



www.health.gov.il



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

חטיבת הבריאות
המועצה הלאומית לבריאות הנפש
The National Council for Mental Health

דו"ח מסכם:

**תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים
הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש**

יולי 2019

**National Councils for Health
Ministry of Health**
119, Yigal Alon St. Tel Aviv 67443
moatzot@moh.health.gov.il
Tel: 03-6932309/47 Fax: 02-5655980

המועצות הלאומיות לבריאות
משרד הבריאות
רח' יגאל אלון 119, תל אביב 67443
moatzot@moh.health.gov.il
טל: 03-6932309/47 פקס: 02-5655980

בהמשך להחלטת יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש, פרופ' זאב קפלן, מונתה בתאריך 27 בינואר 2019 תת-וועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה בבריאות הנפש (ברה"ן). תת-וועדה נתבקשה לדון בהתאמות הנדרשות והשלמת הפערים ברצף השירותים הניתנים בקהילה בעידן הרפורמה בבריאות הנפש ולהציג המלצותיה.

הרכב תת-וועדה

ד"ר עידו לוריא, יו"ר החברה לברה"ן בקהילה; מנהל מרפאת מבוגרים, המרכז לברה"ן "שלוותה"; יו"ר תת-וועדה

מר אבי אורן, יו"ר המועצה הארצית לשיקום בבריאות הנפש

מר יחיאל אסולין, נציג הוועד המרכזי של הסתדרות הפסיכולוגים במועצה הלאומית לברה"ן

גב' אורלי בוני, מנהל השירות הארצי לריפוי בעיסוק, ממונת שוויון לנגישות, משרד הבריאות

פרופ' יובל בלוך, יו"ר איגוד הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר; מנהל מרפאת ילדים ונוער, המרכז לברה"ן "שלוותה"

פרופ' חגי חרמש, חבר ועד החברה לברה"ן בקהילה

ד"ר עדית סרגוסטי, ארגון בזכות- המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות

השופטת (בדימוס) ריבי צוק, עמותת "עוצמה"

גב' יוכי צייבוטר, עמותת "עוצמה"

עו"ס רחלי שטרן, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית בברה"ן, משרד הבריאות

תוזות

יעוץ, מידע, עריכה

ד"ר מיכל שני

ד"ר שני קרונטל

ד"ר יעל נחמה

ד"ר ענבל ברנר

ד"ר עופר שמגר

ד"ר עולא מוראד

ד"ר אורי גנור

אורחי תת-וועדה

גב' אביבה קיס

עו"ס סילביה אזולאי

עו"ס אורה חן

עו"ס יבגני קניפל

ד"ר ארי לאודן

עו"ס עירית שמיר-ברץ

שאלתיאל סבן

אביגל דגן-מילסון

תוכן עניינים

4	תקציר
8	רקע
9	מידע, שירות ותשתיות
9	חסר מידע עדכני, זמין ורלבנטי
10	פערי שירות
12	חסרים בתשתיות
13	שיטת ההתחשבות, הפניה, מנוי ובקרה
15	מסלול המטפל העצמאי
16	אוכלוסיות ספציפיות
16	בריאות הנפש בילדים ונוער
18	פסיכוגריאטריה
19	האוכלוסייה הערבית
20	שירותים במצבי חירום ומשבר נפשי בקהילה
20	רקע
21	המצב הקיים והשלכותיו
22	פערי שירות במענים למצבי משבר
23	מודלים חדשניים להתערבות במצבי משבר
24	שירותי בריאות הנפש בקהילה למשפחות מתמודדים
24	תמונת מצב
25	חסרים
26	מתמודדים שאינם מקבלים טיפול
26	רקע ומיפוי מצב
26	השלכות מצבים אלה על המתמודד ובני המשפחה
28	המלצות תת הוועדה
29	המלצות לגבי מידע, שירות ותשתיות
29	מידע
29	שירות ותשתיות
30	שיטת ההתחשבות, מנוי
31	המלצות ביחס לאוכלוסיות ספציפיות
31	אוכלוסיית ילדים ונוער
31	אוכלוסיית הגיל השלישי

32	האוכלוסייה הערבית
32	מענה למצבי משבר בקהילה
32	שירותי חירום ומיון
33	שירות טיפול מרפאתי דחוף
33	מענים נוספים למצבי משבר
33	המלצות לטיפול במשפחות של מתמודדים
35	נספח 1: ממשק העבודה בין בריאות הנפש ורפואת המשפחה
37	נספח 2: טיפול נפשי בחסרי מעמד בישראל
40	נספח 3: הצעה – ארגון השירות המרפאתי בקהילה ברמה מחוזית וארצית

תקציר

הדוח שלהלן מסכם את עבודתה של תת-וועדה של המועצה לבריאות הנפש (ברה"ן), שמונתה לעסוק בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים בעקבות הרפורמה בברה"ן ולהגיש המלצות לצמצומם.

ב-1/7/2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בברה"ן, במסגרתה הועברה האחריות למתן שירותים בבריאות הנפש לקופות החולים. הרפורמה נועדה לעגן את הזכות לטיפול נפשי כחלק מסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים, להרחיב את השירותים בקהילה וליצור אינטגרציה בין בריאות הגוף והנפש. לאורך עשורים, טרם כניסתה לתוקף של הרפורמה, סבלה מערכת ברה"ן בקהילה מהזנחה ומחסר גדול של שירותים, העדר פיתוח ומחסור תקציבי.

הדוח מצביע על מחסור חריף בשירותים, המשתקף, בין השאר, בתורי המתנה ההולכים ומתארכים. כתוצאה מכך אנשים רבים נותרים ללא טיפול ונוצרת תחושה של אוזלת יד ושחיקה של צוותי הטיפול.

עיקר הפערים והחסרים העולים מהדוח:

1. **מחסור במידע רלבנטי ומעקב אחר המערך האמבולטורי** – במצב הדברים דהיום חסר מידע עדכני כמעט בכל היבטי השירות הקהילתי, ומערך הטיפול נמדד בעיקר בשלושה מדדי תהליך: א. מספר מטופלים ומטופלים "חדשים"; ב. ממוצע טיפולים לאדם; ג. משך תור המתנה ממוצע (על פי הערכה ולא מדידה, שיוצרת בסיס מידע חסר, מוטה מטה ולא משקף). אין בנמצא ניטור על פי מדדים של איכות והתאמה של הטיפול למטופל, התהליך הטיפולי ומדדי תוצא, כולל PROM (Patient reported Outcome measure), (Patient reported experience) PREM (measure).

2. **נגישות השירות ופערים בשירות השוטף בקהילה** – תת-וועדה זיהתה שורה ארוכה של פערי נגישות משמעותיים, הכוללים:

- **זמני המתנה ארוכים** המגיעים במצבים מסוימים לשנה ויותר ואשר אינם יכולים להיחשב סבירים על פי כל אמת מידה מקובלת.
- **מחסור חמור בשירותים מתמחים ובמרפאות רב צוותיות** - הגורם לחוסר נגישות (בין גאוגרפית, ובין בזמינות כמתואר לעיל).
- **חוסר נגישות שפתית ותרבותית** של השירותים שאינם מאפשרים טיפול מתמשך.
- **זמינות נמוכה של מענה טלפוני במרפאות**, ולא אחת גם חוסר אפשרות לתקשורת דיגיטלית (בעיקר במרפאות הממשלתיות).
- **שעות פעילות מצומצמות** בעיקר במרפאות הממשלתיות (אך לא רק בהן) אין פעילות בשעות אחר הצהריים, מה שמחייב אובדן ימי עבודה ולימודים או לחלופין אינו מאפשר הגעה לטיפול.

- **העדר שיחור (Reaching out) - המביא לנשירת מטופלים ופגיעה ברצף הטיפול.**
- 3. **מידע חסר בציבור**, אצל המתמודדים ומשפחותיהם – הגורם למימוש זכויות חסר ולא יעיל.
- 4. **חסרים בתשתיות** – תת-הוועדה מצביעה על העדר תשתיות מספיקות למתן שירותים, כולל:
 - **מחסור בכוח אדם** – קיים מחסור חמור בפסיכיאטרים ובפסיכיאטרים לילד ולמתבגר, ולצד זה מחסור בתקינה ובאפשרויות הרחבת כוח האדם הקיים במקצועות פרא-רפואיים כמו פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, וריפוי בעיסוק, כח אדם הקיים בשוק אך לא במערכת הציבורית.
 - **מערך הכשרה** – בעקבות הרפורמה נפגעה הפעילות האקדמית והלימודית הנדרשת לצורך הכשרת דור העתיד של המטופלים, מעשירה את הטיפול במקרים מורכבים ומונעת שחיקה של הצוותים המטופלים.
 - מחסור בחדרי טיפול ובמבנים ההולמים את הצרכים, כולל בעיות נגישות פיסית למבנים.
- 5. **שיטת ההתחשבות והמינוי**
 - **שיטת המינויים** גורמת לקשיים ולתמריצים שליליים, הכוללים עומס בירוקרטי, כבילה של המנוי והגבלת זכות הבחירה, קשיים במערך הבקרה והעדר קריטריונים ברורים ושקופים לאישור טיפול, תמריצים שליליים לביצוע פעולות שאינן מתוגמלות. כתוצאה מכך חסרים שירותים רבים ואנשים במצבים המורכבים מופנים למרפאות הממשלתיות.
 - **מסלול המטפל העצמאי** מסלול פרטי למחצה בהשתתפות עצמית גבוהה. בשתיים מקופות החולים (מכבי, מאוחדת) מהווה מסלול זה נתח משמעותי מהיקף הטיפולים. הדבר יוצר אי שוויון ומהווה תמריץ שלילי לפיתוח שירותים ציבוריים על ידי הקופות.
- 6. **ילדים ונוער** – תת הוועדה זיהתה בעיות ייחודיות הנוגעות למענים לילדים ונוער:
 - **התנית הטיפול באבחנה** - המתווה של הרפורמה מבוסס על אבחנות ה- ICD, שאינן מתאימות לכלל הגילאים בתחום של ילדים ונוער (לדוגמה - הגיל הרך).
 - **מניעה** - המתווה לא מאפשר התערבויות מניעתיות, החשובות באופן קריטי בילדים ובנוער.
 - **אין הכרה בצורך במתן טיפול/מענה מערכתי** (הורים, בית ספר, רשויות רווחה).
 - **מחסור בשירותים המצריכים מיומנות והתמקצעות** מיוחדת (אוטיזם, הפרעות אכילה, הגיל הרך ועוד).
- 7. **האוכלוסייה הערבית** – הדוח מצביע על חסרים משמעותיים בהתייחס לאוכלוסייה הערבית:
 - **מחסור במענים בשפה הערבית** – הגורם לכך שאנשים רבים, כולל ילדים ומתבגרים רבים אינם מקבלים טיפול.

- **מחסור בשירותים בישובים ערביים, חסר במרפאות ייעודיות לאבחון וטיפול בהפרעות שונות.**
 - **מחסור בכוח אדם** - מחסור חמור באנשי מקצוע ערבים במקצועות בריאות הנפש, כולל פסיכיאטריה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר ופסיכולוגיה קלינית.
8. **מצבי חירום (אישיים) ומשבר נפשי בקהילה** – כיום המענה המרכזי, וכמעט היחיד, לטיפול במצבי משבר פסיכיאטריים אקוטיים בישראל הוא חדר המיון ומחלקות בבית החולים הפסיכיאטרי. **כתוצאה, אנשים רבים נמנעים מלהגיע לטיפול**, יש עומס מיותר על חדרי המיון והמחלקות הפסיכיאטריות, וסיכון להתדרדרות שתחייב בסופו של דבר אשפוז ושימוש מוגבר באמצעי כפייה.
9. **שירותי בריאות הנפש בקהילה למשפחות מתמודדים** – לבני משפחות אין אפשרות לקבל טיפול נפשי אלא אם גם הם מקבלים אבחנה פסיכיאטרית.

המלצות הוועדה:

1. קביעת **חזון** ומדיניות ארוכת טווח על ידי משרד הבריאות, בשיתוף נציגי מתמודדים, משפחות ונציגי ארגונים רלבנטיים, בתחום בריאות הנפש.
2. הפעלה מחדש של **מנהלת הרפורמה**, כגוף בעל סמכויות לקבלת מידע, לניטור ולפיקוח שוטף על הנעשה בתחום מערך ברה"ן בקהילה אשר ידאג לשיפור השירות.
3. **הרחבת המערך האמבולטורי** וחיזוקו כך שיוכל לתת מענה טיפולי ראוי במרחק סביר ותוך זמן סביר, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי וחיזוק הרגולציה בנושא, כולל הגדרת סטנדרטים מחייבים לזמינות, נגישות ואיכות הטיפול, מבחני תמיכה ומתן תמריצים נוספים לפיתוח שירותים ועוד. הגדרת מערך הטיפול (ובכלל זה שיטת ההתחשבות) על פי אמות מידה וקריטריונים מקצועיים, אנשי המקצוע המעורבים וסוגי ההתערבויות.
4. הגדרת מבנה שרות מחייב מבחינת נגישות לטיפולים הדורשים ידע ספציפי (הפרעות אכילה, פגיעה מינית וכדומה).
5. יצירת **מערך אמבולטורי לטיפול אינטנסיבי במצבי משבר נפשי** עם זמינות ואפשרות לקליטה מהירה, גמישות מערכתית. כחלק מפיתוח המענים למצבי משבר, יש להפעיל באופן **מיידי** את **שירותי מד"א נפשי**, לשלב פסיכיאטרים במערך המוקדים בקהילה ולהאיץ את פיתוחם של המרכזים לטיפול יום.
6. יצירת **מענים למצבים מורכבים או כרוניים**, שהמערך כעת לא מצליח לתת להם תשובה וטיפול הולם (לדוגמה- אנשים שאינם מגיעים לטיפול), קרי- מערך ביקורי בית וטיפול בית.
7. **שינוי שיטת ההתחשבות והמנוי** עם יצירת מודל הפעלה והתחשבות בו כל פעולה מתוגמלת ובכלל זה- פעולות בנוכחות מטופל ובהעדרו וכן פעולות מניעה (ללא קשר למטופלים ספציפיים). התגמול עצמו לספק השירות/מרפאה צריך להיות הולם, ויש לקחת בחשבון כי פעילויות מסוימות וטיפול באוכלוסיות מסוימות צורכות זמן, ויש לתגמל אותן באופן הולם (לדוגמה- ביקורי בית).

8. הכנת תכנית רב-שנתית להכשרת כוח אדם נוסף במקצועות בריאות הנפש בהם קיים מחסור ובהם פסיכיאטריה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר ואנשי מקצוע ערבים מכלל מקצועות בריאות הנפש.
9. **הרחבת הקריטריונים לקבלת טיפול בילדים ונוער**, כולל הוספת אבחנות המתאימות לגיל הרך, הגדרת מצבים המצריכים מענה מניעתי והסדרת החובה לתת מענה מערכתי במצבים הדורשים זאת. יצירת סטנדרטים לפריסה ונגישות של שרותי בריאות נפש לגיל הרך, לילדים ולנוער.
10. איסוף שיטתי של מידע ונתונים רלבנטיים, ובכלל זה מדדי תוצא, שיאפשר ניטור מדויק יותר של המערכת מבחינת זמני המתנה לסוגי השירות השונים, התפלגות צריכת השירותים השונה, נשירה מטיפול ועוד.

