



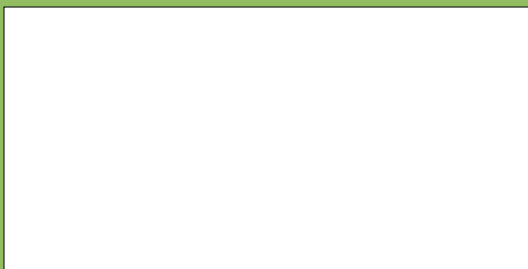
MAGAZINE OFFICIEL DE L'ASSOCIATION
NATIONALE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU LUXEMBOURG

September 2021

ANILnews

Community Health Nursing

Säiten 11-13



PERIODIQUE



Envois non distribuables à retourner à:
L-3290 BETTEMBOURG

PORT PAYÉ
PS/506

Traitement d'une brûlure du 2^e degré avec un alginogel[®] enzyme

« Marleen Dekeyzere, infirmière à domicile spécialisée en soins des plaies, Langemark, Belgique »

Cause de la brûlure : eau bouillante



Traitement : application de Flaminal[®] Hydro/Forte pendant 16 jours (en fonction de la quantité d'exsudat)



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

- ✓ Milieu humide⁴
- ✓ Optimisation de l'exsudat⁴
- ✓ Débridement et élimination du tissu nécrotique⁴
- ✓ Non cytotoxique = sûr²
- ✓ Utilisation simple¹



WWW.FLENHEALTH.COM
PLUS DE CAS ICI



CE 0344

 **Flaminal[®]**

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

Fleegepersonal. Eng onpolitisch,
schicksalerleidend an amorphe Grupp? 3

Gut im vertrauten Umfeld Älterwerden
- die alters- und generationengerechte
Quartiersentwicklung als begleitende
Maßnahme einer sozialraumorientierten
Versorgung 5

Community Health Nursing 11

Carte Blanche: Léiere mat der
Ongewëssheet ze liewen 15

Nos activités 17

LetzCare - Zweite Befragung 19
LetzCare - Deuxième enquête

Actualités professionnelles

Expertise im Zentrum der Qualität
von Pflegeheimen - Der Beitrag
des INTERCARE-Modells 21

Empowerment des Pflege- und
Betreuungspersonals. «STOP and
WATCH» und «ISBAR» Instrument. 24

Pflege von Menschen mit einer
chronischen Erkrankung 27

Le rapport risque / benefice. 33
Dernières données de la Medicines
and Healthcare products Regulations
Agency (MHRA) sur les caillots sanguins
associés au vaccin Astra Zeneca.

Tragen der Masken sowie 36
Distanzregeln reduzieren COVID-19
Neuinfektionen

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.

Préface



D'Situatioun fir d'Fleegepersonal ass am Moment ganz speziell. Säit Ufank vun der Pandemie maache mir en Sur-Plus, et ass en Op an Of an d'Hoffnung vun eis Alleguer war, dass et besser gëtt, wann d'Impfung bis do ass. Elo ass d'Impfung do a mir sinn an der 4ter Well. Et sinn elo keng eeler Leit mä jonk Leit mat enger COVID-19 Infektioun déi mir versueren. An besonnesch haart ass de Gedanken, dass d'Impfung all dat Leed, déi schwéier Verleef, d'Intubatioun, woche-laang intensiv an opwänneg Fleege hätt vermeide kënnen. Et ass ee schnell dem Gedanke verfall «Ech gesinn et net an, meng eege mental a kierperlech Gesondheet weiderhi fir Leit op d'Spill ze setzen, déi sou onverantwortlech mat hirer eegener Gesondheet ëmginn.» Allerdéngs ass et grad dat wat déi Professionell Fleege vun der Laienfleege ënnerscheet: Eng Professionell Fleege steet Jidderengem an egal wéi enger Situatioun zou. Laienfleege eben net. An dobäi ginn et immens vill aner Krankheetsbiller wou Leit onverantwortlech mat hirer Gesondheet ëmginn (Haerzkreeslaaferkrankungen, Diabetes, Alkoholismus, ...).

Mir si „Mütend“, no der laanger Zäit si mir ausgelaugt, kierperlech a psychesch.

Sinn dat d'Käschte vun engem essentielle Beruff?

De Beruff gëtt also emmer nees an eise Liewensmëttelpunkt gedréckt. An dofir sinn der vill vun eis net bereet, besonnesch well d'Problemer och scho virun der Pandemie bestoungen. Si kucken sech no anere Posten em, Poste wou de System net direkt zesumme brécht, wann een net do ass.

Et gëtt vill Solidaritéit mat eis a mir kennen nëmmen hoffen, dass d'Gesellschaft sech elo hannert eis stellt an d'Politik dozou opriff eise Fuerderungen an hier Responsabilitéit eescht ze huelen:

1. Méi Leit an de Beruff eranzekréien (Formatioun, Promotiounscampagne, Orientatioun, ...) an
2. D'Aarbechtskonditiounen esou unzepassen, dass mir méiglechst laang am Beruff bleiwe kënnen (Stelleschlessel, Weiderentwecklungsméiglechkeeten, adaptéiert Poste fir eelert Personal mat vill Berufserfahrung als Fleegeexperten, ...).

D'Etüd LetzCare wäert eis 2022 immens wichteg Informatiounen liwweren. Mir wäerte weider mat fondéierten Zuelen op eis Situatioun opmierksam maachen a konkret Fuerderunge stellen.

D'Zäiten am Moment sinn extrem belaaschtend. Déi 2te Erhiewung leeft elo grad an **ech well heimadden Jiddereen dee bei der éischer Erhiewung matgemaach huet onbedéngt encouragéieren, déi nammlecht Froen grad elo auszufüllen, wou d'Aarbechtsbelaaschtung nees méi héich wéi bei der éischer Erhiewung ass!** (méi Informatiounen op www.anil.lu)

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



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

Fleegepersonal. Eng onpolitesch, schicksalerleidend an amorphe Grupp?

Et ass un der Zäit dat professionellt Selbstverständnis vun der Fleege an Ofgrenzung zu dem, wat soss och Jidderee kann, ze klären. An et ass un der Zäit, d'Schicksal vun der Fleege an eis eegen Hand ze huelen. Dëst ass eng Zesummeffaassung vun den Iwwerleeunge vun den zwou Fleegewëssenschaftlerinnen Angelika Zegelin a Gabriele Meyer aus der «Pflege Zeitschrift» 04/2021.

All gesellschaftlech Gruppen a Schichte brauchen zu iergendengem Zäitpunkt an iergendenger Situatioun Fleege. Deemo mengt och Jidderee matschwätzen ze kennen, aus perséinlecher Experience, dem Erlieften an der Famill, am Frëndeskrees, vum Héieren a Soen. An der Ëffentlechkeet schwätze vill Berufsgruppe mat. Si all wëssen, wat Fleege ass, wéi Fleege geet, wéi et den Infirmiëren an Infirmiere souwéi de Fleegeempfénglerinne geet oder wéi eng Handlungsfelder d'Fleege anhuele soll. Wann tatsächlech emol Verriederinnen vum Terrain ëffentlech optrieden, da gi si duergestallt als d'«Meedercher», déi hiert Erliewen oder hier Roserei iwwert d'Aarbechtskonditiounen deelen, ënnert deene professionell Fleege geschéien soll.

Campagnë aus Däitschland mat deene jonk Mënschen op de Beruff vun der Infirmière opmierksam gemaach solle ginn, ginn oft d'Impressioun: «Kommt all bei eis, Fleege ka Jidderee léieren, sief hien oder hatt nach sou limitéiert. Bei eis sidd dir opgehewen, Haaptsaach äert Häerz ass op der richteger Platz, dir sidd belaaschtbar an dir schafft gäre mat Mënschen zesummen.

Dës Idee vun «fleege ka Jiddereen» fënnt sech net nëmmen um Terrain erëm, wou ongeléiert Persounen oder Hellefspersonal oft änlech Tächen duerchféieren ewéi ausgebiltent Fleegepersonal.

An Entscheedungsgremië sinn Infirmiëren a FleegewëssenschaftlerInne kaum bedeelegt (cellule de crise COVID, commission permanente pour le secteur des personnes âgées) - ze geréng ass offensichtlech den Respekt vun den Berufsassociatiounen hirer Aarbecht an d'Unerkennung vun der Infirmière als Profession, déi hier eege Perspektiven och abrénge kann.

Infirmiëren sinn - op allefalls an Däitschland - eng onpolitesch, schicksalerleidend an amorphe Grupp ouni Definitioun vun hirer zentraler Zilsetzung. D'sozial Media sinn d'«Klagemauer»; den Engagement a Gewerkschaften oder Berufsverbänn si gemooss un de Memberszuele geréng. An dësen Phänomen schéngt sech leider och zu Lëtzebuerg ofzezeichnen.

Déi déi sech vun dëser Passivitéit léisen, sief et duerch eng akademesch Weiterbildung oder politesch Aarbecht, gi net sielen skeptesch bekuckt an hinne gëtt d'Kompetenz oferkant, d'Praxis beurteelen ze kennen. Déi éischt Fro, der sech d'Verrieder an der Fleegewëssenschaft bei Optrëtter vum Terrain stelle mussen ass oft: «Hutt Dir schonn emol an der Fleege geschafft?». Zwou Fleegewëssenschaftlerinnen halen dës Fro fir immens wichteg, och wann net Jiddereen, deen sech zu Fleege äussert, an dem Moment an der direkter Fleege muss schaffen. Wichteg schéngt et hinne éischter, dass dësen d'Aarbechtskonditiounen, d'Sprooch an déi historiesch Entwécklung vum Beruff versteet. Awer och d'Fachartikelien liesen an déi aktuellen Themen am Berufsfeld suivéieren kann.

Nieft villem Fachwësse muss een sech an der Fleege och dozou bekennen Responsabilitéit ze iwwerhuelen, Entscheedungen treffen ze kennen an sech dem Aneren opriichteg zou ze wenden. D'Ënnerstützung duerch de Management an d'Bildungsstrukturen an den Arichtungen dierfen dobäi net ennerschätzt ginn.

De ganze Kader an dem Fleege gelescht muss ginn, féiert oft dozou, dass den Usproch an d'Wierklechkeet wäit ausernee stinn. Oft gëtt bei der Aarbecht déi ënnerlech Participatioun ofgestallt, fir dat noutwendeg ze maachen an d'Situatioun ze packen. Nëmme wéineg Verriederinnen aus aneren Disziplinne bréngen sech mat eeschem Engagement fir den Terrain an, déi eng paternalistesch, déi aner bremsend.

Bei Fuerderungen ewéi, virun allem méi Hellefspersonal an der Altenfleege an ze setzen, läit en Verständnis vun der Fleege fir, ewéi wann se nëmmen doraus géing bestoen (einfach) Tätigkeeten an mechaneschen Handgrëffer een nom aneren duerchzeféieren. Dobäi leescht d'Fleege eng ëmfaassend biopsychosozial Ënnerstützung a kompenséiert den Selbstfleegegedefizit bei enger Fleegebedierftgkeet, déi bis zur kompletter Fleegebedierftgkeet ka goen.

Natierlech soll d'Fleege net isoléiert handeln; d'Fleege an d'Fleegewëssenschaft sinn ëmmer interdisziplinär. Géint interdisziplinär Fuerschung a politesch Diskussiounen, bei deenen all aner Professionen hier Usiicht gläichwäerteg abrénge, ass natierlech näischt ze soen, soulaang d'Fleege sech net nëmmen dobäi biede léist mä endlech gelooss gëtt selwer aktiv ze sinn.

Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.

Quelle:

Zegelin, A. & Meyer, G. (2021). Pflegen kann jede*r! Pflege Zeitschrift. 04/2021.



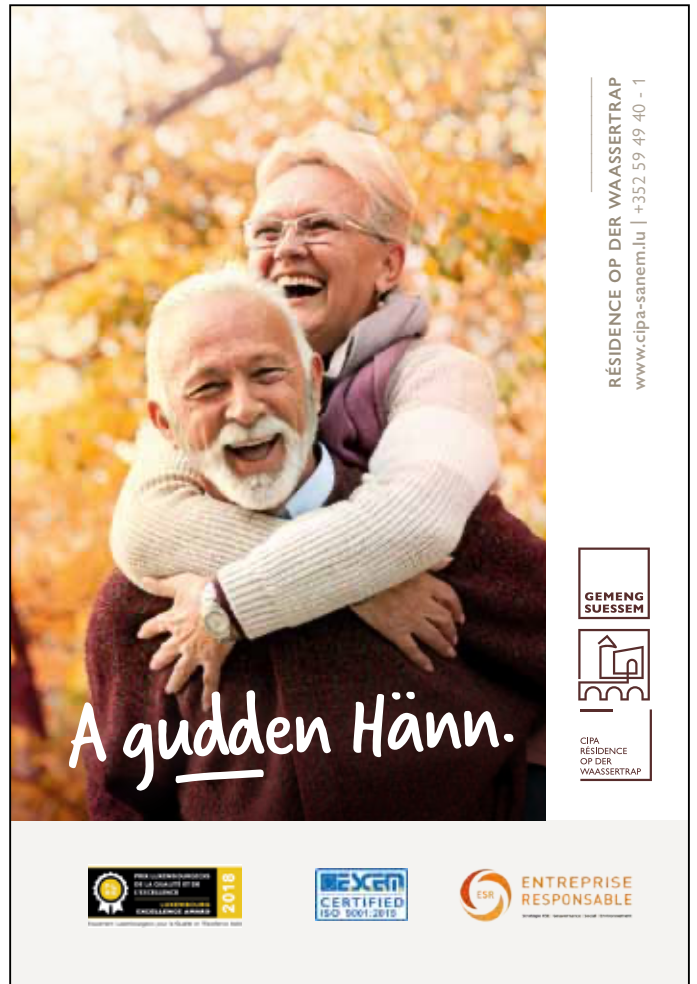
elisabeth
am sozialen déngscht zu lëtzebuerg

NOUS ENGAGEONS POUR NOS CIPA ET NOTRE MAISON DE SOINS

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

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

 elisabeth.lu






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

GEMENG SUESSEM

A gudden Hänn.

CIPA
RÉSIDENCE
OP DER
WAASSERTRAP

INTÉGREZ UNE ENTREPRISE JEUNE, DYNAMIQUE & EN PLEINE EXPANSION





SOINS À DOMICILE 24/7



RÉSIDENCES SENIORS



FOYERS DE JOUR



NUETS PÄIPERLÉCK



LITS DE VACANCES

Afin de renforcer nos équipes, Päiperléck recherche pour ses différents sites les profils suivants :

- Infirmiers (m/f)
- Infirmiers en Soins Palliatifs (m/f)
- Aides-soignants (m/f)

Faites-nous parvenir votre dossier de candidature à recrutement@paiperleck.lu

 24 25
www.paiperleck.lu

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



Gut im vertrauten Umfeld Älterwerden - die alters- und generationengerechte Quartiersentwicklung als begleitende Maßnahme einer sozialraumorientierten Versorgung



Wir alle haben mittlerweile vom demografischen Wandel gehört und sind mehr oder weniger mit den Folgen dieser historisch einmaligen gesellschaftlichen Entwicklung vertraut. Die „Überalterung“ (oder „Unterjüngung“, je nach Blickwinkel) stellt uns vor Herausforderungen in der Fachkräftesicherung, im sozialen Sicherungssystem sowie in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Während Akteure in Politik, Wirtschaft und Verwaltung diese Themen auf höherer Ebene oftmals abstrakt diskutieren, werden sie im Lokalen zumeist viel unmittelbarer deutlich: Wie können wir die hier lebenden älteren Menschen vor Einsamkeit und sozialer Isolation schützen? Wer kümmert sich um Bekannte, deren Kinder für die Arbeit verzogen sind, wenn sie unterstützungsbedürftig werden? Wie können unsere Pflegekräfte entlastet werden? Lässt sich der Umzug von Nachbarn in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung wohlmöglich verhindern oder hinauszögern? Schnell gelangt man zu dem Schluss: „Man müsste da mal was machen!“ ... nur, wie fängt man das an? Die soziale Gerontologie beschäftigt sich schon seit Längerem mit diesen und ähnlichen Fragen und liefert mit der alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung auch einige praxisnahe Antworten.

