

# מסורת מתחדשת: מערכת הבריאות והתפתחות התעסוקה של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל, 1970–2000

אפרת קידר<sup>1</sup>

מאמר זה בוחן את תפקידה של מערכת הבריאות בישראל בעיצוב ובפיתוח שירותים בתחום התעסוקה לאנשים עם מוגבלות נפשית. תפקיד זה החל עם קום המדינה ועם הקמתם של משרד הבריאות והאגף לשירותי בריאות הנפש, אז פיתחה מערכת הבריאות מסגרות תעסוקה לאנשים עם מוגבלות נפשית בתוך בתי החולים הפסיכיאטריים ומחוץ להם. מגמת האל-מיסוד והמעבר לטיפול בקהילה בשנות ה-70 אמורים היו "לשחרר" את מערכת הבריאות מתפקיד זה, ולהפקיד את הטיפול בנושא בידי המשרד האמון על תחום השיקום התעסוקתי (משרד הרווחה). אולם בפועל, שירותי השיקום התעסוקתי הקיימים לא היו מותאמים לצרכיה של אוכלוסייה זו, והיא הודרה מהם. חוסר זה הוביל את משרד הבריאות ליצור בעצמו בשנת 1972 מסגרות תעסוקה בדמות יחידות המעבר התעסוקתיות, ולהקים בשנת 1985 מפעלים מוגנים ייעודיים לאנשים עם מוגבלות נפשית. מענים אלו היו מצומצמים, והובילו בסופו של דבר להצעת חוק פרטית שתעגן בחקיקה את השיקום התעסוקתי לאנשים עם מוגבלות נפשית. בשנת 2000, בתהליך החקיקה של חוק שיקום נכי נפש בקהילה, הורחבה הצעה זו לתחומים נוספים דוגמת דיור ופנאי. יישום החוק הוטל על משרד הבריאות, והוא פיתח ויזם שירותי שיקום במגוון תחומים – ובפרט בתעסוקה. השירותים ניתנים באמצעות מיקור חוץ על ידי יזמים פרטיים ועמותות, ומשרד הבריאות מהווה רגולטור של שירותים אלו. במאמר נעשה שימוש בסוגה המחקרית של חקר מקרה. נערכו 25 ראיונות עם קובעי מדיניות, אנשי מקצוע, ספקי שירותים ואנשי אקדמיה בתחום בריאות הנפש. עוד נותחו מסמכים מארכיון המדינה ומארכיון הכנסת. שימורו והשתנותו של תפקיד מסורתי זה מוסברים באמצעות הגישה המוסדית לשינוי מדיניות. עוד מוסבר במאמר כיצד רעיון התעסוקה וחיבתו בהקשר ההיסטורי מונפו לכדי חקיקת חוק שיקום

1 דוקטור, בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים

נרחב, חוק שהפך אוכלוסייה זו, שהיתה מודרת משירותי השיקום התעסוקתי, לזכאית להם על פי חוק.

**מילות מפתח:** תעסוקה, אנשים עם מוגבלות נפשית, משרד הבריאות, מדיניות חברתית

## מבוא

בעשורים האחרונים חלו בארץ ובעולם התפתחויות משמעותיות בכל הנוגע לטיפול באנשים עם מוגבלות נפשית.<sup>2</sup> במדינות המערב הובילה מגמת האל-מיסוד לצמצום במספר ובמשך האשפוזים של אנשים עם מוגבלות נפשית בבתי חולים פסיכיאטריים (Novella, 2010; Shen & Snowden, 2014). בישראל התפתחה תופעה דומה, ומשנות ה-70 נעשו מאמצים להעברת הדגש מטיפול בבתי חולים פסיכיאטריים לטיפול בקהילה (אבירם, 2019; לכמן, 1998; רועה ואח', 2011).

אולם השיקום התעסוקתי התעכב במדינות מערביות בעולם, וכן בישראל. שינוי חשוב בתחום התעסוקה לאנשים עם מוגבלות נפשית חל עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (חוק השיקום), אשר החל כהצעת חוק פרטית למתן שיקום מקצועי לאוכלוסייה זו בארץ. במסגרת החקיקה הורחבה הצעת החוק וכללה "סל שירותים" בקהילה המכיל מענים שונים, בעיקר בתחומי הפנאי, הדיור והתעסוקה (Mazor & Doron, 2011; Roe et al., 2008).

מחקרים רבים עקבו אחר התפתחות בריאות הנפש בישראל, כולל חוק השיקום (ראו למשל אבירם, 2010, 2012, 2013; אבירם, זילבר ואח', 2006; דרור, 2009; לכמן, 1998; פרץ-וייסוידובסקי ואבירם, 2017). עם זאת, רק מיעוטם עסקו בהתפתחות שירותי השיקום במדינת ישראל טרם החוק (לכמן, 1998), ובפרט בתחום התעסוקה. חקיקת חוק השיקום מעלה את השאלה מדוע נדרשה חקיקה נפרדת לאוכלוסייה זו. למעשה, חסר במחקר ידע באשר לתעסוקתם של אנשים עם מוגבלות נפשית טרם החוק, כדי לתת מענה לשאלות הבאות: באילו מסגרות ובאיזה אופן עבדו? האם השתלבו במערכות השיקום התעסוקתי והמקצועי לכלל האנשים עם מוגבלויות? מה היו התפיסות של שירותי השיקום התעסוקתי כלפי אוכלוסייה זו, ומה היה יחסם אליה? זאת ועוד, אף שחוק השיקום החל כהצעת חוק

2 יש דרכים שונות להגדיר ולמדוד את היקף האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית. במאמר זה אתייחס להגדרה המקובלת בספרות: אנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית קשה ומתמשכת המשפיעה באופן ניכר על תפקודם (people with Severe Mental Illness, SMI) (אבירם, זילבר ואח', 2006; Kronenberg et al., 2017; Roe et al., 2008). לאורך המאמר אשתמש במונח **אנשים עם מוגבלות נפשית**.

פרטית למתן שיקום מקצועי, המחקרים שנעשו עליו נטו שלא להתמקד ברעיון התעסוקה כמחולל החוק.

מחקר זה מבקש לתת את הדעת לשאלות וללקונות אלו, ולבחון כיצד ומדוע התחולל שינוי המדיניות שהתבטא בחקיקת חוק מקיף למטרת שילוב בתעסוקה. ההסברים שיובאו לכך יתבססו על גישת הרעיונות בעיצוב מדיניות (Béland, 2010). עוד יבחן המאמר כיצד משרד הבריאות דווקא, במקום משרדים אחרים הממונים על שיקום תעסוקתי לאנשים עם מוגבלות בישראל (ובראשם משרד הרווחה),<sup>3</sup> הפך עם השנים לגורם האמון בארץ על השיקום התעסוקתי של אוכלוסייה זו. הבנת תפקיד זה מחייבת מבט היסטורי. באופן ספציפי יותר, הטענה היא כי תפקיד זה נולד מיצירת תעסוקה בבתי החולים הפסיכיאטריים בשנות ה-50, ומיצירת יחידות מעבר תעסוקתיות ומפעלים מוגנים בשנות ה-70 וה-80. פיתוחים אלו הפכו לתפקיד מלא וכמעט מובן מאליה עם חקיקת חוק השיקום: אז הפך משרד הבריאות ליוזם ולמפתח העיקרי של שירותי התעסוקה, ובעיקר לרגולטור שלהם (אבירם, 2019). הסבר זה יתבסס על הגישה התאורטית של מורשת המדיניות (Béland, 2010; Kay, 2012). המאמר יראה כיצד שתי גישות אלו – גישת הרעיונות וגישת מורשת המדיניות – מסבירות את התהליך עיצובה של מדיניות התעסוקה לאנשים עם מוגבלות נפשית בתקופה הנידונה בישראל.

## סקירת ספרות

### מגמות מרכזיות בעולם בהתפתחות בריאות הנפש

משחרר ההיסטוריה, אנשים עם מוגבלות נפשית זכו ליחס שונה ונפרד מזה שקיבלו קבוצות אחרות בחברה. הם סבלו מגינוי, מרדיפה ומהדרה, והיחס כלפיהם שיקף במידה רבה את הערכים של החברה ואת האופן שבו היא רואה את עצמה ואת השונה ממנה (Cockerham, 2016; Foucault, 1965; Stone, 1984). במהלך המאה ה-18 החלו להיבנות במערב אירופה הרבה מוסדות, או בתי מחסה (asylums), במטרה לשכן בהם את מי שהיוו בעיה חברתית – כולל אנשים עם מוגבלות נפשית – ולשלוט בהם. מוסדות אלו אופיינו, בין היתר, בתנאים פיזיים מחפירים (Cockerham, 2016). בתגובה לתנאים אלו התפתחה במהלך המאה ה-19 גישת הטיפול המוסרי, אשר אופיינה בשיטות טיפול הומניות יותר. במוסדות החדשים נעשה שימוש בפרקטיקות שונות שמטרתן להעסיק את המאושפזים ולהסיח את דעתם מקשייהם הנפשיים, בעיקר באמצעות פעילויות של עבודה ופנאי (Charland, 2007).

3 משרד הרווחה נקרא כיום משרד הרווחה והביטחון החברתי. במהלך השנים המשרד שינה את שמו, ועל כן במאמר זה הוא ייקרא משרד הרווחה.

עידן הטיפול המוסרי דעך לקראת סוף המאה (Harris, 2016), כיוון שהחל להיתפס כיקר וכוללני מדי, ללא מדיניות ברורה. דעיכתו קשורה גם בהתבססות מדע הפסיכיאטריה ובמדיקליזציה הגוברת, ששמו דגש על הפתולוגיה של החולים (Warner, 1994). דעיכת הטיפול המוסרי החלה בד בבד עם התרחבות המוסדות שבהם שהו אנשים עם מוגבלות נפשית. במהלך המאה ה-20 החלו לנקוט בתחום המוסדות הפסיכיאטריים מינוח רפואי, והם החלו להיקרא **בתי חולים** (Paterson, 2014). נטישת עקרונות הטיפול המוסרי השפיעה על היבטים שונים בבתי החולים, בפרט בנושא התעסוקה. אופן העבודה הטיפולית השתנה, ומטופלים כשירים פיזית קיבלו משימות בתחזוקת בתי החולים ובכלכלתם, דוגמת עבודה במטבח, במכבסה, בגינון ובחווה. הם הועסקו שם בשכר זעום, אם בכלל (Ankele, 2016; Harris, 2016; Friedman, 1974).

על עבודתם של מאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים נמתחה במהלך השנים ביקורת מצד חוקרים ואנשי טיפול בתחום הפסיכיאטריה, בעיקר מאחר שתרומתה למוסדות היתה משמעותית יותר מאשר לרווחתם ולשיקומם (Friedman, 1974; Paterson, 2014). ביקורת זו גברה על רקע מגמת האל-מיסוד והדגש על טיפול ושילוב בקהילה, במקום במוסדות (Kanter, 1993; Novella, 2010; Shen & Snowden, 2014).

## ממיסוד לאל-מיסוד

עד אמצע המאה ה-20, במדינות מערביות רבות היה האשפוז במוסדות פסיכיאטריים צורת ההתמודדות העיקרית עם התופעה של מחלות הנפש (אבירם ושניט, 1981; Fakhoury et al., 1985; Scull, 2002). בית החולים הפסיכיאטרי נתפס כמוסד הנותן מענה לצורכיהם של אנשים עם מוגבלות נפשית אשר אינם יכולים לדאוג לעצמם, וכן מהווים לכאורה איום על החברה. בית החולים הפסיכיאטרי היה מוסד טוטאלי וסגור, שסיפק מענה להיבטי חייהם של המאושפזים בו מבחינת דיור, תעסוקה ופנאי (Goffman, 1961; Scheid & Brown, 2009).

הקונצנזוס סביב בתי החולים הפסיכיאטריים כמסגרת כוללנית ובלבדית לטיפול באנשים עם מוגבלות נפשית החל להיסדק משנות ה-50 וה-60 של המאה הקודמת (Nelson & Laurier, 2010; Scull, 1985). בתקופה זו החלה להתפתח ההבנה כי בית החולים לא בהכרח מספק לאוכלוסייה זו את הטיפול הראוי, וכי ניתן לפתח אפשרויות טובות יותר במסגרת הקהילה (Mollica, 1983). מדיניות האל-מיסוד יושמה במדינות שונות בהיקפים שונים, בהתאם למערכות הבריאות והרווחה שלהן ולאור מאפיינים של מסורות לאומיות, הקשר חברתי-תרבותי ומשאבים (Chow & Priebe, 2013; Wilton, 2004).

מקובל ליחס את מגמת האל-מיסוד לכמה גורמים. המרכזי שבהם היה המצאתן של תרופות פסיכיאטריות חדשות בתחילת שנות ה-50, אשר עררו תקווה ואמונה בהצלחת הטיפול במחלות הנפש. נוסף על כך, התפתחות מדינת הרווחה והמענים שניתנו במסגרתה, דוגמת

הרחבתן של תוכניות הביטחון הסוציאלי ומתן קצבאות נכות לאנשים עם מוגבלות נפשית, אפשרו במידה מסוימת את היציאה מבתי החולים (Goodwin, 1997; Mechanic & Rochefort, 1990).

בד בבד ובהמשך לכך, בעיקר בארצות הברית, החלו להתארגן מחאות ציבוריות נגד תנאי האשפוז של החולים. המחאות התמקדו במשך האשפוז, בשכר הניתן לעבודה בבתי חולים, ובזכויות החולה. ככלל, נטען כי המוסדות הקיימים, הפועלים בהשראת המדיקליזציה של מחלות הנפש, משפיעים לרעה על המאושפזים, והוצע להתייחס להיבטים אחרים – חברתיים – כדי להבין את התופעה של מוגבלות נפשית. כל אלה פגעו מאוד בלגיטימציה של מוסד הטיפול (Davis et al., 2012; Goodwin, 1997; Grob, 1995; Scheid & Brown, 2009).

תופעת האל-מיסוד הובילה לכך שמדינות מערביות שונות החלו לצמצם את פרקי האשפוז ולסגור בתי חולים פסיכיאטריים. בארצות הברית, למשל, היתה ירידה של 75% במספר המאושפזים משנת 1955, אז היתה בשיאה, ועד 1980 (Scull, 1985). מגמות דומות התרחשו בבריטניה ובקנדה (Nelson & Laurier, 2010). באיטליה, למשל, ניכרה מסוף שנות ה-60 הפחתה במספר המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים. הפחתה זו הגיעה לשיאה בחוק מספר 180 אשר אושר בשנת 1978, וחולל שינויים גדולים בכל הנוגע לאשפוז ולטיפול בקהילה לאנשים עם מוגבלות נפשית. בין היתר כללו שינויים אלה שחרור חולים רבים, דגש על טיפול קהילתי אזורי, ואיסור על הקמת בתי חולים פסיכיאטריים חדשים (לוי, 1985; Mollica, 1983).

