

# EL ROL DE LA COMUNICACIÓ EN L'EXPERIÈNCIA DEL PACIENT

Una assignatura pendent en l'àmbit sanitari

Irene Voz Osés

Treball de Fi de Grau

Tutor: Josep M<sup>a</sup> Brugués del Moral

29 juny 2023

*Publicitat i relacions públiques*

*Universitat Pompeu Fabra*

# ÍNDEX

<b>1. Introducció i objectius</b>	<b>3</b>
<b>2. Marc teòric</b>	<b>4</b>
2.1. Conceptualització de l'Experiència pacient	4
2.2. Relació professional-pacient	7
2.3. Habilitats socials necessàries	9
2.4. Barreres d'aplicació	10
<b>3. Preguntes de recerca i hipòtesis</b>	<b>11</b>
<b>4. Metodologia pràctica</b>	<b>12</b>
4.1. Entrevistes a experts	12
4.2. Nou hospital evangèlic: entrevistes a professionals i pacients	12
<b>5. Resultats preliminars i interpretació</b>	<b>14</b>
5.1. Entrevistes als professionals	14
5.2. Entrevistes als pacients	24
5.3. DAFO Nou hospital evangèlic (gener 2023)	26
5.4. Entrevistes a experts	27
<b>6. Conclusions de la investigació</b>	<b>33</b>
<b>7. Pla "Comunicació al servei del pacient"</b>	<b>35</b>
7.1. Justificació	35
7.2. Programa formatiu	36
7.3. Altres accions	37
<b>8. Conclusions finals del projecte</b>	<b>38</b>
<b>9. Agraïments</b>	<b>39</b>
<b>10. Fonts de la recerca</b>	<b>40</b>
<b>11. Annex I: Transcripció d'entrevistes a experts</b>	<b>42</b>
<b>12. Annex II: Pla de formació</b>	<b>88</b>

# 1. Introducció i objectius

La cultura de l'**Experiència pacient** és una perspectiva que sorgeix en els darrers anys i que deixa de banda el paternalisme mèdic per col·locar el pacient al centre, el que des del sector de la publicitat, màrqueting i comunicació coneixem com l'Experiència d'usuari o consumidor. El tema de la investigació neix arrel d'una experiència personal com a integrant del departament de comunicació d'un hospital a Barcelona. Veure i viure des de dins l'activitat hospitalària m'ha permès identificar una **oportunitat de connexió valuosa** entre els mons de la comunicació i el sanitari.

El subtítol "Una assignatura pendent en l'àmbit sanitari" fa referència a l'aportació potencial que té la ciència de la comunicació cap als professionals de l'atenció assistencial. La poca formació en habilitats i tècniques sumada al desig dels professionals a saber-ne més, fa que em plantegi aquest Treball de Fi de Grau (TFG) com una oportunitat de **contribuir a la millora de la sanitat i la societat** des del meu camp de coneixement, la comunicació.

La investigació s'ha dut a terme a partir d'una recerca bibliogràfica i, de manera pràctica, mitjançant un cas d'estudi al Nou hospital evangèlic (Nhe). És oportú conèixer quin és el perfil de l'organització i dels seus pacients ja que, com s'explica a l'apartat de metodologia, s'obté un DAFO que presenta el seu context concret. Finalment, aquest projecte culmina en la configuració i aplicació d'una formació en comunicació per a professionals del món hospitalari.

Els **objectius** de la investigació son:

- Justificar la importància de la comunicació en l'experiència del pacient a un hospital.
- Conèixer les habilitats que el professional ha de dominar per tractar i comunicar-se amb el pacient.
- Identificar les barreres d'aplicació i contribuir a un pla de millora.

## **PARAULES CLAU:**

Comunicació | Experiència Pacient | Atenció holística | Comunicació terapèutica | Formació

## 2. Marc teòric

### 2.1. Conceptualització de l'Experiència pacient

L'**Experiència pacient** (XPA) és un concepte força nou dins l'entorn sanitari. Fa referència a una nova mentalitat en la cultura assistencial i defensa la importància de col·locar el pacient com a persona al centre de l'activitat de l'hospital. Tot i que en son una part important, l'experiència del pacient va més enllà de les percepcions subjectives i individuals, ja que **resulta clínicament rellevant i influent en la recuperació de l'estat de salut del pacient**. Per obtenir aquest canvi de cultura, s'ha de dur a terme una transformació de manera multidisciplinària i integral per part dels professionals que intervenen en tota l'organització. (Yélamos et al, 2018)

Des d'una perspectiva més filosòfica m'agradaria citar a Fernando Bandrés, professor de Medicina a la Universidad Complutense de Madrid (UCM), en les IV Jornades Nacionals de Bioètica de desembre del 2022: "No es tracta de simplement col·locar el pacient al centre sinó d'entendre que és ell qui dona sentit a la nostra vida professional". D'aquesta manera, la nova cultura de l'XPA deixa enrere realitats com el paternalisme mèdic, la concepció del pacient com una malaltia i no com una persona o la satisfacció del tractament limitada al resultat mèdic obtingut.

En la literatura científica, el concepte es troba revisat per primera vegada a l'article Defining Patient Experience (2014), el qual considera que la millor definició és la que ofereix Beryl Institute:

"La suma de totes les **interaccions personals**, configurades per la **cultura d'una organització**, que influeixen en les **percepcions subjectives** del pacient i/o família, al llarg de la **continuïtat de la cura**"

Segons Doyle et al (2013), els tres pilars fonamentals a l'hora de millorar la **qualitat de l'atenció clínica des d'una perspectiva holística** són la seguretat del pacient, l'efectivitat del tractament i l'experiència del pacient. Per tant, si només consideréssim un dels tres elements per separat o n'ignoréssim algun, ens quedaria una valoració incompleta de l'activitat assistencial.

El conjunt d'articles i estudis sobre com millorar l'XPA es poden categoritzar en les **cinc àrees d'interès** següents (Mollica et al. 2017) i alhora representen els factors bàsics que intervenen en l'experiència.

**a) La comunicació entre el professional i el pacient**

Les variables que més influeixen en l'XPA com en els resultats de salut son l'**intercanvi integral d'informació**, ja que si es fa de manera adequada, amb claredat per la correcta recepció del pacient, aquest podrà actuar coherentment a les indicacions del professional; i la **relació personal i de qualitat** entre professional i pacient, ja que si aquest confia seguirà les seves indicacions. A més, el pacient se sent segur i és més fàcil que presenti una actitud positiva davant el tractament.

A nivell general, hi ha una **necessitat de formació** pels professionals de la salut en relació a habilitats de comunicació i gestió del pacient (Yélamos et al, 2018).

**b) Coordinació de l'atenció**

És evident que el treball en equip facilita els procediments en relació al tractament d'un pacient, tot i que no sempre és així per possibles barreres a l'hora d'aconseguir informació clínica sobre l'historial d'un pacient. D'altra banda, si no es transmet una imatge de cooperació entre els diferents professionals i equips, pot generar en el pacient un sentiment d'incertesa, dubtes i por. Una bona comunicació aporta un **major rendiment** tant pels professionals com per la institució sanitària (Bejerano, 2019).

**c) Accessibilitat als serveis**

Més enllà de l'accessibilitat i puntualitat de l'atenció, aquest aspecte també fa referència a la senyalètica, la possibilitat d'accedir al transport públic, aparcament... i altres serveis que no fan referència al món sanitari però que intervenen en la seva estada.

**d) Percepció del pacient respecte la qualitat de l'atenció**

Aquest és un dels punts més importants ja que **el conjunt de percepcions que té el pacient conforma la seva experiència**. Ara bé, tot i que depèn d'una certa subjectivitat per part del pacient, l'equip de professionals i la cultura de l'organització poden modular i intervenir en la perspectiva del pacient. Fa referència a aspectes de qualitat de l'atenció com la cura al final de la vida i s'han de tenir en compte aspectes com **el benestar, la dignitat, la informació adequada i continuada, el recolzament espiritual i emocional...**

Aquesta àrea d'interès coincideix amb un dels aspectes abordats pel llibre *If Disney Ran Your Hospital. 9<sup>1/2</sup> Things You Would Do Differently* (2004) de Fred Lee. L'autor fa esment que el que importa a l'hora de valorar l'experiència són **les impressions que se'n duu el pacient**, no la realitat objectiva. Es veu de manera molt clara amb el següent cas d'estudi que explica l'autor. L'hospital on estava treballant va focalitzar-se en vetllar per la intimitat del pacient i, per exemple, l'equip va adoptar comportaments com picar a la porta abans d'entrar, córrer la cortina, tancar la porta de l'habitació o cobrir parts del cos exposades del pacient. Ara bé, els resultats de les enquestes de satisfacció no van variar fins que l'hospital s'adonà que el que faltava era **"fer conscient" al pacient** que l'equip estava vetllant per la seva intimitat i que, per això, feia aquestes accions.

Si el professional surt de l'habitació i tanca la porta, el pacient possiblement començarà a pensar en motius com "volen parlar de mi sense que ho senti" o "faig mala cara, si altres em veuen s'espantaran"... En canvi, la perspectiva canvia quan, abans de tancar, el professional diu "senyor x, hi ha molt de soroll al passadís, li tancaré la porta" Lee explica com podem intervenir en l'experiència del pacient creant-li unes o altres percepcions.

#### e) Altres aspectes

Segons Mollica et al (2017), en aquesta àrea s'inclouen temes que fan referència a la prescripció mèdica, la transformació digital dels sistemes, la intervenció d'especialistes...

Per tant, els aspectes bàsics més relacionats amb el món de la comunicació i que, per tant, ens interessen més a l'hora de plantejar la següent investigació són a) Comunicació professional-pacient i d) Percepció del pacient respecte la qualitat, sense excloure les altres tres àrees restants.

Un cop situats dins la cultura de l'experiència del pacient és important tenir en compte que, com menciona el doctor F. Ojeda (2019), **no hem d'oblidar cuidar l'experiència del professional de l'organització**. Per tal de cuidar de la millor manera el pacient, l'organització ha de preocupar-se pels seus professionals. És oportú mencionar el lema del Nou hospital evangèlic, el centre on es duu a terme aquesta investigació, "Un hospital on persones cuiden de persones". L'eslògan recorda que hem de considerar els professionals i els pacients des d'una perspectiva holística, és a dir, no només "malaltia" o no només "treball professional", sinó principalment **"persones"**.

## 2.2. Relació professional-pacient

### Relació i comunicació terapèutica

La relació entre professional de la salut i usuari-pacient en el procés terapèutic, és a dir la **relació terapèutica**, consisteix en un procés de interacció i influència social l'objectiu del qual és la curació del malalt, i la consecució d'aquest objectiu dependrà en gran mesura d'aquesta relació, segons Marín Sánchez M. (2001) El mateix autor defensa que va més enllà de tractar el pacient com a persona, sino que les **relacions interpersonals son fonamentals a l'hora d'assolir la curació** i, per tant, forma part de les habilitats bàsiques pel personal d'infermeria i, en general, sanitari. L'eina fonamental amb la que construir aquesta relació és la comunicació, entesa sobretot com escolta activa i deixar parlar. "Una comunicació eficaç està relacionada amb una millora clínica ràpida, una reducció de costos i un menor nombre de reingressos" (Inio A., 2014). De la mateixa manera que una comunicació adequada comporta resultats clínics positius, una mala praxis pot ocasionar pitjor qualitat de vida, major insatisfacció dels pacients, augment de l'estrès i desgast del personal, desavinences entre les expectatives dels pacients i els professionals.

Segons Naranjo Bermúdez I. C. i Ricaurte García G. P. (2006), per aconseguir una **comunicació terapèutica efectiva** cal tenir en compte factors com l'edat, el sexe, nivell educatiu i socioeconòmic, l'idioma de preferència, la religió, entre altres. A partir del coneixement d'aquestes característiques del pacient, **el professional pot definir millor la seva manera d'apropar-se i interaccionar-hi**. Per exemple, en l'elecció dels termes i expressions del llenguatge així com exercir uns o altres tipus de comunicació no verbal; l'ús del somriure, el to de veu adequat, la vocalització, gestos... A través d'aquest diàleg el professional tindrà més facilitats per identificar i satisfer les necessitats del pacient, ser assertiu, generar confiança, seguretat i fins i tot un recolzament afectiu. Per tant, aquesta relació comunicativa entre professional i pacient no només està regida per paraules, encara més quan es tracta de pacients amb una situació i característiques molt diferents a les del cuidador: pacients vulnerables, d'altres cultures o amb patologies com la demència o l'alzheimer.

*"El repte dels cuidadors és fer-se entendre pel pacient i entendre'l a ell, parlar amb **un llenguatge que per ambdós tingui sentit**, i quan no hi hagi paraules, trobar la manera de comunicar-se. El cuidador té la tasca no només de cuidar del pacient, sinó també de convèncer-lo amb trucs i estratagemes perquè es deixi cuidar o per proporcionar-li el que necessita. El professional ha de saber què necessita; ha de poder sol·licitar-ne la cooperació i, **finalment, establir una relació de cura**; per això necessita un llenguatge"* (De la Cuesta C., 2004)

Segons Valverde C. (2007), aquesta relació on una persona té el rol cuidador sobre l'altra ha d'adoptar un enfoc concret i específic desde la perspectiva del pacient i la seva malaltia. Allò que diu i la manera com ho comunica ha de construirse **des de l'experiència del pacient**, la seva patologia, el seu patiment, el que significa per ell o ella. També és interessant prendre consciència d'alguns dels axiomes que presenta Inio A. (2014) en el seu estudi i que es recullen a continuació.

- **“No podem no comunicar”**: qualsevol tipus d'interacció i comportament té valor de missatge i, llavors, hem de tenir en compte que totes les nostres accions (i les que no fem) impliquen una comunicació que pot ser interpretada per l'altre interlocutor (sigui un company, pacient o familiar) i, alhora, pot afectar a la seva resposta.
- **“Els interlocutors estableixen una relació comportamental”**: un individu adopta un comportament en funció de l'altre sense pensar que pot ser ell mateix l'origen d'aquest comportament. Per tant, el que fa un afecta l'altre.
- **“La comunicació humana implica dues modalitats: la digital i l'analògica”**: la primera és el contingut del missatge en sí (ja sigui oral o escrit) i la segona correspon a la paralingüística, és a dir, com es comunica el missatge.



### 2.3. Habilitats socials necessàries

A partir de la literatura acadèmica citada anteriorment, les tècniques, hàbits i pràctiques que ha d'adoptar un professional de la salut per comunicar-se de manera efectiva amb el pacient queden recollides en tres àrees: comunicació no verbal; l'escolta i adaptació; i la reflexió i l'autoavaluació. A continuació, una llista amb recomanacions o elements a tenir en compte:

#### Comunicació no verbal

- **Paralingüística.** To i ritme apropiats, volum adaptat, gestió correcta dels silencis...
- **Kinesia.** Bona aparença, postura oberta, frontal, inclinada, gestos i ús del tacte adequat...
- **Proxemia.** Ús estratègic de l'espai, col·locar-se a l'alçada de la mirada...

#### Escolta i adaptació

- Evitar llenguatge mèdic, i fer ús de terminologia senzilla, clara i comprensible.
- Parlar amb detall, al ritme cognitiu del pacient.
- Generar confiança i proximitat. Dirigir-se al pacient pel seu nom, respectar la seva intimitat.
- No desvaloritzar el dolor, permetre l'expressió dels seus sentiments i emocions; així com acceptar el pacient com és, generar serenitat i seguretat.
- Empatia. Oferir un recolzament físic, emocional, afectiu.
- Brindar de llibertat i autonomia, en la mesura de lo possible, al pacient en les decisions.
- Respectar el dret del pacient a escollir si vol coèixer o no la seva història clínica i tractament.
- Aprendre a interpretar els gestos del pacient, trobar estratègies per comunicar-se.

#### Reflexió i autoavaluació

- A nivell personal i organitzacional. No només depèn de la capacitat del professional sino que el sistema faciliti un espai i temps per la reflexió, formació i avaluació d'aquest aspecte.
- Conèixer les barreres d'aplicació per suavitzar o eliminar el seu efecte.
- Implicació ètica i de valors. Donar importància a la humanització de la professió, aconseguir que el pacient se senti la nostra prioritat.
- Equip. Possibilitat de diàleg, humilitat, cordialitat...
- Compliment d'allò que s'ha dit.
- Enfocar la formació del professional des d'una perspectiva holística.

## 2.4. Barreres d'aplicació

L'objectiu de la professió sanitària i de cures s'assoleix mitjançant la comunicació, ajudant al pacient i família a preveure, afrontar i, en el cas del sofriment i dolor, ajudar a donar sentit. No obstant això, aquesta relació de confiança troba **obstacles en el dia a dia hospitalari**. Els protocols i procediments de registre, la tecnificació de l'entorn o, fins i tot, el símbol de la bata blanca impedeixen una comunicació més fluida i oberta. Segons Naranjo Bermúdez I. C. i Ricaurte García G. P., la formació acadèmica tracta com establir una bona relació professional-pacient però sovint és difícil d'aplicar pels procediments de l'organització o institució de la vida pràctica. D'altra banda denuncia una tendència cap a l'especialització que porta als professionals a interessar-se més per la malaltia o cas clínic que pel pacient en sí, deixant de banda la perspectiva de l'**atenció holística**.

En aquest punt esmenta la pel·lícula *Wit* (2001) de Mike Nichols, una clara escenificació de la deshumanització en els hospitals. La protagonista, pacient greu d'oncologia, és tractada per un equip d'investigació format per professionals sanitaris. Il·lustra com el pacient es pot arribar a sentir objecte i no subjecte; sentir-se un experiment o malaltia i no una persona cuidada. La menció també és oportuna per observar el tipus de diàleg que s'estableix entre el metge i la pacient, concretament la salutació invariable quan el professional entra a l'habitació: "Hola (nom), com es troba?" mentre llegeix l'informe clínic i no dirigeix la mirada a la pacient. Una pregunta que resulta gairebé retòrica ja que no té interès en la resposta sino que es tracta més aviat de complir un **protocol extern sense una actitud interna** vertadera que l'acompanyi. Per tant, no es tracta només de quines paraules utilitza el professional sino de quina manera i amb quina intenció.

La segona barrera que esmenta Naranjo Bermúdez I. C. i Ricaurte García G. P. per la comunicació terapèutica efectiva és la **falta de personal generalitzada en els hospitals**. En la majoria d'institucions hi ha poc personal i, a més, amb una càrrega de feina important i una limitació inevitable del temps que pot dedicar a cada pacient. Això provoca una automatització, tensió, pressió sobre la tasca del professional sanitari, impeding la retrospecció personal de com es duu a terme la feina i tampoc es pot dedicar la quantitat de temps al pacient com es voldria.

Les **condicions ambientals** com soroll o interrupcions poden afectar negativament. Les barreres culturals, idiomàtiques o altres diferències entre professional i pacient que incrementen la distància relacional també son dignes de tenir en compte. Per últim, aquells reptes implícits en el professional: falta d'experiència, inseguretats, por a causar dolor, evitar certs temes de conversa, causes pre-existents com l'esgotament, nerviosisme o problemes emocionals previs...

### 3. Preguntes de recerca i hipòtesis

#### Preguntes de recerca

- Els professionals han rebut cursos en comunicació?
- Creuen que s'haurien de formar més en aquest àmbit?
- Què creuen que el pacient valora?
- Com és la relació entre professionals?
- Hi ha un bon clima que propicia el bon tracte cap al pacient?
- És possible trencar totes o alguna barrera d'aplicació?

#### Hipòtesis

- En el sector sanitari **no és habitual formar-se en comunicació** i els professionals no s'ho plantegen com una prioritat.
- El **domini d'habilitats comunicatives** per part del personal assistencial millora l'experiència del pacient.
- L'**experiència del professional** ("com se sent una treballador dins l'organització") té un impacte en la del pacient.
- Trencar les barreres d'aplicació suposa un **(re)plantejament estructural** de l'organització.

## 4. Metodologia pràctica

### 4.1. Entrevistes a experts

Per tal d'enriquir el marc teòric i començar a traçar les línies d'actuació que sorgiran d'aquesta investigació, s'ha considerat entrevistar a experts de diferents àrees que puguin alimentar el contingut i forma del projecte formatiu final.

### 4.2. Nou hospital evangèlic: entrevistes a professionals i pacients

El Nou hospital evangèlic, un centre assistencial d'atenció intermèdia, és un dels hospitals més antics de Barcelona amb cent cinquanta anys d'història. Aquest 2023 traslladarà la seva activitat a un edifici nou per primera vegada. Per tant, l'hospital es troba en un moment de creixement i renovació on també busca reflexionar sobre el servei i la cultura de l'organització.

És oportú mencionar el seu lema "Un hospital on persones cuiden de persones" i valors corporatius: integritat, compassió, excel·lència, cooperació i fe. A més, busca ser un hospital de referència pel seu model d'Atenció Centrat en la Persona i per afavorir un entorn que promou el benestar. La cultura de l'Experiència pacient en l'organització, així com l'atenció des d'una perspectiva holística, fan que aquest sigui un centre coherent amb les hipòtesis plantejades.

#### Entrevistes a professionals

Mostra: 27 professionals

- 20 assistencials: metge, infermeria, auxiliars, fisioterapeuta, psicòleg.
- 7 no assistencials: direcció de persones, treball social, servei de farmàcia, auxiliar d'administració, coordinació d'admissions.

L'entrevista consta de dues parts. La primera condicionada pel tipus de professional, i la segona fa referència a la comunicació interna i experiència del professional. En el cas del personal assistencial, se li pregunta aspectes relacionats amb el contacte directe amb el pacient. En canvi, els no assistencials responen a qüestions com "creus que conèixer testimonials dels pacients et motivaria a realitzar la teva tasca?" o "t'agradaria visibilitzar la teva feina?".

A nivell general, les preguntes son de tipus resposta oberta. D'aquesta manera l'entrevistat utilitzarà el seu marc mental i es pot identificar a què dona més importància en les seves respostes, així com identificar motius i arguments.

Primera part "assistencials": 11 preguntes.

Primera part "no assistencials": 6 preguntes.

Segona part "comunicació interna": 9 preguntes.

### **Entrevistes a pacients**

Mostra: 17 pacients.

En aquest cas, les entrevistes han estat de tipus resposta tancada per facilitar la participació ja que es tracta de persones d'edat avançada i en situació vulnerable. Tot i així s'ofereix afegir comentaris i hi ha tres preguntes curtes de tipus resposta oberta al final.

Aquesta vegada s'estructura en cinc apartats segons la temàtica:

- "En general al Nou hospital evangèlic": 5 preguntes.
- "Informació i comprensió": 5 preguntes.
- "Escolta activa i comunicació": 7 preguntes.
- "Pacient actiu": 3 preguntes.
- "Professionals": 3 preguntes
- +3 preguntes obertes

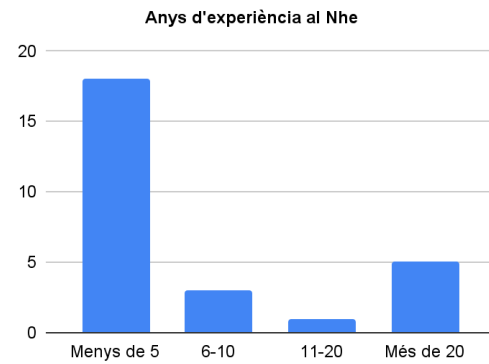
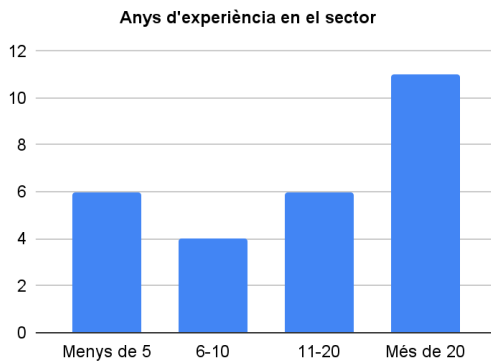
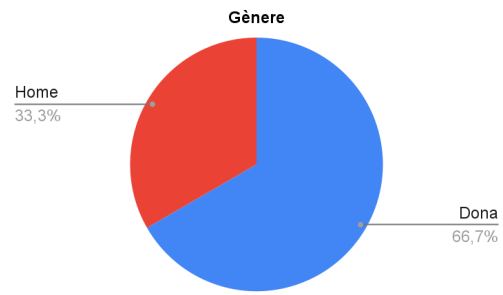
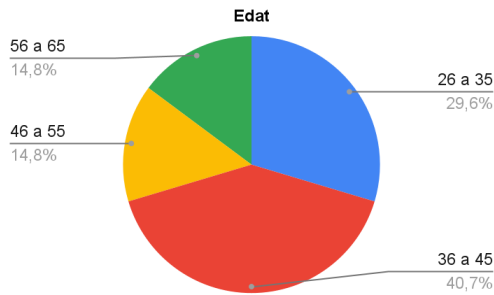
### **DAFO**

Per últim, a partir de les entrevistes, es presenta un gràfic DAFO que mostra un escenari detallat de la situació del Nou hospital evangèlic: debilitats, amenaces, fortaleces, oportunitats.

## 5. Resultats preliminars i interpretació

### 5.1. Entrevistes als professionals

Mostra: 27 professionals del Nou hospital evangèlic.



<b>Assistencial, contacte directe amb el pacient (20)</b>	Infermeria	8
	Auxiliar d'infermeria	6
	Fisioterapeuta	1
	Metge	4
	Psicòleg	1
<b>No assistencial, contacte indirecte amb el pacient (7)</b>	Farmacèutic <sup>1</sup>	2
	Treball social <sup>2</sup>	1
	Administració	2
	Direcció de persones	1
	Coordinació d'Admissions i Atenció Integrada	1

<sup>1</sup> Farmàcia no té contacte directe amb el pacient però en altres centres podria tenir-ne.

<sup>2</sup> Treball social no és personal assistencial però sí té contacte directe amb el pacient.

### Personal assistencial

Es van obtenir vint respostes de professionals assistencials respecte les preguntes de “relació i comunicació entre professional i pacient”.

Les respostes a la primera pregunta, que era oberta, “Com descriuries el teu contacte o relació amb el pacient?” es poden classificar en quatre categories: professional-cordial, cures-ajuda física, directe-proper, personal. Tretze de les vint persones l'han valorat com a **“Directe i proper”, ha estat la perspectiva més comuna entre les respostes**. Segueixen amb la presència de vuit respostes de les vint “Cures-Ajuda física” i “Professional-cordial”, que corresponen sobretot al personal de infermeria. **Només expressat per tres persones, el tracte “personal o personalitzat”**.

Respecte als **punts de contacte**, es preguntava al professional en quins dels següents moments identificats estava present: derivació (quan comuniquen al pacient que ha d'anar al Nhe), entrada (arribada i ingrés a l'hospital), habitació (hi entra per primera vegada), tractament (temps d'estada a l'hospital), alta (quan se l'informa) i postalta. La primera etapa correspon al moment en que un pacient ha estat operat o atès a un altre centre i aquest l'informa que serà derivat al Nou hospital evangèlic per fer la rehabilitació o recuperació i, per tant, no hi ha contacte oficial dels professionals amb el pacient. Al mateix temps, entre els professionals del Nhe el metge passa la valoració a l'equip d'infermeria. Quan el pacient arriba al Nhe, és acollit pel personal de recepció, on signa el consentiment informat i s'entrega el document “Manual d'acollida”. El personal de l'ambulància el guia fins a l'habitació. Un cop instal·lat, infermeria li dona la benvinguda, pot tractar-se de la infermera, l'auxiliar o ambdues depenent de la quantitat de feina d'aquell moment. Llavors es presenten i se li fa l'entrevista de valoració. Durant la seva estada, els diferents professionals van entrant en contacte amb el pacient: metge, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals... El comunicat de l'alta el sol fer el metge i, respecte el temps de post alta, oficialment per part del Nhe no hi ha contacte. No obstant, alguns professionals esmenten que també hi estan presents ja que a vegades continuen mantenint relació a nivell personal o, per exemple, un antic pacient torna al Nhe per visitar-ne a un altre.

La següent pregunta demanava descriure al professional com és el seu **primer contacte amb el pacient**. L'objectiu de fer aquesta pregunta també de manera oberta és identificar a quin factor dona importància el professional de la seva pràctica. Les respostes es poden classificar en cinc temes:

**presentació del professional, presentació de l'equip o menció d'altres professionals, entrevista al pacient, informació del centre on es troba, pla de tractament o teràpia.** Segons els resultats, la presentació del professional i l'entrevista al pacient es troba en el 70% de les respostes. La informació del centre, que fa referència a torns, horaris i altres dades del Nhe, es troba en el 40% de les respostes. Majoritàriament es tracta d'infermeres, una auxiliar i la fisioterapeuta. Un 25% mencionen que també l'informen sobre "què farem", el pla de tractament. Aquest percentatge correspon a la fisioterapeuta, algunes infermeres i una auxiliar. En canvi, metge i psicòleg no ho mencionen. Per últim, el factor equip només es troba en cinc de les vint respostes, per part del fisioterapeuta, una auxiliar i tres infermeres. A més, els professionals han mencionat altres qüestions com la utilització de l'humor, la importància de mirar-se l'informe clínic abans d'entrar en contacte amb el pacient, la diferència en el procés de benvinguda segons la situació cognitiva del pacient o la resolució de dubtes.

Pel que fa al **tipus de conversa** que el professional estableix amb el pacient, les respostes han estat variades però les característiques que més es repeteixen són en relació a la **salut** (com sent el dolor, què necessita, com ha passat la nit, expectatives relacionades amb la seva patologia...) amb un **70%** i a la **vida personal** (família, espiritualitat...) amb un **60%**. No és d'estranyar ja que es tracta d'un entorn hospitalari de mitja i llarga estada amb pacients d'edat avançada. Gairebé la meitat de les respostes, un 45% esmenten que el tipus de conversa varia molt segons el pacient, la confiança que es generi, l'estat cognitiu de la persona o el torn del professional. Per exemple, durant el matí fan rehabilitació i activitats, en canvi per la tarda estan més cansats i hi ha menys distracció. El volum de feina també canvia segons l'hora i la quantitat de professionals que hi hagi en aquell moment a la planta. També sorgeix el tema de la falta de temps i la càrrega de feina, a nivell general els agradaria dedicar més temps al pacient però alguns es veuen obligats a tallar converses per poder atendre la resta de la planta. Crida l'atenció que **només una resposta inclou altres professionals en el tema de conversa**, per exemple, preguntar "si ha vingut el metge" o "què han fet amb els fisios".

