

פרוטוקול מס' 63
מישיבת הוועדה המיוחדת למאבק בנגע הסמים
יום שלישי, ד' בחשוון תשע"ב (1 בנובמבר 2011) שעה: 11:00

סדר היום:

הטיפול במחוסרי דיור ודרי רחוב בעלי תחלואה כפולה

נוכחים:

חברי הוועדה:

טלב אלסאנע – היו"ר

המוזמנים:

- | | |
|---|--------------------|
| - מנהלת המחלקה לטיפול בסמים והתמכרויות, משרד הבריאות | ד"ר פאולה רושקה |
| - מנהל המחלקה למערך קליני, משרד הבריאות | ד"ר איגור ברש |
| - ראש המחלקה לטיפול בהתמכרויות, מפקח ארצי, משרד הבריאות | ד"ר אנטולי מרגוליס |
| - מפקחת ארצית בתחום של דרי רחוב, משרד הרווחה | רחל אבידן |
| - מפקחת מחוזית, התמכרויות, משרד הרווחה | תמי דיסקין |
| - מפקחת מחוזית בשרות להתמכרויות, משרד הרווחה | רחל קור |
| - ראש תחום טיפול ושיקום, הרשות למלחמה בסמים, המשרד לביטחון פנים | ד"ר חיים מהל |
| - מנהל פרויקט לוינסקי, הרשות למלחמה בסמים, המשרד לבטחון פנים | אבנר כבל |
| - מנהל יח' דרי רחוב באגף הרווחה, עיריית חיפה, המרכז לשלטון המקומי | אבי חכים |
| - מנהלת התמכרות דרי רחוב, עיריית חדרה, המרכז לשלטון מקומי | מירי שער |
| - רכזת דרי רחוב, עיריית ירושלים, המרכז לשלטון מקומי | תמי סיבוני |
| - מ"מ מנהלת בית חוסן, עיריית אילת, המרכז לשלטון מקומי | מיה שטרן אופיר |
| - עו"ס דרי רחוב, עיריית אילת, המרכז לשלטון מקומי | מיכאל ריאתי |
| - עמותת קול בשכונות | דוד קשאני |
| - מנהלת פרויקט "גלגל", מנהלת תחום קצה ותחום נערות, עמותת עלם | רלי קצב |
| - מנהלת "השלטר" מרכז לינה לצעירות חסרות בית, עמותת עלם | נועה נאון |
| - רכזת תחום בריאות הנפש, ארגון בזכות | עידית סרגוסטי |
| - עמותת "אליס" | אירינה לוויית |
| - מרכז המחקר והמידע של הכנסת | דר' גלעד נתן |

מנהלת הוועדה:

בת שבע פנחסוב

רשמה וערכה:

דבי שטרנגר

הטיפול במחוסרי דיור ודרי רחוב בעלי תחלואה כפולה

היו"ר טלב אלסאנע:

צהריים טובים, אני מתכבד לפתוח את הישיבה.

הנושא שעל סדר יום, הטיפול במחוסרי דיור ודרי רחוב בעלי תחלואה כפולה.

מרכז הנושא לוועדה, ד"ר גלעד נתן, אני חושב שעשית עבודה נהדרת. זה כמו שאתה רוצה לקבל עוד דוקטורט. עבודה מקיפה, שאלות נוקבות. האמת, שההתרשמות שהתחום הזה כמעט בכל היבט שנוגעים בו הוא בעייתי, מהיבט של האיתור עד הטיפול עד השיקום. אפילו את ההגדרה של השם וגם הגדרת התפקידים וחלוקת התפקידים במשרדי הממשלה, מי אחראי על מה גם בתוך המשרד עצמו משרד הרווחה משרד הבריאות בריאות הנפש. ולכן, אנחנו נוגעים בסוגיה שהיא לדעתי טעונה הסדר. כנראה שצריך לגבש או לראות איך מגבשים טיפול הוליסטי בסוגיה. אנחנו נבקש התייחסות, קודם כל מבחינת המשרד לבריאות הנפש אחר כך משרד הרווחה. איך נוגעים? מה מבחינת הטיפול? ממדי התופעה? מה הכתובת, מי האחראי? מה המדיניות שלכם, ומה הטיפול שאתם הולכים בהיבט הזה של התחלואה הכפולה? מי מציג את הנושא מטעמכם?

איגור ברש:

אני אתחיל ואחר כך אני אעביר את השרביט לד"ר מרגוליס.

חלק גדול מדרי הרחוב מכורים לחמרים ממכרים, אלכוהול וסמים. בין האנשים האלו יש שתי קבוצות: קבוצה אחת של חולי נפש בנוסף להתמכרות, וקבוצה שנייה לא.

לגבי בן אדם שאינו חולה נפש והבעייה שלו רק התמכרות לאלכוהול ולסמים, בהמשך אני אבקש מד"ר מרגוליס, לדבר על הקבוצה הזאת. אם הוא חולה פסיכיאטרי ומכור לסמים, גם כאן יש שתי אופציות.

אופציה ראשונה: אם הוא נמצא בשלב פעיל של מחלתו וזקוק לאשפוז, יש בתי חולים או מחלקות לטיפול בתחלואה כפולה בחלק מבתי חולים, או הסבת מיטות במחלקות פעילות, ואז כשהבן אדם מגיע הוא מתאשפז. אם בנוסף לטיפול פסיכיאטרי הוא מביע רצון להיגמל מההתמכרות, הוא מקבל גם את האפשרות הזו.

היו"ר טלב אלסאנע:

כמה פעמים במקרים כאלו הוא מביע רצון לקבל כשהוא מגיע לטיפול פסיכיאטרי, מה האחוז? היו מקרים?

איגור ברש:

כן. יש אנשים שאומרים, אני מוכן להיגמל. לא כל מי שאומר אני מוכן, אחר כך מחזיק מעמד ולא חוזר, אבל יש אנשים שאומרים אני רוצה להיפטר מההתמכרות. ואז הוא מקבל במקביל טיפול פסיכיאטרי וטיפול גמילה. אם לא, אם הוא מכור לאופי אטים הוא יכול לקבל טיפול באדולן במהלך האשפוז, לקבל טיפול פסיכיאטרי ולצאת מהאשפוז. אפשר לאשפז אדם בהסכמה בלבד אלא אם כן הוא ממלא קריטריונים לאשפוז כפוי. אם הוא פסיכוטי ולא מסוכן ומכור, כמה שאנחנו נרצה לעזור לו אם הוא לא ירצה לעזור לעצמו אי אפשר לכפות עליו.

לכן, יש לא מעט אנשים שאנחנו פוגשים ברחוב, מדברים עם העצים שגם מכורים וגם חולים, לא מוכנים לקבל טיפול ולהתאשפז, ואז נשארים לצערנו הרב בלי סיוע, כי אי אפשר לכפות את הסיוע עליהם. אם הוא קיבל סיוע והשתחרר מהאשפוז אז יש כמה אופציות, יש אופציה של שיקום. בשנה הבאה, בתכנית עבודה של שנת 2012 אנחנו מתכננים פתיחה של שלושה הוסטלים לחולי נפש עם התמכרות לחמרים, עם מאפיינים קצת שונים. אחד זה אנשים שחלו אחרי שימוש. זה נקרא: "מגואה, לגהה". כמו כפר איזון, אבל בהיבט השיקומי.

הקבוצה השנייה, אלה חולים ממושכים שמקבלים אדולן. זאת אומרת, חולה נפש לא בשלב פעיל במחלתם.

הקבוצה השלישית, אלה אנשים שמשתמשים בחמרים כטיפול עצמי.

היו"ר טלב אלסאנע:

הקבוצות האלו מטופלות בנפרד או בטיפול אחיד?

איגור ברש:

במהלך האשפוז, בשלב פעיל הם מטופלים יחד, אבל, בשלב השיקום אנחנו מתכננים פתיחת שלוש מסגרות.

היו"ר טלב אלסאנע:

כמה זמן זה מתוכנן, לשלוש שנים מתוכנן, השנה מתוכנן?

איגור ברש:

בתכנית עבודה לשנה הבאה.

היו"ר טלב אלסאנע:

זה מתקצב לשנה הבאה?

איגור ברש:

כן, זה מתקצב במסגרת של שיקום, לא במחלקה להתמכרויות. זה אנשים שזכאים לשיקום על פי חוק שיקום חולי נפש בקהילה. החוק מתקצב ואז הם זכאים לסיוע על פי החוק.

יש מסגרת שעוד לא קיימת ואנחנו מתכננים אותה. גם מזמן דיברנו עליה מסגרת קלט שיקומית. רק עכשיו הצלחנו להכניס את זה לתכנית עבודה לשנה הבאה. זה אנשים שלא זקוקים לאשפוז מצד אחד, מכורים עם הפרעה פסיכיאטרית אבל לא ברור עדיין הצרכים. זאת תהיה מסגרת שאפשר להיות בה עד חצי שנה, במהלך תקופה זו אנחנו נדע כבר מה הצרכים הטיפוליים והשיקומיים של האיש ונפנה אותו למקום הנכון. אם דר רחוב מכור לאלכוהול ויש איזו תחלואה פסיכיאטרית הוא מתאשפז באברבנאל שעוסקת בזה. אחר כך הוא יכול להיקלט בקהילה טיפולית בחוץ. זה לגבי חולי נפש פחות או יותר. ולגבי אנשים שהם דרי רחוב רק מכורים אני מעביר את זכות הדיבור לד"ר מרגוליס.

אנטולי מרגוליס:

אנחנו לא סתם דנים פה על האוכלוסייה הזו, כי האוכלוסייה היא מורכבת. לדעתי בעיית ההומלסים זו בעיה בפני עצמה. זאת אומרת, לא כל האנשים שמשתמשים בסמים הם עוברים ברחוב או שהם ברחוב. זאת אומרת, אנשים שסובלים מבעיה פסיכולוגית, ואנחנו רואים הרבה מקרים שאנשים אחרי שיקום מפסיקים להשתמש בסמים או באלכוהול, הם שוב חוזרים לרחוב. זאת אומרת, שבעיה ההומלסים זו בעיה קיימת שצריכה התייחסות שלנו בנוסף לטיפול בסמים או באלכוהול. אנחנו רואים, ולפי הערכתנו ולפי מה שאנחנו רואים, הרוב הגדול של דרי רחוב זה אלכוהוליסטים. יש אנשים שמשתמשים שם פה בסמים, אבל רוב המקרים הם אלכוהוליסטים.

היו"ר טלב אלסאנע:

מבחינת אחוזים, מה הרכב דרי הרחוב שסובלים מהפרעות נפשיות? כמה דרי רחוב סובלים מהפרעות וגם אלכוהוליסטים?

אנטולי מרגוליס:

גם משתמשים בסמים וגם דרי רחוב, אנחנו מדברים לא על המחלה אלא על הפרעת אישיות, אני מניח שתשעים אחוז מדרי רחוב יש להם הפרעת אישיות.

הדבר היחיד והנכון שאנחנו עשינו, לדעתי, שאנחנו מתייחסים כשאנחנו מאשפזים אנשים אנחנו לא מתייחסים לסמים, אנחנו מתייחסים לבעיה מורכבת, שהוא גם דר רחוב שהוא גם יש לו הפרעת אישיות וגם בנוסף הוא מכור.

רחל אבידן:

מאשפזים איפה?

אנטולי מרגוליס:

בקרית שלמה. אני מדבר על האשפוזית, על הגמילה.

רחל אבידן:

אנחנו לא מדברים על אשפוז ארוך טווח, אנחנו מדברים על גמילה.

אנטולי מרגוליס:

אני עכשיו מדבר כגוף הממשלתי. יש לנו דבר שנקרא מיטות אשפוז. בקרית שלמה עשר מיטות לצורך זה שאנחנו תוך עשרים וארבע שעות, שמודיעים לנו שיש דר רחוב אנחנו מאשפזים אותו. מאשפזים לכמה סיבות. זה דבר מיידי ואין שום בעיה. קודם כל אנחנו צריכים לאבחן אותו כי מישוהו שחי ברחוב הוא לא כל כך מאובחן, אף אחד לא יודע מה יש לו. יש לו בעיה נפשית? בעיה גופנית? יש לו בעיה זו או אחרת? הפרעת אישיות? אז קודם כל אנחנו מאשפזים אותו לצורך האבחון. במהלך האבחון, אנחנו מתחילים להתאים לו טיפול שהוא דרוש. כמובן שזה טיפול תרופתי, כמובן שזה טיפול פסיכו סוציאלי בנוסף.

אחרי שבועיים שהוא במכסות של משרד הבריאות עובר למכסות של משרד הרווחה. עובד תפור ואין שום בעיה פה. יש דרי רחוב שאנחנו נותנים את הטיפול גם במטדון. יש אלה שבזמן שאנחנו מתחילים לתת טיפול שמסכימים ללכת למוסדות ולטפל בבעיית ההומלסיות שלו, ויש כאלה שלא מוכנים. ואנחנו ראינו את זה, ועכשיו אנחנו כל הזמן רואים שיש אנשים שמקבלים טיפול ומבחינה שלנו מבחינת התמכרות מסודרים, לוקחים רק את התחליף סם או טיפול אחר אבל לא מוכנים לצאת מהרחוב. יש כאלה ואנחנו רואים אותם. זה מה שאנחנו נותנים בשלב הזה.

היו"ר טלב אלסאנע:

אני חושב, שמה שמאפיין את האנשים האלה, שהם לא מוכנים לקבל מסגרת, לא מוכנים לקבל משמעת.

אנטולי מרגוליס:

לא בהכרח. מאלה שאנחנו רואים, שבדרך כלל ואני רואה גם את אלה שמאושפזים במחלקת אלכוהול באברנאל, לא בהכרח שהם לא מוכנים. הם צריכים את זה. אם אנחנו לא מטפלים בבעיית ההומלסיות הם חוזרים לרחוב אבל במסגרת שהם מקבלים. ואלה שמקבלים הם יודעים לטפל בזה. עכשיו לא בעיה, כי היה לפני כמה שנים כאיל מפחדים מהממסד. לא, אין כזאת בעיה. הם באים אלינו, מקבלים טיפול, מקבלים שיחות. יש בעיה אחרת שהם עדיין חוזרים לרחוב, אבל מה שהם לא מוכנים לקבל מסגרת אני לא נתקלתי כל כך בזה. יש כאלה אבל לא הרבה.

היו"ר טלב אלסאנע:

העניין הוא שאנשים האלה יש להם מספר מעגלים שזקוקים לטיפול. אלף, עצם העובדה שהם דרי רחוב אז כאן יש את האחריות של המדינה ושל משרד השיכון, עניין של לספק פתרונות.

רחל אבידן:

משרד הרווחה. אם מדובר על מחוסרי דיור זה משרד השיכון, אם מדובר על דרי רחוב, זה משרד הרווחה.

היו"ר טלב אלסאנע:

בכל זאת זה ממשיך להיות ממסד.

רחל אבידן:

ממסד ברור.

היו"ר טלב אלסאנע:

גם משרד הרווחה לא מספק דיור, אלא יכול לכוון ואחר כך הוא חייב להפעיל את משרד השיכון.

ואחר מגיעים לעניין של ההפרעות הנפשיות, אחר כך מגיעים לשלב של ההתמכרויות. זה מספר מעגלים. השאלה היא, אם יש טיפול כל אחד בנפרד או שיש שיתוף פעולה בין כל המשרדים שאמורים לתת טיפול?

אנטולי מרגוליס:

קודם כל, יש לנו שיתוף פעולה מצוין עם משרד הרווחה. כי ברחוב נמצאים האנשים של משרד הרווחה, ואנחנו מקבלים פניה, באותו רגע אנחנו מאשפזים את הבן אדם, אם יש לו רצון. אין אשפוז בכפיה, כמובן. ואז מתחילים לבדוק מה קורה איתו. כמובן, שהוא מביע את הרצון ללכת למסגרת שלנו---

גלעד נתן:

אני רק רוצה לשאול שאלה. מה שעלה כשדיברתי עם המנהל של אברבנאל או עם יורם ברק, זה שמעט מאוד אנשים מראש מגיעים למערכות, שהם מתאשפזים ומוכנים להגיע למערכות שמתאשפזים, אנחנו מדברים על אוכלוסיה של רק הקצה של התחלואה הכפולה של כמה מאות בשנה. אז רק כמה עשרות בשנה יהיו בכלל אלה שיגיעו כבר להתאשפז בבית חולים פסיכיאטרי ולהתחיל את הטיפול. כלומר, הבעיה מתחילה עוד קודם.

רחל אבידן:

זה שני דברים שונים. הוא מדבר על אשפוז פסיכיאטרי ועל בתי חולים פסיכיאטריים ואתה מדבר על האשפוזים.

גלעד נתן:

יש גם אנשים, שעוד פעם בגלל שגורמי הרווחה נמצאים ברחוב ולא גורמי הבריאות, להערכת גורמי הרווחה ולהערכת אנשים ממערך הפסיכיאטרי, כמו פרופסור ברק, שמתנדבים ברחוב אם היו מאבחנים אותם בצורה מסודרת מאובחנים כחולי נפש. אבל הם בכלל לא מגיעים לשלב הזה של האבחון ולכן, הם גם לא מוכרים כחולי נפש.

מירי שעיר:

ואז הם גם לא זכאים לסל שיקום, ואז הם לא זכאים להמשך טיפול.

איגור ברש:

המסלול הנכון פה, שאנשי הרווחה שמאתרים את האנשים ומזהים בעיה פסיכיאטרית, יפנו אותם לגורמי בריאות הנפש ואז הם יאובחנו.

רחל אבידן:

הם לא יבואו, הם יגידו שהם מדי שתויים או מסטולים, ואי אפשר לאבחן אותם.

היו"ר טלב אלסאנע:

בוא נגיד ככה, אני מניח, שגם האנשים של אנשי רווחה אפילו אנשי משרד הבריאות אם הם היו ברחוב, הם לא יכולים לזהות או לאבחן את זה שבן אדם סובל מבעיה פסיכיאטרית. אי אפשר לעשות את זה ברחוב. אבל בן אדם שמשרד הרווחה מפנים למיטות האלו, אז אנחנו שם עושים את האבחון בתוך האשפוז. אי אפשר לעשות אבחון ברחוב. מי יכול לעשות? לא ברווחה לא בבריאות לא יכולים לעשות אבחון לבן אדם שנמצא ברחוב.

רחל אבידן:

אני מפקחת ארצית לנושא של דרי רחוב. אני הייתי רוצה, ברשותך, להעיר שלוש הערות:

אחת, לתוכן המסמך שדי"ר גלעד הגיש. רק יש שמה פשוט שתי טעויות. אני לא יודעת אם עריכה או דפוס מספר המיטות הכללי לדרי רחוב בארץ הוא מעל לארבע מאות ולא מאתיים ומשהו.

הנקודה השנייה, יש שבע עשרה רשויות שיש להם מחלוקת לטיפול לדרי רחוב ולא כפי שמצוין בטעות במסמך.

הערה נוספת למה שאדוני פתח ואמר, שיש הרבה הגדרות והרבה משרדים ולא ברור. יש בן אדם אחד במקרה הזה שאנחנו מדברים על דר רחוב עם תחלואה כפולה. הבעיה טמונה בעצם האמירה הזאת, משום שזה אדם עם הרבה בעיות מרובה אבחנות ולכן, יש הרבה משרדים והרבה שירותים בתוך המשרד, שלמעשה אמורים לתת את המענה. אז אני מצטרפת לחברי במשרד הבריאות ואומרת אכן, אנחנו משתפים פעולה ויש מסגרות המשכיות כמו שכתוב במסמך בעקבות מסמך שאנחנו הגשנו. אכן, החילוץ של דרי הרחוב, האיתור של דרי הרחוב ברחוב נעשה על ידי רשויות הרווחה בעזרת---

היו"ר טלב אלסאנע:

איך זה נעשה, הם מגיעים אליכם או שאתם מגיעים אליהם?

רחל אבידן:

יש חבר מביא חבר. יש מועדון כזה. אבל זה מעט. יש עובדים סוציאליים, יש מדריכים, יש עובדים סמך מקצועיים, יש פקחים, יש הודעות של אזרחים למוקד העירוני, בעקבות זה יש יציאה למקומות הספציפיים שעליהם מדווח. יש לעיתים תהליך של חיזור ברחוב של חדשים אחרי האדם. דרי הרחוב ברובם כן סובלים מבעיה של חוסר אמון בממסד, לדעתי ולהערכתנו, ויתקנו אותי חברי העובדים הסוציאליים שיושבים פה מהרשויות, יש בעיה של לבנות איתם אמון בממסד ולכן, יש תהליך של חיזור ברחוב.

לפעמים בימי חורף אנחנו יותר יוצאים לרחוב עם שמיכות ועם תרמוסים חמים ועם אוכל ומנסים לחזר אחריהם ולנסות לעזור להם משם. ולעיתים, אחרי תהליך ארוך הם מתחילים לשתף פעולה. כל מי שנמצא ברחוב, אני אומרת את זה בהצהרה מאוד ברורה כאן, כי תמיד אני מותקפת, בעיקר על יד עיתונאים, איך יכול להיות אם יש לכם ארבע מאות מיטות ויש אלפיים דרי רחוב בחורף כשקר, אין לכם איפה לשים אותם? ושוב, אני מזמינה אותך לבדוק עם אנשים מהרשויות, אין דר רחוב שאומר רוצה אני ולא נפנה אותו. יש לנו מיטות חירום. אם צריך יהיה, אני מבטיחה, שנפתח בתי ספר. אני לא יודעת מה. הלוואי וירצו. אין דר רחוב שמבקש פינוי מהרחוב ותהליך של גמילה ואנחנו אומרים, אין. כל דר רחוב שיגיד רוצה אני, יפונה. בין אם זה למסגרות מקומיות ובין אם זה למסגרות ארציות.

היו"ר טלב אלסאנע:

כפי שראיתי יש גם הרבה שבחורף נפטרים מקור, בגלל שלא מציעים להם מסגרות.

רחל אבידן:

לא, לא מהקור, הם נפטרים ממחלות. אנשים ככל שהם יותר זמן ברחוב הם יותר חולים גם פיזית גם נפשית. הם מדורדרים במצב שלהם ולכן **משרד הרווחה, האגף לדרי רחוב, שירות פרט ומשפחה, מכניס את דרי רחוב למסגרות כשהם רוצים. גם אם זה בפעם השישית והשביעית, אנחנו לא מתחשבים בעובדה שהוא כבר היה, בעובדה שהוא לא רוצה, בעובדה שמשרד הבריאות כבר שילם גמילה כמה פעמים.** זה לא חשוב. אנחנו מדברים, המטרה הראשונה בעבודה עם דרי רחוב זה הצלת חיים.

המטרה הנוספת, זה באמת שיקום והחזרתם לחיים נורמטיביים ככל הניתן, אבל המטרה הראשונה היא הצלת חיים. ולכן יש סיורים ולכן יש הוצאה מהרחוב וכל דר רחוב שירצה יפונה. הבעיה שלנו או שלהם זה הרבה פעמים שהם לא רוצים, וכשהם לא רוצים אבל הם במצבים קשים

יש לא פעם קושי באמת, כמו שנאמר קודם לאבחן האם הם נמצאים במצב פסיכיאטרי לא טוב וניתן להוציא צו של אשפוז בכפייה.

היו"ר טלב אלסאנע:

הוא מסכן את עצמו, אין לכם סמכות לפעול?

רחל אבידן:

לנו לא, אנחנו צריכים את הפסיכיאטר המחוזי או לחוק טיפול במסגרת.

היו"ר טלב אלסאנע:

אז יש את המסגרת, יש פרוצדורה איך לכפות עליו.

רחל אבידן:

יש פרוצדורה מאוד לא קלה, להוציא היום צו אשפוז בכפייה. אין פסיכיאטרים שיוצאים לרחובות, אין רופאים שיוצאים לרחובות, למעט בתל אביב שיש להם הסכם עם פרופסור ברק, שהוא מדי פעם מוזעק על פי קריאה ובתשלום לרחוב. אין יציאה לרחובות, אין אבחון ברחובות צריך להביא את הבן אדם או לרופא או לחדר מיון וכי

עכשיו הבעיה הנוספת, שעלתה וכמניעה, ואני אומרת את זה גם מבחינת שיתופי הפעולה, וקיימים שיתופי פעולה. עדיין, יש חסר במסגרות גם אצלנו גם במשרד הבריאות גם במסגרות המשולבות יש בעיה בלאבחן. כמו שנאמר קודם, מאה אחוז לדעתנו הם בעלי הפרעות אישיות. הבעיה היא שהפרעות אישיות לא מוכרות על ידי בריאות הנפש כסעיפים שמקנים זכאות בפני עצמה באופן מוחלט ובפני עצמו.

איגור ברש:

הפרעת אישיות זאת לא מחלת נפש. הפרעת אישיות זה אופי. בן אדם עם תכונות אופי בעייתיות. אבל זה לא שהם לא זכאים, הם לא חולים, הם לא חולי נפש.

רחל אבידן:

נכון, הם לא חולי נפש בהגדרה של משרד הבריאות.

איגור ברש:

הגדרה של משרד הבריאות זו הגדרה של חוק טיפול בחולי נפש.

היו"ר טלב אלסאנע:

הפרעת נפש זה לא האדם הסביר. יש בזה איזשהו הבדל כלשהוא שצריך התייחסות אחרת.

איגור ברש:

הפרעת אישיות זה אדם עם שיפוט ובוחרן המציאות תקינים. מה שמבדיל בין חולה נפש ואדם הסובל מהפרעת אישיות זה, שלמרות שלאדם עם הפרעת אישיות יש התנהגויות לפעמים לא הכי אדפטיביות, השיפוט שלו ובוחרן המציאות שלו תקינים הוא יודע מה הוא עושה ויכול לצפות לנולד, למה שיווצר אחרי הפעולה שלו.

רחל אבידן:

ובנוסף למה שד"ר ברש אומר, אבל גם אם בוחרן המציאות שלהם תקין בשעות מסוימות, אם הם צורכים אלכוהול או סמים יש בעיה בבוחרן המציאות. אז ואני אומרת, זה חובר ואז אנחנו לפעמים מוצאים אותם ברחובות במצבים שהם ירודים נפשית. כי הם ירודים. כי ברחוב, גם כל אחד מאיתנו אם הוא ישהה ברחוב בתנאים שהם שוהים יהיה באותו מצב. **אני חושבת שאין אדם שיהיה דר רחוב כשהוא לא הפרעת אישיות.** הפרעת האישיות נותנת להם את האפשרות להיות

ברחוב לשרוד ברחוב. החומרים הפסיכו אקטיביים נותנים להם את המיסוך שמאפשר להם להיות ברחוב, אחרת הם לא יכולים להיות ברחוב. הבעיה היא באבחון שלהם: 1 - בגלל חוסר שיתוף הפעולה שלהם. 2 - גם אם מביאים אותם למיון כללי וגם פסיכיאטרי **הרבה פעמים אי אפשר לאבחן אותם, כשהם במצב של שימוש פעיל בסמים או באלכוהול.**

אי אפשר לעשות אבחנה מبدלת כמה הם עם בוחן מציאות תקין או לא. אז אומרים, רגע קודם שתחלוף השפעת הסמים או האלכוהול ואז נראה. במיון הכללי הרבה פעמים לא יושבים שם רופאים נקרולוגים ויודעים את האבחנה המבדלת תמיד, ולא יודעים לעשות את האבחנה, עד כמה זה נובע משימוש בחומרים פסיכו אקטיביים ועד כמה זה נובע מדברים אחרים.

היו"ר טלב אלסאנע:

לא ניתן למשל במקרים כאלה, כשמגיע אדם כזה לעשות אבחנה לבחון לעקוב לרשום, שאדם זה סובל גם מהפרעות נפשיות, גם מהתמכרות לסמים?

רחל אבידן:

הם רושמים את הכול. אבל אי אפשר לעשות אבחנה מبدלת. יותר מזה, אנחנו מודים לפעמים, אנחנו מאוד כועסים **אנחנו מנסים לעבוד על זה שלא זורקים אותם מחדרי המיון, כי הם נורא מסריחים, הם נורא לא נעימים, נורא לא נחמד להיות איתם. לא רוצים אותם. עכשיו, כשקר להם בחורף והם לא רוצים ללכת לשום מקום הם הולכים לחדר מיון. בחדר מיון, לפני שהם דרי רחוב הם אזרחים. צריך לבדוק אותם. אז זה עוד לפני הבעיה אם הם חולים פסיכיאטרים או לא, אם הם עם תחלואה כפולה או לא. אכן, אוכלוסיית דרי הרחוב היא אוכלוסייה בקצה הרצף. אוכלוסיית דרי הרחוב עם האבחנה הכפולה הם עוד יותר בקצה הרצף, ועוד יותר שקופים. זה נכון. זה באמת הקצה. ולכן, אנחנו הרבה פעמים יושבים על המדוכה ואני שמחה שמשדד הבריאות היום מרים את הכפפה, באמת מתוך הרבה עבודה משותפת וראייה שלהם, גם של הצרכים.**

הולכים לקראת הקמת מסגרות משותפות נוספות וצריך להקים מסגרות לצרכני מטאדון כי הם במשרד הרווחה. השירות להתמכרויות היום מטפל בהם חלקית כי זו אוכלוסייה של משרד הבריאות.

חיים מהל:

יש בקרית שלמה "בית לחיים", שכל האנשים נמצאים שם חצי שנה עד שנה ואם מישהו צריך מטאדון הוא מקבל שם.

רחל אבידן:

לכן אמרתי שחסרות מסגרות. יש מסגרת. היא לא מספקת. אנחנו צריכים לפתוח את הראש את הלב ואת הכיס של האוצר ולהקים מסגרות נוספות באמת בשיתוף פעולה בינמשרדית.

אני רוצה להסב את תשומת לב הועדה, כמו שאמרתי קודם, לחזק כמה נקודות. **מאה אחוז מדרי הרחוב הם עם הפרעות נפשיות. זה לא אומר שהם חולי נפש, אבל יש בעיות קשות. חלק מדרי הרחוב ואני מקריאה מתוך המסמך שאני הגשתי, לא מאובחנות על ידי רשויות בריאות הנפש בשל חוסר שיתוף הפעולה מצידם והן משום שלעיתים הם מגיעים לחדרי מיון, כשהם תחת השפעת חמרים פסיכו אקטיביים. אמרתי את זה קודם, לא ניתן לעשות אבחנה מبدלת. לא כל הרופאים שעורכים את המיון, זה אמירה בזעיר אנפין או במיון הכללי או הפסיכיאטרי הם עם מומחיות בנרקולוגיה כמובן על כל השלכותיה. ולאחר שנים של התמכרות לחמרים פסיכו אקטיביים נוצרת ירידה קוגניטיבית ממילא, ולא תמיד גם אז אם מנסים לאבחן, לא ברור אם היא תוצר של החמרים הפסיכו אקטיביים או תוצר של מחלת נפש.**

תמיד יש לנו אנשים מכורים. גם מכורים ללא היותם דרי רחוב אבל גם דרי רחוב מכורים שלא רוצים גמילה עדיין, או חולי נפש או דרי רחוב חולי נפש שהם גם מכורים, שהם לא רוצים גמילה אבל עדיין הם צריכים מסגרת תחזוקתית. זאת אומרת, מסגרת שהיא קורת גג, שהיא אוכל ושהיא תרופות. ואני אומרת את כל זה כי אחרת ברור, שהדרך שלהם להיות גם דרי רחוב היא מאוד קצרה ואני אומרת את זה כצורך במניעה. תודה.

היו"ר טלב אלסאנע:

תודה רבה.

גלעד נתן :

אני רוצה להעיר הערה בנושא הזה.

קודם כל למה ההגדרה, איפה שיש את הבעיה עם ההגדרה של מחלת נפש מול הגדרה של הפרעת נפש. גם ההגדרה של דרי רחוב היא הגדרה מאוד מצומצמת. יש אנשים שהם כן גם נמצאים ברחוב, גם אנשים שנמצאים ברחוב הם גם עם תחלואה כפולה והם לא נופלים בהגדרה הזו. והמספרים שלהם הם מובילים בסופו של דבר, אלה שכן יגיעו להגדרה הזאת וזאת גם בעיה.

זה איזושהו כיוון של משרד הבריאות. יש מסגרות אחרות שהן מסגרות שהולכות החוצה. המסגרת של המרפאה למחלות מין משרד הבריאות זו מסגרת שעלתה מהשטח, כאן כמודל ששווה לחקות אותו, כמודל שיושב באזור, שבו נמצא חלק ניכר מהאוכלוסייה הזו שיוזם פעילות החוצה. כמו ששולחים רופא אפשר לשלוח פסיכיאטר, ועד שלא יהיה מישהו שיצא לאוכלוסייה הזו זה לא יקרה.

אני שומע גם את הפסיכיאטר שכן יורד לשטח ואומר מה הוא עושה, ואני גם יודע איפה חסר. עכשיו, אותו דבר גם משרד הרווחה, הנושא של צעירים כי יש להם מסגרות אחרות זה יופי. אבל אז אני מתקשר לשירות לנוער ואומרים לי כן, יש לנו מסגרות רק עם רשימת המתנה של מפה עד מחרתיים. ולצפות שאוכלוסיות הקצה הן דווקא אוכלוסיות שיגיעו אלינו, אז הם לא מטופלים בסוף.

אנטולי מרגוליס :

אתה אמרת שאין כזה מישהו שיאבחן וזה לא כל כך נכון.

היו"ר טלב אלסאנע :

השאלה היא למה פסיכיאטר לא יכול לצאת. אם הם לא מגיעים אז שהפסיכיאטר יגיע אליהם.

אנטולי מרגוליס :

יש לנו ביחידה להחלפת המזרקים בלוינסקי, עכשיו יושבת פעמיים בשבוע, יושבת פסיכיאטרית שמאבחנת אותם לפי הצורך.

זה גדול אנחנו לא יכולים להביא את זה. התחלנו את זה. ויושבת פסיכיאטרית פעמיים בשבוע **ומאיפה מגיעים אנשים לקבלת מזרקים? רוב מהם דרי רחוב.** והיא מאבחנת.

היו"ר טלב אלסאנע :

פעמיים בשבוע בתל אביב, למשל, למה לא פעם בשבוע במקומות אחרים?

אנטולי מרגוליס :

בוא נגיד ככה, אנחנו רואים את זה לפי הדרישות ולפי הצורך. לפי הדרישות ולפי הצורך ראינו את זה כי **יש מסות גדולות בתל אביב של דרי רחוב.** והאנשים האלו, ואנחנו הבאנו לשם לא היו דרישות. אף אחד לא דיבר איתנו לא ביקש אותנו שישב פסיכיאטר במקום מסודר. יש לנו עוד חמישה ערים שאנחנו עושים את התכנית, החלפת המזרקים, אף עיר לא אמרה לנו שהם צריכים את זה.

היו"ר טלב אלסאנע :

בירושלים יש מאתיים חמישים דרי רחוב בשנה.

אבנר כבל :

ד"ר מרגוליס, אנחנו כתבנו פה במסמך שלנו שאנחנו מבקשים שיהיה פסיכיאטר ויחידות לטיפול בדרי רחוב.

אנטולי מרגוליס:

בסדר, תכתבו ואנחנו נשקול.

היו"ר טלב אלסאנע:

ד"ר מהל, בקשה.

חיים מהל:

הרשות למלחמה בסמים רואה בנושא של תחלואה כפולה בחסרי בית בעיה מרכזית היום. בתחום ההתמכרויות מדובר בחלק גדול מהאנשים, ואנחנו פועלים בשני אופנים. אחד, אנחנו מסייעים לשישה בתי חולים מעבר לבאר שבע, גלעד להפעיל מסלולים או מסגרות של תחלואה כפולה, שהם לא דווקא מסגרות רשמיות שהוקמו, אלא בית החולים ממינצטיבה שלו חלק מהמחלקה הפך לתחלואה כפולה או משהו כזה. אנחנו מסייעים להם גם בעזרת מדריך גמילה, שנמצא שם באופן קבוע שאנחנו משלמים את כל עלותו, וגם בהכשרות של להכשיר רופאים. דוגמא, בית חולים "שער מנשה" נכנסנו לאחרונה וגם משרד הבריאות מקיים שם הכשרה מאוד רחבה עם השתתפות מאוד ערה של אנשים. הציבור הפסיכיאטרי מבין היום שאי אפשר להתחמק מהבעיה.

שבע שנים אנחנו מפעילים בתל אביב את אבנר כבל שיושב שם. יש לנו יחידה שד"ר מרגוליס דיבר עליה, יחידה שעוסקת במכורים שגרים שם ברחוב. וכשהגענו לשם היו שם שש מאות - שבע מאות אנשים זרוקים ברחוב. היום יש שם פחות. ומי שרק אומר רוצה אני אנחנו מפנים אותו לגמילה ולטיפול, והוא ל צריך לשלם שקל ולא להביא שום דבר. אנחנו מעבירים אותו את הבדיקה של הריאות, ומעבירים אותו. אז אבנר יכול להרחיב יותר.

אכן, יש לנו שם פסיכיאטרית לפי קריאה של משרד הבריאות, שאם צריך טיפול ואני לא מסכים עם מה שנאמר, פה פסיכיאטר לא צריך לצאת לרחוב. העולם השתנה, מה לעשות? אז צריך לשנות לא רק עובדים סוציאליים צריכים לצאת, אבל אני רוצה להגיד משהו על הקונספציה תראו, היחידות כל המערך לטיפול בנפגעי סמים בארץ של משרד ברווחה מושתת על עובדים סוציאליים. **בתשעים ותשע אחוז הם לא יכולים לתת, אם בא מישהו עם שתי הבעיות, כמו שאמר פה ד"ר ברש הם לא יכולים לתת את הפיתרון לבעיה הפסיכיאטרית.**

האיש שאנחנו מדברים עליו, אי אפשר ביום שני לשלוח אותו לסמים וביום חמישי לפסיכיאטריה, הוא ילך לאיבוד. הוא צריך לקבל את כל הטיפול במקום אחד. הדעת נותנת ובכל העולם מכירים בזה, שאת הטיפול צריך לתת משרד הבריאות. והפסיכיאטר צריך לתת. כי יותר קל שהם ישתלמו גם בנושא של הגמילה מאשר שמי עוסק בטיפול בנפגע סמים פתאום יתחיל ללמוד פסיכיאטריה, זה לא הולך. ועל כן, פה צריך לחשוב. ולשמחתי בשנים האחרונות פסיכיאטרים צעירים מודעים לזה, אבל עדיין זה עובד לאט מדי הדבר הזה. ומה שקורה, זה לא אתם מדברים על כאלה שלא רוצים טיפול. ואכן, צריך לחשוב על חוק טיפול בכפייה במקרה הזה. בהחלט יש מה לדבר על זה ויש מקומות שזה נעשה בעולם, מקומות מאוד תרבותיים ומתקדמים, אבל זה רעיון אחד.

היו"ר טלב אלסאנע:

הרעיון הזה נבחן?

חיים מהל:

נבחן פה, אבל אנחנו לא מצליחים להריץ אותו.

היו"ר טלב אלסאנע:

באחריות של משרד אחד, כאשר זאת אומרת הוא יכול לתת גם את העניין של הטיפול הנפשי וגם העניין של הטיפול הגמילתי.

חיים מהל:

הנקודה היא פה, שהנושא הזה לא ילך ויצטמצם ואנחנו נצטרך לתת עליו את הדעת. למשל דוגמה, אנחנו מרחיבים את הנושא, משרד הבריאות מרחיב את זה לבתי חולים. נפתח השבוע מרכז יום לתחלואה כפולה בתל אביב ואני לא יכול להגיד שלא נעשים דברים, אבל בגדול יש עוד חסרים אדירים כמו למשל למנוע תחלואה כפולה, אין שום בעיה, אין שום מסגרת.

היו"ר טלב אלסאנע:

יש כל הבעיה.

חיים מהל:

סליחה, אין שום מסגרת אין שום פתרון.

היו"ר טלב אלסאנע:

למה, ולמה לא נבחן?

איגור ברש:

זה נבחן. שוקלים את זה. אם עכשיו נוער לא כלול בחוק שיקום חולי נפש בקהילה לכן, כל המסגרות הפוסט אינפוזיות או מסגרות פנימיות של נוער הם במסגרת של משרד הרווחה ולא במסגרת של משרד הבריאות.

אנטולי מרגוליס:

אבל אם הוא חולה נפש?

איגור ברש:

נער קטין חולה נפש מסיים אשפוז, הוא לא הולך למסגרת שיקומית של משרד הבריאות הוא הולך למשרד הרווחה. יש במשרד הרווחה שני אגפים שעוסקים בזה, אגף השיקום של משרד הרווחה ואגף לשירותים חברתיים שירות לילדים ונוער.

אנטולי מרגוליס:

אבל יש לנו עכשיו, כמו שמדובר שאנחנו עשינו הסבה של מחלקות פסיכיאטריות ב"שער מנשה" יש לנו עכשיו, מגעים עם באר יעקב עם נס ציונה שם לעשות הסבה של מחלקה לנוער למחלקה לתחלואה כפולה. התחלנו את זה, אנחנו בדרך כבר. הצענו את זה.

חיים מהל:

יש פה בן אדם שמסתובב ברחוב, זה אבנר ואוסף אנשים כאלה, ואנחנו מחפשים להם פתרונות. הבעיה היא שלא תמיד יש פתרונות.

היו"ר טלב אלסאנע:

בואו נשמע את אבנר והוא יציג לנו מה הבעייתיות.

אבנר כבל:

אני סך הכול רוצה להגיד, לפחות מהניסיון שלי של השנים האחרונות נתקלתי בהרבה בעיות, אבל גם נתקלתי בהרבה פתרונות. אז ככה, למען הסדר הטוב אין מקרה שהיה צריך טיפול במטאדון ולא פניתי לד"ר מרגוליס ונתן מענה מידי בכאן ועכשיו, שזה לא קל לקבל את הדברים האלה. אבל אני רוצה להגיד עוד דבר, אני רוצה כרגע להתייחס לפיתרון ולהתייחס למודל של הרשות הלאומית למלחמה בסמים דרך הפרויקט הזה. לפני שבע שנים בערך, כשהפרייקט ממש היה בחיתולים כמו שד"ר מהל התייחס, היו כשבע מאות דרי רחוב, ושמענו הרבה את המשפט הזה 'הם לא רוצים' אנחנו בעצם שינינו קצת את הטקסט ואמרנו, לא שהם לא רוצים הם לא יכולים.

והקושי לקבל את ההחלטה זה כמו שאמרנו פה, כמו שרבים אמרו פה, הנושא של האמון במערכת וכל מה שמסביב.

המודל של הרשות בתל אביב זה קודם כל ליצור איזשהו מקום שהם יכולים לבוא בלי תנאים. הם באים לשתות כוס קפה, לשתות כוס תה, לאכול סנדויץ' להתקלח, להחליף בגדים, לקבל מזרקים, כמובן שמביאים את הישנים. לא שואלים אותו אפילו איך קוראים לך? אפשר לשאול, הוא לא חייב להגיד. הוא לא חייב להזדהות במספר זהות. ממש נותנים לו את המקום שהוא ירגיש הכי בטוח בעולם.

יש לנו שם מערך של מתנדבים. אנחנו יוצאים הרבה לשטח ומביאים אותם גם אלינו. אני חושב, שהנקודה הזאת של האמון והרצון אצל אותו אדם, שסובל מהתמכרות ותחלואה נפשית בעצם ליצור איזשהו ביטחון, שהוא יוכל להגיד 'כן, אני מוכן לנסות' וכדי שהוא יגיד אני מוכן לנסות זה קודם כל הקבלה ללא תנאים, לתת לו שיהיה לו מקום שהוא יכול לבוא.

אני נתקל עם לא מעט מצבים. אני עבדתי גם כחמש שנים בבית חולים אברבנאל במחלקה לתחלואה כפולה כמדריך, שם לצערנו אין מספיק מיטות, ואני נתקלתי אני אישית בלא מעט מקרים באנשים שהם לא מוגדרים כחולי נפש ולא מוגדרים, אבל הם היו במצב פסיכוטי על רקע של שימוש בסמים. ואחת שכרגע היא נמצאת בקרית שלמה, שפשוט היא כמעט הפכה להיות משותקת בכל הגוף. היא שכבה בגובה של מטר וחצי, והיא שכבה באמצע הכביש ואף אחד לא ראה אותה כי היא גוף כזה קטנציק ובגדים שחורים.

יש המון מקרים כאלו של אנשים שעלו לגג, ובאתי לשם אני ואחד הקצינים ממשטרת תל אביב, ולא כל כך מצליחים להכניס אותם. לא שלא רוצים, כן? יש את המשהו החסר הזה להשלים עם מצב פסיכוטי לא פסיכוטי. אני חושב, אני רוצה להתייחס לפיתרון הנושא של המערך הטיפול הפסיכיאטרי, הוא חסר לנו כרגע ברוב. למה אני מתכוון כשאני אומר את זה? יש כאלו שראיתי אותם יוצאים מבית חולים אברבנאל מאוזנים לחלוטין. יוצאי לרחוב, הולכים לאיבוד קצת, מתחילים להשתמש בסמים. אבל אני כן הייתי מציע למשל ליצור איזשהו מערך ברחוב שייתן להם טיפול תרופתי, שאותם אנשים שמוכרים במשרד הבריאות, אני לא מתייחס כרגע לאלה שלא אובחנו, אוקי?

רחל אבידן:

אבל אם הם יצאו ליחידת קלט כמו שד"ר ברש הזכיר?

אבנר כבל:

עוד יותר טוב, הלוואי. אבל אני אומר לאלה שאנחנו אומרים, הם לא רוצים ליצור איזשהו מערך ברחוב, יהיה להם איזשהו מקום שהם יוכלו לבוא אליו ויוכלו לקבל את הטיפול התרופתי.

אני לא ראיתי שום מכור שסבל מתחלואה כפולה, כשהוא במצב פסיכוטי על רקע שימוש בסמים שהוא פתוח בכלל לדבר על גמילה, ממש לא. ישבה אצלי בחורה לפני פחות מחודש, היא סירבה קרוב לשלוש שנים ועדיין מסתבר שהבחורה במצב פסיכוטי. היא נכנסה להריון עשו לה לידה קיסרית בחודש השביעי ועזבה את בית חולים עם תפרים בבטן עם קליפסים. הזמנו את אלי מהיחידה לדרי רחוב, שהגיע למשרד והפכנו את כל העולם להכניס אותה. אגב, היא טוענת שהיא חברה כנסת ואומרים שהיא לא במצב פסיכוטי. הבחורה הזאת פשוט נמצאת ברחוב.

הנקודה היא שיש את כל הסימנים לאשפו אותה בגיה כמו שד"ר הזכיר פה. אין לנו את הכלים לעשות את זה. פשוט היא הסתובבה עם בטן עם תפרים בחוץ. הבאנו אותה לקריית שלמה, ד"ר מרגוליס נתן אישור במקום לטיפול במטאדון אבל לא יכולים להחזיק אותה שם בכוח, כי אין אבחנה פסיכיאטרית כרגע לתת לה אשפוז בכפייה. ויש לנו המון מקרים כאלו. אנחנו נתקלנו בלא מעט מקרים כאלה, שגם המערכת עומדת מול שוקת שבורה. יש את השביל הצר הזה ששום מסגרת לא יכולה לקחת שם אחריות. ואני חושב על הנקודה הזו של בכלל להתחיל לחשוב על טיפול בכפייה. זה נשמע לא טוב, אבל זה יעיל מאוד. שזה בעצם הפיתרון. אנחנו יכולים ככה לדבר עוד המון זמן. יש כאלה רבותי שהם באים יש להם בית, אמא תרוץ אחריהם, אבא ירוץ, הכול בסדר. אבל יש לא מעט כאלה שהם ברחוב פשוט. הם פשוט ברחוב ואין מענה.

רחל אבידן:

אני רוצה אוכלוסיה אחרת דווקא.

היו"ר טלב אלסאנע:

יש לנו את עידית סרגוסטי מארגון בזכות, כן.

עידית סרגוסטי:

אני רוצה לחדד כמה נקודות שהועלו כאן, אולי בסוף לספר סיפור קטן על אדם מסוים.

ד"ר ברש הזכיר את המסגרות לאנשים עם תחלואה כפולה, שעומדות לקום כחלק מהזכאות במסגרת של שיקום. אני קודם כל שמחה לשמוע שזה עומד לקרות, אבל ההבטחה להקמה של המסגרות האלה ניתנה לפני למעלה משנה בדיונים בוועדה כאן. אנחנו קיבלנו הבטחה שזה יקרה במהלך 2011 זה לא קרה. ועכשיו אני שומעת שאולי זה יקרה ב 2012.

היו"ר טלב אלסאנע:

בואו נשמע למה לא התקיים כמו ההוסטלים האלה ב 2011

איגור ברש:

את האמת אני לא חושב שהם היו בתכנית עבודה של 2011

עידית סרגוסטי:

היתה הבטחה של משרד הבריאות שזה יקרה ב 2011.

איגור ברש:

אני יודע שהן קיימות המסגרות ורשומות בתכנית עבודה של 2012. לגבי 2011 אני יכול לבדוק

עידית סרגוסטי:

זו אוכלוסיה, שכרגע סובלת ממחסור מאוד חמור של מסגרות. אחת הסיבות שאנשים מגיעים לרחוב היא בדיוק זו, הם עוברים גמילה בבתי החולים הפסיכיאטריים ויוצאים אל הכלום. ואם לא יקומו מסגרות שיקום עבור האנשים האלה אנחנו נמצא עוד ועוד מהם מגיעים לרחוב. זה הקושי אחד שאני חושבת שחייבים לתת עליו את הדעת. 2012 עוד לפנינו. אני חושבת שזה דחוף ובהול להקים מסגרות עבור האוכלוסייה הזו. **יקומו שלושה הוסטלים שגם זה קצה הקרחון בהתחשב בהיקף המאוד גדול של האוכלוסייה.**

קושי שני שאנחנו רואים, ורחל נמצאת כאן, זה קושי של היחידה לדרי רחוב לתת מענה לאנשים שיש להם מחלת נפש. גם מבחינת הכלים המקצועיים. ופה שיתוף פעולה עם משרד הבריאות הוא הכרחי. העליתם את העניין של מערכת הבריאות שלא מגיעה אל הרחוב. הכרחי שאנשי מקצוע של בריאות הנפש יגיעו אל הרחוב, אחרת לא ניתן לטפל באנשים האלה. הם מעצמם לא יגיעו לקבל טיפול

בהקשר הזה, אני רוצה לספר בקצרה סיפור של אדם שאנחנו מלווים למעלה מחצי שנה, שנמצא בבת ים. הוא עבר מספר אשפוזים פסיכיאטריים באברבנאל. הוא גר בדירה שכורה, יש לו כסף. באחד מההתקפים הפסיכיאטריים שלו הוא גרם נזק לדירה. כתוצאה מזה הקרן לטיפול בחסויים שהייתה אפוטרופסית שלו הודיעה לבית המשפט שהיא לא מוכנה להמשיך לטפל באדם. הוא נזרק אל הרחוב. הוא מתגורר כבר קרוב לשנתיים ברחוב. היחידה לדרי רחוב בבת ים מכירה, ואנחנו גם פנינו אליה בנושא, הוא זכאי לקבל שירותי שיקום אבל, כדי שהוא יוכל לקבל את שירותי השיקום צריך למלא את הטפסים כדי להפנות אותו לוועדת שיקום. כדי שניתן יהיה למלא את הטפסים הוא צריך להגיע למרפאה באברבנאל. המרפאה באברבנאל מוכנים לקבל אותו, רק שהוא צריך להגיע לשם הבן אדם לא הגיע ביום רביעי בשעה תשע לפגוש את העובד הסוציאלי במרפאה.

מירי שעיר:

הוא לא היחיד.

עידית סרגוסטי :

אני יודעת. אני נותנת את זה כדוגמה לאבסורד שקיים. המערכות עם נכונות לטפל בו, עם נכונות לתת לו את המענה לבן אדם.

היו"ר טלב אלסאנע :

איך תופרים את המישהו שילווה אותו?

עידית סרגוסטי :

זה מה שאני שואלת.

היו"ר טלב אלסאנע :

המערכות בנויות לטפל באנשים שמוזמנים ומגיעים.

עידית סרגוסטי :

נכון. אם הבן אדם מתייצב ביום רביעי בשעה תשע במרפאה באברבנאל, העובד הסוציאלי ישמח לפגוש אותו. אחרי שהוא יפגוש אותו פעמיים שלוש הוא ישמח למלא את הטפסים ולהפנות אותו לוועדת שיקום, שמין הסתם גם תשמח לתת לו שירותים. אבל האדם לא מסוגל להגיע לשם. והיחידה לדרי רחוב ניסו פעמיים לפגוש אותו, לא הצליחו לפגוש אותו. הוא גר בכתובת מאו מסוימת אנחנו יכולים לתת את הכתובת שבה הבן אדם הזה נמצא, בקרן רחובות ליד קיוסק מסוים בבת ים. זאת דוגמה קטנה. אדם, המערכת מתקשה לתת לו אבל הכרחי שמערכת בריאות הנפש תגיע גם לרחובות כדי לתת מענה לאנשים.

הערה קטנה אחרונה, ד"ר ברש עשה אבחנה בין מחלות נפש להפרעות נפשיות שונות. זה נכון שאנשים שיש להם הפרעות אישיות לא ניתן לאשפז אותם בכפיה בגין ההפרעות הנפשיות שלהם. זה עדיין לא אומר, שאלו אנשים שלא זקוקים למענה של מערכת בריאות הנפש. הם לא מגיעים, חלקם כן אגב מגיעים, גם למצבים פסיכויטיים. אבל יש להם חרדות, יש להם דיכאוניות והם זקוקים למענה של מערכת בריאות הנפש, של אנשי מקצוע של מערכת בריאות הנפש.

היו"ר טלב אלסאנע :

מאה אחוז, תודה רבה.

גברת קצב, בקשה.

רלי קצב :

אני מעמותת עלם. מנהלת תחום קצה ותחום נערו. אני אחראית בין השאר על שני פרויקטים, שעובדים צעירים וצעירות חסרי בית ומשתמשים בסמים. האחד בירושלים השני בתל אביב. טווח הגילאים 18 עד 26 ואני רוצה בדברים שלי להתייחס קצת לאוכלוסייה המאובחנת הזאת של החבר'ה הצעירים יותר.

לא סתם אמרתי חסרי בית ולא דרי רחוב משום שזה נאמר כאן בחצי משפט, ואני רוצה להדגיש את זה. ההגדרה של דרי רחוב היא הגדרה מצומצמת. הרבה מהחבר'ה שאנחנו פוגשים לא נופלים להגדרות האלו ולכן, גם לא זכאים אחר כך לאיזושהו טיפול או לזכאויות שדרי רחוב זכאים להם. בעיקר הנשים שבחבורה. זאת אומרת, אנחנו פחות רואות את הנשים ברחוב. בדרך לפה נועה, מרכזת את 'השלטר' שלנו - מקלט לצעירות חסרות בית, סיפרה לי על צעירה שבמשך שנה מצאה לעצמה פתרון דיור, היא ליוותה מישהי, איזה חברה מכרה רחוקה חולת סרטן, שהייתה מאושפזת בבית חולים אז היא התנדבה לשבת לידה כל השנה הזאת, וזה היה פיתרון המגורים שלה. אז אחד בהתייחס להערה של גלעד על ההגדרה.

הדבר השני שאני רוצה לומר, עלה כאן מאוד חזק העניין של המוטיבציה.

אנחנו מכירים את זה. אבל כשירות שנמצא ברחוב, כמו הדברים שאבנר דיבר עליהם ועלה פה מעוד אנשים, כשיוצאים לרחוב ומנגישים שירותים ומנגישים את עצמנו כנציגי הממסד, כי דיברת על חוסר אמון ועל בעיה עם מסגרות, זה חד משמעית קיים. אז מבחינתי האלטרנטיבה זה דרך אחת להתמודד עם זה, זה אולי לייצר טיפול בכפיה, שאני באופן אישי לא כל כך חושבת שזה הפיתרון, כי זה יגדיל ניכור. וזה אומר, אותן בנות שמגיעות אלינו למקלט הזה ללינת לילה ואומרות אני רוצה לעשות משהו והן תדענה שיש כפייה, הן לא תגענה גם לישון בלילה. אבל לעומת זאת, אם אנחנו כולנו מסביב לשולחן, גם השירותים הרפואיים וגם השירותים הפסיכיאטריים, והעובדים הסוציאליים בהחלט כבר עושים את זה של רשויות הרווחה, נהיה יותר ברחוב זה אומר, שאנחנו נסמן איזשהו צעד לקראת וזה משהו שהוא מגדיל את האמון, הוא מצמצם את הניכור, שיש בין אותם גברים ונשים שנמצאים ברחוב או נמצאים בחוץ בינם לבין הממסד, וזה צעד שהוא הכרחי בעיני. ואני מסכימה עם מה שאמר ד"ר מהל, העולם משתנה וצריך ללכת לשם יותר ויותר, זה דבר שני.

ודבר נוסף קשור לעניין הזה של מוטיבציה לשיקום. אני יכולה לומר, אני ב-2004 במשך כמעט ארבע שנים, ניהלתי את הפרויקט שלנו בירושלים, שעובד עם אותם **צעירים חסרי בית. רובם המוחלט היו מכורים להרואין**, ופחות דובר על נושא של הפרעות האישיות והמחלות הפסיכיאטריות.

היו"ר טלב אלסאנע:

אלו שהם מכורים להרואין, איך הם משיגים את הכסף כדי לקנות את המנות?

קריאה:

הן עוסקות בזנות וגברים גונבים.

קריאה:

גם הגברים עוסקים בזנות.

רלי קצב:

תמיד ההרואין מעורר הדים רבים. אבל מה שאני רוצה לומר, שהמצב השתנה. היום כשאני מסתכלת על אותו פרויקט, על אותה אוכלוסייה כדוגמה בירושלים אנחנו רואים פחות התמכרות להרואין. אנחנו רואים יותר אלכוהול ושימוש בסמים אחרים. ואנחנו רואים עלייה חד משמעית בקרב אותם צעירים שהם או מאובחנים כבר על ידי מערכות פסיכיאטריות בעבר או הצוות רואה, שמה שנדרש כאן זה איזושהי אבחנה. ואנחנו מתקשים לעשות את הצעד הזה.

זאת אומרת, באה צעירה ישנה בלילה, מתקלחת, יוצרת קשר עם המתנדבת או המדריכה העובדת סוציאלית, לא משנה. ועכשיו צריך לחבר אותה למערכת הפסיכיאטרית. אנחנו ביחד איתם נתקעים. ואני חושבת, שהאתגר הגדול שלנו זה לחשוב איך אנחנו מנגישים יותר את המערכות האלה, גם בערים הגדולות. כי תמי אמרה פה, ואני מסכימה, בירושלים בהחלט לא פחות מתל אביב. אבל, מבחינתי גם בערים שבהם, גם בבת ים, שנפגוש מספר מצומצם יותר של אנשים חסרי בית בקרן הרחוב או נשים כאלה.

אני יודעת גם על באר שבע. אני יודעת בחיפה יש צורך גם שם לראות איך יש פסיכיאטר כונן זמין, לא מרצונו הטוב. זמין אומר לפעמים בשבע בבוקר, לפני שהיא יוצאת. התעוררה ורוצה לצאת החוצה. וזמין אומר לפעמים שהיא מגיעה בשלוש לפנות בוקר. אז זה נהדר שהמדריכה ב'שלטרי' תעיר את נועה או תעיר אותי. אבל מה אני יעשה עם זה? אז אני איתן לה לישון והיא תתקלח ואני אקווה שלא יהיה שם איזה התקף פסיכוטי דרמטי. או לפעמים, בסתר ליבי אני אגיד שאם הוא יהיה אני כן אוכל להפעיל פסיכיאטר, כי ההתקף פסיכוטי פעיל. אבל במצבים האפורים יותר, לשם אנחנו. וברור שצריך לזה עוד משאבים. לא נברח מזה. זה דורש לא רק שינוי תפיסה, זה החלק הפשוט יותר, זה דורש עוד כסף ועוד תקציבים.

היו"ר טלב אלסאנע:

בעיקר זה דורש שינוי תפיסה. תודה.

אנחנו עם עובדות סוציאליות מעוד מקומות, מעיריית חיפה, אבי חכים.

אבי חכים :

טוב, אני פה אמרתי כבר עוד לפני כן, הבעיה שלנו מבחינת נושא של פסיכיאטרים ובעיות תחלואה של נערי רחוב שלנו הוא, שלמעשה כרגע אין אצלנו כרגע רופא פסיכיאטרי, שעד דצמבר שנה שעברה כן היה.

היו"ר טלב אלסאנע :

איפה?

אבי חכים :

בחיפה מטירת הכרמל

היו"ר טלב אלסאנע :

היה להם הסכם עם טירת הכרמל, ללשכת הרווחה.

אבי חכים :

נכון לעכשיו, אין לנו רופא פסיכיאטרי. יש לנו בהחלט בעיות של תחלואה כפולה, ואין לנו מי שיאבחן. אין לנו מי שיראה. אנחנו, כמו שפה נאמר לפעמים אנחנו צריכים את הרופא הפסיכיאטרי בבוקר, לפני שאדם מתחיל לתדלק, לפני שהוא מתחיל לשתות אלכוהול. ישנו פרק זמן של בין שעה לשעה וחצי שהוא נקי מאלכוהול, ואז אפשר לעשות כן את האבחנה. אבל הפסיכיאטר צריך להיות זמין. ולא בשעה שתיים עשרה ולא בשעה עשר. הוא צריך בשעה שש-שבע בבוקר, לפני שהוא מתחיל לתדלק אותו דר רחוב. אז קודם כל, הצורך הזה שיהיו פסיכיאטרים. אצלנו, מגיעים אלינו אנשים עם תחלואה כפולה.

הבעיה הנוספת היא, בנושא של סל שיקום. אנשים שאנחנו רוצים לשלוח אותם לסל שיקום, אנחנו נתקלים בהרבה מאוד בעיות, הרבה מאוד בירוקרטיה.

היו"ר טלב אלסאנע :

איזה בעיות?

אבי חכים :

בעיות של לבוא ולהציג את זה בצורה כזו או אחרת, שאין לנו פסיכיאטר יחד איתנו, הדרי רחוב, כשמגיעים לסל שיקום הם נמצאים בסוף הרשימה. גם כשיש להם מוטיבציה, הם נמצאים בסוף הרשימה.

היו"ר טלב אלסאנע :

אוקי תודה.

את מנהלת מחלקת הרב תחומי עיריית חדרה? מירי שעיר.

מירי שעיר :

אני רציתי לדבר על שתי סוגיות.

היו"ר טלב אלסאנע :

סליחה ברשותך, מר חכים, בקשר לדרי רחוב למשל בחיפה, גם במגזר הערבי התופעה הזו קיימת?

אבי חכים :

בודאי, ישנה. יש לנו לא מעט מטופלים מהמגזר הערבי.

היו"ר טלב אלסאנע:

יש שם משפחות מורחבות, ויכולים לתת גיבוי.

אבי חכים:

יש לנו גם חיפאים וגם אנשים, שעוזבים את הכפרים מסביב ובאים לחיפה. אנשים שנפלו לאלכוהול, שנפלו לסמים. נשים ערביות מהכפרים ומחיפה, שבגלל סכסוכים כאלו ואחרים ובעיות של כבוד המשפחה וכל הסיפור הזה מגיעות אלינו כדרות רחוב.

רחל אבידן:

אחוזים נמוכים, יחסית.

קריאה:

לאו דוקא. לא.

אבי חכים:

גם נשים גם גברים ערביים. והנושא של פסיכיאטר ביחידות הוא מאוד חשוב. אנחנו לא מדברים על הרבה, אנחנו מדברים על משהו בסביבות שש-שמונה שעות בחודש.

מירי שעיר:

חודש זה מעט.

אני מנהלת את הנושא של דרי רחוב כבר עשר שנים. לא, בעצם משנת 1991. **ההוסטל הוקם בשנת 1991** אנחנו יחד. ובמשך השנים אני רואה הרבה מאוד שינויים, גם בקרב הנושא של ההתמכרויות לבד, כי אני מנהלת גם את היחידה לטיפול בהתמכרויות וגם יש את **ההוסטל של דרי רחוב**, ואני רואה שוני בכל התחומים האלה. ישנה תופעה של אוכלוסייה שמגיעה אלינו עם הרבה מאוד בעיות או מחלות או הפרעות נפשיות, שזה מקשה מאוד על הטיפול. זו אוכלוסייה אחרת שלא הכרנו קודם.

כמובן שגם ישנה תופעה של נשים, שלאחרונה הן גם מגיעות. **התופעה של דרי רחוב היא בעיקר תופעה של יותר מכורים לאלכוהול מאשר לסמים.** אני יכולה להגיד שזה תשעים ותשעה אחוז. אני יכולה להגיד שגם בשנים האחרונות יש לנו נהירה של נשים, שמגיעות. גם מבוגרות, שמסתובבות שהיו מקבצי נדבות למיניהם עם הסלים והתחילו להגיע. ועיקר התופעה, שיצרנו קשר עם סל שיקום, עם גיטית, שהיא מרכזת את תחום שיקום של משרד הבריאות ועם שרה ריינר, כמובן, שהייתה גם אצלנו ואנחנו פשוט העלינו את הסוגיה, שיש לנו בעיה של בעיות נפשיות. גם תחלואה כפולה.

נכון שהם משלמים לנו עבור אותה אוכלוסייה, אבל אנחנו מדברים על אוכלוסייה שמפנים אלינו זה קצה הרצף. זאת אומרת, שהם נזרקו מ"קריית שלמה" נזרקו מהוסטלים ממקומות שהם דיור מוגן נזרקו מהכול ואז הם מגיעים אלינו. עכשיו ההוסטל כעיקרון הוא של הרשות המקומית, עיריית חדרה. וכמובן שאני כנציגת עיריית חדרה, אם יש מקרה בחדרה וזה לא משנה אם הוא חולה נפש, אם הוא אסיר משוחרר, לא משנה מה, אני ממונה לטפל בו. ואז אני צריכה לקחת ולשקם. מפעילה את המדריכים ומביאה אותם אלינו.

אחת הבעיות זה באמת הנושא של רופאים, שאנחנו צריכים לשלם. יש לי שני רופאים במקום היום, שאני חייבת להחזיק. נכון שעד לא מזמן הייתי מפנה אותם לבית חולים הלל יפה היה לנו קשרים שיצרנו, אבל זה מאוד מאוד מקשה. האוכלוסייה היא קשה. הם צריכים מעבר לזה שהם צריכים רופא פסיכיאטר או טיפול במקום, הם צריכים גם סומכים או חונכים. מישהו שיתלווה אליהם, מישהו שיהיה איתם. גם אחוזי המדריכים, זאת אומרת יש לנו מדריכים במקום אבל זה לא מספיק. זה הצריך הגדלת מכסה של עובדים במקום ובסך הכול יש לי חמישה שישה כאלה. אני מדברת על שישה כאלה שמאוד קשים. אז זה אוכלוסייה אחת, שאני אומרת שכן צריך

רופא במקום, כן. משרד הבריאות צריך להיכנס לשם והיום אנחנו משלמים את זה מהתקציבים שאנחנו מקבלים ולא משרד הבריאות.

הדבר השני זה אוכלוסיה של אסירים משוחררים. ונכון שרחל המפקחת תגיד לי, אבל הם אסירים משוחררים ושרשות לשיקום אסיר תטפל בהם ו...ו...ו... אבל אני, כנציגת רשות מקומית ושוב אני חוזרת ואומרת את זה, **אם משתחרר אסיר שהוא באישיות שלו, באפיונים שלו ובהתנהגויות שלו, נכון שהוא זכאי לשכר דירה ואני יודעת למצות את הזכויות של האדם, אבל אם הוא לא מסוגל להתנהל, לא מסוגל ללכת, לא מסוגל לעשות את הצעדים האלה, הקלים ביותר, אז הוא בשבילי הוא דר רחוב.** זו אוכלוסיה שמחר היא לא תשרת את עצמה, היא תהיה בחוץ ואני אצטרך להביא אותה. ואז אני שואלת את עצמי, וחבל פה שהרשות לשיקום האסיר לא פה, שגם מה קורה עם האוכלוסייה הזו?

אגב גם התחלואה כפולה, הם נכנסים לכלא וגם הם משתחררים משם בלי שום תכנית.

רחל אבידן:

קלט לאסירים משוחררים חולי נפש. זה היה סיכום בתכנית העבודה של 2011 אני הייתי בוועדת ההיגוי

מירי שער:

אני מדברת שעד היום אין עדיין תכניות לזה.

היו"ר טלב אלסאנע:

בתוך בתי הסוהר יש את המסגרות המתאימות בשבילם?

מירי שער:

אין להם שום מסגרת.

רחל אבידן:

יש להם בתוך בתי הסוהר, יש את המסגרת של בריאות הנפש, ויש את הגמילה. אבל אם הם משתחררים ולא תפרו להם תכנית שיקום אז הם יתגלגלו ברחוב. אבל זו אחריות באמת של שיקום האסיר.

מירי שער:

לסיכום, **אני ממליצה להרחיב את ההגדרה של דרי רחוב, שתחול גם על הנושא האסירים המשוחררים.** התקציב, אני לא נכנסת לזה. הציעו להרחיב את זה לחסרי דיור, ואני מדברת על אישיות של האדם על היכולת שלו להתנהל באופן עצמאי. להרחיב את המעגל של דיור מוגן או דיור ציבורי יחד עם סומכות, עם חונכות, מישוהו שילווה את האוכלוסייה הזו. אי אפשר להשאיר אותם לבד.

היו"ר טלב אלסאנע:

תודה. מאה אחוז. עיריית ירושלים.

תמר סיבוני:

אין לי הרבה מה להוסיף. אני חושבת שחברי אמרו את הדברים שבהחלט חשבנו עליהם והעלינו אותם. העניין של צורך בחוות דעת רפואית, שעובדים סוציאליים לא יכולים לתת אותה, וטוב שכך, יש להם מספיק עבודה, אבל אם רוצים לטפל באדם לאור רחוק, כפי שנאמר קודם, ללא חוות דעת רפואית אין לנו מה לעשות. אז אי אפשר לטפל לאור רחוק.

דבר שני שאני רוצה להגיד כאן, שלא כל כך דיברנו עליו זה המניעה של דרות רחוב, שאם אנחנו נשכיל ונשקיע במשאבים או בתכניות למניעה ניפגש פחות במספרים בדרי רחוב ופחות

במורכבות בהמשך התהליך. אני רוצה גם להדגיש את העניין שחסר לי כאן נציג של משרד השיכון

רחל אבידן:

הוא אמר לי שהוא יגיע.

תמר סיבוני:

מה שאני רוצה להגיד, שבעצם יש תקצוב ויש תכנית של משרד השיכון לדרי רחוב, וזה נהדר ונפלא, ויש להם שכר דירה מוגדל, והורחב הטווח של העזרה משנתיים לארבע שנים. זה נהדר. אבל בפועל מה שקורה בשטח, בקהילה בירושלים, בתל אביב בטוח יותר, בירושלים שכר הדירה או העזרה בשכר הדירה לא הולם את מה שקורה במחיר שוק הדירות, שהמחיר מאוד גבוה. **התנאים לשכור דירה הם מאוד קשים לאנשים עם בעלי תחלואה כפולה. הם צריכים להביא ערבים, הם צריכים צ'קים, הם צריכים להיראות מסודר מאורגן, ואם לא אז הם נשארים ברחוב.** אנחנו דיברנו על זה, העלינו את זה ככה בנקודה ועברנו מהר לסדר היום, אבל כדי לשרוד במחיר, ביוקר המחיה, אנשים צעירים ומבוגרים מוכרים את הגוף שלהם. אמרנו את זה ככה בהינד עפעף, אפילו בלי להניד עפעף. אבל זה מה שאנשים עושים כדי לשרוד. אנחנו רואים את זה גם בצעירים.

היו"ר טלב אלסאנע:

תודה רבה. אילת

מיכאל ריאתי:

שמי מיכאל ריאכני ואני עובד סוציאלי בעיריית אילת. בערך עשר שנים בתחום הזה של דרי רחוב. ככה, לגבי איזושהי מבט לגבי אילת, אנחנו מטפלים בערך בכשישים דרי רחוב מטופלים במהלך שנה. אני מעריך שבערך **הגרעין שאנחנו מדברים על תחלואה כפולה במערך, כשליש. זאת אומרת עשרים איש בהערכה שלי, שהם סובלים כנראה ממחלות נפש שלא מאובחנות, בעיני. זאת אומרת, אין את אותה נגישות שאנחנו פה מדברים במהלך הועדה של פסיכיאטר, לפחות באילת אני יכול להגיד, שמגיע ורואה אותם. ולכן, הם נשארים, לצערי הרב. גרעין מאוד קשה מאוד בולט, אם הייתי יכול להגיד מבחינה מוניציפאלית מאוד מפריע, ויסלחו חברי שאוהבים ואוהדים את האוכלוסייה, גם אני מתוך אהבה מנסה לעזור להם. אבל, בעיר תיירות כזו יש בזה גם גורם מאוד מפריע לציבור, למלונות וכו' אנחנו מבינים גם את הפן הזה.**

בכל אופן, זו אוכלוסייה שאנחנו לא מצליחים להגיע אליה, לא מצליחים לעשות את הטיפול שאנחנו רוצים לעשות. אילת כמו שאתם יודעים בודאי, רחוקה. היא פריפריאלית, כך שגם בתי חולים לחולי נפש והוסטלים וכו' לצערי אין בקרבת מקום. כך, שאני כמי שאחראי על הטיפול באוכלוסייה הזו, אין לי מענה הולם, לצערי הרב. גם **בשנה האחרונה גם הוסטל שהיה באילת נסגר מסיבות כאלה ואחרות, אני לא אכנס אליהם כאן.** אבל, גם אם היה לי איזושהי מענה בתוך העיר, לצערי אין לי גם מענה מידי לתת להם. ולכן, מה שאני עושה בדרך כלל זה לשנע, ואני מצטער על השימוש במילה הזו, זה להזיז את האנשים מאילת לכיוון קריית שלמה רעננה. אם אני מצליח לשכנע אותם להגיע לבית החולים בקריית שלמה.

רחל אבידן:

זו עלות של אלף שקל.

מיכאל ריאתי:

זו עלות של אלף שקל למונית. ולשכנע אותם ולנסוע במונית מישהו שאולי... אז נלקח איזושהו סיכון מאוד משמעותי לציבור עצמו גם וכו' לגבי להט ורחל אבידן אני חייב להגיד במהלך כל השנה---

היו"ר טלב אלסאנע:

למה נסגר ההוסטל שהיה באילת?

מיכאל ריאתי:

אני לא בטוח שיש את כל התשובה לשאלה הזאת. אני מניח שיש פה מורכבות. זה מורכב גם מסיבות כלכליות. אחזקת המקום הייתה מאוד יקרה, לעומת זאת---

היו"ר טלב אלסאנע:

אבל אם עיריית אילת מעוניינת, וזה חשוב להם כעיר תיירותית וכל השיקול שאתה ציינת, אז הם צריכים למצוא את המסגרת גם כן.

מיכאל ריאתי:

ללא ספק העיר אילת זקוקה לזה, והיא פועלת. אנחנו נמצאים בוועדות אצל מנכ"ל העיר כדי לפעול לתת מענה לאוכלוסייה בתוך אילת. אגב, אני מדבר על דרי רחוב שרובם אינם תושבי העיר, מבחינת תושבות.

רחל אבידן:

דרי רחוב הם בדרך כלל לא תושבי העיר.

אנטולי מרגוליס:

הם אוניברסאליים. זה מה שאני גם מנסה להסביר, גם למשרד הבריאות.

מיכאל ריאתי:

אבל כשאני פוגש השבוע שניים שלושה חבריה צעירים אני מקבל, השבוע פגשתי שני חבריה צעירים מתל אביב, מירושלים בודאי בתקופה הזו של החורף. רובם מגיעים אלינו מירושלים מתל אביב, הם נודדים. אצלנו רבה יותר נעים, חם ולכן, אני מקבל אותם ונותן את המענה, מבחינתי הכי טוב שאני יכול.

היו"ר טלב אלסאנע:

באילת בלילה זה קר מאוד.

רחל אבידן:

באילת כיום אין מענים באמת.

היו"ר טלב אלסאנע:

ולמה?

מיכאל ריאתי:

אני כל הזמן נמצא איתם בקשר, אבל שוב אני אומר, לצאת לרחוב איתי, נניח הם לא זמינים.

היו"ר טלב אלסאנע:

למה? אם למשל הוא מתקשר ומזמין אותם, לא יוצאים לרחוב?

מיכאל ריאתי:

אני רוצה להגיד אגב אנחנו מצליחים להביא דר רחוב כזה לבית החולים בגלל בעיות בריאותיות, שהוא מגיע. מצבים מאוד ירודים או מחלת נפש, שאני מעריך שאולי הוא סובל ממנה. אגב, בית החולים הכללי בהוספטל הקטן ימהר, ואני אומר את זה במרכאות, ימהר מאוד אפילו תוך יום או פחות מיום למצוא את הדרך החוצה מבית חולים, מבלי אפילו שהוא יפגוש פסיכיאטר. ואם הפסיכיאטר ייתן מענה הוא ייתן אותו גם טלפונית, הוא אפילו לא יפגוש אותו.

היו"ר טלב אלסאנע:

כן ברור. ד"ר איגור ברש.

איגור ברש:

אני אתייחס לסוגיות הפסיכיאטריות שהועלו כאן. סוגיה ראשונה זה להוציא פסיכיאטר לרחוב. שירות אמבולטורי בבריאות הנפש נמצא במצב לא טוב. הפיתרון האולטימטיבי זה ביצוע רפורמה, שתאפשר להזרים משאבים. רפורמה בבריאות הנפש נדונה בוועדה לבריאות ורוחה בכנסת. היא נתקעה שם. כבר לא היו דיונים, לדעתי שלושה חדשים ויותר.

אנחנו מאוד מאוד תומכים. המנכ"ל שלנו מאוד תומך. כבר שנים רבות לא הוזרמו משאבים למערכת האמבולטורי בטענה שאוטוטו תיכנס הרפורמה. ההחלטה על דיונים לגבי הרפורמה התחילו מיד אחרי חקיקה של חוק לביטוח בריאות ממלכתי לפני חמש עשרה שנה, וזה לא מתקדם. היום מערכת אמבולטורית באופן כללי באי ספיקה. אנחנו לא מספיקים לתת שירות לאלה שבאים, ואין משאבים להוציא.

אפילו אם יהיו משאבים, אי אפשר לבצע עבודה פסיכיאטרית ועבודה של בריאות הנפש.

היו"ר טלב אלסאנע:

אבחון ראשוני עדיף מאשר בכלל לא.

איגור ברש:

אבחון ראשוני, כן. אבל הועלו פה טענות אחרות. בן אדם משתחרר מאשפוז לרחוב לטפל בו פסיכיאטרית ברחוב.

היו"ר טלב אלסאנע:

לא לטפל, לאבחן.

איגור ברש:

לא. הוא אובחן, הוא היה באשפוז.

היו"ר טלב אלסאנע:

אז מה יש לטפל?

רחל אבידן:

הוא מוכר למערכת בריאות הנפש.

היו"ר טלב אלסאנע:

אנחנו מדברים על אבחון, כדי שיוכל לקבל סל שיקום, וכדי שיוכל לקבל - - -

איגור ברש:

אנחנו עוד לא הגענו לסל שיקום. בשביל שבן אדם יקבל טיפול, הוא פוגש פסיכיאטר, עובר אבחון, מקבל מרשם. הוא צריך ללכת עם המרשם הזה לקופת חולים לרופא המשפחה, שעושה המרת המרשם למרשם מהקופה שהוא לא - - -

חיים מהל:

אז זה צריך להיות אחרת.

היו"ר טלב אלסאנע:

כמו שמרפאת מין בלוינסקי יוצאת לרחוב ונותנת גם את הבדיקות ברחוב וגם את הטיפול ברחוב. יש פיתרונות. השאלה היא אם רוצים.

איגור ברש:

עוד פעם, הטיפול התרופתי ניתן בקופה, בקופת חולים.

היו"ר טלב אלסאנע:

אנחנו יודעים.

מירי שעיר:

אבל הדר רחוב לא ילך לקופת חולים.

איגור ברש:

אם הוא לא ילך לקופת חולים, מי יביא לו כדורים? מי יביא לו זריקות?

היו"ר טלב אלסאנע:

משרד הבריאות.

איגור ברש:

משרד הבריאות לא מחלק טיפול תרופתי. הוא לא בא עם כדורים הוא לא בא עם זריקות.

היו"ר טלב אלסאנע:

בוא תתחיל לחשוב על איפה שיש יחידות או הוסטלים ברשויות המקומיות בוא תתחיל עם זה. אחר כך תתחיל עם משהו אחר.

איגור ברש:

לגבי השיקום.

היו"ר טלב אלסאנע:

לא סל שיקום אני מדברת על רופא.

איגור ברש:

שיקום זה לא דיור. זה לא פיתרון דיור. אני פה שומע שכשמדברים על או הוסטל או מערכת השיקום, זה קורת גג. איפה שמים את הדר רחוב? שיקום זה לא זה. שיקום זה שיקום תעסוקתי, חברתי ודיור.

עכשיו, אי אפשר לשקם אדם בלי מוטיבציה, בלי רצון. אם הוא בא ואומר אני מוכן לגור פה, אל תדברו איתי על עבודה או מועדון חברתי. שיקום תלוי מוטיבציה. כל מי שסובל ממחלת נפש זכאי לסל שיקום, ומביע מוטיבציה הוא מגיע. האוכלוסייה כאן היא לא מוכנה. היא בקושי מוכנה לחשוב לגור איפהשהוא.

רחל אבידן:

ד"ר ברש, לכן אנחנו מדברים. דיברנו גם קודם וגם כאן, על אנשים שהם ברי שיקום ומביעים מוטיבציה לשיקום, והם צריכים סוג אחד של מסגרות. ואנשים שאינם ברי שיקום או שאינם יכולים להביע מוטיבציה.

עידית סרגוסטי :**מה זה לא בר שיקום?**איגור ברש :

אין להם את המוטיבציה ויש לנו את הרצון.

רחל אבידן :

אני בכוונה אומרת אנשים שלא מביעים מוטיבציה, אוקי? אני יודעת לאן את מכוונת. אני מדברת על אנשים שאינם יכולים להביע מוטיבציה היום לשיקום אבל, עדיין אנחנו רוצים שהם לא ידרדרו, לא במצבם הנפשי, לא לדרות רחוב. והם צריכים מסגרת. אם זה תחזוקתית כשלב אי וממנה אולי... ומסגרת קודם כל זה קורת גג. אי אפשר לעשות שיקום של שום דבר בלי קורת גג.

איגור ברש :

אבל שיקום זה מכלול של פעולות.

רחל אבידן :

נכון, אבל אי אפשר ללכת למימוש עצמי לפני שיש איפה לישון. אמר את זה מסלו פעם.

איגור ברש :

ועוד משהו, מסגרות שיקום הן פתוחות. אין מסגרת שיקום או מגורים טיפוליים בכפיה. אם בן אדם לא רוצה להיות הכול פתוח שם. אין לנו בסיס חוקי לכפות עליו. זאת אומרת, אם הוא בא ואומרים לו, אתה בשעה שמונה אוכל ארוחת בוקר, שתיים עשרה צהריים, אחר כך נכנס בין לבין לריפוי בעיסוק. הוא אומר, אני לא מוכן, אני לא מוכן אם אתם לא... אז אני הולך. הוא קם והולך. עכשיו, לעבוד עם סוג זה של אוכלוסייה בלי שהם מוכנים לקבל את תנאי המסגרת, תבינו אתם רואים את הצד של האדם שזקוק למשהו, ואנחנו רואים לא רק את מה שהוא רוצה או מבקש אלא גם מה שהצרכים הטיפוליים שלו. לא תמיד זה נפגש.

עכשיו, לגבי הכפייה אני פה שומע המון לגבי כפייה. אי אפשר לכפות עליו כל עוד לא מבצע דברים שגובלים במסוכנות. על מנת לאשפז אדם בכפיה או להביא אותו לבדיקה פסיכיאטרית, לאשפז, חייב פסיכיאטר. על מנת להוציא הוראה לבדיקה כפויה לא חייב פסיכיאטר יכול להיות או עובד סוציאלי או אחות.

רחל אבידן :

שיפנה לפסיכיאטר, שיעביר דוח לפסיכיאטר המחוזי.

איגור ברש :

רגע, שום רופא מחוזי.

עובד סוציאלי, או רופא משפחה, יכולים להתרשם. ואם הוא מתרשם, שיש עדות למצב פסיכויטי וסיכון והוא שואל, האם אתה מוכן להיבדק? הוא פונה לפסיכיאטר מחוזי בכתב ופסיכיאטר מחוזי מוציא הוראת בדיקה.

קריאה :

אבל אני רוצה עם זה לסייג. בוא נבדוק ביחד כמה הוראות בדיקה וכמה הוראות אשפוז הוצאו בפועל. ובוא נודה כולנו, שיש בעיה עם חוק חולה הנפש, וממעיטים. עובדים סוציאליים, שפוגשים את האנשים ברחובות במצבים לא קלים, מוציאים דוחות, פונים לפסיכיאטר מחוזי, ומעט מאוד מהם מקבלים את הוראת הבדיקה בכפיה. וגם אם הם מאושפזים בכפיה הם כעבור יום משוחררים לרחוב בחזרה.

רחל אבידן :

אני חייבת להתייחס לזה, לתת דוגמה.

איגור ברש:

אני חמש שנים הוצאתי הוראות בדיקה והוראות אשפוז. וכל שנה הוצאתי שלושת אלפים הוראות. אני מכיר את התחום הזה. חמש שנים עשיתי כמעט רק את זה. אשפוזים בכפיה ובדיקות רפואיות.

היו"ר טלב אלסאנע:

שלושת אלפים בשנה?

איגור ברש:

שלושת אלפים בשנה במחוז מרכז. מחדרה עד גדרה.

אז אני חייב להגיד, אם פונים לפסיכיאטר מחוזי במכתב מנומק, שמתאר מצב פסיכוטי. סיכון וסירוב להיבדק הוא יוציא הוראת בדיקה. בדרך כלל הפניות לא כאלה. בדרך כלל מתקשר עובד סוציאלי ואומר,

חיים מהל:

והוא רוצה לקפוץ מהחלון.

איגור ברש:

מה אפשר לעשות עם לקפוץ מהחלון?

חיים מהל:

וכבר קרה שלא הוציאו, והוא קפץ.

איגור ברש:

כן, נכון. כי אם הוא... הרוב האנשים, שמתאבדים לא חולים פסיכיאטרים. התאבדות זה לא בהכרח תופעה פסיכיאטרית. זה שהוא עומד ליד החלון ולא מתועדת עדות למצב פסיכוטי, לא מהווה עילה לבדיקה כפויה, עם כל הצער והכאב. המחוקק לא הסמיך אותנו לכפות שום דבר על אדם, שהוא לא פסיכוטי. מי שלא פסיכוטי, כמה שהוא לא מסוכן, יהיה הוא אדון לגורלו. וכמו שזכותי להיבדק גם זכותו להיבדק.

תמר סיבוני:

ד"ר ברש, זה נכון מה שאתה אומר. אבל זה נכון לגבי עוד בדיקה. במידה והוא מוכר כחולה נפש. אם הוא לא מוכר לא תצא הוראת בדיקה.

איגור ברש:

זה גם לא נכון. בחוק לא כתוב שום דבר על מוכר.

רחל אבינדן:

אנחנו נעשה את זה מסודר ונוציא את זה בכתובים. בסדר? איך הוראת בדיקה באמת צריך להיות כתוב בדוח.

היו"ר טלב אלסאנע:

רבתי אני מודה לכל המשתתפים.

גלעד נתן :

אני רוצה להגיד משהו. טיפול בכפיה זה פיתרון אחד שמתאים לקבוצה אחת. אבל זה לא הפיתרון היחיד. עוד פיתרון שחסר כאן זה, כתבתי במסמך וזה לא המסמך של דרי רחוב, שעולה וזה הנושא של דיור תחילה. זה מודל שקיים במדינות מערביות, וזה מודל שעובד בהצלחה. וכן, לפעמים---

רלי קצב :

הוכח היעילות הכלכלית שלו וגם ביעילות של הוצאת אנשים מהרחוב.

גלעד נתן :

וזה אכן לא מתאים למסגרת של שיקום של בריאות הנפש. עכשיו **להיכנס להוסטל** ולעבור לשלוש ארוחות ביום ובאמצע לעשות שיקום תעסוקתי לפעמים, יצירת האמון כוללת את ההתייחסות לזה, שמצאת להם קודם כל קורת גג, ואחר כך לתוך קורת הגג הזה, בדיוק כמו של טיפול שעושה rehching out כמו **המזרקים, כמו מרפאה למחלות מין, מה שגם חסר**. נוצר האמון שמאפשר להם להמשיך את הטיפול בבן אדם ואז, לבדוק אם אנחנו מדברים על בן אדם, שרוצה להשתקם או על בן אדם שמה לעשות, ומדברים רק על טיפול של להחזיק אותו בקיום.

רלי קצב :

ומדובר על קורת גג לכולם, שהיא לא מותנית.

איגור ברש :

בריאות הנפש נותן טיפול או שיקום. בריאות הנפש זה לא קורת גג.

היו"ר טלב אלסאנע :

אבל דרי רחוב זקוקים לה גם כן לקורת גג. ולכן זה חלק מהטיפול.

איגור ברש :

כשהיו מרכזים לדרי רחוב כקורת גג, בריאות הנפש ייתן טיפול ושיקום.

היו"ר טלב אלסאנע :

הדיון הזה העלה הרבה יותר שאלות מאשר תשובות. ולכן, לדעתי חייבים בהמשך, אולי בעוד שלושה ארבעה חדשים לקיים ישיבת מעקב אחרי הסוגיות שהועלו. אני שומע גם ויכוח בין הגורמים המטפלים, וגם משרד הבריאות משרד הרווחה. ולכן, יש סוגיות שטעונות הרבה ליבון בין שני הגורמים. **יש צורך בהרחבת ההגדרה של דרי רחוב ותחלואה כפולה. גם לכלול אסירים שמשתחררים.** מי מטפל ואיך מטפלים, וגם עניין הנגישות של שירותי הבריאות, במיוחד בעניין של האבחון.

אני מצטרף להמלצה, שיש צורך שהפסיכיאטרים יגיעו למטופלים אם המטופלים לא מצליחים להגיע לפסיכיאטר. ולכן, אם נמצאו מסגרות מתאימות אפשר להגיע. הכול תלוי בפונקציה של רצון. כמו שיש צורך במוטיבציה של דרי רחוב, צריך מוטיבציה של משרד הבריאות.

איגור ברש :

משאבים

היו"ר טלב אלסאנע :

ולכן, אם למשרד הבריאות יש לו את המוטיבציה, הוא יכול להגיע. לא מדברים על תקנים של... מדברים על שעות ספורות בשבוע. ולכן, לדעתי גם במסגרת המשאבים הקיימים, אם עושים את החלוקה וההקצאה אפשר לתת מענה ולו חלקי, כדי לראות, לבחון אם מגיעים. אז באיזה מידה

זה מקדם. והדבר הנוסף הוא הבשורה ששמענו, עניין של הקמת ההוסטלים. אני חושב שזה צעד חשוב. אנחנו רוצים לשמוע שאכן זה מתבצע בפועל. לגבי המסגרות לבני נוער ולגבי נשים לא שמענו על מסגרות הולמות. שמענו שהולכים להקים - - -

איגור ברש:

הסבה של מסגרת. מדובר בהסבת מיטות פסיכיאטריות במחלקה לנוער לטובת הנוער, שסובל מתחלואה פסיכיאטרית פלוס שימוש. זה לא מיטות נוספות, זה חלק מהמסגרת הקיימת. זה מה שכבר קיים ויתמקצעו במתן סיוע לנוער.

היו"ר טלב אלסאנע:

זה לא פסול, זה מקובל, זה טוב ולבחון את זה.

אנטולי מרגוליס:

ובמסגרת המחלקות שגם ככה העומד עליהם הוא מאוד גבוה תהיה הסבת מיטות. מה שאומר, שבמקרה הטוב אם הם יקבלו אז מישוהו אחר לא יקבל. ובמקרה הרע הם לא יקבלו.

היו"ר טלב אלסאנע:

אבל קודם כל לבחון את העניין, כדי שבינתיים לתת תחילתו של מענה.

אני מודה למשתתפים, גם לאילת, אולי יום אחד יגיע משרד הבריאות לאילת גם.

הישיבה ננעלה בשעה: 12:35