החוק הישראלי לשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה: הישגים ואתגרים[[1]](#footnote-1)

תקציר

החוק הישראלי לשיקום נכי נפש בקהילה (2000) הוא אחד החוקים החברתיים החשובים שנחקקו בישראל. הוא מקנה זכאות לשיקום בקהילה לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית וכולל שורה של שירותי שיקום המוענקים על סמך חוות דעת מקצועית תוך התייחסות לרצונו של האדם. חוק זה הפך למרכיב חשוב לשינוי מהותי בשירותי בריאות הנפש בארץ. מאמר זה הוא ניתוח מקרה של פיתוח ויישום של מדיניות אשר הביאה לרפורמה שיקומית וכן הפכה למרכיב חשוב ברפורמה המקיפה בתחום בריאות הנפש במדינה. כמו כן, המאמר מנסה להדגים סוגיות העומדות בפני רפורמות חברתיות בכלל, ולהתייחס לחזון ולמציאות הכרוכים בשינויי מדיניות מהותיים בשירותים החברתיים. המאמר מחולק לשני חלקים: חלקו הראשון מתאר את החוק ומנתח את יישומו בשני העשורים הראשונים לפעולתו וחלקו השני מתמקד בנדרש לקראת המשך פעולתו וקידומו בעשור השלישי ליישומו.

מטרה: לסקור ולנתח את החוק ומרכיביו, לבחון את יישומו בשני העשורים הראשונים לקיומו ולציין את הסוגיות העומדות בפניו בראשית העשור השלישי לפעולתו.

מתודה: המחקר בחן את המרכיבים העיקריים של הרפורמה ויישומה ועמד בעיקר על אוכלוסיית היעד והשינויים שחלו בה, התקציב המוקצה לתחום, כוח האדם המפעיל אותה, השירותים הניתנים במסגרתה וסוגיות עמן נאלצת הרפורמה להתמודד.

המחקר נסתייע בנתונים סטטיסטיים של ישראל, שנתקבלו ממשרד הבריאות, מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומהמוסד לביטוח לאומי, וכן באמצעות שורה של ראיונות עם אנשי מקצוע וקובעי מדיניות בבריאות הנפש, בתחום השיקום ובתחומי רווחה הקשורים לשיקום בקהילה.

ממצאים: בשנת 2020 הגיע מספרם של מקבלי שירותי שיקום בקהילה לכ-30,000 המהווים כחמישית מהאומדן של האוכלוסייה הזכאית (בני 18+). יחד עם בני המשפחות, הזכאים גם הם לשירותים, מדובר בכ-4% מהאוכלוסייה הכללית. לצד ההישגים המרשימים של הרפורמה, המאמר מצביע על מספר סוגיות הקשורות להרכב אוכלוסיית היעד, לכוח האדם, לתקצוב מערך השיקום ולסביבה הארגונית בה הוא פועל. לקראת סוף העשור השני התגלו קשיים בין מערך השיקום ורשויות בריאות הנפש ושירותי הרווחה.

סיכום והמלצות: עם תחילתו של העשור השלישי ליישום חוק השיקום ראוי להקים ועדת מומחים בלתי תלויה שתבחן את ההתאמות הנדרשות לאור המסקנות העולות משני העשורים הראשונים ליישומו.

Keywords: חקיקה, שיקום פסיכיאטרי בקהילה, רפורמות חברתיות, ישראל

החוק הישראלי לשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה: הישגים ואתגרים

חלק א' – הרפורמה השיקומית: החוק ויישומו

הקדמה

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה (להלן חוק השיקום) הוא אחד מהחוקים החברתיים החשובים שנחקקו בישראל (Aviram et al., 2012; Community Rehabilitation of Persons with Mental Health Disability Law, 2000[[2]](#footnote-2)) ומן המתקדמים מסוגו בעולם בתחום בריאות הנפש (Drake et al., 2011).

מאמר זה מציג מקרה בוחן על שינוי מדיניות באמצעות חוק המבטיח לאנשים בעלי מוגבלות פסיכיאטרית קשה וממושכת זכאות לסל של שירותי שיקום בקהילה. הרפורמה השיקומית, אשר יושמה בישראל בעקבות חוק זה החל משנת 2001, הביאה לשינויים משמעותיים בשיקומם ובחייהם של אנשים עם מוגבלות זו וכן הייתה למרכיב חשוב ואף הכרחי ברפורמה הרחבה בבריאות הנפש בישראל (Aviram, 2012; Aviram & Azary-Visel, 2018a, 2018b; Elitzur et al., 2004; Haver et al., 2005) אשר יושמה ב- 2015 וזאת במסגרת המאמצים של המדינה מזה ארבעה עשורים להסיט את מוקד הטיפול באנשים עם מחלות נפש ממערכת המבוססת בעיקרה על בתי חולים פסיכיאטרים למערכות קהילתיות (Aviram, 2010, 2019; Aviram et al., 2006, 2007; Israel's State Comptroller, 2002, 2007, 2010, 2016).

מאמץ זה לשינוי בשירותי בריאות הנפש בא לידי ביטוי, בין השאר, ברפורמה "המבנית", שהביאה לירידה במספר המיטות הפסיכיאטריות בבתי החולים בשלהי המאה הקודמת, וברפורמה הביטוחית, שהעבירה את האחריות הביטוחית לשירותים האשפוזיים והאמבולטוריים בבריאות הנפש מהממשלה לקופות החולים,[[3]](#footnote-3) ונכנסה לתוקף ב-2015, וזאת כנדרש על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994.

חוק זה אשר נחקק בשנת 2000 ותוקצב לראשונה ב-2001 והרפורמה השיקומית שבאה בעקבותיו הוא הרבה יותר מאשר חלופות לאשפוז פסיכיאטרי ממושך. הוא משקף שינוי תפישתי בהתייחסות לאנשים המתמודדים עם נכות ומוגבלות הנובעת ממחלות נפש, במחויבות החברה כלפיהם ובדרכים לסייע להם להשתקם ולהשתלב בקהילה (Shershevsky, 2006, 2015, 2022). הוא מתבסס על שיטות חדשניות לשיקום אנשים עם מוגבלויות פסיכיאטריות קשות וממושכות[[4]](#footnote-4) בקהילה ולשילובם בחברה. בחקיקתו נקבע כי יוקצה עבורו תקציב ייעודי והפעלתו בפועל תעשה במסגרת הקהילה.

באמצעות החוק והרפורמה השיקומית שיושמה בעקבותיו נוצרה הזדמנות לגיבוש עמדות חדשות ולהטמעת ידע ופרקטיקות שלא היו ידועים קודם לכן לגבי שיקום של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, לרבות עבודה בשיתוף פעולה הדוק עם מתמודדים ובני משפחותיהם. במסגרת יישום החוק, הרפורמה השיקומית נסתייעה רבות בתורתו של ביל אנטוני והצוות שלו מאוניברסיטת בוסטון ופיתחה שיטות ממוקדות אדם ומכוונות החלמה.

במהלך שני העשורים הראשונים ליישומו של חוק השיקום התפתחה מערכת שיקומית מרשימה בהישגיה. לקראת סיומו של העשור השני חשרת עננים החלה לכסות את מערך השיקום. הקשיים שבאו לידי ביטוי נבעו הן מקשיים מערכתיים – ארגוניים והן מתגובות הסביבה התפקודית (Emery and Trist ,1965; Thompson, 1967) של מערך השיקום לארגון חדש זה שהצטרף לשירותי בריאות הנפש וניסה לתפוס את מקומו במערכת בריאות הנפש.

מטרתו של מאמר זה לבחון את ההישגים של מערך השיקום בשני העשורים לקיומו ויחד עם זה לנתח את הבעיות שמכבידות על המשך התפקוד התקין שלו. כמו כן, ננסה להצביע על דרכים לשיפור תפקודו ותפקידו של מערך השיקום במסגרת שירותי בריאות הנפש לשיקומם, רווחתם ואיכות חייהם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

בנוסף לכך, באמצעות הדיון בשינוי הספציפי הזה של הרפורמה השיקומית בשירותי בריאות הנפש ננסה לא רק לבחון השפעות והשלכות על שירותי בריאות הנפש האחרים ועל שירותים חברתיים בכלל אלא גם להדגים סוגיות העומדות בפני רפורמות חברתיות בכלל ולהתייחס לחזון ולמציאות הכרוכים בשינויי מדיניות מהותיים בשירותים החברתיים. מבחינתנו, רפורמות אינן מסתיימות בחקיקת חוק או בהחלטה על שינוי מדיניות. זו רק התחלה. שינוי מדיניות הינו תולדה של יישומן של החלטות במציאות מסוימת והוא אירוע מתמשך ודינמי. הוא מוערך ונמדד כל העת לאור תוצאותיו ותרומתו למערכת השירותים לאוכלוסיית היעד של המדיניות, ולחברה בכללותה.

במאמר זה נתייחס לאוכלוסיית היעד, להיקף התופעה בישראל, לתיאור החוק לשיקום נכי נפש בישראל ולניתוח הסוגיות הכרוכות ביישומו. נתחיל בתיאור עיקריו של החוק, בייחודו וחשיבותו, נתייחס בקיצור להליך, לנסיבות ולתנאים שהובילו לחקיקתו, נמשיך בכמה מילים על הבסיס הקונספטואלי להערכה, נביא מספר נתונים על ההישגים של הרפורמה השיקומית, נתייחס לכלים השלובים והתלות ההדדית של שירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה בכלל ונסיים באתגרים העומדים בפני מערך השיקום והשירותים הנושקים לו ולחובתנו כלפי הלקוחות שלנו – האנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית.

שיטת המחקר

המחקר שסייע לנו לקראת כתיבת מאמר זה כלל איסוף וניתוח נתונים סטטיסטיים בעיקר מתחום המידע וההערכה של שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) ומנהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי. כמו כן ביצענו סקירת ספרות מקיפה על מה שנכתב במהלך השנים על החוק ויישומו ועל שירותי בריאות הנפש בישראל במהלך תקופת יישומו של החוק. נעזרנו בשורה של ראיונות אישיים עם קובעי מדיניות, מנהלי שירותים, ספקי השירותים במערך השיקום ובבריאות הנפש בכלל וכן עמותות של מתמודדים – צרכני השירותים ועמותות של בני משפחה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

המסגרת המושגית להערכה

שני מושגים עיקריים הנחו אותנו לצורך ההערכה: הדומינה, או תחום העיסוק של הארגון ופעולתו והסביבה התפקודית שלו. אלו מובהרים היטב מזה זמן רב מתיאוריות ארגוניות ובין-ארגוניות ובכל הערכה שתיעשה עלינו להסכים ולהגדיר מהי הדומינה או התחום שהארגון אחראי לו ומהי הסביבה התפקודית שלו (Aldrich, 2008; Aviram, 1979a, 1979b; Emery and Trist, 1965; Pfeffer and Salanick, 2003; Thompson, 1967).

תחום העיסוק העיקרי והמוסכם מגדיר 5 מרכיבים עיקריים המתנים למעשה קיומו ופעילותו של הארגון: אוכלוסיית היעד, הכסף או התקציב המוקצה לפעילותו, השירותים הניתנים, כוח האדם המספק את השירותים, וההסדרים החוקיים (חוק ותקנות) המסדירים פעולתו.

הסביבה התפקודית של הארגון מתייחסת לאותם מוסדות וארגונים המאפשרים או מתנים את פעילותו של הארגון הספציפי לפי אותם מרכיבים שציינו, את התשומות והתוצרים של הארגון ואת המעשה העיקרי שלו בתחום המוסכם עליו (Aldrich, 2008; Aviram, 1979a, 1979b; Emery and Trist, 1965).

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה

מטרת החוק "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק – יסוד "כבוד האדם וחירותו" (Community Rehabilitation of Persons with Mental Health Disability Law, 2000). החוק מתבסס על שני עקרונות יסוד:

א. לאדם המתמודד עם נכות על רקע נפשי יש זכות בסיסית לשיקום.

ב. סל שירותי השיקום שיוקצה לאנשים המתמודדים עם מוגבלויות פסיכיאטריות יתבסס על שיקול דעת מקצועי.

החוק ציין במפורש פירוט של סל שיקום שהוועדה המקצועית יכלה להקצות ממנו למשתקם.[[5]](#footnote-5) על פי חוק זה סל השיקום כלל את התחומים הבאים: תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, סיוע למשפחות וטיפולי שיניים.

בהפעלת החוק סל השירותים ניתן על בסיס תכנית שיקום פרטנית המעמידה במוקד את האדם ואת שאיפותיו. כמו כן, למרות ניסיונותיהם של המוסדות האשפוזיים לקבל נתח מתקציב השיקום לצורך פעולות שיקום בבית החולים, נקבע כי תקצוב השיקום (במסגרת החוק) ישמש אך ורק לפעולות שיקום במסגרת הקהילה.