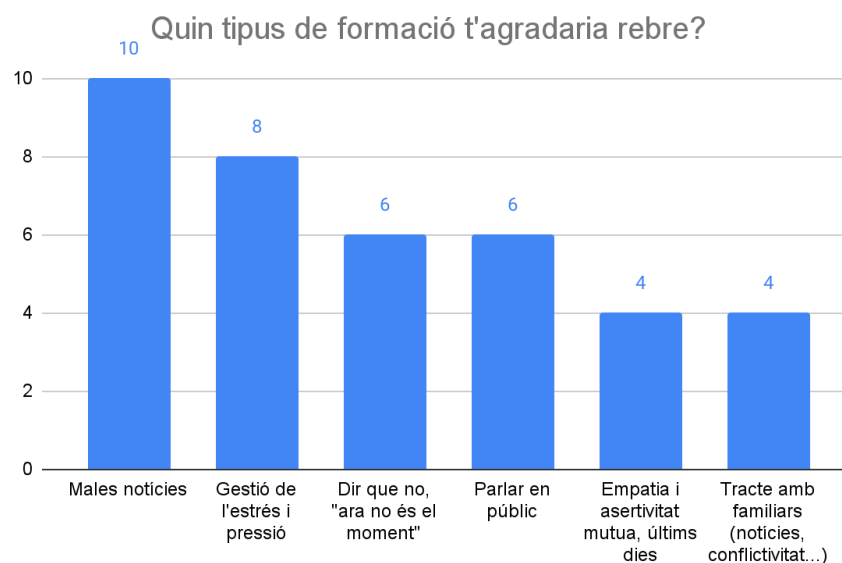
A continuació, se'ls preguntava si han rebut **formació específica en comunicació** durant la seva carrera professional. Tres de les vint persones diuen que sí (15%), concretament en "Habilitats comunicatives" i "Gestió de situacions difícils". Nou persones diuen que n'han rebut però com una assignatura o un mòdul dins altres cursos de





temàtiques diferents com, per exemple, el Master en Cures Pal·liatives o Master de Geriatria. Per últim, vuit persones diuen que no. Per tant, **un 85%, la gran majoria, no ha rebut cursos formatius específics i exclusius sobre tracte i comunicació.**

De les vint persones, **totes voldrien rebre formació en comunicació.** El 50% considera que és important perquè forma part de la seva professió i l'altra meitat perquè ho troba interessant, no només per la seva tasca professional. Dins el tipus o temàtica, predomina la comunicació de males notícies, la gestió de l'estrès i la feina. Els segueixen el "saber dir que no" o "parlar en públic". Altres temàtiques d'interès: l'empatia i l'assertivitat, i el tracte amb els familiars.



Posant-se en el lloc del pacient, vam preguntar al professional quins aspectes considerava que eren de més valor ordenant les quatre frases següents. En primer lloc, consideren que el pacient valora **"sentir-se informat"**, seguit de **"sentir-se escoltat"** i **"sentir-se valorat personalment"** i, per últim, **"sentir-se partícip de les decisions"**. A més, van dir altres aspectes de valor a tenir en compte: l'idioma, la comunicació no verbal, la continuïtat i coordinació assistencial, la seguretat de l'equip, la confiança per poder expressar què pensa i com se sent, sentir-se comprès, la implicació de la família, el confort i el respecte i amabilitat; també la flexibilitat de les "normes" segons la personalització de l'atenció.

Per últim, es va preguntar **com valoraven l'escolta als pacients per part del Nou hospital evangèlic**, és a dir, si l'organització sap identificar les necessitats, emocions, motivacions... del pacient. El **65%** considera que hi ha una **falta de formació en l'equip** o que depèn molt de quin professional es

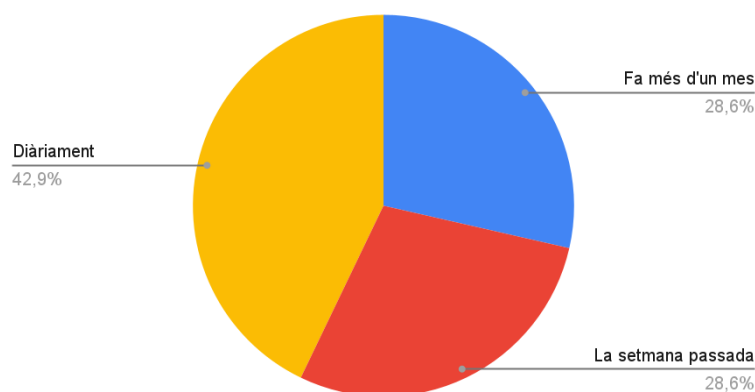
tracta. Torna a sortir la limitació del temps en un 30% de les respostes i la càrrega de feina com a barrera per una bona atenció. Un 40% fan una valoració positiva però en general reconeixen que pot millorar. De manera espontània sorgeixen propostes o peticions com donar peu als voluntaris i familiars, ampliar l'equip de professionals, ser més explicatius amb els pacients i família o involucrar més a l'equip existent.

### Personal no assistencial

A priori es tracta de personal no sanitari i que, per tant, té un contacte indirecte amb el pacient. Ara bé, durant la recollida de les entrevistes vaig trobar algun perfil que no és fàcil de classificar en aquesta dualitat. Per exemple, el treballador social té contacte directe amb els pacients i les famílies però no es considera personal sanitari. D'altra banda, el responsable de farmàcia sí que és professional de la salut però en el cas del Nou hospital evangèlic no entra en contacte amb el pacient. Durant l'entrevista aquest mencionava el cas d'altres centres on sí que existeix aquest contacte directe. Ambdós casos han estat inclosos en la categoria de personal no assistencial.

La primera pregunta fa referència a la darrera vegada que van sentir a parlar d'un pacient i, d'aquesta manera, observar **si la figura del pacient està present en el seu dia a dia**. Dos de les set respostes fan referència a una reunió operativa que s'havia fet més d'un mes abans on es va exposar el cas emotiu d'un pacient. D'altra banda, dos professionals diuen una setmana enrere, l'un perquè volia fer una reclamació i van acabar parlant de temes personals com què farien per vacances, i l'altre també per una carta de reclamació. Les tres respostes restants fan referència a una freqüència diària, per informació de l'alta i per la preparació de la medicació.

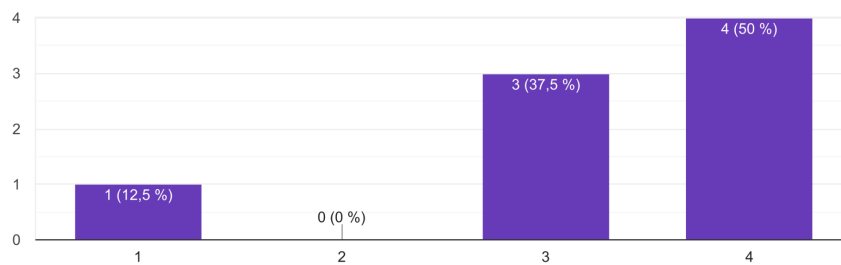
### Quan vas sentir a parlar d'un pacient?



De la mateixa manera, la majoria creu que els seria útil **conèixer històries testimoniales** dels pacients de l'hospital. Entre els motius expressen: "perquè treballem per ells", "ens ajuda a tenir més

informació sobre les seves capacitats, com podem ajudar-lo millor”, “aprofundim en el nostre coneixement” o “és el nostre lema <persones que cuiden de persones> i ens fa sentir propers”. Però també s'expressa la importància d'establir una distància professional i saber no implicar-se personalment. En el cas d'un professional en concret, expressa que conèixer testimonials no l'ajudarà a fer millor o pitjor la seva tasca, en canvi, sí ho seria tenir més temps o de més qualitat.

Creus que si et parlessin més sobre els pacients, les seves històries de vida, superació... tindries més motivació per treballar? (Valora de 1 al 4) ¿Cre...ción para trabajar? (Valora de 1, poco, a 4, mucho)  
8 respostes



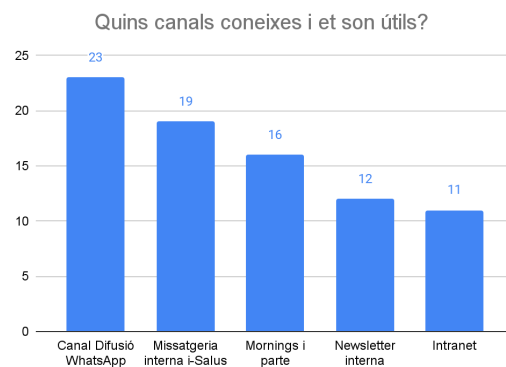
Quan es va demanar de quina manera podrien **millorar l'experiència del pacient** des del seu lloc de treball, cadascun va aportar idees aplicades al seu cas.

- **Recepció i administració:** el fet d'encarregar-se de tasques administratives com de recepció fa que a vegades el lloc de treball se saturi i no es pugui atendre bé a les persones. “Genera una mica de caos i abrums tant al pacient com al professional”. S'intenta transmetre calidesa i fer una bona benvinguda davant unes instal·lacions que poden ser més fredes o desconegudes. Se sap que el primer contacte amb l'hospital és important però alhora és complicat complir-ho quan hi ha moments de saturació puntuals.  
Una altra proposta és la proactivitat en situacions diàries “de passadissos”: saludar, obrir la porta, donar indicacions, acompanyar, somriure...
- **Farmàcia:** crear processos que facin sentir més seguretat al pacient i la seva experiència amb la medicació persegueixi l'excel·lència. Per exemple la conciliació farmacèutica o de prescripció. Respondre sobre conciliació farmacèutica o de prescripció als dubtes del pacient com “per què no hi ha aquest medicament al Nhe”, potser crear una guia.
- **Recursos humans:** es limita a “aconseguir professionals compromesos”
- **Treball social:** donar informació al pacient i família en els moments d'ingrés, estada i alta per tal d'arribar a acords i objectius comuns a aconseguir.
- **Coordinació de les admissions:** sent conscient que al pacient se l'ha d'escoltar de manera activa.

La darrera pregunta feia menció a la **visibilització de les seves feines** i si fer-ho tindria un impacte en l'experiència del pacient. La resposta destacable és la que fa referència al responsable de farmàcia. Proposa establir un contacte directe entre farmacèutic i pacient. Esmenta haver-ho fet en altres centres durant la seva experiència professional. Augmenta la percepció de seguretat i qualitat, s'estableix un vincle més amb el personal de l'hospital i considera el farmacèutic com una figura important més de l'equip. Ara bé, també és conscient que ara no és aplicable, que s'han de posar en ordre altres aspectes com processos i protocols existents, a més de la necessitat de formació en comunicació i tracte amb el pacient.

### **Comunicació interna al Nou hospital evangèlic**

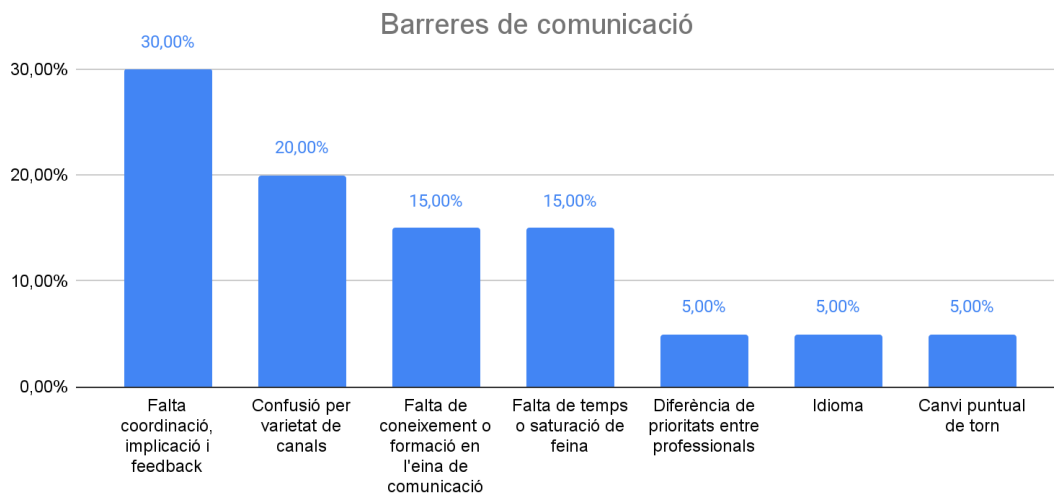
La segona part de l'entrevista correspon a la seva valoració sobre la comunicació interna al Nhe. D'entre els **canals existents**, el 85% dels professionals diuen que coneixen i els és útil el canal de difusió de WhatsApp (on s'envien comunicats d'interès com formacions, esdeveniments passats, avisos...). En segon lloc, el 70% fa referència a la missatgeria interna (software iSalus), tot i que molts consideren



que aquesta té aspectes millorables: és lenta, es penja, ineficiència per quantitat massiva de missatges... A continuació es troba el Morning (Excel on es troba informació logística dels pacients i habitacions, medicació, dietes, altes...) i parte (temps d'explicació entre professionals d'un torn a l'altre). En quart lloc, un 44% reconeix la Newsletter interna i, per últim, un 40% esmenta la Intranet. Altres canals que no s'havien tingut en compte i que alguns professionals han mencionat son el planificador de torns i horaris (software GTT) i el perfil d'Instagram.

Els que tenen més **crítiques de millora** son en primer lloc la intranet: que fos més intuïtiva i interactiva, estigués més integrada en el seu dia a dia, més actualitzada. En general hi ha la sensació que la Intranet està poc explotada o aprofitada i els agradaria utilitzar els correus interns. En segon lloc el morning no és molt intuïtiu, has d'aprendre a entendre'l. Torna a sortir la millora d'eficiència en iSalus, sobretot pensant en el nou edifici on seran més professionals i la missatgeria interna es col·lapsarà encara més si no es reorganitza els procediments. Un professional proposa fer una formació en comunicació interna així com amb el pacient.

La següent pregunta els demana si s'han trobat amb **dificultats per comunicar un missatge** dins la institució i el motiu. Només un 45% han respost que sí i es mostra les raons al gràfic següent.



La següent pregunta fa referència a la manera d'utilitzar els canals per part de l'equip de l'hospital. "S'entenen els professionals? Utilitzen les plataformes de la mateixa manera i amb el mateix fi?" Se'ls demana que valorin la **cohesió i cooperació en relació a la comunicació**. Com es pot veure en el gràfic següent, un 29% considera que és "només" positiva. Un altre 29% també però afegeix que cal millorar en alguns aspectes, i el 41% només expressen que és millorable.



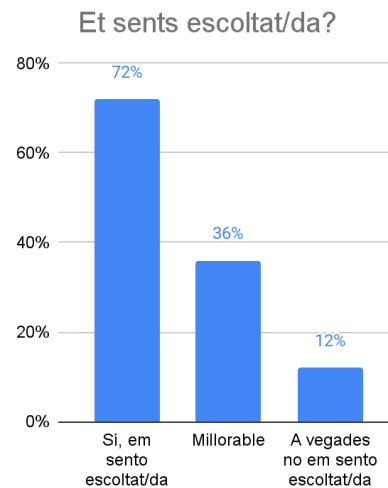
Els aspectes de millora exposats son:

- Avisar a l'equip si hi ha un canvi del torn habitual d'un company.
- Més claredat en la funció i objectiu de cada canal.
- Reduir la quantitat de missatges a iSalus ja que col·lapsa els sistema.
- Unificar les actituds de l'equip, que no depengui del professional.
- Distribució de rols a planta: un més administratiu i l'altre més assistencial.
- Implicar més el personal i delegar en més professionals.

- Millorar l'eficiència de la comunicació interdepartamental.
- Absència d'un canal clar entre tècnics i auxiliars.
- La comunicació no sempre arriba al personal "base", aquells professionals que no estan a cap comitè ni grup de professionals.
- Els torns i la falta de superposició d'horaris entre professionals.
- S'hauria de viure l'experiència en el lloc de treball o departament concret per entendre les complicacions o dia a dia d'aquest.
- Fins que no aprens com funciona el sistema hi ha confusió.

Seguint amb la cohesió i la cooperació, dos dels valors corporatius del Nou hospital evangèlic, se'ls pregunta si voldrien **conèixer altres professionals i departaments** del Nhe. Les respostes eren de tipus obert però han estat classificades en "No cal o Ja els conec" (present en el 26% de les respostes), "Sí, per curiositat o interès" (corresponent al 41%) i "Sí, per utilitat i excel·lència" (un 37%). En total, un 78% dels entrevistats estarien interessats en augmentar la relació interdepartamental o entre professionals.

Entre els professionals, la percepció que se'ls **escolta** és força alta amb un 72%. Tot i així, un 36% de les respostes inclouen que és millorable i, dins aquestes, també n'hi han que a vegades no s'han sentit escoltades. Els motius que sorgeixen son perquè han fet una suggerència o petició i no han vist acció al respecte; por a la diversitat d'opinió; depèn de la proactivitat i lideratge de la persona; limitació del temps, d'agendes i el coincidir entre professionals; no saber a qui proposar la idea... Entre infermeria i auxiliars, sorgeix l'opinió que a vegades no es té en compte la seva perspectiva respecte les decisions sobre un pacient. Tot i que el metge té l'última paraula, els agradaria que es tingués més en compte l'opinió del personal que té contacte diari amb el pacient.



Quan se'ls demana **propostes de millora** en relació a la comunicació interna, el 48% dels entrevistats fan referència a accions d'equip i el 52% als canals i plataformes. Del primer grup, algunes respostes son fer saber o transmetre que la proposta o petició té continuïtat i s'està actuant al respecte; generar intercanvis en grups petits per crear un espai d'escolta; accions de team building, prendre

consciència de la cultura Experiència Pacient... Del segon tipus de respostes es proposa agendar una reunió periòdica de tot l'equip; generar moments de conversa entre els professionals; programar que la intranet sigui la primera finestra quan s'obre l'ordinador; incrementar el contacte i comunicació entre torns; ampliar la plantilla; utilitzar més el WhatsApp; unificar les plataformes de comunicació professional en un canal, tenir un canal intern per la gravació de formacions...

Per últim es demana quina evolució han vist darrerament respecte la comunicació interna al Nhe. en aquest cas les respostes son gairebé unànimes, el **92% considera que hi ha hagut una evolució positiva**. El 16% esmenta que encara és millorable i tres persones no han notat l'evolució (tot i que porten treballant menys de cinc anys al Nhe). Un fet destacable en els darrers dos anys és la contractació de l'agència de comunicació Pixel, que assessora i gestiona la comunicació interna com externa.

Al llarg de tota l'entrevista s'ha deixat espai per comentaris addicionals:

- Treballar més en equip i fomentar l'empatia en el personal
- Missatgeria interna de la intranet està en desús
- Missatgeria i-Salus se satura
- No es tracta (només) de ser bona persona o no sinó de tenir formació en bon tracte, educació, comunicació no verbal... amb el pacient, la família i la resta de l'equip.
- Saber a qui o com proposar les idees
- Necessitat de més temps o ampliació de ràtio professional per pacient.
- Interès en formació sobre comunicació amb pacients desorientats o amb problemes cognitius.
- Reorganitzar la inversió del temps: massa administratiu, els agradaria dedicar-se més al pacient
- Increíble. He encaixat a la perfecció. Estic molt agraïda.
- Al Nhe hi ha una política de persones, tractar el professional com a persona, relació de confiança. Hi ha gent que vetlla per nosaltres, "que bé que ho pugui demanar". Línia de potenciar lo bo (escolta activa). el treball en equip és fonamental perquè l'atenció és interdisciplinars. Busquem professionals amb capacitats i amb valors.
- A la missatgeria interna (fonamental) em diuen què he de fer. Si no interactues se't tanca i no és còmode, i la nostra feina és interrompuda. La intranet l'utilitzo molt poc perquè es duplica la informació.
- Importància de la personalització del tracte i tractament del pacient.

## 5.2. Entrevistes als pacients

La mitjana dels entrevistats és de **73 anys d'edat**, en una rang d'entre 54 i 94. Un 60% dones i un 40% homes. Un 21% dels entrevistats porta més de sis mesos ingressat, un altre 14% d'entre sis i tres mesos, el 43% d'entre tres i un mesos i un 21% menys d'un mes. L'entrevista s'estructura en cinc apartats segons la temàtica, desglossats a continuació.

Les primeres preguntes, de caràcter general, expressen que la totalitat dels entrevistats se senten **ben cuidats**, ara bé, davant la pregunta "se sent **segur i en bones mans?**" un 27% respon "millorable o depèn" (del professional). Llavors es demana com és la **comunicació amb la família** per part de l'equip professional i si els agradaria implicar-los més en el tractament. Un 70% creu que la relació és bona i un 28% respon "millorable o depèn" o "no". Sorgeix la demanda de trobar més moments per parlar amb el metge sobre el pacient. Sobta que, quan se'ls pregunta si voldrien implicar-los més, un 86% diu que no. Això es deu a que sovint els familiars treballen o tenen una situació complicada i el pacient no vol ser una càrrega o molestar.

En el segon apartat de preguntes, respecte la **informació i la comprensió**, el 67% se sent informat. S'esmenta que el metge sí fa explicacions clares i entenedores però per exemple amb alguns auxiliars és més complicat. La majoria dels entrevistats considera que es duu a terme l'explicació de manera esglaonada, tot i que es menciona un cas on la notícia va ser expressada "de cop" i el pacient ho recorda.

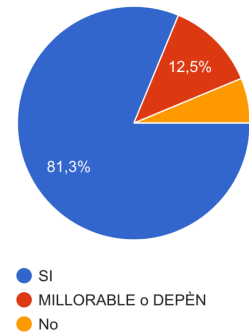
Sobta que el 62% nega que el professional **pregunta si hi ha dubtes**, no es comprova la comprensió correcte del missatge. El mateix passa amb l'**evolució** del pacient, un terç diu que el metge no l'informa de "com avança" si no ho demana, un altre terç diu que sí i l'altre restant considera que "depèn o millorable".

A continuació, respecte l'escolta activa, un **86% se sent comprès** quan parla, no obstant, depenent del professional l'amabilitat i educació és una o altra. Respecte la **salutació** a l'entrar a l'habitació, un 32% diu que els professionals no ho fan o que és millorable. Ara bé, el 86% **consideren que el miren als ulls** o a l'alçada del pacient. En general, els agrada que **s'adrecin al pacient pel seu nom**, fet que confirmen el 66% de les persones entrevistades. Respecte el tacte, la majoria diuen haver rebut caliu del personal, tot i que no tothom ha respost perquè no s'ha trobat en la situació de necessitar-ho. Una persona, especialment, esmenta la falta d'humanitat o el sentir-se "aparcats".



També és interessant observar com el 100% diu que **no se'ls ofereixen diferents opcions de tractament**. En la literatura acadèmica així com es confirma en les entrevistes, la tendència social dels pacients és a ser cada vegada més actius en el seu tractament i sentir-se particip de les decisions. No obstant, en les entrevistes els pacients no semblen interessats en decidir el seu pla de tractament sino que prefereixen fiarse i confiar en les indicacions del metge o altres professionals.

En relació a la **percepció del pacient respecte si els professionals treballen en equip**, el 81% diu que sí i la resta que és millorable. Per últim, se'ls pregunta si tenen la sensació que els professionals estan al cas de la seva història clínica, per exemple, si s'han llegit l'informe abans d'entrar a l'habitació. El 79% consideren que sí però els pacients tornen a mencionar que depèn del professional que l'atengui.



Per últim, les tres preguntes obertes. En primer lloc, es pregunta "en quin tipus de professional té més confiança". El 13% no distingeixen, alguns del entrevistats mencionen altres criteris com "algú amb qui poder tenir una conversa", "tots mentre siguin respectuosos i educats", la fe i la humilitat de la persona. Tot i així els perfils que més es repeteixen en les respostes son: fisioterapeutes (en tres pacients), metges i auxiliars (sobretot les que de torn fixe).

La segona pregunta fa referència al moment de l'arribada al Nou hospital evangèlic. En general, la primera impressió és d'incertesa o de desànim per les instal·lacions antigues o perquè és un hospital diferent al "que sempre va". Però molts coincideixen en que l'equip humà compensa positivament. Hi ha un cas en concret de queixa per una finestra oberta i higiene deficient.

Finalment, la darrera qüestió és en relació a l'alta. Dues persones diuen que no se senten preparades per marxar o que no volen pels vincles que han fet i perquè se senten molt cuidades. Sis d'elles diuen que tenen ganes de tornar a casa, la majoria esmenten la família com un motiu. I en un cas de final de vida, no es parla d'alta però sí que menciona que no té por a la mort, que té esperança i fe en aquesta etapa.

### 5.3. DAFO Nou hospital evangèlic (gener 2023)

DEBILITATS	AMENACES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Poca formació en comunicació:</b> el 85% del personal no ha rebut formació específica malgrat que el 100% hi està interessat i reconeix la seva importància.</li> <li>2. <b>Desaprofitament de l'efecte "primera impressió":</b> el moment d'arribada no és memorable positivament. La recepció saturada per tasques administratives dificulta la bona benvinguda.</li> <li>3. <b>Poca transmissió d'imatge d'equip.</b></li> <li>4. <b>Escolta millorable</b> al pacient i al professional (en general és positiva)</li> <li>5. <b>L'excel·lència depèn del professional:</b> el 65% consideren que l'equip del Nhe necessita més formació. Només el 40% creu que la cohesió en l'ús de la comunicació interna és positiva, la resta creu que és millorable.</li> <li>6. <b>Canals:</b> Poca explotació de la intranet i poc interactiva, abast millorable de la Newsletter interna. Confusió entre varietat de canals. Saturació missatgeria interna.</li> <li>7. <b>La càrrega de feina</b> esgota els professionals i resta dedicació i temps amb el pacient.</li> <li>8. <b>Risc al distanciament o oblit de la figura del pacient</b> en el dia a dia de treballadors de contacte indirecte i desaprofitament d'aquesta oportunitat de motivació, la majoria voldria conèixer més testimonials.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Falta de personal</b> en el sector</li> <li>2. <b>Individualització de l'atenció:</b> cada pacient és un cas diferent, tendència a l'atenció personalitzada</li> <li>3. <b>Barreres possibles del professional:</b> falta de formació, experiència, idioma, inseguretats, rigidesa...</li> <li>4. <b>Pacients demandants</b> que han estat en altres centres on s'han sentit millor tractats que al Nhe.</li> </ol>
FORTALESES	OPORTUNITATS
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Aposta per la cultura de l'XPA</b> i l'atenció holística de la persona.</li> <li>2. <b>Moment oportú</b> pel canvi i la renovació interna del servei. Nou escenari, nous treballadors, noves expectatives, nous reptes...</li> <li>3. <b>Personal amb idees i propostes</b> que plantegen quan algú els pregunta o genera espai per reflexionar-hi.</li> <li>4. <b>Percepció positiva</b> de l'evolució en comunicació del Nhe en els darrers anys.</li> <li>5. <b>Suport</b> de l'agència de comunicació Pixel.</li> <li>6. <b>El tracte és més familiar</b>, segons els pacients, respecte altres centres "més moderns" on tenen millors instal·lacions.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Tendència creixent de la cultura XPA.</b></li> <li>2. <b>Sinergies</b> possibles amb altres iniciatives (Traje max, Fully human...)</li> <li>3. <b>Aquesta investigació</b> i les possibles futures línies d'actuació.</li> </ol>

#### 5.4. Entrevistes a experts

Per tal de completar la revisió teòrica i la realització d'entrevistes al Nou hospital evangèlic, les entrevistes a experts busquen, a més, enriquir el contingut de la proposta de formació. Els cinc entrevistats formen part de diversos àmbits com l'ètica, l'atenció assistencial, la comunicació, la psicologia, la gestió emocional del dol o, fins i tot, l'atenció espiritual d'un hospital. A l'annex es troba la transcripció de totes i ordenades de manera cronològica segons la data en que es van entrevistar.

El primer, el **Sr. Pablo Crevillén**, és advocat de l'Estat i doctorat en Bioètica i Biojurídica. Alhora forma part del **Comitè d'Ètica Assistencial a l'hospital Niño Jesús** a Madrid. Durant la meua participació a les IV Jornades Nacionals de Bioètica, vaig descobrir el terme "Comitè d'Ètica Assistencial". Es tracta d'un col·lectiu de diferents àmbits professionals que es reuneixen quan l'equip mèdic té dubtes ètics en relació a l'atenció assistencial d'un cas amb un o varis pacients. El comitè només opina de manera no vinculant, no decideix, sinó que presenta diverses opcions de resposta per ajudar a la presa de decisió final per part del professional mèdic.

Al llarg de l'entrevista, Crevillén fa referència a la importància de la informació i també d'algunes qüestions ètiques, "el pacient té el dret d'estar informat, però també té el dret de no saber". Davant la **posició vulnerable del pacient** i la comunicació de males notícies, exposa **dos extrems que el metge ha d'evitar: no dir la informació i, d'altra banda, ser massa violent**. Ademés s'ha de transmetre el missatge de manera esglaonada, evitant el "terrorisme informatiu", ja que s'ha de respectar la reacció emocional de l'impacte, "no es tracta de complir un tràmit". S'ha de trobar l'equilibri entre la franquesa i la sensibilitat, i sobretot assegurar-se que el pacient ha entès el missatge que li vol fer arribar. L'aspecte que, segons Crevillén, el pacient valora fonamentalment és que el tractin com a persona, és a dir, sovint "tot va molt ràpid, se'l tracta com un número..." Ara bé, tractar-lo amb afecte però no es recomana que se'l tracti com un colega o "compadre" ja que els vincles personals a vegades poden, fins i tot, afectar negativament.

Un aspecte concret que suma en l'experiència del pacient és "**ser capaç d'explicar en termes que el pacient entengui**", tenint en compte que hi ha molta diversitat de cultura. Per exemple, explica un cas amb un pacient andalús que estava molt alterat i no responia a l'ordre del metge "*relájese*", fins que una altra persona va dir "*quédese gonsao*" i llavors la persona es va relaxar. Un cas simple com aquest marca la diferència. També parla de la comunicació amb la família en el cas de pediatria o geriatria. Comparteix l'aprenentatge que no hi ha respostes "blanc o negre" ni "solucions perfectes".

