

SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI CLINICHE E PEDIATRICHE

LA COMUNICAZIONE

Le competenze non tecniche - Non technical skills:

- abilità cognitive, comportamentali e interpersonali che non sono specifiche dell'expertise tecnica di una professione, ma sono ugualmente importanti ai fini della riuscita delle pratiche operative nel massimo della sicurezza
- decision making → prendere decisioni
- abilità cognitiva (intuizione e ragione): i nostri pensieri si formano attraverso due modalità separate
 - sistema 1 (intuitivo): veloce, inconsapevole, intuitivo e ci costa poca fatica
 - sistema 2 (razionale): lento, consapevole, deduttivo e molto faticoso
- abilità comunicativa

Criteri di valutazione del personale infermieristico da parte dell'utenza: non solo competenze tecniche !!!

- accesso all'assistenza e tempi di attesa
- informazione, educazione
- condivisione dell'assistenza
- coinvolgimento della famiglia
- comodità e benessere psicologico
- supporto ed aiuto per ridurre ansia e paura

In quanto tempo ci si fa un'impressione dell'altro?

- 45 secondi: inquadramento del soggetto
- 2.15 minuti: conferma dell'impressione del soggetto

Siamo dei buoni comunicatori? forse siamo inconsapevolmente competenti in ambito comunicativo: → inconsapevole competenza comunicativa divisa in 4 fasi:

- fase 1: inconsapevole incompetenza
- fase 2: consapevole incompetenza
- fase 3: consapevole competenza
- fase 4: inconsapevole competenza

Ostacoli/barriere della comunicazione e quindi della relazione:

- ridotta alfabetizzazione sanitaria:
 - individuo
 - sistema
- ambiente
- persona
- carenze comunicative negli operatori sanitari
 - nessun saluto al paziente
 - nessuna spiegazione delle proprie azioni

- accettazione di informazioni poco precise e mancato approfondimento di esse
- incapacità di cogliere informazioni relative alla sfera dei sentimenti dell'assistito
- incapacità di cogliere percezioni e punti di vista del paziente
- incongruenza verbale / non verbale
- tecniche comunicative non adeguate (elderspeak)

Elderspeak: linguaggio informale caratterizzato da:

- uso inappropriato di termini intimi/affettuosi e utilizzo di nomignoli
- uso di pronomi plurali al posto della prima persona
- uso di approccio direttivo/fare domande che contengano già una risposta

I 5 assiomi della comunicazione: (Watzlawick Et Al, 1971)

1. non si può non comunicare
2. ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione, di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione
3. la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenza di comunicazione tra i comunicanti
4. gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico, sia con quello analogico
5. tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza

Il processo comunicativo è formato da 6 elementi essenziali:

1. emittente
 - fonte di emissione del messaggio
 - inizio processo comunicativo
 - desidera comunicare
 - ha chiaro ciò che intende comunicare
 - si interroga sul ricevente
 - sceglie il canale più adeguato
 - usa il codice condiviso dal ricevente
 - formula il messaggio in modo chiaro ed incompleto
2. ricevente
 - destinatario del messaggio
 - altro capo della conversazione
 - è disponibile a ricevere il messaggio
 - è in grado di decodificarlo
 - è capace di ascolto
 - è in grado di inviare un feedback
3. canale
 - ciò entro cui e in virtù del quale il messaggio viene trasmesso
 - canale vocale, visivo, tattile ed olfattivo
4. codice

- sistema di regole, convenzione che attribuisce a determinati segni un preciso valore
 - deve essere conosciuto e condiviso dagli attori della comunicazione
5. messaggio o referente
- tutto ciò che il mittente intende comunicare al ricevente nell'ambito di una certa tematica
6. contesto
- situazione socio culturale, ovvero ambiente, gruppo sociale, economico e culturale
 - ambiente fisico, ovvero la dimensione spaziale, temporale, storica, psicologica e relazionale

COMUNICARE BENE è MOLTO DIFFICILE!!!!!!

Contatto:

- orientato all'azione
- affettività (caring touch)

Caring touch: → dalla semplice carezza

- non una semplice tecnica ma un modo di essere accanto alla persona

ASCOLTARE:

- non giudicare
- accettare
- accettare i propri limiti
- conoscere se stessi

Diversi livelli di ascolto:

- si parte dall'ignorare fino all'ascoltare empaticamente

Principi dell'ascolto di C. Rogers:

- assicurarsi di aver ben compreso il messaggio
- fornire un feedback alla persona
- interessarsi alla persona nel suo complesso, non solamente ed esclusivamente al problema in sé

Come sviluppare attività comunicative attive verbali e non verbali:

- ascolto attivo ma non direttivo (fare domande aperte e chiuse, controllare ripetendo, facilitare, legittimare i sentimenti del paziente, indagare tutte le sue emozioni, fare commenti empatici, stabilire le sue priorità e riassumere)
- gestione del silenzio
- capacità di chiedere
- utilizzo di feedback e tecniche verbali
- capacità di decodificare i segnali verbali e non verbali e utilizzare il non verbale in modo congruo con il verbale
- saper incoraggiare i pazienti ad esprimere i loro dubbi e le loro preoccupazioni

Problem solving:

- identificazione problema

- selezione obiettivi
- analisi cause
- individuazione alternative
- analisi conseguenze
- scelta della strategia più vantaggiosa

