

השוואת איכות קבלת החלטות של ועדות פסיכיאטריות מחוזיות לעומת רופאים מטפלים

תקציר:

רקע: מדינת ישראל הסדירה את הטיפול בחולי נפש באמצעות חוק טיפול בחולי נפש – 1991. לפי חוק זה, הסמכות העליונה לכפיית אשפוז כפוי או ביטולו הוטלה על גוף משפטי-שיפוטי (ועדה פסיכיאטרית מחוזית וביהמ"ש מחוזי כסמכות ערעור) ולא על שיקול הדעת הבלעדי של הסמכות הרפואית. לאחרונה פרסמנו, כי החלטות הרופאים לשחרר חולים המאושפזים בכפייה היו עדיפות משמעותית על פני החלטות הוועדות (לאחר נטרול של גיל, מגדר, אבחנה וכו'), מבחינת חזרה לאשפוז. כדי לברר את הסיבות לעדיפות זו – ערכנו השוואה גיאוגרפית לפי מחוזות ובתי חולים בין החלטות הרופאים לבין החלטות הוועדות.

שיטות מחקר: לצורך ביצוע המחקר התקבלו נתונים מקובץ האשפוזים של משרד הבריאות של כלל המאושפזים – אשר לפחות חלק מהזמן היו מאושפזים בכפייה – ושחררו מאשפוז בתוקף החלטת ועדה פסיכיאטרית בניגוד לעמדת רופאי המחלקה בשנת 2013 (N=972). לאחר ניפוי בשל גיל (מעל 64 או מתחת 18), אבחנות Z ואבחנות כגון אוטיזם, פיגור שכלי, תמותה, וסטטוס משפטי של צווי אשפוז והסתכלות, נותרו סך הכול 4,636 החלטות (בקבוצת הוועדות N=471 ובקבוצת הרופאים N=4165) המייצגות 3,949 אנשים שונים (בקבוצת הוועדות N=443 ובקבוצת הרופאים N=3506). לשם ביצוע השוואה בנינו מדד איכות אשר מדד את "ההצלחה" ו"הכישלון" של הוועדות והרופאים, המתבסס על מדד שיעורי החזרה לאשפוז לאורך זמן, המקובל בישראל ובעולם כמדד איכות אמין.

תוצאות: מצאנו כי השונות בשיעורי ההצלחה של החלטות הרופאים על פי בתי החולים השונים הייתה נמוכה יחסית ($\sigma^2=27.1$), בעוד שהשונות בשיעורי ההצלחה של הוועדות הפסיכיאטריות על פי המחוזות הגיאוגרפיים הייתה גבוהה ($\sigma^2=80.4$).

מסקנות: מתוצאות המחקר ניתן ללמוד כי שיעורי ההצלחה (כמדד האיכות, כאמור, המתייחס לחזרה לאשפוז בזמנים קצובים ככישלון) של ההחלטות הרפואיות בבתי החולים השונים בארץ יותר הומוגניים, לעומת הפערים המשמעותיים יותר בשיעורי ההצלחה בקבלת ההחלטות בהשוואה בין הוועדות במחוזות השונים (לדוגמה, בין 61.1% במחוז ת"א לבין 86.4% במחוז הדרום). שונות מתונה זו בקרב הרופאים מצביעה על קיומו של שיקול קליני אחיד ומובנה אשר עומד במרכז ההחלטה על שחרור. על מנת לצמצם את השונות של שיעור ההצלחה ולנסות להגיע למדיניות שחרור יותר אחידה, ניתן לדעתנו לבחון סטנדרטיזציה של הליכי הדיון בוועדות ואימוץ מדיניות מעשית של "פטרנליזם רך" (soft paternalism). פטרנליזם רך מצדיק הגבלות של חירות האדם כאשר מפאת מחלתו כגון שיפוטו בצורה ניכרת ואינו מסוגל לקבל החלטה מושכלת בעניינו.

דניאל ארגו¹
משה אברמוביץ²
גדי לובין¹
איגור ברש¹

¹המרכז הירושלמי לבריאות הנפש
²האוניברסיטה העברית, ירושלים

מילות מפתח: אשפוז כפוי; ועדות פסיכיאטריות; קבלת החלטות; מדדי איכות.
:KEY WORDS Involuntary hospitalization; Outcome; Quality improvement.

הקדמה

סוגיית זכויותיהם וחירותם של חולים פסיכיאטריים היא אחת מסוגיות היסוד הבסיסיות, אשר עומדות במרכזו של המפגש בין רפואה, משפט וחברה. במשך שנים ארוכות ניטש ויכוח ציבורי בנושא הגבלת חירותם של מטופלים, ויכוח אשר למרבה הצער לעיתים נדירות בלבד מגובה בעובדות מחקריות בנוגע לתוצאות המעשיות של הגבלת החירות הנגזרת מאשפוז כפוי. מדינת ישראל הסדירה את הטיפול בחולי נפש באמצעות

חוק טיפול בחולי נפש – 1991 [1]. לפי חוק זה, בניגוד לחוק הישן משנת 1955 [2], הסמכות העליונה לכפיית אשפוז או לביטול אשפוז כפוי הוטלה על גוף משפטי-שיפוטי (ועדה פסיכיאטרית מחוזית וביהמ"ש מחוזי כסמכות ערעור), ולא לשיקול דעת של הסמכות הרפואית.

מגמה זו נמשכה בתיקון מס' 5 לחוק טיפול בחולי נפש [3] (2004) שחייב את המדינה להעמיד ייצוג משפטי לדיונים בפני ועדות פסיכיאטריות ולדיונים בביהמ"ש המחוזי. כפועל יוצא מכך, משך הדיונים התארך ומספר הערעורים לבית המשפט

טבלה 1:

סיווג טכ האשפוזים הפסיכיאטריים בישראל לפי סטטוס משפטי 2006-2015

שנה	סה"כ אשפוזים		אשפוז מרצון		הוראות אשפוז כפוי		צווי אשפוז כפוי	
	מוחלטים	%	מוחלטים	%	מוחלטים	%	מוחלטים	%
2006	21,005	100	15,538	74.1	4,072	19.5	1,395	6.4
2007	21,012	100	15,250	72.6	4,246	20.3	1,516	7.1
2008	20,572	100	14,796	71.9	4,140	20.2	1,636	8.0
2009	20,882	100	14,834	71.0	4,305	20.6	1,743	8.4
2010	20,883	100	14,913	71.4	4,269	20.5	1,701	8.2
2011	21,096	100	14,774	70.1	4,602	21.7	1,720	8.1
2012	21,906	100	14,902	68.2	4,935	22.4	2,069	9.4
2013	21,683	100	14,648	67.8	5,035	23.1	2,000	9.2
2014	22,110	100	14,789	66.9	5,210	23.6	2,111	9.5
2015	22,515	100	14,836	65.9	5,618	25.0	2,061	9.2

חזרה לאשפוז תוך 30 יום בכל סטטוס חוקי (אשפוז מרצון או אשפוז בכפייה), גם חזרה לאשפוז בכפייה בלבד תוך 180 יום, וחזרה לאשפוז בתוקף צו שיפוטי בהליך פלילי תוך 365 יום. היעדר חזרה לאשפוז, או חזרה לאשפוז שלא תאמה הגדרות אלו – הוגדרו כהצלחה (טבלה 2). כך, בשורה הראשונה בטבלה מוצגים כלל האשפוזים החוזרים, בשורה השנייה כלל האשפוזים בכפייה (מסלול אזרחי ופלילי) ובשורה השלישית מוצגות אך ורק חזרות לאחר ביצוע עבירה פלילית (בניגוד לניפוי של אשפוזים במסלול הפלילי בקבוצת המחקר מסיבות פרוצדורליות, לחזרה לאחר ביצוע עבירה פלילית – ייתכן שעל רקע שחרור מוקדם מידי – יש משמעות חברתית מהותית ביותר). בשורה הרביעית בטבלה מוצג המודל המשולב של כלל ההחלטות שסווגו ככישלון/הצלחה.

הראינו במחקר זה, כי החלטות הרופאים היו עדיפות משמעותית על פני החלטות הוועדות (לאחר נטרול של גיל, מגדר, אבחנה וכו' [11]). יחד עם זאת, טרם התבררו הסיבות לעדיפות זו – ובחלקן עוסק מאמר זה [1]. הנתונים שהתקבלו במחקר שפורסם היו לגבי כלל המטופלים בישראל [11]. במאמר הנוכחי נבקש לבחון את השונות הגיאוגרפית בין בתי החולים השונים והוועדות המחוזיות השונות – זאת על מנת

המחוזי גדל [4]. הצעות חוק נוספות בנושא עדיין נמצאות בהליכי חקיקה שונים [5]. בשנים האחרונות מתקיים דיון ציבורי נרחב בנושא שינוי החוק, שעיקרו, הטלת סמכות הכפייה באשפוז פסיכיאטרי על בתי המשפט בלבד (למעט 48 השעות הראשונות) בדומה למצב המתקיים ברוב המדינות של ארה"ב. במקביל, מספר החולים המאושפזים בכפייה בבתי חולים פסיכיאטריים נמצא במגמת עלייה בשנים האחרונות (הן מבחינת אחוזים והן מבחינת מספרים מוחלטים), ועמד על 34.2% בשנת 2015 [6]. עובדה זו מגדילה את מספר המטופלים המתאימים בפני ועדה פסיכיאטרית (טבלה 1). מאחר שהחלטת ועדה פסיכיאטרית לשחרר מטופל בניגוד לדעת הרופאים המטפלים היא בעלת משמעות קלינית, נערכו בשנים האחרונות בארץ [7,8] וכן בעולם מספר מחקרים [9,10] על מנת להעריך את התוצאות הקליניות של החלטות אלו. במרבית המחקרים נבדקו פרמטרים שכללו רמת היענות לטיפול רפואי, שיעורי אשפוזים חוזרים והתאבדויות.

בנובמבר 2017 פרסמנו לראשונה נתונים נרחבים המתבססים על כלל האשפוזים בישראל המשווים בין תוצאות ההחלטות של ועדות פסיכיאטריות להחלטות של הרופאים. בחנו את כל השחרורים מאשפוז שבוצעו על ידי ועדות פסיכיאטריות בישראל במשך שנה אחת, שנת 2013 (N=972), והשווינו את ההחלטות הוועדות להחלטות השחרור של רופאים בהתייחס למטופלים אשר היו מאושפזים בכפייה (N=5788), אך שוחררו באופן מתוכנן על בסיס שיקול דעת רפואי [11]. לשם כך עקבנו אחר החולים למשך שנה אחת. לשם ביצוע השוואה בנינו מדד איכות אשר מדד את "ההצלחה" ו"הכישלון" של הוועדות והרופאים, המתבסס על מדד שיעורי החזרה לאשפוז לאורך זמן, המקובל בישראל ובעולם כמדד איכות אמין [12].

"מדד האיכות" המתייחס לחזרה לאשפוז המקובל במדינת ה-OECD הוא כזה המביא בחשבון אך ורק חזרה לאשפוז תוך 30 יום ומחשיב חזרה זו לאשפוז ככישלון טיפולי של המחלקה המטפלת/המאשפזת (המחלקה דווקא, ולא המערכת הקהילתית הקולטת את המטופל המשתחרר מאשפוז). אנו בחרנו להתייחס בצורה מדורגת לסטטוסים המשפטיים של החזרה לאשפוז בחוק הישראלי ולהחשיב ככישלון – מלבד

טבלה 2:

שיעורי החזרה לאשפוז לאחר שחרור מהוועדה הפסיכיאטרית לעומת שחרור בהחלטת הרופאים. בכחול - ערכים משמעותיים סטטיסטית

סוג האשפוז	קבוצה	תוך 30 יום	תוך 180 יום	תוך 365 יום	HR/OR (95%CL)
כלל האשפוזים	ועדות (%)	20	43.7	55.8	1.204 (1.057-1.373)
	רופאים (%)	15.4	36.7	49.4	
	הבדל (%) P	4.6	7	6.4	
		$\chi^2=6.617, p=.010$	$\chi^2=9.046, p=.003$	$\chi^2=6.887, p=.009$	
אשפוז בכפייה (מסלול אזרחי ופלילי)	ועדות (%)	10.6	22.7	29.9	1.225 (1.022-1.469)
	רופאים (%)	6.1	15.2	21.4	
	הבדל (%) P	4.5	7.5	8.5	
		$\chi^2=13.900, p=.000$	$\chi^2=17.970, p=.000$	$\chi^2=17.736, p=.000$	
אשפוז בכפייה (חזרה לאחר עבירה פלילית)	ועדות (%)	20	3.2	4.5	1.521 (0.950-2.433)
	רופאים (%)	15.4	2.4	3.4	
	הבדל (%) P	4.6	0.8	1.1	
		$\chi^2=2.865, p=.090$	$\chi^2=1.23, p=.267$	$\chi^2=1.445, p=.230$	
שיעור החלטות שסווגו כ"כישלון"	ועדות (%)	20	32.1	33.1	0.700 (0.633-0.786)
	רופאים (%)	15.4	24.4	25.5	
	הבדל (%) P	4.6	7.7	7.8	
		$\chi^2=6.617, p=.010$	$\chi^2=13.021, p=.000$	$\chi^2=13.493, p=.000$	

הדבר גורם למספר גבוה יחסית של רישומים של תמותה – אשר שוחררו על ידי רופאים.

סך הכול נבדקו 4,636 החלטות (בקבוצת הוועדות N=471 ובקבוצת הרופאים N=4,165) המייצגות 3,949 אנשים שונים (בקבוצת הוועדות N=443 ובקבוצת הרופאים N=3,506). מספר ההחלטות גבוה ממספר האנשים, מאחר שחלק מהאנשים אושפזו ושוחררו יותר מפעם אחת במהלך תקופת הבדיקה (שנת 2013).

תוצאות

בטבלה 4 א' מוצגים שיעורי ההצלחה של הרופאים על פי בתי החולים השונים – כאשר ניתן לראות כי השונות בין בתי החולים השונים הייתה נמוכה יחסית ($\sigma^2=27.1$). בטבלה 4 ב' מוצגים שיעורי ההצלחה של ועדות – וניתן לראות כי השונות ברמת ההצלחה של הוועדות הייתה גבוהה ($\sigma^2=80.4$) משמעותית מהשונות של ההחלטות בקרב הרופאים.

מתוצאות המחקר ניתן ללמוד, כי שיעורי ההצלחה (כמדד האיכות, כאמור, המתייחס לחזרה לאשפוז בזמנים קצובים ככישלון) של ההחלטות הרפואיות בבתי החולים השונים בארץ הם יותר הומוגניים, לעומת הפערים המשמעותיים יותר בשיעורי ההצלחה בקבלת ההחלטות בהשוואה בין הוועדות במחוזות השונים (לדוגמה, 61.1% במחוז תל אביב לעומת 86.4% במחוז הדרום). יש לציין בנוסף את היתרון המובהק של איכות ההחלטות הרפואיות בהשוואה להחלטות שהתקבלו על ידי הוועדות באופן כללי. הממוצע הארצי של שיעורי ההצלחה בקרב רופאים עומד על 74.5% לעומת 66.7% בקרב הוועדות (הבדל מובהק סטטיסטית).

שיטות סטטיסטיות

משמעות סטטיסטית נקבעה לרמה של $P < 0.05$. תבחיני CHI בריבוע ותבחיני T בלתי תלויים בוצעו לצורך ניתוח משתנים כטגוריים ורציפים, בהתאמה.

דיון

להערכתנו, ייתכן כי ההבדלים שתוארו לעיל נובעים מהמבנה הייחודי של הועדה ודרכי עבודתה – כפי שנקבעו בחוק. ועדה פסיכיאטרית מורכבת מיו"ר משפטן שני רופאים, אחד בשירות המדינה ואחד לא. במרבית המקרים מדובר במאגר קטן יחסית של חברי ועדה אשר יושבים במספר רב של דיונים ביום עבודה ובאזור גיאוגרפי מסוים. מהלך הדיון בוועדה כולל בדיקה של המטופל, טיעונים של עורך הדין של המטופל ודיון בין חברי הוועדה.

אנו סבורים כי מקורה של השונות הגבוהה בין הוועדות הפסיכיאטריות המחוזיות יכולה לנבוע ממספר גורמים:

- עומס שונה בוועדות וכתוצאה מכך – לחץ זמן שונה בבדיקת הנבדקים.
- הבדל בצורת בדיקת המטופל בוועדות השונות (משך הבדיקה, מבנה הבדיקה ועוד).
- הבדל בפירוש לשון החוק על ידי חברי הוועדה, בעיקר עקב היעדר הערכת מסוכנות מובנית (החוק קובע כי רק אדם

לבדוק האם קיימת שונות (variance) משמעותית בין החלטות רפואיות בבתי החולים השונים (קרי בהחלטות של רופאים) או בין הוועדות הפסיכיאטריות השונות. בצורה זאת ניתן לנסות לזהות את הגורמים המובילים להחלטות שהוגדרו ככישלון.

שיטות מחקר

לצורך ביצוע המחקר התקבלו נתונים מקובץ האשפוזים של משרד הבריאות של כל המאושפזים, שלפחות חלק מהזמן היו מאושפזים בכפייה, ושוחררו מאשפוז בתוקף החלטת ועדה פסיכיאטרית – בניגוד לעמדת המחלקה בשנת 2013 (N=972). בנוסף התקבלו קבצים ממשרד הבריאות שכללו את כל המאושפזים, שלפחות חלק מהזמן היו מאושפזים בכפייה, ושוחררו בתוקף החלטת רופאים בשנת 2013 (N=5788) (טבלה 3).

בשלב הראשון נופו מאוכלוסיית המחקר אנשים בני פחות מ-18 שנים או בני יותר מ-65 שנים (23 רשומות נופו מקבוצת הוועדות, מקבוצת הרופאים לא היה צורך בניפוי מאחר וזה בוצע עוד בשלב קבלת הקבצים ממשרד הבריאות). בשלב השני נופו כל אבחנות ה-Z (Factors influencing health status and contact with health services) של F0-F09 (אבחנות של F70-F79 (Mental retardation), ואבחנות של F80-F89 (PDD). סך הכול נופו בשלב זה מקובץ "הוועדות" 49 רשומות ומקובץ "הרופאים" 776 רשומות.

בשלב השלישי נופו סטטוסים משפטיים הכוללים צווי אשפוז (הניתנים לשחרור רק על ידי ועדות) וכן סטטוסים משפטיים הכוללים צווי הסתכלות (המשוחררים על ידי רופאים להמשך הליך משפטי בתום מתן חוות דעת משפטית בעניינם) זאת על מנת שאוכלוסיית המחקר תהייה אחידה ובת-השוואה ככל הניתן. בשלב זה נופו 422 רשומות מקבוצת הוועדות ו-644 מקבוצת הרופאים.

בשלב האחרון נופו מהחישוב החזרה לאשפוז אנשים שנפטרו מבלי לחזור לאשפוז – שבע מקבוצת הוועדות ו-72 מקבוצת הרופאים. חלק ניכר מהנפטרים בקבוצת הרופאים מופיע עקב ארטיפקט ברישום – שכן אדם שנפטר במהלך אשפוז (או במהלך חופשה) מכל סיבה שהיא (התקף לב למשל) – יכול להיות משוחרר באופן רשמי רק בחתימת רופא.

טבלה 3:

שילובי ניפוי רשומות מקובץ משרד הבריאות שכלל כל המאושפזים לשנת 2013

נושא	ועדות	רופאים
מספר הרשומות שהתקבלו ממשרד הבריאות	972	5,788
מספר הרשומות שנמחקו במהלך ניפוי לפי גיל	23	8*
מספר הרשומות שנמחקו במהלך ניפוי אבחנות	49	987
מספר הרשומות שנמחקו במהלך ניפוי סטטוסים משפטיים	422	644
תמותה	7	72
מספר החלטות שנכללו בחישוב	471	4165
מספר אנשים שנכללו בחישוב	443	3586

* מראש בקבוצת הרופאים התקבלו נתונים של אנשים בגילאי 18-65

לעצירות קשה יש פתרון גליצרין פורטה משחרר במהירות מהעצירות



ניתן
להשיג
בקופ"ח
כללית
ומכבי!

גליצרין פורטה-פתילת גליצרין אחת במקום שתיים

בסקר שנערך בקרב גסטרואנטרולוגים נמצא כי יותר מ-40% מהמטופלים משתמשים ביותר מפתילת גליצרין אחת להקלה חד פעמית.

- שימוש בפתילה אחת, במקום בשתיים.
- מקל על העצירות בתוך כ-15 דקות עד כשעה.
- מאפשר הרגשת שיחרור מהירה ושליטה על זמני יציאה.
- מסייע במתן פתרון למצבים של נפיחות בבטן, חוסר נוחות, גזים וכאבי בטן הנובעים ממצבים של עצירות קשה.
- פתילה לטיפול מקומי, שאינה גורמת לכאבי בטן המאפיינים משלשלים.
- מקל על כל סוגי העצירות, זו הנובעת מתנועה פריסטלטית איטית במעי (עצירות תפקודית) או בקושי במעבר היציאה בחלחולת (כגון: אנזימוס).
- משלשל היפראוסמוטי ולובריקנט, המיועד להקלה בעצירות.
- מכיל Glycerin 3.2 gr



ניתן להשיג בבתי המרקחת המובחרים.

לסיכום

נושא זכויות המטופלים, במיוחד באשפוז כפוי, נמצא במרכז השיח הציבורי. הנטייה בשנים האחרונות היא להוציא את ההחלטות לגבי אשפוז ושחרור המטופלים מידי הרופאים לידי גופים ציבוריים/משפטיים, דוגמת הוועדות הפסיכיאטריות. יחד עם זאת, לא ברור עד כמה מגמה זו אכן מיטיבה מבחינת התוצאות הקליניות עם המטופלים.

הנתונים שהצגנו מראים, כי החלטות הוועדות לא זו בלבד שהן מגדילות את מספר האשפוזים, ובהם את מספר אשפוזי הכפייה, אלא שהן גם אינן מקצרות את משך השהייה של מטופלים בבית החולים [11]. בעוד שמטופלים משוחררים על ידי ועדה לאחר 30.1 יום בממוצע לעומת 75.9 יום בקבוצת הרופאים, הרי שמטופלים ששוחררו על ידי ועדה חוזרים בממוצע תוך 175 יום לאשפוז לעומת 211 יום בקבוצת הרופאים [11]. לכאורה, זהו חיסכון של 9.8 ימי אשפוז בממוצע למטופל, כפי שמצביעים ג'יין ואפלבוואם [14]. אולם לאחר שמביאים בחשבון את העובדה שמטופלים המשוחררים על ידי ועדות מתאשפזים בתכיפות רבה יותר, ובפרט בתוקף צווי אשפוז (אשפוזים בתוקף צו אשפוז הם ארוכים משמעותית מאשפוזים אחרים – 152 יום לעומת 64 יום לאשפוז בהסכמה ו-54 יום לאשפוז בכפייה), אזי המשמעות היא הגדלה של סך ימי האשפוז [15]. לא ניתן להתעלם גם מהמשמעות החברתיות של ביצוע עבירות פליליות בתכיפות גבוהה יותר על ידי אנשים המתמודדים עם מחלת נפש, שהן מרחיקות לכת ומעבר להיקף של מאמר זה. יתרה מכך, דיון הנוגע אך ורק במספר ימי האשפוז מתעלם מהמשמעות של אשפוזים עם התקפים פסיכויטיים חוזרים על בריאותם של המתמודדים עם מחלת נפש ועל ההשפעה השלילית המצטברת בניסיונות השיקום.

על כן, נראה שיש צורך לפעול למען צמצום השונות הגדולה ביחס להצלחה או לכישלון של החלטות הוועדות במדדים שקבענו. השארת המצב כפי שהוא עלולה להפחית את אמון הציבור (ובכללם ציבור המתמודדים עם מחלות נפש) במערכת, משל היה השחרור מאשפוז כפוי תלוי באיזה מחוז נמצא בית החולים ולא מצבו הקליני והמשפטי של המטופל.

על מנת לצמצם את השונות של שיעור ההצלחה ולנסות להגיע למדיניות שחרור יותר אחידה, ניתן לדעתנו לבחון את האפשרויות הבאות: (1) ניתן לפעול לסטנדרטיזציה של הליכי הדיון בוועדות – תוך הדגשת הצורך בבדיקה משמעותית של המטופלים, סטנדרטיזציה של דרך ביצוע הערכת המסוכנות והכשרה והנחיה מרוכזת של המשפטנים המשמשים בתור יושבי ראש הוועדות. על הוועדות לקבל הדרכה ולימוד בנושאים הרלוונטיים ובכללם מושגי יסוד ומונחים כגון מסוכנות מידית והגדרת מחלת נפש. הגדרות אלו עשויות לצמצם את מרחב הפרשנות של הוועדה, תוך שימור מרחב סביר של שקול דעת; (2) הקמת מנגנון בקרת איכות על ההחלטות שמתקבלות בוועדות עשויה לתרום אף היא ללימוד ולזיהוי חולים מורכבים, ולמעקב אחר תוצאות ההחלטות שהתקבלו (אשפוזים חוזרים, הצלחת השיקום, התאבדות וכדומה); (3) גישה אחרת אשר רווחת בספרות העולמית, העשויה לצמצם את השונות של שיעור ההצלחה, מציעה גישה פרקטית של "פטרנליזם רך" ("soft" paternalism) [16].

טבלה 4:

שיעורי הצלחה של החלטות רופאים על פי בתי חולים, ושיעורי הצלחה של הוועדות הפסיכיאטריות המחוזיות על פי חלוקה אזורית

א. רופאים		ב. ועדות פסיכיאטריות	
83.3%	טירת הכרמל	86.4%	דרום
80.7%	המרכז הירושלמי	81.5%	צפון
80.2%	גהה	72.1%	ירושלים
77.3%	לב השרון	69.2%	חיפה
76.8%	מזרע	64.3%	מרכז
75.0%	אברבנל	61.1%	תל אביב
74.4%	באר שבע	66.7%	ממוצע הצלחה ארצי
72.9%	שלוותא	80.4	שונות (σ^2 variance)
72.7%	באר יעקב נס ציונה		
69.7%	עזרת נשים		
68.9%	תל השומר		
64.3%	שער מנשה		
74.5%	ממוצע הצלחה ארצי		
27.1	שונות (σ^2 variance)		

*לא כולל בתי חולים בהם פחות מ-10 משוחררים העומדים בקריטריונים של המחקר

אשר מהווה סכנה לעצמו או לאחרים יאושפז בכפייה [1] כאשר פירוש ה"סכנה" נתון למעשה בידי הוועדה).

- הבדל בגישת עורכי הדין של הסיוע המשפטי המייצגים את המטופלים במחוזות שונים לגבי מה נחשב בעיניהם כ"טובתו הרפואית של הלוקוח".

אל מול השונות הגבוהה יחסית בקבלת ההחלטות של ועדות הפסיכיאטריות המחוזיות בולטת מגמה לאחידות עם שונות מתונה יחסית בהחלטות הרופאים. שונות מתונה זו מצביעה על קיומו של שיקול קליני אחיד ומובנה, אשר עומד במרכז ההחלטה של רופא בבואו לשחרר מטופל שבהגדרת החוק נמצא "חולה" ובעל "מסוכנות" כתוצאה מכך. אנו בדעה כי השיקול הקליני אחראי גם על היתרון של הרופאים בשיעור ההצלחה בשחרור המטופלים.

למעשה, כבר במחקר קודם, מצאנו פער מובנה בין הגישה הרפואית-פסיכיאטרית לבין הגישה המשפטית לגבי האשפוז הכפוי [11]. כך לדוגמה, נמצא הבדל בין חציון ימי האשפוז (index admission) בהשוואה בין האוכלוסייה של מאושפזים בכפייה ששוחררה על ידי הוועדות פסיכיאטריות מחוזיות לעומת רופאים מטפלים – 30.1 ימים לעומת 75.9, בהתאמה. לפי הגישה הרפואית, סימנים, לעיתים עדינים מאוד, של הפרעה בהלך החשיבה, באפקט או בהתנהגות עלולים לבשר על תחילת החמרה קשה של המצב הנפשי, ויש הכרח להתייחס בהתאם לכך ולטפל באדם עד שהאפשרות החמורה והקשה (כמו אפשרות של ניסיון אובדני) נשללה. לעומת זאת, בגישה המשפטית יש הכרח לאסוף ראיות חותכות על מנת להוכיח מחלת נפש המצריכה אשפוז כפוי.

ללא ספק, בשתי הדיסציפלינות טובת המטופל עומד בראש סדר העדיפויות, אך ההבדלים בגישה לדעתנו מסבירים, לפחות בחלקם, את הפער ואת הנטייה של הרופאים לשחרר אדם המאושפז בכפייה רק לאחר הסרת הספק בדבר מצבו הנפשי ומסוכנותו.



ספסמלגין

גם אנטיספסמודי, גם אנלגטי

ספסמלגין יעיל ביותר לטיפול ב:

- כאבים ספסטיים
- כאבים או עוויתות במערכת העיכול
- RENAL COLIC
- BILIARY COLIC

יתרונות ספסמלגין:

- פעולה מהירה
- יעילות גבוהה בהפחתת כאבים
- פעולה סינרגטית: שילוב שני מרכיבים אנטיספסמודים עם שני מרכיבים אנלגטיים

הרכב: CODEINE PHOSPHATE 10mg • ATROPINE SULPHATE 0.4mg • PARACETAMOL 150mg • PAPAVERINE HCl 80mg
אין להשתמש בילדים מתחת לגיל 12 שנים

רך היא על ידי הנחיות של הגורם המשפטי המתאים לוועדות הפסיכיאטריות. הנחייה כזאת תכוון את הוועדה לשקול בעת דיון על המשך אשפוז, לא רק את הזכות של המטופל לחירות פיסית, אלא גם שתי זכויות נוספות להן הוא זכאי – הזכות לבריאות והזכות לכבוד. בכך ניתן למנוע את המבוכה בוועדה כאשר ברור לכל שמצבו של המטופל יורע מבחינה רפואית, חברתית, משפחתית וכלכלית אם ישתחרר, אך אין לוועדה ברירה חוקית אלא לשחררו בהיעדר הנחיה, ראייה, או עילה משפטית אחרת. כמובן, עדיין נשארת בפני המאושפז אפשרות לערער על החלטת הוועדה לבית המשפט המחוזי, אם תחושתו היא שנגרם לו עוול בהחלטת הוועדה המחוזית. גישות אלו עשויות להטיב עם ציבור המטופלים אשר יזכו הן לשמירה על מלוא זכויותיהם ובכלל זה הזכות לבריאות. כמו כן הדבר עשוי למתן את תופעת "הדלת המסתובבת" בבתי החולים וייתכן שאף את מספר ימי האשפוז הכוללים [18].

מחבר מכותב: דניאל ארגו

המרכז הירושלמי לבריאות הנפש, בית חולים איתנים

פקס: 02-5705244

דוא"ל: Daniel.argo@moh.gov.il

פטרנליזם רך מצדיק הגבלות של חירות האדם, אשר מפאת מחלתו שיפוטו נפגם בצורה ניכרת והוא אינו מסוגל לקבל החלטה מושכלת בעניינו. על פי חשיבה זו, מידת ההתערבות בחירותו של החולה היא ביחס ישיר למידת הסיכון שבסיטואציה העלולה להיגרם מחוסר התערבות. זהו עיקרון הנזק ("the harm principle"). דוגמה כזאת היא הסעיף בחוק זכויות החולה, המאפשר לטפל באדם בניגוד לרצונו [17]. טיפול כזה ניתן בנסיבות שבהן נשקפת למטופל "סכנה חמורה" ובהינתן הסייגים הקבועים בחוק בהם סעיף ג' (הצופה פני עתיד), הקובע כי "קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל את הסכמתו למפרע". מדובר בשיקול דעת של הוועדה בדבר קיומה של מסוכנות ממשית או מחלה, על בסיס חשיבה המשקללת, בין היתר, את נסיבות אשפוזו, עברו הרפואי, קיום תכנים פסיכויטיים אשר גרמו להופעת אלימות בעבר, אירועים חריגים אשר התרחשו במועד שקדם לשבועיים האחרונים, היסטוריה של אלימות, התמכרות/שימוש לרעה באלכוהול, התרשמות מקיום עמדה חשדנית ו/או עוינת, ביטויי אימפולסיביות, וביטויי אי שקט פסיכומוטורי – כל זאת, תוך תיעוד פירוט שיקולים קפדני. נראה שדרך פשוטה וזמינה לאפשר שיקולים של פטרנליזם

ביבליוגרפיה

1. Treatment of Mental Patients. Laws of the State of Israel New Version, 30:594 (English Version, 3:80), Law 5751-1991.
2. Israeli Mental Health Act, 1955, Israel. Law book 187:121.
3. Israeli Mental Health Act 1991, amendment Number 5, 2004.
4. Raskin S, Teitelbaum A, Zislin J & al, Legal involvement in psychiatric care. Harefuah. 2005 Oct;144(10):696-699: 751.
5. Bauer A, Khawaled R, Rosca P & al. Psychiatric Legislation in Israel pp. 21-40 In: Forensic Psychiatry in Israel Editors: Grinshpoon A, Margolin, J., Witztum E., Arieh Nir Publishers; Tel-Aviv; 2009.
6. Mental Health In Israel, Statistical Annual 2015; Ministry of Health; Government Publication Office, Jerusalem 2017.
7. <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mtl-Yearbook-2015.pdf>
8. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D, Khawaled R & al, Attitudes among Medical and Law Students toward Decision-Making in Regard to Involuntary Psychiatric Hospitalization. The International Journal Of Law And Psychiatry, 2011;34:368-373.
9. Maoz H & Kriger I, The influence of statutory representation for mentally ill involuntarily committed on the duration of the admission and the time for readmission. Harefuah. 2011; Mar;150(3): 230-234:305 (In Hebrew).
10. Wilkinson P & Sharpe M, What happens to patients discharged by Mental Health Review Tribunals. Psychiatric Bulletin; 1993; 17:337-338.
11. O'Brien TA, Mellsoy GW, McDonald KP & Ruthe CB, A One Year Analysis of Appeals Made to Mental Health Review Tribunals in New Zealand; Aust N Z J Psychiatry; 1995 (Dec); vol. 29 no. 4; 661-665.
12. Argo D, Barash I, Lubin G & Abramowitz MZ, Comparison of decisions to discharge committed psychiatric patients between treating physicians and district psychiatric committees: an outcome study. Isr J Health Policy Res. 2017;6(1):57.
13. National Program for Quality Indicators, Mental Health Hospitals 2014-2018. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_Programmental.pdf
14. "Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in the OECD countries" OECD Mental Health Care Panel, 28.10.2004.
15. Jain A & Appelbaum P, "Balancing autonomy and beneficence at the time of psychiatric discharge" Isr J Health Policy Res (2018) 7:2 DOI 10.1186/s13584-017-0201-0.
16. Personal communication of data soon to be published by the Ministry of Health, Mental Health Services, Department of Information and Evaluation (2013-2015).
17. Fistein EC, Clare IC, Redley M & Holland AJ, Tensions between policy and practice: a qualitative analysis of decisions regarding compulsory admission to psychiatric hospital. Int J Law Psychiatry. 2016;46:50-57.
18. Patient's rights Act 1996, Israel. <http://www.iracm.com/wp-content/uploads/2013/01/loi-sur-les-brevets-1996-anglais-3539.pdf>. Accessed 7 January 2018.
19. Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M & al, Revolving-door Patients in Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study. Croatian Medical Journal. 2009;50(6):575-582. doi:10.3325/cmj.2009.50.575.

רושמים METFORMIN



אל תשכחו TRIBEMIN

לשיפור ניכר בסיפטומים (2,3). כמו-כן סוכרתיים עלולים לסבול גם מפגיעה בספיגת ויטמינים. לכן, חשוב לרשום לחולי הסוכרת שילוב של ויטמיני B כפי שנמצאים ב-*Tribemin*.

כשתרשמו Metformin אל תשכחו להוסיף *Tribemin*.

TRIBEMIN השילוב היחיד של ויטמינים מקבוצת **B** הרשום כתרופה וכלול בסל הבריאות.

Metformin הינה תרופה הנרשמת לעשרות אלפי סוכרתיים בישראל מדי שנה ופוגעת בספיגה של ויטמין B12 באופן ניכר (1). למסופלים ב-Metformin חיוני לתת תוספת של ויטמין B12.

מחקרים הראו שמתן ויטמינים מקבוצה B לסובלים מפוליגורופתיה בכלל וניורופתיה סוכרתית בפרט, הביא



References:

1. PDR (2002), p1084
2. Cohen K.L. et al. (1984) Journal of the American Podiatry Association. Vol 74, No. 8, p394-397
3. Stracke et al (1996) Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes. Vol. 104, p311-316.



בריאות מתקדמת אליך
www.meditec.co.il