

PDA



PLANIFICACIÓ DE DECISIONS ANTICIPADES



Índex

1. **Introducció**
2. **Què és la Planificació de Decisions Anticipades (PDA)**
3. **Qui pot iniciar i desenvolupar la PDA: beneficiaris i requisits**
4. **Quan es recomana fer la PDA**
5. **Beneficis de la PDA**
6. **Què inclou la PDA: àrees que cal abordar**
7. **Com es realitza la PDA: fases**
8. **Registre de la PDA: historial clínic**

1. INTRODUCCIÓ

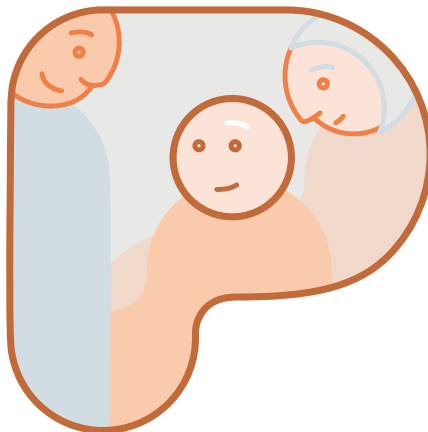
Advance Care Planning (Planificació Anticipada de l'Atenció Mèdica) va sorgir en dècada dels 90 als Estats Units per a ajudar els pacients a comprendre i compartir els seus valors personals, metes de vida i preferències respecte a l'atenció mèdica futura. Altres sistemes sanitaris del món l'han anat instaurant, com Austràlia, Nova Zelanda, el Canadà o el Regne Unit.

Al nostre país, aquest concepte té diverses versions: planificació de decisions anticipades (PDA), planificació anticipada de l'assistència (PAA), planificació anticipada de decisions (PAD) o planificació compartida de l'atenció (PCA).

Tot i que totes són ben acceptades, **en aquest document farem servir la terminologia de planificació de decisions anticipades (PDA).**

A Espanya, amb la **Llei estatal 41/2002 de 14 de novembre, Bàsica reguladora de l'Autonomia del pacient i de Drets i obligacions en matèria informació i documentació clínica**, es normalitza el dret a l'autonomia del pacient i hi apareixen dos documents: el consentiment informat i el document de voluntats anticipades.

Ambdós documents són de valor legal, però en parlar de PDA s'entén no només com un reconeixement i respecte a l'autonomia de la persona, sinó també la promoció de la participació d'aquesta en la gestió de les pròpies cures, anticipant-se als esdeveniments clínics probables i la presa de decisions sobre això. D'aquesta manera, es vol canviar l'estil de la relació clínica entre pacients i professionals sanitaris, passant del model tradicional "paternalista" cap a un altre model centrat en l'autonomia del pacient i en el seu dret a la informació i la participació en la presa de decisions clíniques.



2. QUÈ ÉS LA PLANIFICACIÓ DE DECISIONS ANTICIPADES

La Planificació de Decisions Anticipades (PDA) es defineix com un procés deliberatiu i estructurat mitjançant el qual una persona expressa els seus valors, desitjos i preferències i, d'acord amb aquests i en col·laboració amb el seu entorn afectiu i el seu equip assistencial de referència, formula i planifica com voldria que fos l'atenció que ha de rebre davant d'una situació de complexitat clínica o malaltia greu que es preveu probable en un termini de temps determinat i relativament curt, o en situació de fi de vida, especialment en aquelles circumstàncies en què no estigui en condicions de decidir.

D'aquesta manera, la PDA fomenta el reconeixement i el respecte a l'autonomia de la persona, i en promou la participació en la gestió de les seves pròpies cures, anticipant-se als esdeveniments clínics probables i les decisions corresponents.

El procés del PDA s'ha de caracteritzar per ser-ne un:

- **Procés voluntari** – el pacient manifesta i comparteix de forma voluntària les seves preferències amb el seu equip sanitari sobre les actuacions sanitàries que voleu rebre o rebutjar, segons els seus valors, desitjos i preferències.
- **Procés informat** – el pacient ha de ser informat sobre els objectius, els límits i les conseqüències de les seves decisions, la forma de quedar registrat i l'ús que se'n farà.
- **Procés capacitat** – el pacient ha de tenir la capacitat suficient a l'hora de fer el procés del PAD; per això és important estar preparats i informats per iniciar el procés de forma primerenca, i fer-ho abans que es produeixi un deteriorament en la persona malalta i ja no pugui decidir per si mateix.