El subtítol d'aquest Treball de Fi de Grau es deu a una de les seves respostes on comenta que la comunicació i tracte amb el pacient és "la gran assignatura pendent", on el professional mèdic té molt a millorar encara. Defensa la dificultat que hi ha en el sector i en aquest ofici, a més del mal tracte que reben a vegades per part del pacient, però creu que aquesta situació s'ha de resoldre. Proposa que hauria de ser una acompanyament. D'altra banda, destaca com a vegades "son massa categòrics" i no ofereixen les diverses opcions de tractament que hi ha. Si el pacient investiga o consulta un altre metge que, també de manera absoluta, li presenta una altra alternativa, genera confusió i excés de responsabilitat davant els possibles riscos. Un aspecte fonamental és mai mentir.

La segona persona entrevistada ha estat la **Sra. Anna Centelles**, Referent Pacient-Família al Nhe. En aquest cas i el següent, les expertes formen part de l'equip professional del mateix centre del cas d'estudi però se'ls ha fet una entrevista més extensa per la seva relació propera i/o especial amb el pacient. Centelles està estretament relacionada amb **l'Experiència pacient, l'Atenció espiritual, l'Atenció holística o integral, el Counseling...** En el seu dia a dia professional acompanya el pacient i entorn, convidant-lo a buscar i treballar què és el que li està passant, identificar el perquè se sent d'aquesta manera etc. Llavors, quan la persona identifica i és conscient dels seus sentiments, se li mostren diferents camins que pot agafar i és ell o ella "qui tria per a on anar, com, a quin ritme i de quina manera." El pacient decideix però alhora se sent acompanyat emocionalment. En el seu dia a dia treballa conjuntament amb l'equip de psicologia de l'hospital ja que, des de la seva tasca ofereix un espai d'escolta, però si es tracta d'una malaltia de salut mental com la depressió, intervé la o el psicòleg.

El que valora més el pacient és sentir-se escoltat, sentir-se persona, estimat i estimar. És necessari que en un moment de crisi, vulnerabilitat, fragilitat, algú estigui pendent i escolti. Defensa que en la relació amb el pacient és fonamental tenir en compte la **comunicació no verbal i, especialment, el tacte**: una apretada de mans, una carícia senzilla, una abraçada, una mà a l'espatlla... També expressa la demanda de les famílies a estar informades.

El testament vital és un recurs que, segons Centelles, s'hauria de donar a conèixer a tota la població fins i tot abans d'estar malalt. Es tracta d'una eina on es deixa per escrit com vull que se'm tracti o cuidi en cas que jo no pugui expressar la meua voluntat.

En relació a la comunicació amb les famílies i pacient, és bàsic que el professional mèdic es formi per explicar la informació de manera que ho entenguin. Més enllà d'explicar-se bé, **el pacient/família a**

**vegades es pot bloquejar emocionalment i això el metge ho ha de tenir en compte.** Explica un cas personal de pèrdua i dol per exemplificar com la nostra ment a vegades rebutja les males notícies i no som capaços d'assimilar certa informació. Proposa la tècnica de demanar al pacient que expliqui amb les seves paraules la informació que se li acaba d'explicar. En la seva resposta trobarem informació sobre l'estat emocional del pacient com del seu grau de comprensió. A més, li genera sensació de control, consciència i autonomia.

En la tècnica del counseling, Centelles explica com fàcilment et trobes amb responsabilitats ètiques, en situacions que has de ser conscient del teu paper professional. "L'empatia és entendre com se sent la persona però has de "saber sortir de la piscina". Et pots mullar amb el pacient, pots sentir-te mullat com ell però algú ha de tenir la mà enganxada a l'escaleta de la piscina per poder sortir i poder ajudar. I jo sé que estic allà per ajudar, no només per quedar-me mullat amb el pacient. Llavors jo he de saber com ajudar-lo. I ajudar-lo no és tirar-me a la piscina i ja està, sino he de saber ajudar-lo a sortir-ne." És important que entre els professionals, sobretot en aquells que no han viscut situacions similars a nivell personal, també se'ls ofereixi un espai on expressar situacions de dol relacionats amb pacients. Seria molt bo crear el que en counseling es diu "**Grups Balint**".

En tercer lloc es troba l'entrevista a la **Sra. Miriam Herrera**, Cap de l'equip rehabilitador del Nhe. En el seu tracte directe i diari amb el pacient i família, es troba amb dificultats o situacions on la comunicació és més o menys complicada ja sigui per la situació cognitiva del pacient així com altres barreres com l'afàsia i la sordesa. A l'inici del tractament, Herrera explica amb un **llenguatge planer** els objectius de rehabilitació a pacient i acompanyant, de quina manera, el rol de la família... Destaca la **importància de ser clars** en la previsió de recuperació per alinear millor les expectatives que el pacient pugui tenir.

El que el pacient més valora és el tracte personal, que t'adrecis pel seu nom, que hi hagi una comunicació fluida, la mirada als ulls, que es compleixi allò que programes. **Quan fas partícip al pacient del seu procés juga un paper actiu i ho agraeix**, encara que ho expressi o no verbalment. En el tacte, hi ha persones que son molt més físiques que altres. Un altre aspecte important és parlar de la resta de l'equip, això mostra que treballem en equip i potenciem la funcionalitat del tractament, cadascú des de la seva perspectiva. En la conversa, destaca l'**ús de paràfrasis** i planificacions per veure si s'ha comprès la informació.

En la comunicació esglaonada, Herrera defineix els següents passos. "El primer dia li explico el que farem, que els dona perspectiva. Normalment comencem el mateix dia de l'ingrés i si comencem a fer tractament jo li explico però segurament a l'endemà torno a explicar el mateix. Hi ha exercicis que cada dia has de fer un recordatori. I encara que els doni un document, són pacients amb els que sí que has de repetir."

D'altra banda, la **comunicació entre l'equip interdisciplinar** va molt bé per compartir dificultats del dia a dia, comparar perspectives sobre diferents casos. També expressa la falta de temps, voldria dedicar-se més a cada pacient, conversar més. I, per últim, proposa investigar sobre el model d'Estimulació Basal.

La quarta entrevista ha estat a la **Sra. Inma Ferrer**, metge psicoterapeuta de dol i pèrdua. És agent espiritual a l'hospital maternoinfantil Sant Joan de Déu de Barcelona i, alhora, es dedica de manera professional i privada a l'acompanyament entorn de la malaltia, de final de vida i de la mort. Abans de començar amb les preguntes ja reflexiona sobre la importància de buscar directament les respostes i opinions dels pacients. També defensa la importància de la comunicació i d'aquest projecte.

El pacient, **segons a quina etapa de la malaltia es trobi, valorarà més unes o altres coses**. A curt termini, el primer que busca és la cura. Quan aquesta necessitat està coberta, valora la seva capacitat de decisió i aspectes més personals com el sentir-se informat i, una vegada això garantit, es posa en valor les visites, el lloc i que l'estància sigui lo més amable possible. De manera prioritària, "primer vols curar-te i quan això no és possible el que vols és que et cuidin lo millor possible." D'altra banda un estudi indicava que quan se'ls demanava als pacients de pal·liatius què necessitaven, els primers dies feien referència a aspectes de necessitats físiques. Després de pocs dies, afegien necessitats emocionals i més endavant, tot i mantenir-se el dolor o malaltia, expressaven cada cop elements menys físics i més suport espiritual. Existeix un gradient que va de lo físic a lo emocional. Conclou: "A mesura que el professional pot encabir aquesta necessitat mentre la persona està malalta en els nostres hospitals, donem un bon servei."

Per la comunicació de males notícies, Ferrer destaca la importància de la preparació de la informació que donem i saber quan és una informació rutinària o especial. Hem de ser conscients que notícies que es donen a diari a un hospital, poden ser la primera pel pacient que arriba. Segurament tindrà un impacte molt gran perquè es tracta de la seva vida i del seu risc de mort. A més, el llenguatge ha

d'adaptar-se al pacient i ens hem d'assegurar-nos que s'ha entès correctament. A nivell institucional, s'hauria d'ampliar la ratio de professional-pacient per ser més comfortable. Metges i infermeria tenen vocació però el sistema genera l'estrès del dia a dia.

D'entre els professionals assistencials, hi ha persones més minucioses i altres més empàtiques. Ambdues son importants però les segones solen tenir més facilitat per connectar amb el malalt. És necessària la reflexió "tractar com m'agradaria que em tractés el meu metge".

Referent a la formació, preferiblement ha de ser pràctica perquè els conceptes teòrics son un mínim bàsic, però es queden curts a l'hora de la realitat. Hem de tenir una obertura al patiment, a vegades es rebutja la dimensió espiritual de la persona, la creença, els valors... "Això sembla que siguin tonteries però a lo millor aquest és el fil que determina que la persona segueixi lluitant". El professional pot saber les tècniques o les formalitats però si queda fred, serà difícil de connectar.

"Un hospital no dorm, no para en les vint-i-quatre hores del dia". També esmenta el rol que juga les circumstàncies de la malaltia o inclús mort, on l'hospital pot intervenir: com es comunica la notícia, si es van poder acomiadar, què es fan amb les pertinences... Aquestes poden provocar o evitar que el dol sigui traumàtic.

La darrera experta entrevistada ha estat la **Sra. Emma Roderó**, catedràtica en Psicologia dels mitjans i neurocomunicació. Dirigeix el Media Psychology Lab on han treballat, entre d'altres, aspectes de la comunicació i salut. El primer punt a destacar és que **la principal causa de queixes en un hospital son problemes relacionats amb la comunicació**. La comunicació afecta a com el pacient entén la situació en la que es troba, com la gestiona i afecta al propi tractament en sí. El principal problema ha estat la digitalització, col·locar ordinadors entre professional i pacient sobretot en les consultes ambulatories.

De la comunicació verbal, un ha d'actuar amb el tipus de informació que es dona i com. S'ha d'evitar ser excessivament tècnic i en canvi pensar que el pacient no parteix de cap base de coneixement sanitari. Intentar utilitzar un llenguatge senzill i adaptat, posant-me en el lloc del pacient i amb apel·lacions que captin l'atenció. Seria interessant investigar sobre el grau d'empatia dels estudiants de diferents carreres universitàries.

Quant a la comunicació no verbal, trobem la proxèmia (des de quin punt físic et parlo). La distància física genera distància emocional i psicològica. De cares, el contacte visual és imprescindible ja que demostra com estic prenent atenció a la persona que tinc al davant. Pel que fa al tacte, dependrà de cada cas però en estudis d'hospitals estatunidencs, les queixes eren relacionades amb la falta d'empatia "ni tan sols m'ha tocat".

Un altre aspecte bàsic i que no se'n parla gens és la veu, sobretot en les notícies negatives. Rodero defensa que **bona part d'emoció i l'empatia es transmet a través de la veu** i que si "som secs" o apàtics, amb la veu monòtona, el desànim serà molt notori i contagiós.

També defineix la **vulnerabilitat de la figura del pacient davant el professional**. "Estàs en mans d'algú que no coneixes, i que actua segons la seva manera de ser. Potser et toca un simpàtic i empàtic o potser tot el contrari, en funció de la seva personalitat."

**Proposa innovar a tres nivells: tecnològic, administratiu i formatiu.** El primer, per exemple, mitjançant un reconeixement i enregistrament de la veu es podrien evitar els tràmits de registre i digitalització, el metge podria atendre cara a cara al pacient. El segon, tot i que és molt complicat a nivell de sostenibilitat econòmica, la ràtio s'hauria incrementar per facilitar la feina del professional sanitari i la personalització de l'atenció. En tercer lloc, és bàsic que els estudiants de medicina, infermeria, fisioteràpia, psicologia... rebin formació, sobretot pràctica, de com tractar al pacient. "El primer de tot és prendre consciència que tot això és important i que té una afectació força important en les persones."

Tot i que no segueix l'estructura de les entrevistes anteriors, també s'ha realitzat dues converses dirigides a donar primeres idees o guies pel disseny de la formació. Es tracta d'un primer col·loqui amb la **Sra. Pilar medina**, doctora del Departament de Comunicació de la Universitat Pompeu Fabra, i una segona trobada amb el **Sr. Marc Fuentes**, formador i cofundador de la consultora Fully Human. A l'Annex es poden consultar alguns apunts, fruit d'aquestes converses.



## 6. Conclusions de la investigació

A continuació, reprenem les preguntes de recerca per descriure com han quedat resoltes a partir de les entrevistes als pacients i professionals del cas d'estudi, així com les entrevistes complementàries als experts.

**Els professionals han rebut cursos en comunicació?** No. Tot i que alguns mencionen assignatures dins altres cursos o estudis, el 85% no ha rebut formació específica en comunicació.

**Creuen que s'haurien de formar més en aquest àmbit?** Sí. Tots els entrevistats ho consideren interessant o important i creuen que n'haurien d'aprendre més. Les temàtiques que més s'han repetit entre els seus interessos són: la comunicació de males notícies, la gestió de l'estrès, l'empatia, la comunicació amb persones amb deteriorament cognitiu...

**Què creuen que el pacient valora?** En primer lloc "sentir-se escoltat" i "sentir-se informat". Aquests dos aspectes fan referència a la interactivitat amb el pacient, que sigui conscient del seu estat i alhora que pugui expressar-se i sentir que els professionals actuen en conseqüència. En segon lloc "sentir-se valorat personalment". Aquest va més enllà d'una relació professional i de cures, que el pacient percebi que és el centre de l'hospital i activitat dels professionals. En darrer lloc es troba "sentir-se partícip de les decisions". És interessant que els professionals i pacients no donen gaire importància a aquest aspecte i, en canvi, els autors consideren que el pacient vol ser cada vegada més actiu en el seu tractament acord a la cultura de l'Experiència pacient. Potser en aquest cas, com els pacients són d'edat avançada, encara no ha arribat la tendència generacional.

**Com és la relació entre professionals?** Els canals interns més utilitzats són la missatgeria interna iSalus, els Mornings i el canal de difusió per WhatsApp. A més, voldrien que es millorés la usabilitat de la intranet i el protocol de missatgeria interna perquè la quantitat de missatges col·lapsa el sistema. Se'ls va preguntar en quin moment havien volgut comunicar alguna cosa i no havien sabut com fer-ho o a qui. Les barreres de comunicació més repetides han estat la falta de coordinació o implicació dels professionals, la confusió per la varietat de canals, falta de coneixement o de formació respecte l'ús d'una eina/canal...

**Hi ha un bon clima que propicia el bon tracte cap al pacient?** A nivell general els professionals se senten escoltats però, tot i així, més de la meitat creuen que és millorable. D'altra banda, un 78%

creu que conèixer altres departaments i professionals seria interessant o útil per la seva feina. Ha sorgit insights com "saber d'altres àrees i llocs de treball aporta creativitat per millorar la teva manera de fer".

**És possible trencar totes o alguna barrera d'aplicació?** És possible ja que en les entrevistes els professionals es mostraven proactius, amb propostes i idees perquè els oferia un espai i temps per expressar-les. A més, l'hospital es troba en un moment oportú per replantejar-se el canvi estructural que comentava a les hipòtesis. I, per últim, les futures línies d'acció que poden sorgir d'aquesta investigació, com el Pla "Comunicació al servei del pacient" que es proposa en apartats posteriors.

D'altra banda, **les quatre hipòtesis han quedat confirmades.** Davant aquests resultats, s'obren noves línies de recerca com "la relació entre professionals és la mateixa en altres tipus de centres com, per exemple, un hospital pediàtric?", "les habilitats socials necessàries són diferents segons el perfil de pacient?"... En tot cas, aquestes serien preguntes per encetar un projecte nou.

El següent pas és idear un **pla de comunicació** que, concretament, es materialitza en un pla de formació en comunicació pels professionals del Nou hospital evangèlic.

## 7. Pla “Comunicació al servei del pacient”

La segona gran part d'aquest projecte té l'objectiu de donar a conèixer els resultats i conclusions de la investigació. És a dir, treure'n profit de la recerca per solucionar els problemes detectats i, fins i tot, millorar el sistema sanitari des d'un àmbit professional *a priori* no sanitari, la comunicació. Per això, es creu oportú crear un pla de comunicació que, com es detalla en la justificació següent, deriva en un projecte de formació en comunicació pel personal professional del Nou hospital evangèlic.

### 7.1. Justificació

L'**objectiu final del pla és millorar l'experiència del pacient a un hospital a través de la qualitat comunicativa dels seus professionals**. De manera més concreta, la investigació s'ha dut a terme a l'hospital d'atenció intermèdia Nou hospital evangèlic. Per això, és important saber que la confecció d'aquest programa es troba dins el Pla estratègic 2022-25 de l'organització en qüestió i el seu Pla de Treball per aquest 2023, referenciat a la branca “Comunicació al servei del pacient”. Ademés, enriqueix una altra branca de treball: la comissió i projectes que milloren l'Experiència Pacient.

Els **objectius secundaris** del pla de comunicació i, en concret del programa formatiu, son:

- Sensibilitzar, educar els públics de la importància de formar-se en comunicació per aconseguir la millor experiència pacient possible.
- Modificar les actituds i comportaments dels professionals per tal de millorar el tracte amb el pacient i entre els membres de l'equip.
- Posicionar l'entitat del Nou hospital evangèlic en la ment dels públics com una organització que es preocupa pel benestar de les persones i que innova apostant per la comunicació en l'àmbit sanitari.
- Generar sentiment de pertinença entre els públics interns amb l'entitat.
- Ser canal de comunicació bidireccional entre públics interns, que permeti recollir opinions del personal i es puguin dur a terme millores en els procediments per part dels caps d'àrea i càrrecs directius.

Els **públics** als quals es dirigeix el programa formatiu son, en primer lloc, personal professional de l'hospital que es troba en contacte directe amb el pacient (sanitaris com no sanitaris) i, en segon lloc, el personal de contacte indirecte (sanitari i no sanitari). A més, les accions per donar a conèixer aquesta investigació i externes a la formació es dirigeixen a altres persones, com els experts entrevistats.

A part de la formació, el pla de comunicació es completa amb **altres accions** com la producció d'un pòster de la investigació o l'enviament d'un correu electrònic sobre els resultats a les persones entrevistades que han manifestat interès sobre la continuïtat del projecte.

La **temporalització** de la part pràctica del projecte comença en la setmana del 24 d'abril al 7 de maig de 2023 i finalitza el 19 de juny amb la presentació al tribunal de Treball de Fi de Grau.

<b>Del 24 d'abril al 14 de maig</b>	Plantejament d'idees i creació del contingut del programa
<b>Del 15 al 28 de maig</b>	Aplicació de les idees i disseny de les sessions de formació
<b>Del 29 de maig al 5 de juny</b>	Preparació de la prova pilot.
<b>Del 6 al 13 de juny</b>	Realització de la prova pilot.
<b>Del 14 al 18 de juny</b>	Avaluació de la prova pilot i noves propostes de millora
<b>Del 19 al 29 de juny</b>	E-mailing a persones entrevistades o interessades. Presentació del projecte i resultats a la UPF i al Nhe

## 7.2. Programa formatiu

Per a la prova pilot es va detallar el format i contingut d'una formació d'aproximadament dues hores i mitja repartides en dues sessions. Dirigida a quatre doctors del Nou hospital evangèlic. La primera sessió introduïa l'axioma "No es pot no comunicar" i que, partint que som conscients que sempre estem emetent informació, un pot decidir quin missatge vol donar. Llavors es fixa l'objectiu de generar quatre percepcions en el pacient mitjançant les tècniques de comunicació verbal i no verbal.

L'Annex II d'aquest document desenvolupa els continguts i format a més d'incloure un enllaç a la carpeta amb algunes fotografies de la formació, les presentacions audiovisuals utilitzades, l'estructura que es va seguir i continguts, així com dues fitxes de treball que s'entregaven a cada assistent.

### 7.3. Altres accions

#### E-mailing

A llarg de la investigació, s'ha recollit una llista de contactes interessats en saber-ne més del projecte, la continuïtat, les conclusions, viabilitat de la formació... Per això, en la mateixa data d'entrega d'aquest projecte s'ha enviat per correu una còpia d'aquest document.

#### Pòster científic

En aquest juny de 2023 s'ha presentat el projecte en una exposició de pòsters científics de la UPF, ja que ha format part del tercer tribunal dels Treballs de Fi de Grau. Mitjançant aquesta acció, s'aconsegueix l'objectiu divulgatiu de donar a conèixer els elements més significatius del marc teòric, la investigació, la part pràctica i la conclusió. El disseny d'aquest està disponible a la carpeta de l'Annex II.

**EL ROL DE LA COMUNICACIÓ EN L'EXPERIÈNCIA DEL PACIENT**  
Una assignatura pendent en l'àmbit sanitari

Autora: Irene Voz Osés  
Tutor: Josep Maria Bruguas  
Tribunal Final: 19 Juny 2023  
irene.voses@gmail.com

UPF Universitat Pompeu Fabra Barcelona

**INVESTIGACIÓ I TREBALL DE CAMP**

**OBJECTIUS**

- Justificar la importància de la comunicació en l'experiència del pacient a un hospital.
- Conèixer les habilitats que el professional ha de dominar per comunicar-se amb el pacient.
- Identificar les barreres d'aplicació i contribuir a un pla de millora.

**HIPOTESIS**

- En el sector sanitari no se habitual formar-se en comunicació i els professionals no s'ho plantegen com una prioritat.
- L'experiència del professional té un impacte en la del pacient.
- El domini d'habilitats comunicatives per part del personal assistencial millora l'experiència del pacient.
- Trencar les barreres d'aplicació suposa un (re)plantejament estructural de l'organització.

**CASUÍSTIA**

- Hospital d'Atenció Intermitent a Barcelona.
- Hospital de rehabilitació (Inauguració d'un edifici nou a l'octubre de 2023).
- Lema i valor coherent amb la investigació: Persones que cuiden de persones / Integritat, Compassió, Excel·lència, Cooperació i He.

**ENTREVISTES A EXPERTS (6)**

- 66 Sempre s'ha d'anar buscant el bé del pacient, la persona que estàs tractant - RC (doctorat en Biociència i Biogenètica)
- 66 L'empatia és entendre com se sent la persona, però també has de saber "sortir de la piscina" - AC (referent Pacient/Família al Nhe)
- 66 El pacient valora que el tractat pel nom, el metja als ulls... Que el faci partícip del seu procés - IM (Còd de l'equip rehabilitador al Nhe)
- 66 Pots saber les tècniques, però si queda fred serà difícil connectar - IF (vinge de l'atenció a la dona de 801 perduda)
- 66 La manera de comunicar-me afecta en múltiples nivells al pacient - ER (patrona de les molins neurocomunicació)
- 66 La barrera professional no ha de fer-me perdre la humanitat i sensibilitat - PM (doctora del Departament de Comunicació de la UPF)

**ENTREVISTES A PACIENTS (17)**

- 31% No se senten prou informats
- 73% No se'ls pregunta si tenen dubtes
- 93% Reben una opinió tractament
- 30% Tracte del prof. és millorable

**ENTREVISTES A PROFESSIONALS ASSISTENCIALS I NO ASSISTENCIALS (27)**

**INTERES PER FORMAR-SE EN:**

- 01/20 Part de altres professionals
- 17/20 Sense formació específica de com
- 13/20 Considerar que l'excel·lència en el tracte depèn dels professionals
- 19/27 Un dels canals interns és millorable

**MARC TEÒRIC**

**EXPERIÈNCIA PACIENT:** La suma de totes les interaccions existents, configurades per la cultura d'una organització, que influeixen en les percepcions i actituds del pacient i/o família, al llarg de la continuïtat de la cura.

**HABILITATS SOCIALS NECESSÀRIES:** Habilitats socials necessàries: comunicació, empatia, treball en equip, lideratge, resolució de conflictes, negociació, gestió de recursos, gestió de riscos, gestió de qualitat, gestió de processos, gestió de projectes, gestió de canvi, gestió de recursos humans, gestió de recursos materials, gestió de recursos tecnològics, gestió de recursos financers, gestió de recursos legals, gestió de recursos ètics, gestió de recursos culturals, gestió de recursos mediambientals, gestió de recursos socials, gestió de recursos polítics, gestió de recursos econòmics, gestió de recursos energètics, gestió de recursos informàtics, gestió de recursos comunicatius, gestió de recursos lingüístics, gestió de recursos artístics, gestió de recursos científics, gestió de recursos filosòfics, gestió de recursos religiosos, gestió de recursos espirituals, gestió de recursos culturals, gestió de recursos socials, gestió de recursos polítics, gestió de recursos econòmics, gestió de recursos energètics, gestió de recursos informàtics, gestió de recursos comunicatius, gestió de recursos lingüístics, gestió de recursos artístics, gestió de recursos científics, gestió de recursos filosòfics, gestió de recursos religiosos, gestió de recursos espirituals.

**CONCLUSIONS I AGRAÏMENTS**

- Es confirmen les quatre hipòtesis inicials, només un 15% del personal assistencial ha rebut formació específica en comunicació.
- És possible superar algunes barreres d'aplicació. La formació forma part del pla de millora i vol ser un espai de reflexió i oportunitat de propostes.
- Aprendentatge personal (no conflictiu en el projecte), miljan (entrevistes, realitat hospitalària...), finalit (viabilitat de la formació, complir l'impuls...)
- Agraïments al meu tutor Josep M. Bruguas, el professorat i Tribunals de la UPF, a Marc Tuerres, a les sis persones experts entrevistades.
- Vull expressar una gratitud especial vers l'equip professional del Nou hospital evangèlic, per la seva confiança i suport al projecte. Especialment a la Direcció i el Comitè d'Experiència Pacient, així com a tots els professionals i pacients entrevistats.
- Noves línies d'investigació: Com aplicar la formació al personal no assistencial? La relació entre els professionals de la mateixa en un altre tipus de centre? Les habilitats socials necessàries canvien segons el perfil de pacient?

**PLA DE COMUNICACIÓ**

- Sensibilitzar els diferents públics donant a conèixer els resultats de la investigació.
- Millorar l'OPD a través de la comunicació dels seus professionals.
- Equip professional i Direcció del Nhe, persones entrevistades i involucrades en la investigació, tutor i tribunal del projecte (UPF).

**FORMACIÓ PER A PROFESSIONALS**

- 24/04 - 14/05: Plantejament d'idees i creació del contingut del programa
- 15/05 - 28/05: Aplicació de les idees i disseny de les sessions de formació
- 29/05 - 05/06: Preparació de la prova pilot
- 05/06 - 13/06: Realització de la prova pilot amb quatre doctors del Nhe i a sessió: 13 Juny
- 14/06 - 18/06: Avaluació de la prova pilot i noves propostes de millora
- 19/06 - 29/06: E-mailing a persones entrevistades o interessades. Presentació del projecte i resultats a la UPF i al Nhe

**CONTRIBUCIÓ**

**Saber-ne més:**

QR CODE

## 8. Conclusions finals del projecte

Els **objectius** inicials de la investigació s'han assolit satisfactòriament i les quatre **hipòtesis** han quedat confirmades. Mitjançant la recerca bibliogràfica, les entrevistes i el cas d'estudi queda justificada la rellevància i necessitat que hi ha en el sector sanitari de millorar en la comunicació interprofessional i amb el pacient i família. La definició de les habilitats i tècniques comunicatives sorgeixen d'autors citats com Valverde (2007) o Naranjo Bermúdez i Ricaurte García G. P. (2006) entre altres, així com l'aportació destacable de les entrevistes a experts. En relació amb la detecció de barreres els professionals han pogut expressar-se i confirmar-les; i d'altra banda, el pla de formació esdevé una contribució de millora al sistema.

La primera part del projecte, referent a la recerca teòrica, ha estat una base per introduir-me en la **cultura de l'Experiència pacient**, la perspectiva que renova el sistema sanitari per posar a la persona al centre. Vaig adonar-me de l'oportunitat d'establir vincles entre el món sanitari i el de la comunicació, aportant valor al benestar de les persones des d'una àrea diferent. Pel que fa a l'etapa de treball de camp, l'aprenentatge ha estat en la **realització d'entrevistes a diferents perfils** de persones. D'una banda, professionals que accedeixen a dedicar-te una estona dins el poc temps que tenen m'ha apropat a la seva quotidianitat i el que suposa "pujar a planta". D'altra banda, entrar en contacte amb els pacients és una de les vivències que m'ha impactat més d'aquest projecte. Entrar a les seves habitacions i dedicar-los una estona a fer l'entrevista ha estat, en molts casos, un inici de converses llargues, i oportunitat de compartir fins i tot històries personals. Pel que fa a la tercera part, el pla formatiu com a contribució de millora, **ha estat un èxit aconseguir dur a la pràctica la prova pilot!** Per a futures edicions del programa s'ha de valorar com fer les sessions més sostenibles (quant a recurs de temps) per assolir un abast global de tot l'equip de l'organització.

De manera personal, dono fe de la **rellevància social** que té el tema del projecte. Al llarg de la investigació, les entrevistes, converses relacionades, presentacions als tribunals de la universitat, etc. s'ha fet palès el vincle que té la temàtica amb la majoria de les persones. El treball acadèmic finalitza, però tinc la certesa que el projecte de fons continua, al Nou hospital evangèlic o mitjançant altres vies d'investigació. Ha estat un aprenentatge acadèmic, professional i personal.

*"Les persones oblidaran allò que puguis haver fet o haver dit,  
però mai oblidaran com les vas fer sentir"*

/ Maya Angelou, escriptora i activista.

## 9. Agraïments

Gràcies a la Universitat Pompeu Fabra; als professors dels tallers de TFG i, especialment, el meu tutor de Treball de fi de grau, Josep Maria Brugués. Per la seva proximitat i acompanyament durant tot el procés; les recomanacions i consells a l'hora d'acotar la recerca, dissenyar la formació i de preparar la presentació dels tres tribunals.

Al Nou hospital evangèlic: professionals, pacients i familiars. Per la disposició i col·laboració en les entrevistes; així com la seva aposta per la cultura de l'Experiència pacient. Especialment, gràcies a Reyes Gualda (Direcció General) per confiar en el projecte i donar-me l'oportunitat de fer realitat la formació a professionals.

A les persones expertes entrevistades; Pablo Crevillén, Anna Centelles, Miriam Herrera, Inma Ferrer i Emma Roderó. També a Pilar Medina, per transmetre'm la importància i valor de la temàtica; a Marc Fuentes, per la mentoria des de l'experiència de formador i donar-li rellevància a la coherència entre allò que vull comunicar i allò que es duu a terme.

Finalment, a la meua família i amistats, pel seu ajut i acompanyament durant tot el procés; especialment gràcies als meus avis, per la seva dedicació en escoltar les meves explicacions sobre el projecte i el seu suport incondicional.

## 10. Fonts de la recerca

### **Bibliografia**

Bejerano Miguel, A. (2019). *Comunicación con el paciente en el ámbito sanitario*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/comunicacion-paciente-ambito-sanitario/>

De la Cuesta Benjumea, C. (2004). *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Universidad de Antioquia.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iivxjStKs5oC&oi=fnd&pg=PA74&dq=de+la+cuesta+2004&ots=Qpbe-P82U2&sig=Nay-r1iHLPHqjir7sXgu1exjVrc#v=onepage&q=de%20la%20cuesta%202004&f=false>

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013) *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*.

<https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570.short>

Inio, A. (2014). *Comunicación terapéutica: Requisitos fundamentales para acompañar emocionalmente al paciente paliativo y su familia*.

<https://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/870>

Lee, F. (2004). *If Disney ran your hospital: 9 1/2 things you would do differently* (p. 216). Bozeman, MT: Second River Healthcare Press.

Marín Sánchez, M., & Rubio, J. M. L. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247-251.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72721311.pdf>

Mollica, M. A., Lines, L. M., Halpern, M. T., Ramirez, E., Schussler, N., Urato, M., ... & Kent, E. E. (2017). Patient experiences of cancer care: scoping review, future directions, and introduction of a new data resource: Surveillance Epidemiology and End Results-Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (SEER-CAHPS). *Patient Experience Journal*, 4(1), 103-121.

<https://pxjournal.org/journal/vol4/iss1/12/>



Naranjo, B., & Ricaurte, G. (2006). La comunicació con los pacientes. *Investigación y educación en enfermería*, 24(1), 94-98.

Torre Jussana. Guies d'assessorament - Torre Jussana. Guia 8 Març 2017. *Com elaborar el pla de comunicació de l'associació?* <https://tjussana.cat/serveis/publicacions/guies-dassessorament/>

Ojeda, F. (2019). ¡Qué la experiencia paciente no nos haga olvidar la experiencia empleado! *e-Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 15(31).

Valverde C. (2007) Comunicació terapéutica en enfermería. *Norte de Salud mental*, 7 (29)

Vidal Blan R, Adamuz TJ, Feliu Baute P. (2009) *Relación Terapéutica: El pilar de la profesión enfermera*.

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311/73051>

Wolf PhD, C. P. X. P., & Jason, A. (2014). *Defining patient experience*. *Patient experience journal*, 1 (1), 7-19.

<https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3/>

Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R., & Martínez-Ríos, C. (2018). Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología*, 15(1), 153.

<https://core.ac.uk/download/pdf/154400503.pdf>

### **Altres fonts**

*IV Jornadas Nacionales de Bioética : Por la vida y el cuidado de la creación.*

<https://jornadasbioetica.es/>

Nichols, M. (Director) (2001) *Wit*.

<https://www.youtube.com/watch?v=bROGmi93prk>

*Traje Max*, Biel Consulting (2023), formació experiencial sobre l'envelliment.

<https://bielconsulting.eu/trajemax/>

## 11. Annex I: Transcripció d'entrevistes a experts

### 10.1. Pablo Crevillén, Comitè d'Ètica Assistencial de l'hospital Niño Jesús a Madrid

21/12/2022	PABLO CREVILLÉN	Integrant del Comitè d'Ètica Assistencial de l'hospital Niño Jesús a Madrid.
------------	-----------------	--

**Muchas gracias, Pablo, por tu tiempo y disponibilidad. Te expliqué un poco sobre mi trabajo pero me decirte que, como estudio Publicidad y relaciones públicas y además estoy de prácticas en el hospital, he querido fusionar estos dos mundos y tratar la comunicación con el paciente. Participé de este congreso de Bioética y de ahí me contaste que estabas en el comité de ética asistencial o que conocías un poco tema y por eso quería pedir que te presentaras un poco a nivel profesional, qué relación tienes con la cultura de la Experiencia paciente.**

Antes que nada, ¿cómo es el título de tu TFG?

**Título final aún no tengo, tengo el tema: la comunicación en la experiencia del paciente.**

Genial. Pues yo soy abogado del Estado, no tengo una relación, en principio, con el tema sanitario. Además como abogado nunca me había especializado en esta materia. Pero quería hacer el doctorado y no sabía bien de qué. Me llegó por casualidad una propaganda de una cátedra de la UNESCO de bioética y biojurídica y me pareció muy interesante. De ahí hice el doctorado, que lo haces con médicos, psicólogos... Y aprendes a encontrarte con gente que no es de tu ámbito y con la que no hablas normalmente y, sobre todo, me gustó mucho la parte científica. Después hice la tesis y me ofrecieron entrar en el Comité de ética asistencial del hospital Niño Jesús, que es un hospital de aquí de Madrid, referencia pediátrica. Ahí vemos los casos que nos plantean los médicos, y algunos tienen que ver con la comunicación, que es uno de los temas que los médicos y los pacientes llevan peor. No siempre se entienden unos con otros. Los médicos se quejan de los pacientes y los pacientes de los médicos... Los médicos tienen cursos para dar información sobre malas noticias y tal, o sea es algo que no está resuelto.

En principio, hasta hace unos cincuenta años, el médico era el que mandaba, decidía el tratamiento y el paciente tenía que obedecer. Ahora ya sabes que el paciente tiene que prestar consentimiento incluso si es mayor de edad para cosas que sean de riesgo vital. Por ejemplo, si a un señor le tienen que operar porque es bueno para su vida pero él dice que no, pues no se le opera. Para que el

paciente pueda decidir, el médico le tiene que informar, tiene que hacer un acto de comunicación. Esto cuando van bien las cosas, es algo simple, no pasa nada. Pero el problema viene cuando son temas delicados.

Jurídicamente es un derecho. En el caso de que el médico no le informe de los riesgos, por ejemplo de una operación, el médico es el responsable. En la relación médico-paciente, el problema es que el médico sabe, normalmente está tranquilo porque es su trabajo cotidiano. Mientras que el paciente "no sabe" y además está en una situación vulnerable. Hay veces que el médico habla y el paciente está bloqueado y no le escucha. O el médico explica las cosas muy técnicamente y el paciente no se entera. O también se da el terrorismo informativo, que el médico le pille por el pasillo y le diga "tiene usted un cáncer terminal y le quedan tres meses de vida" que eso no son formas de comunicar. O por otro lado, existe la conspiración de silencio, que es que la familia (normalmente para proteger al paciente) le dice al médico "no le diga a mi padre (paciente) lo que le pasa". Entonces todo el mundo sabe que esta persona se va a morir pronto, él se siente mal y lo supone pero hay un silencio a nivel médico-paciente... Estos son los dos extremos que habría que evitar: ser muy brutal y no decir la información.

Tampoco la información tiene que ser toda de golpe, se puede ir a base de preparar el terreno, dedicarle tiempo, dejar un tiempo por si se echa a llorar o parar para tranquilizar al paciente. No se trata de cumplir un trámite "he dicho lo que tenía que decir". Por ejemplo, un médico decía que un paciente no se había enterado que tenía un cáncer terminal. El profesional le dijo "este pulmón pinta muy mal" y tiempo después el paciente le dijo "me encuentro mal, por qué esto no mejora?". Claro el paciente creía que con esa expresión les estaba dando la noticia y, en cambio, el paciente no se había enterado. Pueden haber malos entendidos.

**A parte de capacidades, técnicas y habilidades de los profesionales, qué crees que el paciente valora más a nivel general de su experiencia en el hospital? Sentirse escuchado, sentirse informado, valorado... ¿Qué valora el paciente?**

Que le traten como persona. A veces es todo rápido, como un número... algo que dicen que se debería hacer en los hospitales es tratar a las personas no por tanto el nombre sino pero sí aconsejan que no "compadrees". El médico no es tu amigo, debe tratar con afecto pero sin ser colegas o amigos. No lo son y además genera muchos problemas. Eres el doctor x, no "Pepe". No le cuentes tu vida personal porque después eso puede generar lazos muy personales. Pero sí el paciente quiere

tratarse muy humanamente. Por ejemplo, a los pacientes les gusta mucho la figura de las enfermeras porque siempre están, pasan y permite un diálogo. A diferencia de los médicos que pasan muy rápido.

La rapidez, que vean que escribes todo el rato y es una consulta pero no te tomas tiempo a mirarle... La humanización del trato es lo que más importa.

### **En relación a aspectos concretos, ¿qué crees que suman en la experiencia del paciente?**

El ser capaz de explicar en términos que el paciente entienda. Porque hay gente de muchos tipos, hay gente con nivel cultural alto y otras personas que vienen de un entorno rural con una jerga especial... Me contaban, como anécdota, que en Granada el médico le decía a un paciente "relájese" y por más que se lo repetía el paciente estaba muy tenso. Entonces pasó otra persona y dijo "quédese gonsao" y entonces el hombre se relajó. Hasta algo tan simple como esto, marca una diferencia. Entiendo que todo esto es un arte. Los médicos ya suficiente tienen con estar al día de la ciencia, tratar con la cantidad de personas que tratan pero claro, ellos no tratan con cosas sino personas. Sobre todo eso, que el lenguaje sea muy adaptado.

Otra cosa complicada es, por ejemplo, cuando hay niños. El nuestro es un hospital pediátrico y el que toma las decisiones son los padres porque los menores de edad no pueden pero el paciente también tiene que estar informado. Cómo se le informa al niño adecuado a su estado de conciencia. No es lo mismo un chaval de dieciséis que un niño de cuatro. Y luego los padres también son complicados. A veces ponen mucha presión... Otra cosa que no les gusta a los médicos es que hayan buscado información en internet y te pongas a discutir con él y le digas "¿no sería bueno hacer esto o lo otro?"

**El centro dónde estoy yo es un centro asistencial de atención intermedia, entonces la mayoría de pacientes son de noventa, ochenta para arriba. Claro, muchos cognitivamente no están del todo bien y el factor familia también es muy importante igual que un pediátrico, aunque de manera distinta. Igual la familia también es muy importante.**

Sí. Además es el médico quien tiene que valorar la capacidad del paciente. Las personas que "están mal" las incapacita un juez para que no tomen ciertas decisiones pero aquí no. Aquí es el médico quien tiene que ver. Y muchas veces las personas mayores al irse al hospital, aunque estuvieran bien en su casa, se desorientan. La familia es con quien contar, eso genera otra complicación porque

quién es el interlocutor. Si esta persona tiene varios hijos, tienes que hablar con todos pero al final es un lío... También es verdad que una persona mayor puede ser competente pero no es lo normal. Cuando intervienen terceros y son varios se complica.

**¿Qué te habría gustado aprender antes y por qué? En relación a la comunicación y trato con el paciente.**

Algo que he aprendido es que las cosas, sobre todo cuando hay discusión, no son sí o no. Por ejemplo hay veces que ya se ha intentado de todo con un niño paciente y se habla de retirar el tratamiento que sea (respirador, diálisis...), un poco para no mantenerle con medidas que alargan su sufrimiento y no le aportan bien. Muchas veces los padres dicen "No abandone a mi hijo", entonces el sí y el no entre retirar completamente y no, hay cursos de acción intermedio. Y eso también es un arte. "Vamos a mantener esto tres días a ver cómo reacciona y si no mejora..." Osea que hay formas de tomar decisiones... Esto de la comunicación no es solamente para que el paciente aprenda sino que detrás hay que tomar decisiones. Y a mi lo que más me ha gustado es eso: no es blanco y negro sino que muchas veces tienes que ir jugando porque, como son personas, decir "vale, no vamos a retirarlo, vamos a intentarlo pero si no funicono..." para llegar a acuerdo.

**Seguro que con el comité de ética os habéis encontrado que las situaciones no tienen una solución correcta, única o "blanco-negro" sino que hay diversas opciones.**

Muchas veces depende de las personas. Me he dado cuenta, no por sesgo ideológico, "estos como piensan así van a decir esto" sino que hay decisiones que son tan malas que no hay una solución perfecta. Tienes que jugar con ello y por lo menos dar una respuesta que sea motivada y razonada, eso sí, como dice el que inspira este comité en el hospital, Ricardo Martino. Hay que ir siempre buscando el bien del paciente, no tanto el del padre o el hijo sino la persona a la que estás tratando.

Y luego está un tema de comunicación que es, por ejemplo, personas que pueden tener una enfermedad genética tardía. Por ejemplo, tuvimos un caso de esos que no sabes muy bien qué hacer. Era un chaval al que le hacíamos una prueba genética por un tema de esquizofrenia. Parece que la máquina no te hace un análisis parcial sino que se aparece todo el conjunto de cosas que puedes tener. De repente vieron que este chico tenía una enfermedad que a partir de los cuarenta y cincuenta años iba a empezar y es un deterioro neurodegenerativo que iba a llevarle a morir. Decimos "¿qué hacemos con esta información?, se llaman "hallazgos no buscados". Hay veces que sí

que es suerte, por ejemplo un amigo que le descubrieron un cáncer a raíz de otra prueba pero claro... esta información, que ahora que es un niño pequeño va a tener una vida normal hasta los cuarenta años, ¿qué hacemos? ¿Se lo decimos a los padres?

La decisión fue no decírselo a los padres porque, primero, ni era el momento, tampoco se podía hacer nada (no había tratamiento), se iba a producir cuarenta años después... Entonces dejar la información ahí para que cuando el chico fuera mayor de edad se le dijera que podía haber una información de su interés y si querría saberlo o no. Porque otra cosa es el derecho del paciente a "no saber", hay veces que el paciente no quiere saber lo que le pasa. Y es también un derecho, ¿no? En principio, el médico tiene que decirle lo que pasa pero el paciente también puede escoger no saber. Ahí lo que decidimos fue no decírselo a los padres. Ya que podrían empezar a sobreproteger al niño, a ver que cualquier síntoma es por eso... Pero bueno el caso es que había una información muy relevante y te preguntas, ¿qué haces con eso?

### **¿El comité de ética asistencial de qué se encarga?**

Por ejemplo el comité de ensayo clínico, lo que dice va a misa. En cambio nosotros damos una opinión. Porque si te preguntan es que el médico tiene una duda que no ha podido solventar. Hay médicos que en el mismo equipo o en varios están enfrentados... Son temas que incluso generan problemas a los propios médicos y entonces te consultan, pero no es vinculante. Ellos pueden elegir la decisión que quieran, pero es una forma de ellos de tranquilizarse.

### **Como una herramienta consultiva...**

**Otra pregunta, ¿qué crees que es importante y no se está haciendo bien o lo suficientemente bien en relación al trato o comunicación con los pacientes? ¿Qué es mejorable?**

Ahí es uno de los temas, a parte de mi experiencia por lo que leo en libros, es la "gran asignatura pendiente". Ahí tendrían los médicos que mejorar mucho mucho mucho. Es verdad que si estás en un centro de salud y ves a cuarenta y cinco pacientes al día, pues no es fácil y muchas veces lo que hacen los médicos es "recetar siete cosas" para que se vaya contento "que me han hecho caso". Sobre todo la gente mayor, que va con mil quejas, lo que quieren es que le des la razón y se van contentos con sus recetas. Pero claro si uno tiene que ver a muchos pacientes no tiene tiempo. Pero realmente creo que esto se hace mal. También es verdad que como estoy con los médicos tampoco

les critico ya que hay gente muy maleducada, muy exigente, les insulta, los agrede... Por el otro lado, gente hay de todo tipo.

Creo que aquí no son dos personas al mismo nivel sino que uno está (queramos o no) en una situación de superioridad. Porque por muy mal que lo haga se irá a su casa y seguirá su vida mientras el enfermo, sobre todo el grave, está sufriendo y es vulnerable, tiene una situación familiar quizás mala... Creo que los médicos, lo mismo que tampoco estudian bioética, deberían estudiar también comunicación, o al menos hacer algún tipo de prácticas sobre eso. Hay algunos que les falta humanidad. Me han contado casos de gente relativamente cercana y no hay derecho a decir las cosas así.

**Mi proyecto culmina en crear contenido de formación para profesionales. Entonces, ¿qué crees que sería importante de tener en cuenta dentro de este curso formativo en relación a la comunicación? Por ejemplo, cuando hablas con un paciente tienes que mirarle a los ojos.**

Eso ya casi sabes más tú de temas de comunicación. Efectivamente alguien que te está hablando sobre algo y te rehuye la mirada, dices "aquí está fallando algo", da la sensación de que te está ocultando algo, aunque no sea así. Debería buscar el entorno más tranquilo posible dentro del hospital, que él esté tranquilo, que tenga paciencia, que no despache en un momento y se vaya. Que si hay que volver a hablar y repetir... en enfermedades largas, la comunicación no es de un día, tienes que ir hablando a lo largo del camino bastantes veces. Lo ideal sería que fuera un acompañamiento, sin pasarse. No es que el médico tenga que vivir con el paciente pero incluso si es una enfermedad que no tiene solución, ir viendo con él los cursos de acción que se pueden hacer, no desde el principio (porque quizás el paciente hasta se encuentra bien) sino por el camino ir actualizándole la información en función de lo que él perciba que son las necesidades.

**Osea que el paciente se sienta acompañado, ¿no?**

Eso es...

**Por último, ¿me querrías explicar algo más, alguna situación que te hayas encontrado en que la comunicación falló?**

Sobre todo lo que hablábamos antes del “Terrorismo informativo”. Una paciente andaba mal, le dolía la boca, fue al dentista y le estuvo mareando... resulta que tiene un cáncer de mandíbula (que en general tienen mal pronóstico). Pero bueno el médico se lo dijo brutalmente “usted tiene un cáncer galopante, esto no se puede operar porque lo tiene muy extendido porque puede perder la cara y el ojo...” En fin que no es forma. Y otra cosa que podría ser para los médicos pero es difícil es que muchas veces son muy categóricos. Cuando hay un tema complicado, uno pide una segunda opinión, vas a otro médico por si acaso para ver si hay alguna alternativa... Y lo que pasa es que en vez de decirte “tenemos estas opciones y para mi la correcta es la a, la que recomiendo”, te dicen “esto es de a”, punto. Y va al otro médico y dice “esto es de c”. Y claro al final es el paciente quien tiene que tomar la decisión. Yo comprendo que los médicos tengan su opinión y digan que esto hay que hacerlo así pero que al menos estuviera la opción de poder optar por una segunda o un plan B.

### **Y así también el paciente se siente partícipe de la decisión, ¿no?**

Claro, sino parece que “o haces esto o no hay nada que hacer” y claro vas al otro y te dice lo contrario, luego no es verdad. Y al final decides tú y a veces aciertas y a veces no. [...] Creo que la mayoría de los casos siempre hay un tratamiento alternativo y eso normalmente los médicos no lo contemplan. Y al final genera que el paciente es quien tiene que tomar la decisión con dos soluciones que le han dado, contrapuestas muchas veces, y que él no sabe qué prefiere. Muchas veces ahí el problema es que haces caso al simpático y no siempre coincide con el que propone el mejor tratamiento.

Lo que también creo importantes es Nunca mentir. Una cosa es no decir algo al paciente y otra es “no mentirle”. Por ejemplo con los niños que están ingresados gravemente, una madre de la UCI decía “siempre me das malas noticias, dame alguna buena, mira esta vez los leucocitos están bien” y le decía “sí sí los leucocitos están bien pero esto esto no es significativo, no es que esté mejorando...” También es importante no engañarle con falsas esperanzas o decir “no no pasa nada”. No decir mentiras. Aunque tampoco tengas que decirle toda la verdad, de golpe, en un mismo momento. Irla adaptando a cómo va encajando la historia.

**Hay gente que decía que cuando información al paciente o familiar tienes que hacerlo de manera gradual, según su interés. Lo primero que quiere saber después de una operación es “si ha salido bien o no” después el por qué y después le explicarás lo que viene a partir de ahora. Ir**



**gradualmente a sus intereses porque sino le sueltas una información, el paciente se bloquea porque no es lo que necesita saber en ese momento...**

Si, o que es tan mala la noticia como que ya ha puesto una muralla psicológica para autodefenderse. Muchas veces hay que volver a explicar, sobre todo si son personas mayores. También preguntarle si lo ha comprendido bien. Asegurarse de que efectivamente el mensaje se ha recibido. Está muy bien el preguntar para ver si lo que has dicho ha calado o no ha oído.

**Muchas gracias, Pablo, hasta aquí las preguntas.**

Algo que tengo pendiente de ver y que aun no he estudiado un caso que me planteó el comité el otro día. Un paciente que grababa la conversación con el médico. En este caso a la médico no le gustó. La madre trabajaba y al médico le llevaba una hermana que es mayor de edad y entonces dice "yo creo que grababa para pasárselo a su madre". Entonces se les planteaba la duda de si se puede grabar o no una conversación. A nivel legal, no podemos grabar a un tercero sin su consentimiento. Pero nuestras conversaciones las podemos grabar pero no podremos utilizarla nunca para revelar secretos o la intimidad de alguien. Pero ahí la duda es qué pasa con la consulta médica. Por ejemplo, la psicóloga decía que se apartan los móviles en la consulta, cosa que me parece lógico porque es una sesión terapéutica y el paciente habla de cosas muy íntimas. Pero claro una actividad terapéutica y otra es una conversación informativa. Lo tengo que mirar, yo creo que se podría grabar siempre y cuando no se difunda. Pero claro tiene el riesgo que es muy fácil de difundir. Eso sí, a los médicos no les gustaba porque decían que les quita espontaneidad. Depende de quien grabe puede sacar "ei, el 26 de octubre usted me dijo x". Es cierto que rompe un poco la relación de confianza entre médico-paciente, aunque no sé si jurídicamente se puede impedir (que esa es mi parte).

**Entiendo que no ayuda por parte del médico, porque parece una muestra de desconfianza aunque puede estar justificado por ser una ayuda para el paciente...**

Yo creo que en esto lo importante es, como en todas las relaciones humanas, generar una relación de confianza pero que también a su vez tiene que tener distancia. Todos los médicos que saben te dicen "no es tu amigo, tu hermano, padre..." es más siempre dicen que si tu pariente estén mal se los lleve a otro médico (cuando es grave). Creo que es conjugar ese darle un trato humano pero a la vez no caer en la tentación de... por ejemplo me decía un médico "nosotros con niños con cáncer te vuelcas y te dices que es muy adictivo el sentirse bueno" "fíjate lo que estoy haciendo por este chaval", que le había organizado una quedada con unos amigos pero no... Tu eres el médico y eso ya lo harán

asociaciones, familiares... Tu función no es hacerte el colega del paciente. Por eso, algo que no les gusta a los pacientes es "oiga y si... ¿usted qué haría?" "¿Qué haría si fuera su hijo?".

**Esto también me lo han dicho otros profesionales que he entrevistado, no era médico pero también me comentaba eso. Encuentra importante esa relación entre PERSONAS pero a la vez no quería llegar al punto de implicarse personalmente con el paciente.**

Es difícil no encariñarse. Me contaba este médico de la UCI que había pasado por oncología y cuando era residente, entras con unos pacientes que ya llevan un tiempo que ya se están muriendo y otros que acaban de empezar. El primer año empiezas tratando con estos. Y cuando volvían en el segundo y tercer año a dar la rotación, decían "ahora me está afectando la muerte de estos niños mucho más que el año pasado". Y claro el año anterior veías a los que estaban en su etapa final, no habías tenido relación personal. Te entristece pero no te afecta tanto. Mientras que a estos ya los has conocido durante un año vas viendo como se mueren. Es imposible, salvo que seas una piedra, no emocionarse con algunos casos. Pero creo que sí hay que mantener cierta distancia emocional pero primero te vas a meter en un jardín y al final te acabas equivocando. Por eso, cuando son familiares, la tentación es intervenir pero creo que hay que "morderse los puños" y dejar que traten otros profesionales. En derecho se dice que "el abogado que se defiende a sí mismo tiene un tonto por cliente". Claro, el médico necesita un poco de distancia. Y las enfermeras sobre todo ahí tienen un gran papel. Los médicos podrían, para complementar y ver cómo enfocar al paciente, es preguntar más a las enfermeras. Si se queja, los dolores que tiene, las visitas de la familia, su actitud... Tiene pequeños detalles del día a día que le puede venir muy bien a la hora de afrontar un caso con el paciente. Son las que saben realmente.

#### **¿Las enfermeras también tienen que marcar esta distancia?**

Lógicamente es una profesión y no pueden tratar como si fuera un hijo, porque se volcarían con uno y no podrían tratar al resto. También lo pasan mal porque sí tienen información y a veces no están de acuerdo con el tratamiento escogido por el médico, o cómo se han comunicado las cosas al paciente. Pero "no pueden hacer nada". Lo pasan mal, cuando están entre las dos partes, ven situaciones complicadas, sienten impotencia... Por eso siempre digo que deberían estar mucho más implicados enfermeras y médicos, más en contacto y de escucha. El tratamiento no lo hacen entre los dos y el responsable es el médico, firmar y poner el tratamiento, también informar al paciente. Pero creo que el médico lo haría mejor si tuviera más en cuenta lo que piensan las enfermeras.

**Muchas gracias Pablo.**

## 10.2. Anna Centelles, Referent Pacient-Família al Nhe

23/12/2022	ANNA CENTELLES	Referent Pacient-Família i Atenció espiritual al Nhe
------------	----------------	--

**Hola Anna, primer de tot gràcies pel teu temps, disponibilitat, i generositat per exposar els teus coneixements, la teva experiència, i tots els consells que puguin fer millorar allò relacionat amb la comunicació en l'experiència del pacient. Et torno a presentar el meu projecte: dins la cultura de l'experiència pacient, em vull centrar en la comunicació i el tracte directe. M'agradaria trobar les claus, els detalls, que fan que el pacient tingui una millora experiència a l'hospital. El tema és: la comunicació en l'experiència del pacient.**

**Per començar, m'agradaria que et presentessis una mica respecte l'àmbit professional i la teva relació amb l'experiència del pacient.**

L'experiència que tinc ara o a lo que em dedico ara, que és l'Experiència pacient, ha vingut una mica sense jo adonar-me'n. Vinc del mon de l'atenció espiritual perquè a nivell vital ho vaig necessitar i ara crec que és necessari oferir-ho al pacient. És l'atenció holística, o integral, que s'està proposant des de molts sectors de l'àmbit sanitari. A partir d'aquí vaig veure que després d'estudiar atenció espiritual em faltava alguna eina per arribar més a fons i més ràpid, ja que a vegades tenim poc temps i has de tenir un contacte molt immediat amb el pacient i jo no tenia aquesta eina. Aleshores vaig trobar que la relació d'ajuda humanista, el que es diu counseling, m'ho podria facilitar. És un tipus de comunicació i d'atenció que fa que sigui molt més eficaç el temps que passes amb el pacient perquè des de la primera frase ja pots estar creant aquest vincle que al final fa que el pacient pugui obrir-se i manifestar-se perquè sobretot l'ajudem i acompanyem a portar un camí, un procés, al llarg de la seva estada. Potser, fins i tot un final de vida, perquè ell mateix sapigui i se situa allà on ell està i allà on ell vol arribar.

Primer de tot el convidem a treballar i buscar a través de la seva intimitat què és el que li està passant, aquesta part més emocional. No ens centrarem tant en el problema que ell planteja sino en la part emocional. "Per què em sento així?" "Què és el que em fa que em senti d'aquesta manera?"... I quan l'ajudem a investigar què és el que li està passant i quin és el context on està i on es situa, i ell és conscient dels sentiments que li provoquen aquest malestar emocional, aleshores li ensenyem diferents camins que pot agafar i que ell tria a on per donar, com, a quin ritme i de quina manera. Ell és l'amo de la seva vida, és qui controla la seva vida, nosaltres només fem aquest acompanyament. Però al final quan la persona se sent acompanyada emocionalment, acaba veient

quin és el seu problema. I quan tenim aquesta claredat, en tot el que ens passa, i tenim una persona al costat que ens recolza, aquí ens empoderem per prendre una decisió i resoldre problemes. Aquestes tres fases que es tracta en la relació d'ajuda. Aquí, quan tenim un problema, una persona que no sap acceptar la situació que està vivint... li han donat una mala notícia, té una malaltia que no es pot curar, o no sap enfrontar la malaltia... doncs és aquest procés que nosaltres intentem acompanyar per l'acceptació d'aquesta malaltia, final de vida o una situació inclús familiar. Perquè a vegades no és la malaltia en sí la que provoca angoixa sino la situació familiar. I nosaltres el que fem és acompanyar.

### **Està relacionat amb la part de psicologia de l'hospital? Treballem conjuntament?**

Treballem en equip. Participem de les reunions interdisciplinars precisament d'això. Moltes vegades ens recolzem de psicologia perquè quan ja hi ha una patologia, sí que és la psicòloga la que ha de intervenir però a vegades estem tristos i no sabem com tractar aquesta tristesa. Aleshores sí que és bo que algú t'acompanyi i et faci veure "estàs trist, pensa per què" "T'ofereixo aquest espai d'escolta" "t'ofereixo aquest moment perquè tu puguis reflexionar i veure què et provoca aquesta tristesa" Si ja parlem d'una depressió, llavors sí que es tracta d'un problema psicològic on ha d'intervenir un psicòleg, per tant, treballem conjuntament i no ens trepitgem la nostra feina, és en equip i molt necessari.

### **És el pacient qui ho sollicita o aneu passant per cada pacient oferint l'acompanyament?**

L'acompanyament espiritual es fa a través d'una escala que fa infermeria. Una escala que és molt bàsica però suficient, ens està servint per detectar quan hi ha un problema emocional. A partir d'aquí l'abordem l'equip d'atenció espiritual. Segurament aquest problema emocional ens portarà a un problema espiritual. I llavors és aquí on nosaltres intervenim. Si és un cas realment agut, o l'Íñaki o jo som qui més actuem. Si no, tenim un equip d'agents espirituals que són qui ens donen aquest suport i intenten acompanyar la persona en aquest sentit.