## המעבר לקהילה

האל-מיסוד ביטא את המעבר מהמוסד הסגור, הטוטאלי, ליציאה אל למגוון מסגרות ומרחבים מחוץ לבתי החולים (Bloomfield & McLean, 2003). אולם מאחר שקהילה זו לא כללה אתר מסוים ואחיד, מטופלים שוחררו למרחבים שונים, ואלה לרוב לא היו ערוכים לצורכיהם ולא היו בהם מענים מתאימים עבורם (לוי, 1985; Novella, 2008; Grob, 2014). תחום הדיור היה חסר במיוחד. היקפו היה מצומצם ואיכותו ירודה, בדרך כלל, ורבים עברו להתגורר במוסדות סיעודיים בקהילה, במשפחות אומנות או בשכירות (Fakhoury et al., 2002; Nelson & Laurier, 2010; Scull, 1985).

לאור המצוקות הללו התפתחו מגוון ניסיונות וחקיקות לפיתוח מענים לאוכלוסייה זו בקהילה. בארצות הברית, למשל, נחקק בשנת 1963 ביוזמת הנשיא קנדי **חוק מרכזי בריאות הנפש הקהילתיים** (Community Mental Health Centers Act, 1963; Harcourt, 2011), ובאמצעותו הוקמו במדינה יותר מ-640 מרכזים (Mollica, 1983). המרכזים אמורים היו לבצע אבחון מוקדם של סימפטומים, להעניק טיפול מניעתי, ולספק שירותים מתמשכים

ואינטגרטיביים לאנשים עם מוגבלות נפשית בקהילה, ובכך להחליף את המוסדות הפסיכיאטריים המסורתיים (Grob, 1995).

אולם המרכזים הקהילתיים לא עמדו בציפיות שנתלו בהם, מאחר שהתקצוב שלהם היה מצומצם, וכן משום שסיפקו בסופו של דבר שירותים דוגמת פסיכותרפיה לאנשים עם קשיים, ולא לאוכלוסיית היעד – אנשים עם מוגבלות נפשית קשה ומתמשכת (Anthony & Liberman, 1986; Grob, 1995). היעדר המענים הוביל לאשפוזים חוזרים, ולקשיים בתעסוקה ובהשתלבות בחברה (Mueser et al., 2013; Nelson & Laurier, 2010).

### שיקום העסוקתי ומקצועי

בד בבד עם דעיכת העבודה בבתי החולים הופנו אנשים עם מוגבלות נפשית למסגרות תעסוקה נפרדות, מחוץ לבתי החולים (Wells, 2006). היו אלו סדנאות "מוגנות", או מסגרות תעסוקה של שיקום יום (daycare centers). מטרתן העיקרית היתה למנוע חזרה לאשפוז, ולהוות מסגרת טרום-שיקומית (Neffinger, 1981). באשר לעבודה בשוק החופשי, המענה לכך אמור היה להינתן באמצעות תוכניות לשיקום מקצועי. במדינות מערביות השיקום המקצועי היה קיים בחקיקות העוסקות בכך עבור כלל האוכלוסייה, ובמסגרתן – בזכאות לשיקום מקצועי לאנשים עם מוגבלות נפשית. בארצות הברית, למשל, נחקק בשנת 1920 חוק השיקום המקצועי (Vocational Rehabilitation Act), אשר עסק בשיקום מקצועי של אנשים עם מוגבלויות ובהשמתם בעבודות מתאימות (Matheson et al., 1985).

בשנת 1943 הורחב חוק השיקום המקצועי כך שנתן תמיכה כספית ושירותי שיקום לאנשים עם מוגבלות נפשית (Anthony & Liberman, 1986). בשנת 1954 חלה בחקיקה התפתחות נוספת, וניתנו תמריצים וקרנות לתוכניות תעסוקה עבור אנשים עם מוגבלות נפשית (McGurrin, 1994). באותו זמן הופיעה חקיקה דומה בבריטניה. חקיקות אלו נתנו לגיטימציה לרעיון השיקום בתחום התעסוקה ולהכרה ביכולותיהם של אנשים עם מוגבלות נפשית לתעסוקה מתגמלת (Anthony & Liberman, 1986). למרות ההתפתחויות הללו, במשך שנים רבות מתחילתה של תקופת האל-מיסוד, תחום התעסוקה לא היה מפותח דיו עבור אנשים עם מוגבלות נפשית, ומעטים מהם קיבלו בו מענה מתאים.

החקיקה הקיימת ושירותי התעסוקה במדינות השונות לא הותאמו לאוכלוסייה זו, אשר מתמודדת עם חסמים אישיים עקב קשיי ריכוז, עייפות, תנודות ברמת הכוחות, דימוי עצמי נמוך ועוד (Tsang et al., 2000; Vick & Lightman, 2010), ובעיקר עם חסמים סביבתיים בכניסה לעולם העבודה. עם אלה נמנים עוני, סטיגמה, מבנה שוק עבודה תחרותי ועוד (Deegan, 1992; McDowell & Fossey, 2015; Morrow et al., 2009).

עוד עולה מספרות המחקר מחסור בידע בכל הנוגע לשיקום התעסוקתי-מקצועי ולהשפעותיו על אוכלוסייה זו (Rosenthal et al., 2007). חוקרים טוענים כי היעדר המחקר בתחום העדי

על מתן עדיפות נמוכה לנושא התעסוקה בתחום בריאות הנפש, ולעדיפות נמוכה שניתנה לאוכלוסייה זו בתוכניות השיקום המקצועי (Anthony et al., 1984; Bond & McDonel, 1991; Rosenthal et al., 2007). ממחקרים שונים שבחנו את העמדות של מטפלים ואנשי שיקום כלפי אנשים עם מוגבלות נפשית עלו פסימיות וחוסר אמון באשר ליכולתם להשתקם (ספיבק, 1981). המחקרים אף הראו כי עובדי שיקום נוטים להימנע מלטפל באנשים עם מוגבלות נפשית (Slavinsky & Krauss, 1982).

ביקורת נוספת גרסה שתוכניות התעסוקה אשר הוצעו באותה תקופה לאנשים עם מוגבלות נפשית לא הותאמו לצורכיהם, ליכולותיהם ולרצונותיהם. האדם עם המוגבלות הנפשית נאלץ לרוב להתאים עצמו לתבנית מסוימת ואחידה של תעסוקה (one-size-fits-all), וזאת לרוב במסגרת מוגנת, ולא בשוק העבודה הרגיל (Rogers, 1995). בהתאם לכך, במהלך השנים התגבשה ההבנה כי תעסוקה בשוק העבודה הרגיל היא גורם מרכזי בשילובם של אנשים עם מוגבלות נפשית בחברה (Boardman et al., 2003).

בשנות ה-90 חלו שינויים משמעותיים בתחום השיקום המקצועי בכל הנוגע לאנשים עם מוגבלות נפשית. בשנת 1992 הותקנו בארצות הברית תקנות נוספות לחוק השיקום, וקראו לתוכניות השיקום המקצועי לשים דגש על עבודה עם אנשים עם מוגבלות קשה ביותר, ובהם כאלה עם מוגבלות נפשית משמעותית אשר מגבילה אותם מלהשתלב בעבודה (Rosenthal et al., 2007). בתקופה זו התפתחו גם חקיקות חשובות בנוגע לאנשים עם מוגבלויות בכלל, דוגמת ADA (Americans with Disabilities Act, 1990), אשר אסר על הפליה נגד אנשים עם מוגבלות, בדגש על תעסוקה (Perkins, 2018).

מגמה חשובה נוספת שהתפתחה בשנות ה-90 היתה אימוץ של **גישת ההחלמה**, שדגלה במתן מענה לצרכים ולרצונות של אנשים עם מוגבלות נפשית, בדגש על גיוון האפשרויות הניתנות בקהילה ומתן אפשרות בחירה; לימים שולבו אלמנטים של גישת ההחלמה בתחום השיקום (Anthony, 1993, 2010). בהמשך לגישה זו, העבודה החלה להיתפס כרכיב מרכזי (Blank et al., 2015). לאור הביקורת על התעסוקה הנפרדת, וככל שהתפתחו המדיניות ביחס לאנשים עם מוגבלות נפשית בעולם והשימוש במושג ההחלמה, כך התפתחה הבנה בין-לאומית בדבר חשיבותה של תעסוקה מתגמלת ומשמעותית עבור אנשים עם מוגבלות נפשית, ובהתאם לכך פותחו תוכניות במדינות שונות בעולם (Kinn et al., 2014).

מגמה מרכזית היא **התעסוקה הנתמכת**, ובתוכה מודל IPS (Individual Placement and Support), אשר נוצר במיוחד עבור אנשים עם מוגבלות נפשית. בבסיס המודל מונחת האמונה כי אנשים עם מוגבלות נפשית מסוגלים לעבוד בתעסוקה בחוץ באמצעות סיוע מותאם שיקבלו מיועצי תעשייה בכניסה לעולם העבודה ובהתמדה בה. המודל מתבסס גם על ההנחה כי הדרך היעילה לשילוב בשוק העבודה היא התנסות בשוק זה. זאת להבדיל מתיפוסות שיקום קודמות, אשר הניחו כי שילוב של האדם בשוק העבודה יכול להתממש רק אחרי תקופה, לעיתים ארוכה מאוד, של הכנה (Becker et al., 2011; Bond, 1992; Rinaldi et al., 2010).

## שירותי בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב

התפתחותה של מערכת בריאות הנפש בתקופת היישוב ובקום המדינה הושפעה מאידאולוגיות וממגמות חברתיות, כלכליות ופוליטיות (אבירם ושניט, 1981; אליצור, 1998; מרגולין וויצטום, 2009; שטייר, 2009). בתקופת המנדט הבריטי, וכן בשנים הראשונות לאחר הקמת המדינה, שירותי בריאות הנפש בישראל הופעלו מכוח החוק העות'מני משנת 1892. בגלי העלייה היהודית בשנות ה-50 היו אנשים רבים שהתמודדו עם מצוקות נפשיות, ויצרו צורך במענה פסיכיאטרי מידי וכולל. באותה תקופה הפרקטיקה המקובלת הייתה אשפוז, והיא לוותה ברצון להרחיק את החולים מהקהילה (מרק וסיגל, 2009).

מהספרות עולים הקשיים בהתמודדות עם האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית, בעיקר בעשורים הראשונים להקמת המדינה. זאת על רקע קליטת ניצולי השואה, ובהמשך קליטת העולים מארצות ערב והאסלאם, ודימוי ה"יהודי החדש" או הצבר החזק שהציבה האידאולוגיה הציונית (אלמוג, 2004; בילו ולבב, 1981; זלשיק, 2008; סטולר-ליס ואחי, 2015). ברשויות ובציבור היה חוסר הבנה באשר לצרכיה של האוכלוסייה (Levy & Neumann, 1988). יתרה מזאת, היו לבטים באשר לקליטת אנשים עם מוגבלות נפשית מארצות אחרות, ואלה באו לידי ביטוי במדיניות ההגירה ובקליטת העולים עם מוגבלויות בכלל, ועם מוגבלות נפשית בפרט (Mor, 2007).

תשתית האשפוז בישראל בשנותיה הראשונות היתה דלה. לאור זאת, מחנות צבא שננטשו על ידי הבריטים ומחנות מעבר לעולים חדשים הפכו למוסדות טיפול וחסות לאנשים עם מוגבלות נפשית (אבירם, 1981; קנר, 1993). כדי להתמודד עם הוואקום ועם היעדרה של תשתית אשפוז מספקת הוקמו גם בתי חולים פסיכיאטריים פרטיים (אבירם, 1991; זלשיק, 2008; שרשבסקי, 2015).

עם הקמת מדינת ישראל והקמת משרד הבריאות נפתח האגף לבריאות הנפש ונחקק החוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו-1955, שהחליף את החוק העות'מני (זלשיק, 2008). החוק ביקש להסדיר את האשפוז הפסיכיאטרי, על רקע תחלואה נפשית מתגברת, עוני וקשיים של מערכת הבריאות הקיימת (מרק וסיגל, 2009). על אף שמו, החוק עסק למעשה באשפוז, ולא בטיפול (אבירם ושניט, 1981; מרק וסיגל, 2009), ובין השאר קבע קווים מנחים לאשפוז כפוי. ההחלטה והאחריות לאשפוז, גם אשפוז כפוי, הופקדו באותה התקופה בידי משרד הבריאות ופרופסיית הפסיכיאטריה (אבירם ושניט, 1981; אליצור, 1998; מרק וסיגל, 2009).

בראשית שנות ה-70 היו בכל מוסדות האשפוז בארץ יותר מ-8,000 מיטות פסיכיאטריות. זה היה שיא שלא היה כמותו: שיעור של 2.7 מיטות לכל 1,000 תושבים באוכלוסייה הכללית (אבירם, 2019). כבר בשנות ה-60 החלו להישמע קריאות לשינוי מערך בריאות הנפש במדינה ולאיתמוץ גישות קהילתיות בשירותים אלו. קריאות אלה נשמעו בעיקר מפי ד"ר לואיס (לואיס) מילר, ראש שירותי בריאות הנפש דאז (אבירם, 2019). מילר קרא לארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש, ולסיפוקם באמצעות חלוקה אזורית (מילר, 1981). תוכניתו היתה הקדמה



לתוכנית הארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש בשנת 1972, הידועה גם בשם **תוכנית טרמר**, על שמו של ד"ר לודוויג טרמר, שמונה לראש שירותי בריאות הנפש בשנת 1969 (אבירם, 2019). תוכנית טרמר התבססה על הדגם האמריקאי של מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש. בדומה לדגם האמריקאי, מטרת תוכנית טרמר היתה להקים בכל אחד מהאזורים בארץ מרכז קהילתי לבריאות הנפש, אשר יהיה אחראי למתן שירותי נפש באופן כוללני ורציף (אבירם, 2019). בפועל, תוכנית זו יושמה באופן חלקי מאוד (אבירם ודהאן, 2007; אבירם ולבב, 1981; גיא, 2004; מילר, 1981).

התפתחות נוספת אירעה בשנת 1978, אז נחתם הסכם בין מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' יעקב מנצ'ל לבין מנכ"ל קופת חולים כללית פרופ' חיים דורון (מרק וסיגל, 2009). ההסכם ביקש להאיץ את התוכנית להקמת מרכזי בריאות נפש קהילתיים בארץ, ולרכז את כל משאבי בריאות הנפש ברמה לאומית ובאחריות המדינה (אליצור, 1998). תוצאת ההסכם היתה קידום הפיתוח של מרכזי הנפש הקהילתיים, צמצום מספרם של בתי החולים הפסיכיאטריים והפחתת מספרן של מיטות האשפוז (אליצור, 1998).

על רקע היעדר מעני שיקום הולמים מצד המדינה, החל משנות ה-60 נוצרו בארץ התארגנויות ויוזמות שיקום מקומיות. דוגמה לכך היא מועדון **שלום**, שנוסד בשנת 1962 בירושלים ופעל עד שנת 1981 (שרשבסקי, 2015). המועדון הציע פעילויות חברתיות ותעסוקה בתוך המועדון ומחוץ לו, בליווי של אנשי הצוות. מועדון שלום הוקם על ידי ד"ר מרק ספיבק וד"ר צבי פיין. הוא מומן על ידי קרן מחקר של ממשלת ארצות הברית, והמשיך את דרכו בתמיכה כספית של ארגונים ממשלתיים שונים, ובהם משרד העבודה והרווחה. במשך תקופה מסוימת הוא נהנה גם מתמיכה כספית של ארגון הגיוינט בארץ (לכמן, 1983). גופים נוספים, **מכון סאמיט וחזון פתיה**, הוקמו בשנות ה-70 וסיפקו מענה מקומי לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית (לכמן, 1983; שרשבסקי, 2015).

