text 'Find & Like us on Facebook' is written in a blue, cursive font, underlined.



SPUERKEESS.LU

Your Bridge to Life



Journées des bonnes pratiques

11. an 18.03.2023

Op Nofro vun eisen Memberen organiséiert d'ANIL den 11. an 18.3.2023 nees d Journées des bonnes pratiques des soins. D Themen ginn als Exposé présentéiert mat uschleissender Méiglechkeet vun enger Démonstratioun.

Wou: am LTPS zu Strossen, 27, rue Barblé

Wéini: vun 8.00 bis 13.00 Auer

Sproochen: Dokumenter ob Franséisch, Méiglechkeet fir Däitsch a Lëtzebuergesch

PROGRAMM vum 11.03.2023: Umeldung bis den 4.3.2023 w.e.g.

Accueil um 8.00 Auer, duerno Présentatioun vun der prise en charge vum Patient mat

- **DIABÈTE** vun der Madame Valérie Dalstein
- **PLAIES CHRONIQUES** vun der Madame Véronique Jacquet
- **TRACHÉOTOMIE, PORT À CATH** vun der Madame Nadine Schartz

Kleng Paus tèschent all Présentatioun

PROGRAMM vum 18.03.2023: Umeldung bis den 11.03.2023

Accueil um 8.00 Auer, duerno Présentatioun vun der prise en charge vum Patient matt

- **GASTROSTOMIE, PEG, SONDE GASTRIQUE** vun der Madame Cecile Py
- **STOMIE DIGESTIVE, UROSTOMIE** vum Här Nicolas Weitz
- **SONDE URÉTHRALE, SUPRAPUBIENNE** vum Här Julien Mancina

Kleng Paus tèschent all Présentatioun

UMELDUNG: um Site www.anil.lu

TARIF: fir e Nëtt-Member: 70 Euro

e Member: 35 Euro

e Student: 20 Euro

Wann Dir de Virement no dem Umeldedatum (04.03 resp. 11.03.2023) gemaacht huet, brengt w.e.g. eng Copie matt, oder dir könnt och ob der Plaatz bezuelen.

Wann dir Froen huet, dann schreiwit eis ob formation@anil.lu oder anil@anil.lu



SENIORENRESIDENZ AM PARK • BISSEN

OUVERTURE JUILLET 2022 (1^{ÈRE} PHASE D'OUVERTURE)

REJOIGNEZ NOS ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES ET
CONSTRUISEZ VOTRE AVENIR AU SEIN D'UNE ENTREPRISE
FAMILIALE !

Afin de renforcer nos équipes, Päiperléck recherche les profils suivants :

**Infirmier(ère)s • Aides-Soignant(e)s • Aides Socio-Familiales •
Educateurs • Ergothérapeutes • Kinésithérapeutes •
Psychologues**

Profitez de nos **Journées Recrutement** pour
déposer votre Candidature et rencontrer notre
service RH.

Plus d'informations et Postes disponibles
sur paiperleck.lu/offres-demploi-chez-paiperleck

Päiperléck 
S.à r.l.
Aides et Soins à Domicile - Résidences Seniors

OUVERTURE OCTOBRE 2022 (1^{ÈRE} PHASE D'OUVERTURE)

SENIORENRESIDENZ AM WÉNGERT • CANACH



Pflegewissenschaft im Krankenhausalltag. Geht das?

Das Universitätsspital Basel und die Vision der Praxisentwicklung

Im folgenden Artikel wird eine internationale Konsultation in der Abteilung Praxisentwicklung des Universitätsspital Basel beschrieben. Ziel der Konsultation war es, eine Vorstellung davon zu bekommen:

- Wie man die Pflege bei der Weiterentwicklung unterstützen kann,
- Wie man Pflegende in die Evidenz-basierte Pflege mit einbinden kann und
- Wie man die Kluft zwischen Theorie und Praxis überwinden kann.

Das Universitätsspital Basel verfügte damals über insgesamt 942 Betten, 6500 Mitarbeiter, davon 20% Grenzgänger aus Deutschland und Frankreich. Mehr als 50% der Mitarbeiter arbeiteten in einer Teilzeitstelle. Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel befand sich fussläufig vom Universitätsspital, sodass die Pflegeexperten zwischendurch Kurse wie bspw. die klinische Untersuchung des Patienten an der Universität unterrichten konnten.

In der Vision der Pflege stechen folgende Sätze, speziell im Bezug auf die aktive Förderung der Entwicklung der Mitarbeiter und Pflege durch den Arbeitgeber, heraus:

„Wir unterstützen wirksame Modelle und innovative Entwicklungen“ und „Wir stehen für eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung“ durch die Schaffung/Unterstützung einer guten Arbeitsumgebungsqualität, die Förderung des professionellen Potenzials der Mitarbeiterinnen sowie dem Einsatz der Mitarbeiterinnen entsprechend ihrer Kompetenzen: „Die Besten ans Bett“

Ein anderer Satz in der Vision der Pflege wird genannt als, „Wir stärken unsere berufliche Souveränität und Autonomie und engagieren uns in Netzwerken“ durch den Ausbau von Expertenwissen sowie von *Shared Governance*. Bei *Shared Governance* handelt es sich um ein formelles Organisationssystem, das neben den Manager vorwiegend Praktiker in Entscheidungsprozesse, die die klinische Praxis betreffen, einbindet und ihnen die Verantwortung dafür überträgt (vgl. McCormack, Manley, & Garbett, 2009, S. 70). Die Eigenverantwortlichkeit der Pflege wird somit gestärkt. Diese Vision bildet das Fundament auf dem die Entwicklung einer eigenverantwortlichen Pflegepraxis im Sinne des Patienten aufbauen kann.

Praxisentwicklung durch ein Karrieremodell „Fachentwicklung Pflege“

Das Konzept der *shared governance* ist Teil des Ansatzes „Praxisentwicklung“. Die Praxisentwicklung bedeutet die eigene Arbeitsweise zu hinterfragen, um die Praxis im Sinne der Patientenergebnisse verändern und verbessern zu können. Dies wird erreicht indem Gesundheitsteams befähigt werden, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln und die Versorgungskultur zu verändern.

Denn dieser Ansatz geht davon aus, dass Menschen grundsätzlich bereit sind, sich weiter zu entwickeln und dass dies allerdings eine Kultur und einen Kontext voraussetzt, die es zulassen Arbeitsweisen zu verändern. Hierbei wird die Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch die zielgerichtete Investition in das Potential der Pflegenden unterstützt, damit sie das, was sie für wichtig halten, umsetzen können um eine Versorgungskultur zu schaffen, die Veränderungen ermöglicht.

Die Praxisentwicklung wird durch die Abteilung Praxisentwicklung gesteuert. Zum Zeitpunkt der Hospitation waren hier zusätzlich zu einer Pflegefachverantwortlichen pro Station fünf Pflegende mit einem Masterabschluss oder Doktorat (Ph.D.) tätig.

Das Universitätsspital Basel unterstützt die bedarfsgerechte Praxisentwicklung durch zielgerichtete Investitionen in das Potential der Pflegefachpersonen. Zur Umsetzung standardisiert das Universitätsspital mit Hilfe seines Karrieremodells die zu besetzenden Funktionen und die damit verbundenen klinischen und akademischen Anforderungen. In den folgenden Abschnitten wird ein Ausschnitt der unterschiedlichen Profile und ihre Rollen in der Veränderung der Praxis beschrieben.

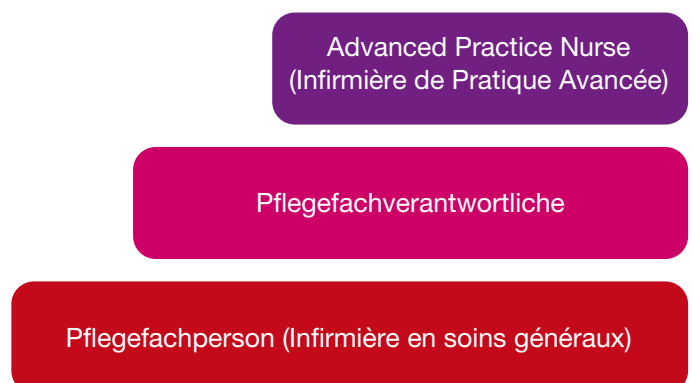


Abbildung 1: Ausschnitt des Karrieremodells mit unterschiedlichen Profilen

Die **Pflegefachperson (Infirmière en soins généraux)** hat einen differenzierten Blick auf die Patientensituation und reflektiert diese. Hierdurch erkennt sie Stärken und Schwächen in der Versorgung und identifiziert den Bedarf für eine patientenorientierte Weiterentwicklung ihrer Pflegepraxis. Sie bringt die Innovationen zum Patienten. Pflegefachpersonen mit einem Jahr Berufserfahrung und dem Interesse die Rolle für mindestens zwei Jahren zu übernehmen, erhalten die Möglichkeit sich als sogenannte «Ressourcenpflegende» in ihrem Fachthema (Sturz, Palliative Care, ...) oder einer Patientengruppe (Menschen mit Demenz, ...) zu vertiefen, sich weiter zu bilden und die Verantwortung für diese pflegerische Themen auf ihrer Station zu tragen. Sie werden durch die Pflegefachverantwortlichen der Abteilungen als Ressourcenpflegende ernannt. Hierdurch erhalten sie zusätzlich zu in- und

> Actualités professionnelles

externen Fort- und Weiterbildungen viermal jährlich 1,5 Stunden die Möglichkeit sich mit ihrer Ressourcengruppe auszutauschen und einmal pro Jahr an einem Vertiefungsworkshop teilzunehmen. Eine wichtige Aufgabe kommt der Leitung der Ressourcengruppen zu. Sie ermitteln den Bedarf an Wissen und Fähigkeiten der Ressourcenpflegenden, fördern deren Expertise durch klinisches Training und deren Methodenkenntnisse wie der Erstellung einer Powerpointpräsentation oder dem Durchführen einer Fortbildung. Zusammen mit der Pflegeverantwortlichen organisieren sie Fallbesprechungen und arbeiten neue Mitarbeitende in ihrem spezifischen Fachgebiet ein. Die Rahmenbedingungen werden dabei durch die Stationsleitung und die Pflegefachverantwortliche geschaffen indem sie Ressourcenpflegenden planerisch die Möglichkeit geben, Fachinhalte an das Behandlungsteam weiter zu vermitteln (Teamsitzungen, Fortbildungen, ...) und dafür sorgen, dass die Ressourcenpflegende systematisch in die Betreuung der entsprechenden PatientenInnen involviert werden.

Pro Abteilung arbeitet eine **Pflegefachverantwortliche** nah am Team. Dabei sucht und findet sie gemeinsam Lösungen im Sinne des Patienten. Ihre Aufgabe ist es die Pflegefachpersonen bei Fragen des Praxisalltags zu unterstützen und evidenzbasierte Interventionen umzusetzen. Hierdurch fördert sie das pflegerische Selbstbewusstsein und zeigt Leadership im Umsetzen der Praxisentwicklungs-Strategie. Bspw. organisiert sie einmal im Monat einen Qualitätszirkel, bei welchem sie mit drei Pflegefachpersonen einen ganzen Tag der Verbesserung der Pflege auf der Station widmet. Dabei werden Veränderungen wie bspw. die Umorganisation des Medikamentschrankes erarbeitet, umgesetzt und mit einem Evaluationsbogen evaluiert. Wenn die Verbesserungsmaßnahme nicht gut ankommt, helfen die Pflegefachverantwortlichen den Pflegefachpersonen den Gegenwind abzufangen. In den monatlichen Sitzungen, stehen sie in engem Austausch mit anderen Pflegefachverantwortlichen. Für diese Stelle werden Pflegende mit einem Masterabschluss als geeignet angesehen. Während der Übergangsphase werden ebenfalls Nachwuchspflegende mit einem Bachelorabschluss und Unterstützung eingestellt. Die **Advanced Practice Nurse (Infirmière de Pratique Avancée)** kann mindestens fünf Jahre Berufserfahrung auf dem gleichen Gebiet nachweisen, verfügt erweiterte Kompetenzen und ist weiter-

hin in einem klinischen Feld (bspw. 30% im pflegerischen Delirkonsildienst, Sturzprogramm, ...) tätig. Sie stellt ihr Expertenwissen auf allen Ebenen (Einrichtungsübergreifend, auf der Station, ...) zur Verfügung. Beispielsweise entscheiden Sie, in wieweit ein systematischer Einsatz an Screening- und Assessmentinstrumenten in ihrem Expertenbereich sinnvoll ist. Beispielsweise kann ein systematisches Screening auf Deliranzeichen sinnvoll sein um den Beobachtungssinn der Pflegenden für das Delir zu schulen. Hierdurch können Pflegefachpersonen delirante von nicht deliranten Personen unterscheiden. Gleichzeitig ist bei erfahrenen Pflegenden mit einem geschulten Beobachtungssinn der Einsatz eines detaillierten Assessments hilfreicher um das Ausmaß des Delires erfassen und den Verlauf evaluieren zu können. Auf Grund der interdisziplinären Problematiken fragen im Rahmen des pflegerischen Konsildienstes nicht selten Oberärzte die Einschätzung der *Advanced Practice Nurses* an. Unterstützend wirkt die gute Zusammenarbeit mit einem gerontologischen Medizinkollegen. Dabei ist es wichtig, dass die *Advanced Practice Nurses* auf den Stationen präsent sind und hierdurch bei klinisch herausfordernden Situation hinzugezogen werden können. Dies erlaubt den *Advanced Practice Nurses* die pflegerische Sicht von Patientensituationen in interdisziplinären Besprechungen gezielt und fundiert ein. Gleichzeitig erlauben ihre Kenntnisse in den Forschungsmethoden neue Interventionen zu entwickeln und unter Mitarbeit von MasterstudentInnen in der Praxis zu testen.

