

טיפול פסיכיאטרי אסרטיבי בקהילה (Assertive Community Treatment) לשיפור תוצאות ויעילות בטיפול במצבי נפש קשים - צורך אמיתי עם יעילות כלכלית

דוד ישראלי¹
ישראל שטראוס²

¹המערך הפסיכיאטרי, בית החולים קפלן, מסונף לאוניברסיטה העברית, ירושלים
²מרכז בריאות הנפש באר יעקב, נס ציונה (לקהילה) מסונף לפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

נתון, הקשר עם הצוות, והיענות לטיפול בתרופות [10,9]. שיפור הקשר בין המטופל וקרוביו לצוות, הוא מפתח לאפשרות הצלחה טיפולית גדולה יותר גם במונחי תוצאת טיפול, זמן טיפול ואיכות חיים.

הרכב צוות ACT

הצוות מורכב מפסיכיאטר, פסיכולוג/עובד סוציאלי ואחות. העבודה הינה עבודת צוות, כאשר הצוות יקרא למקרים הבאים:

- מטופל המצוי במעקב במירפאה אשר החמיץ את ביקוריו האחרונים, ויש לו אנמנזה עם החמרות הכוללות מסוכנות עבורו או משהו אחר.
- מטופלים "שמפספסים" ביקורים נשנים ויש להם אנמנזה של אשפוזים תכופים בדלת מסתובבת - אשפוז נשנה תוך פחות משישה חודשים. זהו מספר המטופלים הגדול ביותר, ולהערכתנו מבוצעים למעלה מ-3,000 אשפוזים כאלה בשנה.
- מטופל ידוע למירפאה, שעליו יש דיווח ממשפחתו, רופא המשפחה או הרווחה על החמרה במצבו ושסירב ליצור קשר עם המירפאה.
- מטופלים שקיבלו הוראת בדיקה דרך הפסיכיאטר המחוזי ומוכרים למירפאה.
- מטופל שלאחר אשפוזו לא משך את תרופותיו מקופת החולים ולכן מצבו עלול להחמיר בתקופה הסמוכה לכך.
- ברצוננו להכניס מערכת כזו לשימוש בישראל תוך תשומת לב לאפקטיביות וחזוק הקשר הטיפולי מחד גיסא, וניתוח עלות תועלת מאידך גיסא. בעידן הרפורמה המגיע שהחלה מיולי 2015, תחשיבים של עלות תועלת יידרו מכיוונים שונים, קופות החולים מחד גיסא, והנהלות בתי החולים ומשרד הבריאות מאידך גיסא. להערכתנו, התערבות

טיפול אסרטיבי בקהילה (Assertive Community Treatment – ACT) הוא צורת טיפול המהדקת את הקשר הטיפולי בין שירותי הבריאות הנפש למטופל, אשר מאפשרת לקדם את מצבו הנפשי והשיקומי של המטופל. הפעלתו מחייבת צוותים ייעודיים לכך ועל פניו הכנסת שינוי לשירות האמבולטורי. במאמר זה, מדווח על הפעלת המודל בישראל יחד עם ביצוע ניתוח כלכלי שמראה, מעבר ליכולת של ACT להצליח בהיבט הטיפולי, פוטנציאל של יעילות כלכלית למודל בעידן הרפורמה בבריאות הנפש. יתרה מכך, אנו מראים במאמר זה, כי בניתוח עלות-תועלת, ACT היא גישה טיפולית שלטת שיש לשקול לאמץ, משמע שיש כאן רווח באיכות טיפול (QALY's) לצד חיסכון כספי (Cost saving).

הקדמה

יש גם אפשרות לשלב תפקידים בצורה דומה לדגם הנהוג בפינלנד של דיאלוג פתוח [3], עם הצלחות טיפוליות משמעותיות במסגרת שיקום לאחר משברים נפשיים.

המטרות העיקריות של ACT הן:

- יצירת קשר טוב, כולל דיאלוג פתוח יותר, בין גורמים מטופלים לשירותים הפסיכיאטריים [4].
- הפחתת שיעור האשפוזים, כולל אשפוזים כפויים, וההוצאות על אשפוזים [5].
- שיפור תוצאים בעיקר במדדי איכות חיים [6].
- שיעור האשפוז במחלקות פסיכיאטריות חדות (אקוטיות) בישראל עולה על 100%, כך שכל התערבות העשויה לחסוך ימי אשפוז עבור מטופלים, היא בעלת פוטנציאל לטיפול מיטבי יותר עבור מטופלים המאושפזים במחלקות הקיימות, בשל אפשרות להקטנת עומס. נקודת מפתח במודל זה היא ש-ACT מהווה עבודת צוות [7], כאשר צוות מולטידיסציפלינרי המורכב מפסיכיאטרים, אחיות ועובדות סוציאליות, אחראי על מספר מוגדר של מטופלים [8]. צוות ACT מגיע פיזית לאותם מטופלים שחלקם עם שיתוף פעולה חלקי, ושם דגש על מצב נפשי

