



Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

Rapport d'expertes concernant le domaine de responsabilité des soins infirmiers

Groupe d'expertes de l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI)

Maria Müller Staub (PhD, EdN, RN, FEANS)

Judith Abt (MNS, RN)

Andrea Brenner (Dr. phil., RN)

Brigitte Hofer (MA phil., RN)

Table des matières

Préface et remerciements.....	
Résumé	
Recommandations pour la législation.....	
Introduction	1
Aspects historiques et définitions des soins infirmiers	2
Les soins infirmiers, une profession	3
Tâches, compétences et domaine de responsabilité des soins infirmiers.....	7
<i>Les tâches infirmières autonomes</i>	7
<i>Tâches infirmières médico-déléguées</i>	8
<i>Tâches infirmières interprofessionnelles</i>	8
Bilan intermédiaire	9
Le processus de soins infirmier: élément clé du rôle autonome	9
Travail relationnel, caring, communication et sensibilité morale	9
Prise de décision clinique et pensée critique.....	10
Les étapes du processus de soins.....	11
Evaluation de la situation	11
<i>Diagnostics infirmiers</i>	12
Bilan intermédiaire	13
Le corpus des connaissances infirmières	14
Classification internationale des diagnostics infirmiers.....	15
<i>Genèse</i>	15
<i>Définition des diagnostics infirmiers</i>	16
<i>Structure de la classification</i>	16
<i>Illustration</i>	17
<i>Etudes sur la classification internationale des diagnostics infirmiers</i>	17
Classification des interventions infirmières.....	18
<i>Genèse</i>	18
<i>Définition des interventions infirmières</i>	18
<i>Structure de la classification</i>	19
<i>Illustration</i>	20
<i>Etudes sur la classification des interventions infirmières</i>	20
Classification des résultats des soins infirmiers.....	20
<i>Genèse</i>	20
<i>Définition des résultats des soins infirmiers</i>	21
<i>Structure de la classification</i>	21
<i>Illustration</i>	21
<i>Etudes sur la classification des résultats des soins infirmiers</i>	22
<i>Preuves de l'efficacité, qualité du processus infirmier et documentation</i>	22
Bilan intermédiaire	23
Conclusions.....	24
Recommandations pour la législation	24
Littérature/références.....	25
Annex 1: Definition of Different Types of Nursing Diagnoses and Structure of Classification.....	33
Annex 2: Studies on the Classification of Nursing Diagnoses	34
Annex 3: Studies on the Classification of Nursing Interventions	36
Annex 4: Studies on the Classification of Nursing Outcomes.....	38
Texte initiative domaine de responsabilité des soins infirmiers	39

Préface et remerciements

Le Comité de l'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI) remercie les auteures pour leur remarquable engagement dans l'élaboration de ce rapport d'expertes. Les auteures tiennent à remercier Dr René Schwendimann, privat-docent à l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et membre de la société scientifique Soins en gérontologie de l'APSI pour la lecture critique. Nous remercions également le Comité de l'APSI pour les plusieurs reviews, feedbacks et l'approuvement de la version finale: Dr Annie Oulevay-Bachmann, Gabrielle Santos-Fontannaz (MNS), Mag. Günter Gantschnig, Luzia Herrmann, Prof Dr Lorenz Imhof), Peter Ullmann (MSc), et Nicole Zigan (MNS).

Le Comité de l'APSI a approuvé le rapport d'expertes après l'avoir étudié et le recommande aux milieux infirmiers pour qu'il y soit discuté. Il sera également utilisé pour des travaux ultérieurs à mener dans le cadre de l'initiative parlementaire relative à la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière.

Nos remerciements s'adressent également à l'unité de direction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour leur précieux soutien au niveau de la publication, de la traduction et de la diffusion du présent rapport. Le Comité de l'APSI remercie Marianne Wälti et Gabrielle Santos-Fontannaz pour la lecture critique de la version française.

Association suisse pour les sciences infirmières APSI
Salvisbergstrasse 6
3006 Berne
info@pflegeforschung-vfp.ch

Impression: Schwabe AG, Muttenz

Citations:

Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2015). Rapport d'expertes concernant le domaine de responsabilité des soins infirmiers. Berne: Association suisse pour les sciences infirmières APSI.

Résumé

Le présent rapport d'expertes décrit le domaine de responsabilité autonome des soins infirmiers dans le contexte de l'initiative parlementaire «Reconnaissance légale de la responsabilité infirmière». Conformément à son orientation qui vise à promouvoir les sciences infirmières, l'APSI a tenu à ce que ce rapport se réfère à la littérature spécialisée internationale actualisée. Les résultats peuvent se résumer comme suit:

- Les infirmières-ers portent la responsabilité du processus de soins infirmier. C'est un élément central de leur activité. Les infirmières et infirmiers diplômés sont déjà actuellement formés et compétents pour l'organisation, la réalisation et l'évaluation des prestations de soins.
- L'initiative qui vise la reconnaissance légale de la responsabilité des soins infirmiers veut que la responsabilité qu'assument d'ores et déjà les infirmières-ers soit également reconnue dans la LAMal. Il ne s'agit pas d'une extension des tâches infirmières. Des études montrent que le corps infirmier contribue à la réduction des coûts lorsqu'il est employé en adéquation avec ses compétences.
- La mise en œuvre autonome du processus de soins infirmier se caractérise par des relations professionnelles de qualité et une pensée critique.
- Le processus de soins infirmier repose sur une prise de décision clinique et comprend les différentes étapes que sont l'évaluation de la situation, les diagnostics infirmiers, la planification des résultats visés, les interventions et l'évaluation des soins.
- La classification des soins infirmiers (NNN) permet de fonder scientifiquement ces différentes étapes. La NNN comprend des diagnostics infirmiers, des interventions infirmières et des résultats de soins clairement définis, reconnus et validés au niveau international, et ce, au moyen d'indicateurs qui permettent d'attester de l'efficacité exigée par la LAMal.
- La classification des soins infirmiers (NNN) présente le corpus des connaissances infirmières dans un langage professionnel uniforme et définit le domaine de responsabilité et les prestations du personnel infirmier diplômé.

Les soins infirmiers disposent ainsi d'un domaine de responsabilité propre clairement défini. Ils peuvent présenter leurs prestations dans des classifications bien définies et scientifiquement reconnues, et prouver leur efficacité. L'ancrage dans la loi de l'autonomie des soins infirmiers permettra de créer les conditions légales nécessaires pour que le personnel infirmier diplômé puisse contribuer au développement du futur système de santé et se profiler comme acteur responsable.

Recommandations pour la législation

- Le personnel infirmier assume la responsabilité de la prescription de soins infirmiers également sur le plan légal. Il dispose des compétences professionnelles spécifiques pour soigner les personnes malades et doit pouvoir exploiter ces compétences en conséquence.
- Le processus infirmier avec toutes ses étapes sera défini dans la loi comme élément clé du domaine de soin infirmier autonome. Cela correspond aux prescriptions de formation suisses de l'infirmier/infirmière diplômé/e et aux réglementations internationales (p. ex.: Etats-Unis, Autriche).
- La classification des soins infirmiers (NNN) sera utilisée pour la prescription d'interventions de soins infirmiers. Cela permet de garantir que les prestations infirmières correspondent aux exigences de la LAMal concernant l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations (art. 56, al. 1) ainsi que l'assurance de la qualité (art. 58).
- Le législateur structure les conditions-cadres légales de telle sorte que les infirmières-ers puissent assumer la responsabilité de leur domaine d'activité autonome, et ce, indépendamment des médecins. La collaboration sur un pied d'égalité entre les groupes professionnels ne cesse de gagner en importance dans le système de santé. La profession de médecin s'en trouvera allégée si les compétences sont également clarifiées sur le plan légal. Les médecins pourront ainsi se concentrer sur l'essentiel de leur domaine d'activité propre.

Introduction

L'Association suisse pour les sciences infirmières (APSI) offre, avec ce rapport d'expertes, une base de discussion scientifique concernant la question politique professionnelle soulevée par l'initiative parlementaire «Reconnaissance légale de la responsabilité infirmière».

L'initiative en question exige une adaptation de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Les prestations de soins doivent être définies de façon à pouvoir être fournies par des infirmières-ers soit sur ordonnance médicale soit de façon autonome dans le cadre de leur domaine d'activité propre. Il s'agit par là d'ancrer dans la loi le domaine des soins infirmiers autonomes. En cas d'acceptation de cette initiative, il faudra définir plus en détail les prestations de soins concernées.

Comme l'intitulé de l'initiative l'explique bien, il ne s'agit pas en l'occurrence d'une extension des soins infirmiers, mais bien de la reconnaissance de leur responsabilité. L'initiative a pour but d'ancrer dans la LAMal la responsabilité que le personnel infirmier assume déjà aujourd'hui. La LAMal règle le financement et définit quelles prestations de quels fournisseurs de prestations doivent être payées par les caisses-maladie et à quelles conditions. La LAMal ne définit en revanche aucune compétence spécifique. Les tâches et la responsabilité du personnel infirmier sont décrites dans les lois cantonales sur la santé. Le droit soleurois définit par exemple que l'exercice de la profession *sous sa propre responsabilité* comprend la planification et l'exécution des soins ainsi que des évaluations de leur efficacité. Ceci comprend l'appréciation des besoins des patientes et des patients, le soutien dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne de façon passagère ou à long terme et des mesures de prévention, ainsi que l'information et le conseil. Font en revanche partie du domaine de tâches déléguées l'exécution des ordonnances écrites du médecin responsable concernant la prévention, le diagnostic médical et le traitement¹. La LAMal contredit donc les lois cantonales sur la santé et ne correspond pas à la réalité, car le personnel soignant assume d'ores et déjà la responsabilité de son domaine d'activité autonome. Les prestations correspondantes sont certes attribuées aux professionnels des soins, mais ne sont pas prises en charge par les caisses-maladie s'il n'y a pas d'ordonnance médicale. Cette obligation de prescription médicale - par exemple pour l'évaluation des besoins en soins, dépasse le champ de compétence du médecin, car ce dernier doit contresigner des prestations pour lesquelles il n'est pas formé et qui relèvent du domaine de responsabilité d'une autre profession¹.

L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) s'est chargée du pilotage du débat de politique professionnelle en lien avec cette initiative et collabore étroitement avec l'APSI dans ce contexte. En novembre 2011, l'APSI a communiqué à l'ASI une prise de position à ce propos. Mais il manquait encore une base scientifique pour une discussion disciplinaire approfondie au sein de l'APSI. Le présent rapport d'expertes vient donc combler cette lacune et montre comment l'APSI interprète le domaine de responsabilité propre des soins infirmiers en Suisse. Le but de l'APSI est notamment de soutenir et d'encourager la recherche en soins infirmiers. L'association défend ses buts par des prises de position et collabore avec des institutions politiques, professionnelles et multiprofessionnelles. Le but de ce rapport d'expertise est de fournir des bases scientifiques selon l'état de la recherche internationale pour définir le domaine de responsabilité infirmière autonome ainsi que, en cas d'acceptation de l'initiative, pour la définition ultérieure des prestations de soins infirmiers.

La première partie de ce rapport est consacrée à la présentation des tâches des soins infirmiers et des compétences des soignants et se réfère à l'évolution des soins infirmiers vers une profession. Dans la deuxième partie, nous décrirons le domaine de responsabilité propre des soins infirmiers au moyen du processus de soins infirmier et nous montrerons comment ce dernier structure le noyau dur de l'activité infirmière. Le processus infirmier repose sur une relation de soin professionnelle et une réflexion critique,

¹ Al. 2 et 3 de l'ordonnance d'exécution de la loi fédérale sur la santé du 28.6.1999

et constitue la base pour la prise de décision clinique.

La troisième partie décrit le fondement scientifique du processus de soins infirmier. La LAMal exige aujourd'hui déjà que le financement d'une prestation dépende du respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité avérés. L'efficacité des prestations doit être vérifiée périodiquement selon des méthodes scientifiques (loi fédérale sur l'assurance-maladie 1994, état au 1^{er} mars 2014, p. 17). Les classifications internationales des diagnostics, interventions et résultats de soins infirmiers donnent au processus de soins infirmier la base scientifique requise par la LAMal. Ces classifications constituent le corpus de connaissances de la discipline infirmière et définissent les bonnes pratiques concernant les étapes du processus de soins infirmier et de son évaluation. Le rapport se termine par des conclusions et des recommandations pour la législation.

Aspects historiques et définitions des soins infirmiers

Les infirmières-ers de Suisse, qu'ils soient actifs dans les soins, l'enseignement ou la recherche, se penchent sur la notion de «soins infirmiers» depuis les années 80. A ce propos, les questions suivantes ont été discutées: «Comment peut-on décrire au mieux les soins infirmiers?», «Que font exactement les infirmières-ers et quel est le but de l'activité infirmière?», «Quand les gens ont-ils besoin de soins infirmiers et de quels soins ont-ils besoin?»². Le vaste débat concernant la notion de «soins infirmiers» a certes eu un effet de construction identitaire pour la profession infirmière mais a été important également dans les discussions dans la société concernant le mandat des soins infirmiers ainsi que des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à cette fin. Par exemple, le positionnement de la formation en soins infirmiers au niveau universitaire fait encore et toujours l'objet de vastes discussions. Les infirmières-ers ont été et sont encore aujourd'hui confrontés à la question de savoir en quoi les soins infirmiers se distinguent des soins de base et de soutien prodigués au quotidien par une personne non-professionnelle soit à elle-même soit à ses proches.

La littérature consacrée à l'histoire des soins infirmiers montre de manière très différenciée les débats autour des soins infirmiers. Bischoff (2009) décrit de manière impressionnante dans son ouvrage comment, depuis la fin du 19^e siècle, une bonne éducation et des qualités maternelles étaient considérées comme une base importante pour la profession infirmière³. Les définitions des soins infirmiers sont également importantes pour les formations infirmières, car les apprenants et étudiants doivent être capables d'offrir aux patientes et aux patients, ainsi qu'aux proches, des soins centrés sur la personne.

Florence Nightingale (1820-1910), pionnière des soins infirmiers, a été la première à décrire ce que les soins infirmiers avaient d'essentiel. Son livre intitulé «*Notes on Nursing: What it is and what it is not*» est considéré comme l'un des ouvrages sur les soins le plus souvent cité. Nightingale a mis l'accent dans sa description des soins sur les mesures d'hygiène telles que les soins corporels, l'air frais, la literie propre, l'alimentation équilibrée et l'optimisation de l'environnement des malades⁴. Les écrits de Nightingale ont ensuite fait office de référence dans de nombreux pays pour le développement des formations en soins infirmiers. En Suisse, Sr. Liliane Juchli (née en 1933) a fondé avec ses livres d'enseignement des soins infirmiers une base solide pour les formations infirmières, base qui est toujours valable aujourd'hui². Au milieu du 20^e siècle, des définitions des soins infirmiers ont été élaborées surtout par des théoriciennes des soins américaines⁵. On mentionnera ici à titre d'exemple Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Ida Jean Orlando, Madeleine Leininger, Callista Roy, Imogene King et Dorothea Orem. Les définitions des soins infirmiers dans les modèles de soins respectifs se réfèrent à des théories diverses, telles que par exemple l'orientation selon les besoins, les modèles basés sur les résultats, sur l'adaptation, sur l'interaction ou encore l'approche systémique; et chacune de ces auteures a développé un modèle de soins infirmiers avec des théories spécifiques, qui présentent les soins infirmiers comme une discipline. Les modèles de soins sont des théories abstraites à large spectre et un cadre de référence pour les soins. Ils décrivent la science et les activités de la profession, notamment dans sa délimitation à la médecine et aux soins non professionnels. Les théories des soins infirmiers permettent un développement permanent de

modèles de soins et de leur concrétisation⁵.

Quelles sont donc les tâches des soins infirmiers? Les infirmières-ers soutiennent les patientes et les patients à gérer leur quotidien malgré les restrictions ou handicaps dont ils souffrent et à organiser de la manière la plus autonome possible les rôles qui leur tiennent à coeur, et elles accompagnent les personnes en fin de vie^{6,7}.

L'International Council of Nurses (ICN) définit les soins infirmiers comme suit:

«Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles»⁸.

Ces 30 dernières années, d'autres organisations professionnelles de la santé ont élaboré des définitions des soins infirmiers. La définition de l'American Nurses Association (ANA), publiée pour la première fois en 1980, repose sur celle de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) et a eu une grande influence sur le plan international. La NANDA a introduit la notion de «human response» pour décrire la focalisation des soins, expression qui a été traduite en français par «expériences/réactions à des problèmes de santé»⁹. Selon la NANDA, les soins ne se focalisent pas sur la maladie d'une personne, mais sur les expériences et les réactions humaines à des problèmes de santé dont souffrent des individus, des familles ou des communautés^{10,11}. L'ANA définit les soins infirmiers comme suit:

«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»¹².

La définition de l'ANA, qui repose sur celle de la NANDA, est également à la base de la définition donnée par l'ASI¹³. Le tournant que connaît le domaine de la santé publique pour des raisons démographiques et épidémiologiques a incité les associations professionnelles en Autriche, en Allemagne et en Suisse à présenter une définition commune des soins infirmiers, avec l'intégration du rôle important joué par les soins dans le système sanitaire. Les soins infirmiers sont définis comme suit dans sa prise de position:

«On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.»¹⁴

Ce que toutes les définitions des soins infirmiers ont en commun est de questionner fondamentalement comment les individus vivent la santé, la maladie, les crises, la souffrance, la fin de vie et la mort; comment ils y font face et les maîtrisent¹⁵. Les soins infirmiers sont définis comme une contribution à la société pour la prévention, le rétablissement ou l'atténuation de problèmes de santé, ou pour les aborder de manière positive¹⁵.

Les soins infirmiers, une profession

Le mot latin «professio» est souvent utilisé comme synonyme à métier, entreprise, commerce, artisanat ou encore passion¹⁶. Les professions sont des métiers dont la tâche réside dans la mise en œuvre de valeurs sociales (p. ex.: droit, santé). Les professionnels peuvent se prévaloir d'un degré élevé d'autonomie professionnelle et de compétences spécifiques pour pouvoir remplir leurs fonctions; et les professions se définissent par des attributs spéciaux qui les délimitent par rapport aux professions auxquelles ces caractéristiques ne sont pas attribuées¹⁷.