Ausblick

Dieser Artikel beschreibt, in wieweit *Advanced Practice Nurses* eine zentrale Rolle dabei spielen um die Pflegeforschung in den Alltag der Pflegepraxis zu integrieren und diese so weiterzuentwickeln. Durch die Vision „Die Besten ans Bett“ werden mit Hilfe der am Bett der Patienten tätigen *Advanced Practice Nurses*, Pflegefachverantwortlichen und Ressourcenpflegenden Pflegende direkt in die Evidenz-basierte Pflege mit eingebunden. Theorie und Praxis können Hand in Hand arbeiten und die Pflegepraxis gemeinsam im Sinne der Patienten weiterentwickelt werden.

Autorin

Anne-Marie HANFF

Infirmière an Doktorantin

Quellen:

Brendan McCormack et al. (2009) Praxisentwicklung in der Pflege. Hogrefe. ISBN: 9783456846347

Wie funktioniert Evidenzbasierte Pflege?

Wenn Sie den Begriff «evidenzbasierte Pflege» hören an was denken Sie dann? Hat dies einen positiven oder negativen Beigeschmack? Sind Sie hiermit in Kontakt in Ihrem Berufsalltag und haben es während der Ausbildung kennen gelernt?

Bei der Frage was evidenzbasierte Pflege ist, war Ihnen vielleicht folgender Gedanken in den Kopf geschossen: das Arbeiten nach letzten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dabei gehört zur evidenzbasierten Pflege mehr als das: die klinische Entscheidungsfindung.

Was Evidenzbasierte Praxis tut und was sie nicht tut

Die Evidenzbasierte Praxis ist durch unterschiedliche Problematiken entstanden. Zum einen durch den Forschung-Praxis-Gap, denn teilweise wurden in der Praxis schädliche und ineffiziente Interventionen weiterhin angewandt während auf der anderen Seite Interventionen, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurden nur limitiert übernommen wurden. Zum anderen war wurden Probleme erforscht, die für die Praxis nicht von Wichtigkeit waren. Ein Grund war ebenfalls die teils schlechte Qualität der Forschung. Evidenz Basierte Praxis kann schlechte Forschung nicht verhindern, aber sie kann die Studienqualität in ihre klinische Entscheidung einfließen lassen. Eine schlechte Studie hat dann bspw. weniger Gewicht bei der Entscheidung als eine gute. Der dritte Grund, warum wir Evidenz Basierte Pflege brauchen, ist der Informationsüberfluss. Alleine in der frei verfügbaren Datenbank «PubMed», wurden seit 1945 insgesamt 15.599 wissenschaftliche Artikel zur Obstipation erfasst. Alleine im Jahr 2022 sind es bislang 468. Wie sollen Pflegenden diese ganzen Informationen lesen, bewerten und in ihre Arbeit einfließen lassen? Eine wichtige Hilfestellung sind sogenannte systematische Übersichtsarbeiten und Leitlinien. Im folgenden Artikel (Fachtexte suchen, finden und verstehen - eine Einführung) gehen wir detaillierter hierauf ein.

Was allerdings ebenfalls in aller Munde ist, ist dass eine Evidenzbasierte Pflegepraxis bessere Ergebnisse liefert als eine routinemässige, prozessorientierte Pflege. Di Censo und seine Kollegen schreiben 2005, dass die Pflege sich auf Evidenz und nicht auf Traditionen stützen muss, um der sozialen Verpflichtung eigenverantwortlichen Krankenpflege gerecht zu werden, um Glaubwürdigkeit gegenüber anderer Disziplinen zu erlangen und zu bewahren sowie um eine Wissensbasis aufzubauen, die genutzt werden kann, um die Politik auf Behörden- und Regierungsebene zu beeinflussen.

Evidenzbasierte Praxis bedeutet dabei nicht, wie häufig angenommen, dass die Bedürfnisse des Patienten zu Gunsten der Forschung ignoriert werden. Denn evidenzbasierte Pflege bedeutet mehr als die alleinige Nutzung von Forschungsergebnissen, sondern die Integration der (besten) Forschungsergebnisse mit klinischer Expertise und Patientenwünsche um die klinische

Entscheidungsfindung zu vereinfachen. Die Forschungsergebnisse sind demnach nur ein Teil der Entscheidung.

Der Prozess Evidenz basierter Praxis

Um die Forschungsergebnisse im Alltag nutzen zu können muss man:

1. ASK: Ein Problem erkennen und eine Frage formulieren,
2. ACCESS: Forschungsergebnisse suchen und finden,
3. APPRAISE: Die Qualität der Forschungsergebnisse kritisch beurteilen,
4. APPLY: Forschungsergebnisse, die klinische Expertise sowie die Patientenwünsche gegeneinander abwägen und die Entscheidung umsetzen sowie
5. ASSESS: Die Wirksamkeit der Intervention evaluieren (Di Censo et al. 2005).

Dieser EBP-Prozess wird anhand eines **Beispiels** veranschaulicht.

Problembeschreibung (ASK): Im Rahmen ihrer Bachelorarbeit hat die Autorin sich mit der Frage beschäftigt, ob die Oberkörperhochlagerung bei Menschen mit einer nasogastralen Sonde Aspirationspneumonien verhindert. Die Oberkörperhochlagerung stellte damals auf ihrer Station eine Standardmassnahme bei Menschen mit einer Aspirationsgefahr durch nasogastrale Sondenkosternahrung dar. Ihre Anwendung beruhte auf der Annahme, dass durch die nasogastrale Magensonde, die Ösophagusschließmuskeln sich nicht vollständig schließen könnten und in der Flachlage die Sondenkost über die Speiseröhre in die Lunge rückfließen. Die Problemidentifikation und -beschreibung erfolgt hier auf der Ebene eines einzelnen Klienten. Ein Problem kann allerdings ebenfalls auf Ebene der Organisation auftreten und einer Lösung bedürfen. Das Problem kann mit Hilfe der Anamnese oder vertieften Assessments erfasst werden und mit Hilfe einer Pflege-diagnose strukturiert beschrieben werden (beispielsweise PES-Format: Problem, Einflussfaktoren, Symptome). Die folgenden Risiken der Intervention wurden somit erkannt und erfasst: Durch die Positionierung in Oberkörperhochlage glitten die Betroffenen ständig im Bett hinunter. Dies brachte eine erhöhte Aspirationsgefahr, ein gestörtes Schlafmuster, eine erhöhte Gefahr der Hautschädigung sowie vermehrte akute Verwirrtheit bei Menschen mit einer Demenz mit sich. Die Autorin stellte sich die Frage (**Frageformulierung**) „Führt die Oberkörperhochlagerung bei Menschen mit einer nasogastralen Sondenkosternahrung zu einer Reduktion von Aspirationspneumonien?“ oder knapp gesagt: Ist die Intervention den Aufwand wert? Zur besseren Übersicht strukturierte Sie die Frage anhand des PIKE-Schemas:

Population (P)	Intervention (I)	Kontrollintervention (K)	Ergebnis (E)
Erwachsene Nasale Magensonde	Oberkörperhochlagerung	Standardpflege	Aspirations- pneumonien

Forschungsergebnisse auffinden (ACCESS): Sie führten eine Literaturrecherche in drei unterschiedlichen Datenbanken durch und von den über 1000 Artikeln, halfen schlussendlich nur 2 Studien helfen ihre Frage zu beantworten. Die Ergebnisse waren unterschiedlich: Zum einen scheint die Oberkörperhochlagerung zu helfen, wenn sie 24/24 Stunden angewendet wird. Allerdings wurden in dieser Studie alle Patienten, welche dies nicht tolerierten ausgeschlossen. Eine zweite Studie zeigte, dass wenn man dem Patienten die Wahl überlässt, (wie hoch er sich positionieren möchte) der Effekt nicht mehr vorhanden ist. Eine wichtige Schlussfolgerung der **kritischen Beurteilung der Studienqualität (APPRAISE)** war zudem, dass nicht genug Forschungsergebnisse vorhanden sind um eine sichere Aussage zu treffen und dass die Einwirkung der Forscher auf das Ergebnis ihrer Studie nicht ausgeschlossen werden kann. Eine andere Erkenntnis war, dass Forschungsergebnisse zeigten, dass alle Menschen im Schlaf Magensaft aspirieren und dass allerdings nicht jeder an einer Aspirationspneumonie leidet. Ebenfalls stand die Vermutung im Raum, dass Aspirationspneumonien nicht alleine durch die Oberkörperhochlagerung verhindert werden können. Es scheint als ob diese eher durch eine bakterielle Besiedlung des Mund- und Nasenrachens (durch die reduzierte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme) sowie der Magensäure (durch standardmässige Verabreichung der Medikamente zur Prävention von Magengeschwüren, welche die Säure der Magensäure reduzieren) hervorgerufen werde. Konkret bedeutet dies für die **Anwendung in der Praxis (APPLY)**, dass die Oberkörperhochlagerung nicht schadet solange sie toleriert wird. Allerdings scheint es viel wichtiger Maßnahmen zur Verminderung deren Besiedlung mit krankheitserregenden Keimen zu ergreifen wie beispielsweise die Mundpflege. Weitere Details zur beschriebenen Studie findet der Leser in der ANIL News Dezemberausgabe von 2015. Während die Autorin diese Erkenntnisse direkt in der interdisziplinären Diskussion einbringen und umsetzen konnte, bestehen weitere unterschiedliche Rollen in der Umsetzung.

Umsetzung von Evidenz basierter Praxis

Prof. Mayer beschreibt die **unterschiedlichen Rollen der Pflegenden im EBP Prozess**, welche hier in Abbildung 1 ergänzt wurden. Ein Gesundheitsberuf mit einer Ausbildung kann aufbereitete Forschungsergebnisse anwenden. Diese Aufbereitung ist sinnvoll, da im Rahmen der Ausbildung weder eine Einleitung in Forschungsmethoden noch deren kritische Einschätzung gelehrt werden. Dies findet im Bachelorstudium statt.

Demnach sind Abschließende eines Bachelorstudiums befähigt Forschungsfragen zu formulieren, in der Literatur nach Lösungen zu suchen, die Qualität der beschriebenen Studie kritisch zu beurteilen sowie die Forschungsergebnisse umzusetzen. Im Masterstudium werden Pflegende dazu befähigt kleine Forschungsprojekte selbst durchzuführen während promovierte Pflegende Forschungsprojekte selbstständig planen und durchführen können um somit wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen.



Abb. 1: Rollen im EBP Prozess

Schlussfolgerung

In diesem Artikel haben wir das EBP Konzept erklärt, differenziert was EBP ist und was sie nicht ist, den EBP Prozess anhand eines Beispiels aufgezeigt und schlussendlich veranschaulicht, wie jeder einzelne in seiner Rollen die Umsetzung des EBP fördern kann.

Autorin
Anne-Marie HANFF
Infirmière an Doktorantin

Quellen und Literaturempfehlungen:

- Behrens & Langer. Evidence-Based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Huber Verlag
- DiCenso, Guyatt & Ciliska. Evidence-Based Nursing. A Guide to Clinical Practice. Elsevier
- Kleibel & Mayer. Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Facultas
- Mayer (2019). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. Lehmanns
- Rycroft-Malone & Bucknall. Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action. Wiley-Blackwell



avec
Blood Sugar
Mentor™

Aidez vos patients à recevoir une guidance en temps réel et des astuces pratiques

Le nouveau lecteur de glycémie OneTouch Verio Reflect® est équipé

d'un **Indicateur Dynamic d'Objectif ColourSure®** qui aide les patients à **comprendre** quand leur résultat est élevé, bas ou dans l'objectif, ou s'approche d'une valeur haute ou basse, afin qu'ils puissent agir avant de dépasser leur objectif.

et d'une fonction **Coach de Glycémie*** qui offre aux patients une **guidance personnalisée**, de la **compréhension**, et de la **motivation** pour qu'ils puissent agir afin d'**éviter des hypos-** et **hyperglycémies**.

Les décisions concernant le traitement doivent être basées sur le résultat numérique

Contactez le Service à la clientèle OneTouch au **800 25749** ou visitez **OneTouch.lu**

* Blood Sugar Mentor™



Fachtexte suchen, finden und verstehen - eine Einführung

Pflegefachkräfte kennen es nur zu gut: Man weiss sich in einer Situation nicht mehr zu helfen oder ist sich als Team nicht einig, welche Maßnahme nun die geeignetste ist. Oder man fragt sich, ob es doch nicht andere bzw. neuere Interventionen gibt, die noch besser wirken. In solchen Fällen kann es für Pflegefachkräfte sinnvoll sein, einen Blick in die Forschungsergebnisse zu werfen. In diesem Artikel soll grob erklärt werden, wo Studien/Fachtexte gefunden werden können, was es bei der Auswahl geeigneter Artikel zu beachten gibt und wie man sie liest.

