



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

כנס ים המלח ◀ ה-22

ע"ש פרופ' גור עופר

5-6 ביוני ◀ 2024

בריאות הנפש: המגפה שאחרי המגפה

יושבי ראש הכנס

גיל זלצמן | עידו לוריא



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

כנס ים המלח ◀ ה-22

ע"ש פרופ' גור עופר

2024 ◀ 6-5 ביוני

בריאות הנפש: המגפה שאחרי המגפה

יושבי ראש הכנס

גיל זלצמן | עידו לוריא

כנס ים המלח עוסק בכל שנה בסוגיות מרכזיות העומדות על סדר היום של מערכת הבריאות.

הכנס נועד ללבן, לגבש חלופות ולהציג יתרונות וחסרונות לסוגיות השונות העומדות לדיון.

הכנס אינו גוף מחליט.

העמדות וההמלצות של משתתפי הכנס, מבטאות את הדעות המקצועיות האישיות ולא בהכרח את העמדה הרשמית של הגוף הארגוני אליו הם משתייכים.

תוכן העניינים

- 4 דבר יושב ראש הועד המנהל - נחמן אש
- 6 דבר היו"רים - גיל זלצמן ועידו לוריא
- 9 תוכנית הכנס
- 10 רשימת חברי הצוותים
- 11 צוות 1: משבר המטפלים במרחב הציבורי
יו"ר: ערד קודש, ענבל ירקוני
- 89 צוות 2: מודל כלכלי-שירותי-תשתיתי
יו"ר: נעה היימן, מוריס דורפמן
- 147 צוות 3: חזון בריאות הנפש 2034; ביג דאטה וחדשנות טיפולית
יו"ר: ענת ברונשטיין קלומק, דנה צור ביתן

דבר יו"ר הוועד המנהל

כנס ים המלח נערך, כידוע, מדי שנה. אלא שהפעם, כמו בתקופת הקורונה, דילגנו על שנה בגלל מלחמת ה-7 באוקטובר, והכנס ה-22 שהיה אמור להתקיים בשנת 2023, נערך בשנת 2024.

את הנושא לכנס של השנה, "בריאות הנפש - המגפה שאחרי המגפה", קבענו עוד לפני המלחמה, בהתייעצות עם מנכ"ל משרד הבריאות, מתוך הבנה שיש חשיבות עצומה לדון באתגרים המערכתיים של התחום על רקע הצורך הגובר בשירותים בעקבות מגפת הקורונה, הפערים המתמשכים בהשקעה בתחום והזמן שחלף מאז הרפורמה בבריאות הנפש. לאחר שפרצה המלחמה היה ברור עוד יותר שזהו הנושא המרכזי שצריך לעסוק בו.

כמו תמיד, המכון מוביל הסתכלות לשנים קדימה תוך בחינת תשתיות ותהליכים שנדרש לגעת בהם כדי לשפר את המערכת. אף שדנו בבריאות הנפש באחד מימי העיון שהוקדשו לנושאים הקשורים למלחמה, הדיון בכנס ים המלח רחב יותר והשלכות הנושאים הנדונים בו הן ארוכות טווח.

מטבעו של העיסוק בבריאות הנפש, ובהתאם למדיניות המכון, מצאנו לנכון להדגיש בכנס את שיתופי הפעולה בין גורמים שונים בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה. היה חשוב לנו להביא לשיח את הגורמים הרלבנטיים מתחומי הבריאות, האוצר, הרווחה והחינוך, גורמים מהאקדמיה, עמותות מתמודדים ובני משפחה. כל אלו היו שותפים להכנת החומרים לכנס ולדיונים במהלכו, והדבר זכה להערכה רבה מצד כל השותפים.

תוכן השיח עצמו מפורט בחוברת שלפניכם ועיקריו מסוכמים בקצרה בדברים של יושבי ראש הכנס המובאים להלן. היומיים של הכנס התקיימו תוך תחושה של התעלות מעצם העיסוק בנושא שהיה בחצר האחורית שנים רבות וזוכה כעת למלוא תשומת הלב ומתוך כוונה אמיתית של כל הגורמים במערכת להוביל אותו לעידן אחר. מהו העידן האחר? אפשר לשרטט אותו בקווים של משאבים, תשתיות, כ"א, שירותים ועוד, כפי שפורט בחוברת ההכנה, נדון בחדרי הדיונים ומסוכם כאן. ואפשר לשרטט אותו תוך שימוש במושג אמון - מי ייתן ונגיע לימים בהם ייתן אמון מלא במערכת בריאות הנפש הציבורית, אמון של המטופלים בה ובני משפחותיהם, אמון של המטפלים שבוחרים להיות בה למרות כל האתגרים, אמון של המטפלים בעצמם וביכולת שלהם לספק את הצרכים של מטופליהם ואמון במערכת בריאות הנפש של קובעי המדיניות, המתבטא, בין השאר, בהפניית הקשב והמשאבים הנדרשים לתחום.


אני רוצה להודות לפרופ' גיל זלצמן ופרופ' עידו לוריא, יושבי ראש הכנס הנמרצים והיצירתיים, אשר בנו לנו יומיים מרתקים. תודות מקרב לב גם לראשי הצוותים וחבריהם, אשר עמלו על הכנת החומרים והובילו את הדיונים הפוריים במהלך הכנס בחוכמתם הרבה תוך הסתמכות על ניסיונם העשיר. אין זה מובן מאליו, שאנשים עסוקים כל כך בחיי היום יום, מתפנים מכל עיסוקיהם ונרתמים בכל מרצם וכשרונם למען קידום הרפואה הציבורית בארצנו.

התודות ניתנות גם לאנשי המכון שהובילו את ההכנה של הכנס, ובראשם המנהל המדעי, פרופ' חיים ביטרמן והמנהלת האדמיניסטרטיבית, ד"ר נעה טריקי. תודה גם לזיוה ליטבק המיתולוגית שסייעה רבות בהכנות עד לסיום תפקידה וגם בהמשך נתנה עצות טוב בכל דילמה וקושי. תודה גם לביאנקה, ליאור, שירה, לאנשי היח"צ שלנו: מהגוני, רותם ושי, לגרפיקאית נאווה מוסקו, למנכ"ל מלון וורט ואנשיו, ולצוות של קליידוסקופ.

העשייה שלנו, כמכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, לא מסתיימת בפרסום החוברת שלפניכם. הבטחנו בכנס לחזור ולדון בעשייה בתחום בריאות הנפש ובתוצרי הכנס בעוד מספר חודשים, וכך יהיה.

לסיום, לא היה פשוט לקיים אירוע העוסק בשגרה תחת המועקה של המחשבה על החטופים המוחזקים בעזה ימים רבים מנשוא. אני רוצה לאחל לשובם במהרה, להביע את השתתפותנו בצערן של המשפחות השכולות הרבות, ולאחל החלמה מהירה ומלאה לכלל הפצועים.

בברכה,


נחמן אש

כנס ים המלח ה-22: המגפה שאחרי המגפה - אתגרי בריאות הנפש

דברי פתיחה - יושבי ראש הכנס

חלק ניכר מנטל התחלואה הגלובלי נובע ממצוקה נפשית ותחלואה פסיכיאטרית. בעולם כולו, וגם במדינת ישראל, ניכרות מגמות מדאיגות של עליה בתחלואה הנפשית. לעומס תחלואה זה יש השלכות גופניות, חברתיות וכלכליות ניכרות על הפרט, הקהילה והמדינה. למעשה, עם הידע המתרחב בתחומים אלה, מתפתחת ההבנה כי ללא בריאות הנפש אין בריאות הגוף, אין כלכלה מתפתחת, ואין לכידות חברתית.

למרות הרפורמה בבריאות הנפש ב-2015, מערכת בריאות הנפש הציבורית נכנסה למגפת הקורונה במצב אי-ספיקה, מחסור במטפלים בקהילה ובבתי החולים, עומסים ואורכי תור לא סבירים, תשתיות ישנות (כולל מבנים מיושנים של בתי חולים ומרפאות, מחשוב ואמצעי תקשורת ועוד), תקצוב חסר וסטיגמה חברתית. מגפת הקורונה אתגרה את המערכת בעומסים חריגים והגדלת מספר הנזקקים לסיוע של "פסיכיאטריה רכה". הביקושים הגבוהים בסקטור הציבורי והפרטי ועליה בשחיקה הביאה חלק מהמטפלים בשירות הציבורי "לחשב מסלול מחדש" ורבים פנו לסקטור הפרטי. המצב הפוליטי בישראל הביא לעזיבה של מטפלים נוספים, בעיקר רופאים לעיתוק (רילוקיישן) זמני או קבוע ואח"כ טבח ה-7 באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל, הנמשכת בעת כתיבת שורות אלה, העלו עוד את מספר הנזקקים לסיוע נפשי, החמירה את מצבם של אלו שכבר היו בטיפול במערכת ושחקה עוד את ציבור המטפלים.

נראה שהיום, כששיעור נפגעי הטראומה האזרחית והצבאית בעליה משמעותית, עם מעגלי פגיעה נוספים של בני משפחה, וכשחלק ניכר מהאוכלוסייה מדווח על תסמיני מצוקה חרדה והפרעות שינה, מקומה של מערכת בריאות הנפש בחזית העיסוק של מערכות בריאות וקופות החולים ברור מאי-פעם.

לאחר מספר דחיות עקב האירועים הלאומיים שהוזכרו, הוחלט לקיים הקיץ את כנס ים המלח בסימן בריאות הנפש.

טרם הכנס, ועדת ההיגוי, שכללה את נחמן אש - יו"ר הוועד המנהל של המכון, אורלי מנור - היו"ר היוצאת של הוועד המנהל, חיים ביטרמן, נעה טריקי, זיוה ליטבק והחתומים מטה, בחרה את הנושאים העיקריים שיש לעסוק בהם והרכיבה שלושה צוותי עבודה:

צוות 1 בהובלת ערד קודש וענבל ירקוני עסקו **בסוגיית משבר המטפלים במרחב הציבורי.**

צוות 2 בהובלת נעה היימן ומוריס דורפמן עסקו **במודל הכלכלי, השירותי והתשתיתי של מערכת בריאות הנפש.**

צוות 3 בהובלת ענת ברונשטיין קלומק ודנה צור ביתן עסקו **בחזון בריאות הנפש לעשור הבא, ביג דאטה וחדשנות טיפולית.**

חברי הצוותים נבחרו בקפידה, תוך שמירה על ייצוג של קהילה ובתי חולים, טיפול ושיקום, מקצועות בריאות הנפש השונים, ארבעת הקופות, מומחים בתחומי כלכלת בריאות וטכנולוגיה, ייצוג מתמודדים ומשפחותיהם ואיזון מגדרי ומגזרי.

כל אחד מהצוותים נפגש בחודשים האחרונים לאיסוף מידע בנושא הרלבנטי, לסיעור מוחות ובהצעת נושאים לדיון וחשיבה מחדשת, עם זיקוק התוצרים לניירות עבודה מקדימים חשובים שיהוו בסיס לדיונים בכנס עצמו.

כנס יום המלח מתאפיין בגיוון משתתפים ובהיותו במה פתוחה לדיון חשיבה וויכוח. לראשונה הוספנו לכנס במת "דיבייט" בשלושה נושאים בוערים הנתונים במחלוקת בתחום מערך בריאות הנפש הציבורי.

בכנס עצמו, נפגשו שלושת הצוותים וכלל גורמי הטיפול ובעלי העניין בתחום בריאות הנפש ליומיים של סיעור מוחות וחשיבה, כדי לפצח לעומק את אתגרי היסוד של מערך בריאות הנפש בישראל. בתקופה זו של שינויים מהירים, התמקדות בחוויית הלקוח וזכויות מתמודדים, טכנולוגיה מתקדמת והתפתחויות בהנגשת טיפולים, נראה שאפשר לגבש פתרונות יצירתיים וחדשניים למען קובעי המדיניות במשרד הבריאות ובשאר משרדי הממשלה ולטובת החוסן במדינת ישראל.

במסגרת ימי הכנס, קבוצות הדיון ליבנו סוגיות רבות שמאתגרות את המערכת כיום ובעשור הבא. מספר נושאים חזרו בצוותים השונים ועובדו ממספר זוויות. המערכת נמצאת כבר היום במצב אי-ספיקה וקיימות מגמות מנוגדות של ירידת מספר המטפלים ועליית מספר המטופלים. נראה שהמערכת צריכה לעבור מתפיסה של בריאות הנפש לתפיסה כוללת והוליסטית יותר של בריאות נפשית. מעגל המטפלים חייב יהיה להתרחב ופירמידת הטיפול תתפרש מטיפול עצמי ועד לאשפוז מלא במחלקות ייעודיות. בדיון עלתה הערכה שבעתיד מרכז הכובד של הטיפול יהיה בקהילה, עם צורך בכלל המענים ברצף האשפוזי-אמבולטורי-שיקומי. המערכת חייבת מספר מצומצם של מדדי איכות קלים לניטור שהם ממוקדי-

מטופל וממוקדי-תהליך, שיפורסמו באופן שקוף על ידי הרגולטור. יש להשקיע בשימור כח אדם טיפולי מכלל הסקטורים במגזר הציבורי, לרבות הטמעת מקצועות טיפול חדשים, לעם מניעת פערים בתיגמול בתוך המערכת. יש ליצור תמריצים לפיתוח שירותים. נראה שבעתיד טכנולוגיות בינה מלאכותית יסייעו ככלי בקבלת החלטות וככלי טיפולי. בכל הדיונים עלה הצורך לשיתוף מטופלים ומשפחות בכל תהליך עתידי וכך גם הצורך בחשיבה מניעתית לתחלואה נפשית.

הכנס הסתיים בהצעה לחזון משותף שיהווה המצפן לשנים הבאות בתכנון השירותים בתחום: בריאות נפשית של האזרחים במדינה חופשית מסטיגמה ואי-שוויון, מדינה בה לכל אדם יש את הזכות להשיג בריאות נפשית, חוסן ורווחה. זאת באמצעות שיתוף פעולה ואמון בין כלל הגורמים במערכת.

אנו מודים מקרב לב לשלושת צוותי העבודה על ההשקעה האדירה בהכנת ניירות העבודה, ולצוות המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות על בחירת הנושא, הליווי והגיבוי ועל האפשרות לדון בנושא כה חשוב, בשעה כה קריטית למדינת ישראל.

מאחלים כנס פורה,

יושבי ראש כנס ים המלח ה-22



עידו לוריא



גיל זלמן

כנס יום המלח ע"ש פרופ' גור עופר

6-5 ביוני, 2024 | מלון וורט, יום המלח

בריאות הנפש: המגפה שאחרי המגפה

יום ד' 5.6.2024

10:00-09:00 הרשמה וכיבוד

13:00-10:00 מושב פתיחה יו"ר: נחמן אש - יו"ר המכון הלאומי

11:00-10:10 הרצאת אורח: תא"ל פרופ' אלון גלזברג

חיל הרפואה - ארגון בריאות במלחמה: אתגרים, חדשנות, השתנות
גיל זלצמן - Setting the Scene, מגמות עולמיות בבריאות הנפש

12:00-11:00 תמונת מצב פסיכיאטריה 2024

יובל מלמד - הצגת דוח הועדה בנושא מערכת האשפוז במרכזים לבריאות הנפש
עידו לוריא - מדוח תת-הועדה לבדיקת הפערים בקהילה לאחר הרפורמה למלחמת חרבות ברזל
רננה שטנגר אלון - הכללה (Inclusion) של ידע מניסיון אישי במערך ברה"ן
צבי פישל - קורונה, מלחמת אוקטובר ומשבר האקלים

13:00-12:00 הצגת עבודת הצוותים

צוות 1: משבר המטפלים במרחב הציבורי - ערד קודש, ענבל ירקוני
צוות 2: מודל כלכלי-שירותי-תשתיתי - נעה היימן, מוריס דורפמן
צוות 3: חזון ברה"ן 2034 - ענת ברונשטיין קלומק, דנה צור ביתן

14:00-13:00 ארוחת צהריים

16:00-14:00 דיונים בצוותים

16:30-16:00 הפסקת קפה

18:00-16:30 מושב אחר הצהריים יו"ר: גיל זלצמן

משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

דיבייט מומחים: שש אחרי המלחמה בבריאות הנפש - לאן פנינו? - מנחה ספי מנדלוביץ'
המענה לטווח קצר, בינוני וארוך בטראומת המונים - בריאות או רווחה? - שגית ארבל-אלון ואיל פרוכטר
מומחי חוסן או תומכי חוסן - שחר בלבן ושלמה מנדלוביץ'
זכות המטופל לבחירת מקום בטיפול בבריאות הנפש - ריבי צוק ומרינה קופצ'יק

23:00-20:00 ארוחת ערב + אירוע חברתי

יום ה' 6.6.2024

10:30-08:30 דיונים בצוותים

11:00-10:30 הפסקת קפה

12:30-11:00 דיונים בצוותים

13:30-12:30 ארוחת צהריים

16:00-13:30 מושב מסכם יו"ר: חיים ביטרמן

הה"כ אוריאל בוסו, שר הבריאות

הצגת סיכום דיוני הצוותים

תגובות: מנכ"לי הקופות, נציגי בתי חולים לבריאות הנפש ומשרד הבריאות

דיון

סיכום הכנס: נחמן אש

צוותי עבודה - כנס ים המלח 2024

יו"ר הכנס גיל זלצמן - המרכז לבריאות הנפש גהה
יו"ר הכנס עידו לוריא - המרכז לבריאות הנפש שלוותה

צוות 1 - משבר המטפלים במרחב הציבורי

קופת חולים מאוחדת	ערד קודש	יו"ר 1	1
משרד הבריאות	ענבל ירקוני	יו"ר 2	2
אסותא מרכזים רפואיים	אדר שץ	רכזת	3
משרד הבריאות	ליטל אילון		4
המרכז הרפואי שיבא תל השומר	דורון גוטהלף		5
משרד הבריאות	יעל גור		6
לאומית שירותי בריאות	טובה כ"ץ		7
המרכז לבריאות הנפש לב השרון	גלית לוי		8
עמותת לנפ"ש	רותם פאר		9
משרד האוצר	ענבל רואי בן נון		10
המרכז הרפואי סרוקה	הדר שלו		11
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל	יורם שליאר		12

צוות 2 - מודל כלכלי-שירותי-תשתיתי

משרד האוצר	נעה היימן	יו"ר 1	1
מכבי שירותי בריאות	מוריס דורפמן	יו"ר 2	2
משרד האוצר	תמר ציין	רכזת	3
אוניברסיטת בן גוריון בנגב	גבי בן נון		4
משרד הבריאות	חיים הופרט		5
המרכז לבריאות הנפש לב השרון	שמואל הירשמן		6
המרכז הירושלמי לבריאות הנפש	גדי לובין		7
המרכז הירושלמי לבריאות הנפש	פסח ליכטנברג		8
שירותי בריאות כללית	סיגל סידליק אלון		9
עמותת "משפחות בריאות הנפש"	גדי רוזנטל		10
מכבי שירותי בריאות	טלי שמואלי		11
המרכז הרפואי לבריאות הנפש מזור	לורה שרוני		12

צוות 3 - חזון בריאות הנפש 2034; ביג דאטה וחדשנות טיפולית

אוניברסיטת רייכמן	ענת ברושטיין קלומק	יו"ר 1	1
המרכז לבריאות הנפש שלוותה, אוניברסיטת חיפה	דנה צור ביתן	יו"ר 2	2
אוניברסיטת רייכמן	טל נקאש	רכזת	3
משרד הרווחה והביטחון החברתי	שלומית אבני		4
המכון הטכנולוגי חולון HIT	ערן אהרונסון		5
אוניברסיטת אריאל בשומרון	יעקב אופיר		6
המרכז לבריאות הנפש אברבנאל	סברניה בלום		7
הקריה האקדמית אונו	שרה דעאס עיראקי		8
המרכז הרפואי שיבא תל השומר	מרק וייזר		9
מרכז צמחי הנפש, עמותת הפחתה אחראית	איתי זיו		10
צה"ל	לוסיאן טצה לאור		11
משרד האוצר	יעל לינדברג		12
משרד הבריאות	נעמה פרי-כהן		13
מכון טאוב	ניר קידר		14
לאומית שירותי בריאות	מרגינה שוורץ		15

צוות 1

מצוקת המטפלים בבריאות הנפש

סקירה עבור כנס יום המלח 2024

תוכן עניינים

13	הקדמה
13	תתי צוותי העבודה
14	סקירה - משבר המטפלים במרחב הציבורי
14	פרק 1: הביקוש לשירותי בריאות הנפש בישראל ובעולם
23	פרק 2: היצע כוח האדם הטיפולי בבריאות הנפש בישראל
24	א. פסיכיאטרים ופסיכיאטרים של הילד והמתבגר
30	ב. פסיכולוגים
34	ג. אחיות פסיכיאטריות ואחיות מומחיות בפסיכיאטריה
36	ד. עובדים סוציאליים
37	ה. מרפאים בעיסוק
37	ו. מטפלים באמנויות
38	ז. צרכנים נותני שירות ועמיתים מומחים
40	פרק 3: פערים בין הביקוש לשירותי בריאות הנפש להיצע המטפלים
42	פרק 4: ניתוח גורמים המשפיעים על היצע המטפלים הלאומי ובמרחב הציבורי
42	א. מסלול הכשרת פסיכיאטרים
44	ב. מסלול הכשרת פסיכולוגים
44	ג. עומס ושחיקה בקרב צוותים במערך בריאות הנפש הציבורי
47	ד. סקר ייעודי בנושא עמדות מטפלים במערכת בריאות הנפש
52	ה. קשיים ייחודיים בגיוס ושימור פסיכולוגים במערכת בריאות הנפש הציבורית
	ו. קשיים ייחודיים בגיוס ושימור עובדים סוציאליים במערכת בריאות
53	הנפש הציבורית
	ז. סוגיות הקשורות במבנה מערכת בריאות הנפש בישראל ובאופן אספקת
57	השירותים (פרדיגמות טיפוליות)
57	1. איכות הטיפול ושביעות הרצון במגזר הפרטי לעומת הציבורי
57	2. סוגיית אי ההגעה (No Show)

- 58 3.ז. סמכויותיהם ועיסוקיהם של אחים ואחיות בבריאות הנפש
- 59 4.ז. שימוש בטכנולוגיה להפחתת עומס ושחיקה של צוותי בריאות הנפש
- 66 5.ז. קידום בריאות הנפש ומניעת תחלואה נפשית
- פרק 5: צעדי מדיניות שנקטו בעבר וצעדי מדיניות מתוכננים, בארץ ובעולם**
- 69 מענקים למתמחים בפסיכיאטריה של הילד
- 71 מלגות למתמחים בפסיכולוגיה
- 71 מענקים לפסיכולוגים
- צעדי מדיניות לצמצום השפעתם של מקדמי השחיקה ומשיכת צוותים לעבודה בבתי החולים לבריאות הנפש
- 72
- 73 צעדי מדיניות במדינות נוספות בעולם בתחום הכשרה ושימור של פסיכיאטרים
- 74 שילוב עמיתים מומחים בבתי החולים הפסיכיאטריים
- 75 תוכנית "חזרה הביתה"
- 76 צעדי מדיניות אשר מתוכננים להתבצע בעתיד הקרוב והרחוק
- 77 צוותי העבודה - שאלות לדיון**
- 77 צוות 1: מחסור בפסיכיאטרים ופסיכיאטרים של הילד והמתבגר
- 77 צוות 2: מצוקת המטפלים במגזר הציבורי
- 78 צוות 3: שינוי פרדיגמות בתהליכי הטיפול
- 79 סיכום כנס ים המלח 2024 - בריאות הנפש: משבר המטפלים במרחב הציבורי**
- 83 רשימת מקורות**

הקדמה

משבר בריאות הנפש בישראל הינו נושא המקבל תשומת לב מרובה לאור עלייה בביקושים לשירותי בריאות הנפש מאז מגפת הקורונה. סקירה זו נעשית בעיצומו של משבר לאומי בעקבות הטרגדיה הקשה ביותר של מדינת ישראל מאז הקמתה, ולנוכח אי בהירות בהיבטים רבים: ביטחוניים, מדיניים וכלכליים. בריאות נפש של תושבי מדינת ישראל מושפעת באופן ישיר מכל אותם נדבכים, עם דגש ייחודי לאוכלוסיית נכי הנפש המהווים קבוצת סיכון ייחודית בתקופות משבריות כמו זו.

על מנת שמערכת בריאות הנפש בישראל תוכל לתת מענה איכותי, זמין ונגיש, ובמיוחד לנוכח העלייה בביקושים ומחסור בכוח אדם במרחב הציבורי ובכלל, חייבת להתבצע חשיבה מעמיקה כולל עיון ודיון מחדש על הנחות היסוד עליהן נבנתה המערכת בתצורתה הנוכחית. מדובר במהלך הרואה פני עתיד שחייב להיעשות בפתירות הדעת, באומץ מנהיגותי תוך זיהוי מגמות בזירה הרפואית והטכנולוגית.

שירותי בריאות הנפש, כמו גם שירותי בריאות אחרים, נסמכים על ההון האנושי כגורם היצור המרכזי. חשיבותם של המטפלים והמטפלות, כמותם ואיכותם, במערך בריאות הנפש הציבורי הינה קריטית ליכולת לספק שירות זמין, נגיש ואיכותי לציבור המטופלים. עם זאת, בשנים האחרונות מורגשים ביתר שאת קשיים בגיוס ושימור כוח אדם טיפולי מקצועי במערכת בריאות הנפש, מגמה הצפויה להחריף בעתיד.

מחסור בכוח אדם הוא תוצאה של שילוב בין מספר גורמים אפשריים, ביניהם: מחסור באנשי מקצוע בבריאות הנפש ביחס לצרכי האוכלוסייה, שיעור המועסקים ותמהיל הגילים של המטפלים במערך בריאות הנפש, יכולות הטיפול (כמות מטופלים בשעה, ה"תפוקות") של המטפלים המועסקים, אופן העסקתם, תמהיל פרטי-ציבורי, תהליכי הכשרה ופיתוח דור מטפלים חדש ועוד. סיבות אפשריות אלו יסקרו בהמשך המסמך ויהוו מצע לדיון.

תתי צוות העבודה

חברי הצוות ביצעו עבודה מכינה אשר כללה כתיבת סקירה על כוח האדם הטיפולי במערכת בריאות הנפש הלאומית והציבורית, הביקוש לשירותי בריאות נפש, גורמים המשפיעים על היצע המטפלים, השלכות המחסור במטפלים וסקירת צעדי מדיניות שבוצעו בארץ ובעולם.

במקביל, ערך הצוות סקר ייעודי בקרב 620 מטפלים מסקטורים שונים, שבחן את עמדותיהם בנוגע לעבודה במערכת בריאות הנפש הציבורית.

הצוות ערך מספר דיונים מקדימים, במסגרתם סוכמו הנושאים שיעלו בכנס יום המלח לדיון ושאלות מנחות לעבודת תתי הצוותים, אשר יידונו בחלוקה הבאה:

1. מחסור בפסיכיאטרים ופסיכיאטרים של הילד והמתבגר

2. מצוקת המטפלים במגזר הציבורי

3. שינוי פרדיגמות בתהליכי הטיפול

סקירה - משבר המטפלים במרחב הציבורי

פרק 1: הביקוש לשירותי בריאות הנפש בישראל ובעולם

על פי ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO), 18% מהאוכלוסייה בעולם סובלים מדיכאון או מחרדה במהלך החיים, ויש מקורות המצביעים על שיעורי הימצאות גבוהים אף יותר, בעיקר בקרב אוכלוסיית מתבגרים, מבוגרים צעירים ומבוגרים מעל גיל 65. מקורות שונים מצביעים על כך שבין 2%-5% מהאוכלוסייה סובלים ממחלות נפש קשות או ממושכות, הגורמות לירידה ניכרת בתפקוד ולמוגבלות קשה (NIMH, 2021); כ-3%-5% מהאוכלוסייה נזקקים מדי שנה לטיפולים נפשיים, וכ-25%-33% מהאוכלוסייה יזדקקו במהלך חייהם לשירותי בריאות הנפש (אבירם ואזארי-ויזל, 2015).

בהקשר זה ראוי לציין כי בעת תכנון הרפורמה בבריאות הנפש, אשר יצאה לפועל בשנת 2015, נלקחה בחשבון ההנחה כי 4% מהמבוגרים ו-2% מהילדים יזדקקו לטיפול נפשי מדי שנה. בדיעבד ניתן לומר, כי היתה זו הנחת חסר.

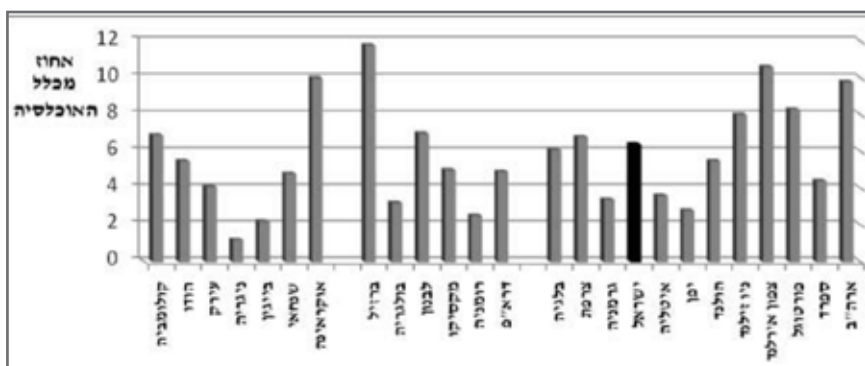
ממצאי סקר ארגון הבריאות העולמי מצביעים על דמיון רב באפידמיולוגיה של הפרעות נפשיות בין המדינות השונות. מדינת ישראל, על אף נסיבותיה והרכבה הייחודי, אינה שונה ממדינות מפותחות אחרות בשיעור הפרעות של דיכאון וחרדה ובשיעורי הפנייה לטיפול (משרד הבריאות, 2011).

שיעורי הסובלים מדיכאון או חרדה במהלך החיים בישראל דומה לממוצע העולמי ועומד על 17.6% (אחד מכל ששה בוגרים). שיעורים דומים נמדדו באיטליה, יפן

וספרד. שיעורים גבוהים יותר נמדדו בבלגיה, הולנד, דרום אפריקה וגרמניה (אחד מכל ארבעה בוגרים), ובצרפת, ניו זילנד, אוקראינה וארה"ב (אחד מכל שלושה בוגרים).

שכיחות הפרעות דיכאון וחרדה בשנה אחת עמד בישראל על כ-6% בשנת 2003.

תרשים 1: שכיחות הפרעות רגש בשנה, אחוז מכלל האוכלוסייה



מקור: משרד הבריאות, 2011, אפידמיולוגיה פסיכיאטרית - השוואה בין ישראל ומדינות אחרות

37.5% מהמאובחנים בהפרעות דיכאון או חרדה הוגדרו כמקרים "חמורים" (מלווה בניסיון אובדני, או התמכרות לאלכוהול או סמים, או ירידה חמורה בתפקוד במהלך האפיזודה). 5.5% מהבוגרים המשיבים על הסקר דיווחו על מחשבות אובדניות, ו-1.4% על ניסיונות אובדניים אי פעם במהלך חייהם.

על פי מחקר של מכון ברוקדייל, המבוסס על סקר טלפוני שנערך בשנת 2013, 18% מן האוכלוסייה הבוגרת דיווחו כי חוו מצוקה נפשית בשנה האחרונה, שקשה היה להם להתמודד איתה לבד (אלרועי ואחרים, 2017). בסקר דומה שערך המכון בשנת 2018, שיעור זה עמד על 20%, ובשנת 2021 כ-24% מהנשאלים השיבו שחוו מצוקה נפשית בשנה האחרונה (לרון ואחרים, 2022).

מחלות והפרעות נפשיות פוגעות בבריאותם הפיזית, בתפקודם, בפרנסתם, ברווחתם ובאיכות חייהם של המטופלים ובני משפחותיהם. הדבר גם מסב נזק חברתי ונזק כלכלי למשק. ההוצאה השנתית על מחלות הנפש לחברה בישראל נאמדת ב-13 מיליארד דולר, וההפסד לתוצר המקומי הגולמי של מדינת ישראל בגין אי-העסקתם של הסובלים מבעיות נפשיות נאמד ב-2.5 מיליארד דולר לשנה. מדובר בבעיה

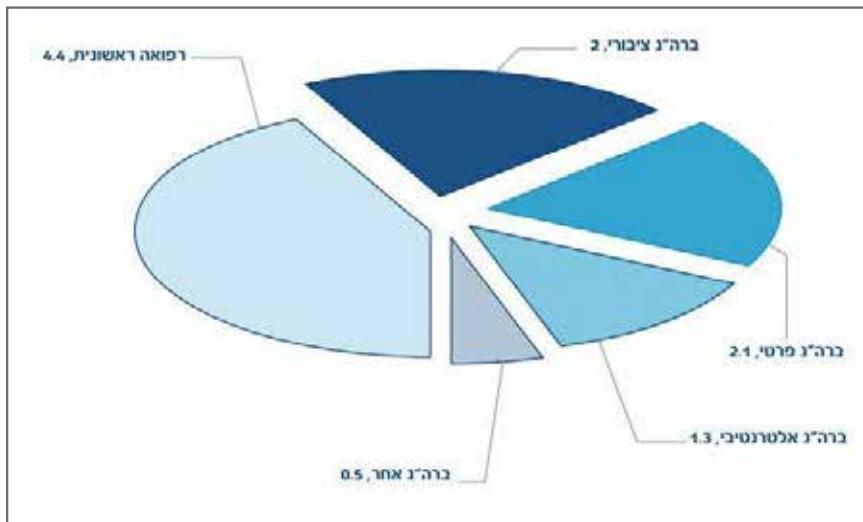
בריאותית וחברתית, שהיקפה הרחב אף צפוי לעלות (מבקר המדינה, 2020).

ארגון הבריאות העולמי קובע כי דיכאון הוא הגורם המוביל לנכות בעולם כיום, ואילו חרדה מדורגת במקום השישי (WHO, 2017).

מוגבלות בבריאות הנפש נחשבת לאחת הסיבות המובילות לאובדן שנות חיים המותאמת לנכות (DALYs, Disability-Adjusted Life Year). בסקר שנערך בשנת 2013, עלה כי על פי מדד שיאן לפגיעה בתפקוד בעקבות מצוקה נפשית, 55% מאלו שדיווחו על מצוקה נפשית בשנה האחרונה נמצאו כבעלי בעיית תפקוד (אלרועי ואחרים, 2017).

על פי סקר ארגון הבריאות העולמי, שנערך בשנים 2003-2004, במהלך שנה אחת, כ-10% מכלל הבוגרים בישראל פונים להתייעצות בנושאים רגשיים/נפשיים. מתוכם, כ-6.4% פונים לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. 4.4% פונים לרופאי משפחה או רופאים אחרים ו-3.1% פונים לאנשי דת או רפואה אלטרנטיבית. מבין הפונים לאנשי מקצוע בבריאות הנפש, כמחצית פנו למסגרות טיפול ציבוריות (מרפאות בריאות נפש, מרפאות בבתי חולים וכדומה), והמחצית האחרת פנתה לטיפול פרטי, שיתכן ואצל חלק מהפונים היה מסובסד באמצעות קופת החולים.

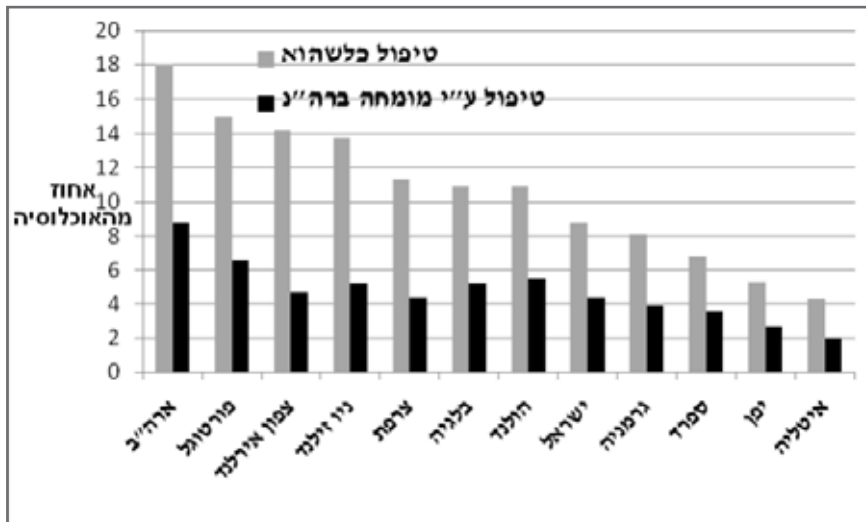
תרשים 2: הפונים לטיפול נפשי בשנה ישראל: אחוזים (2003-2004)



מקור: משרד הבריאות, 2011, אפידמיולוגיה פסיכיאטרית - השוואה בין ישראל ומדינות אחרות

בהשוואה בינלאומית, אחוז הפניה לטיפול בשנה אחת בישראל נמצא בטווח המדינות העשירות שבסקר (4.2% - 18%).

תרשים 3: אחוז פניה לטיפול בבעיות נפשיות בשנה: אחוז פניה לטיפול כלשהו ואחוז פניה לאנשי מקצוע בבריאות הנפש



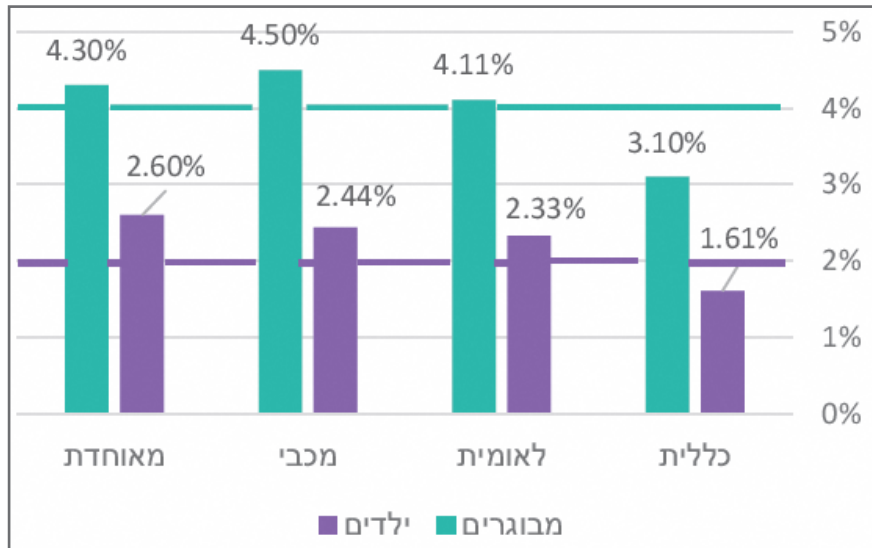
מקור: משרד הבריאות, 2011, אפידמיולוגיה פסיכיאטרית - השוואה בין ישראל ומדינות אחרות

על פי סקר מכון ברוקדייל משנת 2013 (אלרועי ואחרים, 2017), 36% מאלו שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה דיווחו כי פנו לקבלת טיפול מקצועי מפסיכיאטר, פסיכולוג/פסיכותרפיסט או מרופא משפחה (או שילוב ביניהם). אחרים (31%) פנו לגורמים בלתי פורמליים כגון חברים, משפחה או אנשי דת, וכ-10% דיווחו כי פנו לגורמים פורמליים שאינם מתחום הרפואה (כגון מטפלים אלטרנטיביים או מאמנים). 52% מהפונים לקבלת עזרה מקצועית דיווחו כי המטפל העיקרי שלהם היה פסיכולוג או פסיכותרפיסט, 25% טופלו בעיקר על ידי רופא המשפחה ו-23% בעיקר על ידי פסיכיאטר. 42% מהמטופלים בשנה האחרונה דיווחו שקיבלו את הטיפול בקופות החולים, 32% במסגרת פרטית ו-26% במסגרת ממשלתית או ציבורית אחרת.

סקר עדכני יותר משנת 2021 (סמואל וקגיה, 2023), העלה כי שיעור המטופלים בפסיכותרפיה בקהילה עומד על 8.4%, וכי כמחציתם מקבלים טיפול פרטי, אף על פי שהשירות נמצא בסל שירותי הבריאות.

דוח מבקר המדינה משנת 2020, מציג את שיעור המבוגרים והילדים אשר טופלו במערך בריאות הנפש של קופות החולים (לא כולל רופאי משפחה וילדים) נכון לשנת 2017. ניתן לשים לב, כי שיעורי שימוש אלו גבוהים מיעדי הרפורמה בבריאות הנפש, למעט בשירותי בריאות כללית.

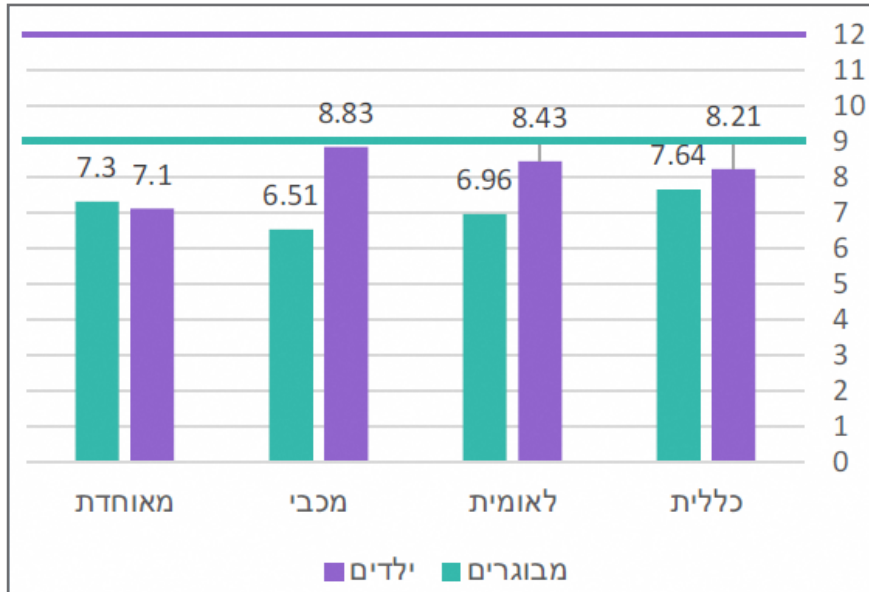
תרשים 4: שיעור מטופלים בבריאות הנפש מכלל מבוטחי הקופה, 2017



* הקווים האופקיים בתרשים משקפים את היעדים, שנקבעו בהסכם הרפורמה לטיפול בילדים ולטיפול במבוגרים במסגרת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

בנוסף נבדק מספר המגעים הממוצע למטופל.

תרשים 5: מספר מגעים ממוצע למטופל לפי קופה, 2017



* הקווים האופקיים בתרשים משקפים את היעדים, שנקבעו בהסכם הרפורמה לטיפול בילדים ולטיפול במבוגרים במסגרת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

הביקוש לשירותי בריאות הנפש נמצא במגמת עלייה

על פי דוח מבקר המדינה לשנת 2020, שיעור ההימצאות של ההפרעות הנפשיות בעולם עולה בהדרגה, וכך גם גוברת המודעות לנושא.

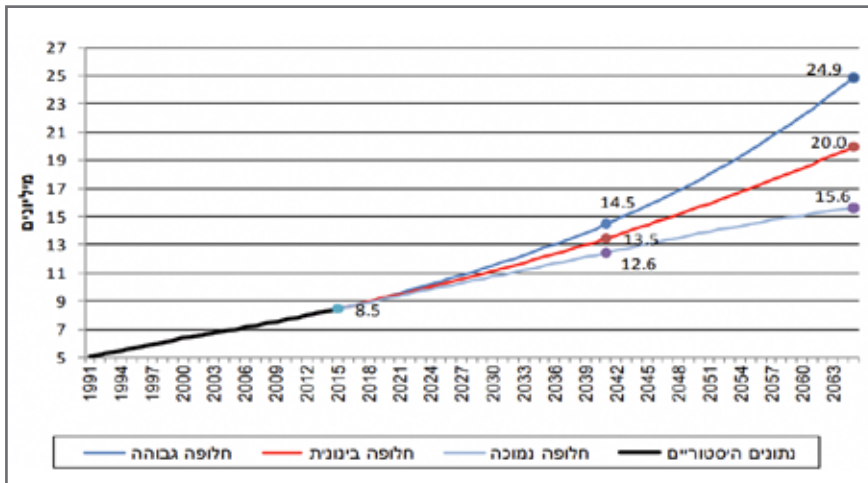
מחקר מכון ברוקדייל, המבוסס על סקר טלפוני שנערך בשנת 2013 מעלה כי 18% מהאוכלוסייה הבוגרת דיווחו כי חוו מצוקה נפשית בשנה האחרונה, שקשה היה להם להתמודד אתה לבד (אלרועי ואחרים, 2017). בסקר דומה שערך המכון בשנת 2018, שיעור זה עמד על 20%, ובשנת 2021 עלה השיעור ל-24% מהנשאלים שחוו מצוקה נפשית בשנה האחרונה (לרון ואחרים, 2022).

הגידול באוכלוסיית ישראל הינו גורם משמעותי אשר צפוי להשפיע על הביקוש לשירותי בריאות הנפש בעתיד.

נכון לסוף שנת 2023, אוכלוסיית מדינת ישראל מנתה 9.8 מיליון תושבים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2024). ישראל היא מדינה ייחודית מבחינה דמוגרפית - עם פריון גבוה, תמותה נמוכה והגירה חיובית - וכל אלה מביאים לגידול מהיר של האוכלוסייה. על פי התחזיות של מרכז טאוב, אוכלוסיית ישראל צפויה לגדול מ-9.05 מיליון תושבים ב-2019 לכ-12.8 מיליון בשנת 2040 (מרכז טאוב, 2017).

על פי תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עד שנת 2065 אוכלוסיית ישראל תמנה בין 16-25 מיליון תושבים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015).

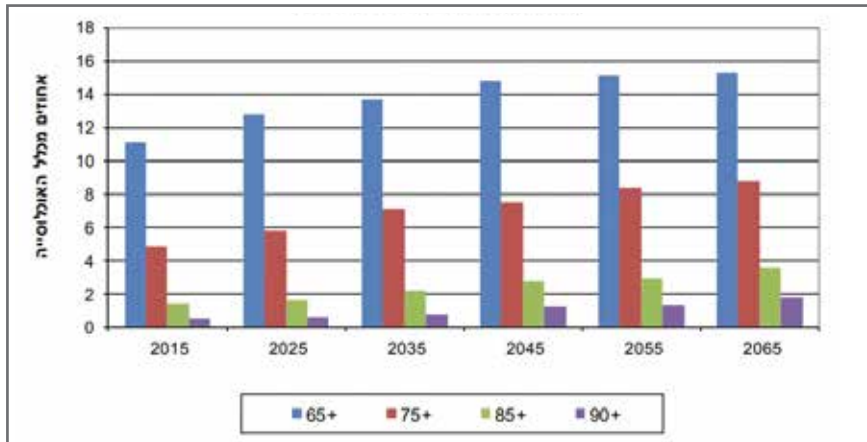
תרשים 6: אוכלוסיית ישראל בשנים 1995-2065, לפי 3 חלופות, מיליונים



***מקור:** הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015, תחזית אוכלוסיית ישראל 2065-2015

נוסף על גידול האוכלוסייה החזוי, קצב הזדקנות האוכלוסייה בישראל נמצא במגמת עלייה משמעותית בשנים האחרונות בעקבות מגמות שונות, כאשר המרכזית בהן היא העלייה בתוחלת החיים. על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תוחלת החיים בישראל עמדה בשנת 2015 על 80.7 שנים לגברים ו-84.8 לנשים, וצפויה להמשיך ולעלות עד ל-89 שנים לגברים ו-92 שנים לנשים עד שנת 2065. בשנת 2020 מנו בני ה-65 ומעלה בישראל כ-1.1 מיליון איש ואישה, וההערכות הן כי בשנת 2040 מספרם יכפיל את עצמו. שיעור בני 65 ומעלה צפוי לעלות מ-11% בשנת 2015, למעל 15% בשנת 2065 (הלמ"ס, 2015). עם התארכות תוחלת החיים, גדל הסיכוי לחוות מצוקה נפשית במהלך החיים ועמו הביקוש לשירותי בריאות הנפש.

תרשים 7: תחזית בני 65 ומעלה לפי קבוצת גיל



*מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015, תחזית אוכלוסיית ישראל 2015-2065.

אירועים גלובליים ולאומיים משפיעים על שיעור ההיארעות וההימצאות של הפרעות נפשיות. אירועים כאלו מהשנים האחרונות, בדגש על מגפת הקורונה והשלכותיה, וכן אירועי ה-7 באוקטובר ומלחמת "חרבות ברזל", העלו את הביקוש לשירותי בריאות הנפש בישראל.

מסקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך בנובמבר 2020, עלה כי מצבם הנפשי של 30% (כ-1.7 מיליון איש) מבני 21 ומעלה החמיר בתקופת משבר הקורונה. 37% מהאוכלוסייה (כ-2.07 מיליון איש) חשו לחץ וחרדה, 19% חשו דיכאון ו-21% חשו בדידות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2020).

על פי דוח מבקר המדינה משנת 2021 דיווחים שהתקבלו בארץ ובעולם מצביעים על עלייה ברמות החרדה והדיכאון באוכלוסייה בעת מגפת הקורונה, ומשתקפים בגידול של 72%-130% בפניות לקווי הסיוע השונים. דיווחים אלו מאששים מחקרים שנעשו על השפעת אסונות כמו מגפות על הבריאות הנפשית של הציבור. המחקרים מצאו קשר ישיר בין הקשיים שנחווים בזמן המשבר לבין התפתחות של תסמיני חרדה, דיכאון והפרעת דחק הן לאוכלוסייה הבריאה הן לסובלים ממחלות או הפרעות נפשיות (מבקר המדינה, 2021).

אוכלוסייה פגיעה נוספת היא אוכלוסיית הילדים ובני הנוער. מחקר של מכבי שירותי בריאות ומכון KI משנת 2022, בדק אבחנות ושימוש בתרופות פסיכיאטריות בקרב בני הנוער בישראל במהלך מגפת הקורונה והשווה לתקופה שלפני פרוץ המגפה.

במחקר בוצע ניתוח נתונים של יותר מ-200,000 רשומות רפואיות של בני נוער בגילים 12-17. הממצאים הראו עלייה ניכרת באבחנות בריאות הנפש ובצריכת סוגים שונים של תרופות פסיכיאטריות בתקופת הקורונה בהשוואה לתקופה שלפניה. בין השאר, נרשמה עלייה של 55% באבחנות של הפרעות אכילה, עלייה של 38% באבחנות של דיכאון ועלייה של 33% באבחנות חרדה. כמו כן נצפתה עלייה של 28% במתן תרופות נוגדות פסיכוזזה לבני ולבנות הנוער (מכבי ומכון KI, 2022).

השנה האחרונה הביאה עמה את השלכות אירועי ה-7 באוקטובר ומלחמת "חרבות ברזל".

בסקר של מכבי שרותי בריאות נמצא כי כמחצית מהישראלים מדווחים על שינוי לרעה במצבם הנפשי על רקע המלחמה. 62% מהישראלים דיווחו כי לפני ה-7 באוקטובר הגדירו את מצבם הנפשי כטוב מאוד/מצוין ורק 34% מהנשאלים מרגישים כך גם כיום. שיעור הישראלים שתופסים את מצבם הנפשי כבינוני או גרוע עלה מ-13% ל-32%. 18% מהמשיבים לסקר העידו כי הרגישו צורך בקבלת סיוע נפשי מאנשי מקצוע על רקע המלחמה (מכבי שירותי בריאות, 2023).

מחקר משותף לבית החולים לבריאות הנפש שלוותה, האוניברסיטה העברית ואוניברסיטת קולומביה, העריך על פי מודל חדשני לניבוי הסיכון להפרעה פוסט-טראומטית באוכלוסייה בישראל כי מעל 520 אלף בני אדם במדינת ישראל נמצאים בסיכון לפוסט-טראומה. מתוך כמעט 40 אלף איש שנחשפו ישירות לאירועי ה-7 באוקטובר, ביניהם משתתפי פסטיבלי נובה ופסיידק ותושבי הנגב המערבי ביישובים אליהם חדרו המחבלים הצפי הוא כי 31% ילקו בפוסט טראומה (Katsoti et al, 2024). בסקר שנערך בנובמבר 2023 על ידי חוקרים מ"שלוותה", אוניברסיטת חיפה ובית חולים רמב"ם, עולה כי 15% מהאוכלוסייה היהודית ו-12% מהאוכלוסייה הערבית סבלו מסימפטומים של הפרעה פוסט-טראומטית. (Mayer et al, 2024).

בחודש מאי 2024 פרסם פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית בישראל נתונים חדשים המצביעים על עלייה דרמטית במספר הפונים לטיפול: 92% מהפסיכולוגים מדווחים על עלייה משמעותית במספר הפניות לטיפול מאז פרוץ המלחמה; 75% מעריכים שהעלייה במספר הפניות היא "במידה רבה" או "רבה מאוד". הסיבות המרכזיות לפנייה לטיפול הן חרדה (80.9%), אבל ואובדן (51.7%), מצוקה שקשורה בחשיפה לטראומה (50.6%), דיכאון או משברי חיים (כ-36%) ("קריאת חירום של הפסיכולוגיה הציבורית" - כתבה באתר Ynet, 2024).

למגמות אלו, מתווספים גורמים נוספים אשר צפויים לתרום לעלייה בביקוש לשירותי בריאות הנפש, וביניהם: ירידה בסטיגמה ועליית המודעות לנושאי בריאות הנפש, הידרדרות מצב כלכלי, עלייה בציפיות הציבור לקבלת שירות נגיש וזמין ועידוד אקטיבי של מערכת הבריאות.

פרק 2: היצע כוח האדם הטיפולי בבריאות הנפש בישראל

כוח האדם הטיפולי במערך בריאות הנפש מורכב ממספר סקטורים:

1. רופאים פסיכיאטרים ורופאים פסיכיאטרים של הילד
2. פסיכולוגים קליניים
3. עובדים סוציאליים
4. אחיות פסיכיאטריות ואחיות מומחיות בפסיכיאטריה
5. מקצועות הבריאות - מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, תזונאים, קרימינולוגים, רוקחים
6. אנשי טיפול מוסמכים אשר עברו הכשרה בפסיכותרפיה
7. אנשי טיפול ממקצועות שאינם מוסדרים - מטפלים באמנות, מדריכים, עמיתים ותומכי בריאות הנפש, עוזרי רופא ועוד.

להלן נסקור את מצב כוח האדם הטיפולי במקצועות המרכזיים ביותר למערך בריאות הנפש הציבורי.

הסקירה מתבססת על נתונים שנאספו לאורך השנים, אם כי לצערנו אינם מספקים. דוגמאות ללאקונות במידע הן שיעור בעלי המקצוע המועסקים במערכת הציבורית ושיעורי משרתם, מספר המגעים בפועל למטפל, תמהיל סוגי המגעים (לדוגמה, הפרדה בין מגע ישיר לכניסה לתיקו של המטופל לשם עדכון), היצע מטפלים במקצועות שאינם מוסדרים וזמינות התורים במערכת הציבורית. זאת ועוד, נתונים בנושא השוק הפרטי, שהוא מרכיב חשוב בצריכת השירותים ברמה הלאומית ומשפיע ישירות על המערכת הציבורית ויכולתה לספק שירותים לציבור המטופלים, מצומצמים עד מאוד. ידוע כי חלק גדול מהעובדים במערכת הציבורית מקיימים קליניקות פרטיות במגוון תצורות ובעצימות משתנה, וכן כי חלק מציבור המטופלים בוחר שלא לפנות למסגרות ציבוריות, או בשל חוסר זמינות או מבחירה מרצון בשירות פרטי מסיבות שונות. עלינו תמיד לקחת בחשבון שחלק מצריכת השירותים

לא תעשה במערכת הציבורית, ולדבר יש השלכה על תכנון כוח האדם במערכת הציבורית.

לעיבוי תשתית הנתונים בנושא כוח האדם בבריאות הנפש תפקיד מרכזי ביכולת לחזות ולתכנן את בניין הכוח של מערך בריאות הנפש כיום ובעתיד.

א. פסיכיאטרים ופסיכיאטרים של הילד והמתבגר

על פי נתוני ארגון ה-OECD משנת 2011, ישראל ממוקמת במקום העשירי בשיעור הפסיכיאטרים לאוכלוסייה מתוך 28 מדינות. המחסור בבתי החולים ובמרפאות ממשלתיות אף החריף עקב הרפורמה בבריאות הנפש, בשל הרחבת השירות האמבולטורי. המחסור בפסיכיאטרים גורם לעומס רב על כוח האדם הרפואי הקיים, מאריך את זמני ההמתנה לטיפול האמבולטורי וגורע מאיכות הטיפול במאושפזים (מבקר המדינה, 2020).

מומחים בפסיכיאטריה

על פי נתוני אגף המידע של משרד הבריאות, נכון לסוף שנת 2023, היו בישראל 978 רופאים מומחים בפסיכיאטריה עד גיל 67, ו-299 רופאים מומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר עד גיל 67 (משרד הבריאות, 2023).

טבלה 1: רופאים בעלי הרשאה בפסיכיאטריה, סוף 2023

פסיכיאטריה	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	גיל
1,490	394	סה"כ
978	299	עד גיל 67
1240	355	עד גיל 75
256	105	-44
722	194	66-45
262	56	74-67
250	39	75+

*מקור: אגף המידע, משרד הבריאות

שיעור בוגרי הארץ מהמומחים בפסיכיאטריה עומד על 41%, ומהמומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר על 55%. מתוך הפסיכיאטרים המומחים, מועסקים נכון לשנת 2021, 1,080 פסיכיאטרים ו-296 פסיכיאטרים של הילד והמתבגר.

טבלה 2: פסיכיאטרים מועסקים בשנת 2021

פסיכיאטריה	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	סה"כ
1,080	296	
518	168	עד גיל 55
562	128	גיל +55
52%	43%	אחוז +55

*מקור: אגף המידע, משרד הבריאות

שיעור הפסיכיאטרים עד גיל 67 ל-1,000 תושבים עמד בשנת 2022 על 0.13. שיעור זה הוא כמחצית מהשיעור הנחשב ל-Best Practice (0.27) (מקינזי, 2023).

שיעור הפסיכיאטרים לנפש נמצא בירידה משנת 2010.

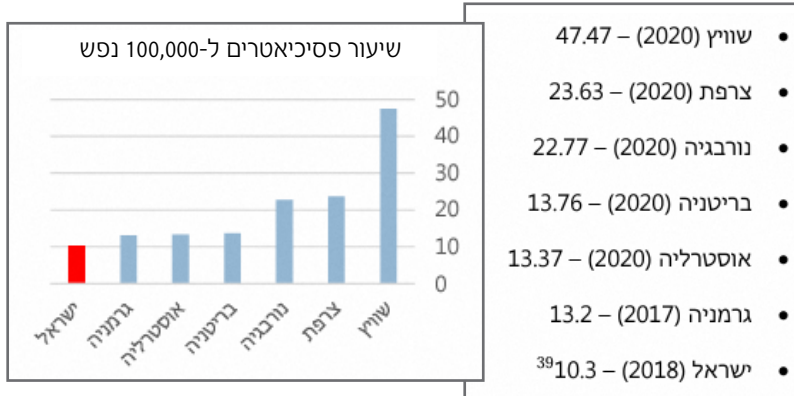
תרשים 8: מספר ושיעור פסיכיאטרים מבוגרים ל-100,000 נפש בשנים 2010, 2015, 2021



מקור: מצגת של ההסתדרות הרפואית (נתוני 2021)

בהשוואה למדינות נוספות, ניתן לראות ששיעור הפסיכיאטרים בישראל נמוך יחסית.

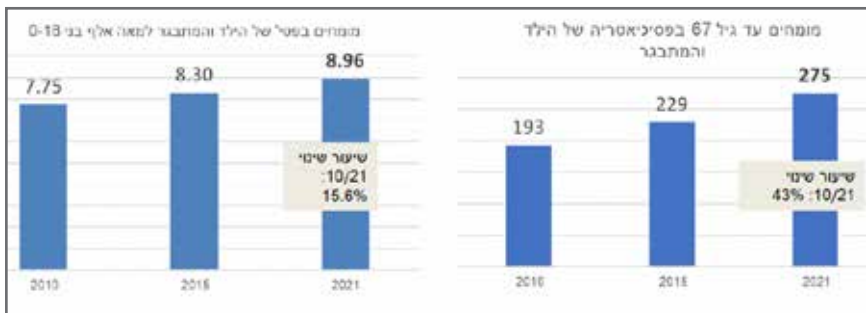
תרשים 9: מספר פסיכיאטרים ל-100,000 נפש בישראל ובמדינות להשוואה



מקור: אטלס בריאות הנפש של ארגון הבריאות העולמי

שיעור הפסיכיאטרים של הילד והמתבגר ל-1,000 תושבים, נמוך יותר ועומד על 0.03, אך נמצא במגמת עלייה משנת 2010.

תרשים 10: מספר ושיעור פסיכיאטרים ילדים ונוער ל-100,000 נפש בשנים 2010, 2015, 2021

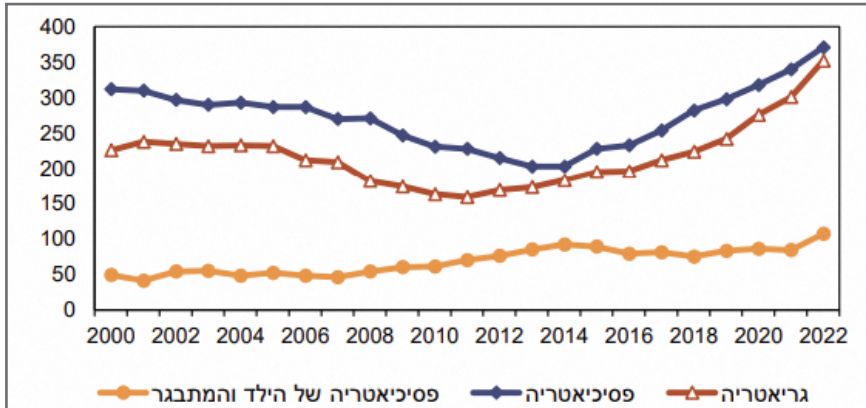


מקור: מצגת של ההסתדרות הרפואית (נתוני 2021)

מתמחים בפסיכיאטריה

מספר המתמחים בפסיכיאטריה עמד ב-2022 על 371, ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר על 107 (משרד הבריאות, 2023).

תרשים 11: מספר מתמחים בפסיכיאטריה ופסיכיאטריה של הילד והמתבגר

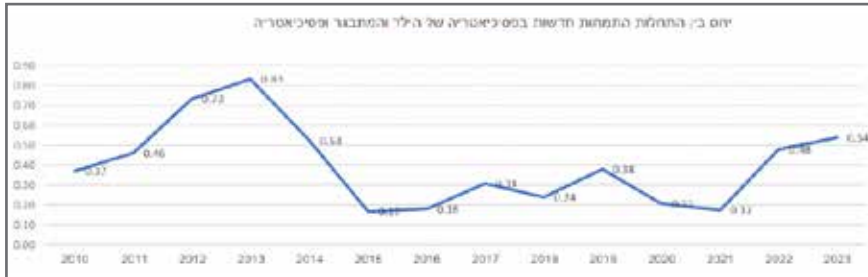


בשנה זו התחילו התמחות בפסיכיאטריה 72 רופאים, ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר 39 רופאים.

תרשים 12: מספר התחלות התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר



תרשים 13: יחס בין התחלות התמחות חדשות בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר בפסיכיאטריה



מקור: מצגת של ההסתדרות הרפואית (נתוני 2021)

תחזית למספר הפסיכיאטרים המומחים בישראל עד 2030:

על פי הערכות משרד הבריאות, בשנת 2030 יהיו בישראל 423 מומחים בפסיכיאטריה של הילד עד גיל 67, ו-1,155 פסיכיאטרים מומחים עד גיל 67. זאת, בהנחה שכל שנה יתווספו 25 מומחים חדשים בפסיכיאטריה של הילד ו-70 מומחים חדשים בפסיכיאטריה.

טבלה 3: אומדן תוספת שנתית של מומחים ומספר מומחים עד גיל 67 וגיל 74 עד שנת 2030

אומדן מספר מומחים עד גיל 74 בכל שנה	אומדן מספר מומחים עד גיל 67 בכל שנה	אומדן תוספת שנתית של מומחים	מספר מומחים לאחר פרישה לפי גיל, מבוסס על סוף 2023			
			75+	67-74	-67	
			36	48	291	פסיכיאטריה של הילד 2023
364	316	25	43	50	282	2024
382	332	25	50	51	274	2025
400	349	25	55	52	268	2026
420	368	25	59	54	262	2027
441	387	25	65	54	256	2028
460	406	25	74	53	248	2029
476	423	25	79	59	237	2030
			238	253	880	פסיכיאטריה 2023
1,203	950	70	263	267	841	2024
1,248	981	70	300	266	805	2025
1,281	1,015	70	323	279	769	2026
1,328	1,049	70	364	280	727	2027
1,357	1,077	70	391	286	694	2028
1,400	1,114	70	429	277	665	2029
1,432	1,155	70	459	271	641	2030

מקור: משרד הבריאות, אגף המידע, אפריל 2024

במסגרת עבודת ההכנה לכנס, ניסינו ליצור מודל לבחינת היקף הפסיכיאטרים המומחים הנדרש כיום ואשר יידרש בעתיד, ברמה הלאומית ובמערכת הציבורית, על מנת לענות באופן הולם על צרכי האוכלוסייה. אנו מקווים כי ניסיון זה יעורר מחשבה ודיון במסגרת עבודת הצוותים.

תחזית אחת מתבססת על מתודולוגיית חיזוי משרד הבריאות עד שנת 2030 במקביל לגידול האוכלוסייה, על מנת ליצור תחזית לשנת 2045. על פי תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ב-2045 יהיו בישראל 14.5 מיליון תושבים בהערכה שמרנית יחסית. קצב הגידול השנתי הממוצע של פסיכיאטרים מומחים עד גיל 67 יעמוד בשנים הקרובות על כ-3%, ואם קצב זה ישמר יהיו בשנת 2045 בישראל 1,880 פסיכיאטרים מומחים עד גיל הפרישה. על פי אומדן גידול של 5% בשנה, יעמוד מספר המומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר בשנה זו על 880.

ומכאן, בתקנון למספר התושבים, יהיו בישראל 12.9 פסיכיאטרים מומחים ו-6.06 פסיכיאטרים של הילד והמתבגר ל-100 אלף תושבים. זאת לעומת ממוצע של בין 15-20 פסיכיאטרים ל-100 אלף נפש במדינות מקבילות בעולם, ו-Best Practice של 27 ל-100 אלף נפש כפי שצוין בסקירה של חברת מקינזי.

משתנה נוסף אשר ישפיע על זמינות הטיפול הפסיכיאטרי נוגעת למאפייני ההעסקה של הפסיכיאטרים בעלי הרישיון. בראש ובראשונה שיעור משרתם הכללי ושנית תמהיל ההעסקה שלהם בין המערכת הציבורית והפרטית. בהתבסס על נתוני הסקר של מכון ברוקדייל הבוחן את גודל האוכלוסייה במדינת ישראל שנזקקת להתערבות פסיכיאטרית (באופן ספציפי), מצאנו כי מדובר בשיעור של בין 2%-4% מכלל האוכלוסייה, כשמספר המגיעים הממוצע השנתי עומד על 4 מגעים למטופל. שיעורי שימוש אלו יכולים לאשש את ההשערה, שמרבית הפסיכיאטרים בישראל עוסקים בטיפול ישיר במטופל בחלקיות מישרה (עד לשיעורים של 20% ממשרתם בלבד). אם כך, כוח האדם הקיים ברמה הלאומית ובמערכת הציבורית אינו מביא לידי ביטוי את מלוא פוטנציאל השירות בהיבט של תפוקות למטופל. הדבר מוביל לתורי המתנה המוכרים, שיכולים להימשך גם חודשים רבים. נתונים אלו מציפים שוב את סוגיית השחיקה בקרב הפסיכיאטרים, המובילה אותם לעבודה בחלקיות מישרה בלבד והגברת המצוקה בתחום במערכת הציבורית. בהנחה שרוב הפסיכיאטרים העתידיים יבחרו שלא לעבוד במשרה מלאה, המחסור בתחום במערכת הציבורית ילך ויגדל. עלינו לבחון צעדי מדיניות אפשריים להגדלת היקף השירות הזמין למטופלים, אם באמצעים של הכשרת מטפלים נוספים, מניעת נטישת המקצוע, או הרחבת שיעור המשרה האפקטיבי של כוח האדם הקיים (או שילוב ביניהם).

מסמך שנכתב על ידי מינהל תכנון אסטרטגי במשרד הבריאות בחודש מאי 2024, ממליץ על יעדי הכשרת מומחים בפסיכיאטריה ופסיכיאטריה של הילד והמתבגר עד לשנת 2036, זאת לאור הדעיכה במספר המומחים לנפש והגידול החזוי בביקוש.

בחינה של קצב הגידול הצפוי בשיעור המומחים ל-100,000 תושבים עד לשנת 2030, מעלה כי כבר כיום, עוד בטרם הזינוק הצפוי בביקוש, נמצאת הפסיכיאטריה בדעיכה ומספר המומחים ביחס לאוכלוסייה צפוי לרדת בקצב הכשרה הנוכחי בשיעור של 2.55%, כאשר בשנה ממוצעת נפתחים 63 פנקסי התמחות.

במידה שרוצים לשמר את שיעור המומחים הפעילים נכון להיום, העומד על 8.6 מומחים ל-100,000 נפשות, נדרשת פתיחה מינימלית של 102 פנקסים בכל אחת מן השנים הבאות.

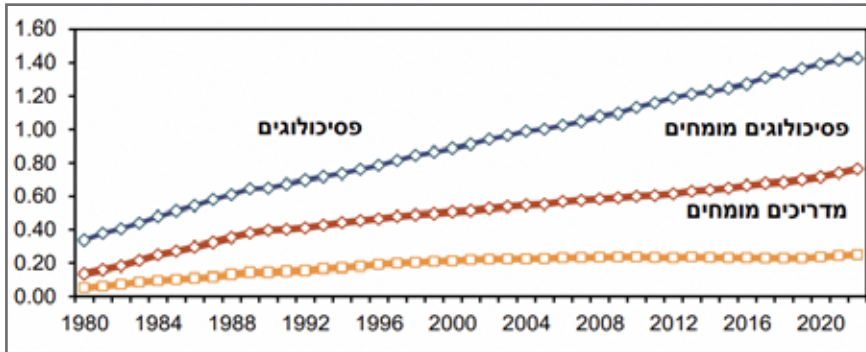
בתרחיש של גידול של 10% במספר המומחים לנפש עד שנת 2036, נדרשים כ-132 פנקסי התמחות חדשים מדי שנה עד שנת 2030, אז שיעור הפסיכיאטרים יעמוד על 9.5 ל-100,000 נפשות.

בתרחיש של גידול של 25% במספר המומחים לנפש, נדרשת פתיחה של לכל הפחות 175 פנקסי התמחות בשנה.

ב. פסיכולוגים

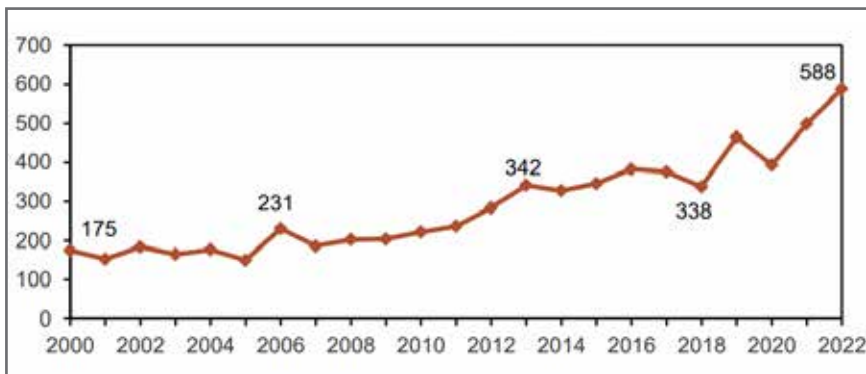
בסוף שנת 2022 היו בישראל 16,516 פסיכולוגים, מהם 13,780 עד גיל 67 (משרד הבריאות, 2023). מתוכם, 57% היו מומחים בפסיכולוגיה, כאשר 54% מהם בעלי מומחיות בפסיכולוגיה קלינית. מספר הרישיונות החדשים בפסיכולוגיה נמצא במגמת עליה. בשנת 2022 הונפקו 624 רישיונות חדשים בפסיכולוגיה. 89% מבעלי הרישיונות החדשים הינם בוגרי הארץ. שיעור הפסיכולוגים ל-1,000 תושבים עמד בסוף שנת 2022 על 1.71, ו-1.43 עד גיל 67.

תרשים 14: שיעור פסיכולוגים עד גיל 67 ל-1,000 תושבים, 1980-2022

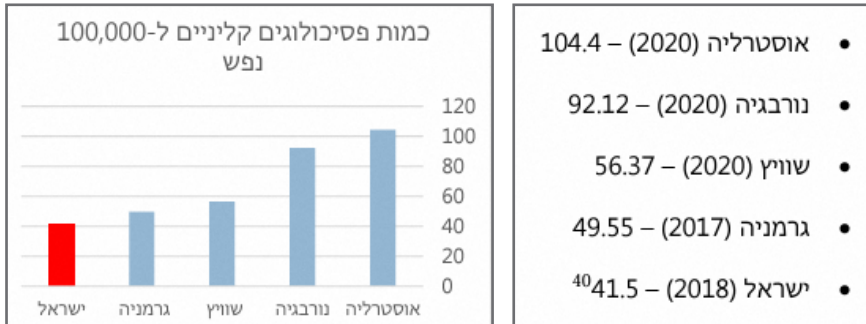


בשנת 2022 נוספו 588 מומחים חדשים בפסיכולוגיה, מתוכם 252 בפסיכולוגיה קלינית.

תרשים 15: מספר פסיכולוגים מומחים חדשים, 2000-2022



שיעור הפסיכולוגים לנפש בישראל נמוך אף הוא מזה במדינות מקבילות, כמפורט בתרשים 16:

תרשים 16: מספר פסיכולוגים ל-100,000 נפש בישראל ובמדינות השוואה

מקור: אטלס בריאות הנפש של ארגון הבריאות העולמי

שיעור הפסיכולוגים המועסקים במערך בריאות הנפש הציבורי בישראל נמוך, ואלו מועסקים לרוב בשיעורי משרה חלקיים בלבד, לרוב מתוך בחירת המטפלים לשלב עבודה פרטית וציבורית.

בדוח הממונה על השכר באוצר לשנת 2018, עולה כי בשנה זו הועסקו במגזר הציבורי 5,708 פסיכולוגים (כלל ההתמחויות, כולל רשויות מקומיות, רובם אינם במערכת הבריאות), כאשר אחוז המשרה הממוצע שבו הועסקו עומד על 52% (משרד האוצר, 2020). בדוח דומה לשנת 2020 צוין כי בבתי החולים לבריאות הנפש מועסקים הפסיכולוגים בשיעור משרה דומה (51%) (משרד האוצר, 2024).

על פי מחקר של מכון ברוקדייל, שיעור הפסיכולוגים המדווחים על עבודה עיקרית במגזר הציבורי עומד על 38% בשנת 2018, ירידה משיעור של 42% בשנת 2012. בנוסף, נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על העסקה בהיקף של חצי משרה או פחות בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית היא במגזר הציבורי (מ-58% ל-71%) (סמואל והס, 2020).

במערך האשפוז הממשלתי ישנם 589 תקנים לפסיכולוגים, מתוכם, נכון לשנת 2024, מאוישים 453 תקנים (כולל מתמחים). (נתונים שהועברו ממשרד הבריאות באפריל 2024).

מנתונים שהועברו מהקופות לתנועה לחופש המידע בישראל בשנת 2023, עולה כי שירותי בריאות כללית ישנם 422 פסיכולוגים המועסקים כשכירים בסניפים ובמרפאות ברחבי הארץ, מתוכם 286 פסיכולוגים קליניים, ובנוסף 370 פסיכולוגים בבתי החולים.

רבים מהפסיכולוגים בקופה לא עובדים במשרה מלאה, וחלק גדול מהם עדיין בשלבי התמחות. נתוני קופת חולים מאוחדת, שם עובדים 151 פסיכולוגים בהתמחויות שונות, מלמדים על הפער: במרפאות ובסניפי הקופה יש 55 פסיכולוגים קליניים, אולם בפועל, מדובר רק על 28 משרות מלאות ו-1,112 שעות שבועיות לפי היקף משרה. במכבי שירותי בריאות נרשמה אמנם עלייה של 80% בכמות הפסיכולוגים השכירים בהתמחויות השונות מאז הרפורמה בבריאות הנפש ב-2015, אבל עדיין מדובר על 180 פסיכולוגים בלבד. 24 מהם במחוז דרום, 31 בשרון, 45 במחוז ירושלים והשפלה, 42 במחוז מרכז ו-38 בצפון.

פסיכולוגים נוספים נמצאים בהתקשרות עם קופות החולים כעצמאיים, שניתן לתאם אליהם תור בהשתתפות עצמית של המטופל.

הסתדרות הפסיכולוגים מסרה למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2019 כי להערכתה חסרים כ-1,770 תקנים של פסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי. באותה שנה העריך האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות את המחסור בכ-400 פסיכותרפיסטים (פסיכולוגים ועובדים סוציאליים) (מבקר המדינה, 2020).

בתחום הפסיכולוגיה החינוכית, קיים מחסור המשתקף בכך ש-30% מהתקנים במערך זה אינם מאוישים. תת איוש זה מביא לכך שבמוצע, פסיכולוג חינוכי אחד מספק שירותים ל-1,500 ילדים בחינוך הרגיל, לכ-450 ילדים בחינוך המיוחד ולכ-750 ילדים בגנים (התנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית בישראל, 2021). על פי ההערכות פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית, התקן הקיים כיום במערכת הציבורית חסר, וכדי לתת מענה לצורכי האוכלוסייה, יש להכפיל את מפתח התקינה עד פי שניים. המשמעות היא שבשטח חסרים כיום כ-1,650 תקנים לפסיכולוגים חינוכיים בארץ. יש לציין כי מרבית הפסיכולוגים החינוכיים בשירות הציבורי עובדים בחצי משרה ושכרם נמוך יחסית (הסתדרות הפסיכולוגים, 2019).

ג. אחיות פסיכיאטריות ואחיות מומחיות בפסיכיאטריה

אחיות פסיכיאטריות:

נכון לשנת 2023, היו בישראל 1,932 אחיות בוגרות קורס על-בסיסי בפסיכיאטריה, מתוכן 1,559 עד גיל 67 (משרד הבריאות, 2023).

טבלה 4: אחיות בעלות קורס על בסיסי בפסיכיאטריה (2023):

שיעור ל-1,000 תושבים עד גיל 67	סה"כ	עד 44	66-45	67+
0.161	1,932	572	987	373

***מקור:** אגף המידע, משרד הבריאות

בין שנת 2015 ל-2022 עלה שיעור האחיות בעלות הכשרה של קורס על-בסיסי בבריאות הנפש ב-42%.

בשנת 2024 התחילו ללמוד קורס על-בסיסי 233 אחיות נוספות אשר יסיימו בסוף שנת 2024.

מספר האחיות בעלות קורס על-בסיסי בפסיכיאטריה נמצא במגמת עלייה.

טבלה 5: אחים ואחיות בוגרי קורס על-בסיסי בפסיכיאטריה, עד גיל 67

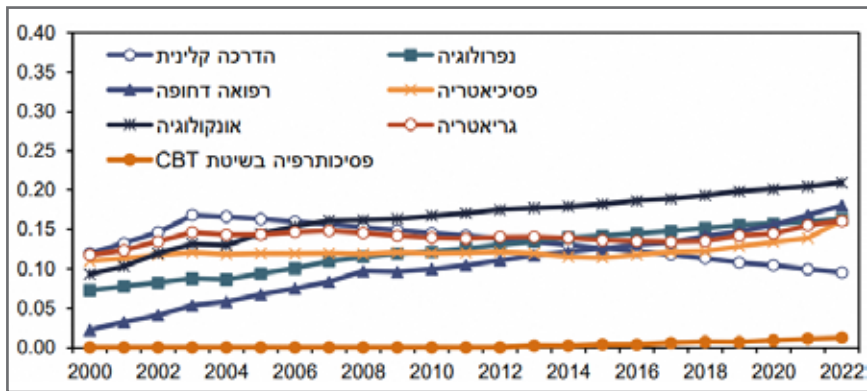
קורס	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
פסיכיאטריה	699	835	921	965	1,244	1,313	1,559

עם זאת, שיעורן באוכלוסייה נמצא במגמת יציבות.

טבלה 6: שיעור אחים ואחיות בוגרי קורס על-בסיסי בפסיכיאטריה עד גיל 67 ל-1,000 תושבים

קורס	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022
פסיכיאטריה	0.110	0.119	0.120	0.114	0.134	0.139	0.161

תרשים 17: שיעור אחים ואחיות בוגרי קורסים על-בסיסיים ל-1,000 נפש, 2000-2022



אחיות מומחיות בפסיכיאטריה

בשנת 2024 נפתח הקורס הראשון למומחיות קליניות, רובן מבתי החולים הפסיכיאטריים. בקורס משתתפות 32 אחיות. בנוסף, בשל הצורך הגובר במומחיות בקהילה, נפתח קורס מזורז של שנתיים כאשר בשנה הראשונה לומדים קורס על-בסיסי בבריאות הנפש, ובשנה השנייה מומחיות בבריאות הנפש. במסלול הישיר לומדות כיום 24 אחיות.

תחומי האחריות של אחות מומחית כוללים:

- ◆ בדיקת החולה והערכת מצבו
- ◆ הפניית החולה לבדיקות אבחון ומעקב
- ◆ קביעת תוכנית הטיפול ומתן הוראות טיפוליות
- ◆ איזון הטיפול התרופתי
- ◆ ביצוע טיפולים ייחודיים כחלק מתוכנית הטיפול שנקבעה
- ◆ איזון סימפטומים
- ◆ זיהוי סיבוכים והתוויית תוכנית טיפול, זיהוי מצבי חירום ומתן טיפול ראשוני
- ◆ עירוב גורמי טיפול רב מקצועי, הפניית המטופל להמשך טיפול או בירור רפואי נוסף
- ◆ הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו ולצוות הרפואי
- ◆ קידום בריאות ומניעת חולי
- ◆ ניהול הרשומה הרפואית הרלוונטית

ד. עובדים סוציאליים

בפנקס העובדים הסוציאליים במשרד הרווחה והביטחון החברתי רשומים 44,425 עובדים ועובדות סוציאליות, אך על פי הערכות איגוד העובדים הסוציאליים, רק כ-20,000 מתוכם עוסקים במקצוע הלכה למעשה, כאשר 4,000 עו"סים משולבים במערכת הבריאות הציבורית. שיעור העובדים הסוציאליים לנפש בישראל עומד על 1:2,400.

העבודה הסוציאלית במערך בריאות נפש מתאפיינת במגוון רחב של תחומי ידע ושיטות התערבות. קהלי היעד כוללים מתמודדים הסובלים מהפרעות נפשיות אקוטיות וכרוניות המטופלים במסגרות אשפוזיות, מרפאות ובמגוון של סוכנויות ומסגרות בקהילה. בנוסף, עובדות סוציאליות בשירותי בריאות הנפש, מספקות טיפול לפרטים ולמשפחות במצוקה, אשר להם בעיות הסתגלות והתמודדות. הן עוסקות בהתערבויות מניעתיות, אבחוניות, טיפוליות, פסיכו-סוציאליות, פסיכו-חינוכיות (psycho-educational) פרטניות, משפחתיות, קבוצתיות וקהילתיות (פינצי דותן ואחרים, 2017).

במערך האשפוז הממשלתי (לרבות בתי"ח כלליים ולבריאות הנפש), ישנן 609 משרות עו"ס מאוישות נכון לשנת 2024 (נתוני משרד הבריאות מחדש אפריל

(2024). ההערכה היא כי קרוב ל-1,000 עובדות סוציאליות מועסקות בשירותי בריאות הנפש הציבוריים לרבות בקופות החולים, רובן במשרה חלקית, בדרך כלל בהיקף של 50%. ל-70% מהן קליניקה פרטית. קרוב ל-100% מהעובדות הסוציאליות בשירותי בריאות הנפש מחזיקות בתואר שני (לחלקן אף דוקטורט). ל-50% מהן הסמכה נוספת בפסיכותרפיה / טיפול משפחתי / CBT / EMDR. מספר העו"סים בעלי מומחיות המועסקות במערכת בריאות הנפש עומד על 182.

ה. מרפאים בעיסוק

בישראל היו נכון לשנת 2019 5,961 בעלי רישיון בריפוי בעיסוק בגילאי העבודה ומדי שנה מונפקים כ-380 רישיונות חדשים. כ-90% מבעלי הרישיון מועסקים במקצוע (משרד ראש הממשלה, 2021). 79% מהמרפאים בעיסוק מועסקים במגזר הציבורי במשרה מלאה או בחלקיות משרה. במרכזים הרפואיים הממשלתיים מועסקים 536 מרפאים בעיסוק (כולל בבריאות הנפש).

הכשרתם של מרפאים בעיסוק כוללת 3.5 שנות לימוד ו-1,000 שעות הכשרה מעשית.

ו. מטפלים באמנויות

טיפול באומנות נעשה על ידי שימוש בטכניקות שונות מעולם היצירה ככלי אבחוני וטיפולי. לעיתים בנוסף לפסיכותרפיה, ולפעמים במקומה.

בתהליך של תרפיה בהבעה ויצירה יכולים המטפלים באומנות לקבל גישה ישירה אל העולם הפנימי של המטופלים, לאבחן אותם על ידי פענוח היצירות שלהם ולהעניק להם טיפול רגשי בבעיות איתם הם מתמודדים.

ישנן תשע שיטות מרכזיות לטיפולים רגשיים המציעים טיפול בהבעה ויצירה, כאשר ניתן להשתמש בטכניקה מסוימת או במספר רב של טכניקות טיפול באומנות, כמו למשל: טיפול בציור, ברישום ובאיור; טיפול בפיסול באמצעות פלסטלינה וחומר; טיפול בדרמה; טיפול בתנועה ובמחול; טיפול באמצעות שולחן חולי; טיפול במוסיקה; ביבילותרפיה; פוטותרפיה; וויזואותרפיה.

כמו בעולם, גם בישראל, מסלולי ההכשרה של מטפלים באמנות הם מסלולי לימוד לתואר שני, אליהם יכולים להתקבל בעלי תואר ראשון מרקע טיפולי או בעלי תואר ראשון מרקע באומנות אשר עוברים השלמות בפסיכולוגיה ובפסיכופתולוגיה.

למרות התפתחות התחום כמקצוע טיפולי, רק החל מסוף העשור הראשון של המאה ה-21 מתקיים תהליך חקיקה בכנסת להסדרת העיסוק במקצועות הפרא-רפואיים, לרבות טיפול ביצירה והבעה.

הטיפול באומנות במערכי בריאות הנפש בישראל הוא שכיח מאוד, בין היתר עקב הצורך במקצוע טיפולי זה, ואפשרות העסקה בתנאי פרילנסר (עצמאי). מרבית הגופים עוסקים בימים אלה בניסיון הסדרת העיסוק של בעלי התפקידים עד להשלמת החקיקה. במרכזים הרפואיים הממשלתיים, מועסקים כיום מטפלים באומנות על תקני ריפוי בעיסוק אך התהליך להפרדת התקנים, הגדרת התפקיד ושיטת ההעסקה מתקדם מאוד. בדו"ח "ועדת מלמד" הומלץ על הסדרת העיסוק במקצוע זה במערך האשפוז הפסיכיאטרי וכן הומלץ על תקנון חצי תקן בכל מחלקה פסיכיאטרים ושני תקנים בכל מחלקה פסיכיאטרית לילדים ונוער.

ז. צרכנים נותני שירות ועמיתים מומחים

צרכן נותן שירות הינו אדם עם התמודדות נפשית העובד בתפקידים שונים במערכת הטיפול או השיקום בבריאות הנפש, כגון: מדריך שיקום, סומך, חונך, מתאם טיפול ועוד, כאשר היותו מתמודד נפש אינה בהכרח חשופה לסביבה הטיפולית.

עמית מומחה הינו אדם עם התמודדות נפשית העובד בתפקיד ייעודי ומשתמש באופן גלוי ומכוון בידע הנצבר שלו מניסיון אישי בתהליכי התמודדות והחלמה של מטופלים.

שירותים המסופקים על ידי צרכנים נותני שירות הפכו לנפוצים במערכת הבריאות הפורמלית וכיום נתפסים כגישה חשובה להרחבת רצף השירותים הזמין לאנשים הסובלים ממחלות נפשיות, ולשיפור השירות. השירות ניתן על ידי מתמודדי נפש מוצהרים, שעברו ועוברים תהליכי החלמה וצברו ידע מניסיון אישי, לצרכנים אחרים שהינם מתמודדי נפש. השירותים מגוונים ועוסקים בתחומי השיקום והטיפול, לדוגמה, שירות של קבוצות לעזרה עצמית, ניהול מקרים ועוד (Salzer, 2002). תנועת הצרכנים משחקת תפקיד חיוני כשותף בעיצוב מדיניות ושירותים. הטמעת תפקידי עמיתים מומחים הביאה את נקודת מבט הצרכנים לתוך בריאות הנפש המסורתית וסיפקה למקבלי השירותים ידע מניסיון להשלמת הידע הקליני והאקדמי. המשך השתתפות של צרכנים בעיצוב שירותי העמיתים חיוני להצלחתו בעתיד. בנוסף, פיתוח מסלולי קריירה לעמיתים דרך הכשרה והדרכה, שיפור אמינות תפקידי תמיכת עמיתים וניטור התוצאות הם חיוניים (Moran, 2018).

תוכנית עמיתים מומחים בבתי החולים הפסיכיאטריים נועדה לשלב מתמודדים במערך המקצועי של צוות בית החולים. המתמודדים הם אנשים בעלי ידע מתוך ניסיון אישי בבריאות הנפש, אשר התקדמו בתהליך ההחלמה שלהם ומעוניינים לעשות שימוש גלוי ומקצועי בידע זה לטובת מתמודדים אחרים. עמיתים מומחים משתלבים כיום גם במרפאות בתוכנית "בחזרה הביתה" (מרפאת מבוגרים שלווה, גהה, מכבי שירותי בריאות), ובמערך השיקום הפסיכיאטרי.

מחקר שנערך במרכזים לבריאות הנפש מזור ובאר שבע, שבחן את מידת הצלחתה של התוכנית בהשגת מטרותיה, תוך בחינת תפיסת תפקידם של העמיתים המומחים במערך הטיפול, בחינת תרומת התוכנית למואשפזים, לבני משפחותיהם, לצוותים הרפואיים ולעמיתים המומחים עצמם. נמצא כי המפגש עם העמיתים המומחים עורר תקווה ביכולתם לחיות חיים משמעותיים, תרם לתחושות של העצמה, קבלה עצמית, הפחית סטיגמות וסיפק תמיכה חברתית. בסיום המחקר, אנשי הצוות דיווחו כי הם הביאו נקודת מבט ייחודית והעשירו את דיוני הצוות. באשר לבני המשפחה, המפגש עם העמיתים המומחים הפחית את הסטיגמה, עזר למשפחה להבין טוב יותר את בן משפחתם המתמודד עם בעיה נפשית והעלה את תחושת התקווה בנוגע לאפשרות של בן משפחתם להחלים (הלפרין ואחרים, 2021).

מחקרים הוכיחו בעקביות שעמיתים מומחים היו מסוגלים לתפקד כראוי באופן זהה לקבוצת הביקורת, הם הגדילו את שיעור ההיענות לטיפול, השפיעו באופן חיובי על תפיסת העצמי של המטופלים, הגבירו את תחושת ההעצמה והעצמאות וכן, הגבירו את היציבות התעסוקתית והלימודית, עזרו לפתח דרכי חשיבה חדשות, היוו מודל לחיקוי וסיפקו ידע בנוגע למימוש זכויות, סגור עצמי ודרכים להתגבר על סטיגמה חברתית ועצמית, וכן אפשרו למתמודדים להציב לעצמם ציפיות גבוהות בנוגע להחלמה. המפגש שיפר את יכולותיהם המקצועיות של המתמודדים, הגביר תחושות של קבלה, הבנה ואהבה, שיפר את תפקודם החברתי בהמשך, את המסוגלות העצמית ואת יכולתם להשתלב בקהילה, ובנוסף צמצם את מספר האשפוזים החוזרים ואת אורכם (הלפרין ואחרים, 2021).

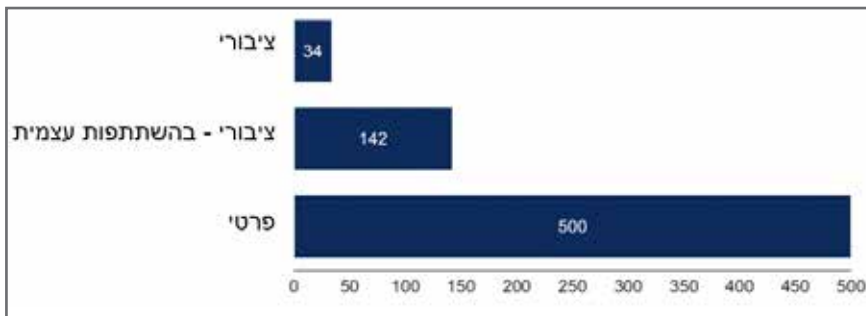
בנוסף לתרומתם למטופלים, הם תורמים לאיכות השירות, להבנה של הצוות הרפואי כלפי המטופלים, משפרים את מצב הרוח בצוות, מקלים על התקשורת של הצוות מול המטופלים ומעצימים אותם וכן, מביאים לשיפור במעמדו של המוסד בקהילה.

פרק 3: פערים בין הביקוש לשירותי בריאות הנפש להיצע המטפלים

בישראל קיימים פערים ביכולת לקבל טיפול נפשי בכלל וביתר שאת למי שידו אינה משגת, המייצרת מציאות של תורי המתנה ארוכים. כמו כן ניכרת עליית מחירים בשוק הפרטי אשר מייצרת תמריצים נוספים למטפלים לעבור אליו, ובכך פותחת עוד את הפער בין השירות הציבורי והפרטי.

על פי דו"ח מבקר המדינה, שנכתב עוד לפני משבר הקורונה ואירועי ה-7 באוקטובר, זמני ההמתנה לבידוק ממינית-אבחון ("אינטייק") ולהמשך טיפול פסיכיאטרי ופסיכותרפי עלולים להיות ארוכים ביותר - עד כדי המתנה של 12-16 חודשים (מבקר המדינה, 2020). זמן ההמתנה הממוצע לטיפול פסיכותרפיה למבוגרים וילדים עמד בשנת 2018 על 150 ימים. הדבר עלול לפגוע במטופלים, להחמיר את מצבם הנפשי, לגרום לנזקים למשפחתם ולסביבתם הקרובה ולהפחית את יעילות הטיפול.

מדו"ח שהוגש למשרד הבריאות ע"י חברת הייעוץ מקינזי בשנת 2023, עולה כי ישנה שונות גדולה בין עלות למפגש פסיכותרפיה הניתן בשירות הציבורי והפרטי (מוצג בשקלים למפגש):



מחירי טיפול פסיכולוגי/פסיכותרפי במגזר הפרטי נמדדים ומפורסמים מעת לעת באתר "פסיכולוגיה עברית". נכון לסוף שנת 2023 הוצג ממוצע המחירים הארצי הבא למפגש (אתר "פסיכולוגיה עברית"):

- ◆ פסיכולוגים: 400 ש"ח ± 56 ש"ח
- ◆ עובדים סוציאליים: 351 ש"ח ± 48 ש"ח
- ◆ מטפלים באמצעות אמנויות: 335 ש"ח ± 46 ש"ח

סקר שנערך בקרב למעלה מ-1,100 פסיכיאטרים בשנת 2021, מצא כי עלותו של מפגש עם פסיכיאטר פרטי נעה בממוצע בין 1,230-1,680 ₪ למפגש (Shefet et al., 2021).

בסקר שנערך על ידי מכון ברוקדייל בשנת 2021, נמצא כי זמני ההמתנה לטיפול רפואי (בכלל, לא רק פסיכיאטרי), הם הסיבה העיקרית לכך שאנשים מוותרים על טיפול רפואי (לרון ואחרים, 2022). בסקר נמצא כי 35% מהמרוויינים ויתרו על טיפול רפואי בגלל זמני המתנה ארוכים, עלייה של 6 נקודות אחוז מהסקר שנערך ב-2018. 51% ממי שוויתרו על טיפול רפואי בגלל זמני המתנה ארוכים פנו לקבלת השירות באופן פרטי.

ממחקר נוסף של מכון ברוקדייל, אשר בחן את השימוש בשירותי פסיכותרפיה בקרב בוגרים, עולה כי שיעור מקבלי טיפול פסיכותרפי בשנה שקדמה לסקר עמד על 8.4%. מהם, 51% קיבלו טיפול במגזר הציבורי (סמואל וקגיה, 2023). מקרב המדווחים על קבלת טיפול במגזר הפרטי, 20% דיווחו על פנייה למגזר הציבורי טרם הפנייה לטיפול פרטי (7% דיווחו כי קיבלו קודם טיפול במסגרת קופת החולים שלהם ו-13% דיווחו כי פנו לקבלת טיפול בקופה, אך לא קיבלו אותו בפועל).

אם כן, ישנה אוכלוסייה המעוניינת בקבלת שירות פסיכותרפיה במגזר הציבורי ואינה מקבלת אותו. ייתכן כי הנתון ש-20% מן המטופלים במגזר הפרטי פנו לקבלת טיפול ציבורי, אך לא קיבלו מענה מלא לצורכיהם הוא בגדר הערכת חסר לשיעור המעוניינים בטיפול במגזר הציבורי: רבים מניחים מראש כי ייאלצו להמתין זמן רב לטיפול במגזר הציבורי או מבקשים חופש רב יותר בבחירת המטפל משמאפשר המגזר הציבורי, ולכן מראש הם אינם פונים אליו כלל. ממצאי המחקר העלו גם הבדלים במאפייני המטופלים, במאפייני הטיפול ובחויית המטופל, בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי.

ממצאי המחקר בנוגע לזמני המתנה, העלו כי אחת מדרכי ההתמודדות של מטופלים עם זמני ההמתנה הארוכים היא פנייה בעת ובעונה אחת לכמה מסגרות, כדי שיוכלו בסופו של דבר לקבל את השירות ממסגרת שהמתנה אליה היא הקצרה ביותר. גם מצב זה בעייתי, שכן הפיצול הקיים בשירותי בריאות הנפש יוצר צורך לפנות לגורמים מרובים, הדורשים לרוב מילוי טפסים משלהם, השגה ושליחה של מסמכים וחשיפה חוזרת ונשנית של המצב הנפשי. מצב זה יוצר עומס על המטופלים מבחינת המאמץ הנדרש מהם, וכן מאריך באופן מלאכותי את זמני ההמתנה הנמדדים.

פרק 4: ניתוח גורמים המשפיעים על היצע המטפלים הלאומי ובמרחב הציבורי

נרצה למפות מספר סיבות אשר מובילות להיצע מוגבל של כוח אדם המסוגל לספק מענה נגיש, זמין ואיכותי לביקוש הציבור לשירותי בריאות הנפש.

ננתח את הסיבות ממספר היבטים אפשריים:

מחסור לאומי - מצב בו קיים מחסור באנשי מקצוע מורשים ברמה הלאומית. בסוגיה זו, יש לבחון את משך ואופן ההכשרה (לימודים והתמחות) של אנשי המקצוע, גורמי שחיקה מקצועיים המשפיעים על ההחלטה להישאר במקצוע, וגורמים משפיעים נוספים, כגון מגמות בשוק התעסוקה הגלובלי.

מחסור במגזר הציבורי - מתוך ההיצע הקיים ברמה הלאומית, רבים מאנשי המקצוע מועסקים גם או רק במגזר הפרטי, ובנוסף ניכרת עזיבה מתמשכת של מועסקים במגזר הציבורי לשוק הפרטי, המתבטאת גם בקושי לאייש משרות ציבוריות הנותרות לא מאוישות או מאוישות בחלקיות משרה בלבד. בסוגיה זו, נכון לבחון גורמי שחיקה במגזר הציבורי ותמריצים למעבר למגזר הפרטי.

בעיות הקשורות במבנה מערכת בריאות הנפש בישראל ובאופן אספקת השירותים - מצב בו היצע המטפלים הקיים אינו מנוצל באופן אפקטיבי. זאת, בשל תהליכי עבודה לא יעילים, חלוקת עבודה, בעיות בהסדרת המקצוע, הרשאות לא מתאימות, ממשקי קהילה - אשפוז, אופק ניהולי וגורמים נוספים. בסוגיה זו, יש לבחון את תהליכי העבודה הקיימים ולהציע שינויים אפשריים בפרדיגמות הטיפוליות, אשר יכולים לייעל את מתן השירות למטופל בהינתן היצע כוח האדם הנתון.

להלן נסקור מספר סוגיות הנוגעות במחסור בכוח אדם טיפולי בבריאות הנפש.

א. מסלול הכשרת פסיכיאטרים

מסלול ההתמחות בפסיכיאטריה אורך ארבע שנים וחצי ובהן:

1. שנתיים במחלקה פסיכיאטרית פעילה, ויכול שמתוכן תהיה שנה במחלקת טיפול יום פעילה בקהילה או בבית חולים, או יכול שמתוכן חצי שנה תהיה במחלקה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר - חובה.

2. שנה בשירות פסיכיאטרי אמבולטורי למבוגר במרפאה לבריאות הנפש - חובה.
3. חצי שנה בניורולוגיה או שלושה חודשים בניורולוגיה ושלושה חודשים במחלקה לרפואה פנימית, או שלושה חודשים בניורולוגיה ושלושה חודשים ברפואת המשפחה.
4. חצי שנה באחת מן הבאות: מחלקה או מרפאה לטיפול פסיכיאטרי במבוגר, מרפאה לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, מחלקת יום פסיכיאטריה, יחידה פסיכוגריאטרית, מחלקת פסיכיאטריה שיקומית או פסיכיאטריה משפטית.
5. חצי שנה מדעי יסוד.

מסלול ההתמחות בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר אורך חמש שנים ומהן:

1. שנה אחת במרפאה פסיכיאטרית לילד ולמתבגר.
2. שנה אחת במחלקה פסיכיאטרית לילד ולמתבגר, ויכול ש-3 חודשים ממנה יהיו במחלקת יום לילד ולמתבגר.
3. 9 חודשים במחלקה פסיכיאטריה (של המבוגר).
4. שנה אחת ב-2 תקופות של 6 חודשים כל אחת במקצועות הבאים: במחלקה פסיכיאטרית לילד ולמתבגר; במרפאה פסיכיאטרית לילד ולמתבגר; במחלקת אשפוז יום פסיכיאטרי לילד ולמתבגר; במרפאה פסיכיאטרית (של המבוגר)
5. 6 חודשים בהתפתחות הילד, ויכול ששלושה חודשים מתוכם יהיו במרפאה לגיל הרך.
6. 3 חודשים במחלקת ילדים
7. 6 חודשים מדעי יסוד

שנה אחת מתוך השנתיים הראשונות ושישה חודשים רצופים מתוך השנה האחרונה של ההתמחות יהיו במקצוע הראשי (אתר ההסתדרות הרפואית בישראל).

מתוך ניתוח מסלול הכשרת מתמחה, ברור שעלייה במספר המומחים דרך הגברת ערוצי ההתמחות לא תוביל לפתרון של מצוקת כוח האדם בטווח הקצר או אף הבינוני. כל חשיבה על הרחבת מסלולי ההתמחות חייבת לקחת בחשבון את מאפייני המתמחים העתידיים, שקרוב לוודאי ישאפו לתמהיל נוח יותר של עבודה במערכת הציבורית בחלקיות מישרה בשילוב של קליניקה פרטית וחלוקת עבודה/בית שתגזור את הנכונות להתגייסות למערכת הציבורית.

ב. מסלול הכשרת פסיכולוגים

מסלול ההכשרה בפסיכולוגיה, כולל לימודים אקדמיים והתמחות מעשית (מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 2023, שירותי הפסיכותרפיה במערכת הבריאות הציבורית בישראל בדגש על שירותי פסיכולוגיה). הלימודים האקדמיים מורכבים מלימודי תואר ראשון, שנמשכים לפחות שלוש שנים, ולימודי תואר שני באחת משש ההתמחויות המוכרות בחוק הנמשכים לפחות שנתיים. לאחר מכן, על הפסיכולוג להשלים התמחות באחד משש ענפי המומחיות בפסיכולוגיה. התמחות רצופה במשרה מלאה תימשך שנתיים, אך ניתן לבצע התמחות במשרה חלקית שלא תפחת מחצי משרה. לרוב, ההתמחות מתבצעת בחצי משרה ונמשכת לפחות ארבע שנים. בסיום ההתמחות ולאחר עמידה בבחינות, הפסיכולוג יוכר כפסיכולוג מומחה. כלומר, מסלול הכשרת הפסיכולוג המומחה נמשך לכל הפחות שבע שנים וברוב המקרים נמשך תשע שנים או יותר. פסיכולוגים בעלי ניסיון של שלוש שנים כפסיכולוגים מומחים יכולים לבצע בתנאים מסוימים הכשרה נוספת המזכה אותם בתואר מומחה - מדריך ומאפשרת להם להדריך מתמחים. הכשרה זו נמשכת שנתיים לפחות והיא בהיקף של חצי משרה לפחות.

ג. עומס ושחיקה בקרב צוותים במערך בריאות הנפש הציבורי

"עומס בעבודה" מתייחס לעומס עבודה גבוה, הכולל כמות גדולה של משימות, דרישות גבוהות מצד מטופלים, מנהלים ומערכת הבריאות, וחוסר בזמן ובאמצעים. עומס עבודה גבוה, יכול להוביל לתחושת לחץ, חרדה, תשישות, ואף דיכאון. "שחיקה" היא תהליך הדרגתי של דלדול משאבים נפשיים ופיזיים, כתוצאה מחשיפה ממושכת למצבים קשים ומלחיצים. שחיקה מתבטאת בתחושות של חוסר אונים, ייאוש, ציניות, ניתוק רגשי, ואף ירידה בתפקוד המקצועי. השפעות העומס והשחיקה על צוותים רפואיים בבריאות הנפש הן רבות ומגוונות, וניתן לחלק אותן לשלוש קטגוריות עיקריות: השפעות על בריאות העובדים, השפעות על איכות הטיפול והשפעות על ארגון הבריאות. מהספרות המקצועית עולה כי גורמי העומס ושחיקה בקרב צוותים רפואיים בבריאות הנפש קשורים למורכבות היחסים עם המטופלים, אלימות מצד מטופלים, מספר מטופלים גבוה ביחס לשעות העבודה, מחסור בכוח אדם, מחסור במשאבים, עבודה אדמיניסטרטיבית רבה והיעדר תמיכה. כתוצאה מכך, כמחצית מהרופאים חווים שחיקה וחלקם מתכננים להפסיק לראות חולים בשלוש השנים הקרובות. סקרים גם מראים כי כשליש מהאחיות מתכננות לעזוב את המקצוע, כאשר מתוך המתכננים לעזוב, 44% ציינו מצבי לחץ ושחיקה כסיבות המרכזיות לרצון לסיים את העבודה.

על פי סקר השחיקה שערך משרד הבריאות בשנת 2021 (משרד הבריאות, 2022), ניכרת שחיקה גבוהה במערכת הבריאות (3.4) ביחס לשחיקה בכלל המשק (2.2). בבתי החולים לבריאות הנפש, נמדדה שחיקה בדרגה של 3.2. שחיקה גבוהה במיוחד נמצאה אצל רופאים מתמחים בפסיכיאטריה ורופאים מומחים, כאשר עיקר גורמי הלחץ, שנמצאו בסקר, היו קשורים בעומסי ותנאי העבודה. שיעור העובדים ששוקלים לעזוב את המקצוע בקרב עובדי בתי"ח לבריאות הנפש, גבוה משיעורם בכלל מערכת הבריאות.

בנוסף נמצאו המאפיינים הבאים בקרב עובדי בתי"ח לבריאות הנפש:

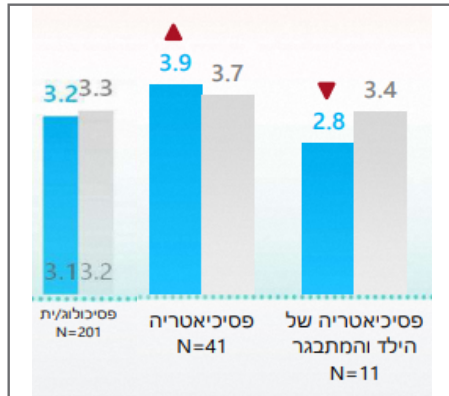


בקרב עובדי מערך בריאות הנפש בקהילה, נמדדה רמת שחיקה דומה לזו של בתי החולים לבריאות הנפש (3.2).

בסקר נמצא כי ככלל, רמת השחיקה בקהילה נמוכה מזו הכללית שנמדדה במערכת הבריאות, אם כי בסקטור מקצועות הבריאות נמדדה רמת שחיקה זהה לממוצעת במערכת הבריאות.

עם זאת, בתחום בריאות הנפש, נמצא כי רמת השחיקה בקרב מומחים לפסיכיאטריה בקהילה גבוהה (3.9) מרמת השחיקה בקרב רופאים אלו בכלל מערכת הבריאות (3.7). בקרב מומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר ובקרב פסיכולוגים, המצב הפוך.

תרשים 18: מדד השחיקה בקהילה לפי התמחות, רופאים מומחים בפסיכיאטריה ופסיכיאטריה של הילד והמתבגר, ובקרב פסיכולוגים



מקור: משרד הבריאות, 2022, התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה, ממצאי הסקר הלאומי

גורמי הלחץ המרכזיים שנמצאו בקרב פסיכיאטרים בקהילה, היו עומס עבודה, עומס מטלות אדמיניסטרטיביות, בירוקרטיה וסחבת, ובקרב פסיכולוגים, היו בעיקר עומס עבודה ועומס מטלות אדמיניסטרטיביות.

בקהילה, בניגוד לבתי החולים, שיעור השוקלים לעזוב את המקצוע במערך בריאות הנפש, היה נמוך מזה במערכים אחרים (7%).

בסקר שבוצע בשנת 2024 על ידי ד"ר שלומית צפריר מהמרכז הרפואי שיבא, בקרב 202 פסיכיאטרים של הילד והמתבגר, נמצא כי עיקר הקשיים/האתגרים, המקשים על העבודה ומעוררים התלבטות בקשר לעזיבה הינם שכר (86%), עומס (78%), בירוקרטיה (43%) והיעדר קידום מספק (17.5%). גורמים אלה נמצאו גם כמובילים עיקריים בהחלטתם של הפסיכיאטרים לעזוב את המערכת הציבורית.

כאשר נשאלו המשיבים מה יוכל להחזירם לעבודה ציבורית, נבחרו השכר (90%) ועומס העבודה (60%) כגורמים המובילים.

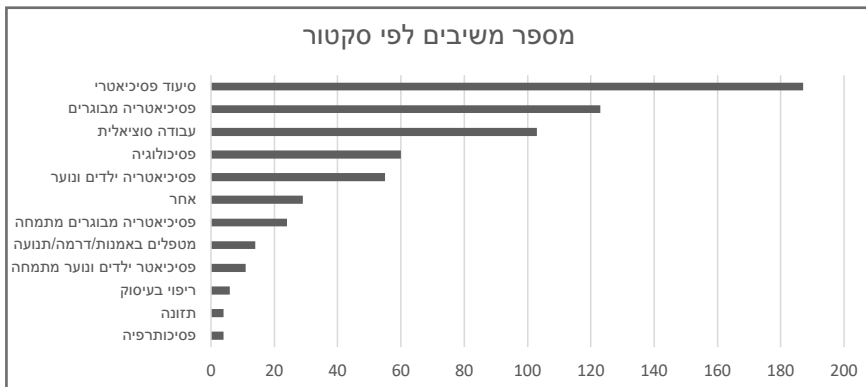
ד. סקר ייעודי בנושא עמדות מטפלים במערכת בריאות הנפש

לקראת כנס יום המלח, גיבש צוות העבודה סקר ייעודי, שנועד למפות את עמדותיהם של אנשי מקצוע בבריאות הנפש בנושא עבודתם במערכת הציבורית ואת הגורמים המשפיעים על שביעות רצונם והחלטתם לעבור מהמגזר הציבורי לפרטי באופן מלא או חלקי.

הסקר נשלח לאוכלוסיית מטפלים רחבה, שכללה רופאים פסיכיאטרים ורופאים פסיכיאטרים של הילד והמתבגר, אחים ואחיות פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועוד. יצוין, כי הסקר אינו מדגם מייצג כי אם משקף את המטפלים שבחרו להשיב לו.

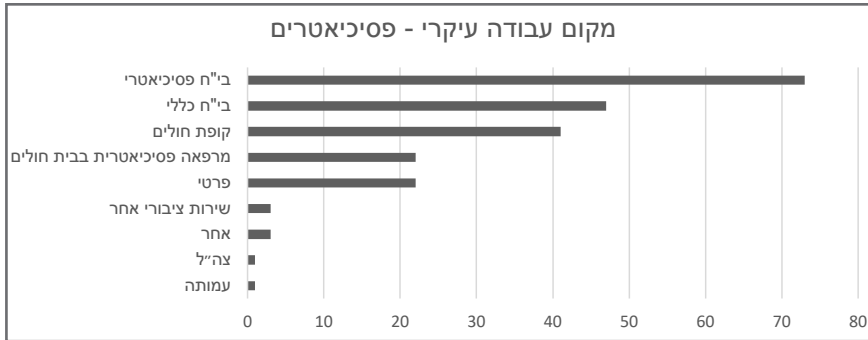
לסקר ענו 622 מטפלים, המתחלקים באופן הבא:

תרשים 19: מספר משיבים לפי סקטור, סקר ייעודי בנושא עמדות מטפלים במרחב הציבורי



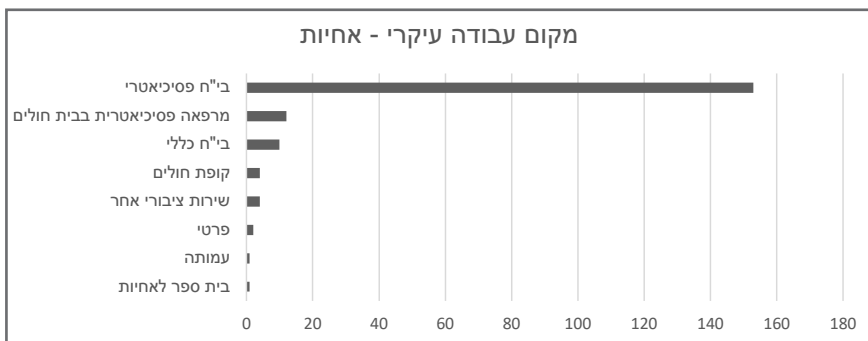
מבין הרופאים הפסיכיאטרים שהשיבו לסקר, רובם עבדו בעיקר בבית חולים (פסיכיאטרי או כללי), אחרים בקופת החולים, והשאר בעיקר במגזר הפרטי:

תרשים 20: מקום עבודה עיקרי - פסיכיאטרים



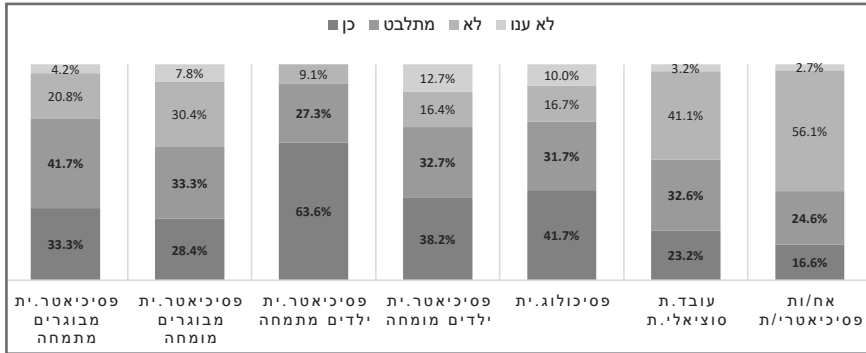
בקרב האחיות הפסיכיאטריות, הרוב המכריע עבדו בבתי חולים פסיכיאטריים:

תרשים 21: מקום עבודה עיקרי - אחים.ות פסיכיאטרים.ות



מבין המשיבים, כמעט 60% השיבו כי הם שוקלים או מתלבטים האם לעזוב את משרתם במגזר הציבורי (27% השיבו כי הם אכן שוקלים לעזוב, ו-31% השיבו כי הם מתלבטים בשאלה זו). אחוז גבוה במיוחד של שוקלים עזיבה דווח בקרב פסיכיאטרים מתמחים בילדים ונוער ופסיכיאטרים מתמחים במבוגרים, וכן בקרב פסיכולוגים.

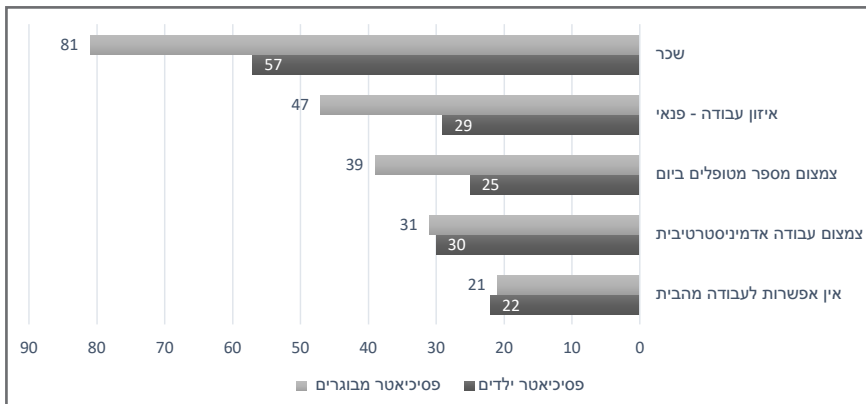
תרשים 22: פילוח תשובות לשאלה: במידה והנך עובד במערכת הציבורית. האם הנך שוקלת לעזוב אותה?



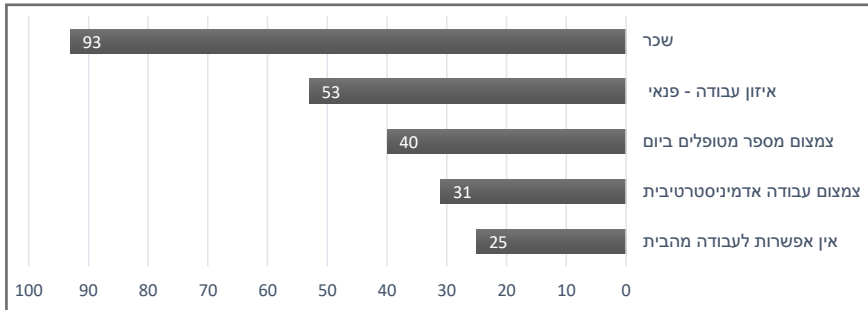
המשיבים שענו כי הם שוקלים לעזוב את עבודתם במגזר הציבורי, נשאלו מהן הסיבות העיקריות לרצונם לעזוב.

הסיבה העיקרית שנרשמה היא חוסר שביעות רצון מגובה השכר. סיבות מובילות נוספות היו: איזון עבודה ופנאי, עומס העבודה, היקף העבודה האדמיניסטרטיבית הנלווית לעבודה הטיפולית והרצון לעבוד גם מהבית. להלן פילוח הסיבות בחלוקה לסקטורים העיקריים:

תרשים 23: סיבות של פסיכיאטרים (מומחים ומתמחים) להחלטה לעזוב את המערכת הציבורית



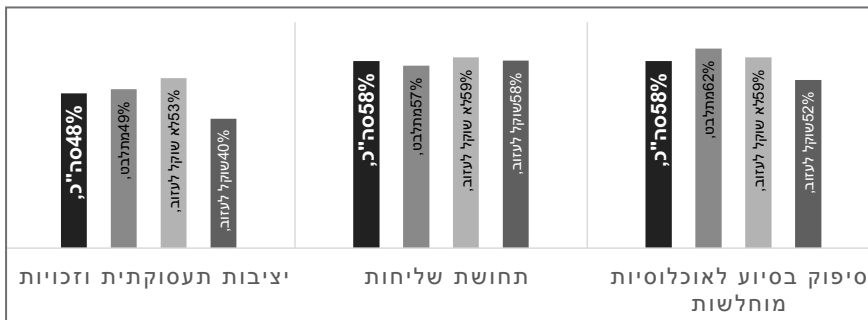
תרשים 24: סיבות של אחים.ות פסיכיאטרים.ות להחלטה לעזוב את המערכת הציבורית



פילוח דומה דווח גם על ידי הסקטורים הנוספים שנסקרו: פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועוד.

הסיבות העיקריות לרצון כן להישאר במערכת הציבורית היו: תחושת שליחות (58% מהמשיבים), סיפוק בסיוע לאוכלוסיות מוחלשות (58%), ויציבות תעסוקתית וזכויות (48%). תחושת השליחות היוותה שיקול מרכזי בקרב כלל המשיבים, גם אלו ששוקלים עזיבה. המשקל היחסי של סוגיית היציבות התעסוקתית ושל הסיפוק בסיוע לאוכלוסיות מוחלשות היה נמוך בקרב מי שכבר שוקלים לעזוב את המרחב הציבורי לעומת אלו שלא שוקלים זאת או עדיין מתלבטים.

תרשים 25: סיבות לרצון להישאר במערכת הציבורית



מניתוח נרטיבי של התשובות הפתוחות של המשיבים לסקר, עלות התמות הבאות בנוגע לעבודתם בשירות הציבורי:

1. עומס עבודה ותנאי עבודה קשים

- א. "עומס עבודה, חוסר צוות".
- ב. "עבודה שוחקת, לא מתגמלת, מתסכלת בעומס בלחץ, ובניצול העובדים במערכת שיעבדו כמה שיותר שעות כדי לחסוך בעובדים נוספים".
- ג. "עומס רב ולא מאפשר אוויר לנשימה עד כדי צמצום שעות הצוותיות. עבודת הצוות נרמסת ונמעכת תחת העומס".
- ד. "העומס בלתי נסבל. תחושה שאנחנו כל הזמן ב"כיבוי שריפות" במקום לעשות עבודת עומק משמעותית".

2. שכר נמוך ולא מתגמל

- א. "השכר המאוד נמוך מחייב שילוב בין מספר מקומות עבודה וגורם לשחיקה".
- ב. "השכר מביש ולא מתגמל, באמת מאמינה בחשיבות של עבודה הסקטור הציבורי והמענה חשוב ממש!"
- ג. "אי אפשר להתקיים מהשכר. בסוף השנה אעזוב את המרפאה וחבל לי מאוד על כך".

3. חוסר בכוח אדם ובמשאבים

- א. "המחסור בכוח אדם בכלל הסקטורים בבריאות נפש (העדר אישור תקינה/ איוש תקינה מחליפה) מעמיס מאוד על כלל הסקטורים".
- ב. "חסר תקציב לפיתוח הדרכות לצוות המטפל, הישענות רבה מידי על מתמחים בתחומי הטיפול השונים".
- ג. "מצוקת מטפלים, שכר נמוך, תנאי עבודה - עומס הן בעיות עיקריות".

4. תנאים פיזיים ירודים וחוסר משאבים למלונאות ותשתיות

- א. "קיימים קשיים גם בהיבטים פיזיים מלבד שכר: חדרים מתאימים, ציוד וכו'".
- ב. "סביבת עבודה פיזית שפעמים רבות אינה מכבדת את המטופלים ואת אנשי הצוות, ומשפיעה על האווירה במקום העבודה".

5. חוסר הערכה וזלזול מצד הנהלות והמערכת

- א. "תחושה של תחתית סדר העדיפויות בכלל וברפואה בפרט. הגראז' האחורי של מערכת הבריאות".
- ב. "הנהלות קופות החולים מתקשות להבין את הצורך להשקיע בהכשרה מקצועית ושכר מטפלים".

6. חוסר סיפוק מקצועי ויכולת לתת טיפול איכותי

- א. "הייתי רוצה שהציפיות ממני יהיו לעבודה מקצועית מעמיקה, ולא ריבוי מגעים בלי קשר לצורכי המטופל".
- ב. "מאוד אוהבת את העבודה אבל מרגישה שלא יכולה לתת למטופלים את מלוא תשומת הלב ומענה מלא לצרכים שלהם בגלל מחסור בצוות".
- ג. "התסכול המתמשך בשל הפער בין הצרכים של הציבור והאפשרות לתת להם מענה מתאים הוא שוחק מאוד. התחושה שאף על פי שאתה מתאמץ מאד - אינך מצליח לתת מענה ראוי מספיק".

ה. קשיים ייחודיים בגיוס ושימור פסיכולוגים במערכת בריאות הנפש הציבורית

ארגונים מקצועיים (הסתדרות הפסיכולוגים, 2019), הצביעו על שתי סיבות למחסור בפסיכולוגים קליניים בשירות הציבורי, שבגללן יעדיפו לעבוד במגזר הפרטי: הסיבה הראשית, נעוצה בקושי לאייש משרות קיימות בשל תנאי שכר והעסקה נמוכים, מאחר ששכר פסיכולוג בשירות הציבורי אינו הולם את שנות הלימוד, ההכשרה והאחריות הרבה הנדרשות ממנו. על פי נתונים שהועברו ממשרד הבריאות, שכרו של פסיכולוג בבית חולים ממשלתי נמוך מזה של מזכירה. נוסף על כך, רובם המכריע של הפסיכולוגים מועסקים במשרות חלקיות ושכרם הוא בהתאם לכך. הסיבה השנייה היא שקופות החולים אינן מגייסות די פסיכולוגים קליניים כשכירים למתן השירות והן מסיטות חלק מהתקציב, המיועד למימון הרפורמה בבריאות הנפש, למטרות אחרות. המענה שניתן למטופלים הוא לפנות למסלול המטפלים העצמאיים. אפשרות זו כדאית לקופות כאמור מהבחינה הכלכלית והיא מפחיתה את התמריץ שלהן להקים מרפאות רב-מקצועיות, אשר ייתנו מענה לבעיות מורכבות (כפי שהופיע גם בדוח מבקר המדינה משנת 2020).

במקביל, קיים נתק בישראל בעולם הפסיכולוגיה בין הפסיכולוגיה האקדמית, שמתקיימת באוניברסיטאות ובמכללות, שם מובילים מחקר בטיפולים מונחי ראיות,

אך חסרה להם נגיעה קלינית וגישה למטופלים, לבין פסיכולוגים המועסקים בבתי החולים ובקופות, אצלם יש פחות דגש לטיפולים מונחי ראיות ואין עידוד או הקצאת משאבים וזמן למחקר.

באירופה (לדוגמה אנגליה, איטליה ועוד) ובצפון אמריקה (ארה"ב וקנדה) לפסיכולוגים שעובדים בבתי החולים יש סינוף לאוניברסיטה, דבר הקרוי Academic Psychologists (REF). אנו ממליצים לייצר שיתופי פעולה עם האוניברסיטאות והמכללות וליצור משרות כאלו של פסיכולוג אקדמי, אשר יעבוד בבי"ח עם אוכלוסיות קליניות במשרה מלאה ובתנאי העסקה ועלייה בדרגות האקדמיות בחוגים לפסיכולוגיה של האוניברסיטאות והמכללות. עבודתו תהיה תערובת של טיפול, הוראה, הדרכה ומחקר (D'Angelo, 2016).

1. קשיים ייחודיים בגיוס ושימור עובדים סוציאליים במערכת בריאות הנפש הציבורית

עובדים ועובדות סוציאליות בשירותי בריאות הנפש הציבוריים, מתמודדות עם אתגרים משמעותיים אשר מקשים על דבקותן לאורך שנים בתפקידן כעובדות סוציאליות בשירות הציבורי.

פרקטיקה בירוקרטית ורגולציה קפדנית אל מול פעולה להשגת צדק חברתי: עובדות סוציאליות בשירותי בריאות הנפש הציבוריים (MCOs), נאלצות להתמודד עם פרקטיקות בירוקרטיות שלתחושתן עמדו בסתירה לערכיהן המקצועיים. בשונה מספקי שירותי בריאות נפש אחרים, לעובדות הסוציאליות קוד אתיקה הדורש מהן במפורש לפעול להשגת צדק חברתי בכל תחומי הפרקטיקה (Dane, 1991; National Association of Social Workers, 1996). ואף על פי כן, עובדות סוציאליות בשירותי בריאות הנפש הציבוריים, מתקשות להשתמש בכוח ובסמכות שניתנים להן, כדי לקדם את העקרונות האתיים והערכים של הפרקטיקה המקצועית שלהן (Rein, 1981). קושי זה מחד וציווי הקוד האתי מאידך, מייצרים תחושת לחץ שלא כל העובדות הסוציאליות מצליחות לשאת.

אתגר ההתמקמות במרקם המולטי-דיסציפלינרי - בדידות מקצועית וחריגות: עובדות סוציאליות מביאות למערכת הרפואית שפה מקצועית, אידיאולוגיה ופרקטיקה שאינן מובנות תמיד או זוכות להערכה על ידי הצוותים הרפואיים (צינמון ופדר-בוביס, 2021). בנוסף הן מתמודדות עם בעיות הקשורות במיקומן במערכת הבריאות, על רקע פערים במעמד המקצועי בין הקבוצות התעסוקתיות השונות.

אתגר התמקמות העבודה הסוציאלית במרקם המולטי-דיסציפלינארי במערכת הבריאות הישראלית בכלל ובמערכת בריאות הנפש הציבורית בפרט, מועצם על רקע התפתחות מקצועות הבריאות המשיקים, וההתמקצעות ההולכת וגוברת של העוסקים בהם, גם בהיבטים של בריאות הנפש. היעדר מפתחות תקינה ומפתחות שירות לעבודה סוציאלית בשירותי בריאות הנפש, מעמיקים אתגר זה.

שירות משני בעל מעמד נמוך יחסית וקושי להשפיע ברמת המאקרו: עובדות סוציאליות במערכת הבריאות חוות את מקומן במערכת הבריאות כמשני ביחס למקצועות הבריאות האחרים בשל חלוקת המשאבים והמחסור בתקנים (צינמון, פדר-בוביס, 2021). מחקרים וסקרים הצביעו על כך שעובדות סוציאליות מוגבלות ביכולתן להשתמש בכוחן המקצועי, המבוסס על ערכים ועל מומחיות, כשהן מתחרות עם בעלי מקצועות יוקרתיים יותר, המציבים בפניהם מחסומים ניהוליים דרך שליטה על המשאבים הארגוניים והקשב של הנהלת המערכת (Garrow, 2016).

אתגר השחרור מבתי החולים על רקע היעדר מענים בקהילה: עובדות סוציאליות בבתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, אמונות על איתור הגורם המתאים ביותר להעניק למתמודד הנפש טיפול המשכי בקהילה לאחר שחרורו מבית החולים ולהסדרת התחלת טיפול זה בסמוך לשחרור. טוויית רצף הטיפול, הופכת למשימה קשה במיוחד על רקע היעדר מסגרות טיפול ציבוריות בקהילה (במיוחד בפריפריה), תורי המתנה ממושכים, כיסוי אוכלוסיות חלקי של חוק נכי נפש בקהילה ומציאות בה מרבית המטפלים במרפאות הקהילתיות הם מתמחים בעלי ניסיון מקצועי מצומצם. על אף שהעובדות הסוציאליות מיטיבות לסמן את הלאקונות הקיימות ברצף הטיפול אשר בעטיין הן מתקשות "לייצר" תוכניות שחרור טובות דיין ועל אף שהן מציפות זאת, הן חשות כי הדרגים הניהוליים בבי"ח ועובדי מקצועות הבריאות שעובדים "כתף אל כתף" איתן, מייחסים להן אי הצלחה בביצוע משימתן.

אתגר כוח האדם - גיוס, הכשרה וטיפול עו"סיות צעירות, שימור עו"סיות ותיקות וקידומן לתפקידי ניהול: גיוס עובדות סוציאליות למחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, לבתי חולים פסיכיאטריים ולמרפאות ברה"ן בקהילה ומניעת נטישה של הוותיקות שבהן, לטובת עבודה במשרדי ממשלה ובמוסדות ממשל אחרים, בהם התקנים עשירים יותר ותנאי ההעסקה טובים יותר - מעוררים דאגה בדרגים הניהוליים בשירותים לעבודה סוציאלית במערך בריאות הנפש.

טיפוח הדור הבא של עובדות סוציאליות בעלות יכולות קליניות גבוהה, מותנה

בקיומם של מקומות הכשרה איכותיים. היקף הסטודנטיות והגיוון ההולך וגדל שלהן ומודל הכשרה, המבוסס כמעט כולו על התנדבות - מאתגרים את היחידות להכשרה מעשית בבתי הספר לעבודה סוציאלית. מגמה זו, מייצרת תחרות בין בתי הספר על מדריכות מקצועיות ועל מקומות הכשרה איכותיים (דרור, 2022). העבודה המעשית נתפסת כלב ההכשרה למקצוע וחלק בלתי נפרד מתהליך הסוציאליזציה לתפקיד העו"ס, יחד עם החינוך האקדמי. על אף שהסטודנטיות מגלות עניין רב בתחום בתקופת הלימודים, מרביתן אינן נענות להצעה להישאר ולעבוד במחלקות לאחר התבססותן המקצועית. אחד הגורמים לכך הוא הקושי בביסוס יחידות של עובדות סוציאליות וותיקות להכשרת הסטודנטיות בבתי החולים הממשלתיים. הדרכת סטודנטים במרבית מקצועות הבריאות, מעוגנת בתוך המשרה הודות להסדרת הנושא בהסכמים קיבוציים. כדי לעסוק בהדרכת סטודנטים לעבודה סוציאלית במערכת הבריאות הציבורית, יש לבצע תיאום מס וההדרכה עצמה חייבת להתקיים מחוץ לשעות העבודה, זאת כיוון שהנושא לא הוסדר בהסכם הקיבוצי של העובדים הסוציאליים. בנוסף, חלק מבתי החולים הממשלתיים, בהם עובדות סוציאליות מדריכות סטודנטים, לוקחים את התשלום שמעביר המוסד האקדמי למדריכה, לקופת בית החולים או תאגיד הבריאות.

בנוסף, בעבודה הסוציאלית במערך בריאות הנפש הציבורי, אין מתווה ראוי להתפתחות מקצועית ולוח התפקוד בנציבות שירות המדינה אינו תואם את המציאות בשטח, שכן הוא חסר בדרגות ניהול ביניים ומתאפיין בדרגות ניהול נמוכות בהשוואה לתפקידים דומים במשרדי ממשלה אחרים. במשך שנים רבות, לא טופחה עתודה ניהולית בשירותים לעבודה סוציאלית במערך בריאות הנפש הציבורי. אין מסלולי צמיחה וקידום מקצועיים המשלבים תכניות הכשרה מותאמות לתפקיד, יציאה ללימודים לשם השגת תארים מתקדמים ומעורבות מובילה במחקר.

נוכח האתגרים שתוארו לעיל, הפיתוי לעבור לעבוד בשוק הפרטי הולך ומתעצם. דבר זה מתבטא בנטייה של עובדות סוציאליות שהתמקצעו וטופחו במערך בריאות הנפש הציבורי, לצמצם את היקף המשרה שלהן לטובת קליניקה עצמאית או לנטוש לחלוטין את המערכת הציבורית. מגמה זו מדאיגה במיוחד נוכח הקושי לקדם עובדות לתפקידי ניהול.

הנתונים מצביעים על כך שדווקא העובדות הסוציאליות הוותיקות יותר במערך בריאות הנפש הציבורי, מצמצמות את היקפי המשרה הגבוהים שלהן, לטובת

הרחבת הקליניקה הפרטית. כמו כן, מערכת בריאות הנפש הציבורי, מתקשה לתמרץ עובדות סוציאליות ותיקות ובעלות ניסיון קליני וניהולי מתאים, למלא תפקידי ניהול. התוצאה: משרות ניהול של מחלקות לעבודה סוציאלית בבתי חולים פסיכיאטריים, במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ובמרפאות ברה"ן בקהילה - אינן מאוישות.

אקלים ארגוני המתאפיין בעומסי עבודה (case load), בחשיפה אישית לאלימות ואפילו בחשש להיחשף לאלימות, מתוארים בספרות כגורמים מבנים הקשורים בכוונה לנטוש את מקצוע העבודה הסוציאלית (Healy, 2000). הפרקטיקה של עבודה סוציאלית בישראל הוכרה כנושאת סיכון גבוה לאלימות המקושרת לעבודה, ובפרט אלימות מצד מטופלים, מטופלות ומשפחותיהם. אנוש ועמיתים (2015) ערכו מחקר בנושא בקרב 645 עובדות ועובדים סוציאליים בישראל. 80% מהמשתתפים דיווחו על חשיפה לצורה כלשהי של אלימות מצד מטופלים לפחות פעם אחת במהלך 3 החודשים האחרונים.

מקרה הרצח בתחנה לבריאות הנפש בירושלים, שהתרחש בספטמבר 1992, בו מתמודד נפש רצח ארבע נשות טיפול בתחנה, שלוש מתוכן עובדות סוציאליות, הכה את קהילת המטפלות מכה קשה והגביר את חששן לעבוד במרפאות בריאות הנפש הציבוריות. על פי סקר שנערך על ידי איגוד העובדים והעובדות הסוציאליות בשנת 2020, 83% מהעובדות הסוציאליות חוו אלימות במקום עבודתן, 30% מהן ספגו אלימות פיזית ו-30% חוו איומים על חייהן או על חיי ילדיהן, ו-55% מהעובדות הסוציאליות אינן מרגישות בטוחות במקום עבודתן (כתבה באתר מאקו, 2020). החשיפה למידע אודות איומים לרצח ואלימות פיזית כלפי עובדות סוציאליות, אף שאלה מתרחשים במערך הרווחה, מעמיקה את תחושת חוסר הביטחון של עובדות סוציאליות במערכת הבריאות. נתונים על אלימות כלפי עובדים ועובדות סוציאליות במערך בריאות הנפש הציבורי, הולכים ומצטברים בשנים האחרונות. במרבית המקרים, עובדת סוציאלית שחוה אלימות ישירה מצד מטופל, עוזבת את מקום עבודתה.

הגורמים הפסיכולוגיים השכיחים ביותר שנמצאו קשורים לכוונתן של עובדות סוציאליות לנטוש את המקצוע הם שחיקה, שביעות רצון מהעבודה, סיפוק רגשי, תשישות החמלה (Compassion fatigue), וקונפליקט בין עבודה למשפחה (Itzick, 2017).

עובדות סוציאליות בשירותי בריאות עשויות לחוות תשישות חמלה כתוצאה מחשיפה ישירה לאירועים טראומטיים, למטופלים המגיעים לשירותים השונים

בעקבות חשיפה לאירועים אלו וכן מהטיפול בחולים השרויים במצוקה כרונית (Bargal, 2014). רמה גבוהה יותר של תשישות החמלה קשורה לכוונת עזיבה גבוהה יותר של המקצוע בקרב עובדות סוציאליות בתחום בריאות הנפש (Todd, 2013).

ז. סוגיות הקשורות במבנה מערכת בריאות הנפש בישראל ובאופן אספקת השירותים (פרדיגמות טיפוליות)

פתרונות למצוקת כוח האדם ותורי ההמתנה המתארכים, יצטרכו להתכתב עם סוגיות עמוקות באבני הבסיס המרכיבים את מערכת בריאות הנפש, אשר חלקן לא נבחנו שנים ארוכות. שאלות כמו הגדרת מיהו המטפל במערכת בריאות הנפש, משך מגע או מספר מגעים למטופל במערכת הציבורית, קביעת מדדי הצלחה לטיפול, ניטור תהליך הטיפול, מספר הפסיכיאטרים ההולם את הצורך והביקוש, מקדמי שחיקה של מערך המטופלים ועוד. שזירה נכונה של פתרונות, שייתנו מענה לנקודות החולשה והצרכים של המערכת, תהווה מסלול להוצאת מערכת בריאות הנפש בישראל מהמשבר שבו היא נתונה.

1.1. איכות הטיפול ושיעור הרצון במגזר הפרטי לעומת הציבורי

ממחקר של מכון ברוקדייל, אשר בחן את השימוש בשירותי פסיכותרפיה בקרב בוגרים, נמצאו הבדלים מובהקים במאפייני המטופלים, בזמני ההמתנה לטיפול, במשך הטיפול ובסיבות לסיומו - בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי, ואף שככלל נרשמה חוויית מטופל טובה בקרב כלל המשיבים לסקר (ציון ממוצע של 8.7 מתוך 10 במדד חוויית המטופל), נמצא כי המטופלים במגזר הפרטי דיווחו בממוצע על חוויית טיפול טובה יותר מהמטופלים במגזר הציבורי (ציון ממוצע של 9.1 לעומת 8.3). הפער נשמר גם בפיקוח על מאפייניהם האישיים של המטופלים בניתוח רב-משתני (סמואל וקגיה, 2023).

2.1. סוגיית אי ההגעה (No Show)

מרכיב המהווה כשל שוק במערכת הבריאות הוא שיעור ה-No Show. בעיית אי הגעת מטופלים לפגישה שנקבעה מראש מגיעה במערכת הבריאות עד ל-26.6% בממוצע מכלל המגעים. עבודות מצאו שהתופעה ניכרת ביתר שאת בקרב מפגשים עם פסיכיאטרים ויכולה להגיע גם לשיעורים גבוהים של 57.3% (Leibner, 2023).

חשוב לזכור כי האופי הספציפי של שירותי בריאות הנפש, המצריכים זמני מגע ממושכים יחסית (בהשוואה לרפואה ראשונית ורוב מקצועות הרפואה המייעצת),

בעיקר לגבי פסיכותרפיה, שאינה בהכרח מאפשרת שימוש בשיטות של רישום יתר (Over Booking) בתור למטפל, ולפיכך אי הגעת מטופל מהווה בעיה של ממש המגבילה את הניצול האפקטיבי של כוח האדם במערכת.

3.ז. סמכויותיהם ועיסוקיהם של אחים ואחיות בבריאות הנפש

אחים ואחיות פסיכיאטריים בארץ ובעולם הם גורם טיפולי מרכזי במכלול שירותי בריאות הנפש: באשפוז, במרכזים לבריאות הנפש ובטיפול ראשוני בקהילה. הם עוסקים במתן טיפולים פרטניים, בהתערבות משפחתית ומנחים טיפול קבוצתי. בתהליך הכשרתם, הם הוכשים יכולת התייחסות כוללנית ביו פסיכוסוציאלית, הכוללת את ההיבט הפיזי, הנפשי והחברתי, הפרטני והמשפחתי וכן את מעגל חייו לתקופותיו, בבריאות ובחולי.

במסגרת סקירה בינלאומית שבוצעה במסגרת וועדה מייעצת לאחות הראשית במשרד הבריאות, אשר מונתה בשנת 2021 (איה ארבל, פרויקט גמר בקורס מומחיות ומינהל), נמצא כי תפקידיה של אחות מומחית בבריאות הנפש במדינות שונות בעולם הינם רחבים וכוללים בין היתר מתן תרופות, שינוי מינון, טיפולים פסיכותרפיים ושירותי ייעוץ וקישור. נמצא כי איכות הטיפול שנתנו הייתה דומה לזו של רופאים פסיכיאטריים וכי שביעות הרצון של המטופלים מהמפגש הטיפולי גבוהה. המקרים שנסקרו מדגימים את הערך הרב של אחות מומחית בפסיכיאטריה ואת היכולת שלה לתת מענה לאוכלוסיות שהנגישות שלהן לשירותי בריאות הנפש נמוכה, הדבקות בטיפול נמוכה והם סובלים מבעיות בריאות גופניות ונפשיות מורכבות.

בישראל, התמורות שחלו בשנים האחרונות במערך בריאות הנפש, המובלים על ידי הרפורמות המבנית, השיקומית והביטוחית מעלים צורך בהרחבת תפקיד הסיעוד הפסיכיאטרי והגדרתו מחדש. מהלך זה התלוי, במידה רבה, בהמשך הכשרת הצוות הסיעודי, טומן בחובו הזדמנות לפיתוח המומחיות הקלינית והרחבת הסמכויות המקצועיות בסיעוד הפסיכיאטרי בישראל. זאת, בדומה לפיתוח המקצועי בארה"ב, אנגליה, פינלנד, אירלנד וקנדה.

פסיכותרפיה: בנייר עמדה אשר הוגש בשנת 2020, קוראת העמותה לסיעוד פסיכיאטרי למסד את העיסוק בפסיכותרפיה בקרב אחיות אשר עברו הכשרה מתאימה, וליישם צעדי מדיניות כדלקמן (העמותה לסיעוד פסיכיאטרי בישראל, 2020):

1. **הכרה בסיעוד כמקצוע טיפולי** הפועל באופן אוטונומי ורב מקצועי תוך שימוש במיומנויות וטכניקות טיפוליות ביו-פסיכו-סוציאליות נרחבות למתן טיפול כוללני איכותי, בטיחותי וממוקד מטופל.
2. תוכניות פסיכותרפויטיות הרלוונטיות לכלל העוסקים במקצועות הטיפול והרפואה (דוגמת הכשרה בתוכניות קוגניטיביות התנהגותיות, מוטיבציוניות, פסיכו-חינוכיות דיאלקטיות, הנחיית קבוצות וכדומה) יכללו בתנאי הקבלה את מקצוע הסיעוד, תוך התייחסות שווה לסף קבלה הנדרש מכל מקצוע טיפולי אחר. **בסיום ההכשרה, האחים והאחיות שעמדו במטלות הקורס יהיו זכאים להכרה והרשאות מקצועיות**, ללא אפליה ובדומה למסיימי ההכשרה ממקצועות אחרים.
3. בהתאם לדרישות של בתי הספר המובילים לפסיכותרפיה, אחיות ואחים פסיכיאטריות בעלי תואר שני קליני\מומחיות קלינית בסיעוד פסיכיאטרי וניסיון של שנתיים בתחום בריאות הנפש, יוכלו להגיש מועמדות לתוכניות לימוד והכשרה בפסיכותרפיה. **לאחר סיום הלימודים וההכשרה, בוגרי התוכנית יקבלו הכרה רשמית ומלאה על ידי המדינה כרשאים לעסוק בפסיכותרפיה.**
4. **הכרה של איגודי הפסיכותרפיה בישראל** באחים ואחיות אשר עמדו בתוכנית ההכשרה ובעלי תעודה רלוונטית, כעמיתים מקצועיים לכל דבר ועניין וזכאים לחברות באגודה המקצועית.

4.1. שימוש בטכנולוגיה להפחתת עומס ושחיקה של צוותי בריאות הנפש

כתוצאה משיעורי העומס והשחיקה הגבוהים של צוותי הבריאות בכלל, ובריאות הנפש בפרט, בשנים האחרונות נעשה ניסיון לפתח ולהטמיע פתרונות טכנולוגיים, שיסייעו בהתמודדות עם תופעה זאת. להלן יוצגו הפתרונות הקיימים והאופן שבו ניתן לעשות שימוש מושכל ואחראי בטכנולוגיות השונות הקיימות.

1. אוטומציה:

אחד האתגרים המשמעותיים במערכת בריאות הנפש הוא הזמן הרב המושקע במשימות מנהליות ובירוקרטיות על חשבון מתן טיפול ישיר במטופלים. מחקרים מראים כי אנשי צוות טיפולי מבלים כשליש מזמנם במילוי טפסים, דיווחים, הזנת נתונים למחשב וכתוצאה מכך, הזמן הניתן לכל מטופל בפועל הוא קצר ביותר

ועומד על 14-18 דקות בממוצע לביקור (Tipping et al., 2010). במערכת בריאות הנפש, כ-50%-60% מממוצע מוקדשים לשיחה ישירה עם המטופל ואילו שאר הזמן מושקע במילוי טפסים ודיווחים (Joukes et al., 2018). מצב זה פוגע באיכות הטיפול, שכן זמן קצר, מגביל אפשרות לתת התייחסות מעמיקה לבעיות, לצרכים ולרצונות המטופל. כמו כן, הדבר תורם לתחושות תסכול ושחיקה בקרב הצוותים הרפואיים (Rollins et al., 2021). בשנה האחרונה, מצטברות עדויות כי טכנולוגיות כגון בינה מלאכותית עשויים לסייע להנגשה ולשיפור היעילות של שירותי בריאות הנפש על ידי חיסכון במשאבים אדמיניסטרטיביים יקרים (Zhang & Kamel Boulos, 2023). כך, למשל, מערכות בינה מלאכותית יוצרת יכולות להקל באופן משמעותי על נטל התיעוד והמטלות המנהליות המוטלות על מטפלים. הן יכולות לשמש כ"סוכנות מיון והפניה" (triage) בשלבים הראשונים של טיפול, לבצע תיעוד ותמלול מבוסס מכונה של פגישות עם מטופלים, לייצר סיכומי טיפול ולעדכן באופן שוטף את הרשומה הרפואית של המטופל, לטפל בתיאומי פגישות והתכתבויות שגרתיות, לשלוח התראות ותזכורות למטופלים ולמטפלים, לבצע הפניות לגורמי טיפול שונים לפי המלצות, לנטר ולדווח על מצבים חריגים המחייבים התערבות ולייצר הנחיות לטיפול (Tal et al, 2023)). הטמעת כלים עם יכולות כאלה עשויה לפנות זמן נוסף למפגש הטיפולי, להפחית שחיקה בקרב צוותים מטפלים ומשכך לשפר את איכות הטיפול ואת נגישותו.

2. ניטור מרחוק:

בשנים האחרונות, כלי ניטור מרחוק של מטופלים באמצעות מכשירים חכמים כגון טלפונים ושעונים חכמים הפכו לזמינים יותר, תוך שהם מספקים פתרונות חדשניים לטיפול ומעקב בתהליכי אבחון, טיפול ושיקום (למשל, Bufano et al, 2023). מערכות אלה מאפשרות לצוותים רפואיים לבצע ניטור רציף ומרחוק של מדדים חיוניים, התנהגויות ותסמינים, דבר שמקל על הצורך בפגישות פנים אל פנים ומאפשר תגובה מהירה ויעילה לשינויים במצב האדם. ניטור מרחוק גם מסייע לצוותים לשמור על קשר רציף עם המטופלים שלהם ולעקוב אחר התקדמותם, מבלי שיצטרכו להתמודד עם מגבלות זמן ומרחק. כמו כן, טכנולוגיה זו מאפשרת גישה מיידית למידע רפואי מעודכן, דבר המשפר את איכות הטיפול ומאפשר התערבות מוקדמת במקרה של התדרדרות במצבו של האדם. היתרונות של ניטור מרחוק באים לידי ביטוי גם בהפחתת עומסי העבודה על הצוותים הרפואיים. על ידי צמצום האירועים החריגים והצורך בטיפולי חירום ואשפוזים מיותרים, הצוותים יכולים להתמקד יותר בטיפול במקרים הדורשים תשומת לב רבה יותר ולהיות פחות חשופים להתנהגויות מורכבות של מטופליהם.

3. כלים לטיפול עצמי ולאוגמנטציה לטיפול אנושי:

כלים לטיפול עצמי בבריאות הנפש, מהווים חלק חשוב מהאסטרטגיות לשיפור ולשמירה על הבריאות הנפשית (Elyosef et al, 2024; Torous, Myrick and Aguilera, 2023). בין הכלים הללו, נמנים כלים פסיכו-חינוכיים, אשר כוללים חומרי לימוד ותוכניות המיועדים לחזק את הידע בתחום בריאות הנפש ובכך להעצים את היכולות האישיות של האדם להתמודדות עם לחצים ומשברים. תוכניות אלו יכולות לכלול סדנאות, הרצאות, ומדריכים אשר מספקים ידע וכלים פרקטיים לניהול רגשי ותגובות בריאותיות למצבי משבר. בנוסף, כלים לעזרה עצמית כמו אפליקציות לניהול דחק, יומנים אלקטרוניים לרישום מצבים רגשיים, ותוכניות מדיטציה מקוונות, תורמים גם הם לשמירה על בריאות נפש תקינה ולפיתוח מיומנויות התמודדות עצמאית. דוגמה נוספת היא שימוש בצ'טבוטים שהמטופלים והמטפלים יכולים לעשות בהם שימוש כיועצים מומחים בתהליכי אבחון, טיפול ושיקום (Tal et al, 2023). כך למשל, צ'טבוטים יכולים לסייע בבניית תוכנית טיפול מותאמת אישית, לשמש ככלי עזר ותמיכה 24/7 ולסייע בהכוונה ומיצוי זכויות למטופלים ובני המשפחה שלהם. השימוש בכלים אלו מאפשר לאנשים לקחת חלק פעיל ויוזמתי בשמירה על בריאותם הנפשית, ללמוד, להכיר ולהבין את האופן שבו הם מרגישים ולהפעיל שיטות לשיפור מצבם הרוחני והרגשי באופן עצמאי.

כלים לטיפול עצמי בבריאות הנפש יכולים לתרום באופן משמעותי לצמצום העומס והשחיקה של צוותי בריאות הנפש במספר דרכים:

1. **הפחתת נטל הפניות:** על ידי שימוש בכלים לטיפול עצמי, מטופלים יכולים לנהל באופן עצמאי את תהליך המחלה וההחלמה שלהם, מה שמפחית את הצורך בפניות חוזרות ונשנות לצוות הרפואי. דבר זה עשוי להפחית את עומס הפניות ולאפשר לצוותים להתמקד במקרים הדורשים יותר תשומת לב מקצועית וקלינית.
2. **שיפור ביעילות הטיפול:** כאשר מטופלים משתמשים בכלים פסיכו-חינוכיים ובכלים לעזרה עצמית, הם לומדים להבין ולטפל בסימפטומים שונים, מה שמביא לשיפור המודעות וההתמודדות עם מצבים נפשיים. זה יכול להוביל לפחות טיפולי חירום ופחות אשפוזים, מה שמקל על הלחץ על הצוות הרפואי.

3. **קידום עצמאות המטופל וצמצום משברים:** כלים לטיפול עצמי מעניקים למטופלים את היכולת לשלוט ולנהל את בריאותם הנפשית באופן יותר עצמאי. כתוצאה מכך, הם פונים פחות לצוותי הבריאות, ומפחיתים את הזמן והמאמץ שהצוות צריך להקדיש למקרים שאינם דחופים.

4. **אבחון:**

השימוש בטכנולוגיה מתקדמת בתהליכי אבחון בבריאות הנפש עשוי להביא לשיפור בדיוק ובמהירות האבחון, תוך הפחתת העומס על צוותי הבריאות הנפש (Tal & Torous, 2017). לדוגמה, שימוש באלגוריתמים של למידת מכונה עשוי לאפשר זיהוי מוקדם יותר של דפוסים בהתנהגות או בתסמינים שמצביעים על התפתחות או החמרה בסימפטומים נפשיים. כמו כן, פלטפורמות אבחון דיגיטליות יכולות לנתח במהירות רבה נתונים רפואיים ופסיכולוגיים שנאספים ממכשירים חכמים או אפליקציות תוך אינטגרציה עם התיק הרפואי של האדם, ולהציע השערות אבחוניות לפני הפניית המטופל למטפל. דוגמה נוספת היא שימוש במערכות חכמות לניתוח טקסט של תקשורת מטופלים (כמו יומנים דיגיטליים או תקשורת בצ'אט), שיכולות לזהות סימנים לסיכון של משבר נפשי או החמרה. הטמעת כלים טכנולוגיים ואחרים אלו בתהליך האבחון, מפחיתה את הצורך בהערכות אנושיות ארוכות ומורכבות, מה שמקל על העומס הכבד המוטל על צוותי בריאות הנפש. זה מאפשר לחסוך זמן בתהליך האבחון ולהפוך אותו למדויק ואינדיבידואלי יותר.

5. **טיפול:**

בשנים האחרונות, אנו עדים לשימוש מוגבר יותר בטכנולוגיה בתהליכי הטיפול בבריאות הנפש (Sawyer et al, 2023). לדוגמה, פלטפורמות טיפול מבוססות על בינה מלאכותית יכולות להתאים תוכניות טיפול אישיות על פי הנתונים שנאספים מהמטופל. אלגוריתמים כאלה יכולים לנתח את ההתקדמות ולהתאים את התמיכה הטיפולית בהתאם לשינויים במצבו של המטופל. בנוסף, כלים דיגיטליים כמו אפליקציות לניהול מצב רוח וויסות רגשי, יכולים לסייע למטופלים לעקוב אחר הרגשות שלהם ולהשתמש בטכניקות התמודדות כמו מיינדפולנס ומדיטציה באופן עצמאי. שימוש שכיח נוסף הינו באפליקציות לטיפולים מובנים ומבוססי ראיות כגון CBT ו-DBT (Lin et al, 2023). שימוש יומיומי בכלים אלו, יכול לספק מענה מיידי לתחושות שליליות ולמנוע החמרה במצב הנפשי, מה שמפחית את הצורך בהתערבות פסיכיאטרית דחופה. כפי שצוין לעיל, גם כלים לניטור מרחוק

ולטיפול וירטואלי מאפשרות לצוותים לנהל תקשורת יעילה וממוקדת יותר עם המטופלים. כפי שיוצג בהמשך, טכנולוגיות XR משמשות גם לשיקום קוגניטיבי לשיפור תפקודים קוגניטיביים (קשב, זיכרון, תפקודים ניהוליים וכו') שנפגעים לעתים קרובות במצבים כמו פסיכזזה. כלים אלה, מקטינים את הצורך במפגשים פיזיים תכופים ובכך גם את העומס על המטופלים, ומאפשרים טיפול מתמשך ומעקב אחר התקדמות המטופל בצורה נוחה ובטוחה.

גם הטיפול מרחוק, הינו אמצעי טכנולוגי לשיפור נגישות הטיפול, אם כי קיים ויכוח מקצועי בשאלת יעילותו והביקוש לו. ממחקר של מכון ברוקדייל, אשר בחן את השימוש בשירותי פסיכותרפיה בקרב בוגרים (מכון ברוקדייל, 2022, מטופלים בפסיכותרפיה 5 שנים לאחר הרפורמה בבריאות הנפש), עולה כי מקרב מי שהחלו את הטיפול לפני פרוץ מגפת הקורונה, 76% דיווחו על קבלת טיפול מרחוק או על שילוב של טיפול מרחוק עם טיפול פנים-אל-פנים, במהלך התקופה שלאחר ההתפרצות. לעומת זאת, כמחצית מהטיפולים שהחלו לאחר התפרצות מגפת הקורונה התקיימו פנים-אל-פנים בלבד. מראיונות העומק עלה כי קשה יותר להתחיל טיפול מרחוק ולבסס את הקשר עם המטפלת, אך אפשר בקלות רבה יותר להמשיך מרחוק טיפול שכבר התבסס פנים-אל-פנים.

לפי תפיסת רוב המטופלים, הטיפול מרחוק יעיל פחות בהשגת מטרות הטיפול (66%) ומאפשר פחות שיחה על נושאים רגישים (58%) או יצירת קשר והבנה עם המטפלת (66%). כך, בקרב מי שהתנסו בטיפול מרחוק בפועל, אך ביתר שאת בקרב מי שלא התנסו בכך. עם זאת, בראיונות העומק עלתה גם התפיסה כי בעיתות משבר ובמצבים שבהם טיפול פנים-אל-פנים אינו אפשרי, טיפול מרחוק עדיף על חוסר טיפול.

6. שיקום:

בתחום שיקום בבריאות הנפש, טכנולוגיה מתקדמת יכולה לשחק תפקיד חיוני בסיוע בתהליכי השתלבות והכלה של אנשים עם תחלואה נפשית משמעותית (Tal & Torous, 2017). לדוגמה, פלטפורמות דיגיטליות יכולות לספק כלים לתמיכה בתהליכי השתלבות בעבודה ובלימודים. כלים אלו מאפשרים למטופלים לתרגל מצבים חברתיים ומקצועיים בסביבה בטוחה ונתמכת, מה שמעודד השתלבות חברתית ומקצועית מוצלחת יותר. בנוסף, טכנולוגיה כמו עוזרים דיגיטליים ואפליקציות לניהול זמן ומשימות יכולים לסייע למטופלים לשמור על ארגון ושגרה של היום יום ולשפר את יכולת התפקוד העצמאי. כלים אלה מספקים תמיכה קבועה

ומזכירים למטופלים לקחת תרופות, לקיים פגישות, או לבצע משימות שוטפות. כל אלה עשויים להקל על עומס העבודה של צוותי השיקום בבריאות הנפש, ולאפשר להם להתמקד במקרים שדורשים תשומת לב מיוחדת ולהשקיע זמן בתמיכה ממוקדת ואישית למטופלים שזקוקים לכך.

7. מציאות מורחבת:

טכנולוגיות של מציאות מורחבת (XR- Extended Reality), הכוללות מציאות מדומה (VR- Virtual Reality), מציאות רבודה (AR- Augmented Reality) ומציאות מעורבת (MR- Mixed Reality), מציעות אפשרויות חדשניות לקידום תהליכי אבחון, טיפול ושיקום בבריאות הנפש תוך הפחתת העומס והשחיקה של צוותי בריאות הנפש (Carlson, 2023).

א. אבחון: טכנולוגיות XR יכולות לשפר תהליכי אבחון על ידי שימוש בכלים אינטראקטיביים להערכת מצבי בריאות הנפש. בנוסף, ניתן לשלב AR בחיי היומיום כדי לספק הערכות בזמן אמת, ספציפיות להקשר, האוספות נתונים על הסימפטומים, ההתנהגות והאינטראקציות של האדם לאורך זמן.

ב. טיפול: ישנם מספר דרכים שבהם ניתן לעשות שימוש במציאות מורחבת בתהליכי טיפול בבריאות הנפש למגוון אוכלוסיות (Holopainen, Tiuhonen and Lähteenvuo, 2023; Paul et al, 2024). כפי שהוזכר לעיל, באמצעות מציאות מדומה ניתן יכול למקם את המטופלים בבטחה בסביבות מבוקרות המדמות את גורמי ההתמודדות שלהם ובכך לטפל בפוביות, בדיכאון, במחשבות שווא ובמצבים של הפרעת דחק פוסט טראומטית. ניתן גם לעשות שימוש בטכנולוגיות אלו במהלך תרגול של טיפולים מובנים כגון CBT ו-DBT עבור אנשים המתמודדים עם הפרעות מצב רוח.

ג. שיקום: בשנים האחרונות עושים שימוש בטכנולוגיות XR בתהליכי שיקום תעסוקתי, שירותי פנאי, שירותי השכלה נתמכת ועוד. כך למשל, מציאות מורחבת מאפשרת סימולציות של מקומות עבודה, בהן ניתן למשתמשים להתאמן ולשפר את כישוריהם המקצועיים בסביבה בטוחה ומבוקרת.

השימוש בטכנולוגיות XR בתהליכי שיקום, מביא עימו יתרונות רבים, כולל גמישות גדולה יותר בתכנון הטיפול, גישה נרחבת למשאבים שלא היו נגישים בעבר, והזדמנות לחוויות מעשירות שמשפרות את איכות החיים ואת ההתמודדות עם המגבלות.

טכנולוגיות XR מבטיחות גם יתרונות בהפחתת נטל העבודה עבור אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. כך למשל, יישומי XR יכולים להפוך היבטים מסוימים של הטיפול לאוטומטיים, כגון תרגילי הרפיה סטנדרטיים או מפגשי טיפול חוזרים בחשיפה, ולשחרר את הצוותים להתמקד בהיבטים המורכבים יותר של הטיפול באדם. XR מאפשר גם מפגשי טיפול מרחוק, ובכך הם מפחיתים את העומס הלוגיסטי הקשור לפגישות טיפוליות ולשפר את היכולת להגדיל את התדירות והגמישות של האינטראקציה עם המטופלים (למשל, במצבים של אשפוז ביתי). XR יכול לשמש להכשרת אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, להציע להם תרחישים מציאותיים לפיתוח כישוריהם באופן נגיש ופשוט.

אם כן, על ידי שילוב טכנולוגיות XR בפרקטיקות של בריאות הנפש, אנשי מקצוע יכולים לשפר את דיוק האבחון, את יעילות הטיפול והצלחת השיקום, ובמקביל גם להפוך את שירותי בריאות הנפש לנגישים יותר ולהפחית את עומס העבודה על צוותי בריאות הנפש.

אתגרים וסיכונים:

בעוד שקיים פוטנציאל רב לשילוב טכנולוגיה בבריאות הנפש, יישומה מעלה שאלות אתיות מגוונות. הסיכונים העיקריים, יכולים לכלול, בין השאר (Bauer et al, 2020; Elyosef et al, 2024; McCradden, Hui, and Buchman, 2023):

1. פגיעה אפשרית בפרטיות וסודיות רפואית באמצעות דליפת מידע רגיש על מטופלים.
2. היעדר שקיפות/הסכמה: שימוש בכלים טכנולוגיים חדשניים לניהול מידע וקבלת החלטות מנהליות בבריאות הנפש, ללא ידיעה והסכמה של המטופלים, עלול להוות הפרה של אוטונומיית המטופל וזכותו להחליט על הטיפול בו.
3. הטיה וחוסר הוגנות: שימוש ביישומי בינה מלאכותית עלולים להוביל להטיה ואפליה כנגד מיעוטים או מי שייצוגם חסר מסיבות אחרות.
4. חוסר דיוק: שימוש בטכנולוגיה ובמאגרי נתונים קיימים עלולים להכיל שגיאות עובדתיות, לפרש בצורה שגויה מידע, לא לשקף את כלל המשתנים הרלוונטיים למטופלים ספציפיים, או להמציא פרטים ללא כל ביסוס ("הזיות").
5. תלות יתר בטכנולוגיה: תלות מופרזת בטכנולוגיה עלולה לפגוע בשיקול הדעת ובפיקוח אנושי.
6. הסבריות לוקה: שימוש בטכנולוגיה ובעיקר בבינה מלאכותית עלול להביא לחוסר

- יכולת להסביר למטופלים ולמטפלים מדוע החלטות מסוימות התקבלו, מאחר והטכנולוגיה עצמה לרוב מקשה מאוד על יצירת הסברים כאלו.
7. חשש מפני פגיעה בקשר הטיפולי: מטפלים רבים חוששים שהטמעת טכנולוגיות תפגע בקשר האישי והאמין עם המטופלים.
 8. פער דיגיטלי: לא כל המטפלים והמטופלים מיומנים בשימוש בטכנולוגיות חדשות, דבר שעלול לייצר פער וחוסר שוויון בין אלה ששולטים ביישומים הטכנולוגיים לבין אלה שאינם.
 9. עלויות: פיתוח והטמעה של טכנולוגיות חדשות יכולים להיות יקרים ובכך להרחיב פערים חברתיים בקרב מקבלי השירות.

לסיכום, טכנולוגיה יכולה לשמש ככלי רב עוצמה לשיפור תהליכי אבחון, טיפול ושיקום בבריאות הנפש, תוך הקלה על עומס העבודה והשחיקה של מטפלים. עם זאת, חשוב להתייחס לאתגרים הקיימים ולפתח פתרונות טכנולוגיים בטיחותיים, הוגנים, ידידותיים למשתמש, נגישים ומתאימים לצרכי המערכת. בנוסף, חשוב לשתף את צוותי בריאות הנפש וכן את המטופלים בתהליך פיתוח והטמעת טכנולוגיות חדשות. חשוב גם לדאוג להכשרות מקצועיות למטפלים בשימוש בטכנולוגיות חדשות ולסייע להם להשתלב בתהליכי פיתוח והטמעה של טכנולוגיות אלו. לבסוף, יש צורך במחקרים נוספים כדי לבחון את היעילות של טכנולוגיות חדשות להתמודדות עם עומס ושחיקה בקרב צוותי בריאות הנפש וכן לחקור את ההשפעות ארוכות הטווח של שימוש בטכנולוגיה על רווחתם של צוותי בריאות הנפש ועל איכות הטיפול.

5.7. קידום בריאות הנפש ומניעת תחלואה נפשית

קיים גוף ידע ועבודות המצביעות על יעילותו של טיפול מונע בכל הקשור לבריאות נפשית. המטרה הכוללת של קידום בריאות הנפש ומניעה, היא להפחית את השכיחות של מקרים חדשים או עיכוב בהופעה של מחלות נפשיות. קידום ומניעה בבריאות הנפש משלימים זה את זה. השילוב של שני אלה בתוך המסגרת הכוללת של בריאות הציבור מפחית סטיגמה, מגביר את העלות-תועלת ומספק תוצאות חיוביות מרובות (Singh, 2022).

המחקר מראה שניתן למנוע את התרחשותם של מצבים נפשיים רבים. ישנן ראיות שמראות שניתן למנוע דיכאון, מצבי חרדה, הפרעות התנהגות מסוימות בילדות, ושימוש לרעה באלכוהול או בחומרים. מחקר משמעותי הראה את היתרונות

הכלכליים של התערבויות מניעה. לדוגמה, נמצא כי לתשע מתוך עשר התערבויות מניעה היה החזר חיובי על ההשקעה. מחקרים אוסטרליים ובינלאומיים אחרים מאשרים כי יוזמות למניעת הופעת מצבים נפשיים הן חסכוניות (Carbone, 2020).

מניעה ראשונית מתמקדת במניעת הופעת מצבים נפשיים על ידי הפחתת חשיפת אנשים לגורמי סיכון, ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים, המגבירים את הסיכוי לחוות מצב נפשי, או לחילופין, חשיפתם לגורמי הגנה, אשר מורידים את הסבירות לחוות מצב נפשי, לדוגמה, תוכניות הורות שמספקות ראיות כי תמיכה משפחתית, תוכניות לתמיכה בזמן ההיריון ותוכניות הורות, עשויות לשפר את בריאותם הנפשית של ההורים, לשפר את האינטראקציות בין הורים לילד, וכן, לקדם סביבה הורית ומשפחתית חיובית, וזה בתורו יכול למנוע תחלואה נפשית בילדים ובני נוער. יתר על כן, אסטרטגיות אלה יכולות גם להפחית הזנחת ילדים והתעללות. כמו כן, ישנן עדויות לאפקטיביות של תוכניות התפתחות חברתית ורגשית, אשר מקדמות מיומנויות אישיות בבתי ספר, אוניברסיטאות, מקומות עבודה ובאינטרנט, ויכולות להגביר את גורמי ההגנה כמו התנהגויות בריאות, כישורים חברתיים ורגשיים וכישורי טיפול עצמי, ולמנוע תחלואה נפשית ושימוש בסמים. יצירת סביבות תומכות מספקות גם גורמי הגנה למניעת תחלואה. יש ראיות המעידות על כך שתוכניות שתומכות באנשים מבוגרים כדי לשפר את היכולות החברתיות שלהם, יכולות להפחית את הבדידות אשר מהווה גורם סיכון להתפתחות של מחלות נפש ואף, למנוע אובדנות (Carbone, 2020). בקרב מבוגרים, אסטרטגיות 'טיפול עצמי' כגון אימון בהרפיה, פתרון בעיות מובנה, מסגור קוגניטיבי מחדש, התמקדות בחוזקות, הכרת תודה, אימוני חמלה ומיינדפולנס תורמים גם הם למניעת מצבי דיכאון וחרדה.

דו"ח שנערך לאחרונה עבור הוועדה הלאומית לבריאות הנפש, הראה כמה יעילות תוכניות מניעה ראשוניות. נמצא כי תשע מתוך עשר התערבויות מניעה שהם ניתחו, היו עם החזר חיובי על ההשקעה, שנעה בין 1.05 ל-3.06 דולר עבור כל דולר שהושקע. כמות ניכרת של מחקרים אוסטרליים ובינלאומיים אחרים מאשרים שיזמות רבות למניעת תחלואה נפשית, חוסכים כסף. יוזמות מניעה, המיועדות לילדים וצעירים, חיוניות במיוחד כדי לצמצם עלויות משמעותיות הקשורות בתגובה למצבי תחלואה נפשיים וכן לבעיות נלוות כגון מחסור בבית, פשע ואבטלה.

כמו כן, ישנן עדויות לכך שתוכניות ברמת הקהילה, יכולות לשפר את הלכידות החברתית ולהפחית את הסיכון להתנהגות אנטי סוציאלית ושימוש בסמים. גם בניית מדיניות ציבורית שתומכת בבריאות הנפשית מהווה גורם הגנה, למשל, קיימות ראיות לכך שחינוך משפטי ציבורי עשוי לצמצם הזנחה והתעללות בילדים, אלימות בין בני

זוג וגזענות, ואלה בתורם, עשויים למנוע התרחשות של מגוון רחב של מצבים נפשיים (Carbone, 2020).

הספרות מספקת עדויות רבות על יעילותן של התערבויות מניעה שונות בתחום בריאות הנפש לסוגים של מחלות נפש, במעקב אחר גורמי סיכון והגנה (Singh, 2022). יש גם עדויות ליעילותן של תוכניות התערבות, המתמקדות בזיהוי מוקדם של מחלות נפש קשות (כגון, סכיזופרניה, פסיכזה והפרעה דו קוטבית), כמו גם הפרעות נפשיות נפוצות (כגון, חרדה, דיכאון, סטרס). ובנוסף, התערבויות חדשות, כמו התערבויות מבוססות דיגיטל וטיפולים חדשניים (למשל, טיפול באמצעות הרפתקה, תוכנית בית מרקחת קהילתית ותוכנית שותפות משפחתית של אחות ביתית), הניבו תוצאות חיוביות.

פרק 5: צעדי מדיניות שננקטו בעבר וצעדי מדיניות מתוכננים, בארץ ובעולם

מענקים למתמחים בפסיכיאטריה של הילד

נוכח מצוקת כוח האדם במקצוע הפסיכיאטריה, הכריז משרד הבריאות בשנת 2011 על מקצוע הפסיכיאטריה של הילד כמקצוע במצוקה. לפיכך, העניקו משרדי הבריאות והאוצר לעוסקים במקצוע, מענקי תמרוץ עבור כל אחת מהשנים 2011-2014. בשנת 2015, ניתנו מענקי תמרוץ למי שהחל התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד. בשנת 2016 הופסקו כל המענקים בתחום, וניתן היה לאשר מענקים רק במסגרת ועדת חריגים. בשנת 2017 הוקצו 35 מיליון ש"ח למענקים לרופאים מומחים צעירים בבתי חולים בפריפריה, ובכלל זה בבתי חולים פסיכיאטריים. לאחר דוח מבקר המדינה בנושא אשפוז פסיכיאטרי, 113 מענקים ניתנו מספטמבר 2018 ועד לדצמבר 2019 למי שהחל התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד וכן למומחים לפסיכיאטריה שייקלטו בחטיבה לביטחון מרבי במרכז לבריאות הנפש שער מנשה. בסך הכול, נעו סכומי המענקים שיועדו למתמחים בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד בשנים 2011-2019 בין כ-130,000 ש"ח בשנת 2016 לאזור המרכז לבין כ-500,000 ש"ח בשנת 2014 באזורי הפריפריה.

בשנת 2011, נחתם הסכם קיבוצי חדש בין הרופאים למעסיקים, שתוקפו עד 2019 והוא כלל בין השאר סעיפים שמטרתם לתת מענה לשתי בעיות כוח האדם האלה. ההסכם קבע תמריצים למשיכת רופאים מומחים ומתמחים שיתחילו התמחות במקצוע במצוקה או בבית חולים באזור הפריפריה, הכוללים מענקים חד-פעמיים ותוספות שכר קבועות. גובה המענקים עומד על 300 אלף ש"ח למתמחים בפריפריה או במקצוע במצוקה, ו-500 אלף ש"ח למתמחים במקצוע במצוקה בתוך בית חולים בפריפריה. נוסף לכך, ההסכם קבע תוספת של 1,000 תקנים לרופאים בבתי החולים הציבוריים, תוך מתן עדיפות לבתי חולים בפריפריה. התמחות בפסיכיאטריה של הילד הוגדרה אחת מהמקצועות במצוקה הזכאים לתמריצים במסגרת התוכנית.

מקצועות במצוקה שבהם ניתן מענק כפי שנקבע בהסכם הקיבוצי משנת 2011	
מצוקה:	מצוקה אקוטית:
רפואה פנימית	הרדמה
גריאטריה	נאונטולוגיה
כירורגיה כללית	טיפול נמרץ
רפואה דחופה	טיפול נמרץ ילדים
אנטומיה פתולוגית	טיפול נמרץ לב
המטו-אונקולוגיה ילדים	
רפואה פיזיקלית ושיקום	
פסיכיאטריה של הילד	
רפואה גרעינית	
לאורך השנים חלו שינויים ברשימת המקצועות ובזכאויות לקבלת המענקים (מפורט בהמשך)	

מקור: מצגת של ההסתדרות הרפואית

בשנת 2017 התווספו לתוכנית התמריצים מתמחים בפסיכיאטריה בפריפריה.

לפי מחקר שערך מכון ברוקדייל (אשכנזי ואחרים, 2017), עד שנת 2013 התווספו 561 תקנים של מתמחים - מתוכם 230 בפריפריה ו-331 במרכז (כולל בבית חולים הדסה). כמעט כל התקנים האלו אוישו.

בשאלת השפעת התמריצים על החלטתם של המתמחים להתמחות במקצועות במצוקה, 28% מהם אמרו שהתמריצים השפיעו "במידה רבה" או "רבה מאוד" על בחירת מקצוע ההתמחות שלהם. מבין מתמחים במקצועות אחרים, שנשאלו האם שקלו להתמחות במקצוע במצוקה בעקבות התמריצים, 17% השיבו ששקלו את הדבר. 60% אמרו ששום תמריץ לא היה משפיע עליהם להתמחות במקצוע במצוקה. ככלל, הממצאים הצביעו על עלייה קטנה מאוד בשיעור התחלות ההתמחות במקצועות במצוקה שנכללו במודל, עם שונות גדולה בין המקצועות השונים. ניכר כי תמריץ למקצוע אחד עלול גם להשפיע לרעה על מקצוע אחר (פסיכיאטריה של הילד לעומת פסיכיאטריה). בנוסף, ריבוי משתנים וגורמי רקע, כגון גידול כללי במספר המתמחים, תוספת תקנים ועוד, מקשה על בידוד ההשפעה של גורם אחד כמו תמריצים למקצוע במצוקה.

נכון למועד כתיבת שורות אלה, ההסכם למתן מענקים כבר לא בתוקף ומתקיימים דיונים על הסכם חדש.

בנוסף, הושק בשנים האחרונות מודל של תוספת תקני מתמחים בפסיכיאטריה של הילד דרך מימון קופתי בתמיכה של משרד הבריאות, זאת בצד יוזמה של הקמת כ-10 מרכזי משבר לילדים ונוער בבתי החולים ברחבי הארץ שקלטו כ-3 מתמחים חדשים לכל מרפאה. המשמעות הישירה היא בגדילה משמעותית של כמות המתמחים בפסיכיאטריה של הילד החל מ-2022.

מלגות למתמחים בפסיכולוגיה

מלגות התמחות בפסיכולוגיה הן תקציב ייעודי שהוקצה על ידי משרד הבריאות להעסקת מתמחים בפסיכולוגיה במוסדות מוכרים להתמחות. תקציב מלגות להתמחות קבוע בתקנה ייעודית של משרד הבריאות (ולא בחוק) ונמצא באחריות הפסיכולוג הארצי. אחת המטרות של שיטת חלוקת המלגות להתמחות היא להבטיח הענקת מלגה למתמחה על סמך עקרונות שקיפות, הגינות, אובייקטיביות ומתן הזדמנות שווה.

בשנת 2023, פורסם כי משרד הבריאות הגביל את התנאים לקבלת זכאות להתמחות בפסיכולוגיה: מתמחים שממתינים יותר משנתיים יאבדו את זכותם לקבל מלגה - למרות שהתור להתמחות נמשך עד שלוש שנים. ההחלטה התקבלה במטרה לקצר את התור להתמחויות, כיוון שיש מתמחים שממתינים באופן פאסיבי להתמחות במשך שנים, ובעצם לא מגישים מועמדות לאף מלגה וכך "מנפחים" את התור. ישנן מלגות בפרופריה שאיש אינו ניגש אליהן בשל הריחוק מהמרכז והצורך להתפרנס מעבודה במקביל להתמחות, המבוצעת ברוב המקרים בחצי משרה ובשכר נמוך יחסית.

מענקים לפסיכולוגים

לאחרונה פרסם משרד הבריאות מתווה מענקים לפסיכולוגים במערכת הציבורית. המתווה החדש כולל שלושה סוגי מענקים:

1. מענק הגדלת משרה - מענק חד פעמי לפסיכולוגים המועסקים במערכת הבריאות שיגדילו את היקף משרתם לפחות ב-10%.
2. מענק התמדה לפסיכולוגים המועסקים במערכת הבריאות.
3. מענק קליטה ושימור לפסיכולוגים שייקלטו לראשונה למערכת הבריאות.

יש לציין כי מתווה המענקים נקבע לתקופה מ-1 בפברואר 2024 ועד ל-31 בינואר 2025. במקביל מתקיים משא ומתן שכרי.

צעדי מדיניות לצמצום השפעתם של מקדמי השחיקה ומשיכת צוותים לעבודה בבתי החולים לבריאות הנפש

1. הפחתת חשיפת הצוותים לאלימות באמצעות הצבת מאבטחים במחלקות הפסיכיאטריות.
2. צעדים להפרדת מאושפזים בצו במחלקות נפרדות מאובטחות.
3. תוכנית להקמת מחלקות נוספות לביטחון מירבי.
4. התנעת אסטרטגיה ארגונית לצמצום מספר מיטות במחלקות פסיכיאטריות ללא שינוי בתמהיל כוח האדם. זהו תהליך הדרגתי, שכרוך הרבה פעמים בבינוי, אך הוא מתקדם.
5. שיפור סטנדרט התקינה להגדלת יחס מטפל/מטופל במחלקות אשפוז.
6. הורדת דרישות סף לתפקידי ביניים באופן שיאפשר קליטת מומחים צעירים מצטיינים לדרגי ביניים ובניית מסלול קריירה לניהול מחלקות.
7. עיבוי דרג ביניים על ידי הוספת משרות, בדגש על משרות מנהלי יחידה, כתהליך אסטרטגי שמאפשר מחד ספציפיקציה והתמחות ושימור כוח אדם איכותי מאידך.
8. קידום תכניות ייחודיות לתמיכה בהכשרת מתמחים בפסיכיאטריה כדי לתמוך במאמץ הלאומי להכשרת מומחים נוספים.
9. נוספו קווי כונוניות לכלל בתי החולים ונקבע מפתוח מינימלי של מטופלים לרופא וזאת בכדי לתמרץ את בתי החולים לקלוט מומחים נוספים מבלי שקליטתם תהווה פגיעה בשכר הרופאים המועסקים.
10. תוכנית לשימור כוח אדם במקצועות הבריאות, הכוללת הכשרות ייחודיות על פי מפת דרכים מוגדרת, מימון תארים מתקדמים בתמורה להתחייבות להמשך עבודה ועוד.
11. הסכם למענקי שימור לאחיות בפסיכיאטריה (בתכנון להרחבה למקצועות נוספים).

12. בבתי החולים הממשלתיים ניתנו תמריצים כספיים להענקת שירותים אחרי שעות הפעילות.

(מקור: משרד הבריאות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, אגף משאבי אנוש)

צעדי מדיניות במדינות נוספות בעולם בתחום הכשרה ושימור של פסיכיאטרים

מצוקת כוח האדם בפסיכיאטריה היא בעיה עולמית, ומדינות רבות מתמודדות עם מחסור באנשי מקצוע בתחום. להלן מספר דוגמאות לפתרונות שאומצו במדינות שונות:

1. בריטניה:

א. תוכנית "הבטיחו את העתיד": תוכנית זו הושקה בשנת 2018 במטרה להגדיל את מספר הפסיכיאטרים בבריטניה ב-1,000 תוך 10 שנים. התוכנית כוללת מגוון צעדים, כגון העלאת שכרם של פסיכיאטרים צעירים, הרחבת תוכניות ההכשרה באקדמיה והקמת מסלולי הכשרה ייעודיים (NHS, 2017).

ב. שימוש בטכנולוגיה: בריטניה משקיעה רבות בפיתוח טכנולוגיות חדשות שנועדו לייעל את עבודתם של פסיכיאטרים ולפנות להם זמן לטיפול ישיר יותר במטופלים. לדוגמה, פותחו אפליקציות שמאפשרות למטופלים לקבל טיפול מרחוק, וכן מערכות בינה מלאכותית שמייעות באבחון וטיפול בהפרעות נפשיות.

2. ארצות הברית:

א. תוכנית להשקעה בבריאות הנפש: תוכנית זו הושקה בשנת 2022 במטרה להשקיע 1.5 טריליון דולר בבריאות הנפש לאורך 10 שנים. התוכנית כוללת מגוון צעדים, כגון הרחבת תוכניות ההכשרה באקדמיה, הגדלת מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים והקמת תוכניות טיפול חדשות (The White House statement and releases, 2023).

ב. שימוש בטיפול קבוצתי: בארצות הברית נעשה שימוש נרחב יותר בטיפול קבוצתי מאשר בישראל. טיפול קבוצתי יכול להיות יעיל מאוד עבור אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות מסוימות, והוא מאפשר לפסיכיאטרים לטפל במספר רב יותר של מטופלים בו זמנית.

3. אוסטרליה:

א. תוכנית "בריאות הנפש הלאומית": תוכנית זו הושקה בשנת 2017 במטרה לשפר את שירותי בריאות הנפש באוסטרליה. התוכנית כוללת מגוון צעדים, כגון הרחבת תוכניות ההכשרה באקדמיה, הגדלת מספר המטפלים הפרטיים והקמת תוכניות טיפול חדשות.

(Australian Government, Department of Health and Aged Care)

ב. שימוש בעובדים פרא-רפואיים: באוסטרליה נעשה שימוש נרחב יותר בעובדים פרא-רפואיים, כגון עובדים סוציאליים ופסיכולוגים קליניים, מאשר בישראל. עובדים פרא-רפואיים יכולים לספק טיפול יעיל עבור אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות קלות עד בינוניות, והם מאפשרים לפסיכיאטרים להתמקד במקרים מורכבים יותר.

שילוב "עמיתים מומחים" בבתי החולים הפסיכיאטריים

כמפורט בסקירת המקצועות הטיפוליים לעיל, תוכנית "עמיתים מומחים" בבתי החולים הפסיכיאטריים נועדה לשלב מתמודדים במערך המקצועי של צוות בית החולים. המתמודדים הם אנשים בעלי ידע מתוך ניסיון אישי בבריאות הנפש, אשר התקדמו בתהליך ההחלמה שלהם ומעוניינים לעשות שימוש מקצועי בידע זה לטובת מתמודדים אחרים. יישום התוכנית החל בשלוש מחלקות בבתי החולים מזור ובמרכז לבריאות הנפש באר שבע והצלחתה נמדדה בהשוואה לבית החולים באר יעקב. ממצאי המחקר המלווה מראים כי המטופלים הביעו עמדות חיוביות כלפי העמיתים וכלפי פעילותם במחלקות השונות (הלפרין ואחרים, 2021). העמיתים עצמם סברו כי לתוכנית תרומה משמעותית בפיתוח מיומנויות טיפוליות מקצועיות, תרומה להעלאת הביטחון העצמי, האמונה העצמית, תעסוקה משמעותית, סיפוק ועוד. בנוגע לעמדותיהם של אנשי הצוות, בתחילת המחקר ובסיומו מילאו אנשי הצוות שאלון תפיסות בנוגע לעמיתים המומחים ועבודתם. התוצאות מראות כי עמדותיהם הפכו לחיוביות יותר, הן כלפיהם והן כלפי עבודתם וכן, הצורך של אנשי הצוות בשליטה מול העמיתים פחת, כמו גם המחשבה כי יש לספק להם יותר עצמאות. אנשי צוות רבים חשבו שהעמית המומחה יכול להבין לעומק את מצבו של המטופל ולהרחיב את הפרספקטיבה של אנשי הצוות. לתוכנית תרומה משמעותית גם למשפחות של המטופלים, שכן, המפגש ביניהם מפחית את הסטיגמה, מספק לבני המשפחות פרספקטיבה רחבה יותר ומעל הכל, נותן לבני המשפחות תקווה בנוגע להחלמתו של בן משפחתם.

מעבר ליתרונות העצומים של התוכנית, ד"ר גלית הלפרין, ד"ר אורית בנדס-יעקב ויוני אריה (2021) מציעים לבצע מספר שינויים על מנת להגביר את התועלת שלה, למטופלים, לעמיתים המומחים עצמם ולאנשי הצוות. ראשית, להגדיר את רכיבי התפקיד ואת המטלות שעל העמיתים לבצע בכל מחלקה, בהתאם לאופייה ולצרכיה, דבר שיאפשר לצוות לשלב את המתאימים ביותר, להציב מדדי הצלחה ולבחון את תפקוד העמית בהתאם. כמו כן, להתנות את הכניסה לתפקיד בסיום קורס הכשרה ולשקול להאריך את הקורס כדי להעמיק את הידע ולאפשר הבניית זהות מקצועית. בנוסף, הדרכה וליווי של העמיתים המומחים עשויים לדייק את הידע באשר לטיב הקשרים האפשריים עם הגורמים השונים ולאופי העזרה האפשרית מכל גורם ולבסוף, להגדיל את האינטראקציות בין אנשי הצוות והעמיתים, בין היתר, על מנת להפחית את הסטיגמה.

כיום, מעל 32 מדינות קיבלו תקנים ותקציבים להרחבת שירותי תמיכת עמיתים בכלל מערכת בריאות הנפש. מחקרים מראים באופן מובהק כי השימוש בשירותי עמיתים מומחים, בבתי חולים פסיכיאטריים וציבוריים ובקהילה יכול לקצר את משך האשפוז, להפחית את שיעור האשפוזים החוזרים, להגדיל את שיתוף הפעולה של המאושפזים בקבלת טיפול, לשפר את הקשרים הקהילתיים לאחר תקופת האשפוז, לסייע בהפחתת שימוש בסמים, לשפר את הרווחה ואת איכות החיים, להפחית את השימוש במחלקות חירום וכן, בטווח הארוך, להפחית את השימוש בשירותי בריאות הנפש (Parks, 2014).

תוכנית "חזרה הביתה"

תוכנית זו פותחה בשנת 2017 בשיתוף פעולה בין ג'וינט ישראל מעבר למגבלות למדינת ישראל, במטרה לייצר "גשר" שיהווה חוליה מקשרת, בין אנשים שחווים משבר נפשי ונמצאים באשפוז או בטיפול מרפאתי, לבין הקהילה. התוכנית מופעלת באמצעות שני מודלים: מודל ליווי משולב של איש מקצוע ועמית מומחה, או לחילופין, מודל ליווי ממוקד ידע מניסיון של שני עמיתים מומחים באותה מרפאה.

עמיתים מומחים המהווים חלק אינטגרלי מצוות המרפאה ומשתתפים בכל בפעילויות והדיונים הצוותיים משתפים בידע מניסיון אישי אשר מהווה כלי מקצועי ייחודי, תורם להפחתת סטיגמה עצמית ותחושת בושה ומעצים את תחושת התקווה והמסוגלות העצמית של מקבלי השירות. התוכנית אומצה על ידי שירותי בריאות כללית, וכעת במרפאת חוץ "שלוותה". התוכנית היא תחת אחריות הקופה.

צעדי מדיניות אשר מתוכננים להתבצע בעתיד הקרוב והרחוק

על פי ראש האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, ד"ר גלעד בודנהיימר, יש תכנון לחתום על הסכם שכר בתחום הפסיכיאטריה, עם המלצה ברורה של המשרד להגדיר את המקצועות פסיכיאטריה של המבוגר ופסיכיאטריה של הילד, כמקצועות במצוקה אקוטית לשם קבלת תגמול הולם, שיאפשר את הגדלת מספר המתמחים ואת שימור הרופאים המומחים במערכת. הכוונה של משרד הבריאות היא לאפשר קידום משמעותי בתוך המערך הציבורי לפסיכיאטרים שימשיכו לתת כתף במערכת הציבורית, להגדיר תפקידי ניהול ראויים גם למומחים צעירים במערכת, ולטווח הרחוק - להרחיב את מספר המתמחים במקצועות אלו בהיקפים שקרובים להכפלה, אך ברור כי מדובר בתהליך ארוך שיש להאיצו ככל הניתן.

צוותי העבודה - שאלות לדין

צוות 1: מחסור בפסיכיאטרים ופסיכיאטרים של הילד והמתבגר

1. מהם הגורמים המשפיעים על בחירתם של סטודנטים לרפואה לבחור/לא לבחור במסלול התמחות בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד? כיצד ניתן להרחיב את היקף הסטודנטים לרפואה אשר בוחרים בפסיכיאטריה של המבוגר/ילד ומתבגר כמסלול ההתמחות שלהם?
2. מהם מקדמי השחיקה העיקריים של הפסיכיאטרים בישראל, בכלל ובמערכת הציבורית בפרט? מהם צעדי המדיניות אשר רצוי לנקוט על מנת למזער את השפעתם של גורמי השחיקה של הפסיכיאטרים בישראל?
3. אילו הזדמנויות ויתרונות ייחודיים קיימים במגזר הציבורי על זה הפרטי המהווים מוקדי משיכה ושימור אפשריים עבור פסיכיאטרים מומחים?
4. מהם צעדי המדיניות אשר רצוי לנקוט על מנת לשמר את הפסיכיאטרים במגזר הציבורי?
5. כיצד ניתן לייעל ולמצות באופן מיטבי את עבודתם של הפסיכיאטרים במערכת הבריאות הציבורית? לדוגמה צמצום גורמי שחיקה ועומסים אדמיניסטרטיביים, הכנסת טכנולוגיות חדשניות לשיפור חווית הטיפול, ועוד.
6. כיצד מערכת הבריאות תראה כשאינה מתבססת על פסיכיאטר כגורם מרכזי?

צוות 2: מצוקת המטפלים במגזר הציבורי

1. מהם הגורמים למחסור במטפלים במגזר הציבורי?
2. מהם גורמי המשיכה עבור מטפלים לכניסה לעבודה במגזר הציבורי, ולעומתם מהם הגורמים המשפיעים על מעבר לשוק הפרטי/אי כניסה לשירות הציבורי מלכתחילה?
3. מהם צעדי מדיניות אותם נכון לנקוט על מנת לשמר/למשוך כוח אדם טיפולי למגזר הציבורי?
4. האם נכון להכניס מקצועות טיפוליים נוספים למערכת בריאות הנפש הציבורית, אילו מקצועות ובאיזה אופן? אם כן, מה החסמים להרחבת מגוון המטפלים במערכת הציבורית כיום?
5. באיזה אופן יש להרחיב או לחלק מחדש את הסמכויות וההרשאות הטיפוליות במערכת הציבורית, כדי לתת מענה טוב יותר לציבור ולהתמודד עם שחיקת

המטפלים ועומסי העבודה?

6. האם תכני ומשך ההכשרה וההתמחות של מקצועות ברה"ן עם דגש על פסיכיאטריה ופסיכולוגיה קלינית מותאמים לשינויים ולתמורות בעולם בריאות הנפש (דגש על קהילה ומסגרות טיפול חדשות, אשפוז בית, בתים מאזנים, שירותים מקוונים)?

צוות 3: שינוי פרדיגמות בתהליכי הטיפול

1. כיצד ניתן לקדם תכניות וצעדי מדיניות יעילים בתחום הטיפול המונע בבריאות הנפש?
2. אילו פרדיגמות טיפוליות חדשות ראוי לבחון ולהטמיע במערכת בריאות הנפש הציבורית?
3. כיצד ניתן לשפר את ניהול האיכות ואופטימיזציה של הטיפול הנפשי במרחב הציבורי, בהיבטים של פסיכותרפיה, מדידה והערכה, טריאז', ניהול תורי המתנה, רצף הטיפול והתקשורת בין גופי הטיפול?
4. מהי רמת ההלימה בין צרכי הציבור לטיפול נגיש ואיכותי לבין דרישות הגופים המדעיים בתחום, והאם נדרשות התאמות?
5. מהו מקומם של גורמים טיפוליים קהילתיים ((רשויות מקומיות, קהילות, משפחות, קבוצות תמיכה) במערך בריאות הנפש, והאם יש לחזק את תפקידם?
6. מה מקומה של הטכנולוגיה במערכת בריאות הנפש, ומה נדרש לשם יישום והטמעה של טכנולוגיות אלו?
7. מה הצידוק לקביעה לפיה מנהלי המוסדות במערכת בריאות הנפש הציבורית חייבים להגיע ממקצוע הפסיכיאטריה, כיצד ניתן לערער על התפיסה הזו?
8. האם נכון להכניס מקצועות טיפוליים נוספים למערכת בריאות הנפש הציבורית, אילו מקצועות ובאיזה אופן? אם כן, מה החסמים להרחבת מגוון המטפלים במערכת הציבורית כיום?

סיכום כנס יום המלח 2024 - בריאות הנפש: משבר המטפלים במרחב הציבורי

מערכת בריאות הנפש בישראל עומדת כיום בפני "סערה מושלמת", הנגרמת משילוב של מספר תופעות מאתגרות אשר כוללות עלייה מתמדת בביקושים לשירותי בריאות הנפש ומציאות של משברים מקומיים וגלובליים תדירים, למול מחסור מתמשך ומחריף בכוח אדם טיפולי.

על הגורמים השונים המעורבים במערכת בריאות הנפש הציבורית לשלב ידיים ולהראות גמישות ונכונות להשתנות למול האתגרים הרבים העומדים לפתחה של המערכת.

המלצות הצוות להתמודדות עם משבר המטפלים כוללות שלושה כיווני פעולה מרכזיים:

1. הרחבת היצע הפסיכיאטרים הלאומי, הנדרש בשל מיעוט הפסיכיאטרים ותפקידם הקריטי במערכת.

2. משיכה ושימור של כוח אדם טיפולי מכלל הסקטורים במערכת הציבורית, לרבות הטמעת מקצועות טיפוליים חדשים.

3. אופטימיזציה וייעול של הטיפול הנפשי במרחב הציבורי.

הרחבת היצע הפסיכיאטרים הלאומי על ידי הרחבת היקף הסטודנטים לרפואה אשר בוחרים בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר כמסלול ההתמחות שלהם:

1. יש להרחיב את מידת חשיפתם של סטודנטים לרפואה לתחום הפסיכיאטריה, כבר מהשלבים הראשונים של לימודי הרפואה. זאת באמצעות הכנסת יותר תכנים מעולם הפסיכיאטריה לקורסים במהלך הלימודים כבר בשנים הפרה-קליניות (למשל בקורסים של חינוך רפואי, במדעי ההתנהגות, פרמקולוגיה, ומבוא לרפואה קלינית), וגם בשנים הקליניות, לדוגמה שילוב של פסיכיאטריה ברוטציות בפנימית, ילדים, נוירולוגיה, רפואת נשים ומשפחה - על ידי צירוף פסיכיאטרים בהרצאות בנושאים משיקים למקצועות אלו, ובהדרכה ליד מיטת החולה, למשל באבחנה מבדלת של מטופלים עם הסתמנויות גופניות ופסיכיאטריות. כמו

- כן, מומלץ להכניס למהלך הלימודים התנסות בחוויה הקשורה ב-Well Being של הסטודנטים עצמם.
2. מיתוג מחדש של מקצוע הפסיכיאטריה כמדע רחב ומגוון, המשלב נושאים כמו מדעי המוח עם פסיכולוגיה וחיבור לנושא רווחת האדם. יש להמחיש כי תפקידו של הפסיכיאטר אינו רק "לתת תרופות", אלא הוא עוסק גם בהובלה של טיפול רב-מקצועי במטופלים, ובפסיכותרפיה.
3. יש לייצר מסלול התמחות בפסיכיאטריה בקהילה, ו/או לתת דגש בהתמחות הקיימת לנושאי בריאות נפש בקהילה. הדבר יחשוף את הסטודנטים להיבטים נוספים של בריאות הנפש ולשירותים הקהילתיים בהם ניתן יהיה להשתלב בעתיד, ויעודד בחירה במקצוע על ידי היחשפות למגוון רחב יותר של אבחנות, חלקן עם הצלחות ריפוי בשיעורים גבוהים יותר מאשר במחלקות בתי החולים.
4. יש לייצר מסלולי קריירה ואפשרויות קידום מקצועי עבור פסיכיאטרים, הכוללים יצירת תתי התמחויות (לדוגמה נירופסיכיאטריה, פסיכוגריאטריה), והתמקצעות קלינית ומחקרית בהפרעות ספציפיות, וכן יצירת מדרגי ניהול נוספים בתוך המערכת, וכן עידוד מחקר ו-Fellowship.

משיכה ושימור של כוח אדם טיפולי במערכת הציבורית:

1. נדרשת הרחבת הסמכויות ומתן הרשאות לביצוע פעולות בתחומים נוספים כגון אבחון, טריאז' ומתן תרופות לסקטור האחיות, הפסיכולוגים והעו"ס. הדבר יוריד את העומס עבור הפסיכיאטרים, יספק גיוון מקצועי עבור הסקטורים האחרים ויעל את העבודה.
2. נדרש להרחיב את מעגל המטפלים על ידי הכנסת מקצועות טיפוליים נוספים למערכת בריאות הנפש. מקצועות אלה כוללים, בין היתר, עוזרי רופא בבריאות הנפש, מטפלים באומנות, עמיתים מומחים, מדריכים, משפחות של מטופלים אשר לוקחות חלק פעיל בטיפול, לרבות אנשי טיפול ללא הכשרה פורמלית, אשר יקבלו הנחיה וליווי מגורם מקצועי. ניתן אף להכשיר בעלי מקצוע שאינם מתחום בריאות הנפש בקהילה, להיות ערים לקשיים נפשיים ולספק תמיכה ראשונית (אנשי דת, מלווים רוחניים, בלניות וכיוצא בזה). לשם כך, יש לפעול להתרת חסמים רגולטוריים להכרה במקצועות הנוספים והסדרת העסקתם במערך הציבורי.

3. יש להגמיש ולשנות את מתכונת ההעסקה המקובלת של הפסיכיאטרים ושל סקטורים נוספים, באמצעים כגון: הגדרת עבודה במשרה חלקית כמשרה מלאה, לאפשר פרקי זמן של עבודה מהבית, ויצירת משרות המשלבות בין עבודה בבית חולים לעבודה בקהילה. אפשרויות אלה יורידו את העומסים וייעלו את עבודת הצוותים.
4. הסדרת סביבת עבודה פיזית נעימה ומכבדת. פחות צפופה, עם תשתית לעבודה, המאפשרת קיום ישיבות צוות ומקום מוסדר לאכילה.
5. יצירת כוח אדם טיפולי נוסף במקצועות המוסדרים:
 - א. קיצור מסלול ההכשרה של הפסיכולוגים והתאמת דרישות ההתמחות (התאמת טיפולים והיקף השימוש בפסיכודיאגנוסטיקה)
 - ב. הרחבת מסלולי ההכשרה של אחות מומחית
 - ג. עידוד להתמחות בבריאות הנפש לעו"סיות
6. הרחבת מעגלי הטיפול, באופן אשר יערב גורמים ומערכות נוספות במהלך הטיפול, תוך חיזוק תפקידם של הגורמים הקהילתיים במניעה וקידום בריאות נפשית. עבודה בצוותים רב מקצועיים, טיפול רב צוותי, חיזוק ממשקי העבודה בין המערכת הרפואית למערכות החינוך, הגיל הרך והרווחה, וחיזוק תפקידם של רופאי המשפחה כקו ראשון למטופל, על ידי מתן שעות הדרכה של פסיכיאטר לקבוצות של רופאי משפחה, יצירת רצף טיפול באמצעות הקמת צוותים ייעודיים למעקב משותף בבתי חולים וקהילה.
7. הפחתת עומסים אדמיניסטרטיביים באמצעות כלים טכנולוגיים, כגון שימוש ב-AI להחלפת הכתיבה בתיק המטופל, ו/או באמצעות הכנסת פונקציה אדמיניסטרטיבית, שתעסוק בכתיבה ותיעוד, תיאום תורים וישיבות מקצועיות.
8. עידוד מחקר באמצעות יצירת משרות לרופא/איש מקצועות הבריאות-חוקר (50%-50%), ויציאה ל-Fellowship. רופאים חוקרים שהם מומחים צעירים מצטיינים לרוב גם בהוראה, ועשויים לשמש מודל מצוינות והשראה למתמחים.
9. יצירת מערך תמריצים כלכליים עבור פסיכיאטרים בקהילה ובבתי החולים, המתגמלים התייעלות והצטיינות.

10. הרחבת דרישות הסף במשרות הניהול במערכת למקצועות נוספים מלבד פסיכיאטר. לדוגמה: מנהל מרכז רפואי מתחום הניהול או מקצועות טיפוליים נוספים, מנהל מחלקה מתחום האחיות, מנהלי מרפאות שאינם רופאים וכולי. כנגזרת מכך, יש לאפשר הפרדת מסלולי הקידום הניהולי והמקצועי. לדוגמה: הפרדה בין משרת מנהל למשרת מנהל רפואי/מקצועי.
11. מסלולי קריירה: יצירת דרגות ביניים, הסדרת משרת פסיכולוג חוקר/עו"ס מקדם מחקר בבתי החולים.
12. המשך גישור על פערי השכר הגדולים שנוצרו בין המערכת הציבורית והפרטית, באמצעות הסכמי שכר ציבוריים, רגולציה, הטבות מס, ותמריצים נוספים לעידוד עבודה במגזר הציבורי בתחום בריאות הנפש.

אופטימיזציה וייעול של הטיפול הנפשי במרחב הציבורי:

1. מיון בריאות הנפש יוגדר כמלר"ד מתערב. כיום המלר"ד קובע האם המטופל יתאשפז/לא יתאשפז. במגע הראשון עם המטופל, נכון לבצע התערבות ראשונית, כגון "חדרי השהיה" המאפשרים שהות קצרה במלר"ד לצורך ייצוב והפניה לגורם מתאים. כחלק מכך, יש להכניס קווי כוונות לפסיכולוג/עו"ס לטובת התערבות במשבר במלר"ד.
2. שיפור תקשורת בין המטופל למערכת באמצעים טכנולוגיים. הנגשת מידע למטופל ולמטפל הראשוני באופן שקוף ובמערכת אחת.
3. הפחתת שיעורי ה-NO SHOW באמצעים שונים, ובכלל זה שליחת תזכורות ומסרונים באופן אוטומטי.
4. פיתוח והטמעת מדדים קליניים כאמצעי לשיפור וייעול הטיפול.
5. הקמת גוף חדש - מינהלת WELLNESS, אשר תעסוק במניעה ראשונית וקידום בריאות הנפש ותשלב היבטי בריאות, חינוך ורווחה.
6. פיתוח טריאז' חכם, המבוסס על מידע רפואי מקדים של המטופל, הנשאב ממערכות המידע הלאומיות.
7. הטמעת טכנולוגיות טיפול מתקדמות כגון AI כמטפל/מאבחן.

רשימת מקורות

1. אברם, א., אזארי-ויזל, ש. (2015). הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים, נייר מדיניות מס 02, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל
2. אלרועי, א., רוזן, ב., סמואל, ה., אלמקייס, ע. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסימים, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
3. אשכנזי, י., רוזן, ב., גורדון, מ., ינקלביץ, א. (2017). משיכת מתמחים לפריפריה ולמקצועות רפואיים במצוקה בעקבות ההסכם הקיבוצי משנת 2011. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
4. דרוך, ר., (2022) אקדמיה, סטודנט והדרכה - משולש האחראיות על בניית זהות מקצועית של סטודנטים לעבודה סוציאלית. מידעו"ס 100
5. הלפרין, ג., בנדס-יעקב, א., אריה, י. (2021). עמיתים מומחים בבתי חולים פסיכיאטריים. המוסד לביטוח לאומי
6. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2015). תחזית אוכלוסיית ישראל 2015-2065
7. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2020). "החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל השלישי של הסקר שנערך באמצע יולי בצל המשבר", הודעה לתקשורת, 26.7.20
8. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2024). אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2024, הודעה לתקשורת
9. הסתדרות הפסיכולוגים, התנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית וחטיבת הפסיכולוגים בהסתדרות המח"ר (2019). נייר עמדה בנושא "צורך דחוף בתוכנית לאומית לגיוס פסיכולוגים קליניים למערך בריאות הנפש הציבורי"
10. העמותה לסיעוד פסיכיאטרי בישראל (2020). הכרה במקצוע הסיעוד להתמחות ולעסוק בפסיכותרפיה: נייר עמדה
11. התנועה למען הפסיכולוגיה הציבורית בישראל (יולי 2021). מסמך עמדה כלכלי
12. חברת מקינזי (2023). סקירה עבור משרד הבריאות
13. לרון, מ., מעוז ברויאר, ר. ופואלקו, ש. (2022). סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2021-2022. מ-2015-22. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
14. מחירון טיפולים, אתר "פסיכולוגיה עברית" <https://www.hebpsy.net/page.asp?id=101>
15. מכבי שירותי בריאות ומכון (2022) KI, באתר e-med: <https://www1.e-med.co.il/ProfessionalSubjects/Anxiety/Article/967889,1,11.htm>
16. מכבי שירותי בריאות (2023). באתר "דוקטורס אונלי": https://doctorsonly.co.il/2023/12/300688/?utm_source=mailchimp&utm_campaign=2236681&utm_campaign_name=%D7%94%D7%9E%D7%94%D7%93%D7%95%D7%A8%D7%94%20%D7%94%D7%99%D7%95%D7%9E%D7%99%D7%AA%2008-12-2023

17. מרכז המחקר והמידע של הכנסת (ממ"מ). (2014, 13 במרץ). המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי בתחום בריאות הנפש
18. מרכז המחקר והמידע של הכנסת (ממ"מ). (2023, 12 בנובמבר). סוגיית תכנון הסיוע הנפשי הנדרש בעקבות מלחמת חרבות ברזל: תמונת מצב ושאלות לדיון
19. מרכז טאוב, הודעה לעיתונות: תחזית אוכלוסיית ישראל, 2017-2040
20. משרד האוצר (2020). דין וחשבון על הוצאות השכר של הגופים הציבוריים לשנת 2018
21. משרד האוצר (2024). דין וחשבון על הוצאות השכר של הגופים הציבוריים לשנים 2020-21
22. משרד הבריאות, (2011). אפידמיולוגיה פסיכיאטרית - השוואה בין ישראל ומדינות אחרות
23. משרד הבריאות (2022). התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה, ממצאי הסקר הלאומי
24. משרד הבריאות, אגף המידע (2023). כוח אדם במקצועות הבריאות 2022
25. משרד הבריאות, הועדה בנושא מערכת האשפוז במרכזים לבריאות הנפש. (2022, 10 בנובמבר)
26. דוח הוועדה למערך האישפוז בבריאות הנפש בישראל
27. משרד מבקר המדינה ונציבות תלונות הציבור (2020). דוח שנתי 70ב, 2020, היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש
28. משרד מבקר המדינה ונציבות תלונות הציבור (2021). דוח מיוחד: התמודדות מדינת ישראל עם משבר הקורונה - היבטים בפעילות הרפואה השוטפת במהלך מגפת הקורונה
29. משרד ראש הממשלה (2021). פערי כוח אדם במקצועות הבריאות, מסמך מסכם.
30. סמואל, ה. והס, ב. (2020). דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע - שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
31. סמואל, ה. וקגיה, ש. (2023). מטופלים בפסיכותרפיה חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-924-23. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
32. "עם מספריים צמודים לצוואר: "אני ארצח אותך" | העובדות הסוציאליות חיות בפחד - ויוצאות למאבק", כתבה באתר מאקו (2020):
https://www.mako.co.il/news-israel/2020_q2/Article-f9fa200c082c271027.htm
33. ענב, י., מאיר, י., לוריא, ע., שיפמן, נ. (2024). אתר אוניברסיטת חיפה:
<https://www.haifa.ac.il/2024/02/13/%D7%99%D7%95%D7%AA%D7%A8-D7%9E-50-%D7%93%D7%99%D7%95%D7%95%D7%97%D7%95-%D7%A9%D7%90%D7%99%D7%9F-%D7%9C%D7%94%D7%9D-%D7%90%D7%9E%D7%A6%D7%A2%D7%99%D7%9D-%D7%9B%D7%9C%D7%9B%D7%9C%D7%9C%D7%99%D7%99%D7%9D/9%D7%99%D7%9D>
34. פינצי דותן, זהבי, ישראל, ליון, (2017). בריאות הנפש כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית

35. צימון, י., פדר-בוביס, פ., (2021) תרומת העובדים הסוציאליים למערכת הבריאות בקהילה בישראל והאתגרים שעומים הם מתמודדים. חברה ורווחה
36. "קריאת חירום של הפסיכולוגיה הציבורית: זמני ההמתנה מגיעים לשנה", 2024, באתר Ynet: https://www.ynet.co.il/health/article/yokra13906254?utm_source=yenet.app_ios&utm_term=yokra13906254&utm_campaign=general_share&utm_medium=social&utm_content=Header
37. Australian Government, What we're doing about mental health <https://www.health.gov.au/topics/mental-health-and-suicide-prevention/what-were-doing-about-mental-health>
38. Bargal, D., & Guterman, N. (2014). Career outcomes among medical vs. family service social workers in Israel
In G. K. Auslander, G. Rosenberg & A. Weissman (Eds.), International perspectives on social work in health care: Past, present, and future (pp. 223-242). London, UK: Routledge
39. Bauer, M., Glenn, T., Geddes, J. et al. Smartphones in mental health: a critical review of background issues, current status and future concerns. *Int J Bipolar Disord* 8, 2 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0164-x>
40. Bufano, P., Laurino, M., Said, S., Tognetti, A., & Menicucci, D. (2023). Digital Phenotyping for Monitoring Mental Disorders: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 25, e46778. <https://doi.org/10.2196/46778>
41. Carbone, S. (2020) Evidence review: The primary prevention of mental health conditions. Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne
42. Carlson C. G. (2023). Virtual and Augmented Simulations in Mental Health. *Current psychiatry reports*, 25(9), 365-371. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01438-4>
43. Dane, B. O., & Simon, B. L. (1991). Resident guests: Social workers in host settings. *Social Work*, 36, 208-213
44. D'Angelo, E.J., Gallagher, K. (2016). Capturing Psychologists' work in Academic Health Settings: The Role of the Educational Value Unit (EVU). *J Clin Psychol Med Settings*, 23,21-32 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10880-016-945-z>
45. Elyoseph, Z., Gur, T., Haber, Y., Simon, T., Angert, T., Navon, Y., Tal, A & Asman, O. (preprint). An Ethical Perspective on The Democratization of Mental Health with Generative Artificial Intelligence. *JMIR Mental Health*
46. Garrow, E. E., & Hasenfeld, Y. (2016). When professional power fails: A power relations perspective. *Social Service Review*, 90, 371-402. doi: 10.1086/688620.

47. Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31
48. Holopainen, R., Tiihonen, J., & Lähteenvuo, M. (2023). Efficacy of immersive extended reality (XR) interventions on different symptom domains of schizophrenia spectrum disorders. A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1208287. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1208287>
49. Itzick, M., & Kagan, M. (2017). Intention to Leave the Profession: Welfare Social Workers Compared to Health Care and Community Social Workers in Israel. *Journal of Social Service Research*, 43
50. Joukes, E., Abu-Hanna, A., Cornet, R., & de Keizer, N. F. (2018). Time spent on dedicated patient care and documentation tasks before and after the introduction of a structured and standardized electronic health record. *Applied clinical informatics*, 9(01), 046-053
51. Katsoty D, Greidinger M, Neria Y, Segev A, Lurie I, A Prediction Model of PTSD in the Israeli Population in the Aftermath of October 7th, 2023, Terrorist Attack and the Israel-Hamas War, medRxiv 2024.02.25.24303235 [Preprint], February 27, 2024. DOI: 10.1101/2024.02.25.24303235
52. Levi-Belz, Y., Groweiss, Y., Blank, C., & Neria, Y. (2024). PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: a nationwide prospective study. *EClinicalMedicine*, 68
53. Leibner, G., Brammli-Greenberg, S., Mendlovic, J. et al. To charge or not to charge: reducing patient no-show. *Isr J Health Policy Res* 12, 27 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13584-023-00575-8>
54. Lin, X., Martinengo, L., Jabir, A. I., Ho, A. H. Y., Car, J., Atun, R., & Tudor Car, L. (2023). Scope, Characteristics, Behavior Change Techniques, and Quality of Conversational Agents for Mental Health and Well-Being: Systematic Assessment of Apps. *Journal of medical Internet research*, 25, e45984. <https://doi.org/10.2196/45984>
55. Mayer Y, Shiffman N, Bergmann E, Nator M, Khazen S, Lurie I, Enav Y. Mental Health Outcomes of Arab and Jewish Populations in Israel a Month after the Mass Trauma Events of October 7, 2023: A Cross-Sectional Survey of a Representative Sample. *Psychiatry Res*. 2024 Sep;339:116042. doi: 10.1016/j.psychres.2024.116042. Epub 2024 Jun 15. PMID: 38945101
56. McCradden, M., Hui, K., & Buchman, D. Z. (2023). Evidence, ethics and the promise of artificial intelligence in psychiatry. *Journal of medical ethics*, 49(8), 573-579. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108447>

57. Moran, 2018, The mental health consumer movement and peer providers in Israel
58. National Association of Social Workers, 1996; Reamer, F. G. (1997). Managing ethics under managed care
Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 78, 96-101.
59. NHS (2017). Stepping forward to 2020/21: The mental health workforce plan for England
<https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Stepping%20forward%20to%20202021%20-%20The%20mental%20health%20workforce%20plan%20for%20england.pdf>
60. NIMH, 2021, <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
61. Paul, M., Bullock, K., Bailenson, J., & Burns, D. (2024). Examining the Efficacy of Extended Reality-Enhanced Behavioral Activation for Adults With Major Depressive Disorder: Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*, 11, e52326. <https://doi.org/10.2196/52326>
62. Parks, J., Radke, A. (2014), The Vital Role of State Psychiatric Hospitals. *NASMHPD*.
63. Rein, M., & White, S. H. (1981). Knowledge for practice. *Social Service Review*, 55, 1-41
64. Rollins, A. L., Eliacin, J., Russ-Jara, A. L., Monroe-Devita, M. Wasmuth, S., Flanagan, M. E., Morse, G. A., Leiter, M., & Salyers, M. P. (2021). Organizational conditions that influence work engagement and burnout: A qualitative study of mental health workers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 229-237. <https://doi.org/10.1037/prj0000472>
65. Salzer, 2002, Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services
66. Sawyer, C., McKeon, G., Hassan, L., Onyweaka, H., Martinez Agulleiro, L., Guinart, D., Torous, J., & Firth, J. (2023). Digital health behaviour change interventions in severe mental illness: a systematic review
Psychological medicine, 53(15), 6965-7005.
<https://doi.org/10.1017/S0033291723002064>
67. Shefet D, Maree S, Mendlovic S, Lurie I., If You Want to Pay Less, Cherchez la Femme - A National Survey of Private Psychiatric Fees in Israel and Gender Gap. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2021 58(3) 5-9
68. Singh V, Kumar A and Gupta S (2022) Mental Health Prevention and Promotion - A Narrative Review. *Front. Psychiatry* 13:898009. doi: 10.3389/fpsyt.2022.898009

69. Tal, A., & Torous, J. (2017). The digital mental health revolution: Opportunities and risks. *Psychiatric rehabilitation journal*, 40(3), 263-265.
<https://doi.org/10.1037/prj0000285>
70. Tal, A., Elyoseph, Z., Haber, Y., Angert, T., Gur, T., Simon, T., & Asman, O. (2023). The Artificial Third: Utilizing ChatGPT in Mental Health. *The American journal of bioethics : AJOB*, 23(10), 74-77
<https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2250297>
71. Tipping M D, Forth V E, O'Leary K J et al. Where did the day go?-a time-motion study of hospitalists. *J Hosp Med*. 2010;5(06):323-328
72. The White House Statements and Releases (2023). Fact Sheet: Biden-Harris Administration Announces New Actions to Tackle Nation's Mental Health Crisis <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2023/05/18/fact-sheet-biden-harris-administration-announces-new-actions-to-tackle-nations-mental-health-crisis/>
73. Thoppilan, R., De Freitas, D., Hall, J., Shazeer, N., Kulshreshtha, A., Cheng, H. T., ... & Le, Q. (2022). Lamda: Language models for dialog applications. arXiv preprint arXiv:2201.08239.
74. Todd, D. (2013). Correlates of job satisfaction and turnover intentions among mental health professionals (Doctoral dissertation). Minneapolis, MN: Walden University
75. Torous, J., Myrick, K., & Aguilera, A. (2023). The need for a new generation of digital mental health tools to support more accessible, effective and equitable care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(1), 1-2. <https://doi.org/10.1002/wps.21058>
76. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization
77. Zhang, P., & Kamel Boulos, M. N. (2023). Generative AI in Medicine and Healthcare: Promises, Opportunities and Challenges. *Future Internet*, 15(9), 286

צוות 2

כנס יום המלח 2024 - בריאות הנפש

הצוות הכלכלי

תוכן עניינים

90	פרק ראשון - רקע
90	מערכת בריאות הנפש בישראל
92	מערך האשפוז הפסיכיאטרי
95	מאפייני האשפוז
100	השוואה בינלאומית של מערכי אשפוז וחלופות אשפוז
101	בריטניה
104	איטליה
109	ארה"ב
111	אוסטרליה
112	יפן
113	מדינות נוספות
115	מנגנונים כלכליים של מענים אינטנסיביים בבריאות הנפש
115	מנגנוני התחשבות ותימרוץ באשפוז
115	אשפוז
118	תמריצים לעידוד רצף טיפולי
119	התמקצעות של בתי החולים בחולים עם תחלואה נפשית חמורה ומקרים משפטיים
120	חלופות לטיפול אינטנסיבי - בחינת עלות תועלת ותמריצים
123	מסקנות הצוות
124	פרק שני - קהילה
129	מסקנות הצוות
130	פרק שלישי - מדידה ומדדי איכות
130	סקירת סוגי מדדים הקיימים בעולם בבריאות הנפש
141	מדידה בבריאות הנפש
141	עקרונות למדידה אפקטיבית בבריאות הנפש
142	דילמות ושאלות לדיון
142	מסקנות הצוות
144	רשימת מקורות

פרק ראשון - רקע

מערכת בריאות הנפש בישראל

מערכת שירותי בריאות הנפש בישראל מחולקת לשלושה תחומים מרכזיים:

- ◆ המערך האמבולטורי, באחריות ביטוחית של קופות החולים ומסופק על ידי קופות החולים ועל ידי המרפאות הממשלתיות, מרפאות המופעלות על ידי בתי החולים ועמותות שונות.
- ◆ מערך האשפוז, הנמצא אף הוא בעיקר תחת אחריות ביטוחית של הקופות, למעט אוכלוסיות ספציפיות, ובכללן טיפול בתחלואה כפולה הכוללת התמכרות ומחלות נפש, או ריבוי מוגבלויות, המורכבים מהתמכרויות, מחלות נפש ומחלות פיזיות ומסופק בעיקר על ידי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. המענה ניתן במסגרת בתי חולים פסיכיאטריים או במחלקות אשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים ובבתים מאזנים;
- ◆ מערך השיקום, המצוי באחריות הביטוחית של משרד הבריאות, רובה במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה. במסגרת זו, קיימים שירותים שונים, כולל מגורים (ברמות אינטנסיביות שונות דירת לווין, שיכון במט"י (מגורים טיפוליים), הוסטלים), תעסוקה, השלמת השכלה, חברה ופנאי ועוד.

נהוג להתייחס לשלוש רפורמות מרכזיות בתחום בריאות הנפש שהתרחשו בעשורים האחרונים. רפורמות אלו, עיצבו במידה רבה את מערכת בריאות הנפש בתצורתה הנוכחית.

הרפורמה המבנית - רפורמה שהחלה בשנות ה-90 של המאה הקודמת ובמסגרתה צמצם משרד הבריאות את מספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים במדינה מ-6,789 בשנת 1995 ל-5,334 בשנת 2005 באופן הדרגתי, ובאופן חד יותר ל-3,453 מיטות בין שנת 2005 ל-2006, תוך פתיחת מסגרות מט"י במקביל לצורך מתן מענה למטופלים שנמצאים באשפוז ממושך, שעד אז אושפזו בבתי החולים. במקרים מסוימים "פתיחת" מסגרות מט"י הייתה למעשה הסבה דה-פקטו של מחלקות אשפוז קיימות. חשיבותה של הרפורמה המבנית היא בהכרה כי צריך וניתן לטפל בחלק נרחב מן המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים בקהילה ובמוסדות שיקומיים, וכי בתי החולים הפסיכיאטריים נדרשים לספק מענה לטיפול אקוטי בחולים, ולא שירותי אשפוז המשכיים, זאת כחלק מתפיסת האל-מיסוד שהחלה להיות רווחת בעשורים הקודמים לכך במדינות המערב. הרפורמה נועדה לצמצם את

תופעת המיסוד של מטופלים המגיעים למסגרת האשפוזית והופכים להיות תלויים בה להתנהלותם השוטפת.

הרפורמה השיקומית - רפורמה שעוגנה במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000, ומתווה את הטיפול השיקומי שיינתן על ידי משרד הבריאות למתמודדי נפש הזקוקים לשיקום. כיום, משרד הבריאות מספק שירותי שיקום בקהילה לכ-37,000 מתמודדים אשר להם לכל הפחות 40% נכות נפשית החיים בקהילה או במסגרות של הוסטלים. שירותי סל השיקום נחשבים למתקדמים בהשוואה בינלאומית וניתנים במגוון רחב של תחומים ובכללים: תחומי התעסוקה, הדיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, סיוע למשפחות המתמודדים, טיפולי שיניים וכן תיאום טיפול. חשיבותה של הרפורמה היא בתפיסה כי ניתן וחשוב לפעול לשיקום של מתמודדי נפש, וכן ביצירת המסגרות המתאימות לכך.

שירותי השיקום התרחבו באופן משמעותי מאז חקיקת החוק, על ידי הרחבת תכולות סל השיקום, ומיצוי זכויות גבוה יותר, הנובע ממודעות הולכת וגדלה לשירותים הללו, בעיקר במגזרים החרדי והערבי, בהם שיעורי מיצוי הסל עדיין נמוכים ביחס למגזר הכללי.

הרפורמה הביטוחית - רפורמה שהעבירה את האחריות למתן השירותים הפסיכיאטריים ממשרד הבריאות לקופות החולים, החל מיולי 2015. במועד חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, נכללו שירותי בריאות הנפש תחת התוספת השלישית לחוק, המונה את השירותים שבאחריות הביטוחית של משרד הבריאות, תוך כוונה להעבירם לתוספת השנייה, שבאחריות קופות החולים, בתוך מספר שנים. עם זאת, במסגרת "חוק ההסדרים" לשנת 1997, ההעברה נדחתה. תחת הטיפול של משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש היו מוגבלים בהיקפם, וסבלו מפערים בתפעול ובזמינות השירותים.

על מנת לפתור בעיות אלו, הוסכם עם קופות החולים בשנת 2012 על העברת שירותי בריאות הנפש לאחריותן החל משנת 2015, למעט טיפול בתחלואה כפולה, התמכרויות, שנמצא בתהליך העברה לקופות החולים בימים אלה במסגרת מבחני תמיכה לפיתוח שירותים (טרם אושרה העברת האחריות לקופות החולים במסגרת הסל), שירות לאסירים, שירות לפי "חוק שיקום נכי נפש" ו"טיפול בריאותי מקדם" לילדים המצויים על הרצף האוטיסטי בגילאי 0-7 הנמצאים במעונות יום שיקומיים או גני תקשורת. השלכות הרפורמה כללו בין היתר הוספת 61 מרפאות לבריאות הנפש בקהילה כבר ב-3 השנים הראשונות שלה, וכן גידול משמעותי במספר המטופלים במרפאות הציבוריות ובמספר המגעים הכולל.

מערך האשפוז הפסיכיאטרי

מערך האשפוז הפסיכיאטרי מורכב ברובו מבתי חולים ייעודיים לבריאות הנפש בבעלות הממשלה, ושני בתי חולים פסיכיאטרים קטנים יחסית בבעלות שירותי בריאות כללית (גהה, שלוותה) ובית חולים עצמאי אחד (הרצוג). מצב זה, כמו גם הפריסה של בתי החולים הללו, הינו תולדה של תהליכים ותפיסות עולם היסטוריות ולא של תכנון סדור של מערך האשפוז. בעת בנייתם, מרבית המרכזים הפסיכיאטרים היו בשולי הערים, בהתאם לתפיסה הרווחת בעולם בזמנו. ברבות השנים, נפתחו מספר מחלקות לטיפול פסיכיאטרי גם בבתי החולים הכלליים, אם כי מרביתן אינן מחלקות סגורות.

האשפוז במערכת הפסיכיאטרית מתחלק דה-פקטו למספר לסוגים:

- ◆ אשפוז במחלקות סגורות - מהן למטופלים אין יכולת לצאת באופן חופשי ללא אישור ייעודי וספציפי מצד הצוות המטפל באופן חופשי
- ◆ מחלקות פתוחות - מהן המטופלים יכולים לצאת ללא אישור ייעודי
- ◆ אשפוז יום - אשפוז המהווה תחנת יציאה במעבר בין בית החולים לקהילה (Half way out)
- ◆ טיפול יום - המספק פתרון לחולים עבורם הטיפול הקהילתי אינו מספק מבלי להיכנס לאשפוז מלא (Half way in).
- ◆ מחלקות הרצף - בהם נמצאים מטופלים בתנאים סגורים ועוברים לפתוחים / אשפוז יום בהתאם למצבם (ובמקומות מסוימים, גם עם רצף לקהילה)

נכון להיום, בתי החולים הפסיכיאטריים חולקים ביניהם אחריות על אשפוזים לפי אזורים גיאוגרפיים. כאשר אדם המתמודד עם מצוקה נפשית וגר באזור מסוים מגיע לאשפוז, על המרכז האחראי על אזור זה, חובה לקלוט אותו. אחריות זו, מהווה לעיתים נטל על בתי החולים הפסיכיאטריים, בעוד שמרבית בתי החולים הכלליים שמפעילים מחלקות פסיכיאטריות אינם נושאים בנטל זה, עקב נסיבות היסטוריות, אשר באות לידי ביטוי בחוזרים מטעם האגף לבריאות הנפש ומכיוון שכמעט ואין כיום מחלקות סגורות בבתי החולים הכלליים (למעט בבית החולים שיבא). יצוין כי משרד הבריאות מבצע שינויים בנושא בימים אלה, לרבות פתיחת מחלקות סגורות בבתי החולים הכלליים, במסגרת תוכנית המיטות העדכנית, וכן שינוי חוזר האזורים.

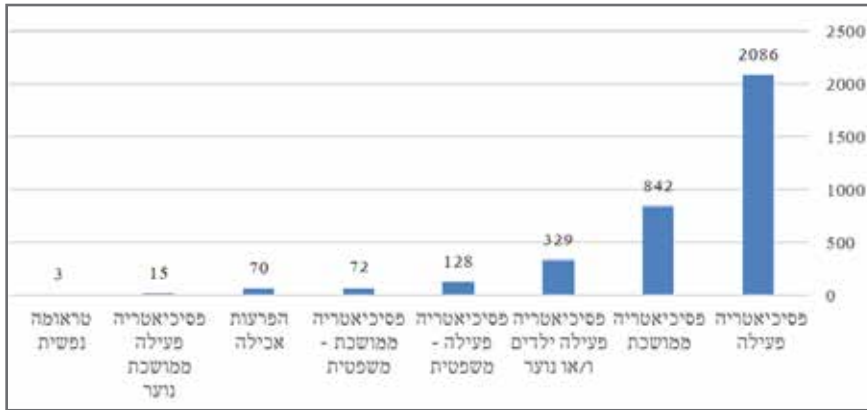
מערך האשפוז חווה מספר שינויים משמעותיים בעשורים האחרונים, ובראשם צמצום מספר מיטות האשפוז והעברת נתח משמעותי מן המטופלים למסגרות מט"ו (מגורים טיפוליים), כחלק מן הרפורמה המבנית. מסגרות אלו נועדו לטיפול במטופלים הנמצאים באשפוז ממושך, אשר לא בהכרח זקוקים עוד לטיפול אקוטי בבתי החולים הפסיכיאטרים, אך לא התאימו לשיקום בקהילה או במסגרת ההוסטלים לבריאות הנפש. בנוסף, בשנים האחרונות, נוסדו מסגרות נוספות של קהילה אקולוגית וקהילה משקמת, אשר נועדו לתת מענה נוסף על הרצף השיקומי באיכות גבוהה יותר.

נוסף על מסגרות השיקום החדשות, ישנן מסגרות חדשות, שנועדו לתת מענה לחולים בקהילה כצעד מונע אשפוז, ובהם ניתן למנות "א" "בתים מאזנים", בהם מטופלים מספר מצומצם של חולים בכל עת; ב) צוותי משבר, שנועדו לספק מענה אינטנסיבי לחולים הזקוקים לכך, כדי למנוע את אשפוזם, שמוקמים בימים אלה על ידי קופות החולים; ג) מענה של אשפוז בית פסיכיאטרי, כאשר יש מעטפת תומכת שמאפשרת זאת.

שינוי נוסף הוא הירידה הדרסטית במספר ההגבלות של מטופלים, אשר היו בעבר נפוצות יחסית. בין השנים 2015 ל-2017 ירד מספר ההגבלות בלמעלה מ-56%, ומאז המשיכה הירידה גם מעבר לכך. זאת בעקבות שילוב של עבודת הועדה להפחתת הגבלות מכאניות עם לחץ ציבורי בנושא ושינוי פרדיגמה של המטפלים.

חלוקת מיטות לתחומים

בחלוקה לסוגי מיטות, כ-60% (68% יחד עם המשפטיות) מן המיטות ברישיון, הן מיטות פעילות, המשמשות לטיפול בחולים במצב אקוטי, וכ-25% הן מיטות ממושכות (28% יחד עם המשפטיות), המשמשות לטיפול בחולים שאינם במצב אקוטי (גרף 1). יש לציין, כי החלוקה בין מיטות פעילות לאקוטיות אינה קלינית, אלא התחשבונית בעיקרה, כאשר חולה ממושך מוגדר כחולה המאושפז למעלה משנה - ומוגדר לו קוד מחיר יום אשפוז נמוך יותר מאשר חולה אקוטי.

גרף 1: פילוח מיטות פסיכיאטריות לפי סוג מיטה

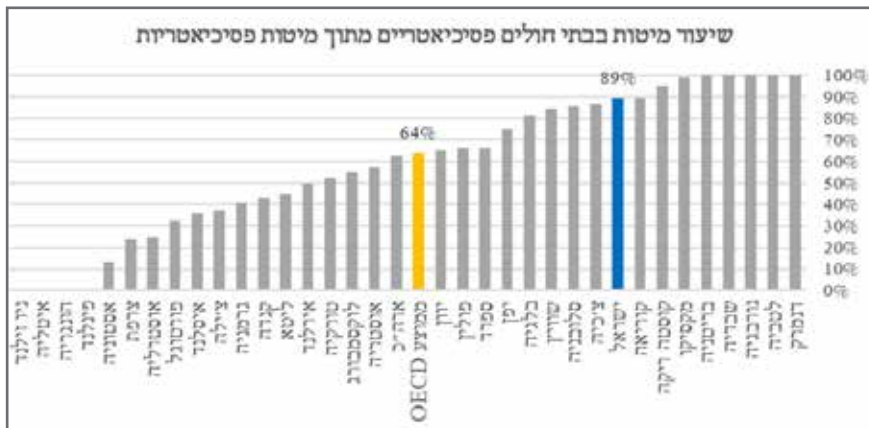
מקור: מיטות אשפוז ועמדות רישוי 2022, משרד הבריאות

חלוקה לפי בתי חולים

כפי שניתן לראות בגרף מספר 2, מרבית מיטות האשפוז הפסיכיאטריות נמצאות כיום בבתי חולים ייעודיים לבריאות הנפש (סגרגטיבים). מצב זה, הינו כאמור, תולדה של תהליכים היסטוריים ולא פרי תכנון מסודר. כיום, התפיסה הרווחת היא כי קיימים מספר יתרונות דווקא במודל בו מחלקות האשפוז הפסיכיאטריות הינן חלק מבתי החולים הכלליים, כולל הפחתת הסטיגמה הקיימת סביב הטיפול הפסיכיאטרי, מתן מענה הוליסטי לצרכים הקליניים של חולים הסובלים מתחלואה נפשית ופיזית במקביל, וכן יעילות גבוהה יותר בהפעלת המחלקות כחלק מבית חולים כללי גדול. יצוין כי ישנם גם חסרונות בהכנסת הטיפול הפסיכיאטרי לתוך בתי החולים הכלליים, בעיקר בחשש כי תהיה מדיקליזצית יתר ואיבוד החשיבה הטיפולית הדינאמית-פסיכולוגית, איבוד שטח (כיוון שרוב בתי החולים הפסיכיאטריים היום פרוסים על מאות דונמים במבנים חד-קומתיים, להבדיל מבתי החולים הכלליים) וכניסה לתוך סדרי העדיפויות של כל תחומי הרפואה - מה שיכול להביא לשיפור במצבם של בתי החולים הפסיכיאטריים, אך גם לפגיעה.

מהשוואה בינלאומית, ניתן ללמוד כי שיעור המיטות בבתי חולים סגרגטיבים בישראל, הינו גבוה ביחס למדינות אחרות בעולם:

גרף 2: שיעור מיטות בבתי חולים פסיכיאטריים מתוך מיטות פסיכיאטריות



מקור: WHO

מאפייני האשפוז

ימי אשפוז לאורך זמן

מספר ימי האשפוז הפסיכיאטריים בישראל הינו יחסית סטטי בערכים מוחלטים ונע סביב ה-1.2 מיליון ימי אשפוז בשנה, אשר מהווים ירידה בשיעור ימי האשפוז ל-1,000 נפש לאורך השנים.

גרף 3: ימי אשפוז פסיכיאטרי ושיעור ימי אשפוז ל-1,000 נפש



מקור: שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2020, משרד הבריאות¹

מגמה דומה קיימת גם בתחום אשפוזי יום, כאשר סך האשפוזים נע סביב 60,000 ימי אשפוז יום בשנה, ושיעורם ל-1,000 נפש יורד.

גרף 4: ימי אשפוז יום פסיכיאטרי ושיעור ל-1,000 נפש

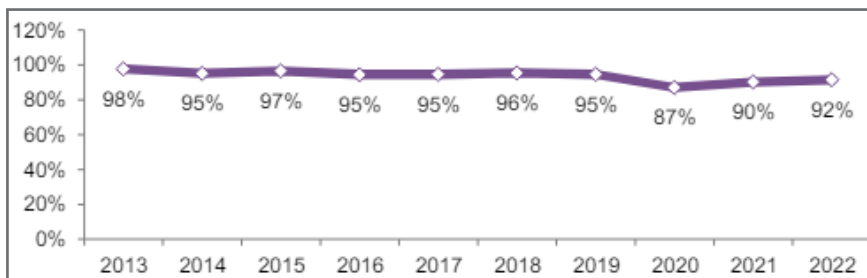


מקור: שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2020, משרד הבריאות¹

תפוסה

התפוסה בבתי החולים הפסיכיאטרים גם היא יחסית יציבה, ונעה סביב 95% תפוסה כוללת על פני כלל מחלקות בתי החולים.

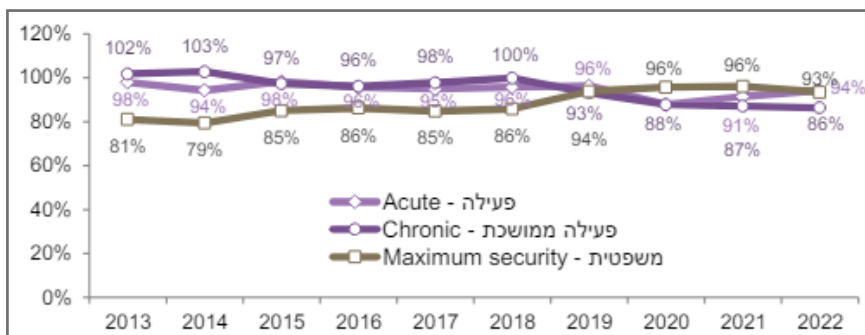
גרף 5: תפוסת מיטות במחלקות הפסיכיאטריות



מקור: שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2022, משרד הבריאות²

בחלוקה לסוגי המחלקות השונות, ניתן לראות כי המחלקות הפעילות, המהוות את מרבית מחלקות האשפוז, מתאפיינות ב-94% תפוסה, הממושכות היו בתפוסה גבוהה יותר של כ-96% וירדו לאחרונה ל-93%, ואילו המחלקות ה"מומחיות" בתפוסה מעט נמוכה יותר. יצוין כי ישנה הטיה במדידת ממוצע שיעור התפוסה הממוצעת - כיוון שהתפוסה במחלקות הסגורות גבוהה מזו הקיימת במחלקות הפתוחות, ועל כן, המחלקות המומחיות שהינם פתוחות ברובן - משקפות ממוצע תפוסה נמוך יותר, אם כי ההפרדה היא לאו דווקא בין מומחית לרגילה, אלא בין פתוחה לסגורה. באופן כללי, ניתן לראות ירידה עקבית בתפוסה במחלקות הממושכות והפעילות, לצד עלייה בשיעורי התפוסה במחלקות המשפטיות.

גרף 6: תפוסה לפי מחלקה

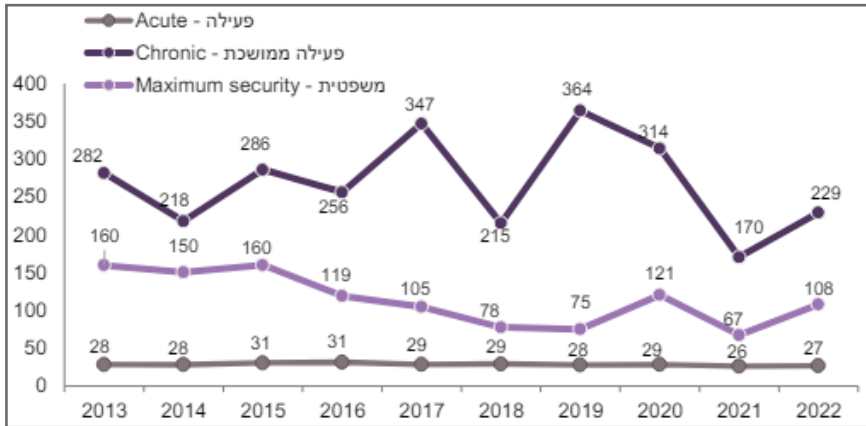


מקור: שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2022, משרד הבריאות²

משך אשפוז

משך האשפוז במערכת הפסיכיאטרית גם הוא יציב באופן יחסי, כאשר ממוצע ימי האשפוז הכולל עומד על כ-48 יום. במחלקות הפעילות, הממוצע הינו כ-27 יום. בחלוקה למחלקות אשפוז, ניתן לראות כי משכי האשפוז הארוכים ביותר, הינם במחלקות הממושכות ובמחלקות המשפטיות.

גרף 7: משך אשפוז

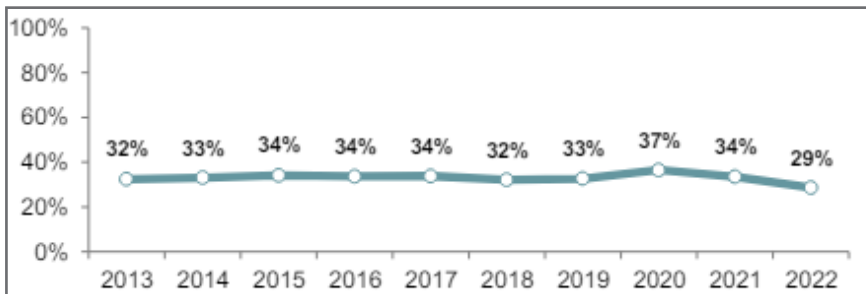


מקור: שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2022, משרד הבריאות²

פסיכיאטריה משפטית

האשפוז הפסיכיאטרי נעשה בכפייה, בהתאם לחוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, מכוחו ניתנות סמכויות לבית המשפט ולפסיכיאטר המחוזי לעשות כן. כשליש מהאשפוזים נעשים בכפייה, מתוכם מעל 80% בהוראות פסיכיאטר מחוזי, והיתר בצו בית משפט. שיעור האשפוזים בכפייה מסך האשפוזים, נותר גם הוא יציב לאורך השנים ואף ירד מעט בשנת 2022, כפי שניתן לראות מטה. יש לציין כי בתוך עשור, ירד שיעור האשפוז תחת צווי המשפט מסך האשפוזים בכמעט 50%, בעוד שיעור הוראת פסיכיאטר מחוזי נשאר יחסית סטטי. במקביל, ישנה מגמה של עליה בטיפול מרפאתי כפוי (טמ"כ).

גרף 8: אחוז קבלות לאשפוז כפוי



מקור: שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2022, משרד הבריאות²

מלחמת "חרבות ברזל"

אירועי ה-7 באוקטובר הביאו לקריסת קונספציות רבות, וביניהן התפיסה בנוגע לבריאות הנפש. בהמשך לתקיפות בישובים סביב עוטף עזה ולמוצבים, תוך ימים בודדים, מאות אלפי תושבים פונו מבתיהם ללא ציוד, ללא מסגרת או תוכנית ערוכה מראש. רובם מצאו עצמם במלונות ומתחמים אחרים. עיריות קלטו אלפי מפונים ומצאו עצמם נותנים מענה פיזי, לוגיסטי ונפשי. חלק מהותי מהמפונים, עברו חוויות מסכנות חיים ואלימות במשך שעות ומספר ימים. לחלקם, בני משפחה שנחטפו, נרצחו או נעדרו. נוצר צורך אדיר לתת מענה נפשי ופסיכו-סוציאלי לעשרות אלפי המפונים. בימים הראשונים שאחרי ה-7 באוקטובר, הורגש המחסור בגורם מארגן אחד, בזמינות מטפלים וברצף הטיפול בין גופי הטיפול השונים, מרכזי חוסן, רשויות מקומיות ורווחה, קופות החולים, עמותות ומתנדבים. על כן, בהוראת מנכ"ל משרד הבריאות, כשבוע לאחר ה-7 באוקטובר, מדינת ישראל חולקה ל-10 מחוזות בריאות נפש. בראש כל מחוז, עמד מרכז לבריאות נפש, שלקח על עצמו את הארגון והמענה לאלפי מפונים. תוך ימים בודדים, נפרסה רשת מענים מנוהלת ומפוקחת של המרכזים לבריאות הנפש. בכל מרכז נקבע מנהל לנושא ותחתיו רכזים לכל מלון. בכל מלון, יצר הרכז קשר עם גורמים שכבר היו בשטח; פיקוד העורף, רווחה, שירות פסיכולוגי חינוכי (שפ"ח), עמותות פרטיות ורכזי מרכזי החוסן. מעבר למטפלים בכל מרכז, יצאו קולות קוראים להתנדבות, וגויסו מאות מטפלים מתנדבים. נבדקו הכישורים המקצועיים של כל אחד מהמתנדבים ורישמו כמטפל מוסמך במשרד הבריאות. מטפלים שנמצאו מתאימים, נקלטו כמתנדבים ותהליך התגמול שלהם הוסדר. המטפלים עברו הכשרה ראשונית ומוסדה צורת הרישום. נערך תיאום עם גורמי קופות החולים.

כל המטפלים האלה יצאו, בתיאום המרכזים לבריאות הנפש, לקהילה ונתנו את המענה הראשוני.

בהמשך להנחיית מנכ"ל משרד הבריאות, לאחר כחודש עד חודש וחצי (תלוי באזור), הועברה האחריות חזרה לקופות החולים, בעוד מרכזי בריאות הנפש עדיין נותנים מענה נרחב גם לאוכלוסיית המפונים וגם לאלו ששבו לביתם, במקביל למרכזי החוסן, שהורחבו בצורה משמעותית. ההתמודדות של מערך בריאות הנפש עם האתגר הגדול שאיתו הביאה המלחמה הנוכחית, מעלה מספר שאלות ומסקנות. הקופות שילבו בין שירותים במתקני הקופה לבין הקמת מענה ייחודי וייעודי באזורים עם ריכוזי אוכלוסיית מפונים. בישראל, בשונה ממדינות אחרות, ההערכות לאסון צריכה להיות במוכנות תמיד. מוכנות זו, צריכה להיות מבוססת על גופים שיועיים להתרחב בעת משבר, על תקשורת בין מערכי

הטיפול השונים, וכן חלוקת אחריות ברורה בין הספקים השונים במערכת. בימי שגרה, על הקופות והמרכזים לבריאות הנפש לקיים הכשרה ותיאום מול כלל הגורמי הנושקים לתחום בריאות הנפש, קרי עיריות, רווחה, מרכזי חוסן, קופות חולים וחינוך.

השוואה בינלאומית של מערכי אשפוז וחלופות לטיפול אינטנסיבי

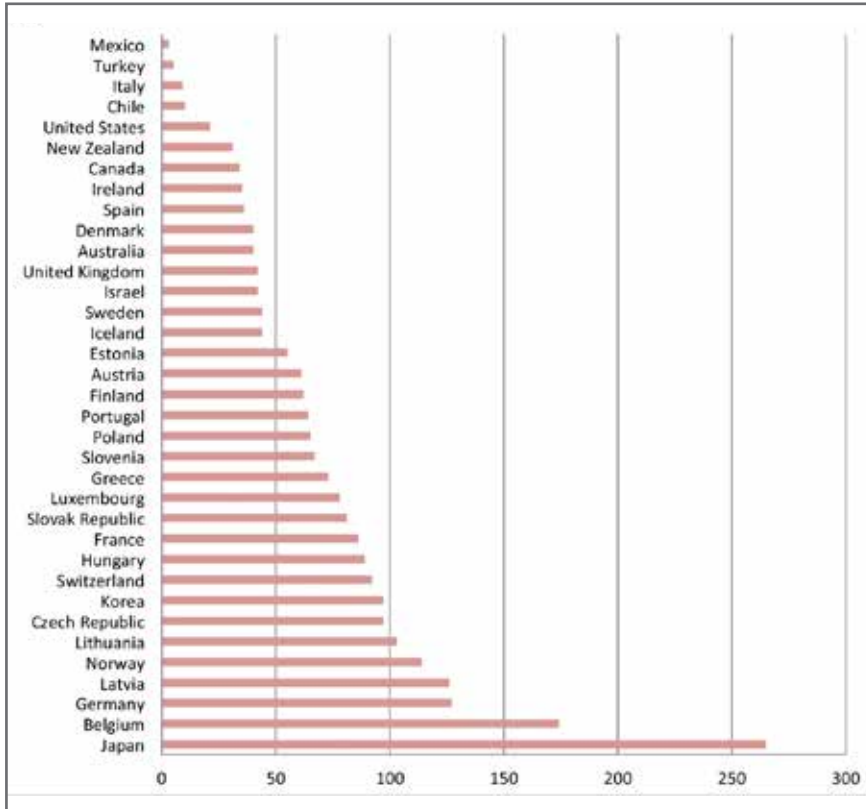
פרק זה, יציג את המגמות העולמיות במערכי האשפוז הפסיכיאטרי בעולם, תוך התמקדות בשלוש מדינות, הדומות לישראל במגמת המיטות שלה: ארה"ב, בריטניה, ואוסטרליה, לצד שתי מדינות עם מגמות קצה, השונות מאד מישראל: איטליה, שמעניינת במיוחד בשל הרפורמה שלה, בה חלה ירידה חדה במיטות האשפוז הפסיכיאטריות משנות ה-70 וסגירת כל בתי החולים הפסיכיאטריים במדינה, וסין, בה יש מגמה הפוכה של הגדלת מספר המיטות הפסיכיאטריות הכולל.

חשוב לקחת בחשבון את אופי סבסוד מערכת הבריאות בכל מדינה, האם מדובר במערכת רפואה הנשענת בעיקר על רפואה ציבורית, פרטית או משולבת.

- ◆ בישראל וסין, הרפואה היא ציבורית בעיקרה עם מעורבות פרטית מצומצמת.
- ◆ בבריטניה, אוסטרליה ואיטליה, מערכת הבריאות הינה ציבורית עם מעורבות פרטית מועטה שהולכת וגדלה בשנים האחרונות.
- ◆ בארה"ב, מערכת הבריאות הינה פרטית באופן מובהק, המשלבת תוכניות מימון ממשלתיות עבור אוכלוסיות מסוימות.

באופן כללי, מתרחש שינוי בכמות מיטות האשפוז משנת 2010 במדינות ה-OECD. גרף מספר 9, נלקח ממאמר שפורסם בשנת 2019 בעיתון *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* וסוקר את השינוי בסך מיטות האשפוז הפסיכיאטריות לאורך השנים.³ הוא מציג את הנתונים נכון לשנת 2016:

גרף 9: מספר מיטות אשפוז פסיכיאטרי בהשוואה בינלאומית



בריטניה

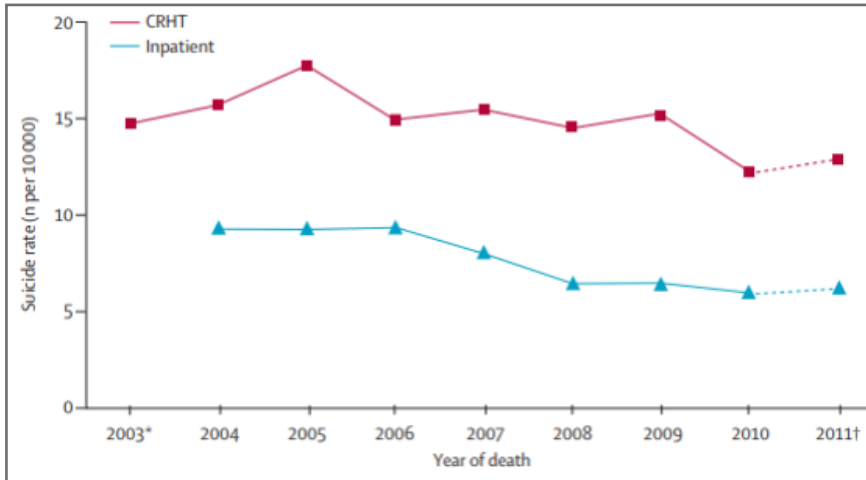
בבריטניה הייתה ירידה משמעותית במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות בבתי חולים החל משנת 1987/88. בשנות ה-80' מיטות אשפוז רבות ללקויות למידה חמורות נסגרו וכך הייתה ירידה של 73% בשנים הללו (ממספר התחלתי של 67,122 מיטות למספר של 18,171 מיטות). כותבי הדו"ח של ה-King's Fund מתארים את מגמת הירידה כהסכם ארוך טווח, על מנת להעביר נתח מטופלים מטיפול בבית החולים החוצה, לטיפול יום קהילתי.⁴ בהתאמה, הדו"ח מראה כי בשנים הללו מספר המיטות לטיפול יום, עלה ב-53.8%. מאמר נוסף מראה כי בשנים 2000-2016, חלה ירידה פי 2 בכמות האשפוזים הפסיכיאטריים, ונראה שהצליחו להשיג מטרה זו באמצעות הורדת מספר הימים הממוצע לכל אשפוז, שירד גם הוא.⁵

במקביל למגמת ירידה במספר ימי אשפוז בשני העשורים האחרונים, יש עלייה דרסטית באשפוזים במצבי חרדה או בגין הפרעות אכילה. העלייה הגבוהה ביותר במספר אשפוזים בשנים הללו, הייתה במצבי חרדה (+100.5%) והפרעות אכילה (+91.2%). לעומתן, הירידה הגדולה ביותר הייתה במצבי הפרעות התנהגות (-41.6%) ודמנציה (-36.3%). סכום לילות אשפוז ("ימי מיטה") ירד בכל ההפרעות, כשהירידה המשמעותית ביותר הייתה במצבי דמנציה (-55.8%) ודיכאון (-63.3%).⁶

בהקשר זה, מחקר של NHS Strategy Unit, שהתפרסם בנובמבר 2019, פירט את אחוז התפלגות ימי המיטה על פי כלל האבחנות הפסיכיאטריות ביחס לסך כל ימי המיטה הפסיכיאטריים.⁵ את הנתח הגדול ביותר של 38%, תופסים אשפוזים על רקע סכיזופרניה, אחריהם 25% של מכלול "סיבות אחרות", הפרעות מצב רוח (14%), הפרעות נוירוטיות או הפרעות אישיות (10%), מחלות נוירו-דגנרטיביות ודמנציה (10%), והפרעות על רקע שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים (3%). עם זאת, באותן שנים, ניתן לזהות עליה במקרי התאבדות אצל מטופלים בקהילה.

מחקר רטרוספקטיבי, שהתפרסם בשנת 2014, בעיתון *The Lancet Psychiatry*, סקר את מקרי ההתאבדות של מטופלים בקהילה, תחת אלטרנטיבות אשפוז קהילתיות של בתי משבר וטיפול בית בין השנים 2003-2011,⁷ בהשוואה למטופלים שאושפזו במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים. מטרת העל הייתה להבין, האם הירידה במספר המיטות הפסיכיאטריות והרפורמה, מועילה למטופלים המתמודדים עם אבחנה נפשית חמורה. ניתוח המידע על כל האוכלוסייה שהתאבדה (מעל גיל 18) וטופלה במרכזים אלה, נמצא כי מוצע שיעור ההתאבדויות בחלופות אשפוז (CHRT, crisis resolution home treatment) בתקופת המחקר עמד על 14.6 ל-10,000 מטופלים, לעומת שיעור של 8.8 ל-10,000 מטופלים באשפוז. מתוך המטופלים שהתאבדו וטופלו בקהילה, 44% חיו לבדם ו-49% חוו משבר משמעותי בתקופה שלפני ההתאבדות. כשליש מהם, התאבדו בטווח זמן של שלושה חודשים לאחר שחרור מאשפוז. על אף שמספר ההתאבדויות המוחלט עלה באותה תקופה תחת טיפול בחלופות אשפוז (80 בשנת 2003, לעומת 163 בשנת 2010), שיעור ההתאבדויות באוכלוסייה זו ירד (15.3 ל-10,000 נפש בשנת 2003, לעומת 12.5 ל-10,000 נפש בשנת 2011), אך שיעור ההתאבדויות במטופלים מאושפזים נותר נמוך יותר. החוקרים סבורים, כי שחרור חולים לטיפול בקהילה צריך לקבל עדיפות גבוה יותר בתחום בריאות הנפש. עבור מטופלים במצבים פגיעים יותר, שחרור לקהילה עלול לגרום דווקא להרעה במצבם.

גרף 10: שיעור התאבדויות עבור 10,000 נפש במטופלים אשר קיבלו טיפול ביתי (CRHT) ומטופלים מאושפדים (Inpatient)



מחקר נוסף של ה-NHS strategy unit, שהתפרסם בנובמבר 2019, מציע מספר דרכים להתמודדות עם הביקוש לשירותי בריאות הנפש, לצד מגבלות כוח האדם והאפקטיביות המוגבלת של אשפוז.⁵ הדרך הראשונה היא שימוש במניעה והתערבות מוקדמת על ידי העסקה של קבוצות תיווך, שיקבלו אליהם מטופלים פסיכיאטריים ויכונו אותם למוסדות רלוונטיים ולא בהכרח לאשפוז. בנוסף, שימוש ב-Mental street triage, הוכיח את עצמו במקרים פסיכיאטריים קלים. שירות זה, הוא שילוב בין עובדי בריאות הנפש למשטרה, שעוברים ברחובות ומזהים מקרים בהם אפשר לטפל ולמנוע אשפוז בטווח הרחוק. הדרך השנייה, דוגלת בניהול משברים דוגמת בתי משבר, בתי קפה לשעות משבר, clinical decision units וקבוצות טיפול ביתיות, המציעות גישה מיידית ולא פורמלית לטיפול במצבי בריאות נפש קלים. הדרך השלישית, דוגלת בניהול אופטימלי של המשאבים בבריאות הנפש, כולל: מעקב אחר מיטות האשפוז, אשפוזים ושחרורים, יוכל להביא לשיפור של ניהול ויעילות שירותי האשפוז. נקודה מעניינת נוספת היא שיפור התקשורת בין המשטרה, מערכת הבריאות ושירותי הרווחה, שיכולה למנוע מעצרים של אנשים עם הפרעה פסיכיאטרית. בנוסף, גיוס תמיכה לאחר שחרור יכולה למנוע אשפוז חוזר ולחץ על המערכת.

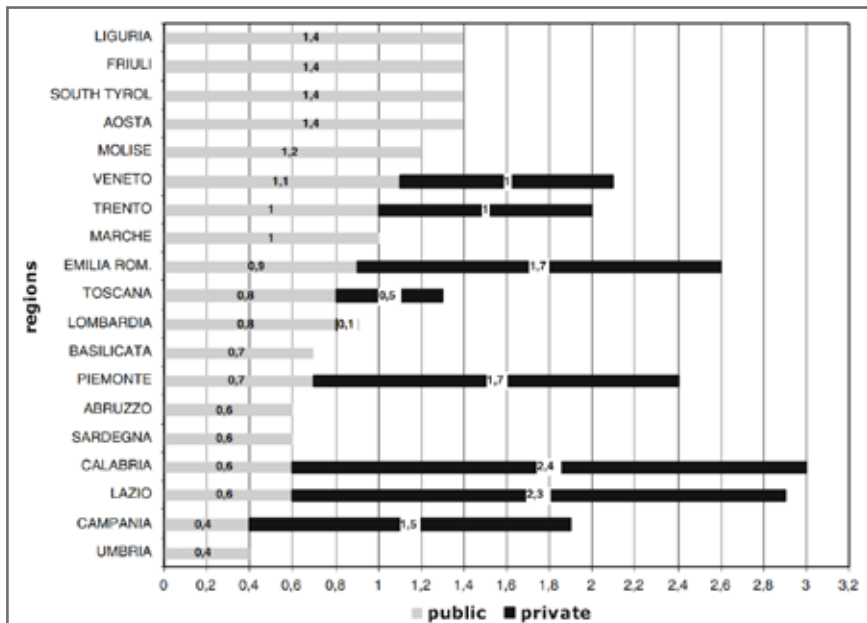
איטליה

איטליה היא המדינה שיישמה בצורה הכוללת ביותר את תהליך העברת שירותי בריאות הנפש לקהילה החל משנת ה-70' של המאה הקודמת. באופן הדרגתי, המדינה סגרה את כל בתי החולים הפסיכיאטריים שהפעילה, לצד פתיחת מחלקות פסיכיאטריות קטנות בבתי חולים כלליים, ופיתוח מרכזים קהילתיים לטיפול פסיכיאטרי.⁸ לרפורמה היו ארבע מטרות עיקריות:

1. סגירה הדרגתית של בתי חולים פסיכיאטריים ואיסור קבלות חדשות אליהם.
2. פתיחת מחלקות פסיכיאטריות קטנות בבתי חולים כלליים, עם מספר מקסימלי של 15 מיטות אשפוז בכל מחלקה כזו.
3. פיתוח מרכזים קהילתיים לטיפול פסיכיאטרי לדוגמת מעונות יום, מקלטים, ומרכזי גמילה.
4. ביקורת גדולה יותר על הליכים קריטיים כמו אשפוזים בכפייה.

איטליה הצליחה להשיג את כל המטרות שהוגדרו לרפורמה כבר בסוף שנות ה-90' של המאה הקודמת. גרף מספר 11, מציג את הנתונים שלושה עשורים לאחר מכן.

גרף 11: תמהיל מיטות האשפוז הפסיכיאטריות בשנת 2004 בחלוקה על פי אזורים במדינה



השאיפה הייתה, שהעברת הטיפול לקהילה תהיה דרך התמודדות אידיאלית עם הפרעות פסיכיאטריות. באופן כללי, נראה שאיטליה הצליחה להשיג את ארבע מטרותיה בצורה טובה. הקושי הגדול ביותר, שהרפורמה יצרה הוא צמצום מקומות ההתמחות הפוטנציאליים עבור פסיכיאטרים - בשל סגירה יחסית מהירה של בתי החולים הפסיכיאטריים, לצד עיכוב בפתיחת המוסדות החלופיים בקהילה. ניתן היה לראות שלעומת סגירת בתי החולים הפסיכיאטריים המהירה, פתיחת המחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים התפתחה לאט יותר. לכן, הרפורמה הובילה למצב בה אין התמחות פסיכיאטרית מספקת במקרים מורכבים כמו מחלות נפש פסיכו-אורגניות, הפרעות אישיות, הפרעות אישיות נלוויות, והפרעות אכילה.⁸

מאמר נוסף, שהתפרסם בשנת 2018 בעיתון *International Journal of Mental Health Systems*, משווה את איטליה לאחר הרפורמה למדינות בקבוצת (G7) *Group of 7 countries*, כלומר בעלות הכלכלה המתקדמת ביותר בין מדינות ה-OECD.⁹ טבלה מספר 1, מציגה את השוואה בין המשאבים של איטליה למדינות ה-G7:

טבלה 1: השוואה של משאבים פסיכיאטריים בשנת 2015 (צוות, תמהיל מיטות אשפוז, משאבים בטיפול קהילה) בין איטליה למדינות G7 בתקנון ל-100,000 תושבים

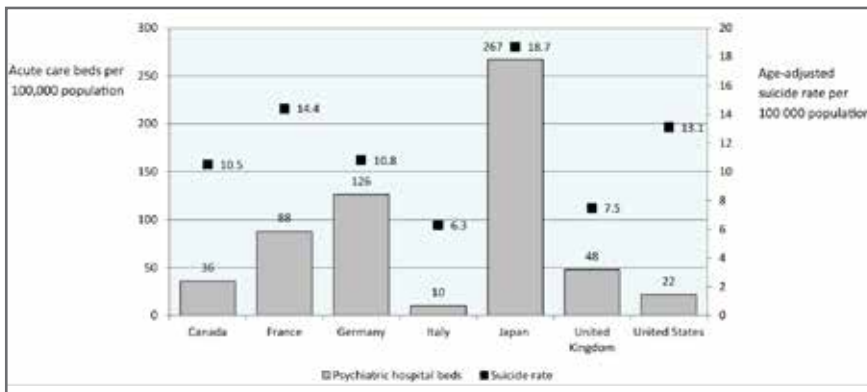
	Canada	France	Germany	Italy	Japan	UK	USA
Staff^a							
Psychiatrists working in mental health sector (per 100,000)	12.61	22.35	15.23	7.83	10.1	14.63	12.40
Nurses working in mental health sector (per 100,000)	65.0	86.21	56.06	19.28	102.55	67.35	3.07
Social workers working in mental health sector (per 100,000)	NA	3.83	NA	1.93	6.06	1.99	17.93
Psychologists working in mental health sector (per 100,000)	46.56	47.9	NA	2.58	3.99	12.83	29.03
Inpatient facilities^b							
Beds for mental health in general hospitals (per 100,000)	NA	22.72	41.08	10.95	73.12	50.63	14.36
Beds in community residential facilities (per 100,000)	NA	NA	NA	46.41	16.23	2.28	22.29
Beds in mental hospitals (per 100,000)	31.38	71.81	47.62	0	204.4	7.99	19.44
Outpatient facilities^b							
Mental health outpatient facilities (per 100,000)	NA	5.75	30.32	1.43	2.31	4.94	1.95
Day treatment facilities (per 100,000)	NA	3.50	0.61	1.34	1.05	2.88	NA
NA not available							
^a From WHO Global Health Observatory (GHO)							
^b From WHO ATLAS							

באופן כללי, ניתן לראות כי לאיטליה יש פחות משאבים של טיפול פסיכיאטרי בקהילה ממדינות ה-G7 (Outpatient facility category). נתון זה בא לידי ביטוי במיוחד בתת קטגוריה של הצוות הרפואי (staff), כשבכל המדינות יש לפחות פי 1.3 יותר פסיכיאטרים. מבחינת כמות צוות סיעודי ופסיכולוגים במחלקות, איטליה ממוקמת במקום כמעט אחרון עם 19.28 אחיות ואחים בממוצע אחרי ארה"ב עם

המספר הנמוך ביותר של 3.07, ובמקום זה לבריטניה, עם כמות הפסיכולוגים (בריטניה 1.99 ובאיטליה 1.93 פסיכולוגים). עם זאת, יש לפחות פי 2 מיטות בקהילה באיטליה ביחס למדינות שנמדדו.

למרות מספר המיטות הפסיכיאטריות לנפש באיטליה, הנמוך משמעותית ממדינות ההשוואה שלה בשל יישום הרפורמה, שיעור ההתאבדויות לנפש באיטליה הוא הנמוך ביותר מכל מדינות ההשוואה - עם שיעור התאבדות של 6.3, לעומת שיעור כמעט כפול בקנדה, ארה"ב וגרמניה, ויותר מכפול בארה"ב ויפן. עם זאת, זו סוגיה מורכבת (עם הקשר גיאוגרפי, כלכלי, חברתי ועוד). וכן יש לציין כי מעולם לא הוכח קשר ישיר בין שיעור התאבדויות למספר מיטות אשפוז, כפי שיידון בהמשך בפרק המדדים.

גרף 12: השוואה בין קצב ההתאבדויות למספר מיטות החירום הפסיכיאטריות (מנורמל ל-100,000 תושבים) באיטליה ובמדינות G7 בשנת 2015



איטליה מדגימה היטב גם את הבעייתיות במדידת שירותים פסיכיאטריים באופן השוואתי בין מדינות. מספר המיטות הפסיכיאטריות, שמוצג בדו"ח ה-OECD, לא מעריך טוב מספיק את מספר המיטות באיטליה, כיוון שלא כולל את המיטות במרכזי שיקום קהילתיים במדינה: מאמר שהתפרסם בשנת 2019 בעיתון *Community Mental Health Journal*, משווה בין מספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים באיטליה למספר המיטות הפסיכיאטריות במדינות מערביות אחרות כגון ארה"ב, בריטניה ואוסטרליה.¹⁰ מבחינת מספר המיטות ל-100,000 תושבים, בארה"ב יש 22 מיטות ל-100,000 תושבים, בקנדה 35 מיטות, ובאוסטרליה 39 מיטות. לעומתן, באיטליה יש 10 מיטות בלבד ל-100,000 תושבים. עם זאת, מדידה זו לא מתייחסת כלל להיצע השירותים בקהילה, לחלופות האשפוז, למוסדות טיפוליים המציעים מגורים כגון הוסטלים או אשפוזי יום על כל ספקטרום עצימות הטיפול. תוצאות

טובות בהשוואה בינלאומית במדדי התוצא של מערך בריאות הנפש באיטליה לדוגמה שיעורי התאבדות נמוכים, לצד שיעורי תפוסה במיטות הפסיכיאטריות באיטליה שזהים לממוצע מדינות ההשוואה.

אם איטליה יכולה לספק את אותן התוצאות עם רבע או חצי מכמות המיטות, כנראה שיש לה מודל בעל פיתוח אלטרנטיבות שהוא טוב יותר מהמדינות אליהן השוותה. לכן, החוקרים בדקו את תמהיל המיטות באיטליה בשנת 2015, על מנת לראות אילו פקטורים לא נלקחו בחשבון בהשוואה של איטליה למדינות אלו. על מנת לעשות זאת, הם השוו את השירותים בבריאות הנפש במחוז פררה (צפון איטליה), לשירותים במחוז מידלסקס ומדינות Elgin (אונטריו, קנדה). הסיבה לבחירת המקומות האלה בקנדה, היא הדמיון שלהם מבחינת גודל אוכלוסייה, בתי ספר, ערים גדולות ועוד.

טבלה 2, מציגה את הנתונים ההשוואתיים שנמצאו במספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים ובזמן שהות (Length of stay, LOS) של המאושפזים בהן:

טבלה 2: מספר מיטות, אשפוזים וזמן שהות (LOS) במחוז פררה (צפון איטליה) ובמחוז מידלסקס (אונטריו, קנדה) בחלוקה לבתי החולים באזורים השונים בשנת

2015

	Beds	Admissions/year	Average LOS	Median LOS	Range LOS
Italy					
St. Anna	15	544 (for 380 pts)	9.6	7	1–84
Delta	15	377 (for 274 pts)	13.3	11	1–78
Ontario					
LHSC	74	1655	16.8	8	1–347
PIMH	87	722	76.15	38	1–4564
STEGH	15	524	7.5	NA	1–122

טבלה 3: מספר מיטות, אשפוזים וזמן שהייה (LOS) בהם במרכזי שיקום קהילתיים באיטליה בשנת 2015

	Beds	Admissions/ year	Average	Median	Range LOS
Short-term	15	110 (for 73 pts)	48.2	30.5	1–591
Medium-term	15	122 (for 70 pts)	40.6	28.5	1–385
Long-term	35	47 (for 37 pts)	163	124	1–4069

כשמגבילים את ההשוואה למספר מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים בלבד, יש במחוז פררה 8.5 מיטות ל-100,000 תושבים בלבד. אולם, אם כוללים גם את התוכניות הקהילתיות כפי שמופיע בטבלה 2, אפשר להגיד שלאיטליה יש 27 מיטות ל-100,000 תושבים. לשם השוואה, במחוז מידלסקס באונטריו, בקנדה יש 32 מיטות ל-100,000 תושבים. באופן כללי, המסקנה היא שסך מספר המיטות הפסיכיאטריות הינו דומה, אם כוללים את מספר המיטות הפסיכיאטריות ביחידות השיקום, המוצעות במחוז פררה באיטליה. לכן, המספר המדווח באיטליה בדו"ח ה-OECD, ממעיט בערך המיטות הפסיכיאטריות הכולל באיטליה, כיוון שהרפורמה שלה, כוללת לא רק הפחתה בכמות המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים, אלא גם פיתוח מרכזים קהילתיים, שאינם נלקחו בחשבון בדיווח, וכן השקעה ממשלתית בטיפול פסיכולוגי בקהילה. נתונים אלה יכולים להסביר את התוצאות הזרות לאחר אשפוז פסיכיאטרי, לעומת מספר המיטות הפסיכיאטריות הכביכול "קטן" שמוצג באיטליה בדו"ח ה-OECD.

מאמר שהתפרסם בשנת 2018 בעיתון *International Journal of Mental Health Systems* משווה את איטליה לאחר הרפורמה למדינות ה-G7⁹ החוקרים מביעים חשש מגורמי סיכון באיטליה, כמו ירידה בכמות הצוות הרפואי ביחס לגודל אוכלוסייה, או העדר אלטרנטיבות מספיקות לאשפוז פסיכיאטרי. בנוסף, לדעת החוקרים, אין מספיק דגש על אוכלוסיות מיוחדות במדינה, למשל קשישים, מתבגרים, מהגרים, ומבקשי מקלט ופליטים ממדינות אחרות. אוכלוסיות סיכון אלה, לא נלקחות בחשבון בפיתוח פתרונות, תכנון והנגשת בריאות הנפש. בנוסף, לא יושמו במדינה תוכניות התערבות ראשוניות ומניעתיות כגון צוותי התערבות וטיפול בשלבים התחלתיים של פסיכזה. לסיכום, החוקרים טוענים כי על מנת להשלים פערים אלה, איטליה צריכה

להשתמש בנתונים האפידמיולוגים במדינה כדי לפתח פתרונות לניהול מערכת בריאות הנפש ומספר סך המיטות הפסיכיאטריות במדינה. לדעת החוקרים, איטליה צריכה לשפר את ה"אפידמיולוגיה היישומית" - מונח זה מתייחס ללקיחת נתונים אפידמיולוגיים מחקריים ויישום שלהם בהתערבויות במערכת הבריאות.

ארה"ב

גם בארה"ב הייתה ירידה כללית במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות מאז שנות ה-50.¹¹

טבלה 4: השוואה בין מספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים בארה"ב והשינוי שלו בין השנים 1955-2016

Year	State hospital bed numbers	Per 100 000 population	As a percentage of the historical peak
1955	558 922	337.0	100
2005	50 509	16.8	5.0
2010	43 318	14.1	4.2
2016	37 679	11.7	3.5

לפי הטבלה, ניתן לראות ירידה משמעותית במספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי חולים, ממספר התחלתי של 337 מיטות ל-100,000 תושבים בשנת 1955 ל-11.7 מיטות ל-100,000 תושבים בשנת 2016.

בהתאמה לנתונים אלה, פרק מספר 1 בדו"ח של איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי (American Psychiatric Association, APA), שהתפרסם במאי 2022, סיכם את מספר המיטות בארה"ב בשנות ה-50 של המאה הקודמת, בהשוואה לשנת 2014.¹² בדו"ח נראה, כי בשנות ה-50 של המאה הקודמת היו 558,922 מיטות אשפוז פסיכיאטריות. לעומת זאת, בשנת 2014 חלה ירידה חדה במספר מיטות האשפוז ל-101,351 מיטות בלבד. בנוסף, דו"ח שהתפרסם בספטמבר 2020 על ידי ה-National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), מרכז את המגמה הכללית בשינוי במספר המיטות הפסיכיאטריות, המיועדות לאשפוז בארה"ב בין השנים 1950-2020.¹³ בדו"ח מפורט, כי עד 2010 חלה ירידה של 85% במספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי חולים, כש-65% מהירידה התבצעה בין השנים 1970-1980.

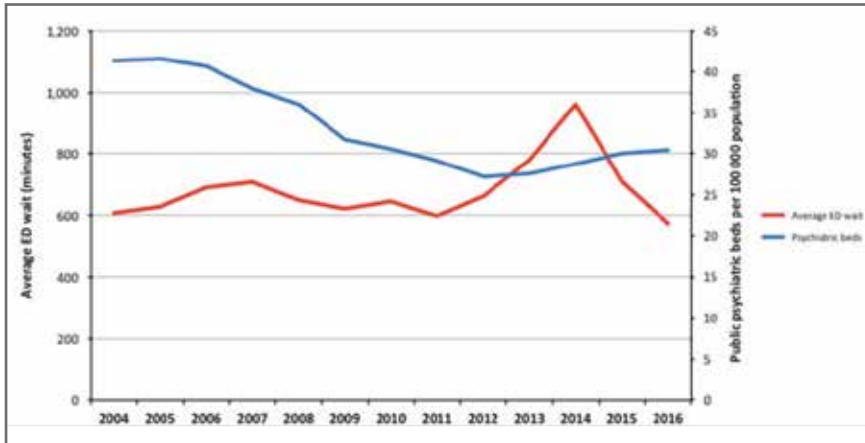
למרות הירידה הכללית במספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות בבתי החולים, ישנה עליה במגוון סוגי הטיפול והאשפוז אליהן. דו"ח ה-APA ממאי 2022, מציג את מספר מיטות האשפוז והתמהיל שלהן לאורך השנים.¹⁴ לפי הדו"ח, בשנות ה-50' כלל 558,922 מיטות האשפוז היו בבתי חולים ממשלתיים בלבד. בשנת 2014, במקביל לירידה החדה במספר מיטות האשפוז ל-101,351 בלבד (30 מיטות אשפוז פסיכיאטריות ל-100,000 תושבים), חל שינוי בתמהיל שלהן, ובכלל זה: גם מיטות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים, בתי חולים פרטיים, ומרכזים קהילתיים. יתרה מכך, נוספו עוד 41,079 מיטות להוסטלים למתמודדי נפש ו-183,534 מיטות במוסדות גריאטריים פסיכיאטרים. באופן כללי, נצפתה עליה של 17% במספר המיטות בעשור האחרון, בעיקר בבתי חולים פסיכיאטריים מדינתיים, שבהם הייתה עליה של 25% ובבתי חולים פסיכיאטריים פרטיים, שהכפילו את מספר המיטות שלהם. לעומת זאת, בבתי חולים כלליים, דווקא נראתה ירידה נוספת של 18.5% במספר המיטות. היבט נוסף שמעסיק את החוקרים, הוא עתיד מספר המיטות בארה"ב. מאמר שהתפרסם לפני שלוש שנים, המתבסס על מודל דומה, שבקליפורניה הצורך הכללי במיטות פסיכיאטריות אמור לעלות ב-1.7% עד 2026, למרות המגמה של ירידה במספרן עד 2021.¹⁴

בנוסף, תמהיל הבעלות של מיטות פסיכיאטריות בארה"ב משתנה; שיעור המיטות שמופעלות על ידי ארגון בריאות, שהוא חלק מרשת גדולה של מספר בתי חולים או מוסדות בריאות עולה, לצד ירידה של מיטות במוסדות קטנים.¹⁵ נתונים לגבי מספר מיטות לאורך השנים בבתי חולים בארה"ב, נאספו מה-Health Systems and Provider Database (HSPD). החוקרים סיווגו את הנתונים שנאספו לפי בתי חולים המכילים מחלקות אשפוז (תת-סיווג לפי פרטי או ציבורי), בתי חולים שהם חלק מרשת, ובתי חולים למטרות רווח, על פי קריטריונים מדויקים וידועים מראש. לאחר מכן, החוקרים בחנו את השינוי במספר המיטות בכל תת-קטגוריה, על מנת להעריך האם קיימת מגמה של שינוי במיטות פסיכיאטריות לפי סוג בית החולים. המחקר מדווח כי בשנים אלה, מספר המיטות הכללי בארה"ב היה יציב, אולם מערכת בריאות הנפש פתחה במגמת שינוי בהרכב מיטות פסיכיאטריות, כשהגדילה את מספר מיטות בבתי חולים, הנמצאים תחת רשתות הכוללות שני בתי חולים או יותר, ותחת ארגונים פסיכיאטריים למטרות רווח.

אוסטרליה

גם באוסטרליה, הגישה הכללית דוגלת בצמצום מספר מיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים ובמקביל, המדינה שואפת לפתח דרכים להעברת הטיפול הפסיכיאטרי לקהילה. בעוד שבשנת 2004 דווח על שיעור של 40 מיטות אשפוז פסיכיאטרי ל-100,000 תושבים, בשנים 2012-2013 מספרן ירד ל-30 מיטות ל-100,000 תושבים.¹¹ את הירידה ניתן לראות בגרף 13:

גרף 13: השוואה בין מספר המיטות הפסיכיאטריות במיון לבין ההמתנה לאשפוז באוסטרליה בין השנים 2004-2016



לירידה במספר המיטות היו השלכות שאחריהן ניתן לעקוב בצורה כמותית. בעקבות הירידה במספר המיטות, בשנת 2014 תפוסת המיטות הפסיכיאטריות במחלקות מיון (emergency departments, ED) עלתה למעל 100%, וכך עלה גם זמן ההמתנה לאשפוז בהתאמה, כפי שניתן לראות בגרף 13. בנוסף לכך, מחסור במיטות במתקני כליאה, הוביל למצב בו אסירים הועברו לבתי החולים הכלליים גם הם, והמצב יצר לחץ על המחלקות. סיבה נוספת לעומס הרב, שלא היו מספיק מיטות בקהילה במקביל לירידה במספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים, ולכן, מאושפזים במצבי ביניים, שלא מתאימים לשחרור מיידי לביתם, לא שוחררו מהמחלקות הפסיכיאטריות. כתוצאה מכך, הלחץ על המשפחות עלה, ויתכן שיש גם קשר לעליה בשיעורי ההתאבדות בקרב החולים.

עם זאת, ניכר שינוי מגמה החל מ-2014. בין השנים 2014-2015 לשנים 2018-2019, מספר המיטות הפסיכיאטריות, עלה ב-3.8% לשנה. עליה זו, מקושרת בעיקר לפתיחת מוסדות פרטיים רבים, שתרמה משמעותית לעלייה בקיבולת המיטות.¹⁶

יפן

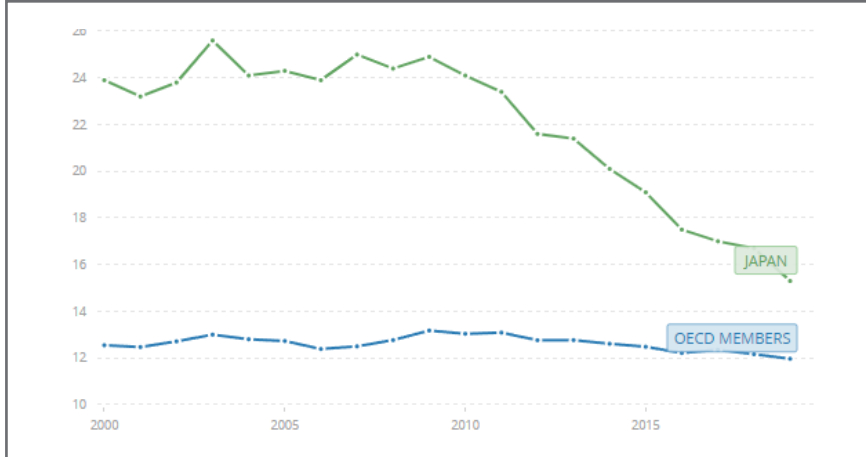
מנקודת מבט היסטורית, מערכת בריאות הנפש ביפן התמקדה בעיקר בטיפול בבית החולים. החל משנות ה-60' של המאה הקודמת, אשפוז ארוך טווח בבית חולים/מוסד, הפך לשיטת הטיפול הסטנדרטית. בניגוד למדינות כדוגמת ארה"ב, איטליה ובריטניה, שהחלו לצמצם את הטיפול בבתי החולים בשנות ה-70' של המאה הקודמת, מגמת הטיפול בבתי החולים ביפן המשיכה עד שנות ה-90', אז יפן החלה לצמצם את מספר המיטות לטיפול פסיכיאטרי. זאת, כחלק מתיקון "חוק בריאות הנפש", שנועד לבסס את הטיפול תוך שמירה על זכויות אדם, מתן דגש על אשפוז מרצון וטיפול מכוון קהילה. על פי מסמכי סקירה ונתוני ה-OECD, שיעור המיטות, שעמד על 290 מיטות ל-100,000 נפש בשנת 1993, ירד ל-258 בשנת 2021 (גרף 14). נתון זה מראה כי יפן מתקדמת, אך בקצב איטי ביחס לשאר מדינות ה-OECD.¹⁷

גרף 14: השינוי בסך המיטות הפסיכיאטריות לאורך השנים ביפן



בנוסף, שיעור ההתאבדויות ירד באופן משמעותי בין השנים 2000-2019, אך עדיין עמד על שיעור של 20.9 התאבדויות ל-100,000 תושבים בשנת 2019, גבוה ביחס לממוצע ה-OECD (שהינו 12), וביחס לישראל (5.3 התאבדויות ל-100,000 תושבים באותה השנה).¹⁸ משך האשפוז הפסיכיאטרי, אומנם ארוך באופן משמעותי ביחס לממוצע ה-OECD, שעמד על 36 ימים בממוצע בשנת 2011, אך נמצא במגמת ירידה בעשור האחרון (בממוצע 496 בשנת 1989, לעומת 298 ימים בשנת 2011).¹⁷

גרף 15: שיעור התאבדויות עבור 100,000 נפשות ביפן וממוצע OECD בין השנים 2019-2000



מדינות נוספות

סין

להבדיל מהמגמה במדינות המערב, בסין דווקא נצפתה עליה משמעותית במספר המיטות הפסיכיאטריות.¹⁹ בחלוקה למחוזות, למעט מחוז בייג'ינג, שירד בעשור זה ב-1.9% במספר המיטות, כל המחוזות עלו במספר המיטות הכולל, כשהעלייה הגדולה ביותר הייתה במחוז Guizhou, שעלה ב-30.4%. בחלוקה לאזורים כלליים, במערב סין הייתה העלייה הגבוהה ביותר של מספר מיטות (+16.6%).

אמריקה הלטינית

מחקר שהתבסס על נתונים לגבי מיטות פסיכיאטריות ושירותים פסיכיאטריים נוספים ממקורות ממשלתיים במדינות: ארגנטינה, בוליביה, ברזיל, צ'ילה, קולומביה, קוסטה ריקה, הרפובליקה הדומיניקנית, אקוודור, אל סלבדור, גואטמלה, הונדורס, מקסיקו, פנמה, פרגוואי, פרו ואורוגוואי, בחן את תמהיל המיטות הפסיכיאטריות באמריקה הלטינית בכלל, תוך התייחסות לשונות בין המדינות. החציון של מיטות פסיכיאטריות בבתי חולים פסיכיאטריים באמריקה הלטינית, ירד בשלושת העשורים האחרונים ב-42%, מכ-5.1 מיטות ל-100,000 תושבים בתחילת שנות ה-90 של המאה הקודמת, לכ-3 מיטות ל-100,000 בשנת 2020. מספר המיטות הפסיכיאטריות

בבתי חולים כלליים, ירד גם הוא ב-24%, מ-1.0 ל-0.8 מיטות ל-100,000 תושבים. חציון המיטות, במכונים לאנשים עם הפרעת התמכרות, מגורים טיפוליים וטיפול יום, עלו שלושתם, אולם המספרים עדיין נמוכים ממיטה אחת ל-100,000 תושבים בטיפולים קהילתיים אלה. חציון המיטות במתקני כליאה ומיטות אשפוז לילדים ומתבגרים לא השתנה ונשאר על 0.04 ו-0.18 מיטות ל-100,000 תושבים, בהתאמה. המסקנה הכללית של החוקרים היא, שאמריקה הלטינית נמצאת במגמת מעבר מטיפול אשפוזי לטיפול בקהילה, למרות המספרים הנמוכים של מיטות קהילתיות.

שיפור בתחום בריאות הנפש בארגנטינה: מאמר שהתפרסם בשנת 2023 בעיתון *Lancet Regional Health - Americas*, דיווח על השינוי החיובי שהמדינה עושה בתחום בריאות הנפש.²⁰ משנת 2010, ארגנטינה קידמה את צמצום האשפוז הפסיכיאטרי וחיזוק הטיפול הקהילתי, בדגש על שיתוף המטופל בתהליכי הטיפול. לטענת החוקרים, טיפול כזה מדגיש את החשיבות של גישות אינטרדיסציפלינריות בטיפול הפסיכיאטרי. נכון לעכשיו, נסגרו 18 מתוך 35 בתי חולים פסיכיאטריים ונצפתה עליה של 60% בכמות המיטות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. בנוסף, ארגנטינה העלתה את הנגישות לקבלת טיפול פסיכיאטרי והכניסה את הגישה האינטרדיסציפלינרית של טיפול בקהילה כחלק מתוכנית הלימוד במדינה. במקביל, ישנה עליה של 138% בדיוור נתמך בקהילה.

למרות ההתקדמות, ישנם קשיים ספציפיים ביישום הרפורמה בארגנטינה. ארגנטינה היא פדרציה המורכבת ממדינות נפרדות, והכותבים מזהים את הקושי העיקרי במדיניות והוא ההעברה מאסטרטגיה פדרלית לאסטרטגיה בה כל המדינות ישתתפו, כיוון שלכל אחת מהן יש אוטונומיה במערכת הבריאות שלה. בנוסף, בארגנטינה יש שוני גיאוגרפי, סוציו-דמוגרפי ותרבותי שמחייב התאמה של הפרוטוקולים לאוכלוסיות השונות.

מנגנונים כלכליים של מענים אינטנסיביים בבריאות הנפש

מנגנוני התחשבות ותמרוץ באשפוז

מהסקירה שבוצעה לגבי מספר מדינות מפותחות, נראה כי כולן נמצאות במגמה מתמשכת של העברת מרכז הכובד של הטיפול הפסיכיאטרי לקהילה, בשילוב של צמצום מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי בבתי חולים סגרגטיבים ופתיחת מגוון מענים על כל הרצף הטיפולי, מאשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים, דרך מוסדות שיקום וטיפול שכוללות מגורים, ועד טיפולים קהילתיים לאשפוזי יום והתערבות מוקדמת והוספת מרפאות בריאות נפש רב מקצועיות.

עם זאת, בדומה לתחומים אחרים במערכת הבריאות, עולה כי ניהול ההיצע אינו מספק, כלומר יש ליצור תמריצים כלכליים לכלל המעורבים במערכת; המבטח, בתי החולים, ספקי השירות בקהילה, והמטופלים ומשפחותיהם, וזאת כדי לקדם את הטיפול המיטבי תוך התייחסות לכשלים הכלכליים הקיימים בשוק הבריאות בכלל ובמערך בריאות הנפש בפרט.

מנגנון ההתחשבות הנוכחי במערך הפסיכיאטרי, נוצר עם הרפורמה הביטוחית, שיצאה לדרך ב-2015. הוא מבוסס על עקרונות דומים להתחשבות הקיימת בבתי החולים הכלליים; מערך מחירים מפוקח לאשפוז ולשירותים האמבולטורי, ומנגנון שמגדיר את כללי ההתחשבות ("קאפ") עם התאמות מסוימות ל"משק" הפסיכיאטרי.

בפרק זה, נבקש לבחון סוגיות העולות ממערכי ממנגנוני ההתחשבות השונים, והתמריצים שלדעתנו יש ליצור במערכת על מנת שתספק את השירות הטוב ביותר למטופלים.

אשפוז

כפי שצוין לעיל, שיעור התפוסה במחלקות הפסיכיאטריות בישראל לא חריגה בהשוואה למדינות דומות. עם זאת, כ-25% מהמאושפזים במחלקות, מאושפזים מעל שנה (וחלקם גם מעל 7 שנים), ורבים סבורים כי יכלו להיות מטופלים בחלופות אחרות, בין אם במגורים שיקומיים לדוגמת מט"י או קהילה משקמת, בקהילה עם תמיכה כזו או אחרת או לחלופין במסגרות אחרות שעדיין לא קמו.

כבר היום, ישנו תהליך מתמשך של הוצאת החולים שאושפזו לפרקי זמן ממושכים מבתי החולים הפסיכיאטריים. הפעימה הראשונה, שהתממשה בשנת 2023, הביאה להעברת כ-70 מטופלים מהמחלקות הממושכות ל"קהילות משקמות", ובשנת 2024 צפויה יציאה של 140 מטופלים נוספים. עם זאת, ההתחשבות הנוכחית רואה במחלקות הפסיכיאטריות גורם "אחיד", ללא שונות בדרישות בתמחור או באופי בין מחלקות אקוטיות יותר או פחות, מחלקות לאשפוז ראשון או אשפוז חוזר, ומיעוט המחלקות מתמחות באבחון כלשהו.

אחד הקשיים המרכזיים בהוצאת הממושכים מבתי החולים הפסיכיאטריים הוא פתיחת המסגרות החלופיות, בין היתר בשל תופעת (Not In My Back Yard) NIMBI, במסגרתה קיים קושי למצוא מקום או שכונה בקהילה, שמוכנים לבנות מסגרת למתמודדי נפש בקהילה. למרות קשיים אלה, כאמור הצפי הוא שכ-200 מטופלים באשפוז ממושך יצאו מבתי החולים הפסיכיאטריים למסגרות חלופיות, ובכך יוקל במידת מה על העומס הקיים בבתי החולים, ויתאפשר מיקוד הטיפול בחולים במצבים אקוטיים יותר.

בשנים 2023-2024, הוקמו שני פיילוטים למחלקות ייחודיות לאשפוז ראשוני, תוך יישום עקרונות של בית מאזן לתוך המחלקה הפסיכיאטרית הסגורה, גם באשפוזים בכפייה.

הראשון - מחלקת "עוגן" במזור, מחלקה סגורה שנפתחה באמצע שנת 2023, בדגם סוטריה (בית מאזן). המחלקה מקבלת מטופלים בכפייה ישירות מהמיון במצבים סוערים. היא משלבת טיפול קונבנציונלי (תרופתי סוציאלי, שיקומי, ריפוי בעיסוק) עם קונצפטים של "להיות עם" ו"לעשות עם", תוך שהייה במחלקה המדמה בית במראה העיצובי / ארכיטקטוני שלה, וכן מבחינת התפקיד היום יומי, עם ניסיון להשטחת היררכיה בין מטופלים לצוות. מטופלים עוברים תהליכים חיוביים של החלמה וחיבור לצוות המטפל תוך שביעות רצון גבוהה, היענות מוגברת לטיפול, הסכמה לאשפוזים בהסכמה בסיום האשפוז בכפייה וכניסה לתהליכי שיקום באחוזים גבוהים טרם השחרור. מרכיב משמעותי בצוות הוא צוות מלווים, שחלקם גם בעלי ידע מניסיון.

השני - בביה"ח כפר שאול של המרכז הירושלמי לבריאות הנפש, נפתחה באפריל 2024 יחידה ברוח סוטריה (יח"ס), עם תפוסה של עד 10 מטופלים במצב פסיכויטי (לרוב לא אשפוז ראשון), שזקוקים להשגחה ברמה של מחלקה סגורה. כמעט כל המאושפזים מתחילים את אשפוזם בכפייה, אם כי רובם נוטים לחתום על הסכמה לאשפוז תוך מספר ימים. המסגרת פועלת כקהילה טיפולית. בנוסף לצוות המקצועי,

פועל במקום צוות מלווים, שמאפשר למקום לקיים את ייעודו, קרי - טיפול במצבי נפש קשים בצורה מיטיבה, מכילה, ונטולת סטיגמה.

שתי היחידות החדשות האלה, שמשתפות פעולה ביניהן, מייצגות דגם חדש של אשפוז, שיכול להתרחב מאוד במערכת ולהחליף מחלקות קיימות, אך לשם כך יש גם להתמודד עם תפיסות מערכתיות קיימות וליצור מודל כלכלי בר-קיימא של מחלקות כאלה, בדגש על שינוי תמהיל הצוות כך שיתן מענה לשיטה הטיפולית המוצעת.

כמפורט מעלה, כיום קיימים במערך האשפוז שני סוגי מיטות עיקריים - "פעיל" ו"פעיל ממושך", ובשניהם ישנה חלוקה בין מחלקות סגורות לפתוחות. ההבדל העיקרי בין המאושפזים בשני סוגי המיטות הוא משך האשפוז שלהם (עד 365 יום, החולה נחשב באשפוז פעיל ולאחר מכן, נחשב כאשפוז ממושך פעיל) ולא בהכרח אופי המחלה, אופי התפקוד או מאפיינים קליניים אחרים של המטופל. זאת, בניגוד למצוי במערך האשפוז הכללי, בו יש הפרדה קלינית שממנה נגזרת ההתחשבות. בנוסף, בשנים האחרונות, צף ועולה הצורך בפתיחה של מחלקות ייעודיות לאוכלוסיות מיוחדות, המאופיינות בדרך כלל בהתפרצויות קשות יותר ובביטויים מגוונים או קשים יותר של מחלת הנפש. צורך זה עולה בקנה אחד עם חזון משרד הבריאות לאקוטיזציה של מערכת האשפוז הפסיכיאטרי. כמו כן, לאורך השנים, בדומה לנהוג בעולם, קיימים בעולם בריאות הנפש אשפוזים קצרי מועד אשר נותנים מענה זריז יחסית ובתשומות נמוכות.

אנו מציעים בחינה של מבנה מערך האשפוז, כך שיתן מענה הן לשונות הקלינית בין המטופלים השונים (אשר לא מתבסס בהכרח על מספר ימי האשפוז של המטופל), וזאת לצד העמקת הטיפול בחולים מורכבים וניצול מיטבי של המשאבים הקיימים. דרך אפשרית לייצר מענה זה, הינו ריבוד מחדש של מחלקות האשפוז במערך בריאות הנפש, בהתאם לנהוג בעולם:

1. מחלקות למטופלים במצבים נפשיים קלים – תוך הפנייה של מטופלים ככל הניתן למסגרות בקהילה, כגון בתים מאזנים ומסגרות לטיפול יום
2. מחלקות למטופלים בעלי פרופיל מחלה בינוני
3. מחלקות למטופלים בעלי פרופיל סוער ותפקוד נמוך ואוכלוסיות מיוחדות
4. הפרדת המערך המשפטי מהמחלקות הפסיכיאטריות הקיימות - על ידי הקמת מענים להסתכלויות בתוך מערכת המשפט וכן בהפרדת האשפוז המשפטי מהאשפוז הרגיל

ריבוד מחודש של המחלקות, לצד סגירה הכרחית של חלק נכבד מן המיטות כרוניות, עם הפניית המאושפזים לשירותים קהילתיים, כגון קהילה משקמת או שירותים נוספים שיפותחו, יאפשר התאמה של תקינת כוח אדם בין המחלקות השונות, יחד עם התאמת הסביבה הטיפולית לצרכי המטופל.

שאלות לדיון:

- ◆ האם התמריצים הקיימים, שדוחפים לתפוסות גבוהות במחלקות, מביאים לדלת מסתובבת ותמריץ גבוה מדי ל-Turnover מהיר? או לחלופין, האם בהינתן ההשקעה הראשונית הנדרשת במטופל חדש שמגיע למחלקה, האם ישנם חולים הנמצאים במחלקה לפרק זמן ארוך מדי ביחס לאפשרויות הטיפול בחוץ?
- ◆ האם ישנה השפעה של סוג המחלקה וסוג האשפוז על שיעורי הדלת המסתובבת? כיצד אשפוז בכפיה משפיע על אורך האשפוז? אילו כלים כלכליים ניתן לייצר על מנת לעודד ריבוד של מחלקות אשפוז פסיכיאטריות - לפי אינטנסיביות ולפי סוג אשפוז?

תמריצים לעידוד רצף טיפולי

כיום המערכת בנויה ממספר רבדים, כאשר התקשורת ביניהם חלקית ביותר.

רובד ראשוני, עוד לפני המפגש עם מערכת בריאות הנפש, יש מערכות רבות שעוסקות בחוסן רגשי או במענה סוציאלי, שמהווה מעין התערבות "קדם" טיפולית, לדוגמת מערכת החינוך, מערכת הרווחה, מרכזי החוסן בישוים שקרובים לגבול, מרכזים קהילתיים ברשויות המקומיות ועוד. רובד זה לא מרוכז אצל אף גורם רפואי או טיפולי.

רובד שירותי בריאות הנפש בקהילה - שמורכבים כיום בעיקר מטיפולים פסיכותרפיים וליווי פסיכו-תרפויטי ופסיכו-סוציאלי ומעקב פסיכיאטרי, אך מתרחבים גם למענים אינטנסיביים יותר, לדוגמת צוותי התערבות במשבר, קו חם עם זמינות טלפונית 24/7 של שירותי בריאות הנפש, שמוקמים בימים אלה על ידי קופות החולים, ואשפוז בית פסיכיאטרי שמופעל כיום על ידי מספר ספקים. כ-40% מהשירותים האמבולטוריים בבריאות הנפש, ניתנים נכון להיום, על ידי מרפאות החוץ של בתי החולים הפסיכיאטרים, אך כל השירותים ממומנים ומרוכזים אצל קופות החולים.

רובד האשפוז הפסיכיאטרי - ברובו בבתי החולים הפסיכיאטריים, ומיעוטו במחלקות הפסיכיאטריות בבתי חולים כלליים. רובד זה ניתן על ידי בתי החולים, וממומן על ידי קופות החולים.

בשחרור מהאשפוז (ולעיתים אף לפני) קיים מערך השיקום, שמספק סל מענים שיקומי לרבות שירותי תיאום טיפול, תעסוקה, פנאי והוסטלים. רובד זה ממומן ישירות על ידי משרד הבריאות, ומסופק על ידי ספקים פרטיים רבים ושונים.

הקשר בין הרבדים השונים קיים באופן חלקי בלבד: לא קיים תיק רפואי אחד, אין העברת מידע חלקה ובמקרים רבים קיים קושי לגשת למידע הטיפולי או הרפואי שניתן ברובד אחר.

על מנת לחזק את הרצף בין השלבים השונים, נבקש להתמקד בשני כשלים שקיימים היום: שיתוף מידע בין הגופים השונים, ובחינת האפשרות ליצירת רצף גם בצוות הרפואי המטפל בין הרבדים השונים.

שאלות לדיון:

- ◆ מנגנוני העסקת כוח האדם בתוך בית החולים ככלי ליצירת רצף טיפולי: בחינת חלוקת כוח האדם בתוך בית החולים - האם צריך להיות אותו כוח אדם? או שלא? האם ניתן לאפשר שיתופי פעולה בין מטפלי הקהילה למטפלי בתי החולים במחלקות ה"קלות" יותר? התייחסות גם לפסיכיאטר/ית המטפל/ת, וגם לצוות הפארא-רפואי והסיעודי המלווה
- ◆ מה החסמים כיום ליצירת סנכרון ושיתוף מידע מלא בין המחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים, והמרפאות לקופות החולים?
- ◆ האם שיטת ההתחשבות הנוכחית תומכת רצף?
- ◆ האם ישנם יתרונות של בתי חולים באינטגרציה אנכית ביצירת הרצף הטיפולי?

התמקצעות של בתי החולים בחולים עם תחלואה נפשית חמורה ומקרים משפטיים

גם עם המעבר של מטופלים וטיפולים רבים לקהילה, ישנה אוכלוסייה, שככל הנראה תישאר במוסדות אינטנסיביים ובבתי החולים הפסיכיאטריים. כ-30% מהאשפוזים כיום הינם בצו בית משפט, לצד כ-5% מהאשפוזים, שמורכבים מהסתכלויות פסיכיאטריות כחלק מתהליך בירור משפטי.

כחלק מהניסיון לייצר רצף טיפולי אופטימאלי, נבקש לבחון את האפשרות של חלוקה בין חולים ברמות אקוטיות שונות, שיידרשו להישאר בטיפול של בתי החולים, שיועברו למענה של קופות החולים בקהילה.

שאלות לדיון:

- ◆ מיקום הרפואה האמבולטורית - האם צריכה להיות בתוך הקמפוס ולהתמקד בחולים אקוטיים, או להישאר כמו היום בעיקר ב"קהילה" מחוץ לקמפוס של בית החולים?
- ◆ מנגנון התחשבות שמבחין בין סוגי האוכלוסיות ומייצר רצף עבור מי שכן מקבלים טיפול או שירות מבתי החולים הפסיכיאטריים - האם ניתן לייצר מנגנון BUNDLE של התחשבות בין בית החולים לקופת החולים בחולים אקוטיים, כשבית החולים לוקח אחריות מלאה על המבוטח האקוטי למשך תקופת זמן? מנגנון התחשבות לעידוד איכות טיפול והורדת העומס במחלקות - איזה מנגנון תשלום של קופות החולים בגין אשפוז פסיכיאטרי ניתן ליישם שיתמרץ את שני הצדדים לצמצום העומס במחלקות האשפוז, לצד שמירה על איכות טיפול למבוטח?

חלופות לטיפול אינטנסיבי - בחינת עלות תועלת ותמריצים

בשנים האחרונות, הוקמו יותר ויותר שירותים שתכליתם להוות תחליף לאשפוז פסיכיאטרי פעיל - בדגש על בתים מאזנים ואשפוזי בית.

אשפוז ובתים מאזנים

בשנים האחרונות, נעשתה לא מעט עבודה בבחינת שאלת היעילות הקלינית של הטיפול בבתים מאזנים, לצד בחינת עלות הפעלת מסגרות אלה, כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי. תחילה מובאת להלן סקירת ספרות קצרה של דוחות ומאמרים, שפורסמו בכתבי עת שעברו ביקורת עמיתים, המעריכים את יעילותן של חלופות לאשפוז פסיכיאטרי. שיטות ההערכה הנראות בסעיף זה, הן חלק בלתי נפרד מההערכה של מערכת בריאות הנפש מפרספקטיבה כוללת.

♦ **פיתוח חלופות לאשפוז פסיכיאטרי בבתי החולים משפר את איכות הטיפול**

של המטופלים²¹ - מחקר רטרוספקטיבי שפורסם בשנת 2017 ב-Psychiatric Services, ביקש להעריך אם פיתוח חלופות לאשפוז פסיכיאטרי מפחית טיפול באשפוז כפוי ב-399 מחלקות בצרפת.

במחקר הופקו נתונים ממסד הנתונים הפסיכיאטרי הצרפתי לגבי חולים פסיכיאטריים שאושפזו בכפייה, לפחות פעם אחת בשנת 2012, עקב הפרעות נפשיות ספציפיות. לאחר מכן, פיתוח חלופות נמדד על ידי השוואת מספר המשרות המלאות במחלקות המספקות חלופות לאשפוז מלא, עם המספר הכולל של המשרות המלאות בפסיכיאטריה בכל בית חולים. בנוסף, נלקחו בחשבון גורמי התאמה. לבסוף, נבדק הקשר בין פיתוח חלופות לאשפוז במשרה מלאה על ידי ניתוח רב-משתנים, תוך שימוש במודל לוגיסטי שכלל גם גורמים אחרים שנמצאו כמשפיעים על הקשר. כך, 105,059 מטופלים נכללו במחקר, רובם אושפזו עקב סכיזופרניה (30%) והפרעות פסיכוטיות (25%). פיתוח חלופות לאשפוז במשרה מלאה במגזר הפסיכיאטרי, נקשר באופן שלילי לכמות האשפוזים. ככל שרמת הפיתוח של חלופות עולה ב-10%, ההסתברות לאשפוז בכפייה יורדת ב-12%, מה שמעיד על שיפור באיכות הטיפול.

♦ **דיוור טיפולי נתמך המכונה Outpatient civil commitment (OCC) היא**

חלופה פחות מגבילה (LRA - Least Restrictive Alternative) לאשפוז

פסיכיאטרי²² - הסקירה פורסמה בשנת 2022 ב-Psychiatric Quarterly ובחנה מחקרים המעריכים את יעילות ה-OCC בעמידה ביעדים. כדי להעריך את יעילות ה-OCC, נבחנו 21 מחקרים כמותיים שפורסמו בין 2016 ל-2020. התוצאות הראו כי הקצאת OCC נקשרה לירידה של 33% בשיעור התמותה הכללי עקב תקיפה, הגברת הגישה לטיפול רפואי אקוטי, הפחתת סיכונים לאלימות וקורבנות, והפחתת הזמן הכולל של טיפול בהשוואה לאשפוז. בהשוואה לאשפוז כפוי, ל-OCC יש אפקט LRA עדיף בהפחתת איומים מידיים לבריאות ובטיחות. עם זאת, גם טיפול זה מפחית את יכולתו של הפרט לקבל החלטות.

♦ **הערכת פרויקט סוטריה**²³ - במאמר שפורסם בשנת 1999, תוארו שלושה

מחקרים בין השנים 1971-1983, במטרה לטפל במתמודדים עם סכיזופרניה על ידי פיתוח מערכת יחסים משמעותית בין המטופל לצוות הלא מקצועי, בנוגע לאירועים שהובילו למשבר הנפשי. כדי להעריך את פרויקט סוטריה, הם בדקו אם המטופל קיבל תרופות נויורולפטיות במעקב של שנתיים. בנוסף, הם העריכו את יכולתו של המטופל לחיות באופן עצמאי, להחזיק במשרה ולהימנע מאשפוזים

חוזרים. לבסוף, הם העריכו את הפער בעלויות בין החלופה לבין אשפוז במשרה מלאה. המאמר מסיק כי החלופות לאשפוז אקוטי פסיכיאטרי, לדוגמת פרויקט סוטריה, אפקטיביים לפחות כמו אשפוז פסיכיאטרי, ובמקרים מסוים אף יותר אפקטיביים בצמצום תסמיני פסיכזה בטווח הקצר וכן בשיקום בטווח הארוך. אפקטיביות זו הייתה ברורה יותר בקרב אוכלוסייה שלא חוו אשפוז שעלה על 30 יום. המאמר גם טוען כי בכל המקבילות לחלופות אשפוז במודל סוטריה, שנבחנו בעולם, העלות הכוללת לטיפול בחלופות שכאלה, נמוכה מעלות אשפוז במחלקות הפסיכיאטריות בבתי החולים.

◆ בעבודות שטרם פורסמו, נמצא שסוטריה מפחיתה את תופעת הדלת המסתובבת לעומת מחלקות אשפוז סטנדרטיות. כמו כן, נמצא כי יעילותה בהפחתת תסמינים זהה ליעילות אשפוז פסיכיאטרי מלא (כנ"ל טרם פורסם), וגבוהה יותר מאשפוז בית מלווה טכנולוגיה.

שאלות לדיון:

- ◆ מה החסמים לפיתוח חלופות האשפוז היום - בתי מאזנים, אשפוז בית, צוותי משבר?
- ◆ האם הם מהווים תחליף אמיתי לאשפוז? או שמרחיבים את רצף השירותים האמבולטוריים אך לא מהווים תחליף לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית?
- ◆ לאילו אוכלוסיות חלופות אלה הן הרלוונטיות ביותר?
- ◆ מה יחס עלות/תועלת של אשפוזי בית או אשפוז בבית מאזן ביחס לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית?

מסקנות הצוות

כלל חברי הצוות הסכימו כי מרכז הכובד של הטיפול בבריאות הנפש צריך להיות בקהילה. כלומר, על קופות החולים לפתח שירותים קהילתיים ענפים ככל הניתן, שכוללים מענים לחולים במצבים אינטנסיביים יותר ופחות, תוך חיזוק הרצף הטיפולי לאורך חיי המטופל.

יש הבדלים משמעותיים בטיפול באנשים עם אבחנות שונות ובדרגת חומרה ומורכבות שונות. ביחס למטופלים עם בעיות פחות מורכבות, שאמורים להיות מטופלים בעיקר בקופות החולים, סוגיית הרצף פחות רלוונטית כיוון שקופות החולים יודעות לייצר רצף זה, שכן הוא לא כולל בדרך כלל צורך באשפוז פסיכיאטרי. סוגיית הרצף רלוונטית הרבה יותר בקרב החולים עם אבחנות ובעיות מורכבות יותר - שחלקם עוברים אשפוזים חוזרים (תופעת "הדלת המסתובבת") או שמקבלים, לטובת שימור הרצף הטיפולי, שירות ממרפאות החוץ של המרכזים לבריאות הנפש. יש לעודד את קופות החולים לפתיחת מענים אינטנסיביים אשר יאפשרו יצירת רצף בין מערך האשפוז למערך הקהילה.

על כן, הומלץ כי ככלל, מרכזי בריאות הנפש יוגדרו כמומחים לטיפול בחולים המורכבים יותר, בדגש על התמחות בהפרעות ספציפיות (SMI), תחלואה כפולה וכדומה), תוך שימת דגש על יצירת רצף מענים לאוכלוסיות אלה. על מנת ליצור ריבוד זה, נדרשת הגדרה ברורה של האוכלוסייה המיוחדות וכן להגדיר את הגורם המטפל המממש את הרצף הטיפולי.

לטובת זה, יש ליצור תמריצים ברורים למרכזים הרפואיים שלא להגדיל את ימי האשפוז באופן כללי, לצד יצירת ריבוד בין סוגי המחלקות בתוך המרכזים הרפואיים - אשפוז ראשון, אוכלוסיות ממוקדות והתערבויות חדשניות. לצד כך, המרכזים הרפואיים צריכים להיות מתומצמים להמשיך ברצף טיפול אמבולטורי ושיקומי גם אחרי האשפוז, לפרק זמן מוגדר. יש לפעול לריבוד המחלקות בבתי החולים לצד פתיחת מענים ייעודיים לחולים המורכבים, כך שיאפשרו את המענה ההוליסטי לחולים המורכבים יחד התמחות ושיתופי פעולה מול הקהילה.

כהשלמה לכל הנ"ל יש צורך להסדיר את ההתחשבות ואת דרכי הפעולה של המרכזים הרפואיים ושל המערך הקהילתי הראשוני והשניוני, לריבוד המענים ואקוטיזציה של כלל השירותים, תוך שימת דגש על צמצום אשפוזים שניתנים לצמצום באמצעות מענה חלופות אשפוז ופיתוח שירותים לחולים המתמודדים עם המצבים המורכבים ביותר.

פרק שני - קהילה

כאמור, בשנת 2015, אחרי מאמצים רבים, יצאה לפועל הרפורמה השלישית בבריאות הנפש, אשר העבירה את האחריות הביטוחית על בריאות הנפש ממשד הבריאות לקופות החולים. יש הנוטים לראות במימוש הרפורמה סופו של תהליך (ואולי זה נכון במישור המשפטי/רגולטורי), אבל בפועל מדובר בתחילתו של תהליך במסגרתו האחריות המהותית (ולא רק הביטוחית) של קופות החולים על תחום בריאות הנפש, הולכת וקורמת עור וגידים. להמחשת התהליך שמתרחש, ב-2018 שיעור ההוצאה על בתי החולים, מתוך הוצאות של קופות החולים בתחום בריאות הנפש (לא כולל תרופות), עמדה על למעלה מ-80%. ב-2023, ההוצאה על בתי החולים ירדה לכדי 70%. מאז תחילת הרפורמה, נפתחו מרפאות בריאות נפש רבות בקהילה בבעלות הקופות. באופן כללי עלה שיעור מטופלי בריאות הנפש מכלל האוכלוסייה מדי שנה שעמד על 1%-2% ל-6%-8%.

קשה מאוד לאמוד באם תהליך זה היה מוצלח עד כה. מחד, החלק של האוכלוסייה שקיבלה מענה בתחום עלתה באופן משמעותי ביחס לתקופה שלפני הרפורמה. זאת על רקע גורמים שונים, ובכלל זה פעילות של משרד הבריאות, האיגודים המקצועיים ובעלי המקצוע בהפחתת הסטיגמה, שיפור הנגישות והגברת מודעת הציבור, וכן גם עליה בביקוש ובמשך ההמתנה במערכת הפרטית. מאידך, זמני ההמתנה במערכת הציבורית בשנים האחרונות הולכים ומתארכים; המתנה של למעלה משנה לטיפול פסיכותרפי, המתנה של 8 חודשים לטיפול פסיכיאטר ילדים ונוער, למעלה מ-6 חודשים להפרעות אכילה בשנת 2022. ניתן למנות מספר סיבות לזמני ההמתנה הארוכים מעבר לעליה בביקוש וביניהם פערי התגמול בין הסקטור הפרטי והציבורי וגם בין הגופים הציבוריים השונים (משרד הבטחון, ביטוח לאומי, משרד החינוך, משרד הרווחה ומשרד הבריאות), ירידה במספר המתמחים בפסיכיאטריה בבתי החולים והעובדה שבהינתן אופן ההעסקה של פסיכיאטרים בקופות החולים, לא ניתן להחיל התמחות בפסיכיאטריה עפ"י כללי המועצה המדעית גם בקהילה.

השירותים הניתנים בקהילה כוללים את הטיפול במבוגרים, פסיכוגריאטריה, ילדים ונוער, הגיל הרך, הפרעות אכילה, טראומה מינית ועוד, עם מגוון מטפלים מכלל מקצועות הטיפול (פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה וייעוץ דיאטני, טיפול בהבעה ויצירה ופסיכיאטרים). החסר המורגש ביותר הוא בתחום הילדים ונוער, ובעיקר בפסיכיאטריה של הילד והנוער (עם השפעה ישירה גם על תתי תחומים - הפרעות אכילה, הגיל הרך, אוטיזם והתמכרויות), אך גם טיפול למבוגרים מאופיין בזמני המתנה ארוכים. הקופות ובתי החולים פיתחו מסלולי שירות שנותנים מענה

ייעודי וממוקד בתחומים שונים, כדי לייצר תור דיפרנציאלי, ולאפשר להסיט מקרים שלא זקוקים לטיפול ממושך, כך שיוכלו לקבל מענה מהיר ולמנוע החמרה בעקבות המתנה ממושכת, אולם הביקוש עדיין עולה על ההיצע.

שירותי הקהילה מחולקים למרפאות רב-מקצועיות בדומה למרפאות החוץ בבתי החולים וכן לשירותי פסיכיאטרים ומטפלים עצמאיים, המקבלים בסניפים או בקליניקות שלהם, בפריסה ארצית באופן עצמאי ללא השתייכות אורגנית למרפאה.

משנת 2022, בשל בקשת משרד הבריאות ובהתאם לתקציב ייעודי שהוקצה לנושא, החלו קופות החולים להיערך גם לאספקת שירותים בתחום התמכרויות (האחריות הביטוחית מתוכננת לעבור בשנת 2026). כבר בשנת 2023, פתחו כל קופות החולים מרפאות ייעודיות בתחום, ובכלל זה מגוון שירותים רלוונטיים ומקצועות חדשים (נרקולוג, קרימינולוג).

תקופת הקורונה הייתה מורכבת מאוד עבור כלל מערכת הבריאות, במהלכה גדל גם הצורך בשירותי בריאות הנפש. בשנים 2021 - 2023, עקב ההשלכות של תקופות הבידוד והריחוק החברתי. משרד הבריאות תמך בהקמת שירות חדש למתן מענה ממוקד (3 שיחות טלפוניות) בזמינות מהירה וללא צורך בהפניה או אבחנה. השירות הנגיש את האפשרות לקבל סיוע ללא המתנה ממושכת ובאופן ממוקד להגברת התמודדות וחוסן.

אירועי ה-7 באוקטובר 2023 היו אירוע דרמטי בכל תחום שהוא, וכמובן שגם במערכת הבריאות, אך נראה שתחום בריאות הנפש הושפע באופן עוצמתי וחסר תקדים, עם השפעות לטווח הקצר וגם בעתיד. מאז, הצורך בשירותי בריאות הנפש הפך לאקוטי במיוחד, וקיים צפי לעליה ניכרת בביקוש לשירותי בריאות הנפש. כבר היום, רואים עליה משמעותית בפניה לשירותי בריאות הנפש שעומדת על למעלה מ-20% בהשוואה לתקופה מקבילה בשנה הקודמת ובחלק מהמרפאות העלייה בפניות עומדת כיום על מעל 40% (נתוני מכבי שירותי בריאות). דוגמה נוספת שממחישה את עוצמת האירועים - בפברואר 2024 נרשמה עליה של 60% באבחנות של PTSD לעומת פברואר 2024. קיימת גם עליה ברורה וחדה בפניות למרפאות ילדים ונוער בכל הארץ. שרות 3 שיחות התמיכה הטלפוניות עלה פי 10 במהלך 3 החודשים הראשונים (נתוני שירותי בריאות כללית).

דוגמה אחת שממחישה את עוצמת האירועים - בפברואר 24 נרשמה עליה של 60% באבחנות של PTSD לעומת פברואר 23. קיימת גם עליה ברורה וחדה בפניות למרפאות הילדים והנוער בכל הארץ.

יש לציין כי קופות החולים הגיבו מהר מאוד להתרחשויות והחלו בהערכות למצב החדש:

- ◆ כבר ב-7.10 בבוקר, פתחו כל קופות החולים מוקדי החירום למענה נפשי בקופה, מאויש על ידי פסיכולוגים ועובדים סוציאליים למענה מידי וממוקד. מוקדים אלה פועלים עד היום. בנוסף, כללית הקימה בינואר 2024 מוקד בריאות נפש קבוע למתן סיוע נפשי מידי וסיוע בהכוונה להמשך טיפול במידת הצורך.
- ◆ עם העברת המפונים למלונות (באילת, בים המלח, ירושלים ובשאר רחבי הארץ), גורמים מטפלים של קופות החולים הגיעו למלונות והחלו במתן מענה למפונים, לצד מתנדבים וגורמים נוספים שנרתמו לנושא. קופות החולים פעלו בתיאום מלא הן עם העיריות והן עם פיקוד העורף.
- כמו כן, הקופות הרחיבו שירותים ממוקדים ונגישים, הפיקו סרטונים ודפי מידע לקהל הרחב, לסייע בהנגשת תכנים לעזרה עצמית, בכללית נשלחו שאלוני סקר לאיתור מטופלים בסיכון וניתן מענה יזום למשיבים בסיכון.
- כשבוע לאחר ה-7.10, משרד הבריאות החליט להעביר לבתי החולים הפסיכיאטרים את ריכוז המענה הנפשי למפונים, כולל ממשק עם כלל גורמי הטיפול המעורבים. לאחר חודש ימים, האחריות הוחזרה לקופות החולים, כאשר אלה בינתיים עיבו את המערכים ופתחו מרפאות ייעודיות בחלק מהמקומות.

במקביל, החלה עבודת מטה מואצת של משרד הבריאות יחד עם קופות החולים למתן מענה לצרכים הצפויים וגובשו פתרונות הבאים:

- ◆ הוקצו משאבים כספיים משמעותיים מאוד לתחום - כ-1.4 מיליארד ₪ בשנת 2025
- ◆ הוגדרו יעדים לגיוס מאסיבי של כוח אדם
- ◆ הוסכם על שיפור תנאי ההעסקה של המקצועות השונים
- ◆ קופות החולים החלו להקים מרפאות חדשות
- ◆ בוצעו שינויים בתפיסת הפעלה במרפאות לבריאות הנפש לצורך מתן מענה למספר גדול של מטופלים (טיפולים קבוצתיים, קיצור סדרות טיפול פסיכותרפי)
- ◆ הוגדרו מקצועות תומכים (תומך חוסן, אחיות מומחיות)
- ◆ הוחל בתהליך ניתוב מדויק יותר של הפניות למתן מענה מותאם ומהיר
- ◆ ניתנו הכשרות רבות בנושא טיפול בטראומה ובטיפולים ממוקדי משבר

על אף כל האמור והמיקוד ההולך וגדל, שתחום בריאות הנפש זוכה לו, הן בהיבט התקציבי והן בהיבט הניהולי, קיימים עדיין פערים משמעותיים וסוגיות שיש לתת עליהם את הדעת.

מנגנוני העסקה: חלק ניכר מהמטפלים בתחום בריאות הנפש עובדים במספר מקומות עבודה במקביל, אם במערכת הציבורית ו/או פרטית.

הדבר מעלה מספר שאלות לדיון:

- ◆ ניתנו הכשרות רבות בנושא טיפול בטרומה ובטיפול ממוקד משבר איך מגדילים את שיעורי המשרה של המטפלים במערכת הציבורית בהינתן עדיין פערי שכר משמעותיים בין השוק הפרטי לציבורי?
- ◆ האם באמצעות מנגנוני פיקוח ישירים או עקיפים (לדוגמה ביטול החזרים) על השוק הפרטי או מתן תמריצים לעובדים שמגדילים את שיעור המשרה בשירות הציבורי?

למרות העברת האחריות הביטוחית לבריאות הנפש לקופות החולים ב-2015, לא כל אזרחי מדינת ישראל חוסים תחת גורמים אלו. אגף שיקום נכים (אגף השיקום) במשרד הביטחון (משהב"ט), מופקד על הטיפול בנכי צה"ל וכוחות הביטחון (נכי צה"ל), על שיקומם ועל שילובם באופן מיטבי בחברה, כמוגדר בחוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט-1959. אוכלוסייה נוספת היא נפגעי פעולות האיבה, שמעמדם הוסדר בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, תש"ל-1970, שמקבלים את השירות מהביטוח הלאומי. יצוין שהחרגת נכי צה"ל, כוחות הביטחון ונפגעי פעולות האיבה מההסדרים הרגילים אינה ייחודית לבריאות הנפש והינה קיימת גם בשאר השירותים הרפואיים.

- ◆ מהם ההשלכות והאתגרים שנוצרים כתוצאה מפיצול זה?
- ◆ מה עושה לשוק התחרות על אותם המשאבים בין משהב"ט, ביטוח לאומי והקופות בבריאות הנפש?
- ◆ האם יש לשקול לאחד את השירות של אוכלוסיות אלו עם כלל האוכלוסייה?

מידע רפואי: כפי שכבר צוין, המטופלים עשויים לקבל טיפול במסגרות השונות - רווחה, חינוך, בריאות, ביטוח לאומי ומשהב"ט. מעבר לכך שהדבר מייצר כפילות בטיפולים, המצב הקיים עלול לגרום לפערים מקצועיים של ממש - החל מהיעדר מידע הנוגע לטיפולים תרופתיים היכולים להיות מנוגדים או כפולים דרך חוסר יישום המלצות (ואף המלצות סותרות) וכלה בהיעדר בסיס אחיד למתן טיפול.

◆ איך ניתן לשפר את זרימת המידע במערכת בריאות הנפש, בדגש על בסיס מידע אחד שימש את כלל המטפלים?

אשפוז מול שיקום: מאז הרפורמה הביטוחית, שירותי בריאות הנפש מחולקים בעיקרם בין קופות החולים, האחראיות על האשפוז והשירותים האמבולטוריים, לבין המדינה האחראית על סל השיקום. נושא זה הוחרג בזמנו בכוננת מכוון מהרפורמה. כיום, 9 שנים אחרי הרפורמה ראוי לבחון שוב את ההחלטה.

◆ מהן ההשלכות הנובעות מפיצול זה? מהם האתגרים בתמריצים ובהתחשבות הנובעים מהפיצול?

◆ האם המשאבים בין טיפול לשיקום מחולקים באופן מאוזן?

◆ באיזה מידה פתיחת קהילות משקמות נותנות מענה לבעיות הקיימות בתחום?

◆ יש כיום מחסור במענה למטופלים כרוניים, במסגרת מגורים טיפוליים או קהילות משקמות, והעומס משפיע על תפיסת מיטות אשפוז כחלופת דויר.

◆ האם ניתן להעביר לקופות החולים את מלוא האחריות על סל השיקום על מנת ליצור רצף טיפולי?

יעילות המערכת: ישנן מספר סוגיות, חלקן מהותיות וחלקן לכאורה טכניות, אבל מתן מענה עליהן צפוי לשפר את יעילות המערכת ומתן מענה באופן מיטבי:

◆ סדרות טיפול: אין הגדרה מסודרת לצמצום מספר הטיפולים בקיומה של אבחנה מזכה - בפועל יכול אדם, שיש לו אבחנה בבריאות הנפש, לקבל מספר רב של טיפולים ללא הגבלה חוקית ולגרום לחסר בשירות הנדרש. האם הגיעה העת להגדיר באופן ברור יותר את הזכאויות?

◆ יתרון יחסי: הגם בהינתן האחריות הביטוחית הינה על קופות החולים, בחלק מהשירותים עולה שאלה מי הגורם שהכי יעיל שיספק את השירות במקרים השונים? האם נכון לבצע חלוקה סדורה של מטופלים בין בתי החולים והקהילה על פי היכולת של המוסד לתת את השירות בכל מגוון האספקטים (לדוגמה טיפולים מרפאתיים כפויים)? הנגשת מענה חינוכי למטופלים: יש לבחון הגבלת היקף השימוש של הקופות ברכש שרותי מסלול מטפלים עצמאיים בהשתתפות עצמית לים בתשלום מסובסד, כדי לשמור על היקף מענה ציבורי נגיש (על ידי תמרוץ, שיעור מינימום של מענה ללא עצמאיים וכדומה)

◆ מאושפזים בצו אשפוז: האשפוז משולם על ידי המבטח ולא על ידי המדינה. מדובר בנתח כלכלי לא מבוטל שהקופה נושאת בו וניתן היה להפנות משאבים

אלה לפיתוח שירותים נוספים.

♦ התמחות בקהילה: האם הגיעה העת לשינוי כללי ההתמחות של המועצה המדעית על מנת לאפשר התמחויות גם בקהילה?

סוגיה נוספת שנבקש להפנות אליה את תשומת הלב, היא היכולת של המערכת להתמודד עם אירועי חירום. ניתוח ראשוני של התמודדות המערכת עם אירועי ה-7 באוקטובר, מלמד כי על אף ההתגייסות המרשימה של מטפלים ומערך בריאות הנפש, המערכת אינה ערוכה באופן מיטבי וסדור לאירועי חירום. נראה כי יש לשפר את הממשק בין מערכת הבריאות ובין הרשויות המקומיות בתחום בריאות הנפש, באמצעות מרכזי חוסן ומנגנונים אחרים שיש להגדיר ולהקים. האם נכון להקים מרכזי חוסן נוספים, להרחיב קיימים ובאם נכון שהם יעברו לאחריות קופות החולים? יש לציין כי מרכזי חוסן נותנים מענה קהילתי, שאינו רלוונטי לפעילות הקופות, וייתכן שהקופות יכולות לרכוש חלק מהשירותים הרלוונטיים.

סוגיה נוספת שעולה שוב, נוגעת להעדר שירות "מד"א נפשי" שיכול לתת מענה במקרי חירום ובמקרים אקוטיים בשגרה. האם נכון להקים מנגנון כאמור ובאם יש לבצע זאת כפרויקט לאומי או ברמת קופת חולים?

מסקנות הצוות

כלל חברי הצוות הסכימו כי רצף המידע מהווה מרכיב קריטי ביצירת מענים רלוונטיים בבריאות הנפש, במיוחד בימים אלה בהם יש ריבוי מבטחים בתחום (קופות החולים, משרד הביטחון וביטוח לאומי), ועל כן, יש לפעול באופן מידי לשיפור העברת המידע. בכלל זאת, יש לפעול באופן כולל להסרת חסמים על מידע שניתן לשתף בין מבטחים, וכן בין ספקים שונים למבטחים.

נוסף על כך, הצוות הסכים כי יש לפעול למניעת תחרות על שכר של מטפלים בין גופים ציבוריים שונים, תוך מיקוד בשלב הראשון במערכת היחסים שבין קופות החולים, ביטוח לאומי ומשרד הביטחון, שמבטחים היום אוכלוסיות שונות בבריאות הנפש, ובפעול מתחרים אחד בשני בצורך לייצר זמינות ולגייס כוח אדם. דוגמה שעלתה הינה הטיפול הפסיכותרפיים במרכזי החוסן, שמתחרים כיום בקופות החולים. הוצע לייצר מנגנון בו טיפולים במרכזי החוסן יבוצעו באמצעות הפניה של קופת החולים. דוגמה נוספת הינה הטיפול הפסיכותרפיים שמשרד הביטחון מספק לזכאים. הוצע כי קופות החולים יפעלו כספק של משרד הביטחון בתחום זה, על מנת לצמצם את התחרות על כוח האדם. זאת, יחד עם יצירת תעדוף לפי מצב רפואי.

פרק שלישי - מדידה ומדדי איכות

כל הסדר כלכלי, שיוטמע במערך בריאות הנפש בישראל, יידרש לא רק להסדרת התמריצים של השחקנים השונים במערכת הבריאות ומחוצה לה, אלא גם לשאיפה תמידית למיקסום איכות הטיפול ולשיפור חווית המטופל ואיכות השירות הניתנים לו לאורך כל הרצף הטיפולי.

מדידת איכות במערכת הבריאות הכללית אינה סוגיה פשוטה, קל וחומר מדידה במערך בריאות הנפש או באשפוז פסיכיאטרי. על כן, בפרק זה נסקור תחילה את המדידה הקיימת בארץ לשירותי בריאות הנפש בקהילה, באשפוז, בחלופות האשפוז ובשיקום. בהמשך, נסקור מדדים שונים הקיימים בתחום במדינות שונות, ונתמקד בעקרונות המרכזיים למדידה אפקטיבית במערכת הבריאות בכלל ובבריאות הנפש בפרט. לבסוף, מובאות דילמות ושאלות לדיון שדורשות הכרעה כדי ליצור מדידה אפקטיבית ויעילה במערך בריאות הנפש בארץ. יודגש כי מטרת המדידה היא יצירת שינוי במציאות והכוונת המערכת לשיפור הטיפול ולמימוש יעדי איכות או תהליך רצויים במערכת (לדוגמה יצירת רצף טיפולי, עידוד פעילות מניעתית, מניעת אלימות). לכן, יש צורך במדדים פרקטיים, ישימים למדידה, ובעיקר שמכוונים את השחקנים השונים במערך בריאות הנפש לפעולה שתביא לשיפור השירות למטופל.

סקירת סוגי מדדים הקיימים בעולם בבריאות הנפש

אתגר מרכזי בתחום בריאות הנפש, הוא להעריך כראוי ובמדויק את איכות הטיפול ואת יעילות השירות. שירותי בריאות הנפש, לרבות אשפוזים פסיכיאטריים, שונים מטיפול רפואי כללי ומאשפוזים במספר היבטים מרכזיים, ולכן מחייבים יצירת מערך מדדים מותאם למערך בריאות הנפש, לעיתים שונים מהמדדים הקיימים במערכת האשפוז הכללית והבריאות בכלל. לדוגמה, משך השהייה בטיפול פסיכיאטרי משתנה בהתאם לחומרת המצב, לתגובה לטיפול ולזמינות התמיכה לאחר השחרור. בנוסף, בטיפול פסיכיאטרי יש לעתים קרובות שיעורי אשפוז חוזר גבוהים יותר מאשר ברפואה הכללית, המושפעים מהאופי הכרוני של הפרעות נפשיות מסוימות, וגורמים כמו משאבים מוגבלים בקהילה וטיפול המשך. הבדלים אלו, מחייבים כלי הערכה ייעודיים המיועדים לתחום בריאות הנפש. בנוסף לנחיצותם למדידת איכות הטיפול, כלים אלו משמעותיים גם להערכת ביצועיהם ומצוינותם של מתקני בריאות הנפש. כלים אלו יכולים לסייע למשרדי הממשלה לפתח מנגנוני התחשבות מדויקים ויעילים יותר עבור מערך בריאות הנפש - הן מצד המבטחים והן מצד הספקים.

סקירת הספרות מטה, מעלה כי למדדי ביצוע של מערכת בריאות הנפש חסרים תקנים אוניברסליים או מקובלים ברמה הבינלאומית. מדינות שונות אימצו את מדדי ה-BSC (Balanced scorecard) הנפוצים יותר בעולם העסקי, בעיקר תוך שימת דגש על מדדי איכות הטיפול על פני מדדים שונים כמו שביעות רצון או מעורבות של מטופלים.

מחקרי שיטת דלפי, אוספים קונצנזוס מפאנל של מומחים ומדגישים מדדים מרכזיים, כגון יעילות הטיפול, אך מוגבלים על ידי התמקדות אזורית ומספר מוגבל של משתתפים (בעלי עניין). בהיעדר תקני מדידה אוניברסליים בטיפול בבריאות הנפש, קיים צורך ביצירת מערך כלי מדידה אפקטיביים ונוחים לאיסוף, המותאמים לצרכים ולמטרות הספציפיים של כל מערכת בריאות הנפש.

לצורך המשך הדיון על המדדים האפקטיביים והמתאימים ביותר למערך בריאות הנפש בארץ, תחילה נסקור אילו כלי הערכה לבריאות הנפש קיימים בעולם. המאמרים השונים בנושא משתמשים בשלושה מושגי מדידה:

- ◆ **Key Performance Indicators (KPI):** אמצעים לשיפור תהליכי בריאות כדי לשפר את שביעות הרצון של מטופלים וספקים. מתקני טיפול משתמשים בהם לבחינת ביצועיהם ולזיהוי תחומים לשיפור.
- ◆ **Balanced Scorecard (BSC):** כלי אסטרטגי המשמש לניטור מדדי ביצוע התואמים את המטרות האסטרטגיות של ארגון. הוא משמש כשיטה להערכת ביצועים, להערכת האסטרטגיה ולהקלת התקשורת.
- ◆ **Adjusted Odds Ratio (AOR):** יחס ההסתברויות בין אירועים המתרחשים בקבוצת טיפול, לבין אירועים המתרחשים בקבוצת ביקורת, תוך התחשבות במשתנים מנבאים אחרים המעורבים במודל. כתוצאה מכך, ניתן להבין טוב יותר כיצד משתנים מנבאים משפיעים על הסבירות להתרחשות אירוע לאחר התאמה להשפעות של משתנים מנבאים אחרים.

מהסקירה עולה, כי המדדים בבריאות הנפש נותנים עדיפות בעיקר לאיכות הטיפול, בעוד ההיבטים הפיננסיים ושביעות רצון הלקוחות מודגשים פחות, מה שמצביע על צורך בגישות מקיפות יותר לניהול ביצועים בעתיד. במאמר משנת 2023,²⁴ שפורסם בכתב העת *Journal of Behavioral Health Services and Research*, החוקרים בדקו את ניהול הביצועים בשירותי בריאות הנפש באמצעות BSCs. מחקר מקיף זה, כלל שני חלקים: סקירת עמיתים של מאמרים

בכתבי עת מהשנים 2009-2019 ובחינת "ספרות אפורה", כולל דוחות תעשייתיים ונתונים ציבוריים. המאמר זיהה BSCs²⁴ ייחודיים בחמש מדינות (ארצות הברית, קנדה, בריטניה, ניו זילנד וסינגפור), שכללו 434 מדדים ב-11 קטגוריות נפרדות, עם הנפוצות ביותר עד הפחות נפוצות כדלקמן: שירותים שסופקו (66 מדדים), מוטיבציה של הצוות (50), עלויות והכנסות (44), נגישות (43), רמות איוש (37), תוצאות קליניות (39), פיתוח (32), ממשל וניהול (25), שביעות רצון לקוחות (28) ומעורבות לקוחות (10).

המאמר מציג פירוט מעניין של המדדים המשמשים מוסדות אלה. מדדים ספציפיים לשירותי הבריאות הם הנפוצים ביותר, המהווים 50.9% מהסך הכולל. מדדים אלה, הכוללים היבטים קריטיים כמו אחוז האוכלוסייה המקבלת טיפול מסוים, קבלת טיפול בקהילה טרם קבלה בבית החולים, זמינות אלטרנטיבות בקהילה ועוד.

סקירה נוספת משנת 2012, בחנה 1,490 מדדי ביצוע (KPI), הנמדדים במערכות בריאות הנפש בעולם ב-106 מחקרים. נמצא כי 40% ממדדי הביצוע עוסקים באיכות הטיפול על בסיס תוצאות הטיפול, אולם היתר, 60% מהמדדים אינם עקביים ומשתנים בין מדינות.²⁵ בשונות גבוהה מאד ולא מתמקדים בתחום מסוים. מרבית המדדים, מתבססים על נתונים מנהליים שנאספים בכל מקרה, ומדינות רבות העידו על חשיבות הפשטות באיסוף הנתונים.

לעומת זאת, מדדים הקשורים להיבטים פיננסיים ולאיכות והכשרת הצוות, למרות שהם קריטיים לניהול אסטרטגי ויעילות תפעולית, מהווים חלק קטן עד כדי זניח מסך האינדיקטורים שזוהו. בפרט, מדדי שביעות רצון לקוחות, למרות החשיבות המוכרת והמודעות הגוברת, מהווים רק 6.4% מהסך הכולל. פילוח זה, מעיד על מתן עדיפות למדדים ספציפיים לשירות, על פני אלה הקשורים להתחשבות או שביעות רצון במדדים, המשמשים את גופי הבריאות שנותחו במחקר זה. בנוסף, השימוש במדדי שביעות רצון פנימיים של מטופלים בשירותי בריאות הנפש מאתגר בשל אופיים הסובייקטיבי והקושי להגיע לסטנדרטיזציה שלהם, מה שעלול להשפיע על אמינותם והשוואתם של מדדים אלה.

להלן מובאות מספר דוגמאות למערכי מדדים שנמצאים בשימוש של ארגוני בריאות שונים בעולם:

1. אינדיקטורים למדידת מערכת בריאות הנפש לילדים ונוער באונטריו קנדה²⁶ - מדדים אלה מהווים כלי למדידת איכות, אך גם לניהול האדמיניסטרטיבי השוטף

של המערכת. המדדים כוללים 6 קטגוריות: שכיחות אבחנות, שימוש במערכת, תוצאים, נגישות לשירות, איכות השירות וזיהוי מוקדם.

טבלה 5: אינדיקטורים למדידת בריאות הנפש בקנדה

Contextual indicators
<p>Domain: Known prevalence</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevalence of self-reported mental illness and substance use for youth Treated prevalence of schizophrenia in children and youth Prevalence of neonatal abstinence syndrome Annualized prevalence of students identified with autism spectrum disorder Annualized prevalence of students identified with behavioural issues Annualized prevalence of students identified with a learning disability <p>Domain: System use</p> <ul style="list-style-type: none"> Physicians' full-time equivalent allocation to mental healthcare for children and youth Rate at which children and youth were seen by a psychiatrist Rate of telepsychiatry consultations for children and youth in Ontario Rate of outpatient visits related to mental health and addictions for children and youth Rate at which children and youth were treated for alcohol and drug problems Rate at which children and youth were admitted for treatment of eating disorders Number of funded applications for out-of-country treatment of eating disorders for children and youth Median length of stay for psychiatric hospitalizations of children and youth <p>Domain: Outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> Annualized prevalence of K-12 students suspended from school Rate of death by suicide for children and youth Rate of emergency department visits for deliberate self-harm in children and youth Rate of emergency department visits related to mental health and addictions for children and youth Rate of hospital admissions related to mental health and addictions for children and youth

Mental health and addictions system performance indicators
<p>Domain: Access</p> <ul style="list-style-type: none"> Wait time to first use of mental health specialist service from last referring physician visit for children and youth <p>Domain: Quality</p> <ul style="list-style-type: none"> Rate of acute care revisits following an incident emergency department visit related to mental health and addictions for children and youth Rate of acute care revisits following an incident hospital admission related to mental health and addictions for children and youth <p>Domain: Early identification</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion of youth in provincial correctional centres using mental health and addictions services Rate of emergency department visits as first contact for mental health and addictions for children and youth Rate of hospital admission as first contact for mental health and addictions for children and youth

2. מדידת איכות הטיפול בהתמכרויות, קנדה²⁷ - המדינה יצרה מערך מדדי BSC לכל משק הטיפול בבריאות הנפש. המדדים כוללים: מורכבות לקוחות, תוצאים, בטיחות, נגישות, בטיחות צוות, משאבי אנוש וביצועים פיננסיים.

טבלה 6: מדדי איכות הטיפול בהתמכרויות, קנדה

Domain	Indicator	Definition	Description		
				Frequency	Data Source
Client Compliance	# of Reasons for Admission	% of clients admitted with more than one reason for admission	People admitted to an inpatient bed often present with serious and complex mental illness. They may be admitted for a number of reasons and have multiple mental health conditions at the time of admission. This indicator is a way to look at the complexity of illness at the time of admission without relying on a diagnosis, which may not yet have been made. Possible reasons for admission include inability to care for oneself, risk of harm to self or others, and various specific symptoms.	Quarterly	CIH, RAI-MH
	# of Psychiatric Diagnoses	% of clients with more than one psychiatric diagnosis at discharge	The percent of individuals with more than one type of mental health diagnosis is a reflection of the complexity of the population served, the treatment required and the resources used in providing care. This measure uses diagnoses at discharge, when diagnostic information is likely to be more accurate and reliable than at the time of admission.	Quarterly	CIH, RAI-MH
	# of Medical Diagnoses	% of clients with more than one medical diagnosis at discharge	Mental health inpatients can often have medical conditions that also need to be treated. Providing effective care for both physical and mental health conditions can be challenging, particularly where there is a risk of interaction among multiple medications. Clients with both medical and mental health diagnoses can present higher levels of complexity.	Quarterly	CIH, RAI-MH
Client Outcomes	Self Care Index	% of clients with an improvement in the self care index score from admission to discharge	The Self-Care Index (SCI) reflects a person's risk of inability to care for self due to mental health symptoms. It is calculated using factors such as daily decision making, insight into one's own mental health, decreased energy, abnormal thought process, and expression (i.e. - making self understood). This indicator shows the percentage of clients with improved SCI scores between admission and discharge, indicating an improved ability to care for oneself.	Quarterly	CIH, RAI-MH
	Overall Change in Care Needs	% of clients with reported improvement or marked improvement at discharge	This indicator is intended to evaluate the person's overall change in clinical status as compared with 30 days ago or since admission. It is the percent of observed improvement or marked improvement in symptom frequency and intensity and is a key element in assessing the client's discharge potential.	Quarterly	CIH, RAI-MH
	Readmission Rate	% of clients re-admitted to any facility within 30 days of discharge (reported one quarter behind)	Readmission within 30 days of discharge is an important quality indicator for all hospitals, as a high readmission rate may indicate that patients have been discharged too quickly and/or without adequate support. This is true for psychiatric patients as well. For mental health facilities, this indicator can help an organization monitor its discharge practices, and can also indicate where and what type of services may be most urgently needed to support clients in their recovery.	Quarterly	CIH, RAI-MH
	Client Experience Inpt Survey	% of positive responses to the question 31, "I think the services provided here are of high quality"	This indicator focuses on client perceptions of the quality of care provided by the hospital, as measured by the Ontario Perception of Care (OPOC) Survey. Inpatient and outpatient results are reported separately, because the nature of the services is different. The survey is done annually and results are reported once a year.	Annual*	Internal Database
	Client Experience Outpt Survey	% of positive responses to the question 31, "I think the services provided here are of high quality"	This indicator focuses on client perceptions of the quality of care provided by the hospital, as measured by the Ontario Perception of Care (OPOC) Survey. Inpatient and outpatient results are reported separately, because the nature of the services is different. The survey is done annually and results are reported once a year.	Annual*	Internal Database
Client Safety	No Use of Control Interventions	Prevalence of non-use of control interventions – percentage of patients whose admission assessment submitted during the period indicated no use of any control intervention	Mental health hospitals are striving towards the minimization of restraint use, including acute control medication use and use of seclusion room. This number represents the percentage of patients who did not receive any form of control intervention according to their RAI-MH admission assessment. The RAI-MH (Resident Assessment Instrument- Mental Health) is a standardized assessment tool mandated by the Ministry of Health and Long Term Care for inpatients receiving mental health services.	Quarterly	CIH, RAI-MH
	Unauthorized Leave of Absence Days (ULOAs)	% of Unauthorized Leaves of Absences in the period	As individuals move through the treatment process, they are given leave to spend time in the community, based on their individual recovery progress. This is an important part of the treatment plan as it helps patients recover as they reintegrate into the community. When a person is absent without leave from the hospital, their personal safety may be at risk and on rare occasions they may present a risk to the community. This indicator represents the amount of time patients were absent from the hospital due to an unapproved leave.	Quarterly	Internal Database
	Medication Incidents per 1000 Patient Days	All Medication Incidents per 1000 patient days reported during the period. Serious medication incidents (Moderate, Severe or Death Degrees of Harm as defined by the National System for Incident Reporting) per 1000 patient days reported during the period.	A medication incident, also known as a medication error, is an error or potential error with medication that may cause or could lead to inappropriate medication use or patient harm. These incidents are generally preventable and include errors such as receiving the wrong medication or the wrong dose. Incidents can range in severity from near misses (catching the incident before it occurs) to very serious harm or possibly death. Hospitals are exploring the contributing factors leading to medication incidents and implementing various changes to reduce the number of medication incidents that cause harm.	Quarterly	Internal Database
	Inpatient Medication Reconciliation on Admission	% of In-patient Medication Reconciliations completed on Admission during the period.	Medication reconciliation is a systematic and comprehensive review of all the medications a person is taking to ensure that medications being added, changed, or discontinued are carefully assessed and documented. A high proportion of adverse events that occur in hospital are related to medication errors. Doing a medication reconciliation at the time of admission reduces the risk of medication error, and can help the clinical team make informed decisions about an individual's treatment plan.	Quarterly	Internal Database
Client Access	Alternate Level of Care Rate	% of Alternative Level of Care days reported during period	An "alternate level of care (ALC)" designation is made when a person has recovered enough to no longer require inpatient hospital services but cannot be discharged because the appropriate level of care is not currently available in the community. Individuals who have been declared ALC are commonly waiting for placement in a supportive housing environment or in a Long Term Care home. This indicator shows the percent of hospital patient days that are ALC days and is one measure of access because the inability to discharge patients has an impact on the hospital's capacity to accept new patients.	Quarterly	Internal Database
Staff Safety	Last Time Injury Index Frequency (LTI-F)	Last time injury frequency based on # of WSIB lost time claims started in the reporting period	This indicator represents the number of injuries that occur on the job and result in time lost per 100 employees, and is a measure of workplace safety. Causes of job-related lost time can include falls, epidemic outbreaks, and patient-related incidents.	Quarterly	Internal Database
	Absenteeism Rate	% of paid sick hours for employees in the period.	A high rate of absenteeism increases costs for hospitals, by necessitating increased overtime or use of casual staff. It can also have an adverse impact on continuity of care for patients. In addition, it has been suggested that there is an inverse relationship between employee absenteeism and staff engagement and commitment to an organization.	Quarterly	Internal Database
HR Indicator	Staff Engagement	% positive score on the Employee Engagement Survey "Engagement" subscale.	The literature suggests that higher staff engagement is associated with higher staff and client satisfaction, better client outcomes, and lower rates of absenteeism.	Bi-annual	NCR Picker/TalentMap
Financial	Balanced Budget	% of balanced budgets in last 5 years	All hospitals are required to have a balanced budget. Sound financial management and a balanced budget reflect the hospitals' wider responsibility to the community.	Annual	Internal Database

*Times begin using the Ontario Perception of Care Survey in 2016

**Aggregate data with small counts are suppressed to minimize any risk of identifying individuals (i.e., where numerators <=5)

3. המכון האוסטרלי לבריאות ורווחה מציע מערך של 15 מדדים למערכות בריאות הנפש, לצד תיאור מפורט של התהליך הכרוך בפיתוח מדדים אלה. המכון (שהוא זרוע ממשלתית) פרסם בשנת 2013 את המהדורה השלישית של מדדי הביצוע העיקריים לשירותי בריאות הנפש הציבוריים של אוסטרליה.²⁸ המדדים מיועדים לשפר את האחריות והשקיפות בשירותי בריאות הנפש הציבוריים, בהתאמה ליעדי בריאות הציבור הספציפיים של אוסטרליה. מדדים אלה נובעים ממסגרת ביצועים לאומית לבריאות הנפש, המתמקדת בעיקר במדדי TIER 3 (ביצועי מערכת הבריאות), ומחולקים לתחומים ותתי-תחומים שונים. טבלה 7 ממחישה את מסגרת ביצועים זו. טבלה 8 מציעה מידע מעמיק על כל מדד, מפרטת את התחום ותת-התחום המתאימים ומציינת את הרלוונטיות ברמות שירות שונות, ממדינה וטריטוריה ועד ליחידות השירות הבודדות.

בנוסף, המסמך מציע סקירה מקיפה של השיטות המשמשות להערכה, הצדקה ודיווח על מדדי בריאות הנפש ויכול להניח תשתית לפיתוח KPIs מקומיים במערכת בריאות הנפש.

טבלה 7: מדדי בריאות הנפש באוסטרליה

Health Status and Outcomes ('TIER 1')				How healthy are Australians? Is it the same for everyone? Where is the most opportunity for improvement?	
Health Conditions	Human Function	Life Expectancy and Well-being	Deaths		
Prevalence of disease, disorder, injury or trauma or other health-related states	Alterations to body, structure or function (impairment), activities (activity limitation) and participation (restrictions in participation)	Broad measures of physical, mental, and social wellbeing of individuals and other derived indicators such as Disability Adjusted Life Expectancy (DALE)	Age or condition specific mortality rates		
Determinants of Health ('TIER 2')					Are the factors determining health changing for the better? Is it the same for everyone? Where and for whom are they changing for the worse?
Environmental Factors	Socio-economic Factors	Community Capacity	Health Behaviours	Person-related Factors	
Physical, chemical and biological factors such as air, water, food and soil quality resulting from chemical pollution and waste disposal	Socio-economic factors such as education, employment per capita expenditure on health, and average weekly earnings	Characteristics of communities and families such as population density, age distribution, health literacy, housing, community support services and transport	Attitudes, beliefs knowledge and behaviours (e.g. patterns of eating, physical activity, excess alcohol consumption and smoking)	Genetic related susceptibility to disease and other factors such as blood pressure, cholesterol levels and body weight	
Health System Performance ('TIER 3')					How well is the health system performing in delivering quality health actions to improve the health of all Australians? Is it the same for everyone?
Effective		Appropriate		Efficient	
Care, intervention or action achieves desired outcome		The care, intervention or action provided is relevant to the consumer's and/or carer's needs and based on established standards		Achieving desired results with most cost effective use of resources	
Responsive		Accessible		Safe	
Service provides respect for persons and is consumer and carer orientated: respect for dignity, confidential, participate in choices, prompt, quality of amenities, access to social support networks, and choice of provider		Ability of people to obtain health care at the right place and right time irrespective of income, geography and cultural background		Potential risks of an intervention or the environment are identified and avoided or minimised	
Continuous		Capable		Sustainable	
Ability to provide uninterrupted, coordinated care or service across programs, practitioners, organisations and levels over time.		An individual or service's capacity to provide a health service based on skills and knowledge		System or organisation's capacity to provide infrastructure such as workforce, facilities and equipment, and be innovative and respond to emerging needs (research, monitoring)	

טבלה 8: מדידה ואמות מידה למדידה באוסטרליה

Mental Health Services Key Performance Indicators	Effective	Appropriate	Efficient	Responsive	Accessible	Sustainable	Capable	Safe	Continuous	Level at which indicators can be used for benchmarking			
										State and Territory	Regional Group of Services	MHSOs	Service Units
MHS PI 1: Change in consumers' clinical outcomes	▲									✓	✓	✓	✓
MHS PI 2: 28 day readmission rate	▲								■	✓	✓	✓	✓
MHS PI 3: National Service Standards compliance		▲					■			✓	✓	✓	○
MHS PI 4: Average length of acute inpatient stay		■	▲							✓	✓	✓	✓
MHS PI 5: Average cost per acute admitted patient day			▲							✓	✓	✓	✓
MHS PI 6: Average treatment days per three month community care period		■	▲							✓	✓	✓	✓
MHS PI 7: Average cost per community treatment day			▲							✓	✓	✓	✓
MHS PI 8: Proportion of population receiving care					▲					✓	✓	✓	×
MHS PI 9: New client index					▲					✓	✓	✓	○
MHS PI 10: Comparative area resources					▲	■				✓	✓	✓	×
MHS PI 11: Rate of pre-admission community care					■				▲	✓	✓	✓	✓
MHS PI 12: Rate of post-discharge community care					■			■	▲	✓	✓	✓	✓
MHS PI 13: Consumer outcomes participation				▲			■			✓	✓	✓	✓
MHS PI 14: Outcomes readiness	■						▲			✓	✓	✓	✓
MHS PI 15: Rate of seclusion		■						▲		✓	✓	✓	✓

▲ = Primary domain
 ■ = Secondary domain
 ✓ = Valuable at this level
 ○ = Limited value at this level
 × = Not useful at this level

4. ה-OECD מציע אמות מידה למדידת מערכות בריאות הנפש במדינות שונות, באמצעות שישה עקרונות למדידה: מיקוד במטופל, נגישות לטיפול ואיכות הטיפול, רצף טיפולי וטיפול חוצה מערכות, מניעת הידרדרות נפשית וחזוק חוסן מנטלי, מנהיגות וניהול חזקים, מיקוד בעתיד וחדשנות. עקרונות אלה נפרטים ב-23 המדדים המצורפים להלן. בשנת 2021, ה-OECD פרסם ספר המציע ניתוח מפורט של ביצועיהן של מדינות שונות ביישום מדיניות ושירותי בריאות הנפש.²⁹ הוא מציע שיטות להתמודדות יעילה עם צורכי בריאות הנפש ומציג מסגרת להערכת ביצועי מערכת בריאות הנפש באמצעות מדדים בני השוואה בינלאומית. מסגרת זו, מהווה את הבסיס לייחוס ומתוארת בתמונה שלהלן:

טבלה 9: עקרונות מדידה של ה-OECD

1. Focuses on the individual who is experiencing mental ill-health	2. Has accessible, high-quality mental health services	3. Takes an integrated, multi-sectoral approach to mental health
<p>Individual-centred care should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensure the individual feels they have ownership of their own care; • Be respectful and inclusive of the individual, carer (where relevant), and family; • Ensure care and treatment is tailored to individual needs and preferences; • Be culturally, age and gender appropriate; • Empower the individual to realise his or her own potential and contribute to society. 	<p>Accessible and available high-quality services should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Be evidence based; • Be developed close to the community; • Be provided in a timely manner; • Account for and respect the unique needs of vulnerable groups; • Ensure continuity of care; • Deliver improvement of individual's condition; • Be safe. 	<p>An integrated, multi-sectoral approach should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pursue a 'mental health in all policies' approach; • Ensure physical needs are met; • Involve social protection systems and encourage return to work or education; • Enable front line actors to connect individuals to appropriate services.
4. Prevents mental illness and promotes mental well-being	5. Has strong leadership and good governance	6. Is future-focused and innovative
<p>Good prevention and promotion policies should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduce the rate of suicide; • Ensure mental health literacy; • Make schools mental health-friendly environments that build resilience; • Ensure that workplaces foster good mental health; • Enable front line actors to recognise and respond to mental distress; • Make it easy for individuals to seek help. 	<p>Good leadership and governance for mental health should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Make mental health a high-level national priority; • Reduce stigma around mental illness; • Invest in delivering a high-performing mental health system; • Prioritise efficient and effective distribution of resources; • Promote equity geographically, between population groups, and between mental disorders. 	<p>A future-focused and innovative approach should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensure all services are based on based available evidence; • Invest in mental health research; • Promote innovative solutions to mental health challenges; • Build mental health workforce capacity for future generations; • Deliver care and services in the most effective and efficient way; • Build strong information systems for mental health.

יצוין כי להבדיל מהמדדים שצוינו לעיל, המאפשרים מדידה של גופי בריאות שונים בתוך המדינה והשוואה ביניהם (ואף תגמול על בסיסם), מדדים אלה שה-OECD מציעים הינם מדדי מאקרו להשוואה בין מדינות, ויכולים להוות עקרונות יסוד לתכנון מערכת בריאות הנפש, אך לאו דווקא רלוונטיים למדידה אפקטיבית בתוך המערכת הקיימת.

5. שימוש בשיטת דלפי (Delphi) ליצירת מדדי איכות בבריאות הנפש - מאמר שפורסם בשנת 2004 ב-Medical Care³⁰ שאף לקבוע מדדי איכות לבריאות הנפש וטיפול בהתמכרויות. המחקר כלל 12 בעלי עניין מתחומי הניהול, הקליניקה והמחקר. הם השתמשו בשיטת דלפי, טכניקה המיועדת להשגת קונצנזוס בין מומחים בתחום. המחקר זיהה 28 מדדי איכות ישימים בטיפול בבריאות הנפש, כולל 12 המעריכים טיפול, 5 בטיחות, 4 המשכיות, 2 נגישות,

הערכה, 2 תיאום, ו-1 מניעה. בעוד שכל המדדים הוסכמו כבעלי משמעות, כמעט למחציתם חסרה תמיכת מחקר, ורק ארבעה נתמכו על ידי מחקרים סטטיסטיים, מה שמצביע על בסיס ראיות צר בתחום זה. המחקר העריך שיעורי אשפוז חוזר ומעקב לאחר שחרור מבית החולים, כשנמצא כי מרווח 7 הימים הוא המשמעותי ביותר, לצד 28 או 30 ימי אשפוז כאינדיקטור נוסף בעל משמעות. המדדים מוצגים בטבלה 10.

טבלה 10: מאפיינים ומדדי ליבה - Delphi במדידת בריאות הנפש

TABLE 2 Characteristics and Ratings of Core Measures							
Measure	Meaningfulness* (Mean, Dispersion)	Feasibility† (Mean, Dispersion)	Representativeness			Data Source	Evidence Rating‡
			Population	Setting	Conditions		
Treatment							
≥ 1 visit with adult caregiver of child ≤ 13 treated for a psychiatric or substance-related disorder in 3-month period ¹	2.00 (0.67)	3.17 (0.97)	Children	Outpatient	Mental disorders, substance-use disorders	Administrative data, medical record	C
Clinician contact with family member of concerning individuals with schizophrenia at initial evaluation ¹²	2.33 (0.67)	3.17 (0.64)	Adults	Inpatient, outpatient	Schizophrenia	Administrative data, medical record	B
Cumulative daily antipsychotic dosage between 300–1000 CPG equivalents at hospital discharge for schizophrenia ¹³	2.50 (0.75)	4.17 (0.89)	Adults	Inpatient	Schizophrenia	Administrative data, medical record	A
Prescription of atypical antipsychotic drug for individuals with ≥ 1 clinical service for schizophrenia in 6-month period ¹⁴	2.50 (0.67)	4.67 (0.89)	Adults	All	Schizophrenia	Administrative data, pharmacy data	A
Length of treatment ≥ 90 days after initiation for substance-related disorder ¹⁵	2.50 (0.50)	3.17 (0.69)	All	All	Substance-use disorders	Administrative data	B
≥ 3 medication visits or ≥ 3 psychotherapy visits in 12-week period after DSM diagnosis of major depression ^{16,18}	2.67 (0.64)	3.83 (0.89)	Adults	Outpatient	Depression	Administrative data	B
≥ 12-week continuation after initiation of antidepressant drug for major depression ¹⁹	2.67 (0.50)	4.83 (0.81)	All	Outpatient	Depression	Administrative data, pharmacy data	A
Daily antipsychotic dosage between 4.5–10.0 CPG equivalents per kg body weight at discharge for individual < 18 hospitalized for psychotic disorder ²⁰	2.67 (0.75)	5.00 (0.64)	Children	Inpatient, residential	Psychotic disorders	Administrative data, medical record	B
Daily antipsychotic dosage ≥ 200 CPG equivalents for nursing home resident with dementia without psychotic symptoms in 3-month period ²¹	3.00 (0.61)	4.83 (0.78)	Elderly	Nursing home	Dementia	Minimum data set	B
≥ 1 serum drug level taken for individuals with bipolar disorder treated with mood stabilizers in 12-month period ²²	3.00 (0.67)	5.50 (1.17)	All	Outpatient	Bipolar disorder	Administrative data, pharmacy data	B
Avoidance of an anticholinergic antidepressant drug for individuals ≥ 65 prescribed antidepressants ²³	3.33 (0.92)	5.00 (0.69)	Elderly	Inpatient, outpatient	Depression	Administrative data, pharmacy data	B
≥ 1 psychotherapy visit for individuals within 6 months of hospitalization or ER visit for borderline personality disorder ²⁴	3.50 (1.14)	4.83 (1.00)	Adults	Outpatient	Borderline personality disorder	Administrative data	B
Safety							
Number of involuntary physical restraint events per patient day in 3-month period ²⁵	2.17 (0.50)	2.83 (0.77)	Adults, children	Inpatient, residential	Mental disorders	Administrative data, medical record	C
Number of inpatient injuries per patient day in 3-month period ²⁶	2.33 (0.50)	3.00 (0.63)	Adults, children, elderly	Inpatient, residential	Mental disorders, substance-use disorders	Administrative data, occurrence reports	C
Number of nursing home residents with dementia reigned physically in 3-month period ²⁷	2.33 (0.43)	3.83 (1.17)	Elderly	Nursing home	Dementia	Minimum data set	B
Assessment of suicidal ideation at initial evaluation for patients with major depression ²⁸	2.33 (0.80)	5.33 (0.43)	All	Inpatient, outpatient, emergency service	Depression	Administrative data, medical record	C
Number of unplanned departures per patient discharge in 3-month period ²⁹	2.50 (0.40)	3.17 (0.80)	Adults, children	Inpatient, residential	Mental disorders	Administrative data, medical record	B
Access							
Beneficiaries with ≥ 1 mental health or substance-related service in 12-month period ³⁰	2.50 (0.75)	2.83 (0.72)	All	All	Mental disorders, substance-use disorders	Administrative data	C
Denials for mental health or substance-related services per number of requests in 12-month period ³¹	4.00 (0.69)	3.67 (0.53)	All	Inpatient, outpatient	Mental disorders, substance-use disorders	Administrative data	C
Assessment							
Assessment of drug and alcohol use at initial evaluation for psychiatric disorder ³²	2.33 (0.73)	5.00 (1.17)	All	Inpatient, outpatient, emergency service	Mental disorders	Administrative data, medical record	C
Assessment of general medical status at initial evaluation for psychiatric disorder ³³	2.50 (0.80)	4.83 (0.77)	All	Inpatient, outpatient, emergency service	Mental disorders, substance-use disorders	Administrative data, medical record	C

TABLE 2. Characteristics and Ratings of Core Measures

Measure	Meaningfulness* (Mean, Dispersion)	Feasibility* (Mean, Dispersion)	Representativeness				Evidence Rating [†]
			Population	Setting	Conditions	Data Source	
Continuity							
Outpatient visit within 7 days of hospital discharge for psychiatric disorder [‡]	2.00 (0.25)	3.83 (0.78)	All	Outpatient	Mental disorder/substance-related disorders	data	C
≥ 4 psychiatric and ≥ 4 substance abuse visits following discharge for dual diagnoses (psychiatric and substance abuse) in 12-month period [‡]	2.33 (0.36)	3.50 (0.69)	Adults	Outpatient	Dual diagnosis/substance-related disorders	data	B
≥ 1 visit for individuals in 12-month period after initial visit, stratified by race/ethnicity ^{‡§}	2.33 (0.67)	4.00 (1.14)	Racial/ethnic minorities	Outpatient	Mental disorder/substance-related disorders	data	C
≥ 1 visit per month for 6 months after hospitalization for psychiatric or substance-related disorder [‡]	2.67 (0.75)	4.33 (0.81)	Adults	Outpatient	Mental disorder/substance-related disorder	data	B
Coordination							
Contact with primary care clinician for comorbid inpatients with primary psychiatric disorder [‡]	2.17 (0.70)	4.67 (0.77)	All	Inpatient	Mental disorder/substance-use disorders	data, medical record	C
Enrollment in intensive case management (ICM) for patients with 4 ER visits or 2 hospitalizations for schizophrenia in 12-month period [‡]	2.33 (0.56)	4.67 (0.83)	Adults	All	Mental disorder/substance-use disorders	data, ICM/enrollment data	A
Prevention							
Depression screening for primary care patients during 12-month period [‡]	2.17 (0.50)	4.67 (0.63)	All	Primary care	Mental disorder/substance-use disorders	data, medical record	C

*Meaningfulness ratings were calculated as the average of measure scores on 3 scales: clinical importance, perceived gap between actual and optimal care, and association between improved performance and outcome.

†Feasibility ratings were calculated as the average of measure scores on 3 scales: clarity of specifications, acceptability of data collection, and adequacy of case-mix adjustment.

‡AHRQ rating categories were used to assess the research evidence supporting the association between the underlying clinical process and patient outcomes: A) good research evidence such as well-designed randomized controlled trials; B) fair research-based evidence such as retrospective analyses of observational data; C) no research evidence, principally clinical consensus or opinion.¹⁹

§Denotes that the measure was modified during the core set development process and differs from the specifications in the cited reference. Beneficiaries can refer to insurance program enrollees or to populations, as in the case of public sector programs.

6. מדדי איכות בצ'כיה, הונגריה וסרביה - במחקר משנת 2018³¹ שפורסם בכתב העת *Psychiatria Danubina*, חוקרים מהרפובליקה הצ'כית, הונגריה וסרביה שאפו לזהות מדדי איכות להערכת מערכות בריאות הנפש. המחברים ערכו סקירת ספרות שיטתית כדי לזהות מדדי איכות (QI - Quality Indicators) והשתמשו בשיטת דלפי דו-שלבית כדי להעריך את הרלוונטיות, התקפות והשימוש (כולל זמינות נתונים ומאמץ איסוף) של מדדי איכות אלה. רלוונטיות בהקשר זה פירושה ש-QI מתמקד בהיבטים מהותיים של תכנון בריאות הנפש כדי לשפר את איכות השירות. תקפות נוגעת להגדרה ברורה וחד-משמעית של QI. ישימות כוללת שני היבטים: זמינות נתונים, המצביעה על מדידה סדירה וגישה לנתונים הנדרשים ממסדי נתונים, ומאמץ איסוף נתונים, המעריך אם המאמץ הנוסף לאיסוף נתונים סביר. המדדים העיקריים כוללים מדיניות וחקיקה בנושא בריאות הנפש, זמינות, נגישות, ניצול שירותי טיפול, מימון ועלויות בריאות הנפש, אותם ניתן למצוא בטבלאות 3 ו-4 המציגות QI המדורגים לפי רלוונטיות ותקפות, בהתאמה. מגבלות המחקר כוללות את קבוצת בעלי העניין הקטנה ואת המדינות אותן הם מייצגים, מה שהופך את התוצאות לפחות מייצגות למדינות שלא נכללו במאמר זה.

7. מדידה מעגלית של איכות הטיפול בבריאות הנפש - מאמר משנת 2018³² שפורסם ב-*World Psychiatry*, התמקד בהערכת איכות הטיפול בבריאות הנפש

ובדיהוי גישות לשיפורה. המחקר מציע שיפורים באיכות הטיפול בבריאות הנפש, בדגש על:

א. תיק מדדים מתוקפים - מגוון מדדי תוצא מתוקפים חיוניים לספקי שירותי בריאות כדי להעריך את איכות הטיפול בבריאות הנפש, מה שמהווה מפתח לזיהוי צרכי אוכלוסייה ולהכוונת החלטות שירות.

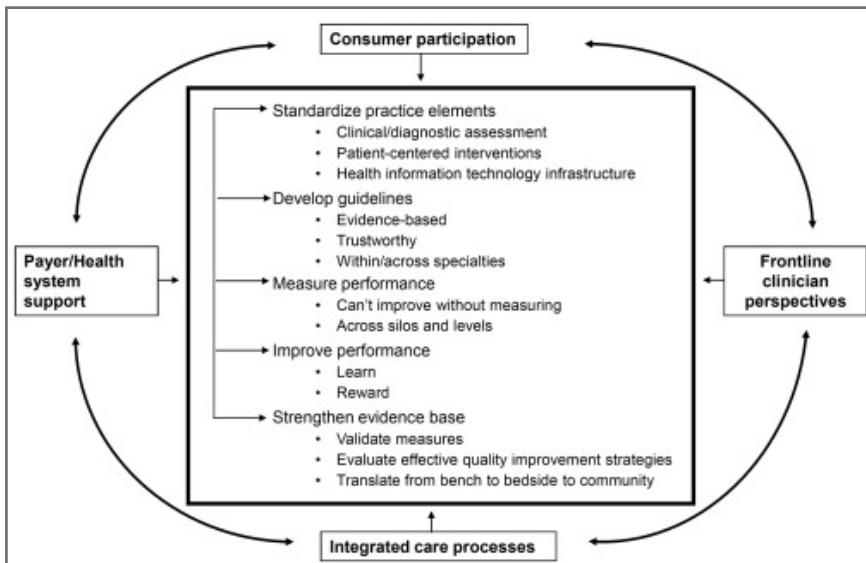
ב. הערכות סדירות - הערכות תוצאה שגרתיות בבריאות הנפש משפרות את איכות השירות, מפחיתות אשפוזים חוזרים ומשפרות את איכות החיים של המטופלים בהחלטות טיפול.

ג. עיצוב שיתופי - יש לתכנן מדדים במשותף עם ספקי שירותי בריאות ומטופלים, תוך התמקדות בשיפור אמיתי של הטיפול ולא רק במטרות מנהלתיות.

ד. סיווג מדדים - על ידי סיווג מדדי איכות, קל יותר לזהות ולתקן ליקויים בטיפול בקרב תת-אוכלוסיות ספציפיות, ובכך לשפר את איכות הטיפול הכוללת.

בנוסף, המחברים מציעים מודל מעגלי להערכה ושיפור איכות הטיפול בבריאות הנפש. גישה זו מעריכה מחדש באופן מתמשך את המדדים תוך שיתוף פעיל של מטופלים, מטפלים ומערכות בריאות בתהליך (איור 1).

איור 1: מודל מעגלי להערכה ושיפור איכות הטיפול בבריאות הנפש



מדידה בבריאות הנפש בישראל

כיום אין מדידה מוסדרת ברמה הלאומית של בריאות הנפש, למעט מדד המכונה "מדד 7000" - שהוא מדד הן למרכזים הרפואיים והן לקופות החולים, המודד תיאום תור במסגרת בריאות הנפש בקהילה תוך 14 ימים ממועד שחרור מאשפוז פסיכיאטרי. היעד כיום הוא תיאום בזמן שהוגדר ל-90% מהמשתחררים.

קופות החולים נמדדות על תשומות רבות במסגרת מבחן התמיכה לפיתוח שירותים בבריאות הנפש - לרבות מגעים פסיכותרפיים, רכש שירותי בתים מאזנים, שירותי אשפוז בית או ביקורי בית, מענה זמין של 3 שיחות תמיכה טלפוניות ללא צורך באבחנה או הפניה, ושירותים נוספים.

המרכזים הרפואיים לא מתוגמלים ישירות בגין מדידת איכות כלל, ועל כן הצוות ממליץ לייצר מדד איכות אפקטיבי, שיהיה תמריץ כלכלי מאחוריו, על מנת לכוון את המערכת לשיפור חווית המטופל ואיכות הטיפול.

עקרונות למדידה אפקטיבית בבריאות הנפש

ניסיון עבר מלמד כי על מנת לייצר מדידה אפקטיבית וישימה, יש לשמור על מספר עקרונות בסיסיים:

1. מטרה ברורה עם מדד שמייצר קריאה לפעולה (Call To Action) קונקרטית וישימה
2. שמירה על מספר מדדים מצומצם ככל הניתן
3. התבססות על מידע קיים ונגיש שקיים לו כבר מנגנון לשיתוף מידע

כאמור, מטרת המדידה היא ליצור השפעה על הגורמים השונים במערכת, מהנהלות בתי החולים וקופות החולים, דרך שמירה על מספר מדדים מצומצם. שמירה על שלוש עקרונות תאפשר הן יצירת מדידה מיידית ופשוטה והן יכולת של דרגי השטח להבין על מה הם נמדדים ולפעול לשינוי. ניסיון העבר מראה כי פיתוח מדדים מורכבים ורבים, הינו אולי נכון אקדמית מכיוון שהוא מרחיב את יריעת המדידה, אך הוא לא מביא לשינוי בשטח וחלק גדול מהמדדים בפועל לא מגיעים לכדי מדידה בפועל.

דילמות ושאלות לדיון

- ◆ אחידות המדדים במערכת - האם יש לייצר מדדים אחידים לקהילה ולאשפוז? האם נדרש למדוד בנפרד מחלקות בבתי חולים פסיכיאטריים אל מול מחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים? האם יש לייצר מדדי תפוקה או מדדי תוצא בלבד?
- ◆ מהו המדד האפקטיבי ביותר לרצף טיפולי?
- ◆ התייחסות להשפעה של מדד על עיוות מתן טיפול? (לדוגמת ההשפעה של מדידת שיעור התאבדויות)
- ◆ שביעות רצון מול מדידת איכות חיים - האם מדד רלוונטי בבריאות הנפש? את מי ניתן למדוד - מטופל / משפחה?
- ◆ איזה מדד ניתן לייצר למניעה?
- ◆ האם יש ליצור ייחוד במדידת טיפול בילדים ונוער?

מסקנות הצוות

- לאחר סקירת ניסיונות עבר ליצירת מדידה אפקטיבית בתחומים אחרים במערכת הבריאות, לדוגמה איכות השירות במחלקות הפנימיות, ודיון בתהליכים שונים שהתקיימו לקביעת מדדים גם במערך בריאות הנפש, הצוות הסכים על מספר עקרונות למדידה אפקטיבית אשר תתומרץ באופן כלכלי:
- ◆ יש לבחור 2-3 מדדים ממוקדים, בשיתוף בעלי עניין, שאליהם המערכת תוכל להתכוון
- ◆ רצוי, ככל הניתן, שהמדדים יהיו ברורים הן למטפלים והן לציבור ויהיו כמה שניתן מדדי תוצא או מדדי תפוקה ארוכי-טווח
- ◆ מדדים אלה צריכים להתבסס על מידע שנמדד ומדווח, ולא על יצירת נתונים "דאטה" "יש מאין"
- ◆ על הרגולטורים לפרסם מה הם המודדים ותוצאות המדידה בשקיפות.

◆ הצוות הסכים כי על משרד הבריאות לפעול לקביעה מהירה של מספר ממוקד (עד 3) של מדדים בבריאות הנפש. גיבוש המדדים צריך להיעשות בשיתוף של גורמים קליניים, תפעוליים וכלכליים, וכן צרכני השירות. יצוין כי הצוות הדגיש את החשיבות של מעורבות המתמודדים בקביעת מדדי האיכות החשובים והרלוונטיים, מתוך ניסיונם.

הצוות ממליץ להתמקד בשני סוגים של מדדים:

- ◆ מדדי תוצא - תוך שימוש ב-PROMS (Patient Routine Outcome Measures) ו-PRERMS (Patient Reported Experience Measure) לרבות מדידת שביעות רצון המטופלים והמשפחות, ובחינת תוצאים קליניים לאורך זמן.
- ◆ מדדי תהליך - בקהילה ובאשפוז, לרבות מדידת רצף בין היתר על ידי בדיקת מגע טיפולי בפרק הזמן שאחרי האשפוז, וכן מדידת ימי אשפוז למטופל בשנה ולא דווקא לכל אפיזודה אשפוזית, על מנת לאפשר לשיקול הדעת הקליני לשחרר כשצריך ללא חשש בפגיעה במדד.
- ◆ יצוין כי נקודה זו נידונה ארוכות, והיו חברים בצוות שלא הסכימו כי מדד זה יהיה אפקטיבי לשיפור השירות.

רשימת מקורות

1. שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2020, משרד הבריאות
2. שנתון סטטיסטי לבריאות הנפש לשנת 2022, משרד הבריאות
3. O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T. Observed Outcomes: An Approach to Calculate the Optimum Number of Psychiatric Beds. *Adm Policy Ment Health*. 2019 Jul;46(4):507-517. doi: 10.1007/s10488-018-00917-8. PMID: 30778781
4. NHS hospital bed numbers | The King's Fund (kingsfund.org.uk) Link: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers>nd.org.uk
5. Exploring Mental Health Inpatient Capacity across Sustainability and Transformation Partnerships in England - 191030_1.pdf (strategyunitwm.nhs.uk). Link: https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2019-11/Exploring%20Mental%20Health%20Inpatient%20Capacity%20across%20Sustainability%20and%20Transformation%20Partnerships%20in%20England%20-%20191030_1.pdf
6. Degli Esposti M, Ziauddeen H, Bowes L, Reeves A, Chekroud AM, Humphreys DK, Ford T. Trends in inpatient care for psychiatric disorders in NHS hospitals across England, 1998/99-2019/20: an observational time series analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022 May;57(5):993-1006. doi: 10.1007/s00127-021-02215-5. Epub 2021 Dec 24. PMID: 34951652; PMCID: PMC8705084
7. Hunt IM, Rahman MS, While D, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jul;1(2):135-41. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70250-0. Epub 2014 Jun 18. PMID: 26360577
8. Pycha R, Giupponi G, Schwitzer J, Duffy D, Conca A. Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011 Nov;261 Suppl 2:S135-9. doi: 10.1007/s00406-011-0245-z. Epub 2011 Sep 10. PMID: 21909732
9. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst*. 2018 Jul 31;12:43. doi: 10.1186/s13033-018-0223-1. PMID: 30079100; PMCID: PMC6069799
10. Guaiana G, O'Reilly R, Grassi L. A Comparison of Inpatient Adult Psychiatric Services in Italy and Canada. *Community Ment Health J*. 2019 Jan;55(1):51-56. doi: 10.1007/s10597-018-0283-3. Epub 2018 May 3. PMID: 29725879
11. Allison S, Bastiampillai T, Licinio J, Fuller DA, Bidargaddi N, Sharfstein SS. When should governments increase the supply of psychiatric beds? *Mol Psychiatry*. 2018 Apr;23(4):796-800. doi: 10.1038/mp.2017.139. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28696434.

12. The Psychiatric Bed Crisis in the US. Link: <https://www.psychiatry.org/getmedia/81f685f1-036e-4311-8dfc-e13ac425380f/APA-Psychiatric-Bed-Crisis-Report-Full.pdf>
13. Trend In Psychiatric Inpatient Capacity, United States and Each State, 1970 to 2018. Link: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2023-01/Trends-in-Psychiatric-Inpatient-Capacity_United-States%20_1970-2018_NASMHPD-2.pdf
14. McBain, Ryan K., Jonathan H. Cantor, Nicole K. Eberhart, Shreya S. Huilgol, and Ingrid Estrada-Darley, Adult Psychiatric Bed Capacity, Need, and Shortage Estimates in California - 2021, RAND Corporation, RR-A1824-1-v2, 2022. As of December 14, 2023: https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA1824-1-v2.html
15. Shields MC, Beaulieu ND, Lu S, Busch AB, Cutler DM, Chien AT. Increases in Inpatient Psychiatry Beds Operated by Systems, For-Profits, and Chains, 2010-2016. *Psychiatr Serv.* 2022 May;73(5):561-564. doi: 10.1176/appi.ps.202100182. Epub 2021 Aug 26. PMID: 34433287; PMCID: PMC10249908
16. Looi JC, Allison S, Bastiampillai T. Specialised psychiatric beds and 24-hour residential care in Australia 2018-2019 - Comparative analysis and commentary according to international benchmarking. *Australas Psychiatry.* 2022 Oct;30(5):632-636. doi: 10.1177/10398562221103121. Epub 2022 May 19. PMID: 35592916
17. MMHC-Country-Press-Note-Japan.pdf (oecd.org). Link: <https://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan.pdf>
18. Israel Suicide Rate 2000-2024 | MacroTrends. Link: <https://www.macrotrends.net/countries/ISR/israel/suicide-rate>
19. Fan X, Zhang W, Guo Y, Cai J, Xie B. Equity assessment of the distribution of mental health beds in China: based on longitudinal data from 2011 to 2020. *BMC Health Serv Res.* 2022 Nov 30;22(1):1453. doi: 10.1186/s12913-022-08658-z. PMID: 36451145; PMCID: PMC9709752
20. Barcala A, Faraone S. Advancements in mental health reform in Argentina: towards comprehensive and human rights-respecting care. *Lancet Reg Health Am.* 2023 Oct 9;26:100615. doi: 10.1016/j.lana.2023.100615. PMID: 37876669; PMCID: PMC10593557
21. Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé JM, Roelandt JL, Chevreur K. Involuntary Psychiatric Admissions and Development of Psychiatric Services as an Alternative to Full-Time Hospitalization in France. *Psychiatr Serv.* 2017 Sep 1;68(9):923-930. doi: 10.1176/appi.ps.201600453. Epub 2017 May 15. PMID: 28502245

22. Segal SP. Protecting Health and Safety with Needed-Treatment: the Effectiveness of Outpatient Commitment. *Psychiatr Q.* 2022 Mar;93(1):55-79. doi: 10.1007/s11126-020-09876-6. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33404994; PMCID: PMC8257759
23. REPORT ON IMPROVING MENTAL HEALTH OUTCOMES James B. (Jim) Gottstein, Esq.; Peter C. Gøtzsche, MD; David Cohen, PhD; Chuck Ruby, PhD; Faith Myers September 2023
24. Brimelow RE, Amalathas A, Beattie E, Byrne G, Dissanayaka NN. The use of balanced scorecards in mental health services: An integrative review and thematic analysis. *The journal of behavioral health services & research.* 2023;50(1):128-146. doi:10.1007/s11414-022-09806-3
25. Lauriks S, Buster MC, de Wit MA, Arah OA, Klazinga NS. Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC public health.* 2012;12:214. doi:10.1186/1471-2458-12-214
26. Yang J, Kurdyak P, Guttman A. Developing Indicators for the Child and Youth Mental Health System in Ontario. *Healthcare Quarterly.* 2016;19(3):6-9. doi:10.12927/hcq.2016.24865
27. https://www.theroyal.ca/sites/default/files/2019-11/Peer%20Scorecard_Q1%202019-2020_ENG.pdf
28. Health. KPI for Australian Public Mental Health Services
29. A New Benchmark for Mental Health Systems. OECD; 2021. Accessed November 21, 2023. <http://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
30. Hermann RC, Palmer H, Leff S, et al. Achieving Consensus Across Diverse Stakeholders on Quality Measures for Mental Healthcare. *Medical Care.* 2004;42(12):1246-1253. doi:10.1097/00005650-200412000-00012
31. Lehmann I, Chisholm D, Hinkov H, et al. DEVELOPMENT OF QUALITY INDICATORS FOR MENTAL HEALTHCARE IN THE DANUBE REGION. *Psychiatria Danubina.* 2018;30(2):197-206. doi:10.24869/psyd.2018.197
32. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA).* 2018;17(1):30-38. doi:10.1002/wps.20482

צוות 3

חזון בריאות הנפש 2034;

ביג דאטה וחדשנות טיפולית

תוכן עניינים

149	פרק 1: רקע
149	1.1 אתגרי בריאות הנפש בישראל
150	1.2 חדשנות בישראל וגישות ליצירת שינוי
153	1.3 סקר לאוכלוסייה הכללית
159	1.4 סקר למטפלים
166	פרק 2: חזון בריאות הנפש בישראל ומודל העבודה
166	2.1 עקרונות מנחים להתוויית מדיניות עתידית וחזון של בריאות הנפש
167	2.2 למידה ממודלים בעולם
178	2.3 מודל ישראלי למערכת בריאות הנפש בישראל
181	סיכום פרק שני: חזון ומודלי עבודה במערכת בריאות הנפש
185	פרק 3: צעדים למימוש החזון: חדשנות בשירות בריאות הנפש
185	3.1 מחקר כבסיס לחדשנות בתחום בריאות הנפש
186	3.2 טכניקות ליצירת אינטגרציה בין מערכת הבריאות למערכת בריאות הנפש
190	3.3 חדשנות במניעה, אבחון והתערבות מוקדמת
193	3.4 חדשנות בטיפול
198	3.5 חדשנות בשיקום
201	סיכום פרק שלישי: שילוב חדשנות ומחקר במערכת בריאות הנפש
204	פרק 4: צעדים במימוש החזון: טכנולוגיה בשירות בריאות הנפש
205	4.1 טכנולוגיה במניעה ואבחון מוקדם
207	4.2 טכנולוגיה בטיפול
212	4.3 טכנולוגיה בשיקום
213	4.4 היבטים אתיים ואתגרים בשילוב טכנולוגיה במערכת
214	סיכום פרק רביעי: שילוב טכנולוגיה במערכת בריאות הנפש
216	פרק 5: סיכום ודיון
217	רשימת מקורות

מסמך זה נכתב במשותף על ידי מספר רב של מומחים וכולל גישות מגוונות שחלקן יכולות לעמוד בניגוד לעמדתם של חלק מהמומחים החתומים על מסמך זה.

ברצוננו להודות לחברי הצוות, אשר עשו עבודה מקצועית ומאומצת בהכנת המסמך שלפניכם בכדי לאפשר שיח מעמיק בנושאים המהותיים.

אנו מבקשים להודות גם לכל אלו אשר סייעו בייעוץ, כתיבה, איסוף הנתונים ומתן הערות על חוברת ההכנה שלפניכם (לפי סדר א"ב של שמות המשפחה):

מלי אורגד, ד"ר שגית ארבל אלון, מאיה אשור-סמדר, פרופ' אהוד בודנר, צחי בויס פיין, שרון הראל קאינו, ד"ר ליבי הרצברג, אירית יאסקי, ורד כרמון, ענבל לוריא, אפרת לינקובסקי, שיר ליסק, איילה מאיר, לימור מוסייל, נתליה מושליון, ד"ר יעל מזור, ד"ר רות מייטליס, ניר מקובר, איה נוימן, עדי נירלב ניסן, הילה סופרמן הרניק, ד"ר דנה סיני, ד"ר רועי סמואל, ד"ר ירון סלע, שרית ספיר, ורדי עמיר, גידי פרץ, אור קינן, אחיה קמארה, אלכס קוסנר, עמית קרמר, שרון רגב, פרופ' דייוויד רועה, אודיה שבתאי גטאון, מיכל שטיינמן ליברמן, אילן שריף.

1. רקע

1.1 אתגרי בריאות הנפש בישראל

בעשורים האחרונים, בריאות הנפש הוכרה כאחד הנדבכים החיוניים ביותר לאיכות חיים, ולתפקוד חברתי וכלכלי. בישראל, כמו במדינות רבות אחרות בעולם המערבי, שינויים חברתיים, טכנולוגיים וסביבתיים הובילו לדרישה מוגברת לשירותי בריאות נפש. למרות התקדמות מדעית משמעותית בתחום בריאות הנפש בדיסציפלינות השונות, שיעורי המצוקה, האבחנות והביקוש לטיפול רק הלכו ועלו. מגפת הקורונה, אירועי ה-7 באוקטובר ומלחמת "חרבות ברזל" העלו את המודעות לתחום בריאות הנפש וחשיבותו ובמקביל הציבו בפני המערכת אתגרים בלתי רגילים, ותרמו להשלכות הנפשיות הרחבות של חשיפה לטראומות אישיות ולאומיות. אירועים רחבי היקף אלה פגשו מערכת בריאות נפש דלת משאבים, הסובלת מקשיים שנים ארוכות עוד קודם לכן, ולמעשה נמצאת במצב משברי, הנובע בין היתר כתוצאה מדלדול משאבים ומעט מדי השקעה וחשיבה אסטרטגית ופרקטית בתחום.

דו"ח משרד הבריאות (2019) הצביע על חלק מהפערים המרכזיים בתחום בריאות הנפש בישראל. ביניהם, פערים משמעותיים בזמינות ובנגישות, כפי שמתבטא בתורי ההמתנה הארוכים, חוסר אחידות בקביעת תורים (אפילו בתוך אותה קופת חולים), שעות הפעילות המוגבלות וחוסר האפשרות לתקשורת דיגיטלית. כמו כן, חלק מהטיפולים המוצעים בשירות הציבורי לא מוגבלים בזמן וללא הצבת מטרות ברורות, אלו מקשים גם על הזמינות והשקיפות מול האוכלוסייה. שנית, מחסור בנתונים לגבי תפקוד המערך האמבולטורי וכן חוסר במידע בקרב המתמודדים ומשפחותיהם שמוביל לחוסר במיצוי זכויות. לבסוף, מחסור במענים מתאימים למצבי משבר נפשיים בקהילה והתניית קבלת טיפול במערכת הציבורית בקבלת אבחנה, מקשים גם הם על תפקוד המערכת. בין היתר, הגבלות אלו מקשות על פיתוח והטמעת התערבויות מניעתיות החשובות למבוגרים ובאופן קריטי בילדים ונוער, על מתן שירותי בריאות הנפש בקהילה, ועל סיוע למשפחות המתמודדות עם מצוקה נפשית הנובעת מנטל הטיפול בבן המשפחה (משרד הבריאות, 2019). פערים אלה ממשיכים להחריף ורלוונטיים מתמיד גם כיום.

מגפת הקורונה ומלחמת "חרבות ברזל" הוסיפו למצוקה הנפשית בקרב האוכלוסייה הכללית. מחקרים מראים כי מגפת הקורונה הגבירה את המצוקה הנפשית בקרב האוכלוסייה הכללית ואת העומס על הסקטור הפרטי והציבורי. כך, עוד טרם הטראומה הלאומית שהחלה ב-7 באוקטובר 2023, כמעט 60% מהמשיבים במדגם ארצי שבוצע על ידי פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית וקרן כצנלסון, חוו מצוקה

נפשית משמעותית בשלב כלשהו בחייהם, מהם 35% חוו מצוקה נפשית משמעותית בשנה האחרונה (שחף, 2023). זמן ההמתנה לטיפול פסיכולוגי בשירות הציבורי עמד על עד שלוש שנים (קרון קריב, 2023), טווח שאינו מתקבל על הדעת עבור אנשים הסובלים ממצוקה אקוטית. מחקרי ה-7 באוקטובר ומלחמת "חרבות ברזל" מעריכים כי יותר מ-520 אלף בני אדם במדינת ישראל נמצאים בסיכון להתפתחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית (Posttraumatic stress disorder, PTSD) (Katsoty et al., 2024). מחקר נוסף מצא ששיעורי הפרעת הדחק הפוסט טראומטית הוכפלו לאחר אירועי ה-7 באוקטובר, עם עלייה של שיעורי החרדה מ-31% ל-45% ושיעורי הדיכאון מ-25% ל-43% (Levi-Belz et al., 2024). מחקרים אחרים אף מעידים על עליה משמעותית בעישון ושימוש בחומרים ממכרים (Feingold et al., 2024).

ממצאים אלה מצביעים על פער עצום בין הצורך של האוכלוסייה במענה נפשי נגיש לבין המענה הציבורי הקיים בישראל. על מנת להתמודד עם האתגרים המורכבים מולם עומדת מערכת בריאות הנפש בישראל, ישנו צורך בדיון מעמיק בנוגע לתכנון חזון עתידי ובחשיבה חדשנית שתסייע בהטמעת מודלי עבודה חדשניים ופרקטיקות טכנולוגיות. להשגת יעדים אלה, יש צורך למקם את בריאות הנפש במקום מרכזי יותר בסדר העדיפויות הלאומי.

עבודתה העיקרית של תת ועדה זו היא לעגן את התשתית הרעיונית, האסטרטגית והיישומית אשר תנחה את תכנון עתיד מערך בריאות הנפש בישראל בעשור הקרוב. כהכנה לדיון בסוגיות אלו, הדו"ח יפתח בחומרי רקע המציגים סקירה של גופי חדשנות וטכנולוגיה בישראל, לאחר מכן נדון בגישות ליצירת תשתית לשינוי חשיבתו ותפיסתי מהותי במערכת, ולבסוף נציג ממצאים משני סקרים שנעשו כהכנה לדו"ח זה, ובוחנים את השקפותיהם של מטופלים ומטפלים במערכת בריאות הנפש בנוגע לסוגיות של חדשנות וטכנולוגיה. בחלקו השני של הדו"ח נציג חומרי רקע לשלוש קבוצות דיון בנושאי חזון, מודלי עבודה, פרקטיקות של חדשנות וטכנולוגיה, ואת שאלות הדיון אשר נובעות מתוך חומרי רקע אלו.

1.2 חדשנות בישראל וגישות ליצירת שינוי

בריאות הנפש בארץ זקוקה לגישה חדשנית. בישראל הוקמה רשות החדשנות (לשעבר לשכת המדען הראשי במשרד הכלכלה) בשנת 1971. כיום ישנם כ-27 מרכזי חדשנות ותשתיות מחקר הפרוסים ברחבי הארץ בבתי החולים ובקופות החולים (innovationisrael.org.il), ותפקידם הוא פיתוח מחקר וטכנולוגיות חדשניות בתחום הבריאות, תוך יצירת שיתופי פעולה בין התעשייה, גופי מחקר וארגוני בריאות.

עולה השאלה, כמה מתוך העשייה במרכזי החדשנות השונים קשורה לתחום בריאות הנפש בישראל. השאלה חשובה במיוחד בתקופת דרישה גבוהה ביותר כפי שנתקלנו בה במהלך מלחמת חרבות ברזל. קיים צורך מיידי למצוא פתרונות יצירתיים שיאפשרו לנהל באופן אפקטיבי את שירותי בריאות הנפש.

ניתן להסתכל על אתגרי השינוי במערכת בריאות הנפש בישראל בשלוש רמות שונות. הראשונה מתייחסת לפריצות דרך בחדשנות וטכנולוגיה, הקיימות בענפי המדע והרפואה השונים אך אינן מיושמות בתחום בריאות הנפש, כדוגמת מהפכת הבינה המלאכותית או שימוש במאגר המידע הגנטי הראשון בישראל לטובת חקר בריאות הנפש. הרמה השנייה מתייחסת לפרויקטים שנמצאים בפועל בתחום בריאות הנפש מזה מספר שנים או אף עשורים, אך נתקלים בקשיים בהטמעה ובשימוש רחב היקף (McGinty et al., 2024), כדוגמת הטמעת ניטור תוצאי טיפול במערכות בריאות הנפש הציבוריות. כאן, החדשנות הנדרשת היא בחשיבה כיצד ניתן לפרוץ את הקושי בהטמעה. הרמה השלישית מתייחסת לרעיונות חדשניים אשר נמצאים בשלבי הוכחה או בשלבי מחקר בסיסי, בעלי אופי תרגומי (translational) מובהק ופוטנציאל לתרומה משמעותית יישומית בתחומי בריאות הנפש, שעדיין לא הגיעו לכדי יישום. דוגמה לכך הנה מודל האורגנואידים המציע בניית מוח זעיר בהתבסס על תא גזע כדי לחקור שינויים גנטיים שעשויים להוביל להתפתחות הפרעות נפשיות. גם לשימוש בטכנולוגיה יש פוטנציאל אדיר בהתמודדות עם המשבר בתחום בריאות הנפש בישראל. אחת השאלות שעולות היא באיזה אופן ניתן לרתום את הטכנולוגיה להתמודדות עם המשבר בצורה מקצועית, אחראית, מבוקרת ומדידה ולנצל את היכולות והיתרונות הייחודיים שלה.

כיצד מובילים שינוי במערכת מורכבת ומסועפת כמו בריאות הנפש?

דרך אחת הנה **הכנסת שינויים יזומים למערכת**. הכנסת שינויים אף אם הם נראים אקראיים או לא מוצדקים במבט ראשון, יכולה לשמש כמנוע לחדשנות ושיפור (Finke et al., 1996). גישה זו מבוססת על הרעיון האבולוציוני ומדגישה כי בדומה למינים בטבע, מערכות צריכות להיות גמישות ודינמיות כדי להתמודד עם אתגרים ולהתאים את עצמן לעידן חדש. נדרש תהליך אקטיבי של יישום שינויים והתאמתם לצרכים המשתנים על פי מדידה והערכה של השפעותיהם. זיהוי תחומי מפתח לשינוי, נעשה בעזרת הסתכלות על המצב הקיים היום, למידה מתוך מערכות קיימות בעולם וכמובן היענות לאתגרי השעה. ניתן לבחור תחומי מפתח לשינוי על בסיס הזמן שחלף מאז השינוי האחרון בהם, כלומר בחירה מודעת לייצר שינוי בתחומים או תהליכים שבהם לא בוצע שינוי זמן, גישה זו נקראת "טרנספורמציה

מונעת" (Freeland, 2019) (Preemptive Transformations). השינויים שמכניסים באסטרטגיה זו לא חייבים להיות אקראיים לגמרי ובאמצעות שיטות של רעיונות חושבים על שינויים שיש הערכה שייטיבו עם המערכת. באמצעות הכנסת שינויים, שואפים למצוא נקודת שיווי משקל חדשה למערכת. כלומר, מזוהים את התחומים הכי "תקועים" ומוציאים אותם מאזור הנוחות, עד שנמצאת נקודת שיווי משקל חדשה. לדוגמה מתקופת הקורונה:

מצב קיים: עובדים בבריאות הנפש במשרד

שינוי: קורונה-חייבים לעבוד מהבית או לא לעבוד כלל

נקודת שיווי משקל חדשה: עובדים חלק מהזמן מהבית וחלק מהזמן מהמשרד

בדוגמה זו השינוי נכפה על המערכת מבחוץ, אך מערך בריאות הנפש הבין את הצורך כדי לשנות ולהגיע לנקודת שיווי משקל חדשה. בשיטה המוצעת כאן אנחנו יוזמים את השינויים בעצמנו ומעריכים את ההשפעות שלהם בעזרת מחקר.

דרך שנייה להוביל שינוי במערכת היא באמצעות **עידוד מדע ומחקר בתחום בריאות הנפש**. מחקר בסיסי מתבצע במוסדות מחקר ואקדמיה, ומתמקד בהבנה עמוקה של מנגנונים. מחקר יישומי נועד לפתח ידע ותובנות שניתן להטמיע ישירות ברפואה ובמערכת הרפואית ולכן מתבצע לרוב בשיתוף פעולה בין האקדמיה, התעשייה והארגונים המעניקים שירותים רפואיים. כאשר המחקר מגיע לשלב הניסוי הקליני ו/או ניסוי הרצה וחלוץ (פיילוט), נדרשת מעורבות של ארגוני הבריאות. בתחום הפסיכיאטריה, עומדים בפני המחקר אתגרים ייחודיים. עלינו לפתור אותם כדי להשיג את התועלות הגלומות במחקר. בשונה מתחומי רפואה אחרים, בהם תרופות וטכנולוגיות טיפוליות חדשות יכולות להביא לתוצאות מדידות ומשמעותיות באופן יחסית מהיר, בפסיכיאטריה, התהליך עשוי להיות ארוך יותר וההצלחות פחות ברורות ומדידות, מה שעלול להשפיע על נכונות של משקיעים (מוסדיים ופרטיים) להשקיע. במקרה כזה, האתגר הוא לא רק לבצע מחקר, אלא גם להטמיע את ממצאיו בשדה הקליני.

דרך שלישית להוביל שינוי היא באמצעות שינוי **תהליכי הקליטה, ההכשרה והפעילות של עובדי בריאות הנפש**. דרך זו, הקשורה לדרך השנייה ואף יכולה לסייע בהתמודדות עם אתגריה הינה הטמעה של קלינאות חוקרת (Practice embedded research), במודל הדומה לזה המוטמע ברפואה, כך שמטפלים בעצמם יהיו מטפלים חוקרים ומטמיעים (Vindrola-Padros et al., 2017). הכנסת חדשנות לבחינות מומחיות יכולה לתרום להטמעת השינוי. יתרונות גישה זו טמונים

בכך שאנשי החדשנות והמחקר המדעי יכירו היטב את השדה הטיפולי, ודרכו יבנו שאלות מחקר התואמות לצרכים היישומים של השדה. בהמשך לכך, ממצאי מחקר מדעי יוכלו להיות מיושמים ביתר קלות כאשר יובלו על ידי אנשי הטיפול בשטח, מתוך מטרה לשפר את איכות השירות וכן מתוך הבנה כי המחקר המדעי הוא זה שתומך בביצוע ההטמעה.

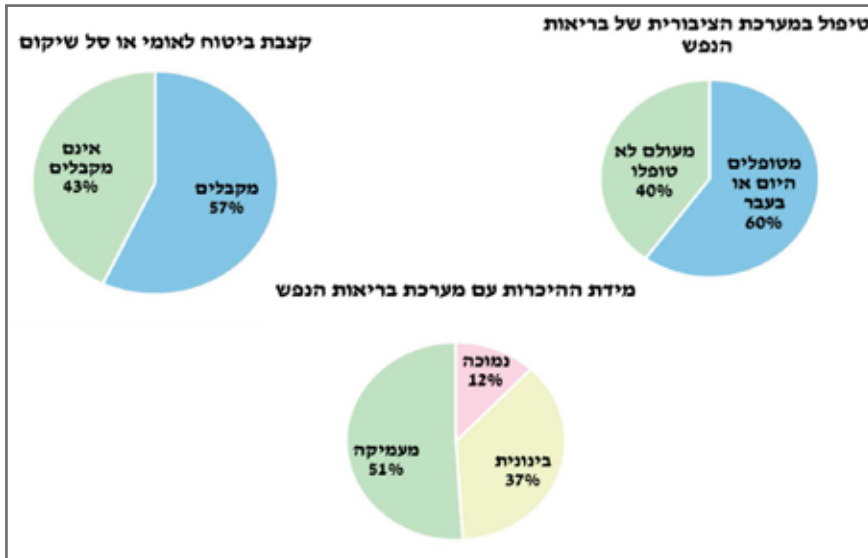
לקראת הכנס וכחלק מריכוז החומר הנדרש לשם קיום הדיונים במהלכו, ערכנו סקרים בקרב שתי קבוצות יעד שונות; האוכלוסייה הכללית ומטפלים. מטרת הסקרים הייתה להעריך את התפיסות, העמדות והצרכים המרכזיים של המטפלים והאוכלוסייה הכללית בנוגע לתכנון החזון, הטמעת חדשנות וטכנולוגיה במערכת בריאות הנפש בישראל והאתגרים העומדים בפני הטמעה זו ותחום השיקום בקהילה. גיוס המשתתפים לסקר התבצע דרך קבוצות מדיה חברתית (וואטסאפ ופייסבוק) רלוונטיות (קבוצות מתמודדים, בתי חולים וכיוב'). ממצאי הסקרים מפורטים להלן.

1.3 סקר לאוכלוסייה הכללית

1.3.1 מאפייני המדגם

761 משתתפים מילאו את הסקר לאוכלוסייה הכללית, מתוכם 76% הזדהו כנשים, 23% כגברים ו-2% הגדירו עצמם כ-"אחר". 46% מהמשיבים מתחת לגיל 40, 47% בין 40-60 ו-7% מעל גיל 60. מרבית המשתתפים (66%) מתגוררים במרכז הארץ, 24% מתגוררים בצפון ו-10% בדרום. מעל מחצית (53%) מסך המשתתפים נשואים או נמצאים בזוגיות.

60% מבין המשתתפים שמילאו את הסקר מטופלים היום או טופלו בעבר במערכת הציבורית של בריאות הנפש. בנוסף, 36% הצהירו כי היו בעבר באשפוז פסיכיאטרי. 62% מבין כלל המשתתפים הצהירו כי אחד מקרוביהם או מבני משפחתם טופלו במערכת הציבורית של בריאות הנפש. חשוב לציין כי הסקר הופץ הן בתפוצה רחבה והן ברשימות תפוצה של בתי חולים ובקרב מתמודדים, ולכן ממצאי סקר זה, אינם בהכרח מייצגים את האוכלוסייה הכללית. מבין כלל המשתתפים, 57% הצהירו כי הם מקבלים קצבה מביטוח לאומי או סל שיקום על רקע ההתמודדות הנפשית שלהם. בחנו האם יש הבדלים בממצאים שהתקבלו בשלוש קבוצות שונות: (א) מטופלים היום או בעבר, (ב) אינם מטופלים אך מישהו מבני משפחתם מטופל היום או בעבר, (ג) שאר האוכלוסייה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בממצאים בין הקבוצות.

איור 1: מאפייני המדגם מתוך הסקר לאוכלוסייה הכללית**1.3.2 חזון בריאות הנפש**

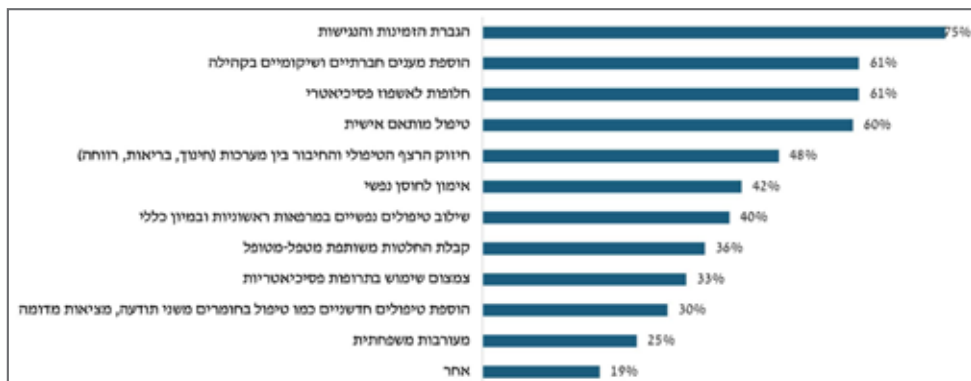
המשתתפים בסקר התבקשו לבחור מתוך רשימה **חמישה נושאים אשר לדעתם הם החשובים ביותר לקידום חזון בריאות הנפש.**

הגברת זמינות ונגישות הטיפול הייתה הנושא השכיח ביותר (75%). לאחריו הייתה התייחסות נרחבת לצורך בחלופות לאשפוז פסיכיאטרי (61%), להוספת מענים חברתיים ושיקומיים בקהילה (61%) והצורך בטיפול מותאם אישית (60%). מתוך אלו אשר בחרו "אחר", מעל 25% מהמשתתפים ציינו נושאים הקשורים בתקנים ומשאבים (כולל תקציבים וסבסוד כלכלי). כ-13% ענו כי היו מקדמים התמודדות עם מצבי משבר ומענה ראשוני.

עוד נתבקשו המשתתפים לדרג במלל חופשי את **שלושת הנושאים החשובים ביותר הדורשים מענה בבריאות הנפש.**

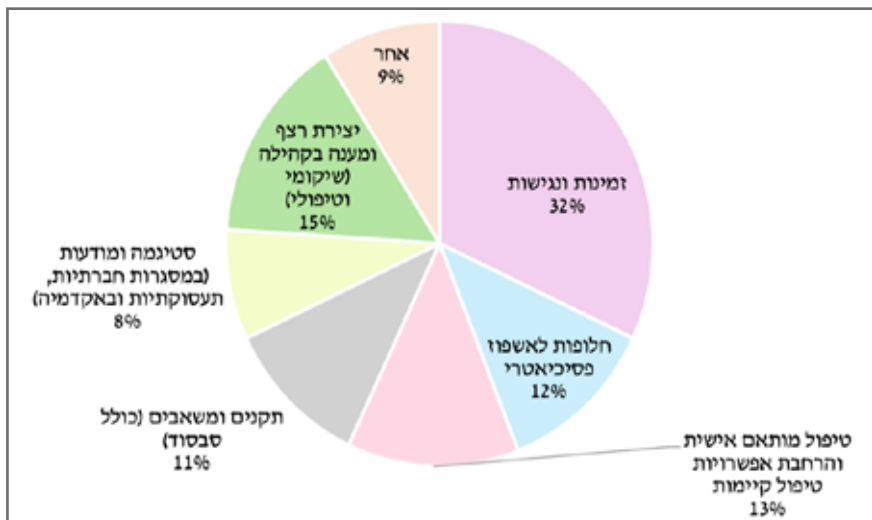
עלה כי כ-32% מהמשתתפים ציינו **שזמינות ונגישות** הוא אחד מבין שלושת הנושאים המרכזיים. כ-15% ציינו סוגיות הקשורות **ברצף טיפולי ומענה בקהילה** (שיקומי וטיפול). 13% מבין המשתתפים ציינו נושאים הקשורים **בטיפול מותאם אישית והרחבת המענים הטיפוליים הקיימים**, כולל טיפולים מיוחדים טראומה, הפרעות אכילה והתמכרויות.

איור 2: הנושאים החשובים לקידום חזון בריאות הנפש - אוכלוסיה כללית



* עבור כל נושא, הגרף מראה את אחוז המשיבים שציינו את אותו נושא כאחד מחמשת הנושאים החשובים ביותר

איור 3: הנושאים הדורשים מענה והתייחסות במערכת בריאות הנפש בישראל - אוכלוסייה כללית



1.3.3 שילוב טכנולוגיה וחדשנות במערכת בריאות הנפש

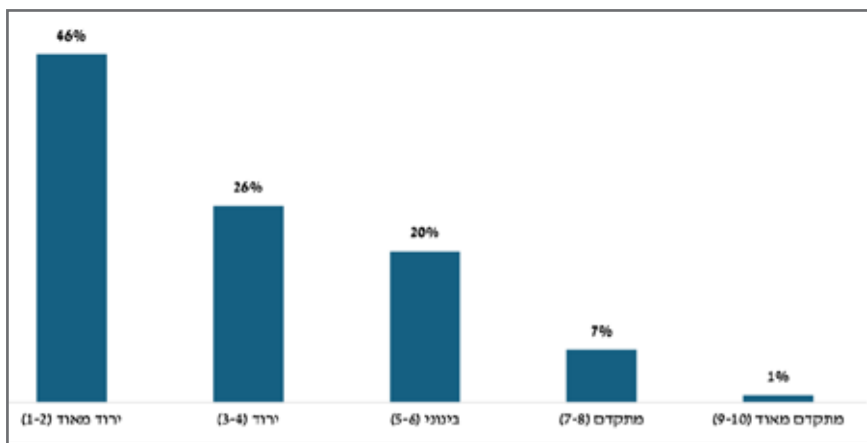
המשתתפים התבקשו לדרג בסולם של 1-10 את מערכת בריאות הנפש בישראל מבחינת שילוב טכנולוגיה וחדשנות.

הגרף מציג את אחוז המשיבים שדירגו את שילוב הטכנולוגיה והחדשנות במערכת בריאות הנפש בישראל כמתקדם מאוד ועד ירוד מאד.

בקרב האוכלוסייה הכללית, ממוצע הדירוג היה 3.18 (סטיית תקן = 2.13).

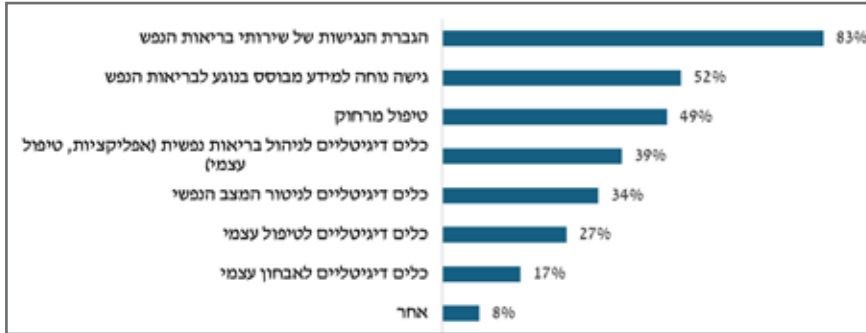
72% השיבו כי מערכת בריאות הנפש נמצאת במצב ירוד עד ירוד מאוד מבחינת שילוב טכנולוגיה וחדשנות.

איור 4: דירוג מערכת בריאות הנפש בישראל מבחינת שילוב טכנולוגיה וחדשנות בקרב האוכלוסייה הכללית



המשתתפים התבקשו לסמן את שלושת התחומים העיקריים בהם נדרש לשלב טכנולוגיה בתחום בריאות הנפש. 83% סימנו כי הנושא החשוב ביותר הוא **הגברת הנגישות** של שירותי בריאות הנפש ו-52% סימנו **גישה נוחה למידע מבוסס** בנוגע לבריאות הנפש.

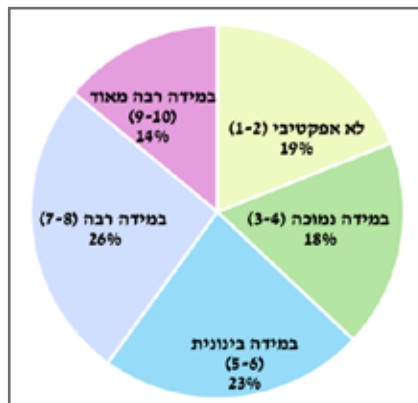
איור 5: התחומים העיקריים בהם נדרש לשלב טכנולוגיה בתחום בריאות הנפש



המשתתפים נשאלו גם על האפקטיביות של טיפול מרחוק. 56% מהמשתתפים הצהירו כי קיבלו טיפול נפשי מרחוק.

המשתתפים דירגו את האפקטיביות בסולם 1-10. האפקטיביות של טיפול מרחוק דורגה בממוצע על ידי האוכלוסייה הכללית כ-6.23 (סטיית תקן=2.21).

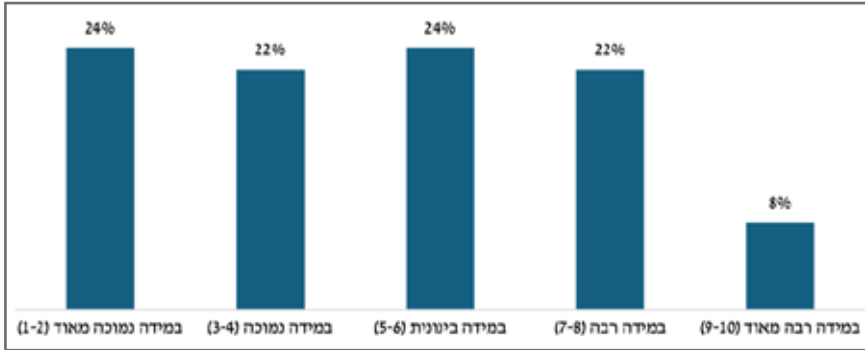
איור 6: דירוג האפקטיביות של טיפול מרחוק בקרב האוכלוסייה הכללית



1.3.4 שיקום

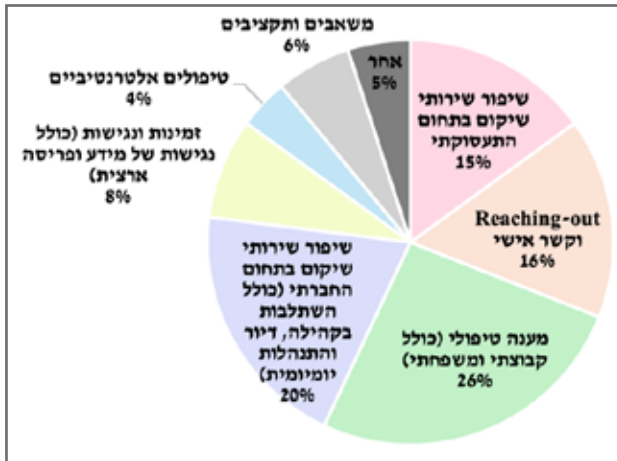
המשתתפים בסקר התבקשו לדרג באיזו מידה הם מרגישים ששירותי סל שיקום מצליחים לסייע להם ולקדמם בתהליכי שילוב והחלמה. על שאלה זו ענו 301 משתתפים, מתוכם 211 (70%) מטופלים במערכת הציבורית היום או בעבר. המשתתפים דירגו את מידת הסיוע בסולם 1-10. 30% ציינו כי הוא מסייע במידה רבה או רבה מאוד.

56% מבין העונים ציינו כי סל השיקום מסייע להם במידה נמוכה או נמוכה מאוד. מידת הסיוע של שירותי סל שיקום בתהליכי שילוב והחלמה דורגה בממוצע כ-4.88 (סטיית תקן=2.57).



המשתתפים בסקר, המקבלים סל שיקום, נשאלו על המענים שבעיניהם כדאי להוסיף. 26% מהמשתתפים ציינו כי היו מעוניינים להוסיף מענה טיפולי, 20% ציינו כי יש צורך בשיפור שירותי השיקום בתחום החברתי ו-15% הדגישו את השיקום התעסוקתי. חשוב לציין כי בשני התחומים האלו, ניתן דגש משמעותי על הצורך במענים תעסוקתיים וחברתיים מתאימים לאוכלוסייה בתפקוד גבוה או בעלי מקצוע קודם.

איור 8: מענים שכדאי להוסיף ולחזק למקבלי סל שיקום



1.4 סקר למטפלים

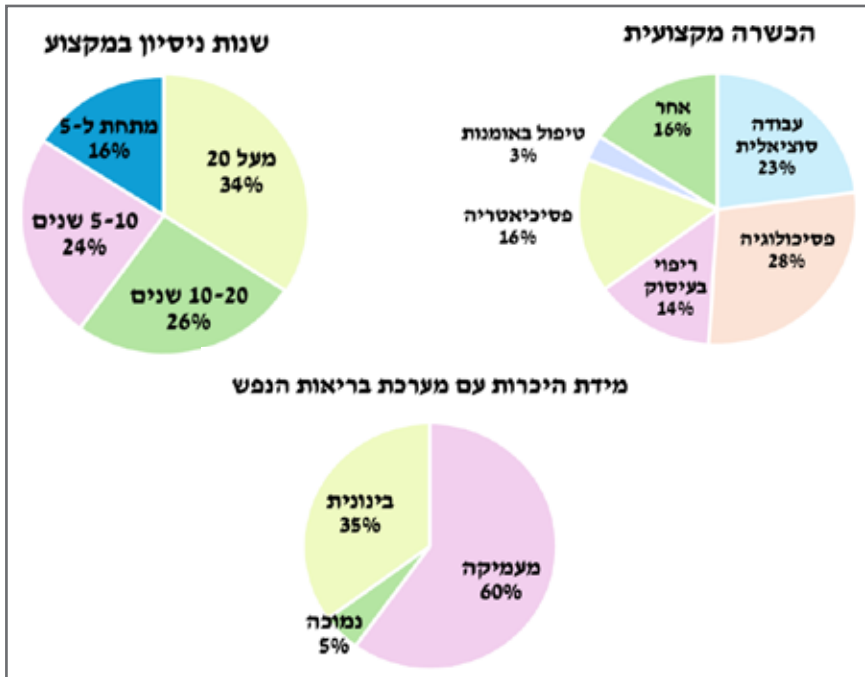
1.4.1 מאפייני המדגם

542 מטפלים ומטפלות מילאו את הסקר. מתוכם 81% נשים, ו-18% גברים. מרבית המשיבים (59%) בגילאי 40-60, 28% מהמשיבים הינם בני פחות מ-30 שנים, ו-13% מעל גיל 60. מרבית המשיבים מתגוררים באזור המרכז (78%), ושאר המשיבים מתגוררים בצפון (13%) או בדרום (9%) הארץ.

94% מהמשיבים עובדים כעת (83%) או עבדו בעבר (11%) במערכת הציבורית.

מבחינת הכשרה מקצועית מרבית המשיבים היו מתחום הפסיכולוגיה (28%), עבודה סוציאלית (23%), פסיכיאטריה (16%) וריפוי בעיסוק (14%). בקטגוריית ה"אחר" מיעוט משיבים הזדהה כבעלי תארים ראשונים או לחילופין תואר שלישי במקצועות פסיכולוגיה, בריאות נפש קהילתית או עבודה סוציאלית, סיעוד וייעוץ.

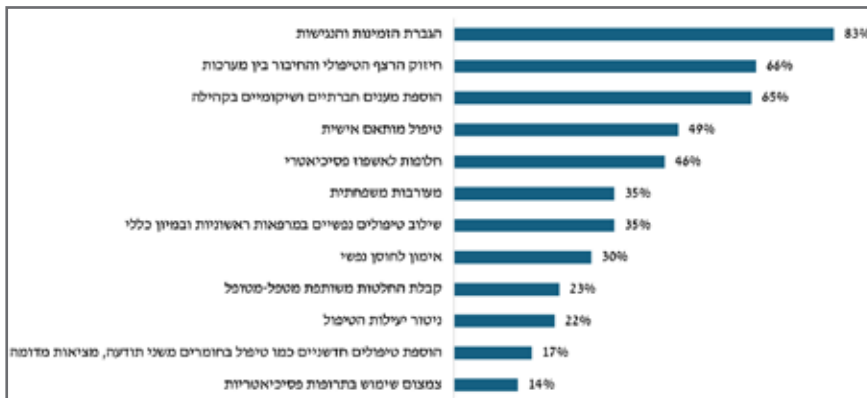
איור 9: מאפייני המדגם מתוך הסקר למטפלים



1.4.2 חזון מערכת בריאות הנפש

המטפלים התבקשו לבחור מתוך רשימה, מהם חמשת הנושאים אשר לדעתם הם החשובים ביותר לקידום חזון בריאות הנפש. בדומה לתוצאות סקר האוכלוסייה הכללית, הגברת זמינות ונגישות הטיפול הייתה הנושא השכיח ביותר (83%). לאחריו הייתה התייחסות נרחבת לצורך בחיזוק הרצף הטיפולי (66%) והוספת מענים שיקומיים בקהילה (65%).

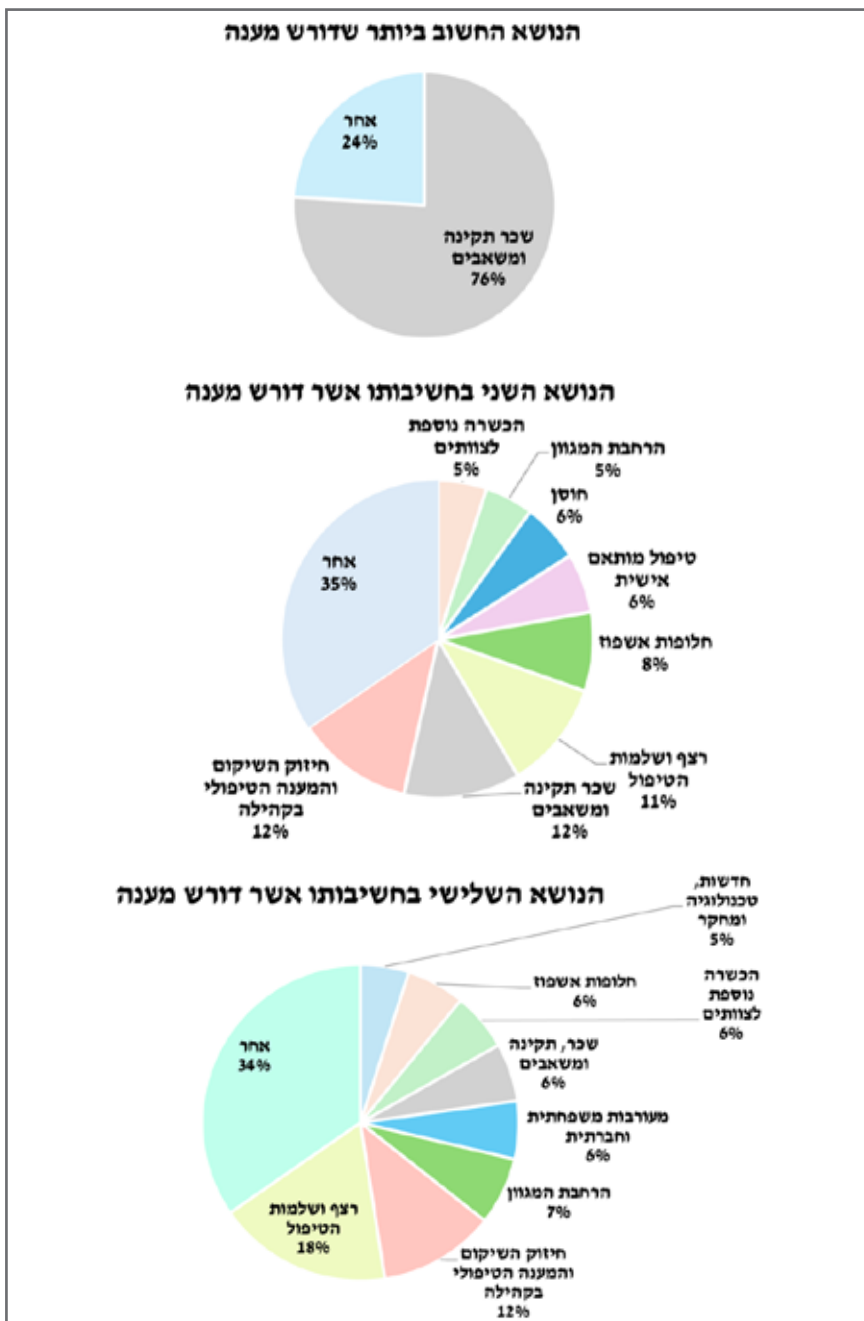
איור 10: הנושאים החשובים לקידום חזון בריאות הנפש - מטפלים



* עבור כל נושא, הגרף מראה את אחוז המשיבים שציינו את אותו נושא כאחד מחמשת הנושאים החשובים ביותר

המשתתפים התבקשו לדרג במלל חופשי את **שלושת הנושאים החשובים ביותר הדורשים מענה בבריאות הנפש**. בקרב המטפלים, שכר תקינה ומשאבים נתפס כנושא החשוב ביותר על ידי 76% מהמשיבים. כך לדוגמה ניתנו התשובות הבאות: "שכר ותנאי עבודה לעובדים", "הגדלת הזמינות באופן משמעותי למענים פסיכיאטריים ופסיכולוגיים" "תקנים ושכר למטפלים". קטגוריית "אחר" כוללת נושאים אשר צוינו כל אחד על ידי פחות מ-5% מהמשיבים, ביניהם טיפול מותאם אישית, הסדרה ופיקוח על הכשרת מטפלים ושילוב טיפולים מסוגים שונים.

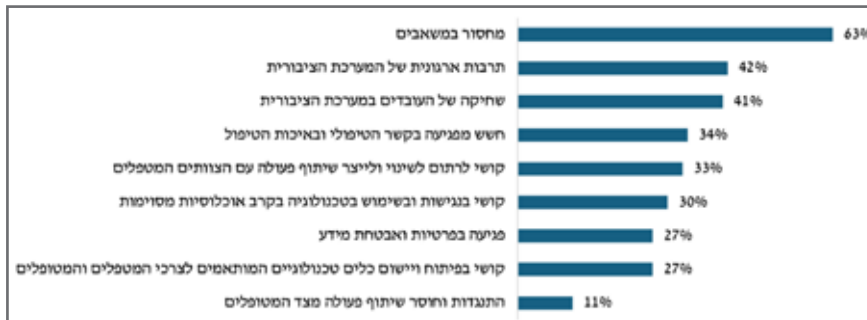
איור 11: שלושת הנושאים הדורשים מענה והתייחסות במערכת בריאות הנפש בישראל - מטפלים



1.4.3 שילוב חדשנות וטכנולוגיה במערכת בריאות הנפש

המטפלים התבקשו לבחור מתוך רשימה, שלושה נושאים אשר לדעתם מהווים את שלושת האתגרים המרכזיים בקידום חשיבה חדשנית וטכנולוגיה במערכת בריאות הנפש. בדומה לתשובות בנושא החזון, גם כאן האתגר המרכזי השכיח ביותר שנבחר הינו מחסור במשאבים (63%). לאחריו, תרבות ארגונית (42%) ושחיקה של העובדים (41%). נבחרו כאתגרים מרכזיים (41%).

איור 12: האתגרים המרכזיים בעיני המטפלים בקידום חשיבה חדשנית וטכנולוגיה במערכת בריאות הנפש



* עבור כל נושא, הגרף מראה את אחוז המשיבים שציינו את אותו נושא כאחד מחמשת הנושאים החשובים ביותר

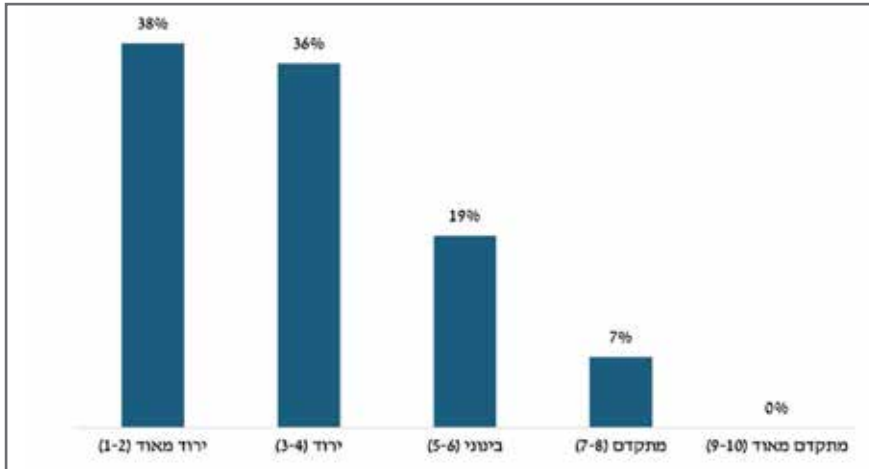
המשתתפים התבקשו לדרג בסולם של 1-10 את מערכת בריאות הנפש בישראל מבחינת שילוב טכנולוגיה וחדשנות.

בקרב המטפלים, ממוצע הדירוג היה 4.21 (סטיית תקן=2.05). כפי שניתן לראות בגרף, 74% מהמשיבים דירגו את שילוב הטכנולוגיה והחדשנות במערכת בריאות הנפש בישראל כירוד עד ירוד מאוד.

כאשר המטפלים התבקשו בסקר לציין במלל חופשי **מה לדעתם הסוגייה המרכזית הנדרשת למענה חדשני במערכת בריאות הנפש בישראל**, 38% ציינו נושאים הקשורים לשכר, תקינה וקיצור משך ההכשרה, 16% ציינו נושאים הקשורים לשילוב טכנולוגיות חדשות ושדרוג המערכות הקיימות, 13% ציינו נושאים הקשורים לייעול עבודת המערכת ושיפור הקשר בין מסגרות שונות. 11% הציעו שילוב של שיטות טיפול נוספות כגון גוף נפש, חומרים משני תודעה וכלים לעבודה עצמית, 6% ציינו את הצורך בניטור יעילות הטיפולים ו-5% ציינו חלופות אשפוז. נושאים אחרים צוינו

על ידי פחות מ-5% מהמשיבים.

איור 13: דירוג מערכת בריאות הנפש בישראל מבחינת שילוב טכנולוגיה וחדשנות בקרב המטפלים



על השאלה **אם ישנו תחום מתוך המחקר אשר יוכל לסייע לקידום מערכת בריאות הנפש** (במלל חופשי), 36% מהמטפלים ציינו ניטור יעילות הטיפולים הקיימים במערכת ו-21% ציינו את הצורך בניטור יעילותן של גישות חדשות ושילובן במערכת. 16% ציינו את הצורך בשילוב טכנולוגיות חדשות. נושאים אחרים צוינו על ידי פחות מ-5% מהמשיבים.

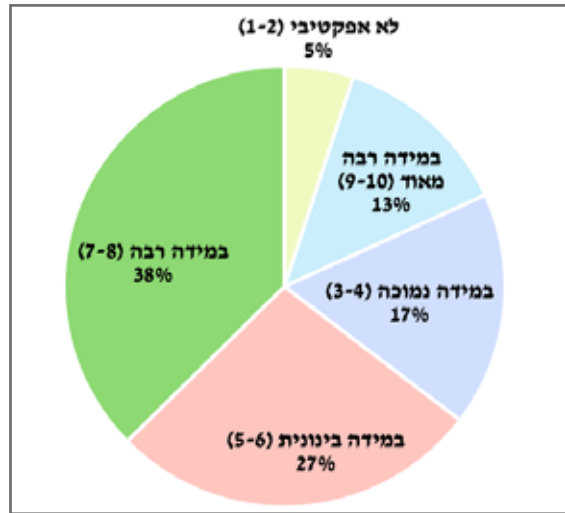
גם המטפלים נשאלו על האפקטיביות של טיפול מרחוק. האפקטיביות של טיפול מרחוק דורגה בממוצע על ידי המטפלים כ-6.23 (סטיית תקן=2.21). המשתתפים דירגו את האפקטיביות בסולם 1-10.

1.4.4 שיקום

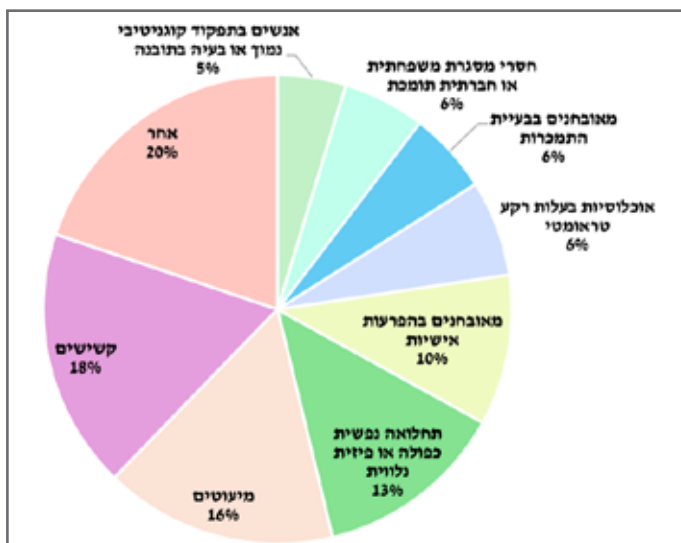
בסקר המטפלים, לשאלה אלו אוכלוסיות מתקשות לקבל מענה ממערך השיקום בקהילה, 19% מהמשיבים ציינו קשישים, 17% ציינו מיעוטים (חרדים, עולים, ערבים ותושבי הפריפריה), 14% ציינו מטופלים הסובלים מתחלואה נוספת, ו-11% ציינו אנשים הסובלים הפרעות אישיות. בקטגוריות ה"אחר" (20%) נכללים נושאים שקיבלו כל אחד מהם פחות מ-4% מהתשובות, דוגמת אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות כרוניות, אנשים עם תפקוד קוגניטיבי וכללי גבוה וצעירים. גם בשאלת המענים שיש להוסיף, לחזק ולפתח לטובת שיקום בקהילה, סוגית השכר, התקינה והמשאבים

צוינה על ידי החלק הארי של המשיבים בסקר המטפלים (33%). 15% ציינו את הצורך במסגרות דיור, חברה ותעסוקה מותאמות ומגוונות יותר, 14% ציינו כי יש לפתח כלים לחיזוק המשפחה והקהילה ו-6% ציינו כי יש צורך בהכשרה לחיזוק איכות צוות השיקום בקהילה.

איור 14: דירוג האפקטיביות של טיפול מרחוק בקרב המטפלים



איור 15: האוכלוסיות המתקשות לקבל מענה ממערך השיקום בקהילה



הכנה לקבוצות דיון

בדיון במסגרת תת ועדה זו, אנו שואפים לא להתמקד באתגרים בלבד אלא בהסתכלות קדימה ובהצעות פרקטיות לעשור הקרוב. בהתאמה למבנה המוצע, יתקיימו שלוש קבוצות דיון מרכזיות:

קבוצת הדיון הראשונה תעסוק בחזון בריאות הנפש ובמודלים של טיפול שנכון ליישם בארץ. הדיון בקבוצה זו הינו בהתוויית חזון בריאות הנפש לשנים הבאות וקביעת אמות המידה על בסיסן תפעל מערכת בריאות הנפש בישראל. בנוסף, הועדה תשאף להתוות את מודל העבודה אשר יהווה את התשתית המערכתית למימוש אותו חזון, על בסיס מודלים של עבודה וטיפול שפותחו בעולם והצרכים המקומיים.

קבוצת הדיון השנייה תעסוק בהצעות להטמעת חדשנות, כלומר בהצעות לאופן בו ניתן לרתום את החשיבה החדשנית ולהטמיע אותה במערכת בריאות הנפש בישראל.

קבוצת הדיון השלישית תעסוק בהצעות להטמעת טכנולוגיה במערכת בריאות הנפש בישראל.

שלושת החלקים יניחו את שאלות הבסיס לדיון שייערך בקבוצות השונות בכנס.

פרק 2: חזון בריאות הנפש בישראל ומודל העבודה

2.1 עקרונות מנחים להתוויית מדיניות עתידית וחזון של בריאות הנפש

בבסיס העקרונות המנחים לפיתוח החזון והאסטרטגיה נמצאים ערכים משותפים הכוללים את כיבוד זכויות האדם, זכותו לשוויון בקבלת מענה טיפולי, תפיסה הוליסטית של האדם כשלם על כל חלקיו: גופניים, רגשיים, חברתיים רוחניים. אלו יכוונו אותנו לטיפול והתמקדות במניעה והתערבות מוקדמת לצורך הגברת חוסן פסיכולוגי.

החזון הוא שבישראל 2034, מערכת בריאות הנפש תפעל מתוך הבנה כי בריאות נפשית משפיעה בצורה ישירה ועקיפה על איכות החיים, הרווחה הנפשית, תחושת הלכידות החברתית, הסולידריות ועל חוסנה הביטחוני והכלכלי של מדינת ישראל.

בישראל קיימות אוכלוסיות רבות ומגוונות הנזקקות למענים דיפרנציאליים התואמים את צרכיהם. כך לדוגמה, הצרכים הנפשיים של ילדים שונים מאלה של מבוגרים. צרכי האוכלוסייה משתנים גם כתלות במצב סוציו-אקונומי, מקום המגורים, תחלואה גופנית נלווית, שונות מגדרית וכדומה. האסטרטגיה למימוש החזון תסייע להשיג שינויים חיוביים עבור קהילות ועבור הפרט, ותלויה בפעולות בתחומי מדיניות ותקציב מתאימים. מתוך אלו עולים מספר עקרונות יסוד ומטרות ברמת כלל האוכלוסייה העומדים בתשתית חזון בריאות הנפש בישראל. נגדיר חמישה מדדי תהליך, כלומר, מדדים שדרך הגשמתם נוכל להתקרב למימוש המטרות ברמת האוכלוסייה כולה.

איור 16: חזון בריאות הנפש בישראל 2034: מטרות ברמת האוכלוסייה ומדדי תהליך

מדדי תהליך	מטרות ברמת האוכלוסייה כולה
מתן מענה נפשי גניש וזמין: המענה הנפשי בישראל יינתן באופן מקיף ושוויוני ובאופן פשוט ונגיש שימנע מערים ועיכובים בקבלת טיפול. מענים בתחום בריאות הנפש יוטמעו גם במערכות אחרות שיכולות לספק מענה רחב ויצירתי	בריאות הנפש והרוחה הכללית של האוכלוסייה גדלה ואי-השוויון בבריאות הנפש מצטמצם
מתן מענה נפשי איכותי: הגברת מענים מוכחים ויעילים בתחום הטיפול והשיקום וכן מיקוד במניעה והתערבות מוקדמת מינקות ועד הגיל השלישי. המדיניות בתחום בריאות הנפש והמענים המוצעים יתבססו הן על מדע, מחקר וטכנולוגיה והן על חוויות וידע מניסיון של מתמודדים ועובדי המערכת	אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות, כולל אלה עם מצבי בריאות נלווים, חווים איכות ואורך חיים משופרים, ללא סטיגמה ואפליה
שינוי השיח החברתי בישראל כלפי בריאות נפשית, כך שיתאפשר לאנשים לקבל טיפול בביטחון וללא בושה. מערכת בריאות הנפש תשים את שלומם, חירותם ורווחתם של האדם במרכז. אנשי הטיפול, המחקר ומקבלי ההחלטות יקפידו על שקיפות והגינות. שירותי בריאות הנפש יפעלו מתוך תפיסה של שילוב בקהילה וחתירה להגשמת רווחתם של המתמודד בתחומי חיים שונים: חינוך, תעסוקה, חברה וקהילה.	שיפור הידע והאוריינות בתחום בריאות הנפש
מערכת בריאות הנפש בישראל תשקיע בהון האנושי שלה: תקדם יצירת אפיקי התפתחות מקצועיים לאנשי בריאות הנפש במערכת הציבורית ותאפשר עבודה מולטי-סקטוריאלית והכשרת אנשי מקצוע מיומנים ומקצועיים. אלו, יאפשרו שמירה על יציבות המערכת והפחתת שחיקה.	לקהילות יש כלים המאפשרים להם לפעול כמקור תמיכה לבריאות הנפש והרוחה של אנשים, להוביל את המאבק בסטיגמה ובאפליה ולספק מגוון הזדמנויות לחברה ותמיכה
	אנו מאמינים גישה של "בריאות נפש בכל המדינות" כדי לאפשר פעולות חוצות-מדיניות המתמודדות ביעילות רבה יותר עם מגוון הגורמים החברתיים, הכלכליים והסביבתיים המשפיעים על בריאות הנפש והרוחה של אנשים, כולל עוני, סטיגמה, אפליה ואי-צדק
	מערכת בריאות הנפש בישראל תיערך למתן מענה לחירום אישי וחירום לאומי. כלומר, שיפור המענים הניתנים כעזרה ראשונה נפשית, התערבות במשבר ופיתוח מערך חירום בתחום בריאות הנפש וקידום מוכנות פסיכו-חברתית לחירום/אסונות

2.2 למידה ממודלים בעולם

סוגיות רבות המעסיקות את מערכת בריאות הנפש בישראל קיימות גם במדינות שונות בעולם, ומהוות זרז לחיפוש מתמיד אחר מודלים חדשניים לניהול מערכת הבריאות הנפשית בכללותה, אשר יוכלו לספק מענה לאתגרים השונים. מדוח של ארגון הבריאות העולמי עולה כי קיים דמיון במוטיבציות של המדינות השונות לפתח תוכניות ולהשקיע משאבים בתחום בריאות הנפש, למשל ההשלכות של משבר הקורונה, העלייה בדרישה לשירותי בריאות הנפש, בשיעור ההימצאות של מתמודדים עם מצוקה נפשית, בשיעור האובדנות וכן קיומה של סטיגמה משמעותית שמהווה חסם בפנייה לטיפול (WHO, 2022). בחלק זה נדון במודלים שונים בבריאות הנפש בעולם, תוך התייחסות לאופן שבו המדע, החדשנות והטכנולוגיה יכולים לשרת את מודלי העבודה. נרצה להדגיש את החלקים מהמודלים הבינלאומיים שניתן לאמץ בארץ ולאזן דווקא את המודלים בכללותם. בהמשך תוצג הצעתנו למודל ישראלי בבריאות הנפש.

מצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות	רקע ומטרות כלליות	מדינה
<p>♦ תוכנית (Improving Access) IAPT מ-2008 ומטרתה לספק לאוכלוסייה טיפולים פסיכולוגיים מבוססי ראיות (CBT, IPT). תוכנית זו אומצה במדינות נוספות בעולם כמו נורבגיה, יפן, קנדה ואוסטרליה (שם נקראת NewAccess) (Cromarty et al., 2016; Nicaise et al., 2020). עקרונות התוכנית: במקרים של בעיות קלות-בינוניות: עד 3 פגישות אונליין, חינוך פסיכולוגי ומענים של עזרה עצמית. נותני המענה הראשוני נקראים PWP Psychologi-well-being practitioners, עברו הכשרה שאורכה שנה בתדירות של אחת לשבוע. במידה והמענה לא מספק או במקרים הבינוניים והקשים: המטופל עובר ל"שלב הבא" ומקבל מענה טיפולי אינטנסיבי יותר. מענה זה ניתן לרוב על ידי פסיכולוגים ופסיכולוגים קליניים (Clark et al., 2009).</p> <p>♦ תוכנית ממשלתית (The NHS long term program) לטיפול בחולים הקשים (SMI) דרך הטמעת פרסונליזציה, הסתכלות הוליסטית וקבלת החלטות משותפת, אינטגרציה בין מענים רפואיים לנפשיים, ובין שירותי בריאות ושיקום (NHS, 2019).</p> <p>♦ אחיות קהילתיות: מתן טיפול תרופתי ארוך טווח לחולי סכיזופרניה בבית המטופלים לסיוע בניהול המחלה ומניעת החמרה (Macleod et al., 2011; NHS, 2023; Yang et al., 2021).</p>	<p>1. מודל Stepped Care: אינטנסיביות המענה תואמת את חומרת מצב המטופל.</p> <p>2. תוכנית לאומית בתחום בריאות הנפש לשנים 2019-2024 (The NHS long term program): מעבר למודל קהילתי ואינטגרטיבי בטיפול בחולים הקשים (SMI: Severe Mental Illness), בשל אחוזי תמותה גבוהים ורשימות המתנה ארוכות (NHS, 2019).</p>	<p>אנגליה</p> <p>IAPT - Stepped care</p>

אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות	רקע ומטרות כלליות	מדינה
<ul style="list-style-type: none"> ◆ קמפיין לאומי Time to Change להעלאת המודעות לבריאות הנפש ולמיגור סטיגמה כלפי מחלות נפש (WHO, 2020)¹. ◆ בתי קפה למצבי משבר לקבלת תמיכה או הכוונה לשירותים אחרים, מאוישים על ידי צוות מקצועי ועמיתים עם ידע מניסיון (Dalton-Locke et al., 2021; Greenspan & Koren, 2022). ◆ תוכנית Sure Start מספקת שירותי חינוך, בריאות ותמיכה משפחתית לילדים ממשפחות בעלות הכנסה נמוכה (Gray & Francis, 2007). ◆ תוכנית Incredible Years: תוכנית להדרכת הורים בגילים צעירים שנועדה לספק להורים הדרכת הורים וכישורי משמעת חיוביים ויעילים (Gardner & Leijten, 2017). ◆ תוכנית Reach Out מספקת תמיכה פסיכולוגית לסטודנטים באוניברסיטאות (./https://reachoutfmh.co.uk). התוכנית הוכחה כיעילה בהפחתת הסיכון להתאבדות בקרב סטודנטים ובשיפור בריאותם הנפשית. 		<p>אנגליה (המשך)</p>

אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות	רקע ומטרות כלליות	מדינה
<p>קידום מניעה והתערבות מוקדמת:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ השקעה בהכשרה של הרופא כללי (GP) למתן טיפול בדיכאון וחרדה (קל-בינוני), להפנות לפסיכולוג או פסיכיאטר ולעקוב אחר ההמלצות שניתנו על ידו (Health-care Denmark, 2023). ◆ מענה פסיכיאטרי ניתן כחלק מהשירות של הרשויות המקומיות (Healthcare Denmark, 2023), ישנם ביקורי בית של אחיות ופסיכיאטר אצל מטופלים עם קושי בתנועה (Healthcare Denmark, 2023). ◆ תוכנית Mind My Mind: התערבות פסיכולוגית בגישת CBT לילדים (6-18) ניתנת בבתי הספר לכלל התלמידים כחלק מהמיקוד במניעה (Jeppesen et al., 2021). ◆ תוכנית OPUS להתערבות מוקדמת בקרב ילדים עם תסמינים פסיכויטיים (Hastrup et al., 2013; Nordentoft et al., 2015). ◆ במסגרת שירותי הבריאות להם זכאי כל ילד בדנמרק (0-18), אחיות בריאות ילדים אחראיות על מעקב התפתחותי קבוע ומוודאות התפתחות תקינה מבחינה פיזית, נפשית וחברתית. בנוסף, האחיות מספקות הדרכת הורים בנושאים שונים (הנקה, גמילה, משמעת, חינוך). 	<p>התוכנית הלאומית בבריאות הנפש: נועדה לשפר את הטיפול הפסיכיאטרי במדינה, לתעדף מניעה, אבחון מוקדם, גישה שוויונית לטיפול איכותי, וגישה הוליסטית וקהילתית (Danish Health Authority, 2022).</p> <p>לתוכנית חמישה מוקדים מרכזיים: השקעה בגיל הרך וילדים, השקעה בחולים כרוניים וקשים (SMI), הפחתת סטיגמה, חינוך פסיכולוגי מבוסס מחקר בסביבה ובקהילה ועידוד מחקר בתחום בריאות הנפש (Healthcare Denmark, 2023).</p>	<p>דנמרק</p>

אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות	רקע ומטרות כלליות	מדינה
<ul style="list-style-type: none"> ◆ תוכנית 'משפחות חזקות' - staerke - familier: תוכנית ייעודית לתמיכה במשפחות עם ילדים הסובלים מקשיים רגשיים או התנהגותיים, קשיים כלכליים, קושי ביחסים בין ההורים, אלימות במשפחה, גירושין וכד'. התוכנית מציעה תמיכה אישית, משפחתית, הדרכת הורים והפניה לשירותים נוספים במידת הצורך (סיוע משפטי, כלכלי, טיפול פסיכולוגי) (Socialtansvar.dk, 2021) ◆ תוכנית Individualiseret Medicin מספקת טיפול מותאם אישית לאנשים הסובלים מדיכאון דרך שילוב טיפול פסיכולוגי, טיפול תרופתי ושינויים באורח החיים. ◆ תוכנית Personlig Psykiatri מספקת טיפול מותאם אישית לאנשים הסובלים מסכיזופרניה, תוך דגש על שיפור איכות החיים והעצמאות של המטופלים (Danish National Genome Center, 2021). שילוב חדשנות וטכנולוגיה: ◆ אתר לאומי MindHelper https://mindhelper.dk לילדים הכולל מידע מבוסס ראיות, כלים לעזרה עצמית וצ'אט כמענה נפשי ראשוני. ◆ עיצוב בתי חולים פסיכיאטריים בדנמרק באופן המעודד החלמה ("ארכיטקטורת ריפוי") (Healthcare Denmark, 2023) ◆ הטמעת מערכת wavecare וחדרים סנסוריים להרגעה ושימוש במציאות מדומה לטיפול בסכיזופרניה (Hedlund Lindberg et al., 2019). 		<p>דנמרק (המשך)</p>

מדינה	רקע ומטרות כלליות	אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות
<p>♦ מודל טריאסטה: ביטול מיטות אשפוז והקמה של מרכזי בריאות נפש בקהילה שפועלים לפי מדיניות 'דלת פתוחה': כל אדם רשאי לקבל טיפול מבחירה, וכל פניה טלפונית מקבלת מענה תוך שעותיים. המרכזים מספקים שירותי מרפאה ומענים במצבי משבר (מסגרות שהייה).</p> <p>בנוסף, קיימת יחידה פסיכיאטרית בבית חולים כללי שנועדה לתת מענה למטופלים בלילות, משך האשפוז עד יום ולאחריו המטופל עובר לקבל טיפול במרכזי בריאות הנפש.</p> <p>בנוסף, ישנן מסגרות דיור בקהילה ושירותי שיקום (Allison et al., 2020; Frances, 2021).</p> <p>♦ צוותי משבר למתן מענה מוקדם בסביבה הביתית בטרם יהיה צורך בשירותי החירום הקהילתיים. הצוותים הינם רב מקצועיים ומשויכים לבית החולים הכללי. הביקור כולל הערכה, שיטות התמודדות וניהול המשבר, קשר עם המשפחה, תמיכה רגשית.</p> <p>♦ שילוב מחקר בתוכנית Psychological Bonus (PB): תוכנית המספקת סיוע כספי לאזרחים בפנייה לטיפול נפשי ע"י סבסוד בין 4-12 פגישות טיפוליות תוך מתן תשלום כספי לפסיכולוגים בקליניקות פרטיות. התוכנית מלווה במחקר שמעריך את ההשפעה והיעילות של התוכנית מבחינה מדינית, כלכלית, נפשית (PsyCARE study) (Benzi et al., 2023).</p>	<p>1. מודל טריאסטה: הומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי כמודל מומלץ לפסיכיאטריה בקהילה (גרינשפן וקורן, 2022).</p> <p>2. תוכנית Psychological Bonus (PB) לשיפור הבריאות הנפשית של האזרחים לאחר מגפת הקורונה (Benzi et al., 2023)</p>	<p>איטליה</p>

אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות	רקע ומטרות כלליות	מדינה
<p>נורבגיה שמה דגש על הכשרת רופאי משפחה ויועצות חינוכיות בבתי ספר במתן מענה נפשי ומשקיעה משאבים רבים במחקר בתחום בריאות הנפש.</p> <p>♦ תוכנית Tidlig inn (Early Start): תוכנית התערבות מוקדמת להורים וילדים בגילי ינקות (0-6), שמציעה חינוך פסיכולוגי ותמיכה נפשית. התוכנית מכשירה אחיות, מיילדות, רופאי משפחה ועובדי ערייה שמספקים שירותים להורים לילדים (Espejord et al., 2022; WHO, 2020c).</p> <p>♦ תוכנית TIPS: תוכנית ייחודית שמטרתה הפחתת משך הזמן של פסיכוזת לא מטופלת על ידי מיקוד בגילוי מוקדם וטיפול בפסיכוזת. שימוש במגוון אסטרטגיות כולל קמפיינים למודעות ציבורית וזיהוי סימנים מקדימים לפסיכוזת. ישנו מיקוד ספציפי באנשי חינוך ובריאות. מטרת התוכנית היא לשפר את הפרוגנוזה עבור אנשים שחווים אפיזודה פסיכוטית ראשונה, להפחית את חומרת התסמינים ולעודד יציאה מהירה מהמשבר. התוכנית נמצאה יעילה בהשגת מטרות אלו (Hegelstad et al., 2012).</p>	<p>תוכנית לאומית ששמה דגש על מניעה, גיל הינקות והילדות המוקדמת, פיתוח מודעות לבריאות נפשית, השקעה במחקר ואינטגרציה של שירותי בריאות הנפש עם רפואה ראשונית ותוכנית לאומית למניעת אובדנות (WHO, 2020b).</p>	<p>נורבגיה</p>

מדינה	רקע ומטרות כלליות	אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות
<p>מדינה</p> <p>ארה"ב</p>	<p>מודל Stratified Care: המטופל מקבל מענה מותאם אישית, על ידי אפיון בקטגוריות של קבוצות שונות של מטופלים בהתבסס על גורמי סיכון משותפים, פרוגנוזה ומידת המורכבות של צרכי המטופל. בניגוד למודל השלבי שתואר באנגליה, במודל זה מטופל לא בהכרח מתחיל מהרמה הנמוכה של ההתערבות, אלא האדם מקבל מענה שמותאם לצרכיו. מודל זה פועל גם באזורים מסוימים בגרמניה.</p>	<p>◆ קו חם לאומי 988 Suicide & Crisis Lifeline המספק תמיכה וסיוע לאנשים במצוקה נפשית. הקו זמין 24/7 וניתן להתקשר אליו מכל מקום בארצות הברית (Gould et al., 2021; Sindahl et al., 2019).</p> <p>◆ תוכנית "Healthy People 2030": תוכנית לאומית לקידום בריאות, המתמקדת בקידום התפתחות ילדים בריאה, חיזוק קהילות תומכות למגורים של מתמודדים עם חולי נפשי והנגשת שירותי בריאות נפש איכותיים (Healthy People 2030, 2020).</p> <p>◆ סוכנות ממשלתית SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) הפועלת לקידום בריאות נפשית ומניעת שימוש בסמים. SAMHSA תומכת במגוון תוכניות התערבות מוקדמת, תוכניות טיפול והחלמה, ותוכניות קידום בריאות הנפש בקהילה (www.samhsa.gov).</p> <p>◆ CASEL (The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning): תוכנית שמטרתה למידה של מיומנויות רגשיות וחברתיות בבתי ספר (Bridgeland et al., 2013).</p>

אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות	רקע ומטרות כלליות	מדינה
<ul style="list-style-type: none"> ◆ תוכנית Early Head Start: תוכנית פדרלית המספקת שירותי חינוך, בריאות ותמיכה משפחתית לילדים צעירים ממשפחות בעלות הכנסה נמוכה (Love et al., 2005). ◆ תוכנית Nurse-Family Partnership: מצוותת אחיות בריאות ילדים למשפחות עם ילדים צעירים, במטרה לספק להורים תמיכה והדרכה בגידול ילדים בריאים (Olds, 2006). 		ארה"ב (המשך)
<p>בפינלנד המדיניות מדגישה פיתוח מענים בקהילה, מיקוד והשקעה במחקר ואינטגרציה של שירותי בריאות הנפש עם רפואה ראשונית.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ שילוב בריאות הנפש במסגרות לטיפול ראשוני מתבטא בכך שלרופאים ראשוניים יש תפקיד מרכזי בזיהוי, מתן מענה ראשוני לטיפול בדיכאון, חרדה וטיפול במקרים קלים-בינוניים וכן הפניית מטופלים לשירותי בריאות הנפש בעת הצורך. הרופאים הכלליים מקבלים הכשרה ייעודית בבריאות הנפש (Ministry of Social Affairs and Health, 2020). ◆ תוכניות שונות שמטרתן להכניס שיח וידע על בריאות נפשית לתוך מערכת החינוך ומקומות עבודה (WHO, 2020a). ◆ מרכזי בריאות הנפש ממותגים כ-wellness centers כחלק מהדגש על עידוד פנייה לטיפול והפחתת סטיגמה. 	<p>תוכנית לאומית (2020-2030) שמטרתה יישום אסטרטגיה לקידום בריאות נפשית ומניעת אובדנות (WHO, 2020a). מדגישה שילוב מענים של בריאות הנפש בקהילה ומיקוד במניעה והתערבות מוקדמת על ידי התערבויות בינקות ובמקומות עבודה (Ministry of Social Affairs and Health, 2020).</p>	פינלנד

מדינה	רקע ומטרות כלליות	אמצעים ותוכניות מפעילה להשגת המטרות
גרמניה	<p>מושם דגש על פיתוח מודעות בנושא בריאות הנפש, מתן מענה בתחום בריאות הנפש בקהילה וברפואה ראשונית, שמירה על זכויות אדם ומניעת אובדנות (Nicaise et al., 2020; WHO, 2020b).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ תוכנית Elternkurs AG: תוכנית הדרכת הורים, המיועדת להורים לילדים בגיל 0-6 שנים, מכל הרקעים, ללא קשר לניסיון או ידע קודם. מטרתה התפתחות תקינה של ילדים, קידום בריאות נפשית ומניעה. צוות התוכנית כולל פסיכולוגים, יועצי הורים ומחנכים מנוסים. התוכנית עוברת בפורמטים שונים: קורסים קבוצתיים הכוללים מפגשים שבועיים, סדנאות קבוצתיות או ייעוץ פרטני (Sodtke & Armbruster, 2007). ◆ תוכנית LABS & LISA: מלמדת עקרונות של CBT בבתי ספר למניעת דיכאון ואובדנות בקרב מתבגרים (Pössel et al., 2018). ◆ תוכנית Papilio: מבוססת על SEL (Social Emotional Learning) ומוטמעת בבתי ספר יסודיים בגרמניה, מטרתה פיתוח חוסן ומניעת תחלואה נפשית בקרב ילדים ונוער. תוכניות אלו מופעלות על ידי ארגונים פרטיים וקיימים מחקרים המעידים על יעילותם (Koivula et al., 2020).

מספר רכיבים תיאורטיים רחבים עולים מתוך סקירת המודלים החדשניים שפועלים בעולם. ראשית, תוכניות רבות שמות דגש על **מניעה וגילוי מוקדם**. מגמה זו הולכת וגוברת בתחומי הרפואה בכלל ובתחום בריאות הנפש בפרט, ושואפת להפחית עומס על מערכת הבריאות על ידי מניעה מוקדמת (Singh et al., 2022). שנית, בניגוד לעשור האחרון, בו הושם דגש על ביולוגיה ופיתוח תרופתי (Henriques, 2017), מרבית המודלים הבינלאומיים החדשניים מבוססים **חשיבה ביו-פסיכוסוציאלית**, המושתתת על חינוך לחוסן נפשי, הנגשת הטיפול השיחתי, הרחבת מענים חברתיים בקהילה, צמצום סטיגמה וקידום Wellness. דרך מודלים אלה ניתן לצמצם תופעות

רחבות הבולטות במערכת בריאות הנפש, כגון מדיקליזציה (מסגור רפואי של ההתנהגויות וקשיי חיים נורמטיביים: Maturo, 2013), אבחון יתר וטיפול יתר (Ophir, 2022b), סטיגמה עצמית ושימוש יתר בטיפול תרופתי (Belmaker & Lichtenberg, 2023; Ophir, 2022a). המודל הביו-פסיכוסוציאלי משקף גישה משולבת להבנת בריאות הנפש ולטיפול בה ומתייחס לקשרי הגומלין בין ביולוגיה, פסיכולוגיה וגורמים חברתיים, סביבתיים ומערכתיים (Wade & Halligan, 2017). המודלים המוצעים מצביעים על הצורך להגביר את המענים הפסיכולוגיים והסוציאליים, שכיום דלים ומועטים מדי. צורך זה עולה גם מסקרי המטפלים והאוכלוסייה הכללית. לתפיסתנו, חלק מחדשנות בהסתכלות על תחום בריאות הנפש בעשור הקרוב מצריכה דיון מעמיק בשאיפה למצוא נקודת שיווי משקל חדשה בין ההסתכלות הרפואית להסתכלות הפסיכולוגית, החברתית והקהילתית בתחום בריאות הנפש בישראל. 2034.

מוקד נוסף שעולה מתוך המודלים הוא **גישת ההחלמה**, המדגישה את קידום הבריאות הנפשית והחוסן, בניגוד למיקוד במחלה ובמוגבלות. מודל ההחלמה מתמקד בכוחות של האדם וביכולת שלו לבנות מחדש עתיד ותוכניות תוך השתייכות לחברה הרחבה. מודל ההחלמה, לצד מודלים ביו-פסיכוסוציאליים מקובלים, מדגיש את הדרכים והתוצאות הרצויות בתהליך ההחלמה כתהליך הוליסטי: חברתי, נפשי, רוחני וביולוגי. בתהליך זה, האדם בונה מחדש גשרים לעצמו, לחברה, לסביבתו ולעולמו הרוחני. רעיון ההחלמה מסב את תשומת הלב אל הפרקטיקות, התהליכים ומערכות היחסים, המאפשרות לאנשים לבנות מחדש חיים מספקים ומשמעותיים, גם למול ההתמודדות עם אתגרים נפשיים משמעותיים (Tew et al., 2015). מתוך רכיבים תיאורטיים אלו עולות מספר פרקטיקות יישומיות, אשר יש לדון בישימותם במערכת בריאות הנפש בישראל. פרקטיקות אלו כוללות מיקוד במניעה, הגברת הזמינות והנגישות של שירותי בריאות הנפש, העברת שירותים לקהילה ושמירה על רצף טיפולי, מניעת אובדנות, תפקיד מרכזי לרופאי משפחה במתן מענה נפשי במקרים קלים ויצירת שיתופי פעולה בין הרפואה הראשונית לבריאות הנפש. בנוסף, עולה החשיבות של פיתוח מענים למצבי משבר שניתנים ללקוח בביתו או בקהילה ולא בבתי החולים, מתן מענה מותאם אישית ויצירת קמפיינים להפחתת סטיגמה ומיתוג מחדש של שירותי בריאות הנפש.

2.3 מודל ישראלי למערכת בריאות הנפש בישראל

האתגר הגדול הוא בנייתו של מודל ישראלי לבריאות הנפש לעשור הקרוב. מודל יעיל ומותאם למערכת בריאות הנפש בישראל יתבסס על החזון המתאים למדינת ישראל, המלצות ארגון הבריאות העולמי ותוכניות שנמצאו יעילות במדינות אחרות בעולם. לצד הדמיון בין ישראל למדינות אחרות בעולם (השלכות הקורונה ועליה בבגישות לנשק למשל), המודל צריך להתחשב במבנה של מערכת הבריאות בישראל וכן באתגרים ובצרכים הייחודיים שמאפיינים אותה ואת האוכלוסייה המגוונת בה (פריסת קופות החולים למשל). על סמך הנ"ל וכבסיס לדיון, אנו מציעים ארבע סוגיות מרכזיות בהן יתמקד מודל הישראלי.

הסוגייה הראשונה במודל מתייחסת **למיקוד במניעה על כל רמותיה**. המודל הישראלי יכלול התערבויות מניעתיות בצמתי חיים חשובים החל מהשלב העוברי במהלך ההיריון, תוך שימת דגש על כלל האוכלוסייה בהתאם לצרכיה המשתנים. המניעה צריכה להיות בשלושת רמות המניעה-הראשונית, השניונית והשלישונית. מניעה ברמה לאומית ראשונית, צריכה לכלול קמפיינים להפחתת סטיגמה ומיתוג מחדש של שירותי בריאות הנפש.

הסוגייה השנייה במודל מתייחסת **להגברת הנגישות למערך בריאות הנפש וחיזוק החלק הקהילתי**. ההנגשה תהיה דרך פיתוח מענים בקהילה, תוך חיזוק משמעותי של החלקים הסוציאליים במודל הביו-פסיכוסוציאלי. המודל הישראלי יכול לשלב את הרשויות המקומיות אשר יכולות, בעזרת גורמים פעילים בקהילה ומתנדבים, לשמש כסוכני שינוי בתחום בריאות הנפש. זאת לצד חיזוק הסביבה הטבעית של המתמודדים, המשפחה והקהילה הקרובה. גורמים ברשויות מקומיות יכולים לייצר חיבורים בין צרכים של אוכלוסיות שונות לבין שירותים ומתנדבים מקומיים, כפי שנעשה במהלך מלחמת "חרבות ברזל" על ידי ארגוני מתנדבים שונים.

הסוגייה השלישית מתייחסת **למתן מענה טיפולי איכותי, מבוסס מחקר, מותאם אישית ומנוטר**. יושם דגש על מענה טיפולי מותאם אישית לפי הצרכים הייחודיים של האדם ויצירת שיתופי פעולה הדוקים בין המטופל, צוות הטיפול וגורמים נוספים כמו בני משפחה, גורמי חינוך, רווחה ושיקום. זאת, לצד חיזוק מענה טיפולי מותאם שפתית ונגיש מבחינה תרבותית. המודל הישראלי יאפשר גמישות רבה בתוכניות הטיפול והצוותים הטיפוליים ויכלול להתאים את תוכניות הטיפול מבוססות המחקר, בהתאם לצרכים המשתנים של כל מטופל ומשפחתו. כך למשל, הצרכים של אדם שחוה משבר נפשי וזקוק למענה ייעודי קצר טווח ומיידי, שונים מהצרכים של אדם המתמודד עם בעיה כרונית ושזקוק למענה טיפולי רציף ומתמשך. בנוסף, יושם

דגש על טיפול אישי ייחודי לכל אדם באמצעות שילוב של טכנולוגיות מתקדמות לאיתור מוקדם וניטור תוצאי טיפול. טכנולוגיות אלו מסייעות לצוות הטיפול לקבל תמונה רחבה יותר על המטופל ולפתח תוכניות טיפול מותאמות אישית.

במערכת בריאות הנפש, קריטי שיפעל צוות מיומן ומקצועי בדגש על הכשרה איכותית ואינטגרטיבית לצוותי בריאות הנפש ולסוכני שינוי בתחום בריאות הנפש בקהילה. אנו ממליצים להשקיע בהרחבת ההכשרה בתחום בריאות הנפש בקרב אחיות ורופאי משפחה, הרחבת ההכשרות לצוותים חינוכיים והגדלת תחומי האחריות של הפסיכולוגים החינוכיים (ראה חלק של תת ועדה 1). כמו כן, יש לעודד הכשרות בטיפולים קצרי מועד והכשרת אנשי מקצוע ברוח מודל הקלינאי החוקר. במודל זה, אנשים יוכלו לשלב בין מחקר לעבודה קלינית אשר יזינו זה את זה. כמו כן המודל יכלול אנשים בעלי ידע מניסיון וסוכני שינוי בקהילה שיעבדו תחת הכשרה והדרכה של אנשי מקצוע.

המודל הישראלי צריך להדגיש מחקר, מעקב ומדידה. יש לעקוב אחר התקדמות המודל ולהעריך את יעילותו על בסיס קבוע. כלומר, איסוף שגרתו ודיווח על מדדים מרכזיים בתחום בריאות הנפש, לפחות כל שנתיים. ניתן לעשות זאת על ידי בניית מערך מידע מודרני ומקיף או על ידי שימוש במערכות לאומיות וחברתיות קיימות. איסוף מידע יוכל לשרת כהלכה את קביעת המדיניות ואת הבקרה על הטמעתה.

סוגיה רביעית הינה **חיזוק הרצף הטיפולי ודגש גוף-נפש**. יצירת רצף טיפולי אמיתי בישראל בתוך מערך בריאות הנפש עצמו ובין גורמי בריאות הנפש למערכי בריאות גופנית ורווחה. הרצף הטיפולי מאפשר ראיית האדם על כל צרכיו והגורמים שמשפיעים עליו לאורך כל מעגלי החיים שלו (Arnon et al., 2024; Maoz et al., 2024). זאת באמצעות ובמקביל למעבר מידע בין מטפלים וארגונים שונים, כך שלא ייווצרו פערי מידע קריטיים, ולמנוע מצב של נפילה בין הכיסאות. שיתופי פעולה הדוקים נדרשים בין גורמים שונים ומערכות שונות לאורך חייו של האדם. המענים השונים בתחום בריאות הנפש צריכים להיות מתואמים עם שירותים אחרים בתחומי בריאות, חינוך ורווחה. באופן ספציפי, תפקיד מרכזי צריך להיות לרופאי משפחה במתן מענה נפשי במקרים קלים וחשוב לייצר שיתופי פעולה בין הרפואה הראשונית לבריאות הנפש.

במודל הישראלי נדרש לייצר רצף טיפולי חדש. תחילת הרצף מתמקד במניעה של מצבי משבר, על ידי חיזוק המענה הפסיכו-סוציאלי בקהילה ויצירת תוכנית מקיפה לחינוך פסיכולוגי (Psychoeducation) בנושאים שונים ובעיקר בכישורי חוסן ו-well being. במצבים בהם התפתחה כבר מצוקה נפשית כלשהי, נשאף להתערבות

מהירה ככל האפשר כולל על ידי צוותי משבר, אשר מסוגלים להגיע לבית המטופל ולהעניק סיוע ראשוני לאדם במשבר ולמשפחתו. המשך הרצף הטיפולי נועד למצבי משבר אקוטיים ומרכזו עומד סביב הבתים המאזנים שכבר הוקמו בישראל, ועידוד הקמה של בתים מאזנים נוספים בעשור הקרוב. החלק האחרון של הרצף, נועד לשיקום וחזרה לחברה לאחר המשבר, ועליו יורחב בהמשך הדוח. כאמור, חשוב שהמודל של בריאות הנפש כמו בבריאות הגוף, יהיה מודל מבוסס החלמה - מערכת בריאות הנפש בישראל תתמקד באדם ולא באבחנה הפסיכיאטרית. המודל בארץ ישים דגש על ההבנה המעמיקה של האדם הסובל ממצוקה נפשית ושל נסיבות חייו הייחודיות.

חזון בריאות הנפש ומודל העבודה - שאלות לדיון

1. מה צריך לכלול חזון בריאות הנפש בישראל?
2. בהינתן שקיימים משאבים מוגבלים, כיצד קובעים סדרי עדיפויות בין מניעה לטיפול והנגשה, בהינתן שלכל אחד מהם תוצאים אחרים קצרי וארוכי טווח?
3. באיזה מידה נכון לאמץ מודלים טיפולים מהעולם ביחס לאתגרים הייחודים של מדינת ישראל
 - א. כיצד ניתן לחזק את החלק הסוציאלי והקהילתי במודל הביופסיכוסוציאלי בישראל?
 - ב. האם ניתן לייצר מודל מנדטורי של התערבות מניעתית כגון תוכניות הדרכת הורים בראשית החיים?

סיכום פרק שני: חזון ומודלי עבודה במערכת בריאות הנפש

הדיון במושב זה עסק בחזון בריאות הנפש בישראל לשנת 2034 ובמודלי עבודה שיכולים לסייע בהשגת החזון. בדיון הייתה הסכמה רחבה בנוגע לחזון והמודל הישראלי, כפי שהוצעו בדוח ההכנה לכנס. עם זאת, רבים ממשתתפי הדיון תמכו ברעיון של מעבר המשגתי ל"בריאות נפשית", בשונה מ"בריאות הנפש", וזאת כדי להרחיב את ההסתכלות מעבר לפסיכיאטריה, תוך התייחסות לבריאות נפשית וחוסן לכל תושב במהלך חייו. אנו ממליצים שחזון מערכת בריאות הנפש בישראל יתייחס **למדינת ישראל חופשיה מסטיגמה ואי-שוויון, שבה לכל אדם יש את הזכות להשיג בריאות נפשית ורווחה**. מערכת בריאות הנפש צריכה לשאוף להיות מערכת, שהן הציבור והן העובדים במערכת, נותנים בה אמון ורוצים לתת ולקבל בה טיפול.

בדיון עלה, שעל מנת לקדם בריאות נפשית באוכלוסייה ולחזק את הקהילות, יש ליצור שיתופי פעולה בין משרדי ממשלה שונים (בריאות, חינוך, רווחה), אך זהו אתגר מרכזי. בהקשר זה, הוזכר מוקד 105, שלאחר עבודה קשה ומומושכת, העוסקים בדבר הצליחו לפצח את האתגר ולייצר שפה משותפת בין משרדים שונים. כדרך אפשרית להתמודדות עם אתגר זה, הוצע להקים אגף בריאות, רווחה וחוסן נפשי, שיאגד משאבים, משני המערכים ויפתח תוכניות אינטגרטיביות לקידום בריאות נפשית ורווחה נפשית.

כפי שעלה בדיונים שהתקיימו במסגרת ההכנה לכנס, מודל העבודה הרצוי יתמקד בארבעה תחומים עיקריים: **קהילה, הנגשה, מניעה וחיבור גוף-נפש**.

במישור הקהילתי, הוזכרה החשיבות של חיזוק החלק הפסיכו-סוציאלי באופנים שונים, על מנת לפעול כמודל ביו-פסיכו-סוציאלי אמיתי, ולא מודל ביו-רפואי שמתיימר להיות ביו-פסיכו-סוציאלי. דובר על התפקיד של הקהילה במניעה ובשיקום ושילוב של מתמודדים לאחר משבר נפשי. הוסכם שיש לחזק את תפקיד הקהילה והרשויות המקומיות בקידום בריאות נפשית. ההמלצה היא להקים יחידות שיתמקדו בקידום בריאות גופנית ונפשית, תוך ראייה בין-משרדית ושיתוף פעולה עם מערכות החינוך והרווחה וכמובן עם מערך השיקום. עלה הצורך לחזק את מערך השיקום בקהילה, על מנת לאפשר שילוב קהילתי וקידום תהליכי החלמה של מתמודדים.

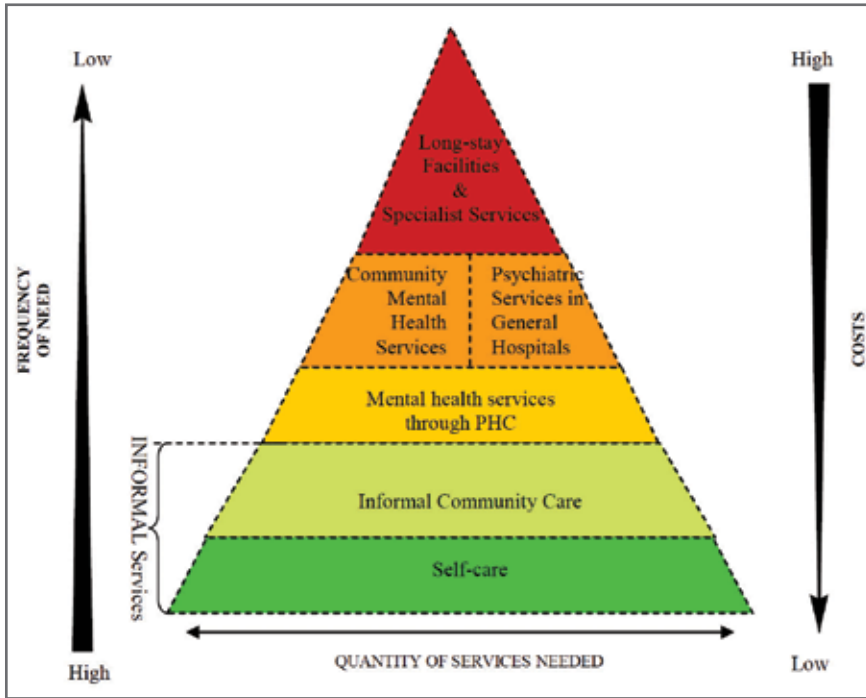
בנוגע להנגשה, עלתה הסכמה רחבה על הצורך בריבוד ויצירת רמות שונות של מענים כדי שהמערכת תוכל להעניק שירותים מותאמים אישית לפי הצרכים המגוונים של האוכלוסייה שונות, בדומה למודל בבריטניה ובארצות הברית. המטרה בריבוד היא להימנע ממצב שבו כל מי שזקוק למענה בתחום בריאות הנפש, מופנה

לאותה מסגרת ולאותו מענה. לפי מודל זה, אנשים יעברו הערכה ראשונית ולאחריה המענה יותאם לצרכיהם. המערכת תאפשר בחירה משותפת של מטפל-מטופל מתוך מענים מגוונים המתאימים למצבים ברמות חומרה שונות, בהתאם למצבו ולרצונו של המטופל. זאת, כדי לקדם שותפות אמיתית על פני יחסים היררכיים בין מטפל למטופל. מענים של עזרה עצמית יהיו נגישים יותר, תפקידם של תומכי בריאות הנפש יהיה מתן מענה תמיכתי לאנשים שאינם זקוקים לאיש מקצוע, ורק במידת הצורך אנשים יופנו לאיש מקצוע טיפולי. בהקשר זה, עלתה בדיון הפירמידה של ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2007), שיכולה לשמש ככלי מרכזי להנחיית חלוקת המענים בתחום בריאות הנפש, כאשר האשפוז והמענים האינטנסיביים (היקרים יותר והנדרשים פחות) נמצאים בקצה אחד ועזרה עצמית או מענים בלתי פורמליים בקהילה נמצאים בקצה השני (איור 17).

במישור של מניעה, עלתה מחלוקת בסוגיה של השקעת משאבים במניעה ראשונית שאת תוצאותיה נראה בעתיד למול הצורך השקעת משאבים מיידית בצמצום הפערים המשמעותיים הקיימים היום במערכת בריאות הנפש (טיפול ומניעה שניונית ושלישונית). עם זאת, הייתה הסכמה בקרב מרבית המשתתפים על החשיבות של התערבויות לאיתור מוקדם כדי לזהות מצבים נפשיים שמצריכים טיפול מהיר ויעיל, על מנת למנוע את התפתחותם להפרעות חמורות יותר וכן על החשיבות של קידום בריאות נפשית באוכלוסייה הכללית. במהלך הדיון עלתה מחלוקת בסוגיה של מניעת תחלואה נפשית חמורה על ידי קידום בריאות נפשית באוכלוסייה הכללית, בניגוד לאיתור והתערבות של תחלואה מסוג זה בשלבים מוקדמים.

באשר לחיבור גוף-נפש, הדיון התייחס לחשיבות של אינטגרציה בין מערכת הבריאות הכללית ומערכת בריאות הנפש, ולחשיבות של יצירת שיתופי פעולה בין הגורמים השונים בתוך מערכת הבריאות. בהקשר זה, עלה צורך בהכשרת רופאי משפחה ורופאי ילדים והרחבת משך הזמן שהם רואים מטופלים כדי שיוכלו להתייחס גם לאספקטים של בריאות הנפש, מלבד האספקטים של הגוף ולהפך. עלה קול בדיון שהביע חשש מכך שרופאי הילדים והמשפחה יסתכלו על הפונים אליהם מזווית ביו-רפואית צרה, ולא יתייחסו למגוון הגורמים המשפיעים על הבריאות הנפשית, או יראו בטיפול התרופתי כקו ראשון לטיפול בקשיים הנפשיים של הפונים אליהם, וזאת על אף ממצאים מדעיים הממליצים על פסיכותרפיה כקו ראשון בחלק לא קטן מהמצבים הנפשיים.

איור 17: פירמידת המענים בבריאות הנפש - ארגון הבריאות העולמי



המלצות מסכמות להמשך:

1. הפיכת מערכת בריאות הנפש הציבורית בישראל לנגישה, מכוונת לצרכי הלקוח ומאפשרת, כך שרוב אזרחי ישראל יראו בה מענה ראשוני, וירצו לקבל בה טיפול.
2. קידום "בריאות נפשית" במערכת הבריאות הרחבה, על ידי שילוב אנשי בריאות הנפש בתהליכי קבלת ההחלטות וביסוס מדיניות הבריאות בישראל. כך, החלטות לגבי בריאות הנפש יתקבלו במעורבות של אנשי בריאות הנפש ולא בפורומים ניהוליים, בהם יש נוכחות של רופאים כלליים או מנהלים רפואיים בלבד.
3. חיזוק מעמד הקהילה בפיתוח בריאות נפשית על ידי:
 - א. קידום שיתופי פעולה בין משרדי ממשלה לצורך קידום בריאות נפשית. למשל, דרך הקמת אגף בריאות, רווחה וחוסן נפשי, שיאגד משאבים הן ממשרד הבריאות והן ממשרד הרווחה ויפתח תוכניות אינטגרטיביות לקידום בריאות נפשית ורווחה נפשית.

- ב. הקמת מחלקת שירותי בריאות ברשויות המקומיות, שכוללת גם את תחום בריאות הנפש. לעודד את הקהילה לפעול באופן עצמאי ולקדם את הרווחה הנפשית של תושביה תוך שיתוף פעולה עם אנשי מקצוע שעוסקים בבריאות הנפש ומתמודדים.
- ג. שילוב מתמודדים במערכת בריאות הנפש כעמיתים מומחים וצרכנים נותני שירות ובתהליכי קבלת ההחלטות.
- ד. דגש על מעורבות משפחתית על ידי הקמת קבוצות לעזרה עצמית עבור מתמודדים ובני משפחותיהם, וכן הטמעת מודלים משפחתיים, כגון מודל הדיאלוג הפתוח כחלק משירותי הבריאות הממלכתיים.
- ה. שינוי ההגדרה של סל שירותי הבריאות, כך שיתאפשר מימון להתערבויות קהילתיות שאינן תרופתיות. בתחום בריאות הנפש, ניתן להתייחס לקהילה ולמענים קהילתיים וחברתיים כתרופה של ממש.
4. הפניית משאבים למניעה וקידום בריאות נפש וחוסן נפשי, על מנת לצמצם באופן משמעותי את הצורך בתרופות פסיכיאטריות לטיפול במצבים אקוטיים. זאת, על ידי תקצוב של התערבויות מניעתיות בצמתי חיים חשובים, שימת דגש על כלל האוכלוסייה בהתאם לצרכיה המשתנים, הפניית משאבי פיתוח, מחקר ויישום בתחומי ההתערבויות המניעתיות בקרב הגיל הרך, פעוטות, ילדים ונוער, תוך הטמעה בסביבה הטבעית של האוכלוסייה (טיפות חלב, בתי ספר, מקומות עבודה, מועדונים לגיל השלישי).
5. קידום אוריינות בתחום בריאות הנפש: דגש על הנגשה של מידע מובן, ישים ורגיש תרבותית לאוכלוסייה, לצורך קידום בריאות נפשית. על מערכת הבריאות להנחות ולתמוך באנשים בניהול היומיומי של בריאותם הנפשית באמצעות מידע והכוונה מתאימה (כפי שמתבצע בניהול מחלות כרוניות אחרות כמו סכרת). כמובן קריטי לתת מידע מקיף ומהימן על יעילות ובטיחות הטיפולים, כך שחופש הבחירה של המטופלים יהיה אמיתי וההסכמה שלהם לטיפולים אכן תהיה 'מדעת'.
6. בתחומי ההנגשה, שילוב רופאי משפחה במתן מענה ראשוני בתחום בריאות הנפש, על מנת שיוכלו לספק תמיכה ראשונית ולכוון את המטופלים לשירותים המתאימים. כדי ליישם המלצה זו יש לקחת בחשבון את העומסים הקיימים על רופאי המשפחה והילדים, להעניק לרופאי הילדים והמשפחה הכשרה מתאימה וכן לעשות שינוי מבחינת התגמול ברפואה ראשונית ולאפשר פגישות ארוכות יותר עם המטופלים.

בשני החלקים הבאים יוצגו הצעדים האופרטיביים למימוש החזון מבחינת חדשנות לא טכנולוגית וטכנולוגיה.

פרק 3: צעדים למימוש החזון: חדשנות בשירות בריאות הנפש

חדשנות היא מנוע מרכזי המוביל חברה, טכנולוגיה ומדע לעבר התפתחויות משמעותיות. חדשנות מאפשרת יצירת פתרונות, רעיונות או מוצרים שמשפרים באופן משמעותי תהליכים קיימים, מוסיפים להם ערך שלא היה בהם או ממש משנים אותם. לרוב, חדשנות מתאפיינת ב-'חשיבה מחוץ לקופסה'. שילוב של חדשנות בתחום בריאות הנפש יכול להשפיע על גישות טיפוליות, פיתוח מודלים חדשים של תמיכה, ופיתוח כלים לאבחון ולטיפול. חשיבה חדשנית יכולה לסייע למערכת להתמודד באופן יעיל יותר עם אתגרי בריאות הנפש, לאפשר לחוקרים ולמטפלים לפתח פתרונות יעילים, אישיים ונגישים יותר לטיפול בהפרעות נפשיות.

בחלק זה נציג גישות לעידוד חדשנות במניעה, אבחון, טיפול ושיקום, תוך הצגת התערבויות ספציפיות שיכולות לשפר את הסיכוי להטמעת חדשנות במערכת בריאות הנפש. בהתבסס על מודלים הקיימים בעולם, גישות אלו תומכות בהטמעת מחקר בתוך השדה הקליני כבסיס לחדשנות (3.1) ובטכניקות ליצירת אינטגרציה בין מערכת הבריאות למערכת בריאות הנפש (3.2). לאחר מכן נדון בהתערבויות ספציפיות במניעה והתערבות מוקדמת (3.3), בטיפול (3.4) ובשיקום (3.5) אשר בכוחן לחדש את המערך הקיים.

3.1 מחקר כבסיס לחדשנות בתחום בריאות הנפש

כאמור, מחקר בתחום בריאות הנפש קריטי על מנת לעודד חדשנות ולקדם שינויים במערכת בריאות הנפש. כמו כן, תנאי הכרחי למדע איכותי הוא אובייקטיביות וישרה, במיוחד כאשר חלק ממימון המדע או פיתוח טכנולוגיות מושפעים מאינטרסים של חברות עסקיות וחברות התרופות (Lenzer, 2013).

ישנם מספר צעדים נדרשים לשיפור פני המחקר בתחום בריאות הנפש בישראל וביניהם:

א. הקמת וחיזוק תשתיות מחקר, ובכלל זה מכשור, אמצעים לאיסוף נתונים, ניתוחם ושמירתם ועוד.

- ב. הקמת מרכזי מחקר מובילים בבתי החולים: פיתוח מרכזים למחקר פסיכיאטרי ברמה עולמית, המצוידים בטכנולוגיות מתקדמות, תשתיות מחקר ומומחים.ות מתחומים שונים.
- ג. הגדלת המימון הממשלתי למחקר פסיכיאטרי.
- ד. הקמת קרן ייעודית למחקר פסיכיאטרי בדגש על פרויקטים חדשניים ורב-תחומיים.
- ה. מתן תמריצים כספיים לחברות ביוטכנולוגיה, חברות הזנק, וארגונים לא ממשלתיים להשקעה במחקר פסיכיאטרי.
- ו. מימון תוכניות מחקר משותפות בין אקדמיה לתעשייה.
- ז. קידום שיתופי פעולה בינלאומיים.
- ח. מימון תוכניות מלגות לחוקרים.ות צעירים.ות.
- ט. בניית מסלול הכשרה של קלינאית. חוקרת, בכל הסקטורים עוד משלבי ההתמחות.
- י. הקמת תוכניות הכשרה ופורומים משותפים לחוקרים, צוותים רפואיים ומטופלים.

3.2 טכניקות ליצירת אינטגרציה בין מערכת הבריאות למערכת בריאות הנפש

בריאות נפש היא בריאות, ולכן, מערכת בריאות הנפש צריכה להיות חלק אינטגרלי ובלתי נפרד ממערכת הבריאות הכללית. הצעה זו נמצאת על התפר העדין בין מניעה לבין טיפול ותוכל לסייע בהנגשה ובשיפור הרצף הטיפולי בבריאות הנפש. כשגורמים בקהילה ורופאי משפחה יצליחו לתת מענה למקרים הרכים בתחום בריאות הנפש, כך גם מספר האנשים שיזדקקו לטיפול אינטנסיבי בהמשך יקטן. בהקשר זה, נדרשים מספר שינויים מערכתיים.

3.2.1 כינון ויצירה של יחסי גומלין ורצפי עבודה בין תחום בריאות הנפש והרפואה הראשונית:

הגדרת נהלים ברורים והכשרת רופאי הילדים ורופאי המשפחה למתן מענה נפשי ראשוני למתמודדים עם סימפטומים קלים של חרדה ודיכאון, חיוניים לאור שיעור ההימצאות הגבוהה של אלה באוכלוסייה. ככל שהגורמים הרלוונטיים בקהילה יצליחו לתת מענה ראשוני למקרים הקלים, מספר האנשים שיזדקקו למענה נפשי מקצועי אינטנסיבי יותר יקטן, ובמקביל העומס על הגורמים המקצועיים יקטן ויאפשר

טיפול זמין ומיידי, במיוחד עבור מקרים מורכבים יותר. בנוסף, מחקרים בעולם מראים כי מתן מענה ראשוני נפשי על ידי רופא משפחה, מקטין את שיעורי הפניות למערכת בריאות הנפש, בעיקר כאשר ניתנות על ידו הפניות והמלצות מתאימות ולא טיפול תרופתי (Cuijpers et al., 2019).

3.2.2 הקמת מד"א נפשי:

ברור שכשאדם לוקה בליבו או חווה אירוע מוחי יש להתקשר לאמבולנס. לעומת זאת, כשאדם נמצא בהתקף פסיכוטי, נמצא במשבר אובדני או מתמודד עם התקף חרדה חריף לאחר אירוע ביטחוני, לרוב, לא ברור למי צריך לפנות. בתרחיש החיובי, כשיש שיתוף פעולה מצד אותו אדם הנמצא במצוקה רגשית חריפה, ניתן להזמין אמבולנס של מד"א. בתרחיש הפחות חיובי והנפוץ יותר, מתקשרים למשטרה. בשני המקרים, השוטרים או הפרמדיקים, לא תמיד מוכשרים מספיק על מנת להתמודד ולטפל בסיטואציות כאלה. אנו מציעים כי שירותי מד"א נפשי יכללו מספר חירום לבריאות הנפש, בדומה למודלים שתוארו בארצות הברית. בהקשר זה, אפשר לומר ששיתוף פעולה טוב יותר בין מערכת בריאות הנפש לכלל מערכות הבריאות הינו מציל חיים. מודל זה יתבסס על מערך הכשרות לאומי בתחום בריאות הנפש. את ההכשרות ניתן לבצע במוסדות הממשלתיים עצמם, לרבות מוסדות חינוך וממשל אחרים, ובכך להקים מערך נייד וגמיש של מגישי עזרה ראשונה נפשית שיוכל לתת מענה ראשוני לאנשים החווים משבר נפשי. ההערכה היא שחלק גדול מהמתמודדים עם התקף חרדה ראשון סבורים כי מדובר בהתקף לב ולכן מגיעים למיון. במקרים אלה, נוכחות של פסיכיאטרית, פסיכולוג, או איש מקצוע בתחום בריאות הנפש, יכולים לתת מענה ראשוני מהיר ומספק ואף למנוע מאותו אדם, המגיע למיון, לעשות בדיקות רפואיות שלא לצורך, יוכלו לאפשר מתן מענה מקצועי נפשי מיידי ומדויק יותר. הצעה זו עלתה לדיון בעבר ולא יושמה כתוצאה מאתגרים שונים. השנה מתוכנן פיילוט במד"א.

3.2.3 שילוב אנשי בריאות הנפש במוקדי קופות החולים לרפואה דחופה או מוסדות רפואה דחופה כלליים:

צריכת שירותי בריאות כלליים של אוכלוסיית מתמודדי הנפש גבוהה מזו של האוכלוסייה (משרד הבריאות, 2012). מחקרים רבים הראו כי המתמודדים עם חרדה ודיכאון, צורכים שירותי רפואה עד פי שלושה יותר מאחרים (Niles et al., 2015). יחד עם זאת, תוחלת החיים של המתמודדים עם תחלואה פסיכיאטרית חמורה נמוכה בלמעלה מעשור מתוחלת החיים של האוכלוסייה הכללית (de Mooij et al., 2019). מחקרים רבים אף מצביעים על הופעה משותפת של מחלות גופניות

והמחלה הנפשית, אשר אינן מזוהות בזמן עקב בעיות נגישות. נמצא, למשל, שמענה זמין יותר של רופאי משפחה עשוי להפחית גם את התמותה של אנשים עם תחלואה נפשית חמורה, למשל סכיזופרניה (Lurie et al., 2021). מסיבות אלו, השילוב של אנשי בריאות הנפש במוקדי קופות החולים לרפואה דחופה ובמרכזים לרפואה דחופה היא חשובה ביותר. כשבריאות הנפש תהיה חלק אינטגרלי ממערכת הבריאות הכללית, הרצף הטיפולי ישתפר וייתכן שפחות אנשים יזדקקו לטיפולי המשך במרכזי בריאות הנפש.

3.2.4 שינויים בהגדרת הטיפול - סל שירותי הבריאות ופוטנציאל השפעתו על בריאות הנפש:

ניכר כי יש צורך בשינוי בעבודת הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות, כך שטיפולי בריאות הנפש יכנסו באופן יותר שיטתי בסל שירותי הבריאות. מידי שנה, מתכנסת ועדה ציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות שדנה, בוחנת וממליצה על הרחבת סל שירותי הבריאות על ידי הכנסת תרופות, טכנולוגיות ושירותים שונים בהיקפים של מאות מיליוני ש"ח בשנה. מהסתכלות היסטורית של החלטות ועדת הסל נראה כי עיקר ההגשות לסל שירותי הבריאות, ובהתאם לכך גם עיקר ההמלצות, מכוונות למחלות תחת קטגוריית בריאות הגוף ועל כן, תחום בריאות הנפש כמעט ולא מקבל התייחסות באמצעות אפיק זה. יצוין כי בשנה האחרונה, אושרה תרופה מתחום בריאות הנפש לטיפול בהפרעת קשב וריכוז (ADHD, Attention deficit and hyperactivity disorder), אך מדובר בדוגמה אחת שאין הרבה מקבילות לה. נראה כי נדרש מאמץ יזום של הרגולטור לצורך חשיבה ובחינה מהם החסמים המרכזיים לתוצאה זו המתקבלת ומה ניתן לעשות בכדי לפתור זאת. חסמים אלה כוללים:

א. מיקוד בתרופות באישור השירותים - פורום טכנולוגיות במשרד הבריאות מקיים מדי שנה תהליך מיון וסינון של ההגשות לוועדת הסל, כאשר רק ההגשות המאושרות על ידי הפורום עולות לדיון בוועדת הסל. הפורום מסנן הגשות לסל של תרופות וטכנולוגיות שאינן מתאימות לעלות לדיון בוועדת הסל. למשל, תרופות שטרם החלו בתהליך רישום, או תרופה שכבר כלולה בסל שירותי הבריאות בשל עיקרון צמ"ח (צורות מתן וחוזקים לחומרים פעילים הכלולים בסל). הפורום מסנן גם בקשות לטכנולוגיה או שירות שלפי פרשנות החוק, מקיימת זכאות אשר קיימת כבר בסל שירותי הבריאות, ואופי הטכנולוגיה הספציפית אינו מהווה שינוי משמעותי מבחינה מהותית, ולכן אין לדון בה. מהנימוק האחרון, נפסלו בעבר ההגשה לוועדת הסל, כדוגמת שירותי בית מאזן בבריאות הנפש, וכן תכנית התערבות טיפולית רב מקצועית באנשים צעירים עם

התקף פסיכוטי. לגביהם הפורום סבר כי הם כבר כלולים בסל שירותי הבריאות מבחינה מהותית או לחלופין אינם מוגדרים כשירותים רפואיים. כפי שעולה מדו"ח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2022, בין השנים 2018-2021 הפורום דחה 46% מהבקשות להכללת טכנולוגיות שאינן תרופות, ורק 9% מהבקשות להכללת תרופות. בתחום בריאות הנפש, חדשנות באה לידי ביטוי דווקא בשירותים ופחות בתרופות בהשוואה לתחומי בריאות אחרים ולכן סוגיה זו באה לידי ביטוי ביתר שאת ביחס לבריאות הנפש. **בתחום בריאות הנפש, ניתן להתייחס לקהילה ולמענים קהילתיים וחברתיים כתרופה של ממש.**

ב. התפתחות טכנולוגית מועטה יחסית בהשוואה לבריאות הגוף וקושי בביצוע הערכה של שירותים: ההתפתחות הטכנולוגית בתחום בריאות הנפש מתמקדת בעיקר בתחום ה-Digital Health ובפיתוח טכנולוגיות תשתית שמסייעות בניהול הטיפול, טיפולים דיגיטליים מרחוק ועוד. הפיתוח הטכנולוגי בתחום בריאות הנפש מתמקד פחות בפיתוח טכנולוגיות ייעודיות לטיפול בבעיה ספציפית או פיתוח תרופות. בנוסף, בתחום בריאות הנפש, קיים קושי בהערכה של יעילות קלינית וכלכלית של המענים המפותחים (למשל בתים מאזנים), זאת בניגוד למשל להערכת התועלת הקלינית של תרופות אונקולוגיות. שירותים אלה אינם מלווים במחקר כמותני המודד את מספר חודשי החיים שהתרופה מאריכה לעומת קבוצת ביקורת שקיבלה פלצבו, ולכן פעמים רבות סוגיות אלו אינן מגיעות לוועדה להרחבת סל שירותי הבריאות.

ג. חוסר בהנגשת המידע לגורמים בתחום בריאות הנפש: נראה כי גורמים שונים בעולם בריאות הנפש, מטפלים ומנהלים כאחד, פחות מודעים לעצם קיום האפשרות להגשה לסל שירותי הבריאות עבור מענים בתחום בריאות הנפש. חוסר המודעות מתבטאת גם בבירוקרטיה הנדרשת לצורך הגשה, לרבות שאלת הקריטריונים הנבחנים, צורת ההגשה וכדומה.

על מנת להתגבר על חסמים אלו, על משרד הבריאות לייצר מנגנוני הנגשה של ועדת סל שירותי הבריאות לתחום בריאות הנפש הן באמצעות יצירת מודעות והן באמצעות מציאת פתרונות לאישור שירותים, המבטאים חדשנות והסתכלות על המאפיינים הייחודיים של תחום בריאות הנפש בהשוואה לבריאות הגוף.

3.3 חדשנות במניעה, אבחון והתערבות מוקדמת

3.3.1 חדשנות במניעה לאורך מעגל החיים - מינקות ועד הגיל השלישי:

מניעה ראשונית נועדה למנוע בעיות נפשיות עוד לפני שהן מתחילות. הוועדה למניעת מחלות נפש של האקדמיה הלאומית למדעים בארצות הברית (Haggerty & Mrazek, 1994), הציעה לסווג את המניעה הראשונית לשלוש קבוצות: מניעה אוניברסלית, כללית לאוכלוסייה כולה; מניעה סלקטיבית, מניעה ייעודית לקבוצות אוכלוסייה אשר נחשפו לגורמי סיכון אך טרם פיתחו בעיה; ומניעה אינדיקטיבית, ייעודית לקבוצות אוכלוסייה נוכח סימנים או תסמינים מוקדמים של בעיות אך ללא תסמינים ניתנים לאבחון (התוויית מניעה).

מניעה אוניברסלית בגיל הרך, יכולה לכלול חינוך לפני ההיריון ובמהלכו, למשל בנוגע להימנעות משימוש בקנביס ואלכוהול, להתבצע דרך עבודה עם הורים, אחיות וגננות בגיל הרך, למשל, על ידי הרחבת סל השירותים בטיפת חלב. כך, מענה בתחום הבריאות הנפשית, יינתן במקום הנגיש והמוכר למשפחות. אחיות בטיפת חלב יוכלו לספק הדרכה להורים בנושאים שונים כגון: חוסן נפשי בינקות, אבני דרך התפתחותיות, הצבת גבולות וחינוך. בטיפות החלב יופעלו תוכניות מניעה והדרכה מותאמת להורים ולילדים בכל שלבי החיים ויושם דגש ספציפי על משפחות הנמצאות בסיכון. בילדים ונוער, ניתן להגביר מניעה ראשונית בגני ילדים, בתי ספר, מסגרות חינוך פורמלי ובלתי פורמלי. הגברת עבודת מניעה במערכת החינוך יכולה להתבצע על ידי הכשרה של אנשי חינוך במתן מענה נפשי ראשוני ובתחום פיתוח החוסן הנפשי בקרב ילדים ובני נוער. קיימות היום תוכניות להגברת חוסן בחינוך, אך היישום שלהם עוד לא רחב ומורגש מספיק.

מניעה אוניברסלית בקרב מבוגרים, יכולה להיות דרך סדנאות של פיתוח חוסן, עידוד בריאות נפשית, שיפור שינה והפחתת סטרס ואיזון בין עבודה לחיים אישיים במקומות העבודה. בקרב אימהות לאחר לידה, מניעה ראשונית יכולה להתבצע דרך קבוצות חברתיות לאימהות או מענים לאימהות ולתינוקות בקהילה. מניעה אוניברסלית בגיל השלישי, יכולה להתבצע בסדנאות שמטרתן הכנה לשינויים הכרוכים בתהליך ההזדקנות במישור הגופני, קוגניטיבי, חברתי (תעסוקתי וקשרים חברתיים) והמשפחתי (קוה, 2022). המיקוד בהתערבויות מסוג זה הוא עיסוק בתפיסות הזדקנות ואתגור התפיסות השליליות כלפי הזדקנות. סדנאות כאלה יושמו בחלקן בארצות הברית ויש עדויות לכך שמצליחות לשפר את הרווחה הנפשית של המשתתפים (Beyer et al., 2019; Brothers & Diehl, 2017; Diehl et al., 2022; Kotter-Grühn, 2015).

מניעה סלקטיבית מתמקדת באוכלוסיות שנמצאות בסיכון גבוה, למשל אוכלוסיות שחוו טראומה, במצב סוציו-אקונומי נמוך או תחלואה פסיכיאטרית במשפחה. במניעה סלקטיבית, המטרה היא לספק תמיכה לאוכלוסיות אלו, על מנת למנוע התפתחות של בעיות נפשיות בהמשך. ניתן לאמץ מהעולם תוכניות מניעה שמיועדות למשפחות בסיכון, הכוללות למשל מתן תמיכה והדרכת הורים על ידי אחיות, גנות או רופאות ראשוניות (Healthcare Denmark, 2023). למשל, בקרב אוכלוסיות שחוו טראומה, ניתן להתמקד במניעה בנושא שימוש בחומרים ממכרים, על מנת למנוע את הסיכון לפיתוח הפרעות התמכרות בהמשך. בנוסף, ניתן לזהות צמתים מרכזיים להתפתחות של בעיות נפשיות שונות ולהעביר בהן שאלונים לאיתור מוקדם. בדומה לשאלון לאיתור דיכאון אחר לידה, שמועבר לאימהות בטיפת חלב, ניתן להעביר שאלונים לאיתור מוקדם של פסיכזה בטווח הגילאים הרלוונטי או שאלונים לאיתור מוקדם של הפרעה פוסט טראומטית לאוכלוסיות בסיכון שנחשפו לטראומה. בגיל השלישי, רופאי משפחה בקופות החולים, יכולים להעביר שאלונים הקיימים בתחום תפיסות ההזדקנות, שנמצאים בקורלציה עם שאלונים לאבחון פסיכופתולוגיה (Bodner et al., 2018, 2021; Bodner & Bergman, 2016). מענה על שאלוני תפיסות הזדקנות, יאפשר יותר פתיחות בדיווח בהשוואה לשאלונים לאבחון פסיכופתולוגיה. בדרך זו, ניתן לזהות חולים מבוגרים בסיכון ולהפנותם למטפלים גרונטולוגים, שאינם בהכרח פסיכולוגים שיוכלו לספק מענה נפשי. דוגמא נוספת למניעה סלקטיבית הנה מרפאות high risk. מדובר למשל במרפאות בהם מטפלים באנשים לפני הופעת הסימפטומים כאשר קיים מרכיב גנטי. בארה"ב למשל קיים טיפול בילדים בסיכון להתפתחות הפרעה ביפולרית על רקע גנטי עוד לפני הופעת הסימפטומים.

3.3.2 מניעה בקהילה:

לקהילה יש כוח מרפא, ולכן לקהילה תפקיד מרכזי במניעה. התארגנות אנשים עבור ולמען עצמם, תורמת לריפוי, מחזירה שליטה, מקדמת תהליכי מניעה ורותמת את ההון האנושי והחברתי בקהילה לטובת הפרט והחברה. כדי לעודד מניעה בקהילה, ניתן להישען על קהילות בלתי פורמליות, הכוללות לרוב פעילים חברתיים, מתנדבים מקומיים, אנשי דת ואנשי מפתח אחרים בקהילה. ברוב המקרים, היתרון בהישענות על מסגרות קהילתיות קיימות הוא היכרות מעמיקה עם המקום, מאפייני התושבים וצרכיהם. הישענות על אנשי מפתח בקהילה כ"סוכני חוסן" קהילתיים, יכולה לסייע באיתור פרטים ומשפחות הזקוקים לתיווך מול המערכות, לגיוס משאבי תמיכה חברתיים וכלכליים עבור המתמודדים ובני משפחתם. נציין מספר דוגמאות לשילוב חדשנות במניעה ראשונית.

דרך אחת לעידוד מניעה בקהילה היא הכשרת צוותים ומעגל התומכים הראשוניים בבריאות הנפש על ידי הכשרות נרחבות במתן עזרה ראשונה נפשית, ניתן להכשיר אנשי מקצוע לצד אנשים בעלי ידע מניסיון. דוגמה לחדשנות במניעה ראשונית בקהילה באמצעות הגברת חוסן בצורת ספסלי חברות (Friendship bench). התערבות פסיכולוגית קצרה המועברת על ידי נשים מבוגרות ומכובדות בקהילה הזימבבואית, שעברו הכשרה במיומנויות בסיסיות של מתן עזרה ראשונה נפשית ופתרון בעיות. מחקרים רבים ברחבי העולם הראו כי בקרב המשתתפים שקיבלו את ההתערבות, חלה הפחתה משמעותית בשיעור הפרעות נפשיות נפוצות וכן נמצאו בסיכון נמוך יותר לתסמיני דיכאון, בהשוואה לטיפול רגיל (Chibanda et al., 2016).

דוגמה נוספת למניעה בקהילה היא קבוצות בקהילה לעזרה עצמית עבור מתמודדי נפש, בהן המתמודדים עצמם לוקחים חלק מרכזי בהקמה ובניהול הקבוצה. ישנן גישות ושיטות שונות העומדות מאחורי קבוצות אלו, אך רובן מבוססות על גישה לא שיפוטית, חומלת ואנושית. עצם ההשתתפות בקבוצות אלו עשויה להפיג בדידות ולשפר מדדים נוספים של בריאות נפשית ובכך לתרום ליצירת חוסן נפשי עמוק יותר. זהו כלי יעיל, זול יחסית ובעל השפעה חברתית מלכדת, אשר חורגת מתחום בריאות הנפש לשיפור חוסנה הכללי יותר של החברה כולה.

דוגמה אחרונה למניעה בקהילה דרך הגברת הידע והמודעות והפחתת סטיגמה הנה בעזרת המדיה. ניתן להפיק למשל סדרת טלוויזיה ישראלית המתארות אנשים שסובלים מהפרעות הפסיכיאטריות השכיחות יותר, כגון חרדה ודיכאון, אך גם מצבים מאנים ופסיכויים. בסדרה ניתן להראות את הסימפטומים האופייניים ולהעביר מסר חיובי, כך שהחולה פונה לטיפול ומצבו משתפר. ניתן, דרך הסדרה, להסביר על גורמים שתורמים לשיפור או התדרדרות במצב, למשל שימוש בסמים. הדבר נעשה בחו"ל וניתן ליישום בארץ, תוך שיתוף אפשרי של תאגיד השידור הציבורי. בקרב אוכלוסייה צעירה, ניתן להשתמש בסרטונים ברשתות החברתיות, בהם מועברים מסרים בנוי חוסן, מעודדי פניה לטיפול וכיו"ב (Amsalem et al., 2024).

3.4 חדשנות בטיפול

3.4.1 קבלת החלטות משותפת מטפל - מטופל (Shared decision making):

קבלת החלטות משותפת בין מטפלים/ות למטופלים/ות, מהווה כלי מבטיח בתחום בריאות הנפש, במיוחד במקרים של תחלואה נפשית חמורה. הגישה מבוססת על ביטול חוסר הסימטריה בין מטפל למטופל, והכרה בכך שהידע והמומחיות נמצאים הן אצל המטופל, שמביא עימו ידע מניסיון חיים והן אצל המטפל. למרות היותה פרקטיקה מומלצת על ידי האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה וגופים נוספים, היא כמעט ואינה מיושמת בארץ. גישה פשוטה זו משפרת את תוצאות הטיפול, מאפשרת טיפול מותאם אישית, כך שהמטופל מגויס יותר לתוכנית הטיפול ונענה ליישומה (Zisman-Ilani et al., 2021).

3.4.2 התערבויות משפחתיות מערכתיות:

התערבויות משפחתיות חיוניות בתחום בריאות הנפש בארץ מסיבות רבות. בנייהן, המשפחה יכולה להשפיע באופן משמעותי על תהליך ההחלמה ורווחתו הנפשית של המטופל. שיתוף המשפחה בטיפול יכול לספק תמיכה, לשפר את תוצאות הטיפול ולסייע בניהול תוכנית ההתערבות. בפועל, מרבית המענים בתחום בריאות הנפש ושירותי הרווחה בארץ, מתמקדים בפרט ובבעיות ספציפיות ולא במשפחה כחידת התערבות (ארזי ואחרים, 2016).

מודל דיאלוג פתוח היא דוגמה להתערבות המופעלת בארץ (כמעט לגמרי מחוץ לשירותי הבריאות הציבוריים), והינה שיטת התערבות משפחתית-מערכתית, עם עדויות ליעילותה בטיפול בפסיכזזה בכלל ובפסיכזזה ראשונה בפרט (Bergström et al., 2018; Freeman et al., 2019). מטרת ההתערבות לגייס את סביבתו הראשונית של האדם לסיוע במשבר. השיטה מגדירה פסיכזזה כמשבר זמני, שהינו תוצר של טראומה או כאב נפשי ולא בהכרח כהפרעה נפשית. הטיפול מבוסס על העקרון כי האדם במרכז וזכותו להחליט גם במצב משברי. הטיפול מוענק על ידי צוותים טיפוליים בליווי פסיכיאטרי בבית הלקוח, ונעשה שימוש מבוקר בטיפול תרופתי כדי להפחית סימפטומים.

היבט נוסף הוא פיתוח מענים לבני משפחת המתמודדים, במרכזי בריאות הנפש ובקהילה. פעמים רבות, הסביבה הקרובה והמשפחה של המטופלים מתמודדת עם מצוקה רגשית משמעותית, חוסר אונים וחוסר ידע והבנה בנוגע למצבם של הקרובים אליהם והטיפול בהם. נדרשים מענים שיוכלו לספק ידע זמין וברור בנושאי מיצוי

זכויות, הדרכה בנוגע להתערבויות נכונות והפניה לטיפול (עדיפות למענים טכנולוגיים). בנוסף, מענים שיוכלו לספק תמיכה נפשית וטיפול לבני המשפחה.

3.4.3 ביקורי בית וטיפול ביתי - צוותי משבר ניידים :(Mobile Crisis Teams, MCT; Assertive Community Treatment, ACT)

צוותים רב-מקצועיים המגיעים לבית הלקוח להתערבות ולטיפול במידת הצורך עד לחלוף או התמתנות המצב המשברי. לביקורי בית יש יתרונות רבים. אחד ממאפייני המגבלה הפסיכיאטרית לעיתים הוא היעדר מוטיבציה לקבלת טיפול וחשש מפניה לקבלתו, בין אם עקב ההפרעה עצמה (כגון חרדה, נטייה להסתגרות, הכחשת המצב, בוחן מציאות לקוי וכדומה), ובין אם עקב סטיגמה, ניסיון קודם של הפעלת מנגנוני כפייה או טראומטיזציה כתוצאה ממגע לא מוצלח עם השירותים השונים. הגעת אנשי מקצוע לבית הלקוח, סביבת חייו הטבעית של האדם, היא שירות הנגשה חיוני להצלחת הטיפול במקרים רבים, עם יצירה של אווירה של כבוד ועידוד להקשבה, הפחתת חששות וכך יצירת קשר טיפולי מיטיב וגיוס לתהליך הטיפול. מודלים שונים מרחבי העולם וניסיונות בהיקף מצומצם בישראל, מעידים על הצלחות מוכחות (גרינשפן וקורן, 2022).

צוותי משבר ניידים משלבים את היתרונות של ביקורי בית כמתואר יחד עם ניידות. הניידות מאפשרת הן הגעה מהירה בעת משבר והן את הבאתו של האדם, במהירות ובעוד מועד, למקום טיפול אחר, אם נדרשות אלטרנטיבות טיפול מתאימות יותר. ישנם מודלים שונים לצוותים שכאלה, המשתנים במידת האינטנסיביות של הביקורים, בהרכב הצוות המתערב, במשך ובאופי ההתערבות. אחד המודלים הפועלים בהצלחה באירופה ובארצות הברית הוא ה-**ACT (Assertive Community Treatment)**. שירות זה פותח בעיצומו של תהליך האל-מיסוד, עם הקמת צוותים רב-מקצועיים, שיצאו מבית החולים למרכזים קהילתיים. עם השנים, התפתח המודל באירופה ובארצות הברית, ובאירופה עבר אדפטציה ל-**FACT (Flexible ACT)**, טיפול קהילתי אסרטיבי גמיש בו הטיפול מותאם לפרקי זמן שונים לצרכי הלקוח. הגישה מבוססת על ניהול מקרה אינדיווידואלי.

3.4.4 חלופות אשפוז: בתים מאזנים ואשפוז בית פסיכיאטרי מלווה טכנולוגיה:

בשנים האחרונות, גוברים המאמצים לפתח חלופות לאשפוז פסיכיאטרי, על רקע ממצאים המעידים על השפעה חברתית שלילית של אשפוז בבית החולים. בתים מאזנים מיועדים לאנשים הזקוקים לאשפוז, אך מעוניינים ומתאימים לקבל טיפול במסגרת בית קהילתי. המטופל ומשפחתו מקבלים התערבות ראשונית במשבר,

כל אחד לפי צרכיו, כלים להתמודדות וניהול המשבר, וכן ליווי למיצוי זכויות והכנה לשיקום. מודל ההפעלה, כולל יחידה טיפולית קטנה המכילה בין 6-12 מתמודדים, צוות תומך רב-מקצועי הכולל עובדים מתחומי הבריאות והטיפול בבריאות הנפש וכן מדריכים בעלי ידע מניסיון (Friedlander et al., 2022). כיום פועלים בישראל פחות מ-20 בתים מאזנים. חלופה נוספת שמתפתחת בשנים האחרונות היא של אשפוז בית אינטנסיבי מלווה טכנולוגיה (Technologically-assisted intensive home hospitalization). במודל זה, מטופלים נשארים בביתם ומקבלים ליווי מרחוק באמצעים טכנולוגיים, כמו כן, הם מקבלים מעקב רפואי ופסיכולוגי אינטנסיבי באמצעות טיפולים מקוונים, מערכות חישה לניטור אחר שינה, אכילה, נטילת תרופות וכדומה (Caspi et al., 2023). על פי חישובים ראשוניים, נראה כי הביטים מסוימים, שהות בבית מאזן זולה יותר מאשפוז פסיכיאטרי (במידה ואכן מדובר בתחליף אשפוזי שנותן מענה לאוכלוסייה שהייתה מתאשפזת אילולא הבית המאזן) ויכולה לצמצם תופעה של אשפוזים חוזרים או כרוניזציה של הפרעה הנפשית (משרד הבריאות, 2019). מחקרים עדכניים שנעשו בישראל ובחנו את יעילותן של חלופות האשפוז בהשוואה לאשפוז הפסיכיאטרי המסורתי עד חצי שנה לאחר השחרור, הדגימו כי חלופות אשפוז יעילות באותה המידה בהפחתה תסמינית, בתפקוד ובשיפור איכות החיים (Leus et al., under review). כמו כן, נמצא כי טיב הקשר הטיפולי המתפתח בין המטפל למטופל אינו שונה באופן מובהק בין המודולות, אם כי נצפה יתרון מסוים לחלופות בהן הקשר הוא פנים מול פנים (Friedlander et al., 2024). ממצאים אלה מעידים כי חלופות האשפוז יכולות להוות תחליף למיטות האשפוז האקוטיות בבתי החולים הפסיכיאטריים ולהעניק מענה מיטבי לחולים שאינם נזקקי אשפוז, אך הבית המאזן יוכל לשפר את מצבם ולקרובם להחלמה.

3.4.5 טיפול בעזרת חומרים פסיכו אקטיביים להאצת שיפור טיפולי:

טיפול בעזרת חומרים משני תודעה, מהווה דוגמה לשינוי פרדיגמה בטיפול בבעיות נפשיות ורגשיות. לחומרים משני תודעה יש פוטנציאל לשימוש כתוספת בטיפול בהפרעות פסיכיאטריות עמידות, למשל דיכאון עמיד או הפרעת דחק פוסט טראומטית (Reiff et al., 2020). הדגש הוא על האפשרות להיעזר בחומרים אלה במסגרת תהליך טיפולי, לא כתרופה העומדת בפני עצמה, אלא כמאיצים ביולוגיים לתהליכים טיפוליים עמוקים.

בשנת 2019, אושרה אקסטמין (נגזרת של קטמין) על ידי מנהל המזון והתרופות האמריקני (FDA) כתרסיס לאף לטיפול בדיכאון עמיד בקרב מבוגרים. הטיפול ניתן כיום גם במרכזי בריאות הנפש בארץ. בנוסף, בשנים האחרונות נבדקת היעילות

של שילוב חומרים מרחיבי תודעה (חומרים פסיכדליים) בפסיכותרפיה. ישנן עדויות ליעילותו של פסילוסיבין (החומר הפעיל בפטריות) לטיפול בדיכאון, וניסויים קליניים שאושרו על ידי ה-FDA בודקים כעת את יעילותו ובטיחותו. הפסילוסיבין, נקשר לקולטני סרטונין ויכול ולעודד חוויות רגשיות עמוקות ומשמעותיות, לשנות את אופן עיבוד המידע במוח ולסייע בשבירת דפוסי חשיבה ישנים (Goodwin et al., 2022; Haikazian et al., 2023). ביוני 2024 ה-FDA דחה את השימוש ב-MDMA כתרופה לטיפול בהפרעה פוסט טראומטית. בארץ, משרד הבריאות אישר ב-2019 את השימוש ב-MDMA כטיפול חמלה עבור אנשים המתמודדים עם הפרעה פוסט-טראומטית. ה-MDMA משחרר ניוטרנסמיטרים במוח כמו סרטונין, דופמין, נוראדרנלין ומגביר את ייצור האוקסיטוצין. החומר עוזר להגיע לרבדים עמוקים וטראומטיים של הנפש והופך את התהליך הטיפולי בפוסט טראומה ליעיל יותר (Mitchell et al., 2021).

באוסטרליה, פסיכותרפיה משולבת MDMA חוקית ל-PTSD ופסיכותרפיה משולבת פסילוסיבין, חוקית לדיכאון עבור אנשים שטיפולים אחרים לא הועילו להם. ביולי 2023 מנהל התרופות האוסטרלי (TGA), המקביל ל-FDA, קבע כי MDMA ופסילוסיבין בטוחים לשימוש תחת פיקוח מבוקר של אנשי מקצוע ובמינונים שנחקרו בניסויים קליניים, וכי עבור מטופלים מסוימים התועלת בשימוש עולה על הסיכונים.

באורגון וקולורדו, השימוש בפטריות הזיה מאושר לטיפול נפשי בהפרעות שונות במרכזים ייעודיים, בעקבות משאל עם מקומי בו עלתה שאלה זו.

חשוב לזכור את הסיכונים הטמונים בשימוש בחומרים אלה. חומרים פסיכדליים עלולים לעורר חוויות רגשיות עוצמתיות או זיכרונות קשים. לכן, חשוב למצוא מימון ולהשקיע במחקר בתחום על מנת להעמיק את ההבנה בנוגע ליעילות ולסיכונים בשימוש בחומרים אלו במסגרת טיפול נפשי. כך, גם ההיבטים האתיים הייחודיים לטיפול זה, יהוו חלק אינטגרלי מהמחקר וההכשרות. נתיב טיפולי נוסף הוא באמצעות מאיצים ניירו ביולוגיים של תהליכי טיפול, כדוגמת אוקסיטוצין, אשר נקשר במחקרים שנערכו בישראל לשיפור תסמיני בקרב אנשים מאושפזים הסובלים מתחלואה נפשית משמעותית (Grossman-Giron et al., 2021), ובעיקר בקרב אנשים הסובלים מדיכאון וללא הפרעת אישיות נלווית (Maoz et al., 2024). מחקרים אלה הדגימו כי מתן אוקסיטוצין מגביר את התאימות בתפיסת טיב הקשר הטיפולי במהלך פסיכותרפיה בהשוואה למתן פלסבו (Grossman-Giron et al., 2023).

דיון מעורר מחלוקת נוסף הינו בנוגע למדיקליזציה של קנבים. מחד, השימוש בקנאביס הופך פופולרי יותר ויותר ומסייע למטופלים בהתמודדות עם פוסט טראומה, חרדה או מחלות כאב. מנגד, חסר עדין מחקר על כך שקנבים משפר מצבים פסיכיאטריים, ויש מידע רב על תופעות שליליות של השימוש בקנבים כמו התמכרות, פגיעה במוטיבציה ופגיעה קוגניטיבית בזיכרון (Walsh et al., 2017).

3.4.6 שילוב פעילות גופנית בטיפול נפשי:

עולם בריאות הנפש בארץ עוד לא כולל שילוב של פעילות גופנית - Exercise Psychology באופן מערכתי ומספק. מחקרים מעידים על השפעתה המבטיחה של פעילות גופנית על בניית חוסן נפשי וטיפול לאחר אירועים טראומטיים (Gomez-Pinilla & Hillman, 2013). פעילות גופנית יעילה גם בהפחתת סימפטומים של חרדה ודיכאון (Singh et al., 2023) ויתרה מכך, במקרים של דיכאון קל-בינוני, אין הבדל בין פעילות גופנית לטיפול תרופתי בשיפור הדיכאון (Dunn et al., 2005; Kvam et al., 2016). וטיפול בדיכאון בעזרת פעילות גופנית מופיע כחלק מהקווים המנחים של ה-NICE-UK. ממצאים אלה מעידים על הצורך לשלב פעילות גופנית מותאמת בטיפול נפשי, הן בתוך המסגרות הטיפוליות או כחלק מסל המענים הטיפוליים שמוצעים. התערבות עם פעילות גופנית מאפשרת ומחזקת את היכולת שלנו לקחת את הטיפול מחוץ לקליניקה, וישנו צורך להכשיר מטפלים בתחום זה. למעשה בארץ שירות זה ממומן היום בשני בתי חולים על ידי ביטוח לאומי. חשוב מאד שיכנס להיות חלק מסל השירותים.

3.4.7 ניטור תוצאי טיפול (Routin Outcome Measure, ROM):

מחקרים רבים מצביעים על כך שמטפלים נוטים לבצע הערכת יתר של תוצאות הטיפול הנפשי (Hannan et al., 2005). משום כך, בשלושת העשורים האחרונים החלו ברחבי העולם להטמיע ניטור תוצאי טיפול (Routin Outcome Measure, ROM), בו המטופל ממלא שאלונים קצרים ומתוקפים מחקרית בפרקי זמן קבועים, והמטפל מקבל דרכם משוב מתמשך לגבי מידת השיפור או ההחמרה במצב המטופל. מחקרים רבים, כולל מספר מטא-אנליזות, הדגימו כי ניטור תוצאי טיפול משפר את יעילות הטיפול השיחתי ומסייע לצמצום שיעורי הנשירה (de Jong et al., 2021). משום כך, מדינות רבות הטמיעו וחקרו את יעילות מערכות הניטור, בהן ארה"ב, אוסטרליה, איטליה, אנגליה, נורבגיה, הולנד, דנמרק, שוויץ, אוסטרליה, אירלנד, שוודיה, סין ואחרות. רוב המחקרים מצביעים על כך שיעילות הניטור היא בסיוע למטפל בקבלת החלטות קליניות, ובשילוב הידע הקיים עם הידע המופק על ידי המטופל בשאלוני הדיווח העצמי. משום כך, המשלב ניתן רק למטפל וללא

מעורבות ניהולית. ללא שילוב מידע זה בתוך עץ קבלת ההחלטות של המטפל, יעילות הניטור יורדת (de Jong et al., 2021).

בישראל, ניטור תוצאי טיפול הוטמע במערכת שירותי השיקום בפרויקט שנעשה בליווי משרד הבריאות וקרן טאובר (Roe et al., 2015). בנוסף, משרד הבריאות החל בהטמעת ניטור תוצאי טיפול במרפאות בריאות הנפש. הטמעת ניטור תוצאי טיפול בוצעה באופן מחקרי גם במרכז לבריאות הנפש "שלוותה", באופן המדגים כי על אף מורכבות מערכת בריאות הנפש בישראל, קיימת היתכנות להטמעה וכי טיפול המלווה בניטור מוביל לשיפור משמעותי יותר בבריית הטיפולית בהשוואה לטיפול שאינו מלווה ניטור (Tzur Bitan et al., 2018, 2020). עם זאת, טרם בוצעה הטמעה רחבת היקף במערכת בריאות הנפש בישראל, ככל הנראה בגלל אתגרים שתוארו בספרות, וכוללים מורכבויות מחשוביות ואדמיניסטרטיביות, סוגיות של חיסיון מידע, והתנגדות פוטנציאלית למדידה מצד אנשי המקצוע (Tzur Bitan et al., 2018). בשלב הבא, שילוב ניטור תוצאי טיפול עם מערכות AI, יכול להביא לפריצות דרך באופן הטיפול, התראות שנשלחות למטפל או למטופל וכדומה.

3.5 חדשנות בשיקום

מטרת השיקום היא ליצור תנאים שיאפשרו החלמה ושילוב בקהילה. השאיפה היא שהמתמודד יוכל להגדיר בעצמו את יעדיו, לממשם בסביבתו הטבעית וליצור לעצמו תשתית בסיסית של חיים: להתגורר בדוור עצמאי, ליצור קשרים בין אישיים מספקים, לעבוד, להתפרנס, לתרום ולהיתרם. יתרה מזאת, השאיפה היא שמתמודדים יוכלו לחוות תחושת סיפוק בתוך הסביבה שבה הם בוחרים לחיות ולהיעזר בהתערבות מקצועית מינימלית.

3.5.1 הצעה לעדכון חוק שיקום נכי נפש בקהילה:

אחת ההתפתחויות המרכזיות בתחום השיקום בארץ היא חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000 (תש"ס). חוק זה נחשב לאחד החוקים החברתיים החשובים ביותר (Aviram et al., 2023). כאמור בחוק, מטרתו "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש, כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם, ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו". סל שירותי השיקום כולל שירותי דוור, תעסוקה, פנאי וחברה, השכלה, סמך, חונכות ותיאום טיפול ושירותים למשפחות. ישנן סיבות שונות לכך שחלק מהזכאים לסל שיקום לא מקבלים שירותים. חלקם לא מעוניינים לקבל שירותים ואין

להם צורך בהם, חלקם לא מקבלים מענים לאור חסמים שונים הקשורים לנגישות וסוג המענים. כאמור, מסקרי המטופלים והמטפלים עולה הצורך בשיפור השירותים הקיימים, בעיקר בחיזוק מענים חברתיים ותעסוקתיים למתמודדים בתפקוד גבוה וכן בסיוע בהנגשת המענים לאוכלוסיות שזקוקות למענה ממערך השיקום ומתקשות לקבלו.

מאז חקיקת החוק, חלו התפתחויות רבות בתחום בריאות הנפש וגם אוכלוסיית מקבלי שירותי השיקום השתנתה, שינויים אלה דורשים חשיבה מחדשת על השירותים הקיימים ועל שינויים נוספים בחוק, למשל:

א. פיתוח מענים מותאמים לאוכלוסיות מיוחדות כגון: צעירים, אנשים שמתמודדים עם הפרעה פוסט-טראומטית, תחלואה כפולה, הפרעות אכילה ועוד. כמו כן, הצרכים של המתמודדים משתנים וחלקם רוצים לקבל תמיכה בהורות, במציאת זוגיות וכדומה. ממצאי הסקר מדגישים את הצורך לשים דגש על אוכלוסיית הקשישים והמיעוטים ולהבין את הצרכים הספציפיים שלהם.

ב. המלצה נוספת נוגעת לתקצוב אישי שיאפשר למקבלי סל שיקום את המנדט להוציא את הכסף על מה שהם חושבים שמועיל להם (Tew, et al. 2015). המלצה זו שנויה במחלוקת מבחינה מקצועית ודורשת בחינה מעמיקה.

ג. צמצום הפערים בין ערבים ליהודים דרך פיתוח מענים מותאמים שפתית ותרבותית והנגשה של שירותים קיימים והתאמה תרבותית של התערבויות מקדמות החלמה (Daas-Iraqi et al., 2021). מנתונים קיימים במדור מידע והערכה במשרד הבריאות, סך כל מקבלי שירותי סל השיקום בחברה הערבית עומד על 8% בלבד.

ד. סנכרון בין המענים הניתנים במסגרת סל שיקום לבין המענים הניתנים במשרד הרווחה ו/או קופות החולים.

ה. ביסוס והפיכת השיקום הפסיכיאטרי למקצוע: בשנים האחרונות חלו התפתחויות רבות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה בעקבות המדיניות של מעבר מטיפול בבתי החולים לטיפול בקהילה. עד כה, השיקום הפסיכיאטרי לא נחשב למקצוע בישראל (בניגוד לתהליכים מקבילים בחו"ל) ובמערך השיקום עובדים אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות (עו"סים, מרפאים בעיסוק, קרימינולוגים, ועוד). לאור המצוקה האדירה בשטח בגיוס כוח אדם איכותי ושימורו, יש צורך בהכשרה והסמכה של אנשי מקצוע לעסוק בשיקום בריאות

הנפש בקהילה. בשנת 2011 הוקם בית הספר לשיקום, שילוב והחלמה ע"י משרד הבריאות, אשר מהווה את בית הספר המקצועי לאנשי שיקום בקהילה מדיסציפלינות שונות, ובכלל דרגי הניהול, ההדרכה, הריכוז ועבודת השטח, לצד ידע מניסיון וכי"ב. במסגרת בית הספר לשיקום ישנם קורסים והכשרות עבור מגוון אנשי שיקום העוסקים בתחום השיקום למען קידום המיומנויות המקצועיות שלהם ולמידה מקצועית. בית הספר עומד במדדי תהליך ואיכות עבור אנשי מקצוע בתחום השיקום ובכללם אנשים בעלי ידע מניסיון (כולל קורסים מקצועיים ייחודיים לנושא זה), בני משפחה, ואנשי סמך מקצועי. באופן דומה, במוסדות אקדמיים קיימים לימודים הממוקדים בשיקום בבריאות הנפש, כדוגמת החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, אשר בוגריהם אינם זוכים להסמכה המקצועית הנדרשת על מנת להשתלב במוסדות בריאות הנפש הקהילתית. מערכת הסמכה עבור לימודים אלה תאפשר בקרה טובה יותר של העוסקים בתחום, כמו גם יצירת גבולות גזרה ברורים שיאפשרו לאנשי מקצוע לספק שירות מקצועי בתחום עיסוקם.

3.5.2 מתאמי בריאות 360 מקומיים:

במסגרת סל השיקום קיים שירות של תיאום-טיפול. מטרתו לבנות יחד עם המתמודד את יעדי הטיפול והשיקום וללוות אותו בהשגת תוכנית השיקום שבנו יחד. בשנים האחרונות התפתחו מודלים שונים ומגוונים בתחום תיאום הטיפול, הנשענים על עבודה משותפת של צוותים רב-תחומיים סביב אוכלוסיית יעד משותפת, שפה, יעדי טיפול מוסכמים, משאבים ותשתיות משותפות. למשל, צוותים רב-תחומיים בממשק בין רווחה למשטרה, או בין אוכלוסיות בעוני לבין עולמות הניהול הפיננסי המשפחתי, הסנגוריה המשפטית וכדומה.

פונקציה נוספת שניתן לפתח בהשראת שירות תיאום הטיפול היא מתאמי בריאות 360, לא רק עבור זכאי סל השיקום. הכוונה לפונקציה ברשות המקומית שתוכל לסייע למשל באיתור והתערבות מקדימה במצבי סיכון בתחום הנפש ובחיבור למענים מתאימים. מודלים אלה יכולים להישען על כוח אדם קיים בישובים או תוספתי שיוכשר לנושא. בין היתר, ניתן להישען על בעלי תפקיד דוגמת מתאמי בריאות עירוניים, אחיות תיאום טיפול מטעם הקופות, עו"ס קהילתי, ועוד. ראוי שצוותים אלה יפתחו את שיטות העבודה, יזהו צרכים ויתערבו באופן שיעוצב יחד עם המשפחות ומתמודדי הנפש עצמם.

צעדים במימוש החזון: חדשנות בשירות בריאות הנפש - שאלות לדיון

1. איך מעודדים חדשנות בעולם בריאות הנפש?
2. איך מעודדים חשיבה שמוכנה לאתגור קונספציות קיימות בתחום בריאות הנפש? איך מוודאים שהמערכת והמטפלים לא 'חוסמים' חשיבה כזו?
3. מהם החסמים והכוחות להטמעת חשיבה חדשנית בבריאות הנפש?
4. מיהם סוכני החדשנות שצריך לאתר ולהצמיח (למשל האם אימוץ חדשנות יעשה "מלמעלה" דרך דרג המנהלים או "מלמטה" דרך השטח)?
5. איך מטמיעים חשיבה חדשנית בתוך הסשן הטיפולי עצמו?
6. באיזה מסגרות יהיה קל יותר להטמיע חדשנות?
7. מה אפשר לאמץ מחדשנות שקיימת בתחומי הבריאות האחרים?
8. האם ואיך ניתן להטמיע כלי מדידה ומעקב שיעמדו לרשות הצוות המטפל והמטופל על מנת להעריך את יעילות הטיפול? כיצד ניתן להתגבר בדרכים יצירתיות על קשיי ההטמעה הקיימים?

סיכום פרק שלישי - שילוב חדשנות ומחקר במערכת בריאות הנפש

חדשנות יכולה להיות טכנולוגית, אך גם יכולה להתבטא בתהליכים. הדיון נפתח בהסכמה כי מערכות שנותרות סטטיות לאורך זמן, נמצאות בסכנה להישאר מאחור, בעוד שהן מתמודדות עם דינמיקות של שינויים חברתיים, טכנולוגיים וכלכליים. במקרה של מערכת בריאות הנפש, הסיכון הוא חוסר היכולת להעניק שירותים איכותיים וזמינים. חלק מרכזי בדיון, עסק במורכבויות של הטמעת חדשנות במערכת הבריאות בכלל ובמערכת בריאות הנפש בפרט, כגון הסתכלות על בטיחות וניהול סיכונים, תהליכי עבודה מורכבים לצד חוסר משאבים, התנגדות לשינוי, רגישות המידע וקושי במעבר נתונים בין מערכות שונות, קשיים משפטיים ורגולטוריים, חשש מתביעות משפטיות ועודף בירוקרטיה. סוגיה משמעותית נוספת שעלתה בדיון ומהווה חסם בשילוב חדשנות בתוך המערכת, היא השאלה האם שמרנות שמאפיינת את אנשי המקצוע הינה מרכיב מהותי בחסם לחדשנות. שאלה זו הציפה את קיומו של חוסר האמון בין גורמים שונים בתוך המערכת (הנהלה, צוותים טיפוליים, מטופלים) ומחוצה לה שהוא כנראה קושי משמעותי בפני עצמו.

מתוך הדיונים הסוערים, התבהר כי חדשנות מתחילה מחוסר שביעות רצון מהמצב הקיים, ואינה בהכרח עומדת כמטרה בפני עצמה. נוכחותו של המשבר העמוק בדיונים, הבהירה כי קיים צורך אקוטי בשינוי, ובפרט בהשקעה בחדשנות ובמחקר בתחום בריאות הנפש על מנת להפוך את המשבר להזדמנות לצמיחה. עלה קול בדיון, שהתייחס להתבוננות ביקורתית על התערבויות קיימות, לרבות התערבויות תרופתיות. הביקורתיות חשובה על מנת לייצר שינוי ולאתר סיבות שייתכן ותרמו למשבר.

בדיון עלו מספר סוגיות. הסוגייה הראשונה התייחסה לשאלה מי צריכים להיות סוכני השינוי בהטמעת חדשנות. תכני הדיון הובילו למסקנה כי השינוי צריך לנבוע הן "מלמעלה", דרך מנהיגות שמעודדת חדשנות, פותחת דלתות לשינוי ומסירה חסמים רגולטוריים, והן "מלמטה", דרך הכשרה מעמיקה של הדורות הצעירים למחקר ולפיתוח, זיהוי ופיתוח אנשי הצוות "המשוגעים לדבר". עלה כי עיסוק במחקר וחדשנות מעודד התפתחות כוח אדם מקצועי וחדשני בתחום הרפואה, שמבטיח שהדור הבא של המטפלים יהיה מצויד טוב יותר להתמודד עם אתגרי בריאות הנפש, ואף להפוך את התחום לאטרקטיבי יותר. סוגייה נוספת הייתה כיצד מתחילים לעסוק בחדשנות. ההמלצה הברורה הייתה כי יש להטמיע מדדי איכות אובייקטיבים ומוסדרים, אשר יאפשרו למקד את הפתרונות החדשניים בתחומים "מעוכבים" הנזקקים למענה כזה. כמו כן, הוסכם כי מדדי האיכות בבריאות הנפש שמים דגש על אלמנטים גופניים חשובים, אך לא בוחנים האם הטיפול איכותי במובן הכי בסיסי של המילה: טיפול איכותי, המוביל להקלה במצוקה של המטופל. הוסכם כי מחקר מהווה את הבסיס לפיתוח והטמעה של חדשנות במערכת בריאות הנפש.

המלצות מסכמות להמשך:

1. במישור החשיבתי, עידוד לפתיחות ויציאה מתפיסה שמרנית וזהירה כלפי רעיונות חדשניים בבריאות הנפש, מעבר לבריאות נפשית מבוססת ראיות המעודדת מחקר ופיתוח מדעי. כמו כן, מעבר לגישה המעודדת הטמעת שינוי לאור ההבנה שהכנסת שינויים יכולה להיות מנוע חיובי לחדשנות ולשיפור המערכת. גישה חשיבתית זו, צריכה להיות מוכלת על כלל הדרגים במערכת הבריאות (משרד הבריאות, מנהלי הקופות, מנהלי המרפאות והמחלקות וכדומה).

2. עידוד פרקטי וקונקרטי לחדשנות על ידי:

א. יצירת מעטפת תומכת לצוותים המטפלים, שתאפשר חשיבה והתנסות בחדשנות ובמחקר בסביבה בטוחה, למשל על ידי יצירת "האבים" בהם ניתן

- להתנסות בפיילוטים ויוזמות שונות ועל ידי קידום שיתופי פעולה בין אקדמיה, תעשייה ומערכת בריאות הנפש.
- ב. בניית מסלול הכשרה של קלינאית חוקרת עוד משלבי ההתמחות, המדגיש את חשיבות החדשנות והמחקר כחלק מהמסלול ההתפתחותי של כל מטפלי בריאות הנפש בישראל.
- ג. השקעת זמן, כסף ומשאבים בחדשנות ובמחקר וחיזוק תרבות ארגונית, שמקדמת חדשנות, מאפשרת ניסוי וטעייה ומעניקה תמיכה לאנשי המקצוע העוסקים בתחום זה. זאת באמצעות הקמת תשתיות מחקר וחיזוקן, מימון מלגות לחוקרים וחוקרות צעירים והגדרת חלק מאחוזי המשרה של אנשי בריאות הנפש לטובת מחקר יישומי במערכת.
- ד. הסרת חסמי רגולציה מעכבי חדשנות – כגון מעברי נתונים בין קופות, סוגיות של שיתוף נתונים ומעברי נתונים בין גורמים ארגוניים כגון צבא, מערכת החינוך ומערכת הבריאות, סוגיות מדיקולגליות. זאת, תוך יצירת ועדות אתיקה ומנגנוני בקרה 'חזקים' שישמרו על בטיחות המטופלים וזכויות האדם שלהם. גם אם אלו יעכבו במידה מסוימת את החדשנות, הם בסוף אלו שיתרמו לאמון הציבור בכלים החדשניים.
3. פיתוח מדדי איכות שיעודדו שילוב חדשנות בקרב אנשי המקצוע, על ידי שילוב של מדדים לניטור תוצאי טיפול (PROM's: Patient Reported Outcome Measures; ROM: Routine Outcome Measure) במערכת בריאות הנפש. זאת, תוך מתן דגש לנקודת מבטו של המטופל, כדי לעודד בניית מערכת של אמון בין מקבלי השירות במערכת בריאות הנפש הציבורית לבין נותני השירות.
4. עידוד לחדשנות לא-טכנולוגית המדגישה שילוב קהילתי, שילוב של אנשי חינוך, אנשי דת, מומחים מניסיון וצרכנים נותני שירות במערכת הטיפולית, תוך קבלת משוב מתמיד ושמירה על שיח פתוח ודו-צדדי בין האנשים, שמעניקים את הטיפולים החדשניים ואלו שמקבלים אותם, ובחינה של תוצאות ההתערבות בכלי מדידה מתוקפים.
5. הפרדה בין עידוד מחקר ופיילוטים, לבין יישום והטמעה רחבה של התערבויות טיפוליות, כך שתינתן האפשרות לביצוע מחקר חדשני, אך הטמעה תעשה רק בהתאם לידע מדעי ומחקר המעיד על יעילות ההתערבות.

פרק 4: צעדים במימוש החזון: טכנולוגיה בשירות בריאות הנפש

טכנולוגיה היא חלק בלתי נפרד מחיינו ולישימוש בטכנולוגיה יש פוטנציאל אדיר בהתמודדות עם המשבר בתחום בריאות הנפש בישראל. מאז נובמבר 2022 עם יציאת ChatGPT של חברת OpenAI וטכנולוגיות מבוססות מודל שפה גדול (LLM) ו-Generative AI, יכולות הבינה המלאכותית משתנות במהירות. ההתקדמות המואצת של הבינה המלאכותית בשנתיים האחרונות יצרה הזדמנויות חסרות תקדים ליישום שלה במגזרים שונים, כולל בתחום בריאות הנפש. שילוב טכנולוגיה בתחום בריאות הנפש טומן בחובו הבטחה גדולה, של טיפול מדויק יותר, זמין 24 שעות ובעלות נמוכה, אך גם מציב אתגרים מורכבים ושיקולים אתיים, בעיות הקשורות לפרטיות, אבטחת מידע וחשש מפגיעה בקשר האנושי. לתפיסתנו, נכון לעת כתיבת שורות אלו, ההתייחסות הראויה לטכנולוגיות בתחום בריאות הנפש היא כאל כלי משלים ולא כחלופה מרכזית גורפת לטיפול אנושי. ישנם אנשים בציבור הכללי וביציבור המטפלים שחוששים מפגיעה באיכות הטיפול וכן מ-'השתלטות' של הטכנולוגיה והבינה המלאכותית על תחום בריאות הנפש הרגיש כל כך. על כן, כל התקדמות בנושא הזה צריכה להיערך בהירות ובאופן מקצועי. יש לרכוש את אמון המטפלים והציבור, ולעשות זאת תוך ביסוס מחקרי, ללא הבטחות שווא וללא הסתרה של פגמים וסיכונים. ללא אמון הציבור המקצועי והרחב, לטכנולוגיות החדשות תהיה כנראה תועלת שולית בלבד (Higgins et al., 2023).

הדיון בחלק זה ינוע בשני צירים מרכזיים. הציר הראשון מתייחס לשימוש בטכנולוגיה ככלי עזר עבור המטפלים "מאחורי הקלעים", למשל ככלי סיוע לתמלול שיחות, תומך החלטה באבחון, סינון, איתור והכשרת אנשי צוות, למול שימוש בטכנולוגיה כחלק מהטיפול הנפשי עצמו, למשל בשימוש באפליקציות, מציאות מדומה או מענה נפשי על ידי בוטים. הציר השני של הדיון מתייחס להווה בשילוב טכנולוגיה בתחום בריאות הנפש, מה קיים היום, למול העתיד ולאן נרצה לשאוף בשילוב טכנולוגיה בתחום בריאות הנפש. מתוך ההבנות שהושגו בעבודת ההכנה לכנס, ננסה לייצר דיון בשאלה כיצד ניתן לרתום את הטכנולוגיה בצורה מקצועית ואחראית לשימוש מערכת בריאות הנפש בישראל. בחלק זה נציג הצעות ספציפיות לשילוב טכנולוגיה במערכת בריאות הנפש במניעה (4.1), אבחון (4.2), טיפול וטיפול עתידי (כדוגמת טיפול מבוסס (AI) (4.3), שיקום (4.4) וכן יוצגו היבטים אתיים ואתגרים בשילוב טכנולוגיה במערכת (4.5).

4.1 טכנולוגיה במניעה ואבחון מוקדם

4.1.1 טכנולוגיות להפצת מידע מהימן ופיתוח מודעות בתחום בריאות הנפש:

באמצעות אתרי אינטרנט ופלטפורמות חברתיות שונות ניתן להפיץ לציבור מידע מהימן בנושא בריאות הנפש (Psychoeducation), להגביר את המודעות ולשפר את ההנגשה של שירותים קיימים. ניתן, למשל, להקים אתר לאומי שיכלול תוכן מבוסס מחקר, בהיר ונגיש על אבחנות שונות בתחום בריאות הנפש, סימני אזהרה וגורמי סיכון, המלצות לטיפול עצמי, שאלונים לאבחון עצמי והפנייה לשירותים בעת הצורך. מידע כזה יכול להיות נגיש בכל מרפאה ומחלקה בתחומי הרפואה השונים. כמו כן, מידע מהימן יכול להיות מונגש במדיה וברשתות חברתיות.

4.1.2 איתור מצוקה ואוכלוסיות בסיכון בעזרת בינה מלאכותית ומודלים מחשוביים לניטור שפה:

בינה מלאכותית וטכנולוגיות מבוססות למידת מכונה עמוקה (deep learning) הן בעלות פוטנציאל רב לאיתור מוקדם של מצוקה, הפרעות פסיכיאטריות, שימוש בחומרים ממכרים, וסיכון אובדני (Bernert et al., 2020; Eichstaedt et al., 2018; Resnik et al., 2021; Schafer et al., 2021; Zhang et al., 2022). לדוגמה, השימוש במודלים חישוביים גדולים לעיבוד שפה הביא לזינוק באיכות הניבוי של הסיכון האובדני. בעתיד, ניתן יהיה לפתח תוכנת ניטור אוטומטית שתסייע לזהות סימני מצוקה של משתמשים ברשתות החברתיות מבעוד מועד, לסייע בהפניה לטיפול ואף אולי למנוע התנהגות אובדנית (Malhotra & Jindal, 2022; Ophir et al., 2020). כמו כן, ניתן יהיה להשתמש בבינה מלאכותית לצרכי אבחון קליני וניטור תוצאי טיפול על בסיס שאלונים מוכרים ומתוקפים מחקרית. בהקשר זה, השימוש בבינה מלאכותית יוכל להחליף תהליכים שדורשים זמן ומומחיות, לשפר את הדיוק תוך מזעור שגיאות אובייקטיביות ולסייע בחסכון של זמן וכסף.

פוטנציאל נוסף בשימוש בבינה המלאכותית, טמון ביכולתה להרחיב את ההבנה הקלינית בנוגע להפרעות נפשיות ולזהות גורמי סיכון שלא זוהו עד כה. בגישה המדעית הקלאסית, הדרך המרכזית לגלות ממצאים חדשים היא 'מלמעלה למטה' (top-down). כלומר, מהתיאוריה, דרך ההשערות שנגזרות ממנה ועד לבדיקת ההשערות במחקר. דרך נוספת לגילוי ממצאים חדשים היא 'מלמעלה למעלה' (bottom-up), בה האדם מתבונן בנתונים גולמיים ללא השערות מוקדמות תוך ניסיון לחלץ מהם תובנות. הבינה המלאכותית יכולה להיות לעזר בנקודה זו. כיצד בעצם הבינה פועלת? בני האדם מזינים לתוכה כמויות עצומות של נתונים (למשל את כל

ויקיפדיה) והבינה 'לומדת' אותם ומחלצת את הדפוסים שמוכמנים בתוכם בצורה אוטומטית 'מלמטה למעלה'. כך, באפשרות הבינה המלאכותית לחלץ דפוסים מכמויות עצומות של נתונים ולאפשר ניבויים טובים יותר ממודלים סטטיסטיים מסורתיים, ששענים על משתנים מנבאים מוגדרים, שהחוקר בחר להזין מראש אל תוך המודל, בהתבסס על התיאוריה שעמדה לרשותו. כך למשל, העובדה שמודלים חישוביים מצליחים לנבא סיכון אובדני בצורה טובה יותר ממודלים סטטיסטיים מסורתיים (Schafer et al., 2021) מלמדת אותנו שהם 'עלו' כנראה על דפוסים שלא היינו מודעים אליהם, כלומר על גורמי סיכון לאובדנות שלא שיערנו אודותיהם מראש, או שלא ידענו לתאר את האינטראקציות ביניהם. על פניו, היכולת הייחודית של בינה מלאכותית לנתח מאגרי נתונים עצומים יכולה לחשוף תובנות שחוקרים אנושיים עלולים להתעלם מהן וללמד אותנו דברים חדשים על נפש האדם או על גורמי סיכון בסביבתו.

עם זאת, מודלי בינה מלאכותית מסתמכים על מספר עצום של רמזים עדינים. מצד אחד, זה הכוח שלהם. מצד שני, מסיבה זו קשה להבין את האופן בו "חושבת" הבינה המלאכותית. לכן, יש חשיבות עצומה במחקרי Explainable AI שמבקשים להבין לעומק את התהליכים עליהם מתבססים מודלי בינה מלאכותית (Lissak et al., 2024).

4.1.3 טכנולוגיה בסיוע נפשי ראשוני:

בתחום הסיוע הנפשי הראשוני, בישראל מוכרת במיוחד פעילותן של עמותות כמו ער"ן, סה"ר ונט"ל, שמעניקות לאנשים רבים תמיכה אנונימית מרחוק באופן טלפוני, באמצעות צ'אט אינטרנטי, במסרונים ובפורומים. עם תחילתה של מלחמת "חרבות ברזל", גם הרשויות המקומיות וקופות החולים החלו להפעיל קווי סיוע למענים ראשוניים (לאו דווקא אנונימיים). מענים מסוג זה רלוונטיים וחשובים הן למניעה והן להתערבות ראשונית במצבי קצה. בנוסף, הם מסייעים להתמודד עם פערי הזמינות ולאפשר מענה איכותי בזמן אמת, שבמקרים רבים יכול גם למנוע המשך פנייה למענה אינטנסיבי יותר בהמשך. עבור חלק מהפונים, האנונימיות מאפשרת פנייה לעזרה שיתכן ולא הייתה מתבצעת בהקשר אחר. מערכות AI ומידע זמין יכולות לסייע למוקדי הסיוע במתן מענה מדויק יותר. נותני הסיוע יכולים להיעזר בהנגשת מידע במהלך השיחה בנושאים הרלוונטיים כגון מידע פסיכולוגי בנושאים שעולים בשיחה והפניה לשירותים באזור המגורים. מקבלי הסיוע יכולים להיעזר למשל על ידי שליחת סיכום השיחה ומידע רלוונטי על מענים בקהילה בסיוע השיחה. למענים האנונימיים יש פוטנציאל להתרחב גם למענים ארוכים יותר וטיפוליים יותר ע"י הכשרות והדרכות מתאימות של הצוותים.

4.1.4 פיתוח והנגשה של שאלונים למילוי עצמי לאוכלוסייה ולאנשי מקצוע:

שאלונים כאלה קיימים בישראל וצברו תאוצה במלחמה, אך הפוטנציאל עוד רב. למשל, פותח שאלון אינטרנטי להערכת סיכון אובדני, אך הוא טרם נתפס ככלי שימושי בציבור המטפלים או הציבור הרחב. במשרד הרווחה, פותח שאלון לאיתור ראשוני של לחץ וחרדה (מיועד לכלל האוכלוסייה מגיל 16). כמו כן, המועצה הלאומית לפוסט-טראומה פיתחה כלי לאבחון עצמי של PTSD. כלים אלו מאפשרים לציבור הרחב להעריך את המצב הנפשי והאם יש צורך בעזרה מקצועית. שאלונים אלו צריכים להיות נגישים ברשת ולספק משוב מיידי והפניה לשירותים בעת הצורך. כמו כן, הם יכולים להשתלב בעבודה השוטפת של אנשי רווחה וטיפול.

4.1.5 בינה מלאכותית ככלי תומך אבחון פסיכיאטרי ונותן המלצות ראשוניות:

באגף הפסיכיאטרי בבית חולים שיבא, מפתחים היום תוכנה מבוססת AI אשר מנהלת בדיקה פסיכיאטרית, ובסוף הבדיקה מייצרת סיכום עם אבחנה פסיכיאטרית, חומרתה, והמלצות לטיפול. המודל נמצא בפיתוח, בשלב זה הוא נבדק מול שחקנים אשר תודרכו להציג סימפטומים פסיכיאטריים. התוכנה זיהתה נכון את האבחנה ב-94% מהמקרים. בשלב הבא, היעילות של התוכנה תיבחן באבחון של חולים אמיתיים. הכלי יוכל לשמש ככלי תומך החלטה לקלינאים. למשל, לפני שחולה ייכנס לאינטייק הוא יעבור בדיקה על ידי התוכנה, וייכנס לאינטייק עם סיכום הבדיקה של התוכנה. הסיכום יסייע לקלינאי לקצר את זמן הבדיקה ולדייק את האבחנה. התוכנה תוכל לסייע לרופא משפחה באותה דרך, לסייע להתחיל טיפול תרופתי, להפנות לטיפול פסיכולוגי או לשירותים מתאימים אחרים.

4.2 טכנולוגיה בטיפול

4.2.1 הגברת הנגישות של מידע לגבי מענים טיפוליים וחיזוק הרצף הטיפולי זרימת המידע בין מערכות שונות:

מערכת בריאות הנפש בישראל מתמודדת עם אתגרים רבים בהקשר של נגישות המידע בתחום בריאות הנפש, למשל היעדר שקיפות מול הציבור בהקשר של קביעת תורים, זמני המתנה לאינטייק ולטיפול או חוסר בהירות בנוגע למיצוי זכויות למתמודדים. אתגר נוסף הוא זרימת המידע ומעבר המידע, למשל בין מערכות או גורמים טיפוליים שונים (גורמי טיפול ושיקום, מערכות חינוך, רווחה, בריאות). יש לרתום את הטכנולוגיה להתמודדות עם אתגרים אלו ולהתקדם לעבר זימון תור לפסיכיאטר או פסיכולוג דרך האינטרנט. לצד הגברת הנגישות יש לייצר מערכת

בקרה על זימון התורים כדי לוודא התאמה למסגרת הטיפולית, לאפשר שימוש מושכל במשאבים, ולצמצם שימוש יתר במערכת וניצול של משאבים שלא לצורך. קביעת תורים דרך האינטרנט אף תוכל להגביר שקיפות מול האוכלוסייה, כך הציבור יוכל לקבל מידע מהימן ומדויק על זמינות תורים וזמני ההמתנה לאינטייק ולטיפול (בלנק, 2023). בנוסף, כיום העברת מסמכים רפואיים מתבצעת לרוב באופן פיזי או דרך הפקס, ככל הנראה גם על רקע אתגרים הקשורים לפרטיות ואבטחת מידע. יש לרתום את הטכנולוגיה להתמודדות עם אתגר זה.

4.2.2 טיפול מקוון:

הטיפול המקוון נחשב ככלי יעיל, אפקטיבי ונגיש, ולו מספר יתרונות בהשוואה לטיפול המסורתי. הטיפול המקוון הינו זמין וגמיש יותר מבחינת שעות הפעילות ומאפשר חסכון בעלויות והרחבה של נותני השירותים. בנוסף, טיפול מקוון יכול להתאים לאנשים הסובלים מנכות פיזית, חרדה חברתית או מתגוררים באזורים מרוחקים. עבור חלק מהמטופלים, הטיפול המקוון והשהות במקום הטבעי מאפשר תחושת נינוחות וביטחון. מחקרים מראים כי לטיפול מקוון יעילות דומה לטיפול פנים-אל-פנים מבחינת הפחתת סימפטומים וכי אין הבדלים מובהקים במידת שביעות הרצון של מטופלים בשתי הגישות (Barak et al., 2008; Mallen et al., 2005; Sztejn et al., 2018). לצד היתרונות, ישנם גם בעיות ואתגרים הכרוכים בטיפול המקוון (Stoll et al., 2020). למשל, סוגיית הפרטיות וחסיון המידע של המטופל, לחוסר הפורמאליות שחודרת למרחב הטיפולי (לדוגמה, מטופלים שעסוקים בחיי היום-יום וממשיכים בפעילות זו גם במהלך הפגישה הטיפולית), ולהעדר הכשרה מקצועית מספקת של מטפלים בהתמודדות עם המאפיינים הייחודיים של הטיפול המקוון. למרות שמגפת הקורונה הכריחה את כולנו להתנסות בשיח מקוון, זהו עדיין לא שיח טבעי עבור רבים מאיתנו ויתכן שאנו מפספסים רמזי תקשורת לא מילוליים חשובים, כמו שפת הגוף של המטופל ופערים שנוצרים בדינמיקה הבינאישית ואף תופעות לוואי של טיפול תרופתי.

למול האתגר בביסוס הקשר הטיפולי בין המטפלת למטופל בטיפול מרחוק, אפשר לקיים את הפגישה הראשונה באופן פרונטלי בכדי ליצור ברית טיפולית טובה יותר (סמואל וקגיה, 2023). בנוסף, אפשרות לטיפול מרחוק יכולה להגדיל את הגמישות הטיפולית במידה ויש מצבים שבהם המטופל לא יכול להגיע למפגש פנים-אל-פנים.

טיפול מקוון מנוטר טכנולוגיה ו-AI יכול להיות כלי עזר למטפל ולתת לו המלצות לטיפול גם מרחוק. דוגמה למרפאה שעובדת באופן מקוון הנה היחידה להפרעות קשב וריכוז במרפאת בריאות הנפש לילדים ונוער בנתניה, ששייכת למכבי שירותי בריאות.

מודל "הקליניקה הדיגיטלית" הוא דוגמה חדשנית לאינטגרציה בין טיפול מקוון, עזרה עצמית וניטור תוך שמירה על איכות הטיפול והתאמה אישית לצרכי המטופל. המודל כולל מפגשים וירטואליים שבועיים עם מטפל בשילוב פעילויות עזרה עצמית שהמטופל מבצע בעזרת אפליקציה. האפליקציה המלווה את הטיפולים במודל זה, משמשת לאיסוף נתונים בין המפגשים, לניטור ולתרגול מיומנויות שנלמדות במפגשים. מודל זה כולל תפקיד חדש בצוות הטיפולי שמסייע בהטמעה למטפלים ולמטופלים, ה"מנווט הדיגיטלי" שתפקידו לסייע בשימוש באפליקציה ובנתונים שהיא מספקת. האפליקציה משלבת ניטור שוטף של תוצאי הטיפול ושולחת סיכומים שבועיים על התקדמות המטופל. הנתונים שנאספים דרך האפליקציה, מאפשרים למטפל להתאים את הטיפול בזמן אמת להתקדמות ולצרכים של המטופל (Macrynika et al., 2023).

4.2.3 טיפול פסיכולוגי במציאות רבודה ומדומה:

מציאות מדומה (Virtual Reality, VR) היא טכנולוגיה משמעותית בעולם המניעה, האבחון, הטיפול, השיקום וכן בהכשרת אנשי מקצוע. בעזרת השימוש במציאות מדומה, ניתן ליצור תרחישים מורכבים, יצירתיים ומציאותיים. החוויה והשימוש במציאות מדומה מאפשרים לייצר ריאליזם התנהגותי, כך, דפוסי ההתנהגות של המטפל או המטופל קרובים מאוד לדפוסי ההתנהגות המצופים בעולם האמיתי (Riva et al., 2016). היישום המוביל של טכנולוגיה זו בתחום בריאות הנפש הוא בטיפול בחרדה, פוביה ספציפית ופוסט-טראומה, זאת בשל האפשרות לבצע חשיפה לגירוי או לאירוע המפחיד בתוך חדר הטיפול (Carl et al., 2019). בנוסף, ישנו גוף נרחב של שימוש במציאות מדומה לפסיכו-אדוקציה ופיתוח מיומנויות של וויסות רגשי, קשיבות (מיינדפולנס) וטכניקות הרגעה והרפיה (Montana et al., 2020).

יישום מרכזי נוסף של מציאות מדומה הוא בסימולציות של משחק תפקידים לצרכי הכשרה והקניית מיומנויות, לדוגמה, הכשרת רופאים באבחון, הכשרת מטפלים בבניית תוכנית ביטחון עם מטופל אובדני והכשרת מפקדים בצבא או אנשים מהאוכלוסייה הכללית בבניית חוסן עם פציינט וירטואלי (Nakash et al., 2022). השימוש במציאות מדומה במשחקי תפקידים לצרכי הכשרה מאפשר עקביות, גמישות וחיסכון בעלויות.

שימוש חדשני נוסף הוא בטיפול באנשים המתמודדים עם סכיזופרניה וסובלים מהלוצינציות אודיטוריות. על ידי השימוש בטכנולוגיית מציאות מדומה המטופל יכול להתמודד בזמן אמת עם הקולות שהוא שומע במטרה להגיב אליהם בצורה טובה יותר ולהפחית את השליטה שלהם על חייו, את יכולת ההתמודדות שלו עם

הקולות שהוא שומע ובכך להגביר את תחושת השליטה בחייו (Hedlund Lindberg et al., 2019; Smith et al., 2022). שימוש זה מעניין במיוחד כיוון שהוא מאפשר קו טיפולי נוסף שאינו הטיפול התרופתי.

4.2.4 מענה נפשי על ידי CHATBOT ו-AI וטיפול נפשי מבוסס בינה מלאכותית:

בינה מלאכותית יכולה להציע כלים לתמיכה רגשית לאוכלוסיות שונות שאינן יכולות לקבל טיפול, בין אם בשל חוסר מוכנות, סטיגמה או קשיים כלכליים ובין אם בשל חוסר נגישות של מענה נפשי, למשל בעת המתנה לטיפול או כמענה נפשי ראשוני. עם זאת, ישנן עדויות לכך שגם טיפול נפשי מבוסס בינה מלאכותית יהיה זמין בעתיד הנראה לעין.

ישנם מחקרים שמראים ש GPT-4 הינו עם ציונים גבוהים יותר במבחני הרפואה השונים, בפרט בפסיכיאטריה (Katz et al., 2024). בנוסף, קיימים כלים מסחריים שמאפשרים לערוך שיחה עם BOT שמבין רגשות ובעל אינטליגנציה רגשית מרשימה כמו (hume (www.hume.ai או (Cass AI (www.cass.ai). ישנם מחקרים ראשוניים שמעידים על הפוטנציאל שלו לסייע למתבגרים בדיכאון (Dosovitsky et al., 2021). WYSA (<https://www.wysa.com>) מציעה פלטפורמה אנונימית לטיפול ראשוני, נמצאה מקבילה ביעילותה לשבוע הראשון בטיפול עם מטפל אנושי. דוגמה נוספת היא PI, עוזר AI אישי (<https://pi.ai/discover>) המציע חוויית שיחה תומכת ורלוונטית במגוון רחב של נושאים. כמו כן, ישנו כלי של מייקרוסופט ליצירת אוטאר טבעי לחלוטין מתמונה או מסרטון (Xu et al., 2024). אוסף יכולות אלו מאפשרות כבר כיום לבנות כלי טיפולי.

היכולות של כלי טיפולי מבוסס בינה מלאכותית עדיין רחוקות מהיכולות של מטפל אנושי. כלים אלה נותנים מענה אמפתי, רגיש ואינקלוסיבי, תכונות שמהוות גורם בסיסי משמעותי לתמיכה ראשונית. אך עם זאת, כיום, ישנן תכונות שעדיין קיים בהן פער ועולה כי המודלים הנוכחיים לוקים באמפתיה מזויפת, מתקשים לאתגר את המשתמשים בהן ומתקשים במתן מענה מדויק ומותאם אישית, מה שבמקרה הטוב עלול לגרום לנטישה של הצ'ט ובמקרה הרע לתת עצה שמסכנת את ביטחונם האישי של המשתמשים (Lissak et al., 2024). ההתקדמות המואצת של הטכנולוגיה וקיום היכולות שצוינו יביאו בעתיד הנראה לעדיין (יתכן אף בעשור הקרוב) ליכולות שככל הנראה יוכלו להיות דומות או אולי עדיפות בהיבטים מסוימים על מטפל אנושי.

כיום, בשלב הביניים בו מתפתחות פלטפורמות שונות, שיאפשרו בעתיד טיפול נפשי מבוסס בינה מלאכותית, ייתכן כי נוכחות של גורם אנושי מתווך ומבקר היא חיונית. בנוסף, ניתן להשתמש בכלים מבוססי בינה מלאכותית כמו רובוטים ואוואטרים לתמיכה בין הפגישות או כסיוע בהפגת בדידות (Gasteiger et al., 2021). בשלב זה, ישנן שאלות מאתגרות שעלינו לדון עליהן. בראשן, איך לפקח ולוודא שכלים טיפוליים, שפותחו על ידי גופים מסחריים או מוסדות בריאות, יהיו ברמה ואיכות הנדרשת, ואיך נבקר באופן רציף, האם כלים אלו עומדים בסטנדרטים הרפואיים שנקבעו היום. אתיקה, מדידה, שמירת פרטיות, שילוב טיפול מסורתי ומשולב בינה מלאכותית הן סוגיות שיהיה עלינו להתייחס אליהן. התוצרים כבר כמעט כאן וללא ספק יוצעו בהמשך לקהל הרחב.

4.2.5 פסיכיאטריה מותאמת אישית דרך מחקרי מוח זעיר: מודל האורגנואידים:

מחקרים רבים מראים כי רבות מההפרעות הנפשיות הקשות אינן נגרמות על ידי גן בודד שאפשר להצביע עליו, אלא על ידי עשרות ומאות גנים אשר תרומת כל אחד להתפתחות המחלה הינה קטנה. כך, כאשר לוקחים לדוגמה קבוצת חולי סכיזופרניה ובודקים תגובה לתרופה, יתכן שעבור תת קבוצה של החולים, התרופה עונה למנגנון אשר הוביל למחלה והיא יעילה עבורם, אך כיוון שהם "מעורבבים" עם חולים נוספים, הסיגנל נמהל ולא ניתן לזהות תגובה מובהקת. בהתאם לכך, בשנים האחרונות הוסטו המשאבים מפיתוח טיפולים תרופתיים חדשים להפרעות פסיכיאטריות לתחומי הביטוי הגנטי (Truong et al., 2024) מחקרי ביטוי גנטי אפשרו לזהות לפחות שני תתי סוגים של חולי סכיזופרניה, בעלי דפוס ביטוי גנים שונה (Hertzberg et al., 2021; Shamir et al., 2023). בשנים האחרונות, פותחה האפשרות לגדל במעבדה רקמת מוח אנושי, המבוססת על תא גזע שהופק מחולה ספציפי, אשר מכיל דנ"א זהה לזה של החולה. מודל זה, הנקרא מודל אורגנואידים, הינו בעל גנטיקה זהה לחולה שממנו הוא הופק, על כל המורכבות והייחודיות הגנטית. כך, לראשונה, ניתן למעשה לחקור רקמת מוח של אדם חי באופן מעבדתי ("מוח זעיר"). מספר מחקרים הצביעו על הפוטנציאל הרב הגלום במודל זה בחקר הפרעות פסיכיאטריות – בין אם בחקר המנגנונים השונים הגורמים למחלות (Page et al., 2022; Marchetto et al., 2017), בפיתוח כלים אובייקטיביים לאבחון של הפרעות פסיכיאטריות (Stern et al., 2020), ובניבוי תגובה לטיפול ורפואה מותאמת אישית (Stern et al., 2020), ועוד (Zhang et al., 2022).

תחום מרכזי נוסף בעל פוטנציאל רב בפסיכיאטריה מותאמת אישית ואבחון תתי סוגים של הפרעות נפשיות הינו אבחון על ידי הדמיה מוחית. ישנם מספר רב של מחקרים הנעשים בתחום זה כיום, במיוחד בארצות הברית.

4.3 טכנולוגיה בשיקום

4.3.1 גישות טכנולוגיות לניהול מקרה (Case management) ומיצוי זכויות:

המתמודדים עם תחלואה נפשית קשה, דורשים טיפול מגוון ומותאם אישית בתחומים רבים, כולל שירותים שונים הקשורים לבריאות הנפש ולרוב גם בעיות גופניות כרוניות. ניהול המקרה ומיצוי הזכויות שלהם דורש תיאום בין מגוון שירותים וגורמים שונים (עובדי סל שיקום, קופות חולים, בתי חולים, מוסד לביטוח לאומי, הלשכה לשירותים חברתיים וכדומה). המתמודדים, פעמים רבות, חסרים ברובם אוריינטציה רפואית ודיגיטלית או מתמודדים עם קשיי ניהול והתארגנות ההכרחיים לתכנונה ומימושה של התוכנית הטיפולית.

ניתן לפתח בוט מבוסס בינה מלאכותית, שמטרתו סיוע במיצוי זכויות בקרב מתמודדים, אפליקציות ומענים טכנולוגיים, שמטרתם סיוע בניהול המקרה ובתכלול הגורמים השונים. נציין דוגמה נוספת שניתן לאמץ אל תחום בריאות הנפש מתוך עבודתה של חברת Laguna Health, המתמחה בפיתוח פלטפורמות תוכנה חדשנית בתחום הרפואה ההתנהגותית. חברה זו פיתחה פלטפורמה שיוצרת גשר טכנולוגי בין מנהלי מקרים (case managers) למטופלים שלהם. היא מיועדת לעובדים עם מטופלים הזקוקים לתמיכה רפואית לאחר אשפוז או אלו הזקוקים לשירותים רבים עקב מחלות כרוניות או בעיות בריאות מורכבות. הפלטפורמה מעניקה תמיכה ייחודית למנהלי המקרים לאורך כל שלבי הפגישה עם המטופלים: לפני המפגש, במהלכו ולאחריו. בעזרת טכנולוגיות מתקדמות מתחום הבינה המלאכותית, הפלטפורמה "מאזינה" לשיחות בזמן אמת, מספקת הצעות לשאלות חכמות על בסיס "רמזים" שנתגלו בדברי המטופל, מעניקה משוב על תקשורת אפקטיבית וטכניקות טיפוליות (שימוש באמפתיה, תיקוף וכדומה), ומעצבת תוכניות טיפול אישיות המתבססות על התובנות שהופקו מהדיאלוג. בנוסף, מתבצע סיכום של השיחות וחילוץ של פרטים חשובים לתיעוד, ובכך הפלטפורמה יכולה להקל על נטל העבודה של מנהלי המקרים.

4.4 היבטים אתיים ואתגרים בשילוב טכנולוגיה במערכת

ההצעות שתוארו עד כאן מדגישות את הפוטנציאל האדיר של הטכנולוגיה בקידום תחום בריאות הנפש בישראל. לצד הפוטנציאל קיימים גם אתגרים לא מעטים שצריך לקחת בחשבון.

יש לנסח מדיניות ברורה שכוללת את ההיבטים הבאים:

- א. הגדרת סטנדרטים קשוחים לבדיקת היישומים הטכנולוגיים שיפותחו בעתיד, להבטחת היעילות והבטיחות שלהם לפני השיווק שלהם.
- ב. הסדרת סוגיות איסוף המידע ושמירת פרטיות המשתמשים וקביעת כללים ברורים לשימוש נאות בנתונים.
- ג. פיקוח סדיר על הטכנולוגיות החדשות במהלך ההטמעה שלהם בציבור (ולא לסמוך על החברות העסקיות שיעשו זאת בעצמן).
- ד. ידוא שזוותים רפואיים וטיפוליים מקבלים הכשרה מקצועית ראויה בשילוב הטכנולוגיות החדשות.
- ה. השקעת מאמץ בהתאמת הטכנולוגיות לקבוצות מיעוט וקבוצות מוחלשות בצורה שוויונית והנגשתן ללא עלות או בעלות סמלית לכלל האוכלוסייה.
- ו. שמירה על שקיפות: יש להיות גלויים עם הציבור אודות המגבלות והסיכונים הכרוכים בשימוש בטכנולוגיות הללו והדגשת חשיבותו של ה-'מגע האנושי' בהשגת אותה תחושת שְׁלוֹמוֹת.
- ז. מוכנות 'להתחרט' ולהסיר מהמדפים טכנולוגיות פוגעניות, גם במחיר הפסד כספי לחברות המפתחות.

צעדים במימוש החזון: טכנולוגיה בשירות בריאות הנפש - שאלות לדיון

1. איך משלבים בצורה מיטיבה ובטוחה פיתוחים טכנולוגיים במגוון תחומי בריאות הנפש?
2. מהן הסוגיות שצריך להתמודד איתן בשביל להטמיע טכנולוגיות במהלך הסשן הטיפולי עצמו?
3. איך משלבים טכנולוגיה במניעה ובאיתור מוקדם?

4. איך משלבים טכנולוגיות בטיפול ובשיקום?
5. האם AI יכול להחליף מטפל או לפחות אספקטים מסוימים בעבודת המטפל?

סיכום פרק רביעי - שילוב טכנולוגיה במערכת בריאות הנפש

בדיון לגבי שילוב טכנולוגיה במערכת בריאות הנפש, עלתה הסכמה רחבה, על כך שטכנולוגיה בשירות בריאות הנפש כאן כדי להישאר, והדרך הנכונה לשלבה היא להכניסה כאפשרות שנתונה לבחירה משותפת של המטפל והמטופל.

בדיון עלו היתרונות של שימוש בטכנולוגיה לטובת שיפור מערכת בריאות הנפש הציבורית, לדוגמה, הבינה המלאכותית יכולה לסייע בהנגשה שפתית, וטכנולוגיה יכולה לסייע בהנגשה של מענים לאזורים מרוחקים ובפריפריה. הבינה המלאכותית יכולה לסייע בייעול עבודת המטפלים ובסנכרון בין מערכות מידע שונות. עם זאת, עלה כי עם התקדמות הטכנולוגיה, ישנן אוכלוסיות מוחלשות שנשארות מאחור, למשל אנשים מבוגרים, שיש לדאוג להן ולוודא המשך נגישות הטיפול עבורן. חסמים נוספים בהטמעת טכנולוגיה ובינה מלאכותית במערכת התייחסו לביטחון מידע אישי וכן לשמרנות גבוהה מצד אנשי המקצוע.

בנוסף, עלה כי התפקיד של הרגולטור הוא לייצר תשתית יציבה, שתתמוך בפיתוח והתפתחויות ולא להוות גורם מעכב.

אחת השאלות שנידונו הייתה האם AI עתיד להחליף מטפל. מרבית המשתתפים חשבו שקשר אנושי הוא חלק בלתי נפרד מהטיפול ובלתי ניתן להחלפה. עם זאת, הייתה הסכמה על כך, שהטכנולוגיה יכולה להחליף אספקטים מסוימים בעבודת המטפל. הוצע כי הטכנולוגיה תוכל לסייע "באחורי הקלעים" של חדר הטיפול בהנגשה, בניהול או צמצום רשימת המתנה, בסנכרון טוב יותר של מידע בין מערכות או באיתור מוקדם. טכנולוגיה יכולה להשתלב גם בתוך חדר הטיפול עצמו, למשל בשילוב ניטור תוצאי טיפול, אפליקציה למתן תמיכה ומענה בין פגישות, שימוש במציאות מדומה ועוד. המשגה נוספת שעלתה בדיון, התייחסה לשילוב טכנולוגיה בשלוש רמות: עזרה עצמית, עזרה לאנשי המקצוע מחוץ לחדר הטיפול ושילוב טכנולוגיה בתוך חדר הטיפול. בנוסף, התערבויות טכנולוגיות עדיפות מהעדר מוחלט של מענה, היות וכיום רבים מהמטופלים לא מגיעים לטיפול עקב רשימות ההמתנה הארוכות.

המלצות מסכמות להמשך:

שילוב טכנולוגיה בשלוש רמות:

1. עזרה עצמית ככלי לצמצום פערי הנגשה, בדגש על פיתוח והנגשה של אפליקציות לניהול בריאות נפשית, אפליקציות למיזוי זכויות ותמיכה ביציאה מאשפוז, ועוד.
2. עזרה לאנשי המקצוע מחוץ לחדר הטיפול:
 - א. ניהול אדמיניסטרציה, קביעת תורים, ממשק העברת טפסים מתקדם מפקס.
 - ב. איתור מוקדם, שאלונים ממוחשבים לאבחון, ניטור תוצאי טיפול, טריאז' וניתוב מטופלים.
3. המשך מחקר פיתוח והטמעה של שילוב טכנולוגיה בתוך חדר הטיפול:
 - א. טיפול מקוון.
 - ב. צ'אט בוט מבוסס בינה מלאכותית אשר יכול לספק מענה נפשי ראשוני וכלים לתמיכה רגשית.
 - ג. ניטור, מעקב, מענה ותמיכה בין הפגישות.
 - ד. מציאות מדומה.
4. יש להשתמש בניסיונם של אנשי המקצוע בפיתוחי הבינה המלאכותית כדי להתאים את הטכנולוגיה לצרכים ספציפיים של אוכלוסיות שונות ולהבטיח שהשימוש בטכנולוגיות חדשות ילווה במנגנוני בקרה והגנה על המטופלים כדי למנוע נזקים אפשריים ולא להתבסס רק על מדדים של שביעות רצון. ללא שיתוף אנשי מקצוע ההטמעה תתארך ותהיה מורכבת יותר.
5. יש להיעזר בטכנולוגיה על מנת לשפר את הרצף הטיפולי, לאפשר מעבר מידע בין מסגרות ולאפשר למטופלים לעקוב אחרי הנתונים האישיים שלהם ולנטר את טיב הטיפול תוך סיפוק משוב למטפלים.

5. סיכום ודין

תת ועדה זו, התמקדה בבניית החזון הישראלי ל-2034 ושילוב חדשנות וטכנולוגיה במניעה, אבחון, טיפול ושיקום. בוועדה עלו בבירור האתגרים והחסמים השונים במערכת בריאות הנפש הציבורית, אשר מצריכים שינויים משמעותיים. הגדרת החזון ארוך הטווח, הנה צעד ראשון והכרחי לבניית מודלי עבודה ולהתוויה של פרקטיקות יעילות חדשות. מתוך הדיונים בכנס, עלה הצורך להרחיב את ההסתכלות מעבר לפסיכיאטריה, תוך התייחסות לבריאות נפשית וחוסן לכל תושב במהלך חייו, ומעבר מגישה ביולוגית וביו-רפואית לגישה שמאזנת בין רכיב זה לרכיבים פסיכוסוציאליים. במישור של חדשנות לא-טכנולוגית, עלה הצורך להסתמך יותר על מקורות קהילתיים, ולהתמקד בבריאות נפשית, מניעה וחיזוק הרצפים והאינטגרציה בין מערכות וגורמים שונים, המשפיעים על הפרט ועל הקהילה. הומלץ לשים דגש על שילוב אנשים עם ידע מניסיון ולהעברת מוקד ההתערבות לקהילה. בהקשר של חדשנות, עלו מספר סוגיות תהליכיות שיש בכוחן לפרוץ את מחסומי החדשנות ולאפשר לגישות חדשות להשתלב במערכת בריאות הנפש, כולל, בין היתר: הכשרה למדע ומחקר, שילוב מחקר כחלק מעבודה קלינית שוטפת, והסרת חסמים רגולטוריים. בכנס עלתה ההכרחיות של חידוש וחיזוק האמון במערכת בריאות הנפש, הן מצד הציבור והן מצד העובדים וההנהלה במערכת. דרך אחת חשובה שעלתה הייתה יצירת מעטפת תומכת, המעודדת פתיחות לרעיונות חדשניים ותומכת במחקר ופיתוח מדעי. מחקר הינו חלק קריטי כדי להבטיח מקצוענות, חדשנות ויעילות.

במקביל, עלה הצורך להתקדם באופן מתמשך ולשלב טכנולוגיות מתקדמות ובינה מלאכותית הן מחוץ לחדר הטיפולים והן בתוכו. הוסכם כי טכנולוגיה כנראה תשפר הרבה יכולות מחוץ לחדר הטיפולים (כגון ניהול תיקי טיפול או ניהול רשימות המתנה), אבל ייתכן שגם תוכל בעתיד להחליף לפחות חלק מתפקודי המטפל.

ההשקעה בתחום בריאות הנפש חיונית, לא רק על מנת לגשר על הפערים הנוכחיים, אלא גם במטרה להכין את המערכת להתמודדות עם האתגרים שיגיעו בשנים הבאות. אנו מאמינים כי יישום ההמלצות החשובות, שנוסחו בדיונים השונים, יעודד התחדשות במערכת בריאות הנפש והפיכתה לנגישה לציבור, איכותית, מנוטרת ונחקרת. עבודת ההכנה לכנס והדיונים במהלכו הגבירו את התקווה כי יישום והטמעה של דרכי הפעולה שהוצגו בדוח זה עשויים להוביל לשינוי ממשי בתחום בריאות הנפש בישראל.

רשימת מקורות

- ארזי, ט., שר, נ., & ויסמן, מ. (2016). תכנון התערבות עם משפחות: סקירת ספרות, לקחים ותובנות. מכון מאיירס- ג'וינט-ברוקדייל
- בלנק, ר. (2023). שירותי הפסיכותרפיה במערכת הבריאות הציבורית בישראל בדגש על שירותי פסיכולוגיה. מרכז המחקר והמידע, הכנסת
- גרינשפן, ה. ר., & קורן, י. (2022). מענים בקהילה לאנשים המתמודדים עם משבר נפשי חריף: סקירה בין-לאומית. מכון מאיירס- ג'וינט-ברוקדייל, דמ-22-912
- משרד הבריאות, (2019). דו"ח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש. המועצה הלאומית לבריאות הנפש, משרד הבריאות
- סמואל, ה., & קגיה, ש. (2023). מטופלים בפסיכותרפיה חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית לבריאות הנפש (דמ-924-23). מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
- קוה, ג. (2022). ימים יגידו - פסיכולוגיה של הזדקנות. האוניברסיטה הפתוחה.
- קורן קריב, מ. (2023). ישראל נמצאת במצב חירום נפשי: זמן המתנה לטיפול - עד 3 שנים. בתוך: מאקו בריאות. נדלה לאחרונה בתאריך 10.4.2024 מאתר: <https://www.mako.co.il/health-wellness/mental-health/Article-20382dfd4537681026.htm>
- שחף, א. ל. (2022). התערבות טיפולית: איך להציל את מערך הפסיכולוגיה הציבורית בישראל. פורום הארגונים למען הפסיכולוגיה הציבורית וקרן ברל כנצלסון
- Allison, S., Bastiampillai, T., Looi, J. C., Copolov, D., Guaiana, G., & Judd, F. (2020). Jumping off the bandwagon: Does the Basaglian de-hospitalised model work outside Trieste? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 960-961. <https://doi.org/10.1177/0004867420951251>
- Amsalem, D., Jankowski, S. E., Markowitz, J. C., Stroup, T. S., Dixon, L. B., & Pope, L. G. (2024). Comparing brief video interventions to reduce public and self-stigma: Randomized control trial. *Early Intervention in Psychiatry*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/eip.13524>
- Arnon, S., Shahar, G., & Brunstein Klomek, A. (2024). Continuity of care in suicide prevention: Current status and future directions. *Frontiers in Public Health*, 11, 1266717. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1266717>
- Aviram, U., Lachman, M., & Ifergan, A. (2023). The Israeli law for the rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Achievements and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 185-195. <https://doi.org/10.1037/prj0000582>
- Barak, A., Hen-Herbst, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based

- Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Belmaker, R. H., & Lichtenberg, P. (2023). *Psychopharmacology Reconsidered: A Concise Guide Exploring the Limits of Diagnosis and Treatment*. Springer Nature.
- Benzi, I. M. A., Compare, A., Tona, A. L., Di Nuovo, S., Lazzari, D., Lingiardi, V., Coco, G. L., & Parolin, L. (2023). PsyCARE study: Assessing impact, cost-effectiveness, and transdiagnostic factors of the Italian ministry of health's "psychological bonus" policy. *BMC Psychology*, 11(1), 306. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01345-6>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Bernert, R. A., Hilberg, A. M., Melia, R., Kim, J. P., Shah, N. H., & Abnoui, F. (2020). Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review of Machine Learning Investigations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5929. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165929>
- Beyer, A.-K., Wolff, J. K., Freiberger, E., & Wurm, S. (2019). Are self-perceptions of ageing modifiable? Examination of an exercise programme with vs. without a self-perceptions of ageing-intervention for older adults. *Psychology & Health*, 34(6), 661-676. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1556273>
- Bodner, E., & Bergman, Y. S. (2016). Loneliness and depressive symptoms among older adults: The moderating role of subjective life expectancy. *Psychiatry Research*, 237, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.074>
- Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 241-262). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15
- Bodner, E., Shrira, A., Hoffman, Y., & Bergman, Y. S. (2021). Day-to-Day Variability in Subjective Age and Ageist Attitudes and Their Association With Depressive Symptoms. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(5), 836-844. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa125>
- Bridgeland, J., Bruce, M., & Hariharan, A. (2013). *The Missing Piece: A National Teacher Survey on How Social and Emotional Learning Can Empower Children and Transform Schools. A Report for CASEL*. In Civic Enterprises. Civic Enterprises. <https://eric.ed.gov/?id=ED558068>
- Brothers, A., & Diehl, M. (2017). Feasibility and Efficacy of the AgingPlus Program: Changing Views on Aging to Increase Physical Activity. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(3), 402-411. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0039>

- Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>
- Caspi, A., Tzur Bitan, D., Halaly, O., Hallaly, O., Friedlander, A., Barkai, G., Zimlichman, E., Stein, O., Shani, M., Amitai, Z., Ansbacher, T., & Weiser, M. (2023). Technologically assisted intensive home treatment: Feasibility study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1196748>
- Chibanda, D., Weiss, H. A., Verhey, R., Simms, V., Munjoma, R., Rusakaniko, S., Chingono, A., Munetsi, E., Bere, T., Manda, E., Abas, M., & Araya, R. (2016). Effect of a Primary Care-Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 316(24), 2618–2626. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19102>
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>
- Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., & Battersby, M. (2016). NewAccess for depression and anxiety: Adapting the UK Improving Access to Psychological Therapies Program across Australia. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 24(5), 489–492. <https://doi.org/10.1177/1039856216641310>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Dalton-Locke, C., Johnson, S., Harju-Seppänen, J., Lyons, N., Sheridan Rains, L., Stuart, R., Campbell, A., Clark, J., Clifford, A., Courtney, L., Dare, C., Kelly, K., Lynch, C., McCrone, P., Nairi, S., Newbigging, K., Nyikavaranda, P., Osborn, D., Persaud, K., ... Lloyd-Evans, B. (2021). Emerging models and trends in mental health crisis care in England: A national investigation of crisis care systems. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1174. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07181-x>
- Danish Health Authority. (2022). Strengthening mental health care: Recommendations for a 10-year action plan in Denmark. Danish Health Authority.
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>

- de Mooij, L. D., Kikkert, M., Theunissen, J., Beekman, A. T. F., de Haan, L., Duurkoop, P. W. R. A., Van, H. L., & Dekker, J. J. M. (2019). Dying Too Soon: Excess Mortality in Severe Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 855. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00855>
- Page, S. C., Sripathy, S. R., Farinelli, F., Ye, Z., Wang, Y., Hiler, D. J., Pattie, E. A., Nguyen, C. V., Tippani, M., Moses, R. L., Chen, H. Y., Tran, M. N., Eagles, N. J., Stolz, J. M., Catallini, J. L., 2nd, Soudry, O. R., Dickinson, D., Berman, K. F., Apud, J. A., Weinberger, D. R., ... Maher, B. J. (2022). Electrophysiological measures from human iPSC-derived neurons are associated with schizophrenia clinical status and predict individual cognitive performance. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(3), e2109395119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2109395119>
- Diehl, M., Nehrkorn-Bailey, A., & Tseng, H.-Y. (2022). Psychological Interventions Targeting Adults' Subjective Views of Aging (pp. 309-327). https://doi.org/10.1007/978-3-031-11073-3_17
- Dosovitsky, G., Kim, E., & Bunge, E. L. (2021). Psychometric Properties of a Chatbot Version of the PHQ-9 With Adults and Older Adults. *Frontiers in Digital Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.645805>
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.09.003>
- Eichstaedt, J. C., Smith, R. J., Merchant, R. M., Ungar, L. H., Crutchley, P., Preoțiu-Pietro, D., Asch, D. A., & Schwartz, H. A. (2018). Facebook language predicts depression in medical records. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(44), 11203-11208. <https://doi.org/10.1073/pnas.1802331115>
- Espejord, S., Auberg, S. H., Kvitno, T. K., & Lukasse, M. (2022). Experiences of Norwegian community midwives with caring for vulnerable pregnant women—A national cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 31, 100693. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100693>
- Feingold, D., Neria, Y., & Bitan, D. T. (2024). PTSD, distress and substance use in the aftermath of October 7th, 2023, terror attacks in Southern Israel. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.022>
- Finke, R. A., Ward, T. B., & Smith, S. M. (1996). *Creative Cognition: Theory, Research, and Applications*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/7722.001.0001>

- Frances, A. (2021). Save Trieste's mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 744–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00252-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00252-2)
- Freeland, G. (2019). Preemptive Transformations: Even If It Ain't Broke, You Still Oughta Fix It. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/grantfreeland/2019/07/22/preemptive-transformations-even-if-it-aint-broke-you-still-oughta-fix-it/>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 70(1), 46-59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Friedlander, A., Sinai, D., Zilcha-Mano, S., Weiser, M., Caspi, A., Lichtenberg, P., Amitai, Z., & Tzur Bitan, D. (2019). Development of the Therapeutic Alliance in Alternative Settings to Psychiatric Hospitalization: An Open Comparative Study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, appips20230009. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230009>
- Friedlander, A., Tzur Bitan, D., & Lichtenberg, P. (2022). The Soteria model: Implementing an alternative to acute psychiatric hospitalization in Israel. *Psychosis*, 14(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2057578>
- Gardner, F., & Leijten, P. (2017). Incredible Years parenting interventions: Current effectiveness research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.023>
- Gasteiger, N., Loveys, K., Law, M., & Broadbent, E. (2021). Friends from the Future: A Scoping Review of Research into Robots and Computer Agents to Combat Loneliness in Older People. *Clinical Interventions in Aging*, Volume 16, 941–971. <https://doi.org/10.2147/CIA.S282709>
- Gomez-Pinilla, F., & Hillman, C. (2013). The influence of exercise on cognitive abilities. *Comprehensive Physiology*, 3(1), 403-428. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110063>
- Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., Blom, R. E., Brennan, C., Bruschi, D., Burke, L., Campbell-Coker, K., Carhart-Harris, R., Cattell, J., Daniel, A., DeBattista, C., Dunlop, B. W., Eisen, K., Feifel, D., ... Malievskaia, E. (2022). Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. *The New England Journal of Medicine*, 387(18), 1637-1648. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206443>
- Gould, M. S., Chowdhury, S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Kuchuk, M., & McKeon, R. (2021). National Suicide Prevention Lifeline crisis chat interventions: Evaluation of chatters' perceptions of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1126-1137. <https://doi.org/10.1111/sltb.12795>

Gray, R., & Francis, E. (2007). The implications of US experiences with early childhood interventions for the UK Sure Start Programme. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), 655-663. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00682.x>

Grossman-Giron, A., Tzur Bitan, D., Zilcha-Mano, S., Nitzan, U., Mendlovic, S., & Maoz, H. (2021). Case Report: Oxytocin and Its Association With Psychotherapy Process and Outcome. *Frontiers in psychiatry*, 12, 691055. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.691055>

Grossman-Giron, A., Maoz, H., Nitzan, U., Kivity, Y., Zilcha-Mano, S., Bloch, Y., Mendlovic, S., & Tzur Bitan, D. (2023). Intranasal Oxytocin as Add-On Treatment for Inpatients with Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *Neuropsychobiology*, 82(1), 14-23. <https://doi.org/10.1159/000528314>

Haikazian, S., Chen-Li, D. C. J., Johnson, D. E., Fancy, F., Levinta, A., Husain, M. I., Mansur, R. B., McIntyre, R. S., & Rosenblat, J. D. (2023). Psilocybin-assisted therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 329, 115531. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115531>

Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>

Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L., Thorup, A., Simonsen, E., & Nordentoft, M. (2013). Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: Economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 35-41. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112300>

Healthcare Denmark. (2023, October). The Danish Approach to Mental Health 2nd edition. https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth_2ndedition_2023.pdf

Healthy People 2030. (n.d.). Mental Health and Mental Disorders-Healthy People 2030. Retrieved April 29, 2024, from <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/mental-health-and-mental-disorders>

Hedlund Lindberg, M., Samuelsson, M., Perseus, K.-I., & Björkdahl, A. (2019). The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 930-939. <https://doi.org/10.1111/inm.12593>

Hegelstad, W. T. V., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., Johannesen, J. O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Sundet, K., Vaglum, P., Friis, S., & McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: Effects on 10-year outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374-380. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030459>

Henriques, G. (2017). Twenty Billion Fails to "Move the Needle" on Mental Illness | Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/theory-knowledge/201705/twenty-billion-fails-move-the-needle-mental-illness>

Hertzberg, L., Maggio, N., Muler, I., Yitzhaky, A., Majer, M., Haroutunian, V., Zuk, O., Katsel, P., Domany, E., & Weiser, M. (2021). Comprehensive Gene Expression Analysis Detects Global Reduction of Proteasome Subunits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 47(3), 785-795. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa160>

Higgins, O., Short, B. L., Chalup, S. K., & Wilson, R. L. (2023). Artificial intelligence (AI) and machine learning (ML) based decision support systems in mental health: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(4), 966-978. <https://doi.org/10.1111/inm.13114>

Jeppesen, P., Wolf, R. T., Nielsen, S. M., Christensen, R., Plessen, K. J., Bilberg, N., Thomsen, P. H., Thastum, M., Neumer, S.-P., Puggaard, L. B., Agner Pedersen, M. M., Pagsberg, A. K., Silverman, W. K., & Correll, C. U. (2021). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Psychotherapy Compared With Management as Usual for Youth With Common Mental Health Problems: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(3), 250. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4045>

Katsoty, D., Greidinger, M., Neria, Y., Segev, A., & Lurie, I. (2024). A Prediction Model of PTSD in the Israeli Population in the Aftermath of October 7th, 2023, Terrorist Attack and the Israel-Hamas War (p. 2024.02.25.24303235). *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.02.25.24303235>

Katz, U., Cohen, E., Shachar, E., Somer, J., Fink, A., Morse, E., Shreiber, B., & Wolf, I. (2024). GPT versus Resident Physicians - A Benchmark Based on Official Board Scores. *NEJM AI*, 1(5), Aldbp2300192. <https://doi.org/10.1056/Aldbp2300192>

Koivula, M., Laakso, M.-L., Viitala, R., Neitola, M., Hess, M., & Scheithauer, H. (2020). Adaptation and implementation of the German social-emotional learning programme Papilio in Finland: A pilot study. *International Journal of Psychology*, 55(S1), 60-69. <https://doi.org/10.1002/ijop.12615>

Kotter-Gröhn, D. (2015). Changing Negative Views of Aging: Implications for Intervention and Translational Research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.167>

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>

Yonatan-Leus, R., Friedlander, A., Sinai, D., Weiser, M., Lichtenberg, P., Caspi, A., Domani, Y., ו Bitan, D. T. (Year). Effectiveness of two hospitalization alternatives compared to psychiatric admission: An open-label, three-center ecological longitudinal study. *Manuscript submitted for publication*.

Levi-Belz, Y., Groweiss, Y., Blank, C., & Neria, Y. (2024). PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: A nationwide prospective study. *eClinicalMedicine*, 68, 102418. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102418>

Lissak, S., Calderon, N., Shenkman, G., Ophir, Y., Fruchter, E., Klomek, A. B., & Reichart, R. (2024). The Colorful Future of LLMs: Evaluating and Improving LLMs as Emotional Supporters for Queer Youth (arXiv:2402.11886). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2402.11886>

Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., Brooks-Gunn, J., Chazan-Cohen, R., Tarullo, L. B., Brady-Smith, C., Fuligni, A. S., Schochet, P. Z., Paulsell, D., & Vogel, C. (2005). The Effectiveness of Early Head Start for 3-Year-Old Children and Their Parents: Lessons for Policy and Programs. *Developmental Psychology*, 41(6), 885-901. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.6.885>

Lurie, I., Shoval, G., Hoshen, M., Balicer, R., Weiser, M., Weizman, A., & Krivoy, A. (2021). The association of medical resource utilization with physical morbidity and premature mortality among patients with schizophrenia: An historical prospective population cohort study. *Schizophrenia research*, 237, 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.019>

Macleod, S. H., Elliott, L., & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005>

Macrynika, N., Nguyen, N., Lane, E., Yen, S., & Torous, J. (2023). The Digital Clinic: An Innovative Mental Health Care Delivery Model Utilizing Hybrid Synchronous and Asynchronous Treatment. *NEJM Catalyst*, 4(9), CAT.23.0100. <https://doi.org/10.1056/CAT.23.0100>

Malhotra, A., & Jindal, R. (2022). Deep learning techniques for suicide and depression detection from online social media: A scoping review. *Applied Soft Computing*, 130, 109713. <https://doi.org/10.1016/j.asoc.2022.109713>

Mallen, M. J., Vogel, D. L., Rochlen, A. B., & Day, S. X. (2005). Online Counseling: Reviewing the Literature From a Counseling Psychology Framework. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 819-871. <https://doi.org/10.1177/0011000005278624>

Maoz, H., Sabbag, R., Mendlovic, S., Krieger, I., Shefet, D., & Lurie, I. (2024). Long-term efficacy of a continuity-of-care treatment model for patients with severe mental illness who transition from in-patient to out-patient services. *The British Journal of Psychiatry*, 224(4), 122-126. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.9>

Marchetto, M. C., Belinson, H., Tian, Y., Freitas, B. C., Fu, C., Vadodaria, K. C., Beltrao-Braga, P. C., Trujillo, C. A., Mendes, A. P. D., Padmanabhan, K., Nunez, Y., Ou, J., Ghosh, H., Wright, R., Brennand, K. J., Pierce, K., Eichenfield, L., Pramparo, T., Eyler, L. T., ... Muotri, A. R. (2017). Altered proliferation and networks in neural cells derived from idiopathic autistic individuals. *Molecular Psychiatry*, 22(6), 820–835. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.95>

Maturo, A. (2013). The medicalization of education: ADHD, human enhancement and academic performance. *Italian Journal of Sociology of Education*, 5(Italian Journal of Sociology of Education 5/3), 175-188.

McGinty, E. E., Alegria, M., Beidas, R. S., Braithwaite, J., Kola, L., Leslie, D. L., Moise, N., Mueller, B., Pincus, H. A., Shidhaye, R., Simon, K., Singer, S. J., Stuart, E. A., & Eisenberg, M. D. (2024). The Lancet Psychiatry Commission: Transforming mental health implementation research. *The Lancet. Psychiatry*, 11(5), 368-396. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00040-3)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030. Ministry of Social Affairs and Health.

Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Ot'alara G, M., Garas, W., Paleos, C., Gorman, I., Nicholas, C., Mithoefer, M., Carlin, S., Poulter, B., Mithoefer, A., Quevedo, S., Wells, G., Klaire, S. S., van der Kolk, B., ... Doblin, R. (2021). MDMA-assisted therapy for severe PTSD: A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nature Medicine*, 27(6), 1025-1033. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01336-3>

Montana, J. I., Matamala-Gomez, M., Maisto, M., Mavrodiev, P. A., Cavalera, C. M., Diana, B., Mantovani, F., & Realdon, O. (2020). The Benefits of emotion Regulation Interventions in Virtual Reality for the Improvement of Wellbeing in Adults and Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/jcm9020500>

Nakash, T., Haller, T., Shekel, M., Pollak, D., Lewenchuse, M., Klomek, A. B., & Friedman, D. (2022). Increasing resilience and preventing suicide: Training and interventions with a distressed virtual human in virtual reality. *Proceedings of the 22nd ACM International Conference on Intelligent Virtual Agents*, 1-8. <https://doi.org/10.1145/3514197.3549613>

NHS. (2019). NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 - 2023/24. NHS.

NHS. (2023). Treatment - Schizophrenia. Nhs.Uk. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/schizophrenia/treatment/>

Nicaise, P., Giacco, D., Soltmann, B., Pfennig, A., Miglietta, E., Lasalvia, A., Welbel, M., Wciórka, J., Bird, V. J., Priebe, S., & Lorant, V. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.004>

Niles, A. N., Dour, H. J., Stanton, A. L., Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C. D., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2015). Anxiety and Depressive Symptoms and Medical Illness Among Adults with Anxiety Disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.018>

Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthøj, C. R., Hastrup, L. H., & Jørgensen, P. (2015). From research to practice: How OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 156-162. <https://doi.org/10.1111/eip.12108>

Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25. <https://doi.org/10.1002/imhj.20077>

Ophir, Y. (2022a). ADHD is Not an Illness and Ritalin is Not a Cure. *Scientific Consensus*. World Scientific. <https://www.worldscientific.com/worldscibooks/10.1142/12752>

Ophir, Y. (2022b). Reconsidering the Safety Profile of Stimulant Medications for ADHD. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 24(1), 41-50. <https://doi.org/10.1891/EHPP-2021-0007>

Ophir, Y., Tikochinski, R., Asterhan, C. S. C., Sisso, I., & Reichart, R. (2020). Deep neural networks detect suicide risk from textual facebook posts. *Scientific Reports*, 10(1), 16685. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73917-0>

Pössel, P., Smith, E., & Alexander, O. (2018). LARS&LISA: A universal school-based cognitive-behavioral program to prevent adolescent depression. *Psicologia, Reflexao e Critica: Revista Semestral Do Departamento de Psicologia Da UFRGS*, 31(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0104-1>

Reiff, C. M., Richman, E. E., Nemeroff, C. B., Carpenter, L. L., Widge, A. S., Rodriguez, C. I., Kalin, N. H., McDonald, W. M., & the Work Group on Biomarkers and Novel Treatments, a Division of the American Psychiatric Association Council of Research. (2020). Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 177(5), 391-410. <https://doi.org/10.1176/appi>

ajp.2019.19010035

Resnik, P., Foreman, A., Kuchuk, M., Musacchio Schafer, K., & Pinkham, B. (2021). Naturally occurring language as a source of evidence in suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 51(1), 88-96. <https://doi.org/10.1111/sltb.12674>

Riva, G., Baños, R. M., Botella, C., Mantovani, F., & Gaggioli, A. (2016). Transforming Experience: The Potential of Augmented Reality and Virtual Reality for Enhancing Personal and Clinical Change. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00164>

Roe, D., Gelkopf, M., Gornemann, M. I., Baloush-Kleinman, V., & Shadmi, E. (2015). Implementing routine outcome measurement in psychiatric rehabilitation services in Israel. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 27(4), 345-353. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1025722>

Schafer, K. M., Kennedy, G., Gallyer, A., & Resnik, P. (2021). A direct comparison of theory-driven and machine learning prediction of suicide: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(4), e0249833. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249833>

Shamir, A., Yitzhaky, A., Segev, A., Haroutunian, V., Katsel, P., & Hertzberg, L. (2023). Up-Regulation of S100 Gene Family in Brain Samples of a Subgroup of Individuals with Schizophrenia: Meta-analysis. *NeuroMolecular Medicine*, 1, 1-14. <https://doi.org/10.1007/S12017-023-08743-4/FIGURES/5>

Sindahl, T. N., Côte, L.-P., Dargis, L., Mishara, B. L., & Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for Help: Processes and Impact of Text Counseling with Children and Youth with Suicide Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>

Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 57(18), 1203-1209. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>

Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion - A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>

Smith, L. C., Mariegaard, L., Vernal, D. L., Christensen, A. G., Albert, N., Thomas, N., Hjorthøj, C., Glenthøj, L. B., & Nordentoft, M. (2022). The CHALLENGE trial: The effects of a virtual reality-assisted exposure therapy for persistent auditory hallucinations versus supportive counselling in people with psychosis: study protocol for a randomised clinical trial. *Trials*, 23(1), 773. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06683-1>

- Socialtansvar.dk. (2021). *Stærke familier*. <https://socialtansvar.dk/vores-arbejde/staerke-familier/>
- Sodtke, D., & Armbruster, M. M. (2007). [ELTERN-AG--the low threshold school for parents for the early childhood]. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 56(8), 707-720. <https://doi.org/10.13109/prkk.2007.56.8.707>
- Stern, S., Sarkar, A., Stern, T., Mei, A., Mendes, A. P. D., Stern, Y., Goldberg, G., Galor, D., Nguyen, T., Randolph-Moore, L., Kim, Y., Rouleau, G., Bang, A., Alda, M., Santos, R., Marchetto, M. C., & Gage, F. H. (2020). Mechanisms Underlying the Hyperexcitability of CA3 and Dentate Gyrus Hippocampal Neurons Derived From Patients With Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 88(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2019.09.018>
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>
- Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(8), 527-539. <https://doi.org/10.1177/1357633X17717402>
- Tew, J., Larsen, J., Hamilton, S., Manthorpe, J., Clewett, N., Pinfold, V., & Szymczynska, P. (2015). 'And the stuff that I'm able to achieve now is really amazing': The potential of personal budgets as a mechanism for supporting recovery in mental health. *British Journal of Social Work*, 45(Supplement 1), i79-i97. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv097>
- Truong, T. T. T., Liu, Z. S. J., Panizzutti, B., Kim, J. H., Dean, O. M., Berk, M., & Walder, K. (2024). Network-based drug repurposing for schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 49(6), 983-992. <https://doi.org/10.1038/s41386-024-01805-6>
- Tzur Bitan, D., Ganor, O., Biran, L., & Bloch, Y. (2018). Implementing routine outcome monitoring in public mental health services in Israel: Shared and unique challenges. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(2), 323-330. <https://doi.org/10.1111/jep.12839>
- Tzur Bitan, D., Kivity, Y., Ganor, O., Biran, L., Grossman-Giron, A., & Bloch, Y. (2020). The effect of process and outcome feedback in highly distressed outpatients: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 30(3), 325-336. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1627014>
- Vindrola-Padros, C., Pape, T., Utley, M., & Fulop, N. J. (2017). The role of embedded research in quality improvement: A narrative review. *BMJ Quality & Safety*, 26(1), 70-80. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004877>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A

- model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Walsh, Z., Gonzalez, R., Crosby, K., Thiessen, M., Carroll, C., & Bonn-Miller, M. O. (2017). Medical cannabis and mental health: A guided systematic review. *Clinical Psychology Review*, 51, 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.002>
- WHO. (2020a). Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Finland. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-fin-2020-country-profile>
- WHO. (2020b). Mental Health Atlas 2020- Country Profile: Germany. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-deu-2020-country-profile>
- WHO. (2020c). Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Norway. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-nor-2020-country-profile>
- WHO. (2020d). Mental Health Atlas 2020 Country Profile: United Kingdom. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-gbr-2020-country-profile>
- WHO. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/356119>.
- Xu, S., Chen, G., Guo, Y.-X., Yang, J., Li, C., Zang, Z., Zhang, Y., Tong, X., & Guo, B. (2024). VASA-1: Lifelike Audio-Driven Talking Faces Generated in Real Time (arXiv:2404.10667). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2404.10667>
- Yang, C., Hui, Z., Zeng, D., Zhu, S., Wang, X., Lee, D. T. F., & Chair, S. Y. (2021). A community-based nurse-led medication self-management intervention in the improvement of medication adherence in older patients with multimorbidity: Protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02097-x>
- Zhang, T., Schoene, A. M., Ji, S., & Ananiadou, S. (2022). Natural language processing applied to mental illness detection: A narrative review. *Npj Digital Medicine*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00589-7>
- Zhang, Z., Wang, X., Park, S., Song, H., & Ming, G.-L. (2022). Review Development and Application of Brain Region-Specific Organoids for Investigating Psychiatric Disorders. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2022.12.015>
- Zisman-Ilani, Y., Chmielowska, M., Dixon, L. B., & Ramon, S. (2021). NICE shared decision making guidelines and mental health: Challenges for research, practice and implementation. *BJPsych Open*, 7(5), e154. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.987>
- WHO (2007). The optimal mix of services for mental health. Geneva: World Health Organization.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות הינו עמותה עצמאית שמטרתה הן:

- ♦ ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם.
- ♦ ליזום ולממן מחקרים בנושאי ארגון, כלכלה ואיכות השירותים ותהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות.
- ♦ להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל.
- ♦ לעודד שיתוף פעולה מדעי בין תחומי ורב מקצועי ברמה הלאומית בין כל הגורמים, ניהוליים ואקדמיים, שעניינם קידומה של מערכת הבריאות הישראלית.

סעיף 52 (2) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע, בין תפקידי מועצת הבריאות: "לקיים מעקב אחר ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות נקבע למטרה זו על-פי החלטת שר הבריאות ובאישור המועצה מיום 24/6/95.

המכון מאגד חוקרים, מנהלים וקובעי מדיניות מכל מגזרי המשק: משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, האוניברסיטאות ומכוני המחקר. לפעילויות המכון תורמים דרך קבע בעלי מקצועות הבריאות, מנהלים, חוקרים ומדענים מן האקדמיה, משירותי הבריאות, מהכנסת וממשרדי הממשלה.



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy Research

03-5300333

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il |