

Cite este artigo como: **BMJ**, doi: 10.1136 /

bmj.38926.629329.AE (publicado em 14 de agosto de 2006)

Pesquisar

BMJ

Página 1

BMJ: publicado pela primeira vez como 10.1136

Desenvolvimento de uma estrutura de critérios de qualidade para auxiliares de decisão do paciente: processo de consenso on-line internacional Delphi

Glyn Elwyn, Annette O'Connor, Dawn Stacey, Robert Volk, Adrian Edwards, Angela Coulter, Richard Thomson,

Alexandra Barratt, Michael Barry, Steven Bernstein, Phyllis Butow, Aileen Clarke, Vikki Entwistle,

Deb Feldman-Stewart, Margaret Holmes-Rovner, Hilary Llewellyn-Thomas, Nora Moumjid, Al Mulley,

Cornelia Ruland, Karen Sepucha, Alan Sykes, Tim Whelan, em nome da International Patient Decision Aids

Colaboração de padrões (IPDAS)

está sendo desenvolvido.

Resumo

Objetivo Desenvolver um conjunto de critérios de qualidade para o paciente usando tecnologias de apoio à decisão (auxílios à decisão).

Projetar e configurar o processo Delphi baseado na web de dois estágios usando processo de classificação online para permitir a colaboração internacional. **Participantes** Indivíduos de quatro grupos de partes interessadas (pesquisadores, médicos, pacientes, formuladores de políticas) representando 14 países analisaram resumos de evidências e avaliaram o importância de 80 critérios em 12 domínios de qualidade em 1 a 9 escala. Os participantes da segunda rodada receberam feedback do primeira rodada e repetiu sua avaliação dos 80 critérios mais três novos.

Principal medida de resultado Agregar classificações para cada critério calculado usando medianas ponderadas para compensar diferentes números em grupos de partes interessadas; critérios classificados entre 7 e 9 foram retidos.

Resultados 212 pessoas indicadas foram convidadas a participar. Do dos convidados, 122 participaram da primeira rodada (77 pesquisadores, 21 pacientes, 10 profissionais, 14 formuladores de políticas); 104/122 (85%) participou do segundo turno. 74 de 83 critérios foram mantidos nos seguintes domínios: sistemático processo de desenvolvimento (critérios 9/9); fornecendo informações sobre opções (13/13); apresentar probabilidades (11/13); esclarecer e expressar valores (3/3); usando histórias de pacientes (2/5); orientação / coaching (3/5); revelando conflitos de interesse (5/5); fornecimento de acesso à Internet (6/6); apresentação equilibrada de opções (3/3); usando linguagem simples (4/6); informação de base em evidências atualizadas (7/7); e estabelecendo eficácia (8/8).

Os critérios de **conclusão** receberam as classificações mais altas onde evidências existiam e foram retidas. Lacunas na pesquisa foram destacados. Desenvolvedores, usuários e compradores de pacientes os auxiliares de decisão agora têm uma lista de verificação para avaliar a qualidade. Um instrumento para medir a qualidade dos auxílios à decisão

Introdução

As diretrizes clínicas geralmente recomendam que os profissionais de saúde deve envolver os pacientes nas decisões sobre a triagem, tratamento, e outras intervenções, para ajudá-los a chegar a escolhas informadas. Os auxílios à decisão do paciente são projetados para apoiar pacientes neste processo; eles se destinam a complementar, em vez de substituir a interação médico-paciente. Eles podem ser folhetos, mídia interativa ou fitas de vídeo ou áudio. Os pacientes podem usá-los para se preparar para falar com um médico, ou um médico pode fornecê-los no momento de uma visita para facilitar a tomada de decisão. No mínimo, os auxílios à decisão do paciente fornecem informações sobre as opções e seus resultados relevantes associados. Estas tecnologias também ajudam os pacientes a personalizar essas informações, para entender que eles podem estar envolvidos na escolha entre as várias opções, para avaliar as incertezas científicas inerente a essa escolha, para esclarecer o valor pessoal ou desejável de benefícios potenciais em relação a danos potenciais, para a comunidade cate seus valores para seus praticantes, e para adquirir habilidades no etapas da tomada de decisão colaborativa.

Evidências que descrevem a eficácia e viabilidade de os auxílios à decisão do paciente são substanciais. Ensaios indicam essa decisão ajudas são superiores ao aconselhamento padrão na melhoria dos pacientes conhecimento e expectativas realistas sobre os resultados de tratamentos e outros procedimentos. Na maioria dos estudos, resultados como como envolvimento percebido, acordo entre valores e escolha, e o conflito decisório mudou em um positivo desejável direção. Os auxílios à decisão também podem afetar a aceitação de opções, reduzindo o uso de alguns procedimentos (como menos mastectomias em favor da cirurgia de conservação da mama ou um redução nas taxas de histerectomia), e aumentando o uso de outros (como a captação de rastreamento de câncer de cólon). Esses efeitos são desejáveis quando os auxílios à decisão são imparciais e o motivação é retificar variações na prática devido a compreensão ou desconsideração das preferências dos pacientes. No entanto, surgirão preocupações se os auxílios à decisão afetarem a

aceitação taxas devido a parcialidade ou imprecisão.

