



האוניברסיטה
העברית
בירושלים

חלופות לאשפוז פסיכיאטרי

מאת עו"ס איתי קנדר

ביה"ס ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל

האוניברסיטה העברית בירושלים

יולי 2015

מוגש לידי:

ד"ר ארי לאודן, קופ"ח לאומית
ד"ר אורית שטיין, קופ"ח מכבי
ד"ר יוסי בר-אל, קופ"ח כללית
ד"ר קודש ערד, קופ"ח מאוחדת

ד"ר גלית בלקשטיין-כהן
מר ניסים שלאם-סלמן
גב' טל דביקו

יצירה זו מופצת תחת [רישיון ייחוס-שיתוף זהה 4.0 בין-לאומי של Creative Commons](#)

תודה מיוחדת מוקדשת עו"ס ליאת מזרחי ומר עבדללה זועבי על העזרה

תקציר מנהלים

במאמר זה אנסה לעמוד על טיבן של חלופות לאשפוז הפסיכיאטרי הסטנדרטי. במשך עשרות שנים קמו ונפלו בישראל חלופות לאשפוז הפסיכיאטרי. בשנים האחרונות עם בוא בשורת השיקום הצטמצמו האשפוזים החוזרים בבתי החולים הפסיכיאטרים, אך עדיין נשארו עול כבד על כתפי המערכת השיקומית-פסיכיאטרית, הן מהבחינה הפיננסית והן מסיבות אחרות. בסופו של המאמר מוצעות שלוש חלופות לאשפוז הפסיכיאטרי בבתי החולים. החלופות מבוססות על חיבור רב יותר לקהילה. סותריה הוא בית הממוקם בקהילה וה'אשפוז' בו נטול היבטים של כפיה. הטיפול הביתי-דיאלוגי הוא המבוסס מחקרית מבין השלושה וגם הזול ביותר. לבסוף גם נבחנו יעילותם של מרכזים קהילתיים המופעלים על ידי מתמודדי נפש. מבין שלוש החלופות נמצא שהכדאית ביותר כלכלית וחברתית היא הטיפול הביתי. לפיכך המלצתי היא להכשיר צוותים בטיפול הביתי-דיאלוגי.

3	1.1 המערכת הפסיכיאטרית-שיקומית
4	1.2 אשפוזים חוזרים בישראל
5	1.3 גורמי האשפוז החוזר
5	1.4 עלותו הכלכלית של האשפוז החוזר
6	2.1 תקוות האל-מיסוד
7	2.2 היסטוריה של חלופות אשפוז בארץ
9	2.3 הרפורמה בבריאות הנפש של 2015
11	3 העדר פתרונות מבוססי-החלמה לאנשים במשבר פסיכוטי ראשוני
12	4.1 בית לפי מודל 'סותריה'
14	4.2 טיפול תוך-ביתי ורב-מערכתי
15	4.3 מרכזי הפוגה בתפעול מתמודדים
17	5 המלצה סופית
18	נספחים
20	ביבליוגרפיה

במאמר זה אציג בתחילה את אחת הבעיות העיקריות במערכת – סוגיית האשפוז-החוזר, היקר והבלתי יעיל. אחר כך אציג סקירה קצרה של הפתרונות המערכתיים שנוסו עד כה. במיוחד אתמקד במערך השיקומי שקם בשנת 2000 ובחלופות האשפוז המקוריות שפותחו בארץ. אסיים בנימה אופטימית ואציע שלוש חלופות לאשפוז הפסיכיאטרי המוכר, שלחלקם כבר תשתיות (רעיוניות ומימושים) איתנות במערכת, ואשר יש בכוחם להפחית משמעותית את האשפוז החוזר ולפיכך להקטין את עלויות האשפוז תוך שיפור איכות חייהם של המתמודדים והקהילה.

מה הוא, אם כן, השדה עליו אנחנו מביטים?

1.1 המערכת הפסיכיאטרית-שיקומית

בישראל עומדת לרשות מתמודדי הנפש' מניפה רחבה של שירותים. לצורך ההפשטה ניתן לראות את תחום בריאות הנפש כבעל שלושת מערכים גדולים אשר פועלים בסינרגיה: המערך האשפוזי (בעיקר בתי החולים הפסיכיאטרים), המערך האמבולטורי בקהילה וסל השירותים השיקומיים. מבחינה היסטורית בתי החולים היוו את הבסיס והמקור לשני המערכים האחרים². מבין השלושה, ניתן אשפוז רק לאלה הנמצאים במשבר נפשי חריף דיכאוני מג'ורי, פסיכוטי או מאני וכן לאלה המאובחנים כבעלי הפרעה נפשית אחרת בעת משבר. כרכיב משלים, סוללת השירותים השיקומיים מסייעת לכ-16 אלף אנשים³ להשתלב בקהילה והיא כוללת בעיקר שירותי דיור, תעסוקה ופנאי. מערך זה הוא מטבעו הגדול מבין השלושה, אינו מספק טיפול אלא מהווה מעין מעטפת תמיכה עבור המתמודד אשר בעזרתה הוא יכול לתפקד בחברה ביתר קלות⁴.

מהותי לענייננו הוא מסלולם של קרוב ל-20,000 בני האדם שנמצאים בתוך המערכת⁵. בעזרת כמה נתונים מספריים יבשים, אבחן את אופן פעולתו של המערך הראשון במערכת – בתי החולים.

¹ לצורך מסמך זה אעשה שימוש במינוח שטבע פעיל זכויות המתמודדים צביאל רופא בתחילת שנות ה-90, "מתמודדי נפש", משום שלפי השקפתי הוא נושא עימו את הכמות המינימלית ביותר של מטען סטיגמטי.

² עקיבא ביגמן, 20 אפריל 2014.

³ בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2012, 2013.

⁴ עקיבא ביגמן, 20 אפריל 2014.

⁵ עקיבא ביגמן, 20 אפריל 2014.

1.2) אשפוזים חוזרים בישראל

כפי שאראה בהמשך, מוסדות השיקום הוקמו בתקווה שיחליפו כליל את בתי החולים ויבטלו לגמרי את האשפוז הפסיכיאטרי, אך תקווה זו כבתה בשנות ה-90. בסופו של דבר, הדומיננטיות של בתי החולים נשמרה⁷. להלן מספר נתונים מהשנתון הסטטיסטי לשנת 2012, העדכני והרלבנטי ביותר לזמן פרסום מאמר זה, על המתרחש במערך בתי החולים מתוך המערכת כולה:

← בשנת הבדיקה האחרונה של הדו"ח, 2011, אושפזו בבתי החולים 16,713 אנשים באשפוז מלא⁸ ואלו היוו 0.215% מהאוכלוסייה⁹.

← בשנים 2002-2011 התקבלו לאשפוז ראשוני 4,652-4,211 איש ואישה **ולאישפוז חוזר בין 14,033 ל-16,704**¹⁰.

← 22.6% מתוך המתמודדים ששוחררו ב-2009 חזרו בשנתיים שלאחר מכן לאשפוז אחד, 31.4% לשניים ומעלה¹¹.