Les professions possèdent trois caractéristiques importantes: le service rendu à la communauté, un corpus de connaissances spécifique et l'autonomie professionnelle.

1. Le service rendu à la communauté: l'activité professionnelle vise le service à la communauté et sert au maintien des valeurs importantes de la société telles que la santé, le consensus, la morale, la vérité et le droit¹⁷.

Viser le service à la communauté fait partie intégrante des principes éthiques des soins infirmiers, principes qui ont été publiés pour la première fois en 1990 par l'ASI. Le message central en est que la responsabilité professionnelle fondamentale des professionnels des soins concerne les personnes nécessitant des soins¹⁸. Dans le code éthique des associations professionnelles des infirmières et infirmiers en Allemagne (DBfK), Autriche (ÖGKV) et Suisse (ASI), il est décrit ce qui suit:

- L'infirmier/ère *exerce son activité professionnelle pour le bien de l'individu, de la famille et de la collectivité*; il/elle coordonne ses prestations avec celles des autres groupes concernés.
- L'infirmier/ère garantit dans l'exercice de son activité professionnelle que l'utilisation de la technologie et l'application de nouvelles connaissances scientifiques sont compatibles avec la *sécurité, la dignité et les droits des individus*¹⁹.

2. Corpus de connaissances spécifique: Les membres d'une profession utilisent des connaissances spécifiques qui permettent de résoudre des problèmes de la société. La base de ces connaissances est ancrée dans la science tout comme dans la pratique quotidienne. Ce ne sont que de telles connaissances à double ancrage qui permettent une compréhension sérieuse des problèmes spécifiques et des questions des groupes cibles concernés, à savoir, dans le cas des soins infirmiers, des patientes et des patients ainsi que de leurs proches¹⁷.

Les professions définissent en trois domaines les corpus de connaissances de leur domaine spécifique, ce qu'il est convenu d'appeler le triptyque²⁰⁻²². Le terme «triptyque» vient du grec *triptychos* et signifie triple, constitué d'une triple couche ou de trois niveaux²³. Dans le contexte des soins infirmiers, cette structure en trois parties avec les contenus «diagnostics-interventions-résultats» est utilisée comme caractéristique des professions²¹. Les diagnostics décrivent des problèmes spécifiques de la clientèle, les interventions définissent les connaissances et actes spécialisés nécessaires pour résoudre les problèmes de la clientèle; et enfin sont cités les résultats que la profession obtient. Il s'agit donc, dans le domaine de la santé, de décrire:

- a) les problèmes/ besoins de soins qui sont définis dans des classifications de diagnostics,
- b) les traitements probants dans des classifications d'interventions et
- c) les résultats obtenus par la profession dans des classifications de résultats.

En médecine, il y a par exemple:

- a) la classification internationale des maladies/International Classification of Diseases (ICD),
- b) la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) pour le domaine stationnaire, respectivement la liste Tarmed, qui comprend tous les traitements médicaux ambulatoires ainsi que leurs tarifs.

Contrairement aux soins infirmiers, aucune classification des résultats n'a été développée en médecine.

Tandis que la partie principale du corpus des connaissances de la médecine est présentée dans les classifications susmentionnées, le corpus des connaissances des soins infirmiers l'est dans les classifications infirmières. Celles-ci décrivent :

- a) les problèmes/besoins infirmiers dans la *classification internationale des diagnostics infirmiers*,
- b) les actions de soins basées sur les connaissances dans la *classification internationale des interventions infirmières* et
- c) les résultats obtenus par des interventions infirmières pour des diagnostics infirmiers précis dans la *classification des résultats de soins infirmiers*.

Le corpus de connaissances spécifique des soins infirmiers se traduit par le triptyque des classifications internationalement reconnues, à savoir: la classification des diagnostics infirmiers (Nursing Diagnosis Classification NANDA-International), la classification des interventions infirmières (Nursing Interventions Classification NIC²⁴) et la classification des résultats de soins infirmiers (Nursing Outcomes Classi-

fication NOC)²⁰. Les trois classifications ont été synthétisées en une taxonomie (NANDA-I, NIC et NOC = NNN). La classification NNN résume en tant que triptyque les bases empiriques et scientifiques, est remaniée en permanence en tenant compte des nouvelles évidences scientifiques et représente le corpus de connaissances des soins infirmiers^{9,20,24-26}. Les infirmières-ers basent leurs décisions cliniques sur ce corpus de connaissances²⁷⁻²⁹ (voir également le chapitre *Corpus de connaissances des soins infirmiers*). Le corpus de connaissances des soins infirmiers est, selon Chinn & Kramer (2011), acquis et mis en œuvre via quatre processus, ce qu'il est convenu d'appeler des types de connaissances (*patterns of knowing*): savoir empirique, savoir éthique, savoir esthétique et savoir personnel³⁰.

Les quatre *types de savoirs* sont décrits comme suit³¹:

Le *savoir empirique* représente l'aspect scientifique des soins infirmiers. Il comprend des descriptions des expériences et des observations faites dans la pratique par les professionnels des soins. Ces descriptions servent de base pour la formation d'hypothèses, de théories ou de modèles qui seront utiles plus tard pour des situations de soins. L'empirisme occupe une position centrale dans la génération des connaissances au sein de la discipline infirmière³⁰. Les connaissances empiriques des infirmiers et des infirmières sont transmises par exemple par la communication d'histoires de soins, la publication d'études d'observation et d'intervention sur des phénomènes pertinents pour les soins dans des revues spécialisées ou dans le cadre de la formation, ainsi que par le regroupement et le traitement sous la forme d'études de cas et de discussions de cas.

Le savoir éthique comprend la composante morale des soins infirmiers. Il offre à l'infirmière et à l'infirmier des points d'ancrage dans la maîtrise des situations de soins, «ce qui devrait être fait et ce qui est bien et juste et assumable»³¹ (Chinn & Kramer, p. 9). Les connaissances éthiques sont appliquées aussi bien dans le cadre de décisions ad hoc que lors des prises de décisions planifiées, prises sur la base de règles bien définies. La représentation de valeurs et la clarification des différents points de vue et intérêts servent à trouver quelles interventions et/ou interactions sont moralement acceptables. Des principes éthiques personnels et questionnés sont nécessaires lorsque des infirmières-ers représentent les droits et devoirs d'autres personnes (patientes, patients)³¹.

Le *savoir esthétique/intuition* définit l'art de soigner; le savoir personnel représente les connaissances que l'on a de soi-même et des relations aux autres. Ce savoir permet d'identifier la totalité de toutes les expériences conscientes, des compétences professionnelles acquises, du bon sens et de la signification de l'instant vécu, et de les mobiliser pour gérer une situation de soins. L'intuition permet de saisir le contexte d'une situation de soins. L'intuition s'exprime lorsque l'expérience conscientisée et l'action se conjuguent à un certain moment. L'intuition se révèle dans le comportement, dans la posture, dans l'action, dans la manière de communiquer et dans les interactions de l'infirmière et de l'infirmier avec les personnes impliquées dans la situation en question³⁰⁻³².

Le *savoir personnel* se développe par l'attention, la réflexion et l'introspection. Introspection signifie la prise en compte, la description et l'analyse de son propre vécu et comportement par le biais d'une observation tournée vers l'intérieur. Le «savoir personnel» dans les soins infirmiers se réfère aux expériences intérieures faites dans le cadre du développement vers un soi global et conscient.... Ce n'est que par la connaissance de soi que l'on peut reconnaître un autre individu comme une personne. Le savoir personnel peut inclure des connaissances spirituelles ou métaphysiques. La perception globale et consciente de soi, de l'instant et du contexte d'une interaction permet une expérience interpersonnelle significative»³¹ (Chinn & Kramer, 1996, p. 10).

«L'ensemble des savoirs permet d'identifier ce qui est faisable et de créer des alternatives qui permettent à leur tour un choix ciblé d'interventions de soins et d'interactions»³¹ (Chinn & Kramer, 1996, p. 6). Les quatre patterns de savoirs interviennent dans la pratique quotidienne, lors de l'établissement de diagnostics infirmiers, du choix des interventions infirmières et des résultats de soins souhaités ainsi que de leur évaluation. Pour conceptualiser l'application des connaissances dans le quotidien des soins, McCloskey et

Bulechek (1992) ont développé le modèle des connaissances et des prises de décision infirmières³³, modèle qui sera complété par Moorhead (2013), voir Illustration 2, p. 15.

3. Autonomie professionnelle: Les membres d'une profession contrôlent leur activité de manière autonome. En d'autres termes, les «véritables» professions se définissent par le fait qu'aussi bien les clientes et les clients que les organisations qui les emploient les reconnaissent comme groupe, qui définit et accomplit son travail de manière autonome¹⁷.

L'infirmière ou l'infirmier est personnellement responsable et doit rendre compte de l'exercice des soins infirmiers et elle/il maintient sa compétence professionnelle via une formation continue spécifique, en particulier dans les domaines suivants¹⁹:

- L'infirmière/infirmier est responsable de la fixation et de la mise en œuvre de standards de qualité pour la pratique des soins, la gestion des soins, la recherche en soins infirmiers et la formation en soins infirmiers.
- L'infirmière/infirmier participe au développement des connaissances disciplinaires, qui reposent sur les résultats de la recherche, et s'engage via son association professionnelle en faveur de la création et du maintien de conditions de travail sûres, socialement et économiquement correctes dans les soins infirmiers.
- L'infirmière/infirmier promeut la santé, la sécurité et les droits des patientes et des patients. Elle/il est responsable des soins individuels.
- L'infirmière/infirmier est, selon le code éthique de l'ICN pour les soignants¹⁹, également responsable d'une délégation adéquate des tâches pour les soins du patient.

Tâches, compétences et domaine de responsabilité des soins infirmiers

Le contrôle autonome de son activité présuppose des connaissances sur les compétences et les domaines de responsabilité de sa propre discipline. On décrira dans cette section les tâches et les domaines de responsabilité des soins infirmiers, qui se réfèrent aux soins directs des patientes et des patients, à la collaboration au sein d'une équipe interprofessionnelle et intraprofessionnelle, ainsi qu'au développement continu des soins infirmiers. Krohwinkel (2008) décrit trois tâches et domaines de responsabilité des soins infirmiers. Elle distingue les tâches infirmières autonomes, les tâches infirmières médico-déléguées et les tâches infirmières interprofessionnelles³⁴.

Les tâches infirmières autonomes

Dans un environnement clinique, l'infirmière ou l'infirmier assume déjà aujourd'hui la responsabilité de l'organisation, de l'exécution et de l'évaluation des tâches infirmières. En Suisse, la responsabilité du processus infirmier revient aux infirmières et infirmiers diplômés au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire. Cela signifie que l'infirmière ou l'infirmier identifie les mesures de soins qu'il convient de prendre, pose des diagnostics infirmiers et qu'elle/il est responsable de l'exécution des interventions infirmières ainsi que de la documentation du processus de soins infirmier^{35,36}.

Les compétences nécessaires pour l'exercice autonome de la profession sont décrites dans les compétences finales pour les professions de la santé au niveau haute école spécialisée définies par la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KFH) et stipulées dans le plan d'études-cadres des écoles supérieures (ES) en soins infirmiers³⁸. Ce dernier définit par ailleurs quatre processus principaux dans lesquels intervient l'infirmière/l'infirmier diplômé/e, à savoir: le *processus de soins* comprend l'*évaluation de la situation* (collecte des informations et relevé des données), les diagnostics infirmiers, la planification des objectifs et des soins, l'implémentation des interventions infirmières et l'évaluation des résultats obtenus³⁹. Les infirmières et les infirmiers diplômés ES évaluent les besoins en soins, font une estimation des problèmes de santé et planifient les soins avec les patientes, les patients et leurs proches. Elles/ils effectuent les interventions infirmières et les vérifient au moyen de critères basés sur l'évidence. L'efficacité des soins prodigués, dans le sens de l'assurance de la qualité, est évaluée sur la base des résultats obtenus. Le *processus de communication* inclut une relation de soin visant à instaurer la confiance avec les patientes et les patients ainsi que la communication intraprofessionnelle et interprofessionnelle. La formation continue des infirmières et des infirmiers ainsi que l'exercice de fonctions d'enseignement

et de formation réfèrent au *processus d'acquisition des connaissances*. Enfin, les infirmières et les infirmiers sont, dans le domaine du *processus organisationnel*, compétents pour la gestion professionnelle de leur domaine et la mise en place des conditions structurelles nécessaires³⁸.

Les personnes qui ont achevé avec succès une formation dans le domaine de la santé au niveau haute école spécialisée sont, selon le modèle CanMEDS 2005, actives dans sept rôles⁴⁰. Les infirmières et les infirmiers assument la gestion professionnelle dans leur champ d'activité disciplinaire et mettent leurs compétences professionnelles spécifiques à la disposition des patientes et des patients, des proches de ces derniers ainsi qu'aux autres actrices et acteurs du système de santé. Elles/ils créent, avec les patientes et les patients ainsi qu'avec les proches de ces derniers, des relations professionnelles suscitant la confiance et permettent des prises de décisions communes via une communication adéquate. Les infirmières et les infirmiers mettent en œuvre de manière efficace et efficiente des plans de traitements en tenant compte des conditions-cadres institutionnelles et légales. Elles/ils collaborent à l'implémentation et à l'évaluation de standards de qualité des soins basés sur l'évidence et identifient les besoins en matière d'innovation. Par une réflexion permanente sur leur pratique professionnelle, elles/ils contribuent à un système de santé optimal. Elles/ils découvrent en outre, sur la base de la réflexion qu'elles/ils mènent sur leur pratique professionnelle, des thèmes pertinents pour des projets de développement et de recherche, et transmettent ces derniers aux instances concernées. Elles/ils participent à des projets et à des recherches dans le domaine des soins infirmiers et promeuvent le transfert des résultats dans l'enseignement et la pratique³⁵ (Conférence des hautes écoles spécialisées de Suisse, 2009, p. 37-43).

Il apparaît clairement qu'aussi bien l'infirmière/infirmier au bénéfice d'une formation de niveau école supérieure que de niveau haute école spécialisée acquiert des compétences pour saisir par elle-même/lui-même les problèmes des patientes/patients, d'en déduire des interventions infirmières et de les réaliser, ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions mises en œuvre. Plusieurs études ont montré que les infirmières/infirmiers obtiennent de bons résultats auprès des patients, et peuvent même induire une diminution des coûts⁴¹.

Tâches infirmières médico-déléguées

La collaboration lors de l'établissement du diagnostic médical et de la thérapie fait partie de cet ensemble de tâches. La responsabilité de l'infirmière ou l'infirmier se situe ici au niveau de l'exécution. En d'autres termes, elle/il est responsable de l'exécution correcte des actes médicaux délégués, tels que l'administration correcte de thérapies par perfusion, la remise de médicaments et la surveillance des effets des médicaments (resp. des effets secondaires) ou des prises de sang destinées à des analyses de laboratoire. Les infirmières et les infirmiers doivent en outre être en mesure de détecter rapidement d'éventuelles complications. Il s'agit en l'occurrence ici de reconnaître chez les patientes et les patients les signes et les symptômes qui indiquent des complications ou des détériorations de leur état de santé, tels que des signes de saignements internes, décalages de l'équilibre hydrique et électrolytique, modifications de l'état de conscience ou symptômes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie, et de faire part au service médical des observations infirmières ou des résultats de l'évaluation. Un exemple permettra d'illustrer cet aspect. Lorsqu'un patient présente des signes et des symptômes d'un infarctus du myocarde, comme des douleurs thoraciques et un essoufflement, l'infirmière ou l'infirmier est responsable: 1) de soupçonner qu'il s'agit là de signes d'un problème, 2) de reconnaître que le problème a une priorité élevée, 3) de faire ce qu'elle/il peut pour faire face au problème, et 4) d'annoncer immédiatement le problème^{42,43}.

Tâches infirmières interprofessionnelles

Dans ce domaine, l'infirmière/infirmier est responsable de la coopération et de la coordination³⁴. Elle/il participe au développement de concepts concernant la préservation et promotion de la santé. De même, les infirmières et les infirmiers travaillent dans des équipes interprofessionnelles et participent à des prises de décisions interdisciplinaires complexes. Les infirmières et les infirmiers s'engagent pour des questions liées à la santé et à la qualité de vie, et soutiennent les intérêts des patientes et des patients ainsi que ceux de leurs proches. Elles/ils intègrent des concepts relatifs à la promotion de la santé ainsi qu'à la préven-

tion pour les individus et les groupes dans leur pratique professionnelle, et participent activement à leur mise en œuvre. On mentionnera ici à titre d'exemple la conservation et la promotion de la mobilité des personnes âgées à leur domicile ou dans un contexte institutionnel. Pour atteindre ces objectifs, il est souvent nécessaire que s'instaure une étroite collaboration entre les infirmières et les infirmiers ainsi que les professionnels actifs dans le domaine de la physiothérapie et/ou de l'ergothérapie. La mobilité corporelle est un facteur important dans la prévention de nombreux problèmes de santé (p. ex.: décubitus, chute, pneumonie), et une bonne mobilité promeut la santé également chez les personnes qui souffrent d'une maladie (p. ex.: insuffisance cardiaque, diabète sucré, maladie de Parkinson, attaque cérébrale). Ce faisant, les infirmières et les infirmiers s'engagent ici à respecter les principes éthiques y relatifs et à prendre en considération la situation de l'économie de la santé. Elles/ils représentent la profession dans la société et s'engagent en toute connaissance de cause et de manière autonome en faveur du développement et de l'exercice de la profession infirmière³⁵. Un exemple de cette tâche est le soutien actif de l'initiative parlementaire en faveur de la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière.