**Més enllà de les habilitats i capacitats tècniques que pugui tenir l'equip sanitari o de l'hospital, quins aspectes generals són els que valora més el pacient i la família de la seva experiència? Per exemple, sentir-se informat, escoltat... Què creus que és important?**

Jo crec que tot ésser humà el que més valora és que l'escoltin perquè realment tots tenim aquesta necessitat de sentir-nos persona, de sentir-nos estimats i estimar. És una necessitat de l'ésser humà i aquesta és la vessant espiritual. I aquí no parlem de religió, un ateu també necessita estimar i ser estimat. Necessita ser reconegut com a persona, transcendir o sigui veure's que forma part d'algo més gran que ell mateix, no? Si a sobre estàs en un moment de crisi, de vulnerabilitat, fragilitat, doncs que algú estigui pendent de tu i que algú t'escolti, es preocupi per tu... sigui de la vessant que sigui, això és molt necessari i ho agraeixen moltíssim. Això passa per una bona comunicació, a vegades els silencis parlen molt també, les mirades... Comunicació verbal i no verbal. Però sobretot és aquest acompanyament, l'escolta, el fer-lo sentir important i com individu, ser humà. Això també és humanitzar, és tractar la persona com a persona, penso que és aquí on hem d'arribar com servei sanitari: centrar-nos en el que és la persona.

**En l'àmbit de la comunicació, que ara també menciones, i el tracte, quins aspectes concrets creus que son important a l'hora de parlar amb el pacient?**

Com hem dit abans, l'escolta és fonamental i sobretot que ens adonem que la comunicació no verbal és un 80% aleshores una mirada és super important, un toc amb prudència (perquè hi ha persones que els agrada més o menys i això s'ha de saber). Ja no dic donar una abraçada, però a vegades és una apretada de mans, és una mà a l'espatlla, d'una carícia senzilla... Cal demostrar que m'importes amb la persona, donar una part afectuosa encara que no sigui excessiva, ha de ser senzilla i en la mesura que el pacient t'ho accepti. Una mirada a vegades fa tant com el tacte i, si es complementen, millor encara.

**A l'hora de parlar amb el pacient...**

En l'era que vivim amb la informació tant a l'abast, i sobre tot ho veig amb les famílies que a vegades venen pensant que en saben més que el metge i aleshores per què? Perquè tenim una informació immediata, som molt exigents cada vegada més a tenir la informació gairebé diària. No sempre s'entén que aquest hospital és una atenció intermitja. La informació no és diària però l'atenció al pacient sí i això potser ho hauríem de treballar com a centre. És una opinió personal pel que veig en el dia a dia. La família i el pacient volen estar informats, volen saber què els hi passa, volen saber diagnòstic i pronòstic. A vegades és una mica complicat pel metge perquè a vegades no tots els cossos reaccionen de la mateixa manera davant una mateixa malaltia. (...)

També potser hauríem de fer veure que el metge és una persona que ha estudiat moltíssim i en sap molt però no és un déu i segueix sent una persona. També crec que l'estat anímic del pacient pot afectar moltíssim. Hi ha persones que en un final de vida no tenen bon ànim i "s'entreguen". La nostra tasca, veure per què aquest pacient no té bon ànim. Una persona lluitadora pot fer que la malaltia vagi molt més lenta i per això crec que és important. Aquest tipus d'informació sobre el pacient s'ha de tenir en compte a l'hora de fer aquest diagnòstic i pronòstic. La fe també afecta molt en com el pacient lluita més o menys. Tot és un trencaclosques i no podem fer fotos exactes.

### **Creus que és important informar a les famílies?**

Sí, això els dona seguretat i estabilitat, és una crisi el que estan vivint.

**He parlat amb altra gent, com seria millor oferir diverses opcions de tractament i que el metge digui quina li sembla millor però que el pacient pugui triar ja que moltes vegades se li presenta només una opció i punt.**

Aquí no et sabria dir perquè depèn de la malaltia hi haurà més o menys tractaments i no ho sé. Sí que és veritat que si jo em poso al lloc de les famílies, evidentment voldria saber els diferents tractaments, abans que m'ofereixin només un voldria triar.

Tot i que jo crec que una de les coses que hauríem de comunicar més o donar més informació és el testament vital. Ara tenim peces i eines que ens poden ajudar com a éssers humans perquè jo no sé què em pot passar quan passi per la porta. Puc ser atropellada, quedar-me en un estat vegetatiu o incapacitada per poder decidir. Si jo ho deixo per escrit sé que la meva última voluntat, algú es cuidarà que sigui feta. O per exemple si jo tinc una malaltia amb una evolució que puc perdre el coneixement o no ser capaç de la meua malaltia, o vull decidir amb el metge cada dia quin serà el meu tractament... Potser un dia li dic al metge "no vull morfina i vull patir" i al dia següent dir-li "necessito la morfina, tenies raó". Tant el document de voluntats anticipades com el testament vital penso que són eines que ho hauríem de donar més a conèixer a la població. I ho hauríem de fer, tots, és un dret que tenim i seria una tranquil·litat en un moment crític de la nostra salut saber que tenim això escrit. Ens donaria molta pau.

### **El pacient se sent escoltat i participa de les decisions sobre si mateix, no?**

Penso que fins i tot ho hauríem de fer abans d'estar malalt. Per què no avui? Jo no sé què em passarà quan surti per la porta. El document de voluntats anticipades és un document que em permet una revisió i si jo estic malalta, jo puc anar revisant amb el metge com vull ser tractat perquè puc canviar d'opinió i necessito parlar-ho cada dia (si estic en aquesta situació de malaltia). Necessito parlar amb confiança i franquesa què és el que vull i què és el que no vull, què m'aconsella el meu metge i vull escoltar-lo, vull decidir amb ell conjuntament què farem avui.

**La paraula “franquesa” em crida l'atenció per la necessitat de ser clars. A vegades creiem que hem donat el missatge però el pacient o família no entén o no es dona per al·ludit. Quin consell donaries per ser francs però a l'hora tenir tracte en donar certes notícies?**

El metge necessita molt i molt formació en comunicació. Perquè és bàsic per una família que li expliquin de manera que ell ho entengui. A vegades el metge s'explica molt bé però la família emocionalment a vegades es bloqueja i no aconsegueix entendre el que li estan dient. Jo ho he viscut en primera persona. A mi em van dir que la malaltia del meu marit estava evolucionant i vaig entendre que “per bé” perquè com li estaven donant un tractament... Però clar ara ho veig com un absurd però en aquella hora era tant el voler que evolucionés per bé que vaig entendre totalment el contrari del que era. La família s'agafa a qualsevol cosa “com un hierro ardiente”, “una tabla de salvación”, “m'aferro al que sigui per no sentir-me tant malament”. Jo no vull que em diguin una mala notícia i com no la puc evitar, el cervell és com que es bloqueja i intenta entendre el que vol. Després d'un temps i depèn de la persona que tens, ja anirà entenent que no és el que ell ha volgut entendre sinó que les paraules del metge han volgut dir una altra cosa. Però clar, pel metge és un “jo ja li he dit x vegades” i continua no entenent. Per què? Doncs perquè emocionalment no ho pot entendre. No és que no vulgui sino que no pot. Per això és necessari que els metges tinguin aquesta formació perquè emocionalment ells també estiguin preparats. Es posin al lloc de la família i que si no ho entenen és perquè no poden i no perquè no volen. Necessiten una explicació donada d'una altra manera, o una altra vegada. Potser el metge ha estat molt clar però necessita que ho digui d'una altra manera. I no és fàcil...

**També he sentit a parlar que quan li dones una notícia a un familiar o a un pacient, el primer que vols saber és si ha anat bé o ha anat malament. Després t'interessarà saber el motiu o detalls. I llavors a partir d'ara què ve. Tens experiència i formació en aquest aspecte de l'ordre en com dir les coses, què és el que li arriba millor.... Perquè si comences a explicar-li al pacient o familiar un tipus**

**d'info que en aquell moment no la rep perquè el que espera és saber si ha anat bé o malament... Sabries dir-me aquest ordre o aquest estar atents a l'interès de l'altra persona.**

Hi ha una tècnica bàsica en comunicació que és preguntar-li a la família "ha entès el que li he dit?" o demanar-li, "expliqui'm vostè el que li he dit". Perquè quan el malalt o familiar posa les seves paraules sobre el que ha dit el metge, llavors ens adonem si ho ha entès o no. Perquè poden dir "sí sí" però quan li fas explicar és quan veus si ho ha entès o no o quina part ha entès o fins i tot, emocionalment com està. Quan ho repeteixi veuràs que emocionalment es desmorona, és quan se sent dir... Per exemple a mí em va costar molt la paraula "vídua" quan m'hi ho vaig quedar. Em va costar moltíssim poder-la pronunciar. Anava a fer papers i em deien "estat civil" i no em sortia... Fins que vaig aconseguir dir-ho però va ser duríssim per mí i emocionalment em va costar horrors... Llavors penso que quan el metge dona una mala notícia o qualsevol informació, hauria de dir "ara expliquis vostè què és el que jo li he dit". En aquesta conversa podem recollir informació sobre com es troba i sobre si ho ha entès o no, a més podem recolzar la nostra informació i veure en quin punt està. Potser al cap d'una estona o al dia següent donem un pas més en la quantitat i nivell d'informació. Si li ho donem tot de cop... A la primera frase el cervell es bloqueja. Pots estar parlant i parlant però la persona no escolta.

**Creus que això ajuda a que la persona se senti més autònoma? Ja que li dones una informació, ella te la repeteix i llavors és conscient és conscient del que li passa, del tractament que ha de fer, la responsabilitat...**

Sí, fins i tot "coger las riendas". Ara me n'he adonat i sóc conscient i ja sé que he de prendre una decisió de la meua vida. Fins que una persona no s'escolta a ella mateixa... I això amb el counseling ho aconseguim, el que procurem és que la persona parli. Quan la persona parla i s'escolta és conscient i posa en "ordre la llista", se n'adona que x li fa mal i ho diu, li afecta... Fem com un mapa del nostre estat emocional i la nostra consciència, de la informació que encara no hem assimilat o de la que ja tenim.

I fa la persona autònoma per prendre decisions.

**Què t'hauria agradat aprendre abans i per què en relació amb la comunicació amb el pacient?**

Penso que aquesta relació d'ajuda del counseling, a mi m'està canviant la vida. M'ha ajudat molt a gestionar les meves pròpies emocions. Sobretot en aquest moment de pandèmia en que jo vaig



passar un dol molt fort perquè es va acabar una feina i vaig haver de començar una altra. Una m'agradava moltíssim i una altra que la he anat descobrint, la part bona, de mica en mica (al principi em venia la part dolenta). Era molt emocional i molt dura, ja no era la jornada laboral super extensa i treball físic sinó tot el que suposava emocionalment. Va ser molt dur i el counseling va ser com una teràpia, mentre l'estudiava per mi era terapèutic. I penso que si a mi m'ha ajudat molt per ajudar a l'altra gent. I ara que estic començant a aplicar-lo, veig que funciona moltíssim, i això que no ve la gent a demanar-me ajuda, i uf, diuen "sí". I s'obren. "Sisplau", és com si ho demanessin. "Ho estic passant malament" "Això de la malaltia m'ha vingut de sobte" "No sé com gestionar-ho" "La família..." "Soc una càrrega"... Quan més estudies, veus i parles amb el pacient més veus la necessitat que hi ha. A mi m'ha servit moltíssim.

### **Quin secret o què no t'esperaves que el counseling t'ha obert els ulls?**

Una cosa que no em van explicar quan l'estudiava és que he d'anar molt en compte èticament en ser prudent per no passar uns límits, perquè et topes tant de front amb la fragilitat. La persona s'obre de tal manera que has d'anar amb "cotonet" per recollir la persona, cuidar-la, mimar-la, tractar-la i no passar aquests límits. Podries passar-te i ser fins i tot manipulador. I això em fa molta molta por, és una responsabilitat molt gran. De la manera que m'he trobat amb gent que se m'ha obert de tal manera que penso "ei, quina responsabilitat". Osigui si no vaig amb molta cura en aquest acompanyament puc fer molt de mal i he d'anar molt amb compte. Ser molt curosa.

**Altres professionals m'han comentat que creuen important mantenir uns límits professionals amb la persona. Osigui humanitzar el tracte però alhora he sentit expressions com "no m'agradaria anar al funeral d'un pacient que he tingut". Osigui creuen important establir aquests límits professionals. Què en penses?**

Penso que s'ha de saber i tenir més clar el que és l'empatia. L'empatia és entendre com se sent la persona però has de "saber sortir de la piscina". Et pots mullar amb el pacient, pots sentir-te mullat com ell però algú ha de tenir la mà enganxada a l'escaleta de la piscina per poder sortir i poder ajudar. I jo sé que estic allà per ajudar, no només per quedar-me mullat amb el pacient. Llavors jo he de saber com ajudar-lo. I ajudar-lo no és tirar-me a la piscina i ja està, sino he de saber ajudar-lo a sortir-ne. Jo m'he de posar a la seva situació però he de saber qui soc, que jo estic ajudant, que jo sóc el professional, aleshores he de saber com ajudar-lo. I no és només sentir el que ell sent i emportar-m'ho cap a casa. I fins i tot això em permetrà fer un pas següent, que és la compassió. Però

si jo no sé empatitzar bé, la compassió em portarà a no saber ajudar. De tal manera m'involucraré amb la persona, que em quedaré amb el dolor però no podré al final ajudar-lo. Em faré mal a mi mateix i jo he de ser conscient que després d'aquesta persona en vindrà una altra, i en vindrà una altra.

Jo sé acompanyar en el dol i podria anar al funeral, sabent que després he de tornar a l'hospital perquè he d'acompanyar a una altra persona que està a final de vida, i que també em necessita.

**Moltes gràcies Anna... També m'ha ajudat a entendre aquesta resposta que vaig sentir, que de primeres et sembla freda però que també ho entens completament. No deixa de ser una feina que és molt vocacional, que és persones que cuiden de persones però alhora, aquesta protecció cap a un mateix. I també m'ha agradat molt el que has dit que, això et permet ajudar a l'altra persona.**

I al següent. Perquè si et quedes amb el dolor... A veure tots hem de passar dols, per exemple [cas d'un pacient amb el que molts professionals havien fet vincles i finalment va morir] d'alguna manera, el fet de posar-ho en comú justament aquell dia, en la formació de valors va ser el nostre dol. Què vam fer? Vam posar en paraules el dol, el que sentíem per ell. Perquè tots ens havíem implicat amb ell, era un bon pacient i la seva situació era complicada, amb la família i tal. Va ser bo, terapèutic per nosaltres. Ja estic comentant varies vegades, i penso, que seria molt bo de crear uns espais de comunicació nostres, interns. Seria molt bo. En counseling es diu grups balint, un concepte d'un psicòleg de l'Europa de l'Est. Aquest va veure que si els psicòlegs xerraven sobre casos difícil i els seus problemes diversos, s'ajudaven els uns als altres, emocionalment. Contrastaven informacions i això els ajudava a millorar. D'una banda els tractaven emocionalment i d'altra banda buscaven el recolzament i informació en els companys.

Crec que vam fer més o menys això, encara que disfressat perquè en principi estàvem parlant de valors i altres temes. Però al final, el fet de parlar d'aquest pacient, ho hem tractat. Tothom estem en dol i ens recolzem els uns als altres, parlant bé d'aquest pacient que ho necessitem. Però una vegada fet el dol, saps que tens un altre cas com aquest, en una altra planta, en un altre lloc... i has de continuar. Aleshores ens hem de donar aquest temps per parlar-ho. Per exemple, vaig anar a parlar amb infermeres de planta perquè els va deixar una noteta... per veure si necessitaven recolzament. Però són professionals que han viscut dols en la seva vida personal i han sabut gestionar-ho. El problema és quan a planta hi ha persones que no es tracten espiritualment o no han viscut o tingut l'oportunitat de viure emocionalment certs problemes o situacions com les que passen aquí, i llavors

no saben fer-ho. No sé si potser els hauríem d'ensenyar o tenir paciència fins que ho passin en la seva vida personal... al final si som persones que cuidem de persones, com siguem nosaltres dirà molt de la nostra feina. No ens podem oblidar de qui som, per molt que a casa tinguem un rol i aquí un altre, continuem sent la mateixa persona, no ens podem dividir ni oblidar de nosaltres mateixos. És més, les nostres vivències personals ens poden ajudar molt en la vessant professional, perquè estem parlant de persones.

Potser el professional hauria de recordar més que és persona i no li hauria de fer por viure les situacions que es viuen aquí com a persona. I no només com a professional. I el que viuen aquí també s'ho podrien emportar cap a casa i aplicar-s'ho com a persones. Però a vegades pot fer por mirar-nos a nosaltres mateixos. Això és una vessant de l'atenció espiritual, que és la relació amb nosaltres mateixos. Ningú ens ensenya a treballar-la, a viure-la i a mirar-nos cap endins. Per això hi ha molts problemes de soledat, i que la soledat estigui tan mal vista. si ens treballéssim la soledat, seria un plaer. Perquè ens coneixeríem més i creixeríem més com a persones. Però això no ens sol ensenyar ningú. Quan ens hi trobem és un "qué miedo" i no volem.

**Hem estat parlant sobre això tota l'estona però, per últim, què creus que és important i no s'està fent (prou) bé en relació al tracte amb el pacient. Podria ser "tips" concrets del counseling o saps d'un cas en que el pacient no es va sentir escoltat i saps el motiu... Alguna cosa que diguis "això no ho sabem fer" o "això s'hauria de fer d'una altra manera".**

Com a centre d'atenció intermèdia, tractem molta gent a final de la vida (que no vol dir que siguin els últims dies, encara que també). La vessant espiritual és molt important perquè a vegades, quan la persona està aquí en els últims moments o anys de la seva vida, la persona potser no espera tant recuperar-se, ja sap que té una malaltia. Fins i tot aquesta pot ser crònica i ja fa temps que la té. Potser té aquests alts i baixos, que a vegades li toca ingressar, a vegades li toca estar a casa... O a vegades sí que és veritat que la malaltia el sorprèn. "No he tingut res fins que m'he caigut, i ara em trobo que soc dependent d'un altre". El temps que passen aquí, és un temps de reflexió. Un temps que fan aquesta revisió de vida. Ara m'he caigut, ara he de dependre dels altres. Què he fet a la meua vida? "Doncs sempre he sigut activa" "Sempre he ajudat als altres i ara m'han d'ajudar a mi" I això és com un dol, aquesta pèrdua d'autonomia, de salut... És topar-me amb uns anys que no sabia que tenia o "que el meu esperit no va com el meu cos", "jo encara em sento jove" però de sobte el llit m'ha aturat, la malaltia m'ha aturat. Ja no tinc la meua rutina, ja no vaig a jugar a escacs al casal d'avis. O no surto a passejar amb les amigues a fer un cafè. Penso que aquesta vessant d'atenció

espiritual és molt important. Donar espais d'escolta, poder intervenir, poder facilitar aquesta comunicació amb la gent els donaria aquesta revisió de la situació vital en la que estan. Seria molt important perquè ho visquessin amb pau, fins i tot centrar-se en el moment vital en el que estan. I adonar-se de la realitat en la que es troben. I d'altra banda, i penso més en les famílies de la situació del nostre tipus de pacient, malalts amb demència o edat força avançada, les famílies necessiten informació i comunicació. Amb el metge però també amb tot l'equip.

### **A què et refereixes quan dius comunicació?**

El saber que poden rebre la informació que necessiten en un moment determinat. Potser si parléssim de gent més jove diríem, "si tinc un dubte a quin telèfon em puc adreçar?" Aquí potser no podem oferir això però sí un equip que pot estar per la família. No sé com seria la comunicació (donar la informació) o manera ideal. Però sí que l'hem de donar perquè vivim en un moment de informació immediata que, fins i tot, la gent gran ja s'hi està acostumant. "Com que m'he d'esperar a tal dia per apuntar-me a una llista i que em truqui el metge?" Però el metge només pot informar a x famílies i és com que no és suficient.

### **Les famílies se senten poc informades?**

Sí... perquè volen informació i la tenen al google, trucades, amazon... Ja, pum, aquí. I aquí? Quan és un tema tant immediat... La malaltia. Vull saber la seva evolució dia a dia, i més en un hospital d'aguts que és diari. Però arriben a aquí, atenció intermitja i la gent encara no coneix aquest tipus de centre i clar... És veritat que existeix a poques comunitats autònomes i "ara com puc rebre informació?" "de quina manera?" "Necessito informació, que sino estaré nerviós" Em pregunto, com aconseguir que el metge tingui temps d'atendre al malalt i d'informar? És molt difícil. Com educar a les famílies perquè no cal en aquests moments donar informació diària? I que al mateix temps la família estigui tranquil·la i que, si és necessari, se li informi. Com educar? No ho sé, suposo que és una feina dels metges... i potser l'equip també hauríem de recolzar el metge, donant aquesta informació al familiar i al pacient. També és veritat que aquí ens recolzem molt en la família i el pacient el tenim una mica desinformat. A vegades els costa d'entendre i és lògic que informem més a la família. Pel tipus de pacient que tenim aquí.

**Moltes gràcies Anna.**

### 10.3. Miriam Herrera, Equip rehabilitador al Nhe

23/12/2022	MIRIAM HERRERA	Equip rehabilitador al Nou hospital evangèlic
------------	----------------	---

**Bon dia Miriam, primer de tot moltes gràcies per la teva disponibilitat i ja t'ho he presentat en algun moment però hi torno, el meu TFG va sobre l'experiència dels pacients i com la comunicació pot tenir un paper important en la seva estada a l'hospital. M'agradaria que et presentessis una mica a nivell professional, quina relació tens amb els pacients i la seva experiència.**

Bàsicament soc fisioterapeuta i tinc un tracte directe, diari amb pacients i família. Evidentment hi ha d'haver comunicació, em trobo amb diferents dificultats o panorames, pacients amb els que em puc comunicar millor o pitjor, atenent per exemple persones amb barreres idiomàtica. Això condiciona aquesta comunicació oral. També ens podem trobar amb pacients amb deteriorament cognitiu, ens trobem certes barreres en aquest sentit, o persones amb alteracions neurològiques en les que hi ha una alteració en l'expressió de la paraula, o una afasia (comprensió i emissió del missatge), persones amb sordesa... o altres. Evidentment, hem d'establir una comunicació per jo poder empoderar-los en el procés rehabilitador i quant més fluida sigui aquesta comunicació, molt millor.

**Més enllà de les capacitats i habilitats tècniques de l'equip, quins aspectes generals son els que valora més el pacient i la família de la seva experiència?**

Per exemple, aspectes que jo em trobo. Faig una valoració inicial en aquest pacient, li explico una mica la anamnesi, què és el veiem, quins son els objectius del tractament que, en principi, estan en consonància amb l'ingrés, la valoració del metge i després amb tot l'equip. Però en quant a objectius de fisioteràpia jo els estableixo una mica amb llenguatge planer, atenent a cadascú, i els explico quins son els objectius de rehabilitació en el seu temps en aquest hospital. Explico els objectius i de quina manera ho farem. Periodicitat, exercicis que han de fer a la tarda, quina és la importància i paper de la família del procés rehabilitador... Perquè treballem conjuntament d'una manera molt intrínseca. I alhora empoderar el propi pacient per aconseguir aquests objectius terapèutics. És important establir-los de manera inicial perquè a vegades el pacient et ve amb una idealització que no és real. I per mi això és important. Al llarg de la meva carrera professional he anat veient que si ho faig d'una manera específica i ben establerta, que les expectatives del pacient amb la realitat s'alineen una mica millor. Sempre hi ha algú que espera que li tregui el mal, "vull estar com fa dos anys". I dos anys en pacient pediàtric és un abisme... Intentant establir això, redueix aquesta dificultat per entendre quin

és el procés rehabilitador i tot va molt més rodat. Una aproximació amb el pacient i família respecte el pla de tractament. Quan hi ha família nova que no apareix, intento dir "miri, ja he parlat amb la seva germana, parli amb ells". Sempre s'intenta que sigui un familiar referent per pacient. Que és el mateix amb el que parlen la resta d'àrees. Recorda'm la pregunta...

### **Què creus que és el que valora el pacient?**

Crec que valora aquest tracte personal, que el tractis pel seu nom, comunicació fluida, el miris als ulls, que verdaderament programis una cosa i ho executis... Que el facis partícip del seu procés. Això els agrada i ho valoren, perquè així son pacients actius.

### **I la família?**

Quan n'hi ha, els agrada involucrar-se. N'hi han que tenen més ganes, altres que en tenen però no poden... Ens trobem de tot.

### **El fet de sentir-se informat, valorat, que li dediquin temps...**

El pacient potser no t'ho expressa amb un agraïment de manera escrita però hi ha molts agraïments que es queden a l'oral i en el tracte del dia a dia. Hi ha molts pacients que identificar que ets tu qui el tractarà cada dia... Saben que la fisioterapeuta vindrà i que havíem quedat en tal cosa. Tot forma part del procés de cures.

### **En l'àmbit de la comunicació i el tracte directe, quins aspectes concrets creus que valora més el pacient i familiar? Què creus que els agrada a l'hora de tenir una conversa?**

Aquest tracte individualitzat, que li diguin pel seu nom, que li puguis dedicar un temps (més del que ens agradaria) de seguiment, no només un moment puntual. Això ho fem, d'una manera diària, però clar el reconeixement positiu, si ho estic fent bé o no... Si els objectius s'estan assolint, si el grau de mobilitat ha augmentat. D'una manera planera però els fas veure que hi ha una millora i això ho valoren.

Evidentment, has d'estar atenent al pacient d'una manera activa i no tenir una entrevista mirant un mòbil o mirant la tv perquè estigui encesa, al contrari. El protagonista és el pacient. Mirar-lo als ulls,

si seure al costat o no, això va amb la proximitat que et dongui el propi pacient, no sempre et pots asseure. Hi ha persones que son molt més físiques i et toquen, jo com soc fisioterapeuta tinc una certa tendència a tocar però te n'adones de si molesta o no al pacient. Potser de primeres no ho diries i a l'endemà és el primer pacient que et busca aquest tacte físic.

Una cosa que faig molt, perquè ho valoro però no ho considerava tan important i si que ho és, és que els terapeutes (fisios i ocupacionals) som un equip menys nombrós i moltes vegades dic "soc la Miriam i soc la companya de la Laura, la noia que ha vingut aquest matí... i treballem conjuntament en dues vessants diferents" però que ens vegin com un equip. Intentem potenciar aquesta funcionalitat, cadascú des de la seva perspectiva.

### **Em podries explicar el primer contacte que tens amb un pacient?**

Sé que ha arribat un ingrés, inicialment miro a l'història clínica la documentació i destrio la informació que és més rellevant per la meua vessant. Veig per què ha ingressat, si havia iniciat rehabilitació en altres centres. I llavors faig el primer abordatge. Vaig a l'habitació, em presento li dic qui soc i què farem. També els deixo una pregunta oberta que m'expliquin què ha passat i per què ha està aquí, per què ha caigut... Aleshores utilitzo una entrevista semiestructurada. Perquè sino podríem estar-nos tota la vida. Pregunto desde "com caminava a domicili? sortia al carrer? Nivell funcional previ, si té cadira de rodes, bastó, quantes vegades s'ha caigut en un any..." em serveix per veure d'on partim prèviament. Utilitzo les paràfrasis i planificacions perquè pugui entendre què han comprès del que jo he dit.

### **Per exemple?**

Primer hem fet una valoració i li dic "ara intenti aixecar aquesta cama" i li pregunto "ha pogut veure que ha aconseguit fer això? Primer m'havia dit que no ho podia fer i, se n'adona que ho ha pogut fer?". Un altre exemple, un pacient em va dir "tu ets la persona que em curaràs" i clar, potser era una expectativa massa àmplia. "Vostè m'ha comentat això, anem a intentar veure perquè potser hi ha hagut una fractura, anem a veure els objectius perquè no sé fins a quin punt podem arribar. Però primer de tot anem a fer un control del dolor... I a mesura que anem resolent..." Explicar una mica a través de la pròpia història del pacient.

### **Com comuniqués alguna cosa que no espera el pacient?**

Aquestes “males notícies” no? Clar jo inicialment, a la brava no es pot fer. Primer sóc molt prudent, potser no sóc jo la persona que ha de donar certa informació de males notícies o no sola. Però en aquell cas, el senyor em deia “tu seràs la que em curaràs”. Però clar tenia una fractura i, per tant, no li dic que no seré jo qui la curarà però sí que li dic “miri, ara el objectius son una millora del dolor i poc a poc anirem veient com es va mobilitzant i cada dia anirem avançant. No ens hem de plantejar objectius a molt llarg plaç, anirem veient com va tot. Nosaltres estem aquí per ajudar-lo i acompanyar-lo, juntament amb el metge, les infermeres...”

**En la manera de donar la informació, ho has de fer de manera esglaonada? Com és aquest ordre?**

Haig d'atendre, per exemple, la condició cognitiva del pacient en aquell moment. Potser està en un deliri i no és capaç de comprendre ni recordar. no és el moment per parlar de certes coses, per tant, a nivell informatiu donaré molt poca informació. Per exemple, amb aquest o qualsevol altre podem fer la “setmana progressiva”. El primer dia li explico el que farem, que els dona perspectiva. Normalment comencem el mateix dia de l'ingrés i si comencem a fer tractament jo li explico però segurament a l'endemà torno a explicar el mateix. Hi ha exercicis que cada dia has de fer un recordatori. I encara que els doni un document, son pacients amb els que sí que has de repetir. perquè no ho entenen o perquè no ho recorden. A vegades te n'adones que identificaves que aquella persona segur que s'ho sabia tot o havia integrat els exercicis, i un dia et gires i veus que està fent una altra cosa. Perquè ha vist que un altre ho fa, per exemple. Per això és important la presència.

**Un cop li expliques, li demanes que ho repeteixi?**

Sí. Com ho fem cada dia, més que de paraula li demano que em faci els exercicis. També intento posar un nom senzill a cada exercici. Perquè més que utilitzar terminologia més complexa, és dir “l'exercici de cordar-se la cadeneta”. D'aquesta manera s'enrecorden més fàcilment.