Em 1999, aproximadamente 15 auxiliares de decisão de pacientes haviam sido desenvolvido em instituições acadêmicas. Mais de 500 existem agora, produzido em grande parte por uma mistura de organizações sem fins lucrativos e comerciais organizações. Muitos estão facilmente disponíveis na Internet.

No entanto, sua qualidade varia; alguns não citam suas evidências fontes, e outros têm vieses de apresentação. Além disso, existe debate sobre os conceitos subjacentes e sobre a falta de critérios de qualidade acordados para essas ferramentas. Porque a decisão do paciente Aids pode ter uma influência importante nas escolhas feitas, os desenvolvedores precisam ter seguido métodos reconhecidos, evite vies e cite fontes de evidências válidas.

Uma tabela extra, um apêndice estatístico e uma lista de verificação estão em [bmj.com](http://www.bmj.com/)

<http://www.bmj.com/>

em 8 de agosto de 2021 por convidado. Protegid

Página 2

Pesquisar

https://translate.googleusercontent.com/translate_f 1/5

08/08/2021 Pesquisar

Atuando nessa necessidade, a International Patient Decision Aids A Colaboração de Padrões (IPDAS) foi estabelecida na 2ª Conferência

apoiado na Sociedade para Tomada de Decisões Médicas (Chicago,

- 1%
- 0%
- 1%
- 1%
- 3%
- 6%
- 15%
- 20%
- 54%

2003) e Society for Information Therapy (Utah, 2003). Nós ensaios randomizados (CONSORT),¹⁴ geral em formação.¹¹⁻¹³ No entanto, os meta-análises (QUOROM),¹⁵ prática auxílios à decisão do paciente diferem diretrizes (CONCORDO),¹⁶ e paciente dos cientistas

estudos específicos e diretrizes de prática e objetivam fazer mais do que fornecer informações gerais para os pacientes. São intervenções que reconhecem a necessidade de pacientes e profissionais de considerar, no nível individual, o impacto das incertezas que arredondando muitas decisões de saúde; eles comunicam risco probabilidades e métodos de uso para esclarecer valores e orientar deliberação. Além disso, eles usam poderosos e potencialmente estratégias enganosas que não foram usadas em outra qualidade lista de verificação. Consciente das melhores práticas em relação ao desenvolvimento de critérios de qualidade, a IPDAS adaptou uma abordagem usada para avaliação das diretrizes clínicas (colaboração AGREE)¹⁷ e estabeleceu uma colaboração internacional de diferentes partes interessadas grupos de titular. O objetivo era alcançar um consenso internacional quadro de critérios de qualidade baseado em sus para auxiliares de decisão do paciente que funcionaria como uma lista de verificação para desenvolvedores e usuários.

Métodos

Evidências de pesquisa substantivas sobre a eficácia geral de existem auxílios à decisão do paciente, «mas pouca informação está disponível sobre quais componentes e processos são mais influentes para melhorando a "qualidade de decisão".¹⁸ IPDAS, portanto, decidiu que os critérios devem ser desenvolvidos usando um consenso reconhecido abordagem baseada,^{19,20} capaz de integrar evidências empíricas onde existe e também as opiniões de especialistas e uma série de outros pessoas, como partes interessadas informadas, pacientes, saúde profissionais, decisores políticos e potenciais compradores do Ferramentas. Portanto, estabelecemos um processo de consenso Delphi.

Técnica de consenso Delphi e gerenciamento de estudo

Experiência considerável no uso de técnicas de consenso Delphi existe,²¹⁻²⁴ mas poucos pesquisadores usaram os métodos para desenvolver critérios de qualidade entre diferentes grupos de partes interessadas em uma base internacional.²⁵⁻²⁸ Para gerenciar a tarefa, reunimos quatro grupos: um grupo de direção estratégica supervisionou o projeto, um grupo de revisão de evidências preparou documentos de base,

Internacional de Tomada de Decisão Compartilhada (Swansea, 2003). A proposta de gerar um quadro de qualidade também foi

1. O auxiliar de decisão do paciente apresenta probabilidades usando taxas de eventos em um grupo

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

revisou as listas de verificação existentes para avaliar a qualidade de Equimediano 8

Não importante

Muito

um

Fig 1 Exemplo de um critério (segunda rodada). Domínio de qualidade = apresentação probabilidades

estudos²⁹ e resultados da revisão sistemática de 34 estudos randomizados ensaios.³⁰ A partir desses relatórios (disponíveis online²⁹), elaboramos a qualidade critério.

Critérios de qualidade de produção - Nós submetemos os critérios de qualidade a consulta iterativa sobre abrangência e subsequente edição pelo grupo de direção, o grupo de métodos, as evidências painéis de grupos de revisão, e, finalmente, por um especialista em linguagem simples, antes de um exercício de avaliação de piloto.

