

GRUNDLAGENPAPIER

DIE UNIVERSITÄRE AUSBILDUNG
DER PFLEGEFACHFRAUEN UND
PFLEGEFACHMÄNNER

EINE ANTWORT AUF
DIE HERAUSFORDER-
RUNGEN IN DEN
GESUNDHEITSSYSTEMEN

*Verabschiedet am 26. Mai 2011 vom
Verwaltungsrat des Secrétariat international des infirmières
et infirmiers de l'espace francophone*



SIDIEF

INTERNATIONALES SEKRETARIAT DER PFLEGEFACHFRAUEN
UND PFLEGEFACHMÄNNER IN DEN FRANZÖSISCHSPRACHIGEN LÄNDERN

EDITIONS LA SOURCE - LAUSANNE

GRUNDLAGENPAPIER

DIE UNIVERSITÄRE AUSBILDUNG
DER PFLEGEFACHFRAUEN UND
PFLEGEFACHMÄNNER

EINE ANTWORT AUF
DIE HERAUSFORDE-
RUNGEN IN DEN
GESUNDHEITSSYSTEMEN

*Verabschiedet am 26. Mai 2011 vom
Verwaltungsrat des Secrétariat international des infirmières
et infirmiers de l'espace francophone*



SIDIEF

INTERNATIONALES SEKRETARIAT DER PFLEGEFACHFRAUEN
UND PFLEGEFACHMÄNNER IN DEN FRANZÖSISCHSPRACHIGEN LÄNDERN

EDITIONS LA SOURCE - LAUSANNE

KOORDINATION UND REDAKTION

Suzanne K rouac, Pflegefachfrau, M. N., M. Sc.
emeritierte Professorin
Faculté des sciences infirmières
Université Montreal
Beraterin des SIDIIEF

Hélène Salette, Pflegefachfrau, M. Sc.
Geschäftsführerin
Secrétariat international des infirmières et infirmiers
de l'espace francophone (SIDIIEF)

UBERSETZUNG DURCH

Monica Doessegger,
INAUEN Uebersetzungen, Scuol, CH.

NACHGELESEN UND KORREKTUREN DURCH

Ursula Jobin-Howald,
Prof. HES-SO,
Insitut et Haute Ecole de la Santé La Source

Im Falle von Unstimmigkeiten z hlt die französische Version.

GRAFISCHE KONZEPTION UND REALISIERUNG

Marc Sen cal/inoxid e

VERTRIEB

Secrétariat international des infirmières et infirmiers
de l'espace francophone (SIDIIEF)
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Quebec) H3Z 1V4
Telefon: (++) 1.514.849.60.60
Telefax: (++) 1.514.849.78.70

 t

Editions La Source
Institut et Haute Ecole de la Santé La Source
Av. Vinet 30
CH -1004 Lausanne
Telefon : (++) 41.21.641.38.00

HINTERLEGUNG DER PFLICHTEXEMPLARE

Bibliothèque et Archives Canada, 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
ISBN 978-2-9808341-5-8
ISBN 978-2-9808341-4-1 (PDF)

  Secrétariat international des infirmières et infirmiers
de l'espace francophone (SIDIIEF), 2011
Alle Rechte vorbehalten

Hinweis – Im Hinblick auf eine bessere Lesbarkeit wird in diesem Text jeweils die weibliche Form «Pflegefachfrau» verwendet. Diese bezieht selbstverständlich die männliche Form mit ein.

ARBEITSGRUPPE

UNTER DEM VORSITZ VON :

Jacques CHAPUIS, Pflegefachmann, M. Sc.,
Vizepräsident des SIDIIEF
Direktor, Institut et Haute École de la Santé La Source, Lausanne (SCHWEIZ)

AFRIKA

Kan KOFFI, Pflegefachmann, M. Sc.
Geschäftsführer, Réseau des Associations nationales d'infirmières, infirmiers et
sages-femmes d'Afrique francophone, RANIIAF
Lehrperson, Institut National de Formation d'Agents de Santé, INFAS, Abidjan (ELFENBEINKÜSTE)

Awa SECK, Pflegefachfrau, Ph. D.
Professorin, École nationale de développement sanitaire et social, Dakar (SENEGAL)

NAHER OSTEN

Claire ZABLIT, Pflegefachfrau, M. Sc., M.B.A.
Präsidentin, Ordre des infirmières et infirmiers au Liban
Dekanin, Faculté des sciences infirmières, Universität Saint-Joseph in Beirut (LIBANON)

EUROPA

Miguel LARDENNOIS, Pflegefachmann, DEA sc. SP
Vertreter der Association belge des praticiens de l'art infirmier, acn (BELGIEN)

Dominique LE BŒUF, Pflegefachfrau, DEA sociologie
Präsidentin, Ordre national des infirmiers de France (FRANKREICH)

NORDAMERIKA

Anne Marise LAVOIE, Pflegefachfrau, Ph. D.
Professorin, École des sciences infirmières, Universität Laurentienne, Ontario (KANADA)

Luc MATHIEU, Pflegefachmann, D.B.A.
Professor, Vizedekan der Fakultät für Pflegewissenschaften und Leiter der Schule für Pflegewissenschaften,
Universität Sherbrooke, Quebec (KANADA)

Ginette THÉRIAULT, M.A.
Beraterin der Präsidentin, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ, Quebec (KANADA)

PROJEKTBEAUFTRAGTE

Suzanne KÉROUAC, Pflegefachfrau, M. N., M. Sc.
Emeritierte Professorin, Faculté des sciences infirmières, Universität Montreal, Quebec (KANADA)

MITGLIED EX OFFICIO

Hélène SALETTE, infirmière, M. Sc.
Secrétaire générale, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, SIDIIEF

ABKÜRZUNGSLISTE

ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ARM	Arrangement de reconnaissance mutuelle
CE	Commission européenne (Europäische Kommission)
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (Wirtschaftsgemeinschaft der westafrikanischen Staaten)
DEC	Diplôme d'études collégiales
HAS	Haute Autorité de santé
HPST	Loi sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
ICN	Weltbund der Pflegenden
IDE	Infirmière diplômée d'État
IOM	<i>Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington, D.C., USA</i>
ISCED	International Standard Classification of Education, UNESCO
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OIF	Organisation internationale de la Francophonie (Internationale Organisation der Frankophonie)
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé (Westafrikanische Gesundheitsorganisation)
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur
WHO	Weltgesundheitsorganisation

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSLISTE	IV
EINLEITUNG	VII
ÜBERSICHT	IX
DIE PFLEGEAUSBILDUNG	13
Bestandesaufnahme in den französischsprachigen Ländern	13
Französischsprachige afrikanische Länder	14
Französischsprachige europäische Länder	16
Naher Osten	18
Nordamerika	18
Wie sind die Verhältnisse in anderen Teilen der Welt?	20
HAUPTSÄCHLICHE ENTWICKLUNGEN AUF INTERNATIONALER EBENE	22
Die Reorganisation der Gesundheitssysteme und der Ausbau der beruflichen Funktionen	22
Die Entwicklung der Advanced Nursing Practice	24
Das Streben nach höherer Wirksamkeit und Effizienz:	
Kosten-Nutzen-Verhältnis der Pflegeinterventionen	26
Die Patientensicherheit und die Pflegequalität: der Mehrwert des Pflegefachwissens	29
Der Schutz der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit der beruflichen Mobilität	32
Die Forschung für die Verbesserung der Pflege und der öffentlichen Gesundheit	34
Haupt- und Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften	35
Dringender Aufruf von grossen internationalen Organisationen	37
Der Weltbund der Pflegenden (ICN)	37
Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)	38
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)	38
Die Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS, Westafrikanische Gesundheitsorganisation)	40
Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)	41
Die Internationale Organisation der Frankophonie (OIF)	42
EMPFEHLUNGEN	43
BIBLIOGRAFIE	45



SIDIEF

INTERNATIONALES SEKRETARIAT DER PFLEGEFACHFRAUEN
UND PFLEGEFACHMÄNNER IN DEN FRANZÖSISCHSPRACHIGEN LÄNDERN

Das SIDIEF ist eine internationale Nichtregierungsorganisation, deren Hauptaufgabe darin besteht, den Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen im Bereich der Pflege in den französischsprachigen Ländern zu erleichtern. Damit leistet das SIDIEF einen Beitrag zur Entwicklung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung der Pflegequalität für die Bevölkerungen.

Das SIDIEF hat Beraterstatus bei den Instanzen der Internationalen Organisation der Frankophonie (OIF). Es entspricht einem weltweiten Netzwerk, das aus führenden Persönlichkeiten des Pflegebereichs sowie aus rund 100 Verbänden und Pflege- und Ausbildungsinstitutionen in 25 französischsprachigen Ländern besteht.

Die Bevölkerungsgesundheit weltweit

Grosse Herausforderungen im Zusammenhang mit der Bevölkerungsgesundheit :

- Zugang zur Gesundheitsversorgung und Kosten der Gesundheitssysteme
- Verbesserung der Mutter-und-Kind-Gesundheit
- Bekämpfung von Malaria, HIV, Tuberkulose und anderen übertragbaren Krankheiten
- Umgang mit chronischen Krankheiten
- Ethische Fragen
- Alterung der Bevölkerung

Und Strategien zu deren Bewältigung :

- Neue Aufteilung der Aufgaben und der beruflichen Tätigkeiten
- Berufsausbildung und berufliche Selbstbestimmung
- Wissenstransfer und Nutzung der Informationstechnologien
- Nord-Süd-Partnerschaften für die Entwicklung

EINLEITUNG

An der Generalversammlung vom 9. Juni 2009 in Marrakesch (Marokko) gaben die Mitglieder einstimmig die Empfehlung ab, dass das SIDIEF eine offizielle Haltung zu den Herausforderungen verabschiedet, die sich im Grund-, Haupt- und Doktoratsstudium der universitären Pflegeausbildung in den französischsprachigen Ländern stellen. Am vierten Weltkongress des SIDIEF im Jahr 2009 nahmen über 1400 Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aus mindestens 25 Ländern des französischsprachigen Raums teil. Mehrere Kongressteilnehmer wiesen auf Unterschiede und Ungerechtigkeiten beim Zugang zum Pflegefachwissen hin und hielten fest, diese Ausgangslage beeinträchtigt ihre Möglichkeiten, einen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, der Sicherheit der Öffentlichkeit und der Pflegequalität sowie zu Innovationen im Bereich der klinischen Tätigkeit zu leisten.

Der Verwaltungsrat des SIDIEF erklärte dieses Problem zu einer Priorität. Parallel dazu heben andere internationale Institutionen das Pflegefachwissen hervor und empfehlen, auf die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zu setzen, um die grossen Herausforderungen zu bewältigen, die sich im Zusammenhang mit der Gesundheit weltweit stellen^{1 2 3 4}.

Mit diesem Grundlagenpapier soll aufgezeigt werden, dass die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Zugang zu einer universitären Pflegeausbildung haben müssen, damit sie in der Folge die ausschlaggebenden Kompetenzen für eine tatsächliche Umgestaltung der Gesundheitssysteme anwenden können.

1 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questions_sociales/9789264050778]; 16.07.2010.

2 Weltbund der Pflegenden (ICN). (2008). *La participation des infirmières à tous les stades de prise de décision et d'élaboration des politiques concernant les services de santé*. Genf: ICN.

3 ICN. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genf: ICN.

4 OECD. (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – Résumé*.

ÜBERSICHT

Die Verantwortlichen eines Gesundheitssystems, die in das Pflegefachwissen investieren, treffen einen klugen Entscheid. Letzterer ist die Voraussetzung für eine echte Umgestaltung der Gesundheitsversorgung, die das 21. Jahrhundert prägen wird. Lohnzahlungen, die für das Pflegefachwissen geleistet werden, sind weit mehr als nur ein Kostenfaktor. Sie erweisen sich als wirtschaftlich vorteilhaft, sowohl für das Gesundheitssystem als auch die ganze Gesellschaft. Nach Berechnungen von Wissenschaftlern wird der Lohn einer Pflegefachperson mit einem Universitätsabschluss von vornherein zu 75% durch einen Rückgang der medizinischen Kosten und der Spalkosten kompensiert, die direkt Fehlern, Zwischenfällen, Komplikationen und der Mortalität zuzuschreiben sind⁵. Hinzu kommen die indirekten Vorteile für die Patientinnen und Patienten und die Angehörigen wie insbesondere ein besseres Schmerzmanagement im Allgemeinen, die Therapietreue, eine bessere Lebensqualität, der Zugang zu Informationen, mehr Selbstbestimmung sowie die Beachtung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf den verschiedenen Präventionsebenen – d. h. auf der primären, sekundären und tertiären Ebene. Eine höhere Anzahl gesunde Lebensjahre wirkt sich vorteilhaft auf die Gesundheit einer Gesellschaft, ihre Produktivität und ihre Wirtschaft aus.

Kann der Wert des Fachwissens einer Pflegefachfrau oder eines Pflegefachmanns überhaupt noch in Zweifel gezogen werden, wo doch allgemein anerkannt ist, dass Pflegeteams, die zu mindestens 60% aus Pflegefachpersonen mit einer universitären Ausbildung bestehen, einen echten Vorteil bedeuten⁶? Zusätzlich zum Retten von Leben, zum Verhindern von unerwünschten Ereignissen und zum Lindern von Leiden geht es um die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen, die Verbesserung der Pflegequalität, die Good Governance und um Kostensenkungen im Gesundheitssystem.

Die Patientensicherheit ist der beste Parameter, um die Behauptung zu widerlegen, ein Gesundheitssystem verfüge nicht über genügend finanzielle Mittel, um Pflegefachpersonen mit einer universitären Ausbildung anzustellen. Ein optimaler Anteil von Fachpersonen mit einer universitären Pflegeausbildung trägt direkt zur Senkung der Kosten bei, die auf Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse zurückzuführen sind. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechen diese Kosten 10% der gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes. Die auf diese Weise eingesparten Gelder könnten direkt in das Personal, in die Verbesserung der Pflegequalität und in die Entwicklung von innovativen Methoden investiert werden.

Da die Gesundheitssysteme der meisten Länder mit begrenzten finanziellen Ressourcen zu kämpfen haben und ein noch nie dagewesener Mangel an qualifizierten Pflegefachpersonen besteht, ist diese Möglichkeit von umso grösserem Interesse. Gleichzeitig sind angesichts der komplexen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und der raschen Entwicklung der Kenntnisse und Techno-logien eine Reorganisation dieser Systeme und eine Erweiterung der beruflichen Funktionen erforderlich. Die Hilfe und Pflege zu Hause, die neuartigen Ansätze und die Grenzen der ausschliesslichen Ausrichtung auf das Spital verlangen nach einer neuen Aufteilung der Aufgaben zwischen den wichtigsten Akteuren, d. h. den Ärzten und den Pflegefachpersonen; die fortgeschrittene Pflegepraxis ist eines der Elemente für diese neue Festlegung der Funktionen.

Parallel dazu ist weltweit zu beobachten, dass die Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe angehoben wird. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass sich mehrere französischsprachige Länder diesem Trend widersetzen. Was die Grundausbildung betrifft, herrschen uneinheitliche Verhältnisse: Die Ausbildungsstufen, die Zulassungsbedingungen, die Zahl der Ausbildungsstunden und die Bezeichnungen der Ausbildungsabschlüsse sind von Land

⁵ Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

⁶ Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *JONA*, 38(5), 223-229.

zu Land unterschiedlich und unterstehen in den meisten Ländern nicht dem jeweiligen nationalen Bildungssystem⁷. Ausserdem steht die dreistufige universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften in mehreren Ländern nicht zur Verfügung^{8 9}. Bei der Anwendung der nationalen Vorschriften im Bereich der Bildungssysteme auf die berufliche Ausbildung im Bereich der Pflege und bei der Übernahme der internationalen Trends weisen die Staaten des französischen Sprachraums einen klaren Rückstand auf, der insbesondere in den afrikanischen Ländern sehr ausgeprägt ist. In diesen Staaten besteht kein Zugang zu einer universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften, wobei gerade dort eine qualifizierende Ausbildung dringend notwendig wäre.

Es ist daher unerlässlich, dass alle französischsprachigen Länder den bedeutenden wirtschaftlichen Beitrag der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner anerkennen. Da sich die Pflege zu einer vollwertigen Profession entwickelt hat, ist ein vollständiger universitärer Bildungsweg erforderlich, der alle drei Stufen einer universitären Ausbildung umfasst. Es müssen daher tiefgreifende Änderungen vorgenommen werden, um den Zugang zu einer universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften zu gewährleisten: Die Zukunft der Pflege wird sich deutlich von ihrer Vergangenheit unterscheiden. Deshalb sind Ansätze erforderlich, die auf einer guten Pflegepraxis und wissenschaftlich belegten Daten beruhen, welche sich auf die Forschung abstützen. Es drängt sich somit eine umfassende Umgestaltung der Pflegeausbildung auf.

Die grossen internationalen Organisationen haben dies richtig erkannt. Aus diesem Grund rufen diese Organisationen – beispielsweise der Weltbund der Pflegenden (ICN)¹⁰ und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)¹¹ – die Staaten dazu auf, in die Aufwertung der Pflegeausbildung zu investieren und die Einführung von pflegerischen Berufsprofilen mit einem breiten Aufgabenspektrum zu unterstützen. Kompetentes Pflegepersonal ist von ausschlaggebender Bedeutung, um den Mangel an Pflegefachpersonen zu bewältigen, den Zugang zur Pflege zu erleichtern, die Effizienz der Gesundheitssysteme zu verbessern und zur öffentlichen Gesundheit beizutragen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)^{12 13 14} weist auf die Notwendigkeit hin, mehr zu investieren, damit diese Herausforderungen bewältigt werden können, und sie ruft die Regierungen aller Länder, insbesondere jene der afrikanischen Staaten, zu einheitlichen Massnahmen auf, die auf den bestehenden Kenntnissen beruhen. Da die wissenschaftlichen Erkenntnisse für die langfristige Entwicklung von strategischer Bedeutung sind, muss sowohl allen Regionen weltweit als auch allen Berufsgruppen die Möglichkeit eingeräumt werden, sich optimale Vorgehensweisen anzueignen. Vor diesem Hintergrund ruft die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)¹⁵ in erster Linie die Entscheidungsträger der afrikanischen Staaten dazu auf, Investitionen in die Hochschulbildung und in die Forschung zu tätigen. Die Internationale Organisation der Frankophonie (OIF)¹⁶ unterstreicht schliesslich die Bedeutung der beruflichen Kompetenzen der Lehrkräfte sowie die Rolle der Frauen und Gemeinschaften für eine nachhaltige Entwicklung.

-
- 7 Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montreal: CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- 8 SIDIIEF et Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. (2008). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [www.sidiief.org].
- 9 CIFI. (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montreal: CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- 10 ICN. (2009). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Genf: ICN.
- 11 OECD. (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE: comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questions_sociales/9789264050778]; 16.7.2010.
- 12 Organisation mondiale de la Santé (WHO). (2008). Rapport sur la santé dans le monde. *Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Genf: WHO. [www.who.int]; 30.9.2009.
- 13 WHO. (2009). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. Genf: WHO. [www.who.int/hrh/nursingmidwifery/hrhglobalstandardseducation.pdf]; 30.8.2010.
- 14 WHO. (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genf: WHO.
- 15 Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO). (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur - L'UNESCO lance un appel à l'investissement et à la coopération*, Pressemitteilung 14.7.2009.
- 16 Internationale Organisation der Frankophonie (OIF). (2010). *Plan d'action 2008-2010*. [www.francophonie.org/-education-et-formation-html].

DAS SIDIIEF RUFT DIE REGIERUNGEN DER FRANZÖSISCHSPRACHIGEN LÄNDER DAZU AUF, UMGEHEND MASSNAHMEN ZU ERGREIFEN, UND EMPFIEHLT IHNEN :

- ein System mit einer dreistufigen universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften einzurichten ;
- als Voraussetzung für den Zugang zum Pflegeberuf die universitäre Stufe Bachelier/Bachelor/Licence in Pflegewissenschaften festzulegen ;
- die Internationale Organisation der Frankophonie (OIF) aufzufordern, in erster Linie die afrikanischen Länder mit Mechanismen für die institutionelle, nationale, intraregionale und regionenübergreifende Zusammenarbeit zu unterstützen, mit dem Ziel, eine universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften einzuführen.