Bilan intermédiaire

Les soins infirmiers ont connu un long développement. Alors qu'à la fin du siècle passé les qualités maternelles étaient encore largement considérées comme formant la base de la profession, la compréhension qu'avaient d'eux-mêmes les soins infirmiers a changé au courant du siècle dernier pour déboucher sur la compréhension d'une profession autonome. On considère comme caractéristique d'une profession l'orientation vers le service à la population, l'existence d'un corpus de connaissances spécifique et l'autonomie professionnelle. Le noyau dur des tâches autonomes des soins infirmiers en Suisse se reflète dans les compétences clés des infirmières et des infirmiers formés au niveau tertiaire: la prise en charge de la responsabilité du processus de soins infirmier – et donc l'évaluation du besoin en soins –, l'établissement des diagnostics infirmiers, la réalisation des interventions infirmières ainsi que l'évaluation des résultats obtenus et la documentation du processus infirmier.

Le processus de soins infirmier: élément clé du rôle autonome

En considérant l'orientation du processus de soins infirmier comme étant un élément clé du rôle autonome infirmier, le système de formation suisse s'accorde avec les pratiques internationales. Le processus de soins infirmier est reconnu comme étant à la base de l'action infirmière et a été désigné comme le lien (*unifying thread*) qui unit les infirmières et les infirmiers au niveau mondial³⁹. Le processus de soins infirmier est également partie intégrante de tous les modèles de soins⁵. Il présente une structure de l'action infirmière ou un processus de résolution des problèmes, et décrit les soins infirmiers comme étant un travail relationnel, une mise en relation professionnelle et une présence thérapeutique^{5,39,44,45}.

Travail relationnel, caring, communication et sensibilité morale

La relation infirmière est empreinte d'attention, d'empathie et de compassion. Assistance, engagement personnel, compassion, accompagnement empreint d'empathie et confiance sont des aspects qui, en plus des compétences professionnelles, caractérisent la nature de la relation infirmière^{47,48}. Sans les qualités du *caring*, il manque la base pour rencontrer des personnes qui se trouvent dans une situation de fragilité pour cause de maladie ou de dépendance, et qui ont besoin d'être perçues non seulement au travers de leurs troubles fonctionnels, mais également dans leur vécu et dans leur singularité humaine⁴⁹⁻⁵². Le *caring* est un accompagnement empreint d'humanisme où les infirmières et les infirmiers s'engagent dans la relation en mobilisant leur savoir personnel afin de protéger les patientes et les patients dans leur vulnérabilité et préserver ainsi leur singularité humaine et leur dignité⁵³. Une récente étude a décrit l'attention soignante portée à la personne comme une rencontre interpersonnelle d'attention réciproque en utilisant les thèmes suivants: «être là en tant que personne», «avoir du respect pour la vulnérabilité humaine», «ne pas condamner», «donner une voix aux choses qui doivent être dites et entendues», et «la capacité d'accueillir le don du dévouement aux autres»⁴⁷. La capacité des infirmières et des infirmiers à percevoir et à saisir correctement les sentiments ainsi que l'état intérieur des patientes et des patients se traduit par un comportement, des mots, la cognition, un langage corporel, des sentiments, des pensées, des sensations et des intuitions⁵³.

L'empathie promeut la savoir éthique des infirmières et des infirmiers, et est une condition importante pour des prises de décision différenciées^{50,54}. La capacité de percevoir les valeurs en jeu est particulièrement importante pour évaluer des situations changeant rapidement, ambiguës et complexes. Benner (1997) a déjà montré qu'un agir clinique expert est à mettre en lien avec la capacité des infirmières-ers à défendre des points de vue démontrant une compréhension optimale des situations lorsque celles-ci sont instables (transitions)^{29,55,56}. L'intérêt des infirmières et des infirmiers porté aux personnes soignées et leur capacité à pondérer des valeurs éthiques en opposition sont une condition fondamentale pour le processus de prise de décision clinique⁵⁷. Les valeurs en jeu dans une situation particulière, ne peuvent être identifiées qu'au travers d'une communication compréhensive avec les patientes et les patients. Cette approche présuppose que les professionnels mobilisent savoir éthique, attention et empathie pour apprécier ce que représente la maladie et la douleur pour une personne, et quelles sont les valeurs et les convictions prioritaires pour elle dans sa situation^{49,50,54,58}. Les infirmières et les infirmiers prennent en compte les besoins physiques, sociaux, spirituels et culturels des patientes ou des patients concernés pour proposer des interventions de soins adaptées à la situation particulière⁴⁵. L'engagement éthique des infirmières et des infirmiers ne peut toutefois pas se limiter au travail relationnel. L'économisation du système de santé fait que des individus particulièrement vulnérables en raison de leur grand âge, de leur multimorbidité, de leur statut social, etc., se situent de plus en plus en marge du système de soin et bénéficient de moins en moins de prestations de soins⁵⁹⁻⁶¹. Les soins infirmiers ont un rôle important à jouer dans la répartition des ressources de santé. Cela demande au corps infirmier d'étendre ses points de vue éthiques à l'aspect de la justice sociale et de dénoncer les situations où les soins relationnels ne peuvent se faire malgré leur nécessité⁶². Les malades chroniques qui disposent de maigres ressources économiques et sociales ne réclament parfois pas les soins de santé et médicaux adéquats, parce qu'ils ne peuvent pas se les permettre, ou qu'ils supposent ne pas pouvoir se les permettre.

Prise de décision clinique et pensée critique

Le processus de soins infirmier est enseigné depuis les années 80 dans la formation de base des infirmières et des infirmiers⁶³. Il permet aujourd'hui, de transférer les connaissances scientifiques les plus récentes sur la situation spécifique du patient grâce au travail relationnel et à la démarche de résolution de problèmes. Il convient de prendre en considération dans ce contexte l'expertise basée sur l'expérience et les préférences de patients^{28,64}. Selon l'état le plus récent de la science, le processus infirmier comporte cinq phases interdépendantes: l'évaluation de la situation, les diagnostics infirmiers, la détermination des objectifs, les interventions et l'évaluation des résultats^{139,65,66}, voir Illustration 1.

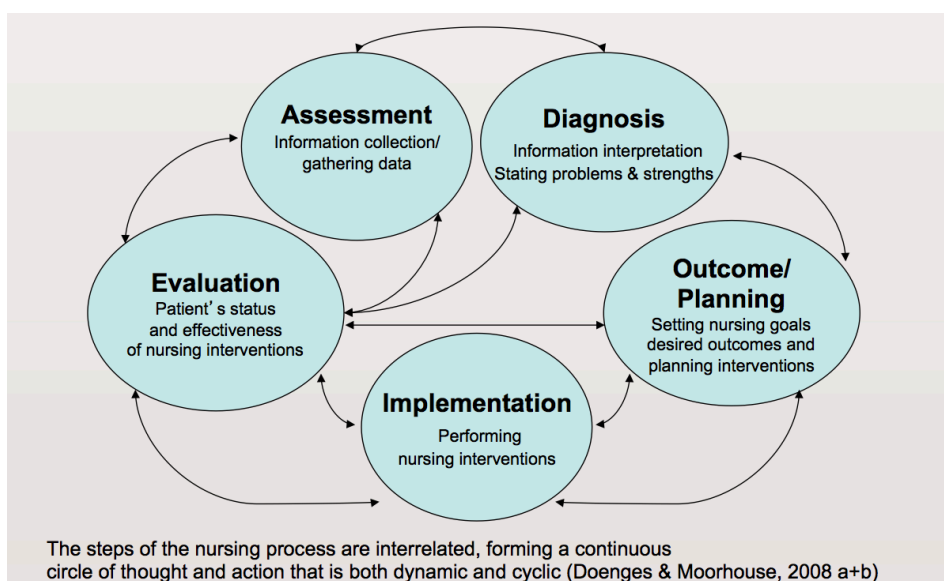


Illustration 1: Le processus de soins infirmier.

Le processus de soins infirmier n'est pas linéaire mais cyclique, il exige en permanence des décisions et des actes cliniques: «The steps of the nursing process are interrelated, forming a continuous circle of thought and action that is both - dynamic and cyclic» (Doenges, Moorhouse & Murr, 2005, p. 5)⁶⁷.

L'infirmière ou l'infirmier base sa prise de décision clinique sur une pensée critique; Lunney (2007) a étudié les capacités cognitives que sollicitent les infirmières-ers pour décider et agir de manière compétente dans l'environnement clinique. Elle décrit les stratégies ainsi que les attributs qui s'y rapportent considérés comme nécessaires par les soignants réflexifs. On mettra par exemple en œuvre la stratégie de la collecte d'informations dans la première phase du processus infirmier afin de comprendre et d'interpréter adéquatement les symptômes et les caractéristiques des patientes et des patients. Pour ce faire, l'infirmière ou l'infirmier utilise plusieurs sources d'informations:

- les déclarations de la patiente/du patient et de ses proches,
- les données résultant de l'examen corporel clinique,
- ses propres observations et celles d'autres infirmières et infirmiers, mais aussi
- des informations tirées de la documentation des soins ainsi que
- les résultats de laboratoire et d'analyses, y compris les données médicales.

Pendant ce processus de collecte d'informations, l'infirmière ou l'infirmier mobilise les attributs cognitifs suivants : sa *capacité de réflexion* pour aller chercher de nouvelles informations ciblées. Son *intégrité intellectuelle* – c'est-à-dire ses efforts en vue de saisir la réalité telle qu'elle est – garantit qu'elle ou il s'efforce également de sélectionner la meilleure source d'informations possible lorsqu'elle/il se trouve confronté/e à une tâche difficile ou ingrate. *La créativité, la flexibilité et la curiosité* lui permettent également de prendre en considération des sources d'informations inhabituelles. Sa *persévérance* garantit que la tâche sera poursuivie également si les informations nécessaires sont difficiles à comprendre, à trouver ou à interpréter^{56,68}.

Les étapes du processus de soins

Les tâches autonomes de l'infirmière ou de l'infirmier diplômé/e sont décrites au moyen du processus infirmier.

Evaluation de la situation

Le processus infirmier commence avec une évaluation globale de l'état du patient, dit aussi l'*assessment*. Il s'agit ici de relever de manière ciblée les problèmes en lien avec des types de comportements et des domaines concernant la santé qui entraînent un besoin en soins. L'*assessment* permet une évaluation ciblée du type de comportement en matière de santé de la patiente/du patient. On peut utiliser dans ce contexte l'*assessment* NNN basé sur la taxonomie NANDA-NIC-NOC (voir le chapitre «Instruments d'*assessment* qui prennent en compte le processus infirmier»).

L'*assessment* NNN et les diagnostics infirmiers sont reconnus par les assureurs maladie suisses comme un instrument de justification du besoin en soins. L'*assessment* NNN permet de relever les réactions réelles et potentielles à des problèmes de santé, les relations de soins et la maîtrise d'expériences existentielles⁶⁰. Le but de cette évaluation est de se faire une idée de l'état de la patiente/du patient concernant des aspects importants pour les soins. Sont pris en considération à cette fin les dimensions physiques, psychiques et cognitives de la patiente/du patient, le contexte socioculturel, spirituel et économique ainsi que les aspects biographiques pertinents^{43,69,70}. Dans ce but les infirmières et les infirmiers relèvent d'une part des données subjectives en s'entretenant avec la patiente/le patient et ses proches au sujet de son vécu et de ses expériences. Elles/ils collectent d'autre part des données objectives: elles/ils font des examens physiques et intègrent les résultats de tests diagnostics dans l'évaluation de la situation^{66,70,71}.

Le relevé des données subjectives pose des exigences élevées en matière de compétence communicative et de connaissances professionnelles des infirmières et des infirmiers. Le personnel infirmier aborde la patiente /le patient avec empathie et sans préjugé pour apprécier comment la compréhension de la santé et de la maladie de celui-ci influence la situation de soins. Ecouter avec empathie ne signifie pas se limiter à des faits isolés, mais observer attentivement l'expression non verbale et suivre les raisonnements et les représentations de la patiente/du patient. Le personnel infirmier prend conscience au préalable de ses

propres valeurs et hypothèses pour éviter des distorsions dues à des préjugés. Ses connaissances professionnelles et la disposition à se mettre dans la perspective de la patiente/du patient lui permettent de relever et de pondérer les différentes informations pertinentes en établissant des liens entre elles^{65,71}.

Le relevé de données objectives pendant l'examen physique requiert de l'infirmière ou de l'infirmier des compétences dans le domaine des techniques d'examen, comme l'auscultation (p. ex.: fonctions cardiaques et pulmonaires), la palpation (p. ex.: palpation de la thyroïde ou du pouls carotidien), l'inspection (p. ex.: de la bouche), l'évaluation de l'état de la peau (p. ex.: stimuli sensoriels ou escarres/blessures) ou de l'état neurovasculaire et neurologique.

Diagnostics infirmiers

Pour déterminer le besoin en soins, les données relevées dans le cadre de l'évaluation de la situation sont soumises à un jugement clinique et des *diagnostics infirmiers* sont établis en conséquence. Les diagnostics infirmiers décrivent le besoin en soins sur la base d'une taxonomie internationale théoriquement fondée^{9,45}.

Durant le processus diagnostique, l'infirmière ou l'infirmier traite méthodiquement les données relevées dans le cadre de l'évaluation de la situation de soin: elle/il groupe tout d'abord les caractéristiques (signes/symptômes) pertinentes pour la situation spécifique et détermine leur importance. Sur la base des connaissances acquises pendant sa formation et complétées par ses expériences, l'infirmière ou l'infirmier interprète les caractéristiques cliniques tout en prenant en considération le vécu et les expériences de la patiente/du patient ainsi que le contexte. Son jugement clinique débouche sur l'établissement de diagnostics infirmiers. Ces diagnostics peuvent être formulés et validés au moyen des classifications standardisées existantes, comme la classification NANDA International. Pour valider les diagnostics infirmiers, l'infirmière ou l'infirmier concerné/e vérifie si et, si oui, quelles caractéristiques des diagnostics infirmiers selon la classification NANDA International coïncident le mieux avec les caractéristiques pertinentes de la patiente/du patient^{45,64}.

Afin d'en garantir l'exactitude et la traçabilité, le diagnostic infirmier, produit du processus diagnostique infirmier, est formulé et documenté de manière précise. NANDA International a développé pour ce faire le format PES^{10,72}:

- Avec le P (problème), on nomme et on définit le diagnostic.
- Avec le E (étiologie), on indique l'étiologie relative au diagnostic infirmier, c'est-à-dire les facteurs qui sont à l'origine de ce dernier, qui l'influencent ou le favorisent. Si les facteurs qui influent sur le diagnostic sont des facteurs que l'infirmière ou l'infirmier peut aborder de manière autonome, alors on parle de diagnostics infirmiers. Ce n'est donc pas à proprement parler un diagnostic médical en soi qui est à l'origine d'un diagnostic infirmier. Ce sont bien plus les effets du diagnostic médical sur les patientes et les patients qui peuvent induire des diagnostics infirmiers.
- Le S (symptômes) signifie enfin les caractéristiques qui déterminent chaque diagnostic infirmier spécifique. Les caractéristiques déterminantes sont tirées des observations et des déclarations du patient faites lors de l'évaluation de la situation ainsi que de l'examen physique; elles confirment le diagnostic infirmier⁶⁴.

Le plus souvent, ce sont plusieurs diagnostics infirmiers qui sont établis pour une patiente/un patient dans une situation spécifique et qui sont traités selon le degré d'urgence.

Planification des résultats visés

La phase de planification qui suit les diagnostics infirmiers comprend la détermination des *objectifs centrés sur le patient* et des *interventions basées sur l'évidence*. Les *objectifs* ou les résultats des interventions infirmières que doit atteindre la patiente/le patient sont définis autant que possible avec cette dernière/ce dernier et ses proches^{45,64}. Les objectifs centrés sur le patient peuvent être formulés au moyen de classifications de résultats standardisées, telles que la Nursing-Outcomes-Classification (NOC), qui contient pour chaque diagnostic infirmier plusieurs résultats de patients basés sur la littérature²⁰. Les résultats des interventions infirmières peuvent être formulés selon des systèmes standardisés de résultats comme par exemple le Nursing-Outcomes-Classification (NOC). Celui-ci cite pour chaque diagnostic infirmier plusieurs résultats basés sur la littérature scientifique. Les résultats de soins décrits dans la NOC sont des

états du patient qui peuvent être mesurés suite à une ou plusieurs interventions infirmières. Si l'on définit des objectifs individuels, les infirmières ou les infirmiers utilisent les règles RUMBA pour leur formulation exacte: les objectifs doivent être réalistes/pertinents (R = Relevant to the problem), compréhensibles (U = Understandable), mesurables (M = Measurable), modifiables par le comportement (B = Behaviourable) et réalisables (A = Achievable)^{45,64}.

Les infirmières et les infirmiers sont responsables de l'atteinte des objectifs et *planifient* à cette fin des *interventions infirmières* efficaces, qui correspondent aux standards et aux prescriptions en vigueur. Elles/ils évaluent quels problèmes peuvent être résolus via des protocoles ou des normes d'experts existants, et lesquels nécessitent l'élaboration d'un plan de soins individualisé^{28,45}.

Implémentations des interventions infirmières

Pour garantir que les patientes et les patients reçoivent les meilleurs soins possibles, les soignants professionnels *font des interventions* basées sur l'évidence. Une intervention est définie comme une action et un processus, elle comprend une action concrète en vue d'améliorer une situation ou une maladie⁷³. Lors de la mise en œuvre des interventions infirmières, les infirmières-ers se réfèrent aux résultats récents de la recherche et les adaptent à la situation individuelle des patients⁷⁴. Grâce à leur pensée critique, elles/ils vérifient les directives basées sur l'évidence quant à leur pertinence pour la situation de soins spécifique. Elles/ils se réfèrent pour ce faire à leur expertise basée sur la pratique ainsi qu'aux intérêts des patientes et des patients en pondérant ces deux paramètres à part égale^{27,64}.

