



מערך הטיפול בהפרעות אכילה בישראל

כתיבה: מרב פלג-גבאי | אישור: שלי לוי, ראש צוות

תאריך: י"ב באדר א' תשפ"ב, 13 בפברואר 2022

סקירה

תוכן עניינים

1.....	תמצית.....	
6.....	מבוא	.1
8.....	שכיחותן של הפרעות אכילה בישראל.....	.2
9.....	2.1 היקף הסובלים מהפרעות אכילה בישראל.....	
10.....	2.2 מספר המאובחנים עם הפרעות אכילה.....	
16.....	2.3 מספר המטופלים נגד הפרעות אכילה.....	
19.....	2.4 שיעורי החלמה.....	
21.....	מסגרות לטיפול בהפרעות אכילה בישראל.....	.3
22.....	3.1 מרפאות.....	
26.....	3.2 מסגרות לטיפול יום/לאשפוז יום.....	
30.....	3.3 מסגרות אשפוז מלא.....	
35.....	3.4 בתים שיקומיים.....	
37.....	4. כוח אדם.....	.4
38.....	4.1 כוח אדם במרפאות.....	
40.....	4.2 כוח אדם במסגרות לטיפול יום.....	
41.....	5. השפעת מגפת הקורונה על המענה הטיפולי להפרעות אכילה.....	.5
44.....	6. דיון.....	.6
44.....	6.1 איסוף נתונים שיטתי להערכת היקף התחלואה ולתכנון מערך הטיפול.....	
44.....	6.2 פריסת מסגרות טיפוליות והתאמתן לצרכים.....	
45.....	6.3 הרחבת המערך השיקומי.....	
45.....	6.4 הגדלת היקף כוח האדם הטיפולי.....	
46.....	6.5 דרכים למניעת הפרעות אכילה ברמה הציבורית ולאיתור יזום בשלב מוקדם.....	

תמצית

מסמך זה נכתב לבקשת חברות הכנסת (לפי סדר הא"ב) לימור מגן תלם, טטיאנה מזרסקי, עידית סילמן ועאידה תומא סלימאן, ועניינו היקף האוכלוסייה הסובלת מהפרעות אכילה בישראל, המסגרות הקיימות לטיפול בהפרעות אלה והבעיות הכרוכות בהפעלתן, בימי שגרה ובתקופת משבר הקורונה.

- הפרעות אכילה הן קבוצת הפרעות נפשיות, המתאפיינות בעיסוק כפייתי באוכל, בצורת הגוף ובמשקלו. הרקע הסיבתי להתפתחותן עדיין אינו ברור במלואו, אך ידוע כי היווצרותן מושפעת מתהליכים חברתיים, פסיכולוגיים וביולוגיים, בשילוב עם בסיס גנטי. ארגוני בריאות בין-לאומיים מגדירים כמה סוגים של הפרעות אכילה, שהמרכזיים בהם הם אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה התקפית, הפרעת אכילה נמנעת/מוגבלת, הפרעות אכילה מסווגות אחרות והפרעות אכילה בלתי מסווגות. הפרעות אלה עלולות להשפיע על מערכות רבות בגוף ולגרום לסיבוכים רפואיים קשים. אחוזי התמותה בקרב הסובלים מהן ובעיקר מאנורקסיה נרבוזה (5%-20%) גבוהים בהשוואה לחולים בכל המחלות הפסיכיאטריות האחרות. למרות זאת, הן מתאפיינות לעתים קרובות (במיוחד אנורקסיה נרבוזה) בהתנגדות לקבלת טיפול. אומדני השכיחות של הפרעות אכילה בעולם נעים בטווח שבין 0.1% ל-3.8% מהאוכלוסייה. הן מתגלות עדיין בראש ובראשונה בקרב נערות ונשים צעירות, אך כיום הולך וגובר זיהוין בגיל הילדות ובקרב זכרים, בקרב בעלי משקל גוף תקין או גדול, בקרב כל הקבוצות האתניות ובקרב מעמדות נמוכים, שנחשבו פחות חשופים לכך בעבר. לפי דוח מחקר בנושא שיקום צעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, שפורסם בשנת 2020, החלמה קלינית מלאה מהפרעות אכילה (היעלמות התסמינים) מתרחשת בקרב 40% - 45% מהחולים, החלמה חלקית מתרחשת בקרב 30% - 35%, ובקרב כ-20% המחלה נשארת כמצב כרוני המוביל לעתים לתמותה.

- במטרה ללמוד על היקף תופעת הפרעות האכילה בישראל, מספר המאובחנים והמטופלים והיצע מסגרות הטיפול, פנינו למשרד הבריאות ולארבע קופות החולים בבקשת מידע. המידע שהתקבל ממשרד הבריאות היה חלקי בלבד ובחלקו לא תאם נתונים אחרים, ועל מנת להציג תמונה רחבה נדרשנו להשקיע מאמץ לא מבוטל באיסוף מידע מהקופות ומהגורמים המקצועיים במסגרות הטיפול השונות ובהצלבתו, אולם אין באפשרותנו לקבוע עד כמה המידע הקיים בידינו הוא מלא. כמו כן נאלצנו להשקיע מאמצים רבים כדי לאסוף נתונים על מספר מיטות האשפוז והעמדות לטיפול יום. **בהינתן שבידי הרגולטור - משרד הבריאות - אין מידע מלא ושיטתי על היקף התחלואה, המאובחנים והמטופלים, וכן על שיעורי התפוסה וזמני ההמתנה במוסדות השונים, עולה השאלה כיצד יש באפשרותו לאמוד את היקף התחלואה בישראל ולהעריך את התאמת מערך הטיפול הקיים לצרכים.**

- להערכת משרד הבריאות כ-30,000 - 40,000 נשים ונערות בגיל 15 - 24 סובלות מהפרעות אכילה, אך לפי השיעור באוכלוסייה שעליו המשרד מתבסס (6% - 8% מהנשים בגיל זה), האומדן המעודכן לפי גודל האוכלוסייה בשנת 2020 צריך להיות כ-41,000-55,000. נתון זה אינו כולל נשים מתחת לגיל 15 ומעל גיל 24 או גברים, ולכן מדובר בהערכת חסר. המשרד מסר גם הערכות של התפלגות סוגי הפרעות האכילה בקרב בני 15 - 24 לפי שלוש קטגוריות: אנורקסיה נרבוזה (1.2%), בולימיה נרבוזה (2%) והפרעת אכילה לא מסווגת (3% - 5%). **בחישוב לפי**

שיעורים אלה מתקבל אומדן שבין כ-69,000 לכ-97,000 צעירים וצעירות, לא כולל אלה שגילם צעיר מ-15 או מבוגר מ-24. כמו כן, לא ידוע לנו אם בשלוש הקטגוריות שציין משרד הבריאות כלולות כל האבחנות הקשורות להפרעות אכילה.

- לדברי משרד הבריאות, בכל שנה מאובחנים כ-1,500 ילדים ובני נוער עם הפרעת אכילה, אך למשרד אין אומדן של מספר המאובחנים הכולל. **מנתונים שאסף מרכז המחקר והמידע של הכנסת מארבע קופות החולים עולה שבכולן יחד יש כ-22,770 מבוטחים שאובחנו עם הפרעות אכילה:** שירותי בריאות כללית (הכללית) דיווחה על כ-3,200 מאובחנים, מכבי שירותי בריאות (מכבי) דיווחה על 6,428 מאובחנים, קופת חולים מאוחדת (מאוחדת) על 9,553 ולאומית שירותי בריאות (לאומית) – על 3,589 מאובחנים. בין נתוני הקופות השונות יש פערים, כך שבקופה הגדולה ביותר (הכללית), המבטחת כ-52% מכלל המבוטחים ביטוח בריאות בישראל, שיעור המאובחנים הוא הקטן ביותר, ואילו הקופה השלישית בגודלה (מאוחדת), המבטחת כ-14% מכלל המבוטחים, מתאפיינת בשיעור המאובחנים הגדול ביותר (42%) – ייתכן שפערים אלה מקורם בהבדלים מתודולוגיים. **מהנתונים עולה כי מספר המאובחנים (כ-22,770) קטן במידה ניכרת ממספר הסובלים מהפרעות אכילה על בסיס הערכת משרד הבריאות (כ-69,000 – 97,000 בני אדם רק בקבוצת הגיל 15 - 24).**
- **שיעור הקטינים המאובחנים מכלל המבוטחים במאוחדת ובלאומית הוא כשליש ובמכבי שיעורם הוא 42%.** במכבי האבחנה הנפוצה ביותר בקרב קטינים ובגירים כאחד היא אנורקסיה – ככל הנראה משום שבנתונים נכללו בין היתר אבחנות אנורקסיה שאינן שייכות לתחום הפרעות האכילה. במאוחדת ובלאומית רוב האבחנות הן הפרעות אכילה אחרות – יותר מ-90% בקרב קטינים ו-70% ומעלה בקרב בגירים. הכללית לא מסרה נתוני גיל כלשהם. **נתוני מגדר נמסרו רק על ידי מכבי ומאוחדת, ולפיהם שיעור הנשים בקרב המאובחנים הוא 70% – 73%.**
- במענה על שאלתנו על מספר המבוטחים שקיבלו טיפול נגד הפרעות אכילה בשנים 2018-2020, הסבירו חלק מהקופות שנתונייהן הם חלקיים ובלתי מדויקים, בין השאר משום שישנם טיפולים הניתנים בבתי חולים ואינם מדווחים לפי הקודים המקצועיים הרלוונטיים להפרעות אכילה, וכן משום שלא כל הטיפולים שדווחו ייעודיים בהכרח להפרעות אכילה. הכללית דיווחה על כ-2,000 מטופלים במסגרתה בשנה נגד הפרעות אכילה – כ-63% מהמאובחנים בקופה; מכבי דיווחה על 2,190 – 2,731 מטופלים במסגרת הקופה ובאמצעות ספקים חיצוניים – שהם 34% - 42% מהמאובחנים משנת 2018; במאוחדת טופלו ככל הנראה כ-1,360 – 1,560 מבוטחים בשנה, חלקם על ידי ספקי חוץ, ושיעורם מקרב המאובחנים היה בכל שנה 14% - 16%; בלאומית טופלו בכל שנה 654 - 689 מבוטחים, שהם 18% - 19% מהמאובחנים עם הפרעות אכילה. שיעור הקטינים בקרב המטופלים היה כשליש במכבי וכרבע במאוחדת, בעוד שבלאומית שיעורם גדל בהדרגה מ-29% בשנת 2018 ל-39% בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021. כחמישית מהמטופלים במאוחדת ו-17% - 18% ממטופלי מכבי היו ממין זכר (שתי הקופות האחרות לא מסרו נתוני מגדר).
- הפרעת אכילה (לפחות מדרגת חומרה מסוימת) מחייבת טיפול רב-מקצועי הכולל מעקב רפואי, פסיכיאטרי, תזונתי, רגשי ומשפחתי. אפקטיביות הטיפול תלויה בין השאר בשילוב הפונקציות השונות וריכוזן במסגרת אחת. לדברי משרד הבריאות, כל המסגרות הייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה מעניקות טיפול רב-מקצועי והן נבדלות

ביניהן באינטנסיביות הטיפול, כך שההפניה אליהן מותאמת למצב המטופל. המשרד מנה את סוגי המסגרות האלה: **32 מרפאות** שבהן מתקיימות פגישות טיפוליות בתדירות המותאמת למצב הקליני במשך כמה חודשים ואף שנים, ובהן מקבלים טיפול רוב המטופלים נגד הפרעות אכילה; **17 מסגרות לטיפול יום/אשפוז יום ובהן 191 עמדות טיפול**, הפועלות בדרך כלל במסגרת מרכזים רפואיים והמעניקות טיפול כמה ימים בשבוע, לרוב במשך כשלושה חודשים, במטרה למנוע צורך באשפוז או להקל על המעבר מאשפוז מלא לטיפול בקהילה; **9 מחלקות אשפוז הכוללות 128 מיטות**, וכן מחלקות לבריאות הנפש ומחלקות אחרות בבתי חולים כלליים ואף מחלקות במרכזים רפואיים לבריאות הנפש, שבהן מתקיים אשפוז מלא; **4 בתים שיקומיים ובהם 56 מקומות** לשהייה ממושכת ורצופה של חולים שהשתחררו מאשפוז מלא ועדיין אינם מוכנים לשילוב בקהילה, תוך השתתפות בתוכנית שיקום אישית, מעקב תזונתי ורפואי ושילוב בקהילה.

- **כמחצית מ-32 המרפאות לטיפול בהפרעות אכילה** מופעלות על ידי קופות החולים וכמחצית פועלות במסגרת בתי חולים שאינם בבעלות הקופות. חלקן מיועדות לקטינים, חלקן למבוגרים וחלקן לכל הגילים. רבע מהמרפאות נמצאות במחוז המרכז, 19% במחוז ירושלים, 16% בכל אחד מהמחוזות צפון ודרום, וכ-13% בכל אחד מהמחוזות תל אביב וחיפה. נציין כי אין אף מרפאה דרומית לבאר שבע. **משרד הבריאות לא דיווח מהו מספר המטופלים שיכולים להיקלט בכל מרפאה בזמן נתון, אך בד בבד ציין כי לפי תורי ההמתנה ניכר שהקיבולת הנוכחית אינה מספקת.**

- **כל הקופות התייחסו בתשובותיהן לצורך בפתיחת מרפאות נוספות, וגם גורמים מקצועיים מדגישים את חשיבות הרחבתה של פריסת המרפאות ברחבי הארץ, לאור חשיבות הטיפול הזמין הן לבריאות המטופלים והן לחיסכון במשאבים הנובע מכך.** מאוחדת הציעה להקים יחידות ביניים שיתנו מענה בזמן ההמתנה למרפאה רב-מקצועית ייעודית, אך ציינה כי התפיסה המובילה כיום, הדורשת טיפול בהפרעות אכילה במסגרות ייעודיות בלבד, אינה מאפשרת די נגישות למטופלים או ליווי לאורך שנים לאנשים עם הפרעה כרונית. משרד הבריאות ציין שבעיית המחסור בשירותים מאפיינת את כל שירותי בריאות הנפש, ושהוא יפרסם בקרוב מבחני תמיכה לקופות להרחבת מערך הטיפול בבריאות הנפש.

- **עמדות לטיפול יום בהפרעות אכילה** מיועדות למטופלים בכל הגילים שאי אפשר לייצב את מצבם במסגרת הטיפול המרפאתי והם זקוקים לטיפול אינטנסיבי יותר כדי להימנע מאשפוז פסיכיאטרי ו/או גופני מלא. ככלל, המסגרות הקיימות כיום ממוקמות בבתי חולים. **משרד הבריאות דיווח במענה על בקשתנו על 17 מסגרות שבהן 191 עמדות לטיפול יום בהפרעות אכילה ברחבי הארץ, מתוכן 99 עמדות המיועדות למבוגרים ו-92 עמדות המיועדות לקטינים.** עם זאת, מהצלבת נתון זה לנתוני משרד הבריאות על מספר העמדות לטיפול יום בתקן עולה כי בישראל יש 136 עמדות טיפול יום בתקן להפרעות אכילה, מתוכן 76 עמדות המיועדות למבוגרים ו-60 עמדות המיועדות לקטינים. במענה על שאלתנו מהו מקור הפער, נמסר ממשרד הבריאות כי 136 העמדות הן העמדות בתקן בעוד 191 העמדות הן בפועל ולדברי המשרד הפער נובע ככל הנראה מתהליכי רישוי שלא הושלמו, אך 191 העמדות נפתחו בפועל. עם זאת, נשאלת השאלה מהן ההשלכות של העדר רישוי זה. בשיחות שקיימנו נטען בפנינו כי במקרים מסוימים משרד הבריאות אכן אישר פתיחת עמדות נוספות אך לא גיבה את האישור בתקנים ובתקציב.

- לפי דיווח משרד הבריאות, מבין 191 עמדות לטיפול יום, 99 עמדות טיפול מיועדות למבוגרים ופרוסות בין חיפה בצפון לבאר שבע ולאשקלון בדרום, ללא עמדות במחוז הצפון. שליש מהעמדות נמצאות במחוז תל אביב, 23% במחוז המרכז, 15% במחוזות חיפה וירושלים ו-12% במחוז הדרום. 92 עמדות מיועדות לקטינים וממוקמות בין צפת בצפון לבאר שבע בדרום. מהן, 30% נמצאות במחוז המרכז, 26% במחוז תל אביב, 17% במחוז הצפון, 13% במחוז הדרום וכ-7% במחוז ירושלים. שלוש מהמסגרות – בבאר שבע, בפתח תקווה ובכפר סבא – שייכות לכללית (שבבעלותה גם בתי חולים), וחלק מהקופות ציינו שהן רוכשות שירות זה מספקים חיצוניים. מאוחדת הסבירה שאחד הצעדים הנדרשים לשם שיפור המענה הטיפולי הוא הרחבת השירות האמבולטורי לרבות טיפול יום ואשפוז יום, באמצעות הקופה ודרך ספקי שירות חיצוניים. על פי סיכום בין משרדי הבריאות והאוצר, ינתן תקציב תוספתי להרחבת מערך הטיפול בהפרעות אכילה, שחלקו יוקצה למימון 40 עמדות לטיפול יום, בהתאם לתוכנית פריסה שמכין משרד הבריאות. שני המשרדים לא מסרו פירוט נוסף על אופן מימוש ההחלטה.**
- אשפוז מלא** מיועד למטופלים שמצבם מחייב השגחה רצופה או אף טיפול מציל חיים. לדברי משרד הבריאות, אשפוז מבוגרים אורך כחודשיים בממוצע, ואשפוז ילדים ובני נוער – כשלושה חודשים. לפי דוח מבקר המדינה משנת 2013 ולדברי גורמים מקצועיים ששוחחנו עימם, בשל העובדה שהמאושפזים סובלים בדרך כלל מבעיות פיזיות ונפשיות מורכבות, המסגרת המתאימה להם ביותר היא מחלקות ייעודיות בבתי חולים כלליים. גם משרד הבריאות ציין שהטיפול במסגרות הלא-ייעודיות אינו מיטבי. **בישראל יש 9 מחלקות אשפוז להפרעות אכילה, מהן 3 מיועדות למבוגרים ו-6 לקטינים. לפי נתוני משרד הבריאות, במחלקות אלה 128 מיטות אשפוז, מהן כ-55% (70 מיטות) מיועדות למבוגרים, וכ-45% (58 מיטות) מיועדות לקטינים. עם זאת, מפניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת לבתי החולים עולה כי הם מפעילים לכל הפחות 135 מיטות, מהן כ-53% (71 מיטות) מיועדות למבוגרים וכ-47% (64 מיטות) מיועדות לקטינים. חלק מבתי החולים אף ציינו כי בפועל הם מפעילים מספר גדול יותר של מיטות, כך לדוגמה במרכז הרפואי זיו בצפת יש תקן של 5 מיטות לקטינים, אך בפועל יש בין 7-10 מיטות שבהן מטופלים מאושפזים הסובלים מהפרעות אכילה.**
- משרד הבריאות ציין כי תפוסת מיטות האשפוז היא מלאה בדרך כלל ואף יותר מכך, אך לא העביר לידינו נתונים על התפוסה במחלקות אלה כמו גם על זמני ההמתנה בהן. מנתונים שאסף מרכז המחקר והמידע של הכנסת מבתי החולים עולה כי כל מחלקות האשפוז נמצאות בתפוסה מלאה ובכולן – הן הייעודיות והן אלה המטפלות גם במטופלים שאינם סובלים מהפרעות אכילה – זמני ההמתנה הם לפחות 3 חודשים ועד שנה ומעלה.**
- לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2020 (שבה פרצה מגפת הקורונה) אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות ייעודיות בבתי חולים לאשפוז כללי 667 מטופלים עם אבחנה של הפרעת אכילה; נתון זה אינו כולל מטופלים שאושפזו במחלקות לא ייעודיות בבתי חולים לאשפוז כללי, שלדברי משרד הבריאות קולטות אף הן מאושפזים עם הפרעות אכילה, ולכן ככל הנראה מדובר בהערכת חסר. כשני שלישים מ-667 המאושפזים אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים וכשליש אושפזו במחלקות ייעודיות בבתי חולים לאשפוז כללי. כ-17% מהמאושפזים היו קטינים. לדברי המשרד, היקף הצורך במיטות נוספות תלוי בהיקף השירותים האחרים ובמיוחד טיפול יום, שהמשך הרחבתו יפחית את הצורך באשפוז, וכן נמסר שחלק מהתקציב בהיקף 30 מיליון**

ש"ח שעליו סוכם בין משרדי הבריאות והאוצר מיועד לתוספת 40 מיטות אשפוז. נציין כי בעת סיום אשפוז יש חשיבות לשמירה על רצף טיפולי ולשילוב מידי במסגרות טיפול בקהילה (אשפוז יום, טיפול יום ומרפאות), להמשך מעקב ולמתן תחושת תמיכה למטופלים. מתשובות שהתקבלו מחלק מקופות החולים בדבר משך ההמתנה לטיפול לאחר שחרור מאשפוז, קשה לעמוד על מידת השמירה על הרצף הטיפולי ועל המשך הטיפול בקהילה בסמוך לשחרור מאשפוז.

- ארבעת **הבתים השיקומיים** הפועלים כיום בהוד השרון, ברמת ישי, בבאר שבע ובירושלים, מיועדים למטופלות בגיל 18 – 30 ומאפשרים שהייה ממושכת במסגרת ציבורית המשולבת בקהילה. לפי משרד הבריאות, בכל אחד מהבתים יש 14 מקומות (56 מקומות סך הכול) והמשרד עוסק כיום בבחינת מודלים ובבניית אמות מידה לבתים שיקומיים, במטרה להרחיב את המערך השיקומי. לדברי המנהלת (לשעבר) של אחד הבתים, התוכנית השיקומית כוללת טיפול מסוגים שונים לצד יציאה לעבודה או לימודים וקיום שגרת חיים הכפופה לכללי התנהגות. במחקר שנערך באחד הבתים ושממצאיו פורסמו בשנת 2020 נמצא כי לצד שיעור נשירה גבוה מהתוכנית (כשני שלישים), 80% מהמשתתפות שהשלימו אותה הגיעו להחלמה מלאה (היעלמות התסמינים) או כמעט מלאה. עם זאת, התוכנית אינה מתאימה בהכרח לכל חולה. עורכות המחקר פירטו המלצות הנוגעות לתהליכי שיקום מהפרעות אכילה, ביניהן ביסוס רמות שונות של מסגרות לתמיכה ארוכת טווח ופיתוח מסגרת טיפולית-שיקומית עבור חולות כרוניות או בעלות תחלואה נלווית משמעותית, שאינן מסוגלות להשתלב במסגרות הקיימות.
- לדברי גורמים מקצועיים, משאב טיפולי מרכזי בהפרעות אכילה הוא כוח אדם – פסיכולוגים, פסיכיאטרים, רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ותזונאים, שעברו הכשרה ייעודית ופועלים באופן מתואם במסגרת צוות רב-מקצועי. משרד הבריאות קבע תקינת כוח אדם למסגרות לטיפול יום, אך בכל הנוגע למרפאות, לדבריו קביעת התקנים הנדרשים בהן היא בסמכות קופות החולים. בד בבד, כל הקופות תיארו מחסור בכוח אדם מקצועי, בדגש על המרפאות, וזאת כתוצאה מאילוץ תקינה ותקצוב וממחסור באנשי מקצוע מיומנים. מכבי קראה להכנת תוכנית לאומית למענים בקהילה בתחום בריאות הנפש. באשר למסגרות לטיפול יום, משרד הבריאות הגדיר כאמור את תקני כוח האדם הנדרשים להפעלתן, אך על בסיס המידע שקיבלנו אי אפשר לקבוע אם תקינה זו מיושמת כלשונה בכל המסגרות. גורמים מקצועיים הסבירו בשיחות עימנו שהתקינה עדיין לא תורגמה לתקנים מתוקצבים בהיקף הנדרש, ושיש צורך בהכשרות ובשיפור תנאי השכר.
- התפרצות מגפת הקורונה בשנת 2020 גרמה להצטברות בו-זמנית של גורמי סיכון רבים לפיתוח הפרעות אכילה, ביניהם הבידוד החברתי והדגש הציבורי שהושם על מניעת השמנה. במחקר שנערך במכבי בקרב בני נוער ושממצאיו פורסמו בינואר 2022, נמצא ששיעור הסובלים מהפרעות אכילה גדל בשנת 2021 ב-56% בהשוואה לשנת 2019, בעיקר בקרב בנות ובקרב האוכלוסייה היהודית הכללית (בניגוד לאוכלוסיות החרדית והערבית). לדברי מאוחדת, מרפאות הקופה דיווחו על ירידה בגיל הפונים (לגיל 12 – 14) ועלייה במורכבות התחלואה הנפשית הנלווית. רוב הגורמים שפנינו אליהם ציינו שבעקבות המגפה גדל באופן ניכר הפער בין הביקוש לטיפול לבין ההיצע הטיפולי, וכתוצאה מכך נפגעה היכולת להעניק מענה מיטבי למטופלים. בין היתר דווח על התארכות זמני ההמתנה לטיפול בכמה חודשים לפחות.

1. מבוא

הפרעות אכילה הן קבוצת הפרעות נפשיות, המתאפיינות בעיסוק כפייתי באוכל, בצורת הגוף ובמשקלו. היווצרותן מושפעת מתהליכים חברתיים, פסיכולוגיים וביולוגיים, בשילוב עם בסיס גנטי, ושכיחותן נאמדת ב-0.1% - 3.8% מהאוכלוסייה

הפרעות אכילה הן קבוצת הפרעות נפשיות, המתאפיינות בעיסוק כפייתי באוכל, בצורת הגוף ובמשקלו. בבסיס ההפרעות השונות קיימת התייחסות לצורת הגוף ולמשקלו כאל מדד יחיד לקביעת הערך העצמי.¹ הרקע הסיבתי להתפתחותן של הפרעות אכילה עדיין אינו ברור במלואו, אך ידוע כי היווצרותן מושפעת מתהליכים חברתיים, פסיכולוגיים וביולוגיים, בשילוב עם בסיס גנטי.² במחקרים של שכיחות ההפרעות באוכלוסייה לא נמצאו ממצאים אחידים, והאומדנים נעים בטווח שבין 0.1%-ל-3.8% מהאוכלוסייה.³

בגירסה העדכנית (משנת 2013) של המדריך לאבחון הפרעות נפשיות של האיגוד הפסיכיאטרי האמריקאי (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5), מפורטות הפרעות האכילה המרכזיות האלה:

- **אנורקסיה נרבוזה** (Anorexia nervosa) – המתאפיינת בצריכה קלורית ובמשקל גוף נמוכים, בפחד מעלייה במשקל ובהימנעות ממנו, בדימוי גוף מוטה ובאי-הכרה במצב הגופני לאשורו;
- **בולימיה נרבוזה** (Bulimia nervosa) – המתאפיינת באירועים חוזרים של אכילה מופרזת בזמן קצר תוך תחושת חוסר שליטה, לצד שימוש חוזר ונשנה ב"התנהגות מפצה" המיועדת למניעת עלייה במשקל, באמצעות הקאה יזומה, צום, שימוש בחומרים משלשלים, פעילות גופנית מופרזת וכדומה;
- **הפרעת אכילה התקפית** (Binge-eating disorder) – המתאפיינת אף היא בהתקפים חוזרים של אכילה מופרזת בזמן קצר וללא שליטה, אך ללא התנהגויות מפצות ובלווי תחושות אשמה ובוז עצמי;
- **הפרעת אכילה נמנעת/מוגבלת** (Avoidant/restrictive food intake disorder) – המתאפיינת בדפוסי אכילה משובשים (שאינם מוסברים על ידי גורמים תרבותיים, רפואיים או חיצוניים) כגון חוסר עניין באכילה, חשש ממנה והימנעות ממזון בשל תכונותיו החושיות.

לפי סיווגים בין-לאומיים של אבחנות פסיכיאטריות, הפרעות האכילה המרכזיות הן אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה התקפית, הפרעת אכילה נמנעת/מוגבלת, הפרעות אכילה מסוגות אחרות ובלתי-מסוגות

¹ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#) – דוח מסכם של המחקר, אוניברסיטת חיפה, עמ' 5, פורסם: יוני 2020, כניסה: 2 בספטמבר 2021.

² עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 5.

³ Jie Qian & al., [An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis](#), *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, p. 2, published online: April 8th 2021, accessed: September 2nd 2021.

ההפרעה יכולה להתבטא באיבוד משקל (או באי עלייה במשקל בקרב ילדים), בתת-תזונה ובפגיעה בתפקוד הפסיכו-סוציאלי;

- **הפרעות אכילה מסווגות אחרות** (Other specified feeding or eating disorders), המתאפיינות בתסמינים התואמים אבחנות אחרות אך לא באופן מלא, למשל אנורקסיה נרבוזה לא-טיפוסית (המתבטאת בירידה חדה במשקל תוך שמירה על משקל גוף תקין לפחות), בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה התקפית שהתקפיהן מתרחשים בתדירות נמוכה ובמשך מוגבל, אכילה לילית, וכן מניעת ספיגת מזון (באמצעות הקאה ושלשול יזומים וכיוצא באלה) ללא התקפי אכילה.

- **הפרעות אכילה בלתי מסווגות** (Unspecified Feeding or Eating Disorders), המתאפיינות בתסמינים של הפרעות אכילה, שאינם תואמים באופן מלא שום הגדרה ושאינן מידע מספיק כדי לסווגם לאבחנה ספציפית (למשל בחדרי מיון).⁴

יש לציין שאופן הסיווג של הפרעות אכילה השתנה עם השנים,⁵ ושגם כיום נמשכים שכלול האבחנות ועדכון הסיווגים.⁶

על פי מאמר מדעי משנת 2021, המתמקד בילדים ובמתבגרים,⁷ סיבוכים הקשורים בהפרעות אכילה עלולים להתבטא בתסמינים פסיכולוגיים, נוירולוגיים, המטולוגיים ואנדוקריניים, ובתסמינים בלב, במעיים, בעור ובשיער, בשיניים ועוד.⁸ לפי המאמר, אחוזי התמותה בקרב הסובלים מהפרעות אכילה ובעיקר אנורקסיה נרבוזה (5%–20%) גבוהים במידה משמעותית

⁴ American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5, pp. 329–354, published: 2013 ; Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), *Pediatrics*, 147 (1), p. e2, published: January 2021, accessed: September 2nd 2021.

שתי הפרעות אכילה נוספות המפורטות במדריך נפוצות בעיקר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית: האחת היא אכילת חומרים שאינם מזון (Pica), שלא במסגרת שלב התפתחותי או נורמה תרבותית, והשנייה היא העלאת גרה (Rumination/Regurgitation disorder) שאינה נובעת ממצב רפואי. בשל תיחומן של הפרעות אלה לקבוצת אוכלוסייה מסוימת לא נתמקד בהן במסמך זה.

⁵ לדוגמה, בגרסה העשירית (שתוקפה פג בסוף שנת 2021) של קובץ סיווגי המחלות הבין-לאומי של ארגון הבריאות העולמי (ICD-10), הפרעות האכילה סווגו לאנורקסיה נרבוזה לסוגיה, בולימיה נרבוזה לסוגיה, אכילת יתר הקשורה בתגובה נפשית לאירועי דחק, הקאות חוזרות הקשורות להפרעות נפשיות, הפרעות אכילה אחרות (אכילת חומרים שאינם מזון ואיבוד תאבון על רקע נפשי), והפרעות אכילה בלתי מסווגות.

World Health Organization, [Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors \(F50–F59\)](#), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10), 2019, accessed: September 14th 2021.

⁶ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e3.

⁷ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e8.

⁸ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), pp. e7–e8.

**הפרעות אכילה
עלולות להשפיע על
מערכות רבות בגוף
ולגרום לסיבוכים
רפואיים קשים
כתוצאה מתת-תזונה,
משינויים במשקל
ומשימוש באמצעים
שונים למניעת ספיגת
המזון. שיעורי
התמותה מאנורקסיה
נרבוזה הם 5% ויותר
– שיעורים גבוהים
בהשוואה ליתר
מחלות הנפש**

**ממצאים מראים
שהפרעות אכילה
משתרשות
ומתקבעות עם הזמן,
ושלזיהוי וטיפול
בשלבי התחלואה
המוקדמים יש
השפעה חיובית על
סיכויי הצלחתו של
הטיפול**

לעומת כלל האוכלוסייה⁹ וגם בהשוואה לחולים בכל המחלות הפסיכיאטריות האחרות.¹⁰ גם הסיכון לאובדנות גבוה יותר בקרב אוכלוסייה זו, אם כי מסתמנת בו ירידה, המיוחסת במאמר לשיפור באבחון וטיפול.¹¹ למרות הסיכון הכרוך בהפרעות אכילה, הן מתאפיינות לעתים קרובות (במיוחד אנורקסיה נרבוזה) בהתנגדות לקבלת טיפול.¹² בהקשר זה יש לציין כי קיימים ממצאים שלפיהם לזיהוי וטיפול בשלבי התחלואה המוקדמים יש השפעה חיובית על סיכויי הצלחתו של הטיפול,¹³ ובד בבד נמצא שהפרעות אכילה משתרשות ומתקבעות עם הזמן כתוצאה מהתדרדרות תפקודית, מהסתגלות נויורולוגית ומפיתוח הרגלי התנהגות.¹⁴

במסמך זה מוצג מידע על היקף תופעת הפרעות האכילה בישראל, על מסגרות הטיפול בתחום זה במדינה, ובתוך כך בהתייחסות להשפעות מגפת הקורונה. לצורך כתיבת המסמך נעזרנו במקורות מקצועיים ואקדמיים עדכניים ובמידע שהתקבל על פי בקשתנו ממשד הבריאות ומארבע קופות החולים: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת ולאומית שירותי בריאות. מקורות נוספים למסמך היו שיחות עם גורמים מקצועיים במסגרות לטיפול בהפרעות אכילה.

2. שכיחותן של הפרעות אכילה בישראל

כאמור, מחקרים על שכיחות הפרעות אכילה הניבו ממצאים שונים, והאומדנים נעים בטווח שבין 0.1% ל-3.8% מהאוכלוסייה. הפרעות אכילה עדיין מתגלות בראש ובראשונה בנערות בגיל ההתבגרות ובנשים צעירות,¹⁵ אך כיום הולך וגובר זיהוין בקרב ילדים, בקרב זכרים, וכן בקרב

⁹ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e15.

מוות בטרם עת מתרחש לרוב בתקופת הבגרות, ושיעוריו גבוהים פי 4-5 בקרב הסובלים מאנורקסיה נרבוזה ופי 2-3 בקרב הסובלים מבולימיה נרבוזה, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. שם.

¹⁰ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 5;

Amelia Austin & al., [The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders – Upscaled study: Clinical outcomes](#), *Early Intervention in Psychiatry*, p. 2, published: 2021.

¹¹ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e15.

¹² עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 5.

¹³ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of , Eating Disorders in Children and Adolescents](#), pp. e9, e14; Amelia Austin & al., [The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders – Upscaled study: Clinical outcomes](#), *Early Intervention in Psychiatry*, p. 2.

¹⁴ Amelia Austin & al., [The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders – Upscaled study: Clinical outcomes](#), *Early Intervention in Psychiatry*, p. 2.

¹⁵ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 5.

הפרעות אכילה עדיין מתגלות בראש ובראשונה בנערות בגיל ההתבגרות ובנשים צעירות, אך כיום גובר זיהוין בקרב ילדים, בקרב זכרים, בקרב בעלי משקל תקין וגדול, וכן בקרב כל הקבוצות האתניות ומעמדות נמוכים, שנחשבו פחות חשופים לכך בעבר

בעלי משקל גוף תקין או גדול, בקרב כל הקבוצות האתניות ובקרב מעמדות נמוכים, שנחשבו פחות חשופים לכך בעבר.¹⁶ נוסף על כך, ממצאים שהחלו להיאסף בעולם ובישראל מצביעים על התפשטות מוגברת של הפרעות אכילה מאז התפרצות מגפת הקורונה.¹⁷

בפרק זה יוצגו אומדנים על מספר האנשים הסובלים מהפרעות אכילה בעולם ובישראל, ויובאו נתונים על מספר אנשים שאובחנו עם הפרעות אלה בישראל ועל מספר המטופלים נגד הפרעות אלה, על פי המידע המצוי בידי משרד הבריאות וקופות החולים.

2.1 היקף הסובלים מהפרעות אכילה בישראל

בפניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת למשרד הבריאות ביקשנו ללמוד על היקף הסובלים מהפרעות אכילה בישראל. משרד הבריאות מסר לנו הערכה דומה לזו שהעביר לידינו בשנת 2016,¹⁸ ולפיה בין 6% ל-8% מהנשים בגיל 15-24 סובלות מהפרעות אכילה, ולכן לדבריו אפשר לשער שכ-30,000-40,000 נערות ונשים בישראל סובלות מהפרעות אכילה.¹⁹ מחישוב שערכנו על בסיס הנחה זו ועל פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על גודל האוכלוסייה בשנת 2020,²⁰ עלה שהאומדן צריך להיות בין כ-41,270 לכ-55,030 בני אדם. יתר על כן, **כיוון שנתון זה אינו כולל נשים מתחת לגיל 15 ומעל לגיל 24 או גברים, מדובר בהערכת חסר.**

כפי שצוין במבוא, ישנם כמה סוגים של הפרעות אכילה ושכיחותם באוכלוסייה שונה. כך, לפי סקירה שיטתית (סיכום ממצאים של מחקרים שונים שנבחרו באופן שיטתי) שפורסמה בשנת 2021, שיעור השכיחות של אכילה התקפית הוא הגבוה ביותר ועומד על 1.53%, לעומת 0.63% בבולימיה נברוזה ו-0.16% באנורקסיה נברוזה.²¹ עם זאת, במחקרים אחרים מהשנים האחרונות

¹⁶ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e3.

¹⁷ Yonatan Bilu & al., [Mental health assessment of Israeli adolescents before and during the COVID-19 pandemic](#), KI Research Institute and Maccabi Healthcare Services, preprint, published: January 6th 2022, accessed: February 4th 2022; Francesca Solmi & al., [COVID-19 and eating disorders in young people](#), *The Lancet – Child & Adolescent Health*, 5 (5), p. 316, published: May 2021, accessed: September 2nd 2021.

¹⁸ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עמ' 3, 13 בדצמבר 2016.

¹⁹ מירי כהן, שם.

²⁰ לפי: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [שנתון סטטיסטי לישראל 2021 – מספר 72](#), לוח 2.4, פורסם: 31 באוגוסט 2021.

²¹ Jie Qian & al., [An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis](#), p. 9.

לדברי מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, שכיחותם היחסית של סוגי הפרעות השונים השתנתה לאורך השנים, וכיום הפרעת אכילה כפייתית (התקפית) היא השכיחה ביותר. ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר, שיחת טלפון, 12 באוגוסט 2021.

צוינו אומדני שכיחות שונים,²² ונראה כי יש צורך במחקר נוסף.²³ בנוגע לישראל, משרד הבריאות מסר לנו הערכה של שיעור הנשים והגברים בני 15-24 הלוקים בשלושה סוגי הפרעות מרכזיים – הערכה זהה לזו שמסר לנו בשנת 2016.²⁴ להלן פירוט האומדן המחושב לפי השיעורים שפירט משרד הבריאות:

טבלה 1: היקף בני 15-24 הסובלים מהפרעות אכילה מרכזיות על פי השכיחות המוערכת

על ידי משרד הבריאות ובהתבסס על נתוני האוכלוסייה לשנת 2020, לפי סוג הפרעה²⁵

סוג הפרעה	שכיחות בצעירות	הערכת מספר חולות	שכיחות בצעירים	הערכת מספר חולים
אנורקסיה נרבוזה	1.2%	8,255	0.2%	1,437
בולימיה נרבוזה	2%	13,758	0.5%	3,594
הפרעת אכילה לא מסווגת	5% - 3%	34,394-20,637	5% - 3%	35,936-21,562
סך הכול	8.2% - 6.2%	56,407-42,650	5.7% - 3.7%	40,967-26,593

מספרם של הגברים והנשים בני 15-24 הסובלים מאנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה לא מסווגת מוערך בין 69,243 ל-97,374. הערכה זו אינה כוללת בני פחות מ-15 או מעל ל-24

על פי הטבלה, מספרם של הגברים והנשים בני 15-24 הסובלים מאנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה והפרעת אכילה לא מסווגת נע בין 69,243 ל-97,374. הערכה זו אינה כוללת בני פחות מ-15 או מעל ל-24. עוד ניתן לראות כי שיעור הצעירות הסובלות מאנורקסיה נרבוזה מוערך כגדול ממספר הצעירים הסובלים ממנה כמעט פי שישה, ושיעור הצעירות הסובלות מבולימיה נרבוזה מוערך כגדול ממספר הצעירים הלוקים בה כמעט פי ארבעה. בנוגע למתמודדים עם הפרעות אכילה לא מסווגת, אין בידינו מידע אילו אבחנות נכללו בהגדרה זו ולא הוערכה ההתפלגות המגדרית בקרבם.

נציין כי קופות החולים לא הציגו הערכה של מספר המבוטחים בהן הסובלים מהפרעות אכילה ואינם מאובחנים, וחלקן השיבו כי אין ביכולתן להעריך נתון זה.²⁶

2.2 מספר המאובחנים עם הפרעות אכילה

להערכת מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, רוב הסובלים מהפרעות אלה אינם מאובחנים, הן בשל אי זיהוי שלהן והן בשל הנטייה להכחשה ולהסתרה המאפיינת אותן. לדבריו נדרשים מאמצים אקטיביים לאבחון יזום של הסובלים מהפרעות

²² Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e3.

²³ Jie Qian & al., [An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis](#), p. 12.

²⁴ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), שם.

²⁵ מירי כהן, שם; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [אוכלוסיית ישראל, לפי גיל ומין, סוף 2020](#), פורסם: 21 ביולי 2021.

²⁶ עו"ד מירה אהרוני, ממונה על פניות הציבור והרגולציה, חטיבת הרפואה, קופת חולים מאוחדת, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 7 בנובמבר 2021; שלהבת כהן צדקה, ראש תחום דוברות, מכבי שירותי בריאות, שם.

אכילה, בדגש על גיל ההתבגרות.²⁷ במטרה לאמוד את מספר המאובחנים עם הפרעות אלה בישראל, פנה מרכז המחקר והמידע של הכנסת למשרד הבריאות ולארבע קופות החולים.

משרד הבריאות מסר שמדי שנה כ-1,500 ילדים ובני נוער מאובחנים עם הפרעות אכילה; לפי נתוני ארבע קופות החולים, מספר המאובחנים עם הפרעות אכילה הוא כ-22,770 מבטחים

משרד הבריאות לא סיפק אומדן של מספר המאובחנים אלא מסר שמדי שנה כ-1,500 ילדים ובני נוער מאובחנים עם הפרעות אכילה, וגם נתון זה דומה למידע שמסר לנו המשרד בשנת 2016.²⁸ בטרם נציג את הנתונים שהתקבלו מקופות החולים, נציין כי לצד השונות בגודלן של הקופות יש לתת את הדעת לכך שכל הקופות דיווחו על קושי באיתור מדויק של מאובחנים.²⁹ יש לציין גם כי בין נתוני קופות החולים יש הבדלים מתודולוגיים, המקשים על השוואה ביניהן ועל גזירת אומדנים כמותיים, שכן לא כל הקופות איתרו את הנתונים על פי אותן הגדרות רפואיות. מכבי, למשל, כללה בנתוניה את המאובחנים לפי כל אבחנות האנורקסיה, שלא כולן נמנות על הפרעות האכילה,³⁰ ומאחדת מסרה שייתכן שחלק מהמקרים הרלוונטיים אינם כלולים בנתונים משום שהם סווגו תחת אבחנת אנורקסיה שאיננה הפרעת אכילה.³¹ כמו כן, מכבי הציגה נתונים על מבטחים עם אבחנה פעילה משנת 2018 ואילך, ולא ידוע לנו אם יש מבטחים מאובחנים בקופה שאינם כלולים בדיווח זה.³²

מנתוני ארבע קופות החולים עולה שמספר המאובחנים עם הפרעות אכילה מגיע לכ-22,770 בני אדם. בטבלה שלהלן מוצגים נתוני הקופות על מספר המבטחים המאובחנים עם הפרעת אכילה כלשהי:

²⁷ ד"ר איתן גור, מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר, שיחת טלפון, 12 באוגוסט 2021.

²⁸ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), עמ' 3.

²⁹ נועה דנאי, מנהלת מחלקת ניהול ידע ומידע, ממונת חוק חופש המידע בכללית, שירותי בריאות כללית, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 19 בדצמבר 2021.

³⁰ לדוגמה, איבוד תאבון בשל מחלות מסוימות כגון איידס מסווג תחת אבחנת אנורקסיה.

³¹ עו"ד מירה אהרוני, שם, 4 בינואר 2022.

³² שלהבת כהן צדקה, ראש תחום דוברות, מכבי שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 11 בנובמבר 2021. נציין כי שאר הקופות לא ציינו הסתייגות מעין זו.

טבלה 2: מאובחנים עם הפרעת אכילה, לפי קופת חולים³³

קופת חולים	שיעור מבוטחי הקופה מכלל המבוטחים	שיעור בני 0-18 ממבוטחי הקופה	מספר המאובחנים בקופה
כללית	כ-52%	33%	*3,200
מכבי	כ-27%	31%	**6,428
מאוחדת	כ-14%	39%	9,553
לאומית	כ-8%	35%	3,589
סך הכול	100%	-	22,770

* נתון מקורב.

** נתוני מאובחנים משנת 2018.

שיעור המאובחנים בכללית, שבה מספר המבוטחים הגדול ביותר, הוא הקטן ביותר, ואילו במאוחדת, המדורגת שלישי במספר המבוטחים, מספר המאובחנים (9,553) גדול פי שלושה מאשר בכללית

בעוד שעל בסיס הערכת השכיחות של משרד הבריאות, בין 69 ל-97 אלף בני 15 - 24 סובלים מהפרעות אכילה (לא כולל בני פחות מ-15 ויותר מ-24), נתוני קופות החולים מלמדים על כ-22,770 מאובחנים

ניתן לראות כי ישנם פערים משמעותיים בין נתוני הקופות השונות. לדוגמה, שיעור המאובחנים עם הפרעות אכילה בקופת החולים שבה מספר המבוטחים הגדול ביותר (כללית) הוא הקטן ביותר, ואילו בקופה המדורגת שלישי במספר המבוטחים (מאוחדת) מספר המאובחנים (9,553) גדול פי שלושה מאשר בכללית (3,200), והוא מהווה כ-42% ממאובחני כל הקופות יחד (כ-22,770 מאובחנים סך הכול). עם זאת, במאוחדת שיעור הקטינים - 39% מהמבוטחים - הוא הגבוה ביותר מבין כל הקופות. כאמור, ייתכן שהפערים בנתונים משקפים הבדלים מתודולוגיים בין חלק מהקופות, נוסף על הקושי המובנה באיתור נתונים מדויקים. מכל מקום אפשר לראות כי סך כל המאובחנים בקופות עם הפרעות אכילה קטן במידה ניכרת בהשוואה לאומדני משרד הבריאות לגבי היקף הסובלים מהפרעות אכילה באוכלוסייה. כך, בעוד שלפי השכיחות המוערכת על ידי משרד הבריאות, מספר הסובלים מהפרעות אכילה (כפי שחושב על ידינו) הוא כ-69-97 אלף צעירים וצעירות בגיל 15-24 (לא כולל בני גילים צעירים ומבוגרים יותר), מספר המאובחנים על פי נתוני ארבע קופות החולים הוא כ-22,700 מבוטחים.

במסגרת כתיבת המסמך ביקשנו ללמוד גם על התפלגות המאובחנים לפי אבחנה, גיל ומגדר. **מהכללית** לא התקבל פילוח של המבוטחים שאובחנו עם הפרעות אכילה, בנימוק שנתוני הקופה הם חלקיים ובלתי מדויקים, מהסיבות שתוארו לעיל. הקופה לא פירטה גם סעיפי אבחנה שלפיהם פעלה לאתר את המאובחנים.³⁴ לעומת זאת, שלוש הקופות האחרות פירטו את התפלגות מבוטחיהן לפי כמה מאפיינים על פי בקשתנו. נציין כי ככלל האבחנות שעליהן

³³ נועה דנאי, מנהלת מחלקת ניהול ידע ומידע, ממונת חוק חופש המידע בכללית, שירותי בריאות כללית, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 19 בדצמבר 2021; שלהבת כהן צדקה, ראש תחום דוברות, מכבי שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 11 בנובמבר 2021; עו"ד מירה אהרוני, ממונה על פניות הציבור והרגולציה, חטיבת הרפואה, קופת חולים מאוחדת, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 7 בנובמבר 2021; פרופ' שלמה וינקר, ראש חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 27 בדצמבר 2021. מחושב על בסיס: הביטוח הלאומי, מינהל המחקר והתכנון, [חישוב מפתח חלוקת כספי ביטוח בריאות בין קופות החולים ליום 1.12.2021](#), פורסם: נובמבר 2021, כניסה: 31 בינואר 2022.

³⁴ נועה דנאי, שם.

התבססו הקופות הן דומות, אך אין בידינו מידע מלא על הקודים (הסיווגים) שנבחר על ידי כל קופה לצורך איתור המאובחנים.

מכבי דיווחה לנו על 6,428 מבוטחים שיש להם אבחנה פעילה משנת 2018 ואילך מאחת מהקטגוריות הבאות: אנורקסיה – ובכללה אבחנות אנורקסיה נרבוזה טיפוסית ולא טיפוסית, הנמנות על הפרעות האכילה, אך גם אבחנות אנורקסיה שאינן משויכות לתחום זה; בולימיה – בצורתה הטיפוסית והלא-טיפוסית; והפרעות אכילה אחרות – ובהן הפרעות שונות לרבות הפרעות לא מסווגות.³⁵ להלן התפלגות מבוטחי **מכבי** שאובחנו עם הפרעות אכילה, לפי סוג ההפרעה ולפי גיל:

טבלה 3: מאובחנים במכבי עם הפרעות אכילה, לפי סוג הפרעה וגיל³⁶

מבוגרים	אנורקסיה	בולימיה נרבוזה	הפרעת אכילה אחרת	סך הכול
2,214	735	770	3,719	
1,929	49	731	2,709	
4,143	784	1,501	6,428	סך הכול

כ-58% מהמבוטחים המאובחנים במכבי הם בני 18 ומעלה, וכ-42% קטינים. נשים מהוות כ-73% מהמאובחנים וגברים כ-27%

לפי הטבלה, כ-58% מהמבוטחים המאובחנים במכבי מאז שנת 2018 הם בני 18 ומעלה, וכ-42% קטינים. בחינת סוגי הפרעות האכילה בקרב כל אחת מקבוצות הגיל מעלה כי שיעור המאובחנים באנורקסיה בקרב הקטינים הוא כ-71% לעומת כ-60% בקרב מבוגרים, ושיעור המאובחנים עם בולימיה נברוזה הוא 2% מהקטינים המאובחנים, לעומת 20% מהמבוגרים. שיעור המאובחנים בהפרעת אכילה אחרת הוא 27% בקרב קטינים לעומת 21% בקרב מבוגרים. נוסף על כך עולה מנתוני מכבי שנשים מהוות כ-73% מהמאובחנים וגברים כ-27%. עם זאת, בשל משקלם הרב של המאובחנים עם אנורקסיה שאינה מסווגת כהפרעת אכילה, ייתכן שקיימת הטיה בנתונים. בקרב הנשים המאובחנות, כ-63% אובחנו עם אנורקסיה לעומת 69% מהגברים, ושיעור המאובחנים בבולימיה נברוזה הוא 15% בקרב הנשים, לעומת 4% בקרב הגברים. שיעור המאובחנים בהפרעת אכילה אחרת הוא 22% בקרב הנשים, לעומת 27% בקרב הגברים. הקופה דיווחה גם על התפלגות המאובחנים לפי מחוזות מגורים, ומנתוניה עולה שהמאובחנים מתפלגים בין חמשת מחוזות הקופה באופן כמעט שווה.³⁷

במאחדת אובחנו 9,553 מבוטחים הסובלים מהפרעות אכילה. בטבלה שלהלן מוצגת התפלגותם של המבוטחים הללו לפי סוג הפרעת אכילה ולפי גיל:

³⁵ יובל חמו, מכבי שירותי בריאות, הבהרות לתשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 2 בפברואר 2022, 14 בפברואר 2022.

³⁶ שלהבת כהן צדקה, שם.

³⁷ שלהבת כהן צדקה, שם.

טבלה 4: מאובחנים במאחדת עם הפרעות אכילה, לפי סוג הפרעה וגיל³⁸

סך הכול	הפרעת אכילה אחרת	בולימיה נרבוזה	אנורקסיה נרבוזה	מבוגרים
6,242	4,923	620	699	
3,311	3,118	28	165	קטינים
9,553	8,041	648	864	סך הכול

לפי הטבלה, כשליש מכלל המאובחנים במאחדת הם קטינים וכשני שלישים הם בגיל 18 ומעלה. שיעור המאובחנים עם אנורקסיה נרבוזה בקרב המבוגרים מעל גיל 18 הוא 11%, לעומת 5% בקרב הקטינים. שיעור המאובחנים עם בולימיה נרבוזה הוא 10% בקרב המבוגרים לעומת 1% בקרב הקטינים, ושיעור המאובחנים עם הפרעת אכילה אחרת הוא 79% בקרב המבוגרים לעומת 94% בקרב הקטינים.

מנתונים נוספים שמסרה מאחדת עולה כי כ-70% מהמאובחנים במאחדת הם ממין נקבה וכ-30% ממין זכר. מבין הנשים המאובחנות, שיעור המאובחנות עם אנורקסיה נרבוזה הוא 12% מכלל המאובחנות, לעומת 3% מהגברים המאובחנים; שיעור המאובחנות עם בולימיה נרבוזה הוא 9%, לעומת 3% בקרב הגברים; שיעור המאובחנות עם הפרעת אכילה אחרת הוא 80% לעומת 94% בקרב המאובחנים ממין זכר.³⁹

נתונים נוספים שמסרה מאחדת מלמדים שבין ארבעת מחוזות הקופה, שיעור המאובחנים הגדול ביותר נרשם במחוז ירושלים (3,362 מאובחנים), ולאחריו במחוז הדרום - 27% (2,572 מאובחנים), במחוז המרכז - 24% (2,289 מאובחנים) ובמחוז הצפון - 14% (1,330 מאובחנים).

בלאומית אובחנו 3,589 מבוטחים עם הפרעות אכילה.⁴⁰ הקופה לא פירטה בתשובתה את ההתפלגות המגדרית של המאובחנים, אך מסרה נתונים על התפלגותם לפי גיל. להלן מוצגת התפלגות זו:

טבלה 5: מאובחנים בלאומית עם הפרעות אכילה, לפי סוג הפרעה וגיל⁴¹

סך הכול	הפרעות אכילה אחרות	בולימיה נרבוזה	אנורקסיה נרבוזה	מבוגרים
2,373	1,667	212	494	
1,216	1,127	20	69	קטינים
3,589	2,794	232	563	סך הכול

³⁸ עו"ד מירה אהרוני, שם.

³⁹ עו"ד מירה אהרוני, שם.

⁴⁰ פרופ' שלמה וינקר, שם.

⁴¹ פרופ' שלמה וינקר, שם.

כשליש מכלל המאובחנים במאחדת הם קטינים וכשני שלישים הם בגיל 18 ומעלה. כ-70% מהמאובחנים בקופה הם ממין נקבה וכ-30% ממין זכר

בין ארבעת המחוזות של מאחדת, 35% מהמאובחנים נרשמו במחוז ירושלים, 27% במחוז הדרום, 24% במחוז המרכז ו-14% במחוז הצפון

שיעור הקטינים מקרב המאובחנים בלאומית הוא כשליש, לעומת כשני שלישים בני 18 ומעלה

בין המחוזות של לאומית, 30% נרשמו במחוז המרכז, 24% בכל אחד מהמחוזות ירושלים והדרום, ו-21% במחוז הצפון

לפי נתוני לאומית, 61% מהמאובחנים בה אובחנו ביישובים מהמגזר הכללי, 26% ביישובים מהמגזר החרדי, 9% במגזר הערבי ו-4% במגזר הדתי-לאומי. ביישובים רבים האוכלוסייה מעורבת ולכן הזיהוי הוא מוגבל

לפי הטבלה, שיעור הקטינים מקרב המאובחנים בלאומית הוא כשליש (34%) ושיעור בני ה-18 ומעלה הוא כשני שלישים. בין המאובחנים המבוגרים מגיל 18, שיעור המאובחנים עם אנורקסיה נרבוזה הוא 21%, לעומת 6% בקרב הקטינים. שיעור המאובחנים עם בולימיה נרבוזה הוא 9% בקרב המבוגרים לעומת 2% בקרב הקטינים, ושיעור המאובחנים עם הפרעות אכילה אחרות הוא 70% בקרב המבוגרים לעומת 93% בקרב הקטינים.

לאומית העבירה לידינו נתונים על התפלגות המאובחנים בין ארבעת מחוזות הקופה, ולפיהם שיעור המאובחנים הגדול ביותר נרשם במחוז המרכז של הקופה – 30% (1,053 מבוטחים). במחוזות ירושלים (850 מאובחנים) והדרום (869 מאובחנים) שיעור המאובחנים היה דומה – 24% בכל אחד. במחוז הצפון אובחנו מבוטחים במספר הנמוך ביותר – 756 מבוטחים (21%).

לאומית התייחסה גם להתפלגות המאובחנים לפי קבוצות אוכלוסייה, ככל שאפשר לזהותן על פי יישובים המתאפיינים בצביון מגזרי מסוים, אך יש לזכור כי זיהוי זה אינו מדויק והוא כרוך במגבלות, בעיקר משום שביישובים רבים מתגוררת אוכלוסייה מעורבת. על פי הנתונים הקיימים, 61% מהמאובחנים (2,175 מבוטחים) אובחנו בסניפי הקופה הממוקמים ביישובים מהמגזר הכללי, 26% (919 מבוטחים) אובחנו ביישובים מהמגזר החרדי, 9% (339 מבוטחים) ביישובים במגזר הערבי, ו-4% (156 מבוטחים) – ביישובים מהמגזר הדתי-לאומי. נציין בהקשר זה כי בשיחות שקיימנו עם מנהלת עמותה לטיפול בהפרעות אכילה במגזר החרדי ועם רופאים בכירים במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע, עלה כי תופעה זו מפושטת הן בחברה החרדית והן בחברה הבדואית אך אינה גלויה לעין הציבור.⁴² לדברי מנהלת המסגרת לטיפול יום במרכז הרפואי זיו בצפת, התופעה נפוצה בחברה הערבית בכלל אך בשל הסטיגמה החברתית הפנייה לטיפול נעשית רק בלית ברירה.⁴³

לסיכום נתוני הקופות, אפשר לומר כי שיעורם של כ-23,000 המאובחנים בכל הקופות עם הפרעות אכילה נמוך מהערכת משרד הבריאות על סך הסובלים מהפרעות אלה בישראל. במאחדת ובלאומית, שיעור המאובחנים הקטינים מכלל המבוטחים הקטינים הוא כשליש ובמכבי שיעורם הוא 42%. במכבי האבחנה הנפוצה ביותר בקרב קטינים ובגירים כאחד היא אנורקסיה – ככל הנראה משום שבנתונים נכללו בין היתר אבחנות אנורקסיה שאינן שייכות לתחום הפרעות האכילה. במאחדת ובלאומית רוב האבחנות הן הפרעות אכילה אחרות – יותר מ-90% בקרב קטינים ו-70% ומעלה בקרב בגירים. הכללית לא מסרה נתוני גיל כלשהם. נתוני

⁴² ד"ר דרור דולפין, סגן מנהל המרכז הרפואי סורוקה וד"ר הלן שר, מנהלת היחידה לטיפול בהפרעות אכילה בילדים ונוער, המרכז הרפואי סורוקה, שיחת טלפון, 29 באוגוסט 2021; ב. כ. ט., מנהלת מרכז פיימ"ל לטיפול בהפרעות אכילה, ירושלים, שיחת טלפון, 26 באוגוסט 2021.

⁴³ ד"ר נטע יואלי, מנהלת הבית לטיפול יום בהפרעות אכילה, המערך הפסיכיאטרי לילד ולמתבגר, המרכז הרפואי זיו, צפת, שיחת טלפון, 30 באוגוסט 2021.

מגדר נמסרו רק על ידי מכבי ומאוחדת, ולפיהם שיעור הנשים בקרב המאובחנים הוא -70%
73%.

2.3 מספר המטופלים נגד הפרעות אכילה

בפרק זה יוצגו נתוני קופות החולים על מספר המבוטחים שקיבלו טיפול בהפרעות אכילה בשנים האחרונות. יש לציין כי לא ידוע מה שיעור המטופלים החדשים מקרב מבוטחים אלה בכל שנה, וייתכן שיש מבוטחים שקיבלו טיפול ביותר משנה אחת ולכן נספרו יותר מפעם אחת.

לפי הכללית, בכל שנה מטופלים במסגרותיה כ-2,000 מבוטחים עם הפרעת אכילה, כלומר כ-63% מהמאובחנים בקופה

לפי הכללית, בכל שנה מטופלים כ-2,000 מבוטחים עם הפרעת אכילה פעילה במסגרות הטיפול הייעודיות.⁴⁴ נזכיר שמספר המבוטחים שאובחנו עם הפרעות אכילה בקופה הוא כ-3,200 ולכן מספר המטופלים מהווה כ-63% מהמאובחנים. עם זאת שיעור המטופלים עשוי להיות גבוה יותר לאור העובדה שהקופה הסבירה כי נתונה הם חלקיים ובלתי מדויקים משום שחלק מהמטופלים מקבלים מענה בבתי חולים והאבחנות אינן מדווחות לפי הקודים המקצועיים (לפי ICD-10)⁴⁵ לצוותי הרפואה הראשונית (כלומר לרופא המשפחה במרפאה), וכן משום שחלק מהמקרים מגיעים למיון או לאשפוז במחלקות כלליות בבתי חולים, בשל השלכות של הפרעת האכילה, ואינם מדווחים למערכת בריאות הנפש.⁴⁶ אין זה מן הנמנע שמגבלות אלה תקפות גם בנוגע לשאר הקופות.

במכבי טופלו בין שנת 2018 לשנת 2020 בין 2,190 ל-2,731 מבוטחים, שהם בין 34% ל-42% ממספר המאובחנים בקופה משנת 2018, ובשנת 2021 טופלו בתשעת החודשים הראשונים בלבד 2,630 מבוטחים. יש לשים לב לכך שמכבי ציינה בתשובתה על פנייתנו כי "לא ניתן לקשר בהכרח בין קיומה של אבחנת הפרעת האכילה לטיפול ולמיקוד הטיפול"⁴⁷. לצד זאת ציינה הקופה גם כי "נתוני המטופלים מתייחסים לכל מי שקיבלו טיפולים במסגרת הסל - קודי פסיכיאטר, פסיכותרפיה, או דיאטניות הן במסגרות מרפאות בריאות הנפש, הן במרפאות להפרעות אכילה, בתוך מכבי או מחוצה לה (מרפאות של בתי החולים או ספקים שונים), אך גם של פסיכיאטרים, פסיכותרפיסטים או דיאטניות בקהילה במסגרת מכבי (שלא במסגרת מרפאה רב מקצועית)"⁴⁸. להלן נתונים על התפלגות המטופלים לפי גיל:

על פי נתוני מכבי, בין השנים 2018-2020 טופלו בכל שנה בין 2,190 ל-2,731 מבוטחים, שהם 34% - 42% ממספר המאובחנים בקופה משנת 2018, ובשנת 2021 טופלו בתשעת החודשים הראשונים בלבד 2,630 מבוטחים. יש לשים לב לכך שמכבי ציינה בתשובתה על פנייתנו כי "לא ניתן לקשר בהכרח בין קיומה של אבחנת הפרעת האכילה לטיפול ולמיקוד הטיפול"⁴⁷. לצד זאת ציינה הקופה גם כי "נתוני המטופלים מתייחסים לכל מי שקיבלו טיפולים במסגרת הסל - קודי פסיכיאטר, פסיכותרפיה, או דיאטניות הן במסגרות מרפאות בריאות הנפש, הן במרפאות להפרעות אכילה, בתוך מכבי או מחוצה לה (מרפאות של בתי החולים או ספקים שונים), אך גם של פסיכיאטרים, פסיכותרפיסטים או דיאטניות בקהילה במסגרת מכבי (שלא במסגרת מרפאה רב מקצועית)"⁴⁸. להלן נתונים על התפלגות המטופלים לפי גיל:

⁴⁴ נועה דנאי, שם.

⁴⁵ ICD-10: המהדורה העשירית של קובץ הסיווגים הרפואיים הבין-לאומי של ארגון הבריאות העולמי. מהדורה זו היתה בתוקף עד סוף שנת 2021, מועד כניסתה לתוקף של המהדורה ה-11, המעודכנת יותר.

⁴⁶ נועה דנאי, מנהלת מחלקת ניהול ידע ומידע, ממונת חוק חופש המידע בכללית, שירותי בריאות כללית, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 19 בדצמבר 2021.

⁴⁷ שלהבת צדקה, שם.

⁴⁸ יובל חמו, מכבי שירותי בריאות, הבהרה לתשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 2 בפברואר 2022.

טבלה 6: מטופלים במכבי נגד הפרעות אכילה, לפי גיל, 2018-2021⁴⁹

ינואר-ספטמבר 2021	2020	2019	2018	
1,795	1,839	1,686	1,481	מבוגרים
829	892	790	709	קטינים
2,624	2,731	2,476	2,190	סך הכול

מהטבלה עולה כי מספר המטופלים במכבי גדל משנה לשנה - בין השנים 2018 ו-2020 גדל מספר המטופלים המבוגרים ב-24% ומספר הקטינים גדל ב-26%. עם זאת, ההתפלגות לפי גיל נשארה יציבה: כשליש מהמטופלים הם קטינים וכשני שלישים מבוגרים מעל גיל 18.

מנתונים נוספים שמסרה הקופה עולה כי שיעורם של המטופלים הגברים היה בין 18% (בשנים 2018 ו-2019) ל-17% (בשנים 2020 ו-2021). נזכיר כי שיעור הזכרים מכלל המאובחנים בקופה הוא 27%. כמו כן עולה מנתוני הקופה ששיעור המטופלים שטופלו טיפול חוזר בתוך שלוש שנים מהטיפול הקודם גדל בהדרגה מ-68% בשנת 2018 (708 מבוטחים) ל-80% בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021 (518 מבוטחים עד חודש ספטמבר).⁵⁰

במאחדת טופלו בכל אחת מהשנים האחרונות במסגרת מערך בריאות הנפש של הקופה עצמה כ-1,200-1,300 מבוטחים בטיפולים ייעודיים נגד הפרעות אכילה. כמו כן טופלו כ-700 מטופלים בכל שנה על ידי ספקי חוץ אמבולטוריים,⁵¹ אך להערכת רכזת תחום סיעוד במערך בריאות הנפש בקופה, תיתכן חפיפה בשיעור של 20% - 30%. בין המבוטחים שקיבלו טיפול במסגרת הקופה לבין המבוטחים שטופלו בידי ספקי חוץ.⁵² על בסיס הנחה זו, אפשר להעריך כי מספר המטופלים בכל המסגרות היה בערך 1,360 - 1,560 מטופלים בשנה, שהם 14% - 16% ממספר המאובחנים הכולל. להלן נתונים שמסרה הקופה על התפלגות כלל המטופלים לפי סוג הפרעה:

טבלה 7: מבוטחי מאחדת שטופלו נגד הפרעות אכילה, לפי סוג הפרעה וגורם מטפל,

2018-2021⁵³

ינואר-ספטמבר 2021	2020	2019	2018	
1,283	1,218	1,210	1,224	מטופלים במסגרות הקופה
650	728	738	719	מטופלי ספקים חיצוניים

כפי שאפשר לראות, מספר המטופלים הכולל בתשעת החודשים הראשונים בשנת 2021 היה קרוב למספר המטופלים בשנים האחרות, שהיו שנים מלאות.

⁴⁹ שלהבת כהן צדקה, שם.

⁵⁰ שלהבת כהן צדקה, שם.

⁵¹ רויטל אורדן, מרכזת תחום סיעוד במערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, שיחת טלפון, 26 בינואר 2022.

⁵² רויטל אורדן, שם.

⁵³ עו"ד מירה אהרוני, 4 בינואר 2022.

משנת 2018 ועד ספטמבר 2021 שיעור המטופלים ממין זכר במאוחדת היה 17% - 22% מהמטופלים במסגרות הקופה, ושיעורם הגבוה ביותר (22%) נרשם בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021. שיעור המטופלות ממין נקבה במסגרות הקופה, ושיעורם הגדול ביותר נרשם בינואר - ספטמבר 2021

בשנים 2018 - 2020 טופלו בלאומית בין 654 ל-689 מבוטחים, שהם 18% - 19% מהמאובחנים בקופה

מאוחדת מסרה לנו נתונים על המגדר והגיל של המטופלים במסגרות הקופה (ללא ספקים חיצוניים), שבהן טופלו רוב המטופלים. מהנתונים עולה כי משנת 2018 ועד ספטמבר 2021 שיעור המטופלים ממין זכר היה 17% - 22% מהמטופלים במסגרות הקופה, ושיעורם הגבוה ביותר (22%) נרשם בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021. שיעור המטופלות ממין נקבה במסגרות הקופה היה גבוה ביותר בקרב המטופלים נגד בולימיה נרבוזה - יותר מ-90%. עוד עולה מנתוני מאוחדת, ששיעור הקטינים היה כרבע מכלל המטופלים בכל שנה. ממידע נוסף שמסרה הקופה עולה שלפחות 90% מהמטופלים נגד בולימיה נרבוזה וכשלושה רבעים מהמטופלים נגד יתר הפרעות האכילה בכל שנה היו מעל גיל 18.

לאומית מסרה לנו נתונים על מטופלים נגד הפרעות אכילה תוך ציון שלא נכללו בהם אשפוזים ואשפוזי יום שבוצעו בבתי חולים כלליים, מטופלים במסגרת טיפול יום, וסוג הפרעת האכילה שבגינה ארע אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי⁵⁴ - נתונים שלא נמסרו גם על ידי הקופות האחרות. נוסף על כך נמסר שהנתונים מתייחסים לכל מי שאובחן עם הפרעת אכילה (גם אצל ספקים חיצוניים), אך אינם כוללים בהכרח רק טיפולים ייעודיים בהפרעות אלה.⁵⁵ לפי הנתונים הזמינים, בשנים 2018-2020 טופלו בקופה בין 654 ל-689 מבוטחים, שהם 18% - 19% מהמאובחנים עם הפרעות אכילה.

לאומית לא מסרה לנו נתונים על התפלגות המטופלים לפי מגדר. להלן הנתונים שמסרה הקופה על התפלגות המטופלים בכל שנה משנת 2018 ועד ספטמבר 2021 לפי גיל:

טבלה 8: מבטחי לאומית שטופלו נגד הפרעות אכילה, לפי גיל, 2018-2021⁵⁶

ינואר-ספטמבר 2021	2020	2019	2018	
247	241	256	189	קטינים
388	414	433	465	מבוגרים
635	655	689	654	סך הכול

שיעור הקטינים מהמטופלים בלאומית היה בין 29% בשנת 2018 ל-39% בינואר - ספטמבר 2021

מהטבלה עולה כי שיעור הקטינים מקרב המטופלים היה 29% בשנת 2018, 37% בשנת 2019 ובשנת 2020, ו-39% בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021. מספר המטופלים הקטינים גדל בשנים 2018-2020 בכ-28%, בעוד שמספר המטופלים המבוגרים קטן ב-11%. נוסף על כך נמסרו מלאומית נתונים שלפיהם בכל אחת מהשנים, שיעור המטופלים החדשים (שטופלו בקופה לראשונה) בשנים המלאות 2018-2020 היה בין 53% (בשנת 2020) ל-56% (בשנת 2019). בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021 שיעורם היה 51%.⁵⁷ כלומר, בכל אחת מהשנים שיעור המבוטחים שטופלו טיפולים חוזרים היה גדול מ-40%.

⁵⁴ פרופ' שלמה וינקר, שם.

⁵⁵ שולמית שי, מערך בריאות הנפש, קופת חולים לאומית, דוא"ל ושיחת טלפון, 2 בפברואר 2022.

⁵⁶ פרופ' שלמה וינקר, שם.

⁵⁷ פרופ' שלמה וינקר, שם.

לפי נתוני לאומית, הנתונים למגבלות רבות, שיעור המטופלים בשנים האחרונות במרפאות ביישובים מהמגזר הכללי היה בין 57% ל-62%, במגזר החרדי בין 26% ל-30%, במגזר הערבי בין 7% ל-9%, ובמגזר הדתי-לאומי בין 4% ל-6%

ככל שאפשר ללמוד במסגרת מגבלות הנתונים על השינוך לקבוצות אוכלוסייה, שיעור המטופלים הקשורים למרפאות לאומית ביישובים מהמגזר הכללי היה בין 57% (בשנת 2019) ל-62% מהמטופלים (בשנת 2021 בחודשים ינואר-ספטמבר). הקבוצה השנייה בגודלה היתה מקרב המגזר החרדי, ושיעורה היה בין כ-26% (בשנת 2021) לכ-30% מהמטופלים (בשנת 2019). שיעורם של מטופלים מהמגזר הערבי היה בין כ-7% (בשנים 2018 ו-2021) לכ-9% (בשנת 2019); שיעור המטופלים מקרב המגזר הדתי-לאומי היה הקטן ביותר: בין כ-4% (בשנת 2020) לכ-6% (בשנים 2018 ו-2021). שיעורים אלה תואמים את שיעורי המאובחנים מכל אחת מקבוצות האוכלוסייה הללו.

לסיכום נתוני הקופות, בכללית מטופלים בשנה כ-2,000 מבטחים נגד הפרעות אכילה – כ-63% מהמאובחנים שעליהם דיווחה הקופה. לעומת זאת, במכבי טופלו בכל שנה 34% - 42% מהמאובחנים (בין 2,190 ל-2,731 מבטחים), אך נזכיר שנתוני המאובחנים בקופה זו כוללים ככל הנראה אנשים עם אבחנות שאינן קשורות להפרעות אכילה. במאוחדת טופלו בשנה -14% 16% מהמאובחנים (כ-1,360 – 1,560 מבטחים), ובלאומית שיעור המטופלים בשנה היה 18% - 19% מהמאובחנים (654-689 מבטחים). שיעור הקטינים בקרב המטופלים בכל אחת מהשנים היה כשליש במכבי, כרבע במאוחדת, ובלאומית שיעורם עלה בהדרגה מ-29% בשנת 2018 ל-39% בתשעת החודשים הראשונים של שנת 2021. כחמישית מהמטופלים במאוחדת ו-17% - 18% ממטופלי מכבי היו ממין זכר.

נציין כי למרות חשיבות הטיפול המוקדם, מחקר משנת 2020 הראה כי בממוצע בין-לאומי, משך הזמן שחלף מהופעת הפרעת האכילה ועד לקבלת טיפול מקצועי היה בין שנתיים וחצי (לאנורקסיה נרבוזה) לכשש שנים (להפרעת אכילה התקפית). עיכוב בקבלת טיפול עלול להיגרם על ידי המטופל עצמו, כאמור, בשל אי-הכרה במצבו והימנעות מפנייה לסייע, אך הוא עלול גם להיות תוצאה של חסמים מערכתיים בשירותי הבריאות, המכבידים על נגישות הטיפול.⁵⁸

2.4 שיעורי החלמה

על פי דוח מסכם של מחקר בנושא שיקום צעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל, שפורסם בשנת 2020, הגדרת החלמה מהפרעות אכילה היא רב-ממדית וכוללת מגוון פרמטרים, החל מפרמטרים כלליים (חברתיים, פסיכולוגיים, רגשיים וכיוצא באלה) ועד לפרמטרים ייחודיים להפרעות אכילה (כגון דימוי הגוף והתנהגויות הממוקדות במשקל). צוין גם שטרם נקבע מדד אחיד לקביעת החלמה, ושבספרות המדעית קיימת שונות רבה באופן הגדרתה, הבאה לידי ביטוי

⁵⁸ Amelia Austin & al., [The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders – Upscaled study: Clinical outcomes](#), *Early Intervention in Psychiatry*, p. 2.

בקריטריונים הקליניים ובמשך הזמן הנדרש להגדרת החלמה.⁵⁹ יתר על כן, בדוח מתוארת תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש, שפותחה בעשורים האחרונים, ולפיה יש להבדיל בין החלמה קלינית – המתבטאת בהיעלמות תסמינים פסיכיאטריים, לבין החלמה אישית – שהיא תהליך אינדיבידואלי אקטיבי, הכולל פיתוח תחושת עצמי חדשה והתקדמות להשגת מטרות אישיות ולחיים בעלי משמעות.⁶⁰ מידת ההחלמה הקלינית הוערכה במחקר באמצעות סיכום הניקוד שהתקבל ממילוי שאלון, שכלל התייחסות לערך ה-BMI (מדד מסת גוף) בעת מילוי השאלון ולהיבטים התנהגותיים במישורים שונים, בהתבסס על ששת החודשים האחרונים.⁶¹

עם זאת צוין בדוח כי ככל הידוע כיום, החלמה קלינית מלאה מהפרעות אכילה (היעלמות התסמינים) מתרחשת בקרב 40% - 45% מהחולים, החלמה חלקית (שלא הוגדרה בדוח) מתרחשת בקרב 30% - 35%, ובקרב כ-20% המחלה נשארת כמצב כרוני המוביל לעתים לתמותה, וזאת בעיקר בשל היענות נמוכה לטיפול, חוסר מעקב לאחר סיום הטיפול וחוסר תוכניות שיקום בקהילה.⁶² משרד הבריאות, בתשובתו על פנייתנו, התמקד באנורקסיה נרבוזה ומסר הערכות שלפיהן מחצית מהסובלות מהפרעה זו שיטופלו בשנים הראשונות להתפרצות המחלה יחלימו, עוד 30% מהן ימשיכו לסבול מתסמינים בעוצמות משתנות לשנים ארוכות, וכ-15% - 20% יוגדרו כחולות כרוניות, שיתקשו לנהל חיים רגילים ורובן יגיעו שוב ושוב לאשפוז. לדברי המשרד, הפרעה זו מתאפיינת ב-5% תמותה.⁶³ נוסף על כך, לפי דוח המחקר שהוזכר לעיל, הפרעות אכילה מתאפיינות בשיעורים גבוהים של נשירה מטיפול לפני סיומו, גם בהשוואה ליתר המחלות הפסיכיאטריות.⁶⁴

כפי שצוין בספרות המקצועית ועל ידי גורמי מקצוע ששוחחנו עימם, שיעורי ההחלמה של בני נוער גדולים יותר מאשר בקרב מבוגרים.⁶⁵ לפי פרסום משנת 2021 של האקדמיה האמריקאית

לפי הערכות שמסר משרד הבריאות, כמחצית מהסובלות מאנורקסיה נרבוזה שיטופלו בשנים הראשונות להתפרצותה יחלימו, 30% ימשיכו לסבול מתסמינים בעוצמות משתנות וכ-15% - 20% יוגדרו כחולות כרוניות, שרובן יגיעו לאשפוזים חוזרים

⁵⁹ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 6.

⁶⁰ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 4, 6. על פי הדוח, קיים מתאם מובהק בין החלמה קלינית להחלמה אישית. שם, עמ' 138.

⁶¹ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 82.

⁶² עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 6.

⁶³ מירי כהן, שם.

⁶⁴ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 134. שיעורי הנשירה מאשפוז כפי שתוארו בספרות המקצועית הם -20% -51%, ושיעורי הנשירה מטיפול מרפאתי הם 29%-73%. שם.

⁶⁵ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e15.

לרפואת ילדים, שיעורי ההחלמה של בני נוער מהפרעות אכילה הם כ-70%, אך הפרוגנוזה (צפי להחלמה) שלהם על פי מחקרים מתאפיינת בשונות רבה, בהתאם לשיטת המחקר, להגדרת מושג ההחלמה ולמשך המעקב. קיימים הבדלים גם בין הפרוגנוזות של סוגי ההפרעות השונים.⁶⁶

3. מסגרות לטיפול בהפרעות אכילה בישראל

הפרעת אכילה (לפחות מדרגת חומרה מסוימת) מחייבת טיפול רב-מקצועי הכולל מעקב רפואי, פסיכיאטרי, תזונתי, רגשי ומשפחתי. אפקטיביות הטיפול תלויה בין השאר בשילוב הפונקציות השונות וריכוזן במסגרת אחת.⁶⁷

פרק זה עוסק במסגרות הייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה (שכן חלק מהמטופלים נקלטים לעתים במסגרות נוספות שאינן ייעודיות לתחום זה). לדברי משרד הבריאות, כל המסגרות הייעודיות מעניקות טיפול ביו-פסיכו-סוציאלי ומענה רפואי, תרופתי, תזונתי, התנהגותי ורגשי, והן נבדלות ביניהן באינטנסיביות הטיפול. ההפניה אליהן מותאמת למצבו הקליני של המטופל, לחומרת המחלה ולנכונותו להשתבץ במסגרת.⁶⁸ לדברי המשרד מסגרות הטיפול כוללות:

מרפאות – מרפאות בריאות הנפש שבהן מתקיימות פגישות טיפוליות עם צוות רב-מקצועי בהתאם לתוכנית טיפול אישית ובתדירות המותאמת למצבו הקליני, למשך כמה חודשים ואף שנים. רוב המטופלים נגד הפרעות אכילה מטופלים במרפאות.⁶⁹ **בישראל יש כיום 32 מרפאות.**

מסגרות לטיפול יום/אשפוז יום – יחידות הפועלות בדרך כלל במסגרת מרכזים רפואיים, שהמטופלים מגיעים אליהן ל-6 שעות ביום, כמה ימים בשבוע. לרוב משך הטיפול במסגרת זו הוא כשלושה חודשים.⁷⁰ **טיפול יום** נועד למנוע צורך באשפוז, ואשפוז יום נועד להקל על המעבר מאשפוז מלא לטיפול בקהילה, אך בפועל אין הבדל בין שתי המסגרות מבחינה טיפולית.⁷¹ גם התעריפים שקבע משרד הבריאות לשירותים אלה אינם זהים אך הפער ביניהם קטן.⁷² **בישראל**

יש כיום 17 מסגרות לטיפול יום ובהן 191 עמדות טיפול.

ד"ר איתן גור, שם; פרופ' סילבנה פניג, מנהלת המעריך לרפואה פסיכולוגית, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, שיחת טלפון, 29 באוגוסט 2021.

⁶⁶ Laurie L. Hornberger, Margo A. Lane and The Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics, [Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents](#), p. e15.

⁶⁷ ד"ר איתן גור, שם.

⁶⁸ יונתן אמסטר, מנהל תחום רגולציה בברה"נ, אגף בריאות הנפש, חטיבת הרפואה, משרד הבריאות, הבהרות לתשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 6 בינואר 2022.

⁶⁹ יונתן אמסטר, שם; רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עמ' 14, 13 בדצמבר 2016.

⁷⁰ יונתן אמסטר, שם.

⁷¹ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עמ' 17, 13 בדצמבר 2016.

⁷² ד"ר גד רייזלר, מנהל היחידה לטיפול יום בהפרעות אכילה, מרכז רפואי שמיר, שיחת טלפון, 28 ביולי 2021.

בישראל יש כיום 32 מרפאות לטיפול בהפרעות אכילה

לדברי משרד הבריאות יש בישראל 17 מסגרות לטיפול יום ובהן 191 עמדות טיפול

לפי המשרד, אשפוז מלא מתקיים ב-9 מחלקות אשפוז המעניקות טיפול ייעודי בהפרעות אכילה, ובהן 128 מיטות

כיום פועלים בישראל ארבעה בתים שיקומיים, ולפי משרד הבריאות יש בהם 56 מקומות סך הכול

כמחצית מ-32 המרפאות מופעלות על ידי קופות החולים וכמחצית פועלות במסגרת בתי חולים שאינם בבעלות הקופות

מחלקות אשפוז בבתי חולים – מחלקות אשפוז ייעודיות להפרעות אכילה, מחלקות לבריאות הנפש, ולעתים גם מחלקות אחרות בבתי חולים לאשפוז כללי, וכן מחלקות אשפוז במרכזים רפואיים לבריאות הנפש – בכל אלה מתקיים אשפוז מלא. בדוח מבקר המדינה משנת 2012 נכתב כי מחלקות האשפוז הייעודיות הן המסגרת המועדפת לאשפוז, כיוון שהצוותים הרב-מקצועיים בהן מסוגלים לתת מענה על בעיות פיזיות ונפשיות כאחת.⁷³ לפי דיווח משרד הבריאות, בישראל יש כיום 9 מחלקות אשפוז ייעודיות ובהן 128 מיטות.

בתים שיקומיים – מוסדות לשהייה ממושכת ורצופה המיועדים לחולים שהשתחררו מאשפוז מלא ועדיין אינם מוכנים לשילוב בקהילה. השיקום כולל השתתפות בתוכנית אישית לרבות מעקב תזונתי ורפואי, ושילוב בקהילה באמצעות תעסוקה או התנדבות.⁷⁴ **כיום פועלים ארבעה בתים שיקומיים, ולפי משרד הבריאות יש בהם 56 מקומות.**⁷⁵

לשם מיפוי המסגרות הזמינות לטיפול פנינו למשרד הבריאות ולארבע קופות החולים וביקשנו מידע מפורט, בכללו בין היתר נתונים על מספר המטופלים שאפשר לקלוט בזמן נתון, משך הטיפול הממוצע ומשך ההמתנה הממוצע לטיפול, אך פירוט זה לא התקבל במלואו, וכן ניכרה שונות ברמת הפירוט שהציגו הקופות. רוב הקופות התייחסו בתשובותיהן לצורך ברכישת שירותים שאינם מסופקים על ידי הקופה עצמה מספקים חיצוניים.⁷⁶ להלן יוצג המידע כפי שנמסר לנו על ידי משרד הבריאות וקופות החולים.

3.1 מרפאות

לפי מידע שנמסר לנו ממשרד הבריאות ומארבע קופות החולים, קיימות בישראל 32 מרפאות ייעודיות לטיפול בהפרעת אכילה. כמחציתן פועלות במסגרת בתי חולים שאינם בבעלות הקופות וכמחצית מופעלות על-ידי הקופות.⁷⁷ להלן נתוני המרפאות:

טבלה 9: מרפאות לטיפול בהפרעות אכילה⁷⁸

גיל מטופלים	מוסד	מחוז	יישוב
מרפאות שאינן בבעלות קופות החולים			
18 ומעלה	זיו	צפון	צפת
18 ומעלה	רמב"ם	חיפה	חיפה
עד 18	זיו	צפון	צפת
עד 18	רמב"ם	חיפה	חיפה
עד 18	בני ציון	חיפה	חיפה

⁷³ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), עמ' 18.

⁷⁴ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), עמ' 20.

⁷⁵ יונתן אמסטר, שם.

⁷⁶ נועה דנאי, שם; שלהבת כהן צדקה, שם; עו"ד מירה אהרוני, 4 בינואר 2022.

⁷⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר קשרי ממשל ותוכניות לאומיות, משרד הבריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 10 בנובמבר 2021.

⁷⁸ מירי כהן, שם; נועה דנאי, שם; שלהבת כהן צדקה, שם; עו"ד מירה אהרוני, 4 בינואר 2022.

18 ומעלה	שיבא	תל אביב	תל השומר
עד 18	שיבא	תל אביב	תל השומר
18 ומעלה	סורסקי (איכילוב)	תל אביב	תל אביב - יפו
18 ומעלה	רעות	תל אביב	תל אביב - יפו
עד 18	שמיר (אסף הרופא)	מרכז	צריפין
18 ומעלה	הדסה	ירושלים	ירושלים
עד 18	הדסה	ירושלים	ירושלים
עד 18	אלין - מסגרת לתינוקות	ירושלים	ירושלים
18 ומעלה	מרפאה ממשלתית לבריאות הנפש	דרום	באר שבע
מרפאות בבעלות קופות החולים			
כל הגילים	כללית	צפון	תרדיון (משגב)
כל הגילים	כללית (מרכז רפואי העמק)	צפון	עפולה
כל הגילים	כללית (מרכז רפואי שלוותה)	מרכז	כפר סבא
עד 18	כללית (מרכז רפואי שניידר)	מרכז	פתח תקווה
כל הגילים	מכבי	חיפה	חיפה
כל הגילים	מכבי	מרכז	נתניה
כל הגילים	מכבי	מרכז	הוד השרון
כל הגילים	מכבי (מרפאה חדשה)	דרום	אשדוד
כל הגילים	מכבי	דרום	באר שבע
18 ומעלה	מאוחדת	מרכז	פתח תקווה
עד 18	מאוחדת	מרכז	גבעת שמואל
כל הגילים	מאוחדת	מרכז	רחובות
כל הגילים	מאוחדת	ירושלים	ירושלים
נוער	מאוחדת	ירושלים	ירושלים
כל הגילים	מאוחדת	דרום	אשדוד
מבוגרים תחילה	לאומית (מרפאה חדשה)	צפון	יקנעם
כל הגילים	לאומית	ירושלים	ירושלים
12-25	לאומית	דרום	אשדוד

מבין 14 המרפאות שאינן שייכות לקופות החולים, 7 מיועדות לקטינים, הצפונית שבה בחיפה והדרומית בצריפין

לפי הטבלה, מבין 14 המרפאות שאינן שייכות לקופות החולים, 7 מרפאות מיועדות למבוגרים ו-7 מרפאות לקטינים. המרפאה הצפונית ביותר מבין מרפאות אלה, המשרתת הן מבוגרים והן קטינים, ממוקמת בחיפה, בעוד שהדרומית ביותר המיועדת למבוגרים היא בבאר שבע ולקטינים בצריפין. **נציין כי מרפאות אלה עשויות להיות שונות בגודלן ובמספר המטופלים שהן יכולות לשרת. משרד הבריאות לא דיווח לנו מהו מספר המטופלים שיכולים להיקלט בכל מרפאה, בנימוק שתדירות המפגשים אינה אחידה לכל המטופלים, אך בד בבד ציין כי לפי תורי ההמתנה ניכר שהקיבולת הנוכחית אינה מספקת.**⁷⁹

לפי הטבלה, **הכללית** מפעילה ארבע מרפאות ייעודיות, אחת מהן מיועדת לקטינים בעוד שלוש האחרות משרתות קטינים ומבוגרים כאחד. כל המרפאות פועלות במחוזות הצפון והמרכז

⁷⁹ יונתן אמסטר,

בלבד. הקופה לא מסרה מהו מספר המטופלים שאפשר לקלוט בכל מרפאה, אך ציינה כי בשל הצורך במענה ייעודי ורב-מקצועי, היא מסתמכת בין השאר על שירותים הניתנים בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים. נזכיר כי הכללית מבטחת כמחצית מהמבוטחים בישראל.⁸⁰

לדברי הכללית, משך הטיפול במרפאות הוא לרוב 3 – 7 חודשים. משך ההמתנה לכל המסגרות, לרבות מרפאות, התארך בתקופת משבר הקורונה ל-4 – 12 חודשים

הכללית מסרה לנו כי משך הטיפול במרפאות תלוי בצרכיו של המטופל ולרוב אורכו הוא 3 – 7 חודשים. לדברי הקופה, לפני מגפת הקורונה משך ההמתנה לכל המסגרות (לא מרפאות בלבד) היה בין כמה שבועות לשלושה חודשים, אך כיום הוא מגיע ל-4 – 12 חודשים. בעקבות ריבוי הפניות והתארכות ההמתנה הוקמה במרכז הרפואי שניידר לילדים בפתח תקווה מרפאת המתנה, המספקת להורים קבוצת תמיכה והדרכה באמצעים מקוונים לצד טיפול תזונתי פרטני במטופל. לדברי הקופה, מרפאה זו מספקת מענה מיידי ומרסנת את המשך ההתדרדרות במצבם של הממתינים לטיפול.⁸¹ אין בידינו מידע על מספר האנשים הצורכים שירות זה.

כפי שאפשר לראות בטבלה, **מכבי** מפעילה חמש מרפאות ייעודיות להפרעות אכילה, כולן רב-גילאיות. המרפאה הצפונית ביותר (היחידה בצפון הארץ) נמצאת בחיפה והדרומית ביותר בבאר שבע (ומלבדה במחוז הדרום קיימת מרפאה באשדוד שנוספה לאחרונה). מכבי מסרה לנו כי בתשע החודשים הראשונים של שנת 2021 טופלו בחמש מרפאות אלה 1,098 מבוטחים, מהם כ-63% בשתי המרפאות שבמחוז המרכז, כ-24% במרפאה במחוז חיפה וכ-14% בשתי המרפאות במחוז הדרום. לדברי הקופה, מאז שנת 2018 ממוצע הטיפולים למטופל היה 25.7 טיפולים.⁸²

מכבי מסרה שלרוב משך הטיפול הוא עד שנה, ושאינן כיום מתודולוגייה אחידה למדידת זמני המתנה לפי תקופות

מכבי מסרה כי לרוב משך הטיפול הוא עד שנה, אך הוא תלוי במצב המטופל ובמשתנים נוספים (למשל מעבר מחטיבת הביניים לתיכון).⁸³ באשר למשך ההמתנה הממוצע, מכבי טענה שלא קיימת מתודולוגיית מדידה אחידה המאפשרת מדידה מדויקת של זמני המתנה לפי תקופות, ולדבריה היא הציעה למשרד הבריאות לפעול להתוויית מתודולוגיה אחידה כזו. הקופה נמצאת, לדבריה, בשלבי פיתוח של כלי מדידה.⁸⁴

על פי הטבלה, **מאוחדת** מפעילה שש מרפאות ויחידות ביניים, ובהן שתי מסגרות ייעודיות לילדים ונוער, מסגרת אחת ייעודית למבוגרים ושלוש מסגרות מעורבות לילדים ולמבוגרים. הקופה אינה מפעילה מרפאות להפרעות אכילה מדרום לאשדוד ומצפון לאזור השרון. הנתונים על מספר המטופלים בכל מרפאה אינם מלאים וניתן להעריך על פיהם שסך כל המטופלים עולה

⁸⁰ נועה דנאי, שם.

⁸¹ נועה דנאי, שם.

⁸² שלהבת כהן צדקה, שם.

⁸³ שלהבת כהן צדקה, שם.

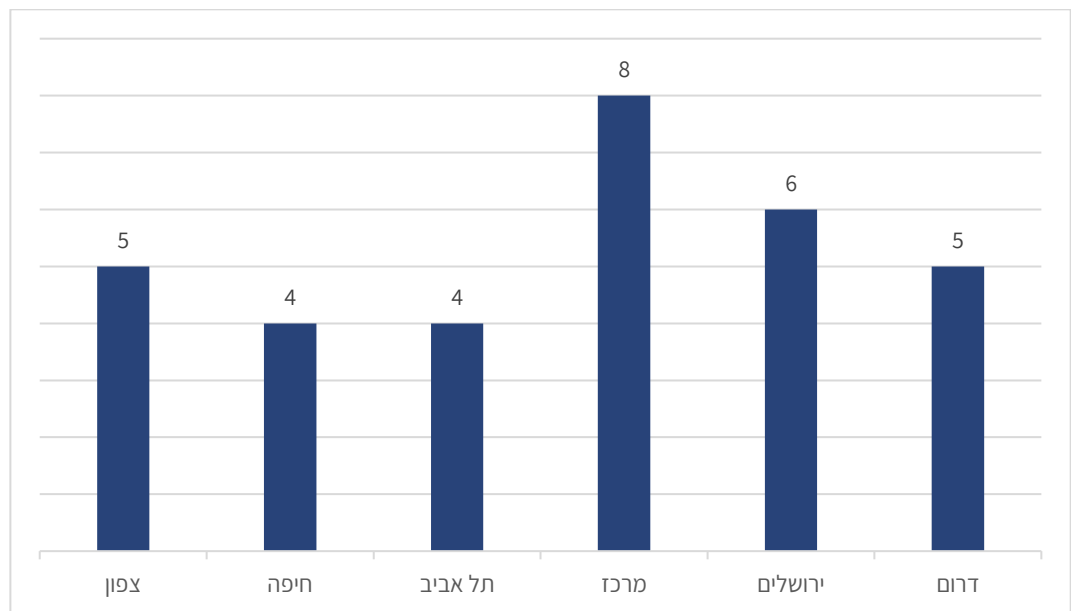
⁸⁴ שלהבת כהן צדקה, שם.

על 330 בשנה, מהם 200 לפחות הם בני נוער.⁸⁵ דיווח הקופה התייחס למונח "יחידות רב-מקצועיות ויחידות ביניים לטיפול בהפרעות אכילה". יחידת ביניים הוגדרה כיחידה למענה ראשוני ולמעקב, שאינה כוללת את כל מקצועות הטיפול הרלוונטיים.

מהטבלה אפשר ללמוד גם **שלאומית** מפעילה שלוש מרפאות: בצפון (חדשה), בירושלים ובדרום, ומספר המטופלים בשתי המרפאות הוותיקות (בירושלים ובאשדוד) יחד הוא 30. משך הטיפול הממוצע, כפי שדווח על ידי הקופה, לכאורה אינו זהה: כשנה במרפאת אשדוד ושנה-שנתיים במרפאת ירושלים.⁸⁶

על בסיס הנתונים שהתקבלו ממשרד הבריאות ומקופות החולים, מוצגת בתרשים שלהלן התפלגות כלל המרפאות הקיימות בארץ לפי מחוזות:

תרשים 1: מרפאות לטיפול בהפרעות אכילה לפי מחוזות



רבע מכלל המרפאות נמצאות במחוז המרכז, 19% במחוז ירושלים, 16% בכל אחד מהמחוזות צפון ודרום וכ-13% בכל אחד מהמחוזות צפון וחיפה

לפי התרשים, רבע מהמרפאות נמצאות במחוז המרכז – המחוז שבו שיעור המרפאות הגדול ביותר. 19% מהמרפאות ממוקמות במחוז ירושלים, 16% בכל אחד מהמחוזות צפון ודרום, וכ-13% בכל אחד מהמחוזות תל אביב וחיפה. נציין כי אין אף מרפאה דרומית לבאר שבע.

בתשובותיהן על פנייתנו התייחסו כל קופות החולים לצורך בפתיחת מסגרות נוספות, בדגש על מרפאות. **הכללית** ציינה שקיים מחסור במרפאות ייעודיות רב-מקצועיות, ושנדרשת הרחבת השירות לאזורים גאוגרפיים נוספים, תוך התחשבות במיקומם של מרפאות קיימות בקהילה ושל בתי החולים הפועלים בממשק עימן, במטרה למנוע כפילות ולחסוך במשאבים.⁸⁷ **מאוחדת** הצביעה אף היא על העדר מענה מספק לצרכים, במיוחד בהקשר של איתור ומענה ראשוני

כל קופות החולים מצביעות על מחסור במרפאות ייעודיות ורואות צורך בפתיחת מסגרות נוספות, בדגש על מרפאות

⁸⁵ עו"ד מירה אהרוני, שם.

⁸⁶ פרופ' שלמה וינקר, שם.

⁸⁷ נועה דנאי, שם.

והיקף השירות האמבולטורי. הקופה ציינה צורך בהקמת יחידות ביניים למענה ראשוני מוגבר בזמן ההמתנה למרפאה רב-מקצועית ייעודית. עם זאת, מאוחדת הוסיפה כי התפיסה השלטת במערכת הבריאות, שלפיה על הטיפול בהפרעות אכילה להתקיים אך ורק במסגרות ייעודיות, אינה מאפשרת זמינות ונגישות למטופלים או ליווי לאורך שנים למטופלים עם הפרעה כרונית.⁸⁸

מכבי ציינה שהיא רואה חשיבות בהמשך פיתוח מרפאות להפרעות אכילה, בכפוף לתקצוב ולעידוד מצד משרד הבריאות, על רקע העומס בבריאות הנפש ככלל, הדורש תוכנית לאומית למענים בקהילה.⁸⁹ **לאומית**, שלא התמקדה בהתייחסותה במרפאות בלבד, ייחסה את הפער בין היקף הצרכים לבין המענה הניתן במסגרות הטיפול ככלל, להעדר מודעות מספקת של מערך בריאות הנפש לצרכים בתחום הפרעות האכילה וכן למחסור בתקציבים להקמת מסגרות ובכוח אדם עם הכשרה מתאימה.⁹⁰ נזכיר כי גורמים מקצועיים ששוחחנו עימם הדגישו אף הם את חשיבות הרחבתה של פריסת המרפאות ברחבי הארץ, לאור חשיבות הטיפול הזמין והמיידית הן מבחינת בריאותם של המטופלים ורווחת המשפחות והן מבחינת החיסכון למערכות הבריאות והביטוח הלאומי כתוצאה מכך.⁹¹

משרד הבריאות ציין בתשובתו מינואר 2022 שבעיית המחסור בשירותים מאפיינת את כל שירותי בריאות הנפש ושקופות החולים נדרשות להרחיב את כלל השירות המרפאתי בתחום זה. לדבריו הוא יפרסם בקרוב מבחני תמיכה לקופות להרחבת מערך הטיפול בבריאות הנפש והשירותים יתועדפו לפי הצורך בכל מקום.⁹²

3.2 מסגרות לטיפול יום/לאשפוז יום

לפי נוהל משרד הבריאות ממרץ 2019, טיפול יום בהפרעות אכילה נועד למטופלים בכל הגילים שאי אפשר לייצב את מצבם הגופני ו/או הנפשי במסגרת הטיפול המרפאתי, ושללא טיפול אינטנסיבי עלולים להזדקק לאשפוז פסיכיאטרי ו/או גופני מלא.⁹³ מיקום המסגרת על פי הנוהל הוא במקום נגיש בקהילה או בבית חולים כללי או פסיכיאטרי, בשילוב עם שירות מרפאתי ייעודי לטיפול בהפרעות אכילה. הגודל המינימלי למסגרת הוא שש עמדות טיפול, והמסגרות נדרשות להפרדה פיזית בין מבוגרים (מגיל 18 ומעלה) לבין ילדים ומתבגרים (עד גיל 18, ובכפוף

טיפול יום בהפרעות אכילה נועד למטופלים בכל הגילים שאי אפשר לייצב את מצבם הגופני ו/או הנפשי במסגרת הטיפול המרפאתי, ושללא טיפול אינטנסיבי עלולים להזדקק לאשפוז פסיכיאטרי ו/או גופני מלא

⁸⁸ עו"ד מירה אהרוני, שם.

⁸⁹ שלהבת כהן צדקה, שם.

⁹⁰ פרופ' שלמה וינקר, שם.

⁹¹ ד"ר איתן גור, שם; ד"ר גד רייזלר, שם; יואב לרון, מנהל מרפאה להפרעות אכילה של קופת חולים כללית, מרפאת בריאות הנפש תרדיון, משגב, שיחת טלפון, 2 בספטמבר 2021.

⁹² יונתן אמסטר, שם.

⁹³ אגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, [נוהל להפעלת מסגרת לטיפול יום בהפרעות אכילה](#), נוהל מס' 76.101, עמ' 1, 3, בתוקף מ-1 במרץ 2019, כניסה: 17 באוגוסט 2021.

לשיקולים קליניים ומערכתיים – עד גיל 21).⁹⁴ סל השירותים שמתוכו יש להרכיב את תוכנית הטיפול של כל מטופל כולל מגוון התערבויות מתוך סל השירותים בבריאות הנפש (כגון בדיקה וטיפול פסיכיאטריים, פסיכותרפיה פרטנית וקבוצתית בשיטות שונות והדרכה משפחתית), ייעוץ וטיפול תזונתי, ייעוץ ומעקב רפואי, וארוחות המוגשות תחת השגחה טיפולית. ככלל, המטופלים מחויבים להשתתף בתוכנית הטיפולית 3-5 ימים בשבוע, אך הנוהל מאפשר גמישות לשם צמצום הדרגתי של ההשתתפות בתוכנית, בכפוף לשילוב עם טיפול מרפאתי.⁹⁵

משרד הבריאות דיווח במענה על בקשתנו על **17 מסגרות שבהן 191 עמדות לטיפול יום בהפרעות אכילה ברחבי הארץ, מתוכן 99 עמדות המיועדות למבוגרים ו-92 עמדות המיועדות לקטינים. עם זאת, מהצלבת נתון זה עם נתוני משרד הבריאות על מספר העמדות לטיפול יום בתקן עולה כי בישראל יש 136 עמדות טיפול יום בתקן להפרעות אכילה, מתוכן 76 עמדות המיועדות למבוגרים ו-60 עמדות המיועדות לקטינים.**⁹⁶ במענה לשאלתנו מהו מקור הפער, נמסר ממשרד הבריאות כי 136 העמדות הן העמדות בתקן בעוד שהנתון על 191 עמדות הוא מספרן בפועל, ולדברי המשרד פער זה נובע ככל הנראה מתהליכי רישוי שלא הושלמו, אך 191 העמדות נפתחו בפועל.⁹⁷ עם זאת, נשאלת השאלה מהן ההשלכות של העדר רישוי זה. בשיחות שקיימנו עם מנהלי מחלקות נטען בפנינו כי במקרים מסוימים משרד הבריאות אכן אישר פתיחת עמדות נוספות אך לא גיבה את האישור בתקנים ובתקציב.⁹⁸ להלן נציג את הפירוט של 191 העמדות לטיפול יום – נציין כי אין בידינו מידע על התפוסה של עמדות אלה:

טבלה 10: מסגרות ועמדות לטיפול יום לפי מוסד רפואי ויישוב, על פי נתוני משרד

הבריאות⁹⁹

עמדות טיפול	מוסד רפואי	מחוז	יישוב
מבוגרים			
15	רמב"ם	חיפה	חיפה
8	לב השרון	מרכז	נתניה
12	שיבא	תל אביב	רמת גן - תל השומר
22	רעות (אגם)	תל אביב	תל אביב
15	באר יעקב	מרכז	נס ציונה
15	הדסה	ירושלים	ירושלים
6	ברזילי	דרום	אשקלון

⁹⁴ אגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, [נוהל להפעלת מסגרת לטיפול יום בהפרעות אכילה](#), עמ' 3.

⁹⁵ אגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות, [נוהל להפעלת מסגרת לטיפול יום בהפרעות אכילה](#), עמ' 4.

⁹⁶ ציונה חקלאי, מנהלת אגף המידע במשרד הבריאות, דואר אלקטרוני, 13 בפברואר 2022.

⁹⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר קשרי ממשל ותוכניות לאומיות במשרד הבריאות, דואר אלקטרוני, 13 בפברואר 2022.

⁹⁸ ד"ר איתן גור, שם; ד"ר גד רייזלר, שם.

⁹⁹ מירי כהן, 10 בנובמבר 2021.

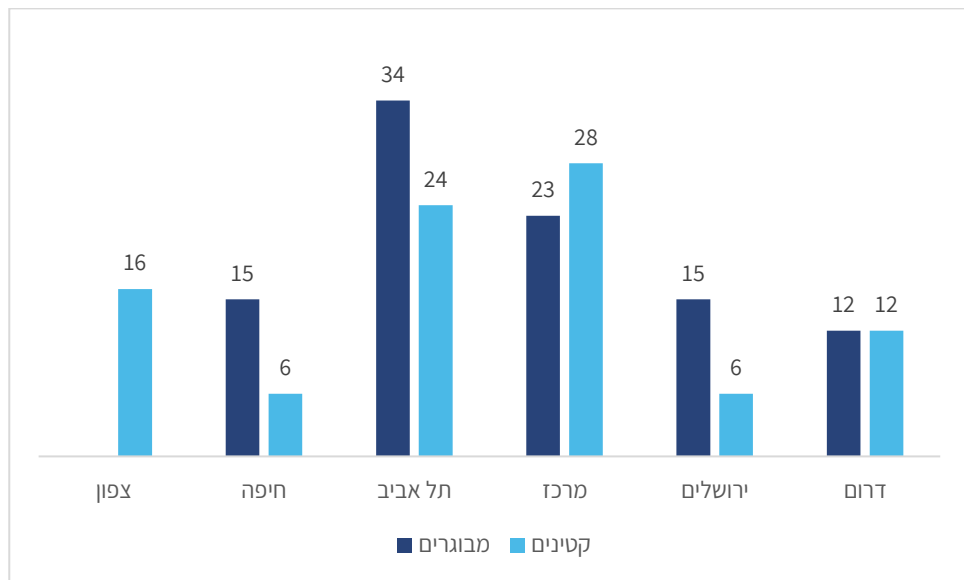
לדברי משרד הבריאות, קיימות בתקן 136 עמדות לטיפול יום, אך בפועל קיימות 191 עמדות, וזאת לדבריו כתוצאה מתהליכי רישוי שלא הושלמו לעמדות שכבר נפתחו בפועל

6	לא דווח	דרום	באר שבע
99		סך הכול עמדות למבוגרים	
ילדים ונוער			
16	זיו	צפון	צפת
6	רמב"ם	חיפה	חיפה
8	שלוותה	מרכז	כפר סבא
10	שניידר	מרכז	פתח תקווה
12	שיבא	תל אביב	רמת גן - תל השומר
12	מעייני הישועה	תל אביב	בני ברק
10	שמיר (אסף הרופא)	מרכז	ראשון לציון
6	הדסה	ירושלים	ירושלים
12	סורוקה	דרום	באר שבע
92		סך הכול עמדות לקטינים	
191		סך הכול עמדות	

מכלל 99 העמדות לטיפול יום במבוגרים, הצפוניות ביותר נמצאות בחיפה והדרומיות בבאר שבע ובאשקלון

מהטבלה עולה כי מכלל 99 העמדות המיועדות למבוגרים, העמדות הצפוניות ביותר נמצאות בחיפה, והדרומיות ביותר נמצאות בבאר שבע ובאשקלון. מכלל 92 העמדות לקטינים, העמדות הצפוניות ביותר ממוקמות בצפת והדרומיות ביותר בבאר שבע. בתרשים שלהלן מוצגת התפלגות כלל העמדות בין המחוזות:

תרשים 2: עמדות לטיפול יום בהפרעות אכילה, לפי גיל ומחוז¹⁰⁰



מכלל 92 העמדות לקטינים, הצפוניות ביותר ממוקמות בצפת והדרומיות ביותר בבאר שבע

על פי התרשים, לרשות מבוגרים במחוז הצפון לא עומדות כלל עמדות לטיפול יום. עמדות למבוגרים בשיעור הגדול ביותר (שליש) נמצאות במחוז תל אביב, ואחריו במחוז המרכז (23%), במחוזות חיפה וירושלים (15%) ובמחוז הדרום (12%). עמדות לקטינים בשיעור הגדול ביותר

¹⁰⁰ מירי כהן, שם.

עמדות טיפול במבוגרים לא קיימות במחוז הצפון, ושיעורן הגדול ביותר הוא במחוז תל אביב (שליש מהעמדות למבוגרים). עמדות לקטינים בשיעור הגדול ביותר נמצאות במחוז המרכז (30%) ובשיעור הקטן ביותר במחוז ירושלים (כ-7% מהעמדות לקטינים)

לפי אחת הגישות, נדרשת הרחבת מסגרות טיפול היום אל הקהילה (מחוץ לבתי החולים) באמצעות הקופה וספקי שירות חיצוניים

בין משרדי האוצר והבריאות סוכם להקצות 30 מיליון ש"ח בשנה לטיפול מערך הטיפול בהפרעות אכילה, שחלקו מיועד למימון הקמתן של כ-40 עמדות לטיפול יום. המשרדים לא פירטו בפנינו כיצד תמומש החלטה זו

ממוקמות במחוז המרכז (30%) ואחריו במחוז תל אביב (26%). במחוז הצפון שיעורן הוא 17%, במחוז הדרום 13% ובמחוז ירושלים שיעורן הוא הקטן ביותר – כ-7% מהעמדות לקטינים.

כמעט כל המסגרות הקיימות לטיפול יום ממוקמות בבתי חולים ולא בקהילה. **הכללית, שבבעלותה בתי חולים**, מפעילה שתי מסגרות לטיפול יום בקטינים במרכזים הרפואיים סורוקה (בבאר שבע) ושניידר (בפתח תקווה), וכן עמדות טיפול בקטינים במרפאת הדורים בכפר סבא שמופעלות על-ידי המרכז הרפואי לבריאות הנפש שלוותה. שלוש המסגרות האלה כלולות בדיווח של משרד הבריאות ובשלושתן יחד 30 עמדות.¹⁰¹ מהקופה נמסר, כאמור, כי לצורך הטיפול ככלל היא נעזרת בשירותים בבתי חולים ממשלתיים וציבוריים. על פי תשובת **מכבי** על פנייתנו, הקופה אינה מפעילה מסגרות לאשפוז יום או לטיפול יום, ויש לה הסכם עם כמה ספקים ציבוריים לצורך מתן שירות זה.¹⁰² **מאוחדת** ציינה שבשנת 2022 לא מתוכננת הקמת מסגרת כזו.¹⁰³ **לאומית** ציינה כי אין לה אפשרות להקים מסגרות לטיפול יום בקהילה ועליה לרכוש שירות זה משירותים חיצוניים, אך הללו קיימים עד כה בצמצום.¹⁰⁴

בהקשר זה נציין כי מנהל המרפאה הייעודית של הכללית בתרדיון (משגב) העלה בשיחה עימנו את הצורך בהקמת מסגרות לטיפול יום בקהילה (מחוץ לבתי החולים), למען שיפור חווית המטופל ויצירת סביבה שאינה כרוכה באופן הדוק בתחלואה.¹⁰⁵ עמדה זו נתמכת על ידי תשובת מאוחדת על פנייתנו, שלפיה אחד הצעדים הנדרשים לשם שיפור המענה הטיפולי הוא הרחבת השירות האמבולטורי, לרבות טיפול יום ואשפוז יום, באמצעות הקופה ודרך ספקי שירות חיצוניים.¹⁰⁶

באוקטובר 2021 פרסם משרד האוצר הודעה לעיתונות על סיכום שהושג בינו לבין משרד הבריאות שעניינו שיפור והרחבת מערך הטיפול בהפרעות אכילה, בעלות של 30 מיליון ש"ח בשנה. בעקבות פנייתנו למשרד האוצר נמסר לנו כי יינתן תקציב תוספתי, שחלקו (בהיקף שלא פורט) מיועד למימון של כ-40 עמדות לטיפול יום, החל משנת 2022. לדברי המשרד, פריסת העמדות הללו תיקבע בתוכנית שמכין משרד הבריאות.¹⁰⁷ משרד האוצר לא ענה על שאלתנו אם

¹⁰¹ נועה דנאי, שם; ד"ר עינת צוברי, עו"ס, מנהלת המרכז לטיפול בהפרעות אכילה הדורים, דוא"ל, 1 במאי 2022.

¹⁰² שלהבת כהן צדקה, שם.

¹⁰³ עו"ד מירה אהרוני, שם.

¹⁰⁴ פרופ' שלמה וינקר, שם.

¹⁰⁵ יואב לרון, מנהל מרפאת בריאות הנפש של הכללית בתרדיון, משגב, שיחת טלפון, 2 בספטמבר 2021.

¹⁰⁶ עו"ד מירה אהרוני, שם.

¹⁰⁷ דניאל פדון, רפרנט בריאות, אגף התקציבים, משרד האוצר, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 28 בדצמבר 2021.

מדובר בתוספת לבסיס התקציב ובכמה שלבים היא תועבר למשרד הבריאות. גם משרד הבריאות לא השיב על שאלתנו על אופן מימוש ההחלטה.

3.3 מסגרות אשפוז מלא

מטרתו של אשפוז מלא היא לתת טיפול מורכב ורצוף למטופלים שמצבם הנפשי ו/או הגופני קשה והם זקוקים להשגחה צמודה, או אף טיפול מציל חיים. לפי תשובת משרד הבריאות על פנייתנו, אורכו הממוצע של אשפוז מלא בקרב מבוגרים הוא כחודשיים, ובקרב ילדים ונוער – כשלושה חודשים.¹⁰⁸

כפי שנכתב בדוח מבקר המדינה משנת 2013 וכפי שצינו אנשי מקצוע ששוחחנו עימם, מורכבות מצבם של המאושפדים, הסובלים בדרך כלל מבעיות פיזיות ונפשיות כאחת, גורמת לכך שמסגרת האשפוז המתאימה ביותר עבורם היא מחלקה ייעודית בבתי חולים לאשפוז כללי.¹⁰⁹ משרד הבריאות לא הרחיב בתשובתו בנוגע לסוגייה זו אך ציין שהטיפול במסגרות הבלתי ייעודיות אינו מיטבי.¹¹⁰ לצד זאת עלתה בשיחה עם גורם מקצועי עמדה שלפיה במקרים מסוימים נדרש תחילה אשפוז פסיכיאטרי בשל בעיה נפשית נוספת, כמו אובדנות, ורק בסיומו אפשר לעבור למחלקה ייעודית להפרעות אכילה.¹¹¹

משרד הבריאות העביר לידינו נתונים על מסגרות אשפוז לטיפול בהפרעות אכילה, ולפיהם קיימות ברחבי הארץ 9 מחלקות אשפוז ובהן 128 מיטות סך הכול, אולם הוא לא ציין מפורשות אם מדובר במחלקות ייעודיות. מבדיקתנו מול בתי החולים עולה כי בחלק מהמחלקות מספר המיטות אינו תואם את הנתונים שמסר המשרד, ושרק בחלק מהמחלקות המיטות הן ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה. להלן הנתונים שהתקבלו:

טבלה 11: מחלקות ומיטות אשפוז לטיפול בהפרעות אכילה, לפי גיל¹¹²

מוסד רפואי	מחוז	מיטות לפי דיווח משרד הבריאות	מיטות לפי דיווח בתי החולים	הערות
מבוגרים				
שיבא	תל אביב	32	32	

¹⁰⁸ מירי כהן, שם.

¹⁰⁹ ד"ר דרור דולפין וד"ר הליון שר, שיחת טלפון, שם.

¹¹⁰ יונתן אמסטר, שם.

¹¹¹ ד"ר איתן גור, שם.

¹¹² מירי כהן, שם; ד"ר איתן גור, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; פרופ' סילבנה פניג, מנהלת המערך לרפואה פסיכולוגית, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; ד"ר אורי יצקר, מנהל המרכז הפסיכיאטרי לילדים ונוער, המרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; ד"ר ענבל שלומי, מנהלת המחלקה "לצידך", מרחבים – המרכז הרפואי לטיפול במוח ובנפש, באר יעקב/נס ציונה, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; יהודית גולד, מזכירת המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה, בית החולים מעייני הישועה, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; רותי דבורק, מחלקת פסיכיאטריה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה עין כרם, דוא"ל, 13 בפברואר 2022; ד"ר הדר שלו, מנהל המערך הפסיכיאטרי, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; ד"ר עדי חנוך-לוי, מנהלת המערך להתמודדות עם הפרעות אכילה בילדים ובמתבגרים, המרכז הרפואי שיבא, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022.

אשפוז מלא מיועד למתן טיפול מורכב ורצוף למטופלים שמצבם הגופני ו/או הנפשי מחייב השגחה צמודה, או אף טיפול מציל חיים

מבדיקתנו מול בתי החולים עולה שבכמה מ-9 המחלקות שעליהן דיווח משרד הבריאות המיטות אינן ייעודיות

	30	30	מרכז	המרכז לבריאות הנפש באר יעקב
בפועל בית החולים מקצה 10 מיטות	9	8	ירושלים	הדסה
	71	70	סך הכול מיטות למבוגרים	
			קטינים	
בפועל משנת 2020 יש 7 – 10 מיטות תפוסות להפרעות אכילה	5	5	צפון	זיו
המיטות לא ייעודיות להפרעות אכילה, אלא מיטות המחלקה הפסיכיאטרית	6	6	מרכז	שניידר
20 מיטות לפי התקן	21	20	תל אביב	שיבא
	10	14	תל אביב	מעייני הישועה
מיטות פסיכיאטריות שאינן ייעודיות להפרעות אכילה	14 – מהן 12 בתקן ועוד 2 לא בתקן	5	ירושלים	הדסה
	8	8	דרום	סורוקה
	64	58	סך הכול מיטות לקטינים	
	135	128	סך הכול מיטות אשפוז	

מבין 9 המחלקות שעליהן דיווח משרד הבריאות, 6 מיועדות לקטינים ו-3 למבוגרים. שלא כמו נתוני משרד הבריאות על 128 מיטות אשפוז, מהמידע שנאסף מבתי החולים עולה שלפחות 135 מיטות משמשות לטיפול בהפרעות אכילה

במחוזות ירושלים והמרכז אין מיטות ייעודיות לטיפול בקטינים

מהטבלה עולה כי שני שלישים ממחלקות האשפוז הייעודיות (6 מחלקות) מיועדות לקטינים ושליש למבוגרים (3 מחלקות). לפי נתוני משרד הבריאות, במחלקות אלה יש 128 מיטות אשפוז, מהן כ- 55% (70 מיטות) מיועדות למבוגרים, וכ-45% (58 מיטות) מיועדות לקטינים. עם זאת, בעקבות פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת לבתי החולים עולה כי הם מפעילים לכל הפחות 135 מיטות, מהן כ-53% (71 מיטות) מיועדות למבוגרים וכ-47% (64 מיטות) מיועדות לקטינים. חלק מבתי החולים אף ציינו כי בפועל הם מפעילים מספר גדול יותר של מיטות, כך לדוגמה במרכז הרפואי זיו ישנו תקן של 5 מיטות לקטינים, אך בפועל ישנן 7-10 מיטות שבהן מטופלים מאושפדים הסובלים מהפרעות אכילה.

המיטות לקטינים במרכז הרפואי שניידר ובמרכז הרפואי הדסה אינן ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה ולמעשה פועלות על חשבון המיטות לאשפוז פסיכיאטרי – כלומר במחוזות ירושלים והמרכז אין מיטות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה בקרב קטינים. המחלקות למבוגרים מרוכזות רק במחוזות תל אביב, המרכז וירושלים, בעוד שהמחלקות לקטינים ממוקמות במחוזות תל אביב (כ-59% מהמיטות לקטינים לפי דיווח משרד הבריאות וכ-48% לפי דיווח בתי החולים), הדרום (כ-14% לפי המשרד וכ-13% לפי דיווח בתי החולים), המרכז (כ-10% לפי דיווח המשרד וכ-9% לפי דיווח בתי החולים), הצפון (כ-11% לפי המשרד וכ-8% לפי דיווח בתי

החולים), וירושלים (כ-9% מהמיטות לפי המשרד וכ-22% לפי דיווח בתי החולים). כמעט כל בתי החולים דיווחו לנו שהם מקבלים מטופלים נגד הפרעות אכילה מכל הארץ.

לדברי משרד הבריאות, תפוסת מיטות האשפוז היא מלאה בדרך כלל או למעלה מכך, אך הוא לא מסר לנו נתוני תפוסה. להלן נתוני תפוסה שאסף מרכז המחקר והמידע של הכנסת בפנייה ישירה לבתי החולים:

טבלה 12: שיעורי תפוסה וזמני המתנה לטיפול במחלקות אשפוז להפרעות אכילה, לפי

דיווח בתי החולים¹¹³

מוסד רפואי	תפוסה לפי דיווח המוסד	זמן המתנה כיום לפי דיווח המוסד
מבוגרים		
שיבא	מלאה	לפחות 3 חודשים
המרכז לבריאות הנפש באר יעקב	יותר מ-90%	יותר משנה
הדסה	מלאה	6 – 12 חודשים
קטינים		
זיו	מלאה; מאז 2020 מגיעה לעתים ל-200%	4 – 6 חודשים
שניידר	מלאה	3 – 6 חודשים
שיבא	מלאה	כ-6 חודשים
מעייני הישועה	מלאה	כ-6 חודשים
הדסה	כ-80% מהמחלקה הלא-ייעודית	כ-6 חודשים
סורוקה	מלאה	6 – 12 חודשים

כפי שעולה מהטבלה, כל מחלקות האשפוז נמצאות בתפוסה מלאה ובכולן – הן הייעודיות והן אלה המטפלות גם במטופלים שאינם סובלים מהפרעות אכילה – זמני ההמתנה הם לפחות 3 חודשים ועד שנה ומעלה. לשאלתנו באשר לצורך בתוספת מיטות מסר משרד הבריאות כי היקף הצורך במיטות נוספות אינו קבוע אלא תלוי בהיקף השירותים האחרים על רצף הטיפול ובמיוחד טיפול יום, שהמשך הרחבתו יוביל להפחתת הצורך באשפוז.¹¹⁴ גם לדברי מנהלת המערך

מבדיקתנו מול בתי החולים עולה כי כל מחלקות האשפוז בתפוסה מלאה, ובכולן זמני ההמתנה הם לפחות 3 חודשים ועד שנה ומעלה

לדברי משרד הבריאות, היקף הצורך במיטות אשפוז נוספות אינו קבוע אלא תלוי בהיקף השירותים האחרים ובמיוחד טיפול יום, שהמשך הרחבתו יוביל להפחתת הצורך באשפוז

¹¹³ ד"ר איתן גור, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; פרופ' סילבנה פניג, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; ד"ר אורי יצקר, מנהל המרכז הפסיכיאטרי לילדים ונוער, המרכז הרפואי זיו, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; ד"ר ענבל שלומי, מנהלת המחלקה "לצידיך", מרחבים – המרכז הרפואי לטיפול במוח ובנפש, באר יעקב/נס ציונה, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; יהודית גולד, מזכירת המחלקה לטיפול בהפרעות אכילה, בית החולים מעייני הישועה, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; רותי דבורק, מחלקת פסיכיאטריה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה עין כרם, דוא"ל, 13 בפברואר 2022; ד"ר הדר שלו, מנהל המערך הפסיכיאטרי, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022; ד"ר עדי חנוך-לוי, מנהלת המערך להתמודדות עם הפרעות אכילה בילדים ובמתבגרים, המרכז הרפואי שיבא, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022.

¹¹⁴ יונתן אמסטר, שם.

לרפואה פסיכולוגית במרכז שניידר לרפואת ילדים בפתח תקווה, מחסור בשירותים מתאימים בקהילה הוא הסיבה המרכזית לעומס המוטל על בתי החולים, ולדבריה יש לנקוט פתרונות יעילים וחסכוניים הממוקדים בטיפול בקהילה, כגון מתן ייעוץ וכלים מקצועיים לגורמי טיפול שאינם בתחום המובהק (רופאי ילדים למשל) או טיפול קבוצתי.¹¹⁵

משרד הבריאות מסר לנו נתונים גם על מספר המאושפזים עם אבחנה של הפרעת אכילה בשנת 2020 לפי סוג מחלקת האשפוז, אך הסביר כי לא לכל המאושפזים מדווחות האבחנות הנכונות, במיוחד כשיש להם גם אבחנות אחרות – שכן רבים מהמתמודדים עם הפרעות אכילה סובלים מהפרעות נוספות,¹¹⁶ ונזכיר כי עלולות להתלוות אליהן גם בעיות פיזיות. כמו כן, המשרד העביר לידנו נתונים רק על המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים ובמחלקות ייעודיות בבתי חולים לאשפוז כללי, אך לדבריו מתמודדים עם הפרעות אכילה מתאשפזים לעיתים בבתי החולים לאשפוז כללי במחלקות שאינן ייעודיות לבעיה זו.¹¹⁷ לפיכך לא ידוע לנו מהו ההיקף המלא של המאושפזים ולדברי המשרד מדובר בהערכת חסר. להלן הנתונים שנמסרו על ידי המשרד בנוגע לשנת 2020, שבה פרצה מגפת הקורונה:

טבלה 13: מאושפזים עם הפרעות אכילה, לפי סוג מחלקה, 2020¹¹⁸

מטופלים	גיל	סוג מחלקה
77	ילדים ונוער	בתי חולים פסיכיאטריים
358	מבוגרים	
435	סך הכול	
37	ילדים ונוער	מחלקות ייעודיות בבתי חולים לאשפוז כללי
195	מבוגרים	
232	סך הכול	
667		סך הכול מאושפזים

בשנת 2020 אושפזו לפחות 667 חולים עם אבחנה של הפרעת אכילה, מהם 114 ילדים ובני נוער (17%) ו-553 מבוגרים (83%)

לפי הטבלה, בשנת 2020 אושפזו 667 חולים עם אבחנה של הפרעת אכילה, מהם 114 ילדים ובני נוער (17%) ו-553 מבוגרים (83%). נציין כי המשרד מעריך את שיעור האשפוזים החוזרים בכ-50%.¹¹⁹ עוד ניתן לראות בטבלה כי כשני שלישים מהמטופלים שנזקקו לאשפוז בשנת 2020, הן מקרב הקטינים והן מקרב המבוגרים, אושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים, ורק כשליש אושפזו במחלקות ייעודיות בבתי חולים לאשפוז כללי. נתונים אלה אינם כוללים כאמור מתאשפזים בבתי חולים לאשפוז כללי במחלקות שאינן ייעודיות להפרעות אכילה.

¹¹⁵ פרופ' סילבנה פניג, מנהלת המעריך לרפואה פסיכולוגית, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, שיחת טלפון, 29 באוגוסט 2021.
¹¹⁶ מירי כהן, שם; יונתן אמסטר, שם.
¹¹⁷ יונתן אמסטר, שם.
¹¹⁸ מירי כהן, שם.
¹¹⁹ מירי כהן, שם, 10 בנובמבר 2021.

**תוספת התקציב
שעליה סיכמו משרדי
הבריאות והאוצר
מיועדת בחלקה
להוספת 40 מיטות
אשפוז**

**בעת שחרור מאשפוז
נחוץ שילוב מייד
במסגרות טיפול
בקהילה, אך אין
בידינו די מידע כדי
לקבוע באיזו מידה
נשמר הרצף הטיפולי
של כל המסיימים
אשפוז**

נזכיר כי בתשובת משרד האוצר על פנייתנו נמסר שתוספת התקציב שעליה סוכם מול משרד הבריאות, כאמור, מיועדת בחלקה להוספת 40 מיטות אשפוז, שפריסתן תיקבע בתוכנית הנמצאת בהכנת משרד הבריאות.¹²⁰ כלומר מדובר בתוספת של כמעט שליש ממספר המיטות הייעודיות הקיימות בכיום. כאמור, לא עלה בידינו לקבל מידע נוסף ממשרדי האוצר והבריאות בנושא זה.

לצד הצורך במענה אשפוזי ישנה חשיבות לשמירה על הרצף הטיפולי לאחר האשפוז, בעיקר בסמוך לשחרור מאשפוז, אז נחוץ שילוב מייד במסגרות טיפול בקהילה (מסגרות לאשפוז יום, טיפול יום ומרפאות), הן במטרה להמשיך בטיפול ובמעקב אחר המטופל והן כדי להעניק לו תחושת תמיכה. לדברי יו"ר העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה, בפועל חולפים לפחות כמה שבועות עד לקבלת טיפול בקהילה, ולא תמיד מתקיים תיאום בין המסגרות.¹²¹ נזכיר כי פריסת המרפאות והיחידות לטיפול יום עלולה להציב אתגר בפני מטופלים המתגוררים באזורים מרוחקים. בפנייתנו לקופות החולים ביקשנו לדעת בין השאר מהו זמן ההמתנה הממוצע בין השחרור מאשפוז לבין תחילת טיפול באחת מהמסגרות בקהילה. לא כל הקופות השיבו על שאלה זו במידה שווה של פירוט, והכללית לא התייחסה בתשובתה לשאלה זו כלל.

מכבי התמקדה בתשובתה ב-266 מבוטחים עם הפרעות אכילה ששחררו מאשפוז בין מרץ 2020 למרץ 2021, ומנתוניה עולה כי כ-48% מהמבוטחים (127) ששחררו מאשפוז החלו בטיפול יום או בטיפול אחר – נפשי או תזונתי – בתוך חודש מהשחרור. כ-38% (102) החלו בטיפול כלשהו לאחר יותר מחודש, וכ-14% (37) מהמבוטחים א דווחו כמטופלים. יש לזכור כי בתקופה המתוארת התרחשה מגפת הקורונה, וייתכן שהיא אינה מייצגת תקופות שגרה.

בנתונים שהתקבלו מה**מאוחדת** נעשתה הבחנה בין קטינים ובגירים, תוך התייחסות לשנת 2021 בלבד (חודשים ינואר-ספטמבר). לפי דיווח הקופה, בקרב 53 קטינים ו-41 מבוגרים ששחררו מאשפוז באותה שנה, נוצר מגע ראשון עם מערך בריאות הנפש 7 ימים במוצע לאחר סיום האשפוז, אך לא נמסר משך הזמן עד לתחילת טיפול. כמו כן, 9 קטינים (17%) ו-13 מבוגרים (32%) נותרו ללא המשך טיפול.¹²²

באשר ל**לאומית**, הקופה דיווחה כי כ-10% מהמבוטחים המשוחררים מאשפוז מטופלים במשך כמה שבועות במסגרת אשפוז יום.¹²³ לא ידוע לנו אם חלק מהמשוחררים מאשפוז מטופלים במסגרת אחרת, כגון מרפאה. הקופה מסרה שלדעתה רוב המטופלים זקוקים לטיפול יום או

¹²⁰ דניאל פדון, שם.

¹²¹ ד"ר מיכל חסון-רוזנשטיין, יו"ר העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה, שיחת טלפון, 27 ביולי 2021.

¹²² עו"ד מירה אהרוני, 7 בנובמבר 2021. לדברי הקופה, היא נזקקה לזמן נוסף כדי להפיק נתונים על מספר הימים הממוצע עד לתחילת טיפול. שם.

¹²³ פרופ' שלמה וינקר, שם.

למסגרת שיקומית לאחר אשפוז, ושמטרתה המוצהרת היא לשחרר מאשפוז רק לאחר קביעת תור בקופה להמשך טיפול. עם זאת, כאמור, אין בתשובת הקופה כדי ללמד על משך הזמן שממתינים רוב המשוחררים עד לקבלת טיפול.

3.4 בתים שיקומיים

על פי דוח המחקר בנושא שיקום צעירות עם הפרעות אכילה בישראל, שנערך באוניברסיטת חיפה במימון המוסד לביטוח לאומי ופורסם בשנת 2020, ההתייחסות להפרעות אכילה היא בדרך כלל רפואית ופסיכולוגית, ולא מכוונת לממד של החלמה אישית הכרוכה בשיקום ובהשתלבות מלאה בחיי הקהילה.¹²⁴ לפי הדוח, עד לתקופה האחרונה רוב המתמודדות עם הפרעת אכילה קשה בישראל, שלא קיבלו כל סיוע שיקומי, לא הצליחו בדרך כלל לשמר את הישגי הטיפול ולחזור לשגרת חיים עצמאית. מצבן של רובן התדרדר שוב והן הגיעו לאשפוזים חוזרים ונשנים ("תסמונת הדלת המסתובבת").¹²⁵

עם זאת, לפי הדוח, בשנים האחרונות התגבשה ההבנה כי הפרעות אכילה הן הפרעות נפשיות קשות ומסכנות חיים, שהחלמה מהן מחייבת תהליך שיקום ממושך.¹²⁶ כפי שתואר בדוח, במהלך חדשני וייחודי לישראל, הנשען על נקודות דמיון מעולם השיקום הפסיכיאטרי, הוקמו בין השנים 2008 ו-2018 ארבעה בתים שיקומיים – בהוד השרון, ברמת ישי, בבאר שבע ובירושלים. בתים אלה מיועדים למטופלות בגיל 18-30 והם מבוססים על מודל תיאורטי ומעשי שונה מהמוכר בעולם, בראש ובראשונה בכך שמדובר במסגרת ציבורית, המשולבת בקהילה ואיננה חלק בלתי נפרד ממוסד רפואי.¹²⁷ על פי הדוח, מטרת הבתים הן למנוע נסיגה חוזרת למחלה ואשפוזים חוזרים, ולסייע בהתמודדות האישית עם הבעיה לשם חזרה לתפקוד עצמאי ובין-אישי נורמטיבי בקהילה.¹²⁸ לדברי המנהלת (לשעבר) של אחד הבתים, התוכנית השיקומית כוללת יציאה לעבודה או לימודים לצד טיפול פסיכיאטרי ופסיכולוגי, פעילויות קבוצתיות וטיפול תזונתי, תוך קיום שגרת חיים הכפופה לכללי התנהגות.¹²⁹ לפי משרד הבריאות, בכל אחד מהבתים יש 14 מקומות, כלומר בסך הכול קיימים 56 מקומות. המשרד עוסק לדבריו בימים אלה בבניית אמות

¹²⁴ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 6.

¹²⁵ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 8.

¹²⁶ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 7.

¹²⁷ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 8.

¹²⁸ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 8.

¹²⁹ שרית לנצ'יצקי-חומה, מנהלת בית שיקומי "אמצע הדרך" והדיור המוגן של עמותת נופית, הוד השרון, שיחת טלפון, 17 באוגוסט 2021.

מידה לבתים שיקומיים תוך בחינת מודלים לשילוב בקהילה, במטרה להרחיב מערך שיקומי זה בכפוף לאפשרות תקציבית.¹³⁰

**במחקר שנערך
באחד הבתים
השיקומיים נמצא
שבועוד שכשני
שלישים
מהמשתתפות
בתוכנית נשרו ממנה,
כ-80% מהמסיימות
הגיעו להחלמה
קלינית מלאה או
כמעט מלאה**

הדוח המסכם מציג מחקר שנערך בקרב כ-80 מטופלות שהצטרפו לבית השיקומי "צידה לדרך" ברמת ישי במהלך השנים 2010-2017. מהדוח עולה כי כשני שלישים מהמשתתפות בתוכנית נשרו ממנה בשלבים שונים, בעיקר בחצי השנה הראשונה.¹³¹ במחקר נמצא כי כ-80% מהמשתתפות שהשלימו את התוכנית הגיעו בתקופת המעקב להחלמה קלינית מלאה או כמעט מלאה; זאת בהשוואה לשיעור החלמה מלאה של 40% - 45%, כאמור, על פי הידוע מהספרות המקצועית. שיעור ההחלמה בקרב המשתתפות שנשרו מהתוכנית לפני סיומה היה 47%, ומחברות הדוח מסיקות מכך כי יתכן שהתוכנית היטיבה במידה מסוימת גם עם הנושרות ממנה. במסגרת המחקר זוהו גורמים המנבאים סיכוי מוגבר להחלמה קלינית ואישית מהפרעות אכילה, ובהם גיל צעיר ורמת מוטיבציה גבוהה בעת הכניסה לתוכנית השיקומית, השלמת התוכנית במלואה, תפקוד חברתי גבוה ועצמאות באכילה בעת סיום התוכנית, וכן ריבוי אירועי חיים חיוביים לאחר סיום ההשתתפות – כל אלה מאפיינים שאינם תקפים בהכרח לכל האוכלוסייה הרלוונטית. על פי הדוח, ממצאים אלה מלמדים על הצורך במתן טיפול ושירותי שיקום מוקדם ככל האפשר, לפני שהפרעת האכילה מחריפה ומתבססת כחלק מהזהות האישית.¹³²

במחקר נמצא גם כי כ-18% מהמשתתפות אושפזו במחלקות ייעודיות לטיפול בהפרעות אכילה לאחר סיום התוכנית, לעומת כ-44% מהמשתתפות שנשרו ממנה. כמו כן, כ-70% מהמשתתפות שהשלימו את התוכנית השתמשו לאחר מכן בשירותי שיקום כלשהם, לעומת כשליש מהמשתתפות שלא השלימו את התוכנית. גם בהיבט ההחלמה האישית, נמצא כי בקרב משתתפות שהשלימו את התוכנית הושג ציון כללי גבוה יותר מאשר בקרב אלה שלא סיימו אותה. בדוח המחקר נקבע כי ממצאיו תומכים ביעילותו של מודל הבית השיקומי לשיפור הפרוגנוזה בהפרעות אכילה, להשגת החלמה קלינית ואישית ולצמצום תופעת האשפוזים החוזרים.¹³³ יש לציין כי בדוח צוינו כמה מגבלות שאפיינו את המחקר, הקשורות לאוכלוסיית מחקר ייחודית

¹³⁰ מירי כהן, שם; יונתן אמסטר, שם.

¹³¹ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 134. לדברי המנהלת לשעבר של הבית השיקומי "אמצע הדרך" בהוד השרון, משך השהייה בבית הוא בדרך כלל בין שנה וחצי לשנתיים וחצי. שרית לנצ'יצקי-חומה, מנהלת בית שיקומי "אמצע הדרך" והדיוור המוגן של עמותת נופית, הוד השרון, שיחת טלפון, 17 באוגוסט 2021.

¹³² עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 136.

¹³³ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 135.

ומצומצמת, לנגישות מוגבלת למידע ולשימוש בכלי מחקר החשופים להטיות.¹³⁴ כמו כן צוין שהמודל השיקומי הייחודי שגובש בישראל נבחן באופן ראשוני בלבד, ולכן יש לבצע מחקר מקיף לאחר כמה שנות הפעלה.¹³⁵

בדוח הובאו גם המלצות לצעדים יישומיים הנוגעים לתהליכי שיקום מהפרעות אכילה, ובהם: הפניית מטופלות לשיקום כבר בשלב השחרור ממחלקת אשפוז לבני נוער; הכנה לתהליך השיקומי לפני הכניסה לתוכנית (במיוחד הגברת מוטיבציה ותיאום ציפיות); הדגשת הטיפול התזונתי כרכיב בסיסי וחיוני לייצוב גופני ולהתקדמות בשיקום; הדגשת הטיפול במיומנויות בין-אישיות ובתפקוד החברתי בעת תכנון תוכניות השיקום; ביסוס רמות שונות של מסגרות לתמיכה ארוכת-טווח, לשם שימור הישגי השיקום לאחר סיום התוכנית; פיתוח מסגרת טיפולית-שיקומית עבור חולות כרוניות או בעלות תחלואה נלווית משמעותית (פיזית או נפשית), שאינן מסוגלות להשתלב במסגרות השיקומיות הקיימות.¹³⁶ בהקשר זה נציין כי רופאים בכירים במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע חיוו את דעתם בשיחה עימנו כי נחוצות גם מסגרות פנימייתיות ייעודיות לקטינים עם הפרעות אכילה, לשם מתן הטיפול הספציפי שאינו יכול להינתן בהוסטלים של מערך בריאות הנפש.¹³⁷

4. כוח אדם

לדברי גורמים מקצועיים, משאב טיפולי עיקרי בהפרעות אכילה הוא כוח אדם – פסיכולוגים, פסיכיאטרים, רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ותזונאים, שעברו הכשרה ייעודית חיונית. מורכבות הטיפול יוצרת צורך בצוות רב-מקצועי הפועל באופן מתואם.¹³⁸ לדברי יו"ר העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה, לא קיימות די תוכניות הכשרה בתחום הפרעות האכילה, וההכשרות הקיימות קשורות ברובן למרכזי הטיפול.¹³⁹ לדעת מנהל המרכז לטיפול בהפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא, יש צורך בפתיחת תוכנית הכשרה ארצית שתאפשר לימוד ואימון מסודרים לאנשי מקצוע במסגרות השונות.¹⁴⁰

לדברי גורמים
מקצועיים, משאב
טיפולי עיקרי
בהפרעות אכילה הוא
כוח אדם – רופאים,
פסיכיאטרים,
פסיכולוגים, אחיות,
עובדים סוציאליים
ותזונאים, שעברו
הכשרה ייעודית
ופועלים באופן
מתואם במסגרת
צוות רב-מקצועי

¹³⁴ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 139.

¹³⁵ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 9.

¹³⁶ עדית זהר-בז'ה ופרופ' יעל לצר, [תכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל: בחינת יישום עקרונות תיאוריית ההחלמה בבריאות הנפש וזיהוי גורמים מנבאים להחלמה](#), עמ' 139.

¹³⁷ ד"ר הלן שר וד"ר דרור דולפין, המרכז הרפואי סורוקה, שיחת טלפון, 29 באוגוסט 2021.

¹³⁸ ד"ר איתן גור, שיחת טלפון, 12 באוגוסט 2021; ד"ר נטע יואלי, מנהלת הבית לטיפול יום בהפרעות אכילה, המערך הפסיכיאטרי לילד ולמתבגר, המרכז הרפואי זיו, צפת, שיחת טלפון, 30 באוגוסט 2021.

¹³⁹ ד"ר מיכל חסון-רוזנשטיין, יו"ר העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה, שיחת טלפון, 27 ביולי 2021.
¹⁴⁰ ד"ר איתן גור, שם.

משרד הבריאות קבע תקינה למסגרות לטיפול יום, אולם בנוגע למרפאות מסר לנו המשרד כי ההחלטה על מספר התקנים הנדרשים בהן כדי להבטיח מתן טיפול זמין ונגיש במידה סבירה היא בסמכותן ובאחריותן של קופות החולים.¹⁴¹ עם זאת, כל הקופות תיארו מחסור בכוח אדם מקצועי לטיפול בהפרעות אכילה, בדגש על המרפאות – מחסור הנגזר במידה רבה מאילוצי תקינה ותקצוב, וכן ממחסור באנשי מקצוע מיומנים.

הכללית ציינה כי תקני כוח האדם לכל מסגרת הוגדרו לפני כעשר שנים, אך לאור הגידול בדרישה מהשטח (בין היתר בשל ירידה בתיוג השלילי של התופעה) חסרים כיום תקנים בכל סוגי המסגרות, כמו בכלל מערך בריאות הנפש, ובמיוחד בפריפריה ובמסגרות לקטינים. הקופה לא פירטה אילו תקנים מאוישים במסגרותיה, אך דיווחה כי החלה בהכשרת צוותים למתן מענה ראשוני עד לקבלה למסגרת ייעודית. לדברי הקופה נדרשות תוספת תקנים ייעודיים והכשרות לצוותים, וכן משאבי מקום לפיתוח השירותים.¹⁴²

בפרק זה נתמקד בשני סוגי המסגרות האמבולטוריות לטיפול בהפרעות אכילה – מרפאות וטיפול יום – שלגביהם התקבלה התייחסות מפורשת מקופות החולים וממשרד הבריאות לסוגיית כוח האדם הטיפולי.

4.1 כוח אדם במרפאות

לפי משרד הבריאות קיימות אמות מידה להפעלת שירות מרפאתי בתחום בריאות הנפש, אך הטיפול הספציפי בכל הפרעה, לרבות הפרעות אכילה, תלוי בשיקול הדעת הקליני של הצוות המטפל

ככל הנראה, נעשו בעבר נסיונות לגבש הגדרה ברורה לצוות רב-מקצועי לטיפול בהפרעות אכילה, ומשרד הבריאות פיתח הגדרות בשיתוף עם העמותה הישראלית לטיפול, למניעה ולמחקר בהפרעות אכילה, שלפיהן צוות טיפול מרפאתי יכלול פסיכיאטר, פסיכולוג, עובדת סוציאלית, תזונאית, אחות, מזכירות ואנשי משק, ואליהם יצטרפו לפי הצורך אנשי צוות נוספים, כגון אנשי חינוך. ככל הידוע לנו, הרכב זה לא פורסם כנוהל רשמי.¹⁴³ לדברי משרד הבריאות, קיימות אמות מידה להפעלת שירות מרפאתי כולל בתחום בריאות הנפש, אך הטיפול הספציפי בכל הפרעה, לרבות הפרעות אכילה, תלוי בשיקול הדעת הקליני של הצוות המטפל.¹⁴⁴ בפנייתנו לקופות החולים ביקשנו ללמוד מהם התקנים המקצועיים הנדרשים לדעתן במרפאות להפרעות אכילה (רק מאוחדת הרחיבה בעניין זה), ומהם התקנים שהן מיישמות בפועל.

מכבי לא פירטה מהם התקנים המקצועיים במרפאות שהיא מפעילה. לדברי הקופה, מטופל בהפרעות אכילה זקוק ל-30 מגעים טיפוליים בשנה בממוצע, נתון שיש לו השלכות על התקינה,

¹⁴¹ מירי כהן, שם, 10 בנובמבר 2021.

¹⁴² נועה דנאי, שם.

¹⁴³ רוני בלנק, [הטיפול בהפרעות אכילה בישראל](#), עמ' 25.

¹⁴⁴ יונתן אמסטר, שם.

אך היא לא ציינה במפורש באיזה סוג מסגרת מדובר. כאמור, הקופה קראה להכנת תוכנית לאומית לנושא.¹⁴⁵

לדברי **מאוחדת**, התקינה במרפאות הרב-מקצועיות שהיא מפעילה כיום כוללת פסיכיאטר, פסיכולוג ותזונאית, ואינה כוללת אחות ועובדת סוציאלית. הקופה התייחסה לכוח האדם הנדרש במרפאה להפרעות אכילה, והמליצה על תקינה הכוללת אנשי מקצוע מחמשת התחומים הרלוונטיים, לפי היקפי ההעסקה המפורטים להלן.¹⁴⁶ אין בידינו מידע בשאלה אם הצעת הקופה מקובלת גם על קופות אחרות.

טבלה 12: התקינה המומלצת על ידי מאוחדת במרפאה רב-מקצועית להפרעות אכילה¹⁴⁷

תחום טיפולי	טיפולים בשבוע למטופל	טיפולים בשנה למטופל	טיפולים בתקן	תקנים ל-25 מטופלים בזמן נתון
סיעוד (אחות)	1	52	2,800	0.5
פסיכולוגיה	1	52	1,400	0.9
פסיכיאטריה	0.5	26	2,800	0.2
תזונה	1	52	1,400	0.9
עבודה סוציאלית	1	52	1,400	0.9

כאמור, התקינה שמאוחדת מקיימת בפועל היא מצומצמת בהשוואה לתקינה שהיא ממליצה עליה. יתר על כן, גם התקנים המופחתים הללו אינם מאוישים במלואם, והקופה מסבירה זאת בעודף ביקוש לאנשי מקצוע ביחס להיצע ובהעדפה מצד מטפלים לעבודה בשוק הפרטי על פני הציבורי. הקופה מציעה לצמצם מחסור זה באמצעות הכשרה ייעודית ומסובסדת של כל המטפלים מתחום בריאות הנפש.¹⁴⁸

כפי שצוין, מאוחדת ביטאה השגה על התפיסה כי הטיפול בהפרעות אכילה אמור להתבצע אך ורק במסגרות ייעודיות, בטענה כי תפיסה זו מקשה על זמינות השירות ועל ליווי מתמשך למטופלים עם הפרעת אכילה כרונית. בהתאם לכך הציעה הקופה לגבש אמות מידה לטיפול בהפרעות אכילה, שיחולו על כלל שירותי הבריאות, להרחיב את ההכשרה לכלל הצוותים הרפואיים ולכלול את האיתור והטיפול בהפרעות אכילה במבחני תמיכה הנוגעים לעבודת צוות במרפאות הראשוניות.¹⁴⁹ כאמור, מנהלת המערך הפסיכולוגי במרכז הרפואי שניידר תמכה אף היא בשיחה עימנו בהרחבת המעגל הטיפולי אל גורמי מקצוע מחוץ לתחום המובהק של הפרעות אכילה (כגון רופאי משפחה) לאחר הכשרה מתאימה. לעומת זאת, רופאים בכירים מהמרכז

מאוחדת הציעה להרחיב את ההכשרה לכלל הצוותים הרפואיים ולכלול איתור וטיפול בהפרעות אכילה במבחני תמיכה הנוגעים לעבודת צוות במרפאות הראשוניות; זאת כדי לאפשר שירות זמין וליווי מתמשך. לעומת זאת עלתה בשיחה עם חלק מהגורמים המקצועיים גישה אחרת, שלפיה נדרשות רק התערבויות מדויקות המבוססות על מומחיות ספציפית בהפרעות אכילה

¹⁴⁵ שלהבת כהן צדקה, שם, 11 בנובמבר 2021.
¹⁴⁶ עו"ד מירה אהרוני, שם, 7 בנובמבר 2021.
¹⁴⁷ עו"ד מירה אהרוני, שם, 7 בנובמבר 2021.
¹⁴⁸ עו"ד מירה אהרוני, שם, 7 בנובמבר 2021.
¹⁴⁹ עו"ד מירה אהרוני, שם, 7 בנובמבר 2021.

**לאומית מיישמת
תקינת כוח אדם
חלקית במרפאות,
בשל מחסור בכוח
אדם, עלייה בביקוש
והתמשכות הטיפולים**

הרפואי סורוקה גורסים שהפרעות אכילה מחייבות התערבויות מדויקות המבוססות על מומחיות ספציפית, ושהתערבות פחות מקצועית עלולה להחמיר את מצב המטופל.¹⁵⁰

בתשובת **לאומית** על פנייתנו נכתב כי היא מיישמת תקינה חלקית בלבד בשתי המרפאות שבהפעלתה, בשל מחסור בכוח אדם ובמיוחד לאור עלייה גדולה בביקוש והתמשכות הטיפולים. הקופה דיווחה כי צוות המרפאה הרב-גילאית בירושלים כולל אחות, פסיכיאטרית ילדים, פסיכולוגיות, עובדות סוציאליות, תזונאית ומטפלת באומנות, ואילו במרפאה באשדוד פועל צוות קטן יותר, הכולל פסיכיאטר ילדים, פסיכותרפיסטית ותזונאית העובדים בהיקף מצומצם. לדברי הקופה, העדר מודעות מספקת לצרכים בתחום בריאות הנפש גורם לכך שהמענה הטיפולי משרת להערכתה רק כרבע מהמתמודדים עם הפרעות אכילה.¹⁵¹

4.2 כוח אדם במסגרות לטיפול יום

סוג המסגרת השני שנבחן בהקשר של סוגיית כוח האדם הוא המסגרות לטיפול יום. בנוהל משרד הבריאות להפעלת מסגרת לטיפול יום בהפרעות אכילה נקבעו תקני כוח אדם למסגרות למבוגרים ולקטינים, כמפורט בטבלה שלהלן:

טבלה 13: תקני משרד הבריאות לכוח אדם במסגרות לטיפול יום בהפרעות אכילה,

לפי גיל המטופלים וגודל המסגרת¹⁵²

קטינים		מבוגרים		מקצוע
12 עמדות	24 עמדות	12 עמדות	24 עמדות	
30 קטינים	60 קטינים	50 מבוגרים	100 מבוגרים	
0.5	0.5	0.5	0.5	מנהל*
0.6	1.1	0.6	1.1	רופא פסיכיאטר
1.25	2	1.25	2	אחות
1	1.5	0.75	1	עובד סוציאלי
0.75	1.3	0.75	1.3	פסיכולוג
0.5	1	0.5	1	תזונאי**
0.05	0.1	0.05	0.1	למבוגרים: רופא משפחה/פנימי לקטינים: רופא ילדים
1	1.25	1	1.25	מקצועות הבריאות***
1.25	2	1.25	2	כוח עזר - חונך אכילה
6.9	10.75	6.65	10.25	סך הכול כוח אדם טיפולי
0.5	0.75	0.5	0.75	מזכירה רפואית
0.5	0.5	0.5	0.5	ניקיון ואחזקה

*מהמקצועות פסיכיאטריה, פסיכולוגיה קלינית, עבודה סוציאלית, תזונה וסיעוד, בכפוף לתנאים שהוגדרו בנוהל.
**בוגר הכשרה בטיפול בהפרעות אכילה.

¹⁵⁰ ד"ר הלין שר וד"ר דרור דולפין, המרכז הרפואי סורוקה, שיחת טלפון, 29 באוגוסט 2021.

¹⁵¹ פרופ' שלמה וינקר, שם.

¹⁵² [נוהל להפעלת מסגרת לטיפול יום בהפרעות אכילה](#), עמ' 11 - 12.

***מבין המקצועות פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, סיעוד, ריפוי בעיסוק, תזונה, וכן טיפול בהבעה וביצירה בהיקף משרה מוגבל.

התקנים שנקבעו על ידי משרד הבריאות למסגרות לטיפול יום מחייבים כ-7 משרות טיפוליות ל-12 עמדות. על בסיס המידע שהתקבל אי אפשר לקבוע אם תקינה זו מיושמת כלשונה בכל המסגרות

כפי שעולה מהטבלה, התקנים הנדרשים לטיפול במבוגרים ובקטינים הם דומים ברובם ומחייבים כשבע משרות טיפוליות ל-12 עמדות. נציין כי על בסיס המידע שקיבלנו לא ניתן לקבוע אם תקינה זו מיושמת כלשונה בכל המסגרות. בשיחות שקיימנו עם גורמים מקצועיים הוסבר שהתקינה עדיין לא תורגמה לתקנים מתוקצבים בהיקף הנדרש, ושהדבר קשור בין היתר לסוגיות מבניות וניהוליות המאפיינות את מערכת הבריאות.¹⁵³ כמו כן נמסר שבמיוחד באזורי הפריפריה חסר כוח אדם מיומן להפעלת העמדות.¹⁵⁴ הוסבר גם שהאתגר הטיפולי במסגרות לטיפול יום הוא מורכב וקשה, ומחייב את קיומו של צוות מיומן שהוכשר כראוי. בהקשר זה נטען שיש צורך בהכשרות ובשיפור תנאי השכר.¹⁵⁵ נזכיר כי במסגרת סיכום בין משרדי האוצר והבריאות יוקצה תקציב של 30 מיליון ש"ח לטיפול בהפרעות אכילה, שחלקו יופנה לתוספת של 40 עמדות לטיפול יום, ונשאלת השאלה האם די בכך על מנת להעסיק את כוח האדם הנדרש להפעלתן.

באשר לכוח אדם **במסגרות האשפוז**, משיחה שקיימנו עם מנהל המרכז להפרעות אכילה ומשקל במרכז הרפואי שיבא עולה כי אין תקינה למחלקות הייעודיות להפרעות אכילה אלא רק תקינה למחלקות הפסיכיאטריות, ולכן תקינה זו אינה כוללת את מקצועות הבריאות הנוספים הנדרשים לתחום הפרעות אכילה.¹⁵⁶ במסגרת הסיכום בין משרדי האוצר והבריאות, חלק מהתקציב שנקבע (30 מיליון ש"ח) יופנה לתוספת 40 מיטות אשפוז,¹⁵⁷ וגם במקרה זה נשאלת השאלה האם די בכך על מנת להעסיק את כוח האדם הנדרש להפעלתן.

5. השפעת מגפת הקורונה על המענה הטיפולי להפרעות אכילה

התפרצות מגפת הקורונה גרמה להצטברות בו-זמנית של גורמי סיכון רבים לפיתוח הפרעות אכילה

התפרצות מגפת הקורונה בשנת 2020 גרמה להצטברות בו-זמנית של גורמי סיכון רבים לפיתוח הפרעות אכילה, כמו בידוד חברתי, חוסר ביטחון תזונתי, אתגרי הפחתת משקל ועידוד מסיבי של פעילות גופנית, שיבוש השגרה ופגיעה בנגישות של שירותי הבריאות.¹⁵⁸ בבריטניה, למשל, נרשמה במהלך השנה שחלפה מאז פרוץ המגפה הכפלה כמעט של מספר הפניות החירום והשגרה הקשורות להפרעות אכילה. בשל מיעוט מחקרים ונתונים, עדיין לא ידוע אם עלייה זו משקפת שינויים התנהגותיים רחבים בקרב אנשים צעירים או התפרצות תסמינים בקרב קבוצות

¹⁵³ ד"ר איתן גור, שם; ד"ר גד רייזלר, מנהל יחידת טיפול יום, מרכז רפואי שמיר, שיחת טלפון, 28 ביולי 2021.

¹⁵⁴ ד"ר איתן גור, שם.

¹⁵⁵ ד"ר נטע יואלי, שם.

¹⁵⁶ ד"ר איתן גור, שיחת טלפון, 13 בפברואר 2022.

¹⁵⁷ דניאל פדון, שם.

¹⁵⁸ Francesca Solmi & al., [COVID-19 and eating disorders in young people](#), *The Lancet – Child & Adolescent Health*, 5 (5), p. 316, published: May 2021, accessed: September 2nd 2021.

הנמצאות מלכתחילה בסיכון מוגבר.¹⁵⁹ מחברי מאמר מדעי שפורסם בשנת 2021 טוענים כי הדגש הציבורי שהושם על מניעת השמנה בתקופת מגפת הקורונה (הן בהקשר הבריאותי הכללי והן בהקשר של הסיכון המוגבר לחולים בעלי משקל עודף), התבטא בחלקו באסטרטגיות התומכות באיבוד משקל, אשר מגבירות את הסיכון להתפתחות הפרעות אכילה או להחמרתן.¹⁶⁰ במסמך זה ביקשנו בין היתר ללמוד על שינויים אפשריים בהיקף הפניות לטיפול בהפרעות אכילה בתקופת משבר הקורונה. התשובות בנושא זה לא היו אחידות, אך רוב הגורמים שפנינו אליהם ציינו שבעקבות מגפת הקורונה גדל באופן ניכר הפער בין הביקוש לבין ההיצע הטיפולי, וכתוצאה מכך נפגעה היכולת להעניק מענה מיטבי למטופלים.

לדברי **הכללית**, מאז תחילת מגפת הקורונה חלה עלייה דרמטית בכמות הפניות בכל רחבי הארץ, בעיקר בנוגע לילדים, ועלייה זו הוערכה בשיעור של 20%–100%, בהתאם לסוג המסגרת הטיפולית. עם זאת הוסבר כי בשל ריבוי הפניות לכמה מסגרות במקביל (כתוצאה מעודף ביקוש), אין לדעת בוודאות מה מספר הפונים. משך ההמתנה לטיפול, שהיה בעבר בין כמה שבועות לשלושה חודשים, יכול להגיע מאז פרוץ המגפה ל-4 – 12 חודשים.¹⁶¹

הכללית הוסיפה כי בשל תורי ההמתנה הארוכים למסגרות השונות, גדל מאוד העומס על הצוותים במרפאות הראשוניות, במחלקות ילדים בבתי חולים כלליים ובמחלקות נוער בבתי חולים פסיכיאטריים. עומס הפניות, שלדברי הקופה מאפיין את כלל מערכי בריאות הנפש, מכתוב צורך במענים החורגים מהמסגרות הייעודיות הקיימות לטיפול בהפרעות אכילה, וגורם לכך שאנשי צוות נדרשים לתת מענה גם ללא הכשרה מתאימה.¹⁶²

מכבי השיבה כי מסיבות מתודולוגיות אין ביכולתה למדוד באופן מדויק את שכיחות הפניות למעריך בריאות הנפש בגין הפרעות אכילה, ואף הציגה נתוני אבחנות חדשות שנקבעו על ידי כלל רופאי הקופה, ולפיהם לא נראה שינוי מהותי במספר האבחנות בתקופה שבין מרץ 2020 לספטמבר 2021 (בזמן מגפת הקורונה) לעומת התקופה שבין מרץ 2018 לספטמבר 2019 (לפני המגפה).¹⁶³ עם זאת, במחקר שנערך במסגרת הקופה בקרב יותר מ-200,000 מבוטחים בגילי 12 – 17 ושפורסם בינואר 2022, נמצא כי שיעור הסובלים מהפרעות אכילה גדל מ-2.5 לאלף נפש בשנת 2019 ל-3.9 לאלף נפש בשנת 2021, כלומר גידול של כ-56%. עיקר הגידול התבטא

הכללית העריכה את העלייה בכמות הפניות לטיפול בהפרעות אכילה בשיעור של 20% - 100%, בהתאם לסוג המסגרת

במחקר של מכבי בקרב בני נוער המבוטחים בקופה, שפורסם בינואר 2022, נמצא ששיעור הסובלים מהפרעות אכילה בקרבם גדל בכ-56%. עיקר הגידול התבטא בקרב בנות ובקרב האוכלוסייה היהודית הכללית

¹⁵⁹ Francesca Solmi & al., [COVID-19 and eating disorders in young people](#), *The Lancet – Child & Adolescent Health*, 5 (5), p. 317.

¹⁶⁰ Francesca Solmi & al., [COVID-19 and eating disorders in young people](#), *The Lancet – Child & Adolescent Health*, 5 (5), p. 317.

¹⁶¹ נועה דנאי, שם.

¹⁶² נועה דנאי, שם.

¹⁶³ שלהבת כהן צדקה, מכבי שירותי בריאות, שם.

בקרב בנות, ששיעור הסובלות מהפרעות אכילה ביניהן גדל בתקופה זו ב-65%, מ-4 ל-6.6 בנות לאלף נפש, ובקרב האוכלוסייה היהודית הכללית, שהשיעור בקרבה גדל בכ-61%, מ-2.8 ל-4.5 לאלף נפש; זאת בשעה שבקרב בנים ובמגזרים החרדי והערבי לא נצפה גידול משמעותי. כפי שצינו עורכי המחקר, יש להביא בחשבון אפשרות שהנתונים הושפעו במידה מסוימת מגורמים חיצוניים, כגון עלייה בשכיחות הדיווח – בעיקר על ידי בנות – בעקבות התגברות השהייה המשפחתית המשותפת כתוצאה מהמגפה. עם זאת, החוקרים סבורים שהשפעות המגפה במציאות רחבות יותר מכפי שהתבטא בתוצאות המחקר, כיוון שלא נכללו בו בני נוער שהמתינו לטיפול או שטופלו מחוץ לשירותי הקופה.¹⁶⁴

מאחדת דיווחה על סתירה לכאורה בין נתונים, שלפיהם זמני ההמתנה של מבוגרים וקטינים הצטמצמו בתקופת המגפה ברוב המחוזות, לבין דיווחים התרשמותיים מהמחוזות שחלקם הצביעו על עלייה הן במספר הפונים ובחומרת מצבם והן בזמני ההמתנה לטיפול רב-מקצועי במרפאות הייעודיות. הקופה הציעה הסבר לפער בין הנתונים לבין ההתרשמות בשטח, ולפיו התנדויות של גלי המגפה גרמה להבדלים חדים בין תקופות עמוסות בפניות לתקופות שקטות יותר, כך שממוצעי הפניות אינם משקפים את שיאי העומס. לדברי הקופה, השערה זו יכולה להסביר גם את הדיווחים על החמרה במצב הפונים בעקבות דחיית פנייתם לטיפול. מרפאות הקופה דיווחו גם על ירידה מסוימת בגיל הפונים (לגיל 12-14) ועל עלייה במורכבות התחלואה הנפשית הנלווית, שכללה מקרים רבים של הפרעה פוסט-טראומטית.¹⁶⁵

גם **לאומית** דיווחה כי לפי התרשמות אנשי המקצוע בשטח חלה עלייה משמעותית בפניות, שלא זכתה למענה הולם בשל מחסור במטפלים ובמסגרות טיפול ייעודיות. לפי נתוני הקופה, בהשוואה בין פברואר 2018–ספטמבר 2019 לבין פברואר 2020–ספטמבר 2021, נצפתה עלייה בפניות בשיעור של כ-19% (מ-1,495 ל-1,784 פניות).¹⁶⁶

גורמי טיפול ששוחחנו איתם תיארו לא רק גידול ניכר בהיקף הפניות לכל סוגי המסגרות אלא גם החמרה במצב הפונים והתארכות זמני ההמתנה לטיפול.¹⁶⁷ לדוגמה, מנהלת המעריך לרפואה פסיכולוגית במרכז שניידר לילדים ומנהלת הבית לטיפול יום במרכז הרפואי זיו בצפת דיווחו כי

¹⁶⁴ Yonatan Bilu & al., [Mental health assessment of Israeli adolescents before and during the COVID-19 pandemic](#), KI Research Institute and Maccabi Healthcare Services, preprint, published: January 6th 2022, accessed: February 4th 2022.

הפרעות האכילה ששכיחותן נמדדה הן אלה המפורטות תחת סיווג F50 במערכת הסיווגים הבין-לאומית ICD-10. המאמר לא עבר עדיין ביקורת עמיתים.

¹⁶⁵ עו"ד מירה אהרוני, שם.

¹⁶⁶ פרופ' שלמה וינקר, ראש חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 27 בדצמבר 2021.

¹⁶⁷ ד"ר הלין שר וד"ר דרור דולפין, שם; ד"ר גד רייזלר, שם; שרית לנצ'יצקי-חומה, שם; יואב לרון, שם.

לדברי מאוחדת,
התנדויות של גלי
המגפה גרמה
להבדלים חדים
בעומס הפניות
בתקופות שונות, ולכן
ממוצעי הפניות אינם
משקפים את שיאי
העומס

לפי נתוני לאומית,
נצפתה בתקופת
המגפה עלייה בפניות
בשיעור של כ-19%,
וזאת למול מחסור
במטפלים ובמסגרות
טיפול ייעודיות

משך ההמתנה לטיפול בשני המוסדות – הן לאשפוז במרכז שניידר והן לטיפול יום בבית החולים זיו – התארך מאז פרוץ המגפה מחודשיים לחצי שנה ויותר.¹⁶⁸ לדברי מנהלת הבית לטיפול יום, העלייה בהיקף הפניות אינה מאפיינת מגזר ייחודי כלשהו.¹⁶⁹ לדברי יו"ר העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה, העומס הרב מתבטא גם בקרב מטפלים פרטיים.¹⁷⁰

6. דיין

על בסיס המידע שהוצג במסמך על היקף המאובחנים והמטופלים נגד הפרעות אכילה בישראל ועל הטיפול המוענק במסגרות הטיפוליות לסוגיהן, עולות כמה נקודות אפשריות לדין:

6.1 איסוף נתונים שיטתי להערכת היקף התחלואה ולתכנון מערך הטיפול

במסמך הוצגו הערכות על מספר הסובלים מהפרעות אכילה על פי **שכיחות המשוערת באוכלוסייה**, אך משרד הבריאות נקב בפנינו באומדן חלקי המתמקד בקבוצת הגיל 15-24 בלבד, ללא התייחסות לאוכלוסייה מתחת לגיל 15 או מעל לגיל 24 או לקבוצות אוכלוסייה שונות. כמו כן, לא ברור האם הערכה זו, הזוהה להערכה שמסר לנו משרד הבריאות בשנת 2016, משקפת את המצב בפועל. המשרד לא הציג נתונים גם על מספר האנשים **שכבר אובחנו** עם הפרעות אכילה, והנתונים בנושא זה שהוצגו במסמך נאספו על ידינו מארבע קופות החולים וקשה לקבוע עד כמה הם מלאים. המשרד גם לא העביר לידינו נתונים על **מספר המטופלים** במסגרות הטיפול השונות ונראה כי מסיבות מתודולוגיות גם נתוני קופות החולים אינם מלאים. נתונים נוספים שלא התקבלו ממשרד הבריאות הם **נתוני תפוסה** במסגרות השונות כמו גם **זמני ההמתנה** בהן. לכך יש להוסיף את הפערים בין מספר מיטות האשפוז ומספר עמדות הטיפול בתקן לעומת מספרן בפועל.

מסד נתונים הוא הכרחי לצורך הערכת היקף התחלואה באוכלוסייה, זיהוי שינויים החלים בו (למשל בתקופת משבר כמו מגפת הקורונה), ותכנון מתאים של מערך הטיפול הנדרש בהתאם לצרכים. לפיכך עולות השאלות אם משרד הבריאות פועל לאיסוף מידע זה וכיצד יש באפשרותו לאמוד את היקף התחלואה בישראל ולהעריך את התאמת המערך הקיים לצרכים ללא נתונים מלאים על היקף התחלואה, המאובחנים והמטופלים, וכן על שיעורי התפוסה וזמני ההמתנה במוסדות השונים.

6.2 פריסת מסגרות טיפוליות והתאמתן לצרכים

כפי שעלה מהמסמך, קיים מחסור בתשתית טיפולית בקהילה והוא מביא להחמרה במצב הפונים לטיפול, לעתים עד כדי צורך באשפוז. כמו כן, חרף ההמלצה לאשפוז במחלקה ייעודית בבית חולים לאשפוז כללי, חולים רבים אינם מאושפדים במחלקות אלה, וכן אין די מידע על

¹⁶⁸ פרופ' סילבנה פניג, שם; ד"ר נטע יואלי, שם.

¹⁶⁹ ד"ר נטע יואלי, שם.

¹⁷⁰ ד"ר מיכל חסון-רוזנשטיין, יו"ר העמותה הישראלית למניעה, לטיפול ולמחקר בהפרעות אכילה, שיחת טלפון, 27 ביולי 2021.

מידת השמירה על רצף טיפולי מיידי לאחר יציאה מאשפוז. נוסף על כך, קיימת שונות בפריסה הגאוגרפית של המסגרות למיניהן, העלולה להשפיע על נגישותן לתושבי האזורים השונים. כל אלה מביאים, לדברי משרד הבריאות, למשך המתנה ארוך לטיפול, ולדברי גורמים מקצועיים ששוחחנו עימם, מגפת הקורונה גרמה להתארכות משמעותית נוספת של זמני ההמתנה לטיפול. נזכיר כי ההחמרה במצב החולים בשל העדר טיפול זמין כרוכה הן בנזק בריאותי (ובתמותה בשיעור גבוה יחסית) להם עצמם, הן בפגיעה רבת היבטים במשפחותיהם והן בעלויות גבוהות מאוד למערכות הבריאות והביטוח הלאומי, המממנות בסופו של דבר טיפולים ממושכים, מורכבים ויקרים, לעתים באופן חוזר ונשנה, וכן קצבאות נכות.

על רקע זה עולה השאלה אם מתבצע תכנון ארוך טווח לפריסת מסגרות מכל הסוגים, בדגש על מסגרות בקהילה (שיקלו על העומס במערכת האשפוז), בהיקף ובפיזור גאוגרפי מתאימים, ותוך בחינת האפשרות ומידת התועלת של התאמה לקבוצות אוכלוסייה שונות מבחינה מגדרית ותרבותית. כמו כן, עולה השאלה אם נבחנו שינויים במעריך הטיפולי הקיים, כגון הקמת מסגרות לטיפול יום בקהילה ולא רק בבתי חולים, כפי שהעלתה בפנינו אחת הקופות. כפי שהוצג במסמך, סוכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר על תוספת של 30 מיליון ש"ח לתגבור מעריך הטיפול בהפרעות אכילה, ועולה השאלה אם תוספת זו אכן עונה על הצרכים, ואם היא תגובה בתוספת התקציב הדרושה עבור תקני כוח האדם הדרושים להפעלת המיטות. נציין כי שני המשרדים לא העבירו לידינו מידע מפורט על אופן מימושה של תוספת זו.

6.3 הרחבת המעריך השיקומי

במסמך הוצג מודל הבתים השיקומיים כפי שהוא מיושם בישראל, ותוארו ממצאי מחקר שנערך באוניברסיטת חיפה במימון המוסד לביטוח לאומי ופורסם בשנת 2020, המצביע על תרומתו לשיקום ולמניעת תחלואה חוזרת. עם זאת, מדוח המחקר עצמו עולה כי בשלב זה אין בבתי השיקומיים מענה מלא, הן מבחינת ההיקף והן מבחינת המאפיינים המגוונים של אוכלוסיית היעד. כמו כן, לפי הדוח, בחינת המודל השיקומי הייחודי שגובש בישראל היא ראשונית עדיין.

במחקר הוצע בין השאר להרחיב את מעריך הבתים השיקומיים, ולשקול פיתוח של וריאציות שיקומיות נוספות, המותאמות לרמות תמיכה ולקהלים שונים. לדברי רופאים במרכז הרפואי סורוקה ומנהלת העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה, יש מקום לבחון הקמת מסגרות פנימייתיות ייעודיות גם לקטינים לאחר אשפוז, שכיום אינן קיימות.

6.4 הגדלת היקף כוח האדם הטיפולי

לצד תיאור הצורך בפריסה מספקת של מסגרות ייעודיות, הוסבר במסמך כי לאור מורכבות הטיפול בהפרעות אכילה, משאב מרכזי לכך הוא כוח אדם מיומן מכמה מקצועות טיפוליים, שהוכשר לטיפול ייעודי והוא משולב בצוות רב מקצועי הפועל באופן מתואם. כפי שתואר, בעוד שבטיפול יום קבע משרד הבריאות תקינת כוח אדם, במרפאות לא נקבע תקינה כאמור. כמו כן,

במסגרות רבות הצוותים הם חלקיים מסיבות שונות וביניהן מחסור בתקנים, מחסור בכוח אדם בעל הכשרה ייעודית ותנאי השכר.

מכלל הממצאים במסמך עולה השאלה אם יש מקום לגיבוש תקינת כוח אדם רשמית לכל אחת ממסגרות הטיפול המותאמת לצרכים המקצועיים, וכן להקצאת תקנים בהתאם לתקינה זו ותקצוב תקנים אלה. לצד זאת עולה השאלה בדבר הצורך בתוכנית הכשרה ארצית ייעודית לטיפול בהפרעות אכילה. מהמסמך עולות שתי גישות אפשריות לסוגיית המחסור בכוח אדם כפי שהוצגו בפנינו, האחת דוגלת בהגבלת ההתערבות בהפרעות אכילה למטפלים מומחים בלבד ומחייבת הוספת כוח אדם ייעודי, והשנייה תומכת בהרחבת קהילת המטפלים באמצעות מתן הכשרה ממוקדת וייעוץ לאנשי מקצוע שאינם ייעודיים (כגון רופאי משפחה). סוגייה זו התחדדה בעקבות הגידול בעומס הפניות בעקבות מגפת הקורונה.

6.5 דרכים למניעת הפרעות אכילה ברמה הציבורית וליתור יזום בשלב מוקדם

במסמך תוארה השכיחות המתרחבת של הפרעות אכילה בקרב אוכלוסיות מגוונות בעולם ובישראל, וניתן לשאול כיצד יש לפעול כדי להתמודד עם ההשפעות החברתיות והתרבותיות המעודדות את התפשטות התופעה, אילו משרדי ממשלה וגורמים מקצועיים צריכים להשתתף במאמצי המניעה ומהן הפעולות שניתן ליישם בנושא זה באופן זהיר ומושכל.

כמו כן, כפי שהוסבר במסמך, חשיבות האיתור המוקדם של הפרעות אכילה היא גדולה לצורך טיפול מיידי, מניעת החמרה והגדלת סיכויי ההחלמה. עם זאת האיתור הוא מאתגר הן בשל הנטייה השכיחה להסתיר הפרעות אלה והן בשל ביטוייהן הלא-טיפוסיים (למשל בקרב בעלי משקל עודף), המקשים על הזיהוי. לאור העובדה שבחלק ניכר מהמקרים הפרעות אכילה מתפתחות בקרב בני נוער (שגילם הולך ויורד), אפשר לשאול האם ניתן ליזום מהלכים פרואקטיביים לאיתור אלה הסובלים מהן, כיצד יכולות לתרום לכך מערכות כמו מסגרות חינוך, שירותי הבריאות בקהילה ובצה"ל וכיוצא באלה, ומה נדרש להעלאת המודעות בקרב הצוותים הפועלים בהן (מורים, יועצות, רופאים בקהילה, צוותי רפואה ות"ש בצה"ל ועוד).