

מודל טיפול בהכוונה עצמית להחלמה בבריאות הנפש

Cook, J., Russell, C., Grey, D.D., & Jonikas, J.A. (2008). A self-directed care model for mental health recovery. *Psychiatric Services*, 59(6), 600-602.

מאת: ג'ודית קוק, קרולין ראסל, דניס ד. גריי וג'וניקאס א. ג'וניקאס (2008).

תרגום: איילה פרידלנדר - כץ

תקציר

תכניות לטיפול בהכוונה עצמית (Self-directed care programs) נותנות למשתתפיהן שליטה על מימון ציבורי לרכישת שירותים ותמיכות להחלמתם. נתונים של 106 אנשים הראו כי בהשוואה לשנה הקודמת להשתתפותם בתכנית, בשנה שלאחר הצטרפותם הם שהו זמן קצר יותר באופן משמעותי באשפוז פסיכיאטרי ובמסגרות לטיפול בעבריינות והראו תפקוד טוב יותר באופן מובהק. מתוך כ-\$58,000 בהוצאות ישירות על ידי משתתפי התכנית במשך 19 חודשים, 47% שולמו עבור שירותים פסיכיאטריים מסורתיים, 13% מההוצאות עבור תחליפים לשירותים מסורתיים (Service substitutions), 29% עבור מוצרים מוחשיים (Tangible goods), 8% עבור טיפול רפואי ללא כיסוי ו-3% על הוצאות נסיעה. ממצאים חיוביים ראשוניים של תכנית ניסיונית זו תומכת בצורך לבצע בדיקה חוזרת (Replication) והערכה במקומות נוספים.

מודלים של הגדרה עצמית (Self determination) שבהם "הכסף הולך בעקבות האדם" ("Money follows the person") מושכים תשומת לב גוברת בתחום של מימון שירותי בריאות. אחת הגישות הנקראת טיפול בהכוונה עצמית, או טיפול בהכוונת הצרכן, נותנת לאנשים עם מוגבלויות שליטה ישירה על הוצאות כספיות עבור שירותים ונעשה בה שימוש במרכזים לשירותים רפואיים בארה"ב, במסגרת תכנית המכונה: "Cash & Counseling demonstrational program" (להלן: תכנית למימון אישי). השימוש במודל זה עם אנשים עם מחלות נפש הוא נדיר. הניתוח המובא במאמר זה מתאר תכנית כזו בפלורידה, ארה"ב (Florida self-directed care, להלן: התכנית של פלורידה), מוצג המבנה, התפעול והערכה ראשונית של תוצאות התכנית.

בשנת 1997 החלו תכניות למימון אישי לאפשר לאנשים עם מוגבלויות, לקשישים ולילדים עם צרכים מיוחדים קבלת קצובה כספית ישירה, על מנת לשכור מטפלים לסיוע אישי ושירותי בית נוספים, לרכישת מכשירי עזר ביתיים, להתאמת בתים ורכבים לפי צרכים אישיים ולכיסוי הוצאות משניות. הערכה אקראית של תכניות במימון אישי בשלוש מדינות (ארקנסו, ניו-ג'רזי ופלורידה) העלתה כי בהשוואה למשתתפים בשירותים מסורתיים במימון רגיל, תשעה חודשים לאחר כניסתם לתכנית, המשתתפים בתכנית למימון אישי הראו שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול שקיבלו, היו להם פחות צרכים בלתי מסופקים (Unmet needs) והראו תוצאות בריאותיות זהות או טובות יותר. תוצאות אלה היוו אישור למחקרים מוקדמים יותר אשר הראו כי טיפול בהכוונת הצרכן משפר את שביעות הרצון מהחיים, מפחית בעיות בלתי מטופלות, ומשפר את האיכות הטכנית של הטיפול.

לאחרונה, בתגובה להחלטת בית משפט בארה"ב שאישרה את זכותם של אנשים לחיות בקהילה ולא במוסדות, ייסדו מרכזים לשירותים רפואיים יוזמה נוספת למימון עצמאי. תכנית זו, מספקת קצובות כספיות לקשישים ולאנשים עם מוגבלויות (הפגיעים לתהליכי מיסוד), לרכישת שירותים המאפשרים להם להישאר בקהילה. לקביעת בית המשפט בדבר אחריות המדינה להבטיח את זכותם של אזרחיה להתגורר בקהילה, השלכות על 1.2 מיליון אנשים עם מחלות נפש חמורות ומתמשכות הנמצאים בסיכון לתהליכי מיסוד (באשפוזים ממושכים וחוזרים). החלטת בית המשפט ויוזמת המימון העצמאי היוו תמריץ ליישם את התכנית לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטריות. יתירה מכך, המלצות המדיניות בדו"ח הועדה מטעם נשיא ארה"ב משנת 2003 (President's New Freedom Commission) קוראות במפורש ליישום שירותים ותמיכות בהכוונה עצמית לאנשים עם מחלות נפש.

יצירת התכנית והמימון

התכנית של פלורידה מעוגנת בחקיקה, שלוותה על ידי שדולת צרכנים ובני משפחה. מימון שנתי על סך \$470,000 לצורכי אדמיניסטרציה הוקצו מתוך תקציב שירותי בריאות הנפש. מימון לרכישת השירותים הגיע מתקציב שירותי בריאות הנפש הקהילתיים במחוז. הסדרי הרכישה הוסדרו עם אוניברסיטת פלורידה כגורם כספי מתווך וכארגון המספק שרות אדמיניסטרטיבי.

מבנה וניהול כספי בתכנית

קריטריונים של זכאות להשתתף בתכנית כללו אבחנה על ציר I או ציר II ב-DSM, גיל 18 ומעלה, כשירות משפטית, זכאות בהווה או בעבר לקצבת נכות, ומגורי קבע במחוז. המשתתפים חולקו לקבוצת בעלי ביטוח רפואי וקבוצת חסרי ביטוח רפואי. מימון שנתי נקבע על סמך עלות ממוצעת לנפש בשירותים קהילתיים רגילים בשנה החולפת, על מנת להבטיח ניטרליות של העלויות. הוצאו מתחשיבים אלו ערכם של שירותי אשפוז ורפואת חירום, על מנת להבטיח המשך זמינות של שירותים אלו למשתתפים. הסכומים שהוקצו במהלך שנת 2003 התבססו על עלות ממוצעת של שירותים בשנת 2002. למשתתפים בעלי ביטוח רפואי הוקצו כ-\$1500 לשנה, ולמשתתפים חסרי ביטוח רפואי הוקצו כ-\$3000 לשנה. המשתתפים התבקשו להשאיר 48% מהתקציב שניתן להם עבור שירותים מסורתיים (כגון מעקב תרופתי ופסיכותרפיה), מתוך חשש שהתקציב יישחק בשל רכישת שירותים לא-מסורתיים (כמו תמיכת עמיתים) או שירותים חלופיים (כגון שומרי משקל) ולא יותר מימון לשירותים היותר סטנדרטיים. פרופורציה זו נקבעה על בסיס אחוז ממוצע של שירותי בריאות הנפש בקהילה מתוך כלל התשלומים שהוגשו לביטוח הרפואי על ידי מבוטחים במחוז. בנוסף, תקציביהם של שלושה משתתפים אמידים צומצמו על בסיס סולם הכנסה.

התכנית נבנתה דרך גיוס רשת של נותני שירותים, באמצעות הסכמה על הבנות הכוללות: מחויבות לעקרונות של החלמה והגדרה עצמית; תקרת הוצאות כספיות המוגדרת באופן יחסי לשיעורי הוצאות שנקבעו על ידי שירותי בריאות הנפש המחוזיים; ונגישות מהירה לשירותים. יועץ איכות בכיר נפגש עם כל אחד מהמשתתפים על מנת לאשר את תכנית ההחלמה של המשתתף ואת התקציב האישי. אותו איש צוות הפנה כל רכישה מתוכננת לאחד ממרכזי המימון של שירותי בריאות

הנפש בהתאם להגדרות של כל מרכז ולפעילות הממומנת. התכנית העסיקה בצוות צרכנים ואנשים שאינם צרכנים שהוגדרו כמאמני החלמה (Recovery coaches) שתפקידם להציע סיוע בזיהוי והבטחת מוצרים ושירותים נדרשים, כמתווכים.

