

SYMPOSIUM[π] SOIN

Espace écoute & dialogue :

La perspective du patient, une nouvelle vision !?



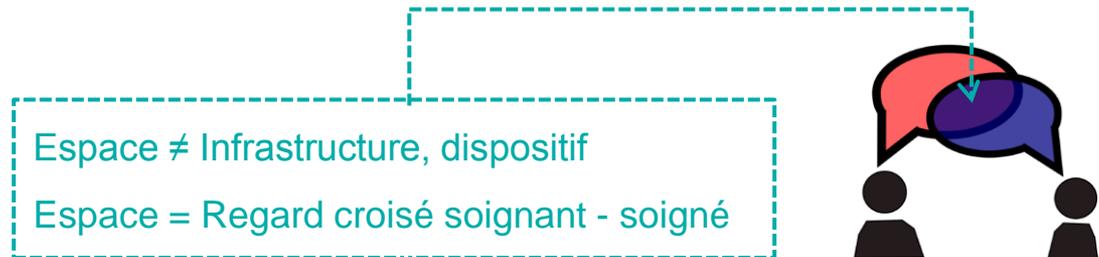
Mario Desmedt, directeur des soins

Un soin individualisé

Un soin qui prend en considération la singularité du patient (croyances, valeurs, émotions, pensées, préférences, expériences et perceptions) visant à impliquer le patient dans le soin mais aussi dans les décisions le concernant (Suhonen et al, 2012).

Un **faisceau d'actions** pour capter l'expérience du patient:

- ▶ L'enquête via internet (lancement juillet 2018)
- ▶ La création d'une espace écoute & dialogue (janvier 2019)
- ▶ Le patient mystère (juin 2018)
- ▶ L'enquête soignant - soigné (juin – juillet 2018)



Un soin individualisé, what's new ?

L'expérience du patient (1), la santé de la population (2) et la diminution des coûts par cas (3) sont les trois leviers d'action qui permettent de transformer les systèmes sanitaires (Institute of Healthcare Improvement, 2015).

La capacité d'intégrer l'expérience des patients dans l'ajustement d'une organisation est associée à un meilleur niveau de performance (Gittell, 2016).

De nombreuses institutions de renom posent en première priorité l'intégration de l'expérience patient (ex. Moorfields 2017 « We will pioneer patient centred care,... »).

1



We will pioneer patient-centred care
with exceptional clinical outcomes
and excellent patient experience

Un soin individualisé et la sacro-sainte efficience

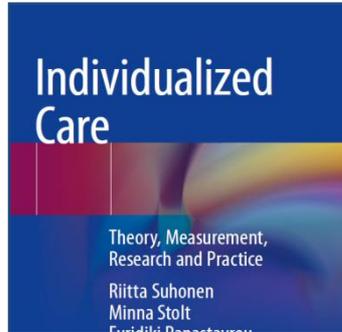
Intégrer la **singularité de l'expérience** du bénéficiaire peut contribuer à faire évoluer notre organisation et nous démarquer de la concurrence.

La recherche indique que la prise en compte de l'expérience patient **impacte positivement** les indicateurs de résultats des patients (satisfaction, qualité et sécurité des prestations), des soignants (satisfaction, motivation) et par ricochet de l'institution (renommée) (Doyle, 2013 ; Suhonen et al, 2011 ; Köberich, 2015 ; Rodriguez-Martin et al. 2018).



The image shows a screenshot of a research article page from BMJ Open. At the top, there are two blue tabs: "Open Access" on the left and "Research" on the right. The BMJ Open logo is on the left, with the text "BMJ open" and "accessible medical research" below it. The main title of the article is "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness". Below the title, the authors are listed as "Cathal Doyle,¹ Laura Lennox,^{1,2} Derek Bell^{1,2}". At the bottom left, there is a "To cite:" section with the text "Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of". In the center, there is an "ABSTRACT" section with the text "Objective: To synthesise evidence on the links between". At the bottom right, there is a blue button labeled "ARTICLE SUMMARY".

L'échelle soin individualisé (ICS), bases théoriques



Utilisé dans plusieurs pays et dans différents contextes de soin.

