



בית הספר הארצי להכשרה בשיקום,
ש"ר והא"מ בבריאות הנפש



שירותי בריאות הנפש
משרד הבריאות

בית הספר הארצי לשיקום שילוב והחלמה בבריאות הנפש

המפגש של פרופסור ג'וליאן לה עם צוות ותלמידי בית הספר עם עובדים במערך השיקום בבריאות
הנפש במשרד הבריאות
יום שישי 24 לאוקטובר 2008
הנושא: המעבר מבית החולים לקהילה באנגליה

**Julian Leff is Head of the Section of Social Psychiatry and Professor of Social
and Cultural Psychiatry at the Institute of Psychiatry, King's College London,
and Honorary Consultant Psychiatrist, South London and Maudsley Trust.**

תמלול על ידי גב' גבי אגמון
עבוד על ידי ד"ר נעמי הדס לידור

אני רוצה לדבר על התהליך של העברת מטופלים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות מבתי חולים אל
הקהילה. זה תהליך שהתחיל בישראל לפני כעשר שנים ואני מבין שכבר התקדמתם בו מאוד.
אנחנו התחלנו אותו קודם לכן בבריטניה, ופחות או יותר השלמנו את התהליך.
באנגליה ובווילס יש ארגון שונה מאשר הארגון הרפואי בסקוטלנד, ושם זה מנוהל אחרת. בעוד אנחנו
סגרנו בתי חולים פסיכיאטריים הם בנו את אחד מבתי החולים הגדולים ביותר באירופה בגלל שמצאו נפת
ליד אברדין. באנגליה ווילס מספר המיטות הפסיכיאטריות השתנה בין 1954 ל 1998 כך שהיום יש 14
בתי חולים בלבד. ב 1975 היו 130 בתי חולים פסיכיאטריים, רובם נבנו במהלך המאה ה - 19, התקופה
הויקטוריאנית. בתקופה זו היו גאים בתוכנית הבניה של בתי חולים פסיכיאטריים, זה היה הפרוייקט
הממשלתי הרחב ביותר של שימוש בכספי ציבור בבריטניה, הממשלה האמינה שבתי החולים הם
מדהימים, והם השקיעו מאמץ רב בתכנון ובארכיטקטורה של בתי החולים האלה. כמו כן המבנים
המפוארים של בתי החולים נחשבו מיועדים לשימור ואי אפשר היה לפרק אותם.

בשנת 2000 נשארנו כאמור רק 14 בתי חולים פסיכיאטריים.
איך עשו את זה?
ומה היו ההשלכות?

אני למדתי בבית חולים בצפון התמזה, סיימתי את ההכשרה שלי גם כשהייתי שם וגם אח"כ הרגשתי שזה
מקום מיוחד. יחד עם זה הרגשתי שאין לי צל של מושג מה קורה בכל יתר התחום הפסיכיאטרי, ולכן
רציתי לבדוק מה קורה שם. החלטתי לעבור מהמוסד המתקדם הזה, בראש הסולם ולעבור לאחד מבתי
החולים הישנים יותר בלונדון. עברתי לבית חולים שנפתח ב 1861, בשנה שבה היה היריד הבינלאומי
בלונדון. בעלה של המלכה ויקטוריה הגיע במיוחד כדי לפתוח את בית החולים, והם היו מאוד גאים בו.
בית החולים הזה ועוד חמישה נוהלו על ידי ארגון הבריאות. בשנת 1983 הם החליטו לסגור שניים מתוך
6 בתי החולים האלה. הוחלט לעשות את התהליך במשך 10 שנים ולסגור שני בתי חולים. זה היה צעד
אמיץ. חשבתי שזאת הזדמנות טובה לבחון את הערך של החלטת הממשלה. זה דבר חריג לבחון כ"כ את
החלטות הממשלה. בד"כ לא בוחנים ומעריכים את החלטות מהסוג הזה. דיברתי עם רשויות הבריאות
ואמרתי – בואו לא נפספס את ההזדמנות, זו הזדמנות לעשות מחקר של מה שאתם עושים. יש לכך
חשיבות כי אם תעשו זאת בצורה מוצלחת זה יוכל ללמד אחרים, וזו הזמן להתקדם ולהשפיע במחשבה
שלכם. הם קיבלו את המלצתי וייסדו צוות שנקרא TAPS שהמטרה שלו הייתה לחקור את הנושא הזה
של המעבר מבית החולים לקהילה. במשך 15 שנה בצוות הזה ליוונו את כל בתי החולים שעשו מעבר
אל הקהילה. בתחילה המחקר מומן על ידי הרשות הזו, ואח"כ על ידי משרד הבריאות.

השאלות שנשאלו, היו רבות. ראשית כל – מי נותר בבתי חולים אלה, בשנת 1980 כבר הייתה ירידה במספר המיטות, כבר הייתה ירידה ממספר מקסימלי בבית חולים מסוים שהיה בשנות החמישים של 2500 מטופלים, בית חולים צפוף ביותר לבית חולים שמכיל רק 50 מיטות. זה היה תהליך שהתרחש בכל בתי החולים בבריטניה.

סיבות שונות הביאו לסגירת בתי החולים, : מדיניות, תנועות של צרכנים ומשפחות וגם חולים רבים שנצלו על ידי הצוות הרפואי, מה שגרם לסקנדל ציבורי שגרם לממשלה להחליט על השינוי וסגירת בתי החולים.

לפני מספר שנים הייתי מעורב בתהליך כזה בהונג קונג, הבריטים בנו את זה שם. הדבר הראשון שהבריטים היו היה להציב את הדגל והשני היה לבנות בית חולים פסיכיאטרי, עבור החיילים הבריטיים. במשך השנים מ 1954 עד 1980, בתי החולים כבר החלו להצטמצם. כשאני הגעתי לבית החולים שעבדתי בו היו רק בו כבר רק 850 מטופלים (קודם לכן היו אלפים).

נשאלו בימים אלו מספר שאלות:

השאלה הראשונה אם כן הייתה: מי נשאר בבית החולים?

השאלה השנייה הייתה – מה קורה כאשר כל המטופלים עוברים לקהילה, מה קורה לצוות? השאלה השלישית הייתה: מה ההתייחסות של הציבור כאשר האנשים הללו שהיו בבתי החולים מגיעים לקהילה?

השאלה הרביעית הייתה ההיבט של העלות כשמסתכלים על העלות – מה יותר יקר השהות בקהילה או בבית החולים?

לא משנה איזו ממשלה הייתה – ימנית או שמאלנית הן שתיהן תמכו במדיניות זו ומסיבות שונות. הקונסרבטיבים חשבו שכך יחסכו כסף. אך עבור הממשלה הליברלית הסיבה הייתה זכויות אדם.

