

# מיסוד ואל-מיסוד ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף

אבנר אליצור

המאמר מתאר את הרקע להתפתחות התנועה לאל-מיסוד, וסוקר מחקרים שונים אשר בחנו את תוצאותיה. חלק מהמחקרים הצביעו אמנם על תוצאות חיוביות, אך מחקרים אחרים ציינו מספר תוצאות שליליות הנגרמות על-ידי המעבר הבלתי מבוקר מבית החולים לקהילה, והמנעות מפיתוח הולם של שירותים קהילתיים. דיון זה מהווה רקע לתאור ההתפתחויות העיקריות שחלו במבנה שירותי בריאות הנפש בישראל ודפוסי פעולתם. בדומה למצב במדינות מערביות אחרות גם שירותי בריאות הנפש בישראל הושפעו מתנועת האל-מיסוד ואופיינו על כן, על-ידי צמצום הדרגתי באינדיקטורים מוסדיים שונים, כמו: מספר בתי החולים, מספר מיטות, שיעור קבלות ראשונות וחרות, וגידול באינדיקטורים קהילתיים שונים כמו: מספר שלוחות טיפוליות בקהילה, ומספר יחידות מרפאתיות. עם זאת, מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל סובלת עדיין מליקויים רבים כמו: חוסר פיתוח הולם של שירותים קהילתיים, ושיטת תקצוב של בתי חולים המביאה בין השאר לאחזקה ממושכת של חולים כרוניים במסגרות אשפוזיות. בסיום המאמר מועלים קווים מנחים לרפורמה במערכת המושתתת על הקמת שירותי בריאות נפש אזוריים כוללניים, אשר יספקו רצף טיפולי ובו מגוון של שירותים התואמים את צרכי החולים.

---

## מבוא

---

ההנחה הבסיסית במאמר זה הינה כי לאידיאולוגיה חברתית-פוליטית יש השלכה ישירה על אופיים של שירותי בריאות הנפש בכל מדינה. הוויכוח המודרני אודות יתרונותיה וחסרונותיה של התנועה לאל-מיסוד המהווה מרכיב מרכזי בבריאות הנפש הקהילתית צמח מתוך האידיאולוגיות והתהליכים החברתיים האופייניים למאה שלנו. תנועות רעיוניות אלו הביאו לרפורמות מרחיקות לכת, להתפתחות

תהליך האל-מיסוד ולפיתוח מודלים שונים לטיפול בחולי נפש. הערכת תהליך האל-מיסוד מחייב הסתכלות כוללנית ומערכתית על כל שירותי בריאות הנפש הנדרשים. רפורמה בשירותים אלו צריכה להיבחן תוך התייחסות לאיכות וליעילות הטיפול בכל מכלול החולים ובכל מגוון השירותים הדרושים לאוכלוסייה מוגדרת באזור קהילתי מוגדר. חשיבות הדיון בנושא זה עולה נוכח החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי גם על בריאות הנפש בארץ. יישום מושכל של שינוי זה מותנה לא רק בהבנת התהליכים האלו, אלא גם בהתאמתם לתפיסות המקצועיות והחברתיות שעמדו ביסוד הקמת שירותי בריאות הנפש בארץ עד כה.

---

## הרקע להתפתחות התנועה לאל-מיסוד

---

ניתוח היסטורי של גישות והתייחסויות לחולה הנפש מצביעה על הקשר שבין תהליכים חברתיים-פוליטיים לבין אפיון שירותי-בריאות הנפש באותה תקופה (Alexander & Selesnick, 1996), תופעה זו בולטת גם בתקופה המודרנית ומוצאת את ביטוייה בהבדלים בין מדינות שונות בארגון שירותי בריאות הנפש בהן. התפתחות תנועת האל-מיסוד בארצות-הברית משקפת את הבסיס החברתי והמקצועי שבתוכה היא צמחה. אך היא מאפשרת גם נקודת השוואה להתפתחויות דומות בארצות המערב. התפתחות זו נבעה משני גורמים:

1. הידרדרות הדרגתית במעמדו של בית-החולים הפסיכיאטרי והפיכתו ל"מוסד" ול"עיר מקלט". במאה זו הלכו ודעכו בתי-החולים הפסיכיאטריים בתהליך שאופיין על-ידי התפתחות תופעת ההוספיטליזם. תופעה זו כוללת: פסיכיות, תלות ורגרסיה של החולים "דיירי האשפוז". תהליך זה העמיק את הפער בין המודל הפסיכו-חברתי בקהילה ששם דגש על התערבויות אמבולטוריות פסיכו-תרפויטיות לבין המודל הרפואי-ביולוגי, שהתבסס בעיקר בתי-החולים, והביא להתהוות סכנה ממשית של יצירת שתי קלסיפיקציות שונות: פסיכיאטרייה ובריאות הנפש. לא ייפלא אפוא כי בספרות המקצועית נשמעו יותר ויותר דרישות להחליף את בית-החולים הפסיכיאטרי המסורתי של המדינה במערכת שונה לחלוטין. סולומון, נשיא החברה הפסיכיאטרית האמריקאית (Solomon, 1958) מציין בהקשר לתהליך זה שבית-החולים הפסיכיאטרי של המדינה פשט את הרגל ללא תקנה, ועל כן יש להכחידו. מה הן הבעיות המרכזיות שבית-החולים ניצב

בפניהן ואשר הביאו לתוצאה בלתי נמנעת זו? ניתוח הגורמים שהשפיעו על מעמדו של בית-החולים של המדינה בארצות-הברית (Okin, 1983), יכול ללמד על קשיים דומים המאפיינים את בתי-החולים בארץ.

המבנה הפיזי – היה סטרילי, עקר, גדול, חסר פנים, ובעל חזות של בית-סוהר. מבנה זה לא אפשר פרטיות, מרחב אישי ואינדיווידואציה. החולה היה תלוי בשירותים מרכזיים של מזון, ניקיון, כביסה, תחזוקה ושירותי מלונאות אחרים.

בידוד – בתי החולים נבנו הרחק מהקהילה ומהמשפחות. תופעה שמנעה אפשרות ליצור רצף של שירותי טיפול ותמיכה בקהילה.

הצוות – חלה היתדרדרות ברמה המקצועית של הצוות. תהליך זה התבטא במספר צורות: היעדר מנהיגות רפואית, העסקת צוות בלתי מיומן וחסר השכלה הולמת, שחיקה במגוון המקצועות בצוות, ירידה במספר העובדים, שחלוף מהיר של הצוות, היעדר מערכת הדרכה והתרחקות עד כדי ניתוק הקשר עם הרפואה הכללית. התוצאה הבלתי נמנעת הייתה שחיקה מורלית.

