ג'וינט ישראל
מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל

JOINT (J.D.C.) ISRAEL
BROOKDALE INSTITUTE OF GERONTOLOGY
AND ADULT HUMAN DEVELOPMENT IN ISRAEL

מעקב אחר פעילותה של
מרפאה פסיכוגריאטרית

דפי דיון

חנה ויזל
חיים דסברג
פייסל עזאיזה

ד-84-83

J.D.C. HILL, P.O.B 13087, JERUSALEM 91130 גבעת-ג'וינט ת.ד. 13087, ירושלים 91130

BR-D-84-83 c.3

ויזל, חנה
מעקב אחר פעילותה של
מרפאה פסיכוגריאטרית

54891

סימן הפרסום

BR-D-84-83 c.3

שם המחבר חיל, חנה

שם הספר בעקב אחר פעילותה של מרפאה פסיכוגריאטרית

שם השואל	תאריך	חתימה
[illegible]	7.12.89	

מכון ברוקדייל: הספריה

מעקב אחר פעילותה של מרפאה פסיכוגריאטרית

חנה ויל, חיים דסברג, פיסל עזאיזה

ד-84-83

ברוקדייל
הספרי
ירושלים

תוכן עניינים:

	עמוד
מבוא	1
הרקע למחקר	1
המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בצפון ירושלים	1
הקמת היחידה הפסיכוגריאטרית: השלב הראשוני	1
הפעלת המרפאה הפסיכוגריאטרית הנוכחית	3
שכונות היעד	4
רקע דמוגרפי וצרכים צפויים בפסיכוגריאטריה	4
המחקר - מטרות ושיטה	5
שיטת המחקר	5
תיאור האוכלוסייה מבחינה דמוגרפית ומבחינת תיפקוד יומיומי	6
פריסה גיאוגרפית	6
גיל	6
הרכב משק הבית	7
מצב משפחתי	7
מספר הבנים	8
רשת תמיכה משפחתית	8
ארץ לידה	8
השכלה	9
הכנסה	10
רמת חיים	10
מוביליות ותיפקוד יומיומי של אוכלוסיית המרפאה	11
מקורות ההפנייה	11
קופת החולים הכללית	12
הפניות ללא תיווך שירותים	14
הפניות על-ידי שירותי הרווחה	14
מגע ראשון עם המרפאה	14
מקום המגע הראשון	14
אבחון ראשוני, סימפטומים פסיכיאטריים מזוהים בבדיקה ראשונה	15
תוצאות הבדיקה הראשונה - תכניות ההתערבות	18
תכניות ההתערבות במישור הרפואי	19
תכניות ההתערבות בתחום הסוציאלי	20
הקריירה של החולים במרפאה	21

עמוד

ביצוע תכניות ההתערבות - בדיקה בסוף תקופת המחקר (אוקטובר 1982) 25

דיון וסיכום 30

הכרת תודה

תודתנו נתונה לכל אלה שסייעו לביצוע עבודה זו:

צוות המרפאה הפסיכוגריאטרית; רופאים, עובדים סוציאליים ועובדי מנהל,

ובמיוחד הגברת אלישבע לוי שבלעדי מסירותה והיכרותה את החולים לא היתה

עבודה זו מתבצעת כלל;

בלהה אלון על הדפסת עבודה זו;

ג'וינט ישראל שאיפשר את ביצוע העבודה על-ידי מימון נדיב.

מבוא

הרקע למחקר

היחידה הפסיכוגריאטרית במרכז הקהילתי לבריאות הנפש שבצפון ירושלים היתה, עד כמה שידוע לנו, המרפאה הפסיכוגריאטרית הראשונה בארץ; עובדיה היו חסרי נסיון בשטח זה והיו חייבים לגשש דרכם וללמוד תוך כדי התנסות. מצב זה נראה כהזדמנות טובה ומעניינת לעקוב אחר התפתחותו של שירות חדש לאוכלוסייה שעד אותו רגע היתה חסרת מענה לצרכיה הספציפיים, מטרתו העיקרית של מחקר זה היתה על כן לגזור מן ההתנסות הזו את הניתן לניתוח וללמידה, ואת הניתן לישום בעתיד, בשירות זה או בשירותים פסיכוגריאטריים קהילתיים אחרים.

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בצפון ירושלים

המרפאה הפסיכוגריאטרית הינה חלק ממרכז קהילתי לבריאות הנפש (CMCH) הפועל בשכונת סנהדריה בירושלים. במרכז קיימים צוותים לפסיכיאטריה של המבוגר ולפסיכיאטריה של הילד והנוער. הללו ותיקים יותר ומאויישים בכוח אדם רב יותר מאשר הצוות הפסיכוגריאטרי.

הקמת היחידה הפסיכוגריאטרית: השלב הראשוני

בשנת 1976 נערך סקר פנימי של אוכלוסיית המרכז לבריאות הנפש ונמצא שגיללאי +55 מהווים פחות מאחוז אחד מלקוחות המרכז.[1] מימצא זה אינו תואם, ולו בקירוב, מימצאים של סקרים אפידמיולוגיים בחו"ל,[2] ודי הדהים בשעתו את צוות המרכז שחש ששיעור הקשישים מתוך לקוחותיו גבוה הרבה יותר. פער גדול זה בין

---

[1] שפהרד מראה שבלונדון, בראשית ימי "המהפך" שחל בשירותים הפסיכיאטריים ובעיקר הפסיכוגריאטריים, הוו הזקנים שיעור דומה של מקבלי שירותים פסיכיאטריים במרפאות. Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. Kalton, G.W. Morbidity in General Practice, Oxford University Press, 1977.

[2] ראה למשל: Kay, D.W., Beamish, P., Roth, M. Old Age Mental Disorders in Newcastle-Upon-Tyne, British Journal of Psychiatry, 1964, 110, pp. 146-158.
White, D. Psychogeriatrics and Community Care, Lancet, 1975, i, pp. 27-29.

שיעור הלקוחות הקשישים בפועל לבין השיעור המצופה, העיר (והאיר) לראשונה את תשומת הלב לנושא הפסיכוגריאטריה ומאז החל למעשה התכנון לקראת כניסה מסיבית לנושא זה. הורגש שיש צורך להקים צוות פסיכוגריאטרי מיוחד, ובשנת 1979 הוקם צוות נסיוני קטן שפעל שישה חודשים בלבד, בגלל חוסר תקציב. תקופה זו הספיקה כדי למקד כמה עניינים וכדי להציע, על בסיס הנלמד, מספר עקרונות להפעלת יחידה כזו בעתיד:[3]

1. למדנו שבנוסף לחשיבות הקלינית של ההתפתחות לאורך החיים ושל האבחון הפסיכיאטרי הנוזולוגי, יש חשיבות לתגובה לסיטואציה הנוכחית. במלים אחרות, העבודה חייבת להיות problem oriented.
2. תוארה הדה-קומפנסציה בזיקנה במאזנים העדינים, הפיזיולוגיים, הנפשיים והמשפחתיים והאינטראקציה ביניהם.
3. עמדנו על חשיבות שיתוף הפעולה באבחון ובהפעלת תכנית טיפול בסביבה החברתית כולה: המשפחה, השירותים הפועלים באיזור, ולעתים גם השכנים.
4. עמדנו על חשיבות הבנת הסביבה הביתית והחברתית להערכת מצבו של החולה מחד, ולתכנון תכנית ההתערבות מאידך.
5. התברר שבמקרים רבים ההתערבות הראשונה דחופה ויש צורך להחליט על מדיניות טיפולית על בסיס האבחנה הסינדרומטית (תסמונתית), בתקוה להגיע לאבחנה פסיכיאטרית נוזולוגית בהמשך.
6. הוערך שהחולה הפסיכוגריאטרי אינו נוטה לפנות ביוזמתו לשירות פסיכיאטרי; ומאידך שהוא אינו מזוהה בתור כזה על-ידי השירותים האחרים. לכן חשוב לפעול אקטיבית למציאת החולים בקופות החולים, בלשכות הרווחה, בבתי אבות ובין חולים ששהו בבתי חולים מסיבות שונות.

---

[3] Mittelpunkt, R., Baum, S., Dassberg, H. Intervention in Psychosocial Decompensation of the Elderly in a Poor Neighborhood in Jerusalem, International Journal of Social Psychiatry, 28, 1981, pp. 271-75.

הפעלת המרפאה הפסיכוגריאטרית הנוכחית

בשנת 1980 הוקם הצוות הנוכחי בתמיכת קרן נאמנות. הצוות מורכב משלוש דיסציפלינות: פסיכיאטריה, עבודה סוציאלית, ואחות לרפואה ציבורית. על הרכב זה סוכם על בסיס הנסיון שנרכש בשנת 1979, ועל פי הסביר מן הספרות הפסיכוגריאטרית האנגלית.

משימות היחידה הפסיכוגריאטרית הוגדרו כלהלן:

א. אוכלוסיית היעד: בני 65 ומעלה, ובנות 60 ומעלה, ובמיוחד אלה שמחלתם או בעיותיהם הנפשיות מתחילים בגיל גבוה. צעירים יותר יוכלו להשתמש בשירותי היחידה אם סוג הפרעתם שייך לתחום של המחלות הפסיכיאטריות בזיקנה - דכאונות מסויימים ודימנציות מסויימות.

ב. איתור המקרים: הצוות חייב להיות נייד לצורך איתור אקטיבי בקופות החולים, בשירותי הרווחה ובבתי הפונים, בהתאם לעקרונות הפסיכיאטריה הקהילתית המניעתית.

ג. פעולת המעקב אחר פונים הינה אחד העקרונות של פסיכיאטריה קהילתית מניעתית; גם סוג פיעולה זה מחייב ניידות של הצוות.

ד. יודגש האספקט של רשת התמיכה המשפחתית ו/או החברתית בחולה. לגבי כל מקרה שיאותר ויטופל יש לברר את מהות הרשת הזו ואת משאביה; ובתכנית ההתערבות ינתן מקום להפעלה ו/או לחיזוק המשאב הזה.

הרכב הצוות: פסיכיאטר, ורצוי פסיכיאטר שתחום מומחיותו הוא בפסיכוגריאטריה. עובד סוציאלי, משום שחלק מהבעיות הפסיכיאטריות בזיקנה יופיעו כבעיות חברתיות וחלק מהפתרונות הטיפוליים יהיו בתחום הסוציאלי. אחות בריאות הציבור, משום שצפוי שברוב המקרים יתלווה לבעיות הנפשיות מכלול של בעיות גופניות, ומשום הצורך בקשר עם מוסדות רפואה שונים, הן לאבחון והן להמשך הטיפול בחולה.

היחידה הפסיכוגריאטרית הקהילתית, כפי שתוארה לעיל, הינה שלב ראשון בתכנית כוללנית שהוכנה על-ידי הנהלת "עזרת נשים" לשם כיסוי הצרכים הפסיכוגריאטריים של צפון ירושלים. לתכנית זו ארבעה שלבים, שרק הראשון שבהם - המרפאה הפסיכוגריאטרית - הופעל עד עתה.

שכונות היעד

כצעד ראשון הוחלט לקלוט פונים משלוש שכונות. אלה נקבעו לפי הקריטריונים הבאים: שכונת היעד צריכה להיות קרובה למרפאה, להכיל מספר משמעותי של קשישים, וצריכה להיות בה תשתית של קשרים עם המרכז הקהילתי לבריאות הנפש.

רקע דמוגרפי וצרכים צפויים בפסיכוגריאטריה

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש משרת אוכלוסייה בת 107,000 נפש בצפון ירושלים. לפי מידע הקיים בידינו, היה שיעור גילאי +65 בצפון ירושלים בתחילת שנות השבעים 5-6 אחוזים; שיעור זה גדל מאז אך אין מידע מדוייק על השיעור הנוכחי. על בסיס ההנחה שהשיעור נמוך מעט מן הממוצע הארצי, אפשר לשער שאוכלוסיית בני +65 באיזור נעה בגבולות 8,000-9,000 נפש.

לפי Kay, Beamish & Roth (1964) כמחקר מייצג, סובלים 8% מגילאי +65 החיים בבתיהם ממחלות פסיכיאטריות קשות ופסיכוזות, כולל דימנציה; 5% סובלים מירידה מנטלית מתונה; 12% נוספים סובלים מנוירוזות, בעיות אופי והפרעות אחרות. מכאן ש- 25% מסך גילאי +65 זקוקים להתערבות פסיכיאטרית (בדרגות שונות). סקר זה נערך באנגליה לפני כ- 20 שנה, בנקודת זמן הדומה לזו הקיימת אצלנו כעת מבחינת התפתחות השירותים הפסיכוגריאטריים. לפי נתונים אלה מגיע מספר הנזקקים להתערבות פסיכוגריאטרית בצפון ירושלים לכ- 2,250 (25% מסך גילאי +65).

