



סיכום מאמר

שם המאמר: השפעת יישום החוק לשיקום נכי נפש בקהילה על דפוסי אשפוזים פסיכיאטריים. מחברים: יעקב לרנר, ציפי הורניק-לוריא ונלי זילבר. שנת פרסום: 2012

Lerner, Y., Hornik-Lurie, T., & Zilber, N. (2012). The effect of the implementation of the rehabilitation of the mentally disabled in the community law in Israel on the pattern of psychiatric hospitalizations. *International Journal of Mental Health*, 41(3), 45–59. DOI: 10.2753/IMH0020-7411410303

במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א, תורגם וסוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ.

תקציר

בשנת 2001 יושם חוק השיקום לאנשים עם מגבלות נפשיות בקהילה בישראל, תוך הגדרת סל של שירותי שיקום להם זכאים אנשים עם מגבלות נפשיות. מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את השפעת ההשתתפות בתכנית שיקום לאחר שחרור מאשפוז על הסבירות לאשפוז חוזר ועל משך האשפוז הנוסף אם התרחש. נתונים אנונימיים נאספו מתוך שני רישומים של משרד הבריאות: רשימת השיקום ורישום האשפוזים הפסיכיאטריים, אשר נתוניהם מוזגו. אוכלוסיית המחקר כללה את כל השחרורים מאשפוז פסיכיאטרי בשנים 2001-2008. הוגדרו שלוש קבוצות מחקר: אנשים שעברו להוסטלים, אנשים שפנו לדיוור נתמך ואנשים שהשתלבו בשיקום תעסוקתי, ושתי קבוצות ביקורת: אנשים שהופנו לשיקום ולא מימשו את ההפניה, וקבוצה ביקורת תואמת של מועמדים פוטנציאליים לשיקום. ניתוח הנתונים הצביע על כך שהסבירות להישאר בקהילה לאחר שחרור מאשפוז היה גבוה יותר בכל קבוצות המחקר לעומת אלה שהופנו אך לא הגיעו למערכת השיקום ולעומת קבוצת המועמדים הפוטנציאליים לשיקום. בקרב אנשים שעברו אשפוז חוזר היו סיכויים גבוהים יותר לאשפוז קצר בקרב כל קבוצות המחקר לעומת קבוצות הביקורת. הממצאים מדגישים את יתרונות ההשפעה של יישום חוק השיקום על דפוס האשפוז הפסיכיאטרי.

בעולם המערבי, השלב הראשון של תהליך האל-מיסוד כלל את העברת הטיפול בחולים פסיכיאטריים ששחררו לאחר אשפוז ממושך למסגרות דיוור, לאחר שנסגרו או הוקטנו בתי-חולים פסיכיאטריים גדולים. תהליך דומה התרחש בישראל. עם הזמן דפוסי האשפוז של חולים עם מחלות נפש חמורות וממושכות עבר משנים רצופות של אשפוז לריבוי אשפוזים חוזרים – חולים של "הדלת המסתובבת". תהליך האל-מיסוד יצר מעבר מקיצור אשפוזים למניעת אשפוזים

חוזרים, ומאמצים כווננו להבטחת מסגרות דיור אלטרנטיביות כחלק ממערך של שירותי שיקום בקהילה, כגון שיקום תעסוקתי, מתוך הנחה שהדבר ישפר את איכות החיים של החולים.

השאלה אם המאמצים לשמור על חולים אלה בקהילה הצליחו או לא, קשורה באופן קריטי לאפיונם וזמינותם של פתרונות הדיור. פותחו כמה סוגים של דיור, אשר משקפים רצף של רמות תמיכה ונוכחות אנשי צוות, החל מרמה נמוכה יחסית כגון דיור קבוצתי נתמך, ועד לרמה גבוהה של תמיכה וצוות כמו בהוסטלים המאווישים בצוות 24 שעות ביממה. בדומה לכך, פותחו בקהילה שירותי תעסוקה מדורגים, על מנת לאפשר לאנשים עם מגבלות נפשיות לרכוש מיומנויות תעסוקתיות, בהמשך לכך לרכוש מסוגלות לעבוד בתעסוקה מוגנת, עד שלבסוף יוכלו להשיג עבודה בשכר בשוק החופשי.

