

Bulletin

Pflege und Pflegewissenschaften Soins et Sciences infirmières



Mit Beiträgen von

Maya Shaha
Sabina Roth
Pierre Gobet
Céline Ehrwein
Sabina De Geest, Anne-Sylvie Ramelet,
Katharina Fierz, Michael Simon,
Dunja Nicca, Manuela Eicher,
Maria Katapodi Marie-José Roulin et
Nathalie Bochaton
Franziska Rabenschlag
Settimio Monteverde
Tiziana Sala Defilippis
Andrea Lienhardt
Alexander Bischoff
Simon Peng-Keller



Professor and Assistant Professor (Tenure Track) of Law with an Interdisciplinary Orientation

The Department of Humanities, Social and Political Sciences (www.gess.ethz.ch) at ETH Zurich invites applications for the above-mentioned positions.

The future professors will complement the research and teaching activities of the current Center for Law & Economics at ETH Zurich. They will conduct outstanding interdisciplinary research at the highest international level in one of the following areas: law & technology; law, finance & risk; law, institutions & governance; or law & behaviour. Their research methodology should lie at the intersection of law and social science (law and economics, law and political science, law and psychology, etc.) and include formal modelling, empirical or experimental research.

The educational background of the future professors is either in law or in both law and another discipline. They will be expected to teach undergraduate level courses (German or English) and graduate level courses (English).

Assistant professorships have been established to promote the careers of younger scientists. ETH Zurich implements a tenure track system equivalent to other international top universities.

Please apply online at www.facultyaffairs.ethz.ch

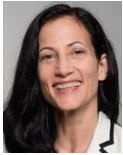
Applications should include a curriculum vitae, a list of publications, a statement of future research and teaching interests, and three of your most important achievements. The letter of application should be addressed **to the President of ETH Zurich, Prof. Dr. Lino Guzzella. The closing date for applications is 31 October 2016.** ETH Zurich is an equal opportunity and family friendly employer and is further responsive to the needs of dual career couples. We specifically encourage women to apply.

Inhaltsverzeichnis – Table des matières

Editorial	2
Elisabeth Ehrensperger	

Pflege und Pflegewissenschaften Soins et Sciences infirmières

The Science of Nursing – What It is About and Its Development	3
Maya Shaha	
Elite, Emanzipation, Eigen-Sinn: ein Plädoyer für die Geschichte der Pflege	9
Sabina Roth	
Savoir infirmier et politique professionnelle	15
Pierre Gobet	
Le rapport paradoxal de l'économie du <i>care</i> aux relations de pouvoir	19
Céline Ehrwein Nihan	
Development and implementation of nursing science at Swiss Universities (University of Basel, University of Lausanne)	27
Sabina De Geest, Anne-Sylvie Ramelet, Katharina Fierz, Michael Simon, Dunja Nicca, Manuela Eicher, Maria Katapodi	
La science infirmière aux Hôpitaux Universitaires de Genève	35
Marie-José Roulin et Nathalie Bochaton	
Pflegewissenschaft beeinflusst die psychiatrische Pflegepraxis – am Beispiel der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel	39
Franziska Rabenschlag	
Pflege als «Caring science»: Implikationen für die Wissenschaft und Ethik professionellen Pflegehandelns	42
Settimio Monteverde	
“Ethics in nursing? So what?” Do we really need ethics in nursing?	48
Tiziana Sala Defilippis	
Der Transfer von erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen in die Praxis – ein Erfahrungsbericht	56
Andrea Lienhardt	
«Joo, die bruuchts au» Erinnerungen und Entgegnungen	59
Alexander Bischoff	
Zwischen gelebter Spiritualität und säkularer Medizin. Professionalisierung pflegerischer Spiritual Care	63
Simon Peng-Keller	



Editorial

Elisabeth Ehrensperger

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Streit um mehr Kompetenzen für Pflegenden sorgt gegenwärtig für Schlagzeilen. Pflegefachpersonen sollen – so eine parlamentarische Forderung – mehr Entscheide in Eigenregie fällen, ohne Anordnung eines Arztes Leistungen erbringen und direkt mit der Krankenkasse abrechnen können. Da fragt sich natürlich, um welche Art von Leistungen es sich dabei handelt, wer sie eigentlich erbringt und welche Ausbildung dafür vorausgesetzt wird. Die Autorinnen (bzw. Autoren) unseres Hefts gehen der Frage nach, wer die in der Pflege tätigen Menschen sind, wie sich die Pflege als Beruf und wie sich die Pflege als Wissenschaft definiert und welche Kompetenzen dafür benötigt werden. Was ist «gute Pflege» und wie sieht sie professionell aus? Diese Fragestellung bildet den Fokus der beigetragenen Aufsätze.

Als wissenschaftliche Disziplin hat sich die Pflege in der Schweiz noch nicht lange etabliert. Einige Beiträge bringen denn auch das Ringen um Anerkennung der Theoriebildung und Forschungsleistung der Pflegewissenschaften zum Ausdruck. Dahinter steht das Bedürfnis nach mehr Anerkennung der Kompetenzen und Arbeitsleistungen im Pflegeberuf selbst. Das grosse Wissen, die Erfahrung und der intensive Kontakt der Pflegenden zum Patienten lassen denn auch am Sinn einer strikten Hierarchisierung von ärztlichem und pflegerischem Handeln zweifeln. Allerdings hat die Akademisierung des

Pflegeberufes auch ihre Kehrseite: Zunehmende Fragmentierung aufgrund von Arbeitsteilung und Spezialisierung, neue Monopolbildungen und Entsolidarisierungen innerhalb des Berufes können die Folge sein. Im Dilemma zwischen Beruf und Berufung stehen nicht zuletzt die Patientinnen und Patienten selbst, die bei den Pflegenden nicht nur auf Professionalität, sondern auch auf Menschlichkeit vertrauen.

Unser Heft soll die eindrückliche Vielfalt und Dynamik innerhalb der Pflegewissenschaften zum Ausdruck bringen. Thematisiert werden die historische Entwicklung und der Stand der Pflegewissenschaften heute, Hierarchien und Machtverhältnisse im Beruf, die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege, Arbeitsteilung und ökonomische Aspekte sowie die Qualität der Pflege und das Verhältnis zwischen Pflegenden und Patienten selbst. Beiträge von Maya Shaha, Sabina Roth, Pierre Gobet, Céline Nihan, Sabina De Geest mit Anne-Sylvie Ramelet, Katharina Fierz, Michael Simon, Dunja Nicca, Manuela Eicher und Maria Katapodi, von Marie-José Roulin mit Nathalie Botachon, von Franziska Rabenschlag, Andrea Lienhardt, Settimio Monteverde, Tiziana Sala, Alexander Bischoff und von Simon Peng-Keller.

Ihre
Elisabeth Ehrensperger

The Science of Nursing – What It is About and Its Development

Maya Shaha*

1. Introduction

Scientific disciplines deal with the systematic development of knowledge by using standardised and recognised ways, the provision and collection of knowledge of a distinct field. The scientific discipline aims at addressing problems that surface or at solving them. Within science, knowledge is organised into theories or concepts. In nursing science, the so called metaparadigm concepts constitute the most abstract level of knowledge. These metaparadigm concepts are person, environment, health and nursing. At this level, the term person refers to any person within the science of nursing, be that the patient who may receive some care or the nurse who may provide care. The term environment refers to the person's situation and context, which may include a family and friends, the work environment or the care environment. Similarly, the environment also encompasses nurses' work environment, their background or the healthcare system. The term health refers to the cause that leads to the necessity of care. Health in that case incorporates health issues that have short term or long term effects. Finally, the term nursing refers to the nurses' work specifically that individuals obtain or need due to health issues. With the help of these terms, nursing science can be circumscribed and delineated (Rodgers, 2005).

For a scientific discipline to be recognised as such, a clearly defined focus is needed as well as a clearly delineated mission. The aim of the scientific discipline needs to be clearly visible and well known. In order to develop knowledge belonging to a scientific discipline, rigorous and credible research is essential. These studies are usually financially supported via tertiary funding bodies. In science, specific theories or other forms of structured knowledge are developed. Linking knowledge is another important part so that it can be used by researchers and scientists to innovate the field of science. It is also necessary to create links between theory, research and practice so that theory, research and practice themselves can be innovated and developed further (Meleis, 2012).

Nursing is not only a scientific discipline, but also a profession. A profession can be defined as: "an organised set of institutions, roles, and [people] whose business it is to apply or improve the procedure and techniques of the discipline" (Rodgers, 2005: 120). As such, nursing also has to fulfil other criteria than

those above and respond to the need to develop knowledge for nursing practice. In turn, this body of knowledge informs practice and is implemented. For the further development of nursing science and practice, it is essential to link research, theory, philosophy and practice (Meleis, 2012). Below, nursing science will be briefly described across the decades since its inception. It will also be aimed at demonstrating that nursing is both a science and a profession. By providing this overview, the role of nursing science can be better understood and its importance for today's healthcare systems delineated.

2. Nursing Science since its Inception

The works and studies by Florence Nightingale famously constitute the corner stone of nursing science. Florence Nightingale has introduced new knowledge about hygiene into the care of wounded soldiers in the Crimean war. Through careful observation and diligent recording, Florence Nightingale demonstrated that new knowledge in the hands of well-trained caregivers leads to superior health outcomes. Based on this success, Florence Nightingale continued in her way and established structured training for caregivers across the United Kingdom as well as influenced the construction of hospitals and other care institutions (Alligood, 2013; Rodgers, 2005; Woodham Smith, 1991). Prior to Florence Nightingale, nursing was executed on the one hand by persons trained in institutions with religious background or persons who did not really have a formal training and more likely were considered healers (Donahue, 2011; Nadot, 1994; Nelson, 2001). Written documentation of these early efforts was rare and if at all had emerged in close conjunction with religious contexts (Donahue, 2011).

* University of Lausanne, IUFRS, Rue de la Corniche 10, 1010 Lausanne.

E-mail: maya.shaha@unil.ch
www.unil.ch



Maya Shaha, PhD, RN, is senior lecturer at the University Institute of Higher Education and Research IUFRS of the University of Lausanne. Her expertise is in nursing theory and qualitative research methodology, in oncology and palliative care, and inter-professional collaboration. Her research activities include conducting and directing (inter-) national scientific projects in the field of nursing sciences. She also supervises Masters of Science in Nursing and doctoral students in nursing science and medicine in Switzerland and abroad. Since January 2012 she serves as a member of the National Advisory Commission on Biomedical Ethics.

However, the success of Florence Nightingale, which coincided with the advent of numerous advances and serious progress in the medical field, called for an additional group of health professionals other than physicians. These other health professionals, namely nurses, acted as assistants to physicians and provided comfort and support to patients and their families (Donahue, 2011). Subsequently, the field of nursing grew and it became evident that specific knowledge was needed to provide adequate preparation to the nurses (Donahue, 2011; Roy, 2015). Knowledge is essential for nurses so that the situation at hand can be assessed thoroughly and in its complexity. Subsequently adequate and tailored interventions can be applied to help manage the situation, to guide the patient and provide support also to the family. Ultimately, the intervention should be evaluated to identify room for improvement so that quality of care increases (Meleis, 2012; Roy, 2015). Emerging from these early efforts, the discipline of nursing has grown an ever increasing body of knowledge including theories for nursing practice (Donaldson & Crowley, 1978; Roy, 2015). The development of knowledge is the key to the development and growth of the science (Meleis, 2012).

Over the decades, a number of different periods can be identified through which nursing science has evolved. Depending on the involvement of the medical profession, on the possibilities for nursing training and practice, and on society's demands from nursing science, different foci can be identified (Table 1).

3. Inception of the Science

Around the same period of time that Nightingale documents her studies and introduces change, medical science moves forward in leaps and bounds. There are new discoveries about the functioning of the human body and ways to intervene in case of diseases. Nursing, at this time, is dominated by medical science. This discipline provides the body of knowledge on which nurses base their actions and interventions. The specificity of nursing was recognized, but development of a unique body of knowledge to nursing was not fostered (Risjord, 2010). Research was rare among nurses. They occasionally participated in epidemiological research that aimed at providing more insight into human functioning. Physicians constituted the predominant members of boards of nursing schools and, in effect, physicians ran the schools (Braunschweig & Francillon, 2010; Donahue, 2011; Nelson, 2001; Roth & Ludwig). Nursing schools were often affiliated to hospitals. The quality of education was variable, and nurses underwent an apprenticeship with learning on the job (Braunschweig & Francillon, 2010; Risjord, 2010).

4. Definition of Nursing

The knowledge base of nursing continued to draw on medical and other related sciences such as biology, sociology or psychology. However, a few nurses were either asked or decided by themselves to reflect on nursing, its content and its scope of practice (McEwen & Wills, 2007), thus the development of a unique body of knowledge for nursing was initiated. More research was conducted than before with an interest in educational and nursing context issues. The first interventions were developed, tested and implemented also with the help of specific funding (Risjord, 2010).

Nursing schools were moved from being affiliated to hospitals to become parts of universities. As a result, the education of faculty needed to be adjusted to university level. Doctoral programs were needed for faculty. However, as nursing schools were in their infancy at universities, doctoral programs were thought outside nursing, notably in education (McEwen & Wills, 2007). With the move of nursing schools to universities in the United States predominately, the influence of medical science was reduced (Roy, 2015).

5. Scope of Nursing

Nursing theories continued to be developed to describe nursing phenomena and to obtain explanations. These theories were abstract and provided guidance for nursing research, education, and also practice. In some instances, the theories had been developed to provide a curriculum for nursing education, and to promote course content selection and learning (Risjord, 2010). For example, Sister Callista Roy had been asked by her doctoral advisor and the school of nursing where she was working, to develop a theory to guide curriculum development (Alligood, 2013). Specific nursing knowledge became more important, and the influence of medical and related science continued to drop. Research was proliferating, but continued to focus on biological, social and medical aspects of the human being (McEwen & Wills, 2007). The definition of nursing proposed by Virginia Arvenal Henderson was adopted by the International Council of Nurses. This definition states that: "The unique function of the nurse is to assist the individual (sick or well), in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible." (International Council of Nurses, 2004).

Nursing education remained university-based, but now doctoral programs in nursing were also insti-

Table 1. Timeline of Knowledge Development in Nursing Science [based on McEwen and Wills (2007: 30), on Meleis (2012), and on Alligood (2013)].

Timeline	Nursing science	Nursing as a profession	Era	Knowledge sources	Impact on theory	Impact on research	Education
1848 onward	Inception of the science	Assistance to the medical profession	Silent knowledge	Dominance to medical profession	Hardly any theory development	Focus on epidemiological data	Nursing schools closely associated with hospitals
1940 onward	Definition of nursing	Assistance to the medical profession	Received knowledge	Drawing on other disciplines	First steps into theory building, use of theories from other disciplines	Focus on education, methodological debates, appearance of the journal of Nursing Research	Nursing education moved to universities
1950 onward	Definition of nursing and its scope, curriculum development	Basis for profession is laid down.	Subjective knowledge	Developing a new understanding of nursing	Theory building to describe and explain the role of nurses, introduction of different scopes of theory, introduction of practice theory	Focus on biological, social, and medical theories to explain human phenomena	Consolidating tertiary nursing education, doctoral nursing education programs
1970 onward	Moving science forward, becoming aware of the science-practice gap	Nursing science is expected to provide a body of knowledge for practice. Nursing is also perceived as an art.	Procedural knowledge	Evolving into a scientific discipline	Proliferation of theory building, guidance of the discipline, research and education, courses on theory analysis and application	Focus on patients, therapeutic relationship between nurse and patient, focus on statistical analytic procedures	Doctoral nursing programs
1980 onward	Finding was to link science to practice	Nursing science is perceived to not adequately represent practice. Nursing is also perceived as an art.	Constructed knowledge	Integrating nursing specific types of knowledge such as intuition and knowledge about self	Theory building with a focus on supporting practice, development of middle range theories	Focus on patients' experiences of disease situations, inclusion of families, theory development	Proliferation of graduate nursing programs
2000 onward	Extending the scope of practice, overcoming the science-practice gap,	Nursing is perceived as a professional discipline according to Donaldson and Crowley (1978) and as such nursing is a science and an art.	Transformational knowledge	Developing new nursing roles for nurses as part of the interdisciplinary healthcare team	Theory building based on research and with a focus on supporting practice, development of middle range and situation-specific theories	Focus on collaborative practice, health promotion and wellness	Proliferation of nursing interventions, effectiveness and interdisciplinary research

tuted. The American Nurses Association issued a position paper that required baccalaureate education as a minimal degree for nurse leaders, administrators, and supervisors. It was maintained that nursing education needed to be university-based.

6. Moving Science Forward

Although specific knowledge for nursing was developed, theories from other disciplines were still “borrowed” or “integrated”. Debates about the core of

nursing surged, and the delineation of nursing from other scientific disciplines was questioned. In relation to other scientific disciplines, nursing differed substantially also due to the close association with nursing practice. It was debated whether nursing was an applied or a basic science, a profession or a scientific discipline (Risjord, 2010). This debate promoted the development of specialised theory-based knowledge, derived from and applicable to practice, so that the requirements of nursing practice could be

fulfilled (Donaldson & Crowley, 1978; Meleis, 2011). A number of theories were developed, and nursing diagnoses were initiated (Roy, 1975).

7. Finding Ways to Link Science with Practice

Theories developed in nursing before this period were considered too abstract and removed from practice. The influence of these theories remained limited, emphasising the need for theories with relevance to practice. More concrete theories, called middle-range theories, emerged, which were considered to better respond to practice needs (Liehr & Smith, 1999; Peterson & Bredow, 2009; Smith & Liehr, 2014). The emergence of qualitative research methods supported the aim to develop knowledge relevant to practice. At the same time, Cochrane initiated the movement of "Evidence-based practice (EBP)". The aim of EBP was to integrate and to provide this new knowledge to practice for use (Roy, 2015).

Besides nursing being established at university level as in the United States, societal changes led to the emergence of new nursing education programs on the Masters level such as the Master of Science in Nursing or Clinical Nurse Specialists. With the advent of these roles, the hold of the medical science on nursing disappeared (Risjord, 2010). To strengthen the unique role of the nurses, care plans were introduced into education and practice (Roy, 2015).

8. Extending the Scope of Practice

Today, nursing education is university-based almost world-wide (Roy, 2015). There is a unique body of knowledge to nursing that continues to grow (Meleis, 2012). This body of knowledge is now part of nursing education on all levels (Moehle, 2003; Risjord, 2010; Roy, 2015; Willman, 2000). Research encompasses quantitative as well as qualitative methods with a distinct emphasis on mixed methods and the use of technologies (Institute of Medicine., 2010; National Academies of Sciences, 2016).

Healthcare faces a growth of the elderly population, globalisation and migration. These changes are accompanied by increasing costs in healthcare that question healthcare delivery including workforce aspects. More and more, care encompasses the person needing care as well as the family. Therefore, new models of care need to be developed and implemented that take into account acute and chronic care, or long-term care. A revised definition of nursing has emerged provided by the American Nurses Association (ANA). According to the ANA, "Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities; prevention of illness and injury; alleviation of suffering through the diagnosis

and treatment of human response; and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations." (ANA, 2003: 6 in Meleis, 2011, chapt. 2). Therefore, nursing encompasses prevention and promotion of well-being as well as aspects related to disease and illness (Pepin, Ducharme, & K erouac, 2010; Peterson & Bredow, 2009; Smith & Liehr, 2014).

9. Nursing Science in Switzerland

In the world, notably in the Anglo-Saxon world, nursing has emerged in the late 19th century. In Switzerland, the first nursing schools emerged at the same time (Nadot, 1994). These were affiliated with hospitals. Nursing was taught as an apprenticeship and there was learning on the job. At this time, the medical science dominated nursing education and employment (Braunschweig & Francillon, 2010). Changes occurred again from the 1960ies onward. During the time of the inception of the science, the definition, the scope of nursing, and moving science forward that manifested in the Anglo-Saxon world, medical science continued to dominate nursing in Switzerland. Only small steps toward independence were taken. A ground breaking leap forward was obtaining membership for Swiss nurses in the International Council of Nursing (Braunschweig & Francillon, 2010). Gradually, the publications of nurses in the Anglo-Saxon world became accessible also for nurses in Switzerland. The development of nursing specific knowledge became important and was more and more integrated into nursing education. For example, Sister Liliane Juchli provided a comprehensive textbook for nursing education and Verena Meier published on developing care plans. Nevertheless, nursing education remained at the level of apprenticeship. However, during the period of moving science forward, first forays into nursing research emerged. The development of nursing-specific knowledge through research continued in finding ways to link science to practice. A few nurses obtained Masters or doctoral preparation at universities outside of Switzerland. Upon their return, they developed educational programs that were closely linked to Masters Programs in nursing elsewhere. Nursing theories were also developed. Another important change was only introduced in the period of extending the scope of practice. At last, nursing education was moved to the tertiary level, and is now taught at universities of applied sciences health in Switzerland (Roy, 2015). In addition, the first institute of nursing science emerged at the University of Basel offering Master and doctoral programs. An institute of nursing science in the French part of Switzerland was opened eight years later, notably at the University of Lausanne. Nursing research is proliferating.

10. Nursing as a Science

Nursing has evolved over the decades from an apprenticeship with nurses learning on the job to a science requiring a university degree. Historical development has led to this situation, which was also due to the fact that society has requirements towards nursing. To fulfil these requirements and expectations, nurses today need to be very well educated. The increase of elderly persons in society, the manifestation of new diseases, new discoveries and related new knowledge, workforce issues as well as cost issues in healthcare, call for university-education and the development of a unique body of nursing knowledge. Thus, it will be possible to respond to society's needs.

What makes nursing unique is its body of knowledge and not the execution of specific tasks. For this body of knowledge, theory is essential as it offers guidance for research and practice and promotes science (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013; Rodgers, 2005). The scientific discipline of nursing has grown over time emerging from these interactions (Risjord, 2010; Roy, 2015). Nevertheless, nursing theory remains a contentious area. There are two poles on either side of the continuum. Nursing theory is expected to provide description, explanation, prediction and prescription for nursing practice. In contrast, nursing theory represents the uniqueness of nursing and, therefore, is supposed to provide an encompassing view of the nursing discipline including knowledge generation and application. The controversies raised by these two poles continue to influence the role of nursing theory in nursing education (Risjord, 2010).

However, based on the introductory criteria of a science, it can be concluded that nursing today world-wide has a unique body of knowledge. There

are nursing theories published over the decades that continue to influence nursing practice. Nursing theory is developed. Research is conducted to illuminate, enhance or promote nursing knowledge and its implementation into practice. Pluralism of methods is advocated and employed. There are prestigious fellowships that support nursing research in particular. However, there are big differences specifically among funding mechanisms depending on the respective country and also within countries themselves. Nursing is defined and has a clear mission, namely providing support for patients and their families in health-related problems or for prevention and the promotion of well-being (Meleis, 2012).

Nursing research has evolved from being isolated efforts of individuals to group efforts with interdisciplinary collaboration. Representatives from clinical practice as well as from patient or family-groups are being more and more integrated into research projects. Channels of communication such as scientific conferences or peer-reviewed scientific journals as well as other means have been established promoting the dissemination of nursing-specific knowledge (Meleis, 2012; Rodgers, 2005).

Hence, the question whether nursing is a science or not has already been answered (Fitzpatrick & McCarthy, 2016). A scientific discipline proposes an area of interest of its own for research, education and practice. This area of interest is demarcated from other scientific disciplines (Donaldson & Crowley, 1978).

Nevertheless, further development of nursing theory and knowledge is needed in order to address future needs and to provide support to manage workforce-related issues such as penury and the challenges of limited financial resources. ■

Literature

- Alligood, M. R. (2013). *Nursing theorists and their works* (8th ed.). St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Braunschweig, S., & Francillon, D. (2010). *Professionelle Werte pflegen. 100 Jahre Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) 1910–2010. Mit einem Vorwort von Bundespräsidentin Doris Leuthard*. Zürich: Chronos.
- Donahue, M. P. (2011). *Nursing, the finest art: an illustrated history* (3rd ed.). Maryland Heights, Mo.: Mosby Elsevier.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113–120.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3 ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fitzpatrick, J. J., & McCarthy, G. (2016). *Nursing concept analysis: applications to research and practice*. New York: Springer.
- Institute of Medicine (2010). The future of nursing. Leading change, advancing health. *Advising the nation / improving health*, 1–620.
- International Council of Nurses (2004). *ICN Basic Principles of Nursing Care*. Genf, Switzerland: International Council of Nurses.
- Liehr, P., & Smith, M. J. (1999). Middle range theory: spinning research and practice to create knowledge for the new millennium. *ANS Adv Nurs Sci*, 21(4), 81–91.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2007). *Theoretical basis for nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: development and progress* (Fifth Edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (Fifth Edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Moehle, M. (2003). Learning to practice the discipline of nursing. *Nurs Sci Q*, 16(1), 95.
- Nadot, M. (1994). *Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*. . Lausanne: Ecole de La Source & Ouverture.
- National Academies of Sciences and Medicine (2016). *Assessing Progress on the Institute of Medicine Report The Future of Nursing* Washington, DC: The National Academies Press.
- Nelson, S. (2001). *Say little, do much: nurses, nuns, and hospitals in the nineteenth century*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3e ed.). Montréal: Chenelière-éducation.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2009). *Middle range theories: application to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Risjord, M. W. (2010). *Nursing knowledge: science, practice, and philosophy*. Chichester, West Sussex ; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell Pub.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing nursing knowledge: philosophical traditions and influences*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roth, S., & Ludwig, I. *Arbeit am Pflegewissen: Ausbilden, entwickeln und forschen an der Krankenpflegeschule Zürich*.
- Roy, C. (1975). The impact of nursing diagnosis. *Aorn J*, 21(6), 1023–1030.
- Roy, C. (2015). *Nursing Sciences in Bachelor Curriculum: Changes over 50-Years*. Paper presented at the International symposium, Lausanne.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2014). *Middle range theory for nursing* (3rd ed.). New York: Springer.
- Willman, A. (2000). Nursing theory in education, practice, and research in Sweden. *Nurs Sci Q*, 13(3), 263–265.
- Woodham Smith, C. B. F. G. (1991). *Florence Nightingale, 1820–1910* (1st Atheneum ed.). New York: Atheneum.

Elite, Emanzipation, Eigen-Sinn: ein Plädoyer für die Geschichte der Pflege

Sabina Roth*

«We believe in the power of history!» Mit diesem Bekenntnis begrüsst im Februar 2015 Associate Professor Sissel Lisa Storli, Leiterin der *Patient's Nursing Research Group an der University of Tromsø* (UiT) ihre Gäste. Ein rundes Dutzend Lehrende und Forschende in Geschichte der Pflege waren aus verschiedenen europäischen Ländern angereist, um erste Ergebnisse eines interdisziplinären Projekts zu diskutieren, an dem diese norwegische Gruppe und weitere aus Finnland, Russland und Grossbritannien beteiligt waren. Forschende aus Geschichte, Medizin, Pflege und Anthropologie arbeiteten im Projekt «Living the War in the Barents Region 1939–1945» zusammen. Ihre Resultate zu Lebensbedingungen, Kindheit, Krankheit und Pflege während des Zweiten Weltkriegs mündeten nicht nur in akademische Publikationen, sondern auch in die Neugestaltung des *Museums of Reconstruction* in Hammerfest.

Diesen Seminarraum im hohen Norden nehme ich als Ausgangspunkt, um aus der Perspektive einer Historikerin den Sinn der Geschichte der Gesundheitsberufe am Beispiel der Pflege auszuloten. Bemerkenswert zeigt dieser Ort nämlich, dass in einer pflegewissenschaftlichen Forschungsgruppe ebenso zur Pflege für Menschen in Krisen und Krankheiten geforscht wird wie sie sich auch an Projekten zur Geschichte der Gesundheits-, der Krankenpflege und zum kulturellen Gedächtnis einer Region beteiligt. Er ist ausserdem einer der Treffpunkte des europäischen Netzwerks von Forschenden, das sich seit etwa zwanzig Jahren entwickelt und 2012 die *European Association for the History of Nursing* (EAHN) gegründet hat – eine Dachorganisation, der mittlerweile 16 Mitgliedorganisationen angehören, so auch die 2009 gegründete *Schweizerische Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegegeschichte* (GPG-HSS). Wie in Tromsø werden andernorts an länderspezifischen Workshops, europäischen und internationalen Konferenzen Projekte diskutiert und Verbindungen für gegenseitige Unterstützung geknüpft. Mit der Historikerin Karen Nolte kann gesagt werden, dass sich die Pflegegeschichte für eine interdisziplinäre Perspektive geöffnet und sich professionalisiert hat.¹ In der Schweiz befasste sich die GPG-HSS 2015 an ih-

rem dritten Workshop mit der Präsenz der Geschichte in den Studiengängen von Pflegefachpersonen, Hebammen und Physiotherapeuten an Höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten. Vorläufig, dies sei vorweggenommen, hat sich hierzulande die Überzeugung von der Bedeutung der Pflegegeschichte in diesen Institutionen noch nicht wie an der University of Tromsø etabliert.

Das Geschichtsbild eines Kollektivs, wie es die Pflegeberufe formen, wird erzählt, kritisiert und revidiert neu erzählt. Dieser Wandel betrifft das Kollektiv selbst, wie etwa die Regeln der Zugehörigkeit und des Ausschlusses, seine Hierarchien, seine Dominanz, seine Kooperation oder Abhängigkeit im Verhältnis zu anderen Berufen, die Organisationen seines Wissens und Könnens usw. Ich stelle solche Veränderungen im Zuge der Wissenschaftswerdung der Pflege hier nur gerafft dar. Die Aufmerksamkeit gilt der Frage, wie und wozu dieses Kollektiv sein Gedächtnis bildet, woran sich seine Institutionen und Individuen erinnern und was sie vergessen. Sodann ist die Geschichte der Pflege wie die Geschichte der Medizin nicht nur Berufs- und Standesgeschichte, sondern auch Teil der Geschichtserzählungen einer Gesellschaft, etwa der Kirchen, der Geschlechterordnung, der Migration und der Ökonomie. Geschichtsbilder zu Pflege als Institutionen, zu Pflegenden als Akteurinnen und Akteure sowie zu Pflegen als vielgestaltiges und vieldeutiges Tun werden innerhalb und ausserhalb der Berufskollektive geschaffen. Die Interessen an solcher Geschichte der Pflege sind unterschiedlich und lösen wichtige Kontroversen in Politik und Öffentlichkeit aus. Erst die Berichte von Betroffenen der

* Grossmannstrasse 34, CH-8049 Zürich.

E-mail: sf.roth@bluewin.ch



Sabina Roth, lic. phil., freiberufliche Historikerin in Zürich, studierte Allgemeine Geschichte und Politische Wissenschaften an der Universität Zürich und arbeitete in verschiedenen Nonprofit-Organisationen, u. a. als Informationsbeauftragte und stv. Zentralsekretärin von Pro Mente Sana. Heute liegen ihre Lehr- und Forschungsinteressen in der Sozial-, Geschlechter- und Kulturgeschichte der Gesundheit und des Sorgens im 19. und 20. Jh. Sie unterrichtet u. a. Geschichte der Pflege sowie Alltagsgeschichte und Biographie in der Aus- und Weiterbildung von Pflegenden. Ihr Promotionsprojekt am Historischen Seminar der Universität Zürich gilt der Geschichte eines Zürcher Lehrers und Naturheilpraktikers im 19. Jahrhundert. Sie ist Mitbegründerin und Präsidentin der Schweiz. Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegegeschichte.

¹ Karen Nolte: Pflegegeschichte – Fragestellungen und Perspektiven, *Medizinhistorisches Journal* 47 (2012) 115–128. Annemone Christians und Nicole Kramer: Who Cares? Eine Zwischenbilanz der Pflegegeschichte in zeithistorischer Perspektive, *Archiv für Sozialgeschichte* 54 (2014) 395–415.

«Aktion Kinder der Landstrasse» oder von Verdingkindern, die den privat organisierten, ärztlichen und amtlichen Massnahmen der Kindwegnahme, Entmündigung, Psychiatrisierung und Heimeinweisung ausgeliefert waren, hat beispielsweise die historische Erforschung des Fürsorgewesens in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts intensiviert. Auch Institutionen, die in der Gesundheits- und Krankenpflege bedeutsam waren, müssen sich in diesen Aufarbeitungsprozessen ihrer Verantwortung und den Forderungen nach Wiedergutmachung stellen. Ich meine, dass die Pflege als Wissenschaft von heute die Aufgabe hat, sich mit ihrer Geschichte zu beschäftigen. Ebenso gewinnt die Geschichtswissenschaft Erkenntnisse, wenn sie sich den Problemstellungen des Pflegens und Gepflegtwerdens öffnet.

1. Elitengeschichten einer segregierten Pflege

Ziehen wir zum Start Karten eines simplen «Wer weiss es?»-Spiels: Theodor Fliedner? Ein evangelischer Pfarrer (1800–1864), der 1836 in Kaiserswerth bei Düsseldorf die erste Diakonissengemeinschaft, eine «Bildungsanstalt für evangelische Pflegerinnen», gründete – ein Modell für weitere Gemeinschaftsgründungen im protestantischen Europa. Maria Theresia Scherer? Eine selig gesprochene Bauerntochter (1825–1888), die 1856 die Kongregation der *Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz Ingenbohl* aufbaute, welche sich bis 1940 zu einer globalen katholischen Institution mit gegen 10'000 Schwestern entwickelte. Valérie de Gasparin? Westschweizerin (1813–1894), eine der protestantischen «Réveil»-Bewegung angehörige Schriftstellerin und 1859 Begründerin der «Ecole normale de gardes-malades» – dem Ursprung der heutigen HES *La Source* in Lausanne, die jungen Frauen eine Ausbildung in Krankenpflege und ein Leben in persönlicher Freiheit ausserhalb der religiösen Gemeinschaften anbieten wollte. Florence Nightingale? Aber ja, die englische Gentlewoman (1820–1910), «Lady with the lamp» im Krimkrieg, engagiert für das Militärsanitätswesen der britischen Kolonialmacht und Begründerin der 1860 eröffneten modernen Schwesternschule am St. Thomas Spital am Themseufer in London. Die «Pflegerinnen»? Klar, hier haben Zürcherinnen im 20. Jahrhundert ihre Kinder geboren, in der «Schweizerischen Pflegerinnenschule mit Frauenspital», die von den promovierten Ärztinnen Anna Heer (1863–1918) und Marie Heim-Vögtlin (1845–1916) in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gemeinnützigen Frauenverein 1901 eröffnet und 1998 geschlossen wurde. Endlos könnte dieses Spiel unterhalten, wobei einzelne dabei denken mögen, dass ein gewisser Name fehle oder dass sie einen gewissen Namen lieber nicht lesen würden. Es ist Teil der beruflichen wie lebensgeschichtlichen Erinnerungspflege, sich u.a.

mit Biographien historischer Personen Orientierung in der Landkarte der Vergangenheit zu verschaffen.

In der Tat sind die Persönlichkeiten überaus zahlreich, die mit den Anfängen der ausserfamiliären Pflege im europäischen 19. Jahrhundert verbunden sind. Berufsangehörige haben sie schon früh erzählt, so dass die Geschichte der Pflege eine von Pflegenden über Pflegende für Pflegende war. In einem stark segregierten Tätigkeitsfeld knüpften sie ihren Traditionsstrang weiter, indem sie Gründungsfiguren und ihre Ideale ehrten und damit der Selbstvergewisserung der jeweiligen Pflegeinstitutionen dienten. In der Schweiz waren dies die evangelischen Diakonissengemeinschaften und katholischen Kongregationshäuser, die eigene Spitäler führten, Stellungsverträge abgeschlossen hatten mit Gemeinden für die Heim- und Armenpflege und mit Bezirks- und Kantonsspitäler für die Pflege des ganzen Krankenhausbetriebs oder nur einzelner Kliniken. Dasselbe galt für die Institutionen, die aus der bürgerlichen Philanthropie und der Frauenbewegung hervorgegangen waren. Betonten die christlichen Institutionen die Berufung zum gemeinschaftlichen Leben gemäss den evangelischen Räten in Arbeit, Armut, Ehelosigkeit, Gehorsam und Gebet, unterstrichen demgegenüber die sogenannten freien oder weltlichen Schwesternschulen den weiblichen Natur adäquaten Beruf, der ledigen Frauen die Auswahl des Arbeitsortes erlaubte und sie für ihre zukünftige Wirkung in der Familie vorbereitete. Kurz: Diese gesellschaftlichen Milieus und Bewegungen hatten ihre je eigenen Pflegeinstitutionen für ausserhalb der Familiensphäre arbeitende Frauen geschaffen, die in Arbeit und Freizeit die jeweilige Weltanschauung von der Haube bis zur Farbe und Absatzhöhe der Schuhe sozial repräsentierten. Jedes «Haus» beschwor seinen spezifischen «Theo-, Pfleger- oder Lindenhofgeist». Mit diesen Schul- und Schwesterngemeinschaften verbanden sich divergierende soziale Interessen, wie ihre historische Erforschung nahelegt.² Meist ohne Ausbildung in Krankenpflege engagierten sich Damen gut situierter Kreise ehrenamtlich in den Vorständen der Trägerorganisationen, sorgten für die Mittelbeschaffung und für weiteren Support aus der männlichen Politik. Die frühen Schweizer Ärztinnen wiederum fanden im Frauenspital Karrieremöglichkeiten. Ärzte kontrollierten den theoretischen Unterricht der Schwesternschülerinnen gemäss den Erfordernissen ihres medizinischen Fachgebiets. Oberinnen und Oberschwestern führten mit straffer Disziplin in die Arbeitspraxis ein und überwachten das Privatleben der Schwestern. Alle visierten sie Töchter der bäuerlich-gewerblichen

² Sabina Roth: *Arbeit am Pflegewissen. Ausbilden, entwickeln und forschen an der Krankenpflegeschool Zürich 1976–2010*, Zürich 2010.

und neuen mittelständischen Familien für den Nachwuchs an.

