



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: [spitalcfiasi@yahoo.com](mailto:spitalcfiasi@yahoo.com)  
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: [www.spitaluniversitarcfiasi.ro](http://www.spitaluniversitarcfiasi.ro)

# COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC

## PO MED-26

### NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

### Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare, de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile mai sus menționate.



SPITALUL CLINIC CĂI  
FERATE IAȘI

## COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC

PO MED-26

Ed.:1

Rev.: 0

Pag.: 1/6

### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	-integral	-elaborare inițială	08.08.2022
2	2/0		-	

### Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii generale

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Stela Maria Leonte	Medic primar psihiatrie		20.07.2022
		Psih. Irina Mihaela Pintilie	Psiholog		20.07.2022
		Dr. Emilia Solomon	Director Medical		20.07.2022
2	Avizat juridic	Av. Petru Manița	Avocat		21.07.2022
3	Verificat	Dr. Stela Maria Leonte	RMC		21.07.2022
4	Avizat	Dr. Izabela Lăcrămioara Frunză	Membru comisie SCIM		22.07.2022
5	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		2.08.2022

Exemplar nr.: 1





SPITALUL CLINIC CĂI  
FERATE IAȘI

## COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC

PO MED-26

Ed.:1

Rev.: 0

Pag.: 2/6

### CUPRINS:

1. SCOP.....	2
2. DOMENIU DE APLICARE.....	2
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....	2
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ.....	2
5. DESCRIEREA PROCEDURII.....	2
6. RESPONSABILITĂȚI.....	5
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI.....	5
8. ANEXE.....	6
9. DIFUZARE.....	6
10. INDICATORI DE MONITORIZARE.....	6

### 1. SCOP

1.1 Stabilește modul de comunicare al diagnosticului de cancer pacientului.

### 2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Procedura se aplică în cadrul *Spitalului Clinic Căi Ferate Iași* de către medici.

### 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

#### 3.1. Definiții:

3.1.1 *Pacient/ subiect al îngrijirii* - persoană programată să primească, care primește sau care a primit servicii de îngrijire a sănătății.

#### 3.2. Abrevieri:

3.2.1. SCIM = Sistem de control intern managerial

3.2.2. Comisie = Comisia de monitorizare a dezvoltării sistemului de control intern managerial

### 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - „Sisteme de management al calității. Aplicarea EN ISO 9001:2015 în îngrijirea sănătății”;

4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.”;

4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”;

4.4. ORDIN Nr. 446/2017 din 18 aprilie 2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;

4.5. Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

4.6. Van Beek FE, Wijnhoven LMA, Holtmaat K, et al. Psychological problems among cancer patients in relation to healthcare and societal costs: A systematic review. *Psychooncology*. 2021 Nov;30(11):1801-1835. doi: 10.1002/pon.5753;

4.7. Timothy Gilligan, Nessa Coyle, Richard M. Frankel, et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 2017 35:31, 3618-3632.

### 5. DESCRIEREA PROCEDURII

#### 5.1 Comunicarea diagnosticului de cancer și impactul psihologic asupra pacientului

5.1.1 Cancerul constituie pentru pacient și anturajul său o încercare existențială bulversantă. Impactul acestui diagnostic asupra calității vieții pacientului este important. Sunt afectate componentele calității vieții: componenta fizică, psihică și de relaționare cu anturajul.

5.1.2 Numeroase studii au punctat povara bolii precum și impactul socio-economic al diagnosticului de cancer asupra populației.

5.1.3 În opinia colectivă, cancerul rămâne o afecțiune lungă, dureroasă și incurabilă.

5.1.4 Ecuația cancer = moarte persistă în opinia generală.



- 5.1.5 Anunțul diagnosticului unei boli cu prognostic defavorabil are un impact psihologic devastator, fiind un stres traumatic independent de suferința fizică. Suferința psihică se traduce prin tulburări de dispoziție și de comportament, tristețe profundă inhibând și suprimând toate formele de interes și poate atinge registrul somatic.
- 5.1.6 Pacientul trece, cel puțin momentan, de la un sens al vieții la dorința de a supraviețui. Această răsturnare coincide adesea cu anunțul bolii, care poate avea loc în cadrul unei consultații solicitate de către pacient ca urmare a unei suferințe prealabile sau fortuit în cadrul unui examen de rutină. Sistemul de valori al pacientului capătă alte valențe odată cu conștientizarea diagnosticului.
- 5.1.7 Anunțul bolii blochează funcționarea cotidiană, perspectiva morții fiind conștientizată de către pacient. Din acest moment, se instaurează principiul binar al suferinței- pacientul suferă sau nu suferă.
- 5.1.8 Anunțul bolii poate trezi răni și/sau situații de suferință mai vechi conducând deci la un dublu stres traumatic provenit din prezent și din trecut.
- 5.1.9 Este inevitabilă luarea în considerare a istoriei personale a subiectului pentru a înțelege perturbarea psihologică. Experiențele emoționale trecute vor influența, în consecință, comportamentul bolnavului relativ la boală și vor da naștere unei reprezentări simbolice care poate lua locul realității. Va rezulta o confuzie între realitate și «realitatea psihică» a pacientului. Aceasta se traduce într-un decalaj între cuvintele concrete ale medicului și ceea ce poate aștepta sau vrea să înțeleagă bolnavul.
- 5.1.10 Luarea la cunoștință a bolii devine deci sursă de suferință.
- 5.1.11 Această suferință poate ajunge la intensitatea unei psihotraume: “Faptul că însăși comunicarea diagnosticului unei boli care duce la stadii finale cu amenințare vitală poate declanșa reacții psihotraumatice devine evident la pacienții care prezintă peste mai mult timp simptome ale sindromului de suprasarcină psihotraumatică chiar și când diagnosticul se dovedește apoi eronat.”
- 5.1.12 Reacțiile induse de anunțul diagnosticului sunt dependente de relațiile de transfer și contratransfer între bolnav și medic. În consecință, reacțiile psihologice, oricât de impresionante vor fi la început, vor evolua grație a unei bune relații medic-pacient.

## **5.2 Cadrul comunicării diagnosticului de cancer**

- 5.2.1 Cadrul anunțului diagnosticului de cancer este reprezentat de scopul, normele etice, condițiile tehnice minime necesare și recomandările practice.
- 5.2.2 Evoluția socioculturală, restituie relației medic-bolnav toată importanța. În numele valorilor de autonomie, bolnavul revendică o poziție de partener informat, activ, în procesul luării deciziilor. Deci, pacientul așteaptă ca subiectivitatea sa, singularitatea sa, să fie recunoscute și acceptate.
- 5.2.3 Dimensiunile comunicării, informării și a unei veritabile educații a pacienților, devin un moment esențial al actului medical.

## **5.3. Scopul informării-educării pacientului**

- 5.3.1 Stabilirea unei relații de încredere.
- 5.3.2 Creșterea sentimentului pacientului de posibil control al situației.
- 5.3.3 Permitearea participării pacientului la luarea deciziilor și exprimarea preferințelor.
- 5.3.4 Înainte de toate, încurajarea bolnavului de se lăsa îngrijit, de a face un parteneriat activ în tratamentul său dacă (și mai ales pentru că) acest tratament va fi dificil de suportat fizic, psihologic și social.
- 5.3.5 Necesitatea de a comunica direct pacientului un diagnostic grav pentru că adesea acesta trebuie să se implice în întreaga strategie terapeutică care este o adevărată luptă pentru supraviețuire dusă contra-cronometru. Fără această comunicare a diagnosticului, principiul intervenției precoce și radicale nu este operant.



SPITALUL CLINIC CĂI  
FERATE IAȘI

## COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC

PO MED-26

Ed.:1

Rev.: 0

Pag.: 4/6

5.3.6 Progresiv, pacientul va elabora o reprezentare realistă a situație lui. Va lua în calcul limitele cunoașterii, a tehnicilor medicale și imperfecțiunile medicilor și a îngrijitorilor în raport cu schema ideală pe care ei doresc s-o prezinte.

5.3.7 De asemenea, el va experimenta propriile capacități de gestionare a emoțiilor, acelea ale familiei și a prietenilor și își va asuma responsabilitatea anumitor alegeri.

5.3.8 Educația terapeutică presupune o comunicare de calitate. A comunica bine nu se rezumă la a informa bine, a rămâne concis, comprehensibil și a verifica dacă mesajul a fost primit. Aceasta implică:

- a suporta ca bolnavul să-și exprime până la capăt credințele, neliniștile sau dubiile (de exemplu asupra justificării tratamentului);

- a accepta să răspunzi la întrebările incomode (de exemplu asupra riscului recăderilor);

- a încuraja revenirea, mai târziu, asupra unei explicații deja date;

- a incita explicit bolnavul să pună întrebări despre ceea ce nu a fost abordat.

5.3.9 Pentru medic și toată echipa de îngrijire, fiecare pacient este diferit și fiecare membru al echipei de îngrijire reacționează diferit în fața fiecărui bolnav.

### 5.4. Condiții tehnice ale anunțului

5.4.1 Putem rezuma astfel:

- instalarea într-un loc liniștit, unde intimitatea este posibilă (fără telefoane care sună), acordând timp necesar pentru a asculta bolnavul și a înțelege reacțiile lui.

- explorarea a ceea ce pacientul a înțeles din boala lui și ce știe deja (asta nu este neapărat ceea ce a spus medicul înainte – bolnavul travestește frecvent, mai mult sau mai puțin conștient, dialogurile cu alți membri ai echipei de îngrijire pentru o mai bună înțelegere a bolii sale)

- acordarea timpului necesar pentru a înțelege motivațiile cererii pacientului (ce vrea să știe?, pentru a face ce?) și cărui apropiat dorește eventual să spună informația: adesea apropiatul este venit cu el, ceea ce poate deranja dialogul personal. Asta pune de asemenea problema adevărului de spus bolnavului care nu vrea să știe nimic.

- întotdeauna legați informația de un angajament ferm de luare în îngrijire (tratament adecvat, luare în considerare a lui ca persoană, a nevoilor sale psihologice, de susținere a anturajului său, a durerii sale, a disperării sale)

- verificați cu tact reacția emoțională a pacientului și legitimați întotdeauna modul său de reacție care trebuie recunoscut și acceptat. Fie că reacția este minimă aparent bine controlată, fie expansivă sau dramatizată, există întotdeauna profund un fel de siderare imediată care nu-i permite bolnavului să înțeleagă pentru a putea face față (noțiunea engleză de "coping") ca subiect în condiții normale.

5.4.2 Consultația permite foarte adesea explicitarea anumitor mize legate de boală, de tratament, ajută pacientul să-și "ierarhizeze temerile", să-și exprime nevoile particulare. Este esențial să-i "legitimezi" reacțiile emoționale, afective și să le confirmi, în relație cu capacitatea sa de "a face față" atunci când pacienții au dimpotrivă, frecvent sentimentul de descalificare.

5.4.3 Putem descrie schematic patru mari tipuri de reacție emoțională:

\* reacție minimă, bine controlată, bolnavul pune puține întrebări;

\* reacție emoțională de asemenea stăpânită dar bolnavul își exprimă neliniștea, își exprimă preocuparea pentru consecințe. Cere sfaturi;

\* reacție emoțională expansivă, își exprimă vina sau își face reproșuri, posibil furia;

\* reacție emoțională dramatizată, fie într-un mod expansiv zgomotos, fie siderație. O reacție emoțională intensă nu este semnul unei proaste adaptări psihologice ulterioare.

- pregătirea sfârșitului întâlnirii, printr-o conduită directivă privind cele ce urmează ('sunt aproape de dvs. și vă voi susține când va fi nevoie'). Trebuie stabilită o nouă consultație (formulată explicit) și întâlnirea cu o altă persoană din echipa de îngrijire (asistenta), fixați calendarul examinărilor sau îngrijirii pentru următoarele zile.

5.4.4 Dacă aceste condiții minime de disponibilitate și de calm nu sunt îndeplinite, este mai bine să se aleagă alt moment pentru revelarea unei informații dureroase. Întrebarea nu



SPITALUL CLINIC CĂI  
FERATE IAȘI

## COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC

PO MED-26

Ed.:1

Rev.: 0

Pag.: 5/6

mai este 'a spune sau a nu spune?' ci 'cum să spui?' sau 'învățăm cum să spunem'. Codul de deontologie precizează că medicul trebuie să dea pacientului o informație loială, clară și adecvată (personalității bolnavului și mizelor situației).