DIE PFLEGEAUSBILDUNG

BESTANDESAUFNAHME IN DEN FRANZÖSISCHSPRACHIGEN LÄNDERN

Im Sommer 2010 erteilte das SIDIIEF dem Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI, Zentrum für Innovationen in der Pflegeausbildung) der Fakultät für Pflegewissenschaften der Universität Montreal (Quebec, Kanada) den Auftrag, das Ausbildungsprofil der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den verschiedenen Ländern des französischsprachigen Raums zu beschreiben und zu analysieren. Dieser Auftrag erfolgte im Anschluss an die deskriptive Studie, die das SIDIIEF 2008 in Zusammenarbeit mit der Fakultät für Pflegewissenschaften der Universität Laval (Quebec, Kanada) realisiert hatte.

Aus diesen Studien konnten die folgenden Erkenntnisse gezogen werden ^{17 18}:

- Was das Ausbildungsprofil der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den französischsprachigen Ländern anbelangt, besteht weiterhin eine grosse Heterogenität. Die Ausbildungstufen, die Zulassungsbedingungen, die Zahl der erforderlichen Ausbildungsstunden für den Erwerb des Pflegediploms, die Bezeichnungen der Ausbildungsabschlüsse und der Berufstitel sind unterschiedlich. Aus der Analyse geht auch eine grosse Heterogenität der Kompetenzen-Referenzmodelle und der Ausbildungsinhalte hervor.
- Trotz aller Unterschiede ist ein allgemeiner Trend zur Anhebung der Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe zu verzeichnen.
- Die dreistufige universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften steht in mehreren französischsprachigen Ländern und insbesondere in den afrikanischen Staaten nicht zur Verfügung.

Aus der vom CIFI¹⁹ durchgeführten Studie ist ersichtlich, dass die Dauer der Grundausbildung drei bis vier Jahre beträgt. Aus der gleichen Anzahl Schuljahre lässt sich zwar nicht auf die gleiche Bildung schliessen, doch bei den meisten untersuchten Bildungswegen sind 15 bis 17 Schuljahre erforderlich, um einen Abschluss für die Ausübung des Pflegeberufs zu erwerben (ISCED-Stufen 4, 5B oder 5A zusammengenommen). Bei vier Bildungswegen liegt die Dauer für den Zugang zur Berufsausübung jedoch zwischen 12 und 14 Jahren (ISCED-Stufen²⁰ 3C oder 4) – Libanon, Mali, Demokratische Republik Kongo und Quebec.

Was die Bezeichnung der Ausbildungsabschlüsse betrifft, haben die europäischen Länder, die an der Studie teilnahmen, die sich aus der Erklärung von Bologna²¹ ergebenden Änderungen verabschiedet: Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben nun Zugang zu einer Licence oder einem Bachelor (ISCED-Stufe 5A). Frankreich hat sich für eine andere Strategie entschieden: Das staatliche Diplom gilt als «Grade de Licence». Dies bedeutet, dass nur ein Teil der Ausbildung auf Universitätsstufe absolviert wurde (ISCED-Stufe 5B, anerkannt als 5A).

Was das Ausbildungsprofil der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den französischsprachigen Ländern anbelangt, besteht weiterhin eine grosse Heterogenität... Trotz aller Unterschiede ist ein allgemeiner Trend zur Anhebung der Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe zu verzeichnen.

In den in dieser Studie berücksichtigten Ländern führen 7 der 21 Bildungswege zu einem Baccalauréat in Pflegewissenschaften (ISCED-Stufe 5A) – Bachelier, Bachelor, Licence. Neun Bildungswege ermöglichen den Erwerb des Titels staatlich diplomierte Pflegefachfrau (infirmière diplômée d'État, IDE) (ISCED-Stufe 5B). Die übrigen führen zur Erlangung des Diploms als Pflegefachfrau, als polyvalente Pflegefachfrau, als Pflegefachfrau in allgemeiner Krankenpflege, der ersten Stufe des paramedizinischen Studiengangs

¹⁷ SIDIIEF et FSI-ULaval. (2008). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [www.sidiief.org].

¹⁸ CIFI. (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montreal: CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

¹⁹ Idem

²⁰ International Standard Classification of Education (ISCED). (1997). *Instrument de classification basé sur les niveaux et domaines d'éducation produit par l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) afin de faciliter la comparaison des statistiques de l'éducation à l'échelle internationale*. [www.uis.unesco.org/ev.fr].

²¹ Ministres européens de l'Éducation. (1999). Déclaration commune des ministres européens de l'Éducation – 19. Juni 1999 – Bologna. [www.europe-education-formation.fr/docs/Bologna].

BdUe: Das Baccalauréat in Frankreich (Gymnasialabschluss) ist nicht mit dem Bachelor (Universitätsabschluss) zu verwechseln.

(1^{er} cycle des études paramédicales) oder des Diploms auf College-Stufe (Diplôme d'études collégiales, DEC) (ISCED-Stufe 3B oder 4). In dieser Studie wurden die Ausbildungsprogramme für Hilfspersonal und Pflegeassistentinnen nicht analysiert.

Was die Nachdiplomausbildung angeht, sind die Ausbildungsprogramme, die Spezialisierungen, die Ausbildungsdauer, die Bezeichnung des Ausbildungsabschlusses und die Zulassungsbedingungen unterschiedlich. Unterschiede bestehen insbesondere auch in Bezug auf die Frage, ob Berufserfahrung verlangt wird oder nicht.

Beim universitären Haupt- und Doktoratsstudium bieten einige Länder – französischsprachiger Teil der Schweiz, Libanon, Kanada und seit kurzem Frankreich – ein Master- oder Maîtrise-Programm in Pflegewissenschaften an (ISCED-Stufe 5A, 6). In drei Ländern – Libanon, Elfenbeinküste und Kanada – wird ein Ausbildungsprogramm angeboten, das zu einem Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) führt. Was die Ausbildungsabschlüsse betrifft, die für die Zulassung zum universitären Hauptstudium erforderlich sind, bestehen die folgenden drei Bezeichnungen: das IDE-Diplom für das Ausbildungsprogramm, das zum Diplôme d'études supérieures spécialisées führt, das Baccalauréat/der Bachelor oder die Licence für den Master oder die Maîtrise. Hinsichtlich der Merkmale der Ausbildungsprogramme sind grosse Unterschiede zu verzeichnen. Beim universitären Hauptstudium besteht die einzige Übereinstimmung darin, dass die Dauer des Maîtrise-Programms zwei Jahre beträgt. In Nordamerika ist das Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften gut etabliert. In der französischsprachigen Schweiz wurde es im Jahr 2008 eingeführt, und in Europa befindet es sich noch in der Aufbauphase.

Trotz diesen Entwicklungsanstrengungen in den französischsprachigen Ländern sind die Grundausbildung, die Zulassungsbedingungen, die Bezeichnungen der Ausbildungsabschlüsse, die Berufstitel und die innerstaatlichen Vorschriften von Land zu Land unterschiedlich. Grosse Unterschiede bestehen in Bezug auf die Hochschulbildung in Pflegewissenschaften, die in mehreren Ländern weiterhin nicht zur Verfügung steht. Angesichts dieser heterogenen Verhältnisse stellt sich nicht nur die Frage der Pflegequalität, sondern auch jene, wie nachhaltige Formen der Zusammenarbeit und Partnerschaften entwickelt werden können, insbesondere mit den Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern der südlichen Länder.

FRANZÖSISCHSPRACHIGE AFRIKANISCHE LÄNDER

Was die Grundausbildung in den französischsprachigen afrikanischen Ländern anbelangt, beträgt die Dauer der Ausbildungsprogramme 12 bis 17 Jahre. Leider besteht keine universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften, wobei gerade in diesen Staaten eine qualifizierende Ausbildung dringend notwendig wäre. Afrika stellt 11% der Weltbevölkerung, trägt aber 24% der Krankheitslast – über 60 % der Menschen mit HIV/AIDS leben in Afrika – und verfügt nur über 3% des weltweit beschäftigten Gesundheitspersonals²². In den afrikanischen Gemeinschaften sind die Pflege und die primäre Gesundheitsversorgung eng mit dem Alltag verbunden: Dies erfordert qualifiziertes Personal, das in der Lage ist, eine niederschwellige, permanent verfügbare Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten.

Da kein universitärer Bildungsweg und keine Lehrpersonen für Pflege verfügbar sind, die über die entsprechende Qualifikation für diese Stufe verfügen, erfolgt die Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den meisten Fällen durch andere Gesundheitsfachpersonen, insbesondere durch Ärzte. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten bei der Anpassung der Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, wenn es darum geht, dass sie ihre Aufgaben unter Berücksichtigung der neuen sozio-sanitären Realitäten vollständig wahrnehmen können.

Die afrikanischen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sind beunruhigt über den immer grösser werdenden Graben zwischen ihrem Umfeld und den Verhältnissen in den nördlichen Ländern. Vor diesem Hintergrund verlangen sie eine Aufwertung ihrer Ausbildung. Sie möchten in der Lage sein, mit ihren Berufskolleginnen und -kollegen in den nördlichen Staaten einen echten Dialog auf Augenhöhe zu führen. Sie sind häufig isoliert und haben kaum Zugang zu den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Grundsätzlich sollten zwar die Informati-

onstechnologien den Informationsaustausch und den Wissenstransfer erleichtern. Doch in diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den südlichen Ländern häufig nur eingeschränkt oder überhaupt nicht auf das Internet zugreifen können. Sie verfügen auch kaum über das notwendige Know-how, um dokumentarische Recherchen in diesen neuen Medien durchzuführen.

Ebenso haben die Lehrpersonen für Pflege, die über die erforderliche Qualifikation verfügen, keinen Zugang zu entsprechenden Stellen im Bereich der Hochschulbildung und der wissenschaftlichen Forschung. In der Regel verfügen sie nicht über ausreichende Mittel, um ihre Kenntnisse mit Hilfe von Forschungsergebnissen auf dem neuesten Stand zu halten. Unterschiede und Ungleichheiten beim Zugang zu den Informationen und zu den aussagekräftigen Ergebnissen beeinträchtigen die Erneuerung der Methoden und geeignete Massnahmen in Bezug auf die bestehenden und sich ändernden Gesundheitsbedürfnisse der Gemeinschaften. Wenn keine universitäre Ausbildung besteht, wird auch keine Forschung betrieben. Dies wiederum hat zur Folge, dass keine aussagekräftigen Daten zum besonderen Umfeld der Pflege in Afrika verfügbar sind.

In Afrika sind die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle für die Gesundheitsversorgung. Dies erfolgt insbesondere in Ambulatorien, Gesundheitszentren und sonstigen Gesundheitsstellen. Die Mitarbeit von Pflegefachpersonen ist auch auf den verschiedenen Zwischenstufen und den zentralen Ebenen des Gesundheitssystems erforderlich, auf denen die Entscheide getroffen werden, die in der Folge die Grundlage für die Ausrichtung des Gesundheitssystems und die gesundheitspolitischen Strategien bilden. Doch es ist festzuhalten, dass diese strategischen Stellen, welche die betreffenden Entscheide beeinflussen, vermehrt mit Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern besetzt werden sollten.

Durch die mangelnde Verfügbarkeit einer universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften in den französischsprachigen afrikanischen Ländern werden die gemeinsamen Anstrengungen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der sozialen Entwicklung beeinträchtigt. Ausserdem werden dadurch die Fortschritte im Hinblick auf die Realisierung der Jahrtausendziele der Entwicklungshilfe verzögert.

In den afrikanischen Ländern ist auch die Frage der Migration der Pflegefachpersonen von entscheidender Bedeutung. Diese hängt mit zwei Faktoren zusammen, auf die von den Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern häufig hingewiesen wird: 1) das Fehlen oder die sehr eingeschränkte Verfügbarkeit von Karrieremöglichkeiten, die den Pflegefachpersonen die Möglichkeit geben, Aufgaben entsprechend ihrer Ausbildung zu übernehmen, und 2) die mangelnde Anerkennung von Hochschulabschlüssen, die im Ausland von den wenigen Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern erworben werden, denen ein Stipendium gewährt wird. Diesen Pflegefachpersonen werden nach ihrer Rückkehr der Berufstitel und der Lohn verwehrt, die ihnen entsprechend ihrem Abschluss zustehen würden. Angesichts dieser Umstände beschliessen recht viele Betroffene, nicht in ihr Heimatland zurückzukehren.

An den meisten französischsprachigen afrikanischen Universitäten gilt für die Studienpläne in den anderen Fächern wie in Europa das dreistufige Ausbildungssystem (Licence, Master und Doktorat). Durch die mangelnde Verfügbarkeit einer universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften in den französischsprachigen afrikanischen Ländern werden die gemeinsamen Anstrengungen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der sozialen Entwicklung beeinträchtigt. Ausserdem werden dadurch die Fortschritte im Hinblick auf die Realisierung der Jahrtausendziele der Entwicklungshilfe verzögert ^{23 24 25}.

In einigen französischsprachigen afrikanischen Ländern (Nordafrika, Zentralafrika und Westafrika) beginnen indessen vielversprechende Kräfte zu wirken: In diesen Ländern ist die Absicht festzustellen, die Pflegeausbildung auf die universitäre Stufe anzuheben. So wird beispielsweise in Marokko der Abschluss der ersten Stufe des paramedizinischen Studiengangs, der vom Institut de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) vergeben wird, für die Zulassung zur Spezialausbildung und zur zweiten Stufe des paramedizinischen Studiengangs anerkannt.

23 WHO. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genf: WHO.

24 WHO. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde*. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais. Genf: WHO. [www.who.int]; 30.9.2009.

25 WHO. (1978). *Alma Ata, Les soins de santé primaires*. Genf: WHO.

In Algerien und insbesondere in der Elfenbeinküste führt nach dem Baccalauréat ein dreijähriges Studium zum Erwerb des Titels staatlich diplomierte Pflegefachfrau (IDE). In Tunesien und Kamerun kann nach dem Erwerb des Baccalauréat ein dreijähriges Studium mit einer Licence abgeschlossen werden.

FRANZÖSISCHSPRACHIGE EUROPÄISCHE LÄNDER

In Europa wurden die Systeme der Hochschulbildung durch die Erklärung von Bologna zu drei Stufen zusammengeführt: Licence/Bachelor, Master und Doktorat (LMD). Mehrere Länder haben das LMD-System eingeführt. Daraus sollten in Europa mit der Zeit eine Vereinheitlichung der Abschlüsse und die gegenseitige Anerkennung von Kompetenzen in mehreren Bereichen resultieren.

In Europa nutzten die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die mit der Erklärung von Bologna verbundene Öffnung, um in den Kreisen der Pflegefachpersonen Überlegungen zu den Kompetenzen anzustellen, die erforderlich sind, um die in den Gesundheitssystemen bestehenden Herausforderungen zu bewältigen: komplexe Schwankungen der Nachfrage im Bereich der Gesundheitspflege, demografische Veränderungen, rasche Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Informationstechnologien. Die immer mobileren Fachpersonen konnten bei den zuständigen Behörden geltend machen, dass sie vom weitergehenden Transfer von Qualifikationen und von der gegenseitigen Ausrichtung der Studienpläne profitieren würden, die durch das LMD-System ermöglicht werden.

Beim Prozess zur Anhebung der Grundausbildung auf eine höhere Stufe leistete die französischsprachige Schweiz Pionierarbeit. Seit 2006 entspricht der Abschluss der Grundausbildung zur Pflegefachfrau einem Bachelor (ISCED-Stufe 5A), der innerhalb von drei Jahren erworben wird und dem propädeutische Module vorgehen. Der *Bachelor of Sciences in Nursing* eröffnet den Zugang zu den Nachdiplomabildungen und den Spezialisierungen. Es wird ein Master of Sciences in Pflegewissenschaften (Hauptstudium) angeboten, und das Doktoratsstudium (ISCED-Stufe 6) in Pflegewissenschaften kann seit 2008 an der Universität Lausanne absolviert werden.

Im französischsprachigen Teil von Belgien ist der *Bachelor/Bachelier* mittlerweile der standardmäßige Abschluss. Dieser wird nach einem dreijährigen Studium von nichtuniversitären Hochschulen abgegeben (ISCED-Stufe 5B). Dabei handelt es sich um den Ausbildungsweg, der von der Mehrheit gewählt wird, wobei weiterhin auch ein Bildungsgang auf Sekundarstufe besteht, der zum Erwerb eines Fachausweises (Brevet) führt (ISCED-Stufe 3 oder 4). In Belgien absolvieren über 40% der neuen Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss nach dem Erwerb des Diploms eine Spezialausbildung oder ein Master-Studium. Dieser Anteil nimmt laufend zu. Viele Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben somit ein ausgeprägtes Bedürfnis, eine weitergehende Ausbildung zu absolvieren, mehr Kompetenzen in Pflegewissenschaften sowie mehr Titel und Qualifikationen zu erwerben, damit sie ihren Beruf mit einer bestmöglichen Qualifikation ausüben können. Die belgischen Universitäten der flämischen Gemeinschaft haben Ausbildungsprogramme für den Erwerb eines Master in Pflegewissenschaften entwickelt, die einen zunehmenden Erfolg verzeichnen, welcher auf Kosten ihres bisherigen Ausbildungsprogramms in Spitalmanagement geht. Im französischsprachigen Teil von Belgien wurde eine andere Ausrichtung gewählt, indem an der Katholischen Universität Löwen innerhalb des Master in Public Health (Maîtrise en santé publique) ein Schwerpunkt « Fachvertiefung in Pflege » geschaffen wurde.

In Frankreich wurde 2009 beschlossen, den künftigen Inhaberinnen und Inhabern des staatlichen Pflegediploms von Gesetzes wegen den « Grad einer Licence » zu verleihen. Dieser Grad wird allen Pflegefachpersonen verliehen, die Inhaber eines von einem Institut de formation en soins infirmiers (IFSI, Ausbildungsinstitut für Pflege) ausgestellten staatlichen Pflegediploms sind. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass das betreffende Ausbildungsinstitut eine Partnerschaft mit einer Universität eingegangen ist. In einer entsprechenden Verein-

26 Décret n° 2010-1123 du 23.09.2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant de la partie II de la 4^e partie du code de la santé publique (NOR: ESRS 1006738D) erschienen im J. O. Nr. 0224, 26.9.2010, S. 17468 – Text Nr. 10. Paris.

27 Rapport d'information. (2010). Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux. Député Jacques Domergue. Document d'information de l'Assemblée nationale, Nr. 2712. Paris.

barung werden die Umstände der Partnerschaft und die Bedingungen für die Anerkennung der Abschlüsse und die Realisierung der Ausbildungsprogramme festgehalten²⁶. Den ersten Inhaberinnen und Inhabern dieses Diploms wird dieser Grad ab 2012 verliehen, nachdem sie ihre dreijährige Grundausbildung an einem IFSI abgeschlossen haben, das Partner einer Universität ist.

Der Erwerb dieses Grads bedeutet jedoch nicht, dass die betreffende Ausbildung in die Universität integriert ist. In einem Parlamentsbericht vom Juli 2010 wurde die Auffassung vertreten, dass es keinen Anlass gibt, die Studierenden im Pflegebereich des ersten Jahres der Licence (L1) in die Universität zu integrieren²⁷.

Während die Pflegefachpersonen seit vielen Jahren Zugang zu Hochschulprogrammen haben, insbesondere in den Bereichen Spitalmanagement, Public Health und Pädagogik, steht die universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften auf den Stufen Haupt- und Doktoratsstudium erst am Anfang. In Zusammenarbeit mit dem Department Pflegewissenschaften und paramedizinische Wissenschaften der École des hautes études en santé publique (EHESP)²⁸ bietet die Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II) einen ersten Master in klinischen Pflegewissenschaften an. Parallel dazu und ausserhalb des Bereichs der Pflegewissenschaften wurden mehrere Projekte für einen «Master-Grad» angekündigt, die im Rahmen von Anstrengungen im Bereich der Spezialausbildung realisiert werden. Dies ist insbesondere bei den Pflegefachfrauen für Kleinkinderpflege in Frankreich der Fall.

Die universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften, die in angloamerikanischen Ländern von französischen Pflegefachpersonen absolviert wird, wird angeblich nicht als gleichwertig anerkannt, womit die Fachpersonen in Frankreich nicht in universitären Forschungsteams mitarbeiten können, die im Gesundheitsbereich tätig sind.

In Rumänien ermöglichen zwei Bildungswege den Zugang zur Pflegeausbildung, wobei zwei unterschiedliche Ausbildungsabschlüsse erlangt werden. Nach einer dreijährigen Ausbildung im Anschluss an die Sekundarstufe wird ein Diplom als generalistische medizinische Assistentin vergeben. Nach fünf Jahren Berufserfahrung führt die Spezialisierung in einem bestimmten Spezialgebiet der Pflege (beispielsweise Medizin, Chirurgie, Pädiatrie) zum Titel spezialisierte medizinische Assistentin. Der zweite Bildungsweg besteht in einem vierjährigen universitären Grundstudium im Anschluss an das gymnasiale Baccalauréat. Das vergebene Diplom, die Licence, führt zum Ausbildungsabschluss lizenzierte medizinische Assistentin. Nur diese Ausbildung ermöglicht den Zugang zur universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften auf den Stufen Haupt- und Doktoratsstudium.

