



V Trobada Balear de Professionals de Cures Pal·liatives

Àrea de Salut de Menorca
14 de juny de 2013

"L'ART DE CUIDAR EN EQUIP"

Taula de continguts

Introducció	4
Junta Directiva de la Societat Balear de Cures Pal·liatives (IllesPal)	
1. L'equip. Un <i>nosaltres</i> per tenir-ne cura	7
Enric Benito Oliver. Metge. Coordinador del Programa de Cures Palliatives de les Illes Balears	
2. Avantatges i desavantatges del treball en equip	13
Magdalena Marqués Triay. Psicòloga. Equip de Suport d'Ajuda a Domicili de l'Àrea de Salut de Menorca	
3. Sabem treballar en equip? Selecció de professionals, un perfil palliativista.....	17
Joan Santamaria Semis. Metge. Coordinador de la Unitat de Cures Pal·liatives de l'Hospital General	
4. Lideratge i treball en equip.....	22
Trinidad Ferragut Got. Infermera. Equip de Suport d'Ajuda a Domicili de Mallorca	
5. La meva experiència en una unitat de cures palliatives	25
Lorena Hortelano Moya. Metgessa. Unitat de Cures Pal·liatives de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera	
6. Incorporació a un equip de cures palliatives	30
Eva Vidagany García. Infermera. Equip de Suport d'Ajuda a Domicili de Mallorca	
7. La família, clau de l'equip assistencial	32
Eva Torrents Juanola. Treballadora social. Hospital General Mateu Orfila	

8. El treball en equip, unint esforços.....	34
Paloma Martínez Colomina Psicòloga. Unitat de Cures Pal·liatives d'Eivissa i Formentera	
9. Metodologia i perfils professionals.....	37
Jaume Julià Vadell. Metge. Unitat de Cures Pal·liatives de l'Hospital General	
10. Resolent problemes.....	42
María Victoria Fradera Chavala. Infermera. Equip de Suport d'Ajuda a Domicili de l'Àrea de Salut de Menorca	
11. Dificultats del treball en equip.....	44
María José Graciani Ordinas. Infermera. Unitat de Cures Pal·liatives de l'Hospital Joan March	
Conclusions.....	48
Xavier Lacueva Guallar. Metge. Coordinador de la Unitat de Cures Pal·liatives de l'Hospital General Mateu Orfila. Responsable del Comitè Organitzador de la Trobada	

Traduït per Bartomeu Riera, assessor lingüístic del Servei de Salut de les Illes Balears

Introducció

Una altra vegada —i ja en són cinc— ens retrobam la petita gran família dels professionals de les cures palliatives de les Illes Balears. Aquest pic a Menorca, a l’illa del Rei, on ja hi vàrem ser fa sis anys. De llavors ençà, la restauració de l’illa ha progressat molt i algun dels arbres que aleshores vàrem plantar s’han fet grans. Nosaltres també hem crescut: en nombre de persones, en entusiasme i, sobretot, en fortalesa envers les múltiples adversitats que ens envolten, la crisi, les retallades... Potser és que aprenem dels nostres pacients, vivim dia a dia, intentam fer el màxim que podem cada jornada. Ja ho diuen, no?: qui dia passa, any empeny!

Des del Programa de cures palliatives de les Illes Balears i amb la col·laboració de tothom, s’estan fent molts d’esforços per millorar i tirar endavant molts aspectes del nostre àmbit, des de potenciar la docència en cures palliatives en molts nivells assistencials fins a la preparació d’un projecte de llei de cures i drets de les persones en el procés de morir, que aviat es debatrà al Parlament de les Illes Balears, i també intentar consolidar els diferents equips de cures palliatives i crear-ne de nous.

Fa deu anys, els professionals més veterans vàrem començar a organitzar jornades o trobades com aquesta, que ens ajuden a difondre la filosofia de les cures palliatives i a fer-nos créixer com a macroequip que som tots quan ens ajuntam, posant en comú experiències, punts de vista diferents... i tots importants, en aquest cas parlant del treball en equip.

Hem d’agrair l’èpic esforç que han fet els organitzadors de Menorca per no desistir de coordinar aquesta tan esperada trobada, tot i les moltes dificultats que han aparegut durant el camí.

En la IV Trobada, que va tenir lloc a Mallorca i va estar dedicada monogràficament a la sedació, ja ens vàrem comprometre a editar i difondre els resums de les ponències. Aquest document que teniu a les mans és el fruit de la feina d’aquells dies de l’estiu de 2013 a l’illa del Rei.

En el marc de la Jornada, es va aprovar la creació de la Societat Balear de Cures Palliatives (IllesPal) com a ampliació de la Societat de Professionals de Cures Palliatives de Mallorca (SECPAL), creada l’any 2004 i que, des del passat mes de juny, ja és la de totes les Illes Balears. Des del mes de novembre de 2013, després de l’aprovació de l’Assemblea de la SECPAL, és la societat autonòmica dels professionals de les Illes Balears federada a la SECPAL. Tots els que en formam part ens embarcam en aquesta nova aventura amb ganes que sigui una societat que creixi i pugui aportar informació, docència i tot l’esperit humà que envolta les cures palliatives.

Realment creim que *la unió fa la força*, i d'aquesta filosofia és d'on volem treure les ganes de fer i dir tot allò que ara ens ve per endavant.

Us animam a revisar el document fruit de l'experiència i que reflecteix les dificultats i les forteses de treballar en equip, alhora que us convidam a mantenir-vos a prop d'IllesPal, que ara té la tasca —entre d'altres— de donar suport a la propera Trobada (la sisena), que es farà a Eivissa o potser a Formentera.

Junta Directiva de la Societat Balear de Cures Palliatives (IllesPal)

1. L'equip. Un nosaltres per tenir-ne cura

Enric Benito Oliver

**Metge. Coordinador del Programa de Cures Palliatives
de les Illes Balears**

Cuidar-se i acompanyar persones en els moments de més vulnerabilitat, fragilitat i dependència que caracteritzen l'etapa per on transcorren els nostres pacients i les seves famílies, és tan complex i demandant que només un grup humà cohesionat al voltant d'un objectiu comú —és a dir, un equip— és capaç de donar resposta a les necessitats que sorgeixen en aquesta etapa de la vida.

Sense equip no és possible fer cures palliatives, i la qualitat de les cures que oferim depèn de la maduresa i la

consistència de l'equip. Aquest és l'eina que permet transformar positivament l'experiència dels que pateixen. Un equip —definint-lo de manera ràpida— és un "nosaltres", i un equip de cures palliatives és un "nosaltres per cuidar"... o, potser millor, un "nosaltres per cuidar i créixer junts".

Les arrels d'un equip són els valors compartits sobre els quals es construeixen els objectius comuns. Quan les persones compartim objectius vertaders, som capaces d'assolir les metes que ens proposam.

Els valors compartits creen la cultura de l'organització, el mode de vida de l'equip.

DE QUÈ PARLAM QUAN ENS REFERIM ALS VALORS?

Podem dir que és allò que cada un de nosaltres valoram com a important en la nostra vida, allò a què donam importància i per què estam disposats a esforçar-nos:

- Allò en què crec.

- Allò que consider valuós.
- Les coses que són veritablement importants per a mi.
- Allò que em motiva
- Allò que m’anima i em fa sentir bé.
- Allò que m’impulsa a fer bé la meva feina.

ON S’UBIQUEN ELS VALORS?

El valor pertany a la nostra vida interior, forma part d’una dimensió íntima, que moltes vegades no s’expressa i és coneguda només per nosaltres mateixos.

Els valors són interns i, tot i que estan en la nostra intimitat, són l’arrel del nostre comportament. És a dir, encara que no puguem veure els valors d’una persona, per la seva manera d’actuar i comportar-se es pot deduir quines coses valora.

S’ha dit que si un vol conèixer els seus valors ha d’agafar una grapada del seu temps, llançar-lo al vent i mirar cap a

on es desplaça. A què et dediques? Què fas amb la teva vida? Què et mou a fer allò que fas?

ELS VALORS EN UN EQUIP

Individualment, cada un dels que formam l’equip:

- Sabem en el nostre interior què ens mou per ser on som i fer allò que feim.
- Sabem què ens motiva i ens fa sentir bé.
- Intuïm que els altres del nostre entorn comparteixen íntimament algunes d’aquestes coses, i aquesta intuïció ens fa còmplices seus.

Sabem que un equip és un “nosaltres”, és a dir: és més que la suma dels components, és allò que compartim i ens fa ser com som. Els valors compartits són una part important del cor d’un equip.

Els valors compartits són els que, sense estar moltes vegades explicitats clarament, creen la cultura de

l’organització i el mode de vida de l’equip i determinen en bona part el producte acabat del treball —en el nostre cas, la qualitat de l’atenció que oferim.

Per damunt de les diferències individuals i les competències i els rols professionals, hi ha una base sòlida sobre la qual se sosté el nostre quefer: la dels nostres valors compartits.

Si cercam allò que tenim en comú, allò que compartim, veurem que tots som persones que, en major o menor grau, compartim les quatre C que caracteritzen els professionals excel·lents, que són les aquestes:

- **Conscients:** de la realitat que vivim i de la dels nostres pacients i els seus familiars, i de les nostres possibilitats i els nostres rols, i també dels nostres límits. És el que es coneix com *awareness*, la consciència desperta o l’atenció plena. Ens ajuda a intuir els problemes dels pacients i a mantenir la distància adequada i

l’equanimitat per continuar essent compassius sense sobreimplicar-nos. És la clau que diferencia la fatiga de la satisfacció per compassió. Un grau de consciència alt ens ajuda a moure’ns en aquest entorn, ajudant, entenent, atenent, cuidant i aprenent, i sense contagiar-nos del patiment amb què convivim.

- **Competents:** és a dir, professionalment bons en la nostra àrea de competència per resoldre problemes difícils i complexos; en altres paraules: cadascú en el seu àmbit professional necessita ser i sentir-se professionalment capaç i també ser reconegut pels altres membres de l’equip pel, que fa a les nostres capacitats.
- **Compromesos** amb la nostra feina i amb l’equip. El grau de compromís és fruit de la nostra intuïció o experiència que la feina és una oportunitat de

creixement personal- Treballam més allà del que estableix el nostre contracte laboral, ja que estam convençuts que el nostre esforç aporta valor a la persona de qui tenim cura (i els seus familiars) en l’organització a la qual pertanyem, i sobretot a nosaltres mateixos. Inicialment intuïm i més tard confirmam que treballar ajudant persones en moments difícils —al contrari del que pugui semblar vist des de fora— és una font de coneixement, maduresa i satisfacció personal. Ho resumim quan deim que els nostres pacients són els nostres mestres.

- **Compassius** davant de la vulnerabilitat, la dependència i el patiment. Tot parteix d’aquesta sensibilitat compartida que ens mou a intentar transformar el patiment per mitjà de les nostres intervencions. La compassió, entesa com l’empatia en acció orientada a transformar l’experiència de patiment de l’altre, està en

l’arrel de la vocació de tot professional sanitari i és especialment rellevant en els que ens dedicam a les cures palliatives. El cor compassiu és la nostra millor eina, i és un imperatiu ètic cuidar-nos per mantenir-lo serè i fresc. El cultiu de l’equanimitat és el complement necessari per poder treballar en aquest entorn mantenint l’actitud compassiva lliure de fatiga.

I encara hi hauríem d’afegir unes altres tres **C** que defineixen millor l’equip:

- **Confiança entre els membres de l’equip.** Es construeix per mitjà de les experiències compartides i el temps, però és un element fonamental per afrontar els possibles conflictes —que sempre sorgeixen— per fer-ho des de l’afecte compartit i el coneixement dels nostres límits.

Un mestre de les cures palliatives, Balfour Mount, en un article clàssic diu de manera gràfica: “Si presumeixes de treballar en equip, només et creurà si m’ensenyas les teves cicatrius”. Es refereix a les ferides que sorgeixen sovint dels conflictes entre diferents membres i que s’han d’afrontar i elaborar.

L’equip es construeix per mitjà de i gràcies a les dificultats i els conflictes. La maduresa de l’equip s’adquireix quan som capaços de compartir el *nosaltres* per damunt dels nostres petits egos i es dona quan som capaços d’establir relacions personals de companyonia i constructives, centrades en el pacient i el seu benestar, més enllà de la nostra visió parcial i acceptant que la visió compartida és superior a la de qualsevol membre individual de l’equip. Però el que més ens uneix és la complicitat.

- **Complicitat.** Compartir la nostra vocació de palliar el patiment de malalts i familiars a través de:
 - el nostre respecte a la dignitat del malalt
 - l’accessibilitat
 - l’acompanyament
 - un ambient terapèutic càlid
 - una atmosfera de veritat
 - la presa de decisions ètiques
 - el treball en equip
- **Coratge:** és allò que anam forjant per mitjà de la superació de les dificultats que l’entorn i les organitzacions a què pertanyem ens posen. Aquestes barreres sorgeixen de la ignorància sobre el contingut de la nostra feina i, sobretot, de la por socialment compartida d’allò que en diuen *la mort*. Aquestes dificultats i barreres suposen un desafiament constant, que ens obliga a demostrar de manera reiterada la

necessitat del nostre esforç i ens ajuda a conrear la nostra resiliència.

EN RESUM

L’equip de cures palliatives és un *nosaltres*, allò que ens dóna sentit de pertinença, allò que ens uneix i allò per què els altres ens coneixen i que fa que ens sentim còmplices entre nosaltres.

Tenim totes aquestes coses en comú, que ens identifiquen per dins i ens permeten entendre’ns ràpidament per sentir que pertanyem a la mateixa família.

Aquesta V Jornada Balear de Professionals de Cures Palliatives és una mostra evident de la consistència d’aquest *nosaltres*, que en l’àmbit comunitari de les Illes va començar fa mes de dotze anys, i durant els quals —a més dels valors que ens uneixen, de les múltiples dificultats i

resistències i de les amenaces compartides— han anat forjant aquesta complicitat que tenim i que ens dóna la consistència interna com a grup, per poder compartir l’aventura de què gaudim i que encara ens espera.

Aquesta reunió és una oportunitat per reconèixer la nostra pertinença i dotar-nos de l’eina jurídica i social que ens permeti avançar cap al nostre objectiu i ser visualitzats com el col·lectiu professional que som, un grup professional que comparteix l’anhel de cuidar i acompanyar aprenent i creixent junts.

Vos propòs de fer un pas cap a la construcció d’un *nosaltres* més obert i operatiu: la Societat Balear de Cures Palliatives, que —si mereix la vostra aprovació— naixerà com a fruit d’aquesta reunió tan ben organitzada pels companys de Menorca, a qui agraïm l’esforç, l’hospitalitat i la generositat per compartir aquests dies i aquests temes.

2. Avantatges i desavantatges del treball en equip

Magdalena Marqués Triay

Psicòloga. Equip de Suport d'Ajuda a Domicili de l'Àrea de Salut de Menorca

INTRODUCCIÓ

És impossible que una sola persona pugui donar resposta a les necessitats de les persones que estan en una situació de malaltia avançada i terminal, ja que aquestes són múltiples i canviants. Per això la intervenció ha de ser interdisciplinària i ha de cobrir amb atenció i cura totes les dimensions de la persona: física, psicològica (pensaments, emocions i comportaments), social i espiritual.

MODEL BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUT

La perspectiva biopsicosocial de la salut va ser definida per George Engel l'any 1977, derivada de la teoria de sistemes. Parteix d'una visió holística de la salut i de la malaltia i considera tots els aspectes de l'ésser humà. Des d'aleshores no ha deixat d'evolucionar gràcies a les contribucions de Casell, Jovell, Sanz, Callahan... per a qui el pacient és el centre i el protagonista del sistema i orienta les nostres actuacions cap als objectius finals de qualitat de vida, confort i benestar del pacient i de la seva família.

TREBALL EN EQUIP

L'equip és un grup de persones que treballen amb un objectiu comú i en el qual prevalen la col·laboració i la cooperació davant la competència. És un procés a construir i mantenir. En cures palliatives adquireix una rellevància

especial, ja que les necessitats que s'han de cobrir són multidimensionals, integrals i personalitzades. Tipus d'equips de treball: multidisciplinari, interdisciplinari i transdisciplinari.

AVANTATGES DEL TREBALL EN EQUIP

- Sinergia: possibilitat d'obtenir resultats que van més enllà de les capacitats dels membres de l'equip.
- Avantatges per a l'organització, per al pacient i la seva família i per a l'equip.
 - *Per a l'organització*
 - Incrementa la satisfacció del pacient respecte a l'organització.
 - Facilita que els pacients puguin quedar a casa, la qual cosa redueix la despesa pública.
 - Incrementa la satisfacció del personal.
 - El treball en equip redueix els errors clínics.
 - Redueix les reclamacions de pacients i familiars.

- *Per al pacient i la seva família*
 - La satisfacció i el benestar del pacient són més grans si l'atén un equip coordinat.
 - Inspira confiança i redueix la preocupació del pacient pel tractament.
 - L'equip assegura la continuïtat de la cura, la qual cosa millora la qualitat de vida.
- *Per a l'equip*
 - Compartir experiències i professionalitat produeix un enriquiment personal i una millora del treball professional.
 - El reconeixement compartit en la tasca realitzada fomenta la solidaritat i les relacions positives.
 - Treballar al costat d'altres professionals proporciona la possibilitat del suport mutu, cosa que evita l'aparició de la síndrome d'esgotament professional (*burnout*).

- Compartir la presa de decisions difícils i la informació sobre un pacient evita les contradiccions en la informació i la duplicitat d'esforços.
- El reforç d'informació a un pacient o a la seva família fa més eficaç la feina.
- Increment de l'aprenentatge individual en compartir coneixements.
- Satisfacció de necessitats socials.
- Desenvolupament d'habilitats de comunicació, de negociació, de persuasió...
- Motivació per la possibilitat d'aportar idees, ser escoltat...

DESAVANTATGES DEL TREBALL EN EQUIP

- Conflictes entre persones (indiferència, falta de cooperació...).
- El treball en equip pot ser extremadament tensional quan 1) no estam preparats per afrontar la mort de l'altre, la qual cosa suposa una reflexió prèvia sobre la mort mateixa, 2) no tenim habilitats de comunicació, 3) no sabem autoregular-nos i gestionar les emocions, 4) no ens basam en principis ètics o 5) no hi ha empatia amb els companys de l'equip.

CONCLUSIONS

Treballar en equip és complex. Pot ser una font de gratificació o un cúmul de dificultats que generen frustració. Podem convertir els desavantatges en avantatges observant què no volem per enfocar-nos en allò que sí que volem, no en el problema sinó en la solució, no en els defectes sinó en les qualitats dels altres, fent de

la positivitat un sistema de vida. Contribuïm a millorar el nostre món amb PRESENCIA, CONSCIÈNCIA I CORDIALITAT.

BIBLIOGRAFIA

- NHAT NANH, Tich. *El milagro del Mindfulness* Barcelona: Oniro, 2011.
- ARRANZ, Pilar; BARBERO, Javier; BARRETO, Pilar. *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel, 2005.
- BAYÉS, Ramón. *Psicología de la muerte y el sufrimiento*. Madrid: Mr Ediciones, 2001.



3. Sabem treballar en equip? Selecció de professionals, un perfil pal·liativista

Joan Santamaria Semis

Metge. Coordinador de la Unitat de Cures Palliatives
de l’Hospital General

INTRODUCCIÓ

La medicina palliativa és un àrea de coneixement que, en el nostre entorn sanitari, encara no és considerada una entitat clínica, malgrat que ja se’n comença a reconèixer la transcendència i l’oportunitat. Aquest aspecte fa que sigui molt més complex justificar la necessitat i el fet que els professionals que es dediquen a les cures palliatives hagin de tenir una formació i un perfil específics.

Per tant, a continuació farem un resum de les competències i del perfil que haurien de tenir els professionals que s’han de dedicar a les cures palliatives, i també una anàlisi de la situació actual.

COMPETÈNCIES I PERFILS DELS PROFESSIONALS DE LES CURES PAL·LIATIVES

Diferenciarem unes competències generals, que són més de perfil humà, i unes altres d’específiques, que fan referència als diferents professional sanitaris que participen en els equips de cures palliatives.

1. Competències: perfils generals

Les competències (capacitats) bàsiques per fer cures palliatives fan referència a les actituds personals i relacionals, i es poden resumir en cinc capacitats:

- respecte
- suport

- confiança
- capacitat de compartir
- col·laborar.

2. Competències: perfil específic

Les competències específiques tenen un àmbit més professional i també relacionat amb el treball en equip:

- en coneixements (saber)
- en metodologia (saber fer)
- en les relacions (saber estar)
- en les actituds (saber ser)
- emocionals i espirituals (sentir)

2.1. Competències en coneixements (saber)

a) Mèdiques

Actualment, els països que més han desenvolupat les cures palliatives són els anglòfons (els Estats Units, el Regne

Unit, el Canadà i Austràlia), on la medicina palliativa forma part dels currículums formatius de tots els metges. També són els països que produeixen més publicacions científiques.

Les especialitats més recomanades per especialitzar-se en medicina palliativa són les següents:

- oncologia
- anestèsia
- medicina interna
- medicina de família
- geriatria

Com a tractats de referència hi ha aquests, entre molts altres:

- BRUERA, Eduardo; YENNURAJALINGAM, Sriram (ed.). *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine*. Nova York (EUA): Oxford University Press, 2011.

- DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey W. C.; MACDONALD, Neil (ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Nova York (EUA): Oxford University Press, 2011.
- GOLDMAN, Ann; HAIN, Richard; LIBEN, Stephen. *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Nova York (EUA): Oxford University Press, 2012.

b) Infermeria

Dins l'àrea de la infermeria hem de destacar l'esforç fet per les societats d'infermeria i la SECPAL en publicar (març de 2013) una monografia sobre les competències d'infermeria en les cures palliatives, que es pot adquirir de franc en el web de la SECPAL.

Com a precedent, també hi ha aquesta altra publicació (amb participació espanyola): M Vlieger, N Gorchs, P Larkin, F Porchet. *A Guide for the Development of*

Palliative Nurse Education in Europe. *Eur J Pall Care*, 2004; 11(4).

I com a tractats de referència, aquests dos:

- FERRELL, Betty R.; COYLE, Nessa (ed.). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Nova York (EUA): Oxford University Press, 2010.
- MATZO, Marianne; WITT SHERMAN, Deborah (ed.). *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. Nova York (EUA): Springer Publishing Company, 2010.

c) Treball social i psicologia clínica

El treball social i la psicologia són àrees professionals imprescindibles en l'equip i l'atenció palliativa. Tanmateix, en temps de crisi costa molt justificar-ne la presència i l'especificitat en els equips.

- ALTILIO, Terry; OTIS-GREEN, Shirley (ed.). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Nova York (EUA): Oxford University Press, 2011.
- HOLLAND, Jimmie C. [et al.] (ed.). *Psycho-Oncology*. Nova York (EUA): Oxford University Press, 2010.

2.2. Competències en metodologia (saber fer)

Amb més o menys intensitat cal tenir habilitats i capacitat en les àrees següents:

- capacitat de sistematitzar
- capacitat organitzativa
- capacitat docent

2.3. Competències en les relacions (saber estar)

Les relacions internes i externes són la base per a la difusió i la integració de les cures palliatives, tant en l’entorn sanitari com en el social. Entre les competències cal destacar-ne aquestes:

- Participació (treball en equip) amb altres equips de cures palliatives.
- Gestió de demandes (derivar/reconduir).
- Gestió de conflictes.

2.4. Competències en les actituds (saber ser)

El nostre equilibri personal i l’actitud són essencials. Moltes d’aquestes competències es poden millorar i/o adquirir:

- Empatia, tolerància, escolta.
- Reconeixements de les nostres limitacions.
- Actitud positiva.
- Actitud d’aprendre i millorar.

2.5. Competències emocionals i espirituals (sentir)

- Consciència de treball amb la mort.
- Gestió de l’ansietat i de l’estrès.
- Confiança en els companys de l’equip.
- Implicació.

- Integritat.

I finalment la competència més valorada: SENTIT DEL HUMOR.

SITUACIÓ ACTUAL

Malgrat els avenços dels darrers anys, a Espanya no hi ha un sistema normalitzat d’acreditació per als professionals que treballen en les cures palliatives. Tot i això, hi ha un total de sis mestratges multidisciplinaris diferents en cures palliatives i un d’infermeria palliativa. Actualment, la SECPAL treballa amb els ministeris competents en un esforç per posar en pràctica un sistema d’acreditació .

L’any 2010, el Dr. Gómez Sancho va publicar un article a *Revista de la Sociedad Española del Dolor* en nom de l’organització mèdica col·legial, en el qual detallava mesures en forma d’un decàleg per desenvolupar les cures palliatives a Espanya i que expressava amb preocupació el següent: “L’absència d’un sistema de selecció de personal

específic és una de les amenaces principals per al desenvolupament de les cures palliatives a Espanya”.

Un pas més per normalitzar la necessitat de les competències específiques en cures palliatives és el document publicat per l’Associació Europea de Cures Palliatives (EAPC) en forma de llibre blanc, que es pot consultar a la revista de l’Associació, dins el web d’aquesta institució (<www.ejpc.eu.com>).

- Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. *European Journal of Palliative Care*, 2013; 20(2).

Finalment, com a reflexió només ens queda no defallir per exigir a les nostres institucions sanitàries la necessitat d’assegurar que els professionals que prestin atenció de cures palliatives tinguin un perfil formatiu i humà específics.

4. Lideratge i treball en equip

Trinidad Ferragut Got

**Infermera. Equip de Suport d’Ajuda a Domicili de
Mallorca**

INTRODUCCIÓ

En tots els equips de treball es produeixen canvis a causa de les diferents fases de desenvolupament per les quals travessen els membres del grup i per la pròpia evolució de l’equip de treball com a tal. Per això, l’estil de lideratge més eficaç és aquell que s’adapta als col·laboradors en cada situació, és a dir, exerceix un lideratge adequat a les necessitats de l’equip.

DE GRUP A EQUIP

El *treball en equip* implica un *grup de persones* treballant de manera coordinada en l’execució d’un projecte.

L’equip respon del resultat final i no del de cada un dels membres de manera independent. Cada membre està especialitzat en una àrea determinada que afecta el projecte. Cada membre de l’equip és responsable d’una comesa i només si tots compleixen la seva funció és possible tirar el projecte endavant.

LIDERATGE/LÍDER

El concepte *lideratge* reuneix el conjunt d’activitats desenvolupades pel líder per influir en el comportament dels seus col·laboradors a fi d’assolir els objectius de l’organització.

Per aconseguir-ho, el líder manté dos tipus de comportament:

- Comportament directiu:
 - Defineix les funcions i les tasques dels subordinats.
 - Assenyala què han de dur a terme, com i quan.
 - En controla els resultats.
- Comportament de suport:
 - Se centra en el desenvolupament del grup.
 - Fomenta la participació en la presa de decisions.
 - Dóna cohesió i suport al grup i el motiva.

ESTILS DE LIDERATGE

Qualsevol que sigui la denominació final que hom li doni a cada estil de lideratge, hi troba la gestió de tres elements comuns: tasca, relació i maduresa/situació.

Aquestes dimensions han estat etiquetades amb diferents noms per diferents autors, fent-les coincidir amb estils com ara "autocràtic", "directiu", "negociador", "consultor", "participatiu", "delegador", "desertor"...

LIDERATGE SITUACIONAL

Correspon a la capacitat de manejar-se entre els diferents estils, atenent el grau de maduresa, tant grupal com individual.

CONCLUSIONS

- No hi ha una manera òptima d'actuar per influir en els altres.
- L'estil de lideratge depèn del nivell de capacitat per a la tasca, d'interès per les relacions i del grau maduresa del seguidor dins l'organització.

- Adaptar la manera de liderar a la situació del moment és assegurar l'èxit màxim de l'equip.
- Preparar el líder del futur és una responsabilitat que garanteix el seu propi lideratge.

BIBLIOGRAFIA

SÁNCHEZ SANTA-BÁRBARA, Emilio; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Andrés. "40 años de la teoría del liderazgo situacional: una revisión". En: Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 42, núm. 1, 2010, pp. 25-39.

BENAVIDES, Elsa Margarita. "Relationship of Situational Leadership to Organizational Commitment". En *Proceedings of the International Journal of Industrial Engineering: Theory, Applications and Practice*. Las Vegas (EUA), 2004.

CARRIER, Kathy. "Situational Leadership: Recognizing Differences". En *National League of Cities*, vol. 24, 5. Washington, DC (EUA), 2001.

FIEDLER, Fred Edward. *A Theory of Leadership Effectiveness*. Nova York (EUA): McGraw-Hill, 1967.

HERSEY, Paul. *The Situational Leader*. Nova York (EUA): Warner Books, 1984, p. 12-72.

"Construir una visión". Article publicat a la revista *Énfasis* el maig de 2005.

MAXWELL, John C. *Desarrolle el líder que está en usted*. Nashville (EUA): Ed. Caribe-Betania, 1996.

5. La meua experiència en una unitat de cures palliatives

Lorena Hortelano Moya

Metgessa. Unitat de Cures Palliatives de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera

Demandar a un metge què ha après durant els tres anys de feina en una nova unitat mèdica suposa un monogràfic de síndromes, símptomes i tractaments.

Quan el metge s'acosta a l'àmbit de les cures palliatives descobreix que ha d'ampliar la seva mirada i adquirir un aprenentatge de la persona, de la malaltia i del procés de

morir més holístic, que de manera resumida recullo en aquests sis punts:

1. La diferència d'objectius en el tracte del pacient. No tenir la curació com a objectiu

Durant la formació del metge, el missatge que rep és que està *dissenyat* només per salvar vides sense importar quant costi i que la missió és curar.

Treballar amb pacients en la fase terminal de la malaltia fa que els objectius i les prioritats canviïn progressivament. Ara la nova perspectiva seria que ens hem de preocupar de cuidar els nostres pacients i donar-los la màxima qualitat de vida fins al final dels seus dies.

2. Entendre la mort dels nostres pacients com a part de la nostra tasca i viure-la com un èxit si hem arribat al nostre objectiu: mort digna

Per al metge, que els seus pacients morin suposa un fracàs en la seva feina; per a un palliativista la mort del pacient és la norma. Per tant, la nostra tasca és aconseguir un bon control dels símptomes i l’adaptació del pacient i de la seva família al procés fins al final. Aconseguir-ho forma part de l’èxit de l’equip.

Record la primera vegada que em varen felicitar després de la mort d’una pacient, en un context familiar disfuncional, amb mala relació entre el pacient i la família, que al començament va ser un tracte difícil al domicili. Progressivament la pacient va acceptar la seva situació, la família va empatitzar amb ella i tothom va assumir-ne la cura fins al final, tal com la pacient volia. Va ser una experiència de reconciliació i guarició compartida.

3. Canviar les prioritats en la pràctica diària

Durant la formació d’un metge d’atenció primària una de les prioritats és aprendre a treballar ràpid, visitar un pacient en set minuts, saber optimitzar les consultes parlant exclusivament del motiu de la consulta i formar-se tècnicament (com, per exemple, saber fer una reanimació cardiopulmonar).

Després de tres anys treballant amb pacients en la fase terminal de la malaltia, progressivament es modifica l’escala de prioritats: ara és més important donar qualitat de vida i ser humà sense oblidar estar actualitzat i format.

En el nostre entorn el patiment és molt present. Aquesta cita de Friedrich Nietzsche fa referència a una de les prioritats dels professionals de les unitats de cures palliatives: «Però no va ser el sofriment mateix el seu problema sinó l’absència de resposta al crit de la pregunta “¿per què sofrir?”».

És a dir, la nostra feina consisteix també a crear amb la nostra actitud compassiva l'espai de seguretat i confiança perquè el malalt es trobi acollit i pugui elaborar els seus temors i dubtes i, arribat el cas, trobar i/o construir un sentit que li permeti transcendir el sofriment.

4. El tracte del pacient globalment, tenint en compte factors biopsicosocials

Pel fet que les necessitats de la persona en aquesta etapa són múltiples i provenen de les seves diferents dimensions, el model biomèdic après és insuficient per donar-hi resposta. Només una aproximació que integri la feina de psicòleg, pacient, metge, treballador social i, de vegades, agent pastoral pot aspirar a cobrir la complexitat de la demanda que trobam.

5. La importància de la família: cuidar-la i tractar-la durant tot el procés

La cura i el tracte de la família és un dels punts que més diferencia la feina de les unitats de cures palliatives amb la de la resta. Durant tota la formació d'un metge, mai no es fa referència a les famílies dels pacients.

La família és un dels punts més difícils d'abordar en la nostra pràctica diària, ja que n'hi ha molts de models (famílies desestructurades, etc.) que en moltes ocasions dificulten el tracte del pacient.

No és estrany que un especialista ens derivi un pacient i ens faci referència a la família com a bona cuidadora, però que durant la nostra intervenció vegem que l'entorn familiar és totalment diferent.

Un exemple: la síndrome del cosí de Bilbao, una reacció emocional i conductual d'un familiar que no és present durant el procés i que sol participar en les cures de l'ésser estimat, de vegades perquè viu en una altra ciutat. Quan hi

compareix reacciona amb dificultat en l'acceptació de la mort, amb exigències i ordres per resoldre a la seva manera *allò que els altres no han pogut fer*, culpabilitzant de la situació els cuidadors i l'equip. Per tant, quan hi compareix pot desestructurar tota la feina feta durant mesos. Entendre que treballa des de la culpa per no haver-hi estat present ens permet no enfrontar-nos al seu comportament i, des de l'empatia pel seu malestar, facilitar que passi de ser un factor de distorsió a ser un col·laborador de l'equip si s'integra adequadament en el procés.

6. El significat del treball en equip

El treball en equip és un dels conceptes que s'adquireix en treballar a les unitats de cures palliatives. És la clau de l'èxit en la pràctica diària, ja que hi influeix de manera positiva, fomenta la companyonia, genera entusiasme en

els membres de l'equip i dóna satisfacció en les tasques recomanades.

Cal saber diferenciar-lo dels equips de treball, en els quals s'elaboren regles que tots els membres del grup han de respectar i que ens permeten predir el comportament dels altres. Aquesta és la manera més freqüent de funcionar a la resta dels serveis.

En l'àmbit de les cures palliatives, l'equip comparteix el mateix objectiu (el benestar del pacient i la de seva família) i els valors que caracteritzen l'atenció de la fragilitat i la vulnerabilitat des del reconeixement de la dignitat de la persona. D'aquesta manera s'estableix una complicitat entre els membres de l'equip que permet treballar amb menys tensió ja que comparteixen les tasques i la responsabilitat i cerquen solucions des de diferents punts de vista. Així s'aconsegueix més integració entre les persones que el formen.

CONCLUSIONS

De la meua transició com a metgessa d'atenció primària a palliativista, en destac el canvi de l'enfocament en el pacient, de prioritzar les cures al final de la vida en comptes dels tractaments curatius, saber ajudar els pacients i els éssers estimats a preparar-se per als canvis físics que poden tenir lloc a prop del final de la vida, i respondre amb un tracte adequat dels símptomes, aprendre a gestionar els problemes emocionals i existencials que es presenten (la preocupació d'abandonar als éssers estimats, les reflexions sobre el futur dels que queden...) i, d'aquesta manera, contribuir a l'acceptació que la vida ha arribat al final.



6. Incorporació a un equip de cures paliatives

Eva Vidagany García

Infermera. Equip de Suport d’Ajuda a Domicili de Mallorca

Experiència personal del procés d’incorporació d’un nou membre a l’Equip de Suport d’Atenció Domiciliària de Mallorca.

INTRODUCCIÓ

L’objectiu del pla d’acollida al nou personal incorporat és resoldre la incertesa que es produeix davant d’una situació transcendental de la vida laboral —com és l’inici d’una nova ocupació— amb el desig de fomentar l’esperit d’equip i el sentiment de pertànyer a un mateix projecte professional.

ANÀLISI DE LES PRIMERES REACCIONS EMOCIONALS. AJUST D’EXPECTATIVES. RECERCA D’INFORMACIÓ

Pla d’acollida: conveniència d’elaborar un pla documentat i per escrit en què s’expliciti la visió, la missió i els valors de l’equip al quals s’incorporarà el nou professional. Aquest document ha de recollir els aspectes següents:

1. Benvinguda
2. Descripció d’espais físics
3. Organigrama funcional i jeràrquic
4. Funcions específiques del lloc de treball
5. Horaris i normatives referents a llicències, permisos i vacances
6. Metodologia, dinàmica i organització de la feina treball diària
7. Circuits
8. Particularitats

9. Eines imprescindibles per al desenvolupament laboral en l'atenció palliativa domiciliària

RESUM

S'han de detallar amb claredat totes les accions que cal dur a terme en una jornada de treball habitual i qui són les persones implicades. És fonamental que hi hagi un tutor o guia que monitori l'activitat del nou professional, li doni suport, l'ensenyi i l'informi individualment sobre totes les novetats que vagin sorgint. És necessària la col·laboració de tots els integrants de l'equip.

El pla d'acollida s'ha d'iniciar abans de la incorporació efectiva del nou treballador. De la idoneïtat del pla depèn la seva implicació futura i la integració correcta en l'equip. Ha d'incloure cursos de formació teòrica i pràctica per avaluar les habilitats del nou professional.

CONCLUSIONS

El pla d'acollida ha de tenir un seguiment i una avaluació periòdics, (cada mes, cada tres mesos i cada sis mesos, com a mínim). Els responsables han de fer entrevistes periòdiques amb el nou professional per reforçar-ne les habilitats, mantenir-ne la motivació i valorar-ne la implicació. A més, la gestió adequada i planificada de l'acollida té un impacte immediat en el nivell de satisfacció del nou professional i repercuteix positivament en la resta de l'equip.

