Provant de seure a l'altra cadira

La perspectiva del client

Comissió
de Millora
de la Qualitat

Provant de seure a l'altra cadira

La perspectiva del client

Provant de seure a l'altra cadira

La perspectiva del client

Comissió de Millora de la Qualitat
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

José Miguel Bueno
Josep Casajuana
Josep Davins
María José Fernández de Sanmamed
Lurdes de Marcos
Roser Marquet
Fernando Palacio
Miquel Reguant
Francesca Zapater

© 1998 Societat Catalana de Medicina
Familiar i Comunitària
Portaferrissa, 8, pral
08002 Barcelona

Tots els drets reservats. Cap part d'aquesta publicació pot ser reproduïda, emmagatzemada en sistema de recuperació d'informació ni transmesa de cap forma o per cap medi, bé sigui electrònic, mecànic, en fotocòpia, per registre o qualsevol altre tipus, sense el permís previ per escrit del propietari del Copyright.

EdiDe: Edició, coordinació i producció editorial.
Casanova, 191, 3r 1a
08036 Barcelona

ISBN: 84-89045-78-X
Dipòsit legal: B-24.868-98

Presentació

Si parlem de Qualitat, el sentit comú, però també les enquestes, ho deixen clar: el més important per als ciutadans, per tant, els nostres pacients i també per a nosaltres com a professionals és la qualitat tècnica. Quan una persona amb problemes de salut ens consulta, busca que utilitzem els coneixements mèdics més avançats per resoldre el seu problema; però una assistència correcta no és només això. Una assitència de qualitat és molt més que una correcta pràctica clínica, és una atenció personal plenament satisfactòria i basada en el respecte i la confiança.

A la Societat, entesa com a·col·lectiu de professionals d'atenció primària, sempre ens ha preocupat i ens seguirà preocupant aquest aspecte de l'atenció i, així es reflecteix amb la presència de la Comissió de Millora de la Qualitat a la SCMFiC. Els seus components han fet una tasca excel·lent tal com es pot veure en aquest llibre.

Està clar que no sempre està a les nostres mans resoldre totes les dificultats per poder oferir uns serveis plenament satisfactoris. Moltes solucions estan en mans de gestors o polítics que, sorprenentment són els que més verbalitzen la seva preocupació però que no sempre fan el que poden. Tot i així, el nostre nivell de responsabilitat és màxim. Per tant cal estar atents i tenir cura de tot allò que envolta la visita mèdica i la relació amb el pacient, el respecte a la intimitat, la qualitat de la informació, l'accessibilitat, el tracte, l'espera... i de nombrosos aspectes més que configuren la nostra tasca clínica.

En les pàgines del llibre hi trobareu els possibles punts febles de la nostra pràctica diària i també algunes respostes per oferir millor atenció.

Us animo doncs, a llegir-lo amb atenció i a impregnar-nos de l'esperit del llibre, aplicar les propostes i exigir els canvis organitzatius o les solucions necessàries per que podem exercir la Medicina Familiar amb tota la seva plenitud.

RAMON MORERA I CASTELL
President de la SCMFiC

Pròleg

En un món on massa sovint es tendeix a mesurar l'eficàcia i el bon funcionament dels serveis només pel seu vessant econòmic, trobar un text com aquest és una alenada d'aire fresc i un motiu d'optimisme. Demostra que les coses poden millorar i que hi ha algú que ho procura. Els autors aporten en aquest llibre una acurada reflexió sobre les actituds dels professionals i els problemes de relació, aspectes que considero essencials per al bon funcionament del serveis sanitaris i molt especialment en l'assistència primària, que hauria de ser el nostre principal punt de referència en qüestions de salut.

Què esperen els usuaris del metge i dels altres professionals sanitaris quan els necessiten? Plantejar-se aquesta pregunta suposa capgirar l'enfoc fins ara predominant dels problemes de l'organització sanitària. Respondre-la no és gens fàcil, i la prova n'és aquest llibre, que exposa i analitza la gran multiplicitat de factors que hi intervenen.

El concepte de salut abasta, com ja s'ha repetit moltes vegades, alguna cosa més que l'absència de malaltia. La protecció de la salut és un dret dels ciutadans i per aquesta raó tenir cura de la salut no és només una qüestió individual de cada persona sinó també una responsabilitat col·lectiva. Cal que es donin les condicions necessàries perquè aquesta protecció sigui realment efectiva. Però la salut és un bé molt vulnerable i els ciutadans necessitem algú que ens ajudi a gestionar-la. Això és justament el que esperem dels professionals de la medicina. Gestionar la salut vol dir adoptar les mesures adequades per tractar de restaurar-la quan l'hem perduda, però també establir les estratègies necessàries per a conservar-la.

La salut és el bé més valuós que tenim, encara que moltes vegades no en siguem del tot conscients fins que la perdem. Quan això passa, el metge pot arribar a ser la persona més important en aquest moment de la nostra vida. Molt més important del que ell moltes vegades s'imagina. Aquesta és la realitat. En aquests casos, el primer que demanem del professional de la medicina és competència tècnica. Per suposat, esperem d'ell que estigui al dia en els avenços terapèutics i sigui capaç de donar la millor resposta possible a la nostra situació i de fer-ho en el temps adequat. I volem participar en el procés, tenir la informació adequada per a poder prendre la decisió idònia en cada moment.

Però la qualitat assitencial no depèn només de la competència científica. Tan important com aquesta és poder assegurar una relació de confiança entre el metge i el pacient. Jo, com a usuari, com a malalt, he de poder confiar en el meu metge. Estar malalt comporta moltes vegades viure una situació farcida d'angoixes i d'incerteses. L'organització

sanitària pot convertir-se en un factor de patiment afegit i, fins i tot, un factor d'angoixa i d'incertesa en ell mateix. Per aconseguir el desitjable nivell de qualitat, és imprescindible que l'organització sanitària, fins ara escorada sobre una de les parts de la relació metge-malalt, adopti també l'altre punt de vista, el de l'usuari. Com diuen els autors d'aquest llibre, l'altra perspectiva.

L'altra perpectiva és la de l'usuari. S'utilitza en aquest cas el terme client per emfasitzar que es tracta de l'altra part d'un contracte amb vocació de simetria. Atès aquest propòsit, el terme és perfectament apropiat, i les consideracions que se'n deriven, també. Però les paraules no són innòcues. Moltes vegades venen acompanyades d'un seguici de connotacions que poden arribar a desvirtuar el significat que els volem donar. Per aquesta raó, jo segueixo preferint el terme usuari. Crec que és més realista. El concepte de client està massa contaminat per la cultura mercantil que ens envolta. Implica que hi ha, una oferta i que es pot triar, que es paga un preu i s'obté una contraprestació. La iniciativa parteix del client i ell té sempre l'última paraula.

Però la prestació sanitària no és exactament quelcom que es pren o es deixa quan convé. Molt poques vegades s'està en condicions reals de fer-ho. Si bé es tracta d'una relació contractual entre l'organització sanitària i l'usuari que paga el servei -en cas del sistema sanitari públic, a través dels impostos-, ningú no podrà dir allò que «si no en queda satisfet, li tornem els diners». Perquè, quin preu té la salut? I per molt que es protegeixi l'autonomia del pacient a l'hora de prendre decisions, sempre es donarà una certa relació de dependència respecte del metge.

D'altra banda, allà on el concepte de client s'ha aplicat de forma més conseqüent, a la medicina privada, aquesta consideració no sempre ha estat garantia d'una millor prestació. Moltes vegades l'usuari ha entrat com a malalt i n'ha sortit com a client satisfet, més per l'efecte d'una bona mercadotècnia que per una assistència realment de qualitat. És per això que, en el context d'un sistema sanitari públic de cobertura universal, crec que és millor parlar d'usuaris i dels drets dels usuaris, més que no pas de clients.

Més enllà de les disquisicions terminològiques, el que importa de debò és assolir uns nivells de qualitat que garanteixin als ususaris una correcta atenció des de tots els punts de vista, inclosos els de les relacions personals, el confort i l'organització. Per això crec que amb aquest magnífic treball la Societat de Medicina Familiar i Comunitària ha demostrat una vegada més el rigor dels seus plantejaments i el seu compromís amb la millora de la qualitat assistencial. Com el conductor de la ciutat de Nova York al qual es refereix David Goleman pàgines endins, cal esperar que aquest llibre esdevingui «una onada contagiosa de bons sentiments» que s'estengui per tot el sistema sanitari de la mà dels seus lectors.

MILAGROS PÉREZ I OLIVA
Cap de la Secció de Societat del diari *El País*
i vice-degana del Col·legi de Periodistes de Catalunya

Agraïments

Agraïm als següents professionals i clients les aportacions fetes amb la lectura del llibre prèviament al seu format final: Nuri Barranco i Guitart, Miquel Cortada i Rius, Conxita Guixà i Agramunt, Anna Vidal i Oliveras, Josep Ignasi Pla i Puig i Miguel Ángel Muñoz i Pérez.

Al llarg del llibre trobareu aquestes icones, el significat de les quals és el següent:

Punt clau
Elements bàsics per a considerar dins cada apartat.

Alerta
Coses que hem de tenir en compte per no equivocar-nos.

Recomanació
Idees que ens poden ajudar.

Índex

1 L'altra perspectiva

7 És per a mi aquest llibre?
Com ho fem quan tenim una persona davant nostre per atendre?

11 Per què un llibre sobre la perspectiva dels clients?

21 Som àgils? (La capacitat de resposta)
- Capacitat de resposta institucionalitzada o habitual ... 23
- Capacitat de resposta particular a situacions no habituals ... 30

37 Som de fiar? (La fiabilitat)
- La coherència ... 38
- La consistència ... 43
- La puntualitat ... 45
- La decisió ... 48

55 Fem goig de veure? (Els elements tangibles)
- L'aparença de les instal·lacions ... 55
- L'aparença del personal ... 60
- L'aparença dels aparells i de l'utillatge ... 62
- Els productes tangibles dels nostres serveis ... 64

67 Som humans? (L'empatia)
- L'empatia ... 68
- Que demostri interès personal... ... 69
- Que m'escolti... ... 71
- Que no tingui pressa... ... 73

77 Vull estar en bones mans! (La professionalitat)
La competència professional 78
La cortesia 81
La credibilitat 84
La seguretat 87
La confidencialitat 90

95 Vull que em visiti el meu metge!
(La continuïtat i la longitudinalitat)

101 Epíleg

103 Bibliografia

L'altra perspectiva

Un metge va al metge

En Pere Fornés és un metge ben preparat; fa més de quinze anys que treballa al mateix CAP, segueix els protocols i procura estar a l'última moda terapèutica. És bon metge. Tant li fa si els pacients han d'esperar quatre dies per ser visitats o si el dia de la visita han d'esperar més d'una hora a la sala d'espera. Tot això no té importància al costat d'una bona visita com les que ell fa. Quan algun malalt es queixa que el telèfon comunica, pensa que aquest no és el seu problema. Per a ell, les malalties són l'objectiu de la seva feina: l'apassionant món del diagnòstic diferencial. Quan recepta un medicament, el pacient se l'ha de prendre perquè ell li mana i no cal perdre temps amb més explicacions.

Un dia, en Pere nota que comença a veure-hi borrós de prop i s'ha d'allunyar els escrits. L'edat! Haurà d'anar a l'oftalmòleg. Fa poc, la seva mare li havia dit que el seu oftalmòleg del seguro era bo i ell, com que no en coneix cap, decideix anar-hi.

Al matí següent truca al CAP i, després de trobar que comuniquen nou vegades, aconsegueix línia. Després de molts senyals sent una veu que li diu:

- Ambulatori, un moment!!!

Un moment? Set minuts després del moment li diuen:

- Ambulatori, què vol?
- Voldria visitar-me amb el doctor Martínez.
- No li puc donar visita fins la setmana vinent.
- Escolti, ho necessito per a avui.
- És urgent?

- És important que ho solucioni avui.
- Bé, si tan important és, vingui a les 12 i que el metge decideixi si el vol visitar.

En Pere, un cop és al CAP, fa cua més de 20 minuts a la recepció per preguntar on és la consulta. La cua és un desordre, tothom crida i es queixa. Alguns demanen visita, altres proves complementàries, altres entreguen volants i altres, com en Pere, només volen informació.

En arribar a la consulta, surt una infermera i li diu:

- Què et passa a tu?
- Miri, últimament hi veig borrós i voldria un volant per a l'oftalmòleg...

La infermera el talla:

- Et sembla normal venir com a visita forçada per un volant per graduar-se la vista?
- Què diu de forçada? Jo el que necessito és un volant per a l'oftalmòleg...

Un altre cop el talla:

- T'hauràs d'esperar al final de la consulta.

Perplex, calla i seu. Pensa que si vol el volant és millor obeir. Cinc minuts abans de les dues, quan ja no queda ningú més a la sala d'espera, surt la infermera i li diu:

- Va, de pressa, que és hora de plegar.

Entra a la consulta i el Dr. Martínez li fa el volant per a l'oftalmòleg.

A la recepció li informen que haurà d'esperar dos mesos, però que per dona-li visita necessita estar validat i portar un paper del padró.

- Però jo ho necessito avui i, a més, d'on vol que tregui ara el paper del padró.
- Miri, això és problema seu. Si vol, torni demà.
- Però sóc el doctor Pere Fornés.
- I jo la mare Teresa de Calcuta.

Finalment en Pere es dóna per vençut. Quan surt del centre, passades les dues del migdia, pensa que ha aprofitat molt aquell matí. Ha après que hi ha una altra perspectiva i que, a més de la importància de l'acte científic, existeixen molts factors que fan que estiguem contents amb els serveis que rebem.

De vegades, només cal que algun familiar nostre o nosaltres mateixos ens vegem obligats a utilitzar el sistema sanitari, encara que sigui com a «recomanats», perquè ens adonem que les coses no són iguals si es veuen des de *l'altra perspectiva*. Passem de ser metges a pacients, de productors a receptors o usuaris, de proveïdors de serveis a clients.

Comencen a tenir importància altres coses: l'accessibilitat telefònica (*no paren de comunicar i, quan despengen, em fan esperar una bona estona, i la factura la pago jo*), l'administratiu que ens atén (*que sense mirar-me a la cara em diu de mala gana no sé què de la validació i que em falta un paper de no sé quin padró*), el dia que ens donen visita (*d'aquí quatre dies, però si ho necessito ara!*), l'hora, si s'adequa a la nostra agenda, tan farcida d'obligacions (*però si és l'hora que he d'anar a buscar la Laura a l'escola*), la sala d'espera (*que fosca i plena de gent, fa mala olor, i quina calor!*), el temps que hem d'esperar (*i ja fa 20 minuts i ningú no em crida*), com ens rep el metge o la infermera (*un altre que tampoc et mira a la cara i només escriu i pregunta, i amb presses*), el nombre de persones que hi ha a la consulta (*són cinc vestits de blanc, bé, potser algú en comptes de blanc és groc-lleixiu...*), la confidencialitat (*qui llegirà el meu historial? Si fins i tot el zelador sembla que sap què em passa!*), l'ordre a la taula (*segur que t'ho perden tot, ja no troben ni l'historial...*), com ens exploren (*sense ferme despullar i ni tan sols córrer la cortina*), com ens expliquen les coses (*quan ho fan és de pressa, sense cap interès, o amb ganes que me'n vagi i com si ho hagués d'entendre tot a la primera*)...

Ens adonem que el contacte amb el sistema sanitari és molt més que la qualitat científica de l'acte mèdic. La veritat és que la majoria de professionals tenim tendència a considerar que només actuant d'acord amb les normes i els estàndars de la nostra professió ja oferim un servei de bona qualitat. Però aquest és tan sols un dels aspectes de la qualitat acceptats per la majoria d'autors: la denominada *qualitat tècnica*. Fins i tot, és el més difícil d'apreciar per part dels clients, a no ser que sigui molt deficient.

Un exemple que ens apropa al que «sent» un client és el publicat en les «Cartes al director» del diari *Regió 7* del dia 19 de febrer de 1997:

L'inspector del CAP Bages i la lletra dels metges

Fa uns dies vaig anar al CAP Bages -antic ambulatori- a recollir una d'aquelles receptes que has de tornar a recollir l'endemà del dia que te la recepten, perquè l'ha de signar l'inspector.

Davant meu un avi feia el mateix que jo. I com a resposta al resguard que presentava, des de darrera el taulell li varen dir: «L'inspector no l'ha signada perquè no entén la lletra del metge (o metgessa)».

- ***Pregunta de l'avi:*** I què he de fer?
- ***Resposta:*** Vagi a veure el metge/metgessa i que ho escrigui més clar.
- ***Exclamació de l'avi:*** Però si avui ja ha acabat l'horari de visita!
- ***Resposta de darrera del taulell:*** Haurà de tornar demà.

Molt indignat, vaig preguntar: «I quan demà -suposant que no li facin concertar hora prèviament i hi hagi d'anar un altre dia- obtingui una nova recepta més llegible per a l'inspector, haurà de tornar a deixar-la perquè la hi signi i tornar l'endemà?». Però com que jo no era l'interessat i l'avi ja marxava amb la cua entre cames i sense esma de dir res, no vaig obtenir resposta.

Vaig recollir la meva recepta, que l'inspector sí havia entès i signat, amb la sensació d'haver assistit a un d'aquells oblidats «vuelva usted mañana», que, en cas de ser un medicament vital per a algú, serviria per a que mentrestant se l'emportessin els àngels i problema resolt.

Senyor inspector, si no entén la lletra d'una recepta dels metges que corren per aquesta casa, té diverses opcions:

- enviar algun administratiu, conserge, etc., al despatx del metge/essa.
- fer servir el telèfon, el fax, el mòdem o la xarxa Internet.
- aprendre grafologia o fer que els metges/esses facin cursos de cal.ligrafia.

Però el que és intolerable és que carregui a les espatlles del pacient un problema de relació personal o laboral, que suposo que, en el fons, deu ser el motiu del problema de la mala lletra.

I com a anècdota curiosa, que espero que l'inspector no es prengui rient, diré que jo, després d'anar a la farmàcia, també vaig haver de tornar a veure el metge perquè em refés la recepta i tornar l'endemà a recollir-la, ja que es tractava d'unes mitges ortopèdiques i com que el pacient a qui anaven destinades tenia dues cames, lògicament, necessitava dues receptes!
Ja ho sabeu, a l'hora d'escollir metge, feu-li una prova cal.ligràfica i després feu-li apuntar a la fitxa (si en fa) que teniu dues cames, dos braços, dos ulls, dues orelles i dos de tot el que se n´ha de tenir dos. I grossos, com l'inspector.

Josep Emili Puig (Manresa).
"Cartes al director". Regió7.19-2-97

De fet, el que sent aquest client és semblant al que sent el metge del primer cas, el Dr. Fornés. Els dos perceben una mala *qualitat de servei* i, per als dos, la qualitat de l'atenció, des de la seva perspectiva, és pèssima. Són els aspectes que tenen a veure amb la *qualitat de servei*, i no els de *qualitat tècnica*, els que configuren, en moltes ocasions, la satisfacció del client.
Hi ha, doncs, una altra perspectiva: la del client, usuari o pacient.
Abans de seguir i com a aclariment, si bé els termes client/usuari/pacient tenen matisos conceptuals diferents, en aquest llibre els farem servir com a sinònims.

«És per a mi aquest llibre?» Com ho fem quan tenim una persona davant nostre per atendre?

T'has plantejat mai si actues bé en l'atenció a les persones? Penses que tothom és igual? Penses que ets perfecte?
Aquí tens una eina que t'ajudarà a situar-te abans de començar la lectura del llibre. Convé, però, que responguis sincerament cadascuna de les preguntes. Si no trobes la resposta que hi posaries, agafa la que s'assembli més a la teva forma de reaccionar.

1. Quan alguna persona apareix a la consulta, penso: què voldrà ara aquest pesat?
   I. La majoria de les vegades.
   II. Algunes vegades.
   III. Mai.
   IV. Sempre.

2. Què penso quan la gent ve d'urgències?
   I. Vénen per coses banals i per saltar-se els circuits.
   II. Les urgències em distorsionen molt la feina habitual.
   III. Si vénen «massa» d'urgències, la pregunta és per què?
   IV. Potser vénen per rucades, però no em preocupa.

3. Tinc massa visites fora d'hora:
   I. Deu ser que no ho tinc massa ben organitzat.
   II. És culpa del personal d'admissions.
   III. No em molesten gens les visites fora d'hora.
   IV. Les persones s'han d'adaptar a l'horari.

4. Quan no tinc la història clínica, què penso?
   I. Quan tingui la HCAP, ja el visitaré!
   II. No el puc visitar!
   III. M'estimo més tenir la HCAP a mà.
   IV. Cap problema, ja li torno a fer!

5. Davant la presentació d'una reclamació, la meva reacció és:
   I. No em molesta que presentin una reclamació.
   II. Les persones són una colla de desagraïts.
   III. Normalment sempre es queixen els mateixos, ja se sap!
   IV. M'incomoda, encara que pot servir per detectar deficiències.

6. Prescric un tractament i la persona em diu que no el farà:
   I. Intento explicar-li més per què li prescric.
   II. I a sobre, tornarà després!
   III. Que la bombin!
   IV. Jo ja he complert!

7. Quan alguna persona marxa del meu centre enfadada, sense ser visitada perquè pensa que se l'ha fet esperar massa, la meva reacció és:
   I. Sí, vaig de bòlit... i encara s'enfada!
   II. Em sap greu que s'hagi enfadat i intento analitzar per què.
   III. Quan torni, em sentirà...
   IV. La telefono per demanar-li disculpes.

8. Quan tinc moltes feines no previstes:
   I. Penso que com volen que els atengui bé, si no paren de venir quan els dóna la gana!
   II. Penso que tenim massa gent per atendre; haurien de posar més recursos, si no, no ho podem fer bé.
   III. Faig la feina que em toca i punt. La resta que la faci alguna altra persona.
   IV. Intento fer la feina sense posar-me neguitós, però m'és difícil, de vegades.

9. Quan alguna persona arriba tard o fora d'hora, què faig?
   I. Si ha arribat tard, que s'esperi fins al final, a veure si n'aprèn.
   II. Si ha arribat tard, que torni demà; només faltaria haver-la de visitar.
   III. La faig passar de seguida.
   IV. L'atenc quan puc.

10. Voldria fer molta més feina, però és que la gent consulta tant:
   I. Cap problema, tinc temps per a tot!
   II. M'agradaria anar una mica més tranquil, però la meva feina és atendre les persones.
   III. És veritat, com volen que treballem si no para de venir gent?
   IV. Ves per què no es podria repartir més la gent!

Valoració respostes

Respostes	Preguntes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	B	A	C	B	D	C	B	A	B	D
II	C	B	A	A	A	B	C	D	A	C
III	D	C	D	C	B	A	A	B	D	A
IV	A	D	B	D	C	D	D	C	C	B

Mira quina lletra ha predominat en les teves respostes i llegeix el teu diagnòstic.

A. No pots veure massa les persones. Si vols intentar-ho, pots fer una lectura intensiva del llibre, però, si no et convencem, potser que et plantegis una nova dimensió professional.

B. Estàs a la que salta amb les persones. Per a tu el llibre és de lectura obligada i pensa què fas i sents quan ets client.

C. Tens sentiments i, per tant, de vegades t'incomodes amb la gent. És humà i normal. Llegeix el llibre i hi trobaràs algunes ajudes.

D. Pot semblar que ho fas molt bé, en algunes respostes, però és perquè realment no sents massa el que fas o no has respost amb sinceritat, pensant que la resposta bona era la que has marcat o tirant pilotes fora. Has de tornar a sentir-te il·lusionat per la teva feina, si vols continuar fent-la.

Capítol 1

Per què un llibre sobre la perspectiva dels clients?

El nostre sistema sanitari públic s'ha desenvolupat en les últimes dècades amb unes característiques bàsiques: s'ha centrat en els hospitals i en les malalties en un context d'administració pública. Aquesta orientació ha comportat uns determinats tipus d'atenció primària, d'intervenció en els problemes de salut de la població i de concepció dels «beneficiaris» del sistema. Sense voluntat de fer una anàlisi exhaustiva de l'evolució del sistema sanitari públic, volem fer un recorregut pels diferents papers que li han atorgat els «receptors» del sistema en les diferents etapes. Evidentment, la realitat ha estat i és més complexa, però en volem destacar uns trets que considerem determinants per introduir el contingut d'aquest llibre.