Die Quartiersentwicklung setzt, wie der Name bereits verrät, am Quartier an. Das Schöne an diesem Begriff ist, dass er zumeist positiv besetzt ist und viele Menschen intuitiv an ihn anknüpfen können. Das führt allerdings zu dem Nachteil, dass eine große Anzahl an Menschen eine leicht abweichende Vorstellung davon haben, was eigentlich konkret unter *Quartiersentwicklung*

gemeint ist. In der praktischen Arbeit führt das schnell zu Missverständnissen und vermeidbaren Unstimmigkeiten. Am Anfang eines jeden Quartiersentwicklungsprozesses sollte also die Frage stehen, was die Beteiligten denn meinen, wenn sie von dem *Quartier* sprechen. Auch in der Wissenschaft sind sich nicht immer alle einig, was denn nun eigentlich ein Quartier ausmacht. Zumeist bildet den kleinsten gemeinsamen Nenner die Kombination aus physisch-baulichem Raum (also die Gesamtheit von Häusern, Plätzen, Parks, Naturflächen, etc.) und sozialer Nähe. Der bestimmte physisch-bauliche Raum ist also durch soziale Interaktionen der Bewohnerinnen und Bewohner gekennzeichnet, vielleicht sogar durch eine gemeinsame Identität. Damit geht das Quartier über die Nachbarschaft hinaus, die noch kleinräumiger und unmittelbarer stattfindet. Kurz gesagt, das Quartier ist der Ort, wo die Menschen ihren Alltag verbringen und sich zuhause fühlen.

Doch wie genau hilft die alters- und generationengerechten Quartiersentwicklung den Menschen vor Ort? Grundsätzlich gilt, dass Quartiersentwicklung immer an den tatsächlichen Bedarfen vor Ort ansetzen sollte, daher lassen sich Maßnahmen nicht einfach holzschnittartig auf neue Quartiere übertragen. Dennoch zeigen sich in der Praxis bestimmte Ansätze, die sich häufig in leichten Abwandlungen wiederfinden. So erfreuen sich beispielsweise organisierte Frühstücksrunden, Repair-Cafés, Mitfahrgelegenheiten, Verweilgelegenheiten im öffentlichen Raum, Quartiersfeste oder Begegnungstreffs großer Beliebtheit. Natürlich sind all diese Impul-

se fürs Quartier ein willkommener Mehrwert, doch aus Sicht der sozialen Gerontologie stellen sie keinen reinen Selbstzweck dar. Vielmehr sind sie vor allem gelungene Maßnahmen, um die soziale Eingebundenheiten der Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers zu stärken.

Die soziale Eingebundenheit trägt ein großes Potenzial für die Gesundheitsprävention in sich. So wird der Gesundheitszustand positiv beeinflusst, die Herzfrequenz und der Blutdruck profitieren. Und gerade das Fehlen sozialer Eingebundenheit führt zu einem erhöhten kardiovaskulären Risiko sowie schlechteren Heilungsraten nach operativen Eingriffen oder bei Krankheiten. Doch nicht nur die Physis, auch die Psyche wird beeinflusst. Mit der sozialen Einbindung steigen Wohlbefinden und Lebensqualität, was auch zu weniger Depressionen führt. Selbst die kognitive Leistungsfähigkeit profitiert. Es hat sich gezeigt, dass die soziale Eingebundenheit eine Schutzwirkung gegenüber dem kognitiven Leistungsabbau im Alter bis hin zu einer Demenz hat. Und sogar noch in der Demenz zeigen sich positive Effekte, wie ein langsames Voranschreiten der Erkrankung, weniger herausforderndes Verhalten oder eine bessere Schlafqualität.

Vereinfacht dargestellt kann man sagen, dass die soziale Eingebundenheit gegenüber der fehlenden Eingebundenheit einen vergleichbar positiven Effekt auf die Gesundheit hat, wie das Nichtrauchen gegenüber dem starken Rauchen oder das Normalgewicht gegenüber hohem Übergewicht. Stellen Sie sich vor, Sie könnten einen deutliche Menge an Bewohnerinnen und Bewohnern eines Quartiers zum Nichtrauchen und Abnehmen bewegen – der gesundheitliche Nutzen leuchtet jedem sofort ein. Bei der sozialen Eingebundenheit sind wir leider mit dem Bewusstsein noch nicht ganz so weit.

Doch damit nicht genug! Wenn Menschen sozial eingebunden sind, dann werden auch Anzeichen von Problemlagen früher erkannt, sodass formelle und informelle Hilfesysteme schneller greifen können. Darüber hinaus werden durch die soziale Nähe die Hilfe- und Unterstützungsleistungen auch eher akzeptiert. Wer kennt nicht die Frustration, wenn sinnvolle Hilfeangebote, egal ob formell oder informell, nicht in Anspruch genommen werden, weil sie nicht bekannt sind oder pauschal abgelehnt werden?

Neben all diesen positiven Aspekten gehört zur Wahrheit der Quartiersentwicklung aber auch, dass sie kein Allheilmittel ist. Gute Quartiersarbeit hat Grenzen und entfaltet vor allem im Vor- und Umfeld von Pflege seine Stärken. Im Kontext der Pflege kann sie darauf hinwirken, dass die Notwendigkeit nach professioneller Unterstützung später und in geringerem Maß einsetzt oder dass die Abstimmung zwischen Akteuren des Ehrenamts, der pflegerischen und der medizinischen Versorgung besser gelingt. Aber das konkrete professionelle Handeln der Pflege kann Quartiersarbeit selbstverständlich nicht ersetzen oder kompensieren. Pflege und Quartiersarbeit sind kein konkurrierenden sondern sich ergänzende Strukturen.

Wie lassen sich Quartiere nun stärken? Die ausführliche Antwort würde den Rahmen dieses Beitrags deutlich sprengen. Denn es gibt viele Ansätze, Quartiere zu stärken. Ein paar Hinweise auf praxisbewährte grundlegende Herangehensweisen sollen dennoch an dieser Stelle gegeben werden:

- Orientieren Sie sich an den tatsächlichen Gegebenheiten und Bedarfen des Quartiers.
- Beteiligen Sie die Menschen vor Ort. Da es um diese Menschen geht müssen sie auch mit einbezogen werden, wenn Ideen entwickelt und umgesetzt werden.
- Identifizieren Sie relevante lokale Akteure, die Sie in den Quartiersentwicklungsprozess mit einbeziehen. Das können Pflegeanbieter, Vereine, Kirchen, lokales Handwerk, Interessengruppen und viele mehr sein.
- Schaffen Sie Transparenz darüber, wer der beteiligten Akteure was leisten kann und machen Sie auch deutlich, wo die Grenzen der Einzelnen liegen.
- Beziehen Sie die Kommune in Ihre Überlegungen mit ein. Das Quartier existiert nicht im luftleeren Raum, sondern ist insbesondere auch Teil kommunalpolitischer Entwicklungen.
- Klären Sie, wer sich für die Quartiersentwicklung vor Ort verantwortlich fühlt. Ideal ist, wenn eine neue Stelle für eine*n Quartierskoordinator*in, Quartiersmanager*in oder Kümmerer*in (oder eine andere Bezeichnung) geschaffen wird.
- Bringen Sie etwas Geduld mit. Soziale Beziehungen bauen sich nicht über Nacht auf, alters- und generationengerechte Quartiersentwicklung muss langfristig gedacht werden.

Wenn Sie diese Punkte berücksichtigen, dann werden Sie feststellen, dass die Quartiersentwicklung als gestaltender Faktor für die generationenübergreifende wohnortnahe Gesundheits- und Pflegesituation nicht zu unterschätzen ist und sogar Spaß machen kann.

Wollen Sie sich gerontologisch fortbilden oder sind Sie in Ihrem eigenen Quartier zu dem Schluss gekommen, dass „man mal was machen müsste“, und Sie suchen noch Beratung, dann können Sie auch die Kolping Hochschule Gesundheit und Soziales kontaktieren. Wir versuchen gern, Ihnen weiterzuhelfen.

Zur Person:

Dr. Tobias A. Müller hat als Referent der Fachstelle Altern und Pflege im Quartier viele verschiedene Quartiersentwicklungsprozesse beraten und begleitet. Er hat im Ministerium für Soziales und Integration die Quartiersstrategie des Landes Baden-Württemberg mitgestaltet und leitet nun den digitalen und berufsbegleitenden Studiengang Gerontologie, Gesundheit & Care an der Kolping Hochschule Gesundheit und Soziales.

Mail: tobias.mueller@kolping-hochschule.de
Online: www.kolping-hochschule.de

Zur Kolping Hochschule Gesundheit und Soziales

In digitaler Präsenz an der Kolping Hochschule Gesundheit und Soziales ab Oktober den Studiengang „Gerontologie, Gesundheit & Care“ berufs- und ausbildungsbegleitend studieren.

Die Studierenden, die ab dem 1. Oktober an der neu gegründeten Kolping Hochschule Gesundheit und Soziales mit ihren Lehrenden ins Gespräch kommen werden, haben keinen langen Anreiseweg. Denn als erste Hochschule Deutschlands findet an der Kolping Hochschule die Lehre in **digitaler Präsenz*** statt und ist damit besonders geeignet für alle, die berufs- oder ausbildungsbegleitend studieren möchten. Ganz der **Kolping-Tradition**** verhaftet, spielt die Durchlässigkeit und Verbindung von akademischer und nicht-akademischer Bildung eine große Rolle. Berufstätige ohne Abitur, mit abgeschlossener Berufsausbildung in den Bereichen Gesundheit & Soziales und mindestens 3 Jahre Berufserfahrung in dem gelernten Ausbildungsberuf finden die Möglichkeit, ihr praktisches Wissen mit theoretischen Überlegungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu verbinden.

Mit dem Studiengang **Gerontologie, Gesundheit & Care** will die gemeinnützige Hochschule ihren Beitrag

leisten, um verantwortungsvoll gesellschaftliche Veränderungsprozesse mitzugestalten. Während des Studiums erarbeiten sich die Studierenden eine Expertise im Umgang mit älteren Menschen und lernen, demografischen Entwicklungen in verschiedenen Kontexten zu begegnen. Daher bilden Praxisnähe und Werteorientierung ein wesentliches Fundament der Ausbildung - **Bildung mit Wert** ist eben mehr als die Anhäufung von Wissen.

Weitere Infos finden Sie unter www.kolping-hochschule.de

* An der Kolping Hochschule Gesundheit und Soziales werden interaktives digitales Lernen mit persönlicher Betreuung vernetzt. Studierende können so bundesweit und international digital an unseren Veranstaltungen teilnehmen.

** Der Sozialreformer und Visionär Adolph Kolping (1813-1865), gilt der als Wegbereiter der katholischen Sozialbewegung gilt. Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt. Als lebendiger Teil des internationalen Kolping Netzwerks ist die Hochschule in Strukturen eingebettet, die von jahrzehntelanger Erfahrung und Expertise in der Gesundheits- und Sozialbranche geprägt sind.



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

www.tkelevator.lu



Är berufflech Zukunft, bei eis am Betrib

zitha

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

Seniores - maisons de soins
ZithaMobil - aide et soins à domicile
Foyer de jour
ZithaAktiv - centre de la mémoire et de la mobilité

zsc-rh@zitha.lu

www.zithasenior.lu

Tel. 40 144 2080

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

AUSBILDUNGS- UND BERUFSBEGLEITENDER STUDIENGANG

GERONTOLOGIE, GESUNDHEIT & CARE B.A.

GESTALTE DEN DEMOGRAFISCHEN WANDEL AKTIV MIT

Die Bevölkerung wird immer älter. Das verändert die Gesellschaft und damit auch den Arbeitsmarkt.

Es entstehen neue Berufsfelder und es braucht Expert*innen, die wissen, welche Bedürfnisse ältere Menschen haben, um aktiv am Leben teilzuhaben. Als Gerontolog*in hast Du den systematischen Blick auf die Lebenslagen und die Belange von älteren Menschen.

Als Gerontolog*in bist Du sowohl fachlich als auch persönlich fit in den Bereichen Pflege, Psychologie, Soziologie, Recht und Pädagogik und wirst zum Profi im Umgang mit älteren Menschen. Sei es in Senioreneinrichtungen, in der Sozialberatung, im Quartiersmanagement oder der kommunalen Sozialplanung. Auch in der Reiseindustrie werden Gerontologen*innen gesucht und in alternativen Angeboten der ambulanten und häuslichen Betreuung.

Die praktische Ausrichtung des Studiengangs gibt Dir die Möglichkeit, Dein neues Fachwissen unmittelbar im beruflichen Kontext umzusetzen. So entwickelst Du eine individuelle Berufsidentität und lernst, Menschen im Alter reflektiert und sensibel zu begleiten, sowie demografischen Entwicklungen in verschiedenen Kontexten zu begegnen.

DEIN KONTAKT für den Studiengang Gerontologie, Gesundheit & Care

Dr. Tobias Müller
Telefon: 0221 71790919
E-Mail: tobias.mueller@kolping-hochschule.de

In Akkreditierung befindlich.

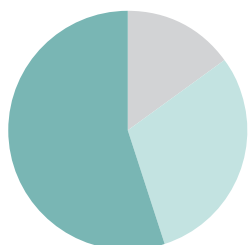


STUDIENINHALTE

- Altern in der Gesellschaft
- Psychologie des höheren Lebensalters
- Public Health
- Gesundheit und Pflege
- Wissenschaftliches Arbeiten
- Sterben und Tod
- Gerontologie im Kontext der Digitalisierung
- Rechtliche Grundlagen
- Methoden der Beratung und Intervention
- Ethik

PRAXISTRANSFER & PRAXISPHASE

- Gezielte Verknüpfung von theoretischem Input mit Aufgaben und Themenfeldern in der Praxis
- Betreuung und Mentoring in der Praxisphase
- Regelmäßiger Austausch zwischen Praxispartnern und Hochschule bei der Weiterentwicklung der Studieninhalte
- Raum für Reflexion und Dokumentation im Lerntagebuch



55% Digitale Präsenzlehre

30% Digital gestützte Lehre

15% Case Days



Zugangsvoraussetzungen

Allgemeine Hochschulreife (Abitur) oder fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife
Alternativ: Mindestens zweijährige Berufsausbildung sowie Berufserfahrung von mind. drei Jahren, ggf. Probestudium



Studienstart

September 2021 (WS)
und März 2022 (SS)



Regelstudienzeit

3,5 Jahre / 7 Semester



Credit Points

180 ECTS



Abschluss

Gerontolog*in, B.A.



Studienmodalitäten / Service

- Inhaltliche Beratung rund ums Studium
- Individuelle Beratung rund um die digitale Arbeitsumgebung
- Beratung bei der Studienfinanzierung



Gebühren

- Modell I: 320,- € á 42 Monate
- Modell II: 260,- € á 54 Monate
- Modell III: einmalig 12.634,- €

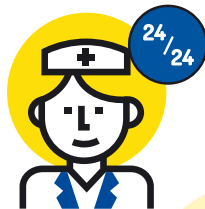


verbandskëscht
Soins & aides à domicile

www.vbk.lu/jobs



Fleeg doheim



Hëllef am Alldag



Fleeg amCabinet



Wonnefleeg



26 36 26 02

www.vbk.lu

Community Health Nursing

Angesichts der demographischen und epidemiologischen Entwicklungen in Luxemburg, ergeben sich neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung. Die international bewährten, lokalen, multiprofessionell besetzten Primärversorgungszentren bieten pflegerische, präventive, medizinische, psychosoziale und rehabilitative Leistungen unter einem Dach, gebündelt und koordiniert in einer integrierten Versorgung. Speziell qualifizierte Pflegefachpersonen, Community Health Nurses, sind autonom in den Zentren in einem definierten Handlungsfeld tätig und übernehmen oft zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktionen.