**Què t'hauria agradat aprendre abans i per què en relació a la comunicació amb el pacient? Que t'haguessin ensenyat abans...**

A la carrera t'ensenyen tècniques de comunicació dins l'assignatura de relació d'ajuda. Per exemple, per mi les persones amb deteriorament cognitiu és un mon. És un abordatge individual per cadascú i això t'ho dona el bagatge... Hi ha tècniques de validació que jo les desconexo i sé que amb



tècniques de deteriorament cognitiu ajuda a desencallar moltes coses. Sé que ho fan els psicòlegs. Ajuden a comunicar-se millor i van a buscar el punt de dolor o en quin moment s'han pogut encallar a nivell cognitiu però clar, jo soc fisioterapeuta i no psicòloga i per tant ho desconec. Hi ha moltes coses de PNL que llegeixes però que tampoc en saps. No ets un expert. He anat fent certes coses, recordo que vaig fer un parell de cursos de comunicació dins l'àmbit sanitari, un altre de resolució de conflictes, un altre de segones víctimes... També hi ha temes de comunicació inclosos en aquests. És el dia a dia, més enllà de temes tècnics específics de la meva professió.

**Què creus que és important i no s'està fent bé o prou bé en relació al tracte o la comunicació amb els pacients? Que sigui millorable... Per exemple que les famílies no se senten prou informades, que els professionals parlen un idioma diferent al dels pacients...**

Això de la barrera idiomàtica, no tenim un traductor, o per exemple el llenguatge de signes... Una cosa tan simple com se li han acabat les piles de l'audífon a un pacient, crides i a vegades no t'acabes d'entendre. Això passa...

**Una altra pregunta que te l'he mig feta abans però, si li haguessis d'ensenyar a un professional en pràctiques com tractar de la millor manera a un pacient perquè se senti a gust, què li explicaries o ensenyaries?**

Et faré una mica de resum del que t'he anat explicant. La importància de saber comunicar bé, d'atendre correctament al pacient, comprometre't amb el pla de tractament que fas, intentar involucrar a la família en el procés rehabilitador. Moltes vegades el pacient no va sol i tens una família que és molt important que estigui per aconseguir els mateixos objectius. També és molt important escoltar els altres professionals, les reunions interdisciplinars, perquè moltes vegades tens una percepció i potser et pot desquadrar una mica, parles amb una altra persona i et dona una informació que no tens i que condicionarà els objectius, l'ingrés... La importància de la comunicació entre l'equip interdisciplinar. Puc dir que hi ha dificultats, no tenim tot el temps que ens agradaria per tractar els pacients, tenim moltes valoracions en una setmana i hi ha un nivell d'ingressos molt important. M'encantaria poder tenir temps per parlar amb el pacient, la família... Seria meravellós però tinc els pacients que tinc i les hores que tinc de contracte i les mans que tinc, no en tinc més.

Els pacients son els protagonistes eh, si no se senten protagonistes consideren que és un pacient passiu i no els agrada. "Tu estàs per cuidar-me". Evidentment estem per cuidar-los però és molt

important la voluntat del pacient. I en els pacients amb deteriorament cognitiu, on això està alterat moltes vegades és una dificultat.

**Per tractar amb pacients amb deteriorament cognitiu, quins consells li donaries al professional?**

És una pregunta molt àmplia perquè cada cas és un mon. Hi ha persones que tenen un deteriorament molt important i potser de paraula necessiten poques coses i amb un gest i acompanyament identifiquen què és el que han de fer i van sols. I tu els has de dirigir. Uns altres, en canvi, aquest deteriorament afectarà altres esferes i per tant la funcionalitat estarà molt alterada.

**Com ho detectes?**

Primer de tot si el pacient està reactiu o no. Si obre els ulls o no amb l'ordre verbal, amb el tacte... A vegades hi ha pacients que funcionen per mimetisme, veuen una altra cosa en un altre pacient i aleshores ho fan ells. I això serveix molt. Més que el fet que donis una ordre o afavoreixis d'una manera més assistida, sinó que ho veuen en els altres i llavors identifiquen què han de fer. Cada cas és un mon.

Puja un dia a la tercera planta jeje. Parla un dia amb el Pablo (fisioterapeuta del mateix hospital).

**Hi ha alguna cosa més que no hem parlat i voldries dir-me?**

No en soc experta però potser t'interessaria l'Estimulació Basal. Va molt bé pels pacients amb deteriorament cognitiu, crisi de mobilitat... No en sé molt però m'agradaria saber-ne més!

**Moltes gràcies.**

#### 10.4. Inma Ferrer, Metge psicoterapeuta de dol i pèrdues provocades per malaltia o mort

25/01/2023	INMA FERRER	Metge psicoterapeuta de dol i pèrdua
------------	-------------	--------------------------------------

(Inma) Abans de començar... recordo que està molt en clau de l'Experiència Pacient i clar... jo no sóc pacient, i l'experiència és subjectiva. Aquí hi ha un esbiaix perquè jo puc dir amb el meu cor i amb tota la meva voluntat però... Hi ha departaments d'experiència pacient.

#### **A l'hospital on estàs o en general?**

Onestic jo, segur. Hi ha un departament específic.

**Estudio Publicitat i relacions públiques i el meu TFG va sobre la Comunicació amb el pacient i com treball aquesta comunicació pot ajudar a millorar la seva experiència a l'hospital.**

Clar, d'aquesta part puc parlar-te des de la meva vivència però és molt individual. T'ho dic per emmarcar, potser no passa res. Però si som més científics, parteixes de la meva experiència i la meva mirada, no és un recull del que el pacient veritablement agraeix.

**Estic d'acord però crec que des de la teva experiència, podem saber, que has viscut una situació amb un pacient i has descobert, per exemple, seure al seu costat en canvi de seure al davant m'ha ajudat a que la persona se senti més acollida. És veure la situació des de la perspectiva de l'expert, el professional que no és la del pacient. He fet una primera part d'investigació (entrevistes als professionals on he fet les pràctiques, a pacients...)**

Llavors ja està. Era que si només feies les entrevistes... però d'acord. Endavant.

**La segona part del treball vull enfocar-la per crear una formació per professionals i, per això, estic fent entrevistes a experts, perquè ja en saben sobre aquest tema.**

És molt necessari.

**Per mi ha estat, com experiència personal, connectar dos mons: el de la sanitat i el de la comunicació. Que no sempre és una connexió obvia. Poder aportar des de la meva branca a la sanitat m'agrada i em motiva.**

Està molt bé, perquè es necessita. Tot té a veure perquè la comunicació està en tot moment present en la relació i en qualsevol relació t'has de comunicar. Tota relació està mediada per una comunicació amb lo qual tot està lligat.

**Hi ha un axioma que diu "no es pot no comunicar". En una professió com infermeria, metges, psicòlegs, fisios... que estàs directament amb el pacient. Crec que és important fomentar la formació en comunicació. Primer de tot, m'agradaria que et presentessis una mica, sobre el teu projecte, a nivell professional, la relació amb el tema del treball.**

Molt bé. Em vaig formar en medicina. En aquest moment estic treballant els matins a l'hospital maternoinfantil Sant Joan de Déu de Barcelona com a agent espiritual, que és un servei que lo que ofereix és l'atenció espiritual o religiosa, no explou a les persones espirituals o no tenen religió. És una atenció universal a la persona dins d'aquest àmbit i que se'ls ofereix aquest espai on poder expressar la seva vivència i trobar les eines per restablir l'esperança en la vivència d'una malaltia difícil. A vegades se'ns fa molt difícil i el món sanitari funciona molt "aixecar-te, l'higiene..." tot això i "els metges, les proves, rehabilitacions...", que és molt important, però després queda com em sento i com ho visc, on sóc com a persona davant de lo que estic vivint. Nosaltres donem aquest recolzament dins el marc espiritual.

I per les tardes em dedico de manera professional i privada a l'acompanyament entorn de la malaltia, de final de vida i de la mort. A vegades entrant per aquí, s'obren altres dols, que també es poden atendre però la meva mirada és en aquest àmbit principalment: la vivència de la malaltia pròpia o un ésser estimat o acompanyant quan arriba a final de vida. I després.

Atenc a pacients, intento comprendre'ls i veure què necessiten en aquesta situació.

**Més enllà de les capacitats i habilitats tècniques o, com deies, tractament físic, quins creus que son els aspectes que el pacient valora de la seva estada a l'hospital. Per exemple, sentir-se cuidat, informat, valorat personalment... Què creus que és important que els professionals vetllin per això? Que l'hospital no vetlli només per la salut física sino, què és el que valora el pacient?**

El pacient valora moltes coses i depèn del grau i moment de la malaltia on es trobi, valorarà primer unes o unes altres. Quan estàs amb una malaltia greu, amb un diagnòstic o pronòstic... El que més valores en un hospital és, a poder ser, que et curin. El que busques és la cura d'allò que tens.

Clar, en el moment que això és possible i et poden curar més o menys, el pacient valora que respectin la seva capacitat de decisió. El pacient comença a valorar aspectes més personals i que se l'informi, que pugui expressar el que necessita i triar o rebutjar allò que per a ell és important o no. Hi ha tractaments que es poden fer o no i tenir la llibertat de triar-lo... En ocasions poden haver situacions on el pacient se sent perdut amb el que s'està fent i no es troba a gust però tampoc sap com tirar enrere o expressar-ho. I crec que respectar aquesta capacitat de ser conscient del seu procés, del que està triant i fent.

Quan això està garantit, doncs que el lloc, les visites, tot lo que envolta l'estància sigui lo més amable possible. Per un ordre de prioritats... Lo primer que vols és que et curin i quan això no és possible el que vols és que et cuidin lo millor possible, no? Amb tot el ventall de coses que puguin estar a l'abast d'una sanitat pública o privada. Cada lloc una espera més o menys.

**En l'àmbit de la comunicació i el tracte amb el pacient, quins aspectes creus que son els que valora el pacient? Sobretot desde la teva experiència com a atenció espiritual o acompanyament en el dol. En el moment del tracte directe, què creus que és el que ell valora o agraeix? A l'hora de comunicar certes notícies o d'acompanyar-lo...**

Jo crec que tota persona necessitem ser reconeguts com a persones. De vegades, quan donem una notícia perquè tenim molts pacients, poc temps, perquè passen moltes coses en un dia... hi ha urgències i d'altres coses a resoldre... La nostra feina fa que ens acostumem més o menys a donar a aquestes notícies, viure cada porta que obrim una mateixa malaltia... Però per la persona que està dintre a lo millor és la seva primera malaltia o una primera estança en un hospital. I això és molt diferent. Per tant jo crec que és molt important per la persona ser reconeguda com a persona. I això què vol dir?

Jo crec que s'han de preparar molt bé les informacions que donem i saber quan és una informació especial, de quan és una informació de rutina. "Tot està igual que ahir, millorem." no hi ha gaire informació aquí. Però quan és un moment de donar un diagnòstic que no és bo, o quan el diagnòstic

el tenim i hem de donar un pronòstic o que “ja no podem fer res més per la cura”, son coses que en un hospital es comuniquen a diari però la persona que la rep és la primera o segona vegada que rep això. És un impacte molt gran perquè estàs parlant de la seva vida i del seu risc de mort. Llavors és molt important valorar qui és l'altra persona, quina informació té, quina informació pot entendre.

Sense voler s'utilitzen paraules que en el món hospitalari son normals però no son “tan normals”. Xequejar “s'ha entès?”. Perquè per nosaltres (metges, infermers, auxiliars...) l'equip entenem el que està passant però, i la família? No és el meu pare, el meu fill, no sóc jo per lo qual quan donem una notícia que afectarà tant cognitivament com emocionalment a la persona, hem de ser conscients que hem d'assegurar-nos “s'ha entès?”, “hi ha alguna pregunta?”, “no tingui por, està tot entès?”, “si demà té alguna pregunta que se li acut durant el dia o demà no tingui vergonya a tornar-la a preguntar”. Una relació de molta disposició i confiança, de sostindre el seu procés i no d'avui donar la informació i l'endemà ja estar xequejant que si l'analítica etc. Implícitament, què estic dient: aprofundir en ser proper, veure l'altre. Primer ha d'estar la persona. Dit d'una altra manera, el concepte que hem canviat al llarg de la història: sembla que hem canviat atendre a la persona malalta per atendre a la malaltia. Son societats tan científiques, i que és molt bo, però que a vegades quan arribem a la persona hem de fer una altra connexió. A l'obrir una porta estem obrint la porta d'una persona malalta que comunicarem tota la nostra “saviesa” però lo més important això.

**Hi ha alguna cosa que creus que es podria fer millor per part dels professionals? Que no sabem fer prou bé o que hagi vist en altres hospitals referents?**

Per mi no es pot generalitzar, no és tant dels hospitals o les institucions sino crec que abans s'hauria de demanar anar una mica més enllà i que el rati metge pacient ser més comfortable. Perquè el metge té vocació de ser metge i el personal d'infermeria també, tothom que està en un hospital, sino no aguanta i es crema. Llavors, de vegades passen coses d'aquestes perquè no hi ha prou temps. I d'una altra banda, que a les facultats també s'ofereixin assignatures o un postgraus, especialitzacions que tinguin a veure amb la comunicació. Entendre la part emocional que sempre està present. No som només cos sinó cos, ment, emocions, pensament, conducta... som persones que tenim uns valors i ens agrada que ens els respectin. Però tot això a tota velocitat i pensant com salvar la vida no hi ha temps. Lo important és una mica oferir temps de qualitat, en temps i espai. Amb aquesta formació que els hospitals puguin oferir als seus metges, formació continuada en aquests àmbits. De comunicació, de comprendre i gestió emocional.

**Una dels resultats que he obtingut a la investigació és que els professionals sovint no reben cursos o formacions específiques en comunicació. Sí que com a mòdul o assignatura però un curs específic de comunicació o tracte al pacient no és tan normal ni comú.**

També dir que hi ha metges que ho fan molt bé. Tenim estils cada persona. Hi ha persones que son més de la tasca concreta, més minucioses i detalls molt controlats (que s'han de tenir i son importants), però també hi ha persones que la seva personalitat i experiència els porta a ser menys freds, més empàtics, més propers a la persona i es maneguen millor en situacions. Se senten menys incòmodes encara que impacta. Llavors també depèn una mica de cada persona, cadascú sap què necessita per tenir aquella comunicació que a tu t'agradaria rebre del teu metge quan estàs malalt.

**La importància de l'empatia no? De posar-te en el lloc del pacient i pensar "què m'agradaria que em diguessin i com em tractessin"? Pensant en brainstorming pel meu projecte de formació també vull preguntar-te què t'hauria agradat aprendre abans i per què en relació amb la comunicació amb el pacient. Què creus que és fonamental que hagi de estar en aquest curs? Potser alguna cosa que no és òbvia i me'n vaig adonar arrel d'aquesta experiència.**

Hi ha moltes formacions avui en dia que parlen de comunicació i també en l'àmbit sanitari i que son bones i adients. Per mi la dificultat és que sigui una formació pràctica. Pràctica perquè els conceptes es queden molt curts a l'hora de la realitat. Sempre hi ha una situació que supera. És molt important que hi hagi una formació pràctica, de casos reals, inclús de persones que poguessin expressar la seva vivència, de com han estat malaltes. A banda dels conceptes teòrics, formatius que hi ha molts serveis (com el d'emergències mèdiques, accidents...) estan molt entrenats a com donar les notícies i això hauria de ser una assignatura obligatòria. Però crec que també hi ha una altra part que parla de la persona emissora, que és la presència. Com estàs present, conscient. No és només dir-ho formalment correcte però no arriba, perquè és fred. Llavors els conceptes és un mínim que hem de tenir però també hi ha una obertura al que és el pacient. A vegades es rebutja la dimensió espiritual de la persona, la creença, els valors... La dimensió espiritual et sosté en moments de dificultat. Ho fas per tu, per algú, algo que per a tu és important... I això sembla que siguin tonteries però a lo millor aquest és el fil que determina que la persona segueixi lluitant. I això s'ha de sostenir. Això que és tan heteri i que no es pot mesurar, que no és ciència i que cada persona ho viu d'una manera diferent. Per això és important tenir una apertura a aquesta dimensió, que ens fa vulnerable si alhora ens fa molt forts, perquè lluitem per la vida. Crec que això també és important perquè hi ha

metges molt educats i polits però freds, que no connecten més enllà de l'empatia. I rere l'emoció els falta el sentit tota aquella persona. Seria una mica tot això...

**Moltes gràcies. Les preguntes eren aquestes i potser t'has quedat amb algun dubte o comentari que t'agradaria dir sobre tot això. Per mi també és un repte perquè jo no vinc del món de la salut i sanitat i descobreixes un univers. Inclús el fet de fer les pràctiques de comunicació en un hospital te n'adones que és un petit cosmos amb tota la seva vida i a la que "puges a planta" i coneixes algun pacient, la seva història... te n'adones que és tot un món.**

A quin hospital estàs?

**A l'hospital evangèlic, a Gràcia.**

És tot un món depenent de la malaltia, del context social de la persona... Un hospital no dorm, no para en les 24 hores del dia i hi ha vida a tota hora. Per exemple, no només els metges, sino la manera com es dona el bon dia, com porten la safata de l'esmorzar, et diuen o no pel nom... Tu ho faries per un fill teu, apropar-te poc a poc... Hi ha moments especials. És tot un món però sempre que posem al centre al pacient i la medicina al servei, anem per la bona direcció. És una medicina més humana, més compassiva i, per mi, de més qualitat. És una experiència que pot ser traumàtica, amb el covid mateix, es produeix molts dols. El dol és la pèrdua d'algo important a la teva vida: potser la salut, no només una persona. Hi ha un munt d'aspectes relacionats principalment. Hi ha un altre component molt important que defineix el risc que sigui o no traumàtic són les circumstàncies: com em van comunicar la notícia, si em vaig poder acomiadar o no, què van fer amb les seves pertinences... Coses que ja van més enllà de la malaltia i moltes no són reversibles. Amb lo qual la persona té doble feina: afavorir que en un lloc i moment determinat són molts protocols es pugui tenir una saleta on acomiadar-se fora del que és planta, però clar estem a la sanitat deficitària... Prou que es fa. Ajuda molt, per exemple, aquestes mesures al dol. Per aquelles persones que en la pandèmia no es van poder acomiadar va ser un dol traumàtic i per tant, aquestes mesures de comprendre "no es podia fer més per la vida" però es pot fer més per les persones que directament no estaven malaltes però les circumstàncies poden crear un trauma en el seu dol. La importància de la cura, la informació...



**Al Nhe la majoria dels pacients son d'entre 80 i 90 anys i molts estan a final de vida o rehabilitació postoperatòria... I depèn de quin tipus de pacient i hospital sigui el professional s'ha de comunicar d'una manera o altra.**

Sí, t'entrenes. És molt diferent un hospital d'aguts, que de crònics, pal·liatius, que una residència de la tercera edat. Per exemple de pal·liatius vaig llegir que a l'inici els pacients què necessitaven i molts deien necessitats físiques. Estaven tres o quatre dies i deien que necessitaven algunes físiques si algunes emocionals. I passaven els dies i tot i tenint el mateix dolor, malaltia... cada cop eren menys necessitats físiques (tot i que la malaltia no revertia) i necessitaven més un suport espiritual. És un gradient que va de lo físic a lo emocional. Una dimensió emocional, què ens diuen, què necessitem i què té sentit per a nosaltres. Què necessitem fer per a aquest temps omplir-lo de sentit. A mesura en que el professional pot encabir aquesta necessitat mentre la persona està malalta en els nostres hospitals, donem un bon servei.

**Moltes gràcies, és molt interessant.**

Ara ja més a part, trobo formacions als hospitals perquè tampoc es parla del dol de la malaltia. I hi ha un munt de pèrdues dins la malaltia, un munt de pèrdues que van darrere de l'altra. De sobte m'operen el mel·luc i ja no pots cuinar a casa, ja no pots rebre els fills, a lo millor has de deixar la feina i ets autònom, tens problemes econòmics... Hi ha moltes coses. Llavors és una mica tot el que envolta la malaltia i les pors: a morir, a perdre la identitat "ja no soc aquella persona que podia fer...", el rol, els hàbits... es van perdent per la malaltia. Potser es recupera o potser no i és una crisi, un patiment encadenat. Això s'ha de tenir molta visió de on és la persona perquè no només et preocupa la malaltia sinó tota la seva vida. I això és present quan els metges es comuniquen amb els pacients, més enllà de la ferida que li hagin fet.

És molt bonic parlar d'això perquè és una altra mirada. Poc a poc ho faig, sempre que tinc ocasió, ho faig. Més des de la consciència i tècnica però lo important és que la consciència s'ha d'obrir i una vegada oberta arriba la tècnica. A vegades tenim titulitis però sabem i no fem. Per mi hem de generar aquesta consciència. Sinó és informació que, millor saber que no saber-ho, però estic en un moment de reflexió on veig que és molt important sentar aquestes bases de mirar el mon de manera diferent. Que la malaltia pot ser molt confortable tot i que no tingui solució si hi ha un bon acompanyament, una comunicació de persona a persona. Això també cura, i cura l'ànim, la manera d'estar.

**Ara a l'hospital hem fet una formació que també m'he animat a fer-la i es diu Traje-Max. T'equipen per fer-te sentir en la pell d'un pacient amb envelliment. Et posen uns cascos, unes ulleres, pes, dificulten la mobilitat de les articulacions... I la veritat és que és molt experiencial. Per exemple hi havia una que estava provant de menjar i el formador va moure-li la cadira. Ella deia que te'n adones que això ho fas. Son tipus de formacions que et canvien la mirada.**

És el que et deia, han de ser formacions pràctiques. A l'hospital hi ha una formació molt interessant amb uns actors de teatre molt entrenats. Se'ls dona uns guions i entrem varis professionals (metge, comadrona, atenció espiritual, psicòloga...) i un dia "està enfadat" o està borde, té preguntes, dolors que no s'enteren de res... I els actors estan en una camilla com si estiguessin malalts i et et graven com actues. Després es comenta la dificultat que ha estat la situació. En la vida et trobes situacions molt exagerades i veure'ns tots dius "això no ho sé fer", un altre que aguanta permetent l'expressió... Hi ha gent que et diu que és incapaç de fer això i oferir aquest tipus de formació com a programa curricular. És molt interessant. Es diu "Comunicació d'una mala notícia" i si vols et puc posar en contacte amb una persona, Ferran Ramon Cortés, que és la creadora d'aquest curs. Es fa curt però millor que res.

**Son coses que aprens amb la pràctica no? Però és normal que un professional es pugui sentir insegur o que li falta formació, és un primer pas.**

També, com a metges i infermeres, van molt atrafegats. És un moment molt difícil i realment quan estàs fent el MIR o el PIR, primer has d'aprendre a curar. La teva especialitat, ningú et perdonarà que tinguis molta empatia però li hagi posat malament una via. També s'entén un primer nivell curricular molt tècnic i científic però això no acaba aquí. Hi ha molt bons cirurgians però després en la mala notícia continuem fent de metges. Com a base, que em salvi. Però un cop això ja està dit, no acaba aquí.

**Moltes gràcies, Inma. Qualsevol cosa em pots escriure i enviar. Si vols quan tingui el projecte més avançat et puc anar actualitzant com vaig.**

M'encantarà. Estic molt en aquest món, sobretot a la tarda. Crec que s'ha de crear aquesta cultura i aquesta consciència. I encantada de lo que necessitis em preguntes. Si creus que et puc ajudar, aquí em tens.

### 10.5. Emma Rodero, Communication and Public Speaking Specialist

09/03/2023	EMMA RODERO	Communication and Public Speaking Specialist
------------	-------------	--

**Para empezar, un poco de resumen sobre mi TFG que ya lo conoces pero para introducir la conversación: se titula “el rol de la comunicación en la experiencia del paciente” y se subtitula “una asignatura pendiente en el ámbito sanitario”. Los profesionales no reciben formación específica sobre este tema y el trato personal con el paciente es muy importante. A partir de mi investigación me gustaría crear un contenido formativo con el que poder poner mi granito de arena en la cultura de la experiencia paciente desde el ámbito de la comunicación. Para empezar, podrías hacer una pequeña presentación de tu ámbito de conocimiento y de la relación con el proyecto.**

Mi nombre es Emma Rodero, soy catedrática de Psicología de los medios y neurocomunicación y me dedico, básicamente, a analizar cómo el cerebro procesa determinados estímulos comunicativos; también, relacionado con comunicación y salud en este caso, hemos hecho en el laboratorio que dirijo (el Media Psychology Lab) un proyecto sobre cómo comunicar con el paciente con alzheimer. Desde ese punto de vista estamos trabajando distintos aspectos de comunicación y salud y, próximamente, hemos presentado un proyecto también de cómo el médico tiene que atender a un paciente en consulta.

**Empezando con las preguntas, a nivel general, más allá de la atención sanitaria técnica y sanitario, ¿qué aspecto crees que más valora el paciente y la familia en su estancia en un hospital? Todo lo que es la experiencia de usuario que va más allá de las habilidades técnicas.**

Hay pocos estudios, pero sí que es verdad que uno de los resultados de uno de ellos indica que la mayor parte de las quejas que se producen de pacientes en hospitales o consulta es un problema con la comunicación. Es decir, las quejas que llegan a los hospitales suelen ser quejas relacionadas con la comunicación con el médico. Esto es un poco lo que nosotros detectamos en este proyecto. Si ya partimos de la base de que el paciente tiene dos problemas básicos. Cuando nos referimos a la comunicación es el principal pero deriva en otro muy importante que es no entender el diagnóstico. Una de las cosas que nos comentaban algunas enfermeras y médicos es que, por ejemplo en el Parc de Salut Mar de aquí la Pompeu, hicieron una encuesta y detectaron que los pacientes, a punto de tener una cirugía importante, no sabían explicar a qué iban, ni qué cirugía se les iba a realizar. Hay un

problema de comprensión importante. El problema de la comunicación es importante por varias razones. Básicamente porque afecta también al propio tratamiento del paciente. Afecta desde su punto de vista inicial al cómo entiende la situación en la que se encuentra, cómo la gestiona emocionalmente (que es otro aspecto muy importante) y luego en su propia recuperación porque si tú realmente te sientes bien con, confías en la persona que tienes delante el proceso de recuperación también puede ser mayor. Actúa en tres niveles y por eso es importante actuar en la comunicación. Y ahí podemos hablar de muchos aspectos, desde el cómo se explica la información hasta el propio contenido. Cómo se explica el diagnóstico hasta la propia comunicación no verbal. Mucha gente se queja de que no hay contacto visual, desde que los médicos utilizan ordenadores eso ha ido a peor, se refugian detrás de un ordenador, se ponen a apuntar y escribir lo que el paciente dice sin que haya un contacto visual y, últimamente desde la pandemia, sin que haya un contacto físico tampoco. Eso degenera en un problema que a nivel emocional afecta de manera importante a un paciente.

**Va muy acorde con el trabajo... Como experta en comunicación, que ya me has ido diciendo cosas, ¿qué aspectos concretos crees que valora el paciente y la familia y que son importantes para formar al profesional? Que el profesional tenga en cuenta... En mi trabajo lo estructuro como "Comunicación no verbal", "Escucha y adaptación del profesional al paciente" y "Espacio de reflexión y autoconocimiento". Este último es porque la profesión es muy vocacional y la gente tiene esta intención personal pero está la digitalización, los registros, el ordenador, el estrés... hay un montón de barreras.**

El poco tiempo de consulta...

**Exacto, que impiden una buena comunicación o un buen trato. Por otro lado, la escucha y la adaptación del profesional hacia el paciente. ¿Qué es lo que necesita? ¿Qué es lo que me va a entender? ¿De qué manera me puedo comunicar mejor con él? La comunicación no verbal, esto también sacándolo un poco de la asignatura de oratoria: la paralingüística, la kinesia y la proxemia. Por ejemplo, si tengo un paciente de edad avanzada tengo que ponerme a su altura de los ojos. O si estoy a su lado, como no tiene un campo de visión tan amplio, no me ve, no me percibe y no me va a escuchar o a entender. Este tipo de cosas, si a partir de los estudios de vuestro laboratorio o que tu sepas, que me puedas alimentar esta parte.**

Yo diferencio siempre dos partes: la comunicación verbal y la no verbal. En la parte de la comunicación verbal, que es muy importante evidentemente porque cómo se transmite determina el proceso de comprensión. Ahí sobre todo hay que actuar con el tipo de información que se da y lo que decía antes, el cómo se da. Muchas veces los médicos son excesivamente técnicos o parten de la base de lo que yo siempre os digo en clase, hablan desde su punto de vista de que conozco todo esto. No se dan cuenta de que la persona que tienen delante no sabe nada, parte de un conocimiento cero. Pero ellos le hablan desde el conocimiento muy amplio. Con lo cual la información es difícil de digerir. Con lo cual, primero: información compleja, tecnicismos... En el proyecto vamos a intentar testear varios tipos de información, sobre todo una con muchos tecnicismos y otra más sencillita y más normal. Y un poco ver también qué recursos retóricos se emplean. no es lo mismo que yo te suelte el rollo de "mira tienes tal, hay que tomarse esto, y lo otro" y te vas a casa. A que realmente te haga una apelación, sea empática contigo y la empatía se manifiesta en la comunicación, no solo no verbal, sino también en la verbal, en las expresiones que yo uso cuando me dirijo a ti. Que te haga apelaciones, que me ponga en tu lugar, todo ese tipo de cosas que no se producen en absoluto por lo que decimos no? Por restricciones de tiempo, porque están con el ordenador...

Esque esta semana he tenido un caso ejemplo, no me ha mirado a la cara siquiera. A sido, apunto en el ordenador, te doy dos pastillas y "adiós muy buenas". Entonces, claro, no me has explicado ni lo que tengo, ni lo que me has dado, ni siquiera los medicamentos. Osea, ni siquiera lo que es que actúa ese medicamento, nada... Es importante actuar sobre qué tipo de información se da y sobretodo que sea simple, insisto que tenga en cuenta el nivel de conocimiento de la persona que tiene delante. Además con apelaciones, cierta empatía...