Aufgrund der Richtlinie der Europäischen Union 2005/36²⁹ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, mit der die berufliche Mobilität gewährleistet werden soll, sahen sich mehrere europäische Staaten gezwungen, die Zahl der Ausbildungsstunden zu erhöhen. Einige Länder haben in diesem Zusammenhang die Pflegeausbildung auf die universitäre Grundstufe angehoben. Während sich die Grundausbildung auf der Universitätsstufe entwickelt, stehen die Studienprogramme in Pflegewissenschaften des Haupt- und des Doktoratsstudiums noch am Anfang.

Anfang 2010 hat die Europäische Kommission eine Evaluation und Revision der Richtlinie 2005/36 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Europa eingeleitet. Sie hat insbesondere die Behörden konsultiert, welche die von dieser Richtlinie betroffenen Gesundheitsberufe reglementieren.

Was den Pflegeberuf betrifft, hat die Kommission beschlossen, die folgenden Elemente zu bearbeiten und entsprechende Konsultationen durchzuführen :

- Verlangen des erforderlichen Niveaus für die Zulassung zur Universität im Hinblick auf den Zugang zum Pflegestudium ;
- Anhebung der Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe und Integration in das LMD-System im Hinblick auf die Übereinstimmung mit der Erklärung von Bologna ;
- Weiterführung der Vereinheitlichung der gemeinsamen Vorschriften im Bereich der Grundausbildung und der Spezialausbildung – dies wird durch die Anhebung der Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe erleichtert ;

²⁸ [www.ehesp.fr/formations].

²⁹ *La mobilité professionnelle en Europe : la reconnaissance des diplômes dans l'Union européenne dans le cadre de la Directive 2005/36/CE.* [www.ciep.fr/conferences/eric-naric] ; [www.eur-lex.europa.eu] ; 3.11.2010.

- Vorsehen einer gemeinsamen Definition der beruflichen Weiterbildung und diese – sofern sie im Herkunftsland obligatorisch ist – zu einer Bedingung für die automatische Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union machen.

Die Schlussfolgerungen aus den Arbeiten der Kommission werden 2012 vorliegen.

NAHER OSTEN

Im Libanon stehen für die Pflege-Grundausbildung verschiedene Bildungswege zur Verfügung. Eine dreijährige postkomplementäre Ausbildung an einer Fachschule führt zu einem fachbezogenen Baccalauréat und zum Titel Pflegefachfrau. Ein anderer Bildungsweg besteht darin, dass ein gymnasiales Baccalauréat und eine dreijährige Ausbildung an einer Fachschule absolviert werden, um ein höheres Fachdiplom in Pflege und den Titel lizenzierte Pflegefachfrau zu erlangen. Der dritte Weg erfolgt auf universitärer Stufe: Nach dem gymnasialen Baccalauréat und einem drei- oder vierjährigen Studium wird mit dem Licence-Abschluss der Titel lizenzierte Pflegefachfrau verliehen. Nur dieser dritte Bildungsweg ermöglicht den Zugang zum universitären Hauptstudium. Im Übrigen bieten 15 Universitäten, davon sechs französischsprachige Institutionen, Studienpläne an, die zu einer Licence in Pflegewissenschaften führen.

Der Zugang zu den universitären Ausbildungsprogrammen besteht seit 1979. Drei der französischsprachigen Universitäten bieten Programme auf der Stufe des Hauptstudiums an, die zu einem spezialisierten Hochschulabschluss (Operationsbereich, Spitex, Reanimation, Management) oder zu einem Master (Verwaltung des Pflegedienstes, Forschung, Infektionsmanagement) führen. Aufgrund der Entwicklung der Pflegeausbildung auf Hochschulstufe in diesem Land besteht das Ziel darin, in den nächsten Jahren einen Doktoratsstudiengang in Pflegewissenschaften zu entwickeln.

NORDAMERIKA

In Kanada sind die Verhältnisse stark von den entsprechenden Umständen in den Ländern des Commonwealth und von deren Ausrichtungen im Bereich der Sozialpolitik und der Entwicklung der Berufspraxis beeinflusst. Die Berufsverbände der Pflegefachpersonen haben die Leitlinien definiert, welche die Grundlage für die Praxis, die Ausbildung und die gesetzlichen Vorschriften bilden: Bestimmungen, Evaluationsprozess, Zulassung von Programmen, Qualitätskriterien und erwartete Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten, die Fachpersonen und das Gesundheitssystem. Mehrere Commonwealth-Länder haben die Grundausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner auf eine höhere Stufe (universitäres Grundstudium) angehoben und bieten universitäre Studiengänge in Pflegewissenschaften auf der Ebene des Haupt- und des Doktoratsstudiums an³⁰.

Aufgrund der geografischen Nähe wird Kanada auch von den Vereinigten Staaten stark beeinflusst. Ab 1965 empfahl die *American Nurses Association (ANA)*, das Baccalauréat (Bachelor/Licence) als Voraussetzung für den Zugang zum Pflegeberuf festzulegen. Nach Auffassung der *American Association of Colleges of Nursing (AACN)* müssen die Kompetenzen, die für die Ausübung der Tätigkeit einer Pflegefachfrau unabdingbar sind, auf universitärer Stufe erworben werden und erfordern ein Baccalauréat ès sciences. Angesichts der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsbedürfnisse empfahl der *National Advisory Council on Nurse Education and Practice (NACNEP)*³¹ 1996, dass mindestens 66% des Pflegepersonals der Spitäler auf Bachelor-Stufe ausgebildet werden. Abgegeben wurde diese Empfehlung aufgrund der erforderlichen beruflichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen und ihrer notwendigen Fähigkeiten im Bereich der kritischen Analyse, der Problemlösung und der Führung³².

30 Commonwealth Nurses Federation. (2005). *Strategic Directions 2005-2010*. [www.commonwealthnurses.org]; 1.10.2010.

31 National Advisory Council on Nurse Education and Practice. (1996). *Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing*. Washington, D.C.

32 Goode, C.J., Pinkerton, S.E., McCausland, M.P., Southard, P. et al. (2001). «Documenting chief nursing officers' preferences for BSc prepared nurses», *JONA*, 31, 2, 55-59.

1982 legten die Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, Verband der kanadischen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner) und die Association canadienne des écoles universitaires de sciences infirmières (ACESI, Verband der kanadischen Schulen für Pflegewissenschaften auf Universitätsstufe)³³ die Mindestanforderungen für den Hochschulabschluss Baccalauréat spécialisé en sciences infirmières zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit als *zugelassene Pflegefachfrau* fest. Diese Position des ACESI wurde kürzlich bestätigt³⁴. Mit Ausnahme von Quebec haben alle reglementarischen Gremien der kanadischen Provinzen diese Mindestanforderungen übernommen.

So haben die Universitäten in den kanadischen Provinzen – abgesehen von Quebec – die Aufsicht über die gesamte Pflegeausbildung. Die Zulassung für die Ausübung des Pflegeberufs wird nach dem Abschluss des Baccalauréat im Hinblick darauf vergeben, dass die Ausbildung auf der universitären Stufe im Rahmen des Haupt- und Doktoratsstudiums fortgesetzt wird.

Die offiziell ausschliesslich französischsprachige Provinz Quebec ist die einzige Provinz, in der die Zulassung für die Berufsausübung nach dem Erwerb des (postsekundären) College-Abschlusses in Pflege vergeben wird. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Zugang zur Pflegeausbildung an der Universität in der Provinz Quebec seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts besteht. Ab dem Zeitraum 1920–1930 wurden den Inhaberinnen und Inhabern eines Pflegediploms an der McGill-Universität und an der Universität Montreal³⁵ Baccalauréat-Programme angeboten. Die Idee der Pflege-Grundausbildung an der Universität geht zwar auf Anfang der 1950er-Jahre zurück, doch der direkte Zugang wurde erst später ermöglicht: 1957 an der McGill-Universität und 1962 an der Universität Montreal. Trotz dieses anerkannten Zugangs verfügen gegenwärtig in Quebec nur 10,4% des Pflegepersonals zumindest über einen Abschluss des universitären Grundstudiums. 30,4% haben einen Baccalauréat-Grad erworben, und 3% verfügen über einen Abschluss auf Stufe Haupt- oder Doktoratsstudium³⁶.

Die Provinz Quebec und Frankreich haben kürzlich eine Vereinbarung über die Anerkennung der beruflichen Qualifikationen von Pflegefachpersonen unterzeichnet³⁷. Gemäss diesem *Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM, Vereinbarung über die gegenseitige Anerkennung)* können sich alle Absolventinnen und Absolventen eines universitären Studiengangs, des Baccalauréat im Fall von Quebec oder eines staatlichen Diploms (IDE) im Fall von Frankreich, auf die Vereinbarung berufen. Mit anderen Worten fallen in Bezug auf die Provinz Quebec nur die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit einem Universitätsabschluss unter dieses *Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM)*. Das Diplom in Pflegewissenschaften auf College-Stufe (DEC), das immerhin zum Erhalt der Bewilligung für die Ausübung des Pflegeberufs berechtigt, ist im Rahmen dieser Vereinbarung nicht anerkannt, da es hinsichtlich der Anzahl Ausbildungsstunden, die für die Grundausbildung verlangt werden, zu weit von den europäischen Standards entfernt ist.

Während in Quebec seit mehreren Jahrzehnten ein Berufsverband besteht, ist diese Institution in anderen Ländern eine eher neue Errungenschaft, beispielsweise im Libanon (2003), in Burkina Faso (2006) und in Frankreich (2008). Somit ist der Pflegeberuf im gesamten französischsprachigen Raum sowohl aus beruflicher als auch aus politischer Sicht verhältnismässig schlecht organisiert. Demzufolge wird die Gemeinschaft der Pflegefachpersonen nur unzureichend anerkannt und zu wenig unterstützt.

33 Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2004). *Énoncé de position commun : Exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière*. [www.cna-aiic.ca]; 21.11.2009.

34 ACESI. (2010). *Plaidoyer pour des Canadiens en meilleure santé: formation en sciences infirmières pour le XXI^e siècle*. Ottawa: ACESI. [www.casn.ca]; 21.5.2010.

35 Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

36 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif. Westmount: OIIQ.

37 OIIQ. (2010). «Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmières», *Le Journal*, 7(1), Sept.-Okt., 4.

WIE SIND DIE VERHÄLTNISSSE IN ANDEREN TEILEN DER WELT?

Dies ist ein einstimmiges Plädoyer für die Anhebung der Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe – ein Prozess, der weltweit umgesetzt wird. Kürzlich hat das Institute of Medicine (IOM) der National Academy of Sciences in den Vereinigten Staaten diese Entwicklung mit einer entsprechenden Empfehlung als dringlich erklärt. Da die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für die Umgestaltung der Gesundheitssysteme von ausschlaggebender Bedeutung ist und mehr denn je auf einer grossen beruflichen Selbstständigkeit beruht, hat dieses amerikanische Institut empfohlen, bis 2020 einen Pflegepersonalbestand anzustreben, der zu 80% aus Bachelor-Absolventen und -Absolventinnen besteht, und die Zahl der Absolventinnen und Absolventen eines Doktoratsstudiums zu verdoppeln. Zu diesem Zweck sollten mindestens 10% der Baccalauréat-Absolventinnen und -Absolventen ihre Ausbildung in den fünf Jahren nach ihrem Abschluss auf einer höheren Stufe fortsetzen³⁸.

Während der letzten zehn Jahre haben sich verschiedene Länder dazu entschlossen, die Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner auf eine höhere Stufe anzuheben. Dies kommt durch die Einführung der fortgeschrittenen Pflegepraxis gut zum Ausdruck. Die Vereinigten Staaten waren diesbezüglich die Vorreiter, gefolgt vom Vereinigten Königreich, von Australien und von den Commonwealth-Ländern. Es waren somit die anglo-amerikanischen Länder, in denen die Berufskultur gut etabliert war und in denen die universitäre Ausbildung auf den Stufen Haupt- und Doktoratsstudium bereits bestand, als die entsprechende Entwicklung unabdingbar

wurde³⁹. So verfügte beispielsweise im Jahr 2008 in den Vereinigten Staaten die Hälfte des Pflegepersonals über einen universitären Abschluss der Grund-, Haupt- oder Doktoratsstufe⁴⁰. In Europa hat das Vereinigte Königreich eine Vorreiterrolle übernommen und unterstützt die Einführung der fortgeschrittenen Pflegepraxis⁴¹.

Im Zusammenhang mit der Reform der Gesundheitssysteme und dem Mangel an Gesundheitsfachpersonen wurden zahlreiche Berichte verfasst und viele Stellungnahmen abgegeben. Darin wird geltend gemacht, dass eine bessere Ausbildung der neu in den Beruf eintretenden Gesundheitsfachpersonen erforderlich ist, um die Sicherheit der Patientinnen und

Patienten, der Familien und der Gemeinschaften zu gewährleisten^{42 43}. In den angloamerikanischen, spanischsprachigen und asiatischen Ländern sowie in einigen arabischen Staaten wird ein von einer Universität abgegebenes Baccalauréat zum minimalen Abschluss für die Ausübung des Pflegeberufs⁴⁴.

ALLES IN ALLEM entspricht die Pflegeausbildung in den französischsprachigen Ländern einem Mosaik aus Berufsprofilen, Abschlüssen und Titeln. Die eigentlichen Ausbildungsprogramme im Bereich der Pflege weisen von Land zu Land beträchtliche Unterschiede auf. Ebenfalls unterschiedlich sind die Vorschriften und Kriterien in Bezug auf einen reglementierten Status und die Berufstitel.

Dies ist ein einstimmiges Plädoyer für die Anhebung der Pflegeausbildung auf die Universitätsstufe, die weltweit umgesetzt wird. In den angloamerikanischen, spanischsprachigen und asiatischen Ländern sowie in einigen arabischen Staaten wird ein von einer Universität abgegebenes Baccalauréat zum minimalen Abschluss für die Ausübung des Pflegeberufs.

- 38 Institute of Medicine. (2010). *The future of Nursing: Leading changes, advancing health*. Washington, D.C.: National Academies Press. [www.nap.edu/catalog/phprecord_id=12894].
- 39 Desrosiers, G. (2009). «La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières», *Info Nursing*, Nr. 150, Okt. 2009, Brüssel, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).
- 40 US Department of Health and Human Services, Health Resources Services Administration. (2010). *The Registered Nurses population: initial findings from the 2008 national sample survey of RN*. [www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/msurvey].
- 41 Desrosiers, G. (2009). «La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières», *Info Nursing*, Nr. 150, Okt. 2009, Brüssel, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).
- 42 ICN. Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN). (2006). *La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaines d'intervention prioritaire*. Genf: Schweiz.
- 43 WHO. (2009). *Des normes mondiales pour la formation initiale d'infirmières professionnelles et les sages -femmes*. Genf: WHO. [www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education/fr].
- 44 CIFI. (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones: rapport rédigé pour le SIDIEF*. Pepin, J., Ha, L. Montreal: CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, S. 21.

Aus diesem Grund fordert das SIDIIEF mit Nachdruck, dass die französischsprachigen Länder ihre Ausbildungsnormen vereinheitlichen, um die Fragmentierung, die Aufsplitterung und die Unzugänglichkeit des universitären Bildungswegs zu beseitigen, die noch für eine zu grosse Zahl von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern eine Realität sind. Dabei geht es auch um die Attraktivität des Pflegeberufs für junge Menschen in einem wirtschaftlichen Umfeld, in dem das durchschnittliche Abschlussniveau in vielen Ländern vom gymnasialen Baccalauréat auf die Stufe Licence angestiegen ist.

Dies gilt umso mehr, als sich dieser Trend zur Anhebung der Pflegeausbildung auf die universitäre Ebene nicht abschwächen wird. Ganz im Gegenteil, eine solide Ausbildung und eine bessere Anwendung der beruflichen Kompetenzen auf höherer Ebene sind notwendig, damit die grossen Herausforderungen bewältigt werden können, die sich im Gesundheitsbereich weltweit stellen.

Mit diesem Grundlagenpapier verbindet das SIDIIEF nicht die Absicht, ein Pflichtenheft für die Vereinheitlichung der Ausbildungsprogramme zu erstellen. Es soll vielmehr aufgezeigt werden, aus welchen Gründen die Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner im Hinblick auf die Zulassung zur Ausübung des Pflegeberufs auf Universitätsstufe erfolgen muss. Im Weiteren besteht das SIDIIEF darauf, dass diese Ausbildung nicht im Rahmen eines allgemeinen «paramedizinischen» Berufsprofils, sondern auf einem universitären Bildungsweg mit einem Grund-, Haupt- und Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften absolviert wird.

HAUPTSÄCHLICHE ENTWICKLUNGEN AUF INTERNATIONALER EBENE

Angesichts der weltweiten Herausforderungen im Gesundheitsbereich müssen alle Staatsregierungen den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Effizienz verbessern, damit sie eine hohe Qualität zu tragbaren Kosten gewährleisten können. Vor diesem Hintergrund müssen die Gesundheitssysteme umgestaltet werden. Am meisten werden jene davon profitieren, die sich für eine tiefgreifende Änderung engagieren. Die Gesundheitsfachpersonen, insbesondere die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, wollen sich seit jeher an der Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Bevölkerungsgesundheit beteiligen. Sie sind daher aufgefordert, Leadership zu zeigen und unter Beweis zu stellen, dass sie zu Innovationen fähig sind und ihren Beitrag zu einer echten Umgestaltung leisten können.

DIE REORGANISATION DER GESUNDHEITSSYSTEME UND DER AUSBAU DER BERUFLICHEN FUNKTIONEN

In den letzten Jahren wurden die Gesundheitssysteme aller Länder mit starken finanziellen Einschränkungen konfrontiert. Gleichzeitig nahmen die mit der Gesundheitsversorgung und den entsprechenden Dienstleistungen verbundenen Ausgaben zu. Viel rascher als erwartet wurde ein Mangel an qualifizierten Pflegefachpersonen verzeichnet. Parallel dazu hatten die Komplexität der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung, die Prävalenz und die Bedeutung der chronischen Erkrankungen, die rasche Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Einführung der Informations- und Kommunikationstechnologien eine Reorganisation der Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Dienstleistungen zur Folge. Im Weiteren sahen sich die Spitäler und ihre kostenintensiven technischen Plattformen gezwungen, die Dauer der Spitalaufenthalte zu reduzieren. Auf diese Weise wurde ein grosser Teil der Gesundheitsversorgung in spitalexterne Strukturen verlagert: Die Notwendigkeit der Spitex-Dienstleistungen, der Hilfe und Pflege zu Hause, hat die traditionellen Rollen erheblich verändert und die Fachpersonen gezwungen, ihre Vorgehensweisen rasch anzupassen.

Im Rahmen der Gesundheitssysteme sind künftig neue Kompetenzen erforderlich^{45 46}, wobei sich dieser Trend eher noch verstärken wird. Unter Berücksichtigung der Situation in mehreren Ländern wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2020 voraussichtlich etwa 75% der Pflegefachpersonen im spitalexternen Bereich tätig sein werden, während es im Jahr 2000⁴⁷ genau umgekehrt war: Damals arbeiteten drei von vier Pflegefachpersonen in Spitälern. In diesem Zusammenhang entspricht die Umstrukturierung der Kompetenzen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner einer noch nie dagewesenen Herausforderung.

Im Rahmen der Gesundheitssysteme sind künftig neue Kompetenzen erforderlich, wobei sich dieser Trend eher noch verstärken wird... die Umstrukturierung der Kompetenzen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner entspricht einer noch nie dagewesenen Herausforderung.

Im Gesundheitsbereich bilden die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner weltweit die grösste Berufsgruppe; sofern es angemessen eingesetzt wird, kann ein solches Potenzial von gut ausgebildeten Fachpersonen die Entwicklung der Gesundheitssysteme zweifellos positiv beeinflussen. Diesbezüglich achten die Pflegefachpersonen genau auf die Effektivitäts- und Effizienzziele; was die Pflege von Einzelpersonen, Familien und der Gemeinschaft anbelangt, sind sie an vorderster Front tätig und agieren als Bindeglied zwischen den Anliegen der Patientinnen und Patienten und den Überlegungen der politischen Verantwortlichen⁴⁸. Ihre Rolle wird jedoch durch die Zielsetzungen der Entscheidungsträger und die sich daraus ergebenden Beschlüsse der zuständigen Behörden beeinflusst.

