

סיכום מאמר

השפעת הנושא של החלטות קליניות על מעורבות המטופלים, שביעות

רצונם ויישומן של החלטות

גרמניה, אנגליה, איטליה, דנמרק, הונגריה ושווייץ, 2016

Freidl, M., Pesola, F., Konrad, J., Puschner, B., Kovacs, A. I. De Rosa, C. Fiorillo, A., Krogsgaard Bording, M., Kawohl, W., Rössler, W., Nagy, M., Munk-Jørgensen, P., & Slade, M. (2016). Effects of clinical decision topic on patients' involvement in and satisfaction with decisions and their subsequent implementation. *Psychiatric Services* 67, 658–663. doi: 10.1176/appi.ps.201500083

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

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

כל הזכויות שמורות

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

קבלת החלטות קלינית מהווה היבט טיפולי חשוב בתחומי הבריאות. קטגוריזציה נפוצה מבחינה בין שלוש רמות של מעורבות המטופל בקבלת החלטות קליניות: החלטה פטרנליסטית או פאסיבית (ההחלטה מתקבלת על ידי הצוות והמטופל מביע הסכמה), החלטה משותפת (הצוות משתף את המטופל במידע) והחלטה מדעת או אקטיבית (הצוות מוסר מידע והמטופל מחליט). לקבלת החלטות משותפת ישנה מסורת ארוכה בתחומי הבריאות וביכולתה לתרום לתוצאות קליניות משופרות.

קבלת החלטות משותפת מועילה גם בטיפול במחלות נפש. לדוגמה, התערבות קצרת-טווח שכוונה למניעת הישנות דיכאון וכללה קבלת החלטות משותפת הייתה מוצלחת ביותר בשיפור התוצאות. במחקר אחר מטופלים עם סכיזופרניה דיווחו כי קבלת החלטות משותפת הגבירה את המעורבות הפעילה שלהם בהחלטות ושיפרה את גישתם כלפי הטיפול. סקירה שיטתית של השפעת קבלת החלטות משותפת מצאה שיפורים בבריאות הגופנית, ברווחה הנפשית ובסיפוק בקרב מטופלים עם סכיזופרניה. מתמודדים שהמטפלים שלהם העדיפו קבלת החלטות פעילה או משותפת על פני קבלת החלטות פאסיבית דיווחו על ירידה בצרכים בלתי מסופקים.

תקשורת אפקטיבית בין מטופלים לבין מטפלים עשויה להוביל להגברת הקבלה ביחס לטיפול ושביעות הרצון ממנו. מחקרים מצאו כי השפעת קבלת החלטות משותפת על קבלה ביחס לטיפול מתווכת על-ידי שביעות הרצון מההחלטה. בקרב מטופלים עם פסיכוזה נמצא כי הסיבות להעדפת

קבלת החלטות אקטיבית יותר היו חוסר שביעות רצון מהפסיכיאטר שלהם או מהטיפול הרפואי. שיפור הדימוי העצמי היה הגורם הקשור ביותר לשביעות רצון מהשירות עבור מטופלים עם פסיכوزה, בעוד שסימפטומים קליניים וצרכים ללא מענה טיפולי מילאו תפקידים מינוריים בשביעות רצונם.

מחלות נפש הן ארוכות טווח ונושאים שנדונים בין המטופל לבין המטפל עשויים להשתנות לאורך זמן. בנוסף לטיפול, נושאים חברתיים וכאלה הקשורים לניהול סגנון החיים חשובים גם הם. מחקר קודם הראה כי שיעור יישומן של החלטות היה תלוי בנושא ההחלטה. מחקרים הראו כי ישנם מטופלים המעדיפים תפקיד שיתופי עם הפסיכיאטרי שלהם רק לצורך החלטות רפואיות, בעוד שהם מעדיפים תפקיד אוטונומי בהחלטות לגבי התערבויות פסיכו-סוציאליות. פסיכיאטרים, מצד שני, העדיפו מעורבות משותפת בהחלטות לגבי התערבויות פסיכו-סוציאליות ולא בהחלטות רפואיות. האופן שבו נושאים שונים משפיעים על המעורבות, על שביעות הרצון מהחלטות ועל יישומן לא נחקר עד כה.

במחקר הנוכחי חקרנו כיצד נושאים שונים של החלטות השפיעו על מעורבות המטופלים בהחלטות ועל שביעות רצונם מההחלטות לאורך פרק זמן ממושך. מטרת המחקר לבחון מנקודת מבטם של מטופלים ושל אנשי צוות את יציבותם של נושאי קבלת החלטות לאורך זמן ואת הקשר בין נושא ההחלטה לבין המעורבות הנחווית בקבלתה, רמת שביעות הרצון מההחלטה, ושיעור היישום של ההחלטות.

שיטה

המחקר בוצע כחלק ממחקר תצפיתי נטורליסטי רחב יותר בנושא קבלת החלטות קליניות ותוצאות בטיפול בבריאות הנפש, אשר בוצע בשירותי בריאות הנפש בשש מדינות: גרמניה, אנגליה, איטליה, דנמרק, הונגריה ושווייץ. המשתתפים נדגמו במדגמי נוחות מקרב מבוגרים דוברי השפה המקומית בכל מדינה המשתמשים בשירותי בריאות הנפש בקהילה, בגילאי 19-60, עם אבחנה עיקרית של הפרעה נפשית ומשך מחלה של שנתיים לפחות. המחקר בוחן מעקב לאורך שנה עם הערכות אחת לחודשיים ובסה"כ 7 הערכות-מעקב.

כלי המחקר

כחלק מפרויקט המחקר פותחו שני מדדים של קבלת החלטות קליניות. שניהם כוללים גרסה למטופלים וגרסה לאנשי צוות הבנויות בצורה זהה:

מדד להערכת קבלת החלטות קליניות בטיפול שגרתי (בגרסת הצוות וגרסת המטופל) - מעריך את נושא ההחלטה ויישומה. המדד מכסה 12 קטגוריות של נושאים: סימפטומים, החמרת המחלה, בריאות גופנית, עבודה, הטבות או קצבאות, תרופות, תופעות לוואי, משפחה, חברים, שיטות טיפוליות נוספות, פנאי ואחר. המשיבים התבקשו לדרג את המידה שבה הם דנו בכל אחד מהנושאים (לא נדון, נדון אך לא נתקבלה החלטה, או נדון והתקבלה החלטה) ולזהות את הנושא החשוב ביותר. בכל מועד מעקב הם התבקשו לדרג את רמת היישום של החלטה שעליה דווח במועד הבדיקה הקודם.

סולם מעורבות ושביעות רצון בקבלת החלטות קליניות (בגרסת צוות ומטופלים) מעריך את מעורבות המטופל בקבלת החלטות ואת שביעות הרצון מהחלטות קליניות ספציפיות. תת-סולם המעורבות מעריך את רמת המעורבות הנחווית (פעילה, משותפת או פאסיבית). תת-סולם שביעות

הרצון מורכב משישה פריטים לדירוג (מ'מאוד לא מסכים' עד 'מסכים מאוד'): קבלת מידע, קבלת ההחלטה הטובה ביותר, הלימה לערכים אישיים, ציפייה ליישום ההחלטה, האם התקבלה ההחלטה הנכונה ושביעות רצון כללית.

אחת לחודשיים במשך שנה נוצר קשר מחודש עם המטופלים ואנשי הצוות לצורך מילוי השאלונים, להערכת יישום החלטות קודמות שזוהו ולזיהוי החלטות חדשות מתוך הפגישה הטיפולית האחרונה.

ממצאים

סה"כ נאספו נתונים מ- 588 מטופלים ו-213 אנשי צוות, מהם 76 (37%) פסיכיאטרים, 19 (9%) פסיכולוגים, 11 (5%) עובדים סוציאליים ו-100 (49%) ממקצועות אחרים. מתוך הנתונים שנאספו עלו 11 נושאים אשר הופיעו בדיווחיהם של 418 משיבים. נושאים אלה צומצמו לשלושה מרכיבים, שמסבירים 54% מהשונות בנתונים: החלטות העוסקות בסוגיות טיפוליות, חברתיות וכלכליות. רק חלק מהמשתתפים סיפקו מידע שלם לגבי שלושת הנושאים על פני שבע הערכות-המעקב.

יציבות הנושאים לאורך זמן

בכל מועד מעקב התבקשו מטופלים לזהות את הנושא החשוב ביותר בהחלטות קליניות שנדונו. בקרב מטופלים הנושא השכיח ביותר היה הטיפול (69% על פני כל מועדי הבדיקה), לאחר מכן נושאים חברתיים (22%) וכלכליים (9%). נושאים שזיהו מטופלים לא השתנו משמעותית לאורך מועדי הבדיקה, דבר שמצביע על יציבות לאורך זמן.

קשר בין הנושא לבין המעורבות

סה"כ 543 מטופלים זיהו החלטה בנקודת זמן אחת או יותר ודירגו את מעורבותם בהחלטה זו. נמצאו הבדלים במעורבות המדווחת בנושאים השונים: הייתה סבירות גבוהה יותר לדירוג מטופלים את מעורבותם כאקטיבית מאשר פאסיבית עבור החלטות חברתיות וכלכליות בהשוואה להחלטות טיפוליות. נמצאו הבדלים ברמת המעורבות של המטופל בדיווחי הצוות על פני שלוש הקטגוריות: נמצאו סיכויים גבוהים יותר לכך שאנשי צוות ידרגו את מעורבות המטופל כאקטיבית ולא פאסיבית עבור החלטות חברתיות וכלכליות בהשוואה להחלטות טיפוליות.

קשר בין הנושא לבין שביעות הרצון

545 מטופלים זיהו החלטה בנקודת זמן אחת או יותר ודירגו את שביעות רצונם מהחלטה זו. נמצאו הבדלים בשביעות הרצון בין נושאי החלטות. רמות גבוהות יותר של שביעות רצון דווחו עבור החלטות בנושאים חברתיים וכלכליים לעומת נושאים טיפוליים.

קשר בין הנושא לבין יישום ההחלטה

498 מטופלים זיהו החלטה ודירגו את יישומה בנקודת זמן אחת לפחות. נמצאו הבדלים ביישומים שדורגו על-ידי מטופלים בנושאים השונים: החלטות חברתיות היו בעלות סיכויים גבוהים יותר ליישום חלקי או מלא לעומת החלטות טיפוליות. 423 מטופלים זיהו החלטה במועד אחד או יותר שיישומה דורג גם על-ידי אנשי צוות. דירוג אנשי הצוות לגבי יישום החלטות היה שונה בנושאים השונים.

דיון

במחקר נטורליסטי זה של שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בשש מדינות, נושאי החלטות שזוהו כחשובים ביותר מתוך המפגש הקליני האחרון קובצו לפי קטגוריות ונמצאו יציבים לאורך שבע נקודות זמן בשנה אחת. יציבות נושאי ההחלטות מצביעה על כך שלאינטראקציות קליניות היה מוקד ספציפי והמשכי לאורך זמן. נושא ההחלטה שצוטט כחשוב ביותר על ידי מטופלים הוא טיפול ולאחריו החלטות חברתיות וכלכליות. נושא ההחלטה היה גורם מנבא משמעותי של מעורבות המטופל, שביעות רצונו ויישום ההחלטה לפי דירוג המטופלים. החלטות הקשורות לטיפול דורגו בעקביות באופן פחות חיובי. דפוס דומה נמצא בדירוג אנשי הצוות לגבי אותן החלטות שזיהו המטופלים. ההבדלים שנמצאו בין נושאי החלטות דומים לממצאים ממחקרים קודמים. עולה השאלה מדוע החלטות חברתיות וכלכליות צוטטו לעתים רחוקות יותר מהחלטות טיפוליות, שכן סביר כי החלטות חברתיות וכלכליות הן בעלות השפעה משמעותית על תוצאות ארוכות טווח. הסבר אפשרי לכך הוא כי רק 5% מאנשי הצוות במחקר זה היו עובדים סוציאליים בעוד שקרוב למחציתם היו פסיכיאטרים ופסיכולוגים, דבר שעשוי להוביל למיקוד על החלטות טיפוליות.

בנוגע למעורבות בהחלטות, מטופלים היו פאסיביים יותר באופן בולט בהחלטות על טיפול לעומת החלטות על נושאים חברתיים או כלכליים, בהלימה לספרות קיימת. אנליזה מחקרית קודמת מצאה כי מטופלים שהיו מעורבים בקבלת החלטות ברמה גבוהה יותר מכפי שהצהירו שהם מעוניינים, דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר. הדבר הצביע על כך שאוריינטציה קלינית מעצימה עשויה לשפר את שביעות הרצון של מטופלים. ככלל, נראית מעורבות גבוהה יותר ושביעות רצון גבוהה יותר מהחלטות שאינן קשורות לטיפול. החלטות בנושאים חברתיים היו בעלות סיכויים גבוהים יותר להיות מיושמות באופן חלקי או מלא מאשר היותן בלתי מיושמות, בניגוד להחלטות לגבי טיפול.

מסקנות

החוזק העיקרי של מחקר זה הוא המדגם הגדול מאתרים מרובים, שגויס מתוך שירותי בריאות הנפש הרגילים בשש מדינות אירופאיות, עם הערכה בשבע נקודות זמן. מחקר עתידי יוכל להרחיב את הבנת הקשר בין נושאי החלטות לבין מעורבות, שביעות רצון ויישום, להעריך את הקשר בין אי-מעורבות או משבר בברית הטיפולית (כמקור לשביעות רצון נמוכה) לבין התמקדות על טיפול בקבלת החלטות קליניות וכן לבחון האם הגישות הקיימות לדיון על הטיפול מובילות לתוצאות שליליות, שאינן אופייניות לדיונים על מטרות חברתיות וכלכליות.