1. *Abans de la reforma de l'atenció primària:* «temps era temps...»

Fins no fa massa, **el nivell primari del sistema sanitari públic era concebut com una estructura amb funcions fonamentalment burocràtiques**. L'activitat burocràtica era prevalent sobre l'assistencial. La xarxa primària no tenia reconeguda una funció pròpia, era definida en funció dels hospitals, «extra-hospitalària». El desenvolupament tecnològic va donar un major prestigi social al metge hospitalari, el qual semblava detentar en exclusiva el coneixement científic. La feina del metge de capçalera era fer de «guàrdia urbà» del sistema, indicar cap on havia d'anar cada persona per ser atesa.

L'atenció primària tenia una baixa capacitat de resolució de problemes, donat el poc temps disponible per a l'atenció, l'escassetat de recursos materials i les barreres existents per accedir a proves diagnòstiques, que estaven pràcticament reservades als especialistes. Les expectatives de la població i dels propis professionals respecte a quins problemes de salut es podien resoldre eren molt baixes. De manera coherent amb aquesta concepció, per treballar a l'atenció primària no calia cap especialitat. Qualsevol podia ser metge de capçalera, perquè «era molt fàcil».

Les persones ateses eren considerades moltes vegades com a «cartilleros». És a dir, es reduïen a ser portadors d'una «cartilla» que els donava uns drets d'ús de «prestacions». Aquest concepte s'imposava al de persona amb problemes de salut i objecte de l'atenció sanitària.

La relació metge-pacient estava mediatitzada per la perversió de l'estructura i pels mecanismes de defensa (confosos amb picaresca) que van anar desenvolupant els pacients: demanar allò que creien que el sistema donava (receptes, baixes, volants per a l'especialista...) i de la manera que els facilitava obtenir alguna cosa (visita domiciliària, demanda «urgent», etc.).
Les conseqüències del sistema són ben conegudes: baixa efectivitat en la resolució de patologies agudes, escàs seguiment dels problemes de salut crònics més prevalents en la població, baixa rendibilitat, baixes expectatives de la població i creixent insatisfacció entre els professionals que volien intervenir en els problemes de salut. Al mateix temps, es va anar creant i consolidant una cultura (valors, costums, opinions...) respecte el sistema sanitari públic primari, que podem considerar globalment negativa, que persisteix en els nostres dies i que requerirà molt de temps per a ser substituïda.
Tot i aquesta situació, hi va haver professionals, sobretot en el medi rural, interessats en fer un bon treball, mantenint la tradició del «metge de capçalera», que van fer una atenció primària digna i d'alta qualitat humana, dins les limitacions que tenien.

2. La reforma de l'atenció primària: «també hi ha vida intel·ligent fora dels hospitals»

La reforma de l'atenció primària iniciada fa més de deu anys va suposar un canvi d'orientació del sistema. A l'atenció primària se li van atorgar funcions, reforçant la prevenció i promoció de la salut; es va augmentar la disponibilitat de recursos, el temps de dedicació dels professionals i, com a conseqüència, la capacitat de resolució de problemes.
En el nou sistema, **el «cartillero» va passar a ser considerat pacient**, en el sentit que l'objecte principal eren els problemes de salut de la gent. **La formació dels professionals es va dirigir cap a la seva qualificació tècnica, i l'organització de l'atenció es va fer en funció dels problemes de salut reconeguts i considerats importants per les institucions i els professionals**. És evident l'avenç realitzat en els últims anys en la qualitat tècnica de l'atenció, suportat fonamentalment per la creació de l'especialitat de medicina familiar i comunitària. Al mateix temps, s'ha anat desenvolupant un cos teòric i pràctic sobre l'organització, el treball d'equip, la gestió i els sistemes d'informació, que ha fet de l'atenció primària una entitat pròpia, diferenciada de l'atenció hospitalària quant a funcions, coneixements i metodologia de treball. Els metges d'atenció primària comencem a tenir un cert reconeixement professional i social.

L'estatus de pacient és, evidentment, millor que el de «cartillero», però si mirem bé l'actual sistema d'atenció primària, deixant de banda les ulleres de sanitaris, podem observar més coses. Per exemple: els professionals decidim unilateralment la nostra activitat, els horaris d'atenció, els problemes de salut que considerem «importants», els límits a la «demanda» del dia o la conveniència de visitar a domicili. En molts aspectes, hem traslladat el model conceptual de l'hospital a l'atenció primària. Podríem dir que hem fet una reforma de l'atenció primària centrada en els professionals, i que la concepció burocràtica (el poder dels papers i dels funcionaris) pre-reforma ha passat a una concepció tecnocràtica (poder de la tècnica i dels tècnics). **Hem fet la reforma per a les persones, però sense les persones**. Això ha originat la seva incomprensió i, sovint, insatisfacció.

3. *La perplexitat del metge de família:* «què volen aquesta gent»?

Els avenços que hem fet en relació a la disponibilitat de recursos i a la capacitat de resolució de problemes han ocasionat reconeixements per part dels usuaris, però no sempre han anat acompanyats de grans millores en la seva satisfacció. Hi ha un conjunt de punts de fricció o de conflicte que els metges d'atenció primària, en general, no hem resolt i que creen insatisfacció en les persones que atenem i en els propis professionals.

Tot i el biaix que suposa parlar d'insatisfacció dels usuaris des d'un grup de professionals, els punts conflictius poden ser:

- **Defectes de l'organització:** circuits excessivament feixucs, que compliquen la vida als pacients innecessàriament; persistència d'hàbits burocràtics en el nostre treball. El treball està planificat en funció de com el fem els sanitaris, més que en funció de la persona que l'ha de rebre. És a dir, **hem fet una organització centrada en els professionals i en el sistema**. Hi ha persones que no s'hi adapten, que demanen fora de les normes establertes per nosaltres, fora d'hora fonamentalment, i que fan grinyolar amb més o menys freqüència el nostre sistema organitzatiu.
- **Barreres d'accés a l'atenció** i als professionals de referència. La major disponibilitat no sempre es tradueix, a la pràctica, en poder consultar el «seu» metge de capçalera quan es creu necessari, o en horaris compatibles amb les activitats laborals o escolars. Hi ha grups de població que han de superar moltes barreres per ser atesos quan ho necessiten.
- **Poca participació en la presa de decisions**, tant individuals com col.lectives. Sovint, la informació i la possibilitat de participar en una decisió són escatimades

als pacients. Ens queixem que la gent demana molt i, potser amb la nostra actuació, originem una part d'aquesta demanda. Sovint hem aplicat models paternalistes o dictatorials en la nostra relació amb el client. I la comunitat? Excepte honroses excepcions, brilla per la seva absència.

- **Deficient relació professional-malalt:** encara passa allò d'«el metge sóc jo». I sovint és un metge que algunes persones troben excessivament tècnic i enyoren el «metge d'abans», que sempre hi era i sempre els escoltava. Hem imposat als clients aspectes que tenen valor per als professionals, com el treball en equip. Ens hem aturat poc a pensar quines eren les coses que realment tenien valor per a ells. **El pacient no vol un equip, sinó el seu metge**.
- **Resposta tècnica a problemes humans.** Una part considerable dels problemes que ens plantegen els pacients no entra en els esquemes que ens han ensenyat a la universitat o a la residència. És difícil fer un diagnòstic clar, que entri en algun protocol dels que hem après. Aquest fet ens crea una gran inquietud, perquè posa en evidència que els nostres coneixements (que són molts) no encaixen del tot amb allò que ens trobem. La preponderància de la tècnica i la influència (encara) de la medicina hospitalària ens porta, de vegades, a actituds de despotisme il.lustrat: nosaltres sabem què li convé i decidim què li donem. Això no sempre encaixa amb les aspiracions i necessitats dels clients.

Hem imposat el nostre concepte de qualitat. Hem mostrat poca sensibilitat per les necessitats, conveniències o valors de les persones a qui dirigim el servei. Les escasses experiències de participació ciutadana i la direcció de la reforma des d'una administració molt centralitzada són expressió i causa d'un model centrat en el professional, que resulta rígid i insatisfactori. Hem creat unitats d'atenció primària pensades en funció dels professionals, no dels clients (horaris, serveis, accés...), i fins i tot, de vegades, decidim quins malalts ens agraden o mereixen més atenció que altres. Un exemple n'és el menyspreu que alguns professionals mostrem per certa patologia aguda autolimitada, social o mental, i la dedicació preferent a algun tipus de patologia concret, en detriment de l'atenció a altres persones.

Davant les disfuncions del sistema que es manifesten en el dia a dia, els professionals hem desenvolupat mecanismes de defensa i cerquem els culpables fora de nosaltres: en el client i en el sistema. Als clients els atribuïm que no ens entenen i no s'adapten a la nostra organització («tot aniria bé si no hi hagués un 10-20% de clients que no fan el que han de fer»). Al sistema el culpem de moltes coses, algunes d'elles amb raó. Altres vegades li carreguem les nostres responsabilitats.

Cal una nova orientació de les que fins ara han estat les administracions d'atenció primària (l'ICS i d'altres) i transformar-les en veritables empreses de serveis. Serà necessari un canvi profund en la cultura de l'empresa per assolir aquest objectiu. Però

aquest canvi no serà suficient si no es produeix un canvi en les actituds dels professionals en el mateix sentit. És més, amb tota probabilitat, els professionals serem un important element de canvi dins les nostres empreses.

4. *El canvi d'expectatives. De pacient a client:* «més lluny, hem d'anar més lluny»

És fàcil trobar-se companys que diuen: «Però amb tot el que estem fent, els pacients encara es queixen. Què més volen?». Efectivament, estem fent moltes coses per als pacients, però és allò que esperen o els és útil? També se sent amb freqüència: «Cada vegada demanen més». Però no ens ha d'estranyar: a tots ens agrada que les coses millorin en el nostre entorn professional i social.

És evident que en els últims deu anys han millorat molts aspectes tècnics, organitzatius i relacionals de l'atenció primària. Aquestes millores s'han produït en una societat que també ha evolucionat, i que és cada cop més exigent. És una realitat que les necessitats i expectatives dels pacients canvien, i el que avui es considera satisfactori demà no ho serà. Aquest canvi l'hem d'integrar en la nostra evolució.

El reeixir de l'atenció primària, en el sentit de ser un servei d'atenció a la salut dels ciutadans, que resolgui problemes i creï satisfacció, està en la capacitat d'incorporar el concepte de client en la seva activitat. **La incorporació del concepte client passa per entendre que, a més a més d'un «producte» (intervenció sobre problemes de salut), donem un servei a unes persones (la manera com fem la nostra feina). Això comporta adaptar les nostres actituds i maneres de treballar** als següents principis:

a) **Els professionals treballem per a les persones que atenem.** Els clients són el propòsit de la nostra feina, no un entrebanc. Són la part més important de l'organització. La nostra funció és donar-los atenció sanitària i centrar les activitats en ells. *Perquè sigui efectiu, el servei s'ha d'adaptar a les característiques dels clients.* Si la nostra activitat i organització no estan pensades per a les persones a les quals van dirigides, és possible que aquestes no entenguin, valorin, acceptin ni segueixin les nostres recomanacions.

b) **L'orientació del nostre treball està determinada per les necessitats i expectatives dels clients.** A l'hora de planificar les nostres activitats, cal identificar les necessitats i les expectatives de les persones que hem d'atendre i triar la millor resposta que hi podem donar. Hem d'estar atents a les necessitats «no previstes» per elles i hem de poder fer front, també, a les necessitats no previstes per nosaltres i adaptar-nos per a la seva atenció. Com a servei sanitari, cal que gestionem les expectatives dels clients.

c) **Els clients decideixen la qualitat del servei.** Un servei és de qualitat si el client percep que li ha resolt una necessitat. La qualitat òptima és la que integra, alhora, uns nivells alts de qualitat tècnica i de servei. Els professionals tenim la responsabilitat d'assegurar la *qualitat tècnica* del nostre treball en funció del coneixement científic. Però, per a tots aquells aspectes que configuren la prestació del *servei*, són els clients els que decideixen el nivell de qualitat. En diversos estudis s'ha vist que la perspectiva del client no coincideix gairebé mai amb la dels professionals o les institucions. Aquests estudis ens alerten de la importància de conèixer la perspectiva del pacient i que, per conèixer-la, hem de preguntar, mai suposar.

5. La qualitat de servei: «què espera i què rep el client?»

Existeixen diversos models teòrics al voltant de la satisfacció del client. El més acceptat és el del grup dirigit per A. Parasuraman amb usuaris de diferents empreses de serveis no sanitaris. Aquest estudi defineix la *qualitat* com la *discrepància entre les expectatives i les percepcions dels usuaris* (fig. 1). És a dir, el client està més satisfet si les seves percepcions sobre el servei rebut superen les *expectatives* que hi tenia dipositades.

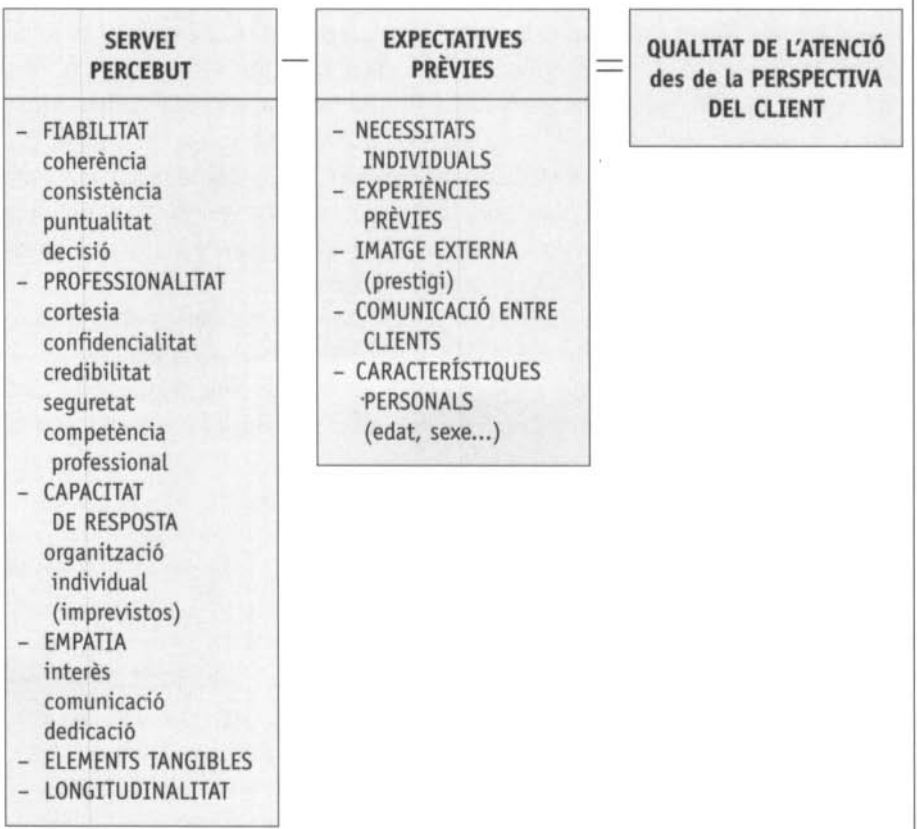
- **Què espera? Quines expectatives té el client?**

Hi ha un conjunt de factors que contribueixen a formar les expectatives que tenim els clients abans de rebre un servei. Són les necessitats i les característiques individuals del client, les experiències prèvies que hem tingut en altres contactes amb el servei, la comunicació i la transmissió oral d'altres clients i la imatge externa que té el proveïdor de serveis (fig. 1).

Algunes vegades les expectatives dels clients poden estar en contraposició amb una actuació clínica adequada. En parlar de la perspectiva del client no podem perdre el nord. No pensem que «per tenir content un client se li ha de donar tot el que vol». La qualitat del servei és: «Estem al servei de les necessitats del client i, quan les seves expectatives no siguin adequades, la nostra feina de bons professionals responsables de la seva salut és convertir-les en adequades». Aquesta conversió és possible quan el servei és percebut com a bo.

En l'adequació de les expectatives dels clients entren en joc, com a habilitats del professional, molts dels aspectes que es perceben des de la perspectiva del client. Així,

Figura 1. La qualitat de l'atenció des de la perspectiva del client. (Modificat de Cottle.)



està dins la nostra professionalitat la capacitat d'obtenir la confiança del client i d'aconseguir que entengui el nostre punt de vista. És a dir, amb cortesia, seguretat, credibilitat, empatia, dedicació i interès, hem de donar la informació necessària al client per a que la seva decisió sigui correcta. Un altre aspecte que ens ajuda a adequar les expectatives del client és la relació al llarg del temps (longitudinalitat), atès que facilita un coneixement més complet i integral.

Tot i que amb la major part dels nostres clients el tracte és correcte, sempre ens podem trobar amb el tipus de client que podem anomenar "difícil". Pensem que també hem d'atendre aquest tipus de persones i fer-ho amb una actitud de servei acostuma a ser menys conflictiu que fer-ho des de l'enfrontament.

• **Què rep? Què percep el client?**

La qualitat percebuda pel client està definida per aspectes rellevants que es poden identificar. L'estudi d' A. Parasuraman ha contribuït a definir els aspectes valorats pels clients i ha elaborat un instrument (SERVQUAL) que identifica els deu criteris generals, o aspectes de l'avaluació, que els clients utilitzen per valorar la qualitat d'un servei. Aquests criteris, agrupats en cinc, constitueixen el que Cottle denomina «tarja d'avaluació invisible»: fiabilitat, elements tangibles, capacitat de resposta, seguretat (que engloba: seguretat, professionalitat, cortesia i credibilitat) i empatia (que engloba: accessibilitat, comunicació i comprensió de l'usuari).
Aquests criteris reflecteixen aspectes de la *qualitat de servei* des de la perspectiva del client i no hi tenen gaire representació els criteris clàssics de *qualitat tècnica*. En general, aquesta se'ns suposa i per al client és difícil d'avaluar, a no ser que sigui força deficitària. En canvi, li és molt més fàcil emetre judici de valors de la nostra *qualitat de servei*.

6. Estructura del llibre: «què hi trobaré més endavant?»

L'objectiu d'aquest llibre no és parlar de *qualitat tècnica*, tot i que és la base del nostre producte i, evidentment, és una condició *sine qua non*. L'objectiu d'aquest llibre és donar elements als professionals per reflexionar sobre les actituds i sobre els aspectes de la *qualitat* que no ens han ensenyat: la *qualitat de servei*.
A partir dels cinc criteris de la «tarja» de Cottle, introduint alguna modificació per adaptar-los als serveis d'atenció primària i afegint algun criteri específic d'aquesta, hem estructurat les dimensions o aspectes de la qualitat, des de la perspectiva del client, de la següent manera:

1. **Capacitat de resposta:** *disposició i/o voluntat per ajudar els clients i proporcionar un servei ràpid*. En certa manera, s'avalua també l'accessibilitat. Contempla dos apartats: la capacitat de resposta de l'organització en situacions habituals i la capacitat de resposta davant l'imprevist.
2. **Fiabilitat:** *capacitat de realitzar el servei de forma correcta i de complir el que prometem*. En aquesta dimensió es contempla la coherència de la informació, la consistència de les nostres actuacions, la puntualitat de l'atenció i la capacitat de decisió del client.
3. **Elements tangibles:** *elements que el client pot veure i tocar*. En aquest aspecte es

valora l'aparença de les instal·lacions, dels aparells, del personal i dels materials de comunicació, productes o *souvenirs* de l'atenció.

4. **Empatia:** *interès per conèixer i entendre el client i les seves necessitats.* Contempla aspectes d'interès personal, comunicació amb el client i dedicació (no tenir pressa o la *qualitat del temps*).
5. **Professionalitat:** *capacitat de donar un servei amb una adequada competència tècnica, acompanyada de cortesia, sensació de seguretat, credibilitat i confidencialitat.* Entenem el terme professionalitat en un sentit més ampli que la competència científico-tècnica, ja que contempla també aspectes de tracte i de relació professional-client.
6. **Longitudinalitat i continuïtat:** *seguiment de l'atenció al client i als seus problemes de salut al llarg del temps.* És un dels aspectes més importants en l'atenció primària i, en canvi, té poca rellevància en altres tipus de serveis.

Si bé aquesta classificació ens és útil per analitzar en capítols cadascun dels aspectes valorats pels clients, hem de tenir en compte que aquests aspectes estan, en moltes ocasions, relacionats entre ells. Per tant, una mateixa situació pot afectar més d'un. Per exemple, una manca d'empatia per mala comunicació afecta la professionalitat (la credibilitat i la sensació de seguretat i, possiblement, la cortesia) i la fiabilitat (la coherència i la capacitat de decisió del client).

A més de la definició i dels conceptes referents a cadascun d'aquests aspectes, tots els capítols contenen una sèrie de *punts clau* del tema analitzat, recomanacions per millorar la satisfacció dels clients en cada aspecte tractat, *alertes* d'aspectes conflictius o complexos i, finalment, el que anomenem *tics anticlient*: actituds, comentaris o fets que reflecteixen que no tenim en compte, despreciem o, fins i tot, ens en riem del terme considerat; és a dir, que en aquest aspecte *anem malament*.

Els capítols contemplen, a més a més, exemples de situacions relacionades amb l'aspecte analitzat. Si bé alguns casos poden semblar caricatures de la realitat, estan basats en situacions que es donen en alguns dels nostres centres de primària. Amb això en cap moment pretenem provocar polèmica, sinó una reflexió sobre aspectes que no sempre es tenen en compte.

I abans de seguir amb els pròxims capítols, fem una recomanació: intentem llegir el llibre *pensant com a clients*. És a dir, posem-nos en la pell dels clients dels exemples. Pensem en experiències similars que haguem viscut com a clients, encara que no sigui en el camp sanitari. I com s'afecta el nostre grau de satisfacció? Així, pot ser que entenguem millor *l'altra* perspectiva i millorem la qualitat del que fem.

Capítol 2

«Som àgils?» (La capacitat de resposta)

Capacitat de resposta
Segons l'usuari/client... «Que em solucionin el problema!»
Capacitat
Qualitat de qui es troba en estat de fer alguna cosa. (Definició acadèmica.)
Resposta
Acció de respondre. ***Respondre:*** *mostrar-se amb relació a algú o a alguna cosa tal com era d'esperar. (Definició acadèmica.)*
Capacitat de resposta
Disposició i voluntat per ajudar els usuaris i proporcionar un servei ràpid (segons els «experts», Zeithaml et al).

Els metges de capçalera hem acceptat sempre la variabilitat de la resposta individual als tractaments. En molts dels manuals i protocols d'aplicació en els nostres centres, actualment, hi podem trobar expressions com les que segueixen:
«Cal individualitzar el tractament», «en funció de la resposta individual al tractament, caldrà...», «cal tenir en compte les possibles interaccions amb altres tractaments que faci el pacient».
Però quan analitzem la nostra resposta a les peticions d'atenció de la població, trobem que moltes vegades pautem normes molt rígides, a les quals s'ha d'adaptar el «pacient» que vol visitar-se. I aquestes normes sovint les fem sense tenir massa en compte les necessitats de les persones que atenem; el que tenim al cap són les necessitats dels professionals que donem el servei.
Aquestes «normatives», que són sovint normatives-barrera, fan que els usuaris del sistema sanitari interpretin que tenim poca capacitat de resposta a les seves necessitats. En canvi, sembla demostrat que la capacitat de resposta és un element important, que intervé en la sensació de satisfacció de les persones per l'atenció rebuda.
Una de les causes és que, moltes vegades, la resposta inicial que donem els professionals en els primers contactes amb les persones que vénen a un centre sanitari s'assembla més a l'actitud:

«Què vol, ara?»

que a l'actitud correcta:

«Què puc fer per ajudar-lo?»

Una conseqüència d'aquesta actitud és plantejar-se la manera de «desfer-se» del pacient enviant-lo a un altre nivell, per temes que podem resoldre en el nostre, si volem. També, de vegades, posem com a excusa una normativa per a no resoldre el problema immediatament.

La necessitat de revisar la nostra capacitat de resposta i de millorar-la és un pas important per a l'increment de la satisfacció i de la qualitat percebuda pels nostres usuaris.

Possiblement, podem assimilar la capacitat de resposta a l'actitud del tipus ***«cap problema»*** (és a dir, agilitat, imaginació, creativitat, voluntat de sortir-se'n). Aquesta actitud es contraposa a la del tipus ***«aquest no és el meu problema»*** (que vol dir rigidesa, mandra, aferrar-se a les normes, estar a la defensiva...).