- 5.4.5 Câteva elemente rămân de discutat: prezența sau nu a unui apropiat, a unui alt înrijitor, utilizarea de eufemisme (putem reutiliza cuvintele pacientului), este cel mai adesea recomandat să se evite formularea unui prognostic în termeni definitiv: durată, procent de supraviețuire...

### 5.5. Recomandări

- 5.5.1 Informația trebuie să fie clară și dătătoare de speranță. 'Da, boala dvs. este serioasă, dar nu suntem dezarmați'. În plus, cancerul are adesea o evoluție puțin previzibilă, ceea ce cere o anumită prudență din partea medicului.
- 5.5.2 Dimpotrivă, un limbaj trist și făcându-l pe pacient să se teamă că medicul îl va abandona demobilizează și scade dorința de a se lupta. Putem spune 'Nu știu', 'Aștept rezultatul bilanțului complet' înainte de a spune 'Vom face împreună maximum'.
- 5.5.3 Este deci esențial ca anunțul diagnosticului să fie înscris într-o perspectivă terapeutică integrând limitele ei și durata: remisia și nu "vindecarea" este obiectivul apropiat.
- 5.5.4 Experiența, învățarea de la confrății mai experimentați dar mai ales reflecția personală asupra propriei morți poate permite medicului să aibă o atitudine în același timp mai apropiată și mai detașată vizavi de acest anunț.
- 5.5.5 Adevărul pentru bolnav nu este adevărul întreg. 'Așa cum medicul nu trebuie să utilizeze toate medicamentele pe care le are în trusă, tot așa el nu trebuie să spună pacientului toate lucrurile pe care le știe'.
- 5.5.6 Afirmația 'Doctore, vreau să știu tot' nu trebuie să fie luată în primul sens: ce înseamnă cu adevărat 'să știu tot'? Tehnica reformulării întrebărilor 'Ce ați vrea să știți de fapt?', 'Ce înțelegeți prin a fi condamnat?', 'Ce înțelegeți prin grav?' permite medicului o mai bună cunoaștere a psihologiei și a cererii exprese a pacientului.
- 5.5.7 Există foarte frecvent o ambivalență a bolnavului vizavi de 'adevăr' și de aceea este necesară formularea cu precizie a informației pe care pacientul dorește s-o primească în mod real.
- 5.5.8 În fapt, bolnavul nu poate înțelege ce recepționează și toate consecințele bolii sale dintr-o dată.
- 5.5.9 În fiecare etapă a bolii, putem observa reacții aparente de fugă, de negare sau de evitare care nu sunt sinonime cu demisia, dar sunt reflexii ale resentimentelor pacientului și ale modului său propriu de a reacționa. Trebuie deci să le acceptăm și să le respectăm.
- 5.5.10 Anunțul unei recăderi este, în această privință, adesea foarte dificil pentru pacient și pentru medic, datorită puternicii suspiciuni de incompetență pe care o poate sugera atitudinea silențioasă a bolnavului.
- 5.5.11 Și în această situație, această primă reacție de perplexitate trebuie așteptată și respectată de medic (dar asta duce într-o oarecare măsură la epuizare).

### 6. RESPONSABILITĂȚI

#### 6.1 Medicii din secțiile clinice/compartimente și Ambulatoriul integrat

Responsabili pentru aplicarea procedurii

### 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

Nu este cazul

### 8. ANEXE

Nu este cazul



SPITALUL CLINIC CĂI  
FERATE IAȘI

## COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN SITUAȚIILE DE DIAGNOSTIC ONCOLOGIC

PO MED-26

Ed.:1

Rev.: 0

Pag.: 6/6

### 9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

INDICATOR	TINTA	METODA DE CALCUL	PERIOADA DE MONITORIZARE	RESPONSABIL
Ponderea actualității documentelor de referință care stau la baza elaborării procedurii.	100%	Nr. documente de referință în actualitate / Nr. total documente de referință.	Semestrial	Director medical
Ponderea reclamațiilor privind comunicarea cu pacienții în situații de diagnostic oncologic.	0	Nr. reclamații privind comunicarea cu pacienții în situații de diagnostic oncologic / nr. total de reclamații	Semestrial	Director medical