עבודתו של White (1975), שאינה מבוססת על מדגם מייצג ואינה משתמשת בקריטריונים זהים לאלה של Kay, Beamish & Roth מצביעה על 9% של גילאי +65, החיים בבתיהם והזקוקים לטיפול פסיכיאטרי מידי - שיעור דומה מאד לזה של החוקרים בניוקסטל. בהסתמך על מימצאים אלה יש לצפות ל- 900 קשישים בצפון ירושלים הזקוקים להתערבות פסיכיאטרית מידית. מספרים אלה, על אף שאינם מדוייקים ומבוססים על אומדנים מחד ואי בהירות מסויימת במינוח מאידך, מצביעים על היקף הצורך בשירות פסיכוגריאטרי קהילתי.

המחקר - מטרות ושיטה

מטרת המחקר בשלב הראשון היתה בדיקת סוג האוכלוסייה המשתמשת בשירות פסיכוגריאטרי קהילתי; הכוונה היתה לראות מה מייחד אוכלוסייה כזו מבחינה רפואית וסוציאלית. בשלב השני, שנת מעקב נוספת, רצינו ללוות את התפתחות השירות ואת האוכלוסייה המשתמשת בו כדי ללמוד הן את הצרכים המיוחדים והן את דרכי המענה האפשריים למילוי צרכים אלה. כמו כן היתה כוונה לבדוק את האפקטיביות של השירות הניתן באמצעות מדדי הערכה סובייקטיביים ואובייקטיביים.

לא עמדנו בהתחייבויות אלה במלואן, משום שהתברר שאין לצפות לכך שעובדים בשירותים (כולל **מרפאה** כזו) יהיו מסוגלים, מבחינת מוטיבציה וזמן, לשתף פעולה במבצע מסוג זה. כמו כן התברר שחלק ניכר מן העבודה יצטרך להיעשות בבתיהם של הפונים למרפאה משום שאין הם מבקרים בה בקביעות ולכן איסוף האינפורמציה בנקודת זמן אחת אפשרית רק על-ידי ראיון בבית. מבצע כזה היה מייקר את המחקר במידה רבה. החלטנו על כן לצמצם את העבודה בשימת דגש על ליווי התפתחות השירות והסקת לקחים מהסתכלות זו.

<u>באוכלוסיית המחקר</u> נכללו כל האנשים שפנו (או הופנו) למרפאה מיום פתיחתה עד 1 ביולי 1981, כולל חולים בגיל המתאים שנכללו עד אותו רגע ברשימת הלקוחות של המרכז לבריאות הנפש והועברו לטיפול המרפאה הפסיכיאטרית. מועד זה נקבע בהתאם לתנאי התקציב ומספר האנשים שהגיעו עד אותו זמן למרפאה. למעשה קבענו תחילה מועד מוקדם יותר והחילונו בסיכום הנתונים. אולם כשראינו שהאוכלוסייה קטנה מכדי אפשרות הסקת מסקנות (היו אז 129 פונים בלבד) הוחלט להגדיל את אוכלוסיית המחקר ונקבע מועד זה.

שיטת המחקר

כל האינפורמציה נאספה על-ידי עובדי המרפאה, בחלקה מתוך תיקים שכבר היו קיימים עם תחילה המחקר, ובחלקה בזמן המגע המקצועי עם הפונים. מספר מצומצם של נתונים כגון: מקום המצאם של הפונים בתאריך נתון או מי מאנשי הצוות הינו המטפל

העיקרי, קיבלנו מן האחות, המכירה היטב את מצבו של כל אחד מהפונים. תוך כדי עבודת מחקר המעקב התקיימו מספר פגישות בין צוות המחקר לצוות עובדי המרפאה שמטרתן היתה הגברת מודעות צוות המרפאה לחשיבות המחקר, ואיסוף אינפורמציה ספציפית. פגישות אלה סייעו מאד להשגת מטרות המחקר.

תיאור האוכלוסייה מבחינה דמוגרפית ומבחינת תיפקוד יומיומי

פריסה גיאוגרפית. אוכלוסיית המרפאה אותרה בעיקרה בשכונות בית ישראל, הבוכרים, שמואל הנביא וקרית משה, בהתאם לקריטריונים שנקבעו (ראה לעיל). יחד עם זאת כלולים באוכלוסייה גם פונים מאזורים אחרים שבתחום הטיפול של המרפאה לבריאות הנפש, משום שכל הפניות של הקשישים למרפאה זו מועברות ליחידה הפסיכוגריאטרית. אין אנו יודעים אם כל הנזקקים לשירות בשכונות בהן הוחלט להתמקד אמנם הגיעו אליו, שהרי לא ערכנו מפקד מבית לבית, וגם לא בדקנו את תיקי הקשישים במרפאות קופות החולים. בדיקת רשימות ההמתנה של מועמדים לאשפוז ממושך מתוך איזור המרפאה מצביעה על כך שחלק מהמועמדים הללו הזקוקים להתערבות פסיכיאטרית לא היו יודעים במרפאה.

גיל. אוכלוסיית הפונים למרפאה זקנה בהשוואה לסך גילאי +65 יהודים; בעוד שגילאי +75 יהודים מהווים 23% מקבוצת הגיל +65[4] מהווים גילאי +75 למעלה

לוח מס' 1: התפלגות האוכלוסייה לפי גיל בזמן ההפנייה

גיל	מספר הפונים	%
64-51*	37	22.2
69-65	34	20.4
74-70	37	22.2
79-75	33	19.8
80+	26	15.6
סה"כ	167	100.0

* מתוכם - 10 אנשים מתחת לגיל 60.

[4] הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי 1980, ירושלים, 1981, לוח ב/18.

מ- 45% מסך אוכלוסיית המרפאה הפסיכוגריאטרית. מימצא זה הינו צפוי, ומאשר את הידוע מתוך סקרים[5] ומחקרים שנערכו בחו"ל, המצביעים על הפגיעות של הגילאים הגבוהים ביותר.

הרכב משק הבית. גם מבחינה זו שונה אוכלוסיית המחקר מן הממוצע הארצי. לוח מס' 2 מראה ששיעור הגרים לבד, מבין אוכלוסיית המחקר, גבוה במידה ניכרת מהממוצע הארצי. הסדר מגורים זה נחשב כפגיע בסקרים המוזכרים לעיל. שיעור הפונים למרפאה הגרים עם בנים רווקים גבוה בהרבה מזה של הגרים עם בנים נשואים. חלק ניכר מאלה האחרונים גרים עם בנים רווקים מבוגרים, הרבה מעבר לגיל הנישואין המקובל. אי הנשאותם של בנים מהווה לחץ נפשי על הורים, גם כאשר הסיבה לכך אינה קשורה בפתולוגיה. ומכאן שמותר לצפות לכך שדיירי משק בית כזה מועדים יותר לצריכת שירותים פסיכיאטריים מאשר סוגים אחרים של משק בית.

לוח מס' 2: התפלגות אוכלוסיית המחקר והתפלגות אוכלוסיית סה"כ גילאי +65 בארץ* לפי הרכב משק הבית (%)

הרכב משק הבית	אוכלוסיית המחקר	גילאי +65 בארץ
קשיש הגר לבד	31	19
קשיש הגר עם בן זוג	43	46
קשיש הגר עם בנים	26	35
סה"כ	100	100

* הקשישים בישראל: נתונים משלב ב' של המפקד. פרסומי מפקד האוכלוסין והדיור, 1972, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים, מס' 17, תשמ"א, לוח 12/2, עמ' 126.

מצב משפחתי. השוואת התפלגות המצב המשפחתי של אוכלוסיית המשתמשים במרפאה הפסיכוגריאטרית עם סך גילאי +65 (יהודים) בארץ, מגלה שבאוכלוסיית המחקר יש שיעור גבוה של רווקים ושל גרושים. קטיגוריות אלו של מצב משפחתי

[5] Planning and Organization of Geriatric Services. Report of W.H.O. Expert Committee, Geneva, 1974.

מוגדרות בספרות כנתונות בסיכון.

לוח מס' 3: התפלגות אוכלוסיית המחקר בהשוואה לכלל גילאי +65*, לפי מצב משפחתי (%)

מצב משפחתי	גילאי +65	אוכלוסיית המרפאה
נשוי	58	48
אלמן	33	38
רווק	4	2
גרוש	5	2
סה"כ	100	100

* הקשישים בישראל, נתונים משלב ב' של המפקד. פרסומי מפקד האוכלוסין והדיור, 1972, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים, מס' 17, תשמ"א, לוח א/9, עמ' 46.

מספר הבנים. ל- 15% של סה"כ אוכלוסיית המחקר אין בנים חיים. זהו שיעור כמעט זהה לשיעור שנמצא במחקר של ויל, נתן ואבנר (1970).[6]

רשת תמיכה משפחתית. לכ- 73% מהפונים למרפאה יש בן או אח בירושלים, כולל 19% שיש להם אחים ובנים בעיר זו. לכ- 41% מהפונים למרפאה יש לפחות צאצא אחד הגר בקירבה רבה, או הגר אתם באותה דירה. זהו שיעור גבוה מעט מן הממוצע בארץ, לפי ויל, נתן ואבנר (1970).[7] במלים אחרות, למעלה משני שלישים של אוכלוסיית המחקר יכולים ליהנות מעזרת בנים ו/או אחים הגרים בהישג יד. זה נראה כשיעור גבוה מאד, הנובע כנראה מן הצביון הדתי מאד של חלק ניכר מאוכלוסיית השכונות הכלולות במחקר.

ארץ לידה. המוצא התרבותי של אוכלוסיית המחקר מגוון מאד ואינו תואם את התפלגות האוכלוסייה היהודית בגילאי +65 לפי ארץ מוצא. בולט שיעור גבוה של

---

6 Weihl, H., Nathan, T., and Avner U. Investigation of the Family Life, Living Conditions and Needs of the Non-Institutionalized Urban Jewish Aged 65+ in Israel. Ministry of Social Welfare, 1970, (Mimeographed).

7 ראה שם, עמ' 59: שיעור הקשישים שיש להם בנים בקירבת מקום הוא 34%.

ילידי ישראל, פרס ואפגניסטן.[8]

לוח מס' 4: התפלגות לפי ארץ מוצא (%)

ארץ המוצא	אוכלוסיית המחקר	אוכלוסיית גילאי 65+ לפי וייל, נתן, אבנר
ישראל	11.4	3.4
רוסיה ופולין	34.1	30.1
רומניה, הונגריה	12.6	24.0
לבנון, סוריה, מצרים, עירק, תימן, צפון אפריקה	16.8	24.0
גרמניה, אוסטריה, צ'כיה	7.8	6.0
פרס, אפגניסטן, בוכרה	13.2	4.4
תורכיה, יוון, בולגריה	4.2	8.1
סה"כ	100.0	100.0
סה"כ קשישים	167	1,557

הטרוגניות זו של אוכלוסיית המחקר העלתה לא פעם בעייה של תקשורת. שיעור גבוה מאד של הפונים למרפאה אינם יודעים עברית כלל, או יודעים רק מעט עברית: 37% בלבד ציינו ששפתם העיקרית הינה עברית. בעייה זו בלטה במיוחד לגבי יוצאי פרס ובוכרה, משום שבין עובדי המרפאה לא נמצא איש הדובר את שפתם.

השכלה. כ- 25% מסה"כ הפונים אינם יודעים קרוא וכתוב כלל, לעומת פחות מ- 20% בני +60 בסה"כ האוכלוסייה היהודית.[9] שיעור האנאלפביתים בסה"כ האוכלוסייה היהודית בגיל +65 לפי המחקר של וייל, נתן ואבנר (1970)[10] הינו הינו 21%.

---

[8] שיעור ילידי ישראל, לפי נתוני המפקד האחרון היה 4%, ילידי אסיה-אפריקה היה 25%, מעט פחות מאשר אוכלוסיית המחקר. ראה לעיל הקשישים בישראל, לוח לוח א/4, עמ' 40.

[9] ראה השנתון הסטטיסטי 1981, לוח ר"ב/1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים 1982.

[10] ראה שם, עמ' 22.

לוח מס' 5: התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי רמת ההשכלה

רמת ההשכלה	מספר הקשישים	%
לא למד כלל	42	25.1
1-6 שנים	32	19.2
7-10 שנים	39	23.4
11-15 שנים	35	21.0
לא ידוע	19	11.4
סה"כ	167	100.0

הכנסה. האוכלוסייה הנחקרת מאופיינת ברמת הכנסה נמוכה מאד. לכ- 61% מן האוכלוסייה הפונה למרפאה אין הכנסה מעבר לקיצבת הזיקנה וההטבה הסוציאלית, ויש לזכור שגילם של 22% מאוכלוסייה זו נמוך מ- 65. שיעור בעלי רמת הכנסה זו בסה"כ גילאי +65 בארץ הינו 44%.[11]

רמת חיים. לפי מידת המצאותם של מוצרים בני-קיימא נבחרים בבתיהם של הפונים למרפאה, נמוכה רמת החיים של אוכלוסייה זו. לכמחצית האוכלוסייה אין מכונת כביסה, ל- 29% אין מכשיר טלוויזיה (אולי משום המרכיב הדתי של אוכלוסייה זו), ל- 13% אין רדיו בבית, 23% גרים בדירות רטובות, ובדירותיהם של 14% מהאוכלוסייה יש סדקים בקירות. לא לכולם יש סידור לחימום מים לרחצה ומכשיר לחימום הדירה בחורף.

הנתונים הדמוגרפיים של אוכלוסיית הפונים למרפאה שהובאו לעיל, מצביעים על כך שאוכלוסייה זו תואמת במידה רבה לקריטריוני ה"פגיעות" שתוארו בחוברת של ארגון הבריאות העולמי ב- 1974.[12] זוהי אוכלוסייה זקנה יחסית, רבים בה הקשישים הגרים לבד והגרים עם בנים רווקים, שיעור הרווקים והגרושים הינו גבוה. רבים מן הפונים הם בעלי הכנסה נמוכה, ורמת החיים הינה ירודה.

---

11 רבעון סטטיסטי, המוסד לביטוח לאומי, כרך י"א 1981/82 מס' 2, ירושלים, יולי ספטמבר 1981.

12 Aging of Population. In: Planning and Organization of Geriatric Services, Report of W.H.O. Expert Committee, Geneva, 1974.

מוביליות ותיפקוד יומיומי של אוכלוסיית המרפאה

קרוב ל- 4% מאוכלוסיית הפונים למרפאה מרותקים למיטה, שיעור זה הינו גבוה מן הממוצע הארצי (לפי ויזל, נתן ואבנר, 1970) שם נמצאו 2% מרותקים למיטה. כ- 22% מאוכלוסיית הפונים למרפאה מגדירים עצמם ניידים בסביבה הקרובה (בסביבת הבית) בלבד, לעומת כ- 15% מהקשישים בשלב השלישי של מחקרה של ויזל.[13] במלים אחרות, אוכלוסיית הפונים למרפאה מאופיינת בקשיי תנועה.

כאשר שאלנו את אוכלוסיית הפונים למרפאה על יכולתה לבצע, ללא עזרה, מספר פעולות של תיפקוד יומיומי, קיבלנו את התוצאות הבאות:

- כ- 43% מהקשישים דיווחו שקשה להם לעלות ולרדת באוטובוס.
- כ- 27% מהקשישים דיווחו שהם מתקשים להתרחץ ו/או להתגלח.
- כ- 26% מהקשישים דיווחו שהם מתקשים לגזור ציפורני רגליים.

גם שיעורים אלה גבוהים מהשיעורים שנמצאו במחקרים אחרים. על סמך הנתונים שלפנינו, נוכל, על כן, לומר שאוכלוסיית המרפאה מאופיינת על-ידי הגבלות בתיפקוד היומיומי ובמוביליות במרחב, וגם מבחינות אלו הינה אוכלוסייה פגיעה.

מקורות ההפנייה

המרפאה קבעה לעצמה מדיניות של קליטה מכל המקורות האפשריים, כולל הפנייה עצמית. לפיכך הקפידה, בתחילת פעילותה, לקיים פעילות הסברה בדרכים שונות בשירותים הפועלים באיזור עליו הוחלט כאיזור קליטת חולים. פעולה זו נעשתה בעיקר בקרב עובדי השירותים - רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, מדריכים במתנ"ס. ואכן, חולים הופנו על-ידי גורמים אלה, אך קיימת גם הפנייה עצמית בשיעור לא מבוטל. תופעה זו, וכן שיעור המופנים על-ידי שירותי הרווחה בשכונה, מעידים על השגת מטרה חשובה של המרפאה, והיא להוות גורם מוכר ומקובל

---

13 Weihl, H. Changes in Family Structure of the Aged and their Intergenerational Relations Over A Period of Twelve Years. Project Supported by a grant from the Ford Foundation, 1981. Brookdale Institute, Jerusalem, 1981 (Mimeographed).

על הסביבה בה פועלת המרפאה. בהקשר זה יש לזכור שהמרפאה הינה חלק של מרכז קהילתי לבריאות הנפש הפועל מזה תשע שנים.

להלן, התפלגות מקורות ההפנייה:

- 56% מסך הפונים הופנו על-ידי קופת חולים, ממרפאות שונות.
- 20% מסך הפונים הופנו על-ידי שירותי הרווחה באיזור, כולל אגף לקשישים במתנ"ס.
- 13% הופנו על-ידי בתי חולים לטיפול מעקב לאחר אשפוז (בעיקר פסיכיאטרי), או לאחר נסיון התאבדות, ובודדים לאחר בדיקה במרפאת חוץ.
- 11% פנו למרפאה ללא תיווך השירותים, בעיקר בסיוע משפחתם או שכניהם.

התפלגות זו מראה שכשליש מהפונים הגיעו שלא באמצעות שירותים רפואיים. עובדה זו ראוייה לציון משום שהיא מעידה על חיותו של המימד הקהילתי של שירות רפואי זה; והיא ראוייה לציון משום שכמעט כל המופניו שלא באמצעות קופת חולים, הם חברי קופת חולים כללית ומן הסתם ידועים לרופאי המשפחה (אך לא הופנו על-ידם למרפאה). מתעוררת על כן סידרת שאלות על מקורות ההפנייה: האם הם שונים זה מזה באופנות ומידת השימוש במרפאה? מהי המוטיבציה של המפנה (ובמקרה של קופת חולים - ריבוי מפנים) לפנות ליעוץ או להפנות לטיפולו של מומחה פסיכוגריאטרי? האם סה"כ ההפניות משלימות זו את זו ומכסות את כל הנזקקים לשירות הפסיכוגריאטרי באיזור? האם המופנים על-ידי הגורמים השונים שונים זה מזה מבחינת הדיאגנוזה, הסימפטומים, התכונות הדמוגרפיות? בהמשך הדיון נשתדל לענות על שאלות אלה, במידה והנתונים שנאספו מאפשרים זאת. נעשה זאת באמצעות דיון בכל אחד ממקורות ההפנייה.

<u>קופת החולים הכללית</u>.[14] אוכלוסיית המופנים על-ידי רופאי קופת חולים מהווה 56% מסה"כ אוכלוסיית הפונים למרפאה, והיא שונה מעט מבחינה דמוגרפית מן המופנים על-ידי מקורות אחרים. אוכלוסייה זו צעירה מעט יותר משאר המופנים:

---

[14] לא היו הפניות מקופות החולים האחרות. ידוע לנו שאין הן פעילות באיזור שנבחר.

כמעט מחציתם מתחת לגיל 70 לעומת 36% של שאר אוכלוסיית המופנים. מבחינה זו אין אחידות בין המרפאות ויש לשער שרופאים נוהגים בעניין זה כל אחד לפי תפישתו; לא היינו מציינים את הבדלי הגיל אלמלא תואם מימצא זה למימצאים אחרים שעוד נביאם להלן. המופנים על-ידי רופאי קופת חולים שונים מן המופנים ממקורות אחרים גם מבחינת ארצות מוצאם. מופני קופת חולים נוטים להיות יוצאי אירופה: 62% לעומת 45% יוצאי אירופה מבין המופנים למרפאה על-ידי גורמים אחרים. במיוחד בולט ההבדל לפי ארצות מוצא בהשוואה לפונים למרפאה ללא תיווך השירותים. באלה האחרונים מגיע שיעור יוצאי אירופה ל- 34% בלבד. נתונים אלה על הרקע הדמוגרפי של חולים מופנים על-ידי קופת חולים, מצביעים על אפשרות של הפנייה סלקטיבית על-ידי רופאי המשפחה. עם זאת, ייתכן שסלקטיביות זו נובעת מכך שקל יותר לזהות בעיות פסיכופתולוגיות ב"זקן-צעיר" מאשר ב"זקן-זקן".

החולים המופנים על-ידי רופאי המשפחה של קופת חולים שונים במקצת מאלה המופנים על-ידי גורמים אחרים גם מבחינת הסימפטומים הפסיכיאטריים המזוהים בבדיקה הראשונה של הפסיכיאטר.[15] מצאנו שבין החולים המופנים על-ידי רופאי קופת חולים קיים תת-ייצוג של חולים שזוהתה אצלם הפרעה קוגניטיבית. לעומת זאת, קיים ייצוג יתר של חולים שזוהתה אצלם תסמונת היפוכונדרית. מימצאים אלה של האספקט הרפואי של ההפנייה מסתדרים, לפחות בחלקם, עם הנאמר לעיל על הנתונים הדמוגרפיים: תת הייצוג של חולים זקנים מאד תואם את תת הייצוג של הפרעה קוגניטיבית. ועולה, כמובן, השאלה - מדוע חולים אלה, הנמצאים בביתם, ושיש להם רופא משפחה (ובחלקם לפחות הופנו על-ידי גורמים אחרים, כפי שנראה להלן), לא הופנו על-ידי רופא זה למרפאה? האם זאת משום שאינו מאמין שמרפאה פסיכוגריאטרית יכולה לעזור, או שלא ראה בבעיותיו של החולה בעיות בתחום הפסיכיאטריה? או, אולי הפנו חלק של חולים אלה ללשכת הבריאות המחוזית לשם אשפוז, ללא תיווך המרפאה הפסיכיאטרית?

---

[15] לדאבוננו לא ניתן לדון בסיבות ההפנייה כפי שנוסחו על-ידי הרופא המפנה, זאת משום שחלקם של חולים אלה לא צויידו על-ידי רופא המשפחה בהפנייה מפורטת בכתב.

הפניות ללא תיווך שירותים (הפנייה עצמית, על-ידי המשפחה, על-ידי השכנים). חולים המגיעים למרפאה בדרך זו מאופיינים בכך שגילם גבוה יחסית, וקיים בהם ייצוג יתר של חולים שזוהו בבדיקה הראשונה כמציגים תסמונת פרנואידית ותסמונת חרדתית, וכן אנשים שניכר כי הם סובלים מהפרעות בהתנהגות בגיל מבוגר. מאידך, קיים בקבוצה זו תת-ייצוג של סובלים מתסמונת אפקטיבית ושל סובלים מהפרעה קוגניטיבית. במלים אחרות, הסביבה החברתית הקרובה רגישה כנראה מאד לסטיות והפרעות בהתנהגות היומיומית ומבקשת פתרונות לבעיות אלה. האם יתכן שלא מצאו סיבה להרצות בעיות אלה לפני רופא המשפחה ופנו ישירות למה שנראה להם ככתובת הנכונה? או, שמא פנו לרופא המשפחה ולא באו על סיפוקם, ועתה ניסו מזלם בשירות (חדש) אחר? מכל מקום נראה שזהו מקור הפנייה חשוב, ובעל פונקציה מיוחדת, ויש לפתח רגישות ופתיחות לסוג זה של פניות למרפאה פסיכוגריאטרית. בהקשר זה חשוב לציין שיותר ממחצית קבוצה זו נבדקו בדיקה ראשונית בבית.

הפניות על-ידי שירותי הרווחה (היחידה לקשישים במתנ"ס ושירותי הרווחה העירוניים). המימצא הבולט בקבוצה זו הינו שכמעט מחצית מכל הסובלים מהפרעה קוגניטיבית הופנו על-ידי מקור זה, המספק רק 20% מסה"כ אוכלוסיית הפונים למרפאה. האם זקנים אלה מכבידים דווקא על ספקי שירותי הרווחה או שאוזנם (ועינם) של אלה קשובה יותר לבעיות אלה? מדוע חולים אלה לא הופנו על-ידי רופאי המשפחה, וגם לא על-ידי משפחותיהם?

