



הכנסת

הכנסת העשרים וחמש מושב שלישי

פרוטוקול מס' 85
מישיבת הוועדה המיוחדת לזכויות הילד
פרוטוקול מס' 261
מישיבת ועדת הבריאות
יום שלישי, י"א בחשוון התשפ"ה (12 בנובמבר 2024), שעה 14:00

סדר היום:

מחסור במענים בתחום הטיפול בהפרעות אכילה

נכחו:

חברי הוועדה:

אלי דלל – יו"ר הוועדה המיוחדת לזכויות הילד
יונתן מישרקי – יו"ר ועדת בריאות
לימור סון הר מלך

מוזמנים:

- | | |
|---|-------------------------|
| – מנהלת מערך אמבולטורי ברה"ן, משרד הבריאות | רויטל אורדן |
| – מנהלת המחלקה לתזונה אוכלוסיות מיוחדות, משרד הבריאות | פאינה צודיקוב |
| – מנהל מחלקת פסיכיאטריה של הילד והמתבגר, משרד הבריאות | ד"ר יובל רווח |
| – משרד הבריאות | מירי כהן |
| – מפקחת ארצית לתזונה, אגף מערך שירותי בריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי | סיגל ישראלי |
| – ממונה חינוך למיניות ומניעת פגיעה - שפ"י, משרד החינוך | איריס בן יעקב |
| – מנהלת תחום ילד נכה, המוסד לביטוח לאומי | אתי אלאוף |
| – ראש צוות בכירה, מרכז המחקר והמידע, הכנסת | שלי לוי |
| – מנהל מערך פסיכיאטרי, מרכז רפואי מעיני הישועה | פרופ' ישראל שטראוס |
| – מנהלת מרפאת הפרעות אכילה באשדוד, מכבי שירותי בריאות | לנה חרמץ-וקין |
| – תזונאית קלינית מוסמכת, לאומית שירותי בריאות | מיכל שמחי |
| – מרפאת אופק להפרעות אכילה של הכללית במחוז דרום, רופאת הפרעות אכילה בבית החולים מעיני ישועה | ד"ר אורנה אטיאס |
| – תזונאית ראשית, שרותי בריאות כללית | ד"ר גלית גולדז'יק קוניק |
| – דיאטנית, בית חולים שערי צדק | סיגלית כהן צבר |
| – יו"ר העמותה, העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה | ד"ר מיכל חסון רוזנשטיין |
| – סמנכ"לית, הלובי למלחמה באלימות מינית | יערה די סגני |
| – מנכ"לית, הלובי למלחמה באלימות מינית | יעל שרר |
| – מתנדבת, הלובי למלחמה באלימות מינית | יעל מיכל שוורץ |
| – חברת וועד מנהל ומייסדת, עמותת המסע שלנו | תמר אליהו |
| – חבר עמותה, עמותת המסע שלנו | און מנלזון |
| – חברת ועד מנהל בעמותה, עמותת המסע שלנו | ויקי יעל ריכטר ישראלי |
| – עו"ד, עו"ס, מקדמת מדיניות וקשרי ממשל, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית | נטע גורי |
| – עו"ד, היועצת המשפטית, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית | מיה אוברבאום |
| – דוברת השדולה למען האישה החרדית והדתית | איילת שליסל |
| – מורה | לי פינקו |
| – אבא של ילדה מתמודדת | יורם יתאח |
| – רב קהילה, עמותת קול יעקב | יהודה גבאי |
| – יו"ר, ארגון זכויות נכים | ד"ר עמיחי תמיר |

משתתפים באמצעים מקוונים:

ד"ר טל שניר – יו"ר החברה לרפואת מתבגרים, ההסתדרות הרפואית בישראל
משה כהן – רב, מנהל מערך בריאות הנפש במגזר החרדי

מנהלות הוועדה:

תמי ברנע – מנהלת הוועדה המיוחדת לזכויות הילד
מיכל דיבנר כרמל – מנהלת ועדת הבריאות

רישום פרלמנטרי:

אושרה עצידה

רשימת הנוכחים על תואריהם מבוססת על המידע שהוזן במערכת המוזמנים הממוחשבת. ייתכנו אי-דיוקים והשמטות.

מחסור במענים בתחום הטיפול בהפרעות אכילה

היו"ר אלי דלל:

שלום לכולם. אנחנו מקיימים היום ישיבה משותפת עם ועדת הבריאות, בראשות חברי חבר הכנסת יוני מישרקי. ידידי, תודה רבה לך. אני תמיד שמח לקיים איתכם ישיבות משותפות כי יש לא מעט נושאים שקשורים לבריאות הילדים, וחשוב שאנחנו עושים זאת יחד. תודה לכל אלה שהגיעו היום. ראשית, אפתח בתנחומי הכנים, והתנחומים הם של שני יושבי-ראש הוועדות, ובהשתתפותנו בצער המשפחות והקרובים של חמשת החיילים שנפלו ביממה האחרונה: סמ"ר אור כץ, סמ"ר נווה יאיר אסולין, סמ"ר גרי זולת, סמ"ר אופיר אליהו, ורס"ן במילואים איתמר לויין פרידמן. יהי זכרם ברוך.

בנוסף, נישא יחד תפילה לשלומם של חיילי צה"ל וכל כוחות הביטחון, לרפואת הפצועים, ולשובם של כל החטופים. ומאחר ואנחנו בוועדה לזכויות הילד, נתפלל גם לשובם של האחים הביבס, שהם השניים האחרונים שלא חזרו. אתם רואים את זה פה.

היום נעסוק בטיפול בהפרעות אכילה בישראל. הפרעות אכילה הן בעיה חמורה המשפיעה על חייהם, ילדים, בני נוער ומשפחות רבות ברחבי הארץ. הפרעות האכילה משפיעות על איכות החיים, על מערכות היחסים ועל העתיד של בני נוער רבים בישראל. מדובר במצוקה נפשית וכלכלית קשה, ונראה כי למרות העלייה במודעות לנושא, אנו עדים ורואים פערים גדולים בנגישות לשירותים טיפוליים, ולצערנו, המענה הקיים רחוק מלהספיק. צעירים רבים נותרים ללא תמיכה מתאימה, והדבר מוביל להחמרה במצבם, ולעיתים אף לסכנת חיים.

אנחנו מקיימים את הישיבה הזו בעקבות פנייה של הורים ומשפחות אלינו. מטרת הישיבה היום היא לבחון את המחסור במענים לטיפול בהפרעות אכילה, ולשקול צעדים לשיפור הנגישות והשירותים למתמודדים עם בעיה זו.

אדוני, יושב-ראש ועדת הבריאות, אנו נפעל יחד, בשיתוף פעולה עם משרד הבריאות, גורמי הטיפול הרלוונטיים, כדי להבטיח מענה טוב יותר לכל מי שנוזק לו. מטרתנו בדיון זה היא לבדוק כיצד ניתן להרחיב את שירותי הטיפול, לשפר את הנגישות ולמנוע את המצבים הקשים שבהם מוצאים עצמם רבים מהמתמודדים עם הפרעות האכילה. אנחנו נדון ונעשה סיעור מוחות וצעדים מעשיים. אני רק חייב לומר שיש לנו שר הבריאות בשם אוריאל רוסו. השר בוסו הוא חבר טוב שלי, גם מהמוניציפאלי, מזה עשרות שנים. מבחינת ההנהגה, או לפחות האנשים שעומדים היום בראש המערכת, אני מקווה שנוכל לטפל גם בבעיה זו בצורה טובה יותר. תודה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

מכובדי יושב-ראש הוועדה המיוחדת לזכויות הילד, חבר הכנסת דלל, בראשית הדברים אני מודה לך על קיום הדיון המשותף הזה. זהו כבר הדיון השני שאנחנו מקיימים יחד בשבוע האחרון בשל החיבור הזה שיש, מטבע הדברים, בין עולם הבריאות לעולם זכויות הילד.

ראשית, גם אני משתתף, יחד איתך, בצער משפחות הנופלים שהזכרת. יחד עם זה, נישא תפילה לרפואתם השלמה של כלל הפצועים במלחמה הקשה הזו, ותפילה להשבתם הביתה במהרה של כלל החטופים והחטופות בבריאות, בעזרת השם.

היו"ר אלי דלל:

אמן.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אבקש להזכיר שנמצאת איתנו גם חברת הכנסת לימור סון הר מלך, יושבת-ראש השדולה למען האישה החרדית והדתית, ויושבת-ראש הוועדה לפיקוח על הקרן של אזורי ישראל, שפועלת גם בעניין זה רבות.

אנחנו קיימנו סיורים במספר אגפים להפרעות אכילה בבתי חולים שונים, והמצוקה היא קשה. זמני ההמתנה הם ארוכים מאוד וחסרים מענים. אני רוצה לשים על נס גם בדיון זה את ההבדלים

התרבותיים בין מגזרים שונים, שאנחנו צריכים להיות רגישים אליהם, ובפרט, בפרט, כאשר אנחנו מדברים על נערות בגילים שהם גם כך קשים, והקשיים מתרבים ומתווספים לנוכח האינטרנט ומודלים שונים שמשפיעים עליהן. ולכן, אנחנו חייבים להיות חדים וברורים, כאשר כל מעטפת נמדדת בהתאם לקושי שחוות אותה נערה. המחסור חמור עוד יותר כשאנחנו מדברים על מסגרות מתאימות, והמחסור גורם לכך שלא מקבלים טיפול ומענה ראוי.

חבר הכנסת אלי דלל, חברת הכנסת לימור סון הר מלך, אנחנו רוצים לשתף פעולה יחד ולאגם את מקסימום הכוח והתקציב שיש ברשותנו, וכמובן עם הכלים הפרלמנטריים, שגם הוועדה הזו היא חלק מהם, כדי להצליח להוביל תהליך שבו אנחנו פותחים מסגרות נוספות למתן מענה. אני מכיר ויודע שיש דעות שסוברות שהמענה חייב להיות בתוך בית החולים במטרה לתת מענה פיזי נוסף, וזאת מעבר למענה הנפשי הנצרך. אבל לא תמיד זה כך. ולכן, צריך להיות עם עיניים פקוחות על כל בעיה ובעיה, ולתת לה את המענה במידה נכונה.

חבר הכנסת דלל, אני שב ומודה לך. כמובן שאנחנו נשב ונשמע את כל אנשי המקצוע. נשים דגש על המחסור ועל תוכניות המשרד השונות כדי לצמצם את הפער.

לפרוטוקול, הדיון הזה משודר ומצולם. כמובן שנבקש לא להעלות שמות, ובטח לא של קטינים. ככל ויעלה צורך, אנחנו נמחק, על פי סעיף לתקנון 120, ונסיר פרטים מהפרוטוקול, אם נתבקש לכך. אני אמרתי את שלי. אנחנו כמובן נפעל בהתאם ככל ויהיה צורך.

חברת הכנסת לימור סון הר מלך, בבקשה.

לימור סון הר מלך (עוצמה יהודית):

צוהריים טובים. רבות דובר על תופעת הפרעות אכילה, על הצורך במענים ועל היקפי התופעה, שרק עולים ומחריפים, ועל המיעוט במענים מקצועיים. ראינו שיש פה הקשרים של דימוי גוף, ויש מי שחאמרו איזשהו מודל שמייצרים היום. אבל אנחנו רואים יותר ויותר הלימה בין הפרעות אכילה לבין פגיעות מיניות.

היה כנס מאוד מאוד גדול בשדולה למען האישה החרדית, ושמענו שם את הצרכים מכלל המגזרים שמתמודדים עם התופעה הזו. כפי שאמר חבר הכנסת יונתן מירסקי, יושב-ראש ועדת הבריאות, אנחנו גם סיירנו במקומות שנותנים מענה לאותו קושי ולאותה התמודדות. אנחנו רואים שבמצבים מסוימים זה הופך להיות כבר מחלה, וזה כבר אקוטי. אני בכוונה לא משתמשת במושג "מחלה" כי אני לא רוצה לייצר איזשהו קיבוע לדבר הזה, אלא באמת התמודדות קשה. אנחנו פגשנו את הדבר הזה בהיקפים מאוד מאוד גדולים. לצערי הרב, כאמור, אנחנו רואים שיש מחסור מאוד גדול במענים. אנשים מגיעים לאשפוזים ולאותם מקומות שנותנים מענה, ואנחנו רואים שהמענים הם מאוד מאוד דלים ביחס להיקף התופעה. יש נקודה מאוד מאוד חשובה. היא מתייחסת לכך שבסוגיית הפרעות אכילה יש משמעות מאוד מאוד גדולה לטווחי הזמן. ככל שהמענה ניתן יותר מוקדם, כך נראה פחות ופחות קיבוע ויכולת שיקום טובה יותר. אנחנו רואים שיש מענים מועטים לעומת הצורך הגדול. התופעה והביקוש מאוד גדולים ביחס להיצע המענים, וזה יביא לכך שנראה החמרה וקיבוע התחלואה בהפרעות אכילה.

אדוני היושב-ראש, אני יודעת שזה לא הדיון הראשון שאתה מנהל בסוגיה זו, ושהסוגיה הזו מדירה שינה מעינך ושאתם עוסקים ודנים בה. אבל זה לא משהו שאנחנו יכולים להמשיך לדון בו שוב ושוב מבלי למצוא פתרונות ומענים. אתמול היה לנו דיון משותף בנושא בתים מאזנים. בעיניי, הבתים המאזנים הייעודים לעניין הפרעות אכילה הם מאוד מעטים, והם טיפה בים ביחס לצורך. הם נותנים מענה משקם ומכבד, שבדרך כלל מוביל לתוצאות מאוד מאוד טובות. לצערי הרב, אנחנו לא יכולים לבחון את זה כי עדיין אין לנו מספיק בתים מאזנים. אני לא רוצה שזה יהיה עוד דיון. אני יכולה לסמוך עליכם, ואני יודעת שזה לא יהיה עוד דיון שבו ידובר עד כמה הנושא הזה בעייתי. צריך באמת לנסות למצוא מענים. כיושבת-ראש הוועדה של הקרן לאזרחי ישראל, ראיתי באמת בדבר הזה, והוועדה הקצאתה 30 מיליון שקלים לטובת הקמת בתים מאזנים, שזה כלום ושום דבר. תמיד אפשר להתלונן ולהגיד מה חסר, השאלה היא אם מנסים למצוא פתרונות וגם משקיעים בהם. אני חושבת שאנחנו מנסים, וזו הפרדיגמה. תודה רבה.

היו"ר אלי דלל:

תודה לחברת הכנסת לימור סון הר מלך.

ד"ר יובל רווה, נציג משרד הבריות, אתה אורח וקבוע אצלנו. היינו רוצים לשמוע על החוסרים, מה קיים היום, מה צריך, כי זו באמת נקודה מאוד מאוד בעייתית ורוחבית. זה באמת לא רק עניין של מגזר מסוים.

יובל רווה:

שלום. ראשית, הבעיה של הפרעות אכילה היא חלק מהבעיה של עולם הפסיכיאטריה ובריות הנפש בכלל. היא מקרה ספציפי, שאנחנו נותנים עליו את דעתנו, אבל אנחנו חושבים שהפתרונות הם גם ספציפיים, אבל גם כללים לכל הבעיה. יש עכשיו תוכנית לאומית, שהוקצה לה תקציב גדול, וחלק מהעניין הוא גם לטפל בהפרעות אכילה לצד הפרעות אחרות.

תחילה נסקור את המענים שאנחנו בונים. בשנת 2022 הוקצו 32 מיטות להפרעות אכילה בחלוקה כלל ארצית. אנחנו עוקבים אחריהן. חלק מהמיטות לא נפתחו, ואנחנו ניקח אותן מחדש ונחלק אותן שוב. זה מצביע על בעיה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

כמה לא מומשו?

יובל רווה:

בסביבות 12 לא מומשו.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

מתוך 32?

יובל רווה:

כן. זה בדיוק מצביע על זה שאפשר לעשות את זה מבחינת ההקצאות. זה מאוד מאוד בעייתי מבחינת כוח האדם. על כל מיטה כזו צריך פסיכיאטרים, צוות סיעוד, תזונאיות, ולא תמיד אנחנו מצליחים להשיג את זה. המיטות שלא נפתחו הן דווקא באזור המרכז. בצפת ובסורוקה נפתחו מיטות, ודווקא בשמיר ובשערי צדק לא הצליחו לפתוח את המיטות. שוב, זה מראה כמה הדבר הזה הוא חלק מאתגר כללי.

סיגלית כהן צבר:

הם לא קיבלו אישור בשערי צדק. הם רצו לפתוח. אני סיגלית כהן צבר. אני עובדת בשערי צדק, ואני גם מייצגת את הדיאטנים.

יובל רווה:

אפשר להרחיב על זה. הם רצו לפתוח בלי פסיכיאטרים, ואנחנו מתקשים קצת לתת אישור בהקשרים האלה. לעומת זאת, המיטות שנפתחו בצפת ובעמק בעפולה הובילו לזה שהבעיה פחתה שם. מבחינת צפת, חוץ מהמלחמה כמובן וכל הדברים האלה, אין להם רשימות המתנה. רשימת המתנה של שבועיים בשביל קבלה לאשפוז. זה מראה שנפתחות מיטות, ומבחינה זו זה מוביל לפתרון.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

הוא מדבר על זיו והעמק, ואלו שני מקומות היחידים. בכל שאר המקומות, זה מינימום ארבעה חודשים. אפילו מעל שנה ויותר.

לימור סון הר מלך (עוצמה יהודית):

האם אתם אומרים שבאזור הצפון שאין המתנה?

יובל רווה:

באשפוזים באזור הצפון של הפרעות אכילה לנערות מתבגרות, אין המתנה. זו תשובה לאשפוזים.

היו"ר אלי דלל:

מהו הזמן הממוצע לאשפוז?

יובל רווה:

אשפוז עם הפרעות אכילה – חצי שנה.

לימור סון הר מלך (עוצמה יהודית):

אני יודעת שבמרכז יש תורים מאוד מאוד ארוכים.

יובל רווה:

נכון. ההמתנות במרכז הן חודשיים עד חצי שנה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

יש פה את הנתונים לגבי זמני ההמתנה שביקשנו טרם הדיון. אם מישהו רוצה לעיין, בבקשה.

יובל רווה:

תורי ההמתנה הם בממוצע בין חודשיים לחצי שנה בילדים. במבוגרים זה קצת יותר – חצי שנה עד תשעה חודשים בממוצע. שוב, הפתרון לכך הוא פתיחה של עוד מיטות, אנחנו רואים ויודעים זאת. כאמור, הבעיה היא שקשה להשיג אנשי מקצוע שיאיישו את המיטות האלה ויפתחו אותן – זה מבחינת המענה האשפוזי. רויטל תוכל להרחיב לגבי מענה בקהילה.

רויטל אורדן:

רויטל אורדן, אני מנהלת את המערך האמבולטורי בבריאות הנפש. כמו שד"ר רווה הציג קודם, התוכנית הלאומית, שדיברנו עליהם גם אתמול, מתקצבת יפה גם לשנה זו וגם לשנה הבאה. החלק הראשון והארי של התוכנית עוסק בהרחבת שירותים ומגעים, בין אם זה על ידי הגדלת תקינה, הגדלת תשתיות, הקמת מרפאות לכלל הצרכים של המערכת, וביניהם הפרעות אכילה. אין הקצאה לטובת הבחנה כזו או אחרת, וזאת מתוך אמונה שהצרכים הם באמת נרחבים ושיש צורך בשירותים לכלל ההבחנות בבריאות הנפש. השנה, לדוגמה, אנחנו מבינים שאחת הבעיות המרכזיות היא התמודדות עם טראומה. טראומה לא דווקא באה לידי ביטוי כטראומה. הרבה פעמים היא תבוא כדיכאון, כחרדה, כהפרעת אכילה או בכל הבחנה אחרת. ולכן, המענים הם נרחבים. ניתנה לקופות יד חופשית ורחבה. אין הגבלת תקינה היום לקופות, ואין הגבלה על הקמת תשתיות – זה מבחינה תקציבית.

כמו שציין קודם ד"ר רווה, הבעיה המרכזית היא תקינה. בכלל, בתחום בריאות הנפש היצע כוח האדם הוא נמוך, גם כשאנחנו מדברים על פסיכיאטרים, פסיכולוגים ומקצועות אחרים. בכלל, בבריאות הנפש זו בעיה. מומחים בהפרעות אכילה – זה עוד יותר בעייתי. ולכן, גם כאשר אנחנו מקצים את המשאבים, אנחנו עדיין מתקשים לממש הקמת מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה ואת המיטות, כפי שכבר צוין.

יש תוכנית מנכ"ל שמלווה את התוכנית הלאומית לטיפול בהפרעות אכילה. מנכ"ל משרד הבריאות נפגש איתנו אחת לחודש ועוקב אחריה באמת באופן אישי. מטרת התוכנית היא לראות איך אנחנו מממשים דרך התוכנית הלאומית ומבחינת תמיכה לקופות, ודרך מבחני תמיכה אחרים, את מימוש התקציב לטובת שיפור והרחבת השירות בהפרעות אכילה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

האם יש מבחן תמיכה ייעודי לעניין?

רויטל אורדן:

יש מבחני תמיכה. מבחן התמיכה הוא לכלל בריאות הנפש. יש תוכנית מנכ"ל כדי לממש ולקדם את הרחבת ושיפור השירות דרך מבחני התמיכה הקיימים.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

למה לא נכון לעשות מבחן תמיכה ייעודי וספציפי בתוך עולם בריאות הנפש?

רויטל אורדן:

אנחנו נותנים לקופות סל שירותים, לפי שיקול הדעת הניהולי והקליני שלהן והצרכים המשתנים של האוכלוסייה, דרך מבחן התמיכה הכללי בבריאות הנפש, ואנחנו נותנים להרחיב מגעים ולהקים מרפאות בכל התחומים. הצרכים הם משתנים והם מאוד דינמיים. הביקושים הם גם שונים במקומות שונים בארץ. ואם הקופה לא תוכל לממש, לדוגמה, בתחום הפרעות אכילה, היא תוכל לממש בתחום הטרומה. ואם לא בתחום הטרומה, אז בתחום הטיפול בסכיזופרניה או בהפרעת Severe mental illness אחרת.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אני בכוונה שואל וממקד. יש פה איזושהי לקונה. אתם רואים את התמונה הכללית כרגולטור. לכל קופה יש אזורי העדיפות שלה. למשל, אני יודע שיש קופה ספציפית שיש לה נתח של 40% בירושלים, ובדרום ובמרכז פחות. לכם יש ראייה כוללת. אני מסתכל עכשיו על המענה שיש לי עכשיו בירושלים והעוטרף: בהדסה, שאמורה לשרת אוכלוסייה מטורפת, והמספרים הם מספרים שאי-אפשר לתאר, בסך הכול שש מיטות לילדים ונוער.

היו"ר אלי דלל:

למעלה ממיליון.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

לא, זה הרבה יותר. זה הגוש, ביתר, בית שמש. אלו מספרים גדולים מאוד. אתם אלו שמתכללים. קופת החולים אומרת: מספר המבוטחים באזור ירושלים הוא קטן, ולכן אני לא אשקיע פה.

רויטל אורדן:

אנחנו מבדילים בין קהילה לבין מיטות אשפוז. מיטות אשפוז זה באמת כמו שד"ר רוה הצג את התוכנית. אנחנו כרגע חושבים במשרד איך לממש את מיטות האשפוז, עם ההבנה שיש בעיה בהיצע כוח האדם. לעניין התוכנית הלאומית, שעיקרה הוא הרחבה ושיפור השירות בקהילה, ומכאן קופות החולים, כאן אנחנו מבינים שאנחנו צריכים לצד מבחן התמיכה. אנחנו נותנים לקופה. אנחנו אומרים לה: קחי את הכסף. תגייסי תקינה מתאימה, תקימי תשתיות וטיפול יום, תחתמי עם ספקי שירות, תחתמי ובתים מאזנים, תקימי אשפוזי בית. אנחנו מאפשרים לקופה כרגע יד חופשית, ואנחנו גם עוקבים עם הקופה ורואים איך היא מממשת את זה ביחס לאג'נדה של המשרד, ביחס לכלל ההבחנות, וביניהן גם הפרעות אכילה. לצד הדבר הזה, יש תוכנית לאומית. אמרנו, תוכנית נוספת.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אז למה לא מבחן תמיכה ייעודי?

רויטל אורדן:

רגע, אני רק אסביר איך זה נראה. לטעמנו, אין כאן צורך במבחן תמיכה כי המבחן התמיכה הקיים נותן לקופה את מרב האפשרויות לממש. אבל אנחנו מבינים שיש כאן בעיה אחרת, שהיא לא תקציבית. הבעיה היא לא תקציבית. יש איזושהי בעיה אחרת, שהמקור שלה הוא, בין השאר, עניין כוח אדם נמוך. הפתרון הוא יותר מורכב מלשפוך כסף ולתת לקופה את הכסף.

היו"ר אלי דלל:

מה היקף תופעת הפרעות אכילה?

יובל רווח:

אני רוצה לתת דוגמה כדי שנבין מה זה מבחני התמיכה עם הפרעות אכילה. יש מבחן תמיכה, שהקמנו בעזרתו מרכזי התערבות במשבר בבתי חולים לאורך כל הארץ בילדים מתבגרים. המטרה שלנו עכשיו היא להוסיף הפרעות אכילה. בית חולים שייפתח במרכז הזה גם מענה טיפולי להפרעות אכילה, יקבל עוד כסף. כך אנחנו משלבים את הפרעות האכילה במענים הקיימים. ויש גם עוד מבחן תמיכה לפתיחת מרכזי התערבות במשבר למבוגרים, וגם שם נכניס את עניין הפרעות האכילה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אנחנו קצת מתערבבים בין הקהילה לאשפוז.

יובל רווח:

זה עדיין קהילה. התערבות במשבר זה אומנם בית חולים, אבל זה טיפול מרפאתי אינטנסיבי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

האם זה טיפול יום? האם זה אשפוז?

יובל רווח:

זה לא טיפול יום, זה פחות אינטנסיבי מטיפול יום. אני אסביר. מרכז התערבות במשבר הוא מרכז שנמצא ליד מיון. הילד ומשפחתו באים לשם עד שלוש פעמים בשבוע. הם מקבלים התערבות, והולכים הביתה. זה לא אשפוז, וזה לא טיפול יום. כשהם מגיעים לשמונה שעות, הם מגיעים להתערבות ממוקדת והולכים הביתה. ההתערבות במשבר נמשכת שישה שבועות, וזה החיסרון של הדבר הזה. היתרון הוא שזה מענה מיידי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

איפה זה נמצא?

יובל רווח:

בבתי חולים בכל הארץ.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

זה חייב להיות בבית חולים?

לי פינקו:

אין כיום דבר כזה?

יובל רווח:

יש, יש 11 מרכזי התערבות במשבר שקיימים.

לי פינקו:

על הפרעות אכילה?

יובל רווה:

לא, אנחנו מוספים לזה. נניח ומחר אני בונה מרפאה להפרעות אכילה, אני מושך פסיכיאטרים ממקומות קיימים. אני לא מוליד אותם. לכן, אני לוקח את ה-11 המרכזים להתערבות במשבר האלה, ומוסיף להם גם את הפרעות האכילה. כך אני מנסה לנצל את המשאבים שלי בצורה הטובה ביותר. הבעיה היא שכל דבר חדש שאנחנו בונים הוא על חשבון משהו ישן. לכן, אנחנו מגדילים במסגרת התוכניות גם את גיוס כוח האדם, עם דגש על פריפריה, ודיברתם על לקונות, ועל בתי חולים שמתקשים להשיג מתמחים. להם אנחנו נותנים יותר. יש את "תוכנית הכוכבים". כך אנחנו מקווים להגביר את היצע כוח האדם. ברגע שיהיו יותר פסיכיאטרים ופסיכולוגים, אפשר יהיה לתת מענה גם בקהילה, גם אשפוזית, וגם כל מה שאנחנו - - -

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אני רוצה לקבל מכם התייחסות לגבי הנקודה שבה פתחתי את הדיון לגבי הבדלי תרבות במגזרים שונים.

רויטל אורדן:

אנחנו נגיע לעניין המגזרי והתרבותי, אבל אני חושבת שאנחנו כן צריכים להתייחס. ד"ר רווה נתן הדגמה איך המימוש של מבחן התמיכה בא לידי ביטוי בשיפור והרחבת השירות של הפרעות אכילה. מהקורונה למדנו שלאחר משבר לאומי יש עלייה מאוד מאוד גדולה בהתמודדות עם הפרעות נפשיות, ואחת הבעיות המרכזיות היא הפרעות אכילה. הנוער והילדים שגדלו בזמן הקורונה, מתמודדים היום עם ה-7 באוקטובר ועם המשבר של חרבות ברזל. ומכאן אנחנו מבינים שהנוער שלנו כן זקוק יותר למעטפת טיפולית ונפשית לעומת מה שהיה. ובואו נודה על האמת, לא היה הרבה לפני ה-7 באוקטובר. יש את מבחני התמיכה, וד"ר רווה דיבר על מבחן תמיכה של מרכזים במשבר. אבל גם בתוכנית הלאומית בבריאות הנפש, אנחנו מבינים שלא מספיק לשים את הכסף. אנחנו צריכים גם לשים את הכסף, אבל גם לחשוב רחב מאוד.

היו"ר אלי דלל:

לא הבנתי, קודם אמרת שאין בעיה תקציבית.

רויטל אורדן:

נכון, אין בעיה תקציבית. אנחנו שמים את הכסף, אבל זה לא מספיק. לצד זה שאנחנו שמים את הכסף, אנחנו צריכים גם לחשוב על כלל האוכלוסייה עם תוכניות מניעה. לכן, בתוכנית המנכ"ל, שצינתי, אנחנו עובדים גם על מניעה עם משרד החינוך. היום בבוקר הייתי במוקד 105, עם מחשבה ובחינה איך מוקד 105 יכול לאתר ברשת מקרים שרק מתחילים, וכן לראות איך מדברים עם ההורים ולהפנות אותם טיפול. אנחנו בוחנים את הדברים כרגע יחד עם המשרד לביטחון לאומי שאמון על מוקד 105. אלו דוגמאות של חשיבה מחוץ לקופסה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

מניעה.

רויטל אורדן:

כן. טיפול חלב, עבודה על תזונה נכונה. יש מחקר שמוביל אגף התזונה, ואולי חברתי פאינה תרחיב עליו. לצד זה יש תוכנית שאגף התזונה מוביל יחד עם בריאות הנפש: מענה ברפואה ראשונית. אנחנו מכשירים רופאי משפחה, רופאי ילדים, תזונאיות, אחיות, עובדים סוציאליים ומטפלים בתוך בריאות הנפש לטפל בהפרעות אכילה בתוך המרפאות הראשוניות. התוכנית הזו כבר יושמה במאורחת, בלאומית וגם בכללית, בזעיר אנפין, ועכשיו אנחנו מעבירים אותה לתוכנית לאומית.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

מה התפקיד שלהם?

רויטל אורדן:

התפקיד הוא לא רק איתור, אלא הוא לטפל במקרים קלים של הפרעות אכילה. לא להכניס אותם לתוך בריאות הנפש ולמרפאות הייעודיות, אבל כן לתת מענה מקצועי בבריאות הנפש עם - - -

היו"ר אלי דלל:

איך תאתרו את אותם אנשים? לפי מה?

לימור סון הר מלך (עוצמה יהודית):

הם פונים.

רויטל אורדן:

גם פונים. כאשר יש ירידה במשקל או אובדן וסת או יש הפרעה בדפוסי אכילה, בדרך כלל פונים לרופאי הילדים והמשפחה במקרים האלה. רופאי הילדים ורופאי המשפחה כבר עברו הכשרות. יש הסתכלות רוחבית של לתת להם את הכלים לאיתור. אבל אני לא מדברת על זה, אני מדברת על תוכנית, כמו במודל של הפרעות קשב וריכוז, שיש שעות צבועות לרופא משפחה ורופא ילדים ואחיות ודיאטניות לקבל את אותם ילדים ולטפל בהם בקהילה, לצד ליווי של בריאות הנפש מבחוץ.

לימור סון הר מלך (עוצמה יהודית):

רויטל, האם התזונאיות, עליהן דיברת, הן רב-תרבותיות, רב-מגזריות? האם זה לכלל המגזרים? כי בסוף זה מה שצריך להיות.

רויטל אורדן:

אם אנחנו מסתכלים על התוכנית הזו, אז המטרה היא לנפץ את הקפסולה של הפרעות אכילה. מצד אחד, מומחיות בהפרעה אכילה יצרה איזושהי מצוינות במומחיות, אבל, מצד שני, גם כשאתה מגיע לבריאות הנפש יכולים להגיד לך: לא, לא, בזה רק המומחים מטפלים בזה. רק המומחים מטפלים בזה, ואז אתה מחכה שנה ללא מענה. האויב של הטוב מאוד הוא המצוין. לכן, הרעיון הוא לנפץ את הקפסולה ושיותר ושיותר אנשי מקצוע - - -

לי פינקו:

זו אוטופיה שלא קיימת.

רויטל אורדן:

לא אוטופיה. זו התוכנית שעליה אנחנו כרגע עובדים עם קופות החולים. בשנתיים האחרונות היו קורסים שבהם הוכשרו צוותים במאחדת, בלאומית ובכללית. אנחנו לוקחים עכשיו את זה לכיוון של תוכנית לאומית, ואנחנו מתקצבים גם את ההכשרות וגם את השעות הצבועות של רפואת משפחה.

גלית גולדז'ק קוניק:

אני גלית, ואני הדיאטנית הראשית בקהילה בכללית. התוכנית הזו היא מאוד טובה. לדעתי, אנחנו, בכללית, עשינו לפני שלוש שנים, את הקורס הראשון, שהיה רב-מקצועי, להכשרת צוותים ברפואה ראשונית, וזאת מתוך המחשבה שברגע שרופא ילדים יידע לזהות יותר נכון נערה שיורדת במשקל, והיא לא יורדת במשקל כי היא הייתה בעודף משקל וזה תהליך חיובי, אלא יש פה תהליך שלילי. אנחנו בעידן של עודף משקל והשמנה, ויש איזושהי מחשבה שכל ירידה במשקל היא מבורכת. אבל זה לא המצב, כי כשיש הפרעת אכילה זה לא דבר מבורך. מטרת הקורס הזה, שנערך לפני שנתיים-שלוש, ושאני יזמתי אותו בכללית, הייתה להכשיר כמה שיותר אנשי מקצוע מרפואה ראשונית שיידעו לזהות את המצבים הקלים. וכמו שאמרתי, כשאתה יודע לזהות את המצבים הקלים בהפרעות אכילה, לפעמים גם התערבות ברפואה ראשונית יכולה להוציא מהמצב שמתגלגל להפרעה יותר קשה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

או למנוע הידרדרות. האם זה עובד?

גלית גולדז'ק קוניק:

אנחנו יודעים שככל שההתערבות בהפרעות אכילה היא יותר מוקדמת, יש יותר סיכוי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

יש לך שנתיים ניסיון. האם זה עובד?

גלית גולדז'ק קוניק:

דיברתי רק על ההכשרה, שלא גובתה בשום מקור תקציבי. זה היה על חשבון תקציב השתלמות פנימי של סקטור התזונה הענק בכללית.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

יפה, זה צעד מבורך.

גלית גולדז'ק קוניק:

נכון. כל הדבר הזה מבורך, אבל הוא חייב להיות מתוקצב באיזושהי צורה, ושיהיה עליו דגש ייעודי. הוא מתוקצב במשהו נורא גדול.

רויטל אורדן:

התוכנית היום היא לקחת את התוכניות הקודמות שנעשו בכללית, בלאומית ובמאוחדת. הייתה הכשרה, אבל אני יודעת, מהניסיון עם עינת צוברי ועם דברים שנעשו, גם התערבות ומעקב למקרים קלים ובינוניים. אני יודעת שבמאוחדת ובלאומית זה בהחלט היה משהו שכן עבד. אבל החסם היה עדיין תקציבי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

תשובה. תגידי כבר את הבשורה. כולם מחכים בשקט.

רויטל אורדן:

במסגרת התוכנית הלאומית תקצבנו גם את ההכשרות וגם את השעות.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

באיזה מנגנון?

רויטל אורדן:

באמצעות מבחן התמיכה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

כמה כסף הוקצה לטובת העניין הזה?

רויטל אורדן:

אנחנו מתחייבים בהתאם לתוכניות שיוגשו לנו. אנחנו נאשר את התוכניות בהתאם לסטנדרט. יש סטנדרט שבו הם אמורים לעמוד, גם ביחס להיקף ההכשרה והתקנים בהכשרה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אז אתם מתכוונים לתקצב.

רויטל אורדן:

אנחנו מתחייבים לתקצב את התוכניות האלה בהתאם לאישור אגף בריאות הנפש.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

כרגע ללא הגבלת תקציב. בהתאם לדרישה.

רויטל אורדן:

אני אומרת, אנחנו בהתאם - - -

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

הבנתי, תודה רבה. אני רוצה לאפשר לכולם לדבר, ולכן אעשה זאת בצורה מסודרת. אני חושב שזו זכות בשבילנו שנמצא איתנו כאן פרופ' ישראל שטראוס מבית החולים מעייני ישועה. הוועדות ביקרו באגף המיוחד מאוד שלו. אדוני, בבקשה.

ישראל שטראוס:

לשאלתכם, חשבתי להתייחס קצת בדיון הכול כך חשוב הזה להתייחס לשאלתכם לגבי היקף הבעיה. מאוד חשוב לחשוב על זה בדיון שכזה. אנחנו יודעים שבערך 20% מהאנשים במדינה, ויותר נשים, בסוג כלשהו של דיאטה. וזה בסדר כי זה לא מפריע בתפקוד, שזו ההגדרה של מחלות אצלנו. העניין הוא שבערך 10% של מתבגרות ומתבגרים כנראה סובל מסוג כלשהו של הפרעות אכילה. בכל העולם מדברים על 8.6% של בחורות, ובערך 4% של בחורים. אבל אנחנו רואים שאולי 10% לפחות בגבול או ממש סובלים מהפרעת אכילה כלשהי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

האם אנחנו יותר מהממוצע העולמי?

ישראל שטראוס:

כנראה שזה יותר, אבל אין לנו את הנתונים כי זה מאוד קשה. אבל לא זו הנקודה. הרבה אנשים סובלים מדיכאון, קצת אישיות, קצת אובססיות. מאוד חשוב לדון בהפרעת אכילה כי זו המחלה הכי קשה בפסיכיאטריה בהקשר של תמותה. אנחנו יודעים שעד 20% מבחורות או נשים עם הפרעת אכילה מתות מהמלחמה הזו. אין אפילו מחלה, אפילו מתקדמת, שמתקרבת למספר הזה. לדוגמה, דיכאון. אולי עד 15% של דיכאון מסוג של בי פולאריס מתאבדות. יש פי 32 סיכון להתאבדות עם הפרעות אכילה. זה אומר שעד 20% מתות מזה – או מהתאבדות או מבעיות גופניות. זה סיכון מאוד מאוד גבוה.

מה הבעיה? זה דורש הרבה הרבה צוות. מאוד קשה לטפל באוכלוסייה הזו. זה מלווה בהרבה בעיות אחרות. זה אולי סוד גלוי, ואולי לא כול כך גלוי, אנחנו רואים הרבה בעיות שגם מחייבות התייחסות כי נמצאים חצי שנה בבית חולים. אין מחלה אחרת בפסיכיאטריה שהיא ככה אקוטית. בין 60% עד 80%, וזה תלוי גם בתרבות ובאוכלוסייה, סובלות גם מפגיעה מינית ברקע. זה לא אומר שיש אוכלוסייה מסוימת שבה יש יותר פגיעה מינית. זה אומר שכשיש פגיעה מינית, זה מתבטא יותר לפעמים בהפרעת אכילה. להפרעת אכילה יש נטייה שיש לה קשר לבעיות אחרות, וזה דורש השקעה רבה מאוד. ולכן, צריך שיהיה צוות שמיומן לדבר הזה. ולא רק צוות של הפרעת אכילה, אלא צוות שמתייחס לכל הדבר הזה.

אומרים שרוצים לתת עכשיו הרבה תמריצים לעידוד קופות חולים לטפל בזה. מטופל דורש המון המון השקעה כספית. אני מאוד מאוד בספק אם קופות החולים באמת ישקיעו בזה אם זה לא צבוע ואם אין עוד תמריצים כי זה עולה הרבה הרבה כסף. יש לנו, במעייני ישועה, רק 14 מיטות, ואנחנו נותנים שירות לכל האוכלוסייה הדתית והחרדית בכל המדינה. ואני אגיד לכם עוד סוד. כנראה שזה לא פחות, או יש אפילו יותר סיכון להפרעות אכילה בקהילה החרדית והדתית לעומת החילונית. פתחנו את המחלקה כי ראינו שיש משפחות ששמרו את הבנות שלהן בבית. הן לא רצו לשלוח אותן למקומות אחרים. הן יודעות

שבהרבה מקרים הפרעת האכילה לא טופלה במסגרת רגישות תרבותית. ואז או שהבנות לא יגיעו, או שהן עוזבות את התרבות ממנה הן הגיעו. למשל, את הדת שלהן. ההורים אומרים: אם אין מסגרת שמתייחסת גם לרגישות תרבותית, עדיף שהבת שלנו תישאר בבית, כי המשפחה והתרבות מאוד מאוד חשובים. זה דורש המון המון השקעה, וזו בעיה קשה מאוד – עד 20%. הדבר הכי טוב הוא שיש גם מסגרת של מחלקה, מחלקת ילדים ונוער, כולל טיפול נמרץ, וגם מרפאה וגם טיפול יום. הזרועות השונים האלה במחלקה הם מאוד מאוד קריטיים בטיפול בבעיה הזו. חייבים להתייחס לכל התמונה פה.

קריאה:

זה חייב להיות צבוע, אחרת ימשיכו למות בבית.

ישראל שטראוס:

זה חייב להיות צבוע, זו הנקודה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

פרופ' שטראוס, אני מודה על הדברים. הנתונים שאמרת פה מזעזעים והם בלתי נתפסים. אני יודע שאתה באמת מסור לעניין, ואפילו שיטת העבודה שלך. מי שראה זאת יכול להבין כי אני באמת לא יכול להסביר במילים. זה באמת נעשה עם רגישות מקסימלית, והכול נעשה בצורה הכי עניינית.

רויטל, ד"ר רווה, מירי, בסיכום הדיון נבקש שאתם תוציאו קריטריונים ברורים לקופות, בסוג של מבחן תמיכה ייעודי, עם הקצאת תקציב ייעודי וצבוע לטובת העניין.

רויטל אורדן:

אין יכולת לממש – זה מה שאנחנו מסבירים. הכסף עומד, ויש - - -

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

יש מחסור בכל מקצועות הבריות, ואנחנו מכירים את זה. הוועדה דנה בזה יומם ולילה, ופותרים ומל"ג, והכול. בסוף, אנחנו יודעים שכשרוצים להשקיע במשהו, וכשקופה רוצה לתת שירות למבוטח שלה, אז היא לפעמים יודעת לשלם עוד כמה שקלים לשעה עבור זה ולמשוך את פרופסור מסוים מכאן לשם. אני יודע, השמיכה היא קצרה. אין על זה מחלוקת.

רויטל אורדן:

הקופה היום מממשת.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

אני לא אומר שאני מעודד את התופעה, אני רק אומר שכשרוצים לטפל בסוגיה מסוימת ולתת עליה דגש, אפשר למצוא את הפתרונות.

ישראל שטראוס:

היחידה שלנו היא הפסדית, אבל אנחנו אומרים שזה חשוב מאוד. היא הפסדית לעומת כל היחידות, אבל היא הכי חשובה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

אם אני מבין נכון, אתה מתכוון לומר שלקופה יש 100% תקציב שלה. בחלק מהדברים היא מרוויחה ובחלק היא מפסידה. שתפסיד, לא קרה שום דבר. אגב, אני מתחבר לזה. אני לא יודע אם אתם יכולים לקרוא בצורה רשמית על השולחן, אבל אני חושב שככה צריכה להיות ההסתכלות שלנו.

יובל רווח:

העניין הוא שההסתכלות שלנו היא רחבה. בגלל שמיטות האשפוז וטיפול בהפרעות אכילה יותר מדברים אחרי, המימון הוא גדול יותר. מצד שני, מטפלים בהפרעות אכילה – אם נוציא מבחן תמיכה ספציפי להפרעות אכילה, אתה מושך את הכסף ממקום אחר. יבואו אלינו נפגעי פוסט טראומה, נובה וכו', ויגידו: אתם לוקחים מאיתנו תקציבים. כשאנחנו נותנים לקופות יד חופשית בדבר הזה, אומרים לנו - - -

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אתה שם לי את הסיפור של התינוק ושלמה והמלך ואומר לי תחתוך.

יובל רווח:

זה בדיוק התפקיד שלנו.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אני מבין, אני רק אומר שאם בהיקף התופעה אתה מגיע ל-20% תמותה בייסורים נוראים ומוות בהיקף כול כך גדול, אז אני חושב שסדרי העדיפויות צריכים להשתנות. שוב, זו עמדת. יכול להיות שאני גם לא רואה את התמונה בהיקף רחב כמוכם כי אני לא מנהל את משרד הבריאות, אבל מתוך הדברים שעולים פה על השולחן הוועדה, אני אומר לכם שהמחלה הזו, והקושי הזה, וסליחה לא נגדיר את זה כמחלה, ההפרעה הזו - - -

קריאות:

זו מחלה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

קודם היה חשש לתייג זאת כמחלה. לא רציתי לתייג כדי לא להעליב, אבל, נכון, זו מחלה. אני מסכים. ההיקף שלה הוא כול כך גדול, והוא מחייב אותנו לפעול בצורה הכי קיצונית. שוב, אני הסתייגתי מהמילה "מחלה" כדי לא לפגוע, חלילה, במטופלים, אבל בהחלט ראוי לקרוא לזה כך.

אני רוצה להספיק לתת לכולם לדבר, והשעון כבר מתקדם. נציגת משרד החינוך, איריס בן יעקב, בבקשה.

איריס בן יעקב:

שלום לכולם. שמי איריס בן יעקב. אני מנהלת היחידה למיניות ומניעת פגיעה בילדים ובבני נוער בשירות הפסיכולוגי הייעוצי. אנחנו לא מטפלים בהפרעות אכילה, אבל אנחנו כן עושים שני מהלכים. אנחנו מטפלים בנושא בהיבט הפרו-אקטיבי והרה-אקטיבי. בהיבט הפרו-אקטיבי, אנחנו מכשירים, באמצעות היועצות החינוכיות, את צוותי החינוך לאתר ולזהות הפרעות אכילה עד כמה שניתן. כמו שאנחנו יודעים, לא ניתן לאתר ולזהות את כל הפרעות האכילה, אבל לפחות את מה שנראה לעין. ולהגיש עזרה ראשונית, לזמן את ההורים. יש לנו ממש איזשהו תדריך שפיתחנו לפני כמה שנים.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

מי עושה את הזיהוי אצלכם במערכת?

איריס בן יעקב:

הצוות החינוכי, באמצעות היועצות החינוכיות.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

מאיפה הן מקבלות הדרכה?

איריס בן יעקב:

הן מקבלות הדרכה מהיועצת החינוכית לגבי סימני הזיהוי, עד כמה שניתן. אנחנו לא מתיימרים לזהות את כל הפרעות האכילה כי זה מאוד מאוד קשה. יש הפרעות אכילה שהן חמקמקות, ואני מדברת על כל הרצף של הפרעות אכילה. ולכן, זה ממש לא נכון להגיד פה שמזהים את כל ההפרעות האכילה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

מסגרת החינוך יכולה להגיד לילד הצעיר משהו בקשר למודלים שהוא רואה. אני לא איש חינוך, אבל אולי בצורת תפיסה של תוכניות חינוכיות עמוקות צריך להיות משהו שאומר לילד שהמודלים שהוא רואה והדברים אליהם הוא יחשף בהמשך, הם לא תמיד מודלים לחיקוי

איריס בן יעקב:

כן, תיכף אדבר על זה. קודם כול, כאמור, איתור וזיהוי. שנית, יש גם תוכניות חינוכיות. שוב, הן לא מתיימרות לטפל בהפרעות אכילה, אבל הן כן מדברות על ערך עצמי, על העלאת הערך העצמי, חשיבה ביקורתית, מודל היופי, ועל כל הגורמים המגנים שלמעשה מונעים בכלל התנהגויות סיכון. יש לנו תוכנית שנקראת "בעד עצמי", שפיתחה פרופ' מוריה גולן, שהיא מומחית בהפרעות אכילה. גם את התוכנית הזו אנחנו מכניסים במקרים מסוימים לתוך הכיתות. באופן עקרוני, אנחנו כן מדברים על כל מה שקשור לערך העצמי. להגיד שזה מונע הפרעות אכילה? לא בטוח, אבל זה כן מסייע בחשיבה ביקורתית, ובדיוק הדברים שאמרת.

לגבי ההתייחסות הרה-אקטיבית – ברגע שילדה או ילד מאוחרים, יש תהליך מה עושים. כמובן שאנחנו מבינים שהטיפול הוא תמיד משולב, וזה לא רק שיחה אחת. ככל שאנחנו, כמובן, מאתרים את הילדים מוקדם יותר, כך הסיכוי להחלמה גבוה יותר – אנחנו מודעים לזה. אבל, לצערנו הרבה, יש פער מאוד מאוד גדול בין הילדים המאוחרים לבין המענה שהם מקבלים בקהילה או בכלל. לצערנו הרב, הרבה פעמים אנחנו ממש רואים כיתות נגועות. כי מספיק שילדה אחת לוקה בהפרעת אכילה, היא מגיעה לכיתה וילדות מתנהגות כמוה. אנחנו לפעמים ממש רואים את זה. היא משפיעה על הסביבה. ואז אנחנו הרבה פעמים ממש בבעיה כי אנחנו לא מטפלים בהפרעות אכילה. זה מאוד מסוכן. הטיפול הוא חמקמק. אנחנו כמובן מנסים להיעזר באנשי מקצוע, אבל אין ספק שכאשר יש פער כזה גדול, אנחנו מנסים לפעמים לגייס את השירותים הפסיכולוגיים. השבוע שמעתי על תוכנית בנתניה של התחנה לשירות הפסיכולוגי, שלמעשה נותנת מענה ראשוני בגלל היעדר מענים בקהילה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

פתחת פה נושא שאולי נכון וראוי לחשוב עליו. אולי נכון להעמיק בתוך מסגרות החינוך את עניין איתור והמניעה בתוכניות הרבה יותר רחבות.

איריס בן יעקב:

אנחנו מנסים עד כמה שאפשר. אני חייבת להגיד שפעם הייתה תוכנית נהדרת של קופות החולים שבה מומחיות נכנסו לבתי הספר. היא נקראה "אכילה שקולה". זה כבר לא. אני יודעת שהפסיקו את זה. זה היה מזמן.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

פספסת את העיניים בין מירי ורויטל. אולי אני אעשה שולחן עגון וחשיבה בנושא זה. פתחת לי פה באמת איזשהו אירוע, ואני חושב שזה מאוד מאוד חשוב.

איריס בן יעקב:

כן, פתחתי צוהר. וכמובן שיש את ההיבט של ההורים, שעליו עדיין לא דיברתי, ללמד את ההורים איך לאתר ולזהות סימני מצוקה, וזה מאוד מאוד חשוב, וגם איך להגיב ואיך לא להגיב. אנחנו סיפקנו הרצאות ליועצות. פרופ' יעל לצר ממש עברה בין כל תאי היועצות שלנו ולימדה את היועצות לא רק מה לעשות כשיש הפרעות אכילה, אלא איך לא להזיק. כלומר, מה לא להגיד. זה מאוד מאוד חשוב.

קריאה:

יש כול כך הרבה מה לעשות. לעדכן תוכניות לימוד ואת המבחנים ואת השאלות במבחנים.

איריס בן יעקב:

כן. אם יש כאלה, אני צריכה לדעת מזה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

תודה רבה, איריס.

גלית גולדז'ק קוניק:

יכול להיות שיעזור לקדם איזושהי חקיקה, פעם אחת ולתמיד, שמגדירה למי מותר לעסוק בתזונה. אני חייבת להגיד שאני כדיאטנית קלינית, ועשיתי גם דוקטורט, ולמדתי 12 שנים את המקצוע, אני רואה באינסטגרם ובפייסבוק. כל אחד שירד 5 קילו במשקל, משווק את עצמו בצורה פרובוקטיבית. אחת הבעיות בהפרעות אכילה היא כשיש הערה מגורם סמכות כלשהו, שזה או משרד החינוך או מאמן כושר, שנופלת על הנפש הלא נכונה, זה מתחיל לחלחל וזה מתחיל את ההפרעה. אני חושבת שצריך להבין שעיסוק בתזונה הוא לא רק: תאכל תפוח ירוק או אדום, אלא יש שם הרבה מעבר. יש שם פן רגשי והתנהגותי מאוד מאוד רחב. אנחנו משקיעים היום את מרב הכספים וההכשרות בקרב דיאטניות קליניות בתחום הזה מתוך ההבנה הזו. חורה לי לראות שאין שום חקיקה בעניין. השכלתם לבטל את חוק השתייה המתוקה, כאילו, לצערי, שהכניס כספים לתחום, ומצד שני, כל מי שבא לו עוסק בתזונה ומקדם הפרעות אכילה, וזה חבל.

סיגלית כהן צבר:

דיברו על טיפות חלב ומניעה. השאלה היא מי מעביר את הידע.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אורנה אטיאס, מנהלת מחלקת הפרעות אכילה במעייני הישועה, בבקשה.

אורנה אטיאס:

זה לא התואר שלי. אני - - - מרפאת אופק להפרעות אכילה של הכללית במחוז דרום, ואני רופאה של המחלקה להפרעות אכילה במעייני ישועה. השתתפתי בצוות שהקים אותה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

סליחה, מתנצל.

אורנה אטיאס:

הנוער הישראלי הוא שיאן עולמי בעיסוק בדיאטות. לפי מחקרים אחרונים, בערך 76% מהנוער בישראל עוסקים באיזושהי דיאטה. לפי מחקרים אחרונים, יותר מ-25% מנשים בוגרות עוסקות באיזושהי צורה של דיאטה לא אדפטיבית, לא נכונה. שיעור הפרעות אכילה בעולם ובארץ עולה היום הרבה על 10%. אומרים שמתוך אוכלוסיית הנשים הצעירות, לכ-30% יש איזושהי הפרעת אכילה. לאו דווקא הפרעת אכילה מבוססת הבחנה. יש הרבה מאוד הפרעות אכילה באוכלוסייה.

יש מגזרים לא מטופלים בכלל. המגזר הדתי בארץ לא זוכה בכלל להלימה בצורת הטיפול שלו, ולכן רבים מגיעים לא מגיעים בכלל לטיפול, כפי שאמר פרופ' שטראוס, מהפחד של נטישת הדת והתרבות. המחלקה להפרעות אכילה במעייני הישועה היא לא מחלקה שמשרתת רק את האוכלוסייה הזו בארץ אלא גם בעולם. נכון לעכשיו, יש לנו כל פעם מישהי שבאה מחו"ל, ועכשיו יש מישהי מבלגיה, למשל, ואין מענים אחרים. זה משהו מאוד צועק כי אנשים כאלה לא יבואו לטיפול במקומות לא רגישים תרבותית. זה יוצר תחלואה מאוד קשה. מעבר ל-20% תמותה לאורך זמן בהפרעות אכילה. יש נכויות מאוד קשות בהפרעה הזו.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

קודם שאלנו ולא קיבלנו על זה תשובה. בסיום דברייך, נבקש תשובה משרד הבריאות.

אורנה אטיאס:

מעבר לאחוזי התמותה, יש נכויות מאוד מאוד קשות. יש עבודות מחקר בעולם שמראות איך תשלומי הנכות להפרעות אכילה הם סכומים אסטרונומיים. בארץ לא ראיתי בדיקה של הדבר הזה. הנכויות התפקודיות וההתפתחויות של בני הנוער האלה הן עצומות. זה לא רק תמותה. זה ילדים שיוצאים ממעגל התפקוד. הרבה פעמים הם נושרים מלימודים, הם לא מקיימים אחר כך מערכת יחסים עצמאית עם מישהו, ולא תפקודית.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

ברור, ההשלכה ברורה. משרד הבריאות, תתייחס לזה.

רויטל אורדו:

רציתי להתייחס לתוכניות שלנו ולהגיד איך הן מסייעות גם בזה. לגבי התוכנית של רפואה ראשונית – כאשר מנגישים את השירות במרפאות ראשוניות, ממילא גם נותנים מענה לסטיגמה וגם להנגשה התרבותית. זאת אומרת, ככל שהשירות מוגש יותר, ואין צורך לגשת לבריאות הנפש אלא לאותה מרפאה של קופת החולים, שגם כך מותאמת, היא גם מצויה בתוך אזורים בחברה הערבית או החרדית, היא גם כך מוגשת.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

זה במקרים הקלים.

רויטל אורדו:

הקלים והבינוניים. ככל שהדבר יתאפשר, וככל שאנחנו באמצעות התוכנית הזו נגדיל גם את העתודה של אותם מומחים בהפרעות אכילה, ומכאן אנחנו לא מפסיקים לשאוף להרחיב את המרפאות הייעודיות, אבל באמצעות הצוותים האלה שאנחנו מכשירים דרך רפואה ראשונית, אנחנו רואים בהם גם עתודה למרפאות הייעודיות, אנחנו גם מנגישים את השירות בסטיגמה מופחתת לאוכלוסייה נרחבת לצד תוכניות מניעה. הלוואי ויכולנו לפתוח מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה או לטיפול בכל הפרעה אחרת עם היצע כוח האדם הקיים היום – זה לא המצב הקיים. אנחנו אומרים שהתקציב כרגע ניתן, אבל אנחנו צריכים לשנות גם את המודלים בהם עבדנו עד עכשיו כי זה לא עובד. אנחנו צריכים לחשוב אחרת. הקפסולה הזו לא עובדת. אנחנו צריכים כן להגיד שטיפול בהפרעות אכילה יכול להינתן על ידי צוות שעבר הכשרה, בין אם זה ברפואה ראשונית, ובין אם זה על ידי - - - כן ליצור את ריבוד המענים שקיים היום בבריאות הנפש ברפואה ראשונית, במרפאות בריאות הנפש, במרפאות הנפש ייעודיות להפרעות אכילה, בבתי מאזנים, באשפוזי בית, ואנחנו חושבים גם על אשפוזי בית, וגם במחלקות אשפוז. אנחנו צריכים לראות את כל הפירמידה ואיך אנחנו מצליחים להרחיב את השירות לאורכו.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

הייתי מאוד מאוד רוצה לקבל לאחר הישיבה, או בטווח שעוד מעט נסכם, את תוכנית העבודה שלכם, תוך התייחסות לרמה הייעודית לאותן אוכלוסיות ייעודיות. אני לא רגוע עם התשובה הזו. שוב, אני מבין את המחסור בכוח אדם, וזה ברור. אנחנו יודעים שיש מחסור במקצועות הבריאות. עדיין המענים צריכים להינתן. אם זה גורם לכך שנערה לא נשלחת לטיפול בגלל שיש הפרעה סביבתית, דתית, תרבותית כלשהי, אנחנו בבעיה. אנחנו גורמים לאותה נערה להידרדר, והיא יכולה להיות, חלילה, חלק מ-20% שהזכיר שטראוס.

יובל רווה:

אנחנו מנסים להכשיר את כל הצוות, גם כצוות רב-תרבותי, וגם שיועד להתייחס לרב-תרבותיות. כי אני לא רוצה שיהיה מרכז ייעודי, נניח, במעייני הישועה, ושיגידו לנערה חרדית בערד שמגיעה למרפאה: אין לנו, אנחנו לא יודעים. לכן למעייני הישועה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

באים אליהם בסוף. זה מה שקורה בפועל.

יובל רווח:

כן. אני ניהלתי מרפאה באזור סנהדריה. הצוותים צריכים לדעת להתמודד עם רב-תרבותיות. המדינה שלנו היא רב-תרבותית.

היו"ר אלי דלל:

תודה, ד"ר רווח.

כבוד הרב יהודה גבאי, רציתי לשמוע ממך מה הקשיים של משפחה שיש לה בן או בת שסובלים מהפרעות אכילה.

יהודה גבאי:

קודם כול, תודה רבה על כינוס הוועדה.

היו"ר אלי דלל:

אני חייב לומר שחלקו גם ביוזמתך.

יהודה גבאי:

אני מודה לכם. חבר הכנסת מישרקי, נמנע קודם מלהגדיר זאת כמחלה. זו מחלה לכל דבר ועניין. היא תוקפת את הגוף. זה סרטן נפשי, כך נקרא לזה. ברוך השם, זה לא קיים אצלי במשפחה, אבל כרב קהילה, לצערי הרב, זה אש בשדה קוצים. זה פוגש בכל הגילים. אני כרגע עוסק בסוגיה של בחורה בת 32 ששוקלת 29 קילו. אבא שלה נמצא פה. הבית שבור לחלוטין.

לפני כשנה הייתי בסיור במעייני הישועה כי רציתי ללמוד את הסוגיה. יש לי מכרה שמאושפזת שם. נדהמתי לראות ילדה בת עשר וחצי מסתובבת שם במחלקה. הדבר הזה הוא פשוט מחלה לכל דבר ועניין.

המלומדים דיברו פה לפני על כל מיני נתונים, על תקציבים, האם יש מחסור בתקציב, כן או לא. אני אדם פשוט, ואני צריך לתת מענה למשפחות במצוקה שמחכות לאשפוזים בבתי חולים. אותה בחורה בת 32, הייתה שני אשפוזים בתל השומר. לאחר שני אשפוזים, אמר מנהל המחלקה: אני מאוד מצטער, אני לא יכול להשקיע בה יותר. היא לא משתפת פעולה בגלל אלף ואחת סיבות. היא נשלחה הביתה. האבא מחפש אותה ברחובות ומוצא אותה בסופרים שונים או בפחים שבורה ורצוצה.

היה פה, באותה ועדה, דיון ב-2023, בראשות מי שהוא היום שר הבריאות. עברתי על פרוטוקולים. לצערי הרב, שום דבר לא התקדם. אתם יכולים להביא נתונים ומספרים, אבל בקהילה אין שום התקדמות. אנחנו מחכים חודשים לאשפוזים. בגלל שהיא לא קטינה, אנחנו לא יכולים לאשפז אותה בכפייה בהדסה. הפסיכיאטר המחוזי זורק אותנו הלוך ושוב, ואין לנו מענה לדבר הזה. עם כל הכבוד לתשובות ולנתונים היבשים שלכם, עומדים פה הורים. יש פה ילדים, בנים ובנות. אותה בחורה בת 32 היא קצינה בצבא, בוגרת 8200. זה פשוט לא להאמין. בהדסה עין כרם יש מיטות פנויות. אבל, שוב, בגלל שזה אתגר כי היא בת 32, הם פשוטו ניתקו איתנו מגע ולא אשפזו אותה. הילדה היום בבית. היא לא ילדה. אין מענה לדבר הזה. מעייני הישועה זה המקום היחידי. ואגב, אותה בחורה בת 32, היא לא חרדית. היא לא מאותם מיעוטים שדיברתם עליהם. היא בוגרת 8200, והיא מהשורה הראשונה. אין מענה. מעייני הישועה נותן מענה לסוג אוכלוסייה מסוים בצורה הכי מדהימה שיש. אני פשוט מתפעל מזה.

בנוסף, מענה למשפחות. המשפחות לא יודעות איך להתמודד. אני אראה לך תמונות של הבית. כשהיא מגיעה הביתה, היא מפרקת את הבית. מרביצה להורים. זורקת ושוברת דברים. הם מקבלים את הבולמוס הזה ואין מענה.

דיברו פה על נתניה. אני תושב נתניה. אתה עומד בתור בנתניה כדי להגיע לפסיכיאטר דרך קופת חולים או כל פסיכיאטר אחר, ואתה לא מקבל. והפלא ופלא, כשאני מגיע לפרטי, יש לי פתאום מענה. פתאום אני מוצא פסיכיאטרים שמתעסקים בהפרעות אכילה.

קריאות:

גם לא.

יהודה גבאי:

אני מסכים, אבל אני עדיין מקבל יותר מענה מהיר לעומת קופות החולים. ההחזרים הכספיים מקופות החולים הם מאוד מצומצמים. הם נותנים לך פעמיים-שלוש. אין חריג. ולך עכשיו תממן פסיכיאטר להפרעות אכילה לפגישה של חצי שעה בממוצע של 1,500 שקל. אנחנו לא עומדים בזה. אני צריך בעמותה שלי להתעסק בדבר הזה במקום לתת דברים אחרים. אין לדבר הזה מענה. אתם מדברים פה על נתונים. אני לא מאחל לכם, ואני גם לא מאחל לעצמי, לחיות רגע אחד עם ילדה, נערה, שיש לה הפרעות אכילה. אתם אומרים שאין בעיות תקציביות ושיש לכם בעיות כוח אדם, ואני לא יודע. אני יודע שכשיש כסף, אפשר למשוך אנשים. או שאתם, כנראה, לא מושכים את האנשים הנכונים, או שאתם פשוט מאוד ראש קטן, כן, לא תנאים, מספסרים עם הכסף הזה. אין לנו היום מענה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

ברשותך, אני חושב שפקידי משרד הבריאות, שאת חלקם אני מכיר ברמה אישית, מאוד מאוד רגישים לעניין. אני לא יודע אם השיחה מולם באופן אישי היא האירוע. אני חושב שכמדיניות המשרד צריך לפעול בצורה אחרת. אני מסכים עם תוכן דבריך, אבל לא עם - - -

יהודה גבאי:

אין פה שום עניין אישי. אני חוזר בי ומתנצל אם הובן שיש פה עניין אישי. אנחנו מדברים מדם ליבנו. הכאב הוא גדול וגם התסכול. הבתים מתפרקים. אין גם מענה למשפחות. אני צריך לשלוח הורים לפסיכיאטרים ופסיכולוגים פרטיים כדי לקבל כלים. הדברים הללו עולים הון. איפה קופות החולים במתן מענה והחזרים כספיים לדבר הזה? וגם קבוצות תמיכה וכל הדברים האלה. אגב, במעייני הישועה יש את זה, אבל, שוב, עד גיל 21. אני מדבר פה על מקרה של בחורה בת 32, ממוצעת לחלוטין, ואין לנו מענה לזה. בהדסה ניתקו איתנו מגע. דיברתי עם אחת הפסיכיאטריות שם, והיא אמרה לי: כבוד הרב, אני מאוד מצטערת. אני מאוד רוצה לעזור. זה מקרה מאתגר. בזמן שאני אשקיע בה, אני יכולה להשקיע בעוד שלוש בנות אחרות. מצד אחד, הייתי מאוד מתוסכל מהתשובה הזו. מצד שני, הבנתי את המצוקה שלה.

אנחנו חוזרים לפה לעוד ישיבה. ב-2023 הייתה פה ישיבה. השר בוסו היה אז יושב-ראש הוועדה. לא התקדם כלום. אני מאוד מקווה כי יושבים פה שני יושבי ראש ועדה רציניים מאוד. בזמנו ביקשתי מידידי היקר. בגלל שיש לי אולי קשרים, אני אולי יכול לזרז יותר? לא. לי יש אולי קשרים, אבל מה יעשה אדם מהשורה שאין לו את הקשרים הללו. יש פה חברי כנסת מאוד חרוצים משי"ס. אתה פונה אליהם ואתה מקבל מענה. פניתי לשר הבריאות ואמרתי לו: אין לנו תשובה לדבר. גם הוא מוגבל בגלל אלף ואחד ועדות או יועצים משפטיים. אני מאוד לא רוצה לצאת מנקודת הנחה שבעוד חצי שנה נשב פה ויחזרו פה חברי או אנשי המקצוע על אותם נתונים יבשים. ושוב, זה לא אישי. בינתיים יש בנות. בדקתי בשבוע האחרון וראיתי שיש בממוצע 50,000 חולים ב-2023, ותקנו אותי אם אני טועה. דיברו פה על אחוז תמותה. תארו לכם, אם אחוזי תמותה כאלו היו במחלות אחרות, מחלות לא נפשיות, המדינה הייתה מקימה צעקה על מחדלים. שוב, אני סומך עליכם. אתם מאוד רוצים. כמו שאמר חבר הכנסת מישרקי, אתם מאוד מעוניינים. אתם עובדים. זה לא מגיע לשטח. יש פה הורים.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

הרב גבאי, תודה רבה. כולם הרגישו שדיברת מדם ליבך כי אתה מתמודד בקהילה עם האנשים. אני מבקש לשמוע את ההורים המתמודדים. נמצאת איתנו לי פינקו. בבקשה.

לי פינקו:

הקשבתי לדברים שלך, וממש הרגשתי את הזעקה. אני זועקת את אותה זעקה. אני אימא לילדה שקרובה להיות בת 20.

היו"ר אלי דלל:

בלי שמות.

לי פינקו:

אני לא אזכיר שמות. אנחנו שש שנים חיים בסיוט מתמשך של מחלה שנקראת "הפרעת אכילה". וזו מחלה, זה כבר לא איזשהו גימיק של דוגמניות. זו מחלה נפשית שהורגת את הילדים שלנו. והיא הורגת אותם.

אנו מנלזון:

וגם אותנו, ההורים, היא הורגת באותה מידה. יש מחיר נפשי וכלכלי. אני יחד איתך, אני גם אב לנערה.

לי פינקו:

גם אותנו ההורים, נכון. כאימא אני באה כרגע להילחם עבורה. אני רואה את הבת שלי נגמרת כל יום. הבחורה תהיה בחודש בת 20. היא שוקלת בין 27 ל-28 קילו. אנחנו ארבעה חודשים מחכים לאשפוז בתל השומר. יש שני בתי חולים בארץ. נכון, שלושה. אבל היא מחלקה חרדית. ודיברנו איתכם, מעייני הישועה, ואתם נהדרים. אבל זה לא מתאים כי היא לא חרדית. יש את הדסה עין כרם ותל השומר. ואם לא הייתי מפעילה קשרים וזועקת ומנסה להפעיל כל מי שאני יכולה בשביל לקדם את התור שלה, היא הייתה נגמרת לנו בבית. הלכנו למיון עם דופק של בין 30 ל-34, עם לחץ דם של 70/40, ושלחו אותנו הביתה כי הם לא מטפלים במצב של אנורקסיה כול כך קשה. שלחו אותנו הביתה, ואמרו לנו: תירשמו לבתי חולים. שני בתי חולים בארץ ברשימת המתנה. אז מה עושים? האם הולכים הביתה ומחכים ש - - :- המעמד קצת קשה לי.

בכל אופן, חשוב לי לומר שאנחנו רואים את זה כסרטן של הנפש. ואני חושבת שאם היה לה סרטן אונקולוגי, ואני אומרת לכל מי שרוצה לשמוע אותי שאני מצטערת שלבת שלי אין סרטן כי יש מענה בבתי חולים, ובתי החולים לא היו שולחים אותי הביתה, והיו מקבלים אותה והיו מטפלים בה. אבל בגלל שיש לה סרטן של הנפש שולחים אותנו הביתה.

קריאה:

זה המשפט של כל הורה למתמודד בהפרעות אכילה.

לי פינקו:

בעזרת אנשים טובים שעזרו לנו, היא מתאשפזת בשבוע זה. אבל עד היום של האשפוז, כל בוקר אני קמה בפחד כשאני עולה למעלה כדי לראות שיש לה עדיין דופק. ואנחנו לבד בקהילה, אין לנו אף אחד. אין אף תמיכה. לא דיאטנית, לא רופא, כי אף אחד לא לוקח אחריות במצבים כאלה אלא שולחים אותנו לבית חולים. ובבית חולים אין מקום כי מחכים. אני מקווה שהמצב ישתנה. זה חוסר אונים. תודה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

תודה לך על הדברים, לי. ושוב אנחנו שומעים את הזעקה והקושי הזה. אני באמת באמת מוטרד מגודל האחריות שיש לנו עלינו כנבחרים שאמורים לפקח על עבודת הממשלה. אני לא יודע אם אני יכול לצאת רגוע מדיון כזה לאחר שאני שומע את הדברים האלה, ובטח ובטח עד שנדע שיש מענים.

אורנה אטיאס:

אני רופאת ילדים, אבל אני כמעט כל שבוע מנסה לדבר עם מישהו במחלקות הפנימיות ובמיונים בבתי החולים השונים שיקבלו מקרים כאלה שהם מעל גיל 18 כי המחלקות הפנימיות לא מעוניינות. מה שעושים זה שנותנים להם עירוי נוזלים במיון, מעלים להם את הסוכר באופן מלאכותי, ושולחים אותם הביתה. הן לגמרי לא מטופלות. זה כל פעם מאבק מחדש. וגם אחר כך עושים איזה איזון של יומיים, ושולחים אותן הביתה. שלא לדבר על זה שבמגזר הדתי אין אף יחידה אשפוזית שפועלת לטובת בני 18 ומעלה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

זה מאוד מאוד מאוד מטרדי. יותר ממטרדי.

און מנלזון, עמותת המסע שלנו.

און מנלזון:

נעים מאוד. תודה רבה. גם אני, כמו לי, בא לפה כדי להשמיע קצת את קול ההורים שמתמודדים עם זה יום-יום. גם אני אבא לנערה עם אנורקסיה. בזמן שהמתנו לטיפול היו צריכים לאשפז אותה כי המתנו והמתנו והמתנו, והמצב שלה הלך והידרדר. בסופו של דבר, היא התאשפזה והיא הייתה שבועיים מאושפזת במחלקת ילדים. וגם אחרי שהיא שוחררה, המשכנו להמתין עד שהתקבלנו לטיפול בקהילה. בסופו של דבר, המחיר הכלכלי והנפשי שאנחנו כהורים חוונו, הוא מחיר מאוד מאוד גדול, וזאת מעבר, כמובן, לבת שלי.

אני שומע על מחסור במשאבים בסיפור הזה, וכולנו מבינים ומסכימים על הדברים. אבל יש פה משאב והוא ההורים. כל דרכי הטיפול וכל המחקרים מראים עד כמה ההורים משחקים תפקיד מרכזי בכל מה שקשור בתמיכה וליווי ילדים בהפרעות אכילה. אם היו לי הכלים, ואם הייתה לי ההבנה והחינוך של אפילו להסתכל על הסימנים בשלבים יותר מוקדמים, כמה סבל יכולתי לחסוך, גם לבת שלי, וגם לנו כמשפחה, מבחינת כל העניין הזה. אנחנו יודעים מחקרית שככל שיש התערבות יותר מוקדמת, סיכויי ההחלמה ורמת החמורה של המחלה הם שונים לחלוטין.

היו"ר אלי דלל:

תודה רבה

יורם יתאח, בבקשה.

יורם יתאח:

שלום. אני יורם. אני לא יכול.

היו"ר אלי דלל:

הוא אבא לילדה עם הפרעות אכילה. קח לך כמה דקות וכוס מים. נחזור אליך.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

יורם, אנחנו מאוד מאוד רוצים לשמוע אותך. קח כוס מים. נחזור אליך.

נמצא איתנו בזום הרב משה כהן, שמנהל את מערך בריאות הנפש במגזר החרדי.

משה כהן:

אני מנהל רשת מרפאות בריאות נפש למגזר החרדי. אנחנו מקימים עכשיו עם השותפים שלנו במעייני הישועה, ואנחנו בחשיבה ובמגעים יחסית אפילו יותר מתקדמים, בית להפרעות אכילה לטיפול יום, לא אשפוזי. יש לנו את המקרים היותר קלים-בינוניים שבתוך קופות החולים, אבל יש את המקרים שבאמת זקוקים לטיפול יום, שזה משהו יותר אינטנסיבי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

באיזה אזור בארץ?

משה כהן:

באזור ירושלים. צריך לדעת שבאזור ירושלים רבתי, בלי קשר למגזר החרדי-דתי, יש מקום אחד ששמו הדסה עין כרם. אין היום מקום נוסף לאשפוז יום או אשפוז מלא. המקום היחידי שממלא פונקציה

כזו זה בית החולים הדסה עין כרם. אנחנו רוצים להקים יחידה דומה כשלוחה של מעייני הישועה באזור ירושלים.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

האם התקשרתם עם הקופות בהקשר זה?

משה כהן:

בגלל שאנחנו איזושהי שלוחה של מעייני הישועה, ההתקשרות של מעייני הישועה תעשה גם בשבילנו את ההתקשרות שקיימת בלאו הכי עם מעייני הישועה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

אוקיי. אני חושב שזו בשורה טובה.

משה כהן:

קודם כול, אני חושב שכלל שמגיעים למקרים יותר מורכבים, והנושא של חינוך תרבותי הוא לא משהו שנרכש באוניברסיטה או שמלמדים אותו, זה משהו מהותי. זה החוויה ה - - - הרבה פעמים במושג – "היימיש". היימיש ה - - - בעברית זה חוויה של ביתיות. זה לא משהו שאפשר ללמד תרבותיות, זה משהו נרכש. כשמטופלת חרדית נמצאת בחברת טיפולים שההווי והתרבות לא מותאמים לה, זה פוגע בטיפול שלה. ואני לא מדבר על פגיעה ברוחניות שלה, כי החוויה שלה בשילוב במקום ושל להרגיש בנוח היא קשה. ניקח בחשבון שבאזור ירושלים רבתי, בערך 40% זה ציבור דתי. אנחנו מדברים על הגוש, על ירושלים, שרוב הנערות הן חרדיות, אנחנו מדברים על ביתר עילית, שכולה חרדית. בעוטף ירושלים מדובר בקרוב ל-50%, אם לא יותר. לא בדקתי נתונים. זה לא אחוז זניח. מה שקורה זה שנמנעים מלהתאשפז באשפוזי יום, ואת זה אני יודע בוודאות, ואפילו לא מדובר באוכלוסיות שמרניות, אלא אני מדבר על אוכלוסיות של ספרדים פחות שמרנים, פחות אולטרה, בגלל הנושא התרבותי. אני לא מדבר על הנושא התרבותי של איך לעבוד עם חרדים. זה החוויה של ביתיות. בגלל זה אנחנו יכולים יחד עם מעייני הישועה להקים איזושהו מכון שבו הבנות ירגישו ביתיות בטיפול.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

הרב משה, תודה רבה. אני מודה לך על היוזמה הזו יחד עם מעייני הישועה. אני מקווה מאוד שתצליחו להקים את המקום הזה בהקדם ולתת מענה לאותן נערות.

יורם, אנחנו מאוד רוצים לשמוע אותך. בבקשה.

יורם יתאח:

קודם כול, אני מתנצל.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריות):

אתה בוודאי לא צריך להתנצל.

יורם יתאח:

אני יורם, ואני אבא לילדה בת 32. אני שומע שכולם פה מדברים על הילדים. מה איתנו? הנפש שלנו כבר שרופה. יש לי עוד ילדים בבית: יש לי ילד בן 29, שגם הוא הלך לאיבוד, וילדה בת 19 שקיבלה סוכרת דרגה 1 בגלל הסטרסים, המשטרות וכל הבלגן שהיה לנו בבית מזה. אני משלם בשבוע על פסיכולוגים פרטיים. אני חייב קרוב ל-850,000 בשוק האפור רק בגלל הילדים. עזוב אותי מהילדה. שתמות כבר. אני כבר לא יכול לסבול. איפה אנחנו בכל זה? לאף אחד אין מענה. לא רק לילדה, גם לנו אין מענה. אשתי אחרי שני אירועי לב מזה. אני לא שמעתי פה משהו שדיבר עלינו. הגעתי לפסיכיאטרים הכי גדולים. שילמתי המון כסף, ועד היום אני משלם. לא מזמן הייתי אצל פסיכולוג שאמר לי: תן לילדה למות בשקט. איך אפשר להגיד לאבא דבר כזה? פסיכיאטר מאחת השורות הראשונות בהפרעות אכילה. איך אפשר להגיד להורים דברים כאלה? וזה לא פעם ולא פעמיים. אתה מגיע לאשפוז בבית חולים עם ילדה בת 32 ששוקלת 27 קילו. היא לא רוצה לקחת טיפול בכדורים, ואז אומרים לה: הדלת פתוחה, את יכולה ללכת. איזה מין

דבר זה? היא בוגרת. הגעתי לבית משפט, והשופט אומר לי: כן, רפואי זה מחלת נפש. משפטי זה לא מחלת נפש. אני לא יכול לתת לך אישור לאשפוז בכפייה.

לי פינקו:

כי הראש לא יכול לחשוב בצורה צלולה ב-27 קילו.

יהודה גבאי:

אשפוז בכפייה הוא נעלם גדול מאוד מבחינת החוק. אתה לא יכול לעשות שום דבר. הפסיכיאטר המחוזי אומר לך: אני לא יכול לקחת אחריות. אני רוצה לקבל תשובה בנושא אשפוז בכפייה. אולי צריך חקיקה בנושא אשפוז בכפייה. שחברי הכנסת ייקחו את זה לחקיקה, כי יש לפעמים מקרים של סכנה, שהיא סכנה ברורה, היא לא סכנה בתיאוריה, ואולי כן אפשר יהיה לאשפוז בכפייה דבר כזה.

קריאה:

ההורים יכולים לקחת אפוטרופסות אם השופט מסכים.

יהודה גבאי:

אבל מי ישתף איתך פעולה עם התהליך הזה של אפוטרופסות?

קריאה:

חקיקה לא קשורה בתקציבים, אז אף אחד לא יגיד לנו פה על תקציבים.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

פרופ' שטראוס, בבקשה.

ישראל שטראוס:

אני אסביר את הנקודה הזו. לפי החוק, אפשר לאשפוז מישהי בכפייה רק בשני תנאים: חייב להיות פסיכוטי וגם איזה סכנה מיידית לעצמם או למישהו אחר. מחלת האנורקסיה או הפרעת אכילה קשה, לא נחשבת כמחלה פסיכוטית, ולכן אי-אפשר לאשפוז מישהו בכפייה מעל גיל 18. מתחת לגיל 18 אפשר בחתימת הורים. מעל גיל 18, האדם יכול להחליט לעצמו, זה לא נחשב כמשהו פסיכוטי. לפני כמה שנים הייתה יוזמה של שרת הבריאות דאז יעל גרמן. היא ניסתה לשנות את החוק, אבל תוך כמה חודשים ובמהלך השינוי, היא איבדה את הכיסא שלה בכנסת, ולכן זה ירד. יכול להיות שצריך לבקר שוב את הנקודה הזו, ולחשוב על זה כמחלה כי זה לא נחשב מחלה פסיכוטית.

היו"ר אלי דלל:

האם הרעבה עצמית לא נחשבת לאיזושהי פגיעה באדם, בעצמו?

ישראל שטראוס:

לפי החוק זה עניין של פסיכוזה וסכנה מיידית. חייב שיהיו שני התנאים ביחד, אי-אפשר רק אחד. יש גם סכנה לא מיידית, וזה גם אפשרי בכפייה, אבל עדיין חייב. זה לא קשור ל-DSM, זה קשור לחוק. לפי החוק, הפרעת אכילה קשה, אפילו שהיא פוגעת בשיפוט של האדם, לא נחשבת כמשהו פסיכוטי. לפי החוק, אי-אפשר לטפל במישהו מעל גיל 18 בכפייה. זה עניין של חוק.

היו"ר אלי דלל:

תודה רבה, פרופ' שטראוס.

יעל מיכל, בבקשה.

יעל מיכל שוורץ:

דהיי, קוראים לי יעל שוורץ. אני מהלובי למלחמה באלימות מינית. בחודש הבא אני חוגגת עשרים, ובנוסף אני מחלימה מבולימיה ואנורקסיה ומתקיפה מינית. אני ההוכחה לזה שכשמקבלים מענה מסוים, אפשר להחלים. נעזוב את זה שהתחלואה, גם של פוסט טראומה מתקיפה מינית, וגם הפרעות אכילה, באות לפעמים יחד. רוב הבנות שאני מכירה, ורוב החברות שהכרתי דרך המחלקה והרשתות החברתיות, סובלות גם מתקיפה מינית וגם מהפרעות אכילה. גם לזה אין מענה. אין לי היום מענה לזה.

היו"ר אלי דלל:

האם זה תוצאה של התקיפה המינית?

יעל מיכל שוורץ:

לרוב זה תוצאה של התקיפה המינית. יש קשר, שמוכח במלא-מלא מחקרים, בין תקיפה מינית להפרעות אכילה. הפרעות אכילה זה הרס עצמי. דיברתם פה על זה. זה הרס עצמי לכל דבר ועניין. וזו מחלה שהורגת. זה מקושר עם אובדנות. זה לא רק הפרעת האכילה עצמה.

חשוב לי להגיד שאני באתי ממשפחה שתומכת בי, ותודה לאל על כך. אבל עבדתי במלצרות כדי לממן לעצמי טיפולים פרטיים כי אין כמעט מענה. אין מענה למחלקות משולבות שמיועדות לנפגעות תקיפה מינית שמתמודדות גם עם הפרעות אכילה. זה הרבה יותר הרסני כשזה גם משולב בשני הדברים.

אני עשיתי סקר, ואני מודה, אני עושה את הסקרים האלה דרך הרשתות החברתיות, של מאה בנים ובנות שמתמודדים עם הפרעות אכילה ותקיפה מינית. כ-61% אמרו שלקח להם בין חצי שנה לשנה לקבל טיפול ומענה. אני שומעת אתכם מדברים פה על תקציבים ועל הכול, אבל הזמן הזה הוא קריטי. זה לא משולב רק עם הפרעת האכילה והתקיפה, זה משולב גם עם אובדנות, פגיעה עצמית, ואלו תופעות שמסכנות חיים. לא לכולם יש את החוזק הנפשי ואת תמיכת המשפחה, ולא כולם באים עם רקע משפחתי מסוים, שיכול לאפשר לעצמם לחשוב שיש להם סיכוי, ואז יש להם באמת כוח נפשי לחכות לקבל את הטיפול. לא לכולם יש את זה. נעזוב את זה ש-16 אנשים אמרו שלקח להם מעל שנה לקבל גם לתקיפה מינית וגם להפרעות אכילה. מה לגבי המענה הזה? זה בהחלט לא מובן מאליו שיש פה הורים שבאים ומדברים. גם בהם לא מטפלים. אין טיפול עבור המשפחה.

נציגת משרד החינוך, אני יכולה לומר לך שכשהייתי תלמידת תיכון הייתה לנו מצגת שבה ראינו טיפול בהשמנה. אפשר להכניס במשרד החינוך תכנים על הפרעות אכילה. וזה נדרש, כי היום, במיוחד במצב מלחמה, תופעת הפרעות אכילה עולה ועולה. ואין לאף אחד כאן שליטה על רשתות חברתיות. לא משנה כמה דברים ישימו, לא תהיה לכם שליטה על מה שהילדים רואים וחווים. אני זכיתי ליועצת בבית הספר ולמחנך מדהים, שביקר אותי באשפוז בתל השומר. אתם יכולים להוסיף עוד תכנים לגבי התקיפה המינית והפרעות האכילה גם במשרד החינוך כי שם זה מתחיל. ואני ההוכחה לכך שברגע שתופסים את זה יותר מוקדם, סיכויי החלמה גבוהים יותר. תודה לכם.

היו"ר אלי דלל:

יעל, תודה. מאוד ריגשת אותנו.

איריס, נציגת משרד החינוך, שמענו את יעל. היא אמרה שתכנים בבתי הספר הם מאוד חשובים כי זה, בסופו של דבר, מונע. אני מאוד אשמח לשמוע במשפט האם אפשר להכניס, האם אתם מכניסים תכנים.

איריס בן יעקב:

אני כבר דיברתי על התכנים שאנחנו מכניסים כשלא היית פה. אני כן אתייחס לסיפור הזה של הפרעות אכילה והשיח הזה בכיתות. אנחנו בשום אופן לא מדברים על הפרעות אכילה בכיתות מול תלמידים. התופעה הזו מידבקת, והיא מסוכנת מאוד. ולכן, התכנים שאנחנו מדברים עליהם הם ליד. אנחנו מעלים את הערך העצמי וחשיבה ביקורתית. בקיצור, אנחנו מדברים על תכנים אחרים ולא על הפרעות אכילה. אנחנו כן מדברים על הפרעות אכילה עם הצוותים החינוכיים, ובעיקר עם היועצות החינוכיות, כמו שאמרתי.

היו"ר אלי דלל:

תודה, איריס. הבנתי.

ד"ר טל שניר, בבקשה, בזום.

טל שניר:

שלום, אני ד"ר טל שניר. אני יושב-ראש החברה הישראלית לרפואת מתבגרים. אני רוצה לחזור לנושא כוח האדם והכשרות כוח אדם. גם אני ישבתי פה בוועדה ב-2023 ואמרתי את הדברים, ובתחושה שבאמת אין מספיק התקדמות. רופאי מתבגרים הם רופאים שעובדים לפי מודל שנקרא "מודל הביו פסיכו-סוציאלי", ומקבלים הכשרה שהיא באמת הכשרה גם רב-תרבותית, והיא מלמדת אותם להיות מכוונים למתבגרים ממגזרים שונים, ולתת מענה עם רגישות גדולה, גם פסיכולוגית, גם סוציאלית, וגם גופנית. כך אנחנו יושבים על תפר של גוף-נפש, כשהפרעת האכילה בדיוק יושבת על התפר הזה.

אנחנו הכשרנו במהלך השנים כ-70 רופאי מתבגרים בארץ. סיימנו קורס של רפואת מתבגרים לפני שנה באוניברסיטת תל אביב, ומתעתדים לפתוח קורס השנה. מאוד קשה לגייס כוח אדם שמוכן לטפל בהפרעות אכילה. זה שוחק, זה קשה. את כל הקשיים ששמעתם פה, שגרמו להתרגשות גדולה בקהל, אנחנו כמטפלים שומעים יום-יום, וצריכים להתמודד עם זה כמטפלים. אבל רופאי מתבגרים מקבלים הכשרה לזה.

במסגרת מבחני התמיכה של משרד הבריאות, הם דורשים פסיכיאטר באופן קבוע. היו לי כבר מספר פעמים מפגשים בנושא גם במשרד הבריאות כדי להגיד שלרופאי מתבגרים יש הכשרה טובה. הם מגיעים עם בסיס של רפואת ילדים או רפואת משפחה. הם מקבלים הכשרה טובה, כמו שאמרתי, גם בתחום של הפרעת אכילה, גם ברב-תרבותיות, גם בהבנת גיל ההתבגרות, גם בהבנת גוף-נפש. לצערי הרב, משרד הבריאות לא מקל עלינו במתן המענים שאנחנו יודעים לתת, אלא מערים קשיים, ובטח עם מבחני התמיכה כפי שהם היום.

גם עם ההכשרות שאנחנו נותנים, אני עדיין מקבלת פניות ממרפאות שקמות. מאשקלון קיבלתי לאחרונה, מהצפון, מגוש שגב, שיש שם רפואת מתבגרים שעוזבת. גם, עדיין, בתוך התנאים האלה, קשה לנו למלא את השורות על ידי רופאי מתבגרים. מאוד קשה לגייס כוח אדם בתחום הזה. ובוודאי בוודאי אם מדברים על תקציבים, התקציבים לא באים כדי לעודד אנשים לבוא לעבוד בתחום. המשכורות שניתנות בתחום זה הן מחפירות.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

הנקודה ברורה. אני רוצה לשמוע את תגובת משרד הבריאות.

רויטל אורדן:

לעניין מבחן התמיכה בבריאות הנפש – אנחנו כן תומכים - - -

גלית גולדז'ק קוניק:

רפואת מתבגרים זה לא בריאות הנפש.

רויטל אורדן:

מבחן התמיכה בבריאות הנפש – באמצעות המגעים אפשר לתמוך בכל איש צוות רפואי ככל שהוא נמצא בתוך מערך בריאות הנפש בכל סקטור. כלומר, אם רפואת המתבגרים תהיה כחלק ממערך בריאות הנפש, אפשר לתמוך באמצעות מגעים. אבל יש דרך נוספת, שעליה דיברנו עכשיו ואותה אנחנו מקדמים, היא כבר נמצאת כרגע, באמצעות ריבוד מענים. אפשר לתמוך באמצעות מבחן התמיכה גם במגעים של סקטורים אחרים. הרעיון הוא להכניס עוד ועוד אנשי מקצוע, ודיברנו על זה, גם כעתודה, אבל גם רופאי מתבגרים, כחלק מהמערך הטיפולי.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

תודה רבה.

מיה אוברבאום, בבקשה.

מיה אוברבאום:

תודה. אני מאיגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית. כמו שנאמר פה, לשיעור ניכר מהסובלות מהפרעות אכילה יש רקע טראומה מינית. יש מחקרים שאפילו אומרים ש-80% למרות שהרעבה עצמית ובולימיה משמשות הרבה פעמים כאסטרטגיה להתמודד עם הקשיים שנבעו מהפגיעה המינית, עדיין יש שתתי בעיות שהן דווקא לא תקציביות, לדעתי. אחת מהן מתייחסת לזה שמערכי הטיפול משתמשים הרבה פעמים באמצעים של כפייה, של האכלה בזונדה וענישה, שזה בדיוק הפוך ממה שצריכות נפגעות תקיפה מינית לגבי החזרת שליטה. את הדבר זה אפשר לפתור בהכשרות למתן מענה מלווה לטראומה מינית, בדומה למודלים שמופעלים בבאר יעקב ובבתי חולים נוספים. הדבר השני, שכבר נאמר פה על ידי יעל האמיצה והמדהימה שדיברה, הוא שלמרות הקשר ההדוק בין הפרעות אכילה לפגיעה מינית, הרבה מהמענים של בריאות הנפש לא מקבלים רקע של הפרעות אכילה. ולהיפך, המחלקות של הפרעות אכילה לא מטפלות בפגיעה מינית. הן אומרות: תלכי ותטפלי בפגיעה המינית, ותחזרי אלינו אחר כך, ונטפל לך רק בהפרעת האכילה, כשברור שאי-אפשר לטפל בזה בנפרד. ולכן, הרבה פעמים הן נשארות ללא טיפול ומענה לא לזה ולא לזה. חייב להיות איזשהו מענה הוליסטי, ושלא תהיה ההפרדה המלאכותית הזו. זה דבר שלא דורש תקציב, זה דורש שינוי נהלים כך שאפשר יהיה לקבל נפגעות שמתמודדות עם הפרעות אכילה.

היו"ר אלי דלל:

תודה רבה.

נציגת משרד הרווחה, שמענו פה את המשפחות. האם יש מענים למשפחות, ובאיזו צורה?

סיגל ישראלי:

סיגל ישראלי, אני ממשרד הרווחה. אבל אני דווקא בכובע של מערך שירותי הבריאות במשרד הרווחה ולא בכובע הסוציאלי. אני תזונאית ראשית של מערך שירותי הבריאות במשרד הרווחה. אני רוצה להתחבר לדברייך. יש לנו הוסטלים. הוסטל, כמו בית ענבל, שהוא לנפגעות פוסט טראומה, פשוט לא יכול לקבל, או לא יוכל לקבל, מישהי עם BMI נמוך מ-17 או 18, ואז חטאנו למטרה. בכלל לא דיברנו על בתים שיקומיים ועל הוסטלים. דיברנו על הקצבות, ועל מניעה בקופות החולים ועל הקצה בבתי החולים. אני חושבת שפתיחה של עוד בתים שיקומיים ועוד הוסטלים, ודווקא לאוכלוסייה הקשה והמתנגדת, שהם כוללניים לפוסט טראומה ופוסט טראומה מורכבת, וזה עלה פה היום, אבל לא מספיק, תהיה מבורכת.

היו"ר אלי דלל:

האם יש מחקר לגבי הבתים השיקומיים שזה כן מצליח?

סיגל ישראלי:

אני חושבת שנציג ביטוח לאומי יוכל להציג את זה כי היום כאלה והיו בכמה. בהיבט הסוציאלי, אני כן חושבת שיש מקום, וזו פלטפורמה מצוינת, לפתוח בשיתוף פעולה להפעיל עו"סים בלשכות שיוכלו לפחות לתת תמיכה כלשהי למשפחות הנהדרות האלה. יחד עם משרד הבריאות, עם קופות החולים, להעביר הכשרה לעו"סים שיוכלו לפחות לתת תמיכה ומעטפת להורים ולעזור להם בכל מה שקשור במיצוי הזכויות. אני בהחלט אעביר זאת הלאה לאחראי במשרד הרווחה.

היו"ר אלי דלל:

תודה רבה.

נציגת המוסד לביטוח לאומי, בבקשה. האמת היא שבחודשים האחרונים אנחנו תמיד מפרגנים לביטוח לאומי.

אתי אלאלוף:

אני אתי אלאלוף, ואני מנהלת תחום ילד נכה בביטוח הלאומי. כעיקרון, במענה שאנחנו נותנים למשפחות יש מטריה של עילות. ההורים נכנסים בדרך כלל תחת הצורך בהשגחה על הילד או על השגחה

מלאה, שזה שיעור זכאות של 50% או 100%. כל מקרה הוא אינדיבידואלי, לפי הטיפול שניתן, לפי המצב הנפשי, הפיזי, הרגשי, של הילד, והצורך שבגינו הוא צריך השגחה – זה מהמעטפת של ביטוח לאומי לצורך של קצבת ילד נכה במקרים אלו.

היו"ר אלי דלל:

שמענו פה לא מעט, והשאלה היא האם המעטפת הזו של הביטוח הלאומי מספיקה.

אתי אלאלופ:

קודם כול, ביטוח לאומי פועל לפי חוק ותקנות.

היו"ר אלי דלל:

כמה זה בסכום?

אתי אלאלופ:

100% בקצבת ילד נכה עומד על 3,500 שקל. 50% על 1,771.

היו"ר אלי דלל:

את שמעת פה קודם אבא שאומר: שני טיפולים בשבוע זה לפחות 3,000.

אתי אלאלופ:

אני דיברתי על ילדים, וכרגע עד גיל 18. מטרת קצבת ילד נכה היא לפצות על עומס טיפולי. לא תמיד היא מסתכלת על כל ההוצאות.

היו"ר אלי דלל:

ואם מדובר על בגיר?

אתי אלאלופ:

בגיר – אני פחות. בבגיר מסתכלים על אובדן כושר העבודה. כמה הבגיר איבד.

היו"ר אלי דלל:

בגיר לא משתכר. בכמה זה מסתכם?

אתי אלאלופ:

דרגה מלאה היא בסך 4,200 שקל.

לי פינקו:

אבל זה עובר אליו. לא אלינו, ההורים.

אתי אלאלופ:

לגבי הבגיר – את צודקת. בבגיר זה באמת ניתן לבגיר כי הוא כשלעצמו. אבל תמיד אפשר אולי לבקש מינוי מקבל, כך שאם הבגיר לא יכול להתנהל, אז אפשר לבקש שזה יעבור להורים.

היו"ר אלי דלל:

היה חשוב לנו לשמוע את הנתונים. תודה.

תמר, בבקשה.

תמר אליהו:

שלום לכולם. אני תמר אליהו, עמותת המסע שלנו. אני וחבריי ההורים הקמנו את העמותה הזו כבר לפני שנתיים. אני לא יודעת לגבי כל היתר פה, אבל אני ממש מצטערת להיות פה. זו כבר ועדה חמישית שבה אני משתתפת.

הבנות שלי בהחלמה מלאה. אני בצד הטוב של הסטטיסטיקה, אבל המחיר של זה היה למשכן את הבית שלי פעמיים. אני עדיין משלמת את החובות של מה שהיה כרוך בכך. אנחנו נמצאים היום בעמותה שלנו בעלייה מטורפת של 77% פניות הורים. תיאר פה האבא המקסים, וכל מה שנותר לי זה רק לרצות לחבק אותו ולהבין את המצוקה האדירה בה הם נמצאים, ועד כמה התופעה הזו רווחת באוכלוסייה. האם מישוה פה מבין שאנחנו מדברים על זה שמדי שנה אנחנו באים להשתתף בוועדות האלה. ההורים יושבים באיזה פינה בחדר, ובשום שלב לא משתפים אותם בתוכניות הלאומיות המאוד גדולות עליהן מדברים. אבל בסוף אני זו שנדרשת לקחת את הילדה שלי הביתה ולטפל בה, וזאת ללא שום הנחיה והדרכה. ההורים הפכו להיות הפרסונה שמטפלת בילדים שלהם. היינו עסוקים בתרגום מאמרים. אנחנו מפעילים בעמותה שלנו וובינרים לתמיכה והדרכת הורים. אנחנו מתרגמים מאמרים מחו"ל כדי להנגיש את זה לציבור. אנחנו מפעילים קבוצות תמיכה להורים, כך שאם אימא מתקשרת בשעה שלוש לפנות בוקר, אחרי שזרקו אותה מבית החולים ואמרו לה ללכת הביתה, אז אנחנו אלה שעונים לה לטלפון ואומרים לה מה בדיוק אפשר לעשות או איך אפשר להתקדם ואיך אפשר להחזיק את זה עוד יום ועוד יום ועוד יום.

ראשית, האם אפשר לצאת מהוועדה הזו עם אחת שבכל ועדה שמתכנסת בנושא טיפול בהפרעות אכילה יהיה נציג של ההורים? פעם אמרו לי: את רק אימא, יש פה אנשי מקצוע שהם אלה שיועדים לטפל. אני לא רק אימא כי אני גם האחות, גם הדיאטנית וגם המטפלת הנפשית. אני גם זו שעולה לחדר כדי לבדוק שהיא התעוררה. אז, בבקשה, אנחנו מבקשים לקחת חלק בבניית התוכניות ולהגיד לפחות את נקודת המבט שלנו.

הגשנו בג"ץ. יש בג"ץ שדן בנושא הטיפול בהפרעות אכילה. מעבר לזה, אנחנו עכשיו עובדים על כתב עמדה ומדיניות מאוד מאוד מפורט שמתייחס לסוג מענים שצריך לקחת בחשבון. אנחנו כבר מבינים שהוספת מיטות נוספות היא כנראה לא הפתרון. אנחנו מבינים שזה לא נותן מענה כי מאוד קשה למצוא אנשי מקצוע וקשה לטפל בזה בצורה הזו. בואו נחשוב מחוץ לקופסה ונראה מה עוד אפשר לעשות. אפרופו, משרד החינוך – חוץ מזה שאני מסיימת את יום העבודה שלי ב-100% משרה שלי, יש לי עוד 400% משרה בטיול בין בתי הספר ולספר את הסיפור הפרטי שלנו, וכדי לנסות להבין האם מורה לחינוך גופני יכול להעיר משהו לנערה לגבי המשקל שלה. זה איזושהו טריגר שאחר כך זורק אותה הביתה ומביא אותה לשירותי בית הספר.

היו"ר אלי דלל:

תמר, אמרת שמבינים שהפתרון הוא לא רק נושא המיטות. איזה פתרון את מציעה?

תמר אליהו:

אני באמת מדברת על תוכנית לאומית. גם בוועדה הקודמת דובר על תוכנית לאומית. תוכנית שלא תתייחס רק למענים של משרד הבריאות, אלא שכל המשרדים יישבו ביחד: משרד החינוך, משרד הרווחה ומשרד האוצר ויחשבו ביחד איך אפשר. אנחנו, בעמותה, מקדמים טיפול FBT בתמיכת הורים. אנחנו רואים בהורים חלק מהפתרון, לא חלק מהבעיה. אי-אפשר להמשיך להסתכל על הדבר הזה מתוך פריזמה שכאילו מה שצריך פה זה עניין של אנשי מקצוע. אני מאוד מכבדת אותם, אבל, אם, בסופו של דבר, אנחנו כהורים נדרשים לטפל בילדים שלנו בבית מכיוון שאין מענים, תתכבדו ותיקחו בחשבון גם מה אנו חווים ביום-יום שלנו. אני אומרת את זה אמיתי. חלק מהנוכחים פה מכירים את הפרצוף שלי.

היו"ר אלי דלל:

תמר, האם את מציעה לעשות טיפול בבית במקרה ויש בעיה בבית חולים ואין מספיק מיטות?

תמר אליהו:

טיפול בקהילה.

קריאה:

הטיפול בקהילה מונע את האשפוז.

היו"ר אלי דלל:

אנחנו פה כדי לשמוע ולהקשיב לכם. אם אנחנו רוצים לפתור בעיה, אז זה בעזרת הקשבה. ולכן, אני שואל בצורה ברורה. את אומרת: יש לנו פה בעיה בבתי חולים וכו'. אבל אם תיתנו לנו אולי חלק מהתקציב, ואם תדריכו אותנו ותביאו את פתרון הבעיה לקהילה או לאשפוז בקהילה, זה יעזור. למשל, בתים שיקומיים.

תמר אליהו:

חד-משמעית, ככל שיחזקו עמדות הטיפול בקהילה.

היו"ר אלי דלל:

יפה. אם כך, אנחנו נקרא בנקודה הזו לנסות לבחון טיפול בקהילה, כחלק מהפתרון ובגלל היקף התופעה, בעזרת בתים שיקומיים, וגם בתוך הקהילה עצמה.

קריאה:

הפתרונות צריכים לכלול גם את האנשים עצמם.

מיכל חסון רוזנשטיין:

אבל הדברים שאתם מבקשים קיימים. גם טיפולים משולבים קיימים.

היו"ר אלי דלל:

שמענו אותם, אבל צריך להרחיב אותם.

מיכל חסון רוזנשטיין:

אני ד"ר מיכל חסון רוזנשטיין. אני יושבת-ראש העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, ואני גם פסיכולוגית אחראית במחלקת נשים במרכז לבריאות הנפש מעלה הכרמל. זו מחלקה פסיכיאטרית שבתוכה אנחנו מטפלים גם בהפרעות אכילה. פתחנו גם יחידת משנה של אשפוז יום משולב לקומפלקס PTSD הפרעות פסיכיאטריות והפרעות אכילה. פתחנו לפני חודש פיילוט של חמש, ויש לנו כבר שבע. אני כן יכולה להגיד גם בתור יושבת-ראש העמותה. בכנס האחרון עשינו סשן מיוחד על מסגרות חדשות. יש היום מסגרות, נדמה לי של צבר, שנותנות אשפוז בית.

קריאה:

מאוד יקר.

מיכל חסון רוזנשטיין:

נכון, זו התחלה.

תמר אליהו:

אפשר להגיד במספרים כמה עולה למשפחה ממוצעת להגיע לטיפול בצבר.

מיכל חסון רוזנשטיין:

אני לא יכולה להגיד לך מה העלויות. יש שונות מאוד גדולה בין קופות החולים. יש קופות חולים שממנות בתים שיקומיים ואשפוזי בית, ויש קופות חולים שלא מממנות את זה.

תמר אליהו:

לא סתם אמרתי שכדי לטפל בשתי הבנות משכנתי את הבית שלי פעמיים.

מיכל חסון רוזנשטיין:

אני רוצה לנצל את ההזדמנות ולומר יש שונות. יש קופות חולים שמממנות את אשפוז היום אצלנו ונותנות טופס 17, ויש קופות חולים שלא מממנות את האשפוז הזה. אין כאן משהו אחד מבחינת מה שקופות החולים מוכנות לממן, למרות שהשירותים האלה קיימים. אני חייבת להגיד שהם קיימים גם - - -

ויקי יעל ריכטר ישראלי:

קיימים במידה מאוד מאוד מועטה ולא מספיקה.

מיכל חסון רוזנשטיין:

את צודקת.

תמר אליהו:

ואז יש הורים בקבוצה שקוראים לנו כעמותה ואומרים: הפכנו את המחלה הזו למחלה של עשירים, וזה דבר שאני לא יכולה לשאת.

מיכל חסון רוזנשטיין:

את צודקת. אני במחלקת נשים, והמחלקה שלנו נמצאת ב-120% תפוסה. יש לנו תקן ל-35 מיטות, ובאופן קבוע אנחנו עם מעל 40. אנחנו באזור חיפה, עם אזעקות, מורידים את המחלקה הפסיכיאטרית, את כל ה-40 ומשהו שמאושפזות, כל פעם למקלט. אנחנו ברוויה עם מטופלות. אנחנו לא יכולים לקלוט יותר. ולא רק זה, כפי שנאמר כאן, באמת מאוד מאוד קשה להשיג כוח אדם. אני פסיכולוגית מומחית, 15 שנים עם ניסיון, דוקטור, 60% משרה, מרוויחה 7,000 שקל. לא יכול להרשות לעצמי לעבוד יותר מזה בשירות הציבורי.

וקצת תשובות למה שאמרו פה הורים. יש תמיד אפשרות לבקש הוראת בדיקה ל-24-48 שעות בתוך מחלקה פסיכיאטרית. מגיעות אלינו נשים עם הוראת בדיקה. לא צו, הוראה. במהלך 48 השעות האלה, בהנחה שהן לא מגיעות ביום חמישי בערב, אני, אישית, משתדלת, והצוות שלנו, לשבת איתן ולשכנע אותן להישאר. שתדעו שגם זו אופציה. רק לוודא מי נמצא לפני שאתם מגיעים למיון.

היו"ר אלי דלל:

תודה.

בבקשה, סיגלית.

סיגלית כהן צבר:

אני סיגלית כהן צבר. אני גם בבית חולים שערי צדק, ואני גם נציגת דיאטנים. אני עובדת כבר 30 שנה בתחום הפרעות אכילה. מבחינת השיח פה על נגישות תרבותית ועל זה שאפשר וצריך שיהיה אפשר לטפל לא רק דרך הפסיכיאטריה – בבית חולים שערי צדק יש גם נגישות תרבותית, גם אפשרות לייצוב רפואי. זה מניעה של אשפוז פסיכיאטרי. אם יהיה שם תקציב למיטות, מה שמשרד הבריאות לא אישר, אז כן אפשר יהיה לאשפוז ילדים עם דופק נמוך, ילדים שצריכים את הייצוב רפואי. יש שם טיפול של FBT, טיפול עם המשפחה והדרכה למשפחה. זה גם ייצוב רפואי, אבל גם טיפול מניעתי, בסופו של דבר. זה עד גיל 18 כי זו מחלקת ילדים. טיפול לייצוב רפואי אפשר לעשות גם במחלקות אחרות.

אם לא צובעים את התקציבים ומייעדים אותם להפרעות אכילה, קופות החולים מעבירות את התקציבים לבריאות הנפש באופן כללי. ולכן, אנחנו יכולים לשבת פה ועדה אחרי ועדה אחרי ועדה ולהגדיל תקציבים, אבל זה לא יגיע להפרעות אכילה. בנוסף, דיברו כאן על מניעה ועל הרצאות לילדים ועל טיפות חלב. אם אנחנו לא נעשה את זה כאנשי מקצוע, כדיאטנים שמבינים בזה, וניתן לכל אחד לדבר וללמד את ההורים, אם אחיות טיפות חלב ידברו עם הורים על תזונה, אז אנחנו נגיע עוד פעם להפרעות אכילה. יש את

חוק התזונה, ואנחנו חייבים לשים לב שרק דיאטנים עובדים בזה. כי אני רואה כרגע שמגיעות אליי בנות שהיו אצל מאמני כושר, או שראו באינטרנט על ירידה במשקל, בנות שהאחות בבית הספר אמרה להן שהן צריכות לרדת, או האחות בקופת חולים, או אפילו רופא משפחה שלא מזהה אטיפיקל אנורקסיה. ואני רואה מלא שלא מזהים אטיפיקל אנורקסיה ועושים פה טעויות. ולכן, זה מאוד מאוד חשוב שהטיפול יהיה רק אצל דיאטנים, ושיהיה חוק לגבי מי עוסק בתזונה ומי יכול לתת את ההדרכה הזו.

אנחנו מדברים על זה, אבל בבתי הספר מדברים רק על השמנה. בסופו של דבר, הילדים מתים מפחד מזה, ואנחנו מגיעים להפרעות אכילה. מדברים על השמנה, ויש בבתי הספר משקאות.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

יש לנו מחר דיון משותף עם ועדת החינוך בנושא השמנה וסוכרת. כמובן שצריך את האיזונים הנכונים.

קריאה:

משרד החינוך פיתח שמנפוביה.

סיגלית כהן צבר:

ולכן, אני מדברת על איך אנחנו מונעים. נכון, אסור לדבר על הפרעות אכילה בבתי הספר. אנחנו צריכים לדבר על איך אנחנו מונעים את זה. תודה.

היו"ר אלי דלל:

לנה, נציגת קופת חולים מכבי, בבקשה.

לנה חרמץ-וקין:

שלום. אני לנה חרמץ, ואני מנהלת מרפאה להפרעות אכילה של מכבי במחוז דרום. אני רוצה לספר קצת מה אנחנו עושים במרפאות שלנו. בשנה האחרונה המרפאות עבדו באופן מלא. היו גיוסים של צוותים נוספים בהמשך לקשיים, אבל הצלחנו לגייס הרבה הרבה מאוד צוותים למרפאות שלנו. יש לנו, במכבי, תוכנית הכשרות. דיאטניות שלומדות את הנושא יכולות לעשות את הפרקטיקום אצלנו במרפאות. כרגע יש לנו שבע מרפאות שפזורות בכל הארץ, כשלאחרונה הצטרפו שלוש מרפאות באזור השפלה וירושלים.

אספנו נתונים בקורונה, וראינו עלייה של 50% בפניות של בנות מתבגרות. אנחנו יודעים ומצפים שיגיע הגל, כלומר, שהפניות יגיעו, ואנחנו לא נעמוד. כדיאטנית אני אומרת שיגיעו הרבה הרבה מאוד פניות. ולאחרונה אנחנו גם רואים מצבים הרבה הרבה יותר קשים. אם עד עכשיו היינו רואים בנות שמתמודדות רק עם הפרעת אכילה, אז היום, ובעיקר באזור הדרום שבו יש שילוב של פוסט טראומה, החמרה ותסמינים, הרבה מאוד מטופלות עם הסתגרות וחרדה. וצריך להגיד שגם הצוותים מתמודדים עם קושי כפול של חיים בקו העימות ושמירה על רצף טיפולי. זה אתגר אמיתי של טיפול ממש תחת אש.

צריך לזכור שאנחנו, במרפאות שלנו, יכולים לעשות מה שמותאם למצב הרפואי של המטופלות שלנו. ולכן, אנחנו תמיד נלווה אותן עד האשפוזים. כשמצב האשפוזים וההמתנה קצת ישתפר, אנחנו נוכל לעשות את זה במידה שיותר מתאימה למצב המטופלת. הם תמיד יחזרו אלינו למרפאות גם אחר כך. חסרים מענים מאוד מאוד גדולים בבתיים שיקומיים לנוער. מכבי עובדת בשיתוף פעולה עם שני בתיים מאזנים. השלישי ממש עומד להיחתם בהקדם. לגבי בני נוער בבתיים מאזנים, בעיקר בקו התפר הזה שדיברנו, סביב גיל 17 – 18 שמסיימים אשפוז – מאוד מאוד קשה להגיע חזרה למרפאה.

היו"ר אלי דלל:

תודה. האם עוד מישהו מקופות החולים שרוצה לדבר? ממש בדקה כי אנחנו צריכים לסיים.

מיכל שמחי:

אני מיכל שמחי, ואני דיאטנית בקופת חולים לאומית. אני מייצגת את הצוות. קודם כול, בקופה יש כן מענה. בירושלים יש חמש דיאטניות כחלק מבריאות הנפש. המרפאה במרכז היא במיקור חוץ. בדרום מרפאה אחת. בצפון יש רק מרפאת מבוגרים. אין מרפאת של נוער וילדים בלאומית לבריאות הנפש.

כמו שאתם רואים, אני דיאטנית יחסית צעירה. ההכשרה של דיאטנית להפרעות אכילה היא מביכה. כבר בלימודים שלי הייתה לי זיקה לתחום ורציתי. הקורס בתוך האוניברסיטה מביך. אני רציתי בסטאז' וביקשתי מהאחראית, מהמנהלת הראשית של הסטאז' של משרד הבריאות, ואמרתי לה שאני רוצה לעשות, בבקשה, סטאז' גם בהפרעות אכילה. לא רק סוכרת ולא רק כירורגיה. היא אמרה לי: לא, זה לא במל"ג. אי-אפשר לקבל אישור. כלומר, זה מתחיל עוד הרבה קודם. אם דיאטנית יוצאת עכשיו מהכשרה והיא צריכה לעשות קורס של 15,000 שקל בשביל לקבל הכשרה בכלל להתקבל לעבוד במרפאה בבית חולים, איך יהיו דיאטניות? אני היחידה, מכל הכיתה שלי, שמעסקת בהפרעות אכילה. לדעתי, זה מתחיל עוד קודם. וכל זאת מעבר למשכורת הבאמת מביכה. אבל אנחנו אנשים של שליחות. אני נכנסתי מהדלת האחורית. חבל, למה לא להביא את זה קודם?

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

איפה הבעיה? מי המחסום?

מיכל שמחי:

למה אין בסטאז' הכשרה להפרעות אכילה?

היו"ר אלי דלל:

מי מונע את זה?

מיכל שמחי:

משרד הבריאות.

תמר אליהו:

לא כל דיאטנית יכולה לעסוק בהפרעות אכילה. תאמיני לי שפגשתי מספיק כאלה בחיים.

מיכל שמחי:

נכון, צריך לעשות את ההכשרה. למה לא מכשירים דיאטנים?

היו"ר אלי דלל:

העלית נקודה חשובה בסוף הדיון.

פאינה צודיקוב:

זה לא דיון על דיאטנים. דיאטנית שסיימה לימודים היום, לא יכולה להיות ישר דיאטנית הפרעות אכילה. זו התמחות מסוימת.

מיכל שמחי:

אבל מי יכשיר אותה?

היו"ר אלי דלל:

היא רוצה להתמחות. מה עושים?

גלית גולדז'ק קוניק:

יש עניין במשרד הבריאות. כבר הרבה מאוד שנים שאנחנו מנסות להוביל את נושא ההתמחויות בתזונה. אין התמחויות מוכרות על ידי משרד הבריאות כמו שיש, למשל, אצל הסיעוד. אחות מומחית סוכרת – עד שהיא לא אחות מומחית סוכרת, היא לא תעבוד במחלקת סוכרת. בתזונה אין עדיין

התמחויות. זה משהו שאגף התזונה מנסה להוביל הרבה מאוד שנים, ואני גם הייתי חלק מהדיונים. זה משהו שהוא נכון. זאת אומרת, שאחרי תואר ראשון דיאטנית לא יכולה לטפל בהפרעת אכילה. דיאטנית של הפרעות אכילה לומדת מגוון של מתודות התנהגותיות: NLP, CBT, פסיכותרפיה. הפתרון הוא לקדם את המומחיות בתזונה. אחרי שאתה עושה תואר ראשון בתזונה ומסיים את הסטאז', אפשר לעשות מומחיות.

היו"ר אלי דלל:

זאת אומרת שמשרד הבריאות יכיר?

גלית גולדז'ק קוניק:

זה לא משרד הבריאות. משרד הבריאות צריך לקדם את נושא המומחיות. זה דיון אחר.

היו"ר אלי דלל:

מי? המל"ג? ברור שזה דיון אחר, אבל אני רוצה לסכם את זה.

סיגל ישראלי:

קצת ענווה. זה לא הנושא. אני טיפלתי בהפרעות אכילה גם כשהיה לי תואר ראשון. לפני שלושים שנה לא היו התמחויות ולא היו קורסים, וטיפלתי מצוין בהפרעות אכילה. לא רק תזונאית מטפלת בהפרעת אכילה - - -

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

תודה. אני רוצה לטפל בזה. אני רוצה לקבל תקציר של האירוע הזה כדי שאבין.

פאינה צודיקוב:

כל דיאטנית שסיימה לימודים וסטאז' וקיבלה תעודה ורישיון לעבודה יכולה לטפל בכל תחום שיש. נכון לעכשיו, אגף התזונה במשרד הבריאות מקדם תהליכי מומחיות בתחום.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אז זה מטופל.

פאינה צודיקוב:

זה כבר בתהליכים המשפטיים במשרד. המשרד עכשיו עובד על תקנות של המומחיות.

היו"ר אלי דלל:

חברים, אני מתנצל ומצטער אבל אנחנו חייבים לסיים את הישיבה. יש לנו מליאה בדיוק בשעה ארבע ואני חייב לסגור את הישיבה. אני פשוט לא יכול. זה לא עניין של אם אני רוצה או לא. תודה רבה לכולם.

בבקשה.

איילת שליסל:

אני איילת שליסל מהשדולה למען האישה החרדית והדתית בכנסת. בהמשך למה שנאמר על העניין הציבור הדתי והחרדי, אנחנו רואים שמדובר פה בצורך קריטי לנשים שמתמודדות עם הפרעות אכילה, ושיהיה להם מענה לערכים שלהן. לפני שלושה חודשים עשינו כנס פה, בכנסת, בהובלת יושבת-ראש השדולה חברת הכנסת לימור סון הר מלך. בכנס הזה נכחו למעלה ממאה נשים מהחברה החרדית והדתית, יחד עם אנשי מקצוע מכל התחומים: פסיכולוגים, דיאטנים, מטפלים רגשיים, אנשי חינוך ורופאים. כולם התכנסו להעלות את הנושא הכאוב הזה לסדר-היום ולהעניק את הצרכים הייחודיים לציבור הדתי

והחרדי. בכנס נשמעו עדויות מצמררות בנושא זה, וכמו שנאמר פה, על זה שנשים לא הולכות לטיפול בגלל העניין הדתי וההתאמות לאורחות חייהן.

היו"ר אלי דלל:

תודה רבה.

יונתן מישרקי (יו"ר ועדת הבריאות):

אנחנו חייבים לסיים על פי התקנון. אני מודה שהיה דיון קשה מאוד ברמה הרגשית מאוד. כמובן שנוציא סיכום, אבל אני גם מתכוון לעקוב אחרי זה ולקחת את זה לטיפול באופן אישי. תודה רבה לכולם.

הישיבה ננעלה בשעה 16:00.