Diese Pflegeinstitutionen erzählten ihre Geschichte bei Jubiläumsfeierlichkeiten. So gab 1951 die Zürcher Pflegerinnenschule eine Festschrift zum 50jährigen Bestehen des «Frauenwerks» heraus, worin die Leistungen der beteiligten Frauen der Vergangenheit und Gegenwart in Schule, Spital und Verwaltung Würdigung fanden. Autorinnen, die im Ausbildungs- und Arbeitsverhältnis mit der Pflegerinnenschule gestanden hatten, schilderten die nationale und internationale Bedeutung der eigenen Institution, indem sie zurückschauend ihren Beitrag zur Entwicklung des Schweizer Pflegewesens unterstrichen und allen ihren Diplomierten dankten, die durch die «Art ihres Einsatzes im Beruf den guten Namen der Pflegerinnenschule mitgeschaffen» und in der Schweiz sowie im Ausland verbreitet hatten.³ Bereits begeht die Pflegewissenschaft selbst Jubiläen und ehrt die Leistungen ihrer Pionierinnen in Portraits.⁴ Die traditionsreichen Pflegehäuser aber sind fast gänzlich verschwunden. Von ihnen sind zur Schliessung Erinnerungsschriften, Schulgeschichten und Ausstellungen in Auftrag gegeben worden⁵, die auch kritische Aspekte der eigenen Vergangenheit und geschichtswissenschaftliche Fragestellungen nicht ausschliessen mussten. Wenige verfügten bereits vor der Tertiärisierung der Bildungsstätten über ein professionell geführtes Archiv wie beispielsweise die Ecole La Source oder die Ingenbohrer Schwesternkongregation. Die meisten übergaben mehr oder weniger geplant ihre Schularchive und Bibliotheken an geeignete Institutionen.

2. Emanzipationsgeschichte für die Berufspolitik

Insbesondere im englischsprachigen Raum und im Kontext der Frauenrechtsbewegung suchte die weltliche Berufskrankenpflege bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert die Konstitution des Frauenberufes im Nationalstaat und durch internationale Zusammenarbeit. Der *International Council of Nur-*

ses hatte die Autonomie nationaler Berufsverbände zum Programm erhoben, ebenso die Kontrolle der Ausbildungs- und Prüfungsbedingungen durch Pflegeberufsfrauen wie die staatliche Anerkennung der Berufsdiplome. In den USA konnten sich diese Forderungen mit der Registrierung der Krankenschwestern in allen Bundesstaaten von 1910 bis 1923 durchsetzen, und 1911 schlossen sich die meisten graduierten Krankenschwestern in der *American Nurses Association* zusammen. Auch in Grossbritannien wurde 1916 das *Royal College of Nursing* gegründet und mit dem *Nurses' Act* die gesetzliche Grundlage für die staatliche Registrierung des Berufes geschaffen. In Deutschland aber behinderte die Vielfalt und Stärke konfessioneller und weltlicher Verbände die Entstehung eines nationalen Berufsverbandes.⁶ Über die nationalen Zweige der konfessionellen Gemeinschaften und Rotkreuzgesellschaften pflegten indes auch sie übernationale Kontakte.

In der Schweiz entstanden erste Forschungen zur Professionalisierung der Pflege in der Sozial-, Frauen- und Spitalgeschichte.⁷ Sie rekonstruierten die Aushandlungsprozesse, welche in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Berufskrankenpflege im freisinnig dominierten Staat unter militärische, ärztliche und gesundheitsbehördliche Steuerung brachten durch eine diesem Staat nahestehende Nicht-Regierungsorganisation: das *Schweizerische Rote Kreuz* (SRK). Unter der Ägide des Arztes Walter Sahli (1860–1916) entwickelte sich dieses zur Zentralinstanz der Gesundheits- und Pflegeberufe in der Schweiz – eine Stellung, die erst im 21. Jahrhundert an das *Bundesamt für Berufsbildung und Technologie* BBT übergegangen ist. Durch den Bundesbeschluss von 1903 «betreffend die freiwillige Sanitätshilfe zu Kriegszwecken» wurde das SRK ermächtigt, Subventionen an jene Schwesternschulen auszahlend, welche das SRK anerkannten und die bereit waren, in Kriegzeiten Teile ihres Personals dem Sanitätsdienst zu unterstellen. In der Folge führte das SRK das Register der diplomierten Pflegefachleute und anderer Gesundheitsberufe und gab ab 1908 die «Blätter für Krankenpflege» heraus. 1910 erfolgte unter seinem Dach die Gründung des «Schweizerischen Krankenpflegebundes». Neben den Mitgliedern der konfessionellen und weltlichen Schwestern-Institutionen

³ Pflegerinnenschule Zürich (Hg.): *Festschrift zum 50jährigen Jubiläum der Schweizerischen Pflegerinnenschule mit Krankenhaus in Zürich 1901–1951*, Zürich 1951.

⁴ *Studieren geht über probieren. Pflegewissenschaft und Pflegeentwicklung in der Schweiz*, Jubiläumsschrift des Master in Nursing Science WE'G Aarau und Universität Maastricht, Hg. von Iris Ludwig, Aarau 2006.

⁵ Siehe beispielsweise: Margrit Wyder (Hg.): *Mit Schwestern unterwegs. Texte aus 150 Jahre Krankenpflege in Ingenbohl – Zürich – Schlieren*, Schlieren 2007. Ulrich Knellwolf: *Lebenshäuser. Vom Krankenhaus zum Sozialunternehmen – 150 Jahre Diakoniewerk Neumünster*, Zürich 2007; Mario König: *Der Blick zurück. 125 Jahre Geschichte*, in: Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe aus Anlass des 125-jährigen Jubiläums der Stiftung Careum, hg. Dies., Zürich 2007; *Lindenblüten erzählen. Persönliches aus der Lindenhof Schule und der Pflege*, hg. Lindenhof Schule, Bern [2008]. Denise Francillon: *150 ans d'histoire La Source en images*, Lausanne 2009.

⁶ Sylvelyn Hähner-Rombach: *Probleme der Verberuflichung der Krankenpflege im Deutschen Reich Endes 19., Anfang des 20. Jahrhunderts im Vergleich mit den Vereinigten Staaten – Ein Diskussionsbeitrag*, *Medizin-historisches Journal* 47 (2012) 129–159.

⁷ Alfred Fritschi, *Schwesterntum. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850–1930*, Zürich 1990. Rita Maria Fritschi: «Der arme Lazarus im Kulturstaat». *Entstehung und Gründung des Kantonsspitals St. Gallen 1845–1875*, Zürich 1991. François Walter (ed.): *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au 19e siècle. Actes du colloque de Sion*, Genève 1993.

konnten ab 1913 Männer und Frauen mit mehrjähriger praktischer Tätigkeit über ein «Bundes-Examen» ein Diplom in Krankenpflege erwerben, was den Anspruch der Pflegehäuser auf das Bildungsmonopol bis Mitte der 1940er Jahre beschnitt.⁸ Diese Einbindung der Berufskrankenpflege in eine nicht-staatliche Organisation, in der Vertreter der Spitäler, der Ärzteschaft und der Sanitätsdirektoren das Sagen hatten – mithin Vertragspartner der Schulen und Arbeitgeber der Berufsleute – erschwerte einerseits die Verselbständigung des Berufsverbandes ebenso wie die Artikulation und Durchsetzung von Interessen wie bessere Arbeits- und Lohnverhältnisse. Andererseits bot das SRK einen schweizweiten Rahmen, in dem Generationen von standespolitisch engagierten Frauen (später auch Männer) die Verselbständigung der Pflege vorantrieben. Das SRK selbst erzählte diese Geschichte der Krankenpflege unter der Koordination eines «hauseigenen» wissenschaftlichen Mitarbeiters und Historikers, wodurch jeder Berufszweig mit seinen Ausbildungsrichtlinien und die Weiterbildungsgänge ihre Chronik erhielten.⁹ Darin zeigte sich, wie gegen Ende des Zweiten Weltkrieges innerhalb des SRK pflegefachliche Verwaltungs- und Beratungsstrukturen entstanden, die «Schwesternkommission» 1942 (später *Kommission für Krankenpflege*), das «Schwesternsekretariat» 1944 (später *Abteilung für Berufsbildung*) und Fachausschüsse für die Berufszweige, in denen die Pflegefachpersonen Einsitz nahmen. Zeitgleich mit diesem pflegefachlichen Kompetenzgewinn innerhalb des SRK emanzipierte sich der Berufsverband von dessen Patronage. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) beauftragte zum 100jährigen Jubiläum zwei Historikerinnen, diese Geschichte der Verselbständigung und die daran anschliessenden Leistungen im Netz machtvoller Player zu erarbeiten.¹⁰ Unter dem Banner der Professionalisierung vervielfältigte sich das Engagement des Verbandes für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, für den Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie für die Pflegeforschung und -wissenschaft.

3. Geschichte des Eigen-Sinns für die Pflegepraxis

Das hegemoniale Konzept der Berufskrankenpflege zeigte und zeigt in der Schweiz seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine grosse Beharrungskraft. Es beinhaltete die Ordnung, wonach in der «Grund-

pflege» der Bereich einer zwar selbständigen Berufsausübung besteht, der allerdings weniger Bildungsbedarf aufweist als die nicht selbständige Arbeit in der «Behandlungspflege», die vom Arzt verordnet und ihm unterstellt ist. In letzterem Bereich mussten Pflegende über stets aktualisiertes Wissen und Können und über Weiterbildungen in Operations-, Anästhesie- oder Intensivpflege verfügen. Die Dozierenden in den Weiterbildungsgängen, namentlich an den Kadernschulen für die Krankenpflege des SRK und an den Bildungszentren des Berufsverbandes, begannen diese Logik des medizinisch überformten Pflegewissens seit den 1970er Jahre in Frage zu stellen. Die Argumente dazu boten Pflege-theorien und Ergebnisse von Pflegeforschung und -wissenschaft aus den USA und Grossbritannien, deren Transfer in einem intensiven Diskussionszusammenhang durch Studienaufenthalte im Ausland, Besuche internationaler Konferenzen oder mit eingeladenen Gastdozentinnen in der Schweiz erfolgte.¹¹ Aus ihren Weiterbildungen trugen die Lehrerinnen und Lehrer für Krankenpflege sowie die Stations- und Pflegedienstleiterinnen und -leiter die neuen Denkmodelle in die Krankenpflegesschulen und in die Praxis. Die Konzepte des Pflegeprozesses, der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der humanistischen Psychologie lösten Auseinandersetzungen mit Traditionen, Hierarchien und institutionellen Gewohnheitsrechten in der Tätigkeit für Kranke und Unterstützungsbedürftige aus. Die Pflege begann, einen eigenständigen Wahrnehmungs- und Wirkungskreislauf zu verwirklichen, zu dokumentieren und schliesslich empirisch zu erforschen.

Die Dynamik der Verselbständigung erfasste damit die Produktion des Pflegewissens. Für diesen Aufbruch in die Akademisierung und Verwissenschaftlichung sei Rosette Poletti genannt, die bereits Mitte der 1970er Jahre für ein Pflegestudium plädierte. Es sollte gut gebildete junge Menschen anziehen und Personalressourcen aufbauen, um den Mangel an visionären Eliten in den Gesundheitsberufen zu beheben. Insbesondere sollten Forschungen in tertiären Institutionen einen eigenen Wissenskorpus in Pflege aufbauen und den Statusgewinn einer bedeutenden Disziplin im Gesundheitswesen erzielen. Ein entsprechendes Projekt an der Universität Genf liess sich allerdings nicht realisieren.¹² So liegen die Anfänge der *Scientific Community*, wie sie sich in diesem Heft präsentiert, in der Höheren Fachausbildung in Pflege, die ab 1982 über zwei Stufen führte und ab 1996 zur Teilnahme am Masterstudiengang berechnete, wel-

⁸ Joëlle Droux: *La formation des infirmières en Suisse (XIX-XX^e siècles): une affaire d'élites ou une carrière comme les autres?* in: Bodé, Gérard et Philippe Marchand (éds): *Formation professionnelle et apprentissage, XVIIIe-XXe siècles*, Paris 2003, p. 439–454.

⁹ Enrico Valsangiacomo (Hg.), *Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und seine Rolle in der Krankenpflegeausbildung (1882–1976)*, Basel 1991.

¹⁰ Sabine Braunschweig und Denise Francillon: *Professionelle Werte pflegen. 100 Jahre SBK 1910–2010*, Zürich 2010.

¹¹ Silvia Käppeli: *20 Jahre Pflegewissenschaft in der Praxis*, in: Dies. (Hg.): *Pflegewissenschaft in der Praxis. Eine kritische Reflexion*, Bern 2011, S. 68–89.

¹² Roth, *Arbeit am Pflegewissen* a. a. O.

che das Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WEG) in Kooperation mit der niederländischen Universität Maastricht aufbaute. Die alten, den medizinischen Fachdisziplinen folgenden Berufszweige (Allgemeine Krankenpflege, Kinderkranken-, Wochen- und Säuglingspflege, Psychiatrische Krankenpflege) wurden formal mit den SRK-Ausbildungsrichtlinien für eine generalistische Diplomausbildung in Pflege auf zwei Niveaus (ab 1991) aufgehoben – ein fast zwei Jahrzehnte dauernder konfliktreicher Prozess.¹³

Das Interesse an der Geschichte der Krankenpflege bewegte sich seit den 1980er Jahren in zwei Richtungen. Einerseits entstanden im Zuge der *Frauen- und Geschlechtergeschichte* Projekte, die den vergangenen Alltag der Pflege als Teil der bislang vernachlässigten «Her-Story» erforschten, wie erste Publikationen zu Portraits mit persönlichen Erinnerungen von Frauen in Gesundheitsberufen oder der mehrfach wieder aufgelegte Roman «Schwester Lisa» belegen.¹⁴ Sr. Liliane Juchli, die das erste Lehr- und Handbuch «Allgemeine und spezielle Krankenpflege» herausgab, für das sie über acht Auflagen bis 1997 verantwortlich zeichnete, ist mit ihren persönlichen Erfahrungen und Kenntnissen eine bis heute begehrte Zeugin zur Berufsgeschichte. Pflegende schufen sich mit ihrer Geschichte einen Resonanzraum für den Eigen-Sinn (Alf Lüdtke) der in den Zwischenräumen von Regeln des Fachdiskurses und Kontrollen bewahrten Möglichkeiten, ihre Praxis individuell und situativ zu gestalten. Forschungen mit Methoden der *Oral History* waren und sind für Pflegende dafür besonders attraktiv, da sie sowohl den Befragenden als auch den Befragten einen subjektiven Blick in die Praxis ihrer je gelebten Zeit öffnen.¹⁵ Andererseits führte die *Alltagsgeschichte* zu den Bildungs-, Arbeits- und Lebensverhältnissen der Pflege in europäischen Ländern zu kontrovers diskutierten Ergebnissen. Die Analyse von Egodokumenten und Organisationsakten ergaben Einsichten in Arbeit und Leben von Diakonissen in der Privat- und Gemeindepflege sowie von Schwestern in den Kolonien oder in der Kriegskrankenpflege. Anders als die Kritik an den Frauenberufen hatte vermuten lassen, waren sie nicht nur Opfer der mangelnden Ausbildung, der Ausbeutung oder des Gehorsams bis zur Selbstaufgabe, sondern verfügten über Eigenständigkeit, sattelfestes Kön-

nen, Improvisationstalent und Wertschätzung in der Arbeit.¹⁶ Gleichwohl zeigte die erste Monographie zur Psychiatriepflege in der Schweiz, wie innerhalb einer Anstalt für Geisteskranke die Verberuflichung und die Entwicklung von Handlungsspielräumen nur langsam erfolgten.¹⁷ Mit dem Begriff der «PflegeKrise» gestaltete die historische Zeitschrift *traverse* ein Themenheft, das Beiträge zu Strukturen, Ereignissen und deren Deutungsweisen in der Geschichte entlang dieser Wahrnehmungskategorie enthält.¹⁸

4. Bruch mit der Vergangenheit für die Verwissenschaftlichung?

Nelson/Gordon halten fest, dass sich im Zuge der Wissenschaftswerdung der Pflege eine «Rhetoric of rupture»¹⁹ zur eigenen Geschichte etablierte. Dass die Pflegeforschung und -wissenschaft sich seit einigen Jahren sozusagen «geschichtsvergesslich» verhalten, hat der Workshop der GPG-HSS²⁰ im vergangenen Jahr bestätigt. Die Historikerin und Gesundheitswissenschaftlerin Susanne Kreuzer führte aus, wie diese Rhetorik des Bruchs verhindere, dass eine unvoreingenommene Auseinandersetzung mit den Vorläufern heutiger Pflegeberufe stattfindet, positive Aspekte vergangener Organisationsformen erkannt würden und kritische Distanz zur Gegenwart gewonnen werde. Die Pflegewissenschaftlerin Annie Oulevey Bachmann, Professorin an der HES *La Source* und Dozentin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Lausanne UNIL, beschrieb, wie in den letzten zwanzig Jahren Lehrpläne in einer Reform nach der anderen überarbeitet worden sind. Der Geschichte wurde im Bachelorstudiengang der Stellenwert einer von vielen «Sciences contributives» eingeräumt, was Bachmann mit dem Wandel von der Fach- zur Kompetenzorientierung und der Modularisierung erklärte. Beide Referentinnen schilderten, wie historische Zusammenhänge nun gleichsam «undercover» in die Lehre eingefügt werden müssen. Die Historikerin und Physiotherapeutin Véronique Hasler (HESAV und UNIL, Lausanne) diagnostizierte gar eine «Marginalisierung der Geschichte» in diesem Fachbereich,

¹⁶ Susanne Kreuzer: *Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biographische Erfahrungen 1945–1980*, Göttingen 2014; Patricia d'Antonio u. a. (Hg.): *Routledge handbook on the global history of nursing*, London 2013. Christine E. Hallett: *Containing Trauma: Nursing Work in the First World War*, Manchester 2009.

¹⁷ Sabine Braunschweig: *Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt 1886–1960*, Zürich 2013.

¹⁸ Sabina Roth u. a. (Hg.): *PflegeKrisen – Crises des soins*. Themenheft von *traverse*, Zeitschrift für Geschichte, Revue d'histoire 2/2012.

¹⁹ Sioban Nelson, Suzanne Gordon: *The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history?* *Nursing Outlook* 52 (2004) 255–61.

²⁰ Niklaus Ingold: *Tagungsbericht «Geschichte der Gesundheitsberufe. Ihre Lehre an den Schweizer Fachhochschulen»*, 12. Juni 2015, www.infoclio.ch. Urs Lüthi: *Geschichte in der Krankenpflege-Ausbildung. Quelle von Kritik und Identität*, *Krankenpflege* 9/2015, 34.

¹³ Cornelia Oertle Bürki: *Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz. Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung*, Bern u. a. 2008.

¹⁴ Adeline Favre: *Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d'Anniviers*, Zürich 1982 (c1981); Jolanda Spirig-Zünd: *Kaffee mit Muttermilch. Erinnerungen der Krankenschwester Rosa Leupi*, Zürich 1998. Elisabeth Gerter: *Schwester Lisa*, Zürich 2004 (c 1934).

¹⁵ Baillod, Jürg und Barbara Dätwyler: *Mit-Leidenschaft. Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf*, Bern 1995.

den eine Obsession für die Effizienz von Behandlungen antreibe, um die Kriterien der *evidence-based medicine* zu erfüllen. In den Studiengängen für Hebammen behielt die Geschichte allerdings einen wichtigen Platz. Christine Loytved, Gesundheitswissenschaftlerin, und Kristin Hammer, Hebamme und Historikerin an der ZHAW, die beide an verschiedenen Hochschulen im deutschen Sprachraum Hebammengeschichte lehren, präsentierten ihr Modul als Lernumgebung, die den Studierenden kritische Reflexionen über das eigene Berufs- und Rollenverständnis in der Zeit ermöglicht.

Fazit

Die Historikerin Sylvelyn Hähner-Rombach, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, wo sie für das Förderprogramm zur Geschichte der Pflege zuständig war, beantwortete die Frage «Warum Geschichte der Pflege?» einmal provokativ mit der Gegenfrage «Warum nicht?». Natürlich kann die Ausgangsfrage auch etwas ausführlicher beantwortet werden. Mit dem Workshop der GPG-HSS können folgende Gründe für die Lehre genannt werden: Geschichte trägt zur Identitätsbildung der angehenden Berufsleute bei; sie zeigt die Hintergründe gegenwärtiger Konflikte auf

und fördert das Verständnis unter den Pflegenden mit verschiedenen Berufssozialisierungen. Schliesslich vermittelt Geschichte Allgemeinbildung, stärkt die Einsicht in die kultur-, schicht- und generationenspezifischen Prägungen der Betreuten. Damit Geschichte ihren Bildungsauftrag in den Studiengängen der Gesundheitsberufe erfüllen kann, benötigt sie weitere Forschung sowie eine für beides zuständige Stelle in der Schweiz – beispielsweise nach dem Modell des *UK Center for the history of nursing and midwifery* in Manchester. Die Geschichte der Gesundheitsberufe benötigt die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den verschiedenen gesundheitsberuflichen und -wissenschaftlichen Bereichen auf der Tertiärstufe sowie mit der Geschichtsforschung, -didaktik ebenso wie mit weiteren Kultur- und Geisteswissenschaften. Insbesondere die theoretisch-methodische Auseinandersetzung mit und Produktivität in der Geschichte der Gesundheitsberufe werden dadurch gebündelt, vermehrt und weiterentwickelt. Die Interessen an den Gesundheitsberufen und ihre Bedeutung für die gesellschaftlichen Problemlösungen werden sich trotz Akademisierung und Verwissenschaftlichung ja nicht plötzlich harmonisch zwischen Eliten, Emanzipation und Eigen-Sinn der Berufspraxis bewegen. ■

Savoir infirmier et politique professionnelle

Pierre Gobet*

Ce texte considère l'histoire de l'édification du savoir infirmier depuis ses premières formulations dans la période de l'entre-deux-guerres aux Etats-Unis jusqu'à son académisation en Suisse vers 1980. Le projet de constitution du savoir infirmier est replacé dans le mouvement plus large de professionnalisation de la profession infirmière. Il est jugé à l'aune de sa force émancipatrice.

1. L'origine du questionnement infirmier

Karl Popper remarquait que la connaissance ne se constitue pas à partir d'une idée, pas plus qu'elle ne se développe à partir d'une thématique ou de l'observation. Selon lui elle émerge d'un questionnement, d'une problématique. La sagacité de ce questionnement détermine la valeur de la production scientifique plus encore que la pertinence du cadre théorique de référence, la qualité des données rassemblées ou la rigueur de l'analyse. Ainsi, toute connaissance est plongée dans un champ de tension qui révèle les raisons premières de sa production.

Popper considère que ce champ de tension se développe entre savoir et non-savoir. Par conséquent, il est interne à la théorie. Dans une controverse fameuse sur la méthodologie des sciences sociales conduite dans les pays germanophones sous le nom de «Positivismusstreit» au début des années 1960, Theodor W. Adorno, réfute cette position. Si la connaissance naît bien de la contradiction, celle-ci n'est pas de nature théorique, mais sociale. Elle oppose la réalité effective aux normes sur lesquelles celle-ci est en principe bâtie, c'est-à-dire ce qui est à ce qui devrait être.

La science infirmière donne plutôt raison à Adorno. En effet, le questionnement infirmier est conçu initialement comme un outil de la valorisation sociale de l'activité soignante. La constitution d'un corpus de connaissances véritablement infirmier est un des maillons d'une stratégie globale de promotion sociale de la communauté infirmière appelée professionnalisation.

Dès lors la critique de la science infirmière consiste à la confronter à ce projet initial pour se demander si elle a pu véritablement s'établir comme un des vecteurs de l'émancipation de la communauté infirmière.

2. Les dépositaires du savoir infirmier

Pour devenir profession, un métier doit, outre le développement d'un savoir original, se munir d'une éthique, disposer d'une association professionnelle et poursuivre un idéal de service par lequel ses membres s'engagent à travailler dans l'intérêt général sans rechercher leur avantage particulier. La professionnalisation n'est pas une stratégie d'émancipation particulière aux soins infirmiers. En aspirant au statut de profession, la communauté infirmière s'inspire des juristes, des ecclésiastiques et des médecins qui l'ont déjà appliquée avec succès avant elle.

Le projet d'édification d'un savoir proprement infirmier apparaît au milieu des années 1930 conjointement à l'établissement des premiers programmes de formation (CII, 1934). Il repose initialement sur la conviction que la profession ne peut naître et se développer que par l'élévation continue du niveau de qualification de l'ensemble des infirmières. En nourrissant la formation, le savoir infirmier informe également les pratiques de l'infirmière. Ainsi, dans l'univers professionnel, théorie et pratique se confondent. Il n'y a pas de théorie sans pratique, et à l'inverse, la pratique possède toujours déjà un socle théorique. L'infirmière professionnelle est à la fois une théoricienne et une praticienne.

La profession est une association de pairs. Elle ne connaît pas de hiérarchie. Toutes les infirmières disposent du même bagage notionnel, seule l'expertise les distingue. C'est pourquoi l'infirmière professionnelle s'oppose à l'introduction de la formation d'infirmière assistante CC CRS au début des années 1960. Pourtant, sa résistance ne suffira pas à juguler la fragmentation du travail de soin exigée par l'administrateur hospitalier qui pense réduire le coût du travail

* Haute-Ecole spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de travail social et de la santé, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Chemin des abeilles 14, 1010 Lausanne.

E-mail: pierre.gobet@eesp.ch
<http://www.eesp.ch>



Pierre Gobet, Dr. en sciences économiques et sociales, est professeur en recherche sur les services socio-sanitaires à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne. Etude de sociologie à l'Université de Genève, puis formation d'Infirmier en soins généraux à Zürich. Doctorat en Sociologie à l'Université de Genève en 2000. Dix ans d'activité comme infirmier à l'Hôpital du Triemli à Zürich.

en déléguant les soins de base à un personnel moins qualifié. Finalement, elle acceptera cette situation à condition que la nouvelle venue soit placée sous sa responsabilité et que sa tâche soit soigneusement délimitée. Ainsi, le champ de l'activité soignante se hiérarchise. Le statut de professionnelle est réservé à l'infirmière diplômée, qui est la seule dépositaire du savoir infirmier. La science infirmière reste l'outil de son émancipation, mais elle se fait désormais aussi moyen d'exclusion, car c'est par elle que le rejet du travail de l'infirmière assistante dans le rang des activités soignantes subalternes trouve sa justification.

Le projet de réorganisation du travail soignant mené par l'administrateur hospitalier ne se limite pas à séparer les activités de soin supérieures et auxiliaires. Il soumet également le processus de formation du corpus de connaissances infirmier à la division du travail. En 1970, l'idée d'une institutionnalisation de la recherche infirmière semble acquise. En revanche, les conditions cadres de ce processus prêtent encore à discussion. L'Association des hôpitaux de Suisse prend position sur cette question par le truchement du rédacteur de sa revue, qui note : «Pour ma part, je ne suis pas du tout de l'avis qu'il ne devrait pas y avoir d'infirmières avec une formation académique ou de niveau académique. Au contraire, il devrait même en avoir. Mais, pour l'amour de Dieu, pas toutes!» (Kohler, 1970). L'administrateur hospitalier plaide pour une partition du travail d'édification du savoir infirmier. Si le corps des infirmières diplômées reste le dépositaire du savoir infirmier, ses membres n'entretiennent pas toutes le même rapport à celui-ci. D'un côté, il y a les théoriciennes qui sont au bénéfice d'une formation académique, de l'autre les praticiennes qui sont formées à un niveau inférieur. Les théoriciennes développent les connaissances, les praticiennes les appliquent.

La distinction entre activités théoriques et pratiques n'est pas fonctionnelle seulement. Elle est hiérarchique aussi, car la pratique dépend de la théorie, alors que l'inverse n'est pas vrai. Si la pratique est informée par la théorie, elle ne peut être qu'une application plus ou moins heureuse, plus ou moins réussie de celle-ci. La pratique n'a pas de réalité propre en dehors de la théorie. Un problème intéressant des praticiennes est toujours déjà théorique. C'est pourquoi les théoriciennes seules sont en mesure de le formuler correctement. La praticienne n'a pas de voix propre. Elle s'exprime à travers la théoricienne qui en est l'interprète.

Les propositions de l'administrateur hospitalier ont été diversement suivies en Suisse alémanique et romande. Outre Sarine, l'infirmière diplômée est for-

mée au niveau tertiaire académique dans les Hautes écoles spécialisées et au niveau tertiaire non-académique dans les Ecoles spécialisées alors qu'en Suisse occidentale le cursus de formation est plus proche du projet professionnel, puisque les infirmières diplômées sont toutes titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire académique. Mais, ici aussi, la science infirmière se construit sur l'opposition entre théorie et pratique.

3. L'ordre du savoir infirmier

La science infirmière ne se bâtit pas linéairement autour de la construction patiente d'un objet d'étude dont les contours auraient été d'emblée clairement identifiés. Dans les années 1950, elle se définit comme une anthropologie. Son objet est l'être humain dans l'intégralité de ses dimensions bio-psycho-sociales. A l'aube du mouvement d'académisation, vers 1980, l'Association des infirmières américaines (ANA) la pose comme la science «du diagnostic et du traitement des réactions humaines à des problèmes de santé actuels ou potentiels» (ANA, 1980). Elle se présente alors comme une science de la santé. Et par l'éventail des thématiques qu'elle aborde, elle apparaît comme une science des services de santé qui touche à tous les niveaux (micro, méso et macro) de la prise en charge (Bartholomeyczik, 2000). La science infirmière se caractérise ainsi par la pluralité, mais aussi l'hétérogénéité de ses objets d'études.

La science infirmière ne s'inscrit pas dans une tradition scientifique précise. Elle a plutôt le caractère d'une science postmoderne qui se fait tantôt science naturelle, tantôt science sociale au gré de l'objet qu'elle est amenée à traiter. En tant que science naturelle, elle s'appuie sur une démarche nomothétique qui se propose de dégager les constantes, les lois de l'intervention infirmière. Dans cette perspective, le fait infirmier existe indépendamment des personnes – fournisseurs et récipiendaires des soins – qui sont engagées dans le processus de soins. La recherche ambitionne d'expliquer le fait infirmier en identifiant ses causes. De la même manière, elle se propose d'expliquer l'intervention infirmière en montrant ses effets.

La démarche nomothétique est à la base de la constitution du savoir clinique infirmier. A l'image du savoir clinique médical qui s'articule sur les notions d'anamnèse, de diagnostic et de thérapie, le savoir clinique infirmier est structuré autour des catégories d'évaluation, de phénomène et d'intervention. Le développement du savoir clinique infirmier est également lié à l'établissement de nomenclatures que ce soit des diagnostics ou des actes infirmiers qui font pendant aux nomenclatures médicales. Pour

la Suisse, on citera à ce propos le projet CH-Nursing Data dont le but fut de fournir les bases d'une rétribution monétaire et d'une saisie statistique des soins. Le projet débute en 1998. Il prend fin en 2006.

Le savoir infirmier clinique doit soutenir une pratique infirmière efficace, une pratique qui mène aux résultats escomptés. Il est le pilier de l'«*evidence based*» nursing, qui est défini comme «l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient» (Centre cochrane français, 2016). Avec l'*evidence based nursing*, le savoir infirmier fournit les normes de l'intervention soignante, établissant ainsi concrètement la primauté de la théorie sur la pratique infirmière.

La science infirmière complète la recherche à visée explicative par une recherche intéressée à comprendre l'activité soignante. Qualifiée d'idiographique, cette approche n'aspire pas à énoncer les lois qui régissent le fait infirmier, c'est à dire à formuler des propositions sur les objets de la science infirmière qui seraient vraies partout et en tout temps. Plus modestement, elle soutient que ses résultats ne sont valides que pour la situation concrète dans laquelle ils ont été obtenus et qu'en aucun cas, ils ne peuvent être généralisés. La démarche compréhensive considère la réalité infirmière comme le fruit d'un processus d'interprétation par lequel les acteurs construisent la situation de soin en lui donnant un sens. Dès lors, leur intervention n'est pas déterminée par la situation telle qu'elle est effectivement, mais par la perception qu'ils en ont et la signification qu'ils lui prêtent. La démarche compréhensive souligne ainsi le caractère subjectif du soin qui s'établit dans l'interaction des personnes et des institutions associées au processus de prise en charge infirmière.

Si le savoir infirmier ne se constitue pas autour d'un objet d'étude précis et si son fondement épistémologique est à la fois explicatif et interprétatif – ce qui l'autorise par ailleurs à mobiliser indifféremment les méthodologies quantitatives et qualitatives – on peut se demander ce qui lui confère sa cohérence et son unité. Deux critères semblent déterminants. Indépendamment de la tradition scientifique dans laquelle elle s'inscrit et de la méthodologie qu'elle utilise, la recherche devient recherche infirmière lorsque la problématique étudiée touche de près ou de loin des activités que l'infirmière revendique pour elle parce qu'elles relèveraient de son champ de compétence exclusif. Et, quel que soit la problématique étudiée, la recherche peut porter le prédicat d'infirmière quand son auteur ou son auteure est agréé-e par la communauté infirmière, lorsqu'il ou elle est re-

connu-e comme un pair non seulement par la communauté scientifique infirmière mais également par les praticiennes du soin.

4. Synthèse et perspectives

Le projet d'édification d'un savoir proprement infirmier s'inscrit dans la stratégie de la professionnalisation par laquelle la communauté des soignantes espère améliorer sa condition en élevant le niveau de reconnaissance sociale de son activité. Il traduit ainsi une volonté émancipatrice.

L'appel à la professionnalisation met toutefois l'infirmière dans une position inconfortable, car elle adopte la stratégie de promotion sociale du médecin, dont elle cherche par ailleurs à se libérer. En conséquence, la science infirmière forge son identité en opposition à la science médicale, sans être en mesure de s'en démarquer vraiment. Parallèlement, elle considère l'administrateur hospitalier comme un allié, même si celui-ci la contraint à revoir sa stratégie d'affranchissement en limitant notablement sa portée. Elle n'hésitera pas à étoffer le savoir infirmier des notions de plan de soins et plus tard de standard infirmier, quand bien même les sciences de la gestion en soient à l'origine et que l'administrateur s'emploie à les imposer à l'ensemble des groupes professionnels hospitaliers.

Entre le moment de sa conception dans les années 1930 et celui de sa mise en œuvre quelque soixante ans plus tard, le projet de constitution de la science infirmière change notablement. Sous l'action de l'administrateur, le champ de l'activité soignante se fragmente. Le savoir infirmier n'est plus seulement le moyen de la reconnaissance sociale de l'activité soignante et à travers elle, de l'ensemble des professionnelles du soin. Il est aussi la base de la discrimination entre professionnelles et auxiliaires du soin. Lors de l'introduction de la formation de l'infirmière assistante, ainsi que de l'infirmière de Niveau I et de l'assistante en soins de santé communautaire (ASSC) qui lui suivront, l'infirmière diplômée déploiera des efforts théoriques considérables pour s'assurer l'exclusivité de son champ de compétences professionnelles.

Ainsi, la professionnalisation n'est pas seulement le moyen politique de la promotion sociale d'un groupe de personnes exerçant le même métier, elle est aussi l'outil économique qui lui permet d'établir un monopole sur ses activités (Larson, 1977; Freidson, 1986). Dès lors, deux lectures de la professionnalisation sont possibles : celle qui unit et celle qui divise. Dès l'entrée de l'infirmière assistante dans le monde de la santé, la seconde s'impose. Le savoir infirmier devient l'instrument destiné à assurer l'infirmière de l'exclu-

sivité des activités qui, à ses yeux, lui appartiennent en propre. Plus encore que de soutenir la forme économique de la professionnalisation, le savoir infirmier l'adopte. Avec l'académisation, il se construit comme savoir exclusif, soucieux de marquer ses particularités. A ce propos, la distinction, qui parfois est avancée, entre recherche sur les soins infirmiers et recherche en soins infirmiers est significative. Tandis que la première est ouverte à toutes les disciplines et à tout chercheur, la seconde est réservée aux scientifiques émanant de la communauté infirmière. Elle seule contribue à la constitution du savoir infirmier.

Parallèlement à la division du travail soignant, l'administrateur hospitalier, qui conteste la nécessité de former toutes les infirmières au niveau académique, s'attache à dissocier la théorie de la pratique infirmière. Dès lors, les véritables dépositaires du savoir infirmier ne travaillent plus sur le terrain. Elles ont un univers propre, le monde académique et de la recherche. En Allemagne, le processus d'académisation des soins sera lancé par un mémoire de la fondation Robert Bosch au titre évocateur de «Les soins ont besoin d'élites» (Moses, 2015). Dans le projet de professionnalisation initial, théorie et pratique sont solidaires. La volonté première de constituer un patrimoine cognitif partagé par toutes les infirmières s'est transformé en un projet d'académisation d'une frange restreinte de la communauté des infirmières diplômées.

Par les postulats épistémologiques qui la sous-tendent, la science infirmière suit des chemins déjà

bien tracés. Guidée par l'idéal des sciences qui se sont constituées au 19^{ème} siècle, elle aspire à poser un regard à la fois spécifique et total sur le monde. Spécifique, parce qu'elle se développe autour d'un objet d'étude qui lui appartient et lui confère son identité disciplinaire. Total, parce que le pan particulier de réalité qu'elle travaille est toujours présent, quel que soit la problématique étudiée. Il n'est pas exclu qu'elle y parvienne. Pourtant, la démarche paraît anachronique dans le monde de la santé qui mise sur l'interdisciplinarité, la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et sur l'intégration des prestations. Peut-être serait-il plus judicieux de la penser comme une science interdisciplinaire du transfert des savoirs et des pratiques entre les disciplines et les professions de la santé.

