

medicine

מהפכה או מפח נפש

לקראת 1.1.07

פאנל רב משתתפים בעד ונגד

הרפורמה בבריאות הנפש





דבר העורך

רפואית. גישה זו מלמדת על הקרבה האפשרית שבין עולמו של הרופא הראשוני לעולמם של המטופלים בתחום בריאות הנפש. מאמרו המקיף של ד"ר לבקוביץ משקף את ההיסטוריה של המחלקות לטיפול יום, אך גם את התקווה שהרפורמה בתחום בריאות הנפש תדע להשתמש בגישה טיפולית חשובה זו.

מאמרה של ד"ר מרום מתאר את תסמונת החרדה החברתית על כל היבטיה. מדובר באחת מהתסמונות הנפשיות הנפוצות ביותר הגורמת לסבל רב והפרעה תפקודית, אך בדרך כלל איננה מתויגת כגורמת לנכות נפשית.

מאמרה של ד"ר מנור מתאר עוד תסמונת נפוצה של הפרעת קשב וריכוז. גם כאן מדובר בהבנה הגוברת של תסמונות הנמצאות בשכיחות גבוהה ומלווה בהפרעה תפקודית ניכרת וסבל רב. עם זאת, שני המאמרים מצביעים על גישות טיפוליות אפקטיביות.

מאמרם של פרופ' ויצטום וד"ר מרגולין מתאר את הרקע התרבותי והקליני של ההימור הפתולוגי. תופעה זו היתה שנים רבות בשולי הפסיכיאטריה ולא זכתה לתשומת הלב לה היא ראויה. המאמר מצביע על הרקע התרבותי והקליני לתסמונת ומציע גישות טיפוליות.

המשותף לשלוש התסמונות המתוארות היא העובדה ששנים רבות הוזנחו תסמונות אלו. חלקן (פוביה חברתית והימור פתולוגי) אף לא הוכרו כתסמונות ספציפיות. העלאת המודעות לקיום תסמונות אלו ולמשמעות האנושית שלהן היא חדשה. ראוי לציין שתסמונות אלו גם זכו לביקורת האומרת שלא מדובר בתסמונות אמיתיות אלא בהמצאת מצבים עם כוונות מסחריות. המאמרים בגיליון זה תומכים במחשבה שמדובר בתסמונות של ממש. בסופו של דבר, המחלה היא קונצפט בראשו של המטפל ויש להתייחס גם לתסמונות אלו כקונצפט פונקציונלי יעיל ולא כאל אמת אבסולוטית.

מאמרו של פרופ' ויצמן, הדן בטיפול בתרופה "טבעית", משקף מצד אחד את הפוטנציאל הטיפולי בצמחי מרפא אך גם את העובדה שגם הרעלים החזקים ביותר מקורם בטבע. אי לכך הזהירות הנדרשת בשימוש בתרופות טבעיות צריכה להיות שווה לזו של כל תרופה אחרת.

פרופ' חנן מוניץ

יועץ פסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש,
הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית

לגיליון זה שני צירים מרכזיים. האחד הוא ההתייחסויות השונות לרפורמה הביטוחית בתחום בריאות הנפש. מאמרו של פרופ' אבי בלייך וכן התייחסותם של פרופ' טיאנו ופרופ' קוטלר וכן מאמרה של גב' שטרם, מבטאים את החרדה ומפח הנפש מהמהלך הצפוי בצורתו הנוכחית. התייחסותם של ד"ר פוליאקביץ, גב' רות רלב"ג, גב' יהודית בורנשטיין וד"ר גרינשפון משקפים את הצד האופטימי למהלך. כפי שקורה לעתים קרובות, שני הצדדים צודקים במידה מסוימת. השאלה היא רק מי ישלם את המחיר. הרפורמה המדוברת מעלה לדיון נושא מרכזי האם בריאות הנפש היא מקצוע השייך למקצועות הרפואה אם לאו. רוב הכותבים בגיליון זה בדעה שמדובר במקצוע רפואי. גב' שטרם מביאה שני טיעונים מרכזיים: האחד, התנגדות לסגירת המרפאות הממשלתיות. נדמה לי שכל המחברים תמימי דעים לגבי עמדה זו. השני דן בשאלת אבחנות Z. מדובר באבחנות המופיעות בארבעה עד שמונה אחוזים מכלל האבחנות במרפאות הציבוריות. לרוב המאובחנים בסיווג Z אפשרות לקבל אבחנה רפואית המקובלת (קוד F ב-ICD-10, כך שנראה שהמניע להתנגדות הוא אולי מאבק אידיאולוגי לגבי מיקום בריאות הנפש כחלק מהרפואה אם לאו).

החלופות שמציע ד"ר חניץ מניחות שמה שהיה הוא שיהיה. ד"ר חניץ מתייחס במיוחד לחולי הנפש הקשים, אך כדאי לזכור שהשינוי הגדול הצפוי ברפורמה הוא דווקא בעלייה במספר המטופלים הסובלים מחרדה ודיכאון, ובמצבים אלה ההמשכיות היא לאו דווקא עם בתי החולים הפסיכיאטריים ומערכת השיקום אלא עם הרפואה הראשונית. ההנחה של הצורך בהמשכיות של שיקום פסיכיאטרי – טיפול שוטף פסיכיאטרי – גם היא כדאי שתבחן. השאלה המרכזית היא על איזו המשכיות מדובר. אלטרנטיבות אפשריות הן המשכיות בין השיקום הניירולוגי העוסק בפגיעות פרונטליות מוחיות והשיקום הפסיכיאטרי והעברת האחריות לשיקום פסיכו-סוציאלי לשירותי הרווחה, כפי שנהוג ברפואה בכלל. תרומת מאמר זה היא במיוחד בכך שהוא מצביע בצדק על העובדה שישנה יותר מדרך ארגונית אחת לרפורמה בתחום בריאות הנפש ומן הראוי לבחון את האלטרנטיבות השונות.

מאמרו של פרופ' ויינגרטן נותן לנו פתח לעולמו של הרופא הראשוני. המאמר מייצג את הגישה הנרטיבית ומבטא לא רק דרך טיפול אלא גם השקפת עולם. כדאי לשים לב לפסיקה האומרת שתפקיד רופא המשפחה בתחום בריאות הנפש הוא לא רק טיפול בהפרעות הנפשיות אלא הבנה לנפש האדם הפונה לעזרה

תוכן עניינים

חדשות ראשונות

הרפורמה בבריאות הנפש - דעות

רפורמה ללא ספק דרושה, השאלה היא איזו. דעות בעד ונגד הרפורמה במתכונתה הנוכחית, רגע לפני 1.1.07

מהפכה או מכח נפש

< רינת אלוני

כשלים ארגונים ואידיאולוגיים בדרך לרפורמה

< פרופ' חנן מוניץ

עם קמח במשורה וללא נשמה יתרה

< פרופ' אבי בלייך

ערך היתרון

< פרופ' אלי שמיר

הסיכוי והאתגר

< יהודית בורנשטיין, פנינה (פני) ברבלק

אם זה כל כך טוב, למה זה כל כך רע

< חנה שטרם כהן

ואפשר גם כך

< ד"ר דויד חניץ

משחקים אסורים

< ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום
ההיבטים החברתיים, המשפטיים והרפואיים של תופעת ההימורים הפתולוגיים

הימנעות יחידים

< ד"ר צופי מרם

חשיבות איתור ואבחון מוקדמים של הסובלים מחרדה חברתית והטיפול המוצעים להם

פגם גנטי

< ד"ר ד"ר אריס מנור

על הבסיס התורשתי של הפרעת קשב וריכוז, ADHD

מודל לגישה טיפולית

< ד"ר חיליק לבקוביץ

היסטוריית אשפוז היום הפסיכיאטרי והצגת תכניות הטיפול במחלקת אשפוז יום חריף בבית החולים שלוותה

פרח לב הזהב

< פרופ' אבי וייצמן

היפירקום בטיפול בדיכאון

הסיפור של החולה

< פרופ' מיכאל ויינגרטן

הפסיכולוג שברופא המשפחה

מחקרים אחרונים

< גיא כהן

6

8

14

16

18

22

25

28

32

36

40

44

46

49

50



34



30



14

חדשות ראשונות

מחקר בשלוותה: גירוי אלקטרומגנטי TMS לטיפול בדיכאון

טכנולוגיית הגירוי האלקטרומגנטי של קליפת המוח קיימת לשימוש מחקרי מזה כ-20 שנה. סליל חשמלי שבו עובר זרם בעוצמות של כמה אלפי אמפר יוצר שדה אלקטרומגנטי משתנה אשר חודר את הקרקפת ומגיע לקליפת המוח. השדה המשתנה יוצר עירור חשמלי מקומי של רקמת המוח. הטכנולוגיה נמצאת בשימוש לצורכי מחקר ולצרכים קליניים בתחומים רבים. עד לפני 20 שנה, על מנת לגרות אזורים מוחיים ספציפיים היה צורך בניתוח נירורכיטרי ופתיחת הגולגולת. כיום ניתן בצורה פשוטה ביותר ולא חודרנית לגרות אזורים קורטיקליים.

הסלילים שנמצאים בשימוש כיום במרכזים רבים בעולם (round coil, figure) הם בעלי יכולת חדירה לעומק של עד 1.5 ס"מ בלבד. דבר זה מהווה מגבלה משמעותית של הטכנולוגיה, כי כאמור יכולת הגירוי מוגבלת לקליפת המוח בלבד.

ד"ר צנן ממכון ויצמן בשיתוף עם **ד"ר יפתח רוט** פיתחו סליל אשר מסוגל לחדר לעומק של עד 5.5 ס"מ, הבדל משמעותי ביותר יחסית לסלילים הקיימים כיום. משמעות הפיתוח היא שניתן לגרות סטרוקטורות עמוקות יותר שידוע מעורבות במעגלים עצביים שקשורים בפתולוגיות מוחיות שונות. גרייה אלקטרומגנטית עם הסלילים השטחיים נבדקה בהרבה מחקרים כטיפול בדיכאון ונמצא אפקט אנטי-דכאוני ברור. צופים כי הסליל העמוק אשר מגיע לאזורים עמוקים יותר אשר מעורבים בדיכאון יראה אף תוצאות טובות יותר. הסליל הנבדק נמצא במרכז לבריאות הנפש שלוותה מקבוצת שירותי בריאות כללית והוא היחיד הקיים כיום בעולם.

המחקר הנוכחי בודק את יעילות הטיפול בגירוי אלקטרומגנטי עמוק בחולי דיכאון מאגרי אשר לא הגיבו או הגיבו חלקית לשני תכשירים אנטי-דכאוניים לפחות, או חולים אשר הגיבו בתופעות לוואי בלתי נסבלות לשלושה תכשירים אנטי-דכאוניים לפחות. גיל החולים 18-65 וכל החולים שייכנסו למחקר יקבלו את הטיפול. הטיפול שניתן הוא טיפול יחיד אנטי-דכאוני ויופסק כל טיפול אנטי-דכאוני אחר.

הטיפול נעשה במרכז לבריאות הנפש שלוותה מקבוצת שירותי בריאות כללית, במעבדה לחקר הרגש והקוגניציה. הטיפול ניתן למשך ארבעה שבועות ומתבצע חמישה ימים בשבוע. הטיפול היומי נמשך 15 דקות ונעשה באופן אמבולטורי. לפני ובמהלך הטיפול מתבצעות הערכות חוזרות של מצב הדיכאון והערכות קוגניטיביות בעזרת מערכת ממוחשבת (CANTAB). פרטים נוספים בטל': 09-7478644.

שילוב מדריכה "מכורה נקייה משוקמת" בצוות לטיפול בחולי תחלואה כפולה, בבית החולים גה

מחקרים רבים הראו כי תחלואה נפשית ושימוש בסמים ובאלכוהול מופיעים בשילוב בחלק משמעותי מהחולים, תופעה המכונה "תחלואה כפולה". שימוש משמעותי (or abuse dependence) בסמים או באלכוהול מדווח ב-47 אחוז מהחולים בסכיזופרניה, וב-56 אחוז מהחולים בהפרעה ביפולרית במהלך חייהם, לעומת כ-7.6 אחוזים באוכלוסייה הכללית. השלכות השימוש על חיי החולים הן חמורות. במשתמשים בסמים או באלכוהול, מחלת הנפש פורצת בגיל מוקדם יותר, מהלך המחלה חמור יותר, ההיענות התרופתית נמוכה יותר והאשפוזים הם ארוכים ותכופים יותר. חולים אלה נוטים יותר להתנהגות אלימה ולהתנהגויות

מו"ל: שלמה בואנו

עורכת: אסתר קטן

עורך מדעי: פרופ' חנן מוניץ

עיצוב גרפי: מאיה בן דוד

איור שער: גיא מורד

משתתפים: גיא כהן, רינת אלוני, פרופ' שמואל טיאנו, ד"ר יעקב פולאקביץ, ד"ר אלכסנדר גרינשפון, פרופ' משה קוטלר, רות רלב"ג, פרופ' אבי בליין, פרופ' אלי שמיר, יהודית בורנשטיין, פנינה (פני) ברבלק, חנה שטרם כהן, ד"ר דויד חניניץ, ד"ר יעקב מרגולין, פרופ' אליעזר ויצטום, ד"ר צופי מרום, ד"ר איריס מנוח, ד"ר חיליק בלקוביץ, פרופ' מיכאל וינגרטן, פרופ' אבי ויצמן

מנהלת הפקה: מגי ליצי

מנהלת שיווק ומכירות: דנית אור

דפוס: רבנון

פורום מדיה בע"מ

רחוב הברזל 34 תל אביב

טל. 03-6493666 פקס. 03-6493667

כתובת למשלוח דואר:

ת.ד. 53378 תל אביב 61534

דוא"ל: info@f-media.co.il

אין המערכת מתחייבת להחזיר כתבי יד

כל הזכויות שמורות לפורום מדיה בע"מ

אין להעתיק, לשכפל, לצלם, לתרגם ולאחסן במאגר מידע או להפיץ מגזין זה או קטעים ממנו בשום צורה ובשום אמצעי, אלקטרוני, אופטי או מכני ללא אישור בכתב מהמוציא לאור. כל המידע, הנתונים והדעות הכלולים במגזין הנם לאינפורמציה בלבד ואין לראות בהם המלצה או יעוץ לקורא, בין באופן כללי ובין באופן אישי לצורך מתן טיפול רפואי. הכתבות המוגשות מטעם הרופאים מייצגות את דעתם בלבד והנם באחריותם המלאה. בכל מקרה יש להוועץ לפני מתן הטיפול. הפרסום במגזין הנו באחריות המפרסמים בלבד ואין המערכת אחראית על תוכן המודעות ועיצובן.

אם ברצונך להסיר את שמך ממאגר ההפצה אנא שלח את פרטך, מלל

כתובת, לפקס: 03-6493667

טל.



מרכז גשר: התערבות במשבר לילדים ובני נוער

מחלקת הנוער במרכז לבריאות הנפש שלוותה, מקבוצת שירותי בריאות כללית, הקימה לפני כשנה מרכז להתערבות אינטנסיבית במצבי משבר חריפים בילדים ובני נוער. מרכז גשר הוקם הודות לשלוש קרנות פרטיות מאיטליה ומארה"ב ובשיתוף פעולה עם עיריית כפר סבא, אשר העמידה לרשות המרכז מבנה ללא תמורה.

מטרתיו המרכזיות של מרכז זה הן הערכה, אבחון וטיפול בילדים ובני נוער נורמטיביים אשר חווים משברים נפשיים מנסיבות שונות, כגון משברים במשפחה, אלימות פיזית, קשיי הסתגלות ונוכחות בפיגועי טרור. התסמינים למצבים אלה, לרוב, הם הימנעות ומצבים רגשיים קיצוניים הגורמים לסבל ולכאב נפשי. המרכז ממוקם בקהילה במטרה למנוע אשפוזים ולהקטין את הסטיגמה החברתית, ובכך להגיע לאוכלוסיות נפגעות אשר קודם לכן נמנעו מפנייה לעזרה במערכת הפסיכיאטרית.

במרכז פועל צוות רב מקצועי המשלב אבחונים פסיכולוגיים ודיקטניים והערכה פסיכיאטרית עם התערבות טיפולית ממוקדת וקצרת מועד (פרטנית ומשפחתית) ותכנון המשך הטיפול המתאים בקהילה. במרכז שוהים בו זמנית כ-12 מטופלים. מקורות ההפניה מגוונים (יועצות בתי הספר, אנשי טיפול וחדרי מיון).

פעם בשבוע נערכות במרכז בדיקות מיון במתכונת של חדר מיון, דבר שנועד בין השאר לאפשר נגישות למיון פסיכיאטרי. לאחר בדיקת הקבלה הראשונית נבנית לכל מטופל תכנית המשלבת התערבות טיפולית ודיקטית. זאת, מאחר שרוב המקרים ישנה השפעה הדדית בין המצב הנפשי, החברתי והיכולת הלימודית. זמן הטיפול נע בין שלשה לחמישה שבועות כשבמהלך התקופה מוזמנים המטופלים להגיע מדי יום למרכז, דבר המאפשר הסתכלות מעמיקה ובמצבי חיים שונים (לימודים, פנאי, טיפול וכו'). גם העבודה עם ההורים מבוצעת בתדירות גבוהה ומבוססת על הערכה משפחתית ראשונית. יש לציין כי הטיפול נשמר בדיסקרטיות מוחלטת ואין דיווח למערכת ממוחשבת כלשהי. חובת הדיווח היא במסגרת החוק.

כיום המרכז פתוח משעות הצהריים עד שעות הערב, זאת במטרה לאפשר לילדים הולמדים בבתי הספר להמשיך לעשות כן וכמו כן לנטר תכניות שילוב וחשיפה מדורגת מתוך המרכז. שעות אלו גם מאפשרות גמישות להורים המגיעים לפגישות המשפחתיות. הטיפול במרכז אינו כרוך בתשלום ואינו קשור לקופת חולים מסוימת או לאזור מגורים. מאז תחילת פעילותו, טופלו במרכז כ-110 ילדים ובני נוער בגילאי שש עד 18. פרטים נוספים אצל שאל קונטיני, עו"ס, 052-6788133.

מחקר בשלוותה: תועלת הטיפול בגירוי מגנטי למתבגרים הסובלים מדיכאון עמיד

במרכז לבריאות הנפש שלוותה מקבוצת שירותי בריאות כללית עוסקים בפרויקט מחקר טיפולי חדשני לטיפול בדיכאון עמיד בקרב מתבגרים. מדובר בטיפול באמצעות גירוי מגנטי, שנמצא יעיל בטיפול בדיכאון במבוגרים. הטיפול ניתן במשך 14 ימי עבודה רצופים למשך כ-20 דקות בכל פעם. ההשתתפות במחקר כוללת מילוי שאלונים והערכה קוגניטיבית ממוחשבת לפני ואחרי תקופת הטיפול.

ידוע כיום שדיכאון הוא מחלה שכיחה במתבגרים (חמישה עד שמונה אחוזים מהמתבגרים סובלים או סבלו מדיכאון). הטיפול בגירוי מגנטי הוא טיפול שהראה תועלת במבוגרים אך המחקר הנוכחי הוא מחקר חלוץ בניסיון להיעזר בטיפול זה באוכלוסיית מתבגרים. יתרון חשוב נוסף הוא שלמיטב הידע הקיים בידי החוקרים, הטיפול כרוך במעט תופעות לוואי. כבר בתוצאות הראשוניות של מחקר זה חלק מהמטופלים נעזרו באופן משמעותי מהטיפול. למרות שמדובר בתוצאות ראשוניות ביותר, האפשרות להרחיב את דרכי הטיפול בהפרעה קשה ומורכבת זו היא מעודדת.

אובדניות. כמו כן, הסיכוי כי חולי תחלואה כפולה יהפכו לחסרי בית או יורשעו בפלילים גבוה משמעותית מאשר בקרב שאר אוכלוסיית חולי הנפש והאוכלוסיה הכללית.

מתוך ההכרה בחומרת הבעיה ובצורך בהתייחסות מיוחדת לצורכי חולים אלה, החל בחודש האחרון בבית החולים גהה, מקבוצת שירותי בריאות כללית, פרויקט חדש של שיתוף פעולה בין בית החולים לבין הרשות למלחמה בסמים. במסגרת הפרויקט שולבה בצוות מחלקות האשפוז מדריכה מטעם הרשות המגדירה עצמה כ"מכורה נקייה משוקמת". מטרת עבודת המדריכה היא להוות דוגמה אישית למאושפזים, כי שיקום מהתמכרות הנו בר ביצוע ולהתוות דרך של הזדהות ועזרה הדדית. המדריכה מנחה קבוצות תמיכה ייחודיות לחולים אלה ופועלת להעלאת מודעות הצוות ולחינוך החולים בנושא. כמו כן, היא משתתפת באופן קבוע בשיבות הצוות ובביקור חולים, דבר המקנה לה הכרה בהשתייכות לצוות המטפל.

פרויקט זה התאפשר כתוצאה של תרומה מטעם הרשות למלחמה בסמים, מתוך הבנה כי על הטיפול בבעיית התחלואה הכפולה להיעשות בצורה של שיתוף פעולה רב תחומי ומתוך חשיבה ארוכת טווח.

יום עיון בטירת הכרמל: זכאות לייצוג משפטי של מאושפזים בכפייה בועדות פסיכיאטריות מחוזיות

במרכז לבריאות הנפש טירת הכרמל נערך לאחרונה יום עיון בשיתוף עם אנשי הסנגוריה הציבורית מחוז חיפה והצפון, לקראת ייצוג המשפטי של מאושפזים בצו, בועדות פסיכיאטריות מחוזיות.

כניסתו לתוקף של סעיף 29 א' לחוק טיפול בחולי נפש הושלמה עם החלתו בימים אלה על בתי חולים פסיכיאטרים בחיפה והצפון. מדובר במהפכה של ממש בזכויות החולה, כאשר כל חולה המאושפז באשפוז כפוי זכאי לקבל על פי בקשתו ייצוג משפטי מטעם המדינה, בוועדה הפסיכיאטרית המחוזית ובדין בערעור על ההחלטות שלה. הייצוג המשפטי יתבצע ללא תשלום על ידי הסנגוריה הציבורית לאלה המאושפזים על פי צו של בית המשפט בתיק פלילי, ועל ידי המחלקה לסיוע משפטי למי שאושפז בכפייה על פי הוראת הפסיכיאטר המחוזי.

ביום העיון שאורגן על ידי **ד"ר אלה שיינקמן**, סגנית מנהל המרכז, ו**ד"ר אורנה אליגון דר**, אחראית על תחום הפסיכיאטריה בסנגוריה הציבורית מחוז חיפה, השתתפו מנהלי מחלקות, מנהלי מרפאות והנהלה הרפואית של המרכז, סגנית סגנו מחוזי חיפה ועורכי דין נוספים מהסנגוריה הציבורית, שדנו ביישום החוק.

אנשי הסנגוריה הציבורית הציגו את מהות החוק החדש והשלכותיו על המקצועות הרפואיים והמשפטיים. המשתתפים דנו כיצד להביא את הזכות החדשה לידיעת כל אחד מהמאושפזים וקרוביהם, המשמעות של ייצוג בוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, וסוכם על דרך עבודה משותפת כדי למצות בצורה מקסימלית את זכויות החולה ולמזער פגיעה בחופש הפרט.

בעקבות החלטת התקנה החדשה מציעים הנהלת המרכז ומנהלי המחלקות למאושפזים בכפייה במרכז, לפנות לקבלת הסיוע המשפטי כבר עם קבלתם. **ד"ר אלכסנדר גרינשפון**, מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת הכרמל, אמר כי במדינה נאורה זכאי כל אדם לסיוע משפטי ועל הרופאים לקבל זאת בברכה. טיפול בכפייה, אף שהוא נעשה לטובת החולה, חשוב שיתבצע בדרך ששומרת על זכויותיו ונותנת לו הרגשה שיש מי שמקשיב לדעתו.



מהפכה או מפח נפש

פנינו למספר אנשי מקצוע מובילים מתחום הפסיכיאטריה בישראל כדי לשמוע את דעתם על החלת הרפורמה בבריאות הנפש, וגילינו כי קיימת תמימות דעים כי רפורמה אכן דרושה, השאלה היא איזו. הדעות חלוקות לכאן ולכאן, בין התומכים, שמבקשים ליישם את התכנית ולחכות בסבלנות עד שזו תוכיח את עצמה, לבין המתנגדים, שמתלוננים על שמסמכי הרפורמה שמוגשים כיום לחקיקה הם מעוותים, מסורסים מתוכנם המקורי ומתפישה מקצועית נכונה. היכנו ל-1.1.07

רינת אלוני

"תמיד נוכל לשפר את הטעון שיפור"

ד"ר יעקב פולאקביץ, ממלא מקום ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, עושה תחילה סדר בדברים. הרפורמה בבריאות הנפש, הוא אומך, מיועדת לשנות את תפישת העולם הבסיסית כלפי נפגעי הנפש, ולחבר בין גוף ונפש. הרפורמה היא רפורמה ביטוחית, אשר מעבירה את האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים.

בשנת 1995 נכנס לתוקפו חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק שנה קודם לכן. תחום בריאות הנפש לא נכלל במסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ונוותר בתוספת השלישית, קרי באחריות המדינה, מתוך כוונה לשלב בתוך מספר חודשים. תהליך זה לא קרה אז במרוצת 12 השנים שחלפו מאז, למרות החלטת הממשלה פעם נוספת בשנת 2003, ולא קרה עד כה. מועד החלת השינוי נדחה מספר רב של פעמים.

בפברואר 2006, החליטה הממשלה על יישום הרפורמה הביטוחית והמועד שנקבע הוא 1.1.2007, במועד זה אמורה האחריות הביטוחית

שמצבם הרפואי יציב מאשפוז ממושך "ומיותר" בבית חולים לשיקום בקהילה; 3. העברת האחריות על הביטוח הרפואי של חולי הנפש מהמדינה לקופות החולים. העברה זו אמורה לשלב את הטיפול בחולי הנפש במסגרות המטפלות בחולים כלליים, ובכך לתרום לשיפור השירות ולהפחתת אות הקלון (הסטיגמה) על חולי הנפש.

אלה הסעיפים הלאקוניים, היבשים, אך מה באמת מסתתר מאחוריהם, כיצד באמת תיראה המציאות היומיומית של פגועי הנפש בישראל לאחר יישומה, ומדוע קמו לה מתנגדים כה רבים? פנינו למספר אנשי מקצוע מובילים מתחום הפסיכיאטריה בישראל כדי לשמוע את דעתם על החלת הרפורמה בבריאות הנפש, וגילינו כי קיימת תמימות דעים כי רפורמה אכן דרושה, השאלה היא איזו. הדעות חלוקות לכאן ולכאן, בין התומכים, שמבקשים ליישם את התכנית ולחכות בסבלנות עד שהיא תוכיח את עצמה, לבין המתנגדים, שמתלוננים על שמסמכי הרפורמה שמוגשים כיום לחקיקה הם מעוותים, מסורסים מתוכנם המקורי ומתפישה מקצועית נכונה.

בריאות הנפש היא אחד התחומים הרפואיים המזנחים ביותר בישראל מזה שנים רבות. הטיפול הפסיכיאטרי עבר שינויים רבים לאורך השנים בעולם ובישראל, והדגש מתחלף בהדרגה מטיפול במערכות אשפוז לטיפול קהילתי. מעבר זה התאפשר עקב כניסתן של התרופות נוגדות-הפסיכוז, ולנוכח התעוררותן של תנועות חברתיות, שדגלו בשילוב חולי הנפש בקהילה ובהגנה על זכויותיהם. אולם התשתית החברתית והרפואית האמורה להתמודד עם מעבר זה לוקה בחסר. מספר חולי הנפש עולה בהתמדה, השירותים הקהילתיים אינם מפותחים וחסרות אמות מידה קליניות המגדירות את הצורך באשפוז. על מנת להתמודד עם בעיה זו הוקמו בשנים האחרונות מספר צוותי עבודה במינוי של מנכ"ל משרד הבריאות, שהמליצו על רפורמה מקיפה בשירותי בריאות הנפש בישראל. עיקרי ההמלצות כוללים: 1. שינוי במבנה שירותי בריאות הנפש תוך שימת דגש על טיפול קהילתי וצמצום ניכר של מיטות האשפוז הפסיכיאטריות; 2. תוספת תקציב ייחודית לצורך שיקום נכי הנפש. תוספת זו אמורה לאפשר את העברתם של חולים

**ד"ר פולאקביץ'
"חשוב להדגיש
כי למרות
שמשרד
הבריאות חדל
להיות ספק
השירותים, הוא**



**אינו מתנער מאחריותו על רמת
וטיב השירותים הניתנים, וימשיך
לבצע בקרה ופיקוח על הנעשה.
במסגרת ההסכם, קיבל משרד
הבריאות תקנים לבקרה ופיקוח.
תוספת זו לבקרה היא בנוסף
לבקרה הקיימת גם כיום במחוזות.
ועדת הרפורמה מודעת לצורך
בבקרה, ותדאג שהאצבע תישאר
על הדופק"**

עם זאת, מדובר ברפורמה חיובית. אין לשכוח, כמו כן, שמדובר ברפורמה בהתפתחות ושתמיד נוכל לשפר את הטעון שיפור."

**"אנטי רפואי, אנטי שבועת היפוקרטס,
אנטי טיפולי"**

ד"ר פולאקביץ' מדבר על "חששות מהשינויים" ומבקש זמן, אך מתברר שיש מי שחרד ממש מיישום הרפורמה ומתנגד לה נחרצות במתכונתה הנוכחית. מדובר במי שהיה שותף לכתיבת הרפורמה בעבר, **פרופ' שמואל טיאנו**, לשעבר מנהל המרכז לבריאות הנפש גהה, וכיום מנהל הפרייקט הארצי לבריאות הנפש של גיל הניקות.