טיפול – הגישה הטיפולית התבססה על מודל רפואי אוטוריטטיבי. הטיפול ניתן בכמות לא נכונה, בסוג לא מתאים ובמסגרת לא הולמת. היתה חזרה לשיטות העבר – הגבלה, ריסון והחזקה במקום בטוח ומוגן. תהליך הניכור מחיי הקהילה גבר. השיקום התבסס על העסקת חולים כמה שנקרא ריפוי באמצעות עבודות עץ, חימר ורקמה או עיסוק חרושתי רוטיני. לא נרכשו מיומנויות חינוכיות של הסתגלות לחיים עצמאיים כמו: בישול, כביסה, קניות, תחזוקה, וניקיון שיכלו לסייע לחולה להשתלב בקהילה.

תקצוב – נוצרה מצוקה כספית קשה בשל שיטת תקצוב שנתי שקבעה את התקציב בראשית השנה לא על פי פעולות, אלא על פי ההוצאה בשנה הקודמת בתוספת התייקרות, שיטה זו הביאה לצמצום המשאבים. לא ניתן היה ליהנות משיטת "תקצוב על פי פעולות" המאפשרות הגדלת היקפי שירות, כמו כן, הלך והעמיק הפער האיכותי בין בתי-החולים הממשלתיים לבין בתי-החולים הפרטיים והמחלקות הפסיכיאטריות האקדמיות של האוניברסיטאות.

ביורוקרטיה – חוקים שונים כפו מגבלות מנהליות שונות. לא היה חופש בניהול כוח האדם ובתקצוב הפעולות.

נוכח אילוצים קשים אלו, הורע מצבו של בית-החולים הפסיכיאטרי ויוקרתו הלכה והצטמצמה.

## 2. התפתחות התנועה לפסיכיאטריה קהילתית.

התהליך השני שאפיין את המאה היה התפתחות האידיאולוגיה של בריאות נפש קהילתית. התיאוריה שעמדה בבסיס התנועה הקהילתית צמחה משני

מקורות מרכזיים. מקור אחד נבע מאידיאולוגיה חברתית שדגלה במאבק בממסד ובדרישה לשימוש זכויות האזרח והמיעוטים. אבן דרך היסטורית חברתית חשובה בהתפתחות גישה חדשה כלפי בריאות הנפש היה החוק הפרדלי של 1963 שתוקן בשנת 1965 (Bellak, 1969). חוק זה העניק למדינות, לרשויות ולארגונים השתתפות כספית ניכרת, אם כי מוגבלת בזמן, בהקמתם ובהחזקתם של מרכזים לבריאות הנפש על-פי עקרונות של אזוויות, כוללניות, רציפות וזמינות.

מקור אחר נבע מהתיאוריה בדבר האטיולוגיה החברתית של ההפרעות הנפשיות. על פי גישה זו. ההפרעה הנפשית מתפתחת על רקע גורמים סטרוגניים פסיכו-סוציאליים, ועזובה חברתית ורגשית הקיימת הן ברמה המשפחתית והן ברמה של הסביבה החברתית והפוליטית. הפסיכיאטריה הקהילתית נשאה על דגלה את המסר של אל-מיסוד, סגירת בתי-החולים הפסיכיאטריים והפניית המשאבים המתפנים לפיתוח של שירותים, שיאפשרו לקלוט את החולה בקהילה, היטיב לבטא גישה זו גרוב (Grob, 1991), שטען כי: טיפול קהילתי הכולל טיפול מונע, הפעלה חברתית, ושימוש במסגרות טיפול לא מסורתיות יפתור אחת ולתמיד את כל הבעיות הנובעות ממחלות נפשיות.

המגמות המרכזיות שביסוד גישה זו היו:

1. תפיסה מקצועית – אנשי המקצוע האמינו שהטיפול בחולי הנפש בקהילה הוא טוב יותר וכי התרופות הפסיכו-תרפויטיות יפחיתו במידה ניכרת את הצורך באשפוז.
  2. דגש אנושי – התנועה לזכויות האזרח נאבקה לשחרור חולי הנפש מאשפוז בכפייה.
  3. שיקול כלכלי – הממשלה קיוותה שתחסוך כסף אם תשתמש בתחליפי אשפוז זולים יותר מבתי-חולים.
- מגמות אלו הביאו לניסוח אמנה המשקפת את התנועה לבריאות הנפש הקהילתית ואת גישת האל-מיסוד.

אמנה זו מדגישה ארבעה עקרונות (Bachrach, 1977):

1. פיתוח חלופות דיוור בקהילה שהינן מגבילות למזער ומאפשרות חיים נורמליים.
2. מתן טיפול, תמיכה והכשרה, המתאימים לצורכי הפרט.
3. דגש על איכות חיים.
4. עידוד מעורבות חברתית.

האם תנועת בריאות הנפש הקהילתית, ותהליך האל-מיסוד אכן הביאו לתוצאות המצופות? שאלה זו תיבחן להלן.

### תוצאות תנועת האל-מיסוד: ממצאים מחקרניים

את תוצאות תנועת האל-מיסוד ניתן לבחון באמצעות סקירת ספרות וניתוח ממצאי מחקרים שכתנו את תוצאות הטיפול שניתן בשירותים שהוקמו בקהילה בהשוואה לשירותים המסורתיים המקבילים הפועלים בבתי-החולים.

א. מחקרים על טיפול קהילתי כתחליף לאשפוז פעיל בארצות מערביות רבות בשני העשורים האחרונים פותחו מודלים טיפוליים שונים בקהילה אשר ניסו להתמודד עם השאלה האם ניתן להפעיל מסגרות טיפוליות בקהילה אשר יוכלו להחליף את אלו אשר מאפיינים באופן מסורתי את הטיפול בבתי-החולים. מודלים אלו שתוארו בספרות בליווי מחקרי הערכה שבדקו את תוצאותיהם הופעלו למשל בארצות-הברית, בדנוור (Polak & Kirby, 1976) ובמדיסון (Stein & Test, 1980) בקנדה, במונטריאול (Fenton, Tessler & Struening, 1979) ובוונקובר (Coates, Kendall & Maccurdy, 1976) ובאוסטרליה בסידיני (Hoult, Rosen & Reynolds, 1984).

מחקרים אלו הוכיחו באופן מובהק כי:

1. שירותים קהילתיים שיישמו שיטות טיפול שיקומי, תמיכתי, ותעסוקתי בקהילה – נמצאו יעילים.
2. השירותים בקהילה נמצאו יעילים גם בהשוואה לטיפול המקובל במסגרות אשפוז.
3. חולים רבים ששחררו נקלטו בצורה מוצלחת בקהילה.
4. שעור הקבלות לאשפוז קטן ומשך האשפוז-קוצר.
5. תהליך זה הביא לכך שבתי-חולים נסגרו או קטנו בהיקפם.

