

VII Jornades Jordi Cebrià d'Entrevista Clínica i Comunicació Assistencial

Tarragona 16 de Juny de 2017.

Organitza el Grup Comunicació i Salut de CAMFIC

Presa de decisions conjunta a la consulta: habilitats per a pacients i professionals

Josep Bosch Fontcuberta i Sara Davies Daunas. Grup Comunicació i Salut de CAMFIC

Introducció

Sembla que cada vegada hi ha més evidència que molts pacients desitgen prendre un paper més actiu en els seus processos assistencials. Això basat en l'observació de desitjar major informació dels professionals o a través d'altres recursos com pamflets o d'internet.

No obstant, la informació per si sola no és suficient per prendre decisions davant de problemes de salut que tenen diverses opcions de tractament, quan la resposta als mateixos no té prou evidència sobre la seva eficàcia, o sobre la base del pronòstic de la malaltia. La informació asèptica tampoc és suficient per prendre decisions de qualitat, quan el pacient no ha pogut contrastar els pros o contres d'un tractament específic, o quan no ha pogut avaluar-lo en referència a les seves preferències, o quan aquestes no s'adeqüen als seus valors o prioritats.

En aquest context molts professionals es troben desproveïts de recursos per afrontar entrevistes on la informació (derivada dels seus coneixements com a expert en el tema) es troba o xoca amb la del pacient i els seus familiars. Aquesta trobada de sabers requereix d'un procés deliberatiu que permeti conduir a una presa de decisions compartida, on el pacient i el professional tinguin la clara percepció d'haver dut a terme la millor de les possibles opcions de tractament en aquell cas en concret i en aquell moment oportú.

El procés denominat Presa de decisions compartides (PDC) (*shared decision making*), ha tingut un franc desenvolupament conceptual en els últims 30 anys. Un model que deriva de l'atenció centrada en el pacient (ACP) que ha demostrat un increment en la satisfacció dels pacients i dels professionals, afavoreix l'adherència al tractament i disminueix el nivell de conflictivitat metge / pacient.

De totes maneres, es segueix observant una escassa implementació tant del model de l'ACP com de la PDC en les consultes, fins i tot en països com el Regne Unit on la PDC té una major tradició. Les causes poden ser múltiples (poc temps de consulta, cert escepticisme per part dels professionals, diferents perfils de pacients, així com una escassa implicació dels sistemes sanitaris en la seva implementació (manca de recursos, incentius, prioritats, escassa avaluació del seu cost / efectivitat).

Ens hem decidit a portar a terme aquest taller ja que estem convençuts que una aproximació a la PDC en les nostres consultes (quan el cas sigui pertinent), pot millorar la seva eficiència, la satisfacció i els resultats de les mateixes. Així mateix, ens permetrà desenvolupar aquesta curiositat necessària en l'atenció, a manejar-se millor amb la incertesa pròpia de la medicina, i afavorir d'immediat el principi d'autonomia del pacient.

Definició

La presa de decisions compartida es pot definir com "la conversa que es dona entre un pacient i el seu professional de la salut per arribar a una opció d'atenció sanitària de forma conjunta".

És el procés pel qual els professionals de la salut i els pacients treballen junts per triar quines proves, tractaments o canvis de vida es decideixen. Es tracta de compartir informació, incloses les incerteses sobre les opcions i els coneixements, opinions i experiències dels pacients per prendre decisions.

En general, els pacients aporten les seves preferències, objectius i valors i el professional clínic aporta informació sobre les opcions de tractament. El pacient també pot haver investigat i llegit sobre les opcions de tractament i aporta aquest coneixement a la conversa. El pacient i la seva família també expressaran les seves experiències passades sobre l'assistència sanitària i els tractaments rebuts.

Això és particularment rellevant en els problemes de salut crònics, on el pacient pot tenir molts anys d'experiència amb els seus símptomes i de les respostes als diferents tractaments. Aquest enfocament de "una trobada entre experts" en contrast amb altres models de consulta, per exemple, quan el metge pren una decisió sobre el tractament del pacient o el pacient pren aïlladament la seva pròpia decisió. Parlem per tant d'un model compartit que reflecteix un canvi important en les idees sobre com els pacients han de participar en l'assistència sanitària.