החוק הגדיר בצורה ברורה את האוכלוסייה הזכאית: אדם בן 18 ומעלה אשר נבדק ע"י פסיכיאטר או ע"י מי שהוסמך לקבוע אחוזי נכות לצורך תשלום גמלה מהמוסד לביטוח לאומי ונקבעו לו לפחות 40% אחוזי נכות בגין הפרעה נפשית וזאת על פי אמות המידה של תקנות הביטוח הלאומי[[6]](#footnote-6) זכאי לפנות ולבקש סל שיקום. כאמור, סל השיקום נקבע ע"י גורם מקצועי וקבלתו אינה תלוית תקציב אלא היא זכות כמו קצבאות אחרות של המוסד לביטוח לאומי.

בנוסף, החוק קבע כי על שר הבריאות למנות מועצה ארצית שתפקידיה יהיו לייעץ לשר בעניין מדיניות שיקום רב שנתית, תכנון שירותי השיקום בקהילה ושיפור איכותם, זמינותם ונגישותם וכן דרכים לקידום השוויוניות בהם, קביעת אמות מידה לנותני שירותים אלו ופיתוח תכניות חינוך והסברה בקהילה. כמו כן תפקידה של המועצה לדווח לשר ולספק לו נתונים על ביצוע החוק וליזום מחקרים בנושאי שיקום. בנוסף לחברי המועצה המייצגים משרדים ממשלתיים הממונים על נושאים חברתיים הכוללים גם את משרד האוצר, נציגי מקצועות העוסקים בשירותי בריאות הנפש, השלטון המקומי ונציגי האקדמיה, כוללת המועצה נציגי ארגונים של מתמודדי נפש ונציגי ארגונים של משפחות של נכי נפש. זו המועצה הסטטוטורית היחידה במשרד הבריאות המייעצת ישירות לשר.

מחזון להגשמה: תהליך חקיקתו של החוק לשיקום נכי נפש בקהילה

התהליך שהביא לחקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בשנת 2000, יכול ללמד אותנו שיעור חשוב על הנדרש לחקיקה המתמקדת באוכלוסיות חלשות ומודרות.

הניצנים הראשונים של תכניות שיקום עבור אנשים שמתמודדים עם מוגבלויות פסיכיאטריות בקהילה החלו כבר בשנות ה-60 וה-70 של המאה הקודמת, אולם אלה היו מעטים ונעשו בעיקר במסגרת המוסדות האשפוזיים (Aviram, 2007; Aviram et al., 2006; Shershevsky, 2015). חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) אמנם כלל את תחום בריאות הנפש במסגרת החוק אולם דחה את העברת שירותי בריאות הנפש מאחריות הממשלה לארגוני הבריאות הקהילתיים, כפי שקבע החוק, וכן לא התייחס להיבטים שיקומיים בקהילה. לאור הכישלון של ניסיון לרפורמה בבריאות הנפש בשנת 1995 (Aviram, 2007, 2019; Dvir & Shamir, 2017) הבינו הרשויות כי מוגבלויות פסיכיאטריות ובעיקר הקשות והממושכות מחייבות תשומת לב מיוחדת וכי התמודדות נאותה אתן עשויה לאפשר רפורמה כוללת בבריאות הנפש (Aviram, 2010). במהלך השנים נעשו אמנם מספר פעולות וזאת בעיקר בתכניות דיור בקהילה כחלופות לאשפוז, אולם אלו היו מעטות ולא הביאו לשינוי מהותי בנושא (Aviram, 2010; Shershevsky, 2006, 2015, 2022). במקביל לכך, אך באופן בלתי תלוי בניסיונות הממשל בנושא השיקום, באה פעולת חקיקה עצמאית, שמקורה בכנסת, ושכאמור יכולה לשמש שיעור כיצד לקדם פעולות חקיקה, שמתמקדות בשיפור תנאי החיים של אוכלוסיות מוחלשות. לידתו של חוק השיקום היא דוגמה לחוק שמקורו ביוזמה שהחלה ברשות המחוקקת ולא ברשות המבצעת.

הובילה את המהלך ח"כ דאז תמר גוז'נסקי. חברת כנסת זו אמנם השתייכה למפלגה קטנה שמעולם לא הייתה בשלטון, אולם למרות זאת, זכתה להערכה רבה בין חברי הכנסת כמחוקקת חברתית מן השורה הראשונה. בתבונתה ידעה להקים קואליציה רחבה של חברי כנסת ממפלגות שונות, אנשי מקצוע, גורמים שונים בממשל וכן גורמים אזרחיים שכללו בני משפחה של נכי נפש ואנשים בציבור שהטיפול בנכי נפש ושיקומם היה חשוב בעיניהם (Perez-Vaisvidovsky & Aviram, 2019; Shershevsky, 2015). גוז'נסקי התעקשה על כך שאנשים עם היסטוריה אשפוזית בגין מחלות נפש וכן בני משפחה של נכי נפש ישתתפו בדיונים לעיצוב חוק השיקום, שנמשכו מספר שנים (Shershevsky, 2022). אין לנו ספק כי הקפדתה בנושא זה תרמה להמשך התארגנותם של עמותות של מתמודדים ושל בני משפחה ומעורבותם בעיצוב מדיניות בריאות הנפש בישראל (Dvir & Shamir, 2017; Lachman et al., 2018; Moran, 2018).[[7]](#footnote-7)

גם התנאים הסביבתיים, החוקיים, הפוליטיים והמנהליים, סייעו בידי ח"כ גוז'נסקי והקואליציה שבנתה להעברת החוק. הצעת החוק שהגישה היית הצעת חוק פרטית, אשר באותה עת לא הייתה זקוקה לאישור הממשל ולא הייתה מוגבלת בגודל העלות של יישומה, כדוגמת החקיקה שבאה בעקבותיה (Basic Law: The State Economy [Amendment No. 6], 2003).

בתחילה, הממשל, שכלל בעיקר את משרד האוצר, משרד הבריאות והאגף לבריאות הנפש שבו וכן גורמים במקצוע הפסיכיאטריה, הסתייגו מהחוק, שלא היה בשליטתם המלאה. כאשר הבינו כי החקיקה הנפרדת, שלא ביוזמת הממשל, תקדם את הרפורמה הרחבה בתחום הבריאות, וכן כי הסיכוי לחקיקתו של החוק גדול למרות התנגדות הממשלה והממסד הפסיכיאטרי, החליטו להצטרף ליוזמה של ח"כ גוז'נסקי וכתוצאה מכך לזכות באפשרות לעצב את החקיקה בהתאם לתפישתם המקצועית והמנהלית (Perez-Vaisvidovsky & Aviram, 2019; Shershevsky, 2006, 2015).

כמובן שאין להתעלם מהשפעתן של מגמות חדשות שהתפתחו בעולם בתחום בריאות הנפש החל ממחצית המאה הקודמת בתהליכי האל מיסוד בארה"ב ובאירופה (Goodwin, 1997; Mechanic & Rochefort, 1990; Szasz, 1960, 1974) ובהמשך בשיטות טיפול ושיקום של נכי נפש בקהילה Anthony, 1992; Corrigan et al., 2008; Knapp et al., 2007; Lachman, 1998; Slade, 2009a, 2009b; Thornicroft & Tansella, 2009).

מן הראוי לציין כי בראשית יישום החוק, תחום השיקום בקהילה היה בישראל בחיתוליו, ורק מעט ידע בתחום היה נגיש לאנשי המקצוע, שהכשרתם המקצועית הייתה מבוססת בעיקרה על גישות טיפוליות. המפגש עם עשייתו של פרופסור וויליאם אנטוני והמרכז לשיקום פסיכיאטרי באוניברסיטת בוסטון, כמו גם מפגש עם גישות אחרות בתחום השיקום הפסיכיאטרי (Corrigan et al., 2008), אפשרו תהליך למידה חשוב כדי לבסס פרקטיקה שיקומית מכוונת החלמה. פרופסור מריאן פרקש מן המרכז בבוסטון ביקרה מספר פעמים בישראל והעבירה הכשרות וסדנאות, שהשפיעו רבות על תהליך ההטמעה של חשיבה שיקומית בבריאות הנפש ושילוב שיטות התערבות חדשות בתחום.

כמו כן, הקהילה המקצועית התחברה לגישת ההחלמה המתפתחת בעולם גם ע״י מתמודדים (Amering & Schmolke, 2009; Davidson, 2003; Davidson et al., 2010; Roe et al., 2009; Slade, 2009a, 2009b) וגם על ידי אנשי מקצוע בולטים (Anthony, 1993). עיקר התהליך הושפע במידה מרובה מאבני היסוד של הגישה השיקומית מכוונת "החלמה" שהדגישה את העקרונות הבאים: (א) החשיבות של ההערכה והפיתוח של "המוכנות לשיקום״ של האדם המחליט להשתקם כדי להחזירו לשליטה בחייו ולהוביל שינוי, (ב) בחירת מטרה\ות אישיות, (ג) גיבוש התוכנית השיקומית הפרטנית, (ד) מעקב ופיתוח מתודה למדידת התהליך ותוצאות השינוי.

העקרונות האלו הפכו לאבני דרך של הפרקטיקה של השיקום בישראל. אימוץ גישה זו נתקל בהתנגדות לא מעטה מצד הפרופסיות הטיפוליות בבריאות הנפש והיה צורך בשינוי עמדות. גישת ההחלמה בתחילת הדרך הייתה מאוד שונה בהקשר לידע שהיה קיים אז בבריאות הנפש ביחס ליכולת של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית להשתנות (Lachman, 2007). רוב האנשים היו מגיעים לשיקום פסיכיאטרי ללא מוכנות לשינוי והפנימו לאורך השנים שאין טעם לציפייה לבחור מטרה אישית ושאין להם יכולת להוביל את התהליך של שינוי והחלמה. כמו כן הם נאלצו להתמודד עם ניסיונות הניצול של גישת ההחלמה ע״י הממסד כדי ״להזיז״ אנשים משירות לשירות בלי לבדוק את יכולת הבחירה וההגדרה העצמית, שעמדה במרכז הגישה (Anthony, 1993; Anthony et al., 1990, 2002; Anthony & Farkas, 2009, 2012; Anthony & Liberman, 1986).

אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית היעד כוללת אנשים המתמודדים עם הפרעות פסיכיאטריות קשות וממושכות ומוגבלת ביותר מבחינה רפואית ותפקודית. נדגיש רק זאת: ארגון הבריאות העולמי דירג הפרעות נפש קשות וממושכות במקום דומה למחלות לב ולמחלות ממאירות במדד הנטל הכולל של מחלות (Global Burden of Disease), והן נמצאות בין עשרת הגורמים העיקריים המובילים לנכות בעולם (Chernichovsky & Bowers, 2014; Murray & Lopez, 1996; Whiteford et al., 2013). אוכלוסייה זו סובלת גם מעוני, מסטיגמה ומהדרה חברתית.

לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2005, בסמוך לתחילת יישומו של החוק, היו 52,304 מקבלי קצבת נכות כללית אשר להם סעיפי נפש[[8]](#footnote-8) (על פי הגדרות הביטוח הלאומי) בשיעור של 40% ומעלה, כנדרש על פי חוק השיקום. עד שנת 2010 גדל מספרם ב-26% והגיע ל-65,683. ב-2015 עמד מספרם על 76,046, נתון המשקף גידול בשיעור של 16%. עד 2020 גדל מספרם ב-26% נוספים והגיע ל-95,691 (Personal Correspondence, Research and Planning Department, National Insurance, 21.02.2022).[[9]](#footnote-9)

השאלה האם אוכלוסייה זו מהווה את כלל אוכלוסיית הזכאים בפועל. התשובה שלילית, שכן על פי החוק האדם צריך לפנות כדי להיבדק לזכאות, אולם לא כל מי שעשוי להיות זכאי אכן פונה, שכן רבים נמנעים מפנייה בגלל סיבות שונות כמו התנגדות המשפחה או תחושת הסטיגמה הכרוכה בכך. כמו כן, מסתבר שרבים המשתייכים לאוכלוסייה מוגבלת וענייה אינם ערים כלל לזכויותיהם (Gal et al., 2009).

לאור זאת, ועל סמך מחקרים שנעשו על אנשים בישראל המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית קשה וממושכת (Aviram & Rosen, 2002; Aviram et al., 1998) האומדן הזהיר של אוכלוסיית היעד לתחילת יישומו של החוק (2001) הוערך ל-85–100 אלף בני אדם. לאור גידול אוכלוסיית ישראל ב-46% בין השנים 2000 ל-2020 ניתן להעריך את אוכלוסיית היעד של חוק השיקום לכ-150 אלף בני אדם, שיעור של 24 לאלף איש באוכלוסייה בקבוצת הגיל הרלוונטית (18+)[[10]](#footnote-10) (Central Bureau of Statistics, 2021a).