הועדה המייעצת של התכנית פיתחה מדיניות רכישה, אשר פירטה מהם המוצרים והשירותים הניתנים לרכישה במסגרת התכנית ובאילו תנאים. אוניברסיטת פלורידה, כגורם המנהל את התיווך הכספי לתכנית, קיבלה ושילמה את כל תקציבי המשתתפים מהמדינה, ביצעה מעקב רבעוני אחר הוצאות ואיפסה את התקציב בתום שנת הכספים, בהתאם לדרישות התקציב הציבורי. האוניברסיטה גם ביצעה תיעוד ורישום של המידע עבור צוות נותני השירות בתכנית, בדיקת דו"חות כספיים, רישום המחאות (צ'קים) לספקי שירותים והעבירה תשלומי משכורות לצוות התכנית. האוניברסיטה הבטיחה כי הוצאות כספיות של המשתתפים אינן מדווחות כהכנסה לצורך זכאות להטבות וקצבאות. צוות האוניברסיטה עבד גם עם צרכנים מאמני החלמה, על מנת להבטיח שהכנסותיהם אינן מסכנות את זכאותם להטבות. מנהלי התכנית ציינו מספר יתרונות לפעילות האוניברסיטה בתיווך הכספים הציבוריים למשתתפים ולספקי השירות במסגרת התכנית: המעמד של האוניברסיטה כארגון ללא מטרת רווח; האמינות המיוחסת לגוף כמו אוניברסיטה; עלויות אדמיניסטרטיביות נמוכות עקב סטאטוס כלכלי וכוח קנייה של ארגון גדול; צוות התכנית התמקם בתוך האוניברסיטה, וכך הציע שירות של תיווך עצמאי, ללא ניגוד עניינים שעשוי להתקיים במיקום בתוך ארגונים המספקים שירותים או בתוך רשויות בריאות הנפש.

הערכת התכנית ותוצאות

הערכה שנתית של התכנית של פלורידה מתחייבת מהחקיקה המעגנת אותה. הערכה ראשונה בוצעה בשנת 2003 על ידי חוקרים ממכון מחקר באוניברסיטת דרום פלורידה. ההערכה לא מצאה הבדלים סטטיסטיים מובהקים בין המשתתפים בתכנית באותו זמן (N=41) לבין קבוצת ביקורת של 22,222 מבוגרים עם מחלות נפש ממושכות במחוז בנוגע למשתנים גיל, ג'נדר, מוצא אתני, דיאגנוזה עיקרית, רמת מיומנויות, מספר ימי עבודה, יחס בין בעלי ביטוח רפואי לחסרי ביטוח, וסוגי השירותים שבהם השתמשו. בוצעו 13 ראינות עם משתתפים, אשר חשבו רמה גבוהה של שביעות רצון מזמינות השירותים. לעומת זאת, 8 ראינות עם אנשים מקבוצת הביקורת (אנשים שהתעניינו בתכנית אך לא נרשמו אליה) דיווחו על חוסר שביעות רצון בשל חוסר יכולתם להשיג ולקבל שירותים נדרשים. בחינת רישומי השירות בתכנית מצביעה על קשר ברור בין מטרות עליהן הצהירו משתתפים במסגרת תכנית ההחלמה שלהם לבין המוצרים או השירותים שנרכשו על מנת להשיגן. משתתפים התייחסו בצורה חיובית יותר לעומת אנשים שאינם משתתפים, בנוגע למהירות השגת מטרה ובנוגע לשביעות רצון מקצב ההתקדמות שלהם. נתונים וממצאים ברמת הלקוח נאספו על ידי רשויות בריאות הנפש למעקב על ידי מעצבי מדיניות ומחוקקים, ונבחנו על ידי חוקרים באוניברסיטת אליוני בשיקגו, כחלק מהערכת השנה השנייה בתכנית. הערכה זו עשתה שימוש במערך מחקר של מבחן "לפני-אחרי" (Pre-post design) במעקב אחר 106 משתתפים בתכנית של פלורידה, במהלך 19 החודשים הראשונים להפעלתה (2002-2004). להלן נתונים על המשתתפים:

משך ההשתתפות בתכנית נע בין 3 לבין 19 חודשים (10 חודשים במוצע). 61% היו נשים, 62% ממוצא קווקזי, 32% אפרו-אמריקאים (ואחוזים בודדים ממוצא אחר). גיל המשתתפים נע בין 21-68 (גיל ממוצע 42), 91% רווקים/ת, גרושים/ות, פרודים/ות או אלמנים/ות ו-9% נשואים/ות. בכניסה לתכנית 74% מהמשתתפים חיו בקהילה, 16% חיו בדוור נתמך, 6% היו בבית חולים, 4% גרו בבית קבוצתי, ואדם אחד היה מחוסר דוור. 42% לא השלימו 12 שנות לימוד, 7% היו בעלי תואר ראשון. 44% היו עם אבחנה בספקטרום הסכיזופרניה, 24% היו עם אבחנה של דיכאון, 22% עם הפרעה דו-קוטבית, 4% עם הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD), 3% אובחנו עם הפרעת חרדה, 2% הפרעת פאניקה, 2% אובחנו עם פסיכוזה לא ספציפית, ו-1% אובחנו עם הפרעת אישיות דיסוציאטיבית (Multiple personality disorder).