Ahora vamos a hacer un pequeño estudio solo de encuestas para medir el grado de empatía en distintos estudiantes de distintas carreras, entre ellos los médicos. Médicos y enfermeras, comparados con informáticos, economía y probablemente comunicación. Para ver si ya desde que estudias tienes ese grado de empatía mayor o menor en función de qué estás estudiando. La empatía ahí es fundamental y es una cuestión que nosotros queremos estudiar ahí, después en el proyecto que hemos pedido y que no se produce muchas veces.

Entonces en cuanto a la comunicación verbal esto y en cuanto a la comunicación no verbal ya es más extenso. La mayoría de los estudios se han hecho sobre comunicación verbal, no comunicación no verbal. Hay muy poco sobre no verbal y por eso nosotros nos vamos a centrar más en eso. Ahí tienes

de todo, desde la proxémica, desde qué punto estoy hablando, cuán de cerca estoy. Ahora algunos a partir del covid se mantienen muchos metros lejos, sentado en una silla... eso genera una distancia brutal, no solo física sino también evidentemente psicológica que no puede ser. no puedo confiar en una persona que me está hablando "a tres kilómetros" como si fuera una apestada. Desde la proxémica, lo que decías tú yo no puedo estar de lado, evidentemente de frente pero el contacto visual es fundamental, nosotros lo usamos siempre para indicar que te estoy prestando atención. Si ni siquiera me miras, lo que te decía del otro día, ni me miró a la cara. Sobre todo el problema se ha detectado a raíz de los ordenadores, a raíz de ponerse a escribir. Hazlo de otra manera, te esperas, primero escuchas... Primero me tienes que escuchar y mirar a la cara y entender qué es lo que tengo y qué me pasa, no actuar de manera mecánica que es lo que hacen muchos. Entonces, contacto visual, proximidad, de frente, y también el propio tacto. Que tu me toques en algún momento también eso ayuda muchísimo, sobre todo en la comunicación de noticias negativas. El hecho de que me toques... Hay muchas quejas en hospitales estadounidenses es esa "es que ni me ha tocado". Vamos a ver... Si ni siquiera te ha tocado, ¿cómo vas a sentir cierto alivio o algo reconfortante emocionalmente? Ni me miras ni me tocas...

También la voz es super importante, sobre todo en la comunicación de noticias negativas. Al final, buena parte de la emoción y de la empatía se transmite a través de la voz. Claro, si yo tengo a una persona seca, que no me sonrío en absoluto, que con una voz super monótona, brusca, el desánimo que a mi me cae encima es importante. Claro, al final es un poco todo... Contacto visual, proximidad, uso que haces de la voz, sonrisa... Todos estos elementos al final si no se producen de buena manera y por tanto no me siento con ese lazo emocional con la persona que tengo delante me va a afectar de muchas maneras (emocionalmente, en el desarrollo del tratamiento, que me fie o no). Imaginemos que, siempre pongo el mismo caso, que estamos en la situación más débil que se puede estar. El paciente está en una situación débil, en manos de una persona que no conoce, en general o de una persona que no tiene tiempo y no le hace caso... En una situación muy débil porque está sufriendo, no sabe lo que tiene, cuál es su futuro, no sabe qué tiene que hacer... Estamos en sus manos de alguna manera. Y encontrarte con una persona que no sea empática, que no muestra absolutamente ningún grado de simpatía, ni ternura... de algún tipo de emoción positiva hacia ti es lo más duro que te puedes echar a la cara. Así de claro y de sencillo. Todos al final somos pacientes en algún momento. Y en algún momento nos vamos a sentir en esa situación tan débil de "ojalá que no nos estemos muriendo" pero bueno, a lo mejor de algo grave o que te encuentres muy mal y te duela todo. En estos momentos estamos en manos de una persona que, como bien decías al principio, actúa ahora mismo por cómo es. Es decir si damos con una persona que es alegría, un tío

encantador, que tienes la suerte pues bien. Que tienes la mala suerte que te toca el otro, te toca. Porque como no hay una formación, aquí toca la lotería en función de la personalidad que tiene el facultativo. Y ya está de eso dependemos, de su propia personalidad y de cómo es esa persona. Eso no puede ser cuando estás de cara al público en un servicio de atención como es este.

**Justamente eso me ha salido en las encuestas y entrevistas, depende de la persona.**

Osea estás en sus manos... Pero no solo eso sino que estamos en una situación débil, la peor que puedes estar. Bajo anímicamente, vulnerable, con dolor, incertidumbre en el futuro... Por eso es todavía más duro.

**A raíz del proyecto de las personas con Alzheimer, de cómo habían afectado las mascarillas. ¿Dirías algo sobre algún aprendizaje que te sorprendiera a partir de esa investigación que te sorprendiera, que pudiera ayudar?**

De las mascarillas la verdad es que el resultado es que es muy interesante. Nosotros hicimos una prueba sin imagen solamente con voz y el resultado es muy claro: la gente no distingue cuando llevas mascarilla o no la llevas. Bajo ese punto de vista no hay un problema. Si tu mantienes una buena articulación, no pasa nada por usar mascarilla porque acústicamente no la distinguimos. Eso fue un resultado interesante porque en las residencias se siguen utilizando, todavía en los hospitales y en las consultas... No es un problema en absoluto para ellos.

**Lo que comentabas de los gestos...**

Son como dos investigaciones. Una es la parte de las mascarillas simplemente testamos a ver si afectaba mucho a la comprensión o no, si lo notaban y el resultado es que no. Pero como muchas veces, es decir, no sé si te ha pasado alguna vez, cuando llevábamos mascarilla a todas horas y hablabas por teléfono y decías "perdona que estoy hablando con mascarilla" y te decían "bueno no se nota". Realmente acústicamente, la gente no lo nota, con lo cual no es mucho problema. Pero sí los otros resultados que, básicamente, era cómo hablarles. Y se puede aplicar a la comunicación médico-paciente (y cualquier comunicación en general). Al final lo que voy a explicar es mejorar la comprensión, el recuerdo de la información, la atención...

En el caso del Alzheimer, y muchos otros casos, ahí lo que salió es que hay que hablarles con variaciones de entonación. La monotonía es siempre lo peor, en todos los ámbitos. Eso produce siempre una bajada de atención y por tanto la comprensión se resiente siempre y el recuerdo por supuesto. Entonces que tu me hables monótono en cualquier ámbito es lo peor. Y además transmite un bajo, un negativo, nivel anímico. Es como que "uau estoy apagado...". No me estás transmitiendo ánimo para que salga de aquí con ganas de afrontar lo que me pasa. Cambios de entonación. Palabras enfatizadas, eso ayuda muchísimo a la comprensión. Es decir, yo te estoy diciendo las palabras CLAVE marcadas siempre. Esa fue la estrategia más valorada por ellos, la que más capta atención. Después hablarles siempre con una velocidad no muy rápida, no gritar nunca, no utilizar el tono paternalista. Porque te sientes tonto. Y soy suficientemente madura para que me expliques las cosas bien sin ese tonillo paternalista. Lo que más valoran es que les hables con dulzura, con seguridad pero con dulzura. Te digo las cosas con credibilidad y seguridad, porque al final tienes que confiar en mí y hacer lo que yo te diga, por lo tanto un cierto grado de autoridad pero dulcificado. Siempre con dulzura, dicho suavemente, con una sonrisa, esa es un poco la manera que más les gustó. Y por supuesto, en cuanto subes un poco la fuerza de la voz genera rechazo. El resultado creo que se puede aplicar a todo paciente.

**El hospital dónde estoy, la mayoría de los pacientes son gente mayor, o con deterioro cognitivo. Por eso, me iba muy acorde la investigación y me parece muy interesante.**

Los resultados son aplicables. Aún no hemos publicado pero sí hay un video en internet que tengo, en Instagram y redes, LinkedIn... que más o menos resumen el resultado porque aún no hemos publicado.

**¿Cómo mejorarías o romperías algunas barreras que impiden que un profesional se comunique de la mejor manera con el paciente? Estas barreras son lo que he dicho antes: el estrés, la digitalización... Una de las iniciativas es que esta formación incluya un momento de reflexión, o de compartir con el otro qué situaciones me he encontrado y así entre ellos también se pueden ayudar. Es crear un espacio dónde puedan reflexionar sobre ello. Que el día a día ajetreado no te deja.**

Estaría muy bien. a ver hay varias cosas. Por ejemplo, qué fácil es hoy con la inteligencia artificial que el facultativo no tenga que escribir lo que el paciente le está diciendo sino que con un reconocimiento de vez, lo que dice el paciente eso se haga en la ficha. Simplemente reconocimiento



de voz, que el ordenador consigne directamente. Mientras el médico pueda atenderte a ti y el ordenador va registrando lo que el paciente dice y ya está. Y después a lo mejor él tiene que escribir dos o tres cosas pero vamos, no tenga que escribir todo lo que ha dicho. Algo así... no sé... Lo que no puede ser es que estés escribiendo en el ordenador mientras te cuento lo que me pasa porque ahí se rompe toda la comunicación, no hay. Ni escucha ni nada por el estilo, entonces estoy pendiente de lo que escribo mecánicamente, y paso de ti. El otro día pensaba, qué fácil sería ahora hacer un sistema de reconocimiento de voz que registre la voz del paciente diciendo lo que sea, con palabras clave. Catarro, me duele el pecho... Y el sistema incluso se podría implementar que propiamente con las cuatro o cinco palabras que diga hasta te genere un diagnóstico. Esto se me ocurría el otro día, evidentemente tampoco ayuda el horario de las consultas, muy rápidas, no tienen tiempo.

Claro, cómo le puedes pedir a un médico que se explaye y te escuche si tiene un tiempo tan limitado. No dan a basto, tienen a no sé cuanta gente en el día, van estresados... O mejoramos esa parte o vamos mal.

Digamos que intentaría ir por una parte tecnológica, una parte administrativa, que tiene que ver con la gestión sanitaria, y la tercera pata que tiene que ver con la formación. Formación más personal a nivel comunicativo, que sí que es cierto que hay asignaturas de médico-paciente en las facultades de medicina, pero no en todas.

**A veces son muy teóricas... Me lo han comentado algunos estudiantes de medicina.**

Sí que algunas hacen determinadas cosas. Por ejemplo, en la facultad de medicina de la UPF se hacen simulaciones con actores, se han creado una serie de guiones. Esto es una de las cosas que queremos hacer en el proyecto. Uno de los outcomes que queremos es realmente crear un programa de las asignaturas, crear material. Desde ese punto de vista crear guiones e interpretaciones. Situar al médico realmente en la situación... Por ejemplo en Salut mar ya han creado unos guiones y hacen simulaciones, con actores. Ese tipo de entrenamiento es el que sirve. Porque poner cámaras y grabar las sesiones es una cosa muy complicada por cuestiones de intimidad porque hablamos de cuestiones de salud, datos personales... No puedo poner una cámara en una consulta para analizar después cómo ha ido. Es muy difícil. Actuando en esos tres niveles (formativo, tecnológico, administrativo) se podría mejorar muchas cosas. El administrativo es el más complicado, van como van, el dinero...

**Por último, para cerrar, respecto a todo este tema que estamos hablando, ¿qué crees que es importante tener en cuenta y no se está haciendo bien? Hemos comentado muchas cosas... Algo concreto, que no te miren a los ojos, que ni siquiera a la cara... Más cosas así.**

Creo que tendrían que entrenarse muy bien en cómo dices las cosas, qué es lo que estás diciendo exactamente. Que yo creo que no lo tienen claro. Insisto sobre todo cuando el diagnóstico es negativo. Imagina que mañana te tengo que comunicar que tienes cáncer, y eso hay que saberlo hacer. No puedes llegar a la persona y soltárselo de sopetón, hay que tener entrenamiento a nivel verbal y no verbal. A nivel no verbal, lo que es más evidente: la sonrisa, el contacto visual... pero por estudios que hago, yo tengo muy claro que la voz es más influyente que todo eso. ¿A quién les han entrenado en voz? Es decir, ¿tienen formación en voz? En general, nadie. Con lo cual, claro, porque al final el ánimo que tú me transmites está en la voz y la emoción también. Y si la voz no va en consonancia ni tiene cierto ánimo, me hundes en la miseria. Entonces la formación en voz para mi es fundamental porque la otra parte es más fácil de entender y de hacer las posiciones, los gestos, es más sencillo de hacer... Si yo te digo "tienes que mantener el contacto visual" es una cosa fácil de hacer si no tienes vergüenza. Pero la voz es otra historia. No todo el mundo, así por ciencia infusa sabe cómo manejar la voz para no sonar monótono, para que entienda la gente determinadas cosas enfatizando algunas palabras... No es tan fácil. Por eso siempre hago más hincapié en la parte de la voz que en los gestos en cuanto a la comunicación no verbal.

El problema más de todo esto es la no toma de conciencia de que la manera de comunicar va a afectar en múltiples niveles al paciente. Si yo no soy consciente de cómo comunico, ni soy consciente de su importancia, porque no lo soy en el día, voy como voy, lo que sale... entonces tampoco pienso sobre ello. Claro, aquí se nos va todo al garete por así decirlo. Lo primero es una toma de conciencia de que esto es importante y de que tiene una afectación bastante importante en las personas. Y a partir de ahí hay que trabajarlo.

Y lo de los ordenadores, insisto, teniendo en cuenta la tecnología que tenemos hoy en día es una cosa bastante subsanable, pero claro estamos muy en pañales porque si ya los propios sistemas... El otro día la profesional no era ni capaz de generar una receta con el sistema, claro, te pasas tres horas en un ordenador que encima no ha funcionado que ni siquiera me puede hacer una receta pero esque tampoco me ha mirado a la cara. Es como... es todo un sinsentido. La parte tecnológica, que decía antes, es muy importante. Hoy en día con la tecnología que hay no debería ser un problema, lo es en España al menos. Ahí se tendría que actuar, es dinero pero como todo. Confío más en esa parte

que no en la administrativa, de ampliar horas de consulta, ratios... eso no se puede gestionar ni pagar tal como está el sistema.

### **¿Conoces algún sitio dónde hagan este registro mediante la inteligencia artificial?**

No, no. Es una idea que se me ocurrió el otro día. Pensar, vamos a ver, hay muchas veces dónde hay registro de voz. Es un aparato que graba con un software determinado que reconozca el habla y lo transcriba. Puede ser desde una cosa muy básica "speech to text", es decir que el sistema lo recoge y lo escribe, y ya es un avance porque el médico no tiene que escribir. Y un segundo paso más avanzado, si ese sistema pudiera reconocer por determinadas palabras, qué posibles diagnósticos podría tener, pues también. La idea es que el médico no sea el secretario que tiene que estar pasando la información. O que haya otra persona, un asistente, que esté haciendo esto, encargándose de la parte tecnológica. Y el médico pueda atenderme a mí, no al ordenador, a mí.

En la consulta el otro día lo pensé. Esta médico tenía dos estudiantes de medicina ahí aprendiendo, las dos sentadas ahí. Mirando las musarañas... Y la otra peleándose con el ordenador. Que sea alguna de las otras que coge las notas en el ordenador y deja al médico que atienda el paciente. No sé... se pueden buscar diversas formas pero lo de los ordenadores es lo peor.

¿Y qué te han dicho en las encuestas? Por curiosidad...

**Por ejemplo... el marco teórico que los pacientes cada vez más quieren ser partícipes de las decisiones, pues en las encuestas (aunque la mayoría de gente es muy mayor) decían que eso no era tan importante, que confían en el médico y que el médico decida lo que cree más importante. Otra cosa que me ha salido es que nadie pregunta si tienes dudas. Sino que eres tú que tienes que decir que no lo has entendido, que me sorprende.**

Osea que el paciente no se atreve a preguntar.

**Si el paciente no pregunta, el médico no le dice si mejora, hacia dónde va... No le dice si vas mejorando o empeorando. O "Tienes alguna duda?" "Has entendido lo que te he dicho?"... la mayoría de ellos no lo pregunta. Sí son educados, por ejemplo he preguntado si saludan, dicen su nombre y quién es, qué hace aquí... Eso la mayoría sí y tienen esa sensación de que el personal es educado pero después están estas cositas. Las dudas.**

La encuesta esta que habían hecho en Salut Mar, era una encuesta muy interna, para gestión de la calidad y es que estábamos “flipando”, que tu vayas a una cirugía importante y que te pregunten de qué te van a operar y no sepas explicarlo, hasta a ellos les sorprendió. Por eso cuando presentamos el proyecto y empezamos a buscar apoyos, nos llovieron los apoyos de todos lados porque, claro, todo el mundo es consciente que hay un problema. Los propios médicos también. De hecho tenemos el apoyo de la Sociedad Médica de Atención Primaria de España. Y nadie actúa. Las pocas asignaturas de medicina que hay pues son o teóricas o con muy pocas horas. Que dan muchas veces los propios médicos, también lo decía, hay gente experta que se dedica a esto. Un médico, hasta dónde sepa. Hay un poco de lío en todo eso.

**O por ejemplo, también, mi hospital es muy rehabilitador. Te operan en un hospital de agudos y te derivan para recuperarte. El equipo de fisios es el tipo de profesionales que se conciben como un equipo, más cercanos, que son más “majos”, que te entienden mejor...**

Más empatía... Y trabajar con gente mayor también es diferente, adquieres un grado de sensibilidad un poquito mayor que si estás en atención primaria de consulta.

**Además la mayoría son ingresos y hospitalización, que acabas conociendo el paciente, el seguimiento...**

Yo creo que el mayor problema está en la consulta de atención primaria, de la lista de no sé cuántas personas que tiene para hoy y que va a saco.

**Incluso en este hospital también pasa. El médico viene un ratito pero si un familiar quiere hablar con él tiene que ser a tal hora y tal día. Tampoco tienen tiempo.**

No dan abasto, aunque ellos quieran. En ese aspecto, por ejemplo en el de la formación, el problema lo tiene el profesional. Pero en el otro yo les entiendo, no dan abasto, es imposible. Y hasta cierto punto, los problemas que hay no son culpa suya. El grado de estrés que tienen, la tecnología, el pelearse con los ordenadores... No es su culpa y todo eso ha ido en deterioro de la atención que cada vez es peor. Pero el problema es que la atención cada vez es peor en la sanidad pública como en la privada. Todo se está saturando. Entonces ni en un sitio ni en el otro.

**También hemos dejado ese médico paternalista y los hospitales buscan la atención personal, el concepto de experiencia paciente, el “hospital amable”...**

Hay varios proyectos de experiencia paciente: Vall d'Hebron, centros oncológicos... Pero claro es el contraste. Empieza por lo básico. Pues parece muy interesante. Cuando lo publiques, si te acordaras de mandármelo me encantará leerlo y tenerlo para después citarlo. El proyecto está presentado e igual no nos lo conceden, igual sí. Si nos lo conceden también te lo diré por si quisieras participar de alguna manera. Tus datos nos servirán perfectamente para el proyecto.

¡Espero haberte ayudado!

**¡Muchísimo! Muchas gracias, Emma.**

## 10.6. Pilar Medina, Doctora del Departament de Comunicació de la UPF

03/05/2023	PILAR MEDINA	Doctora del Departament de Comunicació de la UPF
------------	--------------	--

- “És impossible no comunicar”. La formació no només serveix per un entorn laboral.
- Hem de ser persones sensibles i respectuoses. No volem actuar segons uns “tips” o consells, es tracta de viure l'experiència. L'actitud ha de travessar la formació i, en primer lloc, a la persona formadora.
- És interessant valorar els Grups Balint i Mecanismes de defensa.
- La persona formadora ha de trencar resistències o reticències i plantejar-se des de quina actitud vull transmetre la formació. Amb compte de no ofendre. S'han de conèixer les limitacions dels professionals per poder donar una resposta realista. La realitat (dades) ajuda a aplicar la teoria.
- Tot i així hi ha tècniques per situacions complexes com la comunicació de males notícies. Per exemple: anar acompanyat, buscar una localització favorable...
- Valorar activitats d'entreteniment pels pacients com manualitats per personalitzar l'habitació, parlar de l'espai físic de les instal·lacions.
- Els caps d'equip son els primers que han de personificar l'actitud buscada. Les transformacions estructurals van més enllà de la formació, s'ha de créixer en lideratge, saber crear bons climes laborals, de confiança, d'escolta...
- Font a valorar: *El líder y su competencia en la ansia grupal*. Medina, P. (2004)
- Proposta d'analitzar amb perspectiva crítica sèries i productes audiovisuals ubicades en l'entorn hospitalari com, per exemple *House*.
- Fet en comú entre la ciutadania: tots hem rebut males comunicacions, també d'altres inspiradores que han transmès seguretat, ànims i confiança (no necessàriament a la feina). Fer reflexionar sobre els referents que cadascú té.
- Quan es treballa des del punt de vista del receptor, el fas partícip i deixa de ser un coneixement abstracte. S'ha de fomentar la co-creació.
- Seria oportú finalitzar la sessió amb una reflexió personal sobre “quins son els meus punts forts i quines son les meves febleses”.
- No pots treballar amb aquests temes si no t'impacten emocionalment d'alguna manera.
- Acotar en quin tipus de comunicació ens formem o ens centrem. En quines situacions quotidianes de l'experiència pacient.

### 10.7. Marc Fuentes, Formador i cofundador de la consultora Fully Human

12/05/2023	MARC FUENTES	Formador i cofundador de la consultora Fully Human
------------	--------------	--

- Formador i format de la sessió ha de ser coherent amb l'XPA, que el centre sigui el professional. Per exemple: que el resultat final sigui que ells determinen la seva forma particular de comunicar-se amb el pacient. Exemple: una cartulina guiada on puguin decidir. Intercalar contingut i pràctica. Una brúixola, "com vull que sigui la meva comunicació no verbal", "com vull que sigui la meva proximitat", "com vull construir la percepció que tinc en compte la resta de l'equip".
- Per trencar la barrera: jo em posicio com experta en comunicació, vosaltres experts en tracte amb el pacient. "Es tracta de crear una col·laboració per enriquir-nos, cadascú des del seu expertise". Per això l'objectiu de la formació és que en aquesta col·laboració puguin trobar la seva manera de comunicació (valors, rol...)
- Igual que fer conscient al pacient, he de dir que és necessari aquest "oasi" una oportunitat que poden aprofitar. Ara els descoloca el dia però estem convençuts que això beneficia. Quant més coherent i ho lligui més cala. Quan en tot hi ha una coherència.
- Que el suport audiovisual no despisti. Posar el centre en el professional. Utilitzar com a fil conductor. El recurs en paper pot servir per apuntar coses i ser participatiu. Utilitzar la pissarra per generar una imatge visual i valorar com fer grups per reflexionar.
- Com a formador només dic els punts clau. Els grups petits consum molt temps i ser estricte amb els temps. Alternar temps personal, en grup, en parelles, en general...

## 12. Annex II: Pla de formació

<b>1. FORMAT</b>	<b>89</b>
Dades generals	89
A tenir en compte	90
Per a sessions futures	90
<b>2. CONTINGUT</b>	<b>91</b>
TEMA 1. Diagnòstic inicial	91
TEMA 2. Comunicació VERBAL i NO VERBAL	94
TEMA 3. Tot és percepció	95
PERCEPCIÓ I “Treballen coordinadament pel meu benestar”	101
P-II “S’anticipen a les meves necessitats”	101
P-III “Es preocupen per la informació”	103
P-IV “S’esforcen per cuidar-me personalment, soc especial”	105
TANCAMENT	106

Accedeix a la carpeta mitjançant aquest enllaç o escanejant el codi QR.

[COMUNICACIÓ AL SERVEI DEL PACIENT \(fes clic\)](#)





**1. FORMAT****Dades generals**

<b>Duració total de la formació</b>	Tres hores
<b>Nº de sessions</b>	Dues amb el temps de gravació a part
<b>Duració de la sessió</b>	Una hora
<b>Nº d'assistents</b>	Quatre
<b>Nº de formadors</b>	Un principal + Un opcional
<b>Perfil del grup (mixt/únic)</b>	Únic
<b>Perfil del professional</b>	Doctors
<b>Suport audiovisual</b>	Presentació de suport amb videos i gravacions de <i>role play</i>
<b>Estructura</b>	<p>Primera sessió:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prèvia gravació de <i>role play</i> a cada participant</li> <li>- Presentació i objectius</li> <li>- Explicació teòrica</li> <li>- Visualització de gravacions, comentaris i reflexió</li> <li>- Explicació de la continuació (segon <i>role play</i>)</li> <li>- Compartir aprenentatges rellevants</li> <li>- Conclusió i tancament</li> </ul> <p>Segona sessió:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prèvia gravació de <i>role play</i> per parella professional</li> <li>- Presentació i recordatori d'objectius</li> <li>- Visualització de gravacions, comentaris i reflexió</li> <li>- Compartir aprenentatges rellevants</li> <li>- Conclusió i tancament</li> </ul>
<b>Material per entregar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Full d'autoaprenentatge personal</li> <li>· Teoria per escrit o enviament de la presentació</li> </ul>
<b>Material necessari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Projector amb cable HDMI i pantalla</li> <li>· Mòbil amb carregador</li> <li>· Adaptador iphone - HDMI (opcional)</li> <li>· Trípod i càmera</li> </ul>

### A tenir en compte

- Gravació de la sessió
- Incloure fragment de pel·lícula o vídeos
- Situacions *role play*:

#### Principals:

- Primer contacte: explicació de què és l'atenció intermèdia
- Males notícies (en trucada a familiar o en directe)
- Explicació del tractament o ajustament de tractament
- Família insistent / conflictiva

#### Altres:

- Pacient que s'ha de derivar a hospital d'aguts per motius d'agudització
- Pacient amb problemes auditius, visió, mobilitat, cognitius...
- Pacient o família de cultura diferent
- Conflictes família-metge de guàrdia

### Per a sessions futures

- Landing page i accés en canvi de teoria escrita
- Formació de formadors

## 2. CONTINGUT

*Part d'aquest contingut no s'exposa a les sessions però és important que el formador tingui en compte la informació a continuació.*

### TEMA 1. Diagnòstic inicial

#### Què sabem del pacient?

**Objectiu:** presentar una situació inicial de l'opinió (percepció) que té el pacient.

**Fonts:** Reclamacions i suggerències, recerca del TFG, Plaensa, Estudis d'XPA, Google Reviews,

**Històries amb segell, el propi dia a dia...**

Tenim molta informació del pacient però no està centralitzada i analitzada en una sola base de dades. Per això cadascú té la seva perspectiva sobre quina és l'experiència del pacient en el Nhe. A partir de les enquestes i entrevistes, per exemple, algunes de les opinions i dades dels pacients son:

- 65% se sent informat i comprès, "Aquí em trobo millor que a casa"
- Alguns han rebut explicacions "de cop" o un 62% diu que no se'ls pregunta si hi ha dubtes, "Si no pregunto, no m'informen".
- 32% diu que el professional no saluda
- "Em sento apartat"
- "Em fio d'aquell professional amb qui poder tenir una conversa, tots mentre siguin respectuosos i educats, segons la fe i la humilitat de la persona..."
- La primera impressió de l'hospital és negativa però l'equip humà, normalment, ho compensa.

De segur que cada professional ha sentit queixes, agraïments, comentaris i suggeriments per part dels pacients i familiars. Tenim molt informació. La introducció de la formació ha de mostrar frases i dades positives com negatives.

**Com? Idees:** Factsheet en paper o presentació, compartir espontani, apuntar en pissarra partida... imatge amb tots els calaixos comunicant les fonts que tenim. Si tenim un sol document és el de Informe de satisfacció del pacient. Presentar quadre de les fonts d'informació seleccionant aquelles que hem agafat en aquest cas.

#### Què sabem de l'organització? Valors i lema.

**Objectiu:** situar la formació "Comunicació al servei del pacient" dins un marc cultural de l'organització basat en l'XPA i un Pla estratègic concret (2022-25).

Lema "Persones que cuiden de persones".

Valors "Integritat, Compassió, Excel·lència, Cooperació, Fe".

Altres formacions relacionades: Històries amb segell, Traje Max...

El Nhe ha fet una renovació de la redacció dels seus valors i propòsit, coincidint amb un canvi d'etapa amb el trasllat a un nou edifici per primera vegada en 150 anys. No només hi ha un canvi de localització sino una ampliació de l'equip i de l'atenció sanitària. Dins el Pla Estratègic 22-25 i de Treball d'aquest any, és important la consolidació d'una cultura basada en el concepte de l'Experiència pacient, el Model d'Atenció Centrat en la Persona i, un esforç per la millora de la Comunicació en general. La formació combina aquestes branques per tal de, com el mateix nom indica, posar la Comunicació al servei del pacient.

**Com? Dinàmica per trencar barreres i resistències entre el formador i professionals. Aconseguir la confiança, coneixent els seus límits, per tractar la realitat i que la formació sigui realista i factible, solucionable. Aportar dades reals apropa la situació. No ofendre.**

**Què sabem dels professionals? "La importància del meu camp d'influència"**

**Objectiu: mostrar resultats de la recerca del TFG i empoderar el professional de la seva capacitat d'influència i exemple inspirador cap als companys i, quan calgui, fomentar el lideratge.**

El primer que hem de treballar i aconseguir és l'actitud adequada. En aquesta formació no es tracta de "et donaré uns tips" sinó que primer volem aconseguir una actitud que travessi la nostra manera de fer, i a més aprendre tècnica per posar en pràctica l'actitud aconseguida.

"Vull que visquis el que jo he viscut" des del punt de vista d'haver fet la recerca del TFG, però de segur que cada professional si fos formador podria fer-se-la seva com expressem en les Històries amb Segell. Moltes vegades ens fixem en com actua l'altre i si treballa en equip o si és complicat tractar-hi, però hem de començar per un mateix. El cap de l'equip és el primer que ha de personificar l'actitud adequada. "La paraula convenç però l'exemple arrossega" - Victor Küppers. Un líder crea un espai de confiança i respecte, on el professional pot expressar-se amb llibertat, se sent escoltat, i considera que el seu superior és confiable.