In diesem Artikel möchten wir folgende vier Fragen klären: **Was suche ich? Wo suche ich? Wie suche ich? und Fachtext gefunden. Und nun?** (Niedermair, 2010, zitiert nach Ertl-Schmuck et al., 2014).

Was suche ich?

Zunächst kann man neues Wissen aus Fachbüchern, Lehrbüchern, wissenschaftlichen Zeitschriften etc. erwerben. Handelt es sich um eine neue Maßnahme, dann wird man erstmal keine Bücher dazu finden, dafür eher Studien. Einen besonderen Stellenwert haben aber Fachzeitschriften (auch online verfügbar), da sie Studien enthalten und somit den aktuellen Forschungsstand widerspiegeln (Ertl-Schmuck et al., 2014).

In der Forschung gibt es verschiedene Studientypen (Ertl-Schmuck et al., 2014). Möchte man gerne erfahren, welche Pflegemaßnahme am besten wirkt, dann sind experimentelle Studien, sogenannte randomisierte kontrollierte Studien (RCT), am geeignetsten. Warum? Hier werden die Teilnehmenden randomisiert also zufällig zu einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet. Somit wird sichergestellt, dass mögliche Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter, Vorerkrankungen, Herkunft etc. in beiden Gruppen gleich verteilt bleiben. Durch diese Gleichverteilung können die Forschenden dann aussagen, ob eine Maßnahme wirkt oder nicht (IQWiG, 2017). Während das Ergebnis der ersten Studie für die Maßnahme spricht, kann das Ergebnis der zweiten Studie gegen die Maßnahme sprechen. Um eine definitive Aussage zu treffen (neue Studien werden mit hoher Wahrscheinlichkeit nichts mehr daran ändern, ob die Maßnahme hilft oder nicht), fassen Wissenschaftler häufig mehrere Experimente zu einem jeweiligen Thema zusammen und erstellen eine systematische Übersichtsarbeit (systematic review). Man könnte auch sagen, dass es eine „Studie über Studien“ ist. Wir empfehlen Pflegenden sich bevorzugt systematische Reviews anzuschauen, **da diese die Suche sowie die Bewertung der Studienqualität bereits vorgenommen haben**. Es gibt noch andere Studientypen, die aber an dieser Stelle nicht vorgestellt werden.

Leider können solche Übersichtsarbeiten trotz der Forschungsbemühungen häufig keine definitive Aussage machen. Beim Umgang mit dieser Unsicherheit helfen Leitlinien, wie die von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft

der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Auf www.anil.lu haben wir eine Liste mit Webseiten zusammengestellt, wo Leitlinien gefunden werden können. Leitlinien stellen eine Synthese aus mehreren Studien dar (systematische Review, RCTs etc.), die für ein bestimmtes Thema (z.B. Versorgung von Menschen mit einer chronischen Herzinsuffizienz) relevant sind. Sind nicht ausreichend Studienergebnisse verfügbar, sprechen sie Empfehlungen aus. Dies machen systematische Übersichtsarbeiten beispielsweise nicht. Leitlinien dienen demnach als Hilfe zur Entscheidungsfindung in spezifischen praktischen Situationen und deren Anwendung ist rechtlich nicht verpflichtend. Auch wenn die AWMF eher größtenteils Leitlinien für das Fach Medizin beinhaltet, findet man ebenfalls Leitlinien aus dem pflegerischen Kontext. In solchen Leitlinien werden die aktuellen Forschungsergebnisse aus sämtlichen Studien zu einem Thema zusammengefasst. An dieser Stelle muss aber erwähnt werden, dass nicht alle Leitlinien gleich gut sind. Jede Leitlinie der AWMF wird nach dem Ausmaß der angewendeten Systematik eingestuft (siehe Tabelle 1. S-Klassifikation). Systematisch bedeutet hier, dass man nach vorgelegten Regeln z.B. Zielpopulation, Alter der Population, Setting, Zeitraum, Region, Endpunkte (z.B. Lebensqualität von Patienten/Patientinnen) etc. nach Studien untersucht und (AWMF, o.J.). Je regelgeleiteter und transparenter die Recherche sowie die Erarbeitung der Empfehlungen bei der Erstellung einer solchen Leitlinie sind, desto höher wird ihre methodische Qualität sein. Eine AWMF-S1-Leitlinie hat beispielsweise die schwächste methodische Qualität, da die Inhalte aus informellen Empfehlungen einer Expertengruppe bestehen, wo vorher keine systematische Recherche stattgefunden hat. Das Risiko ist demnach recht hoch, dass die Empfehlungen durch Interessenkonflikte der unterschiedlichen Experten beeinflusst wurden. Ganz oben in der Tabelle stehen die S3-Leitlinien, die die beste methodische Qualität haben, da hier immer eine systematische Recherche durchgeführt wird und die Konsensfindung in einem strukturierten Verfahren durch ein repräsentatives Gremium erfolgt. Wenn man also nach Leitlinien sucht, sollte man, falls vorhanden, immer nach S3-Leitlinien suchen (AWMF, o.J.).

Wo suche ich?

Der erste Weg, um Studien zu finden, ist das Recherchieren in Datenbanken. In solchen Datenbanken sind Studien nach ihrem Themenbereich organisiert und man kann sich hier einen Überblick über alle Studien verschaffen. Nicht alle Studien sind kostenlos verfügbar, dennoch kann man sich über die eigene Institution (falls möglich) und die luxemburgische Nationalbibliothek (BNL) einen kostenlosen Zugang zu dem jeweiligen Fachartikel verschaffen. Auf der Homepage der BNL findet man genauere Informationen, wie man einen kostenlosen Zugang erhält. Es gibt einige Datenbanken, in denen man

Methodischer Hintergrund von Leitlinien: S-Klassifikation

S3	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

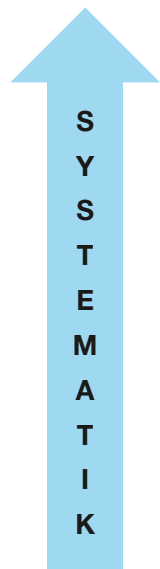


Tabelle 1. S-Klassifikation von Leitlinien der AWMF (Quelle: AWMF, o.J.)

Fachartikel finden kann. Die wohl bekanntesten internationalen Datenbanken sind:

- CINAHL (kostenpflichtige Datenbank mit Fachartikeln für Pflegende)
- Cochrane ((zur Zeit) kostenfreie Datenbank mit hochwertigen systematischen Übersichtsarbeiten)
- PubMed (kostenfreie Datenbank mit medizinischen Fachartikeln)

Auf der Homepage der ANIL sind noch weitere Datenbanken aufgelistet, mit Angaben welchen Schwerpunkt die Datenbanken haben und was die Zugangsbedingungen sind. Um die Tabelle zu finden, geht man auf die Website der ANIL (www.anil.lu) → NOS SERVICES → NETWORK CLINICAL NURSING SCIENCES LUXEMBOURG (NCNSL) → DISCOVER RESOURCES FOR NURSING SCIENCES. Beim Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg (NCNSL) handelt es sich um ein Netzwerk, welches sich für die Evidenzbasierte Pflege interessiert und detaillierter in der aktuellen News beschrieben wird.

Wie suche ich?

Ein Blick in die Datenbanken kann viele interessante Ergebnisse liefern, welche allerdings selten die eigentliche Frage beantworten. Hierzu ist es wichtig, die Fragestellung sowie die Suchbegriffe zu definieren. Um eine klare Fragestellung für das Recherchieren aufzustellen, kann u.a. das PICOS-Schema genutzt werden. PICOS besteht aus fünf Blöcken: Population, Intervention, Comparison, Outcome und Setting. Für jeden Block aus dem PICO-Schema werden Suchbegriffe festgelegt. In Abbildung 1 ist ein Beispiel für das PICO-Schema zu finden. Dabei wurde aus dem PICO-Schema folgende Fragestellung aufgestellt:

Wie wirken sich interdisziplinäre Fallkonferenzen in Akutkrankenhäusern auf die Zufriedenheit von onkologischen Patientinnen und Patienten aus?



Abbildung 1. PICO-Suchstrategie (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Hirt & Nordhausen, 2016)

Die Datenbank PubMed enthält zudem ein Schlagwortregister, so genannte MeSH-Terms (Medical Subject Headings). Durch die Verwendung solcher MeSH-Terms wird die Suche nach Fachtexten erleichtert, so dass nur relevante Artikel gefunden werden, ohne dabei alle Synonyme verwendet zu haben (Ertl-Schmuck et al., 2014). Wir empfehlen Pflegenden bevorzugt mit MeSH-Terms zu arbeiten, um kostbare Zeit zu sparen. Falls dies nicht möglich ist, und mit den eingegebenen Stichwörtern keine Ergebnisse gefunden werden, dann versuchen Sie eine Liste mit Synonymen zu bilden, so dass Sie andere relevante Artikel unabhängig der benutzten Begriffe finden. Falls Sie einen interessanten Artikel gefunden haben, schauen Sie, welche Wörter im Titel und im Abstract (Zusammenfassung) genutzt wurden, um das Thema zu beschreiben.

Eine andere Fehlerquelle ist die Kombination der Suchbegriffe. Diese werden mit den sogenannten Boole'sche Operatoren verknüpft. Zu den Operatoren gehören die englischen Begriffe „AND“, „OR“, „NOT“. Wird der Operator „AND“ für die Suchbegriffe A und B gewählt, so wird in der Trefferliste nur die Quellen zeigen, die beide Begriffe enthalten. Hingegen ist bei der Verwendung des Operators „OR“ zu erwarten, dass Fachtexte gefunden werden, die einen der beiden Begriffe enthalten. Bei dem Operator „NOT“ kann ein Suchbegriff gewählt werden, welcher in keiner der Quellen auftauchen sollte (Ertl-Schmuck et al., 2014). Ebenfalls empfehlen wir, am Anfang der Suche mit den Blöcken „Population“ und „Outcome“ zu beginnen, um die Suche möglichst offen zu halten. Finden Sie zu viele nicht relevante Treffer, versuchen Sie einen Block hinzuzufügen. Die Abbildung 2 veranschaulicht das hier beschriebene Vorgehen an einem Beispiel in der Datenbank PubMed (*zum Auffinden englischsprachiger Artikel empfehlen wir die Suchbegriffe mit einem Wörterbuch ins Englische zu übersetzen*).

1. **Geeignete Suchbegriffe in PubMed finden**
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Synonyme/Übersetzung für Onkologie:

Cancer, Oncology

Synonyme/Übersetzung für interdisziplinäre Fallkonferenzen: *case conference, interdisciplinary*

2. **MeSH-Terms bestimmen**

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>):

Oncology, Cancer: „*Cancer Care Facilities*“ [Mesh] OR „*Oncology Service, Hospital*“ [Mesh] OR „*Oncology Nursing*“ [Mesh]

Case conference:

„*interdisciplinary Communication*“ [Mesh]

3. **Kombination beider Suchbegriffe und MeSH-Begriffe in PubMed eingeben:**

(„*Cancer Care Facilities*“ [Mesh] OR „*Oncology Service, Hospital*“ [Mesh] OR „*Oncology Nursing*“ [Mesh]) AND „*interdisciplinary Communication*“ [Mesh]

4. **176 Ergebnisse:** Nach Ankreuzen des Filters „systematic review“ auf der linken Seite verbleibt 1 Ergebnis: *Prabhu Das et al. (2018). Outcomes of multidisciplinary treatment planning in US cancer care settings* aus der Zeitschrift *Cancer*

Fachtext gefunden. Und nun?

Bevor man mit dem eigentlichen Lesen des Fachtextes anfängt, ist es empfehlenswert, sich einen Überblick über die Inhalte der Studie zu verschaffen. Dazu empfiehlt es sich, die Zusammenfassung oder auch noch genannt „Abstract“ des Artikels durchzulesen, welches Sie direkt in der Datenbank PubMed finden. Hier werden die Inhalte knapp präsentiert und der Leser oder die Leserin spart sich Zeit, wenn der Artikel doch nicht die eigene Fragestellung beantworten kann (Ertl-Schmuck, 2014). Die Abbildung 3 zeigt ein Beispiel für ein Abstract aus der bekannten RN4Cast Pflegestudie (Zander et al., 2014). Daneben ist es wichtig sich das bereits vorgestellte PICO-Schema nochmal zu vergegenwärtigen, um sich beim Lesen immer zu hinterfragen ob z.B. die Population aus der ausgewählten Studie mit den Menschen bei welchen ich die die Ergebnisse anwenden möchte übereinstimmt. Um sich die Studie genauer anzuschauen, benötigt man den Volltext. Dieser ist manchmal direkt in PubMed verlinkt. Andernfalls lohnt es sich, den Titel gefolgt von „.pdf“ in Google einzugeben. Ebenfalls können Sie sich gerne an info.ncnsl@anil.lu wenden und wir versuchen Ihnen weiter zu helfen. Wenn man sich eine Studie genauer anschaut, dann ist sie in folgende Kapitel unterteilt: Hintergrund, Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung. Im ersten Kapitel findet die Leserin oder der Leser Hintergrundinformation zum Thema. Im zweiten Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben, z.B. wie wurden die Daten erhoben, in welchem Zeitraum, bei welchen Patienten/Patientinnen, mit welchen Instrumenten erfolgte die Erhebung etc. Im dritten Teil werden die Ergebnisse berichtet und im letzten Teil werden nochmal die Ergebnisse zusammengefasst und im Lichte anderer Forschungsarbeiten diskutiert. Achtung! Dass ein Artikel in einer Datenbank wie PubMed aufgefunden wurde, bedeutet nicht automatisch, dass es sich um eine vertrauenswürdige Studie handelt. Deswegen empfehlen wir, systematische Übersichtsarbeiten oder Leitlinien zu bevorzugen, da diese die Studienqualität einschätzen und diese berücksichtigen.