Mit Bezug auf die Grundsätze Billigkeit und soziale Gerechtigkeit haben Fachleute bereits darauf hingewiesen, dass die Grundversorgung die richtige Antwort auf die Herausforderungen im Gesundheitsbereich in unserer

45 WHO. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genf: WHO.

46 Desrosiers, G. (2009). «La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières», *Info Nursing*, Nr. 150, Okt. 2009, Brüssel, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

47 AIIC. (2006). *Vers 2020: visions pour les soins infirmiers*. Ottawa: AIIC.

48 Falk Rafael, A. (2005). «Speaking Truth to Power: Nursing's legacy and Moral Imperative», *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.

Welt ist, die sich permanent weiterentwickelt. Die Massnahmen müssen auf das Empowerment der Individuen und Gemeinschaften fokussiert werden, das einen integrierenden Bestandteil der Reform der Gesundheitssysteme in den Industrieländern bilden muss. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)⁴⁹ bittet um die aktive Beteiligung der wichtigsten Akteure des Gesundheitsbereichs, damit die Leadership im Gesundheitswesen im Rahmen einer wirksamen Politik umgestaltet werden kann: Die Staaten werden aufgefordert, die bestehenden Unterschiede im Gesundheitsbereich innerhalb einer Generation zu beseitigen. Der politische Wille ist von ausschlaggebender Bedeutung, um die Dinge zu ändern, denn das Wissen und die Mittel sind vorhanden⁵⁰.

Für die Umgestaltung eines Gesundheitssystems ist daher der Einbezug der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegefachpersonen erforderlich: Während die Ersteren das therapeutische Angebot beeinflussen, können die Pflegefachpersonen Einfluss auf die Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Dienstleistungen sowie auf die Gesundheitspolitik nehmen. Die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegefachpersonen bilden die beiden Berufsgruppen, auf denen das Gesundheitssystem beruht. In Zeiten des Mangels werden sie vermehrt ersucht, ihre Arbeitsweise neu festzulegen und innovative Modelle zu entwickeln⁵¹.

Die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegefachpersonen bilden die beiden Berufsgruppen, auf denen das Gesundheitssystem beruht. In Zeiten des Mangels werden sie vermehrt ersucht, ihre Arbeitsweise neu festzulegen und innovative Modelle zu entwickeln.

Diese Umgestaltungen führen zu einem Überdenken der verschiedenen beruflichen Tätigkeitsbereiche und erfordern eine genaue Erfassung der spezifischen Aufgaben jeder einzelnen Berufsgruppe. Die Verlagerung von Aufgaben zwischen den Ärzten und Pflegefachpersonen wird als Faktor für die Verbesserung und die Steigerung der Produktivität der Leistungen betrachtet⁵². Allzu häufig erbringen Ärzte medizinische Leistungen, die ohne weiteres von Pflegefachpersonen übernommen werden könnten. Erforderlich sind im Weiteren auch eine systematische, effiziente Neufestlegung der Zuständigkeitsgebiete und eine Neuordnung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen. Ein solcher Ansatz muss auf der Zusammenarbeit, auf aussagekräftigen Ergebnissen und auf dem Beherrschen der spezifischen Kenntnisse beruhen. Eine berufsübergreifende Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn alle Akteure miteinander kommunizieren können und kollegial vorgehen.

In Ländern, in denen bei der Realisierung der Gesundheitsversorgung alle Kompetenzen bei den Ärztinnen und Ärzten liegen, wie beispielsweise in Afrika, ist der Pflegeberuf in den Spitälern auf eine blosser Ausführungsfunktion beschränkt. Dies beeinträchtigt jedoch Innovationen, die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung und Initiativen für die Bevölkerungsgesundheit. Daraus ergibt sich, dass eine solche Beschränkung nicht mehr angemessen ist. Wenn den Pflegefachpersonen nur die Rolle von medizinischen Assistenten eingeräumt wird, kann der Zugang zum Gesundheitssystem nicht verbessert werden, und es können keine Initiativen realisiert werden, die auf die jeweiligen lokalen Bedingungen abgestimmt sind.

In den nördlichen Ländern geht die Öffnung der Tätigkeitsbereiche mit einer grösseren Selbstständigkeit der Pflegefachpersonen einher. Durch eine neue Aufteilung der Aufgaben, insbesondere durch die Einführung der Advanced Nursing Practice und die Anwendung von Behandlungsprotokollen, wird die berufsübergreifende Zusammenarbeit maximiert. Damit werden die Initiative des Pflegepersonals und ein besserer Einsatz der Ärztinnen und Ärzte gefördert. Weltweit sind ein Trend zur Neupositionierung der beruflichen Rolle der Pflegefachpersonen und damit verbunden eine Anhebung der Ausbildung auf eine höhere Stufe zu verzeichnen.

49 WHO. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genf: WHO.

50 Idem, S. 34

51 Desrosiers, G. (2009). «Libérer les talents», *Perspective infirmière*, 6,2, März-April, 34-36.

52 OECD. (2008). *Les personnels de la santé dans les pays de l'OCDE: comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questionssociales/9789264050778]; 16.7.2010.

Die Entwicklung der Advanced Nursing Practice

Durch den Mangel an qualifizierten Fachpersonen, die sich ändernden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung, die Verpflichtung zur Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zu den Gesundheitsleistungen sowie durch das Streben nach höherer Wirksamkeit und Effizienz ist eine Art Notlage entstanden. Diese hat wesentlich zur Entwicklung einer weiter gefassten Rolle der Pflegefachpersonen beigetragen. So greifen immer mehr Länder auf die Advanced Nursing Practice zurück, deren Vorteile wissenschaftlich nachgewiesen wurden⁵³.

Belegt wurde die Wirksamkeit der Advanced Nursing Practice in Bezug auf die Patientensicherheit und Zufriedenheit, die Prävention von Behandlungsunterbrechungen, die Verbesserung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und die Senkung der Kosten durch eine Verkürzung der Hospitalisationsdauer und die Verhinderung von Wiedereintritten. Die Rolle der Pflegeexpertin beruht auf einer detaillierten Analyse der Gesundheitsbedürfnisse des Patienten, der Familie oder der Gemeinschaft und umfasst die aussagekräftigen Ergebnisse der klinischen Evaluation, Entscheidungsfindung und Intervention. Die Advanced Nursing Practice ist alles andere als die Anwendung einer billigen Medizin. Sie weist vielmehr das notwendige Potenzial auf, um der Komplexität der Gesundheitsbedürfnisse der Personen, Familien und Gemeinschaften zu entsprechen, indem optimale Vorgehensweisen umgesetzt werden und die berufsübergreifende Zusammenarbeit ausgebaut wird^{54 55 56 57}.

Eine kürzlich durchgeführte Analyse der Entwicklung der Advanced Nursing Practice in zwölf OECD-Ländern⁵⁸ (Australien, Belgien, Finnland, Frankreich, Irland, Japan, Kanada, Polen, Rumänien, Tschechische Republik, Vereinigte Staaten, Zypern) hat die positiven Auswirkungen auf die Pflegequalität und die Kosten bestätigt. Das Ausmass der Anwendung der Advanced Nursing Practice ist zwar von Land zu Land unterschiedlich, doch aus den Evaluationen, die in den Ländern mit verhältnismässig grosser Erfahrung in diesem Bereich – unter anderem in der medizinischen Grundversorgung (beispielsweise angloamerikanische Staaten, Finnland, Japan) – durchgeführt wurden, gehen eine Verbesserung des Zugangs zu den Leistungen und eine Abnahme der Wartezeiten hervor. Ein hoher Zufriedenheitsgrad der Patientinnen und Patienten wird auf die folgenden Elemente zurückgeführt: mit der Pflegefachperson verbrachte Zeit, Qualität der vermittelten Informationen, besseres Verständnis des Gesundheitszustands und die Möglichkeit, sich an der Behandlung zu beteiligen und Eigenverantwortung zu übernehmen.

Die Advanced Nursing Practice stützt sich auf spezialisierte universitäre Studiengänge in Pflegewissenschaften auf der Stufe des Haupt- und Doktoratsstudiums, die in mehreren angloamerikanischen Ländern zur Verfügung stehen. In Kanada wurde die Ausbildung zu *Infirmières praticiennes avancées* (IPA) und zu *Infirmières cliniciennes spécialisées* (ICS) im Verlauf der 1960er-Jahre aufgenommen. Der empfohlene Bildungsstandard⁵⁹ für die Pflegefachpersonen in Advanced Nursing Practice ist ein Master im Rahmen eines akkreditierten Programms für *Infirmières praticiennes* oder für Pflegewissenschaften auf der Stufe des Hauptstudiums. In mehreren angloamerikanischen Ländern, in denen im Pflegebereich eine starke Berufskultur besteht und bereits eine universitäre Pflegeausbildung auf der Stufe des Hauptstudiums geschaffen worden war⁶⁰, sind diese Programme gut etabliert. In

53 DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.8.2010.

54 LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T., Phipps, M. (2007). «The role of the clinical nurse specialist in promoting EBP and effecting positive patient outcomes», *Journal of continuing education nursing*, 38(6), Nov.-Dez.

55 AIIC. (2009). *Énoncé de position : L'infirmière clinicienne spécialisée*. [www.cna-aiic.ca/cna/]; 21.11.2009.

56 DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.8.2010.

57 Desrosiers, G. (2009). «La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières», *Info Nursing*, Nr. 150, Okt. 2009, Brüssel, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

58 OECD. (2010). *Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. [www.oecd.org]; 3.8.2010.

59 AIIC. (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa : AIIC.

60 Desrosiers, G. (2009). «La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières», *Info Nursing*, Nr. 150, Okt. 2009, Brüssel, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

Quebec und in der Schweiz dagegen wurden sie erst vor kurzem lanciert, und in den meisten französischsprachigen Ländern stehen keine solchen Programme zur Verfügung oder sie wurden bislang nur geringfügig entwickelt.

In einem direkten Zusammenhang mit den grossen Herausforderungen, die sich im Gesundheitsbereich weltweit stellen, nimmt die Verantwortung der Ausbildungseinrichtungen zur Ausbildung von kompetenten Pflegefachpersonen weiter zu. Beispielsweise in Quebec fordern die Berufsverbände der Pflegefachpersonen und der Ärztinnen und Ärzte die Universitäten mit Nachdruck auf, in Bereichen wie der psychischen Gesundheit, der Pädiatrie, der Gesundheitsförderung, der Gerontologie und der Hämato-Onkologie⁶¹ mehr *Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)* auszubilden. Das Gesundheits- und Sozialministerium von Quebec (MSSS) hat kürzlich die Schaffung von 500 Stellen für *Infirmières praticiennes spécialisées* angekündigt, womit im Bereich der Grundversorgung neue Ansätze zur Geltung gebracht werden⁶². Es zeichnen sich somit die folgenden Schlüsselfunktionen ab: Evaluation von verbreiteten gesundheitlichen Problemen, systematische Betreuung von Chronischkranken und Entwicklung von Programmen im Zusammenhang mit der Bevölkerungsgesundheit⁶³.

Belegt wurde die Wirksamkeit der *Advanced Nursing Practice* in Bezug auf die Patientensicherheit und Zufriedenheit, die Prävention von Behandlungsunterbrechungen, die Verbesserung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und die Senkung der Kosten durch eine Verkürzung der Hospitalisationsdauer und die Verhinderung von Wiedereintritten.

Vor kurzem wurden in Frankreich in einem Protokoll zur Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen⁶⁴ die rechtlichen Aspekte der Reorganisation ihrer klinischen Tätigkeiten festgehalten. In Artikel 51 *des Loi sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST, Gesetz zur Spitalreform und im Bezug zu den Patienten, zur Gesundheit und zu den Zuständigkeitsgebieten)* ist festgehalten, dass sich die Gesundheitsfachpersonen auf eigene Initiative im Rahmen eines Ansatzes zur Zusammenarbeit verpflichten können, mit dem das Ziel verbunden ist, untereinander Verlagerungen von Tätigkeiten oder Pflegemassnahmen vorzunehmen oder ihre Arbeitsweise beim Patienten neu zu organisieren. Im Rahmen ihrer Stellungnahme geht es für die Haute Autorité de santé (HAS, Gesundheitsbehörde) darum, zu evaluieren, inwieweit das Protokoll die klinische Wirksamkeit, den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und das Management der Risiken gewährleisten kann, die mit der neuen Betreuung der Patientinnen und Patienten verbunden sind.

Die Entwicklung der *Advanced Nursing Practice* ist somit unabdingbar. Sie erfordert indessen die Einführung eines vollständigen universitären Bildungswegs, der alle drei Stufen vom Grundstudium bis zum Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften umfasst. Demzufolge hängt die tatsächliche Realisierung dieser Expertenrolle weiterhin von den öffentlichen politischen Strategien im Gesundheitsbereich ab⁶⁵.

Im Zusammenhang mit der Reorganisation der Gesundheitssysteme ist die Neuordnung der fachlichen Kompetenzen eine Chance für den Pflegeberuf: Dank der Nähe der Pflegefachpersonen zu den Patientinnen und Patienten und zu deren Familien und dank ihrem Verständnis der Herausforderungen können sie die Auffassungen der Bürgerinnen und Bürger auf die entscheidungsrelevante und politische Ebene bringen, um auf diese Weise zur Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung und der entsprechenden Dienstleistungen sowie zur Zukunft der Gesundheitsversorgung beizutragen.

61 Morin, D. (2009). *Du chaos au changement planifié... Analyse de la dynamique de transformation des pratiques infirmières*. Referat anlässlich des Jahreskongresses des OIIQ. Oktober 2009. [www.oiiq.org].

62 OIIQ. (2010). «Une nouvelle attitude: création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne», *Le Journal*, 7(4), Sept.-Okt., 1.

63 Desrosiers, G. (2009). «La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières», *Info Nursing*, Nr. 150, Okt. 2009, Brüssel, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

64 Ministère de la Santé. (2009). *Réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*. Artikel 51 des Gesetzes 2009-879 vom 21. Juli 2009. Paris. [www.has-santé.fr]; 5.6.2011.

65 DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada: synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.8.2010.

DAS STREBEN NACH HÖHERER WIRKSAMKEIT UND EFFIZIENZ : KOSTEN-NUTZEN-VERHÄLTNIS DER PFLEGEINTERVENTIONEN

Während der letzten Jahrzehnte erfolgte die Suche nach Lösungen für das Problem des Mangels an Pflegefachpersonen allzu häufig mit einer kurzfristig ausgerichteten Sichtweise auf die Faktoren Quantität und Anzahl statt auf die Faktoren Qualität und Qualifikation⁶⁶: Professionelle Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner wurden durch weniger qualifiziertes Personal vorübergehend oder sogar permanent ersetzt. Diesem wurden eher technische Tätigkeiten übertragen, da davon ausgegangen wurde, dass dies rentabel sei. Es besteht jedoch weitgehend Einigkeit darüber, dass die Patientensicherheit durch einen ungenügenden Anteil von qualifizierten Pflegefachpersonen in einem Pflegeteam beeinträchtigt wird^{67 68 69} und dass der erhoffte Effizienzgewinn nicht erreicht wird⁷⁰. Man hat sich in erster Linie mit den kurzfristigen Ausgaben befasst, statt die mittel- und langfristigen wirtschaftlichen Auswirkungen zu beurteilen und sich mit der Verbesserung der öffentlichen Gesundheit auseinanderzusetzen.

Mit der Anwendung eines solchen Modells, bei dem weniger gut ausgebildetes und damit auch kostengünstigeres medizinisches Hilfspersonal eingesetzt wird, können zwar die von den Ärztinnen und Ärzten verordneten Pflegeleistungen zu einem gewissen Teil gewährleistet werden, doch dem Gesundheitssystem werden unter anderem Pflegefachwissen, eine zuverlässige klinische Beurteilung und innovative klinische Methoden entzogen. Die aus einer solchen Sichtweise resultierende Analyse der Pflegekosten hat Nachteile für die Patientinnen und Patienten, das Personal und das Gesundheitssystem zur Folge⁷¹ und steht im Gegensatz zu den hauptsächlichsten Tendenzen auf internationaler Ebene. Ein Land, das sich für diesen Weg entscheidet, verzichtet auf den Einsatz von fachlichen Kompetenzen und gefährdet dadurch die Leistungsfähigkeit seines Gesundheitssystems. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Pflegefachpersonen nicht Aufgaben delegieren sollen, die anderen Mitarbeitenden wie beispielsweise Pflegeassistentinnen übertragen werden können.

Allzu häufig werden die mit der Pflege verbundenen Kosten auf administrativer und politischer Ebene als Problem und Hindernis statt als Investition in die Qualität und Kontinuität der Gesundheitsversorgung, in die Personalentwicklung und in die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit betrachtet^{72 73}. Wenn die Umgestaltung der Gesundheitssysteme auf Ausgabenenkungen und die Rentabilität der Leistungen ausgerichtet ist und eine Anhebung der Pflegeausbildung auf eine höhere Stufe erfordert, geraten die Werte, die im Rahmen des Pflegeberufs vertreten werden, allzu häufig in Konflikt mit den Zielen, Überzeugungen und Ideologien der Entscheidungsträger, die für die Planung des Gesundheitssystems und der politischen Strategien zuständig sind. Die Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen mit Globalbudgets statt anhand von Behandlungsepisoden (z. B. nach Fällen, nach Diagnosegruppen – DRG) führt zu einer Senkung der Personalausgaben, statt dass ein Anreiz für einen zahlenmässig angemessenen Bestand von bestausgebildeten Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern geschaffen wird. Die Pflege sollte nicht mehr als Ausgabenposten, sondern als langfristiger Effizienzfaktor betrachtet werden, der für die Umgestaltung der Gesundheitssysteme von ausschlaggebender Bedeutung ist⁷⁴.

66 OIIQ. (2007). *Mémoire: Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!* Westmount: OIIQ.

67 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. et al. (2002). «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *JAMA*, 288, 1987-1993.

68 Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S. et al. (2002). «Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals», *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.

69 Needleman, J., Buerhaus, P., Shane Pankratz, V., Leibson, C.L., Stevens, S.R., Harris, M. (2011). «Nurse staffing and inpatient hospital mortality», *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.

70 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», Policy, politics, nursing practice. 9(2), 73-79.

71 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

72 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», Policy, politics, nursing practice. 9(2), 73-79.

73 Vanhook, P.M. (2007). «Cost-utility analysis: a method of quantifying the value of registered nurses», *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 12(3), Manuskript 5.

74 OECD. (2010). *Optimiser les dépenses de santé: Études de l'OCDE sur les politiques de santé de l'OCDE*. [www.oecd.org/ocdeLibrairie]; 4.7.2011.

Im Übrigen ist der Wert des Pflegefachwissens innerhalb der Organisation der Gesundheitsversorgung und der entsprechenden Dienstleistungen bekannt. So geht unter anderem aus einer Analyse von 500 Forschungsarbeiten, die zwischen 1998 und 2008 weltweit durchgeführt wurden, hervor, dass ein ausreichender Bestand von qualifizierten Pflegefachpersonen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung für die Good Governance, den Einbezug der Patientinnen und Patienten in ihre Behandlung sowie für die Qualität der Strategien für die Rekrutierung, die Bindung an den Arbeitgeber und das Wohlbefinden der Gesundheitsfachpersonen in den Spitälern von ausschlaggebender Bedeutung ist⁷⁵. Eine systematische Überprüfung und eine Metaanalyse haben ergeben, dass die von qualifizierten Pflegefachpersonen erbrachten Pflegeleistungen bei den Patientinnen und Patienten mit besseren Ergebnisindikatoren verbunden sind. Aus dieser umfassenden Analyse von Forschungsarbeiten ging hervor, dass ein Zusammenhang zwischen den von qualifizierten Pflegefachpersonen erbrachten Pflegeleistungen, der Pflegequalität und dem Patientenschutz besteht. In diesen Studien wurden mit der Prävention von Komplikationen und unerwünschten Ereignissen Einsparungen erzielt, welche die Lohnsumme der qualifizierten Pflegefachpersonen bei weitem überstiegen⁷⁶.

Der Wert des Pflegefachwissens innerhalb der Organisation der Gesundheitsversorgung und der entsprechenden Dienstleistungen ist bekannt ... aus Forschungsarbeiten ging hervor, dass ein Zusammenhang zwischen den von qualifizierten Pflegefachpersonen erbrachten Pflegeleistungen, der Pflegequalität und dem Patientenschutz besteht. In diesen Studien wurden mit der Prävention von Komplikationen und unerwünschten Ereignissen Einsparungen erzielt, welche die Lohnsumme der qualifizierten Pflegefachpersonen bei weitem überstiegen.

