



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

Dezember 2022

# ANILnews

## Féierungsqualität mat der entspriecheuder Personalféierung

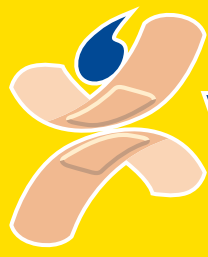
Page 22 - 29

PERIODIQUE



Envois non distribuables à retourner à:  
L-3290 BETTEMBOURG

PORT PAYÉ  
PS/506



**verbandskëscht**  
Soins & aides à domicile



Fleeg doheim



Hëllef am Alldag



Fleeg am Cabinet



Wonnefleeg



Kiné



lessen op Rieder

**Mat ons kënnst Der  
äre Kapp a Rou leeën**



Ënnerstëtzung  
am Alldag\*



 **2830**

[www.vbk.lu](http://www.vbk.lu)

\* Zousazservicer, déi net just lech, mä och Ären  
nooste Persounen d'Liewe vereinfachen.

# SOMMAIRE

## Edito

Danielle MEYER 1  
Trésorière ANIL

## Actualités de l'ANIL

- Reforme vun den Attributiounen 4  
En weideren Bléck hannert  
d'Kulissen vun der Fleeg 5  
Code déontologique du CII  
pour la profession infirmière.  
Révisé en 2021. 7  
Code déontologique du CII pour la  
profession infirmière et le role des  
associations. Révisé en 2021. 9  
Zusammenfassung der  
LëtZCare Studie 13  
Quand la gentillesse devient toxique,  
ou comment la gentillesse rend les  
infirmières silencieuses et maintient  
le statu quo dans les soins infirmiers 19

## Actualités professionnelles

- Magnetkrankenhäuser -  
Was macht sie so besonders? 22  
Zukunft braucht Mut! 26  
Gesundheitsorientierte Führung  
in der Pflege 29  
Teamkonflikte in der Pflege: „Sinne  
schärfen, Kompetenzen erweitern“ 33  
Eng Fleegekraft op véier Patten  
am CHdN zu Wolz 36  
La pratique pédagogique informée  
par des résultats probants d'infirmières  
enseignantes en Belgique francophone 37

## 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.



Léif Memberen,

Ewéi a der leschter ANIL News ugekennegt wëlle mer eis a dëser newsletter mat dem wichtege Thema vum Management befaasse. An der LëtZCare Etüd war énnert anerem erauszeliesen, dat Féierungqualitéit a Participatioun un Entscheedungen ee positiven Afloss ob Aarbechtszefriddenheet a eisem Secteur hunn.

Dëst ass fir mech net verwonnerlech an ech denken dat vill Féierungspersounen och net vun dësem Fazit iwwerrascht gi sinn. A menger Karriär als Manager hunn ech viles misste léieren an am Ufank hunn ech och munch Feeler gemaach well ech meng Iddien a Zieler wollt duerchsetzen ouni méin Team genuch mat agebonnen ze hunn ... séier sinn ech mer bewosst ginn, dat ech nach esou flott, innovativ a qualitativ Projet'en lancéiere kann, ouni Mataarbechter déi dat ganz matdroen an ëmsetze verleeft alles am Sand.

Natierlech ass de Manager déi Persoun, déi Iddi'en resp. Zieler virgëtt, dat ob Basis vu sengem Patron an am Sënn vum Patient ... awer d'Ëmsetzung kann just geléngt wann dat ganz Team derhannert steet an bei der Ausschaffung seng Iddien och mat afléisse loosene kann.

Am moderne Gesondheitsmanagement schwätzt een oft vum „management by objectives“ also dem zilgerichte Management. Hei gett festgeluecht, wei eng Zieler mer ustriewen an erreche wëllen, orientéiert un Populatioun, un Acteuren um Terrain (Spideeler, ambulante Beräich ...) un de Patient/Client oder och un systemeschen Ëmfeld mat senger finanzieller Contrainten. Faktore vun der Qualitéitssecherheet ewéi Strukturqualitéit, Prozessqualitéit a Ergebnisqualitéit (Moose vun Outcomes) sinn natierlech ee weidere wichtege Volet vum Management.

Fir mech ass awer ee ganz wichteg Beräich **d'Féierungsqualitéit mat der entsprecherender Personalféierung**. Et ass näischt Komplizéiertes a et gëllen haut nach ëmmer déi selwecht Ufuerderungen un e Chef, och wann viles am modernen Management néi Nimm kritt. Fro är Mataarbechter wat se vun hirem Chef erwaarden, a verlaangt näischt vun hinne wat der net selwer och géift maachen. Als Beispill: wann der vun äre Mataarbechter verlaangt, dat se kritikfäeg sinn, da sollt der och mat Kritik kennen ëmgoen déi vum Team kéint, Mataarbechter déi fuerderen, viles a Fro stellen, solle fir iech en Challenge sinn a net nëmme lästeg ... A virun allem soll een sech bewosst sinn, dat et immens wichteg ass, gerecht a konsequent ze bléiwen, wat fir ee gëllt muss och fir deen anere gëllen. Bevirdeelegung vu Verschiddene vis a vis vun Anere mécht ganz schlecht Stëmmung an äert Team ass dann méi mat sech selwer beschäftegt ewéi sech op seng eigentlech Aarbecht ze konzentréieren.

Dann sinn ech der Iwwerzeugung, dat och all Manager muss dee Courage hunn, senger Virgesetzten ze soen wat een net gutt fënnit a wou een net domat averstanen ass, awer och gläichzäitig Virschléi maachen déi léisungsorientéiert sinn. Sech hannert Direktiven a Standard'en ze verstoppen ass och net Léisung wann är Mataarbechter am Alldag dauernd hin a hier gerappt sinn tëschen dem Besoin vum bénéficiaire de soins, de berufflecher Ethik an de Virschreften, Direktiven, note de service, protocole de soins ... vum Haus.

Als Féierungspersoun hunn ech eng Matresponsabilitéit fir Wuelbefannen vun mengen Mataarbechter an se hunn een Recht op hir fréi Deeg an hir Congédeeg ... ech muss mech dofir asetzen dat se a hirer Fräizäit net zeréckgeruff ginn, eng Work-Life-Balance méiglech ass an en Ëmfeld schaffen, wou se hir Aarbecht ouni ze vill Drock, Angscht virun Feeler oder Repressiounen kennen ausféieren. Nach ëmmer schéint mer eng Feelerkultur an eisem Beräich net wierklech gelieft ze ginn. Ech sinn och der Meenung, dat Unerkennung a Luewen vun den Mataarbechter den Manager net vill resp. näischt kascht dofir awer vill bréngt.

An deem Sënn wënschen ech iech all eng gutt Lecture a néi Denkestéiss fir eisen Alldag zefridden a qualitativ unzuegoen.

**Danielle MEYER**  
Trésorière ANIL

# Je n'ai pas gribouillé sur le mur.

J'ai appris pourquoi le  
rouge à lèvres s'appelait  
rouge « à lèvres ».

Parfois, ça marche. Parfois, on apprend.  
**Nous assurons ta créativité**





# Reforme vun den Attributiounen: Role propre vun der Infirmière/dem Infirmier um Beispill vum Umgang mat Aphten

In der Zusammenarbeit mit den medizinischen KollegInnen gibt es viele Grauzonen. Dabei berichten Gesundheits- und Krankenpflegende zunehmend über Situationen in denen ihre selbstständige Arbeitsweise zunehmend eingeschränkt wird. Gleichzeitig wird die veraltete Gesetzlage von 1998 überarbeitet. Auf Basis der Leitlinien zur pharmazeutischen Beratung und den in den Diagrammen dargestellten Beratungsabläufen diskutieren wir die interprofessionelle Zusammenarbeit und die roten Flaggen, ab wann eine ärztliche Rücksprache empfohlen wird. Der aktuelle Handlungsspielraum der Gesundheits- und Krankenpflegenden anhand nicht-medikamentöser Maßnahmen sowie die notwendigen gesetzlichen Anpassungen bei medikamentösen Maßnahmen werden abgeleitet. Dabei werden konkrete Vorschläge gemacht. Die in Luxemburg üblichen Produktnamen wurden wenn möglich mit angegeben. Wir empfehlen eine Zusammenarbeit mit der Apotheke bei der Anschaffung von Produkten, welche in und außerhalb von Apotheken erhältlich sind.

Bei Aphten handelt es sich bekannterweise um nicht infektiöse Erkrankungen der Mundschleimhaut. Die Ursachen sind teilweise unbekannt, allerdings treten Aphten oft gemeinsam mit einer geschwächten Immunabwehr auf. Ebenfalls können Stress, Hormonschwankungen oder verschiedene Nahrungsmittel Auslöser sein. Schmerzen werden durch bakterielle Superinfektionen ausgelöst, weswegen eine gute Mundhygiene zur Beschwerdelinderung wichtig ist. Die regionalen Lymphknoten im Halsbereich können geschwollen sein und eine spontane Abheilung erfolgt

meist innerhalb von 1-3 Wochen. Grundsätzlich wird angeraten, bei Betroffenen mit vereinzelt, schmerzhaften Schleimhautläsionen ohne Fieber oder andere Begleiterkrankungen wie Grippe, Masern oder Scharlach (= rote Flaggen) mit **entzündungshemmenden** Produkten zu beginnen, welche die Abheilung fördern. Hierunter fallen Kamille, Salbei oder auch Produkte mit Dexpanthenol (Bepanthen Lutschtabletten oder Lösung). Das Auftragen von Lokalanästhetika (Lidocain Xylocain Mundgel), Polidocanol Salbe, Benzocain Pastillen) kann **schmerzlindernd** wirken.

## Die Reform des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes in Luxemburg

Als Berufsverband setzen wir uns besonders bei der Reform des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes dafür ein, dass die Gesundheits- und Krankenpflegende in der in der aktuellen Grauzone im Umgang mit Medikamenten abgesichert wird und selbstständig handeln kann. Denn aktuell scheinen Gesundheits- und Krankenpflegende in Luxemburg durch die Gesetzgebung nicht das Recht zu haben, weder die frei erhältliche Bepanthenalbe noch das Xylocain Gel ohne ärztliche Verordnung zu verabreichen, da diese als Medikamente eingestuft werden. Die Luxemburgische Gesetzgebung (Code de santé, 2020), definiert ein Medikament folgenderweise:

«Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales. Toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions organiques chez l'homme ou l'animal est également considérée comme médicament.».

Dass diese Beschreibung recht dehnbar scheint wird am Beispiel von *Bepanthen (Dexpanthenol)* erkenntlich. Dieses wird beispielsweise in der „Liste des médicaments commercialisés valable au 1<sup>er</sup> février 2023“ als Medikament mit aufgeführt. Gleichzeitig darf laut dem veralteten „Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier“ > Artikel 2.1. „Soins et actes techniques relevant d'une prescription médicale et exécutables en dehors de la présence du médecin“ > Punkt 2.1.3. folgende medikamentöse Substanzen ausschließlich auf ärztliche Verordnung verabreicht werden: „application de pommades, gouttes, collyres“. Dies bedeutet konkret, dass selbst die häufig verwendete Bepanthenalbe zwar durch die Betroffenen frei in der Apotheke gekauft werden kann, während die Gesundheits- und Krankenpflegenden diese ausschließlich auf ärztliche Verordnung anwenden dürfen. Diese unklare Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegenden in solchen Situationen ist einer der Gründe für den frühzeitigen Berufsausstieg (siehe Zusammenfassung der Lütz-Care Studie in dieser Ausgabe). **Wir vertreten die Meinung, dass dies in der Realität weder gerechtfertigt noch umsetzbar ist, da die Pflegenden über ausreichende Kompetenzen verfügen und diese Regelung den Betroffenen mehr schadet als schützt. Demnach setzen wir uns dafür ein, dass alle Medikamente, welche ohne ärztliche Verordnung in der Apotheke erhältlich sind, ebenfalls ohne ärztliche Verordnung durch die Gesundheits- und Krankenpflegenden angewandt werden können.** Laut dem Code de santé (2020) erfüllen Medikamente, welche ausschließlich auf Arztverordnung erhältlich sind die folgenden Kriterien:

«Art 31 1. Les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils:

- sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans les conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale,

ou

- sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé,

ou

- contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets secondaires,

ou

- sont, sauf exception, destinés à être administrés par voie parentérale.»

Im Umkehrschluss erfüllen Medikamente, welche ohne Arztverordnung erhältlich sind wie Bepanthenalbe, diese Kriterien nicht. Dies stärkt uns in unserer Forderung.

Zurück zum Thema Aphten. Die Leitlinien beschreiben, dass die **Empfindlichkeit** der Schleimhaut zudem durch Adstringenzien (Aluminiumkaliumsulfat in Citramin Halstabletten, Ratanhiawurzelextrakt in Repha-Os Mundspray, Myrrhentinktur, Cistus incanus Tee, Rhabarber Trockenextrakt in Pyralvex gouttes) verringert werden kann. Diese koagulieren die Eiweiße an der Oberfläche der Wunde und sorgen so für eine leichte Gerbung. Diese Produkte sind teilweise nicht apothekenpflichtig und in Drogerien erhältlich. Zur lokalen **Keimreduktion** im Mundraum und zur Infektionsprophylaxe können desinfizierende Mundspülungen oder -gele angewandt werden. Chlorhexidin Mundspüllösungen (Corsodyl) und Gele enthalten teilweise Lokalanästhetika und wirken gut gegen Bakterien. Allerdings ist die Wirksamkeit gegen Viren gering. Nebenwirkungen sind reversible Beeinträchtigung des Geschmackempfinden und Taubheit der Zunge. Die Produkte sollten nur kurzfristig (< 10 Tage) angewandt werden. Povidon-Iod (Iso-betadine buccale) hingegen wirkt gegen Bakterien, Viren und Pilze und wird verdünnt als Mundspüllösung eingesetzt. Dieses Produkt ist wie üblich kontraindiziert bei einer Hyperthyreose. Falls eine deutliche Besserung nach 2-3 Wochen ausbleibt (**rote Flagge**), empfiehlt die Leitlinie dass die Betroffenen zusätzlich den ärztlichen Kollegen konsultieren. Dieser wird therapiebedürftige Superinfektionen mit Bakterien oder Pilzen, Herpes simplex oralis, Karzinome sowie andere Erkrankungen ausschließen. Aus dem Grund setzen wir uns dafür ein, dass bei der Re-

form der Gesetzgebung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes, die Grenzen pflegerischen Handelns allgemein definiert werden. Aktuell handelt die Pflege auf Basis von erlaubten einzelnen Interventionen (Attributions). Hier würde sich der Artikel 8, aus dem Gesetz der Physiotherapeuten eignen:

«Le masseur-kinésithérapeute est tenu d'orienter le patient vers un médecin ou un hôpital lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences ou en cas de suspicion d'effets secondaires liés à ses actes techniques et ceci dans des délais compatibles avec les symptômes identifiés.»

Zurück zum Thema Aphten. **Zusätzlich**, sollten harte, saure, salzige und scharfe Speisen und Getränke vermieden werden. Kaugummis helfen den Speichelfluss anzuregen. Zudem kann das Kauen von getrockneten Heidelbeeren die Empfindlichkeit durch die enthaltenen Gerbstoffe reduzieren. Vitamin A und Zink sind bei Neigung zu entzündlichen Schleimhautveränderungen oft vermindert. Ein Multivitamin- und Mineralstoffpräparat kann helfen. Hier wie üblich auf die Kontraindikationen achten und interdisziplinär zusammenarbeiten.

**Autorin**

**Anne-Marie HANFF**

Doktorantin an Präsidentin von der ANIL

## Literatur

- Code de santé (2020). URL: <https://www.legilux.public.lu/eli/etat/leg/code/sante/20201030>
- Lennecke, Hagel und Prondziona (2012) Selbstmedikation. Leitlinien zur pharmazeutischen Beratung. 5te Aufl. Deutscher Apothekerverlag.
- Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier. URL: <https://data.legilux.public.lu/filestore/eli/etat/leg/memorial/1998/a10/fr/pdf/eli-etat-leg-memorial-1998-a10-fr-pdf.pdf>
- Règlement grand-ducal du 6 novembre 2018 déterminant le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de masseur-kinésithérapeute. URL: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2018/11/06/a1039/jo>

## En weideren Bléck hannert d'Kulissen vun der Fleeg

D'Fro „Wat kann d'Infirmière iwwerhaupt selwer decidéieren? Well sou wéi ech et verstanen hunn, decidéiert den Dokter an d'Infirmière féiert aus, oder?“ traut een sech baal net haart auszeschwätzen, me déi stellen sech vläit méi Leit ewéi een mengt. An hirer Carte Blanche geet d'Infirmière an Fleegewessenschaftlerin Anne-Marie Hanff, op déi ënnerschiddlech Grënn an, firwat d'Infirmière leider oft nach als Assistent vum Dokter gesi gëtt.

**N**et seelen gëtt den Beruff vun der Infirmière op Akten ewéi picken oder Verbänn man reduzéiert - Akten, déi si an Zesummenaarbecht mam Dokter duerchéiert. Während den Dokter den Expert vun der Erkrankung selwer ass, ass d'Infirmière den Expert fir d'Problemer, déi duerch d'Erkrankung entstinn. Well si den meeschten Kontakt mat den Betroffenen huet, iwwerhëlt si och Akten, déi normalerweis ënnert d'Aufgab vum Dokter falen. Dëst ass dann op Ordonnance vum Dokter. Donieft kann d'Infirmière besonnesch bei net-medikamentéisen Moossnahmen entscheeden, wéi si z.B. d'Péng vun den Betroffenen soulagéiert: killen, wiermen, positionéieren, oflenken, informéieren wat déi Betroffenen selwer ma kennen,... Während dëst selbststänneg Schaffen den eigentlechen Infirmiersberuff ausmësch, neigen d'Infirmiëren dozou, déi bezuelten Akten op Ordonnance vum Dokter als Haaptaufgaben ze verënnerechen, well eben bal nëmmen dës Ausschnëtter finanzéiert ginn, an well fir déi aner Saachen keng Zäit méi bleift. Dëst huet sech leider och op politescher Ebene an an eiser Gesellschaft festgesat. Dobäi ass et grad déi Aarbecht ouni Ordonnance vum Dokter déi mësch, dass d'Infirmière hiert Potential voll ausnotzen kann.

Hei en Beispill: D'Infirmière kennt all Dag bei d'Madame Z. fir hiren Bluttzocker ze moossen. Si huet dofir nëmmen e puer Minutten, soudass si dono séier weider bei den nächsten Client fiert. Enges Dags mierkt si dass d'Mme Z verwäsch schwätzt an duercherneen ass, si huet Wahnfirstellungen. D'Infirmière ënnersicht si op Unzeechen vun engem Hiereschlag an rífft um Wee bei den nächsten Client dem Jong vun der Mme Z. un. Si huet keng Zäit fir den Problem weider ofzeklären - dobäi

ass Weekend, an si recommandéiert dem Jong d'Am-bulanz ze ruffen fir dass een sech drëm këmmere kann - E Besuch an der Urgence deen d'Famill der Mme Z., wa méiglech, gären erspueren wéilt.

Wat gouf elo iwwersinn? D'Madame Z. huet och eng Liewerzirrhose, d.h. d'Liewer kann den Kierper net méi entgëften. Dën Ammoniak schiedegt d'Gehirn an féiert zu den Symptomer vun der Mme Z. (och genannt hepatesch Enzephalopathie). Dëst kann ënner anerem duerch en Sirop verhënnert ginn. Et huet sech erausgestallt, dass dëst bei der Mme Z. den Fall war: D'Mme Z. huet den verschriwwenen Sirop net geholl. Si geet och nëmmen wann et onbedéngt néideg ass bei en Dokter.

D'Infirmière kennt zwar all Dag fir den Bluttzocker ze moossen, den System gesäit awer keng Zäit fir, fir dass si vu sech aus d'Medikatioun an d'Komplikatiounen vun enger Liewerzirrhose suivéiert, obwuel si d'Kompetenzen dofir huet an sur Place ass. Si kann also ganz vill selwer decidéieren, mä den Kontext mësch et hier net einfach.