תחום נוסף אשר פותח עבורו מענה מסוים – באמצעות המגזר השלישי – הוא הפנאי והחברה. **עמותת אנוש**, שהוקמה בשנת 1979 על ידי משפחות של אנשים עם מוגבלות נפשית, התמקדה בתחילה במועדונים חברתיים שיינתנו מענה לבדידותם הגדולה של אנשים עם מוגבלות נפשית, וכן בהפעלת קבוצות תמיכה למשפחות (שרשבסקי, 2015). במימון של משרד הבריאות הקימה אנוש מועדונים חברתיים בכל הארץ, בעיקר מועדוני ערב, ופיקחה עליהם (לוי ודוידסון, 1988).

אולם גם מענים אלו לא היו מספקים, והביקורת על היעדר המענים ועל הצורך ברפורמה במדיניות ובשירותים בתחום בריאות הנפש לא ירדה מעל סדר היום. ועדת החקירה הממלכתית בראשות השופטת נתניהו (1990), ודוח מבקר המדינה (1991) הצביעו על כך שהמערכת לבריאות הנפש איננה נותנת מענה הולם (אבירם, 2019; אבירם, גיא ואח', 2006; גרוס ואח', 2014).

בשנת 1993 חלה תפנית בתחום השיקום הפסיכיאטרי, כאשר האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות הקים מחלקת שיקום שיעדיה פיתוח מערכת ארצית לשיקום בקהילה. מאז החלה בנייה של תשתית ומערכת מקצועית המבוססת על שילוב בקהילה (שרשבסקי, 2006). המחלקה יזמה הקמה של מוסדות שיקום, מימון שלהם ופיקוח עליהם, אולם היקף פעילותה עדיין היה מצומצם (פרץ-וייסוידובסקי ואבירם, 2017; שרשבסקי, 2015).

שינוי חשוב בהקשר של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל התרחש באמצעות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, וכנגזרת ממנו, הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. חוק זה עיגן את זכותם של כל תושבי המדינה – ובהם גם אנשים עם מוגבלות נפשית – להיות מבוטחים בקופות החולים, ואת חובת המבטח, קרי קופות החולים, לדאוג לכלל אוכלוסייה זו לטיפול רפואי ולסל שירותי בריאות שוויוני (מרק וסיגל, 2009; מרק ואח', 1996). החוק אמור היה להכליל את המערכת הפסיכיאטרית בתחום אחריותן של קופות החולים, אולם הדבר נדחה למשך שנים רבות (אבירם, גיא ואח', 2006; גיא, 2004; פרץ-וייסוידובסקי ואבירם, 2017). העברת שירותי בריאות הנפש והאחריות להם אל קופות החולים נכנסה לתוקפה רק בשנת 2015 (אלרועי וסמואל, 2018).

נוסף על הרפורמה הביטוחית בוצעו גם רפורמה מבנית ורפורמה שיקומית, אשר כרוכות במידה מסוימת זו בזו. הרפורמה המבנית מתבטאת בצמצום מספרן של מיטות האשפוז ובהעברת מרכז הכובד של הטיפול מבתי החולים לקהילה (גיא, 2004). הרפורמה השיקומית מתמקדת בשילובם של אנשים עם מוגבלות נפשית בקהילה, ובמתן שירותים במסגרת סל שיקום (אבירם, 2013; גיא, 2004). היא התממשה עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (חוק השיקום). החוק, אשר החל כהצעת חוק פרטית למתן שיקום מקצועי לאוכלוסייה זו, כולל הענקת "סל שירותים" בקהילה לאלו הזכאים לכך, ובו מענים שונים – בעיקר בתחומי הפנאי, הדיור והתעסוקה (Mazor & Doron, 2011; Roe et al., 2008). בתחום התעסוקה, חוק שיקום נכי נפש בקהילה הביא לשינוי, לפיתוח ולהסדרה של שירותי השיקום התעסוקתי.

מחקרים שונים הציגו כאמור את חדשנותו של החוק, את היותו מתקדם בזמן חקיקתו ואת השינוי שהביא בכלל השירותים המוצעים לאנשים עם מוגבלות נפשית בישראל (Hornik- Luria et al., 2012), ועמדו על הסיבות להתקבלותו (פרץ-וייסוידובסקי ואבירם, 2017). אולם טרם הושם במחקר דגש על התעסוקה כגורם המניע של החקיקה, ועל תפקידה של מערכת הבריאות בלקיחת אחריות לתחום התעסוקה – כפי שעשתה בתפקידה המסורתי מימים ימימה.

מחקר זה מבקש לשפוך אור על התפתחותה של מדיניות התעסוקה בתקופה שקדמה לחוק השיקום, ובאמצעותה. כדי לעשות זאת אתבסס על שתי גישות מרכזיות: **הגישה המוסדית** תשמש לתיאור הדרך המסורתית שבה נשאר משרד הבריאות שחקן מרכזי בפיתוח שירותי תעסוקה לאוכלוסייה זו, ועם זאת ביצע שינויים משמעותיים ביישום וברגולציה על

החקיקה; **גישת הרעיונות** תסביר כיצד ומדוע נושא התעסוקה דווקא הוא שזירז את התפתחות החקיקה הכללית והמקיפה בדבר שירותי השיקום לאנשים עם מוגבלות נפשית.

## המחקר

### מסגרת תאורטית

עיצוב המדיניות ינותח במחקר זה באמצעות שתי תאוריות המבקשות להסביר תהליכים של שינוי ועיצוב מדיניות חברתית. האחת, **מורשת מדיניות** (path dependency), נגזרת מהגישה המוסדית, ולפיה המדיניות מתעצבת בתוך הקשר מוסדי, ובמסגרתה קיימת העדפה ליציבות על פני שינוי (וייס-גל וגל, 2011; Peters, 2022). במובנה הפשוט, תאוריה של מורשת מדיניות מסבירה כי העבר הוא בעל השפעה חזקה על ההווה (Brady et al., 2016; Pierson, 2004). הטענה היא כי מדיניות "נועלת" מדינות במסלולים או בנתיבים שהתוותה גם לאחר שעבר זמן רב (Brady et al., 2016; Thelen, 2004). מורשת מדיניות מתארת מצב שבו מדיניות צומחת ו"נצברת" במהלך השנים, וכך עלולה להגביל את האפשרות העתידית למדיניות חדשה (Kay, 2012).

הספרות מתארת סיבות שונות להתפתחותה של מורשת מדיניות, למשל: שחקנים וארגונים בעלי אינטרסים המבקשים לשמר את כוחם; היעילות שבמדיניות קיימת אשר כבר יש בה מערכת נהלים, איסורים והיתרים, והיא נתמכת על ידי המדינה (Brady et al., 2016; Capoccia, 2016). נוסף על כך, מדיניות יכולה לספק לקובעי מדיניות מודלים שאפשר לחזור אליהם שוב ושוב, גם אם כבר אינם בהכרח מתאימים למצב החדש. באותו אופן, קובעי מודלים עשויים לדחות מודלים בגלל התנסויות עבר, אף שהם עשויים להתאים למצב בהווה (Campbell, 2011).

מחקרים רבים ראו במורשת המדיניות מושג המסביר חקרי מקרה רבים של מדיניות בתחום הבריאות בכלל, ובריאות הנפש בפרט (Béland, 2010; Brady et al., 2016; Scheid, 2008). חוקרים אלו מצאו, בין השאר, כי כאשר מערכת הבריאות כוללת הוצאה ציבורית גבוהה, מורשת מדיניות תתקיים. זאת מאחר שבמערכת הבריאות פועלים שחקנים שרובם חזקים, דוגמת רופאים ומוסדות, ואלה מבקשים לשמר את כוחם (Brady et al., 2016).

עם זאת, חוקרים מדגישים כי מורשת מדיניות עשויה לאפשר דווקא גמישות ושינוי בחלקים ממנה. המדיניות הכללית יכולה להשתנות, ותת-המערכות יישארו כשהיו, ולהפך (Hall, 1993; Kay, 2012). טענה זו מתכתבת עם **תאוריית המוסדות החדשה** (new institutionalism), הגורסת כי שינוי מדיניות איננו בהכרח החלפה מיידי של מדיניות קיימת במדיניות חדשה. למעשה, מוסדות משתנים בתהליך מתמשך והדרגתי, באמצעות

הכנסה של תיקונים ורכיבים חדשים למדיניות קיימת (תרשיש וגל, 2021; March & Olsen, 2008; Van der Heijden, 2011).

גישה תאורטית אחרת לעיצוב מדיניות, המקובלת אף היא בחקרי מקרה העוסקים בבריאות ובריאות הנפש (Béland, 2005; Walt et al., 2008; Weiss, 1990), היא **גישת הרעיונות**, והיא המנחה מחקר זה. גישה זו שמה דגש על כך שעיצוב מדיניות מושפע מרעיונות ומערכים, ומהאופן שבו השחקנים השונים ממסגרים בעיה ופתרון בתחום המדיניות (Béland, 2016). בספרות מוצגים אופנים שונים לניתוח רעיונות, החל ברעיונות ספציפיים בדבר תוכניות, למשל, וכלה ברעיונות רחבים ופילוסופיים. בהמשך לכך, חשוב גם מי מחזיק ברעיונות; האם הם מובלים על ידי שחקנים, או מוטמעים במוסדות (Schmidt, 2008; Swinkels, 2020).

היבט נוסף הוא אופן השימוש ברעיונות. למשל, האם הם משמשים ככלי אסטרטגי לעצב שיח פוליטי, או שהם מהווים מסגרת מוסדית (Béland & Cox, 2011; Blyth, 2001)? כלומר, אפשר לראות רעיונות כדרך שבה אנשים מבטאים את תפיסותיהם ומשפיעים באמצעותם על השיח, או כדרך שבה רעיונות המוטמעים במוסדות משפיעים על השחקנים עצמם (Blyth, 2001; Swinkels, 2020).

אף שחלק מהחוקרים נוטים להפריד בין הגישה המוסדית לבין גישת הרעיונות, בעשרים השנים האחרונות התפתחה ההבנה כי אפשר ואף צריך לבסס את המחקר על שתי הגישות גם יחד (Béland, 2005, 2016; Schmidt, 2008). הרעיונות והמוסדות מקיימים אינטראקציה אלו עם אלו, ויש לבחון את הכוח של כל אחד מהגורמים בנפרד, ואת הכוח המתקבל מן הצירוף שלהם. הרעיונות והמוסדות משפיעים על התנהגותם של שחקנים בתהליכים של מדיניות חברתית, ויוצרים יחדיו הן אילוצים הן הזדמנויות (Béland, 2016).

במחקר זה אשלב בין שתי גישות אלו. אתבסס על הגישה המוסדית, ובפרט על גישת מורשת המדיניות, כדי להסביר את התפקיד המסורתי של מערכת הבריאות בעיצוב מדיניות התעסוקה לאנשים עם מוגבלות נפשית. לצידה אשתמש בגישת הרעיונות, כדי להבין כיצד ומדוע רעיון התעסוקה היה הגורם המניע והמחולל של חוק השיקום הנרחב והמקיף.

## שיטת המחקר

המחקר מתבסס על חקר מקרה, שיטה המאפשרת להבין תופעה חברתית מורכבת לעומקה. "מקרה" פירושו אירוע או תקופה בעלי גבולות הנחקרים בעולם האמיתי בהקשרים רבים – חברתיים, היסטוריים, כלכליים, תרבותיים ועוד (Merriam, 2002, 2009; Stake, 1995; Yin, 2013). חקר המקרה הנוכחי התבסס על נתונים משני סוגים: האחד, מקורות היסטוריים ראשוניים, ובכללם חומרים מקוריים אשר נכתבו בתקופה הנידונה (McDowell, 2013). המקורות הללו היו מסמכים, מכתבים ותכתובות שונות של משרדי ממשלה אשר

אותרו בארכיון המדינה, ומסמכים ופרוטוקולים אשר אותרו בארכיון כנסת ישראל. מקורות היסטוריים משניים היו מאמרים בנושא בריאות הנפש והשיקום בתקופה הנידונה.

מקורות מסוג אחר היו 25 ראיונות מובנים למחצה שנערכו עם קובעי מדיניות, אנשי מקצוע, ספקי שירותים וגורמי סנגור מתחום בריאות הנפש, אשר היו מעורבים הן במדיניות הן בפרקטיקה של תעסוקתם של אנשים עם מוגבלות נפשית בתקופה הנידונה. אלה כללו תשעה קובעי מדיניות, ובהם שישה שמילאו בעבר תפקידי טיפול בכירים בתחום בריאות הנפש; שמונה אנשי מקצוע – פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים ומרפאים בעיסוק; שני מרואיינים אשר עסקו בסנגור; שני יזמים; וארבעה חוקרים מן האקדמיה החוקרים את תחום בריאות הנפש זה שנים רבות. איתור המרואיינים נעשה באמצעות סקירת הספרות, המסמכים, וכן בשיטת כדור השלג, קרי בעקבות המלצותיהם של מרואיינים אחרים (Miles & Huberman, 1994; Noy, 2008).

את הראיונות ערכתי במקומות העבודה של המרואיינים, בביתם או בקרבתם, והם נמשכו בין שעה לשעתיים. שניים מהמרואיינים רואיינו פעמיים כדי להשלים מידע הנדרש למחקר. במהלך הראיון המרואיינים נשאלו על התקופה הנידונה, וכן באופן קונקרטי על מסמכים אשר הוצגו בפניהם. איסוף המידע נעשה בד בבד עם ניתוח המידע (Merriam, 2002; Stake, 1995). הראיונות התבצעו לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים. המרואיינים הוקלטו באישורם, ולאחר שחתמו על טופס הסכמה מדעת. לאחר מכן, הראיונות תומללו באופן מלא. לצורך ניתוח הנתונים שעלו מהראיונות ומהמסמכים הארכיוניים נעשה שימוש בתוכנת עיבוד הנתונים ATLAS.ti 8 (Yin, 2013). השימוש בכמה מקורות (טריאנגולציה) מחזק את תוקף הממצאים (שקדי, 2003; Yin, 2014). הממצאים נותחו ומוצגים במאמר בצורה כרונולוגית, כמקובל בחקר מקרה (Yin, 2014).

## ממצאים

### שוליותם של אנשים עם מוגבלות נפשית במערכות השיקום התעסוקתי בארץ

עד חקיקת חוק השיקום בשנת 2000, הגופים אשר היו אמונים על שירותי שיקום תעסוקתי מתוקף מחויבותם לכלל האנשים עם מוגבלויות היו המוסד לביטוח לאומי ומשרד הרווחה (פרץ-וייסודובסקי ואבירם, 2017). משרד הרווחה סיפק שירותים של שיקום תעסוקתי במסגרת אגף השיקום (כיום מנהל מוגבלויות) של המשרד, באמצעות הוראות תע"ס (תקנות העבודה הסוציאלית, הוראה 5.12 בתע"ס (שירותי אבחון ושיקום-מרכזי שיקום), 1999).

