

Společné rozhodování o léčbě

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

¹CEITEC-MU Brno

²Psychiatrická klinika FN Brno

³KIO LF Univerzity Ostrava

⁴Oddělení psychiatrie, FN Ostrava

Spolurozhodování (shared decision making, SDM) je strategie, která zahrnuje pacienta do rozhodování o jeho léčbě. V oblasti somatické medicíny je spolurozhodování o léčbě zkoumáno a více či méně aplikováno již delší dobu. Její užití v psychiatrii je v počátcích a očekává se od ní zlepšení adherence k léčbě a prognózy. Nejvíce prací z této oblasti pochází od německých autorů, kteří prokázali její uskutečnitelnost a potenciální výhody jak v akutní, tak dlouhodobé léčbě poruch schizofrenního okruhu. SDM také představuje jeden z důležitých aspektů individualizovaného přístupu k pacientovi.

Klíčová slova: spolurozhodování, léčba, schizofrenie, adherence, prognóza.

Shared decision making

Shared decision making (SDM) is a strategy for including patients in therapeutic decision processes. In the somatic medicine the SDM has been studied and used for several years now. The application of shared decision making to psychiatry is still in the initial stage. The use of this strategy is expected to improve long-term compliance and outcome. Most studies have been done by German authors which have proved its feasibility and potential advantages in both acute and long-term treatment in schizophrenia. The SDM represents one of the important aspects dealing with individualized approach to the patient.

Key words: shared decision making, treatment, schizophrenia, adherence, outcome.

Psychiatr. praxi 2015; 16(2): 49–50

Lékařská věda a výzkum jdou kupředu velmi rychle a je nemožné dohlédnout, kam až dospějí do konce století. Důraz na ekonomické aspekty vedl k průlomům tržních vztahů do medicíny. Vztah lékař – pacient bývá někdy degradován na vztah klient a poskytovatel služby a zdravotnictví na obchod se zdravím. Dnešní společnost prosazuje v souladu s Chartou lidských práv a svobod autonomii jedince jako jednu z nejvyšších hodnot. V medicíně je tak logicky vytěsňován paternalistický přístup. V extrémní podobě může důraz na autonomii vést ke střetu zájmů. Svoboda jedince by měla mít hranice tam, kde začíná svoboda druhého. Svoboda nevybalancovaná příslušnou mírou zodpovědnosti je zdrojem problémů, jichž jsme v naší společnosti často svědky. Velký pokrok s sebou přináší i řadu etických problémů. V současné době je v medicíně v popředí zájmu kromě jiných specializací, které mohou být ve větší míře zdrojem eticko-právních problémů (např. reprodukční a fetální medicína, regenerativní medicína), také psychiatrie.

K aktuálním všeobecným trendům v medicíně patří individualizovaný přístup k nemocnému. Zahrnuje volbu léčby, která je pro konkrétního nemocného optimální a vychází ze znalostí dynamiky a klinických projevů nemoci, individuální snášenlivosti a bezpečnosti, předchozí zkušenosti nemocného s léčbou, jeho

preferencí a očekávání a také z preferencí a očekávání jeho blízkých. Tyto trendy jsou zahrnuty v mezinárodních i národních doporučených postupech diagnostiky a léčby onemocnění včetně závažných psychických poruch (1, 2, 3).

Při paternalistickém přístupu je úloha lékaře aktivní, tj. na základě svých zkušeností a vědomostí lékař zvolí léčbu a aplikuje ji. Úloha pacienta je pasivní – přijímá návrh lékaře, nemá možnost volby, očekává se spolupráce. Dnes je preferován spíše druhý extrém, tj. úloha lékaře je aktivní v tom, že sdělí veškeré informace o nemoci a léčbě a volbu nechá na pacientovi. Úloha pacienta je také aktivní, obdrží veškeré informace, zváží léčbu a své preference a rozhoduje, kterou léčbu zvolí, respektive zda ji vůbec akceptuje. Spolurozhodování o léčbě se jeví určitým kompromisem, kdy nemocný se rozhoduje společně s lékařem, pokud mu v tomto procesu podáme pomocnou ruku (4). U závažných psychických poruch je nutné vzít v potaz možnou kognitivní dysfunkci, která je přítomna ve větší či menší míře. Při spolurozhodování není zodpovědný pouze sám lékař nebo pacient, ale oba sdílí jak rozhodnutí, tak zodpovědnost. Tento model přesahuje konceptně informovaný souhlas a jeho cílem je snížit informační a mocenskou asymetrii mezi lékařem a nemocným. V zahraniční literatuře je označována jako „shared decision making“

(SDM, sdílené rozhodování, spolurozhodování). Tento přístup se stává aktuální v době, kdy se snažíme, aby úloha pacienta byla aktivnější a aby byl spoluodpovědný za svůj další osud. Je to zřejmě zákonitý vývoj naší společnosti. Bere v úvahu, že většina nemocných si přeje být informována o své nemoci, jejím průběhu, prognóze a léčbě a mít možnost volby. Z druhé strany znalosti většiny nemocných o psychických poruchách nejsou uspokojivé a dostačující natolik, aby mohli o své léčbě rozhodovat. SDM reflektuje výrazný technický pokrok, konkrétně přístup k informacím a běžné užívání počítačové techniky u mladší generace. Týká se to i blízkých pacientů a rodinných příslušníků, kteří si dokáží získat dostupné (byť ne vždy relevantní a kvalitní) informace a očekávají, že lékař jim informace ujasní a aplikuje na jejich nemocného. Životní cíle psychicky nemocných nemusí být totožné s běžnými představami na úspěch orientované společnosti a měli bychom je akceptovat.

V somatické medicíně je spolurozhodování o léčbě zkoumáno a více či méně užíváno již delší dobu. Výzkum ukazuje, že tato strategie pozitivně ovlivňuje spokojenost pacienta a prognózu onemocnění. Dnes již máme určité důkazy o uskutečnitelnosti a užitečnosti SDM v psychiatrii. Její aplikace v této oblasti je však stále v počátcích a je spojena se specifickými problémy. Musíme mít na mysli, že psychické

poruchy jsou velmi komplexní, etiopatogeneze není přesně známa, chybí nám biomarkery a stávající klasifikace na základě symptomů vede k tomu, že jsou značně heterogenní.

Některá data naznačují, že spolurozhodování může být úspěšně praktikováno i u závažných psychických poruch. Mělo by přispívat k větší angažovanosti psychicky nemocných v léčebném procesu a napomáhat implementovat základní práva skupiny pacientů, která nemůže profitovat z převážně klientelistického přístupu.

Potenciál této strategie byl již testován u pacientů s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří jsou nepochybně nejproblematictější z hlediska spolupráce s lékařem. Dlouhodobá adherence k antipsychotické léčbě u schizofrenie je nízká, vede k suboptimálním léčebným výsledkům a většímu počtu hospitalizací. Aplikace modelu spolurozhodování by mohlo představovat novou a slibnou strategii s cílem zlepšení adherence a průběhu onemocnění. Nejvíce prací z této oblasti pochází od německých autorů. Tyto prokázaly, že spolurozhodování o volbě léčby u hospitalizovaných nemocných s akutní exacerbací schizofrenie je u většiny uskutečnitelné (5). Pacienti byli randomizovaně přiděleni do programu spolurozhodování o léčbě, nebo dostávali běžnou péči, tj. léčbu dle rozhodnutí lékaře. Pomůckou pro nemocné byl 16stránkový písemný materiál zahrnující informace o antipsychotikách (klady a negativa první a druhé generace, perorální a depotní injekční léčby), psychoedukaci a možné socioterapeutické intervence. Tento materiál byl poskytnut pacientům zahrnutým do programu. Sestry na oddělení byly vycvičeny k tomu, aby pomohly pacientům projít materiál a zodpovědět dotazy. Pacienti byli vyzváni, aby napsali svoje zkušenosti s předchozí léčbou antipsychotiky a vyznačili svoje preference ohledně uvedených možností. Pacienti se pak setkali do 24 hodin se svým lékařem. Cílem této schůzky byl plánovací pohovor, v rámci kterého pacient a lékař došli ke shodě ohledně další léčby dle preferencí označených v písemném materiálu. Publikované krátkodobé výsledky ukazují, že intervence zlepšila pacientovo vnímání zaangažovanosti a jeho znalosti o nemoci, léčbě a jejím průběhu. Také byl zaznamenán trend k pozitivnějšímu postoji k antipsychotické léčbě. Bylo posíleno akceptování psychoedukace a socioterapeutických opatření.

Zákonitě se nabízí otázka, zda SDM ovlivní dlouhodobě adherenci k léčbě a zda bude mít dopad na měřitelné aspekty dlouhodobého průběhu, např. na snížení počtu hospitalizací a jejich délku. Stejný tým autorů se v další práci

zaměřil na vliv SDM v dlouhodobém průběhu (6). Do randomizované kontrolované studie zařadili hospitalizované nemocné ve státní psychiatrické nemocnici v období od února 2003 do ledna 2004 ($n = 107$). SDM program pro volbu antipsychotické léčby spočíval, podobně jako ve studii s hospitalizovanými v akutní fázi, v poskytnutí písemného materiálu o léčbě a plánovacím pohovoru zaměřeném na dosažení shody ohledně léčby. Druhé skupině nemocných byla poskytnuta rutinní péče bez možnosti spolurozhodování o volbě léčby. U obou skupin byla srovnávána dlouhodobá adherence k léčbě a výskyt hospitalizací po 6 a po 18 měsících. Lékaři hodnotili při propuštění z indexové hospitalizace psychopatologii pomocí PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, škála pro hodnocení pozitivní a negativní symptomatologie) (7) a alianci lékař – pacient pomocí WAI (Working Alliance Inventory) (8). Pacientům byla administrována řada dotazníků a škál, hodnotících pacientovu angažovanost a spokojenost. Pro hodnocení adherence k léčbě byla použita škála MARS (Medication Adherence Rating Scale, škála hodnotící adherenci k léčbě) (9), odvozená z dotazníku DAI (Drug attitude Inventory, dotazník postoje k léčbě) a MAQ (Medication Adherence Questionnaire, dotazník na adherenci k medikaci). DAI je u nás znám a používán hlavně proto, že hodnota jeho skóre je rozhodující pro hrazení léčby dlouhodobě účinnými injekčními antipsychotiky pojišťovnami (10). Autoři konstatují, že nonadherence a počet hospitalizací sledovaného souboru byl vysoký. Nenalezi rozdíly mezi skupinou s SDM a kontrolní skupinou. Pokud však vzali v úvahu faktory, které mohly ovlivnit výsledky, našli u pacientů s SDM intervencí trend ke snížení počtu hospitalizací. Také zjistili, že pacienti, kteří chtěli mít větší autonomii a měli lepší znalosti o problematice léčby při propuštění, byli častěji hospitalizováni.

Autoři uzavírají, že tato studie naznačila možnost určitého pozitivního vlivu na déleodobější prognózu. Promyšlenější implementace SDM (iterativní aplikace materiálu, který má umožnit rozhodování) by mohla mít větší efekt. Ti pacienti, kteří preferují participaci na rozhodování o léčbě, mají vyšší riziko hospitalizací a zasluhují si speciální pozornost. Nepochybně strategie, které vedou ke sladění léčby s pacientovými potřebami, mohou zlepšit adherenci a dlouhodobý výsledek onemocnění. Vztah lékař – pacient a psychopatologie v průběhu indexové hospitalizace nebyly nezávislými signifikantními prognostickými faktory (6).

Spolurozhodování o léčbě představuje cestu, jak zvýšit angažovanost nemocného. Pokud se

máme po této cestě vydat, je nutné, aby ji akceptovali psychiatři. Je proto velmi důležité vědět, jak se k této strategii psychiatři staví. Jedna z publikovaných prací zkoumala názory psychiatrů na spolurozhodování o léčbě nemocných se schizofrenií pomocí strukturovaného dotazníku, který byl administrován v r. 2007 účastníkům kongresu německé odborné společnosti (DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik and Nervenheilkunde). Z 352 respondentů 51 % udalo, že tuto strategii používá, ale styl uzpůsobuje jednotlivým pacientům a oblastem, o kterých může pacient spolurozhodovat. Spolurozhodování považovali za užitečné u dobře informovaných a adherentních nemocných a nemocných, kteří nemají antipsychotika v oblibě. Tuto strategii nepovažují za užitečnou u nemocných se sníženou rozhodovací kapacitou. Psychosociální záležitosti (např. pracovní terapie, možnosti ubytování a psychoterapie) byly považovány za vhodnější pro použití této strategie než čistě medicínská a právní problematika (nutnost hospitalizace, předpis antipsychotik a diagnostické procedury). Jako vhodné téma se nabízí volba lékové formy (zvláště dnes, kdy psychiatři bojují o uvolnění restrikcí na hrazení platby injekčních dlouhodobě působících antipsychotik pojišťovnami). Mělo by být ujasněno, zda a do jaké míry se mohou pacienti trpící schizofrenií poruchou podílet na důležitých rozhodnutích ohledně léčby (11).

Z dosud dostupných informací vyplývá, že SDM v podobě modifikované pro specifika psychiatrie při zohlednění charakteristik jednotlivých nemocných by mohla zlepšit adherenci k léčbě a prognózu onemocnění.

SDM také bere v úvahu etické aspekty, hlavně autonomii nemocného. V budoucnosti lze očekávat nástup personalizované medicíny s využitím farmakogenetiky a eticko-právní problémy budou hrát ještě větší roli. Nicméně stále však platí a bude platit „Primum non nocere“.

*Podpora projektem CEITEC
(CZ.1.05/1.1.00/02.0068)*

z Evropského fondu regionálního rozvoje

Literatura

1. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 2012; 13: 318–378.
2. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al. WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological treatment of Schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 2013; 14: 2–44.

3. Češková E, Příkryl R, Pěč O. Schizofrenie u dospělých. In: Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014: 44–51.

4. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. Review. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 403–409.

5. Hamann J, Langer B, Winkler V, et al. Shared decision making for inpatients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 265–273.

6. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. J Clin Psychiatry 2007; 68: 992–997.

7. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13: 261–276.

8. Horvath AO, Greenberg LS. The development of the Working Alliance Inventory. In: Greenberg LS, Pinsof LS, eds. The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook. 1986; p. 529–556.

9. Thompson K, Kulkarni J, Sergejev WW. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychosis. Schizophr Res 2000; 42: 241–247.

10. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychol Med 1983; 13: 177–183.

11. Hamann J, Mendel R, Cohen R, Heres S, Ziegler M, Bühner M, Kissling W. Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. Psychiatr Serv 2009; 60: 1107–1112.

Článek doručen redakci: 12. 3. 2015

Článek přijat k publikaci: 7. 4. 2015

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

CEITEC MU,

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno – Bohunice

eceska@med.muni.cz