Lorsqu'il soutient le morcellement du travail soignant, qu'il assure le monopole des infirmières diplômées sur l'activité soignante ou qu'il est l'outil de l'établissement d'une élite académisée, le savoir infirmier n'est pas ce levier d'émancipation qu'il était initialement. Mais, la profession pourrait renouer avec son projet premier en concevant la science infirmière comme une science du transfert interdisciplinaire et interprofessionnel. Celle-ci se présenterait alors comme une discipline du décloisonnement disposant du savoir et du savoir-faire susceptibles de déconstruire les barrières et les hiérarchies existantes en montrant que tout échange est source d'innovation, théorique pour les théoriciennes et pratique pour les praticiennes. ■

Littérature

American Nurses Association (1980). A social policy statement. Kansas City.

Bartholomeyczik, S. (2000). Gegenstand, Entwicklung und Fragestellung pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B. & Schaeffer, D. (éd.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa, pp. 67–106.

Centre Cochrane français (2016). Introduction à l'evidence based nursing. (<http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-evidence-based-nursing>, 30.05.2016)

Conseil international des infirmières (1934). Programme de formation de l'école d'infirmière. Rapport établi par Miss Isabel M. Stewart, Présidente de la Commission de formation professionnelle du CII. Genève.

Freidson, E. (1986). Professional Powers. A Study of the Institutionalisation of formal Knowledge. Chicago, London: University of Chicago Press.

Kohler, F. (1970). Vorwort der Redaktion, Bericht über den 14. Kongress des Weltbundes der Krankenschwestern in Montreal, Kanada. Veska, 1, 34.

Larson, M. S. (1977). The Rise of Professionalism. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

Moses, S. (2015). Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. Bern: Huber.

Le rapport paradoxal de l'économie du *care* aux relations de pouvoir¹

Céline Ehrwein Nihan*

Depuis quelques années, les travaux réalisés dans le domaine de l'économie du *care* se multiplient. Ces travaux, qui s'inscrivent dans la continuité des réflexions menées en éthique par des auteures telles que Carol Gilligan et Joan Tronto, ont pour principal objectif de mettre en évidence, dans une perspective féministe, la signification et les enjeux socio-économiques des activités liées aux soins.

Dans le cadre de cet article, je voudrais montrer de quelle manière l'économie du *care* se révèle être non seulement un excellent outil de mise à jour et de dénonciation des inégalités qui traversent notre société, mais aussi un instrument susceptible de reproduire ces mêmes inégalités. En d'autres termes, je souhaiterais souligner le paradoxe que représente cette approche particulière de l'économie, laquelle sert à la fois de dispositif de critique sociale et de vecteur de conservation des rapports traditionnels de pouvoir.

Ce faisant, je n'entends pas mettre en cause la légitimité de l'économie du *care*. Mais pour que celle-ci puisse pleinement jouer son rôle critique dans le concert des approches économiques, il importe à mon sens qu'elle reconnaisse ses ambivalences et ses limites.

Je commencerai par préciser le sens et la portée de l'économie du *care*. Cette première étape m'amènera à mettre en évidence la diversité des lieux et des rationalités auxquels elle fait appel. Dans un second temps, je me pencherai sur ce qui, à mes yeux, constitue la grande force de cette économie un peu particulière, à savoir sa capacité à révéler certains des rapports de pouvoir qui traversent notre société. Nous verrons que sur ce point son action va, dans une certaine mesure, au-delà des critiques féministes traditionnelles des inégalités sociales. La troisième partie se penchera sur ce que j'appelle l'effet boomerang de l'économie du *care* ou, plus précisément, sur la marchandisation et l'économisation des activités de soin. Je voudrais montrer de quelle manière l'économie du *care* peut, contrairement à ses intentions, contribuer

à la reproduction de certaines inégalités sociales. Le texte se terminera avec quelques réflexions sur le regard qu'il convient à mon sens de porter sur cette approche de l'économie et sur les moyens requis pour que celle-ci soit et demeure une économie au service du bien de tous et de toutes.

1. Définition et caractéristiques de l'économie du *care*

Il n'est pas évident de définir l'économie du *care*. Le terme anglais recouvre un vaste champ sémantique. Selon les situations et les approches théoriques, il peut renvoyer aussi bien au soin (thérapeutique ou médical) que l'on apporte aux personnes qui (en raison de leur âge ou d'un handicap) séjournent en institutions ou qui (suite à un accident ou une maladie) sont hospitalisées, qu'à la prise en charge des enfants à la maison, à la crèche ou à l'école. Sont également inclus dans la notion de *care*, le soutien bénévole aux personnes âgées dans le cadre des activités de la vie quotidienne, l'accompagnement psychologique ou émotionnel d'amis en détresse, voire même la production de biens destinés à répondre à ses besoins personnels² ou à ceux de ses proches³.

² Nancy Folbre, Measuring Care. Gender, Empowerment, and the Care Economy, in: *Journal of Human Development and Capabilities* 7/2, 2006, 183–199 (en particulier page 186 et le tableau page 188).

³ Voir par exemple: Silke Staab, Familien, Frauen und «Freiwillig». Die Grenzen unbezahlter Sorgearbeit im entwicklungspolitischen Kontext, in: *Peripherie* 114–115/29, 2009, 194–214.

* Haute Ecole d'Ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud (HEIG-VD)
Institut Interdisciplinaire du Développement de l'Entreprise,
Avenue des Sports 20, 1401 Yverdon-les-Bains.

E-mail: celine.ehrwein@heig-vd.ch



Céline Ehrwein Nihan, Dr. en théologie, est Professeure d'éthique à la HEIG-VD depuis 2010. Depuis 2013, elle est également Députée au Grand Conseil vaudois auprès du groupe de Verts. Ses publications portent pour l'essentiel sur des questions d'éthique sociale et politique, de bioéthique, d'éthique économique (économie du *care*) et d'éthique des nouvelles technologies (informatique ubiquitaire). Auparavant, Céline Ehrwein Nihan a été assistante en éthique à l'Université de Lausanne (1999–2003), puis de Berne (2005–2006), ainsi que chargée des questions d'éthique sociale et de bioéthique à la Fédération des Eglises protestantes de Suisse (2003–2005 et 2009–2011). Autres engagements: Céline Ehrwein Nihan préside depuis 2012 le Conseil œcuménique d'Aumônerie dans les Prisons qu'elle a rejoint en 2009. Elle siège également au sein de la Commission vaudoise d'examen des plaintes des patients depuis 2015.

¹ Cet article est la traduction libre et légèrement remaniée d'un article paru en allemand «Der paradoxale Zusammenhang von Care Ökonomie und Machtverhältnissen», in: Frank Mathwig, Torsten Meireis, Rouven Porz, Markus Zimmermann (éds), *Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext im Kontext von Medizin und Pflege*, Zürich, Theologischer Verlag, 2015, 139–154.

Tableau 1. Etendue et complexité du domaine du care.

Qui dispense le soin?	Qui paie?	Où se déroule l'activité de soin?	A qui est destiné le soin?	Comment se déroule l'activité de soin?			Qui reçoit le soutien financier?
				Modalité 1	Modalité 2	Modalité 3	
La famille Les amis Les voisins	La famille Des amis La personne concernée	À domicile	A des personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, personnes handicapées, malades)	Il s'inscrit dans une relation sociale, communautaire	Il est non rémunéré	De façon bénévole, informelle	La personne ou l'institution qui met en œuvre l'activité de soin
Le/la conjoint-e	L'Etat Les assurances sociales	Dans une institution publique	A des adultes «indépendants» et en bonne santé	Il s'inscrit dans un cadre administratif/légal	Il est rémunéré	De façon contractuelle	Celui ou celle à qui est dispensé le soin
Un-e professionnel-le	Des organisations caritatives privées	Dans une institution privée	A soi-même	Il s'inscrit dans une relation d'échange (stratégique et instrumentale)			
			A l'environnement naturel				

Source traduite et légèrement remaniée: Céline Ehrwein Nihan (note 4) *Widerspruch* 62

De fait, il est difficile de trouver un véritable équivalent à cette notion dans les autres langues et de rendre ainsi compte de sa polysémie. En Allemand, *care* est généralement traduit par des termes tels que «Sorge», «Fürsorge», «Versorgung», «Pflege», «Betreuung» ou encore «Achtsamkeit». En Français, on parle le plus souvent de «soin» ou de «sollicitude», parfois aussi d'«affection» ou d'«assistance».

Pour mieux cerner un concept, l'utilisation de typologies peut être utile. J'ai ainsi tenté, dans un précédent article, de présenter de manière succincte et synoptique les différentes activités du *care*⁴. Je me suis appuyée pour cela sur différentes propositions émanant de la littérature⁵ consacrée au sujet. Cette typologie n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle offre néanmoins une vision d'ensemble qui permet de se rendre compte de l'étendue et de la complexité de ce domaine d'activité (voir tableau 1).

Partant, on peut dire que l'économie du *care* est l'économie qui s'intéresse à toutes les activités de soin, d'accompagnement, d'assistance, d'affection ou de sollicitude. Elle étudie les stratégies socio-politiques liées à ces activités et à leurs effets socio-éco-

nomiques. Pour ce faire, elle cherche à traduire en valeur monétaire l'ensemble des heures (rémunérées ou non) réalisées dans le domaine des soins, afin d'en estimer le coût social global.

En tant que telle, l'économie du *care* revêt deux traits particuliers qu'il vaut la peine de relever.

Le premier concerne les lieux auxquels elle s'intéresse. Tandis que l'économie traditionnelle se focalise presque exclusivement sur les activités qui se déroulent en milieu institutionnel, que celui-ci soit public ou marchand, l'économie du *care* intègre quant à elle également dans son analyse des activités qui relèvent clairement de la sphère privée. Aussi bien les soins dispensés dans le cadre des institutions publiques (hôpitaux, jardins d'enfants, école, EMS, etc.) que ceux fournis par le réseau informel de la famille et des proches sont compris dans son champ d'étude. Ceci a très bien été mis en avant par Jane Lewis et Mary Daly. Comme elles le relèvent, le terme de *care* «recouvre les sphères privée et publique»⁶, «c'est un méta-concept, c'est-à-dire une activité qui traverse les sphères.»⁷ Et l'économie du *care* reflète bien évidemment cette transversalité.

⁴ Céline Ehrwein Nihan, *Care Economy aus sozialemischer Sicht*.

Zwischen wirtschaftlicher Rationalität und Sorge für die Anderen, in: *Widerspruch* – 62/2013, 93–104, c'est moi qui traduis.

⁵ Jane Jenson, *Who Cares? Gender and Welfare Regimes*, in: *Social Politics* 4/2, 1997, 182–187; Folbre 2006 (note 2), en particulier le tableau page 188; Mary E. Daly/Jane Lewis, *The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States*, in: *British Journal of Sociology* 51/2, 2000, 281–298.

⁶ Daly/Lewis 2000 (note 5), 287, c'est moi qui traduis.

⁷ Daly/Lewis 2000 (note 5), 286, c'est moi qui traduis. Voir également: Margrit Brückner, *Der gesellschaftliche Umgang mit menschlicher Hilfsbedürftigkeit. Fürsorge und Pflege in westlichen Wohlfahrtsregimen*, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 29/2, 2004, 7–23, 9.

Tableau 2. Exemple de l'étude menée en 2000 sur le travail de soin non rémunéré dans le canton de Bâle ville.

Type de travail non rémunéré	Femmes et hommes		Femmes		Hommes	
	Mio. d'heures	Valeur en mio. de Fr.	Mio. d'heures	Valeur en mio. de Fr.	Mio. d'heures	Valeur en mio. de Fr.
Préparation des repas	44.5	1'144.5	31.9	820.7	12.6	323.7
Nettoyage et rangement du logement	28.0	709.6	20.4	515.6	7.7	194.0
Animaux de compagnie, plantes et jardin	22.0	494.3	12.3	277.3	9.6	217.0
Travail administratif	8.9	330.7	4.0	149.1	4.9	181.6
Prise en charge des enfants	1.6	58.4	1.0	37.9	0.6	20.5

Source: Mascha Madörin, 2003, 119⁸

Le second trait sur lequel je voudrais attirer l'attention concerne la diversité des *rationalités* qui habitent l'économie du *care*. Comme toute approche économique, celle du *care* fait appel à la raison instrumentale et calculatrice de l'échange marchand. Pour l'essentiel, il s'agit bel et bien pour elle d'évaluer la valeur et les coûts des activités destinées aux soins. Toutefois, l'économie du *care* fait aussi signe vers une *logique du don*, au sens où le soin s'offre parfois gratuitement, sans attente de contrepartie. Cette logique du don dépasse la rationalité économique traditionnelle et met en évidence la richesse sociale et humaine des rapports non marchands.

2. Les principales forces de l'économie du *care*

C'est précisément à mon sens ce caractère atypique de l'économie du *care* qui lui confère sa force sociopolitique particulière. Son positionnement à l'intersection des sphères d'activités et des rationalités lui permet de faire ressortir certains rapports sociaux de pouvoir de manière bien plus percutante que nombres d'analyses sociologiques. En travaillant au-delà des schémas (libéraux, patriarcaux) traditionnels, elle met en évidence le jeu complexe des hiérarchies autour desquelles s'agent, dans notre société, la reconnaissance – ou la non-reconnaissance – des individus et des communautés; elle met ainsi à nu certaines des structures profondément inégalitaires de notre système socio-économique.

Globalement, son action porte sur trois grands types d'inégalités :

- celles qui se déploient entre les dispensateurs/trices de soins (1.);
- celles qui se déploient entre les dispensateurs/trices de soins et ses récipiendaires (2.);
- celles qui se déploient entre les récipiendaires de soins (3.).

2.1. Inégalité entre les dispensateurs de soins

a. Hommes – Femmes

En premier lieu, l'économie du *care* met en évidence certaines des inégalités existantes entre les sexes. Elle souligne un fait avéré et reconnu: partout dans le monde, les soins sont en majorité dispensés par les femmes. Les activités non rémunérées, réalisées dans le cadre familial, n'apparaissent pas dans les statistiques relatives au marché du travail; elles ne sont pour ainsi dire pas prises en compte et sont, de ce fait, peu reconnues. Mais ce n'est pas tout. Les inégalités entre les sexes concernent aussi le domaine des activités de soin rémunérées. Nonobstant quelques exceptions, les femmes actives dans les métiers de soin gagnent en règle générale moins que les hommes qui œuvrent dans le même domaine.⁹

b. Proche du corps – loin du corps

L'économie du *care* met également en exergue la différence notable qui existe entre les professionnels du soin et celles et ceux qui travaillent dans d'autres secteurs d'activité. Dans une étude parue en 2002, Paula England, Michelle Budig et Nancy Folbre constataient ainsi que «le fait de travailler dans une activité de soin conduit à une pénalité salariale

⁸ Mascha Madörin, Grössenordnungen und wirtschaftliche Bedeutung der unbezahlten Arbeit im Kanton Basel-Stadt, in: Andrea Pfeifer et al. (éds), Der kleine Unterschied in den Staatsfinanzen. Geschlechterdifferenzierte Rechnungsanalysen im Kanton Basel-Stadt. Gleichstellungsbüro, Statistisches Amt und Frauenrat des Kantons Basel-Stadt, 116–129 (119), c'est moi qui traduis. L'étude se base sur l'Enquête suisse sur la population active (ESPA) 2000.

⁹ Voir Silvia Strub/Désirée Stocker, Analyse der Löhne von Frauen und Männern anhand der Lohnstrukturerhebung 2008. Aktuelle Entwicklungen in der Privatwirtschaft und Situation im öffentlichen Sektor des Bundes. Schlussbericht, BAS, Bern, 30. September 2010; Jane Pillinger, Report of EPSU Study on Pay in the Care Sector in Relation to Overall Pay Levels and the Gender Pay Gap in Different Countries in the European Union, February 2010, disponible on-line à l'adresse: <http://www.epsu.org/a/6271> (dernière consultation le 06 juin 2016).

nette significative de 5 à 6% pour les hommes et les femmes [...]. La pénalité de loin la plus importante est celle qui touche aux soins des enfants, en particulier pour les femmes, qui pâtissent d'une pénalité de 41% pour ce type d'activité. Les hommes reçoivent également une pénalité importante, 12%, pour leur travail de soin auprès des enfants.»¹⁰

Ces inégalités sont difficiles à expliquer et ne peuvent en tous les cas pas simplement être rapportées au facteur genre¹¹.

Certain-e-s auteur-e-s, comme Ann Stewart, voient dans le rapport au corps et la vision du soin comme une activité «sale» (*messiness*) l'une des principales raisons permettant d'expliquer cette dépréciation.

«Le travail du care, en particulier, est souvent exigeant à l'égard du corps du travailleur et implique un contact intime entre celui-ci et le bénéficiaire ou consommateur de soin.»¹²

«Les attitudes à l'égard du corps se reflètent dans les divisions du marché du travail. La proximité avec des fonctions corporelles est associée à un travail à faible statut. La grande majorité du travail de soin, qui est physiquement pénible, est également considéré comme subalterne et mal respecté.»¹³

c. Hauts revenus – Bas revenus

Les analyses réalisées dans le cadre de l'économie du care mettent également en évidence des inégalités liées au statut socio-économique des personnes. Il apparaît ainsi que le revenu des ménages impacte sur le temps que ceux-ci consacrent aux activités de soin, ainsi que sur le temps dont ils disposent pour s'occuper de leurs proches. Dans une étude consacrée aux ménages de Buenos Aires, Valeria Esquivel montre que les femmes en situation économique précaire

non seulement passent en moyenne plus de temps dans les activités de soin, mais qu'elles se livrent aussi plus souvent à ce type de travail que les femmes économiquement plus aisées (quelque 70% des femmes pauvres consacrent 6 heures par jour au soin à la personne, tandis que 30% des femmes riches consacrent 5 heures par jour à cette même activité)¹⁴. Valeria Esquivel résume les choses ainsi:

«La pauvreté des ménages est **toujours** significative quand il s'agit d'expliquer la part plus importante de temps consacrée au travail de soin non rémunéré, [...] au soin à la personne, [...] et à la prise en charge non rémunérée des enfants [...], indiquant qu'un revenu du ménage très faible impacte les modes de gestion du temps dédié aux soins au-delà de la structure du ménage et du statut de l'individu sur le marché du travail. Cela signifie que la pauvreté absolue est liée à une part de temps dédié au soin plus importante, soit parce qu'il y a peu de moyens pour payer des soins – vu le revenu du ménage – et/ou parce que la pauvreté absolue est également liée à un accès restreint aux équipements de soin mis à disposition par l'Etat ou la communauté.»¹⁵

d. Originaire d'un pays riche – originaire d'un pays pauvre

Sur ces inégalités socio-économiques se greffent en outre bien souvent des inégalités touchant à l'origine des personnes. Au cours des dernières décennies, dans les pays occidentaux, la part des femmes actives sur le marché du travail a augmenté. Or, plutôt que de conduire à une nouvelle et meilleure répartition entre les sexes des tâches liées au care, cette évolution a contribué à «une organisation hiérarchisée des genres»¹⁶ et au développement de ce que d'aucunes nomment le «care-drain».

«Beaucoup de femme dans les pays pauvres laissent leur famille derrière elles afin de travailler comme nounou ou comme aide à la personne âgée dans les pays riches. Les migrantes obtiennent un meilleur job, mais leurs communautés d'origine perdent des pour-

¹⁰ Paula England/Michelle Budig/Nancy Folbre, Wages of Virtue. The Relative Pay of Care Social, in: *Problems* 49/4, 2002, 455–473, 464 et 467, c'est moi qui traduis. Shakra Razavi und Silke Staab mentionnent également cette étude dans leur article: The Social and Political Economy of Care. Contesting Gender and Class Inequalities, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Division for the Advancement of Women, September 2008, 14, disponible on-line à l'adresse: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/equalsharing/EGM-ESOR-2008-BP-3%20UNRISD%20Paper.pdf> (dernière consultation le 06 juin 2016).

¹¹ Paula England, Michelle Budig und Nancy Folbre affirment qu'on ne peut rapporter ces inégalités à des facteurs tels que «la nature à prédominance féminine des emplois, leur emplacement dans des industries marginales ou dans le secteur public, le fait que ceux-ci soient souvent non syndiqués, qu'ils requièrent peu d'exigences cognitives ou physiques ou que les titulaires soient peu formés et disposent de peu d'expérience» (England/Budig/Folbre 2002 [note 10], 468, c'est moi qui traduis).

¹² Ann Stewart, *Gender, Law and Justice in A Global Market*, New York, Cambridge 2011, 23, c'est moi qui traduis.

¹³ Stewart 2011 (note 12), 22, c'est moi qui traduis.

¹⁴ Valeria Esquivel, Argentina. An Analysis of Time-Use Data on Work/Care Arrangements and Macro Data on the Care Diamond. The Political and Social Economy of Care, in: Argentina Research Report 2, United Nations Research Institute for Social Development, March 2008, 37. Disponible on-line à l'adresse: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9%2F\(httpAuxPages\)%2FA8ECFF5EFC90B1F-C1257417002E39BB%2F\\$file%2FArgRR2.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9%2F(httpAuxPages)%2FA8ECFF5EFC90B1F-C1257417002E39BB%2F$file%2FArgRR2.pdf) (dernière consultation le 06 juin 2016).

¹⁵ Esquivel 2008 (note 14), 47, c'est moi qui traduis. Voir également: Bettina Brüscheweiler/Annegret Wigger, Prekäre Versorgung mit Care-Leistungen – Trends und Mechanismen, in: *Soziale Sicherheit CHSS* 4/2014, 215–218, 217.

¹⁶ Brückner 2004 (note 8), 15, c'est moi qui traduis. Voir également: Bettina Haidinger, Prekarität mit Geschichte. Die Care-Ökonomie der Privathaushalte, in: *FORBA Schriftenreihe* 04/2008 1–14. Également paru dans: *Kurswechsel* 1/2008, 34–46.

voyeuses de soin. Les pays d'accueil jouissent du bénéfice des soins relativement peu coûteux fournis par les migrantes.»¹⁷

Travaillant souvent sans contrat, sans assurances, sans permis de séjour et pour un salaire de misère, ces pourvoyeuses (et pourvoyeurs) de soin souffrent alors d'un statut particulièrement précaire¹⁸ – les moins bien loti(e)s étant celles (et ceux) qui viennent des pays les plus défavorisés.

Tableau 3. Travail domestique à Genève 2003.¹⁹

Type	Nombre de personnes	Heures hebdomadaires	Volume hebdomadaire (en heures)
Clandestins	5'000	57	285'000
Déclarés	1'500	40	60'000
Proches			25'000
Somme			370'000

Ce phénomène est particulièrement inquiétant dans la mesure où il touche une part importante des activités du *care*. Par exemple, on estime qu'à Zürich «34'400 ménages [font appel à une] femme de ménage en situation irrégulière. Si l'on se base sur le nombre estimé de ménages présents dans le canton de Zürich en 2007 (591'900), cela équivaut à une part de 5,8%. En d'autres termes: 1 ménage sur 17 dans le canton de Zürich emploie une femme de ménage en situation irrégulière.»²⁰ A Genève, les travailleurs/euses clandestin-e-s fournissent quant à eux/elles plus de 75% des heures de travail domestique.

2.2. Inégalité entre les dispensateurs/trices de soins et ses récipiendaires

D'importants jeux de pouvoir se jouent également entre celles et ceux qui dispensent les soins d'une part, et celles et ceux qui en sont les récipiendaires, d'autre part. Ainsi, les diverses analyses menées à la lumière du *care* aboutissent toutes au même constat:

celui d'une prédominance, dans nos sociétés occidentales, de l'idéal libéral du sujet libre, autonome et responsable de ses actes. L'acteur, est notamment l'acteur économique, a le devoir de se défaire des contraintes qui pèsent sur lui pour pouvoir assumer sa responsabilité et faire ses choix en toute raison et toute liberté.

Le corollaire à ce modèle, comme le relèvent avec beaucoup de finesse Maia Green et Victoria Lawson, est que toute expérience de dépendance est ravalée au rang de défaillance ou de défaut.

«Dans ce contexte, la dépendance devient l'attribut de personnes prises dans des relations verticales particulières avec des personnes plus autonomes qui arbitrent la compréhension de leurs besoins en tant que personnes dépendantes. Comme la dépendance est définie par l'indigence supposée et l'inaptitude (souvent temporaire) à l'autonomie, la personne dépendante est donc, pour la pensée libérale, un individu dont le plein exercice de l'action est limité et à qui manque pour cette raison la capacité nécessaire pour être reconnue comme sujet autonome.»²¹

Autrement dit, le modèle libéral, qui sous-tend l'économie traditionnelle, suppose une hiérarchie sociale clairement ordonnée. Il y aurait, d'un côté et en haut de l'échelle, les sujets sains et autonomes, en pleine possession de leurs moyens, susceptibles d'apporter par leur travail un bénéfice à la communauté. De l'autre côté, en bas de l'échelle, se trouveraient les individus affaiblis, dépendants, incapables d'assumer pleinement leur responsabilité et qui alourdiraient ainsi les coûts sociaux. Dans ce contexte, l'objectif premier des politiques économiques devient de faire sortir de la dépendance toutes celles et ceux qui s'y trouvent en les poussant à devenir acteurs/trices de leur propre prise en charge.

«Le fait de déterminer qui est éligible pour accéder aux ressources de soin en vient à dépendre de nos propres actions; les personnes deviennent éligibles pour recevoir des soins si elles «choisissent» de devenir des individus autonomes et productifs (des chômeurs qui choisissent de se former et de chercher du travail, des malades qui choisissent d'adopter des comportements sains, des prisonniers qui choisissent de se réinsérer). Les personnes deviennent éligibles pour des soins en vertu de leurs choix, lesquels sont considérés comme ce qui les mènent au statut de personnes autonomes et productives.»²²

¹⁷ Folbre 2006 (note 2), 190 c'est moi qui traduis.

¹⁸ Helma Lutz/Ewa Palenga-Möllenbeck, Care Work Migration in Germany. Semi-Compliance and Complicity, in: Social Policy and Society 9, 2010, 419–430 (424). Voir également: Brüscheiler/Wigger 2014 (note 15), 216.

¹⁹ Yves Flückiger/Cyril Pasche, Analyse du secteur clandestin de l'économie domestique à Genève. Rapport final, Genève, Observatoire universitaire de l'emploi, 2004, 24. Disponible on-line à l'adresse: http://www.sans-papiers.ch/fileadmin/redaktion/Geneve/_Sans_papiers_2005-01-25_rapport_Fluekiger_-_economie_domestique.pdf (dernière consultation le 06 juin 2016).

²⁰ Andres Frick, Quantitative Bedeutung der «Sans Papiers» für die externe Hausarbeit in Privathaushalten im Kanton Zürich. Studie im Auftrag der Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich (SPAZ) und des Denknetzes Schweiz, Zürich, KOF Institut/ ETH, 2010, 6, c'est moi qui traduis. Disponible on-line à l'adresse: http://www.sans-papiers.ch/fileadmin/redaktion/Hintergrund/KOF_Studie_2010.pdf (dernière consultation le 06 juin 2016).

²¹ Maia Green, Victoria Lawson, «Recentring Care: Interrogating the Commodification of Care», Social and Cultural Geography 12/6, 2011, 639–654, 642.

²² Green/ Lawson 2011 (note 21), 647, c'est moi qui traduis.

A l'inverse de cette approche, l'économie du *care* souligne non seulement que «les êtres humains sont tantôt dépendants des autres, tantôt responsables pour d'autres»²³, mais aussi que l'autonomie et la responsabilité sont inséparables d'une dépendance et d'une interdépendance fondamentales. L'humain est un être relationnel et de besoins, de sorte qu'«une part importante du temps dévolu au soin [...] sert à répondre aux besoins d'adultes en pleine santé.»²⁴

2.3. Inégalités entre les récipiendaires de soins

Par le biais de ses analyses, l'économie du *care* permet enfin de mettre à jour certaines des disparités existantes dans la façon de répartir les ressources entre les différents récipiendaires de soins. Il apparaît en effet que le système de répartition varie passablement d'une catégorie de la population à l'autre. Ainsi, comme le relèvent Francesca Bettio et Janneke Plantenga, dans un article de 2004 consacré aux différents régimes de soins en Europe, en Angleterre et aux Pays-Bas, les enfants et les personnes âgées sont traités de manière très inégale par les politiques publiques:

*«[Il y a] une différence majeure dans les approches politiques entre les enfants et les personnes âgées. Tandis que la prise en charge des enfants est en très grande partie privatisée, la collectivité intervient de façon beaucoup plus conséquente dans les services aux personnes âgées.»*²⁵

Ces hiérarchies diffèrent bien évidemment d'un pays à l'autre en fonction de la culture et du regard porté sur chacune des populations concernées. Elles peuvent aussi parfois évoluer à l'intérieur d'un même pays au gré des changements de politique et de législation. Ainsi, il peut arriver que certaines catégories de récipiendaires voient progressivement leur accès aux ressources publiques diminuer au profit d'autres, et inversement²⁶.

Œuvrant au-delà des dichotomies traditionnelles du public et du privé, du formel et de l'informel, du marchand et du non marchand, l'économie du *care* se

révèle être un puissant outil de critique sociale. Elle offre les moyens de dénoncer aussi bien des inégalités de genre que de classe, d'origine ou de statut. L'étendue des disfonctionnements sociétaux qu'elle met ainsi à jour ne peut nous laisser indifférent. Elle nous oblige à prendre conscience du besoin qu'à notre société d'une transformation en profondeur de ses structures et de la nécessité qu'il y a à entamer une véritable réflexion de fond sur les moyens d'y parvenir.

3. L'effet boomerang de l'économie du *care*

Si l'économie du *care* présente un avantage socio-politique certain – en permettant de rendre visible et, ce faisant, de revaloriser tous ceux, et surtout toutes celles, qui, par leurs activités de soin, concourent de manière substantielle au bien-être et au bon fonctionnement de notre société, elle présente aussi, à mon avis, certaines limites. Comme nous allons le voir, celles-ci sont étroitement liées aux éléments qui façonnent son potentiel critique. Autrement dit, l'économie du *care* est en permanence susceptible d'être victime de son propre pouvoir, de sorte que ce qui fait sa force et aussi, potentiellement, sa plus grande faiblesse. Ce risque d'effet boomerang est présent à deux niveaux.

3.1. Quand la revalorisation devient réification

Tout d'abord, et comme j'ai eu l'occasion de le développer dans un précédent article²⁷, il convient de relever que le fait de mesurer les activités de *care* à l'aune des critères du marché induit, implicitement du moins, une réduction du soin à sa dimension physique et matérielle. En d'autres termes, l'économie du *care* encourage et participe à une certaine forme de marchandisation et de réification du soin²⁸, contribuant ainsi à sa dénaturation.

Or, comme cela est souvent mis en avant, le soin comporte aussi une dimension personnelle et émotionnelle qui fait sa spécificité.

«Prendre soin est une notion ambiguë qui va de l'effort pratique et pragmatique consistant à fournir un soin physique – effort qui, dans une certaine mesure,

²³ Mascha Madörin, Die andere Hälfte der Wirtschaft. Care Economy. Die Ökonomie des Sorgens und Pflagens, in: Attac (éd.), Actes de la première Université d'été d'Attac suisse «Comprendre pour transformer», 10–12 septembre 2004 à Vernamiège (VD), 2004, 22–23, 23, c'est moi qui traduis. Voir également: Chiara Saraceno, «Care» leisten und «Care» erhalten zwischen Individualisierung und Refamilialisierung, in: Berliner Journal für Soziologie 18, 2008/2, 244–256.

²⁴ Nancy Folbre 2006 (note 2), 186, c'est moi qui traduis.

²⁵ Francesca Bettio, Janneke Plantenga, Comparing Care Regimes in Europe: Feminist Economics, 10/1, 2004, 85–113, 101, c'est moi qui traduis.

²⁶ Gun-Britt Trydegård, Marta Szebehely, Care Services for Older and Disabled Persons in Sweden. A Comparison from the Perspectives of Care Recipients, Families and Care Workers, 2008.

²⁷ Ehrwein Nihan 2013 (note 4).

²⁸ Selon Brüschweiler und Wigger la Suisse n'est pas épargnée par cette marchandisation du soin. «Actuellement se dessine dans l'aide sociale en Suisse une tendance: tandis que l'acteur étatique se tient plutôt sur la réserve en démantelant ses offres, le marché bondit dans les espaces vides et se révèle être un acteur en pleine expansion. Le soin devient ainsi une marchandise qui doit être achetée par le biais d'un échange «argent contre prestation.» (Brüschweiler/Wigger 2014 [note 15], 215, c'est moi qui traduis). Voir également à ce propos l'intéressant article de Simon Biggs et Jason L. Powell (A Foucauldian Analysis of Old Age and the Power of Social Welfare: Journal of Aging & Social Policy 12/2, 2001, 93–112) qui évoquent la marchandisation de l'âge.

peut être indépendant de la relation qui se noue entre le dispensateur et le récipiendaire de soin – jusqu'à la prise en charge profondément émotionnelle où celui/ celle qui dispense le soin est indissociable du soin lui-même»²⁹.

Cette dimension émotionnelle du *care* n'est pas réductible à la rationalité stratégique-instrumentale qui régit les échanges marchands. Certes, le soin s'inscrit, pour une part, dans une logique laborieuse et de marché³⁰. Il ne saurait être question de le nier. Mais il est aussi parfois traversé par la logique asymétrique du don, laquelle échappe à tout calcul et à toute mesure. En d'autres termes, et pour paraphraser les propos de Linda McDowell, certains aspects du *care* résistent à la marchandisation puisque que la relation elle-même n'est pas susceptible d'évaluation monétaire.³¹

Vouloir absolument mesurer le coût de toutes les activités de soin prodiguées dans notre société afin de les revaloriser, et revaloriser ainsi par ce biais celles et ceux qui les réalisent, pourrait, paradoxalement, déprécier la valeur inestimable du don et de la relation qui bien souvent se jouent au sein de ces activités.

3.2. Quand en voulant dépasser les inégalités, on les renforce

A cela s'ajoute un autre risque: celui du renforcement de certaines des inégalités que l'économie du *care* s'efforce pourtant de dénoncer. Le fait de mesurer les activités de soin à l'aune des critères du marché implique une reproduction de l'anthropologie libérale qui sous-tend la logique marchande, laquelle se répercute sur notre perception des acteurs du *care*.

En calculant la valeur économique des activités de soins, l'économie du *care* en vient naturellement à considérer ces activités comme un coût et à envisager

par-là même les récipiendaires de soin comme une charge pour la société³². Ces derniers tendent alors à être perçus comme des êtres imparfaits, auxquels manquent tout ou partie de cet élément central à tout acteur économique qu'est l'autonomie. Comparés aux travailleurs actifs et économiquement rentables, les récipiendaires de soins apparaissent comme des êtres incomplets, inférieurs, voire dénaturés.

Ainsi, comme le relèvent Maia Green et Victoria Lawson, la hiérarchisation des êtres humains en fonction de leur capacité ne reste pas confinée aux approches libérales traditionnelles de l'économie. Cette vision de l'humain transparaît également en partie derrière les théories du *care*.

«Dans les différents éléments de la recherche portant sur le care, la plupart des concepts du care sont implicitement fondés sur une théorie spécifique de la relationalité [relationality] pour laquelle la norme de l'individu autonome est centrale.»³³

Or, comme je l'ai déjà dit plus haut, cette conception de l'humain ne peut que conduire à une forme de dépréciation de la personne qui requiert des soins.

Il apparaît ainsi que l'évaluation et la valorisation du travail de soin par le biais des critères du marché, dans le but de dénoncer les inégalités existantes, peut, paradoxalement, contribuer à un renforcement de ces mêmes inégalités.

3.3. Faut-il renoncer à l'économie du care?

L'économie du *care* offre sans aucun doute un point d'ancrage essentiel pour analyser les rapports économiques et la société dans son ensemble. Elle permet de mettre en évidence certaines des limites majeures de l'approche libérale de l'économie en soulignant notamment l'injustice des structures sociales qu'elle induit. L'économie du *care* dessine ainsi les prémisses d'une critique constructive des inégalités socio-économiques existantes.

Toutefois, cette dernière porte également en elle certaines faiblesses. Utilisant pour une part les mêmes

²⁹ Shahra Razavi, *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options: Gender and Development Programme Paper Number 3*, United Nations Research Institute for Social Development, June 2007, 8. Voir également: Brückner 2004 (note 8), 9.

³⁰ Sur le caractère laborieux du *care*, voir en particulier Pascale Molinier, *Le care à l'épreuve du travail*: Patricia Paperman, Sandra Laugier (éds), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2011, 339–355.

³¹ Linda McDowell, *Father and Ford Revisited: Gender, Class and Employment Change in the New Millennium*: *Transactions of the Institute of British Geographers* 26/4, 2001, 448–464, 460, cité par Judy Fudge, *Feminist Reflections on the Scope of Labour Law: Domestic Work, Social Reproduction, and Jurisdiction*: *Fem Leg Stud* 22, 2014, 1–23, 5. Voir également: Shahra Razavi, *The Return to Social Policy and the Persistent Neglect of Unpaid Care: Development and Change* 38/3, 2007, 377–400, 383. Dans une perspective un peu différente mais néanmoins intéressante, Luca Pattoni aborde la question des enjeux liés à l'institutionnalisation des soins dans son article *Le care est-il institutionnalisable?* (in: Paperman/ Laugier [éds] 2011 [note 30]).

