

כ' בטבת, התשפ"ה
20 בינואר 2025
סימוכין : 25591325
(במענה : ציין סימוכין)

לכבוד
מר בני גולדמן
מנהל החטיבה לביקורת תחומי החברה והרווחה
משרד מבקר המדינה

שלום רב,

הנדון : מענה לטיטות דוח מבקר המדינה על הטיפול בבריאות הנפש בעקבות מלחמת השבעה באוקטובר
מכתבך מיום 20.1.2025

אירועי 7 באוקטובר היו נקודת שבר ייחודית בהיסטוריה של מדינת ישראל. מדובר באירוע חריג בעוצמתו, שיצר גלי הלם והשפעות נפשיות בקרב חלקים נרחבים באוכלוסייה. מעבר לתחושת הפחד והחרדה המידית, רבים חווים פגיעה בתחושת הביטחון האישי והחוסן הקהילתי, וחלקם צפויים להתמודד עם השלכות ארוכות טווח, כמו פוסט-טראומה והפרעות נפשיות אחרות.

יש להכיר בכך כי עוד לפני פרוץ המלחמה, מערכת הבריאות בכלל ומערכת בריאות הנפש בפרט התמודדה עם אתגרים מהותיים, בהם זמינות נמוכה של שירותי טיפול נפשי ותורי המתנה ממושכים הנובעים ממחסור מתמשך במשאבים והסכמי שכר לא אטרקטיביים. אירועי 7 באוקטובר החריפו את המצב הקיים, והדגישו את הצורך הדחוף במערכת חזקה, גמישה וזמינה, המסוגלת לתת מענה רחב ויעיל לכלל האוכלוסייה בשגרה ובחירום.

טיטות דוח המבקר בנושא "הטיפול בבריאות הנפש בעקבות אירועי השבעה באוקטובר" שהועברה להתייחסותנו היא מסמך החוטא לאמת המקצועית ומנתח באופן שגוי את ההשלכות הנפשיות של האירוע, וכתוצאה מכך – מגיע למסקנות שגויות בנוגע לאופן פעילות המשרד בנושא. מעבר לכך – המסקנות העולות מן הדוח בנוגע להיקף האוכלוסייה הנדרשת לטיפול נפשי עלול לייצר תחושת חוסר אונים כרונית ולפגוע בחוסן של תושבי ישראל ובשל כך, הדוח המסתמן לא רק שגוי אלא מזיק לציבור.

הדוח מתבסס על מתודולוגיה שגויה לגבי היקף הנפגעים והצורך בטיפול, במסר המוטעה לפיו אזרחים רבים זקוקים לטיפול נפשי, שעה שרובם לא יזדקקו לכך, ומטעה את הציבור באמירות שטיפולים מרובדים שונים בהתמודדות עם טראומה אינם טיפול לטראומה. הדוח מניח הנחות שאין להן בסיס מקצועי בספרות או בקרב המומחים לנושא – בארץ ובעולם, ובכך מסיק מסקנות שגויות העלולות בתורן לגרום נזק ממשי.

הדוח מציג נתונים שגויים על מספר מטופלים שהגיעו לטיפול, ומסמן כל הצלחה של התמודדות אל מול אירוע כאוטי חסר תקדים כשירות חלקי ולוקה בחסר (כך למשל שיעורם של מי שלא פנו לטיפול נפשי מוצג ככישלון של המערכת). הצלחה חסרת תקדים של הגעה לעשרות אלפי אזרחים לשם טיפול בפרק זמן קצר שניתן לאחר מכה אנושה, מפורשת ככשל.

המטרה אותה הציב המשרד במסגרת גיבוש התכנית הלאומית לבריאות הנפש, היא עליה משמעותית ככל הניתן בהיקף המענים עד כדי הכפלתם, לייצר כלי טריאז' ומדידה, ליזום שיחות לאוכלוסיות בסיכון ולהציע מכלול שירותים מגוון בהתאם לצרכי האוכלוסייה – החל בהתערבויות ממוקדות למניעה באמצעות מרכזי החוסן, דרך פיתוח מענים מותאמים לטראומה נפשית באמצעות בתי החולים, מרכזים להתערבות במשבר נפשי לילדים ונוער ויצירת תשתית רחבה של מענים בקופות החולים (הכוללים, לצד הטיפול הפסיכותרפי המתמשך, גם מענים מרובדים דוגמת תומכי בריאות הנפש, שירותי 3 שיחות והגדלת היקף המרפאות וכח האדם).

נדמה שדו"ח המבקר בחר לאבחן את הציבור בישראל, לקבוע את היקף התחלואה, לקבוע את סוג הטיפול הנדרש, ללא הידע המקצועי הדרוש לכך ובמנותק ממבנה המערכת ויכולותיה.

התוצאה הבלתי נמנעת של כל אלה היא פגיעה בחוסן הטבעי הקיים בציבור.

להלן תמצית תשובת משרד הבריאות לעיקרי דוח מבקר המדינה, חלק מהסעיפים יורחבו בהמשך:

1. מבוקש לסייג כי כלי סקר דיווח עצמי, בעת מלחמה ועל פני נקודה אחת על ציר הזמן הוא כלי מוגבל מאד ביכולת שלו לאמוד את היקף הפונים לטיפול נפשי.
2. מבוקש למחוק את האמירות המנוסחות כקביעה כי בהתאם לסקר שערך משרד מבקר המדינה, אומדן האנשים המדווחים על תסמיני פוסט טראומה והזקוקים לטיפול נפשי עומד על 900,000 איש. אין מקום להעמיד נתון מתחרה לאומדן אליו הגיע משרד הבריאות (כ-680,000 מגעים פסיכותרפיים נדרשים במערכת כדי לעמוד בעומסים הצפויים). אם האמירה היא שהאומדן של משרד הבריאות שגוי או לקוי מתודולוגית – אזי יתכבד המבקר ויכתוב את זה במפורש.
- מדובר באמירה שגויה באופן יסודי, מסוכנת וחסרת אחריות. תיוג חלקים נרחבים מהאוכלוסייה כסובלים מהפרעות נפשיות על סמך דיווח עצמי בלבד, עלול להוביל לתחושות של חוסר אונים, חוסר תקווה, סטיגמטיזציה, והישענות מוגברת על מערכת בריאות הנפש.
3. העמדת נתוני משרד הבריאות לגבי מספר המגעים הפסיכותרפיים הצפויים במערכת לאור אירועי המלחמה מול השערת מבקר המדינה בהתבסס על סקר דיווח עצמי מול אלה היא שגויה, מוטעית ומטעה. הנתון העולה מהסקר שביצע מבקר המדינה איננו כלי לאומדן היקף אוכלוסייה הזקוקה לטיפול והוא אינו יכול לעמוד באופן אמיתי מול הנתון אליו הגיע משרד הבריאות תוך שימוש בכלים מחקרניים, היועצות עם גורמי מקצוע בתחום והיכרות עמוקה עם היקפי הטיפול שהמערכת נותנת להם מענה כבר היום.
- כמו כן, האמירה לפיה המספר המקסימלי של הסובלים מפוסט טראומה נע בין 680,000 ל-900,000 הוא שגוי. האומדן של משרד הבריאות מתייחס לצפי למספר המגעים הפסיכותרפיים שהמערכת צריכה לתת להם מענה, ולא למספר הסובלים מאבחנה פסיכיאטרית כזו או אחרת.
4. מבוקש למחוק כל אזכור המניח הנחת יסוד שגויה לפיה כל העונים לסקר שביצע משרד מבקר המדינה זקוקים לטיפול נפשי או יפנו אליו בפועל.
5. הנתונים המוצגים בדוח לגבי היקף האוכלוסייה שמקבלת מענים בבריאות הנפש אינה מדויקת ולא ברור לנו המקור לנתונים. בישראל מטופלים למעלה מ-4% מהאוכלוסייה בשנה, עוד קודם למלחמה. מתחילת המלחמה משקיע משרד הבריאות בקליטת כח אדם ובהגדלת מספר המגעים והמטופלים, וישנה התייחסות דיפרנציאלית בכך ששיעור הגדלת מגוון הטיפולים הושקע יותר באוכלוסיות סיכון (נפגעי מעגל ראשון) בהשוואה ליתר האזורים.
6. האמירות הנוגעות לפגיעה באיכות הטיפול הנפשי לאור היעדר הקפדה על תרשומת רפואית בימים הראשונים לאירועים הינן ספקולטיביות וחסרות ביסוס.

7. בנוגע לנטישת טיפול - קיים מנעד רחב מאד של סיבות לנטישת טיפול. חלקו קשור בעיתוי הטיפול, בצורך וביכולת של האדם לעבד את החוויה בהתבסס על משאבים פנימיים וקהילתיים, ההקשר החברתי הרחב והעובדה כי מדינת ישראל מצויה עדיין במלחמה. נתונים בדבר מטופלים שלא סיימו את מספר הטיפולים המירבי שהועמדו לרשותם אינם יכולים להיחשב כליקוי. הנתון יכול להצביע על נטישה כשם שהוא יכול להצביע על מיצוי הטיפול או פניה לערוצים אחרים – מתאימים יותר.
8. בנוגע למעקב משרד הבריאות אחר מימוש התכנית הלאומית לבריאות נפשית - משרד הבריאות מקיים ישיבות מעקב קבועות עם הנהלות קופות החולים וצוותי בריאות הנפש, על יישום מבחן התמיכה ועמידה ביעדים שהוגדרו לכל אחת מהקופות, בהתאם להיקף המבוטחים שלה והמאפיינים הייחודיים לה. כך למשל, נכון לתקופת הביקורת, התקיימו שתי ישיבות לפחות עם כל אחת מקופות החולים, בהן הוצג סטטוס עמידה מדוקדק של הקופה במבחן התמיכה, על כל אחד מפרקי הליבה שלו, נשלחו דרישות לדירקטוריוני הקופות לביצוע מעקב עיתי על ידם על מימוש התכנית לבריאות הנפש של הקופה והתקבלו מהם דיווחים על הביצוע. נכון למועד כתיבת שורות אלה, מבחן התמיכה לשנת 2024 מומש במלואו ונראתה עליה משמעותית במספר המגעים בבריאות הנפש בכל אחת מהקופות ב 2024, ביחס ל 2023.
9. נתוני המטופלים במרכזי החוסן המצוינים בדוח שגויים. מנתונים המצויים בידי משרד הבריאות, בתקופה שבין 7.10.23 ל-31.8.24 ניתנו 43,091 טיפולים פרטניים (לא כולל טיפולים משפחתיים וקבוצתיים) בכלל מרכזי החוסן ברחבי הארץ. בייחוד יצוין סך המטופלים הפרטניים בעוטף עזה שעמד על כ-20,353 מטופלים פרטניים. נתון זה משקף שיעור של כ-21% מאוכלוסיית החבל (כדוגמא). לכן, בהנחה שהפניות התפלגו באופן שווה, ניתן להעריך שמספר המטופלים במרכזי החוסן נכון ליום 31.3.24 עומד על כ-22,838 מטופלים בקירוב ולא כפי שצוין.
10. בנוגע להיערכות המערכת לתרחיש הייחוס - תרחיש דומה לזה שהתממש בשבעה באוקטובר מעולם לא דובר, תורגל או נקבע למערכת הבריאות (או לכל מערכת אחרת לצורך העניין). מדובר באירוע סינגולרי בקנה מידה חריג וחסר תקדים, שאינו מתיישב עם תרחישי הייחוס המוגדרים של מדינת ישראל. היקפי פינוי האוכלוסייה מהווים אתגר לפיזור השירותים אך אינם מתיימרים לתת מענה לחומרת האירוע הנפשי הנלווה להתפנות האוכלוסייה מביתה ומכאן שתרחישי הייחוס המדוברים לא היו רלוונטיים לעניין תכנון השירותים בבריאות הנפש. חריפות האירועים וחומרתם היא שצריכה מענה נפשי רחב וייחודי ולא סך האנשים המפונים מבתיים.
11. בנוגע לאמירות הנוגעות לאופן העברת האחריות על הטיפול במרכזי המפונים מבתי החולים לבריאות הנפש אל קופות החולים - כניסת בתי החולים לבריאות הנפש לקבלת אחריות אזורית החל מהשבוע השני מאז אירועי השבעה באוקטובר נעשתה מתוך מחויבות למתן טיפול מהיר, אקוטי ורחב ככל האפשר לאוכלוסייה שעמדה במרכז אירועי הזוועות. לא היה במהלך זה כדי להעביר אחריות ביטוחית או אחריות כוללת על הטיפול הרפואי באזרחים (שכן זו חלה על קופות החולים ואין על כך חולק). קופות החולים העמידו שירותי רפואה מגוונים בריכוזי המפונים במלונות למן היום הראשון מאירועי הזוועות.
12. בנוגע לנתונים שהוצגו על מספר ילדי שדרות שקיבלו טיפול במסגרת מרכזי החוסן - משרד הבריאות מעלים כי 2,955 ילדי שדרות קיבלו טיפול במסגרת מרכזי החוסן במהלך חצי השנה הראשונה שלאחר השבעה באוקטובר (הן בשלוחות שהוקמו באילת וים המלח והן במרכז בשדרות). ייתכן כי הפער בנתונים נובע מנתוני התחשבות מול הביטוח הלאומי שהועברו באיחור, אולם עובדה זו נמסרה לאנשי המבקר באופן מפורש.

הערות אלה ואחרות הוטמעו על גבי טיוטת הדוח ב"עקוב אחר שינויים".

בשולי הדברים אך לא בשולי חשיבותם, שם הקובץ שניתן לדוח הוא "התוכנית הלאומית לנפגעי חרדה ופוסט טראומה". שם זה הינו שגוי ומטעה, שכן התכנית הלאומית לבריאות הנפש לא נועדה למתן מענה רק לאוכלוסיות אלה, אלא להרחיב, להתאים ולהנגיש את שירותי בריאות הנפש בישראל, על פי צרכי האוכלוסיה. על כן, יש לשנות גם את שם הקובץ.

להלן עמדה מורחבת בנוגע לחלק מההערות העקרוניות על הדוח:

אומדן היקף האוכלוסייה הנמצאת בסיכון לפוסט טראומה בעקבות אירועי המלחמה:

חיזוי היקפי פגיעה נפשית באוכלוסייה הינו משימה מורכבת ביותר, ובעולמות של טראומה כאוטית כפי שידעה ישראל בשבעה באוקטובר, כל ניסיון לחיזוי או ניבוי נידון לכישלון. ניתן לקיים הערכות הנשענות על היקפי הצורך באוכלוסיות שונות, ואכן אנשי מקצוע שונים חוזים תחזיות שונות לפי הנחות מקצועיות שונות.

כך למשל, פרופ' וייזר ביצע מחקר השוואתי ואקסטרפולטיבי המשווה את ההשפעה של מתקפת הטרור ב-7 באוקטובר 2023 בישראל על בריאות הנפש, להשפעות המתועדות של מתקפות ה-11 בספטמבר 2001 בניו יורק. על פי מחקרו, היקף הנפגעים בכל מעגלי החשיפה עומד על כ-138,750 איש, מתוכם כ-40,000 יפנו לקבלת טיפול. פרופ' לוריא ושותפיו למאמר, לעומת זאת, פיתחו מודל חיזוי שצופה שכ-5.3% מהאוכלוסייה הישראלית עלולים לפתח PTSD כתוצאה ממתקפת הטרור והמלחמה. בין העבודות הנוספות בתחום ניתן למצוא דוחות של חברת מקינזי וחברת מדינט (מחקרים אלה וניירות עמדה הועברו למבקר במענה המשלים שהעביר המשרד).

משרד הבריאות ערך התייעצויות עם מומחים עולמיים בתחום הטראומה, וגם הם הביעו ספקנות לגבי היכולת להעריך היקפי פגיעה. לשם התייעצות וחשיבה מקצועית, משרד הבריאות מסתמך על המומחים היושבים במועצה המדעית לפוסט טראומה ונעזר בעמדות מקצועיות המגובשות על ידם. משכך, הסתמכנו על חוות דעתו של פרופ' שלו (מומחה בעל שם עולמי בתחום הטראומה) ושל המועצה הלאומית לפוסט טראומה, בראשות פרופ' איל פרוכטר לצורך הערכה. בהתאם לנתונים שהוצגו על ידי מומחים אלה, העריך האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות שהיקף המטופלים במערך בריאות הנפש יוכפל.

דוח המבקר מסתמך בכבדות על ביצוע סקר דיווח עצמי שביצע בחודש אפריל 2024 ומשתמש בתובנות ממנו כדי לאמוד את היקף האוכלוסייה הזקוקה לשירותי בריאות הנפש.

משרד הבריאות והמומחים הבכירים בישראל ובעולם איתם הוא מתייעץ, סבורים כי הסתמכות על סקרי דיווח עצמי לבדם, לצורך קביעת שכיחות של פסיכופתולוגיה בקנה מידה רחב או לצורך עיצוב מדיניות היא שגויה מיסודה, מגבילה את היכולת לקבוע סדרי עדיפויות נכונים, ואף עלולה לגרום נזק לחוסן הציבורי.

עמדתנו היא כי לא ניתן לאמוד באופן מדויק את היקפי הפגיעה הנפשית, ובפרט את שיעור התפתחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), באוכלוסייה בעקבות אירועי ה-7 באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל, בהתבסס על סקר דיווח עצמי שנערך בנקודת זמן אחת. טענה זו נשענת על מספר נימוקים מהותיים, הנובעים מהבנת המורכבות של תגובות פסיכולוגיות לאירועים טראומטיים, וכן מהמגבלות האינהרנטיות של כלי מחקר מסוג סקר דיווח עצמי, ביניהן:

א.הבחנה בין תגובה נורמטיבית למצב חריג לבין פסיכופתולוגיה קלינית:

אירועי ה-7 באוקטובר והמלחמה המתמשכת הינם אירועים בעלי עצימות טראומטית חריגה, המעוררים באופן טבעי קשת רחבה של תגובות רגשיות. תסמינים כמו חרדה, עצב, דיספוריה, אינסומניה, פלשבקים, הימנעות וקשיי ריכוז, הינם תגובות נורמטיביות ואדפטיביות למצב הקיים. הופעתם של תסמינים אלו, גם אם הם מדווחים בסקר כ"בינוניים" או "חמורים", אינה מעידה בהכרח על קיומה של הפרעה נפשית קלינית, כגון PTSD, הדורשת התערבות טיפולית.

חשוב להדגיש כי קיים הבדל משמעותי בין תגובה רגשית נורמטיבית, גם אם קשה, לבין פסיכופתולוגיה קלינית מאובחנת. קביעת אבחנה של הפרעה נפשית, ובפרט הפרעת דחק פוסט טראומטית, דורשת הערכה קלינית מקיפה על ידי איש מקצוע מוסמך מתחום בריאות הנפש, תוך התייחסות למכלול גורמים, כגון: משך הסימפטומים, עצימותם, מידת הפגיעה בתפקוד התעסוקתי, החברתי והבין-אישי, וההיסטוריה האישית, המשפחתית והפסיכיאטרית של האדם.

הסתמכות על דיווח עצמי של סימפטומים בנקודת זמן אחת, מבלי לקחת בחשבון את ההקשר הרחב, את הדינמיקה של התגובה הנפשית לאורך זמן ואת המורכבות של התגובה האנושית לטראומה, עלולה להוביל לאבחון יתר (Overdiagnosis) ולהערכת יתר (Overestimation) של היקף הפגיעה הנפשית באוכלוסייה.

ב. מגבלות אינהרנטיות של סקר דיווח עצמי:

סקרים המבוססים על דיווח עצמי הינם כלי מחקר נפוץ, אך הם סובלים ממספר מגבלות אינהרנטיות:

סובייקטיביות והטיות: דיווח עצמי מבוסס על תחושות, רגשות ותפיסות סובייקטיביות של המשיב, אשר עשויות להיות מושפעות ממגוון גורמים, כגון: מצב רוח, נטייה להגזמה (אמפליפיקציה) או המעטה (מינימיזציה), הבנה שונה של מושגים, רצייה חברתית (Social Desirability Bias) והטיות קוגניטיביות נוספות.

הטיית זיכרון (Recall Bias): זיכרון אירועים, ובפרט אירועים טראומטיים, עשוי להיות חלקי, מקוטע, מעוות או מושפע מרגשות עזים. כתוצאה מכך, דיווח עצמי על סימפטומים עלול שלא לשקף באופן מדויק את המציאות, את עוצמת החוויה או את משכה האמיתי.

השפעת הקשר (Context Effect): תוצאות סקר דיווח עצמי עשויות להיות מושפעות מההקשר שבו הוא נערך. בעתות משבר, כמו מלחמה, אנשים נוטים לדווח על רמות גבוהות יותר של מצוקה נפשית, גם אם מדובר בתגובות נורמטיביות למצב. ההקשר התקשורתי, החברתי והפוליטי עשוי להשפיע על האופן שבו אנשים מפרשים את תחושותיהם ומדווחים עליהן, ועל הנכונות שלהם לחשוף קשיים רגשיים.

חוסר יכולת הבחנה: סקר דיווח עצמי אינו מאפשר להבחין בין תגובות נורמטיביות למצב חריג לבין פסיכופתולוגיה קלינית. הוא אינו מספק את הכלים הדרושים לאיש מקצוע מתחום בריאות הנפש על מנת לקבוע האם האדם זקוק להתערבות טיפולית, ואיזה סוג טיפול, אם בכלל, מתאים לו.

ג. פגיעה בחוסן הלאומי:

התמקדות בסימפטומים ופרשנותם כעדות לפסיכופתולוגיה נרחבת, עלולה לפגוע בחוסן הלאומי. במקום לעודד נרמול של תגובות רגשיות, לחזק את מנגנוני ההתמודדות (Coping Mechanisms) ואת משאבי החוסן הקיימים בפרט ובקהילה, ולעודד פנייה לעזרה מקצועית רק במקרים בהם קיים צורך קליני אמיתי, גישה זו עלולה ליצור תחושת פתולוגיזציה של החברה כולה. תיוג חלקים נרחבים מהאוכלוסייה כסובלים מהפרעות נפשיות על סמך דיווח עצמי בלבד, עלול להוביל לתחושות של חוסר אונים, חוסר תקווה, סטיגמטיזציה, והישענות מוגברת על מערכת בריאות הנפש.

ד. הקצאת משאבים:

הערכת יתר של היקף הפגיעה הנפשית עלולה להוביל להקצאת משאבים לא יעילה. במקום להשקיע את המשאבים המוגבלים בטיפול באלו הזקוקים לו באמת, בשיפור הנגישות לשירותי בריאות הנפש, ובחיזוק מערך בריאות הנפש כולו, משאבים עלולים להיות מופנים להתערבויות מניעתיות או טיפוליות באנשים שאינם סובלים מהפרעה נפשית, על חשבון אלו שכן.

לסיכום, משרד הבריאות מדגיש כי סקר דיווח עצמי, הנערך בנקודת זמן אחת, אינו יכול להוות בסיס אמין להערכת היקפי הפגיעה הנפשית באוכלוסייה בעקבות אירועים טראומטיים, ובפרט לא לקביעת שיעורי התחלואה ב-PTSD.

יש להתייחס לתוצאות סקרים אלו בזהירות ובביקורתיות, תוך הבנה מעמיקה של מגבלותיהם. אבחון, הערכת צרכים וקביעת מדיניות טיפולית חייבים להתבסס על הערכה קלינית מקצועית, המתבצעת על ידי אנשי מקצוע מוסמכים, תוך התייחסות למכלול הגורמים הרלוונטיים, ובשילוב עם פיתוח כלי מדידה אובייקטיביים, תקפים ומהימנים יותר. רק גישה מושכלת, אחראית ומבוססת מחקר אמפירי תוכל להבטיח מענה הולם לצרכים הנפשיים של האוכלוסייה, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך, תוך שמירה על עקרונות האתיקה המקצועית ועל חוסנה של החברה הישראלית.

הטיפול הנפשי שניתן במרכזי המפונים בשבועות הראשונים למלחמה:

קופות החולים מילאו תפקיד מרכזי במתן מענה רפואי ונפשי למפונים מבתיהם בעקבות אירועי השבעה באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל. לצד המענים שסופקו על ידי מרכזי החוסן, קופות החולים הקימו מערך טיפול ייעודי בריכוזי המפונים.

עם פרוץ המלחמה, וכחלק מההיערכות המהירה של מערכת הבריאות, משרד הבריאות הטיל על בתי החולים הפסיכיאטריים את האחריות למתן מענה ראשוני בריכוזי המפונים. הוחלט על חלוקה אזורית של האחריות, כך שכל בית חולים פסיכיאטרי היה אחראי על מתן שירותי בריאות הנפש במלונות באזור גיאוגרפי מוגדר. הצוותים כללו פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומטפלים נוספים, אשר הוכשרו למתן מענה ראשוני במצבי חירום וטראומה. בתי החולים הפסיכיאטריים סיפקו התערבויות טיפוליות מותאמות, וסייעו בקישור המפונים לשירותי בריאות הנפש בקהילה. בהמשך, הועברה האחריות באופן מדורג לקופות החולים. קופות החולים הפעילו מוקד טלפוני ייעודי לבריאות הנפש על מנת לסייע במתן הטיפול הנדרש ולהנגישו לכל תושבי ישראל, בכלל מעגלי הפגיעה וביצוע פניות יזומות למפונים על מנת להציע שירותי תמיכה וטיפול.

קופות החולים הגדילו וממשיכות להגדיל את היקף המגעים והטיפולים במרפאות בריאות הנפש, תוך גיוס והכשרה של מאות אנשי מקצוע, כחלק מהתוכנית הלאומית לבריאות הנפש. שיתוף הפעולה בין קופות החולים, משרד הבריאות, מרכזי החוסן, בתי החולים הפסיכיאטריים וגורמים נוספים, היווה נדבך מרכזי במאמץ הלאומי לספק מעטפת תמיכה וטיפול מקיפה למפונים.

מרכזי החוסן - החל מהשבעה באוקטובר, מרכזי החוסן הוכיחו יכולת מהירה למתן מענים לתושבים, הן ביישובים שנפגעו והן באתרי המפונים השונים ברחבי הארץ. זאת, תוך פתיחת שלוחות חדשות ואתרים חדשים, וגיוס כוח אדם טיפולי בהיקפים גדולים. מרכזי החוסן הגדילו את היקף הטיפול פי 10 מאז תחילת המלחמה.

פעילות המורחבת של מרכזי החוסן תימשך בהיקפים נרחבים, לאור ההבנה שהטיפול והשיקום הנפשי של נפגעי המלחמה עתיד להיות תהליך ממושך. במסגרת התוכנית הלאומית לבריאות הנפש הוקצו לשנת 2024 כ-115 מיליון ש"ח נוספים למען הרחבת היקף המענים והקמת שלוחות חדשות (בנוסף ניתן מענה תקציבי ייעודי גם במסגרת החלטות ממשלה של תקומה בהיקף של 100 מיליון ש"ח נוספים ושל מנהלת צפון ("תנופה") בסכום שטרם נקבע סופית).

מרכזי החוסן זמינים מאד לציבור וברובם הזמינות למפגש ראשון היא של מספר ימים למעט בשלושה מרכזי חוסן בהם קיימים תורי המתנה לטיפול. למעשה, ברוב מרכזי החוסן ההמתנה היא פחות משבועיים ובמרכזי החוסן הארצי ההמתנה היא יומיים בלבד (מרכז זה נותן מענה בפריסה ארצית בכל המקומות בהם אין מרכזי חוסן רשומים/אשכוליים). הקדימות בטיפול או ההפניה לטיפולים היא קדימות קלינית ועל כן העובדה כי פעילות המרכזים גדלה פי עשרה מעידה על כך שאלה שהכי הזדקקו לטיפול קיבלו אותו בסבירות גבוהה.

העומסים במערכת בריאות הנפש והמאמצים לייעול המערכת:

מערכת הבריאות פועלת תחת מגבלות תקציביות המשפיעות באופן ישיר על יכולתה לתת מענה לכל צורך ובמיוחד בתחום בריאות הנפש. עם זאת, משרד הבריאות נוקט בשורה ארוכה של צעדים על מנת להתמודד עם העומסים הקיימים ולשפר את השירות הניתן.

התכנית הלאומית לבריאות נפשית ("מקום לנפש") החלה להתגבש עוד לפני פרוץ אירועי השבעה באוקטובר ונבעה מתוך הכרה בצורך לחזק את מערך בריאות הנפש הציבורי בישראל, אשר התמודד עם פערים גדולים גם בתקופות שגרה. עם פרוץ המלחמה, הוחלט להאיץ את יישום התוכנית, אשר אושרה והחלה לפעול כשלושה שבועות לאחר האירועים.

התוכנית פותחה מתוך למידה מעמיקה של מודלים בינלאומיים להערכת תגובה לטראומה, בשיתוף פעולה הדוק עם מיטב המומחים בארץ ובעולם, לרבות המועצה הלאומית לפוסט-טראומה. במסגרת העבודה נעשתה הערכת ביקושים לאומית ומשאבים תוספתיים לעמידה בביקושים, ביחס לתחלואה קיימת עם פוטנציאל החמרה בעקבות האירועים וניסיון לחזות את היקפי התחלואה הנלווית לאירועים הקשים של המלחמה.

התוכנית הלאומית מושתתת על עקרונות מרכזיים המניחים את היסודות לשיפור מהותי במענה הציבורי לבריאות הנפש:

- א. מודל רב-שכבתי לטיפול בטראומה ובריאות הנפש: התוכנית מתמקדת ביצירת רצף מענים מותאם אישית, טיפול מניעתי, מענה ראשוני לתסמינים וטיפול אינטנסיבי מורכב למי שנזקק לכך.
- ב. הגדלת מספר המטפלים במערכת הציבורית: יצירת תנאים מאפשרים לחיזוק ושיפור מנגנוני השכר והתגמול במערכת הציבורית למקצועות טיפוליים, לרבות הסכמי שכר (רופאים ופסיכולוגים), מנגנוני תמרוץ וכלים רגולטוריים מאפשרים אחרים.
- ג. חיזוק משאבי המערכת: התאמת המשאבים הכלכליים לצרכים המשתנים, תוספות תקציביות משמעותיות לקופות, שינוי מנגנונים כלכליים ותמחורים במערכת.

בכבוד רב,



משה בר סימן טוב

העתק: ד"ר הגר מזרחי, ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות
ד"ר גלעד בודנהיימר, ראש האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
גב' סנדרה קרת, מנהלת תחום פרויקטים, משרד הבריאות