רקע

ביולי 2015 יצאה לפועל הרפורמה במערך בריאות הנפש. הרפורמה נועדה לעגן את הזכות לטיפול נפשי כחלק מסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים, להרחיב את המענים בקהילה וליצור אינטגרציה בין בריאות הגוף והנפש. זאת, לאחר עשורים, טרם כניסתה לתוקף של הרפורמה, בהם סבלה מערכת בריאות הנפש בקהילה מהזנחה ומחסר גדול של שירותים, העדר פיתוח וממחסור תקציבי. התקציב לשירותי ברה"ן בישראל מסך ההוצאה הציבורית לבריאות נמוך משמעותית בהשוואה למדינות ה-OECD ומדינות המערב: 5% לעומת 10%, ובמשך שנים בישראל ההוצאה לטיפול נפשי בקהילה ולשיקום יחד היא מחצית מתקציב ברה"ן, בעוד שאר התקציב עובר לבתי החולים, למרות שרוב החולים ברוב הזמן מטופלים בקהילה¹.

בעקבות הרפורמה, תקציבים הועברו לקופות, אך יש שאלה לגבי מידת המימון והניצול הייעודי של תקציב ברה"ן בקהילה. בתקופה הראשונה להחלתה של הרפורמה פיתחו והרחיבו קופות החולים את שירותי בריאות הנפש שבאחריותן, עם פתיחת מרפאות, נקודות שירות, הוספת מטפלים עצמאיים ופיתוח (מסוים) של שירותים בקהילה. על פי הערכת משרד הבריאות והנתונים שהוצגו, מאז כניסתה לתוקף של הרפורמה, הייתה עליה בשיעור של כ-15% מקבלי שירות. עם זאת, בהעדר נתונים על המצב טרום הרפורמה ונתונים עדכניים, אין אפשרות להעריך בוודאות את שיעור העלייה ולהשוותו לתקופה שקדמה לרפורמה. נראה כי פיתוח השירותים החדשים הביא למשך תקופה מסוימת לקיצור תורי ההמתנה לקבלת טיפול אולם בהמשך, משלא פותחו שירותים נוספים בהתאם לצורך, תורי ההמתנה הלכו והתארכו ונראה כי כיום התורים דומים לאלו שהיו טרום כניסתה לתוקף של הרפורמה.

בנוסף, מבחינת כוח אדם- אין אפשרות להעריך אם הייתה עליה בהיקף העסקה של כוח אדם מקצועי בתחום בריאות הנפש בכלל, או שרובו של השינוי המתואר לעיל הוא תוצאה ממעבר בין בית-חולים לקהילה, או בין הקופות.

לאורך הדוח הנ"ל, יש לזכור שתי נקודות חשובות. ראשית, במקרים רבים, צרכני שירות ומשפחותיהם- מתקשים להיאבק על זכויותיהם (בין היתר, על רקע סטיגמה, קשיים נפשיים ועוד). לפיכך, יש צורך להקל ככל האפשר את הנגישות לשירותים ולמידע הרלבנטי עבורם. שנית, ישנם מעגלי היזון חוזר שליליים, בהם החמרה במצב מערכת ברה"ן פוגעת באיכות וכמות המטפלים, מה שפוגע עוד יותר במצב המערכת. כך, מחסור בכוח אדם ותורי המתנה ארוכים יוצרים עומס גובר על העובדים במערכת. חסר בחדרים ובשירותי מזכירות, כמו גם העדר תגמול על עבודה שנעשית בפועל, מובילים לשחיקה ולבסוף לעזיבת המערכת הציבורית. כל אלו פוגעים לא רק בשירות בהווה, אלא גם בהכשרה של דור המטפלים העתידי, אשר נסמכת במידה רבה על המרפאות הרב-צוותיות במערכת הציבורית.

¹ מבקר המדינה, סוגיות בתחום בריאות הנפש, דוח שנתי 2011, התש"ע, 2011

מידע, שירות ותשתיות

חסר מידע עדכני, זמין ורלבנטי

תת-הוועדה קבלה לידיה נתונים ממשד הבריאות (מצגת שהוצגה במועצה הלאומית לבריאות לגבי נתונים עד תחילת 2018, ללא נתוני קופת חולים מאוחדת) ובנוסף, נציגה של קופת חולים כללית (גבי אביבה קיס), הציגה בפני תת-הוועדה נתונים לגבי פעילות הקופה. לא נתקבלו נתונים משאר הקופות. יש לציין כי הנתונים שתת-הוועדה קיבלה הם חלקיים, אינם עדכניים ורלבנטיים, וכוללים בעיקר מספרים גולמיים וממוצעים (ללא סטיות תקן). אין התייחסות בנתונים למדדי פיזור אחרים (לדוגמה- חציונים) ואין פילוחי מידע משוכללים (לדוגמה- התפלגות מתן שירות לפי אבחנות פסיכיאטריות). אין נתונים לגבי ההשקעה בתחום בריאות הנפש בקופות, ואופן ההשקעה. לגבי תורי ההמתנה- מדובר בהערכות בלבד.

העדר נתונים עדכניים ומפורטים- הן ממשד הבריאות והן מקופות החולים- בנוגע כמעט לכל היבטי השירות הקהילתי בבריאות הנפש, פוגע ביכולת משרד הבריאות, הקופות וצרכני השירות להבין ולמפות את המצב בשטח לאשורו, כולל פערים, צרכים ומגמות, לגבש המלצות ולפקח על תהליכים במערך ברה"ן בזמן אמת.

בנוסף, לא קיים היום למעשה מידע עדכני שוטף לציבור לגבי תורי ההמתנה, כך שאדם הזקוק לטיפול יוכל לראות היכן באזור מגוריו יוכל לקבל טיפול ותוך כמה זמן.

מבחינת כוח אדם- אין אפשרות להעריך אם הייתה עליה בהיקף העסקה של כוח אדם מקצועי בתחום בריאות הנפש בכלל, ולא כתוצאה ממעבר בין בית-חולים לקהילה, או בין הקופות.

כמו כן, במצב הנוכחי, מערך הטיפול מתרכז **בעיקר** בשלושה מדדי תהליך: א. מספר המטופלים והמטופלים "החדשים" במערכת; ב. ממוצע הטיפולים לאדם בשנה; ג. ובמידה מסוימת גם משך תור המתנה ממוצע. קיבוץ יחדיו של כל המטופלים עם מגוון הבעיות ודרגות הדחופות השונות הופך את המידע ללא רלבנטי וחסר היגיון מקצועי וקליני. באנלוגיה- חולה לב שצריך צינתור מייד, חולה דיאליזה הזקוק לטיפול מתמשך לכל החיים. בבריאות הנפש, לדוגמה- זוג ששכל את תינוקם בן 3 השבועות עם מצוקה נפשית מיידית, לעומת- אישה בת 40 שחוותה התעללות בילדות וכעת עם בעיית סומטיזציה, ועם כל הפסקה של הטיפול נפשי סובלת מהחמרה בתסמיני הכאב ופונה לרופאים שונים (רופא משפחה, גסטרואנטרולוגיה, ראומטולוגיה ועוד) ולבדיקות שונות. בדומה, הסתכלות על זמני ההמתנה כממוצע, ללא כל התייחסות למדדים קליניים (כולל חומרת הבעיה, אבחנה, דחיפות ושינוי קליני) מכניס עיוותים למערכת ומשקף הסתכלות לקויה על בריאות הנפש בקהילה. למשל - מטופל שנבדק פעמיים, קיבל טיפול שלא עזר ונשר מטיפול המרפאה (מפסיק להגיע או עובר לטיפול פרטי), עלול להיספר במערכת כ"הצלחה" טיפולית, כיון שהוא מוריד את ממוצע הטיפולים לאדם בשנה ומעיד לכאורה על יעילות המערכת. בניגוד, מטופל עם רמת חומרה הפרעה ומצוקה נפשית גבוהים, אחרי מספר אשפוזים, שמקבל מעקב תכוף, עם

שיפור קליני, ייצוב מצבו הנפשי ואף מניעת אשפוזים, עלול להטות מעלה את ממוצע הטיפוליים, ולהיחשב כ"כישלון" במדדים הקיימים.

במצב הנוכחי, אין ניטור רציף ומתמשך של מדדים מקובלים כיום בכלל שטחי הרפואה, כולל מדדי תוצא המדווחים על ידי המטופל (Patient Reported Outcome Measures, PROM), מדדי חוויה (Patient Reported Experience Measures), מדדים המתייחסים לאיכות ולהתאמה של הטיפול למטופל ולתהליך הטיפולי עצמו. יש חשיבות רבה גם לניטור שביעות רצון צרכני השירות ובני המשפחה.

למעשה, גם כיום, ארבע שנים לאחר כניסתה לתוקף של הרפורמה, המדדים היחידים על פיהן נמדדים שירותי בריאות הנפש בקהילה הם אלו שעמדו בבסיס התחשיב לפיו תוקצבה הרפורמה – שיעור המטופלים וממוצע הטיפוליים בחלוקה לבגירים וקטינים, ולא נראה שנעשית עבודה שיטתית לבירור ולהערכה של הצרכים המקצועיים העכשוויים והעתידיים של האוכלוסייה בישראל ולבניית תוכנית למתן מענה לצרכים אילו.

פערי שירות

על פי המידע שבידי תת-הוועדה, נראה כי פריסת השירותים האמבולטוריים חסרה- מבחינת זמינות ונגישות, במיוחד בפריפריה הגיאוגרפית והסוציו-אקונומית. המצב חמור בשירותים לאוכלוסיות ספציפיות, ובכלל זה- האוכלוסייה הערבית, עולים (יוצאי אתיופיה, מדינות מזרח אירופה), ילדים ונוער, פסיכו-גריאטריה.

כפי שיפורט להלן, הביטוי לחסר זה הוא בתורי ההמתנה הארוכים למפגש הערכה ראשונית (אינטייק) ובהמשך להתערבויות וטיפולים פסיכולוגיים ופסיכו-סוציאליים (פסיכותרפיה, הכנה והפניה לשירותי סל שיקום), בפריסה לא מספקת של שירותים ובמחסור בשירותים מסוימים. לתת-הוועדה הובהר, לפחות על ידי קופ"ח כללית כי במצב הנוכחי אין תכנון לפתוח ולפתח שירותים אמבולטוריים נוספים, למרות הצרכים הגוברים, וזאת בין היתר כתוצאה מהסכמי האיזון בין משרד הבריאות לקופת החולים.

שיעור המטופלים והיקף הטיפול: על פי הנתונים שנמסרו לתת-הוועדה ממשרד הבריאות, בשנת 2017 אחוז המטופלים שטופלו במערך ברה"ן, מסך כל המבוטחים היה כדלהלן: ילדים ונוער: כללית- 1.64%, לאומית- 2.3%, מכבי-2.57%; מבוגרים: כללית- 3.07%, לאומית- 3.98%, מכבי-4.73%. זאת בהשוואה לדיווחים בעולם, על פיהם אחוז המקבלים שירות במסגרת ברה"ן עומד על 3% ילדים ומתבגרים, ו- 5% בקרב מבוגרים. בנוסף, בשנת 2017 ממוצע המגעים למטופל במערך ברה"ן הקהילתי עמד על 7.64 בכללית, לאומית- 7.04, מכבי- 6.42. (בעוד, לפחות על פי דיווחים בעולם מקובל ממוצע מגעים של 9-12 למטופל). יש לזכור כי הרפורמה תוקצבה בהתבסס על ההנחה שיהיו 2% ילדים, שיקבלו בממוצע 12 טיפולים בשנה

ו- 4% מבוגרים שיקבלו בממוצע 9 טיפולים בשנה, וכי ממוצעי המגעים כוללים גם מפגשים עם מטפלים עצמאיים בהשתתפות עצמית גבוהה.

תורי המתנה: על פי נתוני משרד הבריאות מתוך מדגם שנערך בתחילת 2018 בחלק מהמרפאות לצורך הערכת זמן ההמתנה, קיים שוני ניכר בין מרפאות שונות. משך ההמתנה לאינטייק/תור לרופא במבוגרים נע בין 2-8 שבועות ובין 16-2 שבועות בילדים ונוער. משך ההמתנה מהאינטייק ועד תחילת טיפול פסיכותרפיה נע בין 4-52 שבועות הן במבוגרים והן בילדים ונוער. זמן ההמתנה הממוצע לתור לרופא במערך ברה"ן בקהילה עומד על כ- 40 ימים, וזמן ההמתנה הממוצע לפסיכותרפיה עומד על כ-150 ימים. על פי נתוני המשרד, משך ההמתנה המקובל בעולם לאבחון/רופא בבריאות הנפש עומד על 14-30 ימים, וזמן ההמתנה המקובל לפסיכותרפיה עומד על 28-42 ימים.

בנוסף, על פי נתוני קופ"ח כללית הנכונים ל-2018 (ומשוערים) - זמני המתנה לאינטייק ולפסיכותרפיה על פי חלוקה למרכז ולפריפריה: המתנה לאינטייק במרכז- חודש, בפריפריה- עד 3 חודשים; משך המתנה לפסיכותרפיה- במרכז 3 חודשים, בפריפריה- עד 7 חודשים.

חשוב להדגיש כי הנתונים לגבי זמני ההמתנה הם משוערים ומבוססים לרוב על הערכות נקודתיות של מנהלי מרפאות או מדגם לא שיטתי, ולא על איסוף מידע מדויק מכל מבטח. יש יסוד מוצק להערכה כי הם מוטים כלפי מטה, על פי שיחות עם נותני שירות, מנהלי מרפאות, מטופלים ובני משפחותיהם. בנוסף, ממתנינים שטרם התקבלו למרפאה ספציפית אינם נלקחים בחשבון במדידה. יש גם לזכור כי האחריות על מתן השרות היא של הגוף המבטח (הקופה, או הנהלת מחוז), ולא על מרפאה ספציפית, וחסרים מנגנונים מובנים לוויסות תורים לאיזון והפנייה של תורים ממרפאות או ספקים בהם ההמתנה ארוכה למקומות בהם ההמתנה קצרה יותר.

מחסור במענים מתמחים: קיים חסר במענים מתמחים, בעיקר בתחומים הבאים: טיפול בפגיעה מינית, טיפול בטראומה, הפרעות אכילה, מענים ייעודיים להפרעות אישיות ובעיות התנהגות (קושי בוויסות רגשי, פגיעה עצמית, אובדנות, לדוגמה- DBT), ומענה לתחלואה נפשית המלווה בשימוש בחומרים פסיכ-אקטיביים (תחלואה כפולה). מענים אלו קיימים במקומות מסוימים, על פי רוב- פרי יוזמה מקומית. לא קיימת מדיניות אחידה וברורה בנושא, כולל העדר הגדרה מפורטת של מגוון השירותים שצריכים להינתן, איכותם והפריסה שלהם.

נגישות שירותים ומידע:

שעות פעילות: בדיוני תת-הוועדה עלתה בעיית הזמינות בשעות אחר-הצהריים, שמהווה חסם לשירות; בהינתן העובדה שטיפולים נפשיים ניתנים לעיתים קרובות על בסיס שבועי, והדבר מחייב היעדרות תכופה מעבודה או לימודים. הבעיה היא בעיקר במרפאות הקשורות לבתי חולים. שם, עקב הסכמי השכר,

הטיפול בשעות אחר הצהריים, במידה ומתקיים, ניתן על ידי סטודנטים ומתמחים בלבד. בהקשר זה, במקומות מסוימים קיים חסר במזכירות רפואיות בשעות הפעילות אחה"צ.

נגישות טכנולוגית ותקשורת: הזמינות והמענה הטלפוני של מרפאות מסוימות הם נמוכים, ואין אפשרות ליצור קשר רציף וישיר עם הצוות המטפל והמזכירות. במרפאות מסוימות - רק באמצעות שליחת ההפניה בפקס אפשר להתניע את תהליך הקליטה, טכנולוגיה ישנה שאינה זמינה באופן גורף לכלל האוכלוסייה.

נגישות שפתית: למרות חוזר מנכ"ל בתחום ההנגשה הלשונית וההתאמה התרבותית, יש פערי שפה וחוסר התאמה תרבותית שלא מאפשרים קליטה או טיפול מתמשך (לדוגמה - מטפלים דוברי ערבית, רוסית, אמהרית, צרפתית, ספרדית).

נגישות גיאוגרפית: בשל המחסור החמור בשירות מרפאתי שוטף בכלל ובשירותים מתמחים ובמרפאות רב צוותיות, מטופלים מסוימים ובני משפחותיהם נאלצים לנסוע מרחקים גדולים בכדי להגיע לשירות.

נשירה והעדר שיחור (Reaching out), פגיעה ברצף טיפול: במצב העומס הנוכחי ושיטת התגמול (מנוי, התחשבנות אחרת), הרושם של תת-הוועדה כי אין כיום תמריץ למרפאה לבצע שיחור למטופלים (לדוגמה - אחרי אשפוז, בהפניה מרופא/ת המשפחה ועוד). הסיכון - נשירה של מטופלים שזקוקים למעקב הדוק וסדיר, במיוחד מטופלים עם קושי בהיענות ובהיצמדות למעקב הפסיכיאטרי (קרי - נוח יותר שלא "לרדוף" אחרי מטופל שלא הגיע לפגישה).

מחסור במידע הפוגע במימוש זכויות: העדר מידע זמין, כולל ומונגש בדבר זכויות המטופל ואפשרויות הטיפול, גורם למידע חסר בקרב מטופלים ומשפחותיהם, וכתוצאה מכך פגיעה מהותית במימוש זכויות המטופלים. העדר המידע נגרם עקב מספר גורמים, כולל: פיצול בין מתן שירותי בריאות נפש בקהילה בשלושה מסלולים אפשריים, פיצול בין טיפול בקהילה, אשפוז ושירותי שיקום, הכרות מוגבלת של רופאי המשפחה את עולם ברה"ן ואפשרויות הטיפול השונות.

חסרים בתשתיות

כוח אדם: החסר העיקרי במערכת כעת הוא בעיקר פסיכיאטרים/ות, ובמיוחד בתחום פסיכיאטריה של הילד והמתבגר. בנוסף, יש לזכור כי בשנים הקרובות, מאות פסיכיאטרים יצאו לגמלאות, ולכן פער זה רק ילך ויחמיר.

לעומת זאת, אין חסר בכוח אדם במקצועות פארא-רפואיים מסוימים (עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, ריפוי בעיסוק, טיפול באומנויות) ואדמיניסטרציה, אלא עבורם חסרה תקינה ואפשרות העסקה. הבעיה חמורה במיוחד במגזר הערבי - שם יש חסר בכל מקצועות הטיפול.

המחסור בכוח אדם מקצועי, במיוחד בפסיכיאטריה ועוד יותר- בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, הביא לתחרות על כוח האדם הקיים, שגרמה ל"שאיבת" אנשי מקצוע ממרפאות בתי החולים והמרפאות הממשלתיות לעבודה בקופות, עד כדי סגירה של מרפאות בשל מחסור במטפלים מקצועיים.

בולט **חסר בידע** ובמומחים בתחומי התמקצעות- טראומה, הפרעות אכילה, תחלואה כפולה ועוד, ובשיטות טיפול ייעודיות (EMDR, DBT ועוד). חסר זה קיים הן בתחום הפסיכיאטריה ואף קשה יותר בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (ראה/י סעיף אוכלוסיות ספציפיות). כתוצאה, יש חסר במרפאות מתמחות (כמפורט).

בינוי, חדרים: דווח על מרפאות עם מחסור בחדרי טיפול (ובכלל זה חדרים לטיפול קבוצתי וחדרי ישיבות), חללי המתנה הולמים וחדרי שירותים ראויים. באזורים מסוימים- קיים מחסור בחדרי טיפול ממוגנים. בחלק מהמבנים הקיימים- אין נגישות לאוכלוסייה עם נכות גופנית, המסתייעת בכיסא גלגלים.

מערך הכשרה: בעידן הרפורמה- אין התייחסות ותכנון של ישיבות צוות והדרכה, אין תגמול למוסדות ולמרפאות המשקיעות בהכשרה של מטפלים. בנוסף, אין תגמול לפעילות אקדמית ולימודית צוותית (Continuous medical education/training) שמהווה גורם מונע שחיקה.

שיטת ההתחשבות, הפניה, מנוי ובקרה

באופן כללי, שיטת ההתחשבות הנוכחית מתמרצת הכנסת מטופלים חדשים למערכת ברה"ן. להערכתנו, שיטה זו גורמת לפגיעה בשירות, במיוחד עבור אלה שזקוקים לטיפולים ממושכים ואף לכל החיים. כמו כן, משיחות עם מנהלי מרפאות, עולה כי שיטת ההתחשבות יוצרת **גרעון תמידי** ושופך במרפאות רבות (ממשלתיות ושל הקופות), בין היתר, לאור העובדה שאין תגמול עבור כלל הפעולות הטיפוליות.

עומס בירוקרטי: תוצאה אחת של שיטת ההתחשבות/המנוי היא יצירת בירוקרטיה מסורבלת עבור המטופלים, המטפלים והמזכירות.

המטופלים צריכים להמציא טופס התחיבות למרפאת בריאות הנפש, אך חלקם מתמודדים עם קשים במצבם הנפשי והתפקודי (קשיים בהתארגנות, קושי ברצייה ובהנעה ועוד) המונעים מהם להסדיר את התהליך.

המטפלים נדרשים להקדיש חלק משמעותי מזמנם לכתיבת בקשות אישור, לפעמים באופן חוזר, גם במצבים כרוניים ללא פרוגנוזה לשיפור (לדוגמה- אדם המאובחן עם סכיזופרניה ומטופל בקלזופין, אחרי כישלון טיפולי בתרופות אחרות). בנוסף, אין אחידות בקריטריונים לאישור המנוי/טיפולי- בין קופות, ואף

בין מחוזות שונים באותה קופה. כך, למרפאות הנותנות שירותים לקופות שונות או ליותר ממחוז אחד, יש קושי לעבוד עם דרישות משתנות ביחס לאישורי טיפול/מנוי.

מזכירות - עומס אדמיניסטרטיבי נופל על מזכירות, שעוסקות בפעילות בירוקרטית מרובה הקשורה להפקת המנוי/התחייבות ולטיפול שוטף באישורי הקופה המבטחת.

"כבילה" של המינוי: שיטת ההתחשבות כובלת את המטופל למרפאה ספציפית מגבילה את יכולת הבחירה של המטופל ואינה מאפשרת לו לעבור למקום טיפול אחר (לדוגמה - למרפאה אחרת, למטפל עצמאי בקהילה). ענין ה"כבילה" משמעותי במיוחד בתחום ברה"ן כיון שההתאמה בין מטפל למטופל היא קריטית לתחושת האמון ולהצלחת הטיפול. כמו כן, בשל קיום מרפאות קטנות רבות, "כבילה" למרפאה משמעה - קשר למטפל ספציפי. בנוסף, אין "כפל" מינויים, גם אם אין את השירות המתאים או הנדרש במרפאה (לדוגמה - קיום טיפול/מנוי בתוקף במרפאה אחת מונע קבלת טיפול/מנוי במרפאה אחרת, גם אם מבחינה מקצועית נכון עבור המטופל לקבל שירות בשני מקומות באופן משלים זה לזה, או לשתי בעיות נפשיות שונות, במידה וטיפול אחד לא קיים באחת המרפאות). כמו כן, אין אפשרות להחזיר את המנוי, חלקו או שווה ערך (כסף) לקופה, כדי לאפשר למטופל לעבור לטיפול אחר. בדומה, יש גם קושי בהעברה בין מחוזות.

העדר שקיפות של קריטריונים להפניה ולאישור המשך טיפול: אישור המשך הטיפול (או המנוי) מתבסס על החלטת הבקר, ללא הגדרה ברורה והנחיות המבוססות על פרמטרים מקצועיים, או זכות המטופלים להתערבות כזו או אחרת. כך, ההתרשמות מהשטח ושיחות עם מטפלים ובקרים היא ששיקוליהם אינם בהכרח מקצועיים אלא שיקולים ארגוניים-כלכליים, לא ספציפיים, שלעיתים אף מביעים חוסר אמון באבחון ובטיפול. דוגמאות:

- קביעת מקום טיפול - למרות מיקום גיאוגרפי נוח יותר. לתת-הוועדה נודע על מקרים בהם בקר החליט על מקום ההפניה, גם אם לא על פי בקשת/נוחות המטופל מבחינת מיקום גיאוגרפי, למרות שלא היו הבדלים בסוג הטיפול ובשירות בשתי המרפאות.
- משך טיפול - התקבל הרושם שרבים מהבקרים מתמקדים בנקודה של הארכת מנוי ארוך על בסיס חלוקת משאבים לא ספציפית ולא לפי שיקול מקצועי. יש לזכור שחלק לא מבוטל מהתחלואה הנפשית הוא התמודדות מתמשכת, וכפי שחולי סכרת או מחלות מעי דלקתיות לא נדרשים לסיים טיפול לאחר מכסת טיפול, כך אין זה הגיוני בתחום של בריאות הנפש.

מצב זה משאיר את המטופלים ואת נותני השירות עם אי בהירות ובלתות עם החלטות בקרים שלא מצריכות כל הסבר.

העדר אפשרות לפעילות מניעתית: אין אפשרות ואין תמריץ כלכלי לבצע פעילויות למניעה ולקידום בריאות נפשית, במיוחד בולט בילדים ונוער (לדוגמה - טיפול בילד לאם עם דיכאון אחרי לידה, סל בריאות מקדם בילדי גן, ראה/י בהמשך).

פעולות לא מתוגמלות: פעולות רבות, ברובן ללא נוכחות מטופל מזוהה - טיפוליות ואדמיניסטרטיביות - לא נספרות כפגישת עבודה, עם פגיעה בחישובי הפעילות ובהכנסה. לדוגמה - כתיבת מכתבים לרשויות שונות, סיכומי טיפול, זמינות מטפלים טלפונית 24/7 ב-DBT, שיחות טלפוניות עם גורמי טיפול חוץ מרפאתיים (לדוגמה - בתי ספר, רווחה ועוד). מעבר לפגיעה הכלכלית במערכת, הדבר יוצר מרמור ושחיקה בקרב צוותי הטיפול.

"גריפת שמנת", דיפרנציאציה בין מטופלים: התקבל הרושם בתת-הוועדה, לאור שיחות עם גורמי טיפול, צרכני שירות ומשפחות, שבחלק מהמצבים יש הבדלה בין מטופלים (משיקולים כלכליים); עידוד והפניה של מטופלים חדשים (שמייצגים תגמול גבוה) או כאלה עם בעיות "קלות" לטיפול במרפאות הקופה, ודחיקת מטופלים עם הפרעות חמורות, ה"פחות כדאיים" למרפאות ממשלתיות, מרפאות בתי חולים או שנותרים ללא מענה כלל. נראה ששיקול זה, מעבר להשפעה על הפניית המטופל הבודד, מהווה גורם כלכלי (להבדיל ממקצועי) להעדר פיתוח מענים לאוכלוסייה המתמודדת עם בעיות מרוכבות וכרוניות קשות על ידי קופות החולים.

פגיעה באפשרות לקבלת טיפול ארוך טווח: המערכת יוצרת תגמול כלכלי שלילי לטיפול במטופלים עם בעיות מורכבות, הזקוקים למעקב וטיפול ממושכים, ואף לכל החיים. כך, נוצר מצב שהמטופל עם המורכבות הנמוכה ביותר (או- צרכן השירות המצומצם ביותר) הוא זה שעליו מערך הטיפול הכי מתוגמל (ונמדד). כך, מונצח חסר ניכר במשאבים למטופלים עם מצבים מורכבים, המשליך באופן משמעותי על איכות חייהם וחיי משפחותיהם, עתידם ובמידה רבה גם עתיד החברה. הובא לידיעת תת-הוועדה כי בעקבות הרפורמה, הוחל במרפאות רבות נוהג לקיים טיפול פסיכותרפויטי עד שנה, גם אם נראה שיכולה להיות תועלת נוספת מהמשך טיפול.

העדר תגמול על שירותים ייעודיים אין תגמול הולם וייחודי לשירותים המצריכים מיומנות והתמקצעות (לדוגמה - מרפאת DBT לטיפול בהפרעת אישיות גבולית) וכאלה הדורשים תשומות ייחודיות של כוח אדם וזמני פגישה (לדוגמה - עבודה עם תרגום).

מסלול המטפל העצמאי

מסלול המטפל העצמאי כולל השתתפות עצמית גבוהה, ועם היקף שימוש נרחב. כך לדוגמה, על פי הנתונים שנמסרו לתת-הוועדה בקופ"ח מכבי 28% מהמגעים למבוגרים ב-2017 היו במסלול זה. למסלול המטפל העצמאי שני יתרונות עיקריים - אפשרות בחירת מטפל וקבלת טיפול בקליניקה פרטית (ולא במסגרת קופה או מרפאת בית חולים). עם זאת, גובה ההשתתפות העצמית המשמעותית הכרוכה בו כיום מהווה בעיה קשה, כיוון שהוא יוצר אי-שוויון בתוך המערכת ותמריץ שלילי לקופות לפתח שירותים אחרים. אי-

השוויון חמור ובעייתי במיוחד לאור העובדה כי אנשים עם תחלואה נפשית, במיוחד חמורה, הם במקרים רבים במעמד סוציו-אקונומי נמוך ואינם יכולים לעמוד בתשלום הנדרש במסלול זה.

בנוסף, חסר כיום מידע ביחס למטפלים העצמאיים שאינם יכולים לפרסם את השירות המתמחה שלהם (לדוגמה - פסיכולוג המתמחה ב- EMDR, CBT וכדומה), ולמטופלים אין אפשרות לדעת למי מהמטפלים לפנות, גם אם קבלו המלצה על טיפול ייעודי. בדומה, אין מידע לגבי זמינות המטפלים ולעיתים קרובות, מטופלים נדרשים ליצור קשר עם מטפלים רבים עד למציאת מטפל פנוי.

אוכלוסיות ספציפיות

בריאות הנפש בילדים ונוער

רקע לתחום בריאות הנפש של ילדים ונוער מעצם מהותו יש יחוד במורכבויות של מתן השירות. כתקן מקצועי, אתי וחוקי הן בהערכה והן בהתערבות- הגישה חייבת להיות מערכתית. קרי, מתבוננת על מכלול המשתנים המשפיעים על הילד המתפתח, ובכלל זה- ההורים, המשפחה, מערכת החינוך והרווחה, כמו גם גורמים סביבתיים וחברתיים. זאת תוך שמירה על מידה ראויה של פרטיות ואוטונומיה של הקטין/ה מטופלת/ת ומשפחתו/ה.

לאור האמור, התערבות יעילה מצריכה גמישות ושילוב של גורמים מטפלים והתערבויות. בתוך כך, גיל, ומצב התפתחותי מהווים פרמטרים מרכזיים בהגדרה של צרכים שונים, מהם נגזרים שירותי ברה"ן.

בנוסף, בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר קיימות מסגרות רבות התלויות בהערכות של גורמי בריאות הנפש לצורך מתן שירותים, כולל המלצות על מסגרות חינוכיות, סייעות, הערכות של מסוכנות בעיני המערכות בקהילה, החלטות על התערבויות של הרווחה ועוד.

מיפוי המצב הקיים הרושם שעלה מעבודת תת-הוועדה ועל פי הנתונים החלקיים שהתקבלו (משרד הבריאות, נציגת קופ"ח כללית) הוא שיש עליה מתמדת של מספר הילדים והמתבגרים הזוכים להערכה והתערבות במסגרת בריאות הנפש, ועל כך ראוי לברך. בנוסף, נראה שיש עליה מתמדת במודעות ובצורך להערכות להתערבויות וטיפוליים בברה"ן בילדים ונוער.

אין באפשרות תת-הוועדה לקבוע אם הנתונים מתאימים לסטטיסטיקות הידועות לגבי התפלגות תחלואה נפשית באוכלוסייה וכן, היה קושי ניכר במיפוי המצב הקיים. זאת, כיון שחסר איסוף נתונים שיטתי ונגיש לגבי נתונים ברמה מערכתית ובכלל זה- סיבות לפניות למיון ולמרפאות, תוצאותיהן ברמה המערכתית. כך, הרבה מהנתונים המשתקפים במיפוי זה מבוססים על מידע כמותי חלקי או מידע איכותני.

חסמים הרושם כי עדיין קיימים חסמים רבים לפניה, כולל חשש מסטיגמטיזציה ורישום אבחנה פסיכיאטרית בתיק הרפואי, זמינות ירודה של שירותים, כולל מרחק, תורי המתנה ממושכים, שעות פעילות, זמינות מטפלים ומיקום חלק מהמרפאות בקמפוסים של בתי חולים פסיכיאטריים.

חסרים בתשתיות ובשירות לפי הנתונים שהובאו בפני תת-הוועדה, בדומה לברה"ן במבוגרים, בלט מאוד המחסור בשירותים, ואף בחלקם המחסור חריף עוד יותר.

- זמני ההמתנה ארוכים- עד מספר חודשים להערכה, ומעל לשנה וחצי לטיפול, עם שונות רבה בין אזורים גיאוגרפיים, קופות וגילאים.
- יש מחסור חריף בולט במומחים ומתמחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר.
- מחסור בולט בשטחי ידע ומומחיות ספציפיות דוגמת הגיל הרך, אוטיזם (אבחון וטיפול), ילדים עם לקות קוגניטיבית ו/או תחלואה גופנית נלווית, הפרעות אכילה, ומצבים פוסט טראומטיים, ובכלל זה- פגיעה מינית.
- המחסור בולט בפריפריה הגאוגרפית והחברתית, ובעבודה מותאמת תרבותית ושפתית, לדוגמה אנשי טיפול ובפרט פסיכיאטרים דוברי ערבית.
- התחרות על כוח אדם מקצועי המאפיינת את כלל המערכת, חמורה במיוחד בתחום ברה"ן של ילדים ונוער.
- מלבד תקנים שהקופות והמשרד מציעים באופן תקופתי להתמחות בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, בפרט לרופאים מהמגזר הערבי- לא מצאנו מידע לגבי תוכניות להכשרה ותגבור של אנשי מקצוע או עידוד מכוון של הכשרות לאנשי מקצוע לפי הצרכים והחסרים הקיימים.
- **תיאום מערכת**: מעבר למערכת הפסיכיאטרית הפורמלית, קיימות מערכות שונות שעוסקות בבריאות הנפש של ילדים ונוער בקהילה, כולל שירותי הרווחה (בפרט עם דגש משפחתי), מסגרות החינוך (לדוגמה- שירות פסיכולוגי חינוכי, שפ"ח). בנוסף, בהעדר מענה מספק במערכת הציבורית, קיים תגבור חשוב של השירותים דרך גורמים וולונטריים (דוגמת קרן ידידות טורונטו). גורמים אלה מגיעים לעיתים לאוכלוסיות ייחודיות, דוגמת הישיבות והעולם החרדי. ההגעה לגורמים שאינם מוגדרים כבריאות הנפש אינה דרך הרופא המטפל. התיאום בין הגורמים השונים אינו מוסדר או מוגדר, וקיימים פערים ניכרים בסוג ההערכות המבוצעות והתפישה המקצועית של גורמים אלו. היות ומטבע הדברים מובן שהמערכות מתפקדות בחוסר, חיוני עידוד ותגמול של פעילות משולבת ומתואמת לטובת מיקסום של המשאבים וטיוב השירות.

שיטת ההתחשבות, ההפניה, מנוי ובקרים

- ההפניה לטיפול מבוססת על שיטת המנויים (או הפניה בתוך הקופה), כשההפניה הראשונית היא דרך הרופא המטפל. חסרה הסדרה מקצועית על בסיס מה מחליט הרופא המטפל להפנות, ולאיוז מהמסגרות.

- ההפניות ושיטת המנויים מבוססת על אבחנות ה- ICD, שאינן מתאימות לכלל הגילאים בתחום של ילדים ונוער (לדוגמה- גיל הרך). ראוי שאבחנות בגיל טרום בית ספר יבוססו על ספר האבחנות של 0-5, שפותח במקביל ל- DSM ומכוון לקבוצת גיל זו.
- שיטת ההפניה וההתחשבות אינה מכוונת ולא מאפשרת התערבויות מניעתיות, החשובות באופן קריטי בילדים ונוער, ובכלל זה- מצבים בהם יש בן בית (הורה, אח) שסובל מהפרעה נפשית חמורה; מצבי חיים כולל מעבר מקום מגורים (במיוחד בהגירה ושינוי חברה ותרבות), פרידות הורים; מצבי דחק סביבתיים, כולל מקרי התאבדות, פגיעה מינית, מוות פתאומי בגן, בבית הספר או בקהילה של הילד ועוד.
- אישור הטיפול וההפניה מבוססים בלעדית על החלטות בקרים. אין הגדרה טובה והנחיה של פרמטרים מקצועיים או זכויות המטופלים להתערבות כזו או אחרת.
- כאמור, אין אפשרות בשיטת המנוי לשלב טיפול בין מרפאות שונות ונותני שירות שונים. כלומר, אם מטופל מקבל טיפול פסכותרפויטי במרפאה מסוימת אבל זקוק למעקב פסיכיאטרי או הדרכת הורים במרפאה סמוכה, המערכת לא מאפשרת זאת.
- כפי שפורט מעלה, המערכת יוצרת למעשה תגמול שלילי לטיפול במטופלים עם בעיות כרוניות ומורכבות, עם עידוד לקליטת מטופלים חדשים (שמיציגים תגמול גבוה) במקביל דחיקת מטופלים "פחות כדאיים" אל המרפאות הממשלתיות ומרפאות בתי החולים.
- כאמור, אין התייחסות למדדי תוצא.
- התערבויות חיוניות ושאינן עם המטופל (הורים, בית הספר) או שאינן פנים אל פנים (דוגמת התייעצויות טלפוניות, בזמן העבודה ומעבר לשעות העבודה) יוצרות מורכבות. על חלקן יושם מחסום לאישור בקר, וחלקן מהוות אתגר מבחינת השיך שלהן למטופל מסוים, הרישום שלהן בתיקו, והתגמול עליהן.
- אין תגמול ייחודי לשירותים המצריכים מיומנות והתמקצעות (לדוגמה- מרפאת DBT לטיפול בהפרעת אישיות גבולית) וכאלה דורשים תשומות ייחודיות של כוח אדם וזמני פגישה.

פסיכוגריאטריה

תת-הוועדה נפגשה עם ד"ר ארי לאודן, נציג איגוד הפסיכיאטריה של הזקנה ודנה בנושאי הפערים בטיפול המרפאתי באוכלוסיית הגיל השלישי. איגוד הפסיכיאטריה של הזקנה הציג דוח שעסק בתחום הטיפול במערך ברה"ן באוכלוסייה זו והוצג בפני המועצה הלאומית לבריאות הנפש במרץ 2018. ישנם פערים חמורים ביחס לטיפול באוכלוסייה זו, המוחלשת הן על רקע גילה והן על רקע ההתמודדות הנפשית, ובכלל זה- העדר שירותים בפריסה ארצית, חוסר הנגשה של שירותים, העדר בעלי ידע וניסיון בטיפול באוכלוסייה זו.

האוכלוסייה הערבית

מיפוי המצב הקיים ופערים בבריאות הנפש יש חשיבות עליונה לתקשורת ברורה והבנה תרבותית בין המטפל למטופל. במדינת ישראל, בה 21% מהאוכלוסייה הם ממוצא ערבי, יש מחסור חמור בכל הקשור לבריאות הנפש ולהנגשה שפתית ותרבותית של שירות זה לאוכלוסייה. החסר בולט בתחומים השונים, ובכלל זה:

1. אנשי מקצועות טיפול באוכלוסייה הערבית

פסיכיאטריה: על פי נתוני משרד הבריאות מ-2015: פסיכיאטרים ערבים מהווים 1.9% מכלל הפסיכיאטרים בישראל, ופסיכיאטרים של הילד והמתבגר מהווים 2.5% מכלל הפסיכיאטרים המומחים בתחום זה. מספר בוגרי בתי הספר לרפואה הערבים גדל לאורך השנים, אך מתוכם רק מיעוט פונה להתמחות בפסיכיאטריה. מבין כלל הרופאים המומחים הערבים, רק 2% מומחים בפסיכיאטריה ורק 0.4% מומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר. יתכן ושיעור זה קשור גם לקשיים להתקבל למסלול ההתמחות.

פסיכולוגיה: פסיכולוגים ערבים מהווים רק 5% מכלל הפסיכולוגים בישראל, פסיכולוגים מומחים - 2.7%, פסיכולוגים קליניים ערבים - 1.4% מכלל הפסיכולוגים הקליניים בארץ. על פי נתונים משנת 2014, אחוז הערבים מבין מסיימי תואר ראשון בפסיכולוגיה - 3%, ותואר שני בפסיכולוגיה - 5%.

על פי דיווחים, סטודנטים רבים שמסיימים תואר ראשון בפסיכולוגיה מתקשים להתקבל לתואר שני בישראל, ואלה שסיימו תואר שני בחו"ל (לדוגמה בירדן) מתקשים להתקבל להתמחות קלינית.

עבודה סוציאלית: אחוז הערבים מבין מסיימי תואר ראשון בעבודה סוציאלית - 10%, תואר שני - 8%.

2. **תשתית:** רק 7% מכלל מרפאות בריאות הנפש בישראל ממוקמות בישובים ערבים. לעיתים, עקב מגבלות שפה והעסקת כוח אדם, עדיף לקופות ליצור הסדרים עם ספקי שירות במגזר הערבי, אך גם מספר מכונים אלה מצומצם.

3. **חסר במרפאות ייעודיות לאבחון וטיפול בהפרעות שונות:** לדוגמה קיים מחסור גדול מאוד בפסיכולוגים מיומנים לאבחון הפרעות תקשורת, טיפול בהפרעות אישיות בנוער, יחידות להפרעות אכילה ועוד.

יש לציין לחיוב יוזמה של משרד הבריאות לפתיחת קורס פסיכותרפיה לעובדים/ות סוציאליים/ות לאוכלוסייה הערבית במערך ברה"ן.

השלכות

- החסרים המתוארים לעיל מחמירים את המצוקה הנפשית של האוכלוסייה הערבית ומגבירים את אי-השוויון הכללי ובתחום הבריאות בין האוכלוסייה הערבית ליהודית.
- תורי המתנה ארוכים באופן משמעותי לטיפול פסיכותרפיה (עד שנתיים ויותר). גם במקרים דחופים עם מסוכנת לעצמי או לאחרים, או להתפתחות התקינה של הילד, תורי המתנה ארוכים באופן מסוכן ועלולים להגיע לחצי שנה ואף יותר.
 - הזמינות הנמוכה של מטפלים דוברי ערבית מקשה ביצירת טיפול לכלל האוכלוסייה, אך החסר קריטי עוד יותר בילדים ובמתבגרים, שבמקרים רבים אינם דוברי עברית. התוצאה היא שילדים ומתבגרים רבים אינם מקבלים את השירות הרפואי לו הם זקוקים וזכאים.
 - פניה לשירות פרטי, עם העלות הכספית הכרוכה בכך- אינה אפשרית עבור חלק גדול באוכלוסייה הערבית בישראל.
 - העדר תשתית וזמינות גורמת לויתור על פניה לטיפול או לחילופין- גורמת לטרחה רבה, צורך בנסיעה למרחק רב על מנת לקבל טיפול נפשי, והוצאה כספית ניכרת- ישירה ועקיפה (הוצאות דלק, ביטול ימי עבודה של המטופל ומלווה ועוד).
 - בשיחות עם נותני שירות באוכלוסייה הערבית עולה כי כיוון ששירותים רבים ניתנים במגזר הערבי על ידי ספקים פרטים, החסר מעלה את הביקוש למטפלים ומייקר מאוד את עלותם למעסיק.