Fir an Zukunft der Mme Z. en Openthalt an den Urgencen ze erspueren an der Infirmière hier Kompetenzen sënnevoll ze notzen, muss si eng Consultatioun Infirmière ofrechnen kennen. Dëst erlaabt an Zesummenaarbecht mam Dokter bei hier den Suivi ze man, ouni dass hiren Beruff op en eenzegen Acte vun e puer Minutten reduzéiert gëtt.

**Ausféierlech Informatiounen:** Hanff A-M (2016). Schwester! Ein Blick hinter die Kulissen der Pflege. Forum. URL: <https://www.forum.lu/article/schwester/>

**Auteur**

**Anne-Marie HANFF**

Doktorantin an Presidentin vun der ANIL

# ANIL

ASSOCIATION NATIONALE  
DES INFIRMIÈRES ET  
INFIRMIERS DU LUXEMBOURG



*Find & Like us  
on Facebook*





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

Nos prestations :

Allocation de naissance

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

Secours en cas de maladie

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

Participation aux frais de kinésithérapie

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

Participation aux frais de transport en ambulance

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

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

## **CAISSE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE MUTUALISTE**

Votre mutuelle pour la vie

**Adresse**

32-34, rue de Hollerich  
L-1740 Luxembourg

**Heures d'ouverture**

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

**Contact**

Tél.: +352 47 45 93  
E-mail: [info@cgpm.lu](mailto:info@cgpm.lu)  
[www.cgpm.lu](http://www.cgpm.lu)





# Code déontologique du CII pour la profession infirmière et le rôle des associations. Révisé en 2021

C'est en 1953 que le Conseil International des Infirmières a adopté, pour la première fois, un code déontologique international destiné aux infirmières et aux infirmiers. Le Code a depuis été révisé et réaffirmé à plusieurs reprises. Sa dernière révision a abouti en 2021 à la présente version.

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière compte quatre grands volets formant un cadre de conduit éthique: les infirmières et les patients ou d'autres personnes nécessitant des soins ou de prestations infirmières; les infirmières et la pratique; les infirmières et la profession; les infirmières et la santé mondiale. Ce document décrit le code et les recommandations pour mise en pratique par les associations nationales.

## 1. Les infirmières et les patients ou d'autres personnes nécessitant des soins ou des prestations infirmières

- 1.1 Les infirmières ont pour responsabilité professionnelle première de **dispenser des soins et des prestations infirmières** aux personnes qui en ont besoin, aujourd'hui comme demain, qu'il s'agisse de personnes, de familles, de collectivités ou de populations (collectivement désignées ci-après comme «patients» ou «personnes ayant besoin de soins»).
- 1.2 Les infirmières s'efforcent **d'instaurer un environnement** dans lequel les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances religieuses ou spirituelles de la personne, des familles et des collectivités, sont reconnus et respectés de tous. Les droits des infirmières sont inclus dans les droits de l'homme et doivent être respectés et protégés.
- 1.3 Les infirmières s'assurent que la personne et sa famille reçoivent des **informations** intelligibles, exactes, suffisantes et en temps voulu, d'une manière adaptée à la culture, à la langue, aux besoins cognitifs et physiques et à l'état psychologique du patient, sur lesquelles le consentement aux soins et aux traitements connexes peut se fonder.
- 1.4 Les infirmières respectent le caractère **confidentiel** des informations personnelles qu'elles détiennent. Elles respectent la vie privée, la confidentialité et les intérêts des patients lors de la collecte, de l'utilisation, de l'accès, de la transmission, du stockage et de la divulgation licites des données personnelles.
- 1.5 Les infirmières respectent la vie privée et la confidentialité de leurs collègues et des personnes ayant besoin de soins. **Elles défendent l'intégrité de la profession infirmière à titre personnel et dans tous les médias, y compris les réseaux sociaux.**
- 1.6 Les infirmières **partagent avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives et d'actions** permettant de satisfaire aux besoins sociaux et de santé de toute personne.
- 1.7 Les infirmières plaident pour **l'équité et pour la justice sociale** dans la répartition des ressources et dans l'accès aux soins, de même que pour les autres prestations sociales et économiques.
- 1.8 Les infirmières appliquent **les valeurs professionnelles** de respect, de justice, de réactivité, de sollicitude, de bienveillance, d'empathie, de crédibilité et d'intégrité. Elles soutiennent et respectent la dignité et les droits universels de toute personne, notamment des patients, des collègues et des familles.
- 1.9 Les infirmières favorisent une **culture de la sécurité** dans les milieux de santé, en reconnaissant et en traitant les risques et dangers pesant sur les personnes et la sécurité des soins dans les pratiques, les prestations et milieux de santé.
- 1.10 **Les infirmières dispensent des soins fondés sur des données probantes et centrés sur la personne, tout en reconnaissant et en appliquant les valeurs et les principes des soins de santé primaires et de la promotion de la santé tout au long de la vie.**
- 1.11 Les infirmières s'assurent que le recours aux **technologies** et aux avancées scientifiques est compatible avec la sécurité, la dignité et les droits de la personne. Les infirmières veillent à ce que les soins restent centrés sur la personne et à ce que l'intelligence artificielle ou les dispositifs tels que les robots de soins ou les drones soutiennent les rapports humains sans s'y substituer.

### Mise en pratique du 1<sup>er</sup> volet du Code par les associations nationales d'infirmières

- Élaborer des prises de position, des normes de pratique et des directives sur les droits de l'homme et les normes éthiques.
- Établir des normes d'enseignement de la déontologie et assurer une formation continue des infirmières en matière de déontologie.
- Faire pression sur les pouvoirs publics, les organismes de santé et les sociétés pharmaceutiques et de dispositifs médicaux, pour qu'ils intègrent

les infirmières dans la recherche et le développement de technologies destinées aux patients.

- Exprimer les valeurs et les idéaux des soins infirmiers dans les documents fondateurs et les intégrer dans les codes déontologiques nationaux des infirmières.
- Influencer sur les employeurs pour qu'ils promeuvent des lieux de travail sains et sûrs pour les infirmières et les autres agents de santé. Fournir des directives garantissant un cadre sûr et des collectivités en bonne santé. Préconiser des procédures d'établissement de rapport claires, accessibles, transparentes et efficaces pour protéger la santé et la sécurité.

## 2. Les infirmières et la pratique

- 2.1 Les infirmières assument une **responsabilité personnelle** dans l'exercice éthique des soins infirmiers et en sont les garantes; elles cultivent leurs compétences en s'appliquant à se perfectionner de manière continue au niveau professionnel et à apprendre tout au long de la vie.
- 2.2 Les infirmières **maintiennent à jour** leur aptitude à exercer leur profession pour ne pas compromettre leur capacité à dispenser des soins de qualité et sûrs.
- 2.3 **Les infirmières exercent dans les limites de leurs propres compétences** et de leur champ de pratique réglementé ou autorisé et font preuve de discernement professionnel lorsqu'elles acceptent ou délèguent des responsabilités.
- 2.4 **Les infirmières attachent de l'importance à leur propre dignité, à leur bien-être et à leur santé. Pour ce faire, il faut des conditions de pratique favorables, caractérisées par la reconnaissance professionnelle, la formation, l'analyse, des structures de soutien, des ressources adéquates, des pratiques de gestion judicieuses ainsi que la santé et la sécurité au travail.**
- 2.5 Les infirmières observent des **normes de conduite**, en toute circonstance. Elles font honneur à la profession et renforcent leur image et la confiance du public. Dans l'exercice professionnel, les infirmières reconnaissent et respectent les limites qui existent dans les relations interpersonnelles.
- 2.6 Les infirmières partagent leurs connaissances et leur expertise et répercutent l'information, **guidant et soutenant le perfectionnement professionnel** des étudiants en soins infirmiers, des infirmières en début de carrière, des collègues et des autres soignants.
- 2.7 Les infirmières **défendent les intérêts des patients et en sont les avocates**; elles entretiennent une culture de pratique propice à un comportement respectueux de l'éthique et au

dialogue ouvert. **Les infirmières peuvent, en toute conscience, refuser de participer à certaines procédures ou à des recherches en sciences infirmières ou dans le domaine de la santé**, mais elles doivent faciliter des interventions respectueuses et prodiguées en temps voulu pour garantir que les personnes reçoivent des soins adaptés à leurs besoins individuels.

- 2.8 Les infirmières **défendent le droit de toute personne** de donner et de retirer son consentement relatif à l'accès à ses données personnelles, de santé et génétiques. Elles protègent l'usage, la vie privée et la confidentialité des données génétiques et des technologies relatives au génome humain.
- 2.9 **Les infirmières prennent toutes les mesures requises pour protéger les personnes, les familles, les collectivités et les populations, lorsque leur santé est mise en danger par un ou une collègue ou toute autre personne, par une politique, une pratique ou l'utilisation malveillante des technologies.**
- 2.10 Les infirmières participent activement à la promotion de la **sécurité des patients**. Elles encouragent une conduite respectueuse de l'éthique lorsque des erreurs se produisent ou que des incidents sont évités de justesse, donnent l'alarme lorsque la sécurité des patients est menacée, plaident pour la transparence et œuvrent avec d'autres intervenants à réduire le risque d'erreur.
- 2.11 Les infirmières sont garantes de l'**intégrité des données** afin de favoriser et faciliter les normes éthiques des soins.

### Mise en pratique du 2<sup>ième</sup> volet du Code par les associations nationales d'infirmières

- Élaborer une gamme d'offres de formation continue par le biais de périodiques, médias, conférences et enseignement à distance, reflétant les progrès dans la théorie et la pratique des soins infirmiers.
- Promouvoir des politiques nationales garantes de la qualité de la formation des infirmières et des exigences pédagogiques relatives au renouvellement de l'autorisation d'exercer.
- Faire pression pour garantir que les milieux de travail favorisent des normes de vie saine pour les infirmières. Fournir des directives sur les conditions de travail sûres et décentes pour les infirmières.
- Éclairer les autres disciplines et le grand public sur le rôle des infirmières et les valeurs de la profession infirmière. Promouvoir une image positive des soins infirmiers. Défendre des milieux et des conditions de travail exempts de maltraitance, de harcèlement et de violence.

- Définir des normes fixant les limites professionnelles et instituer des processus pour encadrer les manifestations de reconnaissance et de gratitude.
- Élaborer des normes et des directives encadrant le refus de participer à des procédures médicales données. Inclure des recommandations sur l'objection de conscience dans les codes déontologiques nationaux.

### 3. Les infirmières et la profession

- 3.1 Les infirmières jouent un rôle de chef de file dans la **définition et la mise en œuvre de normes acceptables et fondées sur des données probantes** pour la pratique clinique, la gestion, la recherche et la formation en soins infirmiers.
- 3.2 Les infirmières et les chercheuses en sciences infirmières contribuent activement à la **diffusion des connaissances professionnelles actuelles, basées sur la recherche et soutenant la pratique fondée sur des données probantes**.
- 3.3 Les infirmières contribuent activement à élaborer et à cultiver un ensemble de **valeurs professionnelles fondamentales**.
- 3.4 Les infirmières, à travers leurs **associations professionnelles**, contribuent à créer des conditions d'exercice propices et constructives dans lesquelles la pratique englobe les soins cliniques, la formation, la recherche, la gestion et la direction. Ces conditions facilitent la capacité des infirmières à travailler dans la pleine mesure de leur domaine de pratique et à dispenser des soins de santé sûrs, efficaces et en temps voulu, dans des conditions de travail sûres, socialement et économiquement équitables pour les infirmières.
- 3.5 Les infirmières contribuent à l'instauration de structures organisationnelles appropriées et respectueuses de **l'éthique**. Elles dénoncent les pratiques et les contextes de travail non conformes à l'éthique. Les infirmières collaborent avec leurs collègues des soins infirmiers, avec d'autres disciplines (de la santé) et les collectivités concernées pour s'appliquer à créer, mener et diffuser la recherche et le développement de pratiques respectueuses de la déontologie et évaluées par les pairs, dans la mesure où ceux-ci concernent les soins aux patients, les soins infirmiers et la santé.
- 3.6 Les infirmières **s'impliquent dans le lancement de recherches ainsi que la diffusion et la mise en pratique de leurs conclusions** améliorant les résultats pour les personnes, les familles et les collectivités.
- 3.7 Les infirmières se **préparent à réagir** aux situations d'urgence, de catastrophe, de conflit, d'épidémie, de pandémies, de crises sociales et de pénurie de ressources. La sécurité des

personnes qui reçoivent des soins et des services est une responsabilité partagée par les infirmières à titre personnel et les dirigeants des systèmes et des organismes de santé. Cela suppose d'évaluer les risques et d'élaborer, de mettre en œuvre et de financer des plans pour les atténuer.

### Mise en pratique du 3<sup>ème</sup> volet du Code par les associations nationales d'infirmières

- Élaborer des prises de position, des directives, des politiques et des normes fondées sur les résultats de recherches en sciences infirmières et d'études scientifiques.
- Informer sur l'importance d'adhérer aux organisations professionnelles d'infirmières et promouvoir la participation aux activités des associations nationales d'infirmières.
- Collaborer avec des organisations d'échelon mondial pour traiter les enjeux de justice sociale actuels et émergents.
- Influencer, faire pression et négocier pour obtenir des conditions de travail justes et décentes. Élaborer des prises de position et des directives pour remédier aux problèmes sur le lieu de travail.
- Plaider et faire pression sur les gouvernements et les organismes de santé pour qu'ils protègent et accordent la priorité à la santé, à la sécurité et au bien-être des agents de santé lors des interventions en situation d'urgence sanitaire.
- Promouvoir le recrutement éthique des infirmières et collaborer avec les pouvoirs publics et les commissions délivrant les autorisations d'exercer pour réduire les obstacles auxquels sont confrontées les infirmières issues de la migration pour trouver du travail.

### 4. Les infirmières et la santé mondiale

- 4.1 Les infirmières considèrent que **le droit à l'accès aux soins fait partie des droits de l'homme** et affirment la nécessité d'une couverture sanitaire universelle.
- 4.2 Les infirmières **défendent la dignité, la liberté et la valeur de tous les êtres humains**; elles s'opposent à toutes les formes d'exploitation, telles que la traite des êtres humains et le travail des enfants.
- 4.3 Les infirmières dirigent **l'élaboration de politiques de santé** judicieuses ou y contribuent.
- 4.4 Les infirmières contribuent à la santé de la population et œuvrent à la réalisation des **objectifs de développement durable (ODD)** des Nations Unies.
- 4.5 Les infirmières reconnaissent l'importance des **déterminants sociaux** de la santé. Elles contribuent aux politiques et aux programmes relatifs et les défendent.

> **Actualités de l'ANIL**

4.6 Les infirmières collaborent et exercent leur profession de manière à préserver, pérenniser et protéger **l'environnement naturel** et sont conscientes des conséquences sur la santé de la dégradation de l'environnement, par exemple les changements climatiques. Elles plaident pour des initiatives qui réduisent les pratiques préjudiciables à l'environnement afin de favoriser la santé et le bien-être.

4.7 Les infirmières **collaborent** avec d'autres professions de santé et sociales ainsi qu'avec le

grand public, pour faire respecter les principes de justice, en promouvant la responsabilité en matière de droits de l'homme, l'équité et la justice, de même qu'en défendant le bien public et en œuvrant pour la santé de la planète.

4.8 Les infirmières collaborent dans tous les pays afin d'étendre et de maintenir la santé mondiale et de garantir les politiques et les principes correspondants.

---

**Source:**

Conseil International des Infirmières (2021) CODE DÉONTOLOGIQUE DU CII POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE. RÉVISÉ EN 2021. ISBN : 978-92-95099-95-1



**ANIL**

**SAVE THE  
DATE**

**Quoi:**

Café de l'infirmière sur le nouveau code de déontologie du Conseil International des Infirmières (CII) avec l'experte Yvonne Kremmer

**Quand:**

**10.05.2023**

17.00 heures

**Où:**

Restaurant beim allen Tuurm  
5-6, rue Jean Majerus  
L-7555 Mersch

**Registration** sur notre site internet

**[www.anil.lu](http://www.anil.lu)**



# Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Révisé en 2021 - Recommandations pour la mise en pratique par les infirmières leaders et infirmières gestionnaires

C'est en 1953 que le Conseil International des Infirmières a adopté, pour la première fois, un code déontologique international destiné aux infirmières et aux infirmiers. Le Code a depuis été révisé et réaffirmé à plusieurs reprises. Sa dernière révision a abouti en 2021 à la présente version.

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière compte quatre grands volets formant un cadre de conduite éthique: les infirmières et les patients ou d'autres personnes nécessitant des soins ou de prestations infirmières; les infirmières et la pratique; les infirmières et la profession; les infirmières et la santé mondiale. Alors que l'article précédent décrivait le code en détail, celui-ci décrit les recommandations pour la mise en pratique par les infirmières leaders et infirmières gestionnaires.

## 1. Mise en pratique du 1<sup>er</sup> volet du Code: Les infirmières et les patients ou les autres personnes nécessitant des soins ou des prestations infirmières

- Dispenser des **soins centrés sur la personne**, adaptés à la culture, respectueux des droits de l'homme et tenant compte des valeurs, coutumes et croyances des personnes, sans préjugé ni discrimination injuste.
- Suivre une **formation continue** sur les enjeux, le raisonnement et la conduite éthiques. Encourager un dialogue ouvert entre toutes les parties prenantes.
- Veiller à obtenir le **consentement éclairé** pour ce qui est des soins infirmiers et / ou médicaux. Cela comprend le droit de pouvoir accepter ou refuser des traitements.
- Utiliser en faisant preuve de professionnalisme et de déontologie les systèmes d'information, de dossiers de santé et de présentation de rapports, sous forme électronique ou sur support papier, afin de garantir la protection des droits de l'homme, la **confidentialité** et le respect de la vie privée, conformément aux préférences des patients, à la sécurité de la collectivité, et aux lois en vigueur.
- Communiquer aux supérieurs hiérarchiques et / ou aux autorités compétentes tout **risque, comportement inapproprié** ou mauvais usage des technologies menaçant la sécurité des personnes et présenter des faits qui le démontrent. Les infirmières doivent être impliquées dans la conception des technologies, observer et signaler les risques relatifs aux avancées technologiques et scientifiques.
- **Respecter les obligations et les responsabilités éthiques de l'infirmière et soutenir activement les valeurs et les idéaux de la profession.**

- Renforcer et contrôler la **sécurité** sur le lieu de travail.

## 2. Mise en pratique du 2<sup>ème</sup> volet du Code: Les infirmières et la pratique

- **Maintenir le perfectionnement professionnel** à travers les lectures et des études. Solliciter et participer à ces formations continues pour renforcer les connaissances et les compétences.
- Entreprendre une formation continue et participer à la gouvernance du lieu de travail, instituer des systèmes d'évaluation du rendement professionnel et de renouvellement systématique des autorisations d'exercer. Suivre, promouvoir et évaluer l'aptitude à exercer du personnel infirmier.
- Rechercher un **équilibre entre le travail et la vie privée**; attacher de l'importance à son développement personnel; et adopter un mode de vie sain.
- Encourager la collaboration interprofessionnelle pour gérer les conflits et les tensions. Promouvoir un cadre de **valeurs** éthiques partagées. Supprimer la crainte des représailles pour améliorer la qualité des soins et la sécurité. Créer une culture ouverte et transparente, propice à des discussions essentielles pour faire progresser la santé pour tous.
- Cultiver des **rapports personnels** adéquats avec les patients et les collègues; faire preuve de discernement au niveau professionnel et refuser les cadeaux ou les pots-de-vin et éviter les conflits d'intérêts.
- Assurer la continuité des soins du patient en cas **d'objection de conscience** face à un acte moralement répréhensible ou potentiellement préjudiciable pour l'infirmière.

## 3. Application du 3<sup>ème</sup> volet du Code: Les infirmières et la profession.

- Collaborer avec les collègues pour soutenir le lancement de **recherche sur les soins aux patients, les soins infirmiers et la santé** ainsi que la diffusion et l'application de leurs résultats.
- Encourager la participation aux activités des associations nationales d'infirmières de manière à **créer la solidarité et la coopération**, et promouvoir ainsi des conditions socio-économiques et de travail favorables aux infirmières.

## > Actualités de l'ANIL

- Adopter des comportements éthiques et élaborer des **stratégies pour faire face à la détresse morale lors de crises émergentes**, telles que les pandémies et les conflits.
- Élaborer des **directives relatives aux problèmes sur le lieu de travail**: l'intimidation, la violence, le harcèlement sexuel, la fatigue, la sécurité et la gestion des incidents critiques, entre autres. Participer à des études relatives à la déontologie et aux enjeux éthiques sur le lieu de travail, dans tous les contextes.
- Se **préparer à intervenir** en situation d'urgence, de catastrophe, de conflit, d'épidémie et de pénurie de ressources.
- Veiller à **ne pas discriminer** des collègues issus d'une autre culture ou pays, quelle que soit la nationalité, la race, l'appartenance ethnique ou la langue.

L'application du 4<sup>ème</sup> volet du code: Les infirmières et la santé mondial peut être consulté dans le document source.

### Source:

Conseil International des Infirmières (2021) CODE DÉONTOLOGIQUE DU CII POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE. RÉVISÉ EN 2021. ISBN : 978-92-95099-95-1.

**ANIL**  
**SAVE THE DATE**

## **Conférence: Comment faire bénéficier les soins de santé de la culture des données? Un héritage de Florence Nightingale, infirmière pionnière**

**Quand:** Vendredi, après-midi le 09.06.23

**Où:** Université du Luxembourg,  
Campus Belval

Conférence en honneur des professionnel·le·s de la santé avec plusieurs présentations et interventions suivies d'une table ronde et d'un verre d'amitié.

### **Organisation:**

Christophe Ley, Professeur-chercheur en statistiques appliquées,  
Université du Luxembourg

Ann Kiefer, Chercheuse post-doctorante, Université du Luxembourg

Anne-Marie Hanff, présidente de l'Association Nationale des  
Infirmières et Infirmiers du Luxembourg (ANIL) et doctorante,  
Université du Luxembourg

Jean-Luc Bueb, Professeur de physiologie cellulaire,  
Université du Luxembourg

Pierre Mangers, Pierre Mangers, CEO et Business Owner,  
MANGHINI Consulting

et avec le soutien du Network Clinical Nursing Sciences de l'ANIL.

# Zusammenfassung der LëtZCare Studie

## Hintergrund

Die Personalsituation im Luxemburgischen Pflege-sektor ist prekär: 2/3 der Pflegenden in Luxemburg werden aus dem Ausland rekrutiert (Lair, 2019), 42% (2.621 der insgesamt 6.214 Pflegenden) werden bis 2034 in Rente gehen (Lair, 2019). *Der International Council of Nurses* machte früh auf die Pandemie als Treiber des frühzeitigen Berufsausstieg aufmerksam gemacht (ICN, 2021).

Um die Situation zu verbessern muss Luxemburg zum einen mehr Pflegenden selber ausbilden und zum anderen frühzeitige Berufsausstiege verhindern. Nachdem 2021 eine Reform der Pflegeausbildung beschlossen wurde (Gesundheitsministerium u.a., 2021), wollte der Berufsverband ANIL wissen, wie es den Pflegenden in Luxemburg geht und Lösung suchen, wie wir die Pflegenden länger im Beruf halten können.

Demnach wurde im April 2021 in Zusammenarbeit mit der Universität Luxemburg die LëtZCare Studie gestartet um folgende Fragen zu beantworten:

- Wie häufig spielen Pflegenden (je nach Sektor) mit dem Gedanken ihre Tätigkeit in der Pflege aufzugeben?
- Welches sind (je nach Sektor) die Gründe den Pflegeberuf zu verlassen?
- Was hält die Gesundheits- und Krankenpflegenden (je nach Sektor) im Beruf?
- Wie ist die Arbeitsumgebung der Gesundheits- und Krankenpflegenden im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Quality of Work Index)?

## Methoden

Eingeschlossen wurden Gesundheits- und Krankenpflegende, welche seit mindestens sechs Monaten berufstätig waren und einer Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden pro Woche. Die vorgestellte Arbeit erhob weder die Beweggründe von Gesundheits- und Krankenpflegenden, welche den Pflegeberuf bereits verlassen hatten, noch von anderem Pflegepersonal (Pflegehelfer, ...). Dies könnte sicherlich Thema einer anschließenden Studie sein. Die LëtZCare-Studie wurde von der Forschungsethikkommission der Universität Luxemburg geprüft und für die Durchführung freigegeben.

Während die Universität Luxemburg die Rolle der Forschenden übernahm, beschränkte sich die Rolle der ANIL auf die Unterstützung bei der Rekrutierung. Dementsprechend gelang es mit wertvoller Unterstützung der Pflegedienstleitungen, Gewerkschaften, (sozialen) Medien sowie der ANIL News, zwischen April und Mai 2021, 735 Gesundheits- und Krankenpflegende für die Onlineerhebung zu rekrutieren.

Im Vergleich zu Lair (2019), enthielt die LëtZCare Studie 1/3 anstelle von 2/3 an Grenzgängern. Ebenfalls war der Großteil der Teilnehmenden (74%) in der FHL

tätig, während die laut Lair (2019) der Anteil nur 49% beträgt. Zudem war ein höherer Prozentsatz männlichen Geschlechts (24% im Vergleich zu 18% bei Lair, 2019) sowie in einem höheren Arbeitspensum tätig. Die LëtZCare Studie repräsentiert demnach vermehrt Pflegenden aus Luxemburg, welche im Krankenhausesektor tätig sind. Allerdings hat im Rahmen des runden Tisches bei der Vorstellung der Ergebnisse Dr. Federspiel der COPAS bestätigt, dass sie im COPAS Sektor ähnliche Beobachtungen machen.

## Ergebnisse

### Arbeitsplatzmerkmale und arbeitsbezogene Empfindlichkeiten

Abbildung 1 beschreibt die Arbeitsplatzmerkmale der Gesundheits- und Krankenpflegenden in beiden Sektoren. Autonomie setzte sich aus Fragen zusammen, ob Pflegenden entscheiden können wie sie die Arbeit machen, ob sie die Arbeitszeiten, die Reihenfolge der Arbeiten und die Inhalte mitbestimmen können. Bei sozialer Unterstützung handelt es sich um die Unterstützung durch KollegInnen. Der Zeitdruck, die emotionale und körperliche Anforderungen sind am meisten ausgeprägt, während die Ressourcen sich - mit Ausnahme der sozialen Unterstützung im Mittelfeld (2.5 - 3) befinden. Es besteht im Bereich der Ressourcen demnach noch Raum für Verbesserung. Betrachtet man beide Sektoren lässt sich feststellen, dass Gesundheits- und Krankenpflegende, welche in Krankenhäusern tätig sind, über mehr Zeitdruck, emotionale Anforderungen und Unterstützung durch KollegInnen berichten. Pflegekräfte, die im COPAS/FEDAS-Sektor tätig sind, berichten zwar über mehr Rollenambiguität (unklare Aufgaben- und Verantwortungsbereiche). Allerdings verfügen diese ebenfalls über vermehrte körperliche Ressourcen (d.h. können eine Pause einlegen, wenn es körperlich anstrengend wird, verfügen über angemessene technische Hilfsmittel für anstrengende Arbeiten).

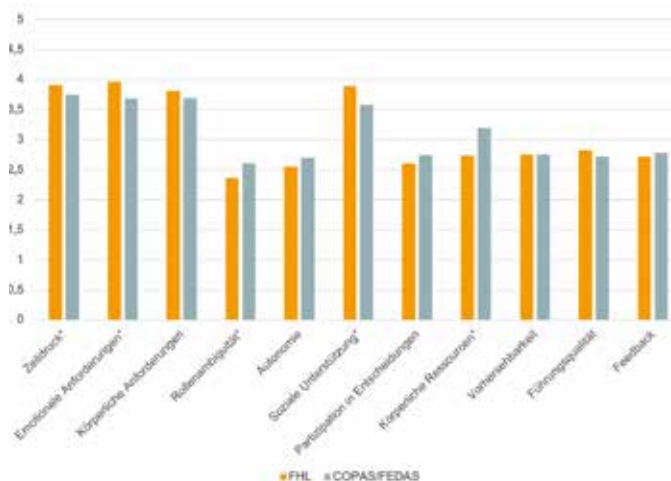


Abbildung 1: Arbeitsplatzmerkmale (Variable 1-4 = Anforderungen, höher = schlechter; restliche Variablen = Ressourcen, höher = besser; \* bedeutet, dass der Unterschied nicht auf Zufall beruht)

Abbildung 2 zeigt die arbeitsbezogenen Empfindlichkeit, d.h. wie es den Gesundheits- und Krankenpflegenden beider Sektoren geht. Demnach berichten Pflegenden im Krankenhaus über mehr Angst, Burnout und somatische Symptome im Vergleich zu Gesundheits- und Krankenpflegenden aus dem COPAS/FEDAS-Sektor bei gleicher Absicht die Pflege zu verlassen.



Abbildung 2: Arbeitsbezogene Empfindlichkeiten (Variablen 1-3: höher = besser, Variablen 4-6: höher = schlechter, \* bedeutet, dass der Unterschied nicht auf Zufall beruht)

**Absicht den Beruf zu verlassen**

Die Studie zeigt, dass 78% im Jahr vor der Erhebung mindestens einmal drüber nachgedacht haben, den Pflegeberuf zu verlassen, darunter 1/3 immer oder oft. Es wurden keine Unterschiede je nach Sektor festgestellt.

**Bewusste Gründe laut Aussagen der Pflegenden**

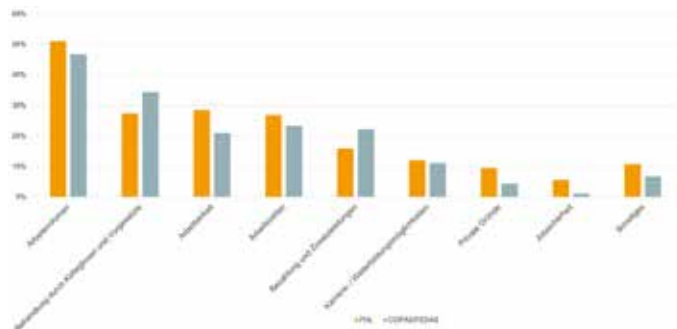


Abbildung 3: Gründe für die Absicht den Pflegeberuf zu verlassen

Abbildung 3 zeigt die Gründe eines frühzeitigen Berufsausstieges, welche die Gesundheits- und Krankenpflegenden als Beweggründe (Mehrfachnennung möglich) angegeben haben. Pflegenden aus beiden Sektoren (FHL und COPAS) geben an hauptsächlich wegen dem hohen Arbeitsvolumen den Pflegeberuf verlassen zu wollen. Während ebenfalls Mitarbeitende beider Sektoren der Behandlung durch KollegInnen und Vorgesetzte als wichtigen Grund angeben, setzen Pflegenden aus dem FHL Sektor den Arbeitsinhalt an 2te Stelle, während Mitarbeitende des COPAS-Sektors die Arbeitszeiten als 3te-wichtigsten Beweggrund angeben.

Im folgenden Abschnitt gehen wir genauer auf die Datentlage zu den berichteten Gründen ein.

**Arbeitsvolumen**

Die LützCare Studie beschreibt, dass 74% der Gesundheits- und Krankenpflegenden oft oder immer unter Zeitdruck, bzw. gehetzt bei der Arbeit sind. 60% der Teilnehmenden geben an nie oder nur selten die Möglichkeit zu haben eine körperliche Pause einzulegen, wenn es körperlich anstrengend ist (Abb. 4). 35% berichten, dass sie sich häufig oder oft schon morgens beim Gedanken an einen neuen Arbeitstag erschöpft fühlen. Dies ist nicht verwunderlich, da die Arbeit sich ebenfalls auf die Freizeit auswirkt. Demnach haben 70% nie bis nur manchmal genügend Energie für Familie und Freunde in der Freizeit (Abb. 5).



Abbildung 4: Antworten zur Möglichkeit eine Pause einzulegen, wenn es körperlich anstrengend ist

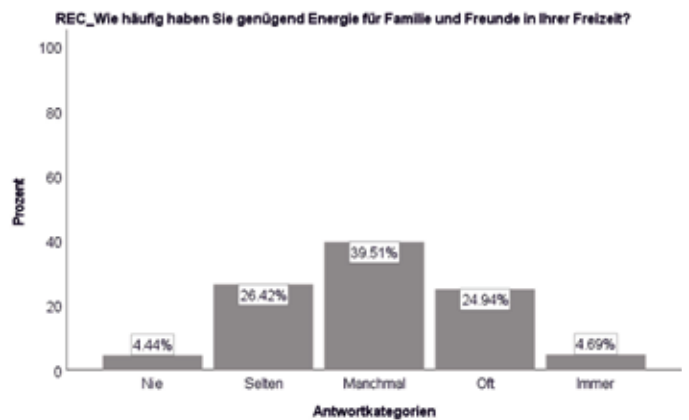


Abbildung 5: Antworten zur Auswirkung der Arbeit auf das Privatleben

Dies hat mögliche Konsequenzen für die Pflegequalität. Demnach passieren laut Einschätzungen der Pflegenden bei fast 1 von 10 PatientInnen vermeidbare Komplikationen. 3 von 10 PatientInnen erhalten eine routinemässige Pflege welche die persönlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen allerdings nicht berücksichtigt. Der Großteil der PatientInnen erhält eine angemessene Pflege, d.h. persönliche Gewohnheiten werden berücksichtigt, soweit diese klar ausgedrückt wurden. Schlussendlich erhält nur 1 von 10 Patienten eine optimale Pflege, welche die Familie und den Betroffenen teilnehmen lässt bei der Zielsetzung, Planung und Beurteilung der Pflege (Abb. 6).



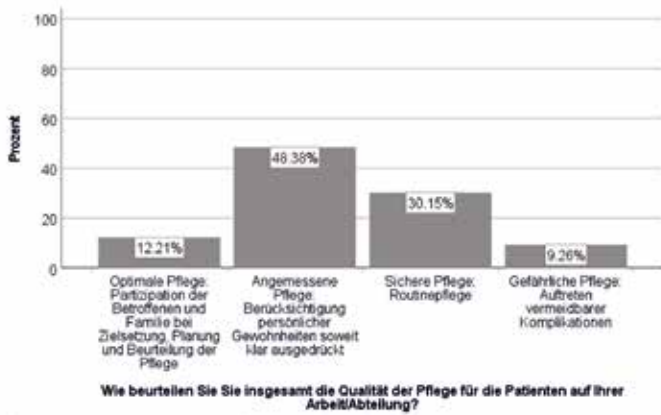


Abbildung 6: Antworten zur Beurteilung der Pflegequalität durch die Pflegenden

Dabei waren **Pflegende, welche ihre Pflegequalität als gefährlich einschätzten:**

- jünger und hatten weniger Berufserfahrung,
- dachten häufiger (57%) drüber nach die Pflege zu verlassen (18% bei optimaler Pflegequalität),
- hatten einen universitären Hochschulabschluss,
- berichteten über mehr Anforderungen (Zeitdruck, emotionale Anforderungen, Rollenambiguität) und weniger Ressourcen (Autonomie, soziale Unterstützung, Partizipation in Entscheidungen, körperliche Ressourcen, Vorhersehbarkeit, Führungsqualität, Feedback),
- erlebten weniger Freude bei der Arbeit und gleichzeitig mehr Wut, Angst, Burnout und somatische Symptome.

### Behandlung durch KollegInnen und Vorgesetzte

Die Hälfte der Teilnehmenden erlebte, dass die Vorgesetzten ihre Meinung bei Entscheidungen /anstehenden Veränderungen berücksichtigte und/oder sie über anstehende Veränderungen rechtzeitig informiert wurden. Die Konfliktlösung durch den Vorgesetzten wurde von der Hälfte der Teilnehmer als mittelmässig, gut bis sehr gut beschrieben (Abb. 7).

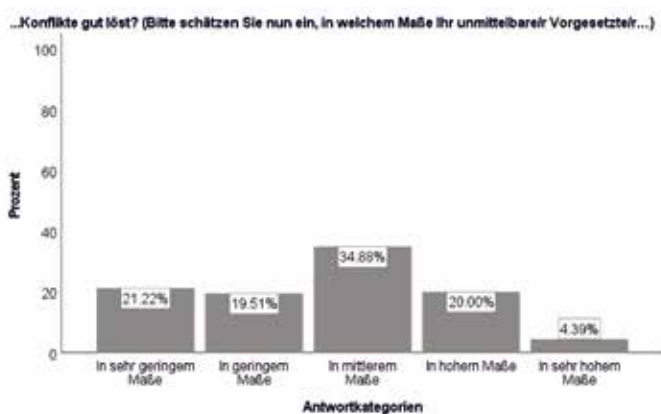


Abbildung 7: Antworten zur Konfliktlösung durch den Vorgesetzten

### Arbeitsinhalt

Während 56% der Teilnehmenden angaben Inhalt der Arbeit selbst bestimmen zu können, gaben 71% an, dass sie im mittleren bis sehr hohem Maße entscheiden können, wie sie die Arbeit machen.

### Arbeitszeiten

Ähnlich wie bei den Arbeitsinhalten, berichteten 73% der Teilnehmenden die Arbeitszeiten in sehr geringem bis geringem Maße selber bestimmen zu können (Abb. 8). 68% der Teilnehmenden sind in mittlerem bis sehr hohem Maße zufrieden mit der Planung der Arbeit durch den Vorgesetzten.

Trotz allem geben um die 57% der Pflegenden an von der Arbeit begeistert zu sein.



Abbildung 8: Antworten zur Selbstbestimmung der Arbeitszeiten

### Ergebnisse der statischen Analysen

Die durchgeführte Analyse (multiple Regression) zeigte, dass je höher das arbeitsbezogene Burnout, desto höher die Absicht die Pflege zu verlassen. Je höher hingegen die Arbeitszufriedenheit, desto niedriger die Absicht zum frühzeitigen Berufsausstieg. Um das Problem bei der Wurzel packen zu können wurde anschliessend untersucht, welche Faktoren das Burnout sowie die Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 dargestellt und decken sich mit den Gründen, welche die Pflegenden selbst angaben aus der Abbildung 3. Einige Faktoren beeinflussen das Burnout sowie die Arbeitszufriedenheit. Bspw. verschlechtern der Zeitdruck, die emotionalen Anforderungen das Burnout und die Arbeitszufriedenheit während die soziale Unterstützung durch das Team (sich gegenseitig aushelfen, um Hilfe fragen können, ...) sich schützen auswirkt. Die körperlichen Anforderungen verstärken die Burnout Symptomatik während die Ressourcen (Pausen, Hilfsgeräte, ...) zusätzlich zur so-

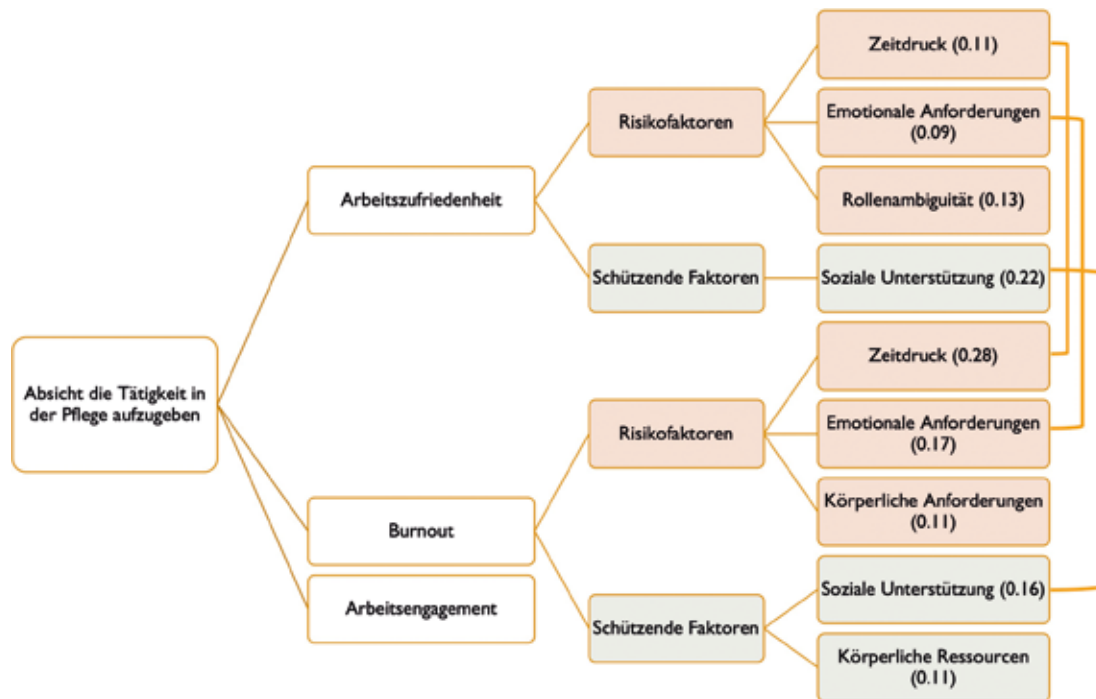


Abbildung 9: Warum Pflegende den Pflegeberuf verlassen (Standardisierte Regressionskoeffizienten in Klammern, Ressourcen = grün, Risikofaktoren = rot)

zialen Unterstützung vor einem Burnout schützen. Die Rollenambiguität, d.h. ein unklares Aufgabenfeld verschlechtert die Arbeitszufriedenheit und erhöht demnach die Absicht die Pflege zu verlassen.

Jüngere Pflegende (zwischen 16 und 24 Jahren) berichten über das niedrigste Burnout, während Pflegende der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre das höchste Burnout berichten. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der Arbeitszufriedenheit. Demnach sind jüngere Pflegende sehr zufrieden, während die Zufriedenheit in den darauffolgenden Jahren (25 bis 34 Jahre) stark abnimmt und im Verlauf wieder anzusteigen scheint.

**Vergleich zur Allgemeinbevölkerung**

Abschließend wurden die Arbeitsplatzmerkmale, welche in der LetzCare-Studie erhoben wurden mit den Arbeitsplatzmerkmalen der Allgemeinbevölkerung (Quality of Work Index) verglichen. Grundsätzlich zeigt sich, dass die Pflegenden über mehr Anforderungen und weniger Ressourcen verfügen mit Ausnahme der sozialen Unterstützung, welche im Pflegebereich vergleichsweise hoch ausgeprägt ist.

**Diskussion und Schlussfolgerung**

Das Arbeitsvolumen war flächendeckend der häufigste Grund für die Absicht die Pflege zu verlassen, während die soziale Unterstützung im Team respektiv der Umgang mit dem Vorgesetzten und den KollegInnen flächendeckend die häufigste Ressource war, welche dieser Absicht entgegengewirkt hat. Während die jungen Pflegenden durch die KollegInnen noch von der Arbeitsbelastung geschützt werden, sind besonders Pflegende im Alter von 25 bis 34 Jahren von der Absicht die Pflege zu verlassen betroffen. Diese bedürfen demnach einer besonderen Aufmerksamkeit.

Während einige Faktoren einer strukturellen Veränderung bedürfen wie bspw. die Aktualisierung der Gesetzgebung der Gesundheits- und Krankenpflegenden, kommt bei vielen Verbesserungsmaßnahmen dem mittleren Management eine große Bedeutung zu. Dementsprechend widmen wir uns in dieser Ausgabe dem Management. Die Ressourcen wie Autonomie, Partizipation in Entscheidungen, körperliche Ressourcen, Vorhersehbarkeit, Führungsqualität und Feedback

	LetzCare	QOW-Gesamt
<b>Anforderungen</b>		
Zeitdruck	3,84 ↓	3,52
Emotionale Anforderungen	3,89 ↓	3,13
<b>Ressourcen</b>		
Autonomie	2,60 ↓	3,00
Soziale Unterstützung	3,82 ↑	3,69
Partizipation in Entscheidungen	2,64 ↓	2,71
Feedback	2,72 ↓	2,95

Tabelle 1: Vergleich der Arbeitsumgebung zur Allgemeinbevölkerung (↓ niedriger, ↑ höher)

sind ausbaufähig, insbesondere im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Um vorzeitige Berufsausstiege der Pflegenden zu verhindern, müssen die Ressourcen (soziale Unterstützung und körperliche Ressourcen) gestärkt werden, während die Risikofaktoren (Zeitdruck, emotionale und körperliche Anforderungen, Rollenambiguität) abgeschwächt werden müssen.

*Zeitdruck, emotionale Anforderungen, unklare Rollen und körperliche Anforderungen verschlechtern das Burnout sowie die Arbeitszufriedenheit und verstärken somit frühzeitige Berufsausstiege.*

*Die gegenseitige Unterstützung im Team sowie körperliche Ressourcen (Pausenmöglichkeit nach körperlicher Anstrengung, angemessene technische Ausstattung für Anstrengende Arbeiten) reduzieren das Burnout und stärken die Arbeitszufriedenheit und wirken so dem frühzeitigen Berufsausstieg entgegen.*

Die kurz- und langfristigen Lösungsvorschläge der ANIL basieren auf den Ergebnissen der LëtZCare-Studie. Wir möchten weiterhin die anderen wichtigen Akteure wie Arbeitgeber, Gewerkschaften und Politiker auffordern ihre Lösungsvorschläge mitzuteilen.

**Auteur**

**Anne-Marie HANFF**

Doctorante en sciences infirmières et présidente de l'ANIL

#### Quellen:

Fernandez de Henestrosa, Reisinger, Gilbertz, Steffgen (2022) „LëtZCare“- ein Projekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen im luxemburgischen Pflegesektor. Forschungsbericht zur ersten Onlinebefragung – Zwischenergebnisse

Fernandez de Henestrosa, Reisinger, Steffgen (2022) „LëtZCare“- ein Projekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen im luxemburgischen Pflegesektor. Zweiter Forschungsbericht zur ersten Onlinebefragung.

International Council of Nurses (2021) International council of nurses policy brief. The Global Nursing shortage and Nurse Retention.

Lair (2019) Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg. Rapport final et Recommandations.

Ministère de la Santé, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse et le ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région (2021). Paulette Lenert, Claude Meisch et Corinne Cahen ont présenté la réforme de l'exercice et des formations de certaines catégories de professions de santé. URL: [https://mfamigr.gouvernement.lu/fr/actualites.gouvernement%2Bfr%2Bactualites%2Btoutes\\_actualites%2Bcommuniques%2B2021%2B05-mai%2B03-lenert-meisch-cahen-reforme-professions-sante.html](https://mfamigr.gouvernement.lu/fr/actualites.gouvernement%2Bfr%2Bactualites%2Btoutes_actualites%2Bcommuniques%2B2021%2B05-mai%2B03-lenert-meisch-cahen-reforme-professions-sante.html)



**SERVIOR** 

**RECRUTE**

**ce que nous proposons:**

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

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

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

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

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

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





# REJOIGNEZ LA #TEAMPÄIPERLÉCK

**PÄIPERLÉCK** EST UNE ENTREPRISE FAMILIALE, ACTIVE DANS LE DOMAINE DES SOINS À DOMICILE ET DES RÉSIDENCES SENIORS, OFFRANT UN LARGE ÉVENTAIL DE SERVICES ET PLAÇANT L'INDIVIDU ET SON BIEN-ÊTRE AU CŒUR DE SON ACTION AU QUOTIDIEN.

- DÉCOUVREZ LA **#FAMILLEPÄIPERLÉCK** & NOS VALEURS
- AFIN DE RENFORCER **NOS ÉQUIPES** NOUS RECRUTONS PLUSIEURS POSTES EN CDI :
  - **RESPONSABLES INFIRMERIES (M/F)**
  - **INFIRMIERS (M/F)**
  - **AIDES-SOIGNANTS (M/F)**
  - **AIDES SOCIO-FAMILIALES (M/F)**
- CONSTRUISEZ VOTRE AVENIR AU SEIN D'UNE **ENTREPRISE FAMILIALE**

FAITES-NOUS PARVENIR VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE À  
[RECRUTEMENT@PAIPERLECK.LU](mailto:RECRUTEMENT@PAIPERLECK.LU)

DÉCOUVREZ NOS NOMBREUSES CARRIÈRES SUR  
[WWW.PAIPERLECK.LU](http://WWW.PAIPERLECK.LU) • RECRUTEMENT



# Quand la gentillesse devient toxique, ou comment la gentillesse rend les infirmières silencieuses et maintient le statu quo dans les soins infirmiers

Voici la traduction d'un commentaire „When niceness becomes toxic, or, how niceness effectively silences nurses and maintains the status quo in nursing” par Debrah Jackson (2022) du *Journal of advanced nursing*.

La gentillesse a été qualifiée de «dysfonctionnement social le plus fondamental» (Summers, 2005) et, dans le domaine des soins infirmiers, la gentillesse peut être (et est souvent) toxique et handicapante. La gentillesse est puissamment renforcée dans le secteur des soins infirmiers par des discours parlés et non parlés qui contrôlent qui peut parler et quand, et comment cette voix sera entendue et comment on y répondra. Il ne faut pas confondre la gentillesse avec des attributs tels que la collégialité ou l'amabilité, car contrairement à ces qualités, la gentillesse a des connotations malignes et malveillantes très réelles qui agissent pour réduire au silence et opprimer ceux qui sont pris dans sa toile et pour maintenir fortement le statu quo.

Les soins infirmiers sont confrontés à la gentillesse, et les problèmes liés à la gentillesse dans les soins infirmiers ont déjà été exposés. Racine et Vandenberg (2021) établissent un lien entre la gentillesse dans les soins infirmiers et la culture de l'anti-intellectualisme qui est une préoccupation constante dans ce domaine. On pense que les soins infirmiers sont particulièrement affectés par la gentillesse en raison de la façon dont les infirmières sont socialisées dans des cultures qui exigent toujours la docilité, la soumission, la conformité et qui sont sous-tendues par des idéologies de servitude et de soins. Walker (1997) a souligné la nature oppressive de l'accent mis sur la sollicitude et son lien avec la neutralisation de la gentillesse et de la docilité dans les soins infirmiers : Une infirmière «attentionnée» qui est toujours «gentille» avec les gens n'est pas susceptible d'être un agent de conflit et de changement, de critique et d'opposition. S'engager dans ces activités signifie «faire des vagues», «s'exprimer» et pas nécessairement «être gentil». Ainsi, la «tyrannie de la gentillesse», qui se fait passer pour de la «sollicitude», empêche souvent gravement une infirmière d'obtenir les conditions matérielles et sociales que son travail exige. Elle la rend également (sic) «docile» et soumise; elle fait d'elle (sic) un agent de domination docile et consentant. Une «bonne» infirmière, une «gentille» infirmière, fait ce qu'on lui dit (sic) et remet rarement en question l'autorité des autres (Walker, 1997:8).

Comme le note Walker (1997), le désir d'être gentil signifie que les gens se taisent alors qu'ils devraient s'exprimer. Cela signifie également que lorsque les gens font preuve de courage et s'expriment, ils peuvent

être réduits au silence par d'autres personnes qui (en mettant en œuvre leur propre «gentillesse») peuvent être mal à l'aise avec une communication authentique ou avec les questions soulevées. Dans les environnements façonnés par la gentillesse, s'exprimer peut impliquer un risque personnel considérable, car dans les environnements de gentillesse, toute prise de parole qui peut être perçue comme une remise en question risque d'être considérée comme une violation du code de la gentillesse.

Les infractions au code de la gentillesse ne sont pas sans conséquences. Dans les cultures façonnées par la gentillesse, les infirmières qui s'expriment et soulèvent des problèmes peuvent être considérées comme un «problème à gérer» (Jackson et al., 2013:577) et devenir elles-mêmes l'objet d'un examen minutieux et même d'une enquête pouvant aller jusqu'à des mesures disciplinaires. Cela signifie que les personnes qui soulèvent des problèmes sont rapidement réduites au silence, souvent en étant accusées de manquer de professionnalisme, de soutien, d'être négatives, de diviser la profession, d'enfreindre les codes de conduite, de violer la confidentialité ou autres (Jackson et al., 2011). Une fois que cela se produit, le déclenchement de mesures destinées à faire taire la voix dissidente est justifié, de même que toutes les actions nécessaires pour restaurer et maintenir le statu quo organisationnel (Jackson et al., 2013). Les effets d'entraînement peuvent également signifier que d'autres personnes qui sont témoins des retombées de la prise de parole seront probablement dissuadées de le faire.

La littérature suggère que les cultures de la gentillesse affectent davantage les personnes issues de groupes minoritaires que celles issues du groupe dominant. Entre autres choses, être gentil signifie éviter les conflits (Walker, 1997) et dans un travail novateur sur le racisme dans les soins infirmiers aux États-Unis, Barbee (1993) a établi un lien entre les pratiques et les comportements racistes enracinés et continus dans les soins infirmiers et une culture d'évitement des conflits (Barbee, 1993). Plus récemment, Perlow (2018) a écrit que la gentillesse n'est pas inoffensive ou bénigne - Perlow positionne plutôt la gentillesse comme un outil racialisé et genré utilisé pour dissimuler les relations de pouvoir et un moyen puissant de faire taire et d'opprimer les personnes de couleur. Cela devrait être évident pour beaucoup d'entre nous dans

le secteur des soins infirmiers, car malgré les mantras de la diversité, de l'équité et de l'inclusion qui sont souvent proéminents dans les énoncés de mission (et autres guides) de la plupart des organisations de soins infirmiers, nous constatons toujours une inégalité et un manque d'inclusion généralisés. Nous avons encore beaucoup trop d'organismes infirmiers (soi-disant) de pointe qui sont monoculturels, avec un engagement minimal (voire nul) avec les personnes issues de communautés minoritaires ou marginalisées. Depuis de nombreuses années, on reconnaît de plus en plus la nécessité pour les infirmières de prendre la parole et de s'exprimer. Bien qu'il soit généralement admis que les infirmières doivent s'exprimer pour soulever des préoccupations ou contester divers comportements et actions, des recherches très contemporaines suggèrent que les infirmières peuvent percevoir le fait de s'exprimer comme un «comportement difficile» et qu'elles peuvent garder le silence, «même lorsque la sécurité des patients exige de s'exprimer» (Lee et al., 2022). L'importance de la prise de parole des infirmières est reconnue comme tellement cruciale pour des soins de santé sûrs et affectifs qu'il y a une prise de conscience croissante de la nécessité de favoriser les compétences de «prise de parole» chez les étudiants infirmiers de premier cycle (Fagan et al., 2016).

Prendre la parole devrait faire partie de la routine, mais cela demande en fait une confiance considérable et un courage énorme (Lee et al., 2022). Pourtant, prendre la parole reflète exactement ce que nous attendons des infirmières - nous voulons et la société a besoin d'infirmières qui sont des penseurs critiques, des agents de changement, des résolveurs de problèmes - des défenseurs politiquement astucieux qui se lèvent et s'expriment pour la justice sociale. Nous avons besoin que les infirmières prennent la parole et s'expri-

ment, du chevet du patient à un plaidoyer plus large au niveau de la société et à un engagement politique actif. Pour prendre la parole et s'exprimer, il faut toutefois aller à l'encontre du programme de gentillesse et soulever des questions que nous-mêmes et d'autres personnes peuvent trouver inconfortables. Si nous voulons que les infirmières et les étudiants en soins infirmiers prennent la parole et s'expriment, nous devons vraiment éradiquer les cultures invalidantes qui reposent sur des formes toxiques de gentillesse. La gentillesse est fortement ancrée et nuisible. Elle fait violence à tous ceux qui sont considérés comme violant les puissants discours de la gentillesse. La gentillesse toxique et invalidante continue d'opprimer et de réduire au silence les infirmières et, par conséquent, de desservir les personnes que nous servons. Les infirmières doivent être en mesure d'échanger des informations, des idées et de soulever des questions dans un climat et avec des collègues qui sont prêts à s'engager de manière authentique dans des informations et des questions pertinentes, ainsi que dans des idées nouvelles et différentes. Au lieu d'inculquer la gentillesse à nos collègues et à nos étudiants, donnons l'exemple et créons des cultures plus saines qui reposent sur la collégialité, la convivialité et une communication authentique et respectueuse qui accueille et écoute activement les voix dissidentes ou rarement entendues. **Ces voix courageuses et importantes sont celles-là mêmes dont nous avons besoin pour que les soins infirmiers puissent remplir leur impératif social et maximiser leur contribution à la santé et au bien-être de l'humanité. Car sans ces voix, rien ne changera jamais.**

**Auteur**

**Anne-Marie HANFF**

Doctorante et présidente de l'ANIL



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

Le nouveau lecteur de glycémie OneTouch Verio Reflect® est équipé

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

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

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

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

\* Blood Sugar Mentor™



# Magnetkrankenhäuser - Was macht sie so besonders?

## Ursprung der Magnetkrankenhäuser

Magnetkrankenhäuser kennzeichnen sich durch ihre magnetische Anziehung von Pflegefachkräften. Was steckt hinter diesem Konzept? Krankenhäuser, die sich durch ihre Exzellenz in der Versorgung der Patienten und Patientinnen aber auch durch hervorragende Arbeitsbedingungen für das Personal auszeichnen sollen Pflegefachkräfte, wie ein Magnet anziehen und an sich binden. Das Konzept hat seinen Ursprung in den USA als in den 1980er Jahren ein akuter Pflegenotstand herrschte, der durch hohe Fluktuations- und Fehlzeitenraten aber auch durch hohe Teilzeitquoten geprägt wurde. Damit einhergehend ging auch die Attraktivität des Berufs zurück. Trotz dieser schwierigen Zeit gab es in den USA einige Krankenhäuser, die es schafften ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig auch gute Ergebnisse in der Versorgungsqualität zu erzielen (Feuchtinger, 2017; Schmitz, 2022). Um herauszufinden welche Arbeitsumgebungen das Pflegefachpersonal anziehen, führte die American Academy of Nursing (AAN) eine Studie durch, indem 163 Einrichtungen untersucht wurden. Dabei wurde herausgefunden, dass 41 Krankenhäuser besondere Qualitäten aufzeigten, die das Pflegepersonal magnetisch anzogen und sich daher von anderen Einrichtungen hervorhoben. So gab man diesen Krankenhäusern den Namen „Magnet hospitals“ (ANCC, 2022a). Auf diesen Ergebnissen aufbauend entwickelte die American Nurses Association (ANA) das American Nursing Credentialing Center (ANCC). Das ANCC macht sich seither zur Aufgabe, Magnetanerkennungen (Magnet Recognition) durchzuführen und Einrichtungen anzuerkennen, die exzellente Pflege ausführen (ANCC, 2022a; Feuchtinger, 2017; Haller et al., 2018). Die erste Magnetanerkennung erhielt 1994 das University of Washington Medical Center in Seattle.



## Die Charakteristika eines Magnetkrankenhauses

Nun stellt sich noch die Frage, was mit den oben erwähnten „besonderen Qualitäten“ gemeint ist? Magnetkrankenhäuser zeichnen sich durch ihre vielfältigen Tätigkeiten in der kontinuierlichen Entwicklung von Versorgungskonzepten, Forschung und der Umsetzung von evidenzbasiertem Wissen aus. Darüber hinaus hat eine Einrichtung mit einer Magnetanerkennung die Aufgabe

sich an globalen Themen der Pflege und Gesundheitsversorgung zu beteiligen und über den eigenen Klinikrand zu blicken (ANCC, 2022c; Feuchtinger, 2017; Haller et al., 2018; Schmitz, 2022). Das American Nursing Credentialing Center hat ein Modell mit fünf Schlüsselkomponenten und den darin enthaltenen vierzehn Magnetkräften („Forces of Magnetism“) formuliert, die ein Magnetkrankenhaus charakterisieren (Abb.1).



**Abbildung 1.** Magnetmodell (Quelle: Zusammenstellung in Anlehnung an ANCC (2020) und Feuchtinger (2015), zitiert nach von Eiff & von Eiff, 2020, S.25)

**Zu den fünf Schlüsselkomponenten zählen** (ANCC, 2022c; Feuchtinger, 2017; Haller et al., 2018; Schmitz, 2022):

### 1. Transformationale Führung

Ein Magnetkrankenhaus braucht Führungspersonen, die sich für ihr Personal und ihre Patientinnen und Patienten stark machen. Die Führungspersonen unterstützen ihr Personal bei der Realisierung von Ideen, lassen sie an Entscheidungsprozessen teilnehmen und kommunizieren mit ihnen auf Augenhöhe. Sie treiben Innovationen voran und sind für die gesamte Einrichtung Vorbilder. Aus den 14 Magnetkräften spiegeln sich die Magnetkraft #1 Profil der Führungsperson und #3 Management-Stil wieder.