3. QUI POT INICIAR I DESENVOLUPAR LA PDA: BENEFICIARIS I REQUISITS

Els pacients crònics complexos o amb malaltia crònica i/o avançada i aquells que pateixen una malaltia amb alt risc de perdre les funcions superiors (per exemple, accident cerebrovascular o demència), són les persones que més es poden beneficiar de la PDA.

El procés ha de ser iniciat per un professional sanitari que està atenent la persona malalta durant un període de temps ampli i significatiu (com pot ser

el/la metge de família, la infermera designada, el/la treballador social de base, l'especialista designat per al seguiment de la malaltia crònica, etc.). En qualsevol cas, un professional amb què pugui mantenir una relació de confiança i compromís durant tot el procés.

La finalitat de la PDA ha de ser elaborar un Pla conjunt, per això, sempre que la persona interessada ho permeti, haurien de participar a més els seus familiars, persones de confiança i especialment designar una persona representant (vegeu Designació d'una persona representant al Punt 6 d'aquest mateix document – Què inclou la PDA: àrees a abordar).

4. QUAN ES RECOMANA FER LA PDA

En malalties cròniques d'òrgan avançada no cerebral (com són les malalties cardíaques, pulmonars, renals, etc.), es recomana fer la PDA quan la malaltia està avançada, amb afectació severa o intensa i amb una alta demanda de cures.

Però en el cas de persones amb demència, la PDA s'ha de fer de manera precoç, amb el diagnòstic recent, i abans que la malaltia vagi avançant, ja que després pot existir compromís de la capacitat d'entendre comprendre o expressar els seus desitjos.

A més, ha de ser en el moment oportú, quan la malaltia hagi estat acceptada i assumida per la persona amb demència i la seva família, i estar en una situació relativament estable perquè puguin prendre les decisions adequades.

5. BENEFICIS DE LA PDA

La PDA ha mostrat ser útil per disminuir els problemes bioètics i millorar l'atenció centrada en la persona quan s'ha produït aquesta pèrdua de la capacitat i el pacient es troba en situació d'iniciar o no tractaments que repercuteixen directament en la qualitat de vida i en supervivència.

Altres estudis posen de manifest que la PDA ha obtingut resultats positius en la millora del procés assistencial, la satisfacció del pacient, de la família i del professional i en la continuïtat assistencial.

Però, a més, podem indicar diversos beneficis per a cadascun dels agents que participen en aquest procés:

Beneficis per al pacient

- Li permet apropiar-se del procés de presa de decisions, la persona es converteix en el centre d'atenció, assegurant que els seus desitjos seran respectats.
- Podeu expressar els vostres dubtes i preocupacions, ajudant a reduir la vostra ansietat, i disminuint la sensació d'indefensió i incertesa.
- Afavoreix la relació i comunicació amb el personal sanitari i el respecte entre ells.
- Facilita la comunicació amb els seus familiars o éssers estimats.
- Permet alliberar els seus familiars de la càrrega d'haver de prendre determinades decisions, prevenint així sensacions de culpa.

Beneficis per a la persona representant

- Li permet tenir més clars les preferències i els desitjos de la persona que representa.
- Disminueix la seva possible ansietat per les decisions que hauria de prendre per la persona que representa.
- Augmenta la seva empatia amb la persona que representa.
- Facilita la comunicació amb el personal sanitari.
- Davant possibles conflictes amb la família, n'afavoreix l'apoderament com a persona representant.
- Veu incrementada la seva seguretat jurídica sobre les decisions que siguin preses.

Beneficis per als familiars

- Facilita la presa de decisions davant d'un escenari d'incertesa i de gran tensió emocional.
- Ajuda a prevenir possibles conflictes amb els professionals o amb la persona representant.

- Facilita el maneig de l'angoixa, augmentant la sensació d'alleujament.
- Els sentiments d'unió amb el pacient es veuen incrementats.
- Incrementa la sensació d'haver fet el que és correcte.
- Facilita el procés de dol.