ב. מחקרים בטיפול קהילתי בחולים ששחררו מאשפוז כרוני

מחקרים רבים התמקדו בהערכת יכולתן ויעילותן של מסגרות קהילתיות לקלוט בהצלחה חולים כרוניים לאחר שחרורם מאשפוז ממושך. חלק מהמחקרים בדקו באופן פרטני יעילות מסגרות שנקראו "תחליפי אשפוז לחולים כרוניים בקהילה". חלק אחר, עקב באופן שיטתי אחר תהליך של סגירת בתי-חולים לחולי נפש וקליטת החולים במסגרות אחרות. בפרויקט מחקר שבוצע בלונדון (Leff, 1993; טרימן, ולף, 1993 (א), 1993 (ב)) נבדקה ההשפעה של תהליך סגירת שני בתי-חולים פסיכיאטריים ושחרור החולים למסגרות קהילתיות על מצבם של החולים. המחקר עקב אחר החולים מעת שחרורם מבתי-החולים ועד לקליטתם בקהילה. הערכת הסתגלות החולים לקהילה התייחסה לממדים הבאים: שיפור קליני, עצמאות בניהול אורח חיים, שביעות רצון מהמסגרת הקהילתית ואיכות החיים, מחקרים אלו הצביעו על מספר נקודות:

1. חלק מהחולים הכרוניים ששוחררו לקהילה נקלט היטב על-פי הממדים שנבדקו.
2. קבוצת החולים הכרוניים שהצליחו ביותר להישדד בקהילה היו מעל גיל 50, חולים גריאטריים, חולים סיעודיים וחולים הסובלים מפיגור שכלי. מחקרים אלו עוררו ביקורת שהטילה ספקות בתמונת המצב החיובית אותה הם תיארו. ביקורת זו אף הסתייעה בממצאי מחקרים אחרים שלא עלו בקנה אחד עם הממצאים שתוארו לעיל. מבט שונה זה על תנועת האל-מיסוד יוצג להלן.

### ג. השלכות האל-מיסוד על מכלול שירותי בריאות הנפש

הביקורת שנמתחה על המחקרים שנסקרו לעיל, טענה שנבדקה בהם יעילותם של מודלים טיפוליים ייחודיים ופרוייקטים מחקריים שהתמקדו במגזר ייחודי של אוכלוסיית החולים, או בסוג מיוחד של שירותים.

מחקרים אחרים, לעומת זאת, חקרו את ההשלכות שהיו לתהליך האל-מיסוד ולפיתוח מודלים של טיפול קהילתי, על יעילות מכלול שירותי בריאות הנפש בקהילה. מחקרים אלו התמקדו בניתוח כל הרצף הטיפולי הנדרש, מהאשפוז בבתי-החולים ועד להשתלבות בקהילה. מחקרים אלו הצביעו על כך שמודלים ייחודיים של טיפול קהילתי, הצליחו אמנם להביא לתוצאות חיוביות במרכיב אחד של הרצף הטיפולי, אך התגלו במקביל השלכות שליליות בהיבטים אחרים של רצף זה. לדוגמה, גלר (Geller, 1991) הראה, כי התערבות בקהילה בעת משבר חריף יכולה, אמנם, להקטין את שיעור הקבלות הראשוניות לבית-חולים פסיכיאטרי, אך במקביל גורמת לעלייה בשיעור הקבלות החוזרות ומגבירה את תופעת ה"רלת המסתובבת". במחקר אחר (Lawrence, Copas & Cooper, 1991) נבדק שינוי דפוסי השימוש באשפוז בעקבות פיתוח שירותי הקהילה. התוצאות הראו כי:

1. לא חל שינוי בשיעורי הקבלות, השחרורים ומשך האשפוז בבתי-החולים.
2. בבתי-החולים הפסיכיאטריים נשאר גרעין קשה של חולים, שנוקו לאשפוז ממושך. המאפיינים של חולים אלו היו: גיל מבוגר, קשישים בנכות גבוהה, סימפטומים פסיכוטיים והפרעות התנהגותיות בולטות.

קבוצה אחרת של מחקרים (Geller, Fisher, Wirth-Cauchon & Simon, 1990) בדקה את יכולת ההישרדות של חולים כרוניים וקשים, שהיו באשפוז ממושך במסגרות קהילתיות לחולי נפש או במוסדות סיעוד מול יכולת ההישרדות שהייתה להם קודם לכן בבתי-החולים. התברר, כי בשל ההפרעות שהיו לקבוצה זו, שהיו מלוות בהתנהגויות ובסימפטומים פסיכיאטריים פעילים וקשים היו החולים זקוקים למסגרת מוגנת בהנהגתו של צוות פסיכיאטרי מיומן. כתוצאה מכך, המסגרות בקהילה

- שיועדו לחולים אלו פעלו, למעשה, כבתי-חולים, אך ברמת איכות ירודה יותר ועם צוות פחות מיומן, ועל כן מצבם של החולים במסגרות אלו היה גרוע יותר.
- סקירות ביקורתיות אחדות על תוצאות האל-מיסוד שפורסמו בספרות (Braun, Kochansky, Shapiro, Greenberg et al., 1981; Lamb, 1993; Bachrach, 1978, 1993) הצביעו על מספר השלכות שליליות נוספות:
1. בתי-החולים נסגרו מהר מדי.
  2. מודלים ניסיוניים לא החזיקו מעמד.
  3. לא הוקמו שירותים קהילתיים בכמות, בהיקף, במגוון, ועם כוח אדם מיומן על-פי הנדרש.
  4. לא נבנתה מערכת כוללנית-אינטגרטיבית בעלת סמכות ומשאבים הולמים שתענה לצורכי הקהילה.
  5. לא הוגדרו המטרות של המרכזים הקהילתיים.
  6. תמהיל החולים ששוחררו לקהילה לא תמיד התאים והתפתחה בעיה של דיירי רחוב, של עבריינות ושל מגוריט בבתי מחסה ובמקלטים שהיו גרועים יותר מבתי-החולים.
  7. התפתחה תופעה חדשה של חולים כרוניים המכורים לסמים.
  8. לא הוקצו משאבים הולמים לתשתיות ולמימון ביניים.
  9. הכספים שנחסכו עם סגירת בתי-החולים לא הספיקו לתחליפי הקהילה, שנמצאו יקרים יותר.

סיכום ממצאי המחקרים שנסקרו לעיל מלמד כי:

1. יש צורך לפתח מודלים של טיפול בחולה הנפש בקהילה כי יעילותם הוכחה, אולם אין בכוחם של מודלים אלו בלבד לפתור את בעיות הטיפול בקהילה ולכן נחוצה תוכנית ארגונית כוללנית שתכלול בתוכה את כל רצף השירותים אותם יש לספק לאוכלוסייה הנוקטת.
  2. לא כל החולים בבתי-החולים הפסיכיאטריים מתאימים ומסוגלים להשתחרר ולהיקלט במסגרות קהילתיות. החופש בקהילה לא תאם את צורכי כל החולים וחלקם ניזוק מכך. יש צורך בעבודת מחקר נוספת שתסייע בהבחנה בין החולים היכולים להיקלט בקהילה לבין אלו הזקוקים להמשך אשפוז.
  3. שירותי הקהילה שפותחו נתנו פתרון לחלק מהחולים אולם הציפייה שטיפול קהילתי יכול להחליף את בית-החולים לא הוכחה.
  4. השירותים שהוקמו בקהילה היו לכאורה יותר זולים, אולם רק לחולים הקלים. ככל ששוחררו חולים יותר קשים הלכו ההוצאות והאמירו. התוצאה הסופית היא שהצפיות לחיסכון כלכלי – לא התממשו.
- האידיאולוגיה של אל-מיסוד נראית על כן, כיום, נאיבית וקיצונית בגישתה.