Ihre Aufgaben hängen stark davon ab, in welchem Setting sie eingesetzt werden, welche medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen in der Population vorherrschen, welche Klientengruppen die Versorgungseinrichtung besuchen, welche Gesundheitsprobleme anzutreffen sind:

- krankheitsabhängig: z. B. Herzinsuffizienz, Diabetes, psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen, chronische Krankheit,
- bevölkerungsabhängig: z. B. alte Menschen, Kinder, Randgruppen, Flüchtlinge, Alleinlebende, Wohnungslose, ... in einer Region,
- je nach Aufgabenfeld: z.B. Selbstständig, Gemeinde, multidisziplinäre Praxis, ...

Bei einer Community Health Nurse handelt es sich weder um einen neuen Gesundheitsberuf, noch um einen «Mini-Arzt». Es handelt sich um eine Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes (wie dies ebenfalls bei der *Infirmière de Pratique Avancée* der Fall ist) durch klinische Aufgaben in der Primärversorgung und in Richtung Public Health Nursing.

Um den Handlungsbereich der Pflege sichtbar zu machen, scheint es hilfreich die Unterschiede zwischen Pflege- und medizinischen Diagnosen darzustellen.

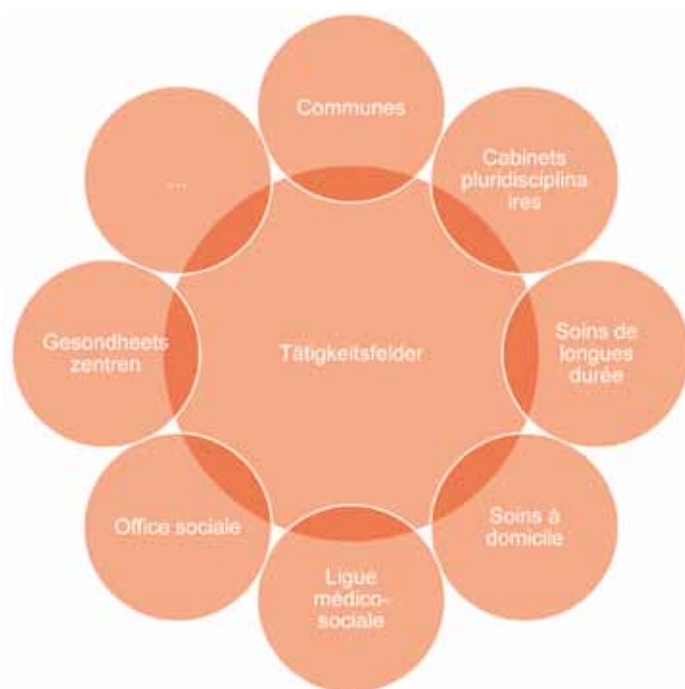
Réaction (NANDA)	Maladie (ICD)
• Réaction physique ou comportementale sur une maladie	Maladies, troubles, blessures et autres problèmes de santé
• Identifié par le patient, la personne de référence (ou le professionnel santé)	Identifié par le patient, la personne de référence ou le professionnel santé
• Diagnostiqué par l'infirmier(e)	Diagnostiqué par le médecin
• Exige une intervention infirmier(e) (en collaboration avec le médecin)	Exige une intervention médicale (en collaboration avec l'infirmier(e))
• Change au fur et à mesure que le patient franchit les différents stades d'un problème de santé ou d'adaptation	Reste actuel lors des différentes stades d'une maladie.
• Exemples: Syndrome d'immobilité, Peur, Douleur, ...	Exemples: Fracture de la hanche, hernie discale, ...
Soins infirmiers	Médecine
Diagnostique Infirmier (NANDA)	Diagnostique medical (ICD-10)

Was zeichnet sie aus?

Die Gesunderhaltung der Bevölkerung sowie die Hilfe der Betroffenen bei der Bewältigung von chronischen Erkrankungen anhand von Konzepten wie Adhärenz sowie „Concordance“ gehören zu den zentralen Elementen. Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines Betroffenen mit den Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt, die er zuvor mit dem Arzt gemeinsam beschlossen hat. Dementsprechend trägt der Begriff Adhärenz dem veränderten Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient Rechnung, indem er eine partnerschaftliche Verständigung über Art und Umfang der Therapie voraussetzt und den Betroffenen eine aktive und eigenverantwortliche Rolle in der Therapie zugesteht. Dementsprechend partizipiert der Betroffene als Experte seiner Lebenslage. Dabei handelt es sich um mehr als nur ein passives Dabei-Sein. Partizipation umfasst nämlich die aktive Teilhabe mit der Möglichkeit, Entscheidungen und deren Umsetzung zu beeinflussen. Das Wissen der Betroffenen, ihre Erfahrungen und Kompetenzen werden aktiv in die Problemlösungsansätze eingebunden. Zu den zentralen Elementen gehören ebenfalls das evidenzbasierte Handeln, die Koordination, Steuerung und Leitung von interdisziplinären Versorgungsprozessen von Betroffenen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Charakteristisch ist auch, dass z.B. in Kanada die Community Health Nurses eigenverantwortlich und ohne Kontrolle eines Arztes Einrichtungen der Primärversorgung leiten. In dem Fall könnten Leadership und Personalverantwortung ergänzt werden.

Wo sind sie tätig?

Die folgende Abbildung zeigt in welchen Bereichen in Luxemburg die Community Health Nurses (CHN) eingesetzt werden könnten.



In den Gemeinden könnten die CHN im Rahmen präventiver Hausbesuche, ältere gebrechliche Menschen, welche noch nicht von der Pflegeversicherung profitieren, beraten um vermeidbaren Komplikationen (Stürze, Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, ...) vorzubeugen und somit unnötige Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Ebenfalls könnten sie die vorhandenen Strukturen dabei unterstützen, die Betroffenen settingsübergreifend zu betreuen. Für die Betroffenen könnten sie, unabhängig vom Versicherungsstand, ein fester Ansprechpartner für pflegerische Probleme sein neben dem Hausarzt, welcher weiterhin für die medizinische Versorgung zuständig ist. Dies könnte ebenfalls in der „Ligue médico-sociale“, dem „Office sociale“ oder einem Gesundheitszentrum der Fall sein. Dabei scheint es wichtig, dass es sich um ein niedrigschwelliges Angebot handelt, zu welchem die BewohnerInnen einfachen Zugang haben. Ebenfalls die Umsetzung der nationalen Gesundheitspläne könnten sie aktiv unterstützen.

In interdisziplinären Praxen, könnte die CHN in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und anderen Gesundheitsberufen die Betroffenen mit einer chronischen Erkrankung (bspw. Diabetes, Herzinsuffizienz, ...) und einem stabilem Verlauf betreuen. Dabei können sie die Betroffenen unterstützen, die medizinischen Behandlungen zu Hause umzusetzen indem sie bei Hausbesuchen den Bedarf der Anpassung medizinischer Behandlungen (bspw. Veränderung der Zeiten der Medikamenteneinnahme) abklären (weitere Infos hierzu weiter unten).

In der Langzeitpflege wie bspw. in Alters- und Pflegeheimen, könnten die CHN zusammen mit dem Geriater die Teams in komplexen Patientensituationen unterstützen um unnötige Hospitalisationen zu vermeiden. Ethische Fallbesprechungen mit den Betroffenen und deren Angehörigen sowie die vorrausschauende Planung am Lebensende könnten durch die CHN initiiert und durchgeführt werden.

Diese CHN könnten bei den Gemeinden, Offices sociaux, Gesundheitszentren angestellt werden oder als Selbstständige CHN auf Augenhöhe mit den anderen Gesundheitsberufen in einer interdisziplinären Praxis tätig sein.

Wer profitiert hiervon?

Potenzielle Zielgruppen des Community Health Nursing sind unter anderem:

- alte (alleinstehende) Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf und/oder Risiko vermeidbarer Komplikationen (Pneumonie, Stürze, ...),
- Menschen mit chronischer Erkrankung, Suchterkrankung, psychischer Erkrankung oder Behinderung,
- Menschen oder Gruppen mit einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem (Obdachlose, ...),
- Menschen mit akuten Erkrankungen und Verletzungen.

Neben diesen Zielgruppen profitieren ebenfalls unser Gesundheits- und Finanzierungssystem durch die Kosteneinsparung sowie die bessere Gesundheitsversorgung. Ebenfalls die Pflegeberufe würden enorm an Attraktivität gewinnen durch diese erweiterte Rolle, welche Pflegenden zugestanden wird.

Was gehört zu den Kernaufgaben?

Folgende Aufgaben werden laut Schaeffer / Hämel und Ewers (2015) geschildert. Sie können durch weitere, spezifische Aufgaben ergänzt werden, wie dies bereits in den vorherigen Beispielen geschildert wurde und müssen auf das luxemburgische Setting angepasst werden.

- In der **Primärversorgung** und der Sicherung der Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor
- In der **Gesundheitsförderung** sowie der Primär- und Sekundärpräventionsprogrammen (z.B. Sturz, Unfälle, Tabakentwöhnung)
- **Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen** sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen / Check-ups
- **Eigenverantwortliche Behandlung** von z.B. Erkältungserkrankungen, einfachen Blasenentzündungen, ...

- Monitoring und Management **chronischer Krankheiten** sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z.B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma, etc.)
- **Selbstmanagement** der PatientInnen durch Information, Beratung und Anleitung
- **Versorgungskoordination** und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor.

Zu „typischen“ Vorteilen gehören bspw. das aktive Einholen relevanter Informationen über die Grenzen hinaus (Hausarzt, Spezialist, Gesundheitsberufe, Einrichtungen, ...). Ebenfalls in der Triage auf Basis evidence-basierter Leitlinien könnte sie eingesetzt werden. Anhand eines klinischen Assessments und einer körperlichen Untersuchung würde die CHN eine Ersteinschätzung und Beratung durchführen um die Dringlichkeit der Situation zu beurteilen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten in enger Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Dadurch, dass die CHN Ressourcen- und Unterstützungsnetzwerke erfasst, würde sie eine systemische Betrachtung der Patientenversorgung fördern und die Einbindung der so essentiellen, informellen Unterstützer in die Organisation der Pflege unterstützen

In der Pandemie hätten sie als vertrauter Ansprechpartner die Hausärzte bei der Aufklärung von Unsicherheiten und Fakenews unterstützen können indem sie die Gesundheitskompetenz einzelner Personen sowie Familien und Gruppen fördern. Unter der Gesundheitskompetenz werden das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um die Gesundheit zu erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung im Gesundheitssystem zu sichern oder sich kooperativ an der Behandlung und Versorgung zu beteiligen und die dazu nötigen Entscheidungen treffen zu können (Sørensen et al. 2012). Die CHN könnte das Selbst-Monitoring der Betroffenen fördern, indem sie diese dazu anleiten könnte, ihren Gesundheitszustand zu überwachen (z.B. mittels Tagebuch oder Telenursing).

Chronisch Erkrankte sind mit wiederkehrenden Schwierigkeiten konfrontiert. Restriktionen bestehen sowohl durch die Krankheit als auch durch die Therapie. Sie müssen lernen weiterzuleben mit der Erkrankung indem sie das Leben wieder in den Vordergrund rücken. Eine anfänglich hohe Therapiemotivation kann sinken, u. a. weil es schwer fällt, Routinen im Umgang mit Arzneimitteln zu entwickeln. Sie stoßen aktuell bei professionellen Akteuren auf wenig Resonanz mit ihren Fragen zu Schwierigkeiten ein Therapieregime in den Alltag zu integrieren. Die Aufgabe von CHN könnte sein, zu helfen Lösungen für diese Alltagsprobleme zu finden damit das Leben wieder in den Vordergrund gestellt werden kann und trotzdem die regelmäßigen Medikamenteneinnahmen erfolgen könnten.

In einer Pflegeberatung könnte sie Betroffene und deren Familienmitglieder zu Unterstützungsangeboten, Hilfsmitteln sowie vorrausschauender Planungen (Advanced Care Planning).



Wo in Europa wird es bereits umgesetzt?

In den blau gekennzeichneten Ländern werden die CHN bereits eingesetzt. Eine genaue Übersicht ist unter der angegebenen Quelle einsehbar. Aktuell beginnt Deutschland mit der Implementierung in Zusammenarbeit mit der Robert-Bosch-Stiftung. Dementsprechend wurden drei Masterstudiengänge eingerichtet.

1923. Columbia University establishes first doctoral program for nurses.

2023. University Luxembourg ...

In Luxemburg wurden nun die ersten Schritte zur Einrichtung von Pflegebachelorstudiengängen gemacht. Die CHN sofort auf Masterniveau anzusiedeln scheint hoch gegriffen. Allerdings könnte dies in der Übergangsphase eine konkrete Aufgabe für den neuen Bachelor + mit erweiterten Kompetenzen sein?

Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.

Quelle:

DBfK (2018) Community Health nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf> (aufgerufen am 27.10.2021)

Préparez votre retraite avec soin.

Découvrez le contexte légal sur les Régimes Complémentaires de Pension.



BENEFIT PLAN FOR **PROFESSIONALS**

Bâloise Assurances Luxembourg met à votre disposition en tant qu'infirmier/ère en profession libérale et membre de l'ANIL une solution retraite sur mesure, flexible et privilégiée.

Pour plus d'informations, demandez conseil à :

Agence générale Nadine WEICKER

Centre Commercial « Les Arcades » • L-6940 Niederanven

GSM 691 436 969 • agence.weicker@baloise.lu

www.baloise.lu

 **Bâloise**
Assurances

Carte Blanche: Léiere mat der Ongewësseet ze liewen

Eng Risikoaschätzung déi op Emotiounen berout ass net ganz zouverlässeg. Als Beispill nennt de Fuerscher fir Risikokompetenz, Gerd Gigerenzer, den «9/11». No dem Evenement hun d'Leit sech aus Angscht géint Reesen mam Flieger an fir Reesen mam Auto decidéiert. Onfallstatistiken weisen: Grad doduerch sinn méi Leit em d'Liewen komm, wéi wann si den Flieger geholl hätten. Daat nämlecht gëllt fir d'Angscht vun Terroristen. Déi meeschten Leit gin duerch hieren Partner embruecht, an net duerch en Terrorist. Déi Leit mat denen mir zesummen wunnen sin also déi, vun denen mir Angscht missten hunn.

Emotiounen schengen also zu irrationalen Entscheedungen ze féieren. Wéi gesäit et bei der Impfung aus?

Duerch déi héich ustiechend Delta-Variant gi mir virun d'Entscheidung gestallt: Sech infizéieren oder impfen? Léist ee sech net impfen, kënt een net méi lanscht eng Infektioun. Bei der Impfung schwätze mir vun enger Gefor vu Spéitfolgen duerch d'Impfung, déi onwarscheinlechen a seele sinn. Beim Covid ass dat allerdéngs ganz gutt dokumentéiert. Et gi ganz konkret Spéitfolge vun der Virusinfektioun, och fir gesond Leit. Dozou gehéiere den Long-Covid, de Gerochssënn ze verléieren, asw ... Dat ass bei der Impfung alles net de Fall. An deenen heefege Spéitfolgen duerch de Covid an den noutwendegen intensive Soins op den Intensivstatioune mat all senge Konsequenzen (kënscht-

lech Beootmung, Sedatioun, staark Medikamenter mat Niewewierkungen, ...), stinn déi manner heefeg Komplikatiounen a rar Spéitfolgen duerch d'Impfung, déi eventuell optriede kéinten, géigeniwwer.