מרכזי השיקום על בסיס התע"ס כללו בין היתר אבחון של כישורים, פיתוח והקניית הרגלי עבודה, השלמת השכלה, הכשרה מעשית וכן סיוע במציאת מקום עבודה.

הוראות תע"ס מושתתות על חוק שירותי הסעד תשי"ח-1958. חוק זה אינו מקנה זכות ישירה לקבלת שירותי רווחה אישיים, שכן הוא אינו מגדיר מה נכלל בשירותים אלו, מהם תנאי הזכאות להם, מי אחראי להספקתם ומי יממן אותם. מכאן, שמעמדן המשפטי של ההוראות הוא נחות, והן אינן מחייבות מבחינה חוקית (ינאי, 2006). חוקרים מציינים כי כל עוד הקריטריונים להענקת השירותים ותנאי הנוקדות אינם מוגדרים, למחלקות לשירותים החברתיים יש שיקול דעת רחב ביותר לפעול ולהעניק את הסיוע (בס-ספקטור, 2010; דורון ואח', 1996).

שירותי האבחון ומרכזי השיקום שבאחריות משרד הרווחה היו מותאמים בעיקר לאנשים עם מוגבלות שכלית או גופנית, ועל כן רבים מקרב האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית לא השתלבו בהם בסופו של דבר. ראייה לכך היא, למשל, האבחון התעסוקתי שניתן במרכזי השיקום של משרד העבודה והרווחה. כך תיארה אותו המרכזת הארצית לעבודה סוציאלית באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות:

[האבחון] אינו בר תוקף מאחר ואינו בוחן סיטואציות כמו למשל מידת החרדה לשינויים בסביבה על מרב מגוניה. למעשה בדיקת כלל המבחנים מוכיחה לנו מחדש שמרכזי השיקום למוגבלים בנויים מראש כך שלחולי נפש יש מעט מאוד סיכויים להשתלבות בהווה.<sup>4</sup>

האנשים המעטים שקיבלו מענה בשירותי השיקום התעסוקתי במשרד הרווחה, וחוסר התאמתם, קשורים במידה רבה גם לסטיגמה שהיתה קיימת כלפי אוכלוסייה זו. ביטוי ישיר לכך מופיע במסמך ששלח ביולי 1979 ראש אגף השיקום במשרד הרווחה:

חושבני שידוע לך כי אילו היינו רוצים למלא את כל המרכזים עם חולי נפש ניתן היה להשיג זאת תוך יום אחד, אבל היות ואנו חייבים לתת שירותים גם למוגבלים אחרים עלינו לדאוג שהמרכז לא ייהפך לסטיגמטי ולא יקבל תווית של "מרכז לחולי נפש".<sup>5</sup>

ההסתייגות של משרד הרווחה האוכלוסייה היא היסטורית, ומקורה עוד בתע"ס 1.9 משנת 1973, אשר מתייחסות ליחסי הגומלין בין שירותי הבריאות והרווחה בתחום הטיפול באנשים עם מוגבלות נפשית בקהילה. לפי אותן תקנות, אדם עם מוגבלות נפשית לא יוכל לפנות

4 מכתב ממרכזת ארצית לעבודה סוציאלית באגף לשירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, אל מנהלת הקרן לפיתוח שירותים לנכה, המוסד לביטוח לאומי, 28 באפריל 1980. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/2.

5 מתוך מכתב ששלח מנהל אגף השיקום במשרד העבודה והרווחה למנהלת המרפאה הקהילתית לבריאות הנפש בחולון, וכתרתו: "שיקום חולי נפש במרכז לשיקום של הקרן למפעלי שיקום באזור יפ"י", 23 ביולי 1979. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/2.

במישרין ללשכת רווחה, אלא לאחר הסכמה של תחנה לבריאות הנפש והחלטה שלה בדבר סוגי העזרה שיינתנו לו, והדרך שבה יינתנו (תע"ס 1.9, 10 ביוני 1973).<sup>6</sup>

החשש מפני אוכלוסייה זו והסטיגמה כלפיה גברו עם מגמת האל-מיסוד. הדבר בא לידי ביטוי בדבריה של שרת הרווחה דאז אורה נמיר: "חולים אלה עתידים ליפול לידי זרועות השיקום במשרד העבודה והרווחה. זהו סיכון עבור החולים שישתחררו, וסיכון עבור הקהילה" (סער, 1995). אי הנכונות של משרד הרווחה לטפל באוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית הגיעה לשיאה בשנת 1997, עת קיבלה הנהלת המשרד החלטה פנימית להחריג את האנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית. למעשה, המשרד פטר את התע"ס (5.17 לפרק 5 בתע"ס, 1 במאי 1997, שירותי שיקום בקהילה גילאי 21–65) מהמחויבות לטפל באנשים עם מוגבלות נפשית בקהילה, ובפרט לתת שירותים דוגמת טיפול אישי, פנאי, דיור ועוד (אבירם, 2013; שרשבסקי, 2006). חשוב עם זאת לציין כי התע"ס שעניינו מרכזי השיקום התעסוקתי כולל את האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית (5.12 לפרק 5 בתע"ס, 27 בדצמבר 1998, שירותי אבחון ושיקום – מרכזי שיקום). כלומר, אנשים עם מוגבלות נפשית היו זכאים לקבל שירותי שיקום תעסוקתי ממרכזי השיקום של משרד הרווחה.

גוף נוסף בישראל אשר היה מופקד באותה תקופה על שירותי שיקום תעסוקתי לאנשים עם מוגבלות, ובפרט מוגבלות נפשית, היה המוסד לביטוח לאומי. שילוב תעסוקתי בשוק החופשי קיים באמצעות אגף השיקום, לפי תקנות הביטוח לאומי (שיקום מקצועי) משנת 1956. אולם במשך שנים רבות התמקד האגף בעיקר באנשים עם לקויות פיזיות וחושיות (דודאי ואח, 2007; לוי ודוידסון, 1988), והמוסד לביטוח הלאומי לא פיתח שירותי שיקום מיוחדים לאנשים עם מוגבלות נפשית (אבירם ורוזן, 1998).

גוף נוסף שהיה קיים בארץ אך הציב חסמים בפני אנשים עם מוגבלות נפשית הוא **המשקם** – מפעל תעסוקה מוגן לאנשים עם מוגבלות (לוי ודוידסון, 1988). שיעורם של האנשים עם מוגבלות נפשית שהשתתפו ב"המשקם" היה נמוך מאוד, ולפי סקר שפורסם בשנת 1974 עמד שיעורם על 7–8% מכלל המועסקים במפעל (שפירא, 1974). אחת הסיבות לכך הייתה חוסר ההתאמה של המוסד לאוכלוסייה זו. ב"המשקם" דרישות ההספק וההתמדה היו גבוהות יחסית, ולא התאימו לקשיים שאנשים עם מוגבלות נפשית מתמודדים עימם (לוי ודוידסון, 1988).

6 מתוך מכתבו של מנכ"ל משרד הרווחה אל האגודה לזכויות האזרח בישראל, 5 בנובמבר 2018. ארכיון המדינה, תיק מס' 57268/5. מדיניות זו ספגה לאחרונה ביקורת, והובילה למאבק של ארגונים המייצגים משפחות של אנשים עם מוגבלות נפשית. המאבק הוביל לכך שמשרד הרווחה הודיע על ביטול תע"ס 1.9.

### פיתוח מענים לתעסוקה על ידי משרד הבריאות: 1900–2000

במשך שנים רבות אנשים עם מוגבלות נפשית עבדו במהלך אשפוזם (Galbraith, 1963; Keidar, 2023). תופעה זו התבססה בשנים הראשונות עם הקמת המערכת הפסיכיאטרית בארץ, והיתה חלק מרכזי באשפוז ובחיי היום-יום של המטופלים בבתי החולים. בשנות ה-50 וה-60 הוקמו ארבעה כפרי עבודה לאנשים עם מוגבלות נפשית (Keidar, 1974; Hefez, 2023). כפרי עבודה אלו נועדו לספק חלופת אשפוז, ואמורים היו להוות עבור אנשים עם מוגבלות נפשית תחנת ביניים שיקומית לקראת יציאה לקהילה (רוזנמן ואחי, 2015). רכיב מרכזי בהם היה התעסוקה, ובכך ביטאו הכפרים את אחד מערכיו הדומיננטיים של האתוס הציוני-חלוצי (Keidar, 2023).

נוסף על כפרי העבודה הוקמו מחלקות שיקום בתוך בתי חולים פסיכיאטריים בארץ. העיסוקים בכפרי העבודה ובבתי החולים היו מגוונים; החולים עבדו בעבודות חרושת דוגמת מיון וקיפול קופסאות למפעלים בקרבת בתי החולים (מרוז והדס, 1993), בעבודות ייצור עצמי דוגמת נגרות ותפירה, ובעבודות בתחזוקת בית החולים, דוגמת מטבח ומכבסה (Galbraith, 1963).

בחלק מבתי החולים ומכפרי העבודה הורשו מטופלים לעבוד מחוץ למוסד במהלך אשפוזם (שרלין ורודמן, 1975). חולה אשר היה מועמד לצאת לעבוד במפעל סמוך ועדיין ללון בבית החולים היה צריך "להוכיח שהוא מסוגל לעמוד בפני הדרישות של שוק העבודה החופשי, מבחינת הרגלי עבודה כגון: התמדה, תפוקה, כיבוד קבלת הנחיות וכו'".<sup>7</sup> לעיתים אנשי צוות בית החולים אף סיעו במציאת העבודות מחוץ לבתי החולים, פנו במישרין למקומות עבודה או אף ליוו את החולים ללשכת התעסוקה (חזן, 1963; עולמנו, 1986). כך מתארת זאת עובדת סוציאלית בכירה שעבדה בבית החולים כפר שאול: "אנחנו היינו עובדי השמה, הסתובבנו בכל מיני מקומות עבודה... בדרך כלל זה היה בנגרייה, או לפעמים באיזה חנות, או פרחים, או משהו, למצוא עבודה מחוץ לבית החולים, והם היו חוזרים לבית החולים ישר" (תקשורת אישית, 15 בנובמבר 2018).

הסיוע במציאת תעסוקה מחוץ לבתי החולים היה תלוי בכוח אדם, וזה היה מוגבל. כך למשל מדווח מנהל בית החולים שער מנשה בשנת 1993 על קשיים בשילוב משתקמים כשכירים במקומות עבודה שונים בחוץ, ומציין כי לבית החולים אין אפשרות להקצות מדריכים למטרה זו.<sup>8</sup> נראה גם כי העבודות בחוץ לא הותאמו לרוב לצורכיהם של החולים המשוחררים, ורבים מהם חזרו לאשפוז לאחר שלא הסתדרו בעבודתם, כפי שתואר גם בציטוט לעיל.

7 מתוך מסמך שהוכן על ידי הנהלת המרכז הרפואי לבריאות הנפש, שער מנשה, 25 ביוני 1991. ארכיון המדינה, תיק מס' 23241/1

8 מתוך מסמך שהכין מנהל בית החולים והמנהל האדמיניסטרטיבי של בית החולים שער מנשה עבור המנהל הכללי של משרד הבריאות, 30 באוגוסט 1993. ארכיון המדינה, תיק מס' 23241/1



עוד מענה שהיה באחריותם של בתי החולים הפסיכיאטריים היה "דירות לימודיות" בתוך בתי החולים, או סמוך אליהם, ומטרתן לשמש הכנה ושלב ביניים לרכישת מיומנויות שונות לקראת יציאה מבית החולים (רוזן, 1991). פרויקט תעסוקה מעניין במסגרת "הדירות הלימודיות" היה של בית החולים מזרע, אשר פעל להשכרת דירות שיקומיות לעקרות בית עם מוגבלות נפשית בעיר עכו. בית החולים טען כי הוא מציע אומנם מסגרות תעסוקה תוך-מוסדיות, אולם הן אינן מתאימות לעקרות הבית:

משק בית החולים אינו דומה למשק הבית לכן הכנתה של עקרת הבית אשר באה מביתה וחוזרת אליו לאחר הטיפול אינה אפשרית בבית החולים, וחסרה לנו מסגרת להכנתה. אומנם בעבודות ניקיון, כביסה קטנה, חוג לבישול היא יכולה לעסוק בבית החולים אך לא די בכך. יש מקום לרענן את הידע ולשמרו בניקיון, כביסה, בישול, שימוש בכלי בית פשוטים וחשמליים, תפירה ותיקונים, תכנון תקציב משפחתי, תכנון יום העבודה לאחר שהבעל והילדים יוצאים לעבודה ולבית הספר, וכן שימוש נכון בשעות הפנאי.<sup>9</sup>

הפרויקט הוצע לקרן לפיתוח שירותים לנכים במוסד לביטוח לאומי. זו הסכימה לתקצב את הריהוט והציוד בדירות בעיר עכו, בתנאי שמשרד הבריאות ימצא ויממן את הדירות עצמן.<sup>10</sup>

נוסף על כך, בשנת 1977 גיבש משרד הבריאות תוכנית "שיקום חולי נפש על ידי הקצאת דירות", בהסכם עם משרד הבינוי והשיכון.<sup>11</sup> התוכנית הורחבה במשך השנים באמצעות הצמדת דירות לבתי חולים שונים בארץ, בהסדרי שכירות בקהילה. אולם מענים אלו לא ענו על הצורך במתן שירותי שיקום תעסוקתי מחוץ לכותלי בתי החולים.

היעדר מענים מוסדרים ומותאמים לאנשים עם מוגבלות נפשית מטעם המשרדים האמונים על כך הוביל לכך שמשנת 1972 החל משרד הבריאות ליצור מענים תעסוקתיים בעצמו. אחד המערכים העיקריים שמשרד הבריאות יצר בתחום התעסוקה היה הקמתן של יחידות מעבר תעסוקתיות – אשר כונו בתקופה זו **יתו"שים** (יחידה תעסוקתית ושיקומית).<sup>12</sup> מטרתן היתה יצירת מסגרת לאנשים שצפויים להשתחרר לאחר אשפוז ממושך. משרד הבריאות פיתח יחידות אלו בשל החשש כי "מספר רב של חולים מאותה קבוצה לא משתחררים מביה"ח רק בגלל חוסר מסגרת תעסוקתית מתאימה".<sup>13</sup>

9 מתוך מסמך שהכינה מלכה קופר, לשעבר מנהלת השירות הסוציאלי בבית החולים הממשלתי מזרע. הצעה להקמת בית ספר לעקרות בית, 27 באפריל 1981. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/2.

10 מכתב ממנהלת מחלקת השיקום, המוסד לביטוח לאומי, אל מלכה קופר, בית החולים הממשלתי מזרע, 19 באוקטובר 1981. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/2.

11 מכתב מאמרכל שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, אל מנכ"ל משרד הבריאות, 3 באפריל 1978. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/2.

12 למעט יחידת המעבר השיקומית בירושלים, שמרים זינגר, אשר ניהלה אותה, דרשה לכנות אותה **יש**. המסגרת קיימת עד היום.

13 מתוך מכתב של המפקחת הארצית לריפוי בעיסוק ואמרכל המרכז לבריאות הנפש יפו אל ראש שירותי בריאות הנפש, ירושלים, 30 נובמבר 1981. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/4.