קיימים לא מעט דיווחים בפסיכיאטריה על כך שהמרחק הפיזי והרגשי בין מטופלים למטופלים גורם למצבים קשים יותר בקרב אותם חולים, עד לאשפוזים בכפייה ו/או אשפוזים תכופים ונשנים. אשפוזים אלה יכולים לפעול כמעגל קסמים להמשך קיום והעמקה של המרחק הפיזי והרגשי בין מטופלים למטופלים, ויכולים להביא לתוצאי בריאות נמוכים יותר בחולים, לתחושות חוסר סיפוק מקצועי ולירידה בהניעה (מוטיבציה) בקרב מטופלים. כל אלה קוראים לחיזוק הקשר הטיפולי והזמינות בין המערכת הפסיכיאטרית למטופלים על ידי פיתוח טיפול מונגש יותר בקהילה.

טיפול פסיכיאטרי אסרטיבי בקהילה (Assertive Community Treatment – ACT) התפתח בתחילת שנות השבעים כדי לטפל באנשים עם הפרעות נפש קשות בקהילה [2]. ACT הגיע כתגובה לסגירה של בתי חולים פסיכיאטריים, והוא למעשה עבודת צוות הבאה לשמור על קשר בין השירות הפסיכיאטרי למטופלים. בתחילה נחשב ACT לתחליף לאשפוז פסיכיאטרי מלא, ובהמשך הוצע כזרוע עוזרת לבריאות המטופלים גם במצבים חדידים (Sub acute) [1,2]. ACT

מילות מפתח:
טיפול אסרטיבי בקהילה; יחס עלות-תועלת.

Key words:
: ACT; QALY; ICER; Cost saving; Fee for service.

סבלה 1:

הערכת הוצאות למירפאה לבריאות הנפש לצורך ממון צוות ACT

פסיכיאטר בחצי משרה	10,000 שח לחודש
עובד סוציאלי/פסיכולוג בחצי משרה	5,000 שח לחודש
אחות בחצי משרה	5,000 שח לחודש
הוצאות נסיעה	3,000 שח לחודש
הוצאות על רכב ליסינג*	2,500 שח לחודש
פלפון ייעודי	200 שח לחודש
איש ביטחון מלווה	4,000 שח לחודש
הוצאות על תרופות	3,000 שח לחודש
סך הוצאות	32,700 שח

* ההנחה שירכש רכב ייעודי בעלות 300,000 שח שיוכל לשרת את המירפאה כעשור. להערכתנו, יש צורך בערך 15 קבוצות ACT לשם פריסה ארצית סבירה.

לעומת מרכז שלא אימץ את השיטה. הסולמות שאנו מציעים למעקב סגוליים (ספציפיים) לפסיכיאטריה ולא סגוליים. אנו מציעים את GAF או CGI כסולמות סגוליים לפסיכיאטריה למעקב אחר מטופלים. לצד סולם זה אנו מציעים סולם לא סגולי כמו SF36, או HUI3 הנהוגים בשימוש כדי להמירם להערכת QALY. יש לבדוק סולמות אלה ביציאה מאשפוז ופעמיים במשך השנה במסגרת המעקב במירפאה או קבוצת ACT. השימוש בסולמות איכות מתוקננים מאפשר חישוב הערכה כלכלית.

הערכתנו היא, כי ניתן למנוע עד 50% מהאשפוזים הנשנים, ונתון זה יכול לשפר את התוצאים של המטופלים מבחינת תפקוד, שביעות רצון ואיכות חיים. כל אשפוז נוסף הוא מתכונת להחמרה בפרמטרים אלו, כך שאנו צופים לשינוי חיובי בכמות ה-QALY's הטוטלית עם ההתערבות. שני הפרמטרים המשפיעים ביותר על השינוי החיובי ב-QALY הם מספר המשתקמים שיגדל (אנשים שנמצאים במסגרת שיקום ולא במסגרת אשפוז) ואיכות השיקום. כפי שהראינו, מבחינת עלות יש חיסכון משמעותי כספי עד לשני מיליון ש"ח לקבוצת ACT. כאשר נחשב את ה-ICER, נקבל חסכון כספי לצד עלייה ב-QALY, כך שתוכנית טיפול זו שלטת ויש לאמצה.

סיכום הניתוח

ידוע בעולם על יעילות ACT להשגת תוצאי בריאות נפש טובים יותר. בעבודתנו הנוכחית, הראינו את הדרכים להערכת השיטה ברמת עלות והתוצאים לטיפול לצוות בודד ולפריסה ארצית. ערכנו במאמר זה ניתוח (אנליזה) ייחודי לישראל סביב הרפורמה לבריאות הנפש.