Kuckt ee sech d'Zuelen un a vergläicht Risiken, déi och vergläichbar sinn, da gesäit een déi kloer Virdeeler vun enger Impfung: Et gi méi Leit duerch de Covid schwéier krank ewéi duerch d'Impfung. An et stierwen och méi Leit duerch de Covid ewéi duerch d'Impfung. Egal wéi een Alter oder Geschlecht se hunn.

D'Wëssenschaft helleft also den Iwerbléck ze haalen an dofir muss hier Onofhängegkeet weiderhin séchergestallt sinn, si muss hannerfroen kennen an hier Resultater an Methoden mussen transparent diskutéiert kenne ginn. Egal an wéieng Richtung se weisen.

An trotz allem wäerten Onsecherheeten bleiwen. Mir wäerten emmer nees mat neien wëssenschaftlechen Erkenntnisser konfrontéiert gin. Eppes wou een sech haut secher ass, kann muer nees aneschtens sinn. An mir sollten léieren, mat deser Ongewësseet ze liewen, net ze stark op eiser Positioun ze beharren, me oppen fir nei Erkenntnisser ze bleiwen an et sech selwer an aneren ze erliichtereren, d'Positioun och emol ze änneren ouni säin Gesiicht ze verléieren. An daat gëllt fir déi eng ewéi fir déi aner.

Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.

Quelle:

Cooper, S.; Schmidt, BM.; Sambala, E. Z.; Swartz, A.; Colvin, CJ.; Leon, N. & Charles S. (2021). Les facteurs qui influencent les opinions et les pratiques des parents et des aidants informels concernant la vaccination systématique des enfants: une synthèse des données probantes qualitatives. Cochrane Database of Systematic Reviews. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013265.pub2/full/fr#CD013265-abs-0004> (Zougrëff, den 04.11.2021)

Direction de la santé (2018). Enquête de couverture vaccinale 2018 au grand-duché de Luxembourg. URL: <https://sante.public.lu/fr/publications/e/enquete-couverture-vaccinale-lux-2018/enquete-couverture-vaccinale-2018.pdf> (Zougrëff, den 04.11.2021)

Koczulla, AR.; Ankermann, T.; Behrends, U.; Berlit, P.; Böing, S.; Brinkmann, F.; Franke, C.; Glöckl, R.; Gogoll, C.; Hummel, T.; Kronsbein, J.; Maibaum, T.; Peters, EMJ.; Pfeifer, M.; Platz, T.; Pletz, M.; Pongratz, G.; Powitz, F.; Rabe, KF.; Scheibenbogen C.; Stallmach, A.; Stegbauer, M.; Wagner, HO.; Waller, C.; Wirtz, H.; Zeiher, A. & Zwick, R. (2021) S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-0271_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf (Zougrëff: 05.11.2021)

Gigerenzer, Gerd (2013). Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft. C. Bertelsmann Verlag: München

Winton Centre for Risk and Evidence Communication (2021). Communicating the potential benefits and harms of the Astra-Zeneca COVID-19 vaccine. URL: <https://wintoncentre.maths.cam.ac.uk/news/communicating-potential-benefits-and-harms-astra-zeneca-covid-19-vaccine/> (Zougrëff: 05.11.2021)

ANIL

ASSOCIATION NATIONALE
DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU LUXEMBOURG



*Find & Like us
on Facebook*



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 **Indicator 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™

© 2020-2021 LifeScan IP Holdings - GL-VRF-2000026 - BE-VRF-2100001





Nos activités

Septembre 2021

- 16.09.2021** Réunion Conseil d'Administration
- 17.09.2021** Réunion Ministre de la Famille: Consultation
Projet de loi ASFT-Personnes âgées
- 23.09.2021** Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg (NCNSL): Middle range theories and how they promote evidence based nursing.

Octobre 2021

- 06.10.2021** Réunion Conseil d'Administration
- 06.10.2021** Journée de Gérontologie
- 28.10.2021** Projet Valorisation des Professions de Santé -
Ministère de la Santé
- 28.10.2021** Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg (NCNSL): Barriers and facilitators of evidence based practice

Novembre 2021

- 09.11.2021** Réunion Conseil d'Administration
- 25.11.2021** Network Clinical Nursing Sciences Luxembourg (NCNSL): Determinants of functional mobility in people with Parkinson's disease. An observational longitudinal mixed methods design.

Decembre 2021

- 01.12.2021** Réunion Conseil d'Administration

plus d'informations sur www.anil.lu

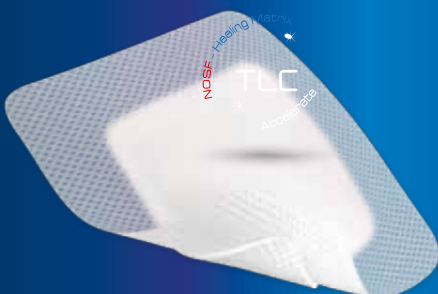
PATIENTS PORTEURS D'ULCÈRE DE JAMBE, DE PLAIE DU PIED DIABÉTIQUE, D'ESCARRE

LIBÉREZ-LES 100 JOURS PLUS TÔT




UrgoStart

RÉDUISEZ LE TEMPS DE CICATRISATION



Le temps de cicatrisation d'un ulcère de jambe, d'une plaie du pied diabétique ou d'une escarre est en moyenne de 200 jours, malgré une prise en charge standard ⁽¹⁾.

UrgoStart est un modulateur de MMP unique qui réduit de 100 jours en moyenne le temps de cicatrisation ⁽²⁾. Prescrivez

UrgoStart dès maintenant pour libérer vos patients de leur plaie.


URGO
MEDICAL
HEALING PEOPLE®

1. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004) – juillet 2013, 2. Kérihuel JC, Practical management of chronic wounds with TLC-NOSF dressings: an evaluation based on more than 10,000 wounds treated by French and German health professionals, EWMA 2016; Free Paper Session, Dispositifs Médicaux de classe IIb (G-Med:0458), Traitement pour réduire le temps de cicatrisation, Remboursables LPPR (Sec. Soc. : 60% + Mutuelle : 40%) dans le traitement de l'ulcère de jambe veineux ou mixte à prédominance veineuse, en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel), et dans l'ulcère du pied chez le patient diabétique d'origine neuro-ischémique (ischémie non critique), non infecté (critères d'infection IDSA/IWGDF), en phase de bourgeonnement (traitement séquentiel). Lire attentivement la notice avant utilisation en particulier en ce qui concerne les précautions d'emploi et les contre-indications. * Cicatriser avec vous, pour vous.

LetzCare - Zweite Befragung

ein Projekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen
im luxemburgischen Pflegesektor

Machen Sie mit auf www.anil.lu

Das **LetzCare** Projekt wird von der Universität Luxemburg in Zusammenarbeit mit der A.N.I.L durchgeführt. Ziel des Projektes ist es zu klären, wie das in Luxemburg tätige Pflegepersonal, Ihre Arbeitsanforderungen erlebt. Zudem sollen motivationale und gesundheitliche Aspekte der Arbeit während der Covid-19 Krise erfasst werden.

Wie?

- Durch zwei Online Befragungen (in DE/FR)
- Teilnahme an der **zweiten Befragung via QR Code**

Wann?

Teilnahme an der **zweiten Befragung bis 12.12.2021**

Wer kann teilnehmen?

- In Luxemburg tätiges Gesundheits- und Krankenpflegenden (d.h. Pflegepersonal mit Wohnsitz in Luxemburg oder Grenzgänger),
- Seit mindestens 6 Monaten in einem Pflegeberuf tätig ist,
- Mindestens 20 Stunden in der Woche in der Pflege arbeitet,
- Zwischen 18 und 65 Jahre alt ist.

Warum sollten Sie teilnehmen?

- Mit Ihrer Hilfe können wir ein besseres Verständnis über das arbeitsbezogene Erleben von Pflegenden in Luxemburg während der Covid-19 Krise gewinnen.
- Die Erkenntnisse aus diesem Projekt werden für die Ausarbeitung konkreter Gestaltungsvorschläge im Bereich der Pflege genutzt.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Unterstützen Sie dieses Projekt, indem Sie an der zweiten Online Befragung teilnehmen. **Weitere Informationen finden Sie unter <https://www.anil.lu>**. Bei Fragen oder Anmerkungen können Sie sich an martha.fernandez@uni.lu oder an anne-marie.hanff@anil.lu wenden.



Sie haben an der ersten Befragung teilgenommen. Bitte nehmen Sie dann auch unbedingt an der zweiten teil!

LetzCare - Deuxième enquête

un projet visant à évaluer les demandes de
travail dans le secteur des soins au Luxembourg



Participez sur www.anil.lu

Le projet **LetzCare** est réalisé par l'Université du Luxembourg en collaboration avec l'A.N.I.L. L'objectif du projet est de clarifier la manière dont le personnel infirmier travaillant au Luxembourg vit ses exigences professionnelles. En outre, les aspects motivationnels et sanitaires du travail pendant la crise du Covid-19 seront évalués.

Comment?

- Via deux enquêtes en ligne (en DE/FR)
- Participez à la **deuxième enquête via Code QR**

Quand?

Participez à la **deuxième enquête jusqu'au 12.12.2021**

Qui peut participer?

- Les infirmier(e)s travaillant au Luxembourg (c.à.d. les infirmier(e)s résidant au Luxembourg ou les travailleurs frontaliers),
- Qui travaillent dans une profession de soins depuis au moins 6 mois,
- Qui travaillent au moins 20 heures par semaine dans le secteur des soins,
- Qui ont entre 18 et 65 ans.

Pourquoi devriez-vous participer?

- Avec votre aide, nous pouvons mieux comprendre l'expérience professionnelle des infirmier(e)s au Luxembourg pendant la crise du Covid-19.
- Les résultats de ce projet seront utilisés pour élaborer des propositions de conception concrètes dans le domaine des soins.

Votre avis est important pour nous! Soutenez ce projet en participant à la deuxième enquête en ligne. **De plus amples informations peuvent être trouvées sur <https://www.anil.lu>**. Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez contacter martha.fernandez@uni.lu ou bien anne-marie.hanff@anil.lu.



Vous avez participé à la première enquête. Assurez-vous de participer également à la deuxième enquête!

UN SEUL COMPTE eSANTÉ



POUR PLUSIEURS SERVICES SANTÉ EN LIGNE

**Vous êtes
professionnel de santé**

**et vous n'avez pas encore
activé votre compte eSanté?**

Faites-le sans tarder!

**Avec le QR code ci-dessous
ou sur www.esante.lu**

**Il vous donne accès à plusieurs services
de santé en ligne, dont:**

- le service DSP (Dossier de Soins Partagé)
- l'outil médecin référent
- le service de téléconsultation
- le remboursement accéléré
des mémoires d'honoraires
- la messagerie sécurisée

Et dans le courant du 3^{ème} trimestre 2021:

- d'autres services santé digitaux,
dont l'ePrescription

PLUS D'INFOS?
helpdesk@esante.lu



UNE QUESTION?
27 12 50 18 33

AGENCE
eSanté
LUXEMBOURG

Agence nationale
des informations partagées
dans le domaine de la santé

Expertise im Zentrum der Qualität von Pflegeheimen - Der Beitrag des INTERCARE-Modells

Im folgenden Artikel wird das INTERCARE-Modell des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Basel beschrieben.

Hintergrund

Beim INTERCARE-Modell handelt es sich um ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell in Schweizer Pflegeinstitutionen.

Die zunehmende Komplexität der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen und die fehlende Pflegekoordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern gefährden die Pflegequalität in Pflegeheimen. Ein besonders beunruhigendes Problem sind vermeidbare Krankenhauseinweisungen, die mit potenziell negativen klinischen und psychosozialen Ergebnissen für die Bewohnenden verbunden sind, sowie mit höheren Kosten. Hospitalisierungen bei älteren Menschen können zu einer höheren Mortalität, Funktionseinschränkungen, Delir und Stürzen führen. Zwischen 19 und 67% der Krankenhauseinweisungen aus Pflegeinstitutionen werden als vermeidbar eingestuft. Als Ursachen gelten z. B. fehlende Fähigkeiten der Pflegemitarbeitenden zur frühzeitigen Erkennung von Verschlechterungen bei chronischen Erkrankungen, eine fehlende vorausschauende Planung mit Bewohner/innen und Familien rund um das Lebensende, sowie der fehlende Zugang zu ärztlichen Dienstleistungen (Hausarzt / Geriater) und das Umsetzen von ersten diagnostischen Maßnahmen in Notfallsituationen.

Eine Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen sind neue Versorgungsmodelle, wie sie bereits in verschiedenen Ländern entwickelt wurden. Schlüsselemente von diesen Modellen sind interprofessionelle Gesundheitsteams mit einem Skillmix, der erlaubt, die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse von älteren Menschen zu decken, die Koordination von Übergängen an den Schnittstellen zu verbessern, das Pflege- und Betreuungspersonal in Pflegeinstitutionen in ihrer klinischen Expertise zu befähigen, und die Pflegeentwicklung zu unterstützen. Solche Teams werden oft von Advanced Practice Nurses (APNs) geführt, also Pflegenden mit einer vertieften klinischen Ausbildung nach dem Masterstudium, die es ihnen ermöglicht komplexe Gesundheitsbedürfnisse zu adressieren. Es gibt jedoch auch Modelle mit diplomierten Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen. Solche pflegegeleiteten Versorgungsmodelle wurden bereits in anderen Ländern in der Langzeitpflege mit Erfolg eingeführt und führen zu besserer Pflegequalität (besseres Schmerzmanagement, weniger Dekubitus, Stürze, Hospitalisierungen, usw.), sowie besserer Bewohnergesundheit und -zufriedenheit.

Zielsetzung

Das Ziel des Projektes ist es, ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Betreuung und Pflege von multi-

morbiden Bewohner/innen von Alters- und Pflegeinstitutionen in komplexen Versorgungssituationen zu entwickeln und im Hinblick auf vermeidbare Hospitalisierungen zu überprüfen.

Design/Methode

Das Projekt besteht aus zwei Phasen, die sich über 4 Jahre erstrecken (2017-2021):

Phase A: Entwicklung eines neuen, evidenzbasierten Versorgungsmodells für den Schweizer Kontext (2017-2018)

Dazu werden in einem ersten Schritt bestehende Modelle beschrieben mit Hilfe einer internationalen Literaturübersicht und der Analyse von in der deutschen, französischen und italienischen Schweiz sowie in Holland und den USA bereits umgesetzten Modellen. Als Grundlage dient das PEPPA Framework (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15533091/>), ein partizipativer, evidenzbasierter und patientenzentrierter Prozess zur APN-Rollenentwicklung. Zusammen mit Stakeholdern aus Pflegeinstitutionen, Heimverbänden, Berufsverbänden, APN-Vertretungen, Berufsausbildung, Politik, Versicherung und Patientenvertretungen wird ein Modell im Schweizer Kontext entwickelt. Hierfür werden einerseits grundlegende Kernelemente des Modells definiert und andererseits variable Elemente beschrieben, die dem lokalen Kontext situativ angepasst werden können. Dabei kann ein variables Element das Qualifikationsniveau der in INTERCARE eingesetzten Pflegefachpersonen sein. Abschließend werden Workshops mit Bewohnenden und deren Angehörigen durchgeführt mit der Storytelling Methode. Das Ziel der Workshops ist es, die Erfahrungen von Bewohnenden und deren Angehörigen mit der Handhabung von akuten gesundheitlichen Situation im Pflegeheim zu beschreiben.