Fazit:

Das Ziel dieses Artikels war es, einen groben Überblick zu geben, wo und wie man eine Recherche durchführen kann und was es bei der Auswahl von Fachtexten zu berücksichtigen gibt. Das Recherchieren erfordert etwas Übung und selbstverständlich kann dieser Artikel keine mündlichen Erklärungen ersetzen. Deswegen bietet das Network Clinical Nursing Sciences in Zukunft Workshops in der Literaturrecherche an. Falls Sie interessiert sind, können Sie sich gerne melden bei info.ncnsl@anil.lu. Gleichzeitig ist die Suche in einer Datenbank eine spannende Erfahrung, einige Begriffe einzugeben und zu sehen, welche Lösungen für den Pflegealltag entwickelt

Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast

Nursing Tasks Left Undone in German Acute Care Hospitals – Results from the International Study RN4Cast

Autoren

B. Zander, L. Dobler, M. Bäumler, R. Busse

Institut

Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Berlin

Schlüsselwörter

- implizite Rationierung von Pflegetätigkeiten
- Pflegepersonalbesetzung
- Akutkrankenhäuser
- Versorgungsqualität
- Arbeitsumgebung in der Pflege

Key words

- nursing care left undone
- nurse staffing
- acute hospitals
- quality of nursing care
- nurse work environment

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364016>
 Online-Publikation: 25.4.2014
 Gesundheitswesen 2014;
 76: 727–734
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dipl.-Kffr. Britta Zander
 Fachgebiet Management im
 Gesundheitswesen
 TU Berlin
 Straße des 17. Juni 135
 10623 Berlin
 britta.zander@tu-berlin.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Effekte von impliziter Rationierung in der stationären Pflege wurden in Deutschland bisher – ebenso wie in der ärztlichen Versorgung – noch in keiner empirischen Studie erfasst. Daher waren Ausmaß an vernachlässigten Tätigkeiten sowie mögliche Einflussfaktoren in der Arbeitsumgebung und Personalbesetzung unbekannt.

Methodik: Befragung von 1511 examinieren Pflegefachkräften aus 49 Akutkrankenhäusern im Rahmen der internationalen Pflegestudie RN4Cast. Die Auswertung erfolgte anhand deskriptiver Statistik sowie einer Regressionsanalyse zur Berechnung der Einflussfaktoren aus Arbeitsumgebung und Personalbesetzung.

Ergebnisse: Im Schnitt wurden 4,7 von 13 Pflegetätigkeiten rationiert. Die Spannweite der rationierten Tätigkeiten liegt zwischen 82% bei „Zeit und Zuwendung für Patientengespräche“ und 15% bei „Behandlungen und Prozeduren“. Die Regressionsanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung und Bereichen der Arbeitsumgebung mit der Durchführung bzw. Nicht-Durchführung von Pflegetätigkeiten. Ebenso wurden signifikante Zusammenhänge hinsichtlich schlechter Führungsqualität, inadäquater Organisation und Einteilung der Pflegearbeit sowie hoher emotionaler Erschöpfung mit Rationierungen gemessen.

Schlussfolgerungen: Pflegekräfte priorisieren bei ihren Rationierungsentscheidungen; Tätigkeiten, die am ehesten vernachlässigt werden, stehen im Zusammenhang mit Zuwendung und psychosozialer Versorgung, wohingegen Tätigkeiten wie Schmerzmanagement und zeitgerechte Medikation weniger oft rationiert werden. Aufgrund der gemessenen Wechselwirkung mit der Arbeitsumgebung empfiehlt es sich in eine produktive, gute Arbeitsumgebung zu investieren – zusätzlich zu Personalaufstockungen bzw. im Vorfeld dazu.

Abstract

Background: Implicit rationing of nursing care – likewise as in medical care – has never been empirically measured in German hospitals. Thus, little is known about prevalence and patterns of nursing care left undone as well as its association with nurse work environment and staffing.

Methodology: We surveyed 1511 registered nurses from 49 German acute hospitals participating in the multi-country cross-sectional study RN4CAST. Analyses were made by descriptive statistics as well as multilevel regression analysis to calculate predictors from the nurse work environment and staffing.

Results: On average 4.7 out of 13 nursing tasks were rationed. The range was between 82% for “comfort/talk with patients” and 15% for “treatments and procedures”. The analysis revealed that hospital work environments and staffing ratios were significantly associated with the level of nursing care left undone. Further significant associations were found between poor leadership, inadequate organisation of nursing work as well as high emotional exhaustion and rationing.

Discussion: The phenomenon of nursing care left undone was prevalent in German hospitals. Those tasks which are most likely to have negative consequences for patients (e.g., pain management and medication on time) seem to receive higher priority than tasks whose potential effects are less immediate or direct (e.g., psychosocial care). With regard to the measured correlation with the nurse work environment, it is recommend to invest in a good environment before (or simultaneously) investing in nurse staffing.

Zander B et al. Implizite Rationierung von Pflegeleistungen ... Gesundheitswesen 2014; 76: 727–734

Abbildung 3. Abstract einer Studie (Quelle: Zander et al., 2014)

> Actualités professionnelles

wurden und sich in ein bestimmtes Thema einzulesen. Da ebenfalls die Einschätzung der Studienqualität eine Herausforderung ist, empfehlen wir zu Beginn, auf hochwertige Leitlinien zurückzugreifen, da diese mit der Ungewissheit umgehen können. Beispielsweise können sie trotz aller Unsicherheiten expertenbasierte Empfehlungen machen, wenn sich aus den Studien keine Schlussfolgerung ableiten lassen. Für die Leser und Leserinnen,

die sich mit dem Schlagwortregister (MeSH-Terms) weiter beschäftigen möchten, können sich dieses kurze Video der US National Library of Medicine anschauen: <https://www.youtube.com/watch?v=uyF8uQY9wys>

Autorin Almira MURATOVIĆ

B.Sc., stud. M.Sc. in Interprofessionelle Gesundheitsversorgung
(Universität Trier)

Quellen:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (o.J.). AWMF-Regelwerk Leitlinien: Stufenklassifikation nach Systematik. AWMF. <https://www.awmf.org/en/clinical-practice-guidelines/awmf-guidance/cpg-development/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation.html>
- Association Nationale des Infirmières et Infirmiers du Luxembourg. (2022). Discover resources for nursing sciences. ANIL. <https://www.anil.lu/?com=01120110I>
- Ertl-Schmuck, R., Unger, A., Mibs, M. & Lang, C. (2014). Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838541082>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2017). Allgemeine Methoden. IQWiG. https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-5-0.pdf
- Mertens, A., Overberg, J., Röbbken, H., Deppermann, J., Gockel, J., Heckroth, A., Schnittger, T., Wiedermann, F. & Kadmon, M. (2019). Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands [Hospital nurses' perspective on academic nursing education: a cross-sectional study in hospitals in the northwestern part of Germany]. *Pflege*, 32(1), 17–29. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000650>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M. & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Evidence-based medicine*, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2016). One size does not fit all – systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken: Schritt 1: Festlegung des Rechercheprinzips. <https://doi.org/10.6094/KlinPflg.5.5>
- The National Library of Medicine. (14. Februar 2013). Use MeSH to Build a Better PubMed Query [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=uyF8uQY9wys>
- Zander, B., Dobler, L., Bäuml, M. & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast [Nursing tasks left undone in German acute care hospitals - results from the international study RN4Cast]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 76(11), 727–734. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1364016>



**REJOIGNEZ
NOS ÉQUIPES
SOIGNANTES**

Les services de Sodexo encouragent la santé et le bien-être de tous ceux qui vivent ou travaillent dans les établissements pour seniors.

Attentifs à nos collaborateurs, nous leur offrons des opportunités professionnelles nombreuses et variées.

www.sodexoseniors.lu



Les infirmiers de recherche clinique: un maillon indispensable au progrès de la médecine

Ils sont au nombre de 9 au Centre d'Investigation et d'Epidémiologie Clinique (CIEC), unité du LIH (Luxembourg Institute of Health), mais cette spécialité suscite de plus en plus de vocations. Les infirmiers de recherche jouent un rôle essentiel dans la préparation, la réalisation et le suivi des essais cliniques. Zoom sur une profession rigoureuse et polyvalente qui contribue aux progrès de la médecine.

L'Infirmier de Recherche Clinique (IRC) œuvre à la réalisation d'un ou plusieurs essais cliniques. La recherche clinique a pour but d'évaluer des nouvelles méthodes de diagnostic ou des nouveaux traitements potentiels et d'améliorer les connaissances sur les maladies afin de permettre une meilleure prise en charge des patients. Ces démarches s'inscrivent dans le concept d'Evidence Based Practice.

Travaillant sous la responsabilité d'un ou plusieurs investigateurs, majoritairement des médecins, l'IRC doit veiller au bon déroulement des essais cliniques, suivant le ou les protocoles établis.

Le métier de l'IRC est varié et demande beaucoup de rigueur.

Il aide à la mise en place des études, est chargé de l'organisation du suivi des patients, de la réalisation des actes délégués par le médecin, de la collecte des données et de l'administration des traitements de l'étude. Comme actes spécifiques aux essais cliniques, l'IRC prend en charge la collecte des tissus biologiques, réalise des prises de sang, salive, selles, urines et autres. Ainsi, il peut se rendre en salle d'opération pour collecter des échantillons de tumeur cancéreuses. Il réalise par exemple aussi des électrocardiogramme (ECG), des épreuves respiratoires, des tests de marche, ... et ce dans tous les différents domaines de santé (oncologie, maladies infectieuses, traumatologie ...) Au-delà des actes, l'IRC joue aussi un rôle essentiel dans l'instauration d'une relation de confiance avec les patients. Il participe à la recherche de volontaires, les accueille, leur explique dans des termes compréhensibles l'essai clinique et leur apporte un appui psychologique.

«Vous vous doutez que les médecins n'ont pas toujours assez de temps pour présenter les études aux patients et c'est ici que nous intervenons aussi. Nous présentons l'essai clinique au patient dans un langage plus adapté. Nous veillons à instaurer un climat de confiance. Nous devons aussi vérifier que le patient a bien accepté de participer à l'essai clinique et a signé un consentement éclairé. Le fait qu'un patient signe un consentement ne veut pas dire qu'il va être inclus dans l'étude. Pour qu'il soit intégré dans l'étude, il faut qu'il réponde aux critères d'inclusions et d'exclusions précisés dans le protocole. Par exemple, le sexe, l'âge, une présence ou non de maladie, ... Nous devons donc

vérifier tous ces critères», précise Jean-Yves Ferrand, Coordinateur des Infirmiers de Recherche Clinique au Luxembourg Institute of Health.

IRC accomplit ses tâches dans le cadre des Bonnes Pratiques Cliniques (BCP)

Reportant directement à l'investigateur, l'IRC est le garant du bon déroulement des visites dans le respect du protocole et de la réglementation en vigueur. Pour garantir la sécurité et la protection des droits des patients, l'IRC accomplit ses tâches dans le cadre des Bonnes Pratiques Cliniques (BCP) et des lois régissant les essais cliniques.

Il faut savoir que la recherche est soumise à des évolutions réglementaires constantes. Ce qui implique que l'IRC doit régulièrement remettre à jour ses connaissances sur les BPC et les questions bioéthiques, réglementaires, protocolaires et scientifiques.

Les recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), en anglais «Good Clinical Practice (GCP) Guidelines», constituent un standard de qualité international reprenant un ensemble d'exigences et de dispositions à mettre en place pour assurer la qualité des essais cliniques sur les sujets humains. Les BPC sont reconnues au niveau international. Elles ont un objectif éthique d'une part, grâce au respect des droits, de l'intégrité et de la confidentialité des données personnelles, et scientifique d'autre part, en garantissant que les données collectées dans les essais sont probantes, authentiques, fiables et vérifiables.

Un métier varié et polyvalent

Tout au long de ces démarches, l'IRC assiste l'investigateur du début à la fin. L'IRC aide le médecin et les équipes soignantes dans la prise en charge administrative des patients depuis leur éligibilité à participer à l'étude jusqu'à la fin de celle-ci.

