

תחלואה כפולה

מוגש לחברת הכנסת מיכל וולדיגר

1. תקציר מנהלים

תחלואה כפולה היא מצב שבו מתקיימות במקביל שתי מחלות: מחלה נפשית ומחלת התמכרות.¹ זהו מצב רפואי ייחודי המעמיד אתגרים רבים הן למטופל ולמשפחתו, והן למערכת הבריאות והרווחה שאמונות על טיפולו. היקף התופעה בישראל ובעולם הולך ומתרחב עם השנים,² מה שהופך את העיסוק בנושא זה לבלתי נמנע ולמהותי ביותר עבור המטופלים ובני משפחותיהם.

התחלואה הכפולה מאתגרת מאוד את מערכת הבריאות עקב הקושי האינהרנטי לטפל בה באופן הוליסטי. זהו טיפול שדורש ידע משני עולמות שונים – עולם בריאות הנפש ועולם ההתמכרות על גווניו. ידע זה לרוב נמצא בידיהן של רשויות שונות, ועל כן מטופל המתמודד עם תחלואה כפולה, נדרש לאקטיביות רבה בטיפול, וסובל מסרבול רב, מה שגורם לרבים לא לקבל טיפול הולם. על כן, מחקרים מראים ש**מודל אינטגרטיבי** לטיפול בתחלואה כפולה שמשלב את כלל היבטי הטיפול תחת צוות מטפל אחד, הוא היעיל ביותר.³ זאת להבדיל מהמודל המקביל הרווח בישראל, לפיו הטיפול במתמודד עם תחלואה כפולה נעשה ע"י שני גורמים טיפוליים נפרדים שאינם מתקשרים זה עם זה.⁴

מודל אינטגרטיבי איננו שלם ללא קיומו של גורם מתכלל אחד, שדואג לשפה משותפת של כל גורמי הטיפול שבאים במגע עם המטופל. גורם מתכלל זה – **הקייס מנג'ר** – הוא קריטי להשגת תוצאות טיפול מיטביות.⁵ כך עולה מהסקירה המשווה, ומעמדות ארגוני חברה אזרחית בישראל ובעולם. **במסגרת יוזמה זו, נציע חלופות שונות להסדרת הקייס מנג'ר במערכת הבריאות בישראל** (ראה פרק 7.4).

בישראל, סמכות הטיפול והשיקום של מתמודדים עם תחלואה כפולה מתחלקת בין משרד הבריאות, קופות החולים ומשרד הרווחה. מידת התקשורת והשמירה על הרצף הטיפולי-שיקומי בין הגופים הללו אינו מיטבי, ולכן, איכות הטיפול והשיקום נפגעת.⁶ חלוקת סמכויות זו מושפעת מהמהלך החוקי שהעביר את סמכויות הטיפול בבריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים ב-2015. תיקון החוק החריג את הטיפול בהתמכרויות, והותיר את הסמכות עליו בידי משרד הבריאות.⁷ מצב זה לא מאפשר לייצר את אותו מודל אינטגרטיבי, וגורם למטופלים רבים "ליפול בין הכיסאות". **השלמת העברת הסמכויות נמצאת בימים אלה בהליך פרלמנטרי**, ולא תפורט במסגרת יוזמה זו.⁸

כאמור, תחלואה כפולה מאופיינת בשתי התמודדויות נפשיות הדרות במקביל. כדי להקטין את כמות המטופלים המתמודדים עם תחלואה כפולה אשר אחת מבעיותיהן לא זוכה לתשומת לב מספקת, יש ליישם **מדיניות של "No Wrong Door"**. מדיניות זו דורשת מנותן השירות הראשון, בין אם המרכז לבריאות

¹ פלורה קוד דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016, בעמ' 2. ² שם, בעמ' 3-2.

³ מהל ח. וקמינר י. אבחנה כפולה: שימוש לרעה בסמים המלווה בהפרעה פסיכיאטרית, 2002, בתוך: מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 518-517.

⁴ ד"ר שרון רבינוביץ שנקר אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית אגף מתו"ח-מחקר, תכנון והכשרה, השירות להתמכרויות, עמ' 26-22, אוקטובר 2020.

⁵ The National Service Framework for Mental Health (DH, 1999).

⁶ פלורה קוד דבידוביץ', סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות ובינו לבין מערך בריאות הנפש, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 30 ביוני, 2021, בעמ' 10.

⁷ פלורה קוד דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016, בעמ' 6. ⁸ הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון – העברת שירותי הגמילה לאחריות קופות החולים), התשפ"א-2021; פ/2155/24.

הנפש, ובין אם היחידה להתמכרויות, לתת מענה גם לבעיה השנייה ממנה סובל המתמודד עם תחלואה כפולה.⁹ בדרך זו נמנע מצב של כישלון המאמץ הטיפולי. **במסגרת היוזמה, נציע שיטות אבחון הקיימות בעולם לצמצום תופעה זו (ראה פרק 7.1).**

סוגיה נוספת בה נדון היא חוק השיקום¹⁰ והשפעתו על המתמודדים עם תחלואה כפולה. החוק נועד להעניק סל שיקום למתמודדים עם מחלת נפש, שכולל סיוע בתעסוקה, דיור ושיקום. החוק לא מעניק התייחסות ייחודית למתמודדים עם תחלואה כפולה, למרות ה"קושי הכפול" שלהם. יתרה מכך, זכאותם של מטופלים אלה אף נפגעת בחסות החוק ונהלי משרד הבריאות, עקב הדרישה לפרק זמן בין הגמילה לשיקום.¹¹ פרק זמן זה עלול לפגוע ברצף הטיפולי שהוא חשוב ביותר עבור המתמודדים עם תחלואה כפולה. **במסגרת היוזמה נבקש להציע הצעה לתיקון חוק השיקום (ראה פרק 7.2).**

במסגרת יוזמה זו, נסקור בהרחבה את תופעה התחלואה הכפולה על מאפייניה ואתגריה. נסקור את המצב בישראל – הדין הרלוונטי, חלוקת הסמכויות ועמדות של משרדי ממשלה וארגונים חברתיים בנוגע לאופן הטיפול הראוי בתחלואה כפולה. לאחר מכן, נבצע סקירה משווה של ארבע מדינות, ונבחן את דרכי ההתמודדות שלהן עם התופעה, מבחינה מוסדית ורגולטורית. לבסוף, נסיק את המסקנות הנדרשות, ונציג המלצות שונות שמטרתן להיטיב את החוק הקיים ואת גישות הטיפול בתופעת התחלואה הכפולה.

⁹ Better care for people with co-occurring mental health, and alcohol and drug use conditions, Public Health England, 2017.

¹⁰ חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000.

¹¹ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 517.

תוכן עניינים

1	תקציר מנהלים	1
4	רקע	2
4	כללי	2.1
5	היקף התופעה בישראל	2.2
6	טיפול בתחלואה כפולה – אתגרים וגישות	2.3
7	הטיפול בתחלואה הכפולה בישראל: סקירת הדין וחלוקת הסמכויות	3
8	חלוקת הסמכויות – כללי	3.1
9	חקיקה המסדירה את שירותי בריאות הנפש והשיקום הקהילתי	3.2
11	חקיקה המסדירה את האחריות לטיפול בנפגעי התמכרות	3.3
13	נהלים של משרדי ממשלה	3.4
16	מוסדות המטפלים בתחלואה כפולה	3.5
18	עמדות ארגוני חברה אזרחית וגורמים ממלכתיים	4
18	עמדת האו"ם וה- WHO	4.1
19	OECD	4.2
20	אילס"ם	4.3
21	משפחות בריאות הנפש	4.4
21	דו"ח מבקר המדינה	4.5
22	עמדות משרדי הממשלה	4.6
23	סקירה משווה	5
23	אוסטרליה	5.1
26	אנגליה	5.2
29	איטליה	5.3
32	ארה"ב	5.4
34	סיכום ביניים	6
35	המלצות	7
36	המלצה א' – שיפור שלב האבחון והמיון	7.1
36	המלצה ב' – תיקון חוק שיקום נכי נפש בקהילה	7.2
37	המלצה ג' – הסדרת שיטת האבחון	7.3
38	המלצה ד' – קייס מנג'ר	7.4

2. רקע

2.1. כללי

תחלואה כפולה (Dual diagnosis) היא מושג מתחום הפסיכיאטריה המתאר אדם הסובל משתי מחלות נפשיות בו-זמנית. המושג יכול לתאר מגוון רחב של מחלות נפשיות, אך מסמך זה יעסוק בעיקר בקיומה של הפרעה נפשית לצד שימוש לרעה (abuse) או התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים/ התנהגות ממכרת.¹² בספרות המקצועית מוכרים שלושה מצבים אפשריים של תחלואה כפולה:

- מחלה נפשית הקודמת לשימוש לרעה או להתמכרות לחומרים ממכרים.
- השימוש לרעה או ההתמכרות לחומרים ממכרים קודם את ההפרעה הנפשית.
- שני המצבים מתקיימים בו-זמנית. השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, כגון סמים ואלכוהול, עלול לעורר הפרעות נפשיות או להחמיר הפרעות נפשיות קיימות, והפרעות נפשיות עלולות לגרום או להחמיר שימוש בחומרים ממכרים.¹³ פעולת הגומלין בין שימוש בסמים לבין הפרעות פסיכיאטריות יכולה לבוא לידי ביטוי במגוון אופנים: יצירת תסמינים פסיכיאטריים, החמרת הפרעות פסיכיאטריות קיימות, יצירת הפרעות פסיכיאטריות בעקבות הפסקת השימוש בסמים, יצירת דחף לשימוש בסמים.¹⁴

התמכרות היא מצב של תלות נפשית ופיזית בחומרים פסיכו-אקטיביים, כגון סמים או אלכוהול, או בהתנהגות מסוימת, כגון הימורים ומין. ההתמכרות באה לידי ביטוי בחוסר יכולת לצאת ממעגל השימוש החוזר בחומרים הממכרים או בחוסר יכולת להפסיק את ההתנהגות המזיקה, וכן בחוסר יכולת לשלוט בתלות זאת.¹⁵ לפי משרד הבריאות, מבחינה רפואית, התמכרות היא מחלה מוחית כרונית המתבטאת בשינויים נוירו-פלסטטיים ברמה העצבית וברמה המולקולרית במוח, שחלקם הפיכים וחלקם בלתי-פיכים.¹⁶ להתמכרות יש היבטים גופניים, פסיכולוגיים וחברתיים והיא עלולה להביא לסיכון מוגבר לתחלואה נפשית ופיזית, להידרדרות במצב החברתי והכלכלי, להתנהגות אנטי-חברתית, ואף למוות. בנוסף, ההתמכרות עלולה להביא גם לפגיעה בבני המשפחה של המתמכר ובסביבתו.¹⁷

הפרעה נפשית כהגדרתה במושג "תחלואה כפולה" היא קיום הפרעה נפשית מובהקת, כגון: סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית, חרדה ודיכאון. קיום הפרעות כגון הפרעת אישיות בשילוב עם הפרעת שימוש בחומרים או בהפרעת התנהגות ממכרת לרוב אינה נכללת תחת התחלואה הכפולה.¹⁸

¹² פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר, 2016, בעמ' 2.
¹³ משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה לטיפול בהתמכרויות, מצגת במסגרת הכנס ה-17 של העובדים הסוציאליים בנושא תחלואה כפולה נפשית-סוגיות באבחון וטיפול בנפגעי התמכרויות עם בעיות נפשיות, ד"ר פאולה רושקה, דני בודובסקי, יוני 2010, בתוך: פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016, בעמ' 5.

¹⁴ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 516.

¹⁵ מבקר המדינה, דוח שנתי 2019, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים: היבטים בטיפול המדינה בהתמכרויות, 6 במאי 2019, בעמ' 1457.

¹⁶ משרד הבריאות, שימוש מזיק והתמכרות לסמים, כניסה: 19 באוקטובר 2020, מתוך: פלורה קוך דבידוביץ', המידע הקיים על אוכלוסיית הסובלים מהתמכרות בישראל, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 26 בנובמבר 2020, בעמ' 4.

¹⁷ פלורה קוך דבידוביץ', המידע הקיים על אוכלוסיית הסובלים מהתמכרות בישראל, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 26 בנובמבר 2020, בעמ' 4-5.

¹⁸ משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה לטיפול בהתמכרויות, מצגת במסגרת הכנס ה-17 של העובדים הסוציאליים בנושא תחלואה כפולה נפשית-סוגיות באבחון וטיפול בנפגעי התמכרויות עם בעיות נפשיות, ד"ר פאולה רושקה, דני בודובסקי, יוני 2010.

2.2. היקף התופעה בישראל

את אוכלוסיית המתמודדים עם התמכרות ניתן לחלק לשלוש קבוצות עיקריות, בהתאם לסוג ההפרעה ממנה סובלים: מטופלים על רצף השימוש בסמים, מטופלים על רצף השימוש באלכוהול ומטופלים על רצף ההתמכרויות.¹⁹

בשל הטווח הרחב של סוגי התמכרויות שונים, קיים קושי להעריך את היקף התופעה, קרי את גודלה של אוכלוסיית האנשים המתמודדים עם התמכרות כיום בישראל. כמו כן, אין גורם אחד שאמון על ניהול הנתונים באופן בלעדי, כך שגם הנתונים של משרד הבריאות ומשרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים (להלן: "משרד הרווחה"), אינם מצביעים בהכרח על ההיקף הממשי של התחלואה הכפולה בישראל.

מחקר של הרשות למאבק בסמים ובאלכוהול מצא כי אוכלוסייה רחבה משתמשת באופן מזדמן או קבוע בחומרים פסיכו-אקטיביים. נכון לשנת 2016 נמצא כי 27% מהאוכלוסייה הבוגרת דיווחו על שימוש בקנביס לפחות פעם אחת בתקופה שקדמה לביצוע המחקר, ו-23% דיווחו על שימוש לרעה באלכוהול.²⁰ באופן דומה, משרד הרווחה סובר שבשנת 2020 מספר המתמודדים עם התמכרויות בישראל עמד על כ-120,000 לפחות, מספר גבוה בהרבה ממספר המטופלים על ידו.²¹

כפועל יוצא של הקושי להעריך את מספר המכורים בישראל, קשה להעריך את מספר הלוקים בתחלואה כפולה. על-פי הערכות איגוד הפסיכיאטריה בישראל ועמותת "אילסם",²² מספרם של אנשים שאובחנו כחולים בתחלואה כפולה בישראל עומד כיום על 125,000-150,000 אנשים. מספר זה אינו כולל חולים שלא אובחנו וכן חולים שפנו לקבלת שירות במסגרות פרטיות, במסגרות אלטרנטיביות ומשלימות, וכן במסגרות לא רפואיות ואחרות ולכן הוא אינו משקף את מספר החולים בפועל.²³

לפי נתוני משרד הבריאות, ניתן ללמוד כי שיעורם של המאושפזים בתחלואה כפולה מקרב כלל המאושפזים בבריאות הנפש בכל אחת מהשנים 2015-2011, נע בין 12.4% (2011) לבין 14.5% (2015).²⁴ מחקר שפורסם בשנת 2019 העלה שכשליש (35%) מהבגירים בישראל שאובחנו עם סכיזופרניה או עם הפרעות סכיזו-אפקטיביות, אשר נזקקו לאשפוז פסיכיאטרי בשנים 2010-2015, היו מאובחנים לצד זה עם הפרעת התמכרות ארוכת טווח.²⁵

עוד עולה מנתוני משרד הבריאות, כי בשנת 2019 מספר המתקבלים לאשפוז שסבלו מתחלואה כפולה היה 4,557 ומהם 2,266 התקבלו לאשפוז בכפייה. כמו כן, כשליש מכלל הקבלות בחדרי מיון פסיכיאטריים היו בשל תחלואה כפולה (7,754 מתוך 24,640). 371 מתוכם היו לאחר ניסיון אובדני. שליש מכלל הפונים לאשפוז המתמודדים עם תחלואה כפולה, התאשפזו יותר מפעם אחת באותה שנה.²⁶ נתון זה תואם לספרות

¹⁹ משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור 2009-2018: פרק 4 חלק א': אנשים על רצף ההתמכרויות, 14 ביולי 2019, בעמ' 6.

²⁰ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 398.

²¹ אהרון שבי, מנהל השירות לטיפול בהתמכרויות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 25 באוגוסט 2020, בתוך: פלורה קוך דבידוביץ', המידע הקיים על אוכלוסיית הסובלים מהתמכרות בישראל, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 26 בנובמבר 2020, בעמ' 28.

²² ILSAM- Israeli Society of Addiction Medicine "החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות".

²³ פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016, בעמ' 2-3.

²⁴ שם.

²⁵ S. Florentin, P. Rosca, S. Raskin, T. Bdoalah-Abram, Y. Neumark, Psychiatric Hospitalization of Chronic Psychotic Disorder Patients With and Without Dual Diagnosis, Israel, 1963-2016, Journal of Dual Diagnosis – Research and Practice in Substance Abuse Comorbidity, Volume 15, 2019, issue 3.

²⁶ משרד הבריאות, האגף לבריאות הנפש, סיכום פעילות המחלקה לטיפול בהתמכרויות, 2019 בתוך: פלורה קוך דבידוביץ', סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות ובינו לבין מערך בריאות הנפש, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 30 ביוני, 2021, בעמ' 9.

המקצועית, המצביעה על מצב של "דלת מסתובבת" – אשפוזים חוזרים בקרב המתמודדים עם תחלואה כפולה, בין השאר עקב היעדר טיפול מתאים.²⁷ ראוי לציין שהנתונים המחקריים מהארץ ומהעולם מצביעים על התרחבות היקף תופעה ההתמכרות ולא על צמצומה.²⁸ המסקנה המתבקשת הינה שלמרות שאין בידינו מספרים מדויקים, היקף הלוקים בתחלואה כפולה גדול מהיקף המטופלים בכלל האפיקים הזמינים כיום.

2.3. טיפול בתחלואה כפולה – אתגרים וגישות

הטיפול בתופעות של תחלואה כפולה טומן בחובו קשיים ואתגרים לצוות המטפל. קיומן של שתי ההפרעות בעת ובעונה אחת מקשה על אבחון הסיבות להחמרת המצב הנפשי – על רקע ההתמכרות או על רקע מחלת הנפש. לכן, יש צורך בטיפול ייחודי שמצריך התמודדות עם שתי תחלואות במקביל.²⁹ בנוסף, בקרב החולים בתחלואה כפולה עלולה להיות נטייה להישנות שתי ההפרעות (relapse), והם עלולים להתאפיין בחוסר היענות לטיפול ובנטייה להימצאות במצבי סיכון לאלימות ובמצבים מסכני חיים.³⁰ מה גם שהלוקים בתחלואה כפולה עשויים להקשות על הטיפול בגלל הכחשה כפולה של הבעיה.³¹

בנוסף, ישנן בעיות הקשורות למסגרות הטיפול, כגון: העדר צוות בעל הכשרה ייחודית לתחום, מיעוט מסגרות בקהילה לטיפול המשך מותאם, קשיי שיקום בשל חוסר במסגרות ייחודיות, העדר תמהיל צוות מתאים שמסוגל לטפל בשתי המחלות, עלויות טיפול גבוהות ועוד.³²

מודלים לטיפול בתחלואה כפולה:³³

- **הטיפול הסדרתי (sequential):** תחילה מטפלים בבעיה האקוטית ביותר, וכל עוד זו לא נפתרה, או לפחות יוצבה, לא יהא המטופל זכאי לטיפול בהפרעה האחרת ולא לשירות במערכת טיפול אחרת. המודל מניח כי הפסיכופתולוגיה היא תוצאת הפרעת השימוש בחומרים פסיכו אקטיביים (חפ"א), או להיפך. המגרעת של תוכנית זו נובעת מכך שפעולת הגומלין בין שתי ההפרעות אינה מטופלת במידה הראויה, וקשה בדרך זו להשיג ייצוב במצבו של המטופל. כמו כן, לא ברור מתי ניתן לומר שהבעיה הראשונה טופלה בהצלחה ואפשר להתחיל לטפל בבעיה השנייה.
- **הטיפול המקביל (parallel):** מודל זה מכוון לטיפול בבעיה הנפשית ובעיית הסמים באותה העת, במערכות טיפול נפרדות שלרוב נמצאות בארגונים שונים (בישראל – ביחידה לטיפול בנפגעי סמים או אלכוהול ובמרפאה לבריאות הנפש). תוכניות טיפוליות אלו מאוישות בדרך כלל על ידי מטפלים המומחים באחד מסוגי ההתערבות בלבד. החיסרון הוא שגישה זו עלולה להתאפיין במסרים שונים ואולי אף סותרים, המגיעים ממטפלים הנוקטים פילוסופיות טיפול שונות. במצב זה אין תפיסה טיפולית-שיקומית הוליסטית, וכן המטופל עלול לסבול מקשיים בירוקרטיים ומחוסר יעילות של המערכות. זהו המודל הרווח בישראל.

²⁷ שם.

²⁸ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקרניים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 398.

²⁹ שם, בעמ' 516.

³⁰ פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016, בעמ' 5-6.

³¹ משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה לטיפול בהתמכרויות, מצגת במסגרת הכנס ה-17 של העובדים הסוציאליים בנושא תחלואה כפולה נפשית-סוגיות באבחון ובטיפול בנפגעי התמכרויות עם בעיות נפשיות, ד"ר פאולה רושקה, דני בודובסקי, יוני 2010.

³² שם.

³³ מהל ח. וקמינר י. אבחנה כפולה: שימוש לרעה בסמים המלווה בהפרעה פסיכיאטרית, 2002, בתוך: מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקרניים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 517-518. וגם ד"ר שרון רבינוביץ שנקר אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית אגף מתוו"ה -מחקר, תכנון והכשרה, השירות להתמכרויות, עמ' 26-22, אוקטובר 2020.

• **הטיפול האינטגרטיבי (משולב) (integrated):** מעניק למטופל מגוון התערבויות תחת אותה המטרייה ותחת אותו טיפולי, הן עבור ההתמכרות והן עבור ההפרעה הפסיכיאטרית. הטיפול מתייחס למכלול הבעיות בשני המישורים, ומשלב טיפול תרופתי עם פסיכותרפיה. הטיפול המשולב הינו ארוך טווח ורב-תחומי, וכדי לענות על צורכי המטופלים והאנשים שסביבם הוא כולל התערבויות מסוגים שונים והיבטים פרקטיים של שיקום. בטיפול זה משולבים המטופל ומשפחתו באופן פעיל, והוא חותר לבניית שגרת פעילות חיים יומיומית בעלת משמעות בדרך להחלמה.

שתי הגישות הטיפוליות הראשונות, הטיפול הסדרתי והטיפול המקביל, לוקות בחסר בשל העדרו של גורם המרכז את הידע הנדרש ומתכלל את התנהלותן של שתי המערכות הטיפוליות. הן מביאות לכך שמטופלים לא יקבלו טיפול ראוי והוליסטי ("יפלו בין הכיסאות"). רוב המתמודדים עם תחלואה כפולה נדחו או הוצאו מהמסגרות השונות בגלל הקו-מורבידיות (התחלואה הנלווית). אף שבמשך שנים תמך המחקר בעולם ביעילות ובאפקטיביות של הטיפול האינטגרטיבי בחולי התחלואה הכפולה, המודלים לטיפול זה נדירים.

מאחר שתסמונות נפשיות קשות יכולות להופיע בעקבות שימוש בסמים וחומרים פסיכו-אקטיביים או עקב הפסקת השימוש בחומרים אלה, אנשי המקצוע בתחום הפסיכיאטריה מצביעים על חשיבות האבחנה המבדלת, כלומר על חשיבות האבחון אם מדובר בתחלואה כפולה (ובאיזה סוג), אם מדובר בתסמינים נפשיים הנלווים להפסקת השימוש בחומרים ממכרים, שאינם דורשים התייחסות טיפולית נוספת של פסיכיאטר, או אם מדובר בתסמינים נפשיים זמניים שהם חלק מסימני גמילה.³⁴

חשוב להבין ולהכיר את סוגי הקשר האפשריים בין שני מרכיבי התחלואה הכפולה ואת ההטרוגניות של המטופלים המאובחנים בה, שכן יש קשת רחבה של מחלות פסיכיאטריות במידות חומרה שונות: מגבילות פחות (הפרעת חרדה) או מגבילות יותר (סכיזופרניה בשלב מתקדם). כמו כן, מידת השימוש במגוון סוגי החומרים הממכרים משתנה ממקרה למקרה. לשם טיפול בשתי המחלות זקוקים אנשים אלו למסגרות גמילה ושיקום מיוחדות, שבלעדיהן הם נדחפים לשולי החברה ושבים במהרה להשתמש בסמים.³⁵

3. הטיפול בתחלואה הכפולה בישראל: סקירת הדין וחלוקת הסמכויות

פרק זה סוקר בהרחבה את המצב בישראל בכל הנוגע לתחלואה כפולה. הטיפול בתחלואה כפולה בישראל מתחלק בין שלושה גופים: משרד הבריאות, קופות החולים ומשרד הרווחה. המצב החוקי בישראל מגדר את תחום אחריותו של כל גוף, אך שותק לגבי יחסי הגומלין ביניהם. כפי שיוצג בהמשך, החוקים העוסקים בחלוקת הסמכויות וכן בזכויותיהם של המתמודדים עם תחלואה כפולה, משמרים את מודל הטיפול המקביל, ומקשים על יצירת מודל אינטגרטיבי. את היחסים בין הגופים מבקשים להסדיר במידה חלקית הנהלים הפנימיים של משרדי הממשלה, אך כפי שיפורט בהמשך, מידת יישומם של הנהלים איננה גבוהה. כמו כן, נראה כיצד המוסדות האשפוזיים והאמבולטוריים בישראל נותנים מענה טוב אך חלקי בלבד לתחלואה כפולה.

³⁴ פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר, 2016, בעמ' 6.
³⁵ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 516.

3.1. חלוקת הסמכויות – כללי

כפי שעולה מן הסקירה מטעם מרכז המידע והמחקר של הכנסת (להלן: "הממ"מ"),³⁶ העוסקת ברצף הטיפולי בין מערך הטיפול בהתמכרויות לבין מערך בריאות הנפש, הטיפול במתמודדים עם תחלואה כפולה נחלק לשני שלבים:

- **שלב ראשון** – טיפול רפואי שבמסגרתו תערך גמילה פיזית מהסם, מתן טיפול תרופתי וטיפול במחלות זיהומיות.
- **שלב שני** – בתום השלב הראשון, קרי, לאחר התנקות מהחומרים הממכרים ותום הטיפול הפיזי, המטופל ימשיך בטיפול פסיכו-סוציאלי,³⁷ בו מתמקדים בין השאר במניעה ובשיקום.³⁸

במסגרת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש שנכנסה לתוקף ביולי 2015, **האחריות לאספקת סל השירותים בתחום בריאות הנפש עברה ממשד הבריאות לקופות החולים**. למעט סל שירותי בריאות הנפש לגמילה, שנשאר במסגרת הרפורמה באחריות משרד הבריאות, וכן שירותי שיקום לנכי נפש בקהילה (להלן: "סל שיקום"), ובהם נכי נפש המתמודדים עם התמכרויות.³⁹

אם כן, הטיפול כיום באוכלוסייה הסובלת מתחלואה כפולה נחלק בין שלושה גורמים:⁴⁰

- **משרד הבריאות ומשרד הרווחה** האמונים על תחום ההתמכרויות – משרד הבריאות על הגמילה הפיזית ומשרד הרווחה על הטיפול הפסיכו-סוציאלי.
- **קופות החולים** האמונות על אספקת שירותי בריאות הנפש לכלל המבוטחים בישראל.
- **משרד הבריאות** אמון גם על אספקת שירותי שיקום לנכי נפש בקהילה המכונה "סל שיקום".



עתה נסקור באופן נפרד את החקיקה המסדירה את שירותי בריאות הנפש ואת הטיפול בהתמכרויות. מזכר זה אמנם מפרט את עיקר החוקים העוסקים באופן ישיר או עקיף בתחלואה הכפולה, אך אינו לוקח בחשבון כל חוק בדיוני ההמשך ובפטרונות המוצעים.

³⁶ פלורה קוד דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 30 ביוני 2021.
³⁷ משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור 2009-2018: פרק 4 חלק א': אנשים על רצף ההתמכרויות, 14 ביולי 2019, בתוך: פלורה קוד דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות ובינו לבין מערך בריאות הנפש, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 30 ביוני 2021, בעמ' 10.

³⁸ התנהגות מזיקה והתמכרות, אתר משרד הבריאות: <https://www.health.gov.il/Subjects/addictions/Multiple/Pages/default.aspx>

³⁹ סיכום פעילות המחלקה לטיפול בהתמכרויות, בתוך: דבידוביץ, 'רצף הטיפול', ממ"מ. 30 ביוני 2021, בעמ' 6.
⁴⁰ פלורה קוד דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות ובינו לבין מערך בריאות הנפש, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 30 ביוני 2021, בעמ' 10.

3.2. חקיקה המסדירה את שירותי בריאות הנפש והשיקום הקהילתי⁴¹

3.2.1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994

לפי סעיף 3 לחוק זה, כל תושב ישראל זכאי לשירותי בריאות, והמדינה תהיה אחראית למימון סל שירותי הבריאות. כל תושב זכאי להירשם כחבר בקופת חולים אחת לפי בחירתו, בלא תנאים או מגבלות המתייחסים לגילו או למצב בריאותו. בנוסף, כל חבר קופת חולים זכאי לקבל בה את מלוא השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, והכול לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך פרק זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגוריו.

לפי סעיף 5 לחוק, כל תושב יהיה זכאי לעבור מקופת חולים אחת לאחרת, וכן, בהתאם לסעיף 23 לחוק, לבחור בנותני שירותים, כגון רופאים, מטפלים, בתי חולים ומכונים, מתוך רשימה של נותני שירותים שקופת החולים שהוא חבר בה קשורה עמם.

סל שירותי הבריאות שבחוק ביטוח בריאות מורכב משני סלי שירותים, וכל אחד מהם הוא באחריות מוסדית אחרת. התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מפרטת את סל שירותי הבריאות שהאחריות לאספקתו היא של קופות-החולים ואילו התוספת השלישית לחוק מפרטת את שירותי הבריאות שבאחריות משרד הבריאות. עד ל-1 ביולי 2015 האחריות למתן כלל שירותי בריאות הנפש בישראל הוטלה על משרד הבריאות, ושירותים אלה לא נכללו בסל שירותי הבריאות שקופות החולים חויבו לספק למבוטחיהן.

3.2.2. צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השנייה והשלישית לחוק), התשע"ב-2012

במסגרת הצו הועברו שירותי בריאות הנפש בישראל לאחריות קופות החולים החל מיולי 2015, וזאת בין היתר לצורך איחוד רפואת הגוף והנפש בקופות החולים; הרחבת הנגישות לשירותי בריאות הנפש; הגדלת זמינות השירותים; הפחתת התווית השלילית המוצמדת למטופלים; שיפור רצף הטיפול בין האשפוז לקהילה; התייעלות מערך בריאות הנפש והגברת מודעות הציבור לזכויותיו לקבלת שירותים.⁴² בצו האמור נקבע גם מהם השירותים שיישארו בידי משרד הבריאות ולא יועברו לידי קופות החולים, ובהם:

- אשפוז מטופלים המתמודדים עם תחלואה כפולה.
- שירותי בריאות הנפש לאסירים.
- שירותים לאוכלוסיות מוגדרות בגנים טיפוליים לילדים שאובחנו על הרצף האוטיסטי.
- שירותי שיקום לנכי נפש על פי "חוק השיקום", ובתוך כך נכני נפש המתמודדים עם התמכרות.
- שירותי גמילה מסמים והתמכרויות (למעט משברים נפשיים חריפים כגון פסיכוזה, דיכאון או התנהגות תוקפנית חדשה המחייבים אשפוז).⁴³

הצו כולל גם את שירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים (טיפול יומי במסגרת מרפאה), בגדר שירותי בריאות הנפש שקופות החולים מספקות למבוטחיהן, והם: שירותי אשפוז, הכוללים שירותי חירום ומיון; שירותי אשפוז פסיכיאטרי; אשפוז יום; ייעוץ וטיפול באשפוז בבתי חולים כלליים; אשפוז מבוטח לצורך הסתכלות, על-פי הוראת פסיכיאטר או באשפוז יום לצורך סיוע בהגשת בקשות לוועדת שיקום אזורים לפי

⁴¹ הסקירה מבוססת על: סיכום פעילות המחלקה לטיפול בהתמכרויות, בתוך: דבידוביץ, 'רצף הטיפול', ממ"מ. 30 ביוני, 2021, בעמ' 13.

⁴² מבקר המדינה, דוח שנתי 70ב, משרד הבריאות: היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, מאי 2020.

⁴³ פלורה קוד דבידוביץ, רוני בלנק, מונחים בתחום הבריאות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 12 ביוני 2019.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000; ושירותים אמבולטוריים, הכוללים שירותי אבחון, הערכה, ייעוץ וטיפול פסיכותרפויטי, התערבות במשברים, טיפול אישי, משפחתי, קבוצתי, מעקב תמיכה ואחזקה וביקורי בית; טיפול יום במרפאה; מתן חוות דעת פסיכיאטרית או תעודה רפואית של מבוסח, לאחר בדיקה במרפאה, על-פי הוראת פסיכיאטר מחוזי או על פי צו בית משפט בהליך פלילי ושירות למבוסח המקבל שירות מרפאתי לצורך סיוע בהגשת בקשות לוועדת שיקום אזורים לפי חוק השיקום, ובכלל זה הכנת חוות דעת לוועדה.⁴⁴

במסגרת כתיבת מסמך בנושא, פנה הממ"מ למשרד הבריאות בשאלה מהן הסיבות לכך שבמסגרת הצו האמור הופרדו שירותי בריאות הנפש לגמילה מסמים מסל שירותי בריאות הנפש, והאחריות לאספקתם נותרה בידי משרד הבריאות ולא הועברה לידי קופות החולים. כמענה לכך, השיב המשרד כי "כאשר הוחלט לפני שנים להעביר את האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש לקופות החולים הוחלט כי העברת תחום ההתמכרויות יתבצע רק לאחר העברת אחריות על מתן שירותי בריאות הנפש. על כן לא התקיימו דיונים על כך".⁴⁵ כאמור, העברה זו נעשתה כבר לפני כשש שנים.⁴⁶

3.2.3. חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן: "חוק השיקום")

חוק השיקום מקנה לאנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית זכאות לשירותים בתחומים שונים, כגון דיוור, תעסוקה, השלמת השכלה, חברה ופנאי ותחומים נוספים. הזכאים לשירותים אלו על פי ס' 3 לחוק הם אלו העומדים בתנאים הבאים:

- נכי נפש בגילאי 18 ומעלה.
- הסובלים מנכות רפואית בשל הפרעה נפשית בשיעור של 40%,⁴⁷ ובהם הגם אנשים המתמודדים עם התמכרות.⁴⁸
- כמו כן, נהלי משרד הבריאות מחריגים מטופלים מסוימים מזכאות לסל שיקום (החרגות אלה לא מנויות בחוק). העונה לאחת מהקטגוריות הבאות אינו זכאי לסל שיקום:⁴⁹
 - מי שלא נמצאים במעקב פסיכיאטרי סדיר.
 - מי שמתנגדים לתהליך ורק בני משפחה או קרובים רוצים שבילם את הזכאות.
 - **מכורים פעילים לסמים ולאכזוהול** – יש לציין כי פרק הזמן שבו המטופל נדרש להיות "נקי" איננו מוגדר, ומגיע עד לפרק זמן של חצי שנה.
 - מי שהביטוח הלאומי דחה את תביעתו - לא יוכל לקבל אישור לבדיקת רופא מוסמך מטעם משרד הבריאות.

ככלל, ועדות השיקום האזוריות לא דנות בזכאותו של מועמד לקבל את סל השיקום ממשרד הבריאות כל עוד הוא לא נמנע משימוש בסמים או באלכוהול במשך חצי שנה לפחות. מסיבה זו, מרבית המתמודדים עם

⁴⁴ סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר לבין שירותי בריאות כללית בנושא העברת שירותי בריאות הנפש מהתוספת השלישית לתוספת השנייה 41 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, 31 במאי 2021.

⁴⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר קשרי ממשל ותוכניות לאומיות, משרד הבריאות, מכתב, 22 באפריל 2020, בתוך: פלורה קוך דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 30 ביוני 2021.

⁴⁶ פלורה קוך דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 30 ביוני 2021, עמ' 14.

⁴⁷ ס' 3 לחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן: "חוק השיקום").

⁴⁸ משרד הבריאות, שיקום בקהילה, כניסה: 9 ביוני 2021.

⁴⁹ סל שיקום ושילוב מתמודדים עם פגיעות נפשיות בקהילה, אתר משרד הבריאות: <https://www.gov.il/he/service/rehabilitation-support-package>

תחלואה כפולה שעברו את שלב הגמילה הפיזית וקיבלו טיפול שיקום ראשוני, אינם משולבים במסגרת כלשהי באופן רציף, ונתונים בסכנה מתמדת להידרדרות מחודשת לשימוש בסמים.⁵⁰

במסגרת זו, חשוב לציין כי לא זו בלבד שחוק השיקום אינו נותן מענה מיוחד לנפגעי תחלואה כפולה, הוא אף עלול להוות חסם לזכאות לסל שיקום עבורם.

3.3. חקיקה המסדירה את האחריות לטיפול בנפגעי התמכרות⁵¹

3.3.1. חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, התשנ"ג-1993; ופקודת בריאות

העם, 1940

משרד הבריאות אחראי על הרישוי והפיקוח של מסגרות גמילה פרטיות, מכוח חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, התשנ"ג-1993, ומכוח סעיף 35 לפקודת בריאות העם, 1940. בהתאם לחוק, מתן רישיון למוסדות, שהגדרתם בחוק היא כדלקמן: "מקום המשמש או שנועד לשמש לטיפול סוציאלי, רפואי או משולב ליותר משני אנשים המשתמשים בסמים בין אם הטיפול ניתן במוסד או במקום אחר, בדרך של אשפוז, מגורים, שהיית יום או שהיית לילה ובין בדרך אחרת", יינתנו ע"י ועדה המוסמכת לכך. חברי הועדה יהיו עובד משרד הבריאות ועובד משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים, שימנה כל אחד מהשרים מבין עובדי משרדו. בקשות לרישיון למוסד לטיפול סוציאלי תעביר הועדה לשר העבודה והרווחה, בקשות לרישיון למוסד לטיפול רפואי יועברו לשר הבריאות, ואילו בקשות לרישיון למוסד משולב יועברו לשני השרים.

3.3.2. תקנות הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים (תנאי קבלה ושהיה של

מטופלים במוסד משולב), תשנ"ד-1994

מוסד משולב הוא מוסד המשלב טיפול רפואי וטיפול סוציאלי.⁵² בהתאם לתקנות, מנהל המוסד המשולב יהיה אחראי למתן שירותי בריאות,⁵³ שירותים סוציאליים⁵⁴ ושירותי חברה, תעסוקה ותרבות⁵⁵ למטופלים במוסד.

לפי סעיף 2 לתקנות, חייב המנהל לדאוג במסירות לשלומם, לרווחתם ולסיפוק צרכיהם הפיזיים והנפשיים של המטופלים; למתן טיפול משולב למטופלים במטרה להביא לגמילתם מסמים או להפחתת נזקי השימוש שלהם בסמים, ולשיקומם התפקודי; לביצוע התוכנית הטיפולית ביחס לכל מטופל לרבות הערכות מחודשות ותוכניות טיפוליות מעודכנות.⁵⁶

לפי סעיף 5 לתקנות, במוסד המשולב תוקם ועדת קבלה אשר חברה יהיו: המנהל או בא כוחו והוא יהיה היושב ראש; עובד סוציאלי של המוסד המשולב; רופא המוסד המשולב. ועדת הקבלה תדון בבקשה לקבלת מטופל למוסד המשולב לאחר שקיימים בידיה דו"ח סוציאלי עדכני של הגורם המפנה, ובהעדרו דו"ח סוציאלי של העובד הסוציאלי במוסד המשולב; והערכה רפואית עדכנית שנעשתה לאחר בדיקה רפואית,

⁵⁰ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", חברה ורווחה, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 517.

⁵¹ משרד הבריאות, שיקום בקהילה, כניסה: 9 ביוני 2021, עמ' 10.

⁵² סעיף 1 לחוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, התשנ"ג-1993.

⁵³ תקנות הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים (תנאי קבלה ושהיה של מטופלים במוסד משולב), התשנ"ד-1994, סעיף 16.

⁵⁴ שם, סעיף 17.

⁵⁵ שם, סעיף 18.

⁵⁶ שם, סעיף 2.

לרבות בדיקות עזר ובדיקות מעבדה על פי הפרוטוקול הרפואי, ובדיקה פסיכיאטרית במקרה הצורך. כמו כן, ועדת הקבלה לא תקבל מטופל למוסד המשולב אלא לאחר שרואיין בידה.⁵⁷

3.3.3. חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1965

החוק עוסק בפיקוח על מעונות, שמוגדרים בסעיף 1 לתקנות כמקומות המשמשים למגורים או לטיפול בקשישים, בילדים, באנשים עם מוגבלות פיסית או שכלית ובמכורים לסמים. על פי סעיפים 2-3 לתקנות, פתיחת מעון שיש בו יותר משני חוסים מחויבת בקבלת רישיון משר הרווחה. הרישיון יינתן רק למעון העומד בתנאים שנקבעו בתקנות הספציפיות.

3.3.4. חוק הרשות למלחמה בסמים ושימוש לרעה באלכוהול, התשמ"ח-1988

החוק היווה בעבר את התשתית להקמת שירותי טיפול בנפגעי סמים בישראל. החוק הגדיר את חלוקת האחריות ואת חלוקת המשימות בין הגופים השונים. סעיף 5 לחוק קבע כי תפקידי הרשות יהיו קביעת מדיניות מניעה, טיפול, שיקום, ענישה ואכיפת חוק בתחום השימוש לרעה בסמים ובאלכוהול. פעילות זו תהווה בסיס לפעילות הממשלה בנושא. כמו כן, הרשות תגבש מדיניות שיתוף פעולה בין משרדי הממשלה, הרשויות המקומיות וגופים אחרים הפועלים בתחום השימוש לרעה בסמים ובאלכוהול. החוק לא הטיל סמכויות מיוחדות הנוגעות לתחלואה הכפולה.

בתחילת שנת 2018 פוזרה הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול ובהתאם בוטל החוק. כנגדו, הוקמה הרשות למאבק באלימות, סמים ואלכוהול.

3.3.5. חוק הרשות למאבק באלימות, בסמים ובאלכוהול, התשע"ז-2017

חוק הרשות למאבק באלימות, בסמים ובאלכוהול הגדיר את תפקידי הרשות החדשה, שתפעל למניעה של אלימות והתנהגות אנטי-חברתית, וכן למאבק בשימוש בסמים או באלכוהול. תפקידי הרשות מוגדרים בסעיף 3 לחוק וכוללים את סמכויותיה להמליץ לשר על מדיניות כוללת בתחומי פעילותה; לפתח וליישם תוכניות מקצועיות בתחומי פעילותה; לקדם שיתופי פעולה בין משרדים ממשלתיים, רשויות מקומיות וגופים נוספים הפועלים למניעה, לטיפול, לשיקום ולאכיפה בתחומי פעילותה של הרשות; ולסייע למשרדים ממשלתיים וגופים נוספים הפועלים למניעה, לטיפול, לשיקום ולאכיפה בתחומי פעילותה, בהקמה ובפיתוח שירותים, מסגרות מתאימות ותוכניות פעולה בתחומים אלה; להמליץ לשר על קידום תיקוני חקיקה בתחומי פעילותה; לפתח כלים טכנולוגיים בתחומי פעילותה; לפעול להעמקת ההסברה והמודעות הציבורית בתחומי פעילותה; לרכז מידע, ולבצע מחקרים, פעולות הערכה ופיתוח ידע, בתחומי פעילותה; לקדם ולקיים קשרים עם גופים בין-לאומיים הפועלים בתחומי פעילותה; לעודד התנדבות בתחומי פעילותה וכן להדריך ולהנחות את המתנדבים ולפקח על פעילותם; ולהכשיר ולהסמיך כוח אדם מקצועי בתחומי פעילותה.⁵⁸ במסגרת זו, הרשות מסייעת, בין היתר, בטיפול ושיקום של נפגעי סמים ובהפנייתם למשרד הרווחה.

3.3.6. פקודת העיריות (נוסח חדש)

פקודת העיריות מטילה חובה על הרשויות המקומיות להקים שירותים לטיפול בנפגעי סמים. נוסף על כך, חוק לתיקון פקודת העיריות (מס' 99), התשס"ה-2005, קובע כי כל עירייה תקים ועדה למאבק בנגע הסמים המסוכנים, ותפקידה יהיה לתכנן וליזום פעילות מניעה, חינוך והסברה וכן פעילות שיקום וטיפול. כיום פועלות ב-90 רשויות מקומיות יחידות סמים במחלקות לשירותים חברתיים, במימון משותף של הרשות

⁵⁷ שם, סעיף 5.

⁵⁸ סעיף 3 לחוק הרשות למאבק באלימות, בסמים ובאלכוהול, התשע"ז, 2017.

המקומית ושל משרד הרווחה. משרד הרווחה קובע את מספר תקני כוח האדם במחלקה לשירותים חברתיים בכל רשות מקומית, והרשות המקומית היא שמעסיקה את העובדים הסוציאליים ומשלמת את שכרם; משרד הרווחה מעביר לרשות המקומית תשלום בעבור 75% ממשרות העובדים. מספר התקנים נקבע לא רק לפי שיקולים מקצועיים אלא גם לפי שיקולי תקציב. כאשר נגמר התקציב, משרד הרווחה אינו יכול לממן עובדים, וגם הרשויות המקומיות אינן יכולות לשלם בעבורם.⁵⁹

יש לציין כי בישיבת הוועדה למאבק בנגע הסמים בפרעם ב-16 בדצמבר 2010, הועלתה בפני הוועדה מצוקתן של רשויות מקומיות שאינן מסוגלות לעמוד במימון התואם או שהחשב המלווה שלהן אינו מאפשר להן להקצות תקציב למימון תואם.⁶⁰ על פי שיטת המימון התואם, מתחייבת המדינה לממן פרויקטים ותוכניות בשלטון המקומי, תמורת השתתפות במימון על ידי הרשות המקומית. בשל כך, דווקא הרשויות החלשות שהאמצעים העומדים לרשותם מוגבלים ואשר מתקשות להפעיל תוכניות כאלה הן הרשויות ששיעור התושבים הנזקקים בהן לשירותים בתחום ההתמכרויות והטיפול בנוער בסיכון הוא הגדול ביותר. גורמים מקצועיים במשרדי הממשלה טוענים שיש לשקול שינוי בשיטת המימון התואם. אחת החלופות שהועלו היא דיפרנציאציה (קבועה או זמנית), כלומר קביעת שיעור המימון התואם לפי קריטריון של יכולת.⁶¹

3.3.7. חוק שירותי הסעד, 27 התשי"ח-2002

סעיף 1 לחוק שירותי הסעד מגדיר מהי אוכלוסייה נזקקת. תקנות שירותי הסעד (מבחני נזקקות), תשי"ל-1970 נלוות לחוק זה וכוללות את רשימת הנזקקים הזכאים לשירותי רווחה ברשויות המקומיות.⁶² הוראה 1.1 לתקנון עבודה סוציאלית מ-2005, הוסיפה את אוכלוסיית המכורים לסמים תחת הגדרת אוכלוסייה נזקקת.⁶³

לפי סעיף 2 לחוק האמור, רשות מקומית תקיים מחלקה לשירותים חברתיים לשם טיפול סוציאלי ומתן סעד לנזקקים. לפי סעיף 2(ב) לחוק, המחלקה תסייע לנזקקים למצות את זכויותיהם בתחומי הרווחה, הבריאות, החינוך התעסוקה והדיר.

3.4. נהלים של משרדי ממשלה

3.4.1. נהלי משרד הרווחה

3.4.1.1. נהלי הקהילות הטיפוליות

נהלים אלו עוסקים במתמודדים עם התמכרות, ומסדירים את העבודה עם המסגרות החוץ-ביתיות למבוגרים בני 18 ומעלה (השירות לטיפול בהתמכרויות, קובץ נהלים מסגרות פנימייתיות נוסח 2011).⁶⁴ יש לציין כי בישראל לא קיים חוק המחייב מכור להגיע לטיפול. במקרים קיצוניים בלבד יש אפשרות לכפות על מכור טיפול פסיכיאטרי הכולל גמילה, זאת רק כאשר האדם המכור מהווה סכנה לעצמו ולציבור.⁶⁵

⁵⁹ גלעד נתן, תוכניות למאבק בנגע הסמים המוצעות לרשויות המקומיות, מרכז המידע והמחקר של הכנסת, 27 בדצמבר 2010, בעמוד 2.

⁶⁰ שם, בעמוד 6.

⁶¹ שם, בעמוד 7.

⁶² ס' 1-8 לתקנות שירותי הסעד (מבחני נזקקות), התשי"ל-1970.

⁶³ הוראה 1.1 לתקנון עבודה סוציאלית, 27.07.2005.

⁶⁴ משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, סקירת השירותים החברתיים: סקירת העשור, 2009-2018, פרק 4, חלק א':

אנשים על רצף ההתמכרויות, 14 ביולי 2019, עמ' 4-6.

⁶⁵ שם, עמ' 6.

3.4.2. נהלי משרד הבריאות

נהלי משרד הבריאות מצביעים על חשיבות הקשר בין יחידות הטיפול לגורמי השיקום. חשיבות הרציפות שזורה כחוט השני בספרות המקצועית שהוצגה, ובעמדות גורמי המקצוע. עם זאת, וכפי שיוצג בהמשך ישנם קשיים ביישום הרצף הטיפולי-שיקומי, כלומר קושי ביישום הנהלים.

3.4.2.1. נוהל 40.005 מהדורה מס' 1: סטנדרטים ונהלים לשיקום בתחלואה כפולה⁶⁶

סטנדרטים ונהלים לשיקום בתחלואה כפולה (התמכרות והפרעות/מחלות נפש), דרכי הפנייה של משתמשים בסמים למסגרות שיקום בקהילה:

- על מטופל הסובל מתחלואה כפולה הזכאי ע"פ הקריטריונים לסל שיקום, להגיש פניה לוועדת שיקום מחוזית.
- ועדת השיקום תתקיים בנוכחות המפקח המחוזי להתמכרויות.
- עם החלטת הוועדה תיקבע תוכנית שיקום אינדיבידואלית.
- אם המטופל אינו מתאים למסגרת שיקומים הוא יופנה למסגרת הטיפול המתאימה שתקבע:
 - מרפאת בריאות הנפש.
 - יחידה לטיפול בהתמכרויות, אשפוזית או אמבולטורית.
 - יחידה ייעודית לטיפול בתחלואה כפולה.
- לקראת שחרור של מטופלים שהתקבלו לאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי במחלקה לפסיכיאטריה או במחלקה ייעודית לתחלואה כפולה או יחידות לטיפול בנפגעי סמים ואלכוהול, הצוות המטפל חייב להכין תוכנית שיקום.
- המסגרת הטיפולית/הגורם הטיפולי אחראיים על יישום התוכנית השיקומית.
- הפנייה למסגרת שיקום תעשה בתיאום ישיר עם היחידה הקולטת ותלווה בטופס הפנייה.

בקרה ופיקוח:

- מנהל מסגרת השיקום והצוות העובד בה ישתפו פעולה עם האחראי או מי שימונה על ידו בכל הדרוש לאפשר בקרה ופיקוח של השירות בהתאם לנהלים שייקבעו בכל עת ע"י משרד הבריאות.

3.4.2.2. נוהל 40.004 מהדורה מס' 2: סטנדרטים ונהלים לאשפוז ונהלים להפעלת יחידת

לגמילה ואבחון בתחלואה כפולה⁶⁷

סטנדרטים ונהלים לאשפוז, נהלים להפעלת יחידה לגמילה ולאבחון תחלואה כפולה, ואשפוז במחלקה לתחלואה כפולה של מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים:

הגדרות:

- **רופא מפקח לנושא התמכרויות** – רופא שהוסמך ע"י שר הבריאות לשמש כרופא מפקח על מוסדות לטיפול בנפגעי סמים.

⁶⁶ נוהל מס' 40.005 מהדורה מס' 01 של משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, "סטנדרטים ונהלים לשיקום בתחלואה כפולה", 1 ביולי, 2004.

⁶⁷ נוהל מס' 40.004 מהדורה מס' 02 במקום נוהל 60.001 של משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, "סטנדרטים ונהלים לאשפוז ונהלים להפעלת יחידת לגמילה ואבחון בתחלואה כפולה", 1 ביולי, 2004.

- **יחידה ייעודית לתחלואה כפולה** – מסגרת טיפול אשפוזית המיועדת לאשפוז משתמשים לרעה או מתמודדים עם התמכרות לסמים או לאלכוהול ובנוסף מתמודדים עם הפרעה נפשית או מחלת נפש.

שיטה:

- **מסגרת השירות** – מסגרות טיפול במערך בריאות הנפש המיועדת לספק טיפולים למתמודדים עם תחלואה כפולה במסגרת אשפוז.

מיון והפניית פונים:

המחלקה לתחלואה כפולה תקבל הפניות מהגורמים הבאים:

- רופא העובד במרפאות אמבולטוריות שבאחריות משרד הבריאות לטיפול בנפגעי סמים ואלכוהול.
- הפנייה של מפקחים אזוריים או נציג המחלקה לטיפול בהתמכרויות.
- הפנייה מבתי חולים כלליים או פסיכיאטריים, ממרפאות לבריאות הנפש או ממוסדות פרטיים מורשים לטיפול בנפגעי סמים בהמלצת ובאישור המפקח האזורי או נציג המחלקה.

קריטריונים לקבלה:

- מעל גיל 18
- בעל מחלת נפש או מצב פסיכוכי חריף ושימוש בחומרים פסיכואקטיביים.

דרך ההפניה:

- מכתב או סיכום מחלקה או סיכום בדיקה של רופא פסיכיאטר מומחה או רופא מוכשר לרפואת התמכרויות המגדיר את ההפרעה הנפשית ומתאר את השימוש בחומרים.
- דו"ח סוציאלי מעודכן.

הנחיות לאשפוז חוזר:

ניתן לקבל לאשפוזים חוזרים ע"פ צורך עד 60 יום בשנה הראשונה או עד 90 יום בשנתיים. במקרים מיוחדים הנזקקים לאשפוז נוסף תיערך פניה לנציג המחלקה.

- מטופל הסובל מתחלואה כפולה שהופנה למסגרת אשפוז יעבור הערכה ראשונית.
- לאחר השלמת ההערכה יופנה למחלקה לתחלואה כפולה.
- לקראת שחרור של המטופל הצוות המטפל יכין תוכנית טיפול ומעקב למסגרת אמבולטורית לנפגעי סמים או אלכוהול, ו/או מרפאה לבריאות הנפש בהתאם לצרכי המטופל.

משך האשפוז והשחרור:

- באשפוז לגמילה ימשך עד כחודש ימים (אלא אם ישנו אישור מיוחד של מנהל המחלקה לטיפול בהתמכרויות).
- אשפוז למטרות אבחון ימשך עד כשבוע.

3.4.2.3. נוהל 40.013 מהדורה מס' 1: סטנדרטים ונהלים לקבלה ושחרור ממסגרות גמילה

מסמים, אלכוהול וחומרים פסיכו-אקטיביים⁶⁸

הנוהל מגדיר הליך מסודר לקבלה ושחרור מאשפוזית גמילה מסמים, אלכוהול וחומרים פסיכו-אקטיביים. נוהל זה בא בנוסף לנהלים הקיימים בנושא של **קבלה ושחרור** ממסגרות גמילה.

הנוהל מגדיר כי: "יש לוודא כי מטופל אשר מסיים תהליך גמילה מופנה למסגרת טיפולית להמשך טיפול" (הדגשה במקור).

3.5. מוסדות המטפלים בתחלואה כפולה

חשוב להבחין בין שני סוגי מסגרות לאשפוז חולים בתחלואה כפולה: האחת, המרכזים הרפואיים לבריאות הנפש המיועדים עבור כלל אוכלוסיית המתמודדים עם מחלות נפש למיניהן. החולים בתחלואה כפולה מופנים למרכזים אלה לשם טיפול באבחנה פסיכיאטרית. לדברי איגוד הפסיכיאטריה בישראל ועמותת "אילסם", הפניית חולים בתחלואה כפולה למרכזים הרפואיים לבריאות הנפש נובעת, בין היתר, מהיעדר שירותים ייעודיים למתן טיפול לאוכלוסייה זו, וזאת על אף שבתי החולים לבריאות הנפש לא תמיד ערוכים להתמודדות עם מאפייניהם הייחודיים של קבוצת אוכלוסייה זו.⁶⁹

המסגרת השנייה היא אשפוזית גמילה. קיימת אשפוזית גמילה ייעודית עבור חולים בתחלואה כפולה שמצבם הנפשי מאוזן, והם מעוניינים להפסיק את השימוש המזיק או את ההתמכרות. לדברי משרד הבריאות, המסגרת היחידה המאפשרת זאת היא אשפוזית הגמילה במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע המהווה מרכז ארצי יחיד לגמילה.⁷⁰ גורמים שונים, ובהם משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, הדגישו את המחסור והצורך במסגרות אשפוז לצורך גמילה (אשפוזיות) נוספות לטובת אוכלוסיית החולים בתחלואה כפולה.⁷¹

3.5.1. מסגרות אמבולטוריות לתחלואה כפולה של משרד הבריאות

היחידות האמבולטוריות נותנות מענה יומיומי ומכילות את המטופל, שסיים את שלב הגמילה וזקוק לליווי רפואי, פסיכיאטרי ופסיכו-סוציאלי צמוד, לקראת שלב השיקום וההשתלבות המחודשת בחברה. הטיפול ביחידות האמבולטוריות מופעל וממומן על-ידי משרד הבריאות והן מפוקחות על-ידי המחלקה לטיפול בהתמכרויות באגף לבריאות הנפש של משרד הבריאות.⁷²

⁶⁸ נוהל מס' 40.013 מהדורה מס' 1, של משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, "סטנדרטים ונהלים לקבלה ושחרור ממסגרות גמילה מסמים, אלכוהול וחומרים פסיכו-אקטיביים", 23 ביולי 2012.

⁶⁹ ד"ר ארתורו לרנר – יו"ר אילסם, ד"ר אביבה וולף – מזכ"לית אילסם, פרופ' חיים בלמקר – יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל, מכתב, 29 ביוני 2016; תמר סדן לקס, סמנכ"לית אנוש – העמותה הישראלית לבריאות הנפש, שיחת טלפון, 19 ביוני 2016; דנית רז, מומחית בהתמכרויות ובריאות הנפש, עמותת "אנוש", שיחת טלפון, 24 בנובמבר 2016. בתוך: פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016.

⁷⁰ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016; מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 23 בנובמבר 2016. בתוך: פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016.

⁷¹ דנית רז, מומחית בהתמכרויות ובריאות הנפש, עמותת "אנוש", שיחת טלפון, 24 בנובמבר 2016; ענת שגב, ע"ס, מרכזת הקשר כנסת – ממשלה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 3 באוגוסט 2016. בתוך: פלורה קוך דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016.

⁷² אתר האינטרנט של משרד הבריאות, תחלואה כפולה, כניסה: 27 בנובמבר 2016.

כיום ישנם שלושה מרכזים לטיפול יום אינטגרטיבי שמופעלים וממומנים על-ידי משרד הבריאות, והם: המכון הירושלמי לטיפול בבעיות סמים ותחלואה כפולה הכפוף לבית חולים כפר שאול, המרכז הקהילתי לבריאות הנפש יפו ומרכז מאור לתחלואה כפולה באשדוד.⁷³

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מסר כי יש צורך במסגרות נוספות באחריות משרד הבריאות, כגון הפעלת מודל משולב של מרכז יום, מרפאה, מרכז שיקומי והוסטל; הוספת מרפאה ייעודית לתחום תחלואה כפולה והוספת מענים במסגרת קופות חולים בתחום.⁷⁴

3.5.2. מסגרות אמבולטוריות לתחלואה כפולה של משרד הרווחה

קיימות שתי מסגרות עיקריות למשרד הרווחה. הראשונה היא יחידות הטיפול האמבולטורי לטיפול ושיקום מבוגרים עם בעיית סמים: יחידות אלה נמצאות ברשויות המקומיות והטיפול הניתן בהן מיועד לתושבי הרשות. ביחידות ניתן מענה לכלל האוכלוסייה המכורה לסמים ולאכזוהול וכן לחולים בתחלואה כפולה.

המסגרת השנייה היא קהילות טיפוליות לחולים בתחלואה כפולה. אלו הן מסגרות פנימייתיות הנותנות מענה לאנשים המתמודדים עם הפרעה נפשית והתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים. כיוון שמדובר באוכלוסייה בעלת מאפיינים ייחודיים, בקהילות פועל צוות רב-מקצועי הכולל מומחים בהתמכרויות ובבריאות הנפש. המסגרות מצויות בפיקוח משולב של משרד הרווחה ומשרד הבריאות.⁷⁵ אנשים המתאימים להיקלט במסגרות אלו מופנים על-ידי גורמי טיפול שונים בקהילה ונדרשים לעבור ועדת קבלה של הקהילה הטיפולית. נציין, כי במידה והמטופלים מופנים למסגרות אלה על-ידי משרד הבריאות, הם נדרשים להיות זכאי "סל שיקום" מכוח "חוק השיקום".⁷⁶

להלן הקהילות הטיפוליות הקיימות:

- מסגרת "שילוב" במתחם קהילה טיפולית "אילנות" בסמוך לשוב קדימה בשרון: בין יעדי מסגרת זו הם הכרה של מטופלים במחלתם; יצירת רשת תמיכה חברתית; מיצוי זכויות לנכות ול"סל שיקום" והכנה לתפקוד עצמאי.
- קהילת "תכנים" במתחם בית החולים קריית שלמה בכפר חרוצים בשרון: ביחידה ניתן מענה של טיפול פרטני, מיצוי זכויות וליווי רפואי.
- בית לחיים במתחם בית החולים קריית שלמה בכפר חרוצים בשרון: מדובר במסגרת פנימייתית ארצית עבור דיירים בוגרים עם בעיות מורכבות, התמכרות ותחלואה נפשית. בין המענים הניתנים במקום: השגחה רפואית, טיפול פסיכיאטרי ותעסוקה מוגנת.
- כפר איזון בקיבוץ שדות ים: מדובר במסגרת פנימייתית בשדות ים המיועדת לצעירים בגילאי 18-40 עם התמכרות ומשבר נפשי אקוטי שפיתחו הפרעה נפשית כתוצאה משימוש בחומרים פסיכו

⁷³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב, 26 בספטמבר 2016. בתוך: פלורה קוד דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016.

⁷⁴ ענת שגב, עו"ס, מרכזת הקשר כנסת – ממשלה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 3 באוגוסט 2016. בתוך: פלורה קוד דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016.

⁷⁵ משרד הבריאות, "סיכום פעילות המחלקה לטיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות לשנת 2015", מועד הפרסום לא צוין; אתר 54 האינטרנט של משרד הבריאות, תחלואה כפולה, כניסה: 24 בנובמבר 2016.

⁷⁶ ענת שגב, עו"ס, מרכזת הקשר כנסת – ממשלה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מכתב, 3 באוגוסט 2016. בתוך: פלורה קוד דבידוביץ', הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה, **מרכז המחקר והמידע של הכנסת**, 5 בדצמבר 2016.

אקטיביים. בין המענים הניתנים במקום: טיפול פרטני, קבוצתי, פעילות הוליסטית וליווי רפואי פסיכיאטרי.⁷⁷

לדברי משרד הרווחה, צרכי תחום הטיפול בתחלואה כפולה נכון להיום, הם:⁷⁸

- הקמת שמונה יחידות טיפוליות אזוריות בקהילה של השירות לטיפול בהתמכרויות שיתמחו בתחום התחלואה הכפולה תוך שילוב של פסיכיאטר ביחידות אלה;
- הרחבת מספר הוועדות למסגרת שילוב ותכנים לאוכלוסייה המקבלת 40% נכות ו"סל שיקום";
- הרחבת מענים לאוכלוסיית צעירים במצב משברי אקוטי והתמכרות;
- מתן מענים קהילתיים לאוכלוסייה שאיננה עדיין בסל שיקום;
- הקמת קהילה טיפולית ייעודית חוץ ביתית שיעודה מענה כולל לתחום תחלואה כפולה;
- הקמת הוסטל המשך טיפולי לאוכלוסייה שייתן דגש על שיקום מקצועי;
- תקציב לחונכים ולמנטורים;
- הוספת עובדים סוציאליים מומחים בתחום;
- הרחבת פעילות לתיווך ומיצוי זכויות;
- הקמת מרכזי יום של השירות ייעודיים לתחום התחלואה הכפולה והרחבת תכנית ההדרכה לעובדים סוציאליים.

4. עמדות ארגוני חברה אזרחית וגורמים ממלכתיים

בפרק זה נציג את עמדותיהם של ארגונים מקצועיים העוסקים בתחלואה כפולה בארץ ובעולם. עמדותיהם של הארגונים הישראליים מצביעים על הקשיים בטיפול בתחלואה כפולה בישראל, שעלו בפרק הקודם. נראה שארגונים מקצועיים בכל העולם מצביעים באופן חד משמעי על יעילותו של המודל האינטגרטיבי, ועל חשיבות הטיפול המשולב. בדומה, דו"ח מבקר המדינה מצביע על האתגרים שבחלוקת הסמכויות הקיימת, ועל הצורך לתת מענה הוליסטי לסוגיה.

4.1. עמדת האו"ם וה- WHO

ב- 2014 הוקם גוף שנקרא "Informal Scientific Network" (להלן: **ISN**). גוף זה הוקם ע"י משרד הסמים והפשיעה של האו"ם (United Nations Office on Drugs and Crime להלן: **UNODC**), וע"י ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization להלן: **WHO**). מטרת ה- **ISN** היא לייצר קשר בין עולם האקדמיה לבין קובעי מדיניות בינלאומיים בכל הנוגע לסוגיות של מניעת שימוש בסמים, טיפול בהפרעות שימוש בסמים וכן הפרעות נלוות.⁷⁹

גוף זה פרסם מאמר ב- "World Psychiatry Journal" ובו פורסמו ההמלצות שגובשו פה אחד על-ידי חברי ה- **ISN** בעניין ההתמודדות עם תופעת התחלואה הכפולה. להלן העקרונות שהוצגו במסמך:⁸⁰

⁷⁷ שם.

⁷⁸ שם.

⁷⁹ UNODC-WHO Informal Scientific Network (ISN) 2017

⁸⁰ Volkow, N.D., Torrens, M., Poznyak, V., Sáenz, E., Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D., Kestel, D., Campello, G. and Gerra, G. (2020), Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. World Psychiatry, 19: 396-397. <https://doi.org/10.1002/wps.20796>

- יש לטפל בתחלואה כפולה כחלק בלתי נפרד מביטוח הבריאות האוניברסלי.
- על קובעי המדיניות לתכנן אסטרטגיות לטיפול בגורמים הביו-פסיכו-סוציאליים הנפוצים הקשורים בהתפתחות התחלואה הכפולה.
- השכיחות הגבוהה והמוגבלות הנלווית של תחלואה כפולה דורשות התערבות אקטיבית של קובעי מדיניות ברמה המערכתית ויצירת הסברה אקטיבית של אנשי מקצוע בתחום הרפואה.
- יש להכשיר את נותני השירות בניהול תחלואה כפולה ולהעניק תמיכה כספית בדמות למטרה זו.
- בדיקה שיטתית להפרעות נפשיות אחרות באמצעים שמאשרים על ידי ספקי שירותי בריאות מיומנים היא מרכיב חיוני בטיפול הולם לאנשים עם הפרעות שימוש בסמים.
- יש לספק זמינות ונגישות לטיפול הולם, ללא קשר לנקודת הכניסה למערכת הטיפול, בהתאם לעקרון "no wrong door".
- נדרש ידע מבוסס מין ומגדר וגישה נטולת סטיגמות בניהול יעיל של תחלואה כפולה.
- נדרשות התערבויות ממוקדות גיל, במיוחד עבור קטינים וקשישים.
- התערבויות מנע מבוססות-מדע הנותנות מענה לגורמי סיכון נפוצים, כגון מצוקת החיים המוקדמת, צריכות להיות זמינות לילדים החיים עם הורים ו/או מטפלים עם הפרעות כפולות.
- יש לתת תשומת לב גם לאוכלוסיות אחרות בסיכון ואוכלוסיות פגיעות, בהתאם לצרכים המקומיים.
- יש להבטיח גישה לשירותי טיפול בתחלואה כפולה במערכת המשפט הפלילי, במיוחד במסגרות בתי סוהר, מעצר נוער או מרכזי כליאה.
- יש לעודד איסוף וניתוח נתונים לניטור גודל הבעיה, איכות הטיפול ותוצאות המדיניות וההתערבויות.
- יישום והגדלה של התערבויות אפקטיביות ויעילות, תוך התחשבות במאפיינים תרבותיים ומדינות, הם בראש סדר העדיפויות.
- לבסוף, ה- ISBN מפצירה במדינות החברות באו"ם להמשיך לתמוך במחקר מדעי על התערבויות חדשות ומשופרות כדי למנוע ולטפל ביעילות במחלות נלוות פסיכיאטריות באנשים עם הפרעות שימוש בסמים.

OECD .4.2

בשנת 2004 פורסם דו"ח של ה- OECD שעוסק בקביעת פרמטרים לבחינה של איכות הטיפול בבריאות הנפש.⁸¹ דו"ח זה כולל בתוכו התייחסות לאיכות ואופי הטיפול בתחלואה הכפולה כאחד המדדים הרלוונטיים לבחינת איכות הטיפול הנפשי. האחד המדדים שנבחרו בדו"ח של ה- OECD הוא המשכיות הטיפולים מטעמים של תחלואה כפולה. המדד מעריך את מספר המטופלים שביקרו מספר פעמים עקב והתמכרות ומספר מסוים עקב ההפרעה נפשית וזאת ביחס למספר השחרורים שנעשו מבית החולים בדיאגנוזה של "תחלואה כפולה".⁸²

⁸¹ Hermann, R., and S. Mattke (2004), "Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries", *OECD Health Technical Papers*, No. 17, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/388745076135>.

⁸² שם, עמוד 15.

כעבור עשור, פורסם המסמך "Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care"⁸³. מסמך זה עסק בעלויות ההזנחה של הטיפול הרפואי בבריאות הנפש, המציעה התייחסות לקריטריון זה בניסיון להעריך יעילות של מדינות בהתמודדות עם הפרעות נפשיות. דא עקא, רוב המדינות אינן מחזיקות מאגר נתונים שמסייע בהערכה זו. לפי מסמך זה, רק 6 מתוך 18 המדינות שהשיבו למחקר ה-OECD החזיקו בנתונים רלוונטיים בנושא, ומכאן שמראש קשה להעריך את היעילות לפי אמות המידה שנקבעו בוועדת המומחים של הארגון.⁸⁴

4.3. אילס"ם

ארגון אילס"ם (ILSAM- Israeli Society of Addiction Medicine) או "החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות" הוא גוף שנועד למטרת קידום הטיפול בהתמכרויות בישראל, טיפוח אנשי מקצוע בתחום ויצירת סמכות לאומית מקצועית ומייעצת בתחום הרפואה והטיפול בהתמכרויות.

במכתב למרכז המחקר והמידע של הכנסת מה- 6 באפריל 2021,⁸⁵ העלה ארגון אילס"ם על הכתב את הבעיות המרכזיות בטיפול בתחלואה הכפולה בישראל, ואת המלצותיו. לטענת הארגון, הרפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש יושמה באופן חלקי ביותר בשנת 2015, כאשר העבירה את האחריות הביטוחית על הטיפול ברפואת הנפש לקופות החולים, בעוד האחריות על טיפול בהתמכרויות נשארה בידי המדינה. מהלך זה הוביל למציאות אשר אינה מאפשרת טיפול יעיל או אף סביר באוכלוסיית המתמודדים עם תחלואה כפולה.

תהליכים מוחיים הקשורים להפרעה נפשית (הפרעות פסיכוטיות, הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה וכד') והפרעת שימוש בחומרים/ התמכרויות התנהגותיות ממוקמים באותם אזורים מוחיים, ולכן אין הצדקה רפואית להפרדת הסמכויות.

פגועי נפש המתמודדים עם מחלת ההתמכרות מוצאים עצמם בסיטואציה בה הגורמים האמונים על הטיפול בהם מפוצלים בין תחומי אחריות שונים, והם אינם יכולים לקבל מענה ראוי למחלתם. בשל הפיצול הטיפולי קיים קושי רב ביצירה ושמירה על הרצף הטיפולי החשוב כל כך במקרים מורכבים אלו. כל זה מוביל להחמרה חוזרת ונשנית במצב הנפשי של המטופל, אשפוזים חוזרים וארוכים במחלקות פסיכיאטריות בבתי החולים, כשלון במאמצי שיקום, פגיעה באיכות חיי המטופלים ומשפחותיהם ועוד.

טיפול לקוי והיעדר שיפור במצבם של מטופלים אלו גורר גם פגיעה כלכלית עקיפה בתל"ג, בין אם בשל היעדר יכולתם להשתקם, להשתכר ולהיות יצרניים, ובין אם בני משפחותיהם וקרוביהם יאבדו ימי עבודה עד לכדי התפטרות, בשל הצורך בטיפול ביקריהם.

בעיני הארגון, הפתרון המתבקש לבעיית המענה הלקוי לתחלואה הכפולה הוא העברת האחריות הביטוחית לטיפול בתחלואה הכפולה לקופות החולים, ובאופן מיידי.

⁸³ Hewlett, E., and V. Moran (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264208445-en>.

⁸⁴ שם, בעמוד 154-157.
⁸⁵ ד"ר איתי בשר, יו"ר החברה הישראלית לרפואת התמכרויות, ההסתדרות הרפואית; ד"ר אביבה וולף, מזכ"לית החברה הישראלית לרפואת התמכרויות ההסתדרות הרפואית; ד"ר סרגיי מרצ'בסקי, גזבר החברה הישראלית לרפואת התמכרויות, ההסתדרות הרפואית, מכתב, 6 במאי 2021.

4.4. משפחות בריאות הנפש

"משפחות בריאות הנפש" היא עמותת בני ובנות משפחה של מתמודדי/ות נפש בישראל. מטרת העמותה היא לפעול למען המתמודדים ולמען משפחותיהם למימוש ולהרחבת זכויות, לטיפול מיטבי, להכלה ולשיקום בקהילה ולהסברה בקרב מקבלי החלטות, בקרב הממסד ובקרב הציבור. הכלים באמצעותם פועלת העמותה הם קידום חקיקה, קידום תקנות וסיוע ישיר למשפחות.⁸⁶

בעניין התחלואה הכפולה, מציגה העמותה בשיתוף עם עמותת "אמונת" כ- ארגון משפחות נפגעי תחלואה כפולה, נייר עמדה בנוגע למצב הקיים בטיפול בנפגעי התחלואה הכפולה. בנוסף לפירוט על תפיסתם כיצד צריך להתבצע הטיפול במתמודדים עם התחלואה הכפולה, הם מציגים מספר דרישות לצורך שיפור תנאי חייהם:⁸⁷

- יש לאפשר למתמודדים עם תחלואה כפולה סל שיקום, וזאת ללא כל התניה מקדימה של גמילה מסמים.
- אימוץ הגישה האינטגרטיבית בכל מסגרות הטיפול, השיקום והשירותים של תחלואה כפולה, וזאת באמצעות צוות רב מקצועי.
- פיתוח, הרחבה והוספה של שירותים ומסגרות בתחלואה כפולה, שיענו על הצורך הרב ויצרו רצף טיפולי הכרחי.
- בין היתר יש להוסיף מידיית אשפוזיות (מכוני גמילה) ייעודיות לתחלואה כפולה (בפרט לנשים), מחלקות ייעודיות בבתי החולים ומסגרות ופטרונות דיוור, שיקום, תעסוקה ופנאי נוספים בקהילה.
- שמירה על רצף טיפולי, שבלעדיו הנפילה/ החזרה לשימוש בחומרים משני תודעה היא בלתי נמנעת.
- שיתוף פעולה של המשפחות במסגרת הטיפול והשיקום.

4.5. דו"ח מבקר המדינה

דו"ח מבקר המדינה 69,88 עוסק בטיפול והתמודדות המדינה עם תופעת ההתמכרות בכללותה, על מורכבות ההליך ותפקוד הגורמים השונים בהתמודדות זו. מחקר בו נעזר הדו"ח מגלה כי 47% מחולי הסכיזופרניה ו-56% מהחולים בהפרעה דו-קוטבית (מאניה-דפרסיה) עלולים להתמכר לסמים או לאלכוהול.

כאמור, ביולי 2015 נכנס לתוקף צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספות השנייה והשלישית לחוק), ומכוחו הועברה האחריות לאספקת סל בריאות הנפש ממשד הבריאות לקופות החולים. הצו נחתם במאי 2012 ובסמוך לו חתמו משרדי הבריאות והאוצר ושירותי בריאות כללית (להלן – הכללית) על הסכם לעניין זה (להלן – ההסכם). ההסכם קובע במפורש כי "כל תושב ישראל יהיה זכאי לסל שירותים פסיכיאטריים בקופות החולים", והוא מחריג תחומים שלא יעברו לאחריות קופות החולים. בהסכם נקבע כי: "שירותי גמילה מסמים והתמכרויות [לא יועברו לאחריות קופות החולים], למעט במשברים נפשיים חריפים כגון פסיכוזה, דיכאון או התנהגות תוקפנית חדשה המחייבים אשפוז של מפגרים או נוטלי סמים, שיהיו באחריות קופות החולים". משרד הבריאות התחייב בהסכם "כי עד לסוף שנת 2018 לא ינחה את קופות

⁸⁶ מתוך "אודותינו" באתר "משפחות בריאות הנפש" <https://www.mishpachot.org/shipping-returns>.
⁸⁷ מתוך אתר עמותת משפחות בריאות הנפש, "ייצוג והגנה על עמדות וזכויות מתמודדים" "תחלואה כפולה" <https://www.mishpachot.org/protectionandrights>.

⁸⁸ מבקר המדינה, דוח שנתי 69 ב, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים: היבטים בטיפול המדינה בהתמכרויות, 6 במאי 2019.

החולים או בכלל בסטנדרטים נוספים בתחום בריאות הנפש, כפי שנקבע בסיכום הנוכחי, אלא אם נתנו הקופות הסכמתן לכך".

קשיים במימוש זכויות המכורים

בשנתיים שלאחר כניסת הצו לתוקף עלו טענות מהשטח כי משתמשים לרעה ומכורים נתקלים ב"קושי במימוש זכאות לאבחון ולטיפול בשירותי בריאות הנפש בקהילה", וחלק מהקושי במימוש הזכאות נובע מ"התנגדות שירותי בריאות הנפש בקופות החולים לטפל באוכלוסייה זו". לאור טענות אלו מתגלים חילוקי דעות בנוגע לתחולת האחריות בעניין התחלואה הכפולה.

לפי הדו"ח, משרד הבריאות מציין שבצו ובהסכם נקבע שהטיפול הנפשי במכורים "גם אם ברקע יש שימוש בסמים", הוא "באחריות מלאה" של קופות החולים. משרד הבריאות פרט גם צעדים שעשה כדי שהלוקים בתחלואה כפולה ימצו את זכויותיהם לטיפול נפשי בקופות החולים, וציין כי "כיום הקופות פחות מערימות קשיים או כופרות באחריותן זו" והלוקים בתחלואה כפולה מקבלים טיפול נפשי במימון הקופות. עם זאת, קופות החולים סבורות אחרת ממשרד הבריאות.

הכללית ציינה בתשובתה לדו"ח המבקר כי בהסכם נקבע שהטיפול הנפשי במכורים "נותר באחריות המדינה ולא הועבר לאחריות קופות החולים". עוד ציינה הכללית, כי הטיפול במכורים הלוקים בתחלואה כפולה "לא הוסדר והאחריות היא על משרד הבריאות, כיוון שעל פי ההסכם נקבע שהטיפול והסדרתו באחריותו".

לאומית שירותי בריאות ציינה בתשובתה מדצמבר 2018 כי עמדתה בעניין דומה לעמדת הכללית, והוסיפה כי עמדת משרד הבריאות לפיה הטיפול הנפשי במכורים הוא באחריות מלאה של קופות החולים, אינה מקובלת עליה, וכי מדובר בניסיון של משרד הבריאות להעביר לאחריות הקופות, ללא תיאום, ללא מימון וללא הסכמה, תחום כה משמעותי הדורש מקצוענות, מימון וידע.

המלצת מבקר המדינה בדו"ח 69ב'

בעניין הטיפול בתחלואה הכפולה, הדו"ח לא מתיימר לספק תשובה ברורה וחד משמעית. המלצתו בעניין זה היא שעל משרד הבריאות בכובעו כרגולטור "לנקוט פעולות שיבטיחו מתן טיפול נפשי בקהילה למכורים ואת מימוש זכאותם ככל שאר המטופלים, לאבחון ולטיפול בשירותי בריאות הנפש בקהילה, ועם זאת להבהיר על מי מוטלת האחריות לטיפול במכורים עם תחלואה כפולה".⁸⁹

4.6. עמדות משרדי הממשלה⁹⁰

בשאלת רצף הטיפול, משרדי הבריאות והרווחה אמנם מסכימים על חשיבותו, אך כל אחד מהם סובר כי יש להשיגו בדרך אחרת.

משרד הרווחה רואה חשיבות ביצירת גורם מתכלל אחד, וביצירת רצף ואחידות במעבר של מטופל ממסגרת אחת לאחרת. המשרד סובר כי הוא הגורם הנכון לתכלול הרצף, לאור טיפולו השוטף במספר הרב ביותר של

⁸⁹ ש.ם.

⁹⁰ פלורה קוך דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 30 ביוני 2021, עמ' 26-27.

מתמודדים עם התמכרות בישראל. הגוף שבראשו יעמוד הגורם המתכלל צריך להיות מורכב מנציגים של שלושת הגורמים האחראיים על הטיפול בהתמכרויות – משרד הרווחה, משרד הבריאות וקופות החולים.

משרד הבריאות לעומת זאת, סובר כי לאור ההתמקצעות הנדרשת, רצוי שיהיה גורם מחוזי בכל אחת מהקופות אשר ירכז את כלל המקרים בתחום ההתמכרויות. הוא למעשה יהיה הגורם המתכלל שיהיה בקשר עם כלל הגורמים המעורבים, כולל גורמים של משרד הרווחה ושל השיקום. משרד הבריאות טוען שנוון יהיה להעביר באופן הדרגתי את הטיפול במטופלים המתמודדים עם התמכרויות לקופות החולים.

5. סקירה משווה

פרק זה סוקר את אופן הטיפול בתחלואה כפולה באוסטרליה, אנגליה, איטליה וארה"ב. כל אחת מהמדינות פועלת באופן שונה, אם כי ניתן להצביע על קווי דמיון ביניהן. נראה שבמקומות שונים בעולם ישנה חשיבות רבה להכשרת המטפלים בעולם התוכן שזר להם (פסיכיאטריה והתמכרות). כמו כן, במדינות שונות ישנן ניסיונות לקיים את המודל האינטגרטיבי, בין השאר ע"י ריכוז הגורמים המטפלים.

5.1 אוסטרליה

אוסטרליה היא מדינה בעלת משטר פדרלי ובתחומה שש מדינות. בכל מדינה באוסטרליה ניכרת מדיניות שונה בטיפול בתחלואה כפולה. במסמך זה נתמקד במדיניות הפועלת במדינת ויקטוריה שבאוסטרליה, בה נוקטים בשיטת הטיפול האינטגרטיבי. הטיפול עבור מחלות הנפש וההתמכרות מתקבל מצוות רפואי אחד, וכן מועבר מסר אחד עקבי לגבי הטיפול וההחלמה.⁹¹ התקציב בשנת 2021 שהושקע בויקטוריה להקמת שירותי מומחים לתחלואה כפולה, תמיכה בחינוך ובניית יכולת כוח אדם ל"אבחון כפול" הוא 42.4 מיליון דולר אוסטרלי (כ-98 מיליון ₪).⁹²

מודל חלוקת הסמכויות באוסטרליה מעט שונה מישראל. הגופים המעורבים בטיפול בתחלואה כפולה הינם הרשות לאלכוהול ולסמים (AOD), שירותי בריאות הנפש בקהילה (MHCS) והקליניקה לבריאות הנפש, שעובדים במשותף בטיפול בתחלואה כפולה.

Victorian Dual Diagnosis Initiative -VDDI

ה-VDDI הוקמה בשנת 2002 כחלק מרפורמה בתחום בריאות הנפש. היוזמה נועדה להתוות מדיניות בנושא תחלואה כפולה, ולהנחות עובדים, סוכנויות ומערכות כיצד להגיב ביעילות למתמודדים עם תחלואה כפולה. צוותי היוזמה זמינים כמוקד ידע מקצועי, כדי להשיג את יעדי ה-VDDI. יעדי היוזמה הם קידום עקביות בטיפול בקרב שירותי הבריאות, וכמובן תמיכה בשירותי בריאות הנפש, האלכוהול והסמים במטרה שימשיכו לפתח את יכולתם לזהות תחלואה כפולה ולהגיב אליה ביעילות.

ה-VDDI מורכב מארבע סוכנויות מטרופוליניות מרכזיות המקושרות לעובדים גם באזורים הכפריים. ליוזמה יחידת חינוך והכשרה, המפתחת את כוח העבודה. היחידה פועלת לקידום בניית יכולות אבחון תחלואה כפולה.⁹³ נדבך חשוב הוא מעורבותם של מטופלים ומטפלים בפיתוח פרקטיקת אבחון כפול משולב ופיתוח מדיניות בנושא.

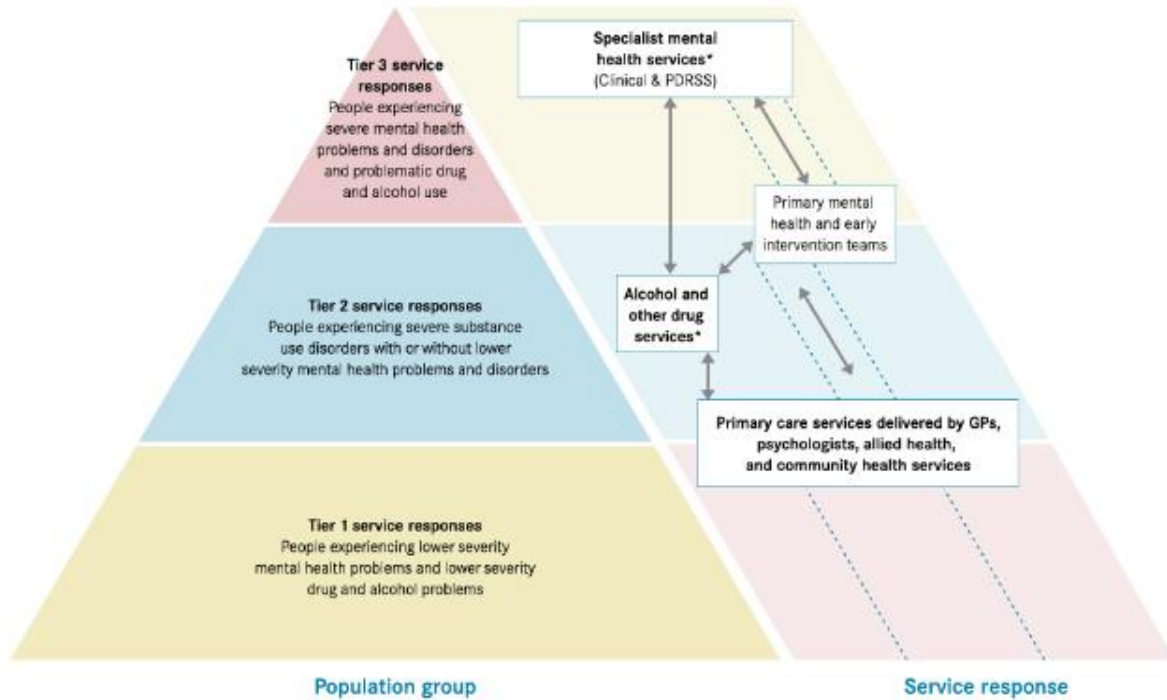
הכשרת המטפלים במסגרת ה-VDDI מתבצעת בקורס "אבחון כפול" שאורכו כ-6 שבועות, כאשר עובדי שירותי הסמים והאלכוהול לומדים אודות הכישורים הנדרשים משירותי בריאות הנפש במשך 6 שבועות,

Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration , 2009⁹¹
Mental health budget gives hope to all Victorians, on the record, 2021⁹²
Victorian strategic directions for co-occurring mental health and substance use conditions⁹³

ועובדי שירותי בריאות הנפש לומדים אודות הכישורים הנדרשים משירותי הסמים והאלכוהול במשך 6 שבועות.

דרגות הטיפול

מצב המטופלים מתחלק ל-3 דרגות ובהתאמה ניתן הטיפול הרלוונטי. כדי לסייע בפיתוח גישה שיטתית יותר לטיפול, פותחה 'סכמה' תלת-שכבתית. הסכימה נועדה להתאים את השירות שניתן לצורך הקיים בצורה מיטבית, בהתאם לחומרת המצב.



השירות בשלב הראשון רלוונטי לאלו החווים בעיות נפשיות בדרגת חומרה נמוכה ובעיות התמכרות בדרגה נמוכה. העובדה שמדובר בקבוצה גדולה יחסית של אנשים בקהילה מציבה אתגרים שונים למתן שירות. עבור קבוצה זו נדרשות התערבות פחות אינטנסיביות, נגישה במיוחד, המתמקדות בחרדה ו/או דיכאון יחד עם שימוש מסוים באלכוהול, ניקוטין וקנאביס. רופאים בעלי יכולת אבחון כפול במערכת הבריאות הראשונית יכולים לספק מגוון אפשרויות טיפול גנריות למטופלים. התערבויות קצרות טווח יכולות להיות יעילות עבור קבוצה זו, שכן התפקוד הקוגניטיבי בדרך כלל טוב ומדובר במקרים קלים יותר מבין שתי הקבוצות האחרות. שירותי טיפול ראשוני הם לעתים קרובות נקודת המפגש הראשונה של אדם שמבקש עזרה עבור בעיה נפשית או בעיית סמים ואלכוהול, כולל אלה הזקוקים לשירותים אינטנסיביים יותר.

השירות בשלב השני רלוונטי לאלו המתמודדים עם שימוש חמור בסמים, אך עם הפרעה נפשית בדרגת חומרה נמוכה. למטופלים אלה נדרש טיפול של צוות עם ידע בתחום ההתמכרויות ברמה גבוהה וכן, כישורים גם במתן טיפול נפשי בהפרעות השכיחות ביותר כגון חרדה ודיכאון. אנשים המטופלים בדרגה זו חווים שכיחות משמעותית של הישנות (הן בבעיות נפשיות והן בשימוש בסמים ואלכוהול) והשירותים משלבים התערבויות פסיכו-סוציאליות ארוכות טווח כדי לסייע לאנשים להתגבר על התמכרויות.

השירות בשלב השלישי רלוונטי לאלו החווים התמודדות נפשית קשה ושימוש חמור בסמים ובאלכוהול. על כן, נדרש מענה משולב לבעיותיהם המתחשב בכל היבטי מחלתם, ע"י צוות מומחה לבריאות הנפש וצוות PDRSS (תוכנית למוגבלות פסיכיאטרית ותמיכה בשיקום). טיפול משולב עשוי להינתן ע"י קלינאי המטפל הן במחלת ההתמכרות והן במחלה הנפשית של המטופל. טיפול משולב יכול להתרחש גם כאשר קלינאים

מסוכנויות נפרדות מסכימים על תוכנית טיפול אינדיבידואלית המטפלת בשתי ההפרעות ולאחר מכן מספקים טיפול.

יש לציין, כי קיימת הבחנה בין טיפול במבוגרים לעומת צעירים, להם מותאמים מודלים של טיפול ייחודיים לנוער.⁹⁴

אתגרים וקשיים

על אף שהטיפול עצמו נתפס כיעיל, צצו מסי קשיים ובעיות. המבנה, הסף למתן שירותים, הקריטריונים הנדרשים ומיקומם של שירותי בריאות הנפש האקוטיים מקשים על מטופלים פוטנציאליים, מטפלים ונותני שירות כאחד לנווט במערכת ולגשת אליה.⁹⁵ מוקדי הכניסה והחלוקה ל-3 דרגות מהווים שומרי סף שמצמצמים את הגישה רק למצויים בסכנה מיידית, ואינם מספקים הכוונה ותמיכה מספקת לאלו שאינם עומדים ברף החמור מספיק בבחינת ההפרעה או ההתמכרות. זאת גם בשל העומס הרב המופעל על מערכות בריאות הנפש.⁹⁶ כתוצאה מכך, אנשים הזקוקים לתמיכה נשלחים למחלקות חירום בצמוד לבתי החולים. מחלקות המיון עמוסות ומהוות אזורי גירוי גבוהים שעלולים להחמיר את ההפרעה שהביאה את המטופלים לשם מלכתחילה. כל אלו, יחד עם זמני המתנה מתמשכים, גורמים למטופלים פוטנציאליים לעיתים קרובות לעזוב מבלי לקבל טיפול.

לבעיות אלה עלו כמה הצעות לפתרון:

- הקמת מוקדי הערכה ייעודית בתפוצה רחבה לתמיכה בסף נמוך יותר של חומרה, כך שיופחת העומס על שירותי בריאות הנפש האקוטיים. המוקדים יוכלו לספק התערבויות קצרות.
 - פיתוח זרוע לתמיכה משפחתית- במקום לחכות למשפחות שיצרו קשר, השירות צריך לפנות אליהן באופן אקטיבי בנושאי חינוך, תמיכה וקישורים לאפשרות של תמיכה כלכלית במידת הצורך.⁹⁷
- באשר לאופן העבודה המשותף, השותפות בין מומחי בריאות הנפש לבין מומחי שירותי האלכוהול וסמים אחרים מספקות מערכות יחסים שימושיות מבחינה תפעולית, והן העומדות בבסיס המשכיות הטיפול וטיפול החלמה משולבים. נדבך זה מצריך פיתוח מנגנונים לתקשורת ברורה בין הגורמים המטפלים.

5.1.1 סיכום הגישה לטיפול בתחלואה כפולה באוסטרליה

- אופן הטיפול בתחלואה כפולה מתחלק ל-3 קטגוריות לפי דרגות חומרה של מצב ההפרעה הנפשית וההתמכרות, ומותאם אליהן:
 - דרגת חומרה נמוכה- בעיות נפשיות ובעיות סמים ואלכוהול בדרכה נמוכה יותר.
 - דרגת חומרה בינונית- הפרעות חמורות של שימוש בסמים/ אלכוהול, יחד עם בעיות נפשיות בדרגת חומרה נמוכה יותר.
 - דרגת חומרה קריטית- הפרעות נפשיות קשות ושימוש חמור בסמים/ באלכוהול.
- אופן הכשרת המטפלים מתבצע בקורס שאורכו כ-6 שבועות בו עובדי השירותים הרלוונטיים מתמקצעים בתחום שאינם עוסקים בו ביום-יום (שירותי סמים ואלכוהול- בריאות הנפש, ולהיפך).

⁹⁴ Dual diagnosis: Key directions and priorities for service development, Victorian Government Department of Human Services, 2007

⁹⁵ VAGO – Victorian Auditor-Generals Office - Access to Mental Health Services (March 2019)

⁹⁶ שם.
⁹⁷ Victorian Dual Diagnosis Initiative submission to the Royal Commission into Victoria's Mental Health System

- קושי אפשרי עולה באשר לבירוקרטיה הכרוכה בפנייה לגורמים הרלוונטיים ובחשש להפעלת עומס על שירותי בריאות הנפש האקוטיים שמקשה על פנייה לגורמים הרלוונטיים גם במקרים "קלים".

5.2 אנגליה

גם באנגליה השיח מתמקד במודל משולב, וניכר שברמת המדיניות זה הטיפול הנדרש. הטיפול בעיקרו מתבצע ע"י שירותי בריאות הנפש בשיטת ה"קייס מנג'ר". הקייס מנג'ר הוא איש מקצוע שמתכלל ומנהל את כלל העניינים הרפואיים והשיקומיים עבור המטופל. במקרה של תחלואה כפולה, הקייס מנג'ר נותן מענה הוליסטי ומרוכז עבור המטופל, ומכווין אותו לאנשי המקצוע ולמוסדות הטיפול הרלוונטיים. ב-1999 נקבע כי "יש לספק את צרכי המאובחנים בתחלואה כפולה במסגרת שירותי בריאות הנפש והסמים והאלכוהול הקיימים"⁹⁸.

המודל באנגליה מבקש להתוות דרך ברורה של עבודה בין סוכנויות סמים ואלכוהול וסוכנויות לבריאות הנפש, הכוללת הגדרה של מסלולי טיפול ברורים. שירותי הסמים והאלכוהול יספקו תמיכת מומחים ויעוץ לעובדי מערכת בריאות הנפש, ואילו שירותי הבריאות יתמכו באופן דומה בעובדי שירותי הסמים והאלכוהול, כדי שיוכלו להתמודד ביעילות עם אנשים עם בעיות נפשיות "קלות". מדובר ביצירת מסגרת רציונלית ויעילה להתמודדות עם תחלואה כפולה. המודל המשולב משמעו שילוב התערבויות פסיכיאטריות והתערבויות לשימוש לרעה בסמים במקביל, ומחייב את ה"קייס מנג'ר" לספק התערבויות פסיכיאטריות ושימוש לרעה בחומרים באופן מתואם.⁹⁹

ככלל, חלה באנגליה מדיניות של "אין דלת לא נכונה" ("No Wrong Door" policy). אין משמעות הביטוי שהטיפול יינתן עם הגעת המטופל לגורם הראשוני, אך על כלל השירותים אליהם פונים הסובלים מתחלואה כפולה להיות זריזים, פרואקטיביים, גמישים, מלאי חמלה ולא מפלים בתגובתם. זאת תוך הערכה מהירה והצעת הפנייה בצורך לגורמים הרלוונטיים. מטרת מדיניות ה-No Wrong Door היא לא "לאבד" מטופלים פוטנציאליים כתוצאה מבירוקרטיה.¹⁰⁰

משרד הבריאות והסוכנות הלאומית לטיפול (NTA) פיתחו מודלים של טיפול, המהווים מדריך לצוותי פעולה בסמים כשהם מתכננים להרחיב ולשפר את שירותי הטיפול התרופתי באזורם. המודלים מתייחסים לסוגיות מהותיות באופי הטיפול; טיפול וניהול מטופלים והצורך ברב-תחומיות תוך שילוב השירותים, וכן חשיבות זיהוי המערכות המתאימות להפניה ולטיפול בתחלואה כפולה כבר ע"י פסיכיאטרים בקהילה.¹⁰¹

NELFT

ה-NELFT (קרן אמון שירותי הבריאות הלאומית) הוא ארגון סמי-אוטונומי המופעל ע"י שירותי הבריאות הלאומיים בבריטניה (NHS-National Health Services). הקרן פועלת, בין היתר, לטובת שילוב גופים שונים למסגרת קוהרנטית בטיפול בתופעת התחלואה הכפולה, תוך פיתוח שירותים קליניים משולבים למטופלים, מתן גישה שוויונית לאספקת הטיפולים, וכן הטמעת מיומנויות לצוותים הייעודיים המטפלים במתמודדים עם תחלואה כפולה.

⁹⁸The National Service Framework for Mental Health (DH, 1999)
⁹⁹Policy Implementation Guide: Dual Diagnosis Good Practice Guide, DH 2002
¹⁰⁰Better care for people with co-occurring mental health, and alcohol and drug use conditions, Public Health England, 2017
¹⁰¹Alcohol Harm Reduction Strategy for England: Implications for the Treatment of Dual Diagnosis, 2004

בהערכה הראשונית של אנשים המתמודדים עם מחלות נפשיות, גורמי הטיפול ראשוני צריכים לדעת כיצד לגשת לשירותי מומחים. הטיפול המשני צריך לענות על הצרכים של אנשים שאובחנו בתחלואה כפולה, זאת באמצעות שירותי בריאות הנפש ושירותי הסמים והאלכוהול הקיימים.

נדרש מיפוי תהליכים עבור המטופלים בטיפול המשולב, זאת בכדי להבטיח שמסלולי הטיפול יהיו קוהרנטיים ועקביים. תכנון מסלול הטיפול יהא מבוסס על עדויות של טיפול יעיל והערכת צרכים, והמבנה בפועל של המסלול יושפע מזמינות המשאבים המקומית; במיוחד מהמגוון והיכולות של הצוותים וכישוריהם, הידע והניסיון של הצוותים השונים המעורבים. יש צורך בשיתוף פעולה טוב בין צוותי הסמים והאלכוהול של NELFT בקהילה, וצוותי בריאות הנפש על מנת לספק טיפול משולב יעיל ונאות.

הארגון מספק בין היתר את ה-CPA (מעין סל שיקום- יפורט בהמשך) לטיפול בתחלואה כפולה. עקרונות הטיפול המנחים הן עבור NELFT והן עבור צוותי הטיפול הם:¹⁰²

- **כל מי שמגיעים לשירותים עם מחלת נפש קשה ובעיית שימוש לרעה בסמים ו/או אלכוהול חייבים לקבל הערכה עבור שני ההיבטים האמורים.**
- הצוות המתאים לבריאות הנפש יעריך את מצבו הנפשי של המטופל, וצוות הסמים ו/או האלכוהול המתאים בקהילה יעריך את בעיות השימוש לרעה בחומרים של המטופל.
- ככל שניתן, יש לבצע את ההערכה במשותף בכדי להפחית כפילויות.
- המאובחנים בתחלואה כפולה יכולים בתחילה להגיע לשירותי בריאות הנפש או לשירותי הטיפול בסמים. **באחריות השירות אליו פנה המטופל לראשונה, "להחזיק" את התיק עד לסיום הערכה מלאה ולהודיע לשירות השותף שלו כי נדרשת הערכה כזו.**
- בהתאם להנחיות הלאומיות, ישנה סבירות גבוהה שלמתמודד עם תחלואה כפולה תהיה גם מחלת נפש, לכן המטופל יקבל גישה ל-CPA- Care Programme Approach (מעין סל שיקום המשמש את שירותי בריאות הנפש המשניים, בו המטופל זכאי לתוכנית טיפול ולליווי).
- ניהול התיק יהיה באחריות צוות בריאות הנפש בסיוע צוות משירותי סמים ואלכוהול. עם זאת, אם בעיות בריאות הנפש הן מינימליות, כלומר דיכאון קל עד בינוני ו/או חרדה, ייתכן שיוכלו לעדכן את ההערכה, כך שניהול התיק יהיה באחריותו של עובד רלוונטי משירותי השימוש בסמים, כך שיוכל להיעזר בשירותי בריאות הנפש כנדרש.
- לאחר הערכה, שני הצוותים יאתרו עובדים מתאימים אשר ילוו את הסובל מתחלואה כפולה ככל הניתן ויגבשו תכנית טיפול אחת משולבת. כל תיקון לרכיב כלשהו בתוכנית הטיפול ידווח ללקוח ולכל אחד מחברי הצוות המעורבים במסירתה.
- לעיתים יעסוק אדם בשירות כזה או אחר ורק לאחר זמן מה יתברר שיש לו בעיות אבחון כפולות. ברגע שהדבר מתברר, יש לפעול לפי העקרון שהשירות אליו פנה המטופל ראשון יהיה אחראי עד לביצוע הערכה מלאה.

¹⁰² DUAL DIAGNOSIS STRATEGY: an implementation plan for delivering good practice in working with service users with a dual diagnosis (mental illness and substance misuse), 2010

CPA

ה- Care Programme Approach הוקמה ב- 1991, והיא מערכת של אספקת שירותי בריאות הנפש בקהילה לאנשים שאובחנו עם הפרעת נפש שהוסדרה בחוק שירותי הבריאות והטיפול הקהילתי.¹⁰³ ניכר כי ישנן "קבוצות מפתח", קרי קבוצות שעשויות להיזקק לתמיכה מה-CPA אך מפספסים אותה; מאובחנים בתחלואה כפולה נכללים בקבוצות המפתח. אמנם, יתכן מצב בו אדם יאובחן בתחלואה כפולה אך לא יזדקק לתמיכה מה-CPA. במקרה כזה, עדיין יהיה צורך להעריך מצבו, וה- NHS (שירות הבריאות הלאומי בבריטניה) יציין את הסיבה לכך שאינו זקוק לטיפול בעזרת CPA.

עקרונות הטיפול ב-CPA הם בין היתר; מעבר מטיפול גנרי לטיפול משמעותי מבוסס התערבות, תוך תיעוד וליווי, הצמדת "עובד מפתח" לכל מטופל כך שיספק את צרכי המטופל ויגביר את חוסן מערכות הטיפול. עקרון נוסף הוא תכנון משותף ואיכותי, הוליסטי ומותאם אישית למטופלים באופן דינמי, מערכת נגישה וגמישה המגיבה לצרכי הטיפול, החיים ונסיבותיו של הפרט ובני משפחתו.¹⁰⁴

למעשה, המטופלים בתחלואה כפולה במרבית המקרים משויכים לשירותי בריאות הנפש, ותוך כדי מטפלים בהתמכרות שלהם. הצוות מכיר בכך שמדובר בסביבה שעלולה להעמיד אנשים בסיכון גבוה מהרגיל לשימוש לא נאות בחומרים. לכן, על הצוות להיות מוכשר בהתערבות בשימוש בסמים ובאלכוהול כחלק בלתי נפרד מהענקת הטיפול. התייחסות נוספת ביוזמה הינה לנגישות הטיפול למיעוטים אתניים וחברתיים במדינה, כך שהשירות יוגש באופן שוויוני ויותאם לאוכלוסייה הרלוונטית באזורים השונים.

אופן הכשרת צוות הטיפול

לרוב לא ידרשו צוותי בריאות הנפש למומחים בהקשר לשימוש בסמים, אך עליהם לתחזק את הידע והמיומנויות בהערכת מטופלים ובהנעת שינוי באשר לשימוש בחומרים. במידת הצורך, ניתן ליזום הכשרה רב-תחומית, שתכלול פיתוח ידע ומיומנות בהערכה, תכנון וטיפול בסובלים מתחלואה כפולה, שתכלול למידה ממומחים לסמים ולאלכוהול, ורכישת ידע ייעודי לטיפול בתחלואה כפולה.¹⁰⁵

5.2.1 סיכום הגישה לטיפול בתחלואה כפולה באנגליה

- מדיניות No Wrong Door – על הגורם הראשוני בשרשרת הפניות להפנות באופן אפקטיבי את הלקוח לגורם הרלוונטי, תוך רגישות, חמלה ויעילות. אין הכרח שטיפול יתבצע כבר אצל הגורם הראשוני אליו פנה הלקוח.
- על הפונים לשירותי בריאות הנפש/האלכוהול והסמים לעבור הערכה בשני ההיבטים, רצוי במשותף.
- ה-NELFT פועל לטובת אינטגרציה ויצירת מודל טיפולי משולב ככל הניתן עבור המתמודדים עם תחלואה כפולה, תוך שימוש בשיטת ה-CPA.
- ה-CPA מתמקדת בליווי צמוד של קייס מנג'ר את כלל המתמודדים עם תחלואה כפולה. למעט מקרים חריגים בהם בעיית הסמים חמורה יותר מהפרעת הנפש, הצוות המלווה את החולה יהיה צוות שירותי בריאות הנפש.
- שני הצוותים יגבשו את תוכנית הטיפול עבור מטופל המתמודד על תחלואה כפולה.

¹⁰³ National Health Service and Community Care Act, 1990 .
¹⁰⁴ Care Programme Approach - NHS England, NHS England and NHS Improvement position statement, 2021
¹⁰⁵ Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings- Guidance on the assessment and management of patients in mental health inpatient and day hospital settings who have mental ill-health and substance use problems, 2006

- אופן הכשרת צוות הטיפול ייעשה תוך תחזוק הידע של שירותי בריאות הנפש בתחומי האלכוהול והשימוש בסמים, ובמידת הצורך זה יעשה תוך הכשרה רב-תחומית ייעודית לרכישת ידע לטיפול בתחלואה כפולה.

5.3 איטליה

ב- 2008 נערך סקר באיטליה המראה כי רבע מהאנשים שסובלים ממחלת נפש חמורה סובלים מתלות באלכוהול, ו-21% סובלים מתלות בחומרים אחרים. עם זאת, רק 50% מאנשים שהוגדרו עם מחלת נפש חמורה טופלו בשירותים מתמחים במהלך השנה האחרונה טרם הסקר.¹⁰⁶ כמו כן, בקרב המתמודדים עם מחלות נפש חמורות, ישנו שיעור גבוה של שימוש בחומרים מסוכנים, אך לעיתים קרובות אבחנה רשמית של תלות בחומרים לא מדווחת.¹⁰⁷ מחקר אחר הראה שכ-32% מהמתמודדים עם התמכרות סובלים מתחלואה נלווית, לרבות פסיכוזה, חרדות ועוד הפרעות נפשיות.¹⁰⁸

הפרקטיקה הסטנדרטית באיטליה ב-2006 הייתה טיפול מקביל לאבחון כפול, שהתבטא בהפרדה בין מתקנים לבריאות הנפש ומתקנים להתמכרויות. המחקרים אמנם ממליצים על אינטגרציה של השירותים, אך המאמר מציין שלא נרשמת התקדמות. מחלקות בריאות אזוריות מספקות טיפול להתמכרות ובריאות הנפש באמצעות יישום של מודלים שונים בטיפול סוציאלי, טיפול ראשוני וטיפול משני. טיפולים בבריאות הנפש מסופקים על ידי שירותים מבוססי קהילה ומחלקות פסיכיאטריות בתוך בתי חולים, בעוד שטיפול בעקבות שימוש לרעה בחומרים מסוכנים מסופק רק על ידי מרפאות חוץ של מכורים.¹⁰⁹

יישום מדיניות

מיוולי 2004 המחלקה הלאומית למדיניות סמים, הפכה לאחראית על פיתוח כישורים בקרב אנשי מקצוע, למרות שאחריות על אבחון כפול עדיין מחולק עם מחלקת הבריאות. עם זאת, מאמץ משותף קיים בעניינים של מניעה, ניטור, והתערבות הקשורה לשימוש בחומרים מסוכנים, כמו גם שיתוף פעולה עם ארגונים ללא מטרת רווח, איסוף מידע והפצה של אסטרטגיות יעילות. הארגון האיטלקי לפסיכיאטריה התמכרותית הגיש הצעה למחלקת הלאומית למדיניות סמים כדי להשפיע על הקווים המנחים של שירות הבריאות הלאומי:

- על תכנית הטיפול להתחלק בין צוותים רפואיים לצוותי התמכרויות.
- אסטרטגיה של "קייס מנג'ר" לחולים חמורים באבחון כפול.
- יישום קווים מנחים של סינון והערכה במחלקות דחופות ומאושפזים בכפייה, וגם התמכרות הדדית וייעוץ וקישור פסיכיאטרי.
- הכשרה של צוותים טיפוליים.

אחת הבעיות שמעכבות את התקדמות הנושא היא דעת הקהל שנגועה סטיגמות ואפליה מתמדת בשדה של בריאות הנפש. בעיה נוספת היא בעיית המימון, דבר שיוצר עיכובים וחוסר בהוראות ומשאבים שנחשבים

Giuseppe Carra et al., *Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the "Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)" study*, 58 COMPREHENSIVE PSYCHIATRY 152 (2015).

Department of Mental Health sciences, Royal Free and University College Medical School, *Dual Diagnosis – Policy and Practice in Italy*, 15 AM J. ADDICT. 125 (2006).

. Victorian Dual Diagnosis Initiative submission to the Royal Commission into Victoria's Mental Health System¹⁰⁸. The National Service Framework for Mental Health (DH, 1999)¹⁰⁹.

דחופים. בעקבות המגוון של המקרים השונים הנכנסים תחת ההגדרה 'אבחון כפול' קשה לקבוע דרך טיפולית יעילה.¹¹⁰

חלוקת הסמכויות¹¹¹

מחלקת הבריאות (DSM) חולשת על כל התחומים הקליניים, אדמיניסטרטיביים ופעילויות חברתיות. בגדול, הטיפול הוא יחסית הטרוגני וכולל מגוון שירותים פסיכיאטריים, פסיכולוגיה קלינית, שירותי גמילה או שירותים מניעתיים.

המרכז לבריאות הנפש (CMS) מתאם מניעה, טיפול ושיקום לחולים עם הפרעות פסיכיאטריות. ההתערבות של המרכז הוא אבחוני, טיפולי ושיקומי-חברתי. המרכז עובד עם מגוון של אנשי מקצוע ומספק טיפולים פסיכיאטריים בשילוב עם טיפולים רפואיים מסוגים שונים.

השירות להתמכרות לסמים (SerT) הוא שירות ציבורי של מערכת הבריאות המתמקד בכל הקשור לחומרים פסיכו-אקטיביים. השירות עוסק בשיקום מולטי-דיספלינרי ואסטרטגיות טיפוליות, שילוב של נקודות מבט רפואיות, חינוכיות, חברתיות ופסיכולוגיות. השירות פועל בקהילה במטרה לגרום לחברה להיות רגישה יותר לגבי הסיכונים וההשלכות של שימוש בחומרים מסוכנים, לקדם בריאות קולקטיבית, ולהציע שירותים מפחיתי נזקים אצל אלו עם הפרעה התמכרותית שלא פונים ישירות לטיפול. בנוסף השירות מספק תמיכה למשפחה על מנת לעזור להם לפתור בעיות הקשורות בסיטואציה.

מרכזי טיפול¹¹²

בשנות ה-2000 נוסדו מתקני שיקום פסיכיאטריים רבים שנועדו לאכלס מטופלים עם מחלות נפש קשות. הקהילות הטיפוליות מציבות את האוטונומיה של המטופל כמטרת על לטווח הארוך כדי לשלב אותם חזרה בחברה. הם עושים זאת בין השאר ע"י שירותי הדרכה ולימוד כחלק מהטיפול. טיפולים לטווח קצר מתמקדים בלהתגבר על קשיים ביחסים עם אחרים, הגדרה של תפקיד חברתי, הפחתה של החמרה במצב וכרוניזציה של הפרעה פסיכופתולוגית.

המרכזים שמתמקדים באבחון כפול מגדירים את המטרה המרכזית שלהם כמניעה לטווח ארוך משימוש בחומרים מסוכנים וליצור דרך לקבלה, ניהול וטיפול של הפתולוגיה הפסיכיאטרית, וקידום של המשאבים למטופל מנקודת מבט שיקומית.

קיימים מודלים בספרות שאומצו ע"י CMS (מרכז לבריאות הנפש) וע"י SerT (שירות להתמכרות לסמים) של מחוז אברוצו, ושל מרכז בריאות מקומי של סנלורי. המרכזים האלו זיהו שסקטור הבריאות דורש מעורבותם של מספר שחקנים, מקצועיים בשדה, ומערכות אינטר-דיספלינריות, ומולטי-דיספלינריות, שמבוסס על רגולציות מחוזיות, והציעו הליך ניהול טכני למקרים של אבחון כפול, כולל התייחסות לנוהלי עבודה בין שירותי הבריאות לשירותי ההתמכרויות.

במקומות המוזכרים, המטופלים עוברים הליך הערכה ואבחון קליני המלווה תמיד בהערכה טוקסיקולוגית (בודקים האם המטופל צורך סמים) וחקירה מעבדתית. רופאים ופסיכולוגים בכל שירותי טיפולי יכולים לדרוש ייעוץ מיוחד מהיחידות האחרות; אם יש סימפטומים של שימוש בסמים ואלכוהול, של פסיכיאטריה, או איזשהם סימפטומים חשובים שיצדיקו תשומת לב קלינית.

Mario Vitali et al., *Drafting a dual diagnosis program: a tailored intervention for patients with complex clinical*¹¹⁰
needs, 53 RIV PSICHIATR 149 (2018).

¹¹¹ שם.

¹¹² שם.

יחד עם זאת, יש קושי הגלום באבחונים מהסוג הזה, כיוון שבעיות פסיכיאטריות ושימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים יכולים לחלוק הרבה סימפטומים וקריטריונים לאבחון. הפרעות שנוצרות משימוש באופן טיפוסי מתפתחות יחד עם שימוש מוגבר בחומרים מסוכנים, ובדרך כלל יש שיפור בשלבים הראשונים של היעדרות משימוש, גם בלי טיפול ספציפי. לעומת זאת, הפרעות נפרדות בדרך כלל מתרחשות לפני הפרעת שימוש ודורשות גישה טיפולית/ מרפאה ספציפית.

למצב הסבוך הזה יש השלכות בפרקטיקה הקלינית. למשל, אם למטופל בסוף ההערכה יש התמכרות לסמים והפרעה פסיכיאטרית רדומה, או ההפך, הוא יטופל בשירות "העיקרי" בזמן שליתר השירותים יהיה תפקידים ייעוציים אך לא ייקחו חלק פעיל בטיפול. לעומת זאת, אם למטופל יש את שני המצבים בו זמנית, צוות מעורב נקוט בפעולות משותפות עם מטרה נוספת של יצירת דרך טיפולית אינדיבידואלית. במילים אחרות, הצוות המולטי-דיספלנארי יטפל בכל המקרים שבהם מטופל לא יכול להסתפק בטיפול יחיד.

במחוז אברוצו (ובאופן דומה למדי גם במרכז הבריאות של סלוריו), במתקני הבריאות הצוות חייב להיות מורכב משני רופאים, אחד מ-CMS והשני מ-SerT, שני פסיכולוגים ושני עובדים סוציאליים. אנשי מקצוע נוספים כמו אחיות מקצועיות, מחנכים ועוד, יכולים להתווסף אם נחוץ. כל תיק במרכזי הבריאות ינוהל ע"י קייס מנג'ר.

פתרונות תרופתיים הם חשובים, אבל שעדיין נחוץ למצוא דרכים ספציפיות לטפל בכל המטופלים. זה מתאפשר רק דרך צוות שמורכב מכל השירותים, בעבודה מולטי-דיספלינרית.

ממצאים מחקריים נוספים

מחקרים מציינים כי קיימת קורלציה בין מקום המגורים לסיכוי להתמודד עם תחלואה כפולה. לדוגמה תושבי מרכז ודרום איטליה הם בסיכון גבוה יותר לתחלואה כפולה. השילוב בין זמינות גבוהה של חומרים מסוכנים, לכך שיש מעט תוכניות מניעה זה ההסבר הסביר ביותר.¹¹³ הסבר אפשרי נוסף הוא שמערכות הבריאות באזורים אלו הן פחות יעילות, או שאנשים רבים תופסים שירותי התמכרויות כסטיגמטיים יותר מאשר אלו של טיפול נפשי. ההבדלים מראים פערים בעמדות חברתיות ותרבותיות בקרב הציבור.

כמו כן, קשר בין סוג הפרעות הפסיכיאטריות לסיכוי להתמכר לחומרים מסוכנים. כך, למתמודדים עם הפרעות אישיות יש סיכוי גבוה יותר להידרש לטיפול בהתמכרות, מאשר למתמודדים עם סכיזופרניה. עוד מצאו מחקרים כי הצורך ללכת לשתי מסגרות שונות כדי לטפל בשתי בעיות עשוי להפחית את הנכונות להגיע לטיפול.

בהשוואה לאמצע שנות התשעים, ב-2009 מטופלים היו מבוגרים יותר עם רמת חינוך גבוהה יותר. כמו כן, יש יותר חולים בתחלואה כפולה ושימוש במספר חומרים מסוכנים. ב-2009 הסבירות של להיות משתמש במספר חומרים מסוכנים היה גבוה יותר במטופלים צעירים וכאלו עם תחלואה כפולה (מוגדר כתחלואה פסיכיאטרית). התוצאות מקשרות נשים עם הסבירות שיהיו מושפעות מאבחון כפול.¹¹⁴

מאמר אחר מצא שמערכת בריאות משולבת המבוססת על ניהול אשפוז של חולים פסיכיאטריים עם שימוש/ תלות בסמים היא זולה יותר.¹¹⁵

The National Service Framework for Mental Health (DH, 1999)¹¹³
 A. Zamboni et al., *Prevalence of Polysubstance Abuse and Dual Diagnosis in Patients Admitted to Alcohol Rehabilitation Units for Alcohol-Related Problems in Italy: Changes in 15 Years*, 52 ALCOHOL & ALCOHOLISM 699 (2017).¹¹⁴
 P. Rucci et al., *Healthcare resource utilization and direct medical costs in patients with dual diagnosis in Italy*, 115 J. PSYCHOPATHOLOGY 1 (2018).¹¹⁵

5.3.1 סיכום הגישה לטיפול בתחלואה כפולה באיטליה

- מחלקות בריאות אזוריות מספקות טיפול להתמכרות ובריאות הנפש באמצעות יישום של מודלים אינטגרטיביים שונים בטיפול סוציאלי, טיפול ראשוני וטיפול משני.
- טיפולים בבריאות הנפש מסופקים על ידי שירותים מבוססי קהילה ומחלקות פסיכיאטריות בתוך בתי חולים, בעוד שטיפול בעקבות שימוש לרעה בחומרים מסוכנים מסופק רק על ידי מרפאות חוץ של מכורים, עם מתקני מגורים פרטיים המשחקים תפקיד נלווה.
- מחלקת הבריאות (DSM) חולשת על כל התחומים הקליניים, אדמיניסטרטיביים ופעילויות חברתיות.
- המרכז לבריאות הנפש (CMS) מתאם מניעה, טיפול ושיקום לחולים עם הפרעות פסיכיאטריות. ההתערבות של המרכז היא אבחונית, טיפולית ושיקומית-חברתית. המרכז עובד עם מגוון של אנשי מקצוע ומספק טיפולים פסיכיאטריים בשילוב עם טיפולים רפואיים שונים.
- השירות להתמכרות לסמים (SerT) הוא שירות ציבורי של מערכת הבריאות הלאומית ומטפל בכל הקשור לחומרים פסיכו-אקטיביים דרך שיקום מולטי-דיספלינרי ואסטרטגיות טיפוליות.
- רופאים ופסיכולוגים בכל שירותי טיפולי יכולים לדרוש ייעוץ מיוחד מהיחידות האחרות, אם יש סימפטומים של שימוש בסמים ואלכוהול, של פסיכיאטריה, או איזשהם סימפטומים חשובים שיצדיקו תשומת לב קלינית
- אם למטופל בסוף ההערכה יש התמכרות לסמים והפרעה פסיכיאטרית רדומה, או ההפך, הוא יטופל בשירות "העיקרי" בזמן שליתר השירותים יהיה תפקידים ייעוציים אך לא ייקחו חלק פעיל בטיפול. לעומת זאת, אם למטופל יש את שני המצבים בו זמנית, צוות מעורב ינקוט בפעולות משותפות עם מטרה נוספת של יצירת דרך טיפולית אינדיבידואלית.
- במחוז אברו, במתקני הבריאות הצוות חייב להיות מורכב משני רופאים, אחד מ-CMS ואחד מ-SerT, שני פסיכולוגים ושני עובדים סוציאליים. לכל שירות יהיה קייס מנג'ר.
- מערכת בריאות משולבת המבוססת על אשפוז של חולים פסיכיאטריים הצורכים סמים היא זולה יותר.

5.4 ארה"ב

המרכז לתמיכה בטיפול הוא עמותה לקידום חקיקה שהוקמה ב-1998, ופועל ברמה הפדרלית. המרכז פרסם ב-2018 סקירה של מצב התחלואה הכפולה בארה"ב. הממצאים מגלים כי השכיחות של מחלת נפש רצינית החוזרת על עצמה והפרעת שימוש בחומרים מסוכנים, גדלה בארה"ב ביותר ממיליון אנשים בין 2014 ל-2019, (40%).¹¹⁶

עם זאת, בארה"ב, פחות משני שלישי מהמאובחנים בתחלואה כפולה מקבלים איזשהו טיפול, ואפילו פחות מקבלים טיפול מקביל לשני המצבים. מדווח כי 12.7% בלבד מהמאובחנים בתחלואה כפולה קיבלו איזשהו טיפול ב-2019. מוערך שכרבע מאלו עם מחלות נפש מתמודדים גם עם הפרעות שימוש בסמים.

שתי אוכלוסיות בארה"ב הסובלות והרגישות לתחלואה כפולה הן אלו המעורבים במערכת הפלילית ומחוסרי בית. אלו נמצאים בסיכון גבוה יותר לחוות השלכות שליליות, כמו גם קבוצות מופלות היסטורית

Elixabeth Sinclair Hancq, Kelli South & Molly Vencel, Dual Diagnosis: *Serious Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorders*, OFFICE OF RESEARCH & PUBLIC AFFAIRS (Mar. 2021). https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/TAC_Co-occurring_Evidence_Brief_March_2021_Final.pdf

כמו מיעוטים גזעיים, נשים ואנשים בעוני. למחקרים קשה לנתח מה הגורם ומה התוצאה בין מחוסרי בית, מעמד סוציו-אקונומי, שימוש בסמים ומעורבות פלילית.¹¹⁷

סוגי הטיפולים הקיימים בארה"ב

IDDT

אסטרטגיית הטיפול המקובלת ביותר היא IDDT – Integrated Dual Disorder Treatment. הטיפול פותח במרכז המחקר הפסיכיאטרי של דארמות' בשנות ה-90. ה-IDDT היא גישה מולטי-דיספלינרית המשלבת התערבויות תרופתיות, פסיכולוגיות, חינוכיות וחברתיות כדי לטפל בצרכים של המטופל ומשפחתו באופן רגיש תרבותית. מטרת הטיפול היא להעביר את המטופל דרך ארבעה שלבים: עוררות (engagement), שכנוע, טיפול אקטיבי ומניעת הישנות (נפילה חזרה).

מטופלים בתוכניות אלו הם בעלי תוצאות טובות יותר לטווח הקצר והארוך לבריאות הנפש, שימוש בסמים ואיכות חיים כללית. מחקר מ-2011 בחן תוכנית הפועלות בשיטת ה-IDDT, ומצא שהגישה הצליחה לצמצם את ימי האשפוז החמורים הכוללים ב-90% ואת ימי הכליאה ב-98% בארבע שנים.¹¹⁸

טיפול תרופתי

תרופות פסיכיאטריות הן המקובלות ביותר בטיפול עבור מחלות נפש כמו הפרעה דו קוטבית וסכיזופרניה. יש אינטראקציות ידועות של הצלחה וכישלון כשמשתמשים בתרופות עבור תחלואה כפולה. מחקרים קליניים תומכים בשימוש בטיפול תרופתי למחלת ההתמכרות. זה ידוע כ-MAT – Medication-Assisted Treatment. תקופות כמו methadone עוזרות להפחית בדחפים, ועוזרות למוח לתפקד בהיעדר של סמים אחרים. בעוד MAT עשוי לסייע לאלו המתמודדים עם תחלואה כפולה, מחקרים מראים שבדרך כלל מטופלים עם מחלות נפש "נשארים בחוץ".

הטיפול התרופתי הוא חלק ממערך טיפולים נרחב יותר שנקרא Harm Reduction – העדיפות הראשונה היא להפחית את התוצאות השליליות של שימוש בסמים ולא למנוע שימוש בסמים. בעוד המטרה הסופית היא להפסיק שימוש, הפחתת נזקים עוזרת למטופלים להשתתף בתהליך הגמילה, ובינתיים מציעה להם אלטרנטיבות לנסיגה מיידית.

אתגרים בטיפול

אחד החסמים הקיימים בארה"ב הוא החוסר בזמינות של טיפולים כאלו ברוב הקהילות. זוהי בעיה נרחבת שבולטת במיוחד עבור אנשים עם מחלות פסיכיאטריות קשות ביותר. כדי שיוכל להיות טיפול רציף, צריך מיטות אשפוז עבור אלו הדורשים טיפול הולם, ואלו קיימות רק בחלק מועט מהמדינה. כאשר מחפשים תוכניות מיוחדות עבור אלו שאין להם האפשרות לשלם, האפשרויות אפילו מועטות יותר.

גם כשיש שירותים רלוונטיים, לרוב הם לא מסונכרנים והניווט ביניהם יכול להיות מאתגר מאוד עבור המטופל. פעמים רבות, מטופל המתמודד עם מחלת נפש ייפסל מלקבל שירותים במכון גמילה, או ההיפך. בעיה נוספת היא שפסיכיאטרים רבים לא מכירים את הפרוטוקולים של טיפול בהתמכרות. גם שירותי הדיור המסופקים עבור משתמשים לא מצוידים באמצעים לטפל במחלות נפש.

המרכז לתמיכה בטיפול מציע את הפתרונות הבאים: (1) מערכת באינטגרציה מלאה המטפלת בבריאות הנפש, שימוש בחומרים מסוכנים ושירותים לבריאות פיזית. הכשרות, השתלמויות ואימונים עבור כל צוותי

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015, November). TIP 55: Behavioral health services for people who are homeless
Torrey. Surviving schizophrenia¹¹⁸

הטיפול. (2) הרחבת גישה לטיפולים מבוססים עבור תחלואה כפולה: הקמת תוכניות נוספות ווידוא גישה גיאוגרפית של כל הקהילות. מערכות הבריאות הן הפרטית והן הציבורית צריכות לממן ולהגביר את הפניות של טיפולים כולל IDDT, MAT, תוכניות העסקה, מיטות אשפוז ועוד. (3) הכרה באוכלוסיות עם תחלואה כפולה, לרבות אלו המעורבים בפלילים, מחוסרי בית, מיעוטים אתניים ונשים, העשויים להיות יותר מושפעים לרעה מתחלואה כפולה. יצירת מערכת טרום-מעצר המסיתה מהמסלול הפלילי. חיוב כל רשויות האכיפה להכשרות התנהגות ולכלול קווים מנחים לאינטראקציה עם אנשים עם תחלואה כפולה. מימון לטיפול בבתי כלא. התאמת תוכניות דיוור קיימות שיכללו בעלי תחלואה כפולה. (4) המשך מחקר על טיפולים ואסטרטגיות ומימון.

מנתונים שנאספו ב-SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration (שלוחה של מחלקת הבריאות ואנוש של ארה"ב), נמצא שרוב המתמודדים עם תחלואה כפולה לא קיבלו אף טיפול – 55.8%. לעומת זאת, נתונים שהתקבלו מסקר שהתנהל מול ספקי טיפול פרטיים, מצביעים על כך שטיפול משולב בהפרעות המתרחשות במקביל הוא שכיח ונע בין 47% ל-84.19%¹¹⁹, כלומר, הטיפול במסגרת הפרטית הביא לתוצאות טיפול טובות יותר ביחס למתמודדים עם תחלואה כפולה בארה"ב.

5.4.1 סיכום הגישה לטיפול בתחלואה כפולה בארה"ב

- לא נמצאה התייחסות מפורשת לאבחון כפול בחקיקה פדרלית בארה"ב.¹²⁰
- ישנן תוכניות פדרליות במתקנים פדרליים אך אלו לא מספקים שירותים הולמים לסטנדרט הראוי לטיפול בתחלואה כפולה.¹²¹
- חלק מביטוחי הבריאות מכסים טיפול מסוג זה, כתלות בכיסוי.¹²² אך כמות האנשים הלא מבוטחים בארה"ב בשנת 2020 הייתה 28 מיליון אנשים, כאשר 66.5% היו ביטוחים פרטיים ו-34.81 ביטוחים ציבוריים.¹²³
- ממשלת ארה"ב באמצעות משרד הבריאות אחראית על פיקוח על מתקנים לטיפול באבחון כפול. SAMHSA מפקח על מוסדות שמציעים טיפולים בהתמכרויות על מנת להבטיח שהשירותים, תהליכים ומדיניות עומדים בסטנדרט.

6. סיכום ביניים

יוזמה זו סקרה את תופעת התחלואה הכפולה על מאפייניה, אתגריה ודרכי הטיפול בה בארץ ובעולם. בפרק זה נבקש להצביע על מספר קשיים משמעותיים שעולים הן מהסקירה הספרותית והן מהמצב החוקי והמעשי הקיים בארץ. כמו כן, גישות שונות המיושמות במדינות אחרות, תהווה בסיס למסקנותינו. ראשית, נראה שמודל הטיפול המקביל הוא השולט בישראל.¹²⁴ במסגרתו, הטיפול במתמודדים עם תחלואה כפולה ניתן במסגרות מקבילות שמתקשות ליצור רצף טיפולי ביניהן. כפי שעולה מהסקירה המשווה ומחוות

Mark P. McGovern et al., Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: An assessment of programs across multiple state systems 41 ADM. POLICY MENTAL HEALTH 205 (2014). SAMHSA, *Laws and Regulations* (Apr. 4, 2021) <https://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/laws-regulations>.¹²⁰

MentalHelp, *Dual-Diagnosis: What You Need to Know* <https://www.mentalhelp.net/addiction/dual-diagnosis/what-you-need-to-know/> (last visited: Nov. 5, 2021).¹²¹

American Addiction Centers, *Co-Occurring Disorder & Dual Diagnosis Treatments*: דוגמה לכיסוי ביטוחי כזה: *Centers Near Me* (Oct. 18, 2021) <https://americanaddictioncenters.org/co-occurring-disorders>.¹²²

United States Census Bureau, *Health Insurance Coverage in United States: 2020* (Sep. 14, 2021) <https://www.census.gov/library/publications/2021/demo/p60-274.html>.¹²³

¹²⁴ ד"ר שרון רבינוביץ שנקר אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית אגף מת"ה - מחקר, תכנון והכשרה, השירות להתמכרויות, עמ' 26-22, אוקטובר 2020.

דעת המומחים,¹²⁵ **המודל האינטגרטיבי** המשלב את הטיפול בהתמכרות עם הטיפול הנפשי תחת אותה מטרייה, ובשאיפה בניהול אותו גורם, הוא **המודל היעיל מבחינה טיפולית וכלכלית**.¹²⁶ אף על פי כן, בהתאם לסקירת הממ"מ,¹²⁷ וכן בהתאם לדו"ח מבקר המדינה,¹²⁸ נראה שזה לא המצב בישראל. הרצף הטיפולי אינו מיושם, וקיים פיצול סמכויות וחוסר תקשורת בין הגופים גורם לסרבול בטיפול באנשים שסובלים מתחלואה כפולה ולטיפול לוקה בחסר.

שנית, הרציפות איננה נפגעת רק במישור הטיפולי, אלא גם במעבר מהטיפול לשיקום. **חוק השיקום לא נותן מענה מיוחד למתמודדים עם תחלואה כפולה**. החוק קובע מסגרת שיקומית למתמודדים עם מחלות נפש, אך קיומה של התמכרות פעילה או שהתמכרות "לא התיישנה", עלולה להוות חסם לזכאות לסל שיקום.¹²⁹

שלישית, כפי שעולה גם מהסקירה המשווה, **אוכלוסיות מסוימות רגישות במיוחד לתחלואה כפולה**, הן בגלל הסבירות גבוהה להידרדרות להתמכרות, והן עקב זמינות נמוכה של טיפול. בנוסף, במקרים רבים ישנה סטיגמטיזציה שלילית בקרב אוכלוסיות אלו לגבי מחלות נפשיות.¹³⁰ אוכלוסיות אלה הן לרוב המוחלשות ביותר בחברה, והן מתגוררות במקרים רבים ברשויות מקומיות שמתקשות לתחזק מרכזי טיפול מצליחים.

רביעית, נראה כי מפתח להתמודדות טובה יותר עם התחלואה הכפולה הוא יישום מדיניות " **No Wrong Door**", לפיה הגורם הראשון שפוגש את המטופל הוא האחראי להפנייתו לשאר הגורמים הרלוונטיים, עד שיקבע הגורם המתאים ביותר עבורו לטיפול.¹³¹ וכן, בהתאם לניסיון שנצבר בעולם, קיומו של **קייס מנג'ר** שמנהל את הטיפול באופן הוליסטי הוא מהותי לקיום רצף טיפול אחיד, ללא "נפילה בין הכיסאות".¹³²

חמישית, עולמות הידע של רפואת הנפש ושל הטיפול בהתמכרויות הם נרחבים, ומפוזרים בין גורמי טיפול שונים. נראה כי מנגנון של הכשרה הדדית של צוותי רפואת הנפש והטיפול בהתמכרויות, אלו בעולמות התוכן של אלו, הוא קריטי להשגת תוצאות טיפול מיטביות.¹³³ כמו כן, מודלים טיפוליים הצליחו כאשר נקבעו מנגנוני ייעוץ ותמיכה מסונכרנים ומשולבים בין הגורמים המטפלים. כל זאת תחת ההבנה כי אין מטפל המחזיק בכל הידע הנדרש.

7. המלצות

בפרק זה נפרט מספר המלצות והצעות לפתרון אתגרים שונים שמעלה התחלואה הכפולה. חלק מההמלצות מתמקדות במישור החוקי, וחלק במישור המנהלי-רגולטורי.

אחת ההמלצות המרכזיות שעלתה הן מהסקירה המקצועית, והן מדו"ח מבקר המדינה ועמדות המשרדים היא איחוד הסמכויות על תחום בריאות הנפש ועל תחום ההתמכרות תחת גוף אחד. נושא זה עלה לאחרונה

¹²⁵ ד"ר איתי בסר, יו"ר החברה הישראלית לרפואת התמכרויות, ההסתדרות הרפואית; ד"ר אביבה וולף, מזכ"לית החברה הישראלית לרפואת התמכרויות ההסתדרות הרפואית; ד"ר סרגיי מרצ'בסקי, גזבר החברה הישראלית לרפואת התמכרויות, ההסתדרות הרפואית, מכתב, 6 במאי 2021.

¹²⁶ P. Rucci et al., *Healthcare resource utilization and direct medical costs in patients with dual diagnosis in Italy*, *J. PSYCHOPATHOLOGY* 1 (2018).

¹²⁷ פלורה קוד דבידוביץ, 'סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 30 ביוני 2021.
¹²⁸ מבקר המדינה, דוח שנתי 69 ב, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים: היבטים בטיפול המדינה בהתמכרויות, 6 במאי 2019.

¹²⁹ מעין לונטל ואלי לונטל, "דבר הערוכים-אורחים", **חברה ורווחה**, רבעון לעבודה סוציאלית ל"ט (3) התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים וקליניים, ספטמבר 2019, בעמ' 517.

¹³⁰ A. Zambon et al., *Prevalence of Polysubstance Abuse and Dual Diagnosis in Patients Admitted to Alcohol Rehabilitations Units for Alcohol-Related Problems in Italy: Changes in 15 Years*, *ALCOHOL & ALCOHOLISM* 699 (2017).

¹³¹ Better care for people with co-occurring mental health, and alcohol and drug use conditions, Public Health England, 2017.

¹³² The National Service Framework for Mental Health (DH, 1999).
¹³³ Victorian strategic directions for co-occurring mental health and substance use conditions

במסגרת הצעת חוק שמבקשת לאחד את רוב סמכויות הטיפול בבריאות הנפש ובהתמכרויות תחת קופות החולים. בכך יושלם התהליך שהחל ב-2012, אשר העביר את סמכות הטיפול בבריאות הנפש לקופות. אנו מסכימים כי פתרון זה הוא רכיב חשוב בשיפור מצב התחלואה הכפולה בישראל, אך מאחר והוא מצוי בתהליך פרלמנטרי, לא מצאנו לנכון להרחיב עליו את היריעה בפרק זה.

7.1. המלצה א' – שיפור שלב האבחון והמינון

כפי שהראנו במסמך, מידת התקשורת ושיתוף הפעולה בין מכוני הגמילה למרכזי בריאות הנפש איננו מיטבי. על מנת לטפל בבעיה בצורה הנכונה ביותר, אנו מאמינים שיש להרחיב את היכולת לאבחון תחלואה כפולה, כבר בשלב המגע הראשוני בין המטופל ומערכת הבריאות.

בהתאם לעקרון "No Wrong Door", על כל גורם ראשוני אליו פונה מטופל המציג תסמיני תחלואה כפולה לפעול באופן אקטיבי ומיידי, יעיל, לא שיפוטי ואמפטי, לטובת הפניית המטופל לגורם הרלוונטי מבלי להותירו ללא מענה. כדי ליישם עקרון זה, אנו מציעים לבצע הערכה מקצועית לשני המצבים, או לכל הפחות להפנות לאבחון במקרים "חשודים", ללא קשר לטיבו של המוסד אליו הגיע המטופל. כאשר מטופל המתמודד עם התמכרות מגיע למכון גמילה, לדוגמה, תבוצע לו הערכה פסיכיאטרית. באופן דומה, כאשר מטופל מגיע למוסד בריאות נפש, תבוצע הערכה לקיומה של התמכרות. מודל זה מיושם באיטליה ובארה"ב, וקיימים כבר אינדקסים רפואיים להערכות מהסוג הזה. לראייתנו, מדיניות זו תמזער באופן משמעותי את מספר המטופלים ש"נופלים בין הכיסאות" עקב הסרבול הבירוקרטי.

קיומו של מודל כזה תלוי בשינוי נהלים פנימיים של משרדי הממשלה הרלוונטיים ושל קופות החולים, וכן דורש תקנים רלוונטיים במוסדות המקבילים (לדוגמה תקן של פסיכיאטר מאבחן במכון גמילה). יש לציין, כי יישום המלצה זו דורש מימון, וכן שינוי נהלים פנים משרדיים. ניסוח הנוהל הספציפי חורג מהיקף מסמך זה, ויבוצע, אם תתקבל המלצה זו, ע"י הדרגים המקצועיים במשרד הבריאות ובקופות החולים.

זהו אמנם פתרון חלקי, אך הוא הוכח כיעיל ואפשרי במדינות שונות בעולם.

7.2. המלצה ב' – תיקון חוק שיקום נכי נפש בקהילה

כאמור, מבחני הזכאות לסל שיקום במסגרת חוק השיקום, עלולים להוות חסם לזכאות עבור המתמודדים עם תחלואה כפולה. אחד החסמים העיקריים הוא "תקופת המתנה" שנדרשת בין תום הליך הגמילה הרפואית, ועד תחילת תהליך השיקום. מצב זה עלול להשאיר את המתמודד ללא תמיכה ומענה שיקומי, באופן שעלול להחזירו למעגל ההתמכרות. לכן, נציע להגיש הצעת חוק לתיקון חוק שיקום נכי נפש בקהילה.

הצעת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (תיקון – רציפות טיפול מסיום גמילה עד הכניסה למסגרת שיקום),

התשפ"ב-2021

תיקון סעיף 3
"זכאות לשיקום"
בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן – החוק העיקרי), בסעיף 3 (ב),
בסופו יבוא:

"(ג) נכה נפש שסיים הליך גמילה מסמים או מאלכוהול, ואשר זכאי לשירותי שיקום על פי חוק זה, לא יידרש לתקופת המתנה בסיום הגמילה לצורך קבלת השירותים."

ד ב ר י ה ס ב ר

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, מקנה לנכי נפש זכאות לשירותי שיקום בתחומים כגון דיור, תעסוקה, השלמת השכלה, חברה ופנאי, ותיאום טיפול. על פי החוק יכולים להגיש בקשה לקבלת סל שיקום מי שעומדים **בכל** שלושת התנאים הבאים: תושבי ישראל; בני 18 ומעלה; מי שנקבעה להם נכות רפואית על רקע נפשי של 40% או יותר, על ידי הביטוח הלאומי.

בשנת 2016 פורסם דו"ח מבקר המדינה 66ג', שמצא כי משרד הבריאות קבע שנכי נפש שסיימו תהליך גמילה מסמים או מאלכוהול יידרשו להמתין חצי שנה ללא התמכרות לפני שיקבלו אישור לשירותי שיקום בדיור. ואולם, במסגרת הדו"ח התברר שהמחלקה לשיקום נכי נפש במשרד הבריאות לא קבעה תכנית לליוי נכי הנפש שזה עתה נגמלו בתקופת ביניים זו, ואינה מספקת להם מסגרות לשהייה זמנית.

לדעת מומחים, בתקופה זאת הנגמל נזקק במיוחד לתמיכה שתחזקו, ואם דווקא אז הוא נותר ללא מסגרת תומכת, הוא עלול לחזור להתמכרותו והמאמצים שהשקיעו, הוא והצוות המקצועי, עלולים לרדת לטמיון. משרד הבריאות השיב בינואר 2016 כי בנוהל החדש, שפורסם במסגרת מכרז הדיור החדש, נדרש פרק המתנה של חודש אחד בלבד. יש לציין כי פרק ההמתנה עלול להשתנות ממקרה למקרה, ומגורם טיפולי אחד לאחר.

משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כי לאחר מיפוי מספרם של נכי הנפש הסובלים מתחלואה כפולה ומקום מגוריהם, עליו לבחון אפשרויות לשירותי דיור מתאימים לתקופת ההמתנה הנדרשת מנכי נפש שנגמלים מההתמכרות. תקופת המתנה זו עשויה להיות קריטית עבור הנגמלים הטריים שסובלים מתחלואה כפולה, להביא להחמרה במצב הנפשי שלהם ולפגוע ביעילותו של הליך הגמילה והשיקום. באופן זה, ניכרת פגיעה כלכלית הן בבזבוז המשאבים שהושקעו בהליך במידה שהנגמל חזר להתמכרותו בתקופה ההמתנה המאתגרת והקריטית עבורו, והן פגיעה בשלמות הטיפול של נפגע התחלואה הכפולה, שמטרתה לאפשר לו להשתכר, להשתקם ולהצליח לנהל את חייו בעצמו.

לפיכך, מוצע לקבוע כי נכי הנפש שסיימו הליך של גמילה מאלכוהול או מסמים אינם נדרשים לתקופת המתנה בין סיום הגמילה לבין קבלת השירותים שזכאים להם על פי חוק שיקום נכי נפש, ובכך לאפשר רציפות טיפולית שתייעל את הליך השיקום והחזרה לקהילה. לכל הפחות, תקופת ההמתנה כשלעצמה לא תהווה חסם לזכאות לסל השיקום.

7.3. המלצה ג' – הסדרת שיטת האבחון

אנו מציעים לשקול לאמץ את שיטת דירוג האבחון הנהוגה באוסטרליה. להבנתנו, הבחנות כאלו נעשות בישראל כעניין שבשגרה, אך לא באופן מוסדר. יתכן שמיסוד דרגות אבחון לתחלואה כפולה יקל על הדרגים המקצועיים להפנות את המטופלים לטיפול המתאים ביותר עבורם, וכן יצור שפה משותפת בין כלל אנשי המקצוע. אנו מאמינים כי המלצה זו תהווה תרומה נוספת לשימור הרצף הטיפולי וההבנה המשותפת בין כלל הגורמים המטפלים. עוד נציין כי גם יישום המלצה זו הוא ברמת הדרגים המקצועיים, ולא ברמה החוק. לפי המודל האוסטרלי, האבחון מדורג ל-3 רמות חומרה; הראשונה – מצב אקוטי, השנייה – מצב שגרתי, והשלישית – טיפול בקהילה.

מצב אקוטי – מצב זה מוגדר כהתמודדות הן עם מחלת נפש במצב חמור והן עם התמכרות במצב חמור. במקרים רבים אבחון ההפרעה יתבצע בעקבות הדרדרות של מטופל בבריאות הנפש או בהתמכרות למצב אקוטי והגעתו לבית חולים. במצב שכזה, נציע שבמחלקות הרלוונטיות של בתי החולים יעמוד צוות שעבר

הכשרה ייעודית ומשולבת לטיפול בסובלים מתחלואה כפולה. זאת על-מנת לאבחן את המצב כראוי ולספק טיפול הולם. לאחר שהמטופלים במצב אקוטי מתייצבים, ניתן לטפל בהם במערכת הייעודית במצב ה"שגרתית".

מצב שגרתית – מצב זה מוגדר כאשר אחת המחלות נמצאת במצב קשה, ואילו השנייה במצב יציב. במצב כזה יותאם למטופל אופן הטיפול המתאים ביותר עבורו (בהתאם למחלה החמורה יותר, אך עדיין במסגרת טיפול משולב). כך לדוגמה, מטופלים אשר מגיעים למוסדות בריאות הנפש ו/או מוסדות גמילה ומאובחנים בתחלואה כפולה יטופלו בעזרת טיפול אינטגרטיבי המשלב טיפול במחלת הנפש ובהתמכרות בו-זמנית, בעוד מצבם איננו אקוטי אך עדיין דורש טיפול.

טיפול בקהילה – מצב זה מוגדר כהתמודדות עם מחלת נפש ועם ההתמכרות כששתיהן במצב קל. לפי הניסיון שנצבר בעולם, נכון לרוב שמצבים כאלו יטופלו במסגרות קהילתיות/אמבולטוריות. כידוע, תחלואה כפולה הינה הפרעה שמלווה את הסובלים ממנה תקופה ארוכה ואף חיים שלמים. לכן, ישנה חשיבות עליונה לטיפול שוטף בקהילה גם כשהמטופל התייצב והשתקם, וכאשר ההפרעות שתיהן לא במצב אקוטי. טיפול בקהילה מטרתו תחזוק המצב אליו הגיעו המטופלים במטרה להותירם יציבים – הן מבחינת ההתמכרות והן מבחינת ההפרעה הנפשית. הטיפול בקהילה יכול לכלול פנייה בקווי תמיכה לגורמים רלוונטיים, טיפולים ייעודיים על בסיס שבועי/חודשי לפי הצורך, וטיפולים משלימים.

7.4. המלצה ד' – קייס מנג'ר

אבחון כפול הוא מצב בעייתי, שכן המטופל נדרש לעבור בכמה גופים ולהיאבק בכמה חזיתות. על מנת לטפל בבעייתיות של גורמים מרובים האמונים על מטופל אחד, נדרש למרכז ולנתב את המטופל לגורם אחד שיפנה אותו במקרה הצורך לגורם הרלוונטי. הפתרון של קייס מנג'ר איננו נתון במחלוקת בספרות העולמית, וכן בעמדות הגופים המוסדיים בישראל. הראנו שגם משרד הבריאות וגם משרד הרווחה טוענים שנכון לרכז תחתם את ניהול הטיפול בתחלואה הכפולה. איננו מבקשים לקבוע מסמרות בנושא, אך נציג את החלופות השונות ואת משמעויותיהן:

- **רופא/ת משפחה** – רופא משפחה הוא במקרים רבים נציג מערכת הבריאות הקרוב ביותר למטופל. כל אזרח ישראלי נמצא תחת טיפול של רופא משפחה, וזה מצידו מכיר לרוב ברמה כזאת או אחרת את מטופליו באופן אישי. לכן, פתרון מתבקש הוא הטלת תפקיד הקייס מנג'ר לתחלואה כפולה עליו. מודל זה יצריך הכשרה מקצועית לרופאי המשפחה בנושא אבחון, תשומת לב לרמזים מטרימים שעשויים להעיד על התופעה ואפשרויות להפניות שונות. אם הסמכות לטיפול בהתמכרות אכן תעבור לידי קופות החולים, נכון יהיה לשלב גם את רופאי המשפחה במסגרת הכשרות הרחב שתבוצענה ע"י הקופות. רופא המשפחה, בכובעו כקייס מנג'ר, יהיה בקשר עם מוסדות הטיפול השונים וגם עם מערכת הרווחה האמונה על אספקטים מסוימים בשיקום המטופל בקהילה. היתרון המרכזי בבחירת רופא המשפחה כקייס מנג'ר הוא אופן הפריסה שכבר קיים (לכל מטופל כבר יש רופא משפחה משלו). החיסרון בכך הוא הכשרה חסרה בכל הקשור לטיפול בהתמכרות ובשיקום בקהילה – זוהי אינה סביבה מוכרת עבור מרבית רופאי המשפחה.
- **עובד/ת סוציאלית** – עובדים סוציאליים מתמקצעים בשירות קהילתי עבור מטופלים. יש להם יכולת לסייע למטופליהם באופן רב מערכתי והוליסטי, ולכן הם מתאימים מאוד לתפקיד קייס מנג'ר לתחלואה כפולה. עם זאת, עובדים סוציאליים נעדרים הכשרה רפואית, וכן יצירת הקשר בין עובד סוציאלי ומטופל הוא משהו שצריך להיעשות באופן מלאכותי (לעומת הקשר הקיים מראש

בין מטופל לרופא המשפחה שלו). כמו כן, עובדים סוציאליים נמצאים תחת עומס רב, כך שייתכן שהטלת תפקיד של קייס מנג'ר לתחלואה כפולה, איננו מעשי. עם זאת, כאמור, לעובדים סוציאליים יש כישרון רב בהסתכלות הוליסטית על המטופל ובליויי אישי שלו.

מסמך זה נכתב ע"י: ראש הצוות – אמיר בכר, יעל גזית, נרקיס משה, מיכל סוויד, רוני קרמר, עמית רובנס.

נבדק ע"י: ראש הסניף – יעל בלוך ; נציגת צוות מחקר – אורי זונה.

אושר לפרסום ע"י: מנכ"ל 'עומק' – אור אפריימי שלהבת.

אנו מודים לליוויי האקדמי של עו"ד דן לרגמן, על הקריאה המוקפדת והערותיו המועילות, אשר תרמו רבות להכנת מסמך זה.