### 2. Strukturelles Empowerment

Ein strukturelles Empowerment impliziert den Einbezug von Pflegefachpersonen an interprofessionellen Entscheidungsprozessen. Im Rahmen einer „Shared Governance“ sind Pflegenden aus der direkten Patientenversorgung in allen Gremien der Einrichtung involviert. Somit soll die Pflege eine positive Anerkennung von allen Akteuren in der Einrichtung und damit auch in der Gesellschaft bekommen. Auch die Förderung einer akademischen Laufbahn von Pflegefachpersonen hat oberste Priorität. (Magnetkräfte: #2 Organisationsstruktur; #4 Personalpolitik und –programme, #10 Gemeinde und Gesundheitsorganisation, #12 Image der Pflege und #14 berufliche Entwicklung).

### 3. Exemplarische professionelle Praxis

Pflegefachpersonen sollen darin unterstützt werden Pflegemodelle anzuwenden und bestehende Pflegekon-



zepte umzusetzen bzw. neue Konzepte zu entwickeln. Die professionelle Pflege charakterisiert sich besonders durch ihre Autonomie in ihren Arbeitsprozessen und arbeitet dabei eng mit anderen Gesundheitsprofessionen zusammen. (Magnetkräfte: #5 Professionelle Pflegemodelle, #8 Beratung und Ressourcen, #9 Autonomie, #11 Pflegende als Lehrkräfte und #13 Interdisziplinäre Beziehungen)

#### 4. Innovative Konzepte, neues Wissen und Verbesserungen

Eine vorbildliche Praxis impliziert auch den kontinuierlichen Lernprozess. Die Einrichtung ist an Forschungsprojekten beteiligt und unterstützt eine evidenzbasierte Praxis. Die Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsprofessionen sind so geschult, dass sie aus ihrer alltäglich klinischen Praxis eigene wissenschaftliche Fragestellungen formulieren können. Zugleich werden Praxisentwicklungsprojekte von der Einrichtung gefördert und unterstützt. Gleichzeitig sollen die daraus erzielten Ergebnisse in der Einrichtung publiziert und auch auf nationaler und internationaler Ebene veröffentlicht werden. Die Einrichtung beteiligt sich an innovativen Projekten, um eine exzellente Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die Einrichtung trägt die Verantwortung eine Kontinuität in diesem Prozess zu sichern (Magnetkraft: #7 Qualitätsverbesserung).

#### 5. Empirische Outcomes

Im Kern des Modells stehen die empirischen Outcomes/Ergebnisse. Dabei soll sich die Einrichtung durch ihre erreichten Ziele hervorheben und anderen Einrichtungen im Rahmen eines externen Benchmarks ihre Entwicklungen darstellen. Im Magnet-Programm ist vorgegeben, dass eine kontinuierliche Erfassung von patientenbezogenen Outcomes unternommen wird, darunter die Qualitätsindikatoren Dekubitus, Sturz, katheterassoziierte Veneninfektionen, katheterassoziierte Harnwegsinfektionen, Patientenzufriedenheit usw. Aus empirischen Belegen geht auch heraus, dass Magnetkrankenhäuser im Vergleich zu Nicht-Magnetkrankenhäuser bessere Ergebnisse in den patientenbezogenen Outcomes berichten (Kelly et al., 2011; Rodríguez-García et al., 2020). Daneben zeigte sich in den gleichen Studien, dass das Personal aus Magnetkrankenhäusern über eine höhere Arbeitszufriedenheit und attraktivere Arbeitsbedingungen berichtet. Ebenfalls ist die Personalbesetzung während den Arbeitsschichten besser und gleichzeitig fällt die Patien-

tenanzahl je Pflegeperson geringer aus. Zudem sind auch geringe Fluktuationsraten beim Pflegepersonal zu beobachten (ANCC, 2022c; Feuchtinger, 2017; Haller et al., 2018; Kelly et al., 2011; Rodríguez-García et al., 2020; Schmitz, 2022). Ein Magnetkrankenhaus ist somit verantwortlich, sowohl auf Ebene der Patienten und Patientinnen als auch auf der Ebene des Personals exzellente Ergebnisse zu erzielen (Magnetkraft: #6 Pflegequalität).

#### Ausblick für Europa



Wie schon bereits erwähnt wurde, erfolgt eine Zertifizierung durch das ANCC. In den USA sind insgesamt 601 Einrichtungen mit dem Qualitätssiegel zertifiziert. Auch außerhalb der USA hat das Konzept an Bekanntheit gewonnen. Dementsprechend erhielten bereits einige Krankenhäuser in Australien, Belgien, Brasilien, England, Japan, Kanada, Libanon, Jordanien, Saudi-Arabien und in den Vereinigten Arabischen Emiraten ebenfalls eine Magnet-Zertifizierung. Auf europäischer Ebene hat bis zum derzeitigen Zeitpunkt nur das Universitätskrankenhaus Antwerpen so eine Zertifizierung erhalten (ANCC, 2022b). Darüber hinaus möchte man mit dem 2020 gestarteten Projekt „Magnet4Europe“, die Magnet-Prinzipien in 60 Kliniken aus sechs europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Irland, Norwegen, Schweden und Vereinigtes Königreich) umsetzen. Durch die University of Pennsylvania erhält das Projekt eine Unterstützung aus den USA. Das allgemeine Ziel dieses Projektes ist es die psychische Gesundheit, die Arbeitszufriedenheit und das Arbeitsumfeld des Personals zu verbessern. Zudem soll auch die Sicherheit und Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen verbessert werden. Daneben sollen auch Barrieren, Voraussetzungen und förderliche Faktoren zur Umsetzung des Magnetmodells identifiziert werden. Bis Ende 2023 sollen die Daten aus den sechs Ländern erhoben und auf die erzielten Ergebnisse evaluiert werden. Mit großer Neugier wartet Europa auf die ersten Ergebnisse aus diesem internationalen Projekt (Magnet4Europe, 2022).

#### Autorin

#### Almira Autorin Almira MURATOVIC

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

#### Literatur:

American Nurses Credentialing Center. (2022a). History of the Magnet Program. ANCC.

<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/>

American Nurses Credentialing Center. (2022b). Find a Magnet Organization. ANCC.

<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-organization/>

American Nurses Credentialing Center. (2022c). Magnet Model – Creating a Magnet Culture. ANCC.

<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>

Feuchtinger, J. (2017). Mitarbeitergewinnung und -bindung – Konzepte der Magnethospitäler. In: P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger & K. Lipp (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe* (S.65-71). Springer. DOI 10.1007/978-3-662-54166-1\_7

Haller, K., Berends, W. & Skillin, P. (2018). ORGANIZATIONAL CULTURE AND NURSING PRACTICE: THE MAGNET RECOGNITION PROGRAM ® AS A FRAMEWORK FOR POSITIVE CHANGE. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.005>

Kelly, L. A., McHugh, M. D. & Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 41(10), 428–433. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822eddbc>

Magnet4Europe. (2022). Improving mental health and wellbeing in the health care workplace. <https://www.magnet4europe.eu/>

Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L. & Granados-Gámez, G. (2020). Original Research: How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. *The American journal of nursing*, 120(7), 28–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16>

Schmitz, M.L. (2022). Wie viel New Work steckt im Magnetkrankenhaus? In: P. Merke (Hrsg.), *New Work in Healthcare – Die neue und andere Arbeitskultur im Gesundheitswesen* (S. 51-62). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Von Eiff, A. K. S. & von Eiff, W. (2020). Das Magnet-Konzept – Merkmale und Realisierungsvoraussetzungen. *Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft*, 6(2), 24-28. <https://doi.org/10.17193/HNU.ZFPG.06.02.2020-05>

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

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

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

Rendez-vous sur [www.raiffeisen.lu/baby-box](http://www.raiffeisen.lu/baby-box)



La Banque qui appartient à ses membres



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 <sup>(1)</sup>.

**UrgoStart** est un modulateur de MMP unique qui réduit de 100 jours en moyenne le temps de cicatrisation <sup>(2)</sup>. 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. Kérhuel 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:0459). 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.



# Zukunft braucht Mut!

Dësen Artikel ass eng Zesummeffaassung vun der Präsentatioun vun der Sabine Brase. Déi ganz Präsentatioun a Bild an Toun kann op [www.anil.lu](http://www.anil.lu) nach emol gekuckt ginn.

## Hannergrond

Et verännert sech immens vill an d'Corona Pandemie huet vill Saachen opgedeckt, déi eis zwéngen nei ze denken. All Betrib brauch dobäi Mënschen déi sech iwwerleeën, wéi soll den Betrib an Zukunft opgestallt sinn an wéi kommen mir dohin. Mir huelen eis vill fir, mee just 20% vun den Verännerungsprozesser féieren och zum geplangten Erfolleg.

D'Wëssen vun den Mataarbechter ass en Wettbewerbsvirdeel fir den Patron: Desto besser qualifizéiert se sinn, desto méi eng héisch Handlungsfäegkeet hunn se an desto besser kennen si och eis Patienten versueren. Mir kommen vun enger Industrie an eng Wëssensgesellschaft mat aneren Ufuerderungen un d'Aarbechtsplazen. D'Aarbechtsprofiler déi mir vun den leschten 20 Joer kennen wandelen sech immens staark. Et geet alles a Richtung Prozessorientéierung, ofgeflachten Hierarchien an am beschten kenne d'Mataarbechter selwer entscheeden. Onzefridden Féierungspersonen sinn di ongeschéigst Viraussetzung fir en organisationaalt Commitment, d.h. d'Ubannung vun den Mataarbechter un d'Entreprise. 80% vun den neien Mataarbechter, déi spéider d'Institutioun verloossen, wëssen beim éischten Dag schonn, dass se net am Betrib bleiwen wëllen. Do ass eng professionell Personalpolitik an en gudden Onboardingprozess gefuerdert fir d'Fluktuationsrate sou niddreg wéi méiglech ze halen. Fluktuatioun kascht nämlech Geld an Jiddereen deen wiesselt hellt och säin Wëssen mat an mësch eng schlecht Mond zu Mond Propaganda.

Féierungspersonen aus dem mëttleren Management brauchen en Top-Management dat eng Virbildfunktioun anhëlt. Si mussen sech bedeelegen kennen an och eegen Handlungsspielräim hunn. Si brauchen och eng Situatiounsbezunn Fortbildung an eng kontinuéierlech Begleitung duerch individuell Coaching op den Statiounen. Beim Rekrutement fir esou Positiounen mussen wuelwëlend Leit mat Changekompetenzen ausgewielt ginn.

## Konzepter

D'Mme Brase notzt d'Konzept vun der **Transformationaler Féierung** (och Deel vun den Magnethospitals déi an dëser Ausgab beschriwwen ginn) fir en visionäert Denken ze promovéieren. Dës ënnerstëtzend Form vun Management besteet aus véier Deeler: En visionäert Denken, Charisma fir Virbild ze sinn, individuell Wäertschätzung andeem d'Cheffen bei Bedarf beroden (soss hunn d'Leit hiren Fräiraum) souwéi déi intellektuell Stimuléierung an Inspiratioun déi erméiglechen al Problemer nei ze betruechten an ze léisen. D'Féierung zitt sech heibäi zréck, coached, setzt Ureizer an léist en strukturellen Empowerment entwéckelen. Beim Usatz aus der positiver Psychologie, dem positiven Leadership, konzentréiert

sech d'Féierungspersonen d'Stärken an d'Ressourcen vun den Mataarbechter ze stäerken amplaz ze probéieren Schwächen auszegläichen bei Saachen wou d'Personen keng Affinitéit dofir huet. Stäerken sollen gestärkt ginn. Eng Vertrauenskultur heescht och, dass een fort vun Messtrauen an Kontroll hin zu Vertrauen an Fräiraum kënnt.

Bei enger Ënnersichung vun Highperformanceberäicher, d.h. Beräicher déi iwwerdurchschnittlech gutt funktionéiert hunn a punkto Fluktuatioun, Absencen, congés maladies, ... do huet een gesinn, dass et Ennerscheeder ginn:

Durchschnittlech Féierungspersonen leeden un, kontrolléieren, an sinn zefridden mat sech wann se Erfolleg hunn.

Immens Féierungspersonen an positiv Leader:

- ënnerstëtzen hier Mataarbechter bei der Entwécklung vun hiren eegenen Stärkten,
- sinn méi roueg an Stresssituatiounen, well si op hir Fäegkeeten vertrauen,
- beläschten hiert Team manner mam Burn-out,
- féieren Mënschen duerch hier Haltung, hier positiv Astellung an d'Rollverständnis amplaz dass si se managen
- hunn méi Wëssen wéi eleng d'Liewenserfahrung. Den aktuellen Trend vun der Besetzung vun Féierungspositionen mat Leit mat laangjäregger Berufserfahrung ouni Managementqualifizierung gëtt dem net gerecht.

**D'PERMA-Lead-Modell** (Abb. 1) vum Dr Ebner beschreift konkret d'Ëmsetzung vun enger stärkenorientierter Féierung woubäi d'positiv Emotiounen gezielt gestärkt ginn fir den individuellen Engagement vun den Mataarbechter ze promovéieren. Doduerch dass robust positiv Bezéiungen ënnereneen geschaaft ginn, gëtt de Sënn vun der Aarbecht vermëttelt. Erreechten Zieler ginn siichtbar gemaach. Heiduerch kann d'Burn-out Gefor reduzéiert an d'Aarbechtszefriddenheet gestärkt ginn an soumadden d'Infirmiëren an Infirmieren zu Lëtzebuerg méi laang am Beruff gehalen ginn. Dëst huet och en Impact op den Ëmgang vun den Mataarbechter bspw. mat den Infirmiersschüler. Esou kann een dofir suergen, dass d'Infirmiersschüler hir Stagen positiv erliewen an herno do schaffen wëllen.

## Konkret Ëmsetzung

Dëst fänkt un mat der Fleegestrategie déi an d'Medizinstrategie vum Spidol ageschafft gouf. Zum **Empowerment** vun den Fleegedirektiounen an Statiounsleedungen kritt Jiddereen säin Spezialthema wou hien Expert dran ass. Wert- an Kompetenzbaséiert gëtt gekuckt wien fir wéi eng Aufgab am beschten geegend





Abbildung 1: PERMA-Lead Modell

ass an net u wiem sengem Tour et ass. Fir aktuell Féierungsthemen un d'Leit ze bréngen, ginn am Jour-Fix Etüden kuerz präsentéiert an diskutéiert.

Am Service **Fleegewissenschaft** ginn interesséiert Mataarbechter och zu Karrieres- an Studiumsméiglechkeeten beroden an a wéi wäit dës am Betrieb integréiert kenne ginn. Hei ass och d'Fleegedirektioun aktiv an d' Berodung involvéiert. D'Mme Brase mierkt, dass d'Infirmièren studéieren wëllen fir um Bett vum Patient ze bleiwen. Déi Meescht wëllen sech qualifizéieren fir den Ufuerderungen vun der Fleeg gerecht ze ginn. Och d'Fleegewissenschaft setzt net an der Bibliothék mä gëtt 50% um Terrain agesat. Si kennen och consultéiert ginn bei Fleegephänomener, den Ëmgang domadder an der Literatur nokucken an dem Terrain en Feedback ginn. D'Mme Brase setzt dobäi op d'Aarbecht mat qualifizéierten **Fleegexperten** op Bachelor an Masterniveau, déi d'Praxisentwécklung an der Fleeg weiderbréngen. Fir Interessenten d'Karriereméiglechkeeten ze weisen, goufen méiglech Weeër an déi noutwendeg Studien gewisen. D'APN-Konzept wou d'Infirmièren op Masterniveau agebonnen ginn, gëtt laut hirer Erfahrung och ëmmer méi an de Klinicken agesat ganz nom Motto „Die Besten ans Bett“. D'APN beaflosst duerch hiert evidenzbaséierend Handlung d'Versuergungsqualität positiv. Och steet si Schëller u Schëller mat den Chef de Service. Des mussen heiduerch net mei den Ussproch hunn an hirem Beräich DEN Fachexpert ze sinn an kennen sech den Féierungsarbechten (Teamentwécklung, Bezéihungsarbecht, ...) widmen.

Och ginn Situatiounen déi emotional besonnesch belaaschtend sinn identifizéiert an **Léisungen** gesicht. Well d'Belaaschtung op enger Nuetssschicht besonnesch fir jonk Infirmièren héisch ass, goufen Nuetsdengschtkoordinatoren, d.h. Infirmièren mat vill Berufserfahrung déi bei brenzlechen Situatiounen dobäigezunn kenne ginn, nees agefouert an esou der psychescher Belaaschtung entgéint gewierkt.

**Interdisziplinär** Projeten wéi „Demenzsensibel Spidol“ an déi gemeinsam Ausschaffung vun Leitlinien ginn genotzt fir d'Interdisziplinaritéit ze férdere. Op der interprofessioneller Ausbildungsstatioun gëtt den interprofessionellen Austausch, den wäit iwert d'Visiten erausgeet, gestärkt. D'Roller an d'Kompetenzen ginn heiduerch och transparent an d'Team- an Reflexionsfähigkeiten ginn gestärkt. Studien beleegen, dass duerch interprofessionell Formatiounen spéider Hierarchien reduzéiert an d'Berufsgruppen openeen ofgestëmmt ginn.

### Fazit

An dësem Artikel gouf beschriwwen, wéi eng Erfolgskultur ëmgesezt gëtt an wéi wichteg dobäi Féierungspersonen mat der richteger Haltung sinn. Dowéinst ass et zentral, dass den Top-Management dorobber oppasst déi richteg Leit mat den richtigen Wäerter mat u Bord ze huelen, déi den Spirit och matbréngen. Dëst erlaabt en Empowerment, d.h. déi richteg Leit kennen selbstständig schaffen gelooss ginn an et muss een keen Micromanagement bedriewen. Natierlech muss een sech och am positive Leadership den schwéieren Situatiounen stellen. Allerdéngs hellt een dobäi d'Haltung an, dass mir och duerch wäerten kommen an dass et och nees wäert eriwirwer goen. Technologien kenne sécher ënnerstëtzen, mä d'Digitaliséierung wäert net déi driiwend Kraaft sinn. Mee wat déi driiwend Kraaft ass eng present, motivéierend Féierung duerch Leit, déi d'Mataarbechter begeeschten an op dat Wesentlechte orientéieren kennen. An elo bleift just nach d'Fro: Wat mësch den eegenen Betrib, wou Jiddereen drop stolz kann sinn? A lass geet et!

**„WIR KOENNEN DIE ZUKUNFT NICHT VORRAUSSAGEN, ABER WIR KOENNEN SIE GESTALTEN!“**

**Auteur**

**Anne-Marie HANFF**

Doktorantin an Presidentin vun der ANIL



#entredebonnesmains  
#ingoodhands  
#ingutenHänden  
#emboasmãos  
**#aguddenhänn**



*Stéftung*  
**HËLLEF  
DOHEEM**

zanter méi wéi 20 Joer

*Mat der  
Stéftung Hëllef Doheem  
sidd Dir  
**a gudden Hänn***

 40 20 80 [WWW.SHDLU](http://WWW.SHDLU)

# Gesundheitsorientierte Führung in der Pflege. Das Spannungsfeld der Führungspersonen und mögliche Lösungsansätze.

Bei diesem Artikel handelt es sich um eine Zusammenfassung des Artikels von Wirth und KollegInnen (2022) zum Thema Gesundheitsorientierte Führung in der Pflege - Einflussmöglichkeiten der Führungspersonen auf die Gesundheit von Pflegefachpersonen.

**P**flegefachpersonen sind in ihrem Beruf tagtäglich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Wie die LützCare Studie eindrücklich beschreibt (siehe Zusammenfassung der LützCare Studie in dieser Ausgabe), bleiben die hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck, die emotionalen und körperlichen Anforderungen sowie die unklaren Rollen nicht ohne Folgen da sie das Burnout verstärken. Dies spiegelt sich ebenfalls in den krankheitsbedingten Ausfällen wieder, welche im Gesundheits- und Sozialsektor durchgängig am höchsten ist im Vergleich zu anderen Sektoren (IGSS 2021). Dieser Gesundheitsgefährdung von beruflichen Pflegenden muss strukturell begegnet werden, um eine nachhaltige Veränderung der Arbeitsbedingungen zu erreichen. Führungspersonen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeitenden. Im Folgenden wird daher vor allem auf Führungspersonen in der Pflege und deren Spannungsfeld eingegangen. Dieser Beitrag ist zusätzlich zu unseren Verbesserungsvorschlägen vor allem als Impuls für die Ausweitung der gesundheitsorientierten Führung zu verstehen.

## Das Spannungsfeld

Führungspersonen nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen von Pflegefachpersonen. Altersgerechte **Arbeitsbedingungen**, d.h. unter denen eine Beschäftigung ohne gesundheitlichen Spätfolgen ausgeübt werden kann und Beschäftigte das Rentenalter erreichen können, sollten auf die unterschiedlichen Lebensphasen von Beschäftigten und die damit verbundenen Besonderheiten eingestellt sein. Speziell auf die Gefährdung der Sinnhaftigkeit der Arbeit, die vor allem bei ethisch-moralischen Konflikten eine Folge sein kann, müssen Führungspersonen ein besonderes Augenmerk legen und diese fördern.

Gleichzeitig belasten ethisch-moralische Konflikte ebenfalls die Führungspersonen selbst. Dies wird ebenfalls auf internationaler Ebene zunehmend sichtbar, denn vor allem die Vorgaben aus dem Top-Management bzw. verwaltungsorientiertem Management lösen Drucksituation aus. Führungspersonen der Stationen (mittleres Management) sind dabei häufig nicht oder nur unzureichend in sehr bedeutende arbeitsorganisatorische und gestaltende Rahmenbedingungen involviert. Sie können demnach zu wenig Einfluss ausüben und benötigen größeren Handlungsspielraum. Dies ist einer der Gründe weswegen wir als Berufsverband

eine Mindestquote an Pflegenden in Verwaltungsräten von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen fordern, da deren Zusammensetzung sich aktuell grösstenteils aus politischen Aushandlungsprozessen ergibt. Zudem werden Einrichtungen nicht selten von einer Person aus dem Finanzsektor geleitet. Alleine die Tatsache, wenn ein Verwaltungsrat sich dazu entscheidet, eine Person mit diesem Hintergrund auf den Posten des Generaldirektors zu setzen, spricht Bände für die zukünftigen Schwerpunktsetzung der Einrichtung.

Wir möchten in diesem Zusammenhang ebenfalls auf den Artikel zum Magnetkrankenhäuser in dieser Ausgabe verweisen, zu deren fünf Schlüsselkomponenten ebenfalls das strukturelle Empowerment gehört um dieser Problematik entgegen zu wirken. Ebenfalls die Zusammenfassung der Präsentation von Frau Brase in dieser Ausgabe zeigt auf wie eine positive Mitarbeiterführung gelingen kann.

Ähnlich wie in der LützCare Studie, wurden die positiven Auswirkungen der sozialen **Unterstützung** im Team sowie der **Selbstfürsorge** auf die Gesundheit der Pflegefachpersonen ebenfalls in internationalen Studien gezeigt. Um ein gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen, ist somit neben der Förderung der Selbstfürsorge unter Pflegefachpersonen die Zusammenarbeit und Kommunikation im Team wertvoll. Diese Förderung obliegt im Vergleich zu den Arbeitsbedingungen vor allem der Führungsperson. Vor allem Personen in der mittleren Führungsebene stehen allerdings häufig im Zwiespalt zwischen Interessen, Bedarfe und Anforderungen. Neben den sozialen Bedarfen der Teams, bestehen ebenso fachliche Anforderungen<sup>1</sup> und Interessen, denen genügend Zeit und Raum zugesprochen werden muss. Gleichzeitig werden vom oberen Management vor allem wirtschaftliche Ziele an Führungspersonen herangetragen und gewisse Rahmenbedingungen vorgegeben. Dieses Spannungsfeld fördert Verhaltensweisen in denen Führungspersonen sich über ihre Maße beanspruchen und ihre Gesundheit für den Erfolg aufs Spiel setzen (interessierte Selbstgefährdung). Dies schadet durch ihre Vorbildfunktion und diese vorgelebten Werte der Ausopferung nicht nur ihnen selbst, sondern auch ihren Mitarbeitenden. Diese ethisch-moralische Konfliktsituation zwischen fachlichen und wirtschaftlichen Anforderungen zeigen

<sup>1</sup> Die fachliche Expertise kann in fortschrittlichen Betrieben durch die Pflegeexpertin (Advanced Practice Nurse / Infirmière de Pratique Avancée) übernommen werden.



sich ebenfalls bei den Pflegefachpersonen. Folge dieser emotionalen Belastung sind ebenfalls frühzeitige Berufsausstiege, wie die LützCare Studie zeigt.

Im folgenden Teil werden Ansätze vorgestellt, welche einen gesundheitsorientierte Führung ermöglichen.

### **Transformationale Führung als gesundheitsorientierte Führung**

Grundsätzlich kann Mitarbeiterführung sowohl positiv als Ressource als auch negativ als Stressor wirken. Eine Ressource ist dann gegeben, wenn die Führung als Unterstützung wahrgenommen wird sowie Mitbestimmung, Beteiligung, Anerkennung/Wertschätzung, Kommunikation und Gerechtigkeit ermöglicht werden. Zum Stressor wird Führung, wenn ungeduldiges Verhalten, fehlende Konfliktbewältigung oder die Weitergabe von Arbeitsdruck die Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und Führungspersonen prägen. Eine gesundheitsförderliche Wirkung wurde vor allem bei Ansätzen der transformationalen Führung nachgewiesen. Gesundheit ist dabei mehr als betriebliches Gesundheitsmanagement, welches sich auf Sport, Ernährung und Ergonomie fokussiert. Dieses ist ebenfalls eins der fünf Schlüsselkomponenten der Magnetkrankenhäuser.

**Transformationale Führung** zeichnet sich durch die vier folgenden Charakteristika aus: „*Individual Consideration*“, „*Intellectual Stimulation*“, „*Inspirational Motivation*“ und „*Idealized Influence*“. Demnach versteht sich die Führungskraft eher als Coach, der die Potentiale der Mitarbeiter erkennt und fördert (Individual consideration). Die Führungsperson fördert eigenverantwortliches kreatives Denken, sodass gewohnte Annahmen hierdurch in Frage gestellt werden können (Intellectual stimulation). Sie schafft Begeisterung und Motivation durch Visionen. Dabei lebt sie Optimismus und Zuversicht vor. Durch die Zielorientierung der Vision wird Orientierung und Sinngebung ermöglicht (Inspirational Motivation), sodass sie durch die Vorbildlichkeit und die Glaubwürdigkeit in Worten und Taten ihre Mitarbeiter führt. Transformational Führende haben eine Charis-

matische Ausstrahlung und modellhaftes Verhalten (Idealized Influence). Die gesunde Selbstführung der Führungsperson selbst wirkt sich dabei im Sinne der Vorbildfunktion positiv auf die Gesundheit der Mitarbeitenden aus. Eine konkrete Beschreibung mit Beispielen finden Sie in der Zusammenfassung der Präsentation von Frau Brase in dieser Ausgabe.

### **Schlussfolgerung**

Die gesunde Gestaltung von Führungsarbeit erfordert Zeit für die Ausbildung der dazu notwendigen Kompetenzen sowie deren Ausübung. Allerdings müssen Führungspersonen durch ihre Organisation hierfür freigestellt werden. Die Refinanzierung von gesundheitsorientierter Führung wird derzeit weder vom Topmanagement noch strukturell durch Kostenträger im Gesundheitswesen gefördert oder gefordert. Zudem sind die Kompetenzen des Pflegemanagements in Gesetzen wie bspw. dem Krankenhausgesetz nicht beschrieben, während dies bei den medizinischen KollegInnen ausführlich der Fall ist. fordern wir, dass die Kompetenzen und Aufgaben der Pflegedirektion hier mit aufgenommen werden. Ebenfalls ist das Aus- und Weiterbildungsangebot für Führungspersonen in Luxemburg begrenzt. Diese müssen demnach insoweit aktualisiert werden, dass sie den Herausforderungen, welche im LützCare-Bericht beschrieben wurden begegnen können. Idealerweise wird die transformationale Führung gelehrt und hierdurch die gesundheitsorientierte Führung, welche weit über Betriebsgesundheit mit Sportprogrammen hinaus geht, ermöglicht.

### **Originalartikel**

Wirth, Jalass, Ruppert, Büscher, Hülsken-Giesler (2022). Gesundheitsorientierte Führung in der Pflege - Einflussmöglichkeiten der Führungspersonen auf die Gesundheit von Pflegefachpersonen. Pflege&Gesellschaft, 27 Jg., H.4

**Autorin**

**Anne-Marie HANFF**

Doktorantin und Präsidentin der ANIL

---

#### **Quellen:**

Fernandez de Henestrosa, Reisinger, Gilbertz, Steffgen (2022) „LützCare“- ein Projekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen im luxemburgischen Pflegesektor. Forschungsbericht zur ersten Onlinebefragung – Zwischenergebnisse

Fernandez de Henestrosa, Reisinger, Steffgen (2022) „LützCare“- ein Projekt zur Beurteilung der Arbeitsanforderungen im luxemburgischen Pflegesektor. Zweiter Forschungsbericht zur ersten Onlinebefragung.

IGSS (2021) Absentéisme pour cause de maladie en 2020. URL: <https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2021/11-novembre/18-evolution-absenteisme/Absenteisme-pour-cause-de-maladie-2020.pdf>





## 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](http://www.help.lu)**

**help**<sup>o</sup>  
All Dag ass e gudden Dag



Gëff Deel vun eisem Team!

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

- Fir hiren Hëllef- a Fleegeedéngscht doheem: CDI Deel- a Vollzäit
- Fir hiert Wunn- a Fleegeheim zu Ierpeldeng: CDI Deel- a Vollzäit

Méi Informatiounen fënns Du ënnert:

[www.ala.lu/jobs](http://www.ala.lu/jobs)



ala | association luxembourgeoise  
alzheimer



**ORTHOPÉDIE  
FELTEN**

MAISON FONDÉE EN 1870  
votre bien-être, c'est notre métier  
Sur les réseaux sociaux: "alisten"  
[www.ofelten.lu](http://www.ofelten.lu)

**Joya**









## HINWEIS FUER DIE KOMMUNI- KATIONSBEAUFTRAGTEN AVIS AUX RESPONSABLES DE LA COMMUNICATION

**Machen Sie Ihre Projekte für Pflegende in Luxemburg sichtbar**

*Rendez vos projets visible pour les infirmières et infirmiers au Luxembourg*

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

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

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

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

**Einreichfrist für Ihre Beiträge**

**Délais pour l'envoi des articles/**

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

# Teamkonflikte in der Pflege: „Sinne schärfen, Kompetenzen erweitern“

**K**onflikte entstehen im Gesundheitsbereich gleichermaßen unter Pflegekräften, Ärztkräften, Verwaltungskräften oder Mischgruppen. Im folgenden Artikel skizziere ich meine Praxiserfahrungen über die Klärung und Begleitung von Teamkonflikten in der Pflege.

## Wie sieht das Konfliktfeld der Pflege aus?

Die Konfliktkomplexität im Krankenhaus unterliegt systembedingten Besonderheiten, vielfältigen und dynamischen Konfliktebenen sowie einigen Paradoxien, denn in der Zusammenarbeit von Verwaltung, Medizin, Pflege und Patient herrscht ein Geflecht aus Wechselwirkungen, welches ein besonderes Spannungsfeld auf der emotionalen und der fachlichen Ebene darstellt.

Die Ärztkräfte arbeiten aufgrund ihrer Fachlichkeit medizinorientiert. Die Pflegekräfte sind beziehungsorientiert und besonders auch psychologisch stabilisierend tätig und das Krankenhaus- oder das Praxis-Management „muss“ auch besonders auf die wirtschaftlichen Aspekte achten. Diese teilweise divergierenden Ausrichtungen bergen komplexe Konfliktebenen und -dynamiken.

Die aktuelle Krisenzeit wirkt zudem verstärkend auf die allgemeine Belastung. Somit sind die Konflikte vor allem bei der Pflege aufgrund ihrer Komplexität selten

eindeutig; oft ist der Konflikt nicht in einem Themenkreis verortet, sondern stellt eine Kombination aus Ziel-, Werte-, Rollen-, Sach-, Beziehungs- oder Machtkonflikten dar.

Weiterhin arbeiten Pflegekräfte häufig in multiprofessionellen Teams und treffen als erstes auf emotional hochbelastete Menschen. Für die Patienten können, neben dem Verlust von Gesundheit oder der Sorge um den Krankheitsverlauf, weitere existenzielle Belastungen hinzukommen wie bspw. Arbeitsverlust, Betreuung, Wohnungswechsel, finanzielle Not.

Patienten wünschen sich Selbstbestimmung und sind gleichzeitig von der fachlichen Beratung abhängig. Hinter dem Irrglauben, dass Patienten dem Fachpersonal immer vollends vertrauen, erlebe ich oft Hilflosigkeit, Überforderung bis hin zu Schamgefühlen oder unverständlicher Kommunikation.

Emotionale Herausforderungen bestehen nicht nur rund um die Patienten, sondern auch am OP-Tisch oder in der Notfallambulanz. Die gewählte „Entlastungs-Strategie“ von Pflegekräften ist oft das sofortige „übereinander statt miteinander Reden“. Dadurch entsteht ein ausgeprägter Flurfunk mit hohem Konfliktpotential. In Mediationsitzungen entpuppt sich dies häufig als Dramatisierung statt sachlicher Thematisierung.

## Paradoxien

- Ursachen für Konflikte -

### Arztkräfte

- Fachkompetenz versus Führungskompetenz

### Pflegekräfte

- Versorgung/Betreuung versus Leistungsdruck

### Unternehmen Krankenhaus/Klinik

- Wirtschaftlichkeit versus Ethik
- Hierarchiebestand versus selbstorganisierte Teams

Konfliktdynamiken entstehen, wenn sich z.B. aus einem intrapersonellen Konflikt ein interpersoneller Konflikt entwickelt. Im Klinikalltag können Paradoxien die Ursachen für solche Herausforderungen sein.

Die Geschäftsführung eines Krankenhauses muss wirtschaftlich agieren. Besonders in den heutigen Krisenzeiten stellen schnell ändernde Budgetierungen und Investitionspläne unvorhergesehene Belastungen dar, die oft aufgrund von Unwissenheit fehlinterpretiert werden.

Pflegekräfte sind für eine optimale und stabilisierende Patientenversorgung ausgebildet. Arzt- und Pflegekräfte unterliegen einem ständigen Zeitdruck, ständig steigende Aufgaben wie z.B. Dokumentationen belasten ihre tägliche Arbeit noch zusätzlich. Es entstehen Wissenslücken, weil der eigene Leistungsanspruch gegenüber den Patienten nicht mehr befriedigt werden kann.

### Welche typischen Themen gibt es und wie können Teamkonflikte geklärt werden?

Die Konfliktthemen sind vielfältig, hier die „Klassiker“ aus Mediationsverfahren:

- Unklare Aufgabendelegationen
- Verweigerung der Zusammenarbeit mit bestimmten Kollegen\*Innen
- Übereinander statt miteinander Reden
- Empfundene Ungerechtigkeiten bzgl. Dienstplan
- Empfundene Ungerechtigkeiten bzgl. Entlohnung
- Überlastung einzelner Arbeitsgebiete
- Generationskonflikte
- Fehlende gegenseitige Unterstützung zwischen Stationen/Abteilungen
- Rollenkonflikte durch Beförderungen „Früher Kollege: in heute Chef:in“
- Akademisierte Pflegekräfte mit hoher Kompetenz

Grundsätzlich ist Mediation im Gesundheitswesen angekommen und wird immer mehr angefragt. Der Begriff der Mediation ist in den Geschäftsführungen oder in den Direktionen der Krankenhäuser gut platziert und vor allem willkommen, dennoch besteht hierarchieübergreifend ein großes Unwissen über das Verfahren sowie über die Arbeitsweise von Mediator:innen und vor allem über die erzielbaren Erfolge, auch und besonders unter den Pflegekräften.

Zur Klärung von Konflikten im Pflorgeteam wird häufig die Teammediation angewandt. Die Teammediation ist ein prozessorientiertes Verfahren, in dem das kooperative Miteinander auf der Arbeitsbeziehungsebene thematisiert wird. Dadurch kann eine neue Konfliktkultur aufgebaut werden. Dies ermöglicht es, zukünftige schwierige Situationen miteinander zu meistern und den Berufsalltag zu entlasten. Bestehen konkrete, konfliktbehaftete Themen, so werden diese mit dem Pflorgeteam individuell bearbeitet.

Jede Teammediation enthält individuelle Prozess-

schritte, die im Konzept zielgerichtet zusammengestellt werden. In Mediationssitzungen mit Pflegekräften ist zumeist der beziehungsorientierte Ansatz (psychologische Orientierung) mit Gefühlskarten, vertrauensstiftenden Gesprächen oder strukturierten Kommunikations-Leitfäden besonders zielführend.

Bei großen Mischgruppen nutze ich gern die **Fish-Bowl Methode**: Personen, die häufiger mit den Beteiligten zusammenarbeiten, bilden einen Innenkreis und die, die nicht so oft mit den Beteiligten zusammenarbeiten, bilden als unterstützende Beobachter:innen einen äußeren Kreis. Durch die Gestaltung der Kreise können mögliche Machtungleichgewichte balanciert werden, wie z.B. die Anzahl der Arztkräfte zu der Anzahl der Pflegekräfte.

Von der Gruppengröße unabhängig ist der Einsatz von Fragebögen. Fragebögen können sehr gut anonym ausgewertet werden. Mit diesem Tool ist sichergestellt, dass wirklich alle beteiligten Personen gehört oder berücksichtigt werden, auch oder besonders im 24/7 Betrieb. Integrierte Belastungsskalen, offene Fragen oder vorgegebene Themen zur Auswahl liefern so eine Basis für die weitere Arbeit in den Präsenzsitzungen.

### Was brauchen Konfliktparteien vor allem, um konstruktiv mit Konflikten umzugehen?

Konflikte sind alltäglich und tauchen überall dort auf, wo Menschen aufeinandertreffen und zusammenarbeiten. Konflikte basieren auf Bedürfnissen, die sich widersprechen oder nicht erfüllt sind. Konflikte leiten Entwicklung ein. Sie sind Lernaufgaben und liefern Lernerfahrungen. Oft sind nicht die Konflikte das Problem, sondern der professionelle Umgang mit Konflikten ist die große Herausforderung für die Konfliktparteien in Teammediationen.

Damit im Team zielgerichtet alle Knackpunkthemen, Inakzeptanzen, Störungen, Bedürfnisse oder Befindlichkeiten an- oder besprochen werden können, wird zum Einstieg in jede Mediationssitzung ein für alle verbindliches Arbeitsbündnis erarbeitet.

Das Arbeitsbündnis unterstützt den sicheren Rahmen und richtet sich an Prinzipien wie Vertraulichkeit, Allparteilichkeit, Ergebnisoffenheit, Informiertheit, Selbstverantwortlichkeit sowie Freiwilligkeit. Mediationssitzungen liefern somit Raum für unangenehme Emotionen.