L'outil couvre trois domaines :

- ▶ La situation clinique
- ▶ La situation personnelle
- ▶ L'implication dans la prise de décision

Et deux dimensions :

- ▶ La pratique, l'intervention ou l'action favorisant un soin individualisé
- ▶ La perception du soin donné

Review

The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: A literature review

Riitta Suhonen^{a,*}, Maritta Välimäki^b, Helena Leino-Kiipi^b

^aUniversity of Turku, Department of Nursing Science, 20014 Turku, Finland
^bUniversity of Turku, Department of Nursing Science, Hospital District of Southwest Finland, Turku, Finland

ARTICLE INFO

Article history:
Received 27 December 2008
Received in revised form 13 May 2009
Accepted 22 May 2009

Keywords:
Individualised care
Nursing
Literature review
Adult nursing

ABSTRACT

Background: Despite substantial attention devoted to the development of individualised care in recent years, there is a lack of coherent information and empirical research assessing the driving and restraining forces that promote and impede its implementation. **Objectives:** The aim of this integrative literature review is to describe the driving and restraining forces for the implementation of individualised nursing care from the nurse's point of view. This information is useful for the development of clinical nursing care and in identifying areas for future research. **Design:** An integrative literature review. **Data sources:** An integrative analysis of empirical studies and reviews derived from the MEDLINE, CINAHL databases and EMB Reviews – The Cochrane Database of Systematic Reviews (individual care & nurse, from earliest through April 2008) was conducted

13 articles
by the nurses

Nursing Inquiry 2015, 22(2), 106-120

Review

A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care

Stefan Koberich and Erik Paris
Medical Center - University of Salzburg, Salzburg, Germany
Accepted for publication 14 July 2014
DOI: 10.1177/1099709814268888

KÖBERICH S and PARIS E, *Nursing Inquiry* 2015, 22, 106-120

A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care

This systematic review identified and evaluated instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care. Of 3020 articles reviewed, 17 were eligible for inclusion. Four instruments were reported: The Individualized Care Scale, the Client-Centered Care Questionnaire, the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale and the Smolkin scale. These instruments cover themes addressing patient participation and the clinician-patient relationship. Instruments were shown to have satisfactory psychometric properties, although not all were adequately assessed. More research is needed regarding test-retest reliability, convergent and discriminant validity, validity with known groups and structural validity using confirmatory factor analysis.

Ce qui est fait pour faciliter un soin individualisé.

Patients N=477

Comment le soin est-il vécu, perçu ?

	HOJG (N=477)		 ALL (N=606)*	 CA (N=412)* ¹		
	Action	Perception	Action	Perception	Action	Perception
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
Situation clinique	3.87	4.05	3.91	4.15	3.98	4.10
Situation personnelle	2.98	3.06	3.26	3.56	3.04	3.58
Participation décision	4.18	4.42	3.92	4.42	3.97	4.32
ICS	3.77	3.92	3.66	4.10	3.66	4.00

* HOJG 13 questions sur 17

Patients N=477

HOJG (N=466)

	Action (A)	Perception (B)	Ecart
Ressentis	4,50	4,53	0.03
Besoins	4,39	4,39	0.00
Auto-soin	4,01	4,11	0.10
Changements	3,74	3,77	0.03
Peurs	3,13	3,34	0.21
Représentation	3,42	4,18	0.76
Situation clinique	3,87	4,05	0,19
Activités quotidiennes	3.01	3,28	0.27
Expériences précédentes	3.24	3,46	0.22
Habitudes quotidiennes	2.93	2,20	-0.73
Situation personnelle	2.98	3.06	-0.08
Consignes	4.50	4,68	0.19
Informations	3.83	4,66	0.83
Souhaits personnels	4.29	4,28	0.01
Décision	4.12	4,08	-0.04
Participation décision	4.18	4.42	0.24
ICS	3,77	3.92	0.14

- ▶ Situation clinique (3.87 ; 4.05) et la participation à la décision (4.18 ; 4.42) se démarquent positivement.
- ▶ Prise en considération de la **situation personnelle** (2.98 ; 3.06) ; **peurs & angoisses** (3.13 ; 3.34) se profilent comme une zone d'attention.
- ▶ Pour un modèle **centré sur la tâche** les moyennes ICS répertoriées (3.66 ; 4.15) sont inférieures aux moyennes (3.86 ; 4.24) observées lorsque **un modèle de soin centré patient** se pratique (Köberich, 2015).

Bon, entre deux !

Actions pour faciliter un soin individualisé, une vision idéale.

Soignants N= 68

Vécu, perception lors du dernier shift.

