

## תגובות לסקירת ספרות בנושא צמצום האישפוז הפסיכיאטרי

### תגובתה של ורד קליינמן-בלוש



מנהלת תחום בכיר בכשרה, הדרכה והטמעת מודלים  
האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות

המאמר סוקר את האסטרטגיות לצמצום אשפוז ונותן, לטעמי, משקל יתר להיבט הכלכלי, כאשר המסר הוא שהאשפוז, באופן גורף, איננו טוב לאדם וכמובן יקר. היות שהמאמר ממוקד בהיבטים כלכליים, הוא אינו מתייחס לבניית אסטרטגיות חלופיות למניעת אשפוז או לצמצומו, מוכוונות אדם, שבהן הדגש הוא על האדם במרכז, ושאינן בהן סיכון לתופעות לוואי של פגיעה באוכלוסיות מסוימות, בעיקר אוכלוסיות מורכבות, אשר נדרשות להן תקופות ממושכות יותר של אשפוז.

חלק מהאסטרטגיות המוצגות במאמר מצויות כבר כיום בשימוש במדינת ישראל. את חלקן מערכת השיקום בבריאות הנפש הייתה מאד רוצה להרחיב, וקיים חלק שיש לפתח באמצעות המערך האמבולטורי. אתייחס לכך ביתר הרחבה בהמשך.

בנוסף, ברצוני להתייחס למושג "ארגוני טיפול מבוקר". לעניות דעתי, מושג זה יכול להקביל כיום ל"בקרים" של קופות החולים במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש, וחלק מהקופות כמו מכבי ולאומית מכנות אותם "צוותי רצף", שם כוללני ופחות מתויג, בעל קונוטציה "מחברת" יותר, המדגישה את החשיבות שבדאגה לרצף הטיפול-שיקומי על כל המשתמע ממנו ועל כלל השפעותיו החיוביות על האדם ובני משפחתו.

להלן התייחסתי לאסטרטגיות המוצעות:

**מעבר יעיל מאשפוז לקהילה** – המאמר מתייחס אך ורק לתכנית מעקב ולנקודת הזמן של השחרור. ברצוני להביא לידיעה כי במסגרת פרויקט פיילוט לקידום הרצף הטיפולי-שיקומי שנערך במחוז צפון, נבנתה ערכת הנחיות לפועלים על הרצף, אשר מתייחסת לכלל ההיבטים של הרצף ולכלל הצמתים והתחנות בהם עוברים האדם ובני משפחתו על פני הרצף מאשפוז לקהילה ומהקהילה לאשפוז. תחנות וצמתים אלה כוללים הרבה מעבר למעקב אחר קביעת הפגישה במרפאה לבריאות הנפש לאחר שחרור מאשפוז. זהו צומת חשוב ביותר, אך יש עוד רבים נוספים שיש לתת עליהם את הדעת. בנוסף, פותחה תכנית כוללת לתכנון השחרור, המכילה בתוכה שימוש בהתערבויות טיפוליות-שיקומיות מקדמות החלמה בעת האשפוז ואסטרטגיות נוספות על מנת לסייע בשחרור מיטבי מהאשפוז אל הקהילה.

**סלקטיביות בבחירת רשת ספקים** – גם כאן, לשיטתי, האופן בו מבוצעים הדברים בארץ נכון יותר וממוקד אדם. בארץ אין בוחרים ספקים עבור האדם, אלא זכותו של האדם לבחור במקום בו הוא רוצה להתאשפז, וכך נכון יותר. בנוסף, לא די בכך שהמאמר מציג אסטרטגיה של בחירת הספקים על ידי המדינה, אלא שניתן משקל יתר להיבט הכלכלי בבחירת ספקים. כמדומני, ראוי לתת בידי האדם את הבחירה, והקריטריונים לבחירה חייבים להיות הרבה מעבר להיבט הכלכלי והיכולת של המוסד המאשפז לטפל

באינטנסיביות. חובה ליצור קריטריונים של שרות מוכוון אדם, קריטריונים של איכות טיפול, מוכוונות לעקרונות השיקום וההחלמה, כבר בתוך מערך האשפוז, ובחינה של סקרי שביעות רצון של המאושפזים ובני משפחותיהם, או בחינה של "חוויית המטופל", כפי שנערכת כיום בבתי החולים בארץ.

**תכניות מיוחדות לאנשים הנתונים בסיכון גבוה להתאשפז** – חלק מההתערבויות המוצעות בהחלט מיושמות בארץ, אך מערכת השיקום עושה רבות בכיוון של עידוד לפיתוח מודלים קהילתיים למניעת אשפוז באמצעות המערך האמבולטורי.

המאמר מציג את הנושא של עמיתים בבתי חולים. מערכת השיקום בשיתוף הקרנות של המוסד לביטוח לאומי, מפעילה פרויקט פיילוט של עמיתים מומחים בשני בתי חולים בארץ – במרכז לבריאות הנפש מזרז בצפון ובמרכז לבריאות הנפש באר שבע. פרויקט הפיילוט מלווה במחקר ועם סיומו תישקל האפשרות להרחיבו לכלל בתי החולים הפסיכיאטריים בארץ.

אשר למודלים קהילתיים למניעת אשפוזים, המאמר אינו מתייחס למודלים המיועדים לצעירים לאחר אפיזודה ראשונה. בארץ הוחל בפרויקט פיילוט של מודל ה-NAVIGATE שהוא חלק מפרויקט רחב יותר שהובא מארה"ב בשם RAISE. הפרויקט מופעל במספר מרפאות על ידי צוות חוקרים מהחוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, והאגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (יספר"א).

הדעות / גישות הנכתבות בתגובות הנ"ל מייצגות את דעותיו האישיות של הכותב ואינן בהכרח מייצגות את דעת הארגון אליו הכותב משתייך או דעותיו של ארגון מכון מאירס – ג'וינט – ברוקדייל.