Estabelecemos um conjunto final de 80 critérios de qualidade.

Estabelecendo grupos de partes interessadas participantes - Nós consideramos quatro grupos de partes interessadas sejam relevantes: pacientes, saúde profissionais, formuladores de políticas e desenvolvedores de ajuda à decisão e pesquisadores. A colaboração decidiu que a estrutura representaria pontos de vista entre os grupos de partes interessadas igualmente, no base da visão de que os auxílios à decisão devem refletir um equilíbrio, se possível, entre as posições assumidas por pacientes, pesquisadores, médicos e a sociedade em geral sobre a atribuição de prioridades e escolhas. Nós baseamos análises estatísticas (veja abaixo) neste intenção. Os participantes potenciais foram nomeados pelo IPDAS Col trabalho, pelo Cochrane Collaboration Consumers Group, e boca a boca entre as redes relacionadas. O os critérios de inclusão foram familiaridade ou conhecimento do paciente ajudas de decisão e a capacidade de fornecer classificações dentro de um determinado janela de oportunidade. O grupo de pesquisadores e desenvolvedores foi super-representado para permitir ampla participação, e ponderamos as classificações do grupo para garantir uma contribuição igual (ver análise).

Critérios de qualidade de classificação - Convidamos participantes indicados por e-mail para concluir um processo de classificação de duas fases, deu-lhes acesso a um site protegido por senha e solicitou que preenchessem um questionário demográfico curto. Para cada domínio de qualidade, nós pedi aos participantes que lessem um breve resumo do histórico

anterior e expandiu-o em 12 domínios amplos de qualidade (consulte a tabela extra em bmj.com). Membros da tomada de decisão compartilhada eletrônica listserv, composta por 181 acadêmicos e profissionais interessados ers, discutiu a validade dos 12 domínios. Em seguida, usamos esses 12 domínios amplos de qualidade para especificar quais evidências de fundo relatórios eram necessários.

definido de pacientes por um tempo especificado

Qual a importância desse critério para julgar a qualidade de um auxílio à decisão? BMJ: publicado pela primeira vez como 10.1136

relatórios (o texto completo estava disponível por URL) e, em seguida, avalie o importância dos critérios de qualidade em uma escala de 1 = não importante a

<http://www.bmj.com/>

em 8 de agosto de 2021 por convidado. Protegid

grupo de métodos especificou uma classificação de dois estágios de critérios baseados na web processo (adaptação do sistema de classificação de adequação RAND³¹), e um grupo de seleção de partes interessadas identificou as pessoas que seriam convidados para servir como avaliadores. O processo compreendeu o seguintes passos.

Definindo domínios de qualidade - delegados na conferência de 2003 identificou uma lista inicial de áreas de qualidade do trabalho

anterior e expandiu-o em 12 domínios amplos de qualidade (consulte a tabela extra em bmj.com). Membros da tomada de decisão compartilhada eletrônica listserv, composta por 181 acadêmicos e profissionais interessados ers, discutiu a validade dos 12 domínios. Em seguida, usamos esses 12 domínios amplos de qualidade para especificar quais evidências de fundo relatórios eram necessários.

Desenvolvimento de relatórios de evidências de fundo - Doze painéis (um total de 50 especialistas internacionais) preparou "evidências de fundo relatórios" para cada domínio de qualidade. Cada relatório incluiu conceitos-chave; ligações teóricas entre o domínio e qualidade de decisão; e evidências para apoiar a inclusão ou exclusão de critérios de domínio sugeridos, incluindo fundamental

9 = muito importante. Os avaliadores também podem optar por adicionar texto livre comentários (fig. 1). Enviamos dois lembretes por e-mail em cada rodada. No na segunda rodada, apresentamos aos avaliadores um resumo do resultados para cada domínio e as avaliações da primeira rodada para cada um os critérios (fig. 1).

Análise de avaliações

Após a primeira rodada, calculamos as classificações agregadas e comentários resumidos. Para garantir peso

igual para cada grupo de partes interessadas na classificação geral, obtivemos uma ponderada mediana calculando um cumulativo empírico separado função de distribuição para cada grupo. Nós estimamos o empírico função de distribuição cumulativa para uma população com números em cada grupo de partes interessadas, tomando igualmente soma ponderada dessas funções. Calculamos a mediana de esta distribuição (equimediana), encontrando o valor para o qual esta função é igual a 0,5. Para obter mais detalhes sobre o cálculo de um equi mediana, consulte o apêndice estatístico em bmj.com. Nós baseamos limites para a retenção de critérios de qualidade na estrutura do

Página 3

Pesquisar

BMJ: publicado pela primeira vez como 10.1136

Características dos participantes e respostas por grupo de partes interessadas e país