מבחן t למדגמים תלויים בוצע לבדיקת תוצאות המשתתפים לפני ואחרי כניסתם לתכנית, בהתבסס על פורמט דיווח רשמי. במוצע, משתתפים שהו באופן מובהק יותר ימים בקהילה (לעומת ימים באשפוז או במתקנים משפטיים) לאחר הצטרפותם לתכנית לעומת שנה קודם לכניסתם. המשתתפים קיבלו ציון גבוה יותר באופן מובהק בסולם להערכה תפקודית (Global Assessment of Functioning scale) בשנה לאחר הצטרפותם לעומת השנה שקדמה להצטרפותם לתכנית. במעקב לאחר כניסה לתכנית נמצא כי שליש מהמשתתפים מחזיקים בעבודה בשכר, 19% קיבלו שירותי אימון במיומנויות תעסוקתיות (Vocational skills training) 16% עסקו בפעילות התנדבותית, 10% היו בלימודים. במהלך 19 החודשי הראשונים להפעלת התכנית 16% מהמשתתפים אושפזו מסיבות פסיכיאטריות, מהם 5% אושפזו בכפיה.

מתוך \$181,197 של עלויות התכנית בשנה וחצי הראשונות להפעלתה, המשתתפים הוציאו \$58,450 ברכישות ישירות של שירותים, תמיכות ומוצרים חומריים. מתוך סכום זה 47% עבור שירותי טיפול מסורתיים. 13% נוספים שולמו עבור שירותי תמיכת החלמה חלופיים, כגון עזרה עצמית, אורח חיים בריא (Wellness), פעילות גופנית לסוגיה (שומרי משקל, יוגה, כושר) ורפואה אלטרנטיבית. 29% נוספים מההוצאות היו ברכישת מוצרי צריכה מוחשיים לשיפור ההשתלבות הקהילתית, בהם מזון וביגוד. בנוסף, 5% מההוצאות היו עבור טיפולי שיניים, ו-3% על שירותי אופטומטריה. 3% שולמו עבור הוצאות נסיעה. ממצא מפתיע במידה מסוימת הצביע על כך שבמוצע, המשתתפים הוציאו בפועל רק כשליש מהכספים שהוקצו עבורם. לא נמצאה כל עדות להוצאת יתר של כספים, שהיוותה דאגה בתחילת יישום הפרויקט.

סיכום ומסקנות

תכנית ניסיונית זו הראתה כי אנשים עם מגבלות פסיכיאטריות יכולים להשתתף במודל מתן שירותים שבו הם שולטים על תקציבם האישי לרכישת מוצרים, שירותים ותמיכות בהתאם לתכניות החלמה פרטניות. בהשוואה לשנה לפני כניסתם לתכנית, משתתפי התכנית בפלורידה שהו באופן מובהק יותר ימים בקהילה, והשיגו ציון גבוה יותר באופן מובהק בסולם תפקודי. רבים מהמשתתפים השיגו מטרות החלמה חשובות כגון השלמת השכלה, מגורים עצמאיים, או עבודה.

בשנת 2004 אישרו שני בתי המחוקקים של פלורידה חקיקה המאריכה את הפרויקט המקורי ומרחיבה אותו לאזורים נוספים במדינה, וכן מאפשרת שימוש בתקציבים נוספים מהביטוח הרפואי, משירותי השיקום התעסוקתי בבריאות הנפש ומהביטוח הלאומי. כך ניתן להוסיף לתכנית מימון עבור שיקום תעסוקתי, מושגת הגדלה של הסכום השנתי הכולל עבור משתתפי התכנית, מתאפשר כיסוי של הוצאות אדמיניסטרטיביות ופתיחתן של תכניות דומות ברחבי המדינה.

עבור אנשים עם מחלות נפש, מודל מסוג זה יכול לאפשר להם לגלות מחדש את כישוריהם ולבנות מחדש את חייהם. אלטרנטיבה זו עושה שימוש בעקרונות כלכליים של תחרותיות בשוק חופשי, אחריות כספית, ניטרליות תקציבית, ועלות-תועלת. תכנית זו גם מתייחסת להמלצות דו"ח ועדת הנשיא, לפיהן: "צרכנים ומשפחותיהם לוקחים תפקיד נרחב יותר בניהול המימון עבור השירותים, הטיפולים והתמיכות...". "על ידי כך שנאפשר למימון ללכת בעקבות הצרכנים, תמריצים יהפכו למערכת של למידה, פיקוח עצמי, ואחריות אישית" (Accountability). ממצאים חיוביים ראשוניים של תכנית ניסיונית זו (פיילוט) דורשים בדיקה חוזרת באזורים נוספים, בנוסף להערכות מחמירות יותר של תוצאות, עלויות ושביעות רצון.