Les decisions compartides poden ser més difícils d'aconseguir quan el pacient s'enfronta a un diagnòstic greu o potencialment mortal. Però fins i tot en aquestes circumstàncies, les "millors decisions" seran les que estiguin el més a prop possible dels valors, les metes i les preferències del pacient.

L'elecció d'un tractament adequat amb la participació del pacient pot ser un procés complex, que generalment implica una sèrie de passos:

- Reconèixer i aclarir el problema.
- Identificar les possibles solucions.
- Discutir les opcions i les incerteses.
- Proporcionar la informació sobre els possibles beneficis, riscos i incerteses de cada opció.
- Comprovar la comprensió i les reaccions del pacient.
- Acordar un curs d'acció.
- Implementar el tractament triat.
- Organitzar el seguiment posterior.
- Avaluar el resultat.

La TPDC compta amb dues fonts d'experiència, d'una banda el professional de la salut és un expert en l'eficàcia, els beneficis probables i els potencials efectes adversos o danys de les diferents opcions de tractament. D'altra banda, el pacient és un expert de si mateix, de les seves circumstàncies, de la seva actitud davant la malaltia i el risc assumible, dels seus valors i de les seves preferències. Les dues parts han d'estar disposades a compartir informació i acceptar la responsabilitat de la decisió conjunta. El clínic ha de proporcionar als pacients informació sobre el diagnòstic i les opcions de tractament i el pacient ha d'informar el clínic sobre les seves preferències.

La idea de la PDC, tot i tenir un ampli suport de pacients, professionals i polítics (gestors sanitaris), encara està poc implantada a la pràctica clínica. Al Regne Unit els metges han trigat a respondre a l'evidència que la majoria dels pacients desitgen participar en les decisions sobre la seva cura.

Raons per a la Presa de decisions compartida

Quan a algú se li diu que té una malaltia, en general vol escoltar que hi ha un tractament, que no té efectes secundaris negatius i que els metges en general pensen que aquesta és la millor elecció. No obstant, a la pràctica diària, aquest sovint no és el cas.

El metge pot trobar-se en la situació d'explicar, sense treure les esperances del pacient per a la recuperació, que no hi ha certesa que el tractament funcioni com es pretén. Això és especialment important quan hi ha més d'una opció de tractament o quan els resultats del tractament són incerts. Poden haver-hi diferents avantatges o possibles problemes amb les opcions disponibles, per exemple, diferents efectes secundaris o riscos de complicacions.

És important recordar que fins i tot quan només hi hagi una opció de tractament a oferir, hem de tenir en compte que l'elecció de no fer cap tractament sempre és una decisió que el pacient pot prendre.

El metge pot no donar suport a una preferència del pacient si considera que no serà un tractament segur o raonable. O podria ser degut a que el pacient s'ha informat pel seu compte i se sent que no necessita un altre consell del seu metge. A la pràctica aquests extrems són poc probables i la majoria de les decisions es podrien compartir fins a un grau.

Per prendre part en una decisió, les persones necessiten ser conscients que hi ha opcions. Les opcions no es poden valorar sense informació. La informació que els pacients poden usar per ajudar-los a prendre decisions inclouen: evidències clíniques sobre els resultats dels diferents tractaments: (poden contemplar la supervivència, la qualitat de vida, el control dels símptomes o altres aspectes); les conseqüències de no realitzar cap tractament; la freqüència dels efectes indesitjable dels diferents tractaments; què hagués fet el seu propi metge en circumstàncies similars; i el que ha suposat per a altres persones que han seguit les diverses modalitats de tractament (les seves experiències).

Durant els últims anys s'han desenvolupat molts recursos i ajudes per a la PDC basades en aquest tipus d'informació. S'ha demostrat que aquests ajuts a la decisió poden millorar el coneixement de les persones sobre les opcions, riscos i beneficis, així com augmentar la participació en la presa de decisions.

