

סיכום מאמר

גורמים מכריעים בשימוש בהצהרות פסיכיאטריות מקדימות בהולנד

אסיה רוצ'לווסקה, אסטריד קמפרמן, אנדרי ווירדסמה, מרק ון דר גאג, וקורנליס מולדר

הולנד, 2016

Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., Wierdsma, A. I., van der Gaag, M., Mulder, C. L. (2016). Determinants of completion and use of psychiatric advance statements in mental health care in the Netherlands. *Psychiatric Services* 67(8), 858-863.

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

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת דר' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

כל הזכויות שמורות

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

הצהרות פסיכיאטריות מקדימות (Psychiatric advance statements: PAS) מהוות כלי חשוב עבור מטופלים ומטפלים המעוניינים למנוע מצבי משבר ולנהל אותם בדרך של הסכמה הדדית. להצהרות פסיכיאטריות מקדימות יכולות להיות השפעות חיוביות על היחסים הטיפולים ועל שביעות הרצון של המטופל. המונח "הצהרות פסיכיאטריות מקדימות" מקיף מגוון של הצהרות המשמשות בטיפול פסיכיאטרי, בהן תכניות לשעת משבר והנחיות פסיכיאטריות מקדימות (PAD). הן יכולות להיות שונות בצורתן, תוכן והקשרן המשפטי.

הצהרות פסיכיאטריות מקדימות הן פרקטיקה מבטיחה, אף שהראיות לגבי יעילותן אינן חד משמעיות ויישומן במערכת בריאות הנפש בעייתי. מחקר שבחן מטופלים במרפאות חוץ בחמישה שירותים ציבוריים של בריאות הנפש בארה"ב הראה כי רק 4% עד 13% מקרב המטופלים שרצו להכין הצהרה מקדימה עשו זאת בפועל. סיבות לחוסר ביישום PAS כולל ספקות של מטפלים לגבי הצורך בהן והסתייגותם משיתוף מטופלים בקבלת החלטות. מחקרים שבחנו את הגורמים הקובעים את שיעור המילוי של מסמכי PAS, הראו כי גורם ארגוני חשוב היה השימוש במנחה בלתי תלוי. גורמים ברמת המטופל שנקשרו למילוי PAS היו הבנת מרכיבי המפתח של ההצהרה, יותר תובנה ביחס למחלה ולצורך בטיפול, וחוויות שליליות עם תרופות. ראיות נוספות לגבי גורמים הקשורים למטופל ולמטפל יוכלו לתרום להגברת שיעורי הכנת הצהרות פסיכיאטריות מקדימות.

היבט אחר של PAS הוא האם נעשה שימוש בהצהרות אלה בשעת משבר. למרות ששימוש זהנראה הגיוני מנקודת מבט קלינית, גורמים רבים יכולים להפריע. בזמני משבר, מטפלים העובדים

בשירותי טיפול במשבר עשויים להתעלם מהצהרה מקדימה בגלל חוסר בזמן או משום שאינם מודעים לקיומה. לפיכך, מטרות המחקר הנוכחי היו לזהות גורמים הקשורים להכנת הצהרות מקדימות ולקבוע באיזו תדירות נעשה בהן שימוש כאשר מטופל נמצא במשבר.

שיטה

הנתונים מבוססים על מחקר רנדומאלי מבוקר שבוצע בהולנד על סוג של הנחיות מקדימות: "תכנית לשעת משבר" (Crisis plan) למטופלים עם הפרעות פסיכוטיות והפרעה בי-פולארית. מחקר זה בחן את השפעות תכניות לשעת משבר על מספר האשפוזים מרצון ובכפייה ועל ביקורי חירום במרפאות חוץ, תוך הבחנה בין שני מצבי התערבות: בקבוצת התערבות ראשונה תכנית לשעת משבר נוצרה רק על ידי המטופל והמטפל. בהתערבות השנייה יועץ מסגור למטופל הנחה את תהליך הכנת טיוטת המסמך ותמך במטופל במשא ומתן על פרטי התכנית.

תכנית לשעת משבר

תכניות לשעת משבר כוללות שני היבטים של הצהרות פסיכיאטריות מקדימות: מניעת משבר (לדוגמה, כיצד לזהות סימני אזהרה מקדימים) ומתן מידע מעשי לטיפול פסיכיאטרי עתידי. מידע מעשי מסוכם על גבי כרטיס קטן – "כרטיס משבר" – שצרכנים נושאים עימם. הפורמט של כרטיס-משבר מבחין בין ארבעה תחומים: אינדיקאטורים לנסיגה נפשית (relapse), העדפות הטיפול של המתמודד במקרה של משבר, מידע רפואי, ופרטי התקשרות עם אחרים רלוונטיים. בהולנד, תכניות לשעת משבר אינן מחייבות מבחינה משפטית וניתן לראותן כהסכמה מראש בין מטופל למטפל.