Não Taxa de resposta (%) Não Taxa de resposta (%)	Nº de participantes convidados	Rodada 1 2ª rodada
Partes interessadas		
Pacientes 44 21 48 19 91 Praticantes 18 10 56 9 90 Decisores políticos 25 14 56 9 64 Pesquisadores 125 77 62 67 87 Total 212 122 58 104 85 País		
Austrália 18 12 67 11 92 Reino Unido 44 18 41 16 89 EUA 65 45 69 40 89 Canadá 50 30 60 24 80 China 1 0 0 0 0 Finlândia 2 0 0 0 0		
França 7 5 71 4 80 Alemanha 2 1 50 1 100 Israel 1 1 0 1 100 Itália 1 1 0 1 100		

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/2/5

08/08/2021 Pesquisar

Quênia 1 0 0 0 0 Países Baixos 8 4 50 2 50 Nova Zelândia 1 1 100 1 100 Noruega 5 1 20 1 100 Espanha 1 1 100 1 100 Suíça 3 1 33 1 100 Uruguai 2 1 50 0 0 Total 212 122 58 104 85

equimediano geral e o nível de desacordo entre os participantes caíram na segunda rodada. Nós consideramos que os participantes "Discordou" se 30% ou mais das classificações estavam no terço inferior (classificações 1-3) e 30% ou mais das terceiro (classificações de 7 a 9). Consideramos os critérios de qualidade com uma visão geral

classificação equimediana de 7 a 9 (sem discordância) como "importante" e os incluiu. Nós consideramos critérios classificados como 4 a 6 (sem discordância) para ser "ambíguo". Nós consideramos cri critérios classificados com um equimediano de 1 a 3 como "não importantes". Nós também considerou os critérios que exibiram discordância como não importante. Baseamos esses limites em valores usados em outros definições. Usamos análises não paramétricas de variâncias para calcular o impacto potencial das diferenças entre as partes interessadas classificações dos grupos. Fizemos análises de sensibilidade para estabelecer se a exclusão de grupos de partes interessadas teve um efeito no geral resultados.

Resultados

Embora os participantes do listserv tenham debatido se o domínio rotulados como "histórias de pacientes" devem ser incluídos, retemos todos os 12 domínios de qualidade sugeridos para o desenvolvimento de critérios.

interesse; (8) entrega de ajudas à decisão do paciente na Internet; (9)

2 equilibrar a apresentação de opções; (10) usando linguagem simples; (11) basear as informações em evidências científicas atualizadas; e

expressar valores; (5) usar histórias de pacientes; (6) orientar ou treinar

4 ing em deliberação e comunicação; (7) revelando conflitos de

0 Decisores políticos Pacientes
Praticantes
Pesquisadores

políticas

1 1 1 5 3 8 3 9 3 10 6 1 6 2 6 3 6 4 6 5 8 2 10 1 10 2 11 2 11 4 11 5 6

(12) estabelecer a eficácia.

A tabela descreve os participantes no primeiro e no segundo rodadas. Convidamos 212 pessoas para o processo Delphi (125 pesquisadores / pesquisadores praticantes, 44 pacientes, 25 formuladores de

Fig 2 Critérios para os quais os efeitos das partes interessadas estavam presentes na segunda rodada (ver tabela para dados e valores P)

Página 4

praticantes "tiveram classificações equimedianas de 5 (6,4 e 6,5). Nenhum dos critérios tiveram evidências de discordância, embora dois critérios (10.1 e 10.2 no domínio de "linguagem simples") chegou perto disso limiar.

Para 16 critérios, existiam evidências de diferenças significativas entre as classificações dos grupos de partes interessadas (tabela, fig. 2). Comparado com outros grupos de partes interessadas, os pesquisadores geralmente deram menor

classificações de acordo com os critérios. Embora essas diferenças de grupo tenham alcançado diretrizes clínicas. »

significância estatística, apenas cinco critérios tiveram medianas que ultrapassou o limiar de inclusão. Exclusão de qualquer conjunto de os resultados das partes interessadas não alteraram a inclusão geral ou exclusão definição de critérios.

Discussão

Principais descobertas

Este processo Delphi, apoiado por relatórios de evidências resumidas, forneceu consenso substancial sobre uma estrutura de qualidade critérios para auxiliar na decisão do paciente. Os critérios de auxílio à decisão que foram mais fortemente endossados também tiveram o maior empírico Apoio, suporte. **Além disso, o processo revelou áreas de desacordo e oportunidades para pesquisas futuras.** Onde a parte interessada as classificações dos grupos diferiam, o grupo de pesquisadores tendia a dar avaliações mais baixas, provavelmente porque esses participantes eram mais conservador sobre a viabilidade de alcançar simultaneamente um grande número de critérios de qualidade e talvez mais ciente do dificuldade em obter evidências empíricas de suporte. Para a prova ple, o uso de "histórias de pacientes" em auxílios à decisão causou discussão capaz. Alguns pesquisadores acreditam que a decisão do paciente Aids deve evitar o uso de histórias de pacientes até que seu impacto seja melhor Entendido. Existem preocupações porque as histórias de pacientes têm o potencial para introduzir viés significativo e depende de como o as histórias são selecionadas e apresentadas. »Dada a tomada de decisão é fortemente influenciado pela auto-identificação com "outros semelhantes", esta área precisa de mais investigação. Esclarecimento dos valores técnica de descrever os efeitos físicos, emocionais e sociais de opções para ajudar os pacientes a explorar a "utilidade experiente" era fortemente endossado. »Outra área de desacordo

foi sobre o uso de treinadores treinados para preparar os pacientes para discutir as opções; **Pontos fracos e fortes** Uma fraqueza potencial do estudo é a extensão em que o par os participantes não eram independentes da agenda de pesquisa. Embora resumos de evidências empíricas foram apresentados, alguns avaliadores pode ter considerado ajudas de decisão do paciente para oferecer mais vantagens do que desvantagens e poderia ter introduzido viés. Observamos, no entanto, que a consistência foi alta entre os grupos e que, onde surgiram diferenças, os pesquisadores geralmente deram avaliações mais baixas do que as outras partes interessadas. **Um segundo possível O ponto fraco é que pedimos aos participantes que avaliassem os critérios contra apenas a "importância" do critério para a qualidade de um ajuda à decisão. Idealmente, fatores como mensurabilidade e viabilidade teria sido incluído. »No entanto, optamos por alto taxas de resposta e tentou não sobrecarregar os participantes.** **Um ponto forte do estudo é o uso apropriado de um Delphi processo de consenso. » O método gerou uma ampla "propriedade" do exercício e envolvimento de muitas pesquisas reconhecidas grupos neste campo. Além disso, tomamos o cuidado de garantir o disponibilidade de evidências empíricas existentes, »o uso de linguagem simples medida, e que igual peso foi dado aos grupos de partes interessadas 'avaliações.**

Além disso, os critérios de qualidade que aparecem na lista de verificação poderia guiar os pesquisadores nas ciências da decisão para criar um vali escala de avaliação de qualidade datada que poderia gerar dados quantitativos pontuações. Esses dados quantitativos poderiam, por sua vez, ser usados em estudos comparativos de ajudas à decisão do paciente e em análises dessas tecnologias. »Nesse sentido, a lista de verificação é com parábola para a ferramenta AGREE, que é usada para a avaliação de

substancial de critérios e pode ser considerado para representar enviou uma construção "ideal" que pode ser difícil de alcançar. Quão sempre, esta estrutura de qualidade enfatiza a necessidade de se esforçar para

Resultados em contexto

Este estudo representa o primeiro esforço internacional para construir sobre o trabalho do grupo de revisão sistemática da Colaboração Cochrane e estabelecer um consenso normativo sobre os critérios de qualidade para ajuda à decisão do paciente. » <http://www.bmj.com/> Reconhecemos que a lista de verificação contém um número

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/3/5

08/08/2021 Pesquisar

embora a adição de coaching tenha mostrado efeitos positivos, » existem preocupações sobre sua viabilidade, e mais trabalho empírico seria de valor. Os critérios endossados estão disponíveis como uma lista de verificação (ver bmj.com). Nesta lista de verificação, o primeiro subconjunto de critérios (conteúdo) consulte as informações, probabilidades, esclarecimento de valores e orientação na deliberação que são específicos do contexto, ou seja, específicos ao estado de saúde e opções terapêuticas / de triagem abrangidos por um determinado auxílio à decisão do paciente. O segundo subconjunto de critérios (processo de desenvolvimento) são genéricos, no sentido de que se referem a critérios de design e desenvolvimento que são relevantes para todos os pacientes auxiliares de decisão, independentemente do contexto de saúde. O terceiro subconjunto de critérios (eficácia) também são genéricos, na medida em que se referem ao princípios gerais de promoção de um processo de decisão de alta qualidade e uma escolha de alta qualidade. Esta lista de verificação permite que os usuários de auxiliares de decisão existentes, como pacientes e profissionais de saúde, para avaliar o conteúdo, processo de desenvolvimento e eficácia de ajuda na decisão do paciente que eles encontram. A estrutura para o

critérios de qualidade que aparecem na lista de verificação, em conjunto com as evidências de fundo de apoio da Colaboração IPDAS documentos, »constituem um recurso importante para os desenvolvedores de novos auxílios à decisão que precisam de evidências empíricas sobre as diferenças componentes e processos necessários para produzir uma alta qualidade ajuda à decisão. Nesse sentido, a lista de verificação é comparável ao Resultados do grupo de trabalho GRADE. » designs que têm efeitos favoráveis na qualidade da decisão. O cri- os critérios não pretendem ser prescritivos; muitas maneiras diferentes de alcançar os mesmos fins existe, e um debate não resolvido permanece sobre o que constitui um conjunto mínimo de domínios e critérios que deve ser atendido por um auxiliar de decisão do paciente. No entanto, nós acreditamos que a Colaboração IPDAS estabeleceu uma agenda para ambos desenvolvedores e pesquisadores. O desenvolvimento de decisões futuras ajudas também devem ser baseadas em sustentação teórica »e em a medição de resultados apropriados, a fim de determinar se os auxílios à decisão do paciente cumprem seu objetivo principal - melhorar a qualidade das decisões (o até que ponto as decisões dos pacientes são consistentes com seus valores informados). »

Implicações

Os critérios de qualidade para auxiliar na decisão do paciente são relevantes para os pacientes, profissionais de saúde, compradores de serviços de saúde e formuladores de políticas, todos os quais precisam estar confiantes sobre o desenvolvimento avaliação e teste a que essas ferramentas foram submetidas antes de sua lançamento. A lista de verificação de colaboração IPDAS é projetada para existir usuários e desenvolvedores de novos recursos de tomada de decisão. Para pegar o campo para a frente, duas coisas agora são necessárias: em primeiro lugar, para usar o IPDAS quadro como base para o desenvolvimento de um instrumento validado para avaliar o que poderia ser denominado de qualidade interna (conteúdo e tecnologia) da ferramenta de decisão; em segundo lugar, para desenvolver um acordo maneira de medir com mais precisão o impacto de tais ferramentas

em 8 de agosto de 2021 por convidado. Protegid

O que já é conhecido sobre este assunto

Tecnologias de apoio à decisão para pacientes (também conhecidas como auxiliares de decisão) têm recebido um interesse crescente no passado década

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados confirmou muitos resultados positivos quando essas ferramentas são usadas por pacientes e profissionais de saúde

Não existe acordo sobre o conteúdo do ativo componentes dos auxílios à decisão, e não existe orientação sobre padrões de qualidade para o seu desenvolvimento e avaliação

O que este estudo adiciona

Um processo Delphi, apoiado por evidências resumidas, relatórios, forneceu consenso substancial sobre um quadro de critérios de qualidade para auxiliares de decisão do paciente

Os critérios estão disponíveis como uma lista de verificação dos usuários e estão sendo usado como um guia para desenvolvedores de suporte à decisão

(sua eficácia e efetividade) em uma série de resultados. Em que ponto que podemos examinar com mais profundidade o objetivo de ajudando os pacientes e seus conselheiros a fazer os melhores cuidados de saúde decisões.

As seguintes pessoas contribuíram para documentos de evidências de fundo: J Austoker (Reino Unido), H Bekker (Reino Unido), J Belkora (EUA), C Braddock (EUA), P Butow (AU), E Chan (EUA), A Charvet (Suíça), J Davison (Canadá), J Dolan (EUA), A Fagerlin (EUA), J Fowler (EUA), D Frosch (EUA), P Hewit filho (Reino Unido), T Hope (Reino Unido), M Jacobsen (Canadá), M O'Kane (EUA), A Kennedy (Suíça), S Knight (EUA), M Kupperman (EUA), B Ling (EUA), T Marteau (Reino Unido), K McCaffery (Austrália), M O'Connor (EUA), E Ozanne (EUA), M Pignone (EUA), A Raffie (Reino Unido), L Schwartz (EUA), S Sheridan (EUA), S Stableford (EUA), D Stilwell (EUA), V Tait (Canadá), D Timmermans (Holanda), L Trevena (Austrália), C Wills (EUA), S Woloshin (EUA), S Ziebland (Reino Unido). Agradecemos também as seguintes por suas assistência: P Shekelle (EUA), J Muir Gray (Reino Unido), P Tugwell (Canadá), J Wen nberg (EUA), e os demais participantes do processo de consenso. Nós agradecer a Raymond Ramirez e J Scott Smith pelo desenvolvimento e gerenciamento do site de processos Delphi. Colaboradores: GE, AOC, DS, Michael Barry, Steven Bernstein, Richard Thomson, AC e AE foram responsáveis pelo conceito do estudo, design e gestão. AOC, Hilary Llewellyn-Thomas, DS, e os presidentes do grupos de evidências foram responsáveis pela produção de documentos de apoio. DS e RV foram responsáveis pela aquisição de dados, e GE, AOC e DS foram responsáveis pela análise e interpretação. GE e AOC elaborados o manuscrito, e todos os autores o revisaram para importantes considerações intelectuais tenda. Alan Sykes fez a análise estatística. AOC e GE obtiveram financiamento para o trabalho. GE é o fiador.

Financiamento: Subsídio do Canadian Institutes of Health Research Group; Cardiff Uni financiamento interno versidade.

Interesses conflitantes: AOC recebe apoio financeiro de não para

Fundação para Tomada de Decisão Médica Informada, Boston. este fundação recebe royalties da Health Dialog, produtora comercial e promotor de ajudas à decisão do paciente. Outros autores: nenhum declarado.

- 1 O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modificando variações injustificadas em cuidados de saúde: tomada de decisão compartilhada usando recursos de decisão do paciente. *Health Aff (Millwood)* 2004; fornecimento exclusivo da web: VARS3-72.
- 2 O'Connor AM, Fiset V, Degraze C, Graham I, Evans W, Stacey D, et al. Auxílios de decisão para pacientes considerando opções de cuidados de saúde: evidências de eficácia e implicações políticas. *J Natl Cancer Inst* 1999; 25 (monografia): 67-80.
- 6 Molenaar S, Sprangers MA, Postma-Schuit FC, Rutgers EJ, Noorlander J, Hendricks J, et al. Viabilidade e efeitos dos auxílios à decisão. *Med Decis Making* 2000; 20: 112-27.
- 7 Estabrooks C, Goel V, Theil E, Perfold P, Sawka G, Williams I. Auxílios à decisão: são eles Vale a pena? Uma revisão sistemática. *J Health Serv Res Policy* 2001; 6: 170-82.
- 8 Entwistle V. A contribuição potencial de ajudas de decisão para programas de triagem. *Health Expect* 2001; 4: 109-15.
- 9 Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, et al. Efeito de uma decisão auxílio no conhecimento e tomada de decisão de tratamento para cirurgia de câncer de mama: a teste aleatório. *JAMA* 2004; 292: 435-41.
- 10 Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams KR, et al. Efeitos de ajudas de decisão para menorragia em escolhas de tratamento, resultados de saúde e custos. *JAMA* 2002; 288: 2701-8.
- 11 Evans R, Elwyn G, Edwards A. Tomando o suporte de decisão interativo para pacientes uma realidade ity. *Inform Prim Care* 2004; 12: 109-13.
- 12 Charles C, Gafni A, Whelan T, O'Brien MA. Auxílios à decisão de tratamento: questões conceituais e direções futuras. *Health Expect* 2005; 8: 114-25.
- 13 Sepucha KR, Fowler FJ, Mulley AG. Apoio de política para cuidados centrados no paciente: a necessidade para melhorias mensuráveis na qualidade da decisão. *Health Aff (Millwood)* 2004; rede de suprimentos exclusivo: VARS4-62.
- 14 Altman DG. Melhor relato de ensaios clínicos randomizados: o CONSORT demonstração. *BMJ* 1996; 313: 570-1.
- 15 Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Melhorar a qualidade de relatórios de meta-análises de ensaios clínicos randomizados: a declaração QUOROM. *Lancet* 1999; 354: 1896-900.
- 16 Cluzeau FA, Burgers JS, Brouwers M, Grol R, Makela M, Littlejohns P, et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação internacional para avaliar o qualidade das diretrizes de prática clínica: o projeto AGREE. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.
- 17 Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: um instrumento para julgar a qualidade da informação escrita sobre a saúde do consumidor sobre as opções de tratamento. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 105-11.
- 18 Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Informando pacientes: uma avaliação da qualidade do paciente materiais de informação . Londres: King's Fund; 1998.
- 19 Gagliardi A, Javid AR. Exame de instrumentos usados para avaliar a qualidade das informações de saúde mção na internet: crítica de uma viagem com destino incerto. *BMJ* 2002; 324: 569-72.
- 20 Heaney DJ, Walker JJ, Howie JG, Maxwell M, Freeman GK, Berry PN, et al. O desenvolvimento opção de um índice de desempenho de rotina baseado em dados do NHS na prática geral (NHSPPI). *Fam Pract* 2002; 19: 77-84.
- 21 Campbell SM, Carrillo JA, Roberts D. Indicadores de prescrição para prática geral no Reino Unido: Estado de consulta Delphi. *BMJ* 2000; 321: 425-8.
- 22 Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Ashkam J, et al. Vigarista métodos de desenvolvimento sensu e seu uso no desenvolvimento de diretrizes clínicas. *Saúde Technol Assess* 1996; 2 (3): 1-88.
- 23 Jones J, Hunter D. Métodos de consenso para pesquisa médica e de serviços de saúde. *BMJ* 1995; 311: 376-80.
- 24 Jones J, Hunter D. Usando o Delphi e a técnica de grupo nominal em serviços de saúde pesquisar. In: Mays N, Pope C, eds. *Pesquisas qualitativa em saúde*. Londres: BMJ Books; 1999.
- 25 Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkenmann H, Szabócsy J, et al. Desenvolver uma estrutura e indicadores de qualidade para a prática geral de gestão na Europa. *Fam Pract* 2005; 22: 215-22.
- 26 Filch K, Lázaro P, Aguilar MD, Kahan J, van het Loo M, Bernstein SJ. Critérios europeus pela adequação e necessidade de procedimentos de revascularização coronariana. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 18: 380-7.
- 27 Brook RH. Adequação: a próxima fronteira. *BMJ* 1994; 308: 217-8.
- 28 Colaboração para Padrões Internacionais de Auxílio à Decisão do Paciente (IPDAS). Evi relatórios de dência de painéis de especialistas para 12 domínios de qualidade. <http://ipdas.ohri.ca/> (acessado em janeiro de 2006).
- 29 Conover WJ. *Estatística não paramétrica prática*. 2ª ed. Nova York: John Wiley & Sons; 1980.
- 30 Ubel PA, Loewenstein C. O papel da análise de decisão no consentimento informado: escolhendo entre intuição e sistematicidade. *Soc Sci Med* 1997; 44: 847-56.
- 31 Kahnemann D, Tversky A, eds. *Escolhas, valores e frames*. Nova York: Cam bridge University Press e Russel Sage Foundation; 2000: 673-92.
- 32 Schunemann HJ, Melhor D, Vist G, Oxman AD, Grade Working Group. Letras, números, símbolos e palavras: como comunicar graus de evidências e recomendações. *CMAJ* 2003; 169: 677-80.