בעקבות תוכנית טרמר, אשר מטרתה היתה, כאמור, להקים בכל אזור בארץ מרכז קהילתי לבריאות הנפש (אבירם, 2019), נוצרה יחידת שיקום תעסוקתית ראשונה מסוגה במרכז קהילתי ביפו. ד"ר טרמר העלה את הרעיון להקים את המרכז הקהילתי לבריאות הנפש ביפו כניסוי מקדים לתוכנית הראורגניזציה שקידם (אבירם, 2019). המרכז התחיל לפעול בשנת 1972, כתוכנית לדוגמה שפיתחו קרן הנאמנות של הגוינט ומשרד הבריאות. בשנת 1976 הוא הפך באופן רשמי לחלק אינטגרלי משירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות. במרכז פותחו שירותים אחדים, ובהם טיפולים דוגמת טיפול יום, וכך יחידת השיקום (מרגולץ, 1978).

יחידת השיקום פותחה על ידי נעמי להמן, מרפאה בעיסוק בהכשרתה, והיחידה שהקימה נתפסה כיחידת הדגל (שרשבסקי, 2006). בעקבותיה קמו בהמשך יחידות נוספות ברחבי הארץ, אך בזמנים שונים ובווריאציות שונות. במסמכים השונים יחידות אלו כונו לעיתים "מרכזי תעסוקה" או "מועדונים תעסוקתיים". העבודות ביחידות המעבר היו על פי רוב עבודות חרושתיות, פשוטות. אשר לתנאי העסקה, בחלק מהיחידות שולם שכר, אך הוא נקבע באופן שרירותי, והתקבל בדרך כלל מהספקים בתמורה לעבודה שביצעו העובדים. בהתבוננות לאחור, אנשי המקצוע אשר ליוו את העובדים עם המוגבלות שעבדו ביחידות התעסוקה מתארים את העבודות בהן כקשות ומונוטוניות:

היתה לנו בהתחלה עבודה חרושתית שהיתה העבודה המייגעת הזו של... למשל לקחת את הסכו"ם בזה, לשים בשקית ולסגור את השקית... קופסאות נגיד, לקפל קופסאות של בתי קפה נגיד ש- להרכיב הרכבות מאוד פשוטות (תקשורת אישית, 10 באפריל 2019).

על אף החשיבות שהייתה ליחידות המעבר התעסוקתיות באותה עת, הן נתנו מענה חלקי ביותר לנושא התעסוקה. כפי שתואר, העבודה בהן היתה פשוטה ודלה, ואופיינה בתנאי שכר ירודים. זאת ועוד, הן לא התמקדו רק בתעסוקה; רובן כללו מענה טיפולי רחב דוגמת קבוצות טיפוליות ומענים חברתיים, והצוות הורכב מאנשי טיפול דוגמת עובדים סוציאליים ומרפאים בעיסוק. תחנות השיקום מוקמו, על פי רוב, סמוך לתחנות לבריאות הנפש, או היו חלק מהן.

לאור הקשיים המתמשכים שעלו מן הניסיון לשלב אנשים עם מוגבלות נפשית במסגרות התעסוקה הקיימות, כמו מרכזי השיקום במשרד הרווחה ואגף השיקום בביטוח לאומי, החלה להתגבש במשרד הבריאות תפיסה ולפיה יש להקים מפעלים מוגנים ייעודיים עבור אנשים עם מוגבלות נפשית (לוי ודוידסון, 1988). בשנת 1985 הקים משרד הבריאות לשם כך את העמותה לשיקום מקצועי (עש"ת; נקראת גם **האגודה לשיקום מקצועי** (שרשבסקי, 2015). היתה זו יוזמתו של האגף לתכנון תקצוב וכלכלה רפואית במשרד הבריאות, אשר בראשו עמד מר יהודה כהן. העמותה הפעילה עשרה מפעלים בכל חלקי הארץ, מהצפון ועד לדרום, ורמת השכר בהם היתה מותנית בהספק העבודה (ענבר, 1990).

הוגה הרעיון יהודה כהן הדגיש כי מפעלים אלו אמורים להיות שונים בתכלית מהעבודה ביחידות המעבר, וכי הם "אנטי תזה לריפוי בעיסוק המוסדי ולתעסוקה הטיפולית ב"יתו"שים".<sup>14</sup> הודגש כי הצוות במפעלים אלו לא יהיה צוות טיפולי, וכי המפעל המוגן יהיה "שיקוף של מפעל תעשייתי".<sup>15</sup> במפעלים הללו הועסקו המטופלים בעבודה חרושתית, לרוב באמצעות קבלנות משנה, דוגמת "עבודות הרכבה ואריזה של מטליות רצפה, קופסאות פלסטיק לחברת קוסמטיקה גדולה וקיפול קופסאות קרטון לסוגים שונים של חוטי תפירה", וכן בעבודות של ייצור עצמי: "תפירת סדיני ניילון, תפירת סינרים מסוגים שונים לילדים, ייצור ממחטות אף כולל האריזה".<sup>16</sup>

חלק ניכר מהעבודות שניתנו לעובדים במפעלים אלו נועדו לייצר מוצרים אשר היו אמורים להירכש על ידי אגף האספקה של משרד הבריאות, אולם בפועל האגף לא רכש את מרבית המוצרים. מספר האנשים שהועסקו במפעלים של עש"ת היה נמוך לאורך השנים ביחס לאוכלוסייה, ובסוף שנת 1994 היו מועסקים בהם 520 איש בלבד (אבירם ורוזן, 1998).

## עיגון בחקיקה של שיקום תעסוקתי לאנשים עם מוגבלות נפשית

היעדר המענים, או מיעוטים, הובילו ליוזמה לשינוי במסגרת הצעת חוק. חברת הכנסת תמר גוז'נסקי, אשר הובילה את היוזמה, הגישה הצעת חוק פרטית שעניינה שיקום תעסוקתי לאנשים עם מוגבלות נפשית. החוק נקרא בראשיתו: הצעת חוק שיקום פגועי נפש וחלופות אשפוז, התשנ"ז-1997, ומטרתו הוגדרה כך: "להסדיר את זכויות פגועי הנפש בישראל להשתקם בקהילה על מנת להשתלב בה, תוך רכישת מקצוע; שיקום מתוך אבחנה כוללת ודינמית של יכולות, מוגבלויות ופוטנציאל הטמונים בו, תוך שמירה על כבודו ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו".

חברת הכנסת גוז'נסקי הגתה את הצעת החוק לאור פנייה של מפעילת מסגרת שיקום בקהילה עקב בעיה במרתף שבו התבצעו עבודות השיקום שהיתה אמונה עליהן. גוז'נסקי מספרת כי בעקבות פנייתה של המנהלת ביקשה ללמוד את הנושא, וכך נתקלה במסגרות שחלק מהמשולבים בהן הם אנשים עם מוגבלות נפשית:

אדם שהוא חולה נפש יכול להיות אדם יצירתי, אדם חושב, אדם משכיל. למה הוא צריך לעסוק רק בהברגה או במעטפות או בכל מיני עבודות פשוטות? העבודה הזו

14 מסמך שכתב יהודה כהן, משרד הבריאות, האגף לתכנון תקצוב וכלכלה רפואית, אל ראש שירותי בריאות הנפש, 14 בדצמבר 1997. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/9.

15 מתוך הרצאה במרכז לבריאות הנפש פרדסיה-נתניה, המפעל המוגן נתניה, 11 בנובמבר 1987. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/10.

16 מתוך הרצאה במרכז לבריאות הנפש פרדסיה-נתניה, המפעל המוגן נתניה, 11 בנובמבר 1987. ארכיון המדינה, תיק מס' 15708/10.

שנקראת עבודה משקמת, אין בה שיקום אמיתי, אין בה פתרון אמיתי. זה אולי כדי להעביר את הזמן ובסופו של דבר היא גורמת נזק. היא מדכדכת את חולה הנפש עוד יותר, במקום להעלות אותו ולהביא אותו לרמה אחרת. למה הם מגיעים לשם? כי אין מסגרות שמתאימות מלכתחילה לשיקום של חולי נפש.<sup>17</sup>

לשיטתה, הזעזוע שחשה מהיעדר שירותי תעסוקה, ומחוסר ההתאמה של אלה הקיימים, הובילו אותה לדחוף את הצעת החוק ולקדמה. ב-19 בנובמבר 1997 הועלתה לראשונה במליאת הכנסת הצעת חוק שיקום פגועי נפש וחלופות אשפוז, התשנ"ז-1997 (הצעת קבוצת חברי כנסת). סגן שר הבריאות שלמה בניזרי הגיב לנושא החקיקה בחיוב, אולם בפועל התנגד להצעת החוק בגרסתה הנוכחית. בניזרי טען כי ההצעה אינה בשלה דייה, וכי יש בה רכיבים שיש לתקן ולהגדיר בחוק ביתר בהירות. הוא הציג כמה נימוקים לכך שאי-אפשר לאשר את ההצעה, ובהם היעדר תקציב ייעודי, והיעדר הגדרה של הזכאות לשיקום. נימוק נוסף היה המיקוד בתעסוקה בלבד: "נושא השיקום התעסוקתי, למרות חשיבותו הרבה, הינו חלקי בלבד, ולא ניתן לנתקו מפתרונות הדיור, החברה והליווי הרפואי הנדרשים".<sup>18</sup>

חברי המליאה הצביעו בעד ההצעה והורו להעביר את הצעת החוק לדיון מוקדם בוועדת העבודה והרווחה, להכנה לקריאה ראשונה. יש לציין כי באותה תקופה הצעות רבות שהציעה האופוזיציה עברו בכנסת, וכי באותן שנים לא היתה הגבלה תקציבית על הצעות חוק פרטיות (אבירם, 2019). כדי להמשיך לקדם את החוק העמיקה גוז'נסקי בנושא. היא בחנה את מסגרות השיקום הקיימות, זיהתה את הצרכים בשטח ומיפתה את בעלי האינטרסים. בעקבות פעולות אלו היא הקימה קואליציה שהשותפים המרכזיים בה היו מחלקת השיקום בשירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות, וארגוני משפחות וסגנו – ובמרכזם הארגונים **עוצמה ובזכות** (פרץ-וייסוידובסקי ואבירם, 2017).

אבירם (2019) מסכם ומציין כמה גורמים בלתי תלויים אשר הביאו להבשלת החוק ולתמיכה בו: מנהיגות ונחישות של קבוצת אנשים ובראשם גוז'נסקי; ניצול הזדמנות ושיתוף פעולה של הממסד המנהלי במשרד הבריאות; תמיכה – גם אם מסויגת – של משרד האוצר; ונסיבות מיוחדות שהיו קיימות בזמן החקיקה ואפשרו לחוקק הצעות חוק פרטיות בהיקף כספי כמו זה שדרש חוק זה. הנסיבות הללו בטלו עם חוק ההסדרים בשנים 2002 ו-2003 וההגבלה על הצעות חוק תקציביות – הצעות חוק פרטיות שעלותן גבוהה מסכום מסוים (בן יהודה וצדוק, 2021).

נוסף על כך, נעשה חישוב של תרומת החוק מבחינה תקציבית, כולל צמצום כוח האדם שמעסיקה הממשלה במשרד הבריאות, וחיסכון כספי בעלויות הטיפול לאור העובדה שעלויות האשפוז גבוהות לאין שיעור מעלויות שירותי השיקום בקהילה. למעשה, המדינה

17 הצעת חוק שיקום נכי בקהילה, התשנ"ט-1998 (קריאה ראשונה). הישיבה ה-272 של הכנסת ה-14, 5 בינואר 1999. ארכיון הכנסת.

18 ועדת העבודה והרווחה, 14 בדצמבר 1998. ארכיון הכנסת.

חסכה סכומים נכבדים מתחילת יישומו של החוק (אבירם, 2013). כאשר הצעת החוק הורחבה ממיקוד בשיקום מקצועי בלבד לכדי סל מקיף וכוללני של שירותי שיקום, השיח בוועדות השונות נסב על האוכלוסייה וצרכיה הרבים, והדיון הוסט מנושא התעסוקה לתחומים האחרים. לאחר שהצעת החוק עברה בקריאה טרומית היא הועברה לוועדת העבודה והרווחה להכנה לקריאה ראשונה. שרשבסקי (2006) מציין כי בדיונים בוועדה היה ברור כי החוק לשיקום נכח נפש בקהילה נועד ליצור הפליה מתקנת ולפתח שירותים בעבור נכי הנפש, שכמעט לא זכו לשירותי שיקום עד חקיקתו. ועדת העבודה והרווחה אישרה את החוק, ומשרד המשפטים הטיל על היועץ המשפטי של הכנסת לנסח את החוק מבחינה משפטית, כך שיהיה מדויק יותר מגרסתו המקורית.<sup>19</sup>

באשר לגוף האחראי לחקיקה, לפני חקיקת החוק הודיע שר הבריאות על השקת פרויקט ניסיוני אשר יוטל על כל העובדים במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. למעשה, תוכנית סל שיקום תוכננה כניסוי ארצי בידי ועדה בין-משרדית (משרד הבריאות ומשרד הרווחה) ובאישור משרד האוצר, ונועדה ליישום בשנת 1998 (פלדמן ובר-און, 2001). אולם משרד הרווחה, וגם השלטון המקומי, לא היו שותפים בסופו של דבר להפעלת תוכנית סל שיקום, ועל כן משרד הבריאות הפעיל אותה בעצמו (פלדמן ובר-און, 2001). בשנת 1999 החלה מערכת השיקום לפעול במתכונת חדשה שעוצבה במשרד הבריאות, ומתכונת זו הועתקה במדויק לחוק שיקום נכח נפש בקהילה שהתגבש לקראת הגשתו לכנסת (שרשבסקי, 2006).

מהתכתבויות השמורות בתיק החקיקה עולה כי הארגונים שהיו מעורבים בה חששו מכך שהאחראי לחוק יהיה משרד הבריאות. הנחתם היתה כי למשרד העבודה והרווחה יש כלים לשיקום, ואילו למשרד הבריאות אין. הם הניחו גם כי יישום החוק על ידי משרד הבריאות עלול לשמר "פיקסציה אשפוזית".<sup>20</sup>

החוק יצא לדרך בשנת 2000, ותוקצב לראשונה בשנת 2001. נקבע כי יהיה לו תקציב נפרד, והוא לא יהיה חלק מהתקציב הכולל של משרד הבריאות, כדי שלא יילקחו ממנו כספים לתקציב בתי החולים. אף שאגף התקציבים התנגד לכך, הוא התרצה לבסוף והסכים לתקצוב המיוחד (אבירם, 2013; פרץ-וייסוידובסקי ואבירם, 2017). משנחקק חוק שיקום נכח נפש בקהילה והוקצה לו תקציב, יזם משרד הבריאות ופיתח מסגרות שיקום שונות בתחומי הדיוור, התעסוקה והפנאי. המשרד גם קבע נהלים והתקשר עם יזמים למתן שירותים על פי המחיר והדרישות שהציב (מבקר המדינה, 2016). החוק הביא לתקציב נפרד של כל תחום השיקום של אנשים עם מוגבלות נפשית, ובפרט, כאמור, בתעסוקה. החוק קיבע את אחריות משרד הבריאות לתחום השיקום התעסוקתי, בין היתר, ובעקבותיו התפתחו שירותים

19 ועדת העבודה והרווחה, 14 בדצמבר 1998. ארכיון הכנסת.