שירותים במצבי חירום ומשבר נפשי בקהילה

רקע

משבר מוגדר כמצב בו המשאבים הזמינים לאדם אינם עונים על האתגרים עימם הוא אמור להתמודד בחיי היום יום. המשבר יכול לנבוע משורה ארוכה של מצוקות חברתיות או אישיות. **משבר פסיכיאטרי**: מצב בו האדם, כתוצאה מהחמרה של סימפטומים נפשיים ומצוקה רגשית (כולל חרדה, דיכאון, מחשבות אובדניות, גלישות פסיכוטיות), מאבד את היכולת לשלוט בסיטואציות שונות בחייו אך בצורה שאינה מסכנת את חייו או את סביבתו. **מצב חירום פסיכיאטרי**: מצב בו תסמיני המשבר הנפשי הופכים תכופים וקיצוניים עד לרמה מסכנת חיים.

שונות המשבר הרגשי בצורתו בעוצמתו, במשכו ובמקורותיו היא רבה ובמקרים רבים היא מסמנת התדרדרות שתיפסק או תתמתן רק עם התערבות מקצועית.

המצב הקיים והשלכותיו

כיום המענה המרכזי, וכמעט היחיד, לטיפול במצבי משבר פסיכיאטריים אקוטיים בישראל הוא חדר המיון ומחלקות בבית החולים הפסיכיאטרי. בניגוד, במדינות מפותחות קיים מגוון עשיר של מנגנוני התערבות במצבי משבר. על פי אטלס ברה"ן של ארגון הבריאות העולמי מ-2014², במדינות מפותחות ההוצאה מתפלגת באופן שווה בערך ל-3 חלקים; כשליש מההוצאה הלאומית לבריאות הנפש מופנית לבתי חולים פסיכיאטריים, כשליש לחלופות אשפוז, למרכזים לטיפול יום (Half way in) ולמענים אחרים בתגובה למצבי משבר שנועדו לייתר את הצורך באשפוז, ושליש לטיפול אמבולטורי שגרתי (במסגרת ברה"ן ורפואה ראשונית).

קיום מענה מצומצם זה יוצר מצוקה רבה עבור אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית ובני משפחותיהם, ומונע טיפול מיטבי וניצול נכון של המשאבים העומדים לרשות מערכת ברה"ן בכלל, מהטעמים הבאים:

1. הענות נמוכה להגעה לטיפול עקב החשש מלהגיע למיון פסיכיאטרי: עקב סטיגמה, קישור בין מיון לאשפוז, הערכה (נכונה או שגויה) שחומרת המצב אינה מצדיקה אשפוז, חשש מפני אשפוז בכפיה, טראומטיזציה על רקע חווית אשפוזים קודמים.
2. עומס מיותר על המחלקות הפסיכיאטריות: מערך האשפוז בישראל סובל מתפוסת יתר וצפיפות יתר, עד כדי פגיעה ביכולת לתת טיפול מותאם ומדויק לאנשים במשבר.
3. היעדרם של טיפול ומענה מותאמים למצבים משבריים שאינם בהכרח מצדיקים אשפוז עלולים להביא להתדרדרות שתחייב בסופו של דבר אשפוז.
4. התערבות מאוחרת בזמן משבר (במיוחד באפיזודה ראשונה) עלולה להגדיל את הסיכון להתפתחות מחלה כרונית, שתשפיע באופן מהותי על מסלול חייו של האדם.
5. שימוש מוגבר באמצעי כפיה.

מצבי משבר ומצבי חירום מחייבים מענה זמין בכל עת. כאמור, מלבד המיון הפסיכיאטרי, אין כיום לרשות המטופלים בישראל חלופות במצבי משבר.

Mental Health Atals 2014, World Health Organization ²
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf?sequence=1

פערי שירות במענים למצבי משבר

מרפאות בריאות הנפש הממשלתיות ושל קופות החולים אינן ערוכות למתן מענה נדרש ומותאם לצרכי הפונה במצב משברי מבחינת זמינות התורים ואינטנסיביות הטיפול שהן מציעות (לאור העומס, היקף וזמינות כוח האדם ועוד). בנוסף, המרפאות לא מהוות כמעט גורם ממיין.

מרכזי טיפול יום ואשפוז יום במדינת ישראל כ-500 עמדות לטיפול יום, המהוות אמצעי טיפול מרכזי (אם לא יחיד) למטופלים עם צרכים מורכבים ומשבריים, וביכולתם למנוע אשפוזים באנשים על סף הדרדרות למצב המחייב אשפוז אקוטי (half way in), וכן למנוע אשפוזים חוזרים. מרכזי היום מציעים טיפול ממוקד ואינטנסיבי חמישה ימים בשבוע ועם הצלחה לא מבוטלת. שירות זה מבוקש מאד על ידי מתמודדים ובני משפחותיהם ויש הסכמה מקצועית ביחס לחשיבותו. מרכזים אלה קיימים בחסר חמור ואינם עונים על כל הצרכים שמציבים מצבי המשבר בקהילה. תורי ההמתנה לשירות זה מגיעים לחודשים (פרק זמן בלתי סביר בנסיבות המשבריות) ואינם קיימים בפריסה ארצית ראויה. אין פיתוח של שירות זה, לא על ידי קופות החולים ולא על ידי המרכזים הממשלתיים.

בנוסף, בישראל פועלות כ-300 עמדות של אשפוז יום, שהינו שירות למתן טיפול רפואי אינטנסיבי (ללא מלונאות), המהווה נקודת מעבר בין אשפוז לקהילה (half way out). גם שירות זה נמצא בחסר ארצי, ביחס לביקוש.

בפועל אין הבדל בין המרכזים לטיפול יום לבין מסגרות אשפוז יום- ביחס לפעילותם ולפרופיל המטופלים המקבלים טיפול.

ביקורי בית למרות חשיבות השירות ויתרונותיו והכללתו כחלק מהשירותים בהסכם הרפורמה, בפועל ביקורי בית כמעט ואינם מבוצעים על ידי קופות החולים. זאת כתוצאה של העומס הנוכחי, שיטת התגמול וההתחשבות והעדר מערך לוגיסטי המסדיר זאת (ברוב המסגרות הציבוריות אין כ"א והערכות ליציאה לבתי המטופלים- רכב ייעודי, הוצאות רכב, מונית וכדומה).

במצבים מסוימים, הפסיכיאטר המחוזי ממליץ על ביקור בית, משפחות מבקשות ביקור/טיפול עבור קרוביהן, אך הצוות המטפל במרפאה חסר אוניס ונאלץ למצוא פתרונות אד-הוק (לשכנע את רופאי המשפחה או עו"סיות בקהילה לבצע את הפניה ועוד). גם אם מתבצע ביקור על ידי רופא/ת משפחה או עו"סית/ראשונית בקהילה (למרות העומס ברפואה הראשונית), אין מענה לטיפול נפשי מורכב, שנדרש פעמים רבות במצבים אלה. בעיית ביקורי הבית וטיפולי בית קריטית בעיקר ביחס לאנשים הנמנעים ממסגרות טיפול, וכן לגבי מטופלים שאינם מוכרים למרפאה או לא נמצאים בטיפול קבוע.

אנשי טיפול פסיכיאטרי במלר"דים קופות החולים פיתחו את השירותים האמבולטוריים (כמתחייב מתוספת תקציבית שניתנה להם לנושא זה), אך ניתן לזהות כי בניגוד לרוב התחומים הרפואיים, הקופות כמעט ולא פיתחו שירותים ייעודיים למצבי משבר נפשי. הדבר בא לידי ביטוי בולט בהיעדר

פסיכיאטרים/ות ושאר מקצועות ברה"ן במוקדים הקהילתיים, שקיימים כדי לייתר את הצורך בהגעה למיון (ברפואה כללית).

ביקורי בית של שירותי חירום (מד"א נפשי) אין בישראל מענה כלשהו למצבי חירום נפשיים, ולמעשה- המען היחיד לפניית הוא משטרת ישראל, גוף שאינו מוכשר באופן מעמיק לטיפול במתמודדים במצבי משבר נפשי. בישיבת המועצה הלאומית לברה"ן מיום 16.3.17 הוצג על ידי הפאראמדיק הראשי של מגן דוד אדום (מד"א) מודל הפעלה למתן מענה חירום בבריאות הנפש, דווח על הכשרות שהתבצעו במד"א ועל השלמת ההכשרות ופריסה ארצית של השירות עד ספטמבר 2017. המועצה ברכה על השירות הנחוץ ועל המודל שהוצג להפעלתו, עם זאת, שירותי מד"א נפשי טרם הושקו ואינם פועלים עד היום.

פתרונות אחרים (ובכלל זה- בתים מאזנים ועוד, כמפורט בהמשך) קיימים בישראל אך בהיקף כמעט זניח, ואינם חלק מסל הבריאות הממלכתי.

מודלים חדשניים להתערבות במצבי משבר

ישנם מספר מאפיינים המשותפים למודלים השונים של התערבות במשבר:

1. אינטנסיביות הטיפול גבוהה מזו שבטיפול אמבולטורי (ולעיתים נמוכה מאינטנסיביות האשפוז).
2. הטיפול מונגש למגורי הלקוח או לקהילה.
3. מרכיבי הטיפול ותכניו מותאמים לכל לקוח ("חליפה אישית").

ביקורי בית וטיפול בית- צוותי משבר ניידים (Mobile Crisis Teams, MCT) צוותים רב מקצועיים המגיעים לבית הלקוח להתערבות ולטיפול במידת הצורך עד לחלוף או התמתנות המצב המשברי. לביקורי בית יש יתרונות רבים. אחד ממאפייני המגבלה הפסיכיאטרית לעיתים הוא היעדר מוטיבציה לקבלת טיפול וחשש מפניה לקבלתו, בין אם עקב ההפרעה עצמה (כגון חרדה, נטייה להסתגרות, הכחשת המצב, בוחן מציאות לקוי וכדומה), ובין אם עקב ניסיון קודם של הפעלת מנגנוני כפייה או טראומטיזציה כתוצאה ממגע לא מוצלח עם השירותים השונים. הגעת אנשי מקצוע לבית הלקוח, סביבת חייו הטבעית של האדם, היא שירות הנגשה חיוני להצלחת טיפול במקרים רבים, עם יצירה של אוירה של כבוד ועידוד להקשבה, הפחתת חששות וכך יצירת קשר טיפולי מיטיב וגיוס להליך הטיפול. מודלים שונים מרחבי העולם וניסיונות בהיקף מצומצם בישראל, מעידים על הצלחות מוכחות.

MCTs משלבים את היתרונות של ביקורי בית כמתואר יחד עם ניידות. הניידות מאפשרת הן הגעה מהירה בעת משבר והן את הבאתו של האדם, במהירות ובעוד מועד, למקום טיפול אחר, אם נדרשות אלטרנטיבות טיפול מתאימות יותר. ישנם מודלים שונים לצוותים שכאלה, המשתנים במידת האינטנסיביות של הביקורים, בהרכב הצוות המתערב, במשך ובאופי ההתערבות.

אחד המודלים הפועלים בהצלחה באירופה ובארה"ב הוא (ACT) Assertive Community Treatment): המודל פותח בוויסקונסין בשנות ה-70, בעיצומו של תהליך האל-מיסוד, עם הקמת צוותים רב-מקצועיים, שיצאו מבית החולים למרכזים קהילתיים. השירות פועל 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע. אופי השירות הותאם באופן אישי לכל אדם, ואינטנסיביות הטיפול מותאמת למצב הקליני והתפקודי. המודל מיועד לאוכלוסייה הטרוגנית של אנשים עם בעיות נפשיות. עם השנים התפתח המודל באירופה ובארה"ב, ובאירופה עבר אדפטציה ל-FACT (Flexible ACT), טיפול קהילתי אסרטיבי גמיש בו הטיפול מותאם לפרקי זמן שונים לצרכי הלקוח. הגישה מבוססת על ניהול מקרה אינדיווידואלי.

התערבות משפחתית מערכתית - מודל דיאלוג פתוח: דוגמה להתערבות המופעלת בישראל (מחוץ לשירותי הבריאות הממלכתיים), והינה שיטת התערבות משפחתית-מערכתית, עם עדויות מסוימות ליעילותה בטיפול בפסיכوزה בכלל ובפסיכוזה ראשונה בפרט. מטרת ההתערבות לגייס את סביבתו הראשונית של האדם לסיוע במשבר. השיטה מגדירה פסיכוזה כמשבר זמני שהינו תוצר של טראומה או כאב נפשי ולא בהכרח כהפרעה נפשית. הטיפול מבוסס על העקרון כי האדם במרכז וזכותו להחליט גם במצב משברי. הטיפול מוענק על ידי צוותים טיפוליים בליווי פסיכיאטרי בבית הלקוח, ונעשה שימוש מבוקר בטיפול תרופתי כדי להפחית סימפטומים. הטיפול הולך ומתרחב באירופה לאחר פיתוחו במדינות סקנדינביה.

בתים מאזנים - בתים קהילתיים היכולים לתת מענה למצבים משבריים שהיו, במקרים אחרים, יכולים להביא לאשפוז. מודל ההפעלה כולל יחידה טיפולית קטנה המכילה בין 12-6 מתמודדים, צוות תומך רב מקצועי, עם שימת דגש על תפקוד יום-יומי ככלי בסל הכלים הטיפולי. על פי חישובים ראשוניים, נראה כי השהות בבית מאזן זולה יותר מאשפוז פסיכיאטרי, ויכולה לצמצם תופעה של אשפוזים חוזרים או כרוניזציה של ההפרעה הנפשית. יש לבתים המאזנים ביקוש רב בקרב המתמודדים ובני משפחותיהם. יש מגמת פיתוח של בתים מאזנים בישראל (הוצא נוהל משרד הבריאות להסדרת הפעלתם), אך התחום עדיין בחיתוליו והתמיכה של קופות החולים היא מוגבלת.

שירותי בריאות הנפש בקהילה למשפחות מתמודדים

תמונת מצב

קיימת הבנה שמערכת משפחתית יעילה משפרת בריאות, משפרת הענות לטיפול ומונעת אשפוזים³. יחד עם זאת, קיים פער בין ההבנה של משמעות המשפחה בטיפול ובשיקום, לבין אופן ומידת שיתופה של המשפחה בתהליך הטיפולי של המתמודד, והכלים הניתנים לה על מנת שתוכל למלא תפקיד מיטבי

³ מאי נראות לשותפות - נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה כרך ב', עורכות: שליו ע, הדס - לידור, נ (2017), הוצאת הקריה האקדמית אונו, עמ' 221-258

בתהליך. כיום הטיפול במשפחות והסיוע להן, דה פקטו, לא מקבל מענה מוסדר על ידי שירותי מרפאות ברה"ן הממשלתיות ובקופות. קיים מענה חלקי למשפחות של קטינים במסגרת המרפאות. חלק גדול מהמענה למשפחות מתבצע במסגרת מרכזי המשפחות, הפועלים מכוח חוק שיקום נכי נפש בקהילה, ובבתי החולים (מיט"לים או מרכזי המשפחות). קיומם של מרכזי משפחות אינו מוכר למשפחות רבות שהיו יכולות להנות משירות זה. נראה כי אין ראייה אסטרטגית כללית המובלת על ידי משרד הבריאות בנושא זה כיום.

חסרים

- בקופות חלק גדול מהמטופלים נמצאים בטיפול של גורמים מבודדים, חלקם עצמאיים (פסיכיאטר, פסיכולוג, עו"ס), דבר שעלול לפגוע בראייה אינטגרטיבית של המטופל ובגיוס המשפחה לתהליך הטיפול, ואינו מאפשר בחינה של צרכי המשפחה באופן רחב.
- במסגרת שיטת ההתחשבות, קיימת אפשרות להתערבות משפחתית (כולל ביקורי בית), אבל הדבר לא נעשה כמעט בפועל.
- אין אפשרות לרשום טיפול בן משפחה שלא דרך אבחנה פסיכיאטרית (קוד F של ה-ICD, וללא אפשרות לקוד V). בנוסף, אין אפשרות למפגש טיפולי או הדרכה לבני משפחה ללא רישום בתיק המטופל. הדבר מייצר בעיות בנושא סודיות הדדית (הן של המטופל והן של בני המשפחה). בדומה, לרוב, אין בנמצא- באופן נגיש וסדיר שירותי ליווי הדרכה והכוונה למשפחה סביב בן משפחה מתמודד הנמצא במצב משברי.
- משפחות מתלוננות על בעיית נגישות שלהן לצוות הטיפול, הנדרשת לצורכי מסירת מידע ותיאום, הנובעים מהיות המשפחה, פעמים רבות, המטפל העיקרי במתמודד.
- העדר ביקורי בית מייצר מצב בו המשפחה נושאת כמעט לבדה בנטל ההתמודדות עם מטופלים שלא רוצים או לא מסוגלים להגיע לטיפול, ולא מאפשר מענה במצבי חירום בהם המטופל מסרב לפנות לעזרה (ראה/י פרק מצבי משבר בקהילה).
- מידע אודות זכויות המטופל, אפיקי פעולה אפשריים ודרכי מימושם, אינו נגיש וזמין לציבור הרחב, ובכלל זה- למשפחות, ומהווה חסם מפני מימוש השירותים הקיימים.
- טיפול משפחתי הוא תחום הדורש ידע והתמקצעות ספציפיים, שאינם זמינים באופן נגיש.

מתמודדים שאינם מקבלים טיפול

רקע ומיפוי מצב

מקטע זה עוסק במתמודדים (בין עם אבחנה פסיכיאטרית ובין כאלה שלא אובחנו) המצויים מחוץ למעגל הטיפול והשיקום, וזאת ממגוון טעמים: העדרם של מענים מותאמים לצרכיהם, חוסר אמון במטפלים או ביכולת להפיק תועלת מטיפול, סטיגמה אישית או חברתית חרדה, דכאון, הכחשת המחלה ועוד. כתוצאה, אותם אנשים עלולים לסבול מהעדרה של אפשרות למימוש זכויות המוקנות להם, ממצוקה אישית קשה ומקשיי תפקוד, בדידות חברתית, הזנחה, חשש להידרדרות למצבי משבר ואשפוז. בנוסף, המשפחה המנסה לעזור לבן המשפחה המתמודד ושאינו מטופל, עלולה לסבול ממצוקה רגשית, נטל כלכלי וחברתי ולעיתים אף להיות חשופה למצבי סיכון. כיון שאנשים אלה אינם מגיעים לידיעת המטפלים, מערכי הטיפול והשיקום אינם מודעים לשיעורם באוכלוסייה, ואין שירותים המכוונים להתמודדות עם מצב זה.

בפני תת-הוועדה הופיעו אנשי מקצוע ממרכזים למתן יעוץ ותמיכה למשפחות (שירות הניתן למשפחות בהתאם לחוק שיקום נכי נפש בקהילה). על פי הערכותיהם, למעלה מ- 50% מהמשפחות במרכזי המשפחות הם בני משפחה שלמתמודדים שאינם מקבלים טיפול, שמקצתם בתחילת מהלך המחלה (קרי- במהלך משבר ראשון וטרם נקבעו להם אחוזי נכות בגין מחלתם). גם כאשר המתמודד נכנס למעגל הטיפול פעמים רבות הרצף הטיפולי לא נשמר.

השלכות מצבים אלה על המתמודד ובני המשפחה

העדר ההכרה בביטוח לאומי גורר את העדרו של סיוע כלכלי, וגורם לנטל נוסף על בני המשפחה, שתומכים במתמודד שאינו מוכר.

בהיעדר שירות ביקורי בית, נאלצות המשפחות לפנות לפסיכיאטר פרטי לצורך ביקור וטיפול בבית המתמודד. מעבר למחיר הגבוה לרוב של מענה זה (שבפריפריה הגאוגרפית לעתים אינו בר-מימוש), ביקור חד פעמי לא יספק אלא מענה אד הוק לצורך קונקרטי.

במידה ומרכזי המשפחות מבצעים ביקורי בית, הם מיועדים בעיקרם למשפחה, אין בהם שיחור (Reaching out) המכוון למתמודד ואין להם המשכיות. עם זאת נודע לתת-הוועדה על מספר מקרים בהם ביקור בית של מרכז המשפחות הצליח להניע תהליך בתוך המשפחה שהביא לקבלת שירותי טיפול על ידי המתמודד.

הוועדה סבורה כי ההמלצות הקבועות בדוח זה לגיוון השירותים, לרבות ובעיקר, ביקורי בית ומודלים אחרים שנזכרו בפרק הדין במענים בקהילה למצבי משבר יהוו הנגשה משמעותית של השירותים לקבוצת המתמודדים שכיום אינם מקבלים טיפול. יש איפה לזכור גם את אלה, שאינם "נמדדים" ושקופים

למערכי הטיפול, בתהליך קבלת ההחלטות בדבר הצורך הדחוף בשירות של ביקורי בית ופיתוחם של מודלים נוספים להתערבות.

תת-הוועדה סבורה כי מדובר בנושא מהותי וחשוב המצריך ליבון וחשיבה נוספים, המעלה שאלות אתיות, שכן ההחלטה אם לקבל שירותי טיפול ושיקום נתונה אך ורק לבחירתו של האדם.

המלצות תת הוועדה

לאור המצב הקיים וחומרתו, יש צורך בקביעת **חזון** ומדיניות ארוכת טווח על ידי משרד הבריאות (בשיתוף נציגי מטופלים, משפחות ונציגי ארגונים רלבנטיים) בתחום בריאות הנפש שכעת אינם מוגדרים, וסגירת פערים שתוארו לעיל, **חלקם באופן מיידי**.

תת-הוועדה קוראת להפעלה מחדש של **מנהלת הרפורמה**, כגוף הכולל את בעלי העניין, ובכלל זה- נציגי משרד הבריאות, קופות החולים, נציגי מתמודדים ומשפחות, איגודים מקצועיים וגופים רלבנטיים אחרים- ובעל סמכויות לקבלת מידע לצורך מעקב שוטף על הנעשה במערך ברה"ן בקהילה.

להלן, נסקור שורת המלצות לשיפור. ככלל, המלצות אלה כרוכות בהגדלת תקציב בריאות הנפש בקהילה, ודאגה לאבטחת ההשקעה בקהילה. כמו כן, תת-הוועדה מגישה את מסקנותיה לגבי הפערים בתשתית ובשירות, ולא עסקה ביצירת פתרונות כלכליים ומנופים לשיפור הערך (קרי- מערך התמריצים, הסכמי קאפ, כללי ההתחשבות וכדומה).

להערכת תת-הוועדה, מספר **המלצות הן קריטיות**, לאור מצוקתם של מתמודדים ובני משפחותיהם ולאור העומס על צוותי הטיפול, אוזלת היד הנגזרת ממבנה המערך ושחיקה אפשרית. המלצות אלה כוללת:

1. **הרחבת המערך האמבולטורי** וחיזוקו כך שיוכל לתת מענה טיפולי ראוי במרחק סביר ותוך זמן סביר, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, עם חיזוק הרגולציה בנושא, כולל הגדרת סטנדרטים מחייבים לזמינות, נגישות ואיכות הטיפול, מבחני תמיכה ומתן תמריצים נוספים לפיתוח שירותים ועוד. כל מערך הטיפול (ובכלל זה שיטת ההתחשבות) צריך להיות מוגדר על פי אמות מידה וקריטריונים מקצועיים, אנשי המקצוע המעורבים וסוגי ההתערבויות.
2. **יצירת מערך אמבולטורי לטיפול אינטנסיבי במצבי משבר** נפשי (על פי קריטריונים של סיכון)- עם זמינות ואפשרות לקליטה מהירה, גמישות מערכתית. כחלק מפיתוח המענים למצבי משבר, יש להפעיל באופן מיידי את **שירותי מד"א נפשי**, לשלב פסיכיאטרים במערך המוקדים בקהילה ולהאיץ את פיתוחם של המרכזים לטיפול יום.
3. יצירת פתרונות טיפול למצבים מורכבים או כרוניים, שהמערך כעת לא מצליח לתת להם תשובה וטיפול הולם (לדוגמה- אנשים שאינם מגיעים לטיפול ומסתגרים בבית), קרי- מערך ביקורי בית וטיפול בית.

אי מילוי המלצות מפתח אלה, מעמיד בסיכון מטופלים רבים ופוגע באפשרות של המערך האמבולטורי להעניק טיפול ראוי.

המלצות לגבי מידע, שירות ותשתיות

מידע

- 1.1 יש צורך בקביעת נוהל העברת מידע שוטפת ויצירת מערכת מידע זמינה ועדכנית.
יש להגדיר נתונים רצויים, ובכלל זה מדדי תוצא, PROM, PREM, ואופן איסופם כדי לבצע הערכת צרכים, רגולציה אפקטיבית והבנה שוטפת של המצב ביחס לצרכי האוכלוסייה.
- 1.2 שקיפות התורים: מומלץ ליצור מנגנון שקוף לציבור לגבי זמינות התורים למרפאות השונות בקהילה.
- 1.3 נתונים עיקריים ביחס לשירות האמבולטורי יכללו בשנתון הסטטיסטי של בריאות הנפש.
- 1.4 על משרד הבריאות וקופות החולים לפעול באופן אפקטיבי להנגיש מידע מפורט ועדכני לציבור בכלל ולציבור המתמודדים ובני משפחותיהם בפרט- על מכלול השירותים בברה"ן וזכויות המתמודדים ובני משפחותיהם ודרכי מימושם.

שירות ותשתיות

- 1.5 יש להרחיב באופן מיידי את השירותים האמבולטריים, עם הקפדה על איכות השירות. כחלק מתהליך זה על הקופות להפשיר תקנים ולהרחיב העסקה של מקצועות פארא-רפואיים (ובכלל זה עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, סיעוד פסיכיאטרי, ריפוי בעיסוק, דיאטניות קליניות) ומזכירות. יצירת תקן לעוזר/ת רופא- להקלה על העומס. כמו כן, לשקול העסקה של מומחים מניסיון.
- 1.6 החרגת ברה"ן מהסכמי הייצוב- כיון שיישום הרפורמה עדיין בשלב ראשוני ובתהליך של בניית המערך. זאת על מנת שתהיה לקופות את הגמישות להוסיף תקנים וכוח אדם, במיוחד באזורי חסר, כגון פריפריה ואזורים המתמודדים עם סגירת מרפאות ממשלתיות.
- 1.7 אבטחת מיצוי התקציב המיועד לברה"ן בקהילה על ידי הקופות באמצעות צביעת תקציבים ייעודיים, מבחני מיצוי ועוד, ולו לתקופה מוגבלת של מספר שנים, לאור השלב הראשוני של הרפורמה והתהליך הנדרש עדיין לבניית המערך.
- 1.8 יקבע סטנדרט ביחס לזמני המתנה ומרחקי נגישות סבירים (כחלק מזכויות המטופל), שיחייבו את רמת הקופה/מחוז (ולא מרפאה בודדת), עם מעטפת של פיתוח שירותים ותשתיות (כמפורט בהמלצות אלה). עבור היכולת לבצע רגולציה על סטנדרטים אלה יש לחייב איסוף מידע על ההמתנה ביחס לכל מבוסח בנפרד באופן שיאפשר תמונה כללית (כבר מרגע הפניה עצמה, עד לאינטייק ואחר כך, במידת הצורך- עד להתחלת טיפול שיחתי). תת הוועדה מדגישה כי במקביל יש לפתח מנגנוני רגולציה ותמריצים, על מנת להבטיח שאיכות הטיפול לא תיפגע כתוצאה מאימוץ הסטנדרט, ובכלל זה יש לדרוש, למשל כי ממוצע משכי הטיפול לא ירד כתוצאה מניסיון לקצר תורים.
- 1.9 ניהול תורי ההמתנה יתבצע ברמה מרחבית/מחוזית ולא ברמה מרפאתית. ניהול שכזה יאפשר:

- ניטור של מעבר בין מרפאות, מחוזות
- יצירת מנגנון לוויסות תורי המתנה והסטה בין מרפאות או ספקים שונים.

1.10 קביעת סטנדרטים של פריסת השירות ברמות שונות (מרפאה רב צוותית, נקודת שרות וכד'), תוך גיבוש מדיניות ביחס לפיתוח שירותים על ידי קופות החולים או המשך רכישתם מהמדינה, תוך הכנתה של תוכנית אב למרפאות כאמור. בנוסף, יש להגדיר מגוון בסיסי של סוגי מענים מתמחים אשר צריכים להינתן בכל אזור, בין אם ישירות על ידי הקופה, באמצעות רכש שירותים או על ידי איגום משאבים בין קופות באזורי פריפריה, כולל מענה לנפגעות תקיפה מינית, הפרעות אכילה, הפרעות אישיות, תחלואה כפולה ועוד. יש לעדכן רשימה זו מעת לעת על מנת להתאימה לצרכים משתנים. מוצע לקיים מודל של מרפאות אם עבור מבוטחים ששירות זה חיוני עבורם (נספח 3).

1.11 משרד הבריאות צריך להתחשב בתקציבים להכשרת אנשי מקצוע כחלק מראיה לאומית, ולא בהכרח על חשבון המבטח. כך, סוגי תקצוב מסוימים יהיו תלויים בכך שהמסגרת מכשירה משתלמים בתחומים השונים. יש צורך בהכנת תכנית רב-שנתית להכשרת כוח אדם במקצועות בריאות הנפש בהם קיים מחסור ובהם פסיכיאטריה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר ואנשי מקצוע ערבים מכלל מקצועות בריאות הנפש.

1.12 נקיטת צעדים לצמצום מהותי של שיעור המטופלים במסלול המטפל העצמאי כגון: הגבלה רגולטורית של שיעור המטופלים במסלול העצמאי; ביטול ההשתתפות העצמית או העמדת סכום ההשתתפות על זה הנוהג בביקור אצל רופאים מומחים ברפואה הכללית; התנאת עבודה כמטפל עצמאי במתן שירות בהיקף מינימלי בשירות הציבורי (הממשלתי או קופות החולים).

1.13 על ההסתדרות הרפואית ואיגוד הפסיכיאטריה להגדיל את החשיפה לברה"ן בקהילה בלימודי רפואה ובהתמחות בפסיכיאטריה, ובכלל זה הארכת משך הזמן במרפאות בהתמחות בפסיכיאטריה- לשנה וחצי (ובכך לשפר זמינות מטפלים) והתאמת בחינות ההתמחות לתכנים רלבנטיים לברה"ן בקהילה. בנוסף, יש להכליל חשיפה לברה"ן, במיוחד בקהילה, בהתמחות ברפואת משפחה, רפואת ילדים (נספח 1).

שיטת ההתחשבות, מנוי

1.14 יצירת מודל הפעלה והתחשבות בו כל פעולה מתוגמלת ובכלל זה פעולות בנוכחות מטופל, פעולות המתבצעות בהעדר מטופל, ולגבי פעולות מניעה (ללא קשר למטופלים ספציפיים). התגמול עצמו לספק השירות/מרפאה צריך להיות הולם. זאת, על ידי הכללת פעולות נוספות בשיטת ההתחשבות/מנוי הנוכחי, וכן יש לשקול תגמול פר פעולה.

1.15 יש לקחת בחשבון כי פעילויות מסוימות וטיפול באוכלוסיות מסוימות צורכות זמן ולעיתים מספר אנשי צוות, ויש לתגמל אותן באופן הולם (לדוגמה- ביקורי בית).

1.16 יש צורך בהגדרות שקופות ואחידות של הקריטריונים לקבלת טיפול ולהמשך טיפול.

1.17 הגדלת האמון בין הגורמים במערכת (נותני שירות, בקרים).

המלצות ביחס לאוכלוסיות ספציפיות

אוכלוסיית ילדים ונוער

- 2.1 יש להוסיף קריטריונים אבחוניים נוספים שמתאימים לגילאים הצעירים (במיוחד בגיל 0-5).
- 2.2 יש צורך במענקים ייעודיים למתמחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר.
- 2.3 יש ליצור סטנדרט של פריסת שרות מותאם לגיל, שיאפשר נגישות טיפול לגיל הרך, לילדים, ולנוער.
- 2.4 בכלל זה- יש לוודא הקמת שירות טיפול נפשי בגיל הרך, הדורש ידע ומיומנות ספציפיים שאינם בהכרח נמצאים בכל מרפאת ילדים ונוער, ואינם מקבלים מענה במכונים להתפתחות הילד העוסקים בלקויות התפתחותיות חמורות.
- 2.5 **מניעה:** על משרד הבריאות לחייב מתן טיפול במצבים מוגדרים בהם נדרשת התערבות מניעתית (לדוגמה- מות הורה, טיפול בילד לאם עם דיכאון אחרי לידה, פגיעה מינית בילד בגן).

אוכלוסיית הגיל השלישי

- בהמשך לדוח איגוד הפסיכיאטריה של הזקנה בנושא הטיפול במערך ברה"ן באוכלוסייה זו, שהוצג בפני המועצה הלאומית לבריאות הנפש במרץ 2018, להלן עריכת מקטע ההמלצות בנושא הטיפול בקהילה, העולות בקנה אחד עם ההמלצות הכלליות של תת-הוועדה הנוכחית:
- 2.6 נדרשת פריסת שירותי ברה"ן מרפאתיים, זמינה גיאוגרפית, תואמת לצרכי הפונה הזקן ולשיעור האוכלוסייה באזור הגיאוגרפי. השירות הנדרש לטיפול ולאבחון פסיכיאטרי לזקן יתבסס על מידרג:
 - מרפאות מתמחות רב מקצועיות. צוות: פסיכיאטר, עו"ס, פסיכולוג (נוירופסיכולוג/פסיכולוג שיקומי/פסיכולוג קליני), ריפוי בעיסוק, אחות.
 - צוות חלקי מצומצם: פסיכיאטר ו/או אחות ו/או עו"ס ו/או מטפלים ומאבחנים נוספים
 - מטפלים/פסיכיאטרים יחידים
 - 2.7 יש למסד קשרי עבודה ושיתוף מידע בין גורמי רפואה ראשונית, גריאטריה, רווחה גורמי קהילה ושיקום. (הערה- המלצה ברוח זו מובאת גם בהמלצת תת-הוועדה בנספח א' ביחס לממשק העבודה בין מערך ברה"ן ורפואת המשפחה).
 - 2.8 קופות החולים כמבטח ואחראי לשירות הנפשי יציגו רשימת שירותים בהתאם לשיעור הקשישים מבין מבוטחיה ופריסתם.
 - 2.9 הגדרת תחום מועדף: לאור נוכחות מצומצמת של ספקי שירותים לאוכלוסייה פסיכוגריאטרית מומלץ להגדיר סוג מנוי/תיגמול שונה שיקדם הרחבת שירותים במרפאות ציבוריות.
 - 2.10 טיפולי יום פסיכוגריאטריים: יש צורך דחוף בהגדלת התשתית, ובכלל זה גם יצירת הסדרי הסעה ועדכון מחיר טיפול יום ליצירת דחף להקמת יחידות נוספות בישראל. להערכת הוועדה, יש צורך ב-10-15 מרכזים שכאלה בפריסה ארצית.

- 2.11 מעונות ומועדוני יום לקשישים: יש לפעול לשילוב מירבי ושוויוני של מתמודדים במערך הכללי של המעונות ומועדוני היום לקשישים. ביחס למתמודדים שאין במערך הכללי מענה לצרכים ייחודיים הנובעים מההפרעה הנפשית עימה הם מתמודדים. הקמת מועדונים ומעונות שיתמקדו במתן שירות לבעלי הפרעה נפשית בגיל זיקנה. המשרד יגדיר תכנית פיתוח למעונות ומועדוני יום למתמודדי נפש.
- 2.12 בקרה: יש להכליל התייחסות למדדים שצוינו במסמכי בקרות משרד הבריאות א. אחראי תחום; ב. פריסת שירותים; ג. התמקצעות.

האוכלוסייה הערבית

- 2.13 פיתוח שירותי ברה"ן באוכלוסייה הערבית כחלק מהבקרה על הקופות, לתגמל את הקופות באופן ייעודי על פיתוח שירותים אלה.
- 2.14 כחלק משיפור המידע הנגיש והבקרה על הקופות, יש לנטר באופן רציף את היקף שירותי ברה"ן באוכלוסייה הערבית.
- 2.15 הגדלת התקינה להתמחות למתמחים ערבים במקצועות בריאות הנפש- פסיכיאטריה ומקצועות פארא-רפואיים, מענקים ומלגות. כמו כן, עידוד סטודנטים וסטודנטיות ערבים ללמוד ולהתמחות אלה, ובכלל זה על ידי מתן מלגות ייעודיות, מענקים, ליווי צמוד במהלך הלימודים (למניעת נשירה) ו-mentoring. יש לשקול את נושא ההתאמות בתנאי הקבלה לתואר שני בפסיכולוגיה לסטודנטים ערבים.
- 2.16 הגברת המודעות, הידע והמסוגלות בברה"ן בקרב רופאי משפחה וצוותי מרפאות ראשוניות במגזר הערבי- על ידי ימי עיון, לימודי המשך, חשיפה במרפאות ברה"ן ועוד.

מענה למצבי משבר בקהילה

שירותי חירום ומיון

- 3.1 מתן מענה טלפוני במוקדים הטלפוניים של הקופות, עם איוש על ידי איש בריאות הנפש (אח/ות, עובד/ת סוציאלי/ת). על המענה לתת מידע גם לאנשים לא מזוהים (ללא מתן מספר תעודת זהות), לייעוץ לאדם המתמודד עם הפרעה נפשית ו/או משפחתו באופן רציף (24/7), ועיקרו- להכוונה מקצועית- מה יש לעשות במצבי משבר, בעיקר משבר ראשון.
- 3.2 יצירת מערך התייעצות ובדיקה אונליין עם כונן פסיכיאטרי 24/7, בטלפון או בווידאו צ'אט, בדומה לתחומים אחרים ברפואה כיום.
- 3.3 תמחור פניות מיון פסיכיאטרי ללא הפניה, בדומה למצב בשאר תחומי הרפואה. יש להבטיח כי קופות החולים לא יוכלו להשית את אגרת המיון על המטופלים כל עוד לא יפעל מערך זמין ויעיל של מיון וטיפול קהילתיים כמענה למצבי משבר.
- 3.4 שילוב שירות של יעוץ פסיכיאטרי (מבוגרים, ילדים ונוער) במוקדים לרפואה דחופה.

3.5 יש לפעול באופן מיידי **למתן שירותי חירום נפשיים** באמצעות **מד"א**. בטווח הארוך יש לפעול לפיתוחם של צוותי משבר, ברוח מודל ACT המתואר לעיל.

שירות טיפול מרפאתי דחוף

3.6 שירות זה צריך להיות זמין לטובת מקרים דחופים, כולל מצבים עם סכנה להידרדרות נפשית או תפקודית (שלא מצריכים אשפוז או שלהערכת הקלינאית-טיפול דחוף יוכל למנוע אשפוז). מאפייני שירות זה כוללים: שירות רב מקצועי (הכולל אנשי מקצוע מתחום הפסיכיאטריה, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, בילדים ונוער- איש חינוך); שירות מתואם אישית בעלת יכולת להיכנס לפעולה בתוך טווח זמן קצר עם הצעת תוכנית מותאמת; עם גמישות מבחינת ה- setting, תדירות ועצימות ההתערבות (ובכלל זה מפגש יומי); תגמול הולם על בסיס מרכיבי הטיפול, הערכה על בסיס תהליך ותוצאות.

מענים נוספים למצבי משבר

- 3.7 תוכנית אב לפריסה ארצית של מרכזים לטיפול יום בקהילה, עם הגדלה משמעותית של מספר העמדות לטיפול, תוך האצה של תהליך אישור עמדות הטיפול.
- 3.8 בניה ופיתוח של מודלים קהילתיים למצבי משבר, ובכלל זה- בתים מאזנים, טיפול מערכתי - משפחתי.
- 3.9 פיתוח מודלים מקומיים של צוותי משבר לביקורי בית ולטיפול בית, ברוח מודל ACT (Assertive Community Treatment) עם תעריך גבוה והולם לספקים עבור שירות מורכב זה.

המלצות לטיפול במשפחות של מתמודדים

- 4.1 עריכת נוהל עבודה עם משפחות מטופלים בקהילה, במקביל לנוהל הקיים ביחס לעבודה עם משפחות מטופלים באשפוז פסיכיאטרי.
- 4.2 הנכחת מקום המשפחה דרך מתן אפשרות לרישום קודי אבחנות מקטגוריה V ולא רק F.
- 4.3 העלאת המודעות לחשיבות שיתופה של המשפחה בתהליך הטיפולי בקרב המטפלים בברה"ן, לדוגמה- הסברה, כנסים. בנוסף, כחלק מההתמחות בפסיכיאטריה יצטרך המתמחה לבצע התערבויות משפחתיות.
- 4.4 קידום מחקר בנושא מיקום המשפחה בטיפול לצורך בחינת מדדים כגון שיפור קליני, ואפשרות למדידת יחסי עלות/תועלת מהתערבויות אלה.
- 4.5 מומלץ להבנות ולעודד שיח מתמשך בין מרכזי המשפחות לבין מערכי השיקום והטיפול, בכל הרמות, על מנת להיטיב את ההבנה בדבר חוסרים ופערים בשירותים הניתנים למתמודדים.

4.6 יש לתת תשומת לב מיוחדת למשפחות המשמשות מטפל עיקרי במתמודד שאינו מקבל טיפול, ובכלל זה שירותי ייעוץ והכוונה, המכוונים להנעה לטיפול (במסגרת הקופות וברמה פרטנית), עזרה בביטוח לאומי ועוד.

נספח 1: ממשק העבודה בין בריאות הנפש ורפואת המשפחה

אחת ממטרותיה המוצהרות של הרפורמה הייתה לחבר בין רפואת הנפש ורפואת הגוף, ובכך גם להפחית את הסטיגמה סביב שירותי ברה"ן. נראה כי יש התקדמות במטרה זו (ולו גם באופן מיקום מרפאות ברה"ן בתוך מרפאות ראשוניות, יעוץ ליאזון ועוד), אך עם זאת, יש פערים רבים הדורשים התייחסות. לאורך נספח זה, יש לזכור כי אנשי מקצוע בשני תחומי הרפואה - פסיכיאטריה ורפואת המשפחה - מתמודדים עם עומס רב, מיעוט זמן פנוי לפעילויות החורגות משגרת העבודה ומחוסר לאומי בשיעור הרופאים המומחים. יש חשיבות ליצירת שיתוף פעולה פורה, ולא בהעברת אחריות דו-סיטרית.

מסמך זה לא עוסק בבעיה החשובה והכואבת של שיעורי התחלואה הגופנית והתמותה בקרב אנשים עם אבחנה פסיכיאטרית, כיון שבימים אלה פועלת בנושא זה ועדת "השנים האבודות" בהובלת ד"ר אמיר קריבוי, שהוקמה לצורך זה על ידי איגוד הפסיכיאטריה.

חסרים ומיפוי המצב הקיים

במקרים רבים, אין קשר מסודר ורצף טיפול עם מרפאות ברה"ן הממשלתיות ושל הקופה. נראה כי ההעדר הקשר אינו רק טכנולוגי. במערכות ממוחשבות מסוימות בחלק מהקופות - יש אפשרות להעביר/לדחוף סיכום ייעוץ לרופא הראשוני. לעיתים, כאשר מועבר מידע - דל מאוד, לרוב מסתכם באבחנה והטיפול התרופתי.

בהמשך לכך, יש חוסר בהירות וחוסר אחידות לגבי האחריות למתן מרשמים וסיכון לכפילות. הדבר בעייתי במיוחד בתרופות עם פוטנציאל התמכרות (לדוגמה - בנזודיאזפינים, תרופות מאריכות קשב ועוד).

רופאי המשפחה חשים קושי בהתמודדות עם מטופלים מורכבים עם תחלואה נפשית קשה ומצבי חירום פסיכיאטריים, מסיבות שונות ובכלל זה עומס, חוסר זמן, תחושת חוסר מיומנות ועוד.

נראה כי לפחות בחלקה, תחושת חוסר המיומנות לטיפול באנשים עם הפרעה נפשית קשורה לביטול החובה לסבב פסיכיאטריה במסגרת ההתמחות ברפואת משפחה. לציין כי גם ברפואת ילדים אין דרישה לחשיפה קלינית שכזו במהלך ההתמחות. חשוב לציין כי רוב מרפאות ברה"ן בקהילה (היכן שיש אפשרות לחשיפה רלבנטית יותר לרוב עבודתם של רופאי המשפחה, קרי- פסיכיאטריה "רכה") אינן מוכרות להתמחות.

יש עליה בדרישה לבדיקת רופאי משפחה במצבי מצוקה נפשית ועליה בפניה של אנשים עם מצוקה נפשית ותחלואה פסיכיאטרית "רכה".