Afin de garantir la continuité dans les soins, les diagnostics infirmiers, les objectifs infirmiers, les interventions et leur impact sur les patientes et les patients concernés sont documentés^{65,71}. On indiquera lors de la formulation des interventions infirmières ce qui doit être fait, comment cela doit l'être, combien de fois il faut le faire, avec quoi il faut le faire et par qui l'intervention de soin doit être faite.

La Nursing Interventions Classification (NIC) définit dans une classification internationale uniforme les interventions infirmières basées sur la littérature, avec lesquelles les diagnostics infirmiers sont abordés et les résultats obtenus sur les patients (cf. p. 18 s.). Les interventions infirmières de la NIC englobent également des niveaux de compétences, de sorte que l'on peut justifier pourquoi certaines interventions doivent être exclusivement accomplies par des infirmières et des infirmiers diplômés²⁴.

Evaluation

L'évaluation du processus de soins infirmier a lieu à chacune de ses phases et est documentée. On se focalise ici sur la question de savoir si les objectifs visés et si les résultats de soins escomptés pour le patient ont été atteints (*nursing-sensitive patient outcomes*). Pour ce faire, l'infirmière ou l'infirmier évalue le degré de réalisation des objectifs fixés pour les patients. On entend par résultats de soins escomptés chez le patient les objectifs pour l'atteinte desquels les infirmières et les infirmiers sont responsables^{21,22,75}.

Pour procéder à cette évaluation, les infirmières et les infirmiers utilisent des instruments de mesure validés au moyen desquels ils/elles vérifient la justesse et la précision des diagnostics infirmiers posés, l'efficacité des interventions infirmières effectuées et l'atteinte des résultats souhaités sur les patients^{27,60}. Si, lors du contrôle final, on constate que les objectifs de soins, respectivement les résultats de soins escomptés sur les patients, n'ont pas été atteints, alors chaque étape du processus infirmier fera à nouveau l'objet d'une évaluation critique et d'une adaptation.

Bilan intermédiaire

Le processus infirmier comprend la relation de soin et structure l'activité infirmière selon les phases du processus de résolution des problèmes. Les connaissances scientifiques actuelles et la situation spécifique du patient se conjuguent dans la mise en œuvre du processus infirmier. Pour que cela réussisse, les infirmières et les infirmiers doivent comprendre leur patiente/patient et être capables de prendre en permanence des décisions cliniques. C'est la raison pour laquelle le processus infirmier repose d'une part sur une relation de soin empreinte d'attention bienveillante et de compassion. En outre, les infirmières et les infirmiers ont besoin de stratégies cognitives dans le sens de la pensée critique. Celles-ci leur permettent de décider et d'agir de manière compétente conformément aux exigences cliniques dictées par les situations de soins spécifiques. Les étapes du processus infirmier englobent l'évaluation de la situation,

l'établissement des diagnostics infirmiers, la définition des objectifs, la planification et la mise en œuvre de l'intervention infirmière et, enfin, l'évaluation des résultats de soins escomptés.

Le corpus des connaissances infirmières

Dans les chapitres précédents, nous avons fait à plusieurs reprises référence au corpus de connaissances infirmières et aux classifications des diagnostics, des interventions et des résultats infirmiers, qui forment l'ensemble des connaissances infirmières. Nous présentons dans le présent chapitre comment ce corpus de connaissances s'est développé et se développe encore, et comment il est utilisé dans les soins directs aux patients. Le processus de soins infirmier met ainsi à disposition une structure pour l'action infirmière. Cette structure reste toutefois vide si elle n'est pas remplie de contenus professionnels basés sur la littérature et dits «standardisés»⁷⁶⁻⁷⁸. S'est donc posée la question suivante: quels contenus seront enseignés et utilisés dans un processus de soins infirmier? Le développement de classifications infirmières est venu combler ces lacunes, et l'«Advanced Nursing Process» – le processus de soins infirmier étendu et approfondi – est enseigné et appliqué aujourd'hui au moyen de classifications infirmières standardisées^{43,64,65,74,79,80}.

La littérature de plus en plus dense consacrée au thème de l'«Advanced Nursing Process» promeut sa mise en œuvre dans l'enseignement et dans la pratique. Les auteures définissent l'«Advanced Nursing Process» comme suit: le processus de soins infirmier approfondi et avancé consiste en des concepts définis et dûment validés. Il comprend l'évaluation de la situation, les diagnostics infirmiers, les interventions infirmières et les résultats de soins, et repose sur des classifications infirmières scientifiquement fondées.

Ce n'est que sur cette base que l'«Advanced Nursing Process» remplit son objectif: une application des connaissances scientifiques qui soit adaptée à la situation clinique, définie et validée sous forme de concepts.

Selon Brobst, le développement des classifications de diagnostics infirmiers, d'interventions infirmières et de résultats de soins a contribué à établir les soins infirmiers en tant que profession autonome dotée d'un corpus de connaissances propre⁸¹. Les classifications infirmières montrent clairement ce que font les soignants professionnels, pourquoi et dans quel but ils le font, et par quoi leur action se distingue-t-elle d'autres professions de la santé. Dans le modèle de connaissances infirmières et de prise de décision infirmière («nursing knowledge and decision making model»), McCloskey et Bulechek (1992) ont présenté le triptyque des connaissances infirmières (voir Illustration 2, page 17). Tout comme le modèle de la pratique infirmière basée sur l'évidence⁸², le modèle de connaissances infirmières et de prise de décision infirmière combine les connaissances tirées de la recherche en soins infirmiers, l'expertise infirmière et les préférences des patients avec des données infirmières individualisées des patientes et des patients. Il est de toute première importance ici que les infirmières et les infirmiers prennent leurs décisions cliniques sur la base de ces sources de connaissances²⁰.

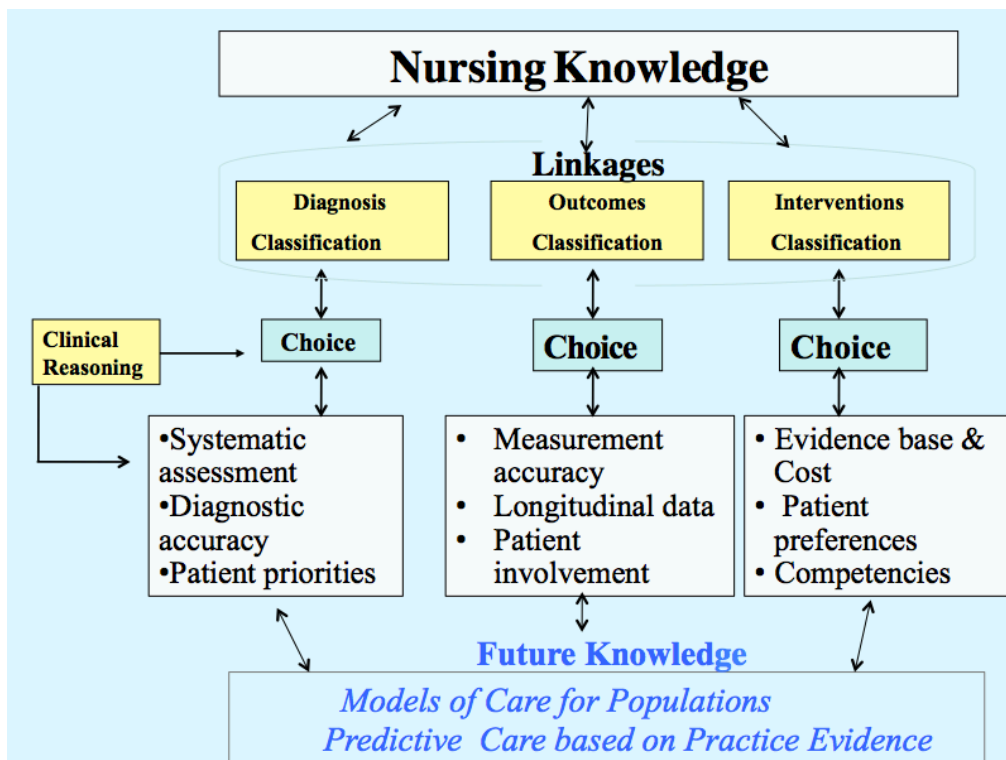


Illustration 2: Le modèle de connaissances infirmières et de prise de décision infirmière (McCloskey et Bulechek, 1992; adapté par Moorhead, 2013; avec l'aimable autorisation de l'auteure).

Ces trois classifications ont pour but de représenter le corpus des connaissances infirmières. Les connaissances infirmières sont définies et nommées scientifiquement au moyen de concepts validés et ordonnés logiquement dans les classifications. Ces classifications permettent en outre un langage disciplinaire uniforme et déduit de la théorie. La prise de décision clinique permet à l'infirmière ou l'infirmier de poser des diagnostics infirmiers, de choisir les interventions infirmières adaptées à la situation de la patiente ou du patient concerné et de définir les résultats infirmiers souhaités^{83,84}.

D'autres classifications infirmières ne se réfèrent pas à ce triptyque. La classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP) a choisi par exemple comme base les phénomènes infirmiers et les offres de soins (activités), mais une classification des résultats fait en revanche défaut. Cela signifie que la contribution des soins infirmiers à la santé des patientes et des patients n'est pas prouvée avec l'ICNP. La «Clinical Care Classification» de Saba a été tirée de celle de la NANDA International et classe les diagnostics infirmiers et les mesures de soins, mais ne propose toutefois aucune classification des résultats^{85,86}.

On utilisera dans le présent document le modèle élaboré par McCloskey et Bulechek, qui est le modèle le plus utilisé et le mieux établi^{25,87}. Les trois classifications seront présentées dans les sections qui suivent; nous décrirons leur importance pour le domaine de responsabilité autonome des soins infirmiers ainsi que les recherches sur leur mise en œuvre.

Classification internationale des diagnostics infirmiers

Genèse

La genèse de la classification NANDA International (NANDA-I) s'étend sur plus de 40 ans. La dénomination NANDA International renvoie à la classification internationale des diagnostics infirmiers ainsi qu'à l'association internationale qui regroupe actuellement les scientifiques des soins infirmiers ainsi que les professionnels des soins de tous les continents et de plus de 35 pays. Chaque infirmière et infirmier peut soumettre à la NANDA-I des propositions de diagnostics infirmiers. Les diagnostics infirmiers de la NANDA-I sont soumis à un processus de contrôle rigoureux avant d'être repris dans la taxonomie. Les diagnostics infirmiers soumis sont traités par un comité de développement des diagnostics dans le cadre

d'une procédure comprenant plusieurs étapes où ils se voient attribuer des degrés d'évidence⁸⁸. Ce processus est décrit de manière exhaustive dans la littérature originale⁸⁹, tandis que nous n'en présenterons ici que les principaux aspects. Une étape importante de la reconnaissance des diagnostics infirmiers s'est déroulée en 1992, lorsque la «Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations» (JCAHO = Commission commune pour l'admission d'organisations de la santé) a repris le concept de diagnostics infirmiers dans ses directives relatives aux standards infirmiers. Ces standards stipulent que les soins de chaque patiente/patient doivent reposer sur des diagnostics infirmiers qui ont été établis par un personnel soignant diplômé. A la même période, l'American Nurses Association (ANA) publiait des standards pour la pratique infirmière qui comprenait des diagnostics infirmiers, comme suit: «L'infirmière ou l'infirmier analyse les informations tirées de son évaluation pour établir un diagnostic infirmier» (ANA Standard II). L'établissement de diagnostics infirmiers sera ensuite considéré comme une tâche des infirmières et des infirmiers diplômés dans la loi fédérale de 33 Etats américains⁹⁰. Les diagnostics infirmiers font jusqu'ici partie intégrante des standards de l'ANA^{12,39,91}.

Définition des diagnostics infirmiers

Afin qu'une classification représente les contenus et le domaine de compétences autonome d'une profession, il a fallu développer la définition des diagnostics infirmiers sur la base des modèles infirmiers. La définition conceptuelle est la suivante: «Un diagnostic infirmier est un jugement clinique concernant les expériences/réactions actuelles ou potentielles à des problèmes de santé/des processus de vie d'individus, de familles ou de collectivités. Les diagnostics infirmiers constituent la base des interventions infirmières en vue d'obtenir des résultats pour lesquels le soignant assume la responsabilité»⁴⁹.

Cette définition montre bien que des concepts ont été repris en tant que diagnostics infirmiers dans la classification internationale des diagnostics infirmiers qui représentent les expériences ainsi que les réactions à des problèmes de santé et qui peuvent être établis par des infirmières et des infirmiers sur la base d'un jugement clinique. La notion de «processus de vie» englobe les réactions humaines (*human responses*) aux problèmes de santé dans le continuum de la vie et les influences des différentes phases de la vie. On voit ainsi parfaitement la différence entre les diagnostics infirmiers et les diagnostics médicaux. Les diagnostics médicaux décrivent des maladies. Les diagnostics infirmiers décrivent des expériences et des réactions aux problèmes de santé et/ou aux processus de vie (p. ex.: douleurs, deuil, mort, naissance). Le jugement clinique fait partie de la définition et exprime que les diagnostics infirmiers se basent sur des évaluations de la situation de soin et sur une prise de décision diagnostique. La définition montre également clairement que les diagnostics infirmiers se situent dans le domaine de responsabilité de l'infirmière et de l'infirmier. Elle montre également que les infirmières et les infirmiers choisissent des interventions et qu'elles/ils les mettent en œuvre auprès d'individus, de familles et de collectivités⁴⁹. On présuppose ici que les diagnostics infirmiers sont soulagés ou modifiés par des mesures infirmières et que les infirmières et les infirmiers visent des résultats pour lesquels ils sont responsables.

La classification des diagnostics infirmiers de NANDA-I contient des diagnostics actuels, des diagnostics liés à des facteurs d'influence (ou diagnostics de risque), des diagnostics de promotion de la santé et des diagnostics de syndromes (cf. Annexe 1). Chaque diagnostic infirmier est désigné par un code spécifique et immuable. Cette codification valable à l'échelle internationale permet l'utilisation des diagnostics infirmiers dans les banques de données et sert pour les évaluations scientifiques.

Structure de la classification

La classification de NANDA-I est construite en cohérence avec le focus posé sur les jugements cliniques concernant les expériences et/ou les réactions humaines (*human responses*). Elle contient des sous-définitions de domaines (p. ex.: promotion de la santé, alimentation) et des classes attribuées à ceux-ci (p. ex.: gestion de la santé, hydratation). Chaque classe est attribuée ensuite à des concepts diagnostics correspondants, c'est-à-dire à des diagnostics infirmiers. La définition conceptuelle mentionnée ci-dessus est le niveau d'abstraction le plus haut de la classification. Elle indique ce que la classification contient, à savoir les domaines, les classes et les diagnostics correspondant. La structure PES de chaque diagnostic infirmier particulier est le niveau le plus bas et le plus concret de la classification^{9,45} (voir Illustration 3).

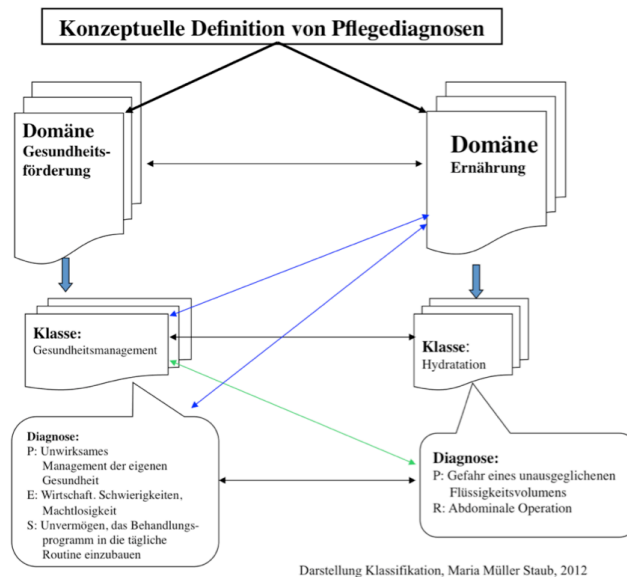


Illustration 3: Présentation de la classification, Maria Müller Staub, 2012.

Les flèches horizontales de l'illustration 3 montrent que des domaines, des classes et des diagnostics respectivement, sont formulés au même niveau d'abstraction, mais qu'ils doivent être distingués conceptuellement les uns des autres. Les flèches verticales indiquent que des classes et des diagnostics se distinguent et ne peuvent pas avoir les mêmes contenus. Par l'attribution et/ou la subordination, une classification montre les relations et les rapports²¹ et représente ainsi les connaissances professionnelles d'une discipline spécifique^{92,93}.

Illustration

L'exemple ci-après illustre un diagnostic infirmier au format PES:

P = Désignation du diagnostic infirmier: trouble de la déglutition

Définition: fonctionnement anormal de la déglutition combiné à des changements structurels ou fonctionnels de la cavité buccale, de la gorge ou de l'œsophage.

E = Possibles facteurs déclenchants (p. ex.)

- Trouble neuromusculaire (p. ex.: réflexe de déglutition diminué ou inexistant, diminution de la force ou de la mobilité des muscles masticateurs, trouble de la sensibilité dans la cavité buccale, paralysie faciale)
- Achalasie (obstruction de l'œsophage)
- Défauts du larynx
- Paralysie cérébrale
- Troubles de la bouche et du pharynx
- Anomalies des voies respiratoires supérieures (etc.)

S = Caractéristiques ou signes déterminants (p. ex.)