20 דבריו של פרופ' אלי שמיר, יו"ר עמותת **עוצמה**. התכתבות בתיק חוק שיקום נכח נפש בקהילה. ארכיון הכנסת.

חדשים על הרצף שבין מועדוני תעסוקה, מסגרות מוגנות ותעסוקה נתמכת בשוק החופשי (Hornik-Lurie et al., 2012).

על אף חשיבות החוק ותרומתו הפוטנציאלית לאוכלוסייה זו, היו בו מורכבויות ובעיות שונות; הבולטת שבהן – שיעורי מיצוי נמוכים ביותר של סל שיקום (אבירם, 2013; לרנר והורניק-לוריא, 2014; עדן-ברוך ואחי, 2015). בהקשר של תעסוקה, רבים מהמשתמשים בשירותי התעסוקה של סל שיקום מושמים במסגרות המוגנות, ומקבלים שכר נמוך משכר המינימום. בשנת 2021, מתוך 20,600 אנשים שצרכו את שירותי התעסוקה דרך סל שיקום, 2,236 היו במועדון תעסוקתי, 11,011 במפעל מוגן, ו-8,762 בתעסוקה נתמכת (משרד הבריאות, 2021).

במחקר שערכו לרנר והורניק-לוריא (2014) על מסלולי הניידות השונים במערך השיקום התעסוקתי והדיוור של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל נמצא קושי במעבר ממסגרות מוגנות למסגרות בשוק החופשי. ממחקרם עלה כי בכל הנוגע לשיקום התעסוקתי, שיעור הניידות לרמות תעסוקה עצמאיות יותר אינו גבוה: 20% בשנתיים הראשונות לאחר כניסת האדם למערך התעסוקתי, ו-31% לאחר חמש שנים מכניסתו למערך.<sup>21</sup> מסקנתם היא כי מרבית המשתקמים נותרים לעבוד במסגרות תעסוקה מוגנות לטווח ארוך, ואינם מתקדמים ברצף השיקום.

סוגיה מורכבת נוספת נוגעת להפרטה ולמיקור החוץ של השירותים הניתנים בחוק השיקום. בדוח מבקר המדינה (2016) נמצאו כמה ליקויים בהקשר זה, ובהם בקרה מצומצמת ובלתי מספקת על מסגרות השיקום. בסופו של דבר, משרד הבריאות מהווה רגולטור על שירותי התעסוקה. מצד אחד, הדבר מאפשר גיבוש של רעיונות ומסגרות יצרניות וחדשות כמו מכירה בעגלות קפה ובחנויות (גריפל ומישור בן דוד, 2017; כץ ואחי, 2009), ואף בית מדרש שיקומי (Shor & Avihud, 2018). מצד אחר, המסגרות הללו מוגדרות כמוסגרות מוגנות או מעבריות, והשכר בהן הוא נמוך משכר המינימום גם כאשר הן מתקיימות בסביבת חיים נורמטיבית, שהעובדים בה נדרשים לעמוד בכללי תחרות ובאתגרים המאפיינים שוק חופשי (כץ ואחי, 2009). בדוח מבקר המדינה (2016) נמתחת ביקורת על תנאי העסקתם של אנשים עם מוגבלות נפשית במסגרות המוגנות, ועל שהמחלקה לשיקום לא קבעה את התגמול המינימלי למועסקים במסגרות השיקום, כך שהוא עלול להסתכם בשקלים ספורים.

21 אוכלוסיית המחקר כללה משתקמים שהשתמשו הראשונה במערכת השיקום היתה בשנים 2005–2010.

## דיון

מחקר זה בחן את המדיניות התעסוקתית כלפי אנשים עם מוגבלות נפשית מתחילת שנות ה-70 של המאה ה-20 ועד תחילת שנות ה-2000 בישראל. המחקר השלים את תמונת המדיניות באמצעות ניתוח התקופה שקדמה לחקיקת חום השיקום, וכן התחקה אחר הסיבה שהובילה לשינוי הדרמטי שהתחולל עם חקיקת חוק נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000 – התעסוקה.

כמו במדינות מערביות אחרות, בישראל הפרקטיקה הדומיננטית במשך שנים רבות הייתה אשפוז. המדינה הצעירה התמודדה עם קשיים ייחודיים בדמות גלי עלי המונית והיעדר תשתית פסיכיאטרית מבוססת. מבחינת התעסוקה, חולים עבדו בבתי החולים פסיכיאטריים או ב"כפרי עבודה", וצוותי בתי החולים ניסו לעיתים – במשאביהם המוגבלים – לסייע להם לעבוד מחוץ לחומותיהם. בשנות ה-70 החלו ניסיונות לבצע רפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל (אבירם, 2019), אולם הם לא הביאו לתוצאות משמעותיות בתחום השיקום בכלל, ובתחום התעסוקה בפרט.

כפי שתואר בסקירת הספרות, תחום השיקום התעסוקתי במדינות בעולם המערבי סבל מהיעדר מענים ומתקיעות במשך שנים רבות, עד שנות ה-90 (Bond, 1992). היעדר המענים נבע מחוסר התאמה של שירותי תעסוקה לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית, מחסמים אישיים וסביבתיים של האוכלוסייה, מסדר עדיפות נמוך שתחום זה קיבל, ומעמדות שליליות של עובדי שיקום כלפי אוכלוסייה זו. כפי שעולה במחקר, תופעות דומות לאלו התרחשו גם בישראל. אנשים עם מוגבלות נפשית הודרו משירותי השיקום התעסוקתיים הקיימים בישראל, ועד שנות ה-90 קיבלו מענים ספורים מכמה עמותות שעסקו בנושא, ומשירותים שמשרד הבריאות ניסה לפתח בעבורם.

הזנחה והדרה זו מעלות לדיון כמה סוגיות. הראשונה נוגעת לשוליות שממנה סבלו אנשים עם מוגבלות נפשית מצד גופי השיקום התעסוקתי בישראל עד חקיקת החוק, ובראשם – משרד הרווחה. כפי שעולה מהמחקר, הדבר בא לידי ביטוי בקבלה מועטה למרכזי השיקום התעסוקתי שבאחריות המשרד, ובהיעדר התאמה של אבחונים ותוכניות ייעודיות.

מגמת האל-מיסוד, שהתבטאה במעבר מטיפול בבתי החולים הפסיכיאטריים לטיפול בקהילה, היתה אמורה לכאורה "לשחרר" את משרד הבריאות מאחריותו לתחום התעסוקה, ולהעבירה לפתחו של הגוף האחראי לשיקום בקהילה לכלל האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות – משרד הרווחה. בהיעדר מענים מתאימים, נכנס משרד הבריאות לוואקום זה, והפעיל תוכניות שונות בתחום השיקום התעסוקתי, דוגמת יחידות המעבר התעסוקתיות (יתו"שים) ומפעלים מוגנים ייעודיים. כך נשמר התפקיד המסורתי של מערכת הבריאות בישראל בטיפול באוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות נפשית בתחום התעסוקה, ובלקחת האחריות לו.

חקיקת חוק השיקום הגיעה גם היא לפתחו של משרד הבריאות, שכן משרד הרווחה לא קיבל על עצמו את התוכנית הניסיונית שהתוותה החקיקה, וגם לא את החקיקה עצמה. כך נושא התעסוקה, מעין "תפוח אדמה לוהט", יצא ממערכת הבריאות וחזר אליה בדרך של חקיקה.

תאוריות של מורשת מדיניות מסבירות כי מסורת ומורשת נשמרות לאחר שהן "נצברות" במהלך השנים, וסביר כי יישארו קבועות אלא אם כן יתרחש זעזוע גדול. לאור האמור, אין זה מפתיע כי משרד הבריאות נכנס לתחום השיקום התעסוקתי, תחום שהיו לו חלק בעיצוב המדיניות שלו מלכתחילה. מערכי תעסוקה התהוו בתוך בתי החולים הפסיכיאטריים מראשית הקמתם. העובדה שמערכת הבריאות היא שהציבה את הפתרונות נבעה מהאחריות האינהרנטית של בתי החולים למטופלים אלו, ולא רק מאוזלת היד של משרד הרווחה ושל גורמי השיקום התעסוקתי הקיימים.

לצד תפקיד מסורתי זה של טיפול כולל באוכלוסייה, מערכת הבריאות ביצעה גם שינויים בתוך מוסדותיה. כאמור, בחקר המדיניות החלו חוקרים להבין כי שינוי יכול להתרחש גם במסגרת תהליכים של מורשת מדיניות. הדבר בא לידי ביטוי בהגיייה של רעיונות חדשים, דוגמת יחידות המעבר התעסוקתיות השיקומיות (יתו"שים) מראשית שנות ה-70, ויצירת מערך של מפעלים מוגנים ייעודיים (על ידי עמותת עש"ת, שהקים משרד הבריאות) בשנת 1985. מהמחקר עולה כי על אף ניסיונות אלו של משרד הבריאות, כלי השיקום שהציע לא היו מפותחים דיים. ואכן, עד חקיקת חוק השיקום, מרבית המענים שפיתח, ובפרט ה"יתו"שים", היו מעין חלופות אשפוז עם אוריינטציה טיפולית.

התפנית שהתרחשה בתוך המסגרת המוסדית היתה למעשה ביסוס מחלקת השיקום בתוך משרד הבריאות בשנת 1993, ויצירה של תשתית שיקום בתוך אגף בריאות הנפש במשרד (פרץ-וייסודובסקי ואבירם, 2017; שרשבסקי, 2006). כך, תחום השיקום התחיל להתבסס במשרד הבריאות עקב בצד אגודל, באמצעות פיתוח פרופסיית השיקום (לכמן, 1998) וכניסתם של אנשי מקצוע למשרד הבריאות. זאת ועוד, גישת ההחלמה השפיעה על רוח החוק ועקרונותיו (לכמן והדס-לידור, 2007), שכן החוק מדגיש את זכות הבחירה של אדם עם מוגבלות נפשית – היבט מרכזי בגישת ההחלמה (רועה, 2008).

כאמור, הסברים מוסדיים אינם מספיקים לרוב להסבר של התפתחות של מדיניות, וחוקרים בתחום המדיניות מבקשים לחבר בין תאוריות מוסדיות לבין תאוריות של רעיונות. מהמחקר עולה כי נושא התעסוקה היה דומיננטי מקדמת דנא. הרעיון שאנשים עם מוגבלות נפשית יעבדו התבטא באופן בולט ביצירת מסגרות תעסוקה מגוונות בבתי החולים הפסיכיאטריים, ואף בהקמת דירות שיקומיות לעקרות הבית. הרעיון שהתעסוקה היא רכיב המאפשר תפקוד, משימות יום-יומיות והסחת דעת היה מוכר בבתי החולים הפסיכיאטריים בעולם, ובפרט בישראל (Keidar, 2023). רעיון התעסוקה כחלק ממערכת הבריאות היווה נורמה חברתית, או פרדיגמה (Blyth, 2001). רעיון זה שרטט קווים מנחים ליצירת המדיניות החברתית בהמשך, עם חקיקת חוק השיקום.



לכן גם אין זה פלא כי הערך, הרעיון, התפיסה של תעסוקה, הם שחוללו את חוק השיקום, חוק מקיף ויוצא דופן אשר נכתב עליו רבות. ההכרה בכך שתחום התעסוקה הוזנח בקהילה הביא את חברת הכנסת תמר גוז'נסקי להציע הצעת חוק שעסקה בראשיתה בשיקום מקצועי לאוכלוסייה זו, והתרחבה וכללה בסופו של דבר סל שירותים רחב. נושא התעסוקה הוביל לאינטגרציה מחודשת של תחומי השיקום במערכת הבריאות, וזו עברה טרנספורמציה: מממוסד טוטאלי וסגור לרגולטור ואחראי למתן שירותים אלו בקהילה.

היבט נוסף בגישות הרעיונות, שהוא משמעותי במחקר זה, נוגע לתפיסות ולשיח. בתחום התעסוקה ניכר פער בשיח בין הבית המוחקקים הישראלי לבין המשרדים באשר ליכולות של אנשים עם מוגבלות נפשית בתחום התעסוקה. במשרדים בלטה התפיסה של חוסר יכולת ומסוגלות. גם המוטיבציה של המשרדים, הן משרד העבודה והרווחה הן משרד הבריאות, כי אנשים עם מוגבלות נפשית יעבדו נבעה לעיתים מחשש שיחזרו לאשפוז, ומתפיסת העבודה כאמצעי לעיסוק יום-יומי.

לעומת זאת, בניתוח הפרוטוקולים של ועדות הכנסת עולה כי כאשר הנושא הובא לשרים הוא נתפס כמשמעותי, והייתה הכרה בכך כי למשתייכים לאוכלוסייה זו יש יכולות, וכי הן אינן ממומשות. את התפיסה הזאת ביטאה בעיקר חברת הכנסת תמר גוז'נסקי, אולם גם חברי כנסת אחרים ניהלו שיח פתוח על נושא בריאות הנפש, על השכיחות שלו באוכלוסייה, ובעיקר באוכלוסייה הישראלית. גישותיהם של חברי הכנסת כלפי אנשים עם מוגבלות נפשית היא חשובה, מאחר שתפיסותיהם קשורות במישרין למעורבותם בתהליכי חקיקה ולמדיניות הנקבעת (רמון, 1980).

במחקרה ניתחה רמון (1981) התבטאויות חברי כנסת במליאה ובישיבות שקיימו ועדות הרווחה בנושא מוגבלות נפשית בשנים 1979–1948. היא מצאה כי המוטיבים המרכזיים שחזרו על עצמם בדיונים היו הצורך במיטות לאשפוז, דאגה כי חולים מסתובבים ללא טיפול ברחובות, ורצון להקפיד על אשפוז בתנאים פיזיים נאותים (רמון, 1981). באותו מחקר, ההתייחסות לחולים עצמם נעה בקוטביות בין "מסוכנים" – בשל הסטיגמה המייחסת להם אלימות כלפי הזולת, לבין "מסכנים" – בשל מצבם הכלכלי הקשה ובגלל מחלתם. ההתייחסויות השליליות גברו על החיוביות, וחברי הכנסת לא עסקו בקידום מדיניות בתחום בריאות הנפש (אבירם, 2019; רמון, 1981).

עמדות אלו שונות מאוד מעמדות שביטאו חברי כנסת בדיונים במסגרת החקיקה של חוק השיקום בסוף שנות ה-90. המחקר מעיד על שינוי בתפיסה של אוכלוסייה זו ובשיח עליה. אוכלוסייה שבעבר נתפסה כחסרת יכולות, נתפסת בתקופה המדוברת ככזו הזקוקה להתאמות הנכונות, וכבעלת מסוגלות ופוטנציאל רב לשילוב מרבי בחברה ובעבודה. השינוי ביחס לאוכלוסייה זו מתכתב עם חקיקות מקדימות ומקבילות בישראל הנוגעות לזכויות אדם בכלל ולזכויותיהם של אנשים עם מוגבלות בפרט, ובהן חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, תשנ"ב-1992; חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994; חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996;

תיקונו של החוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו-1955 בשנת 1991; וחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998. בדומה לחוק האמריקאי ( ADA, Americans with Disabilities Act, 1990) ולחוקים דומים נוספים במדינות מערביות (Pope & Bamba, 2005), חוק זה שם דגש על תחום התעסוקה, והתעסוקה היא אחד משני הפרקים המרכזיים אשר נחקקו בתחילתו. פרק התעסוקה כולל, בין היתר, התייחסות לאיסור הפליה בתעסוקה, ולחובת התאמות במקומות העבודה (מור, 2019).

