



מענים בקהילה לאנשים המתמודדים עם משבר נפשי חריף סקירה בין-לאומית

הילה רימון גרינשפן יעל קורן

עריכת לשון: רעיה כהן
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

הסקירה הוזמנה על ידי משרד האוצר ומומנה בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ג | דצמבר 2022

תקציר

רקע

אשפוז פסיכיאטרי אקוטי הוא אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי סגור שנועד לסייע לאנשים הנתונים במשבר נפשי חריף וזקוקים לתמיכה אינטנסיבית לצורך ההתמודדות עימו. בעולם פותחו מענים המהווים חלופות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי ובמהותם הם פועלים לטיפול במסגרת הקהילה ולשילוב בה. מענים אלו פותחו על רקע חוויות אשפוז קשות שרווחו בעבר ועל רקע עלויות גבוהות של אשפוז מוסדי; גם אימוץ גישת ההחלמה בבריאות הנפש – גישה הרואה באדם שותף מרכזי ושווה לאנשי המקצוע בתהליך ההתמודדות עם המוגבלות הנפשית שלו – וכן תהליכי אל-מיסוד המתרחשים בעולם החל משנות החמישים של המאה הקודמת תרמו לפיתוח המענים. יתרון המענים מתבטא במתן מענה מהיר, המותאם לאדם וככל האפשר אינו מנתקו ממסגרת חייו הרגילה, שלא כמו אשפוז פסיכיאטרי 'מסורתי'. מענים בקהילה למשבר נפשי חריף מנסים גם למנוע אשפוזים פסיכיאטריים חוזרים. עלותם של מענים בקהילה נמוכה יותר מזו של אשפוז פסיכיאטרי, מקבלי השירות רואים בהם מענים עדיפים ומאיימים פחות, והתווית המוצמדת להם אינה שלילית כמו זו של אשפוז פסיכיאטרי. לפיכך יש חשיבות רבה לשמר ולקדם אותם. משרד האוצר פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך סקירה בין-לאומית של מענים אשר מהווים חלופה בקהילה לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי של מבוגרים.

מטרה

לספק תמונת מצב עדכנית ומקיפה על סוגי מודלים בעולם שנועדו לתת מענה בקהילה למבוגרים, בעת משבר נפשי חריף.

שיטה

- סקירה בין-לאומית של מאמרים אקדמיים וכרסומים גלויים באתרי אינטרנט, כגון דוחות מחקר וספרות אפורה על מענים בקהילה המוצעים במדינות שונות ומיועדים למבוגרים שנתונים במשבר נפשי חריף. הסקירה התמקדה בגישות, בפרקטיקות ובמודלים רווחים ובחנה יישומים שלהם בפועל, ככל שאותרו.
- ראיונות חצי מובנים (דצמבר 2021 – מארס 2022) עם מומחה מהאקדמיה, עם איש מקצוע ועם פעיל חברתי בתחום בריאות הנפש בארץ. הראיונות נערכו פנים אל פנים או באמצעות שיחת וידאו מקוונת.

ממצאים

הסקירה מראה כי את מגוון המענים אפשר לחלק לשני מודלים:

- מענים המהווים מסגרת שהייה
- מענים שאינם מהווים מסגרת שהייה

מענים המהווים מסגרת שהייה מספקים ככלל שירות קצר מועד באופיו ותחום בזמן. השירות במסגרות השהייה אינו ניתן בכפייה, והן פועלות על פי גישת ההחלמה. הן מתבססות על מידה גבוהה של מעורבות ותמיכת עמיתים עם ידע מניסיון, ולעיתים השירות כולו ניתן בידי עמיתים. לרוב הן מציעות חיבור לשירותי בריאות נפש אחרים בקהילה המקומית, והן גם ממשיכות לספק תמיכה ושירות למי ששהו בהן בתום תקופת השהות.

מענים שאינם מהווים מסגרת שהייה מאפשרים לאדם לשהות במקום מגוריו הרגיל ולקבל טיפול למשבר הנפשי החריף. אפשר לקבל את הטיפול במרכזי טיפול או במסגרות חברתיות בקהילה, או באמצעות צוותים ייעודיים המגיעים למקום המגורים של האדם. לעיתים המענה מספק שירות מהיר ומיידי ונועד לטפל באדם הנתון במצב המשבר עד להעברת הטיפול לגורמי טיפול אחרים בקהילה או עד לאשפוזו, ולעיתים הוא פועל לאורך זמן, לפי הצרכים המשתנים של צרכן השירותים ולפי רצונו.

נוסף על שני מודלים אלו קיים מודל טריאסטה, על שם העיר באיטליה, המציע הסתכלות מקיפה על אופן ארגון שירותי בריאות הנפש ברמה המקומית.

לא אחת, מודלים של מענה בקהילה למשבר חריף, בין במסגרת שהייה ובין במסגרת ללא שהייה, מבוססים על תפיסות עולם וגישות חדשניות לצורך הבנת המשבר החריף וטיפול בו.

היבט מרכזי במודלים אלו הוא יצירת קשרים הדוקים ויחסי אמון בין מקבלי השירות לאנשי הצוות. המענים בקהילה מספקים רצף טיפול, ובתום תקופת הטיפול הרשמית, אנשי הצוות מפנים את המטופלים לגורמי טיפול אחרים בקהילה, לפי הצורך, או דואגים שיקבלו שירותי המשך.

לבסוף, מגוון המענים בקהילה בעת משבר נפשי חריף יכול להתאים למגוון צרכני שירות ולצורכיהם הייחודיים – נשים, קהילת הלהט"ב ועוד.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
4	2. מטרה
4	3. שיטה
5	4. ממצאים
5	4.1 מענים בקהילה במסגרת שהייה
12	4.2 מענים בקהילה שאינם במסגרת שהייה
23	4.3 מודל טריאסטה – מענה מקיף למתן שירותי בריאות הנפש בקהילה
27	5. מגבלות הסקירה
28	6. סיכום ודיון
29	עוד פרסומים של המכון בנושא
30	מקורות

1. מבוא

תהליכי ה'אל-מיסוד' בתחום בריאות הנפש, כלומר, צמיחתם של שירותים ומענים בקהילה המשמשים חלופה לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי או לאשפוז פסיכיאטרי מתמשך (Thornicroft et al., 2016), החלו להתפתח בעולם בשנות החמישים של המאה הקודמת. בעקבותיהם פותחו בשנים האחרונות גם בישראל חלופות לאשפוז פסיכיאטרי. הבולטת שבהן היא 'בתים מאזנים', שהיא חלופה לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי. נוסף על כך, פותחו חלופות לאשפוז פסיכיאטרי ארוך טווח, כגון 'קהילות משקמות', אך סקירה זו מתמקדת במענים בקהילה המהווים חלופות לאשפוז אקוטי בלבד. מטרתם של מענים אלו היא להקטין את מספר המאושפזים בבתי החולים ואת מספר הפניות למיון פסיכיאטרי.

בשנת 2019 פרסם משרד הבריאות נוהל להפעלת 'בתים מאזנים' הנוגע בהיבטים תפעוליים ולוגיסטיים אך מותיר בידי המסגרות עצמן חופש פעולה בכל הנוגע למודל ההפעלה ולמתן טיפול. בכוונת משרד הבריאות לאפשר ולעודד את הקמתם של 'בתים מאזנים' נוספים בתפוצה רחבה בשנים הקרובות (ד' בודובסקי, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, תקשורת בין-אישית, 7 ביולי 2021). עקב כך פנה משרד האוצר אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך סקירה בין-לאומית של מענים נוספים אשר מהווים חלופה לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי של מבוגרים, ולבחון מודלים, תפיסות מנחות בהפעלת המענים וכן את רכיבי השירותים ואופיים.

1.1 רקע

אשפוז פסיכיאטרי אקוטי נועד לסייע לאנשים הנתונים במשבר נפשי חריף וזקוקים לתמיכה אינטנסיבית כדי להתמודד עם המשבר. עם זאת, ועל אף מרכזיותו במערכות בריאות נפש בעולם, לאשפוז הפסיכיאטרי המסורתי בבית חולים חסרונות רבים: הוא מהווה חוויה קשה ואף טראומטית לאדם ולמשפחתו (Clarke & Winsor, 2010; Cohen, 1994) ומלווה אותם זמן רב יותר (Cohen, 1994; Paksarian et al., 2014); הוא כרוך בעלויות גבוהות למערכת וכן בחשש ממשי שהמטופל יפתח תלות ובעקבותיה יידרש אשפוז ארוך-טווח; האנשים המאושפזים חווים ניתוק מהחברים ומהמשפחה; הם נתונים במצב פגיע וחשופים לפגיעה; יש חשש שהמאושפזים יאבדו את מקום העבודה או את מקום המגורים שלהם בשל האשפוז; הם עלולים לפתח אסטרטגיות התמודדות לא בריאות; ויש חשש שתוצמד להם תווית שלילית בשל האשפוז.

על פי נתוני משרד הבריאות היו בשנת 2019 בישראל 58,641 ביקורים במחלקות הפסיכיאטריות לרפואה דחופה (מלר"ד) בבתי החולים הכלליים והפסיכיאטריים. נוסף על כך היו באותה שנה 23,973 קבלות לאשפוז פסיכיאטרי, מהן 77% היו קבלות לאשפוז חוזר. 32% מהאנשים שהשתחררו מאשפוז פסיכיאטרי בשנת 2019 חזרו לאשפוז בתוך חצי שנה מהשחרור: 20% חזרו פעם אחת, 7% חזרו פעמיים ו-5% חזרו שלוש פעמים או יותר (משרד הבריאות, 2019). אשפוזים חוזרים אלו מהווים את מה שמכונה בספרות 'תופעת הדלת המסתובבת', מטופלים החוזרים לאשפוז פסיכיאטרי בתדירות גבוהה, שלושה אשפוזים ויותר במהלך שנתיים (Oyffe et al., 2009).

לנוכח זאת, רווחת הדעה שהסטט הטיפול לקהילה תוכל לתת מענה לפחות לחלק מן הבעיות הכרוכות באשפוז. בשל כך החלו להתפתח חלופות קהילתיות לאשפוז אקוטי בתחום בריאות הנפש. ישנן כמה סיבות שבשלן למתן מענה בקהילה יש יתרון על פני מתן שירות מסורתי בבית החולים: ראשית, מתן מענה בשעת משבר בקהילה או בסביבת ביתו של המטופל מאפשר לזהות ולשנות גורמים סביבתיים וחברתיים התורמים למשבר; שנית, הוא מאפשר לתרום לפיתוח כישורי התמודדות הרלוונטיים להקשר החברתי ולשגרת החיים של האדם; שלישית, מענה בקהילה מאפשר לפתח מערכת יחסים שווה יותר ומבוססת על שיתוף פעולה בין הצוות ובין צרכני השירות, שלא כמו המענה במערכת האשפוז הפסיכיאטרי המסורתי – מערכת המבוססת על יחסי כוח בין הצוות ובין האדם המאושפז, שבה אין לאדם המאושפז שום יכולת להשפיע על אופן הטיפול בו; רביעית, מתן מענים המהווים חלופה לאשפוז פסיכיאטרי מסורתי והצעת מגוון של מענים לזמן משבר הם תביעה ברורה ונחושה של צרכני השירות בימינו; ולבסוף, ישנם מענים בקהילה שמחקרים כבר הוכיחו את יעילותם ושמהווים חלופה הולמת לאשפוז פסיכיאטרי (Lloyd-Evans & Johnson, 2019).

מענים בקהילה המהווים חלופות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי פותחו (Chow & Priebe, 2013)¹ הן על רקע חוויות אשפוז קשות, עלויות גבוהות של אשפוז מוסדי ותהליכי אל-מיסוד משנות החמישים של המאה הקודמת, ובעקבותיהם מעבר למתן טיפול (ושיקום) בקהילה, הן על רקע אימוץ גישת ההחלמה בבריאות הנפש (להלן: **גישת ההחלמה**) – גישה הרואה באדם שותף מרכזי ושווה לאנשי המקצוע בתהליך ההתמודדות עם המוגבלות הנפשית שלו. מענים אלו מהווים אלטרנטיבה למוסדות הפסיכיאטריים הסגורים, נועדו לטיפול ולשילוב של האדם במסגרת הקהילה (Wong & Solomon, 2002) ומנסים גם למנוע את תופעת הדלת המסתובבת (Oyffe et al., 2009). לרוב, מענים אלו ניתנים במסגרות שהן בעלות היקף פעילות קטן בהרבה מזה שבבתי החולים הפסיכיאטריים, עלויות השהות בהן נמוכות יותר לעומת העלויות באשפוז מוסדי רגיל, וגישות הטיפול בהן חדשות לעומת הגישות המיושמות במוסדות הוותיקים (Lloyd-Evans et al., 2009). יתרון המרכזי מתבטא בטיפול מהיר, מותאם לאדם, בעובדה שהן מוצעות בקהילה, כלומר ככל האפשר בלי לנתק את האדם מחייו הרגילים, בעלות נמוכה יותר ממענה אקוטי אשפוזי, וכן בהצמדת תווית שלילית נמוכה יותר מזו שמוצמדת לאדם באשפוז פסיכיאטרי (Dalton-Locke et al., 2021). נוסף על כך, מאחר שרוב החלופות בקהילה פועלות על בסיס גישת ההחלמה הן כוללות בין נותני השירותים גם עמיתים בעלי ידע מניסיון (lived experience)² בבריאות הנפש.

לדעת לויט-אוונס וג'ונסון (Lloyd-Evans & Johnson, 2019), כיוון שמענים בקהילה למשבר נפשי חריף מציעים חלופות זולות מאלה שאשפוז פסיכיאטרי מסורתי מציע, הטיפוליים הניתנים בהם מפחידים פחות, הם אינם כרוכים בתווית שלילית כמו זו המוצמדת לאשפוז פסיכיאטרי והם גם עוקרים פחות את מקבל השירות מחייו השגרתיים בקהילה, יש להם תפקיד חשוב בשימור ובקידום של אל-מיסוד. יתרה מזאת, מגוון גדול של חלופות בקהילה לטיפול במשבר חריף מציעות אפשרויות בחירה רבות

¹ פותחו גם חלופות לאשפוז פסיכיאטרי מתמשך, אך באלה לא נעסוק בסקירה זו.

² עמיתים עם ידע מניסיון חיים הם אנשים אשר חוו בעצמם משבר נפשי או אשפוז פסיכיאטרי ומשמשים מלווים או מדריכים במסגרות ובשירותי בריאות הנפש. לקריאה נוספת: <https://www.ispraisrael.org.il/%D7%AA%D7%9E%D7%99%D7%9B%D7%AA-%D7%A2%D7%9E%D7%99%D7%AA%D7%99%D7%9D>

יותר לצרכנים, שומרות על גמישות המערכת ועל חלוקת תפקידים ברורה ביניהן ומספקות תמיכה למגוון אנשים ולמגוון צרכים (Dalton-Locke et al., 2021).

לגישת ההחלמה יש כאמור מקום מרכזי באימוץ המעבר למתן מענים בקהילה ולא במסגרת מוסדות. היא מכירה הן בזכותם הן ביכולתם של אנשים עם מוגבלות נפשית לקחת חלק פעיל ושווה בחברה ואף רואה באדם שותף להליך ההחלמה שלו עצמו. גישת ההחלמה בשיתוף עם תנועת הסנגור העצמי של אנשים עם מוגבלות נפשית קידמו את התפיסה התומכת בשירותים ממוקדי אדם ואת הזכות להגדרה עצמית של אנשים עם מוגבלות נפשית, והציבו מטרה של חזרה לתפקוד ושילוב בקהילה, ולא רק את הפחתת התסמינים (Davidson, 2016).

2. מטרה

מטרת הסקירה היא לספק תמונת מצב עדכנית ומקיפה מן העולם על מודלים למתן מענה בקהילה למשבר נפשי חריף למבוגרים (גיל 18 ויותר), ובכך לסייע למקבלי החלטות בהבנה מעמיקה של החלופות לאשפוז הקיימות בעולם כיום ושל ההבדלים ביניהן.

3. שיטה

1. סקירה בין-לאומית של מאמרים אקדמיים ופרסומים גלויים באתרי אינטרנט, כגון דוחות מחקר וספרות אפורה בנוגע למענים בקהילה המהווים חלופות לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי למבוגרים במדינות שונות. הסקירה התמקדה בגישות, בפרקטיקות ובמודלים רווחים ובחנה יישומים שלהם בפועל, ככל שאותרו.

החיפוש נעשה באמצעות מילות חיפוש הקשורות לאשפוז פסיכיאטרי או למשבר חריף (psychiatric/acute psychiatric alternative/residential alternatives, community-based (ביטויים כגון hospitalization/admission assertive community treatment, residential crisis services, home treatment), וכן באמצעות שמות המודלים שנסקרו (open dialogue, Soteria, Trieste (לדוגמה, Finland, West Lapland, Italy, Bern)). לעיתים בשילוב שמות מדינות או ערים שבהן פותחו המודלים או שהם מיושמים בהן.