A partir de les enquestes i entrevistes, per exemple, algunes de les opinions i dades dels professionals al Nhe son (sense fiabilitat estadística. 20 professionals entrevistats):

- Només el 15% dels entrevistats adjectivitzava el seu tracte amb el pacient com “personal o personalitzat”
- En el primer contacte professional-pacient:
  - 70% “presentació i entrevista”
  - 40% “informació del centre”
  - 25% “pla de tractament” i “factor equip”
  - Altres: sentit de l’humor, pre-revisió de l’informe clínic, adaptació a la situació cognitiva del pacient.
- Tipus de conversa:
  - 70% “Salut” i 60% “Vida personal”
  - Segons el moment del dia (matí: molt actius - tarda: cansats i menys distraccions)
  - Desig de més temps
  - Només 1 resposta inclou altres professionals com “si ha vingut el metge” o “què ha fet amb els fisios”
- Un 85% no ha rebut formació específica en tracte i comunicació amb el pacient.  
Un 100% en voldria rebre, sobretot en relació a:
  - 50% males notícies, 40% Gestió de l'estrès i pressió, 30% Dir que “no”, 30% Parlar en públic, 20% Empatia-assertivitat i últims dies, 20% Tracte amb familiars...
- Com valora l’escolta del Nhe al pacient
  - 65% “falta de formació en l’equip” ja que depèn de quin professional es tracti.
  - 30% “limitació de temps i càrrega de feina”
  - 40% “Valoració positiva” però en general millorable.
  - Propostes: donar peu a voluntaris i familiars, ampliar personal, involucrar + l’equip.
- Personal no assistencial o de contacte indirecte
  - 70% senten a parlar dels pacients cada setmana (el 40% cada dia)
  - La majoria troben útil conèixer històries dels pacients
  - Des dels seus llocs de treball poden millorar l’experiència pacient en situacions quotidianes (saludar, educació, somriure...), eficàcia en la seva tasca i processos.
  - Farmàcia o Cuina els agradaria visibilitzar la seva feina, exemple: targetó “la sra. X li ha preparat el dinar d’avui”

Quant a la comunicació interna entre els professionals, la recerca també aporta les següents dades:

- Jerarquia de preferència dels canals interns: WhatsApp - Missatgeria interna - Mornings i parte - Newsletter interna - Intranet. També s’esmenten altres com Planificador GTT i xarxes.

- Dificultats possibles a l'hora de comunicar un missatge: Falta de coordinació - Confusió per varietat de canals - Falta de formació - Falta de temps/Saturació de feina - Diferència de prioritats entre professionals - Idioma - Canvi puntual de torn.
- Proposen millores com: més eficiència en la missatgeria interna, més claredat en l'objectiu de cada canal, formació de com funciona el sistema, unificar actituds, continuïtat de les propostes, crear grups d'escolta, team building, agendar reunió periòdica, generar moments de conversa, programar la intranet perquè s'obri automàticament...
- El 78% els interessa augmentar la relació entre departaments i professionals.
- La majoria se sent escoltat/da però els agradaria que els tinguessin més en compte i alguns creuen que és millorable.
- El 92% considera que hi ha hagut una evolució positiva en la comunicació en els darrers anys.

**Com?** Volem que els professionals facin seves les dades, aportant la seva vivència, compartint si estan d'acord o no... Factsheet amb dades...

## TEMA 2. Comunicació VERBAL i NO VERBAL

**Objectiu: introducció general, després en cada percepció podem apreciar una o altra. El primer de tot és escoltar.**

### Comunicació VERBAL

Tècniques com el Counseling o les paràfrasis

Recursos idiomàtics i/o culturals "gonsao"

La gent no recorda el que diràs però sí recordarà com els fas sentir. Quan vas al metge sí perquè la informació és important però quan utilitza molts tecnicismes no l'entenc.

How Helping Others Could Make You Feel Less Rushed. (2023). *Greater Good Magazine*.

- Evitar el llenguatge mèdic, terminologia senzilla, clara i comprensible. Parlar amb detall, al ritme del pacient.
- Proximitat. Dirigir-se al pacient pel seu nom, respectar la seva intimitat. Parlar en primera persona, mode positiu, tracte cordial, tranquil.
- Sense desvaloritzar el dolor, permetent expressar els seus sentiments i emocions. Acceptació del pacient com és, generar confiança, serenitat i seguretat.
- Brindar de llibertat i autonomia, en la mesura de lo possible, al pacient en les decisions.

## Comunicació NO VERBAL

- Paralingüística. To i ritme apropiats, volum adaptat, gestió correcta dels silencis...
- Kinesia. Bona aparença, postura oberta, de cares al pacient, inclinada, gestos i ús del tacte adequat...
- Proxemia. Ús estratègic de l'espai, col·locar-se a l'alçada de la mirada...
- Aprendre a interpretar els gestos del pacient, trobar estratègies per comunicar-se.
- Utilitzar: humor, Elements visuals, Vida personal

### TEMA 3. Tot és percepció

#### És impossible no comunicar

**Objectiu: entendre que sempre estem comunicant i generant percepcions en els demés, igual que nosaltres sempre estem rebent i desxifrant informació que ens transmeten els altres.**

Tots hem tingut alguna experiència on hem rebut “males comunicacions” i d'altres “bones” o “molt bones”. Podem pensar en metges però també en altres tipus de persones com professors. En la nostra adolescència, quin professor em va marcar? Aquell que sabia transmetre, que comunicava amb passió, generava confiança, em feia sentir escoltat, valorat... Què feia que aquell professor fos memorable? Per què el recordo i, potser valoro, encara?

“No es pot no comunicar” - Paul Watzlawick. Al marge de la nostra voluntat, en tot moment estem comunicant i donant informació, alhora que desxifrant-la del nostre entorn. Per exemple: qui està còmode, concentrat, distret, amb el mòbil multitasking... (en el moment de la formació en altres casos hipotètics com la classe d'institut o la conversa quotidiana amb una altra persona). Comuniquem una imatge, construïm una reputació i generem una percepció, ja sigui en l'àmbit personal o professional. Som el conjunt de valors, habilitats, experiència i estil que ens distingeixen els uns dels altres, es comunica a través del comportament, comunicació i aparença. És a dir, podem preparar, cuidar, entrenar-nos per donar una imatge o altra als demés. “He preparat minuciosament aquesta improvisació” - Winston Churchill. Saber comunicar és quelcom que hauríem d'aprendre i entrenar-nos des de petits. Es tracta de saber com expressar allò que volem transmetre per a què arribi (i sigui acollit) de la millor manera possible. En el nostre cas, es tracta de cuidar el contacte directe amb els pacients i familiars.

Dins el món de la comunicació, hi ha moltes situacions i moments diferents que requereixen de la nostra formació/experiència per gestionar-los: males notícies, gestió de l'estrès, saber dir que no,

assertivitat i últims dies, oratoria en públic... L'objectiu d'aquesta formació és abordar les situacions quotidianes que poden millorar l'XPA.

### L'Experiència pacient

L'**Experiència pacient** (XPA) és un concepte força nou dins l'entorn sanitari. Fa referència a una nova mentalitat en la cultura assistencial i defensa la importància de col·locar el pacient com a persona al centre de l'activitat de l'hospital. Tot i que en son una part important, l'experiència del pacient va més enllà de les percepcions subjectives i individuals, ja que **resulta clínicament rellevant i influent en la recuperació de l'estat de salut del pacient**. Per obtenir aquest canvi de cultura, s'ha de dur a terme una transformació de manera multidisciplinària i integral per part dels professionals que intervenen en tota l'organització. (Yélamos et al, 2018)

Des d'una perspectiva més filosòfica m'agradaria citar a Fernando Bandrés, professor de Medicina a la Universidad Complutense de Madrid (UCM), en les IV Jornades Nacionals de Bioètica de desembre del 2022: "No es tracta de simplement col·locar el pacient al centre sinó d'entendre que és ell qui dona sentit a la nostra vida professional". D'aquesta manera, la nova cultura de l'XPA deixa enrere realitats com el paternalisme mèdic, la concepció del pacient com una malaltia i no com una persona o la satisfacció del tractament limitada al resultat mèdic obtingut.

En la literatura científica, el concepte es troba revisat per primera vegada a l'article Defining Patient Experience (2014), el qual considera que la millor definició és la que ofereix Beryl Institute:

"La suma de totes les **interaccions personals**, configurades per la **cultura d'una organització**, que influeixen en les **percepcions subjectives** del pacient i/o família, al llarg de la **continuïtat de la cura**"

Segons Doyle et al (2013), els tres pilars fonamentals a l'hora de millorar la **qualitat de l'atenció clínica des d'una perspectiva holística** són la seguretat del pacient, l'efectivitat del tractament i l'experiència del pacient. Per tant, si només consideréssim un dels tres elements per separat o n'ignoréssim algun, ens quedaria una valoració incompleta de l'activitat assistencial.



## Relació i comunicació terapèutica

**Objectiu: com a professionals d'un hospital no només ens preocupem de la salut sinó del benestar, de la cura dels nostres pacients. Ens importa la seva experiència a "casa nostra" i hem d'entendre la Comunicació com l'aliada per millorar l'XPA. La comunicació és important per:**

- **explicar de manera clara les indicacions i recomanacions, assegurant-se la comprensió.**
- **generar una relació de confiança perquè el pacient segueixi les indicacions del professional**
- **crear una percepció de seguretat que animi al pacient a col·laborar en la recuperació i cura.**

La relació entre professional de la salut i usuari-pacient en el procés terapèutic, és a dir la **relació terapèutica**, consisteix en un procés de interacció i influència social l'objectiu del qual és la curació del malalt, i la consecució d'aquest objectiu dependrà en gran mesura d'aquesta relació, segons Marín Sánchez M. (2001) El mateix autor defensa que va més enllà de tractar el pacient com a persona, sino que les **relacions interpersonals son fonamentals a l'hora d'assolir la curació** i, per tant, forma part de les habilitats bàsiques pel personal d'infermeria i, en general, sanitari. L'eina fonamental amb la que construir aquesta relació és la comunicació, entesa sobretot com escolta activa i deixar parlar. "Una comunicació eficaç està relacionada amb una millora clínica ràpida, una reducció de costos i un menor nombre de reingressos" (Inio A., 2014). De la mateixa manera que una comunicació adequada comporta resultats clínics positius, una mala praxis pot ocasionar pitjor qualitat de vida, major insatisfacció dels pacients, augment de l'estrès i desgast del personal, desavinences entre les expectatives dels pacients i els professionals.

Trobem exemples concrets i reals com el cas d'una pacient que va anar a fer-se una prova de la vista i no entenia com havia de comportar-se amb la mirada respecte la màquina de la prova. Havia de mantenir els ulls fixes però els va anar movent durant la prova. El professional no va saber explicar o assegurar-se que la pacient ho havia entès. Segurament, els resultats de la prova no seran correctes o no tan precisos.

Segons Naranjo Bermúdez I. C. i Ricaurte García G. P. (2006), per aconseguir una **comunicació terapèutica efectiva** cal tenir en compte factors com l'edat, el sexe, nivell educatiu i socioeconòmic, l'idioma de preferència, la religió, entre altres. A partir del coneixement d'aquestes característiques del pacient, **el professional pot definir millor la seva manera d'apropar-se i interaccionar-hi**, com escollir els termes i expressions del llenguatge així com exercir uns o altres tipus de comunicació no verbal. Per exemple, l'ús del somriure, el to de veu adequat, la vocalització, gestos... A través d'aquest diàleg el professional tindrà més facilitats per identificar i satisfer les necessitats del pacient,

ser assertiu, generar confiança, seguretat i fins i tot un recolzament efectiu. Per tant, aquesta relació comunicativa entre professional i pacient no només està regida per paraules, encara més quan es tracta de pacients amb una situació i característiques molt diferents a les del cuidador: pacients vulnerables, d'altres cultures o amb patologies com la demència o l'alzheimer.

*“El repte dels cuidadors és fer-se entendre pel pacient i entendre’l a ell, parlar amb ell en un llenguatge que per ambdós tingui sentit, i quan no hi hagi paraules, trobar la manera de comunicar-se. El cuidador té la tasca no només de cuidar del pacient, sinó també de convèncer-lo amb trucs i estratagemes perquè es deixi cuidar o per proporcionar-li el que necessita; el professional ha de saber què necessita; ha de poder sol·licitar-ne la cooperació i, finalment, establir una relació de cura; per això necessita un llenguatge” (De la Cuesta C., 2004)*

Segons Valverde C. (2007), aquesta relació on una persona té el rol cuidador sobre l'altra ha d'adoptar un enfoc concret i específic desde la perspectiva del pacient i la seva malaltia. Allò que diu i la manera com ho comunica ha de construirse **des de l'experiència del pacient**, la seva patologia, el seu patiment, el que significa per ell o ella.

### Què ens impedeix millorar l'experiència al pacient?

**Objectiu: trencar les barreres entre professional i formador i mostrar que som conscients que la realitat presenta reptes difícils. Alhora volem ser conscients que hi ha vies de superació (parcial o total) d'aquests reptes.**

L'objectiu de la professió sanitària i de cures s'assoleix mitjançant la comunicació, ajudant al pacient i família a preveure, afrontar i, en el cas del sofriment i dolor, ajudar a donar sentit. No obstant això, aquesta relació de confiança troba **obstacles en el dia a dia hospitalari**. Els protocols i procediments de registre, la tecnificació de l'entorn o, fins i tot, el símbol de la bata blanca impedeixen una comunicació més fluida i oberta. Segons Naranjo Bermúdez I. C. i Ricaurte García G. P., la formació acadèmica tracta com establir una bona relació professional-pacient però sovint és difícil d'aplicar pels procediments de l'organització o institució de la vida pràctica. D'altra banda denuncia una tendència cap a l'especialització que porta als professionals a interessar-se més per la malaltia o cas clínic que pel pacient en sí, deixant de banda la perspectiva de l'**atenció holística**.

En aquest punt esmento la pel·lícula *Wit* (2001) de Mike Nichols, una clara escenificació de la deshumanització en els hospitals. La protagonista, pacient greu d'oncologia, és tractada per un equip

d'investigació format per professionals sanitaris. Il·lustra com el pacient es pot arribar a sentir objecte i no subjecte, malaltia i no persona. La menció també és oportuna per observar el tipus de diàleg que s'estableix entre el metge i la pacient, concretament la salutació invariable quan el professional entra a l'habitació: "Hola (nom), com es troba?" mentre llegeix l'informe clínic i no dirigeix la mirada a la pacient. Una pregunta que resulta gairebé retòrica ja que no té interès en la resposta sino que es tracta més aviat de complir un **protocol extern sense una actitud interna** verdadera que l'acompanyi. Per tant, no es tracta només de quines paraules utilitza el professional sino de quina manera i amb quina intenció.

La segona barrera que esmenta Naranjo Bermúdez I. C. i Ricaurte García G. P. per la comunicació terapèutica efectiva és la **falta de personal generalitzada en els hospitals**. En la majoria d'institucions hi ha poc personal i, a més, amb una càrrega de feina important i una limitació inevitable del temps que pot dedicar a cada pacient. Això provoca una automatització, tensió, pressió sobre la tasca del professional sanitari, impeding la retrospecció personal de com es duu a terme la feina i tampoc es pot dedicar la quantitat de temps al pacient com es voldria.

Les **condicions ambientals** com soroll o interrupcions poden afectar negativament. Les barreres culturals, idiomàtiques o altres diferències entre professional i pacient que incrementar la distància relacional també son dignes de tenir en compte. Per últim, aquells reptes implícits en el professional: falta d'experiència, inseguretats, por a causar dolor, evitar certs temes de conversa, causes pre-existents com l'esgotament, nerviosisme o problemes emocionals previs...

La barrera més nombrada i coneguda: el temps. La "fam de temps". Veure aquest article:

[https://www.google.com/url?q=https://berkeley.us14.list-manage.com/track/click?u%3Da8079f1782122a9da1dec00db%26id%3D759dd666f6%26e%3D1085d1732b&source=gmail&ust=1683184539227000&usg=AOvVaw1\\_WMEq8xib440RoWGw9u-5](https://www.google.com/url?q=https://berkeley.us14.list-manage.com/track/click?u%3Da8079f1782122a9da1dec00db%26id%3D759dd666f6%26e%3D1085d1732b&source=gmail&ust=1683184539227000&usg=AOvVaw1_WMEq8xib440RoWGw9u-5)

- "Les barreres a la connexió que presenta la forma de vida moderna (la falta de temps, la principal d'elles) son significatives i ho seran encara més en les properes dècades."
- "Superar aquesta barrera requereix que lluitem contra la nostra pròpia percepció d'estar afamats de temps, per a que puguem seguir els comportaments socials que, de fet, ens ajudaran a sentir que tenim temps de sobra. Desafiant però alhora recompensant"
- "El propòsit d'aquest estudi no va ser demostrar que la compassió és important. Va ser per demostrar la rapidesa amb la que un pot mostrar compassió per un pacient. En total, el guió

trigava només quaranta segons en entregar-se. Només noranta-nou paraules produïen significativament menys ansietat per cada pacient.”

### Quan sí millora l'XPA: en la presa de consciència

#### **Objectiu: respondre a com o quan superem aquestes barreres i influim en l'XPA, creant experiències memorables**

Influim positivament en la percepció del pacient quan genero una experiència/vivència memorable. La vinculació amb les persones, les emocions, ho fan memorable. La importància del detalls. Els líders d'un equip han de ser els primers en personificar aquestes idees però com a membre de l'organització tinc el poder també d'influir en els meus companys i en els pacients.

Si s'hagués d'escollir un ítem per valorar l'experiència del pacient utilitzaríem la fidelització o recomanació. Volem que el nostre pacient/família se senti més que “ben tractat”. Posar exemples com les històries amb segell o casos del llibre de Disney (compassió i agafar de la mà). I del seu impacte real en el tractament i evolució del pacient.

Hem de saber que la realitat i la percepció van de la mà però a vegades difereixen. Trobem exemples de:

- Realitat positiva i Percepció positiva
- Realitat negativa i Percepció negativa
- Realitat positiva i Percepció negativa
- Realitat negativa i Percepció positiva

El nostre valor de l'excel·lència ens anima a treballar per una realitat positiva però també per aconseguir una percepció acord a aquesta. Exemple: Hospital Disney i la privacitat. Per tant, on està el clic? En la presa de consciència per part del pacient que nosaltres treballem pel seu benestar, que ens preocupem per ell/a, que volem que estigui informat, que se senti a gust etc. I com a professionals volem aprendre a que en sigui conscient.

Exemple: Estudi de pacients de colonoscòpia. La importància del final d'una XPA. Moment del pic de dolor, per les persones és molt important el final de l'experiència. O el que passa en el sector d'hostaleria. Buscar per internet.

## PERCEPCIÓ I "Treballen coordinadament pel meu benestar"

**Objectiu: aprendre a donar imatge de treball en equip i bona coordinació; resoldre dubtes i dificultats de les eines de comunicació operativa. TREBALLAR TEAM-BUILDING?**

### Comunicació no verbal

Quan/On? Habitació, Control d'infermeria, Passadís (sempre comuniquem)

- Somriure i respecte/educació = bon ambient de treball. El somriure: el gran instrument. Un bon ambient entre professionals arriba al pacient.
  - Somriure natural: evitar el fals o llavis apretats
- Ús d'uniformes
- Proximitat i respecte/educació per exemple:
  - gestos i tacte entre parelles d'auxiliars
  - metge i infermer a la mateixa habitació

### Comunicació verbal

- Utilitzar el plural "nosaltres". Per exemple: evitar "jo crec" sino "pensem que la millor opció és..."
- Incloure altres professionals de l'equip en les converses i la presentació particular del professional. Per exemple: quan ens presentem "soc de l'equip de fisios, de metges, d'auxiliars..."; preguntar "què ha fet avui amb la fisio?"
- Manifestar la comunicació entre professionals: "he parlat amb la doctora i..."; "m'ha dit la fisio que s'està recuperant..."
- Proposar l'actuació d'altres professionals, concretament psicologia i atenció espiritual. Que el pacient vegi que els professionals coneixen els "recursos" del Nhe.

### Eines de comunicació operativa

Espai per resoldre dubtes. QR / formulari / repartir paper i que les puguin anar apuntant... Per després resoldre-les de manera particular. Deixant el seu contacte. Podria servir com a font de contingut per unes FAQs a la intranet.

## P-II "S'anticipen a les meves necessitats"

**Objectiu: despertar la mirada per detectar necessitats i acostumar-nos a fer saber al pacient que ho fem per ell/a.**

Aspectes previs importants:

- Preparació i informar-nos de quin tipus de pacient estic atenent, quina és la seva història particular. Exemple: en les entrevistes algú em va comentar que segons el nom (a la pulsera)

començava a dirigir-se en un idioma o un altre. Buscar complicitats possibles amb el pacient per guanyar la seva confiança.

- Esforçar-nos en escoltar i identificar detalls. Ex. si és d'Andalusia, si la seva filla treballa de professora... En el projecte de històries amb segell veiem com cada pacient (així com professional) té la seva història i detalls.

Segons Imma Ferrer, les etapes de necessitats en la malaltia canvien durant el temps a l'hospital: El pacient, segons a quina etapa de la malaltia es trobi, valorarà més unes o altres coses. A curt termini, el primer que busca és la cura. Quan aquesta necessitat està coberta, valora la seva capacitat de decisió i aspectes més personals com el sentir-se informat i, una vegada això garantit, es posa en valor les visites, el lloc i que l'estància sigui lo més amable possible. De manera prioritària, "primer vols curar-te i quan això no és possible el que vols és que et cuidin lo millor possible."

### Comunicació verbal

- Fer explicacions al pacient del que anem fent, encara que sembli obvi per nosaltres, i sobretot del per què (pel seu benestar). No podem donar per fet.
- Preguntar al pacient directament "necessita alguna cosa?" Amb actitud d'espera, mirant als ulls.
- En el cas d'haver de dir "no", explicar el motiu en la mesura de lo possible. Sense que siguin excuses.

Segons Miriam Herrera, en la conversa, destaca l'ús de **paràfrasis** i planificacions per veure si s'ha comprès la informació. En la comunicació esglaonada, Herrera defineix els següents passos. "El primer dia li explico el que farem, que els dona perspectiva. Normalment comencem el mateix dia de l'ingrés i si comencem a fer tractament jo li explico però segurament a l'endemà torno a explicar el mateix. Hi ha exercicis que cada dia has de fer un recordatori. I encara que els doni un document, son pacients amb els que sí que has de repetir."

### P-III "Es preocupen per la informació"

**Objectiu: crear la percepció que els professionals informen i es preocupen que la informació sigui rebuda correctament pel pacient/família. Reflexió introductòria de la comunicació de males notícies.**

#### Comunicació no verbal

- Recomanació: portar a sobre una carpeta, oferir al pacient un full amb la informació... element visual de "informació".
- Mirada als ulls, ritme lent, evitar paternalisme, estar quiets.
- de peu o assegut?

#### Comunicació verbal

- Utilitzar exemples concrets en les explicacions i propers pel pacient.
- Evitar explicacions llargues amb molta quantitat de informació. Recomanable la comunicació esglaonada.
- Preguntar si s'ha entès i demanar al pacient que expliqui amb les seves paraules les instruccions (verbalitzant ho recordarà)
- Preguntar al pacient si vol rebre o no la informació (dret)

#### Altres tècniques

- Què amb exemples. Que en les explicacions posem pocs missatges i amb exemples concrets. I que la informació no sigui molt àmplia.
- Dinàmica de les pilotes de ping pong. S'envia una pluja de missatges però la gent es queda amb tres missatges.
- En el moment de l'alta: que la gent s'emporti un paper amb la informació.

#### Males notícies

- De l'ENTREVISTA A ANNA CENTELLES: Més enllà d'explicar-se bé, **el pacient/família a vegades es pot bloquejar emocionalment** i això el metge ho ha de tenir en compte. Explica un cas personal de pèrdua i dol per exemplificar com la nostra ment a vegades rebutja les males notícies i no som capaços d'assimilar certa informació. Proposa la **tècnica** de demanar al pacient que expliqui amb les seves paraules la informació que se li acaba d'explicar. En la seva resposta trobarem informació sobre l'estat emocional del pacient com del seu grau de comprensió. A més, li genera sensació de control, consciència i autonomia. Defensa que en la

relació amb el pacient és fonamental tenir en compte la **comunicació no verbal i, especialment, el tacte**: una apretada de mans, una carícia senzilla, una abraçada, una mà a l'espatlla... També expressa la demanda de les famílies a estar informades.

- De l'ENTREVISTA A IMMA FERRER: Preparació i **esforçar-se per preparar la informació**, sobretot en comunicacions de males notícies. Hem de ser conscients que notícies que es donen a diari a un hospital, poden ser la primera pel pacient que arriba. Segurament tindrà un impacte molt gran perquè es tracta de la seva vida i del seu risc de mort. A més, el llenguatge ha d'adaptar-se al pacient i ens hem d'assegurar-nos que s'ha entès correctament. A nivell institucional, s'hauria d'ampliar la ratio de professional-pacient per ser més confortable. Metges i infermeria tenen vocació però el sistema genera l'estrès del dia a dia. D'entre els professionals assistencials, hi ha persones més minucioses i altres més empàtiques. Ambdues son importants però les segones solen tenir més facilitat per connectar amb el malalt. És necessària la reflexió **“tractar com m'agradaria que em tractés el meu metge”**. Hem de tenir una **obertura al patiment**, a vegades es rebutja la dimensió espiritual de la persona, la creença, els valors... “Això sembla que siguin tonteries però a lo millor aquest és el fil que determina que la persona segueixi lluitant”. El professional pot saber les tècniques o les formalitats però si queda fred, serà difícil de connectar.

El pacient, **segons a quina etapa de la malaltia es trobi, valorarà més unes o altres coses**. A curt termini, el primer que busca és la cura. Quan aquesta necessitat està coberta, valora la seva capacitat de decisió i aspectes més personals com el sentir-se informat i, una vegada això garantit, es posa en valor les visites, el lloc i que l'estància sigui lo més amable possible. De manera prioritària, “primer vols curar-te i quan això no és possible el que vols és que et cuidin lo millor possible.”

- Anar acompanyat.
- PABLO CREVILLÉN: Davant la **posició vulnerable del pacient** i la comunicació de males notícies, exposa **dos extrems que el metge ha d'evitar: no dir la informació i, d'altra banda, ser massa violent**. Ademés s'ha de transmetre el missatge de manera esglaonada, evitant el “terrorisme informatiu”, ja que s'ha de respectar la reacció emocional de l'impacte, “no es tracta de complir un tràmit”. S'ha de trobar l'equilibri entre la franquesa i la sensibilitat, i sobretot assegurar-se que el pacient ha entès el missatge que li vol fer arribar. L'aspecte que, segons Crevillén, el pacient valora fonamentalment és que el tractin com a persona, és a dir, sovint “tot va molt ràpid, se'l tracta com un número...” Ara bé, tractar-lo amb afecte però no es recomana que se'l tracti com un colega o “compadre” ja que els vincles personals a vegades poden, fins i tot, afectar negativament.



- MIRIAM. En la conversa, destaca l'ús de **paràfrasis** i planificacions per veure si s'ha comprès la informació. En la comunicació esglaonada, Herrera defineix els següents passos. "El primer dia li explico el que farem, que els dona perspectiva. Normalment comencem el mateix dia de l'ingrés i si comencem a fer tractament jo li explico però segurament a l'endemà torno a explicar el mateix. Hi ha exercicis que cada dia has de fer un recordatori. I encara que els doni un document, son pacients amb els que sí que has de repetir."
- EMMA. Pel que fa al tacte, dependrà de cada cas però en estudis d'hospitals estatunidencs, les queixes eren relacionades amb la falta d'empatia "ni tan sols m'ha tocat".

Situación "pero ya se lo han dicho a mis hijos?" Ubicar al paciente en la acogida. → s'anticipen a les necessitats. En el moment de la presentació per reduir l'ansietat de ubicació de què és aquest centre. Acollida i properes passes.

#### P-IV "S'esforcen per cuidar-me personalment, soc especial"

**Objectiu: sensibilitzar-nos de la importància de veure el pacient com a persona, no una malaltia ni experiment ni evolució, una persona (amb història, valors, aspiracions, hobbies, gustos...). Fer conscient al pacient que se'l tracta de manera personalitzada.**

Recursos:

- Fragments de la pel·lícula *Wit*
  - "Quins símptomes veieu?" → no miren a la cara
  - "Gelat" → detalls de complicitat entre professional/cuidador i pacient.
- Oferir distraccions o "coses per fer", per exemple: mandales amb les que decorar l'habitació.

"Un bon professional no es queda en saber diagnosticar sino en saber cuidar" Pilar Medina.

#### Comunicació no verbal

- Mirada als ulls
- Respecte i educació: posar-se de peu quan entra una persona, saludar, somriure...
- Espai, entorn físic: habitació empàtica... Buscar detalls que el pacient/família pugui agrair (fotografies, objectes personals...)

#### Comunicació verbal

- Dirigir-se pel nom/cognom, per combatre un entorn hostil.

- Explicació i menció de les accions del Pla d'Atenció Centrada en la Persona (Ex. farmacologia personalitzada)
  - Explicació d'aquelles accions o millores que s'han fet a partir d'una demanda del pacient.
- ENTREVISTA A ANNA CENTELLES
- ENTREVISTA A MIRIAM: tratce personal
- ENTREVISTA EMMA: el professional ha de ser conscient de la desigualtat de condició entre professional i pacient, vulnerabilitat de la persona. Compassió sense paternalisme.

## TANCAMENT

### Reflexió i autoavaluació

- A nivell personal i organitzacional. No només depèn de la capacitat del professional sino que el sistema faciliti un espai i temps per la reflexió, formació i avaluació d'aquest aspecte.
- Conèixer les barreres d'aplicació per suavitzar o eliminar el seu efecte.
- Implicació ètica i de valors. Donar importància a la humanització de la professió, aconseguir que el pacient se senti la nostra prioritat.
- Equip. Possibilitat de diàleg, humilitat, cordialitat...
- Compliment d'allò que s'ha dit.
- Enfocar la formació del professional des d'una perspectiva holística.

#### **a) Altres recursos i informacions per ampliar el contingut:**

Llei Pareto

Alfons Cornella "VALOR"

Piràmide Bain&Co

Isa Caselsberg "mecanismos de defensa"

Eladi Baños → alguien de medicina que quiere transversalizar

Irene Cambra → serie de tv.