- Fonction anormale de la phase œsophagienne (démontrée par le test de déglutition)
- Plainte «qu'il y a quelque chose qui est resté bloqué dans la gorge»
- Observation de problèmes pendant la déglutition (p. ex: les aliments restent dans la cavité buccale, toux, ingestion)
- Toux nocturne ou éveil (etc.)⁷¹

Etudes sur la classification internationale des diagnostics infirmiers

Les avantages que représente la classification des diagnostics infirmiers au niveau des améliorations qu'elle permet dans la qualité des soins ont été décrits à de multiples reprises. De nombreuses études traitent de la validité des diagnostics infirmiers et leurs caractéristiques, ainsi que leurs causes. De même, la classification des diagnostics infirmiers est utilisée pour des études de prévalence²⁶. Les diagnostics infirmiers prédisent le besoin de traitement global de manière plus précise que les Diagnosis Related

Groups (DRGs); ils renforcent les DRGs de 30 à 146 %⁹⁴. Les formations dans le domaine du diagnostic infirmier améliorent l'exactitude du diagnostic ainsi que le jugement clinique⁹⁵⁻¹⁰⁰. Ensuite, l'utilisation de la classification NANDA-I améliore la qualité de la documentation des soins¹⁰¹⁻¹⁰⁸. Enfin, les résultats de patients ont été évalués scientifiquement au moyen de la classification des diagnostics infirmiers, ce qui a également permis de vérifier l'effet des soins prodigués^{101,106,108-110}. On trouvera des exemples d'études consacrées aux diagnostics infirmiers dans l'Annexe 2.

Classification des interventions infirmières

Genèse

Le développement de la classification des interventions infirmières (Nursing Intervention Classification = NIC) remonte à 1987. A cette époque, les manuels d'enseignement ou les directives cliniques proposaient les listes d'activités ou les descriptifs d'action les plus divers pour les soins infirmiers. Faisaient alors défaut une conceptualisation théorique ainsi qu'un langage standardisé, qui auraient convenu aussi bien pour la collaboration directe avec les patientes et les patients que pour la recherche et le management. Les deux spécialistes en sciences infirmières Joanna McCloskey et Gloria M. Bulechek ont élaboré une classification pour les interventions infirmières, analogue à la classification des diagnostics de la NANDA-I. Une équipe de recherche s'est formée dans la foulée, qui comptera finalement plus de 50 personnes, dont la plupart y collaboreront pendant des années. Depuis 2002, le projet NIC a été intégré dans le «Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness» de l'Université de l'Iowa. Ce centre héberge aussi bien l'équipe de recherche NIC que celle qui développe la Nursing Outcomes Classification (NOC).

La conception et le développement de la NIC reposent sur huit grands principes:

1. Conceptualiser et standardiser les interventions menées dans le quotidien infirmier.
2. Développer et diffuser les connaissances concernant l'impact des interventions infirmières dans des situations de patients définies par des diagnostics infirmiers.
3. Développer des systèmes d'information sur les soins et la santé, qui permettent une documentation détaillée du travail infirmier.
4. Préparer les infirmières et les infirmiers en formation ainsi que les professionnels à prendre des décisions spécifiques.
5. Présenter de manière transparente les coûts des prestations infirmières.
6. Garantir les soins infirmiers les plus efficaces via une planification judicieuse des ressources infirmières.
7. Uniformiser la terminologie infirmière.
8. Relier les classifications infirmières avec des systèmes de classification d'autres disciplines.

Définition des interventions infirmières

La définition actuelle d'une intervention infirmière selon Bulechek et al. (2013, p. XV de l'introduction) est la suivante:

«A nursing intervention is any treatment based upon clinical judgment and knowledge that a nurse performs to enhance patient/client outcomes.»

Cette citation explicite le but de la classification, qui est de rendre transparente l'influence de l'action infirmière sur les résultats des soins auprès du patient. Selon Bulechek et al. (2013), le choix d'une intervention présuppose la prise en considération des 6 facteurs suivants:

1. Les résultats de soins escomptés auprès du patient
2. Caractéristiques du diagnostic infirmier
3. Etat des recherches concernant l'intervention
4. Applicabilité de l'intervention
5. Acceptabilité du patient
6. Compatibilité/validité pour l'infirmière/infirmier

Structure de la classification

La classification NIC définit l'action infirmière au moyen d'une terminologie standardisée et basée sur une littérature disciplinaire. La taxonomie y relative classe les différentes interventions infirmières sur la base de similitudes et les place dans un cadre conceptuel. La structure de la taxonomie NIC comprend 3 niveaux:

7 domaines

30 classes

554 interventions infirmières

Les **interventions infirmières** forment le cœur de la classification. Actuellement, la classification NIC comprend 554 interventions infirmières, qui définissent aussi bien des actions infirmières directes qu'indirectes dans toutes les orientations et tous les domaines infirmiers. Chaque intervention infirmière est désignée par un titre (label), est définie de manière contraignante et comporte une liste de 10 à 30 activités infirmières concrètes. Le titre consiste en un terme générique; la définition résume le contenu et l'intention des activités liées à l'intervention infirmière. La liste chronologique des activités correspond au déroulement logique de l'ensemble de l'intervention infirmière. L'infirmière ou l'infirmier choisit dans cette liste les activités qui correspondent au mieux à la situation spécifique du patient. L'infirmière ou l'infirmier peut également adapter le contenu et la forme des activités ou en ajouter de nouvelles, pour autant qu'elles soient cohérentes avec le contenu et l'intention de la définition de l'intervention infirmière correspondante. En revanche, le titre et la définition des interventions infirmières ne doivent pas être modifiés. Ces composants standardisés permettent - selon le principe de base de l'utilisation d'un système de classification d'interventions infirmières, soit une terminologie disciplinaire standardisée -, de garantir la saisie de prestations infirmières où la comparabilité des interventions infirmières à des fins scientifiques (p. ex.: evidence-based nursing) est prise en compte²⁴.

Les différentes interventions sont organisées en 30 **classes**. Chaque classe est également désignée par un titre et fait l'objet d'une définition à un niveau abstrait. Les différentes classes sont ensuite groupées en sept **domaines**, qui sont eux aussi tous intitulés et définis en quelques mots:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1. Physiologie: base | 5. Famille |
| 2. Physiologie: complexe | 6. Système de santé |
| 3. Comportement | 7. Société |
| 4. Sécurité | |

La taxonomie NIC peut être représentée dans un système électronique, car chaque intervention est pourvue d'un code spécifique. Ceci permet un traitement rapide et précis des données NIC, et ce, aussi bien pour la saisie d'une prestation en lien avec des questions de financement ou de ressources qu'à des fins de recherche. En outre, des liens électroniques peuvent être établis avec d'autres classifications et/ou banques de données, qui peuvent être très utiles pour des raisons scientifiques ainsi que pour la documentation et le traitement des planifications infirmières.

Le niveau des domaines est désigné par des chiffres de 1 à 7, celui des classes avec les lettres de A à Z et a, b, c et d. Les différentes interventions infirmières sont à leur tour désignées par un chiffre. Afin de garantir un classement conceptuellement correct et cohérent au niveau des contenus, un chiffre est attribué à chaque intervention, même si celle-ci est listée dans plus d'un domaine et/ou classe. L'exemple ci-dessous permet d'illustrer ces différents niveaux de classification:

Illustration

1. Domaines: physiologique:

Définition: Soins de soutien des fonctions physiques

A → Classe: Gestion de l'activité et du mouvement

Définition: Interventions pour l'organisation ou l'aide aux activités physiques et au maintien et/ou à l'augmentation de l'énergie.

1. A. 0140 → Intervention: Promotion de l'activité physique

Définition: Aide à la posture et au mouvement dans les activités quotidiennes afin de prévenir la fatigue et les limitations musculo-squelettiques.

Activités (exemples):

→ *Estimation des capacités et de la disposition du patient pour une posture/mouvement correct.*

→ *Collaboration avec la physiothérapie en vue d'établir un plan d'exercices physiques.*

→ *Estimation de la compréhension du patient concernant la mécanique corporelle et les exercices corporels (p. ex.: en démontrant et faisant refaire des exercices corrects).*

Etudes sur la classification des interventions infirmières

La classification NIC a été utilisée dans des recherches pour des populations de patients spécifiques en parallèle avec des diagnostics infirmiers NANDA-I et des indicateurs de résultats NOC¹¹¹⁻¹¹⁵. Les résultats montrent que les interventions décrites dans la classification NIC conviennent pour aborder efficacement la problématique spécifique de différentes populations de patients¹¹². La classification NIC attribue en outre à chaque intervention le niveau de formation qu'elle requiert ainsi que le temps nécessaire pour l'accomplir. La classification NIC fournit ainsi des indications concernant les types de compétences et niveaux de formations nécessaires dans les équipes de soins et facilite la saisie électronique des prestations^{24,26,116}. Shever, Titler, Dochterman, Fei et Picone (2007) montrent comment la terminologie infirmière standardisée peut être utilisée pour l'analyse des prestations, laquelle sera décisive pour le calcul des ressources en personnel, les exigences en matière de formation et les évaluations des prestations. Shever et al., (2008) montrent également que la classification NIC peut être utilisée pour attester de la performance infirmière, ce qui permet d'augmenter la transparence des coûts.

On trouvera dans l'Annexe 3 des exemples d'études concernant la classification NIC.

Classification des résultats des soins infirmiers

Genèse

La classification des résultats des soins infirmiers (Nursing Outcome Classification = NOC) décrit sous la forme de concepts l'état, le comportement ou les connaissances auxquels un individu, une famille ou une collectivité doivent parvenir suite à une intervention infirmière efficace. De même, la classification NOC contient des indicateurs de résultats de soins infirmiers validés et basés sur la littérature. Chaque indicateur repose sur des échelles servant à mesurer les résultats. On mentionnera comme exemples de résultats de soins infirmiers efficaces: une diminution des symptômes, une amélioration de l'état fonctionnel et/ou de l'état des connaissances, des stratégies de *coping* ou d'auto-soins²⁰.

En août 1991, voit le jour au College of Nursing de la University of Iowa (USA) une équipe de recherche sous la direction des professeures Meridean Maas et Marion Johnson, qui conceptualisera et classifiera sur une base scientifique des résultats de soins infirmiers pertinents.

La recherche NOC poursuit trois objectifs:

1. Identification, validation et classification des résultats de soins infirmiers pertinents.
2. Contrôle et validation de la classification des résultats dans la pratique.
3. Définition et contrôle des procédures d'évaluation pour les résultats et les indicateurs sur la base de données cliniques.

La première édition de la classification NOC a paru en 1997 sous la forme d'un ouvrage. Cette classification est actualisée à intervalle régulier et en est à sa cinquième édition²⁰.

Définition des résultats des soins infirmiers

La définition la plus actuelle est celle donnée par Moorhead et al. (2013, page IX, introduction):

«An individual, family, or community state, behavior, or perception that is measured along a continuum in response to a nursing intervention or interventions. Each outcome has an associated group of indicators that are used to determine patient status in relation to the outcome. In order to be measured, the outcome requires identification of a series of more indicators.»

Cela signifie que l'état, le comportement ou la perception d'une patiente ou d'un patient, d'une famille ou d'une collectivité est mesuré comme une réponse à une ou plusieurs interventions infirmières tout au long d'un continuum défini. Chaque résultat est défini avec un groupe d'indicateurs, qui sera en outre utilisé pour définir l'état d'une patiente ou d'un patient, d'une famille ou d'une communauté en lien avec le résultat de soin infirmier souhaité. Pour pouvoir mesurer un résultat, il faut donc que des indicateurs NOC aient été définis au préalable.

Structure de la classification

La classification NOC est également standardisée et basée sur la littérature et peut être utilisée pour la pratique infirmière quotidienne ainsi que dans la recherche et la formation. Un résultat de soin infirmier peut se modifier sur la base d'interventions infirmières; il s'agit donc de concepts dynamiques.

L'évaluation des résultats se fait au moyen d'indicateurs avec une échelle de Likert à cinq niveaux, qui représentent le continuum des résultats susmentionné.

Le premier point sur l'échelle des valeurs correspond toujours à la pire situation envisageable, tandis que le cinquième et dernier point correspond au meilleur résultat que l'on peut espérer obtenir. L'évaluation au niveau des indicateurs correspond à une opérationnalisation de l'état actuel d'une patiente ou d'un patient, d'une famille ou d'une collectivité, qui a été défini à l'origine au travers du diagnostic infirmier et qui peut maintenant être vérifié par l'évaluation des résultats obtenus dans le cadre du processus infirmier.

L'édition la plus récente de la NOC comprend déjà près de 490 résultats répartis en 32 classes à l'intérieur de sept domaines.

Les domaines de la NOC sont les suivants:

- | | |
|---|---|
| I. Santé fonctionnelle | V. Perception subjective de l'état de santé |
| II. Santé physiologique | VI. Santé de la famille |
| III. Santé psychosociale | VII. Santé de la communauté |
| IV. Connaissances et comportement en matière de santé | |

Cette taxonomie à trois niveaux correspond à la structure de la Nursing Interventions Classification (NIC). Elle peut, sans modifier la structure de la codification, être étendue de trois domaines ainsi que jusqu'à 52 classes, avec à chaque fois jusqu'à 99 résultats²⁰.

Illustration

Le résultat du soin infirmier *contrôle de la douleur* nous servira d'exemple ici:

Domaine IV: Connaissances sur la santé et comportement en matière de santé

Définition: Décrire les résultats, les attitudes, la compréhension et les actions en lien avec la santé et la maladie.

Q → Classe: Comportement en matière de santé

Définition: Les résultats qui décrivent les actions d'une personne pour promouvoir la santé, la conserver ou la recouvrer.

4. Q. 1605 → Résultat: contrôle de la douleur

Définition: Actions personnelles pour contrôler la douleur.

Contrôle de la douleur					
	Jamais démontré 1	Rarement démontré 2	Parfois démontré 3	Souvent démontré 4	Démontré en permanence 5
Indicateurs					
160501 Reconnaît les facteurs déclenchants	1	2	3	4	5
160502 Reconnaît le commencement de la douleur	1	2	3	4	5
160503 Applique des mesures de prévention	1	2	3	4	5
160504 Applique des mesures de soulagement non analgésiques	1	2	3	4	5
160505 Utilise des analgésiques de manière adéquate	1	2	3	4	5
160506 Applique les mesures adéquates en fonction des signes d'alerte	1	2	3	4	5
160507 Rapporte les symptômes à un professionnel du domaine de la santé	1	2	3	4	5
160508 Utilise les ressources disponibles	1	2	3	4	5
160509 Reconnaît les symptômes de la douleur	1	2	3	4	5
160510 Utilise un journal des douleurs	1	2	3	4	5
160511 Rapporte sur la douleur contrôlée	1	2	3	4	5
160512 Autres (spécifier)	1	2	3	4	5

Tableau 1: Exemple d'indicateurs NOC (reproduction autorisée).

Etudes sur la classification des résultats des soins infirmiers

Pour que les soins infirmiers professionnels puissent évaluer leurs interventions de manière systématique, transparente et compréhensible, et être perçus comme un partenaire à part entière dans un contexte interdisciplinaire et dans la discussion menée dans le cadre de la politique de santé, la mesure et la communication des résultats de soins infirmiers sont essentiels¹¹⁷⁻¹²⁰. La classification NOC est utilisée avec succès dans les domaines infirmiers les plus divers (voir Annexe 4).

C'est en combinaison avec les classifications infirmières NANDA-I et NIC que la classification NOC a été utilisée comme instrument d'évaluation afin d'observer l'évolution du patient dans le cadre du processus infirmier et de vérifier les résultats correspondants^{111,113,114}.

Les diagnostics infirmiers NANDA-I, NIC et NOC apportent conjointement une contribution essentielle aux soins infirmiers basés sur l'évidence. Le besoin en soins, défini sur la base des diagnostics infirmiers, est abordé avec des interventions infirmières scientifiquement fondées. Leur efficacité peut être prouvée scientifiquement lors de l'évaluation des résultats infirmiers au moyen des indicateurs NOC pour certains diagnostics infirmiers¹²¹⁻¹²³.

Preuves de l'efficacité, qualité du processus infirmier et documentation

La documentation des traitements en Suisse est prescrite par la loi; la documentation des soins est en conséquence considérée comme une preuve des soins effectivement fournis (Documentation obligatoire, article 26, LSP [BSG 811.01]). La documentation des soins est considérée comme prioritaire pour la recherche future et le développement des soins infirmiers¹²⁴. La documentation des soins représente également la base pour des évaluations et des recherches en cours¹²⁵. **Si le «cœur de l'activité infirmière» n'est pas documenté et que ses bénéfiques ne sont pas prouvés, les soins infirmiers ne peuvent pas non plus être payés de manière adéquate maintenant ou à l'avenir.**

Les exigences de soins probants et d'amélioration de la qualité ont rapidement augmenté, et les soignants et les soignants utilisent de plus en plus des dossiers de soins infirmiers informatisés. La documentation des soins est un important instrument pour garantir la sécurité, la continuité et la qualité des soins^{124,126,127}, et la classification NOC a été spécialement développée pour mesurer les résultats de ces derniers.

Un potentiel des classifications infirmières internationales réside dans leur utilisation électronique, car la codification et la standardisation sont une condition pour les systèmes d'information hospitaliers et facilitent les évaluations scientifiques et statistiques. Des études sur l'utilisation électronique de NNN attestent de leur utilité pour mesurer la prévalence et la qualité, et des articles montrent également l'augmentation de l'efficacité et de meilleurs résultats de soins chez les patients^{25,121,128-133}.

Bilan intermédiaire

Les classifications infirmières décrivent le corpus de connaissances des soins infirmiers. Elles identifient, définissent, standardisent, classent et valident les phénomènes infirmiers dans un langage technique reconnu sur le plan international. Elles créent ainsi une base scientifique pour les connaissances infirmières, leur développement et leur stabilisation. Selon le modèle basé sur McCloskey et Bulechek (complété par Moorhead, 2013), la classification des diagnostics infirmiers NANDA-I, la classification des interventions infirmières NIC et la classification des résultats infirmiers NOC constituent une taxonomie commune. Celles-ci confèrent aux étapes du processus de soins leur contenu basé sur l'évidence.

L'utilité des classifications infirmières a été scientifiquement démontrée à de multiples reprises. Leur application conduit à une évaluation précise du besoin en soins, améliore la formation du jugement clinique, promeut l'implémentation efficace d'interventions basées sur l'évidence auprès de populations de patients spécifiques et permet une évaluation systématique et transparente des résultats des soins.

Les classifications infirmières augmentent donc la qualité des soins, promeuvent la saisie (électronique) des prestations et améliorent la preuve de l'efficacité de l'activité infirmière.