מגע ראשון עם המרפאה

מקום המגע הראשון. מדיניות המרפאה לא גרסה מלכתחילה שעל כל המעוניינים בשירותיה להתפנות ולבוא אליה. היה ברור שיש לצאת אל חלק הלקוחות הפוטנציאליים לביתם, אך לא היה ברור מהו שיעור הפונים הנזקקים לשירות זה. ואכן, עיון בהתפלגות האוכלוסייה לפי מקום הבדיקה הראשונה, מראה שאמנם רוב הפונים - 60% - נבדקו במרפאה, אולם 26% נבדקו בבתיהם, והשאר במרפאות קופת חולים. מסתבר על כן

שכבר ביצירת המגע הראשון יש צורך להתחשב בתכונות המיוחדות של אוכלוסייה זו. צורך זה מתבטא, בין השאר, בכך שבין החולים שזוהתה אצלם תסמונת פרנואידית, גבוה במיוחד שיעור החולים שנבדקו בדיקה ראשונה בבית. יש לשער שקשה ביותר לשכנע חולים אלה לבקר במרפאה, שהרי לדעתם הם אינם חולים. כמו כן גבוה שיעור הנבדקים בבית מבין אלה שהגיעו לשירות ללא תיווך שירותים. התסריט כאן הינו כדלהלן: בן משפחה, או שכן, פונים לשירות ומתארים את הבעייה, תוך הערה שקשה או בלתי אפשרי להביא את החולה. ההחלטה לערוך ביקור בית מתקבלת על סמך הערכה של האינפורמציה הקיימת, וגם על איוש ביקור בית כזה מחליטים על בסיס אותה נפורמציה. חשוב לציין שגם רופאים יוצאים לביקור כזה. בין הנבדקים לראשונה בבית גבוה במיוחד שיעור החולים הנזקקים למיסוד ולאשפוז פסיכיאטרי, וכן גבוה שיעור הנזקקים לשירותים שונים הניתנים על-ידי לשכות הרווחה. במלים אחרות: המתקשים להגיע למרפאה, אם בגלל מצבם הפיזי ואם בגלל מצבם הנפשי, הם כנראה בעלי סל הצרכים העמוס. אינדיקציה נוספת לעומס הצרכים של קבוצה זו הינו שיעור הפטירות: שיעור זה מבין הנבדקים לראשונה בבית, גבוה פי שניים משיעור הפטירות מבין הנבדקים לראשונה במרפאה. מן המובא לעיל ברור שמדיניות היציאה אל החולים מוצדקת. בדרך זו מספקים שירותים ראשוניים לכרבע מהלקוחות שבחלקם הגדול נמצאים במצוקה של ממש. מדיניות זו מבטיחה במידה רבה את המשך הקשר, ועל כן מבטיחה מתן שירותים שלא היו מגיעים לחולה אלמלא בוצע המגע הראשון בבית.

<u>אבחון ראשוני, סימפטומים פסיכיאטריים מזוהים בבדיקה הראשונה</u>. בלוח מס' 6 בולטת שכיחותה של התסמונת האפקטיבית באוכלוסיית המרפאה. Redick and Taube (1980)[16] מדווחים ש- 38% מהפונים הקשישים למרפאות פסיכיאטריות סובלים מתסמונת אפקטיבית, כ- 24% מהפונים סובלים מהפרעה קוגניטיבית, ו- 11% מהפונים למרפאות הפסיכיאטריות סובלים מהפרעה בהתנהגות בגיל המבוגר. כמו כן הם מצאו

---

[16] Redick, R.W. and Taube, C.A. Demography and Mental Health Care of the Aged. In: Birren, J.E. and Sloane, R.B. (eds.) <u>Handbook of Mental Health and Aging</u>. Prentice-Hall, N.Y. 1980, pp. 57-69.

לוח מס' 6: התפלגות הסימפטומים הפסיכיאטריים כפי שאובחנו בבדיקה ראשונה

	מספר הקשישים	%*
תסמונת אפקטיבית	79	47.3
הפרעה בתהנהגות בגיל מבוגר	54	32.3
תסמונת חרדתית	50	29.9
הפרעה קוגניטיבית	41	24.6
תסמונת פרנואידית	36	21.6
תסמונת היפוכונדרית	22	13.2

* האחוזים אינם מסתכמים ב- 100 כיון שלפונה יכולה להיות יותר מאשר תסמונת אחת.

שקיים קשר בין הסימפטומים הפסיכיאטריים למיניהם לבין משתנים דמוגרפיים שונים. חומר השוואתי נוסף על התפלגות פסיכיאטריות בפונים קשישים אפשר למצוא בעבודות של Reiffler et al. (1982)[17]; Gianturco and Busse (1978)[18] ו- Harwin (1973).[19] חומר זה מצביע על דמיון האוכלוסייה של המחקר הנוכחי לאוכלוסיות פסיכופתולוגיות אחרות.

תסמונת אפקטיבית (סה"כ = 79). מצאנו שקיים קשר מובהק (ברמת מובהקות $\alpha=0.05$) בין התסמונת האפקטיבית לבין גיל: התסמונת האפקטיבית שכיחה יותר אצל קשישים בגיל צעיר (מתחת לגיל 75). התסמונת האפקטיבית נפוצה יותר בין קשישים הגרים עם בנים רווקים מאשר בין קשישים הגרים עם בנים נשואים: כ- 57% מהקשישים הגרים עם בנים רווקים סובלים מתסמונת זו לעומת כ- 22% מהקשישים

---

17 Reiffler, B.V., Ketley, A., O'Neill, P., Hanly, R., Lewis, S. Steuchever, M. Five Years Experience of a Community Outreach Program for the Elderly. American Journal of Psychiatry, 1982, 1, 39, pp. 220-223.

18 Gianturco, D.T., Busse, E.W. Psychiatric Problems Encountered During a Long-Term Study of Normal Aging Volunteers. In: Isaac, A.D., Post, F. (eds.) Studies in Geriatric Psychiatry, Wiley and Sons, 1978.

19 Harwin, B. Psychiatric Morbidity among the Physically Impaired Elderly in the Community, a Preliminary Report. In: Wing, J.K., and Hafner, H. (eds.) Roots of Evaluation. Oxford University Press, London, 1983.

הגרים עם בנים נשואים. מצאנו קשר (לא מובהק מבחינה סטטיסטית) בין התסמונת האפקטיבית לבין מוצא: ל- 68% מילידי ישראל ואירופה יש תסמונת זו לעומת כ- 44% מילידי ארצות המזרח התיכון. כמו כן מצויה התסמונת האפקטיבית יותר בין בעלי ההשכלה הגבוהה מאשר בין בעלי ההשכלה הנמוכה: 54% לעומת 42%; מימצא זה מתקשר עם המובא לעיל על הקשר בין תרבות מוצא למציאותה של תסמונת זו: יוצאי אירופה נוטים להיות בעלי השכלה גבוהה יותר.

<u>הפרעה בהתנהגות בגיל מבוגר</u> (סה"כ = 54). מהמימצאים עולה שתסמונת זו שכיחה אצל רווקים וגרושים יותר (47%) מאשר אצל הנשואים והאלמנים (32%). הסימפטום בולט בין ילידי פרס לעומת פונים למרפאה ילידי ארצות אחרות. אבל, בשני המקרים, הנתונים אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית.

<u>תסמונת חרדתית</u> (סה"כ = 50). קיים קשר לא מובהק בין התסמונת החרדתית לבין השכלה: תסמונת זו שכיחה יותר בקרב קשישים בעלי השכלה נמוכה: 29% לעומת 16% מבין בעלי ההשכלה הגבוהה יותר.

<u>הפרעה קוגניטיבית</u>. קיים קשר מובהק (ברמת מובהקות $\alpha=0.05$) בין הפרעה זו לבין גיל; מצאנו שהפרעה זו שכיחה יותר בקרב קשישים בגיל +75.

<u>תסמונת פרנואידית</u> (סה"כ = 36). קיים קשר מובהק (ברמת מובהקות $\alpha=0.05$) בין התסמונת הפרנואידית לבין השכלה. תסמונת זו שכיחה יותר בקרב בעלי ההשכלה הנמוכה. כמו כן שכיחה תסמונת זו בקרב קשישים בני +75: כ- 31% מהפונים למרפאה בגיל +75 סובלים מתסמונת זו לעומת כ- 16% מהפונים הצעירים יותר.

<u>תסמונת היפוכונדרית</u> (סה"כ = 22). כבר ציינו לעיל שרוב הקשישים אשר סובלים מתסמונת זו הופנו למרפאה על-ידי קופת חולים. כמו כן עולה מן המימצאים שתסמונת זו קשורה למגורים במשק בית חד-דורי: כ- 86% מהקשישים אשר אובחנה אצלם תסמונת זו חיים במשק בית זה.

בדקנו אם קיים קשר בין הסימפטומים הפסיכיאטריים שאובחנו בעת הבדיקה הראשונה לבין סטטוס מקצועי לשעבר של הקשיש; ואכן מצאנו שהתסמונת הפרנואידית והתסמונת החרדתית שכיחות אצל קשישים בעלי סטטוס מקצועי נמוך לשעבר בעבודה.

אנו חייבים להדגיש שיש להתייחס למימצאים שהובאו לעיל במידה רבה של זהירות משום שהם מתבססים על אוכלוסיות קטנות מאד, ולרוב אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית. כדי לעמוד על מהימנותם יש צורך לחזור ולבדוק אוכלוסיות גדולות יותר. בגלל מגבלה זו אנו נמנעים מדיון במימצאים, ומסתפקים בהצגתם.

<u>תוצאות הבדיקה הראשונה - תכנית ההתערבות</u>

בהתאם להנחה הבסיסית המדגישה את חשיבות הגישה המולטידיסציפלינרית בפסיכיאטריה קהילתית, נחשפים החולה ומשפחתו כבר בראשית מגעם עם המרפאה לגישה זו. הבדיקה הראשונה מתבצעת במסגרת מולטידיסציפלינרית, ובמעמד זה מתקבלת למעשה החלטה על המשך הפעולות הנדרשות, רפואיות וסוציאליות כאחד. ויש, כמובן, גם החלטות שלא להתערב כלל, או להעביר את הטיפול למסגרת אחרת, משום שאין צורך בטיפול פסיכיאטרי במסגרת זו, או משום שהחולה זקוק לאשפוז.

תכנית ההתערבות נקבעת (על-ידי הצוות כולו) לאור האבחנה הרפואית הזמנית שנקבעה, ועל סמך האבחנה הסוציאלית. הווה אומר, תכנית ההתערבות נקבעת על המישור הסינדרומלי ולא על המישור הנוזולוגי. חלק ניכר מהפונים זקוק להתערבות שתי הדיסציפלינות הללו בו זמנית.

ההנחה הראשונה לפיה מופעלת מרפאה פסיכוגריאטרית הינה, כמובן, הנחה שהפונים למרפאה אכן זקוקים להתערבות פסיכוגריאטרית. הנחה זו נמצאה נכונה בעיקרה: 79% אכן נמצאו זקוקים לכך. לכמעט כולם (פרט לחולים שאובחנו כזקוקים לאשפוז) נקבעה תכנית לטיפול במרפאה: רובם לטיפול מעקב כולל תרופות, מיעוטם (5%) לטיפול פסיכותרפויטי בלבד. בין 79% אלה נמצאים חולים שנשלחו לבדיקות גופניות שונות על מנת שאפשר יהיה לקבוע בבירור ממה הם סובלים. רובם של 21% המופנים הנותרים היו זקוקים אף הם לטיפול רפואי, לעתים פסיכיאטרי, אך הופנו עם הוראות טיפול לרופא המשפחה. 8% בלבד לא נמצאו זקוקים להתערבות רפואית כלשהי, אך רובם נמצאו זקוקים להתערבות במישור הסוציאלי ונשארו בטיפול העובד הסוציאלי של המרפאה, לרוב, לשם הכנתם לטיפול במסגרות אחרות.

הנחה שנייה, המונחת ביסוד הפעלת המרפאה, אומרת שיש צורך בשירות סוציאלי במרפאה מסוג זה, משום שידוע שחולים המוגדרים כ"פסיכוגריאטריים", ומשפחותיהם, זקוקים לטיפול תומך לא רפואי, ולעתים קרובות להפעלת שירותי רווחה שונים; וגם, (אולי בעיקר), משום שהבעייה הרפואית מופיעה באוכלוסייה זו לעתים במסווה של בעייה סוציאלית. שיעור החולים הזקוקים לשירות זה לא היה ידוע בעת פתיחת השירות, ולכן אי אפשר היה לדעת כמה כוח אדם נדרש כדי לספק שירותים אלה. מימצאי מחקר זה מראים ש- 71% מסה"כ הפונים למרפאה היו זקוקים להתערבות בתחום הלא רפואי, כולל אותם 8% שלא נמצאו זקוקים לשירותים הרפואיים של המרפאה.