Treten beispielsweise Schuldzuweisungen oder Kritikäußerungen auf, so übersetzten Mediator:innen „Gesagtes“ in unerfüllte Bedürfnisse u.a. auf Basis der Gewaltfreien Kommunikation. Weiterhin können kurze theoretische Inputs oder Trainingseinheiten zielführend in das Verfahren integriert werden. Besonders Pflorgeteams wünschen sich häufig ein Handwerkzeug für den konstruktiven Umgang mit Konflikten. Folgende Lösungskompetenzen können Unterstützung liefern, damit teamentlastende Verhaltensänderungen selbstverantwortlich (wieder) machbar sind:



- Kooperative Umgangsformen mit Konflikten
- Regulierung von unangenehmen Emotionen und Triggerpunkten
- Nutzung von Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Wechsel von Perspektiven und selbst getroffenen Annahmen
- Bewusstsein über Folgen von Lager- und Gruppenbildungen
- Faire Botschaften und Fehlerrückmeldungen

Ein wichtiger Klärungsschritt in Mediationen ist auch das Schärfen der Sinne in punkto Konfliktumgang. Angesprochen wird dabei die innere Haltung, das Mindset sowie das eigene Konfliktverständnis. In diesem Sinne beende ich meinen Artikel gerne mit folgender Impulsfrage und lade die Leserschaft ebenfalls zum Nachdenken ein. „Was ist das wirklich Gute am Konflikt?“.



Vielen Dank für Ihr Interesse am Mitwirken einer kooperativen Konfliktkultur in diesem speziellen Bereich ich wünsche Ihnen weiterhin allseits erfolgreiche Weiterentwicklung im Umgang mit Konflikten oder konflikthafter Situationen. Ihre Sabine Krause

**Sabine KRAUSE**

Diplom-Ökonomin, Mediatorin, Trainerin und Coach mit medizinischer

Berufsausbildung. Seit 14 Jahren Konfliktberatung im Gesundheitsbereich und Autorin von 2 Empathie-Spielen, Gefühlskarten und dem Impulsgeber „Konflikte haben zwei Seiten“.

[www.KrauseMediation.de](http://www.KrauseMediation.de)

RÉSIDENCE OP DER WAASSERTRAP  
[www.cipa-sanem.lu](http://www.cipa-sanem.lu) | +352 59 49 40 - 1

GEMENG SUESSEM

CIPA RESIDENCE OP DER WAASSERTRAP

**elisabeth senior**

**ET SI VOUS REJOIGNIEZ UN GROUPE ENGAGÉ ?**

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

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

**elisabeth.lu**

## Eng Fleegekraft op véier Patten am CHdN zu Wolz

Zënter Ufank Juni ass bei am CHdN um Wëlzer Site eng ganz besonnesch Fleegekraft ënnerwee: Eng schwaarz Labrador-Damm mam Numm Miss. Matt senger Meeschtesch, dem Tessy Ruppert dat vu Beruff Infirmière ass, sinn si an der Rééducation gériatrique sou wéi och an der Gériatrie aiguë am Asaz. D'Iddi een Assistenzhond am Fleegeberäich ze integrieren ass net nei. Schonn eng Rei Jore schaffen déi verschiddenst Langzäitstrukture mat dëse spezifesch ausgebildeten Hënn. Et war also just eng Saach vun der Zäit, de Wee fir den Assistenzhond am Akutsektor fräi ze maachen. Mam Miss ass et dann elo endlech esou wäit an hatt ass deen éischten am Spidol schaffenden Assistenzhond.



Ier d'Miss awer konnt seng Aarbechtsplaz untrieden, ass hatt méi wéi 2 Joer laang vun Handi'Chiens an Frankräich zum „chien d'assistance dit d'accompagnement social“ ausgebild ginn. Dës Formatioun gouf vun der Lëtzebuurger asbl ASA (Amicale vun der Schoul fir Assistenzhonn) ënnerstëtzt a finanzéiert.

Zënter 2019 sinn d'Tessy an d'Miss zesummen ënnerwee, an no éischten Erfahrungen an der geriatriescher Langzäitbetreiwung ware se bereet fir en neie Challenge.

D'Integratioun vun engem Assistenzhond war awer och fir eist Haus eng nei Erausforderung.

E Projet huet missten ausgeschafft ginn, Hygieneprotokoller opgestallt, d'Leit um Terrain informéiert a virbereet ginn. Den 1. Juni war et dunn esou wäit an d'Tessy an d'Miss haten hiren éischte Schaffdag am CHdN.

Säitdeem sinn d'Tessy an d'Miss vu méindes bis freides zu Wolz am Asaz. Ween deenen Zweek bei hirer Arbecht nokuckt, erkennt ganz séier dass si en agespilltent, enk vertraut Team sinn, deem d'Wuelbefanne vun den eeleren Leit um Häerz läit. Egal wou si an der Klinik laanscht kommen, zaubere si e Laachen

an d'Gesichter, souwuel bei de Patienten, wéi och beim Personal. Matt senger frëndlech an friddlecher Aart a Weis kreéiert d'Miss iwwerall wou hatt ënnerwee ass eng angeneem a roueg Ambiance.

Mee net nëmmen d'Gemiddler vu Personal a Patiente profitéiere vum Miss senger Präsenz. Zesumme mam Tessy an den Infirmier-, Ergo- an Kinéekippen motivéiert d'Miss d'Patienten bei hiren alldeegleche Fleege- an Therapieaktivitéiten. Sou gëtt um Plateau technique vun der Rééducation gériatrique e kleng Spadséiergang mam Miss fir d'Patienten zu enger effektiver, erausforderender therapeutischer Aktivitéit. D'Patiente mussen sech nämlech net nëmmen op sech selwer mee och nach op d'Miss konzentréieren. Si müssen oppassen, dass dem Miss seng Léinkt sech net verfänkt, si zu zwee duerch d'Dier passen an och de Rollator muss heiansdo, trotz Léinkt am Grapp, akkurat gesteuert ginn. D'Miss férdert also op eng spilleresch Aart a Weis d'Mobilitéit, d'Motorik an den Equiliber vun de Patienten.

Och an der Geriatrie aiguë ass d'Opreegung vun de Patienten grouss, wann et heescht „d'Miss kënn“. Sou ass d'Motivatioun direkt verstärkt fir opzestoen a sech fäerdeg ze maan. Dem Miss säin Tour moies fir d'Patienten ze begréissen, ass fir d'Patienten, déi hei méi laang hospitaliséiert bleiwen, eng wëllkommen Ofwiesslung. Och hei ass hatt feste Bestanddeel vun de reedukativen Aktivitéiten. Insgesamt kann een nëmme staunen iwwer de fuerdernden, positiven Effekt, deen d'Miss op déi hospitaliséiert Patienten huet. Dee ville positive Feedback vun de Patienten an eisen Ekippen weist datt den Assistenzhond absolutt seng Plaz an engem Akutspidol kann a sollt hunn.



**Nadine KULINNA**

Cadre intermédiaire  
Direction des soins



# La pratique pédagogique informée par des résultats probants d'infirmières enseignantes en Belgique francophone: une étude de cas multiples utilisant une méthode mixte

Thèse de doctorat en Sciences Infirmières sous la direction de Johanne Gagnon, directrice, inf, Ph.D., Ulaval, Québec Kathleen Lechasseur, codirectrice, inf, Ph.D., Ulaval, Québec

## Introduction

La pratique pédagogique basée sur des résultats probants (Evidence-Based Teaching; dénommée ici pratique EBT) consiste en l'utilisation des résultats probants dans la pratique pédagogique, en prenant en compte l'expertise des enseignantes<sup>1</sup>, les caractéristiques et les besoins des étudiantes, les ressources disponibles ainsi que le contexte (Figure 1). Même si la pratique EBT peut s'envisager sous l'angle des stratégies pédagogiques, des contenus enseignés dans la formation, ou des deux (Cannon & Boswell, 2016), le choix a été fait de n'investiguer la pratique EBT que sous le regard des contenus de cours, dans l'objectif de cerner le sujet et au vu des ressources temporelles et financières limitées de cette recherche.

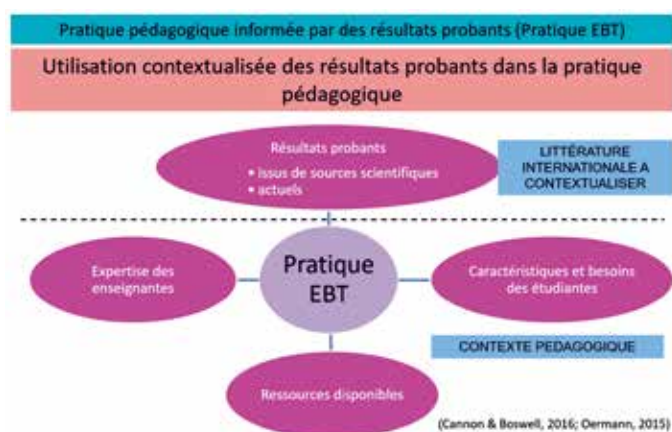


Figure 1. La pratique pédagogique informée par des résultats probants

Les enseignantes dans la formation infirmière ont la responsabilité d'exercer une pratique EBT dans le cadre de leur fonction d'enseignement (Cannon & Boswell, 2016; Kalb et al., 2015; Koivula et al., 2011; Salminen et al., 2013). En effet, cette pratique contribue à une formation de qualité des infirmières (National League for Nursing, 2010) et indirectement, à la qualité des soins dispensés aux patients (World Health Organization [WHO], 2016a). Pourtant, certains écrits mentionnent que les enseignantes utilisent peu de résultats probants dans leurs cours, au profit de la littérature professionnelle, par exemple les livres et conférences; les connaissances de leurs pairs; leur expérience, ou de sources non probantes, telles que

la tradition ou les idéologies (Geurden et al., 2014; Groccia & Buskist, 2011; Patterson, 2009). A contrario, des recherches, menées essentiellement en Amérique du Nord, montrent un haut niveau d'utilisation des recherches dans les pratiques pédagogiques (Kalb et al., 2015; Malik et al., 2016; Melnyk et al., 2008; Patterson & McAleer Klein, 2012; Profetto-McGrath et al., 2009). En Belgique, aucune recherche n'a pu être identifiée sur la pratique EBT des enseignantes (Darras et al., 2014). Des textes législatifs et des documents publiés par des organismes liés à l'enseignement supérieur ou aux soins infirmiers mentionnent pourtant que les enseignantes doivent exercer selon des données actualisées (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier [CFAI], 2015, 2017; Communauté française, 2002, 2004; Union Générale des Infirmiers de Belgique [UGIB], 2019) dans un contexte de liberté académique (Communauté française, 2013). Cependant, une évaluation de l'Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur (AEQES) (2011) a mis en évidence un manque d'actualisation des contenus de cours par les enseignantes. Ainsi, cette recherche doctorale a pour but de comprendre comment les infirmières enseignant dans la formation infirmière de niveau bachelier en Belgique francophone conçoivent et mettent en œuvre la pratique EBT en tant qu'innovation induisant une transition de rôle professionnel.

## Cadre de référence

Les théories de la diffusion des innovations (Rogers, 2003) et de la transition (Meleis et al., 2000) constituent le cadre de référence de cette recherche. La théorie de Rogers (2003) permet d'identifier l'étape de diffusion et les canaux de communication de la pratique EBT. La théorie de Meleis et al. (2000) donne l'ancrage disciplinaire infirmier à cette recherche et permet de mettre en avant l'expérience de transition des enseignantes suite à l'exercice de la pratique EBT, grâce à des propriétés, des facteurs influençants et des indicateurs de mise en œuvre (Figure 2). Ce cadre de référence a permis la formulation de deux questions de recherche spécifiques : 1) En quoi la pratique EBT des enseignantes de Belgique francophone est-elle une innovation? et 2) En quoi la pratique EBT de ces enseignantes induit-elle chez elles une transition de rôle professionnel?

<sup>1</sup> Dans le texte, les mots suivants sont utilisés au féminin, à titre d'épicènes: infirmière, enseignante, participante et étudiante. De plus, afin d'alléger le texte, l'expression «infirmière enseignante» est remplacée par «enseignante».



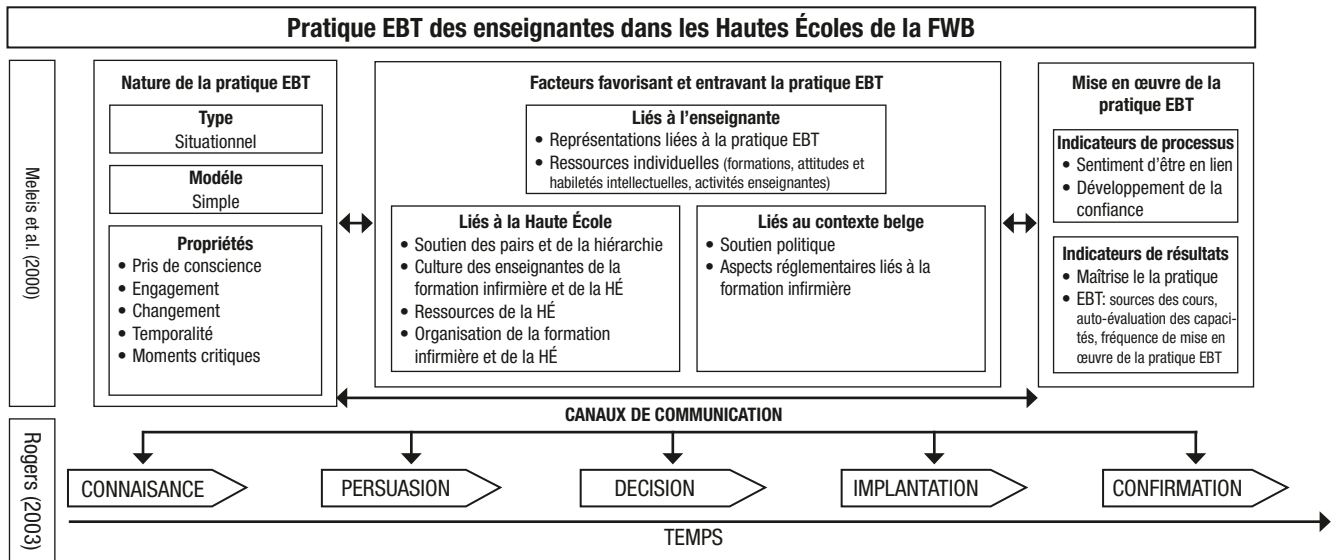


Figure 2. Cadre de référence de la recherche

## Méthode

Une étude de cas multiples imbriquée utilisant une méthode mixte avec une approche convergente (Creswell & Plano Clark, 2018; Yin, 2014) a été utilisée dans cette recherche. Les données ont été récoltées grâce à l'analyse de 18 documents et auprès de 184 participantes (enseignantes, gestionnaires, étudiantes et décideurs) issues de quatre cas (cursus infirmiers de quatre Hautes Écoles (HÉ) de Belgique francophone) et d'instances politiques ou associatives (Figure 3). Des données qualitatives et quantitatives ont été collectées grâce à plusieurs méthodes de collecte des données (entrevues individuelles, questionnaires sociodémographiques, questionnaires, échelles de mesure et analyse de documents) issues de plusieurs sources (différents types de participants, documents) (Figure 4).



Figure 3. Schématisation des cas et de leur contexte

Trois étapes d'analyse des données recueillies ont été menées (Creswell & Plano Clark, 2018): 1) la collecte simultanée des données qualitatives et quantitatives; 2) l'analyse de ces données grâce à des techniques d'analyses qualitatives (analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2011) et quantitatives (tests statistiques descriptifs non paramétriques); et 3) l'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs permettant une compréhension de la pratique EBT des enseignantes dans les cas et le contexte. Cette intégration a été réalisée grâce à une stratégie de comparaison des résultats d'analyses qualitatives et quantitatives (Pluye et al., 2018). Elle a eu pour but de déterminer en quoi les résultats qualitatifs et quantitatifs étaient confirmés, infirmés ou enrichis les uns par

les autres, puis de les synthétiser afin de répondre aux deux questions de recherche spécifiques et de formuler des recommandations pratiques (Creswell & Plano Clark, 2018). Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche avec des êtres humains de l'Université Laval.

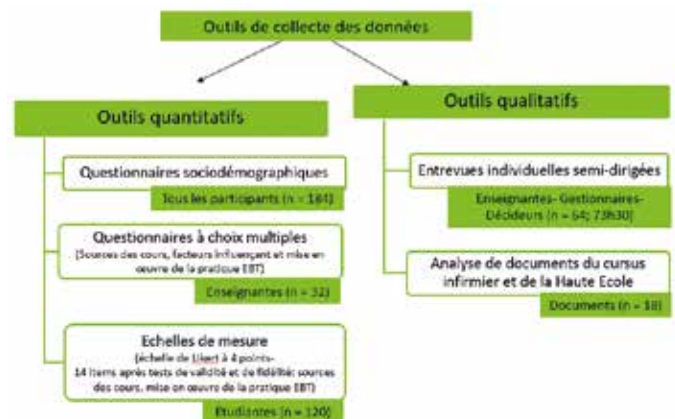


Figure 4. Outils quantitatifs et qualitatifs utilisés dans cette recherche

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques des participants et des documents analysés

Les enseignantes, gestionnaires et décideurs (n = 64) étaient majoritairement des femmes (n = 50) âgées d'en moyenne 47,5 ans qui disposaient d'une expérience professionnelle moyenne de 26,5 ans. Soixante-deux détenaient un diplôme de deuxième cycle; 6, un diplôme de troisième cycle et 54, au moins un diplôme pédagogique. Cinquante participants étaient infirmières et 43 exerçaient dans une HÉ depuis 19 ans, en moyenne. Cinquante et une participantes ont dit être formées à la recherche et 32 ont collaboré à des projets de recherche.

Les étudiantes (n = 120) étaient majoritairement de sexe féminin (n = 104) et âgées entre 20 et 55 ans (M = 25). Elles avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires depuis en moyenne 6,7 ans, avec une étendue

située entre 3 et 35 ans. Quarante-six étudiantes ont tenté d'autres études supérieures avant leur inscription dans la formation infirmière et 14 étudiantes ont obtenu un diplôme suite à ces études. Trente et une étudiantes ont exercé une activité professionnelle avant leur inscription dans la formation infirmière, et ce durant un à 30 ans.

Dix-huit documents, publiés entre 2011 et 2019, ont été utilisés pour compléter les informations obtenues grâce aux participantes de cette recherche. Ces documents étaient, soit internes au cursus infirmier (n = 5) ou à la HÉ (n = 5), soit publiés par l'AEQES (n = 8). Ils comptaient entre dix et 100 pages, pour un total de 631 pages. Aucun document n'abordait la pratique EBT des enseignantes; par contre, les documents des quatre cas évoquaient certains facteurs influençant cette pratique ainsi que la place de la recherche dans la HÉ.

### **La pratique EBT en tant qu'innovation (réponse à la première question de recherche spécifique)**

Vingt enseignantes sur 32 considèrent qu'elles implantent la pratique EBT bien que 16 signalent qu'elles n'en sont qu'au début de l'étape de mise en œuvre ou dans une mise en œuvre partielle: «*Il y a trop peu de résultats de recherche dans mes cours; pour de petites parties de mes cours, je suis dans la mise en œuvre. J'aimerais le faire plus, car je ne le fais pas pour tout*» (E-13<sup>2</sup>). Huit enseignantes sur 32 pensent qu'elles en sont à l'étape de décision: «*La décision est là pour moi [...]. Je me rapproche [de la mise en œuvre], mais je ne n'y suis pas encore*» (E- 6). Deux enseignantes se situent à l'étape de persuasion et une, à la connaissance.

Ainsi, la pratique EBT des enseignantes est une innovation en voie d'implantation qui nécessite des canaux de communication pour être diffusée. Selon les participantes, ces canaux de communication doivent être multiples, internes et externes à la HÉ, afin de maximiser leurs impacts. Le canal de communication interne à la HÉ est prôné par une majorité de participantes, sous la forme de contacts formels et informels entre enseignantes. Parmi les canaux externes aux HÉ, l'Académie de Recherche et d'Enseignement supérieur (ARES) et les associations professionnelles infirmières ou infirmières enseignantes sont les plus citées par les participantes. Il faut aussi retenir que les autorités politiques en charge de l'enseignement supérieur dans la Belgique francophone n'ont pas de compétences en lien avec les pratiques pédagogiques des enseignantes, en raison du principe de liberté académique. La pratique EBT relève donc de la responsabilité de chaque enseignante.