(Aceito em 13 de julho de 2006)

Departamento de Clínica Geral, Centro de Pesquisa em Ciências da Saúde, Cardiff Universidade, Cardiff CF14 4YS
Glyn Elwyn . *professor de pesquisa, atendimento médico primário*

Pesquisar

BMJ: publicado pela primeira vez como 10.1136

Adrian Edwards . *professor de pesquisa, atenção médica primária*
University of Ottawa e Ottawa Health Research Institute, Clinical Epidemiology Programa, Ottawa, ON, Canadá K1Y 4E9
Professora Annette O'Connor
Escola de Enfermagem, Universidade de Ottawa, Ottawa, ON, Canadá K1H 8M5 Professora assistente
Dawn Stacey
Departamento de Medicina Familiar e Comunitária, Baylor College of Medicine,

<http://www.bmj.com/>

em 8 de agosto de 2021 por convidado. Protegido

https://translate.googleusercontent.com/translate_f/4/5

3 Barnatt A, Trevena L, Davey HM, McCaffery K. Uso de auxílios à decisão para apoiar escolhas informadas sobre a triagem. *BMJ* 2004; 329: 507-10.
4 Woolf SH, Chan EC, Harris R, Sheridan SL, Braddock CH, Kaplan RM, et al. Promot escolha informada: transferência do cuidados de saúde para dispensar conhecimento para a decisão fazer. *Ann Intern Med* 2005; 143: 293-300.
5 O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Auxílios de decisão para pessoas que enfrentam tratamento de saúde ou decisões de triagem. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD001431.

Houston, TX 77098-3915, EUA
Professor associado Robert Volk
Picker Institute Europe, King's Mead House, Oxford OX1
1rx Angela Coulter *executiva-chefe*
Newcastle upon Tyne Medical School, Escola de População e Ciências da Saúde, Newcastle upon Tyne NE2 4HH

Pesquisar

BMJ: publicado pela primeira vez como 10.1136

Richard Thomson *professor de epidemiologia e saúde pública*

Programa de Triagem e Avaliação de Testes, Escola de Saúde Pública,
Universidade de Sydney, NSW 2006, Austrália

Alexandra Barratt *professora associada, epidemiologia*

Unidade de Pesquisa em Psicologia Médica, Escola de Psicologia, Universidade de
Sydney

Phyllis Butow *professora*

Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA
02114, EUA

Michael Barry *chefe, unidade de medicina geral*

Albert G Mulley *chefe, divisão de medicina geral*

Karen Sepucha *cientista sênior*

Centro de Excelência HSR & D, VA Ann Arbor Healthcare System,

EUA

Steven Bernstein *cientista pesquisador*

Unidade de Recursos de Saúde Pública, Oxford OX4 2GX

Consultora **Aileen Clarke** *em saúde pública*

Dimensões Sociais do Instituto de Saúde, Universidade de Dundee, Dundee

DD1 4HJ **Leitora Vikki Entwistle**

Divisão de Tratamento e Epidemiologia do Câncer, Instituto de Pesquisa do Câncer,

Queen's University, Kingston, ON, Canadá

Professora associada **Deb Feldman-Stewart**

Centro de Ética, Michigan State University, East Lansing, MI 48824, EUA

Professora **Margaret Holmes-Rovner**

Centro de Ciências Clínicas Avaliativas, Departamento de Comunidade e

Família Medicina, Dartmouth Medical School, Hanover, NH, EUA

Professora **Hilary Llewellyn-Thomas**

GRESAC, Centre Léon Bérard, 69008 Lyon, França

Nora Mounjid *economista de saúde*

Rikshospitalet Radiumhospitalet, Oslo, Noruega

Professora **Cornelia Ruland**

Acadvent Ltd, 171 Gower Road, Swansea

Estatístico **Alan Sykes**

Departamento de Medicina, McMaster University e Juravinski Cancer

Center, Hamilton, ON, Canadá

Professor **Tim Whelan**

Correspondência para: Glyn Elwyn elwyn@cardiff.ac.uk

doi 10.1136 / bmj.38926.629329.AE

em 8 de agosto de 2021 por convidado. Protegido

<http://www.bmj.com/>

Esta é a versão 2 do artigo, que inclui a lista
completa de autores.