Componenti verbali:

- la volontà di concludere una conversazione deve essere espresso
- riconoscere ed utilizzare rinforzi e feedback

Componenti non verbali:

- imparare ad osservare
- capire la conseguenza dei gesti

IL COLLOQUIO INFERMIERISTICO

Relazione di aiuto:

- orientamento: prima fase della relazione infermiere - paziente
 - colloquio 1
 - colloquio 2
 - colloquio 3
- identificazione
- utilizzo
- risoluzione

Le fasi del colloquio - modello relazionale di Carkhuff:

- apertura
- approfondimento
- chiusura

Prima del colloquio:

- consultare documenti ed equipe
- confrontarsi con i colleghi/assistenti di tirocinio per identificare gli argomenti da affrontare ad inizio colloquio
- considerare le differenze culturali e gli ostacoli linguistici
- creare un setting favorevole
- programmare un tempo dedicato all'intervista
- usare la tecnica dell'eco, la tecnica riflessiva e riassumere quanto detto all'intervistato
- utilizzare un tono neutro
- sedersi di fronte al paziente
- mantenere una postura aperta
- stabilire e mantenere il contatto visivo
- assumere un atteggiamento rilassato di fronte alla persona
- adottare un atteggiamento non giudicante

Apertura:

- salutare la persona
- presentarsi
- spiegare la motivazione della nostra presenza / motivo del nostro intervento
- disponibilità verso la persona

Approfondimento:

- proporre risposte/interventi pertinenti ed appropriati, coinvolgendo la persona
- esplorare in profondità il vissuto emotivo ed il pensiero della persona rispetto all'attuale condizione di malattia

Chiusura:

- valutare l'intervento
- valutare la comprensione della persona
- valutare le reazioni/risposte della persona
- concordare interventi futuri / proseguimento del percorso

In ogni fase:

- parlare in prima persona
- non usare termini affettuosi, vezzeggiativi e l'uso del tu
- utilizzare un numero di domande adeguate
- evitare domande domande che indirizzano ad una risposta precisa
- non interrompere la persona mentre parla
- rispettare i momenti di silenzio

Colloquio efficace: 9 minuti

Colloquio inefficace: 6 minuti

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura:

- tecnica
- relazionale
- educativa

L'infermiere:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
- identifica i bisogni di ai della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche

La responsabilità dell'infermiere: dalla norma alla deontologia e alla coscienza professionale

- deontologia: nell'ambito sanitario è l'esplicitazione dei valori, delle regole del comportamento, dei principi a cui attenersi, tende a compensare l'asimmetria tra professionista ed assistito
- codice deontologico: è il manifesto degli impegni dell'infermiere, indica i modelli di comportamento che l'infermiere si impegna a realizzare

É il decalogo delle responsabilità che scaturiscono dai valori stessi della professione.

Codice deontologico:

- **Capo I- Principi e valori professionali (art. 1-6):**
Sono gli articoli che specificano i valori ed i principi etici che guidano la professione. Viene definita la posizione dell'infermiere in relazione al rispetto e alla non discriminazione, alle questioni etiche e alla libertà di coscienza
 - **Art. 4- Relazione di cura:**
Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura
- **Capo II- Responsabilità assistenziale (Art 7-11):**
Stabilita la posizione dell'infermiere rispetto alle attività di formazione, conoscenza e aggiornamento, l'educazione all'essere professionista, la ricerca e la sperimentazione, l'informazione, la promozione e l'educazione alla salute, al fine di garantire la sicurezza delle cure
- **Capo III- Rapporti professionali (art. 12-16)**
Definiti i rapporti professionali fra gli infermieri stessi e le altre figure sanitarie. Pertanto collaborazione e cooperazione, interazione ed integrazione, condivisione delle conoscenze, advocacy ed onestà, sono i concetti chiave. L'obiettivo ultimo sempre la sicurezza delle cure e la tutela della persona assistita
- **Capo IV- Rapporti con le persone assistite (art.17-27)**
Rispetto e fiducia sono alla base del rapporto con l'assistito. La persona deve essere ascoltata e valorizzata durante tutto il percorso di cura. Si affrontano diverse tematiche della relazione con l'assistito:
 - **Dolore, diritto alla riservatezza, diritto di autodeterminazione, strategie comunicative che favoriscono l'empatia e l'empowerment, violenze e maltrattamenti, tutela della volontà del minore, cure nel fine vita, tutela della volontà dell'assistito di porre limite agli interventi- proporzionalità alle cure, donazione di sangue, tessuti e organi, rispetto del segreto professionale**
 - **Art. 17- Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura:**
Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.
L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili
- **Capo V- Comunicazione (art. 28 e 29)**
L'informazione e la comunicazione sono le componenti essenziali della relazione professionista- cittadino
 - **ART. 28 – COMPORTAMENTO NELLA COMUNICAZIONE**

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

- ART. 29 – COMPORTAMENTO NELLA COMUNICAZIONE

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

- Capo VI- Organizzazione (30-38)

Definita la responsabilità infermieristica nel contesto organizzativo

- Capo VII- Libera professione (39-41)

Lealtà professionale, contratto di cura con la persona assistita e sicurezza e continuità delle cure, sono le parole chiave che guidano l'esercizio della libera professione