כבר 12 שנה עסוק פרופ' טיאנו בנושא הרפורמה לתחום בריאות הנפש ובמהלך שנים אלו הוביל מאבק רציף לקיומה. "מאז שאהוד אולמרט, אשר כיהן כשר הבריאות, הביא להצבעה את חוק הבריאות הממלכתי: אולמרט", אומר פרופ' טיאנו, "הבטיח אז שמדובר בפרק א' של החוק, ושבתוך שנתיים יביא להצבעה גם את פרק ב', הכולל את תחומי בריאות הנפש והגריאטריה. מאז, לא קיים אף שר בריאות הבטחה זו. הרפורמה היתה צריכה כבר מזמן לעבור, אך בכל פעם שעמדה לעבור, התפטר שר, נפלה ממשלה, התחלף מנכ"ל במשרד הבריאות. בכל פעם היתה סיבה אחרת, והתחלנו מחדש. עבדנו על הרפורמה שנים ארוכות, אנשי צוות מהאיגוד הפסיכיאטרי ואנשי משרד הבריאות. עבדנו מול - יותר וכן נגד - אנשי

המרפאות הממשלתיות, עד לסגירתן המלאה בתוך ארבע שנים. כדי שלא ייווצר מצב שבו האזרח ייוותר ללא מסגרת טיפולית, ניתנה התחייבות של משרד הבריאות שלא ייסגרו מרפאות עד שלא יפותחו שירותים מקבילים על ידי הקופות. קיימות מספר אפשרויות בנוגע לכך: האחת היא, שהקופות יקנו את המרפאות הקיימות, ימשיכו להעסיק את אנשי הצוות ולפעול במתכונת נוכחית. אפשרות אחרת היא סגירת המרפאות, והעובדים, שלא ירצו לפרוש, ייקלטו בתוך בתי החולים, שבהם ימשיכו לפעול מרפאות חוץ. האפשרות השלישית היא התקשרות של קופות החולים עם יזמים פרטיים שיציעו לקופות לקנות מהם שירותים. הקופה תוכל לקנות שירותים אצל יזם או מרפאה פרטית, אשר יפעלו תחת סטנדרטים קבועים, שייקבעו על ידי משרד הבריאות.

"אנו צופים שבקבות החלת הרפורמה יחול גידול בביקוש לשירותים בתחום בריאות הנפש. כיום, אחוז הציבור המשתמש בשירותי בריאות הנפש עומד על כשני אחוזים מבוגרים ו-0.8 אחוז קטנים מסך כל האוכלוסייה. הצפי הוא שיחול גידול של פי 2-2.5, לכדי ארבעה אחוזים מהאוכלוסייה הבוגרת ושני אחוזים קטנים. לצורך כך קיבלו קופות החולים תוספת תקציבית, בכריסה של ארבע שנים, מעבר לתקציב המחושב על פי היקפי השירות כיום. תקציב זה ישולם לקופות החולים. כן יינתנו תקציבים נוספים, לצורך פיתוח שירותים. קופות החולים לא מרוצות מהתקציב הנוסף וטוענות שאינו מספק לאור הצפי בגידול בצריכת השירותים. בנוסף מעלות הקופות השגות על אופן התקצוב והערכת השירותים הניתנים מבחינה כלכלית. בהסכם נקבע, לדוגמה, ששעת טיפול ממוצעת שווה 160 שקל, בעוד שהקופות טוענות שהעלות היא 180-200 שקל.

"חשוב להדגיש", מציין פולאקביץ', "כי למרות שמשרד הבריאות חדל להיות ספק השירותים, הוא אינו מתנער מאחריותו על רמת וטיב השירותים הניתנים, וימשיך לבצע בקרה ופיקוח על הנעשה. במסגרת ההסכם, קיבל משרד הבריאות תקנים לבקרה ופיקוח. תוספת זו לבקרה היא בנוסף לבקרה הקיימת גם כיום במחוזות. ועדת הרפורמה מודעת לצורך בבקרה, ותדאג שהאצבע תישאר על הדופק. הרפורמה, אם כן, "יוצאת לדרכה ב-1.1.07, אבל", מסכם ד"ר פולאקביץ', "אין לאיש מאיתנו אשליות שעד תאריך זה ייפתחו שירותים חדשים. ברור לכל, שבתחילה ימשיכו הקופות לקנות שירותים מהמרפאות הקיימות, ושייקח מספר שנים - בהסכם הוגדר פרק זמן של ארבע שנים - עד להתייצבות המערכת במתכונתה החדשה. לא אכחיש שיש לנוגעים בדבר חששות מהשינויים שעומדים להתרחש.

בתחום בריאות הנפש לעבור לקופות החולים. ממועד זה ימשיך משרד הבריאות בתפקידו כמיניסטריין הקובע מדיניות, פיקוח ובקרה ולא ספק שירותים. חוק שיקום נפגעי נפש בקהילה, אשר נחקק ב-2000, קבע שהממשלה תקצה כספים לטובת שיקום נפגעי נפש בקהילה, במטרה לקדם את מצבם של נפגעי הנפש ולאפשר את שיקומם בקהילה. המטרה היא התאמת מסגרת שיקומית התואמת את צורכיהם של נפגעי הנפש, ומתוך תפישה בסיסית, הקוצא משאבים לקהילה לפיתוח שירותים קהילתיים, וצומצם מספר מיטות האשפוז מ-5,200 בשנת 2005 ל-3,150 מיטות בסוף 2006.

"בחודש ינואר 2007", אומר פולאקביץ', "יוצאת לדרכה הרפורמה הביטוחית, שעליה אנו שוקדים כבר מספר שנים. מיוהלת הרפורמה, הכוללת 24 חברים - שמונה מהם נציגי משרד הבריאות, שמונה נציגי הציבור ושמונה נציגי קופות החולים, תלווה את תהליך העברת האחריות הביטוחית לקופות החולים. לצורך כך מינתה המיוהלת תת ועדות, אשר יטפלו בהיבטים השונים הכרוכים בביצועה, וימליצו על ביצוע תיקונים שיידרשו. לאחר שגובשו סעיפי הרפורמה, נחתם ההסכם הבנות בין משרד הבריאות ומשרד האוצר. ההסכם, שנחתם בין משרד הבריאות והאוצר, בעקבותיו הוגש תזכיר חוק, יוגש לוועדת שרים לחקיקה ולאחריה יעבור את ועדות הכנסת עד שיאושר כחוק. קופות החולים היו שותפות במרוצת השנים בוועדות ובתהליך. ההסכם זה יעבור תהליך של חקיקה ראשית שסופו בקבלת החוק, הכנסת הטיפול בבריאות הנפש למסגרת התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובכך יעביר את הטיפול לידי קופות החולים. ההסכם זה, כמו הטיטות שקדמו לו, הועבר לכל הגורמים הרלבנטיים", מציין ד"ר פולאקביץ'.

לפי ההסכם, יישארו באחריות משרד הבריאות הנושאים הבאים: שיקום נפגעי הנפש בקהילה, טיפול באוטוטיסטים ומיטות האשפוז בכלא רמלה - בסך הכל 70 מיטות. כל יתר השירותים יועברו לאחריות קופות החולים. קופות החולים אמורות לפתח את מערך השירותים בקהילה, באמצעות הפעלת מרפאות ובאמצעות התקשרויות עם מטפלים עצמאיים. השירותים יינתנו ללא תשלום, פרט להשתתפות מסוימת של המבוטח, מדי רבעון, כמו בכל תחום אחר של רפואה מקצועית. אפשרות נוספת אשר נפתחת בידי המבוטח, מסביר ד"ר פולאקביץ', היא פנייה באופן עצמאי לקבלת טיפול ממטפל עצמאי, שהקופה קשורה אליו בהסכם, בתשלום.

"כפי שמונח בהסכם שנחתם עם האוצר", אומר פולאקביץ', "אנו נאלצים לצמצם בהדרגה את פעילות



פרופ' טיאנו: "ההתלהבות והגאווה שהיו לי על כך שהרפורמה חייבת ועומדת להתקיים, הפכו לחרדה בשל המסמך שעליו הולכת הכנסת להצביע. הנוסח שעומד כיום להצבעה לא נערך ולא עובד עם אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, לפחות לא על ידי המייצגים אותו. המחשבה המובילה היא כלכלית בלבד. אין לי התנגדות לחשיבה כלכלית, אני תומך בה, אבל היא צריכה לענות על שבעת הרפא או, לכל הפחות, אם אין אנו יכולים לעזור, לפחות שנהיה בטוחים שאנחנו לא מזיקים. זוהי הובלה לא נכונה של רעיון, שביסודו הוא מתחייב"

הפחות, אם אין אנו יכולים לעזור, לפחות שנהיה בטוחים שאנחנו לא מזיקים. זוהי הובלה לא נכונה של רעיון, שביסודו הוא מתחייב, ביסודו הוא נכון. "אני חרד, מפני שאלה מהאוצר שמחקר במחי יד סעיפים חשובים בהסכם, הם אנשים שאינם מבינים מה שמחקר. רק שיקול כלכלי הם מבינים. הם אינם יודעים אפילו עד כמה הזיקו לציבור שצריך היה ליהנות מהרפורמה.

כיצד לדעתך ניתן למנוע את יישומה של הרפורמה בנוסחתה זו?

"אחרי קריאה ראשונה, תעבור הצעת החוק לוועדת עבודה ורווחה. אני רוצה מאד לקוות שיז"ר הוועדה יזמן את כל האנשים הנוגעים בדבר, העוסקים בדבר ואת אלה שיצטרפו ליישם אותה, כדי לשמוע את דעתם. אני רוצה לבקש מהאוצר שיהיה ביושר לב ואתיקה ויחזיר למקומם אותם סעיפים כה משמעותיים שנמחקו, כדי שבקריאה שנייה ושלישית תצא לדרך רפורמה שיש לה סיכויים להצליח. אי אפשר לפגוע שוב בחוליה החלשה ביותר של החברה – החולים הפסיכיאטריים. כל כך קיוונו שיוכלו להרים את הראש ולהתחיל להרגיש שווים בין החולים. אני חושש, שיקשו איתם עוד יותר במקום להיטיב עימם. אני עצוב וחרד. עם זאת, אינני מצטער על שום מהלך. עבדנו מאוד קשה בהובלת הרפורמה כיוון שהיא מתחייבת והיא חייבת לפרוץ ולהתקיים. החולים צריכים אותה. הפסיכיאטריה חייבת להיות בפנים".

"הכל יסתדר לטובה"

ד"ר אלכסנדר גרינשפון, מנהל המרכז לבריאות הנפש טירת כרמל, הוא מתומכי הרפורמה בעיקר בשל העובדה שלדעתו היא תתקן את הדרוש תיקון בתחום השירות האמבולטורי. לדבריו, "הרפורמה הביטוחית היא הישג חברתי. הפתיחות לבעיות נפשיות ולחולים היא זו שאפשרה לקדם את הנושא ולהוביל לכך שהפסיכיאטריה מתקבלת כאחד ממקצועות הרפואה. מדובר למעשה ברפורמה ביטוחית

בכלל מסמך הבנה, כשה צריך להיות חלק בלתי נפרד מהטקסט. ויש לי דוגמאות נוספות, של דברים שנעשו ללא התייעצות.

"אנחנו היום באמצע נובמבר", מציין פרופ' טיאנו, "ועדיין לא ראינו את הנוסח הסופי של ההסכם. 98 אחוז מאנשי המקצוע לא ראו טיוטה שלו. לא ברור לי מדוע המסמך לא הופץ לציבור המקצועי הרחב, כדי שיוכל לדעת מה הוא מכיל או להגיב עליו. יתרה מכך, לא ישבו בצורה נכונה עם אנשי המקצוע כדי לוודא שחולים אכן לא ייפגעו. אנשי המקצוע המובילים בתחום זה בארץ לא שותפו בתהליך בשלבים החשובים ביותר שהתקיימו בשבועות האחרונים. לא היה דיון פתוח, וחבל, כי זו הייתה יצירה יפה מאוד ונחוצה לחולים ולרפואה בארץ.

לא הבעתם את מחאתכם על כך?

פרופ' טיאנו: "כשהבענו את מחאתנו על כך, לא הקשיבו לנו – לא לאנשי המקצוע ולא לקופות החולים. לצערי, שרי בריאות ומנכ"ל משרד הבריאות – אף אחד לא רצה לעסוק ברפורמה הזו וכולם הניחו זאת לאנשים שהתמנו מטעמם לנהל את המשא ומתן ואת התכנים, מתוך טענה שהנושא מורכב ומסובך. הדברים נעשו בחודשיים האחרונים בצורה מכוערת ולא אתית. אני חושש שהקופות, שבאמת עד לפני שנתיים היו שותפות אמיתיות לתהליך, הסכימו לו, רצו אותו ועזרו להביא ליישומה, הפכו היום, לאחר מה שקרה, ממשתפות פעולה למתנגדות, ואני שומע את זה מראשי הקופות. חבל שהפכו את השותפים למתנגדים.

"ההתלהבות והגאווה שהיו לי", מסכם פרופ' טיאנו, "על כך שהרפורמה חייבת ועומדת להתקיים, הפכו לחרדה בשל המסמך עליו הולכת הכנסת להצביע. הנוסח שעומד כיום להצבעה לא נערך ולא עובד עם אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, לפחות לא על ידי המייצגים אותו. המחשבה המובילה היא כלכלית בלבד. אין לי התנגדות לחשיבה כלכלית, אני תומך בה, אבל היא צריכה לענות על שבעת הרפא או, לכל

משרד האוצר. זו הייתה עבודה סייפית כיוון שבכל פעם הופיעו נערי אוצר צעירים יותר ומבינים פחות. בכל פעם מחדש נדרשנו להסביר מה זו פסיכיאטריה, מהו טיפול פסיכיאטרי, לאנשים שלא מבינים בתחום. בשנתיים האחרונות אני צופה מהצד. צופה בלבד, לא שותף ולא מעורב. "הרפורמה כשלעצמה היא ללא ספק מתבקשת", אומר פרופ' טיאנו. "אין סל בריאות בלי פסיכיאטריה, וכמו שאי אפשר להשאיר בחוץ תחום רפואי אחר, אין לנתק את הפסיכיאטריה משאר המקצועות הרפואיים. הבעיה היא שהמסמך שמוגש כיום לחקיקה הוא מעוות, מסורס מתוכנו ומתפישת מקצועית נכונה. הוא מסמך שקוצץ בחודשים האחרונים ללא התראה מוקדמת, ולא הובא לידיעת קופות החולים או אנשי המקצוע. סעיפים קוצצו ללא שום הגיון מקצועי או הבנה של משמעות הדבר, עד כדי פגיעה באינטליגנציה. חמור מזה: יש במסמך קטעים אנטי רפואיים, אנטי שבועת היפוקרטס, אנטי טיפוליים. כמו מענק עידוד לקופות אשר יצליחו להביא לכך שחולה פסיכיאטרי לא יקבל סל שיקום. זה אחד הדברים האבסורדיים ביותר ששמעתי ברפואה. זה דבר שלא קיים באף תחום אחר של שיקום. זהו מענק עידוד שלילי להבראה ורפואה נכונה. גם הסל עצמו שונה. סעיפים שהיו בו נמחקו לתועלת האוצר, כדי שהאוצר יוכל להרוויח עוד 50, 70, 80 מיליון שקל".

פרופ' טיאנו מונה עוד סיבות להתנגדותו להחלת התכנית בלבושה הנוכחי: "נושא המרפאות שנסגרות, ללא שקם להן תחליף. ואמר בזמנו, שלא תיסגרו מרפאות לבריאות הנפש, אלא אם כן תיווצר אלטרנטיבה, כי הרי אי אפשר להשאיר חולים ללא טיפול. ניסוח זה נעלם מנוסח ההצעה, המועברת לקריאה ראשונה. במקום זה, יצא מסמך הבנה בין מנכ"ל משרד האוצר ומנכ"ל משרד הבריאות, שאכן לא ייסגרו מרפאות עד שלא יקומו אחרות, אבל זה הרי היה קודם, בטקסט המקורי. אז למה מחקו את הסעיף הזה מהמסמך המקורי ולמה להעביר



ד"ר גרינשפון: "ברור שקיים החשש שהקופות ינסו לעגל פינות, לפתח שירותים זולים יותר מאלה הניתנים במרפאות, וכן לפגוע בטיפול. למשל, שרופא יראה מטופל רק פעם ברבעון, שבמקום הצוותים הטיפולים הרב מקצועיים שיש היום, ייתן הטיפול על ידי מטפלים עצמאיים. אולם, אני מאמין שאם ברפואת הכללית מצב השירותים טוב, כך יהיה גם בתחום הפסיכיאטריה"

האחריות לטיפול לקופות החולים, ולפירוק המרפאות הממשלתיות. מדוע אחד בא על חשבון השני, ולא כתוספת? לא ברור כיצד יוקם המערך הקהילתי המעובה שיתן שירות כפול ומשולש מכפי שהיה עד היום. בתחילה דובר על רפורמה מבנית ועל צמצום מיטות אשפוז. נקבעו מדדים לאשפוז פסיכיאטרי ופינוי בתי חולים לחולים ממושכים שמצבם לא הצדיק אשפוז. את זה השגנו. מספר המיטות צומצם, עד שהגיע ל-3,150 מיטות, 0.45 מיטות לאלף נפש. קטן, אך אפקטיבי. כמו כן הותאמו שיעורי כוח אדם מקצועי ותקורתי לצורכי הטיפול בחולים והרפורמה המבנית הושלמה. השלב הבא היה צריך להיות רפורמה בשירות הקהילתי, שיבוא לידי ביטוי בהוספת תקציב, הכפלתו ואף יותר מכך, לשם הגדלת הזמינות והנגישות של הטיפול בקהילה.

"האוצר אמור היה להעביר כסף לקופות, והנה צצה לה התניה ודרישה שהשירות המרפאתי הקהילתי (40 מרפאות), יצומצם בהדרגה בתוך ארבע שנים, יבוטל ויעבור מידי המדינה למפעיל שאינו ממשלתי. יש פירוט כיצד מפרקים. אין פירוט כיצד בונים. אם כן, איך אפשר להכפיל את השילוב בקהילה, אם מפרקים?"

"אני מתקשה להבין את ההתניה של סגירת השירות הציבורי. אני שואל את עצמי האם כל שירות ציבורי אכן הוא בר הפרטה וייתכן ששירות רגיש שכזה, לאוכלוסיה פגיעה שכזו, צריך לדאוג שישאר בידי מפעיל מהימן ללא דופי.

"בנוסף, ההסכם שגובש אינו על דעת הקופות, שרוצות להתבסס על הונדך הקיים ולהעשיר אותו בשירותים נלווים כמו רופאים עצמאיים ומרפאות וירטואליות. אבל אי אפשר למרוח חמאה כשאין לחם. אומרים לנו, 'הירגעו, לא יסגרו מרפאה עד שיקימו אחרות', אבל איך תשרוד היום מרפאה כשחבר הסגירה מונחת על צווארה? כיצד אפשר להמשיך להתקיים כשבכל רגע יכול להגיע צו סגירה? כך מתקבל, ונכון להיום, שירות קהילתי נכה ומצולק, במצב של דמורליזציה. ואני מצר על כך מפני שהשירות הנוכחי הוא איכותי ביסודו, רק שאינו מספק את כל הצרכים. צריך לשפר את השירות

האדם בין מרפאות ואשפוז". לסיכום דבריו אומר ד"ר גרינשפון כי "בסך הכל, הכל יהיה לטובה. הכל יסתדר עם הזמן וברמה טובה יותר".

"לא כל שירות ציבורי הוא בר הפרטה"

פרופ' משה קוטלר, מנהל בתי החולים הפסיכיאטריים באר יעקב ונס ציונה, יושב ראש המועצה הלאומית לבריאות הנפש, ליווה את הרפורמה מאמצע שנות ה-90 ובהמשך עמד בראש הוועדה (שלימים נקראה ועדת קוטלר) אשר גיבשה את עקרונות הרפורמה. גם הוא כמו פרופ' טיאנו טוען כי "המרחק בין המלצות ועדת הרפורמה המקורית ויישומן, כפי שעולה מההסכם כיום, מעלה בי תמיהות ותהיות. משהו", הוא אומר, "הלך לאיבוד בדרך. כמות הטיטות שנוסחו והמהלכים שלא צלחו בדרך לרפורמה בתחום בריאות הנפש יכלו להוביל לרפורמה של כל כלכלת העולם....

"אני עצמי שותף בנסיונות להעביר את הרפורמה זה קרוב לששור. הוועדה שעמדתי בראשה היתה רב מקצועית וכללה נציגים של קופות החולים ושל המקצועות בתחום בריאות הנפש, והגיעה לקונצנזוס באשר להגדרת הרפורמה הדרושה, ומטרתה: לבטל את החיץ בין הרפואה הגופנית ובריאות הנפש, דהיינו לבטל מצב פרדוקסלי שאדם מבוטח בגופו בקופת החולים, ובנפשו - במדינה. כמו כן, לצמצם את ההתמקדות בבתי החולים הפסיכיאטריים ולהעביר את המיקוד לקהילה, כך שבבתי החולים יהיו מאושפזים רק חולים הזקוקים לאשפוז. דהיינו, להפסיק את המצב שבו בתי החולים הפכו למסגרות חיים של מי שאין לו אלטרנטיבה דיורית אחרת. העקרונות אומצו על ידי משרד הבריאות. הבעיה היא במימושם, במתכונת ההסכם הנוכחי. הלא לב ליבה של הרפורמה היה לעבות את הטיפול בקהילה, והנה אנו עומדים מול הסכם מדורג לפירוק הטיפול הקהילתי, שתפקד לאורך חמשת העשורים האחרונים, ובהצלחה.

מהי הבעייתיות העיקרית ברפורמה?

פרופ' קוטלר: "לא ברורה לי הזיקה בין העברת

בגלל שבגדול, חלק מהרפורמה המבנית הסתיים. בתוך חמש שנים הצטמצמו ל-3,150 מיטות אשפוז. בינתיים, נפגע השירות האמבולטורי. בתחילת התהליך היו דיונים על כך שהמדינה תרחיב את השירותים האמבולטוריים בקהילה, אולם במהלכו נפלה החלטה של הממשלה ומשרד האוצר לצמצם את מספר עובדי המדינה. כתוצאה מכך, לא נפתחו מרפאות חדשות שהיו אמורות להיפתח, ותחום הפסיכיאטריה נפגע. היום, נושא השירותים בקהילה הוא עגום. כדי להציל את המצב, באה הרפורמה הביטוחית, אשר מעבירה את האחריות לקופות החולים, שיצטרכו לתת מענה במסגרת הקהילה. כלומר, אם קודם לכן לא היתה לאזרח אפשרות לקבל טיפול בגלל שבמצב הקודם הוא היה נופל בין הכסאות - קופות החולים והמדינה - הרי שהיום יש לו כתובת, והיא קופות החולים. כך, שמי שסובל מבעיה נפשית יוכל לקבל טיפול, כמו בכל תחום רפואי אחר. הרפורמה מציעה תוספת מקובלת לשירות אמבולטורי. רק שחשוב שהשירות ייתן לפי סטנדרטים רפואיים טובים, שאדם יקבל את כל הטיפול שהוא צריך.

"ברור שקיים החשש שהקופות ינסו לעגל פינות, לפתח שירותים זולים יותר מאלה הניתנים במרפאות, וכן לפגוע בטיפול. למשל, שרופא יראה מטופל רק פעם ברבעון, שבמקום הצוותים הטיפולים הרב מקצועיים שיש היום, ייתן הטיפול על ידי מטפלים עצמאיים. אולם, אני מאמין שאם ברפואת הכללית מצב השירותים טוב, כך יהיה גם בתחום הפסיכיאטריה. עם זאת, נשאלת השאלה כמה הדוק יהיה הפיקוח מצד משרד הבריאות, למרות שטיב השירות הוא באחריות המרפאות והדברים הובהרו בהסכם שנחתם."

עם זאת ד"ר גרינשפון צופה בעיות אחרות: "קופות החולים יפתחו מרפאות נוספות ומרפאות החוץ ליד בתי החולים יצטרכו להתמודד עם חולים קשים יותר. זה יגרום לשני סוגים של פסיכיאטריה: בבתי חולים ובמרפאות בקהילה. נכון להיום, בתי החולים הם האופציה היחידה לעשות בה התמחות. צמצום השירותים הניתנים על ידי בתי החולים והרחבת סל השירותים בקהילה עשוי להשפיע גם על רמת ההכשרה של מטפלי העתיד, ויש לתת את הדעת גם על נקודה זו."

לדבריו, הרפורמה מתחוללת בתקופה לא טובה, "תקופה שבה משרד האוצר הורס בצורה אגרסיבית את מכלול השירותים לקהילה שנותנת המדינה. האזרח אמור לקבל הרבה יותר טיפולים, בגלל תוספת התקציב שהמדינה מעבירה לקופות בסך 200 מיליון שקל. מצד שני, יש שירותים שקיומם נמצא בסכנה. גם היכולת הטיפולית והגמישות הכלכלית בתוך בית החולים יצטמצמו ותהיה פחות יכולת לווסת את כוח

חות רלב"ג: "הרפורמה מוסיפה מבחינה תקציבית לשירותים האמבולטוריים 200 מיליון שקל ויוצרת חלון יוצא דופן מבחינת תקציב המדינה. מערכת בריאות הנפש זכתה לרפורמה שהיא באמת אחת היותר משמעותיות בשנים האחרונות"

הזה – להעשיר את המרפאות, לפתוח מרפאות באזורים דלי שירות, לשים דגש על ילדים ונוער. אבל בשלב זה אין תכנית להעשיר, רק תכנית מדורגת לסגירה".

פרופ' קוטלר מצביע גם על סוגיה של תקצוב הרפורמה, "שהיא בהחלט סיכון אקטוארי לא פשוט, כי קשה לנבא ביקושים במתווה החדש. הרפורמה יוצאת לדרכה בתקצוב שלטעמנו לא יספיק. ואם ישימו את קופות החולים בסד כלכלי, ברור מי יהיה זה שיצטרך לשלם את המחיר – אותם מטופלים המהווים את קהל היעד הכי מוחזק ומקופח במדינה. היה מקום לגלות שאר רוח ולבנות תקציב שפורש רשתות ביטחון תחת קופות החולים, אך במקום זאת ציידו אותן מראש בנעליים לוחצות, והקופות אינן ששות להיכנס למהלך".

לסיכום אומר פרופ' קוטלר: "מערכת בריאות הנפש במדינה היא מהאיכותיות בעולם המערבי, אך היא מוחזקת והינה בן חורג במשפחת הרפואה. הגיעה השעה להעדרה מתקנת שתמחק את האפליה של עשרות השנים שחלפו. דווקא במדינת ישראל רוויית הלחצים והטראומות, שהפכו לשגרת חיינו, אנו זקוקים למערכת בריאות נפש אפקטיבית וכוללנית. ההזדמנויות בפתח והאפשרות לשינוי קרובה מתמיד – אני קורא לכל קברניטי המערכת הממשלתית לא להחמיץ את ההזדמנויות לשרדוג המערכת ולהתאמתה לצרכים האמיתיים של מדינת ישראל".

"אחד המהלכים הערכיים והצודקים שנעשו במשרד הבריאות"

חות רלב"ג, סמנכ"ל תכנון, תקצוב ותכנון במשרד הבריאות מספרת כי הגיעה למשרד הבריאות במחצית שנת 2004, אחרי 18.5 שנים במערכת הבנקאית. אחד הפריזיקטים המרכזיים

שבהם עסק המשרד באותה תקופה היה הרפורמה בתחום בריאות הנפש. "מאז הגעתי למשרד, אני עוסקת בפריזיקט זה באופן אישי ומעמיק, בצורה מאוד אינטנסיבית, בסיוע צוות גדול של אנשי מקצוע", מעידה רלב"ג.

"תחום בריאות הנפש הוא אחד התחומים המקופחים ביותר מבחינה תקציבית. הפערים בין הצרכים ובין האמצעים שסופקו לקיומם, היו גדולים, והולידו בעיות קשות בתפעול השוטף וחוסר יכולת לספק שירותים ברמה נדרשת. כעת נכנסת לתוקפה הרפורמה, שמבחינה תקציבית מוסיפה לשירותים האמבולטוריים 200 מיליון שקל ויוצרת חלון יוצא דופן מבחינת תקציב המדינה. מערכת בריאות הנפש זכתה לרפורמה שהיא באמת אחת היותר משמעותיות בשנים האחרונות. משמעותית אולי אפילו ברמה של חוק ביטוח בריאות. הרפורמה בעניי היא הזדמנות להיות שותפה אמיתית לאחד המהלכים הערכיים והצודקים שנעשו במשרד הבריאות.

"בהזדמנות זו", מסבירה רלב"ג, "נעשתה הסדרה של המקורות הכספיים בצורה נורמטיבית ותמחור מאפס של כל תחום. במסגרת זו, הגדלו ב-40 אחוז את המקורות למיטה, אשר מיועדים לטיפול תרופתי וטיפול מקצועי ונכון יותר, בזמן אקוטי. תחום האמבולטוריקה תומחר מהבסיס. יצרנו מודל שכולל את כל השירותים הדרוש. המודל גובש לאחר מדידת התנהגות של אלפי מטופלים בחמש השנים האחרונות. גם מערכת השיקום זכתה לתוספות תקציביות.

"כעת, כשהרפורמה מוגשת לחקיקה, ועוד מעט יוחל ביישומה, ינהל משרד הבריאות מעקב אחרי פריסת המרפאות האמבולטוריות. כמו כן עלינו ללמוד כיצד מתממשות התורות המקצועיות, ולבדוק שהמודלים אכן עומדים במבחן וכמובן, שכל סעיפי הרפורמה מיושמים.

הרפורמה, כמו גם הנחיצות בה, זוכה, לדברי רלב"ג, לקונצנזוס של החולים ובני משפחותיהם. עם זאת היא לא שוכחת לציין שלוש נקודות מחלוקת עיקריות ופתרונות לציין: "האחת היא מחלוקת כספית בינינו (משרד הבריאות ומשרד האוצר) לבין קופות החולים. מדובר ב-60-80 מיליון שקל בבסיס וכן סכום חד פעמי לצורך הרחבת המרפאות בסך 30-60 מיליון שקל. להערכתך, תהיה נכונות להשלים בסביבות 50 מיליון כבסיס וסכום נוסף חד פעמי. אני מאמינה שהמחלוקות הכספיות תיפתרנה בהסכמה. לא זה מה שמאיים באמת על העברת הרפורמה, אשר מוערכת ב-1,242,000 שקל – סכום הכסף

שעובר לקופות החולים. 160 מיליון שקל מתוכם הם תוספת ישירה לאמבולטוריקה, תוספת שירותים לקהילה, שאמורה להביא לרווחה ושיפור בזמנים, בנגישות ובאיכות השירותים.

"המחלוקת השנייה נעוצה בתכנית לסגירת מרפאות ופתיחת מרפאות חדשות. בהסכם שחתמנו עם משרד האוצר מצוין שקיימת תכנית לסגירת מרפאות ממשלתיות. שר הבריאות ומנכ"ל המשרד התחייבו שלא יסגרו מרפאות קיימות עד שלא ייפתחו מרפאות חדשות. פרופ' קוטלר ופרופ' אליצור, הציעו מטעם הוועדה האמבולטורית של מנהלת הרפורמה תכנית פריסה לפתיחת מרפאות אמבולטוריות. הדבר טעון מעקב וכן סיוע ורצון של הקופות, אבל מדובר באחת המשימות החשובות הנגזרות מהרפורמה.

"היבט נוסף בעניין זה קשור לעובדי המרפאות. הממשלה התחייבה שלא יפוטרו ולו עובד אחד. התחייבו לקלוט את כל העובדים ולמצוא פתרון לתעסוקתם. לא נראה לי שמדובר בבעיה. כבר עכשו אנו מקיימים פגישות בבתי החולים כדי לעקוב אחרי ההתקדמות בנושא זה. נקודה נוספת נוגעת באנשים שאינם סובלים מבניה פסיכיאטרית, אלא מצויים במצוקה נפשית מסוימת ולגביהם קיים חשש שלא יקבלו טיפול, כיוון שאינם מוגדרים כחולים.

"המחלוקת השלישית, שהיא גם החזקה ביותר, נעוצה בשילוב נושא השיקום במערכת הרפורמה. הוועדה סברה שאין זה לגיטימי לשלב את נושא השיקום ביחד עם הרפורמה, כיוון שמדובר בשני דברים נפרדים. תפישתנו היא שהרפורמה מורכבת משלוש זהויות הקשורות זו בזו, למרות שתהיה הבחנה בין הגופים המבטחים: השיקום נשאר ברשות המדינה, כי אינו רפואי טהור אלא בעיקרו רווחה, בעוד שני הנושאים האחרים עוברים לקופות. הביקורת בנושא השיקום היא לגיטימית, אבל חבל לי על התהודה השלילית שהנושא מקבל. הרפורמה חיונית וחשובה, וגם אם אינה מושלמת – יתרונותיה עולים משמעותית על הביקורת."

לסיכום, ניתן אולי להביט לאחור ולזכור כי 12 שנה חלפו מאז אושרה התכנית להעברת הטיפול הפסיכיאטרי לידי קופות החולים ומאז שנכנס לתוקפו חוק ביטוח הבריאות הממלכתי ב-1.1.95. השאלה הנשאלת היא האם המועד הקרוב, 1 בינואר 2007, יביא עימו בסופו של דבר מהפכה שברכה בצידה או מפח נפש גדול?

כשלים ארגוניים ואידיאולוגיים בדוך לרפורמה

יש להפריד היטב בחשיבה בין השירותים הניתנים לחולה במחלה פסיכיאטרית קשה לבין אלה הסובלים מתסמונות חרדה, דיכאון קל-בינוני או הפרעות אישיות מסוימות. כמו כן יש מקום לדון באינטגרציה בין שטחים אלה

פרופ' חנן מוניץ

כזה מעשר שנים או עומדים בצילן של רפורמות בתחום בריאות הנפש. הצורך ברפורמות בתחום זה בולט לכל הבודק את המציאות בשטח. יש להפריד היטב בחשיבה בין השירותים הניתנים לחולה במחלה פסיכיאטרית קשה לבין אלה הסובלים מתסמונות חרדה, דיכאון קל-בינוני או הפרעות אישיות מסוימות. כמו כן יש מקום לדון באינטגרציה בין שטחים אלה.

השירות האשפוזי – השירות שניתן לפני עשור שנים היה תלוי בית חולים. עם זאת תפקיד בית החולים כמקום של דיור מוגן לחלק מחוליו. גם במחלקות החריפות אחוז החולים הממושכים היה גבוה. הסיבות לכך רבות, ביניהן העלייה המסיבית עם קום המדינה והפתרון האשפוזי לחולי הנפש שהגיעו בגלי העלייה וכן חוסר השקעת משאבים בטיפול האמבולטורי והשיקומי. רצוי להצביע במיוחד על חוסר בשירותי שיקום ובמגבלה קשה בשירותים האמבולטוריים. החוק לשיקום חולי נפש הוא צעד בכיוון הנכון ויש לקוות שהאנטי-

רפורמה בשטח זה לא תתממש ונמשיך במצב הבא לידי ביטוי בחוק שיקום ונכי הנפש, שבו שיקום הוא זכותו של הנזקק. חוק זה אפשר סגירת מיטות מסיביות והעברת הדגש בבית החולים לפסיכיאטריה החריפה ולחולים שזקוקים למסגרת טיפולית של בית החולים. יש לקוות שההבנה שחולה שייך לקהילה ולא לבית החולים תשריש ותיהפך לחלק מרכזי בטיפול בחולה.

השירות לחולה הסובל ממחלות הנפש הקשות, כלל טריאדה של אשפוז, טיפול אמבולטורי ושיקום – גם אם נשמר את הישגי החוק לשיקום חולי חולי נפש, אנו עדיין בבעיה קשה בתחום השירות האמבולטורי. כמות השירות הניתנת אינה עומדת בכל קנה מידה מערבי. נראה

שמשרד הבריאות, האמון על טיפל בבתי חולים, לא השכיל במשך השנים לפתח שטח חיוני זה. המציאות שבה משרד הבריאות הוא אחראי לשטח מסוים, שבו אין לו ניסיון רב, נידונה מלכתחילה לבעיות קשות. בנוסף, המשמעות של חשיבת בית חולים משמעותה אי מתן מענה לצרכים של האוכלוסיה נזקקת לטיפול אך לא לאשפוז. המציאות שהתהוותה קשורה כנראה לדילמות אלו ומשקפת שנות מדיניות שאיננה תואמת לצורכי האוכלוסיה.

השירות לחולה בתסמונות שאין זקוקות לאשפוז בדוך כלל – שטח זה הוא אחד המפגרים ביותר בישראל. רוב מדינות המערב קיבלו את העובדה שרוב הטיפול בחולים אלה צריך להינתן על ידי הרופא הראשוני. רק חלק מהסובלים מתסמונות נפשיות זקוקים לטיפול על ידי גורמי בריאות הנפש. מובן שכאשר ישנו נתק בתוך הרפואה האמבולטורית בין בריאות הנפש ורפואה בכלל, התוצאה הסופית היא מתן מענה רק לחלק קטן מהאוכלוסיה. נתק זה הוא המציאות הנוכחית במדינת ישראל. מעולם לא נלקחה החלטה האם בריאות הנפש היא רפואה ראשונית או שניונית. בתנה שהוצגה לעיל מובן שמדובר ברפואה שניונית. לחלק הזה של הטיפול צורך לפתח כלים התואמים את הנדרש ברפואה ציבורית. כלומר, יכולת לתת מענה בטכניקות הנותנות תשובה לצורך הטיפול של החולים. כדי לעשות זאת בבריאות הנפש, טכניקות הטיפול צריכות להיות ממוקדות, מוכחות יעילות ומתאימות לרוב האנשים הזקוקים לטיפול במסגרת השניונית. המציאות בשטח רחוקה ממצב זה. בולט "חופש טיפול" מוגזם, שימוש בטכניקות שונות שאין תמיד היעילות והממוקדות ביותר. המרחב הטיפולי הזה בתחום המציאות בבריאות הנפש גדול מאשר בכל שטח רפואי אחר.

השימוש במונח "בריאות הנפש" מצביע על תהליך נוסף אשר עשוי להפריע בביצוע רפורמה רציונלית בתחום. השימוש הזה מבטא רצון להתרחק מפסיכיאטריה, תחום בתוך הרפואה, ומבטא תהליכים משנות ה-50 בהן נטה המקצוע

יותר לתחום החשיבה הפסיכולוגית. הנתק הגיאוגרפי תרם ליצירת הנתק הכללי ברפואה. עדיין יש גישות המאמינות שהסטיגמה קשורה לאבחנה ולא לתפישה החברתית של האח, אשר אינה רואה את הנזק למטופל בבידוד המקצוע והחשיבה המקצועית. יתר על כן, אנו חיים בתקופה שבה ההתפתחויות בתחום הבנת פעילות המוח בנורמה ובחולי מאפשרות בניית גשרים להבנות הפסיכולוגיות והרפואיות. אחת מתוצאות הרפורמה בבריאות הנפש צריכה להיות ביסוס הגשר בין הרפואה והמקצוע – יהא שמו אשר יהא – העוסק בהפרעות נפשיות קלות או קשות. במידה שתהליך זה לא יקרה, נמשיך לראות תהליכים המתבטאים על ידי מקצועות כמו רפואת מתנגרים, נוירולוגיה התפתחותית ועוד כאלה שזיפנו בעתיד.

לבסוף, רצוי להדגיש שלגישות הטיפול בחולה שאינו צורך שירותי אשפוז השפעה גם על הטיפול הניתן לחולה קשה. לכן, מן הראוי לזאוג שהחלק האמבולטורי בבריאות הנפש יהיה אינטגרטיבי וייתן פתרון לכל הנזקק. הפיקציה שפסיכותרפיה מיועדת רק לחולים מסוימים משרדת גישות סטיגמטיות ומונעות טיפולים טובים יותר לחולה הקשה ומשפחתו.

על דילמת השיקום: השיקום הניתן במדינת ישראל הוא בעיקרו שיקום פסיכו-סוציאלי ומקומו במשרד הרווחה כמו כל שירותי השיקום. חסר לנו באופן דחוף פיתוח טיפולי שיקום רפואיים. מודל אפשרי הוא זה הניתן לחולים הסובלים מפגיעות באונה המצחית. הספרות עשירה בהתייחסויות לדמיון הרב בין חלק מהסימפטומים בסכיזופרניה ואלה של הפגעים באונה המצחית. ההגמוניה של שיקום פסיכו-סוציאלי בתחום הפסיכיאטריה והבידוד הפסיכיאטרי תרמו עד עתה לעובדה שלא הצלחנו לרתום לזכות חוליו גישות הקיימות היום בשיקום הרפואי.

פרופ' חנן מוניץ, יועץ פסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש, הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית



עם קמח במשורה ובלי נשמה יתרה



**קבלת ההסכם
שנחתם כבסיס
לרפורמה כה מורכבת
ורגישה עלולה
להיות בבחינת בכייה
לדורות וחשוב לכן
לחתור לתיקונו**

פרופ' אבי בליך

מהאוכלוסיה ובמדינת ישראל כ-100 אלף חולים. זוהי קבוצה חלשה וחסרת ישע וראויה לכן לטיפול ולהתייחסות עם נשמה יתרה מהחברה. עם זאת, מרבית הלוקים בהפרעות ובמצוקות הנפשיות "הרוכות" יותר כגון דיכאון, חרדות, תסמונות פוסט-טראומטיות, כפייתיות, הפרעות אכילה, הפרעות אישיות, משברי חיים המלווים במצוקה ועוד, יכולים זכאים לקבל טיפול במסגרת הרפואה הלגיטימית בקהילה. הפחד והרתיעה הקמאים מן ה"שיגעון" השפיעו על תחושות והתנהגות החברה כלפי חולי הנפש מאז ומתמיד. בלשון המעודנת יותר

נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO) מלמדים כי כ-22 אחוז מהאוכלוסיה סובלים בכל שנה נתונה מהפרעה נפשית קלינית. אם לכך נוסיף את המעגל המשפחתי הקרוב של החולים, נקבל שיעור לא מבוטל של אנשים המושפעים מהמצוקה הנפשית והשלכותיה. ראוי לציין כי אין מדובר במקשה אחת של הפרעות (כפי שאין הדבר כך במחלות הגופניות) וכי ה"גרעין הקשה" של ההפרעות הנפשיות, כמו הסכיזופרניה ופסיכוזות אחרות, אשר מאופיינות בדרך כלל במהלך קשה וממושך, עם צורך לעתים באשפוז ובטיפול וסיוע מתמשכים, מונה כ-1.5 אחוז

לאחרונה נראה שאנו עומדים בפיתוח של עידן חדש בכל הקשור לטיפול בהפרעות ובמצוקות הנפשיות במדינת ישראל. באיחור של יותר מעשור, מאז נכנס לתוקף חוק ביטוח הבריאות הממלכתי ב-1.1.95, אמורים שירותי בריאות הנפש לעבור מאחריות המדינה ולהצטרף למשפחה הלגיטימית של שאר תחומי הרפואה הגופנית שבאחריות קופות החולים. מדובר ברפורמה מורכבת שראוי לא להקל ראש בהשפעתה על בריאות הציבור ובחשיבותה החברתית והמוסרית לחברה הישראלית.



פרופ' בליץ: "במהלך כה מורכב של רפורמה מבנית ועם השלכות חברתיות לא מבוטלות, ייתן מרווח מסוים של משאבים שיבטיחו יישום אופטימלי ככל שניתן. לעומת זאת, התקצוב בחסר מבטיח אי ודאות, לחצים ומשחקי כוחות עם משקל יתר להיבט הכלכלי על חשבון זה המקצועי, הרואה את טובת החולים ועם נזק מצטבר לאחרונים"

של היום אנו מייחסים את הרתיעה הזו לסטיגמה. אחת מקריאות התגר ציון דרך חשוב בשבירת מחסום זה הוצבו על ידי הרופא הפריזאי פיל, אשר בעידן המהפכה הצרפתית (איך לא) התיי, בפעולה הפגנתית, את חולי הנפש הכבולים מאזיקיהם ובכך הניח את התפישה שגם אם חולי הנפש מנוכרים למהותם ולחירותם, אין מקום לכבילה ולניכור מצד החברה. בעת האחרונה, מזה מספר עשורים, התגבר קולן של תנועות חברתיות שדוגלות בהגנה על זכויות חולי הנפש ובשילובם בקהילה, מהלך שיכול להתאפשר גם תודות לפיתוחן של תרופות נוגדות פסיכזה משוכללות יותר.

ההתקדמות הנמשכת בטכנולוגיות רפואיות (תרופות פסיכיאטריות) ופסיכו-סוציאליות (פסיכותראפיות והתערבויות משקמות לסוגיהן) מאפשרות לנו לתת סיוע ממש ומזור ראוי למרבית הלוקים בהפרעות הנפשיות, לכן מה רב התסכול על כך שחלק גדול מהם כלל לא מגיע לטיפול. בדיכאון, למשל, מחלה עם סבל רב וסיכון אובדני מוחשי מחד ועם יכולת לטיפול וסיוע ממש מאידך, רק פחות ממחצית החולים פונים לטיפול. ניתן לצפות, שמתן הטיפול הנפשי במסגרת המקובלת של הרפואה הגופנית, כלומר במסגרת הקופות המבטחות, תפחית את הסטיגמה, תגביר את הזמינות, הנגישות והאיכות של השירותים ותעודד ותאפשר ליותר נזכרים לעזרה נפשית, לפנות ולקבל טיפול.

הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש במדינת ישראל נועדה לענות על חלק מהבעיות, המגמות והצרכים שהוזכרו: ראשית, בוצע במהלך השנים האחרונות צמצום של אלפי מיטות פסיכיאטריות עד לסך של 3,150 מיטות, אשר מבטא יחס של 0.45 מיטות לאלף נפש (נמוך ממרבית הארצות בעולם המערבי). מאושפזים רבים הופנו להמשך טיפול ושקיום בקהילה, כאשר הכוונה היא ליעד את האשפוז בבתי החולים בעיקר לחולים הפעילים והקשים יותר, שאין אפשרות מעשית להשימם בקהילה. שנית, חוק השקיום לחולי נפש בקהילה (מינואר 2001, ביוזמת ח"כ תמר גוז'נסקי)

מבטיח סל שיקום בקהילה לכל מי שמוגדר על ידי הביטוח הלאומי כבעל נכות של 40 אחוז ומעלה והינו חוק חברתי חשוב שניתן להתברך בו. שלישית, הצלע החסרה עדיין הינה זו של מרפאות ושירותים קהילתיים, אשר קיימים כיום בממדים חסרים, רובם באחריות המדינה. ההעברה המתוכננת של שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים כרוכה בציפייה כי הקופות הן שתפתחנה את השירותים האלה, זאת לנוכח הנחת עבודה ששיעור הפונים לטיפול נפשי יגדל מכשני אחוזים מהאוכלוסייה כיום, לארבעה אחוזים בהמשך ובהתאם גם יתקצבו המשאבים הנחוצים.

לנוכח הציפיות הרבות מהרפורמה המתוכננת, מה רב היה התסכול והאכזבה מההסכם שנחתם לא מכבר בין משרדי הבריאות והאוצר ובו הכתיב האוצר את עקרונות הפעולה המוכרים שלו בהתנהלות מול מערכת הרפואה: תקצוב בחסר ודרישה להפרטה, אשר מעמידים צל כבד על האפשרות ליישם רפורמה ראויה. למרבית הצער, ניתן לומר בסבירות גבוהה למדי שהמהלך כולו יוצא לדרך בתנאים של תקצוב חסר משמעותי, זאת, כשניתן היה לצפות שבמהלך כה מורכב של רפורמה מבנית ועם השלכות חברתיות לא מבוטלות, ייתן מרווח מסוים של משאבים שיבטיחו יישום אופטימלי ככל שניתן. לעומת זאת, התקצוב בחסר מבטיח אי ודאות, לחצים ומשחקי כוחות עם משקל יתר להיבט הכלכלי על חשבון זה המקצועי, הרואה את טובת החולים ועם נזק מצטבר לאחרונים. בין השלכות הצפויות, לאור ההסכם שנחתם, ניתן לחזות: קשיים תקציביים של בתי החולים הפסיכיאטרים שתמהיל החולים שלהם קשה ובעייתי מפעם; קשיים דומים בהתנהלות מרפאות עם פגיעה בזמינות השירות ובסל הטכנולוגיות הטיפוליות המוצע לחולים; פגיעה קשה בהתמחות ובהכשרה של מטפלים ראויים ועוד.

כשל מרכזי נוסף בהסכם, עד לכדי סטירה בוטה לרוח הרפורמה, הוא היעדר התייחסות למרכיב החיוני של פיתוח השירותים הטיפוליים בקהילה.

יתרה מכך, בהסכם מפורטת תכנית לצמצום וסגירה של המרפאות הקיימות לבריאות הנפש שבאחריות המדינה, מערך שנבנה במשך שנים ואשר מספק שירות איכותי וללא תחליף לאוכלוסייה חלשה, זאת ללא כל התניה מפורשת ותכנית מפורטת להקמת שירות חליפי הולם. איזו הצדקה יכולה להיות למהלך הרסני כזה, בעיצומה של רפורמה כה רגישה, ובשם עיקרון בלתי מתפשט, לא במהות ואף לא בתזמון, של הפרטה. לאנשי האוצר הפתורנים. האם באמת לא ניתן לחתור להעברת הבעלות על המרפאות באופן מתוכנן בשלב מאוחר יותר, תוך המשך מתן רצון של שירות איכותי וחיוני לנזקקים, בד בבד עם רצף תעסוקתי לעובדים מסורים ואיכותיים שבמערכת.

ואם בהפרטה עסקינו, חשוב גם למנוע פגיעה במחויבויות מוסריות וייחודיות של החברה הישראלית. דוגמה לכך הן ההוסטלים הפסיכוגריאטריים לניצולי שואה אשר הוקמו (על ידי המדינה וועדת התביעות) לאחר מסע ציבורי חריף לתיקון עוול והזנחה מתמשכים של המדינה כלפי הניצולים החולים, ויש לכן חשיבות מוסרית ומקצועית מהמעלה הראשונה כי אלה יישארו באחריות המדינה.

מה הלאה? גם אם נראה בשלב זה שרכבת הרפורמה יוצאת לדרך ונטיית הלב היא לברך על כך, אנו נותרים עם חששות כבדים שמדובר ברפורמה נכה. קבלת ההסכם שנחתם כבסיס לרפורמה כה מורכבת ורגישה עלולה להיות בבחינת כבייה לדורות וחשוב לכן לחתור לתיקון. אם לא תמצאנה ההבנה, הרגישות והתעוזה הנדרשות לתיקון ההסכם בקרב המשרדים המעורבים, עוברת צומת ההכרעה לכנסת, שבה יידרש אשור ההסכם בחקיקה. ראוי לעשות כל מאמץ על מנת שהמחוקק יהיה מודע לכשלים שבהסכם ויבטא את מחויבותו לציבור בכך שלא יאשר אותו. במקרה כזה נידרש כולנו לעמוד על המשמר שנושא חיוני זה יישאר על המדוכה ולא ידחק חלילה להקפאה ממושכת, שפירושה המשך הכרסום במערכת בריאות הנפש ומניעת טיפול הולם מהנזקקים והזכאים לו על פי חוק ועל פי החלטות ממשלה. עלינו לדרוש מהשותפים העיקריים – משרדי הבריאות והאוצר והקופות המבטחות – לגלות רצון טוב ונחישות להגיע בהקדם להסכם ראוי. הסכם, שלבד ממנות הקמח הסבירה, יבטא רגישות, מחויבות ונשמה יתרה כפי שיש לצפות בתחום הרגיש של בריאות הנפש.

פרופ' אבי בליץ, יו"ר האיגוד הפסיכיאטרי

עור היתרון

נראה כיום כי הדרך היחידה להביא תוספת משאבים לטיפול הרפואי בקהילה היא דרך העברתו לקופות חולים, מפני שהממשלה לא מוכנה להגביר מעורבותה הישירה בהפעלת שירותי הבריאות לפרט. לקופות החולים יש תשתיות בכל הארץ, ניסיון בהפעלת שירותים או רכישתם מגרמי חוץ. כאשר הבעלות, הסגל, התפעול והתקציבים נתונים בידי משרד הבריאות, בקרת השירותים היא בלתי אפשרית. לעומת זאת, קופות החולים נתונות בצבתות בין הממשלה המפקחת לבין הצרכנים וארגוניהם, שתובעים שירותים יעילים וטובים, ושתי הצבתות יכולות להסתייע בערכאות משפטיות



פרופ' אלי שמיר

חסרת תקדים בישראל ובעולם למחלת הסרטן, והיא נדונה בפתוחות ציבוריות. סלבריטאים חושפים באומץ סיפור מאבקם בכלי התקשורת, מעניקים כוח לחולים להתמודד בגבורה... (נאוה ענבר, דוברת האגודה למלחמה בסרטן, "דה מרקר", עיתון כלכלה ועסקים של "הארץ" (29.11.06)

בשנים האחרונות, במסגרת הרפורמה המבנית, נסגרו כמחצית מיטות האשפוז הפסיכיאטרי, וחולים (בעיקר הממושכים) יצאו מבתי החולים

הנפש נפוצה מאוד, בדרגות שונות של חומרה והימשכות, ובמדינות המפותחות היא מתקרבת למקום ראשון ויוצרת "עומס תחלואה" המעיק על החברה. מתחייב אפוא שינוי התייחסות: שחרור מפחד משתק מפני "שיגעון" ושיבושים מסתוריים, שחרור מהתעלמות והכחשה, סטיגמה והרחקה, ומעבר לפחד "חייבי" המנוגב למאבק במחלות, להקצאת משאבים ראויים, ולאחידה חברתית, בדומה לתחלואות הסרטן: "בעשורים האחרונים התרחשה מהפכת מודעות

המונח "רפורמה" - שידור מערכות - הוא שחוק ועמוס. בתחום בריאות הנפש מונים כיום שלוש רפורמות: מבנית, שיקומית וביטוחית. שלושתן כרוכות זו בזו ונובעות מרפורמה בתודעה והתייחסות היחיד והחברה לתחלואת הנפש: הפנמת המודעות כי היזקקות לתרפיה נפשית (תרופתית או אחרת), וגם לשיקום, אינה שונה מהותית מהטיפול בכלל תחלואות הגוף (כלומר, מבוססים על מחקר מדעי וניסיון מקצועי עשיר); מודעות כי תחלואת

המיוחדים ומבודדים. רובם נקלטו במסגרות שיקום. רפורמת השיקום נועדה לתת תמיכה פיזית ומקצועית לכי הנפש בדיוק, תעסוקה ותרבות פנאי, כדי שישתלבו בחברה הנורמטיבית בקהילה.

הרפורמה הביטוחית משמעותה העברת ניהול התקציבים והשיחות לכל מבטח שזקק לטיפול בתחלואת נפש לידי קופות החולים, תוך שילוב (שווינו) עם כלל שירותים הרפואיים שבאחריותם. במיוחד, חפא משפחה וילדים, יתפקדו כשומרי סף, כמו בכל תחלואה אחרת. זוהי המלצה מספר אחת, ראשונה בחשיבותה, של ארגון הבריאות העולמי, לכל המדינות, "בשנת בריאות הנפש" 2001, ואכן, כל הרפורמות הללו כרוכות זו בזו ומבטאות את סיסמת אותה שנה: stop exclusion, לבטל את הבידול והדרה של תחלואת הנפש.

הרפורמות המבנית והשיקומית מתייחסות בעיקר לתחלואת הנפש והקשה, שמובילה לרוב לנכות כרונית וכרוכה באשפוז וגם באשפוזים חוזרים, עקב משברים פסיכיאטריים. שתייהן מצויות בישראל באמצע הדרך. במערך האשפוז, חיוני ללכת בעקבות מדינות מתקדמות ולשלב מחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים, להשוואת תנאי האכסניה ומחירים אחידים ליום אשפוז.

הרפורמה השיקומית בישראל קיבלה תנופה רבה בשנים 2006-2001, בעקבות חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה 2000, שהוא מהמציניים מסוגו בעולם. אלא שקצב הגידול המבוקר במספר סלי השיקום ובתקציבים לכך חייב להימשך עוד כמה שנים, כדי לשקם אלפי ממתונים, וותיקים וחדשים, ולשלב בשיקום חולים צעירים, בתחילת הדרך.

השקעות השיקום נותנות פרי הילולים במישור החברתי והכלכלי: בהחזרת טעם החיים לנכה ומשפחתו, בתפוקה למשק של המשפחה, ובהכרה בתעסוקה לסגל השיקום ובחיסכון בימי אשפוז יקרים.

הרפורמה הביטוחית בישראל נתונה בהריון ממושך של 14 שנה מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וכוח אין ללידה. אי אפשר להגים בחשיבות החוקית והמשפטית של המעמד הביטוחי. בפועל, במשך "שנות ההריון" (וגם לפני כן), תחלואת הנפש, בעיקר שירותי הקהילה, נפלה בין הכסאות. גם הממשלה וגם הקופות התנערו ממחויבותן, בגלל פיצול אחריות הרסני בין "התוספת השנייה" ל"תוספת השלישית" לחוק הביטוח. כל שירות שניתן הוא בחסד, כפוף לתקציבים דלים, שאינם מתעדכנים, וללא אפשרות לסנקציה משפטית בגלל שירות חסר או קלוש. כאשר לקופות החולים אחריות בלעדית על מתן השירותים הרפואיים והפעלת התקציבים, המצב הביטוחי מוגדר וברור. היתרון הרפואי של תפישת האדם ותחלואיו כמכלול אחד הוא עיקרון מוכר וברור.

היתרון התפעולי – לקופות החולים יש תשתיות בכל



פרופ' שמיר: "הרפורמה השיקומית בישראל קיבלה תנופה רבה בשנים 2006-2001, בעקבות חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה 2000, שהוא מהמציניים מסוגו בעולם. אלא שקצב הגידול המבוקר במספר סלי השיקום ובתקציבים לכך חייב להימשך עוד כמה שנים, כדי לשקם אלפי ממתונים, וותיקים וחדשים, ולשלב בשיקום חולים צעירים, בתחילת הדרך"

רחבי הארץ, ניסיון בהפעלת שירותים או רכישתם מגורמי חוץ.

יתרון הבקרה והפיקוח – כאשר הבעלות, הסגל, התפעול והתקציבים נתונים בידי משרד הבריאות, בקרת השירותים היא בלתי אפשרית. לעומת זאת, קופות החולים נתונות בצבתות בין הממשלה, כגורם מתכנן מדיניות ומפקח, לבין הצרכנים וארגוניהם, שתובעים שירותים יעילים וטובים, ושתי הצבתות יכולות להסתייע בערכאות משפטיות.

משאבים למימוש הרפורמות

נראה כיום כי הדרך היחידה להביא תוספת משאבים לטיפול הרפואי בקהילה היא דרך העברתו לקופות חולים, ממפני שהממשלה (בצדק) לא מוכנה להגביר מעורבותה הישירה בהפעלת שירותי הבריאות לפרט.

תכנית הרפורמה הביטוחית שסוכמה ב-2006 מעבירה תוספת משאבים לקופות החולים לתגבור שירותי

הקהילה, אבל עדיין נשאר תת תקצוב משמעותי. התוספת תעלה את חלקה (הרפואי) של תחלואת הנפש בכלל המשאבים הציבוריים לבריאות מחמישה אחוזים ל-5.7 אחוזים, לעומת 12 אחוז ומעלה בארצות מערב אירופה. הציפייה היא שקופות החולים, כאשר התחום מצוי באחריותן המלאה, יגיעו לאיזון הולם יותר של השירותים הרפואיים השונים למבטחיהן, והתחרות ביניהן תתרחם אף היא.

אחת הדרכים לתקן עיוותים בלי לפגוע בקיים היא להזיקק ל"תוספת הטכנולוגיות" שניתנת לסל הבריאות, ששמה המדויק והצודק בספר התקציב הוא "ייעודה להשלמת עלות סל שירותי הבריאות לפי סעיף 13 (א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי".

תחומי תגבור השיחות

ראשית, יש לתת עדיפות להקמת מרפאות לתגבור השיחות באזורי פריפריה שבהם אין כלום או שירות קלוש (למשל אשדוד, עיר בת 200 אלף תושבים).

לחולים במחלות קשות וכרוניות (סכיזופרניה ואחרות), החסך העיקרי הוא בטיפול מרפאתי אינטנסיבי בתקופות משברים פסיכיאטריים, טיפול שיכול במקרים רבים למנוע ולחסוך אשפוזים, זהה לטובת החולה ולטובת המערכת כולה.

תחום הטיפול בילדים ונוער סובל מחסך קשה במיוחד הן בכוח אדם מקצועי והן במשאבים, ובקצה השני, הפסיכיאטריה גם היא זקוקה לתגבור.

חלק ניכר (אולי חלק הארי) של תוספת המשאבים יופנה ל"פסיכיאטריה הרכה" בכל הגילאים: זכאוונות מסוגים שונים, חרדות (כולל חרדות מלחמה וטרור) והפרעות נפשיות אחרות, שבטיפול נאות ניתן לרפאם בלי להגיע לאשפוז או למצבים כרוניים. כיום, חלק גדול מדי מהנפגעים לא מקבלים טיפול כלל או זקקים (בהיקף נרחב מאוד) לשוק פרטי יקר מאוד ובלתי מפותח. ייתכן שרבים יעדיפו עדיין מטפל עצמאי בשוק הפרטי וגם מסלול כזה יתאפשר במסגרת הרפורמה הביטוחית.

והזרה לרפורמה השיקומית. ההצלחה הגדולה ביותר יכולה להיות עם אנשים שנפגעו במחלות נפש קשות כבר בצעירותם (זה שכיח מאוד), אם יינתן לתכנית השיקום סמון כל האפשר לפרצת המחלה, עם האשפוז הראשון ואפילו לפני כן. הסיכוי כאן הוא להציל מהלך חיים שלם, של החולה ומשפחתו. זהו אתגר כבד לחברה. חובתנו אנו, שעברנו את נתיב הייסורים, להעביר את התחושה שהשיקום, כדלכתו, הוא אתגור הנפש עבור כולם.

פרופ' אלי שמיר, האוניברסיטה העברית, י"ר "עוצמה", פורום ארצי של משפחות נפגעי נפש,

www.ozma.org.il



הסיכוי והאתגר

נציגות הסיעוד הפסיכיאטרי מברכות על הרפורמה ורואות בה מהלך המעמיד את המערכת בפני אתגרים וסיכויים לפיתוח התחום. התנאי להצלחת הרפורמה, לדידן, הוא בהמשך הפעלתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, הקצאה וניתוב משאבים כספיים וסימונם על ידי הקופות לצרכים הייחודיים בפיתוח השירות הקהילתי

יהודית בורנשטיין, פנינה (פני) ברבלק



יהודית בורשטיין: "כפועל יוצא של הרפורמה הקופות תהיינה מעוניינות במניעת/ הפחתת אשפוזים. מצב זה יאפשר פיתוח יזמות במתן שירותים, יביא לתחרות בין ספקי השירות, כשלאחיות חלון הזדמנויות מקצועי להשתלב בשוק היזמים במתן השירותים. היתרון של האחיות בשירות הקהילתי נובע מתוקף הכשרתן המקצועית המאפשר ראייה כוללת וטיפול בצרכים הגופניים והנפשיים של המטופל"

נענים לטיפול, תבצענה ביקורי וטיפול בית; תשתלבה בטיפול שיקומי ותיקחנה חלק בהפעלת מרכזי מידע ומענה לאוכלוסייה. שירותי הסיעוד הפסיכיאטרי יינתנו במתכונות הדומה היום לשירות שמקבלים חולים גופנים כרוניים בקהילה על ידי אחיות. שירות זה של האחיות יכול להינתן במסגרות שונות; רפואה ראשונית, מרפאות מומחים, תחנות לאם וילד, מרפאות לבריאות הנפש ובשירותי השיקום השונים.

האחיות, שהוכשרו בתחום בריאות הנפש והוכרו כבעלות מקצוע מוכר בתחומים כגון טיפול קוגניטיבי, ניהול טיפול, הפעלת קבוצות פסיכו-חינוכיות, איזון תרופתי, ניהול סימפטומים ופסיכותרפיה, תוכלנה לעבוד במסגרות המצויות לעיל כחלק מצוות רב מקצועי, כמו גם לעבוד באופן עצמאי עם הקופות כמטפלות עצמאיות, או במסגרת שתאפשר התקשרות עם מטפלים עצמאיים אחרים להשלמת הטיפול. חשוב לציין כי רוב האחיות בעלות ההכשרה מועסקות כיום בשרותי האשפוז.

כפועל יוצא של הרפורמה הקופות תהיינה מעוניינות במניעת/ הפחתת אשפוזים. מצב זה יאפשר פיתוח יזמות במתן שירותים, יביא לתחרות בין ספקי השירות, כשלאחיות חלון הזדמנויות מקצועי להשתלב בשוק היזמים במתן השירותים. היתרון של האחיות בשירות הקהילתי נובע מתוקף הכשרתן המקצועית המאפשר ראייה כוללת וטיפול בצרכים הגופניים והנפשיים של המטופל.

השירות הקהילתי אשר ייונתן באמצעות הקופות יאפשר הרחבת שעות הפעילות לשעות אחר הצהריים, כמענה לצורכי לקויות ומשפחות. שעות פעילות אלו יאפשרו זמינות רבה יותר למטופלים לקבל טיפול בשעות גמישות יותר, כפי שנהוג בשירות הניתן במחלות גופניות.

מומחיות קלינית

פיתוח התפקיד העצמאי של האחיות בקהילה יחייב את האחיות במקרים דחופים להתמודדות עם מצבי משבר ולקבלת החלטות מהירה, לאיזון תרופתי ואיזון

– בחולי הנפש, ויבטח שווין ורצף טיפולי גופני ונפשי. בעמדתנו נתייחס לרפורמה הביטוחית והשלכותיה על השירות האמבולטורי, שירותי האשפוז ותחום שיקום נכי הנפש בקהילה, אשר יש ביניהם קשר והשפעות הדדיות.

השירות האמבולטורי בקהילה

לצד שירותים לאוכלוסיות הסובלות מהפרעות פסיכיאטריות לא פסיכוטיות (פסיכיאטריה רכה) יידרשו המבטחים להתמודד עם מורכבות וייחודיות הצרכים של קבוצת מטופלים הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות חריפות וממושכות, המאופיינים בחוסר היענות והימנעות מקבלת טיפול, אשר גורמים להחמרה במחלה ולאשפוזים חוזרים. המבטחים יידרשו להקים מערך טיפולי בקהילה שיחזק את הדבקות בטיפול וימנע אשפוזים חוזרים.

בהנחה שהרפורמה תצא לדרך, והמרפאות הקיימות לא תיסגרנה עד אשר יוקמו חלופות, חוק שיקום נכי נפש בקהילה ימשיך לפעול, והכספים שנחסכו באשפוז יוסטו לטובת פיתוח שירותים ותשתיות בקהילה, אזי במציאות החדשה יידרש השירות האמבולטורי כמו גם האשפוזי לעמוד בסטנדרטים מתאימים של תקינה ואיכות כוח אדם. היות שמדובר באוכלוסייה חלשה שאין באפשרותה להגן על עצמה והזקוקה להבטחת קבלת טיפול אמבולטורי הולם, חשוב שהמערכת תבטיח באופן פורמלי טיפול בחולים אלה תוך מחויבות לשינויים המעוגנים בחקיקה.

שירותי הסיעוד הפסיכיאטרי בקהילה יכוונו לאוכלוסיית מטופלים הסובלים מהפרעות נפשיות ממושכות במטרה למנוע החמרת המחלה, מניעת אשפוזים חוזרים וקידום איכות חיים. האחיות, כחלק מצוות רב מקצועי, תעסוקנה בבעולות מניעה, איתור מוקדם של אוכלוסיות בסיכון, ייעוץ והדרכה לשירותי הסיעוד בקהילה וברפואה הראשונית, תבצענה התערבויות של רפואה דחופה במצבי משבר, תעסוקנה בתיאום וניהול טיפול, תתמקדה בטיפול ומעקב, REACHING OUT לחולים ממושכים רב בעייתיים שאינם

הסיעוד בבריאות הנפש מקדם בברכה את העברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש לקופות החולים והאה בכך צעד חברתי ובריאותי חשוב במדינת ישראל. הסיעוד הפסיכיאטרי קידם בברכה ותמך ברפורמה המבנית והשיקומית אשר הכשירו את הקרקע לקראת הרפורמה הביטוחית. תמיכת הסיעוד ברפורמה המבנית נבעה מאמונה מקצועית כי יתממשו שלוש העקרונות הבסיסיים: העברת מרכז הכובד הטיפולי לקהילה ופיתוח השירותים הקהילתיים; הסתרת תקציבים מבתי חולים לקהילה בעקבות צמצום מיטות אשפוז וצמצום תקנים; קיום רפורמה שיקומית הכוללת פיתוח שירותי שיקום בקהילה והסדרת סל שירותי שיקום בחקיקה. התפתחות מדעי המוח, הידע הנוירוביולוגי וטכנולוגיות חדשות מקרבים את הפסיכיאטריה לתחומי הרפואה האחרים. ייחלנו לזמן שבו תהפוך הפסיכיאטריה להיות חלק אינטגרלי משירותי הבריאות והרפואה הכללית ותשולב במרכזים רפואיים כלליים באשפוז ובקהילה. אי לכך אנו רואים ברפורמות הזדמנות ומנוע ליישום תפישות אלו. לתפישתנו, הרפורמה הביטוחית אמורה להסדיר לחולים הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות, לקבל טיפול נפשי בשירות אמבולטורי בקהילה כשם שמקבלת כלל האוכלוסייה ביתר תחומי הרפואה באמצעות הקופות במצבים של חולי גופני. בכך אנו מאמינים שתופחת הסטיגמה הטבועה בפסיכיאטריה

סימפטומים, לתפקידי ייעוץ liaison – לצוותים מקצועיים, לניהול ידע ולהדרכת משפחות מטופלים. לצורך זה יש מקום לפתח מומחיות קליניות בבריאות הנפש והפסיכיאטריה המגובות בסמכויות מקצועיות, כפי שקרה גם בארצות אחרות: יוון, אנגליה, פינלנד וקנדה בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש בארצות אלו.

עד כה, בהתבסס על נתונים שהוצגו על ידי ארגון הבריאות העולמי, מספר האחיות העוסקות בקהילה בבריאות הנפש בארץ נמוך משמעותית מהמקובל בעולם. לאור הצרכים יידרשו ספקי השירותים לפתח ולהכשיר דור חדש של אחיות פסיכיאטריות קהילתיות ומומחיות קליניות שתוכלנה לתת מענה לדרשות המתפתחות בקהילה.

שירותי האשפוז

בתי החולים כיום מתאפיינים בתמהיל מטופלים מורכב; חולים פעילים המגיעים לאשפוז קצר, חולים פעילים באשפוז ממושך, אשר בחלקם סובלים גם מתחלואה כפולה, חולים אלימים, אובדניים, חולים המאופיינים בהתנהגות המסכנת את עצמם וסביבתם ומתקשים בביצוע פעולות חיים חיוניות.

הרפורמה מכוונת למדיניות אשפוזים קצרים המביאים לסבב מיטות גבוה, שיביא לעומס טיפולי גבוה. במצב זה נדרש אבחון מהיר, בנייה והפעלת תכניות לטיפול קצרות מועד, הכנה לשחרור בזמן קצר והפיניה להמשך טיפול ושקום בקהילה. שינויים אלה ותמהיל החולים שצוין מחייבים להפעיל במערך האשפוז אחיות מוסמכות בעלות הכשרה על בסיסית בבריאות הנפש. הכשרה זו מקנה לאחיות סמכויות לקבלת החלטות טיפוליות ומיומנויות בטיפול קצר מועד, בהתמודדות עם מטופלים בעלי תופעות קליניות חריפות, בביצוע אומדנים והתערבויות למניעת סיכונים וסיבוכים, בתיאום טיפול והכנת תכניות שחרור וקישור עם השירותים בקהילה. הרפורמה הביטוחית תביא לשינוי החשיבה הניהולית בבתי חולים, לחשיבה כלכלית, ליצירתיות בפיתוח שירותים ושיווקם, תוך התמודדות בתנאי שוק תחרותי ועמידה בתנאי בקרה.

השינויים המתוארים בבתי החולים מובילים לצורך בשיעורי כוח אדם מותאמים, בהרחבת תפקידה וסמכויותיה של האחיות הפסיכיאטריות, העצמתה והעמקת עצמאותה המקצועית. האמור מחייב תמהיל צוות סיעודי בשתי רמות



פני ברבל: "לתפישתנו, האלטרנטיבה במצב הביניים הקיים היום, טומנת בחובה סכנה לקיבעון ותקיעות שיובילו להרעת המצב על כל היבטיו, לבדלנות והחמרת הסטיגמה בבריאות הנפש"

בלבד; אחיות מוסמכות בעלות קורס על-בסיסי המפעילות מספר קטן של כוחות עזר מיומנים המסייעים בפעילויות "המלונאות" ופעילויות נוספות, שיאפשרו לביצוע על ידי מנהלת הסיעוד ויהיו בביקוה ובהדרכתה של האחיות המוסמכות במחלקה.

שיקום וכי הנפש

חוק שיקום נכגי נפש בקהילה, המבטיח סל שיקום לבעלי נכות של 40 אחוז ומעלה, הוא חוק מבורך ביותר ויש חשיבות רבה להמשך קיומו. באוגוסט 2006 ועדת השרים לחקיקה שינתה את התיקון בחוק ההסדרים והוחלט שתקציבי סל השיקום יינתנו מכוח התקציב שיקצה משרד הבריאות כל שנה לנושא זה. התיקון בחוק נתפש על ידי המטפלים כאיום על קיומו של סל השיקום. אך חשוב לציין שגם קודם לכן, בטרם התיקון לחוק, בתחילת שנת 2006 היינו עדים למצב זמני שבו למרות קיום החוק לשיקום וכי הנפש, החליט מנכ"ל משרד הבריאות על הפסקת פעולת ועדות סל שיקום עקב חוסר תקציב השיקום. החלטה זו נבעה מתוך מגמה לא ליצור מצב של קיום ועדות בלי יכולת לממש את הזכויות בסל השיקום. פועל יוצא של החלטה זו היה שמטופלים רבים נשארו

במערכת האשפוזית מבלי שתהיה היכולת לשחררם לחיים בקהילה. המציאות מוכיחה כי בשני המצבים התוצאות עלולות להיות בעייתיות עם השלכות קשות על המטופלים, המשפחות והמערכת המאשפזת.

האחיות העוסקות בשיקום, כמו אנשי מקצוע אחרים, תהיינה מחויבות מקצועית וחברתית לצל נכון ובאופן יעיל את התקציב המיועד לשיקום ולא לראות בשיקום רק דרך לצריכת שירותים. לצורך זה תידרשנה האחיות להצטייד בטכניקות טיפוליות מקצועיות המגייסות את החלקים הבריאים של המטופל ואשר יסייעו בשיקומו.

על המיניסטריון, המנהיגות הפוליטית והמקצועית באשפוז ובקהילה בבריאות הנפש ועל בעלי עניין אחרים, לדאוג שחוק זה יתקצב כנדרש וימשיך להתקיים. בלעדי הרפורמה השיקומית לא יוכלו להישמר הישגי הרפורמות האחרות שהובילו את בריאות הנפש עד כה להישגים מקצועיים וחברתיים.

לסיכום, אנו רואים את תהליכי הרפורמה והחוק בבריאות הנפש מבורכים. זהו מהלך חברתי חשוב ביותר עם מחויבות ערכית ציבורית הבאה להוציא את הפסיכיאטריה ובריאות הנפש ממעמד חריג וסטיגמטי. זהו מהלך המעמיד את המערכת באתגרים וסיכויים לפיתוח התחום. התנאי להצלחת הרפורמה הוא בהמשך הפעלתו של חוק שיקום וכי נפש בקהילה, הקצאה וניתוב משאבים כספיים וסימונם על ידי הקופות לצרכים הייחודיים בפיתוח השירות הקהילתי.

יש להיות מודעים לחולשותיו של ההסכם ולקשיים העלולים להתעורר ביישומו, יחד עם זאת חשוב שהרפורמה שתצא לדרך תלווה בהערכה ובבקרה ותוך כדי יישומה יאותרו ויתוקנו החולשות. אנו ערוות לקולות המתנגדים העלולים לעצור את התהליך החשוב, ומבקשות להסב את תשומת הלב כי לתפישתנו, האלטרנטיבה במצב הביניים הקיים היום, טומנת בחובה סכנה לקיבעון ותקיעות שיובילו להרעת המצב על כל היבטיו, לבדלנות והחמרת הסטיגמה בבריאות הנפש.

יהודית בורנשטיין, R.N, M.A, אחראית ארצית על הסיעוד הפסיכיאטרי, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות; פנינה (פני) ברבל, R.N, M.A, מנהלת הסיעוד, מרכז רפואי לבריאות הנפש לב השחן, יו"ר העמותה לסיעוד פסיכיאטרי בישראל

אם זה כל כך טוב, למה זה כל כך רע?

12 שנה עובדים על גיבוש "הרפורמה" בבריאות הנפש ולא מצליחים להעביר אותה כי היא רעה מאוד, ועכשיו מנסים להעביר אותה במחטף כדי שהציבור לא יספיק לקלוט עד כמה היא רעה

חנה שטרם כהן

לעגן בחוק את זכות האזרח לטיפול נפשי, כמו את זכותו לטיפול גופני, יצטרכו להחליט האם הסכם זה, אשר שולל מראש מאוכלוסייה רחבה את הזכות לטיפול הולם ולרבים מאוד את הזכות לכל טיפול שהוא, הוא התשובה ליעד שאותו הציבו לנגד עיניהם כאשר פעלו למען מטרה זו.

בישיבת ועדת הכספים מ-22.11.2006 שדנה בתקציב המיועד לרפורמה בבריאות הנפש, שיבח שר הבריאות מר בן יזרי את הרפורמה, אשר לדבריו גובשה על סמך התייעצות "עם כל הגורמים המקצועיים ובהסכמה של כולם!!!". אנחנו, חברי הפורום המקצועי של הפסיכולוגים הקליניים והעו"ס למען רפורמה מטיבה בבריאות הנפש, כנראה לא קיימים, שהרי ה"כולם!!!" של השר בן יזרי משום מה לא כלל אותנו.

ח"כ גלזר, חבר סיעתו, שאלו, "אם זה כל כך טוב, למה זה כל כך רע?", ועבר להקריא בפניו את

הטיפול, ייסגרו. שומרי הסף יהיו רופאי משפחה שאינם מומחים בתחום. בחירת המטפלים תהיה נתונה בידי קופות החולים שישמשו כספקיות השירות וגם כמבטחות – פוטנציאל מובהק לניגודי אינטרסים בין שמירת איכות הטיפול והאספקט הרווחי. הטיפול יהיה פחות נגיש ויהיה מלווה בהכבדה ביורוקרטית על המטופלים. כמו כן תהיה פגיעה בשמירת הסודיות הרפואית.

חברי הכנסת, אשר עמלו להכליל את הפסיכיאטריה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, כדי

בדרך כלל המושג "רפורמה" בא לרמז על תכנית שבאה לעשות מהפך חיובי. התכנית הזו, המכונה משום מה "רפורמה בבריאות הנפש", עוסקת למעשה בחיסול השירות הציבורי הקיים והעברת האחריות לידי קופות החולים במתווה של ההסכם שנחתם ב-17.9.2006 בין משרדי הבריאות והאוצר. על פי הסכם זה, רוב הכוונים היום לבריאות הנפש לא יהיו זכאים לטיפול. התחנות הקהילתיות שפותחו במשך עשרות שנים, וזכות להערכה רבה על איכות





חנה שטרומ כהן: "כדי להבטיח את זכות האזרח לטיפול נפשי אפשר ליזום חוק המעניק זכות אזרח לטיפול נפשי ואין צורך להעמיס את השירות הקיים כטלאי על קופות החולים, אשר אין להן את המבנה הארגוני המתאים, הניסיון והידע שקיים בתחנות הקיימות"

משהו דומה, ואם מתכננים לבנות משהו אחר, מדוע אין פירוט לכך בהסכם, כדי להעמיד את החלופה לבדיקה ציבורית, מקצועית!!!

הדוגמה של ארה"ב

בארה"ב, בתהליך דומה של רפורמה שנעשתה לפני 30 שנה, נסגרו המרכזים הקהילתיים לבריאות הנפש והועברו לחברות הביטוח (HMO). אנשי המקצוע מדווחים לנו על הרס מוחלט של השירות הציבורי, על חסרי בית שממלאים את הרחובות בשל העדר טיפול הולם לחולים חסרי אמצעים, על פער הולך וגדל בין בעלי אמצעים הנהנים מביטוחים טובים לבין חסרי האמצעים שאינם מקבלים דבר.

נושא בריאות הנפש הציבורי נבדק מחדש בארה"ב עקב עלייה מדאגה בהוצאות הבריאות. הוועדה שדנה בדרכים לצמצום הוצאות הבריאות ממליצה להכניס את הטיפולים הנפשיים לשירותי הבריאות הרפואי, לוותר על הסל הנוקשה המתבסס על אבחנות פסיכיאטריות, בשל המסקנה שצמצום הטיפול הנפשי והגבלתו לאבחנות פסיכיאטריות הביאו לעלייה בהוצאות בריאות. כלומר, עלייה בעלויות מעבר לחיסכון.

דו"ח זה, שהתייחס לטיפול הנפשי בהקשר של הוצאות בריאות, משמש בסיס לתומכי הרפורמה הביטוחית בישראל כדי לדחות לחיבור הטיפול הנפשי לטיפול הרפואי. גורמים אלה מתעלמים מהוויכוח הרב הנפרש בספרות המקצועית סביב היתרונות והחסרונות של הכללת בריאות הנפש ברפואה הכללית לבין הקמת יחידות נפרדות. מאמר ברוח זו שפורסם ב"ניו יורק טיימס" ואף הובא ב-24.11.2006 בתרגומו לעברית ב"הארץ", תחת הכותרת "הסוד אינו טוב לבריאות", מדבר על התרומה של מרכזים ייחודיים, רב מקצועיים, לטיפול בבעיות ספציפיות לעומת הטיפול הבלתי יעיל המסופק במסגרת ה-HMO. על אף שמאמר

הבריאות והאוצר. איך זה שמכל ההצהרות, התכניות והעבודה המאומצת נחתם בסופו של דבר ההסכם הנוראי הזה?

העילה המוצהרת לרפורמה, כפי שמופיע בדו"ח ועדת נתניהו, שבה היה חבר גם פרופ' מרדכי שני הממונה על הרפורמה, היא העובדה שחשך שירות הולם בפריפריה וכי "בשל ניגודי אינטרסים" בין משרד הבריאות כמיניסטרו וכספק שירותים, יש להעביר את האחריות הביטוחית של בריאות הנפש לקופות החולים. בעוד שלא היה לאיש מאיתנו חילוקי דעות לגבי הרישא של המסקנה קשה מאד היה להבין את הסיפא. על אילו ניגודי אינטרסים מדברת הוועדה?!! משרדי ממשלה המשמשים כמיניסטרו, שגם מספק שירותים, אינם תופעה יוצאת דופן. ראו משרדי החינוך, העבודה והרווחה או הביטחון. מדוע מתעורר חשש לניגודי אינטרסים דווקא במשרד הבריאות? מה הפוטנציאל להוצאת חוזים שמנים ליזמים פרטיים אם העבודה מתבצעת כולה על ידי עובדי משרד, המקבלים משכורות ממשלתיות? במיוחד תמוהה ההמלצה להעביר את האחריות הביטוחית לקופות החולים אשר ביחס אליהן בהחלט יכול להתעורר חשש לניגוד אינטרסים בין היותן החברה המבטחת כמו גם ספקית השירותים.

מאחורי הקלעים רוחשות שמועות, המחזקות על ידי גורמים במשרד הבריאות, הטוענות כי הרפורמה נולדה ביוזמת משרד האוצר, החפץ באמצעות ההפרטה של בריאות הנפש, לחסוך כסף למדינה. אם נכונה השמועה או לא, האם בדק משרד האוצר את ההשלכות הכלכליות של תהליך זה? מחקרים רבים מדווחים על תוצאות הרסניות כתוצאה מהעברה של רפורמה דומה במדינות כמו ארה"ב, גרמניה, אנגליה ואחרות. האם מודעים קברניטי הרפורמה לעושר הממצאים הללו? האם חישובו במשרד את עלות הסגירה של המערך הקיים ובנייה של משהו אחר? מהו ההיגיון לסגור את הקיים אם הולכים לבנות

מסמכי ההתנגדות של איגוד הפסיכיאטרים, פורום הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים והפורום המשותף של ארגוני הנכים.

כדי לעשות רפורמה אמיתית יש קודם כל לבחון מהם הצרכים שעליהם התכנית החדשה באה לענות, מה קיים היום ומה צריך לשנות כדי להתגבר על הליקויים או החסרים. בתכנית המוצעת אין עדות לכל התהליך הנ"ל.

ההסכם עוסק ברובו המכריע בשאלה כמה ואיך יועבר הכסף לקופות החולים, מה הן הסמכויות שלהן, ומה, איך ומתי ייסגרו התחנות לבריאות הנפש במערך הממשלתי הקיים, שנבנו ותוחזקו במשך עשרות שנים על ידי ציבור עובדים מקצועי ומסור.

מעבר למשפט סתמי המדבר על שמירת רמה מקצועית, אקדמית וכדומה, אין פירוט של הדרישות המקצועיות והמבניות להן יידרשו הקופות. כמה תחנות, איפה ומה יהיו סדרי העבודה בהן, איך ומה עליהן להקים במקום התחנות הקיימות, מה עם עבודת המניעה, הקשר עם גורמי טיפול אחרים בקהילה, כגון שירותי רווחה, קידום נוער, משטרה, בתי ספר וכו', איך תישמר רמת ההכשרה של דור המטפלים הבא?

במשפט קטן אחד בהסכם מצוין כי האוכלוסייה עם הבחנת Z לא תקבל מימון לטיפול. מי שאינו איש מקצוע אינו יודע כי המשפט המרושע הזה שולל את הזכות לטיפול מקבוצה שלמה של אנשים, ללא אבחנה פסיכיאטרית, אשר סובלים ממצוקה בשל אירועי חיים קשים כמו מחלה קשה במשפחה או של הפונה עצמו, גירושין, יציאה לפנסיה או ירידה ביכולת תפקוד בגיל הזיקנה, פגיעה מינית בנשים או ילדים, קשיי הסתגלות בגלל עלייה וכדומה.

החלום ושברו

התכנית הזו היתה אמורה להיות נקודת שיא, הגשמת חלום, בסופו של מאמץ משותף של כל הגורמים המקצועיים והכלכליים במשרדי

זה נוגע בדיכאון, מחלה בעלת קשר חזק בין הנפש והמוח, ניתן ללמוד מדוגמה זו על היתרון במתן טיפול רב מקצועי במרכזים אינטגרטיביים, גישה הנקוטה מזה שנים בתחנות הקהילתיות לבריאות הנפש, המשלבת טיפול רב מקצועי בבעיות נפשיות המקשרות באופן ברור את הגוף, הנפש וההקשר הסוציולוגי.

הטיעון הקולני בבסיס העברה הביטוחית, לחבר את הנפש לגוף, בוחר להתעלם מכך שבתחנות לבריאות הנפש הקיימות יש חיבור ברור בין הנפש והגוף, במרכיביו הרלבנטיים ביותר לתחום בריאות הנפש, אך גם לסביבה ולשירותים אחרים בקהילה. עבודת הצוותים הרב מקצועית של פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים ביחידה אחת, הנמצאים בקשר עם רופאי משפחה, לשכות רווחה, בתי ספר, יחידות לקידום נוער, משטרה, מטות לשעת חירום ועוד, מאפשרת טיפול הוליסטי יעיל לפונים רבים בעלי מצוקה רבת גורמים. ניתוק בריאות הנפש מהטיפול הסביבתי משקף את עמדת קברניטי הרפורמה במשרד הבריאות, אשר החליטו, הרחק מעיני הציבור, למחוק את הזכות לטיפול מאוכלוסיות שלמות של זכאים ולהשאירו לבעלי אבחנה פסיכיאטרית בלבד.

הטענה כי המעבר לקופות החולים יוריד את הסטיגמה, באופן לחלוטין לא מפתיע, לא עומדת בממצאי מחקריים שנעשו בארה"ב, המעידים על כך כי חיבור הטיפול הנפשי במסגרת שירותי הרפואה לא תרם דבר בתחום זה. יש גם להקשיב למטופלים החולים הטוענים כי המעבר לקופות החולים רק יגביר את הסטיגמה. הם מעדיפים להגיע לתחנה שבה כל הבאים בשעריה הם מטופלי נפש מאשר לפגוש בקופת החולים בשכניהם, כאשר הם עומדים בתור לפסיכיאטר. האם מישו מקברניטי הרפורמה טרח לבדוק את המידע שהצטבר בנושא זה במקומות אחרים בעולם? האם נבדקה דעת המטופלים החולים, בסקר שיטתי ואובייקטיבי, מעבר למתן במה לספקולציות שמפיצים אנשי המשרד יחד עם נציג זה או אחר שהמשרד בחר לשמש כמייצגי החולים, כדי להפיץ את המסר הנוח לו, בלי לשאול את החולים אם הם מסכימים לעמדות אלו?

המטרה סומנה ללא בדיקת החלופות

הצוות שהוביל את הרפורמה התבסס על קומץ מנהלי בתי חולים ועל אנשי מנהל, תוך סירוב עקבי לאפשר למאות עובדים מקצועיים להשתתף בתהליך.

י"כדי להכשיר את הלבבות לסגירת התחנות הממשלתיות, לגביהן אין שום תלונה על רמת וטיב השירות, פועלים קברניטי הרפורמה במשך מספר שנים ובשיטתיות להפך לבלתי יעילות באופן שונה. במקום להגדיל את כוח האדם המקצועי בהתאמה להתרבות האוכלוסיה, מצמצם המשרד את כוח האדם וגורם להגדלת התורים. במקביל נעצרה לחלוטין הרחבת פריסת התחנות, בניגוד לנוהג לפני שהתחילו בגיבוש הרפורמה"

סל השירותים הרזה, שנבנה לאותם ברי מזל שיהיו זכאים לטיפול והיה צריך לענות על רצון משרד האוצר לחסוך בעלויות, לספק את דרישת הקופות לכיסוי כספי מספק, לשכנע את הציבור לבלוע את התכנית כרפורמה מטיבה ולהרגיע את העובדים החוששים, דרש מעשה לוליינות בחישוב שעות הטיפול המסופקות במצבים שונים. הסל שאושר בהסכם לא יאפשר את עבודת המניעה, ישיבות התייעצות חיוניות בתוך צוותי התחנות ולא עם גורמי טיפול אחרים. קוצצה שעת הטיפול הנפשי לעומת הגדלת הזמן במוקצב למעקב תרופתי. קיצוץ השעות המוקצב לאבחון פסיכולוגי לא יאפשר לעשות אותם כלל.

סגירת התחנות, ביטול הזכאות לחלק ניכר מהציבור ומתן סל מדולל כל כך, לא יאפשרו להכשיר את הדורות הבאים של מקצועות בריאות הנפש, גם אם ימשיך המשרד לתת אותה הקצבה למתמחים.

כדי להכשיר את הלבבות לסגירת התחנות הממשלתיות, לגביהן אין שום תלונה על רמת וטיב השירות, פועלים קברניטי הרפורמה במשך מספר שנים ובשיטתיות להפך לבלתי יעילות באופן שונה. במקום להגדיל את כוח האדם המקצועי בהתאמה להתרבות האוכלוסיה, מצמצם המשרד את כוח האדם וגורם להגדלת התורים. במקביל נעצרה לחלוטין הרחבת פריסת התחנות, בניגוד לנוהג לפני שהתחילו בגיבוש הרפורמה. הוספת תקנים במבנה הקיים היתה מחסלת את התורים ומאפשרת פריסה נרחבת של תחנות חדשות. לאור זאת מתחזקת התמיהה על שום מה בחרו קברניטי הרפורמה את הפתרון ההרסני, הבזבזי והמסוכן על פני פתרון שעל פניו הוא עדיף

מקצועית וחשכני מבחינה כספית. האם מישו חישב במשרד את עלות הסגירה של הקיים ואת מחיר ההקמה של שירותים אחרים? האם משהו חישב את מחיר מניעת הטיפול בטווח הקצר והארוך, לאור הממצאים על עלייה בפשע, שימוש בסמים, תחלואה ועוד, כתוצאה ממימוש רפורמות דומות?

בשכל הישר אפשר להבין כי הקמת גורם מפקח במשרד הבריאות, שיפקח על מפקחי הקופות, תסרבול ותייקר את השירות.

כדי להסיר ספק מוסיפים תעמלני הרפורמה כי משרד הבריאות לא מסוגל לשפר את השירות ולהרחיבו לכל אזורי הארץ. האם מישו יכול להבין מדוע בכירי משרד הבריאות פועלים בהתלהבות רבה כל כך לוותר על נכסים של המשרד ולהשמיץ את עצמם? קיומן של כ-50 תחנות קהילתיות, שקמו ופועלות ברשות משרד הבריאות, השומרות על רמה מקצועית גבוהה וזוכות לשביעות רצון רבה מאלה שזוכים בשנים האחרונות לקבל בהן טיפול, למרות "היבוש" של כוח האדם, מעיד שהיכולת במשרד קיימת.

לאור ה"ל עולה ביתר שאת השאלה, למי יש תשוקה חזקה כל כך לדחוף למימוש הרפורמה הזו ומדוע? מתחילת העבודה על הרפורמה סומנה המטרה: הפרטה והעברה לקופות החולים, ולכן לא נבדקו חלופות אחרות, לא שותפו אנשי המקצוע שפועלים בקו הראשון עם הפונים. התכנית נעשתה במסתרים, ללא שקיפות וללא ידע הציבור למהלכים המתקדמים בין משרד הבריאות והאוצר.

כדי להבטיח את זכות האזרח לטיפול נפשי אפשר ליזום חוק המעניק זכות אזרח לטיפול נפשי ואין צורך להעמיס את השירות הקיים כטלאי על קופות החולים, אשר אין להן את המבנה הארגוני המתאים, הניסיון והידע שקיים בתחנות הקיימות.

הניסיון להעביר את החקיקה הדרושה לרפורמה במחטף מעלה את הסכנה למימוש מהלך הרסני שלא ניתן יהיה לחזור ממנו כאשר תוצאותיו יאופו במלוא חומרתן בעתיד הקרוב.

יש לעשות הכל כדי לעצור את הרפורמה הנוכחית.

חנה שטרם כהן, פסיכולוגית קלינית בכירה, יו"ר הפורום המקצועי של הפסיכולוגים הקליניים והעובדים הסוציאליים בבריאות הנפש למען רפורמה מטיבה



ואפשר גם כן

חלופות לרפורמה בבריאות הנפש

ד"ר דויד חניניץ

הפורום המקצועי של הפסיכולוגים הקליניים והעובדים הסוציאליים בבריאות הנפש למען רפורמה מטיבה עוקב בעניין רב ובדאגה אחרי המהלכים הקשורים לרפורמה במערכת בריאות הנפש, ולתהליכים התכנוניים והחקיקתיים הנובעים מכך. לאור העובדה שהדיונים שהתקיימו עד לנקודה זו חשפו את הצורך בשיפור הרפורמה המוצעת, שוקד הצוות על גיבוש חלופות לרפורמה וחיזוי תוצאותיהן הצפויות. הנייר הנוכחי הוא תוצר של התהליך החשיבתי המתמשך הזה. הוא נוצר על אף חשיבותם של כל הקריטריונים המופיעים להלן, נראה לנו שמגיע אחד מאיץ את מנהיגי הרפורמה כעת: חיסכון בעלויות. לכן ייחדנו נספח נפרד בנושא העלויות הצפויות מהחלופה המוצעת בהסכם בין משרדי האוצר והבריאות, המטיל ספק על ההערכות הכלכליות שנעשו עד כה.

ראינו לנכון להביא לתשומת ליבם של כל העוסקים ברפורמה בשיחות בריאות הנפש, שלא נבדקו מספיק חלופות למהלכים עליהם הסכימו משרד האוצר ומשרד הבריאות בספטמבר 2006. על אף העיסוק המכוון של אנשי מקצוע כבר עשור, נראה שהעוסקים במלאכה נעולים על דפוס מסוים של שינוי, שעם כל הכבוד ליתרונות שאולי ייב, לא הוכח כמהלך רצוי על פני חלופות אחרות. אין לנו ספק שמן הראוי להביא לשיפורים מועילים במערכת, אך הרפורמה המונחת היום לדיון רחוקה מהמייבט שנוכל להשיג בהינתן המשאבים המוצעים על פי ההסכם.

מוצלחות וישימה יותר מכל הבחינות. תקוותנו היא שהכנסת ותדחה את ההסכם שנחתם, שאולי יכניס משאבים נוספים למערכת המשותפת לתוספת תקציבית כבר הרבה שנים, אך במחיר של פגיעה חמורה בהישגים המרשימים שיש למערכת הקיימת. במקום זאת, יש לבנות על המערכת הקיימת על מנת לצלל את יתרונותיה תוך הכנסת שינויים מועילים במגמה לשכלל ולשפר את הדרוש תיקון.

מבא לניתוח חלופות

להלן יוצגו מספר הגדרות של מושגים והן של החלופות שגובשו עד כה, שבבסיסן ניתוח קצר וההגיון העומד מאחורי העדפה או דחייה של כל חלופה.

הגדרות: הסל המוגדר יכול את כל השירותים הכוללים בסל המוגדר בהסכם בין משרד הבריאות והאוצר. עם זאת, יש להביא בחשבון של גמיש יותר שיאפשר מתן טיפול על פי שיקולים מקצועיים במסגרת תקציב נתון. לאור הניסיון הרב של התחנות הממשלתיות לבריאות הנפש, לא מן הנמנע שהן ייתנו טיפול לאוכלוסיות עם טווח אבחנות יותר רחב ("Z" CODE), כגון טיפול מניעתי בילדים פגיעים בגין מצבי משפחה משבריים כמו גירושין וכו') הניתנים היום ללא צורך בהפניית פסיכיאטר על בסיס המקצועיות שלהן. יש להניח שסל גמיש לא מתאים לקופות החולים שהתרגלו, ואולי בצדק, לעבוד במסגרת סל המוגדר בחוק בתחום הסומטי.

לכל חלופה, להוציא המצב הקיים, מדובר על תוספת תקציבית כפי שנדונה בהסכם בין משרד הבריאות לבין משרד האוצר.

החלופות: השארת המצב הקיים; הרחבת המערכת הקיימת תוך פרישה כלל ארצית; מתן האחריות לכיסוי שירותי בריאות הנפש עבור כל אזרח למרפאות הממשלתיות תוך הגדרת סל כללי וגמיש של שירותי בריאות הנפש; העברת האחריות לביטוח סל מוגדר של שירותי בריאות הנפש לקופות

החולים, עם חובת התקשורת עם המרפאות הקיימות לצורך אספקת השירותים; העברת האחריות לביטוח סל מוגדר של שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, בלי חובת התקשורת עם המרפאות הממשלתיות.

הקריטריונים להערכת החלופות: רציפות הטיפול; גישות לשירותים; מידע וסודיות; עבודה מניעתית; עבודה מערכתית; חיזוק הטיפול והשיקום בקהילה; הכשרה; עלות כוללת; עלות אפקטיביות; עלות תועלת.

חלופה 1: השארת המצב הקיים

השארת המצב הקיים (בתי חולים פסיכיאטריים, תחנות ממשלתיות לבריאות הנפש, סל השיקום). יש מקום לשיפור בתיאום של הטיפול בגלל הפיצול הן במקורות המימון והן במסגרות הטיפול. למרות מדיניות "הדלת הפתוחה", יש תורים ארוכים לקבלת שירות בתחנות לבריאות הנפש. המידע הרפואי נמצא באחריות התחנות ונותני השירות האחרים, ולרוב נשמר בסודיות. התחנות לא מקבלות משאבים לצורך מניעה קהילתית, כך שאין ניצול אופטימלי של פוטנציאל המניעה. היום קשה ליישם גישה מערכתית בגלל פיצול המימון והאחריות בין גורמים שונים, כולל טיפול מניעה ושיקום.

כיום השיקום נופל בין הכסאות ואין גורם שאחראי לבדוק שכל מי שמגיע לו סל שיקום - מקבל. התחנות מבצעות את המשימה הזאת באופן טוב. המערכת מתקיימת במצב של תת תקצוב בהשוואה לצרכים, ועלות כוח אדם במשרות ממשלתיות היא יחסית יקרה. ניתן להגדיל את מספר הנהגים מטיפול גם בהוצאה הנוכחית. אותם נצרכים המתקבלים למערכת מקבלים טיפול יעיל, אך יש דרישה לשירותים שלא מקבלת מענה.

לסיכום, חלופה זאת לוקה בחסר לגבי רוב הקריטריונים החשובים שיש להביא בחשבון בהערכת חלופות לרפורמה בבריאות הנפש בישראל.



ד"ר חניץ: "על אף העיסוק המכובד של אנשי מקצוע כבר עשור, נראה שהעוסקים במלאכה ועולים על דפוס מסוים של שינוי, שעם כל הכבוד ליתחנות שאולי ייב, לא הוכח כמהלך רצוי על פני חלופות אחרות. אין לנו ספק שמן הראוי להביא לשיפורים מועילים במערכת, אך הרפורמה המונחת היום לדיון רחוקה מהמיטב שנוכל להשיג בהיתן המשאבים המוצעים על פי ההסכם"

במניעה שלא מוגדרת בסל. באופן כללי, לקופות אין ניסיון בתיאום הטיפול במיוחד לכל הקשור למערכות חוזה, קהילה, חינוך ועוד, הנוגעות לחולי הנפש ולמטופלים. אין לקופות מסגרת קהילתית לצורך טיפוח תפקיד הקהילה במניעה וטיפול.

הקופות לא נדרשות ואין להן תמריץ לעסוק בהכשרת כלל העובדים. העלויות אולי תהיינה מוגבלות לתוספת התקציב המדויק בהסכם בין משרד האוצר ומשרד הבריאות, וייתכן שהקופות יעסיקו כוח אדם זול יחסית, אך הדבר עלול להביא להוצאות גדולות בעתיד הנראה לעין מתוך טיפול תת-אופטימלי.

העלויות תוגבלנה לתוספת הנדונה בהסכם בין משרד הבריאות לבין האוצר, אך לא ברור שיותר מקקים יקבלו אותה רמה של טיפול כפי שניתן היום. העלות היא העלות של תוספת התקציב הנ"ל, אך התועלת למטופלים תרד. לסיכום, החלופה היא הגרועה מבין החלופות בעיקר בגלל אי ניצול הניסיון והתשתיות הקיימות, בנוסף לליקויים הפוקדים את החלופה הקודמת.

לסיכום: הניתוח הנ"ל הוא ראשוני. עם זאת, אין ספק שהוא מוכיח את הצורך לבדיקת חלופות מקיפה יותר מזו שעשתה עד כה. בנוסף, הניתוח מטיל ספק רב על התבונה שבאימוץ ההסכם שבין משרד האוצר לבין משרד הבריאות כבסיס לרפורמה, ונראה שמקבלי ההחלטות יכולים להגדיר חלופה מוצלחת יותר. יש לדחוף לכך, על מנת למנוע הרס המערכת הקיימת כאשר ניתן ללא ספק לשפר את המצב הקיים תוך ניצול היתרונות הגדולים הקיימים במערכת בריאות הנפש כיום. יש מקום לעבודה משותפת של כל הגורמים המקצועיים ושל בעלי העניין כדי לגבש ולבחון, במחשבה פתוחה ויצירתית, חלופות אשר מהן תיבחר החלופה הטובה ביותר למערכת בריאות הנפש. בעבודה אינטגרטיבית של שיתוף פעולה ניתן לסיימה בתוך מספר חודשים בלבד.

ד"ר דוד חניץ, מרצה בכיר לניהול ומדיניות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית, הדסה, ירושלים. בשנים 2001-2006, יו"ר הוועדה המדעית של איגוד איחופה למינהל בריאות

לסיכום, חלופה זאת היא העדיפה כיוון שהיא מוסיפה משאבים למערכת תוך הגברת האחריות הכללית של המרכאות הקיימות, תוך ניצול הניסיון והתשתיות המערכתיות הקיימות.

חלופה 4: סל מוגדר באחריות קופות החולים עם חובת התקשרות לתחנות הקיימות

אם הקופות תחייבנה לעבוד עם המרכאות הממשלתיות, ייתכן שרצף הטיפול, במיוחד בין רפואה סומטית לבין רפואה נפשית, ישתפר. תיאום בין הקופות לבין התחנות לבריאות הנפש יאפשר נגישות למערכת דרך שני מסלולים. התיקים הרפואיים יכללו להישאר בחסות התחנות לבריאות הנפש ולא יהיה צורך בהעברה בעייתית ויקרה. באופן כללי, לקופות אין תמריץ להשקיע בתכניות מניעניות ואין להן ניסיון בהן. הקופות לא תרצנה להשקיע בתיאום הטיפול עם מערכות נוספות ולבטח מעבר לסל המינימלי המוגדר. הקופות עובדות עם אוכלוסיות מבטחות ולא עם מערך הקהילה.

הקופות לא יעסקו בהכשרה מקצועית לכלל העובדים במערכת. העלות בטווח הקצר תהיה מוגבלת לתוספת התקציב בגין הרפורמה אך העלויות בטווח הארוך תעלינה בגלל חוסר טיפול מניעני וחוסר טיפול באוכלוסיות "Z" במסגרת הסל הקשוח. מספר המטופלים עשוי לעלות, אך לא תהיה הגמישות להתאים את הטיפול לצרכים של כל מטופל. יותר מטופלים יזכו לשירות אך התועלת תופחת בין היתר בגלל הצורך לעבור יותר משוכות ביוחקרטייות.

לסיכום, החלופה לוקה בחסר בתחומים של תיאום הטיפול, גישה קהילתית ועלויות גדולות של ניהול מערכות מידע רפואיות, העמדת משוכות ביוחקרטייות בפני המקקים, וחוסר יכולת לתת טיפול אופטימלי.

חלופה: סל מוגדר באחריות קופות החולים בלי חובה להתקשר עם התחנות הקיימות

הקופות תצטרכנה לפתח מנגנוני תיאום להמשכיות הטיפול שלא ברור שיש להן תמריץ לפתח. הנגישות תרד בגלל הצורך לקבל הפניה מפסיכיאטר ואישור ביוחקרטי. החלופה תיצור קשיים, בעייתיות חוקית והוצאות ניכרות לצורך העברת מידע מהתחנות הממשלתיות והקמת מערך מידע חדש. באופן כללי, אין לקופות תמריץ לעסוק

חלופה 2: פתיחת שירותים נוספים בפריסה ארצית

הרחבת השירות הקיים על ידי תוספת תקציבים לא תשפיע בהכרח לכאן או לכאן על רציפות הטיפול.

יתאפשר טיפול לאוכלוסיות נוספות בפריפריה בגין תוספת תקציבים שניתן לתרגם לתוספת שעות טיפוליות, אך ללא בדיקה מעמיקה של התאמת הטיפול לצרכים והמניעה, התורים לא יקוצרו בהכרח. המידע יישאר בחסות התחנות בריאות הנפש והמסגרות הטיפוליות האחרות הקיימות. התוספת לא דווקא תשמש לחזק את דפוסי הטיפול המניעני הניתן היום. התוספת לא דווקא תנוצל לעידוד תיאום מערכתי בקרב המערכות המספקות שירות לחולי נפש. תוספת משאבים למערך הקיים לטיפול בחולי נפש לא דווקא תשפר את התמונה של תת מימוש בתחום השיקום על ידי מקקים בבעל ובכוח. התחנות יתמשכנה בתכניות הכשרה ותתאפשר הדרכה ליותר מתמחים. חלק מהמשאבים הנוספים יוקדשו להרחבת כוח אדם עם העלויות הנלוות.

יש לצפות לגידול באוכלוסיית המטופלים אך גם העלויות תגדלנה. יותר תועלת ליותר מטופלים בתמורה לתוספת משאבים.

לסיכום, חלופה זאת עדיפה על פני קודמתה, אך לוקה בחסר מבחינת טיפול מונע והתיאום המערכתי.

חלופה 3: סל גמיש באחריות התחנות הקיימות

לתחנות ידע וניסיון שיבואו לידי ביטוי במידה ויקבלו אחריות פיננסית כוללת לאספקה, תיאום והרחבת השירותים. התחנות מכירות את הקהילה שבה הן עובדות ויחזקו את המגע עם האוכלוסייה במגמה לזהות בעיות ולתאם את הטיפול. התחנות כבר מנהלות את התיק הרפואי ומכירות את המטופלים. התחנות תוכלנה לזווג תכניות למניעה על בסיס פעילותן הקיימת ובמגמה לחסוך בהוצאות הנובעות מהתפתחותן של בעיות נפשיות שהיה ניתן למנוע. לתחנות הידע הכי מקיף על המערכות השונות הנוגעות למטופלים ולחולי הנפש ותדענה איך לנהל ולתאם את הטיפול.

לתחנות קשר הדוק לקהילה הסובבת הרצויה לצורך ניצול תמיכה חברתית במגמה למנוע בעיות נפשיות, להקל על המטופלים עם רשת תומכת, וללוות את תהליך השיקום. התחנות פתחו דפוסי הכשרה יעילים שגם מחזילים את הטיפול מבלי לפגוע באיכות. לתחנות יש את הידע לארגן טיפול יעיל ויהיה תמריץ לצלל את התקציב על מנת להפיק את מירב התוצאות החיוביות. אחריות כוללת לתקציב בריאות הנפש בידי מומחים עם ניסיון אמורה להוביל לתוצאות טובות יותר לכל רמת תקצוב נתונה. שילוב השירותים שינבע מהשמת האחריות בידי מערכת מנוסה יביא ליותר תועלת לצרכים לשירות.

משחקים אסורים

ההימורים הפתולוגיים, המכונים גם בשם "ההתמכרות הסמויה", הם תופעה נפוצה ומזיקה שהיא לא רק בעלת מאפיינים רפואיים-פסיכיאטריים אלא גם חברתיים משמעותיים. לצד הצורך במתן מענה טיפולי פרטני למהמר הפתולוגי, אי אפשר עוד להתעלם מן ההיבט החברתי והכלכלי הרחב של תופעה זו

ד"ר יעקב מרגליון, פרופ' אליעזר ויצטום

תופעת ההימורים היא הפרעה נפשית שכחה (עד חמישה אחוזים מהאוכלוסיה הכללית), המשלבת היבטים חברתיים ורפואיים חשובים ביותר. כך למשל פורסם בתקשורת כי מאות אלפי אנשים בישראל מכורים להימורים (המכונים גם בשם "הסם השקט") וכי בשנים האחרונות חלה עלייה דרמטית במספר המכורים להימורים ואף נראה כי חלק גדול מהפשיעה בארץ סובב סביב ההימורים, ובתחום זה מעורבים סכומי עתק של מיליארדי שקלים ("הארץ", 2.6.04, 28.7.04; "מעריב", 3.8.05)

על אף נפיצות הבעיה, קיימות מעט מאוד אגודות של נפגעים המסייעים זה לזה. בכל רחבי ארה"ב, למשל, יש כתריסר איגודים של GA (Gamblers Anonymous). בישראל פועלת עמותת ציבורית אחת בלבד בתחום זה ("אפשר", אגודה לפיתוח שירותי רווחה), המפעילה יחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים שכוללת עשרה מרכזים ברחבי הארץ. יחידה זו נמצאת בחסות משרד הרווחה ובפיקוחו.

תופעת ההימורים הפתולוגיים מסווגת במדריך האבחוני הרשמי של איגוד הפסיכיאטריה בארה"ב כהפרעה בשליטה על דחפים, זאת לצד הפרעות דומות אחרות כקלפטומניה ופירומניה. גם בסיווג ההפרעות הנפשיות לפי ארגון הבריאות העולמי מופיעה תופעה זו בקטגוריה של הפרעות בהרגלים ובדחפים.

ההימורים הפתולוגיים, הנקראים גם משחקי מזל, הם משחקים שונים שמטרתם לזכות ברווחים כספיים, כאשר הזכייה בהם תלויה בעיקר בגורל ולא בכשרון. משחקי מזל שונים היו ידועים בהיסטוריה האנושית מקדמת דנן והאיסור עליהם הוא עתיק יומין וכמעט אוניברסלי. בעבר, כלי המשחק הורכבו מעצמות או מאבנים, והחל מסוף ימי הביניים השתמשו בעיקר בקלפים. בעידן המודרני נוספו עליהם מכונות ההימורים השונות, כמו גם הימורים על פעולות של בעלי חיים, כמו מרוצי סוסים, משחקי שוורים ומלחמות תרנגולים, כלבים ועוד. המונח "קוביוסטוס" מקורו במילה היוונית Kybeutes שפירושה "משחק בקוביה", והוא מכון לאדם אשר משחק במשחקי מזל כדי לזכות ברווחים בדרך ישירה או בדרכי הונאה. בתלמוד משמש מונח זה כשם נרדף ל"רמאי", "גנב" או "גזל", ובימינו הוא נעשה כינוי מקובל לקלפן מקצועי המשחק בקלפים באופן קבוע ובכל הזדמנות שנקרית לו.

כבר בהלכה היהודית הוכרו ההימורים הפתולוגיים או משחקי הקוביה כבעיה בתחום בריאות הנפש, אולם המקום הראשון הידוע שבו נחקק חוק בקשר להימורים היה מצרים העתיקה, שבה נאסר להמר והעונש על הפרתו של איסור זה היה עבודת פך במכרות. התחיקה האנגלית בדבר שוטטות, שראשיתה בשנת 1349, שונתה בשנת 1743 כדי לכלול גם הימורים

בלתי חוקיים. על נאשמים שהורשעו בגין עבירה זו ניתן היה לגזור עונשים חמורים, במיוחד אם הם עברו עבירות חוזרות.

תופעת ההימורים אינה מוגבלת לקבוצות גיל, והפרעת ההימורים הפתולוגיים תוארה הן במתבגרים, שביחס אליהם מופנית תשומת הלב של הורים וחפאי ילדים כאחד, והן בקשישים, שביחס אליהם היקף התופעה וכן טיפול תרופתי מתאים עדיין מחייבים מחקרים נוספים. בעידן המודרני נפוצה גם תופעת ההימורים באינטרנט, ומומלץ כי חפאי משפחה יהיו קשובים להפרעה מסוג זה.

במחקר משנת 2004 שנערך בישראל על ידי דנון וחב' נמצא כי קיים קשר בין תדירות ההימורים לבין תסמיני חרדה וכן בין ריבוי התמכרויות לבין תסמיני דיכאון וחרדה.

הימורים כהתמכרות

ההימורים יכולים להתבטא בפעילויות שונות, ביניהן: משחקי קלפים, משחקי קוביות, רולטה, הימורים על תחרויות ספורט, מכונות למשחקי וידאו, לוטו, בינגו, טוטו, ומשחקי כשרון כגון באולינג, ביליארד וגולף. ההבדלים ביניהם משתנים בהתאם למידה שבה יש להם פוטנציאל התמכרות – ככל שהמשחק הוא יותר ממושך ורצוף, יש לו פוטנציאל התמכרות גבוה יותר. במשחקים רצופים אין כמעט הפסקה בין האירועים וקצב המשחק הוא מהיר. משחקים שאינם רצופים הם איטיים יותר והתנהלותם נעשית לסירוגין. יש הימורים שנעשים על בסיס רציונלי ותוך שימוש בכשרון, למשל הימורים על תוצאות של מרוצי סוסים או של תחרויות ספורט; ויש הימורים שנעשים בצורה אינטואיטיבית ובלתי רציונלית, דוגמת השימוש בצבעי מזל, בימי הולדת, או במשאלות לב כדי להשפיע על תוצאות האירועים.

על אף שלכסף יש חשיבות, מרבית המהמרים טוענים כי הם מחפשים ריגושים, פעילות או מצב אופורי שאותו ניתן להשוות למצב הנובע מנטילת קוקאין או סמים אחרים. בספרות תוארה גם התפתחות של תסמיני סבילות (tolerance), כגון הימורים על סכומי כסף גבוהים יותר לשם השגתה של מידת הריגוש הרצויה, ואף של תסמיני גמילה, כגון אי שקט, גריות, הפרעות בשינה, כאבי ראש, מיחוש מעיים, חוסר תיאבון, תשישות גופנית, הזעה ואף צמרמורות.

תוארה גם חפיפה משמעותית בין הימורים פתולוגיים ובין תלות בחומרים כימיים. נמצא כי בקרב עשרה אחוזים עד 20 אחוז ממטופלים אשר תלויים בחומרים כימיים יש גם שימוש בהימורים פתולוגיים. כן נמצא כי גם ההפך נכון: למחצית מבין המהמרים הפתולוגיים שנבדקו היתה תולדה של שימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים. בחלק מהמטופלים נמצא כי השימוש בסמים וההימורים הפתולוגיים מופיעים לסירוגין, בעוד שבאחרים שתי התופעות מתקיימות זו לצידה של זו.

חלוקה של מהמרים

ניתן להבחין בארבעה טיפוסים אופייניים של מהמרים: חברתיים, מקצוענים, בעייתיים ופתולוגיים. כ-95 אחוז מהמשחקים מוגדרים כמהמרים חברתיים, אשר עושים זאת לשם הנאה ולרוב יחד עם חברים. הם מקבלים הפסדים כחלק מן המשחק, ואינם מהמרים על סכומי כסף שהם מעבר ליכולתם הכספית. מהמרים מקצוענים מתפרנסים מהימורים, בין אם על ידי הונאה, ניהול משחקים או דרך שליטה



היבטים פסיכולוגיים

הסיבות לתופעת ההימורים הפתולוגיים הוסברו על ידי פסיכואנליטיקאים כרצון בלתי מודע של המהמר להעניש עצמו בשל רגשי אשם שיש לו. כבר בשנת 1920 דיווח הפסיכואנליטיקאי הברלינאי ארתסט זימל על טיפול מוצלח במהמר פתולוגי צעיר, תוך הדגשת האפיונים האנאליים-סדיסטיים המודחקים שבאופיו. לפי זימל, ההימור מאפשר השגת סיפוק ארוטי עצמי שבו יש ייצוגים סימבוליים למשחק עצמו, לרוח ואף להפסד. בשנת 1928 ניתח זיגמונד פרויד את אישיותו של הסופר הרסי הנועד פיודור מיכאילוביץ דוסטויבסקי (שתיאר בשנת 1866 את התמכרותו להימורים בספרו המפורסם "המהמר") ואת יצירתו, ונתן הסבר לסיבות לתופעת ההתמכרות להימורים. לדעתו של פרויד, נטייתו של דוסטויבסקי להימורים שימשה עבורו תחליף

לאוננות והוא גם התייחס לשימוש שנעשה במילה "משחק" הן ביחס להימורים והן ביחס לאוננות. פרויד אף הדגיש את צרכיו של דוסטויבסקי בקבלת עונש חזאת בשל המשאלות הרצחניות שהיו לו כלפי אביו. האב היה חופא ממשפחת אצולה שלאחר מות אשתו, בעת שדוסטויבסקי היה בן 16, זנח את עבודתו, החל לשתות לשוכרה, נעשה חשדן, קמצן, אכזר וגס, לקח לעצמו פילגש מבנות האיכרים, ובעבור שנתיים נרצח. הימוריו של דוסטויבסקי, שהביאו בעקבותיהם איבוד נכסים ורכוש, סיפקו למשך זמן מה רגשי אשם אלה, וחוקא בתקופות אלו פרחו מאוד יצירתו הספרותית. ראוי לציין כי על אף שפרויד ראה בדוסטויבסקי היוצר אחד מגדולי עולם שיצירתו לא היתה לדעתו רחוקה בהרבה מזו של שייקספיר, הוא התייחס לאיש עצמו בביקורתיות קיצונית.

על אף שלכסף יש חשיבות, מרבית המהמרים טוענים כי הם מחפשים ריגושים, פעילות או מצב אופורי שאותו ניתן להשוות למצב הנובע מנטילת קוקאין או סמים אחרים. בספרות תוארה גם התפתחות של תסמיני סבילות (tolerance), כגון הימורים על סכומי כסף גבוהים יותר לשם השגתה של מידת הריגוש הרצויה, ואף של תסמיני גמילה, כגון אי שקט, גריות, הפרעות בשינה, כאבי ראש, מיחושי מעיים, חוסר תיאבון, תשישות גופנית, הזעה ואף צמרמורות

מדודה בהימורים. הגורם הקובע אצל מהמרים אלה הוא משמעת עצמית. בזמן משחק, הם נמנעים מהתערבות בכל שלב ומעדיפים להמתין עד שיש להם יתרון. מהמרים בעייתיים ממלאים אחר שלושה או ארבעה מבין הקריטריונים האבחוניים להימורים פתולוגיים של ה-DSM-IV. יכולות להיות להם בעיות כתוצאה מההימורים, אך אין הם מראים את הנטייה המתמשכת להתערבות, את הכפייתיות או את ההירדרדות של המהמר הפתולוגי. עם זאת, חלק מבין המהמרים הבעייתיים יהפכו למהמרים פתולוגיים, שעיסוקם בהימורים למיניהם הוא קבוע ומתמשך, גורם לירידה תפקודית קשה ולפגיעה באיכות החיים, ומביאם לידי פשיטת רגל, גירושין ואף מעצרים ומאסרים.

היבטים משפטיים

פגיעה והימורים מהווים תופעות הקשורות זו בזו. לפיכך, אין זה מפתיע כי נמצא קשר בין דפוסי התנהגות אנטי-סוציאליים לבין הימורים פתולוגיים: בשימוש במבחן האישיות MMPI ניתן להראות באופן קבוע כי סולם הפסיכופתיה הוא גבוה למדי במהמרים פתולוגיים. כמו כן נמצא כי שני שלישים מהחברים ב-GA (Gamblers Anonymous) הודו שעברו על החוק על מנת להשיג כסף לצורכי הימורים.

מן הראוי לציין את הקשר שבין הימורים פתולוגיים לבין התחום הפלילי הכולל מגוון רחב של התנהגויות בלתי חוקיות אצל מהמרים כפייתיים. תוארו מקרים של זיופי המחאות, גניבות ממעביד, עבירות מס, מעילות, מעשי מרמה, שוד מזוין, חטיפות, מעורבות בזנות וסחר בסחורות גונבות. בארה"ב, באנגליה ובאוסטרליה נמצא כי בין 12 אחוז ל-30 אחוז מאוכלוסיות של אסירים היו מהמרים פתולוגיים. כן נמצא כי ביחס למרבית המהמרים, המעשים הבלתי חוקיים נעשו מתוך ייאוש והופיעו בשלב מאוחר למדי במהלך ההפרעה. עוד נמצא כי כ-14 אחוז מבין המהמרים הפתולוגיים שנחקרו מילאו אחרי הקריטריונים של הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית. עם זאת יש לזכור כי רובם המכריע של המהמרים הפתולוגיים אשר מעורבים בהתנהגויות בלתי חוקיות, אינם מגלים הפרעה זו. העבירות באוכלוסיה זו נעשות כתגובה ללחצים ולמתחים שנוצרים אצלם עקב הימורים מוגזמים. לאחר שתופעת ההימורים הפתולוגיים הוכרה

כהפרעה בשליטה על דחפים על ידי איגוד הפסיכיאטריה בארה"ב בשנת 1980, החלו להצטבר טענות רבות לכייהן ההימור הפתולוגי מהווה בסיס להגנת אי שפיות הדעת. בתוך זמן קצר הפכה שאלת הרלבנטיות להיות השאלה המשפטית החשובה. האדם יכול לשלוט בדחפיו להמר או שאין ביכולתו לשלוט על דחפיו להמר, אולם אין לכך כל השפעה והשלכה ביחס ליכולתו להתנגד לדחף לגנוב או לבצע עבירות אחרות. במספר משפטים בארה"ב נקבע כי הפרעה זו אינה יכולה לשמש כבסיס להגנה על עבירות שנעשו לשם השגת כסף להימורים. כיום מוכר ההימור הכפייתי כנסיבה מקילה בעת שמועלות טענות לעניין העונש.

כאשר בית המשפט מאמין בשיקום הוא יכול להציע צירוף של תכנית טיפולית, שיקום, שירות לקהילה ופיקוח שירות המבחן כחלופה למאסר. הדבר עולה בקנה אחד עם עמדתם של מטפלים, לפיה שיקום ונטילת אחריות על ידי המהמר מהווים אספקטים אינטגרליים בריפוי.

לשם המחשה של המצב המשפטי השורר בארץ, נזכיר כי במדינת ישראל קיימים דברי חקיקה לעניין זה. סעיף 224 לחוק העונשין מגדיר את המושג "משחק אסור" כדלקמן: "משחק שבו עשוי אדם לזכות בכסף, בשווה כסף או בטובת הנאה לפי תוצאות המשחק, והתוצאות תלויות בגורל יותר מאשר בהבנה וביכולת". סעיף 225 לחוק האמור אוסר על ארגון ועריכה של משחקים אסורים, ואילו סעיף 228 לחוק זה אוסר על ניהול והזדקק של מקום משחקים אסורים.

היבטים טיפוליים

קווי הדמיון שבין הימורים פתולוגיים לבין התמכרויות הביאו לידי נסיונות טיפוליים במהמרים פתולוגיים באמצעות תרופות שיעילותן הוכחה בטיפול בהתמכרויות. כך למשל פורסם בגיליון פברואר 2006 של כתב העת האמריקאי לפסיכיאטריה על טיפול מוצלח במהמרים פתולוגיים שקיבלו תרופה המשמשת לטיפול בהתמכרות לאלכוהול ולאופיאטים (Nalmefene), במסגרת מחקר מבוקר שנמשך 16 שבועות, נעשה ביותר מ-200 מהמרים פתולוגיים וכלל 15 מרכזי טיפול קהילתיים. לפי המשוער, מנגנון הפעולה של תרופה זו מתבטא בחסימת קולטנים אופיאטיים בגזע המוח (בעיקר ב-Nucleus Accumbens).

במחקר אחר שפורסם באותו גיליון נמצא כי מצבם של מהמרים פתולוגיים משתפר לעתים קרובות אף באופן טבעי, וללא מתן טיפול ייחודי. כאשר נבדקו אוכלוסיות גדולות (אלפי אנשים) על בסיס קהילתי, ולא אוכלוסיה ספציפית המטופלת במקום מסוים, נמצא כי שיפור טבעי במצבם של מהמרים פתולוגיים הופיע ביותר משליש מהם. כן נמצא כי באוכלוסיות גדולות אלו ההימורים הפתולוגיים הופיעו כאיזודות, לרוב (62 אחוז) פעם בחיים, חלק (11 אחוז) פעמיים בחיים, והיתר (27 אחוז) שלוש אפיזודות או יותר. ייתכן אפוא כי ביסוד הניורוביולוגי של ההימורים הפתולוגיים יש מאפיינים הגורמים להופעה אפיזודית של הפרעה זו ואף להחלמה ספונטנית. מחקרים אלה נראים מבטיחים וניתן לראותם כקן אור טיפולית באפלה האופפת את ההימורים הפתולוגיים למיניהם.

לצד הטיפולים התרופתיים, כבהרבה הפרעות בתחום הנפש, אין לזלזל בטיפולים הפסיכולוגיים. מבין טיפולים אלה נמצא במחקרים מבוקרים כי הטיפולים קצרי המועד והטיפולים שנעשו באוריינטציה קוגניטיבית-התנהגותית היו יעילים במיוחד.

לסיכום: ההימורים הפתולוגיים כונו גם בשם "ההתמכרות הסמויה", ונראה כי יש כאן תופעה נפוצה ומזיקה שהיא לא רק בעלת מאפיינים רפואיים-פסיכיאטריים אלא גם חברתיים משמעותיים. לצד הצורך במתן מענה טיפולי פרטני למהמר הפתולוגי, אי אפשר עוד להתעלם מן ההיבט החברתי והכלכלי הרחב של תופעה זו. חשוב ביותר לערוך מחקרים לשם הבהרת המצב בישראל ולהנחלת הידע המקצועי של טיפול במהמרים בקרב אנשי המקצוע המטפלים בסוג זה של הפרעה. בנוסף לכך, ונוכח ממדיה של התופעה והשלכותיה החברתיות והרסניות, דומה כי הגיע הזמן להקצות לבניה חברתית רחבה זו משאבים בקנה מידה לאומי לשם מזעור נזקיה בכל התחום.

ד"ר יעקב מרגלין, המרכז הקהילתי לבריאות הנפש – יפו, משרד הבריאות, תל אביב
פרופ' אליעזר ויצטום, מרכז לבריאות הנפש, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע ומרכז קהילתי לבריאות הנפש "עזרת נשים", ירושלים

חרדה חברתית מתחילה על פי רוב בגיל הילדות וההתבגרות - יותר מ-85 אחוז מהמקרים, ובהעדר טיפול היא הפרעה כרונית עם פגיעה תפקודית רבה העלולה לשבש באופן ניכר את חיי הסובל ממנה. אולם, למרות ההוכחות הנחרצות לגבי יעילות הטיפולים הקוגניטיביים בחרדה חברתית, עדיין איתור אוכלוסיה זו לוקה בחסר, בעיקר מצד גורמים מקצועיים

ד"ר צופי מרום

הימנעות יחידים

חרדה חברתית היא אבחנה חדשה יחסית (DSM-III) (1980), למרות ששיחות באוכלוסיה גבוהה (השיחות למהלך חיים מוערכת בעד 13 אחוז והשיחות לשנה – 7.4 אחוזים). האבחנה שייכת לקבוצת הפרעות החרדה.

פחדים וחששות ממציבים חברתיים סביר שקיימים במקביל לקיום הגעגוע האנושי, אולם באופן מתמיה ההגדרה של חרדה חברתית כקטגוריה אבחנתית נקבעה רק ב-1966 והוכנסה ל-DSM בשלב מאוחר יותר. הסובלים מההפרעה חוששים ממגוון מצבים חברתיים או מביצוע פעילות כלשהי בפני אנשים. המצבים הללו גורמים לחרדה ולסבל ולפיכך להימנעות מהם, כדי לא לחוות את החרדה הצפויה בהם. המצבים השכיחים הם: לדבר בפני אנשים, להביע דעה בפומבי, לבצע פעולות כגון אכילה, כתיבה כשצופים בך, לדבר עם אנשים שנתפשים כבעלי סמכות או "מכובדים", ליזום פגישה רומנטית וכדומה. אנשים עם חרדה חברתית נמנעים ממצבים שבהם הם עשויים לבלוט, או להימצא במרכז תשומת הלב. לפיכך, הם אינם מתעמתים ונמנעים מלבקש עזרה. כצרכנים, למשל, הם נמנעים מלהחליף מוצר פגום או לבקש החזר כספי. כמו כן הם נמנעים מקנייה בחנויות קטנות ומעדיפים מרכזי קניות גדולים, המעניקים להם תחושה של אנונימיות. השאלון המצורף ע"ש לייבוץ הוא כלי נפוץ להערכת חרדה חברתית.

מקובל לסווג את הסובלים מההפרעה לסובלים מחרדה חברתית מוכללת, אלה החרדים ממרבית האינטראקציות החברתיות, ואלה שאצלם החרדה ממוקדת במספר מצומצם של מצבים (למשל, לאום בפני קהל בלבד). רוב הסובלים משתייכים לקטגוריה הראשונה. המחשבה העיקרית של אנשים הסובלים מחרדה חברתית היא שבמצב המאיים הם יושפלו, יתנהגו לא כראוי ולפיכך יהפכו למושא ללעג.

נתונים אפידמיולוגיים מצביעים על כך שההפרעה שכיחה יותר בקרב נשים ביחס של כ-3:2. למרות זאת, בקרב הפונים לטיפול בהפרעה זו יש רוב דווקא לגברים. בדומה ליתר הפרעות החרדה, גם בחרדה חברתית לרבים מהסובלים קיימת במקביל עוד הפרעות חרדה, דיכאון (עם סיכון גבוה לאובדנות), דיסטימיה או הפרעה בדימוי גוף. יש שכיחות גבוהה יותר בהשוואה לאוכלוסיה הכללית לשימוש יתר באלכוהול וסמים, ייתכן כניסיון לטיפול עצמי בחרדה. הסובלים מחרדה חברתית חווים שורה של סימפטומים גופניים בזמן חשיפה למצבים שמאיימים עליהם, כגון: דופק מואץ, הסמקה, הזעה, רעד בגוף, רעד בקול, מגגום ועוד. חלק מהסימפטומים הללו גורמים בעצמם

המורים וההורים נוטים לראות בהתנהגויות אלו ביישנות, מאפיין אישיותי, ולא הפרעה שניתנת לטיפול. דבר זה, כמובן, פוגע בסיכוי להפניה לטיפול הולם, מה עוד שקבוצה זו אינה מפריעה למהלך הלימודים התקין ולכן אינה מאותרת ומופנית לטיפול

לתסכול ולבסוף להשתכר פחות מכפי יכולתם; יש לזכור שכיוון שראיונות עבודה מהווים כרטיס כניסה למרבית העבודות, חלק מהסובלים מלכתחילה ידירו רגליהם מראיונות אלה או ימנעו לפנות להצעות עבודה שהתנאי להשתלב בה הוא ראיון. מכל אלה עולה באופן ברור שתפקודם של הסובלים מחרדה חברתית נפגע במגוון רחב של תחומים, ואיכות חייהם פחות טובה בהשוואה לאנשים ללא חרדה חברתית.

ההתנהגויות מגוננות

הסובלים מחרדה חברתית משתמשים במגוון רחב של התנהגויות מגוננות, או "פטנטים" שנועדו להקטין את מצוקתם ולאפשר תפקוד במצבים שבהם ההימנעות אינה אפשרית. דוגמאות אופייניות הן: לדבר בקיצור המרבי, להשפיל מבט, לדבר בשקט, להרבות בשימוש במשקפי שמש, להסתייע בתרופה מרגיעה או אלוהול לפני האירוע המאיים. דוגמאות נוספות: להשתדל לשבת במקום אחורי, להגיע תמיד לפעילות בראשיתה כדי להימנע משיחות החולין והחיברות טרום הפעילות, להשתמש בדוא"ל או ב-SMS במקום בשיחה פנים אל פנים.

פעמים רבות "פטנטים" אלה הופכים להיות דרך חיים: למשל, לפנות לבוס רק בכתב ולהימנע לחלוטין מדיבור עימי, להתקשר רק דרך דואר ובכך להימנע משימוש בטלפון, ללבוש בגדים לא בולטים, לצאת מהבית רק בשעות שבהן מעט אנשים בחוץ, להעדיף דרכים צדדיות שבהן פחות עמוס, ועוד שלל רחב של התנהגויות דומות. בפועל, ההתנהגויות הללו משמרות את החרדה החברתית ומנציחות את המצב.

כביתר הפרעות החרדה, אנשים הסובלים מחרדה חברתית חווים חרדה מטרימה טרום אירוע, גם אם עתיד להתקיים בעתיד הלא מידי. למשל, אירוע משמח כגון חתונה עתידית, עשוי להיות עבור הסובל אירוע מלחיץ זמן רב טרם התרחשו. בזמן זה האדם יהיה מודאג ויעסוק באירוע אך לא במרכיביו הרלבנטיים (למשל, ארגון החתונה) אלא בחששות בגין ההפרעה (למשל: "אני אסמיק, כולם יראו וידברו עלי..."), "אני עלולה לרעוד כשאלחץ את ידי האורחים – מה יחשבו עלי?".

לתחושה מוגברת של השפלה (למשל, "מה יחשבו עלי אם ביום קר כשאני עונה על שאלה בשיעור כולי מזיעה?"). בדומה להפרעות חרדה אחרות, לא ניתן להצביע על גורמים ספציפיים שגורמים לבעיה. נראה שאנשים מועדים ללקות בחרדה זו מסיבות ביולוגיות לרבות תורשתיות, פסיכולוגיות (מבנה אישיות) וגם מסיבות חברתיות/ תרבותיות.

פגיעה תפקודית רב תחומית

חרדה חברתית מתחילה על פי רוב בגיל הילדות וההתבגרות (יותר מ-85 אחוז מהמקרים) ובהעדר טיפול היא הפרעה כרונית עם פגיעה תפקודית רבה. ההפרעה עלולה לשבש באופן ניכר את חיי הסובל. התחומים העיקריים הנפגעים הם: לימודים, עבודה וחרבה.

פגיעה בלימודים – מתבגרים שנושרים מבית הספר למרות היותם תלמידים טובים; לעתים יש הימנעות מוחלטת מלימודים, רק כדי להימנע מחשיפה אפשרית ממצבים מעוררי חרדה; בחירה במקצוע לימודי על פי לימודים שבהם אין צורך בפרזנטציה או במקצוע שנתפש בעתיד כנטול מגע עם אנשים. בישראל, תוצאה נוספת עשויה להיות אי התגייסות לצה"ל או הימנעות מהשתתפות בקורסים פיקודיים, אף בקרב אנשים עם יכולת ורצון בסיסי לכך.

פגיעה בחיי החברה – פגיעה ניכרת בתחום החברתי, הימנעות ממסיבות וממפגשים קבוצתיים; אנשים שחיי החברה שלהם מוגבלים ביותר אינם מבקרים בחוגים ובהרצאות; ההימנעות קיימת לעיתים אפילו בתחום המשפחה המורחבת, אנשים שנמנעים או מתקשים להשתתף בליל הסדר, אירועים משפחתיים כגון ימי הולדת, חתונות; פגיעה בקשרים רומנטיים – העדר קשרים רומנטיים, קשרים מיניים יחסית עם התחלה מאוחרת, הימנעות מנישואין.

פגיעה בעבודה – במקרים רבים אנשים עם חרדה חברתית אינם מתקדמים בעבודתם למרות תפקוד מקצועי תקין, משום שאינם יכולים לדבר או להציג נושאים בישיבות, או להיות "בוסים", דבר שעלול לגרום להם "להיתקע" באותו מקום עבודה שנים רבות ללא עניין, לעסוק בעבודה שהינה מתחת ליכולותיהם וכישוריהם, דבר שבפני עצמו גורם

שאלון לייבוביץ להערכת חרדה חברתית - שאלון LSAS

הוראות: בתשובותיך לסולם הבא, התייחסי/י לשבוע האחרון, כולל היום. אם אחד מהמצבים לא התרחש בשבוע שעבר, דרגי אותו בהתאם לאיך שאתה/ה חושב/ת שהיית נוהג/ת במצב זה. לגבי כל מצב דרגי/י הן את מידת הפחד או החרדה שהרגשת, והן את התכיפות שבה אתה/ה נמנע/ת מהמצב.

טבלה מס. 1

קריטריונים של DSM-IV-TR לחרדה חברתית

- חשש ניכר וממושך ממצבים חברתיים (אחד או כמה), בהם האדם נחשף לאנשים לא מוכרים או לבחינה אפשרית בידי אחרים. האדם חושש שהוא יתנהג בצורה שתגרום לו שיחוש מבוכה או תחושת השפלה (בילדים, החשש הוא ממפגש עם קבוצת השווים).
- חשיפה למצב החברתי המפחיד גורמת לחרדה או אף להתקף פאניקה (בילדים החרדה יכולה להתבטא בבכי, התקפי כעס, קיפאון).
- האדם מבין שהחשש שלו מוגזם ולא הגיוני (בילדים מדד זה לא תמיד מתקיים).
- האדם נמנע מהמצב המפחיד או נחשף אליו תוך חרדה רבה.
- ההימנעות, הצפייה למצב המלחיץ והמצוקה במהלך החשיפה, מפריעים לשגרת החיים ולתפקוד התעסוקתי והחברתי.
- בקרב אנשים מעל גיל 18, משך הפרעה צריך להיות מעל חצי שנה.
- נשללו סיבות אחרות להפרעה כגון תרופות, סמים, מצבים רפואיים ונפשיים אחרים (כגון תסמונת אימה, אוטיזם או הפרעת אישיות סכיזואידית).
- אם קיימת הפרעה רפואית או נפשית אחרת, החרדה (בסעיף 1) לא קשורה אליו (למשל, גמגום או פרקינסון וחשש שילעגו לאדם עקב כך).
- חרדה חברתית מוכללת (Generalized) (אם הפחד קיים ברוב המצבים החברתיים, יש לשלול הפרעת אישיות הימנעותית).

המנעות	פחד או חרדה	
0. אף פעם (0 אחוז) 1. לפעמים (1-33 אחוז) 2. לעתים קרובות (33-67 אחוז) 3. בדרך כלל (67-100 אחוז)	0. כלל לא 1. מעט 2. בינוני 3. רב מאוד	
		1. להשתמש בטלפון בנוכחות אנשים.
		2. להשתתף בפעילות בקבוצה קטנה.
		3. לאכול בנוכחות אנשים.
		4. לשתות בנוכחות אנשים.
		5. לדבר עם בעל סמכות.
		6. לפעול, להופיע או לדבר בפני קהל.
		7. ללכת למסיבה.
		8. לעבוד כשצופים בך.
		9. לכתוב כשצופים בך.
		10. לדבר בטלפון עם מישהו שאינך מכיר היטב.
		11. לדבר פנים אל פנים עם מישהו שאינך מכיר היטב.
		12. לפגוש אנשים זרים.
		13. להשתין בכית שימוש ציבורי.
		14. להיכנס לחדר שבו כבר יושבים אנשים.
		15. להיות במרכז תשומת הלב.
		16. לדבר בפגישה ללא הכנה מוקדמת.
		17. להיבחן במבחן שבדק את כישוריך, מיומנותך או ידיעותיך.
		18. לבטא אי הסכמה כלפי מישהו שאינך מכיר היטב.
		19. להסתכל "ישר בעיניים" של מישהו שאינך מכיר היטב.
		20. לנאום לפני קהל (נאום שהוכן מראש).
		21. לנסות ליזום מפגש למטרה רומנטית/מינית.
		22. להחזיר מוצרים או סחורה לחנות כדי לקבל החזר כספי.
		23. לערוך מסיבה.
		24. להתנגד לאיש מכירות "מלחיץ".

לאחרונה נוסו בהצלחה טיפולים בחרדה חברתית באמצעות Virtual Reality. בטיפולים אלה החשיפה למצבים המאיימים נעשית במציאות המדומה. טיפולים אלה "חוסכים" חשיפה במציאות ועשויים לייעל את הטיפול לפחות בשלביו הראשונים

באופן דומה לחרדים חברתית רומיניציות פוסט-אירוע, שפעמים רבות גורמות לחרדה, מעכירות את רוחם. שוב, התעסקות רבה בכיצד תפקודי באירוע אך לא בצדדים בהכרח רלבנטיים (למשל: "כשהתחלתי לדבר, קולי רעד, ודאי שפוטו אותי לחומרה"). כיוון שרוב חיינו מורכבים מלפני או אחרי אירועים – הרי שאנשים אלה נתונים בלחץ, מתח וחששות ניכרים מרבית הזמן.

הפרעה בילדים, לא מאפיין אישיותי

ילדים או מתבגרים עם חרדה חברתית ממעטים להשתתף בפעילות בית ספרית וחברתית ולעתים נמנעים באופן מוחלט מפעילויות אלו. ההפסקות פעמים רבות קשות עבורם בעוד שעבור מרבית הילדים זהו זמן שנתפש כ"כיפי". יש דיווחים על קשיים אף בגילאים צעירים יותר, כולל הפרעות בגן הילדים. Selective mutism בילדות המוקדמת קשורה לחרדה חברתית בגיל זה. מרבית הסובלים בילדות נמנעים מלהצביע בכיתה, למרות בקיאותם בחומר הנלמד. רובם נמנעים מלהקריא או להציג עבודות בפני הכיתה. חלקם הגדול יכולים לתפקד היטב בלימודים (למשל, בזכות הצטיינות בבחינות בכתב) ובדרך זו לא מוכתרים כבעייתיים על ידי מוריהם, אף כי סבלם הנפשי רב. בנוסף, צעירים אלה נמנעים ממרבית הפעילויות החברתיות שמתאימות לגילם. גם אם הם הולכים לתנועות נוער, למשל, הם נמנעים מלדבר בפומבי. על פי רוב, הם גם נמנעים ממסיבות, מהשתתפות בריקודים ומחזיר אחרי המין השני.

המורים וההורים נוטים לראות בהתנהגויות אלו ביישנות, מאפיין אישיותי, ולא הפרעה שניתנת לטיפול. דבר זה, כמובן, פוגע בסיכוי להפניה לטיפול הולם, מה עוד שקבוצה זו אינה מפריעה למהלך הלימודים התקין ולכן אינה מאותרת ומופנית לטיפול. ללא ספק, נדרש זיהוי מוקדם של חרדה חברתית כדי לטפל בהפרעה מוקדם ולמנוע נזקים עתידיים – החמצות, הימנעויות (למשל: לימודים, נישואין) ופסיכופתולוגיה נוספת כגון דיכאון.

טיפול בחרדה חברתית

בעשור האחרון חלה עלייה משמעותית במחקר בתחום זה, וכתוצאה מכך פותחו טיפולים יעילים לחרדה חברתית. מדובר בטיפולים פסיכולוגיים

התנהגותיים-קוגניטיביים, בטיפולים תרופתיים ולעתים בשילוב של שני הטיפולים בו זמנית. הטיפולים התרופתיים שהוכיחו יעילות הם תכשירים נגד חרדה ודיכאון (SSRIs) וכן תכשירים מסוג SNRI, חלקם נמצאו יעילים גם בחרדה חברתית.

בשנים האחרונות נעשו מחקרים רבים שמצביעים על יעילות ט.ה.ק. בהפרעה זו ושמירה של ההישגים שהושגו בטיפול ואף שיפור נוסף במשך תקופה ארוכה (עד שש שנים) ללא כל טיפול נוסף

הטיפול הפסיכולוגי שנמצא יעיל לחרדה חברתית הוא טיפול התנהגותי-קוגניטיבי. מדובר בטיפול הממוקד בהפרעה ותוקף את הסימפטומים של החרדה החברתית. הטיפול הוא קצר מועד ובעל שיעורי הצלחה גבוהים, כולל בדיקות מעקב לאורך זמן. בשנים האחרונות נעשו מחקרים רבים שמצביעים על יעילות ט.ה.ק. בהפרעה זו ושמירה של ההישגים שהושגו בטיפול ואף שיפור נוסף במשך תקופה ארוכה (עד שש שנים) ללא כל טיפול נוסף. מספר מחקרים מבוקרים ומטה-אנליזות מאשרים שהטיפולים ההתנהגותיים-קוגניטיביים הם כיום טיפולי הבחירה לחרדה חברתית.

הטיפול יכול להתבצע בשתי צורות, יחידנית וקבוצתית, וכולל חשיפה למצבים מאיימים חברתית באופן הדרגתי, הן בטיפול והן, ובעיקר, בין מפגשי טיפולי למשנה.

הפחתה של ההתנהגויות המגוננות – למשל, אדם שבעת לחץ משפיל מבט יתרגל הסתכלות ישירה בעיני המדבר עימו, אדם שבכדי להפחית את החרדה שלו נוהג לשבת בשורות אחרונות כדי שלא יפנו אליו, יתרגל בהדרגה לשבת יותר קרוב לגירוי המאיים עבורו.

לימוד הפער בין הסימנים הגופניים הסובייקטיביים לאובייקטיביים – אנשים עם חרדה חברתית סבורים בטעות שהסמקה, רעד או הזעה שלהם מיד בולטים לכל ונתפשים כאות חולשה וקלון.

טיפול קוגניטיבי שמסייע להמיר מחשבות הנוחות שגויות במחשבות הגיוניות שמתבססות

על המציאות – למשל, להמיר את המחשבה "כולם ילעגו לי אם אשגה בדבריי", ל"אנשים רבים שוגים, ובדרך כלל לא לועגים להם על כך". הטיפול משנה את הכשלים המחשבתיים שאופייניים לחרדה חברתית. למשל, "אם הסמקתי כולם יחשבו שאין לי מה לומר וינדו אותי", ב"הסמקה אינה בהכרח סימן ללעג או ביקורת".

טיפול בהטיות הקשב שאופייניות לחרדה חברתית – הקשב מופנה לגוף האדם החרד במטרה לאתר סימני חרדה ובמקביל הקשב מופנה לאתר סימני דחייה כלפי החרד מהנמצאים בקרבתו. שני סוגי קשב אליה משמרים את החרדה ולא מאפשרים לה להיחלש.

אימון בכישורים חברתיים – לימוד כיצד מנהלים שיחת חולין, מבקשים עזרה, מתנגדים, מתווכחים ועומדים על דעתנו.

לאחרונה נוסו בהצלחה טיפולים בחרדה חברתית באמצעות Virtual Reality. בטיפולים אלה החשיפה למצבים המאיימים נעשית במציאות המדומה. טיפולים אלה "חוסכים" חשיפה במציאות ועשויים לייעל את הטיפול לפחות בשלביו הראשונים. בסיום הטיפול במרבית המטופלים יש שיפור ניכר, המתבטא ברידה משמעותית בהימנעויות ממצבים חברתיים. חלק גדול מהמטופלים פונים לראיונות עבודה, מעזים להחליף עבודה, להתחיל ללמוד, מרחיבים פעילויות חברתיות ומדווחים על הרגשה טובה יותר.

לסיכום: למרות ההוכחות הנחרצות לגבי יעילות הטיפולים בחרדה חברתית, עדיין איתור אוכלוסיה זו לוקה בחסר, בעיקר מצד גורמים מקצועיים. יש לציין, שמרבית הפונים מגיעים לטיפול בעקבות מודעות וכתבות בנושא שהתפרסמו בתקופה האחרונה בכלי התקשורת. רובם מציינים ששברו שמדובר בתכונות אופי של "ביישנות", שאינה ניתנת לשינוי ושהכתבות האירו את עיניהם בנושא. חלק מהפונים טופלו בעבר בטיפול פסיכולוגי שמרני ממושך, שלדבריהם לא שיפר את החרדה החברתית. חלק גדול מ"בוגרי" הטיפולים הרלבנטיים מציינים בצער את העובדה שלא טופלו בצעירותם ובכך יכלו למנוע סבל והחמצות רבות בחייהם. מאחר שהבעיה מתחילה בשלהי גיל ההתבגרות, נראה שיש מקום לאיתור בעיה זו בקרב ילדים ומתבגרים, שכן טיפול מתאים יחסוך מהם קשיים ניכרים בהמשך חייהם.

ד"ר צופי מרום, פסיכולוגית קלינית בכירה, אחראית תחום חרדה חברתית, יחידה להפרעות חרדה, המרכז לבריאות הנפש גזה

פגמגנטי

הפרעת קשב היא הפרעה נפוצה יחסית, המוכרת היום בכל קבוצות הגיל. היא בעלת משמעות קלינית נרחבת ובעלת בסיס משפחתי תורשתי מובהק, כפי שנמצא במחקרי משפחות, מחקרי תאומים ומחקרי אימוץ. על הבסיס התורשתי של הפרעת קשב וריכוז

ד"ר איריס מנור

גנים חושפים להפרעה בעלי השפעה קטנה ונקראים quantitative trait loci - QTL. הבעיה המתודולוגית העיקרית בכל המחקרים שהם case-control היא שהמדגם מושווה למדגם בלתי תלוי של קבוצת ביקורת לגביה מניחים שהיא שייכת לאותו מאגר גנטי. הטיות זעירות בדגימת הפציינטים והביקורות מבחינה אתנית עלולות לגרום לשגיאות משמעותיות בהערכת תדירויות האללים, היות שהאללים משתנים משמעותית בין אוכלוסיות. הדרך למנוע שגיאות סטטיסטיות אלו היא התאמה מקסימלית של

ברמה הביוכימית נמצא כי לדופמין ולנוראפינפרין תפקידי מפתח בהתפתחות ההפרעה. חשיבות התורשה בהפרעת הקשב מודגמת מזה שנים רבות על ידי מגוון מחקרים, ביניהם מחקרי תאומים, מחקרי אימוץ ומחקרי משפחות. כבר ב-1991, בידמן ושות' מצאו כי בקרב משפחות של ילדים הסובלים מהפרעת קשב קיים סיכון גבוה להופעת ההפרעה בקרובים מהדרגה הראשונה, וכי היא מופיעה בתחלואה נלווית עם דיכאון מז'ורי, הפרעות התנהגות והתמכרויות לסמים ולחומרים משכרים גם בבני המשפחה. למרות העדות החזקה להעברה המשפחתית של הפרעת הקשב, לא נמצא עד כה מודל גנטי מוכח, המבהיר את צורת התורשה שלה. קיימת טענה כי מדובר בהעברה מנדליאנית של מספר הסימפטומים של הפרעת הקשב באוכלוסיה הרלבנטית מבחינה קלינית. לפי תפישה זו קיים מאפיין תורשתי רציף שלגביו הפרעות הקשב היא הביטוי הקיצוני. מאידך, הפרעת הקשב נתפשת הטרוגנית מבחינה גנטית, כך שדרוש מחקר נוסף לקביעת תת סוג הומוגניים גנטית ולתיאור הגנוטיפים שלהם.

דרכי בדיקה אפשריות של הגנטיקה של הפרעת הקשב

לפי המסתמן היום, הפרעת הקשב היא trait מורכב, המאופיין בתורשה רב גורמית, בה גנים שונים פועלים באינטראקציה עם הסביבה לקביעת פנוטיפ ההפרעה. ההשפעות הגנטיות מתבטאות רק תוך האינטראקציה של גנים מרובים בעלי יכולות השפעה שונות. אף גן מאלה המעודדים את הפגיעות (vulnerability) אינו הכרחי או מספיק בפני עצמו. לפיכך, ההשפעות הגנטיות במודלים מורכבים אלה הן נטיות בלבד.

הפרעה בקשב ADHD - Attention Deficit and Hyperactivity Disorder היא הפרעה מוכרת ושכיחה בתחום הפסיכיאטריה של הילד, וההערכה המקובלת לגבי שכיחותה היא שבעה עד עשרה אחוזים. מדובר בהפרעה הגורמת סבל ניכר והגבלות בתחום הלימודי והחברתי כאחד לילדים הסובלים ממנה, תוך השלכות על הדימוי העצמי שלהם ועל כל תחומי חייהם. ההפרעה מתקיימת לאורך שני צירים עיקריים - הקשב וההיפראקטיביות - כאשר הפרעה אפשרית יכולה להימצא באחד מהם בלבד או בשניהם גם יחד. תת הקבוצות המוכרות כיום כלולות: הפרעת קשב משולבת ADHD (65 אחוז), הפרעת קשב טהורה ADD (30 אחוז) והפרעה היפראקטיבית אימפולסיבית HDD (חמישה אחוזים). במעקבים ממושכים נמצא כי הפרעת הקשב מוסיפה להתקיים בגיל הבגרות בכ-70 אחוז מהמקרים, ואז היא עשויה להיות מלווה בדיכאון, חרדה, עבריינות, התמכרויות שונות והפרעות אישיות קשות.

ההפרעה בעלת בסיס אורגני, ובין התיאוריות המנסות להסביר את התפתחותה מתוארות פגיעה ב-behavioral inhibition, פגיעה ב-alerting and executing control deficits ופגיעה בתפקודים הניהוליים. תיאוריות אלו מחזקות על ידי ממצאים משדות שונים. ניורואנטומית קיימים דיווחים על אזורים קטנים יותר באונה הפרונטלית והפרייטלית הימנית, הבדלים בגודלי אתרים קדמיים, עליונים ותחתונים, באונה הקדמית, ובעיקר בגודל הגרעינים גלובוס פאלידוס וה-putamen. בבדיקות הדמיה ממוחשבות (PET) נמצאה ירידה בזרימת הדם ובצריכת הסוכר באונה הפרונטלית בזמן ריכוז. כמו כן, נמצאו ליקויים שונים בתפקודים ניהוליים שונים.



הקבוצות, או לחלופין באמצעות שיטות המבוססות על המשפחות (family-based studies). שיטת HRR - haplotype-relative-risk בודקת משפחות גרעיניות שבהן ילד פגוע ומשתמש בהפלוטיפ ההורי שאינו מועבר לילד או לאחד אחיו הפגועים ליצירת אוכלוסיית ביקורת המבוססת על המשפחה. HRR היא אלטרנטיבה של השיטה case-control. היא מונעת קשרים בין אלל-סמן לא קשור למחלה ברמת האוכלוסייה, העלולים להופיע כתוצאה מהגירה, סטטיסטיקה וכו'. יש לציין, שאבחנת ההורים עצמם אינה חשובה בשיטה זו.

בנוסף לקשיים האפשריים שתוארו לעיל, מחקרי linkage במחלות בהן יש מספרים צנועים של בני משפחה פגועים עלולים גם להיכשל במציאת הקשר בעיקר בנוכחות הטרוגניות. שיטה לעקיפת קושי זה הוצעה על ידי ספילמן, אשר הציע את שיטת TDT - transmission test for linkage disequilibrium. לפי שיטה זו נלקחים נתונים ממשפחות בהן ילד פגוע אחד לפחות, ונעשית ההערכה של העברת האלל הסמן המתקשר להפרעה מהורה הטרוזיגוטי לילד הפגוע. כאשר הפרעה מתקשרת לסמנים גנטיים קרובים, TDT עשויה לזהות את הקישור (linkage), גם כאשר HRR אינו מצליח. בנוסף TDT מותאמת לבדיקת הקישור עם מאפיינים כמותיים, כפי שניתן למצוא בהפרעת קשב, והנמדדים למשל על ידי שאלוני קורנר או T.O.V.A. יש לציין, כי שיטות

HRR ו-TDT יכולות לבדוק אסוציאציה וקישור גם עם אתרים כרומוזומליים, כפי שנמצא לגבי הפרעות פסיכיות מז'וריות.

האתרים השונים

נסקור כאן בקצרה את הפולימורפיזמים השונים ואת האתרים הכרומוזומליים השונים לגביהם נמצא קשר עם הפרעת הקשב. כיוון שמדובר בנטיית ובתורשה רב גורמית, נתמקד רק באתרים לגביהם נעשו מחקרי שחזור חוזרים בעלי תוצאות יציבות. החלוקה המקובלת, לפיה נעשה חיפוש האתרים השונים היא:

גנים יוצרים precursor genes: אלה הגנים המשפיעים על קצב הייצור של המוליך העצבי מחומצת האמינו. אתר כזה הוא TPH2, לגבי החלו להתפרסם עבודות, המקשרות אותנו עם הפרעת הקשב.

גנים קולטנים receptor genes: אלה הגנים המעורבים בקליטת האיתותים של המוליכים העצביים. אתרים אלה הם הנחקרים ביותר עד היום וכוללים את DRD4, DRD5.

גנים נשאים transporter genes: אלה הגנים המעורבים בנשיאת המוליך העצבי חזרה אל קצה העצב הפרה-סינפטי. החשובים ביניהם הם DAT-1 הדופמינרגי 5-HTTLPR-5HT1B.

גנים מטבוליים metabolite genes: גנים אלה מעורבים במטבוליזם או בפירוק של המוליך העצבי. הנחקרים ביניהם הם COMT, MAO-A.

שני תחומי המחקר החשובים ביותר היום בתחום הגנטיקה של הפרעת הקשב מבוססים על החולשה היחסית של כל אתר בפני עצמו (דהיינו, היות כל אתר נטייה ולא הורשה מנדליאנית) ועל המגוון הסימפטומטולוגי הרחב של הפרעת הקשב.

שפה אחרת, קיום קשר רחב ומעורפל יחסית בין הגנוטיפ (הביטוי הגנטי) לבין הפנוטיפ (הביטוי הקליני). לכך נוספות התחלואה הנלווית, כגון הפרעות התנהגות או דיכאון, המחשידה ב"תרכובת גנטית" שונה בין תחלואה אחת לאחרת, והתגובה לטיפול התרופתי, שגם היא משתנה מאדם לאדם. לכן, שלושה תחומי המחקר המתפתחים הם:

הקשר בין הגנטיקה לסביבה, או מה משפיע על הגנוטיפ במהלך ביטוי כפנוטיפ - במסגרת זו נבדקים חיתוכים שונים בין ההפרעה עצמה, ביטויים קליניים שונים (כגון מאפיינים נוירופסיכולוגיים או תחלואה נלווית) לבין אתרים גנטיים שונים. כך למשל נמצא במספר עבודות קשר מובהק בין אתר מסוים (5HTTLPR, MAO-A, TPH2) לבין מאפייני נוירופסיכולוגי כגון אימפולסיביות, איטיות ביצוע וכדומה.

הקשר בין אתר גנטי מסוים להפרעה ולתוצאות של בדיקות הדמיה - במסגרת זו נבדקים אתרים מסוימים בהתאם לממצאים בבדיקות ההדמיה השונות בניסיון למצוא קשר חזק יותר בין תהליך ספציפי לבין האתר המסוים. עבודות אלו עוזר נדירות, אך הופיעו כבר מספר עבודות לגבי DAT-1, DRD4.

הקשר בין הגנטיקה להפרעה ולתגובה לטיפול התרופתי - במסגרת זו נבדקת התגובה לטיפול התרופתי, כגון רטלין או סטרטרה, לבין אתרים גנטיים שונים. האתר הנחקר ביותר בתחום זה כיום הוא DAT-1, אך מתחילים להופיע מחקרים לגבי אתרים נוספים

לסיכום: הפרעת קשב היא הפרעה נפוצה יחסית, המוכרת היום כמופיעה בכל קבוצות הגיל. היא בעלת משמעות קלינית נרחבת ובעלת בסיס משפחתי תורשתי מובהק, כפי שנמצא במחקרי משפחות, מחקרי תאומים ומחקרי אימוץ. בשנים האחרונות קיימת עלייה ניכרת במחקר הגנטי של הפרעה זו, תוך גילוי ותיאור ממצאים גנטיים מולקולריים ייחודיים. לאור רחב היריעה והחולשה היחסית של כל אתר בפני עצמו, המחקר מתרכז היום בחיתוכים שונים, הכוללים חיתוך בין הגנוטיפ לפנוטיפ מסוים, חיתוך בין הגנוטיפ לממצאים ייחודיים בהדמיה וחיתוך בין הגנוטיפ לתגובה לטיפול תרופתי.

ההערכה היא כי נושא הגנטיקה של הפרעת הקשב הוא בעל חשיבות כמו גם בסיס מחקרי משמעותי. נראה, כי יש מקום למחקר עתידי רב, תוך התמקדות בתחומים שצוינו לעיל.

ד"ר איריס מנור, פסיכיאטרית מומחית של הילד והמתבגר, מנהלת המרכז לקשב וריכוז, חטיבת ילדים ונוער, בית החולים גהה



מודל לגישה טיפולית

ד"ר חיליק לבקוביץ מתאר את גלגוליו של אשפוז היום הפסיכיאטרי ומציג את יתרונותיו של אשפוז היום החרף, על פי מודל תכניות הטיפול השונות הפועל בבית החולים שלוותה
ד"ר חיליק לבקוביץ

חלופיות לאשפוז המלא. באופן דומה צמחו באנגליה במהלך שנות ה-60 ובהולנד וגרמניה בשנות ה-70 מחלקות רבות לאשפוז יום. בישראל החלו מחלקות לאשפוז יום לפעול באמצע שנות ה-80.

במקביל לצמיחתן של מחלקות אשפוז היום, התפרסמו בשנות ה-80 סקר שיזם האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה, שהצביע על קצב נמוך של צמיחה במספר החולים המטופלים במחלקות אשפוז יום, עם נטייה לסגירתן של חלק ממחלקות אשפוז היום בארצות הברית. בין הגורמים שהביאו בשנות ה-80 לירידת מספרן של מחלקות היום בארצות הברית ניתן למנות את: העדיפות המוגבלות של היחס עלות-תועלת באשפוז יום, התחרות מצד תכניות האשפוז האמבולטורי, ה"בלבול" בתפקידם של מחלקות אשפוז היום, כאשר חלקן הפך ל"מרכזי יום" יקרים שטיפלו בחולים כרוניים למשך תקופות ארוכות מאוד.

למרות בעיות אלו, לחץ בלתי פוסק בדרישה לשינוי במערכת האשפוז המלא הביא להתעניינות מחודשת בשנים האחרונות באפשרויות הטיפול באשפוז יום חרף. אשפוז היום החרף החל להופיע במתכונות חדשה הכוללת תכניות טיפול בנות מספר שעות רב מחד, וקשר הדוק לטיפול האמבולטורי מאידך.

על אף 60 שנות קיומן של מחלקות אשפוז, הדעות כיום עדיין חלוקות באשר ליחסי עלות-תועלת בטיפול

הרפורמה הביטוחית המוצעת – "אשפוז יום".
3 אשפוז יום אשר נועד לשקם ולתמוך בצורה ממושכת וארוכה במטופל הסובל מהפרעה נפשית כרונית ("מרכזי יום", Drop in center).

4 אשפוז יום שמטרתו טיפול מרפאתי מתוגבר (בדרך כלל לסובלים מהפרעות חרדה ודיכאון) שלא השתפר מצבם הנפשי במהלך הטיפול המרפאתי. ("תכניות יום").

מאמר זה יתרכז (לאחר הסקירה ההיסטורית) באשפוז יום חרף המוגדר כאשפוז יום אשר מספק שירותי אבחון וטיפול לחולים הסובלים מהפרעה נפשית חריפה, אשר אם לא היו באשפוז יום, היו מטופלים באשפוז פסיכיאטרי מלא (1).

ההיסטוריה של מחלקות אשפוז יום

בשנות ה-30 מתוארות לראשונה מחלקות אשפוז יום אשר צמחו בברית המועצות לשעבר, בניסיון לצמצם את מספר מיטות האשפוז המלא ולהקטין את מצוקת המיטות במוסדות הפסיכיאטריים. בשנת 1946 נפתחה לראשונה בקוויבק, מונטריאול, מחלקת אשפוז היום הראשונה בצפון אמריקה, שוב בניסיון להפחית את עומס התפוסה של מיטות האשפוז המלא. בשנות ה-60 הפכו מחלקות אשפוז היום לצורת טיפול מקובלת לאחר קביעתה של ועדה ציבורית בנושא בריאות הנפש, כי יש ליצור תכניות

עשרות השנים האחרונות אשפוז היום בצורות ובגלגוליו השונים מהווה מרכיב חשוב בשירותי הפסיכיאטריה המודרנית. למרות צמיחתם של שירותי האשפוז האמבולטוריים, מטופלים רבים הסובלים מהפרעות נפשיות חריפות ממשיכים להיות מטופלים במסגרת אשפוז פסיכיאטרי מלא. לעתים האשפוז המלא הוא דרך יקרה ולעתים קרובות לא נחוצה כדי לטפל בחולים הללו (1,2,3), ולכן הועלתה ההשערה כי רבים מאלה המטופלים במסגרת אשפוז פסיכיאטרי מלא היו יכולים להיות מטופלים באשפוז יום (4).

בעיה מרכזית המשותפת לנותני השירות, למקבלי ולחוקרים בתחום, היא הקושי במציאת הגדרות משותפות ועקביות לצורות השונות של אשפוז היום. לכן, כל דיון באשפוז היום חייב להתחיל בניסיון להגדיר את הסוגים השונים של אשפוזי היום. אנסה להבחין בין ארבעה סוגים של אשפוזי יום לפי אופי הפעילות:

1 אשפוז יום שנועד לשמש אלטרנטיבה לאשפוז פסיכיאטרי מלא ומיועד למטופלים הסובלים מהפרעה נפשית חריפה ("אשפוז יום חרף", Half way in, לפי הרפורמה הביטוחית המוצעת – "טיפול יום").

2 אשפוז יום אשר נועד להקל על חזרת החולה והשתלבותו בקהילה לאחר אשפוז מלא ("אשפוז יום חלקי", Half way out, "תכניות אשפוז למעבר" לפי

במחלקות היום. המצדדים טוענים כי טיפול היום מאפשר שיפור קליני מהיר יותר, משפר את התפקוד החברתי, מקטין את השחיקה והנטל על משפחת המטופל, מקצר את השהות בבית החולים ומקטין את קצב הישנות המחלה. המבקרים את אשפוזי היום מדגישים את מספרם הגדול של המטופלים שאינם מתמידים בתקופת המעקב שלאחר אשפוז יום, ומעלים את החשש כי אשפוז יום מאריכים את תקופת השהות בבית החולים.

יעילות הטיפול ועלותו במסגרת אשפוז היום החריף

מפתיע למצוא בספרות המקצועית מעט מחקרים יחסית העוסקים ביעילותו ובעלותו של הטיפול באשפוז יום חריף. בסקירת ספרות שבוצעה על ידי Marshall et al, 2001 נבדקה שאלת יעילותו ועלותו של אשפוז היום החריף בהשוואה לאשפוז מלא בעבור מטופלים המתקבלים לאשפוז וסובלים מהפרעות נפשיות חריפות (1).

הסקירה מתבססת על תשעה מחקרים מבוקרים ואקראיים (1,568 מטופלים) ועל ארבעה מחקרים נוספים (594 מטופלים). בבדיקה נמצא כי אשפוז היום החריף הוא תחליף הולם ל-23-37 אחוז מהמטופלים אשר התקבלו לאשפוז מלא. לא נמצא הבדל בממוצע ימי האשפוז של מטופלים אשר אושפזו באשפוז יום חריף בהשוואה לאלה אשר אושפזו באשפוז מלא. קצב החזרה לאשפוז לאחר השחרור היה דומה בין באשפוז יום חריף ואשפוז מלא. למטופלים באשפוז יום חריף היה שיפור מהיר יותר במצב הנפשי בהשוואה למטופלים באשפוז מלא, אולם לא נמצא הבדל בתפקוד החברתי בין שתי הקבוצות. טיפול יום חריף נמצא זול יותר מאשפוז מלא בשל מרכיב ההוצאה שהיה קטן ב-21-37 אחוז בהשוואה לאשפוז מלא. מחברי המאמר מסיקים מהנתונים כי אשפוז יום חריף יכול להיות אפשרות אשפוז הולמת באזורים שבהם יש דרישה גבוהה לאשפוז מלא (1).

מחלקת אשפוז היום החריף בשלוותה

במאמר זה אציג את מודל העבודה של מחלקת טיפול היום החריף בבית החולים שלוותה. במחלקה קיים תקן לטיפול ב-30 חולי יום חריפים. ממוצע האשפוז במחלקה נע בין 30 ל-40 יום והחולים מחויבים להגיע למחלקה חמישה ימים בשבוע. קהל היעד של המחלקה הוא מטופלים הסובלים מהפרעות נפשיות חריפות, המופנים על ידי אנשי מקצועות בריאות הנפש מהקהילה, מיון בית החולים, מרפאות בריאות הנפש בבית החולים וכדומה. המחלקה אינה קולטת מאושפזים מיחידות האשפוז המלא של

בית החולים, אך שואפת לקלוט מטופלים העתידים להתאשפז ביחידות האשפוז המלא של בית החולים. עיקרון העבודה הבסיסי באשפוז היום החריף במחלקתנו הוא כי יש להתאים להפרעות נפשיות שונות תכניות טיפול שונות. הספרות הפסיכיאטרית תמימת דעים כי לחולים הסובלים מהפרעות שונות יש צורך בטיפולים ייעודיים להפרעה שממנה סובל המטופל. לדוגמה, מטופל הסובל מסכיזופרניה זקוק בנוסף לטיפול התרופתי לתכנית טיפול המדגישה את הטיפול הפסיכו-חינוכי (המטופל לומד כיצד להתמודד עם המחלה, לזהות חזרה של סימפטומים, מתי וכיצד לפנות לקבלת עזרה וכדומה), טיפול תומך (הכולל עידוד, הכוונה והדרכה) וטיפול המשפר את תפקודו של המטופל בתפקודים בסיסיים ומורכבים. לשם השוואה, חולים הסובלים מהפרעה אפקטיבית זקוקים לתכנית שונה המדגישה את מרכיבי טיפול הקוגניטיבי-התנהגותי (הפחתה באמונות ודעות הקשורות לחוסר תקווה וייאוש והפחתת ההתנהגות הנמנעת), טיפול ממוקד ביחסים הבינאישיים (קצר מועד, מתרכז בעיקר באובדן קשר, אבל, איבוד תפקיד חברתי וכדומה) וטיפול פסיכודינמי.

בהתאם לעיקרון זה נבנו במחלקה תכניות לטיפול בהפרעות השונות. תכנית ראשונה בשעות הבוקר לטיפול בחולים הסובלים מסכיזופרניה ותכנית טיפול שנייה בשעות הצהרים לסובלים מהפרעות אפקטיביות. כל תכנית מובנית ונמשכת כארבע-חמש שעות ביום.

במהלך השהות במחלקה מקבל המטופל חבילת טיפול הכוללת: טיפול פרטני (תמיכתי, קוגניטיבי, פסיכודינמי וכדומה), כשלוש קבוצות טיפוליות שונות (המורכבות מסוגי טיפול ומנחה שונים), תרגול תפקודי (בריכוז, בעיסוק) והתייעצות רפואית-תרופתית (לפי הצורך).

יתרונות העבודה בתכניות טיפול שונות

מהיבט של המטופל, התכנית מאפשרת לו מבנה מאורגן וברור המגדיר את סוגי הטיפול השונים להם הוא זקוק ומותאם להפרעה ממנה הוא סובל. לדוגמה, בתכנית המיועדת למטופלים הסובלים מסכיזופרניה תינתן התערבות משפחתית בקבוצת משפחת בגישה פסיכו-חינוכית, בעוד למטופלים הסובלים מהפרעות אפקטיביות, הדגש הוא על השתתפות בני הזוג של המטופל והטיפול מתמקד בטיפול בגישה בינאישית. העבודה הטיפולית מתקיימת בקבוצות קטנות (5-10 מטופלים בקבוצה) שבהן מתאפשרת ביתר קלות שימת לב עבודה עם המטופל הבודד. מההיבט של המטופלים, העבודה לפי תכנית טיפול

יוצרת מחד אתגר למטפל להתמחות בסוגי טיפול ייעודיים (טיפול קוגניטיבי, בינאיש, משפחתי וכדומה) ומאידך זוהי הזדמנות לבחון, להתנסות וליישם את שיטת הטיפול שבה הוא מתמחה בהפרעות שונות זו מזו. לדוגמה, מטפלת שהתמחתה בטיפול משפחתי מנחה במחלקה קבוצת פוקוס משפחתי שמטרתה לשפר את כושר ההתמודדות של המטופל עם קשיים ומחלוקות המתגלים בסביבת המשפחה. בתכנית המיועדת לחולים הסובלים מסכיזופרניה מועברת הקבוצה בצורה מובנית. בתחילת הקבוצה מחלקים למטופלים דפים המתארים סיטואציות משפחתיות שונות המלוות בשאלות שאיתן מתמודדים באמצעות משחקי תפקידים, מרכיבים קוגניטיביים והתנהגותיים. לקבוצת החולים האפקטיביים מועברת קבוצת הפוקוס המשפחתי בגישה בינאישית תוך התמקדות בדילמה של עצמאות מול נפרדות.

דוגמה נוספת היא מטפל שהתמחה בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי, המשתמש בתכנית לחולים הסובלים מסכיזופרניה בטיפול קוגניטיבי, בסימפטומים פסיכויים, שמטרתו ללמד לחיות בצד הסימפטומים הפסיכויים, בעוד בקבוצת החולים הסובלים מהפרעות אפקטיביות נדרש שימוש בטכניקות קוגניטיביות "קלאסיות" יותר, המיועדות ספציפית לטיפול בדיכאון.

מההיבט המחלקתי, בבדיקות שנערכו על ידו קיים שימוש יעיל יותר בכוח האדם וניצול המרחב המוגבל בשל העבודה בשתי תכניות המתקיימות בזמנים שונים (המסקנות הוצגו בכנס איכות שירותי בריאות כללית 2004). כך המרחב המחלקתי הופך למרווח יותר עם יחס גבוה יותר של אנשי צוות למטופלים בכל זמן נתון.

עם זאת קיימים גם חסרונות במודל טיפול יום חריף במחלקה: עבודה לפי תכניות המיועדות להפרעות ספציפיות מקשה והופכת לעתים לבלתי אפשרית את קליטתם של מטופלים הסובלים מהפרעות שאין להן תכנית ייחודית מותאמת, כמו מטופלים הסובלים מהפרעות אכילה.

לסיכום: אשפוז היום החריף נועד להיות תחליף המתאים לחלק מהחולים המתקבלים לאשפוז פסיכיאטרי מלא. הספרות מציעה כי במדדים של מהירות, השיפור הקליני והעלויות, קיים יתרון למחלקת אשפוז יום בהשוואה לאשפוז מלא.

(רשימה ביבליוגרפית מלאה שמורה במערכת)

ד"ר חיליק לבקוביץ, מנהל מחלקת אשפוז יום, בית החולים שלוותה, הוד השרון
תודות לצוות האשפוז מחלקת יום בבית החולים שלוותה על הדרך והעבודה המשותפת



פרח לב הזהב-

היפריקום בטיפול בדיכאון

• יקיצה מוקדמת • האטה בתפקודים פסיכומטוריים
• אובדן תיאבון/משקל • אובדן חשק מיני.

בהתאם למספר וחומרת התסמינים ניתן לקבוע האם הדיכאון קל, בינוני או קשה.

דיכאון קל - הימצאות של שניים-שלושה מהתסמינים הרשומים לעיל. התסמינים בדרך כלל יפריעו לחולה, אך סביר להניח שהוא יוכל להמשיך במרבית פעילויותיו

דיכאון בינוני - הימצאות של ארבעה או יותר מהתסמינים הרשומים לעיל. החולה מרגיש קושי להמשיך את פעילויותיו היומיומיות

דיכאון קשה - הימצאות כמה מהתסמינים הרשומים לעיל המפריעים באופן מובהק למהלך החיים התקין, בעיקר חוסר ביטחון עצמי והרגשת חוסר ערך או אשמה. במצב זה החולים חווים לעתים קרובות תסמינים גופניים ולעתים אף מחשבות/ פעולות אובדניות

אבחון וטיפול בדיכאון קל ובינוני נעשים בדרך כלל על ידי רופאי המשפחה או הנוירולוגים (במקרים בהם דיכאון מלווה מחלה נוירולוגית). האבחון המוקדם

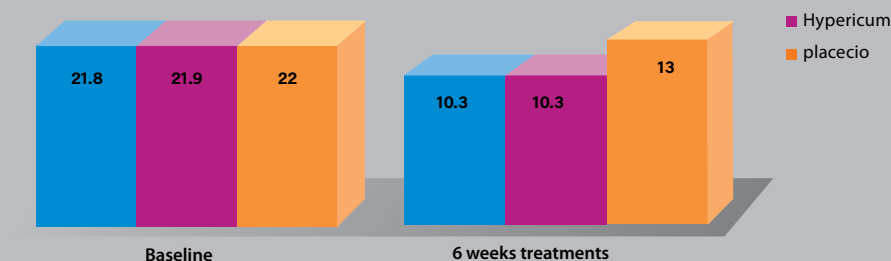
מח ההיפריקום מוכר מאות בשנים כבעל סגולות רפואיות. מחקרים שנעשו בשנים האחרונות מצביעים על כך שתרופות המופקות מתמצית צמח ההיפריקום יעילות בטיפול בדיכאון קל עד בינוני במידה דומה לתרופות נוגדות דיכאון מקובלות. בזכות פרופיל הבטיחות הגבוה והעדר הסטיגמה המאפיינת תכשירים סינתטיים פסיכיאטריים, תרופות המופקות מצמח ההיפריקום יכולות להוות אופציה טיפולית נוספת בטיפול בדיכאון קל עד בינוני המלווה מחלות גופניות שונות (כולל מחלות נוירולוגיות).

8.5 אחוזים מכלל בני ה-21 ומעלה בישראל סבלו אי פעם מסיםפטומים של דיכאון (למ"ס, 2005). תסמיני הדיכאון (ICD-10): מצב רוח ירוד שאינו מגיב לנסיבות חיצוניות. • הפחתת אנרגיה וירידה בפעילות. • חוסר עניין והנאה • ירידה בתחומי העניין והפחתה בתחושות עונג • קשיי ריכוז • עייפות ניכרת אפילו לאחר מאמץ קל מאוד • הפרעות שינה • הפחתה בביטחון העצמי וההערכה העצמית • רגשות אשמה • תחושת חוסר ערך • תסמינים גופניים

בזכות פרופיל הבטיחות הגבוה והעדר הסטיגמה המאפיינת תכשירים סינתטיים פסיכיאטריים, תרופות המופקות מצמח ההיפריקום (St. John's Wort) יכולות להוות אופציה טיפולית נוספת בטיפול בדיכאון קל עד בינוני המלווה מחלות גופניות שונות

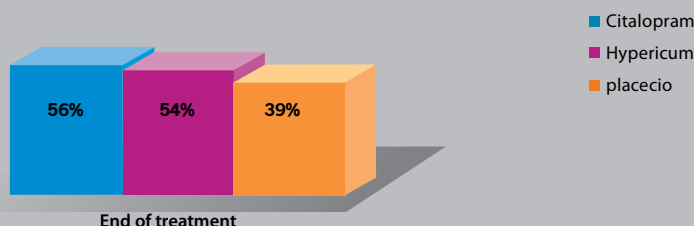
פרופ' אבי ויצמן

Mean HAM-D score



גרף מס' 1: עוצמת הדיכאון ההתחלתית ולאחר 6 שבועות טיפול עם Citalopram, היפריקום ופלאצבו ($p < 0.0001$)

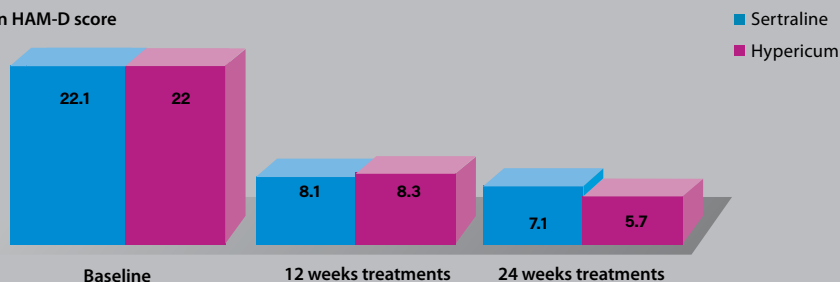
Responder rate (%)



* מגיב לטיפול = HAM-D > 10 או שיפור בציון ה-HAM-D > 50%

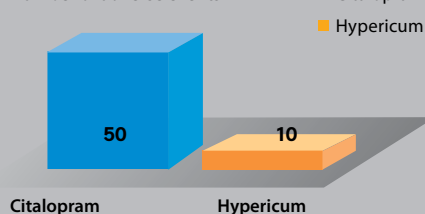
גרף מס' 2: שיעור התגובה לאחר 6 שבועות טיפול עם Citalopram, היפריקום ופלאצבו ($p < 0.0009$)

Mean HAM-D score



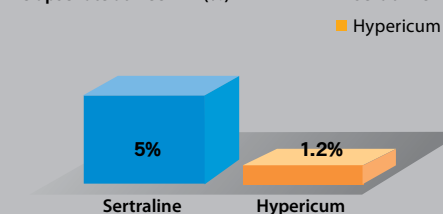
גרף מס' 3: עוצמת הדיכאון ההתחלתית ולאחר 6 שבועות טיפול עם Sertraline

Number of adverse events



גרף מס' 5: מספר תופעות לוואי לאחר טיפול עם Citalopram והיפריקום

Relapse rate at week 24 (%)



גרף מס' 4: אחוז התלקחות בשבוע 24 לאחר טיפול עם Sertraline והיפריקום

** התלקחות = HAM-D < 16 או עליה מהציון האחרון < 100% (באם HAM-D > 10)

והטיפול בדיכאון קל ובינוני הם קריטיים. חשוב להתחיל בטיפול בהקדם כדי למנוע החמרה בעוצמת הדיכאון. מומלץ להעביר לטיפול של פסיכיאטרים את המקרים של דיכאון קשה.

טיפול תרופתיים קיימים

כל התרופות נוגדות הדיכאון מבוססות על הגברה של הולכת מונואמינים במוח (סרטונין, נוראדרלין ודופאמין). התרופות הנפוצות הן אלו המעכבות קליטה חוזרת של סרטונין ונוראדרלין בסינפסה. תרופות אלו הוכחו כיעילות ובטוחות לטיפול בדיכאון, אולם בחלק מהחולים הן גורמות לתופעות לוואי במערכת העיכול (בחילות והקאות), להשמנה, להפרעות שינה ולהפרעות בתפקוד המיני. תופעות לוואי אלו עלולות להפחית את היעילות החולים לטיפול.

צמח ההיפריקום

צמח ההיפריקום מוכר כצמח מרפא עוד מתקופת היפוקרטס ביוון הקדומה (בשנת 400 לפני הספירה) והוא משמש כנוגד דיכאון משנת 1500. כיום מוצרי צמח ההיפריקום, המופקים על ידי מיצוי הצמח, משווקים הן כתוספי מזון והן כתרופות. ההבדל העיקרי בין השניים הוא שתרופות מיוצרות בתנאי סטנדרטיזציה גבוהים, המבטיחים איכות גבוהה וכן שקיימות עדויות מוכחות ליעילותן ובטיחותן של התרופות בטיפול במחלה. תרופות המופקות מצמח ההיפריקום מאושרות לטיפול בדיכאון על ידי רשויות הבריאות השונות בעולם, כולל באירופה (Woelk H, 2000). הפרמקופיאה הגרמנית מכירה בתרופות המופקות מצמח ההיפריקום כטיפול יעיל ובטוח בדיכאון קל ובינוני.

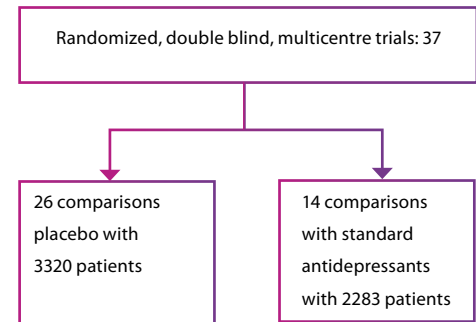
מנגנון פעולה

בשונה מ-SSRIs וטריציקליים, תמצית ההיפריקום מכילה מספר מרכיבים, שבאופן סינרגטי פועלים על אזור המטרה. מנגנון הפעולה השלם של מיצוי צמח ההיפריקום עדיין נחקר ונמצאו עדויות לכך שמרכיבי הצמח (וביניהם היפריצין, היפרפורין, פלבונואידים) משפיעים במשולב על פעילות מספר מסלולים עצביים שונים המולכים סרטונין, נוראדרלין, דופאמין, גאבא וגלומט (Butterweck V, 2003).

יעילות קלינית

במשך מאות שנים הצטברו עדויות על יעילות צמח ההיפריקום (St. John's wort) בטיפול בדיכאון קל עד בינוני. בעשור האחרון הוכחה יעילותו בעשרות מחקרים קליניים מבוקרים, כפולי סמיות ורב מרכזיים התומכים בעדויות אלו. משנת 1998 ועד היום נערכו

מחקרים קליניים מבוקרים בקרב כ-6,000 נבדקים הסובלים מדיכאון בעוצמות שונות (דיכאון קל, בינוני וקשה), אשר השוו את היעילות והבטיחות של ההיפריקום מול תרופות סינתטיות טריציקליות (כגון Imipramine, Amitriptyline) ומול SSRIs (Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Citalopram). בחודש דצמבר 2005 פורסמה מטה-אנליזה ב-British Journal of Psychiatry, אשר בחנה 37 מחקרים מבוקרים, כפולי-סמיות, רב-מרכזיים ואקראיים. שמערכו עם תמציות שונות של צמח ההיפריקום. מתוכם, 26 מחקרים בהם השתתפו 3,320 חולים, היו מחקרים שהשוו יעילות ובטיחות תמציות היפריקום לפלצבו, ו-14 מחקרים בהם השתתפו 2,283 חולים, בדקו יעילות ובטיחות היפריקום בהשוואה לנוגדי דיכאון סטנדרטיים. מסקנות החוקרים במטה-אנליזה זו היו שבטיפול בדיכאון קל עד בינוני, תמציות צמח ההיפריקום יעילות יותר מפלצבו ויעילותן שווה לזו של נוגדי דיכאון אחרים. עוד עלה מסקירה זו שעדיין אין מספיק עדויות ליעילות תמציות ההיפריקום בטיפול בדיכאון קשה (Linde K, 2005).



לאחר פרסום המטה-אנליזה, פורסמו עוד שני מחקרים חשובים על יעילות תמציות ההיפריקום. הראשון בהם התפרסם בכתב העת Pharmacopsychiatry בשנת 2006. מחקר זה השווה יעילות ובטיחות של תמצית היפריקום ל-Citalopram ולפלצבו. נבדקו 388 מטופלים הסובלים מדיכאון בינוני (HAM-D 20-24). במחקר נמצא כי שני הטיפולים הפחיתו את עוצמת הדיכאון במידה דומה. לאחר שישה שבועות, היפריקום הפחית את עוצמת הדיכאון בדרגה דומה לזו של ה-Citalopram ובאופן משמעותי בהשוואה לפלצבו ($p < 0.0001$) (ראה גרף מס' 1). כמו כן, אחוז התגובה של שני הטיפולים היה דומה וגבוה יותר באופן משמעותי בהשוואה לפלצבו ($p = 0.009$) (גרף מס' 2) (Gastpar M, 2006).

המחקר החשוב השני שהתפרסם לאחרונה היה מחקר ארוך טווח שנערך במשך 24 שבועות. במחקר זה נבדקו 200 מטופלים הסובלים מדיכאון בינוני (HAM-D 20-24). המחקר השווה את היעילות של תמצית צמח ההיפריקום ל-Sertraline. בדומה למחקרים הקודמים, ההיפריקום נמצא יעיל כמו ה-Sertraline (גרף מס' 3), עם שיעור תגובה דומה. יתר על כן, אחוז ההתלקחות** של הדיכאון היה דומה בשני הטיפולים (גרף מס' 4) (Gastpar M, 2005).

בטיחות

במחקרים שנסקרו לעיל הסיקו החוקרים כי להיפריקום פחות תופעות לוואי בהשוואה לנוגדי דיכאון אחרים והוא בעל פרופיל בטיחות טוב יותר. לדוגמה, ניתן לראות כי במחקר שהשווה את תמצית היפריקום ל-Citalopram, מספר תופעות הלוואי שנצפו בקבוצת ההיפריקום היה נמוך בהשוואה לאלו שנצפו בקבוצת ה-Citalopram (גרף מספר 5) (Gastpar M, 2006). ככלל, המחקרים מצביעים על שיעור תופעות לוואי נמוך עם ההיפריקום, רוב תופעות הלוואי הן קלות ולרוב חולפות. תופעות הלוואי השכיחות הן הפרעות במערכת העיכול (בעיקר כאבי בטן), יובש בפה ואדמומיות בעור. תופעות הלוואי הנדירות יותר הן חולשה, סחרחורת, הזעה ואי שקט. ההיפריקום עלול לגרום בשכיחות נמוכה לרגישות העור לשמש (Photosensitivity) במיוחד בקרב אנשים רגישים לאור או אלה שסבלו בעבר מתופעת פוטוסנסטיביות. תופעה זו היא הפיכה בעת הפסקת נטילת התכשיר.

בניגוד לנוגדי דיכאון סינתטיים, תכשירי ההיפריקום אינם מאופיינים בבגיעה בתפקוד המיני או בהשמנה. כמו כן, לא נמצאו עדויות להיפונתרמיה, לתופעות לוואי אנטי-כולינרגיות כגון אצירת שתן, עצירות ובלבול, ולפגיעה בתפקודים הקוגניטיביים, תופעות העלולות להיות משמעותיות באוכלוסיית הקשישים.

תגובות בין-תרופתיות

פרסומים רבים טוענים לריבוי תגובות בין-תרופתיות עם צמח ההיפריקום. עם זאת, פרסומים אלה מתייחסים למיצויי היפריקום המכילים ריכוז גבוה של המרכיב היפרפורין. לאחרונה נמצא שהמרכיב היפרפורין הינו האחראי העיקרי לתגובות בין-תרופתיות בתמציות צמח ההיפריקום. מרכיב זה משפיע על האנזים CYP3A4, ולפיכך שילובו עם תרופות המתפרקות על ידי אנזים זה גורם

לירידה בריכוז תרופות אלו בדם. יש לציין כי שימוש בתמציות ההיפריקום עם ריכוזים גבוהים של היפרפורין יכול להוריד ריכוז בפלזמה של גלולות למניעת הריון. במספר מקרים בודדים היו גם הפרעות בתפקודי כבד.

חשוב לציין, כי בתרופה שאושרה בישראל על ידי משרד הבריאות, תמצית ההיפריקום Ze 117 (שם מסחרי "רמוטיב"), קיים ריכוז נמוך ביותר של מרכיב זה (פחות מ-0.5 אחוז) יחסית למיצויים אחרים. על כן, לתרופה זו קיים סיכוי נמוך יותר לתגובות בין-תרופתיות בהשוואה למוצרי ההיפריקום אחרים המשווקים בעולם. לראיה, אין עדויות ליחסי גומלין בין רמוטיב לבין דיגוקסין וגלולות למניעת הריון. יש לציין כי אין לשלב ההיפריקום עם תרופות לאיידס, תרופות לדחית שתלים (כגון Cyclosporin, Tacrolimus) ותרופות לכימותרפיה. כמו כן לא מומלץ לשלב ההיפריקום עם תרופות המעלות את רמות הסרוטונין (כגון SSRIs, SNRIs), מחשש לסרטונין סינדרום.

בישראל מאושרת תמצית ההיפריקום אחת, Ze 117, כתרופת מרשם, תחת השם "רמוטיב" (Remotiv). ההתוויה המאושרת היא לטיפול בדיכאון קל עד בינוני הכוללת סימפטומים כגון מצב רוח ירוד, חרדה, מתח והפרעות בשינה. רמוטיב נבדקה במספר מחקרים קליניים מבוקרים וניתנה לכ-1,700 חולים עם דיכאון קל עד בינוני. תרופות ההשוואה היו (Fluoxetine Schrader E, 2000), (Imipramine Woelk H, 2000). המחקרים מצביעים על כך שרמוטיב שווה ביעילותה ל-Fluoxetine (פרוזאק) ולנוגד הדיכאון הטריציקלי Imipramine (טופריל, פרימוניל). יתר על כן, לתרופה פחות תופעות לוואי בהשוואה לנוגדי דיכאון אלו.

לסיכום: תרופות המכילות תמצית ההיפריקום מהוות אופציה טיפולית נוספת יעילה ובטוחה בטיפול בדיכאון קל עד בינוני. מחקרים קליניים מבוקרים רבים מצביעים על יעילותו ובטיחותו של צמח ההיפריקום בטיפול בדיכאון קל עד בינוני. היות ומטופלים רבים הסובלים ממחלות גופניות, וביניהן מחלות נוירולוגיות, סובלים לעתים מדיכאון, מן הראוי לשקול מתן ההיפריקום למטופלים אלה, בעיקר במטופלים שסובלים מתופעות לוואי של נוגדי דיכאון אחרים או חולים הנמנעים מליטול תרופות אלו.

פרופ' אבי ויצמן, פסיכיאטר, מנהל יחידת המחקר, המרכז לבריאות הנפש גזה, ומנהל המרכז למחקר רפואי ע"ש פלשנשטיין,

הסיפור של החולה

על תפקידו של הפסיכולוג שברופא המשפחה

פרופ' מיכאל וינערטן

האתגר הפסיכולוגי הגדול ביותר של רפואת המשפחה הוא במישור המשפחתי. במיוחד כאשר אותו רופא מטפל במספר בני משפחה, הרופא מוצא את עצמו חלק של המשפחה. יש לו יחסים מקבילים עם בני משפחה שונים והוא נמשך לקואליציות בתוכה. כשהמשפחה עומדת בפני התמודדויות גדולות, כמו לקראת מוות של הורה, פונים לחפא לתמיכה רגשית ולייעוץ הנבון, במקביל עם הטיפול הגופני השוטף. כשאני הולך לנחם אבלים, אני גם הולך להתנחם בעצמי.

עיקר העבודה הפסיכולוגית של רופא המשפחה אינה פסיכיאטריה רכה. הדאגה שמא רופא המשפחה יפסיד את מחצית מקרי הדיכאון, ולא ירשמו SSRI לאנשים שזקוקים להם, משקפת רק פן אחד של התמונה. רופא המשפחה אינו רק הפסיכיאטר הראשוני למקרים קלים של מחלות נפש.

הגישה לפסיכולוגיה הנפוצה ברפואת המשפחה מכונה היום גישת הנאטרטיבה. ספרים חשובים הופיעו על הטיפול הנאטרטיבי פרי עטם של רופאי משפחה כמו ג'ון לאונר באנגליה, ומהארץ ג'ף בורקן יחד עם שמואל רייס, דובי שטיינמן וג'ק מדלי המנוח, ובקרב יראה אור ספר נוסף של אנדרה מטלון. ביסוד הגישה הנאטרטיבית עומדת הקביעה שהחולי הוא חוויה סובייקטיבית ולא רק תהליך אובייקטיבי. אותו תהליך פתוגני גורם לחוויה שונה אצל אנשים שונים, הכול תלוי במידת החוסן של האדם, במצב הנפשי והחברתי, ובמערכת האמונות שלו לגבי בריאות וחולי. האדם לא רק חווה את המתרחש, הוא גם מפרש אותו. בהתאם לפירוש האישי שניתן לאירוע של מחלה, כך נראה צורת שונות של תגובה והתמודדות. כדי להבין את התנהגות החולה, הרופא חייב להבין את אדם בכל ההיבטים הנ"ל, בלי לשפוט אותו לטוב או לרע.

לצורת ההבניה של חוויות המחלה נקרא "סיפור של חולה". החולה כאלו מחבר סיפור המכניס את מחלתו לתוך רצף חייו, ובהתאם לפרטי הסיפור שחיבר אפשר להבין את הדרך שבה הוא מקבל את המחלה, ואת הקשיים הספציפיים שלו בהתמודדות איתה. תפקידו של הרופא המטפל הוא לעזור לחולה לחבר סיפור טוב יותר שיוכל אותו להתמודדות פחות סכנת ומזיקה. הרופא לא יכול לכפות את הסיפור הבריא יותר על החולה, הוא רק יכול ללוות את החולה בדרכו ולהציע לו מחשבות ונתיבים חדשים.

לרופאים.

אני מנסה לשחק על המגרש שלו ומצטט את הרמב"ם כנגד גישת הרמב"ן ומציע שרבי נחמן הולך בדרכו של הרמב"ן, שמי שחולה יחזור בתשובה ויבקש רחמי שמיים ולא ילך לרופא. מה פתאום, הוא אומר, כל מה שרבי נחמן אמר היה בהשראה האישית המיוחדת שלו בלבד. אני מתחיל להבין את עוצמת האמונה שלו ומתחיל להתייחס. יש לי הרגשה שאני במקום האבא שלו, האב שנעלם מכל הסיפור הזה, והוא מתווכח איתי וחיוב לצד אותו. ואז הוא מוציא את הגשק הכבד. מתוך שקית ניילון הוא שולף ספר ברסלבי ומדפדף עד שהוא מוצא את הסעיף, סעיף ס"ה, ונותן לי לקרוא אותו. חצי בעברית וחצי באידיש קראתי כתוב בדיוק מה שהוא אמר, שהרופאים הם מרצחים ושהם מנסים ללכת נגד רצון האל, ואסור ללכת אליהם ולקבל טיפול מהם. אני אבוד, ושוקק.

יש אינסולין חדש, הוא אומר אחרי הפסקה קצרה, אינסולין שמזריקים פעם ביום. מיהרה שהוא מכיר ומדבר איתו על סוכרת סיפרה לו. כן, יש אינסולין כזה, ואולי באמת הוא יהיה לך פחות מסוכן. הוא יקר ואני הוא שצריך לאשר אותו מטעם הקופה. אין לי שום ספקות ואני חשם לו את האינסולין החדש. הוא מבטיח לי שהוא יודע מתי הסוכר שלו גבוה מדי ומתי נמוך מדי ושאיני לא אדאג. עכשיו יהיה בסדר. כשטלפנתי אליו, הוא מספק, הוא היה בדיוק בדרך החוצה. את הסיבה שלי להמשיך לרשום לו את האינסולין הוא פירש כשימן שהוא היה צריך להפסיק את הטיפול ולהחזיר את נשמתו לבורא. הוא ידע שאם יישאר בבית, ישימו לב כשהוא מאבד הכרה וייקחו אותו לבית חולים. לכן החליט לצאת לגבעה ולשבת מתחת לעץ עד שימות ואז הגיע הטלפון שלי ומיד היה ברור לו שאני השליח ובאתי לבשר לו שהוא לא היה צריך למות אלא להמשיך לחיות ולכן בא למרפאה.

שמעתי אותו מספר לי את סיפור העקידה הפרטי שלנו, וידעתי שמהו עשיתי נכון בלי להיות מודע לגמרי לכך.

הייחוד שברפואת המשפחה הוא הממשק בין הגוף והנפש. הפסיכולוג שברופא המשפחה מבין שאין טיפול בסוכרת בלי להבין את נפש החולה. פחות חשובים לו רשימת הקריטריונים של ה-DSM או את הצירים שלו. מה שחשוב לו ביותר הוא להבין את האינטראקציה הבינאישית, כך שהטיפול הרפואי שהוא מציע יהיה מותאם לאישיות, לצרכים ולמצב הנפשי של החולה. זוהי הרפואה של הקשר ושל ההקשר יותר מהרפואה של ההנחיות הקליניות. הרופא המודע במיוחד יכיר בתהליכים הטרגיפצטצאילים הבלתי פוסקים עם החולים, אך גם מי שפחות מודע יתנהג נכון באופן סכונטי, מדון ניסיון מצטבר במשך שנות עבודה מול אותם אנשים ומשפחות.

הוא בן 24 וחזר בתשובה לפני שנתיים. מטופל באינסולין מגיל 13 עקב סוכרת נעורים. אמו באה ומספרת לי – רק שהוא לא ידע שהיא דיברה איתי – שהוא נכנס לדיפו ומאבד הכרה הרבה פעמים, וכל פעם היא לא יודעת אם תצליח להעיר אותו, ואולי זה יקרה והיא לא תהיה בסביבה לעזור בשבע שעבר נאלצה להזמין את מדאג, כי לא הצליחה. הוא היה אצלי בפעם האחרונה לפני כשנה אחרי שהזמנתי אותו כי ראיתי שהרתיק שלו ריק מבדיקות הרבה זמן. הוא סיפר על החזרה בתשובה ועל אמונתו שהכול בידי שמיים ושהוא לא רצה לעשות בדיקות. הוא ימשיך להזריק את האינסולין – הוא משוכנע שזו הייתה טעות להתחיל באינסולין מלכתחילה, אבל כעת אין לו בריחה כי הגוף התרגל לכך ונעשה תלוי בו.

שלחתי לו מכתב הזמנה דרך אמו, ולא ענה. גם מכתב דרך הדואר לא עזר. כעבור זמן הוא השאיר בקשה במשרד לחדוש התרופות החודשיות, והחלטתי לא לרשום את האינסולין, בחישוב שמעתי היפך מסוכן מהיפרגליקמיה עבוה, וכך איאלץ אותו להגיע אלי. ואכן הגיע למרפאה, מגדף ומחורף. כל נסיונות הפקידות להגיע אותו לא עזרו. התפרץ לחודי חרק את טופס הבקשה לחדוש התרופות על שולחני ויצא החוצה בסערת רוח. בדרכו החוצה צעק לכיוון הפקידות שהוא למרפאה אינו חוזר ומה שיהיה יהיה, והאחריות על הרופא.

בסוף יום העבודה בדקתי את רגשותי: מצד אחד, הוא אדם בוגר ושפוי, אני הזמנתי אותו לטיפול והוא החליט לא לבוא, ואני בסדר שאינו רשם לו טיפול שקרוב לוודאי יזיק לו, ואפילו יורג אותו. מצד שני, בסופו של דבר אני הרופא המטפל ואני אחראי על טיפולו, ואולי לא עשיתי מספיק כדי לשכנע אותו לשתף פעולה. ומעורב בתוך כל זה יש לי הרגשה שמאחרי הפנים הזועפות מסתתר ילד מבוחד ומבלבל. וגם אמה שלו מצפה לישועות! היא מיואשת ואסור לי להצטרף לייאוש שלה.

בערב, כשאני מגיע הביתה עייף ורעב, אני לא יכול להתיישב לארוחת ערב לפני שאני מרים טלפון לנייד שלו. אני מסביר לו שאם נשכח יחד בשקט, בטוח נמצא דרך קדימה ביחד. הוא אומר שאולי יבוא מחוץ אני קובע לו שעה. למחרת הוא מגיע וממתין לי עוד לפני המועד שנקבע. ממתין בשקט. אני ראה אותו יושב דרך במסדרון. הוא נכנס, מקשיב לי בסבלנות ולא מתנגד שנתחיל מחדש. הוא מתקן את סיפור העובדות כפי שאני מתאר אותם: הוא לא קיבל זריקה ממדאג, אלא התעורר ברגע שדקדק אותו לבדיקת רמת הסוכר בדם. הוא יודע בדיוק למה הוא נכנס להיפך, כי הוא לא תמיד אוכל בזמן. הוא לומד תורה אצל חסידי ברסלב ורבי נחמן אמר שלא צריך ללכת

פרופ' מיכאל וינערטן, אוניברסיטת תל אביב, החוגים לרפואת המשפחה ולמדעי ההתנהגות; שיחות בריאות כללית, מרפאת ראש העין והמחלקה לרפואת המשפחה בביליטון

מחקרים אחרונים

רגשות חיוביים מחסנים מפני הידבקות במחלות

במחקר חדש שפורסם בירחון הרפואה הפסיכוסומטית של אוניברסיטת קרנגי מלון, טוען הפרופסור לפסיכולוגיה שלדון כהן כי שלשומחה ורגשות חיוביים אחרים יש תפקיד חשוב יותר בבריאות מכפי שהיה נדמה. המחקר החדש מאשר את תוצאות המאמר החשוב שפורסם בשנת 2004 ובו כהן ועמיתיו גילו שאנשים שמחים, מלאי חיים, רגועים או כאלה שהפגינו רגשות חיוביים אחרים, היו בעלי סיכוי נמוך יותר לחלות כשנחשפו לזיהום מאשר אלה שדיווחו פחות על רגשות כאלה, וכאשר הם חולים, אנשים שמחים מדווחים על פחות תסמינים מכפי שמצופה מהתנאים האובייקטיביים של המחלה. בניגוד לכך, לא נמצא קשר בין דיווח על רגשות שליליים כמו דיכאון, חרדה או כעס לבין הידבקות במחלה. האפשרות שההתנגדות הגדולה יותר להידבקות במחלה בקרב אנשים שמחים לא קשורה לשמחה, אלא לאפיונים אחרים הנחשבים קשורים לדיווח על רגשות חיוביים, נשארה פתוחה.

המחקר החדש של כהן בדק את המאפיינים האלה והגיע לאותן התוצאות: מי שדיווח על רגשות חיוביים היה בעל סיכוי נמוך יותר להידבק במחלה וכאשר חלה, דיווח על פחות תסמינים. הנתון נשאר זהה ללא קשר לרמות האופטימיות, ההחצנה, תחושת התכלית, ההערכה העצמית, גיל, גזע, מגדר, השכלה, נתונים גופניים או חיסון מוקדם מפני המחלה.

החוקרים ראינו את הנבדקים במשך כמה שבועות ובדקו את מצבי הרוח והרגשות שלהם, ואז הם הדביקו אותם בזיהום או בשפעת. הנבדקים בודדו ונבדקו כדי לראות אם נדבקו במחלה והתוצאות היו זהות לאלו של המחקר הקודם. "אנחנו צריכים להתייחס ברצינות רבה יותר לאפשרות שלרגשות חיוביים יש תפקיד מכריע יותר במניעת מחלות", אומר כהן.



איסוף נתונים: גיא כהן

המחשבה על כסף משנה אנשים

מחקר שנערך באוניברסיטת מינסוטה מגלה שרק המחשבה על כסף או על סביבה עשירה עשויה להשפיע על ההתנהגות. "המחשבה על כסף משנה אנשים", אומרת החוקרת קתלין ווס מבית הספר לניהול באוניברסיטת מינסוטה.

החוקרים הזכירו לנבדקים כסף כשנתנו להם שטרות משחק או הושיבו אותם מול מסכים עם שומרי מסך בדמות שטרות; קבוצה שנייה של נבדקים לא קיבלה שטרות משחק והושבה מול מסכי מחשב עם שומרי מסך אחרים. החוקרים גילו שחברי הקבוצה שהיתה בסביבה של כסף היו מסופקים יותר ועבדו על מטלות לבדם זמן ממושך יותר לפני שביקשו עזרה, אבל כשמישהו ביקש מהם עזרה, הם סייעו פחות מחברי הקבוצה שלא היו חשופים לכסף. החוקרים מצינים שהתגובות בקרב חברי הקבוצה שנחשפה לכסף לא היו אחידות, אבל אם הממצאים נכונים, ייתכן שלכסף יש השפעה על חיי הקהילה.

מטופלות יותר מאושרות פחות

מחקר שנערך על ידי מכון מחקר פרטי בווינגטון מגלה שיש סיבות טובות לכך שנשים אמריקאיות בגיל העמידה מאושרות בממוצע פחות משאר האוכלוסיה. המחקר מצביע על כך שנשים מאמצע שנות ה-30 לחייהן ועד אמצע שנות ה-50, מתווחות ומנסות לעמוד בדרישות של הורים מזדקנים ושאר בני המשפחה. התוצאה של הטיפול במבוגרים וחוסר הזמן לאחרים גורמת דיכאון. מתוך 1,100 הנשים שנבדקו והיה להן לפחות הורה אחד בחיים, רק כ-20 אחוז ציינו שהן מאושרות, לעומת 34 אחוז באוכלוסיה הכללית. קבוצת המזדקנים סופקה בידי האקדמיה לרפואה של ניו יורק והאגוד הלאומי של העובדים הסוציאליים.

טלוויזיה, אלוהים וילדים

מחקר שנערך באוניברסיטת גלזו שבסקוטלנד גילה ממצאים מטרדים בקשר להרגלי הצפייה בטלוויזיה, כולל העובדה שילדים בני שש העדיפו לבהות במסך ריק ולא בפנים של בני אדם. החוקרים טוענים שילדים בני שש עד שמונה מגיבים לתמונה של טלוויזיה כמו שאלוהים מגיב לתמונה של משקה אלוהי.

בשורה של מבדקים בבתי ספר יסודיים, ילדים העדיפו להביט על תמונה של מסך טלוויזיה ריק כאשר הפיעה על צג המחשב תמונה של פרצוף מחייך. "פנים הם כלי חברתי חשוב ומפתיע שילדים העדיפו להביט על הטלוויזיה", ציינו החוקרים. "כשאנחנו מביטים בפנים, אנחנו לומדים התנהגויות חברתיות, איך להתמודד עם אנשים ולהבין אותם, אבל כשמביטים בקופסה, אין יחסים של ממש".

ילדים מעדיפים מצליחנים

במאמר שמתפרסם בירחון "הפסיכולוגיה" בארה"ב, חוקרים מאוניברסיטת הרוורד וסטנפורד קבעו שילדים בגילאי חמש עד שבע מעדיפים אנשים מצליחים. החוקרים אומרים שהתופעה עשויה להבהיר את המקור לגישה האנושית כלפי קבוצות אוכלוסיה שונות ולעזור בהסבר התמשכות הפערים החברתיים. "בדקנו איך ילדים מפרשים אירועים אקראיים, כמו ההוריקן קטרינה, ומה הם מרגישים ביחס לאנשים שהושפעו מהאירועים האלה", אומרת כריסטינה אולסון, אחת ממחברות המחקר. "הבנת האופן שבו ילדים חושבים על אנשים אחרים שהושפעו ממזל או מחוסר מזל, יכולה לספק לנו חלון הצצה אל מקור הגישה וההעדפה כלפי קבוצות חברתיות שונות".