← ב-2011 היוו מקבץ הפרעות הפסיכוטיות¹² 57.5% מכלל האשפוזים הראשוניים ו-64.5% מהאשפוזים החוזרים¹³. זוהי הקבוצה הגדולה ביותר, הן בקרב המאושפזים באופן כללי והן בקרב המאושפזים החוזרים.

⁶ מגמת ההתפכחות קרתה בכל העולם באותם השנים. בישראל הדברים התרחשו מעט מאוחר יותר.

⁷ אליצור, 1998.

⁸ זאת, בניגוד לאישפוז יום, שהוא לצורך ענייננו דבר המתקיים בתוכם שבין האישפוז והטיפול המרפאתי. בהמשך סקירת הדוח אבדיל בין אישפוז יום ואישפוז מלא היכן שהנתונים מאפשרים זאת. בכל זאת כדאי לזכור שאישפוז יום מהווה פחות מ-5% מכלל האישפוזים, ולכן השפעה על חוזק האינפורמציה שתוצג בהמשך קטנה יחסית.

⁹ בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2012, 2013. עמ' 38.

¹⁰ שם, עמ' 31.

¹¹ שם, עמ' 38.

¹² קיבצתי יחדיו את הסכיזופרניה, הפרעות הדלזיות ואת הפסיכוזת החריפה. לעתים קרובות יקבל אדם את האבחנה האחת, ולאחר מכן תוחלף לו האבחנה בשניה. לפי מדריך האיבחון הפסיכיאטרי, אם הפסיכוזת ממשיכה מעבר ל-6 חודשים, נחשב האדם לחולה סכיזופרניה. הקיבוץ של האיבחונים יחד נועד להקיף את התופעה במלואה. חשוב לציין שגם ללא הפסיכוזת החריפות, הסכיזופרניה על סוגיה השונים מהווה את הדיאגנוזה העיקרית עבור יותר ממחצית האישפוזים - והנתונים חזקים פי כמה לפלח שלהם באישפוזים החוזרים (61.1%).

¹³ שם, עמ' 36.

לסיכום, מבט על של הנתונים הללו מראה בברור שבעלי ההפרעות הפסיכוטיות השונות מהווים את הקבוצה הגדולה ביותר המאכלסת את מיטות בתי החולים הפסיכיאטריים, והקבוצה אשר אשפוזים חוזרים הכי משמעותיים אצלה. מעתה והלאה יושם דגש מיוחד על קבוצה זו אשר מתויגת על פי רוב כקבוצת חולים 'קשים' ו-'כבדים'¹⁴.

1.3 גורמי האשפוז החוזר

את הגורמים לאשפוז החוזר אפשר לחלק לשתי קטגוריות: האישי - לדוגמא מגדר ומוצא אתני, והסביבתי - לדוגמא תמיכה חברתית. בבחינה דקדקנית של מספר גורמים אישיים נמצא שהישנות הסימפטומים הפסיכוטיים לא מנובאת באופן מובהק על ידי אף גורם אישי מסוים מלבד, אולי, מינו וגילו של האדם¹⁵. מחקרים אחרים, הבוחנים את יחסו של האדם לסביבה ולהפך, מעודדים מעט יותר, משום שהם מכוונים אל פתרונות אפשריים לאשפוז חוזר: למשל, מטופלים אשר הופנו לאשפוז יום שבו לאשפוזים נוספים 72% פחות ממטופלים שאושפזו אשפוז מלא.¹⁶ כמו כן, מטופלים שלא שבו כלל לאשפוז מאופיינים ברשת תמיכה חברתית רחבה הכוללת בני משפחה וחברים שהכירו טרם האשפוז¹⁷. זאת ועוד, ברגרסיה סטטיסטית על 300 מאושפזים-חוזרים נמצא שהמנבא החזק ביותר לאשפוז חוזר הוא כמות האשפוזים הקודמים¹⁸. ניתן לומר בפשטות שהספרות המחקרית מציעה **חיבור רב יותר לקהילה בכדי להפחית את מספר האשפוזים החוזרים**.

1.4 עלותו הכלכלית של האשפוז החוזר

עיקרו של החישוב הכלכלי שיוצג בסעיף הזה הוא להראות את ממדי ההוצאה הממשלתית לאשפוז הפסיכיאטרי עבור אדם ממוצע שאובחן כסובל מהפרעה פסיכוטית לאורך כל ימי חייו¹⁹. זהו נתון

¹⁴ עקיבא ביגמן, 20 אפריל 2014.

¹⁵ Gaebel, & Riesbeck, (2014).

¹⁶ Swartz, Swanson, Wagner, Burns, Hiday, & Borum, (2014).

¹⁷ Holmes-Eber & Riger, (1990).

¹⁸ Havassy, & Hopkin(1989).

¹⁹ בדומה למערכת התמחור של מערכת החינוך, מערכת התמחור של בריאות הנפש מורכבת וסבוכה. עשיתי מאמץ לצורך המסמך לפשט את הנתונים ככל הניתן. פשרה זו היא בעייתית מטבעה, ועדיין, לעניות דעתי - ראויה.

שונה מהותית מסל הנתונים המוכר, בו בודקים את העלות לשנה או חודש. כאן אנו עוסקים בעלות האשפוז לאדם לאורך תקופת החיים.

עלות יום אשפוז: 1,000 ₪²⁰

מספר ימי אשפוז ממוצעים (למתמודד כלשהו, לא רק פסיכויטי): 342.69²¹

עלות אשפוזים לתקופת חיים שלמה: 342,699 ₪

מהנתונים והמידע שהוצג עד כה ניתן לראות שהאשפוז החוזר מהווה בעיה אמיתית, בעיקר בקרב אלו הסובלים מפסיכوزה חריפה. על בעיה זו נתנו אנשים רבים את הדעת. עתה אפרוש את תולדות ניסיונם של כמה ישראלים חלוציים לענות על הבעיה הזו.

2.1 תקוות האל-מיסוד

בשנות השבעים של המאה העשרים עלה על בימת ההיסטוריה הרעיון המהפכני של אל-מיסוד²², כלומר היציאה מהמוסדות הסגורים. מוכרת עמדתה של ג'ודי ציימברלין, אקטיביסטית ידועה ומתמודדת נפש בעצמה, שיש להחליף את בתי החולים בשירותים קהילתיים²³. תנועה זו זכתה לעדנה במקומות כמו איטליה, בה הוטמעו 'פליטי בתי החולים' במערך שירותים ענף עד שבמעט כל

²⁰ זהו ממוצע של נתונים משלושה מקורות, שההבדל ביניהם הוא מזערי – ספר התקציב לשנת 2013 (ללא תאריך); תעריפי אשפוז ושאר השירותים החל מ-1.1.09 (1 ינואר 2009); ושיחה עם אבי אורן (1 ינואר 2009). בראשון חולק התקציב לביה"ח הממשלתיים במספר המיטות – 1,001 ₪. בשני חושב ממוצע התעריפים השונים – 1,055 ₪. הנתון השלישי והאחרון הוא אומדן – מעט פחות מ-1,000 ₪.