Phase B: Einführung und Evaluation des neuen, pflegegeleiteten Versorgungsmodells im Rahmen eines Pilotprojektes (2018-2021)

Das neu entwickelte Versorgungsmodell wird in 11 Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz pilotiert und evaluiert. Als Grundlage dient in dieser Phase das Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR) (<https://cfirguide.org/>), das ein strukturiertes Vorgehen bei der Umsetzung (Implementierung) und Evaluation von Neuerungen bietet und das PEPPA+ Framework für die Evaluation des neuen Versorgungsmodells. Für den Pilot von 18 Monaten Dauer wird ein non-randomised stepped-wedge Design gewählt, das erlaubt, dass jedes Heim zunächst als Kontrolle und dann als Interventionsbetrieb dient. Evaluationsdaten

werden sowohl durch schriftliche Befragungen und Interviews, wie auch aus gezielt erhobenen Daten sowie Routinedaten, wie das RAI-MDS, erhoben. Dabei werden das Führungspersonal der Pflegeinstitutionen, das Pflege- und Betreuungspersonal, Bewohner/innen und Angehörige, Ärzt/innen sowie die spezifisch für INTERCARE ausgebildeten Pflegefachpersonen selber zum neuen Versorgungsmodell befragt. Neben klinischen Daten werden auch Daten zur Implementierung erfasst. Zu den ersten gehören vermeidbare Hospitalisierungen und die vier neuen nationalen Qualitätsindikatoren Schmerz, Gewichtsverlust, Polypharmazie und bewegungseinschränkende Maßnahmen. Zu den Daten zur Implementierung zählen unter anderem die Überprüfung von Akzeptanz, Umsetzungsgrad, Umsetzbarkeit, Nachhaltigkeit und Kosten des neuen Versorgungsmodells.

Erwarteter Nutzen/Relevanz

Die Studie wird erste evidenzbasierte Aussagen zum Einsatz von hochqualifiziertem Pflegepersonal in interprofessionellen Teams in Schweizer Pflegeinstitutionen erlauben. Es adressiert damit den mangelnden Zugang zu geriatrischer Expertise in Schweizer Pflegeinstitutionen und entwickelt nachhaltige Lösungsmöglichkeiten. Die Studie wird zwei öffentlich zugängliche Berichte erstellen:

- 1) Entwicklung und Beschreibung eines auf die Schweiz angepassten pflegegeleiteten Versorgungsmodells mit Kern- und variablen Elementen, und
- 2) Evaluationsbericht aus der Interventionsphase der Studie. Diese Berichte werden Stakeholdern aus Alters- und Pflegeinstitutionen sowie der Politik das Rüstzeug für eine weitere Ausdehnung des Modells geben.

Bisher ist wenig bekannt zum Einsatz von solchen neuen Versorgungsmodellen in Luxemburgischen Pflegeinstitutionen. Die Ausbildung zur APN wird in Luxemburg nicht angeboten, allerdings befindet sich ein „Bachelor Plus“ mit erweiterten Kompetenzen in Planung. So entsteht die Frage, ob diese „Bachelor Plus“- Absolventinnen klinische Führungsrollen übernehmen könnten, um den aktuellen Bedarf an geriatrischer Expertise vor Ort zu decken.

Verschiedene Barrieren können die Einführung dieser neuen Rollen behindern, wie z.B. mangelndes Verständnis im Betrieb oder unklare Rollen und Kompetenzen. Dementsprechend ist es wichtig, vor der breiten Implementierung sorgfältig den Kontext, die Rolle, Aufgaben, Kompetenzen, Ziele und erwartete Wirkungen mit Stakeholdern zu klären.

Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.

Quelle:

<https://nursing.unibas.ch/de/forschung/forschungsprojekte/laufende-projekte/intercare/> (Zugriff: 31.10.2021)



Machen Sie mit! **Participez!**

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.



Fidèle aux valeurs de solidarité,
la CGPM vous accompagne au quotidien

Notre Fonds de Secours Interne prend en charge un remboursement complémentaire de vos soins de santé sur présentation des décomptes de l'assurance maladie.



Notre campagne enfant

Carte d'achat Cactus offerte pour toute nouvelle adhésion cumulée à la naissance d'un enfant, pour la rentrée scolaire et une adhésion dans un club sportif *

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'ouvertures

Lun - Ven
de 9h00 - 17h00

Contact

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



Empowerment des Pflege- und Betreuungspersonals. «STOP and WATCH» und «ISBAR» Instrument.

Beim folgenden Artikel handelt es sich um eine Zusammenfassung des Beitrages von Kornelia Basinska anlässlich der INTERCARE Tagung im Mai 2021.

Hintergrund

Zu den heutigen Herausforderungen in der Langzeitpflege gehört die limitierte geriatrische Expertise durch den vermehrten Einsatz von Hilfspersonal. Die Arbeit wird als Routine gelebt, was dazu führt, dass Veränderungen des Gesundheitszustandes von Bewohnerinnen weniger häufig wahrgenommen werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird beeinflusst durch die Kommunikationsfähigkeiten, demographische Faktoren wie das Alter oder die Berufserfahrung, sowie Sprachbarrieren, die suboptimale Vorbereitung für den Kontakt mit dem ärztlichen Kollegen oder hierarchische Strukturen zwischen den Berufen. Technologische Barrieren, welche einen schriftlichen Austausch zwischen Pflegenden und anderen Berufsgruppen erschweren gehören ebenfalls zu den Barrieren einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

Im INTERCARE-Projekt wurden zwei Instrumente eingesetzt um die Früherkennung von Veränderungen im Bewohnerzustand sowie die interprofessionelle Kommunikation zu verbessern.

STOP and WATCH

Beim ersten Instrument handelt es sich um das „STOP and WATCH“. Dieses zielt darauf ab, die kleinsten Veränderungen eines BewohnerInnenzustand schnell zu erkennen und dies auf einem Zettel oder an die Fachpersonen weiter zu leiten, damit diese Pflegefachperson die Situation evaluieren kann.

Das hier abgebildete Instrument wurde in Form von A3-Blöcken an das Hilfspersonal verteilt. Jeder Buchstabe steht für eine Veränderung. Kreuzt das Hilfspersonal eine Veränderung an und gibt diesen Zettel an die Pflegefachperson weiter, wird diese den Bewohner aufsuchen um seinen Zustand zu evaluieren.

Im Projekt hat das Hilfspersonal berichtet, durch den Einsatz des STOP and WATCH-Instrumentes Veränderungen schneller und bewusster zu erkennen, da das Instrument als „Routine Brecher“ wirke. Dank des Instrumentes fühlten sie sich wertgeschätzt und ernstgenommen (Empowerment). Die Effizienz der

Kommunikation wurde verbessert. In den mündlichen Rapports wurde effizienter und problemorientierter kommuniziert.

ISBAR

Das ISBAR-Instrument wird von Pflegenden eingesetzt nachdem diese den BewohnerInnenzustand evaluiert und eine Veränderung erfasst haben, welche einen Arztkontakt benötigt. Die Buchstaben stehen für:

Identification

Situation

Background

Assessment

Recommendation


Es wird genutzt als Vorbereitung für den ärztlichen Kontakt mit dem Ziel einer strukturierten und effizienten Informationsweitergabe beim Arztkontakt.

Das Instrument wurde ausgedruckt und laminiert, so dass jede Pflegende dieses Instrument bei sich tragen konnte. Ebenfalls wurde es gut sichtbar beim Telefon angebracht.


Pflegenden berichten vom breiten Einsatz des Instrumentes über das Projekt hinaus. Endlich können sie alle relevanten Fragen im Vorfeld klären, sich gut vorbereiten, nicht wichtiges vergessen und dementsprechend alle wichtigen Infos an den ärztlichen Kollegen weitergeben. Es ist folglich nicht mehr vorgekommen, dass die Pflegenden eine relevante Information vergessen hatten und den Bewohnenden nochmal aufsuchen musste um dies abzuklären. Sie haben an Sicherheit gewonnen und bemerkt, dass diese strukturierte Informationsweitergabe dazu führte, dass die ärztlichen KollegInnen schneller eine Entscheidung am Telefon treffen konnten.

Zwei Instrumente, deren Einsatz sich klar in der Langzeitpflege lohnt.

Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.



Universität Basel
Medizinische Fakultät
Departement Public Health



Stop and Watch¹ Instrument zur Früherkennung von Warnsignalen bei Bewohnenden


Wenn Sie während der Pflege oder Beobachtung von BewohnerInnen oder Bewohnern Veränderungen feststellen, umkreisen Sie bitte den entsprechenden Buchstaben auf diesem Blatt. Legen Sie es anschliessend an dem dafür vorgesehenen Ort ab. Wenn Sie den Ablageort nicht kennen, übergeben Sie es bitte einer Pflegeperson.

S	Scheint anders als sonst zu sein
T	Spricht, kommuniziert weniger als sonst
O	Support: Benötigt allgemein mehr Hilfe und Unterstützung
P	Schmerz: Neu oder verstärkt; beteiligt sich weniger an Aktivitäten
A	Isst weniger
N	Kein Stuhlgang seit 3 Tagen oder Durchfall
D	Trinkt weniger
W	Gewichtsveränderung
A	Gereizter, agitierter oder nervöser als sonst
T	Geschwächt, müde, verwirrt, schläfrig
C	Veränderung der Hautfarbe oder Hautbeschaffenheit
H	Gehen: Mehr Hilfe bei Transfer oder Toilettengang notwendig als üblich


Bewohner / Bewohnerin: _____ **Zimmer:** _____
Ausfüllende Person: _____ **Datum:** _____
 Pflege / Therapie Andere Bereiche Besucher / Besucherin, Angehörige

¹ Stop and Watch: © INTERACT Quality Improvement Tool 4.0. Das Copyright für das Instrument liegt bei der Florida Atlantic University, das Dokument darf für den klinischen Gebrauch verwendet werden, aber nicht verkauft oder in eine elektronische Software integriert werden. Vorliegende Übersetzung auf Deutsch und Anpassungen durch Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2018.


Universität Basel | DPH
Pflegewissenschaft -
Nursing Science, Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
www.munip.unibas.ch
intercare@unibas.ch




Gesellschaftswissenschaften
Nationales Forschungsprogramm



SCHWEIZERISCHES NATIONALKOMITEE
FÜR FÖRDERUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN FACHBEREICHE



Universität Basel
Medizinische Fakultät
Departement Public Health



ISBAR: Kommunikation mit dem Arzt / Ärztin bei Meldung von Veränderungen im Gesundheitszustand

I Identifikation	<p>Identifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name und Funktion • Abteilung / Bereich • Bewohner / Bewohnerin: Name, Vorname, Geburtsdatum
S Situation beschreiben	<p>Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Problem? Seit wann? • Vitalzeichen? Bewusstsein?
B Background unterbreiten	<p>Hintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen / Nebendiagnosen / Medikation • Aktuelle medizinische / therapeutische Massnahmen • Involvierte Spezialisten / Spezialistinnen
A Assessment aufzeigen	<p>Einschätzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welcher Art ist ihrer Meinung nach das Problem (physisch, psychisch, kognitiv, funktional)? • Verdachtsdiagnose? Verdacht auf Delir? • Wie schätzen Sie die Dringlichkeit ein?
R Recommendation	<p>Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Vorschlag haben Sie für das weitere Vorgehen? • Was erwarten Sie vom Arzt / der Ärztin?



Stéftung
**HËLLEF
DOHEEM**

20 | Joer

Infirmière/Infirmier - en Job mat Häerz a Verstand.
Mir sichen **DECH!**

www.shd.lu | info@shd.lu | Tel.: 40 20 80



Pflege von Menschen mit einer chronischen Erkrankung

Die Weltgesundheitsorganisation definiert chronische Erkrankungen folgenderweise: «*Noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, tend to be of long duration (...).*

The main types of NCDs are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructive pulmonary disease and asthma) and diabetes.»

Pflegewissenschaftliche Theorien helfen die Bedeutung chronischer Erkrankungen für die Betroffenen besser zu verstehen. Denn über die Dauer zeigt die chronische Erkrankung einen bestimmten Verlauf. Dieser kann in der sogenannten Krankheitsverlaufskurve folgenderweise dargestellt werden.

Krankheitsverlaufskurve

Teil I: Verlauf und Auswirkungen einer chronischen Krankheit



Abbildung 1: Verlaufskurve bei chronischer Sinusitis.

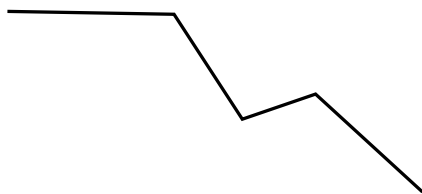


Abbildung 2: Verlaufskurve bei koronarer Herzkrankheit.

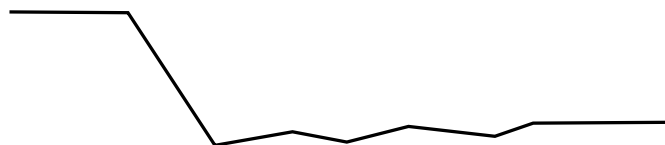


Abbildung 3: Verlaufskurve bei Schlaganfall.

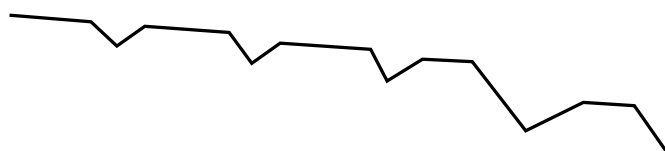


Abbildung 4: Verlaufskurve bei Krebskrankheit.

Abbildung 1: Krankheitsverlaufskurve (Corbin & Strauss 2004, S. 58).

Der Begriff der Krankheitsverlaufskurve wurde durch Corbin und Strauss (Pflegewissenschaftlerin und Soziologe) 2004 geprägt. Die krankheitsbezogene Arbeit und die Auswirkungen der Krankheit entsprechen den Höhen und Tiefen des Verlaufs. Die Abbildung 1 stellt bspw. die Krankheitsverlaufskurven der chronischen Sinusitis, der koronaren Herzkrankheit, des Schlaganfalls, der onkologischen Erkrankung (Remission nicht beachtet) dar. Mit Ausnahme der chronischen Sinusitis wird das Behandlungsteam bei jeder Tiefe mit der Frage konfrontiert, ob es sich um eine terminale oder „nur“ um eine lebensbedrohliche Situation handelt.

In ihrem Buch „Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit“ beschreiben sie fünf Phasen des Krankheitsverlaufs: 1. Akute Phasen, 2. Phasen der Normalisierung, 3. Stabile und instabile Phasen, 4. Phasen der Verschlechterung, 5. Sterbephasen.

Erleben einer chronischen Erkrankung

Doch wie erlebt der Mensch mit einer chronischen Erkrankung diese Phasen?

Die Pflegewissenschaftlerin Grypdonck hat das Erleben der Betroffenen untersucht. So beschreibt sie 2005 in ihrem Modell zur Pflege chronisch Kranker treffend: „*Die Krankheit ist ein Teil des Lebens chronisch Kranker, sie ist jedoch nur ein Teil.*“. Ebenfalls beschreibt sie, dass „*Die Pflege chronisch Kranker sollte sich auf das Leben der einzelnen Personen ausrichten und nicht auf die Krankheit und deren Folgen*“. Folgende Themen spielen dabei eine Rolle: Verletzlichkeit, Ungewissheit, Scherbenhaufen sowie der Wiederaufbau / Krankheit in das Leben integrieren.

1. Verletzlichkeit

Die Diagnose ruft eine existentielle Krise hervor. Hier stellt sich bereits die Frage der Indikation von Palliativpflege ab Diagnosestellung. Dies bedeutet, dass der Betroffene mit der eigenen Verletzlichkeit konfrontiert wird. Die Zeit bis zum Tod und die Frage, wie sehr das Leben noch lebenswert sein wird werden zum Thema.

2. Ungewissheit

Die Zukunft wird ungewiss. Folgende Fragen kommen auf: Was kann ich noch abschließen? Was bleibt ungetan? Werde ich noch lange genug leben um bei wichtigen Ereignissen dabei zu sein? Wie wird es sein, wenn es zu Ende geht?

3. Scherbenhaufen

Mit dem Scherbenhaufen ist das Bewusstsein gemeint, dass das Leben nie wieder so sein wird, wie die Betroffenen es sich vorgestellt haben. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass das Leben gekennzeichnet sein wird von Sorgen, Problemen und Leiden.