להערכה של כ-3,400 אשפוזים בשנה. עלות יום אשפוז חד (Acute) היא כ-800 ש"ח, ואילו אשפוז ממוצע נמשך 30 ימים. הערכתנו היא, כי שיעור ההצלחה במניעת אשפוזים עשוי להגיע עד ל-50%. מנתונים אלה, החיסכון המרבי לקופות עבור ימי אשפוז עשוי להיות $3400 * 30 * 0.5 = 40,800,000$ ש"ח. החיסכון נטו לקופות בשנה = חיסכון בתשלום ימי אשפוז - תשלום למרפאות עבור השירותים $40,800,000 - 10,800,000 = 30,000,000$ דהיינו חיסכון של כ-30 מיליון ש"ח בשנה. בחלוקה ל-15 נקבל את החיסכון המוערך לקבוצת ACT בודדת של כשני מיליון ש"ח בשנה.

ניתוח רגישות: הפרמטר המשמעותי ביותר להערכה מבחינתנו הוא שיעור ההצלחה במניעת אשפוזים נשנים. כדי לחשבו נפתור המשוואה $10,800 = 30 * 3400 * x$. פתרון המשוואה נותן ערך של 13.2%. מכאן שעד שיעור מניעת אשפוזים נשנים של 13.2% בשנה, מימון השירות עבור הקופות כדאי כלכלית (Cost saving), ומתחת לערך זה, הטיפול על פי ניתוח עלות-תועלת מוטל בספק כאשר יש עלות כספית חיובית (הוצאה כספית גדולה יותר) ושינוי אפקטיביות (QALY) חיוביים, בשל הצלחת הטיפול במניעת אשפוזים נשנים.

החיסכון החברתי הוא אף גדול ביותר אם מביאים בחשבון קבוצת מטופלים שיוצאת ממעגל האשפוזים וחוזרת לתפקוד טוב יותר, כולל חזרה חלקית לשוק העבודה. אלו הם רווחים בלתי ישירים של ההתערבות הזו יחסית למצב הקיים.

הערכת עלות-תועלת

קביעת עלות-תועלת חשובה להערכת טיפולים שונים ודירוגם. מקובל לחשב מדד שנקרא ICER (Incremental Cost Effective Ratio). המדד הוא מנה בין שינוי בעלות ביחס לטיפול מסוים לשינוי ב-QALY (Adjusted Life Years), שהוא תוצא בריאות המתקן תוספת או אובדן שנות חיים כתוצאה מתוכנית הטיפול הרפואית. מקובל כי תוכנית טיפול שתחסוך כסף ותגדיל QALY היא השלטת ויש לאמצה, ולעומתה יש לדחות תוכנית טיפול שתעלה יותר כסף אך תפחית QALY. ביניהם קיימות תוכניות שיכולות להעלות את התשלום וגם לעלות QALY, או להפחית את התשלום וגם להפחית QALY הדרושות החלטה על בסיס אחר של כדאיות כלכלית או רפואית. פירוט כל האפשרויות הללו מובא בטבלה 1.

אנו מציעים, כי הערכת הטיפול תתבצע לאורך שנה בין מרכז שאימץ את השיטה

כזו, כאשר צוות מגיע עם רכב לבית המטופל ומונע או מקטין אפשרות אשפוז, תוך יצירת קשר טיפולי שיכול להיות טוב יותר, אינה רק יעילה יותר מבחינת תוצאי בריאות, אלא היא חסכונית (Cost saving) ולכן יש לאמצה.

הערכת הכנסה למירפאות לבריאות הנפש

הניתוח מתייחס לתשלומי קופת החולים אחרי הרפורמה. הניתוח כאן נעשה על פי תשלום רטרוספקטיבי עבור כל שירות Fee for service, למרות שייכתן ואינטרס הקופות יהיה לבצע ניתוח עלויות פרוספקטיבי ובכך להעביר חלק מהאחריות על המימון לנותני השירות. בראייה זו, חשובה גם מתכונת מנוי לשירות שיכול להתאים לשני הצדדים, היות שקבוצת ACT תהיה אחראית על אזור מסוים שיכולים להיות בו עד מספר מוגדר של מנויים.

להערכתנו, תמחור עלות ביקור של צוות כזה הוא 1,500-2,000 ש"ח כשגם זה נתון לדיון. בביקור כזה מובאים בחשבון גם ביקורים נשנים (חוזרים) מידי שבוע ללא תשלום נוסף. ההערכה היא שקיימים 10-20 מטופלים חדשים בשבוע למירפאה עם הכנסה מינימאלית של 60,000 ש"ח לחודש למירפאה עבור צוות ACT. ההוצאות החודשיות יכולות להיות מכוסות כבר לאחר קצת יותר משבועיים. במונחים של נותני השירות במירפאה, זהו טיפול יעיל, עם שינוי חיובי באיכות חיים עם הכנסה חיובית.

הערכת חיסכון לקופות החולים ביישום תוכנית ACT

בפועל, ניתן לערוך תוכנית ניסוי (פיילוט) על קבוצת ACT בודדת ולמדוד את החיסכון המוערך על ידינו בסביבות שני מיליון ש"ח ל-480 ביקורים בשנה, זאת לעומת מירפאה אזורית שלא תאמץ את השיטה.

תחשיב לחישוב ארצי: בהתחשב בכך שבפריסה ארצית של 15 קבוצות, עם 7,200 ביקורי חולים, ההוצאה של הקופות עבור שירות זה תעמוד על 10,800,000 ש"ח.

ההערכה היא, כי 30% מהמטופלים המתקבלים מידי שנה לאשפוז פסיכיאטרי חוזרים לאשפוז תוך פחות משישה חודשים. בישראל כ-1,000 מיטות לחולים במצב חד, עם הערכה של קבלה אחת חדשה ליום למחלקה של 35 מטופלים. חישוב זה מניב הערכה של כ-3,100 אשפוזים של דלת מסתובבת לשנה. שאר החולים שדווח עליהם מהווים כ-10% נוספים, שאינם מוכללים בקטגוריה. הנתונים הללו מביאים אותנו

טבלה 2:
שינוי בעלויות בין טיפולים

עלות שולית - שנוי בעלויות בין טיפולים

שנוי ביעילות - שנוי QALY ^ב	יעילות גבוהה	אמץ הטיפול - כאן נמצא ACT	עלות זהה	גידול בעלויות
יעילות דומה	אמץ הטיפול	לשיקול כלכלי/בריאותי	דחה הטיפול	דחה הטיפול
יעילות נמוכה	לשיקול כלכלי/בריאותי	דחה הטיפול		

מנקודת ספקי שירות בריאות הנפש (מרכזי בריאות הנפש), זהו שירות בריאות טוב יותר עם אפיק רווחי. בנוסף, ייתכן שהפעלת שירות זה אף יכולה לשר מדי הניעה (מוטיבציה) בקרב מטפלים – נתון המצריך בדיקה.

מנקודת ראות קופות החולים בניתוח עלות-תועלת, הטכנולוגיה שלטת. הפעלת ACT מניבה תוצאי בריאות טובים יותר

(יותר QALY'S) והיא Cost saving. מבחינה חברתית התועלת אף גדולה יותר, כאשר חלק מהמטופלים חוזרים למעגל התעסוקה – עובדה היכולה לסייע גם בהקטנת הסטיגמה החברתית. כל הנתונים הללו מצביעים על הכדאיות שבאימוץ רעיון זה בהשקעה ראשונית לתשתית קבוצות ACT, עם תוצאות מבטיחות בהמשך. ●

מחבר מכותב: דוד ישראלי
הנהלת המערך הפסיכיאטרי
בית החולים קפלן, רחובות
טלפון: 08-9441670
פקס: 08-9441922
דוא"ל: david.israeli4@gmail.com

*דוד ישראלי הוא מנהל המערך הפסיכיאטרי.

ביבליוגרפיה

1. Thompson KS, Grifty EEH & Leaf PJ, A historical review of the Madison Model of community care. Hospital and Community Psychiatry, 1990;41:625-34.
2. Marshall M & Lockwood A, Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev, 2000;2:CD001089.
3. Ulland D, Andersen AJ, Larsen IB & Seikkula J, Generating dialogical practices in mental health: experiences from southern norway, 1998-2008. Adm Policy Ment Health, 2014;41:410-9.
4. Thornicroft G, The concept of case management for long term mental illness. International Review of Psychiatry, 1991;3:125-32 ;
5. Rossler W, Lofer W, Fatkenheuer B & Reicher-Rossler A, Does case management reduce the rehospitalization rate? Acta Psychiatrica Scandinavica, 1992;86:445-9.
6. Holloway F & Carson J, Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. British Journal of Psychiatry, 1998;172:19-22.
7. Burns T & Raftery J, Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. Schizophrenia Bulletin, 1991;17:407-10 ;
8. Olfson M, Assertive Community Treatment: an evaluation of the experimental evidence. Hospital and Community Psychiatry, 1990;41:634-41.
9. Salyers MP & Tsemberis S, ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. Community Ment Health J, 2007;43:619-41. Epub 2007 May 21.
10. Stein LI & Test MA, Alternative to mental hospital treatment. I: Conceptual model, treatment programme, and clinical evaluation. Archives of General Psychiatry, 1980;39:2: 37-7.