<u>תכניות התערבות במישור הרפואי</u>. לוח מס' 7 מלמד ששיעור החולים הזקוקים לטיפול פסיכותרפויטי אינדיבידואלי בלבד הינו נמוך. רוב החולים

לוח מס' 7: התפלגות תכניות ההתערבות במישור הרפואי כפי שהוחלט לאחר בדיקה והערכה ראשונים[1]

	%
אשפוז מיידי בבית חולים פסיכיאטרי	2
אשפוז מיידי בבית חולים כללי	1
טיפול פסיכותרפויטי אינדיבידואלי	5
המלצה למעקב קבוע במרפאה	58
המלצה לטיפול בתרופות ללא מעקב קבוע במרפאה	14
הפנייה למוסד רפואי אמבולטורי אחר[2]	13
טיפול לא רפואי אחר[3]	7
סה"כ	100
סה"כ מספר הפונים	167

1 בלוח זה לא מצויינות המלצות לסידור מוסדי ממושך, משום שאלה מתבצעות למעשה על-ידי העובד הסוציאלי, באמצעות משרדי הרווחה או הבריאות.

2 תשובה לבקשת התייעצות חד-פעמית, או (לרוב) החזרת הטיפול לרופא המשפחה.

3 המלצה לטיפול של עובד סוציאלי, לרוב של המרפאה עצמה.

זקוקים להשגחה רפואית פסיכוגריאטרית קבועה הכוללת טיפול תרופתי ופסיכותרפויטי, וכן למגע רציף פחות או יותר עם אחות המרפאה הדואגת לכך שתכנית הטיפול אכן תבוצע. כמו כן מראה הלוח שהיו גם פונים חדשים שנזקקו לאשפוז פסיכיאטרי דחוף, ואף לאשפוז כללי דחוף.

הנתונים שלעיל מצביעים על מספר כווני התערבות במישור הרפואי: - אשפוז ומיסוד; - הפנייה לגורמים רפואיים אמבולטוריים; - קליטה במרפאה לשם: טיפול ומעקב סדיר וקבוע; טיפול תרופתי ללא מעקב קבוע; טיפול סוציאלי בלבד. כל אלה יכולים להיות מלווים בהתערבות מקבילה של עובד סוציאלי, בהתאם לצרכים המתגלים.

<u>תכניות התערבות בתחום הסוציאלי</u>. גם תכניות אלה הן רב-כווניות, כפי שמראה לוח מס' 8. ההתפלגות בלוח מראה שהשירות הסוציאלי של המרפאה פועל בשני כיוונים עיקריים: 1. הפעלת שירותים אחרים למען סיפוק צרכיהם של לקוחות המרפאה. פעולה כזו יכולה להיות חד-פעמית, אך לעתים קרובות דורשת השקעת זמן

לוח מס' 8: התפלגות תכניות ההתערבות בתחום הסוציאלי, כפי שהוחלט לאחר בדיקה והערכה ראשוניות

	%
המלצה לטיפול של השירות הסוציאלי של המרפאה	52
הפנייה לשירותי משפחה וקהילה של העירייה לקבלת שירותים שונים כולל, במקרים מסויימים, המשך מעקב על-ידי עובדי המרפאה	8
הפנייה לסידור מוסדי[1] ובינתיים למגע תמיכתי במרפאה	5
הפנייה לשירותי גריה חברתית ותיפקודית (מועדון, תעסוקה מוגנת) כולל במקרים מסויימים המשך מעקב על-ידי עובדי המרפאה	6
אף אחד מאלה	29
סה"כ	100
סה"כ פונים	167

1 רוב הכלולים בקטיגוריה זו זקוקים למעון לקשישים עצמאיים, ומיעוטם זקוקים לבית חולים לחולים כרוניים.

רצינית, ונעשית למעשה סימולטנית עם הכוון השני, שהרי יש לשמור על קשר ולתמוך בחולה עד אשר השירות האחר יקלוט אותו. 2. טיפול מתמשך בחולה ו/או במשפחתו כשהמטרה הכללית היא מניעת התדרדרות במצבו או במצב הסביבה התומכת בו. עבודה זו נעשית לרוב במקביל למעקב הרפואי, אך במקרים אחדים נמצאים הפונים בקשר עם העובד הסוציאלי בלבד. המגע התמיכתי מתקיים לעתים עם משפחת החולה בלבד, ללא מגע ישיר עם החולה.

29% מסה"כ אוכלוסיית הפונים למרפאה לא נמצאו זקוקים לשירותיו של עובד סוציאלי בזמן הפנייה למרפאה. בגלל העדר נתונים ממקורות אחרים לא ניתן לומר אם שיעור זה הינו גבוה או נמוך, אך צפוי שיהיו מקרים כאלה. העדר צורך כזה בזמן הפנייה אינו מונע, כמובן, הופעת הצורך לאחר זמן. ואכן, היו אנשים שנזקקו לעזרתו של עובד סוציאלי לאחר זמן, בגלל שינויים במצבם הם או במצב הסביבה החברתית בה הם חיים.

הקריירה של החולים במרפאה

אנו משתמשים במונח "קריירה" במובן של המסלול אותו עובר המופנה (או הפונה) למרפאה מרגע מגעו הראשון ועד לנקודת הזמן האחרונה בה בדקנו לאן הגיע, או מה ארע לו (אוקטובר 1982). מסלול זה נבדק לצורך עבודה זו באמצעות שני משתנים: מקום המצאותו של החולה בשתי נקודות זמן - ספטמבר 1981 ואוקטובר 1982 - ומהות הקשר עם המרפאה, ואף זה באותן שתי נקודות זמן.

הקריירה מתחילה, כאמור, במגעו הראשון של הפונה עם המרפאה. כוון התקדמותו, המסלול עליו ינוע, נקבע על-ידי שיקולים פרופסיונליים, מדיניות השירות, ההיצע של כוח אדם, רצונו וציפיותיו של החולה ושל משפחתו, וכמובן על-ידי מהלך מחלתו. לפיכך ברור שקיימים מסלולי קריירה שונים. המסלול הקצר ביותר יהיה של אותו פונה שהיה במגע חד-פעמי; הארוך ביותר יהיה זה של הפונה שנמצא במגע פחות או יותר קבוע מאז הקמתו של השירות. משך זמן המגע עם השירות הוא אחד ממימדיה של הקריירה של החולה. בדיקת מימד זה מגלה ש- 15% מסה"כ

הפונים היו ידועים למרכז לבריאות הנפש עוד לפני הקמת היחידה הפסיכוגריאטרית, 25% נוספו בשנת 1980, ו- 60% נוספו במחצית הראשונה של 1981 - עד תום תקופת איסוף הנתונים, יוני 1981. לא מצאנו קשר בין ותק כלקוח במרפאה לבין השרדות כלקוח בסוף 1982.

שיעור החולים שפנו לראשונה לפני 1980 ועדיין מקיימים קשר זהה לטיעור של אלה שהגיעו ב- 1980 ושומרים קשר. מכאן ניתן אולי ללמוד שנשירות לצמיתות קורות מיד בתחילת המגע, ושאר הנשירות הן זמניות. להלן נראה שקיימת נטייה לחזור למגעים עם המרפאה לאחר תקופה של ניתוק מגע.

המימד השני של הקריירה במרפאה הוא כוון המסלול: האם נשאר בטיפול במרפאה? האם הגיע לאשפוז? האם הטיפול בו הועבר, מסיבות שונות, לשירות אחר? האם לא היה מעוניין להמשיך את הקשרים במרפאה?

במועד המדידה הראשון, ספטמבר 1981, נמצא ששיעור ניכר מן הפונים נשר: רק 50% מאלה היו עדיין בקשר עם המרפאה. לאחר שנה גדל שיעור הנושרים רק במעט, והגיע ל- 62% מסה"כ האוכלוסייה, (לוח מס' 9). מכאן ניתן אולי להסיק ששיעור

לוח 9: התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי פירוט הסיבות לאי הקשר עם המרפאה, בשתי נקודות זמן (%)

	ספטמבר 1981	אוקטובר 1982
אין קשר עם המרפאה כי -		
היתה זו התייעצות חד פעמית	9	3
היתה זו התייעצות חד פעמית והטיפול הועבר לשירות אחר	8	10
החולה ו/או משפחתו סירבו לקבל טיפול	9	10
הטיפול נסתיים	6	19
החולה עבר למקום אחר או נפטר	13	10
הטיפול הופסק מסיבות אחרות[1]	4	10
יש קשר עם המרפאה -		
הטיפול ניתן בעיקרו במרפאה	15	20
הטיפול ניתן בעיקרו בבית החולה	25	18
סה"כ	100	100
סה"כ פונים	129	167

1 בקטיגוריה זו כלולים מסרבי מעורבות של המרפאה; אשפוזים שהגיעו למוסדות לטיפול ממושך.

הנשארים במגע עם המרפאה הוא די יציב - בין 40% ל- 50% מן הפונים. (אך עדיף, כמובן, לבדוק נושא זה באופן יסודי יותר באוכלוסייה גדולה יותר). למימצאים אלה יש חשיבות לתכנון כוח האדם הנדרש לאיוש שירותים מסוג זה.

לאור מצב המעקב בספטמבר 1981, הוחלט להגדיל את האוכלוסייה וצרפנו עוד 38 פונים שהגיעו למרפאה עד יוני 1981. עיון השוואתי בשתי ההתפלגויות שבלוח מס' 9 יראה ששיעור הפונים שהטיפול בהם נפסק או הסתיים גדל במשך אותה שנה במידה ניכרת. התפתחות זו נראית "טבעית". מחד, היו אשפוזים ומיסודים, וכן גם סביר ששיעור החולים שאינם נזקקים עוד למעורבות שירותי המרפאה משום שיעדי המעורבות הושגו, גדל במשך הזמן. מאידך, קטן במקצת שיעור ההתייעצויות החד פעמיות. כדי ללמוד יותר על תנועת החולים במרפאה, צלווחנו את שתי ההתפלגויות הנ"ל, ובדרך זו עמדנו על מידת הדינמיות שבתנועה זו. כרבע מהאנשים שהוגדרו בזמן המגע הראשון (לפני 1982) כזקוקים להתייעצות חד פעמית בלבד, נמצאים בקשר עם המרפאה בשנת 1982. שניים מתוך שמונה אנשים שטיפולם נגמר ב- 1981 נמצאים בקשר עם המרפאה בסוף 1982; ואף ארבעה אנשים שסירבו לשתף פעולה (שוב, לפני תחילת 1982) נמצאים בקשר עם המרפאה בסוף 1982. מסתבר שבמקרים רבים מתחדש קשר שהופסק. שיעור סה"כ החולים שחידשו קשר בין שתי נקודות הזמן הוא 11%.

62% מן החולים שהיו בקשר עם המרפאה בספטמבר 1981 נמצאו בקשר גם באוקטובר 1982. דפוסי ומקום הקשר השתנו בחלקם: חולים אשר היו בקשר בלתי קבוע מקיימים עתה קשר קבוע, ולהיפך. וכן, חולים שהקשר איתם קויים בעיקרו בבית, מגיעים עתה למרפאה, וגם כאן קיים שינוי בכוון ההפוך. במלים אחרות, דפוסי הקשר והטיפול אינם קבועים ואינם נוקשים, ומוכתבים כנראה על-ידי צורכי החולים.

אנו למדים על כן שהקריירה של לקוחות המרפאה הינה רב כוונית, והמסלול אינו עובר בהכרח בתוואי של קו ישר. לקוחות ש"נפלטו" חזרו ונמצאים בקשר קבוע, ויש לקוחות שקשה להגדיר את מהות הקשר איתם; הם מגיעים באופן ספורדי, לפי הרגשתם, ונעלמים שוב, לתקופה בלתי ידועה. שיעור החולים המשתמשים בצורה כזו

במרפאה גדל כנראה במידה ניכרת בין שתי נקודות הזמן. חשוב לציין שהתפתחות כזו יכולה לחול רק לאחר שנוצר אימון של הפובה בשירות, ושל השירות בלקוח. במלים אחרות, רק לאחר שכבר קויים מגע כלשהו שיצר את הבסיס לאימון כזה.

