

Person-zentrierte Wundversorgung: was ist das?

Einleitung

Integrierte Versorgung [1], chronic care Modell [2] und nun auch noch „person-zentrierte Versorgung“. In den letzten Jahren und Jahrzehnten werden vermehrt neue Konzepte der Krankheitsversorgung diskutiert, deren gemeinsames Ziel es ist, den Fokus in der Versorgung mehr auf den Patienten und seine Angehörigen zu legen. Ein vergleichbares neues Konzept ist die „person-centered care“, das die European Wound Management Association (EWMA) nun erstmals für die Wundversorgung in einer aktuellen Übersichtsarbeit adaptiert und ausführlich beschrieben hat [3]. Einer der Mitautoren ist Sebastian Probst, Vizepräsident Pflege der SAfW.

Das Konzept

Person-zentrierte Versorgung bedeutet [4], den Menschen mit seiner Wunde und die Angehörigen in den Fokus der Versorgung und damit dem Entscheidungsprozess zu stellen. Es geht um ihre Bedürfnisse, Wahrnehmungen, Werte, Kontexte und Ziele. „Person“ meint den „Menschen“ mit Wunde und seine Angehörigen, und nicht nur den „Patienten“, der sich als „Wunde“ präsentiert und dessen Wunde im Rahmen des „Wundmanagements“ behandelt wird. Zentrale Kompetenzen der Health Professionals sind deswegen nicht ausschließlich das Wissen um bestmögliche Wunddiagnose und direkte Wundbehandlung, sondern das Respektieren der Werte des „Menschen mit Wunde“ und seinen Angehörigen, deren Wahrnehmung als Individuum, das Eingehen auf deren Bedürfnisse, Wünsche und Präferenzen, Zuhören, Kommunizieren, Schulen und Lernen (!). Damit erfordert die Umsetzung des Konzeptes einen Paradigmenwechsel von der Behandlung der Krankheit hin zur Wahrnehmung der Patienten und ihrer Angehörigen als Partner im Rahmen der Behandlung sowie die

Anerkennung deren Recht auf Selbstbestimmung.

„Person“ meint aber auch die Person der Health-Professionals, d.h. das jeweilige Wissen und Fertigkeiten, Haltungen und Werte (mehr dazu im unteren Abschnitt).

Für viele Health Professionals in der Wundversorgung scheint das Modell vielleicht etwas „esoterisch“ und praxisfern zu wirken. Schließlich wird ja eine Wundheilung und eine Reduktion der Symptome und Beschwerden angestrebt. Forschungen aus dem Bereich der chronischen Erkrankungen zeigen jedoch, dass dies nicht ohne den Fokus auf den Menschen möglich ist. Die World Health Organization hat sich deswegen bereits 2015 für diesen Paradigmenwechsel ausgesprochen [5]. Ziel war, Menschen die notwendige Schulung und Unterstützung zu ermöglichen, die sie brauchen, um Entscheidungen zu treffen und sich an ihrer eigenen Versorgung zu beteiligen [3]. Erste Forschungen zeigen, dass durch die Anwendung des Konzeptes bei Patienten mit chronischen Herzerkrankungen, Krebs und Arthritis Kosten eingespart, die Qualität der Versorgung und die Lebensqualität verbessert werden konnten [3].

Pflegende, die den Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ [6] kennen, erscheint das Konzept sicherlich vertraut. Bereits in seiner ersten Fassung 2009 [7] war als explizites Ziel formuliert, die Lebensqualität der Betroffenen zu fördern. Dazu sollen u. a. das Wissen der Patienten und ihren Angehörigen zur Ursachen, Heilung, Symptomen und Behandlung der Wunde erfasst werden. Gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen sollen alle Maßnahmen geplant werden, u. a. auch Schulungen zu Wundursachen und Wundversorgung. Das Konzept der person-zentrierten Versorgung geht jedoch darüber hinaus. Es stützt sich auf

die Arbeiten von McCormack & McCance [8] und beinhaltet umfassende theoretische Überlegungen, die auch die Umsetzung des Konzeptes ermöglichen [3].

Die Theorie von McCormack & McCance

Die durch jahrelange Forschung entwickelte Theorie mittlerer Reichweite [3, aktuellste Version] besteht aus den fünf Ebenen Makroebene, Voraussetzungen, Kontext der Versorgung, direkte personenzentrierte Prozesse sowie Outcomes

Die Makroebene umfasst übergeordnete Faktoren, die die Umsetzung der person-zentrierten Versorgung mitbeeinflussen [9]. Verantwortlich für eine erfolgreiche Realisierung ist damit nicht der einzelne Mitarbeitende oder eine Station /Abteilung. Dazu gehören

- Politische Rahmenbedingungen: Unterstützung der Grundideen der person-zentrierten Versorgung
- Berufsentwicklung: Möglichkeiten u. a. von Lern- und Unterstützungsmodellen der Mitarbeitenden
- strategisches Leadership: Möglichkeiten von Schlüsselpersonen, die Förderung einer person-zentrierten Versorgung zu steuern
- strategische Rahmenbedingungen: Verankerung des Modells in der Strategie einer Organisation.

Eine zweite Ebene besteht aus Voraussetzungen für die person-zentrierte Versorgung, die Health Professionals erfüllen müssen. Dies sind neben Wissen und Fertigkeiten vor allem Haltungen und Werte [9]:

- Selbstkenntnis: was ist für den Health Professional wichtig und was bedeutet dies für dessen Art der beruflichen Tätigkeit?
- berufliche Kompetenz: Wissen, Fertigkeiten und professionelle Haltungen
- entwickelte zwischenmenschliche Fähigkeiten: Fähigkeit, effektiv auf allen Ebenen zu kommunizieren
- Engagement für die Aufgabe: bewuss-

ter und verbindlicher Einsatz für eine evidenzbasierte und umfassende Versorgung der Patienten und ihren Angehörigen

- Klarheit über die eigenen Werte und Überzeugungen: Fähigkeit, diese auch in Worte zu fassen.

Die Umsetzung einer person-zentrierten Versorgung ist vom unmittelbaren Kontext der Versorgung abhängig, also von Menschen, Prozessen und Strukturen [9]. Die dritte Ebene umfasst deswegen:

- angemessener Skill-Mix: Vorhandensein von Fachpersonen mit unterschiedlichen Fähigkeiten
- Systeme für gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse: kollaboratives, inklusives und partizipatives Engagement der Health Professionals
- effektive Teambeziehungen: Health Professionals gehen mit demselben Respekt und der Wertschätzung miteinander um, wie sie diese dem Patienten und seinen Angehörigen entgegenbringen
- gegenseitige Einflussnahme (power sharing): Teilung von Macht zwischen den Health Professionals
- unterstützende Organisation: Förderung u.a. von Initiative und Kreativität im Team und in der ganzen Institution
- Potential für Innovation und Risikobereitschaft: Abwägung von Erkenntnissen aus unterschiedlichen Quellen, z.B. Forschung, fachlicher Erfahrung, Patientenpräferenzen
- Physische Umgebung: Funktionalität und Ästhetik von Räumen.

Die vierte Ebene beschreibt nun die konkreten person-zentrierten Prozesse [9]:

- Arbeiten mit den Werten und Überzeugungen der Patienten und ihren Angehörigen: z.B. was ist ihnen wichtig, welchen Sinn sehen sie in Geschehnissen?
- Treffen gemeinsamer Entscheide: Einfließen der Erfahrungen und des Wissens aller beteiligten Personen
- Engagement im Kontakt: Akzeptanz, dass jede Situation einzigartig ist und von den Werten und Überzeugungen aller Beteiligten beeinflusst wird
- Mitfühlend präsent sein: ... in gezielten Aktionen und auch Routinetätigkeiten, verbal und nonverbal
- professionelle umfassende Versorgung: Beachtung aller Dimensionen einer Person, d.h. auch psychologi-

sche, soziokulturelle und spirituelle Dimensionen.

Zentral in der Theorie ist die fünfte Ebene der Outcomes, sie beschreibt die Ziele einer person-zentrierten Versorgung [9]:

- positive Erfahrung der Versorgung: adressiert werden die Erfahrungen aller Beteiligten
- Einbezogen-sein in die Versorgung: Möglichkeiten des aktiven Mitwirkens der Patienten und ihren Angehörigen
- Wohlbefinden: Erleben z.B. von Wertschätzung von allen Beteiligten
- Gesundheitsfördernde Kultur (existence of healthful culture): gemeint ist eine übergreifende Kultur des Miteinander Arbeitens und nicht einzelne gesundheitsfördernde Handlungen.

Wo ist die Evidenz?

Gethin et al. [3] suchten in ihrer Übersichtsarbeit gezielt nach Evidenz für die Wirksamkeit des person-zentrierten Ansatzes für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Sie fanden 18 Studien, die jedoch nur folgende drei Aspekte untersuchten: Schulung von Health Professionals (1), Patientenedukation (14) und Telemedizin (3). Signifikante Verbesserungen gab es bezüglich Wissen von Patienten, Schmerzen und Selbstmanagement. Klinische Kriterien, z.B. Wundheilung, werden bisher kaum systematisch untersucht.

Umsetzungen in der Schweiz

Die person-zentrierte Versorgung wird in der Schweiz bereits seit einigen Jahren in den drei Universitätsspitalern Basel, Bern und Zürich für die Pflege umgesetzt [9] [10]. Das Modell von McCormack & McCance [4] erweist sich dabei in all seinen Ebenen und Dimensionen als sehr hilfreich. Angewendet wurde es z.B. im Rahmen der Schlucktherapie [11], beim Delirmanagement und der Sterbebegleitung auf der Intensivstation [10]. Die Umsetzung basiert dabei auf systematischen Schulungen zur Theorie [12].

Noch gibt es keine Umsetzungen für den großen Bereich der Menschen mit Wunden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die interprofessionellen Teams in der Wundversorgung das Konzept diskutieren und umsetzen wollen und können. Eine der Herausforderungen ist sicherlich die Finanzierbarkeit der „am-

bulant" erbrachten Wundversorgung. Hinsichtlich der Finanzierung dieser Leistung wird noch ein altes Paradigma der „Wundversorgung" verfolgt, das die Wunde im Fokus hat, jedoch nicht die Person.

Literatur

1. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M: Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26 (5): 561-570. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071>.
2. Wagner EH, Austin, BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 2001; 20 (6): 64-78.
3. Gethin G, Probst S, Stryja J, Christiansen N, Price P: Evidence for person-centered care in chronic wound-care: A systematic review and recommendations for practice. *Journal of Wound Care* 2020, 29 (9): Suppl. 9.
4. McCormack B, McCance T, Bulley C, Brown D, McMillan A, Martin S: *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. John Wiley & Sons, 2021.
5. World Health Organization (WHO): *People-centered and integrated health services: an overview of the evidence*. Interim Report, WHO Press, 2015.
6. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg). *Expertenstandard Pflege von Mensch:en mit chronischen Wunden*. 1. Aktualisierung 2015. FH Osnabrück: Osnabrück, 2015.
7. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg): *Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*. Entwicklung – Konsertierung – Implementierung. FH Osnabrück: Osnabrück, 2009.
8. McCormack B, McCance T (Ed): *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care Theory and Practice*. 2nd ed., Wiley Blackwell, 2017.
9. Grossmann FF, Schäfer UB, van Lieshout F, Frei IA: *Personenzentriert pflegen am Universitätsspital Basel*. Padua 2018, 13 (1): 7-12.
10. Frei IA, Massarotto P, Helberg D, Barandun Schäfer U: *Praxisentwicklung im Trend der Zeit*. Pflegeexpertinnen als Praxisentwicklerinnen: Ein Beispiel aus dem Universitätsspital Basel. *PADUA* 2012; 7 (3): 110-115.
11. Frei IA, Berlepsch-Schreiner A, Hirter K. *Personenzentrierte Kultur schaffen*. *Krankenpflege* 2018; 111 (4): 30-31.
12. Hirsbrunner T, Siegrist E, Rettke H, Frei IA: *Taking a step into the unknown: facilitators' role and experiences after attending the Foundation Practice Development School*. *International Practice Development Journal* 2020, 10 (2): DOI:10.19043/ipdj.102.007.

Dr. Eva-Maria Panfil

Programmleitung Dekubitus / Wunden,
Universitätsspital Basel

E-Mail: Eva-Maria.Panfil@usb.ch