מספר זה מתאים גם להערכות על סמך הספרות. אם נוסיף לו גם את בני המשפחות הקשורים לאוכלוסייה זו והנושאים במידה מרובה בדאגה לה הרי המדובר בסה"כ בכ-350,000–400,000 בני אדם המהווים (לשנת 2020) את אוכלוסיית היעד ברמה ראשונית ומשנית של מערך השיקום; שיעור של 57–65 לאלף איש בגיל 18 ומעלה באוכלוסייה הכללית (Central Bureau of Statistics, 2021a).

כמובן שבכל תכנון לעתיד יש להתייחס לגידול האוכלוסייה המשוער בקבוצת הגיל הזכאית לשירותי שיקום (כ70% ב-2020) בהתאם לחוק השיקום[[11]](#footnote-11) (Central Bureau of Statistics, 2021a). בעניין זה ראוי לציין כי בישראל קבוצת האנשים שהליקוי העיקרי שבגינו הם מקבלים קצבת נכות כללית הוא ליקוי פסיכיאטרי היא הגדולה ביותר בין מקבלי קצבה זו (National Insurance, 2001; Personal Correspondence, Research and Planning Department, National Insurance, 21.02.2022).

העלות הכלכלית והחברתית של מחלות נפש

ההוצאה הכלכלית הכוללת המוטלת על החברה בגלל מחלות נפש והשלכותיה החברתיות לא נמדדה עד כה בישראל. הוצאה זו ולא רק בישראל, חורגת הרבה מעבר לתקציב הממשלתי המוקדש לשירותי בריאות הנפש (Mechanic et al., 2014). על סמך אומדן שנעשה בבריטניה על המחיר הכלכלי והחברתי של מחלות נפש (The Sainsbury Centre for Mental Health, 2003) בהתאמה לגודל האוכלוסייה ולרמת החיים בישראל (לפי התוצר המקומי הגולמי לנפש), העלות השנתית של מחלות נפש לחברה הגיעה בראשית שנות 2000 ל-13 מיליארד דולר Aviram, 2017)). אם נעדכן את האומדן ל-2020 ולו רק לאור גידול האוכלוסייה בארץ בכ-47% מאז שנת 2000 (Central Bureau of Statistics, 2021a), הרי אפשר להניח שהעלות הייתה מגיעה היום לכ-20 מיליארד דולר. אין ספק כי העלות הכלכלית והחברתית של מחלות הנפש והמוגבלות הנגרמת לאנשים בעטיה מהווה מעמסה גדולה וראוי היה שתחקר לעומק (Global Mental Health Action Network, 2020; Whiteford et al., 2013).

זאת ועוד, בהתאם לתוצאות מחקרם של קסלר ועמיתיו (Kessler et al., 2008) בארצות הברית (בהתאמה, לתוצר המקומי הגולמי לנפש בישראל ולגודל האוכלוסייה), ההפסד לתוצר המקומי הגולמי בגין אי-העסקתם של נכי נפש בארץ נאמד ל-3 מיליארד דולר לשנה (Aviram, 2017). לאור הגידול הניכר במספר התושבים בישראל וכן, לאור העלייה הגדולה בתמ"ג בישראל בשנים האחרונות אין ספק שאומדן ההפסד יהיה גדול יותר.[[12]](#footnote-12) אמנם האומדנים הללו אינם מדויקים, אך אין ספק שיש בהם כדי להדגיש את התועלת הכלכלית והחברתית הגלומה בהתמודדות ראויה עם מחלות נפש ובשיקומם של נכי הנפש בקהילה (Zweifel, 2018, 2020).

יישום חוק השיקום בשני העשורים הראשונים לקיומו

תהליך יישום החוק היה מהיר וכבר בעשור הראשון לפועלו הגיע להישגים מרשימים (Aviram, 2017, 2019; Drake et al., 2011). היישום המוצלח של החוק בראשית דרכו המשיך גם לעשור השני לפעולתו. במהלך שני העשורים לפעילותה של הרפורמה השיקומית, מספר המשתקמים שקיבלו שירות במהלך השנה גדל כמעט פי חמישה. במהלך 2001, השנה הראשונה ליישום החוק, עמד מספר המשתקמים במסגרת סל השיקום על 7,512. ב-2005 קיבלו שירותי שיקום 14,249 אנשים וב-2010 כבר הגיע מספרם ל-18,758. ב-2020 מספר המשתקמים עמד על 30,988. נתונים אלה משקפים גידול של 150% במהלך העשור הראשון ליישום החוק ו-65% במהלך העשור השני[[13]](#footnote-13) (Division of Mental Health, 2008; Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022).

נתון מעניין נוסף מצביע על הרכב אוכלוסיית המשתקמים. הטמעת שירותי השיקום בעשרים השנים האחרונות הביאה לתוצאות רבות וחשובות במאמץ לאפשר לאנשים עם הפרעות נפשיות קשות וממושכות להמשיך את חייהם בקהילה ולאפשר להם להיות שייכים ופעילים באופן משמעותי בחיי היום יום שלהם. בתחילת יישום החוק שירותי השיקום אפשרו לאלפי אנשים לחזור ממגורים באשפוז לקהילה (Relocation), דבר שבהחלט שיקף את המטרות הקולקטיביות שבמדיניות. כבר בסוף העשור הראשון לפעילות מערך השיקום החל לחול שינוי באוכלוסיית הנזקקים לשיקום וזאת לאחר שהדור הראשון של המאושפזים הוותיקים בבתי החולים עזב את בתי החולים ועבר למערך השיקום (בעיקר למגורים נתמכים בקהילה). בעוד שבראשית התקופה קרוב למחצית מהפונים למערך השיקום הופנו ממחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ומבתי חולים פסיכיאטריים (ממשלתיים ופרטיים), בחלוף הזמן שיעורם ירד במידה ניכרת וב-2020 הגיע ל-19% בלבד. במקביל, שיעור המופנים מהשירותים האמבולטוריים הגיע ב-2020 ל-81% (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022). ייתכן כי שיעור זה הושפע מהרפורמה הביטוחית שנכנסה לתוקף ב-2015 (National Health Insurance Law, 2012).

כתוצאה משינויים אלה, נוצר צורך לשיקומם של אנשים שהתמודדו עם מוגבלות פסיכיאטרית ושבראשית יישומו של החוק היו כבר בקהילה (מתגוררים בעיקר בבתי משפחותיהם) או כאלה עם תחלואה כפולה וכן צעירים עם מוגבלות פסיכיאטרית וללא היסטוריה אשפוזית. ואכן, בין השנים 2011 ל-2019 חל גידול של 76% במספר המשתקמים בגילי 18–24, בעוד ששיעור הגידול במספר המשתקמים הכללי עמד על 52% בלבד (Division of Mental Health, 2012, 2021). בנוסף, שיעור המשתקמים שהופנו לשירותי השיקום ללא היסטוריה אשפוזית עמד ב-2020 על 27% - למעלה מרבע מאוכלוסיית המשתקמים, לעומת 18% בשנת 2001 ו-21% ב-2010. לצד זאת, נתון מעניין אשר מלמד על השינוי באופייה של אוכלוסיית המשתקמים מראה, שבעוד שבראשית התקופה שיעורם של אלה שהופנו על ידי השירותים האמבולטוריים ללא אשפוז פסיכיאטרי בעברם היה מזערי (12.8%), בשנת 2020 שיעורם הגיע ל-48.7% מקרב קבוצה זו (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022).

כאשר אנו בוחנים את אופייה של האוכלוסייה שהגיעה למערך השיקום מהמערך האשפוזי, מסתבר שחלה עליה משמעותית בשיעורם של המאושפזים תקופות ממושכות (שנה ומעלה). בעוד שבשנת 2001 שיעורם של אלה היווה כשליש מקרב המופנים מאשפוז (35%), הרי שבשנת 2020 למרביתם הייתה היסטוריה אשפוזית ממושכת (של שנה ומעלה) ושיעורם היווה 89% (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022).

כמו כן, חל שינוי במהלך השנים בהיקפה של אוכלוסיית הקשישים (בני 65+) מקרב המשתקמים, שינוי שיש להניח שקשור להזדקנות האוכלוסייה הכללית[[14]](#footnote-14) וייתכן שגם לשיפור במיצוי הזכויות בקרב קבוצת גיל זו.[[15]](#footnote-15) יש לציין כי שיעורם של הקשישים מקרב המשתקמים עדיין נמוך משיעורם של הקשישים מקרב בני 18+ באוכלוסייה הכללית (Central Bureau of Statistics, 2002, 2021b), אולם הוא עולה בעקביות.

התרחבות הפעילות של מערך השיקום באה לידי ביטוי גם בגידול התקציב המוקדש למערך השיקום. בשנת 2020 הגיע התקציב לכמיליארד ורבע שקלים[[16]](#footnote-16) (Accountant General's Division, 2020) כבר ב-2017 הגיע חלקו של תקציב השיקום ל25% מהתקציב הממשלתי הכולל של שירותי בריאות הנפש (Accountant General's Division, 2017). חשוב לציין כי לפני עשרים שנה התקציב הממשלתי לשירותים אלה כמעט ולא היה קיים (Accountant General's Division, 2001).

במהלך העשור האחרון חל שיפור ניכר בהיקף הפעילות ובמידת יעילותן של וועדות השיקום, בפעילות וועדות מעקב וכן במידת המימוש של הקצאות סל השיקום. מספר הפניות לוועדות שיקום ראשונות גדל במידה ניכרת: בין השנים 2010 ל-2020 הוא עלה כמעט ב-50% (בעוד שב-2010 נרשמו 2,487 פניות, ב-2020 הגיע מספרן ל-3,580). יש לציין כי ב-5 השנים האחרונות התרחש גידול משמעותי נוסף במספר הפניות, שעמד על 37% (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022). ייתכן כי הדבר קשור לכניסתה לתוקף של הרפורמה הביטוחית ולהפניות המרובות מהשירותים האמבולטוריים. לצד זאת, כפי שציינו מוקדם יותר במאמר, אנשים רבים שעשויים להיות זכאים לסל שיקום אינם פונים וטרם מימשו את זכויותיהם. גם בשיעורי הגידול של מימוש השירותים שהוקצו חלה עלייה, כאשר בעוד שבראשית העשור אחוז המימוש במהלך של 6 חודשים מאז ההחלטה היה כ-2/3, בסוף העשור הגיע ל-80%.

בשני תחומי השירותים הגדולים של מערך השיקום, מגורים נתמכים בקהילה ותעסוקה, השינויים בעשור השני לפעילותו של מערך השיקום הם דרמטיים. מספר המשתקמים במגורים נתמכים כמעט הוכפל, כאשר בסוף שנת 2009 צרכו את השירותים 8,395 משתקמים ובסוף 2019 עמד מספרם על 16,453 – גידול של 96%. בתוכניות התעסוקה חל גידול של 69% בשנים אלה, כאשר ב-2009 צרכו שירותי תעסוקה 8,985 משתקמים ואילו ב-2019 גדל מספרם ל-15,179 (Division of Mental Health, 2012, 2021).

גם בשירותים אחרים, כמו השכלה ופנאי וחברה חלה עליה בשיעורים ניכרים בעשור האחרון (Division of Mental Health, 2008, 2021). שירותים אלה הם בעלי חשיבות רבה למאמציהם של משתקמים רבים לבנות חיים משמעותיים תוך חיבור לקהילה, מאפשרים לצמצם את ההדרה החברתית ולעתים אף למנוע אשפוזים מיותרים. העלייה במספר המשתקמים שצורכים אותם עשויה לשקף ביטוי להקשבה למטרותיהם האישיות של המשתקמים בתהליך החלמתם, המתרחשת עקב התמקצעות המערך השיקומי והשפעתן של גישות מודרניות בתחום (Anthony & Farkas, 2012; Corrigan et al., 2008). מגמה זו קיבלה חיזוק נוסף עם פיתוחו של שירות תיאום טיפול חיצוני לשירותים, כמאמץ משותף בין הפונים לסל שיקום ואנשי המקצוע לבנות תוכניות שיקומיות פרטניות כבסיס למתן שירותים (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022).

בבדיקה שערכנו על שיעור המיטות הפסיכיאטריות ועל שיעור ימי האשפוז במדינה בתקופה של הרפורמה השיקומית בקהילה התברר שמספר מיטות האשפוז פחת במידה ניכרת בתקופה זו. בעוד שבשנת 2001 שיעור מיטות האשפוז הפסיכיאטריות היה 0.85 לאלף איש באוכלוסייה (5,500 מיטות), בשנת 2010 ירד ל-0.46 (3,451 מיטות) ובשנת 2019 הגיע ל-0.40 (3,642 מיטות). יש להניח שנתונים אלה קשורים לרפורמה השיקומית ובעיקר למגורים הנתמכים בקהילה (Division of Mental Health, 2008, 2021).