ביקורי בית - הובהר לתת-הוועדה כי רופאי משפחה עמוסים מאוד ומתמודדים עם אילוצי זמן קשים, מרגישים חסרי כלים להתמודדות עם תחלואה פסיכיאטרית אקוטית ומצבי משבר נפשי, ובפועל רובם לא

עושים יותר ביקורי בית ביחס לכלל המטופלים. ולכן, אין אפשרות במצב הקיים במערכת לבנות על ביקורי בית של רופאי משפחה כמענה לטיפול שוטף או חירומי.

הן מערך ברה"ן והן מערך רפואת המשפחה בפריפריה הם מעוטי שירותים ביחס למרכז הארץ.

הרושם הכללי- שירותי יעוץ ליאזון חשובים ועוזרים לרופאי המשפחה להתמודד עם מקרים מורכבים. במרפאות בהן הליאזון כולל גם הצגת האבחון וההמלצות בישיבת הצוות, לדבר יש יתרונות בשיפור השירות למטופלים, לימוד הצוות במרפאה הראשונית ושיפור תחושת המסוגלות.

המלצות

1. כינון ויצירה של יחסי גומלין ורצף עבודה קבועים בין תחום בריאות הנפש והרפואה הראשונית ויועצים אחרים ברמה אזורית- כחלק מאסטרטגית ההנהלה במחוזות הקופה. תהליכים אלה, ובכלל זה נהלים ברורים (לדוגמה- לגבי מתן מרשמים)- ישפרו את השירות למטופלים ואת ניצול זמן העבודה.

2. שיפור הכרות בשטח בין צוותי הטיפול ברפואת משפחה ובריאות הנפש בקהילה, ובכלל זה- רופאי המשפחה, רופאי ילדים, עו"סים/ות ראשוניות, לבין מומחי בריאות הנפש בקהילה, בעיקר- פסיכיאטרים/ות, אך גם פסיכולוגים/ות, עו"סים/ת ועוד. להכרות זו- יתרונות רבים; תקשורת רציפה, אפשרות ליעוץ הדדי באופן שוטף ובמצבי משבר, מציאת פתרונות למצבים עדינים עם רגישות לתיעוד בתיק הרפואי ועוד. זאת על ידי מפגשים, הרצאות, ימי חשיפה הדדית במרפאות.

3. **הרחבת שירות הליאזון** למרפאות רבות יותר עם כיסוי של כלל המרפאות הראשוניות והרחבת שעות פעילות, כולל הצגת האבחון וההמלצות על ידי הפסיכיאטר בישיבות צוות המרפאה הראשונית.

4. בניית מערכות תקשורת והעברת המידע בין מרפאות ברה"ן למרפאות הראשוניות ומרפאות המומחים.

5. **חשיפה** הדדית של תחומי רפואת משפחה ופסיכיאטריה, כחלק מתוכנית ההתמחות (רוטציה, ימי חשיפה) או לאחר סיום ההתמחות.

- חשיפה של רופאי המשפחה לתחום ברה"ן, עם דגש על מרפאות ברה"ן, ולא רק במחלקות האשפוז בבתי החולים. כרגע מתנהלים דיונים באיגוד רפואת המשפחה לגבי מבנה ההתמחות בכללותה, ויש הסכמה לגבי הצורך בחשיפה זו.

- חשיפה של פסיכיאטרים לעבודת רופאי המשפחה, במיוחד עבור פסיכיאטרים בקהילה.

נספח 2: טיפול נפשי בחסרי מעמד בישראל

רקע

בישראל חיים כיום כרבע מיליון איש ששוהים במדינה תקופות ממושכות מבלי שהם מוכרים כתושבים לצורך חוק ביטוח לאומי, ואינם כלולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994. אוכלוסייה הטרוגנית זו כוללת את מבקשי המקלט האפריקאים (33 אלף) הזכאים להגנה קבוצתית מפני הרחקה לארצות מוצאם בשל הסכנה הנשקפת לחייהם. לפי הערכות, כמה אלפים מקרב מבקשי המקלט בישראל נחטפו ועונו במדבר סיני, טרם כניסתם לישראל, לצורך קבלת כופר למען שחרורם, ורבים מהם סובלים מהפרעות נפשיות חמורות כתוצאה (כ- 500 איש ואישה מתוכם הוכרו כקורבנות סחר ועבדות); 117 אלף מהגרי העבודה עם אשרת עבודה, חלקם (כ- 16 אלף) נותרו בישראל גם לאחר שאשרתם פגה; 66 אלף תיירים שנשארו בישראל שנים לאחר פקיעת האשרה שלהם; קורבנות סחר בבני אדם (שלא הוכרו כקורבנות באופן רשמי על ידי המדינה ולא מקבלות שירותים במסגרת שנת שיקום במקלטים ייעודיים של משרד הרווחה. אלה מגיעות בעיקר ממדינות מזרח אירופה, ומספרן אינו ידוע); וכן כמה אלפי פלסטינים (להערכת גורמים שונים, מעל 15 אלף איש) החיים בישראל ללא מעמד תושב. בנוסף, חיים בישראל קטינים חסרי המעמד (ולפי הערכות מדובר במעל עשרת אלפים קטינים).

על פי הספרות המחקרית, למהגרים חסרי מעמד יש סיכון מוגבר לתחלואה נפשית. שיעור הימצאות ההפרעות הפסיכיאטריות בקרב מבקשי מקלט, קורבנות סחר, עינויים ואונס יכול להגיע ל- 30% ויותר, כולל הפרעה בתר חבלתית (PTSD, Posttraumatic stress disorder), דיכאון, חרדה, שימוש באלכוהול. מסקר שנערך בטיפות חלב בדרום תל אביב עלה כי שיעור דיכאון אחר לידה עמד על 81%.

עם זאת, ולמרות שלפחות חלק מהאוכלוסיות הללו שוהות בישראל כדין ומוגנות מפני הרחקה, הן עדיין נותרות עם נגישות מוגבלת ביותר לשירותי הבריאות והרווחה. בנוסף, חוסר הודאות לגבי העתיד ואפשרות מתמשכת לכליאה או גירוש, מחמירים את מצבם הנפשי ומקשה לעיתים על אפשרויות הטיפול והשיקום הנפשיים.

מיפוי המצב

שירותי בריאות הנפש מוגבלים לאוכלוסיות מהגרים חסרי מעמד בישראל.

החרגת שירותי ברה"ן הנפש בצו עובדים זרים: צו עובדים זרים מחריג מפורשות שירותים פסיכולוגיים מסל השירותים הקבוע, באופן שמאפשר לחברות הביטוח הפרטיות להימנע מלתת למבוטחים דרכם שירותי ברה"ן כמעט באופן גורף. כך, רבים ממהגרי העבודה וממבקשי המקלט, גם אם מבוטחים בביטוחים פרטיים, נותרים ללא מענה בקהילה למצוקותיהם הנפשיות.

טיפול דרך חדרי המיון הפסיכיאטרי - מענה חלקי והיעדר רצף טיפולי: כשמצבם מדרדר ובהיעדר אפשרויות אחרות, נאלצים חסרי המעמד להגיע לחדרי מיון פסיכיאטרי. בחלק מהמקרים נראה כי בתי החולים נמנעים מלאשפז אשפוזים לא-דחופים, בגלל היעדר כיסוי או משחררים מטופלים בטרם עת. במקרים אחרים ניכרים קשיים בקבלת אנמנזה עקב פערי השפה, ובהיעדר מתורגמנים בשטח בית החולים. עם שחרורם מאשפוז, מטופלים אלו נותרים לרוב ללא המשך טיפול בקהילה, גם כשמדובר במטופלים עם היסטוריה של אובדנות, מסוכנות ופסיכוזה.

קריסת מרפאת "גשר" לבריאות הנפש: מרפאת "גשר" לברה"ן הוקמה בתמיכת משרד הבריאות בפברואר 2014 על מנת לתת מענה למתמודדים עם בעיות נפשיות מקרב מבקשי המקלט החיים בישראל, לרבות על רקע עינייים שעברו בארץ המוצא ובדרכם לישראל. מאז פתיחתה התמודדה המרפאה מתת-תקצוב ומתת תקינה, כולל פעילות המוגבלת ל- 9 שעות שבועיות, עם היקף העסקה של כתקן וחצי בלבד. למרות הענקת טיפול למאות מטופלים, רשימת ההמתנה נותרה ארוכה (מאות פונים). למרפאה לא הייתה אפשרות בחודשים האחרונים לקבל מטופלים חדשים, גם לכאלה שהוגדרו במצב אקוטי.

העברת שירותי ברה"ן לספק חיצוני: באוקטובר 2018 פרסם משרד הבריאות מכרז להרחבת שירותי בריאות הנפש עבור זרים שאינם בני הרחקה – מבקשי המקלט מאריתריאה ומסודן. לאחרונה נודע כי הזוכים במכרז הם עמותת "עמך" וחברת טרם וכי ההרחבה האמורה ירדה מעל הפרק כליל, וכי כיום מדובר שוב בהפעלת מרפאה ייעודית אחת בתחנה המרכזית בת"א, שאמורה לתת מענה רק ל- 250 מטופלים (נתיני אריתריאה וסודן בלבד), במסגרת של 9 שעות שבועיות. מצב זה מנציח את הנגישות המוגבלת- מבחינה גיאוגרפית ומבחינת זמינות השירות. בנוסף, נוצרת הבדלה דמוגרפית בנגישות בהבחנה שנעשית בין חסרי המעמד ממוצאים שונים, שמותירה רבים ללא מענה.

המלצות

1. הנגשת מידע לצוותי טיפול - בפסיכיאטריה ובתחומי רפואה אחרים בבתי החולים הפסיכיאטריים והכלליים- ביחס למורכבות טיפול נפשי בין-תרבותי, היבטים פסיכו-סוציאליים בחיי חסרי המעמד בישראל, ואפשרויות הטיפול בהם בקהילה, לרבות פרטי התקשרות עם גורמי הסיוע.
2. הרחבת החשיפה לפסיכיאטריה בין-תרבותית במהלך ההתמחות בפסיכיאטריה ובלמודי המשך.
3. תיקון צו עובדים זרים באופן שיכלול את שירותי בריאות הנפש- טיפול פסיכיאטרי ופסיכולוגי במסגרת סל השירותים המוגש בפוליסות עובד זר.
4. הכללת שירותי תרגום וגישור שפתי ותרבותי במסגרת חדרי המיון הפסיכיאטריים, ברוח חוזר מנכ"ל בנושא.⁴
5. הרחבת שירותי ברה"ן מונגשים לשוניית ומותאמים תרבותית לקהילת לחסרי המעמד באופן שיאפשר נגישות שוויונית לכל מי שנזקק לטיפול בקהילה. זאת יש לעשות באמצעות מעבר מפתרונות

⁴ חוזר המנהל הכללי, התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות, כ"ט שבט תשע"א, 3 פברואר 2011, מס': 7/11

נקודתיים, מוגבלים גיאוגרפית, אל פתרונות מערכתיים ובפריסה ארצית. דוגמה לפתרון אפשרי שכזה היא החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או הסדר ביטוחי מקביל, וכן יצירת מערך מרפאות ייעודיות בפריסה גיאוגרפית מתאימה.

6. יש להנגיש שירותי סל-שיקום בריאות הנפש לקורבנות העינויים מקרב חסרי המעמד, אשר סובלים מנכות נפשית חמורה, באופן שיאפשר להם לזכות במענים מתחום בריאות הנפש כמו גם במענים משלימים, לרבות סיוע בדיור ושיקום תעסוקתי.

נספח 3: הצעה – ארגון השירות המרפאתי בקהילה ברמה מחוזית וארצית

מרפאת בריאות נפש קהילתית, כשירות ראשוני בקהילה (בדומה לרפואה הכללית).

השיטה

מרפאת בריאות נפש ראשונית (בדומה לסניף קופת-חולים של רפואה ראשונית): הגדרת צוות ליבה רב-מקצועי (בשירות קבוע; בשירות קבוע on-call, מטפלים עצמאיים). הרישום למרפאה כולל קבלת שם למטפל עיקרי – בדומה לרופא משפחה:

- טיפול – יעוץ, טיפול קצר, טיפול ארוך
- ניהול טיפול
- ליווי ומעקב
- הפניה, קשר עם גורמים אליהם הופנה המטופל, ליווי ומעקב
- ניהול רשומה

הפנייה לטיפול מומחה – לשם: ייעוץ, טיפול קצר, טיפול ארוך (באמצעות טופס 17):

- שלוחה של המרפאה הראשונית.
- מאגר מטפלים מומחים מוכרים – ברמה אזורית, ארצית
- מאגר מרפאות/יחידות/מסגרות ייחודיות מוכרות – עם התמחות ייחודית.
- מאגר יחידות לטיפול במשבר, לרבות חדרי מיון בבת-חולים.
- מאגר מטפלים רלוונטיים אחרים מתחומי טיפול אחרים.
- קשר עם בתי-חולים.

עקרונות השיטה

- הרישום במרפאה הראשונית דומה לרישום לסניף קופת חולים.
- התיק הרפואי – ריכוז המידע הטיפולי: נמצא במרפאה הראשונית.
- הפנייה של המטופל לטיפול מומחה/ייחודי תיעשה ע"י המטפל העיקר (או איש מקצוע שיוגדר לתפקיד במרפאה הראשונית), כולל הסדרת אמצעי התשלום.

- המטופל (ו/או משפחתו, ו/או מטפל עיקרי) הרשום במרפאה יכול בכל רגע נתון להיות בקשר עם איש קשר במרפאה, ולבקש סיוע ע"פ צרכיו הבריאותיים (קשר טלפוני ישיר).
- המטופל יכול בכל רגע נתון לעבור ממרפאה למרפאה (להעביר תיק טיפול).
- המטופל זכאי בכל רגע נתון לקבל מידע למועבר ממטפל למטפל.

יתרונות ההצעה

1. ריכוז הטיפול והמידע במקום אחד – מתאים לאוכלוסיות מורכבות יותר, אנשים ומשפחות שמתקשים לארגן לעצמן את הטיפול.
2. שמירה על רצף טיפול – לטובת המטופל.
3. התאמת הטיפול ברגע נתון – לטובת המטופל.
4. התקשרות לאורך זמן – לטובת המטופל.
5. תמיכה ושמירה על מהלך החיים בקהילה.
6. איגום משאבים (שנמצאים בחוסר) – לטובת המערכת וניצול יעיל ומירבי של משאבי המערכת, בעיקר המשאב האנושי.
7. שוויוניות – בין הקופות.
8. אפשרות לאיסוף אחיד של מידע ברמה ארצית – לשם למידה ושיפור תהליכים.
9. יכולת לשמירה על כשירות ופיתוח מקצועי של צוות – ברמת המערכת.

חסרונות

1. לא מתאים לכל אוכלוסיית המטופלים, בעיקר אלה שמעוניינת לנהל את הטיפול עצמם.
2. עלול לפגוע בתחושת שמירת הסודיות (תיק רפואי פתוח ליותר אנשים).
3. מקטין את הגמישות בפריסת השירות.