לגבי השאלה הראשונה: מי נשאר בבית החולים? בחנו את כל המטופלים בשני בתי חולים, והחלטנו להגיד שכל מי שנמצא יותר משנה אחת הוא מאושפז לטווח ארוך. בקבוצה זו היו כמה סוגים – בעלי מחלות כמו פסיכוזה, ומטופלים אחרים עם דמנציה, ואלצהיימר, הם הגיעו לשם ונשארו שם עד למותם, לפעמים אושפזו למספר שנים.

קבוצה אחרת של מטופלים הגיעה לאשפוז רובם למשך זמן קצר, ואחר כך שוחררו.

היינו צריכים לסקור את המטופלים לטווח ארוך. אחת השאלות הראשונות היו – כיצד נעריך את המטופלים? רצינו לדעת משהו על ההיסטוריה שלהם – האם נישאו, האם עברו אבחון. קיבלנו מידע מהתיקים הרפואיים שלהם, זה מה שהיה.

אחד הדברים המעניינים שמצאנו היה שבשנות השישים כל המטופלים שהגיעו לבית החולים צולמו, וכך היו התיקים פרושים לפנינו עם כל הצילומים של האנשים שזה היה מעניין בפני עצמו וכל החומר שנאסף אז.

רצינו לדעת מה הסימפטומים מהם סבלו. רצינו לדעת דברים שונים לגבי התנהגות המטופלים בחיי היום יום שלהם: האם הם יכולים להתלבש לבד? האם יש להם התנהגויות אגרסיביות? האם הם מדברים עם אחרים? האם הצוות מדבר איתם? היינו צריכים לשאול את הצוות הרפואי.

לאחר השנה הראשונה במחקר, כאשר התחלנו להסתכל על האנשים/מטופלים שעברו לקהילה ראינו דבר מדהים בזמנו, שיש התנהגויות/ צרכים שמופיעות בקהילה ושאינן מופיעות בבית החולים, דברים בגליים לחלוטין שלא היינו מודעים להם קודם לכן. למשל – האם האדם יכול למצוא את דרכו לדואר לבד? האם הוא יכול להוציא כסף מכספומט? האם הם יכולים לעשות קניות? כל הפעילויות האלה שהן נורמאליות לחלוטין מחוץ לבית החולים, במקרה זה היה צריך לבחון אותן מחדש. קראנו לזה – מיומנויות יום יומיות בסיסיות. ושאלנו את הצוות בקהילה את השאלות האלה.

נושא חשוב נוסף היה הבריאות הפיסית שלהם. ראינו מה שבוודאי ידוע לכולכם שהבריאות הפיזית לא מטופלת די בבתי החולים רצינו לבדוק זאת גם בקהילה. הרופאים שמטפלים בהם הם רופאים לכל דבר, האם הם דואגים לבריאות הפיסית של האנשים ברמה סבירה בקהילה?

יצרנו אינדקס של בריאות פיסית והתחלנו לבדוק זאת גם בבתי החולים וגם בקהילה.

נושא נוסף שנבדק הוא מידת המיסוד של המקום. כל האנשים שנמצאים כאן היו במוסד כלשהו, כמו הצבא פה בארץ הוא דוגמא טובה למוסד יש חוקים שצריך לפעול על פיהם בו. גם מנזרים הם כאלו, צבא ובתי חולים. למשל בצבא הראש של החייל צריך להיות מגולח, גם בבתי חולים היה כך, וגם מי שנכנס למנזר. יש דמיון בין המוסדות הללו – יש בהם חוקים מאוד ברורים לגבי מה שמותר ומה שאסור.

רצינו לדעת מה החוקים במוסד הפסיכיאטרי בבתי החולים לעומת החוקים בקהילה. למשל בבתי החולים – האם מותר להם לאכול בכל שעה או רק כאשר הארוחות מוגשות? האם יש להם בגדים אישיים או כביסה ובגדים משותפים?

(אחד המורים שלי נהג לומר – תמיד תוכל להכיר על מטופלים שהיו במוסד בבית חולים כיוון שיש תמיד פער בין גובה הנעל שלהם לבין המכנסיים, תמיד הבגדים או קטנים מדי או גדולים מדי). האם יש שעות ביקור קבועות? במוסד הפסיכיאטרי מצאנו שיש 27 כללים.

בקהילה מצאנו רק 10.

רצינו לדעת מה המטופלים חושבים על הטיפול שלהם? שהרי הם אלה שמקבלים את הטיפול. התחלנו לחפש שאלון מתאים לחולים הפסיכיאטריים. תהינו האם היה שאלון כזה בבתי החולים? בבתי החולים אף אחד לא חשב שיש מקום לשאול את המטופלים מה הם חושבים. היו שאלונים לאנשים שגרים בקהילה, אבל לא לחולים בבתי חולים. הרצינו של זה שלא היו שאלונים כאלו בבתי החולים היה – אי אפשר לסמוך על מה שהם אומרים.

פיתחנו שאלון לחולים עצמם. אחת השאלות המרכזיות בשאלון הייתה: האם אתם רוצים לעבור מקום? ותמיד שאלו אותנו האם אפשר לסמוך על החולים שייגידו לנו באופן נכון את מה שהם מרגישים לגבי האשפוז שלהם. לכן, כדי לבדוק זאת חזרנו על אותן שאלות שוב אחרי 6 חודשים. שני שלישי של השאלות נענו באותו אופן בדיוק, וכאשר הסתכלנו על התשובות שנענו אחרת מאשר בפעם הראשונה, מצאנו שהשינויים בתשובות היו אצל אלה שהנסיבות או התנאים שלהם השתנו. רק שביעית מהתשובות היו לא רציונאליות בכלל.

רצינו לדעת אינפורמציה על הרשת החברתית של האנשים. לא היה שאלון קיים והיינו צריכים לחבר את השאלון. למטופלים הייתה רשת חברתית מאוד מצומצמת. שאלנו אותם – כמה אנשים בבית החולים אתם מכירים על פי השם או באופן אחר. למשל הם יכלו להגיד – יש מישהו שיושב לידי וחובש כובע. רוב האנשים יכלו לזהות רק 8 אנשים. אתם הייתם בממוצע יכולים להגיד 100 זיהויים כאלה. כך שהרשת שלהם מאוד מצומצמת.

נבדקו 670 מטופלים בשני בתי החולים האלה שהתאימו לקריטריונים שלנו, שהיו בבית החולים יותר משנה וללא דמנציה. לכל אחד מהחולים עשינו הערכה במשך חצי יום, כלומר לקח לנו שנתיים לעשות את ההערכה הזאת.

הגיל הממוצע של האנשים היה 60 וארבעים אחוז היו בבית חולים יותר מ 20 שנה, והיו כאלה שהיו יותר מ 60 שנה בבית חולים. כולם (כל הנבדקים שלנו) יצאו לקהילה גם אחד בן 100.

רק 4% היו עדיין נשואים. 81% אובחנו כסכיזופרניים. ואחרים כמניה דיפרסיה. אנחנו מסתכלים בדרך כלל על המחלות האלה כשונות מבחינת ההשלכות שלהם. אנחנו רואים שמבחינת האשפוז לא היה הרבה הבדל. מעטים מהם היו בעלי מוגבלות שכלית וקשיי למידה (הכוונה כנראה לאנשים עם פיגור), מכיוון שהמדיניות הייתה הפרדה של מטופלים למוסדות שונים.

כאשר שאלנו אנשים האם הם רוצים להישאר בבית החולים או לצאת. שלישי רצו לצאת, שלישי רצו להישאר ושלישי לא ידעו. הצוות רובו רצה להישאר, כך שיש הבדל וזה מעניין, הקושי היה לשנות את התפיסות של הצוותות בבתי החולים יותר מאשר של המאושפזים בו.

כאשר שאלנו על הרשת החברתית שאלנו אותם גם – לכמה מהאנשים אתם יכולים לקרוא חברים שלכם, ולכמה מהם הייתם מספרים על הבעיות שלכם? היינו מגדירים זאת כחברות אינטימיות. לעשרים אחוז לא היו חברים אינטימיים בכלל. ל 75% מהמטופלים לא היה קשר בכלל עם בני משפחה. כאשר נוסד בית החולים הזה בו נערך המחקר (אחד מהם) הוא היה מחוץ ללונדון, ובשנות השבעים זה כבר היה ממש בתוך לונדון, זה נכלל בתוך הקהילה, למרות שהמטופלים מעצם היותם בבית החולים הופרדו מהקהילה. ערך הקרקע עליו נבנה בית החולים עלה, והיה פוטנציאל למכירה שלו כקרקע למגורים. בית החולים הזה היה באזור של מרגרט ת'אצ'ר. בזמנה החוק שונה כדי לאפשר למטופלים פסיכיאטריים לבחור, זה קרה במשך תקופת שלטונה. במהלך התקופה שהייתה בראשות הממשלה היא הפכה לפחות פופולרית, והיא החליטה לבקר בבית החולים הזה. באונתו ביקור כל המטופלים עמדו בחניון עם שלט- הצבענו בעדך מרגרט תאצ'ר.

לרוב המטופלים לא היו בכלל קשרים חברתיים בקהילה. כאשר מדברים על אינטגרציה בקהילה הנושא הזה מהווה מכשול, כיוון שרובם לא מכירים אף אחד בקהילה.

שאלה נוספת שנשאלה במחקר: לאן שוחררו המטופלים?

14% יכלו לחיות לבד, זה מעניין כיוון שהם היו מאושפזים עשרות שנים והם בכל זאת יכולים היו מסתבר לחיות לבד.

בראשית התהליך של הוצאת אנשים מבתי החולים נמצא שיש נשים שאושפזות בבית החולים, הסיבה היחידה לכך היא שהיה להם ילד מחוץ לנישואין. המוסדות האלה בשנים ההן היו פח הזבל של החברה, כל מי שלא רצו אושפז שם. ואנשים אלה היו הראשונים ששוחררו. גם בשנות השמונים היו אנשים שאושפזו שיכלו לטפל בעצמם ובעצם כשזה נבדק לא היו צריכים זאת כלל. 7% מהאנשים עברו לדוור קבוצתי שבו אין אנשי צוות שגרים במקום, למרות שהיה צוות שהגיע למקום לביקורים בצורה סדירה.

מה שקרה בדרך כלל, שהתפנו בנינים ריקים בחצר בית החולים, הזיזו קבוצה של מטופלים אל הבניין וערכו שם ניסיון כדי לראות עד כמה הם מסתדרים ביחד כהכנה ליציאה לקהילה, ואם אחד מהם לא הסתדר הוציאו אותו עד שהקבוצה התייצבה ואח"כ יצאה לקהילה. התוכנית המקורית הייתה לבנות בתים חדשים, אך התברר שזה מאוד יקר. וזה גם בעייתי כי בניין חדש נחשב כשונה וחרגי בעיני הקהילה. אז מה שעשו זה שיפוץ לבניינים קיימים. שינו את הפנים כדי לתת לכל אדם מיטה נפרדת. במחלקות בבית החולים היו פעמים רבות 20-30 אנשים בחדר אחד, אתם הייתם רוצים לעשות את זה? כך שכאן הייתה מדיניות הומניטארית – לתת לכל מטופל חדר משלו. מבחינת הצוות – זה היה תלוי באנשים ובקשיים שלהם. לחלק מהמקומות היה בניין אחד, ובאחת הדירות גר אב בית שפיקח על יתר החדרים. בבתים אחרים, ייתכן שהיה צוות רק במשך היום, ובלילה המטופלים היו לבד.

ברמה של עצמאות נמוכה יותר – היה צוות ביום, ואיש צוות אחד שישן שם. רמה זו של אנשי צוות הייתה מאוד יקרה. נחזור לזה אח"כ.

בהמשך עשינו עוד מחקר לגבי בתים קהילתיים כאלה, כדי לבדוק את הצוותים ששם. אחד התנאים היה שאנשי הצוות של בתי החולים יעברו לקהילה. חלק מאנשי הצוות לא רצו את זה, הם היו ממוסדים (יותר מהאנשים עצמם), היה קושי רב עם הצוות הסיעודי, הם חששו מכך שיהיו מבודדים יותר וחששו שלא יוכלו להתמודד לבד. כמו כן בקהילה לא היה סולם התקדמות. ברגע שהגעת לאחד מהבתים האלה, לא ברור לאן אפשר להתקדם. כך שהצוות הרפואי / הסיעודי לא עבר אל הקהילה עם האנשים. בסופו של דבר חצי מהצוות היה מבתי החולים, והחצי השני היה בוגרי אוניברסיטה שלא מצאו עבודה במקצוע שלהם, ולכן לקחו עבודות כאלה ובשלב הראשון כך זה נראה: לצוותים שהגיעו מבתי החולים הייתה תפיסה מוסדית – שבה צריך להגן על האנשים/ מטופלים. אבל הצעירים שנכנסו היו בעלי דעות אחרות עם פחות סטיגמות ויותר יצירתיות – והיה לזה יתרון, הם יכלו ללמוד דרכי התערבות חדשות.

עקבנו אחרי האנשים שיצאו לקהילה במשך 5 שנים. מתוך 670 ששוחררו.

21 אבדו - אי אפשר היה לעקוב אחריהם: חלק עברו מהאזור, ויכול להיות ש 4 אנשים הפכו להומלסים. זה מספר נמוך, מכיוון שהדימוי החברתי הוא שאנשים עברו מבתי החולים אל הזנחה, שהקהילה לא דאגה להם ושהם עברו לרחוב. וזה לא מדויק. חלק מאלה שהפכו להומלסים כבר היו כאלה לפני שאושפזו, והטעות הייתה במדיניות שהם עברו לבתים ללא צוות.

היו 9 התאבדויות וזה לא היה שונה מאחוז ההתאבדויות בתוך המחלקה הפסיכיאטרית. כלומר יכולנו לעקוב אחרי 523 מהמטופלים. זו תגלית מעניינת שרוב האנשים היו ניתנים למעקב. 45% לא אושפזו שוב.

כמה היו אלימים, זה מדאיג מאוד את הציבור ומגביר מאוד את הסטיגמה. היו 9 שהיו מעורבים באירוע אלימים והם נשלחו בעקבות זאת למוסד סגור או לכלא. 9 מתוך 670 זה רק קצת יותר מאחוז אחד. היו טענות שכדי לעצור את האלימות האלה היית צריך לשמור על כל הקבוצה הזאת בבתי החולים. המדיה ניסתה ועד היום מנסה להפוך אירועים כאלו לאסון. בכל פעם שאדם עם מחלה פסיכיאטרית משתתף באירוע אלימים זה מופיע בכל העיתונות, וזה עיוות חמור של המציאות, מכיוון שרק מיעוט קטן של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית מעורב באלימות ומסכן באמת את הציבור. צריך להשוות את זה למשל למספר המעורבים בתאונות דרכים. כאשר חושבים על זכויות אדם, זה סיכון שצריך לקחת בחשבון.

לא היה שינוי במצב המנטאלי של המטופלים, חלק השתפרו, אחרים החמירו. חשוב לציין שהמצב נשאר קבוע פחות או יותר.

התעניינו מאוד בסימפטומים שליליים – עקבנו אחרי אלו שסירבו להשתתף בתוכניות. חשבנו שזה ישתפר, מכיוון שבית החולים הפסיכיאטרי מחמיר את התופעות האלה. נכון שהקבוצה הראשונה שהשתחררה שיפרה את הסימפטומים האלה, אבל בקבוצות הנוספות לא היה שיפור משמעותי של הסימפטומים האלה. זה היה קצת מאכזב.

לגבי הכישורים הביתיים – חיי היום יום, היה שיפור משמעותי: הם השתתפו בניקיון, בישול וכו'. אבל במשך 5 שנים הם הלכו ואיבדו את היכולות שלהם. יש לכך מספר סיבות – האחת היא שהם הזדקנו. השנייה היא שהצוותים נעשו פחות ופחות סבלניים והם התחילו לבצע את המטלות בעצמם. היכולות הקהילתיות השתפרו – היכולת להתמצא במרחב, היכולת להשתמש בתחבורה ציבורית השתפרה.

מבחינה חברתית – גם פה בגדול התנהגות חברתית לא השתנתה. הרשת החברתית בגדול לא השתפרה. יחד עם זאת היו שצברו חברים וחברים אינטימיים. אמנם מעט חברים, אבל זה מאוד משמעותי עבור אנשים אלה. חשוב לציין שרוב החברים האלה היו מתוך הצוות, או אנשים שפגשו מבין האנשים שחיים בבתי אלו בקהילה. מעט מהם היו הציבור הכללי והקהילה.

נקודה נוספת שנבדקה, היה הרבה יותר חופש בבתי הקהילתיים מאשר בבתי החולים, רק 10 חוקים לעומת 27 חוקים שהיו במוסדות. כלומר היו פחות חוקים. החולים אמרו – אנחנו אוהבים את החופש, ורבים רצו להישאר בבתי הקהילתיים. אחרים רצו לעבור לדיור עצמאי. רק 5 מטופלים רצו לחזור לבית החולים. וזו הצבעה מאוד ברורה מצד האנשים לטובת הקהילה.

הגישה כלפי הטיפול התרופתי: רבים מהם ראו את הטיפול כיותר יעיל בקהילה. הם החלו להרגיש שזה מה שהם צריכים והשימוש בתרופות יכול לשפר להם את ההתנהלות בקהילה ולכן ביקשו טיפול זה מיוזמתם.

בעיה נוספת שלא חשבו עליה בתחילה, עם העלייה בגיל הייתה בעיה עם הזדקנות שלא תכננו את השירות בהתייחס אליה מראש – חוסר שליטה בצרכים וכו', פעמים רבות הבתים לא תמיד התאימו להם כאשר הזדקנו. למשל לא יכלו לעלות במדרגות, או שהצוות לא יכול היה לטפל בצרכים. היה צריך להעביר אותם לדיור מתאים לקשישים.

לגבי העלות – עבדנו עם צוות שעשה חישוב של כל העלויות. עלות השהות לשבוע בבית חולים אחד שבדקנו היה 578 ליש"ט, כ 4000 ש"ח, לא זול. גם בבית חולים השני שנבדק העלות הייתה דומה. בקהילה – לשנה הראשונה, המחיר הוא מאוד דומה. מי יצא מבית החולים קודם? קודם מוציאים את המטופלים שקל יותר לטפל בהם, והמטופלים הקשים יותר שוחררו אח"כ והמחיר עבור העברה לקהילה עלה. המחיר עלה גם בגלל הצורך לטפל בבריאות הפיסית של המטופלים. כלומר בשנה הראשונה ששחררו אנשים העלות בקהילה הייתה יותר נמוכה מהטיפול בבית החולים, אבל בשנה החמישית המחיר היה די קרוב. כלומר – אם אתה מספק טיפול קהילתי זול הטיפול כנראה לא טוב, טיפול קהילתי טוב עולה כמעט כמו טיפול בבית החולים.

השאלה הייתה גם מה האיכות של הטיפול בבית החולים? במשך השנים האיכות מאוד השתפרה. הייתי הרבה שנים בבית החולים אחד שהיה מאוד יפה – היו בו מתקני ספורט יפים, גולף וטניס (אמנם המטופלים לא השתמשו בזה, אבל הם היו), בבית החולים הייתה כנסיה, בית כנסת, היה בוטיק שבו אפשר היה לרכוש בגדים במחיר מפעל, גם אני ומשפחתי קנינו שם בגדלים מדי פעם. כך שראיתי עד כמה קל ונוח לצוות להיות ממוסד יותר.

כלומר בתי חולים טובים יכולים להיות יקרים, ולא טובים יכולים להיות יותר זולים. חלק מהמוסדות שבהם הייתי ברחבי העולם הייתי ממש חולה מהתנאים המזעזעים שאנשים חיו בהם. כך שאין ספק שצריך להשוות את איכות הטיפול בקהילה ובבית החולים.

מה שלא כללו בחישובים הכלכליים הוא אותם מטופלים שקשה מאוד לטפל בהם. כאשר מגיעים לסוף התהליך נשארים עם אותם המטופלים הקשים במיוחד, אלימים במיוחד, זקנים וכו' מה תעשה איתם? אנשים אלה משנים את היחס הכלכלי, ואם מדברים עליהם כמטופלים בקהילה זה הופך את הטיפול הקהילתי להרבה יותר יקר. ככל שהאנשים שוחררו בשלב מאוחר יותר, ככל שהמצבים של האנשים היו קשים יותר, המחיר עלה באופן דרמטי, כיוון שהמוגבלות של האנשים עולה. בסופו של דבר המחיר של האנשים עם המוגבלות הקשות היה הגבוה ביותר.

אני מבין שמה שנאמר קודם לא היה לגמרי ברור. אני אסביר שוב – בשנה הראשונה שבה נערכו שחרורים מבית החולים ב-1983 – כל האנשים ששוחררו באותה שנה, זה מה שהם עלו. השנה השנייה – זו הקבוצה השנייה של המטופלים. כלומר כל שורה זו קבוצה אחרת של מטופלים. זה לא אותו מטופל לאורך זמן, אלא קבוצות שונות של מטופלים.

בשורה הראשונה – כל המטופלים ששוחררו ב-1983 – עלה להכניס אותם לקהילה 340 לירות שטרלינג לשבוע, והקבוצה השנייה היא זו ששוחררה בשנה השנייה. כל שורה זו קבוצה אחרת של חולים. ניתן לראות שכל שנה זה עלה יותר עד שזה מגיע לאותו סכום שעולה להחזיק אדם בבית החולים. עכשיו זה מובן?

אני רוצה לדגל על הפרטים לגבי המטופלים האחרים, עקב קוצר זמן, ואתן לכם סיכום של כל השנים, לגבי קבוצות שונות של מטופלים, היתרונות והבעיות.

לגבי מאושפזים לטווח ארוך – הבעיה הייתה באותם מאושפזים שהיה קשה למצוא להם מקום מתאים לצורכיהם.

לגבי אנשים לא דמנטיים, נמצא שיפור איכות החיים. יחד עם זאת לעיתים היה אשפוז מחדש. היו מאושפזים חדשים שהגיעו גם, וזו הייתה בעיה.

לגבי הקשישים, שסבלו ממחלת הסכיזופרניה והם הועברו לקהילה, היו בעיות פיזיות ושל צרכים מיוחדים. אך נמצא שהיו פחות בעיות קוגניטיביות לאנשים אלה בקהילה כלומר חיים בקהילה טובים גם לאוכלוסייה זו.

לגבי חולים עם דמנציה – היה יותר קשה לנהל איתם שיחה, לכן לא הייתה ברירה ועשינו תצפיות בבית החולים, מצאנו שבבתים בקהילה היה יותר מגע בין הצוות לבין המטופלים. בבית החולים הצוות בכל שעה קיים 2 שניות של אינטראקציה, בקהילה 2 דקות, כלומר לא שיפור אבל לא שיפור מדהים. קרובי המשפחה היו יותר מרוצים מהטיפול.

לגבי המחלות החמורות – אלו שבעבר אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים ועכשיו הגיעו לבתי החולים הרגילים ולמחלקות הפסיכיאטריות שם. הם היו קרובים יותר לבית שלהם, והיתה פחות סטיגמה. הבעיה הייתה לחץ גובר על בית החולים. המטופלים והצוות הסיעודי העדיף את האשפוז בבית חולים פסיכיאטרי ופחות את חדר המיון בבית החולים הכללי.

האחיות אמרו – אנחנו מאבדים קשר עם המטופלים כיוון שכל כך עסוקים.

אני מבין שאחד הדברים שמעניינים אתכם זה תיאור התהליך של המעבר מבית החולים לקהילה, ונאמר לי גם שרציתם לשאול לגבי ההתנגדויות שהיו לתהליך זה.

אז היו התנגדויות רבות של הפסיכיאטרים שעבדו בבתי החולים הרופאים רואים את המיטה כמדד לכוח. בתחילתו של התהליך הפסיכיאטרים מתחילים להרגיש ירידה בכוח שלהם כאשר רוצים להפחית את מספר המיטות. בחלק מהמקרים היו שביתות של הפסיכיאטרים, הם המשיכו לטפל במטופלים אבל סרבו למגע של אנשים אחרים עם המטופלים, כלומר מנעו את היכולת להעריך את המטופלים כדי להעביר אותם לקהילה. כמו כן לא נתנו לביקורים להיכנס לבתי החולים כלל. השביתה הזאת נמשכה 6 חודשים ואח"כ נפסקה. באופן הדרגתי הייתה ירידה בכוח של הרופאים.

עם הפתיחה של בתי החולים הפסיכיאטרים היה שינוי גדול בניהול בתי החולים, בעבר היה פסיכיאטר אחד שפיקח וניהל את כל בית החולים – מלך בממלכה שלו. לאחר מכן זה הוחלף למנהל, רופא ראשי ואחות ראשית. כיום המנהל הוא זה שיש לו יותר כוח, לרופא ולאחות הראשית יש הרבה פחות כוח.

כלומר – אם רוצים לשנות משהו במערכת צריך שיתוף פעולה של המנהלים. וזה אומר שצריך לשנות לחלוטין את תרבות הניהול.

אספר לכם סיפור מעניין על זה. לפני כמה שנים כאשר ניהלתי מחלקה בבית חולים, רציתי לתת הזדמנות למשפחות של החולים הקשים לקבל משהו ממה שניתן ללמד אותן. הדרך לעשות את זה הייתה להשתמש בחלק מהאחיות במחלקה, שילכו לבתים ויעזרו למשפחות. לא מצפים מאחיות ללכת לבתים, זה לא חלק מהתרבות. אמרתי – אכשיר את האחיות, ואזמין את הנהלת האחיות לבוא לקורס. התחלנו עם משחק, רק כדי להרגיע את האווירה, והחליטו לשחק משחק שבו עומדים במעגל ואדם אחד נופל ואחרים נוגעים בו, תומכים בו כדי שלא יפול. את מי בחרו שיעמוד באמצע? מנהל בית החולים, הוא היה צריך ליפול ושהאחיות יתפסו אותו, והוא עשה את זה, נראה לי שהחוויה הזאת שינתה את דעתו והוא איפשר לאחיות לצאת לקהילה. הכשרתי 3 מהאחיות האלה שהפכו למטפלות, והן היום מכשירות אחרים. זה שינוי טוב, והיה צורך לשנות את תפיסת העולם של המנהל. אלה שהוכשרו לעבוד עם משפחות הלכו לבתים של האנשים ושם הם לימדו אותם דרכי התמודדות. מה שעשה שינוי מהותי במארג המשפחתי ובאימון של המשפחה בצוות המטפל.

היה לנו מצב אחר בבתי החולים, כי הסמכות הייתה הרשות המקומית, והם כבר החליטו לבטל את בתי החולים. הם מצאו מישהו שכבר הראה את הכישורים שלו כמנהל בתי חולים, והם הכניסו אותו כדי לפעול לסגירת בתי החולים לפי התוכנית כמדיניות מלמעלה. כך שהתוכנית עבדה, ושלושה בתי חולים נסגרו בתוך 3 שנים.

היו עוד בתי חולים שלא נסגרו וזאת היה בגלל בעיות של תקציב. מאיפה הגיע הכסף לבניית אותם בתים קהילתיים, יכול להיות שזה לא רלוונטי לישראל. בגלל שהקרקע עליהם עמדו בתי החולים הייתה בעלת ערך. הרעיון היה למכור את הקרקע ולהשקיע בבניית בתים חדשים לאנשים שזקוקים להם. זה בתקופת תאצ'ר והם חשבו שהם יקבלו 40 מליון ליש"ט עבור הקרקע, זה היה שטח גדול. הם חשבו על בסיס זה להשקיע סכום גבוה בדיוור בקהילה. הם חשבו – **שכל מטופל שהולך לקהילה לוקח איתו נדוניה שהיא הכסף שעולה להחזיק אותו בבית החולים**. זה היה די הרבה כסף – 15000 ליש"ט לשנה. זה יצר מצב שאנשים בקהילה רצו את המטופלים כי הם רצו את הכסף. אבל, לא חוסכים את הכסף הזה. שירות טוב בקהילה עולה כסף. עם כל מטופל שמוציאים, כיוון שחוסכים את זה רק כאשר סוגרים לגמרי את המחלקה. כלומר ותר מזה לתקופה מסוימת יש אפילו עלות כפולה, אתם מפעילים גם את הדיוור בקהילה וגם בבית החולים. היה צורך להשקיע. בסופו של דבר ייצרו מספיק בתים, עלה 20 מליון ליש"ט. ולצערם באותו זמן מחיר הנדל"ן ירד, והם מכרו את הקרקע ב 20 מליון ליש"ט כך שהם לא הרוויחו מכל התהליך.

האם יש את אותו הדבר כאן?

קשה לשמור על הכסף, אנשים ייקחו את זה, רופאים רוצים את זה ונלחמים על הכסף הזה אבל בעקרון הכסף של כל אדם עבר אתו לקהילה כשהוא יצא לקהילה.

האם הייתה התנגדות מצד הקהילה. ראיתם שרק מעט מהחולים יצרו קשרים עם הקהילה, זה היה עצוב. האם הייתה התנגדות? כן הייתה.

אספר לכם על הבית הראשון שנבנה בהמפטסט בלונדון, זה היה 10 דקות הליכה מהבית שלי. הבית היה יפה. הבית שלי היה שייך בעבר לבית החולים.

בית החולים שייך למלכת אנגליה, וכך שגם הבית הזה היה שייך למלכה, כך שלא יכלו להתנגד לבית. ערכו ישיבה בבית החולים, היו שם 100 אנשים, ומכיוון שמדובר בשכונה יוקרתית היו שם אנשי מקצוע ממקצועות חופשיים והם חששו מירידת הערך של בתיהם. נאמר להם – אין מה לעשות, זה בנין ששייך למלכה, אי אפשר לשנות את זה. הם אמרו – אנחנו נבחר את החולים/ האנשים שיגיעו לשם.

אבל התהליך כפי הנראה יכול היה להתרחש בעיקר בגלל שהוא בא כהוראה למעלה. אחד מהאנשים שהגיעו לפגישה אמר – אנחנו צריכים לברך את קבלת האנשים לקהילה שלנו, וננסה לקבל אותם. יחד עם זאת ראיתי שיש קבוצה גדולה של אנשים שמתנגדים לכך, אך יש גם אנשים שמסכימים ולא מבטאים את דעתם. ערכנו סקר וראינו שרוב האוכלוסייה תומכת בהוצאת האנשים החולים אל הקהילה, אך הם הרוב הדומם, הם אלה שבדרך כלל לא שומעים את קולם.

אתמול הצגתי את התוכנית שבה שילבנו את הקהילה בתהליך שחרור החולים. אחד הדברים שעשינו היה תוכנית לחינוך ברחוב אליו עברו המטופלים, וכך יכולנו לשנות את הגישה של הקהילה לאנשים. אפשר לעשות את זה אם נוגעים בליבם של אותם מאנשי הקהילה שכן תומכים בכם.

מה שאנחנו יודעים הוא שהתוכניות הרחבות והגדולות לא עובדות, ולא מצליחות לשנות את העמדות של אנשים. והן עולות הרבה כסף. כאשר חושבים על פרסומות גדולות, בטלוויזיה, ברדיו. העלות היא גבוהה מאוד, ומעבר ליכולת של כל שירות רפואי. כמו כן דרך זו היא לא נמצאה אפקטיבית.

עוד דרך להתגבר על סטיגמה – הצעירים הם אלה בעלי המחשבה הפתוחה ביותר. בקנדה עשו פרויקט מעניין כזה, שני האנשים שמנהלים את זה – פסיכיאטר מקולומביה, ואשתו. הם מנהלים את הקמפיין הזה, והם הלכו לבתי ספר תיכוניים, ומביאים איתם פאנל של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית שהוכשרו כמחנכים. אנשים עם סכיזופרניה שאינם מתביישים בפני קהל ויודעים מה לומר. הם מאוד מצליחים בשינוי הגישה של תלמידי תיכון, הם משפרים את הידע שלהם לגבי סכיזופרניה, ומפחיתים את המרחק החברתי – כלומר מפחיתים שאלות כמו – האם היית לוקח אדם עם סכיזופרניה כעובד אצלך, או כבייביסיטר. השאלות האלה מראות שהתלמידים שינו את המרחק החברתי שלהם מאנשים עם סכיזופרניה. הצעירים הם בעלי גמישות המחשבה הגדולה ביותר, ושם צריך להתחיל.

עשינו גם קמפיין עם המשטרה, כי למשטרה יש תפקיד בהתמודדות עם האנשים עם מגבלות פסיכיאטריות בכל מיני מצבים לא פשוטים. כאשר יש הפרעה חברתית. כאן יש פוקוס לקבוצה ספציפית, ולא לכולם. אין ספק שעבודה על הסטיגמה צריכה להיות בקבוצות מסוימות עם כתובת ובצורה מאוד אישית ורגשית.

הקולג' לפסיכיאטרים החלו קמפיין לגבי דיכאון והם הראו סרט של 4 דקות בכל קולנוע לפני תחילת הסרט, הייתה לזה השפעה מצומצמת ומוגבלת, לכן יש יתרון בעבודה עם קבוצות בצורה יותר עמוקה. צריך להכין את הצרכנים עצמם לתפקיד זה.

יש מעט אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות מאוד מפורסמים שיש להם ממש פרנסה כזאת. מכל מקום כאמור הקשר האישי הזה משנה מאוד. רואים אישה יפה, צעירה שמספרת על המחלה שלה, וזה נוגע בלב של אנשים.

בקנדה יש להם קבוצה של צרכנים שמעלים הצגה, וההצגה נקראת ליל כוכבים.. stary night, ההצגה היא על אדם צעיר ששומע קולות. בהצגה הקולות מוצגים על ידי מטופלים אחרים. יש גם פסיכיאטר. הפסיכיאטר יוצא כמשעשע. ההצגה מוצגת בפני ילדים ותלמידי תיכון וזה מעורר רגשות ויוצר השפעה.

צריך להכיר בכך שיש הבדלים בין תרבויות ומדינות שונות ברמת ההתנגדות. נערכו סקרים במדינות שונות ששאלו את אותן השאלות לגבי הסטיגמות. המדינות עם הגישה הטובה ביותר – קנדה, ופולין – באופן מפתיע. המדינות הגרועות ביותר – יוון, מקדוניה ותורכיה. למה יש הבדל כזה?

ביקרתי במקדוניה, וראיתי את בתי החולים שם, הראו לי את בית החולים הטוב ביותר, ביקשתי מהם להראות לי את המחלקה הגרועה ביותר. היו שם שני אגפים – אחד עם מאושפזים לטווח ארוך עם מחלות פסיכיאטריות. והחלק השני – לחולי שחפת. גם כאן בארץ היה בית חולים שהיה בעבר מיועד לחולי שחפת ואח"כ הפך לבית חולים פסיכיאטרי. בפינלנד יש בית חולים שהיה מיועד לחולי צרעת ושהפך בהמשך לבית חולים פסיכיאטרי. כאן הנשים היו לבושות בחלוקי לילה, השירותים היו חורים ברצפה. זה היה מזעזע מאוד.

ביוון – יוצאים עכשיו עם קמפיין נגד הסטיגמה. האי לרוס – הרבה פעמים שמו חולים באיים כדי להפריד אותם מהציבור. עד לפני כמה שנים החולים הסתובבו ערומים, ישנו בתאים עם קש על הרצפה. אנשים עם מוגבלות שכלית, מחלות נפש היו יחד. האיחוד האירופי נתן כסף כדי לחסל את המקום הזה, ולא קרה כלום. הם ערכו פרויקט כדי לשנות את זה והיום הצליחו לערוך שינוי.

ביקרתי בתורכיה אבל היה קשה לקבל במידע על בתי החולים, הם לא נתנו לי להיכנס לבתי החולים. הסטיגמה נשארת כאשר המדיניות הממשלתית היא לא אנושית. **המדיניות הממשלתית מאוד חשובה בהשפעה על הגישות הציבוריות.**

אם מסתכלים על ההיסטוריה העלות של המזון בבתי חולים פסיכיאטריים היה נמוך יותר מהעלות בבתי חולים כלליים, ולא ברור למה.

יש שאלות?

האם הדיור הקבוצתי אינו אלא מוסד חדש שנמצא בקהילה?
תשובה:

לדעתי מה שחשוב כאן זה כמות החוקים והכללים התקפים במקום. מצאנו שיש רק 10. אין נעילה של הדלתות, לא מחזיקים את האנשים בכוח. הם בתים רגילים ונמצאים בין בתים אחרים. כך שלא מדובר במוסד סגור.

מה לגבי הזדמנויות לשילוב תעסוקתי?

תשובה:

אם מסתכלים על בתי החולים הישנים, רבים מהם פיתחו מחלקות לריפוי בעיסוק שהיו מאוד מפותחות. לפעמים חלק מהחולים הגיעו אפילו מחוץ לבית החולים, כי לא היו שירותים כאלה מחוץ לבתי החולים. ברמה הנמוכה – הרכבת חלקים מפלסטיק, אך היו גם רמות גבוהות יותר, עיצבו מוצרים מיוחדים שהמטופלים בנו אותם, והם נמכרו בבית החולים. הרבה אנשי צוות קנו את המוצרים גם. אחד האנשים שטיפלתי בהם באופן שלי, שהיה מהנדס מאוד מוכשר שהפך לאדם שסובל מפרנוייה, היה באשפוז במוסד סגור כיוון שירה במישהו. הוא קדח בפיסות מתכת, וזו הייתה עבודה שדרשה מיומנות מאוד גבוהה.

היום אני חבר בוועדה שמנהלת גינות תיראפויטיות לאנשים עם מוגבלויות שונות.

הבעיה לדעתי בתעסוקה מוגנת היא שזה לא משולב בקהילה, אם מוצאים דרך לשלב את זה בקהילה, ודואגים ליצור קשר, למשל שהקהילה תיכנס ותקנה את זה, אז עושים משהו למען השילוב.

באיטליה חוקקו חוק שמנע את הכניסה של המטופלים לשעבר בחזרה לבית החולים הפסיכיאטרי, אסור היה לאשפז עוד אנשים. בצפון איטליה עיר בשם אלקסור, היתה שם חנות, פיתחו מודלים, החולים ייצרו אותם, והחנות נוהלה על ידי האנשים עם המגבלות הפסיכיאטריות עצמם, ומוקמה במרכז העיר. במדינה אחרת, השתמשו בכספים כדי לבנות שירותים קהילתיים. בית קפה שמעליו בית מלאכה של אנשים עם מגבלות נפשיות, שבו מיוצרים דברים שנמכרים בבית הקפה. אלו תעסוקה מוגנת אשר בה נעשה שילוב מסוים בין המטופל לבין הקהילה. בארה"ב התפתח בשנים האחרונות – תעסוקה. כיוון שיש קושי להעסיק אנשים שלא עבדו הרבה שנים, קשה להם לקבל תעסוקה. כיצד יסבירו את השנים שבהם לא עבדו. אמרתי למטופלים שלי שגיידו שהם לקו בדיכאון ולא בסכיזופרניה, כדי שיקבלו מקום עבודה. התהליך הזה מתחיל גם כאן.

מודל חשוב שמתפתח בשנים האחרונות הוא המודל של תעסוקה נתמכת – אין תהליך ארוך, אלא אנשים נכנסים מיד לתוך מקום עבודה שנוצר על ידי אדם שיעבוד עם האדם בעסק עצמו, במקום תעסוקה. ישנה הכנה של המקום עבור העבודה של אותו חולה, והוא ילמד אותו את המיומנויות להם הוא זקוק, לאחר מכן איש הצוות יעזוב, והחולה יישאר בעבודה שלו.

יש לנו חוק שאומר שכל מקום צריך להעסיק 1% אנשים עם מוגבלות, בדרך כלל לוקחים בעלי מגבלה פיסית, ולא פסיכיאטרית. וזאת בעיה. יש הטוענים שצריך להוסיף סעיף בחקיקה לגבי מגבלה פסיכיאטרית, אך לא עושים זאת.

שירות הבריאות הרפואי הוא המעסיק הגדול ביותר בבריטניה, ולכן הטענה היא שהם צריכים להעסיק אנשים עם מגבלות נפשיות. וזה קרה, וזה התחיל שוב בתקופה של תאצ'ר. יש קרן בדרום לונדון בניהול ריצ'ל פרקינס שהיא בעצמה אשה עם מגבלה פסיכיאטרית, הקרן מעסיקה 10% בעלי מגבלות נפשיות קשות, כלומר ניתן לעשות זאת.

השאלה: אדם שגר בבית, לבד או עם משפחה, האם הם יכולים להיכנס לעסקים?
תשובה:

יש לנו צוותים קהילתיים שבהם עו"ס, אנשי סיעור, מרפאים בעיסוק ואם הם חושבים שיותר טוב שהאדם יחיה באופן עצמאי הם מנסים למצוא לו מקום. זה יותר קשה כיוון שיש מחסור במקומות. אך יש דירוג שבו ניתן לזכות בדירור ציבורי. הגירה, אם חד הורית, גם הם מזכים, וגם מחלה פסיכיאטרית.

שאלה: נהייתי מההרצאה. ישראל לא צריכה להמציא את הגלגל מחדש. לגבי עלות – הרבה פעמים השאלה אינה עלות התוכנית, אלא מי מממן את זה. כאשר מדברים על העברת אנשים לקהילה, כיצד מחלקים את הכסף, או שהכל ממומן על ידי אותה רשות, או שיש משאבים אחרים?

תשובה:

זו שאלה מאוד מעניינת. באנגליה כאשר כל מטופל יוצא הם לקחו איתם את התקציב, וזה עבר מתקציב אחד לתקציב השני. אולם, כאשר אתה מאושפז בבית חולים בבריטניה, אתה לא מקבל ביטוח לאומי. כאן מקבלים חלק ממנו, חלק ניתן למוסד וחלק לאדם. בבריטניה – כל עוד אתה מאושפז, אתה לא מקבל קצבה. וכאשר אתה עובר לקהילה אתה מקבל את הקצבה. הקצבה הייתה שליש מהעלות של הטיפול בקהילה, מה קרה לתקציב הזה שהגיע קודם לבית החולים, אף אחד לא יודע. יש גדר מסביב לתקציב, וכל אחד רוצה את החלק שלו.

יש עוד שאלות?

מה לגבי דיאגנוזה כפולה?

תשובה:

בעיות משתנות עם השנים. זמנים משתנים. כאשר הסתכלנו על המאושפזים שהיו בבית חולים 20 שנה. לא היו שם משתמשי סמים. כאשר מסתכלים על החולים החדשים, כמעט כולם משתמשים בסמים, יש שינוי תרבותי שיוצר בעיות קשות. אני חושב שקנבים וסמים אחרים יכולים לעורר סכיזופרניה לטנטית. איך מתמודדים עם זה? כאשר התחלנו את הפרויקט ללמד אחיות כיצד לעבוד עם משפחות. הכסף נתרם על ידי חברת ת'ורן, אימפריה כלכלית. הם תרמו תקציב גדול לתוכנית ההכשרה הזאת, אמרנו שכאשר נכשיר את האחיות לעבודת קהילה החלטנו לבנות מודל גם לגבי טיפול קוגניטיבי, וגם לגבי אבחון כפול. שני המודלים הנוספים האלה הם היום מאוד מרכזיים, וטוב שכללנו את זה בתוכנית ההכשרה שלנו. אני לא מומחה בנושא הזה של אבחון כפול, אבל יש אנשים שיודעים להתמודד עם זה ואני יכול להפנות אתכם.

שאלה: מצאתי שגורם מרכזי של אנשים להישאר בקהילה היא שכל פעם שיש מקרה חירום, יש מיד אפשרות לאשפוז מלא. האם התוכנית שלכם אכן נתנה את האפשרות הזאת. כך שאנשים ידעו שהם בטוחים, שהם לא חייבים להישאר עם המצבים הקיצוניים?
תשובה:

בתהליך התכנון מה שנכנס הוא הורדה במספר המיטות לאשפוז מידי. לא הייתה סיבה קלינית, הלחץ היה כלכלי. זו הייתה טעות. מה שנמצא הוא שהמאושפזים לטווח ארוך שנמצאים בקהילה נחשפים ליותר לחצים. ונמצא שכ 10% מהמטופלים בכל עת חזרו לבית החולים. כלומר היה צורך ב 9 מיטות נוספות עבור כל 100 מטופלים שנמצאים בקהילה. ולחץ נוסף היה שמתוך הקהילה נוצרו עוד חולים שהיו זקוקים לאשפוז לטווח ארוך. כך שהייתה בעיה של קבלת חולים לבית החולים, וזה יצר תפוסת יתר בבתי החולים של 120%. מה שעושים זה ששולחים את המטופלים לסקטור הפרטי, לבתי חולים פרטיים. בתי חולים אמריקאיים פרטיים נפתחים בבריטניה והם מטפלים בחולים שנמצאים בטיפול ציבורי. כיצד הממשלה התמודדה עם זה? אפשר גם לדבר על אלטרנטיבות לאשפוז, למשל אשפוז יומי, שבו נכנסים לבית החולים במשך היום וחוזרים הביתה בערב, וניתן אכן לטפל בחלק גדול מהחולים ככה, אם המשפחה תומכת בכך. המשפחה צריכה עובד קהילתי שתומך בהם, זה אפשרי וזה חוסך הרבה כסף. אני לא אדבר על כל הפרטים האלה היום.

הממשלה התעקשה שלכל צוות יש צוות חירום לזמן משבר, לפעמים הם זקוקים לפיקוח של הצוות הזה בבתים במשך 24 שעות, ואחר כך הצוות יכול ללכת. זה קשה עבור הצוות, אך זה מונע את הצורך לאשפז את החולים.
הצוות הקבוע לא בא במגע עם הצוות של מצב החירום.

מלות סכום:

תודה רבה לפרופ לף על היום החשוב הזה. חבל שלא השתתפו במפגש הזה אנשים נוספים שעוסקים במדיניות של בריאות הנפש, אבל אין ספק שלמי ששמע זה היה חשוב ומאיר עיניים.
אנחנו מצפים לביקור הבא שלך פה.