4. Wiederaufbau / die Krankheit in das Leben integrieren

An diesem Punkt wird die existentielle Krise überwunden dadurch, dass die Betroffenen eine Sinn in dem finden, was sie noch tun / sein können. Die Scherben des Lebens werden wieder zu was Ganzem zusammengesetzt und die Erkrankung wird in die Biographie integriert. Manchmal wird eine unrealistische Hoffnung (ich werde wieder gesund) als Coping-Strategie eingesetzt um im Hier und Jetzt weitermachen zu können.

5. Bewältigung einer chronischen Erkrankung

Corbin und Strauss beschreiben die folgenden 4 Phasen der Bewältigung einer chronischen Erkrankung: **1. Realisieren**, dass Aspekte der Aktivität, des Selbst verloren oder nicht mehr möglich sind. **2. Loslassen** der Vergangenheit, welches mit der Trauer über den Verlust verbunden ist. **3. Realisieren**, dass es kein Zurück gibt und dass sie in die Zukunft sehen müssen. **4. Sobald** sie die Zukunft annehmen, setzt das **Akzeptieren** ein.

Diese vier Phasen haben eine starke Ähnlichkeit mit dem Sterbeprozess, welchen Kübler-Ross beschrieben hat: 1. Nicht-Wahrhaben-Wollen, 2. Zorn, 3. Verhandeln, 4. Depressionen, 5. Akzeptanz.

Aufgaben der Pflege

Grypdonck beschreibt 2005 die folgenden vier Aufgaben der Pflege:

1. Helfen, die existentielle Krise zu überwinden.
2. Unterstützung beim Kampf des täglichen Lebens. Tätigkeiten die vorher keiner Überlegung oder Planung bedurften werden durch die chronische Erkrankung sehr komplex. Bspw. muss ein Betroffener mit einer COPD für einen einfachen Arztbesuch Feuchtinhalationen mitnehmen, eine Parkplatz in der Nähe finden, auf dem Weg bis dahin zeitlich Pausen zum Hinsetzen einplanen, ...
3. Unterstützung beim Management des therapeutischen Regimes. Darunter sind nicht noch mehr Vor-

schriften zur Lebensführung gemeint, sondern die Unterstützung dabei, dass der Betroffene die Vorschriften so anpassen kann, dass er sie bestmöglich in seinen Alltag integrieren kann. Bspw. findet sich ein Betroffener mit einer Herzinsuffizienz nach der morgendlichen Diuretika Einnahme mit plötzlichem Harndrang auf dem Wochenmarkt wieder.

4. Hilfe bei der Organisation der Pflege.

Schaeffer und Moers erarbeiten 2008 ein differenziertes, praxisnahes Phasenmodell zum Bewältigungshandeln chronisch Erkrankter. (Abb. 2) Es setzt sich aus sechs Phasen zusammen. Für Pflegende erscheint die letzte Spalte besonders hilfreich. Sie beschreibt das Verhalten an welchem sie erkennen, in welcher Phase der Betroffene sich befindet. Damit die Pflege dem Betroffenen die passenden Maßnahmen anbieten kann, ist es besonders wichtig, dass sie einschätzen kann, in welcher Phase er sich befindet. Das Modell hilft den Pflegenden das Verhalten der Betroffenen besser zu verstehen.

Phasen	Krankheitsgeschehen	Erleben der Krankheits-situation	Bewältigungs-handeln	Krankheits-management	Umgang mit der Patientenrolle
1. Im Vorfeld der Diagnose	erste Krankheits-symptome	Irritation und Beunruhigung	Normalisierung der Krankheitssymptome	Abwarten bzw. kognitive Vermeidung	
2. Manifestation chronischer Krankheit	krisenhafte Zuspitzung der Krankheits-symptome: Diagnosteststellung	Biographische Zäsur	Schockbedingte Irritation der Handlungsfähigkeit: „Trudeln“	Orientierungslosigkeit	passiver Patient
3. Restabilisierung	Beginn der Langzeitbehandlung verbunden mit Umstellungs- und Anpassungs-erfordernissen	Erleichterung, Hoffnung auf Renormalisierung des durch die Krankheit irritierten Lebens	Langsame Wiedererlangung der handlungsfähigkeit, Herauskrystallisierung einer Bewältigungsstrategie	hohe Compliance, aber: Umgang mit chronischer Krankheit wie mit einer Akuterkrankung	vorbildlicher und aktiver Patient
4. Leben im Auf und Ab der Krankheit	Wechsel von relativer Stabilität, erneuter Instabilität mit Krisen, und abermaliger Restabilisierung - ständige Veränderung der Bewältigungsanforderungen	Erkennen der Bedeutung von Chronizität: Irritation der Hoffnung auf Rückkehr zur Normalität, Leben lernen mit und trotz chronischer Krankheit	Oberflächliche Anpassung des Bewältigungshandelns an die Krankheitsrealität, unter Beibehaltung der entwickelten Bewältigungsstrategie	„großzügigere“ Compliance	„normaler“ Patient
5. Einsetzen der Abwärtsentwicklung	Sich sukzessiv beschleunigende Krankheitsdynamik und rasch steigende, zugleich komplexer werdende Bewältigungsanforderungen	Überforderung, Verunsicherung, Verzweiflung, Verbitterung, Kampf um Lebensperspektiven trotz Progredienz der Krankheit	Rettungsversuche der nicht mehr tragfähigen Bewältigungsstrategie und beharrliches Festhalten am Bild des handlungsfähigen Patienten	wechselhafte Compliance mit tendenzieller Vernachlässigung des Krankheitsmanagements	Wandel zum „kritischen“ Patienten
6. Beschleunigung der Abwärtsentwicklung und Sterben	Voranschreitender Verlust der körperlichen und psychischen Integrität	Angst, trichterförmige Verengung der Lebensperspektive	Endgültiger Verlust der Handlungsfähigkeit	Erdulden	Leidender Patient

Abbildung 2: Phasenmodell zum Bewältigungshandeln chronisch Erkrankter (Schaeffer & Moers 2008)

Palliative Care von Menschen mit einer chronischen Erkrankung

Eine Frage, welche sich oft gestellt wird ist die folgende: „Ist die Krankheitssituation bereits terminal oder nur lebensbedrohlich?“, „Ist es schon an der Zeit die bisher ausstehenden Themen anzusprechen oder kann es noch warten?“. In diesem Artikel behandle ich die Palliative Care von chronisch Kranken.

Laut der WHO (2018) wird Palliativpflege fast ausschließlich Menschen mit Krebserkrankungen angeboten. Leider wird sie ebenfalls oft gleichgesetzt mit Sterbebegleitung. Dabei müsste sie unbedingt unabhängig vom Lebensende betrachtet werden. Sie darf nicht als letzte Lösung gelten, wenn alle lebensverlängernden Maßnahmen gescheitert sind und muss ebenfalls für alle Menschen mit einer chronischen Erkrankung bereitgestellt werden.

Definition von Palliative Care

Die WHO Definition von Palliative Care (2019) sieht beispielsweise derartige Einschränkungen nicht vor:

«Palliativpflege ist ein Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessert, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind, und zwar durch die Vorbeugung und Linderung von Leiden durch frühzeitige Erkennung und sorgfältige Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen.»

Palliative Care:

- lindert Schmerzen und andere belastende Symptome;
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess;
- zielt weder darauf ab, den Tod zu beschleunigen noch hinauszuzögern;
- integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Patientenbetreuung;
- bietet ein Unterstützungssystem, welches dem Patienten **hilft bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben**;
- bietet ein Unterstützungssystem an, welches der Familie hilft die **Krankheit des Patienten und die eigene Trauer zu bewältigen**;
- nutzt einen Teamansatz, um auf die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien einzugehen, einschließlich Trauerbegleitung,
- wird die Lebensqualität verbessern und **kann auch den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen**;
- ist **in Kombination mit anderen lebensverlängernden Therapien in einem frühen Stadium der Krankheit anwendbar (...)** und die schließt die Untersuchungen ein, die zum besseren Verständnis und Umgang mit belastenden klinischen Komplikationen erforderlich sind (WHO 2019).

Bedarf an Palliative Care

Es scheint demnach desto früher desto besser für die Lebensqualität und Symptomlast, oder zum Vermeiden unnötiger Krankenhauseinweisungen. Laut der WHO (2018) erhalten ebenfalls nur 14% der Menschen, welche sie benötigen die Palliative Care. Ebenfalls wird der weltweite Bedarf an Palliativpflege durch die zunehmende Symptomlast der chronischen Erkrankungen und die alternde Gesellschaft weiter ansteigen. Betroffene, welche Palliative Care benötigen, leiden unter folgenden chronischen Erkrankungen:

- kardiovaskuläre Erkrankungen (38.5%)
- Krebs (34%)
- Chronische Atemwegserkrankungen (10.3%)
- AIDS (5.7%)
- Diabetes (4.6%) (WHO, 2018).

Andere chronische Erkrankungen, welche ebenfalls Palliative Care erfordern sind:

- Niereninsuffizienz, chronische Lebererkrankungen,
- Multiple Sklerose, Parkinson, Demenz,
- Rheumatoide Arthritis,
- Angeborene Anomalien sowie Medikamentenresistente Tuberkulose (WHO, 2018).

Palliative Care ab Diagnosestellung: Early Palliative Care

Wie könnte es konkret aussehen, dass Palliative Care bereits ab der Diagnosestellung angeboten wird und nicht ausschließlich bei onkologischen Erkrankungen? Bei der Early Palliative Care erfolgt Palliative Care ab Diagnosestellung in Kombination mit kurativer Behandlung, empathische Kommunikation über die Prognose, Advanced Care Planning, Symptomassess-ment und -kontrolle. Die Frage „Ist es nicht zu früh?“ scheint berechtigt. Allerdings zeigen qualitative Studien, dass Betroffene darüber sprechen möchten (Horne und Payne 2004). Early Palliative Care umfasst neben der Symptomlinderung insbesondere auch die intensive, ausdauernde und wiederholte Kommunikation über Krankheit, Sorgen und die sich verändernden Lebensumstände. Hierzu gehören auch Gespräche über Diagnose, Verlauf, Prognose, Therapieziele und Vorsorgeplanung. Gerade in der Palliativversorgung von Menschen mit einem Schlaganfall ergeben sich jedoch besondere Herausforderungen. Neben ausgeprägten körperlichen Funktionsverlusten bestehen zum Teil starke Einschränkungen der Kommunikation und auch der Entscheidungsfähigkeit.

Das folgende „Bow Tie Model“ von Hawly 2014 (Abb. 3) veranschaulicht *early palliative care*.

Während anfangs der Schwerpunkt beim Krankheitsmanagement liegt (siehe Restabilisierungs-Phase des Phasenmodell zum Bewältigungshandeln chronisch Erkrankter) spricht nichts dagegen existentielle Fragen bereits am Anfang zu thematisieren. Dies ist besonders

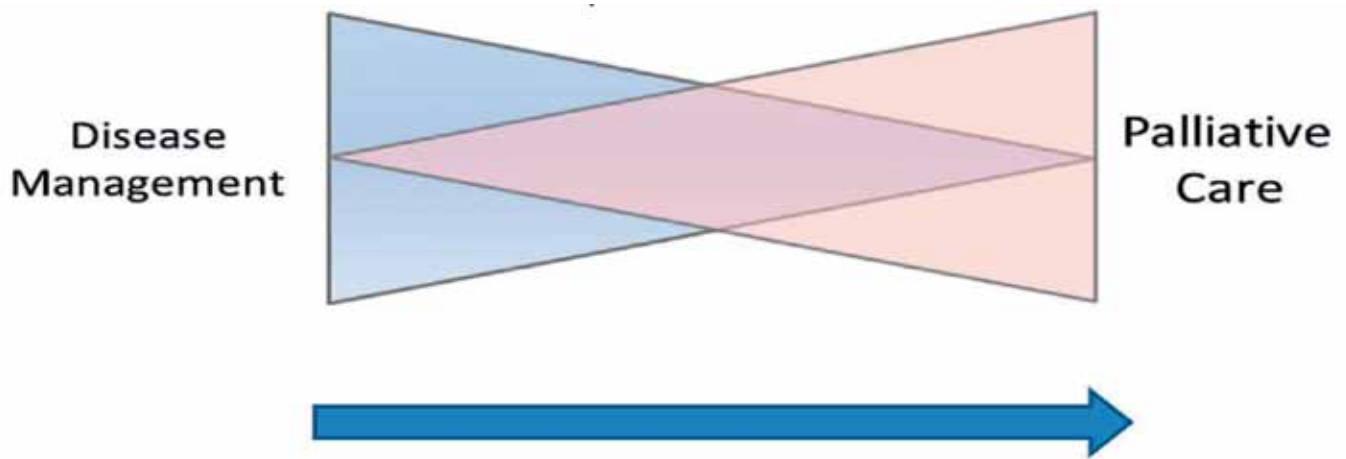


Abbildung 3: „Bow Tie Model“ (Hawly, 2014)

wichtig, da bereits die Diagnose der Erkrankung eine existentielle Krise hervorruft (siehe Grypdonck 2005). Eine frühe Integration multiprofessioneller palliativer Versorgung gehört bspw. in das umfassende Behandlungskonzept der Herzinsuffizienz, da palliative und kurative Maßnahmen lange gleichzeitig verlaufen müssen. Die enge Vernetzung mit allgemein-medizinischer oder kardiologischer Expertise ist erforderlich. Auch wenn in den frühen Krankheitsstadien Rekompensationen möglich sind, beträgt die Einjahressterblichkeit nach der ersten Krankenhausaufnahme mit der Diagnose Herzinsuffizienz 25% (Duncan 2006). Mit Fortschreiten der Herzinsuffizienz steigt das Risiko für einen plötzlichen Herztod. Die Hälfte der Patienten mit Herzinsuffizienz stirbt unerwartet (Lynn et al. 1997). Dies unterstreicht nochmals die Notwendigkeit frühzeitiger Achtsamkeit für palliative Bedürfnisse der Erkrankten.

Hilfestellungen zur Umsetzung von Early Palliative Care

Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Palliative Care haben Arbeitspapiere zur Palliative Care von einigen chronischen Erkrankungen ausgearbeitet (Multimorbidität, Gebrechlichkeit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Demenz). Arbeitspapiere präzisieren wie häufig auftretende Symptome der jeweiligen Erkrankung am besten behandelt werden können. Ebenfalls werden Prognosescores vorgestellt, welche helfen die Prognose einzuschätzen, wenn man es denn möchte. Sie sind in drei Schwerpunkte strukturiert:

1. Diagnosestellung, Aufklärung, palliative Annäherung, gesundheitliche Versorgungsplanung
2. Beobachtung, Prävention und Behandlung von Komplikationen
3. Sterbephase

Im folgenden Abschnitt möchte ich die Arbeitspapiere kurz zusammenfassen.

1. Diagnosestellung, Aufklärung, palliative Annäherung, gesundheitliche Versorgungsplanung

In dieser Phase werden folgende Empfehlungen getroffen:

- Diagnosestellung unter Berücksichtigung des geriatrischen Assessments
- Stabilisierung und Kompensation bei Begleiterkrankungen
- Kommunikation über begrenzte Lebenserwartung
- Information zu palliativen Angeboten, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügungen
- Entwickeln eines auf die individuelle Situation bezogenen Symptommanagements

2. Beobachtung, Prävention und Behandlung von Komplikationen (Herzinsuffizienz)

In der Versorgung von Menschen mit einer Herzinsuffizienz werden für die zweiten Phase folgende Empfehlungen getroffen:

- Symptomlinderung und krankheitsspezifische Therapie
- Berücksichtigung und Behandlung assoziierter Erkrankungen
- kritische Überprüfung aller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen hinsichtlich Sinnhaftigkeit (z.B. bei Polypharmazie)
- Information über komplexe medizinische und ethische Sachverhalte (NTBR, Herzschrittmacher, ...)
- Ggf. Aktualisierung der Versorgungsplanung
- Notfallplanung (z.B. Bereitstellung von Notfallmedikamenten und Schulung zum Symptommanagement).