### **L'adoption de la pratique EBT en tant que transition de rôle professionnel (réponse à la deuxième question de recherche spécifique)**

L'intégration des données qualitatives et quantitatives permet de conclure que les enseignantes vivent une

transition de rôle professionnel suite à l'implantation de la pratique EBT. En effet, les cinq propriétés d'une transition de rôle **professionnel** (Meleis et al., 2000) sont évoquées par les enseignantes: une prise de conscience, un engagement, des changements dans la qualité des sources des cours ainsi qu'une évolution progressive vers une mise en œuvre systématique de la pratique EBT. Ces changements sont marqués par des moments critiques, des «déclics», notamment les formations de deuxième cycle ou continues, les réformes de l'enseignement supérieur et de la formation infirmière ainsi que les modifications des activités d'enseignantes. Par exemple, à titre d'engagement, cette enseignante dit: «Je veux appuyer tout ce que je dis, que ce soit fondé sur des sources pertinentes. [...] Je veux être sûre que ce que je raconte est toujours d'actualité» (E-25).

Trois types de facteurs influencent la pratique EBT des enseignantes. **Les facteurs liés à l'enseignante** facilitent dans leur toute grande majorité la mise en œuvre de leur pratique EBT des enseignantes. Il s'agit entre autres des représentations liées à la pratique EBT, notamment les bénéfiques qu'elle apporte: «*Il est important d'intégrer des résultats probants dans les cours et de ne pas enseigner en fonction de ce qu'on pense, de nos collègues ou de ce qui se fait habituellement*» (E-12). Il s'agit aussi des valeurs de motivation, de doute et de curiosité; des capacités de questionnement de l'enseignante; des formations de deuxième cycle ou continues; et de la fonction dans l'enseignement, notamment la supervision des étudiantes en stage.

Les **facteurs liés à la HÉ** favorisent aussi la pratique EBT des enseignantes, en particulier les ressources humaines disponibles autour de l'enseignante (soutien de collègues, de bibliothécaires, de responsables hiérarchiques) ou les ressources technologiques, matérielles et financières (accès aux bases de données, mise à disposition d'ordinateurs). Les étudiantes sont aussi reconnues comme des déclencheurs de la pratique EBT de leurs enseignantes, grâce à leurs questionnements et leur regard critique sur les sources utilisées dans les cours. Enfin, une organisation du cursus infirmier qui privilégie les moments officiels de partage autour des contenus de cours des enseignantes est facilitante pour les enseignantes.

Les **facteurs liés au contexte belge** sont aussi évoqués par les participantes à titre de facteur facilitant la pratique EBT, principalement le décret Paysage (Communauté française, 2013) qui a réorganisé l'enseignement supérieur de Belgique francophone depuis septembre 2014 ou encore l'allongement de la durée des études d'infirmière à 4 ans (Communauté française, 2016). Cependant, ces réformes se sont enchaînées rapidement et ont été génératrices d'un grand nombre de changements et d'adaptations, ce qui a pu induire un temps plus limité pour la mise en œuvre de la pratique EBT.

<sup>2</sup> Pour ce qui concerne les verbatim issus des entretiens individuelles, afin de préserver l'anonymat des cas et des participants, un classement alphabétique a été réalisé avec le code E pour les enseignantes (de E-1 à E-32).

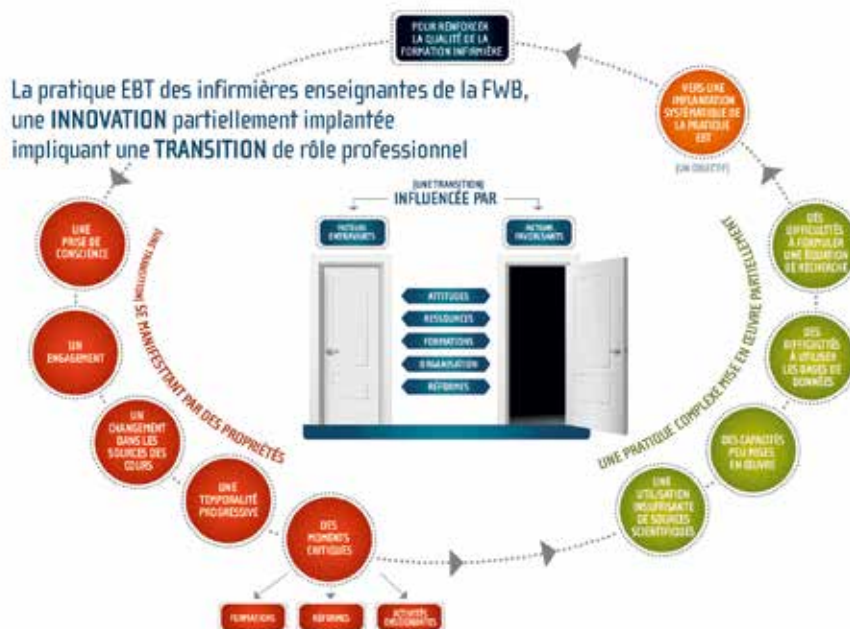


Figure 5. Schématisation des résultats de la recherche

Concernant la mise en œuvre de la pratique EBT, trois indicateurs de résultats (Meleis et al., 2000) ont été étudiés: 1) les sources utilisées pour actualiser les cours, selon les enseignantes et les étudiantes; 2) l'autoévaluation des capacités liées à la mise en œuvre de la pratique EBT par les enseignantes; et 3) les activités liées à la mise en œuvre de la pratique EBT, examinées grâce aux enseignantes et aux étudiantes.

Tout d'abord, même si les enseignantes disent utiliser fréquemment des sources scientifiques, notamment des recommandations de bonne pratique (RBP) basées sur des recherches, elles reconnaissent néanmoins qu'elles privilégient les sources professionnelles, dont les livres, les formations et les conférences. Une majorité d'étudiantes considère aussi favorablement les sources utilisées par leurs enseignantes avec cependant, un point de vue partagé concernant les articles scientifiques et une mise en avant de l'expertise, de la littérature de vulgarisation publiée par des associations reconnues et des procédures cliniques.

Ensuite, les enseignantes se jugent majoritairement capables de mettre en œuvre la pratique EBT. La formulation d'une équation de recherche documentaire, l'utilisation des bases de données et la maîtrise de l'anglais restent néanmoins problématiques pour les enseignantes. Cependant, malgré les compétences qu'elles affirment avoir, les enseignantes mettent majoritairement peu en œuvre la pratique EBT, à l'exception de l'inclusion des recherches dans les cours. D'ailleurs, les enseignantes évaluent, en moyenne, leur mise en œuvre de la pratique EBT à 4,4/10. Les étudiantes vont dans le même sens, car une minorité d'entre elles pense que leurs enseignantes présentent des recherches, en proposent une lecture critique et établissent des liens entre les recherches et la pratique clinique. Ainsi, il reste du chemin vers une mise en œuvre systématique de la pratique EBT. La Figure 5 propose une schématisation des résultats de cette recherche.

## Discussion

Les résultats de cette recherche, menée grâce à 184 participantes et 18 documents, permettent de considérer que le phénomène de la pratique EBT a été étudié en profondeur dans le contexte de la formation infirmière de niveau bachelier organisée par les HÉ en Belgique francophone. Cependant, deux limites peuvent être mises en évidence pour cette recherche. La première concerne d'autres sources de données qui auraient pu être utilisées, notamment des observations directes des contenus enseignés par les enseignantes ou la consultation de notes de cours ainsi que des entretiens avec des étudiantes. Ces sources supplémentaires auraient pu permettre de préciser davantage la mise en œuvre de la pratique EBT par les enseignantes. Il n'a, cependant, pas été choisi de réaliser ces observations ou de mener ces entretiens, en raison d'un manque de ressources temporelles, mais également parce que cette recherche a été réalisée dans un cadre académique. Les résultats obtenus sont pourtant considérés comme pertinents au vu de l'intégration des données qualitatives et quantitatives issues d'un grand nombre de participantes (n = 184) et de la sélection de quatre cas répartis géographiquement dans l'ensemble de la Belgique francophone. Ce nombre de cas est d'ailleurs considéré comme pertinent par Creswell (2013) qui déconseille d'analyser plus de quatre ou cinq cas.

Une deuxième limite tient au fait que l'étudiante-chercheuse connaissait certaines participantes de cette recherche dans le cadre de formations continues sur la pratique *Evidence-Based Nursing (EBN)*. Pour faire face à cette limite, des questions ouvertes ont été posées lors des entretiens afin d'influencer le moins possible les réponses des participantes. Il leur était aussi dit, au début de l'entretien, de répondre en toute honnêteté. Malgré ces précautions, il ne peut être exclu que le biais lié aux attentes des participantes ait été complètement éliminé des données collectées par



les entrevues. Les attentes de l'étudiante-chercheuse ne sont pas non plus à négliger avec une possibilité d'influencer les réponses des participantes. Ainsi, en raison de l'activité de formatrice à la pratique EBN de l'étudiante-chercheuse, une mise en évidence des idées préconçues de l'étudiante-chercheuse sur la pratique EBT et EBN (*bracketing*) a été réalisée avant de définir la question de cette recherche.

Cette recherche sur la pratique EBT des enseignantes est la première menée en Belgique francophone. D'ailleurs, la revue de la littérature a mis en évidence un petit nombre d'études, principalement nord-américaines, portant sur la pratique EBT d'enseignantes dans l'enseignement supérieur (entre autres, Kalb et al., 2015; Malik et al., 2016; Melnyk et al., 2008; Patterson & McAleer Klein, 2012; Profetto-McGrath et al., 2009). Koivula et al. (2011) regrettent que cette pratique soit rarement étudiée au vu de l'importance du sujet.

Au-delà de la pratique EBT, cette recherche apporte un éclairage sur les compétences des enseignantes. En effet, il est attendu que les enseignantes soient compétentes afin de contribuer au développement des compétences de leurs étudiantes (Costa & Barbieri Figue-

reido, 2008; European Commission, 2020; Kuivila et al., 2020; Mikkonen et al., 2019; Salminen et al., 2021; Satoh et al., 2020; WHO, 2016b). C'est la raison pour laquelle des référentiels de compétences des enseignantes ont été rédigés (Costa & Barbieri Figueireido, 2008; Salminen et al., 2013; WHO, 2016b). Selon ces référentiels, l'utilisation des résultats de recherche fait partie intégrante des compétences des enseignantes (Kuivila et al., 2020; Mikkonen et al., 2018), ce qui montre l'importance de la présente recherche et des recommandations qui en découlent.

En conclusion, cette recherche a permis de comprendre en profondeur le phénomène de la pratique EBT des enseignantes dans la formation infirmière de niveau bachelier en Belgique francophone. Elle a montré que la mise en œuvre de cette pratique pourrait être améliorée afin de devenir systématique. Pour ce faire, des recommandations ont été formulées en lien avec la pratique de la formation infirmière, la gestion intra et inter-institutionnelle de la formation, la gestion politique de la formation infirmière et la recherche en lien avec la formation infirmière. Ces recommandations sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

<b>Pour la pratique de la formation infirmière</b>	Pratique EBT systématique Formation des enseignantes à la pratique EBT
<b>Pour la gestion intra-institutionnelle de la formation infirmière</b>	Mise à disposition de ressources par les gestionnaires
<b>Pour la gestion inter-institutionnelle de la formation infirmière</b>	Collaboration entre HÉ
<b>Pour la gestion politique de la formation infirmière</b>	Soutien politique (partenariats interinstitutionnels) Elaboration d'un référentiel de compétences des enseignantes
<b>Pour la recherche en lien avec la formation infirmière</b>	Validation de l'échelle de mesure à plus grande échelle Etude de la pratique EBT sous l'angle des stratégies pédagogiques Analyse conceptuelle de la pratique EBT

## AUTEUR

**Nadine JACQMIN**, inf, Ph.D. science infirmière  
Attachée à la Direction des soins,  
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)  
Jacqmin.Nadine@chl.lu

## Références

- Agence pour l'Évaluation de la Qualité de l'Enseignement Supérieur. (2011). Évaluation des cursus soins infirmiers, sage-femme et soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier en Fédération Wallonie-Bruxelles. Analyse transversale. <http://www.aeqes.be/documents/ATBSIBSFMEP.pdf>.
- Cannon, S., & Boswell, C. (2016). Evidence-Based Teaching in Nursing. A Foundation for Educators (2<sup>nd</sup> ed.). Jones & Barlett Learning.
- Communauté française. (2002). Décret définissant le Certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'Enseignement supérieur (CAPAES) en hautes écoles et dans l'enseignement supérieur de promotion sociale et ses conditions d'obtention. [http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/26934\\_002.pdf](http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/26934_002.pdf).
- Communauté française. (2004). Décret définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration dans l'espace européen de l'enseignement supérieur et finançant les universités. [http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/28769\\_002.pdf](http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/28769_002.pdf).
- Communauté française. (2013). Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études. [http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/39681\\_004.pdf](http://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/39681_004.pdf).
- Communauté française. (2016). Décret modifiant le décret du 18 juillet 2008 fixant les conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage femme et de bachelier en soins infirmiers, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fr&caller=summary&pub\\_date=16-09-14&numac=2016029348](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=16-09-14&numac=2016029348)
- Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2015). Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale\\_raad\\_voor\\_verpleegkunde-fr/19103245\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19103245_fr.pdf).

- Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2017). Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/code-de-deontologie-des-praticiens-de-lart-infirmier-belges>.
- Costa, A., & Barbieri Figueredo, M. (2008, 9-10 octobre). The Bologna Process - Nurse Educator's Competences: An European perspective [Conférence]. Seventh European Conference of Nurse Educators, Plovdiv, Bulgaria.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design : Choosing Among Five Approaches* (3<sup>rd</sup> ed.). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (3<sup>rd</sup> ed.). SAGE Publications.
- Darras, E., Tricas- Sauras, S., Verhaege, S., & Eggermont, K. (2014). Ten Years of Nursing Research in Belgium. From Research Recommendations to Actual Implementations. Federal Public Health Service, Food Chain Safety and Environment.
- European Commission (2020). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Achieving the European Education Area by 2025. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c8e92a1e-0346-11eb-a511-01aa75ed71a1>
- Geurden, B., Adriaenssens, J., & Franck, E. (2014). Impact of Evidence and Health Policy on Nursing Practice. *Nursing Clinics of North America*, 49(4), 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.08.009>
- Groccia, J. E., & Buskist, W. (2011). Need for Evidence-Based Teaching. *New Directions for Teaching and Learning*, 128, 5-11. <https://doi.org/10.1002/tl.463>
- Kalb, K. A., O'Conner-Von, S. K., Brockway, C., Rierson, C. L., & Sendelbach, S. (2015). Evidence-Based Teaching Practice in Nursing Education: Faculty Perspectives and Practices. *Nursing Education Perspectives*, 36(4), 212-219. <https://doi.org/10.5480/14-1472>
- Koivula, M., Tarkka, M.-T., Simonen, M., Katajisto, J., & Salminen, L. (2011). Research Utilization Among Nursing Teachers in Finland: A National Survey. *Nurse Education Today*, 31(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.008>
- Kuivila, H.-M., Mikkonen, K., Sjögren, T., Koivula, M., Koskimäki, M., Männistö, M., Lukkarila, P., & Kääriäinen, M. (2020). Health Science Student Teachers' Perceptions of Teacher Competence: A Qualitative Study. *Nurse Education Today*, 84, 104210. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104210>
- Malik, G., McKenna, L., & Griffiths, D. (2016). How do Nurse Academics Value and Engage with Evidence-Based Practice Across Australia: Findings from a Grounded Theory Study. *Nurse Education Today*, 41, 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.015>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. L. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melynk, B., Fineout-Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Sadler, L., & Green-Hernandez, C. (2008). Nurse Practitioner Educators' Perceived Knowledge, Beliefs, and Teaching Strategies Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Integration of Evidence-Based Practice Into Graduate Programs. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.023>
- Mikkonen, K., Koskinen, M., Koskinen, C., Koivula, M., Koskimäki, M., Lähteenmäki, M.-L., Mäki-Hakola, H., Wallin, O., Sjögren, T., Salminen, L., Sormunen, M., Saaranen, T., Kuivila, H.-M., & Kääriäinen, M. (2019). Qualitative Study of Social and Healthcare Educators' Perceptions of Their Competence in Education. *Health & Social Care in the Community*, 27(6), 1555-1563. <https://doi.org/10.1111/hsc.12827>
- Mikkonen, K., Ojala, T., Sjögren, T., Piirainen, A., Koskinen, C., Koskinen, M., Koivula, M., Sormunen, M., Saaranen, T., Salminen, L., Koskimäki, M., Ruotsalainen, H., Lähteenmäki, M.-L., Wallin, O., Mäki-Hakola, H., & Kääriäinen, M. (2018). Competence Areas of Health Science Teachers - A Systematic Review of Quantitative Studies. *Nurse Education Today*, 70, 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.017>
- National League for Nursing. (2010). *Best Practices in Teaching and Learning in Nursing Education*. NLN.
- Oermann, M. (2015). Evidence-Based Teaching in Nursing. Dans M. Oermann (Ed.), *Teaching in Nursing and Role of the Educator: The Complete Guide to Best Practice in Teaching, Evaluation and Curriculum Development* (pp. 303-316). Springer Publishing.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2011). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (2<sup>ème</sup> éd.). Armand Colin.
- Patterson, B. (2009). The Nature of Evidence in Teaching Practice. *Journal of Nursing Education*, 48(6), 327-333. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090515-05>
- Patterson, B., & McAleer Klein, J. (2012). Evidence for Teaching: What Are Faculty Using? *Nursing Education Perspectives*, 33(4), 240-245. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.4.240>
- Pluye, P., Garcia Bengoechea, E., Granikov, V., Kaur, N., & Tang, D. (2018). Tout un monde de possibilités en méthodes mixtes: Revue des combinaisons des stratégies utilisées pour intégrer les phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs. Dans M. Bujold, Q. N. Hong, V. Ridde, C. J. Bourque, M. J. Dogba, I. Vedel & P. Pluye (Eds.), *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé* (pp. 28-48). Association francophone pour le savoir.
- Profetto-McGrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Patel, A., & Dussault, B. (2009). Nurse Educators' Critical Thinking Dispositions and Research Utilization. *Nurse Education in Practice*, 9(3), 199-208. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.06.003>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5<sup>th</sup> ed.). Free Press.
- Salminen, L., Stolt, M., Koskinen, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2013). The Competence and the Cooperation of Nurse Educators. *Nurse Education Today*, 33(11), 1376-1381. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.09.008>
- Salminen, L., Tuukkanen, M., Clever, K., Fuster, P., Kelly, M., Kielé, V., Koskinen, S., Sveinsdóttir, H., Löyttyniemi, E., & Leino-Kilpi, H. (2021). The Competence of Nurse Educators and Graduating Nurse Students. *Nurse Education Today*, 98, 104769. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104769>
- Satoh, M., Fujimura, A., & Sato, N. (2020). Competency of Academic Nurse Educators. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-11. <https://doi.org/10.1177/2377960820969389>
- Union Générale des Infirmiers de Belgique. (2019). *Mémorandum 2019*. <https://aavb-ugib-akvb.be/fr/a-propos/memorandum/>
- World Health Organization. (2016a). *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016-2020*. [https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf)
- World Health Organization. (2016b). *Nurse Educator Core Competencies*. [https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/nurse\\_educator050416.pdf](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_educator050416.pdf)
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5<sup>th</sup> ed.). SAGE Publications.

# 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](http://www.sodexoseniors.lu)



Är berufflech Zukunft, bei eis am Betrib

**zitha** 

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

**Seniories** - maisons de soins

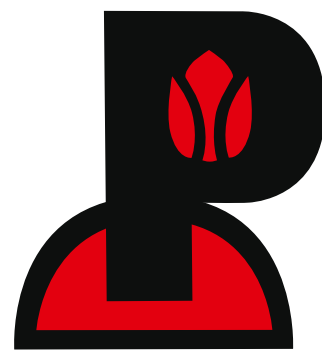
**ZithaMobil** - aide et soins à domicile

**Foyers de jour**

**ZithaAktiv** - centre de la mémoire et de la mobilité

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

[www.zithasenior.lu](http://www.zithasenior.lu)



**PARKINSON**  
LUXEMBOURG

Lo och zu Dahl

Méi Info um 23 69 84 51





# 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](http://www.anil.lu)



# IHRE TREPPE LEICHT HINAUF UND LEICHT HINUNTER.

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



# Renversante, la mesure de la glycémie

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

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



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



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



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

**ACCU-CHEK®**