

סיכום מאמר

קבלת החלטות משותפת לניהול תרופות פסיכיאטריות

ניקולה מורנט, אמה קמינסקי ושולמית רמון

בריטניה, 2015

Morant, N., Kaminskiy, E., & Ramon, S. (2015). Shared decision making for psychiatric medication management: Beyond the micro-social. *Health expectations: An International Journal of Public Participation in Health care and Health policy*. 1-13. doi: 10.1111/hex.12392

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת דר' נעמי הדס-לידור

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

כל הזכויות שמורות

© Copyright יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

מבוא

קבלת החלטות משותפת על טיפול מהווה היבט משמעותי של טיפול ממוקד-אדם, אשר הפך למודל טיפול מודרני אידיאלי ברחבי העולם. בקבלת החלטות משותפת דנים מטופל ומטפל באופציות הטיפול באמצעות חילופי ידע ומידע הדדיים (פורמאליים ומבוססי-ניסיון) ומחליטים ביחד על מהלכי פעולה. תהליך שיתופי זה מבוסס על כבוד הדדי, תקשורת פתוחה והתחשבות בהעדפות וערכים אינדיבידואליים. בבריטניה, קבלת החלטות משותפת מקודמת במדיניות ממשלתית, בהנחיות לגבי פרקטיקה טובה וביוזמות של עיצוב סטנדרטים לפרקטיקה קלינית. גוף מחקרי רחב הראה השפעות חיוביות על שביעות רצון של מטופלים, דבקות בטיפול, מצב בריאותי ועל אי-שוויון בתחום הבריאות.

בבריאות הנפש, קבלת החלטות משותפת קיבלה הרבה פחות תשומת לב והיא עדיין נדירה יחסית בפרקטיקה קלינית ובמחקר. עם זאת, כיום גוברת ההתעניינות בנושא, המוצג בהצהרות על מדיניות ופרקטיקה בבריאות הנפש ומתאים היטב לגישת ההחלמה. אוריינטציה ממוקדת-אדם מקדמת ניהול-עצמי ומכוונת לתמוך באנשים לחיות היטב עם ומעבר לבעיותיהם הנפשיות, תוך שילוב של טיפולים פורמאליים עם אסטרטגיות אחרות לקידום רווחה נפשית. ידע מתוך ניסיון זוכה להערכה ויחסים יותר שוויוניים ושיתופיים בין מטפל למטופל מקודמים.

למרות התפתחויות אלה, צילו של עבר אפל יותר עדיין מאפיין רבים מההיבטים של הפרקטיקה המקובלת. צורות של כפייה, החל משכנוע ועד לאשפוז בכפייה או צווים לטיפול מרפאתי כפי עדיין רווחים יחסית. רבים מצרכני בריאות הנפש נותרים מוחלשים (Disempowered), מרגישים שיש להם השפעה מועטה על החלטות טיפוליות או שהחלטות אלה אינן נעשות לטובת האינטרסים שלהם וחווים סטיגמה. בעוד שיתכנו מצבים אמיתיים של חוסר מסוגלות, הרי שהנחות של אנשי מקצוע לגבי חוסר תובנה, הנקשר לבעיות נפשיות, מונע לא אחת דיאלוג אמיתי. הדבר מוביל לאי-שוויון מופרז בין הידע מניסיון שיש לצרכנים לבין הידע המדעי של המטפלים. תהליכים אלה רווחים במיוחד כאשר בעיות נפשיות הן

אקוטיות או חמורות אבל חוויות של איום, כפייה ממשית או נתפשת, יכולות לשחוק לאורך זמן את יכולתם של צרכנים לתת אמון וליצור קשר חיובי עם שירותים.

מאמר זה יתמקד בקבלת החלטות משותפת לגבי ניהול הטיפול בתרופות פסיכיאטריות בשירותים מומחים בבריאות הנפש. תרופות פסיכיאטריות (נוגדי פסיכוזה, מייצבי מצב-רוח, נוגדי דיכאון וחרדה) מהוות טיפול עיקרי לבעיות נפשיות, בפרט להפרעות פסיכוטיות ומשברים נפשיים אקוטיים. בעוד שהערך המיוחס לבחירת המטופל ומעורבותו האקטיבית בהחלטות תרופתיות מודגש בהמלצות לפרקטיקה ובמסמכי מדיניות, צרכני שירותי בריאות הנפש בדרך כלל מדווחים כי אינם מעורבים בהחלטות אלה ולעתים קרובות מרגישים שלא ניתנת להם בחירה. טיפול תרופתי יכול להיות כרוך בצורות של כפייה: נותני שירותים עשויים לשכנע או ללחוץ על צרכנים לקחת תרופות או לקבל תרופות בזריקה להשפעה ארוכת טווח אם הם אינם נוטלים אותן דרך הפה כפי שהמטפלים היו רוצים. נטילת תרופות בהתאם למרשם יכולה להיות דרישה של צווים לטיפול מרפאתי המחייבים מבחינה חוקית או כגורם קובע לגבי סטאטוס של אשפוז מרצון או בכפייה.

תרופות כמו נוגדי פסיכוזה, מייצבי מצב-רוח ונוגדי דיכאון הן תרופות חזקות שלרוב ניטלות לתקופות ממושכות (לעתים קרובות למשך עשורים) ויכולות ליצור טווח רחב של השפעות גופניות ופסיכולוגיות רצויות ובלתי רצויות. קביעת הסוג והמינון המתאימים ביותר של תרופה היא תהליך מורכב של משא ומתן ודיון לגבי אי-וודאות באבחנה, תגובות אינדיבידואליות והנכונות של המטופל. אתגרים אלה הופכים את הקומבינציה של ידע מניסיון וידע קליני בקבלת החלטות משותפת לגישה בעלת ערך להשגת שימוש אופטימאלי בתרופות עבור הפרט. במקביל, הפוטנציאל לכך שתרופה פסיכיאטרית תתקשר לכפייה, מציב משמעויות והשלכות שונות על דיונים אלה.

מאפיינים של החלשה, כפייה ושאלות על תובנה וסטיגמה, בולטים יותר בטיפול בבריאות הנפש לעומת תחומי בריאות אחרים ומשפיעים על התהליכים והאפשרויות של קבלת החלטות משותפת. המחקרים על קבלת החלטות משותפת התמקדו לרוב על ההקשר המיקרו-חברתי של רופא-מטופל. אנו מציעים קונספטואליזציה של קבלת החלטות לגבי תרופות פסיכיאטריות שגעה מעבר למיקרו-חברתי ומתבוננת על הקונטקסט של האינטראקציה מטופל-רופא במסגרת יחסים ותהליכי טיפול ארוכי טווח והקשרים ארגוניים רחבים יותר.

נסקור את נושא הרישום והשימוש בתרופות פסיכיאטריות ונציג מודל קונספטואלי ליצירת אינטגרציה והערכה ביקורתית של הראיות הקיימות על קבלת החלטות משותפת לגבי תרופות פסיכיאטריות, ולזיהוי כיוונים למחקר עתידי ופרקטיקה קלינית.

תרופות פסיכיאטריות: רישום ושימוש

החוויה של נטילת תרופות פסיכיאטריות

למרות שצרכנים רבים מדווחים על יתרונות של תרופות פסיכיאטריות, רווחות הדאגות לגבי השפעות מזיקות על איכות החיים, הרווחה הנפשית והתפקוד החברתי. השפעות שליליות שכיחות כוללות עלייה במשקל, נמנום וערפול מנטאלי, הפחתת ליבידו, תנועות לא רצוניות וסכרת. צרכנים יכולים לעתים קרובות למצוא עצמם מחליפים סימפטומים של מחלה נפשית במערך אחר של בעיות. כתוצאה מכך, אי-נטילת תרופות כפי שרשמו, שכיחה. בין שליש לבין מחצית מהאנשים אינם נוטלים כלל תרופות פסיכיאטריות שרשמו להם או לוקחים פחות מהמינון שרשם או מפסיקים לקחת בבת אחת. מצבים אלה, בפרט הפסקה פתאומית של תרופות, יכולים להוביל להידרדרות בבריאות הנפשית ולהגברת הסיכויים להישנות המחלה. פסיכיאטרים, לפיכך, זהירים באופן מוצדק לגבי אי-נטילת תרופות בהתאם לרישום אבל לרוב אינם מזהים זאת כמרכיב חיובי של אסטרטגיות לניהול עצמי. לאורך זמן, אנשים רבים לומדים לתפור באופן מוצלח את התרופות שלהם בתגובה למצבים נפשיים ואירועי חיים ומשלבים זאת בתוך אסטרטגיות רחבות יותר של החלמה ו"רפואה אישית" ("personal medicine"). אי-דבקות מכוונת היא אסטרטגיה רווחת לצמצום צריכת תרופות שלעיתים רחוקות נחשפת בפני הרופאים. תרופות פסיכיאטריות מכילות משמעויות מורכבות ואמביוולנטיות הקשורות לזהות ותחושת עצמי. אי-לקיחת תרופות יכולה להיות ניסיון להשיג מחדש שליטה, בתגובה לחוויות שליליות או נכפות בטיפול בבריאות הנפש: זה יכול להיות "קלף ניצחון" של צרכנים, המשאב היחיד והאולטימטיבי שלהם להתנגדות, בקונטקסט של חוויית חוסר-אונים וחוסר בחירה.

פרקטיקות של רישום תרופות

לאחרונה, הועלו כמה דאגות לגבי מינונים גבוהים ורישום יתר של תרופות פסיכיאטריות ולגבי כישלון בשמירת הנחיות הרישום. לחלק משמעותי מהצרכנים הנוטלים נוגדי פסיכוזה בבריטניה נרשם יותר מ-100% מהמינון המקסימאלי המומלץ. לעתים קרובות המינונים מוגדלים במהלך משבר נפשי אך אינם מופחתים כאשר המשבר חולף. ריבוי סוגי תרופות הוא נפוץ ומביא לסיכון גדול יותר להשפעות מזיקות בשל אינטראקציות בין תרופות או מינון כולל גבוה יותר. ספקות לגבי האיזון של יעילות מול נזק מתבטאים בטיעונים להערכת-יתר של יעילותם של נוגדי פסיכוזה ותרופות אחרות והערכת-חסר של חומרת השפעותיהן המזיקות. סביר כי השפעות מזיקות יהיו חמורות יותר במינונים גבוהים וחלקן יכולות להיות בלתי הפיכות וקשורות להשלכות בריאותיות שליליות חמורות ארוכות טווח. המודל הדומיננטי של תרופה ממוקדת-מחלה בפסיכיאטריה הוטל בספק, תוך מתן משקל גדול יותר לחוויה הסובייקטיבית של צרכנים כמטרת הטיפול ולא רק כתוצר לוואי מעניין. מחקר הראה כי אנשים רבים יכולים לחיות היטב ללא תרופות או עם מינונים נמוכים, באמצעות פיתוח של אסטרטגיות חיוביות לניהול סימפטומים או בתוך רשתות חברתיות תומכות חזקות. במערכת בריאות הנפש הציבורית בבריטניה ישנו פיתוח מועט של גישות כאלה.

דיון על תרופות בין רופא לבין צרכן

תרופות מהוות את אחד מתחומי החלטות החשובים ביותר לצרכני בריאות הנפש, אבל הם מדווחים על קבלת מידע מועט או בלתי מספיק על השפעות מזיקות, על קשיים בהעלאת דאגות לגבי תרופות מול פסיכיאטרים ועל רמות נמוכות של מעורבות בהחלטות על תרופות. מחקרים שעסקו בהתייעצויות פסיכיאטריות הראו כי בכמה תחומים, כולל תרופות, פסיכיאטרים לעתים נדירות משתמשים באסטרטגיות תקשורת המעודדות קבלת החלטות משותפת (אף שנמצאה שונות גדולה בין רופאים) ולעתים קרובות משתמשים באסטרטגיות שונות כדי להתנגד לעיסוק בדאגותיהם ושאלותיהם של צרכנים. כאשר הם דנים על נוגדי פסיכוזה, לעתים קרובות הם אינם מתייחסים לדאגותיהם של צרכנים לגבי תחושות נמוגות וערפול מנטאלי, תוך הטלת ספק בתוקף הפרשנות של המטופל. מערך האפשרויות לבחירה לרוב מוגדר באופן חד-צדדי על ידי הפסיכיאטר, שעשוי לכוון את הצרכן לעבר החלטה מסוימת או לציין דרך פעולה אחת כטובה ביותר. מחקרים אלה מציעים כי התייעצויות פסיכיאטריות לעתים קרובות אינן תומכות בבחירת הצרכן ובקבלת החלטות משותפת ובלתי שוויוניות מבחינת נגישותם של צרכנים למידע ולאמצעי שכנוע. כדי להבין זאת, יש לקחת בחשבון את הגורמים ברמות השונות שתורמים לתהליכים אלה.

מודל קונספטואלי של קבלת החלטות לגבי תרופות פסיכיאטריות

הקונספטואליזציה המוצעת לקבלת החלטות לגבי תרופות פסיכיאטריות מתייחסת להמשגה רחבה הנעה מעבר למיקרו-חברתי וכוללת גורמים כגון אתיקה מקצועית, אחריות (accountability) ואילווצים של אפשרויות טיפול. המשגה זו מייצגת מאפיינים של טיפול נפשי שהם ייחודיים או מוקצנים יותר לעומת תחומי בריאות אחרים (למשל: צורות של כפייה, שאלות לגבי "תובנה", החלשת הלקוח והשפעתן על אפשרויות לקבלת החלטות משותפת). התהליכים המתרחשים בהתייעצות פסיכיאטרית טבעיים בתוך היחסים ארוכי הטווח ובקונטקסט של השירות, הכולל שחקני מפתח נוספים (מקצועיים ולא-מקצועיים) ומאפיינים תפקודיים ותרבותיים של מערכת בריאות הנפש. כיוון שמחלת נפש וניהולה יכולים להתפתח לאורך תקופות של בריאות טובה (wellness) והישנות המחלה (relapse), הרי שקבלת החלטות משותפת בתוך כך היא תהליך דינמי ארוך-טווח.

ההתייעצות הפסיכיאטרית

ברמה המיקרו-חברתית בולטים שני מאפיינים של דיונים תרופתיים בין מטפלים לבין צרכנים, שיכולים להיות שונים ממודלים סטנדרטיים של קבלת החלטות משותפת שפותחו בתחומי בריאות אחרים. ראשית, הסטאטוס והערך של הידע מניסיון של צרכני בריאות הנפש הינם אמביוולנטיים. מצד אחד, גוברת ההכרה בצרכני השירותים כ"מומחים מניסיון" במסגרת פרקטיקה מכוונת-החלמה ודיווחיהם הסובייקטיביים זוכים להכרה כחיוניים להערכת ההשפעה של תרופות. מן הצד השני, אם צרכנים נשפטים כחסרי מסוגלות או תובנה, התוקף של דעותיהם וחוויותיהם הסובייקטיביות יכול לעמוד

בספק. הדבר יכול להוביל לזלזול בהעדפותיהם בטיפול, לפסיקה כנגדן או, במצבים קיצוניים, להסרת אפשרות הבחירה. הדבר לעתים רחוקות קורה בתחומי בריאות אחרים, שבהם דעותיהם של מטופלים לרוב נחשבות תקפות, אפילו אם אינם מסכימים עם הרופאים.

שנית, מודלים סטנדרטים של קבלת החלטות משותפת, שבהם בניית הסכמות לגבי הטיפול היא מאפיין שמגדיר את התהליך, אינם יכולים להקיף את התהליכים המורכבים והקונפליקטואליים שמאפיינים לעתים התייעצויות פסיכיאטריות. כאשר יש אי-הסכמה מהותית בין רופא לבין לקוח לגבי קיומה של מחלת נפש או לגבי ההנחה שהתרופה רצויה במצבו, החלטה משותפת המקובלת על שני הצדדים עשויה להיות בלתי מושגת. החלטות טיפוליות שיש בהן משקל של סיכון או דאגה לבטיחות ומבוססות על יותר מאשר האינטרסים של הפרט בלבד, יכולות להציב מגבלות על קבלת החלטות משותפת. לדוגמה, בחירה בין סוגי תרופות יכולה להישמר אך החלטה שלא לקחת תרופות או לקבל תרופה בכדור במקום בזריקה עשויה שלא להיכלל במסגרת אפשרויות הבחירה שמציעים המטפלים. ניסיון לשמור על שותפות למרות אי-הסכמות ולעודד דיונים מכבדים ופתוחים יכול לאפשר למצבים מאתגרים כאלה להשתלב בתהליכים של קבלת החלטות משותפת, שעשויים להעניק יתרונות, אפילו אם החלטה משותפת כתוצאה אינה מתאפשרת, כמו כאשר נקבע טיפול בכפייה. לפיכך, האפשרויות ליישם קבלת החלטות משותפת בתוך התייעצות פסיכיאטרית בודדת מתייחסות לאג'נדה בהקשר הארגוני והחברתי הרחב יותר של טיפול בבריאות הנפש.

קבלת החלטות במסגרת יחסים טיפוליים

יחסים טיפוליים חזקים בין צרכני בריאות הנפש לבין מטפלים הם מרכזיים בחוויית הצרכנים ובתוצאות הטיפול. בדומה לכך, תהליכי קבלת החלטות משותפת נשענים על יחסים טיפוליים טובים, המאפשרים לדון באופן רחב יותר מאשר דיונים "טכניים" פשוטים של בעד ונגד, לעסוק בבנייה משותפת של הבנות לגבי תרופות, תוך התייחסות לנסיבות חייו של האדם ומטרותיו. הדבר יכול לתרום לשיפור נוסף של השותפות ושיתוף הפעולה בטווח הארוך. במסגרת גישה מכוונת-החלמה, מתן משקל לידע מניסיונו של הלקוח משנה את תפקיד המטפל מבעל סמכות למאמן שמציע ידע מומחה. כיוון שהבנתם של אנשים לגבי מחלת הנפש שלהם מתפתחת לאורך זמן, הם עשויים להפוך יותר מועצמים להשתתף כשותפים שווים בדיונים ובחירות לגבי תרופות. לפיכך, לקבלת החלטות משותפת יש פוטנציאל להיות לא רק אמצעי להחלטה על טיפול, אלא חלק חשוב של הטיפול עצמו, בקידום סוכנויות (agency) וניהול עצמי ותרומה פוטנציאלית להגברת האמון ושיפור היחסים הטיפוליים. פיתוח מתמשך של קבלת החלטות משותפת עם יחסים טיפוליים חיוביים יכול להגן מפני חוויות של החלשה או ניכור בזמני משבר, או כאשר מתערערת יכולתו של אדם להשתתף בהחלטות.

בניגוד לכך, לקשר בין יחסים טיפוליים לבין ניהול תרופתי יכולות להיות השפעות שליליות הדדיות מוגברות. כך, לאחר שנתיים של נטילת תרופות בזריקה ארוכת-טווח נמצאו יחסים טיפוליים גרועים עם הרופא שרשם את הטיפול ונמצא כי חוויות של כפייה במהלך אשפוז מנבאות גישות שליליות כלפי טיפול בנוגדי פסיכוזה. חוויות שליליות כאלה שוחקות את האמון ועשויות לערער אפשרויות עתידיות לקבלת החלטות משותפת. מחקרנו מראה כי פחד מפני כפייה חוסם מעורבות של צרכנים בהחלטות תרופתיות ומונע חשיפה של סימפטומים או התאמות אישיות של השימוש בתרופה.

מעורבות של בעלי עניין רבים

בעוד שהתייעצות פסיכיאטרית יכולה להיות המקום שבו מתקבלות החלטות סופיות לגבי תרופות, חלק גדול מהעבודה הרגשית, האינפורמטיבית ושקילת העדפות טיפוליות מתרחש מחוץ לקונטקסט זה, במשפחה, בקהילה וברשתות חברתיות. למרות שאלה הם משאבים הולכים וגדלים של תמיכה רגשית, השגת ידע ובניית ביטחון, תפקידם לא זכה להכרה בחקר קבלת החלטות משותפת ובטיפול בבריאות הנפש.

גם תפקידם של עובדים מקצועיים אחרים, שאינם רושמים תרופות, לא זכה להכרה מספקת במודלים של קבלת החלטות משותפת. אחיות פסיכיאטריות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועובדי תמיכת עמיתים יכולים לפגוש צרכני שירותים באופן קבוע יותר מאשר פסיכיאטרים ולספק הזדמנויות לדון על תרופות. עובדים שאינם רופאים יכולים לתרום בדרכים שונות להחלטות תרופתיות, כולל גילוי של דאגות, העדפות, שאיפות וכן היתרונות והבעיות המיוחדות לתרופות; הם תומכים בחיפוש או בהבנה של מידע תרופתי; עוזרים לצרכנים להתכונן להתייעצויות פסיכיאטריות בהבהרת הסוגיות שבהם ירצו לדון עם הרופא או מלווים אותם להתייעצויות. בדרכים אלה, הם עשויים להגביר את קולם של צרכנים שחסר

להם ביטחון כדי לבטא את דעתם בכנות מול פסיכיאטרים. עובדים אלה רואים עצמם כמי ש"צועדים במסע משותף" עם מקבלי השירות, הם בעלי גישה חיובית לקבלת החלטות משותפת ועשויים להכיר בערכו של ידע מתוך ניסיונם של הלקוחות יותר מאשר פסיכיאטרים אבל לעתים קרובות הם חשים חסרי-ביטחון לגבי ידע תרופתי מספיק או תואם כדי לדון בבחירות באופן מעמיק. רופאי משפחה עשויים גם הם להיות מעורבים במעקב תרופתי או רישום תרופות. עם זאת, הם גם עשויים להיות בעלי פחות ידע לגבי תרופות פסיכיאטריות מאשר רופאים פסיכיאטרים ועשויים להסתייג מהפחתה או משינוי מינונים תרופתיים שהומלצו על-ידי פסיכיאטר.

תפקידיהם של אנשי מקצוע ותומכים יכולים להשתנות לאורך מסלול המחלה של האדם והמעבר בין שירותים. צרכנים עשויים לפגוש דעות שונות לגבי תרופות ולגבי מעורבות בקבלת החלטות, המעצבות את ציפיותיהם כלפי כל מפגש קליני חדש. בקבלת החלטות תרופתיות מעורבים תהליכים רבים, הנחלקים על פני בעלי עניין וגורמי תמיכה לאורך זמן, כאשר הצרכן הוא הגורם הקבוע.

מערכת בריאות הנפש כקונטקסט לקבלת החלטות משותפת

כאמור, מאפיינים ייחודיים לטיפול בבריאות הנפש מציבים אתגרים לקבלת החלטות משותפת (צורות של כפייה, שאלות על תובנה ומסוגלות). תהליכי קבלת החלטות על תרופות פסיכיאטריות עשויים להיות מושפעים גם מגורמים מערכתיים אחרים, בהם תרבות של התנגדות לסיכונים, המתעדת את מניעת הישנות המחלה על פני פגיעה פוטנציאלית כתוצאה משימוש ארוך-טווח בתרופות; הסתמכות על מודלים ביו-רפואיים של מחלת נפש, שמעדיפים תרופות ומומחיות רפואית על פני אסטרטגיות טיפול אחרות; דומיננטיות של מודל ממוקד-מחלה בתרופות פסיכיאטריות, שעשוי להסתיר הסברים אלטרנטיביים; פסימיות מקצועית לגבי פרוגנוזה ארוכת-טווח; חוסר ביטחון של נותן המרשם לגבי הפחתה או הפסקת תרופות; היחסים של הפסיכיאטריה עם תעשיית התרופות; התפקיד החברתי הרחב יותר של פסיכיאטריה בויסות התנהגות, והשימוש בתרופות לשם כך וכן משאבים מוגבלים המפחיתים את המגע הקבוע עם פסיכיאטרים.

התערבויות לשיפור קבלת החלטות משותפת

מחקרים מעטים שבוצעו בבריאות הנפש על קבלת החלטות משותפת לגבי תרופות הראו תוצאות חיוביות בשימוש בהתערבויות המיושמות על-ידי מטפלים שונים (לא רק פסיכיאטרים הרושמים תרופות). למשל, תמיכה מקדימה של הצוות הסיעודי ושימוש בעזרים לקבלת החלטות (decision aid) לפני התייעצויות פסיכיאטריות הגבירו את הידע והמעורבות של מטופלים במצב חריף. מחקר הראה כי הבניית מפגשים סביב צרכיו ודאגותיו של הלקוח בתחומים שונים, כולל תרופות, לאורך שנה, הובילה להשפעה חיובית על איכות החיים הסובייקטיבית, על צרכים בלתי מסופקים ועל שביעות רצון בטיפול. הכשרת מתאמי טיפול בניהול תרופתי אפקטיבי לצד שימוש בעקרונות של קבלת החלטות משותפת הובילה לשיפור בסימפטומים והגברת מעורבות הלקוח ולהפחתת מינונים של נוגדי-פסיכוזה, זריקות ושימוש בתרופות מרובות לאחר 9 חודשים.

התערבות מבטיחה שפוחה בארה"ב בתחום זה נקראת "מכנה משותף" ("Common Ground"). התערבות זו מספקת מידע מכוון-החלמה ממוחשב ועזרים להחלטות הקשורות לתרופות, בתמיכת עובדים-צרכנים. במהלך התייעצות פסיכיאטרית נסקר דיווח של האדם על הדאגות, ההעדפות והמטרות שלו והוא משמש להנחיית המשך התהליך. ההתערבות אפשרה מעורבות מוגברת בהחלטות תרופתיות וחשיפת מידע ודאגות שצרכנים התקשו לספר עליהם ישירות לפסיכיאטרים. התכנית יושמה ב-12 מרפאות בקהילה, נעשה בה שימוש על-ידי 85% מהצרכנים והיא נקשרה לעליה בבריאות הכללית המדווחת, לתועלת שמוצאים צרכנים בתרופות פסיכיאטריות ולהפחתת סימפטומים ודאגות לגבי השפעות שליליות של תרופות. הדבר מצביע על התפקיד החשוב של ההתערבות בשיפור התאמת התרופות לצרכים האינדיבידואליים. "מכנה משותף" יצרה שינוי במרפאות-חוץ, עם הכנסת "מרכז לתמיכה בהחלטות", המשמש לעבודה מקדימה של צרכנים עם עמיתים לפני התייעצות פסיכיאטרית. הדבר מאפשר לשמור על הזמן המוקדש להתייעצות הפסיכיאטרית ולמקד את המפגש בצורה יעילה יותר על דאגותיו של הצרכן.

ההתערבויות המכוונות לכל בעלי העניין בתהליכי קבלת החלטות יש את הפוטנציאל הגדול ביותר להשפיע על תהליכי ההתייעצות הפסיכיאטרית. הפרויקט הנוכחי שלנו ("ShiMME") מספק הכשרה לקבלת החלטות משותפת בו-זמנית לצרכנים, פסיכיאטרים ומתאמי-טיפול מדיסציפלינות שונות. תמיכת עמיתים ובניית ביטחון הם מרכזיים בהכשרה זו,

הניתנת בפורמט קבוצתי על ידי מנחים צרכנים. במקביל, פרספקטיבות של צרכנים נכללות בהכשרה למטפלים ומאפשרות התייחסות לאי-שוויון מוסדי. הן פרויקט זה והן התכנית "מכנה משותף" לוקחים בחשבון גורמים מקדמים וחסמים לקבלת החלטות משותפת במערכת בריאות הנפש ומשלבים קבלת החלטות משותפת עם אסטרטגיות אחרות של קידום רווחה נפשית, החלמה וניהול עצמי.

השלכות ומסקנות

בניית ביטחון והעצמה צריכים להיות מרכיבי ליבה של תכניות לקבלת החלטות משותפת עבור צרכנים. יוזמות כאלה צריכות להיות מותאמות לצורה הנוכחית של שירותי בריאות הנפש. לדוגמא, בבריטניה, מגע לא תדיר, האופייני לקשר עם פסיכיאטר, מציע מרחב מוגבל לקבלת החלטות משותפת אך מטפלים אחרים יכולים ליישם מרכיבים של קבלת החלטות משותפת, כמו הנגשת מידע ידידותי למשתמש. ההכשרה למטפלים צריכה להתייחס לידע תרופתי ולמימוניות הקשורות לקבלת החלטות משותפת, לכלול למידה על חוויותיהם של צרכנים עם תרופות, על האסטרטגיות החיוביות שבהן הם משתמשים כדי לתפור את צריכת התרופות לצרכיהם ועל נסיבות חייהם, השימוש שהם עושים באסטרטגיות אחרות לקידום רווחה נפשית, התמיכה החברתית ומשאבי המידע שלהם. הכשרות צריכות להתייחס מפורשות לאינטראקציה מטפל-מטופל, לשיקולים ודילמות במצבים קליניים מורכבים או קונפליקטואליים.

לקבלת החלטות משותפת יש פוטנציאל להקל על היבטים בעייתיים הקיימים בניהול תרופות פסיכיאטריות. היא מציעה יותר בחירה ושקילת טווח רחב יותר של אפשרויות טיפול ועשויה להוביל לתפירה טובה יותר של תרופות לצרכים, העדפות, סגנון חיים ושלבי המחלה של הפרט, עם השלכות על הבריאות והתפקוד החברתי. תמיכה רפואית בהפחתה מדורגת או שינויים בתרופות עשויה להיות מוצלחת יותר ובעלת פחות סיכויים להוביל להישנות המחלה מאשר מצב שבו צרכנים מחליטים באופן חד-צדדי להפסיק לקחת תרופות. באופן בסיסי, ישנם סיכויים גבוהים יותר שאנשים ידבקו בפעולה שהם מרוצים ממנה או מרגישים שהיו מעורבים בהחלטה לגביה.

למרות זאת, קבלת החלטות משותפת לתרופות פסיכיאטריות נותרת כציפייה יותר מאשר כנורמה בפרקטיקה הקלינית. מסגרת קונספטואלית רחבה לקבלת החלטות משותפת לתרופות פסיכיאטריות מסייעת לזהות תהליכים הדרושים ליישום מוצלח. רבים מתהליכים אלה מאתגרים את התפקידים והיחסים המבוססים בין נותני שרות לבין צרכנים ועשויים לדרוש שינויים ארגוניים ותרבותיים. מודל זה עשוי לעזור לצמצום הפער בין אידיאלים של תיאוריה ומדיניות לבין מציאויות קליניות בתחום חשוב בפרקטיקה של בריאות הנפש.