³² Il est vrai que pour l'économie du *care*, nous sommes de fait tous et toutes dans cette situation, car nous avons tous besoin jour après jour ne serait-ce que de nous nourrir, de nous laver et d'entretenir des relations sociales. Il n'en demeure pas moins que certaines personnes exigent une plus grande attention (les enfants, les personnes âgées, les malades, les personnes en situation de handicap, etc.) et représentent, en termes de «coûts sociaux», une charge plus importante que les autres.

³³ Green/Lawson 2011 (note 21), 642, c'est moi qui traduis. Ceci est très bien mis en évidence par exemple dans l'article de Luca Pattoni où la tâche du travailleur social est présentée comme «l'institution d'un individu autonome» (voir Pattoni 2011 [note 30], 222–223).

outils que ceux de l'économie traditionnelle, elle se voit menacée de sombrer dans les mêmes travers. Sa réappropriation conceptuelle des théories économiques libérales risque de lui faire oublier les aspects incommensurables des activités de soin et de l'amener à admettre une certaine forme de hiérarchisation entre les êtres humains.

Ceci ne remet nullement en cause la force et la pertinence de l'économie du *care*. Mais il s'agit de re-

connaître à mon sens que sa puissance analytique et son potentiel critique dépendent aussi de son aptitude à prendre en compte et à intégrer de manière méthodique une réflexion sur ses propres limites et ambivalences. Pour être pleinement pertinente, l'économie du *care* se doit d'articuler la diversité des lieux et des rationalités qui la traverse. En d'autres termes, sa force et son succès dépendent de sa capacité assumer les tensions qui l'habitent et à appliquer à celles-ci son puissant pouvoir critique. ■

Stellenausschreibung - Poste à pourvoir



Professor or Assistant Professor (Tenure Track) of Observational Galactic Astrophysics

The Department of Physics (www.phys.ethz.ch) at ETH Zurich invites applications for this position.

Applicants should have already demonstrated leadership of research programs on major international observing facilities and must present a compelling vision for the future scientific exploitation of facilities such as ALMA, JWST and the E-ELT. We are particularly interested in the general research field of star and planet formation, but candidates in other related areas of Galactic astrophysics are also encouraged to apply. The primary consideration in the appointment will be demonstrated excellence of achievements and outstanding scientific potential for the future. Switzerland is a full member of both ESO and ESA and has access to all of their facilities. The professorship will be provided with sufficient resources in order to establish a significant research group. The new professor will be expected to teach undergraduate level courses in e.g. introductory physics (in either German or English) as well as graduate level courses in astrophysics (in English).

Depending on the experience, the position will be filled at assistant professor (tenure track) or full professor level. Assistant professorships have been established to promote the careers of younger scientists. ETH Zurich implements a tenure track system equivalent to other international top universities.

Please apply online at www.facultyaffairs.ethz.ch

Applications should include a curriculum vitae, a list of publications, a statement of future research and teaching interests, and three of your most important achievements. The letter of application should be addressed to the **President of ETH Zurich, Prof. Dr. Lino Guzzella. The closing date for applications is 31 October 2016.** ETH Zurich is an equal opportunity and family friendly employer and is further responsive to the needs of dual career couples. Women are specifically encouraged to apply.

Development and implementation of nursing science at Swiss Universities (University of Basel, University of Lausanne)

Sabina De Geest*, Anne-Sylvie Ramelet**, Katharina Fierz*, Michael Simon*,
Dunja Nicca*, Manuela Eicher**, Maria Katapodi*

1. Why academic Nursing?

Like other Western countries, the Swiss health care system is confronted with challenges related to demographic and societal changes. These include an aging population, increasing prevalence of individuals living with one or more chronic conditions, shortages of healthcare providers and increasing healthcare costs (Biller-Andorno, 2015). Importantly, scientific discoveries are providing new avenues for treatment (e.g. personalized medicine, nanotechnology) (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2012; http://ec.europa.eu/research/industrial_technologies/nmp-nanomedicine_en.html, accessed 2016 July 11). In parallel there are increasing numbers of community dwelling persons living with multiple comorbidities who are becoming increasingly dependent on nursing care (OECD/European Commission, 2013) and this is also reflected in increasing intensity of nursing care in hospitals, long term care institutions and home health care settings (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010). Transitions between healthcare settings remain a major challenge as they increase the risk for poor clinical outcomes (e.g. medication errors, unplanned re-hospitalizations, caregiver burden) and increased

** University of Lausanne and Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Institut universitaire de formation et de recherche en soins - IUFRS, Biopôle 2, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne.

E-mail: anne-sylvie.ramelet@chuv.ch, manuela.eicher@unil.ch



Anne-Sylvie Ramelet, PhD, RN, is Professor of Nursing Science and Director of the Institute of Higher Education and Research in Healthcare of the Faculty of Biology and Medicine at the University of Lausanne, Switzerland. Being the Paediatric Nursing Research Consultant at the CHUV her research programme focusses on pain in non-verbal children in intensive care, and family support in paediatric and neonatal critical care as well as in general paediatrics, including chronically ill children.



Manuela Eicher, PhD, RN, is an Associate Professor at the Institute of Higher Education and Research in Healthcare of the Faculty of Biology and Medicine at the University of Lausanne, Switzerland. Her research and teaching focus on self-management of symptoms in cancer and chronic conditions and the development and implementation of new models of care including advanced practice nursing roles.

* University of Basel, Institute of Nursing Science (INS), Bernoullistrasse 28, 4056 Basel.

E-mail: sabina.degeest@unibas.ch, katharina.fierz@unibas.ch,
michael.simon@unibas.ch, dunja.nicca@unibas.ch,
maria.katapodi@unibas.ch



Sabina De Geest, PhD, RN, FAAN, FRCN, FEANS, is a Professor of Nursing and Director of the Institute of Nursing Science and Chair of the Department of Public Health of the Faculty of Medicine at the University of Basel (Switzerland). Sabina De Geest leads the Leuven Basel Adherence Research Group, an international, interdisciplinary research group focusing on behavioural and psychosocial issues in chronically ill patient populations (e.g., solid organ & stem cell transplantation), with the ultimate goal of improving behavioural and clinical outcomes.



Katharina Fierz, PhD, RN, is scientific collaborator and PostDoc at the Institute of Nursing Science, Department of Public Health of the Faculty of Medicine at the University of Basel (Switzerland). Katharina Fierz is head and coordinator of the Master's program Nursing Science, student counselor and manager of a project embedding online learning into the Master's program. Her research involvement focuses on new models of primary care.



Michael Simon, PhD, RN, is tenure-track assistant professor at the Institute of Nursing Science of the Department of Public Health of the Faculty of Medicine at the University of Basel (Switzerland), head of the nursing research unit of the Inselspital Bern University Hospital and the patient safety and quality of care research group (PSQ) at the INS. The PSQ group investigates the link between the organisation of care including the work environment of nurses and patient and nurse outcomes in hospitals and nursing homes.



Dunja Nicca, PhD, RN, is an assistant professor at the Institute of Nursing Science of the Department of Public Health of the Faculty of Medicine at the University of Basel (Switzerland). Her clinical expertise is in the care for people living with HIV and Hepatitis. Her research program focuses on individual and system readiness for prevention and treatment of infectious diseases.



Maria C. Katapodi, PhD, RN, FAAN, is a Professor of Nursing at the Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Basel, Switzerland, and an Adjunct Associate Professor, at the University of Michigan School of Nursing, USA. Maria C. Katapodi leads the Swiss Cancer Cascade Screening Consortium, a multidisciplinary team that focuses on reducing cancer morbidity and mortality by translating scientific breakthroughs in cancer genetics/genomics to family-based, clinical, and public health interventions in the three linguistic regions of Switzerland.

health care costs (Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds, & Hirschman, 2011). Notably, the current construction of the acute care oriented health system has not been effective in responding to these challenges so far. Thus, the recent health policy strategy from the Federal Office of Public Health “Gesundheit 2020” and the Swiss Conference of Health Directors (GDK) have called for innovative approaches to tackle these challenges. They call for a strengthened Swiss health-care system via investments as for instance: development, implementation, and testing of new models in primary care; health promotion; patient safety and quality; empowering patients; and a healthcare workforce with more and better qualified professionals (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013; Künzi et al., 2013; Swiss Conference of Health Directors and Federal Office of Public Health, 2012).

In Switzerland, nurses comprise the largest group of healthcare professionals and provide care in hospitals, long-term care institutions, home care and other settings. Presently, nurses educated at the tertiary level remain a small group in Switzerland (OBSAN 2011) yet academically-prepared nurses are increasingly becoming key members of interdisciplinary teams driving health care innovation at all levels of the healthcare system in close collaboration with other disciplines. They contribute to innovative approaches to clinical care, nursing education, policy and healthcare management by drawing upon diverse resources across clinical, translational, and health systems research.

Nursing science contributes to the development of novel solutions by providing the critical evidence supporting care. For instance, nursing science demonstrated that lower staffing levels are associated with higher mortality in surgical patients across Europe (Aiken et al., 2014). Further, longer shift length is associated with lower patient safety in hospital settings (Griffiths et al., 2014), and poorer working environment is associated with lower perceived quality of care in nursing homes (Zuniga et al., 2015) pointing to nursing being a relevant factor to consider in patients’ safety and quality efforts. Moreover, evidence shows that interdisciplinary care models including an Advanced Practice Nurse (APN) result in improved health care outcomes and health care utilization outcomes (e.g. reduced mortality, hospitalization, length of stay) (Morilla-Herrera et al., 2016). APNs are nurses working in front-line clinical care with expanded clinical competencies who can take responsibility for a broader scope of practice. In addition to their clinical competencies they also have acquired scientific and system-change competencies during their Master’s education. APNs drive

new models of care in different clinical settings and are thus crucial for innovation in clinical practice settings (De Geest, 2015).

2. History of academic nursing at

Swiss universities

In contrast to North-America, Australia and other European countries, Switzerland is a relative newcomer in establishing nursing science as an academic discipline within the university landscape. In 2000, nursing science was first established as an independent academic discipline in Switzerland with the launch of the Institute of Nursing Science (INS) in the Faculty of Medicine of the University of Basel. In 2007, the Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS) was founded within the Faculty of Biology and Medicine at the University of Lausanne. The last 15 years have thus been characterized by capacity increase in nursing science in Switzerland not only in university settings, yet also by the start of several nursing science programs within the Swiss Universities of Applied Sciences (UAS), as well as the establishment of nursing science units within University Hospitals (e.g. USB, Insel, USZ, CHUV).

The initiation of the two university-based nursing science institutes (INS-Basel, IUFRS-Lausanne) resulted from visionary preparation and planning of the respective faculties of medicine at UNIBAS and UNIL as well as their affiliated university hospitals. Several key nursing organizations were instrumental in supporting this development through lobbying and policy work.

In Basel, the Foundation of the Swiss association of Nursing Science (launched in 1995) and the Swiss Nurses Association were the driving forces in the launch of the INS as part of the Department of Public Health of UNIBAS’ Faculty of Medicine. The INS is linked via Academic Service Partnerships (ASP) to the University Hospital of Basel, the University Hospital Insel in Bern, and the Association of Nursing Homes in Basel. ASPs enable and support strong structural links between universities and health services aiming to achieve higher levels of innovation by integrating research, education and services (De Geest et al., 2013).

The IUFRS was created in 2007 through a consortium of six institutions: UNIL, University of Geneva, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Swiss Nursing Association (ASI-SBK) and La Source Foundation, with an academic anchor at UNIL and CHUV administrative infrastructures.

Admittedly nursing science was not new to Switzerland before 2000, as nurse scientists who had obtained PhD degrees from the United Kingdom or the United States had already conducted nursing research studies in the 1990s (Glaus, 1993; Kappeli, 1995; Kesselring, Dodd, Lindsey, & Strauss, 1986; Kesselring et al., 2001). Importantly, nursing science in Switzerland has had a strong clinical focus from the start, contrasting with developments in Germany where the focus of nursing science was primarily on management and education, and rather disconnected from clinical care. Nursing science institutes at Swiss universities developed a clear strategy focusing research and education activities on the core of nursing, i.e., frontline clinical care. This strategy was and is essential for nursing science being making a relevant contribution to Swiss health care by educating nurses for expanded clinical roles (e.g. ANP), by generating knowledge that fuels innovation in clinical practice environment, or by providing evidence and leadership in healthcare policy.

The research portfolio of both university nursing science institutes generates relevant findings that can guide clinical care health policy in Switzerland, while also being internationally competitive in focus and productivity (<https://nursing.unibas.ch/nc/forschung/projekte/>; <http://www.unil.ch/index.html>, accessed 2016 July 11).

In June 2016, a total of nine professors in nursing science are appointed at Swiss universities. Seven of these professors are female. At the University of Basel there are two full professors, one tenure-track assistant professor, and two non-tenure track assistant professors (<https://nursing.unibas.ch/institut/mitarbeitende/>, accessed 2016 July 11). At the University of Lausanne there are one full professorship, one associate professorship and one assistant professorship with tenure track (www.unil.ch/sciences-infirmieres). Importantly, some of these professors have joint appointments with the University Hospital Insel Bern, the University Hospital of Basel, and CHUV, while one assistant professor in Basel has a direct link with the Swiss nursing homes. These joint appointments are part of the 'Academic Service Partnerships' mentioned before (De Geest et al., 2013).

3. Bachelor's and Master's education in Nursing Science

Both UNIBAS and UNIL currently offer only graduate education (Master of Science (MSc) in Nursing and PhD in Nursing Science) (INS - Universität Basel Institut für Pflegewissenschaft Masterstudium Pflegewissenschaft, 2016; IUFRS – Université de Lausanne Institut universitaire de formation et de recherche en

soins, 2016). Undergraduate nursing education leading to a Bachelor of Science (180 ECTS) is offered since 2004 at the University of Applied Sciences of Western Switzerland (HES-SO) (in French and German) and since 2006 in the German-speaking part of Switzerland (BFH, 2016; FHSG, 2016; ZHAW, 2016). From 2000 till 2014 the INS at UNIBAS offered an abbreviated Bachelor's in Nursing Science (60 ETCS) program as a bridge for nurses with a basic nursing degree into the Master's program. This program is no longer offered since 2013 given the well-established Bachelor's education at the University of Applied Sciences.

Master's programs in Nursing Science curricula prepare graduates for Advanced Practice Nursing roles. The capacity for Master's in Nursing Science education has significantly increased in the past 10 years in Switzerland. Master's in Nursing Science curricula are offered at Swiss Universities since 2000 at UNIBAS (INS, 2016) and since 2009 at UNIL (IUFRS, 2016). While both universities' Master's programs are clinically oriented and have a significant part of their curriculum being dedicated to scientific and clinical training, they vary in some aspects in view of the structural embedment and other organizational characteristics linked to the inherent differences in development in nursing science between German speaking Switzerland and Romandie. More specifically, the Master's program at UNIBAS is solely positioned at the university. Master's students at UNIBAS program will acquire 120–180 ECTS (depending on the competencies they bring from their respective Bachelor's program). The Master's program at UNIL is offered in collaboration with UAS and students will acquire 90 ECTS as part of their Master's education. The finality of both Master's programs is Advanced Nursing Practice, however, since the curriculum reform in 2014 at INS, also a research track is offered to prepare nurses for a research career. Students in both university Master's programs have the benefit of being part of Faculties of Medicine and profit from access to advanced clinical training, partly inter-professional, as well as access to recognized international interdisciplinary research environments during their studies.

In addition to the UNIBAS Master's degree in Nursing and the UNIL – HES-SO Master's degree in Nursing, the three partnering Universities of Applied Sciences (BFH; FHS St. Gallen; ZHAW) are offering a joint MSc program in Nursing Science (90 ECTS) in German-speaking Switzerland since 2010. A Master's in Nursing Science curriculum is offered also by a private University of Applied Sciences (Careum) in Zurich (90 ETCS) since 2009 (Kalaidos Fachhochschule Schweiz, 2016).

3.1. Master's in Nursing Science at UNIBAS

The Master's program in Nursing Science at the University of Basel started in 2000 and was the first curriculum in the German speaking world offering Advanced Nursing Practice education. The INS curriculum, accredited in 2009, has been the blueprint for other Advanced Nursing Practice curricula in Switzerland and beyond since. The curriculum builds on the ANP competencies as described by (Hamric, 2014) WHO competencies for health care workers of the 21st century (World Health Organization, 2005) as well as on the international guidelines for ANP education (Institute of Medicine, 2010).

Courses offered reflect new developments in health care delivery (e.g. E-health, genomics in nursing, big data). Blended learning is increasingly used as a teaching method. Moreover, the INS strives toward inter-professional education in line with national and international priorities for higher education for health professionals. Master's students have the opportunity to do research internships in established research projects and experience academic research activities on-site. For their Master's thesis, students are embedded in research teams at INS or in Academic Service Partner institutions, providing a strong scientific support system. Furthermore, based on a survey across INS alumnae/i expressing a strong need for further clinical training and ANP role support after graduation, two important innovations as part of the curriculum reform were launched. More specifically, clinical education was increased to 150 hrs of mentored on-site clinical training in the student's own field of clinical expertise. In order to support students in their future role as Advanced Practice Nurses in inter-professional healthcare teams, a module facilitating the systematic on-site development of a future ANP role in collaboration with key stakeholders was created and very successfully implemented for the first time in the academic year 2015–2016.

The entry criteria for the Master's in Nursing Science study program at UNIBAS are a basic nursing degree (Bachelor's or higher education) and fulfilling educational requirements by the university (i.e., a Matura or a Bachelor's degree or equivalent). Students need to have 2 years of clinical experience after achieving professional qualifications, as training for Advanced Practice Nursing requires a solid clinical basis. Good English proficiency is also favored. Access to the Master's program is limited to a maximum of 30 study beginners each year (numerus clausus). Students who enter the Master's program with a Bachelor's degree in nursing science will need to acquire less ETCS compared students who enter with a basic nursing degree in combination with Matura. The number of

ETCS that are exempted depends from the content of the student's Bachelor's degree program.

Currently 78 Master's students in Nursing Science are registered at UNIBAS. These students are predominantly female (88%) and have a mean age of 34 years old (range 26–54). The majority (73%) of them work part-time, in diverse care settings. Master's in nursing science students at UNIBAS come from different parts of Switzerland (e.g., 21% canton of Zürich, 30% Berne, 20% Basel, 10% Lucerne/Solothurn/Aargau) (internal administrative data). Every year, also students from Germany, mainly Freiburg i.B., join the program (14%). 45% of students follow the full-time study program, the remaining 55% pursue a part-time model, which can be adapted according to personal preferences, working obligations and family planning.

A total of 186 nurses graduated successfully from the Master's in Nursing Science program at UNIBAS until now. According to an internal evaluation in 2015, more than 50% of INS graduates work as Advanced Practice Nurses or in similar clinical roles; and work in different settings, such as for instance, in university and other hospitals (60%), long-term institutions and homecare (15%), and/or as educators and researchers in universities and universities of applied sciences (25%). Forty percent of all master's theses of the Master's students who graduated at UNIBAS have been published in the scientific literature. Another submission of the paper is pending for another 26% of the graduates.

3.2. Master's in Nursing Science at UNIL

The Master of Science in Nursing Science (MSc SI UNIL and HES-SO) was introduced in 2009 at the Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS). This programme is also based on ANP model has been accredited in 2012. Graduates attain competencies enabling them working as a clinical nurse specialist – which is one of the established APN roles.

The Master's in Nursing Science curriculum comprises 90 ETCS accumulated over 4 semesters full time (<https://www.unil.ch/enseignement/en/home/menuintst/masters/sciences-infirmieres.html>, accessed 2016 July 11). There is no 'numerus clausus' for the Master's in nursing science program at UNIL. Entry criteria include having attained a Bachelor's in Nursing Science (or equivalent) and at least two years of full-time clinical experience as a registered nurse and English proficiency.

The majority of the Master's students work part-time and mainly come from French-speaking cantons as well as from Ticino. To date, 90 students have successfully completed the program. Following obtaining their Master of Science in Nursing (MSc) degree, 43.4% of graduates work in clinical practice and 45.7% in Universities of Applied Sciences (UAS).

3.3. Continuing education towards Nurse Practitioners education at UNIBAS & UNIL

In response to the need for continued advanced clinical education as reported by INS Master's alumni working in clinical practice as ANPs, the postgraduate program Diploma of Advanced Studies ANP-plus (ANPplus) was developed. This successful program, which started in 2012 at INS (<https://nursing.unibas.ch/weiterbildung/fort-weiterbildung-am-ins/das-anp-plus/>, accessed 2016 July 11) prepares nurses for a nurse practitioner role (i.e. specific type of ANP role to take expanded responsibilities (scope of practice) in primary care, in care for chronically ill & the elderly). Further initiatives towards nurse practitioner education are underway in Switzerland. Currently, discussions are underway involving UNIL, HES-SO, and the University of Geneva to develop an inter-institutional collaboration fostering inter-professional health education at the Masters' level for nursing and allied health professions.

4. Doctoral Education in Nursing Science

The first Swiss PhD in Nursing Science program was initiated in 2004 at UNIBAS. Four years later, in 2008, UNIL also initiated a PhD in Nursing Science program. Both Master's degree of UNIBAS and UNIL provide the entry level for PhD education in nursing science. Also Master's in Nursing Science graduates from the UAS can enter in the PhD in Nursing Science programs at UNIBAS and UNIL yet specific rules apply at UNIBAS (see below).

Currently, 16 students have successfully completed their PhD in Nursing Science studies at INS-UNIBAS, and 12 additional candidates are currently registered in Nursing PhD programs. Eight students have successfully completed their PhD in Nursing Science at IUFRS-UNIL. An additional 12 candidates are currently pursuing their PhD studies. The total number of enrolled PhD Nursing students at UNIBAS and UNIL combined is expected to grow to 30 by 2020.

PhD graduates from UNIBAS and UNIL work in research-oriented roles (either as postdocs or university assistant professor positions), teach in UAS or nursing schools, work clinically in APN roles, or assume positions in health policy. The demand for PhD-prepared nurses remains high in light of the

need for teaching and research roles at UAS and the need for leadership roles in to drive innovation in different domains of the Swiss healthcare system.

4.1. PhD in nursing science at UNIBAS

The Faculty of Medicine at the University of Basel has different 'Promotionsfächer', one being Nursing Science. Successful PhD students obtain the degree of "Dr. sc. med. Pflegewissenschaft". The PhD in Nursing Science at UNIBAS is embedded in an interdisciplinary platform for PhD education for health sciences within the Faculty of Medicine at UNIBAS, i.e., the PhD Program Health Sciences (PPHS) (<https://pphs.unibas.ch/>, accessed 2016 July 11).

The PhD Nursing Science program at UNIBAS consists of the development, realization, and evaluation of a scientific project and participation in course work for a total of at least 12 ECTS and 18 ETCS when also registering for PPHS. The number of ETCS can be higher depending on former training. More specifically, the entry of Master's degree graduates of the UAS in the UNIBAS PhD program has been outlined in a document specifying the pathway for admission to the PhD given the discrepancies in scientific preparation between Master's students of UAS and UNIBAS. UAS students when accepted in the UNIBAS PhD program in nursing science will have to acquire 24 additional ECTS during their PhD education. Professors of UAS can be part of doctoral committees at UNIBAS.

It is expected that a PhD student successfully completes his or her PhD within three years, with part-time options extending the total time frame from four to five years maximally are possible. PhD research topics should be strongly aligned with the research portfolio of the INS (i.e., self-management in chronic illness, patient safety and quality, new care models, and genomics in nursing), in order to guarantee close collaboration and mentoring during supervision and expertise in the evaluation of the dissertation. PhD students at the INS can profit from a robust research infrastructure and can also benefit from the research infrastructure of the faculty of medicine (e.g. clinical trial unit) as well as from the many formal and informal academic collaborations the INS has developed with leading foreign universities (<https://nursing.unibas.ch/institut/institut-fuer-pflegewissenschaft/jahresberichte/>, accessed 2016 July 11).

4.2. PhD in Nursing Science at UNIL

The PhD Program in Nursing Sciences (PhD) at UNIL is anchored at the Doctoral School of the Faculty of Biology and Medicine along with the Medical Doctoral Degree (MD-PhD), the Interdisciplinary Life Sci-

ences PhD and the Neurosciences PhD. The Faculty of Biology and Medicine grants the degree “PhD in Nursing Science” after successfully completing the program. It includes the development, realization and evaluation of a scientific project and 30 ECTS with some exceptions made for prior research training and experience. Students are expected to complete their study within three years. In some cases, this may be extended to 5 years based on part-time studies. The UNIL-IUFRS has a strong ongoing collaboration with the HES-SO that contribute to the research capacity building of the UAS. UAS faculty can serve as members of PhD committees.

Further, PhD nursing students benefit from established collaborations with other UNIL Institutes, such as the Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP). Collaboration with other UNIL Faculties and departments (e.g. Faculty of Social Science and Policies) provide enriching experiences for PhD students. This is accompanied by numerous links with clinical departments within the university hospitals (CHUV, HUG). The IUFRS benefits from invited professors and international scientific collaborators from the United States, Canada, Australia, United Kingdom, Germany, Austria, Sweden and the Netherlands. The active participation in the Swiss Cochrane Group as well as the Joanna Briggs Institute positions the IUFRS for translating research into practice. IUFRS is establishing a formal research infrastructure for nursing science via academic service partnerships with Cantonal University Hospitals in Lausanne (CHUV). These partnerships provide access for clinical and multisite research.

4.3. SPINE: A nursing specific educational infrastructure for nursing science PhD students in Switzerland

Different educational platforms for PhD education have been developed in Switzerland at the national or local level (e.g. Swiss School of Public Health; PhD Educational Platform Health Sciences (PPHS-UNIBAS), and the Doctoral School of the Faculty of Biology and Medicine (UNIL)). However, no educational platform existed that specifically targets PhD in Nursing Science education at a national level in Switzerland. Thus, the Swiss PhD Platform in Nursing Science Education (SPINE) was designed as an educational platform aiming to specifically enhance doctoral-level nursing education in Switzerland. SPINE was officially established in 2014 (start 2015) with funding from SUK and as a joint venture between UNIBAS and UNIL. SPINE fosters doctoral nursing education in line with European and international standards (Heinimann, 2013; Henly et al., 2015; League of European Research Universities (LERU),

2010, 2014; European Commission, 2011). SPINE, in line with the aim of SUK, provides structured supervision and training of PhD in Nursing doctoral students which contributes to scientific socialization (e.g. courses, networking). It leverages existing research and educational infrastructures to provide opportunities to PhD nursing students that enhance their scientific and leadership efficiencies. Envisioned outcomes are first, to enhance the scientific rigor of PhD nursing education in Switzerland and subsequently, to grow the available pool of highly skilled nurses able to improve research capacities, teaching and training, and provide leadership to address current and emerging national healthcare issues.

SPINE consists of 4 instruments, i.e., a) summer courses, b) doctoral student research day, c) doctoral student courses, and d) supervision. It offers thematic training through intense summer courses focusing on topics relevant to cutting-edge nursing and allied healthcare research, such as “Developing Behavioural Interventions for Older Adults”, “Big Data for Better Patient Safety” and “Genomics and Science of Symptom Management.” The summer schools foster intellectual exchange, collaboration, and networking with the inclusion of faculty and doctoral nursing students from other countries who are interested in the program offerings.

In the fall 2015 SPINE invited doctoral nursing students to organize the 1st Annual SPINE Doctoral Student Research Day, titled: “Building Bridges in Nursing Science; exchanging research - enhancing knowledge.” The aim of the doctoral student research day is to encourage and mentor doctoral students to present their research projects, develop communication skills, and benefit from peer reviews and senior researchers’ feedback, which help deepen the academic rigor of doctoral nursing education and provide essential skills in forging a research career.

Doctoral nursing students affiliated with SPINE can also benefit from doctoral level courses. Specific course offerings perceived as highly relevant and needed for the majority of PhD in nursing science students of UNIL and UNIBAS are under development. A survey has been performed among PhD students to inquire what would be most relevant content. Overlap with course offerings of other PhD programs or platforms is avoided (i.e. PPHS, SSPH+). Examples of topics under consideration are mixed methods and implementation science. Courses are offered in an online or blended learning teaching format allowing students, independent of geographic location, to take part in the course. In order to support PhD students for a successful and productive own research pro-

gram, one day courses focusing on specific competencies or transferable skills are also part of SPINE. For instance, in the coming year these one-day courses will focus on research administration including budgeting, developing research infrastructures at the level of a research team and at an institutional level.

Qualified supervision of doctoral students is an essential component of a successful PhD program. Standards, metrics, and quality indicators are needed in view of academic requirement for supervisors, responsibilities, supervisor-student relationship and the need for a co-supervisor. Investment in quality and quantity of doctoral supervision is therefore an integral part of SPINE. SPINE created a "Supervisors Committee", consisting of a network of doctoral supervisors, which elaborates quality standards for PhD supervision and addresses regularly-occurring issues that emerge during doctoral education, promotes exchange of good practice, and gives opportunities for additional training. Network members meet regularly and exchange on experiences.

SPINE is a unique inter-university collaboration to develop capacity in nursing science. Students not only profit from the instruments offered by SPINE but also have access to all senior nursing science

experts in Switzerland. Through the international linkages of the SPINE program the Swiss doctoral nursing students are also exposed and are able to profit from input of international leading nursing science experts. Swiss doctoral nursing students are part of a common culture created through SPINE and collaborate on several initiatives. Students' feedback so far indicated they particularly appreciate the opportunity for networking and the quality of teaching from the faculty.

Conclusion

While nursing science is a relatively new discipline, the past 15 years have been characterized with major capacity building for Master's and PhD education in nursing science. Nursing science at Swiss universities has a strong clinical focus. There are two university institutes, i.e. the Institute of Nursing Science (INS) in the Faculty of Medicine of the University of Basel and the Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS) at the University of Lausanne. Both institutes work in close collaboration especially in view of PhD in Nursing education through the Swiss PhD Platform in Nursing Science Education (SPINE). Nursing science at Swiss universities aims at creating innovation for Swiss health care through its educational and research programs. ■

References

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . consortium, R. C. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–1830. doi:10.1016/S0140–6736(13)62631–8.
- Bayer-Oglesby, L., & Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Bericht 47)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BFH. (2016). Retrieved from <https://www.gesundheit.bfh.ch/de/bachelor/pflege.html> (2016, July 11).
- Billier-Andorno N, Z. T. (2015). Individual Responsibility and Community Solidarity--The Swiss Health Care System. *N Engl J Med*, 373(23), 2193–2197. doi:10.1056/NEJMp1508256.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013). *Gesundheit 2020 - Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de> (2016, July 11).
- De Geest, S., Dobbels, F., Schonfeld, S., Duerinckx, N., Sveinbjarnardottir, E. K., & Denhaerynck, K. (2013). Academic Service Partnerships: what do we learn from around the globe? A systematic literature review. *Nurs Outlook*, 61(6), 447–457. doi:10.1016/j.outlook.2013.02.001.
- De Geest S, H. M., Mauthner O, Fierz K. (2015). *Infirmières de pratique avancée: une innovation qui pourrait bouleverser le système de santé français ? (Advanced Practice Nurses – A disruptive innovation also for the health care system in France)*. *Recherche Infirmiers*, 193–195 doi:DOI: 10.1016/j.refri.2015.10.006.
- European Commission (2011). *Principles for Innovative Doctoral Training*. Retrieved from <http://ec.europa.eu> (2016, July 11). (<http://www.crus.ch/information-programme/doing-research-in-switzerland/doctorate.html?L=2> (2016, July 11)).
- FHSG. (2016). Retrieved from <https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/de/fhs-gesundheit> (2016, July 11).
- Genevay, M., Benusiglio, P. R., Hutter, P., & Chappuis, P. O. (2011). [Lynch syndrome: when pathologist and clinician have the opportunity to reduce the risk of developing cancer]. *Rev Med Suisse*, 7(303), 1502–1506.
- Glaus, A. (1993). Assessment of fatigue in cancer and non-cancer patients and in healthy individuals. *Support Care Cancer*, 1(6), 305–315.
- Griffiths, P., Dall'Orta, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., . . . Aiken, L. H. (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*, 52(11), 975–981. doi:10.1097/mlr.0000000000000233.

- Hamric A.B., Hanson C. M., Tracy M.F., O'Grady E.T. (2014). *Advanced Practice Nursing - an integrative approach* (Saunders Ed. 5 ed.).
- Heinimann, K. (2013). Toward a Molecular Classification of Colorectal Cancer: The Role of Microsatellite Instability Status. *Frontiers in Oncology*, 3, 272. doi:10.3389/fonc.2013.00272.
- Henly, S. J., McCarthy, D. O., Wyman, J. F., Stone, P. W., Redeker, N. S., McCarthy, A. M., . . . Conley, Y. P. (2015). Integrating emerging areas of nursing science into PhD programs. *Nurs Outlook*, 63(4), 408–416. doi:10.1016/j.outlook.2015.04.010.
- INS. (2016). Retrieved from <https://nursing.unibas.ch/home/>
- INS-Universität Basel Institut für Pflegewissenschaft Masterstudium Pflegewissenschaft. (2016). Retrieved from <https://nursing.unibas.ch/studium/studium-informationen/>
- Institute of Medicine (IOM). (2010). *A summary of the February 2010 forum on the future of nursing: Education*. . Washington, DC: The National Academies Press.
- IUFERS. (2016). Retrieved from <https://www.unil.ch/sciences-infirmieres/fr/home/menuintst/iufers.html>
- IUFERS-Universität de Lausanne Institut universitaire de formation et de recherche en soins. (2016). Retrieved from <http://www.unil.ch/enseignement/home/menuintst/masters/sciences-infirmieres.html>
- Kalaidos Fachhochschule Schweiz, Master of Science in Nursing (2016). Retrieved from <http://www.kalaidos-fh.ch/Departement-Gesundheit?gclid=CKnpzpDju80CFUjmGwodKF8GkQ>
- Kappeli, S. (1995). [Nursing diagnosis in acute care. An exploratory study at the Zurich University Hospital]. *Pflege*, 8(2), 113–120.
- Kesselring, A., Dodd, M. J., Lindsey, A. M., & Strauss, A. L. (1986). Attitude of patients living in Switzerland about cancer and its treatment. *Cancer Nurs*, 9(2), 77–85.
- Kesselring, A., Krulik, T., Bichsel, M., Minder, C., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2001). Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *Eur J Public Health*, 11(3), 267–273.
- Künzi, K., Jäggi, J., & Dutoit, L. (2013). Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung. Schlussbericht Dokument 27. Retrieved from http://www.buerobass.ch/pdf/2013/BAG_2013_UpdateNichtaerzte_Bericht_de.pdf
- League of European Research Universities (LERU). (2010). *Doctoral degrees beyond 2010: Training talented researchers for society*. Retrieved from http://www.leru.org/files/publications/LERU_Doctoral_degrees_beyond_2010.pdf
- League of European Research Universities (LERU). (2014). *Good Practice Elements in Doctoral Training*.
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martin-Santos, F. J., Kaknani Uttumchandani, S., Leon Campos, A., Caro Bautista, J., & Morales-Asencio, J. M. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud*, 53, 290–307. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010.
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*, 30(4), 746–754. doi:10.1377/hlthaff.2011.0041.
- OECD/European Commission. (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care: OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2012). *Potenzial und Grenzen von 'Individualisierter Medizin'*. Positionspapier der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Retrieved from <http://www.samw.ch/de/Projekte/Personalized-Health.html>
- Swiss Conference of Health Directors and Federal Office of Public Health. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG [New models of primary care]*. Retrieved from http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/mmtlg/bt_versmod_pub_20120402_d.pdf
- World Health Organization (WHO). (2005). *The Challenge of chronic conditions: Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO.
- ZHAW. (2016). Retrieved from <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/ipf/?gclid=CPyjsjDBvc0CFbgy0wod87MDQw>
- Zuniga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2015). Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc*, 16(10), 860–866. doi:10.1016/j.jamda.2015.04.012.

La science infirmière aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Marie-José Roulin* et Nathalie Bochaton*

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) regroupent actuellement huit institutions sur le canton de Genève offrant des soins somatiques et psychiatriques de l'aigu à la réhabilitation. Ils travaillent en étroite collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université de Genève et ils ont des accords de partenariat avec la Haute Ecole de Santé de Genève, ainsi qu'avec l'Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins de l'Université de Lausanne. Comme tout hôpital universitaire, les HUG ont une triple mission : les soins aux patients, la formation des professionnels et la recherche. Les soins dans un hôpital universitaire se distinguent par le lien étroit qui existe entre ces trois missions permettant de contribuer à l'amélioration de la santé de la communauté, mais aussi au développement des savoirs dans les sciences de la santé. C'est pourquoi, les soins infirmiers dans un hôpital universitaire se doivent de jouer un rôle clef dans le développement de nouveaux savoirs et dans leur transfert au niveau de la pratique quotidienne. Ce texte présente la vision actuelle de la science infirmière aux HUG, ainsi que des exemples concrets de réalisation. Il termine avec les défis de demain pour la science infirmière dans l'institution.

Il n'existe pas de département de science infirmière aux HUG, mais une Direction des soins pour l'ensemble des professions de la santé formées dans les Hautes écoles de santé et du travail social [1]. Il s'agit d'une direction professionnelle qui est garante des bonnes pratiques et de la sécurité des soins. Elle définit des standards de soins en collaboration avec la Direction médicale, promeut la formation post-graduée qualifiante et initie des projets de recherche favorables au développement et à l'expertise en soins. Dans ce cadre, elle contribue au développement de la science infirmière, au même titre qu'elle contribue au développement des sciences des autres professions de la santé. C'est pourquoi, elle a développé un agenda de la recherche (Figure 1) qui définit les axes prioritaires de recherche [2]. Cet agenda est guidé par la mission des HUG et se centre sur le développement d'une recherche appliquée orientée patient, proches ou communauté. Par recherche appliquée, on entend une recherche dont le premier but est de développer de nouveaux savoirs, dont les résultats sont utilisables dans la pratique des soins. Un conseil académique des soins existe depuis 2015, afin de soutenir le développement des sciences de la santé dans l'institution.