	HOJG (N= 68)		 USA (N=150)*	 FIN (N=233)*		
	Action (C)	Perception (D)	Action (C)	Perception (D)	Action (C)	Perception (D)
Situation clinique	3.90	4.18	4.26	4.30	4.39	4.30
Situation personnel	3.24	3.58	3.85	3.97	3.67	3.55
Participation décision	3.96	4.00	4.27	4.39	4.17	4.19
ICS	3.77	3.97	4.17	4.25	4.14	4.09

* HOJG 13 questions sur 17

Soignants N=68

	Action (C)	Perception (D)	Ecart
Ressentis	3,96	4.38	0.43
Besoins	4,25	4.25	0.00
Auto-soin	3,28	3.54	0.26
Changements	4,15	4.26	0.12
Peurs	4,18	4.43	0.25
Représentation	3,62	4.21	0.59
Situation clinique	3.90	4.18	0.27
Activités quotidiennes	3.41	3.60	0.19
Expériences précédentes	3.01	3.50	0.49
Habitudes quotidiennes	3.29	3.63	0.34
Situation personnel	3.24	3.58	0.34
Consignes	4.53	4.43	-0.10
Informations	3.75	3.59	-0.16
Souhaits personnels	4.26	4.24	-0.03
Décision	3.44	3.60	0.16
Participation décision	3.96	4.00	-0.03
ICS	3.77	3.97	0.20

- ▶ L'ICS situation clinique & participation décision < observations internationales.
- ▶ Une attention portée aux ressentis du patient (3.96, 4.38) ; les besoins (4.25, 4.25), les changements d'état (4.15, 4.26), et les peurs & angoisses (4.18 ; 4.43).
- ▶ Pour un modèle paternaliste (industriel, bureaucratique, « top down », command and control, sans approche systémique de l'organisation) les moyennes répertoriées (3.47 ; 3.94) sont nettement inférieures aux moyennes (3.89 ; 4.29) observées lorsque un modèle de « shared governance » (Köberich, 2015).

Bon, entre deux !

Alignement institutionnel

Patients (N = 477), Soignants (N=68), Administratifs (N=44)

Situation clinique	△	Situation personnel	△	Participation décision	△
Ressentis	≠	Activités quotidiennes	≠	Consignes	=
Besoins	=	Expér. précédentes	≠	Informations	≠
Auto-soin	≠	Habit. quotidiennes	≠	Souhaits personnels	≠
Changements	≠			Décision	≠
Peurs	≠				
Représentation	≠				

Les écarts offrent des pistes de travail.

Aspects qualitatifs, soignants & patients

Infrastructure et logistique

- ▶ Renforcer les adaptations pour malvoyants et les patients vulnérables ou à mobilité réduite (ex : affichage ticketing non lisible, incompréhensible, ascenseurs sans annonce des étages, l'entrée du 5^{ième} étage associée à la confusion, absence de distractions, attention particulière aux pathologies des patients (ex : diabétiques, photosensibilité, pédiatrie etc.), accessibilité des fontaines à eau, promiscuité et circulation d'air etc.)
- ▶

Soin

- ▶ Faciliter les interactions entre les différents partenaires de soin (ex : vulgariser les informations), assurer un accompagnement spécifique (ex : soutien psychologique énucléation), renforcer l'interaction avec le médecin de famille, obtenir un bilan avant l'entrée, harmoniser les protocoles médicaux.
- ▶

Conclusion

Nos résultats se situent entre les modèles de soin « **à la tâche** » et « **individualisé** » ; entre un dispositif « **centralisé** » et « **décentralisé** ».

- ▶ Promouvoir une approche holistique (« Thinking » & « Linking »).
- ▶ Poursuivre la « leanification » de notre organisation (« Structure & Culture »).
- ▶ Intégrer les nouvelles demandes des patients (« Community management »).
- ▶ Lier et analyser les sources d'informations existantes (« High tech » & « High touch »)



Bibliographie

- ▶ Berwick D. M., et al. (2015). The triple aim : care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 27(3), 759-769.
- ▶ Doyle C., et al. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 3(1).
- ▶ Gittell J.H., et al. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination : improving healthcare through relationships. *J Interprof Care* 27(3), 210-213.
- ▶ Havens D.S., et al. (2018). Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout : Achieving the Quadruple Aim. *J Nurs Adm* 48(3), 132-140.
- ▶ Koberich S., et al. (2015). The German version of the Individualized Care Scale - assessing validity and reliability. *Patient Prefer Adherence*, (9), 483-494.
- ▶ Petroz U., et al. (2011). Patients' perceptions of individualized care: evaluating psychometric properties and results of the individualized care scale. *Can J Nurs Res*, 43(2), 80-100.
- ▶ Suhonen R., et al. (2010). Adapting the Individualized Care Scale for cross-cultural comparison. *Scand J Caring Sci* 24(2), 392-403.
- ▶ Suhonen R., et al. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci* 26(2), 372-380.
- ▶ Suhonen R., et al. (2011). Individuality in older people's care - challenges for the development of nursing and nursing management. *J Nurs Manag* 19(7), 883-896.