3. Sterbephase

In dieser Phase werden folgende Empfehlungen getroffen:

- Therapiezieländerung: Vorrang der Symptomlinderung
- Sterbebegleitung (medizinisch-pflegerisch, psychosozial und spirituell)
- Angehörigenbetreuung, auch nach dem Tod des Betroffenen

Fragen welche sich stellen

Die Bausteine sind gelegt. Modelle helfen den Verlauf sowie das Erleben der chronischen Erkrankung besser zu verstehen. Die Aufgaben der Pflege wurden beschrieben. Die WHO spricht sich klar für Palliative Care von Menschen mit chronischen Erkrankungen aus und Arbeitspapiere zur Palliative Care von Menschen mit folgenden chronischen Erkrankungen wurden ausgearbeitet. Palliative Care ist dabei sich zu verändern und die Betroffenen profitieren davon. Allerdings bedarf es noch eines kulturellen Wechsels bis Palliative Care als normaler Bestandteil medizinischer Versorgung angesehen wird (Hawley 2014).

Es bedarf ebenfalls eines strukturellen Wechsels, damit Palliative Care sich nicht mehr auf Palliative Stationen im Krankenhaus oder Hospize beschränken, sondern ebenfalls verfügbar wird für chronisch Kranke in jedem Krankheitsstadium unabhängig von der Versorgungssituation. Parikh und Kollegen (2013) bringen sogar die Umbenennung von „Early Palliative Care“ ins Gespräch um die Akzeptanz zu erhöhen. Ob dies hilfreich ist sei dahin gestellt. Eins ist allerdings klar: wir müssen weg vom paternalistischen Denken „Wir wissen was für den Betroffenen gut ist“. Unser Maßstab darf nicht bei jedem Betroffenen sein: „Gesundheit ist das höchste Gut!“ denn Gesundheit ist relativ und nur die Betroffenen selbst können bestimmen, wieviel und was ihnen ihre Gesundheit wert ist. Dabei muss die Wahrung der Autonomie einen zentralen Stellenwert in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen einnehmen, denn diese ist für chronisch Kranke das höchste Gut!

Widersprechen die Entscheidungen und Wünsche der Betroffenen mal gegen das ideale Vorgehen und die Empfehlungen, können wir uns um den Betroffenen

sorgen, aber wir müssen seine Entscheidung akzeptieren! Denn ausschließlich der Betroffene ist der Experte seiner Lebenslage. Wenn wir möchten, dass unsere Pflege vom Patienten angenommen wird und ihn bei den Problemen durch die Erkrankung unterstützt, dann müssen wir ihn dort abnehmen wo er steht.

Wir müssen ebenfalls die ethische Diskussion führen wen wir pflegen? Die Erkrankung oder den Betroffenen oder die Familie? Und solange wir argumentieren können, warum wir wie vorgegangen sind und dass wir uns dabei immer am Betroffenen orientiert haben, sind wir auf der sicheren Seite. Dazu gehört ebenfalls sich bewusst gegen bestehende Leitlinien zu entscheiden und zu argumentieren warum wir dies tun.

„Jeder hat das Recht auf Verwahrlosung“ heißt es einmal in einem Kurs. Das mag vielleicht erschrecken, aber das ist selbstbestimmtes Leben. Und die Rolle der Pflege dabei ist eine führSORGLICHE Anwesenheit zu leisten.

Anstelle der Fragestellungen: „Ist die Situation „terminal“ oder „nur“ lebensbedrohlich? Ist es schon an der Zeit ernste Gespräche zu führen?“ müssten wir uns häufiger die Frage stellen:

„Wie erlebt der Betroffene die Situation und wie kann ich mit Hilfe von palliativen und kurativen Maßnahmen dafür sorgen, dass die Krankheit nicht mehr Raum einnimmt, als unbedingt notwendig, sodass mehr Raum für das Leben bleibt?“

Ganz nach dem Motto: Nicht dem Leben mehr Tage geben sondern den Tagen mehr Leben geben.

Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.

Literatur

- Corbin, J; Strauss, A. (2004). Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Huber Verlag
- DGP Arbeitsgruppe Nichttumorpatienten. Arbeitspapier Multimorbidität
- DGP Arbeitsgruppe Nichttumorpatienten. Arbeitspapier Frailty
- DGP Arbeitsgruppe Nichttumorpatienten. Arbeitspapier Herzinsuffizienz
- DGP Arbeitsgruppe Nichttumorpatienten. Arbeitspapier Schlaganfall
- DGP Arbeitsgruppe Nichttumorpatienten. Arbeitspapier Demenz
- Elliott M, Nicholson C. A qualitative study exploring use of the surprise question in the care of older people: perceptions of general practitioners and challenges for practice. *BMJ Support Palliat Care* 2014; DOI: 10.1136/bmjspcare-2014-000679
- Grypdonck, M. (2005). Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker.
- Hanff, A-M (2019). Carte Blanche: Wat mir vum Liewensenn leieren kennen. URL: <https://www.rtl.lu/meenung/carte-blanche/a/1289628.html>
- Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD011129. DOI: 10.1002/14651858.CD011129.pub2
- Hawley 2014. The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 47, 1; S.e2 - e5
- Horne G, Payne S: Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine* 2004 18 291-6
- Parikh, R.B.; Kirsh, R.A.; Smith, T.J.; Temel, J.S. (2013). Early Speciality Palliative Care-Translating Data into Oncology Practice. *N Engl J Med*; 369:2347
- Schaeffer, D.; Moers, M. (2008): Überlebensstrategien - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: *Pflege & Gesellschaft* 13: 6-31.
- WHO (2019). Definition of Palliative Care. URL: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Zugriff: 10.10.2019)
- WHO (2018). Noncommunicable diseases. Key facts. URL <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Zugriff: 10.10.2019)
- WHO (2018). Key facts. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Zugriff: 10.10.2019)



PARKINSON
LUXEMBOURG



Du wëlls Mënsche mat enger Demenz begleeten a sichts eng nei Erausforderung? Du wëlls Deel vun engem innovative multidisziplinären Team sinn?

D'ala, d'Lëtzebuerger Alzheimer Vereenegung, de Spezialist fir professionell Hëllef a Begleitung am Beräich vun der Demenz, sicht motivéiert Infirmièren an Infirmieren fir hir verschidde Strukturen:

- Am Hëllef- a Fleegeedéngscht doheim: CDI Deel- a Vollzäit
- Am Wunn- a Fleegeheim zu Ierpeldeng: CDI Deel- a Vollzäit
- Am Sozial- a Koordinatiounsdeéngscht: CDI Hallefzäit

Méi Informatiounen fënns Du ënnert: www.ala.lu

 association luxembourg
alzheimer



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


SERVICES DE QUALITÉ DE VIE

Le rapport risque / bénéfice. Dernières données de la Medicines and Healthcare products Regulations Agency (MHRA) sur les caillots sanguins associés au vaccin Astra Zeneca.

Tous les traitements médicaux ont des risques potentiels ainsi que des avantages potentiels, et il est important de pouvoir les évaluer les uns par rapport aux autres. Dans le cas des vaccins, les avantages sont particulièrement complexes, car ils peuvent concerner aussi bien les autres que nous-mêmes, et les risques peuvent nous sembler particulièrement importants, car nous nous faisons vacciner lorsque nous sommes en bonne santé, à titre préventif.

Avec la publication initiale des données de la MHRA sur un type spécifique de caillot sanguin enregistré au Royaume-Uni qui pourrait être associé au vaccin Astra-Zeneca COVID-19, le **Winton Centre for Risk and Evidence Communication** a été sollicité pour aider à communiquer les risques. Nous avons traduit et résumé leur communication et nous espérons que ces graphiques aideront à rendre le rapport risqué / bénéfice un peu plus Claire.

Risques potentiels:

Le principal effet indésirable potentiel que l'on pense être associé au vaccin est un type spécifique de caillot sanguin. Des cas de réaction allergique grave (anaphylaxie) ont également été enregistrés, mais pour le vaccin Astra-Zeneca, les cas sont très rares, peut-être en raison des précautions prises pour les personnes souffrant d'allergies connues. Les autres effets secondaires sont jusqu'à présent considérés comme étant de courte durée.

Les données de la MHRA indiquent que ces caillots sanguins spécifiques sont plus fréquents chez les jeunes.

Avantages potentiels:

Les avantages du vaccin sont une protection contre le COVID-19 pour la personne vaccinée et pour les personnes avec lesquelles elle entre en contact, car il réduit également les risques d'infection par la personne vaccinée.

Ces avantages potentiels varient toutefois en fonction des facteurs suivants:

- la probabilité qu'une personne soit exposée au virus (par exemple, la prévalence du virus, localement, à ce moment-là; l'exposition professionnelle à ce virus)
- la probabilité qu'ils aient une complication après avoir attrapé le virus (cela dépend surtout de leur âge, mais aussi de leur état de santé).

Les avantages potentiels augmentent également chaque jour où la personne est vaccinée (et exposée au virus).

Afin d'illustrer les avantages potentiels par rapport aux risques potentiels, les chercheurs ont voulu choisir des «avantages» qui pourraient être considérés comme comparables aux risques les plus graves - ceux des caillots sanguins dont il est question. Ils ont choisi d'illustrer le nombre estimé d'hospitalisations en soins intensifs évitées par le vaccin (par tranche d'âge). Ils ont également choisi d'illustrer trois niveaux possibles d'exposition au virus - en illustrant à chaque fois les bénéfices accumulés sur 16 semaines.

Ces informations datent du 6 mai 2021 - concernant les données jusqu'au 28 avril 2021 de la MHRA au Royaume-Uni. Dans le cas d'événements très rares comme les caillots sanguins, les chercheurs s'attendent à ce que les taux fluctuent au fur et à mesure que les données les parviennent, il n'est donc pas surprenant de constater des changements d'une semaine à l'autre.

Avantages VS risques selon le risque d'exposition

Les graphiques montrent les bénéfices calculés avec des niveaux d'incidence (sur 100.000 par semaine) de 42 (risque d'exposition très faible), 140 (risque d'exposition faible), 419 (risque d'exposition moyen) et 1391 (haut risque d'exposition). Bien entendu, il est important de noter que les bénéfices de la vaccination continuent de s'accumuler au fil du temps et que, même si l'incidence est faible aujourd'hui, elle peut augmenter à nouveau à l'avenir (l'hiver). Même si elle reste faible, la vaccination devrait apporter des bénéfices sur plus de 16 semaines.

Dans la semaine du 08 au 14 novembre 2021 l'incidence était 228 donc entre un risque faible et moyen. Le risque d'exposition dépend de la prévalence locale du virus et du degré d'exposition d'une personne à d'autres personnes susceptibles d'être porteuses du virus. Les professionnels de santé soignant des personnes infectées au COVID-19 ont donc un risque fortement élevé par rapport à la population.

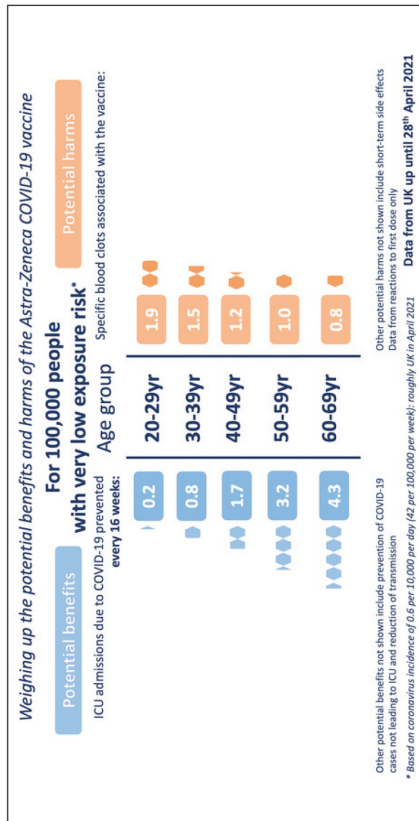


Fig. 1: Risque d'exposition très faible (14.-20.06.2021) (Winton Centre for Risk & Evidence Communication, University of Cambridge, 2021)

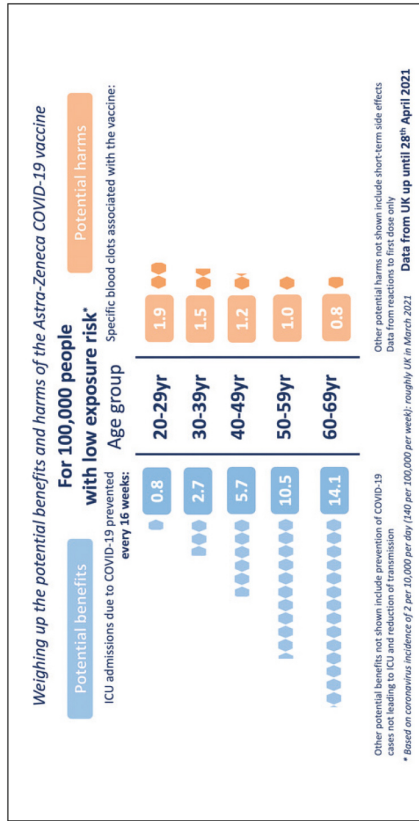


Fig. 2: Risque d'exposition faible (18.-24.10.2021) (Winton Centre for Risk & Evidence Communication, University of Cambridge, 2021)

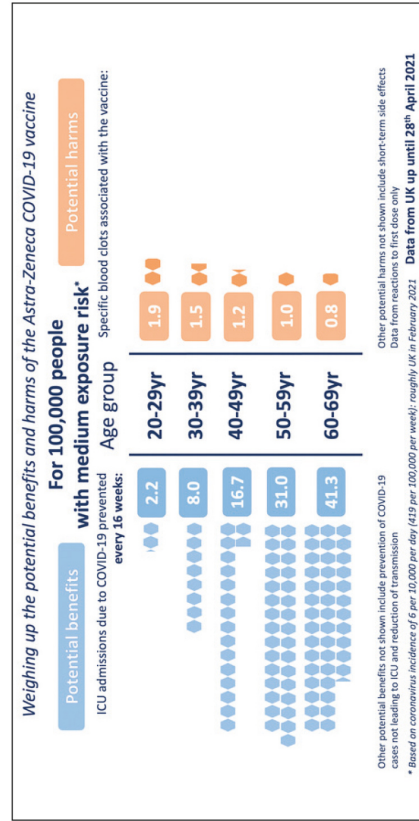


Fig. 3: Risque d'exposition moyen (19.-25.10.2021) (Winton Centre for Risk & Evidence Communication, University of Cambridge, 2021)

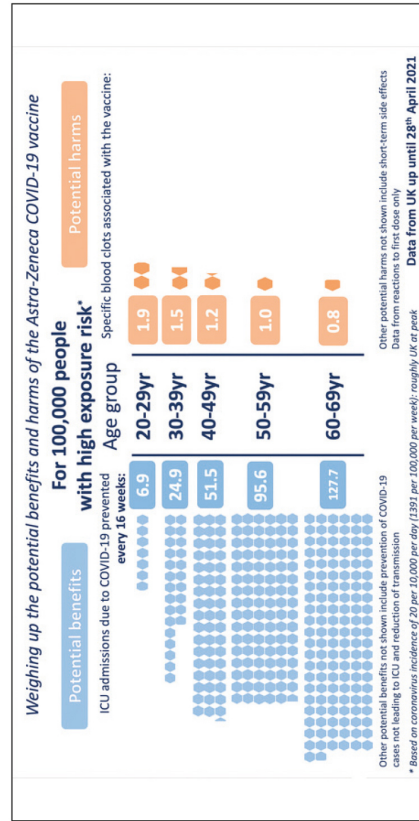


Fig. 4: Risque d'exposition haut (Winton Centre for Risk & Evidence Communication, University of Cambridge, 2021)

Ces graphiques montrent le bilan approximatif tel qu'il serait pour des personnes d'âges différents, sur 16 semaines, à quatre expositions différentes au virus (qui dépendrait de la prévalence locale du virus et du degré d'exposition d'une personne à d'autres personnes susceptibles d'être porteuses du virus). Les personnes souffrant de problèmes de santé qui augmentent le risque d'une complication du COVID-19 bénéficieraient encore plus du vaccin que celui illustré pour leur tranche d'âge.

Les chercheurs ont également examiné les données classées par sexe. Actuellement, les données de la MHRA ne montrent aucune différence statistiquement significative entre la probabilité que les hommes ou les femmes développent les caillots sanguins spécifiques - bien qu'il y ait légèrement plus de cas chez les femmes que chez les hommes, cela pourrait être dû à une variation par hasard, ou peut-être à une sous-déclaration chez les hommes.

Les avantages potentiels pour les hommes et les femmes, en particulier à partir de 40 ans environ, diffèrent, les hommes bénéficiant d'un avantage potentiel plus important parce qu'ils sont plus exposés au risque de complication du COVID-19.

Il est très important de noter que les bénéfices indiqués sont approximatifs, car ils sont pris à un niveau constant d'exposition au virus pendant 16 semaines. **Une personne vaccinée continuera d'accumuler ces avantages pendant toute la durée de la protection offerte par le vaccin. Le risque lié à la vaccination ne survient qu'au moment de la vaccination. Cela signifie qu'avec le temps, les avantages augmenteront, mais pas les risques.**

Il est également important de noter que les bénéfices illustrés ne concernent que l'admission en soins intensifs due à la COVID-19. **Pour chaque personne qui a été sauvée d'une admission en soins intensifs, il y en a beaucoup d'autres qui pourraient être sauvées d'une hospitalisation et du long-COVID.** Nous n'illustrons pas non plus l'avantage de ne pas propager le virus à d'autres personnes.

Lors de la prise de décision, il est également important de tenir compte des autres vaccins disponibles. **Par exemple un vaccin tout aussi efficace et ne comportant pas le risque de réaction au caillot sanguin, pourrait faire basculer la décision en faveur de ce vaccin plutôt que celui d'Astra-Zeneca.** Cependant, le risque d'exposition au virus COVID-19 pendant chaque semaine de retard devrait être pris en compte dans la décision d'attendre ou non.

Tous ces facteurs font que toute décision concernant le vaccin d'Astra-Zeneca est complexe - le rapport risque/bénéfice varie selon les personnes et selon la prévalence du virus. Nous espérons que ces graphiques aideront à rendre ces complexités un peu plus claires.

Anne-Marie HANFF
Infirmière, cand. Ph. D.

Source:

Winton Centre for Risk & Evidence Communication, University of Cambridge (2021). Latest data from the MHRA on blood clots associated with the Astra Zeneca COVID-19 vaccine. URL: <https://wintoncentre.maths.cam.ac.uk/news/latest-data-mhra-blood-clots-associated-astra-zeneca-covid-19-vaccine/> (Zougrëff: 19.11.2021)

Gouvernement (2020). COVID-19 : Rétrospective de la semaine du 19 au 25 octobre. URL: https://gouvernement.lu/fr/actualites/toutes_actualites/communiqués/2020/10-octobre/28-retrospective-covid.html

Ministry of Health, the Ministry of Education, Children and Youth, the National Health Laboratory (LNS) and the Luxembourg Institute of Science and Technology (LIST) (2021). New COVID-19 cases - Weekly review: 14 - 20 June. URL: <https://covid19.public.lu/en/news-covid19/communiqués/2021/06/24-weekly-review.html>

Ministry of Health, the Ministry of Education, Children and Youth, the National Health Laboratory (LNS) and the Luxembourg Institute of Science and Technology (LIST) (2021). New COVID-19 cases - Weekly review: 18 - 24 October. URL: <https://covid19.public.lu/en/news-covid19/communiqués/2021/10/27-weekly-review.html>

Ministry of Health, the Ministry of Education, Children and Youth, the National Health Laboratory (LNS) and the Luxembourg Institute of Science and Technology (LIST) (2021). New COVID-19 cases - Weekly review: 08 - 14 November. URL: <https://covid19.public.lu/en/news-covid19/communiqués/2021/11/17-weekly-review.html>



Tragen der Masken sowie Distanzregeln reduzieren COVID-19 Neuinfektionen

Weltweit bemühen sich Regierungen und Gesundheitsorganisationen, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 durch verschiedene Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit einzudämmen. Diese systematische Übersicht von Studien hat ergeben, dass die Anzahl von neu aufgetretenen Covid-19-Infektionen durch das Tragen der Masken (Risiko halb so hoch) sowie körperlicher Distanzierung (1/4 des Risikos) reduziert werden kann.

Aufgrund fehlender Daten war es nicht möglich, die Auswirkungen der Art der Gesichtsmasken (z. B. chirurgische Masken, Stoffmasken, N95-Atemschutzmasken) sowie der Compliance und der Häufigkeit des Tragens von Masken zu bewerten. Ebenso war es nicht möglich, die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen Empfehlungen für körperliche Abstände (z.B. 1,5 m, 2 m oder 3 m) als Präventionsstrategien zu bewerten.

Die Wirksamkeit von Maßnahmen wie allgemeinen Abriegelungen und Schließungen von Betrieben und Schulen zur Eindämmung von Covid-19 hat sich weitgehend als wirksam erwiesen, hing jedoch von der frühzeitigen Umsetzung ab, als die Inzidenzraten von Covid-19 noch niedrig waren.

Die Isolierung oder der Aufenthalt zu Hause scheint eine wirksame Maßnahme zur Verringerung der Übertragung von SARS-CoV-2 zu sein. Allerdings verwendeten die eingeschlossenen Studien ausschließlich Telefondaten um den Aufenthalt zu Hause oder die Isolierung zu bewerten.

Eine andere Studie berichtete, dass die Quarantäne die Übertragung von SARS-CoV-2 in einer Kohorte mit einer niedrigen Prävalenz des Virus wirksam verringerte. Es ist nicht bekannt, ob dieselbe Wirkung auch bei einer höheren Prävalenz zu beobachten wäre. Die Übersichtsarbeit konnte keine Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit von Reisebeschränkungen und vollständigen Grenzschießungen ziehen aufgrund einer unzureichenden Studienanzahl. Auch die systematische Fiebermessung erwies sich als unwirksam, da nur 24 % der positiven Fälle hierdurch erfasst wurden.

Die in dieser Übersichtsarbeit enthaltenen Informationen beruhen auf den derzeitigen Erkenntnissen und sind daher mit Vorsicht zu betrachten. Die Informationen werden daher aktualisiert, sobald zusätzliche Daten, insbesondere aus aussagekräftigeren Studien, verfügbar werden.

Originalarbeit:

Talic S, Shah S, Wild H, Gasevic D, Maharaj A, Ademi Z et al. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2021; 375 :e068302 doi:10.1136/bmj-2021-068302 URL: <https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-068302>

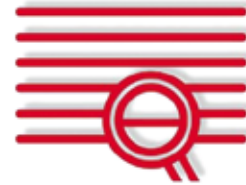
Anne-Marie HANFF,
Infirmière, cand. Ph. D.

HOW TO SPOT FAKE NEWS



CONSIDER THE SOURCE

Click away from the story to investigate the site, its mission and its contact info.



READ BEYOND

Headlines can be outrageous in an effort to get clicks. What's the whole story?



CHECK THE AUTHOR

Do a quick search on the author. Are they credible? Are they real?



SUPPORTING SOURCES?

Click on those links. Determine if the info given actually supports the story.



CHECK THE DATE

Reposting old news stories doesn't mean they're relevant to current events.



IS IT A JOKE?

If it is too outlandish, it might be satire. Research the site and author to be sure.



CHECK YOUR BIASES

Consider if your own beliefs could affect your judgement.



ASK THE EXPERTS

Ask a librarian, or consult a fact-checking site.

IFLA

International Federation of Library Associations and Institutions

With thanks to www.FactCheck.org

Depuis qu'elle est à la retraite,

Monique a un hobby.

Faire son travail.

VOUS AUSSI, DEVENEZ BÉNÉVOLE!

**Médecin du Monde a besoin toute l'année
de bénévoles médicaux et non-médicaux.**

Engagez-vous ou faites un don pour venir
en aide aux plus démunis.

Plus d'infos sur: www.medecinsdumonde.lu



Médecins du Monde Luxembourg recrute :

toute l'année pour les besoins de ses activités de soins offerts aux personnes vulnérables au Luxembourg

DES INFIRMIÈRES / INFIRMIERS BÉNÉVOLES

Principales tâches : accueillir les patients, réaliser une anamnèse et un bilan initial ; assurer des consultations infirmières ; assurer des consultations médicales en collaboration avec un médecin bénévole ; tenir à jour le dossier de soins informatisé ; participer à la gestion du stock de médicaments ; assurer des maraudes (soins de rue).

Votre profil : formation infirmier(ère) avec autorisation d'exercer au Luxembourg prêt(e) à se former

Qualités : autonomie, organisation et rigueur, esprit d'équipe, empathie, sens des responsabilités, dynamisme, sensibilité à la santé-précarité, disponible ; la constance dans l'engagement et dans le respect des disponibilités personnelles ; **Langues :** toute langue est un avantage.

Où et Quand : les lieux d'activité sont à Luxembourg Bonnevoie et à Esch-sur-Alzette. Un engagement minimum de 2 permanences de soins par mois est souhaité. Les permanences de soins ont lieu en journée et en soirée comme suit :

Les lundis de 08h à 10h (soins de rue) et de 10h à 12h au Caso Bonnevoie

Les mardis de 15h à 17h00 au Caso Bonnevoie

Les mercredis de 17h00 à 19h00 au Caso Bonnevoie

Les jeudis de 10h00 à 12h00 au Caso Esch-sur-Alzette

Les vendredis de 10h à 12h au Caso Bonnevoie

DES INFIRMIÈRES / INFIRMIERS EN DENTISTERIE BÉNÉVOLES

Tâches : accueil des patients; Coordination et gestion du flux; Ecouter et répondre aux questions et inquiétudes des patients; Aide au fauteuil pendant les soins donnés par le dentiste; Assurer la désinfection et la stérilisation du matériel;

Quand ? Les mercredis matins et/ou en soirées **Où ?** En salle de dentisterie du CHL, à la clinique pédiatrique. **Votre profil :** formation : infirmier(ère) avec autorisation d'exercer au Luxembourg prêt(e) à se former; **Qualités :** autonomie, organisation et rigueur, esprit d'équipe, empathie, sens des responsabilités, dynamisme, sensibilité à la santé-précarité, disponible; **Langues :** toute langue est un avantage.

Nous offrons à nos bénévoles

une activité intéressante et variée au sein d'une équipe pluridisciplinaire de professionnel(le)s confirmé(e)s et engagé(e)s ; une activité humanitaire dans une ONG avec un réseau international ; une insertion et un encadrement tenant compte de leurs expériences et de leurs attentes ; une formation gratuite aux outils et missions de Médecins du Monde ; une planification mensuelle flexible des activités de chaque bénévole en fonction de ses disponibilités et des besoins ; une assurance « responsabilité civile » pour les activités bénévoles ; une possibilité de participation et d'évolution dans le cadre des nombreuses autres activités de Médecins du Monde Luxembourg ;

Nous serons heureux de répondre à votre candidature (Lettre de motivation, CV, Photo) que nous vous prions d'adresser à : Médecins du Monde Luxembourg

via : <https://medecinsdumonde.lu/> ou : benevole@medecinsdumonde.lu ou <https://www.facebook.com/MdMLux> ,
ou par courrier postal : Rue d'Audun 5 / L -4018 Esch-sur-Alzette

La santé pour tous !

Médecins du Monde a.s.b.l. est une organisation internationale de développement médical, qui fournit des soins médicaux aux personnes vulnérables au Grand-Duché de Luxembourg et dans le monde, en promouvant l'accès et le droit à la santé. Le premier objectif est de soigner. Mais l'association va plus loin : à partir de sa pratique médicale, Médecins du Monde témoigne des difficultés à l'accès aux soins, des atteintes aux droits de l'Homme et à la dignité humaine.

Au Luxembourg, les bénéficiaires de soins sont toutes les personnes en souffrance n'ayant pas accès aux soins (ex.: femmes vulnérables avec enfants, personnes sans abri, citoyens européens sans couverture sociale et depuis au moins trois mois dans le pays, personnes sans papiers et des luxembourgeois en situation de précarité).

A Bonnevoie, le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), situé au 30 Dernier Sol, est le principal centre de soins de Médecins du Monde au Luxembourg. Des équipes formées d'un(e) accueillant(e) social(e), d'une assistante sociale, d'un infirmier(-ière), d'un(e) médecin généraliste, d'un(e) psychologue, tous essentiellement bénévoles, y assurent les permanences de soins. Un service d'orientation sociale, des suivis individuels en santé mentale et des soins de pédicure médicale y sont aussi proposés. Une permanence de soins est réservée aux femmes avec difficultés d'accès aux soins et aux services médicaux-psycho-sociaux, ainsi qu'aux enfants sans accès aux soins, accompagnés de leur mère, en vue d'une affiliation à la CNS et/ou de prolongation à la CNS.

A Esch-sur-Alzette, au siège de l'association, situé au 5 rue d'Audun, Médecins du Monde assure une permanence hebdomadaire de médecine générale. Des équipes composées de médecins généralistes, d'infirmiers (-ières), d'assistantes sociales, de psychologues et d'accueillants non-médicaux, essentiellement des bénévoles, se relayent pour assurer les soins.

Le bénévolat est le cœur, le moteur, de l'accès aux soins pour tous. C'est en mobilisant des équipes bénévoles multidisciplinaires que Médecins du Monde peut mettre des professionnels de santé en contact avec des personnes vulnérables, celles qui sont exclues des soins. Les compétences des équipes bénévoles créent la dynamique de développement qualitatif des programmes de soins.

Les donateurs permettent le financement des programmes de soins de Médecins du Monde. Ces soutiens sont essentiels. Chaque don compte !

Médecins du Monde :

BGLLULL IBAN LU93 0030 0933 3757 0000

ou BILLLULL IBAN LU75 0020 0100 0005 0700

www.medecisdumonde.lu

Tél : (+352) 28 89 23 71



association sans but lucratif
reconnue d'utilité publique



ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU LUXEMBOURG

B.P. 1184 | L-1011 LUXEMBOURG

Bulletin d'Adhésion Anil

Nom:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse:

.....

Téléphone (privé):

E-mail:

Nationalité:

Fonction Actuelle:

Date du jour:

Qualité de membre: membre actif membre passif membre étudiant

Assurance: oui non

Membre actif (cotisation 65,00 €):

peut devenir toute personne qui a un diplôme d'infirmier ainsi que tout membre d'une profession dont la formation est une spécialisation basant sur le diplôme d'infirmier, travaillant au Luxembourg.

Membre passif (cotisation 20,00 €):

peut devenir toute personne, ne remplissant pas les conditions d'admission comme membre actif ou junior (p.ex. en retraite).

Membre étudiant (gratuits à partir de BSI 1):

peuvent devenir les étudiants en soins infirmiers, ainsi que ceux des différentes spécialisations.

Le coût de l'assurance professionnelle est de 25,33 €/par an et s'ajoute à la cotisation.

Pour contracter une assurance il faut être membre de l'ANIL.

Informations supplémentaires: www.anil.lu



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



Télécharger dans l'App Store



DISPONIBLE SUR Google Play



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®



YOUR
BRIDGE
TO LIFE

Envie de devenir
propriétaire ?

SPUERKEESS.LU