Wissenschaftler, die sich mit dem weltweiten Mangel an qualifizierten Pflegefachpersonen befasst haben⁷⁷, wiesen auf den Erfolg der Grundsätze hin, die von den sogenannten Magnet Hospitals angewandt werden: 1) sehr gut qualifizierte Pflegefachpersonen und Pflegekader, 2) partizipativer Führungsstil, 3) flexible Arbeitszeiten, 4) Aufstiegsmöglichkeiten und 5) Bestehen auf einer höheren Weiterbildung. Die Anwendung dieser Grundsätze (die vielfach als Magnetismus bezeichnet wird) hängt mit Massnahmen zusammen, die auf eine grössere Selbstständigkeit der Pflegefachpersonen, deren Einbezug in die Entscheide und deren berufliches Fortkommen ausgerichtet sind. Dieser organisatorische Ansatz wurde in den 1980er-Jahren in den Vereinigten Staaten lanciert und wird in mehreren Ländern in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung angewandt. Aus Forschungsarbeiten gehen die vorteilhaften Auswirkungen dieses Ansatzes auf die Patientensicherheit, die Pflegequalität und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und des Personals hervor, wobei damit weder zusätzliche Kosten noch Kostensteigerungen verbunden sind^{78 79}.

In diesem Sinne wird die Steuerung der Kompetenzen der professionellen Pflegefachpersonen im Rahmen von zeitgenössischen Ausrichtungen und Modellen zu den wichtigsten strukturellen Elementen gezählt, um eine qualitativ hochstehende Pflege zu angemessenen Kosten zu gewährleisten. Eine solide Grundlage von Kenntnissen zu den Indikatoren der Pflegeergebnisse und zu deren Bemessung ermöglichen den Austausch von Fortschritten und die Planung des Personalbedarfs mit Hilfe von aussagekräftigen und aktualisierten Ergebnissen^{80 81 82}.

75 Flynn, M. (2009). «Nurse staffing levels revisited: a consideration in key issues in nurse staffing levels and skill mix research», *Journal of Nursing Management*, 17(6), 759-766.

76 Kane, R.L., Shamlian, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J. (2007). «The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic review and meta analysis», *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.

77 ICN. (2004). *The global shortage of registered nurses: an overview and actions*, James Buchan and Lynn Calman. Genf: ICN.

78 Aiken, L.H. (2005). «Extending the Magnet concept to developing and transition countries», *Reflections on Nursing leadership*, 31(1), 16-18.

79 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», *Policy, politics, nursing practice*. 9(2), 73-79.

80 Doran, D.M. Hrsg. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science (2. Aufl.)*. Sudbury, M.A.: Jones & Bartlett.

81 Doran, D., Mildon, B., Clarke, S. (2011). *Toward a national Report Card in Nursing: a knowledge synthesis*. Nursing Health Services Research Unit. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto.

82 Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T. et al. (2011). «Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology», *British Medical Journal*, 10(1), 6. Résultats préliminaires d'une recherche internationale présentés par W. Sermeus au Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'université. Brüssel: Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn); 25.5.2011.

Die Gemeinschaft der Pflegefachpersonen setzt auf die Stärke ihrer interdisziplinären und berufsübergreifenden Abstimmungen, um eine Leadership zu realisieren, mit der sie ihren sozialen Auftrag vollständig wahrnehmen kann. Eine im Wissen verankerte Leadership oder ein entsprechendes Einflussvermögen garantiert die Nachhaltigkeit dieser gegenseitigen Abstimmungen. Das Wissen an der Basis der Praxis ist kennzeichnend für den Beitrag der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zur Gesundheit der Personen, Familien und Gemeinschaften. Mit anderen Worten geht es nicht mehr nur darum, zu erklären, was sie tun, *sondern was sie wissen!*⁸³

In erster Linie zieht die Öffentlichkeit daraus substantielle Vorteile, und das Gesundheitssystem kann vom Fachwissen von qualifizierten Pflegefachpersonen nur profitieren: Ihr Lohn entspricht mittel- und langfristig einer beträchtlichen Investition.

Andere Forschungsarbeiten der letzten Zeit stellen einen Zusammenhang zwischen dem Fachwissen – *dem fachlich einwandfreien Handeln*⁸⁴ – der Pflegefachpersonen und der Effizienz der Gesundheitsversorgung und ihrer Leistungen her. So wird beispielsweise innerhalb des Teams ein ausreichender Anteil (mindestens 60%) des Pflegepersonals, das ein

Baccalauréat oder eine Ausbildung auf höherer Stufe absolviert hat, mit erstklassigen Pflegeergebnissen und mit der Kontrolle der Gesundheitsausgaben verbunden. Dies geht bis zur günstigen Beeinflussung bestimmter Indikatoren der nationalen Produktivität. Grundsätzlich lässt sich lediglich ein Teil der Pflēgetätigkeiten in wirtschaftliche Parameter umwandeln, doch ausgehend von mehreren soliden Studien gehen verschiedene Autoren davon aus, dass ein durchschnittlicher Jahreslohn einer Pflegefachperson – einschliesslich der Sozialleistungen – von USD 83 000 einer Investition entspricht: Diese Lohnkosten tragen dazu bei, die Kosten der medizinischen Behandlungen und die übrigen Kosten im Zusammenhang mit der Einbusse der nationalen Produktivität um USD 60 000 zu senken. Zu dieser Einsparung kommt der Schutz der Öffentlichkeit hinzu: Abnahme der Risiken, Komplikationen und Zwischenfälle für die Patientinnen und Patienten, kürzere Hospitalisationsdauer, Abnahme der Tage, an denen nicht gearbeitet wird, und weniger Wiedereintritte. In erster Linie zieht die Öffentlichkeit daraus substantielle Vorteile, und das Gesundheitssystem kann vom Fachwissen von qualifizierten Pflegefachpersonen nur profitieren: Ihr Lohn entspricht mittel- und langfristig einer beträchtlichen Investition⁸⁵.

Die Herausforderung besteht somit darin, die Entscheidungsprozesse so zu beeinflussen, dass die Finanzierung der Pflege in erster Linie als Investition statt als Ausgabe betrachtet wird, da sie mittel- und langfristig zum Schutz der Öffentlichkeit, zur Gewährleistung der Pflegequalität, zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit⁸⁶ und zur wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaften⁸⁷ beiträgt.

83 Pepin, J., K rouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*, 3. Aufl., Montreal: Cheneli re éducation.

84 Mondoux, J. (2003). «Les agirs», *Journal Dossier* 1-2003, Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern.

85 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

86 Vanhook, P.M. (2007). «Cost-utility analysis: a method of quantifying the value of registered nurses», *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 12(3), Manuskript 5.

87 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

DIE PATIENTENSICHERHEIT UND DIE PFLEGEQUALITÄT: DER MEHRWERT DES PFLEGEFACHWISSENS

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind zehn Prozent der Patientinnen und Patienten Opfer von vermeidbaren Fehlern, die für die Betroffenen direkte Konsequenzen haben: Schmerzen, Beeinträchtigungen, körperliche und psychische Traumen und sogar Tod. Die Kosten im Zusammenhang mit der mangelnden Patientensicherheit werden auf ungefähr 10% der gesamten Gesundheitsausgaben der Länder geschätzt⁸⁸. Die WHO hat daher die Patientensicherheit zu einer weltweiten Priorität erklärt⁸⁹.

Gemäss der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) besteht eine der wichtigsten Tatsachen des letzten Jahrzehnts in der Entwicklung eines allgemeinen Bewusstseins für die Qualitätsprobleme im Bereich der Gesundheitsversorgung. In den OECD-Ländern sind immer mehr Anzeichen für schwerwiegende Qualitätsmängel festzustellen, die Todesfälle, Beeinträchtigungen oder gesundheitliche Folgeerscheinungen nach sich ziehen, zu denen es eigentlich nicht kommen sollte und die zusätzliche Kosten zur Folge haben. Was diese Probleme betrifft, lassen sich drei Arten unterscheiden: ungerechtfertigte Eingriffe, Unterlassung der angemessenen Behandlung und Medikationsfehler⁹⁰.

Der Weltbund der Pflegenden (ICN)⁹¹ weist auf die schwerwiegenden Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten, das Personal und die Gesundheitssysteme hin und beklagt, dass die ungenügende Ausbildung eine Zunahme von unerwünschten Ereignissen wie Stürze von Patientinnen und Patienten, Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen und Wiedereintritte sowie eine Zunahme der Mortalitätsraten in den Pflegeinstitutionen zur Folge hat.

Gemäss der Haute Autorité de santé (HAS, Gesundheitsbehörde) in Frankreich ist die Sicherheit im Bereich der Gesundheitsversorgung nach wie vor nicht ausreichend gewährleistet. Trotz der anhaltenden Anstrengungen während der letzten zehn Jahre, mit der die Behandlungsfehler um mindestens 50% reduziert werden sollten, wurde das angestrebte Ziel nicht erreicht. Die HAS plädiert dafür, dass sich die Gesundheitseinrichtungen nach dem Vorbild der Nuklear- oder Luftfahrtindustrie zu Hochsicherheitsorganisationen entwickeln, und schlägt in diesem Zusammenhang fünf Grundsätze vor: Transparenz, Einführung von Plattformen für integrierte Versorgungsnetze, Engagement des Patienten, Neudefinition des Sinns der Arbeit und eine Reform der ärztlichen Ausbildung. Die HAS beklagt, dass die Gesundheitsfachpersonen in einer Art von Silos arbeiten müssen und weist mit Nachdruck darauf hin, dass ein tiefgreifender Kulturwandel erforderlich ist, in dessen Rahmen schon in der Ausbildung auf die interdisziplinäre Kommunikation gesetzt wird, die auf dem Austausch von wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Das Wissen ist ein Eckpfeiler der gegenseitigen Abstimmung zwischen den Gesundheitsfachpersonen und von ausschlaggebender Bedeutung, um im Bereich der Patientensicherheit und der Prävention von unerwünschten Ereignissen wirkliche Fortschritte zu erzielen⁹².

Das Fachwissen der Pflegefachpersonen rettet Leben und verhindert eine grosse Zahl von unerwünschten Ereignissen. Auf der Grundlage von aussagekräftigen Ergebnissen⁹³, wonach die Mortalitätsraten mit einer Zunahme der Zahl der Pflegefachpersonen mit Bachelor-Abschluss signifikant abnehmen, sollte der Zugang zur universitären Ausbildung insbesondere aus Gründen der Patientensicherheit unterstützt werden⁹⁴.

88 WHO – Alliance mondiale pour la sécurité des patients. (2005). *Défi mondial pour la sécurité des patients*. Genf: WHO. [www.who.int/patient safety]; 24.8.2010.

89 WHO. (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genf: WHO

90 OECD. (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants*, S. 12.

91 ICN. (2002). *Sécurité des patients*. Genf: ICN.

92 Leape L., Berwick D., Clancy C., Conway J., Gluck P., Guest J., et al. «Transforming healthcare: a safety imperative», *Qual Saf Health Care*. 2009 Dez.; 18(6): 424-428 In: Brami, J. (2010). *Résultats décevants en matière de sécurité des soins*. Haute Autorité de santé (HAS). DCP et Pratiques, Nr. 47; 2.9.2010.

93 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003). «Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality», *JAMA*, 290, 1617-1623.

94 Reams, S., Stricklin, S.M. (2006). «Bachelor of Science in nursing completion: a matter of patient safety», *JONA*, 36, 7/8, 354-356.

Dabei geht es nicht um eine persönliche Präferenz. Es ist vielmehr eine Tatsache, dass Komplikationen vermieden werden können, wenn der Anteil der Pflegefachpersonen mit einem Bachelor-Abschluss oder einem höheren Abschluss mindestens 60% beträgt. Seriöse Studien, die kürzlich durchgeführt wurden, bestätigen diese Tatsache: In verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung ging der Anteil der Todesfälle, die auf

Eine Gesundheitseinrichtung, die sowohl für einen optimalen Anteil von Pflegefachpersonen mit einem Baccalauréat oder einem höheren Abschluss – mindestens 60% – als auch für eine angemessene Arbeitsbelastung sorgt, kann die Mortalitätsraten und die Komplikationen signifikant reduzieren.

Komplikationen zurückzuführen waren, signifikant zurück, insbesondere von 27 auf 12 pro 1000 Eintritte in chirurgische Abteilungen^{95 96 97 98}.

Mit anderen Worten sinken das Mortalitätsrisiko und das Risiko von Komplikationen um 5%, wenn die Zahl der Pflegefachpersonen mit einem Baccalauréat oder einem höheren Abschluss um 10% erhöht wird. Eine Gesundheitseinrichtung, die sowohl für einen optimalen Anteil von Pflegefachpersonen mit einem Baccalauréat oder einem höheren Abschluss – mindestens

60% – als auch für eine angemessene Arbeitsbelastung sorgt, kann die Mortalitätsraten und die Komplikationen signifikant reduzieren⁹⁹ und eine stärkere Bindung ihrer Gesundheitsfachpersonen an die Institution gewährleisten¹⁰⁰.

Im Rahmen dieser Studien wurden die höchsten Mortalitätsraten in jenen Spitälern verzeichnet, in denen nur 20% der Pflegefachpersonen über ein Baccalauréat verfügten und eine Pflegefachperson für jeweils acht Patienten zuständig war. Nach Auffassung dieser Autoren bestehen für eine optimale Gewährleistung der Patientensicherheit die folgenden Voraussetzungen: Anteil der Pflegefachpersonen mit einem Bachelor-Abschluss am Personalbestand von mindestens 60% und ein Verhältnis von vier Patienten auf eine Pflegefachperson^{101 102}.

Aus einer Kosten-Nutzen-Analyse im Zusammenhang mit dem Pflegefachpersonal in medizinischen und chirurgischen Abteilungen ging hervor, dass bei einem Verhältnis von acht Patienten auf eine Pflegefachperson, das a priori kostengünstiger ist, die Sterberate der Patienten 2,39% beträgt. Wenn die Arbeitsbelastung auf vier Patienten pro Pflegefachperson reduziert wird, geht diese Rate auf 1,83% zurück. Trotz der Kosten, die bei einer höheren Zahl von qualifizierten Pflegefachpersonen anfallen, vertreten die Autoren die Auffassung, dass ein Verhältnis von vier Patienten auf eine Pflegefachperson effizient und zugleich sicherer ist. Die Vorteile im Zusammenhang mit den geretteten Leben, der Prävention von Komplikationen und der kürzeren Dauer der Spitalaufenthalte überwiegen die Kosten der Pflege in diesen Abteilungen¹⁰³.

Im Rahmen einer in Belgien durchgeführten Studie, bei der es sich laut dem Autor um die erste Studie dieser Art in Europa handelt¹⁰⁴, wurden die Kosten, die mit einem optimalen Anteil der qualifizierten Pflegefachpersonen (75. Perzentil) in Abteilungen der Herzchirurgie verbunden sind, mit dem Nutzen verglichen, der aus der tieferen Mortalitätsrate resultiert. Gemäss der Analyse wurde die Mortalität um 45,9 Fälle pro Jahr reduziert, und es wurden jährlich 458,86 gewonnene Lebensjahre verzeichnet; dies entspricht 26 372 Euro pro verhinderter Todesfall und 2939 Euro pro gewonnenes Lebensjahr. Angesichts der unbestreitbaren Vorteile wie der

95 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003). «Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality», *JAMA*, 290, 1617-1623.

96 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *JONA*, 38(5), 223-229.

97 Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., Giovanetti, P. (2005). «The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality», *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

98 Tourangeau, A.E., Doran, D.M., McGillis Hall, L. et al. (2007). «Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients», *Journal of Advanced Nursing*, 57, 32-44.

99 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. (2003). «Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality», *JAMA*, 290,1617-1623.

100 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). «Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes», *JONA*, 38(5), 223-229.

101 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. et al. (2002). «Hospital Nurse Staffing and Patient mortality, Nurse burnout and Job Dissatisfaction», *JAMA*, 288(16), 1987-1993.

102 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», *Policy, politics, nursing practice*, 9(2), 73-79.

103 Rothberg, M.B., Abraham, I., Lindenauer, P.K., Rose, D.N. (2005). «Improving nurse to patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention», *Medical Care*, 43(8), 785-791.

104 Van den Heede, K. (2010). «Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention?», *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1291-1296.

Lebenserwartung, der Lebensqualität und der nationalen Produktivität kamen die Autoren zum Schluss, dass beim Personalbestand auf einen optimalen Anteil von qualifizierten Pflegefachpersonen geachtet werden muss.

Da die Resultate der während der letzten zehn Jahre durchgeführten Forschungsarbeiten signifikant sind und weitgehend übereinstimmen, ist die Patientensicherheit der beste Parameter, um den Mehrwert einer qualifizierenden Ausbildung im Zusammenhang mit einer guten Arbeitsorganisation aufzuzeigen. Je mehr das Ausbildungsniveau der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner bei der Zusammensetzung der Pflegeteams berücksichtigt wird, desto besser kann die Patientensicherheit gewährleistet werden und desto grösser sind die Vorteile. Unter anderem kann mit der Prävention von vermeidbaren Zwischenfällen und der Reduktion von nosokomialen Infektionen, der Dauer der Spitalaufenthalte und der Zahl der Wiedereintritte ein Beitrag zur Rettung von Leben, zum Lindern von Leiden und zur Amortisation der Kosten des Gesundheitssystems geleistet werden. Für mehrere Autoren steht der wirtschaftliche Wert einer professionellen Pflege ausser Zweifel¹⁰⁵.

Die Patientensicherheit ist der beste Parameter für ein Angebot von Pflegedienstleistungen¹⁰⁶, um die Behauptung zu widerlegen, ein Gesundheitssystem verfüge nicht über genügend finanzielle Mittel, um Pflegefachpersonen mit einem Baccalauréat oder einer höheren Ausbildung anzustellen. Ein optimaler Anteil von entsprechend ausgebildeten Pflegefachpersonen in einem Pflegeteam hat potenzielle Vorteile für das gesamte Gesundheitssystem: Er trägt direkt zur Senkung der Kosten bei, die auf Zwischenfälle und unerwünschte Ereignisse zurückzuführen sind. Nach Schätzungen der WHO entsprechen diese Kosten 10% der gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes. Mit der Einsparung eines solchen Betrags könnten insbesondere die Anstellung, die laufende Ausbildung während der Beschäftigung, die Bindung von qualifiziertem Personal an die jeweilige Gesundheitseinrichtung und die Qualitätsbewertung der Gesundheitseinrichtungen gewährleistet werden.

Es versteht sich von selbst, dass solche Entscheide davon abhängen, was eine Regierung zu unternehmen bereit ist, um ihr Gesundheitssystem tiefgreifend zu reorganisieren, die Patientensicherheit zu erhöhen und für die Gesundheitsfachpersonen ein berufliches Umfeld sicherzustellen, das durch Effektivität und Effizienz geprägt ist.

Das Fachwissen der Pflegefachpersonen rettet Leben und verhindert eine grosse Zahl von unerwünschten Ereignissen... Unter anderem kann mit der Prävention von vermeidbaren Zwischenfällen und der Reduktion von nosokomialen Infektionen, der Dauer der Spitalaufenthalte und der Zahl der Wiedereintritte ein Beitrag zur Rettung von Leben, zum Lindern von Leiden und zur Amortisation der Kosten des Gesundheitssystems geleistet werden. Für mehrere Autoren steht der wirtschaftliche Wert einer professionellen Pflege ausser Zweifel.

Patientensicherheit und Pflegequalität gehen Hand in Hand¹⁰⁷. Das Fachwissen von Pflegefachpersonen beruht auf ihrer Fähigkeit, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Entscheide zu treffen, eine zuverlässige klinische Beurteilung vorzunehmen, angemessene Massnahmen zu treffen und vielfach innerhalb sehr kurzer Zeit die Interventionen im Rahmen eines Prozesses für die berufsübergreifende Zusammenarbeit und die Nutzung der Technologien zu evaluieren und anzupassen. Die Optimierung der Kompetenzen wird offensichtlich zu einem wesentlichen oder sogar ausschlaggebenden Aspekt für die Verbesserung der Patientensicherheit, die Qualität der Beziehungen zwischen den Patienten und Pflegefachpersonen, die Zusammenarbeit mit den Betroffenen, ihren Familien und den Gemeinschaften sowie für den Austausch von Informationen zur Gesundheit.