(Voir conclusion sur page prochaine)

Conclusions

Le présent rapport d'expertes décrit le domaine de responsabilité propre des soins infirmiers dans le contexte de l'initiative parlementaire «Reconnaissance légale de la responsabilité infirmière». Conformément à son orientation en faveur de la promotion des sciences infirmières, l'APSI a basé ce rapport sur l'état actuel de la littérature spécialisée internationale. Les résultats peuvent être résumés comme suit:

- Le cœur des soins infirmiers réside dans la responsabilité assumée du processus de soins infirmier. Les infirmières et les infirmiers diplômés sont aujourd'hui déjà formés et compétents pour la prescription, l'exécution et l'évaluation des prestations infirmières.
- L'initiative concernant la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière veut que la responsabilité qu'assument d'ores et déjà les infirmières et les infirmiers soit également reconnue dans la LAMal. Il ne s'agit pas d'une extension des tâches infirmières. Des études montrent que les infirmières et les infirmiers contribuent à la diminution des coûts lorsque leurs compétences sont sollicitées de manière adéquate.
- La mise en œuvre responsable du processus infirmier se caractérise par des relations de soins professionnelles et une pensée critique.
- Le processus de soins infirmier repose sur une prise de décision clinique et comprend plusieurs étapes, à savoir: l'évaluation de la situation, les diagnostics infirmiers, la planification des résultats visés, l'implémentation et l'évaluation des résultats obtenus.
- Ces différentes étapes sont fondées scientifiquement avec la classification des soins NNN. Cette dernière comprend des diagnostics infirmiers, des interventions de soins et des résultats de soins pour le patient clairement définis, validés et reconnus au niveau international, dont les indicateurs permettent de fournir les preuves de l'efficacité exigées dans la LAMal.
- La classification NNN présente le corpus des connaissances des soins infirmiers dans un langage disciplinaire uniforme et définit le domaine de responsabilité et les prestations des infirmières et des infirmiers diplômés.

Les soins infirmiers professionnels disposent donc d'un domaine de responsabilité propre clairement circonscrit. Ils peuvent présenter leurs prestations dans des classifications spécifiques et scientifiquement reconnues, et prouver leur efficacité. L'ancrage dans la loi de l'autonomie des soins infirmiers permettra de créer les conditions légales pour que les infirmières et les infirmiers puissent apporter leur contribution au développement du système de santé en devenant et assumant les responsabilités y relatives.

Recommandations pour la législation

- Les infirmières et les infirmiers assument également la responsabilité légale de la prestation de soins. Ils/elles disposent de compétences professionnelles spécifiques en matière de soins aux personnes malades et doivent pouvoir les exploiter en conséquence.
- Le processus de soins infirmier et toutes ses étapes sont définis dans la loi en tant que mission clé du domaine de responsabilité propre. Ceci correspond aux prescriptions de formation suisses concernant les infirmières et les infirmiers diplômés ainsi qu'aux réglementations internationales (p. ex.: Etats-Unis, Autriche).
- La classification des soins infirmiers NNN est utilisée pour la formulation de dispositions d'exécution. Il est possible de garantir ainsi que les prestations de soins correspondent aux exigences de la LAMal en matière d'efficacité, d'économicité et d'adéquation des prestations (art.56, al. 1) ainsi qu'à l'assurance de la qualité (art. 58).
- Le législateur définit le cadre juridique de telle sorte que les infirmières et les infirmiers puissent assumer la responsabilité de leur domaine d'activité propre indépendamment des médecins. La collaboration sur un pied d'égalité entre les groupes professionnels ne cesse de gagner en importance dans les systèmes de santé. La profession médicale sera soulagée si les compétences sont également clarifiées sur le plan légal. Les médecins pourront en conséquence se concentrer sur l'essentiel de leur mission.

Littérature/références

1. Wagner PA. Es geht um Finanzierung, nicht um Kompetenzen. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2014;107(6):27-27.
2. Juchli L. *Allgemeine und spezielle Krankenpflege.* 3 ed. Stuttgart: Thieme; 1979.
3. Bischoff C. *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert.* Vol 4. Frankfurt/Main: Campus; 2009.
4. Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not.* Glasgow & London: Blackie & Son Ltd.; 1859.
5. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories.* Philadelphia: F.A. Davis; 2012.
6. Codier E. End-of-life care in the emergency department: nurses who invest in the nurse-patient relationship are better able to manage the emotional aspects of caring for dying people and their relatives. *Evid Based Nurs.* Aug 8 2013.
7. Browning AM. CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care.* Mar 2013;22(2):143-151.
8. International Council of Nursing. Definition of Nursing. 2010; <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. Accessed 23.12., 2013.
9. Herdman TH, ed NANDA International nursing diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
10. Gordon M. *Nursing diagnosis: Process and application.* 3 ed. St. Louis: Mosby; 1994.
11. NANDA International. *Nursing diagnoses: Definitions & classification, 2003-2004.* Philadelphia: NANDA International; 2003.
12. American Nurses Association. What is nursing? 2013; <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>, 2013.
13. Kesselring A, Panchaud C. *Gesellschaft und Pflege.* Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger; 1999.
14. Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft. *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz.* 2013; http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/23760_dl_positionspapier-anp-dbfk-ogkv-sbk-2013-final.pdf.
15. Käppeli S. *20 Jahre Pflegewissenschaft in der Praxis.* Zürich: Universitätsspital Zürich; 2009.
16. Mäder M. Themenordner Professionalisierung: Informationen für Lehrpersonen im Bildungsgang Pflege HF. 2012, 2013.
17. Spicker I. *Professionalisierung der Pflege - Die Sicht von Pflegefachpersonen in der Praxis. Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegende in Wien.* Wien: Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Wien; 2001.
18. Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. *Ethik in der Pflegepraxis.* Bern: Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner; 2013.
19. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. *ICN-Ethikkodex für Pflegende.* 2010; <http://www.dbfk.de/download/download/10091DBfK-ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>, 02.10.2013.
20. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Nursing outcomes classification (NOC).* 5 ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
21. Van der Bruggen H. *Pflegeklassifikationen.* Bern: Huber; 2002.
22. Van der Bruggen H, Groen M. Toward an unequivocal definition and classification of patient outcomes. *Nursing Diagnosis.* 1999;10(3):93-102.
23. Eisenberg P, Jan G. *Duden: Richtiges und gutes Deutsch.* Vol 7. Mannheim: Bibliographisches Institut; 2011.
24. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Nursing interventions classification.* 6 ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
25. Anderson CA, Keenan G, Jones J. Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *CIN: Computers, Informatics, Nursing.* 2009;27(2):82-90.

26. Odenbreit M, Müller-Staub M, Brokel JM, Avant K, Keenan G. Nursing classifications: Criteria and evaluation. In: Herdman TH, ed. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
27. Ackley BJ, Ladwig GB, Swan BA, Tucker SJ. *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008.
28. Alfaro-LeFevre R, ed *Pflegeprozess und kritisches Denken*. Bern: Huber; 2013. Müller-Staub M, ed.
29. Lunney M. *Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess – Fallstudien und -analysen*. Vol 423. Bern: Huber; 2007.
30. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 8 ed. St. Louis: Elsevier/Mosby; 2011.
31. Chinn PL, Kramer MK. *Pflegetheorie: Konzepte - Kontext - Kritik*. Berlin: Ullstein Mosby; 1996.
32. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo-Park: Addison-Wesley; 1984.
33. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification*. St. Louis: Mosby; 1992.
34. Krohwinkel M. *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexikranken. Fördernde Prozesspflege als System*. 3 ed. Bern: Huber; 2008.
35. Konferenz der Fachhochschulen Schweiz. *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe Abschlussbericht. Anhang I Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH*. Bern: Konferenz der Fachhochschulen Schweiz; 2009.
36. Goetze W. *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen "Pflege" mit dem geschützten Titel "dipl. Pflegefachfrau HF" "dipl. Pflegefachmann HF"*. Oda Sante Sante — Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und BGS SG Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales; 2011.
37. Ledergerber C, Mondoux J, Sottas B. *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe: Abschlussbericht*. Bern: Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz; 2009.
38. OdaSanté, BGS. *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen: Pflege mit dem geschützten Titel "dipl. Pflegefachfrau HF / dipl. Pflegefachmann HF"*. Bern: OdaSanté - Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und BGS - Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales; 2011.
39. American Nurses Association. *Nursing: A social policy statement*. Kansas: American Nurses Publishing; 2009.
40. Frank JR, ed *The CanMEDs 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
41. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing economic*. Sep-Oct 2011;29(5):230-250; quiz 251.
42. Alfaro-LeFevre R. *Applying nursing process: A tool for critical thinking*. 7 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
43. Müller-Staub M, ed *Pflegeprozess und kritisches Denken*. Bern: Huber; 2013. Alfaro-LeFevre R, ed.
44. Krainovich-Miller B, Frauenfelder F, Müller-Staub M. Pflegediagnosen in der Ausbildung. In: NANDA International, ed. *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014*. Kassel: Recom; 2013:115-124.
45. Müller-Staub M. Anwendung des Pflegeprozesses: Implikationen für Führungspersonen. In: Poser M, ed. *Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus*. Bern: Huber; 2012:79-108.
46. Spichiger E, Kesselring A, Spirig R, De Geest S. Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*. Feb 2006;19(1):45-51.
47. Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci*. Mar 2013;27(1):175-183.
48. Bedin MG, Droz-Mendelzweig M, Chappuis M. Caring for elders: the role of registered nurses in nursing homes. *Nurs Inq*. Jun 2013;20(2):111-120.
49. NANDA International. *Nursing diagnosis: Definitions and classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
50. Nortvedt P. Emotions and ethics. In: Storch L, Rodney P, Starzomski R, eds. *Toward a moral horizon. Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto: Pearson; 2004:447-464.
51. Rehbock T. *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*. Paderborn: Mentis; 2005.

52. Tschudin V. *Ethics in nursing. The caring relationship*. 3 ed. London: Butterworth-Heinemann; 2007.
53. Watson J. *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Bern: Huber; 1996.
54. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nurs Philos*. Jul 2006;7(3):110-124.
55. Benner P. A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine* 1997;18(4).
56. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Apr-Jun 2010;21(2):82-88.
57. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics*. New York: Springer; 1996.
58. Remmers H. Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik. In: Wiesemann C, Erichsen N, Behrendt H, Biller-Andorno N, Frewer A, eds. *Pflege und Ethik: Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer; 2003:47-70.
59. Galatsch M, Kruger C, Quasdorf T, Schroller ME, Donath E, Bartholomeyczik S. [The effects of DRG introduction on nursing]. *Pflege Z*. May 2007;60(5):272-276.
60. Müller-Staub M. Pflege und DRG. In: Poser M, ed. *Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene*. Bern: Huber; 2012:513-539.
61. Zander B, Dobler L, Busse R. The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *Int J Nurs Stud*. Feb 2013;50(2):219-229.
62. Monteverde S. [Nursing ethics and the access to nursing care]. *Pflege*. Aug 2013;26(4):271-280.
63. Fiechter V, Meier M. *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*. Zürich: Rocom; 1981.
64. Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care*. 10 ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2014.
65. Doenges ME, Moorhouse MF. *Application of nursing process and nursing diagnoses: An interactive text for diagnostic reasoning*. Philadelphia: F. A. Davis; 2012.
66. Moorhouse MF, Doenges ME. *Application of nursing process and nursing diagnoses: An interactive text for diagnostic reasoning*. 6 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2012.
67. Doenges M, Moorhouse MF, Geissler-Murr A. *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.
68. Lunney M. *Critical thinking to achieve positive health outcomes*. 2 ed. Ames, IA: Wiley-Blackwell; 2009.
69. Georg J, Müller-Staub M, eds. *Pflegeassessment Notes: Pflegeassessment und klinische Entscheidungsfindung*. 1 ed. Bern: Huber; 2013. Gordon M, ed.
70. Gordon M. *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia: F.A. Davis; 2008.
71. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Huber; 2013.
72. Gordon M. *Pflegeassessment Notes: Pflegeassessment und klinische Entscheidungsfindung*. Bern: Huber; 2011.
73. Lindberg CA. *The Oxford American Writer's Thesaurus*. Vol 2. Oxford: Oxford University Press; 2008.
74. Wilkinson JM. *Das Pflegeprozess-Lehrbuch*. Bern: Huber; 2007.
75. Delaney C, Mehmert PA, Prophet C, Bellinger SLR, Gardner-Huber D, Ellerbe S. Standardized nursing language for healthcare information systems. *J Med Syst*. 1992;16(4):145-159.
76. Bakken S, Holzemer WL, Portillo C, Grimes R, Welch J, Wantland D. Utility of a standardized nursing terminology to evaluate dosage and tailoring of an HIV/AIDS adherence intervention. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(3):251-257.
77. Bartholomeyczik B, Halek M, Hunstein D, et al. Kommentar zur "Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation" des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen. *Pflegewissenschaft*. 2007;9(01):62-65.
78. Beyea SC. Standardized language--making nursing practice count. *Aorn J*. 1999;70(5):831-834. 837-838.
79. Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert. *Nurse Educ*. Jan-Feb 2006;31(1):40-46.
80. Lunney M. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Oct-Dec 2008;19(4):158-162.

81. Brobst RA, Clarke Coughlin AM, Cunningham D, et al. *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Hans Huber; 2007.
82. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. Jul 2004;47(1):81-90.
83. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions*. 3 ed. Maryland Heights: Elsevier Mosby; 2012.
84. Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *International journal of nursing knowledge*. Nov 11 2013.
85. Saba V. *Clinical Care Classification (CCC) System Manual*. New York: Springer; 2007.
86. Saba VK. Clinical Care Classification (CCC) System. 2003; <http://www.sabacare.com/>. Accessed 12/12/2005.
87. Odenbreit M, Müller-Staub M, Brokel JM, Avant K, Keenan G. Pflegeklassifikationen: Kriterien und Evaluation. *NANDA International*. Vol Recom. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014: Kassel; 2013:160-169.
88. Lino MM, Backes VM, Ferraz F, Reibnitz KS, Martini JG. [Pedagogical position adopted in nursing and health education in the Brazilian South Region.]. *Rev Bras Enferm*. Feb 2011;64(1):152-159.
89. NANDA International. *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2009-2011*. Kassel: Recom; 2010.
90. Lavin MA. A review of the use of nursing diagnoses in U.S. nurse practice acts. *Nursing Diagnosis*. 1999;10(2):57-64.
91. American Nurses Association. *Nursing quality indicators*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 1996.
92. Ingenerf J, Giere W. Concept-oriented standardization and statistics-oriented classification: continuing the classification versus nomenclature controversy. *Methods Inf Med*. Nov 1998;37(4-5):527-539.
93. Olsen PS. *Classificatory review of ICNP prepared for the Danish Nurses' Organization*. Brussel: PSO Sundhedsinformatik;2001.
94. Welton JM, Halloran EJ. Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 2005;35(12):541-549.
95. Collins A. Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International journal of nursing knowledge*. Apr 23 2013.
96. Cruz DM, Pimenta CM, Lunney M. Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *J Contin Educ Nurs*. Mar 2009;40(3):121-127.
97. Hasegawa T, Ogasawara C, Katz EC. Measuring diagnostic competency and the analysis of factors influencing competency using written case studies. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jul-Sep 2007;18(3):93-102.
98. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: Application of cognitive skills and guidelines for self-development. *Rev Esc Enferm USP*. Sep 2003;37(3):106-112.
99. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part I: Risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. *Rev Esc Enferm USP*. Jun 2003;37(2):17-24.
100. Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nurs Diagn*. Oct-Dec 1997;8(4):157-166.
101. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: Effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci*. 2002;16:34-42.
102. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. *Int J Nurs Terminol Classif*. Apr-Jun 2005;16(2):33-43.
103. König P, Steinle-Feser B. Pflegeaufwand messen: Analyse und Beurteilung von Messinstrumenten. 2010.
104. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin M, van Achterberg T. Geführte klinische Entscheidungsfindung zur Einführung von Pflegediagnosen: Eine cluster-randomisierte Studie. *Pflegewissenschaft*. 2010;12(04):233-240.
105. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2007;18(1):5-17.
106. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(3):291-301.

107. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Eine Studie zur Einführung von NANDA-I Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und pflegesensiblen Patientenergebnissen. *Pflegewissenschaft*. 2009;11(12):688-696.
108. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(10):1820-1836.
109. Keenan GM, Kavanaugh K, Wilkie DJ, et al. Model for the First NIH-funded Center of Excellence in End-of-Life Research. *J Hosp Palliat Nurs*. Jan 1 2011;13(1):54-60.
110. Shever LL, Titler M, Dochterman J, Fei Q, Picone DM. Patterns of nursing intervention use across 6 days of acute care hospitalization for three older patient populations. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jan-Mar 2007;18(1):18-29.
111. Head BJ, Scherb CA, Reed D, et al. Nursing diagnoses, interventions, and patient outcomes for hospitalized older adults with pneumonia. *Res Gerontol Nurs*. Apr 2011;4(2):95-105.
112. Lopes Jde L, de Barros AL, Michel JL. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Apr-Jun 2009;20(2):76-88.
113. Minthorn C, Lunney M. Participant action research with bedside nurses to identify NANDA-International, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification categories for hospitalized persons with diabetes. *Appl Nurs Res*. May 2012;25(2):75-80.
114. Scherb C, Head BJ, Maas ML, et al. Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: Part 1. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2011;22(1):13-22.
115. Scherb CA, Stevens MS, Busman C. Outcomes related to dehydration in the pediatric population. *J Pediatr Nurs*. Oct 2007;22(5):376-382.
116. Bernhard-Just A, Hillewerth K, Holzer-Pruss C, Paprotny M, Zimmermann Heinrich H. Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC - Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis. *Pflege*. 2009;22(6):443-454.
117. Germini F, Vellone E, Venturini G, Alvaro R. [Nursing outcomes: instruments for visualizing the effectiveness of nursing care]. *Prof Inferm*. Oct-Dec 2010;63(4):205-210.
118. Keenan G, Yakel E. Promoting safe nursing care by bringing visibility to the disciplinary aspects of interdisciplinary care. *AMIA Annu Symp Proc*. 2005:385-389.
119. Larrabee JH, Boldreghini S, Elder-Sorrelis K, et al. Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital. *Comput Nurs*. 2001;19(2):56-65.
120. Peres HH, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D, Lima AF, et al. Conceptualization of an electronic system for documentation of nursing diagnosis, outcomes, and intervention. *Stud Health Technol Inform*. 2010;160(Pt 1):279-283.
121. Keenan G, Tschannen D, Wesley ML. Standardized nursing terminologies can transform practice. *Jona*. 2008;38(3):103-106.
122. Keenan GM, Yakel E, Yao Y, et al. Maintaining a consistent big picture: meaningful use of a Web-based POC EHR system. *International journal of nursing knowledge*. Oct 2012;23(3):119-133.
123. Lunney M, Müller-Staub M. Nursing diagnosis and research. In: Herdman TH, ed. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012:114-121.
124. Institute of Medicine. *Keeping Patients Safe*. Washington, DC: National Academy Press; 2004.
125. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*. 2009;1: CD002099.
126. Expertengruppe e-Health. *Umsetzung "Strategie eHealth Schweiz": Empfehlungen zur rechtlichen Regelung*: Schweizerische Eidgenossenschaft, Departement des Innern EDI;2010.
127. Lowry SZ, Ramaiah M, Patterson ES, et al. *Integrating Electronic Health Records into clinical workflow: An application of human factors modeling methods to ambulatory care*. Washington D.C.: National Institute of Standards and Technology, U.S. Department of Commerce;2014.
128. Burri B, Odenbreit M, Schärer S. Elektronische Pflegedokumentation: Zum Papier zurückkehren möchte niemand. *Krankenpflege*. 2010;103(4):16-18.

129. Odenbreit M. Electronically supported nursing documentation. Paper presented at: Nanda International 2008 Conference: Capturing the expert knowledge of nursing2008; Miami.
130. Odenbreit M. Pflegeleistung und DRG: Sichtbar durch Pflegediagnosen? *DRG und elektronische Pflegedokumentation: Risiken und Chancen*. Basel: Pflege PBS; 2010.
131. Odenbreit M. Entwicklung und Implementierung der elektronischen Pflegedokumentation der Solothurner Spitäler AG: Eine Erfolgsstory. *Swiss Medical Informatics*. 2010;69(2):23-27.
132. Odenbreit M. Eigene Software wurde implementiert. *Krankenpfl Soins Infirm*. 2011;104(3):13-14.
133. Paans W, Müller-Staub M. DRG und Elektronische Pflegedokumentation: Risiken und Chancen. *Pflegewissenschaft*. 2010;12(6):379-380.
134. Brandao Chaves EH, Bottura Leite de Barros AL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: A content validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2010;21(1):14-20.
135. Chaves ECL, Carvalho EC, Goyata SLT, Souza L. Sensitivity, specificity and predictive value of the defining characteristics of the nursing diagnosis Impaired Spirituality. *AENTDE-NANDA International Conference*. Madrid, Spain2010.
136. Chaves EH, de Barros AL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jan-Mar 2010;21(1):14-20.
137. Amorim Beltrao B, da Silva VM, de Araujo TL, de Oliveira Lopes MV. Clinical indicators of ineffective breathing pattern in children with congenital heart diseases. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jan-Mar 2011;22(1):4-12.
138. Martins QC, Aliti G, Rabelo ER. Decreased cardiac output: clinical validation in patients with decompensated heart failure. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Oct-Dec 2010;21(4):156-165.
139. Appoloni AH, Herdman TH, Napoleao AA, Campos de Carvalho E, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *International journal of nursing knowledge*. Oct 2013;24(3):115-121.
140. da Silva VM, Lopes MV, de Araujo TL, Ciol MA, de Carvalho EC. Clinical indicators of ineffective airway clearance in children with congenital heart disease. *Journal of Clinical Nursing*. Mar 2009;18(5):729-736.
141. Melo Ade S, Campos de Carvalho E, Rotter Pela NT. Proposed revisions for the nursing diagnoses sexual dysfunction and ineffective sexuality patterns. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Oct-Dec 2007;18(4):150-155.
142. Guedes NG, Lopes MV, Araujo TL, Moreira RP, Martins LC. Predictive factors of the nursing diagnosis sedentary lifestyle in people with high blood pressure. *Public Health Nurs*. Mar-Apr 2011;28(2):193-200.
143. Heering C. Prevalence of nursing diagnoses in an acute geriatric rehabilitation clinic. *AENTDE-NANDA International Conference*. Madrid, Spain2010.
144. Shiraishi S, Sano Y, Yatabe K, et al. Current state and problems of introducing nursing diagnoses in psychiatric nursing units. *Journal of Japan Society of Nursing Diagnosis*. 2009;14(1):27-33.
145. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - Application and impact on nursing practice: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(5):514-531.
146. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. Nov 2010;66(11):2481-2489.
147. Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*. 2000;9:6-13.
148. Müller-Staub M, Lunney M, Lavin MA, Needham I, Odenbreit M, van Achterberg T. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2008;19(1):20-27.
149. Müller-Staub M, Lunney M, Odenbreit M, Needham I, Lavin MA, van Achterberg T. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(7):1027-1037.

150. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, van der Schans CP. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(6):1388-1400.
151. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(5):702-713.
152. Lavin MA. Stages of diffusion of an innovation: Nursing diagnosis classification. Paper presented at: Paper presented at the NANDA, NIC & NOC Conference 2004; Chicago.
153. ICN. *Leading nursing diagnosis organization to collaborate with the International Classification of Nursing Practice*. Chicago: International Council of Nurses; 03/27/04 2004.
154. Oud N, Sermeus W, Ehnfors M. *ACENDIO 2005*. Bern: Huber; 2005.
155. Stefan H, Allmer F, Eberl J. *Praxis der Pflegediagnosen*. Vol 3. Wien: Springer; 2003.
156. Georg J. *Pflegediagnosen als Instrument der Qualitätssicherung*. Wiesbaden 1995.
157. Etzel B, ed *Einführung von Pflegediagnosen in der Klinik für Tumorbologie*. Stuttgart: Kohlhammer; 2000. Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version).
158. Etzel B, König P. Richtlinien für eine hochwertige Pflegedokumentation: Projektabschlussbericht. 2004; http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020311_ab_etzel.pdf.
159. König P, ed *Pflegeklassifikation und ihre Bedeutung. Am Beispiel der NANDA-Pflegediagnosen und der ICNP Version 1*. Bern: Huber; 2006. Zegelin-Abt A, & Schnell, M., ed. Die Sprachen der Pflege.
160. König P, ed *Pflegediagnosen*. Stuttgart: Georg Thieme; 2008. Bäumer R, Maiwald A, eds. Onkologische Pflege.
161. Eveslage K. Kompetenzentwicklung im Rahmen von Personalmanagement. *Pflegediagnosen: Praktisch und effizient*. Heidelberg: Springer; 2006:125-135.
162. Allmer G. *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Art. 14, S. 142006*.
163. Krainovich-Miller B, Frauenfelder F, Müller-Staub M. Nursing diagnosis in education. In: Herdman TH, ed. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012:90-98.
164. Moorhead S, Johnson M. Diagnostic-specific outcomes and nursing effectiveness research. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2004;15(2):49-57.
165. Schneider JS, Slowik LH. The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jul-Sep 2009;20(3):132-140.
166. Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabil Nurs*. Jul-Aug 2010;35(4):161-166.
167. Subirana M. Which nursing issues need a European guideline: proposal for respiratory management. *Intensive Crit Care Nurs*. Jun 2004;20(3):144-152.
168. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Garcia-Mayor S, Rodriguez-Bouza M, Gonzalez-Posadas F. Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people: protocol for a systematic review and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. Jul 2013;69(7):1652-1659.
169. Titler MG, Shever LL, Kanak MF, Picone DM, Qin R. Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. *Res Theory Nurs Pract*. 2011;25(2):127-148.
170. Kautz DD, Van Horn E. Promoting family integrity to inspire hope in rehabilitation patients: strategies to provide evidence-based care. *Rehabil Nurs*. Jul-Aug 2009;34(4):168-173.
171. Laguna-Parras JM, Jerez-Rojas MR, Garcia-Fernandez FP, Carrasco-Rodriguez MD, Nogales-Vargas-Machuca I. Effectiveness of the 'sleep enhancement' nursing intervention in hospitalized mental health patients. *Journal of Advanced Nursing*. Jun 2013;69(6):1279-1288.
172. Cardenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gomez-Campelo P, et al. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PLoS One*. 2012;7(8):e43870.
173. de Fatima Lucena A, de Gutierrez MG, Echer IC, de Barros AL. Nursing interventions in the clinical practice of an intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. Sep-Oct 2010;18(5):873-880.

174. De Vlieghe K, Paquay L, Grypdonck M, Wouters R, Debaillie R, Geys L. A study of core interventions in home nursing. *Int J Nurs Stud*. Jul 2005;42(5):513-520.
175. Frauenfelder F, Muller-Staub M, Needham I, van Achterberg T. Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Dec 2013;20(10):921-931.
176. de Abreu Almeida M, Pergher AK, do Canto DF. Validation of mapping of care actions prescribed for orthopedic patients onto the nursing interventions classification. *Rev Lat Am Enfermagem*. Jan-Feb 2010;18(1):116-123.
177. Wong E, Scott LM, Briseno JR, Crawford CL, Hsu JW. Determining critical incident nursing interventions for the critical care setting: a pilot study. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jul-Sep 2009;20(3):110-121.
178. Shever LL, Titler MG, Kerr P, Qin R, Kim T, Picone DM. The effect of high nursing surveillance on hospital cost. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(2):161-169.
179. Lee E, Park H, Nam M, Whyte J. Identification and comparison of interventions performed by Korean school nurses and U.S. school nurses using the Nursing Interventions Classification (NIC). *J Sch Nurs*. Apr 2011;27(2):93-101.
180. Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jul-Sep 2006;17(3):129-138.
181. Keenan G, Barkauskas V, Stocker J, et al. Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Manag*. Apr-Jun 2003;7(2):74-83.
182. Cardaci R. A case study of teen parenting. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Jan-Mar 2011;22(1):40-43.
183. Crespo-Fierro M, Lunney M. Supporting breast-feeding when a woman is homeless. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International*. Apr-Jun 2011;22(2):103-107.
184. Kotowski A. Case study: a young male with auditory hallucinations in paranoid schizophrenia. *International journal of nursing knowledge*. Feb 2012;23(1):41-44.
185. Sampaio Santos FA, de Melo RP, Lopes MV. Characterization of health status with regard to tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. *J Vasc Nurs*. Mar 2010;28(1):14-20.
186. Pena SB, Guimaraes HC, Bassoli SR, Casarin SN, Herdman TH, de Barros AL. Nursing diagnoses in pemphigus vulgaris: a case study. *International journal of nursing knowledge*. Oct 2013;24(3):176-179.
187. Scherb CA, Head BJ, Hertzog M, et al. Evaluation of outcome change scores for patients with pneumonia or heart failure. *West J Nurs Res*. Jan 2013;35(1):117-140.
188. Zampieron A. Nursing classifications (NIC and NOC) and hepatitis C in dialysis. *Edtna Erca J*. Oct-Dec 2001;27(4):212.
189. Park H. Nursing-sensitive outcome change scores for hospitalized older adults with heart failure: a preliminary descriptive study. *Res Gerontol Nurs*. Oct 2013;6(4):234-241.
190. de Fatima Lucena A, Holsbach I, Pruinelli L, Serdotte Freitas Cardoso A, Schroeder Mello B. Brazilian validation of the nursing outcomes for acute pain. *International journal of nursing knowledge*. Feb 2013;24(1):54-58.
191. Seganfredo DH, Almeida Mde A. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. Jan-Feb 2011;19(1):34-41.

Annex 1: Definition of Different Types of Nursing Diagnoses and Structure of Classification

The subtypes of the nursing diagnoses are defined as follows⁹:

Problem-focused diagnosis

A clinical judgment concerning an *undesirable human response* to a health condition/life process that exists in an individual, family, group, or community

Health promotion diagnosis

A clinical judgment concerning motivation and desire to increase well-being and to actualize human health potential. These responses are expressed by a readiness to enhance specific health behaviors, and can be used in any health state. Health promotion responses may exist in an individual, family, group, or community.

Risk diagnosis

A clinical judgment concerning the *vulnerability of an individual, family, group or community for developing an undesirable human response* to health conditions/life processes.

Illustration:

P = Title of Nursing Diagnosis: Risk for imbalanced fluid volume

Definition: Vulnerable to a decrease, increase, or rapid shift from one to the other of intravascular, interstitial, and/or intracellular fluid, which may compromise health. This refers to body fluid loss, gain, or both.

R = Risk Factors (e.g.)

- Apheresis
- Ascites
- Burns
- Intestinal obstruction
- Pancreatitis (etc.)^{9,71}

Syndrome Diagnosis

A syndrome is a clinical judgment concerning a specific cluster of nursing diagnoses that occur together, and are best addressed together and through similar interventions.

Structure of the Classification

The NANDA-I classification includes 13 domains, 47 categories and 220 nursing diagnoses, which comprehensively reflect the human aspects of life⁴⁹. In accordance with the classification requirements, all domains and categories contain their own definition. These definitions are sub-concepts of the main definitions (conceptual, contextual, structural definition and definitions of types of diagnoses) described above.

The 13 domains and the associated categories (in brackets) are:

- Health promotion (health awareness, health management)
- Nutrition (ingestion, digestion, absorption, metabolism, hydration)
- Precipitation and exchange (urinary tract function, gastrointestinal function, skin function, respiratory system)
- Activity/rest (sleep/rest, activity/exercise, energy balance, cardiovascular/pulmonary responses, self-care)
- Perception/cognition (attention, orientation, sensation/perception, cognition, communication)
- Self-perception (self-concept, self-esteem, body image)
- Roles and relationships (caregiving roles, family relationships, role performance)
- Sexuality (sexual identity, sexual function, reproduction)
- Coping/stress tolerance (post traumatic responses, coping responses, neuro-behavioral stress)
- Life principles (values, beliefs, values/belief/action congruence)

- Safety/protection (infection, physical injury, violence, environmental hazards, defense processes, thermoregulation)
- Comfort (physical comfort, environmental comfort, social comfort)
- Growth/development (growth, development)

(*Approved print of the NANDA-I domains by the publisher Recom from: Nursing Diagnoses: Definition and Classification 2012-2014. Kassel: Recom).

The classification is multi-axial and has seven axes*. Each axis defines a dimension of human responses playing a role for the diagnostic process:

Axis 1: Focus of the diagnosis

Axis 2: Subject of diagnosis (individual, family, group, caregiver, community)

Axis 3: Judgment (impaired, ineffective, etc.)

Axis 4: Location (bladder, auditory, cerebral, etc.)

Axis 5: Age (fetus, infant, school child, adolescent, adult, etc.)

Axis 6: Time (chronic, acute, intermittent)

Axis 7: Status of the diagnosis (problem-focused, risk, health promotion)

(*Approved print of the NANDA-I domains by the publisher Recom from: Nursing Diagnoses: Definition and Classification 2012-2014. Kassel: Recom).

Annex 2: Studies on the Classification of Nursing Diagnoses

The benefit of the classification of nursing diagnoses with regard to the improvements in the quality of nursing has been widely documented. There are many studies on the validity of nursing diagnoses and their characteristics and causes/related factors. Between 1986 and 1994, 27 nursing diagnoses had been validated in accordance with the Fehring-model; some of them by several studies (Fehring 1994). Recent examples are content validation studies of the diagnoses *Impaired Memory* and *Impaired Spirituality*¹³⁴⁻¹³⁶ or *Ineffective Breathing Process*¹³⁷ and *Decreased Cardiac Output*¹³⁸ as well as *Delayed, Postoperative Recovery Phase*¹³⁹. A three-phase study was performed in order to validate 18 determining characteristics of the nursing diagnosis *Peripheral Circulatory Disorder*¹⁴⁰. Additionally, concept analyses were used in order to promote the development of the diagnoses *Sexual Dysfunction* and *Ineffective Sexual Behavior*¹⁴¹. The sensitivity, severity and predictive value of the determining characteristics of the nursing diagnosis *Sensory Crisis* were calculated in 120 adults suffering from a chronic kidney disease and receiving hemodialysis treatment¹³⁵.

The classification of nursing diagnoses is widely used for prevalence studies. For instance, the prevalence of the nursing diagnosis sedentary lifestyle and its most common determining characteristics were identified in a cross-sectional study¹⁴². The prevalence of nursing diagnoses was also investigated in geriatric rehabilitation settings. The highest prevalence was present in the diagnoses *Chronic Confusion*, *Malnutrition*, *Risk for Falls*, *Self-Nursing Deficits*, *Impaired Physical Mobility* and *Urinary Incontinence*¹⁴³. In psychiatric nursing homes, the diagnoses *Risk for Falls*, *Disturbed Thought Processes* and *Disturbed Sleep Pattern* turned out to be the most prevalent¹⁴⁴. In a systematic literature study, pain was the most common nursing diagnosis. This literature study included data from studies of 4,051 patients from 12 different nursing settings¹⁴⁵. Epidemiological studies on the incidence and the prevalence of nursing diagnoses in specific settings and in different populations point out the importance and the simultaneous occurrence of nursing diagnoses. For example, the prevalence of nursing diagnoses in general departments was examined by means of a random sample being representative for the Netherlands¹⁴⁶. The analysis of 123,241 patient files in a University Hospital revealed that nursing diagnoses can be well used for predicting hospital outcomes by adding between 30 and 146% to the explanatory power of Diagnosis Related Groups (DRGs). This means that nursing diagnoses predict the overall need for treatment and the patient outcomes more accurately – and in some cases more than 100% better – than DRGs⁹⁴.