«Nous fixons les rendez-vous avec le patient et collectons les données, d'une manière identique, auprès de tous les participants de l'essai clinique; ensuite, nous les transposons avec beaucoup de rigueur dans des cahiers d'observation, en anglais «Case Report Form (CRF)», pour qu'elles puissent être analysées par les chercheurs. Toutes les données sont pseudo-anonymisées. Ni les chercheurs, ni personne d'ailleurs ne doivent savoir qu'une telle personne participe à une telle étude. Le patient «doit» être un numéro dans l'étude, mais nous ne le considérons jamais comme tel!», précise Jean-Yves Ferrand. *«L'IRC s'occupe également de la gestion des traitements. Nous allons les chercher à la pharmacie hospitalière avec une ordonnance du médecin investigateur. Nous expliquons au patient les conditions de prise, de conservation ... »*

> **Actualités professionnelles**

L'IRC a aussi un rôle de support pour le personnel hospitalier et l'équipe investigatrice et travaille en étroite collaboration avec eux afin d'assurer la prise en charge des patients dans le parcours de soins. Il fait le lien entre les différents intervenants hospitaliers tels que les médecins, les laboratoires, les pharmaciens, les services d'hospitalisation... et les acteurs non-hospitaliers comme les chercheurs du LIH, les firmes pharmaceutiques, le Laboratoire National de Santé (LNS), le Comité National d'Éthique de recherche (CNER), le Ministère de la Santé, ...

L'IRC doit-il suivre une formation spécifique?

L'IRC est bien souvent issu du terrain et s'est spécialisé en s'impliquant personnellement et professionnel-

lement dans la recherche clinique. Il existe toutefois plusieurs formations universitaires, par exemple en France: le DIU FARC-TEC (Diplôme Inter-Universitaire de Formation des Assistants de Recherche Clinique et des Techniciens d'Etudes Cliniques).

Jean-Yves Ferrand

Research Nurse Coordinator

6, rue Nicolas Ernest Barblé

L-1210 Luxembourg

Jean-yves.ferrand@lih.lu



elisabeth senior

ET SI VOUS REJOIGNIEZ UN GROUPE ENGAGÉ ?

Évoluez et épanouissez-vous au sein d'un groupe soudé et dynamique.

Consultez nos offres d'emploi et postulez sur notre site Internet :

 **elisabeth.lu**



La CGPM - Une mutuelle de santé et caisse de décès qui est depuis plus de 140 ans au service de ses membres.

Nos prestations :

Allocation de naissance

350,80 € par parent affilié. (40,00 € au nombre-indice 100)

Secours en cas de maladie

Remboursement de 30 % du découvert des frais exposés et du remboursement de l'Assurance Maladie.

Participation aux frais de kinésithérapie

Remboursement de 50 % du découvert restant à charge du membre après participation de l'Assurance Maladie.

Participation aux frais de transport en ambulance

Remboursement à hauteur de 500,86 € maximum. (60,00 € au nombre-indice 100)

N'hésitez pas et devenez encore dès aujourd'hui membre de la CGPM pour profiter de tous ces avantages.

CAISSE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE MUTUALISTE

Votre mutuelle pour la vie

Adresse

32-34, rue de Hollerich
L-1740 Luxembourg

Heures d'ouverture

Lun - Ven
8h45 - 11h45
13h00 - 17h00

Contact

Tél.: +352 47 45 93
E-mail: info@cgpm.lu
www.cgpm.lu



VOS DONNÉES DE SANTÉ À PORTÉE DE MAIN



AVEC L'APPLICATION MOBILE **myDSP**

Avec la nouvelle application mobile myDSP, vos données de santé (résultats d'analyses, rapports médicaux, imageries médicales, vaccins effectués, ...) sont **sécurisées** et **disponibles à tout moment et n'importe où** via votre smartphone.



TÉLÉCHARGEZ-LA GRATUITEMENT

AGENCE
eSanté
LUXEMBOURG

Agence nationale
des informations partagées
dans le domaine de la santé



Aperçu du quotidien d'une scientifique en soins infirmiers

A lors que l'infirmier(ère) de recherche est actif(ve) en tant que soutien dans la recherche médico-clinique, le domaine d'activité d'un(e) scientifique en soins infirmiers est de développer il(elle)-même de nouvelles connaissances et solutions pour les soins infirmiers. Des exemples concrets sont intégrés dans cette édition sous la forme de posters de recherche.

Nous sommes heureux que Mme Megane Kambala ait pu donner un aperçu du travail en sciences infirmières dans son article. Il s'agit ici de son article «Quand le British Medical Journal adoube le LIH», également paru dans WortFr.

Quand le British Medical Journal adoube le LIH

La thèse sur laquelle travaille actuellement Anne-Marie Hanff porte sur la mobilité fonctionnelle des patients atteints de Parkinson.

L'année n'est pas encore terminée mais le BMJ Open a déjà désigné l'une des études du LIH comme une des publications les plus exemplaires de 2022, rendant la recherche «plus significative».

L'impact d'une publication scientifique est généralement évalué en fonction de ses citations dans des articles scientifiques mais aussi grâce aux mentions faites via divers canaux, tels que des reportages, des blogs et bien entendu, les réseaux sociaux.

Ces évaluations sont considérées comme des «facteurs d'impact» et récemment, il a largement été débattu de leur capacité à justement représenter suffisamment le véritable impact d'une publication scientifique.

Car finalement, n'y a-t-il pas meilleur moyen de mesurer la portée d'une étude qu'en impliquant les patients et leurs proches, en en faisant des partenaires tout au long du processus de recherche? C'est dans cette optique que le British Medical Journal, une revue de médecine de renommée mondiale, a décidé de mettre en avant les études centrées sur le patient via son blog en accès libre, le BMJ Open.

Parmi ces dernières, une étude du Luxembourg Institute of Health (LIH), menée par la doctorante Anne-Marie Hanff, rattachée au département Transversal Translational Medicine sous la direction du Prof. Dr. Rejko Krüger. Infirmière de profession, elle précise que cette publication («Exploration of whether socioeconomic factors affect the results of priority setting partnerships: updating the top 10 research priorities for the management of Parkinson's in an international setting») s'inscrit dans la continuité de son parcours en sciences infirmières, très ciblé sur les malades atteints de Parkinson, et qu'elle est d'ailleurs le point de départ dans l'élaboration de la thèse qu'elle prépare actuellement pour son doctorat.

Créer un pont entre les patients et la recherche

«Mon travail pour cette publication - en collaboration internationale entre le NCER-PD Luxembourg (National

Centre of Excellence in Research on Parkinson's disease), l'Université d'Oxford et l'Université de Tübingen - a reposé sur une interrogation, celle de savoir si des facteurs socioéconomiques élevés de patients atteints de Parkinson pouvaient affecter les priorités que les malades souhaitaient voir mises en place dans les travaux de recherche pour faire avancer la façon dont on soigne cette maladie grave.»

Elle précise d'ailleurs que, «si la recherche clinique ne répond pas aux besoins des utilisateurs de la recherche, les résultats auront moins d'effets sur les pratiques cliniques et de santé publique qu'ils ne le devraient. Les principaux utilisateurs de la recherche clinique sont les cliniciens et les patients qui comptent sur eux pour obtenir de l'aide.» D'où cette volonté pour l'universitaire de mettre le patient au centre de son travail.

Son idée de départ remonte à 2014, alors qu'elle découvre une série de publications parues dans The Lancet, ciblées sur le fait que les décisions concernant les recherches à financer devraient être basées sur des problématiques pertinentes pour les personnes qui bénéficieront des résultats.

«L'idéal, c'est que les patients transmettent des informations qui vont vers les chercheurs, que ces derniers fassent des études en fonction de cela et que les malades puissent avoir les retours adéquats selon les préoccupations. Ils seraient alors partenaires de recherche, dans un cercle vertueux.» Et cela devrait être amené à se démocratiser de plus en plus de façon générale selon elle.

C'est bien pour cela que «la mission» de son département est en outre «de promouvoir les échanges entre la science et les patients, leur entourage ainsi que les professionnels de santé», et cela dans une visée dépassant les frontières du pays, en synergie avec toutes les parties prenantes œuvrant pour faire avancer le traitement des maladies.

En attendant, la thèse sur laquelle elle travaille porte sur la mobilité fonctionnelle des patients atteints de Parkinson. Les questions centrales? Quels sont les facteurs qui aident à conserver la mobilité fonctionnelle? Pourquoi, avec le même diagnostic de départ, il peut y avoir des trajectoires différentes d'un patient à un autre?

«A la fin, il s'agira surtout de voir quelles recommandations on peut apporter dans le développement des interventions promouvant la mobilité fonctionnelle et les mettre à disposition du réseau national de professionnels de santé spécialisés dans le traitement et la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson (ParkinsonNet). L'atout des sciences infirmières, c'est justement de développer des solutions pour une pratique fondée sur des preuves, pour une meilleure prise en charge des patients.»

Vous êtes intéressé(e) par le quotidien d'un(une) scientifique en soins infirmiers? Alors suivez #NursesCanSciences et obtenez un aperçu.



Envie de rejoindre une équipe dynamique et professionnelle ?

Infirmiers (m/f/d), le réseau Help a besoin de vous !

En intégrant Help, vous rejoindrez une équipe dynamique et professionnelle, à l'écoute, respectueuse et engagée chaque jour pour apporter les meilleures réponses aux besoins des clients.

Le réseau Help vous proposera un parcours de formation pour favoriser votre développement individuel tout au long de votre carrière.

Rejoignez-nous !
T. 26 70 26 - www.help.lu

help^o
All Dag ass e gudden Dag

Emanzipation der Pflege und das „gehobene Bürgertum“



Mit der Einrichtung des Bachelorstudiengangs an der Universität Luxemburg wird erstmals eine Bibliothek mit Pflegefachbüchern sowie der Zugang zur pflegewissenschaftlichen Literatur sichergestellt. Bis dahin war eine Literaturanschaffung ohne die Bücher zu kaufen quasi unmöglich. Beschäftigt man sich mit der Geschichte der Bibliotheken wird einem bewusst, wie Pflegenden über Jahrhunderte die wissenschaftliche Literatur vorenthalten wurde, während sie dem Bürgertum und kleinen Kreis „Gebildeter“ dem unter anderen Juristen und Ärzte angehörten, schon immer zugänglich war. Im folgenden Artikel wird anhand einer historischen Betrachtung die Entstehung der öffentlichen Bibliotheken in Deutschland beschrieben und die Bedeutung für die Pflege in Luxemburg abgeleitet.

Bereits vor Christi entstand eine erste öffentliche Bibliothek in Rom. Diese hatte sich allerdings nicht durchgesetzt, unter anderem durch die wiederholten Einschränkungen der (Denk)freiheit durch die Kirche. **Das Volk war damals abhängig von dem was man ihm vorlas.** Bildung wurde vorenthalten, der Großteil konnte nicht lesen und hatte keinen Zugang zu Büchern. Bücher wurden wie ein Schatz bewahrt oder zu festgelegten Zeiten auf Pulten ausgelegt und angekettet. Von der Antike bis zur Erfindung des Buchdrucks konnte kein Autor seine Werke durch Druck in hohen Auflagen verbreiten. Ein klösterliches Skriptorium konnte ein Band pro Jahr abschreiben, sodass Bestände von 300 Kodizes als bedeutend galten. Zur Reproduktion wurden Texte von Lohnschreibern, Mönchen oder StudentInnen nach dem Diktat teilweise fehlerhaft abgeschrieben. Mit der Erfindung des Buchdrucks um 1440, wurden Auflagen von 300-400 Exemplaren ermöglicht. Gleichzeitig wurde Papier als billiges Produkt verfügbar. Obwohl mit der steigenden Bücherproduktion die Preise sanken (vgl. Jochum, 2007, S. 78, 83-84), war

der Durchschnittsbürger kaum in der Lage Literatur in grösserem Umfang zu erwerben (Thauer u.a. 1990, 17-18) und Bibliotheken waren eher Fürsten oder Sammlungen durch Gelehrten vorbehalten. Zu Zeiten der Reformation (1517-1648) wurde die literarische Öffentlichkeit verstärkt. Bücher waren nicht mehr geheim und wurden intensiv gelesen (Jochum 2008, 78, 83-89, 90-92). Als Bestände galt eine Auswahl klassischer literarischer Werke die zur Allgemeinbildung gehörten. Diese wurden durch die von Luther geforderten Sprachlehrbücher, Literatur der Poeten und antiken Rhetoren erweitert (Jochum 2008, 78, 83-89, 90, 94). **Ebenfalls wurden Bibliotheken kommunalisiert und somit der Willkür kirchlicher und dynastischer Interessen enthoben (Jochum 2007, 88-90). Allerdings galten diese einem kleinen Kreis Gebildeter wie Juristen, Geistliche, Ärzten und Lehrern (Thauer und Vodosek 1990, 15).**

Im Zeitalter der Aufklärung, der Vorformen öffentlicher Bibliotheken (1750-1850) konnte der Mensch endlich aus seiner Unmündigkeit ausbrechen (Kant 1748, 20-21). **Kant beschrieb 1748 beispielsweise, dass es beinahe unausbleiblich sei, dass ein Publikum sich selbst aufkläre, wenn man ihm die Freiheiten ließe.** In einer radikaldemokratischen zweiten Revolutionsphase lieferte Rousseau zudem wichtige Impulse, indem er das Eigentum als Ursache der Ungleichheit zwischen den Menschen ansah und Gesetze kritisierte, die ungerechte Besitzverhältnisse schützten. Die Französische Revolution bewirkte zudem verstärktes politisches Interesse und den Wunsch nach einschlägiger Lektüre und Diskussion des Gelesenen (Thauer u.a. 1990, 17-18). Es entstand ein neues Lesebedürfnis, eine Art Lesewut, Lesesucht, Leseseuche, Lesefieber oder Leserevolution durch die **Einführung der Schulpflicht** als Ergebnis der aufklärerischen Vorstellung.

Hierdurch stieg der Anteil der Lesefähigkeit von 15% im Jahr 1770 auf 75% im Jahr 1870. **Das aufsteigende Bürgertum wollte sich gegenüber dem Adel emanzipieren**, allerdings konnten die bestehenden Institutionen (gelehrten Stadt-, Hof- und Universitätsbibliothek) den gesellschaftlichen Bedarf nicht decken. **Das Volk bewies Aufklärung indem es sich selbst half**. Sie lösten sich von der Kirche, kehrten ab von der ausschliesslich erlaubten Lektüre und es entstanden neue Strukturen (Thauer u.a. 1990, 16-17). In den Städten entstanden beispielsweise **Lesegesellschaften als Institutionen bürgerlicher Selbsthilfe**; zuerst in Frankreich, ab 1760 in Deutschland. Anfangs waren die Lesegesellschaften eine Form von Lesezirkeln mit Gemeinschaftsabos. Mehrere Bürger abonnierten eine Zeitschrift gemeinsam und ließen die Exemplare zirkulieren. Dann entwickelten sie sich zu einer Stätte der Begegnung, des Gedankenaustausches und der Geselligkeit (Rösch 2006). Dabei wurde über die gelesenen politischen, wissenschaftlichen und literarischen Beiträge unter Gleichgesinnten diskutiert. **Durch die hohen Mitgliedsbeiträge waren diese allerdings weiterhin nur den Angehörigen des gehobenen und mittleren Bürgertums (Beamte, Ärzte, Pfarrer, Professoren, ...) zugänglich**. Die unteren gesellschaftlichen Schichten denen ebenfalls Pflegende zugehörten wurden weiterhin ausgegrenzt. Mit dem Fortschreiten der französischen Revolution schlug ab ca. 1810 die Begeisterung um in Skepsis und Ablehnung (Bedeutungsschwund). Geselligkeit und Innerlichkeit waren gefragter als Revolution und Politik. Zudem sorgten die Kaffeehäuser für Konkurrenz, da sie ebenfalls als Ort der bürgerlicher Selbstverständigung dienten mit einer stärkeren Betonung auf der Unterhaltungsfunktion. Gleichzeitig nahmen die Zensurmaßnahmen durch den Staat zu (Rösch 2006). Zum anderen entstanden **Leihbibliotheken als kommerzielle Unternehmen** ab 1750. Sie waren damals die einzige Anstalt, die dem Lesebedürfnis der Mehrheit der lesefähigen Bevölkerung entgegenkam. Die Überlegung dahinter war allerdings, aus dem Lesebedürfnis der Zeitgenossen Kapital zu schlagen. Für Angehörige des Kleinbürgertums, Handwerker, ... dienten Einrichtungen ohne wissenschaftlichen Anspruch mit Unterhaltungsliteratur wie abgeschmackte Romane und Spukgeschichten (Thauer u.a. 1990, 20) während **für das gehobene Bürgertum und den niedrigen Adel eine Leihbücherei mit literarisch-wissenschaftlichem Anspruch** im Dienst der Wissenschaft und Literaturverbreitung bereitstanden (Rösch 2006).

1833 entstand dann die **erste unentgeltlich öffentliche Bibliothek in Deutschland** (Karl-Preusken-Bücherei). Die industrielle Revolution führte zum Niedergang des Handwerks mit Bemühungen des städtischen Bereiches die Gewerbebildung zu verbessern. Damals konnten anfangs 132 geschenkte Bücher während einer Stunde Sonntags ausgeliehen werden. Die Ausleihe wurde durch ehrenamtliche ortsansässige Lehrer geregelt und in einer anfänglichen Schulbibliothek der

Sonntagsschule zur Fortbildung der Gewerbetreibenden organisiert. 1839 wurde eine Wanderbibliothek für eine Reihe von Dörfern in der Umgebung eingerichtet (Thauer u.a. 1990, 30, 32). Ab 1842 wurden punktuell Dorf- und Bauernbibliotheken als gemeinnützige Volksbibliothek von Geistlichen und Schulmeistern eingerichtet, deren **Initiativen von fortschrittlich denkenden, aufgeklärten Gutsherren unterstützt wurden** (Thauer u.a. 1990, 18-27) um die Unterhaltung der Landleute bspw. an Winterabenden in Spinnstuben zu «veredeln». Ebenfalls sollte hierdurch der Aberglaube beseitigt und die Landwirtschaft verbessert werden sowie die Landleute von Romanlektüren ferngehalten werden, welche die unverdorbenen Sitten des Landvolks korrumpieren. Schlussendlich, wurden diese Volksbibliotheken ebenfalls eingerichtet zur Entfesselung der Denkkraft und Mässigung der Vorurteile und Leidenschaften. Titel waren u.a. Bücher für Erwachsene mit praktischen Anweisungen und moralisierender Unterhaltung. **Dabei entschieden allerdings Politiker und Vertreter der Kirchen zwischen «nützlich-erwünschter» und «schädlich-zu unterdrückender» Literatur** (Thauer u.a. 1990, 17). Die Auswahl der Schriften zielte auf die Befestigung von Sitte, Glaube und Untertanentreue ab (Jochum 2007, 156-157). Gleichzeitig initiierte Friedrich von Raumer den «Verein für Wissenschaftliche Vorträge» um die **Trennung der Gelehrten vom Fach und des übrigen gebildeteren Publikums möglichst aufzuheben**. Die Bedeutung der «public-libraries» lernte er auf seiner Amerika-Reise kennen (Thauer u.a. 1990, 34). Ebenfalls entstanden erste Sammlungen bei lokalen Handwerkervereinen. **Anfangs stand berufliche Fortbildung im Vordergrund, gefolgt von der Erkenntnis, dass Selbstbildung kein unwesentlicher Schritt auf dem Weg zur politischen und sozialen Emanzipation war**. Leseabende wurden zur gemeinsamen Lesung und Besprechung der Texte organisiert. 1854 wurden alle solchen Arbeitervereine mit der Niederwerfung der Revolution verboten und durch sozialistische Arbeiterbibliotheken ersetzt, welche die Allgemeinbildung pflegten und überwiegend naturwissenschaftliche und technische Literatur beschafften. Sie hielten sich politisch zurückhaltend und betonten die Fachweiterbildung (Thauer u.a. 1990, 37-39).

Die Gesellschaft zur Verbreitung der Volksbildung war die einzige Institution, welche zwischen 1871 und dem Beginn der Bücherhallenbewegung erste Ansätze zu einem Netz von Volksbibliotheken schuf. Zu dem Zeitpunkt waren **«Große Massen der Bevölkerung unwissend und geistig träge. Unfähig selbstständig zu urteilen und zu handeln, folgten sie der Strömung, wo sie zum Guten führt, aber auch dort, wo sie Übel ist.»**. Ebenfalls wurden sich die Menschen bewusst, dass die Schulzeit zu kurz sei, denn es komme nicht alleine darauf an, ob das Volk lesen könne sondern ob es überhaupt lese und was es lese. Ebenfalls kam die **Einsicht, dass die Erziehung freier, denkender Menschen nicht alleine durch die Schule erreicht**

werden kann, sondern, dass die sozialen, politischen und freiheitlichen Fragen der Gegenwart nur durch die Teilnahme der Masse des Volkes im Sinn der menschlichen Gesittung gelöst werden (Thauer u.a. 1990, 44-46).

Schlussbetrachtung

Warum sind öffentliche Bibliotheken entstanden? Durch eine Kombination der öffentlichen Kultur durch die Lesegesellschaften (Vorbelegung), der Revolution welche den Anstoß leistete mit der Aufklärung, welche für ein langfristiges Grundumdenken in den Köpfen sorgte. Mit der Zeit haben sich einige Selbstdenkende gefunden, welche den Geist der Schätzung des eigenen Werts und des Berufs jedes Menschen selbst zu denken, um sich verbreiteten (Kant 1748, 21). Im Falle der Pflege in Luxemburg, könnte man die anhaltende Öffentlichkeitsarbeit im Vorfeld der Pandemie als Vorbereitung sehen, während die Pandemie der Pflege den Anstoß für die Einrichtung eines Bache-

lorstudiengangs bot. Das Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg (NCNSL) hat auf der Webseite der ANIL eine Liste an frei zugänglichen Datenbanken veröffentlicht und versucht hiermit wissenschaftliche Studien frei zugänglich zu machen. Nun beginnt das langfristige Grundumdenken in den Köpfen, dass die Pflege am Patienten und ein Pflegestudium sich nicht widersprechen, dass Pflegenden neue Studienergebnisse verstehen und kritisch beurteilen können müssen. Während bei den aktuellen Diskussionen die berufliche Ausbildung im Vordergrund steht, wird die Erkenntnis folgen, dass Selbstbildung kein unwesentlicher Schritt auf dem Weg zur politischen und sozialen Emanzipation sein wird. Welche Rolle hierbei das „gehobene Bürgertum“ spielen wird, wird sich noch herausstellen.

Autor

Anne-Marie HANFF,

Gesundheits- und Krankenpflegende,
B.Sc., M.Sc., cand. Ph.D.

Quellen:

Jochum, Uwe (2007). Kleine Bibliotheksgeschichte. 3., verb. und erw. Aufl. Stuttgart: Reclam, 2007.

Kant, Immanuel (1784). Was ist Aufklärung? In: Was ist Aufklärung? Thesen, Definitionen, Dokumente. Barbara Stollberg-Rilinger (Hrsg.) Stuttgart: Reclam

Rösch, Herrmann (2006). Lehrveranstaltung Bibliotheksgeschichte. Öffentliche Bibliotheken. URL: <http://www.fbi.fh-koeln.de/institut/personen/roesch/material/oeb-bibliotheksgeschichte.pdf> (aufgerufen am 28.02.2016)

Rousseau, Jean J. (1986). Vom Gesellschaftsvertrag. Stuttgart: Reclam

Thauer, Wolfgang und Peter Vodosek (1990). Geschichte der öffentlichen Bücherei in Deutschland. Otto Harrassowitz Verlag, 15.



Är berufflech Zukunft, bei eis am Betrib

zitha 

Mir engagieren
Infirmiers an Aides-soignants (m/w)
fir eis verschidden Departementer

Seniories - maisons de soins
ZithaMobil - aide et soins à domicile
Foyers de jour
ZithaAktiv - centre de la mémoire et de la mobilité

online: <http://jobs.zitha.lu>
www.zithasenior.lu



RÉSIDENCE OP DER WAASSERTRAP
www.cipa-sanem.lu | +352 59 49 40 - 1

GEMENG SUESSEM

Bei eis sidd Där doheem.

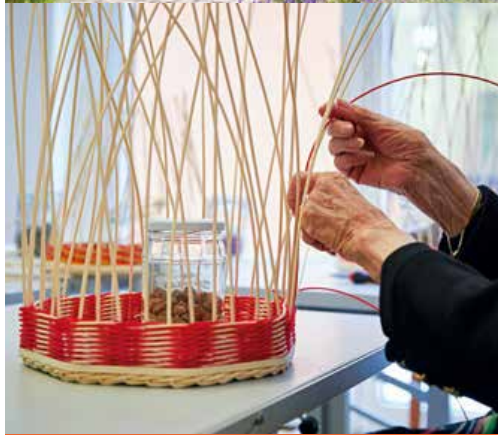
CIPA RÉSIDENCE OP DER WAASSERTRAP





Ajouter de la vie aux années

Chez Elysis, nous mettons tout en œuvre pour offrir le meilleur cadre de vie possible aux résidents. Les soins sont assurés par un personnel qualifié et compétent. Le respect, la qualité et l'innovation sont nos valeurs fondamentales.



www.elysis.lu

22, rue Jos Leydenbach
L-1947 Luxembourg

T 26 43 8-1 | elysisinfo@elysis.lu

Palliativ Geriatrie zu Lëtzebuerg

E Réckbléck vun 2016 bis haut

„Palliativ Geriatrie ass d'Liewensbegleedung vum eelere Mënsch mat ënnerschiddleche Gebrieche. D'Selbstbestëmmung, d'Stierwen an den Doud gehéieren dozou. Palliativ Geriatrie ass feste Bestanddeel vun der Philosophie a Kultur vun der Institutioun a gëtt vun alle Matarbechter gelieft a respektéiert.

Palliativ Geriatrie zeechent sech aus duerch eng Zesummenaarbecht vun alle Bedeelegten an ënnerstëtzt dat sozialt Ëmfeld.“¹

„Palliativ Geriatrie ass d'Haute Couture vun der Medizin: si ass moosgeschneidert² an individuell, sie ass op d'Bedürfnisser, d'Ziler an di subjektiv Problemer vum Bewunner ausgerichtet. Et ass eng Synthes vu Geriatrie a Palliative Care.“³

Seit 2016 organiséiert Omega 90 all zwee Joer e Workshop / eng Projetswierkstaat „Palliativ Geriatrie“⁴ fir all Servicer déi mat eelere Mënschen oder Mënsche mat Handicap - och si ginn ëmmer mi aale a krank a stierwen an der Institutioun - schaffen. Des Wierkstaat dauert annerhaleft Joer, wou et drëm geet, ze kucken, wat vu palliativen Usätz an der Institutioun scho besteet, a wat am Kader vun dësem Workshop als konkrete Projeet soll ausgebaut an ëmgesaat ginn.