2. החיפוש בוצע בעיקר במנוע החיפוש Google Scholar. חיפושים נוספים בוצעו באמצעות מנוע החיפוש Google, באתרי אינטרנט של ארגונים בין-לאומיים, של ארגונים מקומיים המפעילים שירותים ושל גורמים ממשלתיים/מדינתיים.

ראיונות חצי מובנים – הראיונות נערכו פנים אל פנים או באמצעות שיחת וידיאו מקוונת. נערך ראיון אחד עם מומחה מהאקדמיה, ראיון אחד עם איש מקצוע וראיון אחד עם פעיל חברתי בתחום בריאות הנפש בארץ. בסך הכול נערכו שלושה ראיונות.

איסוף המידע בוצע בחודשים דצמבר 2021 עד מארס 2022.

4. ממצאים

בעולם ישנו מגוון גדול של מענים בקהילה המהווים חלופה לאשפוז בעת משבר נפשי חריף. היצע רחב של שירותים יכול לתרום ליצירתו של **רצף שירותים** ולמעבר קל יותר משירות אחד לאחר. עם זאת, יצירת היצע כזה עשויה גם ליצור נתק ברצף הטיפול ומערכת קשה ומורכבת יותר לניווט.

סקירתם של המחקרים ושל השירותים והמענים ברחבי העולם מראה כי את מגוון המענים הקיימים אפשר לחלק לשני מודלים – מענים המהווים מסגרת שהייה ומענים שאינם מהווים מסגרת שהייה.

במסגרת שהייה, המענים, ככלל, מספקים שירות קצר מועד באופיו ותחום בזמן, ומטרתם העיקרית היא לתת מענה טיפולי, בקהילה, ולהימנע מאשפוז פסיכיאטרי. מסגרות שהייה הן רצוניות (אינן בכפייה) והן פועלות בהתאם לגישת ההחלמה. הן מתבססות על מידה גבוהה של מעורבות ותמיכת עמיתים עם ידע מניסיון ולעיתים השירות כולו ניתן בידי עמיתים. לרוב הן מציעות חיבור לשירותי בריאות נפש אחרים בקהילה המקומית וממשיכות לספק מענה ושירות בתום תקופת השהות.

מענים שאינם מהווים מסגרת שהייה מאפשרים לאדם לחיות במקום מגוריו הרגיל בעודו מקבל תמיכה וטיפול למשבר הנפשי החריף. השירותים ניתנים במרכזי טיפול או במסגרות חברתיות בקהילה או באמצעות צוותים ייעודיים המגיעים למקום המגורים של האדם. לעיתים ניתן טיפול מהיר ומיידי למצב משבר, עד להעברה לגורמי טיפול אחרים בקהילה או לאשפוז, ולעיתים ניתן שירות או טיפול לאורך זמן, בהתאם לצרכים המשתנים של צרכן השירותים ולפי רצונו.

להלן יוצגו מענים בקהילה למשבר נפשי חריף משני המודלים. נוסף על כך יוצג מודל טריאסטה – מודל מקיף של מערכת שירותי בריאות הנפש בקהילה, שפותח ומיושם בעיר טריאסטה באיטליה. המודל מציע מגוון של מענים ושירותים בקהילה, חלקם מהווים מסגרת שהייה קצרת מועד וחלקם אינם מהווים מסגרת שהייה.

4.1 מענים בקהילה במסגרת שהייה

כאמור, ישנו מגוון גדול של שירותים ומענים בקהילה למשבר נפשי חריף המהווים מסגרת שהייה. טווחי זמן השהות שונים ממסגרת למסגרת – ישנם מענים קצרי מועד (יום אחד) וכן מענים אשר מאפשרים שהייה של שבועות אחדים, אך כולם מיועדים לספק מענה שהייה שהוא קצר מועד באופיו. מטרתם העיקרית היא לתת מענה טיפולי בקהילה ולהימנע מאשפוז פסיכיאטרי.

מלבד משך השהות הם נבדלים זה מזה בכמה משתנים נוספים, ובהם: הגישה הטיפולית או הבסיס התיאורטי שעליו השירות מושתת; הגופים נותני השירות (מענים ציבוריים או ארגוני מגזר שלישי) וגורמי המימון (ציבורי, פרטי או משולב); וכוח האדם נותן השירות והרכבו (מקצועי, מבוסס על עמיתים עם ידע מניסיון או שילוב בין השניים).

למרות ההבדלים ביניהם, כל מסגרות שהייה הן מסגרות שאינן בכפייה, כלומר השהיה בהן פנו לשירות מרצונם החופשי. רצון ובחירה הם רכיבים חשובים בכל מענה בקהילה למשבר נפשי. כל מסגרות שהייה פועלות על בסיס גישת ההחלמה ועל בסיס

מעורבות של האדם בתהליך ההחלמה שלו עצמו. ישנה גם מעורבות גדולה של עמיתים בעלי ידע מניסיון במתן השירות, אם כי יש מענים הניתנים רובם או כולם על ידי עמיתים ויש מענים המערבים עמיתים בצוות המקצועי שלהם. מסגרות שהייה מציעות לרוב חיבור לשירותי בריאות נפש אחרים בקהילה המקומית, והן גם ממשיכות לספק מענה ושירות לאדם בתום תקופת השהות.

להלן מבחר דוגמאות של מענים המהווים מסגרת שהייה:

4.1.1 בתי עמיתים להפוגה

בתי עמיתים להפוגה (peer respite houses) (להלן: **בתי הפוגה**) הם מסגרות שהייה קצרות מועד שאינן בכפייה, הממוקמות בשכונות מגורים רגילות ומיועדות לתמוך באנשים אשר נתונים בסיכון לחוות משבר נפשי או במי שכבר נתונים במשבר נפשי. כלומר, בתי הפוגה מיועדים לתת מענה למשבר או למנוע אותו (Ostrow & Croft, 2015). עוד שימוש שלהם הוא להוות מסגרת שאליה אנשים משתחררים מאשפוז פסיכיאטרי רגיל (Pelot & Ostrow, 2021). מטרתם לספק סביבה ביתית, תומכת ובטוחה, המחזקת את הקשרים הקהילתיים של השוהים בהם. הצוות בבתיים מורכב מעמיתים עם ידע מניסיון ועם הכשרה ייעודית לתמיכה בעת משבר, כדי שיוכלו לבסס יחסי אמון הדדיים עם השוהים בבתיים (Ostrow & Croft, 2015; Pelot & Ostrow, 2021).

בתי הפוגה חוסכים בעלויות למערכת בריאות הנפש משום שהם מונעים החמרה של משבר, מונעים אשפוז ומפחיתים צריכת שירותי חירום אחרים. נוסף על כך, הם מספקים שירות מבוסס קהילה, מיועד טראומה³ וממוקד אדם (Ostrow & Croft, 2015).

הערכים העומדים בלב בתי הפוגה הם הדדיות ושוויון, ערכים אשר יש להם משנה חשיבות בעבור אוכלוסייה במצב פגיע במיוחד. בבתי הפוגה רבים הגישה המובילה היא 'תמיכת עמיתים מכוונת' (intentional peer support). זהו מודל להכשרה ולפיקוח מיועד טראומה אשר מופעל על ידי עמיתים עם ידע מניסיון. מודל זה מתבסס על יחסים הדדיים כדי להגדיר מחדש מהי עזרה, והוא שואף ליצירת תמיכות קהילתיות, שלא כמו מודל המתבסס על יחסי שירות רשמיים (Ostrow & Croft, 2015). נוסף על כך, בתי הפוגה שואפים להעניק לאדם כלים להתמודד בעתיד עם מצבי משבר נפשי (Pelot & Ostrow, 2021).

ישנם בתי הפוגה שאינם מעניקים שירות לאנשים אובדניים או למי שמהווים סכנה לעצמם או לאחרים; ישנם בתיים המתנים קבלה בקיומו של מקום מגורים למבקש, ואילו אחרים מקבלים גם אנשים שהם חסרי בית; ישנם בתי הפוגה המנוהלים ומופעלים על ידי רוב של עמיתים בגוף המנהל והמפעיל (בתיים אלו שייכים לארגונים ללא כוונת רווח). בתיים אחרים הם חלק מרשת של שירותי בריאות נפש גדולה יותר ומסורתית יותר, ולכן יש להם גם יציבות כלכלית רבה יותר (Ostrow & Croft, 2015).

במחקר שבדק את המאפיינים של בתי הפוגה בארצות הברית נמצא שהמימון הוא ברובו ממקורות ציבוריים (סוכנות בריאות הנפש של המדינה ו-Medicaid⁴), שמספר השוהים שכל מסגרת יכולה לקלוט נע בין 2 ל-20, ושמשך השהות נע בין 5 ימים ל-30 יום (Pelot & Ostrow, 2021). במחקר הערכה שבדק את המועילות של בתי הפוגה בעיר ניו יורק נמצא שבתי הפוגה הפחיתו את אחוזי האשפוז ואת ההוצאות על בריאות עבור השוהים בהם (במדידה של חודש השהות בבית הפוגה וב-11 החודשים

³ שירות שבו המטפלים ומסגרת הטיפול הטמיעו בעבודתם גישה ועקרונות ההופכים את השירות והטיפול למותאם ורגיש דיו לטיפול בטראומה

⁴ תוכנית ביטוח הבריאות הציבורי של המדינה לאנשים עם הכנסה נמוכה

שלאחריו) לעומת קבוצת הביקורת (Bouchery et al., 2018). יש בארצות הברית לפחות כמה עשרות בתי הפוגה מפוזרים על פני 14 מדינות, אך מספרם המדויק אינו ידוע (Pelot & Ostrow, 2021; World Health Organization [WHO], 2021).

דוגמה לבית הפוגה בארצות הברית היא [Afiya House](#), בית הפוגה היחיד במסצ'וסטס ואחד מכמה עשרות בתי הפוגה בארצות הברית⁵.

בתי הפוגה הם מענה שמוצע גם במדינות באירופה, למשל בברלין ובבוכום, בגרמניה (Gooding, 2021).

4.1.2 בתי משבר

בתי משבר (crisis houses) דומים באופיים לבתי הפוגה, והם נפוצים באנגליה. כמו בתי הפוגה, בתי משבר הם מסגרות שהייה קטנות באווירה ביתית, המיועדות לטווח זמן קצר. בכל אחת מהן מוצע זמן שהייה שונה.

שלא כמו בתי הפוגה, ישנם בתי משבר באנגליה המיועדים לאוכלוסיות ייעודיות, למשל לנשים, לקהילה הלהט"בית, לחסרי בית או לנשים שחורים. כך לדוגמה, [Link House](#) בבריסטול, אנגליה, מעניק שירות לנשים בלבד, ובהן גם נשים חסרות בית. דוגמה נוספת היא [Drayton Park Women's Crisis House](#), בית משבר לנשים ולילדיהן. הבית מיועד לנשים שנוסף על משבר נפשי חוות גם אלימות או התעללות.

מרפי ואח' (Murphy et al 2012), מצאו שבתי משבר הפחיתו את מספר האשפוזים החוזרים, שיפרו את המצב הנפשי של צרכני השירות והיו מקובלים יותר מאשפוז פסיכיאטרי מסורתי ומעוררי שביעות רצון בקרב הצרכנים, וכן העמיסו פחות על בני משפחה ומטפלים.

בתי המשבר באנגליה הם אחד משירותי החירום בקהילה. הם כוללים גם יחידות לעזרה ראשונה דחופה (Accident & Emergency – A&E), צוותי משבר, יחידות לטיפול יום או בתי קפה למצב משבר. סקר משנת 2019 אשר בדק את הזמינות של שירותי משבר בקהילה באזורי השירות (catchment areas) של מערכת הבריאות באנגליה הראה כי ב-85 אזורי שירות מתוך סך של 180 אזורי שירות שהשיבו לסקר היה שירות של בתי משבר. כלומר בקרב כמחצית מאזורי השירות היה שירות של בתי משבר נוסף על שירותים אחרים. יש לציין שבתי משבר באזור שירות מסוים יכולים לשרת אוכלוסייה מאזורי שירות אחרים. ייתכן גם כי באזור שירות מסוים יהיה יותר מבית משבר אחד. המספר הכולל של בתי משבר באנגליה (כמו המספר הכולל של שירותי משבר אחרים) לא צוין בסקר (Dalton-Locke et al., 2021). זאת ועוד, שירותי הבריאות הממלכתיים (NHS) הקצו תוספות תקציב לכל אזורי השירות כדי לפתח חלופות בקהילה לאשפוז פסיכיאטרי, ובהן גם לבתי משבר (NHS, n.d.).

4.1.3 מרכזי שהייה בקהילה, לטיפול במצבי משבר נפשי (תת-אקוטי) – אוסטרליה

באוסטרליה התפתחו במדינת ויקטוריה ובמדינת אוסטרליה הדרומית שירותים של בתי שהייה למתן מענה נפשי בקהילה במצבים של משבר המוגדר תת-אקוטי, כלומר, מצבי משבר נפשי שבהם אדם אינו מהווה סכנה לעצמו או לאחרים (Harvey et al., 2019).

⁵ לקריאה נוספת על בתי הפוגה בארצות הברית, ר' <https://www.peerrespite.com>

ההתערבות בהם ניתנת לעיתים במטרה למנוע אשפוז פסיכיאטרי מלא (step-up care) ולעיתים במטרה לתמוך במשתחררים מאשפוז פסיכיאטרי לפני חזרתם המלאה לקהילה (step-down care) (Ngo et al., 2020). להבדיל ממעני שהייה אחרים במדינת ויקטוריה ובמדינת אוסטרליה הדרומית, שירותים אלו מהווים שירות על רצף הטיפול במערכת בריאות הנפש.

השירות הניתן בהם הוא שירות ממוקד-החלמה (recovery-oriented care). הוא מוגבל בזמן וניתן למשך עד 28 יום (Harvey et al., 2019).

במדינת ויקטוריה החל לפעול בשנת 2003 שירות PARC (Prevention and Recovery Care), ונכון לשנת 2017 פעלו ברחבי המדינה 19 מרכזי שירות מסוג זה. מרכזי PARC פועלים בדרך כלל במודל אחיד, עם הבדלים קלים בלבד בין מרכז אחד לאחר (Harvey et al., 2019). ישנם מרכזי PARC ייעודיים לנשים או לצעירים (בגילים 16–25), והשהות בהם מוגבלת לעד 28 יום (ממוצע השהייה במרכזי PARC הוא שבועיים). יש גם מרכז PARC המיועד לשהייה ממושכת יותר, עד שישה חודשים (Fletcher et al., 2019; Victoria Department of Health, 2022).

מודל PARC פותח במענה למחסור במיטות אשפוז במדינת ויקטוריה שגרם לזמני המתנה ארוכים, לאשפוזים קצרים מהנדרש וללחץ לשחרור מוקדם של מאושפזים, לפני המועד המתאים לשחרורם. כמו כן פותח המודל במענה לחסרונות באשפוז פסיכיאטרי כפי שנתפסו בעיני צרכני השירות (Farhall et al., 2021). המודל דוגל במעורבות גבוהה של צרכן השירותים (consumer involvement) בתהליך ההחלמה שלו, רואה חשיבות בקשרים של אדם עם משפחתו וקהילתו ומצהיר על מחויבות לשימוש בפרקטיקות שאינן נוקשות ומגבילות, ככל האפשר (Galloway et al., 2016).

מרכזי PARC מופעלים בדרך כלל בשותפות בין מרפאות ממשלתיות מקומיות לבריאות הנפש ובין ארגוני מגזר שלישי (Harvey et al., 2019). הם משלבים טיפול רפואי ופסיכולוגי למי שחווה משבר נפשי חמור או שעומד לפני חזרה מלאה לקהילה בעקבות אשפוז. שירות PARC הוא חלק ממגוון שירותים בקהילה שנועדו להגביר את הזמינות לשירותי בריאות הנפש ולאפשר רצף טיפול (Victoria Department of Health, 2022).

כרהול ואח' (Farhall et al., 2021) מצאו כי אין הבדל בעלויות הטיפול הכוללות בין מודל PARC ובין אשפוז פסיכיאטרי, אך כי מודל PARC הביא לידי הפחתת מספר האשפוזים וימי האשפוז (יש לציין שלעומת אשפוז פסיכיאטרי הוא הגביר את הצריכה של שירותים אחרים לאחר החזרה לקהילה). נוסף על כך, צרכני שירותי PARC סיפרו שהשהות במרכזי PARC עדיפה מבחינתם מאשפוז ותיארו חוויה נוקשה פחות. נמצא גם שיפור מתון במצב הקליני של צרכני שירותי PARC לעומת מצבם של מי שחוו אשפוז. לעומת זאת, טיברוול ואח' (Tibrewal et al., 2021) לא מצאו יתרון קליני או כספי של PARC. ואולם, במחקר אחר נמצאו כמה יתרונות של ממש לשירות זה: צרכני השירות ואנשי צוות ראו בחיוב את הדגש הניתן להחלמה במרכזי PARC; לצוותי המרכזים ישנן מיומנויות גבוהות ויש גם השקעה מתמדת בפיתוח מיומנויות מקצועיות של הצוותים; ישנה התאמה של מגוון מענים לצרכים המסוימים של כל מקבל שירות; יש תכנון מוקדם של ההתערבות והצבת מטרות בנות השגה, זאת בהתאם לגישת ההחלמה; וכמו כן יש שיתוף של בני המשפחה (Heyeres et al., 2018). בדומה, לפי נגו ואח' (Ngo et al., 2021), צרכני שירות PARC דיווחו על שיפור במידת המתח הנפשי, תחושת המסוגלות העצמית והיכולת לעבוד ולהשתלב בחברה וכן הביעו שביעות רצון גבוהה מן השירות.

באוסטרליה הדרומית פותח שירות אחר למתן מענה בקהילה במצבי משבר נפשי תת-אקוטי. השירות ניתן במרכזים הנקראים Intermediate Care Centers (להלן: **המרכזים**), והם משמשים גם מרכזי שיקום בקהילה. בדומה לבתי משבר, המרכזים מספקים טיפול אינטנסיבי. זאת במטרה למנוע את הידרדרות המשבר באמצעות מענה שהייה קצר מועד, בדרך כלל בטווח של 5–14 ימים, אך לא יותר מ-21 יום. השירות ניתן באווירה ביתית; והקשר עם הקהילה נשמר (SA Health, 2013). המרכזים והצוות המקצועי בהם אינם מיועדים או מותאמים למתן מענה לאנשים המהווים סכנה מיידית לעצמם או לאחרים או הנוטים להתנהגות מסוכנת (Allison et al., 2014) וכן לא למתן טיפול בכפייה (SA Health, 2013).

באוסטרליה הדרומית מתנהל דיון על היחס הרצוי בין מספר מיטות אשפוז פסיכיאטרי במדינה ובין מענים בקהילה המהווים חלופות לאשפוז (Isobel, 2021). הקמת המרכזים, בראשית העשור הקודם, לוותה בצמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי. לעומת זאת המגמה בשאר מדינות אוסטרליה הייתה הגדלת מספר מיטות האשפוז, בהתאמה עם הגידול באוכלוסייה (Allison et al., 2014). ואולם, פתיחת המרכזים ומקומות שהייה בהם לא הביאה כפי שצפו לידי צמצום הביקוש למיטות אשפוז, אלא להפך: הלחץ על חדרי המיון אף גדל. הספרות המקצועית אינה מספקת הסבר חד-משמעי לממצא זה, אך אפשר למצוא בה כמה הסברים אפשריים: אין די במשך השהות המוגבל (עד 21 יום) כדי למנוע את הצורך באשפוז פסיכיאטרי (SA Health, 2013). הסבר אפשרי שני הוא העובדה שמלכתחילה המרכזים אינם מיועדים למענה למשבר נפשי חריף (אקוטי), אלא למשברים נפשיים תת-אקוטיים בלבד (כלומר, מי שזקוק למענה למשבר נפשי חריף יכול לקבל מענה כזה עדיין רק באשפוז פסיכיאטרי רגיל ולכן גם למרכזים לא הייתה השפעה על מידת הביקוש לאשפוז (Allison et al., 2014)). לדברי פסיכיאטר באחד מבתי החולים במדינת אוסטרליה הדרומית (Dhillon, 2015), הסבר אפשרי נוסף הוא שייתכן כי הצוות הרפואי במוסדות אשפוז פסיכיאטרי רגילים נמנע מלשחרר מאושפזים למרכזים, גם כשכבר אין הכרח באשפוז. לדבריו, יש לכך כמה סיבות: החשש של הצוותים שפרק זמן של 21 יום במרכזים אינו נותן מענה מספק לצורכי מקבלי השירות; למרכזים יש תנאי קבלה ברורים מאוד, ואלו אינם מתאימים לאנשים עם צורכי מגורים מורכבים ולאנשים שהם צרכנים כבדים של תרופות פסיכיאטריות (אחד הדגשים במרכזים אלו הוא הפחתת השימוש בתרופות או שימוש מועט בתרופות); ולבסוף, לדברי דילון, עמדת אנשי המקצוע, מקבלי השירות ובני המשפחה היא שנכון יותר שאדם יסיים את תקופת הטיפול שהוא זקוק לה בליוויים של הפסיכיאטר והצוות שטיפלו בו עד אותה עת, ולא יעבור למסגרת טיפול חדשה. כיוון שמיטות האשפוז הרגיל במדינת אוסטרליה הדרומית צומצמו כדי לפתוח את המרכזים אך המרכזים אינם נותנים את המענה המתאים וגם לא מענה לאוכלוסיית היעד של אשפוז פסיכיאטרי רגיל, התוצאה לדעתו היא שהלחץ על מיטות האשפוז הפסיכיאטרי גבר ולא הופחת. אף שהיחס הרצוי בין מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי ובין חלופות לאשפוז פסיכיאטרי בקהילה עדיין נתון בדיון, בפועל **חלק** מהמרכזים שהוקמו בעבר נסגרו, אך ברחבי אוסטרליה הדרומית עדיין פועלים כמה מרכזים כאלו הממשיכים להציע את השירות, והם מהווים שירות חשוב על הרצף "טיפול קהילה - אשפוז בבריאות הנפש" וממשיכים לתת מענה בקהילה, גם אם מצומצם יותר בתפוצתו מבעבר, לאנשים החווים משבר נפשי (ר' למשל Government of South Australia, 2022).

4.1.4 סוטריה

מודל סוטריה (ביונית – גאולה) גם הוא מהווה מסגרת שהייה לאנשים במצב משבר נפשי. להבדיל מבתי הפוגה ומבתי משבר שאינם מבוססים על תורה סדורה, בתי סוטריה מבוססים על תפיסה רחבה שפיתח הפסיכיאטר לורן מושר (Moshier) במסגרת

פרויקט ניסויי שנערך בארצות הברית בשנות השבעים של המאה הקודמת. מודל סוטריה המקורי כלל התערבות טיפול רגשית בין-אישית, על-פי רוב בלי טיפול תרופתי, שניתנת ברצף, במסגרת שהייה קטנה ובאווירה שהיא ביתית, מכילה ומגוננת, בקהילה, על ידי כוח אדם לא מקצועי. בארץ מופעלת חלופה זו תחת השם 'בתים מאזנים' (ר' למשל <https://soteria.org.il>; חלופת אשפוז פסיכיאטרי - בית מאזן - אנוש (enosh.org.il)).⁶

עקרונות המודל הם שימור והעצמה של כוחות הפרט, שימור קשרי קהילה ויצירת תחושת אחריות משותפת. הגישה המרכזית של מודל סוטריה היא **להיות עם** האדם מקבל השירות, להבדיל **מלעשות למענו** (doing for); וכן לעזור לו למצוא משמעות בתוך חוויית המשבר הנפשי, בדרך אמפתית, לא פולשנית, לא כופה ולא טיפולית. לפי המודל המקורי אין מפגשי טיפול רשמיים, אלא תהליך הטיפול מתרחש מעצם התיווך, הליווי והעזרה שהצוות מעניק לאדם השווה במסגרת (Mosher, 1999). מקלר (Mackler, 2012) אף טען שגישת סוטריה כלל אינה מהווה טיפול אלא היא שירות בלבד, שבמרכזו מתן כבוד לאדם, המאפשר לו למצוא את דרכו בתוך האירוע שהוא חווה.

גישת המודל היא שסביבת האשפוז הסטנדרטית לא רק שאינה מספקת טיפול שמטרתו הפחתת רמות המתח והלחץ הרגשי, אלא אף להפך – אופייני והתנהלותן של מחלקות אשפוז מחריפים את המתח הרגשי. כמו כן בשל התנאים תחת אשפוז קשה ליצור ברית טיפולית יציבה ובת קיימה (Ciompi, 2017). בשל כך בתי סוטריה מספקים אווירה ביתית ושוכנים בקהילה, בשכונות מגורים ולא במנותק מהן. בעת הקבלה לבית, על הצוות ראשית לנסות להבין את מצבו של האדם צורך השירות ומה הם הרקע והנסיבות שהביאו לידי המשבר שהוא חווה. זאת כבסיס ליצירת קשר עם האדם השווה ולהבנתו. תפקיד הצוות לספק ליווי וחברה, סנגור, סיוע וטיפול, ומטרתו שימור ופיתוח של יכולת קבלת החלטות עצמאית של השווה וחיזוק תחושת השליטה שלו בתהליך ההחלמה שלו עצמו. משום כך, הצוות מעודד את השווהים בבית לשמור על קשר עם גורמי טיפול ועם גורמים חברתיים בקהילה. כמו כן הבית מאפשר נגישות וגמישות הן בקבלה הן בסיום של השהות בו. לאחר סיום השהות בבית, האדם מוזמן להמשיך ולהשתתף בפעילויות קהילתיות של הבית בתדירות ולמשך כמה זמן שיבחר (Mosher, 1999).

בתי סוטריה המקוריים בארצות הברית נסגרו בשנות השמונים (Mosher, 1999). בית ברוח המודל (Crossing Place) נפתח מאוחר יותר בווינגטון הברייה, והוא נבדל מהמודל המקורי במשך השהות (הוגבל לחודש), בשילוב חופשי יותר של טיפול תרופתי, בקיום מפגשי טיפול קבוצתיים מוכּנים ובתנאי כניסה גמישים יותר. אחריו, בשנות התשעים, נפתח במרילנד בית נוסף ברוח המודל (McAuliffe House), שגם בו נעשו התאמות במודל המקורי (Lichtenberg, 2011). למרות תוצאות חיוביות לטיפול בשני הבתים, הם נסגרו (Mosher, 1999).

באלסקה פעל בית סוטריה בשנים 2009–2015, בעיר אנקורג'. הוא היה המקום הכמעט יחיד במדינה למשברים נפשיים שהציע טיפול ללא תרופות (Gottstein, 2015). הבית נועד לעד חמישה דיירים ואפשר שהות של כשישה חודשים. הוא פעל במימון המדינה והשירות ניתן בהפניה מהמערכת הפסיכיאטרית הכללית (Mackler, 2012). הפסקת מימון המדינה הביאה לידי סגירת הבית ב-2015 (Gottstein, 2015).

⁶ לרשימת הבתים המאזנים המאושרים בהסדר עם קופות החולים ר' משרד הבריאות, 2022.

כיום פועל בית סוטריה אחד בארצות הברית (בוורמונט), כפי שיפורט להלן, אך מודל סוטריה אומץ בכמה מדינות באירופה, ואף בישראל הוקמו, כאמור, בתים מאזנים על פי מודל זה. להלן יוצגו כמה דוגמאות של בתי סוטריה בעולם.

סוטריה ורמונט, ארצות הברית

בית סוטריה בוורמונט הוא שירות של ארגון [Pathways Vermont](#), שבין היתר מבקש לקדם הפעלה של פתרונות חדשניים בתחום שירותי בריאות הנפש. מטרתו של השירות היא למנוע אשפוז פסיכיאטרי לאנשים במצבי מצוקה קיצוניים או במצב פסיכוטי, בהתאם לעקרונות מודל סוטריה שפורטו לעיל.

בית סוטריה ורמונט מיועד לעד חמישה דיירים בזמן נתון ומאפשר שהות של שלושה עד שישה חודשים. בתום תקופת השהות אדם יכול לצרוך שירותי בריאות נפש בקהילה שניתנים על ידי בית סוטריה. הוא יכול להמשיך לצרוך את השירותים עוד חצי שנה נוספת שלא במסגרת שהות.

השירות ניתן לתושבי ורמונט, ללא תשלום או בתשלום נמוך. התפיסה העומדת בבסיס ההפעלה של השירות תומכת במסגור מחדש של המשבר בתור הזדמנות. השירותים שהבית מציע כוללים בין השאר הבעה באומנות, פעילות בטבע, פעילות גופנית ופגישות של רשתות תמיכה של משפחה וחברים. טיפול תרופתי ניתן לפי צרכיו ורצונו של האדם, והוא נחשב כלי נוסף (אך לא בהכרח העיקרי) שעומד לרשות האדם בתהליך ההחלמה שלו, כאשר תפקיד הצוות הוא לספק מידע מלא על היתרונות והחסרונות של טיפול תרופתי.

לפי נתוני הארגון המפעיל, העלות עבור לילה של שהות בסוטריה נמוכה פי שלושה מעלות האשפוז במחלקה פסיכיאטרית בוורמונט (Pathways Vermont, 2022).

סוטריה ברן, שוויץ

בית סוטריה בעיר ברן (Berne) שבשוויץ הוא הראשון שנפתח באירופה. הבית החל לפעול באמצע שנות השמונים, והוא פעיל עד היום. המטרה של בית סוטריה ברן היא הפחתה מתמדת של רמות המתח הרגשי אצל אדם הנתון בסיכון לפתח משבר נפשי ואצל סביבתו (Ciompi, 2017). הבית מיועד גם לתת מענה לאנשים עם סכיזופרניה חריפה במצב של משבר נפשי חריף.

העקרונות שעל פיהם פועל בית סוטריה ברן הם הרגעה, שילוב בפעילות קהילת הבית, הכנה לחזרה לקהילה והמשך טיפול בקהילה. בבית תשע מיטות ומספר קבוע של אנשי צוות. צוות זה קיבל הכשרה ייעודית, והוא מורכב מאחיות, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ואנשי צוות לא מקצועיים. כולם עובדים תחת ההנחיה והפיקוח של פסיכיאטר. הצוות המקצועי נמצא בבית במשך יומיים רצופים, כדי לאפשר לו ליצור אמון עם השוהים בבית, ולאחר מכן הוא יוצא לחופשה לכמה ימים. פעם בשבוע הצוות מתכנס כולו לעבודת צוות משותפת. אנשי הצוות נוכחים במקום בכל זמן נתון. הבית מיועד לשהות של עד 40 ימים. יש בו גם 'חדר רך' להרגעה, אשר השהות בו היא בליווי איש צוות.

לאחר סיום השהות בבית, בית סוטריה ברן מציע גם מגוון שירותים תומכים בקהילה: המשך טיפול בבית שלא במסגרת שהייה – עד שנתיים מסיום השהות בבית; דירה מוגנת המיועדת לעד שלושה דיירים; אשפוז יום המיועד לעד עשרה מטופלים; וכן מרפאות-חוץ וטיפולים בבית ל-50-60 מטופלים. הבית גם מפעיל מרכז בקהילה לאיתור מוקדם ולטיפול.

לבית יש מעמד של בית חולים פסיכיאטרי לעניין מימון הפעילות על ידי ביטוח הבריאות והוא משתף פעולה עם שירותי בריאות הנפש המקומיים הציבוריים וכן עם אנשי מקצוע פרטיים בקהילה.

מדידה והערכה – מהערכה של בית סוטריה ברן, בשנת 2017, עלה כי השהות בבית יוצרת חוויה שהיא טראומטית ובעלת תווית שלילית פחות עבור מקבל השירות ומשפחתו מאשר אשפוז פסיכיאטרי רגיל; כי אפשר לתת מענה לצרכים של אנשים עם סכיזופרניה במסגרת מודל השירות של הבית; וכי אירועים מסוכנים או מסכני חיים היו נדירים ביותר. אחוזים נמוכים מקרב השוהים סירבו לשתף פעולה עם גישת המודל, והם הופנו לאשפוז רגיל. אצל שני שלישים מהשוהים בבית בפעם הראשונה הייתה הפחתה ניכרת או מלאה בתסמינים. בבדיקה אחרת שנעשתה שנתיים לאחר השהות לא נמצאו הבדלים בין אנשים ששהו בבית סוטריה ובין אנשים שקיבלו טיפול בארבע מסגרות מסורתיות יותר בשוויץ ובגרמניה בכל הקשור למצב הנפשי, התעסוקתו, סטטוס המגורים ושיעור המדווחים על הרעה חוזרת במצבם. לעומת זאת נמצא שבקרב בוגרי בית סוטריה היה השימוש בתרופות נמוך במידה ניכרת. עוד נמצא שעלות השירות בסוטריה (עלות יומית ועלות לשנתיים) הייתה נמוכה ב-10% מעלותו של אשפוז פסיכיאטרי מסורתי, אף שהבית סיפק שירותי המשך עד שנתיים מתום השהות בו.

נמצא גם שאומנם בתי סוטריה אינם נפוצים בשוויץ, אך עקרונות מנחים של המודל הוטמעו במערכי הטיפול הסטנדרטיים בבתי חולים בשוויץ ובמקומות נוספים (Ciompi, 2017).

4.2 מענים בקהילה שאינם במסגרת שהייה

קבוצה אחרת של מענים ושירותים בקהילה למשבר נפשי חריף כוללת מענים שאינם כוללים שהייה וניתנים במרכזי טיפול או במסגרות חברתיות בקהילה, או מענים הניתנים במקום המגורים של האדם באמצעות צוותים ייעודיים, רב-תחומיים וניידים. יש בהם מענים שמטרתם להעניק עזרה מהירה ומיידית למצב המשבר, עד שהטיפול יועבר לגורמים אחרים בקהילה (או במקרים מסוימים אף לאשפוז). מענים אחרים מיועדים לספק תמיכה לאורך זמן, לפי צרכיו המשתנים של צרכן השירותים ולפי רצונו. להלן פירוט של מגוון מענים שאינם כוללים שהייה.

4.2.1 יחידות לטיפול יום במצבי חירום

יחידות לטיפול יום במצבי חירום (להלן: **יחידות לטיפול יום** או **היחידות**) מספקות טיפול אינטנסיבי, קצר מועד (בדרך כלל נמשך עד כחודש), בתוך מרכזים בקהילה, למבוגרים החווים משבר נפשי. מטרת היחידות היא הפחתת אשפוזים פסיכיאטריים (וכן קיצור אשפוזים קיימים). היחידות מציעות מסגרת שבה אדם במשבר יכול לשהות בשעות היום, בסביבת מטפלים ועמיתים עם ידע מניסיון. את היחידות לטיפול יום מאייש צוות רב-תחומי אשר כולל אחיות, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק ובאומנות ועוד (Morant et al., 2021).

יחידות לטיפול יום במצבי חירום פועלות במדינות באירופה, ובהן אנגליה, גרמניה, צ'כיה ופולין. **באנגליה** למשל, פועלות 45 יחידות כאלה ברחבי המדינה (Lamb et al., 2019) אך תפוצתן נתונה במגמת ירידה קלה (Dalton-Locke et al., 2021). הפניה לטיפול ביחידות נעשית על ידי גורמי טיפול או חירום אחרים, אך חלק קטן מהיחידות מאפשר גם פנייה עצמית של האדם או בני משפחתו.

רוב היחידות פועלות בימי העבודה ובשעות העבודה, אך ישנן גם יחידות שנותנות מענה במשך יותר שעות, וכמה מהן אף פתוחות ברצף. משך הטיפול משתנה מיחידה ליחידה, והוא נע בין שבועיים ל-12 שבועות (Lamb et al., 2019). נמצא שבאנגליה אין אמות מידה וקריטריונים אחידים להפעלת מענה זה וישנם הבדלים ניכרים בהתנהלות היחידות. במיוחד ניכרים הבדלים בין יחידות הפועלות תחת תוכנית הבריאות הלאומית (NHS) ובין יחידות שארגוני מגזר שלישי מפעילים (Lamb et al., 2019).

מחקרים מעידים על שביעות רצון גבוהה מהיחידות, הן בקרב אנשי צוות הן בקרב מקבלי שירות, וכן על תוצאות טובות במדדים קליניים. זאת ועוד, שלא כמו הטיפול שמעניקים צוותי חירום או טיפול ביתי (ראו פירוט בהמשך), המענה של יחידות לטיפול יום מציע מעקב צמוד של הצוות, טיפולי או רפואי, במידת הצורך, סדר יום מובנה ומפגשים חברתיים עם עמיתים. בכך הוא מהווה חוליה משלימה וחשובה שיכולה להרחיב את המגוון והאיכות של המענים הניתנים בקהילה לטיפול במשברים (Osborn et al., 2021).

4.2.2 אשפוז בית

בין המודלים השונים שהציעו טיפול בקהילה כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי, התפתחה גם גישה המתמקדת במתן מענה לאדם בתוך ביתו (Nwachukwu et al., 2014). המענה הביתי ניתן במתווה של אשפוז בית, על ידי צוותים ייעודיים לטיפול במשבר ('צוותי משבר') הפועלים במגוון מודלים של ארגון והפעלה ושל תפיסות עולם. צוות הטיפול במודל הוא צוות רב-תחומי (על פי רוב כולל לכל הפחות פסיכיאטר, פסיכולוג, אחות פסיכיאטרית ואיש מנהלה). תפקיד הצוות לאבחן את הפונים ולתת טיפול קצר-מועד עד לפתרון המצב האקוטי (Sjøløe et al., 2010). ככלל, הצוותים נותנים מענה מהיר (בתוך שעות ספורות מן הפנייה) בכל שעות היממה ובכל ימות השבוע בביתו של האדם החווה את המשבר החריף. כלומר, פעילות הליבה של הצוותים היא מתן טיפול שיכול להימשך שבועות אחדים, עד לייצוב המשבר. המודל מתאפיין גם ביכולת גמישות והתאמה של מתווה הטיפול לצרכים המשתנים ולמאפיינים הייחודיים לאדם ולסביבתו. כמו כן לעיתים ניתן לצוותים גם תפקיד של אבחון ומיון ראשוני לשם הפניית האדם למענה המתאים לו ביותר, בין בביתו באמצעות הצוות, בין באשפוז ובין באמצעות מענים אחרים בקהילה ובמערכת בריאות הנפש (Sjøløe et al., 2010).

בעת משבר יש יתרונות רבים להשאר האדם בסביבתו הביתית: הטיפול בבית מקטין את הטרואמה הנובעת מניתוק האדם (טרואמה שמתרחשת לא אחת באשפוז למשל), יוצר יחסי כוחות מאוזנים יותר בין מקבל השירות לנותני השירות, מתייחס גם לגורמים סביבתיים שהם רלוונטיים להתפרצות המשבר ולטיפול בו, וכן מאפשר לאדם החווה משבר ללמוד מיומנויות להתמודדות בתוך ההקשרים היום-יומיים הרלוונטיים לחייו (Lloyd-Evans et al., 2018). כמו כן הטיפול בתוך סביבתו הטבעית של האדם מסייע לנרמל את המשבר, כלומר, לראות בו חלק בלתי נפרד מהחיים, ובכך הוא עוזר בהפחתת תיוג עצמי שלילי. הטיפול בבית גם מאפשר לצוות להגיב למשל לקשיים ולבעיות של בני המשפחה היכולים לנבוע מהמשבר (Sjøløe et al., 2010).

אשפוז בית לאנשים במשבר נפשי חריף מבוסס על מודל טיפול באמצעות צוותי משבר. המטרה העיקרית של הצוותים היא הפחתת העומס ממערכת האשפוז. לשם כך מוגש טיפול מהיר ואינטנסיבי בביתו של האדם, להבדיל מהטיפול שמציעה מסגרת אשפוז; ניתן טיפול איכותי בקהילה בסיוע אשפוז ובעת החזרה לקהילה; מקודם קיצור אשפוזים; וניתן מענה טיפול מקומי כדי להתמודד עם בעיה של הפניית אדם לטיפול באזור מרוחק (Bourn, 2007). הגישה המרכזית של מודל זה היא שיש לשאוף לתת טיפול ומענה לאדם בביתו, ככל האפשר, ולהעדיף זאת על פני אשפוז פסיכיאטרי.

על אף הבדלים ביישום מודל צוותי אשפוז הבית, אפשר לציין כמה עקרונות מרכזיים משותפים להם (Sjølie et al., 2010):

1. אבחון ראשוני ובחינה של השאלה אם המענה למשבר הנפשי החריף יכול להינתן בקהילה או שהוא בכל זאת מצריך אשפוז
 2. טיפול ושירות הניתנים בביתו של האדם
 3. תמיכה מהירה ומיידית בתוך כמה שעות מרגע הפנייה
 4. מענה רציף הניתן בכל שעות היום והלילה ובכל ימות השבוע
 5. שירות לזמן קצוב (לרוב כמה שבועות בלבד)
 6. הערכה יומית של האדם המטופל ושל צרכיו
 7. צוות ייעודי ורב-תחומי הפועל יחד בקביעות ולאורך זמן
 8. מודל המתייחס גם לצרכים בתחום הרווחה, להיבטים סביבתיים של המשבר ולקשרים המשפחתיים והחברתיים של האדם (חברים ומקום עבודה)
 9. גמישות ויכולת התאמה של מאפיינים ארגוניים ומנהליים של המודל לצרכים ולמאפיינים מקומיים
 10. צוות נייד – הצוות המטפל מגיע אל האדם ולא להפך (להבדיל ממיון פסיכיאטרי למשל). ניידות הצוות מאפשרת פתרון בעיות בזמן אמת ובסביבתו הטבעית של האדם.
- לסיכום, עבודת צוות אשפוז הבית אין משמעה העברה של פרקטיקות בית החולים לקהילה, אלא הרחבת הטיפול הניתן למענים הכוללים התייחסות גם להיבטים הסביבתיים הייחודיים לאדם מבקש השירות.
- צוותי חירום ניידים פועלים במדינות שונות. מאפייני השירות דומים לרוב המאפיינים שנמנו לעיל, אך בכל אחד מן המקומות יש מאפיינים מקומיים ייחודיים:

באנגליה, צוותים לפתרון משבר (Crisis Resolution Teams – CRT) וצוותי חירום לטיפול ביתי (Crisis Resolution and Home Treatment Teams – CRHTT) החלו לפעול כבר בשנות התשעים כדי לספק שירות מתמשך בכל שעות היום והלילה ובכל ימות השבוע וכדי להוות חלופה אמיתית לאשפוז פסיכיאטרי. זאת על סמך ההכרה שכל עוד צוותים המטפלים בקהילה פועלים בשעות העבודה בלבד, חמישה ימים בשבוע, הם לא יוכלו להוות חלופה הולמת (Johnson et al., 2011). בראשית שנות האלפיים נקבע כי המודל הוא המדיניות הרשמית בתוכנית הבריאות הלאומית (NHS), תוכנית שהתוותה בין היתר מדיניות להטמעתן של שיטות טיפול חדשות בבריאות הנפש, במטרה, מצד אחד, לטפל בעומס על מיטות האשפוז ומצד שני, להתמודד עם חוסר שביעות הרצון מהטיפול הניתן באשפוז. בשנת 2001, במטרה ליצור האחדה באשפוז הביתי קבע משרד הבריאות בבריטניה מתווה להפעלת הצוותים. העקרונות שנקבעו הם גישה קלה של הצרכנים לשירות, שירות מהיר ורציף מצד הצוות, רב-תחומיות של הצוות, ובה בין השאר היכולת לספק טיפול רפואי, פסיכולוגי ורווחתי. כמו כן נקבעה לצוותים המטרה של קידום שחרור מהיר מאשפוז ומניעה של אשפוזים חוזרים (Lloyd-Evans et al., 2018).

בסקר צוותי משבר שנערך בשנת 2018 נמצא שיש 233 צוותים פעילים ברחבי אנגליה (Lloyd-Evans et al., 2018). הסקר בדק את מאפייני הצוותים, את מאפייני האוכלוסייה שמקבלת את שירותיהם ואת מאפייני השירות שסיפקו:

1. מאפייני הצוותים – נמצא כי כשני שלישים מהצוותים הם חלק ממחלקת אשפוז בבית חולים; השאר עובדים בשירותים בקהילה. כמו כן כל הצוותים כללו אחיות ופסיכיאטרים; אך היו גיוון וחוסר אחידות באנשי מקצוע אחרים. בממוצע, צוות מלא הוא של עשרים משרות מלאות, ביחס של 27 מטופלים למטפל.

2. מאפייני צרכני השירות – כמחצית מצרכני השירות צרכו שירותי בריאות הנפש בעבר. השאר הופנו על ידי רופא (באנגליה אי אפשר לקבל את השירות בפנייה עצמית אלא רק בהפניה של גורם מקצועי). השירות ניתן מגיל 18 (מחצית מהצוותים מטפלים באנשים שהם כבר בני 16 ויותר) ולרוב אין תקרה של גיל זכאות לטיפול.

3. מאפייני השירות – רוב הצוותים דיווחו כי הם פועלים בשיתוף עם מחלקות אשפוז, בתי משבר או יחידות יום לטיפול אקוטי, כדי לקדם שחרור מוקדם של מטופלים מתאימים.

אלה השירותים העיקריים שרוב הצוותים מספקים: טיפול תרופתי (התוויית טיפול, אספקת מרשם ותרופות ופיקוח על נטילתן), התערבויות פסיכולוגיות, תמיכה מעשית בפעילויות יום-יום ובבריאות כללית וכן סיוע לבני משפחה (הפניה לשירותים עבור מטפלים, מפגשי טיפול משפחתיים ועוד).

גם **בספרד** יש צוותי חירום וטיפול ביתי (Crisis Resolution and Home Treatment Team – CRHTT) אשר הוקמו בעקבות מודל צוותי חירום באנגליה ופועלים במתווה שירות דומה ועל פי מטרות דומות (אבחון/מיון ראשוני, טיפול במשבר וייצוב האדם, ושימת דגש על חזרה לקהילה בסיום אשפוז) בדגש חזק על יצירת רצף טיפול עם גורמי הטיפול הקבועים בקהילה (Giménez-Díez et al., 2020; Palé et al., 2019).

בשנת 2005 כורסמה 'תוכנית הפעולה הלאומית לבריאות הנפש' (The National Action Plan) **בנורווגיה**. התוכנית קבעה בין היתר את הקמתם של צוותים לטיפול ביתי במשברים (Crisis Resolution and Home Treatment Team – CRHT), ב-78 מרכזי בריאות הנפש בקהילה הפזורים במדינה, וכן שעל הצוותים לספק תמיכה מקיפה במטופל ובסביבתו במטרה לתת מענה למשבר הנפשי בקהילה ולהקל על מערכת האשפוז. שלא כמו באנגליה ובספרד, בנורווגיה אפשר לקבל שירות מצוות חירום גם בהפניה עצמית או בפנייה של בן משפחה (Ness et al., 2012).

בהולנד, צוותי החירום נקראים צוותי IHT (Intensive Home Treatment) והם כוללים פסיכיאטר ומתמחה בפסיכיאטריה, פסיכולוג ואחות פסיכיאטרית. אנשי הצוות מקבלים גם הכשרות בתחום הטיפול המשפחתי. השירות מצומצם יותר מאשר באנגליה ובספרד: הצוות יכול לבקר מטופל עד שלוש פעמים ביום, הוא זמין טלפונית למטופל או למשפחתו במשך 14 שעות ביום, שבעה ימים בשבוע. לאחר שעות אלו, ניתן להתקשר לשירותי חירום פסיכיאטריים. הטיפול, מהקריאה הראשונה ועד לפתרון המשבר, נמשך בממוצע כשישה שבועות. כמו בגישת הדיאלוג הפתוח (ר' להלן, סעיף 4.2.3), החלטות בטיפול מתקבלות במשותף עם המטופל, הקרובים לו ואיש המקצוע. כחלק מהטיפול, הצוות גם מסייע בנושאים כספיים ואחרים (Cornelis et al., 2018).

מחקרים מעידים שאשפוז בית מביא לידי ירידה באשפוז פסיכיאטרי ובכך גם לידי הפחתה בהוצאות עליו (Sjølje et al., 2010); עוד נמצא שהטיפול הביתי על ידי צוות חירום מניב תוצאות קליניות שוות ערך לאשפוז או טובות יותר (Stulz et al., 2020). (Kilian et al., 2016; Pale et al., 2019; Stulz et al., 2020) ובעלויות שוות או נמוכות יותר (Kilian et al., 2016).

שביעות הרצון ממודל צוותי החירום לטיפול ביתי גבוהה בשל האופי הגמיש של השירות, צוות הטיפול, מעורבות בני המשפחה, תחושת השליטה של מקבל השירות ואיזון ביחסי הכוח בין מקבל השירות לאנשי הצוות, וכן משום שהשירות מתווג כחות מאשכוז רגיל (Giménez-Díez et al., 2020). כך למשל, מחקר של ארגון [MIND](#) הצביע על שביעות הרצון של מקבלי השירות מזמינותו ומקלות הכניסה לשירות (MIND, 2011).

מחקרים אחרים שבדקו את אופן הפעולה של צוותי החירום במדינות שונות מצאו כי לרוב אין די הלימה בין עקרונות המודל ובין יישומו. עוד הראו שכדי שהמודל יהיה יעיל יש צורך להקפיד על הלימה גבוהה יותר בין מטרותיו ורכיביו ובין יישומו בפועל על ידי צוותי המשבר (Hasselberg et al., 2011; Lamb et al., 2020; Lloyd-Evans et al., 2018; MIND, 2011).

4.2.3 דיאלוג פתוח

מודל ייחודי של צוותי משבר וצוותי חירום לטיפול ביתי הוא מודל המבוסס על גישת הדיאלוג הפתוח (Open Dialogue – OD). נוסף על היותו מודל ארגוני לאספקת שירותי בריאות נפש, הוא מציע גם גישה חדשנית להבנת המשבר ולטיפול בו. היבטים אחדים מגישה זו הוטמעו בפעולתם של צוותים לטיפול במשברים בקהילה.

גישה הדיאלוג הפתוח התפתחה על רקע שינוי שחל בתפיסת שירותי בריאות הנפש בלפלנד המערבית שבפינלנד בראשית שנות השמונים ועל רקע צמיחה של תפיסה חדשה – ה-NAA (Needs-Adapted Approach). על פי תפיסה זו טיפול במשברים נכשלים צריך להיות מותאם לצרכים של האדם החווה את המשבר (Seikkula & Olson, 2003; Von Peter et al., 2019). המטרה העיקרית של גישת NAA ושל הדיאלוג הפתוח בעקבותיה הייתה ליצור מודל טיפול מקיף בתוך שירותי בריאות הנפש הציבוריים שיהיה רלוונטי לכל סוגי האבחנות, יהיה מבוסס על פסיכותרפיה וייתן מענה למגוון צרכים ומאפיינים של הפרט ובני המשפחה המטפלים בו. לשם כך יושמה פרקטיקה של שיתוף בני משפחה, הבניית שיח רב-משתתפים בין האדם, המשפחה והמטפלים שלו בקהילה והבנת המצב הייחודי של כל אדם ואדם (Bergström et al., 2018).

גישה הדיאלוג הפתוח פותחה על ידי יאקו סייקולה (Jaakko Seikkula) ועמיתיו. היא רואה במשבר הנפשי משבר פרטני, תלוי נסיבות והקשר; בהתאם להם יש להתוות את דרכי ההתמודדות והטיפול. הגורם המארגן של המודל הוא רשת חברתית סביב האדם וקיום דיאלוג במסגרתה באמצעות פגישות הנקראות 'פגישות רשת' (network meetings). בפגישות הרשת מתקיים **שיח פתוח ושוויוני** בין אנשי המקצוע שמרכיבים את הצוות המטפל ובין האדם הנתון במשבר והקרובים לו, ומטרתו בירור מהות הקושי, האירועים שגרמו להתפתחותו ודרכי התמודדות אפשריות. הצוות המטפל הוא רב-תחומי ויכול לכלול פסיכיאטר, פסיכולוג, צוות סיעודי, מרפא בעיסוק ועוד (Seikkula, 2015). המטרה היא להבין יחד ולהעניק משמעות לאירועים, לקשיים ולדרכי ההתמודדות כדי ליצור מענה מתאים והולם לקושי או למשבר, בהתאם לנסיבות ולהקשרים שבהם הוא נוצר או אירע (Von Peter et al., 2019). גישת הדיאלוג הפתוח רואה במשבר אירוע חיים ולא אירוע רפואי (Bergström et al., 2018). על פי הגישה אין לשלול טיפול תרופתי, אלא להימנע מלהציע אותו בשלבי המשבר הראשוניים. טיפול תרופתי לפי גישת הדיאלוג הפתוח הוא נתיב טיפול שאפשר לדון בו בתהליך הדיאלוג ולהציג את יתרונותיו וחסרונותיו (Seikkula, 2015).

עקרונות יישום

המודל מורכב משבעה עקרונות מבניים (לדוגמה ר' (Seikkula et al., 2011):

1. מענה מיידית – ניתן בתוך 24 שעות מרגע שנודע לראשונה על המשבר, כדי להימנע מאשפוז. תפיסת הטיפול של המודל היא כי בעת המשבר, האדם מציף תחושות וחוויות ששופכות אור על הנסיבות שעוררו אותו. לכן, הפגישות הראשונות, שמתקיימות תוך כדי המשבר הפסיכוטי, הן קריטיות ומהוות חלון הזדמנויות למשפחה ולצוות הטיפול להיחשף לאותן חוויות ותחושות. בשלב הראשוני, תפקיד צוות הטיפול הוא להיות קשוב לנושאים שהאדם מעלה ולאפשר לו סביבה בטוחה, כדי שבהמשך אפשר יהיה להתמודד עימם.
2. רשת חברתית (network) ופגישות רשת – לפי גישת המודל, את המשבר חווה האדם הפרטי, אך הוא מושפע מהסביבה וגם משפיע עליה. לכן מעגלי תמיכה, באמצעות פגישות רשת, צריכים להיות שותפים להתמודדות של האדם עם המשבר ולספק תמיכה לו ולמשפחתו. החברים ברשת החברתית יכולים להיות ממעגל קרוב (למשל, בני משפחה, חברים, שכנים) או ממעגל רחוק או רשמי יותר (למשל, מורים, עמיתים, מעסיקים, מטפלים). האדם המבקש תמיכה יהיה שותף בהגדרת רשת התמיכה.
3. גמישות וניידות – לפי גישת המודל, המשבר הוא תוצר של נסיבות, ולכן מתווה הטיפול ושיטות הטיפול צריכים להיות מותאמים לנסיבות, ליכולות ולצרכים של האדם, של משפחתו ושל הרשת החברתית השותפה לתהליך. עם ההתקדמות בהתמודדות עם המשבר אפשר להתאים ולשנות את מתווה הטיפול, לדוגמה, את תדירות פגישות הרשת, בהתאם לשוני בצרכים ובנסיבות. הגמישות והניידות שהצוות המטפל מציע מאפשרות גם להגיע לבית האדם עצמו.
4. אחריות – צוות הטיפול, שמורכב מאנשי מקצוע ממגוון תחומים, מחויב להיות מעורב ולהגיב מהר ככל האפשר. מי שאצלו התקבלה הפנייה הראשונה אחראי לכנס את פגישת הרשת הראשונה ואחראי לניהולה. בהמשך נקבע מי הם אנשי המקצוע או המטפלים מתוך הצוות המתאימים ביותר לתת מענה לצורכי אותו אדם. כל איש מקצוע אמון על השגת כל המידע הנדרש במסגרת תחום התמחותו. כלומר, אין גורם אחר במקום אחר שצריך לפנות אליו; כל המידע נמצא בתוך הפגישות, ובאחריות כל איש צוות לוודא שאכן כך קורה. אם יש חילוקי דעות מקצועיים בין חברי הצוות בנוגע לטיפול, מקיימים פגישה משותפת עם האדם ובני המשפחה ומשקפים את חילוקי הדעות.
5. רצף טיפול – אנשי הצוות נותנים שירות רציף כל עוד נדרשת עזרתם, גם אם בשלב כלשהו בטיפול הם לא מטפלים למעשה בתחום התמחותם וגם אם האדם מתאשפז. טיפול על ידי צוות רב-תחומי מקטין את האפשרות שאדם ינשור או יתנתק מהתהליך, שכן בכל שלב יש יותר מגורם מטפל אחד פעיל שיש לו קשר עם המטופל.
6. הכלת אי-ודאות – בטיפול סטנדרטי במשברים פסיכיאטריים יש פרוטוקול טיפול קבוע מראש בנוגע לאופני טיפול ולתרופות; ולעומת זאת, לפי מודל הדיאלוג הפתוח יש פתיחות למגוון תוצאות אפשריות ואין לקבוע מראש יעדים לטיפול עבור האדם או משפחתו. המטרה הראשונית של התגובה למשבר היא להשרות ביטחון בתהליך על האדם ועל משפחתו במצב של אי-ודאות. לכן בתחילת הטיפול במשבר לא מתקבלות החלטות בעניין הטיפול, אלא רק החלטות על עצם קיום פגישות הרשת (למשל, מתי ואיפה תתקיים הפגישה הבאה). גם בפגישות הרשת עצמן, ההתמקדות היא בתהליך, ולא בהכרח בקבלת החלטות מיידיות על אופן הטיפול במשבר.

7. דיאלוג – המטרה הראשונה של המודל היא יצירת דיאלוג, ורק אחר כך – יצירת שינוי אצל האדם או משפחתו. השיח הוא שיח שוויוני, וכל חבר ברשת זכאי להשתתפות שווה בו. על פי עיקרון זה, כל המידע הרלוונטי מוצג בשקיפות, לרבות מידע על טיפול תרופתי. תפקיד אנשי הצוות הוא ליצור דיאלוג כזה.

נוסף על שבעת העקרונות המבניים, במודל נקבעו גם עקרונות טיפול. העיקריים שבהם הם נוכחות של לכל הפחות שני מטפלים בכל פגישת רשת; שיתוף ומעורבות של בני המשפחה והרשת בתהליך הטיפול; שאילת שאלות פתוחות; תגובה לאמירות של מקבל השירות; שימוש במילים שבהן מקבל השירות בוחר לתאר את הדברים; שקיפות; והצגת מגוון נקודות מבט (Bergström et al., 2018).

רק במעט מדינות אפשר למצוא הטמעה רשמית של גישת הדיאלוג הפתוח במערכת שירותי בריאות הנפש. לרוב, השימוש בגישת הדיאלוג הפתוח היא במסגרת יוזמות מקומיות או בעקבות התארגנויות וולונטריות של אנשי מקצוע.

שירות בגישת הדיאלוג הפתוח מוצע עד היום **בלפלנד המערבית**. השירות ניתן מתוך בית החולים לבריאות הנפש ומופעל על ידי צוות החירום של מרפאת-החוץ של בית החולים. הוא מונה 16 אחיות, עובד סוציאלי, פסיכיאטר, פסיכולוג, מרפא בעיסוק, איש מנהלה, רופאים מתלמדים ועמיתים נותני שירות. צוות החירום נותן מענה לכמאה פונים בממוצע בכל חודש (World Health Organization, 2021).

בפורטוגל פועל צוות חירום משברי בגישת הדיאלוג הפתוח והוא מספק שירות במימון המדינה (ניתן חינם למקבלי השירות) למבוגרים בגילים 18–65, במצב חירום נפשי, המתגוררים במחוז פורטלגרה (Portalegre). צוות הטיפול מורכב מארבעה אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש שקיבלו הכשרה לטיפול בגישת הדיאלוג הפתוח יחד עם צוותים נוספים מהעולם (Pereira, 2020).

בנורווגיה מיושמת שיטת הדיאלוג הפתוח במחלקות פסיכיאטריות, למשל בבית החולים האוניברסיטאי אקרשוס (Akershus). זאת במטרה לשפר תהליכי טיפול וליצור שיתוף ומעורבות גדולים יותר של האדם, משפחתו והצוות (Jacobsen et al., 2018). מחקרים מראים כי כשיושמה גישה זו הופסקו לגמרי טיפולים בכפייה במחלקה, גם בקרב אנשים שבעבר טופלו בכפייה במסגרות אחרות (Gooding, 2021).

באוסטרליה, באנגליה ובישראל יש יוזמות הן להכשרות של אנשי מקצוע בפרקטיקה של דיאלוג פתוח הן לייעוץ עמיתים. נוסף על כך, ישנו ארגון בין-לאומי Dialogue (R)Evolution לקידום והטמעה של הגישה, בהקשרים הרלוונטיים לקהילות ולמדינות שונות. הארגון מדריך אנשי מקצוע ובעלי עניין, מסייע להם לבחון את האפשרויות בכל הנוגע להטמעה ויישום של הפרקטיקה, והוא מספק שירות של ייעוץ וליווי בתהליכי ההקמה (Dialogue Revolution, 2022).

מדידה והערכה

גישת הדיאלוג הפתוח היא אחת הגישות הנחקרות ביותר בתחום המשברים הפסיכיאטריים החריפים (Seikkula, 2003). במחקר אחד נמצא שבטווחים של שנתיים וחמש שנים מסיום הטיפול במודלים של דיאלוג פתוח ו-NAA ירדה בקרב המטופלים הצריכה של שירותי מערך הטיפול הפסיכיאטרי, קוצר הזמן מהופעת הסימפטומים לפסיכוזה ועד הפניה לטיפול, הופחתו תסמינים

פסיכוכיטיים, צומצם השימוש בטיפול תרופתי והיה שיעור גבוה מבעבר של השתלבות בעבודה (Seikkula et al., 2011). ברגסטרום ואח' (Bergström et al., 2018) בחנו משתתפים לאחר 19 שנים מהטיפול בשיטת הדיאלוג הפתוח. הם מצאו שמי שטופל בגישת הדיאלוג הפתוח נזקק לפחות טיפולים בבתי חולים ולפחות טיפול תרופתי וכן היה זכאי לקצבת נכות לפרק זמן קצר יותר לעומת המשתתפים בקבוצת הביקורת שלא טופלו בגישת הדיאלוג הפתוח. עם זאת נמצא כי גם בקרב מי שטופל בגישת דיאלוג פתוח היו מי שנזקקו לרמות גבוהות של שירותים פסיכיאטריים, בדומה למטופלים שטופלו במסגרת אשפוז. במדד שיעורי האובדנות לא נמצאה כל השפעה לטיפול בגישת הדיאלוג הפתוח, אם כי שיעור ההתאבדויות בלפלנד המערבית היה נמוך משיעור ההתאבדויות במחוזות אחרים בפינלנד. אנשי צוות אשר הוכשרו לטפל בגישת הדיאלוג הפתוח ציינו כי הגישה מאפשרת להם להתנהל עם המטופלים באופן שקרוב יותר לערכיהם המקצועיים מאשר שיטות הטיפול הסטנדרטיות (Tribe et al., 2019).

בשנים האחרונות נערך מחקר הערכה בין-לאומי רחב-היקף וארוך-טווח על יישום גישת הדיאלוג הפתוח בכמה מדינות (ובהן ישראל). תוצאותיו טרם התפרסמו עד מועד כתיבת הדברים ([HOPEnDialogue](#)).

4.2.4 'קפה-משבר': בתי קפה למצב משבר

באנגליה, נוסף על מדיניות שמבקשת לטייב ולייעל את פעילות צוותי המשבר, מושם דגש על פיתוח והפעלה של מענים נוספים בקהילה שיהוו חלופה לאשפוז פסיכיאטרי ולשימוש בשירותי החירום הכלליים (כלומר, בחדרי מיון כלליים שבמרכזים לרפואה דחופה) ומוקדש לכך תקציב ייעודי. כך למשל נפתחו בתי קפה למצב משבר (crisis café) (NHS, n.d), במטרה לספק מקום נוסף שאליו יכולים להגיע אנשים בזמן משבר נפשי, כדי לקבל תמיכה או כדי לקבל הכוונה לשירותים אחרים. מאז הקמתם של בתי קפה כאלו גדלה תפוצתם בהדרגה, והיא הגיעה לשיאה בתקופת מגפת הקורונה העולמית (Dalton-Locke et al., 2021).

בתי קפה למצב משבר נקראים לעיתים גם 'מקלט בטוח' (Safe Haven) או 'קפה החלמה' (Recovery Café). הם דומים למועדון חברתי ומהווים מקום מפגש באווירה שאינה רשמית או טיפולית. המועדונים מיועדים לאנשים הנתונים במצב מצוקה או במשבר נפשי, ומטרתם לספק מענה למצוקה בשלב מוקדם, בטרם היא מחמירה לכדי משבר (Dalton-Locke et al., 2021). הם מציעים לאדם מקום שקט להיות בו במהלך תקופת המשבר או שירותים דוגמת טיפולים פרטניים, סיוע בבעיות חברתיות ומגוון פעילויות (<https://healthwatchreading.co.uk/advice-and-information/2019-12-05/what-crisis-cafe>; Healthwatch Reading, 2019).

הצורך במענה זה התפתח על רקע תחושה של מקבלי שירות שארגוני מגזר שלישי מספקים שירות קשוב ומכיל יותר מהתמיכה הקלינית והרשמית הניתנת במרפאה או בשירותי החירום. בית הקפה מציע אווירה רשמית פחות ונינוחה יותר (Slawson, 2015). נכון ל-2019, שירות בתי קפה פעל בכשליש מאזורי שירותי החירום (catchment area – CRT) באנגליה (Dalton-Locke et al., 2021).

שלושה מאפיינים עיקריים של בתי קפה למצב משבר: (1) פעילות ברוב ימות השבוע או בכלום, בעיקר בשעות הערב עד הלילה (למשל 17:00–21:00, או אף עד 2:00 לפנות בוקר); (2) איוש על ידי מטפלים וצוות מקצועי וכן על ידי עמיתים עם ידע מניסיון הממלאים תפקיד מרכזי במתן השירות והתמיכה; (3) אפשרות הגעה אל בתי הקפה ללא צורך בהזמנת תור מראש (drop-in), אך גם אפשרות לקבלת הפניה; כלומר, אין תנאי סף לכניסה וכל אחד יכול להגיע לפי צרכיו בכל יום או רק בעת משבר (<https://healthwatchreading.co.uk/advice-and-information/2019-12-05/what-crisis-cafe>; Healthwatch Reading, 2019).

הביקורת על בתי הקפה לשעת משבר טוענת שלרוב הם מאוישים על ידי צוות לא מקצועי. כאמור, עמיתים עם ידע מניסיון נותני שירות הם רכיב חשוב בהפעלת מודל בתי הקפה, אך כיוון שהם אינם גורמי טיפול מקצועיים הם עשויים להקשות על המסגרת לתת מענה מהיר שכרוך בהפניה לבדיקות או לבריורים נוספים, קליניים או אחרים. נוסף על כך, נכון לעת ביצוע סקירה זו (קיץ 2022) לא נמצא מחקר שבודק את ההשפעה של בתי הקפה ואת היכולת שלהם לתת מענה לאנשים במצבי משבר וכן את ההשפעה של השקעת המשאבים במענה בתי הקפה לעומת השקעת משאבים במענים אחרים בקהילה המיועדים לאנשים במשבר נפשי חריף. למרות כל אלו, בשנים האחרונות בתי הקפה נעשו נפוצים יותר ויותר ברחבי אנגליה (Dalton-Locke et al., 2021).

בתי הקפה פועלים במתווה דומה למרכזים אינטגרטיביים בתחום בריאות הנפש (לסקירה על מרכזים אינטגרטיביים ר': רימון-גרנישפן ואח', 2021) המיועדים לבני נוער ולצעירים באנגליה, קנדה, אוסטרליה ואירלנד.

4.2.5 טיפול אסרטיבי בקהילה (ACT)

טיפול אסרטיבי בקהילה (Assertive Community Treatment – ACT) הוא מודל טיפול אינטנסיבי ומתמשך המיועד לאנשים שבשל מוגבלות נפשית משמעותית (serious mental illness) מתקשים לחיות בקהילה. ACT מהווה מתווה מעשי לטיפול, שלא במסגרת אשפוז, ובכלים מגבילים פחות. המודל פותח בשנות השבעים של המאה הקודמת בארצות הברית על ידי החוקרים לאונרד סטיין ומרי אן טסט, ובשנות התשעים התבסס ברחבי ארצות הברית בתור פרקטיקה חשובה (Thorning & Dixon, 2020).

סטיין וטסט זיהו כי הפעילות בתוך בתי החולים הפסיכיאטריים לקראת שחרור מאשפוז לצורך חזרה והשתלבות בחיי הקהילה אינה יעילה ולכן סברו שעדיף לספק שירותים אלו בקהילה לאחר השחרור מאשפוז, ואולם לדעתם השירותים בקהילה לא נתנו את המענה הראוי (Stein & Test, 1980; Bond & Drake, 2015). סטיין וטסט זיהו שישה תחומים אשר לדעתם חיוני לספק במסגרת השירותים בקהילה כדי להבטיח את הישגותו של האדם בקהילה ולהימנע מאשפוז חוזר: (1) תנאי מחיה חומריים (מזון, מחסה, ביגוד, תרופות); (2) לימוד מיומנויות יום-יום (שימוש בתחבורה ציבורית, בישול בסיסי ומזין, התנהלות כספית וכו'); (3) פיתוח מוטיבציה להישאר בקהילה (תמיכה בפתרון בעיות כדי שלא ליפול לייאוש ולחידלון); (4) תמיכה בניתוק קשרים תלתיים (לדוגמה, עם המשפחה או עם בתי החולים) ופיתוח תחושת האוטונומיה של האדם; (5) חינוך הקהילה והמשפחה ותמיכה בהם; (6) הספקת מערכת שירותים אשר עוזרת לאדם באסרטיביות להתמיד כדי למלא את חמשת התנאים הקודמים (Stein & Test, 1980).

המודל של סטיין וטסט מציע מענה רב-תחומי (עבודה סוציאלית, סיעוד, פסיכולוגיה, טיפול בתחלואה נלווית אם רלוונטי ועוד) וכוללני לצרכים של המטופל. רכיב חשוב הוא הגישה האקטיבית והאסרטיבית במתן השירות. מטרתה למנוע נשירה והתנתקות מהטיפול ומחיי הקהילה ולהבטיח רצף באספקת השירותים בין הספקים השונים. הצלחתו נמדדת גם במדדים מעשיים, כגון דיור, תעסוקה או לימודים, חיי משפחה ושמירה על בריאות כללית טובה המודדים את הכלת האדם על ידי הקהילה ואת השתלבותו בה.

אף שהמודל מציע חלופה לאשפוז פסיכיאטרי, הוא מדגיש שכל עוד החלופות בקהילה לא יספקו מענה איכותי, נרחב ומכיל, יהיה צורך באשפוז פסיכיאטרי במקרים מסוימים (Stein & Test, 1980).

עקרונות יישום

עקרונות היישום של המודל כפי שתוארו על ידי בונד ודרייק (Bond & Drake, 2015) מדגישים את החשיבות של המענה האינטנסיבי, המקיף והמבוסס בחיי האדם עצמם:

1. הערכה/אבחון, הדרכה ותמיכה בחיים עצמם, בתוך הקהילה, מלווים בהושטת יד אסרטיבית למטופלים שמתקשים להתמיד במתווה הטיפולים;
2. גישה הוליסטית – חזרה לחיים בקהילה כרוכה ביכולת לתפקד במגוון תחומים: ברמה האישית של ניהול המוגבלות הנפשית ושל ההקפדה על משטר תרופות; בהשגת דיור; במיומנויות חיים כלליות כגון עריכת קניות והתנהלות כספית ובהגשמת מטרות אישיות של האדם;
3. צוות רב-תחומי שנותן מענה מידי, אינטנסיבי ומותאם אישית ואשר נפגש לעיתים תכופות לשם הערכת ההתקדמות של המשתתף;
4. שירות ישיר – המודל מבוסס על אנשי מקצוע שמספקים בעצמם את השירות והטיפול, ולא באמצעות הפניות לגורמים חיצוניים;
5. אינטגרציה של שירותים – שירות כוללני בהתאם לצורכי האדם ובמגוון התחומים הרלוונטיים לו, כגון שירותי בריאות, טיפול נפשי, שיקום, דיור ותעסוקה;
6. יחס מספרי נמוך בין מטופלים למטפל – עשרה מטופלים למטפל אחד במשרה מלאה. היחס הנמוך הוא שמאפשר את התמיכה האינטנסיבית, כאשר נדרש;
7. שירות הניתן ברציפות, 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע, לתגובה מיידית במקרי חירום;
8. מענה ארוך-טווח – במודל המקורי, סטיין וטסט ביקשו להעמיד שירות לכל החיים.

עם השנים התפתחה הגישה שלפיה מענה במודל ACT צריך להיות תחום בזמן ובמטרה מוגדרת: להעביר את האדם לשירותים אינטנסיביים פחות בקהילה (Bond & Drake, 2015; Dixon et al., 2010).

מודל ACT מיושם בכמה מדינות בעולם. **מדינת ניו יורק** למשל רואה בו חלק משירותי בריאות הנפש ומשקיעה בהטמעה, ביישום ובפיתוח שלו כבר מראשית שנות התשעים. בשנת 1999 חוקק חוק שלפיו על המדינה לספק טיפול מרפאתי נתמך (Assisted Outpatient Treatment) – מודל ACT נחשב לרמת התמיכה האינטנסיבית ביותר הקיימת בקהילה. המדינה קבעה סטנדרטים לשירות זה ורכיבי טיפול הכרחיים, ואנשי הצוותים מחויבים ליישם (Thorning & Dixon, 2020).

108 צוותי ACT ניידים פועלים במדינת ניו יורק ונותנים שירות לכ-6,600 צרכני שירות. הצוותים הם רב-תחומיים, ומטרתם לסייע לאדם להשיג את המטרות הרצויות לו ולתפקד היטב בחייו. השירותים הניתנים הם יישוג אסרטיבי (assertive outreach), טיפול נפשי, ליווי בתעסוקה, טיפול משולב במקרה של אבחנה כפולה, הדרכה למשפחה, מיומנויות לחיים בריאים, יצירת קשרים בקהילה ותמיכת עמיתים (Office of Mental Health, New York State, 2007).

זכאי למענה מי שאובחן שיש לו מוגבלות נפשית חמורה ומתמשכת אשר פוגעת פגיעה ניכרת בתפקודו ושמקשה להתמיד בעבודה ברמת הכנסה מספקת או לשמר מצב מגורים יציב. קדימות בטיפול ניתנת למי שמאובחן שיש לו מוגבלות נפשית

ארוכת-טווח ולמי שצורך תמיכה רבה ושירותים (כגון אשפוז, שירותי טיפול במשבר ועוד). כל אדם רשאי להגיש פנייה לשירות. לשם כך יש למלא טופס ייעודי – בין האדם עצמו ובין בן משפחה שלו או נציג מהמשטרה או מבית המשפט (Office of Mental Health, New York State, 2007).

חלק ממתווה המודל הוא ביצוע שלוש הערכות לכל משתתף: עם ההצטרפות לשירות; לאחר שישה חודשים; ועם עזיבת השירות. מידע על מאפיינים דמוגרפיים, שינויים לאורך זמן במצב מגורים, לימודים או תעסוקה, מידת המעורבות בשירותים, אירועים חשובים (אשפוז, מעצר וכו') ועוד על קבוצת המשתתפים בתוכנית, מפורסם באתר ייעודי של משרד הבריאות (Office of Mental Health, New York State, 2022).

המודל פועל בארצות הברית גם במדינות נוספות, לדוגמה **במינסוטה**, **במרילנד** ו**בפנסילבניה**.

בהולנד מיושם פיתוח של מודל ACT, תחת השם 'ACT גמיש' (Flexible Act), (להלן: **FACT**). זהו מודל של ניהול תיק, מוכוון שיקום, אשר מאפשר הרחבה של המענה גם לאוכלוסיות נוספות. המודל פועל בהולנד משנת 2003, והוא פותח על רקע היעדר מענים מספקים בקהילה למי ששוחרר מאשפוז פסיכיאטרי ונדרש לתשומות בעצימות גבוהה לצורך השתלבותו מחדש בקהילה, בעיקר במקרה של שילוב מוגבלות נפשית חמורה עם דרוש רחוב, התמכרות (כפל תחלואה) או פלילים. נוסף על כך, היה צורך לבצע התאמות במודל המקורי, כדי שאפשר יהיה לספק שירות מיטבי, יעיל ורציף גם באזורים מרוחקים וגם לאוכלוסיות נוספות שנזקקות לטיפול באותם תחומים (מיומנויות חיים, תעסוקה, טיפול פסיכולוגי, פסיכיאטרי ותרופתי וכן הלאה) גם אם לא באותה עצימות (Van Veldhuizen, 2007).

כיום פועלים כ-400 צוותים ברחבי הולנד. כל צוות מעניק שירות לאזור שירות של 50 אלף איש. צוות מונה 11–12 אנשי מקצוע מכמה תחומים, ובהם פסיכיאטר, פסיכולוג, אחות פסיכיאטרית בקהילה, יועץ ייעודי לתחום התעסוקה, מומחה לטיפול בהתמכרויות ויועץ לתמיכת עמיתים. צוות אחראי לטיפול בכמאתיים מטופלים במוצע, אשר בדרך כלל כ-20% מהם הם בעלי המאפיינים של אוכלוסיית היעד המקורית של המודל (אנשים עם מוגבלות נפשית חמורה) והשאר הם אנשים עם מוגבלות נפשית משמעותית שאינה בדרגת חומרה גבוהה (FACT-FACTS, 2018).

כל צוות מיועד לתת מענה בשתי רמות עצימות. רמה אחת היא של 'ניהול טיפול פרטני' (individual case management). רמה זו מתאימה לרוב המטופלים אשר מצבם מוגדר יציב. אחד מאנשי הצוות ברמה זו מתפקד בתור מנהל תיק, והוא מרכז ומתאם את הטיפול של הפרט בכל היבט שנדרש, לפי צורך. הרמה השנייה היא רמה של ACT – למי שמצבו יציב פחות והוא בסכנה להידרדרות, לחזרה לאשפוז או להזנחה. במקרה זה ניתן טיפול בעצימות גבוהה יותר, על ידי אותו הצוות, אך בנשיאה משותפת של הצוות בנטל ניהול הטיפול. בדגם ההולנדי, כאשר מצבו של מטופל מתייצב, הוא נשאר תחת טיפולו של אותו צוות שהחל בטיפול (ולא עובר לקבלת שירותים סטנדרטיים בקהילה) אך במודל בעצימות נמוכה יותר. בכך נשמר רצף טיפול וגובר הסיכוי שהמטופל יתמיד בו (FACT-FACTS, 2018).

מדידה והערכה

ACT הוא מודל מבוסס-ראיות שנחקר רבות במשך השנים (Thorning & Dixon, 2020). מחקרים הראו שעבור משתתפים המאובחנים עם סכיזופרניה בתוכניות ACT יש קיטון במספר ימי אשפוז, בסיכוי להפוך לחסרי בית ובצריכת שירותי חירום, ישנה גם הטבה בתסמינים והתמדה רבה יותר בתהליך הטיפול בכלל ובטיפול תרופתי בפרט (Dixon et al, 2010).

מחקר שבדק את ההטמעה של המודל במשך שנתיים בקרב שלושה צוותי FACT מצא כי חלה ירידה הן במספר המטופלים שנדרשו לאשפוז הן במספר ימי האשפוז. אצל מי שלא נדרש להתערבות האינטנסיבית נרשמה ירידה ניכרת במספר המפגשים פנים-אל-פנים במשך תקופת המחקר. כלל המטופלים דיווחו על שיפור בשביעות הרצון שלהם מהחיים ועל תחושה שיש מענה לצרכים שלהם, כמו כן לא נרשמו עזיבות של הטיפול ומידת שיתוף הפעולה של המטופלים הייתה גבוהה (Nugter et al., 2016).

דוח האיחוד האירופי ציין שכמה רכיבים ייחודיים של המודל מועילים לקידום ההחלמה של המטופל, ובהם: היכולת לשנות את מידת עצימות הטיפול לפי הצורך; צוות רב-תחומי; והרחבת השירות למקרים שאינם בדרגת חומרה גבוהה. בד בבד העיר הדוח כי עדיין יש פערים בתפיסות עולם בין ספקי שירותי בריאות הנפש בקהילה ובין בתי החולים הפסיכיאטריים וכי מודל המימון יוצר העדפה לטובת האשפוז (Mental Health Services in the Community, 2018).

4.3 מודל טריאסטה – מענה מקיף למתן שירותי בריאות הנפש בקהילה

מודל טריאסטה (Trieste) על שם העיר טריאסטה בצפון איטליה, הוא מודל שארגון הבריאות העולמי רואה בו מודל עולמי לפסיכיאטריה בקהילה (Frances, 2021; Gooding, 2021). הוא מציע מענה מקיף לצורכי בריאות הנפש של תושבי טריאסטה (הן לשעת משבר הן לשעת שגרה), והוא כולל מסגרות שהייה ומענים אחרים לשעת משבר וכן מענים לזמן שגרה. במילים אחרות, שלא כמו מסגרות שהייה אחרות שנזכרו לעיל, מודל טריאסטה הוא מודל מקיף של מערכת שירותי בריאות הנפש בקהילה אשר במסגרת המגוון והרצף של המענים שהוא מציע, ישנן גם מסגרות שהייה קצרות מועד.

המודל מתבסס על איגום וארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש הקיימים. מוקד הפעילות עובר מאשפוז ומוסדות לשירותי בריאות נפש בקהילה ולשילוב חברתי (Frances, 2021; Gooding, 2021). למודל ארבעה עקרונות: (1) צרכני השירות הם אזרחים הראויים לשמירה על כבודם; (2) יש ערך טיפולי רב בהכללת צרכני השירות בחיי היום-יום של העיר; (3) שילוב חברתי מייצר מרקם חברתי מזמין לצרכני השירות; (4) צרכני השירות מתפקדים באופן המיטבי אם משמרים את החופש שלהם ומדגישים את היכולות שלהם. המודל מקדם בריאות נפש המבוססת על יחסים בין-אישיים, מעורבות של המשפחה, שיפור בתנאי החיים והזדמנויות לעבודה ולפנאי, והוא מציע מערכת מזמינה ואמפתית ושולל לחלוטין אשפוז בכפייה, בידוד והדרה חברתית (Frances, 2021).

בעבר הוקצו בטריאסטה 1,200 מיטות לאשפוז פסיכיאטרי. ביטול מיטות האשפוז לווה בחיזוק ובביסוס של שירותי בריאות הנפש בקהילה, ובכלל זה של דיור נתמך, של מרכזי בריאות נפש בקהילה הפועלים 24 שעות ביממה, של מענה בעת משבר, של טיפול בבית, של מועדונים חברתיים, של תעסוקה בתשלום בעסקים חברתיים בבעלות ובהפעלה של מערכת בריאות הנפש של העיר, של פעילויות פנאי, של סיוע במיצוי זכויות ושל קבלת קצבאות. המרכזים לבריאות הנפש מעוצבים באופן שיוצר סביבת טיפול

ואווירה מזמינות מאוד ולא מתוגות, הן עבור צרכני השירותים הן עבור בני משפחה ומבקרים אחרים. המודל מכיר בחשיבות פעילויות הפנאי ומספק פעילויות כאלו למכביר (Frances, 2021).

מודל טריאסטה פותח על ידי הפסיכיאטר פרנקו בזליה (Basaglia). בזליה היה מנהל מוסד פסיכיאטרי בעיר, כבר בשנת 1971, עוד קודם לרפורמה בבריאות הנפש באיטליה משנת 1978 (לימים נקראה הרפורמה על שמו של בזליה). הוא סבר כי מוסדות האשפוז גורמים דווקא להחמרה בתסמינים של מחלות פסיכיאטריות חמורות, והגישה שקידם מתבססת על זכויות אדם של המטופל ודוגלת בסגירת מוסדות אשפוז, בביטולם של טיפול בכפייה ושל הגבלות פיזיות ובפיתוח שירותים בקהילה למתן מענה רציף ההולם את צרכיו הקונקרטיים של האדם ואת צורכי הסביבה שבה הוא חי ופועל. כלומר, בצד שינוי תפיסתי של המענה הטיפולי בבריאות הנפש, בזליה הציע גם ארגון מחדש של מערכת שירותי בריאות הנפש בדגש על סגירת מוסדות פסיכיאטריים ועל מעבר למתן שירותים רק בקהילה (Allison et al., 2020; Mezzina & Vidoni, 1995). עם השנים, כאמור, בוטל קיומן של כ-1,200 מיטות אשפוז, ובמקומן השירותים ניתנים בקהילה, ובהם מענים למצבי משבר נפשי (Mezzina & Vidoni, 1995).

השירות פתוח לכל מי שנזקק לשירותי בריאות הנפש באזור השירות.

4.3.1 מבנה מערכת בריאות הנפש בקהילה בטריאסטה

מערכת בריאות הנפש בטריאסטה (Sade et al., 2020; WHO, 2021) מספקת רצף של מענים הכולל:

מרכזי בריאות נפש בקהילה – בטריאסטה פועלים ארבעה מרכזי בריאות נפש בקהילה. כל אחד מהם מספק שירות לאוכלוסייה של כ-60 אלף איש. המרכזים פועלים על פי מדיניות 'דלת פתוחה', כלומר כל אדם רשאי לקבל שירות וכן להפסיקו בכל עת, לפי רצונו. אין טיפול בכפייה. המרכזים פועלים ברציפות בכל שעות היום ועד לשעות הערב. מעבר לשעות הפעילות הרגילות, כל פנייה טלפונית מקבלת מענה בתוך שעתיים. אין רשימת המתנה לשירות במרכזים. המרכזים מספקים שירותי מרפאה (outpatient) או מענה למצבי משבר במסגרת שהייה.

שירותי מרפאה – השירות כולל טיפולים פרטניים או קבוצתיים, תמיכה בטיפול תרופתי, פעילויות חברתיות ועוד, לפי הצורך והרצון של האדם. השירות ניתן במרכז עצמו או בבית מקבל השירות (או במקום ציבורי אחר על פי בחירתו). הצוות מתאם בין השירותים השונים בתחום בריאות הנפש, מלווה את תהליך מיצוי הזכויות (בתחומי דיור, תעסוקה, חינוך, פנאי ועוד) ופועל בשיתוף גורמים קהילתיים וארגונים חברתיים אחרים. במסגרת המרפאה יש גם ביקורי בית, תמיכה בבית בעת משבר ואף ייעוץ לבני משפחה.

מסגרת שהייה – בכל מרכז יש שש מיטות, והשהות הממוצעת בו היא של 14 ימים. במהלך השהות, הצוות מעודד את האדם לשמר קשרים משפחתיים וחברתיים ולהיות מעורב בפעילויות בקהילה שכבר היה חלק מהן לפני הכניסה למרכז. כמו כן הצוות מעודד ביקורי משפחות וחברים אצל השהים במסגרת.

יחידה פסיכיאטרית בבית חולים כללי – יחידה זו נמצאת בבית חולים כללי ונותנת מענה לאירועי משבר בלילות, במטרה להפחית את הצורך באשפוז מתמשך. מוקד הטיפול העיקרי הוא במרכזים לבריאות הנפש (להבדיל מאשפוז). ביחידה יש שש מיטות בלבד המיועדות לאשפוז קצר מועד ככל האפשר, לרוב פחות מיממה. לאחר תום האשפוז האדם מופנה להמשך טיפול במרכז

לבריאות נפש בקהילה. גם במקרה זה מדיניות השירות היא 'דלת פתוחה' והאשפוז לא נעשה בכפייה. צוות היחידה כולל שני פסיכיאטרים ו-18 אחיות, והם עובדים בשלוש משמרות.

צוותי טיפול בית בזמן משבר – ב-2017 שולב במודל טריאסטה מודל הצוותים לטיפול בית בזמן משבר, במטרה לספק מענה מוקדם בסביבה הביתית בטרם יהיה צורך בשירותי החירום הקהילתיים. המענה מהווה חלופה לאשפוז במקרים של משברים נפשיים חריפים ומציע לאדם שיטות להתמודדות עם המשבר, לניהול המשבר ולקיום קשר מועיל עם המשפחה, וכן הוא מספק תמיכה רגשית. צוותי המשבר פועלים בגישה אמפתית, משתפת ומכילה לרצונותיו של האדם, והטיפול ניתן ללא כפייה אלא במשא ומתן מתמשך בין האדם לצוות, כדי לפתח אסטרטגיות התמודדות רלוונטיות לאדם, לצרכיו ולחיי היום-יום שלו.

צוותי המשבר משויכים לבית החולים הכללי, וכל צוות כולל 12 אנשים, ובהם פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, אנשי מקצוע כלליים, אחיות וסטודנט לרפואה. השירות ניתן בכל ימות השבוע, 12 שעות ביום (8 שעות בסופי שבוע וחגים). צוותי המשבר נותנים מענה לארבעה עד עשרה אנשים ביום (Sade et al., 2020).

שירותי מגורים ושיקום בקהילה

שיתופי פעולה עם ארגונים חברתיים מאפשרים לספק שירותים מקיפים. אלה כוללים:

מסגרות דיור בקהילה – כ-45 מיטות, בדירות של עד חמישה דיירים כל אחת, המשרתות כמאה איש בשנה; מרכז החלמה ל-4-6 דיירים, לתקופה של עד חצי שנה. באמצעות ארגונים שותפים מסגרות הדיור הן שמספקות גם **שירותי שיקום** למיניהם, למשל הכשרות מקצועיות והכנה לעבודה וכן פעילויות ספורט, פנאי וקהילה. מטרתן לקדם אנשים לקראת מעבר למגורים עצמאיים בקהילה (Portacolone et al., 2015). אפשר לבחור לממן את השהות במסגרת הדיור באמצעות תקציב בריאות מותאם אישית (תקצוב אישי לאדם לשם בחירת שירותים, בהתאם לתוכנית מובנית שמובאים בה בחשבון גם רצונותיו וצרכיו).

המחלקה לבריאות הנפש באוניברסיטה המקומית אחראית לתקצוב, תכנון ואספקה של השירות. נכון לשנת 2018, 94% מתקציב בריאות הנפש בטריאסטה הושקעו בשירותים בקהילה ו-6% הושקעו בשירותים הניתנים בבתי החולים (WHO, 2021).

4.3.2 מדידה והערכה

מחקרי הערכה העלו עם השנים את היתרונות להלן של מודל טריאסטה (Gooding, 2021; WHO, 2021):

א. תוצאות קליניות

- תוצאות טובות יותר במצב הפסיכולוגי של אנשים עם סכיזופרניה, לעומת התוצאות במענים אחרים באיטליה;
- ירידה ניכרת בטיפולים בכפייה, מ-150 בשנת 1971 ל-18 בשנת 2019;
- הטיפול במרכזי בריאות הנפש בקהילה במעקב של שנתיים לעומת מרכזים אחרים באיטליה, הראה יעילות בהפחתת מספר מקרי ההידרדרות וההחמרה ובהפחתת התפתחות מצב כרוני, בפתרון המשבר, ובשיפור בתוצאות הקליניות והחברתיות;
- חוזקות המודל הן פיתוח אמון בקשר הטיפולי, המשכיות וגמישות של הטיפול וכן ההיקף הנרחב של השירותים;

- גורמים חברתיים עיקריים בשירותים, הקשורים בהחלמה, הם הכלה חברתית ואזרחות פעילה;
- 75% שיתפו פעולה בהסכמה עם טיפול תרופתי – נתון המעיד גם על קשר טיפולי איכותי ועל חיזוק הקשרים החברתיים;
- כבר משנות ההפעלה הראשונות נרשמו שיעורים גבוהים של שביעות רצון, בעיקר במרכזים בקהילה.

ב. תוצאות מבחינת מערכת הבריאות ועלויות

לפי ארגון הבריאות העולמי, אומדן משנת 2018 מראה כי העלות של איגום שירותי בריאות הנפש בקהילה בטריאסטה מסתכמת לכ-37% מהעלות של מענה במודל של אשפוז בבית חולים (World Health Organization [WHO], 2021). על פני עשרים שנה נרשמה הפחתה של 50% בהגעה לבית החולים הכללי, במקרי חירום משברי. עם זאת נטען כי היכולת להעריך את יעילות המודל מוגבלת, שכן הוא משלב מגוון שירותים, וכך קשה להעריך את התרומה היחסית של כל אחד מהם בנפרד.⁷

טריאסטה היא עיר מבוססת, ובה כ-250 אלף תושבים. היא מאופיינת באוכלוסייה מבוגרת (ויש בה רק מעט מקרים של מבוגרים עם מחלות פסיכיאטריות), עודף היצע של דיור, קהילה עם קשרים משפחתיים חזקים (בדומה לאיטליה בכלל) ומיעוט של מקרי התמכרויות. לפיכך, מדובר באוכלוסייה עם מעט מקרים מורכבים וחמורים של מוגבלות נפשית המשולבת בבעיית דיור, התמכרויות, ניתוק חברתי וכדומה. מאפיינים ייחודיים אלו יוצרים קושי בהעתקת המודל ובהטמעתו במדינות שבהן הנסיבות שונות. כך למשל פורטקולונה ואח' (Portacolone et al., 2015) סבורים כי הבדלים דמוגרפיים, מבניים, תרבותיים, חברתיים ותקציביים, בין טריאסטה לסן פרנסיסקו, מונעים את האפשרות ליישום המודל בסן פרנסיסקו. עם זאת, הם סברו כי אפשר ללמוד ולהטמיע חלקים מהמודל הנוגעים להסטת המוקד מהמוגבלות עצמה אל הנסיבות החברתיות והקהילתיות שלה, לשם העמקת ההכרה בזכויות בסיסיות לדיור ובריאות וכדי לשנות את התפיסה בנוגע לשירותי בריאות הנפש והטמעתם בחיי הקהילה בסן פרנסיסקו, ולא במנותק מהם. לעומת זאת למשל, בטסמניה, שבאוסטרליה, צוות ייעודי לבדיקת אינטגרציה של שירותי בריאות הנפש סבר כי בשל דמיון במאפיינים עם אלו של טריאסטה, יש היתכנות להטמעת מודל השירות במלואו בטסמניה, בהתאמות הרלוונטיות למערכת הבריאות והרווחה המקומית (Mental Health Council of Tasmania, 2019).

לטענת פרנסס (Frances, 2021), מודל טריאסטה הוכיח את ערכו, את היותו בטוח ויעיל, את עובדת קבלתו בקהילה וכן את יתרונו מבחינת עלויות. לראיה, בעבר בטריאסטה היו 1,200 מיטות אשפוז פסיכיאטרי שנתנו מענה לכמעט רבע מיליון תושבים, כעת ישנן רק שש מיטות אשפוז בבתי חולים כלליים ועוד שלושים מיטות לשהות של לילה אחד במרכזים קהילתיים. פרנסס מדגיש שהצלחתו הגדולה של המודל היא בזכות השירותים המצוינים בקהילה בטריאסטה והמענה המקיף שהם נותנים (Frances, 2021).

⁷ קושי נוסף הוא שהשפה ברוב המקרים על המודל היא איטלקית. חלק מהממצאים המובאים כאן סוכמו על ידי מזינה (Mezzina, 2014) וצוטטו (Gooding, 2021) בדוח הוועדה לביו-אתיקה של המועצה האירופית (Committee of Bioethics of the Council of Europe).

5. מגבלות הסקירה

הסקירה הנוכחית התמקדה בגישות, בפרקטיקות ובמודלים רווחים למתן מענה בקהילה לאנשים במצב משבר נפשי חריף ובחנה יישומים שלהם בפועל, ככל שאותרו. במסגרת הסקירה לא נערכה השוואה בין עלויות אשפוז לעלויות המענים בקהילה, ולא נערכה השוואה בין האוכלוסיות הצורכות אשפוז פסיכיאטרי ובין אלו הצורכות מענים בקהילה המהווים חלופה לאשפוז.

6. סיכום ודין

הניסיון בעולם מצביע על הצורך בפיתוח מענים בקהילה למשבר נפשי חריף אשר יהוו חלופה לאשפוז פסיכיאטרי אקוטי מסורתי, בין שהם מהווים מסגרת שהייה ובין שאינם מהווים מסגרת כזו. במדינות שונות פותח מגוון של מענים כאלו. הם מאפשרים לאדם הנתון במשבר נפשי לשמר את הקשר עם קהילתו ועם מעגלי התמיכה והמעגלים החברתיים בחייו. אשפוז לעומת זאת גורם לניתוק מכל אלה. המענים גם מפחיתים במידה ניכרת את התיגו השלילי הנלווה לצריכת שירותי בריאות נפש, וצרכני השירותים ובני משפחותיהם מעידים על שביעות רצונם הגורפת מהם. נמצא כי השירותים בקהילה מביאים לידי תוצאות קליניות דומות לאלה שבעקבות אשפוז פסיכיאטרי רגיל או לתוצאות טובות מהן, ויש בהם מענים אשר גם מפחיתים את הטיפול התרופתי. היבט חשוב של המענים בקהילה הוא התבססותם על יצירת קשרים ויחסי אמון בין מקבלי השירות לאנשי הצוות: המענים בקהילה מספקים רצף טיפול על ידי יצירת קשר הדוק והפניה לגורמי טיפול אחרים בקהילה במקרה הצורך או בתום השירות, או על ידי הספקת שירותי המשך בתום תקופת הטיפול הרשמית, למשל עבור שוהים לשעבר במסגרות שהייה. היבט זה הוא אחד המאפיינים הבולטים בשירותים ובמענים בקהילה. מאפיין מרכזי נוסף של מענים בקהילה לעומת אשפוז הוא שצריכת השירותים אינה נעשית בכפייה. בדרך כלל המענים גם מאופיינים בחיסכון בעלויות השירות, לעומת האשפוז הרגיל.

מגוון המענים בקהילה למשבר נפשי חריף יוצר לא רק רצף טיפול בין השירותים אלא גם מגוון של שירותים אשר יכולים לתת מענה לצרכני שירות שונים אלה ולצורכיהם הייחודיים, למשל מענים ייעודיים לנשים ולקהילת הלהט"ב. כך מגוון השירותים מאפשר לתת מענה מדויק יותר הן לאנשים פרטיים הן לקבוצות ייחודיות.

לבסוף, על אף היתרונות הברורים שיש למענים בקהילה למשבר נפשי חריף, לוייד-אוונס וג'ונסון (Lloyd-Evans & Johnson, 2019) מציינים ארבעה אתגרים שיש להביא בחשבון בעת תכנון או הספקה של מענים כאלו: **(1) מתן מענה מהיר** – מציאת דרך ברורה לקבלה לשירות, במהירות ובכלל זמן; **(2) ניהול הדחיפות (acuity)** – חיוני שמענים בקהילה יהיו מסוגלים לקלוט גם צרכני שירות במצב משברי מאוד, גם אם יש בכך סיכונים; כלומר, אין לברור רק את 'המקרים הקלים'. בהקשר זה זוהו כמה קשיים בניהול הדחיפות במענים בקהילה, אך הם ניתנים לשינוי: הליכי הפנייה, מצאי כוח האדם ומגוון הכישורים המקצועיים המוצעים, הסביבה הפיזית והתרבות הארגונית; **(3) בהירות התפקיד (של המענה בקהילה)** – חשוב שהשירות המוצע ומאפייניו, לעומת אשפוז פסיכיאטרי מסורתי, יהיו בהירים; **(4) יישום** – צריך לשמר את התוצאות החיוביות של השירות גם ביישום בתפוצה רחבה – כדי לסייע בכך יש להציע מודלים מפורטים, להעריך הערכה קפדנית את ההיצמדות אליהם ולהכין תוכניות לתמיכה ביישומם.

הבדל מרכזי, ואולי אף ההבדל החשוב ביותר, בין המענים בקהילה שנסקרו ובין אשפוז פסיכיאטרי רגיל הוא באימוץ של גישת ההחלמה על ידי המענים בקהילה, ובכלל זה, העידוד שנותנים המענים בקהילה למעורבותם של עמיתים עם ידע מניסיון בהספקת שירותים. משום כך, יש חשיבות לכלול עמיתים עם ניסיון חיים הן בעיצוב שירותים דומים הן באספקת השירותים במענים אלו; וכן חשוב לתת מענה לצורכיהם של בני משפחה מטפלים.

עוד פרסומים של המכון בנושא

- נגר אידלמן, ר., קורן, י., גדג', נ. ויאבו, מ. (2022). שירותים חברתיים בקהילה לאנשים עם מוגבלות: סקירה בין-לאומית. דמ-911-22. ברלב, ל. ובכר, י. (2021). אנשים עם מוגבלות בישראל 2021: עובדות ומספרים.
- יאבו, מ., נגר אידלמן, ר. הרקוביץ-אמיר, ע. וברלב, ל. (2021). חקיקה להסדרת שירותים חברתיים לאנשים עם מוגבלות: סקירה בין-לאומית. דמ-882-21.
- רימון גרינשפון, ה. (2021). קבלת החלטות נתמכת בישראל: מדיניות, יישום ואתיקה. דמ-889-21.
- רימון גרינשפון, ה., יאבו, מ. וגדג', נ. (2021). מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים: סקירה בין-לאומית. דמ-878-21.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

משרד הבריאות. (2019). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי.

משרד הבריאות. (2022). רשימת בתים מאזנים למניעת אשפוז פסיכיאטרי בהסדר עם קופות החולים. נדלה ב-13 ביולי 2022, מתוך https://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/treatment/Documents/balancing-homes.pdf

רימון-גרינשפון, ה., יאבו, מ., וגדג', נ. (2021). מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים – סקירה בין-לאומית. דמ-878-21. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

Allison, S., Bastiampillai, T., & Goldney, R. (2014). Acute versus sub-acute care beds: Should Australia invest in community beds at the expense of hospital beds? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(10), 952-954.

Allison, S., Bastiampillai, T., Looi, J. C., Copolov, D., Guaiana, G., & Judd, F. (2020). Jumping off the bandwagon: Does the Basaglian de-hospitalised model work outside Trieste? *Aust N Z J Psychiatry*, 54(10), 960-961. doi: 10.1177/0004867420951251

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175.

Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240-242.

Bouchery, E. E., Barna, M., Babalola, E., Friend, D., Brown, J. D., Blyler, C., & Ireys, H. T. (2018). The effectiveness of a peer-staffed crisis respite program as an alternative to hospitalization. *Psychiatric Services*, 69(10), 1069-1074.

Bourn, J. (2007). Helping people through mental health crisis: The role of Crisis Resolution and Home Treatment services. National Audit Office [\[ARCHIVED CONTENT\] \(nationalarchives.gov.uk\)](https://www.nationalarchives.gov.uk).

Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: A conceptual review. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-14.

Ciampi, L. (2017). Soteria Berne: 32 years of experience. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, (1).

Clarke, D., & Winsor, J. (2010). Perceptions and needs of parents during a young adult's first psychiatric hospitalization: "We're all on this little island and we're going to drown real soon." *Issues in Mental Health Nursing*, 31(4), 242-247.

- Cohen, L. J. (1994). Psychiatric hospitalization as an experience of trauma. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(2), 78-81.
- Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Ruhu, N., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A., & Blankers, M. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: A multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-11.
- Dalton-Locke, C., Johnson, S., Harju-Seppänen, J., Lyons, N., Sheridan Rains, L., Stuart, R., Campbell, A., Clark, J., Clifford, A., Courtney, L., Dare, C., Kelly, K., Lynch, C., McCrone, P., Nairi, S., Newbigging, K., Nyikavaranda, P. Osborn, D., Persaud, K., Stefan, M., & Lloyd-Evans, B. (2021). Emerging models and trends in mental health crisis care in England: A national investigation of crisis care systems. *BMC health services research*, 21(1), 1-12.
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097.
- Dialogue Revolution. (2022). Our Services. Retrieved August 13 2022, from [Our Services – Dialogue \(R\)Evolution \(dialoguerevolution.com\)](http://dialoguerevolution.com).
- Dhillon, R. (2015). A failed experiment: substitution of acute inpatient beds by sub-acute community residential beds in South Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 579-580.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A. Tenhula, W. N., Calmes, C., Passilas, R. M., Peer, J., & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- FACT-FACTS. (2018). Flexible ACT or FACT Model. Retrieved May 03 2022, from [| Flexible Assertive Community Treatment | Remmers van Veldhuizen \(fact-facts.nl\)](http://fact-facts.nl).
- Farhall, J., Brophy, L., Reece, J., Tibble, H., Le, L. K. D., Mihalopoulos, C., Fletcher, J., Harvey, C., Morrisroe, E., Newton, R., Sutherland, G., Spittal, M., Meadows, G., Vine, R., & Pirkis, J. (2021). Outcomes of Victorian prevention and recovery care services: A matched pairs comparison. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867420983473.
- Frances, A. (2021). Save Trieste's mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 744-746.
- Galloway, J., Scollo, G., & Thomson, N. (2016). *Mental health prevention and recovery care: A clinical and community partnership model of sub-acute mental health care*. Department of Health and Human Services. Melbourne: Victorian Government.

Giménez-Díez, D., Maldonado Alía, R., Rodríguez Jiménez, S., Granel, N., Torrent Solà, L., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Treating mental health crises at home: Patient satisfaction with home nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 246-257.

Gooding, P. (2021). *Compendium report: Good practices in the council of Europe to promote voluntary measures in mental health*. Council of Europe. [1680a45740 \(coe.int\)](https://www.coe.int/t/dahlgreen/areasofwork/mentalhealth/Compendium-report-Good-practices-in-the-council-of-Europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health.pdf)

Gottstein, J. (2015). Lessons from Soteria-Alaska. *Mad in America*. Retrieved January 23 2022, from [Lessons from Soteria-Alaska - Mad In America](https://www.madinamerica.com/2015/05/lessons-from-soteria-alaska/).

Government of South Australia. (2022). Intermediate care services within SALHN. Retrieved October 20 2022, from [Intermediate Care Services | SA Health](https://www.sa.gov.au/topics/health-and-welfare/intermediate-care-services)

Harvey, C., Brophy, L., Tibble, H., Killaspy, H., Spittal, M. J., Hamilton, B., Ennals, P., Newton, R., Cruickshank, P., Hall, T., & Fletcher, J. (2019). Prevention and recovery care services in Australia: Developing a state-wide typology of a subacute residential mental health service model. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 383.

Fletcher, J., Brophy, L., Killaspy, H., Ennals, P., Hamilton, B., Collister, L., Hall, T., & Harvey, C. (2019). Prevention and recovery Care Services in Australia: describing the role and function of sub-acute recovery-based residential mental health services in Victoria. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 735.

Hasselberg, N., Gråwe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-9.

HealthWatch Reading. (2019). *What is a Crisis Café?* Retrieved March 23 2022, from [What is a Crisis Cafe? | Healthwatch Reading](https://www.healthwatchreading.org.uk/what-is-a-crisis-cafe/).

Heyeres, M., Kinchin, I., Whatley, E., Brophy, L., Jago, J., Wintzloff, T., Morton, S., Mosby, V., Gopalkrishnan, N., & Tsey, K. (2018). Evaluation of a residential mental health recovery service in North Queensland. *Frontiers in Public Health*, 6, 123.

Isobel, S., Thomas, M., Boardman, H., & Clenaghan, P. (2021). Does a community-based recovery service reduce inpatient bed days? *Australasian Psychiatry*, 29(1), 37-40.

Jacobsen, R. K., Sjørgård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J., & Kim, H. S. (2018). "Open Dialogue behind locked doors"—Exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5. DOI:10.15714/scandpsychol.5.e5

- Johnson, S., Totman, J. & Hobbs, L. (2011). Crisis and emergency services. In G. Thornicroft, G. Szmuckler, K. Mueser, & R. Drake (Eds.). *Oxford textbook of community mental health* (pp: 118-128). Oxford University Press.
- Kilian, R., Becker, T., & Frasch, K. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 22(2), 81-86.
- Lamb, D., Davidson, M., Lloyd-Evans, B., Johnson, S., Heinkel, S., Steare, T., Pinfold, T., Weich, S., Morant, N., Kirkbride, J., Marston, L., Canaway, A., Madan, J. & Osborn, D. (2019). Adult mental health provision in England: A national survey of acute day units. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-11.
- Lamb, D., Lloyd-Evans, B., Fullarton, K., Kelly, K., Goater, N., Mason, O., Gray, R., Osborn, D., Nolan, F., Pilling, S., Sullivan, S., Henderson, C., Milton, A., Burgess, E., Churchurch, A., Davidson, M., Frerichs, J., Hindle, D., Paterson, B., Brown, E., Piotrowski, J., Wheeler, C., & Johnson, S. (2020). Crisis resolution and home treatment in the UK: A survey of model fidelity using a novel review methodology. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 187-201.
- Lichtenberg, P. (2011). The residential care alternative for the acutely psychotic patient. *Psychiatric Quarterly*, 82(4), 329-341.
- Lloyd-Evans, B., Paterson, B., Onyett, S., Brown, E., Istead, H., Gray, R., Henderson, C. & Johnson, S. (2018). National implementation of a mental health service model: A survey of crisis resolution teams in England. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 214-226.
- Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry. *World Psychiatry*, 18(1), 31-32.
- Lloyd-Evans, B., Slade, M., Jagielska, D., & Johnson, S. (2009). Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 195(2), 109-117.
- Mackler, D. (2012). Some Observations of Soteria-Alaska. *Mad in America*. Retrieved January 23 2022, from [Some Observations of Soteria-Alaska - Mad In America](#).
- Mental Health Council of Tasmania (March, 2019). A Mental Health Hub for Tasmania: Delivering an integrated, preventative model of mental health care. Retrieved August 13 2022, from <https://mhct.org/wp-content/uploads/2019/09/2019-MHCT-Tas-Mental-Health-Hub-Proposal-130319.pdf>
- Mental Health Services in the Community. (2018). *Good practices: In mental health & well-being*. [2018_goodpractices_en_0.pdf \(europa.eu\)](#)

- Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond: An “Open Door–No Restraint” system of care for recovery and citizenship. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(6), 440-445.
- Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(1), 1-20.
- MIND (2011). Listening to Experience: An Independent Inquiry into Acute and Crisis Mental Healthcare. [listening_to_experience_web.pdf \(mind.org.uk\)](#)
- Morant, N., Davidson, M., Wackett, J., Lamb, D., Pinfold, V., Smith, D., Johnson, S., Brynmor, L-E, & Osborn, D. P. (2021). Acute day units for mental health crises: A qualitative study of service user and staff views and experiences. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-12.
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: A personal and professional review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 142-149.
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.
- Ness, O., Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., & Hesook, S. K. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: A longitudinal survey study Part 1. Patient characteristics at admission and referral. *International Journal of Mental Health Systems*, 6(1), 1-16.
- Ngo, H., Ennals, P., Turut, S., Geelhoed, E., Celenza, A., & Wolstencroft, K. (2020). Step-up, step-down mental health care service: Evidence from Western Australia’s first—a mixed-method cohort study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-13.
- NHS. (n.d.). Crisis and Acute Mental Health Services. Retrieved March 23 2022, from [NHS England » Crisis and acute mental health services](#).
- Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) implementation: A prospective real life study. *Community Mental Health Journal*, 52(8), 898-907.
- Nwachukwu, I., Nkire, N., & Russell, V. (2014). Profile and activities of a rural home-based psychiatric treatment service in Ireland. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(2), 125-130.
- Office of Mental Health, New York State. (2007). *ACT Program Guidelines 2007*. Retrieved February 16 2022, from [ACT Program Guidelines 2007 \(ny.gov\)](#).

- Office of Mental Health, New York State. (2022). *Tableau*. Interactive Data Report. Retrieved February 16 2022, from <https://omh.ny.gov/omhweb/tableau/act.html>.
- Osborn, D., Lamb, D., Canaway, A., Davidson, M., Favarato, G., Pinfold, V., Harper, T., Johnson, S., Khan, H., Kirkbride, J., Lloyd-Evans, B., Madan, J., Mann, F., Marston, L., McKay, A., Morant, N., Smith, D., Steare, T., Wackett J., & Weich, S. (2021). Acute day units in non-residential settings for people in mental health crisis: The AD-CARE mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, 9(18), 1-122.
- Ostrow, L., & Croft, B. (2015). Peer respites: A research and practice agenda. *Psychiatric Services*. [Peer Respite: A Research and Practice Agenda | Psychiatric Services \(psychiatryonline.org\)](#)
- Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Bleich, A. (2009). Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: Cross sectional study. *Croatian Medical Journal*, 50(6), 575-582.
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L., & Bromet, E. J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 65(2), 266-269.
- Palé, L. A., Caballero, J. L., Martínez, D. C., Fresnedo, A. M. G., Gonzalez, M. B., López, L. M. M., & Solà, V. P. (2019). Psychiatric Home Hospitalisation Unit of the Hospital del Mar. A crisis resolution and home treatment team in Barcelona. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 12(4), 207-212.
- Pathways Vermont. (2022). Soteria House. Retrieved March 9 2022, from [Soteria House - Pathways Vermont](#).
- Pelot, M., & Ostrow, L. (2021). Characteristics of peer respites in the United States: Expanding the continuum of care for psychiatric crisis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Pereira, J. G. (2020). *Projecto Open Dialogue Portugal*. Scien4COVID-19. [Science4COVID-19](#)
- Portacolone, E., Segal, S. P., Mezzina, R., Scheper-Hughes, N., & Okin, R. L. (2015). A tale of two cities: The exploration of the Trieste public psychiatry model in San Francisco. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39(4), 680-697.
- SA Health. (2013). *Evaluation of the intermediate care services*. Retrieved August 31 2022, from <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/b07eb98042ec81578c28bc9d0fd82883/ICC+Final+eval+report.pdf?MOD=AJPERES>
- Sade, R. M. S., Goljevscek, S., & Corradi-Webster, C. M. (2020). Intensive home support for mental health crises: Experience of the Trieste territorial crises team, in Italy. *Saúde e Sociedade*, 29(3) e190831.
- Seikkula, J. (2015). Open dialogue with clients with mental health problems and their families. *Context*, 138, 2-6.

- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204.
- Seikkula, J. (2003). Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith College Studies in Social Work*, 73(2), 227-245.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family process*, 42(3), 403-418.
- Sjølie, H., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2010). Crisis resolution and home treatment: Structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 881-892.
- Slawson, N. (2015). Late-Night Cafe Can Keep People with Mental Health Problems out of A&E. *The Guardian*. Retrieved March 24 2022, from [Late-night cafe can keep people with mental health problems out of A&E | Mental health | The Guardian](#).
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
- Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., Kawohl, W., Holtforth, M. G., Schnyder, U., & Hepp, U. (2020). Home treatment for acute mental healthcare: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(6), 323-330.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: Current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286.
- Thorning, H., & Dixon, L. (2020). Forty-five years later: The challenge of optimizing assertive community treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 397-406.
- Tibrewal, P., Allison, S., Looi, J. C., Lewin, H., Kanigere, M. K., & Bastiampillai, T. (2021). A perfected mismatch: Are prevention and recovery care services really comparable to acute inpatient units? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(7), 730-731.
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C., & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *BJPsych open*, 5(4):e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
- Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421-433.
- Victoria Department of Health. (2022). Mental health prevention and recovery care. Retrieved August 22 2022, from [Mental health prevention and recovery care](#).

Von Peter, S., Ignatyev, Y., Johne, J., Indefrey, S., Kankaya, O. A., Rehr, B., Zeipert, M., Bechdorf, A., Birkner, T., Deister, A., Duve, A., Rout, S., Scherk, H., Schulz-Dubois, A., Wilms, B., Zedlick, D., Grollich, P., Braun, B., Timm, J., & Heinze, M. (2019). Evaluation of flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – A mixed-method patient and staff-oriented exploratory study. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 785. doi: [10.3389/fpsyt.2018.00785](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00785)

WHO (World Health Organization). (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. Retrieved December 29 2021, from [Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/guidance-on-community-mental-health-services-promoting-person-centred-and-rights-based-approaches).

Wong, Y. L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental health services research, 4*(1), 13-28.