Beneficis per als professionals sanitaris

- És una bona pràctica clínica.
- Proporciona més seguretat ètica i jurídica abans les accions a desenvolupar.
- Afavoreix la relació i comunicació amb el pacient.
- Proporciona un marc de referència per a la presa de decisions i disminueix la sensació d'incertesa sobre què fer o no.
- Ajuda a prevenir conflictes amb la família o la persona representant.
- Disminueix l'angoixa i la possible sensació de culpa.
- Facilita la presa de consciència i afrontament de la mort.

Beneficis per al centre sanitari

- Contribueix que el centre pugui realitzar una assistència integral de qualitat.
- Ajuda a millorar el clima de l'equip assistencial en el procés de presa de decisions.
- Podeu millorar les relacions entre pacients, familiars, persones representants i professionals i pot ajudar a disminuir possibles conflictes legals.
- Proporciona més seguretat jurídica al centre i als seus professionals.
- Contribueix a millorar l'ús eficient dels recursos en benefici de la persona malalta.

6. QUÈ INCLOU LA PDA: ÀREES QUE S'HAN D'ABORDAR

Cada persona, amb ajuda i assessorament de professionals sanitaris, ha de decidir què vol incloure exactament al seu PDA, atenent aspectes biogràfics, clínics, socials o culturals, i fent referència a tots ells en els àmbits següents.

Coneixement i percepció de la situació de malaltia

Coneixement sobre la malaltia, les fases i l'evolució, i les conseqüències a curt, mitjà i llarg termini, permetent així expressar tots els dubtes. Així, es podran conèixer les preferències sanitàries de caràcter general sobre el tipus d'atenció sanitària que volem rebre quan la persona malalta ja no pugui decidir en temes com: relació entre el grau de deteriorament de la consciència i la qualitat de vida, nivell de dolor acceptable, lloc de preferència per morir, etc.

Valors i vivència de la persona

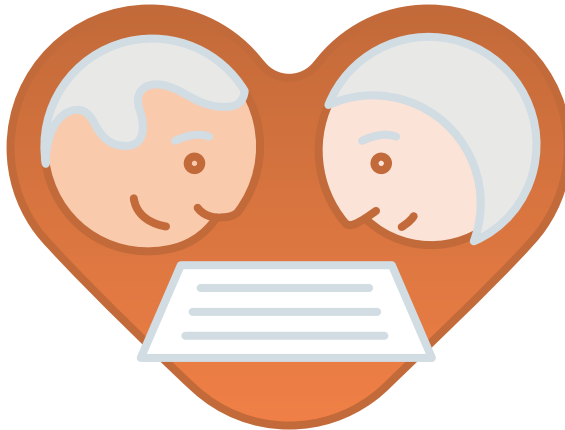
Valors rellevants sobre aspectes de la seva malaltia, sobre el tipus d'atenció que vol rebre, l'afrontament de fases complicades, irreversibles o del final de la vida. Es tractaran temes relacionats amb la qualitat de vida, la importància de la comunicació, el tipus d'alimentació, autonomia per a les activitats de la vida diària, etc.

Decisions concretes

Indicacions sanitàries concretes, expressant preferència o desitjos, sempre que s'ajustin al marc jurídic i a la bona pràctica clínica en tractaments concrets i en cada fase determinada. S'aborden temes com ara: possible rebuig a intervencions, esforç terapèutic, lloc d'atenció, donació d'òrgans i/o teixits, serveis relacionats amb la fi de la vida o el procés de la mort, etc.

Designació duna persona representant

Es recomana nomenar una persona representant, encara que no és obligatori. Pot ser un familiar o una persona del nostre entorn, propera i de confiança. Aquesta figura ha d'acceptar el compromís de representar l'atorgant en el futur i actuar com a interlocutor amb els professionals sanitaris. Hi ha d'haver constància escrita d'aquest compromís, bé amb un poder notarial o bé en un Document de Voluntats Anticipades (DVA). Aquesta persona representant s'ha d'incorporar al procés de PAD i participar de forma activa, perquè en el futur pugui actuar o dir en nom del seu representat.



7. COM ES REALITZA LA PDA: FASES

La Guia de Planificació Anticipada de les Decisions. Guia de Suport per a Professionals de la Conselleria de Salut i Benestar Social de la Junta d'Andalusia, parla de **10 passos per a PLANIFICAR**:

Parar atenció a tot allò que ens expliqui la persona.

Llistar els seus valors i creences (història de valors).

Avançar a esbrinar les pors, els dubtes, les incerteses, etc.