An der Wierkstaat selwer ass den Direkter mat zwee bis véier Leit vertrauden, hei ginn Entscheedunge geholl, Weiche gestallt a Virarbecht geleescht. Dese Grupp schafft dann am Haus an engem erweiderte Kader virun, fir de Projet ëmzesetzen.

D'Erausfuederung besteet doran, dass dese Projet jidderengem am Haus bekannt soll sin, an dass idealerweis all Service, vun der Directioun, der Fleeg / dem Encadrement, der Administratioun, der Kichen, der Restauratioun, dem Nettoyage an der Technik am interne Grupp matschaft. All Service stellt seng Froën, präsentéiert seng Schwiereregkeeten a seng Siicht op den Emgaang mam Bewunner dee palliative Fleeg a Begleedung brauch, a senger Famill, an diskutéiert se mat deenen aaneren Acteuren, fir Léisungen ze fannen an sech zesummen op e gemeinsame Wee ze maachen.

D'Agrémentsgesetz vum 10. Dezember 2009 fir Gestionären vu Servicer fir eeler Leit geseit vir, dass 40% vum Encadrementpersonal eng Formatioun vu 40 Stonnen an de Soins Palliatifs gemaat huet an dass emmer ee Member vum Personal mat enger Formatioun

vun 160 Stonne («Formation d'approfondissement en Soins Palliatifs») disponibel ass.

Fir dass all des Leit, déi am Palliative Care geschoult sinn - wat e grouse Käschtepunkt fir den Employeur duerstellt - dat wat si an der Formatioun geléiert hunn och am Alldag kënnen ëmsetzen, ass et néidech, dass Directioun hannert dëser Investitioun steet a gewëllt ass d'Palliativkultur an hierer Institutioun ëmzesetzen.

D'Ausschaffe vun engem Projeet am Kader vun der Projetswierkstaat, den Austausch mat alle Berufsgruppen, kritesch Diskussiounen mat den Teilnehmer aus deenen aaneren Häiser, d'Bereitschaft besteeënd Gewunnechten a Fro ze stellen an op ze si fir eppes Neies, droën dozou bei, dass d'Palliativkultur vun all Beruffer, déi am Haus schaffen verstaanen, vertrauden an ëmgesaat get. Dovu profitéieren esouwuel d'Bewunner, hier Familjen an och all eenzelne Matarbechter.

„Palliative Care als Haltung: Weg vom primären Kampf gegen die Krankheiten (Ziel Lebensverlängerung) hin zur Fokussierung auf Bedürfnisse, Sorgen, Lebensqualität des Patienten und der Angehörigen: Leben mit der Krankheit (und der Endlichkeit), Diskussion über die Werte, die Ziele, den Lebenssinn und die Grenzen des Lebens, die Grenzen der Medizin.“⁵

Wann des Haltung an engem Haus geliewt get, dann ass Zil wat d'Institutioun sech mat hierem Engagement an der Projetswierkstaat gesaat huet méi wi erreecht. En Alters- oder Fleegeheem ass awer keng Insel: Zesummenaarbecht mat Beruffer, déi net direkt zum Haus gehéieren a mat de Spideeler beweisen dat am Moment nach des öfteren.

Des Projetswierkstaat weist positiv Entwécklungen am Alldag vun den Institutiounen, déi matmaachen. Di ganz Prozesser déi sech veränneren an d'Haltung vun der Institutioun an alle Leit, déi hei schaffen, hunn och en Impakt iwwert d'Grenze vun der Institutioun eraus. Wann an engem Haus iwwer schwéier Krankheet, Liewensenn, Stierwen, Doud an Trauer vun alle Betreffenen ouni Tabu ka geschwaat ginn - dann ass Palliative Care ganz an eisen Alters- a Fleegeheemer ukomm.

Marie-France LIEFGEN

Formatrice Omega90

Member vum CA vun der ANIL

¹ Definitioun vu Palliativer Geriatrie, wéi se an der 1. Projetswierkstaat Palliative Geriatrie 2016 - 2018 vun deene 7 Alters- a Fleegeheemer, déi matgemaat hunn, fir Lëtzebuerg festgehaale gouf. De Bericht vun der Wierkstaat fann Dir ënnert: <https://www.omega90.lu/?com=0117010101>

² «D'Kleed gët der Figur ugepasst a net ëmgedréit»

³ Roland Kunz, Chefarzt (i.R. seit Beginn 2022) für Akutgeriatrie und Zentrum für Palliative Care Stadtspital Waid/Zürich

⁴ an Zesummenaarbecht mam Dirk Müller, Altenpfleger, MAS (Palliative Care, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie im UNIONHILFSWERK Berlin, Fachgesellschaft Palliative Geriatrie.

⁵ Roland Kunz



verbandskëscht
Soins & aides à domicile

www.vbk.lu/jobs



24/24



Fleeg doheem



Hëllef am Alldag



Fleeg am Cabinet



Wonnefleeg



26 36 26 02

www.vbk.lu

«Zesumme géint de Wéi»

Eng grouss Campagne zu Letzebuerg

D'Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg (NPGL) lancéiert ab Oktober 2022 eng Campagne géint de Wéi, déi drei Joer wäert daueren. Iwwer 1300 Bewunner kënnen vun deser Campagne profitéieren.



Wien a wat ass den NPGL?

D'Netzwerk Palliativ Geriatrie Lëtzebuerg ass 2018 gegrënnt ginn, nodem di éischt Institutionen hier Palliative Geriatrie Wierkstaat ofgeschloss haaten, fir hier palliativ Kultur weider auszubauen, ënnert dem Lead vun Omega 90. Aktuell sinn et zeng Institutionen fir eeler Leit - CIPAs a Maisons de Soins¹ an drei Institutionen fir Mënsche mat Handicap², déi an dësem Netzwerk zesumme schaffen.

Firwaat esou eng Campagne?

Den Undeel vun eelere Leit mat chroneschem Schmäerz an Alters- a Fleegeheemer esou wéi am soins à domicile läit bei ongeféier 60%, een Drëttel vun hinnen hu staark Schmäerzen. Um Enn vum Liewe kann dësen Undeel bis zu 80% goen. Fir engem Bewunner am Alldag ze begéinen an eng Relatioun mat him opzebauen, ass an engem éischte Schrëtt eng gutt Behandlung vu kierperlechem Wéi onëmgänglech. Andauernde Wéi mëcht, dass Leit sech zeréckzéien oder aggressiv gin, an dass hir sozial Kontakter dobei vernoléisseg ginn. De Wéi verhënnert och, dass e Bewunner nach Freed um Liewen huet. Et kann een nëmme ufänke vu Liewensqualität ze schwätzen, wann an enger éischer Phase de kierperleche Wéi net méi den Alldag vum Bewunner bestëmmt.

Ziler vun der Campagne:

- Dem Wéi vum Bewunner mat engem neie Bléck begéinen,
- Di schmärerhaft Symptomer aanescht wouer huelen, fir hiren Afloss op den Alldag ze minimiséieren; dëst am Aklang mat de Wënsch vum Bewunner an u säi Liewensprojet ugepasst,
- Den Alldag ënnerbriechen an d'Bewosstsinn duerch eng Sensibiliséierungscampagne op de Wéi ze konzentréieren. D'Campagne riicht sech un d'Bewunner, d'Fleegepersonal, dat ganzt interdisziplinärt Team zesumme mat den Dokteren.

Wéi geseit des Campagne aus?

Zu festgeluechten Zäitpunkten ginn all Bewunner³ gefroot op se wéi hunn a wéi si hiere Wéi selwer aschätzenoder et get vum Fleegepersonal op Zeeche gekuckt, déi op Wéi hiweisen:

- Bei Bewunner, déi sech gutt matdeele kënnen - do schwätze mir da vu Selbstaschätzung / Autoévaluation - get gefroot: „Wivill Wéi hu Dir?“ Domat kann di erliwten Intensitéit vum Wéi erfroot ginn. Verschidde Skale kënnen benotzt ginn, wéi z.B. di numeresch Skala vu 0 - 10, oder di einfach verbal Skala,
- Bei Bewunner, déi hiere Wéi net mi kënnen matdeelen, get mat Beobachtungsskale geschafft. Do kann ee feststellen, ob d'Persoun wéi huet oder net. Hei schwätze mir da vu Friemschätzung / Hétéroévaluation. Dofir get et verschidde Skalen, wéi z.B. Doloplus 2, ECPA oder PainAD (des lescht am Fall vun avancéierter Demenz), déi dem Fleegepersonal obweisen, op d'Persoun wéi huet oder net.

Vu dass d'Evaluatioun vum Wéi e Qualitätsindikator fir d'Assurance Dépendance ass, an dass di meescht Bewunner vun Alters- oder Fleegeheemer oder vum soins à domicile begleet ginn an e Contract mat der Assurance Dépendance hunn, gehéiert des réegelméisseg Schmärerzevaluatioun zum Alldag vum Fleegepersonal.

Wat an dëser Campagne nei ass: d'Resultater vun all Bewunner ginn individuell⁴ iwwert e gewëssen Zeitraum verglach, an der Institutioun ginn d'Resultater géint ëniwergestallt fir op Verbesserungen hinzeschaffen an och national, ginn d'Resultater anonymiséiert gekuckt, fir doraus ze léieren, an de Wéi besser ze linderen.

Aaner Uleies vun der Campagne sinn, erauszefannen

- Wat di heefechst verschriwwen Medikamenter sinn,
- Wéi eng déi wirksamst Schmärerzmedikamenter sinn par rapport zur Zort vu Wéi

¹ ALA – Beim Goldknapp, CIPA Résidence Op der Waassertrap, Croix-Rouge CIPA Grande-Duchesse Josephine Charlotte, Elisabeth / Claire - Foyer Ste Elisabeth a Ste Elisabeth am Park, Homme pour Personnes âgées St. François, Maredoc asbl, Hôpital Intercommunal Steinfort, Servior – Maison de Soins Sanatorium a CIPA Op der Léier

² APEMH – Nossbiérg, Elisabeth / Yolande - Haus am Klouschter an Institut St. Joseph

³ Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge: Art. 6. En ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge de la douleur, le contrôle de la qualité des prestations vise à recenser les personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pour lesquelles l'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités de la population prise en charge est réalisée. La documentation permet une identification du suivi et de l'évolution de la douleur.

⁴ No der Evaluatioun vum Wéi get gekuckt wat fir Medikamenter de Bewunner géint sei Wéi kritt, fir esou en Ausgangsprofil ze erstellen an duerno ze kucken, wéi de Wéi sech entwéckelt. An Zesammenarbecht mam Dokter kënnen esou d'Medikamenter ugepasst ginn an de Wéi get weiderhi vum Fleegepersonal iwwerwaacht.

> Actualités professionnelles

- Wéi hir Verdréiglechkeet ass,
- Wat di heefechst Niewewierkungen sinn,
- D'Wirkung vun der Behandlung ze iwwerpréifen,
- Esou wéi och d'Mataarbecht (Compliance) vum Bewunner, vum Fleegepersonal a vun den Dokteren ze kucken,
- A Formatiounen ze proposéieren, déi un d'Problemer vum Terrain ugepasst sinn.

Wie mécht des Evaluatiounen?

Jiddereen, deen an d'Fleeg oder an d'Begleedung vun eeler Mënschen oder Mënsche mat Handicap agebannen ass (Infirmiëren, Aides-soignants, Kinésithérapeutes, Psychologes, Ergothérapeutes, an och Educateurs fir de Secteur Handicap); all aaner Beruffer an och d'Famill / di Angehöreg kënnen des Evaluatiounen ënnerstetzen.

Mat wéi enge Froen?

Hutt Dir haut iergendwou wéi?

Wa jo, wou? Wéini? Aart vu Schmäerz? (an de Wieder vun der Persoun)

Permanent oder mat Ënnerbriechungen?

D'Fleegepersonal schreift op: Numm - Alter - Geschlecht - Admissiounsdatum

D'Infirmière schreift d'Unzuel vu Schmäerzmedikamenten op - Kategorie - Dosage - Posologie (d'office oder „au Besoin“) - Veroffreechungswee.

Den Dokter schreift d'Diagnos par Rapport zum Schmäerz, d'Aart vu Schmäerz, an déi verschriwwen Schmäerzmedikamenten op.

Wat gëtt mat den Äntwerte gemaach?

An enger éischter Etapp um Terrain: D'Infirmière këmmert sech ëm de Bewunner wann e wéi huet: eng Medikatioun „au besoin“ veroffreeche - wa virgesinn, ass dat net de Fall: den Dokter informéieren an him d'Situatioun vum Bewunner objektiv mat Fakte matdeelen.

An enger zweeter Etapp, wärten di verschidden Institutiounen hier Resultater matenee vergliechen, all Resultater si natierlech anonymiséiert. Et get em „best practice“ a waat kann ech vun anneren léieren an doduerch bei eis am Haus verbessern.

Eng drëtt Etapp kinnt eng weiderhinn anonymiséiert national Analyse vun de Resultater sinn fir feststellen, wat allgeméng Problemer sinn, déi nach misse geléist ginn.

Marie-France LIEFGEN

Formatrice Omega 90

Member vum CA vun der ANIL

ORTHOPÉDIE FELTEN
MAISON FONDÉE EN 1870
votre bien-être, c'est notre métier
Sur les réseaux sociaux: "ofelten"
www.ofelten.lu

Joya

Joya Shoes certified & recommended AGR BARR

Gëff Deel vun eisem Team!

D'Lëtzebuurger Alzheimer Vereenegung sicht Infirmiëren an Infirmieren fir hir verschidde Strukturen:

- Fir hiren Hëllef- a Fleegegedéngscht doheim: CDI Deel- a Vollzäit
- Fir hiert Wunn- a Fleegeheim zu Ierpeldeng: CDI Deel- a Vollzäit

Méi Informatiounen fënns Du ënnert:

www.ala.lu/jobs

Aides et soins à domicile pour vos clients:
seulement 5 lettres à retenir:

SHD.LU

Découvrez notre nouveau site web !

Accessible, clair et dynamique,
vos clients y trouveront tout
pour bien vivre à domicile.



Vous appelez
le 40 20 80.
Nous aidons



Stifting
HËLLEF
DOHEEM

Beispiele an Forschungsprojekten



“I see what you see” - study concept on remote assist in home care using mixed reality glasses in Luxembourg



Elisabeth Bourke¹, Stephanie Meyer¹, Cornelia Schneider², Birgit Trukeschitz³

- 1) Stifting Hëllef Doheem, Luxembourg
- 2) Fachhochschule Niederösterreich, Wiener Neustadt, Austria
- 3) Wirtschaftsuniversität Wien, Vienna, Austria

Introduction

The objective of this study is to develop and to test **Remote Care Assist** with its two elements (i) **Remote Support** and (ii) **Care Expert Centre**, which aims to enable new ways of collaboration respectively work processes in home care. The project Consortium is composed of eight partners from four different European countries.

Co-Creation and Field Trials

This poster presentation describes the project activities and the field trial part, which are conducted by Stifting Hëllef Doheem in Luxembourg. The interaction with the users takes places in several steps during the course of the project.

1. Firstly, **co-creation workshops** were conducted in autumn 2021 in which the future users (service users and care workers) elaborated use cases that guide the development of Remote Care Assist. The Care Expert Centre that will be set up in Luxembourg will focus on fall prevention and nursing support.
2. In a second step, a **six-week exploratory field test** (pre-trial) of Remote Care Assist will be conducted in autumn 2022 (including 25 service users and eight care workers).
3. The third step will be the **final field test** in 2023, which will be conducted as a randomized control trial (RCT) including a test group, who will test Remote Care Assist, and a control group. Both the test group and the control group consist of 130 service users, 50 informal carers and 35 care workers each.

Description Remote Care Assist

Remote Support is a technical application enabling a connection to the Care Expert Centre in order to support care workers remotely and is developed with the help of **augmented/mixed reality (AR/MR) technology**. With AR, virtual content can be displayed or superimposed on the real world. Mixed Reality (MR) goes one-step further and, in addition to displaying and overlaying virtual content/objects, also enables interaction with them. An AR app for smartphones and a MR app for the MR glasses “Hololens 2” will be developed and used in this project.



Source: WU, 2022

Evaluation

Both the pre-trial and the final field trial will be evaluated using a mixed methods approach. The following data will be assessed and analysed: functionality and frequency of use, effectiveness, usability, user experience, quality of care, the users’ and informal carers’ quality of life, as well as the care workers’ work satisfaction.



Source: Eichenberger-Szenografie, 2021

Expected Findings

We expect to validate new workflows and define use cases, in which Remote Care Assist will increase the capacity and quality of care, and therefore improve care-related quality of life of the service users and their informal carers. Another expectation is to find reduced caregiver car journeys and thus reduced CO2 consumptions. During the projects iterative process, remote care assist will be developed considering the impacts on care workers, service users and informal carers which will guide the longterm implementation of Remote Care Support in the home care organisation.



www.careaboutcare.eu



Supported by the Luxembourg National Research Fund (FNRS) (INTER/AAL20/15206112).





The Care App: Developing and testing new ways of information exchange in home care settings in Luxembourg



Elisabeth Bourkell¹, Stephanie Meyer¹, Cornelia Schneider², Birgit Trukeschitz³
 1) *Stiftung Hëllef Doheem, Luxembourg*
 2) *Fachhochschule Niederösterreich, Wiener Neustadt, Austria*
 3) *Wirtschaftsuniversität Wien, Vienna, Austria*

Introduction

The objective of this study is to develop and to test a **mobile application – the CareApp** - which allows new ways of communication and information exchange in the home care eco-system, (i.e., the home care organization, their service users and their informal carers). The project Consortium is composed of eight partners from four different European countries.

Co-creation and field trials

This poster presentation describes the project activities and the field trial part, which have been and will be conducted in Luxembourg by Stiftung Hëllef Doheem (SHD). The interaction with the users takes places in several steps during the course of the project.

1. Six **co-creation workshops** and two **co-design workshops** were conducted in autumn 2021 in which the future users elaborated use cases that guide the development of the Care App. The workshop findings indicate that implementing a new and reliable communication channel in the care eco-system s perceived as highly relevant.
2. An **exploratory field test (pre-Trial)** is planned to take place in autumn/winter 2022/2023. This test will include 25 Service Users and eight Care Workers who will test the Care App for six weeks. The pre-trial will be evaluated using a mixed-methods approach.
3. The third step will be the **final field test**, which will be conducted as a randomized control trial (RCT) including a test group, which will test the Care App, and a control group. Both the test group and the control group will each consist of 130 service users, 50 informal carers and 35 care workers.

Description of the Care App

The Care App is being developed in an iterative process with the input of the Consortium Members, and offers the following services to the service users and their informal carers:

- Consulting and managing **upcoming visits** by Stifting Hëllef Doheem
- Users can get in touch with **main contact point** at SHD
- **Marketplace** (information and access to care-related services)
- **Education and tips** for service users and informal carers
- Display of the service user's **vital data**



Source: Eichenberger-Szenografie, 2022



Source: Eichenberger-Szenografie, 2021

Expected findings

In line with the first findings from the co-creation workshops, we expect that the Care App will contribute to a more efficient information exchange between all stakeholders in the care eco-system, and thereby improve the service users and informal carers general and health-related quality of life. In addition, we expect to find higher satisfaction in care workers and care managers with information exchange with their clients. In conclusion, the expected result is to provide a market ready product at the end of the project, which has evidence-based positive impacts on the care eco-system.

Evaluation

The final field trial will be evaluated using a mixed methods approach. Qualitative data will provide in-depth insight by analyzing the interviews conducted with selected participants. Furthermore, the following quantitative data will get assessed and analyzed: functionality and frequency of use, effectiveness, usability, user experience, communication in the care eco-system, and the user's quality of life.



www.careaboutcare.eu



Supported by the Luxembourg National Research Fund (FNR) (INTER/AAL20/15206.112).



THE PHENOMENON OF UNEXPECTEDLY HIGH FUNCTIONAL MOBILITY IN PEOPLE WITH TYPICAL PARKINSON'S DISEASE. A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS

Anne-Marie Hanff^{1, 2, 3}



¹ Transversal Translational Medicine, Luxembourg Institute of Health, Strassen, Luxembourg,

² Faculty of Science, Technology and Medicine, University of Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Luxembourg,

³ Department of Epidemiology, CAPHRI Care and Public Health Research Institute, Maastricht University Medical Centre+, Maastricht, The Netherlands,

INTRODUCTION

Previous research mainly focussed on the question: “Why does functional mobility in people with Parkinson’s disease decrease?”. Instead, a salutogenic [1] research question focussing on “Why does functional mobility in some people with Parkinson’s not decrease despite the presence of balance and walking problems?” could help to gain a better understanding of the individual disease trajectory. However, until today, the phenomenon of high functional mobility despite the presence of balance and walking problems (unexpectedly high functional mobility) has not yet received much attention.

OBJECTIVES

Describe the frequency of people with Parkinson’s with unexpectedly high functional mobility.
Provide further information about the characteristics of the people with unexpectedly high functional mobility.

METHODS

We included 283 people with Parkinson’s with balance and gait problems from the Luxembourg Parkinson’s Study [2].

We assessed functional mobility by the recently validated patient-reported Functional Mobility Composite Score (FMCS) [3].

Two groups were created:

1. People with unexpectedly high functional mobility (↑ FM), i.e. FMCS better than most of the patients
2. People with expectedly impaired functional mobility (↓ FM), i.e. FMCS worse than most of the patients

Table 1

Variables		N / 283	Mean (SD)
Age (y.)	↑ FM	85	67.8 (10.6)
	↓ FM	198	69.5 (11.2)
Children (n)	↑ FM	85	2.8 (1.1)
	↓ FM	197	3.0 (1.3)
Years of Education	↑ FM	84	11.9 (4.1)
	↓ FM	196	12.0 (3.9)
MoCA Score	↑ FM	85	23.7 (4.5)
	↓ FM	192	22.7 (4.6)
Disease duration (y.)	↑ FM	77	3.3 (4.3)
	↓ FM	185	7.6 (5.7)
Beck Depression Inventory (BDI-I)	↑ FM	81	8.5 (5.1)
	↓ FM	189	14.9 (7.4)
Starkstein Apathy Scale (SAS)	↑ FM	83	13.8 (5.2)
	↓ FM	194	16.9 (6.3)
Patient-reported non-motor symptoms	↑ FM	84	8.6 (4.4)
	↓ FM	196	15.6 (7.1)
Patient-reported motor symptoms	↑ FM	84	8.8 (5.0)
	↓ FM	197	19.0 (8.7)
Clinician-assessed motor symptoms	↑ FM	85	28.6 (15.3)
	↓ FM	194	39.5 (17.0)
Motor complications	↑ FM	85	1.7 (2.0)
	↓ FM	195	4.6 (4.4)

Table 2

Variable	Rank	Effect size	Variable	Rank	Effect size
Patient-reported motor symptoms	1.	0.483	SAS	7.	0.222
Patient-reported non-motor symptoms	1.	0.483	MoCA	8.	0.123
BDI-I	3.	0.441	Age (y.)	9.	0.074
Disease duration	4.	0.401	Children (n)	10.	0.067
Motor complications	5.	0.320	Years of education	11.	0.006
Clinician-assessed motor symptoms	6.	0.279			

18 - 30% SHOWED UNEXPECTEDLY HIGH FUNCTIONAL MOBILITY

RESULTS

Table 1 describes the mean values of the characteristics (age, number of children, years of education,...) of people with Parkinson’s with unexpectedly high (↑) and low (↓) functional mobility. At first sight, one might think that the objective clinician-assessed motor symptoms plays an important role, because of the high difference between both groups.

However, table 2 illustrates the variables ordered from the highest to the lowest effect (Cohen’s r effect size) to standardize the group differences and to enhance comparability among the different variables. Accordingly, the clinician-assessed motor symptoms are only on rank 6, while the patient-reported motor and non-motor symptoms are ranked on the first places. In addition, depression and disease duration seem to play an important role.

CONCLUSION & OUTPUTS

For the first time, we assessed the rate of people with Parkinson’s with unexpectedly high functional mobility and describe their sociodemographic and clinical characteristics. Future research could help to understand the reason behind this phenomenon, develop and test interventions that help nurses, patients and their family members to handle the decline of functional mobility over time.

References: [1] Antonovsky, A. (1979). Health, Stress, and Coping. San Francisco, California: Jossey-Bass. [2] Hipp, G. et al. (2018). The Luxembourg Parkinson’s Study: A Comprehensive Approach for Stratification and Early Diagnosis. *Front Aging Neurosci*, 10, 326. [3] Hanff, A. et al. (2022, July 20). Design and validation of a patient-reported Functional Mobility Composite Score (FMCS) in people with Parkinson’s disease. Retrieved from osf.io/u3bky

Funding: This work was supported by grants from the Luxembourg National Research Fund (FNR) within the National Centre of Excellence in Research on Parkinson’s disease [NCERPD(FNR/NCER13/BM/112641 23)].



Project on OSF ↑



Anne-Marie.Hanff@lih.lu

www.lih.lu



IHRE TREPPE LEICHT HINAUF UND LEICHT HINUNTER.

Entdecken Sie den Treppenlift und den Hauslift von TK Elevator. **Kostenloses Preisangebot und Beratung telefonisch unter 40 08 96 oder per E-Mail unter luxembourg@tkelevator.com**



Renversante, la mesure de la glycémie

Accu-Chek® Guide
Nouveau: mes valeurs, simplement dans l'application mySugr

- Boîte intelligente: aucun risque de renverser les bandelettes réactives
- Éclairage des bandelettes réactives
- Zone d'application étendue et absorbante
- Éjection automatique et donc hygiénique de la bandelette
- Données transférables sur un smartphone



PROPHAC s.à.r.l.
5, Rangwee - L-2412 Howald
Tél. : (+352) 482 482 500
Fax : (+352) 482 482-482
diagnostics@prophac.lu
www.prophac.lu



ACCU-CHEK et ACCU-CHEK GUIDE sont des marques de Roche.
mySugr est une marque de mySugr GmbH. Tous les autres noms de produits et marques sont la propriété de leurs propriétaires respectifs.



Roche Diabetes Care (Suisse) SA
Industriestrasse 7 · 6343 Rotkreuz

ACCU-CHEK®