היבט נוסף של גישת הרעיונות הוא הרעיון ככלי אסטרטגי אשר משתמשים בו בדרך של שיח (Swinkels, 2020). שחקני מדיניות משיגים כוח באמצעות רעיונות, ואלה משמשים לעיתים כלי רטורי לגיבוש קואליציה ובעלי עניין למען השגת המדיניות הרצויה (Carstensen & Schmidt, 2016). חוקרים מציינים כי אחת הסיבות לדגש על התעסוקה בחקיקות העוסקות בשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות היא שיעורי התעסוקה הנמוכים בקרב אנשים עם מוגבלות, ההוצאה הגבוהה על מערכת הביטחון הסוציאלי (Pope & Bamba, 2005), והצורך להפוך אנשים עם מוגבלויות לקבוצה יצרנית ותורמת שאיננה נשענת רק על רווחה וקצבאות (מור, 2012). ניתן לשער כי בזכות החשיבות של נושא התעסוקה בחוק השוויון, והחשיבות של התעסוקה בחברה הישראלית – אשר התבטאה עוד בהקמתם של כפרי העבודה בשנות ה-50 וה-60 – הצליחה חברת הכנסת גווינסקי לגבש סביבה חברי כנסת ושחקנים נוספים ולהביא לחקיקה רחבה בתחום השיקום בכלל. חקיקה זו, שעייגה את התעסוקה בחוק השיקום, הפכה את הקערה על פיה. עד אז המענים שהוצעו לאנשים עם מוגבלות נפשית היו מוגבלים ומפוזרים בין גופים ומשרדים שונים. מאז ואילך הם הפכו לאוכלוסייה ייחודית המקבלת שירותי שיקום רבים, ואלה מעוגנים בחקיקה.

### מגבלות המחקר והמלצות למחקרי המשך

בסעיף זה אציג כמה ממגבלות המחקר, ולצידן המלצות למחקרי המשך. על אף הגיון בבחירת המרואינים, ההתבססות על ראיונות מעלה סוגיה הנוגעת לייצוגיותם (Kirby, 2008). סוגיה נוספת נוגעת לאמינות הזיכרון ולנטייה לנוסטלגיות – בעיקר בקרב מרואינים מבוגרים הנשאלים על אירועים שהתרחשו לפני שנים רבות (Abrams, 2016). כדי להתמודד עם המגבלה הזאת ולהשלים את הפאזל מזוויות נוספות אותרו מקורות ראשוניים מארכיון המדינה ומארכיון הכנסת.

נוסף על כך, המחקר התמקד בגורמים בתוך משרד הבריאות ובכאלו העוסקים בתחום בריאות הנפש, ולכן לא נערכו ראיונות עם גורמים מתחומים וממשרדים אחרים, למשל משרד הרווחה והמוסד לביטוח לאומי. מחקר המשך יוכל להמשיך ולהעמיק בתפיסות של קובעי מדיניות ואנשי מקצוע בתוך משרדים אלו ואחרים כלפי תעסוקת אנשים עם מוגבלות נפשית.

עוד מגבלה נוגעת בכך שהמחקר לא כלל ראיונות עם המטופלים עצמם על אודות התקופה הנידונה. מחקר המשך יוכל להתמקד בחוויותיהם של אנשים עם מוגבלות נפשית אשר קיבלו שירותי תעסוקה או נדחו מהם, וכן לבחון כיצד חוק השיקום השפיע על אפשרויות התעסוקה שהוצעו להם, זאת לאור ריבוי האנשים הנמצאים במסגרות "מוגנות", ומקבלים שכר זעום ושירותי (אורבך ואחי, 2016; רימרמן וכץ, 2004).

מחקר המשך נוסף וראוי יברר כיצד ההפרטה של שירותי השיקום התעסוקתי משפיעה עליהם ועל האוכלוסייה שהם ניתנים לה. משרד הבריאות, ובאופן ספציפי – מחלקת השיקום באגף לבריאות הנפש, הם כיום רגולטור של שירותי התעסוקה, וגורמים אחרים מספקים את שירותי השיקום באמצעות מיקור חוץ, עמותות ויזמים.

לסיכום, במחקר זה ביקשתי לתת מענה ללקונה שהייתה קיימת בספרות ובמחקר על אודות המדיניות התעסוקתית לאנשים עם מוגבלות נפשית בתקופה הנידונה. הבנת ההשתלשלות ההיסטורית מבהירה את המצב בהווה ועונה על השאלות מדוע מערכת הבריאות הקימה ופיתחה שירותי שיקום תעסוקתי במהלך השנים, וכן מדוע היא עודנה מחזיקה באחריות לתעסוקתם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל.

## מקורות

אבירם, א' (1981). הפחתת אשפוזים פסיכיאטריים ושינוי דפוסי הטיפול בחולי נפש: ניתוח משווה. בתוך א' אבירם ו'י לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל** (עמ' 365–378). דפוס מבט.

אבירם, א' (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים והיערכות לעתיד. **Medicine, פסיכיאטריה**, 14, 14–23.

אבירם, א' (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל. **ביטחון סוציאלי**, 90, 155–188.

אבירם, א' (2013). **החוק לרפורמה בשיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים**. נייר מדיניות מס' 2013.15. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

אבירם, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.

אבירם, א', גיא, ד' וסייקס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995–1997: הזדמנות שהוחמצה. **ביטחון סוציאלי**, 71, 53–83.

אבירם, א' ודהאן, נ' (2007). תוכנית הראורגניזציה של שירותי בריאות הנפש בישראל, 1972: גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים. בתוך א' אבירם, ג' גל ו'י קטן (עורכים), **עיצוב מדיניות חברתית בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 193–238). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

אבירס, א', זילבר, נ', לרנר, י' ופופר, מ' (2006). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ומאפייניהם. בתוך א' אבירס וי' גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 239–254). צ'ריקובר.

אבירס, א', ולבב, י' (1981). מגמות וסוגיות בבריאות נפש קהילתית בישראל. בתוך א' אבירס וי' לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל** (עמ' 11–13). דפוס מבט.

אבירס, א' ורוזן, ה' (1998). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי. **חברה ורווחה**, 18, 161–190.

אבירס, א', ושניט, ד' (1981). **טיפול פסיכיאטרי וחירויות הפרט: אשפוז כפוי של חולי-נפש בישראל**. זמורה, ביתן, מודן.

אורבך, ד', אלון, י', אלחרר, א', וינטראוב, נ', חכים, א', כהן, ה', סלומון, ר' ועתאמנה, ע' (2016). **מפעלים מוגנים בישראל: דוח משפטי. בחינת חוקיות ההסדרים הקיימים והצעת חלופות**. האוניברסיטה העברית בירושלים, הפקולטה למשפטים, הקליניקה לזכויות אנשים עם מוגבלויות.

אליצור, א' (1998). מיסוד ואל-מיסוד: ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף. **חברה ורווחה**, יח(1), 13–32.

אלמוג, ע' (2004). **הצבר – דיוקן**. עם עובד.

אלרועי, א' וסמואל, ה' (2019). **שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה: בין מדיניות ליישום**. מכון מאיר-סג"ל-גוינט-ברוקדייל.

בילן, י' ולבב, י' (1981). הפסיכיאטריה בישראל: מבט בין-תרבותי. בתוך א' אבירס וי' לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל** (עמ' 69–89). גומא.

בן יהודה, צ' וצדוק, ד' (2021). **הגבלות על הגשת הצעות חוק פרטיות: סקירה משווה**. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

בס ספקטור, ש' (2010). **זכויות חברתיות ושירותי הרווחה האישיים בישראל**. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

גיא, ד' (2004). **חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, 1995–1998**. (חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה)

גרוס, ר', רוזן, ב' ושירוס, א' (2014). מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. **ביטחון סוציאלי**, 93, 77–107.

גריפל, א' ומישור בן דוד, א' (2017). **חנות "כלים שלובים": דוח מסכם של מחקר הערכה**. המוסד לביטוח לאומי.

דודאי, ר', לייטנר, ר' ווקס, ס' (2007). העבודה כמפתח להחלמה. בתוך מ' לכמן ונ' הדס לידור (עורכים), **קריאה מנקודות מבט שונות בשיקום ובהחלמה בבריאות הנפש** (עמ' 467–484). ליתם.

דורון, א', ינאי, א' וגל, ג' (1997). **סל שירותי רווחה אישיים: מסמך לדיון**. משוב.

דרור, ח' (2009). "רפורמה בשיטת הסלמי": תפקיד הפקידות הממשלתית בקביעת מדיניות על פני זמן. חקר המקרה הרפורמה בבריאות הנפש בישראל בשנים 1995–2009. (עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך, האוניברסיטה העברית בירושלים)

הוראות כלליות, הוראות והודעות התע"ס: יחסי גומלין בין שירותי הבריאות ושירותי הרווחה בתחום הטיפול בחולי נפש בקהילה. הוראה 1.9 (1973).

וייס-גל, ע' וגל, ג' (2011). פרקטיקת מדיניות בעבודה סוציאלית. מאגנס.

ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990.

זלשיק, ר' (2008). עד נפש: מהגרים, עולים, פליטים והממסד הפסיכיאטרי בישראל. הקיבוץ המאוחד.

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994**

**חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, תשנ"ב-1992**

**חוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955**

**חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998**

**חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000**

**חוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958**

חזן, ש' (1963, נובמבר). חולי-רוח בחופשה משתוללים. מעריב.

טיפול בנכים, הוראות והודעות התע"ס: שרותי אבחון ושיקום – מרכזי שיקום. הוראה 5.12 (1998).

טיפול בנכים, הוראות והודעות התע"ס: שירותי שיקום בקהילה גילאי 21–65, הוראה 5.17 (1997).

ינאי, א' (2006). חוק שירותי הסעד, תשי"ח-1958: האומנם יסוד וערובה לרווחת האוכלוסייה? קבוצת המחקר למדיניות חברתית, האוניברסיטה העברית ומשרד הרווחה.

כץ, נ', רווח, ע' וזיו, א' (2009). "עגלות קפה": מסגרת תעסוקה שיקומית בסביבת חיים נורמטיבית לאנשים המתמודדים עם הפרעה נפשית. המוסד לביטוח לאומי.

לוי, ע' (1985). החוק האיטלקי (הנועז) לטיפול בחולי-נפש. פסיכיאטריה ומשפט, מח(5), 7–10.

לוי, ע' ודוידסון, ש' (1988). שיקום פסיכיאטרי בישראל. שיחות, 2(3), 202–209.

לכמן, מ' (1983). ניתוח המבנה הארגוני של מערכת שירותים (חברתיים-רפואיים) לחולה נפש (חלוקה לאחריות בין שירותים קהילתיים ומוסדיים): המקרה של מועדון שלום. (עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך, האוניברסיטה העברית בירושלים)

לכמן, מ' (1998). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? חברה ורווחה, יח(1), 45–63.

לכמן, מ' והדס-לידור, נ' (2007). בדרך אל ההחלמה: שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה. בתוך מ' לכמן ונ' הדס-לידור (עורכים), **קריאה מנקודות מבט שונות בשיקום ובהחלמה בבריאות הנפש** (עמ' 121–134). ליתם.

לרנר, י' והורניק-לוריא, צ' (2014). **מעקב אחרי מסלולי הניידות השונים במערך השיקום התעסוקתי והדיורי של נפגעי הנפש בישראל**. מכון פאלק לחקר שירותי בריאות הנפש והמוסד לביטוח לאומי.

מבקר המדינה (1991). **דוח שנתי מס' 41 לשנת 1990 ולחשבונות שנת הכספים, 1989**.

מבקר המדינה (2016). **משרד הבריאות: שיקום נכי נפש בקהילה (דוח שנתי 166)**. משרד מבקר המדינה.

מור, ש' (2012). שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות בתעסוקה: מתיקון הפרט לתיקון החברה. **עיוני משפט, לה, 97–150**.

מור, ש' (2019). עשרים שנה לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות: קווים לדמותה של מהפכה משפטית בהתהוות. **משפט וממשל, כ, 267–301**.

מילר, ל' (1981). התערבות קהילתית והרקע ההיסטורי של בריאות נפש קהילתית בישראל. בתוך א' אבירם וי' לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל** (עמ' 27–34). דפוס מבט.

מרגולין, י' וויצטום, א' (2009). פסיכיאטריה ומשפט בארץ ישראל: היבטים היסטוריים. **רפואה ומשפט, 41, 124–140**.

מרגולין, י' (1978). **לקראת שירותים קהילתיים לבריאות הנפש בישראל: פעולות קרן הנאמנות בשנים 1967–1976**. קרן הנאמנות לפיתוח שירותים לבריאות הנפש.

מרוז, מ' והדס, נ' (1993). היחידה להרגלי עבודה בשלוותה: טיפול תעשייתי עם מבט לקהילה. **כתב עת לריפוי בעיסוק, 2, H37–H32**.

מרק, מ', וסיגל, ג' (2009). הזכויות לשירותי בריאות הנפש ומדיניות הפעלתם בישראל: בין רפואה, משפט וחברה. **משפט רפואי וביו-אתיקה, 2(22), 31–33**.

מרק, מ', פלדמן, ד' ורבינוביץ, י' (1996). מדוח נתניהו ועד חוק ביטוח בריאות ממלכתי: יישום הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל. **חברה ורווחה, טז, 185–197**.

משרד הבריאות (2021). **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2021**.

סטולר-ליס, ש', שורץ, ש' ושני, מ' (2015). **להיות עם בריא בארצנו: בריאות הציבור בעלייה הגדולה (1948–1960)**. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

סער, ר' (1995, 16 במרץ). **השרה נמיר: שחרורם של אלפי חולי נפש יסכן אותם ואת הקהילה הארץ**.

ספיבק, מ' (1981). שיקום קהילתי של אנשים במצב של דה-סוציאליזציה. בתוך א' אבירם וי' לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל** (עמ' 347–365). דפוס מבט.

עדן-ברוך, י', מורן, ג', עזאיזה, פ' ולכמן, מ' (2015). "תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי": מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום? **חברה ורווחה**, לה(1), 7–32.

**עולמנו** (1986, אוגוסט).

ענבר, ל' (1990). **שיקום נכים במסגרת חברת "המשקם" 1989**. המוסד לביטוח לאומי, סקר מס' 72.

פלדמן, ד' ובר און, י' (2001). תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה. **ביטחון סוציאלי**, 61, 80–107.

פרץ-וייסוידובסקי, נ' ואבירם, א' (2017). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: יזמות, מנהיגות וניצול הזדמנויות בעיצוב מדיניות. **ביטחון סוציאלי**, 101, 141–167.

קנר, נ' (1993). **כפר שאול: ציוני דרך**. אגודת ידידי בית חולים כפר שאול.