7. La família, clau de l'equip assistencial

Eva Torrents Juanola

Treballadora social. Hospital General Mateu Orfila

INTRODUCCIÓ

La família és clau en el treball en equip. No podem percebre el treball en equip sense tenir present la família i el pacient.

La singularitat de la família en una situació de malaltia avançada comporta a l'equip una adaptació i una intervenció des d'un vessant interdisciplinari. La importància de la interdisciplinarietat és la visió integral del pacient i la seva família, tenint en compte els factors

socials i culturals que incideixen en el procés salut-malaltia. És necessari entendre els efectes que provoca la malaltia en els àmbits personal, familiar i social.

CANVIS EN L'ENTORN FAMILIAR

En un procés de malaltia avançada, la família viu un estat temporal de trastorn i desorganització. Es tracta d'una crisi que comporta un canvi en diferents àmbits: reorganització familiar, canvi de rols dels membres, replantejament dels projectes, gestió dels recursos i resposta emocional.

L'EQUIP ASSISTENCIAL

L'equip ajuda a definir els problemes, a prendre decisions, a aprendre solucions noves, a mobilitzar els recursos personals i els externs, a reduir els efectes desagradables, a tractar els símptomes i a atendre les necessitats físiques, psíquiques, socials, emocionals i espirituals que van sorgint.

Per tant, ¿podem obviar les emocions en una situació de final de vida? La notícia i l'impacte emocional desencadenen sentiments que l'equip ha de saber escoltar i atendre per intervenir-hi amb èxit.

EXPERIÈNCIA PERSONAL

En la ponència es presenta una experiència personal en què destacà la satisfacció d'un bon acompanyament gràcies a un treball en equip en què la família en va ser un membre més. L'equip professional en va tenir una bona cura, la va ajudar a prendre consciència de les emocions, va saber acompanyar-la i li va permetre un aprenentatge i un creixement amb la seva actitud d'escolta activa.

El pacient fou el protagonista d'aquest moment tan important de la seva vida. La família es va sentir còmoda per deixar-se conèixer amb els seus valors, les seves creences, amb els seus patrons de comunicació, amb les històries passades, amb les seves pors... Això li va fer

possible adaptar-se adequadament. El comiat va ser ple de melangia, però viscut amb serenor. Fou la sensació subjectiva de plorar la pèrdua amb satisfacció, d'aconseguir el millor comiat merescut per la persona estimada.

CONCLUSIONS

Un sol objectiu: ajudar el pacient i la seva família en el procés de pèrdues de la persona en la fase final de vida, que conclou amb la mort. És una tasca conjunta dels professionals, el pacient i la seva la família, que mena a un treball en equip.

El resultat d'una bona interrelació i d'un gran esforç de tothom duu a assolir els millors resultats: una mort en pau, una família tranquil·la tot i haver perdut un ésser estimat i uns professionals satisfets de la feina ben feta.

8. El treball en equip, unint esforços

Paloma Martínez Colomina

Psicòloga. Unitat de Cures Palliatives d'Eivissa i Formentera

El treball en equip és una de les eines més potents de les quals disposen les unitats de cures palliatives. Treballar en equip suposa un esforç comú a favor d'uns resultats més satisfactoris, tant per a l'equip com per al pacient i la seva família.

En les unitats de cures palliatives es presenten diferents situacions en què treballar en equip marca la diferència entre una bona feina o una de senzillament bona. Entre

aquestes situacions hi ha la síndrome confusional en la situació dels darrers dies a casa del pacient. En aquest cas, l'aportació de tots els membres de l'equip determinarà la consecució o no de tots els objectius plantejats per les unitats de cures palliatives, dirigits tant al pacient i la seva família com a l'equip mateix.

A PROPÒSIT D'UN CAS CLÍNIC (RESUM):

- Pacient de 56 anys. Divorciada, amb un fill de 37 anys. Viu amb la seva nova parella, que n'és el cuidador principal. Situació familiar adaptada.
- Diagnòstic de tumor ovàric amb metàstasi, fa 2 anys.
- El gener de 2013 va ser inclosa en el Programa de cures palliatives i visitada en domicili per la Unitat de Cures Palliatives.
- La pacient expressà a l'equip la seva voluntat d'adequació de l'esforç terapèutic i sollicità mesures de confort.

- En el darrer mes s’ha produït un deteriorament progressiu de l’estat general i la pacient està enllitada.
- 15 de maig 2013: la Unitat de Cures Palliatives rep una trucada a les 8 del matí del fill de la pacient, que refereix a la doctora, a la infermera i a la psicòloga que fa dues nits que la mare no dorm, té molèsties de dolor nocturn que no reverteixen amb la medicació antiàlgica, beu molt de líquid i no vol menjar ni prendre la medicació habitual. A més, durant les nits està inquieta i de dia dorm.
- La parella de la pacient reconeix que des de fa dos dies la troba estranya, ja que fa peticions rares i li costa mantenir-se desperta de dia, però durant el vespre s’activa i fa demandes contínues.
- El metge, el psicooncòleg i la infermera en fan la valoració individualment.
- L’equip al conjunt ha de dur a terme les tasques següents:
 1. *Diagnòstic diferencial:* en aquest cas cal determinar que és un delírium en situació de darrers dies, diagnòstic que s’extreu de la informació aportada pels tres professionals.
 2. *Presa de decisions:* conjunta entre tots tres, amb l’objectiu de prestar el màxim servei al pacient i a la seva família.
 3. *Prescriure el tractament i fer la intervenció:* en aquests casos al domicili mateix i tot l’equip a l’uníson, de manera individualitzada cada un, tenint en compte la idiosincràsia del pacient i de la seva família i la intervenció dels altres professionals.
 4. *Donar suport a la família* amb l’objectiu de prevenir el dol patològic i perquè aquesta proporcioni al pacient el màxim confort en el procés de darrers dies.

CONCLUSIONS

- Al cap de 48 hores, la pacient mor a casa seva, al seu llit i envoltada dels seus éssers estimats, en calma.
- La família ens visita l’endemà de la mort i es mostra tranquil·la i serena pel procés de mort.
- El dol al cap de dues setmanes es mostra serè, encara que trist. No hi ha símptomes de dol patològic.
- No hi ha dubtes del procés cognitiu mental pel qual va passar la pacient. El fill refereix que ara és conscient del procés de delírium de la mare, però que no ho va ser fins que li ho vàrem explicar.
- La família agraeix a tot l’equip al complet la seva feina i la implicació.

Treballar en equip divideix el treball i multiplica els resultats



9. Metodologia i perfils professionals

Jaume Julià Vadell

Metge. Unitat de Cures Palliatives de l'Hospital General

L'avaluació de les necessitats dels pacients i de les seves famílies és la base del procés d'atenció integral en les cures palliatives. Aquest model ha estat revisat per diversos autors, que han definit vuit dimensions o àrees de necessitats.

La complexitat que poden presentar els pacients que estan en una fase avançada de la malaltia i en situació de final de vida únicament es pot avaluar per mitjà de la comunicació

contínua i amb la col·laboració de diferents professionals i disciplines.

Un primer pas és concretar quins professionals han de participar per avaluar cada dimensió. El segon pas és consensuar com integrar aquesta avaluació dins del treball interdisciplinari i del pla d'atenció.

FONAMENTS I VALORS

1. L'objectiu comú són el pacient i la seva família.
2. La pluralitat d'informacions i intervencions sobre els problemes que cal resoldre, derivades de la valoració específica de cada professional, és la riquesa del treball en equip.
3. Aquesta diversitat s'ha d'entendre sempre des de la igualtat del valor de les aportacions dels diferents professionals.

4. Les distintes valoracions permeten prioritzar i consensuar entre tots els problemes.
5. Elaborar objectius terapèutics individualitzats i concrets per cada cas.
6. Els objectius s'han de revisar periòdicament segons les necessitats dels pacients.

COMPOSICIÓ DE L'EQUIP

Els membres d'un equip bàsic són el metge i l'infermer. Per formar un equip complet hi han de participar metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials i altres professionals, com ara fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, experts en espiritualitats...

El llibre blanc de la Societat Europea de Cures Palliatives recomana que els equips estiguin formats pels professionals que atenen els pacients de forma habitual.

GUIA DE LA REUNIÓ INTERDISCIPLINÀRIA

1. Característiques generals d'una reunió interdisciplinària:
 - a) Sistematitzada: cal definir a cada unitat l'espai on es farà, el dia, l'hora i el temps que durarà.
 - b) Estructurada: per a la discussió referent a cada pacient, cal formalitzar les aportacions en un guió general que inclogui les visions dels diferents professionals.
 - c) Ordenada: s'ha d'establir un torn fix d'intervencions, en el qual cadascú enumeri els problemes de l'atenció més relacionats amb la seva competència i les solucions que preveu.
 - d) Concreta: cal definir els objectius terapèutics enumerant-los i relacionant-los amb la llista de problemes, i també avaluar els resultats terapèutics amb relació als problemes.

e) S'ha de mantenir en tot moment l'actitud de confidencialitat i respecte envers el pacient.

rigor, i també unes actituds bàsiques de respecte i comunicació.

2. Funcionament:

a) Ha d'haver-hi un moderador.

b) És necessari un guió específic per definir el pla terapèutic interdisciplinari.

c) S'ha de distingir l'opinió d'impressió de l'avaluació de mesura.

d) Cal que hi hagi respecte entre els professionals i pels pacients i les seves famílies.

e) S'han d'evitar les interrupcions.

f) És imprescindible la puntualitat.

g) Hi ha d'haver un esforç constant dels professionals implicats per preparar les sessions i fer-les amb

3. Continguts del pla terapèutic interdisciplinari:

a) Necessitats o problemes detectats:

▫ S'han d'haver consensuat les eines d'avaluació que els professionals han d'emprar per valorar les distintes dimensions o àrees de necessitats.

▫ També cal definir els criteris d'avaluació posterior i de revisió.

b) Proposta d'objectius :

▫ S'ha de designar el professional responsable del seguiment i del compliment de l'objectiu.

▫ El objectius s'han de concretar bé, evitant-ne els genèrics.

▫ No s'han de confondre amb les activitats i les accions específiques.

- Cal distingir *curt, mitjan i llarg* termini.
- Exemple: dolor ENA 8 amb 4 crisis de 7.
Objectiu: reduir el dolor basal a < 3 i 50% de freqüència de crisis en 3 dies.

c) Activitats:

- Les que es proposen per al període indicat (normalment, una setmana)
- Les que duen a terme els diferents membres de l'equip, o torns.
- Continguts que s'han de repassar: tractament farmacològic, mesures generals (mobilitat, higiene, distracció...), nutrició i eliminació.

d) Resolució

Durant el seguiment, en les revaluacions del pacient s'ha de registrar el grau del resultat assolit de cada un dels objectius establerts.

4. Revaluacions i previsions d'altres

Sempre s'han de revisar les activitats proposades, la consecució d'objectius i l'adequació de la ubicació del pacient en el moment de l'alta d'acord amb les seves necessitats i l'entorn sociofamiliar.

5. Sessions de revisió i tancament de pacients

Aquestes sessions tenen com a objectiu tancar els processos dels pacients i dels seus familiars, revisar el resultat global de la nostra intervenció i prendre consciència de la importància del treball en equip i de la nostra confiança mútua i solidaritat.

BIBLIOGRAFIA

FERRIS F., BALFOUR H., LAMONTAGNE C., LUNDY M., SYME A., WEST P. A model to guide patient and family care: Based

on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice.
Jornal Pain Sympt Manag 2002; 24(2): 106-123.

GARZÓN C, et al. Herramientas para la evaluación multidimensional de uso para médicos de cuidados paliativos: Proyecto ICO-Tool Kit. Medicina Paliativa, 2010. vol. 17: nº 6; 348-359

SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. *Estàndards de cures palliatives*
Barcelona: Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives, 1995.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*. Madrid, 2012.



10. Resolent problemes

María Victoria Fradera Chavala

Infermera. Equip de Suport d’Ajuda a Domicili de l’Àrea de Salut de Menorca

INTRODUCCIÓ

La meva intenció amb aquesta presentació és repassar les característiques que hauríem de tenir els professionals que treballam en les cures palliatives per poder resoldre, de la millor manera possible, els problemes que van sorgint a la nostra feina diària.

DESENVOLUPAMENT

Per fer la nostra feina de cures palliatives, els membres de l’equip interdisciplinari hem de complir unes característiques: formació específica, maduresa personal, professionalitat, respecte a les aportacions dels altres, solidaritat, humanitat, sensibilitat, habilitats de comunicació i capacitat d’anàlisi.

D’altra banda, és molt cert que per moltes habilitats que hàgim anat adquirint durant la nostra formació, no resoldrem els problemes sense una actitud adequada. La nostra manera de viure la vida i l’actitud davant cada situació afectaran també la feina diària.

CONCLUSIONS

Formar part d’un equip interdisciplinari de vegades pot resultar complicat; però, si la nostra actitud és l’adequada,

treballar en equip esdevindrà una cosa més enriquidora: allò que cada dia ens ofereix l’oportunitat de compartir, aprendre i créixer professionalment però també personalment.

La nostra capacitat de sorprendre’ns, d’emocionar-nos i d’illusionar-nos per les coses i pel quefer de cada dia farà que cada situació pugui ser diferent i especial.

A mesura que ens feim grans, la majoria dels adults perdem la mirada d’infant i la capacitat de mirar-ho tot des del cor, no des de la raó. En el vídeo projectat veim com, a poc a poc, gairebé tots els adults es deixen contagiar d’aquesta il·lusió i d’aquesta alegria i es diverteixen amb el que fan.

Una de les coses més importants que ens ensenyen cada dia les persones que s’enfronten al final de la seva vida és gaudir al màxim de les coses realment importants... I així i tot, moltes vegades ho oblidam.

Hem de ser capaços de veure-ho tot de nou com quan érem infants: recuperar aquesta mirada innocent que fa que les coses més senzilles siguin les més importants del món i recordar la nostra entrega i la nostra alegria davant qualsevol cosa. En definitiva, recobrar la capacitat immensa de sorprendre’ns, d’emocionar-nos i d’illusionar-nos per les coses i fer que, cada dia, cada situació pugui ser diferent i especial.

11. Dificultats del treball en equip

María José Graciani Ordinas

Infermera. Unitat de Cures Palliatives de l'Hospital Joan March

INTRODUCCIÓ

Quan vàrem saber quin tema treballaríem en les jornades, ens vàrem quedar preocupats sobre com hi podríem participar, perquè com a equip no estam passant un bon moment. Després d'analitzar què hi podríem aportar, vàrem descriure la nostra situació actual.

SITUACIÓ ACTUAL

Podem dir que hi ha uns factors externs i uns altres d'interns. El factor extern principal va ser l'amenaça real que vàrem viure fa poc més d'un any sobre el tancament del l'Hospital Joan March i de l'Hospital General, Amb l'anunci imminent que a finals d'estiu es tancaria el primer. No se sabia res del futur dels programes ni del personal. S'estudiava la possibilitat de ser absorbits per l'Hospital Son Llàtzer, l'Hospital Son Espases o l'Hospital Sant Joan de Déu. Va generar molta crispació entre tots els companys, tant de la Unitat de Cures Palliatives com de tot l'Hospital.

Com cada estiu, es va tancar la Unitat. No va ser un bon estiu per desconnectar si estaves de vacances, i quan vàrem tornar a obrir la planta a mitjans setembre, vàrem començar amb molta pressió i esgotats psíquicament i

emocionalment. L’Hospital estava salvat, però perillava el lloc de feina dels companys interins no sanitaris.

Tanmateix, no ha estat l’únic problema extern: hem viscut la falta de suport de la Direcció Mèdica de l’Hospital.

Tenim constants ingressos de pacients ectòpics dels altres programes (ortogeriatria, pluripatològics i respiratori) i, a més, d’un temps ençà les metgesses de la Unitat han d’assumir l’atenció clínica dels pacients pluripatològics que ingressen a la planta.

Com a factors interns, el més important —intrínsec a la Unitat— és que els pacients tenen una malaltia greu avançada amb mal pronòstic, situacions difícils, famílies amb problemes socials i emocionals, etc.

Des de fa quatre anys hem patit canvis:

- Incloure en el programa pacients pal·liatius no oncològics, cosa que va suposar una adaptació en la manera de treballar i en els objectius.

- Continus canvis en els integrants de l’equip: coordinador mèdic, metges, psicòloga, treballadora social, coordinador d’infermeria, personal d’infermeria, auxiliars administratius...
- La reducció de la plantilla ha estat determinant en l’ambient laboral. El darrer any s’han eliminades una plaça de metge, una d’infermera, una d’auxiliar d’infermeria, l’auxiliar administrativa (actualment, cada setmana en tenim una de diferent, compartida amb altres programes), i la psicòloga i la treballadora social són compartides. S’ha augmentat la jornada laboral sense respectar les proporcions recomanades per la SECPAL i l’EAPC.

En un ambient de pèrdues, hem tengut pèrdues contínues en el nostre equip.

ANÀLISI DE LES DIFICULTATS DEL TREBALL EN EQUIP

Amb tot això, ens plantejarem fer una enquesta per analitzar com perceben aquestes dificultats els membres de l'equip. Es va presentar un qüestionari amb 8 ítems:

1. La presa de decisions no és acceptada per tothom.
2. Els objectius de l'equip no són compartits per tothom.
3. Falta de respecte (els conflictes s'enfoquen sobre les persones i no sobre les idees).
4. Desconfiança en les bones pràctiques dels companys.
5. Falta de comunicació.
6. Falta de lideratge.
7. No estan ben definides les accions per assolir els objectius.
8. Els membres d'equip no tenen clares les seves responsabilitats individuals (rols).

La manera de puntuar va ser la següent:

- 0.....mai
- 1.....molt poques vegades
- 2.....qualque vegada
- 3.....prou vegades
- 4.....moltes vegades
- 5.....sempre

RESULTATS

L'ítem amb més puntuació va ser la falta de consens en la presa de decisions, seguit dels problemes amb els rols (els membres de l'equip no tenen clares les seves responsabilitats individuals o competències), no compartir els mateixos objectius, la falta de comunicació i la falta de respecte als companys en posar en qüestió les seves opinions o la manera de treballar. Finalment, en menor mesura, també es percep la falta de lideratge.

CONCLUSIONS DELS RESULTATS

Amb tot això, treballam amb molt d’estrès, desmotivació i insatisfacció. La presa de decisions no està consensuada i hi ha molta de tensió entre nosaltres. Tot això repercuteix en les bones pràctiques i en la qualitat de les cures.

La conclusió és que l’equip està debilitat. Reconèixer tots aquests factors ens ajuda a reconduir les prioritats i començar a cuidar-nos una altra vegada com a equip.

RECOMANACIONS

Actualment, com a equip continuam fent les reunions diàries interdisciplinàries i participam en les jornades bianuals de cures palliatives de les Illes Balears i en el Congrés de la SECPAL.

Però, com a punts de millora, necessitam reprendre les activitats per enfortir l’equip: reunions anuals amb anàlisi

de l’estat de l’equip (DAFO), discussió de casos complicats i reunions de ventilació emocional.

Finalment, ens agradaria rebre més formació específica avançada en cures palliatives i cursos o tallers de comunicació difícil, resolució de conflictes i autocura.

Conclusions

Xavier Lacueva Guallar

Metge. Coordinador de la Unitat de Cures Palliatives de l’Hospital General Mateu Orfila. Responsable del Comitè Organitzador de la Trobada

Al final de la vida de les persones apareix un ampli ventall de necessitats que requereixen ajuda i companyia en el viatge. La destinació és una *bona mort* i l’equip assistencial és la tripulació que acompanya aquestes persones, els facilita el camí i el fa confortable.

Aquesta tripulació —tots els professionals de cures palliatives de les Illes Balears treballant en diferents equips (hospitalaris, domiciliaris, mixtos, geriàtrics)— es reuneix en una jornada carregada de treball. L’objectiu era valorar-nos, exposar el dia a dia, reflexionar, fer autocrítica, compartir experiències, mètodes, expressar dificultats, unificar criteris, reforçar-nos uns i altres, tot per millorar la nostra ajuda a aquestes persones.

La satisfacció plena apareix quan percebem que no estam tot sols, que a tots ens uneix un sentiment, ens mou una necessitat: donar una vida digna a la persona afectada en aquesta etapa de la seva evolució.

Ens afloren a tots valors profunds, implicació, motivació, sensibilitat, sentiment d’ajuda, humanitat. Ens dedicam a aquesta tasca perquè ens ho dicta el nostre interior. Som

palliativistes, i això no s’aprèn just llegint llibres, revisant protocols, acudint a congressos; més aviat es fa acompanyant el malalt, escoltant-lo, mirant-lo als ulls, agafant-li la mà com la prolongació d’un mateix.

És una tasca reconfortant, que suposa un aprenentatge de vida, una lliçó amb cada malalt, la gran oportunitat d’un creixement personal constant. Viure dia rere dia la malaltia, el dolor, el patiment, l’impacte emocional, la pèrdua, el final, la mort, requereix l’energia necessària... i aleshores sorgeix l’equip aportant-hi tota la força necessària. El camí torna fàcil quan el pacient, la seva família i l’equip treballen sumant esforços amb un objectiu comú: dignificar el viatge final.

En els darrers anys afrontam canvis, un dels quals és, sens dubte, la incorporació dels malalts no oncològics als programes d’atenció. En molts casos suposa una dificultat

establir criteris clars per accedir al programa. Conscients que un nombre molt alt de pacients necessitaria mesures palliatives, es fa imprescindible millorar la coordinació entre els nivells assistencials. Tot professional sanitari ha de prestar mesures palliatives i els equips específics han d’actuar com a consultors i en casos complexos.

Formació avançada, selecció de personal específic amb perfil adequat i estabilitat laboral són necessàries i fonamentals perquè les cures palliatives continuïn desenvolupant-se sense traves. La falta de formació, una permanència curta en l’equip i un perfil inadequat creen desmotivació, insatisfacció i tensions, cosa que debilita la capacitat de resolució terapèutica.

Com a colofó al profitós dia, vàrem fer un pas important, ben necessari, per continuar avançant cap als nostres objectius: la creació de la Societat Balear de Cures

Palliatives com a eina jurídica i social que aglutina i reconeix tot el col·lectiu professional.

A les Illes Balears gaudim de la satisfacció de tenir un nivell professional i humà excel·lent en totes les disciplines i de comptar amb uns dirigents sanitaris implicats i sensibilitzats en la millora de l'assistència a la població. Amb tot això, sortim carregats d'energia i reforçats d'aquesta magnífica V Trobada Balear de Professionals de Cures Palliatives.