Edward Elgar Publishing **Research Handbook of Mental Health Policy,** Christopher G. Hudson, Ph.D., Professor Emeritus, Salem State University, Editor

**Mental Health Policy in Israel**

**Authors**: Liron David, Max Lachman, Hilla Hadas, Sylvia Tessler-Lozowick

**Title: Can Israel Lead a Community Mental Health Reform?**

**Abstract**:

In this chapter we will review Israel’s mental health system policy development and highlight its unique part of community based mental health services. Many of the policies implemented in Israel are very much based on the western model of psychiatry with some adjustment to the unique needs of the diverse Israeli society and the developments regarding to the human rights of persons with disabilities. The overview will also discuss the future of community-based mental health services and the need to promote a community reform in order to fulfill the mental health recovery concepts.

Chapter outline:

1. Introduction
2. Israel Mental Health System Development in the Israeli context
3. Community based mental health services
4. A future of Community reform
5. Final remarks
6. References

**Israel Mental Health System Development in the Israeli context**

מדינת ישראל היא מדינה צעירה יחסית, מגוונת תרבותית, לאומית דתית ואתנית. מאז הקמתה בשנת 1948, נמצאת ישראל במצב חירום מתמשך, הכולל קונפליקט רב שנים עם האוכלוסיה הפלסטינית וכן מתמודדת עם מורכבות לאומית בקרב אזרחיה הערבים הפלסטינים. המדינה שהוקמה לאחר מאורעות מלחמת העולם השנייה והשואה, כאירוע טראומתי קולקטיבי, קלטה לתוכה בזמן קצר יחסית מיליוני מהגרים יהודים שהגיעו מקצווי העולם ובעיקר מאירופה וממדינות ערב.

כיום, מונה אוכלוסיית ישראל כ-9,291,000 6.870 מיליון הם יהודים (73.9% מכלל האוכלוסייה), 1.956 מיליון - ערבים (21.1%) ו-465 אלף - אחרים (5.0%). (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2020). יש גיוון תרבותי בין היתר נוכח גלי העלייה לאורך השנים. 25% מהאוכלוסייה לא נולדו בישראל והגיעו בעקבות גלי הגירה שונים. גלי ההגירה האחרונים התרחשו בשנות התשעים עם העליות הגדולות מרוסיה ואתיופיה. בנוסף לתהליכים אלה, ישראל נמצאת במצב חירום מתמשך ובסכסוך רב שנים עם הפלסטינים. מערכת בריאות הנפש בישראל משקפת את הפסיכיאטריה המערבית יחד עם מערכות יותר מסורתיות. ( Levav & Greenshpon, 2004)

מערכת הבריאות נשענת על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, לפיו כל התושבים מקבלים כיסוי ביטוחי רפואי באמצעות מס בריאות בהתאם להכנסה. רוב האוכלוסיה מטופלת באמצעות אחת מתוך ארבע קופות החולים שהוקמו עוד טרם הוקמה המדינה על ידי איגודי העובדים. (Levav & Grinshpon, 2004; אבירם, 2019)

חסר בישראל באיסוף נתונים מדויק על כמות האנשים בישראל המאובחנים עם מחלת נפש קשות ומתמשכות (SMI), או אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית, זוהי בעיה שלה שותפות מדינות נוספות ברחבי העולם. ההערכות בדבר אנשים המתמודדים עם מחלות נפש קשות וממושכות המוכרות למערכת הבריאות עומדות על כ-130,000–150,000. בצירוף בני המשפחה המטפלים בהם אנו מגיעים למספר של 400,000 אנשים. עם זאת, הגם שהנושא נוגע לרבים, התפיסות הרווחות כלפי אנשים עם מוגבלויות נפשיות רוויות בתיוג מבני, ציבורי ואישי. עוד ידוע הוא כי אוכלוסיית נפגעי הנפש בישראל היא האוכלוסייה הגדולה ביותר בקרב אוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות, והיא מונה כ-41% ממקבלי קצבת הנכות (כ-115,000 אישה ואיש). (אבירם, 2019; דוד, 2020; אבירם ואזארי ויזל, 2015; המוסד לביטוח לאומי 2014, המועצה הלאומית לשיקום, 2021).

מבחינת נתונים על אשפוזים פסיכיאטרים בשנת 2019 היו 58,641 ביקורים במרכזים לרפואה דחופה פסיכיאטריים בבתי החולים הכלליים והפסיכיאטרים, 63% מהם בבתי החולים הממשלתיים. 40% מהביקורים הללו הסתיימו באשפוז, 1/3 מהפונים עד גיל 25 אושפזו בהשוואה ל44% מבני 25 ומעלה. מספר המיטות בבתי החולים הפסיכאטריים 3,642 מיטות. מהן 3,475 בבתי החולים הציבוריים. (משרד הבריאות, 2020).

כמו במדינות נוספות ברחבי העולם, התחום בריאות הנפש הוא אחד התחומים שנזנחו לאורך השנים, הן במישור המענים והשירותים הניתנים לצרכים הייחודיים של מוגבלות נפשית ומחלות נפש והן במישור המקצועי של פיתוח פרקטיקות מקצועיות חדשניות שמבססות בריאות נפשית בקהילה. (WHO, 2021; אבירם, 2019; לירון דוד, 2020).

מדינת ישראל קמה כמדינת מהגרים עם אוכלוסיה מקומית מורכבת ממגוון דתות לאומים ורקעים. השלטון בראשית ימיה עסק בפיתוח והקמה של מערכות המדינה, ובין היתר קלט מליוני מהגרים שהגיעו מכל רחבי העולם בעקבות מאורעות מלחמת העולם השניה והשואה. התפתחות מערכת בריאות הנפש, נתנה מענים גם לאור האירועים הקשים שפקדו את ישראל עם הקמתה והצורך להתמודד עם מקרים רבים שהצריכו טיפול פסיכיאטרי בקרב ניצולי שואה, עולים ואף בקרב דור המייסדים (אבירם, 2019; אברהם ושניט, 1981). בשנים אלה, היתה נחיצות למתן מענים פסיכיאטרים והגש הושם על הפרדה והשמה במוסדות, ובמרבית המקרים אשפוזים בכפייה, כאשר איכות הטיפול נפלה בהרבה מהטיפול במחלות הגופניות (מרק וסיגל, 2009).

חקיקת הרווחה בישראל היתה משמעותית ביותר - מדינת ישראל החלה את דרכה כמדינה עצמאית עם חקיקה חברתית נרחבת (חובב, לונטל וקטן, 2012; גל ובניש, 2018). עם זאת, תחום הבריאות ובריאות הנפש התפתחו כמערכות ארגוניות ומקצועיות נפרדות למערכות הרווחה והחינוך. עד היום שירותי הבריאות ושירותי בריאות הנפש מופעלות דרך השלטון המרכזי וקופות החולים ולא באמצעות השלטון המקומי כמו מערכות רווחה אחרות. (חסרה הפניה למקור (

מערך בריאות הנפש בראשית ימיה של המדינה התבסס בעיקר על שירותי בריאות הנפש שהתפתחו בתקופת המנדט הבריטי ששלט בישראל בין השנים 1917-1948, שהתקיים מבתי חולים, מוסדות ללא כוונת רווחה ומוסדות פרטיים למטרות רווח, לצד מוסדות של קופות החולים שסיפקו רפואה בקהילה, שהשייכות להן נעשתה בזמנו לפי השתייכות לאחד מאיגודי העובדים. עם זאת, העיסוק בבריאות הנפש היה בהן שולי. מערך בריאות הנפש המדינתית נתן מענים למי שלא היו שייכים לקופות החולים ובגין כך החל לתקצב את המוסדות הפסיכיאטרים השונים (הפרטיים והציבוריים) שכבר פעלו (אבירם, 2019). מערכת הבריאות נשענה על עצמאות וכוח של רופאים, פורום מנהלי בתי החולים הממשלתיים, להם היה המונופול על תחום בריאות הנפש, באופן שלעתים קרובות עיכב ומנע קידום שינויים בתחום לכיוונים קהילתיים (אבירם, 2019, 60;גינת 1992; אבירם 1991).

חקיקת בריאות הנפש בראשית שנותיה של המדינה שיקפה את התפיסה האשפוזית ובפרט חקיקת חוק טיפול בחולי נפש -1955, תשט"ו (שמאז תוקן מספר פעמים). התקציבים שהגיעו מתרומות של נדבנים וקרנות היו בעיקר לתמיכה במיטות אשפוז ובימי אשפוז. (אבירם, 2019). עד לאמצע שנות השישים של המאה הקודמת הושם דגש על הגדלת מספר מיטות האשפוז, ומתן מענים למי שהיו זקוקים לאשפוזים ולמענים בתחום בריאות הנפש, בראשיתה של המדינה. בשנות השישים החלה להינתן תשומת לב למצוקת האשפוז בתחום בריאות הנפש. כבר אז נשמע ניצני קריאה לשינוי המערך הקיים ועל ארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש להפחתת אשפוזים ממושכים וחשיבה ראשונית על מניעה ושיקום (Aviram, 1991). בראשית שנות השבעים היו בכל מוסדות האשפוז בארץ יותר מ-8,000 מיטות פסיכיאטריות. 2.7 מיטות לכל 1,000 תושבים (לעומת 1.3 בשנת 1948 ו-0.4 ב-2016). (אבירם, 2019, 1991).