מימד אחר של מסלול החולה, מסלול תנועתו מחוץ למרפאה, נבדק באמצעות משתנה אחר: מקום המצאותו של הלקוח בנקודות זמן שונות. בתחילת פעילות המרפאה חיו כל הלקוחות של המרפאה בביתם, או במעון לקשישים עצמאיים הנמצא באיזור המוגדר איזור קליטת פונים למרפאה. בספטמבר 1981 נמצאו 129 הפונים במקומות הבאים:

בביתם	86%
במוסד סיעודי	6%
בבית חולים לחולי נפש	2%
במעון לקשישים עצמאיים	2%
נפטרו	2%
לא ידוע	2%

בדיקת מקום המצאם של 129 פונים אלה באוקטובר 1982, בהשוואה למקום המצאם בספטמבר 1981, מגלה את התמונה הבאה:

לוח מס' 10: המצאות האוכלוסייה באוקטובר 1982 בהשוואה לספטמבר 1981

המצאות בספט' 81' \ המצאות באוק' 82'	בבית	במוסדות	נפטרו	לא ידוע	סה"כ	סה"כ פונים
בבית	73	8	5	14	100	111
במוסדות ובבית חולים פסיכיאטרי	-[1]	-	-	-		[2]13
סה"כ	67	11	7	15	100	124

1. שני חולים שהיו מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי חזרו לביתם.
2. בגלל סה"כ קטן לא חושבו האחוזים.

א. 67% מהאוכלוסייה המקורית נמצאים עדיין בביתם. לא ידוע מקום המצאם של 15%. לגבי חלק מאלה ידוע שהם עברו לגור עם בנים, או בקירבת בנים (בעיר אחרת), אך לא ידועה הכתובת המדוייקת. חלק נעלמו מכתובתם המקורית, אך ככל הידוע לא נפטרו לפני

שעזבוה. אפשר לשער שחלקם עברו למוסדות. מכאן, שיש לומר ששיעור המיסוד (כולל אשפוז פסיכיאטרי) היה יותר מ- 11% (שני חולים מאושפזים בבית חולים "עזרת נשים" נפטרו שם).

ב. 1. שיעור המיסוד בשנה אחת היה 8%, אולם כמעט מחצית מאנשים אלה אושפזו בבית חולים לחולי נפש ולא יזדקקו, אולי, לסידור מוסדי ממושך.

2. רוב האנשים שנעלמו, נעלמו במשך השנה האחרונה למחקר. אין קשר בין תופעה זו לגיל, ולא נמצא קשר עם סימפטומים מזוהים בבדיקה הפסיכיאטרית הראשונית.

3. שניים מבין הקשישים שהיו מאושפזים בבית חולים לחולי נפש חזרו לבתיהם.

לסיכום הדיון בפרק זה יצויין שנסיון זה לעקוב אחר קריירה של חולים במרפאה, מגלה תמונה דינמית הן מבחינת כוון המסלול והן מבחינת רציפותו. שיעור לא מבוטל של חולים "הולך ובא", לפי תפיסתו את צרכיו. התנהגות זו מחייבת מבנה מיוחד של צוות עובדים, וכמובן גם תפיסה תואמת של תפקידה של מרפאה מסוג זה.

ביצוע תכניות ההתערבות - בדיקה בסוף תקופת המחקר (אוקטובר 1982)

ביצוע תכנית ההתערבות נמדד על ידינו בשני מדדים. בדקנו היכן נמצאים החולים שהוצעו להם תכניות הטיפול השונות, וכן שאלנו האם הם נמצאים עדיין בקשר עם המרפאה.

נתייחס תחילה למימד השני. צפינו לגלות שרוב הפונים המומלצים להמשך טיפול במרפאה ימצאו בקשר אתה לאחר שנה או שנתיים, וכן צפינו שהפונים שהופנו לשירותים אחרים, או שהחליטו בעצמם שלא לקבל שירותים מן המרפאה הפסיכוגריאטרית לא ימצאו בקשר איתה. לוחות מס' 11 ו- 12 מראים שהשערותינו אלה לא אומתו.

לוחות אלה מראים שאין קשר מובהק מבחינה סטטיסטית בין תכנית ההתערבות המוצעת לבין שמירה על קשר עם המרפאה. למעלה ממחצית המומלצים להיקלט כלקוחות המרפאה, וכן רוב המומלצים לקבל שירותים במסגרות אחרות - אין להם קשר עם המרפאה בסוף 1982. אך יתכן, כמובן, שלגבי חלק מהאנשים הנכללים בקטיגוריה הראשונה נסתיים הקשר עם המרפאה לאחר השגת יעדי הטיפול. לנו נראה שחשוב להבליט

לוח מס' 11: המלצות למעורבות במישור הרפואי, לפי הקשר עם המרפאה באוקטובר 1982

המלצה לטיפול	יש קשר	אין קשר	סה"כ	סה"כ פונים
מעקב במרפאה	42	58	100	133
שאר דרכי טיפול (כולל סירוב)	26	74	100	31
סה"כ	39	61	100	[1]164

1 שלושה לא ידועים.

לוח מס' 12: המלצות למעורבות על-ידי השירות הסוציאלי, לפי קשר עם המרפאה באוקטובר 1982

המלצה לטיפול סוציאלי	יש קשר	אין קשר	סה"כ	סה"כ פונים
מעקב במרפאה	49	51	100	87
הפנייה לשירותים אחרים	25	75	100	32
אף אחד מאלה	25	75	100	48
סה"כ	38	62	100	167

שתי מסקנות מן הנתונים של לוחות מס' 11 ו- 12: ראשית, כרבע מהאנשים שלא היו אמורים, מלכתחילה, להיקלט בין מקבלי השירותים באמצעות המרפאה, נמצאים בכל זאת בין לקוחותיה כעבור זמן. האם זאת משום שינוי שחל בהערכה ובתכנית סמוך למגע הראשון, או שחל שינוי במצב החולה כעבור זמן? מכל מקום ברור ממימצא זה שקיימת אפשרות של פנייה מחדש והערכה מחדש ושינוי החלטות קודמות. או, במלים אחרות, קיימת רגישות לשינויים בצרכים ובמצב החולה וסביבתו. שנית, כמעט מחצית מן המומלצים להיקלט כלקוחות במרפאה עדיין נמצאים בקשר איתה, חלקם מזה זמן רב, חלקם זמן קצר יחסית. ושוב, בהיעדר נתונים השוואתיים, אין לדעת אם שיעור זה הינו גבוה או נמוך, ורק בדיקה באוכלוסייה נוספת תראה אם שיעור זה הינו יציב. מכל מקום, נתון כזה יכול לשמש בסיס לתכנון כוח אדם נדרש במרפאה מסוג זה.

בדיקת מקום המצאותם של החולים באוקטובר 1982, לפי תכניות ההתערבות שהוצעו לאחר הערכה ראשונה במרפאה (לוח מס' 13) מראה שאין קשר בין שני משתנים אלה: רוב הפונים למרפאה, בכל תכנית התערבות, נמצאים בבתיהם.

לוח מס' 13: המלצות לטיפול על-ידי השירות הסוציאלי לאחר בדיקה ראשונה לפי מקום המצאותו של החולה באוקטובר 1982

1. המלצה לסידור מוסדי		8 אנשים
המצאות באוקטובר 1982		
בבית	4	
במוסד	3	
לא ידוע	1	
2. הפנייה לשירותי גריאטריה והפעלה חברתיים		10 אנשים
המצאות באוקטובר 1982		
בבית	7	
במוסד סיעוד	1	
נפטר	1	
לא ידוע	1	
3. הפנייה לשירותי משפחה וקהילה		14 אנשים
המצאות באוקטובר 1982		
בבית	13	
לא ידוע	1	
4. המלצה להתערבות העובד הסוציאלי של המרפאה		82 אנשים
המצאות באוקטובר 1982		
בבית	64%	
בבית חולים לחולי נפש	7%	
במוסד סיעוד	5%	
במעון לעצמאיים	1%	
נפטרו	9%	
לא ידוע	14%	
5. אף אחד מאלה (אין המלצה לטיפול על-ידי השירות הסוציאלי)		48 אנשים
המצאות באוקטובר 1982		
בבית	69%	
בבית חולים לחולי נפש	2%	
במוסד סיעוד	4%	
במעון לעצמאיים	2%	
לא ידוע	15%	

לוח מס' 13 מראה שתכניות לסידור מוסדי בוצעו רק בחלקן, אולי משום שתוך כדי טיפול בחולים אלה (בזמן ההמתנה למקום) התברר ששוב אין צורך בסידור מוסדי. מאידך, למוסדות לטיפול ממושך ולבתי חולים לחולי נפש הגיעו חולים אחרים, כנראה כאלה שמחלתם התפתחה או החמירה לאחר הפנייה המקורית לשירותי המרפאה, ולמעשה הגיעו למוסדות לטיפול ממושך יותר חולים מאשר הוצעו לכך מלכתחילה. מימצאים אלה מצביעים שוב על הצורך בהערכה חוזרת של מצב החולים ושל צרכיהם, כלומר על חובת הערנות לשינויים המתחוללים במצבו של הפונה, כולל זה שהקשר איתו רופף. לכן חשוב מאד להיות מעודכן ככל האפשר בכל הנוגע למצבים ולנסיבות החיים של כל החולים, ואכן מצאנו מידע כזה במרפאה.

כדי לעמוד ביתר פירוט על ביצוע תכניות ההתערבות, בדקנו את הקשר בין התסמונות הפסיכיאטריות שאובחנו בתחילת המגע, לבין שני המדדים של ביצוע שדנו בהם לעיל: 1. באשר לקשר עם המרפאה בסוף תקופת המחקר - לא נמצא קשר משמעותי עם סימפטומים פסיכיאטריים שאובחנו בבדיקה הראשונה. אולם בלט שיעור החולים בעלי התסמונת הפרנואידית שהיו בקשר עם המרפאה באוקטובר 1982. זוהי תופעה מעניינת, שהרי חולים אלה ידועים, מטבע מחלתם, כמתקשים ביצירת קשר עם מטפלים. כנראה שצוות מרפאה זאת "מתמחה" בקיום קשר תמיכתי-טיפולי בחולים עם תסמונת פרנואידית, אך גם עניין זה מן הראוי שייבדק באוכלוסייה נוספת, גדולה יותר. 2. לוח מס' 14 (ראה עמ' 29) מציג את הקשר בין הסימפטומים הפסיכיאטריים שאובחנו בבדיקה הראשונה לבין מקום המצאותו של החולה בסוף תקופת המחקר. להלן כמה מן המימצאים העיקריים.

א. כפי שאפשר היה לצפות, נמוך שיעור הנמצאים בבית מבין הסובלים מהפרעה קוגניטיבית. קבוצה זו זקנה יותר מן האחרות, ומחלתה דורשת לעתים קרובות השגחה וסיעוד מאסיביים. על כן סביר שבקבוצה זו נמצא שיעורי מיסוד ושיעורי פטירות גבוהים יחסית.

ב. גם החולים שאובחנה אצלם תסמונת פרנואידית נוטים להיות בני +75, ועל כן גם כאן אפשר לצפות לשיעור תמותה גבוה יחסית. שיעור המיסוד מבין חולים אלה

לוח מס' 14: מקום המצאות החולים באוקטובר 1982

סימפטומים פסיכיאטריים בבדיקה ראשונה	בבית	במוסד[1]	נפטר	לא ידוע	סה"כ	סה"כ פונים
תסמונת אפקטיבית	71	11	8	10	100	79
הפרעות התנהגות	57	14	16	13	100	54
תסמונת חרדתית	74	12	2	12	100	50
תסמונת פרנואידית	64	9	17	10	100	35
תסמונת היפוכונדרית	73	10	5	12	100	22
הפרעה קוגניטיבית	54	17	19	10	100	41

1 "מוסד" כולל: מעון לעצמאיים, בית חולים לחולי נפש, בית חולים לחולים כרוניים.

הינו הנמוך ביותר מכל קטיגוריות המחלה המופיעות בלוח זה, ומימצא זה תואם את אופי התסמונת.

ג. ההתפלגויות של התסמונת האפקטיבית, התסמונת החרדתית והתסמונת ההיפוכונדרית דומות מאד זו לזו ותואמות את האופי הצעיר יחסית של אוכלוסיות אלה.

ד. נותרה קבוצת החולים שאובחנו כסובלים מהפרעה בהתנהגות בגיל מבוגר; לוח מס' 14 מראה ששיעורי תמותה ושיעורי מיסוד גבוהים בקבוצה זו. זאת, אף על פי שקבוצה זו אינה נוטה להיות בעלת גיל גבוה דווקא. שיעורים אלה מעידים, כנראה, על היות קבוצה זו "נתונה בסיכון" וכנושאת עימה בעיות בריאות חבויות, כלליות ופסיכיאטריות כאחד, שלא קל לגלותן ולאבחנן, אך מאידך גם אינה מציגה סימפטומים פסיכיאטריים ברורים, ועל כן "התוית" הלא כל כך ברורה של הפרעה בהתנהגות בגיל מבוגר. מכל מקום, בגלל שיעורי התמותה והמיסוד הגבוהים, שאינם מוסברים בתהליכי חולי מאובחנים, ואינם מוסברים בגיל, ראויים חברי קבוצה זו להסתכלות מעמיקה יותר, ולהערכה מחודשת לשם אבחון ברור יותר.

דיון וסיכום

היחידה הפסיכוגריאטרית במרכז הקהילתי לבריאות הנפש בצפון ירושלים החלה לפעול כאשר שיעור גילאי +55 הווה פחות מ- 1% מסה"כ הלקוחות במרפאה. עד סוף 1982 עלה שיעור זה ל- 15% כאשר בחלק גדול מן האיזור אותו משרת המרכז עדיין לא נעשתה פעולה מאורגנת להגיע אל אוכלוסיית הקשישים. מכאן שיש לשער ששיעור גילאי +65 יגדל במידה ניכרת לאחר שיווצר מגע הדוק עם מפנים פוטנציאליים בכל השכונות בצפון ירושלים. מכל מקום, מראה הגידול של האוכלוסייה הקשישה במרפאה שאחת המטרות של היחידה הפסיכוגריאטרית, ואולי המרכזית שבהן, אכן הושגה: האוכלוסייה הקשישה שוב אינה בת חורגת במרכז הקהילתי לבריאות הנפש, אלא מהווה היום שיעור נכבד של לקוחותיו. מימצא זה נכון לא רק לגבי כלל מקבלי השירות, אלא גם לגבי הפניות החדשות: 16% מסה"כ הפניות למרכז בחודשים יוני-נובמבר 1982 היו פניות ליחידה הפסיכוגריאטרית. מכאן, שהיחידה התמסדה גם ב"קהילה", צברה הכרה ולגיטימציה, ושיעור הנזקקים לה מתייצב.

תוך כדי עבודת המעקב עמדנו על שני בסיסים עיקריים להישג זה.

1. המרפאה הפסיכוגריאטרית הופעלה כחלק ממרפאה פסיכיאטרית כללית (מרכז קהילתי לבריאות הנפש), שפעלה באותו איזור במשך כמה שנים קודם להקמת היחידה הפסיכוגריאטרית. בתקופה זו פיתח הצוות אידיאולוגיה של מתן שירותים, התגבש סביב השקפת עולם מקצועית מסויימת, חבריו רכשו נסיון ומיומנויות ולמדו לעבוד כצוות. כאשר חלק מהם "הוסבו", מרצון, לפסיכוגריאטריה, היה זה תהליך טבעי של התפתחות המרפאה, בחינת דיפרנציאציה פנימית מקובלת ומובנת לכולם. המסגרת נשארה משותפת: ממשיכים לעבוד באותו בניין; השירותים, הניהול והמזכירות משותפים לכל היחידות, יש ישיבות ארגוניות ומקצועיות משותפות. בקצרה, נשארים חלק אורגני של גוף גדול יותר, יציב, בעל מסורת עבודה משלו, ובעל סטטוס בסביבה החברתית בה הוא פועל. יתרה מזו, המסגרת הארגונית רחבה למעשה יותר מאשר המרכז הקהילתי לבריאות הנפש. אגודת "עזרת נשים" מקיימת גם בית חולים לחולי נפש, ושני אלה - המרפאה ובית החולים - מהווים יחידה מנהלית אחת, וגם ההנהלה

המקצועית הינה משותפת. מערכת כזו יכולה לפעול כיחידה אחת, כאשר החולים מועברים, לפי הצורך, וללא הזדקקות להליכים מנהליים מיוחדים, מן המרפאה למחלקה בבית החולים, וכמובן גם בכוון ההפוך. ואכן, בתקופת המחקר אושפזו חולים קשישים שהיו זקוקים לכך (וחלקם חזרו לבתיהם) ללא צורך להזדקק להסדרי האשפוז המקובלים.[20] ההשתייכות למערכת שלמה של שירותי בריאות הנפש, ולמעשה הצמיחה מתוך מערכת כזו, היא אשר אפשרה התפתחות תקינה של היחידה הפסיכוגריאטרית, והיא אשר גם סייעה בקליטה מוצלחת ומהירה של נציג דיסציפלינה בלתי מוכרת עד כה במרפאה - אחות לבריאות הציבור. לאור הנתונים שהצגנו נראה שדגם זה של מרפאה פסיכוגריאטרית הוכיח את עצמו, אך אין פירושו של דבר שהוא הדגם היחיד היעיל, מבחינה כלכלית ומבחינת השגת המטרות.

כדי לעמוד ביתר יסודיות על מעלותיו וחסרונותיו של דגם זה, יש להמשיך את המעקב אחר פעולותיו לתקופה נוספת תוך כדי הרחבת האוכלוסייה הנחקרת; וכן רצוי לערוך עבודה דומה, להשוואה, במרפאות פסיכיאטריות אחרות.

2. מדיניות מתן השירות אותה אימצה היחידה בתחילת פעולתה הוכיחה את עצמה. המימצאים מצביעים על התערבות בו-זמנית בשני מישורים: רוב המומלצים לטיפול במרפאה נמצאו זקוקים להתערבות במישור הרפואי והסוציאלי. עובדה זו לא היתה מתגלה אולי אלמלא הופעלה התפישה הרב-דיסציפלינרית החל מן המגע הראשון עם הלקוח.

מבין מימצאי מחקר המעקב יש להבליט את חשיבות עקרון היציאה אל הלקוח, ואת חשיבות פיתוח וקיום הקשרים עם השירותים השונים הפועלים בקהילה. ההפניות באות בעיקר מרופאי המשפחה - לאחר טיפוח הקשר איתם - וחלק מתכניות ההתערבות בנויות על שיתוף פעולה עם גורמים אלה, כולל ביצוע בדיקות רפואיות שונות בתחום הסומטי שבלעדיהן אי אפשר לקבוע אבחנה ותכנית טיפול. תכניות טיפול אחרות מחייבות קשר עם שירותים אחרים כגון שירותי הרווחה העירוניים למיניהם,

---

[20] עקבנו אחר אשפוזים אלה, ונדווח עליהם בדו"ח נפרד.

ואלה משמשים גם מקור להפנייה חולים למרפאה. נוצר, על כן, מצב של חליפין עם השירותים למיניהם - נותנים להם שירותי אבחון וטיפול בלקוחותיהם ולעתים גם שירותי ייעוץ כלליים, ומקבלים מהם שירותי קליטה של לקוחות (אחרים) במסגרותיהם. בגלל הצרכים המיוחדים של האוכלוסייה הקשישה, ובמידה מסויימת גם בשל סל המחלות המיוחד לגילים הגבוהים, קיימת הזדקקות הדדית רבה יותר של מרפאה פסיכוגריאטרית לשירותים אחרים מאשר של מרפאה פסיכוגריאטרית לילדים ומבוגרים. הנתונים שהבאנו מראים את מימדי ההזדקקות ההדדית הזאת; אין הם מראים את הדינמיקה של תהליך החליפין הזה משום שהוא לא נחקר בעבודה זו. יש לשער שהבנה טובה יותר של אינטראקציה זו יכולה לתרום רבות ליעול השירות ללקוח.

ליציאה אל הלקוח (reaching out) יש חשיבות מכמה בחינות. הראינו שהאוכלוסייה הזקוקה להושטת יד לשם יצירת מגע עם שירות פסיכוגריאטרי, היא אוכלוסייה פגיעה במיוחד, ולכן חשוב לצאת אל הלקוח, הן כדי לאתרו והן כדי לעזור לו להעזר בשירות. אולם, ראינו שעקרון זה יפה ויעיל גם לאחר שכבר נוצר קשר, כגון בזמן שינוי במצב הלקוח, או בשעת משבר בסביבתו החברתית. לכן בערך המגע הטיפולי לעתים בביתו של הלקוח, לפי צרכיו, למרות העלות הגבוהה יחסית של צורת טיפול זאת.

מן הראוי להוסיף שהיציאה אל הלקוח תורמת לא רק ללקוח עצמו, באופן ישיר, אלא גם לסביבתו החברתית (ועל כן, גם בעקיפין ללקוח עצמו). באמצעותו של "ביקור הבית" החד-פעמי או הקבוע, המתבצע על-פי הצרכים של החולה או של תומכיו, נוספים בטחון ואמון שאכן יש עזרה בשעת מצוקה, ויש עין מקצועית מפקחת על מצבו של חולה מרותק לבית. השירות נעשה, מבחינה מסויימת, שותף לאחריות הטיפולית שהסביבה החברתית (בעיקר המשפחה, אך לעתים גם שכנים) קיבלה על עצמה. מכל אלה אנו למדים שהמרכיב הקהילתי הינו בעל משקל רב באידיאולוגיה המקצועית לפיה מנוהלת היחידה הפסיכוגריאטרית, והוא גם מניב פירות: מגיעים אל פונים שצרכיהם גדולים מאד; נמצאים בקשר מועיל לפונים עם ספקי שירותים אחרים. באמצעות קשר זה נמצאים במגע בבחינת שלט רחוק (עובדי שירותים אחרים) עם חולים שאינם מגיעים

למרפאה; ויוצרים קשרי אמון בסיסיים בין צוות המרפאה ללקוחותיו.

המימד השלישי של מדיניות המרפאה שנתגלה כחיוני לקיום קשר טיפולי יעיל עם הלקוחות הוא מימד הפתיחות: מימד זה בא לביטוי במספר מישורים: אין דרישה לקונפורמיות, להתאמת הפרט לכללי התנהגות נתונים וקבועים מראש; משנים תכניות טיפול או מעריכים מחדש החלטות קודמות, בהתאם לשינויים החלים במצבו של הלקוח; וקולטים מחדש חולה שהטיפול בו נפסק או נגמר; כלומר, נוהגים לפי מדיניות הדלת הפתוחה תמיד, לכל מי שנזקק ולכל מי שרוצה להתייעץ או למסור מידע. ומישור אחרון - קיימת פתיחות לקליטת ידע, ולשימוש בגישות טיפוליות שונות. הדים לאידיאולוגיית פתיחות זו מצאנו בנתונים שהבאנו על ניידות החולים מן המרפאה ואליה, בעובדה שמטפלים בבעיות ה"לא פסיכיאטריות" של חולים רבים, וכן ראינו אותה בפעולה בביקורינו במרפאה.

מחקר המעקב מגלה שהאוכלוסייה המקבלת שירותים מן היחידה הפסיכוגריאטרית הינה אכן אוכלוסייה שהמבנה הדמוגרפי שלה מגדירה כפגיעה או כנתונה בסיכון, לפי קריטריונים מקובלים על-פי ארגון הבריאות העולמי. אולם, וזאת חשוב לציין, כמעט שלא היו חולים שהיו זקוקים, בעת הפנייה הראשונה, לאשפוז מיידי או לסידור מוסדי דחוף. בהמשך המגע עם המרפאה התפתחו אצל אחדים מצבים שדרשו הוצאה מן הבית. בדיקה בלשכת הבריאות המחוזית לא הבהירה נקודה זו כל צורכה ועדיין אין תשובה לשאלה היכן המחכים לתור לאשפוז שצפוי היה לגלותם, או מצופה היה שיגיעו לשירות זה בבקשת עזרה כלשהי בזמן ההמתנה, או שצפוי היה שיופנו לטיפול על-ידי רופאי המשפחה.

בהקשר זה עולה כמאליה השאלה האם עבודת המרפאה הצליחה למנוע אשפוזים. מסיבות מתודולוגיות אי אפשר להשיב בצורה ברורה על שאלה כזו, אך ברור מתוך היכרות קרובה של מהלך הקשר התמיכתי (והתרופתי) שחולים לא מעטים - מדוכאים, סובלים ממחשבות פרנואידיות וגם "דימנטים" בדרגות שונות - זכו לאיכות חיים טובה יותר ולו רק בגלל תשומת הלב לבעיותיהם, בגלל האוזן הקשבת, התמיכה בהם ובמשפחותיהם, וכמובן גם בגלל הטיפול בבעיותיהם הסומטיות והנפשיות.

איתור הלקוחות וקליטתם בשירות פסיכוגריאטרי דורש, לפחות בתחילת הפעלת שירות כזה, השקעת מאמצים רבים. המקור הטבעי ללקוחות הוא מרפאות קופות החולים, כלומר רופאי המשפחה. ואכן הושקע מאמץ רב בפיתוח מקור פוטנציאלי זה, אך לא ברור אם התוצאות משביעות רצון. רק 50% מסה"כ ההפניות באו ממקור זה. יש להניח שכמעט לכל קשיש יש רופא משפחה, ושרוב הקשישים מגיעים אל רופאיהם לעתים די קרובות. לכן קשה להבין מדוע שיעור המופנים למרפאה הפסיכיאטרית על-ידי הרופאים אינו גבוה יותר. נראה על כן שהרפואה הראשונית באיזור ממנו הגיעה אוכלוסיית המחקר, לא הצליחה לאתר חלק די נכבד מן הזקוקים לשירות הפסיכוגריאטרי, ושירותי הרווחה משלימים, חלקית, ליקוי זה. העובדה שחלק נכבד מן הפניות למרפאה מגיעות שלא באמצעות שירות רפואי, מחייבת אותה לפעול כגורם ממיין, כלומר לפעול כגוף העוסק גם ברפואה ראשונית. מאחר שיש לשער (ולקוות) שפניות כאלה תתקיימנה גם כאשר הרפואה הראשונית תהיה ערה יותר לבעיות פסיכוגריאטריות, יש לתת למימד זה של השירות לגיטימציה מלאה מבחינת מבנה הצוות והקצאת זמן עבודה.

הראינו שהפנייה על-ידי רופאי משפחה בוטה לסלקטיביות, הן מבחינה דמוגרפית והן מבחינת הסימפטומים הפסיכיאטריים, ותופעה זו בודאי אומרת דרשני, ומצביעה, אולי, על צורך בהשקעת מאמץ הדרכתי והסברתי רב בציבור רופאי המשפחה. נראה שחשוב לחזור ולציין בהקשר זה כהדגמה לבעייה שתוארה לעיל, שפחות ממחצית המזוהים בבדיקה ראשונה כסובלים מהפרעה קוגניטיבית הופנו על-ידי רופאי המשפחה.

עם התבססותה של היחידה הפסיכוגריאטרית, הופיעו ההפניות ללא תיווך שירותים, כלומר ההפניות העצמיות, או באמצעות הפניות של שכנים וחברים. הופעתן מעידה על כך שהציבור ("הקהילה") מכיר ומוקיר את השירות ונותן לו לגיטימציה; וכן מעידה הופעתם על כך שהעדר הפניות על-ידי רופא המשפחה ו/או על-ידי שירותים אחרים יכול להיות מפוצה גם על-ידי סוג זה של הפנייה. מכאן, שחייבים לטפחו, כי בעיקר בדרך זו אפשר יהיה להגיע אל החולים שקשה מאד להגיע אליהם. זוהי פנייה של אנשים שאינם משתמשים בשירותים, או אינם משתמשים בהם בצורה נכונה, או שהשירותים נואשו מהם, ואינם שמים אליהם לב, מסיבות שונות, למרות

שהם, הלקוחות, מופיעים אצלם בקביעות. טיפוח וקידום הפניות מסוג זה ניתן להשיג באופן עקיף בלבד - על-ידי עצם קיומו של השירות ועל-ידי פיתוחו, תוך כדי יצירת תדמית חיובית, מועילה ואמינה, בציבור.

בחומר שנאסף יש, לדעתנו, עניין מבחינה אפידמיולוגית. מצאנו קשר, ולפעמים רק אינדיקציות לקיום קשר, בין משתנים דמוגרפיים לתסמונות פסיכיאטריות שהתגלו בעת הבדיקה הראשונה. החלטנו לדון בנושא זה למרות שאוכלוסיית מחקר זה הינה קטנה, והנטיות הסטטיסטיות לא נמצאו תמיד עומדות במבחן המובהקות, משום שהתופעה הוצגה בעבודות שונות שהראשונה בהן היא זו של Hollingshead and Redlich (1959),[21] וכמובן משום העניין שבמימצאים אלה, מבחינה תיאורטית ומעשית כאחד. עיון במימצאים שהצגנו מעלה את השאלה הבאה: האם הופעת הפרעה פסיכיאטרית מוגדרת (או, במקרה שלנו, פסיכוגריאטרית) נובעת מן הרקע החברתי-תרבותי; או, לחלופין, קשר כזה אינו קיים, ויש להסביר את המימצאים בקשיי הזיהוי והאבחון הנובעים מן הפערים שבין הרקע התרבותי של המאבחן ושל החולה (ובזה נכללים קשיי קומוניקציה מילולית ישירה); מן העובדה שקטיגוריות האבחון הפסיכיאטרי הנלמדות בבתי הספר לרפואה נקבעו על סמך הנסיון האירופאי-אמריקני בפרספקטיבה של המעמד הבינוני; ומן העובדה שהסימפטומים הפסיכיאטריים מציגים עצמם לעתים בלבוש שונה מאד, בעיקר כשמדובר בקבוצות בעלות רקע תרבותי שונה, אנו משערים שההשערה השנייה היא הנכונה; ואם אכן כך הוא, יש לעשות הרבה לפיתוח אמצעי זיהוי ואבחון נוספים. מכל מקום נראה לנו שהמימצאים שלפנינו מחייבים את המאבחנים כבר עתה למודעות נוספת לבעייתיות שבאבחון פסיכיאטרי של קשישים.

לבסוף, כמה מלים על תרומת המחקר לצוות המרפאה הפסיכיאטרית, ולדפוסי העבודה. למחקר זה היו תכונות רבות של action research, אף על פי שלא תוכנן ככזה. הנתונים נאספו כמעט כולם על-ידי חברי הצוות עצמם. עובדי המחקר דנו עם

---

21 Hollingshead, A.B. and Redlich, F.L. Social Class and Mental Health John Wiley and Sons, N.Y. 1959, p. 442

הצוות מדי פעם על בעיות המתעוררות בביצוע, ותוך כדי כך נתקבלו החלטות משותפות על כוון המשך העבודה. הנושאים שהתעוררו על-ידי המחקר נידונו גם מבחינת העבודה השוטפת, וכך היווה המחקר גורם משפיע על עבודת המרפאה.

להלן, מספר תחומים בהם השפיע המחקר על הצוות ועל עבודתו:

א. בשלבי בניית השאלון גילה הצוות עניין בהכרת הרקע החברתי של הפונים, ולדעת עליהם כמה שיותר.

ב. במשך כל שלבי העבודה חזרה ועלתה בעיית הידע על זיקנה מכל ההיבטים. הובע רצון ללמוד ולהוסיף ידע, ולהשתלם.

ג. עבודת מחקר דורשת רישום סדיר, וארגון משרדי יעיל. בעניין זה היו דיונים, ולא בכל הצלחנו. אך אין ספק שבגין המחקר השתפרה רמת הרישום בתיקים, עלתה המודעות לחשיבות היבט זה של העבודה השוטפת והצוות למד שהוא יכול להתמודד עם מטלה זו.

עם זאת למד צוות המחקר שיש גבול לדרישות מסוג זה שאפשר להטיל על צוות של שירות פעיל, ולכן לא השגנו מספר מטרות שהצבנו לעצמנו. מסתבר שלשם ביצוע מחקר מעקב מהסוג שתכננו לעשות, יש להעסיק צוות גדול יחסית של עובדי מחקר הנמצאים בשירות בקביעות ורושמים בעצמם את הנתונים השוטפים הנחוצים למחקר.

ד. תוך כדי המצאת דו"חות ביניים לצוות התקיימו דיונים במימצאים, לעתים מלווים בויכוחים סוערים. עצם קיומם של ויכוחים אלה מצביע על התעוררות לחשיבה ולבדיקה עצמית (גם של צוות המחקר); אך גם מבחינה מעשית היו לדיונים אלה תוצאות. דיון אחד התקיים סביב בעיית האבחנה הפסיכיאטרית - האם אפשר להגיע אליה; לפי איזו שיטה; מה ערכה המעשי, המחקרי, התיאורטי. דיון אחר נסב על בעיית העדרם היחסי, באוכלוסיית המחקר, של סובלים מהפרעה קוגניטיבית. כתוצאה מדיון זה נעשו מאמצי איתור נוספים של חולים כאלה, ובהצלחה מסויימת.

לאור כל אלה, אין ספק שביצועו של מחקר זה תרם לחשיבה ולעשייה של עובדי המרפאה, ובכך תרם להתפתחות המרפאה כולה.

והערת סיכום אחרונה: לפנינו מחקר מוגבל, במרפאה אחת בלבד, שפעל, ככל מחקר, באילוצים רבים. משמעותם האמיתית של המימצאים שהצגנו תתברר רק לאחר השוואת המימצאים עם אלה שיערכו (אם יערכו) מחקר מעקב משווה, במרפאות שונות. כמו בסוף כל עבודה, אנו יודעים עתה (או כך נדמה לנו), מה צריך לבדוק ואיך, במחקר הבא, על מנת להגיע, בין השאר, לסטנדרטים אפידמיולוגיים בפסיכוגריאטריה.

ג'וינט ישראל
מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל

JOINT (J.D.C.) ISRAEL
BROOKDALE INSTITUTE OF GERONTOLOGY
AND ADULT HUMAN DEVELOPMENT IN ISRAEL

FOLLOW-UP OF A PSYCHOGERIATRIC CLINIC'S SERVICE ACTIVITIES

discussion paper

Hannah Weihl
Haim Dassberg
Faisal Aziiza

D-84-83

J.D.C. HILL, P.O.B 13087, JERUSALEM 91130 גבעת-ג'וינט ת.ד. 13087, ירושלים 91130

BR-D-84-83
מעקב אחר פעילותה של מרפאה פסיכוג
וייל, חנה
5489-30

THE INSTITUTE

is a national center devoted to research, experimentation and education in gerontology and adult human development. It was founded and is funded by the American Jewish Joint Distribution Committee (AJDC) with the assistance of the Brookdale Foundation and the support of the Government of the State of Israel. Its research is policy- and program-oriented, multidisciplinary and, primarily, of an applied nature.

The Institute tries to identify socially relevant problems and to recommend alternative solutions to problems of the health and social services and policies. It attempts to bring together academic and governmental experts and other public officials and citizens in order to link research findings with their implementation.

DISCUSSION PAPERS

are produced by members of the Institute for distribution to students of the social and behavioral sciences, professionals and elected or appointed officials who make decisions affecting social policies and programs.

Their purpose is to direct attention to issues of national importance in order to promote informed public debate for the development of sound policies and programs.

The findings and conclusions presented in such papers are those of the author or authors and do not purport to represent the views of the Institute, and of other persons or groups associated with it.

FOLLOW-UP OF A PSYCHOGERIATRIC CLINIC'S SERVICE ACTIVITIES

Hannah Weihl, Haim Dassberg, Faisal Aziiza

D-84-83

SUMMARY

The mental health needs of the elderly have not been given much attention in Israel. Until recently there were very few psychiatrists, physicians, social workers, psychologists, or nurses interested in this subject; even fewer worked in this area, mainly because of a lack of means. The proportion of aged patients in the country's mental health clinics (community or hospital-based) is very low, though it is rising. Until two years ago, no special attention was given to the problems of the aged in need of outpatient psychiatric care.

The present study was carried out at a psychogeriatric unit, part of a community mental health center servicing the northern sector of Jerusalem. It is the first unit of its kind in Israel. Because of the novelty of the subject we were interested in the development of the service, and in its clientele. The documentation of the service delivery process holds great significance for the planning of such services in the future.

The features of the clinic's clientele show the characteristics of the "population-at-risk" to be as described in various studies carried out in other countries. It tends to be very old: 46% of the clients aged 65+ are seventy-five or older. The proportion of uneducated persons is high, as are the proportions of those with low incomes, of those with functional limitations (including the bedfast), and of those who live alone (either widowed, divorced or singles).

Half the patients are referred by their general practitioners, 20% by welfare services, 13% by general and mental hospitals, and 11% by families and neighbors. Referrals are probably biased: Those referred by

general practitioners tend to be younger, European-born and to exhibit specific psychiatric syndroms (anxiety, depression, and hypochondria). Those referred by the welfare services or their social milieu tend to be older, of non-European origin and to exhibit other psychiatric syndromes.

The study followed the career of the patients in the clinic, beginning with the initial contact. Most drop-outs occur at the beginning stage; some of the initial drop-outs return to receive treatment at a later phase. A certain proportion of patients maintain close contact for a long period, while others (and their families) use the clinic sporadically, as the need arises. An outreach policy is very important, not only at the initial phase, but also as an established and legitimate mode of service delivery. Quite a few patients are seen regularly at home (by a psychiatrist, social worker or nurse), and even more are visited sporadically. Thus, many patients who would not otherwise be serviced are reached for treatment and their families are made to feel secure that help will be extended when needed.