- Capo VIII- Disposizioni Finali (42-53)

Viene tutelata la libertà professionale che prevede la segnalazione di qualsiasi conflitto di interesse e esercizio abusivo della professione. L'infermiere ha cura della propria persona e del decoro professionale. Il decoro professionale rappresenta ciò che rende manifesta, nel singolo professionista, la dignità della professione nel suo complesso

Relazione:

Il valore fondamentale della nostra professione è la relazione con l'altro: pazienti, colleghi, altri professionisti ed enti governativi → ART. 4: il tempo di relazione è tempo di cura

Deontologia e relazione:

- infermiere → agente morale:

persona che compie scelte di natura etica poiché il suo agire è condizionato, ma non interamente determinato, dalle richieste dell'assistito, dall'organizzazione del lavoro, dall'integrazione con gli altri operatori

- Il termine **morale** proviene dalla parola latina *moràlia* e sta ad indicare la condotta diretta da norme, la guida secondo la quale l'uomo dovrebbe agire. In sintesi la morale studia il rapporto tra il comportamento, i valori ed infine la comunità.

- Per etica si intende quel ramo della filosofia che analizza il comportamento ritenuto corretto, il modo di pensare e dei valori giusti che si dovrebbero seguire in qualsiasi circostanza

PRINCIPI ETICI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

- Beneficenza e non maleficenza: Significa che, da un lato si adopera per garantire la promozione degli interessi dell'utente, dei vantaggi e risultati migliori possibili per l'assistito; dall'altro lato si adopera per prevenire, rimuovere ed educare ad evitare le situazioni pericolose per sé e per gli altri

- Autonomia: L'infermiere crea i presupposti affinché l'assistito possa prendere le sue decisioni sanitarie in maniera autonoma nel rispetto delle differenze culturali e di pensiero
- Giustizia: L'infermiere tratta ogni singolo individuo nel rispetto della propria dignità e organizza la distribuzione di tempo e risorse disponibili in base ai bisogni di ciascun utente secondo il concetto di equità e non di uguaglianza

A questi tre principi basilari se ne aggiungono altri tre, ad essi strettamente connessi:

- Veridicità: L'infermiere dice il vero all'assistito, se così non fosse non sarebbe garantito il diritto all'autodeterminazione del paziente. Acquisisce specifiche tecniche di comunicazione attraverso le quali risponde e aiuta l'assistito e la famiglia a comprendere la situazione clinica in oggetto
- Fedeltà: Garantisce fedeltà ai propri impegni professionali che si riassumono nell'offrire un'assistenza competente al paziente, indipendentemente da età, sesso, etnia, religione, valori
- Confidenzialità / Riservatezza: Obbligo morale del professionista sanitario di mantenere il rispetto della riservatezza della persona evitando di rivelare ad altri qualsiasi tipo di informazione emersa durante la relazione di aiuto

Prendere scelte di natura etica non è affatto semplice → conflitto di valori →

DILEMMA ETICO: può essere definito come un conflitto decisionale tra principi concorrenti e/o contrastanti ma tutti eticamente corretti, all'interno di contesti complicati e di specifici livelli di responsabilità.

- ART. 5- QUESTIONI ETICHE

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione.

Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale

Caratteristiche del dilemma etico:

- Ci sono buone ragioni per decidere in un modo o nell'altro
- Le decisioni avranno delle conseguenze nei confronti di coloro/colui verso cui si esplica la scelta (ad esempio si preclude la possibilità di fare altre scelte)

2 casi:

1. Infermiere di medicina penitenziaria con persone con malattia acuta ma anche una pena da scontare, quindi che provengono da struttura penitenziaria. Uno o più assistiti si astengono da prendere cibo e acqua
2. Siete coinvolti in prima persona in un incidente stradale, 3 persone rimangono coinvolte di cui una mamma gravemente ferita, 2 figli di 2/3 anni, il più piccolo gravemente ferito l'altro illeso, avete chiamato i soccorsi ma siete gli unici

LA RELAZIONE DI AIUTO

Le relazioni possono essere di tipo:

- personale
- lavorativo
- sociale
- duraturo
- occasionale

Ci sono vari aspetti determinanti per le relazioni:

- un contesto ben definito
- il professionista capace di accogliere un "altro da sé"
- rapporto asimmetrico
- rapporto complementare - non direttività
- finalità: benessere, guarigione ed autonomia
- centralità dell'assistito
- AZIONE COOPERATIVA!!!

Le caratteristiche di una relazione secondo C. Rogers:

- interessamento
- autenticità
- calore
- accettazione incondizionata
- empatia

INTERESSAMENTO:

- attenzione alla persona ed ai suoi bisogni specifici, non alla diagnosi
- attenzione ad emozioni, sentimenti, aspettative, risorse (influenzano il paziente?)
- familiari: risorsa o rottura per l'infermiere??? (a favore o contro il processo curativo)

AUTENTICITÀ:

- essere sé stessi e conoscere i propri valori guida
- risultato delle proprie esperienze di vita
- consapevolezza delle proprie emozioni
- accettazione di sé, dei propri limiti e delle proprie capacità

CALORE:

- manifestazione di piacere verso la relazione con il paziente
- caratteristica innata ma anche sviluppabile
- saper essere e fare il professionista

ACCETTAZIONE:

- incondizionata
- considera l'unicità della persona

EMPATIA:

- sentimento forte e profondo (simile alla sofferenza; dal greco → pathos)
- sentimento o pensiero di una personalità che entra in un'altra
- decentramento cognitivo
- stare al confine dell'alterità senza varcarlo
- cogliere il vissuto del paziente come se si fosse il paziente stesso

Come iniziare una relazione di aiuto:

1. Conquistare la fiducia dell'assistito: (in progressiva conquista)
 - comunicazione efficace
 - disponibilità di ascolto
 - coerenza parole - azioni
2. Conoscere la storia del paziente:
 - disease e altro
 - vissuto della persona

Agenda: DIMENSIONI:

- Dimensione dei sentimenti:
 - cosa prova / ha provato?
 - come si sente ora?
 - c'è qualcosa che la spaventa / preoccupa?
- Dimensione delle idee / interpretazioni:
 - malattia → ricerca di rimedi
 - malattia → formulare ipotesi
- Dimensione delle aspettative e dei desideri:
 - nei confronti della malattia
 - nei confronti dell'operatore
 - nei confronti del colloquio
 - che cosa ci si aspetta / aspettava?
 - che cosa si spera / sperava che accadesse?
 - aspettative e desideri si sono avverati?
- Dimensione del contesto:
 - contesto come fonti di sentimenti, idee, aspettative, terreno su cui nasce il vissuto di malattia
 - influenza dell'esperienza di malattia sul contesto
 - com'era la sua vita prima?
 - cosa è cambiato?
 - come la malattia ha influito sulla sua vita e sui suoi rapporti e progetti?

Come spunto di riflessione si può prendere "Il caso di Luca"

Il Caso di Luca

Luca, 59 anni, viene ricoverato nel reparto di Urologia per essere sottoposto ad un intervento TURP (resezione trans-uretrale della prostata).

Il giorno precedente l'intervento il paziente riceve il protocollo di preparazione all'intervento che prevede la necessità di eseguire una adeguata pulizia intestinale effettuata attraverso l'assunzione di 2 litri di SELG.

Un infermiere di turno consegna a Luca 4 bottiglie da 500 ml da assumere durante tutta la giornata. Luca si mostra oppositivo e dopo aver terminato la prima bottiglia riferisce che non avrebbe bevuto le altre, rifiutando di conseguenza di essere operato.

Il mio collega torna in guardiola irritato per l'atteggiamento di Luca e mi chiede di tentare di convincerlo ad assumere il SELG. Entro nella stanza, sposto le tre bottiglie di SELG dal suo comodino e mi siedo vicino al suo letto. Lo guardo negli occhi e gli chiedo come mai ha deciso di non berle.

Dopo qualche minuto di silenzio, Luca comincia a piangere. Lo guardo e non dico nulla. Comincia col dirmi che ha paura dell'anestesia generale per il quale non si sente abbastanza informato e di temere di avere un altro ictus dopo l'intervento (aveva già subito un intervento chirurgico alcuni anni prima). Gli riformulo l'ultima parte della frase dicendogli:

Infermiere: "Di avere un ictus?"

Luca: "Sì, il chirurgo vascolare ha rifiutato di operarmi perché è troppo rischioso, il professore invece..."

Piange (*al paziente in una TAC preoperatoria è stato diagnosticato un aneurisma dell'aorta sottorenale*).

Prosegue il suo racconto:

Luca: "Dopo la cistoscopia fatta a febbraio mi hanno comunicato di avere questo tumore alla prostata e che era necessario eseguire una TAC. Da questo è emerso che ho anche un aneurisma dell'aorta. Il medico mi ha sconsigliato l'intervento per il rischio dell'anestesia, però c'era il problema del tumore alla prostata...nel frattempo sono passati diversi mesi in cui non sapevo cosa mi aspettava... uno diceva sì, l'altro diceva no..."

Silenzio.

Luca: "Sono stato malissimo, così male che mi è pure venuto un ictus".

Infermiere: "Lei pensa che questo stare male le abbia provocato l'ictus?"

Luca: "Credo proprio di sì, stavo sempre male, avevo sempre mal di testa e la pressione alta".

Gli chiedo come ha superato l'ictus; mi risponde che ha poca sensibilità al braccio destro, nonostante tanta fisioterapia. Prosegue dicendomi che ha molta paura, ma è fiducioso perché l'anestesista che lo ha visitato gli ha detto che sì, è rischioso, ma che ce la può fare.

Infermiere: "Allora, se ho capito bene, ciò di cui ha paura è l'anestesia?".

Luca: "Sì, ma visto che mi ha dato il rischio operatorio tra il tre e il quattro, beh, dopo questo so che c'è anche il cinque..."

Sorride e mi chiede:

Luca: "Sono proprio così necessarie tutte quelle bottiglie lì?".

Infermiere: "Temo proprio di sì".

Luca: "E' possibile che mi facciano effetto subito, senza doverle assumere tutte?".

I: "Certo, può essere".

Luca: "Ho capito, proseguo subito l'assunzione, grazie davvero".

Hildegarde Peplau ed il metaparadigma del nursing:

- salute:
- assistenza infermieristica:

Influenza nelle situazioni infermieristiche:

Bisogni, frustrazioni, conflitti e ansietà → relazione infermiere - paziente (esperienze psicobiologiche che influenzano la relazione infermiere paziente)

Bisogni:

- prima esperienza psicobiologica
- l'uomo ha due obiettivi primari:
 - la soddisfazione dei propri bisogni e desideri
 - la sicurezza
 - → aiutare i pazienti a soddisfare i loro attuali bisogni

Frustrazione:

- interferenza, blocco o barriera che non permette di raggiungere un obiettivo desiderato
- obiettivi al di là delle possibilità reali

Conflitti:

- se un paziente presenta due obiettivi contrastanti tra di loro si manifesta un conflitto

Ansietà:

- si manifesta quando il prestigio e la dignità della persona vengono minacciate da altre persone che non si possono evitare

LA CONSEGNA INFERMIERISTICA - LA COMUNICAZIONE NEGLI HANDOVER (METODO SBAR)

- il trasferimento di informazioni (comunicazione) tra professionisti in ambito sanitario è essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente
- se lo scambio di informazioni non è adatto (approssimativo, lacunoso o inefficace) il rischio di eventi avversi aumenta in modo esponenziale

CLASSIFICAZIONE DEGLI ERRORI SECONDO LA TECNICA PHEA (Predictive human error analysis)

ERRORI NELLA COMUNICAZIONE

- ❑ Informazioni non comunicate
- ❑ Comunicazione di informazioni sbagliate
- ❑ Comunicazione incompleta di informazioni (anche per interpretazione erronea del messaggio)

ERRORI NEL RECUPERO DELLE INFORMAZIONI

- ❑ Informazioni non raccolte
- ❑ Raccolta di informazioni sbagliate
- ❑ Raccolta incompleta di informazioni

- Handover: scambio di informazioni cliniche sui pazienti fra professionisti sanitari al momento del cambio turno, del trasferimento del paziente presso altra unità operativa, oppure da professionista sanitario ai familiari al momento delle dimissioni
- Comunicazione negli handover: aspetto chiave garanzia della continuità clinico assistenziale e la sicurezza dei pazienti
- JCI 2012: criticità comunicative principali concause di eventi sentinella
- Consegna infermieristica: trasferimento di informazioni incomplete o inaccurate, scarse opportunità per fare domande, ripetute interruzioni che può contribuire al verificarsi di errori quali omissioni, incomprensioni, ritardi



Approccio standardizzato alla trasmissione di informazioni: METODO SBAR

SBAR:

- Tecnica codificata, standardizzata e sicura di trasferimento delle informazioni tra i professionisti
- Metodo sviluppato dalla marina militare americana e successivamente estesa a diversi contesti
- Valida per qualsiasi tipo di comunicazione tra professionisti sanitari: consegne infermiere-medico, consegne infermiere-infermiere al cambio turno, consegne infermiere-infermiere di u.o. diverse
- Permette un passaggio di consegne conciso, veloce e allo stesso tempo completo e ordinato, riducendo le incomprensioni, la trasmissione di informazioni incomplete e le perdite di tempo



COMUNICAZIONE NEL GRUPPO DI LAVORO

Più una persona ha consapevolezza delle componenti comunicative di un gruppo, più avrà idea di come ci si relaziona in esso

Cosa determina il passaggio da gruppo a gruppo di lavoro?

Percezione della presenza / fusione ← interazione → interdipendenza → necessità di reciprocità / scambio → integrazione → cooperazione, relazione di fiducia, negoziazione, condivisione

Interdipendenza di un destino:

- i componenti si rendono conto che il loro destino dipende dal destino del gruppo nel suo insieme
- i risultati di ciascun individuo hanno implicazioni, positive o negative, sui risultati dei suoi componenti

Gruppo (o team) di lavoro:

- la dimensione: viene decisa in base alle finalità che si perseguono e alle risorse di cui si dispone
- gruppi permanenti o temporanei
- in base ai fini, possono essere interdisciplinari, transdisciplinari o multidisciplinari

Obiettivo del gruppo:

- un gruppo di lavoro è finalizzato al raggiungimento di obiettivi e centrato sullo svolgimento di attività e compiti
 - obiettivo comune del gruppo
 - obiettivo dell'organizzazione
 - obiettivi personali

Il mantenimento del gruppo:

- obiettivo di lavoro
- obiettivo interno: il proprio mantenimento o rafforzamento
- risorse
- variabili dinamico - affettive: se assenti → gruppo inefficace
 - appartenenza
 - coesione
 - cooperazione
 - sicurezza

Il gruppo di lavoro e la sua efficacia:

- perché il lavoro di squadra funziona bene deve avere obiettivi chiari, protocolli e procedure di facile attuazione
- risulta necessario prevedere riunioni - briefing e altri metodi di comunicazione per discutere casi e risultati

I ruoli nel gruppo:

- personalità: isolato, marginale, emarginato, popolare
- ruoli di carattere formale: leader, moderatore e segretario
- ruoli di carattere più informale: realizzatore/risolutore di problemi, metodologo, negoziatore, facilitatore, creativo

I vantaggi del lavoro di gruppo:

- condivisione ed integrazione operativa
- maggior chiarezza con riduzione delle incertezze

- rispetto, fiducia, motivazione e senso di efficacia collettiva
- coordinamento senza bisogno di imposizioni dall'alto
- rilevazione e correzione di errori
- adattamento alle situazioni d'urgenza

LA DIFFUSIONE DELL'INNOVAZIONE

Teoria che spiega come un'innovazione si diffonde all'interno del gruppo
La stratificazione in sottogruppi da parte del gruppo all'innovazione:



IL CONFLITTO

3 tipi di conflitto:

- conflitto intrapersonale: individuale e dipende dalla non corrispondenza tra i compiti assegnati dall'organizzazione
- intragruppo: tra persone all'interno del gruppo
- intergruppo: tra gruppi diversi

Conflitti risolti: benefici:

- problem solving: identificazione ed implementazione delle migliori alternative
- produttività: collaborazione ed appropriatezza
- tendenza al cambiamento
- morale: incanalamento di coesione ed emozioni positive

Conflitti non risolti: problemi:

- malcontento tra i membri del gruppo
- cattiva comunicazione anche con altri gruppi
- perdita di credibilità
- maggiore necessità di attività di direzione e supervisione
- aumento delle spese

Stili di gestione dei conflitti:

- stile volitivo (atteggiamento aggressivo)
- stile collaborativo
- stile sfuggente

- stile accomodante (si fa da parte quando non riguarda lui)

La gestione del conflitto a chi compete?

Ad ogni professionista dotato di intelligenza emotiva, ovvero tutti noi

Intelligenza emotiva: abilità di percepire, capire e di conseguenza gestire i sentimenti propri e quelli degli altri

- autoconsapevolezza
- conoscenza delle dinamiche di gruppo
- gestione dei sentimenti e del coinvolgimento emotivo
- comunicazione efficace

Caratteristica di una comunicazione efficace nel gruppo di lavoro: → fondamentale

- finalizzata
- pragmatica
- trasparente e completa
- adeguata alla situazione
- condivide i successi

Comunicazione efficace nel gruppo di lavoro:

- confronto e scambio (garantire la sintonia)
- ascolto
- esposizione (certifica l'impegno)
- feedback (valore strumentale)

EVENTO (MALATTIA)

La malattia come evento stressante:

Lo stress: (ogni condizione che limita l'autonomia o la libertà della persona, può essere considerata uno stressor)

- può influenzare la richiesta di aiuto
- favorisce lo sviluppo di diverse malattie
- influenza negativamente i processi di risposta
- interferisce con il trattamento medico

Stressor in ambiente sanitario:

- problemi col personale sanitario
- procedure diagnostiche o terapeutiche
- ambiente ospedaliero
- preoccupazioni per la vita familiare e la lontananza da essa
- informazioni insufficienti su diagnosi e prognosi
- paura di dipendenza, perdita di autonomia e mancanza di controllo
- fattori psicosociali:
 - grado di coping
 - di supporto sociale
 - fattori di personalità

La malattia costituisce un evento stressante e viene vissuta diversamente tra le persone

Le fasi nel reagire all'evento malattia:

- periodo di shock iniziale
- periodo di transizione
- periodo di graduale elaborazione degli eventi

Il periodo dello shock iniziale:

- meccanismi di difesa
- incredulità della diagnosi
- negazione
- rabbia

Il periodo di transizione o reazione alla malattia:

- fluttuazione degli stati emotivi
- meccanismi di difesa
- la persona prende atto della realtà e delle possibilità diagnostiche e terapeutiche disponibili
- la malattia può influenzare le relazioni sociali e familiari. indicatori comportamentali:
 - aggressività e rifiuto
 - reazioni aggressive
 - reazioni di iperprotezione
 - reazioni costruttive

Il periodo di graduale elaborazione degli eventi, di accettazione e di riorganizzazione oppure di disorganizzazione e sviluppo di psicopatologia

- la persona cerca di dare un senso a quello che le è accaduto e dare un senso alla propria esistenza

L'urgenza: situazione in cui la persona passa bruscamente dallo stare bene allo stare male

- accoglienza
- favorire comunicazione
- bisogno di informazione e rassicurazione dei familiari
- rispetto, comunicazione onesta e aperta, collaborazione della famiglia

L'urgenza - intervento chirurgico:

- periodo pre operatorio (ansia - rassicurazione)
- periodo post operatorio (dolore - vicinanza)

La malattia cronica:

- mezzi della scienza medica
- capacità relazionali e comunicative
 - empatia
 - perenne stato di accettazione della malattia
- ISOLAMENTO:
 - isolamento affettivo, sociale e culturale
- AGGRESSIVITÀ:
 - libero sfogo alle tensioni accumulate

- rischio di scambiare per attacchi personali tali sfoghi e quindi rimanere professionali
- FAMIGLIA
 - infermiere - familiare- malato
 - diverso livello di accettazione della malattia
- PESO DELLA CRONICITÀ:
 - nel prendersi cura di un malato cronico, l'infermiere si espone a frustrazione e ad un senso di impotenza ed inadeguatezza
 - pazienti sempre uguali

La relazione con il morente:

- Assistere chi muore può portare due diversi stili di comportamento: occupare lo spazio libero o la capacità di tollerare l'attesa
- La figura infermieristica è esposta maggiormente al rischio di un coinvolgimento emotivo
- Difficoltà a stare accanto a chi muore per senso di impotenza
- Qualità del tempo che si dedica vs quantità di tempo

Cosa teme il malato che sta morendo?

- Non tutti i malati sono a conoscenza o desiderano essere messi a conoscenza della precisa natura della loro diagnosi e della prognosi
- Il malato può voler essere rassicurato sul fatto che qualcuno sarà disponibile all'ascolto
- Comunicazione prevalente di tipo non verbale

Quali sono le paure della persona morente?

- Timore di soffrire fisicamente: spesso la paura del dolore fisico è paralizzante e talvolta la paura di soffrire è superiore alla paura di morire.
- Timore di essere isolati: spesso i malati terminali vengono isolati dagli altri e finiscono per vergognarsi delle condizioni del loro corpo.
- Timore di «perdere» il corpo: spesso i malati terminali finiscono per non riuscire più a riconoscere se stessi e la propria fisicità in un corpo emaciato, nutrito da sonde, immobile
- Timore di perdere il controllo: spesso i malati terminali hanno paura di dire cose senza senso o di apparire strani e confusi.
- Timore dell'ignoto: la morte è sempre un mistero; chi muore sa di doverlo comunque affrontare in solitudine, e questo fa molta paura

Le condizioni:

- malato:
 - comprensione tacita
 - fiducia
 - tolleranza del silenzio e della chiusura
- professionista:
 - accettazione incondizionata, interesse, empatia, calore, autenticità

- autoconoscenza del professionista

La famiglia del malato terminale: ruolo fondamentale, se coinvolta attivamente:

- Evita emarginazione e isolamento
- Sostiene l'equilibrio psichico attraverso la stimolazione di relazioni affettive
- Miglior raccolta anamnestica, gestione efficace dei presidi, condivisione del percorso terapeutico
- → riduzione dei costi/durata dell'ospedalizzazione
- personale sanitario < → assistito/familiari

Componenti psicologiche del processo del morire:

- Diniego/ negazione: «non può essere vero!» «si sono sbagliati!»
- Rabbia/collera: «perché io?» «la morte riguarda altri!»
- Patteggiamento/ contrattazione: «cosa potrò fare?» «Se mi salverò..»
- Depressione: «se così deve essere»
- Accettazione

Relazione di aiuto in 5 fasi:

1 - 2. negazione / rabbia

- Evitare di forzare la persona a comprensione e consapevolezza affrettate
- Aspettare e accogliere la persona, dimostrare apertura e disponibilità

3. patteggiamento:

- costruire un percorso assistenziale, lasciare speranza senza illudere

4 - 5. depressione / accettazione:

- Permettere alla persona di manifestare il proprio dolore, accettare le diverse modalità di espressione del proprio vissuto
- Non imporre la comunicazione verbale / colloquio
- Essere presente, incondizionatamente, soddisfare richieste / bisogni

Il lutto:

- Lutto: serie di comportamenti rituali accompagnati da uno stato psicologico che caratterizza il periodo successivo alla morte della persona cara.
- La famiglia del malato grave e il malato stesso incontrano la morte come minaccia già nella fase terminale della malattia, è fin da allora che inizia il lutto (lutto anticipatorio).
- Quando la minaccia che un congiunto muoia si materializza, si verificano «reazioni luttuose» da parte dei familiari.
- Cordoglio: reazione emozionale, comportamentale e travaglio psicologico dei superstiti. È una reazione naturale e fisiologica, un insieme di stadi di sofferenza psichica che tendono ad estinguersi nel tempo

Codice deontologico:

- Art. 24 - cura nel fine vita:

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e

spirituale. L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto

Comunicare le cattive notizie:

Una corretta comunicazione di cattive notizie aumenta la capacità dei pazienti di affrontare la malattia, favorisce la partecipazione alle decisioni terapeutiche e l'adesione ai trattamenti, facilita la pianificazione del futuro, migliora la comunicazione e la relazione tra malato, familiari ed équipe curante, aumenta il grado di soddisfazione del malato e del medico. OMS, 1993

Fonti di sollievo e disagio nel rapporto con l'Equipe:

- fattori di sollievo:
 - Onestà e sincerità
 - Ascolto/ dialogo
 - Vicinanza/contatto corporeo
 - Chiara trasmissione delle informazioni
- fattori di disagio:
 - Freddezza
 - Evasività delle risposte/ ridotta comunicazione
 - Scarso contatto corporeo
 - Scarso riconoscimento del ruolo della famiglia

I passaggi per comunicare le cattive notizie:

- Preparazione del colloquio, pianificare e organizzare i contenuti da prendere in considerazione;
- Valutare cosa il paziente sa rispetto alle proprie condizioni di salute;
- Valutare che cosa il paziente vuole sapere
- Concludere il colloquio ricapitolando i contenuti e le preoccupazioni espresse dal paziente

Come comunicare le cattive notizie:

- Evitare di fornire tutte le informazioni contemporaneamente
- Ripetere i contenuti importanti
- Utilizzare un linguaggio facilmente comprensibile
- Utilizzare frequenti pause
- Evitare di minimizzare le gravità
- Facilitare la richiesta di chiarimenti da parte del paziente
- Cogliere e rispondere ai segnali verbali e non verbali
- Evitare domande multiple
- Utilizzare interventi di facilitazione, di verifica della comprensione, di chiarificazione e commenti empatici

LA RELAZIONE D'AIUTO AI TEMPI DEL COVID19

- Il valore fondamentale della nostra professione è la relazione con l'altro: paziente ecc
- la comunicazione rappresenta un pilastro fondamentale della relazione di cura (comunicazione verbale e/o non verbale)

PROBLEMA:

- l'ondata pandemica ha determinato una contrazione in termini di tempo e di risorse umane a disposizione che ha inciso sulla possibilità di comunicazione.
- Il contenimento del contagio ha imposto misure stringenti di isolamento necessarie per i pazienti ricoverati con potenziale o accertata infezione al Covid19 → paziente rimasto solo nella propria stanza
"Consapevolezza che tutte le attività svolte erano necessarie, era scientificamente doveroso sacrificare un bene minore per salvaguardare un bene maggiore" (A. Filippini)
- modifiche nelle capacità di relazionarsi a causa dell'isolamento e dei mezzi di protezione che hanno impedito una fluida comunicazione
- interruzione delle interazioni con le persone assistite
- infermiere come mezzo di comunicazione privilegiato molto spesso con i parenti

OBIETTIVO:

- supportare, per quanto possibile il personale medico sanitario coinvolto nell'emergenza sottolineando l'importanza, da un punto di vista etico e bioetico, di alcuni principali aspetti sollevati dalla tematica.

EMERGENZA COVID 19 E COMUNICAZIONE: ASPETTI DI ETICA:

- Isolamento: assenza di interazione con i propri congiunti, se non attraverso dispositivi tecnologici
- Paziente con infezione acuta in stato incosciente, di semi-coscienza o dipendente da macchinari: comunicazione significativamente limitata, se non assente.
- In condizione di pericolo, le modalità limitate delle comunicazione rappresentano fonti di stress psicologico, fisico ed emotivo per tutte le parti coinvolte, che si aggiungono alla condizione di angoscia e preoccupazione
- personale medico sanitario, congiunti e paziente tutti in comunicazione tra di loro

COMUNICAZIONE PERSONALE MEDICO - CONGIUNTI:

- Riuscire a comunicare in maniera consapevole, trasmettendo empatia, rappresenta uno strumento fondamentale per fronteggiare condizioni di incertezza, paura e sconforto infondendo, a chi è a casa, la sicurezza di cui ha bisogno.
- È fondamentale, promuovere procedure di comunicazioni sostenibili in condizioni di emergenza ma, allo stesso tempo, complete ed efficaci per coloro a cui sono rivolte
- Stabilire un contatto diretto: da parte del personale è fondamentale presentarsi specificando nome, cognome e ruolo, verificare l'identità dell'interlocutore;
- Usare un linguaggio comprensibile, semplice e completo;
- Non dare niente per scontato ed è fondamentale verificare la qualità e la quantità dell'informazione recepita da chi è a casa.

- Istituire una finestra di comunicazione tra il personale addetto alle informazioni e i congiunti dei pazienti ricoverati
- Effettuare passaggi di consegna tra il personale addetto alla comunicazione
- Specificare la presa in carico del dolore del paziente
- Stabilire una relazione di responsabilità e fiducia
- Essere trasparenti

COMUNICAZIONE PERSONALE MEDICO-SANITARIO E PAZIENTE CON DIFFICOLTÀ DI ESPRIMERSI:

- La possibilità di comunicare e di essere compresi per i paziente coscienti rappresenta un prerequisito necessario perché possa esistere una relazione e perché la persona possa essere attiva e partecipe al percorso di cura
- La comunicazione tra personale e paziente ha un impatto significativo sul livello di qualità della vita del paziente in un momento critico della vita.
- Laddove il paziente presenti difficoltà di comunicazione è opportuno instaurare un canale comunicativo alternativo sulla cui base impostare il dialogo con il personale sanitario
- Coinvolgimento di mediatori culturali, traduttori e interpreti LIS
- Dispositivi di Protezione Individuale (DPI): accentuare l'espressività dello sguardo e scrivere nomi e qualifiche sulle protezioni individuali

LO SGUARDO:

- Rappresenta un elemento fondamentale nella relazione; arriva al soggetto prima del tocco ed è percepito dalle facoltà intellettuali in modo immediato.
- Grazie alla sua immediatezza del vedere, permette di entrare in contatto in modo empatico con l'altro
- La rapida diffusione del Covid19:
 - Accrescimento della percezione del rischio, paura da parte del paziente
 - Lo sguardo (guardare più che vedere)... per rassicurare, trasmettere positività
- il paziente desidera comunicare con i propri cari:
 - Se in condizioni di farlo, stabilire un contatto vocale, o visivo
 - Check list per effettuazione di videochiamate o colloqui telefonici ben condotti
- Attenzione al coinvolgimento emotivo!!!!
- Autoconsapevolezza dell'operatore

COME COMUNICARE CON I FAMILIARI DEI PAZIENTI IN COMPLETO ISOLAMENTO DURANTE LA PANDEMIA DA SARS COV-2:

Composto da tre parti:

- Presentazione degli statement per la comunicazione con i familiare in isolamento
- Discussione dei punti chiave sui quali sono stati elaborati gli statement
- Check list con le istruzioni per la comunicazione telefonica