²¹ ראה נספח א', המספר מתייחס לימי אשפוז במשך כל חייו של אדם.

²² Deinstitutionalization.

²³ Chamberlin, 1988.

המוסדות הסגורים הייעודיים נסגרו²⁴. במקומות אחרים, כמו ארה"ב, רבים מהמטופלים ששוחררו נהיו חסרי בית והתדרדרו לשולי החברה, לכאורה משום שלא היו מוסדות שיקומיים אשר יקלטו אותם²⁵.

כחלק מהמגמה העולמית של אל-מיסוד, בישראל חוקק בשנת 2000 'חוק שיקום נכי נפש' ולפיו על אחריותו של משרד הבריאות להקים אגף ייעודי שמטרתו תהיה לממן ולפקח על סל שירותי שיקום. כאמור בפתיחת המאמר, מערך השיקום בא להקל על השתלבותו של המתמודד במרקם החיים הרגיל. לתקומת המערך השיקומי הייתה, כך אנחנו למדים, השפעה אדירה על בתי החולים: "בין 1999 ל-2009 פחת מספרן של המיטות הפסיכיאטריות ב-50% ומספר ימי האשפוז השנתיים בסוף התקופה היה נמוך ב-43% ממספרם בראשיתה"²⁶. בהתאמה לכך, הדבר הביא לצמצום משמעותי בתקציב שירותי ברה"נ - זאת משום ששירותי השיקום זולים בשיעור ניכר מהאשפוז הפסיכיאטרי²⁷.

בכל זאת, אנחנו למדים מעלעול בדפי ההיסטוריה, שמערך השיקום לא הביא לביטולם של בתי החולים אלא במדינות ספורות²⁸. הסיבה נעוצה בכך שבדומה לטיפול הפסיכו-אנליטי בארה"ב²⁹, ההוסטלים, מרכזי התעסוקה ושאר שירותי השיקום נהפכו, הן רעיונית והן בפרקטיקה, לחלק משלים לאשפוז ולא למחליפו (כפי שכה רבים ציפו בשנות ה-60 של המאה הקודמת)³⁰. בישראל, אם ננסה לתאר את התהליך בקווים כלליים, המערך השיקומי צמצם את היקף השירות שניתן בבתי החולים, אך בלי שום ספק לא מימש את הפוטנציאל הרדיקלי של תנועת האל-מיסוד של שנות ה-70.

2.2 היסטוריה של חלופות אשפוז בארץ

ייתכן שהקונצנזוס הגדול ביותר בתחום בריאות הנפש הוא שיש לסייע בצורה כזו או אחרת לכלל בני האדם הנמצאים במשבר נפשי חריף. עם זאת, כפי שהוצג בפרק הקודם, הדעות חלוקות לגבי סוג

²⁴Burti, 2001.

²⁵Dear & Wolch, 2014.

²⁶ אבירם, 2013.

²⁷ שם.

²⁸WHO, 2011.

²⁹ אופיר, 2013.

³⁰ מעניין בהקשר הזה לעמוד על השימוש במונח 'חלופות אישפוז' לתיאור הוסטלים, קהילות תומכות ואפילו מחלקות לאישפוז יום. לדוגמא, התייחסותו של אלי שמיר בדיון המנהלה: סיכום דיון במנהלת הרפורמה, 24 נובמבר 2014.

העזרה שיש לספק. בישראל היו מספר אנשים אשר מתוך מודעות לבעייתיות של האשפוז הפסיכיאטרי הציעו חזון אלטרנטיבי ואף הביאו אותו לכדי מימוש. הניסיון המשמעותי ביותר בתחום זה הוא המקרה של תחנת בריאות הנפש הקיבוצית.

תחנת הקיבוצים היתה ניסוי חלוצי של ד"ר יואל אליצור, ד"ר אליהו קאופמן וד"ר סלבדור מינוחין בתחילת שנות ה-70. שלושת הפסיכולוגים הללו החזיקו בעמדה איתנה, שעל מנת להפסיק את תופעת 'הדלת המסתובבת' בבתי החולים הפסיכיאטרים יש לטפל באדם הפסיכוכיטי בסביבתו הטבעית ויחד אתה. הם גייסו קיבוצים שלמים בכדי ליצור סביבה מיטבית עבור האדם במשבר. לפי ספרם³¹, לא ניתן להכחיש את ההצלחה של המיזם: מתוך עשרות המטופלים בתחנה, רק מעטים שבו אל האשפוז הפסיכיאטרי. רבים כלל לא נכנסו אליו מלכתחילה.

מאז ימיה של התחנה הקיבוצית ועד תחילת המאה ה-21, מעט יוזמות בתחום קראו תיגר על החלוקה הנורמטיבית בין שיקום לבין אשפוז. יחידת המתבגרים של **מכון סאמיט**, שהוקמה בשנת 1973, קלטה מספר מטופלים צעירים אל מרכז בירושלים³². באותם שנים גם הוקמו מוסדות **אור ירושלים** על ידי הרב אשר פרוינד זצ"ל, ביניהם גם ההוסטל המרכזי של הקהילה³³. שני המקרים הללו הם המובהקים ביותר במגמה שניתן לכנותה 'פרה-שיקום' משום שהם נוסדו עשרות שנים לפני חוק שיקום נכי נפש בקהילה של שנת 2000 ותיפקדו לעתים כחלופות אשפוז דה-פקטו. עם זאת, ביסודן הם נוצרו כמוסדות שיקום ולא כחלופות אשפוז – הם לא יועדו לתת טיפול לאדם בעתות של משבר אקוטי.

בעשור האחרון אנו מוצאים סוג מעט שונה של חלופות אשפוז: אין הן מחליפות את תפקידן של האשפוז הפסיכיאטרי הממסדי אלא פועלות לצדו ומשלימות את פעולתו, או שהן מתקיימות בספרה הפרטית המקבילה אל בית החולים ולא בתוככי הממסד. שתי דוגמאות רלבנטיות הן **הצוות הנייד של ביה"ח אברבנל** ועמותת **מרחבים** לטיפול רב-מערכתי ביתי. בראשונה ניתן טיפול ביתי למגוון מקרים אקוטיים (ביניהן פסיכודה) על ידי צוות רב-מקצועי. בניתוח סטטיסטי פנימי שערכה היחידה

³¹ אליצור ומינוחין, 1992.

³² היסטוריה: מבט אל העבר, 2015.

³³ וינשטוק, 2008.

ולא פורסם עד כה בכתב עת מקצועי, נמצא כי מטופלי היחידה התאשפזו בשיעור של 6% בלבד ביחס אל קבוצת הביקורת³⁴. בניתוח הוכללו 28 ממתופלי היחידה, כשחלק ניכר מהם אושפזו בעבר. בניגוד לצוות הנייד, עמותת מרחבים אינה שירות ממשלתי, אך בדומה לו היא מציעה טיפול מערכתי בבית הלקוח. אופן פעולתה של העמותה מצריך שני מטפלים מוסמכים ופגישות שבועיות או דו-שבועיות למשך 10 חודשים במוצע³⁵. עוד עולה מעיון במסמכי העמותה ששליש מהמתופלים סבלו מפסיכوزה, ושאוזי החלמה³⁶, אף שקשה לדלות אותם מהמידע הקיים, נושקים ל-90%.

נכון לזמן כתיבת מאמר זה שתי היחידות שעליהן סופר בפסקה דלעיל עובדות במרץ והרפורמה בבריאות הנפש כמעט ויצאה לפועל. אקשור עתה את העבר הקרוב אל העתיד הממש ובא.

2.3 הרפורמה בבריאות הנפש של 2015

גרסאות ראשוניות של מתווה הרפורמה לבריאות הנפש הוצעו בסמוך לחוק בריאות ממלכתי 1995³⁷. במסגרתה של הרפורמה המוצעת, היה על קופות החולים להטמיע לתוך סל שירותי הבריאות הכללי גם את שירותי בריאות הנפש על שני אגפיהם העיקריים דאז - הטיפול האמבולטורי (שסופק על ידי המרפאות הממשלתיות הייעודיות לכך) והאשפוז הפסיכיאטרי. לאורך 20 השנים הבאות, עברה הרפורמה מיני תהפוכות שקצרה היריעה מלפרט. התאריך האחרון שקבעה מנהלת הרפורמה להחלת מתווה הרפורמה הוא 1/7/2015³⁸. ביסודה הרפורמה נותרה כפי שהוצעה לפני שני עשורים, כלומר תוכנית להעברת האחריות על שניים ממערכי בריאות הנפש לידי קופות החולים.

לפי הערכות מומחים, 60% מתקציב ברה"נ שיועבר לארבעת הקופות לאחר תחילת הרפורמה, יממן בסופו של דבר את האשפוזים הפסיכיאטריים³⁹. לפי אותן הערכות, מדובר בכ-1.1 מיליארד ש"ח⁴⁰.

³⁴ התכתבות עם ד"ר שמואל פגירסקי, מרץ 2015.

³⁵ התכתבות עם ד"ר יונתן רייפן, מרץ ואפריל 2015.

³⁶ החלמה ממושגת, בתוך מסגרת הדין של המאמר הזה, כהפסקה של ההתנהגות הפסיכוטית. מושג החלמה מורכב ובעל פנים רבות. משום כך, לצורך הדין חובר המושג עם מובנו הפשוט ביותר.

³⁷ אבירם ורוזן, 1998.

³⁸ הנחיות לתקופת מעבר מיום כניסת הרפורמה בבריאות הנפש לתוקף, 15 יוני 2015.

³⁹ שיחה עם אבי אורן, 23 מרץ 2015.

⁴⁰ שם.

תמיכתם של עמותת לשמ"ה⁴¹ וארגון עוצמה⁴² הגיעה, למעשה, מהאפשרות שלאחר הרפורמה שיקולי רווח ורווחה יניעו את הקופות לברור את ספק האשפוזים הטוב ביותר, וכך, כתוצאה מהפיכתו של 'שוק האשפוזים' לתחרותי, תעלה איכותו של השירות⁴³. שני מחסומים עומדים בפני חזון זה:

1. **הסכם האזוריות.** הסכם זה כובל כל אדם אל בית החולים המסוים המשרת את אזור מגוריו. בכדי לשבור את המחסום הזה, פנו דליה וצביאל וירצברג-רופא אל בג"ץ⁴⁴. ב-2013 ניתנה פסיקה בעניינם, המתירה את חופש הבחירה רק עבור בתי חולים אשר תפוסת מיטותיהם נמוכה מ-95%⁴⁵. במידה רבה, היה זה פסק דין תקדימי, שאולי ניבא את המשך התפרקות הסכם האזוריות בעתיד.

2. **הסדר ה'קפינג'.** לפי הסדר ההתחשבות בין קופות החולים ובתי החולים, העלות השולית של אשפוז נוסף מעבר לאחוז תפוסת מיטות בגובה 95% תהיה נמוכה משמעותית מהתעריף הרגיל⁴⁶. הסדר הקפינג נועד לאזן בין התמריצים הקיימים לאחזקה ארוכת-טווח של אנשים באשפוז ובין התמריצים ההופכיים לשיחרורם לאחר אשפוז קצר. בפועל ישנו כאן קיצוץ גם בתמריץ של בתי החולים להפחית בכמויות האשפוזים באמצעים כשרים. ההסדר הזה מעוגן בחוזה, אך דרישות הקופות יכולות ליצוק לו תוכן חדש.

ברם נראה שהשילוב של שני החסמים מבעית זרימה של לקוחות אל בתי החולים, שלא כדאי כלכלית אלא לטפל בהם באותם אמצעים ישנים. ובכל זאת, תומכים ארגוני המתמודדים ומשפחותיהם ברפורמה מתוך תקווה שהיא תביא לשינוי המיוחל ושמחוכה יצמח טיפול טוב יותר עבור אנשים הנמצאים במשבר אקוטי. הציפייה הינה ככל הנראה, שהמחסומים שפורטו לעיל יתמוטטו בעבור הזמן.

⁴¹ עמותה יציגה של מתמודדי הנפש בישראל.

⁴² עמותה יציגה של משפחות המתמודדים.

⁴³ עקיבא ביגמן, 20 אפריל 2014.

⁴⁴ בג"ץ 4090/12.

⁴⁵ נוהל – בחירת מקום אשפוז, 2 נובמבר 2014.

⁴⁶ לוי, 2013.

3) העדר פתרונות מבוססי-החלמה לאנשים במשבר פסיכוטי ראשוני

הבעיה, כפי שהיא מצטיירת מהסקירה שהובאה לעיל, היא כדלקמן: למאות האנשים החווים משבר פסיכוטי ראשון מדי שנה אין כיום פתרון ממסדי מלבד האשפוז הפסיכיאטרי היקר וכנראה לא יעיל. לאחר האשפוז הראשון מגיע השני ולעתים קרובות מדי זוהי רק ההתחלה. רבים קיוו שמגמת האל-מיסוד תביא לסגירת בתי החולים הפסיכיאטריים, אך בעבור השנים הם התבדו. מגמת האל-מיסוד אף שהורידה את שיעור האשפוזים החוזרים באופן משמעותי הפכה את המערכת השיקומית לחלק משלים לבתי החולים ולא החליפה אותם. ראינו כיצד ניסויים שונים להקמה של חלופות אשפוז בארץ קמו ונפלו. חלופות האשפוז לא אומצו על ידי הממשלה משום שהן אתגרו מדי את המסד הפסיכיאטרי ואת בתי החולים ולא היו משכנעות מהבחינה המדעית-אמפירית, או שעלותן נראתה גבוהה. לבסוף, בשני העשורים האחרונים הופיעה הרפורמה על בימת ההיסטוריה ו**כיום ישנה תקווה חדשה שהשינוי המבני יספק גם פתרונות לבעיית האשפוזים החוזרים המאופיינת בעלות כלכלית גבוהה וטיפול לא מספק ברווחת האדם המתמודד ומשפחתו.**

אבחן שלושה פתרונות אטרקטיביים – "סותריה", "דיאלוג פתוח" ו"מרכזי הפוגה" – לפי כמה מדדים:

1. **ישימות פוליטית.** לא ניתן לזלזל במשקלו של מדד זה. הראיתי בפרק 2.3 כמה רבה תמיכתם של המתמודדים והמשפחות ברעיון של חלופות האשפוז, אך כוח סמוי שאיננו פחות משמעותי במערך הפוליטי של ברה"נ הוא כוחם של בתי החולים⁴⁷. חשוב, אם כך, להעריך את מידת התנגדותה של המערכת לשינויים המוצעים.
2. **ביסוס מחקרי.** טענה שנשמעת פעמים רבות היא שחלופות האשפוז לא קנו להן בסיס תומכים רחב דיו משום שהן עומדות על קרקע מחקרית רעועה⁴⁸. כל החלופות שיוצגו בסעיפים הבאים יטענו לצמצום תופעת האשפוזים החוזרים. המידע יבחן בזהירות כדי להבין עד כמה משכנע הגוף המחקרי עבור כל אחת מהחלופות.

⁴⁷ אליצור, 1998.

⁴⁸ סופר, 27 פברואר 2015.

3. **עלות כספית.** אין ספק ששיקולי עלות הם אלו המנחים את מרבית הגורמים במערכת. בפרק 1.4 הוצגה עלות האשפוז בבית חולים לאורך חיי האדם ועל בסיס יומי. עתה תוצג 'השורה התחתונה' עבור החלופות ובחישובה תילקח בחשבון עלות היום הבודד יחד עם כמות הימים הצפויים.

שלוש סוגיות אשר קשורות בקשר גורדי לנושא דנן אך הושמטו בשל קוצר היריעה הן סוגיית האלימות, סוגיית האובדנות וסוגיית הפרמקולוגיה.

← למידע נוסף על הסוגיות הללו יש לעיין בנספח ב'.

4.1) בית לפי מודל 'סותריה'

'סותריה'⁴⁹ הוא מודל שנוצר ונוהל לראשונה בין השנים 1971-1983 על ידי הפסיכיאטר פורץ-הדרך ד"ר לורן מושר⁵⁰. מאז שוכפל המודל בכמה מוקדים ברחבי העולם. מדובר בבית, הממוקם בשכונה רגילה, ובו שוכנים 6-10 אנשים במשברים אקוטיים הנהנים מסביבה מכילה ללא אלמנטים של בידוד וכפייה⁵¹. בין היתר משמעות הדבר שלא ננקטת עמדה עקרונית לגבי שימוש או אי-שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, וכל מקרה נבחן לגופו כאשר לדייר ישנה הבחירה לנקוט לפי ראות עיניו. כמו כן חשוב לציין שתמהיל אנשי הצוות כולל בעיקר מלווים בלתי-מקצועיים.

ישימות פוליטית: הן אליצור והן אבירם ממליצים על יצירת חלופות אשפוז בנבדל מרשת בתי החולים⁵², אך אני סבור, שקל יהיה יותר להקים חלופה מעין זו בתמיכת בתי החולים ובעזרת המשאבים הניהוליים העומדים לרשותם. לראייה אפשר להסתכל על גיבושו של מיזם סותריה בירושלים. פרופסור פסח ליכטנברג, מנהל מחלקה סגורה בביה"ח הרצוג, גיבש את המודל והתאימו לדרישות המקומיות, גייס צוות ובנה בסיס תומכים לבית סותריה הירושלמי וכל זאת בעודו עובד

⁴⁹ בתרגום מיוונית קדומה - "גאולה".

⁵⁰Mosher, 1999. חשוב גם להוסיף שהמודל בנוי על מסד תיאורטי ואמפירי שבנה 50 שנה לפני כן הארי סטאק סאליבן, פסיכיאטר, פסיכולוג נודע ומתמודד נפש בעצמו.

⁵¹ שם.

⁵² אליצור, 1998.

בבית חולים הרצוג-עזרת נשים ובסיועו של המקום⁵³. לפי יו"ר איגוד הפסיכיאטרים הישראלי⁵⁴ תמיכת האיגוד בחלופות מותנת בכך שלא יהוו איום על כמות מיטות האשפוז שנמצאות ברשותן של בתי החולים. הצעתי היא שחלק מתוספת המיטות של השנים הבאות, כ-95 מיטות⁵⁵, יינתנו לבתי סותריה אשר יופעלו על ידי בתי החולים.

– **הערכה:** למודל סותריה **סיכוי רב** להשתלב בהצלחה בתוך מסגרת בית חולים.

ביסוס מחקרי: מלבד בית סותריה המקורי, הוקמו בעולם שתי 'סותריות' נוספות: בברן, שוויץ בשנת 1983⁵⁶ ובוורמונט, ארה"ב באפריל 2015⁵⁷. מבין השניים, רק מהמוסד הראשון ישנם נתונים אמפיריים, והם עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים – תוך 54 ימי שהות בבית, 41% מהמטופלים הפסיקו לחוות פסיכודה, זאת אף על פי ש-39% מהם לא נטלו תרופות אנטיפסיכוטיות א-טיפיות⁵⁸. מחקר שערך ד"ר מושר מצא ששיעור האשפוזים החוזרים בקרב באי הבית נמוך יותר מקבוצת הביקורת אשר התאשפזה בבית חולים וזאת למרות שרק מיעוט קטן (3%) נטל תרופות לאורך זמן⁵⁹. למרות המידע החיובי, בסכימה של כלל מקורות המידע נראה ברור שחסרים נתונים רבים.

– **הערכה:** למודל **כמות בינונית** של ביסוס מחקרי.

עלות כספית: מאחר ובכל זאת מדובר במערך כמו-אישפוזי, העלות המוערכת ליום 'אשפוז' בסותריה נמוכה רק ב-10-20% מעלותו של יום אשפוז סטנדרטי⁶⁰. עם זאת, כפי שנאמר, שיעור האשפוזים החוזר נמוך ביחס לאשפוז הרגיל ועלות הטיפול התרופתי נמוכה באופן קיצוני, אם נבחנת העלות לאורך זמן רב.

– **הערכה:** החסכון הכספי ביחס לאשפוז הרגיל **אינו רב אך מובהק**.

⁵³ בסן, 2 אוגוסט 2009.

⁵⁴ סופר, 27 פברואר 2015.

⁵⁵ תוספת מיטות לשנים 2016-2013, תאריך לא ידוע.

⁵⁶ Ciompi & Hoffmann, 2004.

⁵⁷ April 2015 Update: Licensing, Open House & Thank Yous, 9 April 2015.

⁵⁸ Ciompi & Hoffmann, 2004.

⁵⁹ Mosher, 1999.

⁶⁰ Ciompi & Hoffmann, 2004.

4.2 טיפול תוך-ביתי ורב-מערכתי

כפי שהתברר מהסקירה ההיסטורית, לישראל עבר עשיר בטיפול ביתי באנשים במצבי משבר חריפים. השראה נוספת לפתרון מסוג זה אנו מקבלים משירות העזרה הדחופה שמספקים במחוז לאפלנד שבפינלנד. שירות זה, הנושא את השם 'דיאלוג פתוח', קנה לו תומכים רבים ברחבי העולם משום שבטיפול ביתי אינטנסיבי הוא הצליח להגיע למעל 80% החלמה בקרב אנשים שסבלו מהפרעה פסיכוטית. כיום ההצלחה הפינית משוכפלת בכמה מוקדים בעולם, ביניהם פרויקט הענק של אזור לונדון.

ישימות פוליטית: מחד, אותם נימוקים אשר תקפים לגבי 'סותריה' ודומיה תקפים גם לגבי שילוב הטיפול הביתי בתשתית הארגונית של בתי החולים – שתי האפשרויות יכולות להינתן כשירות של בית החולים. מאידך, אנו רואים שלאורך שנים תמיד התקיים הטיפול הביתי בישראל, כך או אחרת, מחוץ לגדר. כלומר, מידת שילובו של פתרון מעין זה במערכת הקיימת שנויה במחלוקת. אולם הייחוד של הטיפול הביתי הוא שניתן לספקו בנקל מתוך מרפאה נפרדת המתופעלת וממומנת ישירות על ידי קופת החולים. זהו פתרון אשר 'עוקף' במידה רבה את גרעיני ההתנגדות הקשים ומצד שני ייתכן ויזכה לתמיכה רבה בקרב הארגונים המייצגים את המתמודדים ומשפחותיהם.

– **הערכה:** סיכוי שילובו של המודל הביתי לאחר הרפורמה הוא **בינוני-גבוה**.

ביסוס מחקרי: הטיפול הביתי, כפי שעולה מסקירה של הספרות המחקרית, מתפצל לכמה זרמים מוסדיים וטיפוליים שונים. לדוגמא, המודל של 'מרחבים' מבוסס על מודל ה-MST⁶¹. מטא-מחקר מצא שבין סגולותיו הרבים של ה-MST, הוא מפחית את האשפוזים הראשוניים ב-75%⁶². הודות לניטור ובקרה אינטנסיביים של המודל הפיני, במשך 30 שנות פעולתו תועדה החלמתם המלאה של 72%-83% אנשים אשר סבלו מפסיכוזה ופנו אליו, כשפחות משליש מהם השתמשו לאורך זמן

⁶¹ התכתבות עם ד"ר יונתן רייפן, מרץ ואפריל 2015.

⁶² Henggeler, 1999.

בפסיכו-פרמקולוגיה המוכרת⁶³. המידע רב וקצרה היריעה מכדי לפרטו כראוי. די לומר שהביסוס המחקרי של הטיפול הביתי בפסיכודה ובמשברים קשים אחרים מבטיח קרקע איתנה לניסיון.

– **הערכה:** הטיפול הביתי **מבוסס לעילא** מהבחינה המדעית.

עלות כספית: משום שאין להם צורך בהשכרת מבנה יעודי, 'מרחבים' דורשים בממוצע סך של 80,000 ש"ח מלקוחותיהם⁶⁴. להערכתי, מעט פחות מזה צריכה להיות עלותו של טיפול מקביל ביחידה אשר תפעל כחלק משירותי קופת החולים. לעלויות אלו ניתן להוסיף את עלות שבוע ההכשרה של מטפלים חדשים, שלפי הערכות ישראלים⁶⁵ ולפי מידע מהניסוי האנגלי⁶⁶ צריכים להסתכם בכ-30,000 אלף ש"ח עבור 80-100 אנשי צוות. אילו יעשה הדבר בשיתוף עם אוניברסיטה או מכללה ייתכן שהעלויות יקטנו משמעותית⁶⁷. בשקלול כולל עלינו להביא בחשבון גם את ההפחתה באשפוזים החוזרים ואת ההפחתה בסבסוד התרופות. ניתן לומר בודאות שמדובר בחסכון משמעותי.

– **הערכה:** החסכון הכספי הצפוי ממעבר לטיפול הביתי **רב ביותר**.

4.3 מרכזי הפוגה בתפעול מתמודדים

מרכזי הפוגה הם תוצר של תנועת זכויות הצרכנים/מתמודדים שהוזכרה בפרק 2.1⁶⁸. מטבעם הם שונים מהותית משתי חלופות האשפוז הקודמות – הם נטולי כל יומרה טיפולית פורמלית – ועדיין ראוי להכלילם ולו רק בגלל התמיכה והפופולאריות הרבה להם זוכים. מרכזי הפוגה הם מעין מרכזים קהילתיים אזוריים, המאוישים במתמודדים בכל שעה ויום. אין בהם מטפלים ולא טיפול פסיכיאטרי סטנדרטי, אך הם מספקים לאדם במשבר אוזן קשבת וסיוע בגובה העניים.

⁶³ Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2011.

⁶⁴ התכתבות עם ד"ר יונתן רייפן, מרץ ואפריל 2015.

⁶⁵ ראיון עם גב' מאיה קידר, 12 אפריל 2015.

⁶⁶ התכתבות עם ד"ר ראזל רזאק, אפריל ומאי 2015.

⁶⁷ ראיון עם גב' מאיה קידר, 12 אפריל 2015.

⁶⁸ Chamberlin, 1988.

ישימות פוליטית: זרותו של המודל הזה לאופן החשיבה והעבודה הישראלי עומדת לו לרועץ. בישראל אומנם משולבים מתמודדים בבתי חולים פסיכיאטרים⁶⁹ ובמערך השיקום⁷⁰ אך מעולם לא קם בישראל שירות אשר פרץ את מסגרת המחשבה הממסדית כמו מרכז הפוגה⁷¹. כמו כן, אי-יכולתו של מרכז כזה להשתלב במסגרת בית-חולים או תשתית פורמלית אחרת הינה בעייתית. חשוב לציין שקבוצה נחושה מסניף ירושלים של עמותת לשמ"ה פועלת מזה שנה לקידום פתרון מעין זה בתחומי העיר⁷².

- הערכה: ההיתכנות של שילוב פתרון מעין זה במערכת השיקומית-פסיכיאטרית כיום היא **בינונית-נמוכה**.

ביסוס מחקרי: ישנם כיום 11 מרכזי הפוגה המופעלים על ידי מתמודדים בארה"ב, אך המחקר המדעי עליהם עודנו בראשיתו⁷³. במחקר אחד משנת 2008, נמצא שמשך הזמן הממוצע ששהו האנשים במרכז הפוגה היה גדול בממוצע ביום מאשר בקבוצת הביקורת, אשר התאשפזה בבית חולים, ושהם שבו למרכז כמעט פי שתיים מאשר בקבוצת הביקורת⁷⁴. למרות הדלות של מחקרים המתמקדים במרכזי הפוגה, ישנו מחקר ענף על התועלות שבשירותים המנוהלים ומתופעלים על ידי מתמודדים⁷⁵. אלו מספרים לנו על האהדה הרבה של מתמודדים למרכזים קהילתיים וגם על תוצאות מוצלחות בטווח הארוך.

- הערכה: הביסוס המחקרי **רעוע למדי** נכון לזמן זה.

עלות כספית: דווקא ההיבט הכספי של החזקת מרכז הפוגה ידוע לנו. מסקירה של 11 המרכזים הצפון-אמריקאים, מסיקה אוסטרוב שעלות יום 'אשפוז' במרכז הפוגה היא כשליש מעלותו של יום אשפוז סטנדרטי⁷⁶. כלומר, למרות שאורך האשפוז אומספר האשפוזים החוזרים יכולים להיות גבוהים

⁶⁹ שילוב "עמיתים מומחים" בבתי חולים פסיכיאטריים - פריצת דרך תעסוקתית ומקצועית, ללא תאריך.

⁷⁰ תכנית "צרכנים כנותני שירות" לשילוב תעסוקתי של נפגעי נפש, 1 פברואר 2015.

⁷¹ מודל הקלאבהאוס מציע שירותי פנאי הניתנים על ידי מתמודדים ולמענם. במידה רבה הוא מזכיר את הרעיון של מרכז הפוגה, אך ההתמקדות בענייני פנאי ותעסוקה גם מבדילה את שני המודלים.

⁷² הזמנה לקבוצת לימוד בנושא מרכזי הפוגה, 22 יולי 2015.

⁷³ Ostrow, 2010.

⁷⁴ Greenfield, Stoneking, Humphreys, Sundby, & Bond, 2008.

⁷⁵ Segal, Silverman, & Temkin, 2010.

⁷⁶ Ostrow, 2010.

יותר, העלות הסופית נוטה להיות נמוכה יותר. הדבר קשור, ככל הנראה, לשכרו הנמוך-יחסית של הצוות הלא-מקצועי.

- **הערכה:** ביכולתם של מרכזי ההפוגה להוות פתרון **זול במיוחד** בהשוואה לאשפוז הסטנדרטי.

5) המלצה סופית

נראה שישנו פוטנציאל כלכלי בחלופות לאשפוז⁷⁷. ביכולתן לצמצם את הוצאתן של קופות החולים על המענה לאנשים במשבר חמור בכלל ומשבר פסיכוטי בפרט. יתרה מכך, הטמעה של חלופות אשפוז במערכת השיקומית-פסיכיאטרית צפויה להביא לצמצום משמעותי של תופעת האשפוז החוזר.

מכל החלופות שבחנתי, זול, ישים ויעיל במיוחד הוא הפתרון של **הטיפול הביתי הדיאלוגי**. גם כאשר מוסיפים אל החישוב את עלות הכשרת המטפלים, עדיין עדיפה החלופה הזו. קל יחסית להמיר צוות מרפאה רגיל ורב-מקצועי לצוות נייד המוכשר בטיפול במשברים נפשיים אקוטיים. מתודות הטיפול הוכחו כיעילות ויכולות להקטין את כמות הטיפולים בשיעור העולה על 50%. **המלצתי לקופות החולים היא פשוטה: נטרלו במידת האפשר את כוחם של החסמים, השקיעו בכל חלופות האשפוז, ספקו מגוון אפשרויות לאדם במשבר, אך בראש ובראשונה, הכשירו צוותים של טיפול ביתי.**

תודה רבה,

עו"ס איתי קנדר

⁷⁷נספח ג' נתן פירוט של העלויות המשוערות עבור כל אחת מהחלופות.

נספח א': ימי אשפוז ממוצעים למשך חיים

מספר אשפוזים	1	2	3	4	5	6	=
%מהמאושפזים	46%	22.6%	12.6%	4.3%	2.8%	4.7%	100%
שקלול לימים	194.13 ⁷⁸	95.38	53.17	18.14	11.81	19.83	342.69

נספח ב': סוגיות שהושמטו מהמסמך

שלוש סוגיות אשר קשורות בקשר גורדי לנושא דנן אך הושמטו בשל קוצר היריעה הן סוגיית האלימות, סוגיית האובדנות וסוגיית הפרמאקולוגיה. סקירה של עשרות מחקרים מספרת לנו, שהיות אדם פסיכוטי לא מנבאת את היותו אלים (דהיינו, בשיעור הגבוה מהממוצע המקומי)⁷⁹. באשר לאובדנות, לא נמצא ששיעור האובדנות בחלופות האשפוז שאסקור כאן גבוה משיעור האובדנות בקרב מתמודדים אשר אושפזו באשפוז סטנדרטי, אלא שהוא נמוך, לעתים באחוזים ניכרים⁸⁰. באשר לתרופות – גם כאן הנתונים עלולים להפגיע: בניסויים הרחבים והמוצלחים ביותר שנעשו בתחום, רק 30% עשו שימוש בתרופות א-טיפיות מעל לטווח השנה⁸¹. בניסויים אחרים, אחוזי השימוש מתחילת הטיפול היו אפסיים⁸².

שלושת הנושאים, יש לציין, קשורים בקשר גורדי אל הסכנה המשפטית או העדרה של חלופות האשפוז. קוצרו של המסמך הזה לא אפשר לי לעסוק בצורה מספקת בהיבטים המשפטיים של חלופות האשפוז.

⁷⁸בריאות הנפש בישראל, שנתון סטטיסטי 2012, 2013. עמ' 46.

⁷⁹ Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann, 2009.

⁸⁰ Mosher, Hendrix & Fort, 2004.

⁸¹Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2011.

⁸²Mosher, 1999.

נספח ג': פירוט עלויות משוערות עבור החלופות

פתרונות	עלות ליום	סה"כ ימים	סה"כ עלות ⁸³
0) אשפוז רגיל	1,000 ₪	343	342,699 ₪
1) בית סותריה	800 ₪	200	160,000 ₪
2) טיפול ביתי	1,000 ₪ ⁸⁴	80	80,000 ₪
0) מרכז הפוגה	350 ₪	380	133,000 ₪

הערה לגבי חישוב העלויות: שאיפתי המקורית הייתה להכליל במסגרת מאמר עמדה זה גם את עלותן של התרופות, אשר עלות סבסודן על ידי הממשלה (דרך תקציב הקופות) גבוה במיוחד. בשל קשיים מתודולוגיים לא צלחתי משימה זו. אני מקווה בעתיד שיהיה ניתן לייצר הערכה כוללנית של החיסכון שיכולים להביא עמן חלופות האשפוז.

⁸³ לא כולל את סבסוד התרופות לאורך זמן.
⁸⁴ עבור מפגש אחד בבית הלקוחות.

אבירם, א. (2013). חוק שיקום נכי נפש בקהילה – הערכת ביניים. *מרכז טאוב*. נדלה מ:

<http://www.ispraisrael.org.il/Items/03477/Mental-Health-reform-Aviram.pdf>

אופיר, א. (2013). *על גבול השיגעון*. תל-אביב: רסלינג.

אליצור, י. (1998). *חברה ורווחה, י"ח (1)*, 32-13, פברואר 1998.

אליצור, י. ומינוחין, ס. (1992). *מיסוד השיגעון*. תל-אביב: שוקן.

בג"ץ 4090/12. צביאל ודליה רופא נ' רה"מ וסגן שר הבריאות. נדלה מ:

<http://elyonz.court.gov.il/files/12/900/040/T11/12040900.T11.htm>

בסן, ש. (2 אוגוסט 2009). מודל סותריה, בית במקום מוסד רפואי לחולים הפסיכיאטריים. *הארץ*.

נדלה מ:

<http://www.haaretz.co.il/news/health/1.1274140>

בריאות הנפש בישראל, שנחון סטטיסטי 2012 (2013). *משרד הבריאות*. נדלה מ:

<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mtl-Yearbook-2012.pdf>

היסטוריה: מבט אל העבר (2015). *אתר מכון סאמיט*. נדלה מ:

<http://www.summit.org.il/%D7%94%D7%99%D7%A1%D7%98%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%>

94

הנחיות לתקופת מעבר מיום כניסת הרפורמה בבריאות הנפש לתוקף (15 יוני 2015). *אתר משרד*

הבריאות. נדלה מ: http://www.health.gov.il/hozer/mko8_2015.pdf

התכתבות עם ד"ר ראזל רזאק, מנהל תוכנית ה-POD באזור לונדון, אפריל ומאי 2015.

התכתבות עם ד"ר יונתן רייפן, מנהל מחלקת "עבודת בית", מרץ ואפריל 2015.

התכתבות עם ד"ר שמואל פגירסקי, מנהל יחידת טיפול ביתי במרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנל, בית-ים, מרץ 2015.

וינשטוק, י. (2008). *ר' אשר מפי תלמידיו*. הוצאה פרטית: ירושלים.

עקיבא ביגמן (20 אפריל 2014). טיפול באמצעות חירות; ראיון עם ד"ר יחיאל שרשבסקי. *מידה*. נדלה מ:

<http://mida.org.il/2014/04/20/%D7%98%D7%99%D7%A4%D7%95%D7%9C-%D7%91%D7%90%D7%9E%D7%A6%D7%A2%D7%95%D7%AA-%D7%97%D7%99%D7%A8%D7%95%D7%AA-%D7%A8%D7%90%D7%99%D7%95%D7%9F-%D7%A2%D7%9D-%D7%93%D7%A8-%D7%99%D7%97%D7%99%D7%90%D7%9C>

לוי, ש. (2013). הסדר ההתחשבות בגין רכישת שירותי בריאות הנפש בין קופות-החולים לבין בתי-החולים ולמרפאות המוצע בהצעת חוק ההסדרים. *מכון המחקר והמידע של הכנסת*. נדלה מ:

<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/mo3277.pdf>

נוהל – בחירת מקום אשפוז (2 נובמבר 2014). *אתר משרד הבריאות*. נדלה מ:

<http://www.health.gov.il/hozer/mtl50-005.pdf>

סופר, מ. (27 פברואר 2015). תרופות פסיכיאטריות וחויית האישפוז הפסיכיאטרי בישראל. *שיחות בבריאות הנפש*. נדלה מ:

<http://www.bnefesh.com/?p1634=>

ספר התקציב לשנת 2013 (ללא תאריך). *אגף התקציבים - משרד האוצר*. נדלה ב-27 נובמבר 2014,

מ:

<http://religinfoserv.gov.il/magic94scripts/mgrqispi94.dll?APPNAME=budget&PRGN24AME=doc3&ARGUMENTS=-N2014,-A>

ראיון עם גב' מאיה קידר, מארגנת כנסים בתחום ברה"ן, 12 אפריל 2015.

ראיון עם אבי אורן, נציג לשמ"ה במנהלת הרפורמה, 23 מרץ 2015.

שילוב "עמיתים מומחים" בבתי חולים פסיכיאטריים - פריצת דרך תעסוקתית ומקצועית (ללא תאריך).
המטה לשילוב אנשים עם מוגבלויות בשוק העבודה, משרד הכלכלה. נדלה מ:

<http://moital.gov.il/NR/exeres/1CEBoF89-3B36-48FA-A44C-745667A4D10C.htm>

תכנית "צרכנים כנותני שירות" לשילוב תעסוקתי של נפגעי נפש (1 פברואר 2015). *כל זכות*. נדלה מ:

http://www.kolzchut.org.il/he/%D7%AA%D7%9B%D7%A0%D7%99%D7%AA_%22%D7%A6%D7%A8%D7%9B%D7%A0%D7%99%D7%9D_%D7%9B%D7%A0%D7%95%D7%AA%D7%A0%D7%99_%D7%A9%D7%99%D7%A8%D7%95%D7%AA%22_%D7%9C%D7%A9%D7%99%D7%9C%D7%95%D7%91_%D7%AA%D7%A2%D7%A1%D7%95%D7%A7%D7%AA%D7%99_%D7%A9%D7%9C_%D7%A0%D7%A4%D7%92%D7%A2%D7%99_%D7%A0%D7%A4%D7%A9

תוספת מיטות לשנים 2013-2016 (תאריך לא ידוע). *משרד הבריאות*. נדלה מ:

<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Mental-reform-beds-020602013.ppsx>

תעריפי אישפוז ושאר השירותים החל מ-1.1.09 (1 ינואר 2009). *משרד הבריאות*. עמ' 20. נדלה מ:

http://www.health.gov.il/hozer/mko1_2009.pdf

Burti, L. (2001). Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(S410), 41-46.

Chamberlin, J. (1988). *On our own*. London: MIND.

Ciampi, L., & Hoffmann, H. (2004). Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 3(3), 140.

Dear, M. J., & Wolch, J. R. (2014). *Landscapes of despair: From deinstitutionalization to homelessness*. Princeton University Press.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120.

Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse?. *Schizophrenia research*, 152(2), 469-477.

Greenfield, T. K., Stoneking, B. C., Humphreys, K., Sundby, E., & Bond, J. (2008). A randomized trial of a mental health consumer-managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 135-144.

Havassy, B. E., & Hopkin, J. T. (1989). Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Psychiatric Services*, 40(8), 820-823.

Henggeler, S. W. (1999). Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4(1), 2-10.

Holmes-Eber, P., & Riger, S. (1990). Hospitalization and the composition of mental patients' social networks. *Schizophrenia bulletin*, 16(1), 157.

Ostrow, L. (2010). A Case Study of the Peer-Run Crisis Respite Organizing Process in Massachusetts. *The National Coalition for Mental Health Recovery (NCMHR)*. Retrieved from: <http://www.ncmhr.org/peer-run-respite.htm>

Ostrow, L., & Adams, N. (2012). Recovery in the USA: From politics to peer support. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 70-78.

Mosher, L. R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: A personal and professional review. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(3), 142-149.

Mosher, L. R., Hendrix, V., & Fort, D. C. (2004). Soteria: through madness to deliverance. Xlibris Corporation.

Segal, S. P., Silverman, C. J., & Temkin, T. L. (2010). Self-help and community mental health agency outcomes: A recovery-focused randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 61(9), 905-910.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis, 3*(3), 192-204.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A., & Borum, R. (2014). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals.

WHO, (2011). Mental Health Atlas 2011. Retrieved from:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf?ua=1