Per què moltes persones volen participar en la presa de decisions compartides?

Hi ha diverses raons per les quals les persones poden desitjar compartir la presa de decisions amb els professionals de la salut sobre el seu tractament i l'estil de vida.

La tranquil·litat de sentir-se ben informat: els professionals de la salut són vistos sovint com una font fiable d'assessorament quan s'han de prendre decisions. Quan les persones comparteixen la decisió amb un professional poden sentir-se més a gust amb

les seves decisions i tenir la confiança que, junts, han pres les decisions "correctes". Els professionals de la salut moltes vegades estan disposats a informar les persones (sanes i malaltes) sobre el que farien davant de dilemes similars. Saber allò que el professional de la salut escolliria i el per què, pot ajudar a les persones a sentir-se més tranquil amb les decisions que prenen.

La consideració i adaptació a les preferències individuals: la gent té experiències, creences i prioritats úniques. Hi ha molts aspectes de la vida de les persones que els professionals de la salut no coneixen, com, per exemple, els seus punts de vista morals o les creences religioses, que poden influir en les decisions que prenen. Compartir les decisions permet als professionals de la salut tenir-les en compte i adaptar les opcions de tractament a cada individu.

Participació i control: estar involucrat en la presa de decisions amb els professionals de la salut és important per a algunes persones perquè tenen la sensació que el seu problema de salut està més sota control. Estar involucrat en les decisions pot fer sentir la persona més empoderada.

Quan utilitzar la Presa de decisions compartida?

La Fundació de les Decisions Mèdiques Informades (IMDF) estudia i advoca per la presa de decisions compartida quan el problema de salut mostri més d'una opció de tractament apropiada, així com la necessitat de ponderar els seus inconvenients, i on els valors del pacient i les seves preferències siguin fonamentals en l'elecció final de la intervenció.

Moltes vegades ens trobem amb situacions en què hi hauria motius per a realitzar una prova o no fer-la, així com dur a terme o no un tractament determinat. Sovint la seva pertinència és una cosa que no podem avaluar amb precisió fins que no sapiguem el que és veritablement important per al pacient.

Tot això comporta un reconeixement per part dels professionals que hem de ser molt honestos amb nosaltres mateixos i amb els nostres pacients, sobre quant podem ajudar-los i tractar de no posar-los en risc.

Decisions comuns en l'Atenció Primària apropiades per a la presa de decisions compartida

No totes les cures de salut que es duen a terme en Atenció Primària requereixen decisions compartides, però moltes sí. La següent llista mostra situacions a l'Atenció primària que es podrien beneficiar d'una presa de decisions compartida on diversos experts hi estan d'acord.

- Tractament farmacològic per a la Hipertensió.
- Tractament farmacològic per a la Diabetis.
- Tractament farmacològic per al Colesterol elevat.
- Tractament farmacològic per la Depressió.
- Screening pel Càncer de mama.
- Screening per al Càncer de pròstata.
- Screening per al Càncer de còlon.
- Si convé derivar al cirurgià per al tractament amb pròtesi de genoll, de maluc, cirurgia d'esquena, o intervenció de cataractes.
- Discussions al final de la vida i últimes voluntats.

Obstacles a superar

La presa de decisions compartida és més fàcil d'aprovar que d'implementar. No tots els professionals pensen que cal informar completament als pacients o donar-los veu en les decisions mèdiques. Les objeccions més comuns dels metges són: la manca de temps, la preocupació que als seus pacients no els agradi, la insatisfacció amb les ajudes (eines) per a la decisió, així com la creença que ja estan duent-la a terme.

Però de vegades els pacients són l'obstacle ja que poden ser reticents a participar en la presa de decisions amb els seus metges o poden preferir que els seus metges prenguin la iniciativa. Tot això fins i tot en pacients amb un nivell educatiu i socioeconòmic elevat, on se senten en certa manera "obligats" a ajustar-se als papers tradicionals metge-pacient i aferrar-se a les decisions d'aquests.