Aux HUG, la science infirmière est donc une science parmi les autres sciences de la santé et ceci n'est pas seulement lié à l'organisation de l'institution. En effet, aujourd'hui les savoirs dans le domaine de la santé sont réellement interprofessionnels et utilisés par l'ensemble des membres d'une équipe de soins. Selon le philosophe Risjord [3], chaque discipline contribue à partir de sa perspective unique à la connaissance humaine, même si les savoirs doivent s'articuler avec ceux d'autres disciplines. La contribution des soins infirmiers à la connaissance humaine est étroitement liée à sa mission dans la société. En effet, les infirmières prodiguent des soins et soutiennent les personnes tout au long de leur maladie, ou accompagnent des personnes vivant des expériences de santé [4]. C'est pourquoi, les infirmières sont intéressées à développer des savoirs qui guident une pratique efficiente des soins, centrée sur l'unicité de la personne. Ces soins permettent de diminuer la vulnérabilité des personnes malades et soutiennent leur capacité à faire face de manière autonome. Le but de la science infirmière est donc de développer et d'élargir les savoirs infirmiers utiles à la pratique avec la même rigueur que les autres disciplines [3]. Pour

* Direction des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève.

E-mail: marie-jose.roulin@hcuge.ch, nathalie.bochaton@hcuge.ch
www.hug-ge.ch/direction-soins



Nathalie Bochaton est infirmière spécialiste clinique en néonatalogie aux HUG et titulaire d'un master en sciences infirmières de l'Université de Lausanne. Elle a un rôle d'expert clinique dans les soins en néonatalogie et soins intensifs pédiatriques où elle est active dans le transfert des données probantes auprès des infirmières. Elle participe à plusieurs projets de recherche interprofessionnels, notamment dans le domaine de la ventilation du nouveau-né et de l'administration des traitements intraveineux. Elle est également chargée de cours à l'Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins de l'Université de Lausanne.



Marie-José Roulin est actuellement directrice adjointe des soins en charge des pratiques professionnelles, formation, qualité et recherche aux HUG. Elle est titulaire d'un master en sciences infirmières de l'Université de Bâle et d'un PhD en sciences infirmières de l'Université de Lausanne. Elle a travaillé plus de 10 ans comme infirmière spécialiste clinique aux soins intensifs adultes et réalisé des projets de recherches en lien avec les patients de long séjour, ainsi que sur la gestion de la douleur. Ses intérêts de recherche actuels portent sur l'évaluation clinique. Elle est chargée de cours à l'Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins de l'Université de Lausanne.

Agenda de la recherche en soins HUG					
Sécurité et qualité des soins	Gestions des symptômes	Education thérapeutique et comportement de santé	Intervention novatrice	Déploiement des données probantes	Organisation et dispensation des soins

Figure 1. Agenda de la recherche.

cela, il s'agit de mobiliser des savoirs théoriques (parfois issus d'autres sciences) pour tenter de répondre aux besoins des infirmières praticiennes, mais aussi de rendre explicite le savoir issu de la pratique des soins en le décrivant, le testant, l'affinant et en le communiquant. Pour clarifier, c'est à partir de la pratique infirmière que les questions se posent et que des projets de recherche en science infirmière sont initiés et conduits [5].

Il est vrai qu'actuellement les infirmières sont peu visibles dans la recherche en santé et dans le développement des soins aux HUG en comparaison des médecins. La science infirmière est une discipline jeune en Suisse Romande et il n'existe pas de réelles traditions académiques, notamment dans les institutions de soins. Les infirmières avec une formation post-graduée de niveau universitaire sont encore peu nombreuses aux HUG et ne sont pas toujours intégrées dans les réseaux de recherche internes à l'institution ou dans les réseaux externes. Pourtant les infirmières des institutions hospitalières sont des acteurs importants. Leurs qualifications ont un impact direct sur la mortalité et la morbidité des patients, comme le démontre une étude réalisée en Europe [6]. En milieu hospitalier, les infirmières créent l'environnement dans lequel les soins médicaux peuvent être efficaces en favorisant la cohérence entre le projet thérapeutique et le projet de vie du patient. Pour cela, elles ont besoin de connaissances qui vont au-delà de celles partagées avec les médecins ou les autres professionnels de la santé [5]. Elles ont donc besoin de développer et mobiliser des savoirs propres à leur rôle pour le bénéfice de tous.

En pratique, la science infirmière se retrouve à tous les niveaux aux HUG. Dans les procédures de soins institutionnelles qui intègrent des données probantes issues des sciences infirmières et connexes. Dans les clubs de lecture qui contribuent activement à la diffusion des savoirs infirmiers auprès des infirmières praticiennes [7] ; dans les projets d'amélioration de la qualité des soins [8], dans la mise en place d'intervention novatrice [9] ou dans l'actualisation des compétences du personnel [10]. L'académisation de la science infirmière a favorisé le développement d'une méthode et d'une rigueur scientifique dans le déroulement de ces activités. Les paragraphes sui-

vants présentent différents projets réalisés au HUG dans lesquels la science infirmière a joué un rôle.

Où retrouve-t-on la science infirmière dans les HUG ? Quelques exemples concrets

Le premier cas illustratif concerne l'actualisation des pratiques de soins. En effet l'un des défis des soins universitaires est de constamment mettre à jour les pratiques de soins pour rester à la pointe. Ces pratiques sont souvent interprofessionnelles et ne concernent pas uniquement les infirmières. Pour cela, des approches multimodales associant plusieurs interventions favorisent la diffusion des savoirs et la formation du personnel. Dans le cadre de l'amélioration des soins aux patients porteurs de cathéters veineux centraux aux HUG, les procédures d'insertion des cathéters (un geste médical) et de soins quotidiens aux cathéters (un soin infirmier) ont été réactualisées en 2009. Au niveau infirmier, cela a impliqué d'intégrer les données probantes issues des sciences infirmières et biomédicales dans les procédures internes, de construire un dispositif de formation qui pouvait être déployé auprès de 1000 infirmières travaillant dans divers services de l'institution et de mesurer l'impact de ces interventions sur la connaissance des infirmières [10]. Les infirmières ont d'autre part contribué de manière active à la mesure de l'impact de ces mesures sur les infections nosocomiales liées aux cathéters veineux centraux [11]. Les résultats montrent que les connaissances acquises par les infirmières lors de ce projet se sont maintenues dans le temps [10], mais le plus important est que les infections liées aux cathéters veineux ont diminué de manière significative et que cela perdure [11]. Les savoirs nécessaires à la gestion d'un tel projet étaient issus des sciences de la gestion, de l'éducation, des sciences médicales et infirmières. Cette combinaison a participé au développement de nouvelles connaissances sur la pratique des soins aux cathéters veineux centraux, mais aussi sur la diffusion des savoirs et la performance des soins dans une grande institution hospitalière.

Le deuxième cas illustre comment des savoirs infirmiers ont répondu à un problème pratique rencontré par les infirmières travaillant auprès des enfants et adolescents. Dans ces services plusieurs incidents concernant des extravasations de cathéters veineux

périphériques ont été recensés entre 2012 et 2014. L'extravasation d'un cathéter se définit comme la perfusion accidentelle d'une solution en dehors de la veine. Bien que dans la majorité des situations les conséquences sont bénignes, cet incident peut provoquer une atteinte tissulaire majeure évoluant parfois vers une nécrose et nécessitant une prise en charge chirurgicale [12, 13]. L'infirmière occupe une place essentielle dans la surveillance des cathéters veineux périphériques, le diagnostic précoce de l'extravasation et la mise en place de mesure thérapeutique quand celui-ci survient. Considérant que les plaies consécutives à des extravasations représentent une urgence médicale, comparable à une brûlure [12, 13] il semblait indispensable d'élaborer une démarche commune proposant des mesures préventives et correctives. Deux infirmières spécialistes cliniques en soins à l'enfant, une pharmacienne, un chirurgien et une physiothérapeute ont élaboré une procédure standardisée de prise en charge des extravasations [14]. Construites à partir de données probantes, des référentiels institutionnels existants et des expériences cliniques de chacun, ces recommandations aujourd'hui largement diffusées au sein de l'institution orientent les infirmières dans la mise en place de mesures thérapeutiques précoces visant à limiter l'atteinte tissulaire.

Parallèlement, au niveau infirmier, une question subsidiaire était « comment prévenir et dépister précocement cet incident iatrogénique ? ». Le but était de démontrer une amélioration de la mesure de l'extravasation par les infirmières, avec la mise en place d'un instrument standardisé, chez les enfants et les nouveaux nés hospitalisés. Une recension systématique des écrits a permis d'identifier un instrument adapté à l'enfant présentant des propriétés de validité psychométrique [15]. Cet instrument permet de définir la gravité de l'extravasation en fonction des symptômes présents et d'y associer un grade évoluant de 0 (pas d'extravasation) à 4 (extravasation extrême). Grâce à la traduction et à l'adaptation culturelle de cet instrument, cette recherche a comparé l'évaluation de la gravité des extravasations par les infirmières sur la base de leur jugement clinique seul et celle réalisée à l'aide de l'instrument traduit, afin de vérifier son utilité et la faisabilité de son utilisation en clinique. Les résultats de l'étude soutiennent l'intérêt d'utiliser un instrument standardisé d'évaluation. Cette étude est aujourd'hui soumise pour publication dans une revue de recherche en soins infirmiers et a obtenu le 2ème Prix des soins infirmiers B. Braun 2016, saluant sa rigueur scientifique et l'implication des infirmières pour la qualité et la sécurité des soins. Cet instrument a été implanté dans le service des soins intensifs de pédiatrie et de

néonatalogie des HUG depuis mars 2016. Il soutient et standardise l'évaluation des sites de perfusions réalisées par les infirmières, contribue à l'amélioration et la précision de la documentation et à la détection précoce des incidents d'extravasation pour espérer ainsi limiter les effets délétères. Cet exemple illustre à la fois le travail interprofessionnel pour répondre à une question pratique, mais aussi la contribution spécifique de la science infirmière à la qualité des soins aux jeunes enfants.

Le dernier exemple concerne la prise en soins des patients atteints de glaucome et illustre le développement de nouvelles prestations de soins pour mieux répondre aux besoins de la population. Le glaucome est la première cause de cécité en Suisse ; il s'agit d'une maladie chronique, au début asymptomatique et grave puisque la perte de la vision est irréversible. Les traitements peuvent être contraignants avec souvent une faible adhésion au traitement de la part du patient. Les sociétés savantes recommandent que le patient soit bien informé et impliqué dans la gestion de son traitement [16, 17]. Cependant, le temps accordé à une consultation médicale ne permet pas aux patients d'approfondir leur compréhension de leur maladie et de développer les habiletés pratiques nécessaires à leur traitement. C'est pourquoi, il a été décidé de mettre en œuvre une consultation infirmière ambulatoire pour répondre aux besoins de ces patients [18]. Une méthode rigoureuse a été adoptée pour recueillir les besoins des patients (focus group) et adapter la consultation à leurs besoins tout en intégrant les dernières données scientifiques sur le sujet. Cette démarche a concrètement abouti à une consultation infirmière d'éducation thérapeutique en 2015. Les premiers résultats montrent une réelle plus-value sur le sentiment d'auto-efficacité des patients et leur capacité d'auto-soin. Au niveau scientifique, la consultation a utilisé des savoirs issus des sciences médicales et de l'éducation thérapeutique pour construire une consultation infirmière et générer de nouveaux savoirs sur les interventions de soins.

Les défis de la science infirmière aux HUG

Ces exemples montrent que la science infirmière est bien présente aux HUG. Elle cherche à répondre à des questions pratiques et à développer des interventions de soins. Cependant elle reste encore discrète et de nombreux défis restent à relever. Pour s'établir, elle doit encore se structurer au niveau institutionnel et s'insérer dans les institutions universitaires, avec par exemple la création de postes de professeurs partagés entre hôpitaux universitaires et université. En effet, la collaboration avec les institutions qui développent des activités collectives de recherche,

conditionne la visibilité académique [19]. De plus, le développement de réseaux et la possibilité de carrières académiques dans les hôpitaux universitaires permettraient de créer un environnement scientifique stimulant et attractif pour la profession permettant de soutenir le développement d'innovation dans les soins. Finalement, il s'agit d'améliorer la productivité en termes de publications. Actuellement, les travaux sont essentiellement diffusés dans des journaux professionnels ou de recherches en langue française, alors que l'accès aux ressources dépend de la reconnaissance acquise qui aujourd'hui passe par des journaux scientifiques en langue anglaise.

Pour conclure, un hôpital universitaire a des missions qui vont au-delà des soins aux patients en contribuant à la formation des futurs professionnels, mais aussi au développement de la science. Au niveau infirmier, le développement scientifique est encore à ses débuts et les structures nécessaires à son développement doivent être mieux établies. Ceci est essentiel, car la science infirmière a le potentiel de contribuer de manière significative à l'évolution du système de santé en Suisse. En effet, les infirmières sont au cœur du dispositif de santé et de par leur perspective singulière elles nourrissent les sciences de la santé avec des savoirs distincts. ■

Littérature

1. Hôpitaux Universitaires de Genève. Direction des soins 2016 [updated 21.04.2016]. Available from: <http://www.hug-ge.ch/direction-soins> (11 juillet 2016).
2. Hôpitaux Universitaires de Genève. Projets de recherche en soins 2016. Available from: <http://www.hug-ge.ch/direction-soins/recherche-0> (11 juillet 2016).
3. Risjord M. Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2010. 246 pp.
4. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 807 pp.
5. Pépin J, Larue C, Allard E, Ha L. La discipline infirmière: une contribution décisive aux enjeux de santé. Montréal, Canada: Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIEF); 2015. 76 pp.
6. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824–30.
7. Kupferschmid S, Bollondi Pauly C, Roulin MJ. Apports et difficultés liés à la participation d'infirmières expérimentées à un journal club: une analyse de contenu qualitative. *Recherche en soins infirmiers*. 2013(114):79–85.
8. Sauvan V, Registre-Rameau Y, Ginet C, Eggimann F, Pagani L, Pittet D. Maintenir l'observance à l'hygiène des mains dans un hôpital de gériatrie. *Hygiènes*. 2012;20(4):221–5.
9. Roulin MJ, Hurst S, Spirig R. Diaries written for ICU patients. *Qualitative health research*. 2007;17(7):893–901.
10. Theriault M, Touveneau S, Zingg W, Roulin MJ. Impact d'un programme multimodal pour améliorer les soins aux patients porteurs de cathéters veineux centraux dans un hôpital tertiaire. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 2016;2: 115–120.
11. Zingg W, Cartier V, Inan C, Touveneau S, Theriault M, Gayet-Ageron A, et al. Hospital-wide multidisciplinary, multimodal intervention programme to reduce central venous catheter-associated bloodstream infection. *PloS one*. 2014;9(4):e93898.
12. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*. 2011;34(suppl 1):S1-S110.
13. Hadaway L. Infiltration and extravasation. *The American journal of nursing*. 2007;107(8):64–72.
14. De Rosso A., Wasem P., Bochaton N., La Scala G., Fonzo-Christe C. Mesure à prendre lors d'extravasation de produits non-cytostatiques au DEA 2015 cited 2016 May, 27. Available from: http://pharmacie.hug-ge.ch/sites/pharmacie/files/infomedic/utilismedic/Extravasation_non_cyto_DEA.pdf.
15. Simona R. A pediatric peripheral intravenous infiltration assessment tool. *Journal of Infusion Nursing*. 2012;35(4):243–8.
16. European Glaucoma Society. Terminology and Guidelines for Glaucoma. 4 ed. Italy: Publicom; 2014. p. 195.
17. National Institute for Care and Clinical Excellence (NICE). NICE guidelines [CG85]: Glaucoma diagnosis and management 2009. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg85/chapter/1-Guidance>.
18. Borrero P, Techer Arbez D, Revol C, Camp C, Rademacher C. Un nouveau rôle de l'infirmière en ophtalmologie: consultation d'enseignement thérapeutique pour les patients atteints de glaucome. *Soins infirmiers*. soumis.
19. Vinck D. Construction des sciences et des disciplines scientifiques: question pour la recherche en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. 2009(98):5–11.

Pflegewissenschaft beeinflusst die psychiatrische Pflegepraxis – am Beispiel der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Franziska Rabenschlag*

1. Gesetzlicher Hintergrund

Das Schweizer Bundesgesetz aus dem Jahr 1994 regelt die Krankenversicherung (KVG) und die Übernahme von Leistungen unter der Voraussetzung, dass diese Leistungen – auch die Pflegeleistungen – wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dabei muss die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (BAG, 1994).

Unter anderem auch im Zuge dieser gesetzlichen Regelung der wissenschaftlichen Prüfung von Leistungen wurde die Akademisierung der Pflegeausbildungen in der Schweiz vorangetrieben. Seit einigen Jahren stehen somit der Praxis Pflegenden mit einem akademischen Hintergrund zur Verfügung. Sie sind in der täglichen klinischen Pflegepraxis und Versorgung tätig, als Pflegeexpertinnen oder -wissenschaftlerinnen mit speziellen Aufgaben in der Fachentwicklung als auch in Lehre und Forschung. Das entspricht den Schlüsselaufgaben professioneller Pflege, die vom internationalen Pflegerat ICN (International Council of Nurses, 2011) definiert wurden.

2. Pflegewissenschaft: Forschung und Fachentwicklung

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel (UPK) verpflichten sich, wie alle universitären Institutionen, neben der Versorgung auch der Lehre und der Forschung. «Pflegewissenschaft» ist in den UPK schon seit vielen Jahren bekannt; hier wurden ab 1994 – für eine psychiatrische Klinik in der Schweiz pionierhaft – die ersten beiden Pflegeexpertinnen eingestellt. In Folge von Pensionierungen 1999 lag das Feld der Pflegewissenschaft in den UPK einige Jahre brach, bis vor etwa acht Jahren zunächst eine, dann zwei, und seit 2014 sechs Pflegeexpertinnen, resp. -wissenschaftlerinnen tätig wurden. Sie sind als Stabsstelle organisiert und bilden heute mit sechs Pflegewissenschaftlerinnen und einer Sozialwissenschaftlerin die Abteilung «Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit». Sie werden geleitet von der Direktorin Pflege, MTD und Soziale Arbeit. Alle sieben Personen sind seit einigen Monaten bestimmten Bereichen der UPK zugeordnet, so dass kein Bereich oder kein Zentrum der UPK ohne «ihre» Pflege- oder Sozialwissenschaftlerin ist.

Pflegewissenschaft beinhaltet die theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen, auf denen sich eine wirksame klinische Praxis abstützt. Sie verwendet

Pflegeforschung für die Generierung oder Überprüfung von Wissen (Panfil, 2011). Pflegewissenschaft und Forschung zielen also darauf ab, die Gesundheitsergebnisse für Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen zu verbessern (Bartholomeyczik 2000). Die Arbeitsweise der Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit (E&F) orientiert sich anhand dieser Ausrichtung: Ihr Einsatz für die fachliche Entwicklung der Pflege sowie die Forschungstätigkeit sollen der Praxis zu Gute kommen. Doch «...Forschung ist von geringem Wert, solange die Ergebnisse nicht Eingang in die Praxis finden...» (LoBiondo-Wood & Haber, 2005, S. 652). Es sind die Pflegenden in der täglichen Praxis – in den UPK vor allem in der Funktion der Fachverantwortlichen – welche «Forschung» verstehen und umsetzen werden; sie müssen deshalb in Praxisentwicklungen und in fachliche Veränderungen zwingend eingebunden sein (McCormack et al., 2004). Von Beginn weg wurde realisiert, dass der Fach- und Praxisentwicklung der psychiatrischen Pflege in den UPK vorderhand ein grösserer Stellenwert zukommen muss als der Forschungstätigkeit. Deshalb setzt die Bezeichnung der Abteilung, anders als international üblich, die Forschung denn auch als zweiten Begriff.

3. Organisierte Umsetzung

Die wissenschaftlichen Aktivitäten und die fachliche Ausbildung von Pflegenden entwickelten sich in psy-

* Psychiatrische Universitätskliniken Basel, Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD, Soziale Dienste, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel.

E-mail: franziska.rabenschlag@upkbs.ch
<http://www.upkbs.ch>



Franziska Rabenschlag, Dr. phil., ist als Pflegewissenschaftlerin in der Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel tätig. Studium und Ausbildung: Dr. phil. Public Health & Gesundheitswissenschaften (2012), Master Public Health MPH (2006), diplomierte Gesundheits- und Pflegeexpertin FH (2002), und Dipl. Pflegefachfrau Psychiatrie (1982). Berufserfahrung in der spitalinternen und -externen psychiatrischen Praxis und im Aufbau von Studien- und Weiterbildungsangeboten an Fachhochschulen Gesundheit, Pflege. Thematische Schwerpunkte: Forschungstransfer im Sinne der evidenzbasierten Praxis, Recovery-Orientierung, Public Health und psychische Gesundheit / Krankheit. Mitglied akademische Fachgesellschaft psychiatrische Pflege, Verein Public Health CH, Präsidium Kommission psych. Pflege des SBK (Schweiz. Berufsverband Pflegefachfrauen, -männer), Co-Präsidium Aktionsbündnis Psychische Gesundheit CH.

chiatrischen Institutionen insgesamt langsamer als in somatischen oder allgemeinen Universitätsspitalern. Ebenso entwickelten sich der geplante und geführte Aufbau und die gewollte Organisation von pflegerischen Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten in psychiatrischen Institutionen später. Auch wird meines Wissens in keiner der psychiatrischen Universitätskliniken der Schweiz eine theoriegeleitete und institutionalisierte Vernetzung von Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel, Forschungsergebnisse in die Praxis zu transformieren, angewandt. Ein Modell dieser Verknüpfung von Forschung und Praxis ist das bereits 1984 an der Universität Iowa entstandene und in Universitätsspitalern implementierte IO-WA-Modell – 1994 modifiziert und als Evidence-based Practice bekannt geworden.

Unter dem Begriff Evidence-based Practice (EBP) wird die Integration von multiprofessioneller und interdisziplinärer klinischer Erfahrung und der bestmöglichen wissenschaftlichen Evidenz in der klinischen Praxis, unter Berücksichtigung der Patienten-Präferenzen und der vorhandenen Ressourcen für die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten verstanden (Rycroft-Malone, 2004; Behrens & Langer, 2010; und andere). Berufsspezifische Bezeichnungen wie Evidence-based Nursing oder Medicine berücksichtigen dieselben Quellen: wissenschaftliche Erkenntnisse, die Ressourcen, Auftragslage oder den Bedarf, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die Erfahrungen der Pflegenden oder Mediziner. Das Modell EBP macht die Wege und Entscheidungen, wie Wissenschaft in die Praxis umgesetzt wird, transparent, durch Argumente nachvollziehbar und in der Praxis gut anwendbar. In den UPK und in anderen psychiatrischen Kliniken werden meistens lediglich Teile daraus, wie die publizierten Forschungsergebnisse für bestimmte forschungsgestützte Interventionen und Entscheidungen angewandt. Diese Forschungsanwendung wird ausserdem meist von einzelnen Expertinnen oder Experten geprüft und in die Praxis übertragen. Anders als in allgemeinen Universitätskliniken, in denen seit Jahren schon eine systematische Vernetzung von Pflegewissenschaft mit der Praxis bekannt ist und oft zentral organisierte Zentren oder Abteilungen eine evidenzbasierte Praxis garantieren, wurde in den UPK und in anderen psychiatrischen Kliniken (noch) keine zentrale, systematische Herangehensweise gebildet, um das EBP-Modell umzusetzen. Eine modellhafte zentrale Herangehensweise wird beispielsweise im PARIHS-Modell (Promoting Action on Research Implementation in Health Services), beschrieben. Das Modell wurde als Team-Projekt des Royal College of Nursing (RCN) bereits 1998 entwickelt (Rycroft-Malone, 2004). Das Modell regelt den systema-

tischen Weg von der Aufnahme von Praxisfragen, zu deren zentraler Bearbeitung durch eine bestimmte Personengruppe und bis zur anschliessenden Implementierung in die Praxis.

4. Die Abteilung E&F Pflege, MTD und Soziale Arbeit in den UPK

Wir vom Team E&F in den UPK arbeiten noch nicht systematisch, wir entscheiden Praxisfragen auch nicht zentral, sondern aktuell in einer dezentralen, je nach Bedarf des Aufgabenfelds und der Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeitenden individuellen Arbeitsweise. Um die Arbeitseinsätze des heterogenen Teams (Sozial- und Pflegewissenschaftlerinnen, Höfä II, APN's) und dessen Anbindung an die Praxis optimal zu gestalten und weiter aufzubauen, wurden Interviews mit Pflegenden und Medizinerern einiger Teams geführt. Sie wurden nach ihre Einschätzung und Auswertung der neuen Einsätze der Pflegewissenschaftlerinnen gefragt (interner Bericht). Ausserdem werden etablierte Beispiele in allgemeinen Universitätsspitalern besucht und Hospitationen durchgeführt. Das Team E&F hat neben der fachlichen Entwicklung und der damit einhergehenden Praxisanbindung Aufgaben in der Lehre und Forschung (UPK, 2016). Wir sind eingebunden in Netzwerken und Fachgesellschaften, gut vernetzt mit Kolleginnen und Kollegen anderer Institutionen auf kollegialer oder vertraglicher Basis (pflegerische Konsiliar- und Liaisondienste).

Die Themata der Entwicklungs- und Forschungsprojekte wurden in einer mehrjährigen Agenda festgelegt: berufsspezifische Prozesse (z.B. Bezugspersonenpflege, Pflegediagnostik), sowie psychiatrie-relevante Konzepte (z.B. Aggression, Recovery, Open Doors; UPK, 2016).

5. Hinterlässt die Pflegeforschung in der psychiatrischen Praxis Spuren?

Um einen Eindruck von den Themen zu gewinnen, welche die Pflegepraxis im deutschsprachigen Raum beeinflussen, wurden die Tagungsbeiträge der Jahre 2005 bis 2015 des relevantesten Kongresses für psychiatrisch Pflegenden, dem «3-Länder-Kongress Pflege in der Psychiatrie» untersucht (Schoppmann & Rabenschlag, eingereicht). In einem ersten Schritt wurden alle in den Tagungsbänden veröffentlichten Berichte (n=658) bezüglich ihrer grundlegenden Ausrichtung analysiert. Dadurch konnten 331 Beiträge als Praxisberichte und 327 als wissenschaftliche Beiträge eingestuft werden. Die wissenschaftlichen Beiträge in den Tagungsbänden machten somit etwa die Hälfte aller Beiträge aus und können als Abbild der wissenschaftlich behandelten Themen der letzten zehn Jahre im deutschsprachigen Raum gelten.

Inhaltlich liessen sie sich fünf Themenbereichen zuordnen: Phänomenen wie Aggression und Gewalt, Populationen wie älteren Menschen, Pflege-Interventionen, Recovery und der Pflege als Profession. Einige Themen, die als für die psychische Gesundheit relevant gelten, wurden jedoch auch vermisst, so zum Beispiel wissenschaftliche Arbeiten zu körperlicher Gesundheit, Hilfestellungen im Arbeitsprozess oder zu Stigma sowie Wirksamkeitsstudien zu Pflegeinterventionen und dem Einbezug von Angehörigen. Der 3-Länderkongress Pflege in der Psychiatrie findet alternierend in Österreich, Deutschland und der Schweiz statt und richtet sich hauptsächlich an Fachleute aus diesem Raum. Sehr viele der wissenschaftlichen Beiträge in den Tagungsbänden kamen aus der Schweiz. Das könnte die Schweizer Forschungslandschaft allgemein widerspiegeln, in der sie bezüglich Qualität (impact) den dritten Platz nach den USA und den Niederlanden einnimmt und bezüglich Anzahl den ersten Platz überhaupt, vor den skandinavischen Ländern und den USA (Schweiz. Nationalfonds – Akademien Schweiz, 2016). In der Schweiz sind Vorbehalte gegenüber einer «akademisierten Pflege» trotzdem vorhanden (Neue Zürcher Zeitung, 2016), und aktuelle Bestrebungen, Pflegenden aufgrund der erweiterten Ausbildungen mehr Autonomie zu gewähren, haben

einen schweren Stand (Schweiz. Bundesrat, 2016). In den UPK hat in den vergangenen Jahren «die Pflegewissenschaft» spürbare Veränderungen in der Praxis bewirkt. Evidenzbasierte Interventionen wurden in Abteilungsangebote aufgenommen, beispielsweise Psycho-Edukation. Flächendeckende pluridisziplinäre Schulungen zu Deeskalation sowie zur Pflegediagnostik und zum Pflegeprozess wurden durchgeführt. Forschungsergebnisse bezüglich Kommunikation (informeller Zwang), open doors und Management von Selbstverletzungen wurden der Praxis präsentiert, mit ihr reflektiert oder eingeführt. Die Umsetzung von Veränderungen durch Pflegewissenschaft in den UPK erfährt aber auch Grenzen: Die rasche personelle Erweiterung der Abteilung E&F bedingt neue Aufgabenfelder und Zuständigkeiten, eine andere, eventuell zentralere Organisation für Entscheidungsfindungen und Bearbeitung übergreifender Themen (beispielsweise des Vorgehens in schwierigen Situationen wie Isolierungen) sowie die Priorisierung von Fachentwicklungs-Themen beziehungsweise psychiatrie-relevanten Pflegeforschungsthemen. Im institutionellen Rahmen wie in den UPK ist es für die Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit essenziell, dass sie sich weiterhin und vermehrt mit dem Management und der klinischen Praxis verknüpft. ■

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2000). Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung, in Rennen-Allhoff, B. & Schaeffer, D. (eds.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa.
- Behrens, J. und Langer, G. (2010). Handbuch: Evidence-based Nursing. Bern: Huber.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (1994). Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). [Internet]. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201501010000/832.10.pdf>. Zugriff: 29. Mai 2016.
- International Council of Nurses (2011). Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (2011). [Internet]. <http://www.sbk.ch/de/pflegethemen/perspektive-2020/select/medienmitteilungen.html>. Zugriff: 29. Mai 2016.
- LoBiondo-Wood, G. und Haber, J. (2005, 2. Auflage). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung. München: Elsevier.
- McCormack, B., Manley, K., Garbett, R. (2004). Practice Development in Nursing. Oxford: Blackwell.
- Neue Zürcher Zeitung (2016). Keine «verakademisierte» Pflege. Ständerat ist gegen Mastertitel für hochqualifiziertes medizinisches Personal. Neue Zürcher Zeitung; 3. März 2016, S. 14.
- Panfil, E.M. (2011). (Hrsg.). Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegenden. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Rycroft-Malone, R. (2004). The PARIHS-framework- a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. Journal of Nursing Care Quality (19) 4, 297–304.
- Schoppmann, S. und Rabenschlag, F. (2016, eingereicht). Psychiatrische Pflege und Pflegewissenschaft: Die «Drei-Länder-Kongresse Pflege in der Psychiatrie» fühlen den Puls. (eingereicht).
- Schweizerischer Bundesrat (2016). Parlamentarische Initiative: Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege. Stellungnahme des Bundesrates vom 23. März 2016. [Internet]. <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2016/3419.pdf> Zugriff: 29. Mai 2016.
- Schweizerischer Nationalfonds – Akademien Schweiz (Hrsg.) (2016). Der Tiger erwacht. Horizonte 108, 14–15.
- UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (2015). Jahresbericht 2015 der Abteilung Entwicklung und Forschung Pflege, MTD und Soziale Arbeit. [Internet]. <http://www.upkbs.ch/lehreforschung/erwachsene/pflegewissenschaft/Seiten/Pflegewissenschaft.aspx>. Zugriff: 29. Mai 2016.

Pflege als «Caring science»: Implikationen für die Wissenschaft und Ethik professionellen Pflegehandelns

Settimio Monteverde*

1. Einführung

Pflegen stellt eine menschliche Tätigkeit dar, die als anthropologische Konstante betrachtet werden kann. Menschen leben und überleben nur in Systemen wechselseitiger Reziprozität (vgl. Meyer, 2010). Diese Systeme müssen in der Lage sein, im Interesse von allen auf wirtschaftliche, politische, soziale, aber auch gesundheitliche Herausforderungen in verschiedenen Lebenslagen zu reagieren. Fürsorge- und Beistandspflichten dienen somit, obwohl grundsätzlich altruistisch motiviert, dem Erhalt der Solidargemeinschaft, und somit immer auch dem Interesse des Einzelnen. Der Ausbau, die Institutionalisierung, Professionalisierung und die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Systemen des Sorgens ist deswegen genauso Ausdruck der Kulturgeschichte der Menschheit wie die Architektur, der Ackerbau oder das Bildungswesen.

2. Pflegewissen und Pflegewissenschaft

Die Pflegewissenschaft gehört, zumindest in den USA und Kanada, seit gut 110 Jahren zum akademischen Fächerkanon. Sie ist also eine vergleichbar junge Disziplin. Die Sammlung und der Ausbau von heilkundlich relevantem Wissen im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen stellt aber eine schon Jahrtausende alte Tradition dar, die in den Quellen der Medizin- und Pflegegeschichte für verschiedene kulturelle Kontexte belegt ist (z.B. Seidler & Leven, 2003). Die Identifikation dessen, was den pflegerischen «body of knowledge» konstituiert, ist dadurch vor eine doppelte Herausforderung gestellt: Erstens stellt sich die Frage, wie sich pflegespezifisches Fachwissen von allgemeinem pflegerischem Erfahrungswissen abgrenzt, welches sich z.B. in «natürlichen» Pflegebeziehungen familiärer Art wie zwischen Mutter und Säugling oder zwischen erwachsenen Kindern und hochbetagten Eltern zeigt. Zweitens erscheint nicht auf Anhieb klar, worin sich das

Pflegespezifische zeigt im Unterschied zum Wissen benachbarter Disziplinen, wie z.B. der Arztkunde, der Hebammenkunde, der Physiotherapie, der Soziologie oder der Psychologie. Diese doppelte Unschärfe ist zwar für das praktische Umfeld der professionellen Pflege von untergeordneter Bedeutung und gereicht ihr im multiprofessionellen klinischen Kontext sogar zum Vorteil. Doch zu wissen, was professionelle Pflege ausmacht und was Teil ihres Wissenskörpers ist, bleibt für die Konzeptualisierung von Pflegehandeln und für die Fundierung evidenzbasierter Pflegepraxis, wie sie durch die *Pflegewissenschaft* erfolgt, unverzichtbar (Fawcett et al. 2001).¹ Dasselbe gilt auch für die *Pflegeethik*, denn nur aus dem Wissen heraus, welches die Adressaten² professioneller Pflege sind und welche legitimen Ziele Pflege hat, kann eine Klärung der moralischen Pflichten erfolgen, die sich für die beruflich Handelnden daraus ergeben.

3. Im Kontinuum zwischen natürlicher Sorge und professioneller Expertise

Zwischen natürlicher Sorge und professioneller Expertise besteht keine Dichotomie, sondern ein Kontinuum. Dieses Kontinuum weist auf die Pflegebedürftigkeit als Kennzeichen des Humanum hin, resp. auf den «universalen» Bedarf an Pflege, wie es in der Präambel des Ethikkodexes des *International Council of Nurses* formuliert ist (ICN, 2012). Ein solcher Bedarf besteht während der ganzen Lebensspanne, in unterschiedlichen Lebenslagen und mitunter belastenden Gesundheitssituationen. Er erfordert die wirksame Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Interventionen auf der Grundlage vorhandener Evidenz, so z.B. die pflegerische Unterstützung eines Spitexklienten, der zuhause eine Peritonealdialyse durchführt, aktuell eine komplexe Wundbehandlung benötigt sowie Unterstützung in der Körperpflege. Zunehmende Komplexität verlangt jeweils einen

* Berner Fachhochschule, Lindenrain 4, 3012 Bern.

E-mail: settimio.monteverde@bfh.ch



Settimio Monteverde, Dr. sc. med., MME, MAE, RN, ist Dozent an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Studiengang Pflege, sowie Co-Leiter Klinische Ethik am UniversitätsSpital Zürich / Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich.

¹ Gemäss Garrett und Cutting ist für die Pflegewissenschaft als Quelle von «Evidenz» nicht nur empirisches (oder sog. aposteriorisches) Wissen relevant, sondern – mit Rückgriff auf den Philosophen Willard Van Orman Quine – auch intellektuelles (oder sog. apriorisches) Wissen. Letzteres ist wahr aufgrund individuell oder sozial akzeptierter Sinnzusammenhänge, nicht aber aufgrund von Fakten (Garrett & Cutting, 2014). Wissen wird dadurch auch subjektiv und im Rahmen sozialer Beziehungen generiert. Sowohl aposteriorisches wie auch apriorisches Wissen – zu dem auch ethischen Wissen zählt – stellen folglich Evidenzen eigener Art dar und sind für das «Paradigma evidenzbasierter Pflegepraxis» (a.a.O., S. 103) gleichermaßen ausschlaggebend (vgl. auch Monti, 1999).

² Personenbezeichnungen gelten sinngemäss für beide Geschlechter.

höheren Spezialisierungs- und Differenzierungsgrad pflegerischer Fachexpertise. In diesem Kontinuum unterstützt professionelle Pflege Menschen

«...bei der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien auf den Alltag der Betroffenen. Sie hat zum Ziel, für die betreuten Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse und Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen. Überdies fördert und erhält Pflege Gesundheit und beugt gesundheitlichen Schäden vor» (SAMW 2004, S. 22).

Aus dieser Definition wird ansatzweise eine Arbeitsteiligkeit ärztlichen und pflegerischen Handelns erkennbar, die auf die Komplementarität beider Professionen hinweist und auf die aus historischer Sicht durchaus erfolgreiche «Trias» von Arztperson, Pflegerperson und Patient im Erreichen bestmöglicher Behandlungsziele.

Auf den «Umgang mit den Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien auf den Alltag der Betroffenen » (a.a.O.) einzugehen, erfordert sowohl Fachwissen, Fertigkeiten und Haltungen, die in der Interaktion mit dem Patienten zum Tragen kommen. In diesem Bedürfniskontinuum die Ressourcen und den Pflegebedarf des Patienten einzuschätzen und sinnvolle Behandlungsziele zu vereinbaren ist nur möglich mit einem «Blick fürs Ganze», wie es die *American Nurses' Association* für das Assessment als erster Stufe des Pflegeprozesses zum Ausdruck bringt:

«An RN [registered nurse, engl. diplomierte Pflegefachperson, Anm.d.V.] uses a systematic, dynamic way to collect and analyze data about a client, the first step in delivering nursing care. Assessment includes not only physiological data, but also psychological, sociocultural, spiritual, economic, and life-style factors as well. For example, a nurse's assessment of a hospitalized patient in pain includes not only the physical causes and manifestations of pain, but the patient's response—an inability to get out of bed, refusal to eat, withdrawal from family members, anger directed at hospital staff, fear, or request for more pain medication.»³

Der Blick, welcher für ein solches pflegerisches Assessment nötig ist, hat das gesamte Spektrum von der naturalen Sorge bis zur professionellen Expertise vor Augen. Er erfasst mithilfe geeigneter Instrumente vorhandene Ressourcen, erkennt Bedarfe, aber auch

Bedürfnisse, die für die Betroffenen von Bedeutung sind. Die *Haltung*, welche nötig ist, um solches zu erfassen, wird am besten mit dem Begriff der *Sorge* (engl. care) wiedergegeben. Während *Sorge* die affektive Ebene zum Ausdruck bringt und die Bereitschaft, sich auf das Gegenüber einzulassen, umfasst das daraus hervorgehende *Sorgen* (engl. caring) die deliberative und handlungspraktische Ebene, welche im Pflegehandeln konzeptualisiert und praktisch umgesetzt wird (siehe die weiteren Schritte des Pflegeprozesses, Anm. 3). Dadurch erweist sich die *Sorge* (care) als «vorprofessionelle» Haltung, welche das gesamte Pflegekontinuum prägt. Sie lässt sich aber jederzeit im professionellen pflegerischen *Sorgen* operationalisieren. Care wird dadurch zum Merkmal professioneller Pflege schlechthin und qualifiziert die «nursing science» als «caring science» (Watson & Smith, 2002). Zur letzteren gehört selbstredend auch die Wissenschaft ärztlichen Handelns. Diese hat sich aufgrund ihres Selbstverständnisses und ihres sozialen Mandats traditionell weniger auf die *Auswirkung* von Krankheit auf Menschen und Systeme fokussiert als vielmehr auf deren *Diagnostik und Behandlung*. Wie im Verlaufe dieses Beitrags dargelegt, erweist sich diese Aufteilung einerseits als durchaus sinnvoll, andererseits auch als historisch bedingt, d.h. nicht in der «Natur» ärztlichen oder pflegerischen Handelns *per se* begründet. Heute haben sich beide Professionen sowohl im Umgang mit Auswirkungen als auch in der Diagnostik und Therapie von Krankheiten Kompetenzen angeeignet, die gleichermassen eine *care*-Qualität erfordern bezüglich der Haltung, die beruflichem Handeln zugrunde liegt (vgl. SAMW 2004, S. 20 ff.).

4. Allgemeine und spezifische Pflegebedürftigkeit

Auf den Zusammenhang zwischen affektiver Sorge und deliberativem Sorgen weist auch die Pflegeethikerin Ruth Schwerdt hin. Für sie ist professionell zu beantwortende Pflegebedürftigkeit nur (sic) eine Steigerung allgemeiner Pflegebedürftigkeit, d.h. *care* stellt die verbindende Achse des Pflegekontinuums dar, auf welcher sich Pflegesettings bloss graduell unterscheiden, nicht aber substantiell in Bezug auf die Haltung der Sorge, die überall gleichermassen eingefordert wird:

«Sorge erfolgt demnach nicht allein aufgrund eines gleichen Rechtsanspruchs in Gegenseitigkeit, sondern ist Grundlage jeder intakten Gemeinschaft. Dabei können die Bereiche des Abhängigkeit-Sorge-Kontinuums in Ausmaß und Umfang variieren. Mithilfe professioneller Pflege zu beantwortende Pflegebedürftigkeit ist folglich nur eine Steigerung allgemeiner Pflegebedürftigkeit» (Schwerdt 2012, S. 52).

³ American Nurses' Association: The nursing process. Abgerufen am 04.06.2016 unter <http://www.nursingworld.org/EspeciallyforYou/StudentNurses/Thenursingprocess.aspx>.

Die Qualität professionellen Pflegehandelns misst sich demzufolge nie alleine an funktionalen Parametern wie z.B. der Aufhebung des Selbstpflegdefizits, der wiedererlangten Gehfähigkeit oder dem erfolgreichen Verschluss einer komplizierten Wunde bei einer Patientin mit diabetischen Spätkomplikationen. Sie misst sich immer auch an der care-Qualität der Beziehung zwischen Patient und Pflegeperson, die aufgrund erkannter Pflegebedürftigkeit entsteht und nicht auf den handwerklich-technischen Aspekt reduziert werden kann. Vielmehr ist es die Haltung, dass die *spezifische* – in den Worten Ruth Schwerdts (a.a.O.) mit professioneller Pflege zu beantwortende – Pflegebedürftigkeit immer ein Ausdruck *allgemeiner* Pflegebedürftigkeit ist, die Pflegeempfänger und Pflegenden gleichermaßen prägt.

In ethischer Hinsicht fordert diese Haltung eine *Beziehung*, die dieser ontologischen Voraussetzung Rechnung trägt. In dieser Beziehung begegnen sich die Interaktionspartner von Pflege auf Augenhöhe – trotz der spezifischen Vulnerabilität der Pflegebedürftigen und der Asymmetrie an Wissen und Können, die zwischen Pflegenden und Gepflegten besteht. Diese Beziehung gelingt dann, wenn sich die Akteure in der gemeinsamen (allgemeinen) Pflegebedürftigkeit erkennen und anerkennen (vgl. van Heijst, 2009; Monteverde, 2015). Daraus ergibt sich, dass sich professionelles Sorgen sehr wohl von natürlicher Sorge unterscheidet und jeweils eine Antwort auf spezifische Pflegebedürftigkeit darstellt. Sie erfordert Wissen, das auf verschiedenen Quellen von Evidenz aufbaut (vgl. Anm. 2). Trotzdem ist dieser Unterschied aus der Perspektive des Pflegekontinuums kein absoluter, sondern bloss ein gradueller: Professionelles Handeln als Antwort auf spezifische Pflegebedürftigkeit legitimiert sich in dem Masse, als es immer auch die Haltung der Sorge (care) sichtbar macht, mit der die Pflegeperson dem pflegebedürftigen Menschen begegnet.

5. «The youngest branch of medical science»

Doch wie lassen sich aus diesem Zusammenhang heraus Pflegewissenschaft und Pflegeethik als Bereichsethik pflegerischen Handelns konzeptualisieren? Und wie sind, darüber hinaus, Pflegewissenschaft und Pflegeethik im Kontext der Medizin verortbar? Erhellend sind in dieser Hinsicht die Ausführungen der Kanadierin Mary Adelaide Nutting (1848–1948), welche als weltweit erste Professorin für Pflegewissenschaft gilt und an der Columbia University in New York lehrte (vgl. Gosline, 2004). Das von ihr geschriebene und von Lavinia Dock vollendete vierbändige Werk «The history of nursing» wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts schon bald zum massgeblichen Referenzdokument der sich im US-amerikanischen Raum erstmals

etablierenden Pflegewissenschaft. In den Anfangssätzen des ersten Bandes bringt Nutting das Pflegekontinuum folgendermassen zum Ausdruck:

“The art of nursing, at once the oldest of the occupations of women and the youngest branch of medical science, must have been coexistent with the first mother who performed for her little ones all those services which made it possible for them to live and thrive. The daily and hourly details of feeding, warming, and protecting from harm, the watching by night, the rhythmic swing of cradle or bough under the mother’s eye – these maternal cares, as old as or even older than human race, laid the foundation from which our profession of nursing has developed to its structure of to-day” (Nutting & Dock 1907, S. 3).

Für Nutting besteht kein Widerspruch darin, dass der «jüngste Zweig der medizinischen Wissenschaft» im naturalen Instinkt der Mutter begründet ist. Das in ihren Ausführungen gezeichnete Bild phylogenetischer Abstammung medizinischer Wissenschaft ist bemerkenswert: Darin ist die historisch gewachsene Autorität «älterer Zweige» wie die Wissenschaft ärztlichen Handelns ebenso unbestritten wie die Grundannahme, dass auch der jüngste Zweig, die Pflegewissenschaft, ebenfalls am gemeinsamen Stamm der medizinischen Wissenschaft teilhat resp. zum Kanon ihrer Disziplinen gehört (vgl. dazu auch SAMW 2011, S. 3 ff).

6. Medizin als Arzt- und Pflegekunde

So ausdrucksstark die Metapher des Baumes der medizinischen Wissenschaft auch sein mag, löst sie gerade im deutschen Sprachraum durch die darin verwendeten Begriffe wie «Medizin» und «Pflege» auch Irritationen aus. Die grösste Irritation besteht darin, dass die in der Metapher von Baum, Stamm und Zweig zum Ausdruck gebrachte Filialbeziehung von der Pflege- zur Medizinwissenschaft leicht als Subordinationsbeziehung des Pflegeberufs unter den Arztberuf gedeutet werden könnte. Eine weitere Irritation besteht im Verdacht, der Status der *Wissenschaft* sei nicht mit dem affektiven und motivationalen Aspekt der *Sorge* und des daraus abgeleiteten *Sorgens* kompatibel.

Beide Grundannahmen, die hinter den beschriebenen Irritationen stehen, lagen Nutting fern. Gerade angesichts der ersten Irritation lässt sich einwenden, dass die Aufteilung des ärztlichen und pflegerischen Arbeitsfelds, wie sie heute in vielen Kontexten der Gesundheitsversorgung sichtbar ist, ganz eng mit der Entstehung der modernen Krankenpflege verbunden ist. Sie stellt ein relativ spätes, in erster Linie organisationspraktisch motiviertes Phänomen

der modernen Krankenhausmedizin dar (vgl. Seidler und Leven, 2003; Schweikardt, 2008): Am Übergang von der klösterlichen und kommunalen Kranken- und Armenfürsorge zur institutionalisierten Krankenversorgung war es genau dieses hoch effiziente und effektive Modell ärztlich-pflegerischer Arbeitsteilung, welches in den neu entstandenen Grosskrankenhäusern die Wirksamkeit medizinischer Behandlung sicherte, angefangen von aseptischen Wundverbänden, korrekter Aufbereitung von chirurgischen Instrumenten bis zur postoperativen Lagerung, Beobachtung und regelmässigen Mobilisation von Patienten. Festes Merkmal dieses Modells war die straffe Organisation der Pflege unter einer geistlichen, später auch einer säkularen Trägerschaft in der Klinik. Diese konstituierte nebst dem Anstellungsverhältnis auch ein primäres Abhängigkeitsverhältnis von der Organisation, welche wiederum die Arztperson mit Weisungsbefugnis versah. Auch wenn diese Erklärung letzten Endes an der effektiv sichtbaren hierarchischen Zuordnung von Arzt- und Pflegeperson im Ergebnis wenig ändert, zeigt sie, dass die eingeforderte Subordination der Pflege unter den Arztberuf weniger im «Wesen» und im Auftrag beider Professionen begründet war als vielmehr in der bürgerlichen Erwartungshaltung gegenüber Frauen, die im öffentlichen Raum tätig waren (vgl. für die Schweiz Braunschweig & Francillon, 2010). Das Subordinationsmodell war also von seinem Grundgedanken her ein Kooperationsmodell, das nach und nach zur Professionalisierung von Pflege führte, eine Emanzipation von der Ordens- resp. Diakoniestruktur bewirkte sowie die Gründung der ersten sog. «freien» Krankenpflegeschulen in der Schweiz und in den USA. Diese bereiteten den Weg der Pflege zu den Hochschulen und damit zur wissenschaftlichen Aufbereitung und Weiterentwicklung ihres Wissens- und Erfahrungsbestandes.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass der Begriff «Medizin» im allgemeinen Sprachgebrauch als *Synonym* für ärztliches Handeln steht. In ihrem Grundlagendokument «Zukünftige Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden» (SAMW, 2011) geht die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften von einem inklusiven Verständnis von Medizin aus, das ärztliches, pflegerisches und weiteres therapeutisches Handeln als Kernbereiche der Medizin sieht. In dieser Perspektive mag es durchaus ein Filialverhältnis von Arzt- und Pflegeberuf geben, das professionsgeschichtlich und arbeitspraktisch bedingt ist und entsprechende Weisungsbefugnisse vorsieht. Diese haben aber im Verlauf der Geschichte immer wieder Anpassungen erfahren zugunsten einer wirksameren Patientenversorgung – so zum Beispiel durch den Einsatz von sog. *Advanced Practice Nurses*

(APN) im Kontext integrierter Gesundheitsversorgung oder im Rahmen von Spezialisierungen z.B. im Bereich der Anästhesie, Intensivpflege oder Diabetologie. Abschliessend kann deshalb gesagt werden, dass der Begriff der «Arztkunde» in terminologischer Hinsicht geeigneter wäre, die «Pflegekunde» als neuen Zweig zu verstehen am Baum der medizinischen Wissenschaft, der beide Zweige organisch verbindet.

Die zweite Irritation, wonach der Status der *Wissenschaft* nicht mit einer Kultur der Sorge, resp. des Sorgens kompatibel sei, ist bereits empirisch widerlegt durch den Nachweis der Wirksamkeit evidenzbasierter Pflegehandeln in der Erreichung bestmöglicher Patientenoutcomes. Diese beinhalten für den Pflegebedürftigen oftmals gesteigertes Wohlbefinden und Lebensqualität, immer aber auch Zuwendung. So belegte Florence Nightingale (1820–1910) mit ihrer regen Forschungstätigkeit den Nutzen von konsequent durchgeführten Hygienemassnahmen, korrekt durchgeführter Behandlungspflege, regelmässiger Lüftung von Krankenzimmern und Mobilisation von Patienten. In dem Lazarett bei Üsküdar, in welchem sie während des Krim-Kriegs die pflegerische Verantwortung innehatte, führten ihre Massnahmen zu einer statistisch signifikanten Reduktion der Mortalität verwundeter Soldaten (vgl. Hegge, 2011). Doch dieser «Erfolg» war Teil einer grösseren Vision:

„Nightingale had a massive and clear vision, which was to improve the quality of life for soldiers whose care was deplorable during the Crimean War. She knew the work of nurses was never finished” (Hegge 2011, S. 22).

Das Wirken von Nightingale zeigt paradigmatisch auf, dass es gerade im Kontinuum zwischen natürlicher Sorge und pflegerischer Expertise keinen wissenschaftsfreien Raum geben kann, der beim Assessment des Pflegebedarfs, bei der Planung, Durchführung oder Evaluation von Pflege auf vorhandene Evidenz verzichten könnte. Aus diesem Grund entsteht gerade aus der Haltung der Sorge (care) heraus die Einsicht in die Notwendigkeit, die Praxis des Sorgens (caring) mit der Stringenz und Methodik der Wissenschaft auszuleuchten. Dadurch wird deutlich, dass auch Pflegewissenschaft als «jüngster Zweig» der medizinischen Wissenschaft dieser «natürlichen» Entwicklung bedarf, weil sie Ausdruck der Vitalität des Baumes ist, der sie trägt, als neuer Zweig diesen Baum als gesamten Organismus wiederum auch stärkt.

7. Pflege und Care-Ethik

Trotz dieser Verortung von Pflegewissenschaft als Zweig heilkundlichen Wissens zeigen die vorgängig erörterten Irritationen, dass die gesellschaftlichen

und politischen Prozesse für die Etablierung der Pflegewissenschaft keineswegs linear und reibungslos verlaufen. Gerade in den Diskursen der 70er Jahre über die Ziele und Grenzen der Medizin wurde eine Marginalisierung der pflegerischen Perspektive wahrgenommen (Hanson & Callahan, 1999; Fry, 1989; Warren, 1989). Diese führte dazu, dass Pflegenden im Zuge der Frauen- und Bürgerrechtsbewegung auch eine angemessenere Berücksichtigung sowohl ihrer Blickweise auf den pflegebedürftigen Menschen als auch auf Alltagsfragen der pflegerischen Beziehungsgestaltung einforderten. Die Medizinethik, welche mithilfe von Dilemmas medizinische Entscheidungssituationen abzubilden versuchte, schien für sie dazu nicht in der Lage zu sein. Die feministische Care-Ethik war es, welche mit ihrem Fokus auf Machtasymmetrien, auf die zentrale Bedeutung der Beziehung und auf die gender-Dimension moralischen Urteilens den Pflegenden eine Stimme verlieh. Sie galt deshalb in den 80er Jahren als Artikulation von Pflegeethik schlechthin (Fry, 1989).

Die Care-Ethik erwies sich dadurch als geeignetes Komplement, um der im Pflegekontinuum beschriebenen allgemeinen Pflegebedürftigkeit, der Sorge als Haltung und des Sorgens als professioneller Handlung *auch in ethischer Hinsicht* Ausdruck zu verleihen. Sie gab den Pflegenden eine moralische Sprache, in der sich viele Probleme des Pflegealltags im Spannungsverhältnis zwischen natürlicher Sorge und professioneller Expertise beschreiben liessen. Dabei stellte die Care-Ethik mehr als ein «fünftes» ethisches Prinzip dar, das sich zu den vier etablierten Prinzipien der Medizinethik gesellte (d.h. Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit, vgl. Beauchamp & Childress, 2012). Sie bot eine radikal andere moralische Epistemologie an, die den Blick auf das, was im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Men-

schen moralisch zählt, radikal veränderte. Green beschreibt die Quintessenz der Care-Ethik für die Pflegeethik mit folgenden Worten:

“A feminist ethic of care remains a constructive approach to patient rights as it emphasizes responsibilities and relationships, the contexts of caring interdependencies, and allows patients to be active social players with a voice rather than passive recipients of care. A feminist ethics suggest a conceptual deviation from the standpoint that care is impartial, individualistic and universal and instead argues that care and caring are determined by relationships, partiality, and notions of autonomy” (Green, 2012, S. 3).

Ausblick

Obwohl die Care-Ethik eine grosse Rezeptionsgeschichte innerhalb der Pflegeethik aufweist, ist gerade aus dem Blick der Pflegewissenschaft als «caring science» eine methodische und theoretische Vielfalt in der Formulierung und Bearbeitung ethischer Fragestellungen unabdingbar (Monteverde, 2013). Gerade das Pflegekontinuum zeigt am Übergang zwischen vorprofessioneller Sorge und professionellem Sorgen immer wieder ethische Dilemmas, die mithilfe des medizinischen Modells besser visualisiert werden können, so etwa die Abwägung von Sicherheit versus Autonomie bei einem Spitex-Klienten, der an Demenz erkrankt ist, aber trotz Gefährdung der Sicherheit in den eigenen vier Wänden bleiben möchte. Trotzdem kommt der Care-Ethik heute die wichtige Aufgabe zu, für den jüngsten, für die älteren und für die kommenden Zweige der medizinischen Wissenschaft eine Haltung der *Sorge* in der Begegnung mit allgemeiner und spezifischer Pflegebedürftigkeit einzufordern, aber auch eine Offenheit für die Diversität an ethischen Zugängen, die der Komplexität heutiger Gesundheitsversorgung gerecht wird. ■

Literatur

- Beauchamp, T.; Childress, J. (2012). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press (7. Auflage).
- Braunschweig, S.; Francillon, D. (2010). *Professionelle Werte Pflegen. 100 Jahre SBK*. Zürich: Chronos.
- Fawcett, J.; Watson, J.; Neuman, B.; Hinton Walker, P.; Fitzpatrick, J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship* (33) 2, 115–119.
- Fry, S. (1989). The role of caring in a theory of nursing ethics. *Hypatia* (4) 2, 88–103.
- Garrett, B.; Cutting R. (2015). Ways of knowing: realism, non-realism, nominalism and a typology revisited with a counter perspective for nursing science. *Nursing Inquiry* (22) 2, 95–105.
- Gosline, M. (2004). Leadership in nursing education: voices from the past. *Nursing Leadership Forum* (9) 2, 51–59.
- Green, B. (2012). Applying feminist ethics of care to nursing practice. *Journal of Nursing Care* (1) 3, doi:10.4172/2167–1168.1000111.
- Hanson, M.; Callahan, D. (1999). *The goals of medicine: The forgotten issues in health care reform*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Hegge, M. (2011). *The empty carriage: lessons in leadership from Florence Nightingale*. *Nursing Science Quarterly* (24) 1, 21–25.
- ICN International Council of Nurses (2012). Code of ethics for nurses. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icn-code_english.pdf

- Meyer, P. (2010). *Menschliche Gesellschaft im Lichte der Zweiten Darwinschen Revolution: Evolutionäre und kulturalistische Deutungen im Widerstreit*. Münster: Lit-Verlag.
- Monteverde, S. (2013). *Pflegeethik und die Sorge um den Zugang zu Pflege*. *Pflege*, 26(4), 271–280.
- Monteverde, S. (2015). Fürsorge als Tugend und als Wissen. Zur Genese pflegerischer Ordnungsmacht. In: Mathwig, F.; Meireis, T.; Porz, R.; Zimmermann, M. (Hrsg.). *Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege*. Zürich: TVZ. 181–193.
- Monti, E. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science* (21) 4, 64–80.
- Nutting, A.; Dock, L. (1907). *A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses*. Volume 1. New York: Putnam.
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004). *Ziele und Aufgaben der Medizin im 21. Jahrhundert*. Basel: SAMW.
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2011). *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden*. Basel: SAMW.
- Sargent, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry* (19) 2, 134–143.
- Schweikardt C. (2008). *Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. München: Meidenbauer.
- Schwerdt, R. (2012). Advanced Nursing Practice – Pflegeethische Implikationen anhand eines Fallbeispiels. In: Monteverde, S. (Hrsg.) *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern beruflicher Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 42–57.
- Seidler, E.; Leven, K. (2003). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer (7. Auflage).
- van Heijst, A. (2009). Professional loving care. In: Lindemann, H.; Verkerk, M.; Urban Walker, M. (Hrsg.) *Naturalized bioethics. Toward responsible knowing and practice*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 199–217.
- Warren, V. (1989). Feminist directions in medical ethics. *Hypatia* (4) 2, 73–87.
- Watson, J.; Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing* (37) 5, 452–461.

“Ethics in nursing? So what?” Do we really need ethics in nursing?

Tiziana Sala Defilippis*

“Ethics is ethics and there is no need for a nursing perspective. Why do nurses need ethics if all the important decisions are taken by others? The important thing is that nurses are willing to carry out prescriptions and medical orders”.

Such questions and statements are frequently voiced. Sometimes I get angry, and sometimes I have to smile. Nevertheless, these remarks are legitimate, and deserve a clear and satisfactory answer. Probably in all of medicine, but certainly in nursing, we support the great ideas that periodically emerge: nursing theories, nursing process, clinical assessment, etc. Ethics is one of those things that nurses have always considered in their daily work but they have not always done so consciously. Recently, we have started to teach ethics across all nursing curricula (diploma, bachelor, and Masters level). However, this does not explain if and why ethics are pivotal to the nursing profession.

Many situations in practice, in which ethics clearly failed, come to mind. Sometimes the importance of something is easier to grasp if it is absent. Ethics is one of those things. Periodically, newspapers and television report scandals in healthcare institutions. In Switzerland, one of the latest scandals involved a nursing home in the south of the country, where a healthcare assistant apparently verbally and physically abused elderly patients suffering from dementia. This case came to light because an apprentice healthcare assistant made it public. It appears that some of the co-workers were aware of the abuse. However, it remains unclear whether they also took action or not. A trial is now pending. In previous cases, misconduct has already been declared. For example,

there was the scandal at the *Pflegezentrum Entlisberg* in Zurich where elderly patients with dementia had been abused. These abuses had been filmed by four healthcare professionals who have themselves been convicted. These healthcare professionals are now subject to probation measures. Such cases provoke indignation, shame, and anger among the population. In all these cases, the healthcare professionals as well as the management were expected to have ethically correct behaviour. In fact, we are to believe that if these professionals had displayed ethically correct behaviour, these horrible scandals would not have happened. I therefore believe that we all agree that there is a need for ethics, even though we could argue that common sense should be enough to prevent such gruesome episodes.

This contribution aims at highlighting the need for ethics in nursing practice, and the way nursing ethics can contribute to the ethics discourse in healthcare. A brief overview of the history of nursing ethics will be provided, a definition of nursing, and a discussion of nursing's moral practice. In addition, the challenges nurses encounter in their daily work will be described. A short description of the nursing ethics perspective will conclude this contribution.

1. A Brief History of Nursing Ethics

Lacking common sense does not constitute a sufficient reason for such incidents to take place; most of us would agree that there is a clear lack of professionalism. A profession possesses a recognized body of knowledge. The admission to practice is based on standards of competence attested by examination. Every member of the profession is expected to recognize the responsibility to advance and extend the body of knowledge. As part of a profession, its members recognise and adhere to a high standard of ethics and professional conduct [1]. The latter point here is the most interesting. The first code of ethics and conduct for nurses was written in 1950 in the USA. However, the ANA (American Nurses Association) already discussed the need for a code of ethics as early as 1896 [2]. Discussions of ethics in nursing had started even earlier, namely in 1888. The publication of the first nursing journal, *The Trained Nurse and Hospital Review*, provided a series on ethics. Although not mentioned explicitly, ethics was part of nursing education in the form of the Nightingale Pledge. This pledge was composed by Lystra Gretter, an instructor of nursing at Harper Hospital

* Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Dipartimento sanità, Galleria 2, 6928 Manno.

E-mail: tiziana.sala@supsi.ch
www.dsan.supsi.ch



Tiziana Sala Defilippis, RN, BScN, MScN, PhD cand, born in 1976 in Sorengo, after 10 years working as an intensive care nurse in Zurich and six months in Afghanistan in a war victims NGO, she graduated with a bachelor and a master in nursing sciences at the University of Dundee UK. She is currently enrolled as a PhD student in Nursing Ethics at the University of Surrey, UK under the supervision of Professor A. Gallagher. Her dissertation focuses on moral resilience among nurses. She works as a lecturer and a researcher at the University of Applied Sciences of Southern Switzerland.

Florence Nightingale was born in Florence, Italy, on May 12, 1820 (hence her name). Her Victorian family was well-educated, affluent and aristocratic. Florence's father educated her in a more rigorous way than other young women of her time; she was tutored in mathematics, language, religion and philosophy [4]. She was a very religious woman and was persuaded that God spoke to her and called her to serve as a nurse [5]. She completed her three-months training as a nurse in 1851 in Kaiserswerth, Germany, in a Protestant religious community with a hospital facility. Back in the UK, she became superintendent of the Hospital for Invalid Gentlewomen in London in 1853. She was then asked to go to Scutary, Turkey, during the Crimean war. She arrived there in 1854 with 34 colleagues and immediately set to cleaning the place, considering this the most important element for improving the health of the soldiers [4]. After the war she returned to England and was honoured by Queen Victoria for her work. She invested the money from her honour in the teaching institutions at St. Thomas' Hospital and King's College Hospital. Soon she started to receive requests to establish new schools at hospitals worldwide, and thus modern nursing was born. Nightingale remained influential for a long time. The fact that nursing in Europe remained a vocation for a long time was partly due to her influence. Due to her religious beliefs, Nightingale opposed the vision of nursing as a profession throughout her life [3].

This perspective also delayed the development of codes of ethics in Europe. The first UK Code of Ethics was published in 1983 [3]; whereas the International Council of Nurses (ICN) published the first version of the International Code of Ethics for Nurses in 1953 [6].

in Detroit, and was taken then as it is now by nurses. By naming the Pledge after Florence Nightingale, the founder of modern nursing was acknowledged. The Pledge was an adaptation of the Hippocratic Oath, which medical students then and now take. The Florence Nightingale Pledge was first used by a graduating class in 1893. It states:

I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully. I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug. I will do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling. With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care.

The Nightingale Pledge continues to be used in some English speaking countries. The Pledge has been revised in 1935. There are various criticisms of this text, especially due to the reference to God and helping physicians. It is maintained that the former should be eliminated, and the latter should be replaced by more inclusive language. Nevertheless, its ethical dimension cannot be overlooked. It is beyond doubt that the Nightingale Pledge influenced nursing ethics in the past, and continues to do so, especially in the way that it contextualizes parts of the ANA Code of Ethics [2]. The preface of the latest version of the ANA Code of Ethics [2] states: "A code of ethics stands as a central and necessary mark of a profession. It functions as a general guide for the profession's members and as a social contract with the public that it serves." (p. xi).

2. Nursing Ethics in Education

In the USA (California), ethics education was introduced into the nursing curricula in 1916. One year later, the *National League for Nursing Education* established curricular requirements for ethics in nursing education [3]. Owing to the presence of religious persons in the caring profession who understood nursing more as a vocation than as a profession, nursing in Europe remained hostage to religious thinking for longer compared to the USA [3].

Between 1970 and 1980, the schools of medicine in the USA introduced bioethics courses. These courses were opened to and subsequently attended by nurses. When Professor Jonsen opened his course in medical ethics at the University of California, San Francisco, more nurses were participating than medical students (Jameton [7]). According to Jameton [7], these courses emphasized physicians, often males, as the central or representative actor in the clinician-patient relationship. Nurses were generally excluded. This should not be a surprise as in 1981, Veatch [8] defined nursing ethics as "a legitimate, if very limited, term referring to a field that is a sub-category of medical ethics" (p. 17). Physicians focused more on understanding dilemmas emerging from conflicts between theoretical principles and the physician-patient relationship, or major ethical theories such as utilitarianism and deontology. In contrast, nurses were more concerned with practical care issues such as the nurse-patient relationship, the nurse-physician relationship including issues of power, inequality and assertiveness. These latter problems characterise the feminist literature, which was not prominent at the inception of bioethics [7].

As nurses attended bioethics courses, ethicists came into contact with nurses' realities. For nurses, the

main ethical preoccupations related to institutional life, such as delegation, scope of discretion, managerial responsibility, the role of management, fairness among employees, public relation, etc. [7]. In addition to these contrasting interests, nurses displayed a different way of dealing with moral problems, showing less confidence in their view and little hope of getting support from physicians and managers [7]. Such premises set the conditions for a new term: *moral distress*.

3. The Contribution of Moral Distress to Nursing Ethics

It is in this climate that the term 'moral distress' was coined. In his book *Nursing Practice: The Ethical Issues*, Jameton [9] defined moral distress as arising "when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action" (p. 6). Jameton differentiated moral distress from moral uncertainty, where someone is unsure about what moral values or principles to apply and from moral dilemmas which arise when two or more clear moral principle apply [9].

This was in 1984. Jameton could not have imagined the effect the term "moral distress" would have in the history of nursing ethics. By naming the phenomenon, nurses finally had a term to name their unease. Through this term, other healthcare professionals and ethicists realised that nurses have their own moral perspective of patient care and on healthcare organizations.

Based on revised definitions of moral distress by Corley *et al.* in 2001 [10], the *Moral Distress Scale* was developed and tested for intensive care nurses. Other scales and instruments were developed in order to measure moral distress among nurses in terms of frequency and intensity. All studies demonstrated that nurses are subject to moral distress in terms of intensity and frequency [11, 12]. Many journal special issues were dedicated to the theme of moral distress. Moral distress has been studied in relation to all the possible socio-demographic variables such as age, gender, ethnicity, education, years of professional experience, etc. Findings are heterogeneous, which makes it hard to deal with this phenomenon. Nevertheless, the phenomenon is serious as it represents one of the causes for burn-out in nurses and for them to leave the profession [11]. Moral distress has physical and psychological consequences. Physically, moral distress can cause headaches, muscular, neck and stomach pain [16], sleeplessness and nightmares [16, 17], and loss of appetite [17]. Psychological consequences of moral distress include frustration [16–19], anger [16, 20,

21], anxiety [20, 21], depression [17, 21, 22], self-blame [23], loss of self-worth [17, 18, 21, 23], which in turn lead to diminished work engagement [13], lower job satisfaction [14], and high emotional exhaustion [15]. All these consequences possibly explain why nurses decide to leave their profession [21, 24–30]. Nurses employ predominantly negative coping strategies in response to moral distress, which directly affect quality of care. Avoidance of engagement [16, 26, 31, 32] turns out to be one of nurses' main coping strategies, which inevitably negatively influences quality of care.

The debate around the term "moral distress" is ongoing. At least, the term has the merit of forcing other healthcare professionals to acknowledge that nursing is an ethical practice, that nurses are concerned with different ethical issues, and that nurses have different perspectives and ethical conflicts.

4. Nursing as an Ethical Practice and its Moral Component

MacIntyre [33] stated that nursing practice is carried out in a socially established way. By entering into practice, the person needs to accept standards, subordinating attitudes, preferences and her or his own taste for them [33]. This implies two further characteristics of practice: a) it must display a certain degree of complexity, which needs collaboration and knowledge; b) by entering into a practice the individual must reject any hedonistic motivation.

In order to understand nursing practice better, the definition of practice by MacIntyre will be introduced [33]:

"By a 'practice' I am going to mean any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended" (p. 218).

First of all, practice must be carried out within a community that guarantees collaboration and coherence. The community must have a shared knowledge of the practice. There is no doubt that nursing is carried out within a community that has shared knowledge. Practices have internal and external goods. External goods are external rewards, which are not specific to any given practice. Internal goods are virtues, which are exercised for their own sake, and with the aim of achieving standards of excellence. Internal goods can

only be appreciated and judged by individuals who engage in the practice.

For MacIntyre [33] internal goods are virtues because they represent the means for achieving standards of excellence. The virtues nurses should possess and exercise in the right means are, according to Begley [39], practical wisdom (prudence), theoretical wisdom (knowledge), justice (as fairness), competence (skills), compassion, understanding, benevolence, imagination, integrity, deliberation, honesty, diligence, veracity, perseverance, courtesy, generosity, kindness, genuineness, patience, tolerance, courage.

Nursing practice's ultimate goals and, thus, the standard of excellence, are to alleviate pain and suffering, maintain patients' dignity, promote recovery, enhance quality of life, and offer comfort [34, 35, 38, 40, 41]. Unfortunately, these goods of excellence clash in reality with the goods of effectiveness often pursued by organisations and within healthcare systems that controls nurses' practice [42].

All the standards of excellence are part of caring, which is central to nursing. Caring represents the uniqueness of nursing's perspective. According to Holt *et al.* [43], the moral component of nursing is represented by caring. Literature on caring in nursing is abundant and research has been carried out with the aim of defining caring from a general and from a specific perspective, such as in intensive care units, end-of-life care, oncology units, education, cross-cultural care, etc. [44–55]. The fact that so many experts have researched and are still researching caring indicates little agreement on its meaning. In his sharp critique of the attempt of defining caring, Paley [56] concluded that there will never be a consensus. Paley [56] analysed in a sarcastic but very lucid way all the attempts made in order to clarify the concept of caring: "Each author notes that caring is elusive, complex, ambiguous or vague, and then offers an analysis designed to bring order to the confusion – only to be followed by yet another author, who does exactly the same thing" (p. 189). According to Paley [56], who followed the analysis of knowledge conducted by Foucault, this is due to the tools used by researchers to describe the concept of caring. The knowledge that emerges from studies is a list of 'things said', associations and resemblances that are constantly repeated and extended with each new finding. This leads to a plethora of knowledge, which cannot be tested and, therefore, can neither be accepted nor refused. Trying to find a clear definition for caring is, according to Paley [56], an endless and probably senseless effort. Nevertheless, it is worth an attempt. According to Tronto [57],

care should be understood as a process that encompasses four phases: *caring about*, which encompasses the recognition that there is a need for care; *caring for*, which implies the assumption of responsibility to meet the need; *care giving*, which is the practical activity of delivering care; and *care receiving*, which understands how to evaluate if the needs were met. If the phases of the process are fulfilled and integrated holistically, then good care has probably been delivered. All these caring phases have a moral connotation, which represent the moral obligation of nursing. According to Gastmans [58], nurses show this attitude by respecting patients, being available to patients, and step beyond their personal values, taking up the patients' values in order to better understand their condition.

Therefore, the nurse patient-relationship is pivotal for nursing. Indeed, the nurse-patient relationship represents "the vehicle through which the work of nursing is accomplished" (Peter & Liaschenko p. 219) [59]. Entire nursing theories have been developed around this assumption, for example, Watson's theory of human caring [60]. Watson [60] believed that the personal caring relationship is the foundation of nursing. She emphasised the importance of "the transpersonal caring relationship" [60], which involves the nurse's moral commitment in protecting, promoting, enhancing, and potentiating the human patient's dignity.

Tschudin [61] entitled her book: *Nursing ethics. The caring relationship*. She discussed the characteristics of caring by referring to Roach's [62] work, which details caring as consisting of compassion, competence, confidence, conscience, and commitment. These characteristics are the premise for a caring relationship.

5. Moral Challenges in Nursing

Varcoe *et al.* [63] described the several sources of tension around ethical nursing practice, describing nursing as "working in-betweens" (p.321). This refers to the fact that nurses often find themselves in fields of tension, such as between patients and other healthcare providers (especially physicians), between family members and patients, between different family members, between staff members and managers. This is probably due to the fact that nursing is only one of many practices within a healthcare organisation. Each practice has its own internal goods and final goals, which are not always convergent. The idea of what is in the patients' best interests can vary between nurses and physicians, between the patients and their loved ones, or between nurses and patients. Even within nursing practice, internal goods

are not always shared. These tension fields represent the source of nurses' moral challenges.

The tension field between nurses and physicians represents a major source for moral challenges. On this issue Austin [64] asserts:

"It is true that, although as health professionals we accept responsibility for competent, compassionate, ethical care and treatment, we do not genuinely have control over what unfolds for patients and families. Often responsibility is not aligned with the necessary power, and sometimes the responsibility can be too great and beyond the lone (and lonely) efforts of the individual." (p. 29)

Austin [64] points to the fact that there can be a difference of opinion. In addition, there is also a clear difference in decision-making power between nurses and physicians. Oberle and Hughes [65] stated: "The key difference between the groups was that doctors are responsible for making decisions and nurses must live with these decisions" (p. 707). Austin [64] suggested that this difference is given by the different mandates and expectations society entrusts to healthcare professionals. She gives the example of psychiatry, where society expects physicians to deal with and, thus, solve societal problems that have to do with persons who deviate from the norm. These problems include violent people who threaten others (and should, therefore, be hospitalized), or persons who reject medical treatments (and who are, therefore, to be certified as incompetent). Another example is given of paediatric intensive care where society clearly expects from physicians not to let children die [63]. Nurses have a different position and a different mandate, which finds expression in nursing's moral practice. The main sources for tensions between physicians and nurses then become interest-related issues, in which nurses take the role of patient advocate, especially if it concerns what nurses consider as futile treatment or carrying out tests and treatments, etc. when patients are dying [11]. The final decision is the physicians'. However, nurses have to live with the consequences of such decisions for the patients, and with their own conscience for either speaking up or not.

Conflicts with patients and/or patients' family members represent another source of tension for nurses' moral life. Indeed, situations such as following a patient's or family's wishes to continue life support, even though it is not in the best interests of the patient, represent a serious challenge to nurses. On the one hand, they acknowledge the right for autonomy, on the other hand, nurses find that such

situations are only prolonging the patient's suffering [10].

Nurses are also challenged by managers and institutions and healthcare organisations. A few years ago, the Swiss Academy of Medical Sciences SAMS [66] published a position statement titled *Medizin und Ökonomie – wie weiter?* As part of this publication, interesting quotes were offered from interviews, in order to understand the effects of economic constraints on healthcare. In doing so, the SAMS quoted a nurse (original in German). This nurse was responding to a woman, who had asked her, why she did not get the help she needed during mobilisation. The nurse stated:

"Right now, I have absolutely no time for you, I simply have no time. And then I thought to myself: what kind of person are you? You are just leaving your patient in bed. This is ethically wrong, if she now gets pneumonia because you left her in bed... But I really could not do otherwise. I then went home and I thought to myself I have never been like that." (p.20)

Economic constraints influence nurses significantly in their daily work. These constraints potentially set the conditions for nurse staffing levels that have to be considered unsafe, or working with healthcare assistants who are not as competent as patient care requires, etc. [10]. These situations prevent nurses from carrying out their daily work at a high quality level.

As discussed above, moral distress arises when one knows the right thing to do but constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action. Though it is hard to believe that nurses always know what the right thing to do is, they suffer from moral challenges, some of which are similar or even in common with other healthcare professionals, while other challenges specifically address nursing's moral practice.

6. Nursing's Ethical Perspective

Nursing's ethical perspective should be seen as an additional value to the ethical dimension of healthcare. Although nurses are not normally allowed to take core decisions in their role and position within the healthcare team, I argue that their opinion would enrich the discussion, and should, therefore, be taken into account, while deliberating on care decisions. Indeed, nurses' concerns should be addressed.

From the 1970s onward, nurses have tried to adopt the principles of bioethics or medical ethics, and adapt them to the discipline of nursing. However,

nurses have some difficulty in internalising deontological codes of conduct and bioethical principles because these offer little guidance in everyday practice. In recent years, much emphasis has been placed on virtue ethics and care ethics among nursing ethicists. The fact that virtue ethics is closer to nursing practice is demonstrated by the instinctive way nurses seek advice in uncertain situations, is a long way from declaring and respecting principles. Indeed, the majority of nurses argue from their own ethical stance, reflecting on their own values, and this has much to do with virtue ethics [67]. The virtues that (should) guide nurses in their daily practice are practical wisdom (prudence); theoretical wisdom (knowledge); justice (as fairness); competence (skills); compassion; understanding; benevolence, etc. [39]. In addition, nurses are much concerned with all the issues addressing vulnerability, autonomy, advocacy etc., which find an answer and guidance in care ethics.

If we accept that moral behaviour and moral decisions should not only be informed by reason, and, thus, by a possibly detached analysis but by emotions as well, as suggested by Banks and Gallagher [68], then it is not difficult to see that indeed there is a nursing ethics perspective.

Conclusion

The healthcare systems and society need ethical nurses, that is to say nurses with ethical competence. The nursing profession can be defined as a moral practice carried out for the good of the community and society. According to MacIntyre's definition of practice, nursing is a practice that has a shared knowledge, is carried out within a community, and its internal goods are represented by virtues such as practical wisdom (prudence); theoretical wisdom

(knowledge); justice (as fairness); competence (skills) and further virtues as listed above.

Even though the history of nursing ethics goes back to the late 1800s, and the first code of ethics was published in 1950 in the United States, nursing ethics today has still some difficulty in being accepted, and sometimes it is still considered to be part of bioethics as in the 1980s. In addition to this, nursing ethics is still regularly seen as a kind of extra, if there is time or money to squeeze it in. This is too often the managers' and financiers' point of view. For nurses, it is then a question of defending their beliefs and practice, and to ensure that they are taught and can practice nursing ethics. Trying to squeeze nursing ethics into bioethics or medical ethics and not, can be evaluated as partially responsible for nurses' malaise that took the name of "moral distress". Moral distress has the merit of having brought to light the moral difficulties nurses encounter in their daily practice.

The uniqueness of the nursing perspective of problems as well as on approaches has brought nurses closer to virtue ethics and care ethics. Including nurses into health-related ethics can represent a chance for enriching the discourse while honouring a unique profession. On the uniqueness of caring, Tschudin [61], a pioneer of nursing ethics in Europe and worldwide, wrote:

"Caring is not unique to nursing, but it is unique in nursing. Nursing is a practical hands-on job, where experience, emotion, affection and relationship make up the bulk of everyday work. Caring is about people. It is done with people, for people, to people and as people. It is this last aspect that makes caring unique: people relate to people, one person relates to another person." (p. 1) ■

References

1. Basford, L. and O. Slevin, *Theory and practice of nursing: an integrated approach to caring practice*. 2nd ed. ed. 2003, Cheltenham: Nelson Thornes.
2. Fowler, M.D.M., *Guide to the Code of Ethics for Nurses*. 2nd ed. 2015, Silver Springs: American Nurses Association.
3. Fowler, M.D.M. and V. Tschudin, Ethics in nursing: an historical perspective, (13–26) IN *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics*, A.J. Davis, V. Tschudin, and L. De Raevé, Editors. 2006, Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
4. Pfetscher, S.A., Florence Nightingale, IN *Nursing Theorists and Their Work*, A. Marriner Tomey and M.R. Allgood, Editors. 2006, Mosby Elsevier: St. Louis.
5. Holliday, M.E. and D.L. Parker, Florence Nightingale, feminism and nursing. *J Adv Nurs*, 1997. **26**(3): p. 483–8.
6. International Council of Nurses. *Code of Ethics for Nurses*. <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/> (28 April 2016)
7. Jameton, A., A Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. *J Bioeth Inq*, 2013. **10**(3): p. 297–308.
8. Veatch, R.M., Nursing ethics, physician ethics, and medical ethics. *Law Med Health Care*, 1981. **9**(5): p. 17–9.
9. Jameton, A., *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice-Hall series in the philosophy of medicine. 1984, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

10. Corley, M.C., *et al.*, Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*, 2001. **33**(2): p. 250–256.
11. Oh, Y. and C. Gastmans, Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*, 2013: p. 1–17.
12. McCarthy, J. and C. Gastmans, Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*, 2015. **22**(1): p. 131–52.
13. Lawrence, L.A., Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum*, 2011. **46**(4): p. 256–68.
14. de Veer, A.J.E., *et al.*, Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J of Nurs Stud*, 2013. **50**(1): p. 100–108.
15. Mobley, M.J., *et al.*, The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 2007. **23**(5): p. 256–263.
16. Gutierrez, K.M., Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*, 2005. **24**(5): p. 229–241.
17. Wilkinson, J.M., Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*, 1988. **23**(1): p. 16–29.
18. Fry, S.T., *et al.*, Development of a model of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics*, 2002. **9**(4): p. 373–387.
19. Sundin-Huard, D. and K. Fahy, Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract*, 1999. **5**(1): p. 8–13.
20. Nathaniel, A.K., Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res*, 2006. **28**(4): p. 419–438.
21. Elpern, E.H., B. Covert, and R. Kleinpell, Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*, 2005. **14**(6): p. 523–530.
22. Adams, F., *Ethical issues for the twenty-first century*. 2005, Charlottesville: Philosophy Documentation Center.
23. Kelly, B., Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs*, 1998. **28**(5): p. 1134–1145.
24. Brazil, K., *et al.*, Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Soc Sci Med*, 2010. **71**(9): p. 1687–1691.
25. Corley, M.C., *et al.*, Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*, 2005. **12**(4): p. 381–390.
26. Deady, R. and J. McCarthy, A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*, 2010. **46**(3): p. 209–220.
27. Eizenberg, M.M., H.S. Desivilya, and M.J. Hirschfeld, Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *J Adv Nurs*, 2009. **65**(4): p. 885–92.
28. Laabs, C.A., Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*, 2005. **17**(2): p. 76–84.
29. Rice, E.M., *et al.*, Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*, 2008. **16**(3): p. 360–373.
30. Sporrang, S.K., A.T. Hoglund, and B. Arnetz, Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics*, 2006. **13**(4): p. 416–427.
31. De Villers, M.J. and H.A. Devon, Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nurs Ethics*, 2013. **20**(5): p. 589–603.
32. Varcoe, C., *et al.*, Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nurs Ethics*, 2012. **19**(4): p. 488–500.
33. MacIntyre, A.C., *After Virtue*. 2011, London: Bloomsbury.
34. Sellman, D., *What makes a good nurse: why the virtues are important for nurses*. 2011, London: Jessica Kingsley Publishers.
35. Edwards, S.D., *Philosophy of Nursing*. 2001, New York: Palgrave.
36. Bishop, A.H. and J.R. Scudder, *Nursing ethics: holistic caring practice*. 2nd ed. NLN Press. 2001, Sudbury: Jones and Bartlett.
37. Armstrong, A.E., *Nursing ethics: a virtue-based approach*. 2007, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
38. Gastmans, C., B. Dierckx de Casterle, and P. Schotsmans, Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Inst Ethics J*, 1998. **8**(1): p. 43–69.
39. Begley, A.M., Practising virtue: a challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. *Nurs Ethics*, 2005. **12**(6): p. 622–37.
40. Benner, P., A dialogue between virtue ethics and care ethics *Theor Med Bioeth*, 1997. **18**: p. 47–61.
41. Armstrong, A.E., *Nursing ethics: a virtue-based approach*. 2007, Houndmills, Basingstoke, Hampshire ; New York: Palgrave.
42. Peter, E., V.L. Lunardi, and A. Macfarlane, Nursing resistance as ethical action: literature review. *J Adv Nurs*, 2004. **46**(4): p. 403–16.
43. Holt, J. and H. Convey, Ethical practice in nursing care. *Nurs Stand*, 2012. **27**(13): p. 51–56.
44. Finfgeld-Connett, D., Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs*, 2008. **17**(2): p. 196–204.
45. Gastmans, C., Care as a moral attitude in nursing. *Nurs Ethics*, 1999. **6**(3): p. 214–23.
46. Gastmans, C., Caring for a dignified end of life in a Christian health-care institution: the view of Caritas Catholica Vlaanderen. *Ethical Perspect*, 2002. **9**(2–3): p. 134–45.

47. Cronqvist, A., *et al.*, Caring About–Caring For: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nurs Ethics*, 2004. **11**(1): p. 63–76.
48. Price, A.M., Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nurs Crit Care*, 2013. **18**(6): p. 278–288.
49. Widmark-Petersson, V., L. von Essen, and P.-O. Sjöden, Cancer Patient and Staff Perceptions of Caring and Clinical Care in Free versus Forced Choice Response Formats. *Scand J Caring Sci* 1998. **12**(4): p. 238–245.
50. Wikberg, A. and K. Eriksson, Intercultural caring – an abductive model. *Scan J Caring Sci*, 2008. **22**(3): p. 485–496.
51. Sourial, S., An analysis of caring. *J Adv Nurs*, 1997. **26**(6): p. 1189–1192.
52. Wilkin, K. and E. Slevin, The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs*, 2004. **13**(1): p. 50–59.
53. Alpers, R.R., K. Jarrell, and R. Wotring, Is caring really teachable? *Teach Learn Nurs*, 2013. **8**(2): p. 68–69.
54. Ranheim, A., A. Kärner, and C. Berterö, Caring Theory and Practice–Entering a Simultaneous Concept Analysis. *Nurs Forum*, 2012. **47**(2): p. 78–90.
55. Papastavrou, E., *et al.*, A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *J Adv Nurs*, 2012. **68**(5): p. 1026–1037.
56. Paley, J., An archaeology of caring knowledge. *J Adv Nurs*, 2001. **36**(2): p. 188–198.
57. Tronto, J.C., Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics Soc Welfare*, 2010. **4**(2): p. 158–171.
58. Gastmans, C., Care as A Moral Attitude in Nursing. *Nurs Ethics*, 1999. **6**(3): p. 214–223.
59. Peter, E. and J. Liaschenko, Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nurs Inq*, 2004. **11**(4): p. 218–25.
60. Watson, J., *Human caring science: a theory of nursing*. 2nd ed. 2012, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
61. Tschudin, V., *Ethics in nursing: the caring relationship*. 3rd ed. 2003, Edinburgh: Butterworth-Heinemann. ix, 218 p.
62. Roach, M. The human act of caring. A blueprint for the health professions, rev edn. 1992, Ottawa: Canadian Hospital Association, IN: Tschudin, V., *Ethics in nursing: the caring relationship*. 3rd ed. 2003, Edinburgh, Butterworth-Heinemann.
63. Varcoe, C., *et al.*, Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *J Adv Nurs*, 2004. **45**(3): p. 316–325.
64. Austin, W., Moral distress and the contemporary plight of health professionals. *HEC Forum*, 2012. **24**(1): p. 27–38.
65. Oberle, K. and D. Hughes, Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*, 2001. **33**(6): p. 707–715.
66. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Medizin und Ökonomie - wie weiter?*. 2014: Basel, Switzerland.
67. Goethals, S., C. Gastmans, and B.Dierckx. de Casterlé, Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 2010. **47**(5): p. 635–650.
68. Banks, S. and A. Gallagher, *Ethics in professional life: virtues for health and social care*. 2009, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Der Transfer von erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen in die Praxis – ein Erfahrungsbericht

Andrea Lienhardt*

Als Pflegefachfrau mit einem Abschluss Master of Science in Pflege erachte ich die Verknüpfung von Praxis- und Forschungswissen als selbstverständlich und unabdingbar. Das war nicht immer so. Mein Interesse am wissenschaftlichen Arbeiten hielt sich zu Beginn meiner pflegerischen Ausbildung im Bachelorstudium in Grenzen. Warum wir uns im Unterricht gleichermaßen mit dem Verstehen von wissenschaftlichen Studien und Literatursuchen beschäftigten wie mit dem Erlernen grundlegender pflegerischer Tätigkeiten, war mir ein Rätsel.

Dies änderte sich im Verlauf des Bachelorstudiums. Die erste Literaturanalyse, die ich durchführte, widmete sich dem Thema pflegerischer Interventionen bei Übelkeit und Erbrechen nach gynäkologischen Operationen. Zu dieser Zeit absolvierte ich ein Praktikum auf einer gynäkologischen Abteilung, auf der ich dem Problem der postoperativen Übelkeit häufig begegnete. Durch die Literaturanalyse konnte ich den Einsatz von Ingwer und Akupressur-Armbändern als wirksame Interventionen bei postoperativer Übelkeit identifizieren und auf der Abteilung einführen. Dass es möglich ist, Fragen aus dem Praxisalltag durch eine Auseinandersetzung mit Theorie zu beantworten, beeindruckte mich sehr und mein Interesse am wissenschaftlichen Arbeiten war geweckt.

Nach dem Bachelorabschluss in Pflege arbeitete ich mehrere Jahre auf einer akutpsychiatrischen Abteilung mit dem Schwerpunkt Psychotherapie, zuerst als diplomierte Pflegefachfrau und anschliessend

als Fachverantwortliche. Als solche setzte ich mich mit Themen wie Praxisentwicklung und Qualitätssicherung auseinander. In diesem Kontext wurde mir zunehmend klar, dass meine wissenschaftlichen Grundkenntnisse aus dem Bachelorstudium nicht mehr ausreichten, um Praxisfragestellungen zu beantworten. Fragestellungen, die im Zusammenhang mit dem zunehmenden Fachkräftemangel und den gleichzeitig immer komplexer werdenden Patientensituationen auftraten, beschäftigten mich dabei besonders. Die Strategien, um diese Praxisprobleme regelgeleitet und zielorientiert zu bearbeiten und zu lösen, fehlten mir aber. Um diese Strategien zu erwerben und mein Wissen zu erweitern, entschied ich mich, das Studium *Master of Science in Pflege (MScN)* an der Berner Fachhochschule¹ zu absolvieren. Neben vertieften Kompetenzen in den Bereichen Ethik, Kommunikation, Projekt- und Selbstmanagement oder klinisches Assessment konnte ich während des Studiums vor allem meine Kompetenzen im wissenschaftlichen Arbeiten erweitern. Vorliegender Erfahrungsbericht widmet sich dem Transfer dieser erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen in die Praxis.

1. Ein Master of Science schafft nicht zwingend wissenschaftliche Expertise

Zuerst ist es wichtig, den begrifflichen Rahmen abzustecken: Pflegefachpersonen mit MScN-Abschluss arbeiten oftmals als Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten in der Praxis. Sie haben sich durch jahrelange Praxiserfahrung und eine fundierte Ausbildung Fachexpertise in ihrem Gebiet angeeignet. Aufgrund der wissenschaftlichen Ausrichtung des Studiums könnte vermutet werden, dass Pflegefachpersonen mit einem MScN-Abschluss nicht nur über fachliche, sondern auch über wissenschaftliche Expertise verfügen. Diese Vermutung mag auf einige Pflegefachpersonen mit langjähriger Erfahrung im Bereich Forschung und Entwicklung wohl auch zutreffen. Auf mich, deren Abschluss noch nicht allzu lange zurück liegt und die vor ihrem Studium ausschliesslich in der klinischen Praxis gearbeitet hat, trifft dies jedoch nicht ohne weiteres zu.

* Berner Fachhochschule Gesundheit, Murtenstrasse 10, 3008 Bern.

E-mail: andrea.lienhardt@bfh.ch



Andrea Lienhardt-Wick, dipl. Pflegefachfrau MScN, arbeitet seit 2015 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Master of Science in Pflege an der Berner Fachhochschule Gesundheit. Studium und Ausbildung: Bachelorstudium in Pflege 2007–2010, Studium Master of Science in Pflege 2013–2015, Weiterbildungen in klinischer Ethik und Dialektisch Behavioraler Therapie. Klinische Tätigkeit: dipl. Pflegefachfrau mit Fachverantwortung und Stationsleiterin Pflege im Bereich Akutpsychiatrie mit Schwerpunkt Psychotherapie. Masterthesis: Quantitativ deskriptive Querschnittstudie zur Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung in der deutschsprachigen Schweiz. Mitglied des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK; Mitglied des Vereins Alumni BFH Gesundheit; Mitglied der akademischen Fachgesellschaft psychiatrische Pflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft VFP.

¹ Der Studiengang «Master of Science in Pflege» der Berner Fachhochschule wird als Kooperationsmaster mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften FHS St.Gallen und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW durchgeführt.

Expertise zeichnet sich durch umfangreiches und hochorganisiertes Wissen aus. Sie besteht nicht nur aus deklarativem Wissen über Zustände und Fakten, sondern beinhaltet auch die erfolgreiche Nutzung von prozeduralem Wissen, also automatisierten Handlungen (Stangl, 2016). Um Handlungen automatisieren und somit Expertise erlangen zu können, braucht es auch im wissenschaftlichen Arbeiten Erfahrung, über die ich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht verfüge. Der Begriff der «erweiterten wissenschaftlichen Kompetenz» scheint mir daher gegenüber «Expertise» passender. Zu diesen erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen zählen nicht nur das Wissen in Bezug auf unterschiedliche Forschungsparadigmen und -Methoden, Forschungsprozesse und evidenzbasierte Praxis; um wissenschaftliche Kompetenz transferieren zu können, muss vielmehr auch auf «Metakompetenzen» wie Auftritts-, Präsentations- und Reflexionskompetenzen zurückgegriffen werden können.

2. Erweiterte wissenschaftliche Kompetenzen in der Praxis

Bereits im Laufe meines MScN-Studiums bot sich mir die Möglichkeit, die Leitung der Abteilung zu übernehmen, auf der ich arbeitete. Als Stationsleiterin hatte ich nur wenig Möglichkeiten, mich mit anderen MScN-Absolventinnen und -Absolventen auszutauschen – Pflegefachpersonen mit einem MScN-Abschluss sind in Managementpositionen in der Praxis weniger häufig vertreten als beispielsweise in Forschungs- und Entwicklungsabteilungen oder in der direkten Pflege als *Advanced Practice Nurses*². Ich musste meine Erfahrungen darüber, wie erweiterte wissenschaftliche Kompetenzen in den Praxisalltag einer Stationsleiterin transferiert werden können, also überwiegend selber sammeln.

Als Stationsleiterin gehörte es nicht primär zu meinen Aufgaben, Praxis- oder Forschungsprojekte zu planen und durchzuführen. Ich konnte meine erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen aber in anderen Bereichen, wie der Mitarbeitendenführung, der interprofessionellen Zusammenarbeit, der Pflegeentwicklung und der Qualitätssicherung gut nutzen – so zum Beispiel bei der Überprüfung des Pflegeprozesses. Obwohl die Evaluation durch die fachverantwortliche Person und nicht durch mich erfolgte, fiel es mir jeweils leicht, die Ergebnisse nicht nur zu interpretieren, sondern auch in Bezug zur momentanen Arbeitsbelastung zu setzen. Dank meiner Auftritts- und Präsentationskompetenz konnte ich die Ergebnisse den Mitarbeitenden verständlich vermitteln und eine Diskussion über einen allfälligen

Handlungsbedarf zur Verbesserung der Qualität initiieren. Die Resultate der Diskussion nutzte ich, um daraus geeignete Interventionen für die Qualitätssicherung abzuleiten und zu implementieren.

Des Weiteren beteiligte ich mich an der Entwicklung eines Therapieprogramms für Patientinnen und Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, die zu wenig Stabilität für eine reguläre Psychotherapie aufwies. Im interdisziplinären Projektteam orientierten wir uns dabei an der *Dialektisch Behavioralen Therapie* (DBT), einer evidenzbasierten Therapieform für akut suizidale Personen mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (Linehan, 1987). Zusammen mit der fachverantwortlichen Person skizzierte ich die Evaluation des Therapiekonzepts mittels standardisierter Instrumente.

In Bezug auf die Mitarbeitendenführung setzte ich meine erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen zur Motivation der Mitarbeitenden ein. So erwies sich beispielsweise mein Wissen über die Bedeutung der standardisierten Erfassung von Zuständen und Phänomenen als hilfreich. Die modifizierte *Brosset-Gewaltcheckliste* (BVC-CH), ein Assessment zur Erfassung des Gewalttrisikos, musste auf der Station viermal täglich für alle gefährdeten und neu eingetretenen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. In Zeiten mit hohem Arbeitsaufkommen wurde das Assessment jeweils deutlich weniger zuverlässig ausgeführt. Dadurch, dass ich die Mitarbeitenden wiederholt darüber informierte, dass sich durch die Gewalteinschätzung nicht nur ihre eigene Sicherheit und die der Mitpatientinnen erhöht, sondern längerfristig auch die Behandlungsqualität verbessert wird und dadurch der Arbeitsaufwand sinkt, konnte ich die Motivation zur Durchführung des Assessments deutlich erhöhen.

Die Frage der Motivation stellte sich für die Mitarbeitenden auch häufig im Umgang mit Patientinnen und Patienten, die das oben erwähnte Therapieprogramm durchliefen. Personen, die an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ leiden und zu instabil für eine reguläre Psychotherapie sind, versuchen ihren Zustand oftmals durch dysfunktionale Verhaltensweisen wie Selbstverletzung oder Alkohol- und Drogenkonsum zu verbessern. Häufig kommt es auch zu Suizidversuchen. Der Weg, diese dysfunktionalen Strategien durch sinnvolles Verhalten zu ersetzen, ist erfahrungsgemäss oftmals sehr lang und durch Rückschläge gekennzeichnet. Solche Situationen sind auch für die Pflegenden sehr belastend und bisweilen zermürbend, so dass sie in manchen Fällen die Sinnhaftig-

² APNs; Pflegeexpertinnen und -Experten mit erweiterter Pflegepraxis.

keit der Behandlungsmethoden in Frage stellen. In diesen Situationen konnte ich die Mitarbeitenden wieder motivieren, indem ich sie nicht nur an frühere Erfolge auf unserer Abteilung erinnerte, sondern auch Bezug auf die wissenschaftlich erwiesene Wirksamkeit der DBT nahm.

In der interprofessionellen Zusammenarbeit erwiesen sich meine erweiterten wissenschaftlichen Kompetenzen als besonders hilfreich. Gerade im Diskurs mit ärztlichen Personen erlaubten sie mir, fachlich fundierter und logischer zu argumentieren. Ich habe erlebt, dass dadurch eine Kommunikation auf gleicher Augenhöhe gefördert und unterschwelliges hierarchisches Gefälle reduziert werden kann. Als Folge davon sank die Belastung der Kommunikation durch zwischenmenschliche Belange deutlich, wodurch man sich besser auf das eigentliche Kerngeschäft, die Behandlung der Patientinnen und Patienten, konzentrieren konnte. Dies beeinflusste den Prozess der Entscheidungs- und Konsensfindung positiv.

Strukturierte Denkweise und Reflexionsfähigkeit – zwei Komponenten meiner erweiterten wissenschaftlichen Kompetenz – konnte ich in meiner Arbeit als Stationsleiterin überall einsetzen, egal ob in der Mitarbeitendenführung oder im interprofessionellen Kontext. Die strukturierte Denkweise, wie sie durch das methodisch-wissenschaftliche Arbeiten gefördert wird, erlaubt es, Problemstellungen jeglicher Art rascher zu erfassen, zu analysieren und zu beurteilen. In einer Profession mit einem so hohen Lösungs- und Handlungszwang wie der Pflege trägt sie dazu bei, sinnvolle Entscheidungen und Konsens rascher zu treffen bzw. zu finden. Die Reflexionsfähigkeit, die sich alle Pflegefachpersonen bereits in der Grundausbildung aneignen, wird durch das MScN-Studium nochmals erweitert. Heute greife ich in meinem Reflexionsprozess automatisch auf pflegerelevante und ethische Theorien und Konzepte zurück, beziehe institutionsspezifische Aspekte und aktuelle politische Entwicklungen in meinen Denkprozess mit ein. Dieser erweiterte Reflexionsradius ist in der Arbeit als Stationsleiterin unabdingbar und bildete in meinem Fall den Anfang und das Ende aller Entscheidungen, die ich im Praxisalltag zu treffen hatte.

Literatur

Abderhalden C, Needham I, Dassen T et al. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 6 (17). DOI: 10.1186/1471-244X-6-17.

Linehan, M.M. (1987). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Theory and Method. *Bull Menninger Clin* 51, 261–76.

Stangl, W. (2016). *Expertise*. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. <http://lexikon.stangl.eu/9834/expertise/> (Stand: 22.5.2016)

Fazit

Der Erwerb erweiterter wissenschaftlicher Kompetenzen hat eine Weiterentwicklung meiner ganzen Persönlichkeit bewirkt. Mein Blickwinkel hat sich erweitert und ermöglicht, dass ich bei Bedarf ausserhalb vorgegebener Konventionen und Raster denken und handeln kann. Meine Metakompetenzen erlauben es mir, mich selbstbewusst und reflektiert in der Gesellschaft zu bewegen. Mein eingangs genanntes Ziel habe ich erreicht: Ich habe mir durch das MScN-Studium zusätzliches Wissen und Strategien erarbeitet, um Problemstellungen aus der Praxis regelgeleitet und zielorientiert zu bearbeiten und zu lösen.

Heute setze ich dieses Wissen und diese Strategien nicht mehr in der klinischen Praxis als Stationsleiterin, sondern als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang *Master of Science in Pflege* an der Berner Fachhochschule ein. Ich habe den direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten und die Mitarbeitendenführung gegen Bürotisch und Unterrichtsraum getauscht, um eine andere Perspektive der Pflegeprofession einzunehmen. Die Begleitung von Studierenden schätzte ich bereits in der Pflegepraxis sehr. In meiner Funktion als wissenschaftliche Mitarbeiterin kann ich mich nun Schritt für Schritt in die akademische Lehre einarbeiten und die Studierenden dadurch noch enger begleiten, motivieren und befähigen, um sie in ihrem Lernprozess weiter zu bringen. Auch wenn ich im Moment im Begriff bin, in der Lehre Fuss zu fassen, hat sich mein Interesse an der direkten Praxis und am wissenschaftlichen Arbeiten natürlich nicht geschmälert. Das ist auch gut so, denn die Bereiche Lehre, Praxis und Forschung gehen bekanntlich immer Hand in Hand. Das Schöne an meiner Situation ist, dass ich mich durch den MScN-Abschluss in allen Bereichen beruflich etablieren kann. Aufgrund dieses breiten Fächers an Möglichkeiten kann ich heute nicht sagen, wo ich in zehn Jahren arbeiten werde. Mit Sicherheit werde ich aber bis dahin eine wissenschaftliche Expertise entwickelt haben. ■

«Joo, die bruuchts au» Erinnerungen und Entgegnungen

Alexander Bischoff*

Es war einmal. Es war einmal an einer Gemeindeveranstaltung, man lernt sich kennen, stellt sich vor, versucht ins Gespräch zu kommen. Häufig tut man das, in dem man sich fragt, was man so tut, oder arbeitet. Eine Frau mittleren Alters fragte mich das. Ich antwortete, ich sei Krankenpfleger. Erschrocken blickte die Frau mich an, sie rang nach Worten, ihre Gesichtszüge zerfielen, der Blick schlug um in teilnahmsvolles Mitleid und sie sagte mit schwerer Stimme: *Joo, die bruuchts au!* Ja, die braucht es auch.

Ich bin leider nicht immer schlagfertig. Und da ich mir in diesem Moment wie ein Regenwurm vor kam, ein bisschen widerlich, im Erdbereich ackernd («*ja, die braucht auch*»), fehlten mir die Worte, um schnell antworten zu können. Was hätte man sagen können? Argumentieren, dass man kein Unterhund sein muss, wenn man Pfleger, Krankenschwester, Pflegefachperson ist? Sie nach ihrem Bild über Pflege fragen? Ihr eine Impactstudie vorlegen mit schönen deutschen und englischen Worten? Zum Beispiel eine *Advanced Nursing Practice* Studie, die zeigt, dass Betreuung und Behandlung von Patienten durch Pflegende genauso gut, und im Bereich der Kommunikation sogar noch besser sein kann als diejenige der Ärzte?

Auf argumentativer Ebene klappt das wohl nicht. Der Frau hätte man kein neues Bild von Pflege vermitteln können. Was könnte man ihr entgegnen? Was sollten wir können? Was sollen wir tun, damit wir nicht in diesen Abklatsch passen: *Jo, die bruuchts halt au?* Dieses Klischee (das heisst übrigens Abklatsch) kann nicht mit Worten behandelt werden, nur mit Taten. Ich schlage vier Entgegnungen vor; die letzte ist ein Bild aus der romanischen Kunst.

Erste Entgegnung

Als Pflegende müssten wir zeigen, dass unser Beruf in einem grossen Zusammenhang steht. Die Pflege ist der Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung, da sie die grösste Berufsgruppe stellt und darüber hinaus noch am direktesten am Geschehen dran ist: bei den Patienten, am Bett, zu Hause, während der Untersuchung, am Anfang, während und am Ende ihres Lebens.

Das ist leichter gesagt als getan. Es stimmt nämlich schon, dass wir gerne uns wie der Regenwurm in unser Erdreich hineinbohren und dort heroisch, aber

unsichtbar dienen und uns abrackern. Es ist ja oft auch leichter, sich mit dem kleinen überblickbaren Horizont abzugeben. Ich habe das am eigenen Leib erlebt. Ich lernte in den 1970er-Jahren Krankenpflege, um in der «Dritten Welt» (wie man damals noch sagte) arbeiten zu können. Mit meiner Familie lebte ich sieben Jahre in Angola, im südlichen Afrika. Angola ist ein wunderschönes, aber kriegsversehrtes Land. Während Jahrhunderten eine portugiesische Kolonie, wurde es fast 40 Jahre in einen Unabhängigkeits-, dann Kalten, und schliesslich Bürgerkrieg verwickelt. Ich arbeitete zuerst als «*Camarada*», d.h. als Genosse – das war der Marxismus-Leninismus der Achtzigerjahre in Angola – später als kirchlicher Mitarbeiter im Gesundheitsbereich.

Als der Bürgerkrieg ausbrach und auch die Hauptstadt Luanda erfasste, mussten wir fliehen. Ich fand mich in der Schweiz wieder, und wusste nicht, was ich hier sollte, ausser dass ich gleich meine *Midlife-crisis* vorwegnehmen konnte. Mein grosses Glück war, dass ich Gelegenheit bekam, in England einen *Master in Community Health* zu absolvieren. Liverpool war ein Glücksfall. Ich war wie ein vertrockneter Schwamm, und begierig, alles Interessante aufzusaugen. Der Horizont ging auf, und ich hatte eine Lernerfahrung nach der anderen. Da arbeiteten, dachten, rauchten Köpfe aus aller Welt, Pflegende, Anthropologen, Soziologen, Ärzte, Pharmakologen, Healthcare managers, aus einigen wenigen europäischen Ländern und aus Ghana, Tansania, Kongo, Costa Rica, Afghanistan, Pakistan, Philippinen, usw. Eine der Entdeckungen war, dass kirchliche Gesundheitsdienste die Tendenz

* Haute école de santé Fribourg, Route des Cliniques 15, 1700 Fribourg.

E-mail: alexander.bischoff@hefr.ch
www.heds-fr.ch



Alexander Bischoff, Master in Community Health, University of Liverpool, PhD in Epidemiologie an der Universität Basel. Nach Jahren in der Entwicklungsarbeit als Krankenpfleger in Angola «*infirmier spécialiste clinique*» in Genf (Département de médecine communautaire, Hôpitaux universitaires de Genève), später wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter am Institut für Pflegewissenschaft in Basel, jetzt Dekan für angewandte Forschung und Entwicklung an der Fachhochschule für Gesundheit in Freiburg. Kurze Auslandseinsätze in Ruanda, Sansibar, Guinea-Bissau, Angola, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Belarus, Tansania, Kamerun, Südafrika, Togo und Tadschikistan. Forschungsinteressen: Migrant health, health care interpreting, PHC (primary health care), global health.

haben, einfach tüchtig vor sich hin zu dienen, und sich wenig um die grossen Zusammenhänge kümmern. Ich fühlte mich ertappt. Dabei bestreiten FBO – *Faith-based organisations* – in Afrika zwischen 30 bis 70 Prozent der Gesundheitsversorgung¹.

Genau so sieht es in der Pflege aus: Sie stellt in praktisch jedem Gesundheitssystem der Welt den grössten Anteil an Berufstätigen². Als solcher Grundpfeiler ist sie nicht nur gut fürs Wohlbefinden, sondern fürs Überleben. Im Spital sterben weniger Patienten, wenn mehr gut ausgebildete Pflegenden vorhanden sind. Was nach übertriebener Zuspitzung aussieht, lässt sich in jüngst erschienenen Studien von Silber *et al* 2016³ und Griffith *et al* 2016⁴ nachlesen.

Zweite Entgegnung

Die bruuchts au (ich suche ja immer noch nach Entgegnungen auf dieses herablassende Mitleid): Unser Name, unsere Berufsbezeichnung ist kein Hit. *What's in a name?* Das fragt schon Julia den Romeo bei William Shakespeare. Was ist in einem Namen? Unser beruflicher Name klingt nicht sehr attraktiv. In meiner Ausbildung zu «Allgemeiner Krankenpflege» am Claraspital in Basel wurde ich noch hie und da als *Wärter* bezeichnet. Ich dachte dann immer an den Basler Zolli (auch wenn es nie negativ gemeint war). *Pfleger*: Ja, das ging gerade noch. Aber es war nicht das Pendant zu *Pflegerin*. *Krankenschwester* ist ebenfalls archaisch. Das *Schwester*-Sein gefällt mir zwar, aber eher vom christlichen Kontext her, der mir lieb ist. Der *Krankenbruder* wäre zwar schön, aber vielleicht doch zu romantisch-naiv.