In an experimental pretest-posttest study, the NANDA-I nursing diagnoses were implemented on twelve wards of a Swiss hospital. The results showed significant improvements in the quality of nursing diagnoses, -interventions and -outcomes. The average values for the quality of nursing diagnoses (vs. nursing

problems) increased from 0.92 (SD = 0.41) to 3.50 (SD = 0.55), t-test $p < 0.0001$ ¹⁰⁵. Studies for the implementation of the nursing diagnoses classification reveal that significantly more accurate nursing needs – in contrast to previously open formulated nursing problems – have been determined; and after the classification having been implemented, nursing diagnoses with correct signs/symptoms and causative, related factors have been determined^{104, 107}.

After the diagnoses classification was implemented, the nursing outcomes showed clear improvements of the symptoms, the knowledge level, the coping-strategies and self-care activities as well as the functional status of the patient. The outcomes also revealed significantly better coherence/correspondence between nursing diagnoses, performed nursing interventions and patient outcomes¹⁰⁷. An example explains the significant improvements: Before the implementation of the nursing diagnoses classification, the unspecified nursing problem “Patient has a decubitus” was recorded in the nursing documentation. After the implementation (of nursing diagnostics) the nursing diagnosis “Tissue injury, decubitus grade II, incl. the related factors “pressure, nutritional deficit, impaired physical mobility and changes in blood flow” was made. Additionally, the nursing diagnosis was described with exact characteristics (extent, depth and texture of the skin damage). The accurately made diagnosis was followed by more effective nursing interventions (frequency of observation of skin condition, dressing types and -techniques, type and material of positioning, specified mobilization, patient education, measures to nutrition/fluid balance). The more effective nursing interventions achieved better patient outcomes, such as improved wound healing, increased physical mobility, increased self-care abilities and improved decubitus risk management¹⁰⁷.

Another study for the implementation of the nursing diagnoses classification concluded similar outcomes: In a cluster-randomized experimental design, nurses were trained with the method of “Guided Clinical Reasoning”. The results showed significantly more accurate nursing diagnoses including defining characteristics and correct related factors. The improvements were statistically highly significant and clinically relevant. In addition, an increased correspondence (internal coherence) between the causes/related factors of nursing diagnoses, the corresponding nursing interventions and the achievement of better patient outcomes was found. These outcomes reveal that the nurses conducted significantly more effective nursing interventions, which was the reason for achieving significantly better patient outcomes of symptoms, knowledge level, coping-strategies and self-care abilities as well as the functional status of the patients¹⁰⁶.

Further studies demonstrated improvements in the accuracy of diagnosing and clinical judgment, which had been achieved by training sessions⁹⁵⁻¹⁰⁰.

Some studies focused on nursing documentation and confirmed its quality improvement and increased accuracy. An early research result revealed that nursing care plans, which are based on the NANDA-classification, fulfill the professional standards and make individual nursing possible. These nursing plans included the steps of the nursing process and could be entered into electronic databases. The requirement that nurses’ make their work measurable – in an efficient way and specifiable as a cost factor – has been met in previous years. In addition, newer studies and reviews have shown that the implementation of the theory-driven NANDA-I nursing diagnoses increases the accuracy of determining nursing needs¹⁰¹⁻¹⁰⁸. The results of a Swedish longitudinal study reveal a significant qualitative improvement of documented nursing interventions and outcomes following a detailed training for nurses. The average value of quality and quantity of nursing diagnoses increased as significantly as the number of documented nursing interventions and outcomes¹⁰¹.

The nursing diagnoses classification promotes scientific evaluations. Proof of efficacy for provided nursing and patient outcomes can be examined by means of the nursing diagnoses classification. Appropriate measuring instruments to assess the quality of nursing diagnoses, interventions and outcomes are available¹⁴⁷⁻¹⁵⁰. In outcome or efficacy studies forecasts of nursing diagnoses and the corresponding most effective, evidence-based nursing interventions were presented¹⁰¹.

The classification of nursing diagnoses has been adopted in many hospitals worldwide. Due to rising health-care costs, it is necessary that nurses emphasize and present their contribution to health care in detail^{25, 151}. As early as 2004, 1,965 entries for “nursing diagnoses” or “nursing diagnosis” were found in

PubMed under the access through the nursing diagnoses database at nlinks.org¹⁵². NANDA-I is internationally considered to be the pioneer, and most implemented, nursing diagnoses classification^{25, 26, 153-155}.

In Germany, the professional associations and professional public first discussed nursing diagnoses in the mid 90's. A prominent role in the development and implementation had Jürgen Georg¹⁵⁶, who forced the first publication. Another leading role was taken by the nursing department of the hospital for tumor biology in Freiburg, which realized the implementation in its own institution and also acted as an advisor for many other institutions¹⁵⁷⁻¹⁶⁰. Later larger projects were implemented in other institutions such, as the Charité in Berlin¹⁶¹.

The Austrian Federal Law on Health Professions (Health and Nursing Act = *GuKG*) describes the nursing documentation as a general professional duty under §5(2), which has to include the nursing assessment, nursing diagnosis, nursing planning and nursing interventions. As a consequence of GUKG, §14, the Austrian Health and Nursing Association (*ÖGKV*) states the following actions as independent responsibilities of nursing: nursing assessment, nursing diagnosis, nursing planning, implementation of nursing measures and nursing evaluation¹⁶².

Annex 3: Studies on the Classification of Nursing Interventions

With the help of the NIC connections between the variables of the different classifications were made: The efficacy of nursing interventions of the NIC is scientifically provable when evaluating the nursing outcomes by means of NOC-indicators for specific nursing diagnoses¹²¹⁻¹²³. By linking NIC with NANDA-I and NOC it is not only possible to provide proof of efficacy, but the combinations of nursing interventions for respective nursing diagnoses are repeatable and verifiable for future applications. One factor that makes evidence-based nursing possible is: the knowledge gap after having developed scientifically defined nursing diagnoses was closed by adding evidence-based nursing interventions.

In the NIC nursing interventions are assigned to the different nursing disciplines. About 45 nursing specialties (e.g. anesthesia nursing, forensic nursing, gerontological nursing, pediatric- and oncological nursing) were taken into account. This is not a final allocation of interventions, but represents the focus of the specialty areas. Due to this allocation, the diversity and the associated requirements of the individual specialties within professional nursing become apparent. These indicators are used for the design of education curricula with regard to the nursing interventions to be taught¹⁶³. Furthermore, requirements relating to professional competence and the structural design of nursing for the implementation within the health system can be defined by means of this assignment.

In another part of the NIC the individual interventions are assigned to a time frame as well as to nurses' education level necessary for the implementation. This very differentiated analysis makes it possible to use NIC electronically to document the scope of nursing interventions^{24, 26}. At the same time, the NIC supports endeavors to identify a skills- and grade mix within nursing. Although the present assignment is supported on American standards, the information relating to the required education level for respective NIC interventions can easily be taken into the European context thanks to the differentiated descriptions and – with the required modifications – transferred to the local grade and skill mix^{24, 26, 116}.

Up to now the classification NIC has been used at most different levels and in nursing relevant fields such as daily collaboration with the patient, education, management and research^{25, 26, 164}. For the development of nursing policies as part of standardized procedures and evidence-based nursing, the NIC is becoming increasingly important. The examples range from the care of outpatients with cardiac diseases¹⁶⁵ to long-term nursing of patients with brain injuries¹⁶⁶ and to nursing of patients with respiratory problems¹⁶⁷. In quite a number of studies, the NIC was used in combination with NANDA-I nursing diagnoses and the NOC. In a study in Pediatrics, the efficacy of nursing interventions in relation to dehydration was determined, and coherent nursing procedures were elicited¹¹⁵. Another study determined the number of NANDA-I diagnoses, the NIC interventions and the NOC outcomes in gerontological patients who were hospitalized with pneumonia¹¹¹. The nursing care of patients with diabetes mellitus in hospitals was studied by

taking input from the three nursing classifications NANDA-I, NOC and NIC¹¹³. Also in the context of the three classifications the most common nursing diagnoses, nursing-sensitive outcomes and nursing interventions were determined in geriatric patients with heart failure¹¹⁴. De Lima Lopes, de Barros & Michel¹¹² validated NIC interventions and NOC outcomes in relation to the nursing diagnosis *Fluid Overload* in cardiac patients. The results demonstrated that the NIC interventions are suitable to treat the problems of the respective patient population successfully¹¹².

In addition, the results of a study on the development of Advanced Practice Nursing (APN) in geriatrics were based on the NIC¹⁶⁸. The study of Titler et al.¹⁶⁹ is also based on the NIC intervention *Fall Prevention* in order to investigate the factors that play a crucial role in relation to falls of elderly people during a hospitalization¹⁶⁹. Kautz & van Horn¹⁷⁰ documented, on the basis of the NIC intervention *Family Integrity Promotion*, the evidence of nursing practice in the sector of rehabilitation nursing of adults and adolescents¹⁷⁰. In the context of psychiatric nursing, the effectiveness of the NIC intervention *Sleep Enhancement* was successfully examined by means of a quantitative study¹⁷¹. Also with the aim to elicit the effectiveness of nursing a study was conducted by using the standardized nursing languages NANDA-I and NIC in nursing care of outpatients with diabetes mellitus type II¹⁷². De Fatima, Gutierrez & Barros¹⁷³ determined the most common nursing interventions (NIC), which were carried out to treat NANDA-I nursing diagnoses on an intensive care unit for adults¹⁷³. In an other study the nursing main practice focus in home care was identified by means of a NIC data-entry form¹⁷⁴.

In the field of in-patient psychiatric nursing, the psychiatric nursing interventions described in research articles were compared with the NIC titles, definitions and activities in a systematic literature review. The results revealed that 84% of the psychiatric nursing procedures described in the literature are shown in the NIC¹⁷⁵. Another study proved that the NIC, compared to other intervention classifications such as Omaha, ICNP®, Clinical Nursing Classification (CCC), met most of the criteria for intervention classifications²⁶. As part of a validation study the NIC was examined in nursing care of orthopedic patients, and the use of NIC was judged as positive¹⁷⁶. In a similar study in an intensive care setting the introduction of a special category of NIC interventions in relation to categorized interventions in life-threatening situations (Critical Incident Nursing Intervention CINI) was proposed¹⁷⁷. Shever, Titler, Dochterman, Fei & Picone¹¹⁰ elicited the most common NIC interventions as well as their application patterns in hospitalized, geriatric patients, who either had a heart failure, hip problems or risk for fall¹¹⁰. The study demonstrated how the standardized nursing language NIC can be used for performance analyses, which in turn is decisive for the calculation of human resources, training requirements and performance evaluations. Again in the context of proofing nursing services, the costs of monitoring of elderly patients in relation to fall prevention were evaluated¹⁷⁸, and a difference between close and low-threshold monitoring with regard to the costs could be proven. At the same time, it could be demonstrated that the NIC can be used for cost transparency in nursing. In connection with training, Lee, Park Nam & Whyte¹⁷⁹ elicited NIC interventions in a study that were carried out by students in South Korea, and compared the results with the ones of students in the USA. Both the benefit of NIC as part of the training, as well as a transcultural difference between the two countries, could be shown¹⁷⁹. Furthermore, the use of the standardized nursing languages NANDA-I, NOC and NIC by Bachelor students could be determined in a study. The results demonstrate that more attention must be given to the linkage between the academic training and the practice relevant environment when using NIC¹⁸⁰.

Annex 4: Studies on the Classification of Nursing Outcomes

The NOC claims to provide nursing-sensitive outcomes for all nursing specialties and fields with the corresponding outcome indicators²⁰. In order to enable professional nursing to evaluate its work with patients in a systematic, transparent and comprehensive way and to be recognized as an equal partner in the interdisciplinary context and in the discussion relating to health policy, the measurement and communication of nursing-sensitive patient outcomes is essential¹¹⁷⁻¹²⁰. The development of the classification is rooted in a wide research base involving a variety of nursing experts from different clinical sectors, but also from teaching and research^{25, 26, 121, 181}. This is the reason why the NOC is demonstrably used in a wide variety of nursing specialty settings: In Brazil impaired respiration of children with congenital heart disease was determined by means of the NOC¹³⁷. Also in pediatrics the NOC was applied in an observational study with regard to dehydration. Here the course of the disorder was examined by means of different NOC outcomes¹¹⁵. Another successful application area of the NOC – in combination with NANDA-I and NIC – is the planning and implementation of nursing care to support adolescent mothers after the birth of their child¹⁸². In the population of newborns, the NOC was used for the nursing accompaniment of homeless mothers after the birth of their child. In this case, the classification was not used in the inpatient sector, but in outpatient, professional nursing¹⁸³. In inpatient psychiatry the successful use of the NOC for the care of patients with hallucinations was described¹⁸⁴. And Lunney¹⁶⁶ demonstrated in the successful use and benefit of NOC for the care of patients with brain injuries an evaluation study¹⁶⁶. In outpatient settings the NOC was used in a study relating to venous ulcers. Here tissue integrity and perfusion was assessed by means of the classification¹⁸⁵. In a case study the NOC was used in addition to the nursing classifications NANDA-I and NIC to evaluate the wound healing and the integrity of the affected tissue in a patient with pemphigus vulgaris. In a follow-up study of elderly people with pneumonia or heart failure in inpatient settings¹⁸⁷ the NOC was used, and it was part of a similar study in cardiac rehabilitation¹⁸⁸. The NOC was also applied as a determining instrument for the establishment of the treatment success in hospitalized patients with heart failure^{84, 189}. The use of the NOC in connection with the nursing diagnosis *Acute Pain* was tested in a Brazilian validation study¹⁹⁰. In a similar study De Lima Lopes, de Barros & Michel¹¹² validated NOC outcomes in combination with the nursing diagnosis *Fluid Overload* in cardiac patients¹¹². In another validation study the NOC was examined with regard to nursing-sensitive outcomes in inpatient surgery settings as well as in intensive care units. The outcomes showed that the NOC detects and represents the corresponding nursing-sensitive situations¹⁹¹.

In various studies, the NOC was applied in combination with the nursing classification NANDA-I and the NIC. At the same time, the NOC was used as a determining measure in order to monitor the course of processes within nursing and to record appropriate patient outcomes. Thus, Head et al.¹¹¹ determined nursing-sensitive outcomes with NOC in hospitalized, gerontological patients with pneumonia, and Minthorn & Lunney¹¹³ investigated the course in patients with diabetes mellitus in a clinical setting. In another study the most common nursing diagnoses, nursing-sensitive patient outcomes and nursing interventions in geriatric patients with heart failure were determined¹¹⁴.

Texte initiative domaine de responsabilité des soins infirmiers




L'Assemblée fédérale - Le Parlement suisse

Curia Vista - Objets parlementaires

11.418 – Initiative parlementaire

LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant

Déposé par	 Joder Rudolf
Date de dépôt	16.03.2011
Déposé au	Conseil national
Etat des délibérations	Donné suite

Texte déposé

Me fondant sur les articles 160 alinéa 1 de la Constitution et 107 de la loi sur le Parlement, je dépose l'initiative parlementaire suivante:

La LAMal sera modifiée de sorte qu'une distinction soit établie entre les prestations de soins de santé et de soins infirmiers qui sont fournies sur ordre d'un médecin et celles qui relèvent de la responsabilité du personnel soignant; on définira plus précisément quelles prestations doivent être fournies sur ordre d'un médecin et lesquelles peuvent être fournies de manière autonome par le personnel soignant.

Développement

La présente initiative vise à établir une distinction entre, d'une part, les prestations de soins de santé et de soins infirmiers fournies sous la responsabilité commune du corps médical et du personnel soignant et, d'autre part, celles qui relèvent de la seule responsabilité des soignants. L'objectif est de donner au personnel soignant la possibilité de travailler et d'agir de manière plus autonome.

1. Importance accrue des soins

La rémunération forfaitaire par cas et le nouveau régime de financement des soins ont profondément modifié le secteur des soins. C'est autour des soins que s'articule de plus en plus l'encadrement interdisciplinaire des patients. Les patients qui rentrent rapidement chez eux ont besoin de soins particulièrement qualifiés. Par ailleurs, les besoins évoluent en raison de l'âge croissant des patients et du caractère chronique de nombreuses maladies.

De manière générale, l'importance des soins et les besoins vont considérablement s'accroître. Les soins constituent une part essentielle du service de base. Afin de garantir que les prestations de soins fournies dans les hôpitaux, dans les services ambulatoires, par les

par les services d'aide et de soins à domicile, dans le domaine des soins de longue durée et dans les établissements médicaux sociaux soient appropriées, efficaces et peu coûteuses, nous devons conférer aux soignants les compétences nécessaires en les inscrivant dans la loi.

2. Pénurie de personnel

En raison de la grave pénurie de personnel et des importants taux de fluctuation dans ce domaine, les problèmes s'aggravent dans le secteur des soins. La question du personnel sera cruciale à l'avenir dans le domaine de la santé. Il est urgent d'agir.

3. Amélioration de l'attrait des professions des soins

Le personnel soignant diplômé est formé dans les écoles supérieures et les hautes écoles spécialisées. Dans leurs différentes activités, les soignants sont appelés à assumer de grandes responsabilités. En tenant compte dans la loi de cet aspect de la profession, nous pourrions accroître l'attrait du métier. En accordant à ce corps de métier la marge de manoeuvre et de décision qu'il mérite, nous faciliterons le recrutement de jeunes professionnels et contribuerons en outre à ce que le personnel soignant qualifié ne quitte pas prématurément le métier.

4. Réduction des dépenses

Le fait que les soins de longue durée prodigués aux patients ayant besoin exclusivement de ces soins ne puissent être fournis que sur ordre d'un médecin engendre des dépenses et des charges administratives inutiles. Le personnel soignant qualifié dispose des qualifications requises pour déterminer quels types de soins sont nécessaires et pour dispenser ces soins de manière efficace. Nous devons rendre les prestations plus économiques et faire baisser les dépenses.

5. Pas d'accroissement du volume des prestations

La nouvelle répartition des compétences n'établira pas de nouveaux fournisseurs de prestations. Il s'agit simplement d'établir une distinction entre les tâches qui relèvent des médecins et celles qui relèvent du personnel soignant ; il n'en découlera aucun accroissement du volume des prestations.