על רקע שינויים אלה בגישה לגבי חשיבות הטיפול בקהילה, עבר בכנסת החוק לשיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000. חוק זה מאפשר מסגרת ארגונית משולבת שנועדה להבטיח מימון מספיק לשיקום ארוך-טווח של אנשים בעלי מגבלה נפשית (נכות פסיכיאטרית ברמה של 40% ומעלה, המשקפת פגיעה חמורה ביכולת התפקודית, עם סימנים אובייקטיביים של קשיים בריכוז, חשיבה, אפקט, רצון, יחסים בין-אישיים ו/או יכולת ביצוע).

זכאות לסל השיקום נקבעת על-ידי ועדת שיקום מקצועית. טווח שירותי השיקום המסופקים כולל דיור, שיקום תעסוקתי, פעילויות של חברה ופנאי, וניהול תכניות שיקום (Case management). רישום האשפוזים הפסיכיאטריים בישראל, הכולל הן מידע דמוגרפי והן מידע קליני ואדמיניסטרטיבי מצטבר לגבי כל מטופל שאושפז בבית חולים פסיכיאטרי בישראל, מאפשר לקבץ את כלל האשפוזים לגבי כל מטופל במדינה, ולקשור את הנתונים הללו עם נתוני הרישום של משרד הבריאות לגבי המשתתפים בתכניות שיקום.

מטרת המחקר הנוכחי לבחון את ההשפעה של השתתפות בתכניות שיקום לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי, על הסיכויים לאשפוז חוזר ועל משך האשפוז החוזר באם התרחש. הנחנו כי השתתפות בתכנית שיקומית (בדיור או בתעסוקה) מפחיתה את הסבירות לאשפוזים חוזרים.

מתודולוגיה

בסיס הנתונים

נתונים אנונימיים הופקו מתוך שתי רשימות פורמאליות של משרד הבריאות: רשימת השיקום ורשימת האשפוז הפסיכיאטרי, והנתונים משתי הרשימות מוזגו.

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר הורכבה מתוך כלל השחרורים מאשפוז פסיכיאטרי בשנים 2001-2008 של אנשים בגילאי 20-65; כל שחרור סומן כאינדקס של אשפוז. בניתוח, נעשתה בקרה על אשפוזים מרובים של אותם אנשים. נעשה מעקב אחר אשפוזים חוזרים החל משחרור מאשפוז אינדקס ראשון ועד לחודש פברואר 2009. נבדקו נתונים אדמיניסטרטיביים מרשימת השיקום בנוגע להשמה ראשונה בדיור או בתעסוקה במהלך החודשים שלאחר השחרור מכל אשפוז אינדקס (ללא כל אשפוז נוסף לפני השמה זו), אל מול אשפוזי-אינדקס קודמים.

מערך המחקר

המחקר בוצע בנפרד עבור אשפוזים של מטופלים בעלי היסטוריה של שיקום בטרם אשפוז אינדקס, ומטופלים ללא ניסיון שיקומי, זאת על מנת לראות האם העובדה שלאדם יש ניסיון בשירותי שיקום, משפיעה על התוצאה. בכל אחת מקבוצות אלה התייחס המחקר לשלוש אוכלוסיות שהוגדרו: אנשים שבתוך חודשיים מהשחרור פנו להוסטל (עם או ללא שיקום תעסוקתי); אנשים שפנו לדיור נתמך (עם או ללא שיקום תעסוקתי); ואנשים שפנו לשיקום תעסוקתי בלבד. בקבוצת האנשים ללא ניסיון שיקומי, נבחרו שתי קבוצות ביקורת: 1. מטופלים שקיבלו המלצה לתכנית שיקום – עד שלושה חודשים לפני או במהלך כל אשפוז אינדקס, או בתוך חודש מהשחרור – אבל ההמלצה לא מומשה (ניתן להחשיבם כמטופלים בעלי פחות מוטיבציה להשלים את תהליך השיקום). 2. קבוצת ביקורת של מטופלים שטרם הופנו לועדת השיקום אך נמצאו כמועמדים פוטנציאליים להשמה בתכנית שיקום לאחר שחרורם מאשפוז פסיכיאטרי. קבוצה זו הותאמה למאפייני האנשים שהופנו לשירותי דיור ונקבעה על-פי מספר משתנים: גיל בשחרור, מין, מוצא אתני, דיאגנוזה, שנת שחרור, משך האשפוז, ומספר אשפוזים קודמים לפני כל אשפוז-אינדקס. בקבוצת האנשים עם ניסיון שיקומי הייתה קבוצת ביקורת אחת, של אנשים עם המלצה לשיקום מבלי שיושמה. קבוצה זו כללה גם מטופלים שהשתתפו בתכנית שיקומית לפני אשפוז אינדקס, אך לא חזרו אליה לאחר השחרור מאותו אשפוז.

משתני המחקר

לכל אשפוז אינדקס הופקו המשתנים הבאים: נתונים דמוגרפיים (מגדר, גיל, קבוצה אתנית), שנת שחרור, נתונים קליניים (אבחנה פסיכיאטרית על-פי ICD 10), מספר אשפוזים קודמים, משך הזמן מאז שחרור מאשפוז אחרון ועד לכניסה לאשפוז-אינדקס, משך כל אשפוז-אינדקס, תאריך המלצה לתכנית שיקום, ותאריך השמה בתכנית שיקום לאחר שחרור מאשפוז-אינדקס. שלושת סוגי תכניות השיקום כללו:

1. הוסטלים, הנותנים שירות לאנשים הזקוקים לסיוע אינטנסיבי ותמיכה 24 שעות (מספר אנשי צוות ואינטנסיביות הטיפול תלויים ברמת המוגבלות של הלקוח);
2. דיור נתמך, הנותן שירות לאנשים היכולים לחיות בקהילה עם רמה גבוהה של אוטונומיה (לרוב 2-3 שותפים בדירה שכורה), אך זקוקים לסיוע קבוע ו/או תמיכה בהיבטים מסוימים של חיי היומיום.
3. שירותי שיקום תעסוקתי, הכוללים מועדונים תעסוקתיים, המכוונים ללימוד מיומנויות תעסוקתיות; מפעלים מוגנים, המכוונים לאנשים שאינם מוכנים עדיין להתמודד עם שוק העבודה החופשי; ותעסוקה נתמכת, המכוונת לאנשים המועסקים בשוק העבודה החופשי ומקבלים תמיכה.

ממצאים*

אוכלוסיית המחקר כללה 5,482 אשפוזים בקרב מטופלים ללא היסטוריה שיקומית לפני אשפוז האינדקס, ו-16,363 אשפוזים בקרב מטופלים עם היסטוריה שיקומית בטרם אשפוז האינדקס. מבחינת משך הזמן החציוני של אשפוזי אינדקס בקבוצות המחקר ובקבוצות הביקורת: בקרב קבוצות המחקר החציון היה 209 ימי אשפוז למטופל ללא היסטוריה שיקומית ורק 22 ימי אשפוז למטופל עם היסטוריה שיקומית. מספר אשפוזים קודמים חציוני היה ארבעה ותשעה, בהתאמה.

מבחינת ההסתברות להישאר בקהילה לאחר שחרור מאשפוז בקרב קבוצות המחקר וקבוצות הביקורת: בקרב האנשים בשתי הקבוצות (עם וללא היסטוריה שיקומית) הייתה סבירות גבוהה יותר באופן משמעותי להישאר בקהילה עבור כל הנחקרים שהושמו בכל אחד משלושת סוגי שירותי השיקום (הוסטל, דיור נתמך ושיקום תעסוקתי) לעומת קבוצות הביקורת. הסבירות להישאר בקהילה במשך שנה אחת לפחות, הייתה 58% עד 74% בקבוצות המחקר השונות ללא היסטוריה שיקומית בהשוואה ל- 39%-22% בקבוצות הביקורת. בקרב הנחקרים בעלי היסטוריה שיקומית, ההבדל היה אף גדול יותר: 45%-40% בקבוצות המחקר בהשוואה ל- 14% בקבוצת הביקורת (תרשימים 1 ו-2).

על מנת לבחון את הסיכוי להישאר בקהילה לאחר שחרור מאשפוז האינדקס, בוצעה אנליזה סטטיסטית, תוך בקרה על משתנים של מין, גיל, מוצא אתני, אבחנה, מספר אשפוזים לפני אשפוז אינדקס, משך השהות בקהילה לפני אשפוז אינדקס, ומשך האשפוז. הניתוח כלל את קבוצות המחקר וקבוצות הביקורת, עבור נחקרים עם היסטוריה שיקומית וללא היסטוריה שיקומית. לשתי הקבוצות, אפילו לאחר בקרה על גורמים משמעותיים בתרומתם לאשפוז חוזר (כגון: גילאי 20-25, יותר מאשפוז אחד לפני אשפוז האינדקס, שהות בקהילה למשך פחות משנה לפני אשפוז האינדקס, ואשפוז אינדקס של פחות מ-180 ימים), נמצאה סבירות גבוהה יותר משמעותית עבור אלה שהושמו בתכנית שיקום, להישאר בקהילה לאחר שחרור מאשפוז האינדקס.

עבור מטופלים שעברו אשפוז חוזר, נבדק משך האשפוז שלאחר אשפוז האינדקס. בוצע מבחן סטטיסטי לחישוב ההסתברות להשתחרר מאפיזודה של אשפוז-חוזר עבור כלל הנחקרים (עם וללא היסטוריה שיקומית טרם אשפוז-אינדקס), גם כאן תוך בקרה על משתני הרקע שצוינו לעיל. בקבוצה ללא היסטוריה שיקומית קודמת, לאלו שהושמו בהוסטל או דיור נתמך לאחר שחרור מאשפוז אינדקס היו סיכויים גבוהים יותר משמעותית להשתחרר מוקדם יותר לעומת קבוצות הביקורת. כך נמצא גם לגבי אנשים עם היסטוריה שיקומית, בתוכם אלה שהושמו בתכנית שיקום היו בעלי סיכויים גבוהים יותר משמעותית להשתחרר מוקדם יותר מאפיזודה של אשפוז-חוזר לעומת קבוצת הביקורת, של אנשים שלא חזרו לתכנית שיקומית.

*כל הממצאים מוצגים גם בטבלאות ותרשימים במאמר המקורי.

דיון

כאמור, חוק שיקום נכי הנפש בקהילה חוקק בכנסת בשנת 2000. קיומו של רישום כלל-ארצי של לקוחות שירותי השיקום אפשר לנו לעקוב אחר השפעת יישום החוק על הישארות בקהילה לאחר שחרור מאשפוז וכן על משך אפיזודה של אשפוז חוזר באם התרחשה, בקנה מידה ארצי. במהלך השנים הראשונות ליישום החוק, המגמה הייתה לשחרר אנשים מאשפוזים ממושכים לקהילה. הדבר עשוי להסביר את החציון הגבוה של ימי אשפוז בקרב אנשים ללא רקע שיקומי, אשר הופנו לתכניות דיור. הממצאים תומכים בהנחה כי השמה בתכנית שיקום לאחר שחרור מאשפוז פסיכיאטרי משפרת את הסיכויים להישאר בקהילה, אפילו לאחר בקרה על גורמי סיכון כמו משך האשפוז לפני השחרור ומספר האשפוזים הקודמים. עבור מטופלים ללא היסטוריה שיקומית קודמת, הן אלה שעברו לתכנית דיור והן אלה שהשתלבו בתעסוקה בלבד הראו תוצאות טובות יותר לעומת אלה שלא הושמו בתכנית שיקומית, עם תוצאה מעט טובה יותר עבור אלה שהושמו בדיור. עבור מטופלים עם ניסיון שיקומי קודם, אלה שהופנו לכל אחת מתכניות השיקום שנבדקו הראו תוצאות טובות יותר לעומת אלה שלא הופנו לשיקום, ללא כל הבדל משמעותי בין הפניה

לדיוור או לתעסוקה. הדבר עשוי להיות מוסבר בכך שאנשים בעלי היסטוריה שיקומית המופנים רק לתכנית תעסוקה כבר התמקמו בתכנית דיוור לפני אשפוז האינדקס. נמצאו הבדלים מסוימים במשך השהות בקהילה לאחר כניסה לתכנית שיקום בין אנשים עם ניסיון שיקומי וללא ניסיון שיקומי בעבר, עם תוצאות טובות יותר לאנשים ללא היסטוריה שיקומית. ממצא זה עשוי לשקף את העובדה שקבוצת המחקר של בעלי ההיסטוריה השיקומית הורכבה ממטופלים עם מספר גבוה יותר של אשפוזים קודמים, ומשך זמן קצר יותר של אשפוז האינדקס לעומת קבוצת המחקר השנייה, של אנשים ללא היסטוריה שיקומית, גורמים שעשויים לתרום לאשפוז-חוזר מוקדם יותר אצל אנשים בעלי היסטוריה שיקומית. אף-על-פי-כן, אנשים עם היסטוריה שיקומית עדיין הראו תוצאות טובות יותר לעומת אלה שכלל לא הושמו בתכנית שיקום. ממצא מעניין נוסף הוא שבקרב אנשים ללא ניסיון שיקומי, קבוצת הביקורת התואמת הראתה תוצאות טובות יותר מקבוצת הביקורת השנייה, שכללה אנשים שקיבלו המלצה לשיקום ולא מימשו אותה. קבוצה זו הורכבה מאנשים ללא מוטיבציה שיקומית, שאינם משתפים פעולה עם המלצות ועדת השיקום. מן הצד השני, קבוצת הביקורת התואמת עשויה לכלול אנשים שמוגבלותם פחותה, למרות העובדה שהיא תואמת במגוון משתנים לקבוצת המחקר. עם זאת, רוב חברי הקבוצה הזו נראים כמועמדים לתכנית שיקום, ולא מופנים לתכנית כזו, באופן שמוביל לשהות קצרה יותר בקהילה עבורם. יש מקום לציין כי ההשפעה של השמה בתכנית שיקום על משך שהות בקהילה לאחר שחרור מאשפוז, נכונה גם כשנעשית בקרה על גורמי סיכון אפשריים לאשפוז-חוזר, כמו גיל צעיר, מספר גבוה של אשפוזים קודמים, שהות קצרה בקהילה לפני אשפוז האינדקס ומשך זמן קצר של אשפוז האינדקס עצמו. חשיבות ההשמה בתכנית שיקום נכונה לא רק באשר לדחייה או מניעה של אשפוז-חוזר אלא גם בקיצור משך האשפוז הבא באם התרחש. כאשר מטופל משויך זה מכבר ליחידה שיקומית, סביר כי ישתחרר מוקדם יותר מאשפוז וישוב למערכת התמיכה שלו. הדבר נכון גם לאחר בקרה על גורמי הסיכון שהוזכרו לעיל. למרות ממצאים מרשימים אלה, והעובדה כי כל האוכלוסייה המתאימה נכללת בחוק, מספר גדול של מטופלים עם מחלות נפש חמורות ומומושכות הזכאים לסל שיקום עדיין אינם מופנים לתכניות שיקום בגלל מגבלות תקציביות. למרות שבטווח הארוך החיסכון הצפוי כתוצאה מהפחתת ימי אשפוז עשוי לאזן את המימון הנוסף הדרוש ליצירת יחידות שיקום נוספות, ההתקדמות עודנה איטית מידי בשל מחסומים ביורוקרטים.

מגבלות המחקר

קבוצת הביקורת של מועמדים פוטנציאליים לשיקום ללא כל ניסיון שיקומי קודם הותאמה לנחקרים בקבוצת המחקר שהושמו בדיוור לפי רשימת משתנים, אך לא היו נתונים, בקבוצת הביקורת, המאפשרים לוודא רמה מינימאלית של 40% נכות הנדרשים לזכאות לסל שיקום. לפיכך, קבוצת הביקורת עשויה הייתה לכלול כמה מועמדים ללא זכאות לשיקום.

התוצאות מדגישות את חשיבותה של חקיקה על היישום של שירותי שיקום ארציים לנכי נפש, והשפעתה על דפוסי האשפוז הפסיכיאטרי. מפרספקטיבה של השוואה בינלאומית, החוק הישראלי יכול להיחשב כאחד המתקדמים בתחום זה, בהתייחסו למגוון של צרכים (דיוור, תעסוקה וחברה) של כלל אוכלוסיית נכי הנפש בארץ, ואינו מוגבל באילוצים ביטוחיים.