

Erfahrungen mit der Pflegepartnerschaft von Patienten und Personal: Zwischen gemeinsamem Willen und unterschiedlicher Wahrnehmung

*Qualitative Analyse der Aussagen von Patienten und Professionellen
im Gesundheitswesen*

Bernard Voz - ULiège

Eine Änderung des Paradigmas



Paternalisme
Paternalismus



*Approche centrée
sur le patient*

Patientenorientierte Herangehensweise

Pflegepartnerschaft
*Partenariat
de soins*



(Pomey u.a., 2015)

**Gemeinsame
Pflege-
vorgaben**



Über 80 Patienten

Pathologien: kardiovaskulär, Krebs,
Diabetis, Lungenerkrankungen...

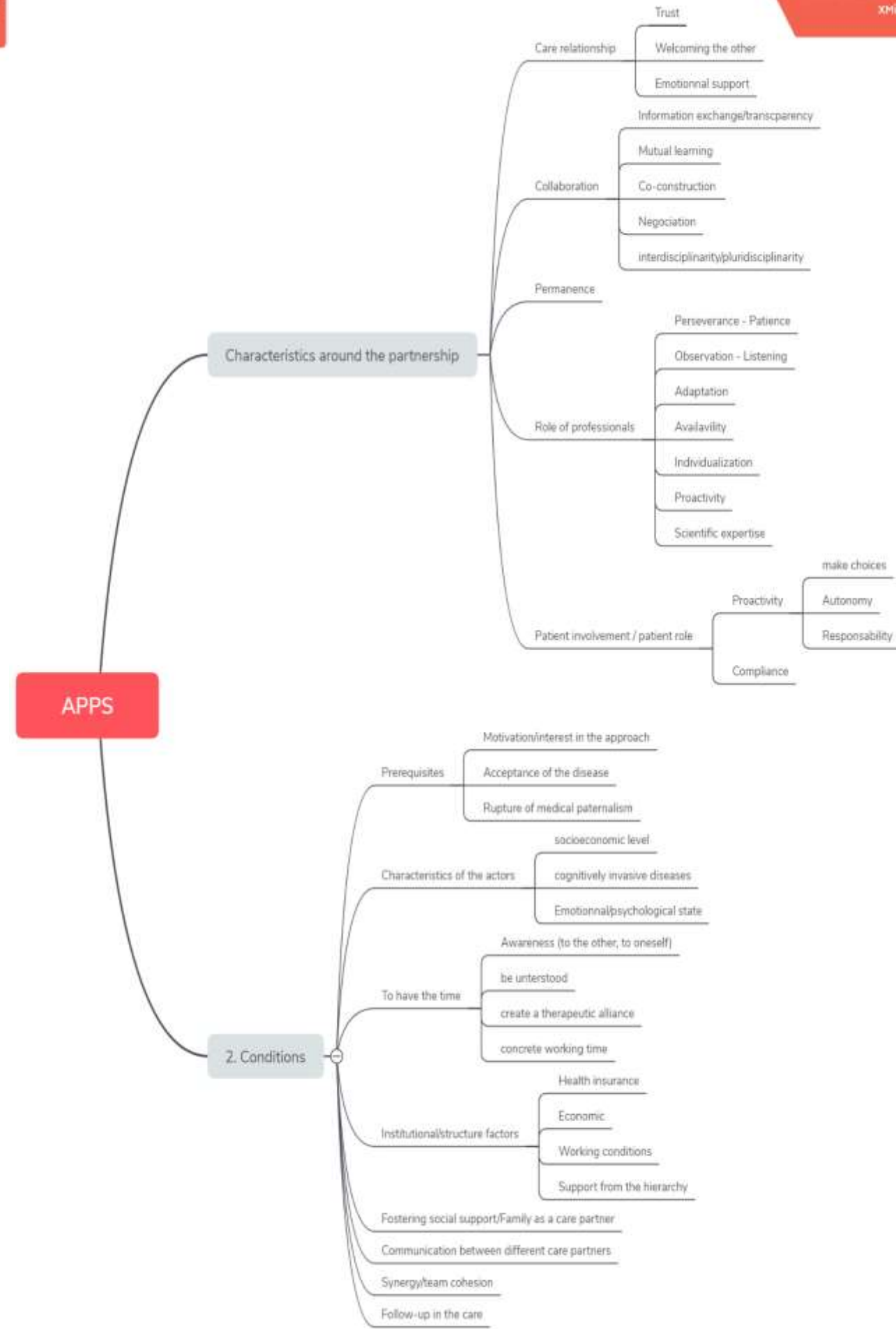
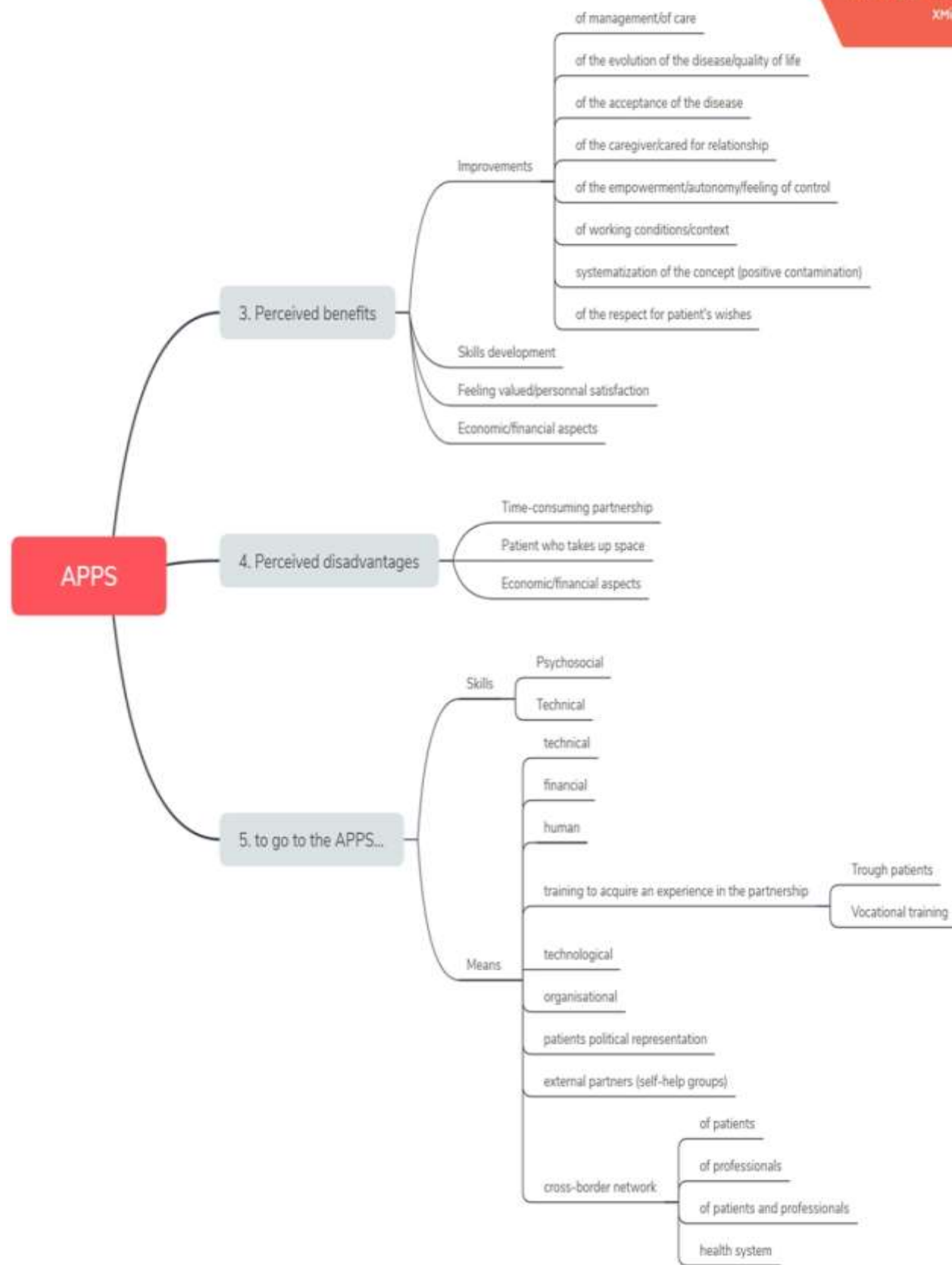
Fokusgruppe

**Über 70 Mediziner und
Krankenpfleger**

Für chronische Krankheiten

Individuelle Gespräche

Ziel: Analyse der aktuellen Bedeutung des Inhalts der
APPS in der Grossregion, für Patienten und Personal im
Gesundheitswesen



Konsens der Repräsentation



Konsens der Repräsentation

Beispiel der Interdisziplinarität

Bedeutung jedes Beteiligten: « Wir interagieren viel. Die ist wichtig. Jeder hat seine festgelegte Aufgabe und wir arbeiten zusammen für und mit dem Patienten »
Krankenpflegerin, Onkologie

Sektorengrenzen überschreiten: « Wir haben Himmel und Erde in Bezugung gesetzt, er blieb über ein Jahr im Krankenhaus, man hatte ihm Gerät zur ventrikulären Assistenz gelegt, aber dafür muss erst die soziale Situation geklärt werden, um dann medizinisch helfen zu können » *Arzt, Kardiologie*

Überschreiten der Grenze « Erste Behandlungen/Krankenhaus: » «Dafür sind wir da, sich beteiligende behandelnde Ärzte, das läuft ausgezeichnet, sie fragen selbst danach, nach diesem Austausch, dem engen Kontakt. Dies sind Leute, die bei der Behandlung ihrer Patienten voran kommen wollen. » *Krankenpflegerin, Kardiologie*

Ambiguität des Verständnisses und des Handelns

Beispiel Interdisziplinarität



« Dies sind Meetings aller Partner der Krankenpflege, zur Diskussion und Einschätzung der Situation der Person. Wer trifft sich, mit wem sprechen sie über ... ?

Ich würde sagen, die erste, zweite und dritte Linie und vielleicht, am Ende, ein Moment mit der Person, sehen sie, es ist eine Utopie, aber wäre das nicht genial »
Krankenpflegerin, Kardiologie

«Nein, denn ich denke, dass Patienten auch Patienten sein sollten. (...) aber sehen sie, in einem Restaurant wollen sie auch nicht in der Küche mit dem Koch zusammen sitzen » Kardiologie, Arzt

Konsens der Repräsentation

Das Beispiel des proaktiven Patienten

« Der Patient als Partner ist ein Patient, der etwas zu sagen hat, in seiner Lage, und der selbst der wesentliche Akteur seiner Therapie, Behandlung und des Verlaufs seiner Pflege ».

Krankenpflegerin, Diabetisstation

Ambiguität des Verständnisse und der Praxis

Das Beispiel des proaktiven Patienten

Eine Auswahl treffen?

M: die Zeit, in der der Arzt der Chef an Bord und der Entscheider war , sind vorbei und der Patient hatte nur zu schweigen und zu folgen ... und nicht bei einer Idee des Patienten als Chef an Bord. (...)

Wenn meine Darstellungen sinnvoll, strukturiert, adäquat sind und den Daten der Literatur entsprechen, hat der Patient das gleiche Ziel wie ich, seine Heilung, dann wird er zuhören.

E: Wo würden sie denn dann die Entscheidungsgewalt des Patienten sehen?

M: Weiss ich nicht.

Onkologie, Arzt

Der Behandlung folgen?

« Also wir sind da und geben ihnen unser Wissen und sie, auf ihrer Seite, müssen folgen, na, teilnehmen und zeigen, dass sie empfänglich sind usw. »
Kardiologie, Chef-Krankenpfleger

« Dies bedeutet, dass man den Patienten motiviert, selbst aktiv zu werden, um sich zu heilen und seine Krankheit zu verstehen, ihn empfänglich zu machen und dazu zu bringen, seiner Behandlung zu folgen ».
Pulmonologie, Arzt



EDITORIALS

Patient and family engaged care—going beyond tactical buzzwords

Aim for better care, not simply more engagement

Summer V Allen, Southeast Minnesota medical director for patient experience¹, Keri Spatling patient advocate and board member², Victor M Montori chair of the board³

¹Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA; ²GrUnitMe.com; ³The Patient Revolution

A scientific advisory panel convened by the National Academy of Medicine in the US has released a new framework for building and sustaining patient and family engaged care (PFEC).¹ It describes PFEC as “care planned, delivered, managed, and continuously improved in active partnership with patients and their families (or care partners as defined by the patient) to ensure integration of their health and healthcare goals, preferences, and values. It includes explicit and mutual determination of goals and care options, and it requires ongoing assessment of the care match with patient goals.”

PFEC should influence clinical decisions and policy making about the organization and delivery of care, from the clinical encounter to the boardroom. The authors expect the framework to lower costs and to guide and catalyze collaborative actions to improve health care culture, care, and health outcomes. But this useful, helpful, and potentially seminal report raises some concerns that give us advice for engaged patient-centred care, some advice.

The framework justifies engaged care as a tactic for improving healthcare, from culture to costs. But behind engagement as a tactic, there is the obligation to care, to attend to a human situation of patients and family experiencing illness or the threat of illness. It is healthcare's diminished capacity to engage in caring for people that demands a renewed emphasis on engagement. If we don't acknowledge this angle, engagement tactics are unlikely to succeed. When engagement is used as a tactic for reducing costs, for example, we may find that the costs to start and maintain PFEC programs do not compare favorably with cost containment or profit making programs. Costless PFEC programs may then be transferred to patients, by asking them to prepare, review, and correct extensive material so that they can make the most of their five minutes of engagement during the clinical encounter.

Neglecting the burden that engagement strategies may place on patients and families can have unintended consequences, such as the silencing of voices made weaker by illness or social exclusion or made discordant by their particular goals and ways

of achieving them; the discharge from care of those who are “noncompliant” with engagement; and the under-representation of patients and families for whom it is more practical to engage in the co-production of other services.

Patients have been hearing about good intentions like PFEC for years, hoping for the moment when buzzwords like “patient-centricity” become reality.² Maybe this report can help catapult PFEC to the top of healthcare agendas and persuade all organizations to fully and respectfully partner with patients and families. Perhaps it can stimulate research to uncover the types of PFEC that are most likely to improve the care of patients. Or it may do nothing at all—or worse, make PFEC a promotional talking point for healthcare, bling for a hospital's mission statement, the newest entry into the pantheon of managerial buzzwords that healthcare leaders can use while doing business as usual. Before cynicism sets in, we need a to-do list for PFEC.

The to-do list for PFEC must not be monumental. The new framework describes systemic and ecological transformations, but smaller, equally important change can be made almost immediately. Making the clinical visit longer and moving the computer out of the way could help clinicians and patients notice each other, communicate better, and co-produce more effective care plans.³ Patients and caregivers who mood help finding and using their voice could be partnered with others who are already taking control of their healthcare. Practical responses like these show that patients are powerful and that their voice is integral to successful care.

Of course, it takes two to partner. Engaged care is not likely to become routine solely by convincing those with all the power to have lots of it. The new PFEC framework's focal point lies firmly within healthcare, while patients and families lie on its blurry edges. What should patients and families do to disrupt and engage? Where is the evidence about what works, with minimal burden and costs, for patients and families? Moving the central point of the framework from healthcare to the true partnership required in caring for a person and family may bring

Correspondence to: V Montori victor@patientrevolution.org

For personal use only: see rights and permissions <http://www.bmj.com/permissions>

Re-use this: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Die Fundamente sind gelegt

Bauen wir gemeinsam auf dieser gemeinsamen Basis auf

Ermutigen wir die Teams, sich mit der Idee der Pflegepartnerschaft vertraut zu machen;

Geben wir ihnen die Mittel und den Raum, die Überlegungen zu vertiefen und so ihre Praktiken zu