מצב זה נבע בעיקר מהצגתה כתחליף לבתי-החולים ולא כהשלמה ותוספת להם, מתכנון לקוי, מקשיי יישום, מתקציב דל ומחוסר מודעות מספקת להיבטים הכלכליים והפוליטיים של הקמת מערכת שירותים ולצורך בתכנון כוללני שלה.

## התפתחות גישות חדשות בתכנון שירותי בריאות הנפש

הלקח מהמסקנות שצוינו לעיל החל להיות מיושם בכמה מדינות, בפיתוח מערך שירותים בו הושם דגש על הסתכלות כוללנית ומערכתית על כל רצף השירותים לבריאות הנפש, באזור בו מתגוררת אוכלוסייה מוגדרת.

הרפורמה בשירותי בריאות הנפש במדינת מסצ'וסטס בארצות-הברית מהווה דוגמה לגישה כזו (Okin, 1995). הדגש ברפורמה זו היה על הרחבה משמעותית של השירותים הכוללניים בקהילה ובמיוחד שירותי השיקום, ועל פיתוח שירותים לחולים מאושפזים על-פי שלוש קטגוריות המשקפות את אורך האשפוז הנדרש: קצר מועד, ביניים וממושך.

הרפורמה במסצ'וסטס הראתה כי ניתן לעבור ממערך שירותים המורכב משני גורמים: בית-חולים ומרפאה, למגוון רחב של שירותים המאפשרים לחולים מידה רבה יותר של חירות ועצמאות בניהול חייהם בקהילה. הנתונים המוצגים בלוח 1 מראים שהמעבר למערכת השירותים הכוללנית החדשה לא היה כרוך בגידול משמעותי בהוצאה לשירותי בריאות הנפש.

לוח 1: השוואת ההוצאה לנפש (בדולרים) בשירותי בריאות הנפש במסצ'וסטס לפני ואחרי הרפורמה

השירות	לפני	אחרי
אשפוז	33.1	17.4
מיון והשהייה	3.9	7.8
מרפאה	2.8	2.2
ניהול הטיפול	6.4	10.0
תחילפי אשפוז	12.6	22.6
חטוקה	3.2	4.0
סך-הכול	61.9	64.9

מקור: (Okin, 1995).

הלוח משווה את התפלגות ההוצאה הממוצעת לנפש במסצוסטס שהושקעה בכל סוג שירות בטווח שירותי בריאות הנפש הפועלים בקהילה נתונה. נתוני הלוח מצביעים על כך שבעקבות הרפורמה חלה עלייה קטנה בלבד בהוצאה למכלול שירותי בריאות הנפש. הרפורמה הביאה להקטנה משמעותית בהוצאה לאשפוז, ולעלייה ניכרת בהוצאה לתחליפי אשפוז.

---

## הערכת שירותי בריאות הנפש

---

המחקרים השונים שנסקרו לעיל ואשר הצביעו על תוצאות חיוביות ושליטיות של תנועת האל-מיסוד, לא התמודדו במידה מספקת עם שאלת השפעת הרפורמות על איכות הטיפול, יעילותו, מהלך המחלות והפרוגנוזה שלהן. כדי להעריך נכון את ההשפעה הקלינית של יישום השינויים במערך שירותי בריאות הנפש ופיתוח שירותים קהילתיים הועלו בספרות כמה המלצות. טלבוט ושרפשטיין (Talbot & Sharfstein, 1986) מציעים לאסוף נתונים מחקריים על ההיבטים הבאים:

1. התאמת החולים למסגרות שונות בבתי-החולים ובקהילה.
  2. השפעת השירותים החלופיים בקהילה על מהלך המחלה, חומרתה, ומניעת התלקחות חריפה והתלקחות חוזרת.
  3. מידת האיזון הנדרש בין שיפור התפקוד לבין עודף גירויים וסכנות בקהילה.
- מספר ממדים נוספים להערכת הצלחת היישום של מדיניות המדגישה את הטיפול בקהילה הוצעו על-ידי אופינג ועמיתיו (Uffing, Ceha & Saenger. 1992)
1. ירידה בשיעור קבלות לאשפוז בעקבות פיתוח השירותים האמבולטוריים לבריאות הנפש ושימוש ברופא המשפחה.
  2. הקטנת משך האשפוז הממוצע לחולה.
  3. שיפור רצף הטיפול בקהילה.
  4. השמת חולים כרוניים במסגרות הולמות ומוגנות בקהילה.
  5. ירידה בשיעור המיטות לחולים כרוניים.
  6. מגוון רחב יותר של שירותי בריאות נפש זמינים המותאמים לצורכי החולים.
  7. אינטגרציה מנהלית ומקצועית של כל השירותים באזור תחת הנהלת גג אחת.
  8. עלייה יחסית של שיעור המיטות בבתי-החולים הכלליים.
- המידע הקיים כיום מספק נתונים מחקריים חלקיים על ממדים אלו.

האם תנועת בריאות הנפש הקהילתית וגישת האל-מיסוד, הטביעו את חותמן גם על התפתחות שירותי בריאות הנפש בישראל?  
נושא זה יידון בחלק הבא של העבודה הסוקר את התמורות שחלו בהתפתחות שירותים אלו בארץ.

---

## התפתחות שירותי בריאות הנפש בישראל

---

את התפתחות שירותי בריאות הנפש בישראל, ניתן לחלק למספר תקופות המשקפות את האידיאולוגיה הטיפולית והגישות החברתיות הפוליטיות ששלטו בכל תקופה. מספר עבודות (גינת, 1992; לרנר ופופר, 1993; מרק, פלדמן ורבינוביץ, 1995) תיארו התפתחות זו בהרחבה, ועל כן נסתפק בהצגת עיקרי הדברים.

---

## מהקמת המדינה ועד שנת 1995

---

עם הקמת המדינה המסגרת החוקית היחידה שהתייחסה לחולי נפש היה החוק התורכי לאשפוז חולי נפש. חוק זה כלל סעיפים שונים שהיו חסרי כל משמעות במציאות חדשה כמו: התניית שחרור חולה מבית-חולים, או יציאה לחופשה באישור של המושל הצבאי, או דרישה לצירוף חתימה של המוכתר והאימאם לבקשה לאשפוז. המסגרת העיקרית בה טופלו חולי נפש היה בית-החולים הפסיכיאטרי. הגישה השלטת בבתי-החולים היתה אחזקתית, והיא דאגה להרחיק את החולים מהקהילה. הטיפול שניתן במסגרות אלו היה ממסדי וסטיגמטי, ורמתו הייתה נמוכה ביותר. תקופה זו אופיינה על-ידי לחץ ציבורי חזק להגדיל את מספר המיטות בבתי-החולים הפסיכיאטריים נוכח גלי העלייה הגוברים. במספר דיונים בכנסת תוארו הסכנות השונות הטמונות במחסור במיטות ובנוכחות חולי נפש בקהילה: השפעה הרסנית על ילדים, ריבוי במקרי עבריינות, סבל לאלפי משפחות ומטרד ציבורי. המחסור במקומות אשפוז נתפס אפוא בתקופה זו, כבעיה העיקרית של שירותי בריאות הנפש בישראל.

- תקופה זו אופיינה על-ידי שלוש תמורות עיקריות, שתרמו לפיתוח שירותי בריאות הנפש בישראל.
- א. נחקק החוק לטיפול בחולי נפש 1955, שדאג לקידום זכויות החולים. חוק זה שהיה בזמנו אחד החוקים המתקדמים ביותר בעולם, הדגיש את החשיבות של שמירת זכויות החולה וקבע כללים ברורים לאשפוז כפוי.
- ב. בבתי-החולים הפסיכיאטריים שהגיעו לשיא הפופולריות שלהם, יושמו שיטות טיפול חדשניות ומודרניות. ד"ר בירר ייבא ארצה מאנגליה את גישת ה"קהילה הטיפולית" המאפשרת לחולים עצמאות בניהול חיי הקהילה שלהם ושלטון עצמי בבתי-החולים. בנוסף הונהגה בבתי-החולים מדיניות הדלת הפתוחה ופותחו מסגרות המעניקות טיפולי יום. באותן שנים עדיין נמשך הלחץ הכבד להוסיף מיטות אשפוז בבתי-החולים הפסיכיאטריים והוקמו מחלקות אשפוז גם בבתי-החולים הכלליים. שיעור המיטות באותה תקופה הגיע לשיא של 2.4 לאלף תושבים.
- ג. הוחל בפיתוח תכניות ראשוניות של שירותים קהילתיים, תכניות אלו כללו:
- א. הקמת שני הוסטלים ביפו ובעכו שהדגימו כיצד ניתן להפנות חולים לקהילה ולחסוך במחיר יום האשפוז; ב. הקמת שני מרכזים קהילתיים לבריאות נפש ברמת חן וביפו; ג. הקמת מרפאות חוץ ליד בתי-החולים.
- בתקופה זו גם פותחו בסיוע הג'וינט תכניות התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכותרפיה. ההתפתחויות שצוינו לעיל נבלמו בשל הביקורת שנמתחה נגד החוק ונגד טיב השירותים, נגד החוק נטען שאינו יעיל ואינו מגן במידה מספקת על זכויות חולי הנפש (אבירם ושניט, 1981). השירותים המוסדיים והקהילתיים תוארו כסובלים מליקויים שונים. בתי-החולים הממשלתיים אופיינו על-ידי ריכוז גדול של חולים כרוניים וצפיפות רבה, בתי-החולים הפרטיים סיפקו שירותים ברמה ירודה. ליקויים אלו לא תוקנו על-ידי השירותים הקהילתיים שהתפתחו בקצב איטי ביותר ולא סיפקו מענה הולם לחולי נפש רבים שהתגוררו בקהילה.
- התמורות שחלו בתקופה זו, לא הביאו אפוא למפנה מהותי בצביונם של שירותי בריאות הנפש, אם כי הן הניחו את היסודות לשינויים שחלו בתקופה מאוחרת יותר.

---

 השנים 1972-1990 — הסכם האזורים
 

---

בשנת 1972 ניסח ד"ר טרמר שהיה באותה עת, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש, בה הושם דגש על רצף הטיפול הקהילתי, ועל פיתוח מרפאות פסיכיאטריות לבריאות הנפש ב-19 אזורים בכל רחבי הארץ.

מימושה של תכנית זו אכן הביא להקמת מרכזי בריאות נפש קהילתיים באזורים שונים בישראל. להאצה נוספת בתהליך זה, תרם ההסכם בין משרד הבריאות וקופת חולים הכללית (הסכם מנצ'ל-דורון) שנועד לרכז את כל משאבי בריאות הנפש ברמה לאומית ובאחריות המדינה. הסכם זה הבטיח שיתוף פעולה ברמה האזורית בין הממשלה וקופת-חולים הכללית לשם אספקת שירותי בריאות נפש כוללניים לכל אזרחי המדינה. ההסכם כלל מספר עקרונות מרכזיים: העברת נקודת הכובד מבית-החולים לקהילה. הפיכת בית-החולים הפסיכיאטרי למרכז כוללני לטיפול בחולים הזקוקים לאשפוז, הבטחת אחריות כוללת על כל החולים באוכלוסייה ללא בחירה מפלה של חולים אקוטיים והטלת מגבלות על מעבר חולים לאשפוז בבתי-חולים פרטיים. שינויים אלו תרמו אמנם לפיתוח מרכזי בריאות נפש קהילתיים, לצמצום מספר בתי-החולים הפסיכיאטריים ולהפחתה במספר מיטות האשפוז, אך במקביל לא חל פיתוח משמעותי של שירותים קהילתיים נוספים לחולי נפש כמו: הוסטלים, דיור מוגן ומרכזי תעסוקה וחברה. יתר על כן, תקצוב בתי-החולים שנקבע על-פי תקן מיטות וניתן כל שנה מראש כתקציב כוללני, שימש תמריץ שלילי להנהלות בתי-החולים לשמור על תפוסה נמוכה, על סבב מיטות נמוך, ועל אחזקה ממושכת של חולים כרוניים שלא נמצא להם מקום בקהילה. במקביל ניתן תמריץ למרפאות להעדיף חולים קלים. היקף השירותים היה מותנה בהיקף התקנים שהוקצה ליחידות ולא ניתן כל תגמול ותמריץ לפיתוח יוזמות והרחבת היקפי הפעילות.

לוח 2 המציג נתונים שונים על התפתחות שירותי בריאות הנפש המוסדיים והקהילתיים בישראל, משקף ומסכם את התמורות שחלו בשירותים אלו בשלושת התקופות שתוארו לעיל.

נתוני הלוח מצביעים על ירידה הדרגתית במספר אינדיקטורים מרכזיים הנוגעים לאשפוז בבתי-חולים: שיעור קבלות ראשונות, שיעור מיטות, שיעור מיטות ממושכות, שיעור ימי אשפוז ומספר המוסדות. לעומת זאת חלה עלייה באינדיקטורים הנוגעים לשירותים קהילתיים כמו: מספר השלוחות בקהילה ומספר מגעים במרפאות. נתונים נוספים מורים כי בין 1965 ל-1983 חל גידול משמעותי במספר המרפאות (מ-37

לוח 2: תהליך התפתחות שירותי בריאות הנפש בארץ בשנים 1958-1990

שנה*	1958	1970	1980	1990
שעור קבלות ראשונות	1.3	1.4	1.2	0.7
שעור קבלות חוזרות	1.0	1.9	2.1	1.9
שעור מיטות	2.1	2.4	2.2	1.5
שעור מיטות פעילות	0.4	0.4	0.46	0.37
שעור המיטות הממושכות	1.7	2.0	1.74	1.13
שעור המיטות בבית-חולים כללי	#	#	0.023	0.03
שעור ימי אשפוז	734	915	721	495
שעור מיטות יום בפועל	אין	0.1	0.3	0.3
מספר מוסדות אשפוז	38	42	41	26
מספר שלוחות בקהילה	0	0	4	9
מספר מגעים לשנה במרפאות		144,000	555,300	

\* השעורים הם לאלף תושבים.  
מקור: פרסומים שנתיים של משרד הבריאות.

ל-62). המגמות המשתקפות בנתוני הלוח אפיינו גם את המחצית הראשונה של שנות התשעים. נתונים אלו מצביעים על המגמה של הטיית נקודת הכובד בפיתוח השירותים לחולי נפש מבית-החולים לקהילה. בית-החולים ממשיך עם זאת להוות מרכיב מרכזי במערכת השירותים.

סקירת התפתחות שירותי בריאות הנפש בישראל מהקמת המדינה ועד ל-1990, הצביעה על כך שמערכת זו אופיינה על-ידי מספר התפתחויות שהביאו לשיפורים מסוימים בדפוסי פעולתה, אך היא הצביעה עם זאת על כך, שהמערכת סובלת עדיין מליקויים רבים הפוגעים בתפקודה והיא ראויה על כן לשינויים משמעותיים. בחלק הבא והמסכם של העבודה, יתוארו מספר הצעות לשינויים שהועלו במחצית הראשונה של שנות התשעים כולל שינויים הקשורים בהכללת שירותי בריאות הנפש במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ויועלו מספר עקרונות הצריכים להנחות את מבנה שירותים אלו ודפוסי פעולתם בעתיד.

## מבט לעתיד על הרפורמה בארץ – ארגון שירותים אזורי

הרפורמה במערכת הבריאות קיבלה תנופה עם סיום עבודתה של ועדת נתניהו, שמונתה ע"י הממשלה לצורך מבנה שירותי הבריאות בישראל. הוועדה הקדישה פרק מיוחד שהתייחס למבנה הארגוני והקהילתי של שירותי בריאות הנפש, ובו נכללו ההמלצות הבאות (ועדת החקירה הממלכתית, 1990):

1. הכללת שירותי בריאות הנפש במכלול שירותי הבריאות שקופות החולים חייבות לספקם.
2. שילוב את שירותי בריאות הנפש האשפוזיים והקהילתיים כאחד, בשירותי הרפואה הכללית על בסיס אזורי תוך קידום התפיסה הכוללת של שירותי בריאות הנפש במגוונם המודרני המלא.
3. מציאת פתרונות בין-משרדיים לתחומים ייחודיים של בריאות הנפש, המצריכים מסגרות טיפול מיוחדות, כגון: אוטיסטים, צרכני סמים, עבריינים בעלי הפרעות נפשיות קשות וכיוצא באלה.
4. ייזום וקידום חקיקה והגדרה מחודשת של סמכויות הפסיכיאטר האזורי (בייחוד בתחום האשפוז הכפוי) וקביעת תקנות ברורות לביצוען.

זכויות החולה עוגנו בחוק חדש לטיפול בחולי נפש משנת 1991, ובנוסף נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכלל גם את חולי הנפש. שתי תמורות חשובות אלו מסמנות שינוי מרחיק לכת בגישה המתבטא בכמה התפתחויות חיוביות חשובות לחולי הנפש:

1. השוואת זכויותיו של חולה הנפש לזכויותיו של החולה הגופני וחיוכן של קופות החולים לדאוג לזכויות אלו.
2. קביעת הזכות החוקית לקבל טיפול נפשי על-פי שיקול דעת רפואי, בעבר היה תלוי הטיפול בחולי הנפש בהיקף השירותים שפיתחה הממשלה וברצונן הטוב של קופות החולים (ספקי השירות).
3. קביעת סל שירותים פסיכיאטריים מוגדרים ומחייבים הכוללים שירותי אשפוז, שירותים אמבולטוריים, שירותי קהילה, ייעוץ וטיפול בבתי-חולים כללי וטיפול בהתמכרויות.
4. בניית בסיס לתקצוב שירותי בריאות הנפש על-פי פעולות והיקפי שירות.

החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי גם על בריאות הנפש חידד את הוויכוח הציבורי מעל דפי העיתונות המקצועית, בשאלת עתיד שירותי בריאות הנפש. האם יש בצעד זה סיכון, איום או סיכוי? שפלד (1995) מזהיר מפני הסכנה של פגיעה באופי השירותים הקהילתיים ובהיקפם. אליצור (1994) מציג את תכנית הראווגניציה של

שירותי בריאות הנפש משנת 1972 כ"חזון נועז מול מימוש כושל" ומקווה, שהחוק אכן יחולל מפנה במצב. התחדד גם הוויכוח סביב השאלה, האם יכולים שירותים קהילתיים לשמש תחליף לבתי-החולים, והאם לא טמונה סכנה בשחרור פזיז של חולים כרוניים לקהילה, שיעמדו מול "שוקת שבורה" של תכניות האל-מיסוד (נוימן, 1992). ואולם, הוויכוח כבר איננו, מה עדיף אשפוז או קהילה? האשליה שניתן לפתור את המחסור בשירותים הקהילתיים על-ידי הזרמת תקציבים שהוקצו בעבר למיטות בבתי-החולים, נופצה. בוועדת נחניהו הכירו בצורך להקצות משאבים נוספים לבריאות הנפש בשל הקיפוח הממושך של שירותים אלו (גינת, 1992) ואולם בשל אילוצי הצמצום בתקציב המדינה, משאלה זו שוב מתרחקת מהגשמה. אין שום ספק, שיש לבצע רפורמה בשירותים הקהילתיים, אלא שלא ניתן ליעל את המערכת בדרך של פיתוח שירותים קהילתיים על חשבון בתי-החולים. בית-החולים הפסיכיאטרי ימשיך למלא תפקיד מרכזי ומהותי במערכת השירותים הכוללניים האזוריים של בריאות הנפש גם בעידן הרפורמה ובמקביל לפיתוח מרכזים קהילתיים מתוחכמים. לא הקיצוץ בבתי-החולים יביא את הישועה לשירותים הקהילתיים. לבתי-החולים תפקיד מרכזי ומהותי בטיפול במקרים חריפים, חריפים-חוזרים, חריפים-כרוניים וכרוניים ירודים. החולים הכרוניים החדשים של עידן האל-מיסוד הם צרכני אשפוז כבדים עם אשפוזים חוזרים ועם צורך באשפוז כפוי. הם לוקים בחוסר הענות ובחוסר תגובתיות לטיפול ובנטייה לפגיעה עצמית, לעבריינות ולשימוש בסמים. בשל הירידה במיומנויות החברתיות-תפקודיות ויכולת העצמאות הופכים מקצתם לחולים כרוניים, עבורם החופש בקהילה עשוי להיות לרועץ.

לאור הכרה במרכזותם של בתי-החולים גם בעידן הרפורמה יתמקדו תפקידיהם בעיקר בהיבטים הבאים:

1. טיפול בחולים פעילים חדשים, חולים חוזרים, חולים סוערים וחולים עקשנים עמידים טיפול.
2. טיפול בחולים, המסכנים את עצמם או את הציבור וזקוקים למסגרת סגורה.
3. טיפול בחולים, שאינם משתפים פעולה בטיפול.
4. טיפול בחולים ממושכים הזקוקים למאמץ שיקומי ממושך עשרים וארבע שעות ביממה.
5. טיפול בחולים ממושכים עם הידרדרות תפקודית קשה, הזקוקים לתמיכה מקיפה.
6. מתן גיבוי ומענה לצרכים של המשפחות ושל שירותי בריאות ורווחה באזור כולו.

במקביל לגיבוש מעמדם של בתי-החולים יש צורך להמשיך ולפתח את השירותים הקהילתיים. חשוב, למנוע את הכפילות הבזבזנית, הקיימת ברפואה הכללית בין מכוני בתי-החולים והשירותים האמבולטוריים ולבנות מערך ארגוני לכלל השירותים באזור

תוך שמירה על מדיניות אחידה, על שיתוף פעולה ועל רצף טיפולי. חוק הבריאות הממלכתי קבע, שיש לבצע חלוקה לאזורי טיפול ואולם עד כה לא נפלה החלטה, מהו השינוי הארגוני הנדרש לחלוקה כזו. דחיית ההחלטה נובעת מהרעיון, שיש לחשוף את השירותים לתחרות חופשית ולכוחות השוק, כצעד לשיפור השירות שהם מגישים לצרכן, אך אין זה ברור כלל שההפרטה הינה תרופה יעילה ברפואה לא כל שכן בבריאות הנפש. החולים הפסיכיאטריים אינם עונים לקריטריונים של כוחות שוק, הדבר אמור במיוחד לגבי חולים קשים, הממאנים לשתף פעולה בטיפול והם חסרי יזמה ונעדרי מוטיבציה.

לא זה המקום להרחיב את הדיבר על ההיבט הכלכלי של הרפורמה. אבל חשוב להדגיש כי גם כיום ממשיכה הממשלה להיות אחראית לפיתוח שירותים ותשתיות חדשות. בתקופה, בה השיקולים הכלכליים תופסים מקום חשוב יותר ויותר, יש להזהיר מפני הסכנה ששירותי בריאות הנפש יצומצמו על-פי קריטריונים כלכליים כפי שקרה בארצות אחרות. לצמצום זה שלוש סכנות עיקריות.

1. תשתיות — קיצוץ בתקציב הממשלה בתחום הבריאות עלול לפגוע קודם כל בשירותי בריאות הנפש.
2. שירותים — צמצום המשאבים ינציח את המחסור, הקיים בשירותי בריאות הנפש.
3. משאבים — הצמצום יפגע בהתאמת היקף השירותים לצורכי המטופלים.

---

## מסקנות

---

השאלה כיום כבר איננה שאלה אידיאולוגית, מיסוד או אל-מיסוד? עקרונות הטיפול הקהילתי בתחום בריאות הנפש הפכו מזמן לנכסי צאן ברזל. קיימת גם התפקדות מהרעיון, שניתן לפתח שירותים קהילתיים על חשבון צמצום בתי-החולים והמערך האשפוזי. מקומו של בית-החולים ברור ומוגדר, הוכח, כי רפורמה קהילתית איננה מביאה לחיסכון תקציבי, ולא ניתן לחסוך עלויות על-ידי צמצום מספר מיטות האשפוז והפניית המשאבים לפיתוח שירותים קהילתיים. כיום ברור, שרפורמה מחייבת הקצאת משאבים, הן לפיתוח שירותי קהילה והן לשדרוג (upgrading) השירות בבריאות החולים. השאלה שנותרה היום היא שאלה פוליטית — האם לחולי הנפש, אוכלוסיית מצוקה ללא גיבוי ציבורי מספיק, תהיה עוצמה להשפיע על מקבלי ההחלטות להקצות לשירותי בריאות הנפש את המשאבים הדרושים. כפי שנראה היום קופות החולים והאוצר אינם מעודדים צעד כזה. מכאן, שהנטל נופל

על אנשי המקצוע שחייבים לעזור לחולי הנפש. להציע רפורמה בתחום הארגוני, ולנסח עקרונות שעל-פיהם יש להקים שירותי בריאות נפש אזוריים וכוללניים.

כיצד יראה הארגון של שירותי בריאות נפש אזוריים כוללניים?  
ציבור המטפלים חייבים להסכים בראש וראשונה, על העקרונות שיעמדו בעתיד בכסיס היישום של הרפורמה הנדרשת.

העקרונות לרפורמה מקיפה בשירותי בריאות הנפש המוצעים להלן, יוכלו לקבל הסכמה מקצועית רחבה.

א. זכויות החולה – החולה חייב לקבל טיפול בסכיבה המאפשרת עצמאות מרבית ומטילה מגבלות מזעריות.

ב. תוצאות קליניות – השירות לחולה חייב להתבטא במניעה יעילה, טיפול פעיל ושיקומי ואיכות חיים.

ג. תוצאות חברתיות – הטיפול צריך להביא למעורבות חברתית ולתפקוד הולם בקהילה ובמשפחה.

ד. התאמת מסגרות – הטיפול צריך להיות מותאם לצורכי החולה ולא לאידיאולוגיה. על בסיס עקרונות אלו ועל בסיס הממצאים המחקריים, שתוארו לעיל, ניתן לשרטט קווים מנחים ועקרונות לארגון שירותי בריאות נפש אזורים כוללניים. יש להפקיד בידי שירותים אלו את הסמכות, האחריות והמשאבים הנדרשים לביצוע הרפורמה בהתאם לצורכי האזור. יהיה בכך משום מעבר מדיכוטומיה של אשפוז מול קהילה, לשירות כוללני אינטגרטיבי, שעקרונותיו מוצעים להלן:

1. יש לספק לחולים רצף טיפולי, ובו מגוון שירותים המותאמים לצרכיהם והכוללים שירותי אשפוז (בתי-חולים) ושירותים קהילתיים. בעת ובעונה אחת בית-החולים משמש לחולים הזקוקים ל"מסגרת" לגיטימית, המעניקה טיפול, תמיכה, הגנה ולעתים אף שחרור זמני או ממושך מהלחצים במשפחה ובקהילה. בית-החולים נותן גיבוי לאשפוזים קצרים פעילים ולאשפוזים שיקומיים ממושכים. זהו תפקיד חשוב מאוד, שאין לו תחליף קהילתי. במקביל לבית-החולים צריכים לפעול השירותים הקהילתיים. תפקודם התקין של שירותים אלו מותנה לא רק בכמותם, אלא גם בגיוונם ובקיום רצף ביניהם. חשוב להתמקד במגוון שירותי השיקום, הדירור והתעסוקה המאפשרים את השתלבות החולים בקהילה.

2. יש צורך, להתאים את רמת השיקום להערכה הקלינית, המשקפת את יכולתו ואת מגבלותיו של החולה, ולא לאידיאולוגיה קיימת. חולה יכול לשרוד בקהילה רק כאשר מוצעת לו מערכת מובנית ובה מגוון רחב וכוללני של שירותים אינטנסיביים המלווים בנייהול טיפול ובצוות קהילתי. ללא תנאים אלו הופך תהליך האל-מיסוד למיסוד קהילתי שבו מתפתחת התופעה של דיירי רחוב. זהו מעבר ממוסד ריכוזי גרוע למוסדות מפוזרים רעים, הכוללים בתי אבות והוסטלים דלי צוות, שהם "ממסדיים" יותר מבתי-החולים.

3. יש צורך להקים מערכת ארגונית אינטגרטיבית משולבת של כל שירותי בריאות הנפש באזור. רצוי שמערכת כזו תפעל במרכז כוללני לבריאות נפש, המאפשר אינטגרציה בין כל השירותים הקליניים. ארגון אזורי יאפשר את העמקת שיתוף הפעולה בין המרכז לבין הרשויות המקומיות ושירותי חברה ורווחה, שיקום תעסוקה ודיוור. שיתוף פעולה זה יאפשר הערכות לקליטת החולים ללא סטיגמה וימנע תופעות, כמו חוסר רצף, כפילות ובחירה מפלה.
  4. יש צורך להקים מערכת להכשרת הצוותים המקצועיים שתקנה להם ערכים בסיסיים המדגישים את זכות החולה, לעצמאות ולכבוד. כמו כן תדאג המערכת לאיכות החיים של החולים, לפיתוח טכנולוגיות רפואיות מתקדמות ויעילות העוזרות לעצמאות ולאיוון תרופתי תוך התבססות על קשר טיפולי שוויוני.
  5. יש צורך להקצות משאבים כלכליים הולמים למימוש הרפורמה. ההשקעות נחוצות במיוחד במקומות שבהם השירות מצומצם או בלתי נגיש.
  6. יש צורך בליווי מחקרי לבחינת השתקפות השינויים שהוצעו לעיל באינדקטורים הבאים: המהלך הקליני, איכות החיים, האוטונומיה ושביעות הרצון, העומס המשפחתי, בטיחות חברתית ועלות-תועלת.
- מימוש עקרונות אלו עשוי לקדם בצורה משמעותית את האיכות הרמה וההיקף של שירותי בריאות הנפש בישראל.

## מקורות

- אבירם, א. ושניט ד. (1981). טיפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט: אשפוז כפוי של חולי נפש בישראל, תל-אביב.
- אליצור, י. (1994). בריאות נפש קהילתית בישראל – אנטומיה של כישלון. חברה ורווחה יד: 127-103.
- גינת, י. (1992). ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם. הרפואה 123 (7-8), 268-264.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות – דין וחשבון ירושלים, 1990 (ועדת נתניהו).
- טרימן, נ. ולף ג. (1993). חלק א: יעדים מבנה ואמצעי מחקר. הרפואה, 125 46-51.
- טרימן, נ. ולף ל. (1993). חלק ב: ממצאי ביניים. הרפואה, 125 100-125.
- לרנר, י. ופופר, מ. (1993). מגמות האשפוז הפסיכיאטרי בשנים 1986-1990 ותחזית עד 1995. הרפואה, 125 (4-5), 79-75.
- משרד הבריאות. מוסדות האשפוז ויחידות לטיפול יום בישראל, נתונים סטטיסטיים על תנועת החולים לפי מוסדות ולפי מחלקות. ירושלים (שנים שונות).

- מרק מ., פלדמן, ד. ורבינוביץ י. (1995). מדו"ח נתגיהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי – יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. חברה ורווחה טז(2), 185–197.
- נימן, מ. (1992). חולי הנפש הכרוניים: האם מהווה השיקום בקהילה תחליף מלא לאשפוז פסיכיאטרי ממושך? הרפואה 122 (2), 89–93.
- שפיר, ג. (1995). יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון, איום, סיכוי. שיחות 9 (2), 151–158.
- Alexander F.G., Selesnick S.T.: (1966). *The History of Pshchiatry*. Harper, & Row, New York.
- Bachrach L.L. (1977). *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*. Rockville Md. National Institute of Mental Health, Division of Biometry and Epidemiology.
- Bachrach L.L. (1978). A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 29, 573–578.
- Bachrach L.L. (1993). The Biopsychosocial Legacy of deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 44(6), 523–546.
- Bellak L., & Barten Ed. (1969). *Progress in Community Mental Health*, Grune and Stratton, New York.
- Braun P., Kochansky G., Shapiro R., Greenberg S., Gudeman J.E. Johnson S., & Shore M.F. (1981). "Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patient, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry* 138(5), 736–749.
- Coates D.B., Kendall L.M., & Maccurdy E.A. (1976). Evaluating hospital and home treatment for psychiatric patients. *Canada's Mental Health* 24, 28–32.
- Geller J.L., Fisher W.H., Wirth-Cauchon J.L., & Simon L.J. (1990). Second-generation deinstitutionalization I: The impact of Brewster v. Kukakis on state hospital case mix. II: The impact of Brewster v. Dukakis on correlates of community and hospital utilization. *American Journal of Psychiatry* 147(8), 982–993.
- Geller J.L. (1991). "Any place but the state hospital". *Hospital & Community Psychiatry* 42(2), 145–152.
- Grob G.N. (1991). *From Asylum to community: Mental Health Policy in modern America*. Princeton University Press. Princeton.
- Fenton F.R., Tessler L., & L. Struening E.L. (1979). Home versus hospital care. *Archives of General Psychiatry* 36, 1073–1079.
- Hoult J. Rosen, & A. Reynolds I. (1984). Community oriented treatment compared to psychiatric hospital oriented treatment. *Social Science and Medicine* 18, 1005–1010.
- Lawrence R.E., Copas J.B., & Cooper P.W. (1991). Community care: Dose it reduce the need for psychiatric beds. *British Journal of Psychiatry* 159, 334–340.
- Lamb R. (1993). Lessons learned from Deinstitutionalization in U.S. *British Journal of Psychiatry* 162, 587–592.
- Leff J. ed. (1993). The TAPS project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry* 162, Supp. 19.
- Okin R.L. (1983). The future of state hospital: should there be one. *American Journal of Psychiatry* 140(5), 577–581.
- Okin R.L. (1995). Testing the limits of deinstitutionalization, *Psychiatric Services* 46(6), 569–574.

- Polak P.R., Kirby & M.W. (1976). A model to replace psychiatric hospital. *Journal of Nervous and Mental disease* 162, 13-22.
- Solomon H.C. (1958). The American Psychiatric Association in relation to American Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 115, 1-9.
- Stein L.I., & Test M.A. (1980). Alternatives to mental hospital treatment. *Archives of general psychiatry* 37, 392-405.
- Talbott J.A., & Sharfstein S.S. (1986). A proposal for future funding of chronic and episodic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 37, 1126-1130.
- Uffing H.T., Ceha M.M., & Saenger G.H. (1992). The development of de-institutionalization in Europe. *Psychiatric Quarterly* 63(3), 265-277.