Nomenar una persona com a representant.

Incloure la informació en la seva Història de Salut.

Formular quins desitjos, preferències i indicacions té la persona per a la futura atenció sanitària.

Introduir la possibilitat de fer la declaració de VVA i ajudar a emplenar-la si la persona decideix fer-la.

Comunicar les decisions a totes les persones implicades en l'atenció sanitària de la persona, així com a familiars i representants.

Avisar a la persona que les seves necessitats són modificables i que, decideixi el que decideixi, sempre comptarà amb el suport del personal sanitari i se li proporcionaran les cures i el confort adequats.

Revisen periòdicament.

Tots els passos no s'han de fer sempre ni en el mateix ordre. Cada procés de PAD serà únic i individualitzat, i s'haurà d'adaptar a les característiques de cada pacient i situació.

Cal tenir en compte que el procés de PDA és un **procés dinàmic, que pot desenvolupar-se en diverses fases**:

Fase de preparació. Cal analitzar les característiques de la persona en qüestions com conèixer el grau de comprensió de la informació, la capacitat de processament de la informació, el coneixement de la situació actual i en el futur, l'habilitat per comunicar les decisions, etc. A partir d'aquest coneixement, es valorarà quines persones es poden beneficiar d'una PDA, els professionals que s'hi haurien d'incorporar i definir un cronograma d'actuació.

Fase de proposta o abordatge. La proposta per iniciar el procés de PDA s'ha de fer amb la màxima sensibilitat possibles, i sempre atenent les seves decisions, perquè l'afronti de forma voluntària i no se senti obligat. És important explicar-li què és la PDA, respondre als dubtes que li pugui plantejar i donar-li temps per decidir. Si accepteu, s'iniciaran les trobades de diàleg, incloent-hi tots els professionals sanitaris implicats i acompanyants/representant. Si no accepteu iniciar el procés, heu de registrar-vos en la vostra història clínica.

Fase de diàleg o posada en pràctica. És recomanable que les entrevistes acordades per al procés de la PDA siguin exclusives per avançar en aquest tema, i no s'incloguin dins una visita mèdica. coneixements que el pacient té sobre la malaltia i com afrontar-la en funció dels seus valors i vivències.

Fase de revisió i validació. El procés de la PDA sempre ha de ser dinàmic, subjecte a canvis d'opinió de la persona malalta. Per això és important que després de cada entrevista es ratifiqui els acords i es revisi el registre en la història clínica. possibles canvis, sempre prevaldrà l'últim acordat/registrat.

Fase de registre. Cada entrevista ha de quedar resumida i registrada a la història clínica del pacient.

Fase de seguiment i reavaluació. Com que el procés de PDA és continu i evoluciona amb la persona, mai no es pot donar per acabat, i per això, en qualsevol moment la PDA pot ser revisada o reavaluada davant de canvis importants o una nova situació de la persona malalta. Aquesta revisió la pot sol·licitar la persona malalta o algun dels professionals implicats en el procés.

8. REGISTRE DE LA PDA: HISTORIAL CLÍNIC

Perquè un procés de PDA sigui complet ha de ser:

- **REGISTRADA** dins la **Història de Salut del pacient**.
- **REVISADA periòdicament**, principalment quan hi hagi un canvi substancial i vital en la salut de la persona malalta.
- **COMUNICADA** a totes les persones implicades en l'atenció sanitària del pacient, als seus familiars i a les persones representants (sempre previ permís del pacient).

A més, la PDA pot quedar recollida en el document d'Instruccions Prèvies o Document de Voluntats anticipades, ja que la PDA i el DVA persegueixen un mateix objectiu final: garantir el màxim respecte dels valors de la persona quan no tingui la capacitat conservada per prendre decisions sobre la seva salut. Per tant, podem dir que la redacció de la Planificació de Decisions Anticipades i la redacció d'un Document de Voluntats Anticipades són totalment complementaris.



Fonts

- Guía de Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para profesionales - Junta de Andalucía (juntadeandalucia.es)
- Guía de Atención Domiciliaria de Semfyc – Planificación de decisiones anticipadas. Tabla 1. Diferencias entre voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas
- Model català de planificació de decisions anticipades Document conceptual model_pda_definitiu_v7.pdf (salutsantjoanycymap.org)



Més informació:
ceafa.es/red-de-agentes



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER

