

כנס – הרפורמה בבריאות הנפש

ברכות

פרופ' רחל לוי-שיף, יו"ר מועצת הפסיכולוגים: הרפורמה כאן ואיתה צריך להתמודד. הכנס מאוד חשוב ואנו במועצת הפסיכולוגים ערכנו ועדה יחד עם הפסיכולוגים הראשיים של קופות החולים כדי להבין את התהליך ובאיזו מסגרת הרפורמה נעשית. ישנה בהלה לגבי מה שקורה ואין מודעות לגבי הקונטקסט בה אנו מתנהלים. למשל, כלכלת בריאות. כולנו שוכבים במסדרון בבית החולים. יש פלישה של מקצועות אחרים למקומות שהיו בעבר שלנו עם המיתוס והאשליה שהמקצועות האלו זולים יותר. הרבה אנשים לא מודעים שהכובד עבר ממשד הבריאות לקופות החולים כרגולטור. בעבר כל הגופים שקשורים לפסיכולוגים רבו והיו דורסניים אחד כלפי השני וכיום יש יותר שיתוף פעולה ויש כיום יותר אוזן קשבת כלפינו בעקבות האחדות של הגופים. קשה להתמודד עם המצב – ההתמודדות היא בכנסת, באוצר, במשרד הבריאות. יש בעיה עם המלגות למתמחים – הן נשארו במשרד הבריאות וקופות החולים לא קיבלו את האחריות התקציבית לכך, מה שמהווה בעיה למתמחים ולעתידי המקצוע.

גב' ימימה גולדברג, פסיכולוגית ארצית וממונה על רישוי פסיכולוגים: חוק ביטוח בריאות ממלכתית הפקיד את הביטוח הרפואי על כל התחומים חוץ מ-3 תחומים בהם בריאות הנפש וגם תחומים אלה היו צריכים לעבור תוך מספר חודשים. עברו כעשרים שנים וכיום ברור שהרפורמה תחול ביולי 2015. לרפורמה מתנגדים רבים כי היא טומנת בחובה שינויים משמעותיים. ישנו ביטול של החלוקה בין גוף ונפש והרפורמה אמורה לבטל את הסטיגמטיזציה של תחום בריאות נפש. אני מברכת את הרפורמה ומבקשת מכל הפסיכולוגים לקבלה.

ד"ר מאיר נאמן, יו"ר הסתדרות הפסיכולוגים: המסר שלי הוא – רכבת הקדמה – הרכבת יצאה. מי שיעלה על רכבת הקדמה יצבור כוחות ומי שלא יעלה. הפ"י בעד רפורמה. שינוי הוא דבר חשוב. אלא מה – הפ"י חרדה מהרפורמה שכרגע מדובר עליה. מכל מיני סיבות – בגלל הלא נודע, בגלל שהדברים לא ברורים, לא בהירים וחסרי מחויבות פורמאלית. חשוב לשמור על מקומם של הפסיכולוגים כי אנחנו טובים ומועילים בצורה מוכחת. אך אנו הפסיכולוגים יכולים לשתף פעולה בצורה מושכלת טובה עם גורמים נוספים של פסיכותרפיה תוך שהפסיכולוגים הם המכוונים. ארחיב על כך בהמשך. השורה התחתונה – הרכבת אמנם יצאה לדרכה אך עלינו לשאוף ככל האפשר להשפיע ולכוון את מסלולה של הרכבת הזו.

פרופ' גילי גולדצוויג, דקאן ביה"ס למדעי ההתנהגות, מכללת תל אביב יפו: מפרט על בית הספר למדעי הפסיכולוגיה, שיש בו שיתוף פעולה בין האקדמיה לשדה. מציין כי יש דעות פאסימיות לגבי הרפורמה אך גם שמח על הדור הצעיר שהמקצוע חשוב לו.

מר עמוס ספיבק, יו"ר החטיבה הקלינית בהפ"י: בשנת 2012 החטיבה הקלינית יזמה משוב, בדקה את עמדות הציבור לגבי שלושה נושאים – 1. הכשרת הפסיכולוגים ומקומה של התיאוריה הדינאמית, 2. האוטונומיה של הועדות המקצועיות של החטיבות השונות מול המועצה, 3. הרפורמה. לגבי הנושא השלישי, לעומת השניים הראשונים היה קשה לפסיכולוגים להשיב כי היה חסר להם מידע. לכן לחטיבה הקלינית חשוב לתת מידע בנושא לגבי ההיערכות, דעות בעולם בנושא, טובת המטופלים. זהו יום העיון השני בנושא. הזמנו את משרד הבריאות לגבי מה רוצה לעשות פה ואיך נעריך. כמו כן חשוב הייצוג בשדה, של אנשים שכבר עובדים ברפורמה, של האקדמיה, של המתמחים. כמו כן הזמנו ארגונים שעוסקים בזכויות של מטופלים, נפגעי נפש. אני רוצה לדבר על העמדה של החטיבה הקלינית ושל הסתדרות הפסיכולוגים. מדברים על הרפורמה במשך 20 שנים. הפסיכולוגים לקחו הימור לא מוצלח בכך שקודם כל התנגדו לרפורמה. אני מבין את הסיבות להתנגדות וגם אני התנגדתי בהתחלה. ישנה התנגדות אידיאולוגית – האם המדינה מושכת את האחריות שלה מגופים ציבוריים וביניהם בריאות הנפש. היתה התנגדות שנבעה מחשש שאיכות הטיפול תיפגע. 20 שנים מייבשים את התחנות לבריאות הנפש, לא הוסיפו תקציבים ותקנים ואז במהלך ציני תקפו את השירות ואת רשימות ההמתנה וביססו על כך את הצורך ברפורמה. על כך יצאנו נגד והצבענו על הצנינות. אך זו היתה המציאות. משרד הרפורמה יצר מצוקה וכעת אומר שמוכן לשחרר כסף אך לעשות זאת בדרך שלו. זה מעמיד אותנו במצב של חשיבה על טובת הציבור מול חשיבה על מקומנו בתוך זה. רבים מהפסיכולוגים המשיכו להתנגד לרפורמה. כבר לפני 4 שנים היה שינוי בעמדה. דיברנו לא על התנגדות לרפורמה אלא על רפורמה מיטיבה. הבנו שרפורמה חשובה כדי להיטיב על הציבור – עם

הפריפריה, עם ילדים. לשם כך הבנו שיש צורך להרחיב את היצע הטיפולים ולהתאים עצמנו גם לצרכים שיש בתוכם שיקולים כלכליים. עדיין היה לנו קשה עם שפה של CBT וטיפולים קצרי מועד על חשבון טיפולים אחר. אנחנו רוצים להיות חלק מהעולם הציבורי – כחלק מתרומה לציבור, על מנת להיות חלק מצוותים וכן כי חשוב לנו ההכשרה של מתמחים שהיא בעיקרה בשירות הציבורי. היה עלינו לשכנע שאנו בעלי ערך כדי לעגן מקומנו בתוך הרפורמה. יכול להיות שהתעוררנו מאוחר מידי, שהיה קשה לדבר בשתי שפות (שאנו נגד הרפורמה אך רוצים שיתחשבו בקולנו). לכן כיום אנו מנסים להיות מאוד ענייניים. לצערנו זה לא עזר לנו לעגן את מקום הפסיכולוגים ברפורמה. מה שמעניין את מנכ"ל משרד הבריאות זה שהרפורמה תיושם ואין זמן כוח וסבלנות לערוך שינויים. כיום משרד הבריאות כרגולטור שמעביר את האחריות הביטוחית לא מתחייב למקום הפסיכולוגים ואומר שאם הפסיכולוגים יהיו טובים הם ייכנסו. לפיכך עלינו להוכיח עצמנו מחדש. זה בעייתי כי יש לנו אתיקה מקצועית. למשל מאמינים שבתהליך ההכשרה צריך הכשרה רבה, לעומת ארגונים ניהוליים שיגידו שההדרכה מוגזמת. צריך להילחם על זה. צריך כיום לשכנע את קופות החולים, שלא חייבות להעסיק אותנו, שכדאי להעסיק אותנו. לצד זאת, נראה שקופות החולים כן מחפשות פסיכולוגים לטיפול וניהול. לדעתי אנו בשלב שאין לנו ברירה אלא להיכנס למערכת ולהשפיע עליה מבפנים. צריך לדבר עם מנהלים ולשכנע אותם שהשפה הפסיכולוגית משתלמת להם תוך שמירה על הקווים האדומים. כיום ההכשרה המקצועית נשארת במשרד הבריאות. אחת הנקודות הכואבות של הרפורמה היא שההתמחות נשענת על המקומות הציבוריים. זה מעכב אנשים בהתפתחות המקצועית והאישית שלהם וזה ילחץ על הועדות המקצועיות לשנות את ההכשרה.

ד"ר טל ברגמן, ראשת השירות לבריאות הנפש במשרד הבריאות – עדכון על הרפורמה ומיקומם של הפסיכולוגים בתוכה

פעמים רבות אנשים רואים את המשרד לבריאות הנפש כמשהו מלמעלה, כ"אבא גדול" אך אני לא תופסת זאת כך. בהכשרתי אני פסיכיאטרית, למדתי בחוג לפסיכותרפיה באוני' תל אביב. פניתי לתחום פסיכיאטריה משפטית. האגף לבריאות הנפש הוא מיניסטריון מאגף הרפואה. עוסק בהתוויית מדיניות בתחום בריאות הנפש. אנו רואים את תפקידנו ככזה שנותן תמך לאנשים מהשטח. יש לנו מחלקת פניות ציבור. בשנים האחרונות אנו עסוקים בעשייה לא שגרתית של הרפורמה בבריאות הנפש. כמטפלת במקום שיש חרדה צריך להפנות ידע. אנסה לתת פרספקטיבה מהמקום ההיסטורי ועל איך עושים רפורמה. הרפורמה בבריאות הנפש נועדה לעשות סדר בחצר האחורית על מנת ליצור מערכת שהיא חצר קדמית מזמינה. תהליכים רפורמטיביים מונעים על יד תפיסות אידיאולוגיות שניזונות משינויים חברתיים וטכנולוגיים יחד עם הימצאות של מנהיגים במערכת הנושאים את הרפורמה על גבם. הרפורמה בבריאות הנפש עברה דרך פוליטיקאים שונים וזה אומר משהו לחיוב עליה. רפורמות מתבססות על עקרונות: שאיפה להוגנות Equity, זכויות וחירויות של האזרח. תהליכים בבריאות הנפש מושתתים על שלושה עקרונות – דה צנטרליזציה - לא רוצים שכל השירותים יהיו מרוכזים במקום אחד, יש רצון לבזר. לא רוצים שהמהות של טיפול בנפגע נפש תהיה אשפוז, ודה סטיגמטיזציה תוך שילוב החולים בתוך הקהילה. אי אפשר לעשות שינוי אידיאולוגי בלי צעדים כלכליים. החשיבה היתה שהרפורמה תביא לחישוב ההוצאה הלאומית לבריאות הנפש – פיקוח והכוונה של המקורות וייעול השימוש במקורות. מבחינה היסטורית – ממגוון רב של סיבות הרפורמה לא יצאה לפועל עד שהתקיימה ועדת נתניהו (1990) שהביאה להמלצות משמעותיות לגבי האופן בו יש לתקן את הרפורמה בבריאות הנפש. המליצה לאמץ את מה שנהוג בעולם המערבי – צמצום מיטות אשפוז, פיתוח שירותי בריאות לנכי נפש בקהילה, אחריות על קופות החולים... "הרפורמה המבנית" – צמצום מערך אשפוז בריאות הנפש והמרתו בפיתוח שירותי בריאות בקהילה. בעיני דובר רק על צמצום ולא נתנו מבנה חדש. "הרפורמה השיקומית" – נוטים לשייכה לחוק שיקום נכי נפש בקהילה. אפשר להתגאות בקיום מערכת שיקום נכי הנפש במדינה. נעשה צמצום משמעותי של מיטות אשפוז במדינת ישראל. "הרפורמה הביטוחית" – חוק בריאות ממלכתי – החרגת שירותי בריאות הנפש, גריאטריה, מכשירי שיקום ורפואה מונעת. ב-1997 – הוחלט להתיר את בריאות הנפש בידי המדינה. בהמשך נקבע שבריאות הנפש תישאר בידי המדינה בהתאם ליכולת הכלכלית של מדינת ישראל. התוצאה של זה הייתה שחיקה משמעותית של תקציב בריאות הנפש. אני מכירה את התנאים הבעייתיים שקיימים וטיפלתי בהם בעצמי (מראה תמונות של מרפאות שנראות מאוד מוזנחות) ויחד עם זאת אני גאה בטיפול הטוב עקב ההון האנושי. לאחרונה נעשו שיפוצים ושינויים לטובה במרפאות והן נעשו נעימות יותר. דבר חשוב של הרפורמה הוא ראייה הוליסטית של גוף ונפש (מראה תמונה של שלט מרפאה שיש בו טיפולי גוף לצד טיפולי נפש). בינואר 2003 הוחלט על השלמת הרפורמה וזה לא יצא לפועל. ביוני 2005 היתה עתירה של ארגונים לטובת זכויות אדם נגד אי יישום הרפורמה. ב-2012 נחתם צו

הרפורמה על בסיס צו שמכיל את מערך בריאות הנפש לחוק בריאות ממלכתי. זאת בחתימת ראש הממשלה. הצו קבע דבר חשוב ונכון של תקופת מעבר. הרפורמה למעשה כבר התחילה במאי 2012. הדבר המהותי שנעשה ביותר הוא הגדרת הסלים האמבולטוריים והאשפוזיים. לכל מרפאה יש הגדרות לכך. איך עושים רפורמה? אף אחד לא נולד עם הידע לגבי זה. חלק מהעניין הוא למידה תוך כדי תנועה. נחתנו הסכמי בריאות אוצר כללי, הוקמה מנהלת הרפורמה, התקיימו ועדות שונות – לבחינת כ"א, למיפוי צרכי ההכשרה למטפלים, בנה מערך הכשרה, הוקמה ועדת מעקב על פריסת וצריכת שירותים ע"י הקופות. שיקולים כלכליים הוכנסו באופן משמעותי וזה חשוב. יש בהחלט מקום לגורמים המקצועיים. נערכה פריסת מערך אמבולטורי שממשיך לחיות (ככל שאני יכולה לומר). 16 מיליון שקלים התווספו לטובת שירותים אמבולטוריים. נפתחו 44 מרפאות של ברה"ן על ידי הקופות, רבות נמצאות במרפאות לטיפול בגוף. כל קופה הציגה את המודל שלה להתייחסות לבריאות הנפש. גם משרד הבריאות עובר רפורמה כי אם החל" של בריאות הנפש היה גם מבטח, ספק, לקוח ורגולטור כיום מתכוונים להיות רגולטור וספק. אי אפשר לבטח בין להיות מבטח לבין להיות רגולטור. משרד הבריאות לא יוכל לומר לקופות הבריאות את מי להעסיק אך הוא כן יוכל לבקר אותן על איכות השירות שלהן. זהו לא תהליך פשוט וישנם אתגרים – למשל, עדיין יש סטיגמה על נכי נפש, יש צורך למשוך אנשים טובים למערכת לצורך טיפול (למשל כמויות הפסיכיאטרים הולכות ויורדות), יש השלכה על תפיסת השיקום של החולה הקשה ושילובו בקהילה – צריך לבחון עצמנו לגבי איך רואים שיקום ולמצוא אנשים טובים לשם כך, אוכלוסיות ייחודיות לבריאות הנפש (נפגעות תקיפה מינית, הפרעות אכילה, פגועי ראש עם תחלואה פסיכיאטרית, תחלואה כפולה) מעלות דילמה, אזורים האשפוז – קידמנו נוהל שמאפשר בחירה של אדם במקום אשפוז פסיכיאטרי ללא הגבלה של אזור גיאוגרפי, תפיסת המונח "קהילה. מדובר בתהליך שכבר קורה ולא יסתיים ב-15.7.1. זוהי התחלה והדברים בעיני דווקא לא סגורים ויש מקום להשפעה. התהליך כמערכת הוא ראוי ויש להוליכו נכון, עוד יהיו מהמורות ומכושלים אך אנו כאן לשמוע ולהקשיב ומאוד מפנימים הערות המשטח. קופות החולים נבחרו על ידי ישראל לדאוג לטיפול רפואי אז מדוע לא טיפול נפשי.

מר עמוס ספיבק: מדוע לא עיגנתם את מקומם של הפסיכולוגים ומה לגבי ההכשרה של המתמחים?

מענה -בנוגע למתמחים יש את המנדט לימימה. התחנות לבריאות הנפש לא עומדות להיסגר. כל הקופות מצהירות על הצורך בשירות הזה. אף מקצוע של בריאות הנפש לא מעוגן כמקצוע. פסיכולוגים משולבים ויש כבוד למקצוע הזה. זה לא נעים לאף אחד להימדד. ניתן לקבל מידע באתר האינטרנט של משרד הבריאות.

פרופ' גבי שפיר – איך הגענו לאן שהגענו – תולדות הפסיכולוגיה הקלינית בישראל. תמורות, משברים, התפתחויות, נסיגות וסיכויים

אני 20 שנה נגד הרפורמה, יהיו לנו צרות רבות אך גם להם. אני לא אדבר כמעט על הרפורמה. חקרתי ביומנים, בפרוטוקולים, בזיכרונות רבים שלי ואני עד לתמונה עצובה. אדבר על שלושה וחצי מרחבים בהם מתקיימים הפסיכולוגים. 1. השדה בו נערך הפרקטיקום. 2. האקדמי בו נערכת הלמידה. 3. הרגולציה המקצועית - שבעבר היתה הפ"י ובהווה על פי חוק מנהלת פנקס הפסיכולוגים ויו"ר ועדת הרדום מנהלת תקנות אישור תואר מומחה. בפועל זו מועצת הפסיכולוגים. והמרחב הבא – הרפורמה (תמונה של פיצוץ).

ב-1920 התנועה הקיבוצית החלה להתעניין בפסיכואנליזה ואהבה את הרעיונות הללו. 1934 הוקם המכון הפסיכואנליטי בירושלים. זו החברה היחידה בעולם שהיא בנסיקה ולא בצלילה. יש כאן שגשוג פסיכואנליטי שקשה להבינו. 1935 עבודה קלינית פסיכודינמית במוסדות עליית הנוער, הקמת תחנות להכוון מקצועי. 1950 – הקמת שפ"חים ותחנות לבריאות הנפש. יחידות אלה מגישות שירותים אבחוניים וטיפולים ונותנות הכשרה. היו אחראיות על היקף השירותים, איכול השירותים ופיתוח והכשרה של בעלי מקצוע. זאת מתוך תפיסה שבריאות הנפש היא אחרת מבריאות הגוף. לדעתי רפורמה לא נערכת בגלל הסטיגמה (שהולכת ופוחתת). את בריאות הנפש קשה להעריך באותם כלים כמו רפואה. עד ראשית שנות התשעים שירותי בריאות הנפש זכו להערכה רבה בארץ ובעולם אך גם לביקורת לא מבוטלת על פיזור לא אחיד של שירותים ברחבי הארץ. ניהול מרפאות ומחלקות בבריאות הנפש היה נתון כמעט בלעדית בידי רופאים פסיכיאטרים שמבחינה מקצועית עברו בהדרגה מהדגשת הגישה הפסיכואנליטית להדגשת גישות פסיכו-ביולוגיות. באופן מסורתי פסיכולוגים השקיעו בעיקר בגישות פסיכודינאמיות. פסיכולוגים קליניים בכירים היוו את השדרה המקצועית המרכזית של חלק נכבד ממרכזים לבריאות הנפש. פסיכולוגים עבדו בדרך כלל בחצי משרה בשירות הציבורי והשלימו בפרטי וזה היה די טוב. ב-

1990 מסקנת ועדת נתניהו – הרפורמה המבנית שסגרה מיטות אשפוז. היא עברה חלק כי היא עסקה ברעיון של העברת החולים מבית החולים לקהילה. בין פסיכולוגים היו מתחים סביב דרישות הכשרה גדולות מאוד והכשרה של פסיכולוגים צעירים בהתנדבות. כיום לא ניתן להתנדב בהתמחות. התחושה שהחלה אז שלמרות המצב הטוב פסיכולוגים לא קיבלו משרות ניהוליות. המקצוע נכנס למצוקה. היה מתח קלאסי בין הפסיכולוגים הקליניים והחינוכיים הן בעניין תחומי העיסוק והן בתחומי הניהול.

הרגולטור והשפעת המעבר בין רגולציה מקצועית לרגולציה חוקית – בארץ ב-1930 קמו שתי קבוצות: החברה הישראלית לפסיכולוגיה (שכללה פסיכולוגים תעסוקתיים) והסתדרות הפסיכולוגים הקליניים. 1957 הוחלט לגבש כוחות ולהקים את הפ"י. היה שם חטיבה קלינית, חטיבה חינוכית, חטיבה תעסוקתית וחטיבה שיקומית. זהות הפסיכולוג עד 1977 נקבעה על ידי מי שרשום בהפ"י – זו גילדה מקצועית שהזהות של מי ששייך אליה מקצועי. היה כסף לוועד הזה והוא קבע קריטריונים לקבלת פסיכולוגים, להסמכה להדרכה, לתוכניות לימוד אקדמיות ולסטנדרטים מקצועיים חדשים לפני המקצוע. פעם לא דובר על "התמחות" אלא על "איסוף שעות לחטיבה הקלינית". בעבר היה צורך במספר שעות הדרכה שירדו עקב דרישות המתמחים. היה גם מתח בין בכירים בעניין דרושות ההכשרה. בעקבות כך ב-1977 חוקק חוק הפסיכולוגים שהגדיר מיהו פסיכולוג: חובת רישום בפנקס הפסיכולוגים (נעשה ייתור הזדהות על ידי חברות בהפ"י). החוק עוסק בתחומי המומחיות והוסיף את בחינת המומחיות. הוסיף גם כללי פסילה בריאותיים ומשמעתיים. יש הקבלה מעניינת בין תפקידי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל לבין תפקידי מועצת הפסיכולוגים.

במתכונת החדשה יש מועצת הפסיכולוגים שאחראית על ההכשרה של פסיכולוגים. כיום מדובר על 160 שעות הדרכה בטיפוּל, 160 שעות הדרכה באבחון ו-20 שעות הדרכה בראיון. יש מתחים חדשים של הקליניים עם השיקומיים והרפואיים (מעבר למתח עם החינוכיים). יש פיצולים ופילוגים פוליטיים בינו וכן יש לצד זה בתי ספר לפסיכותרפיה שאמורים להתמקד בצד המקצועי ולא בפלגנות. יש משהו מרשים ועצוב בחבורה ששורדת את הפילוגים הללו.

באקדמיה החוקרים במחלקות לפסיכולוגיה הבינו שהעניין הוא לא במחקר אלא בפרקטיקה קלינית והקימו מגמות קליניות פרקטיות. הגישות המקצועיות הרווחות היו פסיכו דינאמיות. היה ייצוג מועט לגישות התנהגותיות, רפואיות ומערכתיות. נטבעו באוניברסיטאות היסודות המחייבים של למידת טיפול אבחון וראיון. בסוף שנות ה-90 הגיעו ארצה פסיכולוגים שלמדו בגישות הקוגניטיביות התנהגותיות והם לא הצליחו להירשם כפסיכולוגים קליניים בארץ בשל צוואר הבקבוק של דיאגנוסטיקה פסיכו דינאמית. את היתה התחלת המתח הבעייתית. ב-2007 זה גרם להתארגנות אופקים. הוויכוח בא לידי ביטוי ביתר שאת ב-2014 במאמר ב"הארץ": "הקרב על הספה". ההתנהלות הכניסה עוד יותר פלגנות למערכת ועלו קרבות לגבי ההכשרה וזהות הפסיכולוג. המתח בין הוועדה המקצועית והשדה התגבר והוויכוח על לימודי הליבה לא נגמרו. היה מרד של ועדות ההתמחות, דבר שהוביל לבג"צ ולא הכרעה לגבי דרישות ההתמחות. כל זה משפיע על האופן בו פסיכולוגים נתפסים.

לצד הפלגנות, ישנן מקומות בהן אין פיצולים הכרחיים. למשל, אין התמחות בטיפול בילדים. אין תארי מומחה ומדריך בנוירופסיכולוגיה. ישנה אנומליה של תחום הדיאגנוסטיקה – 90% מהפסיכולוגים לא עוסקים באבחון למרות שזה כביכול חלק משמעותי מהזהות. ישנו עומס על המערכות לאבחון ופעמים רבות אין צורך באבחונים אותם עורכים. השארנו זאת כאבן נגף ולבסוף מי שיחליט על כך יהיה משרד האוצר.

ברפורמה תהיה בקרה מהודקת על משך הטיפולים ללא קשר לשיטת הטיפול. יהיה צמצום דרסטי עד חיסול של הכשרת הפסיכולוגים. לא שמעתי על מקומם של הפסיכולוגים ברפורמה מטל ברגמן וכשהיא לא אומרת זה מדאיג.

מה אפשר לעשות? יש גם סיכוי. הפתרון לא צריך להיות פתרון פוליטי אלא מקצועי-גילדאי. שמרנות לעצמה או חדשנות לעצמה לא יפתרו שום דבר. אם אנו בשדה, באקדמיה ובוועדות המקצועיות לא נשנה גישה אנו נתמוטט. אין כיום בכורה על קבוצה אחת. צריך לעשות רפורמה בפסיכולוגיה הקלינית בפרט וברפורמה היישומית בכלל. שיקול הדעת לא צריך להיות כוחני אלא מנומק ומחקרי. הפסדנו המון מהעברת הסמכויות המקצועיות למחוקק וצריך לעשות שינוי בהפ"י להתארגנות המקצוע בכל המרחבים בהם הוא מתקיים. הוא צריך להיות גורם מאחד של כלל הפסיכולוגים שיגרום לכל חטיבותיו לגוף פלורליסטי ולא מונופוליסטי של המקצוע.

מר גיל רביב, סגן מנהל מערך ברה"ן במאוחדת – היערכות למימוש הרפורמה בבריאות הנפש: אתגרים של ניהול וטיפול

ב-1.7 נכנסים לרפורמה. כמו שכבר נאמר בשנתיים וחצי האחרונות קופות החולים החלו בפילוט לפיתוח שירותי בריאות הנפש. בסל לא תהיה מגבלה של כמויות ביקורים לטיפול ברה"ן ויחולו עליו מבחני ה"סבירות" – זמינות, נגישות ואיכות. במסגרת הקופות תהיה השתתפות עצמית רבעונית בדומה לקיים אצל רופא מומחה. אצל מטפל עצמאי העובד עם קופ"ח טיפול ראשון 50 שקלים וטיפול שני ומעלה 120 שקלים. הרפורמה מדברת על זה ש-12 אחוז מהקטנים וארבעה אחוזים של מבוגרים יטופלו בשירותי בריאות הנפש. יטופלו בשאיפה לממוצע בשנה של 9 מפגשים למבוגר ו-12 לילד. יש להדגיש שזהו ממוצע מעבר לכל המטופלים. נראה מעט אך זה לא רחוק מהמציאות (למשל בגלל אחוזי נשירה, טיפול קצר).

הטיפול יינתן באופן מותנה באבחנה. שאלה מהקהל – עולה בעיה אתית חמורה בה ניתן אבחנה על מנת לתת שירות. המענה – צריך להבין שמתמודדים עם סוגיה של להעניק טיפול לאוכלוסייה כה גדולה. לצערי אנו כפסיכולוגים לא ערים לשיקולים ניהוליים. היה טוב אם יותר פסיכולוגים יתמודדו על תפקידים כללו הרואים תמונה רחבה יותר.

מתאר את מאוחדת, מבוטחים ופילוח אוכלוסייה. כדי לקדם את פני הרפורמה כבר בשנות ה-90 הוקם על ידי ד"ר חיים מרגלית שירות עם תפיסה אורגנית בה אנשים באים לטיפול נפשי במקומות שיש בהם טיפול גופני. מדובר על מיון פסיכיאטרי ועל רשת של מטפלים עצמאיים. בשנים האחרונות לקראת הרפורמה נבנה חזון תוך איזון בין הקוטב הביטוחי לרפואי. החזון – הטיפול יתבסס על הכשרת בעלי מקצוע. יהיו מקומות מוכרים להתמחות בארבעת המחוזות שלנו. יהיו גם מרפאות להכשרת פסיכולוגים רפואיים. ישנן במאוחדת 104 מרפאות בריאות הנפש. עיקר המבוטחים שלנו מרוכזים באזור ירושלים. על הפסיכולוגים המטפלים יתווספו פסיכותרפיסטים. יש פסיכולוגים שעובדים במרפאות שניוניות, למשל מרפאות סוכרת, בריאות האשה וכו'. כלומר, יש מקום לפסיכולוגיה רפואית. מה שמעניין אותנו זה המבוטחים שלנו שסובלים לא רק מתחלואי גוף אלא גם תחלואי נפש. יש לנו 7 מרפאות להפרעות אכילה. סה"כ יש לנו כיום 150 מטפלים במרפאות, כ-300 מטפלים עצמאיים. יש 70,000 מגעי פסיכותרפיה, 1500 מאושפזים בשנה. אין לנו שום כוונה להפסיק לעבוד עם המרפאות הממשלתיות, אנו רואים בהן ספקי שירות שלנו במידה ויעמדו בסטנדרטים שלנו של זמינות, נגישות ואיכות. לא נוכל להתבסס רק על מטופלים שלנו, נהיה חייבים להסתמך על שירותי חוץ.

דימוי הרפורמה לכך שילדים באים ונכנסים למיטה של המבוגרים ואין מקום להידחק. היערכות מאוחדת – פיתוח צוות ניהולי שבראש כל צוות פסיכולוג קליני והסגן פסיכיאטר. רוב בצוות הטיפול הוא פסיכולוגים קליניים. יש גם עו"סים קליניים. התפיסה שלנו היא לבנות רצף שירותי – מרפאות ראשוניות, מרפאות רב מקצועיות ומרפאות מקצועיות. אנו עובדים על תפיסת הטיפול והשיקום. כמו כן עובדים על תפיסת הבקרה. אם בעבר קיבלנו פסיכולוגים או עו"סים קליניים ואז עשינו את הבקרה של הטיפול ואישור המשך טיפול על פי הדו"ח, כיום מגבשים דרך אחרת לבקרה. אנו נערכים להקמת מוסדות מוכרים להתמחות.

פסיכותרפיה במאוחדת – פסיכולוגים, עו"סים קליניים, אולי נגייס בהמשך מטפלים בהבעה ויצירה. תהיה התמחות בפסיכולוגיה קלינית ב-4 מרפאות. ישתלבו פסיכולוגים קליניים רפואיים שיקומיים וחינוכיים. כיום יש רוב לפסיכולוגים קליניים. אין לנו שום אג'נדה סמויה להוזיל את הטיפול. יש לנו הערכה עצומה לפסיכולוגים. המותג "פסיכולוג" הוא יותר חזק ממותגים אחרים. אין צורך לחשוש כל כך – נהיה מספיק טובים וחזקים אז יצטרפו אותנו. בואו נתחיל מהרמה של הניהול העצמי, נעלה לניהול ולניסיון לשנות את המציאות.

מסלולי טיפול בפסיכותרפיה – 1. מטפל עצמאי (ללא מיון, ה. עצמית). הכוונה שלנו לבטל את המיון המיוחד ולפנות ישירות למטפלים שיפורסמו באתר האינטרנט. 50 שקלים לפגישה ראשונה ו-120 לשאר הפגישות. 2. במרפאות מיוחדת כן יהיה מיון קצר ממוקד. 3. הפניה למרפאות חוץ במסגרת סל של הרפורמה (מיון, מנויים) – מינוי אבחוני עד 2 מפגשים (אינטייק+1), טיפולי קצר עד 6 למבוגרים ו-עד 8 לקטינים, טיפולי ארוך עד 30 לשנה מימוש מוגבל לשנתיים. אנו רוצים שימשיכו להיות מטופלים שם במרפאות החוץ. ביקשנו מידע לגבי המטופלים

שלנו זה לגיטימי. המידע מאובטח. חלק מהמידע לא ניתן לעשות בו שימוש (ניכר פאסיב-אגרסיב בהעברת המידע אלינו).

מרפאות בהן תהיה התמחות בפסיכולוגיה קלינית - בתל אביב, חיפה, ירושלים ואשדוד.

שיטות טיפול – בהתאם לאבחנה או חשד לאבחנה, ממוקדות, עם סוף... מבחינתנו הגישה היא לא אקלקטית אלא משלבת. שילוב שיטות מעולם ה-CBT.

ד"ר יוני גז, מנהל השירות הפסיכולוגי המרכז לברה"ן ב"ש, תמונת מצב מהשטח בנוגע לרפורמה ומחשבות לעתיד

ב-1.7 נמשיך לעבוד במסירות עם המטופלים אך נתחיל לחשוב מעבר לחדר הטיפוליים – כחלק ממערכת ומתחרות כלכלית. נדבר על כך מתוך התיאור של איך זה נראה במרכז לבריאות הנפש בארבע. הנושא של אבחנות חשוב כי אם ניטה להכפיף את האבחנות לשטח תיווצר פה בעיה אתית – עלולה להיווצר מגיפה של Adjustment Disorder. זה קיים כיום גם בטיפול הגופני אך יותר בעייתי בטיפול הנפשי.

חייבת להיות הלימה בין הערכים המוצהרים לבין הפרקטיקה בשטח. אנו המרכז הגדול בדרום שמספק טיפול לאוכלוסייה גדולה ביותר. אנו סובלים מדפיציט כלכלי רב ביחס לאזורים אחרים. החזון משתנה – ממרכז בעל סמכות לטיפול בבריאות הנפש בנגב שמספק את רוב השירותים, החל מיולי יסופק השירות על פי דרישת המבטחים. במרכז לברה"ן ב"ש, ברמת הארגון נערכו כינוסים לשם מתן אוריינטציה ארגונית. זאת כדי שכל אחד יבין שהוא לוקח אחריות בתוך גוף ארגוני כלכלי. בשל ביטול האזוריות כל אחד יוכל לבחור את מקום האשפוז שלו ויחד עם זאת ברמה הפרקטית זה לא יהיה ישים כי לא יהיה מקום במקומות במרכז הארץ. המסר המרכזי – כולנו חלק מהצלחת הארגון. אנו נערכים לשיפור השירות ללקוחות בית החולים (למשל הנגשה לשפות שונות), הבנה שלמנהל המרפאה ישנה האחריות הניהולית הכלכלית (למשל מנהל יכול להחליט שפסיכולוג לא יראה פציינטים אלא יעסוק רק בהדרכה או כל ארגון שישפר את היעילות והכלכליות של הארגון). אנו מנסים להכיר את כללי ההתחשבנויות (למשל – האם שיחת טלפון תחשב למגע וכו'). דגש רב נעשה על רשומות רפואיות. נעשית חשיבה על איך אנו מפתחים יחסי עבודה עם הקופות בהם יחסי אמון. יש צורך לדעת איך לעשות חשיבה מקצועית עם הבקרים – לשים דמות מקבילה במרפאה לבקרים שתנהל את הדיון. ברמת סקטור הפסיכולוגים – נערכו ישיבות צוות בנוגע לרפורמה עם דגש על מתן השירות, דגש על יישום החלטות משרד הבריאות. בבית החולים ישנם 16 תקנים של פסיכולוגים מתוך כלל עובדי בית החולים צריך לשים דגש על תיעוד ורישום של הפסיכולוגים. אנחנו צריכים לתת אבחנה כבר במפגשים הראשונים ולדעת כיצד לכתוב באופן פורמאלי. עלינו להגדיר תוכנית ומטרות טיפול ולעשות רפלקציה עצמית במהלך טיפול. זה יכול לטייב את עבודתנו ולא ישפיע לרעה על המסירות שלנו. מינינו מספר אחראי תחום מבין הפסיכולוגים – אחראי תחום התמחות, אחראי בקרת טיפול, אחראי דיאגנוסטיקה ודיאגנוסטיקה דחופה (איך אנחנו נשארים רלוונטיים כשאנו צריכים לתת אבחנה בזמן קצר? – יש לנו לשם כך אנשים מקצוע המתמחים בכך), אחראי לשעת חירום המכשיר צוותים, אחראי נושא הפרקטיקום. עירוב הפסיכולוגים בתהליכים אלה יוצרים גם תחושת מעורבות בקרב הפסיכולוגים.

כיצד תשפיע הרפורמה על ההתנהלות השוטפת ביום יום ומה צופן לנו העתיד? סביר שהקופות ימשיכו להשתמש במערך האשפוזי הקיים. אולם, נדרש שיפור בהתנהלות. ישנם מקומות מוזנחים מאוד מבחינה פיסית. ישנן מחלקות שאין בהן נוכחות של פסיכולוגים. פונה לימימה גולדברג – צריך לדפוק על השולחנות כדי לשנות את כוח האדם במחלקות. נותן את בית החולים מזרע כדוגמה ששינה את שמו למזור כחלק מתהליך של מיתוג. אנו כמטפלים לא יכולים להישאר בתוך חדר הטיפוליים ולמתג את הטיפול שאנו נותנים כדי להישאר רלוונטיים. מקופות החולים מנסים לגנוב לנו עובדים, במיוחד פסיכולוגים, במיוחד מדריכים ודוברי ערבית. צריך לחשוב איך נמשך אנשים איכותיים לשירות הציבורי? למשל, יש מגמה לפיתוח של קלינאי-חוקר (פסיכולוג שיש לו PHD).

יש צורך במנהיגות חזקה – המחשבות שלי לא מייצגות עמדה אך אני כן מנסה לדחוק במקבלי ההחלטות להכריע. למשל, הועדה לשינוי הדרישות בדיאגנוסטיקה. אני אומר זאת כי יש פה אפקט סינרגטי – אנו החיילים בשטח צריכים לדעת שיש כאן מנהיגות חזקה ומובילה.

רפאל יונתן, מתמחה בפסיכולוגיה קלינית – עתיד ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית ברפורמה – מה שאנו יודעים כיום ומה שעדיין לא

חשוב לי להגיד מראש שאני לא מדבר כמייצג אף עמדה. אני לא חבר בוועד המתמחים. אלא רוצה לדבר על עובדות. אני רוצה לדבר על שלב הפנטזיה הלא מודעת ביחס לרפורמה. כשלמדתי שמעתי על כך שהרפורמה מדברת על הכפלת התקציב המיועד לטיפול נפשי בקהילה, הכפלת מספר מקבלי הסיוע, שיפור השירות והאיכות בטיפול. זה שימח אותי לשמוע זאת. כמתמחים אנו כוח עבודה טוב וזול. כיום התפקודי מהפנטזיה. התפרסם מאמר לגבי מצב ההתמחות והתגובה של משרד הבריאות היתה – "משרד הבריאות עושה כל מאמץ לקדם ההתמחות....". למעשה משרד הבריאות יצר אשליה שהפסיכולוגים ישולבו ברפורמה במסגרת התמחות. כיום אנחנו לא יודעים מה יהיה עם ההתמחות. בכתבה העוסקת בשאלה זו – הפסיכיאטר לובין אומר שאין התחייבות להתמחות בפסיכולוגיה. לובין הודע שבהסכם כיום לא ברור מי יהיה עם ההתמחות ודבר זה לא התברר עד היום. הוא התבקש לתת את ההסכמים שנערכו ולא הסכים לכך. במענה לשאלתה במשרד הבריאות לגבי מי ישולב במרפאות בקופות החולים – נאמר שיש התחייבות לעו"סים ולפסיכיאטרים אך לא לפסיכולוגים קליניים. בהמשך, משרד הבריאות התייחס לשאלת ההתמחות במפורש – בנספח ג' בין משרד הבריאות, האוצר וקופות החולים מפורטים מספר המגעים המוגבל וזה אומר שלא ברור אם יהיו טיפולים שניתן יהיה להתמחות מהם וללמוד מהם. לגבי שאלת הקיום של המרפאות הציבוריות – ד"ר ברגמן אמרה שכנראה הן ימשיכו להתקיים, אולם זה לא כתוב בשום מקום. תקציב המרפאות נגזר ממנויים ויש מודל תמריצי מצומק שלא לוקח בחשבון שום דבר שהוא לא פגישה ישירה עם מטופל – פגישה עם המורה, יועץ ביתה ספר, פגישה עם ההורים. לטיפולים יגיעו אנשים עם קשיים משמעותיים שיקבלו מעט מאוד ולא ברור איך אפשר להתמחות וללמוד כך. מודל התקצוב מעודד מטפלים לראות אנשים לכמה שפחות זמן. חשוב לי לומר – זה לא עניין של דינאמי או CBT, אלא, כשמסתכלים על הפרטים רואים שאין תקצוב לכך שיקרו דברים טובים. אני חושב שחשוב להבין משהו על האווירה שהדברים מתנהלים בה. יש דיבור על הפסיכולוגים ככאלה שמבזבזים את זמןן של המטופלים, שהפסיכולוגים וכן המתמחים הם בזבזנים וזוללי משאבים. לגבי ההמתנה להתמחות – העברת האחריות על ההתמחות אינה עוברת לקופות החולים, זה לא מעוגן. זה מאוד בעייתי. אנשים מסיימים ללמוד ומחכים תקופות ארוכות מאוד עד שמתחילים התמחות. יש מקומות שפותחים מסלולים חדשים כשאין מקומות התמחות. צריכה להיות אמירה ברורה – התחשבות בכך שיהיו עוד אנשים איכותיים שייכנסו למערכת.

מה ניתן לעשות? זהו מקצוע במצוקה. בוועדת גרמן פרופ' קוטלר ביקש מפרופ' לאה אחדות להגדיר את פסיכיאטריה כמקצוע במצוקה. במסמך שנכתב על ידי ועדת המחקר של הכנסת זה הוגדר והוגדלו התקנים להתמחות בפסיכיאטריה. זהו מאבק שהצליח. אצלנו מדברים על קיצור ההתמחות, על כך שפסיכולוגים ינהלו ולא יטפלו... ניתן ללמוד מהפסיכיאטרים כיצד לקחת את עצמם ברצינות ולנהל מאבק על ההכשרה המקצועית שלהם שדורש תוספת משאבים ולא מציע לקצץ ולצמצם כדי "להיות יותר אטרקטיביים עבור הקופות". אלו העובדות שצריך להסתכל עליהן בעיניים.

גב' עידית סרגוסטי, רכזת תחום בריאות הנפש, ארגון בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות – מקץ 20 שנה – הרפורמה וזכויות אדם.

ארגון בזכות הוא ארגון זכויות אדם לאנשים עם מוגבלויות מכל הסוגים שפועל כבר 22 שנים. פעלנו לאורך שנים כדי לקדם את הרפורמה. מטרת הדברים שלי היא לומר שהרפורמה היא הכרחית. אדבר גם על מה שחסר בשיח בנושא. שינוי כלשהו הוא דבר הכרחי והשינוי הנוכחי הוא בעיני הדבר הנכון.

ארגון בזכות פועל באופן משפטי וציבורי. כל מי שנתקל לאורך היום הזה ולאורך השנים האחרונות נתקל בשיח על הרפורמה ברמות ארגוניות ופרופסיונאליות. אני רוצה להאיר את הזווית הנוגעת לזכויות אדם. אני רוצה לשאול: באיזו מידה מערכת בריאות הנפש ערב הרפורמה מקיימת את הזכות לבריאות נפשית? כולנו כתושבי המדינה זכאים לבריאות באופן שוויוני. כבר נאמר כאן לא אחת שהאופן בו ישראל בחרה לממש את הזכות לבריאות הוא על פי החוק לביטוח בריאות ממלכתי. הוא מושתת על עקרונות של סולידריות (כל אחד משלם על פי יכולותיו) ועל פי השוויון – כל אחד זכאי לשירותי בריאות. מקובל להסתכל על מקורות המימוש של המערכת ועל המקומות

הפרטיים של המערכת. אנו נוהגים להשוות עצמנו למדינות OECD. כשמסתכלים על מדינת ישראל רואים שהיחס פחות טוב ממדינות OECD והמימון הפרטי גדול יותר מהציבורי. בערך שני שלישי הוצאות שלנו מגיעים מכיס פרטי ושליש מהכיס הציבורי. זו תמונה מאוד לא שוויונית. היה ייבוש של המרפאות מבחינה תקציבית והטענה שהמרפאות לא עומדות בעומס היא טענה כנגד המערכת ולא כנגד המרפאות והעובדים בהם. המנגנון שאפשר את ייבוש המרפאות – אותו אנו רוצים לשנות. רוצים לשנות את זה שהתקצוב של בריאות הנפש תהיה קשורה לתקציב העכשווי ממשרדי ממשלה. כיום אין זכאות לסל שירותים רחב, אין נגישות ופיזור גיאוגרפי שווה של שירותים, משך ההמתנה ארוך וקבלת השירות הופכת תלויה ביכולת לשלם. כיום ישנם פערים מאוד גדולים בין סוגי אוכלוסיות. למשל, פער בין יהודים וערבים במצוקה ובפנייה לטיפול. כיום המערכת יוצרת חוסר שוויון בין אוכלוסיות באיכות הטיפול שמקבלת. אם מסתכלים על ההיצע שהמערכת נותנת כיום רואים חסרים בכל התחומים. יש מקומות שאין כלל שירותי בריאות הנפש. חייבים לשנות משהו במערכת. האחריות כיום לגבי מי צריך לספק את השירותים לא ברורה כיום על פי החוק ובפועל.

מה אנחנו מצפים מהרפורמה וחושבים שהיא אמורה לעשות? ברמה המשפטית ברגע שהחוק יקבל תוקף אדם יוכל לפנות לנציבות הקבילות על מנת לקבל תור בזמן סביר, במידה והקופות לא יספקו זאת. היום אין למשרד הבריאות את כלי הרגולציה האלה בפני עצמו, כפי שיוכל לעשות זאת מול קופות החולים בעקבות הרפורמה. החלק של המימון הציבורי יגדל לעומת החלק הפרטי. תהיה חובה על פי חוק לנגישות, זמינות ואיכות סבירים. תהיה הפסקת ההפרדה בין כלל שירותי הבריאות לשירותי בריאות הנפש. הנושא של הסטיגמה מאוד משמעותי. אנשים שמטופלים בבריאות הנפש אמרו באופן משמעותי שלא רוצים ללכת לתחנות לבריאות הנפש אלא לשבת במערכת משולבת ולחכות בתור לצד אנשים שממתינים לקרדיולוג למשל. אני בתקווה שחיבור זה יוביל גם להפחתת הסטיגמה.

כשמדובר בצורך לתת אבחנות לשם קבלת טיפול – זה בסדר כשאומרים שלא רוצים לתת אבחנות שאי אפשר לעמוד מאחוריהן. אולם, אם זה נובע מחוסר רצון לתת אבחנה באופן כללי זה בעצם שיתוף פעולה עם הסטיגמה. אני זוכרת את השנים שלדבר על לקות למידה היה דבר מאוד קשה וכיום זה בסדר.

כיום חייבים לעשות שינוי והשאלה אם יש אפשרות אחרת. דבר שהוצע הוא להגדיל את התקציב של המרפאות לברה"ן. אולם, זהו דבר זמני שממשיך את הייבוש של המרפאות. מהקהל עולה – "הייבוש היה מגמתי". מענה – אם האחריות היתה נשאת בידי משרד הבריאות שירותי בריאות הנפש היו קמים באמצעות מכרזים שהיו מקימים מכסות בידי כל מרפאה והיינו מוצאים עצמנו במצב בו בכל יישוב יש קבלן חיצוני אחר. מעבר לקופות החולים הוא לא הפרטה. המצב היחידי בו הצליחו לעצור מכרז של שירותים הוא בשירותי בתי הסוהר. בבתי משפט, במערכת החינוך לא הצליחו..

חובה לעשות שיקול תקציבי ואני רוצה שאתם כאנשים מקצוע תעשו זאת. שכשאתם בוחרים לתת טיפול למישהו, המשאבים הם מוגבלים.

מקומם של הפסיכולוגים בתהליך – אני באופן אישי כבר 8 שנים מעורבת במה שנוגע לרפורמה. הקול הדומיננטי שהושמע מכיוונם של הפסיכולוגים הקליניים לאורך הדרך היה של התנגדות. יש לי צער מכך שהפסיכולוגים לא עצרו לשאול את עצמם האם ההתנגדות רלוונטית. ההתעקשות לטרפד את הרפורמה פגעה בתחום, פגעה ביכולת של הפסיכולוגים להשתלב בצורך המערכת הזאת ופיגע בסופו של דבר במערכת עצמה.

צריך לשמור על איזונים רבים – בין השיקול המקצועי לכלכלי. הרפורמה היא גם טובה וגם רעה. היא לא נתון שצריך לראות איך מתבהר ויש לנו יכולת השפיע. התקציב שהועבר לקופות החולים אינו צבוע נכון להיום. צריך ללחוץ על משרד הבריאות לשקיפות לגבי ההוצאות בכל שנה על בריאות הנפש.

אחד הדברים שמתפקידכם כאנשי מקצוע ומתפקידנו כארגוני זכויות הוא לקבוע סטנדרטים לאיכות הטיפול.