Nicht besser klingt es im Französischen: *infirmier, infirmière*. *Infirmes* heisst schwach, unfest, unstark, handikapiert. Kein Wunder, dass da in «*Joo, die bruuchts au*» leicht angewiderte Betroffenheit zu hören ist. Ich muss hier einen kleinen Exkurs einflechten, und zwar über die gewagten Erklärungen eines Wissenschaftlers aus Fribourg: *Infirmier* käme vom *Infernum*, der Hölle, in welcher sich die *Infirmiers* und *Infirmières*

aufhalten, also der Unterwelt von Krankheit und Unglück, von Dreck, Kot und Elend, um sich so den Himmel zu verdienen. Ich überlasse es der geneigten Leserschaft zu beurteilen, ob das eine sinnvolle etymologische Erklärung ist.

Mit *Nurse* habe ich auch meine liebe Mühe. *To nurse* heisst zuerst ernähren; es kommt aus dem Lateinischen *nutrire* und bedeutet zuerst ernähren, dann stillen und erst in dritter Linie pflegen. Man wird verstehen, dass ich mich als Mann nicht so leicht mit dieser Bezeichnung identifizieren kann. *Health professional* ist gut, aber nur sehr umständlich auf Deutsch übersetzbar. So liest man dann etwa «der oder die im Gesundheitsbereich Berufstätige». Wie steht es mit *health care provider*? Dieser Begriff hat den Vorteil, dass *Care* drin ist, die Pflege, die Sorge für jemand, die Wertschätzung (*I care for you*). Hier sind auch die Ärzte drin, und es sind nicht die Pflegenden, die in der Ärzteschaft unterkommen müssen. *Pflegefachleute, Pflegefachperson, Pflegefachfrau, Pflegefachmann*: Das ist, bis zur nächsten Erleuchtung (für eine kurze griffige Bezeichnung), die beste Bezeichnung und eine zweite Entgegnung auf «*die bruuchts au*».

Dritte Entgegnung

Pflegefachleute sollten ein bisschen Epidemiologie kennen. Das Wort ist zwar schwierig auszusprechen, sollte aber in aller Munde sein. Es hat nichts mit Insekten und Käfern zu tun – Entomologie – wie ich am Tropeninstitut in Basel in jungen Jahren lernte. Epidemiologie kommt aus dem Griechischen: *Epi* heisst über, und *demos* Volk, Bevölkerung. Epidemie ist das, was über die Leute kommt. Epidemiologie demnach die Kunde über das Vorkommen von Krankheit und Gesundheit auf Bevölkerungsebene. Man könnte auch sagen: Soziologie der Krankheit. Man schaut also nicht nur auf die einzelne Person, sondern auf die Gemeinschaft, die Gesellschaft. Epidemiologisch leben wir in einer spannenden Zeit. Sie ist gekennzeichnet durch zwei epidemiologische Verschiebungen, die uns allgemein und uns als Pflegenden direkt betreffen.

Die *eine* Verschiebung ist die von akuter Krankheit zu chronischer Krankheit. Erfolge in Public Health und hoch-technische medizinische Interventionen haben dazu beigetragen, dass die Bevölkerung länger lebt und häufiger während Jahren mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten zu leben hat. Ungesunder Lebensstil, Rauchen und Bewegungslosigkeit im Stadtleben sind Faktoren, die zu einem rapiden Anstieg von chronischen Krankheiten beitragen. Diese chronischen Krankheiten – Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Depression, Asthma, Krebs – haben alle anderen (vorab die akuten, übertrag-

¹ Olivier, J., C. Tsimpo, R. Gemignani, M. Shoji, H. Coulombe, F. Dimmock, M. C. Nguyen, H. Hines, E. J. Mills, J. L. Dieleman, A. Haakenstad and Q. Wodon (2015). «Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction.» *Lancet* 386(10005): 1765–1775.

² Nyoni, J. (2006). «Strengthening Human Resources for Health: Evidence in the WHO African Region.» *African Health Monitor* 7(1): 22–25, Rechel, B., C.-A. Dubois and M. McKee (2006). *The healthcare workforce in Europe*. Copenhagen, WHO-EURO.

³ Silber, J. H., P. R. Rosenbaum, M. D. McHugh and et al. (2016). «Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk.» *JAMA Surgery*.

⁴ Griffiths, P., J. Ball, T. Murrells, S. Jones and A. M. Rafferty (2016). «Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study.» *BMJ Open* 6(2): e008751.

baren) überholt und zwar nicht nur in Industrieländern, sondern weltweit. Man spricht heute von einer richtiggehenden Pandemie chronischer Krankheiten. Spannend ist, dass die internationale Forschung zum Schluss kommt, die Pflegenden seien die Hauptakteure in der Bekämpfung der pandemischen chronischen Erkrankungen. Ich zitiere in den meisten Vorlesungen und Vorträgen irgendwann den folgenden Satz von Thomas Bodenheimer, einem Arzt und Gesundheitsforscher – er steht im allseits respektierten *British Medical Journal*, und es ist für mich angenehm, ohne Polemik, Überheblichkeit oder jener bei Pflegenden häufig defensiven Haltung zitieren zu können, was einem Gesundheitssystem eine gänzlich neue Orientierung gibt: «*Yet the healthcare literature and the experience of many efforts to improve chronic care indicate that nurses, not doctors, are the key to implementing the chronic care model in a patient centred care team*»⁵.

Die zweite epidemiologische Verschiebung ist die von einer homogenen Gesellschaft zu einer pluralistischen. Die Schweiz ist wie die meisten anderen europäischen Länder in den letzten dreissig, vierzig Jahren zu einem Einwanderungsland geworden. Fast ein Viertel der Schweizer Wohnbevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund. Viele von ihnen leben schon lange in der Schweiz. Und auch sie haben weniger die erwarteten akute Erkrankungen als vielmehr eine oder mehrere chronische Krankheiten, die viel Pflege, Behandlung, Beratung und Interaktion nach sich ziehen. Die Gesellschaft bewegt sich weg von einer Struktur relativer Homogenität hin zu einer pluralistischen, mobilen und von Migration geprägten Gesellschaft.

Unsere Spitäler (oft die grössten Arbeitsgeber in einem Kanton) bilden diese beiden epidemiologischen Verschiebungen schön ab. Sie sind in jedem Spital jeden Tag zu sehen. Unsere Spitäler sind zu einer vielfältigen Institution geworden, in der transkulturelle Kompetenzen gefragt sind die Fähigkeit zu vermitteln zwischen unterschiedlichen Gesundheitskonzepten, zwischen Lebensformen, Lebenswelten und Sprachen und die Fähigkeit, mit Dolmetscherinnen, interkulturellen Mediatoren und überhaupt ‚fremden‘ Berufsgattungen zusammenzuarbeiten. Das klingt alles aufwendig und anstrengend – und das ist es auch – doch macht *Diversité*, Verschiedenheit, Vielfalt unseren in Weiss gekleideten Alltag vielfarbig.

Das war mein dritter Punkt: ein Plädoyer für Epidemiologie und die Behauptung, dass eine doppelte

epidemiologische Verschiebung unseren Berufsalltag und die Identität als Pflegefachleute prägt. Vielleicht hätte ich damals bei jener Begegnung mit meinem Master in *Community Health* und dem Doktorat in Epidemiologie angeben müssen. Aber womöglich hätte ich dann zu hören bekommen: *Braucht es das?*

Vierte Entgegnung

Ob ich jener Frau einen Ausschnitt aus der Galluspforte des Basler Münsters hätte zeigen sollen? In sechs sogenannten Tabernakeln links und rechts der Pforte sind die Werke der Barmherzigkeit dargestellt. Sie sind um den Eingang herum garniert, um zu zeigen: Der Weg zu einem solidarischen und erfüllten Leben führt genau hier hindurch. Kranke, Hungrige, Durstige, Fremde, Nackte, Gefangene: Mit ihnen hat unser Leben zu tun.



Auf einem der sechs Skulpturen ist eine Frau zu sehen, die eine kranke (spastische? bettlägerige?) Person besucht und betreut. Spitex! Das ist es, was sie tut. Spitalexterne Pflege, aufsuchende Pflege, Pflege in der Gemeinde. Ich sehe in der kleinen Figur ein wegweisendes Bild der Pflege. Und ich erinnere mich an Diskussionen, ob die Figur als Logo des Institutes für Pflegewissenschaft der heutigen Zeit angemessen sei oder völlig veraltet, unzeitgemäss, unwissenschaftlich, unattraktiv. Auch wurde kritisch von der Kommunikationsbeauftragten der Universität Basel bemerkt, ein einheitlicher Werbeauftritt der Uni sei so nicht möglich.

Ich frage mich selber auch: Entspricht das Bild einem modernen Konzept der Pflege? Ich selber finde eindeutig: Ja! Die Frau (es ist eine Frau!) betreut und

⁵ Bodenheimer, T., K. MacGregor and N. Stothart (2005). «Nurses as leaders in chronic care.» *BMJ* 330(7492): 612–613.

pflegt eine andere Person. Genauer: Sie geht zu ihr hin, besucht sie. Dieses soziale Handeln ist mit den anderen Darstellungen zusammen zu sehen, und bekommt dann einen umfassenden Sinn, dank seiner über-individuellen Perspektive, die über die einzelne Person hinausgeht, und darum eine soziale Komponente hat, die die Randständigen, Armen, Minderheiten, Obdachlosen, Ausgeschlossenen einbezieht und sich um sie kümmert. Die kleine Person am Basler Münster wäre für mich also ein Bild moderner Pflege, trotz seiner uralten christlichen Herkunft, ein Bild ethisch fundierter und gerechtigkeits-orientierter Berufskompetenz der Pflege, sowie ein Bild für *Spiritual Care*⁶.

Ich möchte nicht die Idee aufkommen lassen, dass Nächstenliebe reicht, um pflegen zu können. *Primary Health Care* will gelernt sein! *Primary Health Care* will gewusst sein! Dank einer langjährigen Tradition der Pflegewissenschaft in anderen Ländern können wir in der modernen Pflege auf Evidenz zurückgreifen, um unsere Werke der Barmherzigkeit auf viel Wissen abzustützen.

⁶ Siehe dazu den folgenden Beitrag ab S. 63.

Zum Schluss

Braucht's die? *Joo, die bruuchts au!* Leute, denen ein solcher Satz entglitten ist, werden schätzungsweise eines Tages überglücklich sein, dass es uns gibt. Sie werden glücklich sein, dass wir sie professionell, menschlich, mit weitem Horizont (epidemiologisch) und kulturell-kompetent, pflegefachmännisch und pflegefachfraulich betreuen können.

Das wünsche ich mir bei Pflegefachleuten (ich schliesse mich ein): Erstens, den weiten Horizont, das Selbstbewusstsein, das daraus erwächst, und eine gesunde Frechheit, sich auf oberen Etagen einzumischen. *Médecins sans Frontières*, die wichtige humanitäre Organisation, nennt das «*le droit d'ingérence*», das Recht sich einzumischen. Zweitens, die Stärke und selbstbewusste Identität, die aus einer Berufsbezeichnung entsteht – Pflegefachleute –; drittens die Lust an der kulturellen Vielfalt, und viertens die Antriebskraft eines sozialen und solidarischen Bewusstseins hinter all unserem Tun und Handeln. ■

Zwischen gelebter Spiritualität und säkularer Medizin. Professionalisierung pflegerischer Spiritual Care¹

Simon Peng-Keller*

Die Vorgeschichte der heutigen Profession der Pflege hat eine oft wenig bemerkte Überschneidungsfläche mit der Vorgeschichte heutiger Spiritual Care. Dass es überwiegend christlich-religiöse Gemeinschaften waren, die bis weit ins 20. Jahrhundert hinein die Schweizerische Spitallandschaft stark mitprägten, ist zwar bekannt. Kaum bekannt ist hingegen, dass eine christlich inspirierte Pflegepraxis auch am Anfang jener Bewegung stand, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts «Spiritual Care» im heutigen Sinne zum Durchbruch verhalf. Der vorliegende Beitrag geht diesem Zusammenhang nach und fragt, was eine Professionalisierung im Bereich der Spiritual Care heissen könnte. Dabei knüpfe ich an manches an, was im Beitrag von Alexander Bischoff bereits angeklungen ist und durch einen persönlichen Weg im Bereich der Pflege veranschaulicht wird.

1. Die Genese spätmoderner Spiritual Care

In seinem heutigen Verständnis bildete sich Spiritual Care im Verlauf der letzten Jahrzehnte unter dem Einfluss unterschiedlicher Bewegungen heraus. Genannt wird in diesem Zusammenhang meist nur die Bedeutung der modernen Hospizbewegung. Vergessen geht dabei, dass es auch innerhalb von Pflegefachleuten eine Bewegung gab, die massgeblich zur Herausbildung eines neuen Praxis-, Lehr- und Forschungsfeldes beigetragen haben. Das lässt sich begriffsgeschichtlich deutlich machen.

Zunächst wird mit «Spiritual Care» die Seelsorge bezeichnet, die von kirchlich beauftragten Amtsträgern wahrgenommen wird. Doch im Laufe des 20. Jahrhunderts wird «Spiritual Care» zunehmend für die Aufgabe von Pflegefachpersonen gebraucht, kranke und sterbende Menschen auch in ihren spirituellen Bedürfnissen zu unterstützen. So veröffentlichte beispielsweise Harriet Lazinski 1962 eine *Guidance of Nursing Students in Rendering Spiritual Care*. Eine Schlüsselrolle in diesem Übergang von einer kirchlich beauftragten Seelsorge zur pflegerischen Spiritual Care spielte der *Nurses Christian Fellowship*, eine Organisation, die Mitte der 1930er-Jahre gegründet wurde und die 1948 zu einer nationalen Organisation mutierte.² In den 1960er-Jahren führte der NCF nicht nur in verschiedenen US-amerika-

nischen Bundesstaaten Workshops zu «Spiritual Needs of Patients» durch, sondern initiierte auch erste Forschungsprojekte in diesem Bereich (Wallace 1978). Die reife Frucht dieser Bestrebungen findet sich in dem 1978 erstmals erschienenen und danach mehrfach aufgelegten Buch von Sharon Fish und Judith A. Shelly mit dem Titel «*Spiritual Care: The nurse's role*».

Überblickt man die pflegewissenschaftliche Diskussion, die an diese frühen Publikationen anschloss und sich auch kritisch von ihnen absetzte, so lässt sich beobachten, dass die ausdrücklich christliche Prägung und Motivation zunehmend in den Hintergrund tritt. Historisch betrachtet bildet die christlich inspirierte Spiritual Care des NCF ein Zwischenglied zwischen kirchlicher Seelsorge und der inter- oder transreligiösen Spiritual Care der Gegenwart.

Die Transformation einer christlich geprägten in eine transreligiöse Spiritual Care in den darauffolgenden Jahrzehnten blieb nicht ohne kritische Einsprüche. Auf der einen Seite wurde kritisiert, dass in diesem Prozess ein religiöses Ideal säkularisiert und ausgedünnt werde. Komplementär dazu stellte sich auf der anderen Seite die Frage, ob die neue Rede von Spiritualität im Kontext der Pflege nicht allzu vage bleibe, um die professionelle Praxis und die wissenschaftliche Erforschung hinreichend präzise orientieren zu können. Während es unumstritten ist, dass schwerkranke Patientinnen und Patienten einer kul-

* Universität Zürich, Theologische Fakultät, Kirchgasse 9, 8001 Zürich.

E-mail: simon.peng-keller@uzh.ch



©Bruederli_4230

Simon Peng-Keller ist Professor für Spiritual Care an der Universität Zürich mit einem festen Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät und Seelsorger im Kompetenzzentrum Palliative Care des Universitätsspitals Zürich. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Spiritual Care* (De Gruyter) und wirkt als Dozent für Theologie des geistlichen Lebens an der Hochschule Chur. Studium der Katholischen Theologie an den Universitäten in Freiburg/Schweiz und in Luzern. Promotion und Habilitation an der Universität Freiburg; *Venia legendi* für das Fachgebiet Fundamentaltheologie und Theologie der Spiritualität. Koordination der beiden interdisziplinären Forschungsprojekte «Vertrauen verstehen» (2009–2012) und «Hermeneutik des Vertrauens am Lebensende» (2013–2016; NFP 67). Mehrere Forschungsprojekte im Bereich Spiritual Care (z.T. in Kooperation mit dem Zentrum für klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Zürich). Publikationen im Bereich Spiritualität und Spiritual Care.

¹ Ich danke Alexander Bischoff und Horst Rettke für hilfreiche Kommentare zu einer ersten Fassung des vorliegenden Beitrags.

² <http://ncf-jcn.org/about-ncf/history-ncf> (Stand: 30.6.2016)

tur- und religionssensiblen Pflege bedürfen, die ihre biografischen Hintergründe einbezieht, ist bisher erst ansatzweise geklärt, wie eine spezifisch pflegerische Spiritual Care in säkularen Gesundheitsinstitutionen integriert werden kann und welche Ausbildungsvoraussetzungen dafür nötig sind. Im Folgenden sollen einige Möglichkeiten skizziert und diskutiert werden. Vorgängig dazu soll eine kurze Zwischenreflexion auf einige grundrechtliche Fragen eingeschoben werden.

2. Grundrechtliche Aspekte³

Wer in einer Schweizer Gesundheitsinstitution stationär versorgt wird, genießt einen besonderen juristischen Schutz. Aufgrund des spezifischen Abhängigkeitsverhältnisses in diesem Bereich ist der Staat zur rechtlichen Fürsorge verpflichtet. Diese umfasst neben der Aufsicht über die angemessene medizinische Versorgung und dem Datenschutz auch die Aufgabe, die grundrechtlichen Rahmenvorgaben zu gewährleisten. Dazu gehören das Recht auf Glaubens- und Gewissensfreiheit sowie jenes der Rechtsgleichheit. Gegenwärtig konzentriert sich die rechtliche Diskussion auf die Frage, in welcher Form diese Rechte auch für religiös praktizierende Patienten gewährleistet werden können, die nicht staatlich anerkannten Religionsgemeinschaften angehören. In diesem Zusammenhang liegt es nahe zu argumentieren, dass es analog zu der bestehenden christlich-kirchlichen Spitalseelsorge auch einer solchen bedarf, die von muslimischer, jüdischer oder hinduistischer Seite selbst verantwortet wird. Wenig beachtet wurde allerdings bislang, dass die betreffenden Fragen nicht allein die haupt- oder nebenamtliche Spitalseelsorge betreffen, sondern den gesamten Bereich der Spiritual Care, also auch die Professionen der Pflege und der Medizin.⁴ Beiden Berufsgruppen kommt die Aufgabe zu, innerhalb der ihnen anvertrauten Arbeitsfelder für die Gewährleistung der genannten Grundrechte zu sorgen. So bedürfen beispielsweise praktizierende muslimische Patientinnen und Patienten seitens der Pflege manchmal einer Unterstützung, um religiöse Vollzüge, die ihnen wichtig sind, verrichten zu können. Spirituelle Unterstützung brauchen jedoch mitunter auch Patienten, die keiner Religionsgemeinschaft angehören. Auch in diesem Bereich steht die Pflege gegenwärtig vor neuen Aufgaben.

³ Die folgenden Überlegungen verdanken sich einem Vortrag von René Pahud de Mortanges, der unter dem Titel «Kantonale Rechtsnormen für die Spitalseelsorge. Stand, Entwicklungstendenzen und Desiderate» demnächst in einem von ihm herausgegebenen Tagungsband erscheinen wird.

⁴ Den professionsspezifischen Verantwortlichkeiten übergeordnet ist die Verantwortung der Spital- und Heimleitung, die in der grundrechtlichen Verantwortung steht, die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Personen in ihre Planungen einzubeziehen. Das Recht lässt dabei einen grossen Spielraum für sehr unterschiedliche und kontextspezifische Lösungen.

3. Pflegerische Spiritual Care in säkularen Gesundheitsinstitutionen

Die Frage nach den Möglichkeiten, wie eine pflegespezifische Spiritual Care in säkularen Gesundheitsinstitutionen integriert werden kann, könnte leicht übersehen lassen, dass viele Pflegefachpersonen in Spitälern und dem Bereich der Langzeitpflege eine solche längst schon als Teil ihrer Aufgabe betrachten. In einer Befragung von 533 Pflegefachleuten der deutschen Schweiz kam Christoph von Dach zum Ergebnis, dass 78 Prozent der Befragten eine spirituelle Begleitung von Patientinnen und Patienten als Teil ihrer beruflichen Aufgabe verstehen (2013:23). Die Mehrheit der befragten Pflegefachleute (80%) kommt «ab und zu bis oft in Berührung mit den spirituellen Bedürfnissen der Patienten». Intensiver auf die genannten Bedürfnisse eingehen möchte knapp ein Viertel der Befragten und 60 Prozent möchten dies zumindest teilweise.

Spiritual Care betrifft vom Assessment bis zur Evaluation und Dokumentation alle Bereiche des Pflegeprozesses. Die Grenze zwischen spiritueller Anamnese und Intervention ist dabei fließend. Eine Erhebung von Spiritualität, die über die übliche Frage nach der Religions- und Konfessionszugehörigkeit hinausgeht, hat, weil es einen (nach westeuropäischem Empfinden) intimen Bereich des Lebens betrifft, Interventionscharakter. Sie ist selbst eine erste Form von Spiritual Care und muss deshalb festgelegten professionellen, ethischen und religiösen Ansprüchen genügen.

Die Rede von «spirituellen Assessments» könnte fälschlicherweise die Vorstellung wecken, dass damit Patienten nach der gesundheitsspezifischen Anamnese zusätzlich noch in spirituellen Belangen auf «Herz und Nieren» geprüft werden sollen. Dieses Missverständnis macht auf die Probleme aufmerksam, die entstehen, wenn die Aufgaben von Spiritual Care in jener Sprache zum Ausdruck gebracht werden, die heute in klinischen Kontexten die vertrauteste ist. Wenn von Spitalseelsorgenden erwartet wird, dass sie neben ihrer religiösen Eigensprache auch die medizinische Sprache verstehen und diese zumindest ansatzweise zu sprechen vermögen, so gilt für Pflegefachpersonen (und Ärztinnen und Ärzte) umgekehrt, dass sie sich neben ihrer professionellen Sprache auch ansatzweise mit den religiösen und spirituellen Sprachwelten vertraut machen sollten, in denen sich die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten bewegen.

Blickt man auf die wachsende Pluralisierung und Individualisierung dieser Welten, ist das zweifellos ein hoher Anspruch, der zwei unterschiedliche Einwän-

de hervorrufen kann. Der erste Einwand ist ökonomischer Natur. Auch wer mit dem eben Gesagten einverstanden ist, könnte die Frage aufwerfen: Das ist alles recht und gut, doch wie lässt sich eine solche spirituelle Unterstützung finanzieren? Wer kommt für den Aufwand an Zeit und Energie auf, der eine solche pflegerische Spiritual Care (und die Ausbildung dazu) kostet?

Ohne damit das Problem der knappen Ressourcen zu negieren, sollte in diesem Zusammenhang zunächst der Fehlschluss problematisiert werden, dass Spiritual Care immer mit einem zusätzlichen und meist hohen Zeitaufwand verbunden ist. Demgegenüber ist einzuwenden, dass ein gutes Gespräch nicht automatisch länger dauert als ein schlechtes. Gerade wenn die Zeit knapp ist, ist kommunikative Kompetenz besonders gefragt. Und wenn es um Leben oder Tod geht, braucht es auch die Fähigkeit zu existenzieller Kommunikation. Es sollte ökonomisch argumentierende Skeptiker nachdenklich stimmen, dass es gerade im Bereich der Notfallpflege mancherorts (z.B. im Universitätsspital Zürich) ein ausgeprägtes Bewusstsein für Spiritual Care gibt. Die Spannung zwischen Zeitdruck und langen Wartezeiten ist hier besonders spürbar. Die Leiterin des Zürcher Nachdiplomstudiengangs für Notfallpflege Petra Emmerich gibt zu bedenken: «Die Patienten werden die Zeit ‚auf dem Notfall‘ nicht dafür in Erinnerung behalten, dass eine Pflegenden besonders gut Infusionen legen konnte, sondern dafür, dass in der Krise ein Mensch bei ihnen war» (Bürgi 2016). Da für eine gute Pflege kommunikative Kompetenzen unumgänglich sind, ist Spiritual Care auch nicht ein Sonderbereich neben der pflegerischen Aufgabe, sondern ein integraler Bestandteil von ihr.

Der zweite Einwand betrifft die Grenze zwischen professioneller Care und religiös-spirituelle Kommunikation und der professionellen Rolle der Pflege. Gehört religiös-spirituelle Kommunikation (die etwas anderes ist als ein Sprechen über religiöse und spirituelle Belange) ins Rollenprofil professioneller Pflege? In den von religiösen Gemeinschaften geführten Spitälern der Schweiz war das bis vor einigen Jahrzehnten selbstverständlich der Fall. In religiösen Institutionen war es beispielsweise üblich, dass «Krankenschwestern» und Diakonissen mit Patienten auch beteten. In den säkularen Gesundheitsinstitutionen der Gegenwart gehört das Gebet mit Kranken und Sterbenden zwar noch in das Aufgabenfeld der Seelsorge, doch wird es normalerweise von Pflegefachpersonen nicht erwartet. Oder noch stärker formuliert: Es besteht seitens der öffentlichen oder privaten Arbeitsgeber wohl eher die Erwartung, dass sie es nicht tun (sollten). Das zeigt die Kontroverse,

die ein solches Gebetsangebot vor nicht allzu langer Zeit in Grossbritannien auslöste und die eine Pflegefachfrau vorübergehend ihre Stelle kostete. Dass es auch in hiesigen Gesundheitsinstitutionen nach wie vor nicht wenige Pflegefachpersonen gibt, die in besonderen Momenten mit Patienten oder Angehörigen beten, lässt sich aus persönlichen Mitteilungen vermuten. Doch gehört dies in den Bereich jener Vollzüge, über die nur mit Zurückhaltung kommuniziert wird und die in keiner Pflegedokumentation erscheinen.

4. Der weitere Kontext

Die im vorangehenden Abschnitt aufgeworfenen Fragen und Probleme betreffen nicht allein das Berufsfeld der Pflege, sondern alle Gesundheitsberufe. Sie sind deshalb auch in diesem weiteren Kontext zu diskutieren. Betrachtet man «Spiritual Care» im Horizont der Medizin- und Spiritualitätsgeschichte der letzten hundert Jahre, so lässt sie sich als das Phänomen einer reflexiven Bewusstwerdung und institutioneller Reintegration der spirituellen Dimensionen auf globaler Ebene beschreiben. Was durch die Ausdifferenzierungs- und Säkularisierungsprozesse der Moderne in eine institutionelle Randständigkeit geriet, wird nun neu als Teil dessen wahrgenommen, wofür Entscheidungsträger im Gesundheitswesen mitverantwortlich sind. Insofern das Leitwort «Spiritual Care» gleichermaßen für ein klinisches Praxisfeld als auch für eine neue akademische Disziplin steht, gleicht die Entwicklung in manchen Zügen jener der Bioethik, die sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend als interdisziplinäres Fach- und Praxisfeld etablieren konnte.

Auch wenn der hier nur grob skizzierte Transformationsprozess nicht mehr rückgängig zu machen ist, ist er doch starken gegenläufigen Tendenzen ausgesetzt. So dürften die Ökonomisierung der Medizin und damit der Zeitdruck im klinischen Alltag in den kommenden Jahren weiter zunehmen – ebenso wie die Aufsplitterung der Behandlungspfade entsprechend zu den wachsenden medizinischen Subdisziplinen. Das sind Rahmenbedingungen, die für eine Implementierung von Spiritual Care nicht besonders förderlich sind, sie aber zugleich umso dringlicher machen. Kritische Stimmen sehen denn auch in neueren Entwicklungen der Palliativmedizin die Säkularisierung des hospizlichen Ideals und seine Angleichung an eine bürokratische Medizin (Bradshaw 1996). Ann Bradshaw kritisiert nicht nur die Tendenz zu einem therapeutischen Aktivismus, der die kontemplative Dimension des «einfachen Da-Seins» vertreibt, sondern auch den (Fehl-)Schluss von der (angeblich) säkularen Gesellschaft auf die Notwendigkeit einer säkularen Spiritualität. Diese werde auf persönliche

Sinnsuche reduziert, so als ob die Sinnfrage die Gottesfrage ablösen könnte.

Wie sich das religiös-spirituelle Feld und seine Verquickung mit dem Gesundheitswesen in den nächsten Jahrzehnten umgestalten werden, ist schwer voraussehbar. In gewissen Zügen absehbar ist einzig, dass die weltanschauliche Pluralisierung in den nächsten Jahren weiter zunehmen und die interne Transformation der grossen religiösen Traditionen fortschreiten wird. Vermutlich gilt das auch für die Spannung zwischen säkularistischen Positionen und fundamentalistisch-religiösen Oppositionsbewegungen. Religionen sind bekanntlich keine statischen Gebilde, sondern einem zeitlichen Wandel unterworfen. Er dürfte unter derzeitigen Bedingun-

gen besonders gross sein. Wie er sich auf das Profil der klinischen Professionen auswirken wird, wird auch davon abhängen, wie kreativ diese selbst mit den ihnen neu zuwachsenden Aufgaben umzugehen verstehen. Das gilt m.E. in analoger Weise auch für die Pflege. Die Entwicklung des Pflegefach-«Berufs» zeichnete sich in den letzten Jahrzehnten durch starke Professionalisierungstendenzen aus. Das einzige, was bisher nicht professionalisiert wurde (und wohl nur teilweise professionalisierbar ist), ist das, was Personen, die in ihrem Pflegeberuf eine religiöse Berufung sahen, ganz selbstverständlich in ihren Berufsalltag einfliessen liessen: die spirituelle Sorge um die ihnen anvertrauten kranken und sterbenden Menschen. ■

Literatur

Bürgi, Dorothee, Spiritual Care in der Notfallversorgung. Perspektiven und Impressionen aus der Praxis, in: *Spiritual Care* 5 (2016; im Erscheinen).

Bradshaw, Ann, The spiritual Dimension of Hospice. The Secularization of an Ideal, in: *Social Science & Medicine* 43 (1996), 409–419.

Peng-Keller, Simon, Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. Begriffs- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundungen im Hinblick auf das Selbstverständnis von Spiritual Care, in: *Spiritual Care* 3 (2014), 36–47.

Shelly, Judith Allen/Sharon Fish, *Spiritual Care. The Nurse's Role*, Downers Grove 1978.

von Dach, Christoph/Jürgen Osterbrink, Spiritualität der Pflege, in: *Spiritual Care* 2 (2013), 21–30.

Spirituelle Bedürfnisse erfassen, in: *CNE.fortbildung* 3:2015, 11–13.

Wallace, Grace, Foreword, in: Judith Allen Shelly/Sharon Fish, *Spiritual Care. The Nurse's Role*, Downers Grove 1978, 9–11.

Winter-Pfändler, Urs, Vernetzung als Schlüssel zu einer guten Zusammenarbeit, in: *Krankenpflege* 3/2011, 18–21.

Assistant Professor (Tenure Track) of Ecology and Evolution in Forest Ecosystems

The Department of Environmental Systems Science (www.usys.ethz.ch) at ETH Zurich invites applications for the above-mentioned position.

The assistant professor develops and leads an internationally recognized research programme in "Ecology and Evolution in Forest Ecosystems" and is expected to integrate into research activities in related fields at ETH Zurich. He or she will use any relevant experimental, comparative and/or theoretical approaches to explore ecological and/or evolutionary processes that affect the composition, diversity, structure, dynamics and function of forest communities. The search is not limited to plant-based research, hence scientists working with non-plant forest components are encouraged to apply.

The new professor will teach in the Master of Environmental Sciences programme, offering subjects in Forest and Landscape Management that are also relevant to Ecology and Evolution. Undergraduate level courses are taught in German or English and graduate level courses in English.

Assistant professorships have been established to promote the careers of younger scientists. ETH Zurich implements a tenure track system equivalent to other top international universities.

Please apply online at www.facultyaffairs.ethz.ch

Applications should include a curriculum vitae, a list of publications, a statement of future research and teaching interests, the names and contact details of three referees, and three of your most important achievements. The letter of application should be addressed **to the President of ETH Zurich, Prof. Dr. Lino Guzzella. The closing date for applications is 31 October 2016.** ETH Zurich is an equal opportunity and family friendly employer and is further responsive to the needs of dual career couples. We specifically encourage women to apply.

Herausgeber und Verlag/Editeur: Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden
 Association Suisse des Enseignant-e-s d'Université
 Associazione Svizzera dei Docenti Universitari
 Generalsekretariat: Prof. Dr. Gernot Kostorz
 Buchhalden 5, CH-8127 Forch
 Tel.: 044 980 09 49 oder/ou 044 633 33 99 (ETHZ)
 Fax: 044 633 11 05
 E-mail: vsh-sekretariat@ethz.ch
 Homepage: www.hsl.ethz.ch
 PC-Konto / ccp 80-47274-7

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet

Redaktion/Rédaction: Elisabeth Ehrensperger, Dr. rer. soc., Spitalackerstrasse 23, 3013 Bern
 E-Mail: elisabeth.ehrensperger@gmail.com

Layout: Grafikbüro ETH, HG D 33.5, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, E-Mail: grafik@services.ethz.ch

Druck/Imprimerie: Druckzentrum ETH Zürich, 8092 Zürich

Anzeigen/Annonces: Generalsekretariat
 Preise: Stellenanzeigen/Postes à pourvoir: CHF 250 (1/2 Seite/page), CHF 500 (1 Seite/page),
 andere Annoncen/autres annonces: CHF 500/1000

**Mitgliederbetreuung, Adressen/
 Service membres, adresses:** Generalsekretariat

Das Bulletin erscheint drei- bis viermal im Jahr und wird gratis an die Mitglieder versandt.
 Abonnements (CHF 65 pro Jahr inkl. Versand Schweiz) können beim Verlag bestellt werden.
 Le Bulletin apparaît trois à quatre fois par an et est distribué gratuitement aux membres.
 Des abonnements sont disponibles auprès de l'éditeur (CHF 65 par an, frais de port compris en Suisse).

Vorstand/Comité directeur am 1. August / au 1^{er} août 2016

Präsident/Président: Prof. Dr. sc. nat. Christian Bochet, Université de Fribourg, Département de Chimie,
 Chemin du musée 9, 1700 Fribourg, Tel.: 026 300 8758, E-Mail: christian.bochet@unifr.ch

Vorstandsmitglieder/Membres du comité: Prof. Dr. Nikolaus Beck, Università della Svizzera italiana, Institute of Management,
 Via G Buffi 13, 6900 Lugano, Tel.: 058 666 44 68, E-Mail: nikolaus.beck@usi.ch

Prof. Dr. Bernadette Charlier, Université de Fribourg, Centre de Didactique Universitaire,
 Bd de Pérolles 90, 1700 Fribourg, Tel.: 026 300 75 50, E-Mail: bernadette.charlier@unifr.ch

Prof. Dr. iur. Robert Danon, Centre de droit public, Quartier UNIL-Dorigny,
 Bâtiment Internef, 1015 Lausanne, E-Mail: robert.danon@unil.ch

Prof. (em.) Dr. phil. Hans Eppenberger, Wiesenweg 5, 5436 Würenlos,
 Tel.: 056 424 3256, E-Mail: hans.eppenberger@cell.biol.ethz.ch

Prof. Dr. Norbert Lange, Université de Genève, Université de Lausanne, Ecole de Pharmacie, Sciences II,
 Quai Ernest Ansermet 30, 1211 Genève 4, Tél.: 022 379 33 35, E-Mail: norbert.lange@unige.ch

Prof. Dr. (Ph.D.) Stephan Morgenthaler, Ecole Polytechnique de Lausanne (EPFL),
 Fac. Sciences de base (SB), Inst. de mathématiques (IMA), MAB 1473 (Bâtiment MA),
 Station 8, 1015 Lausanne, Tél.: 021 6934232, E-mail: stephan.morgenthaler@epfl.ch

Prof. Dr. med. Dr. phil. Hubert Steinke, Universität Bern, Institut für Medizingeschichte,
 Bühlstrasse 26, 3012 Bern, Tel.: 031 631 84 29, E-Mail: hubert.steinke@img.unibe.ch

Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, Universität Zürich, Rechtswissenschaftliches Institut,
 Freiestrasse 15, 8032 Zürich, Tel.: 044 634 39 39, E-Mail: Lst.tag@rwi.uzh.ch

Herausgegeben mit Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW)
 Publié avec le soutien de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH)



Assistant Professor (Tenure Track) of Smart Building Solutions

The Department of Civil, Environmental and Geomatic Engineering (www.baug.ethz.ch) and the Department of Mechanical and Process Engineering (www.mavt.ethz.ch) at ETH Zurich jointly invite applications for the above-mentioned position.

The successful candidate is expected to develop a strong and visible research programme in the area of control and diagnostics of building systems with a focus on integrated data processing coupling the flow of information on mass and energy transfer with the construction of a building or groups of buildings. Therefore, applicants should be able to bridge research fields of automatic control and diagnostics, construction, and energy efficiency. Candidates need to hold a PhD degree and have an excellent record of accomplishments in engineering or computer science. In addition, commitment to teaching undergraduate level courses (German or English) and graduate level courses (English) and the ability to lead a research group are expected.

Assistant professorships have been established to promote the careers of younger scientists. ETH Zurich implements a tenure track system equivalent to other international top universities.

Please apply online at www.facultyaffairs.ethz.ch

Applications should include a curriculum vitae, a list of publications, a statement of future research and teaching interests, and three of your most important achievements. The letter of application should be addressed **to the President of ETH Zurich, Prof. Dr. Lino Guzzella. The closing date for applications is 15 September 2016.** ETH Zurich is an equal opportunity and family friendly employer and is further responsive to the needs of dual career couples. We specifically encourage women to apply.

***Die Stimme
der Hochschuldozierenden***



***La voix
des enseignant-e-s d'université***