אוכלוסיית המחקר: במחקר נכללו מטופלים בוגרים במרפאות חוץ שהיה להם לפחות מגע אחד בשעת משבר עם שירותי בריאות הנפש, או שאושפזו בבית חולים – מרצון או בכפייה – במהלך השנתיים האחרונות. 139 משתתפים חולקו באופן רנדומאלי לשתי קבוצות התערבות: 69 משתתפים עם תכניות בסיוע מנחה מסגור (Patient advocate crisis plan); ו-70 משתתפים שמילאו תכניות לשעת משבר עם המטפל בלבד.

מהלך המחקר: לצורך המחקר, חוקר ושני מנחים-מסגרים הכשירו את המטופלים (N=39) ביצירת תכניות לשעת משבר במפגש בן שעתיים. המטופלים היו אחיות פסיכיאטריות, אשר היו מטפל עיקרי של המטופלים. עובדי הסגור היו שני עובדים סוציאליים בעלי ניסיון נרחב בבריאות הנפש, העובדים בארגוני סגור למתמודדים, שם משימתם העיקרית הייתה להכין תכניות לשעת משבר. עובדי הסגור קיימו תחילה פגישה עם המטופל, בה נדונה הפרוצדורה נאסף מידע רלוונטי (למשל, על גורמים המאיצים משבר) ופותחו אסטרטגיות למניעת משברים. בפגישות הבאות הוכנה טיוטה של תכנית לשעת משבר. עם השלמתה, היא נחתמה על-ידי הפסיכיאטר המטפל, העובד הקליני האחראי וכל אדם אחר שמעורב בתכנית, כמו בני זוג או משפחה. הצעד האחרון היה לסכם את התכנית על גבי כרטיס שניתן למטופל.

מדדים ומשתני תוצאה: השלמת תכנית לשעת משבר הוגדרה כמסירת כרטיס התכנית למטופל. השימוש בתכנית הוערך במעקב לאחר 9 ו-18 חודשים, באמצעות ראיון עם המטפל העיקרי, אשר נשאל: "האם נעשה שימוש בתכנית לשעת משבר במהלך תשעת החודשים האחרונים?" (כן/לא);

"מי נועץ בתכנית?" (מטופל, מטפל, משפחה, או בעל עניין אחר); "איזה חלקים של התכנית שימשו להיוועצות?"; "ההנחיות של התכנית קוימו/לא קוימו משום ש...". הופעת משבר נבדקה לפי שלוש קטגוריות: 0- לא היה משבר; 1- ביקור חירום במרפאה או אשפוז מרצון; 2- אשפוז כפוי.

הגורמים הקובעים: מאפייני המטופלים כללו אבחנה, מגדר, גיל, מוצא אתני, השכלה, הכנסה ומצב משפחתי. מאפייני המטופלים כללו שנות ניסיון מקצועי. התפקוד הפסיכו-סוציאלי של המטופל הוערך על-ידי מראיין בלתי תלוי באמצעות סולם להערכת מצב בריאותי. תובנת המטופל ביחס למחלה נמדדה באמצעות סולם לדיווח עצמי (self-report Insight Scale). רמת המעורבות של המטופל בשירות מנקודת מבטו של המטפל נמדדה באמצעות סולם להערכת מעורבות (Service Engagement Scale). איכות היחסים הטיפוליים הוערכה באמצעות שאלון (Working Alliance Inventory), אשר דורג מפרספקטיבה של המטופל ושל המטפל. הציפיות ביחס לתכנית לשעת משבר הוערכו בעזרת 4 שאלות שעליהם השיבו המטפל והמטופל: "באיזו מידה לדעתך התכנית תוכל להועיל למניעת משבר, לזיהוי משבר, למה שיש לעשות בטרם מופיע משבר, ומה לעשות במקרה של משבר?". ניתוח סטטיסטי בחן את הקשרים בין מילוי תכנית לשעת משבר לבין כל הגורמים הקובעים; ואת הקשרים בין שימוש בתכנית לשעת משבר לבין הגורמים הקובעים.

ממצאים

הכנת תכניות לשעת משבר: בסה"כ 64% מכלל המטופלים השלימו תכניות לשעת משבר (n=89). בקבוצה שבה מילאו תכנית עם המטפל בלבד 57% השלימו את הכנת התכנית, בקבוצה שמשותפתיה נעזרו במנחה מסנגר 70% השלימו הכנת תכניות. 39 המטופלים שהוכשרו היו אחראים ליצירת 139 תכניות. שיעורי הכנת תכניות לא היה שונה באופן מובהק בין שתי הקבוצות, אף שמטופלים שמילאו תכניות ללא מעורבות מנחה-מסנגר היו צריכים יותר תזכורות. הניתוחים הסטטיסטיים הצביעו על רלוונטיות פוטנציאלית של הגורמים הבאים להכנת תכניות לשעת משבר: מגדר של נשים, אבטלה, הפרעה פסיכוטית, רמת השכלה נמוכה, רמה גבוהה יותר של מעורבות בשירות, דירוג חיובי של ברית עבודה טיפולית על ידי המטפל והמטופל, שנות ניסיון מקצועי מעטות יותר של המטפל, ודירוג חיובי של ציפיות מהתכנית מצד המטפל. הסבירות להכנת תכנית לשעת משבר הייתה נמוכה יותר כאשר הברית הטיפולית דורגה באופן שלילי על ידי המטפל וכאשר היו למטפל יותר שנות ניסיון מקצועי. מטופלים עם רמת השכלה נמוכה היו בעלי סיכויים גבוהים יותר להכנת תכנית לשעת משבר מאשר אלה עם רמת השכלה בינונית או גבוהה.

שימוש בתכניות לשעת משבר: מתוך 89 המטופלים שהכינו תכניות לשעת משבר, 38 (43%) חוו משבר לאחר מכן. מתוכם, 24 (27%) הזדקקו לביקור חירום במרפאה או אשפוז מרצון, 14 (16%) אושפזו בכפייה. מקרב המטופלים שהתכנית שלהם לא הושלמה, 32 (64%) חוו משבר; 19 (38%) הזדקקו לביקור חירום במרפאה או אשפוז מרצון ו-13 (26%) אושפזו בכפייה. עבור שליש מתוך 38 המטופלים שחוו משבר לאחר הכנת התכנית, נעשתה היוועצות עם התכנית על ידי המטופל, המטפל, המשפחה או בעל עניין אחר. עבור 24% (n=9) מתוך 38 מטופלים אלה לא היה מידע זמין האם נועצו בתכנית. תכניות שהוכנו עם המטפל בלבד נועצו בתדירות גבוהה יותר באופן מובהק לעומת תכניות שהוכנו בעזרת מסנגר: 69% (n=9) לעומת 31% (n=4) בהתאמה. ההיוועצות עם

התכניות נעשתה במידה דומה על ידי מטופלים ומטפלים. החלקים בתכנית שבהם נועצו לעתים הקרובות ביותר היו מידע על העדפות הטיפול של המטופל, לאחר מכן אינדיקטורים להישנות המחלה, ותרופות. בקרב 51 מטופלים שלא חוו משבר לאחר הכנת התכנית, תכניות לשעת משבר נועצו עבור 10 מטופלים (20%). בשני מקרים ההיוועצות נעשתה על ידי בני משפחה או אחרים המעורבים בטיפול, ולא על-ידי המטופל או המטפל. החלק היחסי של מטופלים שנעשתה היוועצות עם התכנית שלהם היה גדול יותר בקרב 24 המטופלים שהזדקקו לביקור חירום במרפאה או אשפוז מרצון (60%, n=12) מאשר בקרב 14 המטופלים שאושפזו בכפייה (11%, n=1) (לגבי חלק מהמטופלים חסרו נתונים).

דין

כמעט שני שלישי מהתכניות בליווי מסנגר הושלמו בהצלחה. הכנת תכנית נקשרה ליחסים טיפוליים טובים יותר מנקודת מבט של המטפל, רמת השכלה נמוכה יותר של המטופל ושנות ניסיון מקצועי מעטות יותר של המטפל. לא נמצא קשר בין הכנת תכנית לשעת משבר לבין רמת תפקוד פסיכו-סוציאלי של המטופל, או לעמדתו כלפי שירותי הבריאות, או להערכתו את יעילות התכנית. מכל מקום, הסיכויים כי תושלם תכנית לשעת משבר היו גבוהים יותר אם הייתה למטפל עמדה חיובית כלפי המטופל. בקרב מטופלים עם תכנית לשעת משבר, רק עבור שלישי מהם נעשה שימוש בתכנית במהלך משבר, לרוב בהקשר של ביקור חירום או אשפוז מרצון. 57% מהתכניות הוכנו רק לאחר שהמטפלים קיבלו תזכורת לעשות זאת. תוצאה זו תואמת למחקרים קודמים. במחקר הנוכחי, אנו מניחים כי מטפלים נתנו עדיפות למשימות טיפוליות אחרות או שחשמים כגון חוסר ניסיון, או חוסר בזמן מנעו הכנת תכנית לשעת משבר. לדרישה חוקית ליצור תכנית לשעת משבר עשויים להיות חסרונות. טבעה הסטטוטורי של דרישה כזו עלולה לגרום לכך שהכנת תכנית לשעת משבר תהיה פרוצדורה אדמיניסטרטיבית מחייבת במקום שתהיה מבוססת על הסכמה הדדית.

הממצא שהראה קשר חיובי בין יחסים טיפוליים טובים יותר (מנקודת מבט של המטפל) לבין הכנת תכנית לשעת משבר תואם לממצאים קודמים, לפיהם הסתייגות של מטפלים מהכנת תכניות לשעת משבר מהווה חסם משמעותי. מחקרים קודמים מצאו כי יותר ניסיון מקצועי הפחית את החסמים הנתפשים לגבי הכנת תכניות לשעת משבר, בעוד שהמחקר הנוכחי מציע את ההיפך. כמו כן, הממצא לפיו מטופלים בעלי רמת השכלה נמוכה יותר היו בעלי שיעור גבוה יותר של הכנת תכניות לשעת משבר, מנוגד לממצאים ממחקרים קודמים. אנו משערים כי למטפלים וותיקים קשה יותר עם שינוי, דבר שמקטין את הסיכויים שיכללו תכניות לשעת משבר בעבודתם. מטופלים עם רמות השכלה גבוהות יותר עשויים להיות בעלי דעות מוצקות יותר לגבי הטיפול שלהם, והשגת הסכמה עם המטפל על תכנית התכנית לשעת משבר עשויה להיות קשה יותר.

הממצאים מציעים כי תכניות לשעת משבר נעשות אם המטפל מאמין שהטיפול מתקדם. ידוע כי ישנם מטפלים החווים קושי ביצירת מערכת יחסים שיתופית עם מתמודדים. מצאנו גם שהיוועצות בתכניות נעשתה יותר בקרב מטופלים שלאחר מכן פנו לביקור חירום במרפאה או לאשפוז מרצון, בהשוואה למטופלים שלאחר מכן אושפזו בכפייה. הדבר עשוי להצביע על כך שתכניות לשעת משבר יכולות להשפיע באופן חיובי על האופן שבו מנוהל המשבר, או, שמטופלים שחולים באופן פחות חמור או שהם בעלי יותר מוטיבציה לטיפול הם גם בעלי נכונות רבה יותר להיוועץ בתכנית כשהם נתונים במשבר. חקירה נוספת דרושה לבחינת תופעה זו. מחקרים קודמים

הציעו כי סנגור למטופל מוביל לאיכות טובה יותר של תכניות לשעת משבר ולשיעורים גבוהים יותר של הכנת תכניות, ממצא שלא עלה במחקר הנוכחי. תכניות שהוכנו עם מטפל בלבד נועצו לעתים קרובות יותר. לפיכך, אנו ממליצים כי מטפלים ועובדי סנגור יעבדו יחד כדי לשפר את הכנת התכניות לשעת משבר, במיוחד כאשר הברית הטיפולית מעוררת. למרות שתכניות לשעת משבר דומות להצהרות פסיכיאטריות מקדימות, מאפיינים ספציפיים של הפורמט או ההקשר עשויים להגביל את יכולת ההכלה של הממצאים. מאמצים ניכרים שנעשו כדי לעודד מטפלים להשלים את הכנת התכניות, מגבילים את יכולת ההכללה של הממצאים להקשר טבעי שבו מטפלים אינם מקבלים עידוד דומה. ניתן להניח ששיעור הכנת התכניות היה נמוך משמעותית ללא השגחה זו. לבסוף, כיוון שמטפלים סיפקו את נתוני השימוש בתכניות לשעת משבר, היוועצות לגבי התכנית על-ידי אחרים עשויה הייתה שלא להתגלות. בנוסף, הפרספקטיבה של המטופל הייתה יכולה לספק מידע חשוב.

מסקנות

הכנה מוצלחת של תכניות לשעת משבר לא נקשרה לעמדות של המטפל ושל המטופל כלפי היעילות של הכלי. במקום זאת, מערכת יחסים חיובית בין המטופל למטפל הייתה גורם מנבא של הכנת תכניות אלה. מטפלים צריכים להיות מודעים יותר ליתרונות הגלומים בהיוועצות עם הצהרות פסיכיאטריות מקדימות. מחקר עתידי צריך להעריך כיצד נעשה השימוש במידע מהצהרות פסיכיאטריות מקדימות בזמן שמתרחש מצב משברי, ולקבוע כיצד השימוש במידע זה משפיע על האופן בו מתפתח המשבר.