

הטיפול בהפרעות אכילה

תקציר

הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות הקשורות לעיסוק יתר במשקל הגוף (להלן - הפרעות אכילה). הן כוללות טווח נרחב של בעיות הקשורות באכילה בעלת רכיב רגשי, החל בהפרעות קלות כגון פחד מהשמנה, הרגלי תזונה חריגים, דיאטות קיצוניות ושימוש באמצעים חריגים להורדה במשקל, כגון תרופות משלשלות ומשתנות והקאות יזומות, דרך הפרעות אכילה בלתי מסווגות, ועד הצורות החמורות של אנורקסיה נרבוזה¹ (להלן - אנורקסיה) ובולימיה נרבוזה² (להלן - בולימיה).

הפרעות אכילה נחשבות אחת המחלות הנפוצות ביותר בקרב נערות ונשים צעירות בעולם המערבי³. כ-50% מהחולות בהפרעות אכילה סובלות מאבחנה פסיכיאטרית נוספת.

אנורקסיה ובולימיה מאופיינות בשיעורי החלמה נמוכים: כ-50% מהחולות צפויות להחלים כמעט לגמרי; 30% צפויות להחלים חלקית; 20% ימשיכו ויסבלו מהמחלה לאורך שנים ומהן כ-5%-15% מחולות האנורקסיה ו-1% מחולות הבולימיה ימותו ב-10-12 השנים הראשונות שלאחר אבחון המחלה.

פעולות הביקורת

משרד מבקר המדינה בדק בחודשים פברואר עד דצמבר 2012 את סדרי הטיפול של משרד הבריאות בנושא. נבדקו, בין השאר, הנושאים האלה: מספר מיטות אשפוז והעמדות לאשפוז יום ולטיפול יום; פעילות מרפאות והקמת בתים שיקומיים; תמחור השירותים מול עלותם בפועל; היעדר רצף טיפולי בין המסגרות לטיפול בהפרעות אכילה; אבחון ואיסוף מידע על חולות; פיקוח משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) על מערך הטיפול הלאומי; תקינת כוח אדם וגיוס אנשי מקצוע; פעולות מערכת החינוך למניעת הפרעות אכילה; איתור הפרעות האכילה ומניעתן בקרב רקדניות וספורטאים; אבחון ההפרעות וטיפול בהן בצבא ההגנה לישראל (להלן - צה"ל); פעילויות לשינויי חקיקה בתחום.

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות ובארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות); במשרד החינוך; במשרד התרבות והספורט (להלן - משרד הספורט); ובצה"ל. נעשו בירורים במשרד המשפטים; במועצה לשלום הילד; במחלקות פסיכיאטריות ובמחלקות ייעודיות להפרעות אכילה בבתי חולים כלליים; בבתי חולים פסיכיאטריים; ובמוסדות ומרפאות פרטיים.

- 1 סירוב לשמור על משקל גוף, פחד מעלייה במשקל, הפרעה בדימוי הגוף והכחשת חומרת תת-המשקל הקיים.
- 2 התקפי אכילה חסרת שליטה שאחריה הקאות יזומות, שימוש במשלשלים ובמשתנים, צום או פעילות גופנית מופרזת.
- 3 מאחר ש-90% מהחולים הם נשים נכתב הדוח בדרך כלל בלשון נקבה, אך הכוונה גם לגברים החולים בהפרעות אכילה.

עיקרי הממצאים

מחסור במסגרות אשפוז ייעודיות, היעדר שירות בבריפריה והמתנה ארוכה למסגרות הקיימות

על פי מרבית המומחים בתחום, המחלקה המתאימה לאשפוז חולה בהפרעות אכילה היא מחלקה ייעודית להפרעות אכילה, המשלבת טיפול פיזי ונפשי. רק במקרים קיצוניים, שבהם סובלות החולות ממחלת נפש קשה נוספת, הן זקוקות לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

1. אשפוז ייעודי בבתי חולים כלליים - היעדר מסגרות ותורים: קיימות מעט מחלקות ייעודיות להפרעות אכילה או מחלקות פסיכיאטריות, שבהן פועל צוות ייעודי לנושא (יחידה להפרעות אכילה). לפיכך חולות רבות מתאשפזות סמוך למקום מגוריהן במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, ואינן מקבלות את מלוא הטיפול הנדרש; חולות מתאשפזות גם במחלקות פנימיות, שבהן הן עלולות להידבק במחלות; וחולות נאלצות להמתין בבתייהן ומגיעות לעתים רק לטיפול מרפאתי חלקי שאינו תואם את מצבן. היעדר טיפול מתאים להפרעות אכילה עלול להפוך את החולות לכרוניות, להפחית את סיכויי החלמתן ולהגדיל את סיכויי התמותה שלהן.

למחלקה הייעודית לבוגרות, היחידה בארץ, במרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר (להלן - שיבא בתל השומר), תור המתנה ממושך - חודשיים עד ארבעה חודשים, ומספר הממתנות לאשפוז בה הוא 10-30 חולות בכל זמן נתון; גם למחלקות הייעודיות לנערות נמשכים תורי ההמתנה חודשיים עד ארבעה חודשים. אף שבשנת 2011 הוסיף משרד הבריאות 8 מיטות לאשפוז נערות, ובדצמבר 2012 הוסיף 9 מיטות לאשפוז בוגרות - התוספת צפויה לדעת משרד הבריאות לצמצם רק חלקית את משך ההמתנה לאשפוז.

לעתים מגיעות לאשפוז חולות אנורקסיה הזקוקות, עקב מצבן הרפואי הקשה, ל"טיפול מוגבר"⁴ ייעודי, ואולם הן מתאשפזות במקום זאת בטיפול נמרץ כללי; לעתים נדרש "אשפוז כפוי" בעיקר לבוגרות החולות בהפרעות אכילה המסכנות את חייהן⁵. ואולם רק במועד סיום הביקורת, דצמבר 2012, אישר משרד הבריאות מיטות נוספות עם תשתית מתאימה לצרכים אלו.

2. היעדר פריסה ארצית (בריפריה - בדרום ובצפון) של מסגרות לאשפוז ייעודי לבוגרות: בביקורת נמצא כי הן בצפון הארץ והן בדרומה אין מסגרות אשפוז ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה לחולות בוגרות הנאלצות להתאשפז רחוק ממשפחתן ומילדיהן. ולכן לא קיים פתרון לחולות הבוגרות הזקוקות במהלך אשפוזן לקרבת משפחתן - הוריהן או ילדיהן.

3. אשפוז חולות בבתי חולים פסיכיאטריים: האשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים אינו מתאים ברוב רובם של המקרים לחולות בהפרעות אכילה, וכן הוא מרתיע חולות רבות בשל התדמית הנלווית לו. לדעת מומחים, לרבות מנהלי

4 טיפול מוגבר - טיפול אינטנסיבי הניתן לחולה, והמוגדר בדרגה פחותה יותר מטיפול נמרץ.
5 האשפוז הכפוי מתאפשר באמצעות פנייה לבית המשפט לקבלת צו למינוי אפוטרופוס, שיוזר על דרכי הטיפול, לרבות אשפוז בכפייה על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962.

בתי חולים פסיכיאטריים, ראוי שהחולות הללו יקבלו טיפול רפואי במחלקות ייעודיות בבתי חולים כלליים או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, במקרים של תחלואה פסיכיאטרית קשה נוספת. ואולם, נמצא כי מתחילת שנת 2010 עד אמצע שנת 2012 אושפזו בבתי החולים הפסיכיאטריים בארץ כ-130 חולות בהפרעות אכילה, חלקן נערות. יודגש כי משרד מבקר המדינה המליץ בעבר לשקול העברת מחלקות האשפוז של ילדים פגועי נפש לבתי חולים כלליים⁶. המלצה זו מקבלת משנה תוקף כשמדובר בנערות החולות בהפרעות אכילה, ועלולות להינזק מאשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים.

מחסור בעמדות לאשפוז יום ולטיפול יום בהפרעות אכילה

הוספת עמדות לטיפול יום טרום-אשפוזי⁷, הן בבית החולים והן במרפאות ייעודיות בקהילה, הייתה מאפשרת לחולות הממתינות לאשפוז לקבל טיפול במהלך חודשי ההמתנה, ובכלל זאת הכנה לאשפוז. כך הייתה נמנעת הידרדרות במצבן, ועשוי היה להצטמצם מספר האשפוזים. כמו כן, הוספת עמדות לאשפוז יום הניתן לאחר אשפוז⁸, הייתה מאפשרת לחולות לצאת מאשפוז מוקדם יותר ולהשתלב חזרה בחייהן, תוך כדי קבלת טיפול אינטנסיבי; מונעת מהחולות הידרדרות ואשפוזים חוזרים והפיכת מחלתן לכרונית; מקצרת את התורים לאשפוז ומייתרת את הוספתן של מיטות אשפוז. לדעת בתי החולים, חסם כלכלי של תעריף נמוך שקבע המשרד ל"אשפוז יום" ול"טיפול יום", מונע מהם לפתוח עמדות טיפול יום ואשפוז יום נוספות (ראו גם להלן בפרק "בעיות בתמחור הטיפול והשיקום בהפרעות אכילה ותוצאותיהן").

המשרד הוסיף בשנים האחרונות עמדות מעטות לאשפוז יום ולטיפול יום, ונמצא כי אין הערכה כמה עמדות נוספות חסרות עדיין בארץ. רק במסגרת היערכות לרפורמה בבריאות הנפש במסגרתה אמורה האחראיות הביטוחית לעבור ממשרד הבריאות לקופות החולים עד יולי 2015 (להלן גם - הרפורמה) החליט המשרד על הקמת צוות חשיבה לפיתוח עתידי של מודל לטיפול בחולות אנוורקסיה, הכולל טיפול יום ואשפוז יום.

היעדר פריסה מספקת של טיפול מרפאתי להפרעות האכילה

1. המחסור במסגרות לטיפול מרפאתי והנזקים בעטיו: טיפול מרפאתי⁹ חשוב הן בשלב ההתחלתי של המחלה, כמניעת הידרדרות החולה, והן לאחר שלב האשפוז. ככל שהמחלה אינה מאובחנת בזמן, כך גם קטנים סיכויי ההחלמה, המחלה עלולה להפוך לכרונית, ועלויות הטיפול בה גדלות. בשל אופייה של הפרעה, המשלבת רכיבים פיזיים ונפשיים, חשוב שהטיפול המרפאתי יהיה רב-מקצועי לרבות פסיכיאטרי, פסיכותרפי אישי ומשפחתי, תזונתי ורפואי תוך כדי שיתוף פעולה בין המטפלים; חשוב שהטיפול יהיה זמין, ושיינתן בפריסה מספקת שתאפשר נגישות סבירה לחולות. המשרד, בהיותו האחראי להספקת שירותי בריאות הנפש,

6 מבקר המדינה, דוח שנתי 60ב (2010), בפרק "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545, 552.

7 חולה שבמקום להתאשפז מגיעה לכמה טיפולים לכמה שעות וחוזרת בסוף היום לביתה.

8 חולה שהייתה מאושפזת, וממשיכה בטיפול במשך היום מהבוקר ועד אחר הצהריים.

9 טיפול מרפאתי הוא טיפול יחיד באחד התחומים הרלוונטיים להפרעות אכילה, הניתן לחולות במסגרת ביקורן במרפאה; זאת להבדיל מכמה טיפולים הניתנים ביום אחד במסגרת טיפול יום או אשפוז יום.

מפעיל מרפאות לבריאות הנפש ברחבי הארץ; רוכש שירותים מהקופות המפעילות מרפאות ייעודיות להפרעות אכילה; רוכש שירותים מרפאותיים על ידי מינויים מרפאותיים¹⁰ מבתי החולים הכלליים; ויש גם מרפאות פרטיות המטפלות בהפרעות אכילה.

הביקורת העלתה כי קיים מחסור ניכר במסגרות בקהילה לטיפול מרפאתי ייעודי לחולות בהפרעות אכילה, ולכן יש תורי המתנה ממושכים. לפיכך חולות אינן מאובחנות ואינן מטופלות בשלב ההתחלתי של המחלה, אלא רק כשמצבן מידרדר והן נזקקות לאשפוז. יתרה מכך, משום שהרפואה הציבורית אינה מספקת שירות זמין ונגיש בתחום הפרעות האכילה - מתפתחת רפואה פרטית תוך כדי קיפוח האוכלוסייה החלשה.

2. הסיבות למחסור בטיפול מרפאתי: במהלך שנים רבות נמנעו הקופות מלפתח את הטיפול בהפרעות אכילה, מאחר שהאחריות לבריאות הנפש נותרה בידי משרד הבריאות, זאת למעט כמה יזמות מקומיות של הקופות. גם המשרד מצדו לא פיתח את השירותים.

3. היעדר תיאום בין מטפלים בטיפול מרפאתי: חלק מהחולות מקבלות טיפול רב-מקצועי להפרעת האכילה שלהן. ואולם נמצא כי מלבד במרפאות רב-מקצועיות בודדות של הקופות, חלק ניכר מהטיפולים בקופות ניתן על ידי מטפלים שונים (פסיכיאטר, פסיכותרפיסט פרטני או בקבוצה, רופא משפחה ותזונאי) בנפרד וללא תיאום הדוק וקבוע, כנדרש. כך נפגע הטיפול בחולות, וקטנים סיכויי החלמתן. כמו כן מרבית הטיפולים בשוק הפרטי אינם ניתנים במרפאה רב-מקצועית, אלא על ידי מטפלים שונים, שאינם מקיימים ישיבות צוות קבועות ואינם מתואמים ביניהם; מצב זה פוגע בסיכויי הצלחת הטיפול של החולות.

4. תשלום השתפויות עצמיות על ידי החולות: המימון לטיפול המרפאתי ניתן לעתים כחלק מסל שירותי הבריאות הבסיסי, אך חלק מהקופות מעניקות שירותים רק באמצעות שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן), תוך כדי גביית דמי השתתפות עצמית גבוהים מהחולות. לפיכך במקרים הללו חלק נכבד מעלות הטיפול בהפרעות אכילה נופל על החולות ועל משפחותיהן.

5. ניתוחים בריאטריים: רוב המנותחות הבריאטריות (לטיפול בהשמנה) סובלות מהפרעות אכילה, לרבות מאכילה התקפית¹¹. המחסור במרכזים מרפאותיים ייעודיים להפרעות אכילה פוגע גם בשיקום מנותחות אלה הנדרשות להתכונן לקראת הניתוח והזקקות לשיקום ולמעקב קבוע אחריו.

מחסור במסגרות לשיקום הפרעות אכילה

לאחר שחרורן מאשפוז ממושך נזקקות החולות לשיקום המבוצע במסגרת מגורים משותפים בבית שיקומי (הוסטל) למשך כשנה וחצי בנוכחות אנשי צוות ותוך כדי קבלת טיפול מקצועי. בתים שיקומיים עשויים לחסוך בעלויות אשפוז יקרות ולהגדיל את סיכויי החלמתן של החולות. ואולם, הביקורת העלתה כי למעט בית שיקומי

10 עלות מינוי מרפאתי מחושבת על פי ממוצע מספר הטיפולים הניתנים לחולה כפול תמחור פגישה.
11 התופעה מתבטאת בהתקפי אכילה חוזרים, שבמהלכם צורכת החולה מתוך חוסר שליטה כמויות גדולות של מזון בתוך זמן קצר, אך ללא הקאות וללא שימוש במשלשלים. אחת התוצאות היא השמנה.

במרכז הארץ ובית שיקומי בצפון, חסרות בארץ מסגרות שיקומיות לחולות כרוניות באזור ירושלים ובדרום, שיאפשרו לחולות לשהות בקרבת מקום מגוריהן בשלב השיקום הממושך תוך כדי קבלת השגחה רפואית זמינה.

בעיות בתמחור הטיפול והשיקום בהפרעות אכילה ותוצאותיהן

הטיפול בהפרעות אכילה דורש טיפול של צוות רב-מקצועי המשלב פסיכיאטר; רופא פנימאי או רופא ילדים; תזונאי; כוח אדם ממקצועות הטיפול - פסיכולוג, עובד סוציאלי, מטפלים בהבעה ויצירה; כוח אדם סיעודי; מדריך לאימון גופני. לעתים נדרש גם מעקב של קרדיולוג, גינקולוג, אנדוקרינולוג. הצורך בטיפול הרב-מקצועי בהפרעה מגדיל את עלויותיו לעומת הטיפול הפסיכיאטרי הכללי.

ואולם, לפני משרד מבקר המדינה הועלו טענות כבדות משקל מצד מנהלי מחלקות להפרעות אכילה ובעלי תפקידים נוספים בתחום, ולפיהן עלויותיהם של יום אשפוז בהפרעות אכילה, של טיפול יום ושל אשפוז יום, של מינוי מרפאתי ושל הבתים השיקומיים אינן תואמות את העלויות בפועל. נמצא כי משרד הבריאות לא קבע את סטנדרד הטיפול המומלץ על ידי מומחים, ובהתאם לא בחן אם תמחור אשפוז פסיכיאטרי כללי מספיק למתן הטיפול הייחודי הנדרש להפרעות אכילה, או שיש מקום לקבוע תמחור מיוחד ונפרד לנושאים השונים של הפרעות אכילה. עקב הפערים הנטענים בין העלויות בפועל של השירות לתמחור - נמנעים בתי חולים מלספק לדוגמה שירות טיפול יום ואשפוז יום לחולות - שירותים החיוניים להחלמתן.

אבחון ותיעוד חלקי של אוכלוסיית החולות בהפרעות אכילה

1. אבחון ותיעוד חלקי בקופות החולים: על אף חשיבות האבחון המוקדם לשם הגדלת סיכויי ההחלמה ולשם מניעת הפיכתה של המחלה לכרונית, נמצא כי חלק קטן בלבד מהחולות מאובחן. אין בקופות מידע מלא ואמין על מספר הסובלות מהפרעות אכילה על סוגיהן השונים, וקיים פער בין מספר החולות המאובחנות הלכה למעשה לבין מספרן המשוער על פי מחקרים בין-לאומיים בהתאמה לפרופיל הדמוגרפי בארץ. לפיכך חולות רבות אינן מטופלות בשלב הראשון של ההפרעה, מצב העלול לגרום להידרדרותן ולהפיכתן לחולות כרוניות קשות לטיפול, תוך כדי סיכון בריאותן וחייהן והגדלת עלויות הטיפול בהמשך. חלק מהקופות סבורות כי השקעת משאבים בהעלאת המודעות למחלה, אשר תגדיל את מספר החולות המאובחנות, כשמנגד אין היצע מספיק של שירותים ייעודיים, תגרום להארכת תורי ההמתנה, ולפיכך אינה כדאית. משרד מבקר המדינה מעיר כי במציאות זו, המשרד והקופות אינם יכולים להעריך את הצרכים ולגבש את מספר המסגרות הרצוי, למרות הצורך המיידי להיערך למתן טיפול ראוי לחולות בהפרעות אכילה.

2. אי-איתור הפרעות אכילה במוסדות החינוך ואי-העברת המידע לקופות: "שירותי הבריאות לתלמיד"¹², שמפעיל המשרד, אינם

12 מערך שמפעיל משרד הבריאות במסגרת אחריותו על תחום הרפואה המונעת ושמבצע, בין השאר, חיסונים, בדיקת גובה ומשקל בבתי הספר.

מעבירים לקופות נתונים על תלמידות בעלות BMI¹³ נמוך המעורר חשד להפרעת אכילה, אף שהצורך במידע זה עלה כבר בדוח ביקורת קודם של מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה¹⁴. כתוצאה מכך הקופות אינן מנצלות את המידע הנרחב הקיים במשרד לצורך הערכת הפרעות אכילה ואבחון, אומדן מספר החולות, טיפול בהן ומעקב אחריהן; יוצא שדווקא בכיתות העל-יסודי, בגילאים שבהם מתחילות רוב הפרעות האכילה, תלמידות הסובלות מהפרעות אכילה אינן מאותרות; גם צוותי המורים במוסדות החינוך, לרבות בחטיבות העליונות, שבהן נוכחות הפסיכולוגים והיעוצים החינוכיים מוגבלת, לא הונחו כיצד לנהוג במקרים של חשד להפרעות אכילה בקרב תלמידות.

היעדר תקינת כוח אדם ומחסור באנשי מקצוע לטיפול בהפרעות אכילה

1. היעדר תקינת כוח אדם מספק לטיפול בהפרעות אכילה: התקינה במחלקות המטפלות בהפרעות אכילה בבתי החולים הממשלתיים אינה מוסדרת, אינה אחידה ומפוצלת בין תקני נציבות שירות המדינה לתקנים הממומנים על ידי תאגידי הבריאות (קרן המחקרים), וקיים חשש מפערים ברמת הטיפול הרפואי, בהתאם למקורות הכספיים שמעמיד כל בית חולים. גם שירותי בריאות כללית לא הקצתה תקינה לחלק מהמרפאות ולמחלקות להפרעות אכילה שבבעלותה לשם העסקת כוח אדם ייעודי: חלק מאנשי המקצוע מועסקים ללא תקן, וחלק מועסקים ממקורות שונים של בתי החולים או על בסיס הסדרים עם בתי חולים סמוכים.

2. מחסור באנשי מקצוע לטיפול בהפרעות אכילה: בחלק ממסגרות הטיפול בהפרעות אכילה קיים מחסור בכוח אדם מקצועי המתמחה בהפרעות אכילה. כך למשל קיים מחסור בפסיכיאטרים של ילדים, בפסיכיאטרים של מבוגרים ובתזונאים. מחסור זה פוגע בזמינות השירות. המשרד לא ערך עבודת מטה לתכנון הכשרת אנשי המקצוע הנדרשים בכל אחד מתחומי הטיפול בהפרעות אכילה ולהגדלת מספר המומחים בתחום, למשל, באמצעות הגדלת מספר המקומות להתמחות. גם התמחור החסר של האשפוז, של אשפוז היום ושל השיקום אינו מאפשר להעסיק כוח אדם מקצועי בהיקף הנדרש לטיפול בחולות הרבות.

היעדר פיקוח והיעדר אסדרה מצד המשרד על תחום הטיפול בהפרעות אכילה

היעדר תכנית לאומית לשיפור הטיפול בהפרעות אכילה: המשרד כמאסדר לא גיבש תכנית לאומית לאבחון הפרעות אכילה, לטיפול בהן ולמניעתן, אשר תכלול פריסה ראויה של המסגרות לטיפול בהפרעות - אשפוז, טיפול יום, אשפוז יום, טיפול מרפאתי ושיקום - תוך כדי יצירת נגישות וזמינות לכלל האוכלוסייה. מאז 2008 ועד מועד סיום הביקורת הקצו משרד הבריאות ומשרד האוצר

13 BMI - Body Mass Index - מחושב על ידי חלוקת משקל הגוף (בקילוגרמים) בריבוע הגובה (במטרים). משקף את כמות רקמת השומן בגוף, תלוי גיל ומין ומאפשר קביעת משקל תקין, חוסר ועודף משקל.

14 מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, עמ' 61 (2011), בפרק "מניעת השמנה - דוח מעקב", עמ' 791 (להלן - דוח מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה).

14 מיליון ש"ח לטובת מיטות אשפוז, עמדות לאשפוז יום ומינויים מרפאתיים בתחום הפרעות האכילה, ואולם הביקורת העלתה כי הפעולות הללו נעשו ללא עבודת מטה מקיפה באשר למספר החולות המשוער ובאשר לצרכיהן הרפואיים; כך גם לא נבחנו הצרכים בחלוקה לאזורי מגורים, ולא נקבע מהו התמהיל הנכון להוספת השירותים השונים.

בניית המודל הטיפולי הראוי להפרעות אכילה

1. היעדר טיפול רב-מקצועי של מטפלים והעברת מידע ביניהם: נמצא כי אין מודל טיפול רפואי בהפרעות אכילה שבמסגרתו אמור היה המשרד - בשיתוף העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה¹⁵ - להנחות ברוב רובם של המקרים בנושא השילוב בין טיפול תזונתי, פסיכיאטרי ופסיכולוגי ובין הטיפול הרפואי, זאת למרות חשיבותו של שילוב כזה להצלחת הטיפול. ההנחיה חשובה במיוחד מאחר שחולה מטופלת לעתים בד בבד על ידי כמה אנשי מקצוע בקופה, בבית חולים ובמסגרת פרטית. כמו כן, למרות חשיבות הקשר המקצועי הרציף בין בעלי המקצועות המטפלים בחולה, נמצא כאמור - הן בקופות החולים והן במסגרת הטיפולים הפרטיים - כי אין מערך של עדכון בין המטפלים בדבר מצבה.

2. היעדר מסגרות הכוללות את כל שלבי הטיפול במחלה: מרבית המרכזים הרפואיים אינם כוללים מסגרות לכל שלבי הטיפול במחלה כמולץ על ידי המומחים בתחום: אשפוז מלא, טיפול מרפאתי, טיפול יום, אשפוז יום ושיקום. לפיכך כמעט בכל הארץ נוצר מצב של חוסר ברצף טיפולי בין המסגרות, החיוני לטיפול בהפרעות אכילה.

היעדר בסיס מידע במשרד ובקופות והיעדר מחקר כבסיס לקבלת החלטות

משרד הבריאות והקופות טרם העריכו כלכלית את העלויות הישירות והעקיפות הכרוכות בהפרעות אכילה, וטרם קבעו מהו הטיפול הכדאי יותר מהבחינה הכלכלית. המשרד לא אסף מידע ולא ביצע מחקרים בתחום, המשווים את הנתונים לארצות אחרות כבסיס לקבלת החלטות לאומיות לטיפול. המשרד גם לא ניצל את המידע הקיים בידי המחלקות הייעודיות כבסיס לקבלת החלטות לאומיות. למשרד גם אין מאגר מידע, שמן הראוי שיהיה בידי שני "כובעיו": הן כמאסדר מערכת הבריאות הלאומית והן כגוף ביצוע האחראי ישירות, כאמור, להפעלת תחום הפרעות האכילה. במסגרת מאגר כזה, מן הראוי שהיו בידי המשרד נתונים כגון מספר החולות המאובחנות והמטופלות; מספר החולות הממתנות לאשפוז, לאשפוז יום ולטיפול מרפאתי; זמני ההמתנה (התורים) לטיפול. מאגר מידע כזה חיוני לקבלת החלטות.

15 העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה - מאגדת בתוכה את הפעילות הקלינית והמחקרית בנושא, ופועלת לקידום אמות מידה לטיפול מיטבי בהפרעות אכילה ולקידום מדיניות חברתית, חינוך ומניעה.

היעדר מידע רפואי בקופות על החולות הרבות המטופלות בשוק הפרטי עלול לפגוע בטיפול בהן, ומונע מהמשרד ומהקופות לאמוד את מספרן ולהיערך להספקת השירותים בהתאם, במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש.

היעדר פעולות בקרה מצד משרד הבריאות: למרות תפקידו של המשרד כמאסדר וכגוף ביצוע האחראי להספקת שירותי בריאות הנפש, המשרד לא יצר מנגנון פיקוח ובקרה על השירותים הניתנים בתחום הפרעות האכילה, ולא ביצע פעולות בקרה על ספקי השירותים הרבים בתחום זה, למעט שתי פעולות בקרה שבוצעו במרץ 2011 וביוני 2012 במחלקת האשפוז בשיבא בתל השומר.

פעולות מערכת החינוך למניעת הפרעות אכילה

משרד החינוך לא קבע אילו גורמים מוסמכים לשוחח עם התלמידות על נושאי תזונה ואילו מסרים על מורים להעביר בנושא דימוי גוף, משקל רצוי ותזונה. אף שמרבית המומחים בתחום מסכימים כי העלאת הנושא של הפרעות אכילה באופן יזום לפני תלמידות עלולה דווקא לעודד את התפתחותן, משרד החינוך לא קבע הנחיות באשר להצגות שרצוי שהתלמידות יצפו בהן ולהרצאות שיאזינו להן ולא בחן את תוכנן; בפועל ההחלטה מתקבלת על ידי המוסד החינוכי בלבד. למרות ההסכמה בקרב מומחים בדבר החשיבות שבהדרכת הורים להעברת מסרים נכונים בנושאים של תזונה, פיתוח דימוי גוף, צפייה ביקורתית במדיה וערנות באשר להתפתחות ההפרעה בשלביה הראשונים, נמצא כי משרד החינוך אינו מעביר הדרכות קבועות להורים.

איתור הפרעות אכילה בקרב רקדניות ומניעתן

משרד החינוך אחראי לחינוך הפורמלי למחול במסגרת מגמות המחול במוסדות החינוך, שבהן לומדות כ-3,200 תלמידות.

1. היעדר כללים לבדיקות רפואיות: אף שרקדניות נמצאות בסיכון לפתח הפרעות אכילה, משרד החינוך לא הוציא כללים המחייבים ביצוע בדיקות גופניות תקופתיות למניעת נזקים בריאותיים לתלמידות במגמות המחול בבתי הספר.

2. היעדר חובה ליעוץ תזונתי מקצועי במגמות המחול: אף שלדעת מומחים יש חשיבות לחינוך לתזונה מאוזנת לתלמידות מגמות המחול, הרוקדות שעות רבות בשבוע, משרד החינוך לא פרסם הנחיה באשר לחובה לקיים ייעוץ תזונתי באופן סדיר לתלמידות במגמות המחול; ולא קבע הנחיות מחייבות באשר לאיסור העברת מסרים המעודדים רזון לתלמידות. הנחיות אלו עשויות לשמש גם גופים המקיימים פעילות מחול במסגרת החינוך הבלתי פורמלי, כגון בתי ספר למחול המופעלים על ידי רשויות מקומיות, בתי ספר פרטיים ולהקות מחול.

3. מעורבות משרד החינוך בנעשה במגמות המחול: למרות קיומם של מחקרים בנושא הדחף לרזון בקרב תלמידות מגמות המחול, משרד החינוך מסר כי אינו מפקח על המתרחש במגמות המחול שבאחריותו, מבחינת המסרים המעודדים רזון והתפתחות הפרעות אכילה.

איתור הפרעות אכילה בקרב ספורטאים ומניעתן

הפרעות אכילה שכיחות בקרב ספורטאיות בענפים, שבהם נדרש משקל נמוך¹⁶ וגם בענפי ספורט שבהם מתחרים על פי קטגוריה של משקל¹⁷. משרד מבקר המדינה בחן אילו פעולות נוקט משרד הספורט למניעת הפרעות אכילה בקבוצות אלו.

הנושא של עידוד רזון בקרב מתעמלות צעירות בהתעמלות אמנותית עלה בשלוש ועדות שהקים משרד הספורט¹⁸, וממסקנותיהן עולה חשש כבד כי התופעות חוזרות על עצמן. ואולם, עד דצמבר 2012 לא קבע משרד הספורט הנחיות המעוגנות, למשל, באמצעות קוד אתי, שאותו אמורים האיגודים וההתאחדויות לאמץ בהתאם לענף הספורט, ובו התייחסות לשמירה על טובת הספורטאי הקטין ועל בריאותו.

התאמות חקיקה בתחום הפרעות אכילה

1. בחינת החקיקה בנושא "אשפוז כפוי" של קטינות הסובלות מהפרעות אכילה: קיום שני חוקים העוסקים בד בבד בטיפול בבעיות נפש של קטינים - חוק הנוער טיפול והשגחה, התש"ך-1960 וחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 - יוצר קשיים ביישומם בעת אשפוז פסיכיאטרי של קטינים, לרבות כאלו הסובלים מהפרעות אכילה. במטרה לבחון את הנושא הוקמה עוד בשנת 2009 ועדה משותפת למשרדי הבריאות, המשפטים והרווחה השואפת לחקיקת חוק אחד שיטפל במחלות ובהפרעות נפש של קטינים, לרבות הפרעות אכילה. ואולם הביקורת העלתה שעבודתה נמשכת מאז ועד מועד סיכום הביקורת, (ינואר 2013) וטרם הושלמה.

2. הצעת החוק לאשפוז בכפייה של בוגרות הסובלות מהפרעות אכילה: על פי פסיקת בית המשפט משנת 2003 הוגבלה היכולת לאשפוז בכפייה בוגרות הסובלות מהפרעות אכילה והנתונות במצב מסכן חיים, ולכן נוצר צורך בשינוי חקיקה בנושא. קיימת הצעת חוק בנושא, שלא קודמה לפני פיזור הכנסת בסוף שנת 2012. במסגרת ליווי הצעת החוק הוקם צוות בין-משרדי לגיבוש עמדת הממשלה, אשר טרם סיים את עבודתו. ואולם, על פי פסיקה מאוקטובר 2012 יש לראות באנורקסיה מחלת נפש לפי חוק הטיפול בחולי נפש, ופסיכיאטר מחוזי רשאי להורות על אשפוז בכפייה.

3. חקיקה בנושא פרסום ומדיה: במטרה למנוע ולמצמצם התפתחות הפרעות אכילה, נכנס לתוקף בינואר 2013 חוק הגבלת משקל בתעשיית הדוגמנות, התשע"ב-2012, המחייב פרסומאי ומפרסם לקבל אישור רופא מהדוגמנית כי אינה סובלת מתת-משקל. כמו כן קובע החוק כי פרסומאי, המציג תצלום שבו נעשה שימוש בעריכה גרפית לשם הצרת היקפי הגוף, חייב לכלול בפרסומת הבהרה כי נעשה בה שימוש בעריכה מסוג זה. משרד מבקר המדינה מעיר, כי כעת, לאחר שתוקן חוק זה, יש לפעול לפיקוח מוגבר על דרכי יישומו הלכה למעשה.

16 בעיקר התעמלות אמנותית, התעמלות מכשירים, החלקה על הקרח, ריצות למרחקים ארוכים ושחייה אמנותית.

17 כגון היאבקות, הרמת משקולות, טקוונדו, ג'ודו ואגרוף.

18 הוועדות הן: ועדת שפר מ-1996; ועדת הררי מ-2000; ועדת דקל מ-2009.

אבחון וטיפול בהפרעות אכילה בקרב חיילות צה"ל

1. אבחון הפרעות אכילה בלשכות הגיוס: חיילות הלוקות בהפרעות אכילה משרתות בצה"ל, אם ההפרעה אינה חמורה מהבחינה הרפואית ומהבחינה הנפשית, ואם היא מלווה בקשיי תפקוד קלים עד בינוניים. מועמדות לשירות ביטחון (להלן - מלש"ביות) מסתירות את הפרעת האכילה בבדיקתן הרפואית בלשכות הגיוס. במועד הביקורת שירתו בצה"ל כ-170 חיילות המאובחנות כחולות בהפרעות אכילה¹⁹ - מספר הנמוך בהרבה ממספרן המשוער. אי-ידיעה של הצבא עלולה לגרום: (1) לשיבוץ לא מתאים של החיילות, העלול להחמיר את המחלה; (2) למנוע ממנה נגישות לטיפול; (3) להביא לכך שצה"ל יישא באחריות ובהוצאות כספיות, בגין הצורך להכיר בה כנכת צה"ל.

2. העברת מידע רפואי לצה"ל מרופא המשפחה: בביקורת נמצא כי מלש"ביות הנמנעות מלהמציא לצה"ל את שאלון הבריאות חתום על ידי רופא קופת החולים כנדרש, מתגייסות גם בהיעדרו; רק 30%-40% מהמלש"ביות ממציאות שאלון חתום בידי רופא המשפחה, וצה"ל אינו משקיע מאמצים להגדיל שיעורים אלו ולקבל את הצהרות הבריאות. לעתים המלש"ביות אינן מדווחות על עברן הרפואי בנושא הפרעות אכילה ומסתירות במכוון סימנים המעידים על כך (משקל, הרגלי תזונה וכדומה). במהלך 2012 פעל צה"ל לקבלת תמצית תיקיהן הרפואיים של המלש"ביות מהקופות בתהליך הגיוס במטרה לשפר את איכות המיון הרפואי ואת הטיפול הרפואי המוענק להן בהמשך.

3. היעדר דיווח המשרד לצה"ל על אשפוז פסיכיאטרי של מלש"ביות: אשפוזים פסיכיאטריים של מלש"ביות קטינות בגין הפרעות אכילה בבתי חולים פסיכיאטריים או במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים אינם מתועדים במאגר המידע של משרד הבריאות, זאת בניגוד לדיווח רציף הקיים על חיילות בוגרות בשירות סדיר ובשירות הקבע המועבר לצה"ל בדבר כל אשפוז במוסד פסיכיאטרי וכן דווח רציף על קטינים החולים במחלת נפש. לפיכך מידע על אשפוזים פסיכיאטריים אלו של מלש"ביות קטינות בגין הפרעות אכילה, אינו עובר למשרד הבריאות ולא לצה"ל, אפילו במקרים של מחלה קשה ואשפוז ממושך בסמיכות זמנים לתהליכי הגיוס וגם במקרים בהם יש הערכה רפואית בדבר סיכויים גבוהים לחזרתה של המחלה - ובכך חסר מידע חיוני לקבלת החלטות לגבי גיוסן ושיבוץן.

4. מחסור בכוח אדם ייעודי לאבחון הפרעות אכילה ולטיפול בהן: לטיפול בהפרעות אכילה נדרש כאמור ניסיון וידע ייעודי בתחום. ואולם, הטיפול והמעקב אחר חיילות החולות בהפרעות אכילה נעשה על ידי קב"נים שהם פסיכולוגים ופסיכיאטרים ועל ידי תזונאים, שאינם מתמחים בהפרעות אכילה ואינם בעלי ניסיון ייעודי והכשרה בתחום. הדבר מפחית את איכות הטיפול הניתן במסגרת צה"ל לחיילות החולות. זאת נוסף על היכולת המוגבלת לטפל בצוות רב-מקצועי במשותף (פסיכיאטר, פסיכולוג, תזונאי ורופא) ועל המחסור במרפאות ייעודיות מחוץ לצה"ל הנגישות לחיילות החולות. עוד נמצא כי אין מספיק תזונאים בצבא, וכי צה"ל טרם הגדיר כמה תזונאים נדרשים.

19 מאחר ש-90% מהחיילים החולים הם נשים - גם פרק זה נכתב בלשון נקבה, אך הכוונה גם לחיילים גברים.

סיכום והמלצות

מערך הבריאות השלם, אשר נועד לטפל בחולות הסובלות מהפרעות אכילה, היה אמור לכלול: אשפוז, אשפוז יום, טיפול יום, טיפול מרפאתי ושיקום. הביקורת העלתה כי מערך זה נבנה ללא הכוונה וללא בחינה יסודית של הצרכים על ידי המאסדר - משרד הבריאות. משרד הבריאות אחראי בנושא הפרעות האכילה לרכישת שירותים ועל הפעלתם בעצמו, זאת במסגרת אחריותו הישירה לבריאות הנפש בישראל, עד העברת האחריות לקופות במסגרת הרפורמה, שהחלה בינואר 2013. המשרד אחראי גם לפיקוח ולאסדרת הפעילות הכרוכה בטיפול בהפרעות האכילה ולפיקוח עליה כמו בכלל סוגיות הבריאות במדינה. בביקורת עלו ליקויים ברוב הנושאים שנבדקו.

מחסור במסגרות אשפוז, אשפוז יום, טיפול יום, טיפול מרפאתי ושיקום: על משרד הבריאות, על האיגודים המקצועיים בתחום ועל קופות החולים לאמוד את מספר הנערות והבוגרות החולות בהפרעות אכילה והנזקקות לטיפול; לבחון פתיחת מחלקות אשפוז ייעודיות נוספות שייתנו פתרון לחולות בוגרות הזקוקות לקרבת משפחותיהן, הוריהן או ילדיהן; לבחון הסטת מיטות מבתי חולים פסיכיאטריים לבתי חולים כלליים, אגב חישוב החיסכון שיושג הן מפניו השטחים והן ממניעת הידרדרות החולות והצורך באשפוזים חוזרים; לבחון את הצורך בהוספת עמדות לטיפול יום ולאשפוז יום; לתכנן את מערך האבחון והטיפול המרפאתי; לקדם פתיחת בית שיקומי בדרום ולבחון את האפשרות לפתיחת בתים שיקומיים נוספים.

בעיות תמחור ועלויות בתחום הפרעות האכילה ותוצאותיהן: כיום אין הבדל בין תמחור השירותים הרפואיים בתחום הפרעות אכילה לבין אשפוז פסיכיאטרי כללי, למרות השוני הניכר בין המשאבים הנדרשים לטיפול. על משרד הבריאות לקבוע סטנדרט לאשפוז במחלקה ייעודית להפרעות אכילה ולתמחור בהתאם; לבחון את התמחור של אשפוז יום וטיפול יום ייעודי; לבחון עלות מינוי מרפאתי ייעודי להפרעות אכילה בנפרד ממינוי פסיכיאטרי; וכן לחשב מחדש את עלות ניהול הבתים השיקומיים לחולות הבוגרות המשתקמות.

אבחון ותיעוד חלקי של אוכלוסיית החולות בהפרעות אכילה: קיים תת-אבחון של החולות בהפרעות אכילה. עם כניסת הרפורמה בבריאות הנפש, על הקופות להסדיר העברת מידע רפואי על החולות בין מסגרות ממשלתיות ובין ספקי שירות אחרים, שמהם ירכשו הקופות שירותים. על משרד הבריאות לבחון העברת מידע ממדידות הגדילה בבתי הספר במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד לקופות, בכפוף לבחינת מגבלות שמירה על סודיותן הרפואית של התלמידות; על משרד החינוך להנחות את צוותי המורים באשר לאיתור תלמידות חולות.

היעדר תקינת כוח אדם ומחסור באנשי מקצוע: לאחר גיבוש מודל הטיפול הכוללני על המשרד, על בתי החולים ועל קופות החולים לגזור ממנו את צורכי כוח האדם הנדרשים ולהכשיר כוח אדם ייעודי בהתאם.

אסדרה ופיקוח של המשרד על מערך הטיפול הלאומי בהפרעות אכילה: על משרד הבריאות לגבש תכנית לאומית לטיפול בהפרעה תוך כדי ביצוע עבודת מטה לפריסה ראויה של המסגרות לטיפול ותוך כדי יצירת נגישות וזמינות; להתוות מדיניות לטיפול רפואי תוך כדי שילוב טיפול תזונתי, פסיכיאטרי ופסיכולוגי עם טיפול רפואי, לרבות קביעת עקרונות לטיפול לגורמים

הפרטיים הפועלים בתחום; להנחות שיטת העברת המידע על החולות בין המטפלים בגופים השונים; לבצע מחקרים חדשים בתחום תוך כדי ניצול המחקרים הקיימים במחלקות ובמרפאות, באשר למידת יעילותם של הטיפולים השונים ובאשר ליעילותן של מסגרות השיקום; להעריך את עלויותיהן של הפרעות האכילה למשק ואת הטיפול הכדאי והיעיל מהבחינה הכלכלית; לאסוף מידע על תורי ההמתנה; וליצור מנגנון פיקוח ובקרה כנדרש מתפקידו כמאסדר בתחום.

מערכת החינוך: על משרד החינוך לפרסם הנחיות הקובעות אילו גורמים מוסמכים ליעץ בבתי הספר בנושאי תזונה ומשקל; וכן לשקול מהי הדרך הראויה והיעילה להדרכת הורים לזיהוי הפרעות אכילה, פיתוח דימוי גוף וצפייה ביקורתית במדיה.

איתור הפרעות אכילה בקרב רקדניות ומניעתן: על משרד החינוך לחייב ביצוע בדיקות רפואיות תקופתיות וייעוץ תזונתי מקצועי לתלמידות מגמות המחול באופן סדיר במוסדות החינוך; לאסור העברת מסרים המעודדים רזון; להגדיל את מעורבותו במתרחש הלכה למעשה במגמות המחול. על משרד הספורט לשקול להגדיל את משקלה היחסי של מניעת הפרעות אכילה במודד "פעולות לקידום רווחת הרקדנים" בתוך מודל התמיכה הכלכלי במסגרת מבחני התמיכה בלהקות, מאחר שאוכלוסיית הרקדניות מועדת לפתח הפרעות אכילה.

איתור הפרעות אכילה בקרב ספורטאים ומניעתן: על משרד הספורט לוודא כי איגודי הספורט והתאחדויות הספורט, ובייחוד איגוד ההתעמלות²⁰, מאמצים בתקנוניהם כללים דומים לאלה שנקבעו בקוד האתי הכללי, שקבע משרד הספורט²¹, וכי הם מיישמים אותם הלכה למעשה; כי הכללים יעסקו במניעת הפרעות אכילה, ובכלל זה יאסרו העברת מסרים המעודדים רזון.

התאמות חקיקה בתחום הפרעות אכילה: על משרדי הבריאות, המשפטים והרווחה לסיים את עבודת הוועדה המשותפת הנוגעת לאשפוז פסיכיאטרי של קטינות חולות על פי חוק הנוער והחוק לטיפול בחולי נפש; וכן לבחון את השלכות הפסיקה מאוקטובר 2012, המאפשרת אשפוז כפוי של בוגרות בהוראת פסיכיאטר מחוזי.

אבחון וטיפול בהפרעות אכילה בקרב חיילות צה"ל: על צה"ל לשפר את יכולת האבחון ואת איתור עברן הרפואי של החיילות החולות בהפרעות אכילה, בין השאר, באמצעות הגדלת שיעור המלש"ביות שימציאו שאלון מלא מרופאי המשפחה; לשקול את אבחון הפרעה במיקור חוץ או לערוך השתלמויות לאבחון לרופאים ולקב"נים; להעמיק את הכשרת בעלי התפקידים המטפלים בחיילות החולות; לבחון אם יש להגדיל את מספר התזונאים הפועלים בצה"ל; לגבש את שיטת הטיפול הייעודי הזמין והנגיש מחוץ לצה"ל. בנושא העברת המידע לצה"ל על אשפוז פסיכיאטרי קודם של מלש"ביות בגין הפרעות אכילה, על משרד הבריאות, על משרד המשפטים ועל צה"ל, בשיתוף המועצה לשלום הילד, לבחון את השלכות פסק הדין, שניתן באוקטובר 2012 כאמור ושקבע כי הפרעת אכילה היא מחלת נפש, על סוגיית

20 איגוד ההתעמלות - עמותה רשומה המאגדת אגודות ומועדונים, ובמסגרתם פועלות מתעמלות. האיגוד נתמך על ידי משרד הספורט וכפוף מקצועית לאיגוד ההתעמלות הבין-לאומי. איגוד ההתעמלות אינו גוף מבוקר.

21 הקוד מכונה: "קוד בסיס, כללי אתיקה לספורט בישראל קוד להגינות והתנהגות ספורטיבית".

הדיווח לצה"ל. מכל מקום, מוצע לשקול מחדש את האיזון הראוי בין הצורך לשמור על פרטיותה של הקטינה לבין הצורך לשמור על בריאותה של החיילת, כדי לקבל החלטה שקולה ועניינית בשאלה אם לגייסה לצה"ל ואם כן, לאילו תפקידים - בפרט במקרים של מחלה קשה ואשפוז ממושך בבתי חולים פסיכיאטרים בסמיכות זמנים לתהליכי הגיוס ובמקרים בהם יש הערכה רפואית בדבר סיכויים גבוהים לחזרתה של המחלה. בהפרעות אכילה קשות, המסכנות את בריאותן ואת חייהן של החולות, חשיפת המידע הרפואי עשויה להיות חיונית לצורך קבלת ההחלטה המיטבית של צה"ל בנושא.

ל סי כ ו ם : במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש, שבה תועבר האחריות הישירה לבריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים עד יולי 2015, על משרד הבריאות בשיתוף האיגודים המקצועיים הייעודיים בתחום הפרעות אכילה והקופות לערוך תכנית כוללת להערכת מספר החולות. בהתאם עליו לתכנן את מערך האבחון, הטיפול, האשפוז והשיקום הנדרש, תוך כדי הגברת זמינותו ונגישותו ותוך כדי בחינת התקצוב והתמחור של כלל השירותים הקשורים להפרעות אכילה. בינתיים, ובשלב הביניים שעד יולי 2015, על המשרד לתת פתרון מיידי למחסור במסגרות בכל השלבים, ותוך כדי תכנון מנקודת מבט עתידית של המערך לקראת יישום הרפורמה.



מבוא

1. הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות הקשורות לעיסוק יתר במשקל הגוף ובמזון (להלן - הפרעות אכילה). הן כוללות טווח נרחב של בעיות הקשורות באכילה בעלת רכיב שמקורו רגשי: החל בהפרעות קלות כגון פחד מהשמנה, הרגלי תזונה חריגים ודיאטות קיצוניות; דרך שימוש באמצעים חריגים להורדה במשקל, כגון תרופות משלשלות ומשתנות והקאות יזומות; דרך הפרעות אכילה בלתי מסווגות; וכלה בצורות החמורות של אנורקסיה נרבוזא ובוולימיה נרבוזא.

אנורקסיה נרבוזא: על פי ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקני (DSM, IV) אנורקסיה נרבוזא²² (להלן - אנורקסיה) מתבטאת בסירוב לשמור על משקל גוף (פחות מ-85% מהמשקל המינימלי התקין), בפחד חזק מעלייה במשקל, בהפרעה בדימוי הגוף ובהכחשת חומרת תת-המשקל הקיים. נשים מאופיינות באל-וסת במשך שלושה חודשים עוקבים (אמנוריא).

בוולימיה נרבוזא: על פי ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקני (DSM, IV) בוולימיה נרבוזא²³ (להלן - בוולימיה) מתבטאת באירועים נשנים של התקפי אכילה (בולמוסים), המאופיינים באכילה רבה בתוך זמן קצר ואחריה ב"טיהור" כדי למנוע עלייה במשקל: הקאות יזומות, שימוש במשלשלים ובמשתנים, צום ופעילות גופנית מופרזת.

הפרעות אכילה בלתי מסווגות:²⁴ על פי ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקני (DSM, IV) בקטגוריה זו נכללות הפרעות אכילה חלקיות, שאינן עונות באופן מלא על הקריטריונים, ומידת חומרתן עדיין אינה מוגדרת, אולם הלוקים בהן עלולים לפתח הפרעת אכילה מלאה בעתיד.

22 בלעז: Anorexia Nervosa - AN.

23 בלעז: Bulimia Nervosa - BN.

24 בלעז: Eating Disorders not Otherwise Specified - EDNOS.

הפרעות האכילה שכיחות בעיקר בקרב נערות וצעירות בגילים 15-25. עם זאת הן מתחילות לעתים כבר בגיל 9, וקיימות גם בגיל מבוגר ואפילו בגיל 65 ומעלה. כ-50% מהחולות סובלות מאבחנה פסיכיאטרית נוספת. הפרעות אכילה נחשבות כיום אחת המחלות הנפוצות ביותר בקרב נערות ונשים צעירות בעולם המערבי. בעבר היו שכיחות בקרב נשים צעירות משכבות חברתיות גבוהות, וכיום הן קיימות בכל שכבות האוכלוסייה ובכל המגזרים והן בקרב גברים מכל קבוצות האוכלוסייה.²⁵

2. היקף הפרעות האכילה ושיעורי החלמה והתמותה מהן: בארץ לא נערכו סקרים באשר לשכיחות התופעה ואין נתונים באשר למספר החולות. לכן הנתונים מתבססים בעיקר על סקרים שנערכו בארצות הברית.²⁶ כ-1,500 ילדים ובני נוער מאובחנים מדי שנה כלוקים בהפרעות אכילה.²⁷ עם זאת, אין במשרד הבריאות מאגר מידע המרכז את הנתונים לגבי מספר החולות המאובחנות והמטופלות.

אנורקסיה ובולימיה מאופיינות בשיעורי החלמה נמוכים: לדברי יו"ר העמותה להפרעות אכילה²⁸ כ-50% מהחולות צפויות להחלים כמעט לגמרי; 30% צפויות להחלים חלקית ויצליחו לשמור על תפקוד סביר, אך נמצאות בסכנת הידרדרות תמידית עם תקופות של חמרה; 20% הן חולות כרוניות שיסבלו מהמחלה לאורך שנים ושחלקן ימותו מהמחלה, כמפורט בהמשך. בבולימיה משמעותן של אי-החלמה או של החלמה חלקית היא חזרה של התקפי אכילה והקאות; ובאנורקסיה המשמעות היא סכנה להידרדרות גופנית עד כדי מוות. מבין כל המחלות הפסיכיאטריות, שיעורי התמותה הגבוהים ביותר הם עקב הפרעות אכילה, הגורמות גם לדיכאון ולאובדנות, והם 1% מהחולות בבולימיה ו-5%-15% מהחולות באנורקסיה במהלך 10-12 השנים שלאחר אבחון המחלה.²⁹ יצוין כי אין נתונים מדויקים על שיעורי התמותה מהמחלה, מאחר שלעתים סיבת המוות מוגדרת דום לב, קריסת מערכות כללית או אובדנות.

3. נזקי הפרעות האכילה: אנורקסיה היא מחלה קשה הגורמת לנזקים בריאותיים לטווח קצר ולטווח ארוך. בטווח הקצר אנורקסיה עלולה לגרום לירידה במשקל, לחולשה ועייפות, לנשירת שיער, להאטה בפעילות ההורמונלית עד כדי הפסקת מחזור הווסת, לתחושת קור, לדופק אטי, להפרעות קצב הלב ואף למוות פתאומי. בטווח הארוך עלולה האנורקסיה לפגוע בעצמות (אוסטיאופורוזיס), אגב עלייה ניכרת בסיכון לשברים ואי-מילוי פוטנציאל הגדילה; סיכון לפגיעה בפוריות; פגיעה בחשיבה, בריכוז ובפונקציות קוגניטיביות רבות הגורמות לעצבנות, ולאיבוד עניין בנושאים שאינם קשורים במשקל הגוף ובספירת קלווריות; פגיעה בתפקוד החברתי; ירידה בנפח המוח וירידה במנת המשכל; פגיעה במרכז התיאבון במוח ואיבוד תחושת הרעב; פגיעה בבוחן המציאות בכלל הקשור לתפיסת הגוף ופגיעה בשיקול הדעת עד כדי אי-נכונות החולות לפנות לטיפול רפואי. גם עם החזרה למשקל תקין, הנזקים לעתים אינם הפיכים.

- 25 מאחר ש-90% מהחולים הם נשים נכתב הדוח בדרך כלל בלשון נקבה, אך הכוונה גם לגברים החולים בהפרעות אכילה.
- 26 על פיהם 0.6% מהאוכלוסייה סובל מאנורקסיה; 1% סובל בבולימיה; 3% סובלים מהפרעות אכילה לא מסוגלות. על פי הערכה שביצע מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות במרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר (להלן - שיבא בתל השומר), כ-330,000 איש חולים באנורקסיה, בבולימיה ובהפרעות אכילה לא מסוגלות.
- 27 נתונים שמסרו מאוחדת ומכבי למרכז המחקר והמידע של הכנסת לצורך הכנת דוח בנושא "הפרעות אכילה, בקרב ילדים ובני נוער" (פברואר 2010).
- 28 העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה מאגדת בתוכה את הפעילות הקלינית והמחקרית בנושא ופועלת לקידום אמות מידה לטיפול מיטבי בהפרעות אכילה ולקידום מדיניות חברתית, חינוך ומניעה.
- 29 מהעמותה להפרעות אכילה נמסר על 5% תמותה מאנורקסיה. מחקרים שנערכו במדינות שונות מציינים נתוני תמותה שונים, שנמדדו בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות, ומגיעים עד 15% תמותה.

בולימיה גורמת לפגיעה קשה בתפקוד ובאיכות החיים, ואף שיחסית נזקיה הגופניים פחותים יותר מאלה שגורמת אנורקסיה, החולות חשופות לנזקים האלה: שינוי במאזן המלחים בעקבות ההקאות וסיכון להפרעות בקצב הלב; הפסקת מחזור הווסת; נזקים לשיניים; קרעים בוושט; הפרעות במשק הנזולים³⁰; עלייה בלחץ תוך-עיני ובעיות בעדשת העין.

קיימים סוגים נוספים של הפרעות אכילה כך, למשל, אכילה התקפית³¹ - התקפי אכילה חוזרים שבמהלכם צורכת החולה כמויות גדולות של מזון בזמן קצר מתוך חוסר שליטה וללא הקאות או שימוש במשלשלים, ולכן אחת מתוצאותיה היא השמנה. בשנת 2011 פרסם מבקר המדינה דוח שבו בחן את נושא מניעת ההשמנה³².

תחום הפרעות האכילה מורכב מנושאים שונים - נושא בריאות הנפש, הכלול בתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות), אשר נמצא במועד הביקורת באחריותו של משרד הבריאות. הטיפול בבריאות הנפש, לרבות בהפרעות אכילה, אמור לעבור לאחריות קופות החולים עד אמצע יולי 2015, ובכך לעבור מהתוספת השלישית לחוק לתוספת השנייה לחוק (להלן - הרפורמה). התוספת השנייה כללה במועד הביקורת, בין השאר, נושאים פרא-רפואיים, לרבות תזונה ודיאטה, שעליהם מופקדות קופות החולים.

ההתמודדות עם הפרעות אכילה דורשת טיפול מצד צוות רב-תחומי המשלב פסיכיאטר; רופא פנימאי או רופא ילדים; תזונאית; כוח אדם ממקצועות הטיפול - פסיכולוג, עובד סוציאלי, מטפלים בהבעה וביצירה; כוח אדם סיעודי; מדריך לאימון גופני. לעתים נדרש מעקב של קרדיולוג, גינקולוג ואנדוקרינולוג. חלק מהחולות סובלות מהפרעה קלה ואינן זקוקות לאשפוז. לאור אופייה של המחלה, לדעת מומחים הטיפול הרצוי הוא מעבר ממסגרת למסגרת בהתאם לחומרת המצב הרפואי: אשפוז, אשפוז יום, טיפול יום, טיפול מרפאתי ושיקום³³.

לנוכח חומרתן של הפרעות האכילה, סיכויי ההחלמה הנמוכים וסיכויי התמותה הגבוהים מאנורקסיה, ולנוכח החשיבות שבמניעתן, באיתורן ובטיפול מוקדם ככל האפשר בהן - בדק משרד מבקר המדינה בחודשים פברואר עד דצמבר 2012 את סדרי הטיפול של משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) בנושא. נבדקו, בין השאר, הנושאים האלה: מספר מיטות אשפוז ועמדות לאשפוז יום ולטיפול יום; פעילות מרפאות והקמת בתים שיקומיים; תמחור השירותים מול עלותם בפועל; היעדר רצף טיפולי בין המסגרות לטיפול בהפרעות אכילה; אבחון החולות ואיסוף מידע עליהן; פיקוח משרד הבריאות על מערך הטיפול הלאומי; היעדר כוח אדם ואנשי מקצוע; פעולות מערכת החינוך לאיתור הפרעות אכילה ולמניעתן; איתור הפרעות האכילה ומניעתן בקרב רקדניות ובקרב ספורטאים; אבחון ההפרעות וטיפול בהן בצבא ההגנה לישראל (להלן - צה"ל); פעילויות לשינוי חקיקה בתחום.

הביקורת נעשתה במשרד הבריאות; בארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות) - שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית); במשרד החינוך; במשרד התרבות והספורט (להלן - משרד הספורט); ובצה"ל. נעשו בירורים במשרד המשפטים; במועצה לשלום הילד;

30 מצב של התייבשות קיצונית בעקבות מיעוט שתייה כדי להוריד ממשקל הגוף, או שתייה מופרזת כדי להתמודד עם הרעב או כדי לעוות תוצאות שקילה. שתייה מרובה עלולה לגרום לבצקות, ובכלל זאת לבצקת מוחית.

31 בלעז: Binge Eating Disorders - BED.

32 מבקר המדינה, דוח שנתי 61 (2011), בפרק "מניעת השמנה - דוח מעקב", עמ' 791 (להלן - דוח מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה).

33 שיטת טיפול זו מכונה בלעז: Wrap Around Service. לדברי המומחים בתחום הרפואה השיטה הנכונה לטיפול בהפרעות אכילה היא הקמת מסגרת אחת, הכוללת את כל השלבים, ובה עוברת החולה משלב אחד לאחר לפי מצבה הרפואי בשיטת ה"דלת המסתובבת".

במחלקות פסיכיאטריות ובמחלקות ייעודיות להפרעות אכילה בבתי חולים כלליים; בבתי חולים פסיכיאטריים; ובמוסדות ובמרפאות פרטיים.

מצוקת האשפוז והטיפול בתחום הפרעות האכילה ותוצאותיה

חוסר במסגרות אשפוז ייעודיות והמתנה ארוכה למסגרות הקיימות

חולות בהפרעות אכילה מאושפזות בכמה מסגרות: בבתי חולים כלליים ממשלתיים, או ציבוריים או של הכללית - במחלקות ייעודיות להפרעות אכילה, במחלקות פסיכיאטריות או במחלקות אחרות; ובבתי חולים פסיכיאטריים ממשלתיים ושל הכללית.

אשפוז בבתי חולים כלליים: היעדר פריסת מיטות אשפוז ייעודיות

על פי חלק גדול מהמומחים להפרעות אכילה, המחלקה המתאימה לאשפוז חולה כזו היא מחלקה ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה, המשלבת הן את הטיפול הפיזי והן הנפשי, באופן המאפשר התמודדות עם מורכבות המחלה. אין מחלוקת בקרב המומחים כי למחלקה אחרת בבית חולים כללי, כגון מחלקה פנימית אין את הכלים להתמודד עם סירובה של החולה לאכול. גם אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי חסר את הטיפול הפיזי להצלחת חיי החולה. עם זאת, יש מקרים שבהם אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי יעיל יותר (ראו להלן).

היעדר פריסה ארצית לאשפוז ייעודי להפרעות אכילה לבוגרות

כדי לספק מענה נאות לאוכלוסיית החולות ברחבי הארץ רצוי ליצור פריסה אזורית של מחלקות ייעודיות להפרעות אכילה או של צוותים ייעודיים בתוך מחלקה פסיכיאטרית. אולם מחלקות כאלה לבוגרות (נשים מעל גיל 18) פועלות רק במרכז הרפואי של שם חיים שיבא בתל השומר (להלן - שיבא בתל השומר; 24 מיטות), וכן במרכז הרפואי הדסה עין כרם בירושלים (להלן - הדסה עין כרם; 5 מיטות), בתוך המחלקה הפסיכיאטרית.

היעדר מחלקות ייעודיות נוספות לאשפוז, בפריסה ארצית, מגביל את יכולתן של החולות להתאשפז. כאמור, חולות באנורקסיה עלולות לעתים להגיע למצב פיזי קשה ומסכן חיים³⁴, ובמצב כזה חובה לאשפוזן לטיפול ראשוני מיידי כדי להצילן. כמו כן, אשפוז חולה בהפרעות אכילה הוא הליך מורכב הדורש את תמיכת המשפחה. לפיכך חולה המתגוררת עשרות קילומטרים מבית החולים עלולה להימנע מלהתאשפז.

לעתים מתאשפזות החולות סמוך למקום מגוריהן במחלקות כלליות, אף שאשפוזן אינו מספק את הטיפול הייעודי המתאים למחלה בגלל היעדר צוות ייעודי המתמחה בנושא, בגלל היעדר קבוצת טיפול ובגלל חוסר ידע שנצבר לטיפול במחלה. במחלקות הללו עלולה החולה גם להידבק במחלות. לעתים החולות נשלחות לבתייהן לאחר ייצוב מצבן עד הידרדרות נוספת. אחרות מגיעות רק לטיפול מרפאתי שאינו תואם את מצבן. המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא מציעה גם טיפול

34 עם מצב גופני מסכן חיים נמנות התופעות האלה: גלוקוז נמוך; חום גוף נמוך (היפותרמיה); לחץ דם נמוך ודופק אטי (ברדיקארדיה); הפרעות אלקטרוליטיות; הפרעות בקצב הלב; אנמיה קיצונית. בקרב חולות בוגרות גם חולשת שרירים קיצונית; ערפול הכרה ובלבול.

מרפאתי לחולות הממתינות לאשפוז - פתרון הישים רק לחולות שמצבן הרפואי מאפשר הגעה לבית החולים או לחולות המתגוררות באזור בית החולים, אך אינו מתאים לחולות מהדרום או מהצפון. היעדר טיפול מתאים הופך את החולות לכרוניות, מצמצם את סיכויי הירפאותן ומגדיל את סיכויי התמותה שלהן.

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה, בדצמבר 2012, כי טיפול בהפרעות אכילה של בוגרות דורש התמקצעות מיוחדת של צוותים רפואיים, סיעודיים ופרא-רפואיים. במקרה של אשפוז חשובה יותר ההתמקצעות מאשר הנגישות, ולכן אין הצדקה לפרוס את מיטות האשפוז בין בתי חולים רבים. עקב מצוקת מיטות האשפוז לחולות בוגרות הסובלות מהפרעות אכילה, ביקש המשרד ממשרד האוצר בשנת 2012 תוספת מיטות לבריאות הנפש בפריסה לשלוש שנים, וביניהן מיטות אשפוז להפרעות אכילה. המשרד ביקש תוספת לשנת 2013 למחלקות הקיימות - 8 מיטות בשיבא בתל השומר ו-5 בהדסה עין כרם. האוצר תקצב תוספת של 4 מיטות לשיבא ו-4 מיטות להדסה, והמשרד השלים תוספת של מיטה אחת ממקורותיו. לפיכך בנובמבר 2012 אושרו 9 מיטות נוספות, גידול של 30% במספר מיטות האשפוז לבוגרות. סך הכול יהיו לבוגרות 10 מיטות בהדסה עין כרם ו-28 מיטות בשיבא בתל השומר.

מנהל המחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם מסר, בנובמבר 2012, כי התשתית להכלת מיטות נוספות אלו קיימת, וכי הפעלתן תחל מיידית עם מתן אישור המשרד. מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא מסר, בנובמבר 2012, כי הנהלת בית החולים פועלת להעביר את המחלקה למשכן חדש, וכי כחלק מתכנון המחלקה העתידי פנה המרכז הרפואי למשרד לבקש תקציב בינוי והוספת מיטות.

ואולם, בצפון הארץ ובדרומה עדיין אין כלל מיטות אשפוז לטיפול בהפרעות אכילה לחולות בוגרות. לפיכך חולות בוגרות מהאזורים הללו נאלצות להתאשפז רחוק ממשפחתן ומילדיהן. משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לבצע עבודת מטה יסודית, ובמסגרתה למצוא פתרון לחולות הבוגרות הזקוקות במהלך אשפוזן לקרבת משפחתן - הוריהן או ילדיהן.

תורי המתנה לאשפוז במחלקות הייעודיות בהפרעות אכילה

1. **בוגרות:** עקב מחסור בהקצאת מיטות אשפוז, ההמתנה לאשפוז במחלקה להפרעות אכילה לבוגרות בשיבא נמשכת חודשיים עד ארבעה חודשים, ומספר הממתינות לאשפוז הוא 10-30 חולות בכל זמן נתון³⁵. משך ההמתנה לאשפוז תלוי בכמה גורמים, כגון חומרת מצבה של החולה; מצבה הרפואי הכללי (למשל היריון או סוכרת); סיכויי החלמתה - אשפוזים קודמים שלא צלחו. עקב מספר המיטות המוגבל, המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא מתקשה לתת מענה מהיר לחולות הנמצאות לעתים במצב גופני חמור, ואנשי הצוות נדרשים להכריע אם לאשפוז חולה הנמצאת בסכנת חיים, אך אושפזה בעבר כמה פעמים ללא תועלת, או שבמקומה לאשפוז חולה שטרם אושפזה ונמצאת בתהליך הידרדרות.

על פי הערכת המשרד, תהליך תיקון חקיקה, אשר יאפשר אשפוז בכפייה של חולות אנוורקסיה (ראו להלן), עלול להגדיל את צורכי האשפוז. משרד הבריאות העריך, בדצמבר 2012, כי עם פתיחת 9 מיטות אשפוז נוספות לבוגרות צפוי שתור ההמתנה לאשפוז יצטמצם בשליש.

35 בבקרה שעשה משרד הבריאות במחלקה בשיבא במרץ 2011 נמצא כי רשימת ההמתנה לאשפוז כוללת 15-30 פניות; ביוני 2012 נמצא כי 15 חולות ממתינות יותר משלושה חודשים להתאשפוז, אף שמצבן הגופני הולך ומידרדר למצב המחייב אשפוז, אך חלקן לא טופלו כלל.

2. נערו: יש כמה מחלקות אשפוז ייעודיות לנערות, וגם לחלקן תורי המתנה ארוכים. כך, בבית החולים אדמונד וילי ספרא לילדים שבשיבא (להלן - ספרא) זמן המתנה למחלקה הייעודית הוא כחודשיים, ובמרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל של הכללית (להלן - שניידר בפתח תקווה) - כשלושה עד ארבעה חודשים.

מצבן של החולות פעמים רבות מחמיר במהלך המתנה, ולפיכך חלקן מגיעות לחדרי מיון במצב מסכן חיים, ונאלצות להתאשפז במחלקות אחרות ללא תכנית טיפולית ייעודית. עקב ייחודיות ההפרעה, המאופיינת בחוסר תובנה של החולה למצבה הגופני החמור, חשוב לאשפוז בעיתוי שבו היא מוכנה להתאשפז, וכל המתנה עלולה לגרום לנסיגה ברצונה להחלים ולהידרדרות נוספת במצבה.

בשנת 2008 אושפזו בבתי החולים הכלליים והפסיכיאטריים 250 ילדים ובני נוער הלוקים בהפרעות אכילה. מתוכם 22 ילדים ובני נוער אושפזו בבתי החולים הפסיכיאטריים ו-228 אושפזו בבתי החולים הכלליים³⁶. יו"ר העמותה להפרעות אכילה מסר למשרד מבקר המדינה כי רק מיעוט מתוך 228 ילדים ובני נוער אלו מתאשפזים במחלקה ייעודית להפרעות אכילה.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי לגבי נערות, יש חשיבות מיוחדת גם לזמינות האשפוז ולנגישותו, ולכן הקפיד המשרד על פתיחת מיטות אשפוז לקטינות בפריסה ארצית. לפיכך ביקש המשרד במסגרת התלת-שנתית³⁷ להוסיף 14 מיטות לבריאות הנפש, בחלוקה זו: לשנת 2013 ביקש 2 מיטות להדסה עין כרם, 5 מיטות במרכז הרפואי זיו בצפת (להלן - זיו בצפת), 3 מיטות במרכז רפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם בחיפה) ו-4 מיטות בשניידר בפתח תקווה, בקשה שטרם נידונה.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי פריסת מחלקות אשפוז פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים יוצרת פריסה סבירה של מחלקות - ייעודיות ולא ייעודיות - העונה על החסר במיטות אשפוז ייעודיות הנדרשות לנערות. המחלקות הללו נמצאות בבתי החולים האלה: בזיו בצפת; בבית החולים לגליל המערבי, נהריה (להלן - בית החולים נהריה); ברמב"ם בחיפה; בהלל יפה בחדרה ובברזילי באשקלון, נוסף על יחידות האשפוז הייעודיות כחלק ממחלקה פסיכיאטרית בבתי החולים הכלליים (שניידר בפתח תקווה, הדסה עין כרם וסורוקה בבאר שבע).

יצוין כי על אף הפריסה הקיימת של מחלקות פסיכיאטריות המאשפוזות נערות הסובלות מהפרעות אכילה, יש בארץ מעט מחלקות ייעודיות להפרעות אכילה לנערות. לכן רוב הנערות מתאשפוזות במחלקות פסיכיאטריות כלליות, כשרק בחלקן מטפל צוות ייעודי להפרעות אכילה.

למחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא בתל השומר נמשכת המתנה כשלושה חודשים לפחות, וגם למחלקות הייעודיות לנערות נמשכת המתנה חודשיים עד ארבעה חודשים. בינתיים נאלצות חולות בוגרות ונערות מכל הארץ להמתין לאשפוז בבתיהן תוך כדי הידרדרות במצבן, או להתאשפז במחלקות אחרות שאינן מתאימות לטיפול בהפרעות אכילה. אף שמשרד הבריאות הוסיף בשנת 2011 8 מיטות לאשפוז נערות, ובדצמבר 2012 הוסיף 9 מיטות לאשפוז בוגרות - צעד זה צפוי, לדעת משרד הבריאות, לצמצם רק בשליש את משך המתנה לאשפוז. על המשרד לבצע עבודת מטה להערכת צורכי האשפוז הייעודי לבוגרות ולנערות ולמניעת תורי המתנה.

36 מתבסס על דוח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת "הפרעות אכילה, בקרב ילדים ובני נוער" (פברואר 2010), עמ' 3.

37 מתוך תכנית תלת-שנתית להגדלת מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי, מכתב מנכ"ל משרד הבריאות למשרד האוצר אגף תקציבים (ספטמבר 2012).

היעדר מסגרת ל"טיפול מוגבר" בחולות בהפרעות אכילה

מנהל המחלקה הייעודית להפרעות אכילה לבוגרות בשיבא מסר למשרד מבקר המדינה, באפריל 2012, כי המחלקה אינה מתאימה תמיד לטיפול בחולות בוגרות, הנמצאות בסיכון חיים והזקוקות לטיפול מוגבר³⁸. במחלקה להפרעות אכילה יש בשעות הערב והלילה אחות אחת בלבד, המשגיחה על כל המחלקה, ואין אפשרות להשגחה צמודה על החולות; במחלקה הייעודית גם אין רופא תורן. עם זאת, אי-אפשר לאשפזן ביחידה לטיפול נמרץ כללי במרכז הרפואי, מפני שהזנת חולות הנמצאות במצב גופני ירוד דורשת מיומנות מיוחדת, שהיא נחלת הצוות הייעודי בלבד. לעומת זאת, במחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם יש תשתית המאפשרת לאשפזן חולות בהפרעות אכילה הנמצאות בסכנת חיים (כגון קרבה לציוד החייאה), ואכן מאשפזים במחלקה חולות כאלה.

בשנת 2004 מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז ועדת מומחים בנושא מדיניות הטיפול בחולות בגירות הלוקות באנורקסיה (להלן - ועדת באואר)³⁹. מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא הגיש לוועדה נייר עמדה, שפירט את שלבי האשפוז⁴⁰. השלב הראשון של אשפוז ב"טיפול נמרץ"⁴¹ דרש הוספת מיטות ותקציב. ועדת באואר המליצה לאמץ את התכנית של המנהל על ידי בניית מודל שיפעל תחילה באזור תל אביב והמרכז וישען על המחלקה הייעודית בשיבא. ואולם, מאז ועד מועד הביקורת לא הוספו מיטות לטיפול מוגבר.

כך, למשל, בפעולות הבקרה שערך משרד הבריאות, במרץ 2011 וביוני 2012, במחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא ניכר חוסר בתנאים מבניים ובתקני כוח אדם⁴² לחולות בתחלואה קשה עם סיכון לתמותה. כך, למשל, נמצא כי החולות הללו מחוברות למוניטור ללא השגחה וכי חולות הנוקקות לבידוד אינן נתונות בבידוד. כמו כן נמצא כי נדרשים משאבים להקמת יחידה לטיפול מוגבר.

במועד סיום הביקורת, דצמבר 2012, השיב משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה כי אותן 4 מיטות נוספות שהקצה לחולות בוגרות בשיבא ו-5 מיטות שהקצה להדסה עין כרם, מיועדות גם להקמת יחידה סגורה שבה יאושפו חולות במצב גופני ונפשי קשה, הגובל בסכנת חיים; חלקן אף יאושפו בכפייה⁴³.

38 טיפול מוגבר - טיפול אינטנסיבי הניתן לחולה, והמוגדר בדרגה פחותה מטיפול נמרץ.
 39 שבה היו חברים ד"ר אריה באואר, מנהל המחלקה לפסיכיאטריה משפטית, ופרופ' רוברטו מסטר, ראש צוות פיקוח ובקרה.
 40 שלבי הטיפול המומלצים הם: 1. טיפול מוגבר - עד יציאה מסכנת חיים; שלב זה דרש הוספת מיטות והגדלת תקציב; 2. אשפוז פעיל - למשך שלושה עד שישה חודשים עד הגעה למשקל היעד והכחדת הסימפטומים הפעילים; 3. אשפוז שיקומי ממושך - למשך כשישה חודשים; 4. בתים שיקומיים - למשך כשנה; הבתים נוספו בהמשך; 5. דירות לוויין בקהילה - למשך כשנה; הדירות נוספו בהמשך.
 41 מאז ועדת באואר נוספה הגדרה של "טיפול מוגבר", שבמסגרתו ניתן, כאמור, טיפול אינטנסיבי בדרגה פחותה מטיפול נמרץ.
 42 אחות אחת משגיחה אחר הצהריים ובלילה על כ-20 חולות שחלקן מחוברות למוניטורים; חסר רופא תורן לילה עם מיומנויות בהפרעות אכילה, ובמקומו מגיע בעת הצורך רופא ממבנה מרוחק מהמחלקה.
 43 מנהל המחלקה הפסיכיאטרית לילדים ונוער בבית החולים נהרייה מסר כי מחלקת טיפול נמרץ כללי מקבלת ייעוץ מהמחלקה הפסיכיאטרית הסמוכה אליה, המספיק לצורך טיפול בנערות במצב גופני ירוד עד אשפוזן במחלקה.

משרד מבקר המדינה מציין כי רק במועד סיום הביקורת, בדצמבר 2012, אישר משרד הבריאות פתיחת 4 מיטות לטיפול מוגבר בשיבא ו-5 מיטות נוספות לטיפול מוגבר בהדסה עין כרם. ביתר המקרים החולות, הנמצאות במצב גופני ירוד, מתאשפזות בטיפול נמרץ כללי עד התאוששותן והעברתן לאשפוז ייעודי או פסיכיאטרי. על משרד הבריאות לבחון אם הוספת 9 מיטות בשיבא ובהדסה עין כרם אכן תספק את הצרכים בתחום זה. כמו כן עליו לבחון את יכולתן של המחלקות לטיפול נמרץ כללי לטפל בסובלות מהפרעות אכילה, המגיעות אליהן לעתים במצב של סכנת חיים.

אשפוז כפוי של בוגרות סרבניות הסובלות מאנורקסיה

אנורקסיה היא התחלואה הנפשית הגורמת למקרי המוות הרבים ביותר מבין התחלואות הנפשיות. רוב החולות הבוגרות המתות מהמחלה מסרבות לקבל טיפול מציל חיים (להלן - חולות סרבניות). החולות הללו מגיעות לעתים לאשפוז במצב גופני מסכן חיים, ויש צורך לאשפוז באופן כפוי להצלת חייהן⁴⁴. האשפוז הכפוי מתאפשר באמצעות פנייה לבית המשפט לקבלת צו למינוי אפוטרופוס⁴⁵, שיורה על דרכי הטיפול לרבות אשפוז בכפייה (ראו להלן).

מדוח ועדת באואר עולה כי מדי שנה יש 20-30 חולות סרבניות⁴⁶, שמצבן הרפואי מחייב אשפוז כפוי לחודשיים-שלושה. עיקר הטיפול במצב כזה הוא הזנה בכוח על ידי זונדה (צינורית המוחדרת לקיבת החולה דרך אפו).

מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא מסר למשרד מבקר המדינה, ביוני 2012, כי יש להבחין בין שני סוגי חולות סרבניות: הסוג הראשון, חולות המתנגדות פיזית להאכלה. הסוג השני, שעמו נמנות רוב החולות, כולל חולות המתנגדות לאכילה באופן פסיבי ולא יתאשפזו מרצונן, אולם אם יאושפזו בכפייה הן ישתפו פעולה עם התכנית הטיפולית. בארץ ובעולם קיימת מחלוקת בשאלה אם רצוי לכפות על חולות סרבניות קשות, הנמנות עם הסוג הראשון, טיפול בניגוד לרצונן. הנושא כרוך בשאלות מוסריות מורכבות, ובכללן בשאלה עד כמה יש להרחיק לכת כדי להציל חיים של חולות בניגוד לרצונן. משרד המשפטים מסר, בנובמבר 2012, כי הטיפול הכפוי באנורקסיה מעורר שאלות מוסריות וחושף את החולות לפגיעה עמוקה בחירויות הפרט.

על פי הספרות, ומניסיונם של מומחים בתחום, עלייה במשקל בלבד אינה מקדמת את הטיפול בחולות סרבניות, ולכן יש צורך בטיפול ארוך המשלב בין גישות של טיפול פסיכותרפי, תרופתי ושיקומי. הטיפול בחולות הסרבניות, המגיעות לאשפוז במצב מסכן חיים, דורש צוות מיומן, ציוד מתאים⁴⁷ ואמצעים לשמירה על החולות (להלן - התשתית לאשפוז כפוי). לדעת מומחים אי-אפשר לאשפוז חולות סרבניות במחלקות הסגורות הפועלות בבתי החולים הפסיכיאטריים, מאחר שאלו אינם ערוכים בדרך כלל לטיפול ייעודי בהפרעות אכילה.

במחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם יש תשתית המאפשרת לאשפוז חולות בהפרעות אכילה בניגוד לרצונן, ואכן החולות הללו מאושפזות במחלקה זו. במועד הביקורת במחלקה הייעודית

-
- 44 אשפוז כפוי ניתן בדרך כלל לחולות הזקוקות לטיפול מוגבר, שכן ההצדקה לאשפוזן בכפייה היא מצבן הגופני הירוד והיותן במצב מסכן חיים.
- 45 על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962.
- 46 לדברי מנהל המחלקה לאשפוז בוגרות בשיבא, נתון זה נכון גם לשנת 2012. לדבריו, בשנים 2006-2012 עזבו 6 חולות את המחלקה מרצונן, בניגוד להמלצה הרפואית, ולאחר מכן נפטרו.
- 47 מוניטורים, מיטות עם מזרני אוויר למניעת פצעי לחץ, מערכות הזנה ועוד.

בשיבא לא נמצאה תשתית מתאימה לאשפוז כפוי⁴⁸. מנהל המרכז לבריאות הנפש "שלוותה" של הכללית בהוד השרון (להלן - שלוותה) בהוד השרון) מסר כי האכלת חולת אנורקסיה בכפייה היא הליך מורכב לביצוע, הדורש צוות מקצועי מומחה וציוד מתאים. לכן לדבריו חולת הזקוקות להאכלה בכפייה אינן מאושפזות בבית החולים שלוותה. לאחר סיום הביקורת, בדצמבר 2012, אישר משרד הבריאות כאמור לעיל את אותן 4 מיטות למחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא ו-5 מיטות למחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם עם תשתית מתאימה לאשפוז כפוי.

בדצמבר 2003 הגיש, כאמור, מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא לוועדת באואר תכנית טיפולית בחולות כרוניות וסרבניות הסובלות מהפרעות אכילה. ההצעה כוללת הקמת יחידה לטיפול באשפוז כפוי בתוך המחלקה, ובכלל זאת יצירת מרחב נעול ומבודד, השגחה צמודה על ידי איש צוות סיעודי והקמת חדר נוסף לבידוד עם מיטות המיועדות לריסון חולות לצורך הזנתן, ובסך הכול 4 מיטות. על פי תחשיב שהציג המנהל למשרד, עלות הקמת המחלקה היא 2 מיליון ש"ח, ונדרשת עלות שוטפת של 2.5 מיליון ש"ח לשנה.

במועד סיום הביקורת, אישר משרד הבריאות כאמור להפעיל, החל בדצמבר 2012, 5 מיטות אשפוז לחולות בוגרות בהדסה עין כרם ו-4 מיטות לחולות בוגרות בשיבא בתל השומר. מיטות אלה אושרו עם תשתית לאשפוז חולות הזקוקות לטיפול מוגבר או לאשפוז כפוי, ובכך נתן המשרד מענה לצורך זה.

אשפוז במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים

בעקבות היעדר אפשרויות לאשפוז במחלקה ייעודית להפרעות אכילה עקב ריחוק המחלקה ממגורי החולות וממשפחותיהן, או עקב תורי המתנה ארוכים, חלק מהחולות (הנערות והבוגרות) נאלצות להתאשפז במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים⁴⁹. עם זאת מפאת התדמית השלילית של אשפוז פסיכיאטרי, חלק מהחולות מעדיפות לעתים שלא להתאשפז כלל.

יש מקרים שבהם אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי עדיף על פני אשפוז במחלקה ייעודית להפרעות אכילה. כך, למשל, כאשר החולה סובלת מתחלואה כפולה, דוגמת מחלת נפש קשה⁵⁰, שהשפעתה רבה יותר מזו של הפרעת האכילה, או כאשר כשל הטיפול בחולה במחלקות הייעודיות. כאמור, כמחצית מהחולות בהפרעות אכילה סובלות מתחלואה נפשית נוספת.

יש מעט מקרים שבהם מטפלים בתי חולים כלליים בחולות בהפרעות אכילה במסגרת המחלקה הפסיכיאטרית הכללית⁵¹. על פי תפיסה מקצועית זו, שילוב החולות במחלקה עשוי להפחית את ההשפעה ההדדית של החולות בהפרעות אכילה ואת עיסוקן האובססיבי במחלה; מאפשר להן נקודת מבט שונה על מחלתן בהשוואה לחולים במחלות הנפש האחרות; מאפשר להן להשתתף בטיפולים קבוצתיים בנושאים מגוונים, לרבות בנושאי התבגרות, ובכך לתרום להחלמתן. ואולם

48 בפעולות בקרה, שערך המשרד במרץ 2011 וביוני 2012, נמצא כי המחלקה אינה ערוכה לאשפוז כפוי מבחינת המבנה ומבחינת התנאים וכוח האדם החסר.

49 מחלקות פסיכיאטריות פועלות בבתי החולים הכלליים זיו בצפת, רמב"ם בחיפה, הלל יפה בחדרה וברזילי באשקלון.

50 לרבות דיכאון; הפרעות אישיות; הפרעות פסיכוטיות; סכיזופרניה; הפרעה דו-קוטבית; נטייה לפגיעה עצמית ואובדנות; בעיית התנהגות; התמכרות לסמים או לאלכוהול.

51 המחלקה הפסיכיאטרית לילדים ונוער בבית החולים בנהרייה והמחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם.

טיפול זה מותנה בקיומו של צוות ייעודי במחלקה, שהתמחה בטיפול בהפרעות אכילה, צוות שיש הצדקה להחזיקו רק עבור מספר מינימלי של חולות⁵².

אשפוז חולות בהפרעות אכילה במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי טומן בחובו יתרון על פני אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי (ראו להלן) בשל יכולתו להעניק טיפול פיזי לחולות הנמצאות במצב גופני ירוד, ובשל נוכחות רופאים מומחים דוגמת קרדיולוג, גסטרואנטרולוג ואנדוקרינולוג. לאשפוז בבית חולים כללי יש גם תדמית טובה יותר מאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, המקלה על החולה ועל משפחתו את ההחלטה על האשפוז.

משרד הבריאות ציין בתשובתו למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012, כי אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי אינו פתרון מיטבי לסובלות מהפרעות אכילה, אך ניתן לפתח בה ידע מקצועי ומיומנויות טיפוליות, וכך לספק פתרון זמין וזמני בהיעדר פתרון אשפוז דחוף במחלקה ייעודית. לדבריו, הקפדה על ניהול מחלקות ייעודיות בלבד אינה הפתרון היעיל מנקודת המבט הארצי; עם זאת, עמדתו, המתבססת על אנשי המקצוע ועל הספרות המקצועית, היא כי יש עדיפות ברורה מהבחינה הבריאותית ומהבחינה החברתית להרחבת מסגרות אשפוז פסיכיאטרי בבתי חולים כלליים על פני בתי חולים פסיכיאטריים, ובמידת האפשר יש לפעול להעביר מסגרות קיימות לבתי חולים כלליים; קל וחומר כאשר מדובר בטיפול בהפרעות אכילה.

אשפוז חולות בהפרעות אכילה במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, שבו אין צוות ייעודי בעל הכשרה לטיפול בהפרעות אכילה, אינו מאפשר לטפל בחולות אלה, ועלול אף להזיק להן. למעט מקרים של תחלואה כפולה במחלת נפש קשה, המחייבת לדברי מומחים אשפוז כזה. בשל היעדר פריסה מספקת של מחלקות ייעודיות להפרעות אכילה או מחלקות פסיכיאטריות הכוללות צוותים ייעודיים, חולות בהפרעות אכילה נאלצות להתאשפז במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים - ללא הטיפול הנדרש והראוי להפרעות אכילה.

אשפוז חולות בהפרעות אכילה בבתי חולים פסיכיאטריים

מסגרת האשפוז המתאימה לחולות בהפרעות אכילה היא במחלקה ייעודית, ולחילופין במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי. ואולם חולות בהפרעות אכילה מגיעות לעתים גם לאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. פעמים רבות החולות סובלות גם מתחלואה כפולה, כלומר גם ממחלת נפש קשה. לדעת מומחים, לרבות כמה ממנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים, חולות בהפרעות אכילה אינן מתאימות לאשפוז זה מהסיבות האלה: אופייה של הפרעה; אפיון האוכלוסייה הלוקה בה; היעדר השירותים הייעודיים הנדרשים. כמו כן עירובן עם חולות, הסובלות ממחלות פסיכיאטריות פעילות קשות, עלול להסב להן נזק. חולות רבות נמנעות מאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי בשל רתיעה מאשפוז מסוג זה, ובהיעדר מקום במחלקה ייעודית, נותרות ללא טיפול.

52 מנהל המחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם מסר למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2012, כי במחלקה זו קשה לטפל בחולות הסובלות מבולימיה בשל הקושי להגביל נגישות למוזון, עקב נוכחות שאר החולים במחלקה.

1. בביקורת נמצא כי בשנים 2010 ו-2011, ובמחצית הראשונה של 2012 אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים⁵³ כ-130 חולות הסובלות מהפרעות אכילה, שחלקן מתחת לגיל 18 וחלקן סובלות מהפרעות או ממחלות נפש נוספות. לדוגמה, במרכז לבריאות הנפש גהה של הכללית בפתח תקווה (להלן - גהה בפתח תקווה) אושפזו בשנים 2010-2012 13 נערות ו-12 בוגרות בגין הפרעות אכילה. אף שמנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים מסרו כי ניתנים בהם שירותי פסיכיאטריה, פסיכותרפיה, טיפול רפואי וייעוץ תזונתי, בעלי המקצועות אינם בעלי ידע ומומחיות לטיפול בהפרעות אכילה. לדעת מומחים, לרבות מנהלי בתי החולים הפסיכיאטרים, מן הראוי שהחולות יקבלו טיפול רפואי בבתי חולים כלליים במחלקות ייעודיות או במחלקות פסיכיאטריות שבהן צוות ייעודי לטיפול בהפרעות אכילה.

2. מבקר המדינה העיר עוד בשנת 2010 כי ראוי לשקול להעביר את מחלקות האשפוז של ילדים פגועי נפש לבתי חולים כלליים, כפי שכבר המליצה הוועדה לקידום מעמד הילד של הכנסת בשנת 2002. צעד זה ראוי הן עקב תנאי האשפוז הירודים בבתי החולים הפסיכיאטריים והן משום שהוא עשוי לעודד פניות של ילדים פגועי נפש לקבלת טיפול, שנמנעו מקבלתו בבתי החולים הפסיכיאטריים בשל התדמית השלילית הנלווית להם⁵⁴.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצתו בדוח הקודם כי ראוי לשקול להעביר את מחלקות האשפוז של ילדים פגועי נפש לבתי חולים כלליים. המלצה זו מקבלת משנה תוקף כאשר מדובר בחולות בהפרעות אכילה, העלולות להיזקק אף יותר מאשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2012 כי אין מחלוקת בדבר חשיבות הסטת מיטות מבתי חולים פסיכיאטריים לבתי חולים כלליים. ואולם, הסוגיה נבחנה ונמצא כי העלויות גבוהות ביותר גם בהתחשב בפניו שטחים יקרים ובמכירתם, ולכן הסטה זו אינה ישימה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי במסגרת החישוב הכלכלי של הסטת המיטות מבתי חולים פסיכיאטריים לבתי חולים כלליים, על המשרד לבחון גם את החיסכון בעלויות הטיפול בהפרעות אכילה, עקב הטיפול בחולות בבתי החולים הכלליים ומגיעת הפיכת מחלתן לכרונית.

אשפוז יום וטיפול יום בהפרעות אכילה

היעדר עמדות לאשפוז יום ולטיפול יום

יש כמה חסרונות לאשפוז מלא של חולה בהפרעות אכילה בבית חולים באשר הוא: האשפוז גורם לניתוק החולה מסביבתה הטבעית (לימודים או עבודה) למשך כמה חודשים, ובסיומו נדרש תהליך שיקומי קשה של חזרה לחיים נוסף על ההתמודדות עם המחלה; האשפוז חושף את החולה להתנהגויות של חולות אחרות, מצב שעלול לגרום ל"הידבקות" ולהחמרת המחלה. לפיכך במקרים

53 המרכז הירושלמי לבריאות הנפש; המרכז הרפואי לבריאות הנפש לב השרון; מחלקת הנוער בגהה; שלווה; המרכז לבריאות הנפש טירת הכרמל; המרכז לבריאות הנפש והמערך הקהילתי באר יעקב - נס ציונה; המרכז לבריאות הנפש באר שבע. במרכז לבריאות הנפש שער מנשה ובמרכז הרפואי לבריאות הנפש מזרע לא אושפזו חולות הסובלות מהפרעות אכילה בשנים אלו.

54 מבקר המדינה, דוח שנתי 2010 ב 60, בפרק "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545, 552.

שאינם מחייבים אשפוז והתערבות מאומצת ומהירה בשלבים הראשונים, טיפול יום⁵⁵ עשוי למנוע הידרדרות ועשויים להגדיל את סיכויי ההחלמה; במהלך הטיפול מגיעה החולה לכמה טיפולים לכמה שעות וחוזרת בסוף היום לביתה (להלן - טיפול יום). אשפוז יום⁵⁶, שבמסגרתו החולה שהייתה מאושפזת ממשיכה בטיפול במשך היום מהבוקר ועד אחר הצהריים (להלן - אשפוז יום), מאפשר לחולות לאחר אשפוז לחזור לתפקוד בסביבתן הטבעית, ומונע הידרדרות חוזרת ואשפוזים חוזרים ונשנים הכרוכים בהוצאות כספיות כבדות. הפרעת אכילה מאופיינת באשפוזים חוזרים ונשנים של חולות, שלאחר ייצוב מצבן ושחרור לביתן, עלול מצבן להידרדר והן עלולות לשוב ולהתאשפז פעם אחר פעם. ממצא זה מעיד על מחלקת ילדים בספרא אחר נעורת שנה לאחר שחרורן מאשפוז, נמצא כי 51% מהחולות שלא טופלו באשפוז יום אושפזו באשפוז חוזר, לעומת 26% מאלה שכן טופלו.

במועד הביקורת נמצא כי מספר העמדות לטיפול יום ולאשפוז יום בכל הארץ הוא: לנעורת - 12 עמדות יום בזיו בצפת; 10 עמדות במרכז רפואי אסף הרופא (להלן - אסף הרופא בצריפין); ו-12 עמדות בסורוקה בבאר שבע. לבוגרות - 10 עמדות ברמב"ם בחיפה, אשר טרם הופעלו בשל חוסר הסכמה עם משרד הבריאות לגבי התעריף, אך הן מתוכננות לפעול בחודשים הקרובים; ו-20 עמדות במרכז הרפואי רעות בתל אביב. המשרד הקצה לטיפול יום ולאשפוז יום 34 עמדות לנעורת ו-30 עמדות לבוגרות בכל הארץ. חלק מהעמדות טרם הופעלו מסיבות שונות (ראו להלן טבלה 2). מומחים להפרעות אכילה מסרו למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת כי לאור החשיבות שבטיפול יום כמונע אשפוז ושל אשפוז יום כמונע אשפוזים חוזרים, אין די עמדות בכל הארץ.

מנתונים שמסרה המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא במהלך השנים 2006-2011 עלה חלקם של האשפוזים החוזרים מסך האשפוזים במחלקה כלהלן:

טבלה 1: מספר האשפוזים במחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא בשנים 2006-2011

2011	2010	2009	2008	2007	2006	
77	86	83	99	113	128	אשפוז ראשון
89	82	88	59	53	37	אשפוז חוזר

לדעת מומחים טיפול יום ואשפוז יום עשויים למנוע חלק מהאשפוזים בגין הפרעות אכילה. נוכח מספרם הגבוה של האשפוזים החוזרים, הוספת עמדות לטיפול יום ולאשפוז יום עשויה להפחית את מספר האשפוזים ולהגדיל את סיכויי החלמתן של החולות.

מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא בתל השומר מסר כי הוספת 10 עמדות אשפוז יום עם תמחור ראוי (ראו להלן) יכולה הייתה לפנות מקום במחלקה לאשפוז חולות נוספות, ויכלה למנוע את הצורך בהוספת מיטות לאשפוז מלא. לדבריו, מצבן הרפואי של חלק מהחולות הנמצאות באשפוז מאפשר להן לעבור לאשפוז יום כחלק מתהליך הדרגתי של ניסיון להחלמה. גם מנהל המחלקה הייעודית לנעורת בשיבא מסר כי הוספת עמדות לאשפוז יום תייתר את הצורך בהוספת מיטות אשפוז. כך מסר גם מנהל הכספים של המרכז הרפואי שניידר בפתח תקווה. מנהלת מרפאת הנוטרים של הכללית ברעננה (להלן - מרפאת הנוטרים ברעננה) מסרה כי פתיחת טיפול יום סמוך למרפאה הייתה מונעת אשפוזים רבים והידרדרות של חולות לאחר שחרורן מאשפוז. גם על פי בית החולים נהרייה, הוספת עמדות לטיפול יום ולאשפוז יום עשויה להפחית את מספר האשפוזים ולמנוע חלק מהאשפוזים החוזרים, להגדיל את סיכויי החלמת החולות ולשפר את הצלחותיהן של האשפוז המלא.

55. בלעז: Half Way In.
56. בלעז: Half Way Out.

עם זאת, מאחר שלטענת מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא בתל השומר, התקציב שהקצה משרד הבריאות לאשפוז יום אינו מכסה את העלויות הכרוכות באשפוז יום להפרעות אכילה (ראו גם להלן), ולכן אינו כלכלי לבית החולים, שיבא אינו מספק שירות זה אלא במקרים חריגים; גם לדברי בית החולים נהרייה, התקצוב שקבע המשרד לאשפוז יום אינו מכסה את העלויות, ולכן אינו כלכלי לבית החולים, ולרוב אינו מופעל.

לדעת מנהל המחלקה לבוגרות בשיבא ומומחים נוספים, הוספת עמדות לטיפול יום לפני אשפוז לחולות הייתה עשויה לאפשר לחולות הממתינות לאשפוז לקבל טיפול במהלך חודשי ההמתנה; למנוע הידרדרות במצבן; להכיין לאשפוז; ואף לצמצם את מספר האשפוזים. הוספת עמדות לאשפוז יום לאחר אשפוז הייתה מייטרת הוספת מיטות אשפוז; מאפשרת לחולות לצאת מאשפוז מלא מוקדם יותר ולהשתלב חזרה בחייהן אגב קבלת טיפול מאומץ, ומונעת מהן לחזור ולהידרדר לאשפוזים חוזרים עד כדי הפיכת מחלתן לכרונית. ואולם, לדברי בתי החולים, חסם כלכלי של תעריף נמוך מונע מהם לפתוח עמדות נוספות.

נמצא כי למשרד אין הערכה כמה עמדות אשפוז יום וטיפול יום חסרות בארץ. משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לבצע עבודת מטה מקיפה שתבחן את מספר העמדות הדרושות לאשפוז יום ולטיפול יום, במסגרת בחינת הצרכים של כלל המערך לטיפול בהפרעות אכילה. כמו כן על המשרד לבחון את הצורך לבצע תמחור עדכני לאשפוז יום ולטיפול יום בהפרעות אכילה בנפרד מאשפוז יום וטיפול יום פסיכיאטרי כללי, כדי שיוסר העיכוב הכלכלי המונע מבתי החולים מלספק שרות זה (ראו בהרחבה גם להלן).

משרד הבריאות מסר, בדצמבר 2012, כי מנכ"ל המשרד החליט להקים צוות חשיבה שיכלול את נציגי כל הקופות במטרה לפתח מודל למסגרות מרפאתיות ולטיפול יום להפרעות אכילה לקראת הרפורמה. הצוות יעסוק בקביעת הסטנדרטים המקצועיים, וכן גם בתמחור השירותים. עד שנת 2015 יפתחו ויספקו קופות החולים שירותים מרפאתיים וטיפול יום להפרעות אכילה במימון המשרד.

היחידות לטיפול יום ולאשפוז יום בהפרעות אכילה צריכות להיות נגישות לחולות, מאחר שעליהן לפקוד אותן כמה פעמים בשבוע לכמה שעות. על משרד הבריאות להעריך כלכלית את עלויות הפעלת היחידות בהשוואה לעלויות הכרוכות בהידרדרות מצבן של החולות הלא מטופלות.

טיפול מרפאתי להפרעות אכילה: היעדר פריסה מספקת של מרפאות רב-מקצועיות

טיפול מרפאתי הוא טיפול יחיד באחד התחומים הרלוונטיים להפרעות אכילה הניתן לחולות במסגרת ביקורן במרפאה, זאת להבדיל ממספר טיפולים הניתנים ביום אחד במסגרת טיפול יום או אשפוז יום, כאמור. לטיפול מרפאתי לחולות בהפרעות אכילה יש חשיבות הן בשלב ההתחלתי של המחלה, כמניעת הידרדרות מצבה הרפואי של החולה, והן לאחר שלב האשפוז. היעדר שירות מרפאתי בפריסה ארצית ובזמינות מספיקה עלול לגרום לאי-אבחון חולות רבות בשלבים ראשוניים של ההפרעה.

לדברי מומחים לטיפול בהפרעות אכילה, בשל אופייה של ההפרעה, המשלבת רכיבים פיזיים ונפשיים, חשוב שגם הטיפול המרפאתי יהיה רב-מקצועי, לרבות פסיכיאטרי, פסיכותרפי אישי ומשפחתי, תזונתי ורפואי. היעדר מסגרת המספקת מענה, גורם לחולות אלו להידרדר ולהתאשפז שוב ושוב. כתוצאה מכך מחלתן הופכת לכרונית, סיכויי החלמתן קטנים, והוצאות הטיפול והאשפוז

החזרה גבוהה. חשוב שהטיפול הרב-מקצועי ינתן על ידי צוות מתואם, העובד יחדיו במרפאה המרכזת את סוגי הטיפולים תחת קורת גג אחת. הפרעות אכילה מתאפיינות פעמים רבות בהכחשתן של החולות את מצבן האמיתי, בחוסר שיתוף פעולה ובהטעיית הצוות המטפל באשר למצבן. לפיכך, כשהטיפול ניתן בצורה ממוצעת, והחולה פוגשת את בעלי המקצוע השונים במרפאותיהם הנפרדות ללא קשר רציף ומוסדר בין המטפלים, סיכויי ההצלחה של הטיפול פוחתים במידה רבה. המועצה הלאומית לבריאות הקהילה⁵⁷ המליצה באפריל 2011 להנהלת המשרד ליצור פריסה מאוזנת של מרפאות רב-מקצועיות בתחום הפרעות האכילה.

חשוב שהטיפול המרפאתי יהיה זמין ללא המתנה ארוכה, וכן שיהיה בפריסה מספקת המאפשרת נגישות סבירה לחולות. משרד הבריאות מפעיל מרפאות לבריאות הנפש ברחבי הארץ במסגרת אחריותו לתחום בריאות הנפש, ואולם מרפאות המשרד אינן מספקות טיפול ייעודי בהפרעות אכילה. לפיכך רוכש המשרד שירותים מרפאתיים ייעודיים מבתי החולים הכלליים ומקופות החולים המפעילות מרפאות ייעודיות להפרעות אכילה. כמו כן יש מרפאות פרטיות המטפלות בהפרעות אכילה. מומחים בתחום ציינו לפני משרד מבקר המדינה, כי ניכר מחסור במסגרות לטיפול מרפאתי להפרעות אכילה. להלן תמונת המצב בתחום הטיפול המרפאתי:

1. רכישת טיפול מרפאתי על ידי משרד הבריאות מבתי חולים : משרד הבריאות, בהיותו אחראי על הספקת תחום בריאות הנפש לאוכלוסייה, רוכש שירות מרפאתי מבתי חולים המפעילים מרפאות להפרעות אכילה על בסיס רכישת "מינוי מרפאתי"⁵⁸. האגף לתקצוב ותמחור של המשרד מסר למשרד מבקר המדינה במאי 2012 כי יש תת-פריסה של כלל השירות המרפאתי בבריאות הנפש ברחבי הארץ, וכי הרפורמה בבריאות הנפש (להלן גם - הרפורמה) מבקשת, בין השאר, לשפר את פריסת הטיפול המרפאתי על ידי הרחבת מספר הטיפולים בבריאות הנפש, לרבות בהפרעות אכילה, מ-1 מיליון טיפולים בשנה ל-2.4 מיליון בשנה.

המשרד כתב, בדצמבר 2012, כי החלו לפעול כמה מרפאות לטיפול בהפרעות אכילה: בשיבא אושרו 250 מינויים, והמרפאה נפתחה; ברמב"ם בחיפה הקצה המשרד 250 מינויים לנוער, והמרכז הרפואי מאתר כוח אדם מקצועי ייעודי; כמו כן, רמב"ם הפעיל מרפאה לחולות בוגרות ממקורותיו; ובזיו בצפת אושרו 150 מינויים, והמרפאה לבוגרות נפתחה. בתי חולים אלו קיבלו גם תמריצים למטרה זו, והמשרד התחייב להעביר 50,000 ש"ח למרפאות שאף ירחיבו פעילותן. ואולם, מנהל זיו בצפת כתב למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2012, כי המרפאה לבוגרות אינה פועלת בהיקף המתבקש לאור הצרכים, וכי יש לפתוח גם עמדות לטיפול יום להפרעות אכילה לבוגרות.

במסגרת ההיערכות לרפורמה בבריאות הנפש, על משרד הבריאות לבחון את הצורך בפתיחת מרפאות נוספות לטיפול בהפרעות אכילה כדי להגביר את נגישותו ואת זמינותו של הטיפול המרפאתי לחולות.

2. רכישת טיפול מרפאתי על ידי משרד הבריאות מהקופות : המשרד רוכש שירות מרפאתי בהפרעות אכילה מקופות החולים כחלק מאחריותו לטיפול הפסיכיאטרי. אף שבמועד הביקורת טרם עבר הטיפול בבריאות הנפש לאחריות הקופות, במהלך השנים פתחו חלק מהקופות מרפאות ייעודיות, המאוישות בצוות רב-מקצועי לטיפול בהפרעות אכילה, מתוך הבנת הצורך בשירות ומתוך עמידה על החיסכון הכלכלי הטמון באבחון מוקדם. כך,

57 מועצות לאומיות הן גופים מקצועיים המייצעים להנהלת המשרד בתחומי הרפואה השונים במניעה, באבחון ובטיפול. ההמלצות מובאות לקובעי המדיניות במשרד ומיושמות למדיניות ולהחלטות ארגוניות ומקצועיות.

58 עלות מינוי מרפאתי מחושבת על פי ממוצע מספר הטיפולים הניתנים לחולה כפול תמחור פגישה.

למשל, מספקת הכללית טיפול במרפאת הנוטרים ברעננה למבוטחות כל הקופות, ומכבי מספקת טיפול במרפאה ברמת השרון למבוטחותיה.

כאשר אין מרפאה ייעודית זמינה בקופה, המבוטחת יכולה לקבל שירות נפרד מבעלי מקצועות שונים במסגרת הקופה באופן מוגבל - חלק מסל השירותים הבסיסי על פי החוק, חלק במימון הקופה מעבר לסל הבסיסי, וחלק באמצעות שירותי הבריאות הנוספים (להלן - שב"ן). הכרוכים בתשלום דמי השתתפות עצמית גבוהים של החולה. כך, למשל, יכולה חולה לקבל טיפול מתזונאי, מפסיכיאטר או מפסיכותרפיסט בנפרד, ללא תיאום הדוק בין המטפלים השונים, שהוא, כאמור, חיוני לטיפול בהפרעות אכילה.

מהביקורת עולה כי רק מרפאות מעטות בקופות מציעות טיפול רב-תחומי בהפרעות אכילה, ולכן הטיפול המרפאתי אינו זמין למרבית החולות בהפרעות אכילה. לפיכך חולות רבות אינן מאובחנות ואינן מטופלות בשלב מוקדם של מחלתן; כתוצאה מכך עלול מצבן להידרדר ולהפוך לכרוני, עד כדי פגיעה בסיכויי החלמתן. גם בהמשך, לאחר שחרורן מאשפוז, החולות הקשות אינן מטופלות כראוי, ולכן הן מידרדרות, מאושפוזות תכופות, ונשקפת סכנה לחייהן.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי לקראת יישום הרפורמה יורחבו השירותים להפרעות אכילה, על ידי רכישת שירותים מהקופות. במסגרת הרפורמה נבחנת פתיחת מרפאות נוספות בפריסה רחבה יותר על ידי הקופות.

לאומית מסרה למשרד מבקר המדינה, באוקטובר 2012, כי אין בכוונתה לפתוח מרפאות ייעודיות להפרעות אכילה אלא לרכוש שירותים מספקים חיצוניים. חולות בהפרעות אכילה קלות יטופלו במרפאות הרגילות של בריאות הנפש של הקופה, וחולות שמצבן מורכב יופנו לספקים חיצוניים. כן מתכננת לאומית לפתוח במהלך 2013 ארבע מרפאות חדשות לבריאות הנפש.

הביקורת העלתה כי מלבד במרפאות הרב-מקצועיות, חלק מהטיפוליים בהפרעות אכילה בקופות ניתנים על ידי מטפלים שונים (תזונאי, פסיכותרפיסט ופסיכיאטר נוסף על רופא משפחה או רופא ילדים) בנפרד וללא תיאום הדוק וקבוע ביניהם. עוד נמצא כי מימון הטיפול המרפאתי בקופות נעשה לעתים באמצעות סל שירותי הבריאות הבסיסי, וכי חלק מהקופות אף הרחיבו וכללו את הטיפולים בסל הקופה. ואולם, חלקן מעניקות שירותים אלו רק באמצעות השב"ן, הכרוך בדמי השתתפות עצמית גבוהים של החולות - מצב המהווה חסם לקבלת השירות.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי טיפול מרפאתי דורש מעורבות מצד צוות רב-מקצועי: תזונאי, פסיכותרפיסט פרטני או קבוצתי, פסיכיאטר ורופא משפחה. העברת האחריות לקופות תאפשר שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע בבריאות הנפש וברפואה הכללית. נושא השב"ן וההשתתפויות העצמיות ישונו בהסכם רכישת השירותים מהמשרד, המתגבש בסיום שנת 2012.

הנזק שבניתוח בריאטרי ללא טיפול בהפרעות אכילה: רוב המנותחות הבריאטריות (לטיפול בהשמנה)⁵⁹ סובלות מהפרעות אכילה, לרבות מאכילה התקפית⁶⁰, ונדרשות

59 כגון השתלת טבעת קיבתית מתכווננת היוצרת כיס קיבתי קטן; ניתוח מעקף קיבה; כריתת כ-90% מהקיבה ויצירת צינור קיבה בצורת שרוול.

60 בלעז: Binge Eating Disorders - BED. התופעה מתבטאת בהתקפי אכילה חוזרים, שבמהלכם צורכת החולה מתוך חוסר שליטה כמויות גדולות של מזון בתוך זמן קצר, אך ללא הקאות וללא שימוש במשלשלים. אחת התוצאות היא השמנה.

לעבור הכנה לקראת הניתוח, וכן לשנות את הרגלי האכילה שלהן כחלק משיקומן אחריו. חלק מהמרכזים לטיפול בהפרעות אכילה מטפלים גם בחולות אלה באשפוז ובמרפאה. בשנים האחרונות חלה עלייה תלולה בשיעור הניתוחים הבריאטריים. חולות שעברו ניתוחים נדרשות להיות במעקב רפואי כל חייהן כדי למנוע חסרים תזונתיים, דימום, פקקת ורידים וקרישי דם, העלולים לגרום לתסחיף ריאתי ולמוות. היעדר מעקב מסכן את בריאותן ואת חייהן.

בביקורת מעקב, שביצע מבקר המדינה בשנת 2010,⁶¹ נמצא כי מיעוט המנותחות ממשיכות במעקב, וכי במשרד הבריאות לא היה מידע מרוכז בעניין מידת החלמתן ומצבן הרפואי, השמירה על משקלן, מצבן התזונתי ורמת ספיגת המזון בגופן. המשרד לא נערך להבטיח את המעקב אחריהן.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2012 כי הוציא חוזר לביצוע ניתוחים בריאטריים במבוגרים⁶², המתייחס, בין השאר, לנושאים האלה: הנחיות להערכה לפני הניתוח והמעקב אחריו; הגדרת דיווח על הפעילות הניתוחית ומעקב אחר החלמת המנותחים; בקרת המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד (המלב"ם) על סוגי הניתוחים ועל תוצאותיהם לטווח הקצר והארוך, לרבות העברת הנתונים מרופא המשפחה למלב"ם אם לא יגיע המנותח למעקב. מכבי מסרה בנובמבר 2012 כי היא מקימה מערך טיפולי בחולים בריאטריים, וכי בשנת 2013 עתידות להיפתח ארבע מרפאות שיכשירו חולים לניתוח ולשיקום אחריו, באמצעות צוות רב-מקצועי הכולל תזונאי, עובד סוציאלי ורופא.

בביקורת עלה כי המחסור במרכזים מרפאתיים ייעודיים להפרעות אכילה פוגע גם בשיקום המנותחות הבריאטריות (לטיפול בהשמנה) הסובלות מהפרעות אכילה ונדרשות להתכונן לקראת הניתוח, להשתקם ולהיות במעקב קבוע אחריו - באותם מרכזים ייעודיים להפרעות אכילה.



תמונת המצב שעולה מן הביקורת מלמדת על מחסור ניכר במסגרות בקהילה לטיפול מרפאתי ייעודי לחולות בהפרעות אכילה ועל היעדר זמינות, המתבטא, בין השאר, בהמתנה ממושכת לטיפול. לפיכך חולות אינן מאובחנות ואינן מטופלות בשלב ההתחלתי של המחלה, וכשמצבן מידרדר הן נזקקות לאשפוז. ככל שהמחלה אינה מאובחנת בזמן כך פוחתים סיכויי ההחלמה ממנה, היא הופכת לכרונית, ועלויות הטיפול בה גדלות. שיפור זמינותו ונגישותו של השירות המרפאתי יאפשר להשאיר את החולות בסביבתן הטבעית וכך להפחית את הנזקים הכרוכים בניתוקן מהסביבה ולסייע בשיקומן התעסוקתי והחברתי; לאחר שחרורן מאשפוז יסייע שיפור זמינותו ונגישותו של השירות בחזרתן לשגרת חייהן וימנע הידרדרות ואשפוזים חוזרים.

61 ראו דוח מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה, עמ' 791.

62 חוזר מינהל רפואה מס' 27/2012, "קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים במבוגרים", משרד הבריאות (14.10.12).

בגלל היעדר שירות ציבורי זמין ונגיש להפרעות אכילה ובגלל תורים ארוכים למרפאות המקצועיות המעטות הקיימות, חולות רבות פונות לקבלת טיפול בשוק הפרטי. חולות רבות גם אינן רוצות שמחלתן תירשם בקופה, והן יתויגו כבעלות הפרעה נפשית, העלולה לתפיסתן לפגוע בשירותן הצבאי ובעתידן המקצועי. המשרד עצמו אינו מעניק לרפואה הציבורית כלים מספיקים לטיפול בחולות, ובכך מחזק את הרפואה הפרטית. מציאות זו פוגעת באוכלוסייה החלשה, שאין ידה משגת לקבל טיפול בהפרעת אכילה במסגרת הרפואה הפרטית.

כחלק מההיערכות לרפורמה בבריאות הנפש, על משרד הבריאות בשיתוף הקופות לתכנן את מערך האבחון והטיפול המרפאתי בהפרעות אכילה על כל שלביו: החל באבחון ובטיפול הראשוני, דרך הטיפול המרפאתי לאחר האשפוז וכלה בשלב השיקום (ראו להלן).

נוכח הצורך במסגרת טיפולית נגישה וזמינה, הכוללת כמה בעלי מקצוע ותשתית מתאימה, ולנוכח מיעוט המרפאות הייעודיות הקיימות, ראוי במסגרת תכנון פריסת השירות ליצור שיתוף פעולה בין הקופות. כך יוכלו המבוטחים לקבל שירות מכל אחת מהמרפאות הייעודיות, על ידי איגום משאבים ומכירת טיפול מרפאתי בין הקופות, דוגמת מרפאת הנוטרים ברעננה.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי הרחבת תשתית האשפוז ופיתוח שירות אמבולטורי בבתי החולים הכלליים במסגרת הכנה לרפורמה ישפרו את זמינותם של מגוון השירותים; כמו כן הביע צורך לבחון אפשרויות לשיתוף פעולה ולאיגום משאבים במרפאות הייעודיות.

שיקום הסובלות מהפרעות אכילה

מחסור בבתי שיקומיים ובחינת המימון להפעלתם

לאחר שחרורן מאשפוז פעיל ממושך נזקקות בדרך כלל החולות לשיקום. השיקום נעשה בבית שיקומי (הוסטל) למשך כשנה וחצי, תוך כדי קבלת טיפול מקצועי, שמטרתו לסייע במעבר בין האשפוז בבית החולים לבין החזרה לחיים עצמאיים. לאחר מכן נדרש דיור מוגן בקהילה, שבמסגרתו מתגוררת החולה בדירה שכורה, עובדת למחייתה ומקיימת אורח חיים עצמאי⁶³ ובד בבד ממשיכה את הטיפול בקהילה.

הבית השיקומי הראשון הוקם בהוד השרון בשנת 2008, והוא מנוהל על ידי עמותת "נופית". הבית מיועד לשהות של כ-14 חולות מעל גיל 18, שאינן זקוקות להשגחה רבה, שכן הן משולבות במסגרות לימודיות או תעסוקתיות. בדרך כלל ממתינות 2-5 חולות להיכנס לבית שיקומי זה. הבית מתנהל עם השגחה רצופה של צוות מטפל הכולל תזונאי, עובד סוציאלי ומדריכים; הצוות מלווה אותן בהשתלבותן בחיי הקהילה. הצוות מקבל תמיכה מקצועית מצד המחלקה לבוגרות בשיבא בתל השומר⁶⁴. הבית בהוד השרון הוערך במחקר מלווה⁶⁵. הבית השיקומי השני הוקם ברמת ישי בצפון, והוא מנוהל על ידי יזם פרטי. במועד הביקורת התגוררו בו 14 חולות שטופלו במרפאה

63 במועד הביקורת משוכנות כ-10 נערות בדירור מוגן לאחר צאתן מהבתי השיקומיים, כאמור בהצעה לתכנית טיפולית בחולות כרוניות-סרבניות הסובלות מהפרעות אכילה, שהוגשה לוועדת המומחים (דצמבר 2003).

64 בבקרה שערך משרד הבריאות במרץ 2011 במחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא נמצא כי כוח האדם הרפואי בבית השיקומי מגיע ממחלקה זו שלא תוגברה למטרה זו.

65 המחקר בוצע בידי היחידה למחקר ולהערכה המכללה האקדמית בית ברל (ספטמבר 2010).

ברמב"ם בחיפה, הנמצאות בשלב פעיל יותר של מחלתן והזקוקות להשגחה צמודה. כמו כן היו 5-10 חולות ברשימת המתנה.

נמצא כי חסרות בארץ מסגרות שיקומיות לחולות כרוניות באזור ירושלים ובאזור הדרום, מצב שאינו מאפשר לחולות לשהות בקרבת מקומות מגוריהן בשלב השיקום הממושך⁶⁶. על משרד הבריאות לשקול פתיחת בתים שיקומיים נוספים, ולקבוע אילו חולות ישוכנו בהם על פי חומרת מצבן וסיכויי החלמתן.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי נוסף על הבתים השיקומיים בהוד השרון וברמת ישי, מתוכננת מסגרת שלישית שתקום בשנת 2013 באזור הדרום. מנהלת המרפאה הייעודית ברמב"ם בחיפה מסרה כי יש חשיבות להומוגניות של החולות בבתים השיקומיים מבחינת סיכויי החלמתן. מגורים משותפים של חולות כרוניות, הסובלות מתסמינים של ההפרעה, ושל חולות הנמצאות בשיקום עלולים לפגוע במשתקמות ולגרום להידרדרותן. לפיכך על חולות כרוניות להתגורר בבית שיקומי נפרד.

משרד מבקר המדינה מציין כי הבתים השיקומיים עשויים לחסוך בעלויות אשפוז יקרות, וכן להגדיל את סיכויי החלמת החולות. על משרד הבריאות לקדם את פתיחת הבית השיקומי בדרום הארץ שלגביו התקבלה החלטה; לבחון את עלות האשפוזים החוזרים אל מול עלויות ההשקעה בפיתוח הבתים השיקומיים; לבחון האם פתיחת בתים נוספים תפנה אליהם חולות מאשפוז, תמנע אשפוזים חוזרים, ותמנע את הצורך בהוספת מיטות לאשפוז, או תפחיתו לפחות.



קיים מחסור במסגרות אשפוז ייעודיות להפרעות אכילה. לרשות החולות הבוגרות עומדת מחלקת אשפוז בשיבא בתל השומר ובה 28 מיטות, עם תור המתנה של כמה חודשים, ו-10 מיטות במחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם. קיים מחסור במסגרות לאשפוז יום ולטיפול יום בכל הארץ. קיים מחסור גם במסגרות לטיפול מרפאתי ייעודי, ותורי המתנה למרפאות ממושכים. כמו כן חסרות מסגרות שיקומיות לחולות כרוניות באזור ירושלים ובאזור הדרום. אין מרכזים הכוללים מסגרות לכל שלבי הטיפול במחלה, על פי המודל הרפואי המומלץ, ולכן אין רצף טיפולי בחולות. האחריות למצב זה מוטלת על משרד הבריאות בשני "כובעיו" - הן כמאסדר מערכת הבריאות והן כאחראי ישיר לטיפול בהפרעות אכילה, במסגרת אחריותו להספקת השירות על פי התוספת השלישית לחוק.

בשל המחסור במסגרות אשפוז ייעודיות ובשל היעדר פריסה מספקת, נוצרו תורי המתנה של חודשיים עד ארבעה חודשים. בינתיים נאלצות חולות בוגרות ונערות מכל הארץ להמתין לאשפוז בבתיהן תוך כדי הידרדרות במצבן, או להתאשפז במחלקות אחרות שמתאימות פחות לטיפול בהפרעה. המחסור במסגרות אף מאלצן להתאשפז לעתים במחלקות פסיכיאטריות שאינן ייעודיות, ואשר במרבית המקרים אינן מספקות את מלוא הטיפול המתאים; אשפוז בהן אף עלול להחמיר את מצב החולות.

66 למעט מצבים שבהם היחסים בין החולה למשפחתה מחייבים להרחיקה ממקום מגוריה למען החלמתה.

לדעת משרד מבקר המדינה, לקראת יישום הרפורמה בבריאות הנפש על משרד הבריאות, בשיתוף הקופות, לתכנן את מערך הטיפול בהפרעות אכילה מחדש על כל שלביו. בינתיים, ובשלב הביניים - עד יולי 2015, על המשרד לפתור מיידית את המחסור במסגרות בכל השלבים, תוך כדי תכנון מנקודת מבט עתידית של המערך לאחר יישום הרפורמה.

בעיות תמחור ועלויות בתחום הפרעות האכילה ותוצאותיהן

מחיר יום אשפוז בהפרעות אכילה בהשוואה למחיר יום אשפוז בבריאות הנפש

משרד הבריאות רוכש שירותי אשפוז לחולות בהפרעות אכילה בדרך של תשלום על פי ימי אשפוז מבתי חולים כלליים ממשלתיים; מבתי חולים כלליים לא ממשלתיים (בבעלות הכללית או ציבוריים); ומבתי חולים פסיכיאטריים שאינם ממשלתיים. מבתי חולים פסיכיאטריים-ממשלתיים המשרד אינו רוכש ימי אשפוז, אלא מתקצבם על פי תשומות על בסיס תקינת כוח אדם בהתאם למחלקות המופעלות ברישיון. המשרד מסר בדצמבר 2012, כי עם כניסת בתי החולים הממשלתיים לעידן הרפורמה בבריאות הנפש הם יתוקצבו באמצעות הכנסותיהם על בסיס הפעילות שביצע בית החולים, בהתאם לחיוב שיוציא לקופות.

מחלקות האשפוז הייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה מוגדרות ומתומחרות על ידי משרד הבריאות כמחלקות פסיכיאטריות כלליות, ולפיכך משלם המשרד עבור אשפוז חולה בהפרעות אכילה כמו עבור אשפוז פסיכיאטרי כללי - 929 ש"ח ליום למבוגרים ו-1,116 ש"ח ליום אשפוז של ילדים ונוער⁶⁷.

לפני משרד מבקר המדינה טענו מנהלי מחלקות בבתי חולים כי תמחור יום אשפוז במחלקות הייעודיות להפרעות אכילה כאשפוז פסיכיאטרי כללי אינו תואם את העלויות בפועל של הטיפול האינטנסיבי הנדרש. כך, למשל, במחלקה לבוגרות בשיבא מקבלת חולה אחת, בשבוע אשפוז אחד, את השירותים האלה: פגישה עם פסיכיאטר; שני מפגשים עם פסיכולוג; שני מפגשים עם תזונאי; מפגש עם עובדת סוציאלית וכמה מפגשים קבוצתיים. כמו כן נדרשת השגחה על החולות בזמן הארוחות ולאחריהן, ועל הארוחות לכלול מגוון מזונות מיוחד. לעומת זאת, חולה פסיכיאטרי "רגיל" נפגש עם פסיכיאטר פעם בשבוע. תאגיד הבריאות (קרן המחקרים) של שיבא מממן את ההפרש בין הסכום שמשלם משרד הבריאות לבין עלות האשפוז של סובלות מהפרעות אכילה. גם מנהל המחלקה הפסיכיאטרית בהדסה עין כרם מסר כי רצוי לשקול תמחור נפרד לשלבי האשפוז השונים, כגון האשפוז המוגבר עד היציאה מסכנת חיים; האשפוז הפעיל עד הגעה למשקל היעד והכחדת הסימפטומים הפעילים; והאשפוז השיקומי שעלויותיו נמוכות יותר. מאוחדת מסרה בפברואר 2013 כי תמחור ותקצוב מחדש של אשפוז בשל הפרעות אכילה מחייב תיקון של עלות הרפורמה ושל הסכום המועבר ממשרד הבריאות לקופות למימונה.

האגף לתקצוב ותמחור של משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי התקצוב נגזר מהגדרת הסטנדרטים. מאחר שהמשרד לא הבחין בין סטנדרד הטיפול בהפרעות אכילה לבין סטנדרד האשפוז במחלקה פסיכיאטרית רגילה, נותר התמחור כשל מחלקה פסיכיאטרית כללית.

67 נמסר מהאגף לתקצוב ותמחור של המשרד ביוני 2012.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות להגדיר את סטנדרד הטיפול בהפרעות אכילה על ידי מומחים, ובהתאם לכך לתמחר את עלות יום האשפוז במחלקות הייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה. ראוי כי המשרד ישקול גם לקבוע מחיר יחסי על פי השלב באשפוז שבו נמצאת החולה. היעדר תמחור מתאים עלול לפגוע בסיכויי החלמתן של נשים ושל נערות צעירות; עלול להכביד על מצבם הכספי של בתי החולים המספקים את השירות הרפואי במחלקות הייעודיות; עלול להשפיע על סדרי העדיפויות המקצועיים במתן השירות ולהעמיד את הקצאת המשאבים במניין השיקולים למתן הטיפול.

אשפוז יום וטיפול יום: תמחור נמוך לדעת המטפלים, ובעקבותיו היעדר מסגרות

גם אשפוז יום בהפרעות אכילה מתומחר כאשפוז יום פסיכיאטרי כללי, 366 ש"ח ליום למבוגרים ו-392 ש"ח לילדים ונוער. משרד הבריאות רוכש אשפוז יום מבתי חולים ומשלם על פי מספר עמדות אשפוז היום, כפול מחיר ליום, כפול תקרה של 250 יום בשנה. טיפול יום מתומחר גם כן כטיפול יום פסיכיאטרי כללי, דהיינו 395 ש"ח ליום למבוגרים ו-426 ש"ח לילדים ונוער⁶⁸.

מנהלי המחלקות השמיעו לפני משרד מבקר המדינה במהלך הביקורת טענות שלפיהן התמחור של אשפוז יום ושל טיפול יום אינו משקף את העלויות הכרוכות בטיפול הנדרש להפרעה. כך, למשל, בגלל התמחור הנמוך שיבא בתל השומר אינו פותח שירות זה⁶⁹. אסף הרופא בצריפין מסר, במאי 2012, כי עלויות טיפול יום ואשפוז יום הסתכמו להערכתו ב-600 ש"ח, לעומת המחיר שאותו משלם משרד הבריאות. רמב"ם בחיפה מסר בינואר 2013 כי בית החולים טרם הפעיל 10 עמדות טיפול יום בשל מחלוקת עם משרד הבריאות בדבר תמחור הטיפול בהן, מאחר שהתעריף אינו מאפשר גיוס צוות רב-מקצועי כנדרש. עם זאת, לבקשת מנכ"ל משרד הבריאות נערך רמב"ם למתן השירות לחולות בנות 16 ומעלה החל ברבעון השני של 2013. גם זיו בצפת מסר כי אי-אפשר לפתוח עמדות לטיפול יום לבוגרות בגלל התמחור, אף שהתשתית הטיפולית קיימת, וכי ההפרש בין עלותו של טיפול יום פסיכיאטרי לנערות ובין עלות טיפול יום בהפרעות אכילה לנערות משולם מתקציב בית החולים ומקורן המחקרים, ולכן גורם להפסד כלכלי.

לקראת פתיחת המחלקה להפרעות אכילה לנערות בסורוקה ביקש משרד הבריאות בשנת 2008 משני בתי חולים לתמחר עלות של אשפוז יום. רמב"ם בחיפה כבית חולים כללי תמחר בשנה זו 555 ש"ח לטיפול יום, ובאוגוסט 2012 קבע סך של 691 ש"ח. לעומתו בית החולים הפסיכיאטרי הממשלתי באר יעקב תמחר בשנת 2008 סך של 321 ש"ח בדומה לתעריף הקיים. לפיכך הותיר המשרד את התעריף על כנו.

מן האמור לעיל עולה כי תמחור ראוי והולם של אשפוז יום ושל טיפול יום בהפרעות אכילה, יגרום לבתי החולים לפתוח את השירות על יתרונותיו הכלכליים והבריאותיים. הוספת עמדות אשפוז יום עשויה גם להפחית את התורים לאשפוז מלא, ולאפשר אשפוז מיידי לחולות הנמצאות בסכנת חיים.

האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות מסר, במרץ 2012, כי בעקבות בקשת המנכ"ל מבתי חולים כלליים לפתוח אשפוז יום וטיפול יום להפרעות אכילה, ובעקבות טענותיהם על התמחור הנמוך, ביקש המנכ"ל מהאגף לתכנן תקצוב ותמחור במשרד לבחון פעם נוספת את עלות השירותים הללו.

68 נמסר מהאגף לתקצוב ותמחור של המשרד בינואר 2013, על פי מחירון יולי 2012.
69 אשפוז יום ניתן בשיבא לבוגרות רק במקרים נדירים, דוגמת אם הנדרשת לחזור מדי יום לילדה.

ביוני 2012 מסר האגף כי הנושא ממתין לתמחור בוועדת המחירים הבין-משרדית, המשותפת למשרד האוצר ולמשרד הבריאות, הפועלת על פי סדר קדימויות, וטרם הוחלט אם יבוצע בו שינוי.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי התעריף לטיפול יום פסיכיאטרי הוא התעריף המרבי המוצא על פי צו הפיקוח על מחירים ושירותים, ולכן אי-אפשר לשנותו בדיון נקודתי בנושא פתיחת עמדות בבית חולים מסוים. כאמור, אין הגדרה או מחיר לטיפול יום פסיכיאטרי ייעודי להפרעות אכילה, ולכן המחיר הקיים הוא זה של אשפוז פסיכיאטרי כללי או ממוצע. ייתכן שמחיר הטיפול בהפרעות אכילה גבוה יותר ממחיר זה. במסגרת הרפורמה מתעתד משרד הבריאות לקבוע סטנדרטים מקצועיים ולבחון את מחיר השירות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מדובר בצרכים רפואיים שכבר עלו לפני שנים, וכי העיכוב בתמחור האשפוז גובה מחיר אישי ורפואי כבד מן החולים, ובמקרה זה בעיקר מנשים ומנערות צעירות. אי-בחינת התמחור של אשפוז יום וטיפול יום להפרעות אכילה על ידי משרד הבריאות פוגעת במתן שירות זה, העשוי למנוע הידרדרות המחלה ואשפוזים מלאים. היעדר תמחור פוגע בהקצאת המשאבים הרפואיים לצרכים הרפואיים. על המשרד לבחון תמחור עדכני לאשפוז יום בהפרעות אכילה בנפרד מאשפוז יום פסיכיאטרי כללי, כך שיוסר העיכוב הכלכלי המונע מבתי חולים מלספק שירות זה.

תמחור שירותים מרפאתיים להפרעות אכילה

שירות מרפאתי בהפרעות אכילה מיועד לחולות הנמצאות במצב פיזי טוב יחסית ואינן זקוקות לאשפוז או לאשפוז יום. החולה מקבלת במרפאה טיפולים המותאמים למצבה ולצרכיה. משרד הבריאות רוכש שירות מרפאתי מבתי חולים המפעילים מרפאות להפרעות אכילה על בסיס רכישת מינוי מרפאתי. עלות המינוי מחושבת על פי הממוצע של מספר המפגשים שצורך חולה פסיכיאטרי כללי כפול תמחור עלות פגישה, ללא קשר למספר הטיפולים שצורך החולה הלכה למעשה⁷⁰.

גם שירותים מרפאתיים בהפרעות אכילה מתומחרים כמו שירותים אחרים בבריאות הנפש. מחיר המינוי של שירות מרפאתי פסיכיאטרי בהפרעות אכילה הוא 1,756 ש"ח בשנה למבוגרים ו-2,405 ש"ח בשנה לילדים⁷¹. האגף לתקצוב ולתמחור במשרד מסר במסגרת הביקורת כי מאחר שהחישוב עבור מינוי מרפאתי הוא ממוצע, גם אם הטיפול בחולות המעטות הסובלות מהפרעות אכילה יקר יותר, הוא מתקזז עם המטופלים הפסיכיאטריים הרבים, שהטיפול בהם זול יותר. האגף לבריאות הנפש במשרד מסר במרץ 2012, כי המנכ"ל ביקש לבחון גם עלות מינוי מרפאתי.

מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2012, ומאוחדת מסרה בדצמבר 2012, כי במסגרת הרפורמה ראוי להפריד את הטיפול בהפרעות אכילה על ידי הקמת מרפאות ייעודיות, הנפרדות מרפאות בריאות הנפש, ועל ידי תקצובן בנפרד. רמב"ם בחיפה מסר כי לצורך הקמת השירות המרפאתי צריך לתמחרו בנפרד ולקבוע תקינת כוח אדם מתאימה עבורו. זיו בצפת מסר כי ההפרש בין מחיר טיפול מרפאתי פסיכיאטרי כללי לבין עלותו הגבוהה יותר של הטיפול המרפאתי בהפרעות אכילה, משולם מתקציב בית החולים ומקורן מחקרים, וגורם בכך להפסד כלכלי. עוד מסר בית החולים כי המרפאה אינה יכולה להפעיל כוח אדם התואם לצרכים, ולפיכך מעניקה טיפול חסר.

70 במסגרת הרפורמה מתכנן משרד הבריאות שינוי בהגדרת המינויים והגדרת מינוי אבחוני, מינוי קצר ומינוי ארוך. כיום משקף המינוי ממוצע של שלושת אלה.

71 נמסר מהאגף לתקצוב ותמחור של המשרד בינואר 2013, על פי מחירון יולי 2012.

כאמור, גם הטיפול המרפאתי בהפרעות אכילה מתומחר כמו טיפול מרפאתי פסיכיאטרי כללי, על אף המשאבים הנוספים הנדרשים למתן השירות. במסגרת הרפורמה, על משרד הבריאות לשקול להנחות את קופות החולים להקים מרפאות ייעודיות נפרדות ממרפאות בריאות הנפש; לבחון עלות מינוי מרפאתי להפרעות אכילה ולתמחרו בנפרד מתמחר מינוי פסיכיאטרי, לרבות קביעת תקינת כוח אדם מתאימה.

תמחור הפעילות בבתי השיקומיים

הבתים השיקומיים הוקמו כניסיוניים מתקציב הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי. הבית בהוד השרון עבר לאחריות משרד הבריאות בינואר 2011, והבית ברמת ישי נמצא במועד הביקורת בשלב של מעבר לאחריות המשרד. האגף לתקצוב ותמחור במשרד מסר, במאי 2012, כי השיקום בבריאות הנפש אינו מתוכנן לעבור לאחריות הקופות במסגרת הרפורמה, ולכן יישאר באחריותו.

לאחר העברת הבתים השיקומיים לאחריות משרד הבריאות, מימון השהות הממושכת של החולות בהם מגיע משלושה מקורות: (א) תקציב "סל שיקום" על פי חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן - חוק השיקום), המאפשר לתושב ישראל, שמלאו לו 18 הסובל מהפרעה נפשית, לקבל סל שיקום⁷² לאחר הגשת בקשה לוועדה מיוחדת שהוקמה לצורך כך במשרד הבריאות. מתן הסיוע מותנה בהכרה באחוזי נכות רפואית בשל הפרעה נפשית בשיעור של 40% לפחות⁷³; (ב) אחוזי הנכות מזכים את החולה גם בקצבת נכות בסך של כ-2,100 ש"ח לחודש, שכמחציתם משולמים על ידי הביטוח הלאומי ישירות למפעיל הבית השיקומי; (ג) משרד השיכון מעניק לזכאים קצבת מגורים בסך של כ-650 ש"ח לחודש.

מנהלת הבית השיקומי בהוד השרון מסרה, באפריל 2012, על קשיים תקציביים בניהול הבית בעקבות המעבר לאחריות המשרד, על היעדר שעות מספיקות של הצוות המטפל ועל היעדר תקציב לנוכחות מלאה ורציפה של המדריכים. גם מנהל הבית ברמת ישי מסר כי נותר רווח ליזם בסכום של כ-1,000 ש"ח לחודש בלבד (כ-1.5%)⁷⁴, שהופך את הניהול ללא כלכלי, על פי חישוב שמסר למשרד הבריאות. שני הבתים השיקומיים דיווחו למשרד מבקר המדינה על בעיה בתמחור עלויותיהם אל מול סך התקבולים, שאינו מספיק לדבריהם לניהול הבית, לרבות להעסקת הצוותים הרפואיים ברמה הנדרשת לטיפול בחולות.

לדעת משרד מבקר המדינה ראוי כי משרד הבריאות יבחן טענות אלה ויעמוד על הצורך לערוך חישוב עדכני של עלות ניהול הבתים השיקומיים.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי הספקים שנגשו למכרו ידעו מראש את המחיר. עם זאת, המשרד זיהה צורך לתמחר מחדש את רכיבי השירות, ולפיכך בוחן את תעריפי הדיוור לשיקום, לרבות שיקום הפרעות אכילה. גם במסגרת הרפורמה מתעתד המשרד לבחון את עלות שירותי השיקום.

72 הסל כולל זכאות לשירותים כגון סיוע בשכר דירה, השכלה, טיפולי שיניים ושירותי חונכות בשווי משתנה.

73 הנכות הנפשית הרפואית בגין הפרעה נפשית, שהיא תנאי לזכאות לפי חוק השיקום, נקבעת על ידי הביטוח הלאומי על פי חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

74 ההוצאות החודשיות של ניהול הבית (67,300 ש"ח) למול הכנסות בתפוסה של 13 דיירות (68,373 ש"ח).



לפני משרד מבקר המדינה העלו מנהלי מחלקות להפרעות אכילה טענות כבדות משקל, ולפיהן העלויות של יום אשפוז במחלקה להפרעות אכילה, של טיפול יום ושל אשפוז יום בהפרעות אכילה אינן תואמות את העלויות הלכה למעשה. על משרד הבריאות לקבוע את סטנדרד הטיפול המומלץ על ידי מומחים, ובהתאם לבחון אם תמחור אשפוז פסיכיאטרי כללי מספיק למתן הטיפול הנדרש להפרעות אכילה, או האם יש מקום לקבוע תמחור מיוחד לאשפוז במחלקה להפרעות אכילה. עוד ראוי כי המשרד יבחן אם תמחור אשפוז יום וטיפול יום פסיכיאטרי כללי מספק, או שיש צורך גם בתחום זה בתמחור נפרד. על המשרד לבחון גם עלות מינוי מרפאתי לטיפול בהפרעות אכילה ולשקול לתמחרו בנפרד ממינוי פסיכיאטרי כללי, וכך לעשות חישוב עדכני של עלות ניהול הבתים השיקומיים; כל האמור בהתחשב בעלויות הרפורמה בבריאות הנפש (ראו גם להלן בפרק הרפורמה בבריאות הנפש).

אבחון ותיעוד חלקי של אוכלוסיית החולות בהפרעות אכילה

השלב הראשון בטיפול במחלה הוא אבחונה. האבחון של הפרעות האכילה מורכב יותר ממחלות אחרות עקב התכשורתן של החולות למצבן, עקב שאיפתן לשמור על משקל נמוך ועקב סירובן להגיע למשקל גוף תקין. ככל שאבחון המחלה מתאחר, כך גדלים הסיכויים להפיכתה לכרונית, ופוחתים סיכויי ההחלמה. מכאן נובעת חשיבותו של האבחון המוקדם.

אבחון ותיעוד חלקי של הפרעות אכילה בקופות החולים

הפרעות האכילה מאובחנות ומתועדות באופן חלקי בלבד, משלוש סיבות עיקריות: (א) המחלה מאופיינת בהסתרה, וחלק מהחולות אינן פונות לקבלת טיפול; (ב) חלקן פונות לטיפול בקופה, אך דורשות שלא לציין את קיומה של המחלה ברשומה הרפואית בשל תדמיתה השלילית, וכדי שלא לפגוע בשירותן הצבאי ובעתידן המקצועי; (ג) חלקן פונות לטיפול בשוק הפרטי. לפיכך נתוני הקופות באשר למספר החולות במחלה מוגבלים וחלקיים ואינם משקפים את מספר החולות בפועל.

מספר החולים בהפרעות אכילה כאמור אינו ידוע, ולא נערכו בארץ סקרים בנושא. בכללית אין מידע מרוכז על מספר החולות המאובחנות בהפרעות אכילה; מכבי דיווחה על סה"כ 24,046 חולות מאובחנות באנורקסיה, בבולימיה ובהפרעות אכילה בלתי מסווגות; מאוחדת דיווחה על 350 חולות בשנת 2011, שטופלו בגין הפרעות אכילה; בלאומית יש נתונים על החולות המאובחנות על ידי דיאטניות או על ידי פסיכיאטרים, אך לא ידוע מהו מספרם הכולל.

מן הביקורת עולה כי בקופות חסרים נתונים לגבי מספר המבוטחות החולות בהפרעות אכילה על סוגיהן השונים, וכי קיים פער בין מספר החולות המשווער על פי מחקרים בינלאומיים בהתאמה לפרופיל הדמוגרפי בארץ ובין מספר החולות המאובחנות והמתועדות בקופות. נוכח היעדר מידע על החולות, חלקן אינן מקבלות טיפול בשלב הראשון של ההפרעה וחלקן מקבלות טיפול בשוק הפרטי, ולרופאי הילדים ולרופאי המשפחה בקופות אין מידע על מצבן. היעדר מידע כזה בקופות עלול לגרום להידרדרותן, תוך כדי סיכון בריאותן והגדלת עלויות הטיפול בהן.

עוד עולה כי חלק מהקופות סבורות כי אין היגיון להשקיע משאבים בהעלאת המודעות למחלה ולהגדיל את מספר החולות המאובחנות, במצב שבו אין היצע מספיק של שירותי בריאות ייעודיים. פעולה כזו מטבע הדברים תאריך את תורי ההמתנה.

המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי כעת אין בקופות מידע מלא על חולות הסובלות מהפרעות אכילה. עם כניסת הרפורמה הביטוחית תוסדר העברת מידע רפואי על המטופלות בין מסגרות ממשלתיות, קופות החולים וספקי שירות אחרים, שמהם ירכשו הקופות שירותים.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מערכת הבריאות, המספקת שירותים לאוכלוסייה, חייבת לדעת את מספר החולות הזקוקות לשירותים, ובהתאם לתכנן את פריסתם. היעדר מידע בנושא זה גורם לכך שהמשרד והקופות אינם יכולים להעריך את הצרכים ולגבש את מספר המסגרות הרצוי לטיפול, דווקא בעת שבה קיימת חשיבות גבוהה במיוחד למידע, לשם היערכות נכונה במסגרת הרפורמה המתוכננת בבריאות הנפש.

איתור הפרעות אכילה במוסדות החינוך

שירותי הבריאות לתלמיד: איתור הפרעות אכילה בקרב תלמידי כיתות א' - ט'

המשרד עוקב במערכת החינוך ברחבי הארץ אחר משקלם וגובהם של תלמידים בכיתות א', ג' ו-ז' במסגרת "שירותי הבריאות לתלמיד", באמצעות ספק פרטי של השירות, ובדרום הארץ - באמצעות עובדי המשרד. המדידות מתבצעות על ידי אחיות על פי תדריך לביצוע הערכת גדילה⁷⁵. מעקב זה מיועד, בין היתר, לאתר תלמידות הסובלות מהפרעות אכילה, על ידי איתור סימנים כגון חיוורון, חולשה, עייפות ושינויים בתיאבון או על ידי הערכה של האחיות בדבר הרגלי אכילה מעוררי חשד. במצבים של תוצאת BMI⁷⁶ חריגה, תפנה האחיות את התלמידה לרופא מטפל או לתזונאי בקופות על ידי דיווח להוריה.

75 התדריך מתבסס על חוזר ראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות מס' 10/11 (אוקטובר 2011).
76 BMI - Body Mass Index - מחושב על ידי חלוקת משקל הגוף (בקילוגרמים) בריבוע הגובה (במטרים). BMI עד 19 מוגדר "תת-משקל"; BMI 19 עד 24.9 מוגדר "משקל תקין"; BMI 25 עד 29.9 מוגדר "משקל עודף"; BMI 30 עד 39.9 מוגדר "השמנת יתר" (Obesity); BMI גדול מ-40 מוגדר "השמנה חולנית" (Morbid Obesity).

ואולם נמצא כי שירותי הבריאות לתלמיד והמשרד אינם מעבירים מידע לקופות על נתוני BMI של תלמידות הנשקלות במוסדות החינוך ועל תת-משקל של תלמידות, המעורר חשד להפרעות אכילה, וכי מידע זה מועבר רק להורי התלמידה באמצעות מכתב הפניה לרופא הילדים בקופה הנמסר לתלמידה. מכאן שהקופות אינן משתמשות במידע הקיים במשרד לצורך אבחון הפרעות אכילה ואומדן מספר החולות; ממילא הן אינן מטפלות בהן ואינן עוקבות אחריהן.

עוד בדוח ביקורת קודם בנושא מניעת השמנה⁷⁷ העיר מבקר המדינה כי על המשרד ועל הקופות לבחון את האפשרות לחלוק את המידע על הנתונים שנאספו. זאת כדי שיוכלו להשתמש בהם, כדי להסיק מסקנות מהם בעניין מוקדי סיכון וכדי לקבוע על בסיסם תכניות פעולה.

על משרד הבריאות בשיתוף ספק השירות וקופות החולים לבחון את האפשרות להעביר את המידע שנצבר מהערכות הגדילה לקופות, בכפוף לבחינת מגבלות של שמירה על סודיות הרפואית של התלמידות, כדי לעשות שימוש יעיל במידע שנצבר.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2012 כי מידע הנאסף על ידי אחות בית הספר או על ידי רופא בית הספר מועבר לתלמידה אך אינו מועבר ישירות לקופות. האחיות ממליצה להורים על בדיקת רופא באמצעות מכתב הניתן לתלמידה במקרים של BMI פחות מאחוזון 3 (רזון)⁷⁸ והאחריות ליישום ההמלצה מוטלת על ההורים. אחריות האחיות היא לפעול על פי שיקול דעתה במטרה לאסוף מידע נוסף; לפנות ישירות לרופא המטפל; לעקוב אחר הפעולות שנעשו בעקבות הפנייה להורים. המשרד מסר כי בכוונתו להבהיר הנחיות אלו לצוות המקצועי בבית הספר.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לשקול העברת מידע ממדידות שערך ספק השירות במטרה לאתר תלמידות הסובלות מרזון או מהפרעות אכילה, ישירות אל הקופות, לרבות לרופאי הילדים האמורים לעקוב אחר בריאותן. פעולה זו תגדיל את הסיכוי לאתר בהקדם הפרעות אכילה ולטפל בהן בשלב הראשוני. העברת המידע באמצעות מכתב ההפניה משירותי הבריאות לתלמיד באמצעות התלמידה להורים, והשאת יידוע רופא המשפחה בידיהם - עלולים להקטין את סיכויי האיתור המוקדם. יש לבחון את העברת המידע מהמדידות לקופות בכפוף לבחינת מגבלות של שמירה על סודיות הרפואית של התלמידות.

איתור הפרעות אכילה בקרב תלמידות כיתות י'-י"ב

בכיתות י, י"א ו-י"ב (להלן - כיתות העל-יסודי) שירותי הבריאות לתלמיד אינם פועלים מכוח חוק ואין חובה לקיימם, אלא על פי החלטתם של הרשויות המקומיות או של בעלי המוסד החינוכי⁷⁹. לפיכך אינן נערכות בהם בדיקות, וזאת דווקא בגילאים שבהם מתחילות רוב הפרעות האכילה. התדריך למתן שירותי בריאות לתלמיד בכיתות העל-יסודי ממליץ על מדידת התלמידות בכיתות י'. מנהלת המחלקה לאם ולילד במשרד הבריאות מסרה למשרד מבקר המדינה כי אין מעקב אם אכן נעשו מדידות, וממילא אין נתונים מסכמים של המדידות.

77 ראו דוח מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה, עמ' 791.

78 בקרב ילדים עודף משקל מוגדר על פי בדיקת האחוזונים של היחס בין מסת הגוף לגיל.

79 בבעלות רשות מקומית, רשת תיכונים או בעלות פרטית.

יוצא אפוא שלמשרד הבריאות אין נתונים באשר למדידות תלמידות בכיתות העל-יסודי ואין בידי נתונים מסכמים של המדידות לצורך קבלת החלטות, אף שדווקא בגילאים הללו מתחילות רוב הפרעות האכילה. על המשרד לנסות לאתר תלמידות הסובלות מהפרעות אכילה בכיתות העל-יסודי, ומאחר שאיתורן בשלב מוקדם עשוי להגדיל את סיכויי החלמתן.

הנחיות משרד החינוך למורים לאיתור הפרעות אכילה בקרב תלמידות

השירות הפסיכולוגי אחראי על הפסיכולוגים החינוכיים ועל היועצים החינוכיים במוסדות החינוך, והם בעלי הידע לאיתור תלמידות הסובלות מהפרעות אכילה; הם גם אלה המלווים את התלמידה המאותרת בתהליך ההפניה לטיפול. משרד החינוך מסר באפריל 2012 כי כאשר קיים חשד להפרעות אכילה, יועץ חינוכי בבית הספר מקיים את השיחה עם ההורים.

השירות הפסיכולוגי במשרד החינוך מסר בנובמבר 2012, כי בכתי הספר היסודיים מועסקים פסיכולוגים חינוכיים ובלמעלה מ-60% מהם מועסקים יועצים חינוכיים. התקינה של פסיכולוגים חינוכיים קובעת תקן של פסיכולוג לכל 1,000 תלמידים, אך בפועל יש תקינה של כ-59% בלבד⁸⁰. בחטיבות הביניים ובחטיבות העליונות מועסקים בעיקר יועצים חינוכיים ללא תקינה קבועה - יועצים חינוכיים מועסקים בכל החטיבות העליונות וב-90% מחטיבות הביניים.

משרד החינוך הוציא, באמצעות השירות הפסיכולוגי, בשנת 2000 "מדריך ליועץ ולפסיכולוג בית הספר". המדריך מציג את נושא הפרעות האכילה; מסייע באיתור הסימנים המאפיינים; נותן קווים מנחים להתמודדות כשמגיע מידע על תלמידה הסובלת מהפרעת אכילה; מסייע בהתערבות מול מחנך, יועץ, פסיכולוג ורופא; מסביר כיצד לנהל את הקשר עם הורי התלמידה; מציע דרכים להפניית התלמידה לבריור, לאבחון ולטיפול; מעניק כלים ליצירת קשר עם מרכזי הטיפול; מספק מידע גם לצוותי המורים ולהורים.

האחריות לתחום הבריאות במשרד החינוך מסרה למשרד מבקר המדינה, באפריל 2012, כי לא הוצאה הנחיה למורים בנושא הפרעות אכילה. לפיכך כשאין בבית הספר יועץ חינוכי או פסיכולוג חינוכי, הטיפול במקרה של הפרעות אכילה מוטל על המורים, שכאמור לא קיבלו הכשרה לנושא.

המפקחת על תחום הבריאות במשרד החינוך השיבה, בנובמבר 2012, כי בהכשרתם המקצועית של עובדי הוראה כלולים נושאים, כגון: תזונה בריאה ומאוזנת, דימוי גוף וצפייה ביקורתית אך לא הכשרה לטיפול בתלמידים. ההכשרה מקנה לעובדי הוראה כלים לזיהוי כללי של התנהגות שאינה נורמטיבית, ובמידת הצורך עליהם לערב את יועצת בית הספר.

80 "מחסור בפסיכולוגים חינוכיים וביועצים חינוכיים במערכת החינוך", כנסת ישראל - דוח מרכז המחקר והמידע - ממ"מ (10.10.09).

הביקורת העלתה כי צוותי המורים במוסדות לא קיבלו הנחיה כיצד לאתר סימנים להפרעות אכילה בקרב תלמידות, כיצד לדווח להוריהן ולהפנותן לאבחון וטיפול, כיצד להדריך תלמידים בסביבתן של התלמידות החולות וכיצד לעקוב אחר הטיפול בהן. נוכח נוכחותם המוגבלת של פסיכולוגים, דווקא בכיתות העל-יסודי שבהן נפוצה ההפרעה, ראוי כי הצוותים החינוכיים במוסדות יקבלו הדרכה בנושא. משרד מבקר המדינה מעיר כי נוכחותם המוגבלת של הפסיכולוגים החינוכיים והיועצים החינוכיים למספר שעות ייעוץ בשבוע מחזקת את הצורך בהנחיית צוותי המורים באשר לאיתור הפרעות אכילה בקרב תלמידות ובאשר להפנייתן למעקב על ידי יועצת בית הספר.



מהביקורת עולה כי כאמור חסרים בקופות נתונים על מספר המבוטחות החולות בהפרעות אכילה לסוגיהן השונים, וכי קיים פער בין מספר החולות המשווער על פי מחקרים בין - לאומיים בהתאמה לפרופיל הדמוגרפי בארץ ובין מספר החולות המאובחנות בקופות. לפיכך המשרד והקופות אינם יכולים להעריך את הצרכים ולגבש את מספר המסגרות הרצוי לטיפול בהפרעות אכילה.

הקופות אינן מקבלות נתונים על התלמידות שנשקלו במוסדות החינוך ושנמצא שמשקלן אינו תקין, דבר המעורר חשד להפרעת אכילה. ממילא הן אינן משתמשות במידע שנאסף במשרד על החולות, על הטיפול בהן ועל המעקב אחריהן. יש לבחון את סוגיית העברת המידע לקופות בכפוף לבחינת מגבלות של שמירה על סודיותן הרפואית של התלמידות. נוסף על כך, בכיתות העל-יסודי, בגילאים שבהם מתחילות רוב הפרעות האכילה, אין במרבית בתי הספר שירותי בריאות לתלמיד, ואין ניסיון לאתר תלמידות הסובלות מהפרעות אכילה; צוותי המורים לא הונחו בנושא למרות נוכחותם המוגבלת של פסיכולוגים ושל יועצים חינוכיים בכיתות העל-יסודי.

עם כניסת הרפורמה בבריאות הנפש, על הקופות להסדיר את העברת המידע הרפואי על החולות בין מסגרות ממשלתיות ובין ספקי שירות אחרים, שמהם ירכשו הקופות שירותים. כדי לקבוע כמה מסגרות נדרשות לטיפול בהן, על הקופות להעריך את מספר החולות בהפרעות אכילה. על משרד החינוך להנחות את צוותי המורים במוסדות החינוך באשר לאיתור תלמידות חולות.

תקינת כוח אדם ומחסור באנשי מקצוע לטיפול בהפרעות אכילה

כדי לטפל בחולות הסובלות מהפרעות אכילה על המשרד בשיתוף האיגודים המקצועיים הרלוונטיים, לקבוע מהו סטנדרד הטיפול הראוי בתופעה, ועל פיו לקבוע את התקן הראוי לכוח אדם בתחום זה. להלן תמונת המצב בנושא התקינה וכוח האדם בתחום.

היעדר תקינת כוח אדם מספקת לטיפול בהפרעות אכילה

תקינת כוח האדם בתחום הפרעות האכילה נקבעת על ידי בעלי בתי החולים או על ידי מפעיליהם: נציבות שירות המדינה (להלן - נש"ם) קובעת את תקינת כוח האדם של בתי החולים הממשלתיים, ככל שהדבר נוגע לעובדי מדינה, והנהלות בתי החולים הממשלתיים קובעות את העסקת העובדים באמצעות תאגידי הבריאות⁸¹. הכללית קובעת את תקינת כוח האדם במוסדותיה (בתי החולים והמרפאות בקהילה).

היעדר תקינה מספקת במוסדות ממשלתיים

העסקת כוח אדם בנושא הפרעות אכילה מופצלת בין עובדים המועסקים כעובדי מדינה לבין עובדים המועסקים על ידי תאגידי הבריאות בבתי החולים הממשלתיים.

במהלך הביקורת דיווחו כמה מחלקות על היעדר תקינה או על תקינה שאינה מספקת במחלקות לטיפול בהפרעות אכילה: (1) במחלקה לאשפוז בוגרות בשיבא בתל השומר יש 24 מיטות בתקן המשרד שעבורן משלם המשרד תעריף יום אשפוז פסיכיאטרי. ואולם, מנהל המחלקה מסר כי המחלקה מחזיקה צוות כוח אדם הגדול פי ארבעה בקירוב ממחלקה פסיכיאטרית רגילה⁸², ותאגיד הבריאות (קרן המחקרים) של שיבא מממן את העלויות הנוספות. עוד מסר כי המחלקה אין תקני כוח אדם, אף לא בהתאם למספר התקנים שקבע המשרד למחלקה פסיכיאטרית רגילה; לאשפוז יום בשיבא בתל השומר אין כלל תקינת כוח אדם, כאמור, ולכן המרכז הרפואי אינו מפעיל אשפוז יום, אף שמהבחינה הרפואית נכון שיופעל. גם ממציאי הבקרה של משרד הבריאות, ממרץ 2011 ומיוני 2012, במחלקה לבוגרות עולה כי מרבית התקנים במחלקה אינם של עובדי מדינה, וכי רוב הצוות מועסק על ידי תאגיד הבריאות; (2) במחלקה לאשפוז ילדים בבית חולים ספרא בתל השומר יש 20 מיטות אשפוז בתקן ו-5 עמדות אשפוז יום הממוננות כולן מתקציב תאגיד הבריאות (קרן המחקרים) של שיבא, ללא תקינה של המשרד. כמו כן עקב היעדר התקינה מופעלות העמדות שלושה ימים בשבוע בלבד, במקום חמישה ימים כנדרש. המחלקה מסרה גם כי חסרה תקינת כוח אדם של תזונאים; כמו כן יש 8 תקני סיעוד במקום 12, ואין תקן לסיעוד לאשפוז יום. המחסור התמידי בכוח אדם גורם גם לשחרור חולים לסופי שבוע שבמהלכם אין צוות להשגחה מספקת; (3) היחידה לטיפול בהפרעות אכילה באסף הרופא בצריפין דיווחה, במאי 2012, כי המשרד הקצה 10 עמדות לאשפוז יום תוך כדי תמחורן כאשפוז יום פסיכיאטרי, המכסה כאמור כחצי מהעלויות שאר העלויות מועמסות על בית החולים, והיחידה עוברת ללא תקינה, על בסיס כוח אדם ממחלקות אחרות. כך מופעל אשפוז יום חלקית בלבד, ורק ב-80% תפוסה, ובהתאם לכך גם מקבלת היחידה תשלום מהמשרד.

81 תאגידי הבריאות (קרנות המחקר) פועלים כישות משפטית נפרדת ליד בתי החולים הממשלתיים ומאוגדים כעמותה בשם "קרן מחקרים רפואיים פיתוח תשתיות ושירותי בריאות ליד [שם בית החולים]". התאגידים מבצעים מחקרים רפואיים, מנצלים את התשתיות הקיימות על ידי ביצוע ניתוחים אחר הצהריים ועל ידי הספקת שירותים נוספים, ומסייעים לבתי החולים על ידי כוח אדם משלהם, מאחר שתקינת כוח האדם של בתי החולים אינה מספקת.

82 שני תקנים לרופאים פסיכיאטרים; שלושה תקנים לפסיכולוגים; שני תקנים לעובדים סוציאליים; שני תקנים למטפלים בהבעה (פסיכודרמה, אמנות, ספורט ותנועה); שני תקני דיאטניות; 14 אחיות וכוח עזר.

יוצא אפוא שהקצאת כוח אדם ייעודי בנושא הפרעות אכילה בבתי החולים הממשלתיים אינה אחידה. היא מפוצלת בין תקני נש"ם לתקנים שמקצים המרכזים הרפואיים באמצעות תאגידי הבריאות - כל מרכז רפואי על פי יכולתו הכלכלית ועל פי הכדאיות העסקית, כפי שהוא רואה אותה וקובע אותה לעצמו. עקב כך קיים חשש שאיכות הטיפול הרפואי תהיה שונה במידה רבה בין מרכז רפואי למשנהו, בהתאם להקצאת כוח האדם שהצליח מנהל המחלקה לקבל מהנהלת המרכז הרפואי.

האגף לבריאות הנפש במשרד מסר למשרד מבקר המדינה, במרץ 2012, כי במועד הביקורת בחן המשרד מחדש, באמצעות יחידת הסמנכ"ל לכוח אדם ומשאבי אנוש, את הנושא של תקינת כוח אדם סיעודי במחלקות הפסיכיאטריות. בחינה זו תשפיע גם על המחלקות הפסיכיאטריות שבהן מטופלות חולות הסובלות מהפרעות אכילה.

המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי תמהיל כוח האדם במחלקות אלו אינו נבדל מזה של מחלקה פסיכיאטרית פעילה רגילה. המחלקות מוקמות בבתי חולים כלליים (דוגמת שיבא בתל השומר והרסה עין כרם) כדי לאפשר שילוב כוח אדם רפואי נוסף (רופאים פנימאים, רופאי ילדים, תזונאים ועובדי מעבדה) בעבודה פעילה של המחלקה; שיתוף המאפשר פעילות בצוות רב-מקצועי הנחוץ לטיפול יעיל בהפרעות אכילה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי יש להבחין בין יועצים המגיעים ממחלקות אחרות בבית החולים הכללי, לסייע ולייעוץ למחלקה הייעודית להפרעות אכילה, ובין הצוות הקבוע של המחלקה, שלגביו יש לקבוע תקינת כוח אדם התואמת את הסטנדרטים הנדרשים לטיפול.

היעדר תקינה מספקת במוסדות של הכללית

הכללית קובעת תקינה למחלקות שבבתי החולים ולמרפאות שבבעלותה. כמה מוסדות של הכללית דיווחו גם הם על היעדר תקינת כוח אדם כלל או על היעדר תקינה מספקת לטיפול בהפרעות אכילה. כך לדוגמה: מרפאת הנוטרים של הכללית ברעננה אינה מתוקנת כמרפאה להפרעות אכילה אלא כמרפאה לבריאות הנפש (מרפאת חוץ של שלוותה בהוד השרון), והוקצה לה תקן אחד בלבד לרופא ותקן לחצי משרה לפסיכיאטר. כך המרפאה מטפלת בכ-100 חולות. חלק מאנשי המקצועות מועסקים ללא תקן כלל, וחלקן בתקן של שלוותה.

גם המחלקה הפנימית לאשפוז ילדים בשניידר בפתח תקווה (הפרעות אכילה) מסרה, במרץ 2012, כי הכללית אינה מתקנת את המחלקה על פי ייעודה. תקניה מגיעים מהמקורות האלה: (א) מהמרכז הרפואי גהה בפתח תקווה; (ב) ממקורות שונים בשניידר בפתח תקווה; (ג) מפתרונות שמצאה מנהלת המחלקה, כגון באמצעות העסקת סטודנטים. המשרד רוכש משניידר 6 מיטות אשפוז ו-2 מיטות אשפוז יום. במרץ 2012, למשל, אושפזו במחלקה 8 חולות, ו-6 חולות באשפוז יום. מנהל הכספים של שניידר מסר למשרד מבקר המדינה ביולי 2012 כי ההפרש ממומן, בין השאר, מתקציב בית החולים הנעזר בתרומות.

יוצא אפוא שגם הכללית לא הקצתה תקינה לחלק מהמרפאות ומהמחלקות להפרעות אכילה שבבעלותה להעסקת כוח אדם ייעודי בתחום. חלק מאנשי המקצוע מועסקים כפרי-לנסרים ללא תקן כלל, וחלקם מועסקים ממקורות שונים של בתי החולים של הכללית.

מחסור באנשי מקצוע לטיפול בהפרעות אכילה

הטיפול בהפרעות אכילה נחשב קשה ותובעני בקרב אנשי המקצוע בתחום - תזונאים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים - זאת עקב אופייה הכרוני של המחלה, שיעורי ההחלמה הנמוכים, חוסר שיתוף פעולה מצד החולות והתכחשותן למחלה. גם התמחור הבלתי מספק של האשפוז, של אשפוז היום ושל השיקום בהפרעות אכילה פוגע ביכולת להעסיק כוח אדם מקצועי בהיקף הנדרש בהתאם למספר החולות. להלן הממצאים באשר למחסור באנשי המקצוע בתחום.

מחסור בפסיכיאטרים של ילדים ונוער

לימודי הפסיכיאטריה כוללים את נושא הפרעות האכילה ומשלבים אף עבודה מעשית במסגרות הייעודיות בתחום. הביקורת העלתה כי קיים קושי בגיוס פסיכיאטרים של ילדים ונוער לטיפול בהפרעות אכילה. כך, למשל, נמסר לביקורת מרמב"ם בחיפה כי משלא הצליח לאתר פסיכיאטר למרפאת הפרעות אכילה, על אף התקן הפנוי, הפסיק בית החולים לקבל באפריל 2011 נעורת לטיפול, ורק בנובמבר 2012 הצליח לגייס פסיכיאטרית מומחית. יו"ר העמותה להפרעות אכילה מסר למשרד מבקר המדינה, באוגוסט 2012, כי המחסור בפסיכיאטרים לילד ולמתבגר מתבטא בכלל התחומים, ולא רק בטיפול בהפרעות אכילה.

המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי בהסכם הרופאים האחרון קיבל תחום הפסיכיאטריה של ילדים ונוער מעמד של "מקצוע במצוקה", המקנה למתמחים ולמומחים בתחום מענק חד-פעמי ומשכורת חודשית מוגדלת. כמו כן במסגרת ההכנה לרפורמה ביקש המשרד ממשרד האוצר 30 מלגות למתמחים בפסיכיאטריה של ילדים ונוער, וכך הוא מקווה למלא את המחסור בתוך שנים מספר. נוסף על כך הוא מנהל מגעים עם משרד האוצר להקצאת המימון להכשרת כוח אדם זה בקופות עצמן, וחלקו יעסוק בהפרעות אכילה בקהילה.

מחסור בפסיכיאטרים של מבוגרים המתמחים בהפרעות אכילה

נושא הפרעות האכילה נלמד, כאמור, במסגרת לימודי הפסיכיאטריה, אולם מומחיות וניסיון בתחום נרכשים מעבודה במחלקות או במרפאות הייעודיות. מנהל המרכז להפרעות אכילה "אגם" במרכז הרפואי רעות דיווח על מחסור בפסיכיאטרים בעלי ניסיון בהפרעות אכילה. לדעתו עידוד מחלקות ומרפאות ייעודיות להעסקת פסיכיאטרים ב"תת-התמחות" בהפרעות אכילה יגדיל את מספר הפסיכיאטרים שירכשו ניסיון בתחום. לדבריו יש לבחון את האפשרות לחייב מחלקות ייעודיות להעסיק מתמחים בפסיכיאטריה להגדלת מספר המומחים.

מחסור בתזונאים המתמחים בהפרעות אכילה

לתזונאים אין מומחיות רשמית המוכרת במשרד לטיפול בהפרעות אכילה. עם זאת, הביקורת העלתה כי הקופות קבעו מדדים לתחומי מומחיות שונים של תזונאים: מכבי לדוגמה קבעה מדדים פנימיים למומחיות מקצועית של תזונאים קליניים על פי תחומי בקיאות, ניסיון, ידע והכשרות בתחומים שונים לרבות הפרעות אכילה⁸³. מאוחדת מסרה, בנובמבר 2012, כי הקופה קבעה מדדים פנימיים להתמקצעות תזונאים קליניים על פי תחומי בקיאות, ידע, ניסיון והכשרות, לרבות בתחום הפרעות אכילה. לדבריה במאוחדת עובדים עשרה תזונאים בתחום זה למרות הקושי לאתרם. כמו כן מסרה מאוחדת כי הקושי לגייס כוח אדם לטיפול בהפרעות אכילה, ובכלל זאת תזונאים, הוא אחד

83 ונוסף על כך בתחומים כגון סוכרת, תזונת ילדים עד גיל שנתיים, תזונת ילדים ומתבגרים ותזונת ספורט.

הגורמים המגבילים את מתן השירות. לאומית מסרה כי תשעה תזונאים עברו הכשרה בהפרעות אכילה.

בבית הספר לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בר-אילן קיימת תכנית הכשרה פרטית לטיפול בהפרעות אכילה, המיועדת לכל בעלי המקצועות הרלוונטיים הרוצים להשתלם בתחום⁸⁴. מכבי ערכה קורס חד-פעמי בשנת 2011, שהכשיר 50 תזונאים לאבחון ולטיפול ראשוני. לאומית עורכת תכנית השתלמויות לרופאים המועסקים על ידיה, ובשנת 2010 היה אחד הנושאים הפרעות אכילה. יו"ר העמותה להפרעות אכילה כתב למשרד מבקר המדינה, באוקטובר 2012, כי העמותה מקיימת נוהל הכרה במטפלים בהפרעות אכילה מהדיסציפלינות השונות, המשמש לצורכי קבלה לעמותה בלבד.

הביקורת העלתה כי למרות אחריותו של המשרד לטיפול בהפרעות אכילה, הוא טרם ערך עבודת מטה לקביעת צורכי ההכשרה הייחודיים של אנשי המקצועות הנדרשים בכל אחד מתחומי הטיפול בהפרעות הללו. כמו כן עולה כי בחלק ממסגרות הטיפול להפרעות אכילה קיים מחסור בכוח אדם מקצועי, עובדה הפוגעת בזמינות השירות.

גם התמחור החסר של האשפוז, של אשפוז היום ושל השיקום אינו מאפשר לגייס ולהעסיק כוח אדם מקצועי בהיקף הנדרש לטיפול בחולות הרבות. מכאן נובעים גם ההיצע והזמינות הנמוכים של מגוון השירותים בתחום, וכן תורי ההמתנה הארוכים והמתארכים.

לדעת משרד מבקר המדינה, במסגרת הרפורמה בכריאות הנפש, על המשרד בשיתוף הקופות שאליהן עתיד הטיפול בנושא לעבור, לבצע עבודת מטה ולגבש מודל טיפול כוללני בתחום, שיכלול את הצרכים העכשוויים והעתידיים של כוח אדם מקצועי בתחום על סוגיו השונים. על המשרד לפעול להכשרת כוח האדם בהקדם, בהתאם למספר מסגרות הטיפול הקיימות והמתוכננות ובהתאם לצורכי החולים.

פיקוח המשרד על מערך הטיפול הלאומי בהפרעות אכילה

היעדר תכנית לאומית לשיפור הטיפול בהפרעות אכילה

אי-תכנון פריסה ארצית של השירותים בתחום הפרעות האכילה: משרד הבריאות כמאסדר אמור לבצע עבודת מטה יסודית ומקיפה בשיתוף כלל הגורמים, שתתמקד בבחינת תכנון הפריסה הארצית הנכונה והרצויה של כמה שירותים: מסגרות אשפוז; טיפול יום; אשפוז יום; טיפול מרפאתי; ושיקום. על המשרד לקבוע את מספר המיטות והעמדות הנדרשות בכל מסגרת ואת פריסתן הגאוגרפית הראויה, בהתאם לצרכים ולאפשרויות התקציביות.

ואולם בביקורת נמצא כי כל אחד מהגורמים האמורים - משרד הבריאות, קופות החולים, מוסדות רפואיים שונים ואף עמותות המוכרות שירותים למשרד בתחום - הקים, עצמאית וללא תיאום עם הגורמים האחרים, מסגרות שירותים על פי רצונו, אפשרויותיו ותמריציו הכלכליים.

84 לרבות עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, פסיכיאטרים, רופאי משפחה וילדים, דיאטנים, אחים ויועצים חינוכיים.

המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי דוח "מניעה וטיפול בהפרעות אכילה", הנכתב בימים אלה בידי אנשי המשרד, אמור לשמש בסיס מדעי עדכני לפעולות מניעה ולטיפול בהפרעות אכילה. השלמת הדוח זוכה לעדיפות גבוהה, וצוות המשרד אכן פועל כדי לסיימו עד אפריל 2013.

מבקר המדינה מעיר כי על משרד הבריאות בשני כובעיו, הן כמאסדר תחום הבריאות והן כאחראי על פי החוק להספקת השירותים, להשלים את הדוח, שאמור לשמש בסיס מדעי לפעילותו. על סמך מסקנות הדוח, על המשרד לגבש תכנית לפריסה ראויה של המסגרות לטיפול בהפרעות אכילה - אשפוז, טיפול יום, אשפוז יום, טיפול מרפאתי ושיקום - תוך כדי יצירת נגישות וזמינות לכלל האוכלוסייה.

תכניות משרד הבריאות להרחבת השירותים בהפרעות אכילה: משרד מבקר המדינה בחן את תכניות משרד הבריאות להרחבת השירותים להפרעות אכילה בשנים האחרונות:

בשנת 2010 קידם סגן שר הבריאות הכנת תכנית שכללה הוספת 13 מיטות אשפוז, 38 עמדות לטיפול או אשפוז יום ו-500 מינויים לטיפול מרפאתי. המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי סך הכול עמדו לרשותו 14 מיליון ש"ח, ובאמצעותם נוספו מיטות אשפוז ועמדות טיפול יום.

גם הכנסת דנה בעשר השנים האחרונות בנושא המחסור במרכזים לטיפול בהפרעות אכילה. נערכו ישיבות רבות בוועדה לזכויות הילד, בוועדת העבודה הרווחה והבריאות, בוועדה לקידום מעמד האישה ובוועדה לפניות הציבור, ונערכו מחקרים על ידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

טבלה 2: סיכום מספר המינויים לטיפול מרפאתי, עמדות אשפוז היום ומיטות

האשפוז שהמשרד מממן בבתי החולים הכלליים במועד סיום הביקורת דצמבר 2012⁸⁵

האזור	בית החולים	מינויים לטיפול מרפאתי		עמדות לטיפול יום ולאשפוז יום		מיטות אשפוז	
		ילדות ונערות	מבוגרות	ילדות ונערות	מבוגרות	ילדות ונערות	מבוגרות
צפון	זיו רמב"ם	אין	150	12	אין	אין	אין
	אסף הרופא	250	אין ⁸⁶	10	אין	אין	אין
מרכז	שיבא	אין	אין	10	אין	אין	אין
	רעות	250	אין	אין	אין	20	20 ⁸⁷
ירושלים	הדסה	אין	אין	אין	אין	אין	5 ⁸⁹
	סורוקה	500	אין	12	אין	אין	8
סך הכול		1,000	150	34	30	33	38

85 הטבלה נמסרה למשרד מבקר המדינה מהאגף לתקצוב ותמחור במשרד הבריאות.

86 אין הקצאת מינויים למרפאה לבוגרות, אף שקיימת מרפאה פעילה לבוגרות.

87 בנובמבר 2012 הוסיף המשרד 4 מיטות ייעודיות על 24 המיטות שהיו במחלקה.

88 הדסה הוסיפה 2 מיטות שלקחה מהמחלקה הפסיכיאטרית על 3 המיטות הממומנות על ידי משרד הבריאות. בנובמבר 2012 הוסיף המשרד 5 מיטות ייעודיות להפרעות אכילה במחלקה הפסיכיאטרית למבוגרים.

89 באוגוסט 2012 הוסיף משרד הבריאות 2 מיטות ייעודיות במחלקה הפסיכיאטרית לילדים ונוער.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי ביצע עבודת מטה במסגרת דיונים בראשות המנכ"ל לקבלת החלטה על הקצאת מיטות, עמדות טיפול יום, טיפול מרפאתי ובתים שיקומיים. המשרד הציע לבצע את הפעולות האלה: חלוקת מיטות אשפוז ועמדות אשפוז יום; היערכות לקבלת מיטות אשפוז נוספות או להסבת מיטות אשפוז; הכנת תכנית לתמרוץ בתי חולים לפתיחת מרכז אמבולטורי; קידום פתיחת בית שיקומי.

ואולם, הביקורת העלתה כי התכנית להרחבת הטיפול בהפרעות אכילה לא אמדה את כלל הצרכים לכל שלבי הטיפול במחלה. כך לא הביאה בחשבון את מספר החולות המאובחן על פי אזורים, לא העריכה את האומדן המשוער של החולות ואת מספר החולות המשוער, שאינו מאובחן, על פי סקרים מחו"ל בהתאמה המתבקשת לאוכלוסייה בארץ; וכל זאת תוך כדי השוואה למספר מיטות האשפוז, עמדות אשפוז וטיפול יום, המינוריים המרפאתיים והבתים השיקומיים הקיימים, ובחינת זמינותם ונגישותם של השירותים הללו לכלל האוכלוסייה.

הצורך ביצירת מודל לאומי לטיפול רפואי בהפרעות אכילה

ראוי כי המשרד כמאסדר, בשיתוף הגורמים המקצועיים הייעודיים, יוציא הנחיות מקצועיות באשר לדרך הראויה לטיפול בהפרעות אכילה. במהלך הביקורת גיבש המשרד תכנית לטיפול בהפרעות אכילה באמצעות ועדה רב-מקצועית הכוללת פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ואנשי חינוך - זאת במסגרת ועדת 2020⁹⁰.

נמצא כי עד מועד סיום הביקורת, דצמבר 2012, טרם גיבש המשרד תכנית לאומית לאבחון הפרעות אכילה, לטיפול בהן ולמניעתן, ולא הגדיר סטנדרטים רפואיים מקובלים. לפיכך מטפלים שונים מחליטים על צורת הטיפול בהתאם לראות עיניהם, וכל מוסד רפואי העוסק בתחום הפרעות אכילה מספק שירות לחולות על פי יכולותיו המאולצות, ולא על פי תורה רפואית מוסכמת וסדורה. משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד לגבש, בעזרת מומחים בתחום, תכנית לאומית לטיפול בהפרעה, לרבות יצירת מסגרות מתאימות וקביעת הגדרות רפואיות ברורות לטיפול בכל שלבי ההפרעה; וכן לקבוע הנחיות לתחומים המקצועיים המחויבים ליטול חלק בטיפול.

היעדר הנחיית המשרד באשר לחובת הטיפול הרב-מקצועי

יש הסכמה בקרב מומחים כאמור כי לרוב, היעדר טיפול רב-מקצועי בהפרעת אכילה המשלב טיפול תזונתי, פסיכולוגי ופסיכיאטרי עלול להכשילו ומטופלות שנכשלו בטיפול, שחסר את כל בעלי המקצוע, הצליחו בטיפול רב-מקצועי.

ברפואה הפרטית מטפלים בהפרעות אכילה - דוגמת תזונאים, פסיכותרפיסטים ופסיכיאטרים - המקבלים חולות בקליניקות פרטיות, ברוב המקרים אינם עובדים עם צוות רב-מקצועי אלא מפנים אותן להתיעצות עם בעל מקצוע אחר. מידת התיאום בין המטפלים תלויה בדרך עבודתם, אולם

90 תת-ועדה של ועדת 2020, שמינה המשנה למנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2006, אשר תפקידה להציג את מסקנותיה בפני המשרד בנושא הפרעות אכילה.

לרוב אינם שולטים בהיענות החולות להפניה ואינם עוקבים אחר התקדמות הטיפול. היעדר התיאום הרציף בין המטפלים מאפשר לחולה לתמרן ביניהם תוך כדי הסתרת מידע על מצבה.

נמצא כי חולות רבות מטופלות במסגרת הקופות או במסגרות פרטיות שלא על ידי צוות רב-מקצועי, אלא רק על ידי אחד מבעלי המקצוע - תזונאי, פסיכותרפיסט או פסיכיאטר. מרבית הטיפולים הפרטיים ניתנים על ידי מטפלים שונים, ולא תחת קורת גג של מרפאה רב-מקצועית. לעתים הטיפול בחולה אף מתפצל בין הקופה לבין מטפלים פרטיים ללא תיאום מובנה. המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי טיפול רב-מקצועי הכולל פסיכיאטר, פסיכולוג, תזונאי ורופא משקף אמת מידה מקצועית (Good Clinical Practice), ולכן אין צורך בהנחיות מיוחדות בנושא.

לדעת משרד מבקר המדינה, לאור הפיצול שהיה במועד הביקורת בין הטיפולים הניתנים לחולות, בכלל זה במסגרות השונות, על המשרד לקיים התייעצות עם האיגודים המקצועיים בתחום, ובהתאם להתוות מדיניות במסגרת בניית המודל הנכון לטיפול במחלה. בין השאר, עליו לבחון אם לקבוע ברוב המקרים חובת טיפול בהפרעת אכילה תוך כדי שילוב טיפול תזונתי, פסיכולוגי ופסיכיאטרי.

אי-העברת מידע בין המסגרות המטופלות

הרשומה הרפואית האישי של החולה אמורה לשמש כלי עזר חשוב ביותר לטיפול נכון ומלא בחולה המטופלת בכמה מסגרות, תוך כדי שיתוף המטפלים במידע ובהתקדמות הטיפול. ואולם, חולות רבות בהפרעות אכילה מאושפזות במשך שנות הטיפול בכמה מערכות ממשלתיות, ציבוריות או פרטיות ומטופלות על ידי כמה גורמים טיפוליים, לעתים בעת ובעונה אחת. כך, למשל, חולות מקבלות טיפול באופן נפרד אצל תזונאים, פסיכיאטרים ופסיכותרפיסטים, הן בקופה והן באופן פרטי, ללא שאלו קשורים יחדיו במסגרת מרפאה רב-מקצועית. אין חובה למטפלים השונים לקיים קשר רציף וקבוע לעדכון בדבר מצב החולה, עדכון החיוני לטיפול בהפרעות אכילה.

מנהל רעות מסר כי יש לשפר את אפשרויות התקשורת והעברת המידע החיוני הקודם, כגון הרשומה הרפואית בין המוסדות המטפלים בחולות, במסגרות האשפוז, במרפאות או בקופות כדי לשפר את הרציף הטיפולי החיוני בהפרעה זו. מנהלת אשפוז יום פסיכיאטרי לילדים ונוער בהרסה עין כרם מסרה בנובמבר 2012, כי חולות רבות נוטות להסתיר מידע ממטפליהן על הטיפול שעברו, ולעתים הן עוברות בין מטפלים ללא מסירת היסטוריית הטיפול.

משרד מבקר המדינה מעיר כי בשל חשיבותו של הקשר המקצועי הרציף בין בעלי המקצוע בטיפול בהפרעות אכילה, ראוי שמשרד הבריאות יפעל לקביעת הנחיות ליצירת קשר בין המטפלים השונים ולהעברת מידע באשר להתקדמות הטיפול, בכפוף לכללי הסודיות הרפואית. על המשרד למצוא דרך להעביר מידע בין המערכות המטופלות, בין מטפלים בקופות ובין מטפלים פרטיים על הטיפול שקיבלה החולה. דרך אפשרית היא, למשל, שימוש ברופא המשפחה כגורם המרכז את המידע ומעבירו.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2012, כי במסגרת הכנה לרפורמה בבריאות הנפש הוא הקים ועדה מיוחדת בראשות סמנכ"ל המשרד, תא"ל ד"ר נחמן אש, הדנה בהעברת מידע רפואי בין הגופים השונים: קופות החולים, מחלקות האשפוז והמרפאות הממשלתיות. הוועדה תקבע איזה מידע יעבור בין הגופים ומהו היקפו.

היעדר מסגרות הכוללות את כל שלבי הטיפול במחלה

מנהל המחלקה הייעודית לבוגרות בשיבא בתל השומר ומומחים נוספים להפרעות אכילה מסרו כי הטיפול המיטבי בהפרעות אכילה ניתן במערכת אחת הכוללת מסגרות לכל שלבי הטיפול (מרפאתי, טיפול יום, אשפוז מלא, אשפוז יום ושיקום) תוך כדי קיום קשר רציף ביניהן, כשהחולה נכנסת ויוצאת מטיפול על פי מצבה בשיטת "הדלת המסתובבת". הרצף הטיפולי בין המסגרות מאפשר לצוות לקבוע את המסגרת בהתאם לצורכי המטופלת וללוותה ללא צורך במעברים למרכזים שונים. חולה, המשתחררת מאשפוז ללא מסגרת המשך טיפול בתדירות הנדרשת, עלולה להידרדר.

ואולם, בביקורת נמצא כי במקרים רבים המסגרות הקיימות אינן מאפשרות רצף טיפולי ביניהן. כך למשל: כ-40% מהמטופלות במרפאה ברמב"ם בחיפה נזקקות לאשפוז יום או לטיפול יום, אולם הן נאלצות לנסוע לזיו בצפת⁹¹, נסיעה קשה במצבן הגופני הירוד, מפני שלא נפתח ברמב"ם טיפול יום בגלל מחלוקת על המחיר; נערו המשתחררות מאשפוז במחלקה הפסיכיאטרית בבית החולים נהרייה ונזקקות להמשך מעקב מרפאתי, בשל היעדר מרפאה בבית החולים, נאלצות להמשיך במעקב בקופות, שלחלקן אין מרפאה ייעודית במרחק סביר; כאמור, אין אשפוז ייעודי להפרעות אכילה לבוגרות בצפון הארץ ובדרומה אלא רק בשיבא בתל השומר ובהודסה עין כרם, לפיכך יש חולות הנאלצות להתאשפז במרוחק ממשפחתן ומהמרפאות הקהילתיות המטפלות בהן לפני האשפוז ואחריו; שיבא מעניק שירות מרפאתי פעם בשבוע לחולות בוגרות הממתינות לאשפוז והמשתחררות מאשפוז על בסיס מינויים מרפאתיים של המרפאה הפסיכיאטרית הכללית⁹²; אין כאמור בית שיקומי לחולות המשוקמות בדרום הארץ ובאזור ירושלים.

מבקר המדינה מעיר כי, בניגוד להמלצת המומחים, מרבית המרכזים הרפואיים אינם כוללים מסגרות לכל שלבי הטיפול במחלה: טיפול מרפאתי, טיפול יום, אשפוז מלא, אשפוז יום ושיקום. לפיכך ברוב אזורי הארץ נוצר חסר ברצף טיפולי, החיוני לטיפול בהפרעה.

המשרד השיב כי אין מחלוקת באשר לחשיבות הרצף הטיפולי, ואולם היעדר פריסה ארצית רחבה של השירותים מקשה בשלב זה את קיום הרצף. הרפורמה בבריאות הנפש צפויה לאפשר זמינות של רצף השירותים.

היעדר מידע במשרד ובקופות כבסיס לקבלת החלטות

היעדר מידע על עלויות הטיפול בהפרעות אכילה

מידע לגבי עלויות החלופות השונות לטיפול בחולות בהפרעת אכילה נחוץ למאסדר לקבלת החלטות באשר לשיטות הטיפול היעילות וכתנאי לכלכלת בריאות נכונה.

בביקורת נמצא כי בידי המשרד ובידי הקופות אין מידע לאומי ופרטני באשר לעלויות הטיפול הרפואי בחולות בהפרעות אכילה, כגון טיפול ממושך ואשפוזים חוזרים ונשנים של החולות הכרוניות; אבדן השתכרות של החולה וקרוביה הנדרשים לטפל בה; ונכויות בעקבות המחלה.

מנהל המחלקה להפרעות אכילה בשיבא בתל השומר מסר באפריל 2012 כי עלות אשפוז של חולה כרונית אחת לדוגמה, שחזרה והתאשפזה 14 פעמים החל בשנת 2000 ועד שנת 2010 בבתי חולים

91 בזיו בצפת ניתן רצף טיפולי לבני נוער כולל מרפאה רב-מקצועית, טיפול יום, אשפוז מלא ואשפוז יום.

92 שיבא מסר כי יגיש בקשה לפתוח מרפאה, ויקצה מינויים מרפאתיים לטיפול בהפרעות אכילה.

שונים, הסתכם בכ-1,250,000 ש"ח; מכבי מסרה כי עלויות הטיפול הרפואי של חולות בהפרעות אכילה בשנת 2011 הן פי 2.5 ממטופלות שאינן חולות בהפרעה.

בביקורת נמצא כי המשרד והקופות טרם העריכו כלכלית את העלויות הישירות והעקיפות של הטיפול בהפרעות אכילה, ולא קבעו מהו הטיפול הכדאי יותר מהבחינה הכלכלית בהסתמך על העלויות הקיימות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על הגורמים הנוגעים בדבר לבצע הערכה כלכלית אשר תקבע באילו מסגרות כדאי להשקיע, כדי לחסוך עלויות עתידות של טיפול בחולים כרוניים. כך, למשל, יש לדון בצעדים האלה: הרחבת הטיפול המרפאתי לאיתור הפרעות אכילה ולטיפול מוקדם בהן; הקמת מחלקות אשפוז ייעודיות; הקמת בתים שיקומיים; והשקעה בחינוך למטרות מניעה.

היעדר מידע על מספר החולות, על חומרת מחלתן ועל תוריהן המתנה

ראוי שבידי משרד הבריאות כמאסדר יהיה מידע לאומי אמין על מספר החולות בהפרעות אכילה המטופלות באשפוז, באשפוז יום, בטיפול יום ובמרפאות, ועל כלל החולות הממתינות לטיפול. כך אפשר יהיה לאמוד את מספרן בדיוק רב יותר כבסיס לתכנון עתידי של כלל המערך, תוך כדי הסתייגות באשר למספר החולות שאינן מדווחות על מחלתן.

ואולם, בביקורת נמצא כי בידי משרד הבריאות אין מידע בדבר מספרן של החולות בהפרעות אכילה. המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי לא נערכו בארץ סקרים בנושא זה וכי מספר החולות שאושפזו עד היום עם אבחנה של הפרעת אכילה כלשהי הוא 2,099. משרד הבריאות מעריך כי סך הסובלות מהפרעות אכילה קשות הוא פי ארבעה מכלל המאושפזות. הסיבה לפערים הגדולים בהערכת מספר החולות היא הטווח הנרחב של הפרעות האכילה: החל בהפרעות קלות ביותר, המצריכות הכוונה בלבד, ועד הפרעות קשות המחייבות טיפול מאומץ.

בעקבות תפוצתה הנרחבת של הרפואה הפרטית, מחלתן של חולות רבות אינה ידועה לקופה ולרופאי המשפחה והילדים. גורמים רבים בשוק הפרטי מטפלים בהפרעות אכילה: פסיכותרפיסטים; תזונאים; מאמני כושר; רופאי ספורט ועוד. אין למשרד או לקופות מידע כמה חולות מטופלות בשוק הפרטי, ולהערכת מומחים מדובר באלפי חולות, שאינן במצב מסכן חיים.

היעדר תמחור ראוי והמחסור בתקינת כוח אדם אינם מאפשרים לרפואה הציבורית לספק שירות זמין ונגיש. בכך תורם המשרד להתפתחות הרפואה הפרטית, תוך כדי קיפוח האוכלוסייה החלשה.

המשרד השיב, בדצמבר 2012, כי מהות הרפורמה לבריאות הנפש היא פיתוח שירותים אמבולטוריים זמינים ונגישים לרבות המסגרות לטיפול בהפרעות אכילה. מנכ"ל המשרד הורה לקיים צוות חשיבה במטרה לפתח שירותים אמבולטוריים לסובלות מהפרעות אכילה בקופות. כך תפחת צריכת השירותים במסגרות הפרטיות.

למשרד הבריאות אין מידע באשר לשיעורי התמותה האמיתיים מהמחלה, הנחשבים הגבוהים ביותר מבין כל המחלות הפסיכיאטריות, משום שסיבת המוות מוגדרת לעתים דום לב, קריסת מערכות כללית או אובדנות. המחקרים מלמדים כאמור על שיעורי תמותה של 5%-15%.

הביקורת העלתה גם כי למשרד אין מידע מרוכז בדבר תור ההמתנה: מספר החולות הממתינות לאשפוז, אשפוז יום וטיפול מרפאתי בהפרעות אכילה וזמני ההמתנה - מידע חיוני לקבלת החלטות באשר להרחבת השירותים ולשיפור זמינותם. המידע נמצא רק בידי המחלקות והמרפאות עצמן.

משרד מבקר המדינה מעיר כי ראוי שבידי משרד הבריאות יהיה מידע אמין על מספר החולות בהפרעות אכילה המטופלות באשפוז, באשפוז יום, בטיפול יום ובמרפאות ועל זמני ההמתנה לטיפול; על המשרד לקבוע אמות מידע לאיסוף נתונים מהימנים על תמותת חולות בעקבות ההפרעה.

היעדר מחקר בנושא הפרעות אכילה

ישנה חשיבות לאיסוף מידע על ידי משרד הבריאות באשר למידת הצלחתם של טיפולים שונים להפרעות אכילה שישמש אותו כבסיס לקבלת החלטות. גם המועצה הלאומית לבריאות הקהילה, שהתכנסה באפריל 2011 לדון בנושא הפרעות אכילה, המליצה להנהלת המשרד לבצע מחקר לאומי בנושא.

מהביקורת עולה כי המשרד לא ביצע סקר לאומי בנושא, ואף לא ערך מחקרים בנושאים החיוניים לקבלת החלטות, כגון מידת יעילותם ושיעורי הצלחתם של הטיפולים השונים ושל מסגרות הטיפול; מידת החלמתן של חולות לאחר שיקום. נמצא כי חלק מבתי החולים, מבצעים מחקרים ומחזיקים בבסיסי מידע חשובים באשר לחולות שטופלו אצלם, כגון המחלקות להפרעות אכילה לבוגרות ולנערות בשיבא בתל השומר וכן המרפאה להפרעות אכילה ברמב"ם בחיפה. למרות זאת, המשרד לא ניצל את המידע הקיים בידי המחלקות כבסיס לקבלת החלטות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד לרכז את המידע הקיים ביחידות השונות בארץ, לנצל את המחקרים המבוצעים על ידי המוסדות הרפואיים וליזום מחקרים באשר למידת יעילותם של הטיפולים השונים ושל מסגרות השיקום, תוך כדי השוואתם לארצות אחרות. כך ישמשו המחקרים הללו כבסיס לקבלת החלטות לאומיות לטיפול במחלה.

אי-ביצוע פעולות בקרה של משרד הבריאות במחלקות להפרעות אכילה

משרד הבריאות נושא כאמור בשני תפקידים: (א) אסדרת כלל נושאי הבריאות במדינה, ובכלל זאת נושא הפרעות האכילה; (ב) הספקת שירותי בריאות בתחומים שבאחריותו על פי חוק ביטוח בריאות, לרבות תחום הפרעות האכילה הנכלל בשירותי בריאות הנפש. במסגרת שני תפקידיו אלו אחראי המשרד לבצע פיקוח ובקרה על השירותים הניתנים לטיפול בהפרעות אכילה - הן על ידי יחידות המשרד ישירות והן על הגופים השונים, שמהם הוא רוכש שירותים.

ואולם, הביקורת העלתה כי משרד הבריאות אינו מבצע פעולות בקרה בתחום הפרעות האכילה במוסדות השונים ובבתי החולים, למעט שתי פעולות בקרה שבוצעו בשנים 2011-2012 במחלקה להפרעות אכילה בשיבא, ובה השתתפו נציגי האגף לבריאות הנפש.

הבקרה הראשונה נערכה במרץ 2011, ובה נמצא כי: המחלקה אינה מתקנת בכוח אדם בהתאם למיטות המופיעות ברישיון בתקני עובדי מדינה, וצוות המחלקה מועסק ברובו באמצעות תאגיד הבריאות (קרן המחקרים); קיימת מצוקת מיטות, המתבטאת בתורי המתנה ארוכים לאשפוז; יש צורך דחוף בשינויים מבניים שיאפשרו רצף טיפולי בין האשפוז לבין הטיפול בקהילה; יש צורך בהקמת יחידה בתוך המחלקה שתאפשר אשפוז כפוי ואשפוז בטיפול מוגבר לחולות הלוקות בסיבוכים רפואיים, העלולים לגרום למוות; יש צורך בכוח אדם בעל הכשרה מקצועית ייחודית. הבקרה השנייה התקיימה ביוני 2012, ובה צוינו פעם נוספת הממצאים שנמצאו בבקרה הראשונה, וכמו כן צוין בה היעדרו של נוהל להפעלת המחלקה להפרעות אכילה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על המשרד ליצור מנגנון פיקוח ובקרה על השירותים הניתנים בתחום הפרעות האכילה הן ישירות על ידי (לדוגמה בבתי חולים ממשלתיים) והן על ידי גופים שמהם הוא רוכש שירותים (בתי חולים כלליים, קופות חולים ומוסדות פרטיים). מנגנון זה צריך להידמות למנגנוני הבקרה השוטפים והקבועים שהמשרד מפעיל במסגרת פעולות בקרה שהוא עורך במחלקות רבות בבתי החולים בארץ.



הביקורת העלתה ליקויים בתפקודו של משרד הבריאות כמאסדר בנושא הפרעות האכילה: המשרד טרם גיבש תכנית לאומית לאבחון הפרעות אכילה, לטיפול בהן ולמניעתן. מדובר במחדל מתמשך של המשרד האחראי על הטיפול בחולות בהפרעות אכילה.

על משרד הבריאות, בשיתוף האיגודים המקצועיים בתחום, להתוות מדיניות במסגרת בניית המודל לטיפול במחלה. בין השאר, עליו לבחון אם לקבוע חובת טיפול בהפרעת אכילה תוך כדי שילוב של טיפול תזונתי, פסיכולוגי ופסיכיאטרי. ראוי שהמשרד יקבע הנחיות, במגבלות החוק וכללי הסודיות הרפואית, להעברת מידע בין המטפלים השונים באשר להתקדמות הטיפול, כאשר הטיפול אינו ניתן תחת קורת גג של מרפאה אחת.

כיוון שהתופעה של טיפול פרטי נפוצה מאוד בתחום הפרעות האכילה, מן הראוי שהמשרד בשיתוף האיגודים המקצועיים המומחים בתחום יתוו מדיניות ויקבעו אמות מידה ברורות והמלצות לטיפול גם לגורמים הפרטיים בתחום זה. כך, למשל, עליו לקבוע חובה לתאם ולשתף פעולה באופן רציף בין אנשי המקצועות המטפלים בנפרד בחולה.

על המשרד ליצור רצף טיפולי החיוני לטיפול בהפרעה, כך שהמרכזים הרפואיים יכללו מסגרות לכל שלבי הטיפול במחלה כפי שהמומחים ממליצים: טיפול מרפאתי, טיפול יום, אשפוז מלא, אשפוז יום ושיקום.

משרד מבקר המדינה מעיר עוד כי המשרד והקופות טרם העריכו כלכלית את העלויות הישירות והעקיפות של הפרעות אכילה, ולא קבעו מהו הטיפול הכדאי יותר מהבחינה הכלכלית; על המשרד לאסוף מידע הקיים במחלקות הייעודיות וליזום מחקרים בתחום באשר למידת יעילותם של הטיפולים השונים ושל מסגרות השיקום, תוך כדי השוואה לארצות אחרות, כדי שישמשו בסיס לקבלת החלטות לאומיות לטיפול במחלה.

הרפורמה בבריאות הנפש והשפעתה על הטיפול בהפרעות אכילה

הטיפול בהפרעות האכילה נעשה בתחומים שונים: (1) תחום בריאות הנפש, הכלול בתוספת השלישית של חוק ביטוח בריאות ואשר נמצא באחריותו הישירה של משרד הבריאות; (2) תחומים רפואיים כלליים ומקצועיים (רפואת משפחה וילדים, גינקולוגיה, אורתופדיה, קרדיולוגיה ועוד); (3) תחומים פרא-רפואיים, לרבות תזונה ודיאטה, שעליהם מופקדות קופות החולים.

ההליכים לביצוע הרפורמה בבריאות הנפש החלו בשנת 1995, ובשנת 2006 הוסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, כי האחריות הביטוחית של שירותי בריאות הנפש תועבר לקופות החולים החל בינואר 2007. הקופות הסתייגו מן ההסכם, וביוני 2007 עברה בקריאה ראשונה הצעת חוק שנועדה להסדיר את העברת האחריות לקופות. אולם עד 2012 לא קודמה הצעת החוק⁹³.

בעקבות העיכוב המתמשך ביישום הרפורמה, וכל עוד לא עבר הנושא לאחריותן, נמנעו הקופות מלפתח את הטיפול בהפרעות אכילה. המשרד מצדו נמנע מלהוסיף תקנים למיטות אשפוז פסיכיאטריות כדי שלא לייקר את העלות הכרוכה בהעברת הטיפול בבריאות הנפש לקופות. כך, למשל, מסרה מרפאת הנוטרים ברעננה כי הכללית נמנעת מלהוסיף למרפאה שירות של אשפוז יום, על אף יתרונותיו במניעת אשפוזים, כל עוד הרפורמה אינה מתבצעת.

במהלך הביקורת, במאי 2012, הוצא צו במסגרת החלטת ממשלה בהתאם לחוק ביטוח בריאות⁹⁴, המעביר את האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש הכלולים בסל שירותי הבריאות בחוק ביטוח בריאות, מאחריות משרד הבריאות על פי התוספת השלישית, לאחריות קופות החולים על פי התוספת השנייה. הצו קובע שתחום בריאות הנפש יעבור לאחריות הקופות עד יולי 2015. עד אז, בתקופת הביניים, ימשיך המשרד לרכוש שירותים מהקופות, שבו כבד אמורות לפתח שירות זה.

מאוחדת מסרה בפברואר 2013, כי המחיר שמשרד הבריאות ישלם עבור שירותים בתחום בריאות הנפש מהקופות בשנים 2013-2015 אינו מאפשר לפתח שירותים להפרעות אכילה, שירותים שעלותם גבוהה מהעלות הממוצעת. לפיכך הוספת יחידות ומסגרות לטיפול בהפרעות אכילה דורשת שינוי של המחיר האמור; מאוחדת ביקשה ממשרד הבריאות להפריד את תעריף הטיפול בהפרעות אכילה מהתעריף הכללי עבור טיפולים בתחום בריאות הנפש אך בקשתה לא נענתה. מכבי מסרה בפברואר 2013 כי במהלך סיום הביקורת התקיימו דיונים במינהלת הרפורמה שבמשרד הבריאות עקב בקשת הקופות להכיר בטיפול בהפרעות אכילה כמחייב מסגרות ייעודיות הכוללות צוות ייעודי בעל הכשרה מתאימה וכרוך בעלויות גבוהות מעלות הטיפול הממוצעת בבריאות הנפש. מכבי מסרה כי בסיום הדיונים החליט משרד הבריאות לא לקבל את בקשת הקופות להעלות התגמול לצורך פיתוח שירותים אלו. לדעת מכבי הטלת אחריות לפיתוח שירותים אלו על הקופות

93 מבקר המדינה, דוח שנתי 60 (2010), בפרק "סוגיות בתחום בריאות הנפש", עמ' 545.
94 צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספות השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב-2012, פורסם בק"ת התשע"ב, עמ' 1,600.

ללא התאמת התקציב לצרכים עם השלמת הרפורמה ביולי 2015, עלולה ליצור חוסר התאמה בין העלויות לתקציב שיועבר.

מהביקורת עולה כי במהלך שנים רבות נמנעו חלק מהקופות מלפתח את הטיפול בהפרעות אכילה, מאחר שהאחריות לבריאות הנפש נותרה בידי המשרד. זאת למעט כמה יזמות מקומיות שנקטו הקופות, כגון הקמת מרפאה ייעודית של מכבי ברמת השרון, הקמת מרפאת הנוטרים של הכללית ברעננה ומרפאות של מאוחדת. גם המשרד מצדו לא פיתח את הטיפול בנושא ולא פיקח עליו כראוי.

לדעת משרד מבקר המדינה, לנוכח מועד המימוש הקרוב של הרפורמה בבריאות הנפש, על המשרד ועל קופות החולים לקבוע במשותף את כל מבנה המערך לטיפול בנושא הפרעות אכילה, לתקצב אותו ולפתח אותו כראוי. ראוי גם כי במסגרת הרפורמה ישקלו הקופות הקמת מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה, בנפרד מהמרפאות לבריאות הנפש. בינתיים, ובשלב הביניים - עד יולי 2015, על המשרד לתת פתרון מיידית למחסור במסגרות בכל השלבים, ותוך כדי תכנון מנקודת מבט עתידית של המערך לאחר הרפורמה.

משרד הבריאות השיב, בדצמבר 2012, כי הנושא יידון במסגרת תהליך הרחבת השירותים האמבולטוריים לקראת יישום הרפורמה בבריאות הנפש. עוד השיב המשרד כי דרש מהקופות להציג תכנית ייעודית בנושא זה.

מערכת החינוך - פעילויות למניעת הפרעות אכילה

במחקרים שנעשו בארצות אחרות נמצא כי תכניות התערבות לילדים ולנוער, המציגות באופן יזום את נושא הפרעות האכילה על תוצאותיהן ההרסניות עלולות להגביר את התופעה. לפיכך לדעת מרבית המומחים בשירות הפסיכולוגי ובמשרד הבריאות - הפועל בעניין זה כגוף מנחה למערכת החינוך - אין להעלות את הנושא במוסדות החינוך אלא בדרך חיובית של חינוך לתזונה בריאה.

מחקרים השוואתיים מראים כי הנוער הישראלי נמצא באחד המקומות הראשונים בעולם בהתנהגויות הרסניות, שמטרתן להשיג מראה ומשקל גוף הנתפסים בעיניו כרצויים⁹⁵. על פי מחקרים אחרים, להורים, למחנכים ולמאמנים יש השפעה רבה על גיבוש העמדות ועל עיצוב ההתנהגויות בתחום הבריאות של המתבגרים במטרה להפחית את התלות במשקל הגוף. התמקדות במניעה במקום בתסמין ובחולי עשויה למנוע הפרעות אכילה⁹⁶. אחת השיטות כוללת פיתוח דימוי גוף חיובי, מתוך הערכה ביקורתית של תמונות הרזון המוצגות בכלי התקשורת הוויזואליים⁹⁷.

משרד החינוך מסר לביקורת כי הוא פיתח כמה תכניות מניעה במוסדות החינוך, המיועדות לפיתוח דימוי גוף חיובי ולמניעת הפרעות אכילה: (1) "כישורי חיים" - תכנית מניעה של השירות

95 שכיחות ההתנהגויות הקשורות בדיאטה בקרב מתבגרים ישראלים הייתה הגבוהה ביותר בהשוואה לארצות אחרות, ראו:

Harel, Ellenbogen-Frankovits, S., Molcho, M., Abu-Ashas, K., Habib, J. "Dieting Behavior in Israel" Youth in Israel (2002), Jerusalem: Brookdale Institute.

96 ראו עינת לב ארי וסמדר וינברג "חולצת בטן, נועה רוצה להיות רזה - אמא של נועה רוצה להיות רזה" הרצאה במסגרת יום עיון בנושא "הפרעות אכילה - אבחון, איתור מוקדם ומניעה" (דצמבר 2006).

97 ראו מירב מור אופיר, "מיטת הקסם" פורסם ב"שפינט" - אתר האינטרנט של השירות הפסיכולוגי הייעוצי של משרד החינוך www.education.gov.il/shefi/

הפסיכולוגי לכיתות א'-ט'; (2) "בעד עצמי" - תכנית מניעה לפיתוח דימוי גוף חיובי, המיועדת להשתלב בשנת 2013 כחלק מתכנית "כישורי חיים" לכיתות ט'-י' ומאוחר יותר גם לכיתות ו'-ח' בכל הארץ; (3) "תפור עלי" - תכנית המועברת בכל הארץ לשכבות גן, לכיתות א'-ג' ולכיתות ד'-ו'. מטרתה: אימוץ דפוסי חשיבה בריאים לביסוס הערכה עצמית וביטחון עצמי בתלמידים, שלא על יסוד משקל גופם וצורתם החיצונית ומניעת אובססיית הדיאטות והרגלי תזונה לא בריאים, הבנת השונות הגנטית בין בני האדם, התבוננות ביקורתית על מסרים חיצוניים לא מציאותיים ולא בריאים המקדשים את הרזון כאידאל יופי ועוד; כמו כן פועלת סדנה של "שירותי בריאות כללית" שמעבירים אנשי מקצוע בשמונה השנים האחרונות לבני נוער בחטיבות הביניים בנושא אורח חיים, דימוי עצמי בריא וסימנים לבעיות במשקל.

היעדר הגדרת בעלי התפקידים המוסמכים ללמד בבתי הספר על תזונה

לייעוץ בנושא התזונה, ובייחוד ייעוץ לילדים, נדרשת מומחיות בתחום, בדרך כלל של תזונאי מוסמך. ייעוץ כזה ממי שאינו מוסמך עלול לעודד התפתחות הפרעות אכילה בשל חוסר התאמת המידע לבריאותו ולצרכיו של התלמיד ובשל ההשפעות הרגשיות של מתן הנחיות לאכילה ולמשקל הגוף הרצוי בדרך לא מקצועית. המועצה הלאומית לבריאות הקהילה המליצה, באפריל 2011, למשרד החינוך כי גננות ומורים יוכשרו להדריך בתחום הפרעות האכילה לנוכח מיעוט היועצים החינוכיים שהוכשרו לכך. ואולם, יש מומחים הסוברים כי יש להותיר את החינוך לתזונה בידי תזונאים מוסמכים בלבד כדי למנוע העברת מסרים שגויים העלולים לגרום להפרעות אכילה. בתפיסה זו מחזיקה, למשל, הדיאטנית הראשית של מאוחדת כפי שמסרה אותה למשרד מבקר המדינה, בינואר 2012.

הביקורת העלתה כי החינוך לתזונה מתבצע גם על ידי צוותי המורים. הממונה על הבריאות במשרד החינוך מסרה כי אמנם ייעוץ בענייני תזונה חייב להינתן על ידי תזונאי מוסמך, שקיבל רישיון עיסוק בתחום זה מטעם משרד הבריאות אולם כלל-המורים במוסדות החינוך, עוסקים בחינוך לבריאות ולתזונה וזאת בכלים פדגוגיים ומתוך הדגשת ההתנהגות החיובית והנורמטיבית ולכך קיבלו הכשרה. הממונה על החינוך הגופני במשרד החינוך⁹⁸ מסר למשרד מבקר המדינה כי משרד החינוך לא קבע מי מוסמך לשוחח עם תלמידים בנושאי תזונה ומשקל גוף, ואילו הכשרה נדרשת ממנו; כמו כן הוא לא הנחה בנושא את צוותי המורים, לרבות המורים לחינוך גופני⁹⁹.

משרד החינוך לא הגדיר אפוא מיהם בעלי התפקידים המוסמכים לשוחח עם התלמידים במסגרת בתי הספר על נושאי תזונה, וגם לא הנחה את המורים אילו מסרים להעביר לתלמידים בנושא דימוי הגוף, המשקל והתזונה, כדי למנוע התפתחות הפרעות אכילה.

משרד מבקר המדינה ממליץ כי משרד החינוך ומשרד הבריאות בשיתוף המועצה הלאומית לבריאות הקהילה וגופים מקצועיים, ידונו בשאלה אילו אנשי מקצוע יוסמכו להדריך את התלמידים בנושאי התזונה ומשקל הגוף. ההחלטה תשפיע על תכניות המניעה המיושמות במוסדות החינוך לפיתוח דימוי גוף חיובי ולמניעת הפרעות אכילה ועל התכניות למניעת השמנה שהוזכרו בדוח קודם של מבקר המדינה¹⁰⁰.

98 משרד החינוך מופקד על הספורט במסגרת שעות הלימודים במוסדות החינוך, ועל מועדוני ספורט בבתי הספר - גם לאחר שעות הלימודים.

99 נושא הפרעות האכילה וההפרעות בתזונה בקרב בני נוער ובקרב ספורטאים מוזכר בתכנית הלימודים של חינוך גופני לכיתות ספורט (כ-150 כיתות בחטיבות הביניים, שלומדים בהן חינוך גופני וספורט).

100 דוח מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה, עמ' 804.

היעדר הנחיית משרד החינוך בדבר הצגות והרצאות במוסדות החינוך

מרבית המומחים מסכימים כי התערבות ממוקדת בהפרעות אכילה עלולה דווקא להגביר את התופעה, ולכן מסוכן להביא נערה אנורקטית שהחלימה לשיחה עם התלמידים מחשש שתשמש מודל לחיקוי. אמנם הנוער ממילא חשוף למסרים המעודדים דיאטות והעלולים לגרום להפרעות אכילה, ובכל זאת יש מקום להנחיה ולפיקוח מצד מערכת החינוך בדבר המסרים המועברים דרך מוסדותיה.

הביקורת העלתה כי מוסדות החינוך מזמינים באופן עצמאי הצגות בנושא האנורקסיה. ההצגות מועלות לפני תלמידים במסגרת "סל תרבות", על פי שיקול דעתו של המופקד על התרבות בכל בית ספר, וזאת ללא כל הנחיה מקצועית של האגף לתזונה או של השירות הפסיכולוגי במשרד החינוך-אלה אינם בוחנים לא את ההצגות ולא את ההרצאות ואינם מדריכים את בתי הספר מה ראוי להעלות לפני תלמידים. חוברת ההדרכה של השירות הפסיכולוגי שכותרתה "הפרעות אכילה, מדריך ליועץ ולפסיכולוג בית הספר" ממליצה על סרט המתעד את סיפורה של חולת אנורקסיה שהשתקמה. המלצה זו, כאמור, אינה מתיישבת עם התפיסה המקובלת על רוב המומחים.

בביקורת נמצא כי משרד החינוך לא קבע הנחיות הקובעות מהן ההצגות או ההרצאות הרצויות לתלמידים, וממילא הוא אינו בוחן את תוכןן; הסמכות כולה נתונה לבית הספר. מאחר שמרבית המומחים בתחום מסכימים כי כאשר העלאת נושא הפרעות האכילה באופן יזום לפני תלמידים עלולה דווקא לעודד את התפתחותן, מן הראוי שמשרד החינוך יקבע נוהל בעניין אישורם של תוכני הצגות והרצאות הקשורות להפרעות אכילה קודם להצגתן לפני תלמידים.

המפקחת על תחום הבריאות במשרד החינוך השיבה, בנובמבר 2012, כי משרד החינוך נסמך על הנחיות משרד הבריאות בכל הנוגע למסרים שהוא מקנה לתלמידים בנושא החינוך לבריאות. עובדי הוראה ומפקחים אינם מוסמכים לבחון מהם התכנים הראויים להצגה לפני תלמידים; לפיכך את ההצגות צריכים לבחון אנשי מקצוע מתחום ההתנהגות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי על משרד החינוך לגבש מדיניות בדבר העלאת הצגות בנושא הפרעות אכילה לאחר התייעצות עם פסיכיאטרים או עם פסיכולוגים המתמחים בנושא, ומתוך שיתוף השירות הפסיכולוגי, המופקד על תחום הפרעות האכילה במוסדות החינוך.

היעדר הדרכת הורים בנושא הפרעות אכילה

בניגוד למחלוקת השוררת בדבר השפעת המידע המועבר ישירות על ידי החולות עצמן, שוררת הסכמה בדבר תרומתה של הדרכת ההורים למניעת הפרעות אכילה בקרב ילדיהם. הדרכה זו כוללת העברת מסרים על תזונה בריאה מתוך זהירות שלא לעודד רזון, ערנות בדבר התפתחות ההפרעה בשלביה הראשונים והתמודדות עם נושא התזונה, פיתוח דימוי חיובי של הגוף, צפייה ביקורתית באמצעי התקשורת ועוד. מנהלת המרפאה הייעודית ברמב"ם בחיפה מסרה למשרד מבקר המדינה, באוגוסט 2012, שבמחקרים הוכח כי במשפחות, שבהן עסקו עיסוק יתר בדימוי הגוף ובמשקל, נמצאו יותר הפרעות אכילה. לפיכך חשוב להקנות ידע להורים, להדריכם ולערבם בנושאים אלו כחלק ממניעת התפתחותן של הפרעות אכילה.

השירות הפסיכולוגי מסר כי אין הדרכה קבועה ומובנית להורים, וכי קיים קושי טכני להעביר להם מידע. לפיכך אין מערכת החינוך מבצעת התערבויות ופעולות חינוכיות, אך יש בתי ספר היוזמים

מתן הרצאות. חלק מקופות החולים מקיימות לעתים רחוקות הרצאות בבתי הספר למניעת הפרעות אכילה: מכבי, לדוגמה, מקיימת סדנאות לתזונה נכונה ולדימוי הגוף בבתי ספר תיכוניים אחדים. במהלך הביקורת הפיצה מאוחדת למבוטחיה עלוני הסבר להעלאת המודעות להפרעות אכילה, ואילו הכללית, מכבי ולאומית אינן מפיצות חומר הסברה.

על משרד החינוך לשקול מהי הדרך הראויה והיעילה להדריך הורים לתלמידים במוסדות החינוך בנושאים אלה: הדרכה לתזונה בריאה מתוך הימנעות מהעברת מסרים העלולים לפתח הפרעות אכילה, פיתוח דימוי הגוף, צפייה ביקורתית באמצעי התקשורת, זיהוי סימנים להתפתחות ההפרעה בשלביה הראשונים ועוד.



מהביקורת עולה כי משרד החינוך לא קבע מיהם בעלי התפקידים המוסמכים לשוחח עם התלמידים בבתי הספר בנושאי תזונה, המשקל הרצוי ודימוי הגוף; לא גיבש נוהל בעניין אישור תכנים של הצגות והרצאות; ולא בדק מהן הדרכים היעילות להדרכת הורים לתלמידים במוסדות החינוך: לזיהוי הפרעות אכילה, להעברת מסרים לתזונה בריאה, לפיתוח דימוי הגוף ולצפייה ביקורתית באמצעי התקשורת. היעדר החלטות והנחיות בנושאים אלה מלמד על היערכות לקויה של משרד החינוך לטיפול בהפרעות האכילה, אף שסוגיה זו מונחת לפתחו זה זמן רב.

איתור הפרעות אכילה בקרב רקדניות ומניעתן

אחת מקבוצות הסיכון לפיתוח הפרעות אכילה היא הרקדניות. בקבוצה זו קיים לחץ לרזון, המתבטא לעתים בביקורת על צורת גוף ועל דפוסי האכילה. הלחץ מופעל הן מצד הסביבה, והן מצד המורים למחול והמאמנים, בעיקר לקראת מופעים או בחינות¹⁰¹. משרד החינוך מופקד על החינוך הפורמלי למחול במסגרת מגמות המחול בבתי הספר הרגילים ובבתי הספר לאמנויות במוסדות החינוך, ומשרד התרבות והספורט (להלן - משרד הספורט) מתקצב להקות מחול. משרד מבקר המדינה בחן אילו פעולות נוקטים שני המשרדים הללו לשם מניעת הפרעות אכילה המאפיינות רקדניות.

משרד החינוך - הפרעות אכילה בקרב תלמידים במגמות המחול במוסדות החינוך

פעילות המחול במסגרת החינוך הפורמלי והבלתי פורמלי - החינוך הפורמלי כולל מגמות מחול בבתי ספר רגילים ובבתי ספר לאמנויות, ופעילות מחול בלתי מוסדרת בבתי ספר רגילים. החינוך הבלתי פורמלי כולל להקות מחול - חלקן זוכות לתמיכת משרד הספורט - חוגי מחול בהפעלת

101 עינת צוברי, יעל לצר, רותי כץ, אבלין שטיינר, האם העיסוק במחול הינו גורם סיכון לבעיות באכילה? תמונת מצב בישראל, מצגת שהוכנה בידי עינת צוברי, יעל לצר, רותי כץ, אבלין שטיינר, מרפאת הנוטרים (שלוותא) רעננה, שירותי בריאות כללית ואוניברסיטת חיפה (להלן - מצגת המחקר).

רשויות מקומיות, מתנ"סים, בתי ספר פרטיים למחול ועוד. לימודי המחול שבחינוך הבלתי פורמלי אינם בפיקוח מקצועי, לא של משרד החינוך ולא של כל גוף אחר.

הפיקוח על החינוך למחול באגף אמנויות במשרד החינוך (להלן - הפיקוח על המחול) מופקד על החינוך הפורמלי בלבד, כלומר הוא מפקח רק על מגמות המחול בבתי הספר הרגילים ובבתי הספר לאמנויות ועל כ-600 המורים המועסקים בהם. מרבית מגמות המחול (90%) הוקמו בבתי ספר רגילים שאינם בתי ספר לאמנויות¹⁰². במועד הביקורת פעלו בכל בתי הספר כ-80 מגמות מחול, ולמדו בהן בסך הכול כ-3,200 תלמידות (כ-1,500 בחטיבות הביניים וכ-1,700 בחטיבות העליונות).

היעדר חובת בדיקות רפואיות תקופתיות במגמות המחול

חוק הספורט, התשמ"ח-1988 (להלן - חוק הספורט), ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות), התשנ"ז-1997, מחייבים לערוך בדיקות רפואיות לכל ספורטאי בכל גיל ובכל רמת פעילות המתאמן, ולו פעמיים בשבוע למשך שעה. לעומת זאת, אין חוק דומה המחייב לקיים בדיקות רפואיות לתלמידות במגמות מחול, אף שתלמידה בגיל תיכון רוקדת במהלך השבוע בממוצע 10-30 שעות בשבוע¹⁰³.

יש חשיבות רבה באבחון מוקדם של הפרעות אכילה: בבדיקות גופניות אפשר לאתר תלמידות הסובלות מהפסקת מחזור הווסת או מאוסטאופניה (שלב מקדים של אוסטאופורוזיס) בעקבות הפרעות אכילה. כך יתאפשר מעקב רפואי מתאים, ויוצבו סטנדרטים לתזונה מאוזנת ולמשקל ראוי.

חוזר משרד החינוך, שהוא בעל תוקף של המלצה בלבד וכותרתו "המלצה לבדיקה בריאותית מקיפה Screening לתלמידי מגמת מחול במערכת החינוך", ממליץ לבדוק את תלמידות מגמות המחול, ומצורף לו שאלון רפואי, הבוחן, בין השאר, את הנושאים האלה: הרגלי האכילה; חישוב BMI ושיעורי השומן; בדיקת קיומו של מחזור סדיר בבנות; בדיקה אורתופדית; ספירת דם.

יוצא אפוא שאין תלמידות מגמות המחול מחויבות להיבדק, ולו פעם אחת בכל שנות לימודיהן. עוד נמצא כי בחוזר נקבעו המלצות רק לתלמידות החדשות המתקבלות למגמות המחול, אך לא הומלצו בדיקות תקופתיות. כך אפוא תלמידות המחול נבדקות, אם בכלל, פעם אחת בלבד: עם כניסתן למגמת המחול, אך אינן מחויבות במעקב אף שהן מתאמנות באופן מאומן לאורך שנות התיכון.

מנהלת הפיקוח על המחול במשרד החינוך מסרה למשרד מבקר המדינה במהלך הביקורת כי המשרד שוקל להעניק לחוזר תוקף מחייב. עוד שוקלים במשרד לכלול בו חובה להיבדק בדיקות תקופתיות לאורך כל שנות הלימוד. עוד מסרה כי בכל תחילת שנה נשלח חוזר למגמות המחול, ובו הנחיה בנושא הבדיקות הרפואיות, אולם אין אכיפה או פיקוח על קיומן. התלמידות שבריאותן תקינה לא התבקשו עד כה להיבדק מדי שנה בשנה, ונדרש כי מומחים ידונו ויחליטו אם עליהן להיבדק דרך שגרה.

משרד החינוך לא פרסם כללים המחייבים ביצוע בדיקות גופניות תקופתיות למניעת נזקים לבריאותן של תלמידות במגמות המחול, למעט חוזר משרד החינוך, שהוא בגדר המלצה בלבד; וכך תלמידות מגמות המחול לומדות שנים ארוכות ואינן נדרשות להיבדק בדיקות גופניות במהלכן.

102 מתוך מצגת המחקר.

103 בבתי הספר הרגילים רוקדות התלמידות עד 16 שעות בשבוע, ובבתי הספר לאמנויות - עד 30 שעות בשבוע.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד החינוך ישקול באמצעות מומחים לקבוע הנחיות מחייבות לביצוע בדיקות רפואיות תקופתיות לשם מעקב על בריאות התלמידות במגמות המחול, לרבות על משקלן ועל מצב בריאותן מן הבחינות האורתופדית וההורמונלית. כך יהיה אפשר לאתר מוקדם תלמידות הסובלות מהפרעות אכילה, ולמנוע את התפתחות המחלה ואת נזקיה. הנחיות אלו יכולות לשמש גם גופים במסגרת החינוך הבלתי פורמלי למחול, כגון בתי ספר למחול בהפעלת רשויות מקומיות, בתי ספר פרטיים או להקות מחול.

מנהלת הפיקוח על המחול השיבה למשרד מבקר המדינה, בדצמבר 2012, כי סוגיות אלו יידונו בישיבתה של ועדת מומחים, שעומדת להתקיים בסוף שנת 2012 או בראשית שנת 2013, בנוכחות רופא מומחה לאורתופדיה שיקומית.

היעדר חובה למתן ייעוץ תזונתי מקצועי במגמות המחול

למרות חשיבות החינוך לתזונה מאוזנת לתלמידות מגמות המחול, בביקורת נמצא כי מוסדות החינוך אינם מחויבים לספק ייעוץ תזונתי מקצועי לתלמידות במגמות המחול, שבחטיבות העליונות - בגיל שבו הפרעות האכילה נפוצות, וכי למעט הרצאות מומחים ביזמות מקומיות, אין התלמידות זוכות לייעוץ תזונתי במשך שנות לימודיהן.

מהביקורת עולה כי משרד החינוך לא הורה שיש לקיים ייעוץ תזונתי באופן סדיר במגמות המחול. הרצאות בנושא התזונה אינן ניתנות באופן סדיר ומחייב, אם בכלל. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי משרד החינוך ישקול לשלב במסגרת מגמות המחול גם הדרכה והכוונה בנושא תזונה נכונה, ולקבוע את תדירותו ואת היקפו מתוך התאמה לסוג הפעילות המתקיימת.

עוד נמצא כי משרד החינוך לא קבע מי רשאי לייעץ לתלמידות בענייני תזונה. כך מורים למחול, שאינם תזונאים, עלולים להעביר מסרים על מזונות מומלצים ואסורים בלי שהוכשרו לכך הכשרה מקצועית, ומסרים אלו עלולים לגרום להפרעות אכילה בקרב תלמידות ואפילו להחמירן.

במחקר, שבחן את הקשר בין ביקורתיות והערות של הורים, של תלמידים ושל מורים על צורת הגוף ועל האכילה, לבין בעיות אכילה בקרב נערות פגות 13-19¹⁰⁴ נמצא כי שיעורי התלמידות שדיווחו על כך שמוריהן העירו להן לגבי צורת הגוף ודפוסי האכילה היו: כ-40% מתלמידות המחול בבתי ספר לאמנויות; כ-20% מן התלמידות במגמות האחרות בבתי ספר לאמנויות; כ-15% מתלמידות המחול בבתי ספר רגילים; וכ-10% מן התלמידים הרגילים בבתי ספר רגילים. עוד נמצא במחקר כי בשניים מבתי הספר לאמנויות שנבדקו, והמאופיינים בתכנית לימודים תובענית למצוינות, נמצאה חשיפה רבה יותר לגורמי הלחץ, ועל כן שיעורי הדיכאון, הפרפקציוניזם, מדדי הדחף לרזון, אי-שביעות הרצון מהגוף והפסקת המחזור בקרב הנערות הללו היו הגבוהים ביותר. מסקנות המחקר: הערות מורים, חברים או הורים על צורת הגוף ועל האכילה מגדילות את שכיחות התופעות האלה; יש להמשיך בהטמעת תכניות מניעה הממוקדות בהורים, במורים ובתלמידים בליווי מחקר; יש חשיבות לסביבה תומכת שאינה מעודדת רזון אלא עושה שימוש מושכל במילים, וכן יש חשיבות לאבחון מוקדם של הפרעות אכילה ולהתערבות מיידית.

במשרד מבקר המדינה התקבלה בשנת 2012 תלונה על מנהל מגמת המחול באחד מבתי הספר לאמנויות. הטענה הייתה כי מתח ביקורת על צורת גופן ועל משקלן של תלמידות, והטיף להן להימנע ממזון עתיר קלוריות כדי לרדת במשקלן לקראת הופעות ולקראת בחינות הבגרות במחול. הפיקוח על המחול מסר בתגובה לתלונה כי הוא מקפיד שנושאים הנוגעים להיבטים בריאותיים, פיזיים, רגשיים ונפשיים של תלמידי מגמת המחול יטופלו ויונחו על ידי מומחים.

בטיטת הצעה ראשונית לנוהל "עקרונות מנחים להתנהגות אתית של מורים למוסיקה ולמחול" נקבע כי "דמותו וצורתו הפיזית של התלמיד לא יהוו מכשול לקבלתו ולא יהיו מושא להערות פוגעניות בתהליך ההוראה". הפיקוח על המחול מסר כי החוזר בתהליך גיבוש לנוהל מחייב.

מהביקורת עולה כי משרד החינוך טרם קבע כללים מחייבים, לא בדבר בעלי התפקידים המוסמכים לתת ייעוץ תזונתי במוסדות החינוך, ולא בדבר איסור להעביר מסרים המעודדים רזון, איסור שיש להדגישו בייחוד בקשר לתלמידות במגמות המחול. הנחיות אלו יכולות להנחות גם גופים המקיימים פעילות מחול במסגרת החינוך הבלתי פורמלי, כגון בתי ספר למחול בהפעלת רשויות מקומיות, בתי ספר פרטיים או להקות מחול.

עוד נמצא בביקורת כי הפיקוח על המחול במשרד החינוך אינו מקבל שום דיווח על הפרעות אכילה המתפתחות בקרב תלמידות במגמות המחול. אם תלמידה מפתחת הפרעת אכילה, תפקיד היועצת החינוכית של בית הספר להעביר את המידע להוריה, אך משרד החינוך אינו מדווח בנושא.

מנהלת הפיקוח על המחול מסרה, בדצמבר 2012, כי ידוע לה על ממצאי המחקרים שנעשו במגמות המחול בבתי ספר לאמנויות בארץ, ובהם נמצאו רמות גבוהות של דיכאון, של פרפקציוניזם, של דחף לרזון, של אי-שביעות רצון מהגוף ושל הפסקת המחזור, אך לא הגיעו אליה פניות או תלונות נקודתיות ורשמיות בנושא.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש מקום למעורבות משרד החינוך באמצעות הפיקוח על המחול על ידי הנחיית מורים שלא לעודד ירידה במשקל; ומניעתם של גורמי סיכון, כגון מסרים הפוגעים בדימוי הגוף של התלמידות במגמות המחול והעלולים לעודד הפרעות אכילה; יש מקום למעורבות הפיקוח בנושא התפתחותן של הפרעות אכילה הלכה למעשה; הפיקוח על המחול צריך להיות מודע לכך שהתלמידות רואות במורים למחול סמכות מקצועית עליונה, ומחשש שלא יקודמו הן עלולות שלא לדווח על הנעשה. עליו לאפשר קבלת פניות ותלונות על מי שעלולים לגרום הפרעות אכילה בקרב תלמידות מגמות המחול, לרבות על המטיפים לרזון או על המייעצים ייעוץ בלתי מקצועי בנושא התזונה או על בתי הספר המאפשרים ייעוץ כזה.

משרד הספורט - הגברת המודעות למניעת הפרעות אכילה בלהקות מחול

משרד הספורט תומך במוסדות תרבות, לרבות בלהקות מחול, על פי מבחני תמיכה¹⁰⁵. כך למשל בשנת 2011 העביר המשרד ללהקות מחול בארץ כ-35 מיליון ש"ח. אחד המדדים לחלוקת כספי התמיכות הוא "פעילות לקידום רווחת הרקדנים", שמטרתה בין היתר שמירה על בריאות הרקדנים. שיעורו של מדד זה הוא 10% מהתמיכה, ואחד הסעיפים מתוך כמה סעיפים בתוך מדד זה מתייחס למעקב רפואי. הלהקות מדווחות למשרד על פעולותיהן, על פי דיווחים אלו הן מקבלות נקודות לפי

105 מבחנים לחלוקת כספי תמיכות של משרד התרבות והספורט משנת 2006 לפי חוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, בחתימת שר החינוך, התרבות והספורט דאז.

“מודל התמיכה הכלכלי”, ומספר הנקודות שקיבלו מתורגם - עם הנקודות שקיבלו לפי יתר הקריטריונים - לסכום התמיכה שהלהקה זכאית לו באותה שנה.

משרד מבקר המדינה בחן אם משרד הספורט מפקח על בריאותן של הרקדניות בלהקות המחול, לרבות מניעת הפרעות אכילה.

משרד הספורט השיב, בנובמבר 2012, כי הוא מקיים מעקב שוטף אחר דיווחי הלהקות בבואו להעניק נקודות במסגרת “מודל התמיכה הכלכלי” המתורגם לסכום התמיכה שייקבע. להקות מחול המקיימות פעילות למניעת הפרעות אכילה או ייעוץ תזונתי תהיינה זכאיות לנקודות עבור פעילות זו במסגרת המדד “פעולות לקידום רווחת הרקדנים”. לדברי משרד הספורט, על להקות המחול לתת לרקדנים הנחיות למניעת הפרעות אכילה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי ביקורת על צורת הגוף והפעלת לחץ לרוזן על רקדניות עלולה לבטא את רצון המורים למחול, ולא דווקא את רצון הרקדניות עצמן, ולפיכך על משרד הספורט לוודא במסגרת מבחני התמיכה שהנהלות הלהקות אכן יוציאו הנחיות למניעת הפרעות אכילה.

משרד הספורט השיב למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2012, כי אין בידיו סמכות חוקית לפיקוח, לרגולציה או לבקרה בתחום התרבות, ובכלל זה בתחום המחול. אין בידיו כלים לפיקוח על מניעת התפתחותן של הפרעות אכילה בקרב רקדניות, בעיקר משום שמדובר במידע רפואי ואישי רגיש ובעל היבטים נפשיים. הגופים הנתמכים בתחום התרבות רשאים לכלכל את ענייניהם על פי שיקול דעתם, והתנהלות אוטונומית זו חשובה לקידום חופש הביטוי והיצירה. משרד הספורט סבור כי הפיקוח על מניעת התפתחותן של הפרעות אכילה בקרב רקדניות בלהקות המחול, שהוא תומך בהן אינו באחריותו, אלא באחריות משרד הבריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הספורט לשקול להגדיל את משקלה של מניעת הפרעות אכילה במדד “פעולות לקידום רווחת הרקדנים” שבמודל התמיכה הכלכלי. מוצע גם שמשרד הספורט יוועץ בנושא זה עם משרד הבריאות וכן עם רופאים מומחים למחול או לספורט.

איתור של הפרעות אכילה בקרב ספורטאים ומניעתן

קבוצה נוספת המועדת להפרעות אכילה היא קבוצת הספורטאים, ובעיקר מי שעוסקים בענפי ספורט הדורשים משקל נמוך. מינהל הספורט שבמשרד הספורט מופקד על פעילות הספורט בישראל בתחומי הספורט ההישגי והתחרותי, תרבות הספורט (ספורט עממי), קידום נשים בספורט ועוד. משרד מבקר המדינה בחן אילו פעולות נוקט משרד הספורט למניעת הפרעות אכילה בקבוצה זו.

הפרעות אכילה בקרב אתלטים - “אנורקסיה של אתלטיקה”

הפרעות האכילה שכיחות בקרב ספורטאיות בענפים שבהם נדרש משקל נמוך: בעיקר התעמלות אמנותית (ראו להלן) וגם התעמלות מכשירים, החלקה על הקרח, ריצות למרחקים ארוכים ושחייה

אמנותית. הפרעות אכילה עלולות להתפתח גם בקרב ספורטאים בענפי ספורט שבהם מתחרים על פי קריטריון של משקל: היאבקות, הרמת משקולות, טקוונדו, ג'ודו, אגרוף וכדומה. ספורטאי בתחרות, שיפחית כמה קילוגרמים ממשקלו, ייתכן שיועבר לקטגוריית משקל נמוכה יותר, וכך יגברו סיכוייו לנצח. קריטריונים אלו של משקל גוף הם בין-לאומיים, ואיגודי הספורט כפופים להם.

ידוע על שיטות שונות של ספורטאים להורדת 0.5-5 ק"ג ממשקל גופם לפני תחרות, כגון דיאטות, הקאות, הימנעות משתייה, הזעה בסאונות, לבישת חליפות הזעה ונטילת חומרים משתנים ומשלים¹⁰⁶. התנהגויות אלו עלולות לגרום להתפתחות הפרעות אכילה בקרב ספורטאים (להלן - אנורקסיה של אתלטיקה). בסקר שנעשה בנוווגיה¹⁰⁷ נמצא כי 103 מקרב 522 ספורטאיות צמרת מענפים שונים היו בעלות סיכון גבוה להפרעות אכילה. 89% מהן הוגדרו לוקות באנורקסיה, בבולימיה או באנורקסיה של אתלטיקה. בקרב ספורטאיות העוסקות בענפי ספורט השמים דגש על משקל נמוך, נפוצה תופעת "התסמונת המשולשת": שילוב של הרגלי אכילה לא תקינים, נקבוביות העצם (אוסטאופורוזיס) ואל-וסת.

בענפי ספורט שנדרש בהם משקל גוף נמוך או שמתחרים בהם על פי קריטריון של משקל, יש חשיבות יתרה לשמירה על בריאות הספורטאי ולמניעת התפתחות של הפרעות אכילה, וזאת על ידי הגברת הפיקוח הרפואי על ספורטאים, הטלה של חובת התייעצות עם רופא או עם תזונאי מוסמך ועוד.

הפרעות אכילה בענף ההתעמלות האמנותית - אי-יישום המלצות ועדות בדיקה

ענף ההתעמלות פועל במסגרת "איגוד ההתעמלות בישראל"¹⁰⁸ (להלן - איגוד ההתעמלות) וכולל כ-2,000 מתעמלות בתחומים של התעמלות אמנותית, התעמלות מכשירים, אקרובטיקה, שחייה אמנותית והחלקה על הקרח. בענף זה ההישגים נמדדים לא רק על פי מדדים אובייקטיביים, הניתנים למדידה מדויקת, אלא גם על פי מדדים סובייקטיביים, כגון אסתטיקה, והשופטים מעניקים ניקוד למתעמלות גם על פי צורת גופן, על פי טעמים אישי ושיפוטם הסובייקטיבי.

בענף ההתעמלות האמנותית התעורר פעמים מספר לאורך השנים נושא הפצת המסרים לעידוד רוזן בקרב מתעמלות מצד מאמנות ההתעמלות אמנותית, והנושא נבדק על ידי כמה ועדות בדיקה¹⁰⁹:

ועדת שפר משנת 1996: משרד הספורט מינה בשנת 1996 ועדה בראשות ד"ר אורי שפר (להלן - ועדת שפר) לבדיקת אירועים שהתרחשו לכאורה בענף ההתעמלות האמנותית, בין היתר, בנושא התנהלותן של מאמנות להתעמלות אמנותית, שכללה הפעלת לחצים על מתעמלות להפחתת משקל גופן מתוך התערבות בתזונתן. המלצות הוועדה קיבלו ביטוי במסמך המלצות לביצוע דוח ועדת שפר שניסח ד"ר יהושע דקל, לשעבר סמנכ"ל ומנהל רשות הספורט והחינוך הגופני במשרד הספורט, במאי 1996 (להלן - מסמך דקל).

106 יעל משיח-ארזי, התנהגויות אכילה חריגות וירידה במשקל בסמוך לתחרויות בספורט הטאקוונדו, עבודה לתואר מוסמך במדעי התזונה באוניברסיטה העברית בירושלים (2011).

107 פורסם בכתב העת *Medicine and Science in Sports and Exercise*, המוזכר במאמרה של נעמה קונסטנטיני, "התסמונת המשולשת של הספורטאיות, החינוך הגופני והספורט", על השולחן (אוקטובר 1994).

108 איגוד ההתעמלות - עמותה רשומה המאגדת אגודות ומועדונים, ובמסגרתם פועלות ספורטאיות, חוץ מספורטאיות של הנבחרות, המתחרות ומתעמלות באחריות האיגוד. האיגוד נתמך על ידי משרד התרבות והספורט וכפוף מקצועית לאיגוד ההתעמלות הבין-לאומי. איגוד ההתעמלות אינו גוף מבוקר.

109 הנושא עלה בוועדת החינוך, התרבות והספורט מאוקטובר 2007 בדיון בנושא נבחרת ישראל בהתעמלות אמנותית.

ועדת הררי משנת 2000 : משרד הספורט הקים את ועדת הררי בשנת 2000 (להלן - ועדת הררי) בעקבות פרסומים בתקשורת על ההתנהלות בענף ההתעמלות האמנותית, וכדי לבחון את יישום המלצות מסמך דקל משנת 1996.

ועדת הררי מצאה כי מינהל הספורט במשרד הספורט לא עקב אחר יישומן של המלצות ועדת שפר ושל מסמך דקל בנושאים הרפואיים-תזונתיים; מנגנוני הבקרה והמעקב - שהיו אמורים להסדיר את עבודת המאמנים, הצוות הרפואי-תזונתי והצוות הפסיכולוגי - לא פעלו כנדרש על פי המלצות; הצהרת הכוונות לקביעת נהלים ופיקוח אחר המתעמלות נשארה ברמה התאורטית ולא יושמה; לפיכך לא נמנע מאותן המאמנות להמשיך ולהתערב בנושא משקלן ותזונתן של המתעמלות.

ועדת הררי העלתה המלצות ליישום מיידי: למנות ועדת משמעת משפטית בלתי תלויה שתקבע כיצד לנהוג בהפרת ההחלטה להרחיק את אחת המאמנות; לא לאפשר לאותה מאמנת לצאת לתחרויות בחו"ל לבד עם המתעמלות, ולמנות ראש משלחת בעל סמכות המסוגל למלא את תפקידו למרות הדומיננטיות של המאמנת; למנות תזונאית כדי שתפקח על תזונת המתעמלות ותהיה נוכחת בשלוש ארוחות ביום, ולאפשר בתכנית האימונים שלוש ארוחות ביום ללא נוכחות המאמנת; על מינהל הספורט במשרד הספורט למנות ועדה ליישום מסמך דקל בתוך שלושה חודשים, ולקבוע מנגנונים יעילים למעקב ולבקרה על יישום המלצות באופן שוטף ולאורך זמן; ועדת הררי תדאג ליישום המלצות, בין היתר, על ידי איגוד ההתעמלות ואגודות הספורט; מינהל הספורט יקצה משאבים כספיים ייחודיים למעקב, לייעוץ ולטיפולים רפואיים-תזונתיים ופסיכולוגיים עבור הבנות בנבחרות ההתעמלות ויקבע נהלים ובעלי תפקידים לבקרה תקופתית על השימוש במשאבים כספיים אלו ליעודם.

ועדת דקל משנת 2009 : בשנת 2008 מינה משרד הספורט ועדה נוספת לבחינת התנהלות מאמנות בהתעמלות האמנותית, בראשות ד"ר יהושע דקל (להלן - ועדת דקל), וזו החלה לפעול בינואר 2009. הוועדה קיימה כמה ישיבות, אבל אז איים בא כוחה של אחת המאמנות בהגשה של תביעת לשון הרע. לנוכח עמדת הלשכה המשפטית של משרד הספורט כי המדינה לא תעניק הגנה משפטית לחברי הוועדה שאינם עובדי המדינה, החליטה הוועדה להפסיק את עבודתה.

אף שהוועדה הפסיקה את עבודתה בטרם השלימה את ניסוח ההמלצות, בסוף 2009 היא הגישה סיכום ביניים, ובין היתר קבעה כי חוזרות ונשנות התלונות על אירועים הנוגעים לשתי אגודות ספורט מובילות בתחום ההתעמלות האמנותית. הוועדה ציינה כי לא מיצתה את בדיקתה בנושאים האלה: בקרה ומעקב של פסיכולוג לילדות על תזונת המתעמלות בענף; שיתוף והדרכה של הורים לילדות צעירות בענף; קיום לימודים בנושאי אתיקה בקורסים להכשרת מדריכים ומאמנים. המשך הטיפול בתלונות ההורים והמתעמלות הועבר לטיפול מינהל הספורט שבמשרד הספורט.

הוועדה השלישית פורקה משום שמשרד הספורט לא הסדיר הגנה משפטית על כל חבריה כדי שתוכל להשלים את עבודתה, ולא דאג לסיום פעולתה.

משרד הספורט השיב בפברואר 2013 כי בסמוך לאחר פרסום דוח ועדת שפר בשנת 1996 בדק ראש הוועדה ד"ר אורי שפר, את יישום המלצותיה ומצא כי ננקטו מספר צעדים בנושא.

עם זאת ממסקנות ועדת הררי משנת 2000 וממסקנות ראשוניות של ועדת דקל משנת 2009 עולה כי לא יושמו חלק גדול מהמלצות ועדת שפר. על אף תשובת משרד הספורט באשר לצעדים שנקטו, עולה חשש כבד כי נמשכות התופעות של הטפה לרזון בידי מאמנות בענף ההתעמלות האמנותית והתערבות בלתי מקצועית בתזונתן של מתעמלות.

משרד מבקר המדינה מעיר כי מדובר בבריאותן הפיזית והנפשית של מתעמלות צעירות שהתעמלו ושמתעמלות באגודות הספורט מאז ועד היום. לפיכך ראוי היה כי משרד הספורט יקפיד על יישום החלטותיהן של הוועדות שהקים לאורך השנים - ועדת שפר ומסמך דקל, ועדת הררי וועדת דקל, ולא היה מאפשר מצב שבו אינן מיושמות החלטות והמלצות הוועדות.

משרד הספורט - שמירה על בריאות הספורטאיות והיעדר מידע על הפרעות אכילה

משרד הספורט מתקצב באמצעות מבחני תמיכה גופים שונים, לרבות: איגודי ספורט; אגודות ספורט; ספורט תחרותי מחוץ למערכת החינוך; מתקני ספורט ורשויות מקומיות באמצעות "סל ספורט". את ההנחיה המקצועית בענפי הספורט נותנים איגודי הספורט, ולא משרד הספורט.

בעקבות המלצותיהן של הוועדות לבדיקת ההתנהלות בענף ההתעמלות האמנותית בנושא הפצת מסרים לעידוד הרזון, בחן משרד מבקר המדינה אם קיימים במשרד הספורט אמצעי פיקוח על מאמנים למניעת מסרים, המעודדים הפרעות אכילה ואם קיימים כללים למתן ייעוץ תזונתי מקצועי לספורטאים.

משרד הספורט השיב, בנובמבר 2012, כי המשרד באמצעות היחידה לספורט הישגי, מעמיד לרשות כלל הספורטאים ההישגיים ליווי ומעקב תזונתי. מעקב של תזונאים מתקיים במרכזי מצוינות שבתמיכת המשרד הפרושים בכ-100 רשויות מקומיות, ובהם מתאמנים בני נוער בכיתות ו'-ט'. עוד השיב משרד הספורט בפברואר 2013 כי חוק הספורט¹¹⁰ ותקנותיו¹¹¹ אוסרים על איגודי ספורט והתאחדויות ספורט לשתף ספורטאים בתחרויות אלא אם כן נבדקו תחילה בדיקות רפואיות ונמצאו כשירים. מאחר שמשרד הספורט נושא באחריות מלאה בכל הנוגע לשימוש גופי הספורט בכספי התמיכה, הוא יוזם ביקורות עומק בגופי הספורט הנתמכים. כל גוף נבדק אחת ל-3 שנים ובמסגרת הביקורת הוא נדרש להציג לרואה החשבון אישורים רפואיים על ביצוע הבדיקות.

על פי עמדת משרד הספורט, מנובמבר 2012, האיגודים וההתאחדויות, כמשמעותם בחוק הספורט, הם בעלי אוטונומיה לפעול על פי תקנוניהם וכי התערבות המדינה נוגדת גם את תקנוניהם של גופי הספורט הבין-לאומיים ועלולה לגרום להוצאת האיגודים וההתאחדויות הישראליות מהארגונים הבין-לאומיים. מלבד זאת, למשרד אין סמכות בדין הקיים לקבוע כללים למניעת הפרעות אכילה בשל אופיו הרפואי והאישי של הנושא. האחריות והסמכות המקצועית לכך מסורות למשרד הבריאות. על פי עמדת משרד הספורט, הדרך הנכונה להטמיע הוראות וכללים בנושא שימנעו העברת מסרים לעידוד הפרעות אכילה היא שילובם בתקנוני האיגודים והתאחדויות הספורט. כך ייקבעו אנשי המקצוע הרשאים לייעוץ ייעוץ תזונתי למתעמלות. עוד השיב משרד הספורט כי בתכנית ההכשרה למאמנים, הנמצאת בתהליך הכנה, הם מחויבים ל-15 שעות לימוד בנושא תזונת הספורטאים, לרבות בנושא הפרעות האכילה. המשרד פועל גם לתיקון חוק הספורט בכל הנוגע לרישוי מאמנים¹¹², כך שתנאי לחידוש הרישיון יהיה קיום חובות השתלמות, לרבות בנושא זה. עם זאת, המשרד סבור כי חובת הפיקוח על מאמנים בכל הנוגע למניעת מסרים המעודדים הפרעות אכילה מוטלת על האיגודים, על ההתאחדויות ועל כל ארגוני הספורט המעסיקים את המאמנים.

110 חוק הספורט, התשמ"ח - 1988, סעיף 5.

111 תקנות הספורט (בדיקות רפואיות), תשנ"ז-1997.

112 פ/3772 הצעת חוק הספורט (תיקון - הסדרת מקצוע מאמן ספורט), התשע"ב-2011.

קוד אתי להתנהגות כלפי מתעמלות קטינות

מינהל הספורט מסר למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי אחד הלקחים שהופקו ממקרים אלו הוא תיקון חוק הספורט¹¹³, כך שיכלול הוראה לאיגודים ולהתאחדויות לכלול בתקנוניהם קוד התנהגות מוסרית לספורטאים, למאמנים, לשופטים ולשאר נושאי משרה. התיקון נועד להבטיח כללי התנהגות ראויה בהתאמה לענפי הספורט, בעזרת קוד אתי כללי שהאיגודים וההתאחדויות יוכלו להטמיע¹¹⁴ (להלן - הקוד האתי). הקוד נכנס לתוקף בינואר 2013. משרד הספורט מסר כי ב- 14.2.2012 נשלח עותק של הקוד האתי להתאחדויות ולאיגודים כדי שיערכו לעמידה בדרישות החוק החל מ- 1.1.2013. האיגודים וההתאחדויות נדרשים לשלב את הקוד האתי בתקנונם. על פי הקוד האתי גופי הספורט יקיימו פעילות שוטפת שתכלול הפצה של הקוד האתי והטמעתו.

מינהל הספורט מסר לביקורת, ביולי 2012, כי פעל לתיקון תנאי הסף למבחני התמיכה באופן המחייב את האיגודים ואת ההתאחדויות לשלב את הקוד האתי בתקנוניהם, ללא יכולת להקל את דרישותיו אלא רק להחמירן, וזאת כתנאי סף לקבלת התמיכה החל בינואר 2013. איגוד או התאחדות, שלא יאמצו את כללי הקוד אתי בתקנוניהם לא יהיו זכאים לתמיכת משרד הספורט בשנת 2013. משרד הספורט כתב למשרד מבקר המדינה כי בסוף דצמבר 2012 פרסם מבחן תמיכה עדכני שבו נדרשים גופי הספורט הנתמכים לקבוע בתקנוניהם כללי אתיקה מקצועית התואמים את הוראות הקוד האתי לרבות בנושא השמירה על בריאות הקטין. דרישה זו היא תנאי סף לקבלת התמיכה.

משרד הספורט כתב למשרד מבקר המדינה, בדצמבר 2012, כי לדעתו הקוד האתי רלוונטי לפעילות גופי הספורט, ובייחוד למאמנים, בנושא הפרעות אכילה ומסרים מעודדי רזון. על פי סעיף 4, העוסק ב"אחריות כלפי ספורטאי קטין", קיימת חובה מוגברת על מאמנים לפעול לטובת ספורטאים קטינים, ובכלל זה למניעת הפרעות אכילה ומסרים מעודדי רזון. משרד הספורט סבור כי נכון יעשה איגוד ההתעמלות אם יכלול בקוד האתי שלו הוראות וכללים מפורטים בנושא השמירה על בריאות הספורטאים. משרד הספורט מאמין כי ניתן וראוי לעשות שימוש בקוד האתי להסדרת הנושא של מניעת הפרעות אכילה, איסור מסרים המעודדים רזון ואיסור התערבות של מאמנים בתזונת הספורטאים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הספורט לוודא באמצעות מבחני התמיכה כי האיגודים וההתאחדויות, ובייחוד איגוד ההתעמלות, קובעים בתקנוניהם כללי אתיקה דומים לכללים שנקבעו בקוד האתי, וכי הם מיישמים את התקנון הלכה למעשה. על משרד הספורט לוודא שאכן התקנון וכללי האתיקה עוסקים במניעת, ובכלל זה אוסרים העברת מסרים המעודדים רזון.

היעדר איסוף מידע על הפרעות אכילה

ראש מינהל הספורט מסר למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי לא ידוע למינהל על התופעה של הפרעות אכילה בענפי ספורט, וכי המינהל אינו מכיר מקרים כאלה.

113 חוק הספורט (תיקון מס' 7), התשע"א-2011.

114 הקוד מכונה: "קוד בסיס, כללי אתיקה לספורט בישראל קוד להגיונות והתנהגות ספורטיבית".

מהביקורת עולה כי למרות המידע הקיים בספרות העולמית בנושא, משרד הספורט אינו אוסף מידע על התופעה של הפרעות אכילה בספורט (אנורקסיה של אתלטיקה), על התסמונת המשולשת בקרב ספורטאיות ועל מספר הספורטאיות הסובלות מתופעות אלו בענפי ההתעמלות השונים. המשרד גם לא עשה מחקרים בנושא, ולכן אין ברשותו מידע על היקף התופעות האלה בענפי הספורט השונים בארץ.

משרד הספורט השיב, בנובמבר 2012, כי אין זה מתפקידו לעשות מחקרים. אמנם בשנים האחרונות הוא יזם סקרים בנושאים שונים, אך נושא הפרעות האכילה בקרב ספורטאים לא היה אחד מהם.



משרד מבקר המדינה מעיר כי משרד הספורט הקים שלוש ועדות בנושא ענף ההתעמלות האמנותית, וכי כל ועדה הייתה אמורה לבדוק את יישום המלצות קודמתה. למרות זאת לא פעל המשרד ליישם את המלצותיהן.

משרד הספורט אינו אוסף מידע ואינו עושה מחקרים על הפרעות אכילה בספורט (אנורקסיה של אתלטיקה), על התסמונת המשולשת בקרב ספורטאיות ועל מספר הספורטאים הסובלים מן התופעות הללו בענפי ההתעמלות השונים, וראוי שיעשה כן על מנת שיהיה ברשותו מידע על היקפי התופעות.

התאמות חקיקה בתחום הפרעות אכילה

הפרעת אכילה ותוצאותיה מחייבות, כאמור, בדיקה מחודשת של מערכת הבריאות, כדי להכינה למתן טיפול רפואי נאות. אחת ההתאמות הנוספות הנדרשות היא בתחום החקיקה, כמפורט להלן:

בחינה מחדש של החקיקה בנושא אשפוז כפוי של קטינות (עד גיל 18) בגין הפרעות אכילה

מנהל העמותה להפרעות אכילה מסר למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, על בעיות שנוצרו באשפוז קטינות החולות בהפרעות אכילה בכל הגילאים עקב קיומם של שני חוקים העוסקים בנושא זה - חוק הנוער טיפול והשגחה, התש"ך-1960, וחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן - חוק הטיפול בחולי נפש).

אשפוז חולות קטינות (עד גיל 15): הורי הקטינה עד גיל 15 רשאים כיום להוציא צו אשפוז על סמך ועדה פסיכיאטרית לילדים ונוער בלבד.

אשפוז חולות קטינות (מעל גיל 15 ולפני גיל 18): כיום חולות קטינות שאינן מסכימות להתאשפז, או שהוריהן אינם מסכימים לאשפוז, ניתן לאשפוזן בכפייה על פי החוק לטיפול בחולי נפש וחוק הנוער. אשפוזן בכפייה מחייב חוות דעת של פסיכיאטר מחוזי, הנסמכת על חוות הדעת הפסיכיאטר מומחה לילדים ולנוער אחרי שבדק את הקטינה, ופקיד הסעד יביא את

העניין להכרעת בית המשפט לנוער. יש חולות קטינות המאושפזות בכפייה, ועם הגיען לגיל 18 הן משתחררות מאשפוז אף שלא החלימו, ומצבן מסכן את חייהן. הדרך לאשפוז שוב לאחר גיל 18 היא על ידי מינוי אפוטרופוס (ראו גם להלן בעניין אשפוז חולות מעל 18).

משרד הבריאות מסר, בדצמבר 2012, כי הוראות של חוק טיפול בחולי נפש וחוק הנוער יוצרות קושי בקריאה ובהבנה של החוק הקיים, והביקורת על ההצדקה ועל הצורך בהסדר כה מורכב - הם הבסיס לדיונים לשינוי החוק המתקיימים כבר שנים. בסוף שנות התשעים התקיימו דיונים בנושא; לאחר מכן התקיימו דיונים משותפים של הלשכה המשפטית של משרד הבריאות ושל משרד הרווחה שהניב הצעת חוק ממשלתית, שעברה בכנסת בקריאה ראשונה כבר בשנת 2002¹¹⁵. הכנסת התפזרה בטרם התקדם הדיון בהצעה, ולא הוחל על הצעה זו דין רציפות; בשלהי שנת 2009 הוקמה ועדה משותפת למשרדי הבריאות, הרווחה והמשפטים והמועצה לשלום הילד. חרף דיונים מרובים של ועדה זו, טרם גובשה המלצה לשינוי, אף שכל המשתתפים סבורים שיש צורך בשינוי, אך לא כולם מסכימים לגבי תכנון.

משרד המשפטים מסר, בנובמבר 2012, כי העובדה ששני החוקים עוסקים בד בבד בנושא הטיפול בבעיות נפש של קטינים, יוצרת סתירות וחוסר בהירות. הוועדה המשותפת למשרדי הבריאות, המשפטים והרווחה, שטרם סיימה את עבודתה, הוקמה במטרה לבחון את ההסדרים בנושא, והיא שואפת להגיע לחוק אחד, שיטפל הן במחלות נפש והן בהפרעות נפש של קטינים, לרבות הפרעות אכילה.

משרד מבקר המדינה מעיר כי עקב התמשכות הדיונים, שהחלו עוד בשנות התשעים, על משרדי הבריאות, המשפטים והרווחה לסיים את עבודת הוועדה המשותפת ולגבש חקיקה ברורה וישימה, שתאפשר אשפוז פסיכיאטרי של קטינות, לרבות החולות בהפרעות אכילה.

הצעת החוק בנושא אשפוז בכפייה לבוגרות (מעל גיל 18) הסובלות מהפרעות אכילה

חוק טיפול בחולי נפש מתיר לפסיכיאטר מחוזי להורות על אשפוז כפוי, על טיפול מרפאתי כפוי ועל בדיקה כפויה, אם שוכנע כי מתקיימים התנאים שבחוק, ואם חולה במחלת נפש, שבעקבותיה נפגם במידה ניכרת כושר שיפוטו, עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי מייד. עם זאת, על פי המצב המשפטי בהתאם לפסיקה קודמת משנת 2003¹¹⁶, מאחר שהפרעות אכילה סווגו כ"הפרעת נפש" ולא כ"מחלת נפש", לא הייתה סמכות לפסיכיאטר מחוזי להפעיל את סמכויותיו לגבי חולות מעל גיל 18, גם אם הן סיכנו את חייהן עקב הימנעות מאכילה.

על פי עמדת משרד הבריאות, שהתגבשה בתחילת שנות האלפיים, הדרך המשפטית היחידה לאשפוז חולות בגירות מעל 18 אשפוז כפוי, הייתה על ידי פנייה לבית המשפט לקבלת צו למינוי אפוטרופוס¹¹⁷ לחולה בגירה - הליך סבוך משפטית למשפחת החולה.

במועד הביקורת נמצא החוק לטיפול בחולי נפש בהליך תיקון, שלפיו ניתן יהיה לאשפוז בכפייה חולה בגירה בצו אשפוז בהוראת פסיכיאטר מחוזי. זאת במטרה להקל על המשפחות ולמנוע את פנייתן לבית המשפט למינוי אפוטרופוס¹¹⁸.

115 הצעת חוק הנוער (טיפול והשגחה) תיקון מס' 16 (טיפול נפשי בקטין), התשס"ג-2002, הצ"ח תשס"ג, עמ' 153.
 116 ע"ש 001171/03 פלונית נ' ועדה פסיכיאטרית, לא פורסם.
 117 על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962.
 118 ואולם יצוין כי תיקון החקיקה אינו חל כלל על חולות בולימיה, שלעתים גם הן נמצאות בסכנת חיים.

במהלך ליווי הצעת החוק החליטה ועדת שרים לחקיקה על הקמת צוות בין-משרדי לגיבוש עמדת הממשלה בנושא. הדיונים בין משרד המשפטים למשרד הבריאות לא מוצו, והצעת החוק לא קודמה לפני פיזור הכנסת בסוף שנת 2012; משרד הבריאות מסר, בדצמבר 2012, כי האגף לבריאות הנפש, הלשכה המשפטית ומומחית מאיגוד הפסיכיאטריה עובדים על הצעת שינוי החקיקה שיאפשר אשפוז כפוי. איגוד הפסיכיאטריה הקים ועדת מומחים בראשות מנהל בית החולים הפסיכיאטרי שער מנשה, ד"ר אלכסנדר גרינשפון, אשר גיבשה המלצות בנושא.

באוקטובר 2012 ניתנה פסיקה חדשה על ידי בית המשפט המחוזי¹¹⁹, ולפיה יש לראות באנורקסיה מחלת נפש לפי חוק הטיפול בחולי נפש. לפיכך רשאים כיום הפסיכיאטרים המחוזיים, בהתקיים הנסיבות הנדרשות בחוק, להורות על אשפוז הכפוי של אנורקטיות מכוח סמכותם לפי חוק הטיפול בחולי נפש ואין עוד צורך בהליך של מינוי אפוטרופוסים. בכך נסללה הדרך לאשפוז חולות בכפייה כדי להציל את חייהן בלא הליך של מינוי אפוטרופוס.

משרד המשפטים כתב למשרד מבקר המדינה כי קיים פער בין היציאה ממצב של סכנת חיים ובין החלמה מההפרעה עצמה, הדורשת טיפול ממושך, שבמהלכו החולה אינה נמצאת עוד בסכנת חיים, ומאחר שסיכויי ההחלמה של חולות אנורקסיה קשות אינם רבים, לא ברור אם אשפוז כפוי יכול לשפר מהותית את מצבן הנפשי, מלבד העובדה שחייהן ניצלו באופן מיידי. לפיכך עמדתם היא כי יש לבחון כבובד ראש אם האיזונים הקבועים בחוק הטיפול בחולי נפש בין הזכויות החוקתיות המתנגשות (הזכות לחיים ולשלמות הגוף מחד גיסא, והזכות של חולות אנורקסיה בגירות לאוטונומיה, לבחירה חופשית ולשליטה בגופן מאידך גיסא) הולמים את מאפייניה של הפרעה זו.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד המשפטים ולמשרד הבריאות, במסגרת הצוות הבין-משרדי, להתייעץ עם ועדת המומחים של איגוד הפסיכיאטריה, אשר גיבשה המלצות בנושא ולבחון גם את משמעות פסיקתו של בית המשפט מאוקטובר 2012 אשר סיווגה את הפרעות האכילה כ"מחלת נפש", ואפשרה בכך לכאורה אשפוז כפוי של בוגרות בהוראת פסיכיאטר מחוזי על פי החוק לטיפול בחולי נפש.

פרסום ומדיה והשפעתם על התפתחותן של הפרעות אכילה

בשנים האחרונות הפך הרזון בחברה המערבית סמל ליופי, לנעורים, להישגיות ולשליטה עצמית, בד בבד עם עיסוק גובר והולך בנושאי תזונה וחיטוב הגוף. הקולנוע, הטלוויזיה ועולם הפרסום מציגים נשים רזות במידה קיצונית, ומשפיעים בכך על דימוי הגוף הנוצר בקרב בני הנוער. הדרישה החברתית לרזון כאידאל יופי - דרישה המכוונת בעיקר לנשים ונערות - גוררת התעסקות רבה בדיאטות, במטרה לרדת במשקל ולהידמות לאידאל הרזון המוצג בתקשורת.

כדי למנוע התפתחותן של הפרעות אכילה ולצמצמן, חוקק במרץ 2012 חוק הגבלת משקל בתעשיית הדוגמנות, התשע"ב-2012¹²⁰ (להלן - חוק הפוטושופ) שנכנס לתוקף בינואר 2013. החוק מחייב פרסומאים ומפרסמים לקיים את התנאים האלה: (א) לקבל אישור מרופא כי הדוגמן אינו סובל מתת-משקל בהתאם לחישוב מדד מסת הגוף (BMI); (ב) פרסומאי המציג דמות של אדם שנעשה בה שימוש בעריכה גרפית (להלן - פוטושופ) לשם הצרת היקפי הגוף, חייב לכלול הבהרה בפרסומת כי נעשה שימוש בעריכה זו.

119 ע"ו 37847-09-12 פלוגית נ' היועץ המשפטי לממשלה, לא פורסם.
120 ס"ח התשע"ב, 230.

משרד מבקר המדינה מעיר, כי כעת, לאחר שתוקן חוק זה, יש לפעול לפיקוח מוגבר על דרכי יישומו הלכה למעשה.



קיומם של שני חוקים העוסקים בד בבד בטיפול בבעיות נפש של קטינים יוצר קשיים ביישומם, בעיקר בעת אשפוז פסיכיאטרי של נערות עד גיל 18 בגין הפרעות אכילה. כדי לבחון את הנושא הוקמה ועדה משותפת למשרדי הבריאות, המשפטים והרווחה שמטרתה להביא לידי חקיקת חוק אחד. בביקורת עלה שעבודתה נמשכת מאז שנת 2009, והיא טרם הושלמה.

על פי פסיקת בית המשפט משנת 2003 הוגבלה היכולת לאשפוז בכפייה חולות בוגרות מעל גיל 18, הסובלות מהפרעות אכילה ונמצאות במצב מסכן חיים. אולם על פי פסיקה חדשה מאוקטובר 2012 יש לראות באנורקסיה מחלת נפש, המאפשרת לפסיכיאטר מחוזי להורות על אשפוז בכפייה לפי חוק הטיפול בחולי נפש. על משרד הבריאות ועל משרד המשפטים לבחון את משמעות הפסיקה החדשה במסגרת פתרון סוגיית האשפוז של חולות בוגרות.

האבחון והטיפול של צה"ל בהפרעות אכילה בקרב חיילות

השינויים שעוברים על החיילות במהלך הגיוס והשירות הצבאי, ההתמודדות עם מצבי לחץ והמרחק מהבית מקשים על החיילות, והם עלולים לגרום להתפתחות של הפרעות אכילה, להחמיר הפרעות קיימות או לעורר כאלו שהיו בעבר. כל אדם מגיב באופן שונה לחץ, וחיילות שסבלו בעבר מהפרעות אכילה עלולות לפתחן שוב, או שעצמת התסמינים שלהן עלולה להתחזק בתקופת השירות הצבאי.

מחלקת בריאות הנפש במפקדת קצין חיל רפואה ראשי (להלן - מקרפ"ר) אחראית לטיפול בהפרעות אכילה בצה"ל, והענף הקליני במחלקה קובע מדיניות רפואית בתחום בריאות הנפש. במרבית היחידות בצה"ל משרתים קציני בריאות נפש (להלן - קב"נים), קצינים שבהכשרתם הם עובדים סוציאליים בעלי תואר מוסמך (שני) (50%), פסיכולוגים קליניים (30%) או פסיכיאטרים (20%).

במועד הביקורת שרתו בצה"ל כ-170 חיילות, שאובחנו כחולות בהפרעות אכילה¹²¹. מספר זה נמוך הרבה יותר ממספרן המשוער של החולות המשרתות בצה"ל. ההנחה של מחלקת בריאות הנפש במקרפ"ר היא כי אובחנו רק מקצת החיילות החולות במחלה, בדומה למצב הקיים בקופות החולים.

מיטב (בקו"ם לשעבר)¹²² היא היחידה הצבאית המופקדת על ביצוע הליכי המיון והשיבוץ של כלל המועמדים לשירות ביטחון (להלן - מלש"בים או מלש"ביות)¹²³ וכן החיילים המשרתים כבר

121 מאחר ש-90% מהחולים הם נשים - גם פרק זה נכתב בלשון נקבה, אך הכוונה גם לגברים.
122 מיטב (בקו"ם לשעבר) מאחדת את חמש לשכות הגיוס ברחבי הארץ (באר שבע, טבריה, תל השומר, ירושלים וחיפה).
123 על פי חוק שירות ביטחון (נוסח משולב), התשמ"ו-1986.

בצה"ל. מיטב כפופה לראש חטיבת תכנון ומקורות כוח אדם (תומכ"א) שבאגף כוח אדם (אכ"א) בצה"ל. מדור אבחון והערכה במיטב אחראי על גיוס מלש"בים ועל מיונם. המנחה המקצועי של מיטב בנושא אבחון מלש"בים בנושאים פסיכיאטריים הוא מדור אבחון ומיון בענף הקליני במחלקת בריאות הנפש, המאבחן מועמדים לשירות ביטחון וקובע להם פרופיל פסיכיאטרי על פי ספר הפרופילים. ארבע הרמות של הפרעות אכילה הן: (1) ללא ממצאים פתולוגיים - ללא סימון פרופיל; (2) הפרעת אכילה עם קשיי תפקוד קלים - פרופיל נפשי 64; (3) הפרעת אכילה עם קשיי תפקוד בינוניים - פרופיל נפשי 45; (4) הפרעת אכילה עם קשיי תפקוד חמורים - פרופיל נפשי 21, הפוטר משירות ביטחון.

אבחון הפרעות אכילה בקרב מלש"ביות ובקרב חיילות משרתות

חיילות הלוקות בהפרעות אכילה רשאיות לשרת בצה"ל אם ההפרעה אינה חמורה מהבחינה רפואית ומהבחינה הנפשית, אלא מלווה בקשיי תפקוד קלים עד בינוניים. פעמים רבות מלש"ביות בעלות מוטיבציה גבוהה מסתירות את הפרעת האכילה בעת בדיקתן הרפואית בלשכות הגיוס, במטרה להתגייס ולהגיע לקורסים ולתפקידים יוקרתיים בצה"ל.

מספר החיילות המאובחנות בצה"ל

צה"ל העביר נתונים על מספר החיילות שניתן להן פרופיל רפואי עקב הפרעת אכילה בדרגה מתונה, בינונית וחמורה¹²⁴. להלן מוצגים מספרי החיילות שאובחנו בדרגה מתונה ובינונית (מי שאובחנה בדרגה חמורה שוחררה מצה"ל) ומשרתות בפועל:

2012*	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	
170	190	210	191	101	81	78	67	מספר החיילות

* נכון לסוף מאי 2012.

מהטבלה עולה כי בשנת 2011 ניתן ל-190 חיילות פרופיל רפואי בגין הפרעות אכילה¹²⁵. 111 חיילות מתוכן אותרו עוד במהלך תהליכי הגיוס, ו-79 חיילות אובחנו במהלך השירות. כמו כן 14 חיילות שוחררו מצה"ל במהלך השנה מסיבה זו, לפני תום תקופת שירותן.

יש חיילות שהפרעת האכילה החלה אצלן רק לאחר צו גיוס ראשון בגיל 16.5, או במהלך השירות. דיווח על חיילות שלגביהן יש חשש שהן סובלות מהפרעות אכילה במהלך השירות הצבאי יכול להתקבל מכמה גורמים: (1) מהחיילים המשרתים עמה או ממפקדיה. ראש ענף קליני מסרה למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי צה"ל מפעיל תכנית "ערבות הדדית"¹²⁶ ותכנית "יש מוצא"¹²⁷ הקוראות לחיילים לדווח, בין היתר, על הפרעות אכילה בקרב חיילות (2) מרופא

124 ענף קליני בבריאות הנפש מסר כי ייתכנו אי-דיוקים במספרים, משום שיתכן כי אותה חיילת קיבלה פרופיל בדרגה מתונה ואחר כך בדרגה חמורה יותר - ואז תיספר פעמיים.

125 סדר כוחות צה"ל הוא מסווג, ולכן אי-אפשר להציג את מספר החיילות הצפוי המשוער שסובלות מהפרעות אכילה, ולהשוותו לנתון של 170 חיילות שאובחנו בצה"ל כחולות בהפרעות אכילה.

126 במסגרתה מועברות הרצאות כדי לעודד חיילים לדווח על סימני מצוקה של חבריהם וגם על חשש מהפרעות אכילה.

127 במסגרתה מועברות הרצאות למפקדים כדי להגביר את ערנותם למצוקת חיילים, בעיקר במטרה למנוע אבדנות.

היחידה שאליו הגיעה חיילת בגין תלונה בנושא רפואי אחר, על פי סימנים גופניים כגון: רזון קיצוני, נשירת שיער והפסקת מחזור.

מחלקת בריאות הנפש מסרה למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי אכן קיים אבחון חלקי הן של חולות בהפרעת אכילה שהתגייסו והסתירו את הפרעתן במכוון מצה"ל, והן של חיילות שההפרעה התפתחה בקרבן במהלך שירותן.

אבחון הפרעות אכילה בלשכות הגיוס

איתור מלש"בית, שסבלה מהפרעת אכילה בעבר, בזמן התייצבותה בלשכת הגיוס הוא חיוני, משום שהוא מאפשר לצה"ל לקבל החלטה על גיוס המותאם למצבה הרפואי והנפשי; להתאים את שיבוצה למצבה תוך כדי הימנעות מלשבצה בתפקידים שאינם מתאימים למצבה הרפואי, כגון - תפקידים רגישים, תפקידים שיש למלאם בתנאי לחץ ובמקומות מרוחקים; לאפשר לה להמשיך לקבל טיפול רפואי בתוך צה"ל או מחוצה לו, כגון קבוצות תמיכה וטיפול תרופתי; לאיתור מראש עשויות להיות השלכות גם על שאלת האחריות הכספית והרפואית של הצבא למצבה של החיילת וכן על הקביעה כי מצבה הוחמר במהלך השירות הצבאי.

בכל לשכת גיוס ישנם קב"נים, שתפקידם ליישם מדיניות שנקבעה בספר הפרופילים הכולל סעיפים בנושא תת-משקל או עודף משקל ללא סיבות נפשיות, וכן סעיפים של הפרעות או מחלות פסיכיאטריות לרבות אנורקסיה ובולימיה. ענף קליני במחלקת בריאות הנפש בצה"ל מסר כי בממוצע לכ-50% מהחיילות, הסובלות מהפרעות אכילה (70% מהן סובלות מאנורקסיה ו-30% סובלות מבולימיה), מאופיינות גם בהפרעה פסיכיאטרית נוספת (כגון דיכאון, חרדה, בעיות הסתגלות ופוסט-טראומה). ככל שמשקל החיילת נמוך יותר, כך לרוב ההפרעות הנוספות קשות יותר.

משקלה וגובהה של המלש"בית נמדדים בלשכת הגיוס עם התייצבות בעקבות קבלת צו ראשון בגיל 16.5. במקרה של תת-משקל יינתן זמנית סעיף פרופיל מתאים, ללא היבטים של הפרעות אכילה, והמלש"בית תקבל דחיית גיוס בחצי שנה וזימון נוסף. במקרה שהיא מדווחת על הפרעת אכילה או שהרופא חושד בכך - הוא מפנה אותה להערכת קב"ן, והיא תידרש להמציא מסמכים רפואיים מהגורמים שטיפלו בה לפני גיוסה. הערכת קב"ן על הפרעת אכילה מתבטאת בסעיף פרופיל של הפרעת אכילה. כמו כן תופנה המלש"בית לפסיכיאטר להערכה פסיכיאטרית (לעתים על סמך הערכה פסיכיאטרית או פסיכולוגית קודמת), ובסופה הוא יקבע את חומרת ההפרעה. אם ההפרעה קשה - היא תשוחרר, ואם ההפרעה קלה - היא תגויס ותקבל הקלות והגנות בהתאם למצבה¹²⁸.

מלש"ביות המועמדות ללחימה עוברות ריאיון התאמה, ובו ניתן לאתר הפרעות אכילה; השאר עוברות ריאיון קצר שבו הן נשאלות באופן כללי על בעיות נפשיות, ואם עולה בעיה כלשהי, לרבות הפרעת אכילה, מופנית המלש"בית לביורר מעמיק יותר.

מידע על הפרעות אכילה עשוי להגיע לצה"ל גם בדרך של פניות של אנשים שמכירים את המועמדת, כמו הורים, מורים או המלש"בית עצמה למרכז מידע (בטלפון או בפקס) המעביר את המידע למחלקת בריאות הנפש.

בביקורת נמצא כי לרוב הקב"נים המאבחנים הפרעות אכילה בקרב מלש"ביות אין הכשרה ייעודית בנושא, ובשל נטייתן של החולות להסתיר את מחלתן, קיים חשש שאינן מאובחנות.

128 כגון שיבוצה בבסיס קרוב לבית או למוסד רפואי שבו תטופל; מעקב קבוע על ידי קב"ן.

לדעת משרד מבקר המדינה, בשל חשיבותו של הליך האבחון בשלבי הגיוס, הן להחלטה אם לגייס והן להתאמת סוג השירות, במקרים שבהם עולה חשש מהפרעת אכילה על צה"ל לשקול ביצוע אבחון מקצועי באחת המרפאות או בתי החולים המתמחים בנושא, בין השאר, על ידי מיקור חוץ.

צה"ל כתב למשרד מבקר המדינה, בדצמבר 2012, כי במקרה של חשש מהפרעות אכילה או תת-משקל מונחים רופאי לשכות הגיוס לקיים בירור מלא המתייחס, בין השאר, להפרעות אכילה ידועות, לבעיות בדימוי גוף, למחלות מטבוליות ותת-ספיגה. מפאת חשיבות הנושא, במבחני ההסמכה ליו"ר ועדה רפואית צה"לית ובבקורות המקצועיות המתקיימות בלשכת הגיוס - יש התייחסות מיוחדת להפרעות אכילה.

הדיווח של רופא המשפחה ושל המלש"בית על מצבה הרפואי

כל מלש"בית אמורה להמציא ללשכת הגיוס (במועד התייצבותה בעקבות קבלת צו ראשון) שאלון רפואי כפול החתום, הן בידיה והן בידי רופא המשפחה בקופת החולים, המפרט את עברה הרפואי ואת מצבה הרפואי הנוכחי. השאלון שמילא רופא המשפחה, הנעזר בתיק הרפואי של המלש"בית בקופת החולים, ויש לו מידע על עברה הרפואי, מספק מידע חיוני לרופא הצבאי הבוחן את מצבה הרפואי של המלש"בית במטרה לשבצה בתפקיד המתאים ליכולותיה הגופניות.

ואולם, על אף הנאמר לעיל, הביקורת העלתה את הממצאים האלה: (1) מלש"בית שנמנעת מלהמציא לצה"ל את שאלון הבריאות החתום בידי רופא קופת החולים כנדרש - מתגייסת גם בהיעדרו; (2) רק 30%-40% מהמלש"ביות אכן ממציאות שאלון חתום בידי רופא המשפחה, וצה"ל אינו עושה מאמצים להגדיל שיעורים אלו ולקבל את הצהרות הבריאות; (3) בשאלון למלש"בית אין שום שאלה על הפרעות אכילה או על הפרעות נפשיות, ולכן ממילא היא אינה נדרשת לנושא; (4) גם בשאלון לרופא מוצגת שאלה בדבר הפרעות נפשיות וטיפוליים פסיכולוגיים בעברה, ואולם הרופא אינו נדרש לענות באופן פרטני בנושא הפרעות האכילה.

צה"ל מסר כי התופעה שמלש"ביות אינן מדווחות על הפרעת אכילה היא ידועה. לרוב קשורות הסיבות לרצונן לשרת במגוון תפקידים ולחשש שחשיפת עברן הרפואי יגביל אותן בשירות הצבאי. ראש ענף קליני מסרה למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי האבחון של הפרעות אכילה בקרב מלש"ביות וחילות הוא חלקי: לעתים השאלון אינו מזכיר את ההפרעה כלל, ולעתים אינו מבטא את חומרתה; לעתים רופא הילדים או רופא המשפחה כלל אינם מודעים להפרעות האכילה שמהן סובלת המלש"בית, או שהם מודעים לכך חלקית, מאחר שהיא מסתירה אותן כדי שלא לפגוע בשירותה הצבאי; לעתים הרופא מודע להפרעה, אך לבקשתה של המלש"בית או של בני משפחתה, אין הוא מוסר לצה"ל מידע או מסתפק במסירת מידע חלקי.

ראש מדור מיון בענף הקליני במחלקת בריאות הנפש מסרה כי במקרה שמלש"בית לא החתימה רופא, אך דיווחה כי יש לה עבר פסיכיאטרי, צה"ל יפעל להשגת המידע הרפואי עליה, לרבות פנייה לבתי חולים ולפסיכולוגים פרטיים המחויבים לדווח לצה"ל על פי חוק¹²⁹. אם המלש"בית לא דיווחה על עברה, ולא אובחנה בלשכת הגיוס, המידע עלול שלא להגיע לצה"ל.

129 חוק שירות ביטחון [נוסח משולב], התשמ"ו-1986, סעיף 44; רמ"ד מיון בבריאות הנפש מסרה על התנגשות בין חובת פסיכולוגים לשמירת סודיות החולה ובין חובתם לדווח כדי למנוע סיכון ממטופליהם. ככל שהסיכון לחולה גובר, כך גוברת הנטייה לדווח.

מלש"בית הנמנעת במכוון מהמצאת השאלון כדי להסתיר את מחלתה מגויסת לשירות גם בהיעדר המידע הרפואי; אי-ידיעת הצבא על מחלתה עלולה להביא לידי שיבוץ לא מתאים וכך להחמיר את ההפרעה ולמנוע ממנה נגישות לטיפול; הדבר משפיע גם על אחריות צה"ל למצבה או להחמרה במצבה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על צה"ל לשלב נושאים אלו בשאלון הכפול, ולנסות להגדיל את שיעור המלש"ביות שימציאו שאלון מלא מרופא הקופה, תוך כדי שקילת הפעלת סנקציות או תמריצים.

העברת מידע רפואי מקופות החולים לצה"ל

צה"ל מסר, בדצמבר 2012, כי על פי עמדתו יש להעביר את כל המידע מקופות החולים. עם זאת, סוגיית העברת מידע רפואי מהמרפאות קופות החולים לצה"ל נידונה פעמים רבות גם עם מנהלי בתי חולים פסיכיאטריים ועם משרד הבריאות. הקופות והמטפלים האזרחיים בשירות הציבורי והפרטי מסרבים במקרים רבים להעביר מידע על המטופלים. קיימת התנגשות בין הצורך בשימור הטיפול ובהעברת מידע בין המטפלים, ובין החשש שבני נוער לא יגיעו לטיפול אם ידעו שהמידע יועבר לצה"ל, והוא עלול לפגוע בשירותם הצבאי. כך עלול להיגרם נזק מידי לבריאותם.

עוד מסר צה"ל כי במהלך 2012 פותח פרויקט "מידע מושלם", שבמסגרתו פעל חיל הרפואה להשגת ממשק ממוחשב עם קופות החולים, כדי לקבל את תמצית תיקן הרפואי של המלש"ב בתהליך הגיוס. מטרת הפרויקט הן לשפר את איכות המיון הרפואי בצה"ל, ולהבטיח את המשכיות הטיפול הרפואי בחיילים המגויסים לצה"ל, באמצעות קליטה ממוכנת של המידע הרפואי מהקופות. קבלת מידע אמין תיעל את מערך הרפואה בלשכות הגיוס ותצמצם את הצורך בבירור נוסף עם הקופה. ראש מיטב מסר למשרד מבקר המדינה, באוגוסט 2012, כי ביולי 2012 החל לקבל מידע רפואי על מלש"ביות מהכללית, אולם טרם הוחלט בצה"ל על שיטת ניתוח המידע.

יו"ר העמותה להפרעות אכילה מסר למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2012, כי הדרישה להרחיב את הדיווח של רופאי המשפחה במרפאות הקופות לצה"ל עלולה לשמש חסם לנערות החוששות מהפרופיל הרפואי שייקבע להן.

דיווח משרד הבריאות לצה"ל על אשפוז פסיכיאטרי

צה"ל מקבל מהמשרד באופן שוטף קובצי מחשב, המפרטים את כל האשפוזים הפסיכיאטריים בכל המחלקות הפסיכיאטריות בארץ (הן בבתי החולים הפסיכיאטריים והן במחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים הכלליים) של חיילים המשרתים בצה"ל בשירות חובה, בקבע ובמילואים¹³⁰. הקבצים מנותבים ללשכות הגיוס השונות, וצה"ל מבקש מהמחלקות הפסיכיאטריות את סיכום האשפוז. אשפוז פסיכיאטרי של מלש"בים קטינים לצורך אבחנה או טיפול על פי החוק¹³¹ לא יתועד במסמכים או במאגרי מידע של מערכת בריאות הנפש (למעט תיקו האישי של הקטין בבית

130 מכוח סעיף 44 לחוק שירות ביטחון (נוסח משולב), התשמ"ו-1986, ותקנות שירות ביטחון (מסירת פרטים על מחלות נפש), התשנ"ט-1999.

131 חוק הנוער טיפול והשגחה, התש"ך-1960 (להלן - חוק הנוער), סעיף 23(ב).

החולים), אלא אם כן אובחן כחולה במחלת נפש המסכנת אותו או את זולתו. הפרעת אכילה אינה מוגדרת מחלת נפש¹³², ולרוב החולים אינם מסכנים את עצמם או את זולתם¹³³.

לפיכך, אשפוזים פסיכיאטריים של מלש"ביות קטניות בגין הפרעות אכילה בבתי חולים פסיכיאטריים או במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, לרוב אינם מתועדים במאגר המידע של האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, גם אם נשקפת סכנה לחייהן¹³⁴. על כן אין המשרד יכול להעביר מידע לצה"ל על אשפוז פסיכיאטרי של מלש"ביות עקב הפרעות אכילה. זאת בניגוד לתיעוד הקיים לגבי חיילות בגירות בשירות סדיר וקבע המועבר לצה"ל.

ראש המועצה לשלום הילד, מר יצחק קדמן, כתב למשרד מבקר המדינה, באוגוסט 2012, כי הוראת החוק משקפת לדעתו את האיזון הראוי שבין האינטרס של הצבא לקבל מידע על אשפוזים פסיכיאטריים של קטינים, ובין הרצון לשמור על פרטיותם ולא לאפשר חשיפת מידע, שעלולה לפגוע בהם ובעתידם המקצועי. גם יו"ר העמותה להפרעות אכילה כתב, באוקטובר 2012, כי מאחר שכ-50% מהנערות החולות יחלימו כמעט באופן מלא, דיווח גורף על אשפוז פסיכיאטרי בעת היותן קטניות עלול להפחית שלא לצורך את סיכוייהן להשתלב בצבא באופן התואם את כישוריהן, ואף עלול לחבל ברצונן להחלים.

הענף הקליני בבריאות הנפש בצה"ל וראש מיטב מסרו למשרד מבקר המדינה, בספטמבר 2012, כי צה"ל, כאמור, הגיע להסכמה עם כל קופות החולים בדבר העברת מידע ישיר מהתיק הרפואי של החיילים בקופות לצה"ל. משרד מבקר המדינה מעיר כי, כאמור, מידע על אשפוזים פסיכיאטריים של קטינים אינו נמצא בדיווח זה.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות, על משרד המשפטים ועל צה"ל, בשיתוף המועצה לשלום הילד, לבחון את השלכות פסק הדין, שניתן באוקטובר 2012 ושקבע כי הפרעת אכילה היא מחלת נפש, על סוגיית הדיווח לצה"ל. מוצע לשקול את האיזון הראוי בין הצורך לשמור על פרטיותה של הקטינה ובין הצורך לשמור על בריאותה של החיילת, כדי לקבל החלטה שקולה ועניינית בשאלה אם לגייסה לצה"ל ואם כן, לאילו תפקידים - בפרט במקרים של מחלה קשה ואשפוז ממושך בסמיכות זמנים לתהליכי הגיוס ובמקרים בהם יש הערכה רפואית בדבר סיכויים גבוהים לחזרתה של המחלה.

טיפולו של צה"ל בחיילות הסובלות מהפרעות אכילה

בהחלטה שצה"ל מקבל בנוגע לכל מלש"ביות שסבלה מהפרעות אכילה טרם גיוסן מעורבים כמה שיקולים: מחד גיסא, רצונו של הצבא לאפשר לחיילת לשרת כחלק מתהליך שיקומה, ומאידך גיסא החשש שמא השירות יחמיר את מצבה הרפואי ויסב לה נזק. לפיכך נקבעת מדיניות צה"ל בהתאם לחומרת מחלתה. משהחליט צה"ל לגייס חיילת הסובלת מהפרעת אכילה, הוא קובע בשבילה

132 יצוין, כאמור, כי על פי פסיקה חדשה, מאוקטובר 2012, הפרעת אכילה אכן הוגדרה מחלת נפש.
133 בתי חולים ורופאים פסיכיאטרים מחויבים לדווח למשרד על עבר פסיכיאטרי של חולים שנאסר עליהם להשתמש בנשק גם אם אינם סובלים ממחלת נפש, וכן לדווח למשרד על חולים שנאסר עליהם לנהוג ("הודעת מטפל"). משרד הבריאות מעביר מידע זה למשרד הפנים ולמשרד התחבורה. החולות בהפרעות אכילה לרוב אינן מנועות מלנהוג או להחזיק נשק, ולכן לא ידווחו עליהן למשרד הפנים או למשרד התחבורה.

134 אלא אם כן הוצאה הודעת מטפל בנושא החזקת נשק.

הגנות, הטבות והגבלות שיינתנו לה במהלך שירותה כגון שירות קרוב לבית; שירות קרוב למתן רפואי; טיפול ומעקב רציף אחר ההפרעה¹³⁵ באמצעות קב"ן.

טיפול בהפרעות אכילה במסגרת צבאית אפשרי רק במקרים שבהם יש שיתוף פעולה מצד החיילת: עליה לקבל טיפול פרטני, ליטול תרופות פסיכיאטריות, להשתתף בקבוצות ולעבור בדיקות ושקילות. להלן פירוט הטיפול הניתן במסגרת הצבא:

1. **טיפול פרטני:** פגישות אישיות שמקיימת החיילת עם קב"ן שאינו בעל הכשרה ייעודית לנושא ועם פסיכיאטר; לעתים יוחלט על ביקורת תקופתית יזומה של בריאות הנפש, ובמסגרתה תוזמן החיילת לביקורת תקופתית על ידי קב"ן היחידה שהיא באחריותו, להערכת מצבה ביחידה בתדירות שנקבעת על פי מצבה. אם הקב"ן מתרשם שמצב החיילת אינו יציב, הוא יעביר אותה לטיפול של פסיכיאטר או ישלח אותה לבדיקות נוספות; מהבחינה הרפואית יתבצע מעקב על ידי רופא היחידה; לעתים רחוקות תיפגש החיילת עם דיאטנית.

2. **קבוצות תמיכה לחיילות הסובלות מבולימיה¹³⁶:** צה"ל מקיים משנת 2009 קבוצות תמיכה לטיפול בחיילות הסובלות מבולימיה ומהפרעות אכילה לא מסוגלות, והשתתפו בהן כ-30 חיילות¹³⁷. שיעור החיילות המסיימות את הטיפול בקבוצה עומד על כ-60%. צה"ל ליווה את הקבוצות בשנים 2009-2010 במחקר שבחן את יעילות הטיפול הקבוצתי לעומת הטיפול הפרטני, במטרה להפחית את שחרור החיילות משירות, לצמצם את הצורך באשפוז במהלך השירות, לקצר את משך הטיפול ולשפר את מצבן הגופני והנפשי.

3. **מסגרות טיפול ייעודיות מחוץ לצה"ל (מיקור חוץ):** במקרים הקשים יותר, צה"ל מאפשר לחיילות הסובלות מהפרעות אכילה לקבל טיפול מרפאתי מחוץ לצבא (מרפאות ממשלתיות או של הקופות). צה"ל הפנה אליהן בשנת 2012 שבע חיילות.

4. **אשפוז בבתי חולים ושחרור מהצבא:** חיילת הסובלת מהפרעות אכילה, שמצבה הבריאותי או הנפשי מידרדר עד כדי צורך באשפוז, משוחררת מצה"ל.

מחסור בכוח אדם ייעודי בצה"ל לאבחון ולטיפול בהפרעות אכילה

כוח אדם ייעודי מיומן הוא תנאי הכרחי למתן טיפול ראוי לחיילות הסובלות מהפרעות אכילה. להלן תמונת המצב הנוגעת להכשרת כוח האדם בתחום בצה"ל ולמחסור בתזונאים.

1. **היעדר הכשרה ייעודית למטפלים בהפרעות אכילה בצה"ל:** בביקורת נמצא כי הקב"נים המטפלים בחיילות הסובלות מהפרעות אכילה ביחידות צה"ל השונות לא קיבלו הכשרה ייעודית בנושא, הם אינם מומחים בו ואין להם ניסיון בעבודה במחלקה ייעודית להפרעות אכילה - ניסיון הנדרש לטיפול מקצועי בהפרעה. הקב"נים נחשפו לנושא בהכשרתם הכללית במהלך לימודי עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה או פסיכיאטריה. כדי לטפל באופן מקצועי בחולות בהפרעות אכילה, קיים צה"ל עד 2007 קורס ייעודי להפרעות אכילה, ואולם במועד הביקורת נושא זה לא נכלל בתכנית הלימודים שמקיימת מחלקת בריאות הנפש לכלל הקב"נים בצה"ל באופן קבוע, למעט אזכור תמציתי בקורס לאבחון והערכה פסיכיאטרית. מחלקת בריאות הנפש מסרה למשרד מבקר המדינה, בספטמבר 2012, כי בשנת 2013 מתוכנן להיפתח קורס ייעודי

135 ביקורת בריאות הנפש תקופתית יזומה - הקב"ן ביחידה שבה משרתת החיילת אחראי לאתרה ולזמנה, בהתאם למצבה, לביקורת תקופתית במהלך השירות.

136 צה"ל אינו מקיים קבוצות לחולות באנורקסיה מפאת החשש מהשפעה הדדית ביניהן.

137 בהנחיית פרופ' ד' שטיין, מנהל המחלקה הייעודית לילדים בבית החולים ספרא. טרם אושרה דיאטנית לליווי הקבוצות.

לנושא הפרעות אכילה בצה"ל, המיועד לכלל הקב"נים, לשם הקניית ידע במניעת הפרעות אכילה, באיתרון ובטיפול בהן החל בשנה הרביעית לשירות הקבע.

משרד מבקר המדינה רואה בחיוב את הכשרת הקב"נים לנושא הפרעות אכילה.

2. מחסור בתזונאים: במועד הביקורת שירתו בצה"ל שלוש תזונאיות בלבד. ראש ענף קליני במחלקת בריאות הנפש מסרה למשרד מבקר המדינה, במאי 2012, כי אין די תזונאים למתן ייעוץ תזונתי לחיילות החולות - שירות חיוני לטיפול בהפרעה - ולכן טרם אושר צירוף תזונאים לליווי הקבוצות לטיפול בבולימיה המתנהלות ללא תזונאים.

ראש ענף בריאות הצבא במקרפ"ר מסר, באוקטובר 2012, כי צה"ל מעסיק גם כ-10-20 תזונאיות כיועצות חיצוניות. כמו כן, חלק מחילי צה"ל מקבלים טיפול רפואי ישירות בקופות החולים¹³⁸, וייתכן שחלקם פונים לייעוץ תזונתי בקופות.

לדעת משרד מבקר המדינה, גם אם יש חיילות חולות בהפרעות אכילה המקבלות ייעוץ תזונתי בקופה, הייעוץ אינו חלק מטיפול ייעודי רב-מקצועי, אלא ניתן כנפרד מהטיפול הפסיכולוגי או הפסיכיאטרי, שמעניקים הקב"נים בצה"ל, וכך נוצר פיצול בטיפול שניתן לחיילות החולות. בשל חוסר שיתוף הפעולה האופייני של החולות בהפרעה היעדר תיאום רציף בין המטפלים במסגרת צה"ל, בעיקר כשהטיפול מופצל בין קב"נים בצה"ל לבין טיפול רפואי ותזונתי הניתן לחלק מהחיילות ישירות על ידי הקופות, מאפשר לחיילות לתמרן בין המטפלים תוך כדי הסתרת מידע על מצבן ועל התקדמות הטיפול (ראו לעיל בפרק בנושא היעדר הנחיית המשרד בקשר לחובת הטיפול הרב-מקצועי).

ענף בריאות הצבא במקרפ"ר מסר, באוקטובר 2012, כי בעקבות דוח קודם של מבקר המדינה¹³⁹ החלה בצה"ל עבודת מטה, בין היתר, בהגדרת צורכי הצבא בתחום של התזונאים, ואולם העבודה טרם הסתיימה, טרם הוגדרו צרכים וממילא לא יצאו הנחיות ליישום.

נמצא כי אין די תזונאים בצבא שניתן להפנותם לניהול קבוצות, שבהן משתתפות חיילות חולות בבולימיה. צה"ל טרם הגדיר כמה תזונאים דרושים לו. על צה"ל לבחון את הצורך בהעסקת תזונאים נוספים כדי לאפשר מתן שירות לכלל החולות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על צה"ל לאתר את הגורם החיצוני שיטפל בחולות בהפרעות אכילה טיפול ייעודי רב-מקצועי תחת קורת גג אחת, תוך כדי שיתוף פעולה הדוק ורציף בין הגורמים המטפלים, כפי שנהוג ביחידות הייעודיות האזרחיות.

צה"ל השיב, בדצמבר 2012, כי מקרפ"ר יבדוק את האפשרות להקמת מרפאה ייעודית במרפאת בריאות הנפש המרכזית בבסיס תל השומר.

138 חיילים המשרתים בבסיסים תל השומר והקריה בתל אביב מקבלים שירות רפואי מקופות החולים במסגרת מיקור חוץ.

139 דוח מבקר המדינה בנושא מניעת השמנה, עמ' 826.

סיכום

מערך הבריאות השלם, אשר נועד לטפל בחולות הסובלות מהפרעות אכילה, היה אמור לכלול: אשפוז, אשפוז יום, טיפול יום, טיפול מרפאתי ושיקום. הביקורת העלתה כי מערך זה נבנה ללא הכוונה וללא בחינה יסודית של הצרכים על ידי המאסדר - משרד הבריאות. משרד הבריאות אחראי בנושא הפרעות האכילה על רכישת שירותים ועל הפעלתם בעצמו, זאת במסגרת אחריותו הישירה לבריאות הנפש בישראל, עד העברת האחריות לקופות במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש, שהחלה בינואר 2013. המשרד אחראי גם על אסדרת הפעילות בטיפול בהפרעות האכילה ועל הפיקוח עליהן, כמו בכלל סוגיות הבריאות שאינן בתחום בריאות הנפש. זה שנים מתפתחת בחברה המודרנית הפרעה קשה המסכנת את בריאותן ואת חייהן של נערות ונשים רבות, אך מקבלי ההחלטות אינם מעניקים את הטיפול המיטבי המאפשר להתמודד עם ההפרעה ולטפל בה כראוי. בביקורת עלו ליקויים ברוב הנושאים שנבדקו.

מחסור במסגרות אשפוז, אשפוז יום, טיפול יום, טיפול מרפאתי ושיקום: על משרד הבריאות, על האיגודים המקצועיים בתחום ועל קופות החולים לאמוד את מספר הנערות והבוגרות החולות בהפרעות אכילה והנוקקות לטיפול; לבחון פתיחת מחלקות אשפוז ייעודיות נוספות שייתנו פתרון לחולות בוגרות הזקוקות לקרבת משפחותיהן, הוריהן או ילדיהן; לבחון הסטת מיטות מבתי חולים פסיכיאטריים לבתי חולים כלליים, אגב חישוב החיסכון שיושג הן מפינוי השטחים והן ממניעת הידרדרות החולות והצורך באשפוזים חוזרים; לבחון את הצורך בהוספת עמדות לטיפול יום ולאשפוז יום; לתכנן את מערך האבחון והטיפול המרפאתי בהפרעות אכילה על כל שלביו, תוך כדי יצירת שיתוף פעולה בין הקופות שיאפשר למבוטחים לקבל שירות מכל אחת מהמרפאות הייעודיות; לשפר את זמינותו ואת נגישותו של השירות הציבורי; לקדם פתיחת בית שיקומי בדרום, לבחון אם יש מקום להשקיע בפיתוח בתים שיקומיים נוספים ולבדוק אם לסווגם באופן מדורג על פי חומרת מצבן של החולות.

בעיות תמחור ועלויות בתחום הפרעות האכילה ותוצאותיהן: כיום אין הבדל בין תמחור השירותים הרפואיים בתחום הפרעות אכילה לבין אשפוז פסיכיאטרי כללי, למרות השוני הניכר בין המשאבים הנדרשים לטיפול. על משרד הבריאות לקבוע סטנדרט לאשפוז במחלקה ייעודית להפרעות אכילה, לתמחרו בהתאם, ולשקול הפרדת תמחור אשפוז ייעודי בהפרעות אכילה מתמחור אשפוז פסיכיאטרי כללי; לבחון עלות מינוי מרפאתי ייעודי להפרעות אכילה ולתמחרו בנפרד מתמחור מינוי פסיכיאטרי כללי, לרבות קביעת תקינת כוח אדם מתאימה; לבחון אם תמחור אשפוז יום וטיפול יום פסיכיאטרי כללי מספק, או שיש צורך בתמחור נפרד, שעשוי לבטל את השיקול הכלכלי המונע בתי חולים מלהפעילו; וכן לחשב מחדש את עלות ניהול הבתים השיקומיים לחולות הבוגרות המשתקמות.

אבחון ותיעוד חלקי של אוכלוסיית החולות בהפרעות אכילה: קיים תת-אבחון של החולות בהפרעות אכילה. עם כניסת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, על הקופות להסדיר העברת מידע רפואי על החולות בין מסגרות ממשלתיות ובין ספקי שירות אחרים, שמהם ירכשו הקופות שירותים. על משרד הבריאות לבחון העברת מידע ממדידות הגדילה בבתי הספר במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד לקופות, בכפוף למגבלות הסודיות הרפואית והגנת הפרטיות; על משרד החינוך להנחות את צוותי המורים במוסדות החינוך באשר לאיתור תלמידות חולות.

היעדר תקינת כוח אדם ומחסור באנשי מקצוע: לאחר גיבוש מודל הטיפול הכוללני על המשרד, על בתי החולים ועל קופות החולים לגזור ממנו את צורכי כוח האדם הנדרשים ולהכשיר כוח אדם בהתאם.

אסדרה ופיקוח של המשרד על מערך הטיפול הלאומי בהפרעות אכילה: על משרד הבריאות לגבש תכנית לאומית לטיפול בהפרעות אכילה תוך כדי ביצוע עבודת מטה לפריסה ראויה של המסגרות לטיפול ותוך כדי יצירת נגישות וזמינות; להתוות מדיניות לטיפול רפואי, בשיתוף האיגודים המקצועיים, תוך כדי שילוב ברוב רובם של המקרים טיפול תזונתי, פסיכיאטרי ופסיכולוגי, לרבות קביעת עקרונות לטיפול לגורמים הפרטיים הפועלים בתחום; לקבוע הנחיות בדבר שיטת העברת המידע על החולות בין המטפלים בגופים השונים (הקופות, המשרד, בתי החולים והמטפלים פרטיים); ליזום מחקרים בתחום באשר למידת יעילותם של הטיפולים השונים ושל מסגרות השיקום תוך כדי השוואתם לארצות אחרות, ולעשות שימוש במידע ובמחקרים הקיימים במחלקות ובמרפאות הייעודיות כבסיס לקבלת החלטות לאומיות; במסגרת עבודת המטה על המשרד ועל הקופות להעריך את העלויות הישירות והעקיפות של הפרעות אכילה, לרבות עלויות הטיפול במחלה בשלביו השונים, ועל בסיסן להחליט עד כמה ראוי להשקיע בטיפול מרפאתי, בטיפול יום ובאשפוז יום למניעת הידרדרות המחלה ואשפוזים חוזרים ונשנים; לאסוף מידע על תורי ההמתנה; וליצור מנגנון פיקוח ובקרה על המחלקות ועל היחידות המטפלות בהפרעות אכילה, כנדרש מתפקידו כמאסדר בתחום.

מערכת החינוך: על משרד החינוך לפרסם הנחיות הקובעות אילו גורמים מוסמכים ליעץ בבתי הספר בנושאי תזונה ומשקל; וכן לפרסם הנחיות בנושא הדרכת הורים לזיהוי הפרעות אכילה, פיתוח דימוי גוף וצפייה ביקורתית במדיה.

איתור הפרעות אכילה בקרב רקדניות ומניעתן: על משרד החינוך לחייב ביצוע בדיקות רפואיות תקופתיות ויעוץ תזונתי מקצועי לתלמידות מגמות המחול באופן סדיר במוסדות החינוך; לאסור העברת מסרים המעודדים רזון והעלולים לעודד התפתחות הפרעות אכילה; להגדיל את מעורבותו במתרחש הלכה למעשה במגמות המחול. על משרד הספורט לשקול להגדיל את משקלה היחסי של מניעת הפרעות אכילה במדד "פעולות לקידום רווחת הרקדנים" בתוך מודל התמיכה הכלכלי במסגרת מבחני התמיכה בלהקות, מאחר שאוכלוסיית הרקדניות מועדת לפתח הפרעות אכילה.

על משרד הספורט לוודא כי איגודי הספורט והתאחדויות הספורט, ובייחוד איגוד ההתעמלות, מאמצים בתקנוניהם כללים הזהים, לאלה שנקבעו בקוד האתי הכללי, שקבע משרד הספורט, או כללים מחמירים יותר, וכי הם מיישמים אותם הלכה למעשה; כי הכללים יעסקו במניעת הפרעות אכילה ובכלל זה יאסרו העברת מסרים המעודדים רזון.

התאמות חקיקה בתחום הפרעות אכילה: על משרדי הבריאות, המשפטים והרווחה לסיים את עבודת הוועדה המשותפת הנוגעת לאשפוז פסיכיאטרי של קטינות חולות על פי חוק הנוער והחוק לטיפול בחולי נפש; וכן לבחון את השלכות הפסיקה מאוקטובר 2012, המאפשרת אשפוז כפוי של בוגרות בהוראת פסיכיאטר מחוזי.

אבחון וטיפול בהפרעות אכילה בקרב חיילות צה"ל: על צה"ל לשפר את יכולת האבחון ואת איתור עברן הרפואי של החיילות החולות בהפרעות אכילה, בין השאר, באמצעות הגדלת שיעור המלש"ביות שימציאו שאלון מלא מרופאי המשפחה; בין השאר עליו לקבוע כיעד את הגדלת הצהרות הבריאות שהמלש"ביות מחויבות להביא מרופא המשפחה במטרה להגדיל את מספר המקרים המאותרים; לשקול את אבחון ההפרעה במיקור חוץ או לערוך השתלמויות לאבחון לרופאים ולקב"נים; להעמיק הכשרת בעלי התפקידים המטפלים בחיילות החולות; לבחון אם יש להגדיל את מספר התזונאים הפועלים בצה"ל; לגבש את שיטת הטיפול הייעודי מחוץ לצה"ל. בנושא העברת המידע לצה"ל על אשפוז פסיכיאטרי קודם של מלש"ביות בגין הפרעות אכילה, על משרד הבריאות, על משרד המשפטים ועל צה"ל, בשיתוף המועצה לשלום הילד, לבחון את השלכות פסק הדין, שניתן באוקטובר 2012 ושקבע כי הפרעת אכילה היא מחלת נפש, על סוגיית הדיווח לצה"ל. מכל מקום, מוצע לשקול מחדש את האיזון הראוי בין הצורך לשמור על פרטיותה של הקטינה לבין הצורך לשמור על בריאותה של החיילת, כדי לקבל החלטה שקולה ועניינית בשאלה אם לגייסה לצה"ל ואם כן, לאילו תפקידים - בפרט במקרים של מחלה קשה ואשפוז ממושך בסמיכות זמנים ללתהליכי הגיוס ובמקרים בהם יש הערכה רפואית בדבר סיכויים גבוהים לחזרתה של המחלה. בהפרעות אכילה קשות, המסכנות את בריאותן ואת חייהן של החולות, חשיפת המידע הרפואי עשויה להיות חיונית לצורך קבלת ההחלטה המיטבית של צה"ל בנושא.

במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש, שבה תועבר האחריות הישירה לבריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים עד יולי 2015, על משרד הבריאות בשיתוף האיגודים המקצועיים הייעודיים בתחום הפרעות אכילה והקופות, לערוך תכנית כוללת להערכת מספר החולות. בהתאם עליו לתכנן את מערך האבחון, הטיפול, האשפוז והשיקום הנדרש, תוך כדי הגברת זמינותו ונגישותו ותוך כדי בחינת התקצוב והתמחור של כלל השירותים הקשורים להפרעות אכילה. בינתיים, ובשלב הביניים שעד יולי 2015, על המשרד לתת פתרון מידי למחסור במסגרות בכל השלבים, תוך כדי תכנון מנקודת מבט עתידית של המערך לקראת יישום הרפורמה.