מצוקת האשפוז יחד עם התפתחויות חברתיות ומקצועיות, יצרו שינוי בתחילת שנות השבעים, בתחילה בעיקר בשיח על השינויים הנדרשים. הקריאה נעשתה הן מלמטה על ידי ביסוס יותר ארגונים חברתיים שקראו לשינויים בתחום ולהרחבת התפיסה החברתית והשילוב בקהילה, יחד עם כוחות מתוך הממשלה. כגון מוסד מבקר המדינה שבתחילת שנות השבעים בחן את מערכת הפסיכיאטריה ובריאות הנפש והעיר על היעדרם של מערכים קהילתיים לתמיכה. (מבקר המדינה, 1970). הניסיון הראשון לשינוי מדיניות ולרפורמה בתחום בריאות הנפש, הגיעה באמצעות תכנית הראורגניזציה משנת 1972 של משרד הבריאות. התכנית הסתמכה על הבנת המגמות החדשות בעיקר בארה"ב, שקראו להעביר את מרכז הכובד של מערכת בריאות הנפש מבתי-החולים הפסיכיאטרים לשירותים בקהילה, בעיקר באמצעות הפחתת מספר מיטות האשפוז, צמצום מספר המאושפזים ומשך זמן האשפוז, זאת במקביל לפיתוח שירותי בריאות נפש קהילתיים זמינים ונגישים לאוכלוסיה. (משרד הבריאות, 1972; אבירם, 2019). התכנית הציעה לקדם מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש(על בסיס מודלים של ממשל קנדי בארה"ב) כשמטרותיהן הם: 1. אספקת שירותים טיפוליים בקרבת מגורי המטופלים. 2. אספקת שירותי מניעה בכדי למנוע התפתחות פתולוגיה של הפרט, המשפחה והחברה (אבירם 2019; טרמר 1975,1981). בתכנית הושם דגש על מושגי היסוד של הגישה הקהילתית בתחום בריאות הנפש: אזוריות (נגישות), כוללנות והמשכיות הטיפול (רצף ומגוון שירותים). התכנית המקורית הציעה להקים בכל אזור בישראל מרכז קהילתי אזורי שישרת את הקהילה ויספק שירותי אשפוז, חירום, מרפאות חוץ, אשפוז חלקי ושירותי ייעוץ וחינוך. ההבנה היתה כי כדי שתכנית כאמור תצא לפועל יש צורך בעבודה מתואמת עם סוכנויות הבריאות והרווחה והתאמתן למסגרת שירותי הבריאות ובריאות הנפש. הטיעון המרכזי להצדקת התכנית היו ירידה ניכרת בהיקפי האשפוז שתקטין את הוצאות האשפוז ותאפשר סגירת בתי חולים פרטיים שרמתם נמוכה. (אבירם, 2019).

בפועל תכנית זו לא יצאה לפועל ולא תוקצבה והמימון למערכת הפסיכיאטרית האשפוזית נותר כשהיה. למרות הקריאה לצמצום מיטות האשפוז מספרן בשנות השבעים דווקא עלה. אבירם (2019) שחקר וניתח את מהחל המדיניות הזה מצא כי על אף ההבטחה הגדולה תכנית זו לא יושמה בסופו של דבר הן בשל עמדות קבוצות כח שונות והן בגין שיטת התקצוב שיצרה העדפה לשיטת האשפוז והן בשל ראשוניותו של תחום בריאות הנפש הקהילתית. בתי החולים מתוקצבים ישירות כיחידות עצמאיות ולפי מספר מיטות ותפוסה. (אבירם, 2019; אבירם ולבב, 1981(. מרכזים קהילתיים ראשונים שהוקמו מוקמו סביב בתי החולים הפסיכיאטרים דבר שחיזק את הממסד האשפוזי רפואי והשפיע על התפיסה החברתית כלפי מחלות נפש ושירותי בריאות הנפש. (אבירם, 2019). ניסיון נוסף לשינוי במימון שירותי בריאות הנפש וחלוקת האחריות בין המדינה לקופות החולים, נעשה בשנת 1977 עם חילופי השלטון בישראל בין שלטון השמאל הסוציאל דמוקרטי לימין, לא צלח. המצב בפועל היה אנומליה שיחס למימון שירותי בריאות הנפש – מי שפנו לשירותים בבתי החולים, במרכזי בריאות הנפש ובשירותים בקהילה הממשלתיים קיבלו שירות ללא עלות ואילו חולים שהופנו על ידי קופות החולים לטיפול פסיכיאטרי בבית החולים הכללי חויבו בתשלום. חוסר שווין זה פגע בנזקקים טיפול וגרם קשיים על התפתחותם של השירותים הפסיכיאטרים שהמשיכו להיות תלויים בתקציב הממשלתי (אבירם, 2019; אליצור, 1998) .

בשנות התשעים, תוכננו שינויים בתחום במסגרת העבודה על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בשנת 1994 ועיגן בישראל ביטוח בריאות אוניברסלי. השינויים שתוכננו לתחום בריאות הנפש נועדו לשיפור זמינות השירותים ונגישותם, ייעול כלכלי לשירותי בריאות הנפש, התאמת השירותים לצורכי הלקוחות ושחרור מאשפוז לקהילה. רפורמה זו כללה מספר רכיבים ובהםף הכללת שירותי בריאות הנפש בסל שירותי הבריאות הבסיסיים שמספקות קופות החולים ובכך גם שינוי המנגנון הממשלתי לכזה הנשען יותר על כוחות השוק; ארגון אזורי של שירותי בריאות הנפש במסגרת מינהלות אזוריות; ייסוד קרן לטיפול בחולים ממושכים עבור קבוצת המאושפזים הכרוניים; ארגון מחדש של אגף שירותי בריאות הנפש ושחרורו מאחריות ישירה למתן שירותים. (אבירם, 2019, 97; אבירם ורוזן, 1998, Mark & Shani 1995 /)

המהלך המתוכנן שיקף אימוץ תפיסה אינטגרטיבית רב-ממדית של האדם להסרת ההפרדה בין הגוף והנפש; קידום שוויון זכויות לחולי נפש, הפחתת הסטיגמה והגברת ההתייחסות הנורמטיבית למחלות נפש וכן הווה תמריץ להתייעלות ולהתפתחות של המערכת, לפיתוח של שירותים קהילתיים ולשיפור פריסת השירותים. מבחינה כלכלית המהלך השתלב עם תהליכי הפרטה ומיקור חוץ של מערכות הרווחה והבריאות שהחלו לקבל תאוצה בשנות השמונים תחת התפיסה כי חלופת הקהילה תצמצם עלויות אשפוזים. (דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990; בניש, 2012; אבירם, 2019).

במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק, נקבע כי בתוך 3 שנים מכניסת החוק לתוקף יועבר תחום בריאות הנפש לקופות החולים שכן שירותים אלה יכללו בסל הבריאות הממלכתי. (אבירם, 2019) . הדבר היה אמור לסייע בקידום הטיפול הנפשי שכן לפי עקרונות החוק שירותי הבריאות צריכים להיות זמינים, שוויוניים ונגישים לתושב במקום מגוריו. ( Shemer and Venonen, 1995 וכן פלדמן ורבינוביץ, 1996(. הרפורמה המוצעת התבססה על העקרונות של שילוב בזרם המרכזי Mainstreaming and Integration וייצגה את התפיסה שאין להפריד בין בעיות הגוף והנפש. (מכניק 1993, אבירם, 2019; Aviram, 2018).

למרות העבודה המשמעותית להכללת בריאות הנפש במסגרת החוק, כניסתו של תחום בריאות הנפש לחוק נדחה במספר שנים ולא יושם. העיכוב בכניסת הרפורמה הביטוחית נבע ממספר גורמים ובראשם היבטים כלכליים ותפיסתיים של תחום בריאות הנפש. יש להבין כי זירת בריאות הנפש בישראל היא מרובת משתתפים: קופות החולים, מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים, ארגוני העובדים, ובפרט אלו של בתי החולים הפסיכיאטרים, נציגי הפרופסיות בתחום בריאות הנפש, ובחברה האזרחית נציגי ארגוני המשפחות, עמותות מתמודדים וארגוני סינגור וכן היזמים המספקים שירותי בריאות נפש בקהילה. העיכוב ברפורמה מהימנעות של מקבלי ההחלטות וכן של קופות החולים לקדם את המהלך האמור. בנוסף, על העיכוב השפיעו הצמיחה האיטית בישראל של ארגוני הצרכנים בישראל, וההשפעה הנמוכה של ארגוני חברה אזרחית נכון לאותו זמן על מקבלי ההחלטות ועל קידום הרפורמה אל מול כוחם של משרד האוצר, מנהלי בתי החולים וקופות החולים וכן תפיסות מערכתיות והציבוריות הנגועות בסטיגמה ביחס לבריאות הנפש (אבירם, 2019; אבירם גיא וסייקס 2006; מרק 2011). מגמה זו משתקפת גם בתקציב שלאורך השנים הועבר ברובו הגדול לבתי-החולים הפסיכיאטריים (אבירם 2019, 2007; משרד הבריאות 2000, 2004).

בעשורים שעברו מאז חקיקת החוק בשנת 1994, התגבש לחץ לשינוי מכיוונים שונים. מלמטה, ארגוני החברה האזרחית החלו לקדם באופן יותר משמעותי את הקריאה לשינוי ולהעברת האחריות הביטוחית לבריאות הנפש. יצויין כי גם בתוך ארגוני החברה האזרחית היו קולות שעיכבו את הרפורמה, בעיקר של ארגוני הפסיכולוגיה הציבורית שחששו מהשלכות הרפורמה על מצב בריאות הנפש הציבורית ונגישות הטיפול. עם זאת, התגבשה הקואליציה של ארגוני בריאות הנפש הפועלים בתחום ובהם ארגוני המשפחות, המתמודדים, ארגוני שירותים שדגלו בקידום הרפורמה וראו בה את המפתח לשינוי התפיסתי ביחס לבריאות הנפש.

מבקר המדינה הצביע אף הוא על הצרכים הגדלים בתחום בריאות הנפש ועל כך שיש לקדם את הרפורמה והעברת האחריות לקופות החולים ולטפל בגורמים המונעים את קידומה. (מבקר המדינה, 2010, 2016)

אחד הגורמים הנוספים בתחום גיבוש וקידום המדיניות בבריאות הנפש הוא בתי המשפט. לבתי המשפט בישראל תפקיד משמעותי, הן בפיתוח הפסיקה ובהגנה על זכויות המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטרים לפי חוק הטיפול בחולי נפש והן בהגנה על זכויותיהם החוקתיות במסגרת דיונים בבית המשפט הגבוה לצדק. (מרק, 2011). בנושא קידום הרפורמה בית המשפט העליון של ישראל ליווה את התהליך לאורך השנים במסגרת עתירות שהוגשו על ידי ארגוני החברה האזרחית, הקואליציה של הארגונים וכן ארגוני המשפחות שקראו ליישם את החלטת הממשלה משנת 2003 להעביר את שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים. (בג"ץ 5777/05 **בזכות המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות ואח' נ' שר הבריאות)** עתירה זו היוותה קטליזטור מסוים לקבלת החלטות על ידי המדינה בין השנים 2005-2012. בשנץ 2012 העבירה הממשלה החלטה להעברת הרפורמה ונתנה זמן של שלוש שנים להיערכות ליישומה וזאת באמצעות צו. (צו ביטוח בריאות ממלכתי, 2012)

לאחר דחיות רבות, בשנת 2015 יצאה לדרך הרפורמה הביטוחית בישראל לפיה הטיפול האמבולטורי, שעד אז ניתן באמצעות התחנות לבריאות הנפש אל קופות החולים בישראל המעניקות שירותי רפואה לקהילה. משמעות הרפורמה היתה בפועל השלמת המהלך הכללי של רפורמה ביטוחית לאחר הרפורמה האשפוזית והשיקומית וכן צעד משמעותי להפחתת הסטיגמה ולחיבור בתפיסה של גוף ונפש. (החלטת ממשלה 4611 10.05.2012)

בתוך תקופת ההמתנה מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 ועד להעברת הרפורמה ליישום – נחקק חוק שיקום נכי נפש בקהילה המטפל בנפרד ברפורמה השיקומית שעברה מערכת בריאות הנפש בישראל בשנת 2000.

**חוק שיקום נכי נפש בקהילה – לראשונה בריאות הנפש בקהילה מעוגנת בחקיקה**

חלק זה יציג את השינוי המשמעותי שהגיע בדמות חוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, שעיגן מודל חדשני וייחודי ברמה הלאומית של שיקום פסיכיאטרי בקהילה המאוסדר על ידי השלטון המרכזי וניתן בכל רחבי המדינה.

השיקום הפסיכיאטרי התפתח בעולם לאט התיאוריות של ביל אנטוני ואחרים סייעו לגבש פרקטיקה שונה המבוססת על מספר עקרונות (Anthony & Furlong-Norman, 2011; Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008):

1. האמונה ביכולת של האדם להחלים ולהשתלב בקהילה. לכל אדם המתמודד עם מוגבלויות פסיכיאטריות יש "כוחות" לצעד "מוגבלויות" שיאפשר לו בניהול עצמי טוב לחזור לשליטה עצמית ולהכוונה.
2. חשיבות היכולת האדם לבחור לעצמו מה שחשוב לו לקדם בחייו כדי ליצור לעצמו חיים משמעותיים.
3. חשוב לצייד את האדם במיומנויות חדשות כדי ליצור ניהול עצמי טוב יותר.
4. מוכנות לשינוי וגיבוש המוטיבציה לאדם קשור להצבת מטרות האישיות שהאדם בוחר לקדם בבחירה עצמאית ואישית שלו.
5. כל אדם חי ומשתייך לסביבתו ולקהילתו, מעורבות הקהילה ושימוש במשאבים קהילתיים טבעיים ישפר זיקתו של כל אדם לקהילה.
6. ידע מניסיון ואנשים עם ידע מניסיון חשובים כדי ליצור מערך טיפולי שיקומי מבוסס על שותפות (Co-Production).
7. הסטיגמה החברתית, העצמית והמקצועית מהווה חסם משמעותי בקידום מטרות אלה, ובמאמציו של כל אדם במסעו להחלמתו. לכן נדרש התערבויות לצמצום הסטיגמה.

השיקום הפסיכיאטרי בקהילה מסייע בלמידה ואימוץ של אסטרטגיות התמודדות וקבלת תמיכה להתמודדות וניהול טובים יותר של המחלה ולשילוב קהילתי כמפתח לחיים עצמאיים. השיקום, שמגיע מתוך תפיסה קהילתית חברתית מבקש לשנות את המוקד מסימפטומים ואבחנות אל כוחות ומטרות של האדם כחלק מתנועת ההחלמה. (לכמן, 1998; לכמן והדס לידור, 2008; Roe, Lachman & Mueser, 2009; Roe, Garber-Epstein & Khatib, 2019). תנועת ההחלמה הדגישה את היכולת לסייע לאנשים עם מחלות נפשיות קשות לחיות חיים משמעותיים בקהילה, המבוססים על בחירה אישית, זאת על אף המוגבלות עמה הם מתמודדים באמצעות פרקטיקות שנמצאו יעילות ומוכחות (Deegan, 1993; Drake at al., 2001; Davidson, L. et al, 2010).

המודלים של שיקום פסיכיאטרי וחשיבות השירותים הקהילתיים החלו להתפתח בישראל עוד בשנות השישים, והמוסדות הפסיכיאטרים פיתחו גם שירותי שיקום בקהילה, בעיקר עבור מתמודדים שנטו להתאשפז לתקופות ממושכות או חזרו לאשפוזים (מרק וסיגל, 2009). חלק מהצמיחה בהתפתחות השיקום התבססה על יוזמות קהילתיות משפחתיות ופעילויות של עמותות ללא כוונת רווח כגון אנוש העמותה הישראלית לבריאות הנפש אחד מהארגוני הוותיקים ביותר שהוקם בשנת 1978. אנוש קמה כארגון בני משפחות המקדם מדיניות בתחום בריאות וכן פיתוח שירותים בקהילה עבור מתמודדים עם מחלות נפש קשות בתחומי הדיור, התעסוקה, החברה והפנאי (WHO, 2003;WHO, 2021; אתר אנוש;Skyes, 2003). פיתוח מגוון המענים בקהילה והביסוס המקצועי אפשרו לייצר בסיס משמעותי להכללת תחום השיקום בחקיקה ובמדיניות בישראל בין היתר בשלבים המוקדמים במסגרת התוספת לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובהמשך במסגרת חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (מרק וסיגל, 2009).

ברקע לחוק התרחשו מגמות נוספות של שינוי ביחס לאנשים עם מוגבלויות, ובעיקר קידום חקיקתו של חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ח-1998 והתקנות מכוחו (פלדמן, 2008).[[1]](#footnote-1) חוק השוויון עיצב שפה חדשה ביחס לאנשים עם מוגבלות ואת תחילת שיח המוגבלות. כמו כן החלה להתבסס מסגרת ארגונית מקצועית במשרד הבריאות, שהחלה לפתח מערכת ארצית לשיקום בקהילה והדגישה את החיבור והשילוב המרבי של האדם לקהילה בכל מערכות חייו ( שרשבסקי, 2022). בתחילה התמקדו המענים בעיקר בשירותי דיור ותעסוקה, לצד הליכי שחרור החולים הממושכים מבתי החולים הממשלתיים והפרטיים במטרה להפחית את מספרן של מיטות האשפוז, והמרכזים הקהילתיים שלצד בתי החולים.

נוכח העובדה ששירותי השיקום לא קיבלו תקציבים ולא הוגדרו מנגנונים פורמליים למתן שירותי השיקום. עם הצורך בשטח לשירותי שיקום הלך ועלה ככל שהוטמעו פרקטיקות חדשות בהתאם לחוק טיפול בחולי נפש, הכנסת פיתוחים חדשים פסיכיאטרים שאפשרו קיצור משכי אשפוז. עם זאת, עקב עיכוב הכנסת הרפורמה הביטוחית והעברת האחריות למתן שירותי בריאות הנפש במסגרת קופות החולים, הואט קצב ה]יתוח של השירותים החדשים ונדחו העברות התקציבים למערך השיקום בתואנה שיש להמתין להבהרת גבולות האחריות של הממשלה וקופות החולים.(מרק וסיגל, 2009).

עקב כך יזמה ח"כ תמר גוז'נסקי בסוף שנות התשעים את החוק לשיקום נכי נפש בקהילה. החוק הגדיר תחום שירות חדש של שירותי שיקום בקהילה למתמודדי נפש. מטרתו של החוק "לשקוד על **שיקומם ושילובם בקהילה** של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו". סל השיקום או השירותים שלהם זכאי האדם מוגדרים בתוספת הראשונה לחוק, שמפרטת "סיוע בהפניה ובמימון" של שירותי תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, טיפולי שיניים, נופשונים וכן ייעוץ, הדרכה והנחיה לבני משפחות של מתמודדים ומינוי מתאם טיפול שיהיה אחראי ליישום ותיאום של כל השירותים הניתנים לנכה הנפש. החוק מעגן הקמת מועצה ארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, ורבים מסעיפי החוק נוגעים לה. למועצה חשיבות רבה בנוגע להתוויית מדיניות שיקום ארצית רב-שנתית, תכנון שירותי השיקום ושיפורם, פיתוח תוכניות רחבות של הסברה בחינוך, שינויים בסל שירותי שיקום וקביעת אמות מידה לנותני שירותי שיקום. המועצה אמורה לקבל דיווח ונתונים בדבר ביצוע החוק וליזום מחקרים בנושא שיקום. משקל רב ניתן למועצה זו בדיונים על שינויים בחוק ועל דרך יישומו. חשיבותה היא גם ביחס לפוטנציאל המעורבות והשקיפות של מתמודדים ובני משפחותיהם בפני המשרד הממשלתי. (Rehabilitation in the Community of Persons With Mental Disabilities Law ; דוד, 2020; אבירם, 2019)

האחריות הארגונית- שירותית, רכיב התקציב והמימון, כמו גם הפיקוח והבקרה, נותרו בידי המדינה, ואילו השירות ניתן על ידי ספקי השירותים חלקם ארגונים ללא כוונת רווח וחלקם תאגידים עסקיים (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; דוד 2020).

מודל החקיקה נשען על קביעת זכאות וקבלת אישור מוועדת שיקום מקצועית אזורית. תפקידן של ועדות השיקום, כמסגרות ארגוניות לשירות האדם הוא להחליט על זכאותו ועל התאמתו של הפונה לשיקום, לבחון את תוכניות השקום הפרטניות ולבסוף לבחון את השירותים התומכים בתוכנית מתוך סל שירותים מוגדר בחוק. נוסף על כך מוגדרים על פי החוק מנגנונים של ועדות מעקב, שמטרתן לעקוב אחר מימוש התוכנית השיקומית שנבנה ביחד עם האדם ולבחון צרכים משתנים והחלת שינויים בתוכנית בהתאם. האדם מופיע בפני הוועדה להציג את התכנית שלו ולרוב הוא מלווה על ידי משפחתו והגורם המטפל המרכזי בו. לאחר שנמצא שהאדם זכאי לסל שיקום, במקרים שבהם אושר לפונה סל שיקום, יערכו הוא והגורם המפנה ביחד "סקר שוק" ויבחרו את המסגרת או השירות המתאימים, לעיתים יותר מאחד, שנותנים מענה לתוכנית השיקומית. בחינת האופן שבו מסופקים השירותים בתחום מעלה כי קיימים חסמים רבים למימוש הזכויות וכי אי-מיצוי הזכויות בתחום השיקום הוא גבוה. (דוד, 2020; מבקר המדינה, 2016; בניש ודוד, 2018; ברוך ואח' 2015; ח'טיב, 2015).

**התפתחות החקיקה בתחום זכויות אנשים עם מוגבלות נפשית**

על מנת להבין את מכלול ההתפתחות של החקיקה, מובאים פה מספר דברי חוק שעוגנו לאורך השנים והשפיעו על ההגנה הניתנת על זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל.

**חוק טיפול בחולי נפש** התשט"ו-1955, שיקף את המודל הרפואי פסיכיאטרי הקלסי וסייע למגמת האשפוז (אבירם ושניט, 1981). בעשור שבין 1970-1980 הועלו חמש פעמים על הפרק הצעות לתיקון – אולם אף אחת מהן לא כללה התייחסות למדיניות בריאות נפש קהילתית. תיקון מס' 4 לחוק משנת 1977 אף חיזק את מעמדו של הפסיכיאטר המחוזי ובכל חיזק את מגמת האשפוז. (אבירם, 2019).

בריאות הנפש נתפסה על ידי הפוליטיקאים לאורך שנים כתחום שולי מבחינה חברתית בהיותה קשורה לאוכלוסייה מודרת ושקופה, ללא רווח פוליטי מהעיסוק בו ולכן כנושא שאין תמריץ לעסוק בו. זאת גם בהיעדרם של כוחות ציבוריים, אזרחיים שתמכו בקידום הנושאים הללו והיעדר תשומת לב תקשורתית (אבירם, 2019).

חוק הטיפול בחולי נפש תוקן בשנת 1991 והוא מעגן את התנאים הנדרשים לאשפוז, בדיקה וטיפול פסיכיאטרי כפוי. קיימים שני מסלולים להפעלת החוק – מסלול אזרחי לעניין הוראה על בדיקה פסיכיאטרית של הפסיכיאטר המחוזי, ומסלול פלילי באמצעות צו בית-משפט. התנאים להפעלת בדיקה פסיכיאטרית דחופה מתבצעת בהתמלא התנאים הבאים: האדם חולה וכתוצאה ממחלתו נפגשם במידה ניכרת כושר השיפוט או ביקורת המציאות וכן כי האדם עלול לסכן את עצמו או זולתו סיכון פיזי מיידי והוא מסרב להיבדק על ידי פסיכיאטר. אם שוכנע פסיכיאטר מחוזי כי שני התנאים מולאו ויש ביניהם קשר סיבתי הוא רשאי לתת הוראה לאשפוז כפוי. התנאים להפעלת בדירה פסיכיאטרית לא דחופה הם: כאשר האדם חולה וכתוצאה ממחלתו פגום במידה ניכרת כושר שיפוטו או כושרו לביקורת מציאות והתקיימו בו **אחד** התנאים: הוא עלול לסכן את עצמו או את זולתו סיכון פיזי שאינו מיידע ויכולתו לדאוג לצרכיו הבסיסיים פגומה בצורה ניכרת, גורם סבל נפשי חמור לזולתו באופן הפוגע בקיום אורח חיים תקין שלו, או פוגע פגיעה חמורה ברכוש , וכן שסירב להיבדק על ידי פסיכיאטר.[[2]](#footnote-2) המסלול הפלילי מופעל כאשר נאשם עומד לדין פלילי ובית-המשפט סבור כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין מחמת היותו חולה בנפשו או העבירה בוצעה כתוצאה ישירה מאותה מחלה. בנוסף החוק מאפשר לבית המשפט להוציא צו הסתכלות לעריכת בדיקת הסתכלות בנאשם החשוד לכאורה בביצוע עבירה פלילית, תוך כדי חשד להיותו של האדם חולה נפש וכתוצאה ישירה מאותה מחלה. החוק מאפשר לאדם לקבל ייצוג משפטי בוועדות הפסיכיאטריות הן על ידי האגף לסיוע משפטי במשרד המשפטים והן על ידי הסניגוריה הציבורית במקרים של הליכים פליליים. (פלדמן, 2008)

כפי שראינו לעיל, השקעת המשאבים והמיקוד של החקיקה הישראלית לאורך השנים בעיקר בתחום האשפוז יחד עם אי-השוויון בחלוקת המשאבים בין מוסדות האשפוז לבין השירותים בקהילה יוצר אקלים חברתי הסולל דרך לאשפוז כפוי ולהפרת זכויות אדם. (פלדמן, 2008). בשנת 1992 נחקקו בישראל חוקי היסוד : כבוד האדם וחירותו וחופש העיסוק והביאו להעמקת שיח הזכויות, ובשנת 1996 נחקק חוק זכויות החולה, שמגדיר את זכויותיו של אדם המגיע לטיפול רפואי ובהם הזכות לטיפול זמין, נאות, ללא הפליה, המכבד את האדם ואת זכותו לפרטיות ומסדיר את תחום ההסכמה מדעת (פלדמן,2008; מלמד, שניט, קימחי, אליצור 1999). קיים שיח משמעותי על יחסי הגומלין והמתח בין חוק זכויות החולה לחוק טיפול בחולי נפש – התשנ"ו -1991, הכופה טיפול על רקע מוגבלות נפשית. (מרק, התשע"א)

**חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות,** שנחקק בשנת 1998, היווה עוגן נוסף לזכויותיהם של אנשים עם מוגבלות נפשית. החוק בא להגן על כבודו וחירותו של אדם עם מוגבלות, לעגן את זכותו להשתתפות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים ולתת מענה הולם לצרכיו המיוחדים, באופן שיאפשר לו לחיות את חייו בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד, תוך מיצוי מלוא יכולתו. החוק מעגן את הקמתה של נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות וקובע כי תפקידה יכללו קידום עקרונות היסוד של החוק; קידום שוויון ומניעת הפליה של אנשים עם מוגבלות; עידוד השתלבותם והשתתפותם הפעילה של אנשים עם מוגבלות בחברה. חוק קובע כי זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות ומחויבותה של החברה בישראל לזכויות אלה, מושתתות על ההכרה בעקרון השוויון, על ההכרה בערך האדם שנברא בצלם ועל עקרון כבוד הבריות. בנוסף מגדיר החוק את זכותו של אדם עם מוגבלות לקבל החלטות הנוגעות לחייו, ומעודד העדפה מתקנת לאנשים עם מוגבלויות. בתחום התעסוקה החוק קובע כי אסור להפלות אדם בגלל מוגבלותו בקבלה לעבודה, בתנאי העבודה ובקידום בעבודה, ובלבד שהוא כשיר לתפקיד. על מקום העבודה לבצע התאמות לעובד (למשל בציוד, בהכשרה ובשעות העבודה) כל עוד לא יוטל בכך על המעסיק נטל בלתי סביר.

בשנת 2006 חתמה ישראל על האמנה הבינלאומית לאנשים עם מוגבלות נפשית וזו אושררה בשנת 2012. מאז עוסקת מדינת ישראל ביישום עקרונות האמנה בין אם בחקיקה הפנימית ובין אם בקידום אקלים שיתופי לאנשים עם מוגבלות נפשית להביע את עמדותיהם בפורומים שונים ובעיצוב המדיניות. עדיין, במדינת ישראל קיימים חסמים רבים בתחום הנגישות לאנשים עם מוגבלות נפשית ויש שיח ער על היישום של האמנה ואופן הטמעתה בקרב ארגוני החברה האזרחית.(דוח צללים לוועדת האום לזכויות אנשים עם מוגבלות, 2020).

**הבשורה שהביא חוק השיקום והקשיים ביישומו**

תחום השיקום מושתת על עקרונות הנסבים על האדם והתהליך האישי שנוצר בינו לבין הסביבה על מנת לקדם את שיקומו בקהילה. חוק השיקום רואה באופן כללי את השיקום כ"תהליך המכוון במסגרת הקהילה לפיתוח היכולות והמיומנויות של נכה הנפש, כדי להבטיח לו דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, והמלווה במערב רפואי, לרבות כל אחד מאלה: (1) מימוש זכויותיו של האדם נכה הנפש בתחום הדיור, התעסוקה, הלימודים וההכשרה המקצועית; (2) הכשרה לפיתוח מיומנויות חברתיות וניצול שעות הפנאי של נכה הנפש;" (סעיף 2 חוק השיקום). הגישה העומדת בבסיס המקצועי של תחום השיקום הפסיכיאטרי היא גישת "החלמה" (recovery). הפרקטיקות המקצועיות והשירותים שהתפתחו, המכונים "שירותי שיקום", כוללים התערבויות מכוונות החלמה, השמות דגש בתהליך האישי, עיבוד המשבר הנפשי, קבלה של המחלה וניהולה, זיהוי מוקדם של תסמינים פרה-פסיכוטיים, שיפור מיומנויות חברתיות, יצירת משמעות, זהות והערכה עצמית והתמודדות עם תיוג חברתי והעצמה של כוחות, כישורים ותקוות, זאת בשונה מההגדרות הקליניות. (בלוש-קליינמן, ואחרים, 2018, קנייפל ומירסקי, 2015, Fewcett, 2012).

העקרונות הבסיסיים בשיקום הפסיכיאטרי, כוללים מגוון עקרונות ונפרט פה את חלקם. בראש ובראשונה שיתוף האדם המקבל את השירות, המתמודד עם מוגבלות נפשית במתן השירותים, אגב קבלת החלטות משותפת בין הצוות לאדם; תמיכה בקבלת החלטות ונגישות למידה; השתלבות קהילתית למיצוי זכויות; הכרה בחשיבות של מילוי חובות; העברת מסר של תקווה וכבוד על ידי הצוות, מתוך אמונה שלכל אדם נתונה היכולת ללמוד ולצמוח; אפשור הגדרה עצמית והעצמה; פיתוח רשתות חברתיות של האדם בקהילתו וסביבתו; קידום יוזמות לתמיכת עמיתים וקבוצות לעזרה עצמית; מתן חשיבות לפיתוח התערבויות מבוססות ראיות (evidence based practice) יחד עם התערבויות חדשניות ומבטיחות ככלים יעילים לקידום תהליכי החלמה. כמו כן מתמקדים העקרונות ברכיב הנגישות והזמינות של השירות, יחד עם שילוב ותיאום הוליסטי של שירותי הטיפול, הבריאות והמפגש של האדם בזירות התנהלות יומיומיות שונות (United States Psychiatric Rehabilitation Association – USPRA).

התהליך השיקומי הוא תהליך אישי, שניתן לשיפוט בראש ובראשונה על ידי המתמודד עצמו; הוא אינו קשור בהכרח להפחתת הסימפטומים הפסיכיאטריים ואינו בהכרח תוצאה של התערבות מקצועית. זהו תהליך רב-ממדי ארוך טווח, המשתנה כל הזמן ויש חשיבות רבה לתהליך האישי ולמעורבותו של האדם עצמו בניהול התהליך. (יספר"א – אתר האינטרנט, Roe, et al. 2007; לכמן והדס-לידור, 2008).

התהליך השיקומי נעשה על ידי צוותים מקצועיים הכוללים מתאמי טיפול, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ואנשי טיפול, כמו גם צוותים שאינם נדרשים לתעודת מקצוע, כגון מדריכים שיקומיים, אנשים בעלי ניסיון חיים שעובדים כתומכים או מדריכים ומנחי קבוצות. התהליך השיקומי נתמך על ידי הצוותים הללו בהתאם לצורך של האדם בנקודות זמן שונות לאורך חייו ובממדים משתנים.

ההנחיות המקצועיות שחלות על אנשי המקצוע מוגדרות בקודים האתיים ובחקיקה המסדירה את העיסוק וכן בנהלים של משרד הבריאות. על הצוותים הפועלים באמצעות ספקי שרותים הנמצאים בהסכמי מתן שירותי מיקור חוץ מול משרד הבריאות חלים הכללים המעוגנים בנוהלי המשרד, זאת באמצעות הסכמה חוזית להספקת שירותים. (דוד, 2020).[[3]](#footnote-3)

מאז חקיקתו של חוק השיקום התרחבו שירותי השיקום באופן משמעותי, הפרופסיה התבססה והתפתחה. עם זאת, קיימים מספר קשיים המונעים משירותי השיקום למלא את ייעודם בתחום השילוב הקהילתי, המעוגן במטרת החוק באופן ברור. מספר האנשים הזקוקים לשירות רחב בהרבה מאלו המממשים את זכאותם לו. מבחינת מיצוי זכויות, אף שקבוצת הזכאים לשירות רחבה ומונה בסביבות 115,000 אנשים שהוכרו כנכי נפש בדרגה של 40% נכות מהמוסד לביטוח לאומי שזהו תנאי הכניסה לשירותי השיקום, מספר מקבלי שירותי השיקום עומד על 30,000 (נכון לשנת 2019). אנו גם יודעים כי מתוכם בממוצע 50% מממשים את זכויותיהם. (מבקר המדינה, 2016; דוד, 2020). רבים נוספים אינם נכנסים מלכתחילה בשערי החוק בין היתר בשל הסטיגמה הקשה, חסמים ביורקרטיים והיעדר הנגשה של התהליך, והדרישה להכרה ב40% נכות נפשית. רוב הפניות לסל שיקום קורות אחרי זמן ממושך שהאדם כבר מתמודד עם מצבו הנפשי. הוא נדרש לתנאי כניסה מורכים כתנאי לזכאות למענה השיקומי. האדם בא במגע עם המערך השיקומי עם תפיסות מקדימות שמאוד קשות לשינוי עבורו ועבור סביבותיו. אנו רואים כי המוטיבציה לשינוי מאוד נמוכה והאמונה שניתן לבנות תהליך החלמה זקוקה לחיזוק רב. (מידעוס, 2021).

ראשית, תחום השיקום היא היותו תלוש ממערכות קהילתיות אחרות בממשלה. הוא אינו חולק באופן עמוק את התפיסה המקצועית הרפואית במשרד הבריאות והוא אינו שייך באופן ישיר לתחום הרווחה אלא נע על הרצף שביניהם. כיון שבישראל לא קיימת עבודה אינטגרטיבית בין המערכות קשה מאוד לייצר מענה קהילתי משלב מותאם. ההסבר לכך נעוץ במבנה ההיסטורי המדינתי של אספקת השירותים. שירותי הרווחה והחינוך מראשית המדינה ניתנים ברמת השלטון המקומי. ואילו מערכת הבריאות בחלקים ניתנה בקהילה דרך קופות החולים שהיו זרועו הארוכה של משרד הבריאות. הרפורמה בבריאות הנפש שהתקבלה בשנת 2015 עוד לא יצרה אפקט שבו קיים חיבור בין מתן שירותים אמבלטוריים שמחוברים ברצף לשיקום בקהילה. בעיה זו מחלישה את השילוב הקהילתי שהרבה אנשים זקוקים לו באופן אינטגרטיבי.

שנית, מבחינה תקציבית קיימת שחיקה של התקציב לאורך השנים, אוכלוסיית ישראל גדלה, התחום המקצועי מתקדם ומתעדכן אולם התקציבים נותרים כשהיו עם חקיקת החוק (אבירם, 2019; מרק וסיגל 2009). דבר המוביל לשחיקת כוח האדם, קושי בפיתוח שירותים חדשים והעברת מרכז הכובד לשירותים בקהילה.

שלישית, היעדרו של רצף טיפול ושיקום. המערכת מאורגנת בתחומי אחריות נפרדים ולא באופן מערכתי כך שאדם הזקוק לסיוע או המגיע לשירותי הבריאות במקרה אקוטי מקבל ליווי והכוונה של המערכת לגבי התהליך המתאים והנכון לו, כמו גם היעדר מעקב מספק אחר רצף הטיפול בין אשפוז לבין שיקום בקהילה ומיצוי זכויות כללי, הנדרש כעולה מחוק השיקום.

רביעית, היעדר התאמת השירותים לאוכלוסיות ייחודיות והפרדה בין משרדי ממשלה שונים שמקשה על קידום מענים מותאמים. עבור קבוצות אוכלוסיה מסוימות הפרדה זו יוצרת מציאות של לקונה בתחומי בריאות הנפש: כגון אוכלוסיית הגיל השלישי; ילדים ונוער ; אנשים עם ריבוי מוגבלויות; אנשים עם תחלואה כפולה (בריאות נפש והתמכרות) ועוד.

נושא קריטי למערכת הוא היעדר משאבים והיעדר פיתוח של כוח אדם איכותי בתחום בריאות הנפש באופן כללי ובתחום השיקום בפרט. הרי, אי אפשר לעשות רפורמות ללא כוח אדם. החסר במערכת והרבה מהרפורמות שקרו במדינת ישראל לא יצרו שינוי בתוכן הלימודים של מקצועות בריאות הנפש (למשל עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, רפואה ופסיכיאטריה –(מידעוס, 2021; להפנות למאמר של מקס ונעמי הדס לידור בעיתון רפואי) זאת במקביל למגמות ההחלשות של הפסיכולוגיה הציבורית נוכח היעדר משאבים. כמו כן העובדה שתחום השיקום מוסדר במיקור חוץ חושפת אותו להתקשרויות חוזיות שמקשות על הכנסת שינויים, הגדלת תקציבים ותמיכה בפיתוח.

קושי נוסף הוא מענים חסרים לאוכלוסיות ייחודיות ופגיעות. חסרות תכניות שנותנות מענים מותאמים לאוכלוסיות פגיעות כגון זקנה, ילדים, תחלואה כפולה, אנשים עם פגיעה מינית וLGBT. אנו בתהליך התפתחות בתחום זה, ובפרקטיקה קמות יוזמות מעניינות שיוצרות מענים מותאמים אולם אין תפיסה כוללת מתקדמת של שירותים מותאמים אישית יחד עם תקציב שנדרש לתמיכה בפיתוח זה.

**מדיניות עכשווית בבריאות הנפש – הצורך ברצף טיפול ושיקום**

משרד הבריאות הציג באוקטובר 2021 תכנית חזון אסטרטגי שתכליתה לשים את בריאות הנפש במרכז הדיון, להלחם בסטיגמה ולהעניק למתמודדי נפש תנאי טיפול הולמים ובזמן. העברת מרכז הכובד לקהילה באמצעות חיזוק הקהילה וזאת באמצעות הרחבת שירותים מרפאתיים; פיתוח קהילה מיטיבה עבור אנשים המאושפזים כל חייהם וכיווני הטמעה של בתי החולים הפסיכיאטרים בתוך בתי-החולים הכלליים. הדגש בתכנית הושם על מודלים של טיפול ואשפוז רפואי בקהילה– קיצור תורים לפסיכותרפיה, יציאה מבתי החולים של אנשים עם מחלות נפש קשות סיעודיים; חיזוק רצף בתחום האשפוז פסיכיאטרי; טיפול מרפאתי ובתים מאזנים המהווים חלופה לאשפוז פסיכיאטרי. (תכנית מערכתית לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 2021; דיון בועדת הבריאות מיום 12.10.2021 בכנסת).

עיון בתכנית מדגיש את העובדה שהדגש מופנה לתחום האשפוז הפסיכיאטרי ומעט מאוד מתייחס לתחום השיקום בקהילה. אמנם קיים שימוש בלשון קהילה, אולם מודגש בה רכיב הרצף האשפוזי בשני מישורים: תקציבים לשיפוץ בתי חולים פסיכיאטרים שמשמעותו חיזוק אשפוז פסיכיאטרי בתוך המערכת האשפוזית המוכרת של בתי החולים. ההבטחה שנמצאת בתכנית היא הכללתם של בתי החולים הללו בעתיד בבתי החולים הכלליים. המישור השני הוא בדמות שירותי אשפוז אלטרנטיבי בקהילה ובכלל זה אשפוז ביתי, בתים מאזנים וקהילות משקמות, שתפקידן מכריע בהוצאתם של החולים הכרוניים הקשים ממערכת בתי החולים הממשלתית. מהלך זה בא לחזק מודלים המתמקדים ברצף האשפוז כאמור, ולא בתקציבים לתחום המניעה, טיפול מוקדם בצעירים ובני נוער ולא בשיקום בקהילה ובשילוב הקהילתי הנדרש עבור מתמודדי נפש. נראה כי מהלך זה, קשור למגמה ההיסטורית של משרד הבריאות הנשען על תחום הרפואה ומרבית המשאבים מופנים לשם (אבירם, 2019). השקעת מירב האסטרטגיה והפיתוח בתחום האשפוז אינה מתיישבת עם המגמה של השמת מירב הכובד על שירותים בקהילה, ובמיוחד כיון שככל שמעמיקים בנתונים המספריים, האנשים המצויים במצב אקוטי וזקוקים לאשפוז הם המיעוט מכלל האנשים הזקוקים לתמיכה נפשית ולשירותי טיפול ושיקום. (שנתון משרד הבריאות, 2020).

בתוך המגמות שאנו מזהים נראה כי הרפואה הקהילתית מצטמצמת והופכת להיות דיגיטלית והמפגש בין האדם לרופא מצטמצם לרגעים קצרים, כיון שהרפואה לא מעמיקה אנו רואים יותר אנשים יותר מתאשפזים בבתי החולים כי הם באים לאשפוז מאוחר מדי. (מקור לעניין זה). [ניסוח + מקורות]

מערכת בריאות הנפש בישראל, אינה מכילה כיום מספיק רכיבים מניעתיים המופנים לכלל האוכלוסיה. הרפורמה הביטוחית טומנת הבטחה בתחום זה, אולם הפער עוד גדול מאוד להעניק שירות בריאות נפש נגיש וזמין לכלל תושבי ישראל.

בראייה של רצף טיפול ושיקום הנגישות לטיפול תואם ואינטגרטיבי לגישת השיקום מועטה מאוד. העומס במרפאות הקהילתיות גם לא הופכות האוכלוסייה הזאת בעדיפות גבוהה ואין מספיק הכשרה לאנשי המקצוע במערך הקליני-טיפולי שמסוגלים לתת טיפול תומך לשיקום פסיכיאטרי מלבד טיפול תרופתי.

כמה גורמים השפיעו על עיצוב המדיניות בתחום בריאות הנפש לאורך השנים: חיזוק ארגוני צרכנים (מתמודדים ומשפחות) והשתתפותם בתהליכי שינוי במדיניות ופרקטיקה; חיזוק תנועות לזכויות אדם ומעורבותם בקידום המדיניות בתחום בריאות הנפש ובפרט החתימה של ישראל על האמנה הבינלאומית לאנשים עם מוגבלות שאושררה בשנת 2012; מעורבות מוגברת של המדיה (טלוויזיה ועיתונאות) המלווים נושאים הקשורים לבריאות הנפש בקהילה

**משבר הקורונה בישראל ותחום השיקום בקהילה**

מדינת ישראל מתמודדת לאורך שנותיה עם מצבי חירום, ביטחוניים בעיקרם. ההתמודדות עם אירועי חירום משמעותיים ורחבי היקף בעוצמתם ובמשכם, המתרחשים בעורף האזרחי של מדינת ישראל בעתות שגרה ובעתות לחימה, מחייבת היערכות מערכתית ובין-ארגונית של גופים רבים המשתתפים במאמץ הכולל לטיפול בו, ואיגום ומיצוי מיטביים של משאבים לאומיים. לאורך השנים קיבלו ממשלות ישראל מספר החלטות שנועדו להסדיר את נושא האחריות והסמכות לטיפול בעורף בעתות חירום ולשפר את מוכנותו לאירועי חירום בשגרה ובלחימה, עם זאת, הדבר לא הוביל לכדי פתרון שלם ומיטבי, ובעיות שונות שבו ועלו הן בתחום הכנת העורף והן בעניין הטיפול בו בעתות חירום. אחת מהמורכבויות הגדולות היא העובדה שאוכלוסיית בריאות הנפש נמצאת באחראיות ופיקוח משרד הבריאות, בעוד האחראיות על טיפול באוכלוסיות מיוחדות בעת חירום נמצא באחריותן של הרשויות המקומיות ואגף הרווחה, אשר פעמים רבות לא מכיר ולא מטפל באוכלוסייה זו בשגרה. (סלע ודוד, בתהליך פרסום)

התפרצות וירוס הקורונה ברחבי העולם, יצרה מציאות שונה לגמרי. מציאות זו, שנכפתה על מרבית מאוכלוסיית העולם, כללה בידוד פיזי במימדים יוצאי דופן והשפיעה באופן ישיר על תחום בריאות הנפש של הציבור הרחב. אנשים שעוד טרם המשבר הנוכחי חוו קושי נפשי או התמודדו עם מוגבלות נפשית, נמצאו בסיכון גבוה יותר להחרפה במצבם הנפשי נוכח הבידוד (WHO,2021). זאת בעיקר בגין הצורך בטיפול ותהליכי שיקום קבועים הכוללים והיעדר המפגש הבינאישי ותזוזה משגרה קבועה הכוללת פעילות ספורטיבית וחברתית. שירותי השיקום הקהילתי בבריאות הנפש, כוללים כאמור תמיכה של אנשים בתהליכי החלמה במגוון תחומי חיים. בימי שגרה שירותים אלה ניתנים באופן כמעט בלעדי פנים אל פנים באמצעות ביקורי בית, מפגשים קבוצתיים שונים ותיאום טיפול של עובד מקצועי המתמחה בבריאות הנפש. מציאות הקורונה, אילצה ארגונים רבים לחשוב מחדש על אופן מתן השירותים השונים וחייבה עבודה מערכתית משמעותית לייצור חלופות טובות להמשך העבודה הטיפולית שיקומית. (סלע ודוד, בתהליך פרסום)

עם פרוץ משבר הקורונה האתגר העיקרי עבור הארגון היה לספק יציבות וודאות למקבלי השירות ולצוותים המקצועיים במציאות של אי-ודאות נוכח המצב שהשתנה מדי יום, הסגר וחובת הבידוד. עקב השינויים התכופים בנהלים ובהנחיות, היה צורך בקבלת החלטות מהירות, שינויים בסביבת העבודה יחד עם הדרישה להמשך תמיכה בתהליכי השיקום. על רקע הצורך בשמירת מרחק פיזי והקפדה על נהלי משרד הבריאות בהקשר הקורונה, עמדנו בקשר ישיר עם אגף בריאות הנפש, מחלקת השיקום אשר סיפקו הנחיות עבודה ברורות ומותאמות בשירותי הדיור וההוסטלים. היכולת של ארגונים המספקים שירותי שיקום לייצר את מרחב השירותים החלופיים לא היה מתאפשר ללא התמיכה וההנחיות השוטפות של צוות האגף לשיקום בבריאות הנפש במשרד הבריאות במטה ובמחוזות השונים, שבאופן תדיר עדכן את ההנחיות, הנגיש אותם לספקי השירותים השונים, דאג להיות בקשר יומיומי ואפשר פתיחת אלטרנטיבות למסגרות השיקום ולהמשך מתן השירותים באמצעות הנגשת הבירוקרטיה )כגון ועדות סל שיקום בוידאו) ועוד. (סלע ודוד, בתהליך פרסום)

מצד אחד, הדגיש משבר הקורונה את החשיבות של החזקת תחום השיקום באמצעות שלטון מרכזי והוצאת נהלים תדירה על ידי משרד הבריאות באופן קבוע ומהיר כך שההנחיות להפעלת השירותים בחירום יהיו ברורים. מאידך, הקורונה חשפה חוסר הארגון בכל שירותי הרווחה בקהילה והעבודה המועטה של תשתית עבודה אינטגרטיבית. אחד הנושאים שנחשפו במשבר בעוצמה הוא היעדר המוכרות של מתמודדי נפש במערכת הרווחה ובשל כך משאבים רבים לא הגיעו למתמודדי הנפש שהיו זקוקים להם והארגונים המספקים שירותי שיקום שימשו כרשת ביטחון סוציאלי עבורם (חלוקת מזון, רכישת תרופות, טיפול במימוש קצבאות ועוד).(Hamilton et al. 2020). הממשלה ניסתה לקדם לאורך המשבר שולחנות עגולים במסגרת תהליכי שיתוף ציבור, ולהעלות במסגרת שולחן ייעודי לאנשים עם מוגבלות את החסמים הללו. (דוח שולחן המשנה לאנשים עם מוגבלות בקורונה, 2020).

כאמור, הרפורמה הביטוחית בשנת 2015 העבירה אחריות מתן השירותים הטיפולים לקופות החולים במדינה. מהלך משמעותי כדי לנגיש תמיכה נפשית לכל אזרח במדינת ישראל. עוד לפני משבר הקורונה עלו סוגיות רבות לגבי שירותי הטיפול החסרים בקהילה, ובפרט הצרכים הגדלים של אוכלוסיות פגיעות שאינן מקבלת מענים נגישים וזמינים (בכלל זה ילדים, נוער וצעירים, מבוגרים עם צרכים מרובים ומזדקנים). היה ברור שהצרכים בתחום הנפשי הרבה יותר היו חלק מהחיים בקהילה והרבה זמן הנגישות לשירותי בריאות הנפש התבססו על הערכת מוטעית ומשאבים חסרים. (Aviram, 2018).

חשוב לציין לפחות 3 גורמים שקמו במהלך השנים ומשפיעים רבות על שינוי במדינות וניסיון להעמיד את תחום בריאות הנפש על הרגליים:

1. חיזוק ארגוני צרכנים (מתמודדים ומשפחות) והשתתפותם בתהליכי שינוי במדיניות ופרקטיקה
2. חיזוק תנועות לזכויות אדם ומעורבותם בקידום המדיניות בתחום בריאות הנפש
3. מעורבות מוגברת של המדיה (טלוויזיה ועיתונאות) המלווים נושאים הקשורים לבריאות הנפש בקהילה וסוגיות קשות המתעוררים מדי פעם

**השיקום – מבט לעתיד ולרפורמות הנדרשות**

תחום המדיניות בבריאות הנפש בישראל מתחיל לקבל מקום יותר מרכזי בשיח הציבורי והפוליטי הישראלי. מעצבי המדיניות מבינים שזהו תחום בעל פוטנציאל השפעה גבוה מאוד על הצמיחה העתידית במדינה ובעמידה של מדינת ישראל בסטנדרטים בינלאומיים ביחס להוצאה הציבורית על שירותי בריאות הנפש. הפתיחות הגדולה לתחום מחייבת היום חשיבה מחודשת על המשאבים וחלוקתם, לאור התכליות המשמעותיות של תחום השילוב בקהילה של אנשים עם מוגבלות נפשית ועמידה בהוראות האמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות. לאחר שמדינת ישראל התקדמה ובצעה רפורמה אשפוזית להפחתת אשפוזים בישראל, רפורמה שיקומית לביסוס שירותי שיקום בקהילה למתמודדים עם מחלות נפש קשות וממושכות והרפורמה הביטוחית, שאף שיש בה קשיים וחבלי לידה, היא **קטליזטור משמעותי לחיזוק מערך בריאות הנפש, לתפיסתנו בשלה העת לקידום רפורמה קהילתית.** רפורמה זו צריכה להשען מחד על שירותי מניעה בבריאות הנפש ועבודה קהילתית על הפחתת הסטיגמה הציבורית ביחס למוגבלות נפשית והפרעות נפשיות. במקביל להגדלת ההוצאה הציבורית הנדרת על תחום בריאות הנפש בכללותו יש לחזק ולהגביר משאבים לתחום השירותים בקהילה ולשנות את המטטולת לכיוון שני החלקים המשמעותיים של התחום: המניעה והשיקום.

יש להרחיב את הנגישות והזמינות של שירותים בקהילה ולחזק מודלים טיפוליים ושירותים שאינם מחזקים את הסטיגמה אלא מתמודדים איתה ובכל להפחית את חסמי הכניסה למערכת.

יש לחזק את הממשקים בין השירותים השונים, מה שיקדם רצף טיפול וכן חיזוק של המענים הניתנים לאדם על פי צרכיו מול משרדי ממשלה שונים, בפרט לאנשים המתמודדים עם צרכים מורכבים (Complex needs).

אחד הפתרונות הוא חיזוק מערכי תיאום הטיפול.

כמו כן יש להעמיק את המדידה והמחקר על השפעת המענים בתחום בריאות הנפש. מדידה זו נשענת לרוב על המודל הפסיכיאטרי הרפואי שכולל מדידת כמות אנשים המגיעים לאשפוזים פסיכיאטרים ומשכם. אולם בעת עיצוב מדיניות בתחום בריאות הנפש יש דווקא לבסס את המודלים על מדדים הבוחנים דווקא אלמנטים נוספים כגון עצמאות, התמודדות וניהול חיים עצמאיים באמצעות מגוון פרקטיקות מותאמות אישית, [מדדי תוצאה – נכנסו מדדים שונים2 - מאמרים של מקס (כלכלן משוויץ; הקושי במדיניות כלכלית בבריאות הנפש]

השקעה זו צריכה להשען על פיתוח כוח האדם המקצועי וחיזוק מערכי תמיכת העמיתים והכרה במקצועיות התחום. אנשים המתמודדים עם מצוקות נפשיות חמורות ומתמשכות זקוקים לתמיכה מתמשכת, יציבה ואנושית. יש לייצר מדיניות התומכת ביצירת קשר זה ומונעת תחלופת עובדים ובכלל זה אפשור תנאים מינימליים לצוותי הטיפול. שכר העובדים הסוציאליים ומסלולי קידום שלהם בתחום הם נדבך נדרש בכך.

אין אוריינטציה בתוך תחום בריאות הנפש של פרקטיקה שהיא מול הקהילה כפציינט. מהי עבודה קהילתית מעבודה סוציאלית ולראות איך זה יכול להיות בתוך תחום השיקום הקהילתי. [חומרים על עבודה סוציאלית קהילתית]

**מקורות**:

אורי אבירם (2019) מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון

אורי אבירם (1991) "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: קיפאון או התקדמות" **ביטחון סוציאלי**, 37, 99-71.

אורי אבירם, צביה אדמון, מימי אייזנשטדט וארלין קנטור (2000) "מגמות שינוי ושימור בחקיקה בתחום בריאות הנפש בישראל: תהליך חקיקתו של החוק החדש לטיפול בחולי נפש" **משפטים** ל"א (1) 83-53.

אורי אבירם ויצחק לבב (1981) מגמות וסוגיות בבריאות נפש קהילתית בישראל בתוך: בריאות נפש קהילתית בישראל (אורי אבירם ויצחק לבב, עורכים) 23-13.

אורי אבירם ודן שניט (1981) טיפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט: אישפוז כפוי של חולי נפש בישראל

אורי אבירם ו ואזארי-ויזל, הרפורמה בבריאות הנפש

י' אליצור "בריאות נפש קהילתית בישראל : אנטומיה של כישלון." **חברה ורווחה**, 14, 127-103.

אבנר אליצור 1998 מיסוד ואל מיסוד ארגון שירותים לבריאות הנפש אזורי כתחליף חברה ורווחה י"ח, 32-13.)

בלוש-קליינמן, ואחרים, 2018

אורי אבירם והדס רוזן, מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל – הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי חברה ורווחה, יח 1 1998 161

לירון דוד "מכרזים לרכש חברתי בישראל ככלי מאסדר של הקשר הטיפולי שיקומי – המקרה של תחום השיקום בבריאות הנפש " **מחקרי משפט** לב, 989, 2020.

בניש א. ודוד, ל., (2018) זכות הגישה למנהל במדינת הרווחה: על (אי-) מיצוי זכויות חברתיות וחובת ההנגשה של החקיקה החברתית" משפט וממשל, יט, 395-427.

אבישי בניש "שירותי רווחה במאה ה-21 :מגמות ואתגרים" **ביטחון סוציאלי** 90, 5 2012.

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאיזה ומקס לכמן "'תכנית השיקום הזאת היא לא שלי': מדוע פונים לוועדות סל שיקום אינם מיישמים את תכנית השיקום?" **חברה ורווחה** לה (1) (2015)

אנואר ח'טיב "מידת האמון של המתמודדים עם מחלת נפש חמורה בספקי שירותי בריאות הנפש" **חברה ורווחה** לה(1) 2015.

יחיאל שרשבסקי "שיקום נכי נפש בקהילה בישראל תהליכים ואתגרים" **שירותי בריאות הנפש - בישראל: מגמות וסוגיות** (אורי אבירם ויגאל גינת עורכים, 2006);

אורי אבירם "חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים נייר מדיניות 2013.15" **דוח מצב המדינה- חברה, כלכלה ומדיניות** 347 (מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, דן בן-דוד עורך, 2013)

יבגני קנייפל ויוליה מירסקי "שיקום במבחן העלייה: יוצאי ברית-המועצות לשעבר בשיקום פסיכיאטרי בישראל" **חברה ורווחה** לה (1) 64-63 (2015)

; Barbara Fawcett, Mental Health *in* The SAGE Handbook of Social Work 515-530 (Mel Gray, James Midgley, Stephen A. Webb eds., 2012)

Uri Aviram, Yigal Ginath & David Roe "Mental health reforms in Europe: Israel's rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law: Challenges and Opportunities." *Psychiatric Services* 63.2 110 (2012).

דינה פלדמן "זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל" בתוך שיקום והחלמה בבריאות הנפש קריאה מנקודות מבט שונות: פרקטיקה מדיניות ומחקר נעמי הדס לידור ומקס לכמן, עורכים, 2008, 207,

מוטי מרק וגיל סיגל "הזכויות לשירותי בריאות הנפש ומדיניות הפעלתם בישראל: בין רפואה, משפט וחברה" **משפט רפואי וביו-אתיקה** 2, 26, 73-71 (2009).

מקס לכמן, שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? חברה ורווחה יח1 1998. 45

י' גינת (1992) "ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם" **הרפואה** 123, 268-264 .

טרמר ל' (1975) "הצעה לראורגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללנית". בריאות הציבור, 18, 12-1.

משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש (1972) הצעה לראורגזניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תכנית אינטגרטיבית כוללנית." ירושלים: משרד הבריאות.

David Roe, Abraham Rudnick, Kenneth J. Gill. The concept of “Being in recovery” Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007;30(3):171–173..

יספרא – האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי – אתר האינטרנט.

מילר 1981

עבודה סוציאלית בישראל (מאיר חובב, אלי לונטל ויוסף קטן עורכים, 2012)

בזכות מדינת הרווחה: מבחר ממאמריו של אברהם דורון (ג'וני גל ואבישי בניש, עורכים, 2018)

מידעוס, ביטאון העובדות והעובדים הסוציאלים, גליון 97, 2021

קפלן קוטלר וויצטום, 2001.

חוקים:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ב-1994. ספר החוקים 1469.

חוק טיפול בחולי נפש התשט"ו-1955. ספר החוקים 167.

חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"ו-1991, ספר החוקים \_\_\_.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. ספר החוקים, 1746.

Equal Rights For Persons With Disabilities Law, 5758-199

החלטת ממשלה מס' 4611 "העברת מלוא האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים" (10.5.2012).

צו ביטוח בריאות ממלכתי (שינוי התוספות השנייה והשלישית לחוק) התשע"ב-2012, ק"ת 7154 (29.05.2012).

תכנית מערכתית לבריאות הנפש, משרד הבריאות, 2021, הוצגה בועדת הבריאות מיום 12.10.2021

דוח הפורום האזרחי לקידום האמנה בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות (2020)

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל "אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2021" 31/12/2020

המוסד לביטוח לאומי **דוח שנתי** **2013** (מינהל המחקר והתכנון, 2014).).

מבקר המדינה, סוגיות בתחום בריאות הנפש דוח שנתי 60ב לשנת 2009 ולחשבונות שנת הכספים 2008 (2010)

מרדכי (מוטי) מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי" קרית המשפט ט (2011)

Ora Nakash and Itzhak Levav (2012) Mental health stigma in a multicultural society: the case of Israel Psychology, Society, & Education Vol. 4 (2)  pp. 195-209.

United States Psychiatric Rehabilitation Association –האגודה לשיקום פסיכיאטרי Psychiatric Rehabilitation Association <http://www.psychrehabassociation.org/who-we-are/core-principles-and-values>;

Itzhak Levav1 and Alexander Grinshpoon Mental health services in Israel *Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists (4) 2004*

Uri Aviram, Mental health Policy and Programs in Israel: Trends and Problems of a Developing System ( The Journal of Sociology & Social Welfare) (2) Special Issue on Mental Health Services: An International Perspective pp. 89. 1991

Uri Aviram, Tigal Ginat, David Roe “Israel’s Rehabilitation in the Community of Persons With Mental Disabilities Law: Challenges and Opportunities”

Mark, M., Rabinowitz, J., Feldman, D. *et al.* Reform in mental health services in Israel: The changing role of government, HMOs, and hospitals. *Adm Policy Ment Health* **23,**253–259 (1996). <https://doi.org/10.1007/BF02108323>

Mark, M. & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *32* (22), 80-85.

Aviram, U., Guy, D., & Sykes, I. (2007). Risk avoidance and missed opportunities in mental health reform: The case of Israel. *International Journal of Law and Psychiatry*, *30* (3), 163-181.

Primor, Sharon, and Dahlia Virtzberg. "Breaking the Restraints: Civil society's struggle to abolish human rights violations in Israel's psychiatric system." *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Wellbeing*. Routledge, 2019. 385-395.

Haj-Yahia, Muhammad M., Ora Nakash, and Itzhak Levav, eds. *Mental Health and Palestinian Citizens in Israel*. Indiana University Press, 2019. https://doi.org/10.2307/j.ctvpj7j65.

David Roe, Max Lachman and KT Mueser, “The Emerging Field of Psychiatric Rehabilitation “ Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 46(2) 82-83 (2009)

Patricia Deegan (1993) Recovering our sense of value after being labeled: Mentally ill. Journal of psychosocial nursing and mental health services , 31(4), 7-9.

David Roe, Paula Garber-Epstein and Anwar Khatib, “Psychiatric Rehabilitation in the Context of Palestinians Citizens in Israe” in *Mental Health and Palestinian Citizens in Israel* (Haj-Yahia, Nakash and Levav, eds, 2019).

Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. Psychiatric services. 2001 Apr;52(4):469-76. לא בטוח שצריך להפנות לזה

Rimmerman, Arie, et al. "Israel's Equal Rights for Persons with Disabilities Law: Current status and future directions." Disability Studies Quarterly 25.4 (2005). <https://dsq-sds.org/article/view/626/803> + הפנייה לבג"צ הנגישות.

Kanter, Arlene S. "The promise and challenge of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities." Syracuse J. Int'l L. & Com. 34 (2006): 287.

Mor, Sagit. "Between charity, welfare, and warfare: A disability legal studies analysis of privilege and neglect in Israeli disability policy." Yale JL & Human. 18 (2006): 63.

Mor, Sagit. Imagining the law: The construction of disability in the domains of rights and welfare: The case of Israeli disability policy. Diss. New York University. School of Law, 2005. לא בטוח מתאים

Primor, Sharon, and Dahlia Virtzberg. "Breaking the Restraints: Civil society's struggle to abolish human rights violations in Israel's psychiatric system." *The Routledge Handbook of International Development, Mental Health and Wellbeing*. Routledge, 2019. 385-395.

Davidson, L.; Rakfeld, J. & Strauss, J. (2010). The roots of the Recovery Movement in Psychiatry: lessons learned. John Wiley & Sons, Ltd.

The Use of Data in the Effort to Transfer Mental Health Services in Israel from the Ministry of Health to the Health Plans A Case Study: 1995-1996, Israel Sykes, 2003 (JDC, Brookdale)

Hamilton, A., Sala, G., Qureshi, O., & Eaton, J. (2020). Stories from the Field: Mapping Innovation in Mental Health During the COVID-19 Pandemic. Intervention, 18(2), 159-165.

World Health Organization, Advocacy for Mental Health (Mental Health Policy and

Service Guidance Package, 2003

World Health Organization, Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches, 2003

1. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ח-1998, ס"ח 1658; תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות לשירות), תשע"ג-2013, ק"ת 7240; תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות למקום ציבורי שהוא בניין קיים), התשע"ב-2011, ק"ת 7062; תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות למקום ציבורי שאינו בניין), התשע"ד-2013, ק"ת 7304; דינה פלדמן "זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל" **שיקום והחלמה בבריאות הנפש** 195 [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. ראו קודים אתיים של מקצועות טיפוליים, :הנחיות מנכ"ל משרד הבריאות בתחום השיקום: נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 80.001 "שירותי הוסטל סטנדרטים ונהלים להפעלת שירות" (01.09.2009), מנכ"ל משרד הבריאות 80.002 "דיור מוגן סטנדרטים ונהלים להפעלת שירות" (1.9.2009), נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 80.003 "מפעל מוגן שיקומי: סטנדרטים ונהלים להפעלת השירות"( 1.9.2009), נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 81.005 "מפעל מוגן שיקומי: סטנדרטים ונוהלים להפעלת השירות" (1.9.2009), נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 82.002 "מועדון חברתי: סטנדרטים לפתיחה והפעלה" (01.9.2009),נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 80.050 "נוהל פתיחה וסגירה מסגרת שיקום" (1.1.2006), נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 88.001 "שירות לניהול תכניות שיקומיות בקהילה" (1.1.2004), נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 81.005 "בקרה כספית במסגרות שיקום" (1.9.2011); נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 75.004.01 "נוהל טיפול בפניות / תלונות הציבור במערך השיקום" (1.10.2015); נוהל מנכ"ל משרד הבריאות 85.001 "נוהל טיפול באירוע חריג בשירותי שיקום" (1.2.2016). [www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/mental/Pages/regulations.aspx](https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/mental/Pages/regulations.aspx) [↑](#footnote-ref-3)