Seguint aquest fil, en el concepte «capacitat de resposta» podem incloure dos grans apartats:

- La **institucionalitzada**, o capacitat de resposta de l'organització del servei per promoure que l'accés sigui fàcil i sense barreres organitzatives. Aquesta capacitat de resposta necessita, evidentment, la implicació individual, però la diferenciem perquè representa els aspectes que la institució ja ha inclòs com a «norma» en la seva manera de fer.

  Aquest apartat és el que donarà la nostra imatge de **qualitat de base**, ja que són les situacions per les quals passarà la majoria dels nostres usuaris. Les persones (nosaltres també, quan fem ús d'un servei) creiem que és normal que aquest apartat funcioni bé. També cal incloure aquí l'augment progressiu de resolució de problemes que seria lògic que s'incorporés als nostres centres. Un mal funcionament de base crea insatisfacció, i un bon funcionament dóna uns clients amb una satisfacció «normal».

  Dins la **capacitat de resposta institucionalitzada o de resposta habitual**, podem trobar-hi la possibilitat de:

  - obtenir el servei de forma àgil i fàcil.
  - ser atès en un temps raonable i en el mateix dia, si es demana.
  - ser atès amb poca espera sobre el previst (se'n parla en un altre capítol).
  - ser atès de manera urgent i a domicili, quan es percep que es necessita.
  - ser atès pel «seu» professional (també se'n parla en un altre capítol).
  - resoldre problemes que no es resolien anteriorment.

- La **particular**, o capacitat de resposta davant l'imprevist (situacions noves, problemes no previstos, correcció d'errors de la nostra pròpia organització, ampliació en la resolució individual de problemes...). La capacitat d'abordar (els resolem o no) problemes no previstos tindrà unes conseqüències diverses.

  Ser capaços d'esmenar els errors de la nostra organització (personals o no) és vist, generalment, com un element de qualitat. Si no els esmenem, és probable que es gene-

ri una reclamació, escrita o a la tertúlia del cafè (que per a la nostra fama és pitjor). Ser capaços de respondre davant l'imprevist o davant el que, teòricament, «no ens toca» no només es veu com un signe de qualitat, sinó que dóna un valor afegit al nostre centre. És com un «servei especial», valorat pel client com una bona sorpresa.

Dins la **capacitat de resposta particular o per a situacions no habituals**, hi ha aspectes com possibilitar:

- l'esmena àgil dels errors.
- la resolució de (o l'interès per) temes que «no ens toquen».

No són apartats estancs, ja que els problemes detectats i resolts en una resposta particular («especial») s'han d'incorporar a la resposta habitual i els errors detectats ens poden fer veure problemes de la nostra organització que s'han de modificar.

- Compte en caure en la inequitat de fer-ho tot pels clients que ens són «simpàtics», «ens fan llàstima» o «els volem demostrar que podem», i deixar els altres a l'estacada.
- Fa mandra?
  No ens paguen per això? Segur que no?

- Intentem tenir amb tothom la mateixa capacitat de resposta que tenim amb nosaltres mateixos, els nostres familiars i els nostres amics.
- Intentem aconseguir que els «serveis especials» es transformin en «serveis habituals».

1. Capacitat de resposta institucionalitzada o habitual

«Voldria visitar-me!»

En Joan té 35 anys i fins ara ha gaudit d'una bona salut, la qual cosa fa que no hagi d'anar massa al metge. Des de fa uns dies, però, li sembla que hi sent menys i per aquest motiu ha pensat que seria interessant anar a veure el seu metge. El dia 22 de maig, dilluns, decideix trucar al seu centre per demanar hora per al dimarts, que visita a la tarda i ell no treballa. Són les 11 del matí i telefona per demanar hora. La persona que l'atén li respon molt amablement que per demanar hora amb antelació hauria de fer-ho a la tarda, a partir de les 5.

En Joan telefona el mateix dia a les 5 per demanar hora per a l'endemà. La persona que li respon li diu amablement que les visites que poden programar amb antelació ja estan plenes i que hauria de telefonar el mateix dimarts a les 3 de la tarda, que ja li donaran hora.
El dia 23 de maig telefona a les 3, però el telèfon comunica constantment. Finalment, a dos quarts de quatre, aconsegueix que l'atenguin, però se sorprèn quan li diuen que està ple i que hauria de telefonar un altre dia. En Joan és tranquil, però comença a pensar que és molt difícil visitar-se i insisteix per a que li diguin quin dia podrien visitar-lo. Finalment aconsegueix que li donin hora per al divendres a les 4. No li va gaire bé, però... quin remei!

Què espera?
Vol ser visitat, només això.

Què troba?
Un munt de barreres i missatges que no entén.
Una gran dificultat per aconseguir la visita.

- La nostra organització pot ser molt perfecta des de la nostra perspectiva, però pot resultar un caos per als nostres usuaris.
- El rebot d'una persona a una altra o d'un horari a un altre, per atendre una petició tan simple com la de ser visitat, genera una imatge de «servei-barrera», que pot ser molt duradora i dificultar les relacions posteriors entre les persones i els professionals del centre.
- La nostra sobrecàrrega pot ser entesa intel·lectualment pels nostres usuaris, però no amb el seu «cor», angoixat per resoldre un problema.

- Hem de definir els sistemes d'organització del nostre servei per aconseguir al màxim la resposta sense repetició dels actes per part dels clients.
- Revisem els circuits de recepció de peticions diverses i comentem amb el personal d'admissions si alguns d'aquests ens porten a fer repetir accions als nostres usuaris. Segur que en la majoria de casos podem trobar solucions imaginatives, que ens permetin atendre millor les demandes.
- Tractem d'encaixar el nostre servei en la vida dels clients, i no a l'inrevés.

«I no m'ho podeu solucionar vosaltres?»

El dia 26 de maig en Joan arriba al CAP perquè el visiti el metge. Li explica que des de fa un temps que hi sent menys i que voldria saber què pot fer. El metge li pregunta si fuma i si beu alcohol, després li mira la tensió arterial. En Joan no sabia que el tabac perjudiqués l'audició, però està tranquil perquè ell no fuma.

Un cop mirada la tensió arterial, el metge li posa l'otoscopi i li diu que té taps de cera. Ell diu que es renta bé i el metge el tranquil.litza dient-li que no té res a veure. El metge li explica que haurà d'anar a l'otorrino per treure-se'ls. L'otorrino és a la ciutat cap de comarca, a 30 quilòmetres del seu poble.

Li pregunta al metge si no li poden resoldre allà, perquè ho té complicat per a desplaçar-se. Li respon que no és possible.

En Joan recull el paper per a l'otorrino i, mentre torna cap a casa, recorda que una persona amiga seva li havia explicat que havia portat aigua calenta al seu centre per treure's un tap, un dia que no tenien escalfador, perquè en el seu centre li havien dit que així no s'hauria de moure.

Li agradaria que li haguessin donat l'oportunitat de portar l'aigua calenta...

Què espera?
Vol sentir-hi més bé.
Vol no haver-se de desplaçar.

Què troba?
Preguntes sobre els seus hàbits sense saber per què.
L'obligació de desplaçar-se.

- Els petits problemes que porten els pacients a la consulta i podem resoldre tenen una gran importància per a la gent que atenem. Són el «seu problema»; no hem de pensar necessàriament en les grans patologies.

- El prestigi de l'atenció primària anirà creixent a mesura que anem resolent més coses i millorem l'atenció.
- Algunes activitats preventives aplicades sense explicació poden convertir-se en «cossos estranys» incomprensibles per a l'usuari. Perden el «valor afegit» si no li resolem el «seu problema».

- Analitzem quins motius de derivació serien solucionables en el nostre centre sense necessitat de grans costos.
- Proposem a l'equip l'entrenament i la difusió de la idea d'augmentar la nostra capacitat de resolució.
- Apliquem les activitats protocol·litzades, com ho poden ser les preventives, en un moment adequat i expliquem per què les fem.

«No podria ser a una altra hora?»

La Joana té 25 anys. Des de fa uns dies ha aconseguit una feina amb un contracte força precari, però que li permet deixar de ser una aturada, tot i que no sap quant li pot durar. Treballa matins i tardes. Fa uns dies que li va sortir una erupció al braç i pensa que convindria que la veiés el seu metge. Telefona al centre i demana si la poden visitar. Li donen hora per a les 11 del matí. Ella demana si pot ser visitada a partir de l'1, que és quan plega de la feina al matí. La persona que l'atén al telèfon és el Josep, que ja porta temps treballant, i li diu que vingui a un quart de dues i que ja mirarà de resoldre-ho.

Li diu que quan arribi demani per ell.

Més tard, el Josep parla amb el Pau, metge de la Joana, i li explica el cas. Després d'un cert estira i arronsa, el Pau li diu que ja la visitarà.

Quan arriba la Joana al centre demana pel Josep. Ell li diu que s'esperi i, al cap d'una estona, és visitada. Quan acaba la visita dóna les gràcies al metge i, en sortir del centre, també dóna les gràcies al Josep.

Què espera?
Vol ser visitada en una hora que li vagi bé.

Què troba?
Un tracte amable i un personal que es posa al seu costat.
És visitada a l'hora que pot anar-hi.
Una bona imatge del personal del centre.

- La facilitat d'accés a la visita normal evita un ús de les «urgències» que podem considerar innecessari, en el sentit conceptual, però és un ús al qual aboquem els usuaris quan no donem respostes.
- L'atenció en horaris diferents de les persones que tenen problemes per venir en els horaris habituals no ha de ser fruit de la bona fe de les persones, sinó que ha d'estar prevista pel sistema organitzatiu.
- El personal d'admissions no té població assignada, però és bo que es responsabilitzi dels clients que s'atenen en cada cas fins a la resolució del problema i que faci de gestor del client des de la seva entrada fins a la seva sortida.
- Les nostres organitzacions generen costos socials, com les hores de feina perdudes per una inadequada oferta horària, per exemple.

- Els nostres clients poden tenir una vida laboral activa que els dificulti l'accés al nostre servei. Preveiem la manera d'atendre'ls quan tenen dificultats horàries.
- Hem de planificar horaris i activitats amb l'accés al servei àgil i adaptat a les diverses necessitats.
- Potenciem la responsabilitat del personal d'atenció al client respecte a les necessitats que expressa la persona que fa ús dels nostres serveis.

«Vinc d'urgències!»

Era dilluns al matí, la consulta estava molt plena i de cop arriba al centre l'Enric, que demana ser atès de seguida. Eren les 10.

- ***Pere (recepció):*** No es pot esperar per a un altre dia?
- ***Enric:*** No, m'haurien de veure de seguida!

- ***Pere:*** I si li dono hora per al final de la consulta?
- ***Enric:*** Com li haig de dir que em convé molt!
- ***Pere:*** Bé, doni'm les dades. Ja el cridaran de seguida que puguin.

Passa una estona, l'Enric està nerviós, torna a insistir a recepció i, finalment, l'atén un infermer, el Joan. Eren les 10.30.

- ***Joan:*** Què li passa?
- ***Enric:*** Em fa mal el braç i tinc por que no sigui el cor.
- ***Joan:*** Li fa mal en moure'l?
- ***Enric:*** Sí!
- ***Joan:*** Segur que no és el cor! Esperi's fins al final de la consulta.
- ***Enric:*** No hi ha ningú que em pugui visitar? Això és un desastre!
- ***Joan:*** La metgessa té molta feina...
- ***Enric:*** Però és que jo no puc esperar!
- ***Joan:*** En parlaré amb la metgessa.

En parlen.

- ***Teresa (metgessa):*** Que s'esperi, ja hi aniré...

A les 11 la Teresa entra a visitar l'Enric, que està molt nerviós i angoixat.

- ***Enric:*** Fa més d'una hora que m'espero. Ja està bé!
- ***Teresa:*** Que es pensa que estava rascant-me la panxa?

Malgrat tot, al final el visita i troba una braquiàlgia sense més importància. Després la Teresa, el Joan i tot l'equip en parlen molt indignats, fent un cafè, convençuts que la gent és molt pesada i que consulta d'urgències per «xorrades». Es queixen del personal de recepció, que no «filtra» prou les urgències.

Pocs dies més tard apareix una altra persona que consulta per dolor al braç. El personal de recepció no li discuteix, però adverteix a l'infermer i al metge: és un altre amb mal al braç.

«Que s'esperi!», pensen tots.

Posteriorment el pacient comença a presentar sudoració i dolor toràcic, la qual cosa fa que l'entrin a urgències ràpidament, per requeriment de les persones de la sala, i el derivin amb sospita d'infart de miocardi.

Finalment arriba la bronca al personal de recepció: A veure si esteu més al cas!

Què espera?
Treure's l'angoixa que té pel mal al braç.

Què troba?
Dificultats per ser atès.
Frivolització dels seus símptomes.
Males cares.

Les persones que vénen als nostres centres valoren la nostra capacitat de resposta, en bona part, per la manera de resoldre les consultes urgents, ja que la capacitat de resposta es veu clarament davant els imprevistos.
La percepció d'urgència és el motiu d'urgència més freqüent.
Pensem en quines definicions poden existir *d'urgència*?

Definició A: *(«utilitària-instrumental»)*
Per a l'usuari: un recurs útil per resoldre llistes d'espera.
Per als sanitaris: una càrrega incomprensible que s'enllesteix més de pressa que la resta de la feina (i per la qual no cal HCAP).

Definició B: *(«desitjable»)*
Per a l'usuari: quan hi ha percepció de gravetat o angoixa davant de símptomes coneguts o desconeguts, que fan pensar que l'espera és o pot ser perillosa.
Per als sanitaris: la mateixa.

Definició C: *(«real»)*
Per a l'usuari: una combinació d'ambdues, aplicada en funció de les barreres que hom troba o de les experiències prèvies (ha trucat per un domicili i li hem «ensenyat» a venir... d'urgències).
Per als sanitaris: una càrrega incomprensible que s'enllesteix més de pressa que la resta de la feina, tot i que alguna vegada reconeixem que tenien raó (o ens ha «estalviat» un domicili).

- No és culpa de la resta de personal que tinguem urgències. Encara que no fossin «tècnicament justificades», no és culpa dels altres, sinó de la nostra organització, en bona part.
- Quan pensem que no els «filtren», pensem si els han de filtrar. L'objectiu de la resta de personal és el mateix que el nostre: atendre i no «filtrar».

- L'atenció de les urgències és una de les causes més freqüents de queixes.
- No sabem el nivell i el grau de la «urgència» fins que no l'hem visitada.
- No podem oblidar els factors externs i interns que influeixen en les demandes immediates, per la tendència d'alguns serveis d'ampliar els seus horaris i l'agilitat de resposta (pizzeries, caixers, etc.), serveis que formen part del nostre context cultural.

- Treballem per passar de la definició d'urgència «real» a la desitjable.
- Moltes vegades, una explicació inicial o una paraula amable són una demostració que volem respondre les seves demandes.
- PCC = pensem com un client. Quan estiguem a punt de patir un «atac de nervis», fem el PCC i podrem entendre moltes més coses.
- Analitzem la nostra organització per saber si hi ha factors que fan que les «urgències» siguin un recurs imprescindible perquè els usuaris puguin ser visitats.
- Quan hi hagi una demanda urgent, mirem què passa; a partir d'aquí podrem posposar-la, si cal.
- Preguntem-nos sovint: l'objectiu és servir o posar barreres?

2. Capacitat de resposta particular a situacions no habituals

«Què vols que t'hi faci, si són un desastre!»

La Ma. Àngels va anar a veure la seva metgessa, la Lluïsa, perquè estava preocupada per la seva mastopatia fibroquística. Té un horari laboral molt perllongat, fins a les 6 de la tarda. Té dos fills i no ha tingut temps ni possibilitat d'anar al programa d'atenció a la dona, però voldria fer-se, almenys, la mamografia de control. Les normes de la zona impedeixen que els metges de capçalera puguin demanar-les. La Ma. Àngels ha anat a la consulta pensant que la seva metgessa, que sol preocupar-se pels seus problemes, li demanarà. No sap la norma de la casa.

- Ho sento, Maria Àngels -li diu la Lluïsa-, per fer-te la mamografia hauràs d'anar al programa d'atenció a la dona, ja que a mi no me les deixen demanar.
- Però, com m'ho faré, si no puc deixar la feina?
- Maria Àngels, ho sento, però què vols que t'hi faci si són un desastre fent normes!

Què espera?
Una mamografia de control.
Ajut de la metgessa.
Vies alternatives.

Què troba?
Barreres i normes estranyes.
Inhibició.
Renecs contra altres membres del sistema.

- Una telefonada o un contacte personal poden resoldre problemes que semblen insalvables, la qual cosa augmentarà la percepció de capacitat de resposta i el benestar dels nostres usuaris.
- Tractar bé les persones i ajudar-les a resoldre els seus problemes és cosa nostra. Els límits dependran del nostre concepte de servei, i no d'una normativa de funcions estandaritzada.
- La confiança de les persones està basada, entre altres factors, en la sensació que els ajudarem a moure's pel sistema sanitari amb facilitat, i aquesta és una de les nostres tasques.

- Desqualificar altres professionals o serveis del sistema genera inseguretat i desconfiança en el pacient (també cap a nosaltres!).

- Demanem-nos sovint si a les barreres o dificultats que ens poden crear altres nivells, o altres serveis, no hi podem contraposar solucions imaginatives.
- Proposem a l'equip que es faci una reunió, on cadascú expliqui les seves «receptes» per millorar la capacitat de resposta en problemes que «no ens toquen».

- Fem pels nostres clients el mateix que faríem pels nostres amics.
- Si no podem resoldre de cap manera el que no ens toca, intentem informar de les possibles alternatives, sense caure en la desqualificació dels altres.

«I com ho farem ara?»

Era un dia de molta feina. El Pere va telefonar per demanar hora per al metge Feliu. Qui va atendre la telefonada va ser la Maria, una persona que feia més de dos anys que treballava a recepció. Ella li va dir que podia anar-hi a les 12 del migdia.

El Pere va baixar al centre a tres quarts de dotze per a la visita. A un quart d'una no l'havien cridat i va anar a recepció per saber si el metge anava amb retard. Li van dir que no visitava.

- I com ho farem ara?, va dir el Pere.

La Maria va recordar la trucada i va veure que s'havia confós de dia a l'hora d'apuntar. Li va explicar al Pere, però li va dir que s'esperés un moment. Va parlar amb la metgessa López i li va explicar el problema, per si podia visitar-lo, ja que s'havia confós.

La metgessa li va dir a la Maria que no patís, que ja el visitaria, si no li feia res que no fos el seu metge.

Deu minuts més tard va fer passar el Pere, li va demanar disculpes per la confusió i va fer la visita.

El Pere, en acabar, li va agrair la visita.

Què espera?

Ser visitat pel seu metge.

No haver-se d'esperar massa.

Què troba?

Un error en apuntar-lo que el fa esperar, però que és afrontat amb agilitat pel personal del centre.

Una bona imatge del centre i de la seva capacitat de resposta.

- La nostra organització comet errors i els hem d'assumir i esmenar fins on ens sigui possible, els haguem fet nosaltres o un company o un altre nivell de l'empresa.
- Les persones, normalment, no reclamen pels errors esmenats, sinó pels errors que queden sense voluntat modificadora. «Ho sento, s'han confós...» és una frase que no entusiasma ningú, a no ser que vingui acompanyada d'una possible solució.
- Les persones valoren molt la capacitat de resoldre situacions imprevistes.
- Els errors de la nostra organització són responsabilitat de tots, si no es resolen.

- Primer solucionem el problema del client i després mirem on ha estat l'error sense culpar ningú, encara que s'hagi equivocat.
- Mentalitzem-nos en la flexibilitat i en la capacitat de readaptar-nos a problemes o situacions no previstes. Les persones que atenem notaran el canvi.

Tics anticlient

– «Vénen d'urgències per a no esperar-se!/ Vénen a l'hora que volen!»

- El temps d'espera és molt llarg per a una visita normal?
- Com hem reconduït les visites domiciliàries? L'alternativa ha estat la visita urgent?
- Hi ha dificultats per a ser visitats el mateix dia?
- Què diuen si se'ls dóna hora i es compleix?
- Els horaris normals són amplis i permeten l'accessibilitat al servei o són fets per al nostre gust i organització?

– «Vénen per cada cosa...»

- Hi ha angoixa davant del símptoma que porta a consultar?
- Nosaltres ho sabem després que l'hem vist.
- Què faríem nosaltres en una situació similar?

– «Tots són iguals!»

- Quants han vingut d'urgències, avui?
- D'aquests, quants no eren justificats des de la perspectiva diagnòstica?
- I dels que queden, de quants podríem afirmar que no és lògic que s'hagin espantat?

- I dels que queden, si en queden, quants han fet servir el circuit urgent per culpa de les nostres barreres?

– ***«Així no es pot treballar, sempre amb presses i fora d'horari!»***

Tornem-hi:

- Quants, avui, han vingut d'urgències?
- D'aquests, quants no eren justificats des de la perspectiva diagnòstica?
- I dels que queden, de quants podríem afirmar que no és lògic que s'hagin espantat?
- I dels que queden, si en queden, quants han fet servir el circuit urgent per culpa de les nostres barreres?

– ***«Em distorsionen la consulta!»***

Encara hi hem de tornar?

- Quants han vingut d'urgències, avui?
- Segur que el retard horari és culpa de les urgències?
- N'estàs segur?
- Si finalment és així, no es podria organitzar millor la consulta perquè es distorsioni menys?

– ***«Que s'esperi...»***

- Quina argumentació tindrem per racionalitzar l'ús de les urgències si els veiem una hora més tard?
- Com discriminem, sense veure'ls, els urgents dels no urgents?

– ***«I encara no estan contents!»***

- Quanta estona els hem fet esperar?
- Si no acceptem que la visita és urgent, els hem aclarit que els farem esperar?
- O potser, com que partim del supòsit que no és urgent, els «penalitzem» amb una bona espera.

– ***«Que se'n vagin a l'hospital!»***

- No és la nostra feina atendre'ls? O és marejar-los tant com puguem?
- Si enviar-los a l'hospital només és una revenja, com podem defensar els nostres «bons» criteris?
- Si no és una urgència per a nosaltres, ho és per a l'hospital?
- Els rebots ens agraden? Ens agradarien en sentit invers?

- (Quan la urgència és urgent des de la nostra perspectiva i han trigat una mica en venir.) ***«Com és que no han vingut abans?»***
  - Però no els hem dit que no vinguin de seguida?
  - Però no els hem llançat la cavalleria perquè vénen per coses que es resolen soles?

- (En els casos d'una defunció.) ***«I què dimoni volen que els faci?»***
  - No tenim cap responsabilitat d'atendre la família a partir de la mort?
  - El dol i l'angoixa per la defunció no justifiquen una atenció fora d'hores?

- ***«Això no és el meu problema!»*** (Quan hi ha una llista d'espera en un altre servei, per exemple.)
  - Si assumim la responsabilitat plena del pacient, no és problema nostre?
  - I si no ho podem resoldre, no podem intentar buscar alternatives?
  - I si tampoc no hi són les alternatives, no podem explicar, sense inhibir-nos del problema, la situació?

Capítol 3

«Som de fiar?» (La fiabilitat)

Fiabilitat
Mesura de la confiança que hom pot tenir en el funcionament correcte d'un sistema o d'un dels elements que el componen. (Definició acadèmica.)

Sens dubte, un dels aspectes fonamentals que el client espera dels professionals sanitaris –i, per tant, un dels aspectes que el client valora com a molt important– és la FIABILITAT. De fet, dels cinc aspectes que es consideren fonamentals en el SERVQUAL, és el que rep més puntuació en una escala de 0 a 10 i el que és citat en primer lloc per més persones, si bé cal tenir en compte que no fa referència concreta a serveis sanitaris.

Entenem per fiabilitat la capacitat de donar l'atenció que s'ha promès, generant confiança i amb honestedat (o, dit d'una altra manera, l'habilitat per donar el servei promès de forma fiable i curosa). Dins d'aquest terme s'inclouen, doncs, aspectes de COHERÈNCIA, CONSISTÈNCIA (ser conseqüent complint el que es promet), PUNTUALITAT...

Hi ha molts factors que tenen influències positives i negatives sobre la percepció de fiabilitat. La imatge externa que donem hi té un paper important. Aspectes com la seguretat o l'absència de dubtes en el personal d'admissió, les característiques de neteja o confort del local, i l'abundància de «diplomes» variats penjats a les parets són elements, alguns d'ells sovint descuidats en la pràctica pública, que poden influir sobre la fiabilitat.

Els nostres clients reben un missatge homogeni respecte els mateixos aspectes durant tot el procés d'atenció? Allò que diu el capçalera, l'infermer, l'especialista... és el mateix, o hi ha contradiccions? El pacient creu allò que li diem o confia més en els «de fora»? Hi ha llistes d'espera que no permeten donar resposta a expectatives de salut creades (pròtesi per a artrosi de maluc, tractament quirúrgic de l'adenoma de pròstata o la cataracta)? Complim amb les dates previstes per a les proves complementàries? Actuem en les visites successives segons l'expectativa creada? Comencem la consulta a l'hora que toca? Generem molt de retard en la cita prèvia? Fem gaires «petites errades» d'aquelles que «no tenen cap importància» (oblidar signar alguna recepta, no demanar algun paràmetre analític que el client espera, enganxar una etiqueta amb el nom diferent...)?

Totes aquestes qüestions fan referència als diferents aspectes o components que integren el concepte de fiabilitat. Hi ha deficiències que fan que el client perdi fiabilitat en el sistema sanitari?
Però, a més a més dels aspectes esmentats, inclourem en aquest capítol un apartat referent a la capacitat de decisió del client. Ni el metge paternalista, ni la jerarquia metge-pacient encaixen bé en la societat actual. La responsabilització de les persones envers la seva salut i la participació en les decisions que les afecten són, cada cop més, la forma en què cal entendre la relació metge-pacient: clients adults que volen informació per poder decidir. Podem entendre que la capacitat de facultar els nostres clients per decidir o participar en les decisions forma part de la fiabilitat que podem tenir en el sistema.

La coherència

Coherència
Connexió, relació estreta d'idees que s'acorden entre elles. (Definició acadèmica.)

La informació és un dels trets bàsics indispensables en qualsevol aspecte de l'activitat humana. Ha de reunir tot un seguit de característiques: ser comprensible, adequada, suficient i coherent.
No només fem referència als aspectes verbals de la informació, sinó també als no verbals, a les actituds, a elements aliens a la pròpia relació metge-client (fulletons educatius/informatius, mitjans de comunicació...).
Disposar d'informació incoherent es tradueix en una incapacitat d'actuació, genera incertesa, dubtes i -conseqüentment- angoixa, ja que obliga a prendre partit per una o altra informació sense disposar, generalment, d'arguments suficients per definir-se. En un marc on és necessària la continuïtat, la coherència esdevé fonamental.

La coherència de la informació

Aquell matí la Laia, una mestra de 27 anys, havia d'anar al centre de salut. Només feia un parell de mesos que havia començat a viure en aquest barri, i era el primer cop que acudia al centre. Ella només volia una recepta d'anticonceptius, però li havien dit que per això havia de ser visitada pel metge.

També li digueren que vingués una estona abans de l'hora que tenia assignada amb el metge, per tal d'obrir-li una història.

Quan arribà al centre, la varen fer passar i asseure's en un despatx, on deia «àrea administrativa», i un jove, alt i prim, força amable, li va demanar les seves dades de filiació, que va anar anotant en una carpeta. Aquesta seria la seva història clínica. En acabar, li va fer cinc cèntims del funcionament del centre. Fet això, i després d'una curta espera en una sala agradable, ben il.luminada i amb poca gent («això no sembla el seguro», pensà la Laia), una infermera la va cridar pel seu nom i la va fer passar a una consulta.

- ***Infermera:*** Bon dia, sóc l'Anna Clos, la teva infermera. Abans de passar a veure el doctor Rius et demanaré unes dades per al teu historial i mirarem la pressió, el pes i l'alçada.

La infermera va detectar que la Laia fumava 10 cigarretes al dia, que prenia anticonceptius des de feia 3 anys i que tenia una pressió arterial de 138/88. Li indicà la conveniència de plantejar-se deixar de fumar («no hi ha fumadors moderats, qualsevol cigarreta ja és més del que convé») i li donà uns consells específics sobre com fer-ho. També li informà que la seva pressió arterial era normal, i que no hi havia cap mena de problema per a la utilització continuada d'anticonceptius hormonals. A banda d'això, li va posar la primera dosi de la vacuna antitetànica i li va demanar una analítica per conèixer el seu estat immunitari en relació amb la rubèola. A continuació, la Laia va passar a la consulta del Dr. Rius.

- ***Dr. Rius:*** Bon dia, sóc el doctor Rius, el seu metge de capçalera. Tal com li deu haver dit la infermera, hem trobat que té vostè una pressió arterial al límit, tenint en compte la seva edat. És allò que els americans anomenen pressió arterial «normal alta». Això, junt amb el fet que és vostè fumadora, si bé amb moderació, fa pensar que potser els anticonceptius hormonals no siguin el millor mètode per a vostè, si els aspectes esmentats no canvien. De fet, si deixa de fumar i deixa les pastilles millorarìem en dues terceres parts el seu perfil de risc, i això serà sempre una bona inversió de futur. Crec que valdria la pena que anés a planning per fer una revisió i valorar si convé utilitzar altres mètodes.

Quan la Laia marxà del centre de salut, no les tenia totes. «Aquesta gent ha estat realment força amable -anava pensant-, però tinc la sensació que m'han embolicat una mica... Quan vagi al ginecòleg ja ho aclarirem».

Quinze dies després, la Laia va tenir l'oportunitat de sortir de dubtes.

- ***Ginecòleg:*** Bon dia. Seu, si us plau. Vejam, quin és el motiu de la teva visita?
- ***Laia:*** Bé, vaig anar al metge de capçalera a buscar una recepta de «píndoles» i em va trobar la pressió una mica alta; com que sóc fumadora, m'ha enviat per fer una revisió i perquè potser he de canviar de mètode anticonceptiu.

Mentre li explicava això, la Laia es va adonar que a la butxaca de la bata el ginecòleg duia un paquet de cigarretes.

- ***Ginecòleg:*** Quina pressió tenies?
- ***Laia:*** Catorze i nou.
- ***Ginecòleg:*** Catorze i nou?, però si això és normalíssim. I quantes cigarretes fumes?
- ***Laia:*** Deu o dotze al dia.
- ***Ginecòleg:*** Això no és res, dona. Mira, per sota de deu o dotze cigarretes al dia no hi ha massa problema, pots seguir amb les pastilles tranquil·lament. Farem una revisió per assegurar-nos que tot està bé, i pots estar ben tranquil·la.

La Laia se'n va anar relativament tranquil·la. Per al ginecòleg tot era més senzill. Ara bé, ella s'havia fixat que aquest metge duia un paquet de cigarretes a la butxaca. «Potser això fa que tingui una altra visió» va pensar.

Pocs mesos després, un quadre de tos amb expectoració la tornà a dur a la consulta del Dr. Rius.

- ***Dr. Rius:*** Té el pit una mica carregat. Aquestes coses, en els fumadors, són una mica més llargues i més emprenyadores. Insisteixo que s'ha d'anar plantejant deixar de fumar.
- ***Laia:*** El ginecòleg em va dir que deu o dotze cigarretes es poden fumar tranquil·lament.

- ***Dr. Rius:*** El ginecòleg pot dir el que li sembli, però no hi ha cap fonament per argumentar això.
- ***Laia:*** Bé, miraré d'intentar-ho. Doctor, també he demanat hora per a la meva àvia, perquè li faci una recepta d'una medicació que li va donar l'oftalmòleg per a la circulació. Diu que té la circulació de la retina molt malament. Com que ella és diabètica...
- ***Dr. Rius:*** Miri, aquesta medicació no té cap utilitat. Totes aquestes coses per a la circulació no han demostrat mai cap eficàcia i, per tant, no val la pena que enredem la seva àvia amb medicacions inefectives.
- ***Laia:*** Si és així, per què li ha donat l'oftalmòleg?
- ***Dr. Rius:*** Això li hauria de preguntar a ell, però tot sovint és més fàcil donar una recepta que donar explicacions.
- ***Laia:*** I si, com vostè diu, no val per a res, per què ho paga la Seguretat Social?

Què espera?	**Què troba?**
Només va per un tràmit administratiu (les receptes). Espera trobar un centre massificat i d'aspecte més o menys «cutre».	Una rebuda com si fos un «client important». Un entorn agradable, amable i confortable.
La seva perspectiva canvia	
Espera consell i recomanacions clares i precises (tabac, tensió, ACO*).	Rep consells i recomanacions divergents (tabac, tensió, ACO*). Situacions de lògica inexplicable (vasodilatador).

*ACO: anticonceptius orals.

- En el procés de l'atenció, sovint hi intervenen diferents professionals. Les diferents fonts d'informació fan que existeixi *per se* un risc d'incoherència.
- La informació que rep el client per part dels professionals sanitaris contribueix a l'adopció de determinades actituds i, sovint, de canvis de conducta (és el que coneixem com a educació sanitària, que en casos d'incoherència es pot transformar en «deseducació» sanitària). Els mitjans de comunicació social tenen aquí un paper força important, tant pel que fa a la informació com a la «desinformació», i compliquen, de vegades, la coherència del sistema.
- Si les diferents fonts d'informació no són coherents, generen en el client una sensació d'inseguretat i d'angoixa, i afavoreixen les interpretacions errònies o esbiaixades d'aquesta informació.
- La comunicació entre els diferents actors que intervenen en el procés assistencial, sigui formal o informal, parlada o escrita, «programada» o «espontània», institucional o individualitzada, és l'eina fonamental per prevenir les incoherències.

- No ens posem nerviosos quan ens demanen molta informació.
- Què passa quan els criteris de dos professionals no són coincidents? Això no és intrínsecament dolent, atès que en alguns casos pot ser perfectament raonable i, per tant, perfectament raonat.

- Donem informació clara (entenedora), senzilla (es pretén informar, no demostrar res) i adaptada (a les característiques del client). Insistim en demanar-li, si vol, més informació –ni poc ni massa–, tanta com en vulgui i tanta com es pugui.
- Donem informació coherent i aclaridora, quan es produeixin aquelles incoherències que puguem detectar.
- Parlem amb l'infermer, escrivim a l'especialista (o truquem-lo, si cal) i si ens podem conèixer personalment, millor.
- Quan parlem personalment (més encara si existeix coneixement personal), el comportament no és, ni de bon tros, el mateix que davant d'un escrit. No cal estar d'acord en tot, i és ben bo compartir els diferents punts de vista.
- Hem d'aprendre a donar informació. Quasi tot es pot aprendre, quasi tot es pot entrenar.

- Quan els criteris de dos professionals són discordants, aquesta hauria de ser la nostra actitud: raonem amb el pacient els motius de la variabilitat de criteris i donem-li la informació precisa perquè decideixi què vol fer.
- Aquestes situacions ens poden servir per deixar clar als nostres clients que, en medicina, dos i dos no sempre són quatre (gairebé mai). Així doncs: «Si el criteri és diferent, que decideixi el client».

La consistència

Consistència
Solidesa, fermetat; coherència entre les parts d'una cosa; [...]; coherència existent entre les partícules que constitueixen una massa. (Definició acadèmica.)

Existeix, ja des de la pròpia definició, una imbricació entre la consistència i la coherència. Mentre aquesta última la fem servir més en relació al manteniment d'un missatge, d'una actitud, continuadament en el mateix sentit, la consistència la utilitzem més en referència a la resposta adequada a les expectatives generades. Tota activitat origina unes expectatives, i parlarem de consistència en el grau en què les nostres actuacions posteriors donen resposta a les expectatives que nosaltres mateixos hem generat.

De la pròstata i altres patologies «banals»

El Sr. Pere Llobet va respirar alleujat quan la nova sonda va començar a funcionar. Déu n'hi do quines hores li havien fet passar! De totes maneres, ja era el tercer cop que li havien de canviar la sonda obstruïda, i ell ja coneixia perfectament tots els circuits i dreceres per aconseguir-ho més ràpid. Per desgràcia, era un «veterà» en aquests aspectes.

Tot va començar un any enrera. En Pere feia mesos que notava algunes petites molèsties en orinar. Semblava que li costava començar a fer-ho i que el raig era més fi i no massa ferm. Des de l'any passat que havia de llevar-se 3 o 4 cops cada nit per orinar. Ell ja s'ensumava que tot això era un problema de la pròstata. No tenia gaire clar què era «això de la pròstata» i quina utilitat

tenia, però havia sentit parlar molt d'aquestes molèsties. Sovint s'associaven amb el càncer...

Després de rumiar-s'ho una llarga temporada, al final s'havia decidit a consultar el seu metge, no fos cas que la cosa es compliqués. Havia sentit parlar força «que si la prevenció...», «la setmana de la pròstata...». Va anar a la consulta del metge resignat a ser víctima d'un tacte rectal i de les anàlisis i les proves que fossin necessàries.

El Dr. Pujol va prescindir del tacte («millor», va pensar en Pere) i va tirar de beta de les proves complementàries. Una analítica de sang i orina (amb PSA «com cal») i una ecografia varen ser suficients per tenir un diagnòstic acurat: hiperplàsia benigna de pròstata. «La seva pròstata és massa gran, i això dificulta el buidat de l'orina», li va dir el Dr. Pujol. «La solució és ben senzilla: una petita operació i tot arreglat». Davant una solució tan clara i simple, no calgué rumiar-s'ho gaire: «Quan vostè vulgui, doctor Pujol».

Ja havia passat un any, una retenció aguda d'orina («que malament ho vaig passar»), vuit canvis de sonda, tres d'ells per embossament, dues infeccions amb febre, sis visites de control («control de què?»), deu capses de pastilles («penso que no em fan res»), després que les primeres que varen provar li provoquessin un quadre de vertigen... A què treu cap tanta setmana de la pròstata, tanta intervenció senzilla, tanta història..., si darrera no hi ha resposta?

Què espera?

Tranquil·lització envers el seu problema.

Solucionar el problema per la «via ràpida».

Què troba?

Tranquil·lització envers el seu problema.

Manca de resposta ràpida a un «problema senzill», que aboca a un «petit calvari» de patiments innecessaris, amb expectatives incertes respecte als terminis previstos de solució.

- Generar una expectativa a la qual no es pot donar resposta genera insatisfacció.
- Quan l'expectativa no acomplerta es transforma en complicacions per a la salut, la insatisfacció es transforma en animadversió i rebuig.
- Una informació clara facilita que el pacient entengui les diferents accions que s'han de desenvolupar i que conegui els seus «temps de resposta», la qual cosa servirà per delimitar o «ajustar» millor les seves expectatives.

- Evitem generar expectatives que després no podrem complir.
- Evitem invertir il·lusions (ni les nostres ni les dels clients) en coses innecessàries o de dubtosa utilitat (fan perdre temps i esforços, que després no es podran emprar en altres coses més útils i eficients).

- Explorem les expectatives del client i «gestionem-les» si s'escau, és a dir, adeqüem-les o ajustem-les, d'entrada, a la realitat.
- La «P» del MEAP afavoreix la consistència. Si utilitzem el pla de cada visita per incloure-hi les expectatives que generem en els clients, després serà més fàcil que de forma automàtica anem complint amb allò que li hem indicat que faríem.

La puntualitat

Puntualitat
Qualitat de puntual. Puntual: que fa una cosa exactament en el moment assenyalat. (Definició acadèmica.)

Un dels aspectes que contribueixen a la qualitat d'un servei és, sens dubte, la puntualitat. En el nostre entorn és un dels valors que es ressalta com a virtut («puntualitat britànica»), i la seva absència s'assenyala com a defecte (era un dels *sambenitos* de la RENFE més comentats). S'exigeix puntualitat en els serveis: transports, correus, restaurants, espectacles... I els serveis sanitaris no hi poden quedar al marge. Ara bé, curiosament, és un aspecte força descuidat en la sanitat privada, on hi ha una elevada tolerància per part dels clients a la impuntualitat.

«Més val que s'esperin ells que no pas nosaltres...»

Quan va acabar la consulta d'aquell dia, la Dra. Codina havia acumulat un retard de 55 minuts sobre l'hora de cita prèvia. Era la seva mitjana habitual, darrerament. De fet, mai no havia aconseguit portar un ritme de 12 pacients/hora, que és la «velocitat mitjana» a la qual té definides les hores de cita prèvia.

Alguns pacients s'havien queixat discretament d'aquest retard. Però la Dra. Codina tenia ben clara la seva argumentació: «Jo no faig fora de la consulta ningú pel fet que se li hagi acabat el seu temps...». Les queixes dels clients feien referència al fet que quan ells arribaven 5 minuts tard, de vegades, havien d'esperar fins al final de la consulta, i quan arribaven a temps sovint els tocava esperar tres quarts d'hora.

De vegades, quan veia que el temps se li tirava a sobre, intentava imposar un ritme més ràpid a la consulta, però ni el seu propi tarannà ni els costums que, amb el temps, havia anat adquirint «la parròquia» li permetien fer gaires guanys.

Fa algun temps, ja s'havia plantejat la possibilitat de canviar l'horari de citació. El plantejament era molt raonable: «Si per veure 30 pacients acumulo un retard d'una hora, si distribueixo aquests mateixos pacients en un espai una hora més llarg (en lloc de 5 minuts, 7 minuts), seguiré amb el mateix ritme de visita, però seré força puntual».

Però els companys li havien tret del cap aquesta idea: «El que ve aquí se suposa que està malalt i no ha de tenir cap pressa per anar a fer altres coses...», «quan donàvem números esperaven molt més i ningú no es queixava, i ara que els ho posem de conya ja no es recorden de l'època en què havien de fer cua per recollir el numeret...», «potser valdria la pena donar números un cop a l'any perquè fessin memòria...», «pensa que quan van a la privada esperen molt més i no protesten...», «si augmentes el temps de citació potser t'hauràs d'esperar tu i això és una pèrdua de temps molt menys eficient...».

Eren molts arguments, força contundents. Així doncs, no calia capficar-se. Havia acabat per adoptar una actitud fatalista: «El retard és un mal menor del sistema. Cal assumir-lo amb tranquil·litat, i si hi ha algú que es queixa és el seu problema».

Què espera?
Resposta adequada a l'expectativa creada.

Què troba?
Resposta variable, alteració de l'expectativa, diferent tipus de mesura.

- Cada professional té un ritme de treball: el que podríem anomenar una «velocitat mitjana». No és adient imposar-se de manera fictícia un ritme més alt, que no podem arribar a complir: ens generarà retard i disconfort. L'organització de l'horari s'ha d'adaptar al nostre ritme, no a l'inrevés.
- Si exigim puntualitat hem de donar puntualitat. Si no som puntuals, no tenim dret a exigir-ho als nostres clients.

- Per a no anar amb retard, s'ha de començar a l'hora. Ens poden perdonar, una mica, el retard si invertim el temps en l'atenció, però no si el temps perdut és per altres motius.
- Augmentar molt el temps per consulta no és raonable, si va acompanyat d'un augment paral·lel de la llista d'espera. Fer les visites més llarges no vol dir fer-les millor (de vegades, fins i tot, és pitjor).

- Adaptem l'horari de la cita prèvia al nostre «ritme natural», i no volguem fer-ho a l'inrevés. Si els altres són més ràpids o més lents, no passa res. No vol dir pas que ho facin millor, ni pitjor, sinó d'una altra manera. Nosaltres fem-ho de la nostra, que és com ens trobarem més a gust.
- El rellotge no ens ha d'esclavitzar, però, si ens separem massa i sovint dels horaris teòrics, cal canviar alguna cosa: adaptem l'horari.
- Considerem un marge raonable d'impuntualitat, que ha de servir tant per al client com per al metge (si bé cal evitar que el client impuntual

obtingui avantatges respecte al que és puntual). La flexibilitat (mental) no està renyida amb la puntualitat (de tots).

- Quan portem retard, donem aquesta informació als qui esperen. Això contribueix a ajustar les seves expectatives, elimina la incertesa i fa que el retard sigui més ben acceptat.

La decisió

Decidir
Portar a una conclusió definitiva. (Definició acadèmica.)

La decisió (acte de decidir) és la conclusió a què arribem a partir de la informació de què disposem. Sovint implica una tria entre diferents opcions, i la fem basant-nos no tan sols en aspectes objectius, sinó també en aspectes subjectius.
Tenint en compte l'existència d'elements subjectius que condicionen el tipus de decisió, sembla raonable que decidir li correspongui al client, no al professional.
El professional, com a agent de salut del client, l'ha d'informar de les diferents opcions. Però és el client, un cop ha estat adequadament informat, qui ha de prendre la decisió.

La decisió del client

El Sr. Joan, de 65 anys, feia 6 mesos que s'havia jubilat. Va consultar el seu metge de capçalera, el Dr. Moliner, perquè quasi des de llavors presentava un dolor abdominal intermitent, ara a l'hipocondri dret, ara a l'esquerre, ara al bell mig de l'abdomen...
El seu metge, amb un parell de preguntes i després de passar-li les mans per la panxa, ja tenia molt clar que cap causa orgànica era l'origen dels problemes del Sr. Joan. El procés d'adaptació al seu nou rol de jubilat donava senyals de dificultats.
Fins aleshores no havia freqüentat gaire el centre de salut. Per això, a fi i efecte de «reforçar» el seu diagnòstic davant del Sr. Joan amb l'ajut de la tècnica, el Dr. Moliner va creure convenient sol·licitar una ecografia abdominal.

Per sort o per desgràcia, quan el Sr. Joan tornà a la consulta amb el resultat de l'ecografia, s'objectivà un aneurisma d'aorta abdominal suprarenal, de 5 cm de diàmetre.

- Dr. Moliner: Bé, senyor Joan, malgrat que li vaig fer l'ecografia pensant que no hi detectaria res, ens hem trobat una sorpresa inesperada. Té vostè un aneurisma de l'aorta abdominal. Això vol dir que el vas sanguini més gran del cos, l'aorta, està massa inflat en un punt determinat, perquè té les parets dilatades i debilitades.

- Sr. Joan: Així doncs, el motiu dels dolors que jo vinc patint d'uns mesos ençà no són pas els nervis d'estar jubilat, com deia la meva família? Tot el problema és aquest que diu vostè.

- Dr. Moliner: No exactament, potser hi ha una mica de tot. Però ara l'important és l'aneurisma que hem trobat. L'he d'enviar al cirurgià vascular, perquè això que vostè té s'ha d'operar.

- Sr. Joan: Què diu ara? Si aquesta no és la causa del meu dolor, o no està del tot clar que ho sigui, de què em vol curar?

- Dr. Moliner: Això que vostè té és com dur a sobre una bomba de rellotgeria: en un moment o altre pot petar, i llavors no hi ha remei.

- Sr. Joan: No ho acabo d'entendre. Fins ara no tenia res, i ara m'està dient que a cada moment que passa la meva vida corre perill.

- Dr. Moliner: Sí, senyor. No és un risc imminent, però el risc hi és present. Penso que no hauria de preocupar-se gaire d'entendre-ho. Això és així: faci'm cas i no pensi en altres històries.

- Sr. Joan: Però, doctor, aquesta operació deu tenir un risc.

- Dr. Moliner: Més risc suposa no fer-la. Ja li dic que no hi pensi. Tingui aquest volant i vagi a veure el cirurgià vascular. Com més aviat hi anem, abans ho enllestirem.

Què espera?
Informació clara i precisa... per entendre què li passa..., per poder, si més no, intervenir en la decisió.

Què troba?
Informació imprecisa («no està preparat per entendre-ho», «fa preguntes impertinents»...). No arriba a entendre què li passa... i no se li permet intervenir en la decisió (ni tan sols pot opinar).

- El client, en general, no té l'expectativa de prendre ell la decisió, potser perquè desconeix la incertesa en la qual ens movem o perquè sempre l'hem presa nosaltres per ell (això és més fàcil i còmode per al professional).
- Un dels elements que defineixen la relació d'agència entre metge i pacient és l'asimetria de la informació. Però el bon agent ha de ser capaç de vèncer aquesta asimetria i posar a l'abast del client la informació adequada per a que pugui decidir.

- Adquirim l'hàbit de fer participar el client en les decisions. El client no en té costum i sovint ens dirà: «Això vostè, que és el que en sap». Insistim que aquest és el camí. Si ja ho hem intentat i ell declina repetidament l'oferta, respectem la seva voluntat.
- Evitem els pacients que només són «obedients» i fomentem els clients informats. Això és feina nostra. Certament, és més còmode l'«ordeno y mando», però no és una bona inversió a llarg termini.

