

630.

פרוטוקול מס. 12

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים, שהתקיימה
ביום א', כ"ב בניסן תשל"ד - 14.4.74,
משעה 09.30.

(ביפו, בבנין מרכז בריאות הנפש)

נוכחיו - חברי הוועדה:

ח. גרוסמן - היו"ר
י. בארי
י. גיבלבר
מ. דרובלס
א. ורדיגר
מ. ידיד
א. נמיר
ח. שמעוני

מוזמנים:

פרופ' פדה - מנכ"ל משרד הבריאות
נעמי להמן -
עדינה קורוליק - פסיכולוגית אחראית, בי"ח יום
ירחמיאל סילברברג
ד"ר גרונדלינגר - פסיכיאטר, בי"ח יום
ד"ר מיכאל רייטר - פסיכולוג ראשי
ד"ר סרבריסקי ארנלדו - פסיכיאטר
ד"ר ז'. בודנהיימר - רופאה, אחראית על הדרכה
ד"ר קליינהאוז
ד"ר הקר - מנהל בי"ח "יהודה אברבנאל" בת-ים, ופסיכיאטר
מחוזי
ש. פרידמן - קצין פיתוח שירותים פסיכיאטריים, ברותי
בריאות הנפש
דבורה כרמיל - סוציולוגית, יחידת המחקר
ד"ר רובינרויט - פסיכיאטר אחראי, מחלקת ילדים
ה. טרום - מלב"ן-ג'וינט

רשמה:

שולמית פרג.

בסדר-היום: קבלת סקירה וסיור במרכז הקהילתי ביפו.

(נתקבל בזמן 14.4.74)

פרופ. פדה:
אני מברך את חברי ועדת השירותים של הכנסת על בואם לבקר במרכז הקהילתי ביפו. ד"ר קליינהאוז יתן סקירה קצרה, אחר כך נצא לסייר בבנין, ולאחר מכן נשב ביחד ונברר את הבעיות שקיימות בפנינו.

היו"ר ח. גרוסמן:
למעשה, מזמן רצינו לבוא הנה כדי לבקר במרכז. (מציג את חברי ועדת השירותים).

ד"ר קליינהאוז:
ב"מוזמנים" שבמוד הראשון של הפרוטוקול).
במרכז יש כמה יחידות שפועלות - (מציג את האנשים כפי שמפורטים

המרכז מהווה, בעצם, דגם לחכנית ארצית יותר של טיפול ושירותים כוללניים לאוכלוסיה מבחינה פסיכיאטרית. הארץ מחולקת לכ-25 אזורים, כך שבכל אזור יוקם מרכז לבריאות הנפש. אנחנו מנסים לבצע נסיון, כדי לטפל בכל הצרכים של האוכלוסיה, מבחינה גיאוגרפית, ללא הבדל חבר קופת חולים או לא חבר קופת חולים. אנחנו מנסים להגיע אל הקהילה לטיפול קונבנציונלי בתוך הבנין.

כדי להגיע למטרה זו, יש צורך ברשת של שירותים שחייבים להיות כאן כדי לספק את כל הדרישות של האוכלוסיה. אנחנו חייבים לפתח רשת של שירותים כדי להגיש את כל העזרה הפסיכיאטרית הדרושה לאוכלוסיה.

אנחנו מטפלים באזור שהוא דרום-מזרח תל-אביב ויפו, ויש בו אוכלוסיה של 100 אלף איש. הנסיון שלנו הוא לא רק טיפול ממשי, אלא גם טיפול של מניעה. הכוונה היא, לטפל באמצעות שירותים קיימים. לדוגמה:

יש באזור זה לשכות סעד, לשכות של מרכז הסעד, אחיות, טיפת חלב ועוד. כל השירותים הללו ישנם, ויש כוח אדם שלא היה מנוצל. למעשה, אנחנו מטרידים את האנשים הללו, ואנחנו נמצאים בקשר הדוק עם כל השירותים האלה. ע"י הדרכה עם כל השירותים של הקהילה, אנחנו מנסים לתת את הטיפול הלא כל כך ישיר, אלא באמצעות אותן המסגרות הקיימות. הדגש הוא, להבחין במחלה ככל שיותר מוקדם, וזה נעשה באמצעות כל הגורמים שיכולים לתת לנו את האינפורמציה של החפתחות המהלה.

עלינו לקחת בחשבון שהבעיות הסוציו-כלכליות שלנו הן מהקשות בארץ. יש לנו כאן סקר כזה, והוא בוצע על אוכלוסיה של יפו.

המרכז הזה פועל רק בשנתיים האחרונות. כיום, במצב זה יש לנו כוח אדם, יש לנו האפשרות לבצע את המשימה שעומדת בפנינו.

כאמור, כל אורח, לא משנה אם הוא חבר קופת-חולים או לא חבר קופת-חולים, או חבר כל קופת חולים אחרת, או שהוא מקרה סעד, שמופנה למרכז ע"י כל גורם שהוא - מתקבל מיד למרכז ללא רשימת הרשמה. למעשה, כל אחד רשאי לפנות לכאן, והוא מיד מתקבל. הוא מקבל עזרה, ולאחר מכן הוא יכול לחכות יומיים-שלושה, ולא יותר. הוא מתקבל ע"י החורן, ומיד הוא נכנס למעגל הטיפול.

יש לנו שירותים מרפאתיים. יש מרפאה לילד ונוער, לגיליים מ-0 עד 18 שנה. כלומר, עד גיל הגיוס. ושוב, הדגש מושם על הקהילה.

עכשיו פתחנו קהילה פסיכיאטרית, עם כל הקשור מבחינה פסיכיאטרית, עבור קשישים.

נוסף לזה, יש לנו "בית-חולים יום" - *"Day Hospital"* זה מיועד לחולים שיכולים לבוא לכאן משעה 8.00 בבקר עד 4.00 אח"צ, כאשר המטרה היא, למנוע אשפוז מלא של 24 שעות. בית-חולים יום נמצא בפעילות כמו הסוג של מחלקה פסיכיאטרית פתוחה. יש לנו בבית חולים יום 40 פציינטים ביום. פיסית, נמצאים שם בממוצע 30 חולים. למעשה, לא כל אחד נמצא שם מ-8 עד 4, כי קיימת אפשרות לבוא גם לשעה-שעתיים. יש גם שירותים של בית חולים יום, והם פועלים ממש.

שירותי רביליטציה-שיקום עד הבאת החולה חזרה לקהילה: למעשה, זו פעולה חדשה הנעשית בארץ. יש לנו גם שירותי מעקב אחרי כל חולה שמשתחרר מבית החולים. אנחנו נמצאים בשיתוף פעולה עם בית"ח בת-ים, וכך כל מי שמשתחרר אנחנו עוקבים אחריו.

יש גם טיפול בית. הצוות הזה הולך לבית החולה בהתאם לצורך ומגיש לו שם את העזרה הדרושה.

הקימונו גם מועדון. כוונת המועדון היא, לתת אפשרות לחולי בריאות נפש קשים, שגרים בבדידות, שאין להם חברה, ושהחברה מסתייגת מהם - לבוא למועדון פעמיים בשבוע ולהשתתף בפעילות קבוצתית הניחנת להם. נתנות להם גם הרצאות ועוד.

מן ההכרח הוא ליצור במוסד כזה יחידה שתעשה בקורת על היחידה שלנו. אכן יש לנו יחידה כזו, שמחפיקדה לערוך מחקר לגבי הפעילות הזו. יש לנו אזורי בקורת, כגון: שכונת התקווה. שכונת התקווה משמשת לנו בקורת על האזור שאותו אנחנו מבקרים.

למעשה, זה איננו ממלא את כל הצרכים של האוכלוסייה. אנחנו ערים לזה. אנחנו היינו צריכים לתת רשת נוספת של שירותים, כמו: מעון לילה - "הוסטל", וזה אין לנו. לדעתנו, זה אחד הדברים החשובים שחסר לנו.

חסר לנו גם שירות לפנייה של 24 שעות. זה נמצא בתכנון. זה צריך להיות פתוכנן יחד עם תל-אביב, מסוג של רמלה, ירושלים ועוד. כלומר, מחץ עזרה למצוקה נפשית של 24 שעות.

הדגש הוא בטיפול במניעה ככל שהדבר ניתן. הדרך לכך היא, דרך אבחון מוקדם בגיל הפציינטים שלנו, וגם מאז החופעה של המחלה שהופיעה, וגם רשימה של מחכים בתור ("*Waiting List*"). יש לעבוד עם כל הגורמים של הקהילה כדי לדאוג לצרכים המידיים של האוכלוסייה.

א. גיבלבר: האם הקהילה הזו היא חלק של תל-אביב? האם יש מוסד קהילתי? למה אתה קורא קהילה? זה איננו מוסד? (ד"ר קליינהאוז: לא. זה אזור של שירותים.)

מ. ידיד: מה הן התוצאות המשיות של הפעולה הטיפולית הנעשית כאן?

היו"ר ח. גרוסמן: אחר כך נשב ונשמע את התשובות.

(חברי הוועדה ביחד עם המוזמנים יוצאים לסייר בבנין המרכז הרפואי לבריאות הנפש)

(אחרי הסיוור המודרך בבנין, חוזרים וממשיכים בישיבה)

חברי הוועדה יכולים להציג שאלות.
בבקשה.

היו"ר ח. גרוסמן:

הזכרת והדגשת את הטיפול המונע הנעשה
לילדים, מגני ילדים ובתי ספר עד

א. נמיר:

השירות הצבאי שלהם. באיזו צורה אתם חושבים לעשות את זה? ומה
הן התוצאות?

מה הקשר שלכם עם העובדות הסוציאליות של
עיריית תל-אביב. זו הרי הזרוע שעוסקת בבתיים.

הזכרת את יחידת הבקורת בשכונת התקווה:

האם יש לכם תחנת משנה? האם יחידה זו שייכת לכם? באיזו צורה זה
נעשה, ומדוע דוקא בשכונת התקווה?

מהי הפרופורציה של הבאים לריפוי בעיסוק -

האם יש יותר גברים, או יותר נשים? איזו קבוצה מבין הבאים אליך
היא הבולטת יותר?

האם יש מעקב? כמה מהם חזרו לתפקוד

כמעט נורמלי?

בהמשך לשאלותיה של חברת הוועדה נמיר,
ברצוני לשאול בקשר לילדים בגיל הרך:

מ. ידיד:

האם אתם סוברים שמבחינת החקיקה יש מקום לחוקק חוק כי אכן ילדים
בגיל רך יגיעו אליהם? ידוע לנו כי בגיל כזה מנסים להסתיר את
המצב, ורק אחרי שהילד מתבגר הוא מחגלה. האם אתם מכוונים מבחינת
חקיקה בעניין זה? כלומר, יש למסור או להודיע על כל תופעה או
סטייה כזו אצל ילד בגיל רך.

ראיתי שאתם מטפלים בכל מיני מכשירים

קהים - פטישים ועוד. האם אין, הלילה, סכנה שאחד החולים יקפוץ
עליו רוגזו ואז יכה במכשיר כזה? מה אתם יכולים להגיד בעניין זה.

ד"ר פדה, מה הן התכניות לעתיד הקרוב?

היכן אתם עומדים להקים עוד מרכזים כאלה?

האם תוך הזמן הקצר של פעילות הקהילה הזו,

יש לכם כבר תוצאות ממשיות, כי אכן אלה ששוקמו לא חזרו למקום?

בקשר להוסטל - לכמה אנשים זה דרוש? האם

זה רק בבחינת משאלה?

בקשר למשחררי צה"ל: שנים בחורים צעירים

שכתוצאה ממחלות נפשיות הם משחררים מצה"ל. האם יש למשרד הבריאות

ולמשרד הבטחון יכולת לקבל את אותם בחורים ולתת להם את הטיפול

הנדרש להם?

בקשר לריפוי בעיסוק: האם מדובר בעבודת

כפיים טהורה? האם יש עוד חולים שהם

י. בארי:

קצת ברמה יותר גבוהה?

מה הם סוגי הטיפול שניתנים? האם נלחנת

טרפיה קבוצתית, פסיכואנליזה ועוד?

האם קיים מחסור בכוח אדם?
 האם המקום הזה הוא טוב מבחינת שטח
 והאפשרויות הקובנציונליות, או יש אפשרויות אלטרנטיביות?

מ. דרובלס:
 מתוך אוכלוסיה של 100 אלף איש בכמה
 אתם מטפלים?

כאשר סיירנו במעון יום, ראינו
 30 חולים. האם כמות זו קיימת בגלל שאין יותר מקום, או בגלל שאין
 יותר פצינטיים?

מה הם הדפוסים שדרכם ניתן להגיע
 לאוכלוסיה מבוגרת שזקוקה לטיפול, ושלא מגיעים אליה דרך המוסדות
 שהזכרתם?

לגבי השיקום: מה היא התדירות של
 האנשים שנקלטו בחברה? האם ישנם מקרים כאלה? באיזו מידה קיימת
 תדירות זו?

א. גיבלבר:
 במשך 3 שנים של קיום המוסד, אני מבין
 שאנשים שמתקשרים פעם אחת למוסד, הם
 למעשה קשורים אחר כל הזמן.

מה מספר האנשים שקשורים בצורה זו מתוך
 אוכלוסיה של 100 אלף נפש? האם זה אופטימום של האוכלוסיה הזו, או
 כפי ששאל ח"כ דרובלס - אין פצינטיים?

שמענו כי אמרת שלא צריך לחכות הרבה
 זמן עד שהאיש מתקבל. זאת אומרת, הרושם שלנו הוא שמתוך אוכלוסיה
 של 100 אלף איש אם יהיו - כפי שאמרת - 25 איש, הרי זה יכול כאילו
 לענות על הצרכים של הארץ הזו. האם האנשים אינם מגיעים לכאן משום
 שהם מחבישים, או צריך לעודד אותם לבוא, או צריך לחפש אותם דרך
 העובדים הסוציאליים כדי לאפשר להם להגיע? על כל פנים, זה עושה רושם
 שמספר האנשים שמבקרים כאן הוא מעט מאד לגבי אוכלוסיה זו.

ה'ו"ר ח. גרוסמן:
 איך מגיע לכאן החולה? האם הוא מופנה
 ע"י הרופא המקומי בתחנה לטיפול באם
 ובילד, או ע"י רופא המשפחה, או שהוא יכול לבוא להגיע לכאן באופן ישיר,
 מתוך יזמתו הוא כי הוא מרגיש כך. האם אז הוא מתקבל?

אם כן, אם אדם יכול לפנות ישר הנה,
 האם אדם שאיננו מאזור זה, האם יגידו לו שהוא איננו שייך לכאן ואיננו
 יכול להתקבל? אני משערת, שאדם שגר בצפון תל-אביב, שישלח ע"י מרפאה
 של קופת חולים, לא יוכל להתקבל כאן.

שמעתי כי שכונת החקווה שייכת הנה, ואחרים
 אומרים שלא. אני מבקשת הסבר.

פה נאמר שלא חשובה השתייכותו של אדם
 לאיזו קופת חולים שהיא, שכן הוא יוכל להתקבל כאן. האם עובד סוציאלי
 יכול לשלוח הנה אדם חולה בלי אבחון מוקדם של רופא?

האם יש לכם התחשבות או הסכמים עם
 קופת חולים או עם מלב"ן? זה חשוב לנו לדעת, כי אם זה דגם, אז אפשר
 להתאים ולהעביר אותו לכל הארץ?

היו"ר ח. גרוסמן:

האם ההמתנה היא כל כך קצרה - עד שבוע ימים? היכן ממתין החולה? אנחנו יודעים שיש המתנה גדולה מאד. ברגע שהוא מופנה הנה, אז הוא ממתין. זה קשור עם שאלתי הקודמת - מי מפנה את האדם?

איך אדם מגיע למקום שצריך להגיע? מה הם

הלשבים שהוא צריך לעבור?

אני זוכרת שבקדנציה הקודמת של ועדת השירותים עשו לנו חשבון שיכולים לחכות אפילו עד שנה. חצי שנה עד חנות האבחון, ואחר כך עוד חצי שנה עד הקבלה. בין אם ההמתנה היא של יומיים עד שבוע, ובין המתנה של שנה - המרחק הוא רב, ואינני רוצה לחיות באשליה.

בקשר לתכניות פיתוח ההוסטלים - באיזה שלבים תכניות אלה נמצאות? יש מחלות נפש שקשורות עם גיל - מה המצב בשטח זה?

לא ראינו ילדים. מה המצב בשטח זה?

דוקא בירושלים הגיעו לזה שיש קריאת טלפון במקרה דחוף. דבר זה שייך לכוחאדם די מוגבל. הייתי רוצה לדעת את תכניות הפיתוח של הדבר הזה

מי שותף לתכניות אלה - משרד הבריאות,

מלב"ן וקופת חולים?

ח. שמעוני:
לא מובן ההקשר של מרכז קהילתי למרכז של בריאות הנפש. קשה לומר שיש להתגאות בזה. נדמה לי שיש רתיעה בענין זה, כי נדמה לי שלא ברצון נענית הסביבה לענין זה. אם הכוונה היא של דגם, ולהגיע לכל אזור כזה שיהיה בו דגם כזה, הרי זה לא מתקשר עם הענין של הקהילה. האם לא מוטב לומר שזה לכל העיר, לפי גיל, לפי רמות השכלה, רמות עיסוקים? הדבר הזה לא מובן. האם לא היה יותר נכון לפתח מרכזים כאלה כלל עירוניים, שיהיו מותאמים לפי העיסוקים של האוכלוסייה?

מהו הדגם של המרכז הזה? כמה אנשים עובדים כאן?

א. נמיר:

ד"ר קליינהאוז:
מטרת הנסיון הזה הוא, לטפל באוכלוסייה בצורה כוללנית ביותר. כל מי שזקוק שיקבל את הטיפול בצורה האפשרית ביותר.

אם לא יכולים להגיע לקבלת האוכלוסייה, אז האנשים שגרים עם חולה כזה יביאו אותו. חולה יכול להכנס לבי"ח בת-ים, ואחר כך הוא חוזר הביתה. יש בזה כבר דחיה. אולם, הנסיון שלנו הוא לחנך את האוכלוסייה, את התושבים, את המוסדות, איך לראות את הדברים, איך לקבל אותם. תשובה זו מתייחסת לשאלה לגבי המכשירים המסוכנים.

למעשה, אנחנו ערים לבעיה זו של מכשירים מסוכנים שחולים יכולים להתקיף בהם. אני חושב שבכל דבר יש ריזיקה. אנחנו צריכים לקחת על עצמנו את המשקל מה עדיף על מה. האדם שנמצא כאן איננו חייב להיות חולה מבחינה נפשית.

אנחנו יודעים שהאחוז איננו כל כך גדול לעומת האוכלוסייה, כך שכל האמצעים שלנו באים לחנך את המוסדות כדי שהאנשים יטפלו בעצמם. זה מין יעוץ של דברים.

ד"ר רובינרויט: (פסיכולוג) היתה שאלה, כיצד אנחנו משיגים ידיעות על מחלת הילדים ככל שיותר מוקדם: - מרכז המאמץ שלנו הוא להיות מוכרים בפני כל המוסדות והשירותים הניתנים לציבור. יש לנו קשרים מאד הדוקים עם הלשכות הסוציאליות, כולל קיום ישיבות כמעט בכל שבוע. בישיבות אלה אנחנו נותנים להם ייעוץ, מדברים על המקרים בהם הם נתקלים, אנחנו מקבלים מהם מקרים ומטפלים בהם לאחר קבלת הנחיות מהם.

עובדת סוציאלית יכולה להפנות למרכז מבלי שתתייעץ עם רופא. למעשה, כל השירותים האלה, אחות ציבורית, קצין מבחן, שירות פסיכולוגי של בית ספר - כל אלה יכולים להפנות את המקרה למרכז. ובכלל, כל אדם אחר יכול לפנות למרכז. גם שכן יכול לפנות למרכז, ואז אנחנו מחליטים אם להמשיך את הטיפול באותו אדם או לא. אנחנו מוכרים בקרב השירותים השונים, והם יכולים להפנות אלינו את הבעיות ברגע שהן מתגלות.

אנחנו עובדים עם מעונות יום מגיל 2 עד 5, וגם גיל חינוך חובה. בגן ילדים עירוני יש פסיכולוג. מתחת לגיל חובה אין קשר ישיר עם פסיכיאטר, לכן אנחנו מבקרים במעונות יום. יש לנו קשר הדוק עם תחנות לאם ולילד ועם האחיות הציבוריות, אחות ראשית, ועובדים אחרים. יש מספר פניות שמגיעות אלינו דרך מעונות יום ודרך התחנות לאם ולילד, ואנחנו מצליחים לטפל במקרים בתוך מעונות יום, ומבלי להגיע הנה. כלומר, אנחנו נותנים ייעוץ לילד שמשחק בגן. הייעוץ ניתן לגננת כדי שהילד ייכנס לחברה.

אם אנחנו מרגישים שיש בעיה יותר רצינית, מיד אנחנו מזמינים את ההורה של הילד הנה. יש כאן 4 פסיכולוגים ושני עובדים פסיכיאטרים. הטיפול שניתן לילדים הוא בעבודה משפחתית. אנחנו צריכים לעבוד עם ההורים והילדים. זה יכול להיות עם כל משפחה. בדרך כלל הילד מופנה אלינו, אבל גם ההורים שלו צריכים להיות בקשר אתנו.

רוב הטיפול נעשה בבעית עצמו, וזה מהווה 10% מכלל הטיפולים. אנחנו נותנים טיפול בבית כאשר אנחנו מרגישים שאנחנו צריכים לראות את כל המשפחה. כמובן שזה לוקח הרבה יותר זמן.

אנחנו עושים גם טיפול אינדיבידואלי. זהו טיפול במשחק בקבוצות. אנחנו עושים גם אבחון לשירותים הקיימים. העובדת הסוציאלית מהלשכה שואלת אם אפשר להוציא את הילד מהבית ולשים אותו במוסד. במידה שאנחנו מרגישים שיש צורך בטיפול כזה, מיד אנחנו ממליצים על כך. במידה שאנחנו רואים שיש צורך להוציא ילד מהמשפחה למוסד, אנחנו גם כן ממליצים.

הייעוץ שאנחנו נותנים, כולל לשכות סוציאליות, אחיות בבתי הספר, שירות מבחן לנוער, שירות חסות, שירות הינוכיי. המקרים באים גם דרך קופות חולים בנוסף לאלה.

ד"ר קליינהאוז: זהו דגם של העבודה שלנו. סוגי הטיפול שניתנים במרכז - זה פסיכו-טרפיתיים למיניהם; טיפול בתרופות, טיפול סביבתי ע"י קשרים בלשכות סעד ועוד; כל הצורות האינדיבידואליות - קבוצתיות, משפחתיות ועוד. יש לנו גם אנטרופולוג שמעביר אלינו מקרים, והוא יספר כיצד מגיעים אלינו המקרים. הגענו ל-15% של הפעילות.

ד"ר רייטר: (פסיכולוג ראשי) בעצם אין הבדל עקרוני בהפניות של החולים אלינו. הוא יכול לפנות בעצמו מכוח שמועה. האחוז שמגיע אלינו יכול להיות פחות מכריע ברגע שיש הבנה בציבור, ולא כמחלות, אלא כבעיות בחיים. כשהוא שומע שאנשים אחרים נעזרים כאן, אז יש לו יכולת והרצון לפנות לכאן.

ההפניות נעשות לכל האזור. אנחנו מקבלים אנשים שבאים דרך לשכות סוציאליות של העיריות, דרך שירותי המבחן הן של ילדים והן של נערים מבוגרים, דרך מורים, יועצים, אחיות, בריאות הציבור, גם אחיות של בתי הספר וגם טיפות חלב.

המרכז שלנו בא למצוא מודל שמישהו יעבוד בהכשרה של אחיות ובקבלה מיידית במקרה שיש בעיה. היה לנו העקרון, לשאוף להביא לכך שנעבוד עם הגורמים, לנסות להביא ע"י ייעוץ, הדרכה והוראה - להביא לכך שהרמה המקצועית תהא כזו שהמקרים יובאו לטיפול. כך שלא כל הבעיות יובאו אלינו, אלא לסדר שיקבלו טיפול במוסדות. היה לנו מספר גדול של קציני מבחן. היו לנו פגישות רבות של עובדים סוציאליים של עיריית תל-אביב, והם אכן פעלו כגורם מסייע בעבודה.

יש לנו גם טיפול במתמכרים לסמים מהסוג של אופיום. המרכז גמיש מספיק כדי לענות לצרכים אחרים שיש באוכלוסייה של הנרקומנים. הנרקומנים היוו תמיד בעיה קשה לגורמים שונים באוכלוסייה, כי לא ידעו לטפל בהם. אלה הם אנשים נוקשים יחסית. מעמידים את סוכנויות הקהילה במצבים שלא יכולים להתמודד אתם.

התכנית שלנו החלה לפני 3 שנים במידה מסויימת של הצלחה. שואלים, איך אתה מודד הצלחה? - בעזרת שימוש בכל הגורמים הקהילתיים הצלחנו בזה במידה מסויימת. למשל: אנחנו משתתפים בפעולה עם המחלקה של בתי ים, לאחר שהאדם עצמו מוכן לזה. הוא מקבל טיפול גמילה, ואחר כך מכינים אותו לשיקום. אבל אנחנו נתקלים בקשיים אובייקטיביים. התכנית כרגע מקבלת איזו שהיא דחיפה מהאגודה החדשה שנקראת "אל-סם" שנוסדה בתל-אביב. אנחנו מעבירים גם את המקרים שלנו גם בגלל המקום וגם משום שרצוי לטפל באנשים מסוג זה במקום אחר. הכוונה היא להקים מוסד מרכזי לכל אזור תל-אביב, בתיאום עם עיריית תל-אביב. היו לנו פגישות עם ראש העיר. מוסד מרכזי כזה יהיה לגמילה מסמים. ברגע שנקבל מיבנה מסויימת תנחיל לפעול.

גב' נעמי להמן: מדובר בהחזרת אנשים למסגרת תפקודית. אם אנחנו נגן על המקרה ועל הסביבה, ברור שהוא לא יוכל לחזור. אנחנו לוקחים את הסיכון הזה, ואנחנו משתדלים שהכלים יהיו לנו.

למעלה מ-90% מכלל האנשים שאתם אנחנו עובדים, הם אף פעם לא פעלו, או שהיו מאושפזים שנים רבות. אין להם היכולת לפעול בחוץ, ודבר זה לוקח תקופה די ממושכת עד שיתחילו שוב לתפקד. לאנשים אלה אין כל נסיון בעבודה.

נשאלנו, כמה אנשים שוקמו? - יש אנשים שבהחלט יכולים לחזור לעבודה, אך יש להם פחד. אם היתה עזרה ממלכתית שניחנת לנוחני עבודה, אז אפשר היה להתגבר במקצת על בעיה זו. למעשה, יפו מלאה עם תעשייה זעירה, והאנשים האלה זקוקים למלאכה זו. זה מקום אידיאלי בשביל חולים אלה שאותם אנחנו רוצים לשקם. אבל אנחנו צריכים להגיע לכך שנוחן העבודה יהיה מוכן לקבל אותם.

הייתי מחלקת את העבודה שלנו לכמה תחומים: (א) כמה אנשים, שמבחינה תפקודית יכולים לעבוד, אבל יש כמה גורמים שמונעים בעדם מלפעול. אנחנו עובדים עם לשכות העבודה. יש לשכת עבודה למוגבלים, ואנחנו מכריחים אותם לקבל את אלה לעבודה.

גב' נעמי להמך:

הבעיה העקרית היא הבעיה של אותם האנשים אשר המראה שלהם הוא של חולה כרוני. אנחנו זקוקים לעזרתה של הקהילה. אנחנו צריכים אולי חוקים, או עזרה מגבוה על מנת שאותם נוחני עבודה יקבלו אותם. אכן יש בעיות רציניות של שילוב האנשים בעבודה. אנחנו לפעמים צריכים להמצא עם עובד כזה יום שלם על מנת שייקלט שם. צריך למצוא את מקום העבודה המתאים, חוץ מלשכות העבודה למוגבלים, ולעבוד עם האישי תקופה מסוימת בתוך מקום העבודה, ולאחר מכן לעזוב אותו, ואז הוא יעבוד שם לבדו.

יש מספר רב של אנשים שנעזרו על ידינו. היו כאלה שהיו החלשים מבחינת התפקוד, ובכל זאת הם עבדו במפעלים מוגנים למוגבלים שיש גם למשרד הסעד וגם לעיריות. זה למעשה לאוהה אוכלוסיה שלמרות כל המאמצים שלנו לא הצלחנו להוציאם לתפקוד מלא. מכל מקום, יש 2-3 אנשים שהצליחו לעבור את כל שלבי התפקודיים. (י. בארי: האם זו עבודת כפיים טהורה?) יש לנו ציפיות גדולות מאד. אנחנו אומרים שהאיש יכול להיות פקיד, למשל. אבל הלכו לזה מעט לכיוון זה, שכן צריך לדעת מה רמת הפקידות שאליה יכול האיש להגיע.

יש לנו עולה חדשה שהיתה בחו"ל פקידה, וכאן הגענו אתה לאיזו הבנה, ואכן היא עובדת בזה.

ד"ר קליינהואז:
אזור התחולה שלנו הוא יפו ודרום תל-אביב. כלומר, מזרחית לכל התחנה המרכזית. בפעולה זו אנחנו רוצים לעשות הערכה, ולראות אם יש תוצאות, ואילו תוצאות, ואז ניקח שכונה עם אותן התכונות. שכונת התקווה מהווה נקודת בקורת שלנו. שם אין כל עזרה, ואנחנו משווים את התוצאות. אני מבין שגם שכונת התקווה חכנס בשנה הבאה למרכז קהילתי, כולל יפו. אנחנו נפעל בכל מחוז תל-אביב, וגוש דן, כולל בת ים ועוד. כל האזור הזה יהיה עם אוכלוסיה של 100 אלף חושבים, ובה אנחנו נפעל.

א. נמיר:
כיצד פועלת אותה יחידת בקורת שצריכה לבדוק אתכם? מה היא עושה?

גב' דבורה כרמיל - סוציולוגית, יחידת מחקר:

המטרה שלנו היא, לבדוק את האפקטיביות של הדבר הזה, ולראות באיזו מידה הוא עונה לצרכים של האוכלוסיה, ומה קורה לכל אלה. לכל הדעות, הדבר איננו פשוט. למעשה, התחלנו בזה לפני שנה, וזה הולך די לאט. הדבר הבסיסי הראשון היה, חלוקת הקבוצה של האוכלוסיה מבחינה דמוגרפית. השלב השני היה, לנסות לאתר את השכונות הטבעיות של האוכלוסיה הזו. מדובר בקריית-שלום, גבעת-העליה, ויפו עצמה. כך שאחרנו כ-13 שכונות, וניסינו לדבר עם המנהיגים של השכונות כדי לראות מה הן הבעיות העקריות שעומדות בפני השכונה, מה המרכיבים, חנאי דיור, ועוד.

כדי לדעת אם אנחנו מצליחים או לא באזורי בקורת, הלכנו בדרך זו שלקחנו אזור קטן שאין בו מרכז קהילתי, ובדקנו אותו. אנחנו בדרך כלל עובדים אחרי מספר אשפוזים מאזור יפו לבת-ים, וגם מספר אשפוזים מאזור שכונת התקווה ואזור יפו. כך שהאינפורמציה כבר קיימת. אנחנו מקווים שמאזור יפו יש פחות אשפוזים.

גב' דבורה כרמיל:

למעשה, אנחנו בודקים גם לפני וגם אחרי האשפוז. לפני שהמרכז היה קיים, ומהיום שהוא קיים, ובמקביל למרכזים אחרים - את הכל אנחנו בודקים. אנחנו מעוניינים לדעת את מספר האשפוזים בשכונות השונות באזורים יותר קטנים. האמת היא, כי באזורים מסויימים אנחנו פחות אפקטיביים. מקרייה-שלום יש לנו פחות חולים, ואילו משכונות אחרות יש לנו יותר חולים.

ח. שמעוני:
חשבתי שמרכז כזה יכול לגלות יותר אינפורמציה.

ד"ר הקר - מנהל בי"ח "יהודה אברבנאל" בת-ים:

כל המקרים מאושפזים במחלקה אחת, וזה איפשר לנו שיתוף פעולה רחב יותר. בהתחלה, כאשר קם המקום הזה היו יותר אשפוזים. זה היה במשך 6-7 חודשים. אחר כך מספרם ירד ב-25%. זה מראה שמרכז קהילתי באותה תקופה שעשינו את הסטטיסטיקה הוריד את מספר האשפוזים בבת ים.

מאחר ואני יודע שלא אושפזו במקום אחר, הרי זה מראה שיש ירידה.

יש גורם שני: קופת חולים. אינני יודע כמה מקרים אושפזו באותה תקופה. גם בית חולים בת ים מתחיל כבר כגרעין לעבוד כמרכז קהילתי. רק לאחד בבת-ים יש 10 כאלה. זה קרוב לשנתיים שמרכז זה פועל.

אחיות שהפנו לכאן חולות אמרו, שהפסיכוזות לאחר הלידה פחתו.

כיצד ניתן לבדוק אם היתה כאן הצלחה או לא? - אפשר לבדוק את זה בשתי צורות: (א) לראות מה היה לפני כן, כמה היו כל שנה, וכמה יש מאז שהתחלנו לפעול. בל נשכח שיש גם התפתחות של הסביבה. יכול להיות שבי"ח דונולו יש לו גישה יותר טובה לנשים שבאות ללידה. לכן אמרנו שאפשר לבדוק את הדבר הזה יחד עם התחנה לאם וילד ועם בי"ח דונולו. והיה, אם נראה שיש הבדל, אז נגיד שיש חועלת לגבי פסיכוזות המופיעות אחרי הלידה. (א. נמיר: זו לא אותה אוכלוסיה) זו אותה אוכלוסיה. ההשוואה צריכה להיות לגבי אותה אוכלוסיה, ואותה מרפאה מלפני שהתחלנו ואחרי שהתחלנו לבדוק שם.

ח. שמעוני:
אם מרפאה תרצה להראות הצלחתה בזה שהאיטה במספר טיפולים, אז זה יכול להביא להאטה של ממש, ואז ימצאו אנשים שייפגעו מזה.

ד"ר קליינהאוז:
בשלב ראשון יבואו יותר פצינטיים לטיפול. אבל הסוג, או התמונה של האיש שמאושפז בבית-ים איננו משתנה בדרך כלל. אנחנו לא מאבחנים, אלא הסביבה היא שמביאה אותו. אנחנו נוכל למצוא אנשים שרוצים לקבל טיפול, ואולי זה יביא לטיפול בבת ים.

ביחס לחוק פרקינסון: זה לא נכון. מבחינתנו אנחנו עובדים. יש שלושה אנשים שיושבים במרכז, והם עוסקים במחשב שנותן להם נתונים.

פרופ' מרגולין:

בכל שירותי בריאות ושירותים סוציאליים
אתה צריך להכניס את ההערכה שלך, עם
התכנון. למעשה, אין עדיין שיטה כיצד לערוך את ההערכה. כל אחד מנסה
לעשות את האינדיקטור. אתה יכול לומר מה היה לפני הטיפול במרכז הזה,
ומה היה אחרי כן. מכל מקום, פה עושים נסיון. האמריקנים מנסים
גם כן למצוא את הערך של הדבר הזה. אינני רוצה שוועדת השירותים
תצא בהרגשה כזו שעושים משהו רע לשכונת התקווה. מכל מקום, אנחנו
מנסים למצוא דרך להערכת פיתוח שירותים.

העיקר הוא, הנסיון של הפעולה של המרכז
הזה שהוא לבריאות הנפש בקהילה, ואני הייתי מתקן ואומר - מרכז בריאות
לרווחה. שכן זה חלק לבעיות בריאות לרווחה, וזאת כדי לא לעשות חלוקה
בין בריאות לבריאות הנפש.

אנחנו מנסים לגלות, בצורה מסוימת,
את המשברים, וכיצד האשפוז משפיע. מכל מקום, זה נסיון של מציאת
שיטה, ואיננו יודעים כיצד לעשות את זה.

א. נמיר:

שמעתי שרוצים לבנות עוד 5 מרכזים כאלה,
שהיו כמו זה, ועם הגישה הזו, עם אנשי
מקצוע וכו'. אם זה לא מביא לעידוד אי בריאות הנפש, אז למה לעשות זאת.

אני אומרת את זה, מאחר וישבתי מספר
שנים בארצות-הברית, ואינני יודעת אם החברה האמריקנית ע"י הטיפול
הפסיכולוגי למיניהם, אם ע"י כך החברה האמריקנית הייתה בריאה יותר.

אני שואלת: אם אנחנו לא הולכים בדרך
של יתר שימוש, במומחיות של טיפוח דברים, אולי בדרכים אחרות לא היו
מעודדים את הופעתם מעל השטח. ויותר מזה, אם אנחנו לא הופכים נושא
של יחסי אנוש, של חברה תקינה, של חברה בריאה, לכך שנצטרך מומחה
לבעיות הנפש. האם ע"י טיפוח הטיפול הזה, שלא הוכיח את עצמו כל כך
בארצות אחרות, כגון: שיקום, קליטה ועוד - האם אנחנו לא דוהרים יותר
מדי למקצועיות בשטח זה? האם זה יביא את התוצאות המקורות לחברה בריאה
יותר?

היו"ר ח. גרוסמן:

מכיון שחברי הוועדה עוררו ספיקות
לגבי השיטה, הרי שברצוני להביע

תפישה אחרת שיש לי: אני מבינה שהמטרה היא - וזה מה שמדריך את אנשי
המקצוע - לטפל בכל מי שאפשר, במסגרת קהילתית, וכך למנוע את הכורח
באשפוז. כמובן, כשיש פסיכוזה אחרי הלידה צריך לאשפז.

אני חושב, שביסוד הדבר הזה הוא נכון.
המדינה עומדת בפני מחסור עצום במוסדות. גם מוסדות לחולי נפש. יש
לחץ על בתי החולים הקיימים, ואין לאן לשים את החולה, אם זה זקן ואם זה
חולה במחלות שונות, כולל מחלות נפש.

השאלה היא, האם השיטה הזו של התחנות

או של המרכזים האלה תקל על הלחץ והצורך? (ד"ר הקר: כן)

ח"כ שמעוני אמר שיש כל כך הרבה מקרים

שנמצאים בבתי-החיים, ואז המשפחה ממש נהרסת כשחולה כזה נמצא בבית. כאן
אנחנו אומרים שאנחנו עושים הכל כדי לצמצם את האשפוז. מה יש לכם
להגיד בעניין זה?

ד"ר קליינהאוז:

אנחנו, בתור רופאים, רוצים קודם כל
את בריאות האישי. אותי, אישית, לא מעניין

אם הורדתי מבת-ים או לא. לפני שהמרכז הזה היה קיים, לא היה שום דבר.

ד"ר קליינהואז:

היו חברי קופת חולים שהיו צריכים לחכות כמה חודשים עד שהיו מגיעים לבדיקה. עכשיו חולה כזה יכול להגיע הנה ולקבל את העזרה הדרושה לו. אם נוריד את האשפוז, אז נוריד את זה מבחינה תקציבית. גם אם אנדיל את האשפוז, אז אומר שעשיתי עבודה טובה, שכן אז אני יודע שהאוכלוסיה היתה זקוקה לזה.

זאת ועוד: אינני רואה שום התנגשות

בענין זה. קודם כל, המקרה שהיה בבית מגיע לבת-ים. אם אני מצמצם את האשפוז בבת-ים, אז מה טוב.

אם יש ילד, והגנבת רואה שהוא מהווה בעיה,

היא מפנה אותו אלינו. אנחנו רואים את הילד, את המשפחה, ואז אנחנו רואים כי המשפחה כולה הרוסה לגמרי. אז אנחנו בכנסים ומנסים לתת לה עזרה. תפקידי לתת טיפול לאלה שמנסים להגיע למרכז. הדאגה שלנו היא לעזור לאוכלוסיה שזקוקה לשירותים פסיכיאטריים, ואנחנו נותנים די חשומת לב ל" *over treatment*", שזה טיפול מעבר לרגיל.

אנחנו מאד ערים לשאלה שלך, ח"כ נמיר.

אולם ההיפך הוא הנכון. כדי להגיע לזה, מוכרחים לטפל בזה.

מבחינת המעקב - טרם הצלחנו להגיע

למסקנות סופיות ולנתונים סופיים ביחס לתוצאות. הנתונים של שנתיים אלה נמצאים במחשב. אני מוכן להביא את הדו"ח של פעילות שלנו במשך כל השנה, ולחלקו בין חברי הוועדה. למעשה, לפני שנה זה היה פחות או יותר שווה. השנה קבלנו 1600 משפחות לטיפול. לפני שנה קבלנו 800 משפחות. רובן באו בפניות עצמיות.

למעשה, המוסד שלנו הולך ומוכר יותר,

ואנו מקווים שהאנשים יפנו אלינו יותר ויותר.

לגבי חקיקה: אני חושב שאין צורך בחקיקה.

אין לנו תור של ממתינים. אני מקווה שלא יהיה לנו תור כזה. אנשים באים אלינו בגלל שבמקום אחר הם מחכים בתור. (א. נמיר: האם אתם מוגבלים לאזורי מגורים?) גם בבתי ים אין תור. גם באשפוזים אין תור. מי שבא, יכול לחכות שעה-שעתיים עד שהרופא מתפנה, ואז הוא מקבל אותו. על כל פנים, אין דבר כזה שמישהו יפנה למרפאה בבת-ים, ולא יתקבל.

את בעיית הזקנים רוצים לפתור באשפוז

אצלנו.

היחידה המרפאתית הפסיכיאטרית לקשישים

כבר הוקמה ונמצאת בשלבי הקמה.

בענין קריאה טלפונית של 24 שעות: למעשה,

כבר התחלנו בזה. בגלל המלחמה זה נפסק. על כל פנים, דבר זה יהיה עבור יפו-תל-אביב. זה נמצא בדיון, ואנו מקווים כי השנה זה יצא לפועל.

עם משוחררי צה"ל יש לנו בעיה, למרות

שיש לנו שיתוף הדוק. אנחנו הפכנו להיות אחד המרכזים שאליה מופנים חיילים משוחררים, וזה נתן לנו עבודה נוספת.

הפרוייקט הזה הנו משותף למשרד הבריאות

ומלב"ן. יש קרן לפיתוח שירותים פסיכיאטריים במדינת ישראל. אצלנו, כרגע, כוח האדם מונה כ-52 אנשים, שהם רופאים, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, עובדי ריפוי בעיסוק, אחיות שיקום ועוד. והם נוסף ל-15 תקנים באדמיניסטרציה ובנקיון ובאחזקת הבנין. כלומר, יש לנו בסך הכל 67 תקנים. חסר לנו כוח אדם - פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים - וקשה לנו להשיג אותם.

התקציב לשנה זו הוא 1.5 מיליון ל"י.

אותו תקן קיים באזור תל-אביב, אבל השירותים שם מפוזרים. סך הכל של כוח אדם הוא לא פחות משלנו. האחריות היא אחידה כלפי כל האוכלוסיה הזו.

פרופ' פדה:

מוטב שנדבר על נושא חשוב זה בישיבה
ועדת השירותים הציבוריים.

מאז קום המדינה עסקנו בשטח הפסיכיאטריה
ע"י יצירת מקומות אשפוז, ואז עמדנו מול זה בצורה חמורה ביותר, משום
שאף פעם לא היה מספיק מקומות. חולים תמיד יצאו וחזרו, וחיכו עד
שיתפנה מקום. מעולם לא היתה ראייה כוללת של בעיות הנפש.

היום, מידת האשפוז, העלות שלה מאמירה
והולכת מיום ליום. ואם זה אשפוז כללי ששם יש כל הציוד המתוחכם, הרי
שאנחנו לעולם לא נגיע לזה. מאז 1948, מאז שאנחנו עוסקים בבעיות
אשפוז, לא נמצא לזה מענה. גם אם נקים מוסדות חדשים, לעולם לא נגיע
לזה. שום בית חולים, שיהיה הטוב ביותר, לא יוכל לפתור את כל בעיות
הנפש כפי שהם עלו כאן. אני לא אכנס לבעיה הפילוסופית, אם זה טוב
או לא טוב.

מכל מקום, מאז שעלינו על דרך זו של
טיפול קהילתי, נפתח פתקה תקוה, איזה קרן אור חדר בזה, שאכן אנחנו
נמצאים על דרך נכונה של שירותים אשר הקהילה הפרטית, המשפחה, זקוקים
להם. כל אחד יכנס לאותה משפחה עם הבעיות שהוא מחפש בה. בתוך
המשפחה ישנו הגורם האחד - אותה תחנה של העם והילד, שהופכת לבריאות
המשפחה. היא צריכה לשמש צינור שדרכו יעברו, עם כמהות לפתח את השירותים.
כאשר אחות נכנסת למשפחה, היא רואה את כל הבעיות, כולל את ראש המשפחה,
או כל המשפחה שאינם מסוגלים מבחינת המיבנה הנפשי שלהם.

חסרים לנו שירותים. חסרים לנו שירותים
לטיפול הכללי, טיפול לקשיש, לזקן, טיפול פסיכיאטרי ועוד.

כל אותו הפיצול המקצועי, או ההתמחות -
אני רואה בזה סכנות גדולות, אבל אלה הן סכנות שאתם אנחנו מתמודדים,
כי זה לריפוי ולא לטיפול. אנחנו רוצים טיפול "Care for Cure".

כאשר נתקלים בבעיה רפואית, נותנים
חרופה ובזה נגמרת הבעיה - בזה אנחנו לא רוצים. זה אחד הדברים
שאיננו מעוניינים בו. להיפר, יש היום שימת דגש על אותו הטיפול בחולה.

אני מסכים לכל מה שנאמר כאן. צריך להיות
מרכז לבריאות, כי זה צריך להיות חלק מאותה מערכת של נושאי הרפואה
בקהילה. למה התחלנו בזה? - כי הבעיות היו חמורות ביותר, והיתה
מצוקה, והיה לחץ בעניין זה. המקצוע של הפסיכיאטרים היה מוכן לעבור
על הדרך הזו ולעבוד באופן כוללני. אנחנו עושים כרגע את החכנון
הארצי, וזה נעשה בשיתוף עם קופת חולים, באזוריים בהם קופת חולים
מחפזת, ושם היא תצטרך לתח לכל האוכלוסייה.

יהיו 22 אזוריים, שבכל אזור יהיו
עד 150 אלף תושבים, וכולם יהיו מכוסים ע"י השירותים הכוללניים.

על כל פנים, זהו דגש נסיוני. יכול להיות
שהיה דגש כזה במקום אחר, בנוסח שונה. הנה, יש מרכז "ברזילי", והוא
עוסק גם בבריאות הנפש. למעשה, מרכז זה מכסה את כל האזור.

אבל אני מדבר על 22 מרכזי בריאות הנפש.
יהיו שם תחנות לאם ולילד, האחות נכנסת ובאה ועוסקת בנושא של קשיש,
ואחרת עם ילד וכד'. כל העובדים ששם מהזויים גורם אחד דרך הגרעין
הקדמי ביותר.

שמעתם כיצד עובדים בתחנת האם והילד,
כל זה על מנת למצוא בעיות שיגיעו הנה. לתחנה יש פונקציה הדרכתית,
פונקציה טיפולית ופונקציה מחקרית.

מכל מקום, אנחנו לומדים את הבעיות.
אלה הם מפעלי חלוץ, והם יורו לנו כיצד לעבוד. לדעתי, תחנה כזו
מהווה פתח-תקוה לשינוי אותם הרגלים וצורות של הטיפול שניתן ע"י
הרופאים בבתי חולים, שיושבים ב"אולימפוס" עד שרואים את המחלה, ולא
את החולי, ואז רואים את החולה רק כאפיזודה קצרה. שיטה זו חייבת

להיעלם, וזה יכול להיות בעזרת המרכזים הכוללניים לבריאות. אחד יעבוד כאן, והשני יעבוד במרפאה אזורית, אבל המגמה והפילוסופיה והקונספציה יהיו אחידים. - מניעת מחלות בתוך המשפחה. לטפל במשהו בעודו באיבו. אם זה איננו מספיק, אז ייכנס לאותה מחלקה בבית חולים, ואז הוא יהיה קשור אם אותו מרכז, ואז החולה לא יתרוצץ פעם פה ופעם שם.

היה לנו מקרה כזה, שחולה נפשו יצא הביתה, ואחר כך החברר שהוא מת בבית חולים כללי. אסור שכך יקרה. זה בא למנוע דברים אלה. אנחנו משתדלים להחזיר את החולים לקהילה. זה אחד הדברים שאנחנו משתדלים לעשות. זה קשה היום, וזה גם לא מספיק, ואולי בחלקו זה איננו מתאים משום שעדיין אין לנו תודעה בממסד, אין לנו תודעה באוכלוסייה, במפעלים. אנחנו צריכים לחפש דרכים כדי להפיל את המחיצות הקיימות בשטח זה, וזה דבר לא קל, ואין זה יכול להיות מהיום למחר. זה ענין של כוח אדם, אשר ממילא הוא יצטרך לפעול.

האמת היא, כאשר אני בא הנה לבי מחחמם, כי אני רואה פרטונל מסור, שמחפש דרכים ומבצע מלאכה טובה. אנחנו רוצים לראות את הרפואה הכוללנית, שזה יהיה חוליה אחת בשרשרת לאספקת שירותים באוכלוסייה שזקוקה להם על כל המכלול, בין אם השירותים הם רפואיים, חברתיים, אוקולוגיים ועוד. אני חושב שאנחנו הולכים בדרך זו.

הייתי בפגישות רבות, כולל עם המחלקה האוניברסיטאית של בר-אילן, בחינוך קציני מבחן, וכולם דברו על המשפחה במצוקה, וכולם הגיעו למסקנות שצריך לעשות משהו.

בקשר לשותפות עם מלב"ן: מאז שזה יצא לטיפול ישיר במוסדות, יש מספר פרויקטים שאנחנו מחזיקים בכספי הקרן וכך אנחנו מקדמים אותם. למעשה, אנחנו עובדים בהידוק רב ובהבנה רבה ובשיחוף פעולה מלא עם מלב"ן.

אני מודה לכם בשם כל חברי הוועדה.
אנחנו עוד נחזור לנושא זה לדון בו

היו"ר ח. גרוסמן:

בוועדה.

הישגה נעולה.

השיבה ננעלה בשעה 13.30.