Durch die erzielten Fortschritte in den Bereichen Wissenschaft und Technologie sowie durch die Merkmale des Umfelds der Pflege wurde die pflegerische Praxis in erheblichem Masse umgestaltet: Aus diesem Grund ist heutzutage als Voraussetzung für die Bewilligung zur Berufsausübung ein Baccalauréat/ein Bachelor oder eine Licence festzulegen. Dies muss im Hinblick darauf erfolgen, dass die Ausbildung nach dem Abschluss des Baccalauréat auf einer höheren Stufe und in der Forschung fortgesetzt wird^{108 109}. Ausserdem ist die Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner angesichts des dringenden Aufrufs der WHO zur Gewährleistung der Sicherheit der Öffentlichkeit in allen Ländern auf eine höhere Stufe anzuheben¹¹⁰.

105 Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). «The economic value of professional nursing», *Medical Care*, 47(1), 97-104.

106 Aiken, L.H. (2008). «Economics of nursing», *Policy, politics, nursing practice*, 9(2), 73-79.

107 Pringle, D. (2004). «Dot: From the editor-in-chief. Quality goes beyond safety: shifting shifts», *Nursing leadership*, 17(3), 1-4.

108 Aiken, L.H. (2011). «Nurses for the future», *New England Journal of Medicine*, 364:3. [www.nejm.org]; 20.01.2011.

109 Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. Day, L. (2010). *Educating nurses, a call for radical transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.

110 WHO. (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genf WHO.

DER SCHUTZ DER ÖFFENTLICHKEIT IM ZUSAMMENHANG MIT DER BERUFLICHEN MOBILITÄT

Der Schutz der Öffentlichkeit entspricht einer grossen Verantwortung; für die Pflegefachpersonen und die übrigen Gesundheitsfachpersonen ist er eine unabdingbare Voraussetzung. Im Zusammenhang mit der beruflichen Mobilität hat die Unterschiedlichkeit der Ausbildungsprogramme im Bereich der Grundausbildung gewisse Bedenken zur Folge. Die Forderungen nach einer Anhebung der Pflegeausbildung auf eine höhere Stufe haben weltweit zugenommen. Daraus resultiert ein vielfältiges Angebot von Ausbildungsprogrammen, die vielfach online für eine internationale Kundschaft angeboten werden. Angesichts der Globalisierung ist es umso wichtiger, dass Indikatoren für die Qualität der Pflegeausbildung festgelegt werden, um im Zusammenhang mit der Mobilität des Personals den Schutz der Bevölkerung zu garantieren.

Der Pflegeberuf ist ein reglementierter Beruf, bei dem das Leben der Patienten und die Sicherheit der Öffentlichkeit von der Beherrschung spezifischer Kompetenzen abhängen. Die für den Pflegeberuf verantwortlichen Personen müssen alles daran setzen, einen Dialog in Gang zu bringen und sich auf Parameter zu einigen, mit denen die Entwicklung der erforderlichen Kompetenzen gewährleistet werden kann. Auf diese Weise kann den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entsprochen werden¹¹¹.

Auf der Grundlage von Forschungsergebnissen wurden Angaben zu den Kompetenzen, die von allen Gesundheitsfachpersonen geteilt werden, in verschiedenen Berichten festgehalten. Dazu gehört insbesondere der Bericht *Health Professions Education: A Bridge to Quality*¹¹². In diesem Bericht wird festgehalten, dass während der Ausbildung Kompetenzen erforderlich sind, die von allen Gesundheitsfachpersonen geteilt werden, damit qualitativ

hochstehende und sichere Pflegeleistungen garantiert werden können. Ausgehend von diesem Bericht schlägt die Gruppe *Quality and Safety Education for Nurses*^{113 114} bestimmte Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen für die Entwicklung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen vor.

Angesichts der Globalisierung ist es umso wichtiger, dass Indikatoren für die Qualität der Pflegeausbildung festgelegt werden, um im Zusammenhang mit der Mobilität des Personals den Schutz der Bevölkerung zu garantieren.

Die Vereinbarungen zwischen Provinzen oder Staaten, wie beispielsweise das *Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM, Vereinbarung über die gegenseitige Anerkennung)* zwischen Frankreich und Quebec sind darauf ausgerichtet, die Migration von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern in Umfeldern zu erleichtern, die sich vom Umfeld unterscheiden, in dem sie ausgebildet wurden. Für dieses Streben nach Mobilität müssen bestimmte Mindeststandards festgelegt werden, über die ein Konsens zwischen den betroffenen Stellen besteht.

Nach Auffassung der Europäischen Kommission ist die Anerkennung von ausländischen Ausbildungsabschlüssen ein grundlegendes Merkmal eines Binnenmarktes. Das Anziehen von gut qualifizierten Fachpersonen wird in allen 27 Mitgliedstaaten als massgeblicher Wachstumsfaktor betrachtet. Die im Jahr 2005 verabschiedete Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen¹¹⁵ war im Jahr 2010 Gegenstand einer vorgängigen Evaluation und einer breit angelegten Vernehmlassung im Hinblick auf die Erarbeitung eines Grünbuchs, das die Kommission 2011 veröffentlicht hat. Die Fédération européenne des ordres infirmiers (FEPI, Europäischer Verband der Pflegevereinigungen) und weitere nationale Pflegeverbände müssen die Entwicklung aufmerksam verfolgen und einstimmig ihre Interessen vertreten.

111 ICN. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genf: ICN.

112 Institute of Medicine. (2003). *Health Professions education: A bridge to quality*. Washington D.C., National Academies Press.

113 Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Dish, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). «Quality and safety education for nurses», *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.

114 Bargagliotti, L.A., Lancaster, J. (2007). «Quality and safety education in nursing: more than new wine in old skins», *Nursing Outlook*, 55(3), 156-158.

115 Richtlinie 2005/36/CE des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22)

In ihrem Vernehmlassungsdokument¹¹⁶ sieht die Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen die Bewältigung von drei grossen Herausforderungen vor: 1) Vereinfachung des Systems für die Bürgerinnen und Bürger, 2) vermehrte Integration der Berufe in den Binnenmarkt und 3) Wecken von mehr Vertrauen innerhalb des Systems. Dies erfordert die Beibehaltung der automatischen Anerkennung im 21. Jahrhundert – eine Anerkennung, die auf Erziehung und Bildung beruht. Im Fall von sieben Gesundheitsberufen, unter anderem die Berufe Arzt und Pflegefachperson, hat der europäische Gesetzgeber beschlossen, die Ausbildungsanforderungen zu vereinheitlichen. Ausserdem hat er die Mitgliedstaaten gezwungen, die Ausbildungsabschlüsse im Zusammenhang mit diesen Anforderungen automatisch anzuerkennen.

Es wird darauf hingewiesen, dass mit der mangelnden Vereinheitlichung der Bildungswege der Pflegefachpersonen und Hebammen die Gefahr verbunden ist, dass eine gute Integration dieser Gesundheitsfachpersonen in das Gesundheitssystem beeinträchtigt wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die minimalen Ausbildungsanforderungen auf den neuesten Stand zu bringen: Planung der Reform der nationalen Systeme für die höhere Bildung, hauptsächlich aufgrund der Erklärung von Bologna, stärkere Fokussierung auf eine ergebnisorientierte Ausbildung, wobei die Kompetenzen, die vor dem Erhalt des Diploms zu erwerben sind, in einem Kompetenzrahmen festzuhalten sind. Es wird vorgeschlagen, in Bezug auf die verlangte Stufe für den Zugang zur Universität die Zugangsbedingungen zur Ausbildung für die Pflegefachpersonen und Hebammen festzuhalten und die Mindstdauer der speziellen Ausbildung zu erhöhen. Ausserdem sind die Ausbildungen zu klären und zu aktualisieren, und es müssen gemeinsame Grundprogramme festgelegt werden. Es wird mehr Transparenz in Bezug auf die Ausbildungsinhalte gewünscht, einige machen die Zweckmässigkeit der Zulassungsprogramme der Ausbildungseinrichtungen geltend.

Nach Auffassung der Europäischen Kommission ist die Anerkennung von ausländischen Ausbildungsabschlüssen ein grundlegendes Merkmal eines Binnenmarktes... dies erfordert die Beibehaltung der automatischen Anerkennung im 21. Jahrhundert – eine Anerkennung, die auf Erziehung und Bildung beruht.

Daher erscheint es angemessen, dass die französischsprachigen Länder in ihrem Auftrag den Austausch über diese Normen fördern, um die Pflegefachpersonen auf eine berufliche Praxis vorzubereiten, die den Schutz der Öffentlichkeit gewährleistet sowie die Fortsetzung der Ausbildung auf einer höheren Stufe und die Entwicklung der Forschung fördert.

Wie weiter oben festgehalten wurde, ist die Fortsetzung der Ausbildung auf der Stufe des Haupt- und Doktoratsstudiums in Pflegewissenschaften von grundlegender Bedeutung, um die Ausbildung von kompetenten Lehrkräften zu garantieren, die in der Lage sind, eine qualitativ hochstehende Grundausbildung sowie die Ausbildung von Infirmières cliniciennes spécialisées und die Ausbildung von Forschenden sicherzustellen. Die Entwicklung der Forschung im Bereich der Pflegewissenschaften ist weiterhin eine wesentliche Voraussetzung für die Erneuerung der Pflegepraxis und die Weiterentwicklung der Kenntnisse.

116 Europäische Kommission. (2011). *Konsultationspapier der GD Binnenmarkt und Dienstleistungen zur Richtlinie über Berufsqualifikationen*. [http://ec.europa.eu/internal_market/]

DIE FORSCHUNG FÜR DIE VERBESSERUNG DER PFLEGE UND DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT

Dank des Aufbaus von Kenntnissen in Pflegewissenschaften konnten mehrere Pflegemassnahmen auf den neuesten Stand gebracht und evaluiert werden. Die neuen Kenntnisse ermöglichten die Untersuchung und Definition von neuen Ansätzen und die genaue Festlegung von innovativen Evaluationsparametern. Auf den folgenden Umstand haben wir weiter oben bereits hingewiesen: Aus zahlreichen Forschungsarbeiten geht hervor, dass mit den von qualifizierten Pflegefachpersonen erbrachten Pflegeleistungen Vorteile in Bezug auf die Sicherheit und das Leben der Patienten verbunden sind. Auf der Basis von mehreren Forschungsarbeiten können massgebliche Änderungen an den Umstrukturierungen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsleistungen realisiert werden¹¹⁷.

Die Forschung schafft die Voraussetzungen für die Anpassung der Vorgehensweisen, die Optimierung der Kompetenzen und die Genauigkeit der wissenschaftlichen Grundlagen der Pflege. Zu erwähnen sind diesbezüglich beispielsweise die gute Praxis bei der Wundversorgung¹¹⁸, die Schmerzlinderung bei älteren Menschen mit

Kommunikationseinschränkungen¹¹⁹, die Sturzprävention, die Selbstständigkeit von älteren Menschen¹²⁰ und die Unterstützung von Familien und Angehörigen von Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung¹²¹.

Dank des Aufbaus von Kenntnissen in Pflegewissenschaften konnten mehrere Pflegemassnahmen auf den neuesten Stand gebracht und evaluiert werden... beispielsweise die gute Praxis bei der Wundversorgung, die Schmerzlinderung bei älteren Menschen mit Kommunikationseinschränkungen, die Sturzprävention, die Selbstständigkeit von älteren Menschen, die Unterstützung von Familien und Angehörigen...

Die Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten sind in der Tradition und in den Handlungsprioritäten der Pflege gut verankert und harmonisieren mit den individuell abgestimmten Massnahmen. Ein besseres Verständnis der Auswirkungen von sozialen Ungleichheiten auf die Gesundheit und das Handeln auf systemischer Ebene stehen im Zentrum der Strategien für die Lösung von komplexen Problemen im Hinblick auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit^{122 123 124}. Der umfeldbezogene Ansatz für die Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung

begünstigt die berufsübergreifende Zusammenarbeit und ist auf Massnahmen auf der systemischen Ebene ausgerichtet, um das Lebensumfeld und die öffentliche Politik zu verbessern¹²⁵. So bildete der umfeldbezogene Ansatz beispielsweise die Ausgangsbasis für eine Politik zur Bekämpfung des Tabakkonsums in Quebec¹²⁶.

117 AIIC. (2010). *Prise de décision et pratique infirmière éclairées par des preuves: énoncé de position*. Ottawa: CNA-AIIC. [www.cna-aiic.ca]; 20.11.2010.

118 OIIQ. (2007). *Les soins de plaies au coeur du savoir infirmier - De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir*. Westmount: OIIQ.

119 Savoie, M., Lemay, S. (2007). «Perceptions de la douleur chronique de soignants oeuvrant auprès d'anciens combattants», *La gérontoise*, 18(2), S. 5-8.

120 Edwards, N., MacDonald, J. (2008). «Nurse researchers contributing to seniors' independence in the community», *Canadian Journal of Nursing Research*, 20(1), 103-108.

121 Ducharme, F. (2009). *Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, rapport annuel*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal en collaboration avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

122 Bisailon, A., Beaudet, N., Sauvé, M.S., Boisvert, N., Richard, L., Gendron, S. (2010). «L'approche populationnelle au quotidien», *Perspective infirmière*, 7(1), 58-62.

123 Beaudet, N. (2008). *La pratique infirmière en promotion de la santé en CSSS, mission CLSC: de la volonté à la réalité*. Rapport synthèse, 11(2), 1-12.

124 Potvin, L., Bilodeau, A., Gendron, S. (2008). «Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé», *Promotion Et Éducation*, Suppl. 1, 17-21.

125 Richard, L., Fortin, S., Bérubé, F. (2004). «Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes et enjeux de la pratique infirmière en CLSC», *Santé Publique*, 16(2), 273-285.

126 Richard, L., Lehoux, P., Breton, E., Denis, J.L., Labrie, L., Léonard, C. (2004). «Implementing the ecological approach in tobacco control programs: Results of a case study», *Evaluation and program planning*, 27, 409-421.

127 Ducharme, F. (2009). «Soutenir les proches-aidants de personnes âgées». Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en regard du projet de loi no 6, loi instituant le Fonds de soutien aux proches-aidants de personnes âgées. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

Die Arbeiten eines Forschendenteams des *Chaire de recherche en soins infirmiers aux personnes âgées et à la famille*¹²⁷ (Lehrstuhl für Pflegeforschung im Bereich ältere Menschen und Familie) haben unter anderem zur Entwicklung der *Politique de soutien à domicile du Québec* (Politik für die Hilfe und Pflege zu Hause in Quebec) und zur Einrichtung eines Unterstützungsfonds für pflegende Angehörige von älteren Menschen beigetragen. Das Ministère de la Famille et des Aînés (Ministerium für Familie und ältere Menschen) hat dieses Team beigezogen, um sich über die optimale Pflegepraxis für Familien von älteren Menschen zu informieren. Daraus geht hervor, dass aussagekräftige Ergebnisse durchaus das Potenzial haben, die Entscheide auf strategischer Ebene zu beeinflussen.

Die positiven Auswirkungen der Massnahmen der Pflegefachpersonen sind belegt. Vor diesem Hintergrund gewinnt die evidenzbasierte Pflege – Evidence-based Practice – zunehmend an Bedeutung. Seit knapp 15 Jahren stehen den Pflegefachpersonen kritische Analysen der besten Forschungsarbeiten in Pflegewissenschaften weltweit zur Verfügung^{128 129}.

Haupt- und Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften

Einer der ersten Doktoratsstudiengänge (Ph. D.) in Nursing¹³⁰ wurde 1934 in den VEFINITIVereinigten Staaten an der *New York University* lanciert, und die erste wissenschaftliche Fachzeitschrift im Bereich Pflegewissenschaften – *Nursing Research* – erschien 1952¹³¹. Dank der Forschung konnte ein einzigartiger Wissensbestand erarbeitet werden. Ausserdem wurden vielfältige Studiengänge entwickelt, mit denen spezifische Kenntnisse vermittelt werden. Obwohl die Forschung im Bereich der Pflegewissenschaften seit dieser Zeit besteht, steht sie in mehreren französischsprachigen Ländern erst in ihren Anfängen.

In den kanadischen Schulen für Pflegewissenschaften wurden die ersten Master-Programme (Hauptstudium) zeitgleich mit dem Beginn der Forschungstätigkeit lanciert. In Kanada wurde die Forschung in Pflegewissenschaften ab dem Jahr 1971 aufgenommen¹³². Dasselbe gilt für Quebec¹³³, wo die ersten Forschungsbeiträge an Professoren der McGill-Universität und der Universität Montreal vergeben wurden. Im Rahmen des *Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS, Nationales Forschungs- und Entwicklungsprogramm im Gesundheitsbereich)* wurde bei der Umstrukturierung der Beiträge der Forschung in Pflegewissenschaften ein besondere Stellung eingeräumt. Damit wurde zum ersten Mal in einem französischsprachigen Land der Beitrag der Pflegewissenschaften an die Entwicklung der Kenntnisse anerkannt. Diese Forschungsarbeiten bezogen sich bereits auf die Entwicklung der Praxis und auf die Erarbeitung und die systematische Evaluation von klinischen und gemeinschaftlichen Massnahmen. Die Publikation *Nursing Papers* – die sich schliesslich zum *Canadian Journal of Nursing Research* entwickelt hat – durch die McGill-Gruppe¹³⁴ bestätigte ein echtes Interesse für die Forschung.

Nicht zufällig lancierten diese beiden Universitäten 1993 ein gemeinsames Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften, das fünfte in Kanada und das erste in französischer Sprache. Seit 2005 bietet die Universität Ottawa ihr Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften in französischer Sprache an, und die Universität Laval hat ihren entsprechenden Studiengang im Jahr 2010 lanciert. Seit knapp 15 Jahren bietet die Universität Sherbrooke auf der Stufe des Doktoratsstudiums einen Schwerpunkt in Pflegewissenschaften an.

128 *Evidence-Based-Nursing Journal*. [www.ebn.bmj.com]; 19.12.2009.

129 Soins et Preuves, édition française de *Evidence-based Nursing*. [www.sophia-fondation-genevrier.org/fr/soins-preuves/accueil.php]; 20.12.2009.

130 [www.nyu.edu/gradschools/nursingmedicine]; 21.07.2010.

131 [www.sharonbsn.tripod.com/history]; 21.07.2010.

132 Stinson, S., Kerr, J. dir. (1986). *International issues in nursing research: Philadelphia, Croom Helm*.

133 Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières: genèse d'une discipline*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal

134 *Canadian Journal of Nursing Research*. [www.cjnr.mcgill.ca]; 03.11.2010.

Was Europa anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass 2008 in der Schweiz an der Universität Lausanne das erste Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften in französischer Sprache eingeführt wurde. Während die universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften erst in ihren Anfängen steht, haben diese europäischen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Leadership bewiesen, indem sie Forschungsarbeiten durchführten und strukturierte Forschungsprogramme entwickelten, deren Wert insbesondere vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung anerkannt wird¹³⁵.

Es ist wichtig, dass sich die Pflegewissenschaften auch in den französischsprachigen Ländern verbreiten können, dass die Professorinnen und Professoren Zugang zu internationalen Forschungsteams haben, dass die Mobilität der Studierenden innerhalb der französischsprachigen Länder gefördert wird, dass Allianzen zwischen den Universitäten entstehen und vertieft werden können und dass die Studiengänge auf internationaler Ebene aufeinander abgestimmt werden.

Zu erwähnen ist auch, dass in Frankreich im Mai 2010 das neue *Programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI, Spitalprogramm für Pflegeforschung)* lanciert wurde¹³⁶. Dieses Programm bezieht sich sowohl auf die berufliche Praxis der Pflegefachpersonen als auch auf deren Organisation, und es steht im Zusammenhang mit einer weit gesteckten Auffassung der Pflege, die auch die Primär- und Sekundärprävention umfasst. Finanziert wird das Programm jedoch nur für Gesundheitseinrichtungen und insbesondere für universitäre Spitalzentren, nachdem die

betreffenden Projekte von der Verwaltung des Gesundheitsministeriums validiert wurden. Dies schränkt den Umfang der Pflegeforschung ein, die nach wie vor stark auf die Spitäler fokussiert ist.

Im gegenwärtigen internationalen Umfeld, in dem grundsätzlich mehrere Länder im Bereich der universitären Ausbildung in Pflegewissenschaften eine grossen Vorsprung aufweisen und weltweit anerkannt sind, ist es wichtig, dass sich die Pflegewissenschaften auch in den französischsprachigen Ländern verbreiten können, dass die Professorinnen und Professoren Zugang zu internationalen Forschungsteams haben, dass die Mobilität der Studierenden innerhalb der französischsprachigen Länder gefördert wird, dass Allianzen zwischen den Universitäten entstehen und vertieft werden können und dass die Studiengänge auf internationaler Ebene aufeinander abgestimmt werden.

135 Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF). [www.snf.ch]; 3.11.2010.

136 Ministère de la Santé. (2009). *Circulaire ministérielle n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010*. Paris.

DRINGENDER AUFRUF VON GROSSEN INTERNATIONALEN ORGANISATIONEN

Der Weltbund der Pflegenden (ICN)

Der Weltbund der Pflegenden (ICN) unterstützt die nationalen Verbände der Pflegefachpersonen bei ihren Anstrengungen, den Zugang zur höheren Ausbildung zu verbessern, damit die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner auf die Durchführung von Forschungsarbeiten, die kritische Analyse von Forschungsergebnissen und auf den Wissenstransfer in der Pflegepraxis vorbereitet werden können¹³⁷. Die höhere Ausbildung und die Forschung sind eine Voraussetzung für qualitativ hochstehende Pflegemaßnahmen und für die Evaluation der Wirksamkeit und Effizienz der Pflege. Angesichts der zunehmenden Gesundheitsbedürfnisse und der steigenden Kosten müssen die Pflegefachpersonen die Auswirkungen der Pflege auf die Gesundheit definieren, überprüfen und evaluieren. Auf dieser Grundlage werden sie in der Lage sein, sich für eine Grundausbildung und Weiterbildung einzusetzen, die den Anforderungen ihrer beruflichen Praxis entsprechen, und Fortbildungsprogramme zu verlangen, die während ihrer gesamten Laufbahn angeboten werden¹³⁸.

Nach Auffassung des ICN beruht das Ansehen der Pflege auf Kenntnissen, die auf wissenschaftlichen Belegen basieren und mit der beruflichen Praxis zusammenhängen. Der ICN ruft die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner dazu auf, sich in allen Bereichen ihrer beruflichen Praxis zu engagieren. Dies umfasst insbesondere auch Aufgaben im Bereich des Managements und der Steuerung der Pflege sowie die Erarbeitung von gesundheitspolitischen Strategien. Pflegefachpersonen mit einer Fachvertiefung, Forschende, Lehrpersonen und Verantwortliche müssen spezifische Kompetenzen erwerben, damit sie Aufgaben mit Entscheidungskompetenzen wahrnehmen und auf allen Ebenen des Gesundheitssystems massgeblich mitarbeiten können^{139 140}.

Nach Auffassung des ICN beruht das Ansehen der Pflege auf Kenntnissen, die auf wissenschaftlichen Belegen basieren und mit der beruflichen Praxis zusammenhängen.

Der weltweite Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal ist nach Auffassung des ICN sehr beunruhigend. Daher fördert er die Kompetenzen, die für die Realisierung der medizinischen Grundversorgung erforderlich sind. Da damit die Angemessenheit der Maßnahmen und der Zugang zur Pflege und zu den Gesundheitsleistungen gefördert werden, realisieren die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner einen Mehrwert zu den Pflegeergebnissen. Ihre Rolle muss auf allen Ebenen der Gesundheitssysteme ausgebaut werden¹⁴¹.

Der ICN weist darauf hin, dass die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die wichtigsten Erbringer von gemeinwesenorientierten Pflegeleistungen sind und dass sie die Beziehungen mit den einzelnen Betroffenen, den Familien und den Gemeinschaften aufrechterhalten. In Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens gewährleisten sie die Gesundheitsversorgung und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Ausserdem untersuchen sie innovative Methoden und engagieren sich im Bereich der Prävention von Krankheiten und Invalidität.

137 ICN. (2007). *La recherche en soins infirmiers*. Prise de position. Genf : CII.

138 ICN. (2001). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Prise de position. Genf : CII.

139 ICN. (2004). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers*. Prise de position. Genf : CII.

140 ICN. (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genf : CII.

141 ICN. (2007). *Les infirmières et les soins de santé primaires*. Prise de position. Genf : CII.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) lenkt die Aufmerksamkeit der Entscheidungsträger der Mitgliedstaaten auf die hauptsächlichen Herausforderungen, die diese bewältigen müssen, um die Leistungsfähigkeit ihrer nationalen Gesundheitssysteme zu verbessern. Wer sich mit diesen Herausforderungen befasst, muss sich mit schwierigen Fragen auseinandersetzen: Wie kann dafür gesorgt werden, dass sich die Gesundheitsausgaben in Zukunft auf einem tragbaren Niveau bewegen? Wie lassen sich die Pflegequalität und die Patientensicherheit verbessern, und wie kann gewährleistet werden, dass die Gesundheitssysteme den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechen? Wie lässt sich ein angemessener Zugang zur benötigten Gesundheitsversorgung innerhalb annehmbarer Fristen sicherstellen? Was kann unternommen werden, um die Verwendung der Ressourcen zu optimieren?

Die OECD empfiehlt, Investitionen zu tätigen, um angesichts der grossen weltweiten Herausforderungen im Gesundheitsbereich die Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen zu garantieren.

Als Antwort auf diese Fragen empfiehlt die OECD, Investitionen zu tätigen, um angesichts der grossen weltweiten Herausforderungen im Gesundheitsbereich die Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen zu garantieren. Im Übrigen haben die leistungsfähigsten Länder die beruflichen Funktionen erweitert und damit eine neue Verteilung der Aufgaben zwischen den wichtigsten Akteuren des Gesundheitssystems, d. h. den Ärztinnen und Ärzten und den Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, realisiert. In diesem Sinne fördert die OECD die Entwicklung der Advanced Nursing Practice, um für die Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und sicheren Gesundheitsversorgung zu gewährleisten¹⁴².

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verlangt von allen Staaten, entsprechende Massnahmen zu ergreifen, damit die Wissensfortschritte weltweit zu einer grösseren Gerechtigkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung führen: gegenseitige Abstimmung, einheitliche Massnahmen, Plädoyer für eine umfassende und vollständige Gesundheitsversorgung, Kostenkontrolle und Optimierung der beruflichen Kompetenzen, damit den immer komplexeren Gesundheitsbedürfnissen entsprochen werden kann. Die Erwartungen in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für alle waren noch nie so hoch¹⁴³.

Die Schwerpunkte der WHO richten sich an alle Regierungen und insbesondere an die Gesundheitsfachpersonen. Alle sprechen sich für wirksamere Massnahmen aus, damit die grössten Herausforderungen bewältigt werden können, mit denen die Gesundheitssysteme konfrontiert sind: Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden, sicheren und effizienten Gesundheitsversorgung und zu entsprechenden Gesundheitsleistungen, die im Rahmen einer Ausrichtung auf eine nachhaltige Entwicklung erbracht werden. Alle Regierungen sind aufgerufen, die notwendigen Investitionen zu tätigen, damit diese Ziele in gegenseitiger Abstimmung mit den Gesundheitsfachpersonen erreicht werden können.

Die WHO anerkennt die besondere Situation von Afrika, wo die Ziele für eine Reform der Gesundheitssysteme mit Problemen verbunden sind, die nur schwer überwindbar sind¹⁴⁴. So leiden beispielsweise im Süden der Sahara 36 von 46 Ländern unter einem Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen. Parallel dazu wandern jedes Jahr schätzungsweise 20 000 Ärzte und Pflegefachpersonen aus diesen Ländern aus. Dieser Verlust von Know-how ist zwar nicht die Hauptursache der Probleme, aber ein nachteiliger Faktor für die Situation der Gesundheitssysteme, die eine hohe Krankheitslast zu tragen haben. Diese Ausgangslage hat Konsequenzen

142 OCDE. (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – Résumé*.

143 WHO. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genf: WHO. [www.who.int]; 30.09.2009.

144 WHO. (2006). *La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets*. Genf: WHO. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/fr/index.html].

auf zwei Ebenen: 1) eine Zunahme der Morbiditäts- und Mortalitätsraten, die beispielsweise auf die Malaria zurückzuführen sind, und 2) die Unmöglichkeit, qualitativ hochwertige Gesundheitseinrichtungen zu realisieren und aufrechtzuerhalten. Der Mangel an qualifizierten Fachpersonen wirkt sich negativ auf die Entwicklung der betroffenen Länder aus¹⁴⁵.

So erstaunt es nicht, dass die WHO¹⁴⁶ mit ihren strategischen Ausrichtungen 2010–2015 für die afrikanischen Länder das Ziel verbindet, das Know-how und die Kompetenzen auszubauen und die optimalen Vorgehensweisen für die Entwicklung der Forschung im Gesundheitsbereich zu eruieren. Die WHO plädiert für eine anhaltende Unterstützung der medizinischen Grundversorgung, um die Gesundheitssysteme zu stärken. Der Strategieplan weist darauf hin, dass die Gesundheit ein ausschlaggebendes Element für die menschliche Entwicklung ist, und hält die wesentlichen Gesundheitsziele für die Bevölkerung der afrikanischen Länder fest: Gesundheit der Mütter und Kinder; Massnahmen für die Bekämpfung von HIV-AIDS, Malaria, Tuberkulose und Poliomyelitis Intensivierung der Bekämpfung von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten; raschere Umsetzung der Initiativen, die auf die bestimmenden Gesundheitsfaktoren ausgerichtet sind, indem der Schwerpunkt auf den Ausbau der Massnahmen für die Gesundheitsförderung gelegt wird.

Die Commission des déterminants sociaux de la santé (Kommission für die bestimmenden sozialen Faktoren der Gesundheit) der WHO¹⁴⁷ ist besorgt über die Tatsache, dass die Lebenserwartung in mehreren afrikanischen Ländern unter 50 Jahren liegt. Sie bemängelt die Ungleichheiten im Gesundheitsbereich und fordert die Staaten mit Nachdruck auf, die bestehenden Unterschiede innerhalb einer Generation zu beseitigen. Nach Meinung dieser Kommission müssen die Massnahmen auf ein Empowerment der einzelnen Menschen und der Gemeinschaften fokussiert werden. Der politische Wille ist von ausschlaggebender Bedeutung, um eine umfassende medizinische Grundversorgung zu realisieren, denn die erforderlichen Kenntnisse und Mittel sind vorhanden¹⁴⁸.

Wie weiter oben ausgeführt wurde, besteht in den französischsprachigen Ländern Afrikas für die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner kein Zugang zu einem universitären Grund-, Haupt- und Doktoratsstudium. Daher sind insbesondere in diesen Staaten dringende Massnahmen erforderlich.

Die Lehrpersonen für Pflege verfügen nicht über ausreichende Mittel, um ihre Kenntnisse mit Hilfe von Forschungsergebnissen auf dem neuesten Stand zu halten. Die zahlreichen Unterschiede und Ungleichheiten beim Zugang zu den Informations- und Kommunikationstechnologien beeinträchtigen die Entwicklung des Wissens, die Weiterbildung und die Entwicklung der Laufbahnmöglichkeiten. Während die Lehrpersonen für Pflege und die Professorinnen und Professoren für Pflegewissenschaften in den Industrieländern über den gleichen Status und die gleichen Privilegien wie die übrige Professorenschaft der Universitäten verfügen, herrschen im französischsprachigen Teil Afrikas ganz andere Voraussetzungen. In diesen Ländern wurde die Debatte über die wissenschaftliche Forschung und die höhere Bildung erst vor kurzem lanciert¹⁴⁹.

Die Schwerpunkte der WHO richten sich an alle Regierungen und insbesondere an die Gesundheitsfachpersonen. Alle sprechen sich für wirksamere Massnahmen aus, damit die grössten Herausforderungen bewältigt werden können, mit denen die Gesundheitssysteme konfrontiert sind: Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden, sicheren und effizienten Gesundheitsversorgung und zu entsprechenden Gesundheitsleistungen, die im Rahmen einer Ausrichtung auf eine nachhaltige Entwicklung erbracht werden. Alle Regierungen sind aufgerufen, die notwendigen Investitionen zu tätigen, damit diese Ziele in gegenseitiger Abstimmung mit den Gesundheitsfachpersonen erreicht werden können.

145 «Limiter la pénurie de médecins : une priorité de santé publique en Afrique», *Santé/Afrique Avenir*, 20.10.2010.

146 WHO. (2010). *Pour un développement sanitaire durable dans la région africaine : orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*. Genf: WHO. [www.afro.who.int/fr/rdo]; 31.10.2010.

147 WHO. (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genf: WHO.

148 Idem, S. 34.

149 Koffi, K., Lebœuf, D. (2007). «Les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel», *Soins*, 717, 47-51.

Die Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS, Westafrikanische Gesundheitsorganisation)

Die Westafrikanische Gesundheitsorganisation ist eine Sonderorganisation der Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO, Wirtschaftsgemeinschaft der westafrikanischen Staaten). Mit ihren 15 Mitgliedstaaten ist die CEDEAO die grösste der regionalen Gemeinschaften Afrikas. Sie wurde 1975 für die folgenden Zwecke gegründet: Förderung der Zusammenarbeit und Entwicklung in allen Bereichen der wirtschaftlichen Aktivitäten, Beseitigung von Einschränkungen des freien Personen-, Güter- und Dienstleistungsverkehr und Vereinheitlichung der regionalpolitischen Strategien. Ihr Wirtschaftswachstum liegt unter 7%, d. h. unter der minimalen Rate, die für das Erreichen der *Jahrtausendziele der Entwicklungshilfe*¹⁵⁰ erforderlich ist.

Die OOAS engagiert sich für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsleistungen in der betreffenden Region. Ihre Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, die nationalen politischen Strategien zu vereinheitlichen und die Zusammenlegung von Ressourcen, die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zu fördern, damit gemeinsam und auf strategischer Basis Lösungen für die hauptsächlichen Probleme im Gesundheitsbereich gefunden werden können.

In ihrem Strategieplan 2009–2013 plädiert die OOAS für eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitssystem. Die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und der Gesundheitsversorgung erfolgen zwangsläufig über eine besser angepasste Ausbildung und eine Aufwertung der Gesundheitsfachpersonen.

In ihrem Strategieplan 2009–2013 plädiert die OOAS¹⁵¹ für eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitssystem. Die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und der Gesundheitsversorgung erfolgen zwangsläufig über eine besser angepasste Ausbildung und eine Aufwertung der Gesundheitsfachpersonen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine angemessene Ausbildung der Lehrpersonen erforderlich ist. Ausserdem wird davon ausgegangen, dass durch eine Vereinheitlichung der politischen Strategien die

gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse, die Entwicklung der wissenschaftlichen Forschung, die Verbreitung der optimalen Vorgehensweisen, eine Anhebung der Berufsqualifikationen und eine Zunahme der Zahl der Gesundheitsfachpersonen gefördert werden. Gegenwärtig wird ein Programm für die Überwachung der Situation im Bereich der Gesundheitsversorgung entwickelt.

¹⁵⁰ [www.bidc-ebid.org]; [www.wahooas.org]; 08.06.2011.

¹⁵¹ Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). (2008). *Plan stratégique de développement 2009-2013*. [www.whaoas.org/docsPS2_français2009-2013]; 14.6.2011.

Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)

Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) ist beunruhigt über die Auswirkungen der Globalisierung auf die Verbreitung der Bildung in der Welt. An der Weltkonferenz „Hochschulbildung für das 21. Jahrhundert“, die vom 5. bis 8. Juli 2009 am Sitz der UNESCO veranstaltet wurde und an der über 1000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus knapp 150 Ländern verzeichnet wurden¹⁵², wurde den afrikanischen Staaten Priorität eingeräumt.

In einer am Ende dieser Konferenz verabschiedeten Erklärung¹⁵³ wurde festgehalten, dass es noch nie so wichtig wie jetzt war, in die höhere Bildung zu investieren. Dies ist somit ein dringender Aufruf der UNESCO an die Entscheidungsträger der Staaten, ihre soziale Verantwortung in Bezug auf die höhere Bildung wahrzunehmen. Von den Regierungen wird verlangt, die Investitionen in diesen Bereich zu erhöhen, die Vielseitigkeit zu fördern und die regionale Zusammenarbeit auszubauen, um den Bedürfnissen der Gesellschaft zu entsprechen. Das letzte Jahrzehnt zeigt, dass die höhere Bildung und die Forschung einen Beitrag zur Verringerung der Armut, zur nachhaltigen Entwicklung und zur Erreichung der auf internationaler Ebene vereinbarten Entwicklungsziele leisten, insbesondere der *Jahrtausendziele der Entwicklungshilfe und der Ziele im Rahmen von Bildung für alle - ein Leben lang*¹⁵⁴.

Im Schlussdokument der Konferenz wird eine Neubelebung der höheren Bildung in Afrika verlangt: Verabschiedung von unterschiedlichen Ansätzen, um der raschen Zunahme der Nachfrage zu entsprechen, Ausbau der regionalen Zusammenarbeit durch die Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse, Qualitätssicherung, Good Governance, Forschung und Innovation sowie Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien. Von den Entscheidungsträgern der höheren Bildung wird gefordert, dass sie die Grundausbildung und Weiterbildung der Lehrpersonen auf den neuesten Stand bringen, damit den Lernenden das Wissen und die Kompetenzen vermittelt werden können, die im 21. Jahrhundert erforderlich sind.

Es war noch nie so wichtig wie jetzt, in die höhere Bildung zu investieren...

Die UNESCO weist auch darauf hin, wie wichtig der Austausch zwischen der Association des universités africaines (AUA, Vereinigung der afrikanischen Universitäten), der Association des universités du Commonwealth (AUC, Vereinigung der Universitäten des Commonwealth) und der Agence universitaire de la Francophonie (AUF) über die Frage der Governance und der Modelle der höheren Bildung ist.

152 UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur 2009: la nouvelle dynamique de l'enseignement supérieur et de la recherche au service du progrès social et du développement*. Paris: UNESCO. [unesco.org/fileadmin/multimedia/HQ]; 31.10.2010.

153 UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur - L'Unesco lance un appel à l'investissement et à la coopération*, Pressemitteilung 14.7.2009.

154 UNESCO. (2010). *L'éducation et les OMD*. [portal.unesco.org/education/fr/] 31.10.2010; *Éducation pour tous*. [www.un.org/globalissues/africa]; 28.10.2010.

Die Internationale Organisation der Frankophonie (OIF)

Die Internationale Organisation der Frankophonie (OIF) ruft zur Erhöhung der Effektivität der Bildungssysteme auf, damit die Ziele im Rahmen von Bildung für alle - ein Leben lang erreicht werden können. Sie hat sich für die Verbesserung der beruflichen Kompetenzen der Lehrpersonen und weiterer Akteure des Ausbildungsbereichs engagiert, insbesondere für die Modernisierung der pädagogischen Hilfsmittel. Nach den verzeichneten Fortschritten beim gleichen Zugang von Mädchen und Jungen zur Bildung auf der Primarstufe richten sich die Anstrengungen nun auf die Lehrpersonen, bei denen die Frauen gut vertreten sind.

Die OIF räumt den französischsprachigen Frauen bei der Entwicklung ihrer Gesellschaft in den regionalen und internationalen Begegnungen und Foren eine bevorzugte Stellung ein, damit sie sich entsprechend Gehör verschaffen können. Die Frauen sind in der Lage, in den ländlichen und stadtnahen Gebieten mit den Basisge-

Die nachhaltige Entwicklung in den französischsprachigen Ländern erfolgt im gesamthaften Umfeld der Bildung, der Entwicklung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Qualitätssicherung in Zusammenarbeit mit den Gemeinschaften, in erster Linie mit den Frauen .

meinschaften bei der Leitung und Weiterführung von lokalen Projekten zusammenzuarbeiten, mit denen Arbeitsstellen und Wohlstand geschaffen werden. Vor diesem Hintergrund kommt ihnen im Rahmen der nachhaltigen Entwicklung eine besondere Bedeutung zu. Der Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien durch die Frauen misst die OIF grosse Bedeutung bei.

Die nachhaltige Entwicklung in den französischsprachigen Ländern erfolgt im gesamthaften Umfeld der Bildung, der Entwicklung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Qualitätssicherung in Zusammenarbeit mit den Gemeinschaften, in erster Linie mit den Frauen¹⁵⁵.

ALLES IN ALLEM plädieren die bedeutenden internationalen Organisationen für einheitliche Massnahmen auf der Grundlage der Kompetenzen, damit die grossen gesellschaftlichen Probleme gelöst werden können, die Innovation gefördert werden kann und ein Beitrag zur Entwicklung der Länder geleistet werden kann. Alle sind aufgerufen, ihre Kenntnisse auszutauschen und sich gegenseitig abzustimmen, damit die Ungleichheiten unter Berücksichtigung der verschiedenen Kulturen, der sozio-sanitären Bedingungen, der Bildungssysteme der Länder, der Schwerpunkte der Universitäten und der Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien abgebaut werden können.

EMPFEHLUNGEN

Die Zahl von über einer Million französischsprachiger Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner entspricht zweifellos einer unbestreibaren Stärke und einem bemerkenswerten Potenzial im Dienst der Bevölkerungsgesundheit. Nach Auffassung des SIDIEF ist es unabdingbar, dass in die universitäre Ausbildung der Pflegefachpersonen und in die Forschung in Pflegewissenschaften investiert wird, damit die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Wirksamkeit, Effizienz und Innovation in den Gesundheitssystemen bewältigt werden können. Eng damit verbunden sind die Patientensicherheit und die Reaktionen auf die neuen epidemiologischen Daten.

Angesichts der zahlreichen wissenschaftlichen Belege hat das SIDIEF schockiert zur Kenntnis genommen, dass die Frage der Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den französischsprachigen Ländern nicht angegangen wurde. Die Schlussfolgerungen aus Expertengutachten, Kommissionsberichten und Empfehlungen gehen übereinstimmend in Richtung einer Umgestaltung der Ausbildung, um die Gesundheitsversorgung an die Realitäten des 21. Jahrhunderts anzupassen. Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den französischsprachigen Ländern wundern sich über das mangelnde Interesse der Entscheidungsträger an der Optimierung der Kompetenzen einer Berufsgruppe, die für die Bevölkerungsgesundheit von so grosser Bedeutung ist.

Das SIDIEF stellt gewisse politische Entscheide im Gesundheitsbereich in Frage und bedauert deren Inkohärenz. Es besteht auf dem Recht der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, mit einer optimalen Anwendung ihrer Kompetenzen uneingeschränkt zur Steigerung der Lebensqualität und zur Linderung von menschlichem Leid beizutragen.

Das SIDIEF schliesst sich den grossen internationalen Organisationen an, die sich für politische Strategien aussprechen, mit denen der Zugang zur höheren Bildung gefördert wird: Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner müssen unbedingt über die notwendigen Instrumente für den Fortschritt und die Entwicklung verfügen. Dabei handelt es sich um die universitäre Ausbildung und die wissenschaftliche Forschung, sofern die Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden sollen. Dies ist zunächst eine Frage der sozialen Gerechtigkeit¹⁵⁶ zwischen den Völkern, und für eine weitgehend weibliche Berufsgruppe, welcher der Zugang zu einer höheren Ausbildung allzu häufig verwehrt wird, ist dies auch eine Frage der Angemessenheit.

¹⁵⁶ Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. Day, L. (2010). *Educating nurses, a call for radical transformation*. San Francisco : Jossey-Bass.

In Erwägung:

- der unabdingbaren Notwendigkeit, auf die grossen Herausforderungen im Gesundheitsbereich weltweit zu reagieren, insbesondere im Bereich der Betreuung von Chronischkranken, der psychischen Erkrankungen, der demografischen Alterung, der übertragbaren Krankheiten, der Mütter- und Kindersterblichkeit, der schädlichen Lebensgewohnheiten und der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich;
- der Dringlichkeit, die Gesundheitsversorgung, hauptsächlich die Grundversorgung, zugänglich zu machen, um den zunehmenden Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung zu entsprechen und die Gesundheitssysteme auszubauen;
- der offenkundigen Notwendigkeit, die Funktionen der Pflegefachpersonen zu erweitern und die berufsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pflegefachpersonen zu gewährleisten, um die von allen Gesundheitssystemen angestrebte Effektivität und Effizienz zu erreichen;
- der Verpflichtung für die pflegerische Praxis, sich auf eine klinische Beurteilung, die auf wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen beruht, und auf die Beherrschung der neuen Technologien abzustützen, wodurch die Sicherheit der Bevölkerung und die Pflegequalität gewährleistet werden können;
- des Zugangs zu einem vollständigen universitären Bildungsweg mit Grund-, Haupt- und Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften als wesentliche Voraussetzung für:
 - eine deutliche Steigerung der Pflegequalität und der Versorgungssicherheit für die Bevölkerung
 - die Verankerung der Ausbildung in ihrer eigenen Fachdisziplin
 - die Gewährleistung des Erwerbs der erforderlichen wissenschaftlichen und technologischen Erkenntnisse
 - die Ausbildung der künftigen Lehrpersonen und Forschenden
 - die Entwicklung der Forschung, um eine innovative klinische Tätigkeit zu gewährleisten;
- des offensichtlichen Rückstands der französischsprachigen Länder bei der Übernahme der internationalen Trends im Bereich der Pflegeausbildung in einem Umfeld der beruflichen Mobilität;
- der störenden Ungerechtigkeit, unter der eine grosse Mehrheit der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in den französischsprachigen Ländern Afrikas zu leiden hat, da kein Zugang zu einem universitären Bildungsweg mit Grund-, Haupt- und Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften besteht;
- des Aufrufs des ICN, der OECD und der WHO an alle Länder und Staaten, mehr in die Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zu investieren, um den Zugang zu einer wirksamen, sicheren und effizienten Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und die Kosten aufgrund von Qualitätsmängeln zu senken;

empfiehlt das SIDIIEF den Regierungen der französischsprachigen Länder mit Nachdruck, rasch die folgenden Massnahmen zu realisieren:

- Einrichtung eines universitären Bildungswegs mit einem Grund-, Haupt- und Doktoratsstudium in Pflegewissenschaften;
- Festlegung eines universitären Abschlusses vom Typ Bachelier/Bachelor/Licence in Pflegewissenschaften als Voraussetzung für den Zugang zum Pflegeberuf;
- Aufforderung an die Internationale Organisation der Frankophonie (OIF), in erster Linie die afrikanischen Länder mit Mechanismen für die institutionelle, nationale, intraregionale und regionenübergreifende Zusammenarbeit zu unterstützen, mit dem Ziel, eine universitäre Ausbildung in Pflegewissenschaften einzuführen.

BIBLIOGRAPHIE

- Aiken, L.H. (2005). « Extending the Magnet concept to developing and transition countries », *Reflections on Nursing leadership*, 31(1), 16-18.
- Aiken, L.H. (2008). « Economics of nursing », *Policy, politics, nursing practice*, 9(2), 73-79.
- Aiken, L.H. (2011). « Nurses for the future », *New England Journal of Medicine*, 364:3. [www.nejm.org]; 20.01.2011.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B. and Sloane, D.M. (2003). « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 290, 1617-1623.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. et al. (2002). « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 288, 1987-1993.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T. (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes », *Journal of Nursing Administration (JONA)*, 38(5), 223-229.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2010). *Plaidoyer pour des Canadiens en meilleure santé : formation en sciences infirmières pour le XXI^e siècle*. Ottawa : ACESI. [www.casn.ca]; 21.05.2010
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et ACESI. (2004). *Énoncé de position commun : Exigences de formation à l'entrée dans la pratique infirmière*. [www.cna-aiic.ca]; 21.11.2009
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Ottawa : AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2008). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Ottawa : AIIC.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2009). *Énoncé de position : L'infirmière clinicienne spécialisée*. [www.cna-aiic.ca/cna/]; 21.11.2009
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2010). *Prise de décision et pratique infirmière éclairées par des preuves : énoncé de position*. Ottawa : CNA-AIIC. [www.cna-aiic.ca]; 20.11.2010.
- Bargagliotti, L.A., Lancaster, J. (2007). « Quality and safety education in nursing: more than new wine in old skins », *Nursing Outlook*, 55(3), 156-158.
- Beaudet, N. (2008). *La pratique infirmière en promotion de la santé en CSSS, mission CLSC : de la volonté à la réalité*. Rapport synthèse, 11(2), 1-12.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010). *Educating nurses, a call for radical transformation*. San Francisco : Jossey-Bass.

Bisaillon, A., Beaudet, N., Sauvé, M.S., Boisvert, N., Richard, L., Gendron, S. (2010). « L'approche populationnelle au quotidien », *Perspective infirmière*, 7(1), 58-62.

Canadian Journal of Nursing Research. [www.cjnr.mcgill.ca]; 03.11.2010.

Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). (2010). *Analyse et mise en contexte des profils de formation infirmière dans différents pays francophones*: rapport rédigé pour le SIDIIEF. Pepin, J., Ha, L. Montréal: CIFI, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Classification Internationale Type de l'Éducation (CITE). (1997). *Instrument de classification basé sur les niveaux et domaines d'éducation produit par l'Institut de statistique de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) afin de faciliter la comparaison des statistiques de l'éducation à l'échelle internationale*. [www.uis.unesco.org/ev.fr].

Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Commission européenne (CE). (2011). *Document de consultation de la DG Marché intérieur et services relatif à la Directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles*. [http://ec.europa.eu/internal_market/].

Commonwealth Nurses Federation. (2005). *Strategic Directions 2005-2010*. [www.commonwealthnurses.org]; 01.10.2010.

Conseil international des infirmières (CII). (2001). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Prise de position. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2002). *Sécurité des patients*. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2004). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers*. Prise de position. Genève: CII.

Conseil international des infirmières CII. (2004). *The global shortage of registered nurses : an overview and actions*, James Buchan and Lynn Calman. Geneva: ICN=CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2007). *La recherche en soins infirmiers*. Prise de position. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2007). *Les infirmières et les soins de santé primaires*. Prise de position. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2008). *La participation des infirmières à tous les stades de prise de décision et d'élaboration des politiques concernant les services de santé*. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2009). *Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers*. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII). (2010). *Global issues and trends in nursing education*. Genève: CII.

Conseil international des infirmières (CII), Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN). (2006). *La pénurie mondiale de personnel infirmier : domaines d'intervention prioritaire*. Genève : Suisse.

Cronenwett, L., Sherwood, G. Barnsteiner, J., Dish, J., Johnson, J., Mitchell, P. et al. (2007). « Quality and safety education for nurses », *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.

Dall, T.M., Chen, Y.J., Seifert, R.F., Maddox, P.J., Hogan, P.F. (2009). « The economic value of professional nursing », *Medical Care*, 47(1), 97-104.

Décret n° 2010-1123 du 23.09.2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la 4^e partie du code de la santé publique (NOR : ESRS 1006738D) paru au J. O. n° 0224, 26.09.2010, p. 17468 – texte n° 10. Paris.

Desrosiers, G. (2009). « La pratique avancée, un avenir, une nouvelle formation pour les infirmières », *Info Nursing*, n° 150, oct. 2009, Bruxelles, Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn).

Desrosiers, G. (2009). « Libérer les talents », *Perspective infirmière*, 6,2, mars-avril, 34-36.

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Rapport de recherche commandée. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). [www.chsrf.ca]; 16.08.2010.

Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil, du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (JO L 255 du 30.09.2005, p.22).

Doran, D., Mildon, B., Clarke, S. (2011). *Toward a national Report Card in Nursing: a knowledge synthesis*. Nursing Health Services Research Unit. Toronto : Faculty of Nursing, University of Toronto.

Doran, D.M. Ed. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science (2nd ed.)*. Sudbury, M.A. : Jones et Bartlett.

Ducharme, F. (2009). *Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, rapport annuel*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal en collaboration avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

Ducharme, F. (2009). « Soutenir les proches-aidants de personnes âgées ». Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales en regard projet de loi n° 6, loi instituant le Fonds de soutien aux proches aidants de personnes âgées. [www.chairedesjardins.umontreal.ca/fr-bibliotheque].

Edwards, N., MacDonald, J. (2008). « Nurse researchers contributing to seniors' independence in the community », *Canadian Journal of Nursing Research*, 20(1), 103-108.

Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., Giovanetti, P. (2005). « The impact of hospital nursing characteristics on 30 day mortality », *Nursing Research*, 54(2), 74-84.

Evidence-Based-Nursing Journal. [www.ebn.bmj.com]; 19.12.2009.

Falk Rafael, A. (2005). « Speaking Thru to Power: Nursing's legacy and Moral Imperative », *Advances in Nursing Science*, 28(3), 212-223.

Flynn, M. (2009). « Nurse staffing levels revisited : a consideration in key issues in nurse staffing levels and skill mix research », *Journal of Nursing Management*, 17(6), 759-766.

Fonds national suisse (FNS) de la recherche scientifique. [www.snf.ch/fr]; 03.11.2010.

Goode, C.J., Pinkerton, S.E., McCausland, M.P., Southard, P. et al. (2001). « Documenting chief nursing officers' preferences for BSc prepared nurses », *Journal of Nursing Administration (JONA)*, 31, 2, 55-59.

Institute of Medicine. (2003). *Health Professions education : A bridge to quality*. Washington, D.C., National Academies Press.

Institute of Medicine. (2010). *The future of Nursing : Leading changes, advancing health*. Washington, D.C. : National Academies Press. [www.nap.edu/catalog/phprecord_id=12894].

Kane, R.L., Shamlian, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J. (2007). « The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. Systematic review and meta analysis », *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.

Koffi, K., Lebœuf, D. (2007). « Les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel », *Soins*, 717, 47-51.

La mobilité professionnelle en Europe : la reconnaissance des diplômes dans l'Union européenne dans le cadre de la Directive 2005/36/CE. [www.ciep.fr/conferences/eric-naric]; [www.eur-lex.europa.eu]; 03.11.2010.

LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T., Phipps, M. (2007). « The role of the clinical nurse specialist in promoting EBP and effecting positive patient outcomes », *Journal of continuing education nursing*, 38(6), nov-dec.

Leape L., Berwick D., Clancy C., Conway J., Gluck P., Guest J., et al. « Transforming healthcare: a safety imperative », *Qual Saf Health Care*. 2009 Déc;18(6) : 424-428 dans Brami, J. (2010). *Résultats décevants en matière de sécurité des soins*. Haute Autorité de santé (HAS). DCP et Pratiques, n° 47; 02.09.2010.

« Limiter la pénurie de médecins : une priorité de santé publique en Afrique », *Santé/Afrique Avenir*, 20.10.2010.

Ministère de la Santé. (2009). *Circulaire ministérielle n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010*. Paris.

Ministère de la Santé. (2009). *Réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)*. Article 51 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009. Paris. [www.has-santé.fr]; 05.06.2011.

Ministres européens de l'Éducation. (1999). Déclaration commune des ministres européens de l'Éducation-19 juin 1999-Bologne. [www.europe-education-formation.fr/docs/Bologne].

- Mondoux, J. (2003). « Les agirs », *Journal Dossier 1-2003* de la Croix-Rouge Suisse, Berne.
- Morin, D. (2009). *Du chaos au changement planifié... Analyse de la dynamique de transformation des pratiques infirmières*. Conférence prononcée au Congrès annuel de l'OIIQ. Octobre 2009. [www.oiiq.org].
- National Advisory Council on Nurse Education and Practice. (1996). *Report to the Secretary of the Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing*. Washington, D.C.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Shane Pankratz, V., Leibson, C.L., Stevens, S.R., Harris, M. (2011). « Nurse staffing and inpatient hospital mortality », *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S. et al. (2002). « Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier - De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir*. Westmount : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). *Mémoire : Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Westmount : OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). « Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmières », *Le Journal*, 7(1), sept.-oct., 4.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). « Une nouvelle attendue : création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne », *Le Journal*, 7(4), sept.-oct., 1.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif. Westmount : OIIQ.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants*, p. 12.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2004). *Le Projet de l'OCDE sur la santé – Vers des systèmes de santé plus performants – Résumé*.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : comment répondre à la crise imminente*. Rapport conjoint OCDE-OMS. [www.sourceocde.org/questions_sociales/9789264050778]; 16.07.2010.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2010). *Nurses in advanced roles : a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. [www.oecd.org]; 03.08.2010.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Optimiser les dépenses de santé : Études de l'OCDE sur les politiques de santé de l'OCDE*. [www.ocde.org/ocdeLibrairie]; 04.07.2011.

- Organisation internationale de la Francophonie (OIF). (2010). *Plan d'action 2008-2010*. [www.francophonie.org/-education-et-formation-html].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1978). *Alma Ata, Les soins de santé primaires*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) - *Alliance mondiale pour la sécurité des patients*. (2005). *Défi mondial pour la sécurité des patients*. Genève : OMS. [www.who.int/patient safety]; 24.08.2010
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). *La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets*. Genève : OMS. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/fr/index.html].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Neuf solutions pour la sécurité des patients*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Genève : OMS. [www.who.int]; 30.09.2009.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Des normes mondiales pour la formation initiale d'infirmières professionnelles et les sages-femmes*. Genève : OMS. [www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education/fr].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*. Genève : OMS. [www.who.int/hrh/nursingmidwifery/hrhglobalstandardseducation.pdf]; 30.08.2010.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *La pénurie mondiale des personnels de santé et ses effets*. Genève : OMS. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/20091110].
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Pour un développement sanitaire durable dans la région africaine : orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*. Genève : OMS. [www.afro.who.int/fr/rdo]; 31.10.2010.
- Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). (2008). *Plan stratégique de développement 2009-2013*. [www.whaoas.org/docsPS2_français2009-2013]; 14.06.2011.
- Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière, 3^e éd.*, Montréal : Chenelière Éducation.
- Potvin, L., Bilodeau, A., Gendron, S. (2008). « Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé », *Promotion & Éducation*, suppl. 1, 17-21.
- Pringle, D. (2004). « Dot : From the editor-in-chief. Quality goes beyond safety: shifting shifts », *Nursing leadership*, 17(3), 1-4.

Rapport d'information (2010). Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux. Député Jacques Domergue. Document d'information de l'Assemblée nationale, n° 2712. Paris.

Reams, S. et Stricklin, S.M. (2006). « Bachelor of Science in nursing completion : a matter of patient safety », *Journal of nursing administration (JONA)*, 36,(7/8), 354-356.

Richard, L., Fortin, S., Bérubé, F. (2004). « Prévention et promotion de la santé pour les enfants et les jeunes et enjeux de la pratique infirmière en CLSC », *Santé Publique*, 16(2), 273-285.

Richard, L., Lehoux, P., Breton E., Denis, J.L., Labrie, L., Léonard, C. (2004). « Implementing the ecological approach in tobacco control programs : Results of a case study », *Evaluation and program planning*, 27, 409-421.

Rothberg, M.B., Abraham, I., Lindenauer, P.K., Rose, D.N. (2005). « Improving nurse to patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention », *Medical Care*, 43(8), 785-791.

Savoie, M. et Lemay, S. (2007). « Perceptions de la douleur chronique de soignants œuvrant auprès d'anciens combattants », *La gérontoise*, 18(2), pp. 5-8.

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) et Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. (2008). *Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones*. [www.sidiief.org].

Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T. et al. (2011). « Nurse forecasting in Europe (RN4CAST) : rationale, design and methodology », *British Medical Journal*, 10(1), 6. Résultats préliminaires d'une recherche internationale présentés par W. Sermeus au Symposium sur les enjeux de la formation infirmière à l'université. Bruxelles : Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn); 25.05.2011.

Soins et Preuves, édition française de *Evidence-based Nursing*. [www.sophia-fondation-genevriev.org/fr/soins-preuves/accueil.php]; 20.12.2009.

Stinson, S., Kerr, J. dir. (1986). *International issues in nursing research : Philadelphie, Croom Helm*.

Tourangeau, A.E., Doran, D.M., McGillis Hall, L. et al. (2007). « Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients », *Journal of Advanced Nursing*, 57, 32-44.

UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur - L'Unesco lance un appel à l'investissement et à la coopération*, Communiqué 14.07.2009.

UNESCO. (2009). *Conférence mondiale sur l'enseignement supérieur 2009 : la nouvelle dynamique de l'enseignement supérieur et de la recherche au service du progrès social et du développement*. Paris : UNESCO. [www.unesco.org/fileadmin/multimedia/HQ]; 31.10.2010.

UNESCO. (2010). *L'éducation et les OMD*.

[www.portal.unesco.org/education/fr/]; 31.10.2010; Education pour tous.

[www.un.org/globalissues/africa]; 28.10.2010.

US Department of Health and Human services, Health Resources Services Administration. (2010).

The Registered Nurses population : initial findings from the 2008 national sample survey of RN.

[www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/msurvey].

Van den Heede, K. (2010). « Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres : a cost-effective patient safety intervention? », *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1291-1296.

Vanhook, P.M. (2007). « Cost-utility analysis : a method of quantifying the value of registered nurses », *OJIN: The online journal of issues in nursing*, 12(3), manuscript 5.

[www.bidc-ebid.org]; [www.wahooas.org]; 08.06.2011.

[www.ehesp.fr/formations].

[www.nyu.edu/gradschools/nursingmedicine]; 21.07.2010

[www.sharonbsn.tripod.com/history]; 21.07.2010



SIDIEF

INTERNATIONALES SEKRETARIAT DER PFLEGEFACHFRAUEN
UND PFLEGEFACHMÄNNER IN DEN FRANZÖSISCHSPRACHIGEN LÄNDERN

EDITIONS LA SOURCE - LAUSANNE