- Una bona part del que fem cada dia (es diu que al voltant del 80%) no té una eficàcia sòlidament contrastada.
- Comunicar al client la nostra ignorància pot ser una font d'angoixa, però també pot ser font de confiança, tot i que generalment els clients entenen (perquè així els ho hem fet creure) que la majoria dels aspectes de la medicina són «faves comptades». Cal adaptar-se a cada client per actuar de la forma més adequada.
- Capacitar el client i donar-li l'opció de decidir és una de les tasques del metge de capçalera, i és una de les eines que ens permeten ajudar a situar la responsabilitat de la salut en el propi client, no en el professional, com passa amb el paper «paternalista-dictatorial» que té el professional en la relació metge-pacient «clàssica».

- No ens emprenyem amb el client que vol una altra opinió. La confiança no es té, es guanya.

- Si el client vol una segona opinió, quasi sempre és molt raonable. Si és possible, cal fer-ho. Si està d'acord amb la nostra, guanyarem confiança; si és contrària, potser aprendrem alguna cosa més.
- Convé que deixem temps al client per prendre decisions «difícils» (insulinització d'un diabètic tipus II), i assumim les seves decisions encara que no estiguin d'acord amb la nostra proposta (les escales de valors poden ser molt diferents).

Tics anticlient

– ***«El client entén allò que vol entendre; diu que jo li he dit "X", però això és una interpretació seva.»***
Si és ben cert que la informació va «perdent qualitat» de manera proporcional a la longitud de la «cadena informativa», no és menys cert que si el client no ho entén és perquè no li sabem explicar.

– ***«El que li diem li entra per una orella i li surt per l'altra.»***
Res més fals. Lògicament, hi ha tota mena de persones, però és coneguda la importància del consell mèdic per canviar hàbits (p.e., tabac). La incoherència genera dificultat i angoixa. Les paraules/prohibicions «gratuïtes» (molt freqüents en la nostra cultura sanitària) poden generar canvis d'hàbits innecessaris, que ocasionen molèsties en la vida quotidiana.
El client té dret a decidir (i de fet decideix sovint, encara que no sempre s'atreveix a «confessar-ho» al seu metge, per por de ser esbroncat). Cal fugir del paternalisme i de la imposició terapèutica.

– ***«No hi ha problema, els agrada esperar... La majoria no tenen res més a fer...»***
Ningú no és feliç esperant. Tothom té altres coses a fer. No hem de confondre la resignació amb la vocació. No podem menysprear el temps dels nostres clients. I si hi ha algú que va sobrat de temps, té dret a decidir en què gastar-lo: no ho hem de dir nosaltres.

– ***«El veuré l'últim...»***
És raonable fer esperar al qui arriba tard (recorda allò del marge raonable d'impuntualitat) fins que tinguem un forat lliure, i de vegades això pot ser al final de la

consulta. Però si fem això amb intenció de càstig, és molt possible que ens estem equivocant. Tots coneixem «la parròquia» que tenim, i hem de saber en cada cas com actuar, amb correcció i flexibilitat alhora.

– ***«Amb els números esperaven més i es queixaven menys...»***
Res més cert. L'expectativa generada amb la cita prèvia (atenció en una hora determinada) és força millor que la generada amb els números (atenció després de la persona que té el número anterior), i les persones ens acostumem ràpidament al que és bo i ens oblidem del que hi havia abans. Però la solució per donar satisfacció no consisteix en disminuir les expectatives, sinó en augmentar-les, però donant resposta adequada.

– ***«El client no sap el que vol.»***
És ben cert que el client no té la mateixa informació que tenim nosaltres, però no que no sap el que vol. El client té clar el que vol: vol trobar-se millor, sigui perquè li arreglem alguna «peça espatllada», sigui senzillament perquè el tranquil·litzem. El que no coneix (degut a l'esmentada asimetria de la informació) és el camí per aconseguir-ho, i aquesta és la nostra tasca: explicar-li els diferents camins possibles perquè ell decideixi què vol fer.

– ***«El client no vol decidir. El client no pot decidir.»***
Que potser ho hem provat? La majoria dels clients estan acostumats a les nostres «sentències», sense conèixer «el perquè de tot plegat». Però, per sort, cada vegada n'hi ha més que volen sortir d'aquesta dinàmica i ens demanen informació. Així i tot, no esperem passivament que ens la demanin. Actuem per activar i anar desenvolupant aquesta línia de treball, per anar incorporant el client en la presa de decisions: hem de convertir-nos en l'assessor de salut de la nostra clientela.

– ***«El client no vol informacions, vol solucions.»***
Cert. Però no oblidis que en medicina hi ha moltes coses (la majoria de les que fem en el nostre dia a dia) l'eficàcia de les quals no està ben establerta. Com pots decidir per un altre si 2+2 pot sumar 3, 4, 5 o 6...? És bo que el client conegui les incerteses, els nostres dubtes. Sovint es tenen massa expectatives envers les possibilitats reals del sistema sanitari i és convenient que ens anem posant tots en el nostre lloc.

– ***«Si no vol fer-ho, no cal que torni.»***
Si no vol fer-ho, aquesta és la seva decisió. Nosaltres l'hem de respectar i hem de replantejar la nostra actuació tenint en compte aquesta decisió. Un diabètic que no

vol fer el règim tal com li ho indiquem ha optat per aquesta decisió. La nostra feina no ha de ser culpabilitzar-lo, rebutjar-lo o dir-li allò de «mentre no ho faci no cal que torni». Si té la informació adequada i ha pres aquesta decisió, l'objectiu de la nostra feina ha de seguir essent el mateix: proporcionar una assistència de qualitat, adaptada a les circumstàncies del client. Això no vol dir que no puguem seguir donant-li la tabarra al respecte.

Tics anti «altres nivells»

– ***«No val la pena fer cap esforç per parlar amb l'especialista: no servirà de res...»***
Els especialistes no són genèticament dolents i perversos, ni tan sols antipàtics. Hi ha de tot, com a tot arreu. És clar que en la seva «rutina de treball» no tenen incorporat el xip de contestar el capçalera (entre d'altres coses, perquè en el sistema públic, fins no fa gaire, per les pròpies característiques del sistema, molts capçaleres no arribaven a assolir nivells alts de responsabilitat envers els seus pacients). Cal que ens esforcem per aconseguir que sàpiguen qui som i entenguin el que volem, i això només s'aconsegueix mitjançant el diàleg. Val la pena invertir temps en aquest sentit.

– ***«Digui-li a l'especialista que li faci un informe...»***
El client no és la via natural de comunicació entre nivells. Plantejar-ho així és passar-li al pacient el «problema» de la pobre relació primària-especialitzada. La sol·licitud d'informació s'ha de fer per escrit, intercanviant informació si pot ser d'interès (no només demanar, també donar). Si no hi ha resposta, pot ser convenient agafar el telèfon. El resultat és ben diferent.
És convenient, dins de les possibilitats pròpies, implicar les nostres institucions perquè s'afavoreixi i es faciliti l'intercanvi d'informació entre nivells.

Capítol 4

«Fem goig de veure?» (Els elements tangibles)

Elements tangibles
Són aquells que poden ser tocats o són perceptibles al tacte. En sentit figurat, tangible significa molt perceptible, gairebé com si es pogués tocar. (Definició acadèmica.)

La major part de les dimensions de la qualitat de l'atenció sanitària no són tangibles. L'empatia, la capacitat de resposta i la informació són percebudes, però no es poden tocar. En el procés d'atenció, però, hi participen uns elements físics, que per les seves característiques, fàcilment visibles, contribueixen a configurar la percepció que el client té del servei. Els elements tangibles donen una imatge que s'associa amb la imatge del servei en si mateix. En altres paraules, els elements que el client pot veure i tocar els fa servir per valorar altres dimensions del servei que no pot veure ni tocar. De fet, en una empresa de serveis tot comunica. I els elements tangibles són un dels components de qualitat dels serveis percebuts pels clients. És, doncs, necessari que procurem donar una imatge de qualitat d'acord amb el nostre nivell de qualitat interna. Sovint oblidem o menyspreem la repercussió que pot tenir en els clients la imatge dels professionals o de les instal·lacions. Per a nosaltres, no sol ser important tenir la sala d'espera neta, els papers ben penjats o els despatxos ordenats, però per als clients això és ben important: no tant per l'estat de les coses en si mateixes, sinó per la imatge que li donen de com tenim cura de la nostra feina. No oblidem que el client no té coneixements tècnics per avaluar la qualitat intrínseca, i que utilitza elements no tècnics i marcadament subjectius per jutjar la qualitat del servei que rep.
En atenció primària podem considerar quatre grups d'elements tangibles: les instal·lacions, les persones, els aparells i els «productes tangibles» dels nostres serveis.

L'aparença de les instal·lacions

Les instal·lacions i els edificis transmeten al client informació respecte el valor de l'activitat que es fa en el seu interior.
L'aparença de les instal·lacions inclou:

a) Estat de l'edifici: aspecte extern i intern, estat de conservació, pintura, rètols exteriors, identificació...
b) Tipus i estat del mobiliari: sobretot dels espais d'espera i circulació, seients suficients i en bon estat...
c) Estat dels elements decoratius: plantes cuidades, quadres o rètols ben penjats...
d) Estat dels serveis: nets, sense avaries, presència de paper higiènic i assecador de mans...
e) Il·luminació, ventilació i neteja de l'edifici en general.
f) Grau de confort: temperatura, nivell de soroll...
g) Estat dels despatxos o consultes: ordre, neteja, tapa-llitera net...
h) Estat i contingut dels taulers d'informació: actualitzats, renovats periòdicament, intel·ligibles...

Els papers que pengem als espais d'espera i circulació constitueixen un element de comunicació amb els clients. En penjar un paper o un cartell, cal pensar quina funció té i si convé o no exposar-lo. De vegades, tenim cartells informatius que ningú no s'atura a llegir o que són incomprensibles per a molts clients. Altres vegades, barregem elements decoratius amb elements informatius o tenim penjats papers de fa anys, que ningú no s'ha ocupat de treure o renovar.

Cada equip hauria de definir la seva «política» d'informació i comunicació:

- *el què:* quina informació volem donar;
- *el perquè:* quin objectiu perseguim amb aquella informació;
- *el com:* format, llengua, mida;
- *el lloc* on és més convenient: recepció, passadís, sala d'espera, porta del despatx;
- *el temps* que ha d'estar exposada per a que sigui efectiva i doni una bona imatge del nostre centre.

En molts centres ens trobem situacions ben diferents: des de penjar de manera indiscriminada cartells que donen els laboratoris (normalment, amb propaganda d'algun producte o imatges anatòmiques que poden resultar poc agradables) a posar informació dirigida als professionals en espais dels clients (anuncis de congressos o activitats sindicals). Aquesta manca d'atenció als aspectes tangibles dels nostres centres pot portar a situacions tan faltades de respecte i de sensibilitat com la següent, que és real: en un ascensor d'un centre d'un barri marginal hi havia penjat un cartell que anunciava un sopar per al personal al preu de 5.000 ptes. Aquells dies els esforços dels professionals per demostrar la seva empatia amb els pacients deurien resultar bastant infructuosos!

Un altre aspecte que sovint oblidem és el nostre propi soroll. Ens referim als sorolls produïts pels professionals fora de l'activitat assistencial i que poden fer pensar que no estem treballant. Imaginem-nos la gent que s'espera sentint com a l'arxiu o la sala

de reunions s'expliquen acudits, l'experiència de les vacances... o es canta «per molts anys». La persona que s'està esperant amb febre o mal de queixal, quina impressió té? Hi ha aspectes relacionats amb l'estat de les instal·lacions que no depenen directament dels professionals, sinó de l'entitat propietària de l'edifici o del responsable del seu manteniment. De vegades ens trobem amb deficiències estructurals importants. Cal tenir una actitud vigilant de totes aquelles coses que s'han de millorar i demanar «als de dalt» una solució, tantes vegades com sigui necessari.
En aquest capítol veurem una seqüència d'elements tangibles que ens podem trobar en un CAP. A efectes pràctics, els hem ajuntat tots en una història, per la qual cosa resulta un pèl caricaturesc, però no és estrany trobar un o més d'aquests elements en molts dels nostres centres.

Petits detalls que tenen importància

Per primera vegada, la Mercè va amb la seva filla al CAP del poble on fa pocs mesos que resideixen. Vol informar-se per fer una revisió a la seva filla, perquè li han dit que al centre en fan. És el mes d'abril i plou.
Li costa trobar la porta d'entrada a l'edifici, perquè n'hi ha algunes que no s'obren, però al final la troba. Un cop és dins del centre ha de tornar enrera a tancar la porta, perquè el mecanisme de molla no funciona. Hi ha una noia que porta un cotxet de criatura i té dificultats per pujar el graó. La Mercè l'ajuda a entrar. Busca un lloc per deixar el paraigua moll i no el troba. Se'l queda a la mà.
Un cop dins del centre, veu que a l'espai d'administració hi ha dues persones parlant a la part de dins, davant d'una impressora que sembla tenir problemes per funcionar, una altra parla per telèfon i unes cinc persones esperen al taulell amb papers a les mans. Mentre espera que l'atenguin, va al plafó d'informació i veu un seguit de professionals amb els horaris, però el que consta a la seva cartilla no hi és. Hi veu el nom d'un metge que li consta que ja està jubilat. A un altre costat hi ha un cartell que recomana la vacunació contra la grip per a les persones de més de 65 anys i per a «grups de risc» (què deu ser això?). També veu un paper que sembla imprès en ordinador, on s'informa

que per a les revisions dels nens cal demanar hora a admissions. Sembla que això és el que ella busca, però el paper està groc i mig despenjat...: serà vàlid, encara?

La Mariona, la seva filla, té ganes de fer pipí i pregunta a un senyor que passa on és el wàter, perquè no veu la senyalització. Un cop al servei, no hi ha paper higiènic ni tovallola per eixugar-se les mans (no diuen que cal rentar-se les mans després de fer pipí?). No aconsegueix que l'aixeta no quedi gotejant. Sort que la mare porta sempre mocadors de paper a la bossa! De passada, dóna un cop d'ull a la sala d'espera, on hi ha mares parlant i nens i nenes jugant a avions, amb uns papers que hi ha sobre una tauleta i que parlen del tabac.

Mentre la Mariona era al wàter, la Mercè es fixa en una kèntia que hi ha a l'entrada del centre, amb la meitat de les fulles seques i amb cara d'estar més morta que viva (ja la podrien tenir una mica més bé, o comprar-ne una de nova!).

Al cap d'uns minuts, quan al taulell de recepció no espera ningú, es dirigeix a l'administrativa per dir-li que vol que li facin una revisió a la seva filla. Mentre li demanen les dades, una altra administrativa, per telèfon, sembla que es baralla amb algú, perquè «ja està bé, la impressora fa temps que no funciona i no la veniu a arreglar!».

L'administrativa, amablement, li dóna hora per fer la revisió a la Mariona, el 15 de juny a les 10 del matí, i li ho apunta en un paperet fi perquè no se n'oblidi.

Mentre torna cap a casa pensa que li han donat hora per a molt endavant, però esperarà, perquè li han dit que la pediatra ho fa molt bé i és molt simpàtica amb els nens. Comenta amb la Mariona que l'edifici es veu una mica en mal estat i que segur que no tenen paper higiènic, perquè la gent se l'enduu... Però la Mariona li contesta que a les àrees de servei de les autopistes ha vist aparells amb rotlles que no es poden treure. Potser aquí els aniria bé aquest sistema.

Ja han passat uns dies: és el 12 de juny i la Mercè recorda que aviat li deu tocar la revisió a la Mariona; busca el paper on li van apuntar el dia i l'hora

per estar-ne segura. El paperet s'havia esmunyit entre els altres papers del moneder i li costa trobar-lo. Ja el té... Però era el dia 13 o el 15? El número no es veu bé.
Haurà de trucar o passar pel centre per sortir de dubtes. Li diuen que és per al dia 15 de juny. D'acord.

Què esperen?
Informació clara i fàcil per fer-se una revisió.
Personal administratiu que les rebi.
Un centre agradable i en bon estat.

Què troben?
Informació confosa.
Haver-se d'esperar.
Ningú els pregunta què volen.
Els administratius estan ocupats en altres temes.
La porta no tanca.
No hi ha paper de wàter ni assecador.
Una aixeta espatllada.

- La imatge de l'àrea d'administració-recepció és la més potent per a la percepció de la qualitat que tenen els clients sobre la nostra organització, sobretot en els primers contactes.

- Mai tenim una segona oportunitat de donar una primera impressió favorable.

- Els clients es fan una idea de la qualitat del servei en el seu conjunt. La qualitat de l'atenció sanitària es modula per les percepcions de la globalitat de l'organització.
- El «toc» personal i original del centre ajuda al client a fer-se una bona imatge del que es fa en el seu interior.
- Amb l'aspecte del nostre centre transmetem una cultura als nostres clients que ells adoptaran en relacionar-se amb nosaltres.

- La tendència natural dels locals i instal.lacions aboca al deteriorament. Cal intervenir per deturar aquesta tendència.
- Si no tenim cura del nostre centre, els clients tampoc en tindran.

- Pensem quina imatge interessa donar als clients i treballem per aconseguir-la.
- Dediquem alguna o algunes persones de l'equip a revisar periòdicament l'estat del centre.
- Revisem periòdicament els plafons informatius. Podem nomenar-ne un responsable.
- Assegurem-nos de disposar d'un bon circuit per a la reparació de les instal.lacions.
- Passegem pels espais de circulació i espera del nostre centre: observem i anotem tot allò que no ens agrada (en podem fer una Comunicació Interna de Situació Millorable).
- Fugim dels elements estereotipats. Una informació sobre horaris feta amb gràcia resulta més agradable i efectiva.
- Adoptem l'actitud i l'hàbit de tenir cura del nostre centre com si fos casa nostra.
- No posem informació dirigida als professionals en espais de clients.
- Empipem tantes vegades com sigui necessari els responsables externs, perquè facin les millores que calguin.

L'aparença del personal

L'atenció sanitària, especialment la primària, es basa en la relació amb els professionals. La confiança (la fe, es diu de vegades) en el metge, l'infermer i fins i tot en l'administratiu és el fonament de l'efectivitat de l'atenció. Els clients dipositen en nosaltres -de qui no coneixen res o quasi res en l'àmbit personal- els seus problemes, la seva salut i, potser algun dia, la seva vida. Aquesta confiança es va configurant en funció de la relació, del servei que prestem..., però també en funció de la nostra imatge personal. Mitjançant el nostre pentinat, la manera de vestir i de parlar, el client es fa una idea de com deu ser aquella persona que l'atén i del tipus de servei que li oferirà.

L'aparença del personal inclou:

a) L'aspecte d'higiene personal.

b) L'adequació de la vestimenta a la feina que es fa.

c) L'adequació del llenguatge parlat i gestual.
No hi ha normes que es puguin generalitzar en temes tan «personals» com el nostre aspecte i el del nostre entorn de treball. Evidentment, tenim dret a expressar els nostres gustos i creences. Però sí que ens atrevim a posar a la consideració de cadascú l'adequació de la seva aparença a les característiques de les persones i del lloc on ha de treballar. Cal tenir en compte les coses que poden crear barreres de comunicació amb els pacients. Aquestes barreres poden ser de tipus ideològic, cultural, religiós i també físic.
No hem d'oblidar la càrrega simbòlica dels elements tangibles, que en el marc d'un servei assistencial adquireix una dimensió considerable. Per exemple, pot crear dificultats en la relació anar ple de joies en un barri marginal o presentar un aspecte físic no acceptat en un determinat entorn social. Dóna mala imatge i pot crear rebuig el fet d'anar amb una bata bruta. Seguint amb els exemples, citarem una senyora que es queixava perquè a la seva pediatra, quan li parlava, no li veia els ulls, ja que els portava tapats pels cabells, o aquella noia que no s'atrevia a demanar anticonceptius al seu metge perquè tenia el despatx ple de símbols religiosos.
Seguim amb la història de la Mercè i la Mariona:

El dia 15 a tres quarts de deu es presenten al centre. Les informen que s'esperin a la sala del final, que ja les cridaran pel nom. A les 10 i 10 minuts, surt la pediatra a la porta del despatx a cridar la Mariona. La metgessa sembla simpàtica, és alta, morena, porta ulleres i una bata mig cordada. Sobre la butxaca superior du un esparadrap, on hi ha un nom escrit (Dra. Puigdomènech?). La bata li va una mica curta per a la seva alçada i hi té una taca de color marró, que deu ser de iode..., o potser és de sang? (quina angúnia). «La doctora és simpàtica -pensa la Mariona- però hauria de portar una altra bata; amb aquesta sembla que no sigui metge del tot i, a més a més, no sembla molt polida. Ho serà amb mi?»

Què esperen?
Una doctora amable i agradable.

Què troben?
Una doctora amable, però... amb una bata que potser no és seva i està bruta.

- Després de l'aparença de l'àrea de recepció, la imatge del personal de primer contacte és la més potent que reben els clients de la nostra organització.
- La manera de saludar, acollir i informar els clients per part del personal de primer contacte configura bona part de la satisfacció del client.

- No tots els clients accepten els comentaris irònics o les bromes en les converses durant un servei. Estiguem atents a quan els podem fer servir o no.

- Procurem donar una bona imatge mitjançant el nostre aspecte físic.
- Evitem expressions verbals o no verbals que puguin crear rebuig o barreres de comunicació amb els nostres clients.
- Evitem mostrar (a les mans, a la roba o al despatx) restes de l'atenció facilitada a altres persones (sang, materials de cura...).

L'aparença dels aparells i de l'utillatge

L'aparença dels aparells configura la imatge de la qualitat del que fem amb ells. Mitjançant els nostres aparells, els clients poden apropar-se més a l'avaluació dels aspectes tècnics de la nostra feina. La tendència actual a sobrevalorar la importància de la tècnica i dels aparells sanitaris fa que els clients estiguin molt atents als escassos aparells que fem servir en l'atenció primària. Una aparença de mal estat pot fer sentir al pacient la necessitat que se li practiquin proves més sofisticades o li pot originar desconfiança respecte al que li estem fent. Per exemple, és difícil que una persona es cregui que és hipertensa si li prenem la tensió arterial amb un aparell que se'ns desmunta a mitja presa.

L'aparença dels aparells i de l'utillatge comprèn:

a) L'estat d'ús dels aparells: que funcionin, que tinguin càrrega elèctrica si la necessiten...

b) La disponibilitat de l'utillatge per a cada consulta.

c) L'ordre i la neteja de la consulta: dels papers de la taula, del taulell de la pica...

Però seguim amb la història de la Mercè i la Mariona:

Un cop la metgessa ha recollit les dades per a la història clínica, demana excuses i surt del despatx a buscar un imprès, on haurà d'anotar el pes i la talla. Després fa passar la Mariona a la sala d'exploracions, li diu que es

despulli i que s'estiri sobre una llitera, coberta amb una mena de llençol arrugat, que no sembla gaire net. En plena exploració demana a l'infermera que vagi al despatx del costat a buscar el braçal de la mida que necessita, i que el company sempre li agafa.

Què esperen?
Que li faci una «bona revisió».

Què troben?
Una bona revisió, però...: no té els materials a punt, el llençol està brut i critica un company.
S'allarga innecessàriament la consulta.

- Cada interrupció de la consulta per manca o mal funcionament dels materials disminueix la percepció de qualitat que té el client.
- La percepció de mal estat o funcionament dels aparells clínics origina desconfiança dels clients envers la nostra feina en general.
- El client s'adona del mal estat dels aparells clínics més del que ens sembla.

- Si el client observa problemes en algun aparell, donem-li explicacions del que passa, per tal que això no li generi desconfiança.
- Podem perdre molt de temps i fer-lo perdre als clients si no tenim els materials i aparells en condicions i en el seu lloc.

- Assegurem-nos abans de començar la consulta que tenim tots els impresos i materials que necessitem.
- Disposem d'un mecanisme per proveir les consultes del material que precisem.
- De tant en tant, entre visita i visita, repassem l'estat de la consulta i, si no és correcte, arrangem-lo en un moment.
- Demanem excuses si hem d'interrompre la consulta per manca de material o pel seu mal funcionament.
- Tinguem la taula del despatx endreçada i amb el mínim de papers possible. Una taula plena i desendreçada pot ser una barrera de comunicació per al pacient.