Altres obstacles inclouen la tendència dels metges a ser autoritaris i intimidants i la por dels pacients a ser percebuts com "difícils", possiblement en detriment de la relació amb el metge i la qualitat de l'atenció que reben.

La reticència dels pacients podria superar-se amb bones ajudes per a la presa de decisions, paciència i permeabilitat dels metges, així com per un adequat entrenament en les habilitats comunicatives per a la PDC en les consultes.

Trobar el temps necessari per a la PDC

Una de les majors preocupacions dels metges d'atenció primària sobre la presa de decisions compartides és que les discussions amb els pacients requereixen un temps que simplement no tenen. Els ajuts a la decisió poden alleujar aquesta crisi cronològica.

Les decisions compartides sobre el tractament generalment no es fan en una visita inicial o davant el diagnòstic, però sí després d'una sèrie de cites o del curs inicial del tractament. Donar temps als pacients per estudiar les ajudes (eines de reflexió) molt abans de prendre una decisió, estalvia finalment temps de consulta. Alguns centres utilitzen assistents per dirigir discussions i explicar les ajudes. Els registres de salut electrònics que incorporen la presa de decisions compartida també poden estalviar temps.

Tot i que el procés pren temps extra, alguns clínics diuen que no els importa massa i sentencien: "no ens sembla una addició incòmoda a la visita perquè realment guia la consulta".

Certament, però la realitat de sistemes sanitaris orientats en la direcció per objectius de l'empresa (de screening, de protocols d'actuació davant pacients amb multi morbiditat, elecció de tractaments ...) és poc permeable a la presa de decisions compartida amb l'experiència i les preferències dels pacients.

Per tant el procés de la PDC **suposa trobar una mentalitat diferent**. Més enllà de la programació o de les ajudes a les decisions, la col·laboració reeixida requereix que els metges considerin als seus pacients com una cosa més que persones que han de ser tractades, sinó individus que tenen una opinió de com voldrien ser tractats.

Un professional ens recorda converses recents amb dues dones de 42 anys sobre la realització de la mamografia, procediment recomanat de forma rutinària a pacients amb risc mitjà de càncer de mama. Descriu com el procés de la presa de decisions compartida i el debat sobre els beneficis i riscos de realitzar una mamografia han canviat la conversa. Es va demanar a les dues dones que imaginessin no fer una mamografia i descobrir tres anys més tard que tenien càncer de mama. Després d'això un es pregunta: lamentaran no haver-se fet la mamografia o estaran agraïdes que no van haver de viure amb el diagnòstic durant els últims tres anys?. Es van obtenir respostes molt diferents. Una va comentar que no podria viure amb la idea que podria haver fet alguna cosa que permetés dur a terme un tractament més fàcil. L'altra va comentar que sabent que probablement no haurien pogut fer molt més per tractar-la abans, no hagués desitjat saber-ho amb anterioritat.

El professional comenta que si haguéssim fet una mamografia per a la dona que no volia saber i aparegués un fals positiu, això hauria suposat la recomanació equivocada per a ella. Per l'altra dona que estava preocupada per perdre l'oportunitat de diagnosticar alguna cosa d'hora, hauria estat un error no realitzar la mamografia. La decisió pot ser molt diferent encara que en aparença hi hagués tantes similituds, i per tant, no hi hauria hagut manera de saber-ho sense preguntar-los prèviament.

Què passa quan el pacient fa una elecció amb la qual el metge no hi està d'acord?: Alguns autors consideren que és erroni pensar en termes de decisions correctes i equivocades. Un pacient degudament informat i compromès que prengui una decisió amb la qual un metge no està d'acord, no ho fa equivocat. Cal tenir en compte que només el pacient realment coneix els seus propis valors i temors, així com la seva tolerància al risc.

Comprendre els beneficis

Els defensors del model de PDC diuen que això condueix a decisions més considerades, a pacients més satisfets i més compromesos i amb menors costos generals. Tals arguments semblen ser recolzats per estudis, encara que la gran quantitat de variables involucrades fan que sigui un tema difícil d'avaluar.

És sabut que els pacients estan més disposats a adherir-se a un pla de tractament si han participat en la configuració d'aquest. Això podria ser perquè també són més propensos a ajudar a dissenyar un pla que encaixa en les seves vides.

Altres autors observen, en el context de malalties greus o terminals, que aquells pacients que prenen un paper més passiu del que desitgen estan menys satisfets de la consulta i presenten un major grau d'ansietat que aquells en què coincideixen amb el paper que volen adoptar. Per això és convenient preguntar al pacient i als seus familiars el grau d'implicació que desitgen tenir en la presa de decisions sobre la seva malaltia. Aquesta valoració s'ha de realitzar en diferents fases de la malaltia ja que pot variar amb el temps.

Diferents models de relacions del pacient / professionals sanitaris

Encara que hi ha un desequilibri inicial en el coneixement tècnic en la relació entre el metge (intèrpret de la informació) i malalt (persona que cerca seguretat), es poden dibuixar uns pocs models que inclouen la major part d'interaccions que constitueixen aquesta relació:

Model paternalista (metge com guardià i pacient consentidor). El metge amb els seus coneixements i habilitats, determina el diagnòstic i grau d'afecció, presenta al pacient la informació seleccionada i la millor opció, encoratjant el pacient a consentir. És només el metge qui discerneix el que és millor, sense participació del pacient.

Model informatiu (metge com a tècnic i pacient com a consumidor). El metge ofereix al pacient tota la informació rellevant i és el malalt qui tria el que desitja. El metge és només un proveïdor d'experiència tècnica i és el malalt qui exerceix el control complet de la decisió.

Model interpretatiu (metge com a conseller i pacient involucrat). A la part informativa, el metge afegeix assistència a l'elucidació i articulació dels valors del malalt davant les opcions existents, les preferències del pacient i els suggeriments del metge són determinants de l'elecció.

Model deliberatiu (mestre o amic). El metge no només indica què podria fer el malalt, sinó que coneixent-lo i desitjant el millor, suggereix el que pot ser preferible, però a través de la consideració conjunta sobre els millors valors en aquella situació clínica concreta.

Com començar?

Alguns metges podrien argumentar que ja expliquen els tractaments als seus pacients i els demanen les seves opinions, però això no és una presa de decisions compartida.

La presa de decisions compartida és un procés més rigorós que requereix capacitat i compromís perquè sigui efectiva. Requereix l'ús d'ajudes (eines) de decisió, recursos que informin als pacients dels beneficis i desavantatges de les opcions de l'atenció mèdica i els ajudi a guiar-los en les decisions.

Per tant es necessita un entrenament en habilitats comunicatives, així com una certa familiaritat amb els ajuts de decisió.

Decisions compartides, pas a pas

La presa de decisions compartides suposa una relació de col·laboració entre el professional de la salut i el pacient. Amb l'objectiu de distingir la millor opció per a cada persona i situació concreta, el procés de decisió segueix uns passos: informar-se sobre el diagnòstic, compartir preferències i escollir amb coresponsabilitat.

Informar-se sobre el diagnòstic

Les preguntes que sorgeixen davant d'un diagnòstic mèdic solen ser:

- Quines són les meves opcions de tractament?
- Quins són els beneficis i els possibles riscos?
- Quines possibilitats hi ha d'aquests riscos i beneficis?

Per tal de prendre part en una decisió, la persona necessita ser conscient que hi ha opcions. Les decisions no es poden prendre sense informació. La informació que les persones poden utilitzar per ajudar inclou:

- Evidències clíniques sobre els resultats dels diferents tractaments (que poden contemplar la supervivència, la qualitat de vida, el control dels símptomes).
- Les conseqüències de no fer cap tractament.
- La freqüència dels efectes no desitjats en diferents tractaments.
- L'opció que hagués triat el seu propi metge en circumstàncies similars.
- La vivència d'altres persones que han seguit les diverses opcions de tractament.

En els últims anys s'han desenvolupat molts **recursos i ajudes per a la presa de decisions** basades en aquest tipus d'informació. Aquests ajuts a la decisió han demostrat que poden millorar el coneixement de les persones sobre les opcions, riscos i beneficis i augmentar la participació en la presa de decisions.

Algunes vegades les opcions poden tenir resultats incerts, el professional de la salut pot no compartir la decisió de la persona, incloent l'opció de no fer cap tractament.

No fer cap tractament: hem de tenir en compte que fins i tot quan només hi ha una opció de tractament que es pot oferir, l'elecció de no fer cap tractament sempre és una decisió que la persona pot prendre.

Quan el professional de la salut no comparteix la decisió de la persona: els professionals de la salut poden no donar suport a una preferència de la persona si creuen que no serà un tractament segur o raonable. Això podria ser degut a que la persona s'ha informat pel seu compte i creu que no necessita un altre consell del professional de la salut. A la

pràctica aquests extrems són poc probables i la majoria de les decisions es podrien compartir en algun grau.

Compartir preferències i escollir amb coresponsabilitat

Per compartir amb èxit el procés de la presa de decisions, els professionals de la salut i els pacients han de treballar junts per compartir informació:

- Els professionals de la salut han d'explicar a les persones les opcions, incloent les avantatges, els desavantatges i les incerteses sobre cadascuna d'aquestes opcions, usant els seus coneixements, experiència i perícia.
- Les persones han de conscienciar als professionals de les seves preferències i expectatives personals.

Els professionals de la salut han de facilitar la informació de forma clara i comprensible a les persones i al seu entorn. El procés de decisió no sempre és un camí senzill. Les persones han de poder demanar informació i opinió al professional de la salut tantes vegades com necessitin fins a poder decidir amb coresponsabilitat.

En els últims temps, moltes persones de tot el món recorren a Internet com a font d'informació sobre la salut i la malaltia i aquest fet no pot ser ignorat pels professionals de la salut. L'ús d'Internet per part de les persones pot significar un canvi en la manera de veure el paper del professional de la salut. Abans els professionals de la salut podien ser considerats l'única i / o millor font d'informació. Ara es poden veure com a experts amb els quals la informació es pot verificar. Atès que la informació disponible a Internet no sempre és exacta, la participació del professional sanitari és important per ajudar les persones a aclarir la informació rigorosa i trobar la millor opció per a elles.

Documentar les decisions compartides és important per protegir-se davant de possibles responsabilitats futures, i en aquest sentit convidem a que els professionals revisin les decisions amb els pacients cada any perquè els mètodes diagnòstics, els tractaments, les condicions del context i les opinions dels pacients també poden canviar.

Habilitats comunicatives i tasques dels professionals en la TDC.

Moltes de les habilitats d'entrevista clínica utilitzades per a l'abordatge de múltiples situacions en les consultes d'Atenció Primària són comuns per facilitar la presa de decisions compartida. Inclouen aquelles centrades en l'escolta activa, així com les relacionades amb proporcionar informació, negociar i motivar al pacient en la PDC.

Les habilitats d'entrevista estan subjectes a la realització d'una sèrie de tasques. Per als nostres interessos docents hem escollit la desenvolupada al nostre país per Roger Ruiz i col. A través de l'Escala CICA-Decision. D'aquesta manera, el marc de competències genèriques inclourien els següents passos:

1. Exploració de les idees, preocupacions i expectatives dels pacients en relació al problema, el tractament i el procés de presa de decisions.
2. Definició (i acord) sobre el problema.
3. Exposició i explicació de l'opció o opcions legítimes incloent informació sobre elles i la presa d'una decisió.

Seguint els postulats del model que ens proposa Roger Ruiz, i amb les seves paraules "aquest emfatitza la qüestió de la participació del pacient en la valoració no tant de l'exposició i discussió entre metge i pacient d'un menú de possibles preferències de tractament que estan en equilibri, sinó en els esforços que realitza el professional per crear un ambient adequat i conèixer les idees i els valors dels pacients sobre el problema i l'opció proposada". A l'hora de valorar si existeix o no participació del pacient a la PDC suposa contemplar de manera prioritària els aspectes comunicatius generals del procés de participació: la manera i l'extensió en la qual el professional afavoreix la deliberació i la discussió per conèixer els valors preferències i creences sobre la decisió final a prendre i el propi desig de participar del pacient".

Informar i aconsellar.

A diferència dels estils altament directius, en el model d'entrevista de les decisions compartides, el professional ofereix informació o consell després de sol·licitar prèviament permís al pacient.

Informar no comporta descarregar simplement dades o coneixements a algú, sinó tractar d'entendre la perspectiva del pacient i les seves necessitats amb atenció, i ajudar que sigui ell qui tregui les seves pròpies conclusions sobre la base de la informació que li haguem ofert. Una seqüència habitual per dur a terme aquest procés seria: preguntar-informar-comprovar, on es treballa amb una perspectiva bidireccional en la qual el pacient participa activament. Parlem no tant d'informar com d'un procés d'intercanvi d'informació amb el pacient.

Tasques per informar i donar consell: Preguntar-Informar-Preguntar

	TASQUES	HABILITATS
PREGUNTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Sol·licitar permís - Clarificar informació sobre les necessitats i possibles llacunes del pacient 	<ul style="list-style-type: none"> - Podria explicar-li...? - Voldria saber alguna cosa més de...? - Què és el que sap de...? - Què és el que desitjaria saber sobre...? - Necessitaria alguna informació que pugés ajudar-lo?
INFORMAR	<ul style="list-style-type: none"> - Prioritzar - Informar amb claredat - Donar autonomia del pacient - No predeterminar les respostes del pacient 	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar-se: Què és el que el pacient més desitja o necessita saber en aquest moment? - Utilitzar llenguatge col·loquial evitant l'argot mèdic. - Proporcionar la informació de manera gradual. - Reconèixer la llibertat del pacient per estar en desacord o ignorar la informació proporcionada. - Presentar la informació de manera neutre, sense avançar-nos al significat que pugui donar el pacient.
PREGUNTAR/ COMPROVAR	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar per la interpretació que fa el pacient, la seva comprensió o les seves respostes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amb preguntes obertes: "Llavors què farà amb això?" "M'he explicat amb claredat?" "Necessitaria saber alguna cosa més?" - Reflectint les reaccions que percebem: "El veig confós/sa" "No sembla convençut/da del que li he proposat" - Donar temps a processar i a respondre sobre la informació proporcionada: "Què pensa sobre el que li he comentat?" "Com pensa que es pot aplicar en el seu cas?" "Com podria fer-ho més comprensible?" "Expliqui'm amb les seves paraules el que hem estat comentant" "Quin considera que seria el següent pas a considerar?"

Agafat i modificat de *W Miller i S Rollnick. 2015*

Eines d'ajuda a la presa de decisions

Seguint les recomanacions de la *International Patient Decision Aid Standards instrument* (IPDASi), generalment la metodologia de treball bàsica comprèn els següents apartats:

1. Obtenir els fets (la informació bàsica)
2. Comparar les opcions de tractament
3. Balancejar els pros i contres de cada opció
4. Destacar els aspectes claus del problema de salut
5. Preguntes importants i freqüents del problema de salut
6. Què és el més important per a vostè ?, quines són les seves preferències?
7. Experiències d'altres pacients.
8. Què més necessites per prendre la teva decisió?

Eines i webs on line per a pacients i familiars

- Canal Salut Decisions compartides

<http://decisioncompartides.gencat.cat/ca/inici/>

Web desenvolupada per l'Agència de Qualitat i d'Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS), mostra informació en l'actualitat sobre diferents patologies (càncer de pròstata localitzat, Malaltia renal crònica avançada, Síndrome del túnel carpià, Aneurisma d'Aorta Abdominal, Reconstrucció mamària, Artrosi de genoll), en desenvolupament el tractament de la Diabetis tipus 2. Segueix les recomanacions de la *International Patient Decision Aids* (IPDAS).

- Consell Consultiu de Pacients de Catalunya

http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/participacio/consell_consultiu_pacients_2/index.html

És l'òrgan assessor representatiu de les associacions de pacients davant de l'Administració catalana.

- **Participa i decideix sobre la teva salut (disponible en castellà)**

<http://www.pydesalud.com/que-es-portada>

Es tracta d'un projecte del Servei d'Avaluació del Servei Canari de la Salut (SESCS), Fundació Canària d'Investigació i Salut (FUNCIS), Xarxa d'Investigació en Serveis de salut en Malalties Cròniques (REDISSEC) i Projeccions i Estudis Transnacionals (PROYECTRAN). La web permet obtenir informació sobre malalties i recursos per gestionar el procés de la malaltia. Actualment hi ha disponible informació sobre: el càncer de mama, la depressió i la diabetis.

- **Forumclínic (disponible en català i en castellà)**

<http://www.forumclinic.org/>

El Forumclínic està liderat per professionals dels centres hospitalaris i d'atenció primària de la Corporació Sanitària Clínic de l'Hospital Clínic de Barcelona. El Forumclínic ofereix un programa interactiu per a pacients destinat a que augmentin el seu grau d'autonomia amb la seva salut, aportant informació rigorosa, útil, transparent i objectiva i afavorint per tant la participació activa dels pacients.

- **Patient Decision Aids (disponible en anglès i francès)**

<https://decisionaid.ohri.ca/>

El Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) té disponibles a la seva web eines d'ajuda a la presa de decisions per a pacients aportant informació sobre les opcions de tractament, resultats i preferències personals. Actualment recull més de 100 temes de salut.

- **Informed Medical Decisions Foundation (disponible en anglès)**

<http://www.informedmedicaldecisions.org/thoughtleadership/resources.aspx>

La Informed Medical Decisions Foundation és una fundació que dona suport a diferents projectes d'investigació sobre decisions compartides dels Estats Units. L'objectiu final és ajudar a les persones a prendre decisions sobre la seva salut i ofereix per tant diferents recursos per als pacients i familiars.

- **Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Center (disponible en anglès)**

El Shared Decision Making National Resource Center de la Clínica Mayo dels Estats Units ofereix un portal públic amb alguns recursos per a pacients com, per exemple, el tractament de la diabetis i la depressió, entre d'altres.

- **Effective Healthcare Program (disponible en anglès i castellà)**

La Agency for Healthcare Research and Quality dels Estats Units té disponibles informes a la web sobre diferents malalties. Aquestes inclouen informació general sobre la malaltia, les opcions de tractament, entre d'altres.

- **Health Direct (disponible en anglès)**

<https://www.healthdirect.gov.au/>

Té un telèfon de consulta directe. Així mateix proporciona informació clara i concisa sobre múltiples problemes de salut i de procediments diagnòstics i tractaments.

BIBLIOGRAFIA

1. Edwards A, Elwyn G, et al. Shared Decision-Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice. OUP Oxford, 2009. Second edition.
2. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012;44(1):5-12.
3. Glyn Elwyn, Hayley Hutchings, Adrian Edwards, Frances Rapport, Michel Wensing, Wai-Yee Cheung, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 2005;8: 34–42.
4. Lawrence Dyche, Ronald M Epstein. Curiosity and medical education. *Medical Education* 2011;45: 663–668.
5. Ronald M. Epstein, Richard L. Street. Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. *Ann Fam Med* 2011;9:454-461.
6. Mendoza P.S, Jofré A.V., Valenzuela S.S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Invest. educ. enferm.* 2006;24(1): 86-92.
7. Gavilan Moral E, Ruiz Moralb R, Perula de Torres LA , Parras Rejanod JM y Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (rediAPP). Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria*. 2010;42(3):162–168.
8. William R. Miller and Stephen Rollnick. La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. 3ª Edición. Paidós. Barcelona 2015.