יש להניח שהירידה בשיעור ימי האשפוז הפסיכיאטרי בתקופה הנדונה הינה עדות נוספת להשפעתה של הרפורמה השיקומית על שירותי בריאות הנפש. בעוד שבשנת 2001 שיעור ימי האשפוז עמד על 374 לאלף איש באוכלוסייה (1,722,537 ימי אשפוז), בשנת 2010 השיעור היה 158.4 (1,207,844 ימים) ועשור לאחר מכן, בשנת 2019, ירד ל-134.7 לאלף איש באוכלוסייה (1,219,601 ימים) (Division of Mental Health, 2008, 2021). נתון נוסף שככל הנראה הושפע מהרפורמה השיקומית הוא מספר המאושפזים בסוף השנה. בסוף שנת 2001 שיעורם עמד על 0.8 לאלף איש באוכלוסייה (5,256 מאושפזים), אולם ב-2010 ירד ל-0.5 (3,525 מאושפזים) וב-2020 עמד על 0.3 (3,077 מאושפזים) (Personal Correspondence, Department of Spokesmanship, Communication and Advocacy, Central Bureau of Statistics, 02.01.2022).

במהלך השנים התפתחה פרקטיקה שיקומית מכוונת אדם ומכוונת החלמה וזאת כדי לנסות ולהתאים את רוח החוק למציאות חדשה וכמובן לשפר את השירותים. הוקמו מספר יוזמות ופרויקטים והוטמעו התערבויות מכוונות החלמה לתוך השדה השיקומי וזאת בתמיכת משרד הבריאות (Baloush-Kleinman et al., 2018; Shershevsky, 2022). ברצוננו למנות חלק מהם:

הקמת בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש. הכשרות ייחודיות להשתלמות סגלים במערכות השיקום ולהכנת כוח אדם לעבודה במסגרות אלה ניתנו עוד בתחילת העשור הראשון במסגרת לימודי המשך באוניברסיטאות ברחבי הארץ וזאת עד שהוגדר הצורך לפתח בית ספר ארצי לשיקום. בית הספר הוקם בשנת 2009 וב-2011 עבר לקריית האקדמית אונו שם ממשיך לפעול עד היום (Internal Audit Division, 2020).

פיתוח, הטמעה, חיזוק ושילוב ידע מניסיונם של צרכנים ובאמצעות צרכנים נותני שירות: ידע מניסיון זה השתלב בשדה השיקומי באמצעות תנועות צרכניות (מתמודדים ומשפחות) בעיקר במישור הסינגורי (Dvir & Shamir, 2017; Grundman et al., 2021; Lachman et al., 2018; Moran, 2018; Naaman, 2018).

תיאום תכניות שיקום בקהילה – פיתוח שירות לתיאום תוכניות שיקום ע"י יזמים מן השוק הפרטי: בסוף העשור הראשון הוחלט להקים פיילוט למודל של תיאום טיפול חיצוני לשירותים במערך השיקומי.[[17]](#footnote-17) בעקבות תוצאות הפיילוט הוחלט במשרד הבריאות לאמץ מודל שירות זה והוא כיום מופעל באמצעות חברה חיצונית (Gelkopf et al., 2016; Pink Hashkes et al., 2013)

ניהול מחלה והחלמה. הטמעת ההתערבות שפותחה בארצות הברית בהובלת פרופסור קים מיוזר (Mueser et al., 2002) ומוכרת כמבוססת ראיות. פרופסור דיויד רועה ועמיתיו עמדו בראש הפרויקט וזה הוטמע במערכת ופועל בהצלחה עד היום (Garber-Epstein et al., 2013; Hasson-Ohayon et al., 2007).

הטמעת ההתערבות של מוכנות לשיקום (Anthony and Farkas, 2012; Baloush-Kleinman et al., 2018)[[18]](#footnote-18). ההתערבות מיועדת להעריך את הרצון לשינוי/שיקום של המשתקם ולתכנן תוכנית להגברת המוטיבציה כבסיס לטיפול השיקומי. פותחה גם גירסה של סוג זה של התערבות עבור משתקמים המשתייכים למגזר החרדי.

התערבות קוגניטיבית חברתית – S.C.I.T)) –. התערבות זו נועדה לשפר מיומנויות חברתיות בקרב אנשים המתמודדים עם מיגבלה נפשית. היא מדגישה סדרת טכניקות שנועדו לשפר ליקויים קוגניטיביים-חברתיים ולקדם שינוי ) Hasson-Ohayon et al., 2014).

NECT – התערבות להפחתת סטיגמה עצמית – ידוע שסטיגמה עצמית היא מכשול, העומד בדרכו של המתמודד עם מחלה נפשית בתהליך ההחלמה. לאור חשיבות הנושא והשפעותיו פותחה התערבות קבוצתית מקדמת החלמה, ומטרתה לסייע בהפחתת הסטיגמה העצמית של האדם המתמודד (Baloush-Kleinman et al., 2018; Roe et al., 2014; Yamin et al., 2012).

מדדי תוצאה וסוקרי איכות: הקמת הפרויקט הלאומי (Roe et al., 2015, 2019; Moran et al., 2017)[[19]](#footnote-19)

מטרתה של תכנית מדדי תוצאה הייתה להעריך האם ואילו שינויים מתרחשים בקרב אוכלוסיית צרכני שירותי סל שיקום בישראל, באמצעות אפיון האוכלוסייה הזכאית לשירותים וצרכני השירותים בפועל, הערכת מדדי התוצאה של צרכני שירותי סל שיקום לאורך זמן וניתוח תהליכי קבלת ההחלטות ויישומן. התכנית אמורה לתמוך בשיפור וייעול של שירותי שיקום בריאות הנפש בארץ ע"י הפקת כלים להכוונת תהליכי השיקום האישיים ותהליכי שיפור שירותי השיקום וההחלמה במסגרות השיקום השונות והכוונת המדיניות הלאומית.

תכנית ״סוקרי איכות״[[20]](#footnote-20) מפתחת ומבצעת סקרי שביעות רצון ואיכות חיים בקרב מקבלי שירותי בריאות הנפש במסגרות השיקום בקהילה ברחבי הארץ, ובקרב בני משפחותיהם במרכזי המשפחות. הסוקרים במסגרות השיקום בקהילה הם אנשים מתמודדים בעצמם, בעלי ידע מניסיון אישי (עמיתים מומחים). הסוקרים במרכזי המשפחות הם בני משפחה של אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית. כולם עוברים הכשרה מקצועית בתחום באופן שוטף (Weisberg et al., 2009; Yozma Derech Halev).

שתי התוכניות הנ"ל נועדו לפתח כלים למעקב אחר העשייה השיקומית כדי להמשיך לפתח כשגרה את הפרקטיקה ולקבוע את המדיניות על בסיס נתונים.

פיתוח מרכזי יעוץ ותמיכה למשפחות ותוכנית קש״ת (קידום, שיתוף ותקשורת). בתחילת יישום החוק קש״ת היווה התערבות המיועדת להקנות למשפחות מיומנות ותמיכה בהיותן שותפות לתהליכי השיקום וההחלמה.[[21]](#footnote-21) מרכזי התמיכה למשפחות נוצרו בשנת 2005 ובשנים האחרונות התפתחו בכל רחבי הארץ. כיום קיימים 20 מרכזיים פעילים (Shalev, 2017; Weiss, 2013; Weiss et al., 2021).

התפתחויות נוספות שהופיעו במהלך השנים ונכללו בסל שיקום כללו תוספת של שירותים נתמכים ולא מוגנים ((Supported vs Protected כמו עמיתים, חונכות וסומכות, תעסוקה נתמכת, תכניות להשלמת השכלה, תמיכה להשכלה אקדמאית (Baloush-Kleinman et al., 2018; Shershevsky, 2022).

חלק ב' – לקראת העשור השלישי ליישומה של הרפורמה השיקומית

עם כניסתו של מערך השיקום לעשור השלישי לפעולתו הוא צריך לעבור שינויים ארגוניים. הדור הראשון של המייסדים, שמרביתם עדיין מפעילים את המערכת מאז היווסדה, היו צריכים ליצור במהירות יש מאין, לגלות יצירתיות ולא אחת לאלתר. המערכת גדלה וצמחה במהירות רבה ולא תמיד יכלה להתאים עצמה לשינויים ולדרישות של מערכת ארגונית מורכבת ולסביבה תפקודית שנאלצה להסתגל "לשכן" החדש שהגיע לקהילת שירותי בריאות הנפש.

נושאים כמו מערך מידע אמין, תכנון רב שנתי, שקיפות ניהולית, מערך מטה מתוגבר, שדרת ניהול וביצוע המותאמת לגודל הארגון ומורכבותו, מערך סדור של טיפול בתלונות וכן ביסוס מערכת יחסים יציבה עם הסביבה התפקודית שלה, כמו האגף לבריאות הנפש, הגורמים המשתייכים לאגף כמו בתי החולים והמערכות האמבולטוריות וכן מערכות קהילתיות אחרות כמו משרד הרווחה, רשויות מקומיות ומפעילי השירותים מן המגזר הפרטי וכן כמובן המתמודדים עצמם ובני משפחותיהם שבקהילה (Israel's State Comptroller, 2007, 2010, 2016).

כמו כן, מערך הפיקוח והבקרה לוקה בחסר. הוא לא הותאם היטב לסוג המשימות של השיקום ולערכים המקצועיים שלו. כמו כן, אין מספיק כוח אדם בתחום זה וכן לא נבחנת במידה ראויה התאמת יישום תכניות ליעדים שלהן (Israel's State Comptroller, 2007, 2010, 2016) ולא הוקם עדיין מערך מחקרי להערכה ולקידום תכניות השיקום.

הרפורמה השיקומית הביאה לשינויים מבניים בשירותי בריאות הנפש כבר בעשור הראשון ליישומה. כפי שראינו, הן מספר המיטות הפסיכיאטריות והן ימי האשפוז המלא פחתו לאין שיעור בתקופת יישומו של החוק.

הגם שאין להקל ראש במשמעותם של שינויים אלו (המכונים בחלקם "הרפורמה המבנית"), ניתוח הנתונים יגלה כמה עובדות מטרידות. בניגוד למדינות אחרות שיישמו רפורמות בבריאות הנפש ושליוו את צמצום מספרן של המיטות הפסיכיאטריות בסגירת בתי חולים ממשלתיים לחולי נפש (ראו למשל Goodwin, 1997; Mechanic & Rochefort, 1990), בישראל לא נסגר אף לא בית חולים פסיכיאטרי ממשלתי אחד. בנוסף לכך, עיקר הירידה במספרן של המיטות הפסיכיאטריות בארץ נבע מצמצום מספרן של המיטות בבתי חולים פרטיים ואף מסגירתם של חלק מבתי חולים אלו או מהסבת הגדרתן (ועלותן) של חלק ממיטות אלה (Aviram, 2012). כמו כן, ראוי לאזכר את הביקורת שהושמעה ע"י מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007) שהצביע על כך שתקציב האשפוז של בתי החולים לא צומצם חרף צמצום במספרן של המיטות הפסיכיאטריות וטען כי יש להפנות תקציבים מתקציבי האשפוז לקהילה. יתכן שהשארת תקציב האשפוז בהיקפו לפני הצמצום במספר המיטות בו נבע מחסר תקציבי של מערכת האשפוז, או אולי גם משיקולים "פוליטיים" כדי לזכות בתמיכת מערכת האשפוז בחוק השיקום.

זאת ועוד. בדו"ח בשנת 2010 מעיר מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2010) למשרד הבריאות כי תקציבי האישפוז גבוהים בהשוואה לתקציבים המיועדים לטיפולים אמבולטוריים ושיקומיים בקהילה. כמובן שראוי לחזור ולבדוק עניין זה לאור התוצאות של הרפורמה הביטוחית שהעבירה את האחריות לשירותים המרפאתיים לבריאות הנפש מהממשלה לקופות החולים ב-2015. לאחרונה דן בג"ץ (Supreme Court of Israel, 2022) בתביעת איגוד הפסיכיאטריה בישראל כנגד משרד הבריאות בטענה של צפיפות יתר בבתי החולים ולמעשה בתביעה לתוספת מיטות אשפוז. ארגון בזכות,[[22]](#footnote-22) שהצטרף כידיד בית המשפט, טען כי ראוי יותר לפתח מענים בקהילה (Reznik, 2022). כמו כן, לאחרונה מנסה ארגון זה לעכב תכניות של האגף לבריאות הנפש ומשרד הבריאות להקים מוסדות במיקומים עירוניים וכפריים עבור מאושפזים ממושכים שיוצאו מבתי החולים הפסיכיאטרים ולנסות למצוא עבור אוכלוסייה זו פתרונות שיקומיים בקהילות השונות. אכן, יש חשיבות לשחרר את בתי החולים הפסיכיאטריים מטיפול מתמשך באנשים שאינם זקוקים לטיפול אקוטי או לטיפול אישפוזי מתמשך, אך יש להימנע מהעברתם למוסדות סגורים ללא ניסיון לשקמם בקהילה (Bizchut, 2022).

בנושא זה של תכניות עתידיות והקצאת כספים ותקציבים לשירותי בריאות הנפש עוד מספר הערות המחייבות תשומת לב.

אחת הטענות שרווחה בשעתו, בעיקר בקרב אנשי משרד האוצר, הייתה כי ההקצאה התקציבית לרפורמה השיקומית היא "כסף חדש", כלומר תוספת לתקציב, מעל ומעבר למה שהוקצב לשירותי בריאות הנפש קודם לכן. אולם המעמיק בניתוח מגמות התקציב יגלה שלטיעון זה אין שחר. אכן, הסעיף המיועד לתקצוב שירותי השיקום והכספים שזרמו לשירותים אלו הם חדשים. אולם ככלל, המדינה לא רק שלא הוסיפה כספים לתקציב בריאות הנפש, אלא חסכה סכומים נכבדים כבר במהלך העשור הראשון שחלף מאז תחילת יישום החוק עקב הירידה הניכרת במספר המאושפזים. יש להניח שהחיסכון בשני העשורים הראשונים ליישום חוק השיקום היה לפחות 2 מיליארד שקלים, וזאת מבלי לקחת בחשבון עלויות נוספות לרגל הצורך בהוספת תשתיות עבור הגידול במספר המאושפזים. (Aviram, 2017; Aviram et al., 2012) לפיכך, ניתן אף לטעון שהמדינה לא רק שלא הוסיפה כסף לתקציב בריאות הנפש אלא שלמעשה לא ניצלה במלואו את כל הכסף שחסכה מהפחתת האשפוזים לתגבור שירותי השיקום והשירותים המרפאתיים בקהילה.

כמובן, מן הראוי לבחון האם המגמות הללו, שעמדנו עליהן בעשור הראשון של הרפורמה השיקומית, המשיכו גם לעשור השני של פעילותה של הרפורמה השיקומית ואילו שירותי שיקום נפגעו או לא ניתנו לחלוטין עקב "חיסכון" זה למדינת ישראל.

נכון ל-2019, כ-50% מכלל התקציב שהוקצה לשירותי בריאות הנפש בישראל יועד לבתי החולים הפסיכיאטריים. סכום זה עולה על הסכום שהושקע במערך השיקום ובשירותים האמבולטוריים יחד, כאשר 31% מהתקציב הוקצה למערך השיקום ו-12% לשירותים האמבולטוריים (Shlafman, 2021). זאת, חרף הביקורת של מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007, 2010) בעניין והירידה הניכרת בשיעור האשפוזים.

עובדה מטרידה נוספת בהקשר זה נוגעת לתקציב הממשלתי שאושר לאחרונה (ינואר 2022). מתוך תוספת תקציבית מיוחדת לבריאות הנפש, שאושרה, נוסף על התקציב הרגיל לתחום זה, החלק הארי של התקציב הוקצה לבתי החולים הממשלתיים לחולי נפש (The Health Committee, 2021).

מחדל נוסף לדעתנו, שצוין כבר במחקר שעסק בהערכת העשור הראשון של הרפורמה השיקומית ונגע גם בהעברת שירותי בריאות הנפש לקופות החולים במסגרת הרפורמה הביטוחית שיושמה ב- 2015, נוגע להימנעות מ"צביעת" התקציב שמועבר לקופות החולים בגין שירותי בריאות הנפש (Aviram & Azary-Viesel ,2018a, 2018b ;Aviram, 2017). תקציב בריאות הנפש שמתוקצב לקופות החולים (המהווה כמחצית מסה"כ התקציב הממשלתי לבריאות הנפש), נבלע בתקציב הכללי של קופת החולים ואין לדעת כמה הוצא בפועל על שירותי בריאות הנפש והאם הקופה השקיעה את מלוא הכספים שהועברו לתקציבה בשירותים שבגינם קיבלה את הכספים.

לצערנו, החשש שלנו כנראה התאמת. לאחרונה התפרסמה ביומון "הארץ" כתבה המציינת שקופות החולים משתמשות בחלק מן הכסף שתוקצב עבור בריאות הנפש לצרכים אחרים (Efrati, 2022).

מעניין מה היה האינטרס הן של קופות החולים והן של האוצר למדיניות זו וראוי לחשוב מה היו תוצאותיה או נזקיה. מכיוון שמערכת בריאות הנפש על שלושת חלקיה העיקריים – אשפוז, מרפאות ושיקום – פועלת ככלים שלובים, מדיניות זו שצוינה פוגעת לדעתנו גם בשירותי השיקום.

זאת ועוד, התקציבים לפעולות קהילתיות לשיקום, כמו פתיחת מסגרות המיועדות להיות שיקומיות בקהילה והוצאת אשפוזים כרוניים מבתי החולים ותמיכה לבתים מאזנים בקהילה שאושרו עבורם 50 מיליון ₪ לשנה (כ-15 מיליון $) לא הועברו לתקציב מערך השיקום אלא יתופעלו במסגרות אחרות. האם נתונים אלה מצביעים על עצירת הרפורמה השיקומית ועל דעיכת השפעתה על מערכת בריאות הנפש בישראל?!

אוכלוסיית היעד

כאמור, על פי אומדנים זהירים, האוכלוסייה הזכאית לשירותי השיקום הפסיכיאטרי מגיעה (בשנת 2020) לכ-150,000 בני אדם.[[23]](#footnote-23) גם אם נניח כי מאוכלוסייה זו, רק מחציתה תהייה זקוקה או מעוניינת בשירותי שיקום הרי מדובר בסה"כ ב-75,000 נפש. לפיכך עפ"י הנתונים במהלך 2020 רק 40% מאוכלוסיית היעד מקבלת שירותי שיקום.

כל תכנון של מערך השיקום יצטרך להתייחס למגזרי אוכלוסייה ספציפיים ולקבוצות גיל מובחנות, תוך הסתמכות על ידע בנושאים כמו שיעורי התחלואה ואופייה בקבוצות אוכלוסייה אלו, וכן אפיוני הקבוצות בכלל. הנתונים מצביעים על כך ששיעור מקבלי שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית בארץ, המהווה כ-20% מהאוכלוסייה בישראל, נמוך משיעורם באוכלוסייה ( (Kaplan et al., 2019; Lurie & Fleischman, 2019; Roe et al., 2019). גם מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2010) הצביע על כך שהמענה של שירותי השיקום לאוכלוסייה הערבית איננו מספק. כמו כן, המערכת תצטרך להקדיש תשומת לב מיוחדת לאוכלוסייה המבוגרת, שבה שיעור המתמודדים עם נכות פסיכיאטרית גבוה בהשוואה לגילים צעירים יותר. כאמור, מספרם של המשתקמים שגילם בני 65 ומעלה עלה באופן ניכר לאורך שנות יישומו של החוק ובסוף 2020 עמד על 2,360 אנשים. שיעורה של אוכלוסייה זו מקרב כלל המשתקמים עלה ב-160% בין 2001 ל-2020 (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022).

אנו סבורים שהשירותים השיקומיים בקהילה אינם יכולים ואף לא צריכים להוות מענה מספק לצרכים של האנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית בנוסף לבעיות רפואיות ומוגבלויות מורכבות אחרות. על כן, הם חייבים לקבל תמיכה מהמרפאות האמבולטוריות של קופות החולים ומגורמי רווחה אחרים. לאור ההמתנה הארוכה לשירות מהמרפאות האמבולטוריות בקהילה (Israel's State Comptroller, 2010, 2020). ראוי היה לפעול על מנת לשפר את השירות לאוכלוסייה מורכבת זו.

בעוד שמתכנני חוק השיקום הניחו כי שירותי הרווחה הקיימים בקהילה ימשיכו לסייע לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בגין זכאותם לשירותי רווחה ובכך יחזקו את שיקומם בקהילה, הסתבר כי ההיפך קרה. שירותי רווחה רבים של הרשויות המקומיות ראו בחוק השיקום הזדמנות לחיסכון בתקציביהם והפנו אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, שהיו זכאים לתמיכה של שירותי הרווחה המקומיים, למערך השיקום. למשל, בעת המשבר בזמן המגפה של הקורונה, שירותי רווחה רבים של רשויות מקומיות שחלקו סלי מזון לנזקקים, לא כללו מקבלי סל שיקום בין הזכאים לתמיכה זו (Mazlawi, 2020; The Special Committee for Welfare and Labor Matters, 2020). מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2016) התייחס לחשיבותו של שיתוף הפעולה בין משרדי הבריאות והרווחה לצורך הטיפול באוכלוסיות מורכבות והעיר על ליקויים בעבודתם המשותפת.

סוגיה נוספת שעלתה במהלך המחקר על יישום החוק נגעה לפירוש הניתן לבסיס התיאורטי של תיאוריית ההחלמה ולברירת המשתקמים המתאימים לשיקום. התעוררו שאלות לגבי מידת ההתאמה של אנשים לשיקום, עד כמה ניתן לנבא זאת בעיקר לאחר תקופה ממושכת של אשפוז, האם רצוי ואפשר לטפל בקהילה באנשים מוגבלים הנזקקים לרמה מסוימת של פיקוח, וזאת מצד אחד תוך הימנעות מיצירת "מיני" בתי חולים בקהילה,[[24]](#footnote-24) ומאידך התגברות על אינטרס מערכת השיקום (כמו מערכות ארגוניות בכלל) להעדיף לעתים מתן שירותים לאנשים שהסבירות להצלחה איתם גבוהה. אלו סוגיות המחייבות התייחסות לממצאים אמפיריים בנושא ולשיקולים תיאורטיים וחברתיים. בעניין זה ניסינו לבדוק מספרן של בקשות לשיקום בקהילה שנדחות וכמובן הנימוקים לדחייה. נושא זה אינו מתפרסם בדוחות הסטטיסטיים וראוי שייאסף, ידווח ויהיה חשוף לביקורת.

כפי שצוין, לאוכלוסיית היעד לשירותי השיקום יש להוסיף 200,000–250,000[[25]](#footnote-25) בני משפחה המטפלים בהם והזקוקים לשירותים תומכים החיוניים לתהליך השיקום. יש לציין כי בנתונים שמפרסם משרד הבריאות בנוגע למערך השיקום אין התייחסות לתמיכה הניתנת למשפחות, אף שהנושא נדון ומוצג כשינוי מרכזי במערך. לא ברור מדוע פעילות זו אינה מדווחת אף שמופעלת באופן משמעותי החל מ-2006, וראוי שהנתונים על אודותיה יפורסמו, כעל יתר השירותים במערך.

אף כי אין בידנו נתונים מלאים על מספר בני המשפחה המקבלים תמיכה, הנחיה ושרותי שיקום אחרים כנדרש עפ"י חוק השיקום, ספק אם שיעור מקבלי השירותים מביניהם מגיע אף לשיעור של המתמודדים עצמם. עד כה לא נעשה מחקר לגבי העלות למשפחה אולם אין ספק שהיא משמעותית מבחינה כלכלית ונפשית, ודאי כאשר המשתקם מתגורר בבית המשפחה (Dvir & Shamir, 2017). בחלק ממדינות הרווחה הוגדר התפקיד של המשפחה כמטפלת וקיימת חקיקה מסודרת ע"מ לתמוך במשפחות אלה (ראו בבריטניה, Care Act, 2014). לצערנו, נושא זה לא זכה עד כה לתשומת לב מספקת, שלא לדבר על חקיקה ראויה בנושא. אנו סבורים שראוי לתמוך במשפחות המטפלות בבן משפחה המתמודד עם מגבלות נפשיות קשות ולקדם חקיקה בנושא זה בדומה לנהוג במדינות אחרות. סיוע הולם למשפחות עשוי אף לחסוך כספים למדינה בכך שימנע אשפוזים והתערבויות אחרות שהיה בהן צורך בהיעדר תמיכת המשפחה במתמודד.

תקציבים

כפי שהוסבר לעיל, בעשור הראשון ליישום החוק גדלו תקציבי השיקום בצורה מרשימה וחלקם בתקציב שירותי בריאות הנפש גדל אף הוא. שינויים אלו עלולים להטעות במידת-מה, הן משום שבראשית התקופה ההקצאה המיועדת לשיקום הייתה מזערית, והן משום שהדבר אינו מעיד על כך שהכספים שהוקצו להקמה ולפיתוח של מערך השיקום תואמים כהלכה את דרישות החוק ואת צורכי המערכת. זאת ועוד, בעוד שבתכנון המקורי, כאמור, סבר המחוקק שהתקציבים עבור השיקום יגדלו גם על ידי איגום תקציבים מרשויות אחרות, בפועל כיום, במקרים רבים, הן מפנות את הנזקקים משירותים שמומנו בעבר באמצעות תקציבן למערך השיקום (ראה למשל: Mazlawi, 2020; The Special Committee for Welfare and Labor Matters, 2020).

בשנים הראשונות ליישום החוק התקציב למשתקם (המתוקנן על פי השכר החציוני של שכירים ב-2020, ראו טבלה) עלה במידה ניכרת, בשיעור של 61% אחוז – מ-19,619 ₪ בשנת 2001 לסכום של 31,600 ₪ לאדם ב-2005. עם זאת, בשנים שלאחר מכן לא חל שינוי ניכר בתקציב, כך שב-2010 הוא היה 31,819 ₪ - שיעור גידול של אחוז אחד בלבד. במהלך העשור האחרון התקציב למשתקם הוסיף לעלות, כאשר ב-2015 הוא עמד על 34,829 ₪ (שיעור גידול של 9%) וב-2020 הגיע ל-39,668 ₪ לאדם. בסך הכל, התקציב למשתקם הכפיל את עצמו במהלך 20 השנים האחרונות (ראו לוח 1).

יש לציין כי חישוב זה מתייחס לתקציב בפועל, ובשל כך אינו לוקח בחשבון את היערכות המערכת מבחינה תקציבית לגידול פוטנציאלי באוכלוסיית היעד ובמספר המשתקמים. למעשה, מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007, 2016) העיר במספר מקרים על צמצום ואף על אי קיום ועדות שיקום לאור מחסור במשאבים. בנוסף, בעניין זה ראוי לציין כי בהשוואה למדינות מפותחות אחרות בעולם התקציב הכולל לשירותי בריאות הנפש בישראל הוא נמוך. כמו כן, מסתבר שחלק ההוצאה הפרטית על שירותי בריאות הנפש בישראל גבוה יחסית בהשוואה למרבית מדינות ה-OECD, וגבוה באופן ניכר מחלק ההוצאה הפרטית בכלל שירותי הבריאות בישראל מה שכמובן תורם לאי שוויון ביכולת של אוכלוסיות ממעמדות נמוכים יותר לצרוך שירותי בריאות נפש מן השוק הפרטי (Mental Health Organizations Forum, 2021).

(כאן לוח 1)

\* הנתונים מתוך הפרסומים של Accountant General's Division (2001, 2005, 2010, 2015, 2020) ותכתובות אישיות (Accounting, Ministry of Health, 22.03.2022).

\*\* גובה ההוצאה בכל שנה הותאם לרמת המחירים של 2020 על בסיס השכר החציוני של שכירים לחודש עבודה (National Insurance, 2003, 2007, 2012, 2017). מכיוון שנתוני השכר פורסמו רק עד 2018, נעשה אומדן של השכר החציוני בשנת 2020. החישוב נעשה על ידי הוספת שיעור השינוי שחל בשכר הממוצע מסוף 2018 לסוף 2020. גובה השכר החציוני של שכירים בשנים הרלוונטיות (בסוגריים שיעורי הגידול): 2001 – 4,685 (-); 2005 – 4,626 (1.3%-); 2010 – 5,518 (19.3%); 2015 – 6,716 (21.7%); 2020 – 7,481 (11.4%).

\*\*\* מספר המשתקמים במהלך השנה. מספר המשתקמים במהלך השנה גדול בממוצע ממספר המשתקמים בסוף השנה בכ-18%.

(כאן טבלה)

כזכור, מרבית שירותי השיקום מופעלים ע"י יזמים פרטיים כאשר המדינה מתקצבת ומפקחת עליהם. אחת הטענות הרווחות היא כי אחת הסיבות לפגיעה באיכות השיקום היא התמחור הלא-ריאלי במכרזים של שירותי השיקום (David, 2020; District Court of Haifa, 2022). כפי שכבר ציינו, בתחום הדיור, למשל, התמחור נמוך אף מהנהוג במסגרות מקבילות באחריות המדינה: התמיכה במגורים מוגנים לנזקקים בשירותי הרווחה עפ"י הנחיות משרד הרווחה והשירותים החברתיים עולה במידה ניכרת על גובה התמיכה לשירותי מגורים לאנשים המקבלים אותם לפי חוק השיקום המופעל ע"י משרד הבריאות. כמו כן למדנו שהתשלומים הנהוגים לצוותים בשירותי הרווחה עולים על אלה המוקצים על פי המכרזים לצוותים בשירותי השיקום של משרד הבריאות (District Court of Jerusalem, 2017).

כתוצאה מכך נמנעים רבים מהיזמים הפוטנציאליים מלהשתתף במכרזים, מה שמביא לצמצום או להיעדר תחרות ומוביל בעצם גם לתלות של הממשלה ביזמים המעטים המפעילים את השירותים, שכן הממשל חייב ליישם את דרישות החוק ולהבטיח שירותי שיקום. כמו כן, התמחור הלא ריאלי של המכרזים גורם לעיתים לפגיעה באיכות השירותים כתוצאה מן העובדה שהיזמים מנסים להימנע מהפסד כספי. התרשמנו כי קיימת תופעה שיש יזמים המשתתפים במכרזים ומציעים הצעה נמוכה שעלולה אף למנוע מהם רווח או אף לגרום להפסד וזאת על מנת לזכות במכרזים גדולים יותר בעתיד וכן לתקן את ההסדרים בעתיד. מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007, 2016) אף העיר על בחירת ספקי שירותים אף מבלי שנערכו מכרזים. לאור כל זאת, יש לבדוק את הנושא ולתקצב את המכרזים בצורה שתאפשר תחרות אמיתית, ובה בעת תבטיח פיקוח ובקרה נאותים ותמנע כשל שוק שיביא לפגיעה באיכות שירותי השיקום ובזכויות המשתקמים.

כוח אדם

כוח האדם המפעיל את השירותים הוא מרכיב חיוני הקובע את איכותם, ואף את מידת יישומו של החוק עצמו. מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007, 2010, 2016), בהתייחסו להיערכות כוח האדם במהלך העשור הראשון ליישומו של חוק השיקום, קבע שכוח האדם המנהל את השירות, מפעיל את ועדות השיקום, עוסק בפיקוח ובקרה וכן בתיאום טיפול רחוק מלהספיק להפעלתו התקינה והראויה של מערך השיקום. אין ספק כי יש לפתח ולהבטיח מדדים נאותים לכמות כוח האדם הנדרש לשירותי השיקום בהתאם למשימות הנדרשות. יש לציין כי חרף מרכזיותו של כוח האדם במערך השיקום, לא מפורסמים נתונים על כוח האדם המועסק במסגרת המערך, על היקפו ועל אופיו. לנוכח חשיבות הנושא וכן לאור הסוגיות העולות בנוגע לעניין זה לאורך שנות יישומו של החוק, ראוי שיתבצע מעקב אחר הנתונים ושהם ייכללו במסגרת הפרסומים של האגף לבריאות הנפש.

לדעתנו, עדיין לא התגבש מסלול קידום ראוי בתחום השיקום הפסיכיאטרי בקהילה. מכיוון שכוח האדם המקצועי מגיע ממקצועות שונים (בעיקר ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית) מסלול הקידום במקצועות אלו עדיין אינו משקף כהלכה את תחום השיקום בקהילה. בנוסף, לפי הערכות שקיבלנו כ-70% מכוח האדם העובד בשירותי השיקום (המופעלים, כאמור, ע"י המגזר הפרטי) אינו מקצועי ומהווה את המשרות של מדריכים, חונכים ומלווים הנדרשים בסה"כ לתעודת בגרות (12 שנות לימוד) ושכרם על פי ההסכמים הוא שכר מינימום וכן, במרבית המקרים, לא קיים עבורם מסלול קידום. לכן היקף התחלופה גבוה ביותר, קיים קושי בגיוס כוח אדם ויש להניח שרמת השרות ראויה לשיפור.

ראוי גם לבדוק עד כמה היום, לאחר יותר מעשרים שנה של יישום החוק, נדרש רקע הכשרתי ספציפי בשיקום פסיכיאטרי כתנאי לתעסוקה בשיקום פסיכיאטרי בקהילה או האם נדרשת אף השתלמות בנושא במהלך עבודתם בשיקום. בשעתו התקיים דיון בסוגית יצירת מקצוע ספציפי בשיקום נכי נפש (Roe et al., 2011), אולם בין אם יתפתח מקצוע ספציפי בשיקום פסיכיאטרי או ההתמקצעות בשיקום נכי נפש תמצא מקומה במקצועות שונים, חשוב לשמור ולקדם במערכת צוות מיומן ופיתוחו של מסלול קידום חשוב למטרה זו.

בהקשר זה חשוב לציין את פעילותו של ביה"ס לשיקום במהלך העשור האחרון. בשנים האחרונות יצא דוח ביקורת לגבי ביה"ס לשיקום (Internal Audit Division, 2020). הדוח ביקר את התנהלות ביה"ס מבחינה מנהלית ותוכנית והציע לבחון מחדש סוגיות בסיסיות בהתנהלותו אם אכן ימשיך לפעול באותה מתכונת. נושאים נוספים שחשוב להידרש להם הם האם הכשרה בביה"ס לשיקום מהווה תנאי להעסקה, האם הלימודים מחייבים עבודה בתחום השיקום לאחריהם, האם השכר משקף את רמת ההכשרה והאם קיים מסלול קידום ראוי לעובדי שיקום. אין לנו ספק שביה"ס לשיקום הוא גורם חשוב בקידום כוח האדם ובאופן כללי בקידום תחום השיקום, אך עליו להתמודד עם הביקורת ולתקן את הנדרש.

שירותים

מאז שחוק שיקום נכי נפש בקהילה עוצב בכנסת בשנות התשעים של המאה הקודמת, לא הוערך סל השיקום ולא הוכנסו בו שינויים. מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2010) העיר על כך והציע לבחון את הסל. החלטות בעניין זה צריכות להתקבל על סמך הערכות אמפיריות של הסל הקיים, ידע מצטבר על הנושא מהעולם ומהארץ, התייחסות לשינויים בהרכב האוכלוסייה של הפונים לשיקום, כמו גידול במספר ובשיעור הצעירים והקשישים הפונים לשיקום, פנייה של אנשים עם צרכים מורכבים, כמו למשל ריבוי מוגבלויות, תחלואה כפולה והפרעות אישיות וכן שינויים ברקע ובתרבות של חלקים מהפונים לשירותי השיקום. מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2016) טוען כי גם כאשר יש יוזמות ונוספים שירותים חדשים הדברים נעשים מבלי שנקבעות אמות מידה ברורות להפעלתם. כמו כן כמובן שיש להתייחס לשיקולים תקציביים וסדרי עדיפויות מוגדרים. חשוב לציין שקביעת סדרי העדיפויות צריכה אמנם להיות מבוססת על ידע, אך היא כרוכה גם בשיקולים חברתיים ומחייבת דיון ציבורי בהשתתפות מומחים, אנשי מקצוע, מחוקקים וכמובן גם בני המשפחות והמתמודדים עצמם.

נושא נוסף המחייב תשומת לב הוא שיעור המימוש של סל השיקום, שניתן לפונים לוועדות השיקום (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022). בעוד שלמרבית הפונים לוועדות השיקום סל השיקום אושר (שיעור האישורים עומד על 90%-92% בשנים 2010–2020), הרי ששיעור גבוה מהשירותים שמאושרים אינם מנוצלים. ממוצע שיעור המימוש של כלל השירותים בשנים 2010, 2015 ו-2020 עמד על 40% בלבד. ניתן היה לשער שעבור שירותי הדיור והתעסוקה ידווח שיעור מימוש גבוה יותר, אולם גם בשירותים אלה רבים לא ניצלו את זכאותם.[[26]](#footnote-26) גם מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007, 2010, 2016) העיר בקשר לבעיה זו, ואף כי היא נמשכת לאורך השנים, לא ברור האם מקורה נעוץ בקשיי בירוקרטיה, בהקצאה לא מתאימה או בסיבות אחרות (Moran et al., 2015), וראוי שהנושא ייבדק וייחקר לעומק.

יש לציין כי בתחום אחד של סל השיקום ניכר שיעור מימוש גבוה יחסית. בתחום "תיאום הטיפול", שיעור המימוש עלה מ-44% ל-83% בשנת 2015, אולם בשנת 2020 ירד ל-60%. האם נתונים אלה מצביעים על התמקצעות של מערך השיקום ועל מאמץ לבנות תוכניות שיקום הרגישות למטרות האישיות של המשתקמים? נושא זה ראוי למחקר והוא בעל חשיבות תאורטית ומעשית כאחד.

הזכרנו גם את הסוגיה של ברירת האוכלוסייה המתאימה לשיקום, אשר מעלה את השאלה האם ניתן לטפל במסגרת הקהילה באנשים שנזקקים לפיקוח ברמה מסוימת, בלי ליצור "מיני" בתי חולים בקהילה. נושא זה, כאמור, אף הועלה לאחרונה על ידי ארגון Bizchut (2022) סביב מכרז העומד לצאת ע"י משרד הבריאות. בסוגיה זו נקשר גם האינטרס של מערכת השיקום, בדומה למערכות ארגוניות אחרות, להעדיף אוכלוסיות שקיימת סבירות גבוהה להצלחת התהליך השיקומי שלהן. כפי שציינו, בהקשר זה חשוב שייאספו נתונים על מספר הפניות לשיקום שנדחות ועל השיקולים לדחייה. נושא זה אינו נכלל בדו"חות הסטטיסטיים המפורסמים.

נושא נוסף שיחייב חשיבה נוגע להעסקה של משתקמים בהסדר של שכר מינימום מופחת. לאחרונה National Labor Court (2021) פסק כי אין למנוע זכויות על פי דיני עבודה למי שמועסק במערכות של תעסוקה שיקומית. זוהי פסיקה עקרונית חשובה ביותר הקובעת מפורשות כי גם במפעלים מוגנים חלים יחסי עובד מעביד ומגיעות לעובד זכויות בהתאם לחוק. יחד עם זה, בית המשפט לא פסק בעניין שכר מינימום מופחת הנוהג בתעסוקה שיקומית. נושא זה יחייב טיפול והכרעה הן בגלל ההשלכות השליליות על תהליך השיקום במתן שכר מינימום מופחת והן לאור שיקולים אחרים הנוגעים לתפיסה הצדק ולזכויות של מועסק במסגרת שיקומית (Israel's State Comptroller, 2016).

בהקשר זה ראוי להעלות נושא נוסף הנוגע לשירותים שיקומיים המופעלים ע"י עמותות המאושרות על ידי הממשל והזוכות לתנאים המקלים עליהן לגייס תרומות מן הציבור המחייב תשומת לב. וזאת הרבה מעבר למה שנוגע רק לנושא השיקום של נכי נפש. מאמר שפורסם לאחרונה טען שבעמותה המנהלת מפעל מוגן לנכי נפש ומשלמת למשתקמים שכר מינימום מופחת, מנכ"ל העמותה מקבל שכר גבוה ביותר (Heruti-Sover, 2021). זוהי שאלה ראויה לממשל (למאסדר (הרגולטור)) האם יש לקבוע גבולות לשכר ולהוצאות המנהליות של עמותות הזוכות לתנאים מועדפים אשר מסייעים להם לגייס כסף מתורמים.

נושא נוסף המחייב תשומת לב נוגע לטיפול חירום במצבי חירום נפשיים שחווים משתקמים, בין שהם נמצאים במגורים מוגנים, במתקני שיקום אחרים בקהילה כמו הוסטלים או קהילות נתמכות או אף במגורי בני משפחותיהם. מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007) העיר בעניין זה על עיכובים בהקמת מוקדי חירום פסיכיאטריים ועל פערי כוח אדם. העדר צוותי חירום מיומנים להתערבות בעת משבר בקהילה עלול לגרום לאשפוזים מיותרים בבתי חולים, להתערבות משטרה ואף לעתים להעברת המשתקם בעת משבר למערכת הכליאה. כמו כן, העדר טיפול ראוי ומיידי של צוותי חירום עלול לגרום להתנגדות הקהילה לשיקומם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במסגרת הקהילה, להגדלת הסטיגמה וכן להימנעות של בני משפחה מטיפול בבן המשפחה המוגבל בבית המשפחה.

כאמור, סוגיה נוספת המצריכה התייחסות היא התמיכה במשפחותיהם של המשתקמים. על אף חשיבותו, נושא זה לא זכה במהלך שני העשורים הראשונים ליישום החוק לתשומת לב מספקת וכן לא מפורסמים נתונים על אודותיו, על אף שראוי לעשות זאת. אנו סבורים כי יש לסייע למשפחות אשר מטפלות בבן משפחה המתמודד עם מוגבלות נפשית ולקדם חקיקה בנושא, כפי שנעשה במדינות אחרות (Care Act, 2014). סיוע מספק למשפחות המשתקמים עשוי אף למנוע אשפוזים והתערבויות נוספות, ובכך להביא גם לחיסכון כספי.

ישנם נושאים נוספים, שהוזכרו בחלקם במאמר זה, אשר כבר במהלך העשור הראשון התברר כי מחייבים תשומת לב ומענה. ביניהם ניתן למנות את תופעת ה"הוסטליזציה" – קשיים במעבר של נכי נפש למגורים פחות מגבילים בקהילה; בעיות במיצוי זכויות ובבחירת שירותים; שיעור משתקמים נמוך במגזר הערבי (Israel's State Comptroller, 2016); זמן המתנה ארוך לפתרונות דיור; רמת סבסוד נמוכה לשכר דירה והיעדר אפשרות בחירה באזורים מסוימים (District Court of Jerusalem, 2017); תמיכה דיפרנציאלית בשכר דירה בהתאם לאזור המגורים שהמשתקם מעדיף לגור בו או שראוי שיגור בו בגלל מקום מגוריהם של בני משפחתו; היעדר התייחסות הולמת ורגישות תרבותית מספקת לאוכלוסיות מיוחדות; ליקויים ביצירת רצף טיפולי לאחר אשפוז ובתיאום בין מערכות קליניות ושיקומיות; כיסוי חלקי ולא מספק של שירותי תיאום טיפול (Israel's State Comptroller, 2007, 2010, 2016); וקשיים בפתרונות שיקום תעסוקתי במסגרת השוק החופשי (Aviram, 2012; Israel's State Comptroller, 2016). כמו כן יש צורך להרחיב את האפשרות להשלמת השכלה ללימודים לקראת התואר הראשון ולהשלמת השכלה לנוער מתחת לגיל 18.

מכיוון שהמרכיבים השונים של מערכת שירותי בריאות הנפש פועלים ככלים שלובים, מערך השיקום תלוי בתפקודן של המערכת האשפוזית והמערכת האמבולטורית, כמו גם במערכת הבריאות הכללית ובשירותים חברתיים. אנו סבורים שהשירותים המרפאתיים צריכים להרחיב את מוקד פעולתם הרבה מעבר לשירותים פסיכותרפויטים ולהתייחס גם לצרכים חיוניים של אנשים המתמודדים עם מוגבלויות פסיכיאטריות קשות וממושכות. כמו כן, הפגיעה המתמשכת במרפאות הקהילתיות בבריאות הנפש (אבירם, 2010), הדיווחים על המתנה ארוכה מאד לקבלת טיפול אמבולטורי מקופת החולים של המשתקם (Efrati, 2022; Israel's State Comptroller, 2010, 2020) והיעדר שיתוף פעולה יעיל עם הרפואה הפיזית, עם המערך הקליני בבריאות הנפש ועם שירותי הרווחה המקומיים (Israel's State Comptroller, 2016) – כפי שקורה כיום – יביאו ללא ספק להשלכות שליליות על תפקודה של מערכת השיקום בקהילה ויפגעו ביכולתה למלא את ייעודה. גם נושאים אלה מחייבים התייחסות.

הערכה ומחקר

מחקרי הערכה על תהליכי השיקום ותוצאותיהם חיוניים כמובן מבחינה מקצועית ותקציבית, אך אלו עדיין לוקים בחסר. אמנם במהלך השנים נעשו מספר מחקרי הערכה הן על ידי חוקרים מן המערכת האקדמית[[27]](#footnote-27) (Gelkopf et al., 2016; National Outcome Psychiatric Rehabilitation Monitoring Implementation and Research Program, 2018) והן ע"י מתמודדים (Quality Reviewers Program, 2019; Weisberg et al., 2009; Weisberg & Westman, 2014) אך מספרם והיקפם של מחקרים אלה רחוק מלהקיף את מלוא התכניות במערך השיקום. גם מבקר המדינה (Israel's State Comptroller, 2007, 2010) התייחס לעניין זה, העיר על מיעוט המחקרים בתחום והמליץ על תוספת משאבים למחקר. בדוח האחרון בעניין זה הדגיש שרוב מדדי התוצאה שפותחו לא היו בשימוש וטרם הניבו תוצאות במערך השיקום (Israel's State Comptroller, 2016).

מעבר לכך, למחקרי הערכה יש חשיבות לחיזוק הלגיטימציה הציבורית של התחום והדבר חיוני במיוחד לאור חולשתה הציבורית והדרתה החברתית של האוכלוסייה עבורה נחקק חוק השיקום. מן הראוי היה לאמץ את ההסדר הנהוג לגבי חוק ביטוח בריאות ממלכתי לפיו אחוז מסוים מן התקציב מוקדש למחקר והערכה. אמנם הדבר לא הובטח בחקיקה, ומן הראוי שאכן ייעשה כך, אולם עד אז, ניתן לקדם את הנושא באופן מנהלי. יש לקבוע סדרי עדיפויות למחקר ולהערכה מעת לעת ולהבטיח שהקצאת הכספים לחוקרים תעשה באופן בלתי תלוי במערכת המבצעת ועל סמך הערכה מדעית עצמאית לחלוטין. למותר לציין כי הסדר מעין זה יגבה, יתמוך וירחיב את הקהילה המדעית אשר תעסוק בחקר שיקומם הקהילתי של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ואת חקר המדיניות והשירותים בבריאות הנפש בכלל.

שיקום נכי נפש בקהילה והרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

אחת הבעיות המרכזיות שהרפורמה השיקומית תצטרך להתמודד עמה בעשור השלישי להפעלתה נוגעת לתוצאות יישומה של הרפורמה הביטוחית שהופעלה החל משנת 2015 (National Health Insurance Law, 2012). בעיה זו נובעת בין השאר מכך שבעוד ששירותי האשפוז ושירותי המרפאה בבריאות הנפש הועברו לאחריות קופות החולים, שירותי השיקום נותרו באחריות הממשלה. לקופות החולים עשוי להיות תמריץ טיפולי וכספי להעביר את כל מי שראוי לשיקום בקהילה למערך השיקום הממשלתי, אולם מערך זה יהיה תלוי בתקציב המדינה וברשויות אחרות בכל שנוגע ליכולתו לספק את השירותים הדרושים. מן הצד האחר, תפקודם היעיל של השירותים האמבולטוריים ושל שירותי האשפוז, ובעיקר התיאום הנדרש בין השירותים הקליניים לשירותי השיקום לצורך המשכיות הטיפול ורמתו, לא יהיו בשליטה המלאה של הממשלה. המדובר במערכות נפרדות שלהן אינטרסים שונים העלולים להוביל למחלוקות (Linder-Ganz, 2016; Supreme Court of Israel, 2016).

בנוסף, כפי שצוין כבר, התוספת התקציבית אשר מועברת לקופות החולים בגין קבלת האחריות לשירותי בריאות הנפש לא "נצבעה" ואין לדעת האם מלוא התקציב שיועד לשירותי בריאות הנפש באמצעות קופות החולים אכן משמש למטרתו או מועבר לתחומים רפואיים אחרים, כפי שאכן פורסם לאחרונה בכתבה עיתונאית (Efrati, 2022). אין להתפלא על שקופות החולים לא היו מעוניינות בחשיפת השימוש בתקציבן, אולם מסתבר שגם אנשי משרד האוצר שניהלו את המו"מ על הרפורמה הביטוחית לא היו מעוניינים בכך וזאת כדי לא לחשוף את המדינה במהלך הזמן לתביעות נוספות לתמיכה תקציבית לשירותי בריאות הנפש (Aviram & Azary-Viesel, 2018a, 2018b). לאור כל אלה, מערך השיקום אפוא יהיה נתון בצבת ארגונית ותקציבית, ולסביבה התפקודית שלו (כלומר לארגונים ולמערכים המקיימים עמו קשרי גומלין קבועים ומשפיעים על תפקודו) יהיו אינטרסים שלא בהכרח תואמים את שלו או תורמים לפעילותו הראויה.

בעיות ארגוניות ומעמדו של מערך השיקום בשירותי בריאות הנפש

מערך השיקום פועל במסגרתו הארגונית במשרד הבריאות וכפוף לאגף לבריאות הנפש. לקראת סוף העשור השני של הרפורמה השיקומית נתגלו קשיים ארגוניים בין מערך השיקום והאגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות. בין השאר הועלו שאלות הנוגעות למערכות היחסים, לניהול ושליטה ואף למיקומו הארגוני של מערך השיקום. אין לנו ספק כי על שירותי בריאות הנפש לפעול ככלים שלובים, אולם לעיתים מתגלות חריקות בין המערכות הארגוניות המרכיבות את השירותים הללו.

כמו כן, יש להניח שקיימת אי הלימה בין התרבות הארגונית של משרד הבריאות, אשר בנוסף להיותו בתפקיד של מאסדר (רגולטור) ממשלתי הוא היה (וממשיך להיות) ספק שירותים רפואיים, קליניים, וזאת בעוד שמערך השיקום הקהילתי ביסודו הוא ארגון עם אוריינטציה חברתית חזקה.

כמו הרבה חילוקי דעות ענייניים יש להניח שהתערבו בו גם מחלוקות אישיות. אלו הובילו בתחילת 2021 להתפטרותה של מי שעמדה בראש מערך השיקום בעשור השני לפעולתו וכן להפרעות במערכת היחסים בין הנהלת האגף לבריאות הנפש ובין המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, שכאמור היא גוף מייעץ, עפ"י חוק, לשר הבריאות בנושא חוק השיקום ויישומו הלכה למעשה. לאחרונה מונתה פסיכיאטרית, בעלת רקע יחסית מוגבל בתחום השיקום, כאחראית על מערך השיקום במסגרת רחבה יותר לתפקידה באגף בריאות הנפש כסגנית ראשת האגף[[28]](#footnote-28), ולא מונתה מנהלת או ממונה ספציפית למערך השיקום. בנוסף, כפי שציינו, האחריות המנהלית והמקצועית למספר נושאים חדשים שנוגעים לשירותים שיקומיים בקהילה אשר נכללו בתקציב החדש לשנת 2021/2022 לבריאות הנפש לא הועברו לאחריותו של מערך השיקום. כמו כן, התגלו גם זעזועים בהתמדת תעסוקתם של עובדים במערך השיקום ובגיוס אנשי מקצוע לתחום. האם האירועים הללו מבטאים בעיה מבנית בשירותי בריאות הנפש או ניסיון ארגוני של האגף לשפר את השירותים בבריאות הנפש או אולי ניסיון של המערך הפסיכיאטרי להחזיר את שליטתו המלאה בתחום בריאות הנפש, שנפגעה עם הקמת מערך השיקום ואולי גם כתוצאה ממגמות הבידול של מערך השיקום מהאגף שנתגלו או פורשו שלא כהלכה, או רק אי הבנה אירגונית ואישית בין העומדים בראש הארגון והעומדים בחזית השיקום בקהילה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית? ימים יגידו.

דברים לסיום

סקירה זו היא רק על קצה המזלג, אולם היא מלמדת על יכולתם של מחוקקים, אנשי מקצוע, גורמים במגזר הציבורי וארגונים אזרחיים להתלכד למען חזון משותף ולחולל שינוי באמצעות מאבק עיקש ומושכל. עם חקיקתו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000) השיקום הפסיכיאטרי בישראל הפך מתאוריה למציאות. החוק אפשר את הטמעתם של הערכים ושיטות הפעולה שהציעו מומחים בתחום כמו אנתוני ועמיתיו ורבים אחרים ושני עשורים לאחר מכן, מערך השיקום בישראל הוא מפעל של ממש שהשפיע לאורך השנים על חייהם של עשרות, אם לא מאות אלפי מתמודדי נפש ובני משפחותיהם.

לצד הישגיה המרשימים של הרפורמה השיקומית בשני העשורים ליישומה, המשך הצלחתה אינו מובן מאליו. אמנם ניתן לתקן חלק מהבעיות שהוזכרו בעזרת הגוף המבצע של השיקום עצמו, אבל חלק לא מבוטל תלוי במערכות אחרות ובגורמים שלמערך השיקום אין שליטה עליהם. בעקבות השינויים שחלו מאז נחקק חוק השיקום, הקואליציה שתמכה בחוק עלולה להיסדק. תשומת הלב המנהלית והמקצועית נתונה למצב שנוצר כתוצאה מיישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (National Health Insurance Law, 2012; Wikipedia), ואין לדעת כיצד הדבר ישפיע על הרפורמה השיקומית שנותרה באחריות הממשלה בעוד ששירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים הועברו לאחריות קופות החולים. בנוסף, אנו חוששים כי במשבר שילווה את המשק בכללותו, לרבות שירותי הבריאות והרווחה, בעקבות מגפת הקורונה ((Covid-19, גם שירותי השיקום עלולים להיפגע.

כאמור, שינוי מדיניות הוא אירוע מתמשך שאינו תם עם חקיקתו של חוק. מצב העניינים העולה מן המחקר ממחיש את ההכרח במעקב אחר יישומה בפועל של מדיניות, ואת הצורך במחויבות לשינוי גם לאחר חקיקת החוק והטמעתו בהצלחה. למרבה הצער נושא בריאות הנפש, לרבות שיקומם של נכי נפש בקהילה, נמצא בשולי העניין הציבורי. גם העובדה שמדובר באוכלוסייה חלשה, הסובלת מסטיגמה ומהדרה חברתית, מקרינה על יכולתה להשפיע על שינוי המדיניות לגביה.

לפיכך מוטלת אחריות מוסרית ומקצועית כבדה על אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסייה זו ועל אותם גורמים חברתיים, מעטים ככל שיהיו, החרדים לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ולאיכות חייהם. יש לעשות מאמץ, לארגן שדולה פוליטית וציבורית, ובעזרת המתמודדים ובני משפחותיהם להעלות את הנושא על סדר היום הציבורי ולפעול לשימור, פיתוח וקידום הרפורמה השיקומית. יתכן אף שיש מקום למנות וועדה חיצונית בלתי תלויה של מומחים שתבחן את הנושא ותציע תכנית לתחום השיקום לעשורים הבאים. אין ספק שגם לוועדה מקצועית כזו וכן להקמה ולחיזוק של שדולה ציבורית יהיו השלכות גם על אופן היישום העתידי של הרפורמה הביטוחית ובסופו של דבר על איכותם ותועלתם של כל שירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה בישראל, אשר בסופו של יום תקרין על איכות חייהם של אנשים הסובלים ממוגבלות פסיכיאטרית, בני משפחותיהם והקהילה בכללותה.

1. . [↑](#footnote-ref-1)
2. הקישור לתרגום החוק לאנגלית (האגף לבריאות הנפש):

   Community Rehabilitation of Persons with Mental Health Disability Law, 2000.

   <https://www.health.gov.il/English/Topics/Mental_Health/rehabilitation/Pages/default.aspx> [↑](#footnote-ref-2)
3. ארגונים בדומה ל-HMO בארה"ב. [↑](#footnote-ref-3)
4. החוק השתמש במושג "נכי נפש" וזאת לפני שהשפה השתנה בהשראה של ״האמנה הבינלאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות (United Nations, 2006) ופרסומים על הקשר בין שפה וסטיגמה (Granello & Gorby, 2021). [↑](#footnote-ref-4)
5. עפ"י עדותה של יוזמת החוק ח"כ (לשעבר) תמר גוז'נסקי, הכללת סל השיקום כחלק אינטגרלי מהחוק באה על מנת להגדיר באופן ברור את השירותים ולהימנע מדחיית יישום החוק או תלותו בתקנות או בתקציב ולאפשר יישום מידי מיד לאחר החקיקה (Private interview, 16.10.2021). [↑](#footnote-ref-5)
6. על פי סעיפים 33 (הפרעות נפשיות אורגניות, סכיזופרניה והפרעות דלוזיונליות) ו-34 (הפרעות במצב הרוח (הפרעות אפקטיביות) של המוסד לביטוח לאומי. בעוד שקבלת קצבת נכות מן הביטוח הלאומי תלויה באבדן כושר השתכרות, הזכות לפנייה לוועדת שיקום תלויה אך ורק באבחנה רפואית של נכות בשל מחלה נפשית וזאת בשיעור של לפחות 40%. [↑](#footnote-ref-6)
7. עמותת מתמודדים – לשמ"ה (לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש) ועמותות של בני משפחה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית כמו "התמודדות", "עוצמה" ו"משפחות בריאות הנפש". [↑](#footnote-ref-7)
8. ליקויים 33 ו-34 בלבד, מאחר ואלה הליקויים המצוינים בחוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). [↑](#footnote-ref-8)
9. ראוי לציין כי זכאות לפנייה לשירותי שיקום נובעת מנכות בגלל סיבות רפואיות של 40% ומעלה בעוד שקצבת נכות כללית מוענקת לאדם בגין אבדן כושר השתכרות, כך שלא בהכרח 40% נכות רפואית משמעותה זכאות לקצבת נכות כללית [↑](#footnote-ref-9)
10. החישוב נעשה ביחס לאוכלוסייה הכללית בקבוצת הגיל 18+ מכיוון שזו קבוצת הגיל הרלוונטית לזכאות לחוק שיקום. [↑](#footnote-ref-10)
11. שיעור בני 18 ומעלה באוכלוסיית ישראל ב-2020 עמד בממוצע על 6,185,500 המהווים כ-67% מהאוכלוסייה הכללית (Central Bureau of Statistics, 2021b). ראוי להדגיש שקצב גידול האוכלוסייה בישראל גדול יחסית למדינות ה –OECD. בעשרים השנים מאז שנת 2000 גדלה אוכלוסיית ישראל ב 47% (Central Bureau of Statistics, 2021a). [↑](#footnote-ref-11)
12. לשנת המחקר בארה"ב.

    בין השנים 2000–2020 התמ"ג בישראל עלה בכ-200% מ-133 מיליארד דולר ב-2000 ל-409 מיליארד ב-2020. מכיוון שהמדובר באוכלוסייה מוגבלת ראוי להניח שתרומתם לעלייה זו הייתה יותר מתונה אם בכלל. יתכן אפוא שיש להוסיף לאומדן של 3 מיליארד רק את מרכיב האינפלציה ל-15 שנה בשיעור של 15%, אז הנתון יגיע ל-3.5 מיליארד דולר. [↑](#footnote-ref-12)
13. ראוי לציין כי העלייה במספר המשתקמים בשיעור של 65% עלתה בצורה ניכרת על העלייה בשיעור של 21% בסה"כ האוכלוסייה הכללית בפרק זמן זה (Central Bureau of Statistics, 2021a). [↑](#footnote-ref-13)
14. תוחלת החיים בישראל נמצאת במגמת עלייה בעשורים האחרונים (Central Bureau of Statistics, 2021c). [↑](#footnote-ref-14)
15. עם השנים חלה עלייה ניכרת בשיעור המשתקמים שגילם 65 ומעלה: בעוד שבסוף 2001 הגיע שיעורם ל-3.23% בלבד מכלל המשתקמים (187 אנשים), בסוף 2020 הגיע חלקם ל-8.40% (2,360 אנשים) (Personal Correspondence, Ministry of Health, 13.03.2022). [↑](#footnote-ref-15)
16. על פי נתוני Bank of Israel (2021), שער החליפין הממוצע לשנת 2020 היה 3.44 ₪ ל- 1 $US. לפי חישוב זה, תקציב ההוצאות בפועל של שיקום נכי נפש בקהילה הגיע ל 357,336,046 $. ההוצאה למשתקם עמדה על 11,531 $. ההוצאה לאלף באוכלוסיה בקבוצת הגיל הרלוונטית (18+) היא 57,769 $. [↑](#footnote-ref-16)
17. הפיילוט הופעל בשיתוף פעולה של משרד הבריאות וקרן ל.נ. טאובר ונעשה מחקר מלווה ע״י אוניברסיטת חיפה כדי להעריך את ההשפעה של המודל על תוצאות פעולות השיקום. 30 ״מנהלי תוכניות שיקום״ טיפלו בכ-900–1200 משתקמים במהלך 5 שנים. הצוות הוכשר ע״י פרופסור מריאן פרקש מאוניברסיטת בוסטון על פי הגישה השיקומית בבריאות הנפש שפותחה שם בצוות בהנהגתו של פרופסור ביל אנטוני. [↑](#footnote-ref-17)
18. בשיתוף פעולה בין משרד הבריאות, יספר״א (האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי) ואוניברסיטת בוסטון הוכשרו 7 אנשי מקצוע בכירים (בראשות פרופסור גליה מורן מאוניברסיטת בן-גוריון) כדי להטמיע את ההתערבות בשדה השיקומי. [↑](#footnote-ref-18)
19. תכנית "מדדי תוצאה" הינה תכנית לאומית שלה שותפים היחידה לשיקום באגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, קרן לזלו נ. טאובר והמרכז לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש בקהילה באוניברסיטת חיפה. [↑](#footnote-ref-19)
20. מבית "יוזמה דרך הלב". [↑](#footnote-ref-20)
21. קש״ת גובשה ע״י פרופסור נעמי הדס-לידור על בסיס המודל התאורטי של פרופ' ראובן פויירשטיין. [↑](#footnote-ref-21)
22. Not for profit Organization devoted to promoting the rights of people who have disabilities in Israel. [↑](#footnote-ref-22)
23. נכון לאוכלוסיית בני 18 ומעלה בשנת 2020 מדובר ב-24 אנשים לאלף נפש (Central Bureau of Statistics, 2021b). [↑](#footnote-ref-23)
24. כפי שקרה בראשית תקופת האל מיסוד בארה"ב (Segal and Aviram, 1978). [↑](#footnote-ref-24)
25. נכון לאוכלוסיית בני 18 ומעלה בשנת 2020 מדובר ב-32-40 אנשים לאלף נפש (Central Bureau of Statistics, 2021b). [↑](#footnote-ref-25)
26. עבור שירותי הדיור נע שיעור המימוש בין 54% ל-57%, ואילו בשירותי התעסוקה הוא היה נמוך יותר ואף ירד עם השנים – מ-41% בשנת 2010 הוא הגיע ל-37% בלבד ב-2020. [↑](#footnote-ref-26)
27. באוניברסיטת חיפה התפתח פרויקט ספציפי בתחום ואף נעשו מספר עבודות דוקטורט בנושא. [↑](#footnote-ref-27)
28. התפטרה מתפקידה לאחר כ-7 חודשים בתפקיד. [↑](#footnote-ref-28)