Els productes tangibles dels nostres serveis

El nostre servei consisteix en escoltar, saber què li passa a una persona i fer unes accions d'ajuda, que poden consistir en donar consells, prescriure un medicament o demanar una prova complementària. El resultat pot ser la disminució de l'angoixa i del dolor, la satisfacció de saber que la diabetis encara no presenta complicacions o prevenir l'aparició d'alguna malaltia infecciosa.

El servei no és un bé físic que el client s'enduu a casa. Però hi ha una sèrie de «productes tangibles» que no són el servei en si mateix, sinó elements que contribueixen al servei, que el client s'enduu a casa i que pot veure i tocar. En aquest apartat entra també el material de comunicació de la nostra organització amb els clients. Alguns autors anomenen aquests productes els *souvenirs* de l'atenció. Aquest material continua la nostra imatge fora del centre. Els diversos papers que el client pot tenir a casa seva recorden i prolonguen el nostre servei. Gestionar la qualitat també vol dir gestionar els nostres productes tangibles, amb la finalitat que puguin complir la seva funció d'informació i que «parlin» bé de nosaltres.

Els productes tangibles o *souvenirs* de l'atenció inclouen:

- els fulletons informatius,
- la guia de serveis,
- els impresos,
- les cartes,
- els nostres informes,
- les receptes,
- els recordatoris de visita,
- les notes de tractament,
- les indicacions escrites de dietes,
- les indicacions escrites per a la pràctica de proves complementàries.

Moltes d'aquestes coses les fem de qualsevol manera, sense donar-hi importància. De vegades, com en el cas de les receptes o el logotip de l'empresa, el que en podríem dir l'estructura del document ens ve donat i no ho podem fer diferent. Però pensem quin és l'efecte d'una recepta ben escrita o mal escrita? Una recepta amb el medicament intel·ligible i correctament descrit (composició, presentació, contingut d'unitats...), el nom del pacient, la data, el segell ben posat, i no de tort i de qualsevol manera? Tot això causa una impressió diferent en el pacient i li atorga valor a ell i al medicament. Una nota de tractament mal escrita, en un tros de paper i amb gargots, pot fer que aquell fàrmac no es prengui o es prengui amb desconfiança. Si el metge ho escriu de qualsevol manera, potser no és tan important que s'ho prengui!!

Vegem els *souvenirs* que es va endur la Mariona:

Després de l'exploració, la metgessa els va explicar que la Mariona estava bé, però tenia un «peu d'atleta», una infecció per fongs als dits dels peus, i pesava uns quants quilos més dels adequats. Caldria tractar la infecció dels peus, la infermera li explicaria una «dieta» per perdre els quilos que li sobraven i -per acabar de mirar-la bé- s'hauria de fer una anàlisi de sang, per si tenia colesterol com el seu pare, la qual cosa semblava un problema familiar. Haurien de tornar a la visita quan tinguessin els resultats de l'analítica. Així, doncs, la metgessa els donà una recepta d'una pomada, per posar-se als peus durant 15 dies, i una sol.licitud d'anàlisi, que havien de donar a recepció per tal que programessin l'extracció i la nova visita. Mentre la doctora emplenava els papers, la infermera va anar a buscar uns altres papers impresos, on hi havia una llista d'aliments, i li va explicar que d'algunes coses no en podia menjar, i d'altres en podia menjar poca quantitat. Però a casa ja s'acabaria de mirar el paper que li donava mig plegat.

Un cop a casa, la Mariona i la Mercè varen mirar la recepta de la pomada, per veure si ja la tenien, i no van entendre el nom. El nom i el cognom de la Mariona tampoc s'entenien bé i la data estava equivocada. (Per què han d'escriure tan malament els metges?) Després varen mirar el paper que els va donar la infermera per a la «dieta». Era una fotocòpia, amb la meitat inferior borrosa; a la part de dalt hi havia les inicials de l'hospital comarcal. Dins d'aquest imprès va sortir un paperet fi (una altra vegada!), amb la data de l'anàlisi i de la propera visita.

La Mercè li va dir a la seva filla: t'han fet una bona revisió i em sembla bé que et mirin el colesterol; llàstima que hi ha moltes coses que són com a l'ambulatori del «seguro» que jo havia anat sempre.

Què esperen?
Saber l'estat de salut de la Mariona.
Saber què han de fer després de la revisió.

Què troben?
Informació de problemes o possibles problemes de salut.
Una intervenció de dubtosa eficàcia.
Saben que cal fer una anàlisi.
Una recepta que no entenen.
Un paper de dieta que costa de llegir.

- La nostra actuació no acaba en sortir el client de la consulta. Continua a casa seva: la dieta, el tractament, la reflexió, anar a l'exploració, etc. Els *souvenirs* poden o no contribuir a que el client «segueixi» allò que li hem recomanat.

- Els professionals acostumem a concedir poca importància a l'aspecte dels papers que donem als clients. Per a ells són una part del mateix servei.

- La informació general que arriba al client fora del context de la consulta contribueix a formar la imatge que té dels nostres serveis.
- Planificar i gestionar una imatge externa d'acord al nostre nivell de qualitat interna forma part del conjunt de tasques de gestió de l'equip.
- Posar el logotip de l'ABS en els nostres impresos dóna una imatge d'entitat amb personalitat i solidesa.

- Tinguem sempre papers presentables per a les anotacions que haguem de fer als pacients.
- Personalitzem al màxim la informació i els productes «tangibles» que donem. Posem el nom a l'inici d'una nota de tractament, d'una dieta...
- En donar una informació escrita, pensem en qui l'ha de llegir. Assegurem-nos que li sigui útil.
- En escriure una recepta, no pensem que fem «paperassa», sinó un tractament necessari per al nostre pacient.
- Tinguem cura de la presentació dels nostres escrits tant com del seu contingut. Causarem satisfacció a qui els rebi.

Capítol

5 «Som humans?» (L'empatia)

«Era una tarda xafogosa del mes d'agost, a la ciutat de Nova York: un d'aquells dies asfixiants que fan que la gent estigui nerviosa i de mal humor. Per tornar al meu hotel, vaig agafar un autobús a l'avinguda Madison. En pujar, em va sobtar la càlida benvinguda del conductor, un home de raça negra de mitjana edat, amb un somriure entusiasta al rostre, el qual em va obsequiar amb un amistós «Hola! Com està?», una salutació amb què rebia tots els viatgers que pujaven a l'autobús, mentre serpentejava enmig del trànsit dens del centre de la ciutat. Però, tot i que cada passatger era rebut amb igual amabilitat, l'ambient sufocant del dia semblava afectar-los tant que pocs li responien.

Tanmateix, mentre l'autobús reptava pesadament pel laberint urbà, s'anava produint una lenta i màgica transformació. El conductor va iniciar, en veu alta, un diàleg amb ell mateix, dirigit a tots els viatgers, en què anava comentant detalladament tot el que desfilava davant dels nostres ulls: rebaixes en aquests grans magatzems, una bona exposició en aquest museu, i què s'ha de dir de la pel.lícula que acaben d'estrenar en el cinema de la següent illa. L'evident satisfacció que li produïa parlar-nos de les moltes possibilitats que oferia la ciutat s'encomanava, i cada vegada que un passatger arribava a final de trajecte i baixava del vehicle, semblava que s'havia tret de sobre l'aura d'irritació amb què havia pujat. Quan el conductor els acomiadava amb un «A reveure! Que tingui un bon dia!», tots li responien amb un somriure obert.

He conservat el record d'aquella trobada durant gairebé vint anys. Aquell dia acabava de doctorar-me en psicologia, però la psicologia d'aquell temps parava poca o cap atenció en la forma com es produeixen aquestes transformacions. La ciència psicològica en sabia molt poc -si és que en sabia alguna cosa- dels mecanismes de l'emoció. Tot i així, no hi ha dubte que aquell conductor d'au-

tobús era l'epicentre d'una onada contagiosa de bons sentiments, que s'estenia per tota la ciutat de la mà dels seus passatgers.
Aquell conductor era un conciliador nat, una mena de mag amb el poder de conjurar els nervis i el mal humor que tenallava els seus passatgers, estovant i obrint una mica els seus cors.»

David Goleman
Intel·ligència emocional

L'empatia

Empatia
Facultat de comprendre les emocions i els sentiments externs per un procés d'identificació amb l'objecte, grup o individu amb què hom es relaciona. (Definició acadèmica.)
Demostrar interès personal, conèixer a fons les característiques del client i entendre les seves necessitats. Dedicar-li temps. Estar disposat a escoltar i contestar preguntes utilitzant un llenguatge comprensible. (Modificat d'A. Zeithaml, A. Parasuraman.)

La interacció humana és necessària per a la prestació de qualsevol servei professional. En canvi, altres tipus d'empreses poden subministrar productes o serveis amb poca o cap interacció entre persones. Per exemple, podem obtenir diners o entrades en un caixer automàtic, o comprar productes per correu.
A més a més, en els serveis professionals el client participa en l'elaboració del «producte». Per exemple, en els serveis d'atenció a la salut, el pacient ens ha de dir on li fa mal, ha de prendre's la medicació, ha de tornar per al control... La seva participació durant el procés és molt important, i la qualitat del «producte final» serà més o menys bona segons la col·laboració assolida.
Una relació empàtica augmenta la cooperació, el compliment de la part del procés que ha de fer el pacient i la percepció de qualitat de servei. L'empatia es millora amb una bona comunicació, sabent escoltar, tenint en compte el punt de vista del client i mantenint-lo ben informat.
La definició d'empatia que hem utilitzat en aquest llibre és la que han utilitzat A. Parasuraman i el seu grup en les investigacions que han fet sobre la qualitat des de la perspectiva del client. D'entrada, ens poden sobtar aquestes definicions, diferents a les que estem acostumats a sentir: l'empatia és la capacitat de percebre l'ex-

periència subjectiva d'una altra persona (E.B. Thitchener) o de posar-se en lloc de l'altre (M. Hoffman) o de sintonitzar emocionalment amb els altres (R. Rosenthal). Però, de fet, les connexions entre unes i altres definicions són ben evidents.
En qualsevol cas, la millor definició d'empatia que hem trobat no es dirigeix al raonament, sinó al sentiment:
No preguntis per a qui repiquen les campanes: estan repicant per a tu.

John Donne

Que demostri interès personal...

Interès personal
Tenir cura del client, preocupar-se dels seus problemes, posar-se en el seu lloc.

El Sr. Miquel té 65 anys, és hipertens i diabètic des de fa deu anys, i s'està tractant amb dieta i antidiabètics orals. No té problemes per controlar-se el sucre i la pressió. Pensa que la seva metgessa de capçalera el porta força bé. Però no acaba d'estar satisfet. Després de vuit anys de visitar-se amb la mateixa metgessa, a cada visita el tracta com si fos la primera vegada que el veu. Li torna a preguntar tota la seva història clínica i no se'n recorda ni del seu nom. Hi posa molt interès en fer-li una bona exploració i revisa els resultats de les anàlisis amb molt deteniment, però mai no ha donat cap importància als seus sentiments.
Fa un temps que el Sr. Miquel està molt amoïnat, perquè el seu fill, que es visita amb la mateixa metgessa, s'ha quedat sense feina. La doctora ni sabia que eren parents i al Sr. Miquel li ha fet l'efecte que no donava cap importància a l'atur del seu fill: «Es clar, com que els metges sempre tenen feina!».
El Sr. Miquel ha pensat moltes vegades en canviar de metgessa.

Què espera?
Una mica d'interès per les «qüestions personals», com el nom i les circumstàncies familiars.
Un professional que s'interessi per la seva salut d'una manera integral.

Què troba?
Un professional interessat, però... només pels aspectes clínics de la malaltia.
Cap atenció pels «detalls».

- Per tenir cura dels clients cal una actitud mental centrada en els clients.

- Si una persona ens diu: «Se'n recorda que li vaig dir que tenia mal de cap i em deia que tothom en té alguna vegada? Des que el meu fill ha trobat feina, ja no n'he tingut més», potser vol dir: «Veu com em passava alguna cosa? Un altre dia posi-hi més interès».

- Conèixer bé les característiques i problemes dels pacients requereix temps. Però no estem sols, oi? Podem compartir les tasques amb els altres professionals implicats.

- Realment estem donant als pacients el que necessiten? El que per a nosaltres és tan important, també ho és per a ells?

- Els metges sabem fer una bona història clínica, coneixem les noves tècniques d'exploració, podem fer un diagnòstic correcte, però... i la resta?

- Sabem escoltar? Tenim l'habilitat per reconèixer quan un problema social o psicològic és la causa d'un malestar?

- El pacient ens porta els seus problemes tal com els sent. La nostra feina és ordenar-los, tenint en compte que són persones amb emocions i sentiments semblants als nostres.

- Compartim els coneixements amb els pacients. Valorem la seva experiència. Preguntem-los què podem fer per ells.
- No deixem passar temps fent exploracions o derivacions de complaença, quan sabem que no resoldran el problema. Afrontem-lo d'entrada.

Que m'escolti...

Comunicació
Escoltar i comprendre els pacients. Informar-los amb detall.
Quan ens parlen, els escoltem?
Si escoltem, els entenem?
Si escoltem i entenem, els informem?
Quan informem, estem segurs que ho han entès?
Si ho han entès, hi estan d'acord?

En Pau té 58 anys i tres filles. Fa vint anys que està separat. Es arquitecte. Mai no ha estat malalt. Això sí, fuma com un carreter.
Fa unes quantes setmanes va anar a la consulta del metge perquè cada nit tenia febre, i se sentia cansat. Després d'explorar-lo, el metge li va demanar una radiografia de tòrax i una anàlisi.
Quan en Pau va anar a recollir els resultats, el metge, sense massa explicacions, li va demanar una broncoscòpia. «Per mirar els bronquis per dins», va dir. En Pau estava desconcertat: no sabia què pensar, però no va gosar preguntar res.
Un cop va portar els resultats de la broncoscòpia (en un sobre ben tancat), el metge li va dir que tenia alguna cosa al pulmó i que hauria d'anar a visitar-se a cirurgia toràcica. Li va donar un informe en un sobre, on hi va posar els resultats de la broncoscòpia i les radiografies. En Pau es va quedar mut i la seva filla, que aquell dia l'acompanyava, es va quedar de pedra.
A mig camí, la filla va tornar enrera per provar de parlar amb el metge. Estava molt espantada, i no sabia com havia de tractar el seu pare. Li van donar hora per a l'endemà.
Quan va arribar a casa va veure l'informe sobre la taula, fora del sobre. El seu pare, assegut al davant de la finestra, amb la mirada perduda, ni l'havia sentit entrar.

Què espera?
Un metge de capçalera amable que capti el seu estat d'ànim.
Informació clara i suficient.
Poder parlar amb el metge.

Què troba?
Fredor tècnica.
Informació insuficient, generadora de dubtes i angoixa.
Barreres de comunicació.

- Per comunicar-se bé cal personalitzar l'atenció. El client ha de sentir que «estem només per ell».

- Si una persona ens diu: «Em sembla que li estic fent perdre el temps», realment potser vol dir: «Em sembla que el que li estic dient no li interessa gens».

- Les persones no solen verbalitzar les seves emocions. Les expressen per altres mitjans.

- L'habilitat per captar missatges no verbals (en el to de veu, postura, gestos, expressió facial...) ens permet accedir a les emocions dels altres.

- La qualitat de l'atenció a un client depèn del grau de comunicació assolit.

- Un pacient no deixa un tractament perquè sí. Potser no l'hem informat bé o no confia en nosaltres. Quan un pacient ens diu: «La caixa de medicines per a la pressió em va durar només un mes, i com que ja la tenia bé...», potser vol dir: «Vosté no em va dir què havia de fer quan acabés la caixa».

- Abans d'entrar a la consulta, els clients tenen moltes preguntes per fer. En acabar, pocs han aconseguit plantejar-nos tots els seus dubtes. Potser l'angoixa els bloqueja.

- Potser el client no gosa plantejar els seus dubtes. O potser és el nostre «estil de comunicació»?

- Escoltem el client sense pressa. Ajustem el llenguatge al nivell cultural i als coneixements de cada persona. En acabar la visita, assegurem-nos que no té cap dubte sobre el que hem parlat.
- Animem-lo a tenir-nos al corrent dels esdeveniments i a posar-se en contacte amb nosaltres si ho creu necessari. Això no augmentarà la nostra demanda, al contrari!
- Estem atents als missatges no verbals!
- De vegades el client no entén el que li expliquem. Fem servir un llenguatge senzill. Assegurem-nos que ho ha entès. Preguntem-li què en pensa. Quines dificultats pot tenir per complir un tractament? Té suport social o està sol amb el seu problema?
- Dediquem temps a millorar les nostres habilitats de comunicació. Si estem tan ocupats talant arbres, potser ens oblidarem d'afilar la destral!
- Ampliem el nostre concepte de salut fins englobar la realitat emocional de les persones. Facilitem que els clients expressin lliurement les seves emocions. Deixem parlar.
- Parlem menys i escoltem més.

Que no tingui pressa...

Pressa
Això-és-tot-aquí-hi-ha-la-porta. El següent!

La Paquita tenia hora per anar al metge de capçalera a controlar-se la pressió. De fet, la pressió no l'amoïnava gens. Sempre estava bé. Però feia un temps que tenia molèsties a la mà dreta; se li adormia de tant en tant. També se li escapava l'orina quan reia o tossia, i no hi veia bé per llegir.
Tot això no hi havia manera de comentar-li al metge. Però, d'avui no passava! Ho apuntaria en una llista i no marxaria de la consulta fins haver-la acabat.

A l'hora de la visita el metge li pregunta pel medicament i la dieta. A la Paquita li fa l'efecte que el metge va molt atabalat i dubta si treure la llista. De totes maneres, li comenta que, abans de marxar, vol fer-li algunes consultes que s'ha apuntat per recordar-les totes. El metge no li respon. La Paquita creu que no li ha fet cap gràcia. «Sembla que avui té pressa -pensa-; ni m'ha deixat seure a la cadira: directe a la camilla!»

Després de prendre-li la pressió, es posa a escriure. La Paquita no sap què fer. Li dic? El metge li dóna un volant per a una anàlisi i un altre per a un fons d'ull, mentre la va acompanyant cap a la porta i li explica que ha de seguir amb el medicament i tornar quan estiguin fetes les proves.

- A reveure, senyora Paquita! Esperi fora que ara li treiem les receptes.

Definitivament, hauria d'esperar la propera visita per fer-li les consultes. Almenys l'havia enviat a l'oculista!

Què espera?
Poder explicar al metge els seus problemes de salut.

Què troba?
Un metge amb pressa.

- Els clients no són una interrupció en el treball; són la raó de ser de la nostra feina.

- Si una persona ens diu: «Un dia que tingui temps li explicaré una cosa que em preocupa», realment potser vol dir: «Fa temps que vull explicar-li un problema i mai no té temps per escoltar-me».

- Quan estem atenent un pacient no li estem fent cap favor. Estem fent exactament el que hem de fer.

- Si un client ens diu: «Només vinc a donar-li un informe, ja no molesto més», ai...! Què hem fet que li hem donat aquesta imatge «d'estar sempre ocupats»?

- Tenir temps és important per a una bona atenció. En tenim: tenim anys! Els contactes curts i repetits són propis de l'atenció primària.

- Compte amb oblidar la «qualitat del temps», mentre ens queixem de la «quantitat de temps».

- Fem que el client senti que és important per a nosaltres. El client és el més important de l'organització. Fem-li saber!
- Aprenem a estar només per a ell encara que siguin tres minuts. Podem anotar el que queda en el tinter per recuperar-ho un altre dia.

Tics anticlient

– ***«Jo no sóc el seu confessor. Ja en tinc prou amb els meus, de problemes.»***
I doncs... què fem en aquesta consulta, al darrera d'aquesta taula? Potser hauríem d'haver fet anatomia patològica?

– ***«Jo no puc estar sempre escoltant els problemes de tothom. Que se'n vagin al psiquiatra, que per això hi és.»***
Prenem-nos un descans. Després ho veurem d'una altra manera.

– ***«Deu anys estudiant per veure ximpleries tot el dia.»***
Compte! Si només veiem ximpleries, potser necessitem reciclar-nos!

– ***«Ja torna a ser aquí! És clar, com que no fa el tractament!»***
Potser la seva malaltia orgànica no és el que més el preocupa. Investiguem!

– ***«Aquest sempre ve pel mateix.»***
Segur? Doncs deu ser que no li resolem el problema; o potser ve per alguna cosa que no hem estat capaços de captar...

– ***«Tots els pesats vénen el mateix dia. Sembla que s'ho diguin!»***
Pesats? No serà que ens irriten perquè no els entenem?

– ***«No fa cas de res del que li dic i sempre el tinc aquí.»***
Potser no ens entén... Està d'acord en fer el tractament? No hem pensat que potser nosaltres som el tractament?

– ***«És pesadíssim! Ho pregunta tot.»***
Ah! Que no li hem dit tot?... Potser és un d'aquells clients que volen saber què tenen!

– ***«No entén res! Ja li he dit que vingui acompanyat! Jo no puc perdre tant de temps!»***
Fer el que calgui per aconseguir que el pacient entengui el seu problema és perdre temps?

– ***«Si no està content, que canviï de metge!»***
Potser en un cas extrem. Però abans... preguntem-li per què no ho està i mirem de corregir-ho.

– ***«Ja he dit que, si s'enrotlla molt, em vinguin a buscar per a una urgència.»***
Ens convé entendre què passa; si no, demà el tornarem a tenir aquí!

– ***«No hi ha manera que se'n vagi! He mirat tres cops el rellotge, m'he aixecat de la cadira, he anat cap a la porta i ell com si res!»***
Més del mateix!

– ***«Un dia que vull sortir d'hora i vénen tots!»***
Això ens passa per voler sortir d'hora.

– ***«Jo tinc un horari, com tothom!»***
I el client també!

Capítol 6

«Vull estar en bones mans!» (La professionalitat)

Professionalitat
Qualitat de la persona que exerceix una activitat amb gran competència.

Aquest capítol parla de les característiques que ha de tenir un bon professional, d'aquelles que fan dir als clients: «Em sento en bones mans. Aquest sí que és un bon metge!».

Hi ha cinc aspectes relacionats que ens poden apropar al concepte de professionalitat: la competència tècnica, la cortesia, la credibilitat, la seguretat i la confidencialitat. És clar que aquests aspectes es barregen una mica en la pràctica. Per exemple, un professional tècnicament competent dóna seguretat als pacients, almenys en principi, i té credibilitat entre ells. Un metge no és un bon professional si no té la capacitat d'aconseguir credibilitat o de donar seguretat. Passa el mateix amb la cortesia, que també considerem un atribut de la capacitat professional. D'altra banda, la confidencialitat, un aspecte poc considerat en la literatura d'empreses de servei, és fonamental en la nostra professió, i és una condició prèvia a qualsevol altra consideració sobre la professionalitat.

Tot i reconeixent aquest creuament de conceptes, amb el propòsit de fer possible una anàlisi, parlem d'un bon professional si som capaços de donar una bona resposta a les necessitats d'atenció dels clients, no només amb una correcta atenció tècnica (competència tècnica), sinó mitjançant un procés d'atenció correcte (segur, cortès, confidencial i amb credibilitat) per al client.

PROFESSIONALITAT	=	CONEIXEMENTS TÈCNICS	+	SERVEI
		• Competència tècnica		• Cortesia • Credibilitat • Seguretat • Confidencialitat

La competència professional

Competència professional
Possessió de les destreses requerides i coneixements de l'execució del servei.

Els clients, en aquest camp eminentment tècnic, tenen dificultats per percebre la qualitat. Però, en funció de les seves expectatives i del contacte amb nosaltres i amb altres metges, arriben a formar-se una opinió de la nostra competència professional, la qual, encara que no ens agradi gaire, inclou la creença que hi ha àmbits d'actuació per als que estem prou preparats i d'altres en els quals no sabem actuar.
Segons l'opinió del client, i la nostra realitat professional, podem trobar-nos en alguna d'aquestes situacions:

		El client creu que:	
		el metge en sap	*el metge no en sap*
El professional sap que:	en sé	A	B
	no en sé	C	D

A: Jo sé que en sé i el client també ho creu. Perfecte, si de veritat en sabem. Esforcem-nos en mantenir i millorar la capacitació i fem-li saber que ho estem fent.

B: Jo sé que en sé, però el client no ho creu. Tenim un problema: ens hem de guanyar la seva confiança. Hem de saber «vendre» els nostres coneixements. El pacient vol estar en mans d'algú que sap de què parla, i nosaltres hem de demostrar-li que en sabem. És un procés de negociació molt interessant, ja que, si no tenim en compte les expectatives del pacient, la nostra relació corre perill, mentre que, si les gestionem bé, tenim possibilitats de guanyar-nos la seva confiança.

C: Conec les meves limitacions, però el client confia en mi. És una situació molt delicada. No podem arriscar-nos; per tant, derivem-lo quan calgui. Però no perdem la seva confiança, fem-li sentir que no el deixem anar. I espavilem-nos en formar-nos. Podem trobar-nos davant d'un problema de salut que està fora de l'àmbit de l'APS, però que el pacient espera que resolem. Hem de saber explicar-li quin és el nostre camp d'actuació i fer-li entendre que sabem d'allò que ens pertoca, però que no som metges de telefilm americà, i que això garanteix la seva seguretat.

D: Jo no m'ho crec i ell tampoc. No ens ho hem de pensar: derivem-lo, però sense desentendre'ns de la nostra responsabilitat, ja que continuem sent el seu metge de capçalera. I en el proper procés, procurem trobar-nos a la situació A.

Encara queda la possibilitat *E*, que no apareix en el quadre, i és la que té pitjor solució: quan no en sabem i desconeixem o no reconeixem la nostra incompetència, i actuem donant als pacients una falsa seguretat. És una situació d'alt risc, i això ens obliga a fer una reflexió sistemàtica i rigorosa de la nostra capacitat.

No cal dir gaire cosa de la responsabilitat que tenim de mantenir i millorar la nostra competència professional (o sí? Seria terrible pensar que algun professional no ho creu així). Però sí hem d'assenyalar que l'evolució de la societat i dels professionals també farà evolucionar aquest camp, en el sentit d'una major exigència d'assegurar la competència.

Quan l'Amàlia i el Jordi van entrar a la consulta estaven força amoïnats. Aquell mal de cap era cada vegada més freqüent i més fort. I, a més a més, hi havia aquell company de la feina, amb un tumor al cervell. De seguida el van operar, però ningú no estava tranquil de com aniria la cosa.

- Bon dia, Amàlia! Bon dia, Jordi! Com estan?

La Dra. Gutiérrez ja els havia visitat més vegades. Ella va ser qui va receptar a l'Amàlia aquells anticonceptius que després va haver de deixar, perquè li feien mal les cames. Era una dona cortès i amable, de tracte agradable.

- Miri, doctora -el Jordi va anar directe-, tinc un mal de cap que cada vegada m'amoïna més, i vull que m'enviï al neuròleg.
- Tranquil, Jordi, tranquil. Expliqui'm què li passa.

De mala gana en Jordi va contestar les preguntes que la metgessa li feia. De mala gana, ja que pensava que estaven perdent el temps. Ell tenia mal de cap i havia d'anar al neuròleg. Potser la Dra. Gutiérrez gosaria tractar una malaltia que podia ser un tumor cerebral?

Acabada l'exploració, la Dra. Gutiérrez va dir:

- Doncs, Jordi, crec que està prou clar. La seva migranya habitual potser és una mica més intensa i freqüent aquesta temporada, però no sembla una altra cosa. Crec que, de moment, no necessitem demanar l'opinió de l'especialista. Haurien de...

- Ja hi som. De veritat creu que és només una migranya?, està segura que no és un tumor?, no creu que hauria d'anar a l'especialista?, o és que no vol enviar-m'hi? Jo vull anar a l'especialista.
- Miri, Jordi -la Dra. Gutiérrez va quedar una mica sobtada per la reacció d'en Jordi, i va veure la seva angoixa-, sembla clar que és la seva migranya; després li explicaré per què n'estic tan segura. Però abans parlem-ne: què passa?, per què reacciona així?, què li amoïna tant que vol anar a l'especialista?
- No em passa res. Que el mal de cap és cada vegada més fort i em fa por...

A poc a poc va anar sortint. Amb dedicació, habilitat i ganes de fer-ho bé, la metgessa va anar neutralitzant les pors, aclarint els conceptes, explicant els símptomes presents i absents (potser, fins i tot, introduint alguns termes tècnics, que després aclaria), fins que el Jordi va acceptar que sabia el que feia.

- Però, de totes maneres, si vostè vol, demanem consulta. El més important és que vostè estigui tranquil.
- Bé, encara no, doctora. Esperarem a veure com em va amb aquest tractament. Si veig que empitjoro, vinc i em fa el volant.
- D'acord...

Què espera?
Que el vegi un especialista, perquè té por de patir un procés greu, i pensa que els metges de capçalera no estan preparats.

Què troba?
Una atenció adient i un pacte de confiança en la competència tècnica de la seva metgessa.

- En principi, la competència tècnica se'ns suposa. Però si el pacient s'adona que no la tenim, perdrem la seva confiança i haurem de fer mans i mànigues per recobrar-la.
- En els casos en què el pacient no confia en la nostra competència, per experiències prèvies amb nosaltres o amb altres professionals del sistema, iniciem la negociació per guanyar-nos-la. Cal mostrar respecte per les seves opinions i habilitat per modificar-les.

- La competència tècnica no ho és tot, encara que constitueix la base de la pràctica. Podem ser molt competents, però uns mals professionals. Podem ser molt amables, cortesos, nets, bonics i amb altres qualitats, però si som uns incompetents no ens servirà de res (fins i tot es poden crear «adhesions incondicionals» en alguns pacients, perilloses per a la seva salut. És el fenomen denominat «Verge de Lourdes»).

- La competència tècnica no pot ser un corró de l'opinió dels malalts. Deixem que triïn; ells coneixen la seva situació, creences, cultura, etc. Compte! Els nostres coneixements han de servir per donar suport i elements de decisió als pacients, no per atropellar-los.
- No creem expectatives de solucionar problemes de salut que ultrapassin les nostres possibilitats. Siguem realistes.

- Millorem la nostra competència de manera contínua i programada.
- A més, hem d'aprendre a comunicar als nostres clients que ho estem fent. Hem d'aconseguir que els nostres clients tinguin una visió realista de la nostra competència tècnica: no per lluir-nos, sinó per guanyar-nos la seva confiança.
- I si en algun moment el cas ultrapassa la nostra capacitat tècnica, demanem ajuda. No juguem amb les persones; és millor que pateixi el nostre orgull que no que pateixi un pacient pels nostres errors.
- Abans d'atropellar el pacient amb els nostres coneixements, comptem amb les seves circumstàncies.

La cortesia

Cortesia
Atenció, consideració, respecte, amabilitat del personal de contacte.

És un concepte prou clar, ja que no es tracta de res més que de la cortesia habitual entre persones socialment educades i que es respecten (en aquest apartat no parlem de l'empatia, encara que siguin conceptes que tenen alguna relació). La cortesia és una manera de relacionar-se, no una eina terapèutica, però la seva absència, la descortesia, pot espatllar qualsevol relació terapèutica.

La Maria és una pacient que fa molts anys que volta per les consultes del seu CAP -abans «ambulatori»- i sempre ha tingut una bona relació amb tothom. És una dona educada i cortès, que pateix una diabetis des de fa molts anys, i que se la vigila força bé.

Avui està una mica excitada, expectant. Fa la primera visita amb el nou metge, que ha vingut a substituir la Dra. Gutiérrez -la pobra era interina-. Malgrat que ha sentit algunes coses, no vol fer cap judici fins que no el conegui personalment.

- Bon dia, doctor, bon dia.
- Bon dia. Digues, què et passa?
- Veurà, doctor, jo sóc diabètica. Em poso insulina, dues punxades cada dia, i vinc perquè he tingut una mica de còlic i he vomitat dues vegades.
- Ja, així que tens un còlic i apa, cap al Seguro!
- Veurà, doctor, sempre em diuen que, si em trobo malament, vingui.
- Sí, dona, sí. Tens raó. No es pot jugar amb això de la diabetis i la insulina. Explica'm com ha anat...
- Veurà, doctor, potser va ser el berenar. Després ja em trobava malament. Abans de sopar vaig vomitar i semblava que ja anava tot bé, però aquest matí he tornat a vomitar i he anat dues vegades amb diarrea.
- Déu meu, les dones sempre igual, us espanteu de no res -va dir amb un mig somriure de suficiència-. I quan us feu velles, pitjor.
- Perdoni, doctor. De cap manera voldria molestar, però tenia entès que els diabètics, quan vomitem, hem de tenir cura.
- Sí, tens raó, dona. A veure, així doncs, va començar la cosa després del berenar...

Empassant-se la vergonya i la ràbia, la Maria va anar contestant totes les preguntes que li va fer. La veritat és que li va fer una bona visita, però, com que estava pensant en com demanaria als seus amics d'admissions el canvi de metge, no va atendre gaire les seves indicacions. Després de tot, aquell metge tan groller no podia dir res de bo.

- Escolta'm, de moment el que has de fer... Si tens cap problema t'apuntes per visitar-te. Apa, a reveure, àvia.

- Adéu, doctor. I moltes gràcies per les molèsties que s'ha pres per atendre'm tan amablement.

La veritat, i la llàstima, és que el metge ni tan sols va adonar-se de la ironia de la pacient. Després de tot, ell era un metge molt trempat, que tractava bé la gent i sabia posar-se al seu nivell.

Què espera?
Rebre una bona atenció mèdica, donant per fet que rebrà un tracte cortès.

Què troba?
Un metge amb una bona competència tècnica, que espatlla amb la seva descortesia.

- No tractem amb «cartilleros», sinó amb persones, amb ciutadans. Per tant, tenim l'obligació social i humana de ser cortesos.
- Una part important de la nostra relació amb el client està condicionada pel tracte. Trobar el tracte adient a cada persona i situació ens ajudarà molt en la nostra feina.
- La imatge de l'empresa depèn del nostre tracte i, en general, de tots els contactes personals que té l'usuari. I la imatge de l'empresa és la nostra pròpia imatge.
- Només tenim una oportunitat de donar una primera impressió favorable! Ja ho hem dit a l'apartat dels elements tangibles, però hi insistim (també serveix per a les persones!).
- Moltes reclamacions en l'atenció primària són per problemes de tracte, de cortesia.

- Si la imatge que donem és dolenta, per un fenomen de contaminació, el client pot pensar que tot allò que li ofereix el nostre centre és dolent (incloent-hi la nostra capacitació, p.e.).
- Compte amb la familiaritat mal entesa: «Què tal, avi?». Normalment a cap persona gran li agrada que ningú li digui «avi».
- Amb qui tenim més familiaritat: pobres o rics?, dones o homes?, joves, adults o vells? Potser hi ha una mica (o força!) de tracte discriminatori i menyspreu en la nostra familiaritat.

- Si volem tenir una bona imatge, nostra i de l'equip, amb tot el que això influeix en els resultats, també hem de ser cortesos. Així es produeix una percepció de cortesia per part del pacient, que farà que esperi rebre un tracte cortès la propera vegada que torni al sistema, i aquesta expectativa farà que el seu apropament sigui més cortès.
- Com ens sentim quan anem a demanar un servei i ens tracten malament? Què pensem de la institució i de la persona que ens atén? Com ens agradaria ser tractats? Hem de ser conscients que, cada vegada més, els clients perceben el maltractament com a responsabilitat de la persona amb la qual tracten, i no com a conseqüència inevitable de la «funció pública».
- Pensem com ens sentim quan alguns clients ens tracten amb «massa confiança». Ens fa sentir malament. Recordem-ho en tractar els clients.
- No es tracta de mostrar-se distant i fred, sinó de buscar, de manera conscient, un tracte professional correcte.
- Fem un seguiment de les reclamacions per problemes de tracte a l'equip, prenem la iniciativa i diguem als professionals descortesos que facin un esforç.
- Tan estrany és rebre el pacient donant-li la mà? Alguns professionals són tan extravagants que reben els clients aixecant-se i donant-li la mà, i l'acomiaden acompanyant-lo a la porta, i aprofiten per donar entrada al pacient següent cridant-lo pel seu nom. Ves per on, tampoc no és tan difícil, i diu molt de la persona que ho fa.

La credibilitat

Credibilitat
Veracitat, creença, honestedat en el servei que es proveeix.
Capacitat de crèdit, que l'altre cregui alguna cosa només perquè nosaltres li diem.
Confien que allò que diem és el que nosaltres honestament creiem, sense enganys.
Confiança que allò que proposem, una exploració, un pla terapèutic, modificacions del comportament..., ho fem amb la intenció de millorar la seva salut.

Aquell dolor al ventre cada vegada era més fort i en Màrius estava convençut que el dolor era més agut, com una ganivetada.

- Si ja ho sabia jo, això. Segur que ha estat la copa de licor que vaig prendre al vespre. I ara què faré, Déu meu! Quina vergonya! Tan jove i una pancreatitis! Tothom es pensarà que sóc un alcohòlic! Déu meu!

Per al Màrius era evident. Feia tres dies que havia començat aquell dolor de panxa i ràpidament va mirar-s'ho a l'enciclopèdia mèdica que havia comprat, en CD-Rom, és clar.

- Demà aniré al doctor Vidal i em tornarà a dir que no tinc res, que sóc un hipocondríac. Sí, ja m'agradaria a mi que li passés això al doctor Vidal. Mira, mira, fins i tot tinc el «ventre en tabla», com diu l'enciclopèdia. Demà hi vaig, que ara sí que estic malament.

El Dr. Vidal coneixia bé en Màrius. Era el seu metge des de feia catorze anys i recordava encara els primers anys: un pacient capficat que tenia una malaltia molt dolenta, pel cap baix un cop per setmana, que exigia proves i més proves. Bé, potser no era cada setmana, però, en tot cas, era molt sovint. Recordava llargues negociacions: amb calma, explorant la situació cada vegada, cedint en algunes ocasions, controlant-lo amb més freqüència, pactant períodes d'espera...

En Màrius va anar veient que el temut infart no arribava. I que aquell tic a l'ull no era un tètanus. I que feia 12 anys que el tumor del cervell no augmentava amb el pas del temps, com deien els seus llibres, sinó que, tal com deia el Dr. Vidal, tenia mal de cap quan la feina se li acumulava. Bé, potser es va equivocar quan li va dir que era un refredat i va ser una bronquitis, però, fins i tot en aquella ocasió, en Màrius reconeixia que li havia dit que, si no millorava en quatre o sis dies, tornés.

- Bon dia, doctor Vidal.
- Bon dia, Màrius. Com es troba?
- Veurà, doctor, tinc una pancreatitis.
- Molt bé, ho mirarem. Què nota que li fa pensar que té una pancreatitis?
- Doncs miri, doctor, tinc un mal aquí, com una ganivetada...

Una estona més tard en Màrius va sortir de la consulta més tranquil. Si el seu metge deia que no era una pancreatitis, no ho era. És clar, ja li estranyava que algun símptoma no era ben bé el que deia l'enciclopèdia. Bé, ja ha passat l'ensurt. El Dr. Vidal era bo, molt bo. Gràcies al cel que havia caigut en les seves mans i no en les d'algú com el metge d'abans, que el va atipar de radiografies, medicaments i anàlisis. El Dr. Vidal sí que era de fiar!

Què espera?
Que li aclareixin si està tan malalt com es pensa o no.

Què troba?
Un professional en el que creu, que li aclareix les seves idees.

- La credibilitat, ens l'hem de guanyar, i ha de ser una credibilitat sòlida, basada en la realitat de la nostra actuació com a professionals.

- La credibilitat és molt difícil de guanyar i molt fàcil de perdre.

- La credibilitat té també un efecte terapèutic, que hem de saber fer servir.
- No hem de confondre credibilitat amb seguretat o amb competència professional, encara que estan relacionades. La credibilitat és l'honestedat en el servei que es proveeix. Per exemple, si no sabem què té un pacient i li ho diem, guanyarem en credibilitat i en seguretat i, si el pacient ens coneix, la pèrdua en el seu judici sobre la nostra capacitat professional serà petita o nul·la, i sempre recuperable, mentre que la pèrdua de credibilitat ho és difícilment.
- No critiquem els altres companys; això minva la nostra credibilitat. Però si la crítica té raó, fem-la sentir on pertoqui, que no és precisament la consulta.

- Si adquirim un compromís amb un client, hem de complir-lo. Si el compromís no es compleix i és per responsabilitat nostra, hem d'assumir-ho i no fer «pilotes fora», fent responsables els altres. Recordem Churchill: «Es pot enganyar poca gent molt de temps, molta gent poc de temps, però no es pot enganyar molta gent molt de temps». I les coses, en el sistema públic de salut, acaben sabent-se sempre.
- «El setè: no mentiràs.»
- En cap cas no hem d'acceptar sota l'epígraf «credibilitat» la fe cega que algunes persones, sense cap fonament real, tenen en el seu metge. Aquest sentiment, acrític i de caire màgic, no és credibilitat, potser és «credulitat».

- Compte amb dir «això no és res» sense haver-se'n assegurat fent una avaluació adequada. Una sola errada pot enfonsar la nostra credibilitat.
- Mira quina seqüència més bonica!: baixa credibilitat → baix acompliment → reconsultes, segones opinions, anades a urgències...

- En principi, diguem la veritat, però sobretot no mentim mai. Podem dir mitges veritats, matisar-les, callar alguna cosa, però mai no hem de mentir. Això ni els clients, ni nosaltres quan ens ho fan, ho perdonem.
- Però... i si el client no vol saber? Tots hem tingut pacients terminals, o amb processos greus en general, que no volen saber què tenen i, sobretot, quin pronòstic tenen. D'acord. Però entre l'«això no és res, es posarà bé» i l'«està molt greu i no passarà de l'estiu», hi ha molts matisos, com «la situació està fumuda, però jo seré al seu costat per al que calgui». Els pacients no volen que els diguem mentides: senzillament no volen sentir la veritat. Canviem la informació sobre el pronòstic per informació sobre el suport. No defraudem la nostra credibilitat i el pacient se sentirà segur.
- De vegades, per la rutina, oblidem donar missatges d'advertiment als clients. Els efectes secundaris dels medicaments, quant de temps trigarà en millorar la clínica... són aspectes que els pacients han de conèixer. L'anticipació de l'evolució i dels riscos és important per a la credibilitat.

La seguretat

Seguretat
Inexistència de perills, riscos o dubtes.

La seguretat és un altre dels components de la professionalitat. És, potser, el primer sinònim que ens ve al cap quan pensem en la confiança.
La tranquil·litat de saber que la persona en mans de la qual posem els problemes de salut sap què està fent en cada moment, coneix la base clínica dels seus símptomes, dóna la confiança que quan estableix una pauta terapèutica sap del que parla, quan dóna un consell de salut ho fonamenta, etc., forma part d'aquesta seguretat.
Però també en forma part la sensació que, quan ha de derivar, ho fa explicant el com i el perquè, controla la derivació, coneix el sistema i el fa conèixer, i en tot moment sabem que té la certesa que està fent el més adequat.

El Jaume estava molt amoïnat. Cada dia es trobava pitjor. Havia anat al metge feia un mes i no havia servit per a res. Tenia una depressió, però conèixer la malaltia no li servia si no hi trobava el remei.

El metge havia estat molt correcte. Va estar parlant amb ell una bona estona i havia entès perfectament els seus problemes. El tractament potser era adequat, però a ell no li havia anat bé i l'havia deixat al cap de deu dies. Ara no gosava tornar al metge; potser li retreuria que hagués deixat les pastilles. Però alguna cosa havia de fer: no podia continuar així.

- Bon dia, doctor.
- Bon dia, Jaume. Com es troba? L'esperava abans. Vam quedar que vindria passats quinze o vint dies.
- Veurà, doctor, és que he tingut problemes amb les pastilles i les he deixat. Després no sabia com tornar.
- Vinga, Jaume!, que ens coneixem de fa temps. Què ha passat amb les pastilles?
- Va ser horrorós, doctor. No vaig notar cap millora; passaven els dies i res. A més a més, tot el dia amb la boca seca. Jo anava aguantant, però em vaig espantar molt quan vaig començar a veure-hi malament. Les vaig deixar. Ho sento.
- Més ho sento jo, Jaume. La culpa és meva. Vam estar parlant una bona estona, però al final estava amoïnat per la gent que esperava i no et vaig explicar com aniria el tractament. Tot i que t'hauria passat igual, hauries estat més tranquil sabent-ho. No ha passat res d'estrany. Aquests tractaments triguen setmanes en fer efecte. I poden donar molèsties, com la boca seca, visió borrosa i, fins i tot, problemes en orinar.
- No, d'això m'he lliurat...
- Ho sento, Jaume. Part de la meva feina és explicar-te què passarà amb el tractament i com pot anar la malaltia. Si haguessis sabut que això era normal, hauries estat més tranquil i, si no toleraves les pastilles, hauries tornat abans.
- Està bé, doctor. M'alegro que el que m'ha passat no sigui estrany. Però, si us plau, una altra vegada avisi'm. M'hauria estalviat molts maldecaps...

Què espera?
Que el metge li expliqui què li pot passar, per entendre el seu estat i sentir-se més segur.

Què troba?
Tres setmanes de patiment «extra».

- L'usuari vol sentir-se «en bones mans». Vol sentir que tracta amb professionals que saben el que fan i que el guien pel sistema amb coneixement i seguretat.
- Tot això no es contradiu amb el dret de l'usuari a decidir. Nosaltres coneixem les possibilitats i les opcions per a cada cas. Aquestes opcions hem de comunicar-les al pacient de forma clara, i ell té el dret a decidir l'opció. I, un cop decidida, hem d'acompanyar-lo en el trajecte, i fer- li tan segur i tan senzill com sigui possible.
- Recordem l'anticipació de riscos. Un pacient se sentirà més segur si, quan apareix un efecte secundari, ja sap que això podia passar i que és conseqüència del tractament.
- No fem córrer als pacients riscos innecessaris. Ens referim a la iatrogènia produïda per tractaments, derivacions o proves complementàries innecessàries i inadequades.
- Fixem-nos-hi: si donem seguretat, millorarem la credibilitat en les nostres opinions i actuacions.

- No traspassem als nostres pacients la nostra inseguretat. Encara que hi ha temes típics en aquest sentit, com pot ser la salut mental amb tota la càrrega d'angoixa que ens pot generar, ens pot passar en qualsevol altre tema, en funció de la nostra preparació.
- Per les raons que sigui, hi ha pacients que creuen que els fem servir de conillets d'índies, sense el seu consentiment. Això, que podem creure inversemblant, és cert. I ens ha de fer pensar que hi ha casos en què hem de treballar molt per donar-los aquesta seguretat, i que correm el perill de ni tan sols adonar-nos que els pacients tenen pors que no coneixem.
- I pensem en el malalt terminal. És el cas més dur que afrontem i té tot el dret a sentir-se segur en les nostres mans.

- Valorem la capacitat del pacient per tolerar la incertesa, i actuem en conseqüència. La nostra actuació en aquest aspecte està en funció de les seves i de les nostres inseguretats. Si nosaltres estem segurs, no hi haurà problema, però... i si no ho estem?
- Quan hem de dir «no ho sé»? Quasi sempre que no sabem una resposta. Guanyarem en tots els aspectes analitzats en aquest capítol. Guanyarem en la percepció del nostre pacient que coneixem els nostres límits, guanyarem en credibilitat, guanyarem en confiança.
- I quan no hem de dir «no ho sé»? Algunes vegades hem de matisar la nostra incertesa. Tots hem tractat pacients que necessiten una seguretat i una resposta concreta. En funció de la situació, podem assumir nosaltres la incertesa, sobretot si el problema és d'escassa «transcendència tècnica» (alerta: no podem donar més seguretat que la que tenim), o donar una resposta del tipus: «Això en concret no ho sé, però sé què cal fer en aquests casos...».
- La història natural de la malaltia, el seu pronòstic i els efectes desitjables i indesitjables del tractament han de ser coneguts pel client. Quan la malaltia i els efectes del tractament es comporten segons la informació que té el pacient, aquest se sent molt més segur.
- Les nostres inseguretats són un problema nostre, i les hem de tractar amb formació, interconsultes i grups Balint, per posar exemples. Però deixem tranquil el pacient, que prou problema té. Valorem la nostra incertesa i actuem en conseqüència.
- Recordem i expliquem als nostres clients la utilitat relativa de les proves complementàries: les radiografies ni curen ni fan diagnòstics segurs.

La confidencialitat

Confidencialitat
Discreció, capacitat per mantenir una informació en secret.

Per als metges, la confidencialitat és un deure ètic i un mandat legal. Malgrat això, que pot semblar impressionant i ser suficient per garantir-la, tenim seriosos problemes de confidencialitat, que s'agreugen amb el model sanitari.
Treballant en equip, la confidencialitat és cosa de l'equip. Una sol·licitud d'una prova d'embaràs o d'uns anticossos anti-VIH, per posar dos exemples, pot passar per cinc mans abans de sortir del centre (metge i infermer de l'UBA, administratiu de progra-

mació, administratiu d'extraccions i infermer d'extraccions). Hem de canviar la nostra organització? En aquest cas, és clar que no -no farem un circuit per a proves «delicades» i un altre per a proves «normals»-, però hem de ser molt exigents en aquest aspecte. Els sanitaris tenim una certa tradició de salvaguarda de la confidencialitat, però altres col·lectius poden no ser tan sensibles, o no ser tan conscients dels perills que comporta aquest problema.

Així doncs, tenim un doble problema: el risc més gran de pèrdua de confidencialitat que comporta el treball en equip i la incorporació als equips de col·lectius sense experiència prèvia en el tema.

D'altra banda, treballem en una comunitat tancada, tenim sessions clíniques d'intercanvi d'experiències i de presentació de casos, la comunicació informal funciona amb molta potència en grups que treballen junts moltes hores i, en resum, fins i tot en ABS urbanes, acabem tots coneixent tothom.

La Carme és una dona valenta i segura de si mateixa. Però li acaben de diagnosticar una diabetis i ha quedat enfonsada. En sortir de la consulta, mostra signes clars d'haver plorat i les persones de la sala d'espera callen mentre la Carme arriba a la porta.

La HCAP de la Carme segueix el mateix circuit que les altres i, després de ser recollida a la consulta, descansa al taulell d'admissions i després a la taula de l'arxiu, fins a ser arxivada.

La Dra. Rodríguez revisa la feina amb l'infermer i li comenta el cas; li explica com han reaccionat totes dues, malalta i metgessa, davant els resultats dels informes. Després va a fer el cafè amb els companys, i el cas surt a la conversa.

Aquella mateixa tarda, la Carme, després de fer-se un tip de plorar, surt a comprar quatre coses que necessita per sopar.

Quan es troba la veïna a la fleca, li estranya el seu tracte, com si no sabés com comportar-se amb ella, després de deu anys de veïnat. Quan està a punt de marxar, la veïna, agafant-li el braç, li diu amb to dramàtic:

- Déu meu, quina llàstima! Tan jove i diabètica! La meva mare va morir de diabetis.

La Carme es posa a plorar desconsoladament.

Què ha passat? Qualsevol cosa. Les carpetes amb els factors de risc eren a la vista, o potser un paperet perquè l'administratiu actualitzés el fitxer d'edat i sexe. Potser alguna de les 11 persones que coneixien el cas, en acabar el matí, ha contestat una pregunta del tipus:

- Què li passa a la Carme, que l'he vist sortir plorant?

Què espera?
Que la seva relació amb el món sanitari no surti al carrer. Segurament, aquesta possibilitat ni li ha passat pel cap.

Què troba?
Una agressió contra la seva intimitat.

I, per acabar, el «bon exemple» de confidencialitat: un segell de la campanya sanitària dels malalts de sida per estampar a la cartilla!

- El deure de confidencialitat és amb la persona, no amb la parella, la família o qualsevol altra institució o grup. Només la justícia, per raons de salut pública, té la capacitat d'alliberar-nos d'aquest deure.
- Recordem el nou codi deontològic: si el menor té ús de raó, tenim el deure de respectar la confidencialitat, fins i tot amb els seus pares, encara que no tingui la majoria d'edat legal.
- Continuem sense tenir resolt el problema de qui té una greu malaltia transmissible (la sida en podria ser un exemple) i no vol que s'informi ningú, tot i sabent els riscos d'infecció per als altres.
- El respecte a la confidencialitat no depèn de la rellevància social dels problemes de salut que tractem. Tenim el mateix deure davant una grip que davant una depressió, un embaràs o una torçada de turmell.

- Si una mare ve a la consulta i ens diu «ahir va venir la meva filla, què li passava?» i nosaltres li diem, estem violant la confiança de la filla en nosaltres. Eduquem pares, veïns, amics i familiars des del primer moment.
- Compte amb els senyals que posen en els sobres de les HCAP! La informació clínica no ha d'estar a la vista de tothom!

- Compte amb els treballs d'investigació, les auditories pels contractes o les direccions per objectius. Sempre hem de salvaguardar la confidencialitat.

- Mantinguem sempre la mateixa actitud de respecte a la confidencialitat. Si ens expliquem casos que són, o ens semblen, de poca transcendència, quan callem alguna cosa ja se sabrà que és transcendent.
- Com que fem servir la HCAP, acostumem-nos a pactar amb el pacient què hi escriurem.
- La millor manera que una situació no sigui coneguda és no explicar-la a ningú.
- Com van les HCAP, els informes i les proves pels taulells del nostre centre? Fem un projecte de millora de la confidencialitat de la documentació clínica!
- Quan expliquem les nostres anècdotes, o fem una sessió clínica, procurem que ningú no pugui identificar els protagonistes. A les ABS, aquesta identificació és molt fàcil.

Tics anticlient

– ***«Què saben els pacients de la meva competència professional? No tenen ni idea, i la que tenen està malmesa per les informacions sensacionalistes dels mitjans de comunicació.»***

Això és bastant cert. Els aspectes tècnics són els més difícils de valorar per als nostres clients. I en el nostre àmbit de treball encara més, ja que la relació longitudinal, la dificultat per avaluar l'estat de salut i, fonamentalment, la multiplicitat de factors que tenen influència en la salut de l'individu fan que no puguin mesurar resultats.

Però, encara que fos totalment cert, aquest fet no minva en absolut la nostra obligació de millorar la nostra capacitat tècnica. El fet que el pacient tingui dificultats per avaluar aquest aspecte no és cap excusa per a que no ens formem.

– ***«El que vol la gent és un bon diagnòstic i un bon tractament, no que se'ls facin cortesies.»***

Això no és veritat. Als clients els interessa molt un bon diagnòstic, però esperen una relació entre persones educades i que es respecten. Molts problemes dels pacients no tenen un diagnòstic «tècnic» concret i, en aquests casos, la relació

interpersonal és fonamental. Però fins i tot un «bon diagnòstic» i un «bon tractament» són apreciats de forma diferent, en funció de l'atenció personal rebuda. Siguem cortesos! Tenim l'obligació de ser-ho i, a més, ens dóna avantatges.

– ***«A mi no em paguen per ser educat!»***
Doncs sí, ens paguen també per ser educats. Recordem allò de producte tècnic i servei. Ens paguen per proveir d'una bona atenció tècnica, en el marc d'una relació humana adient.

– ***«Avui no estic fi, que no m'emprenyin!»***
A veure, si hem patit alguna contrarietat, si ens hem aixecat amb el peu esquerre, som prou madurs i educats com per no mossegar ningú. Un bon professional ha de saber controlar aquestes situacions.

– ***«Els pacients no estan preparats per entendre.»***
Això no és veritat. El que no entenen és el nostre llenguatge i és feina nostra adequar-lo a la seva comprensió. Dóna la mateixa informació la frase «el pronòstic a mig termini és...» que «...d'aquí a dos o tres anys el que passarà és...», però és probable que molts pacients no entenguin la primera frase.
I no fem servir les històries d'aquest país o de la seva educació sanitària. Fa anys que l'educació sanitària és, en bona part, responsabilitat nostra.

– ***«La veritat és la veritat, i jo dic sempre la veritat als meus clients: si un procés és incert, els ho faig saber.»***
Estem d'acord, però forma part de la nostra feina assumir una part d'incertesa i no traspassar-la al pacient (en cas contrari, hauríem de formar tots els clients en els coneixements probabilístics).

– ***«És clar que té la sida! Que no saps que és drogaaddicte?»***
Els grups més marginats socialment són els que corren més risc que ens oblidem dels seus drets.

Capítol 7

«Vull que em visiti el meu metge!» (La continuïtat i la longitudinalitat)

«En determinats camps, l'ús de mitjans tècnics no contribueix a fer un producte més bo en menys temps, sinó que repercuteix directament sobre els mateixos humans, uns éssers de carn i ossos que no canvien el «digui trenta-tres» per la fredor de la saviesa d'una màquina. Parlem de salut. I aquesta és l'opinió dels experts: la relació metge-malalt continua sent l'eina terapèutica més important. A les portes del 2000, aquesta constitueix fins al 50% del tractament.»

(Carol Biosca. «La màquina no ens farà dir mai trenta-tres».
Diari Avui, 30 de març de 1996.)

Longitudinalitat*

Acció feta o colocada en sentit longitudinal.

Continuïtat*

Que té duració o es fa sense interrupció. Perseverància. Es diu de les accions que tenen unió entre elles.

Longitudinalitat a l'atenció primària

Implica que un professional s'ofereix com a font d'atenció al llarg del temps, independentment de la presència o absència de problemes de salut o del tipus de problema. Això inclou el seguiment, tant d'un problema de salut concret (continuïtat) com del conjunt de problemes de salut que té o tindrà una persona (longitudinalitat personal) o una família (longitudinalitat familiar) al llarg del temps.

---

* *Moltes vegades, els termes longitudinalitat i continuïtat es fan servir com a sinònims.*

L'atenció basada en la persona, no en la malaltia, i la creació de vincles estables al llarg del temps entre el metge i els clients són dues de les virtuts més sòlides de l'atenció primària. Està àmpliament demostrat que la relació estable malalt-metge és una font de satisfacció i té efectes beneficiosos per a la salut de les persones. És per això que es parla tant de la «droga-doctor». La relació malalt-metge segueix sent l'eina terapèutica més important a l'atenció primària. A més a més, és una eina molt eficient, ja que disminueix la utilització de medicaments i d'exploracions complementàries, i la derivació a altres nivells; també augmenta l'actitud expectant («l'esperar a veure») davant d'un problema. La longitudinalitat de l'atenció («que el metge em conegui personalment») és un aspecte molt valorat pels clients a l'atenció primària.
Moltes vegades, la forma d'organitzar-nos els equips ja trenca la longitudinalitat. Així, hi ha equips en què les visites «espontànies», les que es demanen per al mateix dia, les fa un metge «de guàrdia», o les visites a domicili les fa un metge que no és el que el malalt té com a referent. No és gaire infreqüent sentir queixes de l'estil: «Cada dia em visita un de diferent». Això demostra la insatisfacció que aquesta forma d'actuació produeix en els clients. Potser caldria preguntar-nos si estem o no potenciant la continuïtat de l'atenció i la relació malalt-metge.
Hem de tenir en compte quines són les conseqüències de trencar la longitudinalitat de l'atenció. De fet, tots sabem que genera inseguretat (per als clients i per als professionals), la qual cosa fa augmentar el nombre de visites i revisites, d'exploracions complementàries... Recordem el que passa quan fem vacances: en tornar, hem de repetir moltes de les visites que ha fet el professional que ens ha substituït. La inseguretat dels clients fa que tornin per ensenyar-nos les radiografies o per saber què pensem del tractament que els han prescrit.
Estudis fets a l'atenció primària del Regne Unit (Baker R) demostren que la docència és una variable que afecta negativament la satisfacció dels clients. La interpretació que fan d'aquest fet és que la presència, a les consultes, de metges en període de formació incideix sobre la continuïtat de l'atenció.
Tanmateix, hi ha moments en les activitats d'un equip en què no tenim cap altra alternativa, i s'ha de trencar la continuïtat: malalties, canvis en la plantilla, vacances... Un cas especial és quan s'amplia la plantilla i un grup de persones ha de passar a ser atès per un nou metge. Tot i que és inevitable, s'ha de desenvolupar un procés molt acurat, i donar resposta a les persones que no accepten el canvi. Però, de fet, això passa tan poques vegades...

La història de la Teresa, una de tantes...

La Teresa pensa que no aguantarà més. No ha dormit en tota la nit. El cap li roda. No pot respirar. S'ofega. Li fa mal el cor. Creu que es tornarà boja, que no podrà controlar el que li passa pel cap. Esclatarà d'un moment a l'altre. Feia temps que ho sospitava, però ahir ho va trobar: un paperet ple d'una pols blanca a la butxaca de l'abric del seu fill. De cop, el món es va enfonsar. El seu cap no era capaç de pensar. No sabia què fer. Si en pogués parlar amb algú...!

No. El seu marit no li faria cas. El seu fill Joan era massa petit i no veia la seva amiga Marta d'ençà que s'havia tornat a casar. I si en parlés directament amb en Jordi?... No, ni pensar-hi. Ja feia temps que no podia parlar amb ell. Sempre acabava igual: crits i un cop de porta.

A la nit, el cap li rodava i s'hagué d'aixecar del llit per no morir d'ofec. Aleshores li va venir al cap la seva metgessa. És clar! A ella li explicaria! Hi tenia confiança. De fet, portava molt bé la seva diabetis i semblava que es preocupava de debò per ella.

Anava pensant en tot això mentre anava cap a l'ambulatori, a demanar hora de visita.

- Que és urgent?-li diu la noia del taulell-. Què li passa? Que té febre?
- Em trobo molt malament i necessito veure la doctora.
- La seva doctora té la llista plena. Li dono hora per al metge de guàrdia.
- Escolti, jo vull que em visiti la meva doctora. És ella qui em coneix.
- Si vol que la visiti la seva doctora, li dono hora per a demà passat. Però, si tan malament es troba, tant se val qui la visiti. El que cal és que li solucionin el problema, oi? Vingui a les deu i vint. La visitarà el metge de guàrdia.
- Com es diu?-gosa preguntar la Teresa.
- Quina importància té això? És el metge de guàrdia!

Què espera?
Que la persona del taulell entengui que està molt afectada i necessita veure la seva doctora.
Que no li faci cap pregunta davant de la gent. Alguns la coneixen. No sap si podrà aguantar sense posar-se a plorar davant de tothom.
Que li donin hora de visita per a la seva doctora aviat. No sap quant de temps podrà aguantar a la sala d'espera enmig de la gent que parla. S'ofegarà.

Trobar una sala d'espera tranquil·la, amb poc soroll i poca gent.
No haver d'esperar gaire.
Veure la doctora. Explicar-li el seu patiment. Trobar una metgessa de capçalera «de debò».
Que l'escolti i l'ajudi a fer front, amb calma, a la situació.
Poder seguir-ne parlant un altre dia.

Què troba?
La noia del taulell fa mala cara.
Davant de tothom, li pregunta què li passa.
No li dóna hora per a la seva metgessa.
Fa comentaris que sembla que posen en dubte la urgència de la situació.
Li dóna hora per a un metge que no sap ni com es diu. Segur que no el coneix.
Com que no pot explicar-li què li passa a qualsevol, se'n va sense visitar-se.

- Atendre les persones longitudinalment en el temps és una de les característiques bàsiques de l'atenció primària, i una de les que dóna més satisfacció al professional que ha triat de forma conscient l'especialitat.
- Els clients valoren (i tenen dret) tenir un metge de referència, que es faci responsable de la seva atenció al llarg del temps, per als problemes aguts, crònics i preventius.
- El vincle estable entre un client i el seu metge de referència és terapèutic, positiu i indicatiu de la salut de la persona.
- Trencar la longitudinalitat i la continuïtat augmenta la incertesa i, per tant, el nombre d'exploracions complementàries, tractaments, revisites i derivacions.
- Moltes vegades, la mateixa visita feta per un metge que no coneix el malalt consumeix més temps que si la fa el metge que el coneix.

- Hi ha problemes de les persones que són urgents, encara que no vagin acompanyats de febre o dolor. Alguns tenen un fort component emocional que no explicaran a qualsevol.
- Escoltar forma part de la nostra feina. Hem de tenir en compte que hi ha persones que no tenen ningú més que nosaltres per explicar els seus patiments.
- Trencar la longitudinalitat i la continuïtat de l'atenció fa que algunes persones utilitzin la picaresca per veure'ns o facin una utilització «incorrecta» dels serveis (venir quan saben que estem de guàrdia, p.e.).
- Compte amb els canvis «obligats» de metge per ampliació de plantilla! Si algú es queixa i vol tornar amb el seu metge, acceptem-ho. Segur que té les seves raons!

- Organitzem-nos en funció de les necessitats de les persones que hem d'atendre i facilitem que, sempre que sigui possible, cada metge visiti els pacients que l'han triat, quan ho demanin.
- Organitzem-nos per potenciar els aspectes positius de les persones (vincular-se als altres) i no els negatius (desafecció, disociació, desvinculació).
- Si no hi ha més remei que trencar la longitudinalitat (incorporació d'un altre metge a la plantilla), tinguem en compte les repercussions que això pot tenir en algunes persones. Siguem sensibles.
- Si no podem garantir la longitudinalitat, procurem garantir la continuïtat.
- Organitzem-nos de manera que els clients puguin ser atesos pel seu metge sempre que ho demanin. És més eficient.
- Informem els clients de les nostres absències (cursos, malalties, vacances...).
- Quan atenem persones de forma puntual (atenció continuada, p.e.), asse-gurem-ne la continuïtat anotant-ho a la història clínica, comentant-ho personalment amb el metge responsable del malalt. Diguem-li al malalt que ho farem. No prenem decisions transcendents, excepte quan no puguin esperar.

Tics anticlient

– ***«Si una persona està malalta, tant se val qui l'atengui. El que cal és resoldre el problema.»***

En alguns casos, potser sí. Però... què fem nosaltres quan necessitem un metge? Anem al primer que trobem o en triem un de confiança?

– ***«Si volem mantenir la qualitat de l'atenció, no podem visitar tothom que ho demani el mateix dia.»***
No visitar una persona que ho demana és una atenció de qualitat? Li hem donat una bona atenció a la Teresa? La qualitat no és només una qüestió tècnica. La relació malalt-metge és una de les principals eines terapèutiques a l'atenció primària.

– ***«Les urgències són sempre per motius orgànics (febre, dolor...) i això pot atendre-ho qualsevol metge.»***
Pensem una mica! I totes les persones amb trastorns afectius, d'ansietat... que no estan malaltes? On hem deixat l'enfocament global de l'atenció primària?

– ***«Es pensen que sóc el seu confessor! Com que la gent ja no va a l'església, ve aquí!»***
Potser hem equivocat la professió. El metge de capçalera està per atendre tot allò que fa patir les persones, per escoltar, acompanyar, contenir...

– ***«La gent demana visites urgents sense motiu.» No tenia motiu la Teresa?***
Segurament estem utilitzant la paraula urgències amb un significat hospitalari. Nosaltres no estem a l'hospital. Qualsevol dolor, angoixa o patiment agut ha de tenir accés al metge el mateix dia. Què faríem nosaltres en el lloc del malalt?

Racó de l'humor

Recomanacions per a les persones que volen veure el seu metge en un EAP amb metge «d'urgències»:

- Digui a la persona del taulell que és un familiar del doctor i ha de portar-li un encàrrec.
- Posi's en un lloc visible, davant de la consulta, amb cara d'estar molt malalt. Potser quan s'obri la porta el veurà i li preguntarà què li passa.
- Vigili l'hora d'entrada o sortida del seu metge. Pot colocar-se a la porta de la consulta o al costat del seu cotxe. En aquest cas, prepari's: pot rebre una resposta poc afortunada.
- Expliqui al metge d'urgències una història com més confusa, millor. Ell mateix avisarà el seu metge.
- Potser ha tingut sort i el seu metge està de guàrdia. En aquest cas, digui que ve d'urgències.

Epíleg

Aquest llibre que esteu acabant de llegir no ha estat fruit d'un accident, sinó de temps de reflexió i de reunions d'un grup, la Comissió de Millora de la Qualitat de la SCMFiC, que ja porta uns quants anys de vida i de discussions sobre el tema.

La necessitat de fer aquest llibre va sorgir un cop acabada la *Guia pràctica per a la implantació d'un pla de millora*, ja que es veia que l'orientació al client era encara una assignatura poc discutida en els àmbits de l'atenció primària. La forma de concretar-ho en les pàgines d'un llibre ha estat un procés laboriós, fins arribar al seu format final. Les dificultats han estat més en la forma de fer-lo que no en el seu contingut de fons.

Pensem que pot ser útil comentar algunes de les idees i fets que han condicionat tot el text.

El llibre sorgeix clarament de la perspectiva i l'experiència assistencial, i no d'una visió «de despatx». La visió de despatx no és dolenta, però, de vegades, queda allunyada de la realitat o així ho sembla. Els membres de la comissió vivim els problemes i les dificultats que surten descrites al llibre.

Una altra idea important que està en les bases del text és que la ciència no és només l'aplicació rígida d'un manual. Massa sovint, en la formació pregrau i postgrau, la tècnica impera sobre el concepte de servei i d'atenció individualitzada. No són idees contraposades, però sense la visió de servei és difícil proporcionar una bona atenció.

També tenim la percepció que el client, sovint, encara no és al centre dels nostres objectius i que, per tant, queda molt camí per recórrer. Les persones són la raó de ser de la nostra feina: sense elles davant no tenim res a fer.

També hi ha la necessitat que l'atenció primària es comprometi amb els clients com a única forma de garantir una millora contínua de la nostra feina. Des d'una perspectiva ètica, cal escoltar les persones que atenem per conèixer els nostres dèficits i corregir-los. Però si les raons ètiques no són suficients (haurien de ser-ho!), es pot afegir que el factor diferenciador de l'atenció primària és la seva proximitat al client d'una forma permanent. Aquest factor és la garantia del nostre futur i d'un millor servei a la població.

Les històries que apareixen en el llibre són reals, encara que han estat modificades. No són històries exagerades, ni de bon tros, i s'han triat per il·lustrar les idees que s'exposen al llibre. Es van introduir pensant que ajudarien a reflexionar sobre concep-

tes encara massa poc utilitzats en el nostre camp. Hi ha històries ben resoltes i altres mal resoltes. I tots en podríem explicar moltes més.

L'èmfasi en els diferents aspectes comentats en el llibre no pressuposa pas que a la pràctica quotidiana no existeixin actituds com les defensades. La prova d'això és que les històries ben resoltes també són extretes de la nostra experiència.

Cal, però, que anem insistint entre tots en aquests principis.

El resultat final d'un treball intens en el conjunt d'apartats o conceptes que hi ha al llibre portarà les persones a tenir-nos CONFIANÇA; aquesta és la clau que permetrà avançar i assumir nous reptes en l'atenció primària. La confiança és l'element clau que ho engloba tot; és una condició que permet un treball profitós entre nosaltres i els clients i entre els clients i nosaltres.

Algun dels lectors del llibre (prèviament al seu format final) ens ha comentat que caldria reflexionar sobre qui té cura de nosaltres, els que fem assistència, qui cuida el cuidador, podríem dir en una terminologia aplicada als cuidadors de malalts.

L'assignatura del servei al client intern està també poc difosa en la cultura de les nostres organitzacions.

Malgrat que pensem que les reflexions del llibre són útils per als nostres caps, caldria il·lustrar-les amb altres històries (les trobaríem). Però si el resultat no sembla suficient, potser aquest pot ser el proper objectiu del grup...

Bibliografia

Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1991.

Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction I. Br Med J 1991; 302: 887-889.

Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction II. Br Med J 1991; 302: 1129-1132.

Marquet R, Avellana E, Davins J. La calidad en atención primaria de salud: nuevas perspectivas. La planificación de la calidad. Formación Médica continuada 1994; 1: 7-18.

McIver S. An introduction to obtaining the views of users of health services. Dorset: King's Fund Centre, 1991.

McIver S. Obtaining the views of users of primary and community health care services. Dorset: King's Fund Centre, 1993.

Smith CH, Armstrong D. Comparisons of criteria derived by governments and patients for evaluation of general practitioners services. Br Med J 1989; 299: 494-496.

Thompson A, Suñol R. Las expectativas como determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teorías y pruebas. Revista de Calidad Asistencial 1996; 11: 74-86.

Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1993.

Si el títol del llibre no t'agrada, també teníem altres títols, pots utilitzar qualsevol dels següents

- La mirada del pacient.
- Nosaltres també volem.
- La mirada de l'altre.
- L'altra cara de la lluna.
- La visió de l'altre.
- Pacient-cia.
- L'in-pacient.
- Predicant en el desert.
- Per això no em paguen.
- Això no em toca.
- La pacient perspectiva.
- No és tan complicat com sembla.
- El pacient de capçalera.
- A l'altra banda... de la taula.
- Tot allò que volia saber del pacient i no s'havia atrevit a preguntar.

mfc
SOCIETAT CATALANA DE
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA