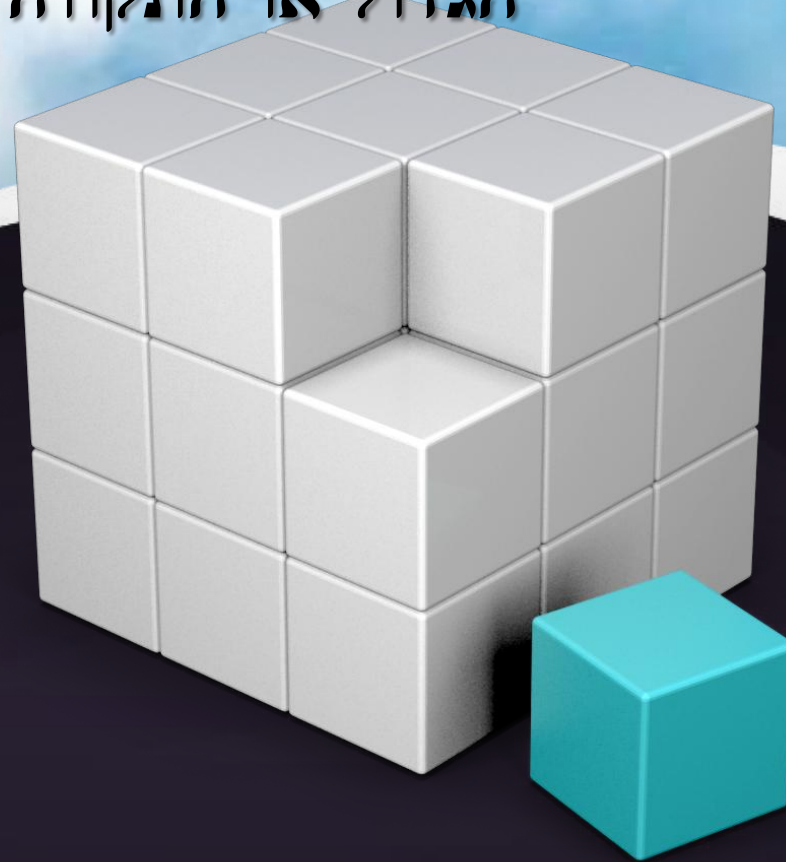


מקומו של הטיפול הפרטי (פרטי מבטן ומלידה לא
פרטי של הפרטה) ברצף השירותים, האם הם האויב
הגדול או התקווה היחידה?



ד"ר סרג'יו מרצ'בסקי
מרפאת היבטים

מודלים אפשריים למתן שירות



ממשלה

- מקצצת ומקצצת
- ראה המשך ההרצאה

עמותה ציבורית

- יותר מוציאה מאשר
מכניסה

קניית שירותים בשוק הפרטי

- הממשלה משלמת גרושים
- מטרת רווח
- הורדת סטנדרטים

שוק פרטי

- יחסי שוק- עצה/ ביקוש
- יכול לגדול כמה שצריך
- הטיפול מותנה ביכולת תשלום
- אפשרות של שוק שחור

סוגי טיפול/רמות שירות

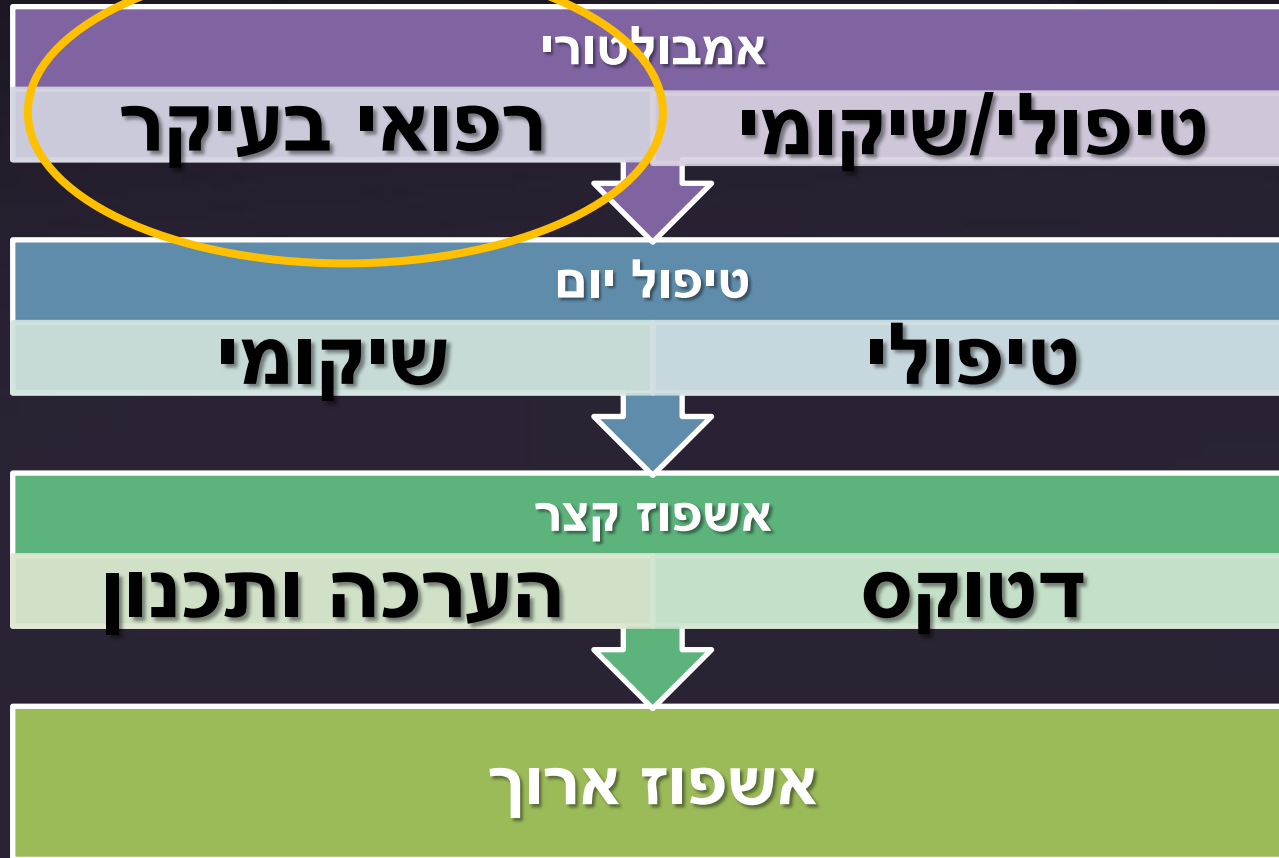
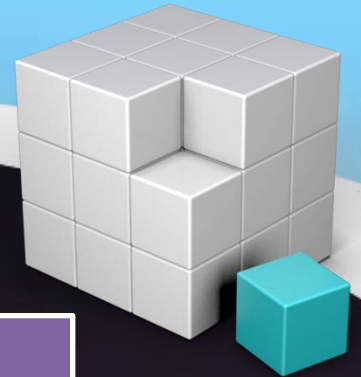


הכנתי סקירה על כל אחד מהמשבצות אך אתחיל מהשנייה כיוון שאני חושש שהזמן הקצר לא יספיק להתייחס לכולן

לא אתייחס כלל לטיפול
אשפוזי לדטוקס בסקירה זאת



סוגי טיפול/רמות שירות





טיפול אמבולטורי רפואי:

מתדון/בופרנורפין ממושך ויעוץ פסיכיאטרי



אם להאמין לנציגנו (ואני אכן מאמין להם) המצב בתחום זה בישראל רחוק מלהיות טוב



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

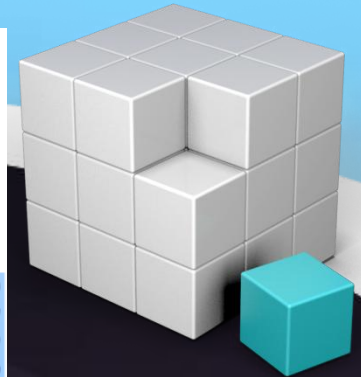
הטיפול במכורים לסמים קשים במסגרת אחריות משרד הבריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע
קרית-בן-גוריון, ירושלים 91950
טל': 02 - 6408240/1
פקס: 02 - 6496103
www.knesset.gov.il/mmm

יז' בחשיון התשס"ח
29 באוקטובר 2007

כתביה: גלעד נתן

אישור: ד"ר שירלי אברמי



6. סוגיית היקף המענה של הטיפולים הקיימים

כאמור לדעת גורמים מקצועיים קיים בארץ מחסור של קרוב ל-3000 מקומות לטיפול במרכזי המתדון. מחסור זה במקומות טיפול והצורך להתמתן למקום טיפול יוצרים ניתוק בין אוכלוסיית המכורים לסמים קשים ומרכזי הטיפול. בשל מחסור תקציבי לא נעשות פעולות למיפוי אוכלוסיית המשתמשים ולא נעשים מאמצים להגיע למכורים שאינם בקשר עם מרכזי המתדון ורשויות הרווחה. חשוב לציין כי אין טעם בהרחבת הטיפול הניתן ללא תוספת תקציבית שכן כל הרחבה של מספר המטופלים ללא תקצוב גורעת מאיכות והיקף הטיפול הניתן כיום למכורים המטופלים במערכת.

משרד הבריאות ומשרד האוצר מודעים לבעיה אולם הפתרונות ניתנים במסגרת מגבלות התקציב וסדר העדיפויות של המשרד. משרד האוצר הציג תוכנית מבוססת צרכים והפער בין הצרכים לתקציב המשרד עולה על תקציב המשרד.¹⁵ לדברי גורמים מקצועיים במשרד הבריאות וברשות למלחמה בסמים, נושא הסמים אינו נמצא בעדיפות גבוהה בסדר העדיפויות של משרד הבריאות.



הכנסת

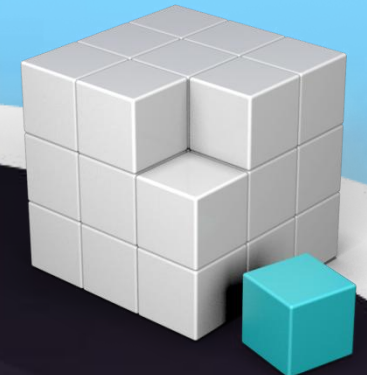
מרכז המחקר והמידע

הטיפול במכורים לסמים קשים במסגרת אחריות משרד הבריאות

זו בחשון התשס"ח
29 באוקטובר 2007

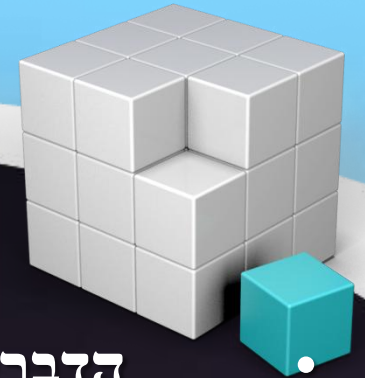
כתיבה: גלעד נתן
אישור: ד"ר שירי אברמי

הכנסת, מרכז המחקר והמידע
קריית בן-גוריון, ירושלים 91950
טל: 02 - 6408240/1
פקס: 02 - 6496103
www.knesset.gov.il/immun



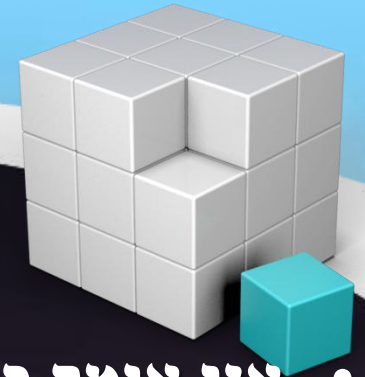
לפי הערכת ארגון הבריאות העולמי, הערכה המקובלת גם על גורמים מקצועיים במשרד הבריאות ובמסד האקדמאי בישראל, מספר המקומות האפשריים לקליטת מטופלים, בתחנות המתדון לצורך טיפול במכורים לסמים הזקוקים לטיפול תרופתי ארוך טווח במאבק בהתמכרות להוציאן הוא כ-6000 מקומות. להערכת משרד הבריאות מן הראוי כי בכל מרכז יועסק עובד סוציאלי לכל 50 מטופלים, בפועל כיום מטפל כל עו"ס בכ-150 מטופלים במוצע,¹¹ מכורים רבים לא מגיעים למרכזי החלוקה של המתדון ולא מקבלים טיפול בגלל רשימות המתנה ומחסור בכוח אדם. בשנים האחרונות, למרות הגידול באוכלוסייה ובצרכים, לא היה גידול מקביל בתקציבים לתחנות המתדון.¹² יש לציין כי הטיפול במסגרות תחנות המתדון של משרד הבריאות הינו בהשתתפות עצמית של המטופל בניגוד לטיפול במסגרות של משרד הרווחה והשב"ס הניתן בחינם.

ד"ר מיקי רייטר אמר בישיבה של ועדת הסמים ב- 6 יוני 2005



הדברים שנאמרו כאן קשים, חלקם הגדול מאוד נכונים. בשלוש השנים האחרונות אנחנו קוצצנו בשליש. אם יכול להיות פתרון לאלה שישנם במערכת מהסוג שדיברנו בהם אנחנו מאוד רוצים את זה, ולקלוט אנשים נוספים כדי לפרוס את הרשת. אנחנו מצויים כרגע עם 2,300 מטופלים, כשהסטנדרט העולמי במינימום למקומות טיפול באוכלוסייה בסדר גודל במדינת ישראל הוא 4,500. זאת אומרת אנחנו ב-50% היקף טיפול.

ד"ר מיקי רייטר אמר בישיבה של ועדת הסמים ב- 6 יוני 2005



• אני אומר כך, אם אתה יכול להפעיל, וכבר הצלחת בדברים מסויימים כמו שאני יודע, אבל זה לא יכול להיות, לבקש תוספת תקציבית לנושא הזה כדי שאפשר יהיה לפעול כפי שאנחנו מסכימים.

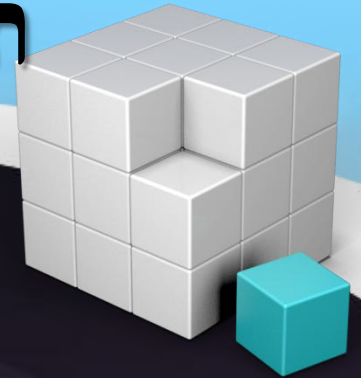
• אבל זה לא יכול להיות מתוך משרד הבריאות, כי אז אנחנו נאבקים – תרופות לסרטן, סל בריאות ודברים אחרים

באותה הישיבה אמר אלי בן שטרית



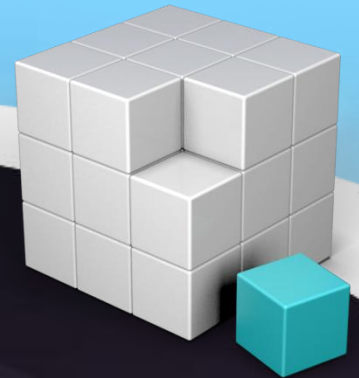
- רבים מהמטופלים מגיעים ברגל, אין במקום אפשרות לשתיה חמה או קרה, כריך או ארוחה קלה, ולו רק כדי להעביר את הטעם המר של התרופה. רבים מהמטופלים מגיעים ברגל משכונות בירושלים ואף מבית שמש. אין במרכז חדר מנוחה, מועדונית או מקום לשבת ולתכנן את המשך היום.
- בגלל העדר תקציבים מועסקים במרכז 4 עובדות סוציאליות על 350 מטופלים ורופאה אחת על כולם. אין פסיכולוג ואנשי טיפול אחרים לתת מענה מידי למצוקות המטופל, כי רבים מהמטופלים מעצם היותם תחת השפעת המתדון, ולעתים בנוסף לדברים אחרים נתקלים בסירובים, ואז תגובתם היא בחוסר פרופורציה לסיבת הסירוב

תרגום על פי הראש הקטן שלי:



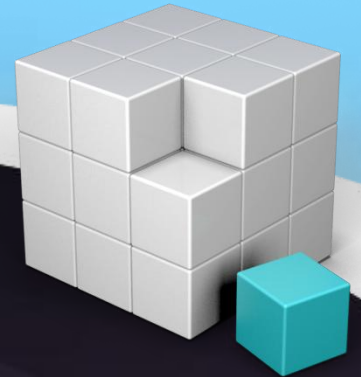
- בישראל של היום אין טיפול בכלל לאנשים הזקוקים לטיפול תרופתי בגלל התמכרות לאופיאטיים.
- וזהו מקורו העיקרי של השוק השחור בבופרנורפין ושאר ירקות

דוגמא קטנה מקרית



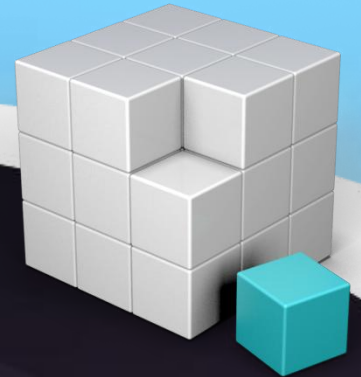
- בן 36, נשוי ואב לבת, בת 11. תושב לוד.
- יליד רוסיה, שני מארבעה ילדים להוריו. אח נוסף משתמש בסמים, חי ברוסיה.
- עלה לישראל עם אשתו וללא משפחת המקור בשנת 1999. כל המשפחה עדיין ברוסיה.
- כשעלה לישראל עדיין לא השתמש בהרואין. אז לא השתמש בשום חומר. סיים לימודי תיכון והכשרה של מורה לספורט. עוד שם לפני הסמים לדבריו הוא נאסר בגין שוד וישב בכלא כמעט ארבע שנים.
- עלה עם אשתו, הילדה נולדה פה.
- אחיה של אשתו היה בישראל והיה משתמש בהרואין ודרכו התחיל גם להשתמש.
- לדבריו כחודש לאחר ניסיון ראשון של הרואין עבר לשימוש יומיומי.
- פרט להרואין השתמש בעיקר בקריסטל.

דוגמא קטנה מקרית



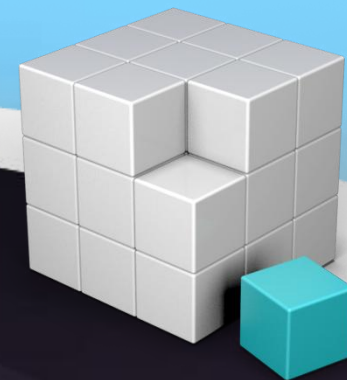
- ריצה מאסרים – סך של כארבע שנים, שני מאסרים – אחד ברוסיה ואחד פה – שוחרר ב 2007 ממאסר אחרון לדבריו כעת יש עדיין תיקים פליליים. יש משפט בקרוב. פה ישב בכלא חודשיים בלבד.
- היה בגמילה פרטית פעמיים והחזיק פעם אחת שנה של נקיון ופעם שנייה לא סיים.
- לא מקבל הבטחת הכנסה.

דוגמא קטנה מקרית



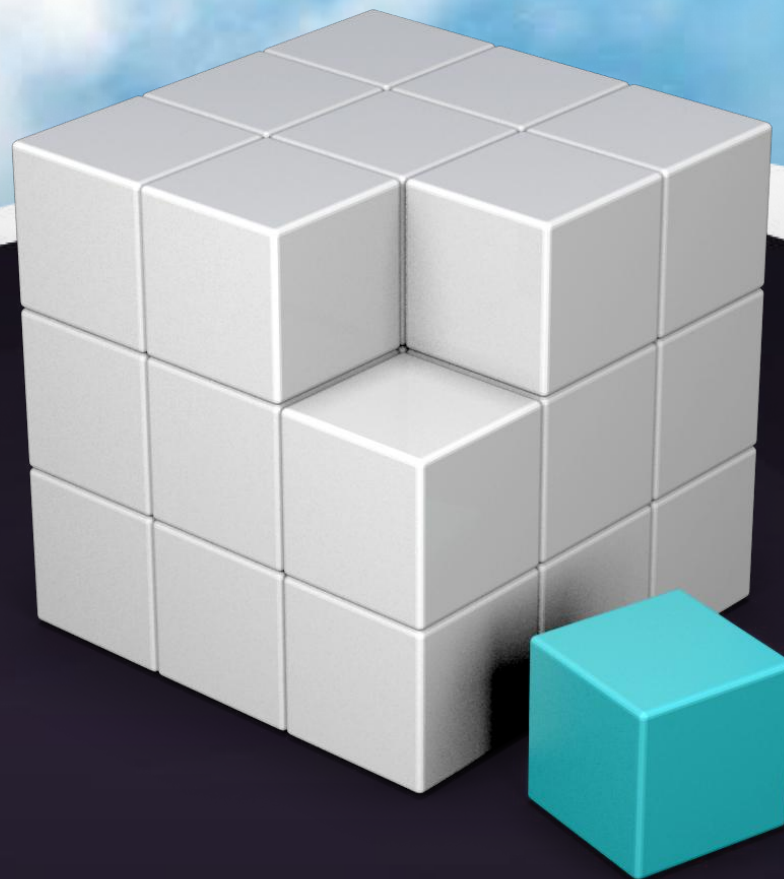
- לדבריו היה שנה וחצי ב"המתנה" במרכז אביב, במקביל לרכישת הסובוטקס בשוק הפרטי במחיר של כ- 100 ₪ לכדור. לדבריו רק שבוע לפני הפניה אלינו נודע לו שיש אפשרות של טיפול פרטי.
- תור המתנה במרפאתנו 0 דקות 0 שניות
- תנאים לקבלה למרפאתנו- אף תנאי
- הסדרת בטוח לאומי- הבטחת הכנסה שמגיעה לו על פי חוק- שבועיים ימים

שאלה



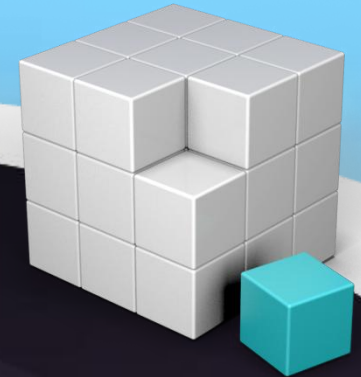
• מה דעתכם?

וכיוון שלא היה גרוע מספיק אז מוסיפים על זה את צרת ההפרטה



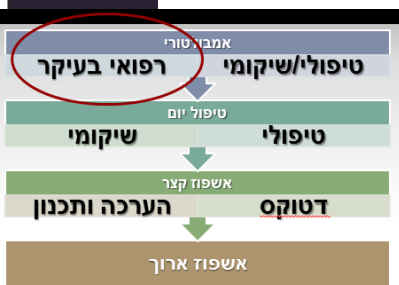
מעתיקה מנהלית של האגודה לזכויות

האזרה



2. טיפול בתחליפי הסם ניתן למכורים לסמים שנכשלו בניסיונות גמילה קודמים ואשר מוגדרים כחולים כרוניים לכל דבר ותלויים בטיפול התרופתי בתחליפי הסם למשך כל ימי חייהם בדרך כלל. הטיפול בתחליפי הסם ניתן ב-13 מרכזים בלבד והוא כרוך באופן מובנה בהפעלת סמכויות שמשמען פגיעה בזכויות יסוד, שלילת הטיפול ככלי טיפולי-התנהגותי והפעלת שיקול דעת קריטי בהחלטות על

הנגישות לטיפול.



מעטירת מנהלית של האגודה לזכויות

האזרח



3. למרות המאפיינים הייחודיים של הטיפול במרכזים, ובכלל זה אופיו הרגיש של הטיפול ומורכבותו, התלות של החולים בטיפול זה, הסמכויות הפוגעניות הנתונות בידי המטפלים ומאפייניה המיוחדים של אוכלוסיית המכורים לסמים, בחר המשיב לספק את הטיפול באמצעות מיקור חוץ לגורמים פרטיים, ובכלל זה לחברות למטרות רווח. לאור המאפיינים הייחודיים של הטיפול ושל המטופלים, שירות זה יכול להינתן אך ורק על ידי גוף ציבורי המקדם תכליות ציבוריות, ואלו בלבד, ואשר נתון לפיקוח - מקצועי וציבורי - המכוון לבהינתן פעולותיו לאור תכליות אלו.



אני נוטה להסכים אך מסיבות אחרות



- אין שום עדות שמשרד ממשלתי יהיה אנושי ומכבד זכויות יותר משירות פרטי

- אבל הפרטה שווה:

תקציב חסר – רווח של היזם = טיפול עוד יותר גרוע

עין ערך נווה יעקב



יתכן שהפיקוח הטוב ביותר יהיה שיהיו
אפשרויות רבות של טיפול ואז המטופל לא

יהיה "שייך" לאף אחד



אותה הפילוסופיה ב'מדיניות' טיפול בבופרנורפין של משרד הבריאות



כ"ב בכסלו, התשי"ע
29 נובמבר 2010
אסמכתא: 38299410

מדיניות המחלקה לטיפול בהתמכרויות- משרד הבריאות בנושא:

טיפול תרופתי ממושך וטיפול פסיכו-סוציאלי במכורים לחומרים אופיאטים
(באמצעות תרופות אגוניסטיות או אגוניסטיות חלקיות כגון מתדון, בופרנורפין)

7. זכויות מטופלים וגבולות טיפוליים

7.1. הקדמה

7.1.1. נפגעי סמים מהווים אוכלוסייה בעייתית המציגה, כקבוצה, דילמות טיפוליות קשות ומתמשכות. מרבית המכורים זקוקים לתקופת הסתגלות בת שישה חודשים או יותר בה השימוש בסמי רחוב עלול להמשך כאשר שימוש זה יורד בהדרגה ע"י סיוע טיפולי של המרכז. מעבר לזה, המסגרת הטיפולית חייבת להיות עקבית, יציבה ולעתים בלתי מתפשרת. יחד עם זאת חלה חובה על המטפלים בכל עת להעניק למטופלים יחס הוגן ולכבד את זכויותיהם כאזרחים וכמטופלים (עפ"י חוק זכויות החולה התשנ"ו, 1996).

7.1.2. הניסיון המצטבר בארץ ובחו"ל מעיד שבמסגרות טיפוליות לנפגעי סמים בכלל ובמרכזים לטיפול תרופתי ממושך אין מנוס משימוש בסנקציות על מנת להבטיח טיפול הולם ומקצועי.

7.1.3. ככלל, יש לעשות את כל המאמצים לפתח מערכת תמריצים טיפוליים וכלכליים (הטבות).

תשובתי הצנועה



- טיפול רפואי הוא טיפול רפואי
- אין טיפול "מיוחד" לאוכלוסיה זאת
- ותתפלאו לשמוע אבל גם באוכלוסיית המטופלים הפסיכיאטרים יש כמה בעיות – וגם סנקציות



מילר ורולניק כותבים:

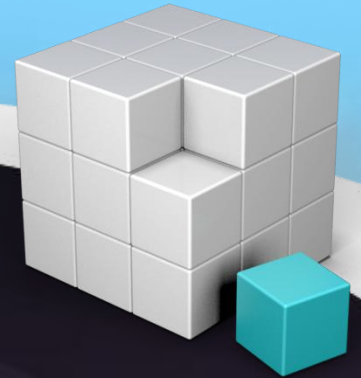


- *Client resistant behavior is a signal of dissonance in the counseling relationship*



» ע' 46 מהדורה שנייה בפרק על שינוי והתנגדות.

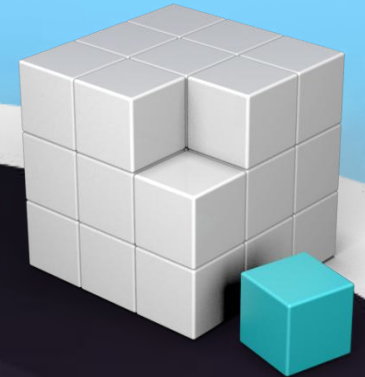
אני גם קראתי מחקר אשר הוכיח



• שלא כולם אותו הדבר



פה המקום להציע לחברנו במשלה



- לאור האמור לעיל
- קצת צניעות

Harm reduction: 'Meeting people where they're at'

Submitted by IDPC on Thu, 18/10/2012 - 17:32



כיצד הטיפול הפרטי משפר בצורה משמעותית את התמונה בתחום זה? למעשה, לעניות דעתי, מהווה התקווה היחידה בתחום



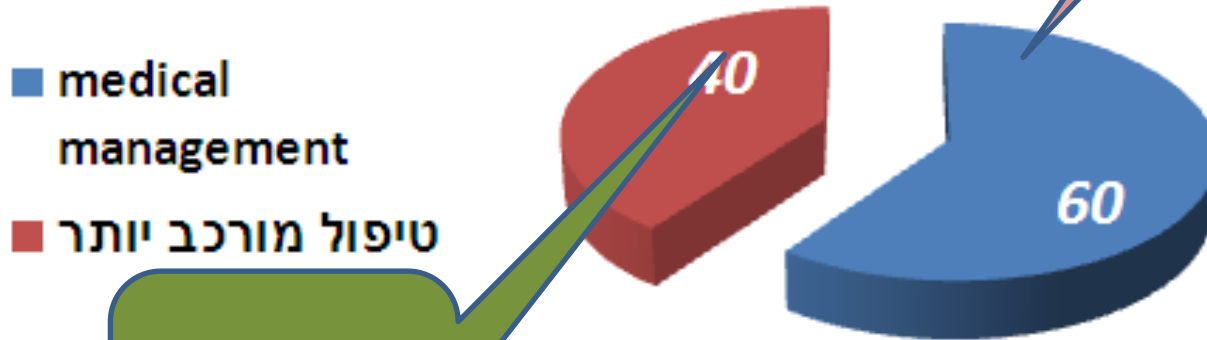
מקומו של הטיפול הפרטי לטיפול

רפואי ממושך בנפגעי הרואין

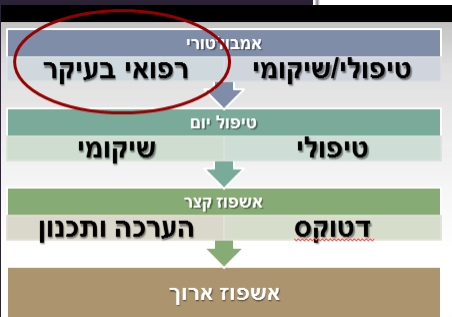


רופא
בודד

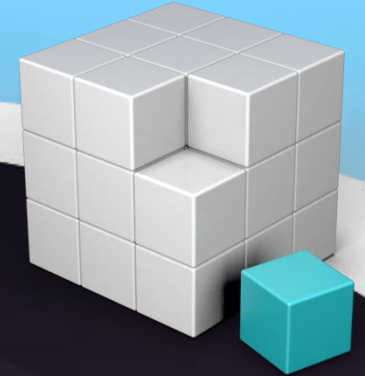
צרכים של מטופלים



מרכזי
טיפול



6.2 the effectiveness of OST



- Suppresses illicit use of heroin
 - three large studies from different countries provide surprisingly consistent results. Heroin use was reduced, with only 25-35% of users reporting continuing heroin use three to five years after beginning their index treatment



רופא



רוקח



מודל ממש
מתוחכם

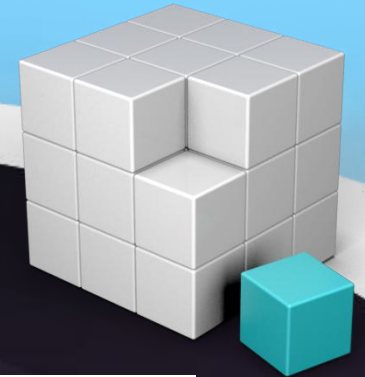
חולה
הזקוק
לטיפול

פסיכולוג

שירותי שיקום

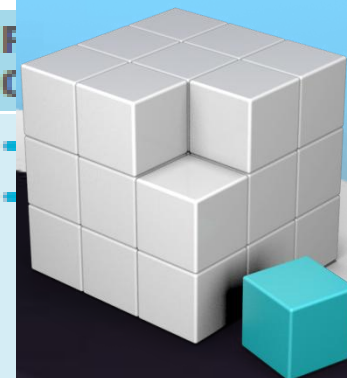
עובד
סוציאלי





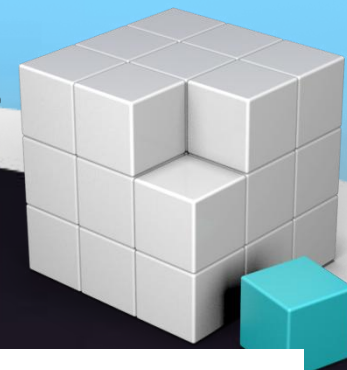
LAYERS	PHASES	ENGAGEMENT AND STABILISATION	PREPARATION FOR CHANGE	ACTIVE CHANGE	COMPLETION
STANDARD TREATMENT		Packages of interventions	Packages of interventions	Packages of interventions	Packages of interventions
ENHANCED TREATMENT		Packages of interventions	Packages of interventions	Packages of interventions	Packages of interventions
INTENSIVE TREATMENT		Packages of interventions	Packages of interventions	Packages of interventions	Packages of interventions

THE TREATMENT JOURNEY



	ENGAGEMENT AND STABILISATION
STANDARD TREATMENT	<ul style="list-style-type: none">• Keyworking (table B)• Opioid substitution treatment:<ul style="list-style-type: none">– buprenorphine/oral methadone– supervised consumption– optimised dose– testing• Proactive/facilitated referral to mutual aid• Mental health assessment, monitoring and integrated access to appropriate mental health services• Health monitoring and access to healthcare• Low intensity psychosocial intervention (see table C).

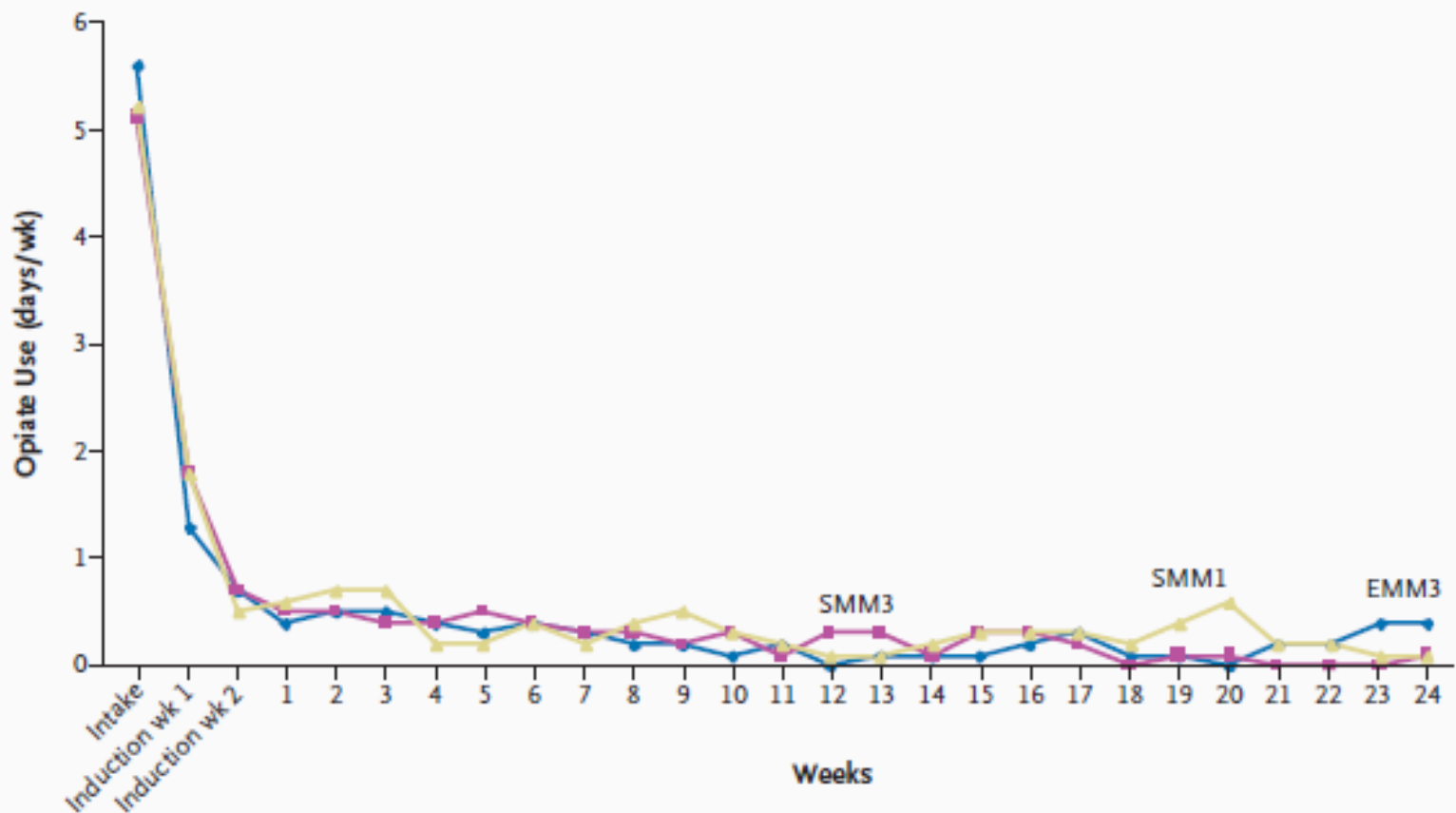
גם ה- NEJM מסכים



CONCLUSIONS

Among patients receiving buprenorphine–naloxone in primary care for opioid dependence, the efficacy of brief weekly counseling and once-weekly medication dispensing did not differ significantly from that of extended weekly counseling and thrice-weekly dispensing. Strategies to improve buprenorphine–naloxone adherence are needed. (ClinicalTrials.gov number, NCT00023283.)

N ENGL J MED 355;4 WWW.NEJM.ORG JULY 27, 2006



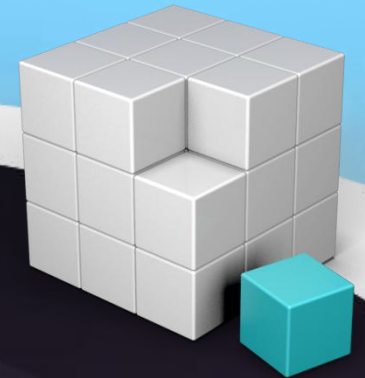
No. Providing Assessments

EMM3	56	55	54	54	53	48	46	48	49	47	44	42	40	36	35	34	29	28	29	27	25	25	26	23	21	23	21
SMM3	56	54	52	50	50	46	45	44	44	42	41	40	37	38	33	31	28	24	22	22	21	21	18	20	19	18	15
SMM1	54	53	53	51	48	48	48	44	44	38	39	38	33	34	31	31	28	30	28	27	27	27	28	26	25	24	22

Figure 2. Self-Reported Frequency of Illicit Opioid Use in Opioid-Dependent Patients Receiving Buprenorphine–Naloxone in Primary Care.

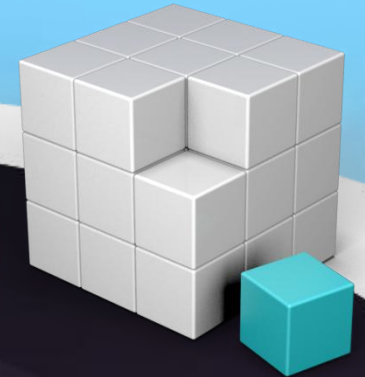
SMM1 denotes standard medical management and once-weekly medication dispensing, SMM3 standard medical management and thrice-weekly medication dispensing, and EMM3 enhanced medical management and thrice-weekly medication dispensing.

דרך אגב



- טיפול פרטי בבופרנורפין אינו הרבה יותר יקר מטיפול מתדון במרכז מתדון
- תלוי במרחק הנסיעה עשוי להיות זול יותר
- זאת מבלי לדבר על אפשרות העבודה שהוא מאפשר.

ובעיקר ללא מחסומים

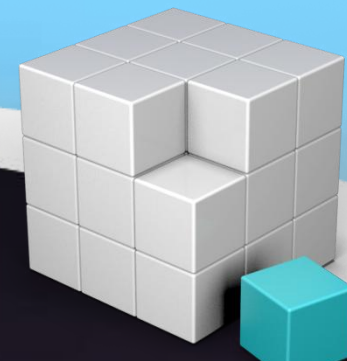


כמו שסנטור לויין כתב:



- Dr. Charles Schuster, a Professor at the Wayne State University School of Medicine in Detroit who directs a NIDA-sponsored heroin addiction research treatment program at the school, introduced a patient who has successfully participated in the program and testified that he has **"been very impressed not only with [Buprenorphine's] effectiveness, but as well with its acceptance by patients who would have been reluctant to enter a methadone treatment program."**

אבל זה לא קורה ולא מתפתח בגלל חוק הפיקוח המיותר והמזיק לעניות דעתי



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות

MENTAL HEALTH SERVICES

שירותי בריאות הנפש

Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

המחלקה לטיפול בהתמכרויות
Department for the Treatment
Of Substance Abuse

מסגרות פרטיות מורשות לטיפול בסובוטקס

שם המרכז	כתובת	טלפון	פקס	מנהל	E-MAIL	אתר אינטרנט (א)
"היבטים"	ברנר 5 תל אביב; רח' טשרניחובסקי 24 חדר 203, כפר סבא	03-6851551	03-6854590 052-5523508	ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי		
מרפאת נס	הרצל 54, נתניה	05-44219766 050-6242897	077-3242897	בן יוסף אמזג' ד"ר לודמילה חלד		
אזמרה	שארית ישראל 37 קומה ג', יפו	050-4490326		ד"ר אביבה וולף		

זה מה יש על פי משרד הבריאות- בלבד

האם טיפול פרטי הוא הסיבה לסחר בשוק שחור?



Table 2: Frequency of reasons for use of HDB in the past month, in 2003, among participants in the '2003 low-threshold' survey by age group in France

Reason for use	Age (years)			
	15-24 (%)	25-34 (%)	35 and over (%)	All (%)
As treatment	47	50	66	54
To 'get high'	20	10	13	13
Both	33	40	21	34
Total	100 (n = 80)	100 (n = 209)	100 (n = 100)	100 (n = 389)

Sources: TREND/OFDI (Escots and Fahet, 2004).

האם טיפול פרטי הוא הסיבה לסחר בשוק שחור?

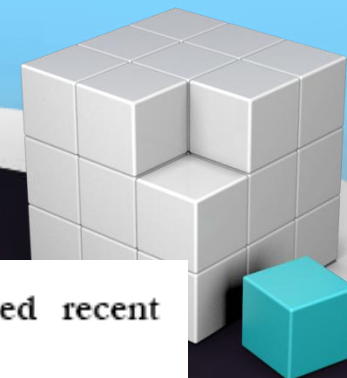
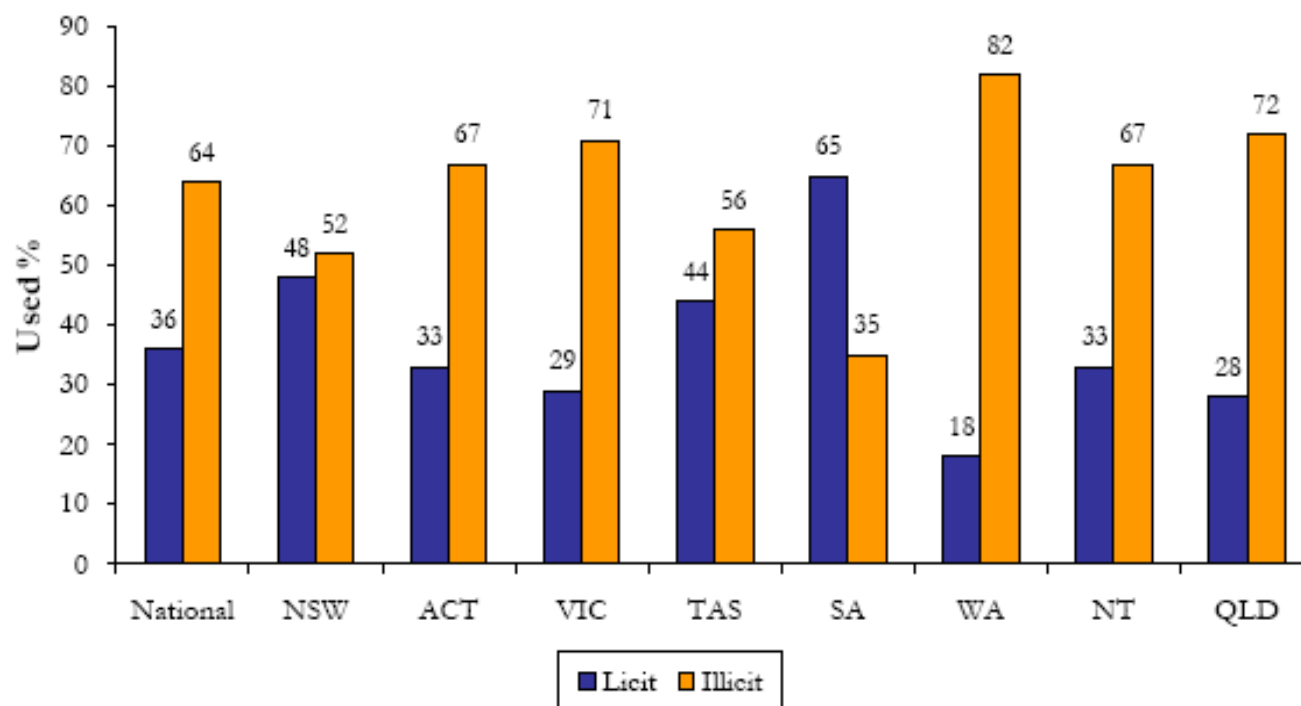
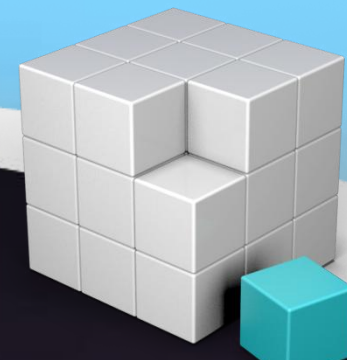


Figure 10: Most used form of buprenorphine among those who reported recent buprenorphine use, by jurisdiction, 2010



Source: IDRS participant interviews

דרך אגב זה לא יותר גרוע ממתדון שניתן בהשגחה



A8.1. Sold a dose of their current OST medication in the last six months, by jurisdiction, 2008 (% OST clients)

	2008			
	SA	VIC	NSW	TOTAL
Methadone (n=153)	12	8	19	13
Buprenorphine (n=149)	14	14	8	11
Buprenorphine-naloxone (n=137)	9	10	0	8

Note that the proportions listed above are among those clients receiving that particular form of OST, and includes all 2008 VIC buprenorphine clients (n=51).

לסיכום

The final report of the
UK Drug Policy Commission.

October 2012



Figure 6:4*

HARMS CAUSED BY DRUG USE

Source: Nutt, D et al, 2010. *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis.*



את הבעיות אפשר להקטין
בצורה משמעותית אם עוברים
לסובקסון



האם זה ירחיק את הנוער?



Table 2: Drug first injected and age at first injection, by jurisdiction, 2010

	National N=902		NSW n=154	ACT n=101	VIC n=151	TAS n=100	SA n=97	WA n=100	NT n=99	QLD n=100
	2009	2010								
Mean age first injected	19	20	19	19	18	20	20	19	22	20
Drug first injected (%)										
Heroin	42	41	61	49	58	11	32	39	32	25
Amphetamines*	48	49	33	41	39	62	62	53	51	67
Morphine	4	4	1	0	1	17	0	3	12	4
Cocaine	2	1	3	3	0	0	2	0	0	2
Methadone	<1	1	0	2	0	4	0	0	0	0
Buprenorphine**	<1	<1	0	0	1	0	0	1	1	0
Other drugs	2	3	2	5	1	6	4	4	4	2

Source: IDRS participant interviews

* Refers to 'amphetamines' rather than 'methamphetamine' as a proportion of participants may have first injected prior to methamphetamine dominating the market

** Excludes buprenorphine-naloxone (Suboxone)

על אותו המשקל

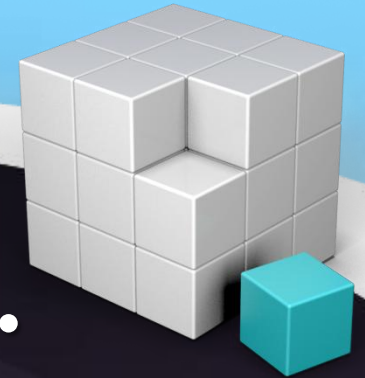


טיפול פסיכיאטרי פרטי יכול לתת מענה מיידית, טוב ומקצועי לכל המרכזים המטפלים בנפגעי סמים מבלי פסיכיאטר בצוות

- היום המענה הקיים, כך שמעתי, אינו מספיק
- ומרפאות פסיכיאטריות, כולל של קופ"ח לא תמיד נותנות פתרון מתאים
- הפסיכיאטר הפרטי זמין, נמצא בכל מקום ויש הרבה כאלה



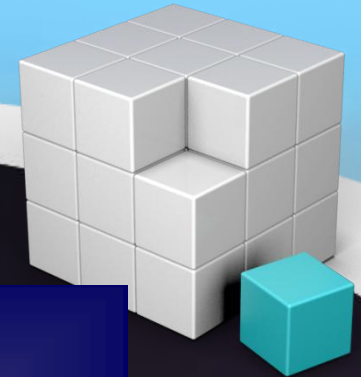
מיילה על גמיילה



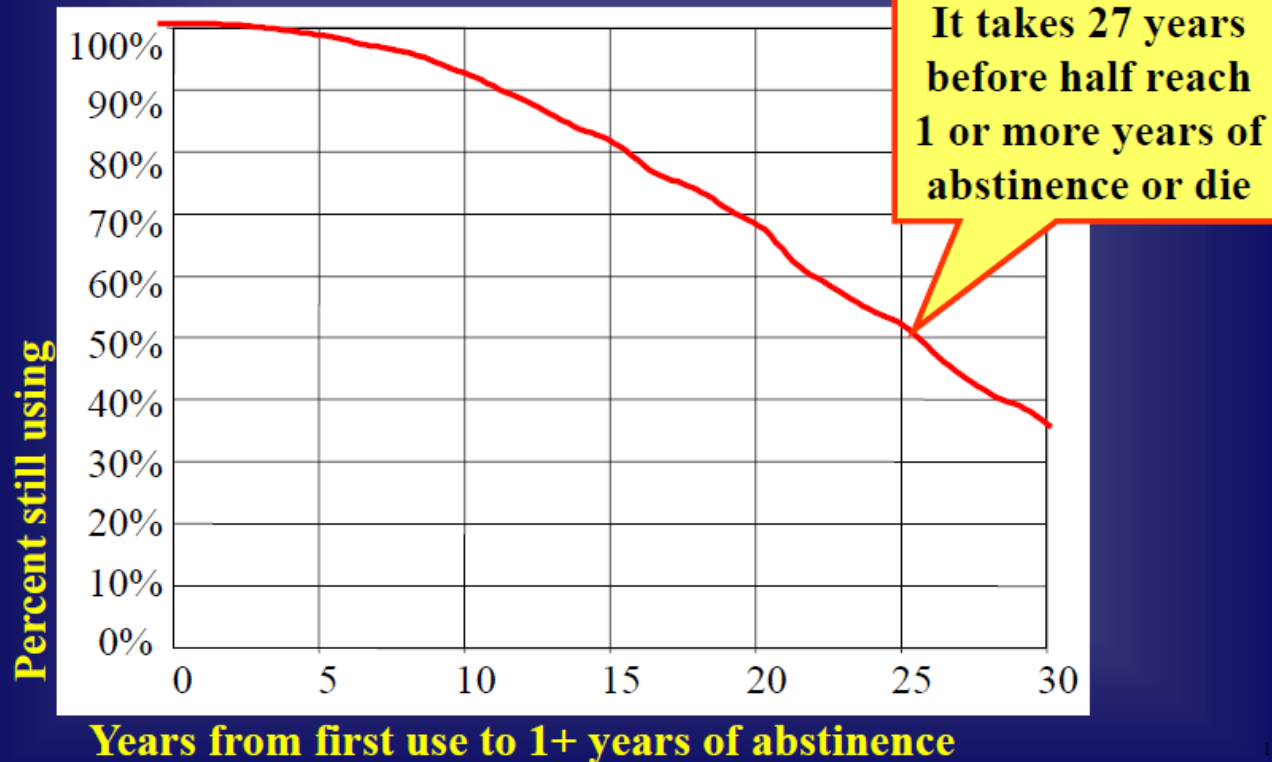
The majority of individuals discharged from •
addiction treatment will relapse within 3 to 12
months after discharge, most within 30-90 days
(Wilbourne & Miller, 2003; Hubbard, Flynn,
Craddock, & Fletcher, 2001; Scott et al., 2005b).

Instability of recovery continues throughout the •
early years of recovery (Scott et al., 2005a).

טוב.. שתי מילים:



People Entering Publicly Funded Treatment Generally Use For Decades

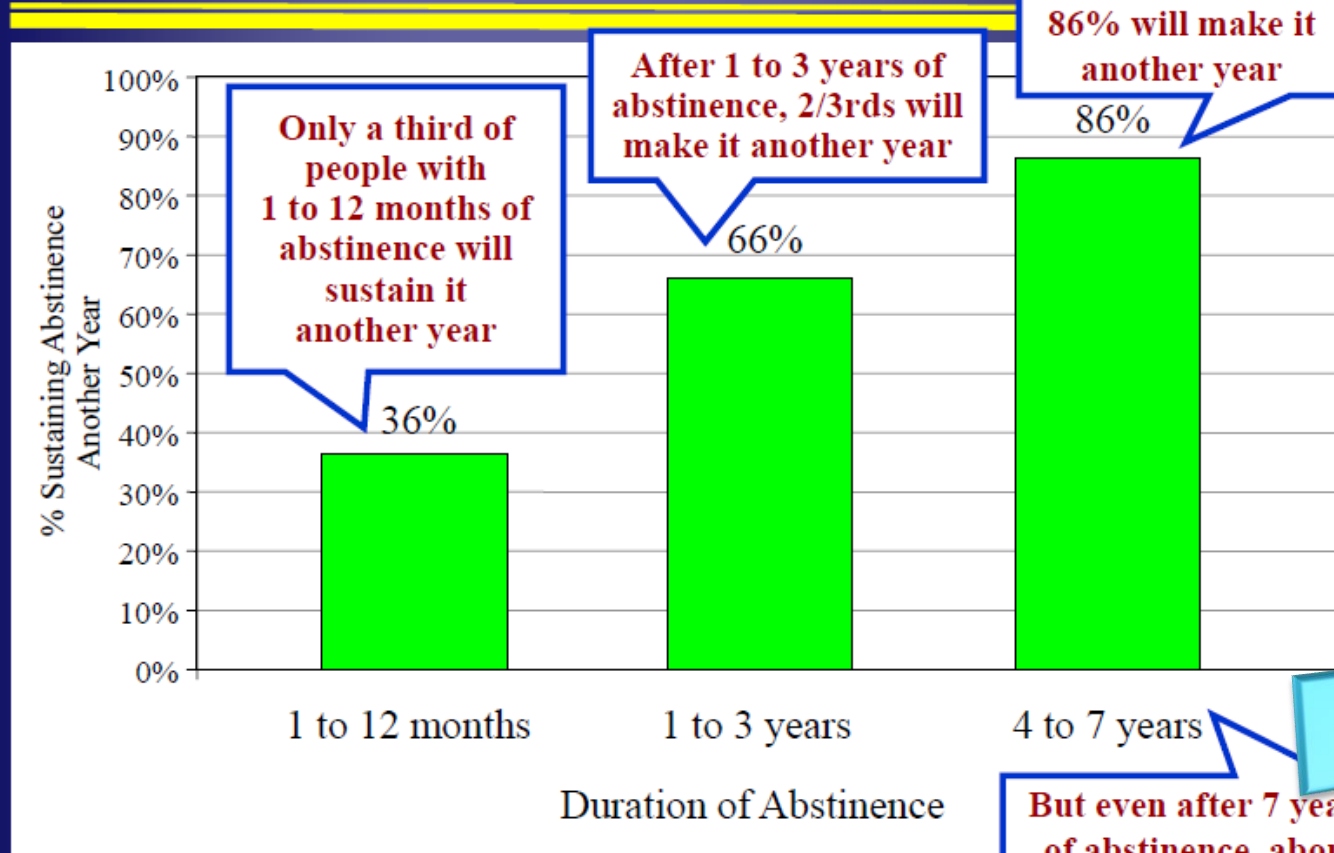


Source: Dennis et al., 2005

טוב.. שתי מילים:

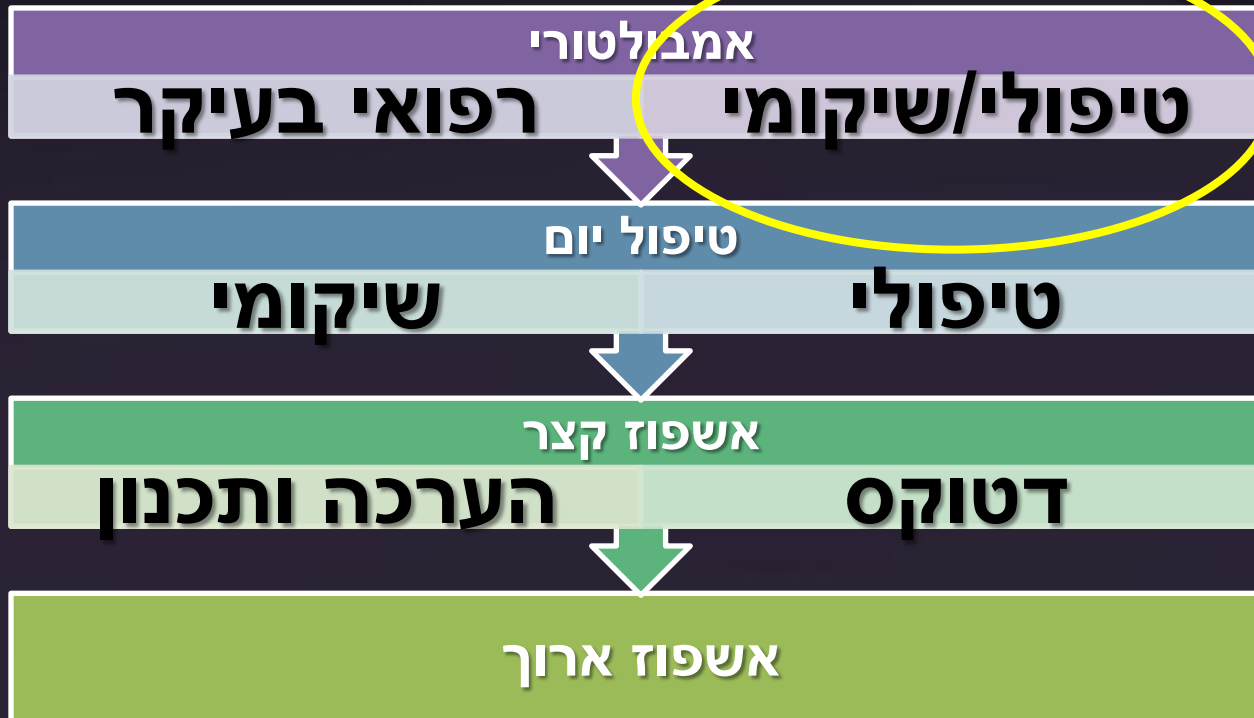
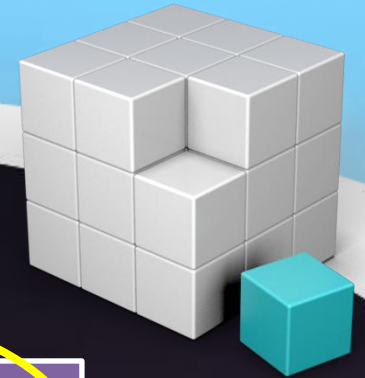


The Likelihood of Sustaining Abstinence Another Year Grows Over Time



Source: Dennis, Foss & Scott (2007)

סוגי טיפול/רמות שירות

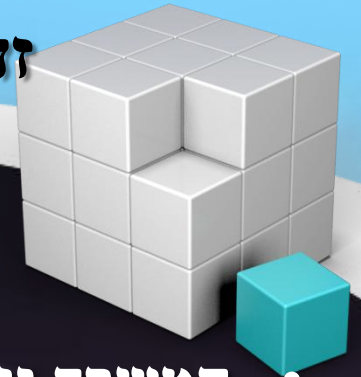


טיפול אמבולטורי טיפולי/שיקומי – המודל:



- מרפאה לבריאות הנפש
- שירותים משולבים הדומים למרפאה אשר כוללים:
 - פסיכיאטרים
 - פסיכותרפיסטים
 - אנשי שיקום/ריפוי בעיסוק/תעסוקה
 - עובדים בקשר הדוק עם שירותי הרפואה בקהילה
 - עובדים בקשר הדוק עם שירותי שיקום בקהילה

זה מה יש אבל על פי מבקר המדינה - זה לא משהו...



המשרד יודע כבר שנים רבות שמשך ההמתנה לטיפול במרפאה במקומות רבים ממושך. בתגובה על ממצאי הביקורת הקודמת הודיע מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' אבי ישראלי, ש"אנשים ממתנים בתור חודשים. יש ילדים שממתנים שנה". הביקורת הנוכחית העלתה שיש מרפאות שבהן זמן ההמתנה לטיפולים עדיין ממושך ואפילו התארך בהשוואה לביקורת הקודמת: מבוגרים, ילדים בגיל הרך וילדים ונוער המתונו עד שנה וחצי.



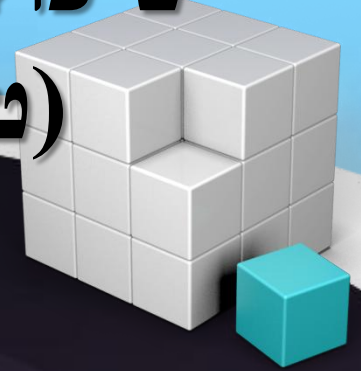
מרפאות משולבות ציבוריות – דוגמה "עמותת אפשר" או שירותי עריית תל אביב



- זה מענה כלשהו, אך לא תמיד מסוגלים לתת טיפול כוללני, כולל טיפול פסיכיאטרי.
- לאור המצב של המערכת הפסיכיאטרית יש לברך על עצם הקיום של מסגרות אלו
- אך מן הצדק היה לצפות שתקבלו תקציבים ראויים אשר יאפשרו לעמוד בסטנדרטים אשר ייקבעו לכל בריאות הנפש במסגרת הרפורמה



טיפול במסגרת הרפורמה של בריאות הנפש (טיפול אשר יהיה פרטי רובו ככולו):



- רצוי להכיל את הסטנדרטים שייקבעו גם לאוכלוסיית הסובלים מהתמכרות
- הכרחי להכליל את ההתמכרויות במסגרת הרפורמה או שאפשר לשים את המפתחות על השולחן
- שירותים פרטים יוכלו לספק שירות בפקוח קופות החולים
- לבטל את ההפליה של הסובלים מהתמכרות
- לשקול לבטל כליל את הקטגוריה של "התמכרות" כמסגרת נבדלת מיתר האבחנות הפסיכיאטריות
- לשקול לבטל או לצמצם מסגרות מניסטריליות מיוחדות



טיפול במסגרת הרפורמה של בריאות הנפש (טיפול אשר יהיה פרטי רובו ככולו):



- יתכן שטיפול זה יהיה הרע במיעוטו בתחום בריאות הנפש
- ובכל מקרה "מגיע" למטופלנו ליהנות מאפשרות זאת.





שנה וחצי לקבל תור: מע' בריאות הנפש מידרדרת

זקוקים לטיפול נפשי במדינת ישראל? לפי דו"ח מבקר המדינה, עדיף שתלכו על רפואה פרטית: המבקר מעלה ממצאים קשים על התנאים בבתי החולים הפסיכיאטריים, עיכוב מסכן חיים בטיפול בחולים - חלקם ילדים אובדניים, ונרקומניים שמאושפזים עם חולי נפש, בשל חוסר במסגרות. המבקר: "חלה הרעה בטיב השירותים הניתנים לסובלים ממצוקה נפשית"

מיטל יסעור בית-אור
פורסם: 11.05.10, 15:59



בעיקר

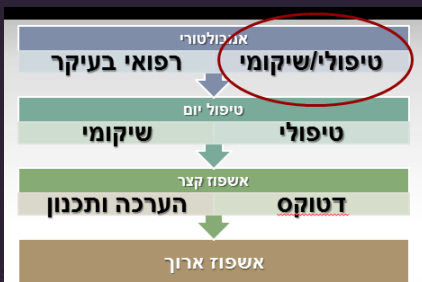
קומי

ה ותכנון

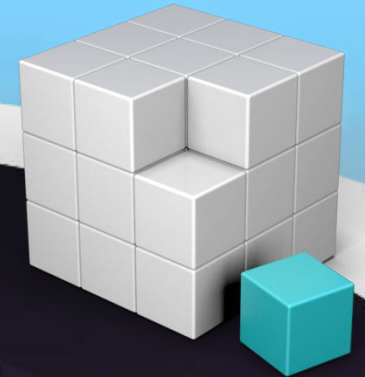
הטיפול האידיאלי למשבצת זאת: הטיפול הפרטי



- אבל ל"עשירים".
- אין להפריע למי שבוחר באפשרות זאת. זה יקל על המערכת
- לבטל את החוק האבסורדי אשר קובע ש"טיפול" ב"התמכרות" צריכה להיעשות ב"מוסד"
- דהיינו לפסיכולוג קליני מומחה מדריך חוקר פרופסור פרס נובל- אסור לו לטפל באדם המכור לסוכריות תופי.



לסיכום משבצת זאת



- הטיפול הפרטי (כולל טיפול בקופ"ח) יכול להוות התקווה היחידה לקיום של טיפול ראוי
- או לפחות לא פחות ראוי מאשר לאוכלוסיות אחרות
- יתר השירותים ילכו ויימחקו כפי שאראה בהמשך
- יש לי ספק רב בתועלת קיומה של מערכת כפולה שעושה כביכול בדיוק את אותה העבודה, אך לרוב במחיר מופחת



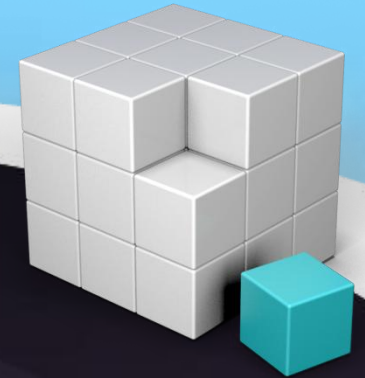
אבל ד"ר גלסר לימד אותי שבישראל אסור לסגור

שירות כי מעולם לא ייפתח אחר במקומו

אז זהירות



לכל היתר יש רק דבר אחד שיכול להתאים:

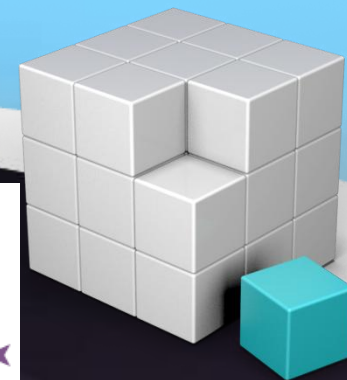


- שירות ציבורי טוב, מתוקצב כראוי
- וכיוון שזה לא יקרה
- יש לנסות ולשלב את האנשים הסובלים מהתמכרות בטיפול הפסיכיאטרי הכללי

**במישורים אלו- לטיפול הפרטי אין מה להציע
וההפרטה קרוב לוודאי הינה אסון**



ואם אתם לא מאמינים לי:



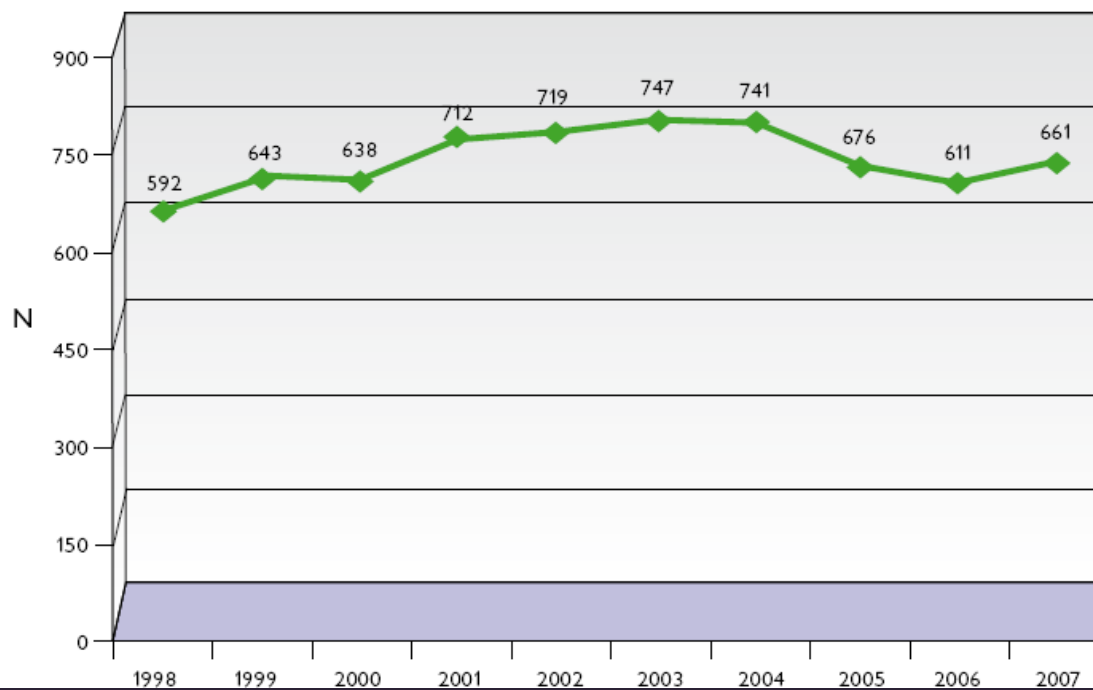
Addictions treatment units

יחידות לטיפול בהתמכרויות

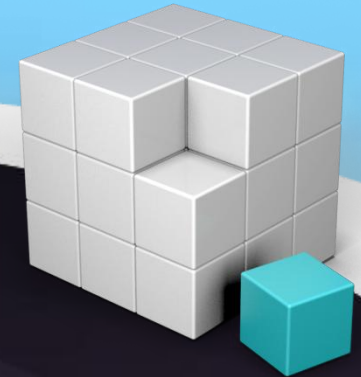
Beds for treatment of drug addiction***

2007

מיטות אשפוז לנמילה מסמים***



ואם אתם לא מאמינים לי:



Admissions to hospitalization*

קבלות לאשפוד*

With drugs and alcohol use

עם שימוש בסמים ואלכוהול במספר לאבחנה ראשית

Absolute numbers and percents

מספרים מוחלטים ואחוזים

	קבלות חוזרות Readmissions		קבלות ראשונות First admissions		סה"כ Total		
	אחוזים Percents	מס' מוחלטים Abs.num	אחוזים Percents	מס' מוחלטים Abs.num	אחוזים Percents	מס' מוחלטים Abs.num	
	Total	100.0	17,117	100.0	4,463	100.0	
Drugs	10.3	1,768	10.5	469	10.4	2,237	סמים
Alcohol	4.3	729	5.4	239	4.5	968	אלכוהול
Drugs and alcohol	4.7	802	4.3	192	4.6	994	סמים ואלכוהול
Unknown about abuse	80.4	13,755	79.8	3,563	80.3	17,318	לא ידוע על שימוש
Unrecorder	0.4	63	0.0	0	0.3	63	לא רשום

Admissions to hospitalization*

קבלות לאשפוד*

with primary diagnosis mental and behavioral disorders

עם אבחנה ראשית הפרעות נפשיות והתנהגותיות

due to psychoactive substance use

2007

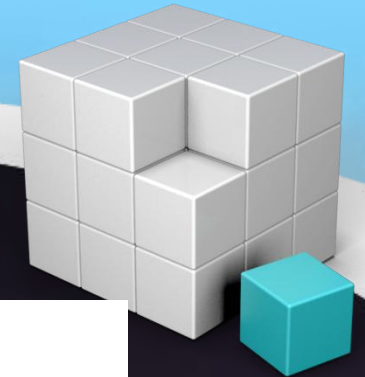
כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים

Absolute numbers

מספרים מוחלטים

	קבלות חוזרות Readmissions		קבלות ראשונות First admissions		סה"כ Total		
	אחוזים Percents	מס' מוחלטים Abs.num	אחוזים Percents	מס' מוחלטים Abs.num	אחוזים Percents	מס' מוחלטים Abs.num	
	Total	100.0	17,117	100.0	4,463	100.0	
Primary diagnosis: mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	3.6	610	4.4	195	3.7	805	אבחנה ראשית: הפרעות נפשיות והתנהגותיות כתוצאה משימוש בחומרים פסיכואקטיביים

ואם אתם לא מאמינים לי:



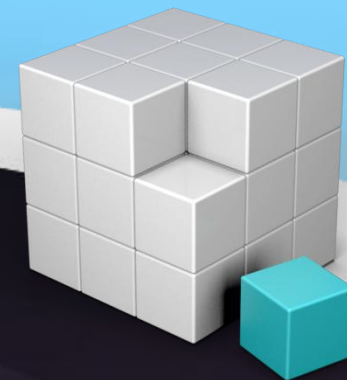
טבלה 2. תקציב השירות לטיפול בהתמכרויות במשרד הרווחה, באלפי ש"ח *

ניצול בפועל (באחוזים)	סך התקציב	תקציב מותנה הכנסה	תקציב בסיס	
42,366 (90.16%)	49,499	8,341	41,158	2007
38,436 (75.25%)	53,161	9,061	44,100	2008
	50,000	5,928	44,072	**2009

* כפי שהוא מופיע בספרי התקציב לשנים 2007-2009, סעיף 231125 – השירות לטיפול בהתמכרויות.

** הצעת התקציב.

ואם אתם לא מאמינים לי:



טבלה 4. תקציב המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות, באלפי ש"ח¹⁰

שיעור ניצול התקציב	אומדן ביצוע	תקציב מקור	
-	-	37,700	2007
84%	29,208.05	34,700	2008
-	-	34,973.5	*2009

* הצעת התקציב.

ואם אתם לא מאמינים לי:

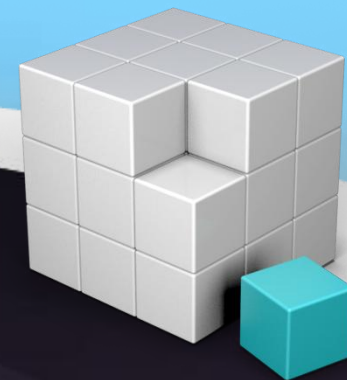


5. משרד ראש הממשלה – הרשות למלחמה בסמים

תפקידה העיקרי של הרשות למלחמה בסמים הוא גיבוש מדיניות לאומית בתחום המאבק בסמים. התקציב המתוכנן לשנת 2005 הוא 11.4 מיליון ₪ – ירידה של כ-20% לעומת שנת 2004. בשנים 2005-2000 פחת תקציב הרשות בשיעור נומינלי של 56.5% ובשיעור ריאלי של כ-48% כדלקמן:⁷

שנה	תקציב (אלפי ₪)	שיעור הירידה הנומינלית
2000	26,269	
2001	25,271	- 3.8
2002	22,151	- 12.3
2003	21,012	- 5.1
2004	14,308	- 31.9
2005	11,429	- 20.1

דו"ח מבקר המדינה 2010



• 3. (א) תחלואה כפולה: ניכרת עלייה משמעותית במספר פגועי נפש שגם מכורים לסמים (תחלואה כפולה). לדעת מנהלי בתי החולים באר יעקב, שלוותה בהוד השרון ומזרע שבעכו המחלקות הספורות הקיימות אינן נותנות מענה מספק לבעיה. פגועי נפש מכורים לסמים מאושפזים יחד עם כאלה שאינם מכורים. כמו כן מידת ההשקעה בחולים אלה רבה, והעובדה שחולים מסוג זה מטופלים בבתי החולים גרמה להכנסת סמים לתוך כותלי בית החולים ועוררה אוירת אלימות. קשיים אלה משפיעים לשלילה על תפקוד המחלקות ועל סיכויי ההחלמה.

• בסיוור שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה במרס 2009 באברבנאל נמסר כי חולה אחד מכור לסמים יכול "להדביק" עד 20 חולים.

דו"ח מבקר המדינה 2010



4.

מאושפזים שלא לצורך בבתי חולים פסיכיאטריים: הסיכוי המרבי להצלחת הטיפול בפגועי נפש באמצעות אשפוז או שיקום טמון בין היתר בשהותו במסגרת המתאימה למצבו הגופני והרפואי. העיקרון שעמד בבסיס הרפורמה המבנית הוא שפגועי נפש לא ישהו במסגרת אשפוז אלא אם כן מחלתם פעילה. אולם בכל עת יש עשרות פגועי נפש - מבוגרים וקטינים - המאושפזים במסגרות שאינן מתאימות למצבם

על פי מדדים מקצועיים מקובלים, וחלקם נאלצים להישאר

במערכת האשפוז הפסיכיאטרית שלא לצורך, כגון:

פגועי נפש שאינם מועברים למסגרות שבאחריות משרד הרווחה

ומכורים לסמים שאין מסגרות עבורם. יצוין שאשפוז

קטינים שלא לצורך מחמיר לעתים את מחלתם עד

כדי גרימת נזק בלתי הפיך.

אפילו הדו"ח הזה לא כלל התמכרויות



- **חולים מכורים דורשים השקעה רבה במיוחד.** לדברי פרופ' משה קוטלר, העובדה שעבריינים מטופלים במערכת גורמת להכנסת סמים לתוך כותלי בית החולים ומעוררת אווירה אלימה. קשיים אלה משפיעים לשלילה על תפקוד המחלקות. כמו כן חולה המשתמש בסמים במחלקה "מדביק" גם חולים רבים שאינם משתמשים, ולכן מן הראוי להפרידם ולאשפזם במחלקה מיוחדת.
- לדעת משרד מבקר המדינה מן הראוי למצוא פתרון בהקדם ללוקים בתחלואה כפולה במוסדות הפסיכיאטריים. כמו כן יש לשמור על הפרדה ברורה בין חולי נפש שאינם מכורים לסמים לבין כאלה הזקוקים לגמילה.
- במהלך סיור שקיימו נציגי משרד מבקר המדינה במרס 2009 באברבנאל נמסר להם כי חולה אחד מכור לסמים יכול "להדביק" (בשימוש בסמים) עד 20 חולים.

!!!**התוצאה**!!!



וממילא זה בכלל לא אכפת



The State Comptroller
and Ombudsman Israel

מבקר המדינה
ונציב תלונות הציבור

English | עברית | מפה | עזרה | דף ראשי | אודות

נה | אודות נציבות | חוקים | מימון מפלגות | פניות מהציבור | קישורים | תלונות הציבור

תוצאות החיפוש

נמצאו: 5 מסמכים

עבור: התמכרויות

מס'	שם הדוח או החלק	תאריך פרסום	לתוכן עניינים
1	דוח שנתי 161 לשנת 2010 ולחשבונות שנת הכספים 2009 (הדוח המלא) / הגרלות מפעל הפיס - ארגון, פיקוח ובקרה	17/5/2011	
2	דוחות על הביקורת - בשלטון המקומי לשנת 2009 (הדוח המלא) / מאבק השלטון המקומי בנגעי הסמים והאלכוהול	13/10/2010	
3	דוח שנתי 152 לשנת 2001 ולחשבונות שנת הכספים 2000 / שיקום חולי נפש בקהילה	29/4/2002	
4	דוח שנתי 45 לשנת 1994 ולחשבונות שנת הכספים 1993 / שיקום נוער - מפתנים	23/4/1995	
5	דוח שנתי 44 לשנת 1993 ולחשבונות שנת הכספים 1992 / מערך הטיפול בנפעי אלכוהול	21/4/1994	

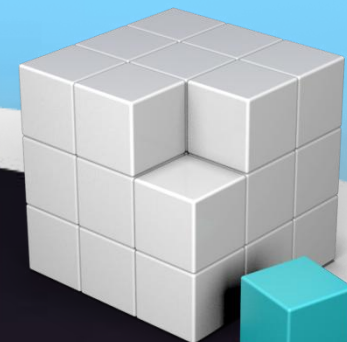
פרסומים

חפש

עזרה



לזכר ימי עברו מדו"ח 1993



• שירותי אשפוז

• מעון אשפוזי לגמילה מאלכוהול ברמת גן

- 1. לצורך מתן שירותי אשפוז לשם גמילה לאלכוהוליסטים, החל לפעול, בדצמבר 1982, ביוזמת עמותה א' ובשיתוף וסיוע כספי של משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה, המעון האשפוזי.
- המחלקה לגמילה מסמים ואלכוהול (להלן - המחלקה), הפועלת במסגרת שירותי בריאות הנפש, הופקדה על הטיפול באלכוהוליסטים מטעם משרד הבריאות.

לזכר ימי עברו מדו"ח 1993



בעשר שנות הפעלתו היו במעון האשפוזי 24 מיטות לאשפוז שוטף ומיטה נוספת לעזרה ראשונה. מאפריל 1993 אישר משרד הבריאות מימון ל-28 מיטות. מנתונים של המעון עולה, כי משנת 1983 ועד 1992 התקבלו לאשפוז ארוך (חודשיים עד שלושה חודשים) 1,091 מטופלים; 39% מהם לא סיימו את הטיפול. כ

מו כן עולה מנתוני המעון, שממאי 1991 ועד פברואר 1993 התקבלו במעון לאשפוז קצר (שבוע עד שבועיים) 169 מטופלים, מהם 138 מטופלים חדשים בלבד, היות ש-31 מהם אושפזו בעבר במעון לאשפוז ארוך. איסוף הנתונים שבמעון אינו ממוחשב ולוקה בחסר. לכן אין הוא מאפשר להסיק מסקנות על יעילות שיטות הטיפול הנקוטות במעון, ולהכין תכניות לטיפול ולמחקר.

לזכר ימי עברו מדו"ח 1993



- הטיפול בנפגעי אלכוהול נתון בידי גורמים רבים: משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי באמצעות שתי עמותות, ובאמצעות כמה רשויות מקומיות, משרד החינוך והתרבות פועל בתחום המניעה במערכת החינוך. חלוקת האחריות והתפקידים בין הגורמים האלה אינה מוסדרת.
- בידי הגורמים המטפלים אין מידע על היקף הבעיה, ואין מערכת איסוף נתונים נאותה לא באשר לאוכלוסייה המטופלת, ולא באשר למידת הצלחת הטיפול. החוסר במידע פוגע בהיערכות לטיפול בבעיה ובהפקת לקחים.

לזכר ימי עברו מדו"ח 1993

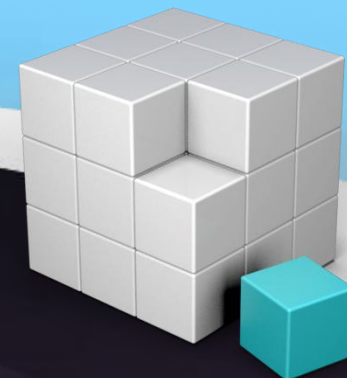


- הפיקוח והבקרה השוטפים על טיב הטיפול הניתן לנפגעי אלכוהול אינם מספיקים, ובכך נפגעת היכולת לבדוק את יעילותן של שיטות הטיפול.
- ריבוי הגורמים המעורבים בטיפול בנפגעי אלכוהול מעלה את הצורך בסמכות מרכזית אשר תקבע מדיניות; תדאג להשגת משאבים להסברה, למניעה, לטיפול, לשיקום ולמחקר; תקבע סדרי עדיפויות; תקבע תחומי אחריות של הגורמים המעורבים ותתאם ביניהם.
- לדעת מבקר המדינה, קביעת סמכות מרכזית תהיה תרומה חשובה להתמודדות בנושא, ולהבטחת רצף טיפולי לנפגעי אלכוהול.

**כידוע למעון היו בעיות קשות מאד ובסביבות
שנת 2000 נסגר סופית לאחר תקופת גסיסה
ארוכה**



לסיכום



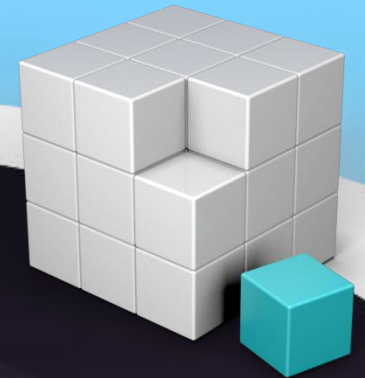
- השוק הפרטי (לא של הפרטה) יכול להוות השלמה טובה לשוק הטיפול הציבורי בשלושה מישורים בלבד:
 - הטיפול הרפואי ה"נרקולוגי"
 - פסיכותרפיה פרטנית (או משפחתית) לא מורכבת
 - טיפול תרופתי פסיכיאטרי
- בנוסף לכך יכולה להוות מערכת מיון ראשונית זמינה למקרים דחופים

לסיכום



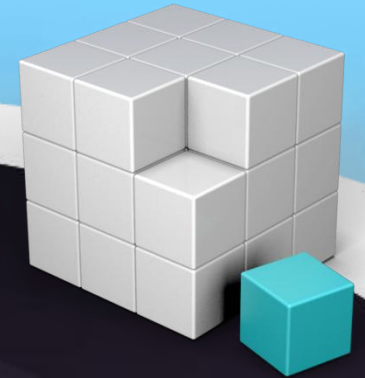
- הטיפול בהתמכרות בישראל הוא במצב לא טוב
- המצב ילך ויחמיר אם לא ניכנס לרפורמה
- בניגוד לכך הטיפול הפרטי הוא נטול מגבלות ונטול גבולות תקציביים
- אין שום צורך לפקח עליו מעבר לפקודת בריאות העם למסגרות אשפוזיות.
- אי לכך הוא לא אויב, הוא תקווה מוגבלת לתחומים אחדים:
- בעיקר למקרים ה"קלים", בעלי מוטיבציה, אשר דורשים טיפולים לא מורכבים כגון טיפול תרופתי או פסיכותרפיה בלבד
- הטיפול הוא זמין, מיידית, יכול להוות שסתום בטחון לכל המערכת, כולל אפשרות של מיון ראשוני מיידית

לסיכום



- לצד ניסיון להציל את השירות הציבורי (שאני לא מאמין שיצליח)
- יש לאפשר לטיפול הפרטי להתקיים מבלי להפריע לו
- הפקוח יתבצע על ידי עליה ברמה המקצועית ועל ידי איזונים טבעיים של חברת שוק דמוקרטי

ונסיים בשאלה



- אילו הייתם זקוקים היום לטיפול בהתמכרויות לקרוב משפחה- לאן הייתם לוקחים אותו לטיפול?



ליתר
המשורים