רוזנמן, י', מרגולין, י' וויצטום, א' (2015). בית החולים לחולי נפש בעכו כמשל לפסיכיאטריה במדינת ישראל. **עיונים בתקומת ישראל**, 25, 270–283.

רועה, ד' (2008). חזון ההחלמה בבריאות הנפש. בתוך י' טלר (עורך), **בדרך למעלה: פרקים בבריאות נפש קהילתית** (עמ' 177–191). אחווה.

רועה, ד', טל, א', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס-לידור, נ', תלם, ע' ולכמן, מ' (2011). שיקום פסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. **ביטחון סוציאלי**, 86, 85–105.

רימרמן, א' וכץ, ש' (2004). מדיניות התעסוקה המוגנת כלפי אנשים עם מוגבלויות קשות בארצות המערב ובישראל: סקירה ודיון. **ביטחון סוציאלי**, 65, 111–136.

רמון, ש' (1981). גישות של פוליטיקאים לחולי נפש: השוואה בין חברי הכנסת וחברי הפרלמנט הבריטי. **ביטחון סוציאלי**, 21, 127–144.

שטייר, ט"מ (2009). מדוע הם שתקו שוב? על מצבם הנפשי של ניצולי השואה והתייחסות החברה והמטפלים אליהם. **הרפואה**, 148(4), 219–223.

שפירא, מ' (1974). "המשקם" לקראת העתיד. האוניברסיטה העברית בירושלים.

שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תאוריה ויישום**. רמות – אוניברסיטת תל-אביב.

שרלין, ש' ורודמן, מ' (1975). **מודל מוצע לשרות סוציאלי בבית החולים הממשלתי שער-מנשה**. אוניברסיטת חיפה בשיתוף משרד הבריאות.

שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל: תהליכים ואתגרים. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 357–387). ציריקובר.

שרשבסקי, י' (2015). השיקום הקהילתי בבריאות הנפש בישראל. בתוך מ' חובב, ק' דובדבני וק' פלדמן (עורכים), **מהדורה להכלה: החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלות** (עמ' 71–101). כרמל.

תרשיש, נ' וגל, ג' (2021). איך שינוי נוצר? תהליך האימוץ של מדיניות מיצוי הזכויות במוסד לביטוח לאומי. *ביטחון סוציאלי*, 113, 139–170.

Abrams, L. (2016). *Oral history theory*. Routledge.

*Americans with Disabilities Act, 1990*.

Ankele, M. (2016). The patient's view of work therapy: The mental hospital Hamburg-Langenhorn during the Weimar Republic. In W. Ernst (Ed.), *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015* (pp. 238–261). Manchester University Press.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095655>

Anthony, W. A. (2010). Shared decision making, self-determination and psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), 87–88. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2975/34.2.2010.87.88>

Anthony, W. A., Howell, J., & Danley, K. S. (1984). Vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. In M. Mirabi (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services* (pp. 215–237). Spectrum.

Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542–559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>

Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2011). Benchmark outcomes in supported employment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 230–236. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598083>

Béland, D. (2005). Ideas and social policy: An institutionalist perspective. *Social Policy & Administration*, 39(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00421.x>

Béland, D. (2010). Policy change and health care research. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4), 615–641. <https://doi.org/10.1215/03616878-2010-019>

Béland, D. (2016). Ideas and institutions in social policy research. *Social Policy & Administration*, 50(6), 734–750. <https://doi.org/10.1111/spol.12258>

Béland, D., & Cox, R. H. (Eds.) (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford University Press.



- Blank, A. A., Harries, P., & Reynolds, F. (2015). “Without occupation you don't exist”: Occupational engagement and mental illness. *Journal of Occupational Science*, 22(2), 197–209.  
<https://doi.org/10.1080/14427591.2014.882250>
- Bloomfield, B. P., & McLean, C. (2003). Beyond the walls of the asylum: Information and organization in the provision of community mental health services. *Information and Organization*, 13(1), 53–84.  
[https://doi.org/10.1016/S1471-7727\(02\)00021-0](https://doi.org/10.1016/S1471-7727(02)00021-0)
- Blyth, M. (2001). The transformation of the Swedish model: Economic ideas, distributional conflict, and institutional change. *World Politics*, 54(1), 1–26.  
<https://doi.org/10.1353/wp.2001.0020>
- Boardman, J. E. D., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 467–468. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.467>
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, 166, 244–275.
- Bond, G. R., & McDonel, E. C. (1991). Vocational rehabilitation outcomes for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1(3), 9–20. <https://doi.org/10.3233/JVR-1991-1303>
- Brady, D., Marquardt, S., Gauchat, G., & Reynolds, M. M. (2016). Path dependency and the politics of socialized health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(3), 355–392. <https://doi.org/10.1215/03616878-3523946>
- Campbell, A. L. (2011). Policy feedbacks and the impact of policy designs on public opinion. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(6), 961–973.  
<https://doi.org/10.1215/03616878-1460542>
- Capoccia, G. (2016). When do institutions “bite”? Historical institutionalism and the politics of institutional change. *Comparative Political Studies*, 49(8), 1095–1127. <https://doi.org/10.1177/0010414015626449>
- Carstensen, M. B., & Schmidt, V. A. (2016). Power through, over and in ideas: Conceptualizing ideational power in discursive institutionalism. *Journal of European Public Policy*, 23(3), 318–337.  
<https://doi.org/10.1080/13501763.2015.1115534>
- Charland, L. (2007). Benevolent theory: Moral treatment at the York Retreat. *History of Psychiatry*, 18(1), 61–80.  
<https://doi.org/10.1177/0957154X07070320>

- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: A conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>
- Cockerham, W. (2016). *Sociology of mental disorder*. Prentice Hall.
- Davis, L., Fulginiti, A., Kriegel, L., & Brekke, J. S. (2012). Deinstitutionalization? Where have all the people gone? *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 259–269. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0271-1>
- Deegan, P. E. (1992). The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3–19.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095769>
- Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G., & Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 301–315. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0549-4>
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason* (Trans.: R. Howard). Random House (Original work published 1961).
- Friedman, P. R. (1974). The mentally handicapped citizen and institutional labor. *Harvard Law Review*, 87(3), 567–587. <https://doi.org/10.2307/1339954>
- Galbraith, D. J. (1963). The RMPA study tour in Israel: November, 1961. *The British Journal of Psychiatry*, 109(459), 303–317.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.109.459.303>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Aldine.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. Sage.
- Grob, G. N. (1995). The paradox of deinstitutionalization. *Society*, 32(5), 51–59.
- Grob, G. N. (2014). *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. Princeton University Press.
- Hall, P. A. (1993). Policy paradigms, social learning, and the state: The case of economic policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275–296.  
<https://doi.org/10.2307/422246>
- Harcourt, B. E. (2011). Reducing mass incarceration: Lessons from the deinstitutionalization of mental hospitals in the 1960s. *Ohio State Journal of Criminal Law*, 9(1), 53–88.

- Harris, B. (2016). Therapeutic work and mental illness in America, c. 1830–1970. In W. Ernst (Ed.), *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015* (pp. 55–77). Manchester University Press.
- Hefez, A. (1974). The psychiatric work village in Israel: The Mizra experiment in rehabilitation. *Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines*, 12(3), 194–202.
- Hornik-Lurie, T., Zilber, N., & Lerner, Y. (2012). Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel: The factors involved. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1(24), 1–9. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-24>
- Kanter, A. S. (1993). A home of one's own: The Fair Housing Amendments Act of 1988 and housing discrimination against people with mental disabilities. *The American University Law Review*, 43(3), 925–994.
- Kay, A. (2012). Policy trajectories and legacies: Path dependency revisited. In E. Araral, S. Fritzen, M. Howlett, M. Ramesh, & X. Wu (Eds.), *Routledge handbook of public policy* (pp. 480–490). Routledge.
- Keidar, E. (2023). The psychiatric work villages in Israel: A micro working-community. *History of Psychiatry*. Accepted for Publication.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Aas, R. W., & Davidson, L. (2014). “Balancing on skates on the icy surface of work”: A metasyntesis of work participation for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 125–138. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9445-x>
- Kirby, R. K. (2008). Phenomenology and the problems of oral history. *The Oral History Review*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.1093/ohr/ohm001>
- Kronenberg, C., Doran, T., Goddard, M., Kendrick, T., Gilbody, S., Dare, C. R., Aylott, L., & Jacobs, R. (2017). Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 67(661), e519–e530. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691721>
- Levy, A., & Neumann, M. (1988). Community psychiatric rehabilitation in Israel. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11(1), 37–46. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00004356-198803000-00005>
- March, J. G., & Olsen, J. P. (2008). The new institutionalism: Organizational factors in political life. *Revista de Sociologia e Política*, 16, 121–142. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782008000200010>

- Matheson, L. N., Ogden, L. D., Violette, K., & Schultz, K. (1985). Work hardening: Occupational therapy in industrial rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(5), 314–321.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.39.5.314>
- Mazor, U., & Doron, I. (2011). The meaning of community rehabilitation for schizophrenia patients in Israel. *Community Mental Health Journal*, 47(3), 351–360. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9324-2>
- McDowell, C., & Fossey, E. (2015). Workplace accommodations for people with mental illness: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9512-y>
- McGurrin, M. C. (1994). An overview of the effectiveness of traditional vocational rehabilitation services in the treatment of long term mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 37–54.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095576>
- Mechanic, D., & Rochefort, D. A. (1990). Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annual Review of Sociology*, 16, 301–327.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.so.16.080190.001505>
- Merriam, S. B. (2002). Introduction to qualitative research. In S. B. Merriam & Robin S. Grenier (Eds.), *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis* (pp. 1–17). John Wiley & Sons.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative case study research: A guide to design and implementation*. Jossey-Bass.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Mollica, R. F. (1983). From asylum to community: The threatened disintegration of public psychiatry. *New England Journal of Medicine*, 308(7), 367–373.  
<https://doi.org/10.1056/NEJM198302173080705>
- Mor, S. (2007). “Tell my sister to come and get me out of here”: A reading of ableism and orientalism in Israel’s immigration policy (the first decade). *Disability Studies Quarterly*, 27(4), 22–35.  
<https://doi.org/10.18061/dsq.v27i4.43>
- Morrow, M., Wasik, A., Cohen, M., & Perry, K. M. E. (2009). Removing barriers to work: Building economic security for people with psychiatric disabilities. *Critical Social Policy*, 29(4), 655–676.  
<https://doi.org/10.1177/0261018309341904>

- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465–497. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Neffinger, G. G. (1981). Partial hospitalization: An overview. *Journal of Community Psychology*, 9(3), 262–269. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198107\)9:3<262::AID-JCOP2290090311>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198107)9:3<262::AID-JCOP2290090311>3.0.CO;2-B)
- Nelson, G., & Laurier, W. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 37(4), 123–146. <https://doi.org/10.15453/0191-5096.3563>
- Novella, E. J. (2008). Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: A critical review. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(3), 303–314. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9123-5>
- Novella, E. J. (2010). Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: A retrospective and prospective view. *Health Care Analysis*, 18(3), 222–238. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0138-8>
- Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327–344. <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
- Paterson, C. F. (2014). A short history of occupational therapy in mental health. In W. Bryant, J. Fieldhouse, & K. Bannigan, (Eds.), *Creek's occupational therapy and mental health* (pp. 2–13). Elsevier Health Sciences.
- Perkins, B. (2018). The ADA and the fight against employment discrimination. *UIC John Marshall Law Review*, 52, 51–82.
- Peters, B. G. (2022). Institutional theory. In C. Ansell & J. Torfing (Eds.), *Handbook on theories of governance* (pp. 323–335). Edward Elgar Publishing.
- Pierson, P. (2004) *Politics in time: History, institutions, and social analysis*. Princeton University Press.
- Pope, D., & Bamba, C. (2005). Has the Disability Discrimination Act closed the employment gap? *Disability and Rehabilitation*, 27(20), 1261–1266. <https://doi.org/10.1080/09638280500075626>
- Rinaldi, M., Perkins, R., McNeil, K., Hickman, N., & Singh, S. P. (2010). The individual placement and support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health*, 19(6), 483–491. <https://doi.org/10.3109/09638230903531100>

- Roe, D., Gross, R., Kravetz, S., Baloush-Kleinman, V., & Rudnick, A. (2008). Assessing psychiatric rehabilitation service (PRS) outcomes in Israel: Conceptual, professional and social issues. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(2), 103–110.
- Rogers, J. A. (1995). Work is key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 5–10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095485>
- Rosenthal, D. A., Dalton, J. A., & Gervery, R. (2007). Analyzing vocational outcomes of individuals with psychiatric disabilities who received state vocational rehabilitation services: A data mining approach. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 357–368. <https://doi.org/10.1177/0020764006074555>
- Scheid, T. L. (2008). Competing institutional demands: A framework for understanding mental health policy. *Social Theory & Health*, 6(4), 291–308. <https://doi.org/10.1057/sth.2008.12>
- Scheid, T. L., & Brown, T. N. (2009). Mental health systems and policy. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health* (pp. 407–419). Cambridge University Press.
- Schmidt, V. A. (2008). Discursive institutionalism: The explanatory power of ideas and discourse. *Annual Review of Political Science*, 11, 303–326. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.11.060606.135342>
- Scull, A. (1985). Deinstitutionalization and public policy. *Social Science & Medicine*, 20(5), 545–552. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90371-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90371-5)
- Shen, G. C., & Snowden, L. R. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: A cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-47>
- Shor, R., & Avihod, G. (2018). Rehabilitative Beit Midrash as a means for advancing the community integration of Ultra Orthodox Jewish persons with severe mental illness. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(7), 698–706. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1517303>
- Slavinsky, A. T., & Krauss, J. B. (1982). Two approaches to the management of long-term psychiatric outpatients in the community. *Nursing Research*, 31(5), 284–289. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006199-198231050-00007>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage.
- Stone, D. (1984). *The disabled state*. Temple University Press.

- Swinkels, M. (2020). How ideas matter in public policy: A review of concepts, mechanisms, and methods. *International Review of Public Policy*, 2(2–3), 281–316. <https://doi.org/10.4000/irpp.1343>
- Thelen, K. (2004). *How institutions evolve: The political economy of skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*. Cambridge University Press.
- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., & Leung, O. (2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: A review of literature since the mid-80s. *Journal of Rehabilitation*, 66(2), 19–31.
- Van der Heijden, J. (2011). Institutional layering: A review of the use of the concept. *Politics*, 31(1), 9–18. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2010.01397.x>
- Vick, A., & Lightman, E. (2010). Barriers to employment among women with complex episodic disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 21(2), 70–80. <https://doi.org/10.1177/1044207309358588>
- Vocational Rehabilitation Act*, 1920.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). “Doing” health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308–317. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>
- Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. Routledge.
- Weiss, J. A. (1990). Ideas and inducements in mental health policy. *Journal of Policy Analysis and Management*, 9(2), 178–200. <https://doi.org/10.2307/3325411>
- Wells, J. S. G. (2006). Hospital-based industrial therapy units and the people who work within them: An Irish case analysis using a soft-systems approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00921.x>
- Wilton, R. D. (2004). More responsibility, less control: Psychiatric survivors and welfare state restructuring. *Disability & Society*, 19(4), 371–385. <https://doi.org/10.1080/09687590410001689476>
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage.