

החוק הישראלי לשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה: הישגים ואתגרים

חלק א. הרפורמה השיקומית: החוק ויישומו

אורי אבירם¹, מקס לכמן² וענת איפרגן³

המאמר מתאר את העקרונות העומדים בבסיסו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה ואת הליך חקיקתו, וכן סוקר את הישגיו בשני העשורים הראשונים ליישומו. המחקר בחן את הרכיבים העיקריים של החוק והתייחס לאוכלוסיית היעד, לתקציב, לכוח האדם ולשירותים, וכן לסוגיות שהרפורמה נאלצת להתמודד עימן. המחקר הסתייע בנתונים סטטיסטיים רשמיים ובשורת ראיונות עם אנשי מקצוע וקובעי מדיניות בבריאות הנפש, בתחום השיקום ובתחומי רווחה. נמצא כי ב-2021 הגיע מספרם של מקבלי שירותי שיקום בקהילה ל-33,412, שהם כחמישית מהאוכלוסייה הזכאית, לפי אומדן. עם בני המשפחות יחד, מדובר בכ-4% מהאוכלוסייה הכללית. לאורך השנים חלו שינויים במאפייניהם של מקבלי השירות, עלה באופן ניכר שיעור התקציב המיועד לשיקום מתוך התקציבים המוקצים לבריאות הנפש, גדל היקף פעילותם של השירותים הניתנים במסגרת החוק – בפרט בתחומי הדיוור, התעסוקה, ההשכלה והפנאי –

תודות לליז אביטן, מנהל המחקר והתכנון, ביטוח לאומי; אורלי מנור, בית הספר לבריאות הציבור, הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים; אינה פונצ'וב, אנף המידע, משרד הבריאות; אלי קהן, אנף החשבות, משרד הבריאות; ניר קידר, משרד הרווחה והביטחון החברתי; וגדי רוזנטל, עמותת משפחות בריאות הנפש. עוד אנו מודים למומחים ולחוקרים רבים שניאמו להתראיין לצורך מחקר זה. תודות גם על תמיכתה של קרן המחקר לסגל האקדמי בנמלאות של האוניברסיטה העברית בירושלים במחקרו של פרופ' אבירם.

לקראת סיום כתיבת המאמר, ב-7 באוקטובר 2023, פרצה מלחמת חרבות ברזל. הנתונים במאמר נכונים לתקופה שלפני פרוץ המלחמה, ובהמשך יהיה צורך להעריך את השינויים שסביר כי יחולו בעקבותיה.

¹ פרופסור אמריטוס, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים; הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המכללה האקדמית רופין

² פרופסור אמריטוס, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה; יספר"א – האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי

³ בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים; בית הספר לעבודה סוציאלית על שם בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב

ופותחו מגוון התערבויות מכוונות החלמה. נוסף על כך חל צמצום ניכר בהיקפה של מערכת האשפוז. לצד הישגיה של הרפורמה, חלקו השני של המאמר מצביע על סוגיות אחדות שיש להידרש להן לקראת העשורים הבאים ליישום החוק. לסיכום, תהליך החקיקה של החוק מלמד על יכולתם של מחוקקים, אנשי מקצוע, גורמים במגזר הציבורי וארגונים אזרחיים להתלכד למען חזון משותף ולחולל שינוי מדיניות. לצד זאת, שינוי מדיניות הוא אירוע מתמשך ודינמי, שראוי לבחון כל העת. ראוי להקים ועדת מומחים בלתי תלויה שתבחן את ההתאמות הנדרשות לאור המסקנות המוצגות במאמר.

מילות מפתח: מוגבלות נפשית, שיקום פסיכיאטרי בקהילה, חקיקה חברתית, יישום מדיניות ציבורית

תקציר לקהל הרחב

המחקר בחן את יישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה בעשרים השנים הראשונות לאחר חקיקתו, והתמקד ברכיביו העיקריים: אוכלוסיית היעד, התקציבים המופנים ליישומו, כוח האדם המפעיל אותו והשירותים הניתנים במסגרתו. מאמר זה הוא הראשון מבין שניים המציגים את ממצאי המחקר. הוא מתאר את העקרונות המרכזיים של חוק שיקום נכי נפש בקהילה ואת הליך החקיקה שלו, וסוקר את הישגיו בעשרים השנים הראשונות ליישומו. במאמר ההמשך, המציג את חלקו השני של המחקר, מוצגים אתגרים וסוגיות הדורשים התייחסות לקראת המשך יישומו של החוק. נמצא במחקר כי מספר הזכאים לקבלת שירותי שיקום הלך וגדל מאז תחילת יישומו של החוק, והגיע בשנת 2021 ל-33,412 אנשים – שהם כחמישית מהאוכלוסייה הזכאית לקבלת השירותים, לפי אומדן. כן חל גידול ניכר בשיעור התקציב המיועד לשיקום מתוך כלל התקציבים המוקצים לתחום בריאות הנפש. היקף הפעילות של השירותים הניתנים במסגרת שירותי השיקום התרחב, בפרט בתחומי הדיור, התעסוקה ההשכלה והפנאי, ופותחו מגוון התערבויות מכוונות החלמה המיועדות לאוכלוסיית היעד של החוק. זאת ועוד, במהלך שנות היישום של החוק חל צמצום ניכר בהיקפה של מערכת האשפוז. מן המחקר עולה כי שינוי מדיניות הוא אירוע מתמשך ודינמי הדורש בחינה מתמדת. ראוי להקים ועדת מומחים בלתי תלויה שתבחן את ההתאמות הנדרשות לאור המסקנות המוצגות במאמר.

הקדמה

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה⁴ (2000; להלן, חוק השיקום) הוא מהחוקים החברתיים החשובים שנחקקו בישראל (Aviram et al., 2012), ומן המתקדמים מסוגו בעולם בתחום בריאות הנפש (Drake et al., 2011). מאמר זה הוא הראשון מבין שניים אשר מציגים מקרה בוחן של שינוי מדיניות באמצעות חוק שיקום נכי נפש בקהילה. במאמר נתאר את החוק ונסקור את הישגיו לאורך שני העשורים הראשונים ליישומו. נתחיל בתיאור עיקריו של החוק, ייחודו וחשיבותו; נתייחס בקיצור להליך, לנסיבות ולתנאים שהובילו לחקיקתו; נבהיר את הבסיס הקונספטואלי להערכה; נתייחס לכלים השלובים ולתלות ההדדית בין שירותי בריאות הנפש ושירותי הרווחה בכלל; ונעמוד על הישגיה של הרפורמה השיקומית בשני העשורים הראשונים ליישומה. במאמר השני, המפורסם בהמשך למאמר זה, נציג את האתגרים העומדים בפני מערך השיקום והשירותים הנושקים לו לקראת העשורים הבאים ליישומו, ונדון בחובתנו כלפי הלקוחות שלנו – האנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

הרפורמה השיקומית, אשר יושמה בישראל בעקבות חוק זה החל משנת 2001, הביאה לשינויים ניכרים בשיקומם ובחייהם של אנשים עם מוגבלות זו. כמו כן, היא היתה לרכיב חשוב ואף הכרחי ברפורמה הרחבה בבריאות הנפש בישראל אשר יושמה ב-2015 (אבירם, 2012; אליצור ואח', 2004; חבר ואח', 2005; Aviram & Azary-Viesel, 2018a, 2018b), וזאת במסגרת המאמצים של המדינה זה ארבעה עשורים להסיט את מוקד הטיפול באנשים עם מחלות נפש ממערכת המבוססת בעיקרה על בתי חולים פסיכיאטריים למערכות קהילתיות (אבירם, 2010, 2019; אבירם ואח', 2006; מבקר המדינה, 2002, 2007, 2010, 2016; Aviram et al., 2007). 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 ונכנסה לתוקף ב-2015 – כנדרש על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994.

⁴ ביולי 2024 שונה שם החוק לחוק שיקום מתמודדי נפש בקהילה (חוק שיקום נכי נפש בקהילה) [תיקון מס' 2, 2024]. המאמר נכתב טרם התיקון, ולכן נעשה בו שימוש בשמו המקורי של החוק. בחוק נעשה שימוש במושג נכי נפש, שכן הוא נחקק לפני שהמינוח השתנה בהשראת האמנה הבין-לאומית לזכויות אנשים עם מוגבלות (United Nations, 2006) ופורסמים על הקשר בין שפה לסטיגמה (Granello & Gorby, 2021).

חוק שיקום נכי נפש בקהילה אשר נחקק בשנת 2000, תוקצב לראשונה ב-2001 והוביל לרפורמה השיקומית, מייצג הרבה יותר מאשר חלופות לאשפוז פסיכיאטרי ממוסף. הוא משקף שינוי תפיסתי בהתייחסות לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, במחויבות החברה כלפיהם ובדרכים לסייע להם להשתלב בקהילה (שרשבסקי, 2006, 2015, 2022). הוא מתבסס על שיטות חדשניות לשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית קשה וממושכת בקהילה ולשילובם בחברה. בחקיקתו נקבע כי יוקצה עבורו תקציב ייעודי, וכי הפעלתו בפועל תיעשה במסגרת הקהילה.

החוק, והרפורמה השיקומית שיושמה בעקבותיו, יצרו הזדמנות לגיבוש עמדות חדשות ולהטמעת ידע ופרקטיקות שלא היו ידועים קודם לכן באשר לשיקום של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, לרבות עבודה בשיתוף פעולה הדוק עם מתמודדים ובני משפחותיהם. במסגרת יישום החוק, הרפורמה השיקומית נסתייעה רבות בקולות חדשים שהתבססו על חוויות החיים של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית (ראו למשל Chamberlin, 1979; Deegan, 1988; Leete, 1989; וכן בעבודותיהם של חוקרים דוגמת ביל אנתוני וצוותו מאוניברסיטת בוסטון, ואחרים (Anthony, 1993; Davidson et al., 2010; Slade, 2009b; Strauss, 1986). בעזרת כל אלה ואחרים פותחו שיטות ממוקדות אדם ומכוונות החלמה שהשפיעו על הפרקטיקה השיקומית בישראל.

מטרתו של מאמר זה על שני חלקיו היא לבחון את ההישגים של מערך השיקום בשני העשורים לקיומו, ועם זאת לנתח את הבעיות המכבידות על המשך התפקוד התקין שלו. עוד ננסה להצביע על דרכים לשיפור תפקודו ותפקידו של מערך השיקום במסגרת שירותי בריאות הנפש, לטובת שיקומם, רווחתם ואיכות חייהם של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

נוסף על כך, באמצעות הדיון בשינוי שהתרחש בעקבות הרפורמה השיקומית בשירותי בריאות הנפש ננסה לא רק לבחון את ההשלכות על יתר שירותי בריאות הנפש ועל שירותים חברתיים אחרים, אלא גם להדגים סוגיות העומדות בפני רפורמות חברתיות בכלל ולהתייחס לחזון ולמציאות הכרוכים בשינוי מדיניות מהותיים בשירותים החברתיים. לשיטתנו, רפורמות אינן מסתיימות בחקיקת חוק או בהחלטה על שינוי מדיניות; זו רק ההתחלה. שינוי מדיניות הוא תולדה של יישומן של החלטות במציאות מסוימת, והוא אירוע מתמשך ודינמי. הוא מוערך ונמדד כל העת לאור תוצאותיו ותורמתו למערכת השירותים לאוכלוסיית היעד של המדיניות, ולחברה בכללותה.

שיטת המחקר

שיטת המחקר התמקדה בניתוח תהליך מתמשך של שינוי מדיניות, מתוך הנחה ששינוי מדיניות הוא אירוע דינמי המושפע מיישומן של החלטות במציאות לאורך זמן. המחקר שערכנו 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) ומינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי. עוד ביצענו סקירת ספרות מקיפה של 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 שירותים במערך השיקום ובבריאות הנפש בכלל, וכן עם נציגים מעמותות של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית – צרכני השירותים, ועמותות של בני משפחה של מתמודדים.

המסגרת המושגית להערכה

שני מושגים עיקריים הנחו אותנו בהערכה: הדומינה, והסביבה התפקודית. **הדומינה**, שהיא תחום העיסוק העיקרי והמוסכם, מתייחסת לחמישה רכיבים עיקריים המתנים את קיומו ופעילותו של הארגון: אוכלוסיית היעד, הכסף או התקציב המוקצה לפעילותו, השירותים הניתנים, כוח האדם המספק את השירותים, וההסדרים החוקיים (חוק ותקנות) המסדירים את פעולתו (Aldrich, 2008; Aviram, 1979a, 1979b; Emery & Trist, 1965; Pfeffer & Thompson, 1967; Salanick, 2003). **הסביבה התפקודית** של הארגון מתייחסת לאותם מוסדות וארגונים המאפשרים או מתנים את פעילותו של הארגון הספציפי לפי אותם רכיבים שצינו, את התשומות והתוצרים של הארגון, ואת המעשה העיקרי שלו בתחום שהוא פועל במסגרתו (Aldrich, 2008; Aviram, 1979a, 1979b; Emery & Trist, 1965).

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה

מטרת החוק היא "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של אנשים המתמודדים 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" (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000). החוק מתבסס על שני עקרונות יסוד: (1) לאדם המתמודד עם נכות על רקע נפשי יש זכות בסיסית לשיקום; (2) סל שירותי השיקום שיוקצה לאנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית יתבסס על שיקול דעת מקצועי. החוק ציין במפורש את סל השיקום שהוועדה המקצועית יכלה להקצות ממנו למשתתפים,⁵ והוא כלל את התחומים הללו: תעסוקה, דיור, השלמת השכלה, חברה ופנאי, סיוע למשפחות וטיפול שניניים.

בהפעלת החוק, סל השירותים ניתן על בסיס תוכנית שיקום פרטנית המעמידה במוקד את האדם ואת שאיפותיו. זאת ועוד, למרות ניסיונותיהם של מוסדות האשפוז 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 על ידי פסיכיאטר או על ידי מי שהוסמך לקבוע אחוזי נכות לצורך תשלום גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, ונקבעו לו 40% נכות לפחות בגין הפרעה נפשית, על פי אמות המידה של תקנות הביטוח הלאומי.⁶ סל השיקום נקבע על ידי גורם מקצועי, וקבלתו אינה תלויה תקציב אלא היא זכות כמו קצבאות אחרות של המוסד לביטוח לאומי.

עוד קבע החוק כי על שר הבריאות למנות מועצה ארצית שתפקידה יהיו לייעץ לשר בעניין מדיניות שיקום רב-שנתית; תכנון שירותי השיקום בקהילה ושיפור איכותם, זמינותם, נגישותם ושוויוניותם; קביעת אמות מידה לנותני השירותים; ופיתוח תוכניות חינוך והסברה בקהילה. עוד על המועצה לספק לשר נתונים על ביצוע החוק וליוזם מחקרים בנושאי שיקום. עם חברי המועצה נמנים נציגיהם של משרדים ממשלתיים הממונים על נושאים חברתיים, לרבות

⁵ יוזמת החוק, ח"כ (לשעבר) תמר גוז'נסקי, העידה כי המטרה בהכללת סל השיקום כחלק אינטגרלי מהחוק היתה להגדיר בבירור את השירותים ולהימנע מדחיית יישום החוק או מיצירת תלות בתקנות או בתקציב, לצורך יישומו מיד לאחר החקיקה (תקשורת אישית, 16 באוקטובר 2021).

⁶ על פי סעיפים 33 (הפרעות נפשיות אורגניות, סכיזופרניה והפרעות דלזיווגניות) ו-34 (הפרעות במצב הרוח) [הפרעות אפקטיביות] של המוסד לביטוח לאומי. ראוי לציין כי להבדיל מהזכאות לפנות לשירותי שיקום, המבוססת על נכות רפואית בלבד, זכאות לקצבת נכות כללית מבוססת על אובדן כושר השתכרות נוסף על הנכות הרפואית.

משרד האוצר; נציגי מקצועות העוסקים בשירותי בריאות הנפש; נציגי השלטון המקומי; נציגי האקדמיה; נציגי ארגונים של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ונציגי ארגוני משפחות של מתמודדים. זו המועצה הסטטוטורית היחידה במשרד הבריאות המייצעת לשר במשרד.

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 ומזדורות. הניצנים הראשונים של תוכניות שיקום עבור אנשים שמתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה החלו כבר בשנות ה-60 וה-70 של המאה הקודמת, אולם אלה היו מעטים ונעשו בעיקר במסגרת מוסדות האשפוז (אבירם, 2007; אבירם ואח', 2006; שרשבסקי, 2015). אומנם חוק ביטוח בריאות ממלכתי (צו מס' 2, 2002, 1994) כלל את תחום בריאות הנפש, אולם בניגוד לאמור בחוק, העברתם של שירותי בריאות הנפש מאחריות הממשלה לקופות החולים נדחתה. זאת ועוד, החוק לא התייחס להיבטים של שיקום בקהילה. לאור כישלון הניסיון לרפורמה בבריאות הנפש בשנת 1995 (אבירם, 2007, 2019; דביר ושמיר, 2017), הבינו הרשויות כי מוגבלויות פסיכיאטריות, ובעיקר הקשות והממושכות, מחייבות תשומת לב מיוחדת, וכי התמודדות נאותה איתן עשויה לאפשר רפורמה כוללת בבריאות הנפש. במהלך השנים נעשו אומנם כמה פעולות, בעיקר באמצעות תוכניות דיור בקהילה כחלופות לאשפוז, אולם הן היו מעטות, ולא הביאו לשינוי מהותי בנושא (אבירם, 2010; שרשבסקי, 2006, 2015, 2022). בד בבד, אך באופן בלתי תלוי בניסיונות הממשל בנושא השיקום, התפתחה פעולת חקיקה עצמאית שמקורה בכנסת, ויכולה לשמש שיעור על קידום פעולות חקיקה המתמקדות בשיפור תנאי החיים של אוכלוסיות מוחלשות. לידתו של חוק השיקום היא דוגמה גם לחוק שמקורו ביוזמה שהחלה ברשות המחוקקת, ולא ברשות המבצעת.

הובילה את המהלך חברת הכנסת דאז תמר גוז'נסקי, שאף שהשתייכה למפלגה קטנה שמעולם לא היתה בשלטון, זכתה בקרב חברי הכנסת להערכה רבה 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 אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ואנשים בציבור שהטיפול באוכלוסייה זו ושיקומם היו חשובים להם (שרשבסקי, 2015; Perez-Vaisvidovsky & Aviram, 2019). נוסף על

כך, גו'נסקי התעקשה על כך שאנשים עם היסטוריה של אשפוז בנין מחלות נפש, וכן בני משפחה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית, ישתתפו בדיונים על עיצוב חוק השיקום, שנמשכו שנים מספר (שרשבסקי, 2022). אין לנו ספק כי הקפדתה בנושא זה תרמה להמשך ההתארגנות של עמותות של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ושל בני משפחה, ולמעורבותם בעיצובה של מדיניות בריאות הנפש בישראל (דביר ושמיר, 2017; לכמן ואח', 2018; Moran, 2018).

גם התנאים הסביבתיים, החוקיים, הפוליטיים והמינהליים סייעו בידי חברת הכנסת גו'נסקי והקואליציה שבנתה להעברת החוק. הצעת החוק שהגישה היתה הצעת חוק פרטית, אשר באותה עת לא היתה זקוקה לאישור הממשלה ועלות יישומה לא היתה מוגבלת, דוגמת החקיקה שבאה בעקבותיה (חוק יסוד: משק המדינה [תיקון מס' 6, 2003], 1975).

הממשל, שכלל בעיקר את משרד האוצר, משרד הבריאות והאגף לבריאות הנפש שבו, וכן גורמים במקצוע הפסיכיאטריה, הסתייגו בתחילה מהחוק, אשר לא היה בשליטתם המלאה; אולם כאשר הבינו כי החקיקה, הגם שאינה ביוזמת הממשל, תקדם את הרפורמה הרחבה בתחום הבריאות, וכן כי הסיכוי לחקיקתו של החוק גדול למרות התנגדות הממשלה והממסד הפסיכיאטרי, החליטו להצטרף ליוזמתה של חברת הכנסת גו'נסקי, ובכך לזכות באפשרות לעצב את החקיקה בהתאם לתפיסתם המקצועית והמינהלית (שרשבסקי, 2006, 2015; Perez-Vaisvidovsky & Aviram, 2019).

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

מן הראוי לציין כי בראשית יישומו של החוק, תחום השיקום בקהילה היה בישראל בחיתוליו. רק מעט ידע בתחום היה נגיש לאנשי המקצוע, שהכשרתם המקצועית היתה מבוססת בעיקרה על גישות טיפוליות. המפגש עם גישות בתחום השיקום הפסיכיאטרי שקידמו חוקרים שונים, ובהם אנתוני (Anthony, 1992) בונד, בסליה (Basaglia et al., 1987), קורין (Corrigan et al., 2008), דוידסון (Davidson, 2003), דרייק, ג'ונס, מיוור, רועה (Roe et al., 2022), סליד (Slade, 2009b), סולומון ותורניקרופט (Thornicroft & Tansella, 2009) אפשר תהליך למידה חשוב שתרגם לביסוס פרקטיקה שיקומית מכוונת החלמה.

זאת ועוד, הקהילה המקצועית התחברה לגישת ההחלמה שהתפתחה בעולם גם על ידי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית וגם על ידי אנשי מקצוע בולטים. עיקר התהליך הושפע מאבני היסוד של הגישה השיקומית מכוונת ההחלמה, שהדגישה כמה עקרונות: (1) חשיבותם של ההערכה והפיתוח של המוכנות לשיקום של האדם המחליט להשתקם, כדי להחזירו לשליטה בחייו ולהוביל שינוי; (2) הצבת מטרות אישיות; (3) גיבוש תוכנית שיקום פרטנית; (4) מעקב ופיתוח מתודות למדידת התהליך ותוצאות השינוי.

יסודות אלו הפכו לאורך השנים לאבני דרך של פרקטיקת השיקום בישראל, אולם בתחילת הדרך, אימוצה של גישה זו נתקל בהתנגדות לא מעטה מצד הפרופסיות הטיפוליות בבריאות הנפש והצריך שינוי עמדות. עקרונותיה של גישת ההחלמה היו שונים מהידע שהיה קיים באותם ימים בבריאות הנפש באשר ליכולת של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית להשתנות (לכמן, 2007). רוב האנשים היו מגיעים לשיקום פסיכיאטרי ללא מוכנות לשינוי, לאחר שהפנימו לאורך השנים את התפיסה כי אין טעם בהצבת מטרה אישית, וכי אין להם יכולת להוביל תהליך של שינוי והחלמה. עוד הם נאלצו להתמודד עם ניסיונותיו של הממסד לנצל את גישת ההחלמה כדי "להזיז" אנשים משירות לשירות, בלי לבדוק את יכולת הבחירה וההגדרה העצמית, שעמדה במרכז הגישה (Anthony, 1993; Anthony et al., 1990), וההגדרה העצמית, שעמדה במרכז הגישה (Anthony, 1993; Anthony et al., 1990; Anthony & Liberman, 1986; Anthony & Farkas, 2009, 2012; Anthony, 2002).

אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית היעד של החוק כוללת אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית קשה וממושכת, הכרוכה בקשיי תפקוד ובריאות רבים. בממד הנטל הכולל של מחלות (Global Burden of Disease), ארגון הבריאות העולמי דירג מוגבלויות נפשיות קשות וממושכות במיקום דומה לזה של מחלות לב ולמחלות ממאירות, והן נמנות עם עשרת הגורמים העיקריים המובילים לנכות בעולם (צ'רניחובסקי ובורס, 2014; Whiteford et al., 2013; Murray & Lopez, 1996). אוכלוסייה זו עלולה לסבול גם מעוני, מסטיגמה ומהדרה חברתית.

בישראל, קבוצת האנשים שהליקוי העיקרי שבגינו הם מקבלים קצבת נכות כללית הוא פסיכיאטרי היא הגדולה ביותר מקרב מקבלי קצבה זו. לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2005, סמוך לתחילת יישומו של החוק, היו 52,304 מקבלי קצבת נכות כללית אשר להם סעיפי נפש (ליקויים 33 ו-34 בלבד, מאחר שאלה הליקויים המצוינים בחוק נכי נפש בקהילה) 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 (המוסד לביטוח לאומי, 2001; אגף מחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי, תקשורת אישית, 21 בפברואר 2022).

נשאלת השאלה אם אוכלוסייה זו מהווה את כלל אוכלוסיית הזכאים בפועל. התשובה שלילית, שכן על פי החוק האדם צריך לפנות כדי שזכאותו תיבחן, אולם לא כל מי שעשוי להיות זכאי אכן פונה. רבים נמנעים מפנייה בגלל סיבות שונות, דוגמת התנגדות המשפחה או תחושת הסטיגמה הכרוכה בכך. כן מתברר כי רבים המשתייכים לאוכלוסייה מוגבלת וענייה אינם ערים לזכויותיהם כלל (גל ואח', 2009).

לאור זאת, ועל סמך מחקרים שנעשו על אנשים בישראל המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית קשה וממושכת (אבירם ואח', 1998; אבירם ורוזן, 2002), האומדן הזהיר של אוכלוסיית היעד לתחילת יישומו של החוק (2001) עמד על 85,000–100,000 בני אדם. לאור הגידול באוכלוסיית ישראל ב-47% בשנים 2000–2020, ניתן להעריך את אוכלוסיית היעד של חוק השיקום בשנת 2020 בכ-150,000 בני אדם, שיעור של 24 ל-1,000 איש באוכלוסייה בקבוצת הגיל הרלוונטית (+18)⁷ (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021א, 2021ב).

מספר זה מתאים גם להערכות על סמך הספרות. אם נוסיף לו את בני המשפחות הקשורים לאוכלוסייה זו, והנושאים במידה מרובה בטיפול בה, הרי מדובר בסך הכל ב-350,000 עד 400,000 בני אדם, שהם (בשנת 2020) אוכלוסיית היעד ברמה ראשונית ומשנית של מערך השיקום; שיעור של 57–65 ל-1,000 איש בגיל 18 ומעלה באוכלוסייה הכללית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021ב).

העלות הכלכלית והחברתית של מחלות נפש

לצערנו, ההוצאה הכלכלית הכוללת המוטלת על החברה בגלל מחלות נפש והשלכותיהן לא נמדדה עד כה בישראל. הוצאה זו, ולא רק בישראל, חורגת בהרבה מן התקציב הממשלתי המוקדש לשירותי בריאות הנפש (Mechanic et al., 2014). על סמך אומדן שנעשה

⁷ החישוב נעשה ביחס לאוכלוסייה הכללית בקבוצת הגיל +18 מכיוון שזו קבוצת הגיל הרלוונטית לזכאות לחוק שיקום.

בבריטניה של 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 האלפיים ל-13 מיליארד דולרים (Aviram, 2017). אם נעדכן את האומדן ל-2020, ולו רק לאור גידול האוכלוסייה בארץ בכ-47% מאז שנת 2000 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021א), הרי אפשר להניח שהעלות מגיעה כיום לכ-20 מיליארד דולרים.

זאת ועוד, לאור תוצאות מחקרם של קסלר ואח' (Kessler et al., 2008) בארצות הברית, הרי בהתאמה לתוצר המקומי הגולמי לנפש בישראל ולגודל האוכלוסייה בה, ההפסד לתוצר המקומי הגולמי בישראל רק בגין אי-העסקתם של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית נאמד ב-3 מיליארד דולרים בשנה (לשנת המחקר בארצות הברית) (Aviram, 2017). לאור הגידול הניכר במספר התושבים בישראל, וכן לאור העלייה הגדולה בתמ"ג בישראל בשנים האחרונות, אין ספק שאומדן ההפסד יהיה גדול יותר כיום. ברור כי העלות הכלכלית והחברתית של מחלות הנפש והמוגבלות הנגרמת לאנשים בעטיין היא מעמסה גדולה, וראוי היה שתיחקר לעומק (Global Mental Health Action Network, 2021; Whiteford et al., 2013); אולם הגם שהאומדנים הללו אינם מדויקים, יש בהם כדי להדגיש את התועלת הכלכלית והחברתית הגלומה בהתמודדות ראויה עם מחלות נפש ובשיקומם בקהילה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית (Zweifel, 2018, 2020).

יישום חוק השיקום בשני העשורים הראשונים לקיומו

תהליך יישום החוק היה מהיר. כבר בעשור הראשון לפועלו הוא הגיע להישגים מרשימים (אבירם, 2019; Drake et al., 2011; Aviram, 2017), והיישום המוצלח נמשך גם בעשור השני לפעולתו. במהלך שני העשורים להפעלתה 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-2021 מספר המשתקמים עמד על 33,412. נתונים אלה משקפים גידול של 150% במהלך העשור הראשון ליישום החוק, ושל 65% במהלך העשור השני (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2009; תחום מידע והערכה

ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022). ראוי לציין כי גידול זה במספר המשתקמים, שעמד על שיעור של 65%, עלה בצורה ניכרת על הגידול בקרב האוכלוסייה הכללית, שעמד על 21% בסך הכל בפרק זמן זה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2021א).

הטמעת שירותי השיקום בעשרים השנים האחרונות הביאה לתוצאות רבות וחשובות במאמץ לאפשר לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית קשה וממושכת להמשיך את חייהם בקהילה, לחוש שייכות ולקיים פעילות בעלת משמעות בחיי היום-יום שלהם. בתחילת יישומו של החוק, שירותי השיקום אפשרו לאלפי אנשים לחזור ממגורים באשפוז אל הקהילה (Relocation), מגמה ששיקפה בהחלט את המטרות הקולקטיביות שבמדיניות. כבר בסוף העשור הראשון ליישום הרפורמה השיקומית, לאחר שהדור הראשון של המאושפזים הוותיקים בבתי החולים עזב את בתי החולים ועבר למערך השיקום (בעיקר למגורים נתמכים בקהילה), חל שינוי באוכלוסיית היעד של שירותי השיקום. בעוד בראשית התקופה קרוב למחצית מהפונים למערך השיקום הופנו ממחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ומבתי חולים פסיכיאטריים (ממשלתיים ופרטיים), הרי בחלוף הזמן שיעורם ירד במידה ניכרת, וב-2020 הגיע ל-19% בלבד. בד בבד, שיעור המופנים מהשירותים האמבולטוריים הגיע ב-2020 ל-81% (תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022). ייתכן כי שיעור זה הושפע מהרפורמה הביטוחית, שנכנסה לתוקף ב-2015 (חוק ביטוח בריאות ממלכתי [צו מס' 2, 2002], 1994).

עקב שינויים אלה נוצר צורך בשיקומם של אנשים שהתמודדו עם מוגבלות פסיכיאטרית, ושבראשית יישומו של החוק כבר היו בקהילה – בעיקר בבתי משפחותיהם; של אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה; וכן של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית שגילם צעיר והם ללא היסטוריה של אשפוז. ואכן, בשנים 2011–2021 חל גידול של 133% במספר המשתקמים בגילי 18–24, ואילו שיעור הגידול במספר המשתקמים הכללי עמד על 74% בלבד (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2013, 2023). נוסף על כך, שיעור המשתקמים שהיו ללא היסטוריה של אשפוז והופנו לשירותי השיקום עמד ב-2020 על 27% – יותר מרבע מאוכלוסיית המשתקמים, לעומת 18% בשנת 2001 ו-21% ב-2010. לצד זאת, בעוד בראשית התקופה שיעורם של אלה שהופנו על ידי השירותים האמבולטוריים ללא אשפוז פסיכיאטרי בעברם היה מזערי (12.8%), הרי בשנת 2020 שיעורם הגיע לכמעצית (48.7%) מקרב קבוצה זו (תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022).

כאשר בוחנים את אופייה של האוכלוסייה שהגיעה למערך השיקום ממערך האשפוז, מתברר שחלה עלייה ניכרת בשיעורם של המאושפזים תקופות ממושכות (שנה ויותר). בעוד בשנת 2001 שיעורם של אלה עמד על כשליש מקרב המופנים מאשפוז (35%), הרי בשנת 2020 למרביתם היתה היסטוריה ממושכת של אשפוז, ושיעורם עמד על 89% (תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022).

זאת ועוד, במהלך השנים חל שינוי בהיקפה של אוכלוסיית הקשישים (בני +65) מקרב המשתקמים. עם השנים חלה עלייה ניכרת בשיעור המשתקמים שגילם 65 ומעלה: במהלך 2001 הגיע שיעורם ל-3.63% בלבד מכלל המשתקמים (273 אנשים), ואילו במהלך 2021 הגיע חלקם ל-8.62% (2,880 אנשים) – עלייה של 137% בשיעורה של אוכלוסייה זו מקרב כלל המשתקמים (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2023; תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022). יש להניח כי השינוי קשור להזדקנות האוכלוסייה הכללית, וייתכן שגם לשיפור במיצוי הזכויות בקרב קבוצת גיל זו. יש לציין כי שיעורם של הקשישים מקרב המשתקמים עדיין נמוך משיעורם של הקשישים מקרב בני +18 באוכלוסייה הכללית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2002, 2021ב), 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 (אגף החשב הכללי, 2020). כבר ב-2017 הגיע חלקו של תקציב השיקום ל-25% מהתקציב הממשלתי הכולל של שירותי בריאות הנפש (אגף החשב הכללי, 2017). חשוב לציין כי לפני עשרים שנה התקציב הממשלתי לשירותים אלה כמעט שלא היה קיים (אגף החשב הכללי, 2001).

במהלך העשור האחרון חל שיפור ניכר בהיקף הפעילות ובמידת יעילותן של ועדות השיקום, אשר במסגרתן נבחן הצורך לשירותים במסגרת סל שיקום ונקבעת הזכאות, ושל ועדות המעקב, העוקבות אחר תוכניות הטיפול; כמו כן חלה עלייה במידת המימוש של הקצאות סל השיקום. מספר הפניות לוועדות שיקום ראשונות גדל במידה ניכרת: בין שנת 2010 לשנת 2020 הוא עלה כמעט ב-50% (ב-2010 נרשמו 2,487 פניות, ואילו ב-2020 הגיע מספרן ל-3,580). יש לציין כי העלייה במספר הפניות הייתה גדולה במיוחד בשנים 2015–2025, ועמד על 37% (תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022). ייתכן כי הגידול קשור לכניסתה לתוקף של הרפורמה הביטוחית ולהפניות המרובות מהשירותים האמבולטוריים. לצד זאת, כפי שצינו לעיל, אנשים רבים שעשוים להיות זכאים לסל שיקום אינם פונים וטרם מימשו את זכויותיהם.

גם בשיעור המימוש של השירותים שהוקצו חלה עלייה. בראשית העשור, שיעור המימוש במהלך של ששת החודשים שמאז ההחלטה עמד על כשני שלישים, ואילו בסוף העשור הוא הגיע ל-80%. בשני תחומי השירותים הגדולים של מערך השיקום – מגורים נתמכים בקהילה ותעסוקה – השינויים שחלו בעשור השני לפעילותו של מערך השיקום הם דרמטיים. מספר המשתקמים במגורים נתמכים הוכפל: בסוף שנת 2011 צרכו את השירותים 9,721 משתקמים, ואילו בסוף 2021 עמד מספרם על 19,850 – גידול של 104%. בתוכניות התעסוקה חל גידול של 62% בשנים אלה: בסוף 2011 צרכו שירותי תעסוקה 10,042 משתקמים, ואילו בסוף 2021 גדל מספרם ל-16,277 (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2019, 2023).

בעשור האחרון חלה עלייה ניכרת גם במספרם של המשתקמים הצורכים שירותים נוספים, כמו השכלה, פנאי וחברה (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2019, 2023). מספר המשתקמים המקבלים שירותי פנאי וחברה עלה בשיעור של 88%: בסוף שנת 2011 קיבלו שירותים אלה 3,891 משתקמים, ואילו בסוף 2021 קיבלו אותם 9,171 משתקמים. בשירותי ההשכלה עלה מספר המשתקמים בשיעור של 160%: בסוף 2011 קיבלו 494 משתקמים שירותי השכלה, ובסוף 2021 קיבלו 1,285 משתקמים שירותים בתחום זה. שירותים אלה הם בעלי חשיבות רבה למאמציהם של משתקמים רבים לבנות חיים משמעותיים תוך חיבור לקהילה, והם מאפשרים גם לצמצם את ההדרה החברתית ולעיתים אף למנוע אשפוזים מיותרים. העלייה במספר המשתקמים הצורכים אותם עשויה לשקף הקשבה 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, אשר מאפשר בניית תוכניות שיקום פרטניות כבסיס למתן השירותים, תוך שותפות בין הפונים ואנשי המקצוע (תחום מידע והערכה ברה"נ, משרד הבריאות, תקשורת אישית, 13 במרץ 2022).

הצלחת יישומו של החוק ניכרת גם בשינויים הבולטים שחלו במערכת האשפוז מאז תחילת הרפורמה השיקומית (לוח 1). בבדיקה של מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי התברר כי הוא פחת במידה ניכרת בתקופה זו: בשנת 2001 עמד מספרן על 0.85 ל-1,000 איש באוכלוסייה (5,500 מיטות), ואילו בשנת 2021 הגיע מספרן ל-0.38 (3,560 מיטות). יש להניח שנתונים אלה קשורים לרפורמה השיקומית, ובעיקר למגורים הנתמכים בקהילה (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2009, 2019, 2023).

לוח 1: מיטות לאשפוז פסיכיאטרי, ימי אשפוז ומאושפזים בסוף השנה, * 2001–2021

מיטות לאשפוז פסיכיאטרי	ימי אשפוז	מאושפזים**
2001 5,500 (0.85)	1,722,537 (374)	5,256 (0.8)
2011 3,459 (0.44)	1,204,245 (155.1)	3,525 (0.5)
2021 3,560 (0.38)	1,170,826 (124.9)	3,077 (0.3)

* הנתונים בסוגריים מתייחסים למספר ל-1,000 איש באוכלוסייה
 ** הנתונים בעמודה זו מתייחסים לשנים 2001, 2010, 2020, בהתאמה

בתקופה הנדונה חלה ירידה גם במספר ימי האשפוז הפסיכיאטרי, ויש להניח כי זוהי עדות נוספת להשפעתה של הרפורמה השיקומית על שירותי בריאות הנפש. בשנת 2001 מספר ימי האשפוז עמד על 374 ל-1,000 איש באוכלוסייה (1,722,537 ימי אשפוז), ואילו בשנת 2021 הוא ירד ל-124.9 ל-1,000 איש באוכלוסייה (1,170,826 ימים) (תחום מידע והערכה ברה"נ, 2009, 2019, 2023). נתון נוסף שהושפע, ככל הנראה, מהרפורמה השיקומית הוא מספר המאושפזים בסוף השנה: בסוף שנת 2000 מספרם עמד על 0.8 ל-1,000 איש באוכלוסייה (5,256 מאושפזים), אך עד 2020 הוא עמד על 0.3 (3,077 מאושפזים) (אגף דוברות, תקשורת והסברה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תקשורת אישית, 2 בינואר 2022).

במהלך השנים התפתחה פרקטיקת שיקום מכוונת אדם ומכוונת החלמה, במטרה לנסות ולהתאים את רוח החוק למציאות חדשה, וכמובן לשפר את השירותים. בתמיכת משרד הבריאות קמו כמה יוזמות ופרויקטים, והוטמעו בשדה השיקומי התערבויות מכוונות החלמה (בלוש-קליינמן ואח', 2018; שרשבסקי, 2022). ברצוננו למנות כמה מהם:

1. **הקמת בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש.** בתחילת העשור הראשון ניתנו הכשרות בתחום השיקום במסגרת לימודי המשך באוניברסיטאות ברחבי הארץ. עם השנים ניכר הצורך לספק לעובדים הכשרות ייחודיות בתחום השיקום של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה, ולכן הוחלט לפתח בית ספר ארצי לשיקום. בית הספר הוקם בשנת 2009, וב-2011 עבר לקריה האקדמית אונו, שם הוא ממשיך לפעול עד היום (האגף לביקורת פנים, 2020).

2. **פיתוח והטמעה של ידע מניסיונם של צרכנים ובאמצעות צרכנים נותני שירות.**
ידע מניסיון השתלב בשדה השיקום באמצעות תנועות צרכניות של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ובני משפחותיהם הן במישור הסנגור הן במישור הפרקטיקה (דביר ושמיר, 2017; לכמן ואח', 2018; נעמן, 2018; Grundman et al., 2021; Moran, 2018).
3. **פיתוח השירות לתיאום תוכניות שיקום בקהילה.** בסוף העשור הראשון הוחלט להקים פיילוט למודל של תיאום טיפול חיצוני לשירותים במערך השיקום, וכן לשירותי טיפול ורווחה.⁸ לאור תוצאות הפיילוט הוחלט במשרד הבריאות לאמץ מודל שירות זה, וכיום הוא מופעל באמצעות חברה חיצונית (פינק השקס ואח', 2013; Gelkopf et al., 2016).
4. **ניהול מחלה והחלמה.** הטמעת ההתערבות שפותחה בארצות הברית (Mueser et al., 2002) ומוכרת כמבוססת ראיות. הפרויקט הוטמע במערכת ופועל בהצלחה עד היום (Garber-Epstein et al., 2013; Hasson-Ohayon et al., 2007).
5. **הטמעת ההתערבות של מוכנות לשיקום.** ההתערבות מיועדת להעריך את רצונו של המשתתף בשינוי ובשיקום, ולגבש תוכנית להגברת המוטיבציה כבסיס לטיפול השיקומי. פותחה גם גרסה של שיטת התערבות זו עבור משתתפים המשתייכים למגזר החרדי (בלוש-קליינמן ואח', 2018; Anthony & Farkas, 2012).
6. **התערבות קוגניטיבית חברתית (S.C.I.T).** התערבות זו נועדה לשפר מיומנויות חברתיות בקרב אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. היא מדגישה סדרת טכניקות שנועדו לשפר ליקויים קוגניטיביים-חברתיים ולקדם שינוי (Hasson-Ohayon et al., 2014).
7. **התערבות להפחתת סטיגמה עצמית (NECT).** סטיגמה עצמית היא מכשול העומד בדרכו של המתמודד עם מחלה נפשית בתהליך ההחלמה. לאור חשיבות הנושא והשפעותיו פותחה התערבות קבוצתית מקדמת החלמה, אשר מטרתה לסייע בהפחתת הסטיגמה העצמית של האדם המתמודד (בלוש-קליינמן ואח', 2018; ימין ואח', 2012; Roe et al., 2014).

⁸ את הפיילוט ליווה מחקר שמטרתו להעריך את ההשפעה של המודל על תוצאותיהן של פעולות השיקום. 30 "מנהלי תוכניות שיקום" טיפלו ב-900-1,200 משתתפים במהלך חמש שנים. הצוות הוכשר על ידי מריאן פרקש מאוניברסיטת בוסטון, על פי הגישה השיקומית בבריאות הנפש שפותחה שם בצוות בהנהגתו של ביל אנתוני.

8. **מדדי תוצאה וסוקרי איכות: הקמת הפרויקט הלאומי.** שתי התוכניות (Moran et al.,

2015, 2019; Roe et al., 2017) נועדו לפתח כלים למעקב אחר העשייה השיקומית, כדי להמשיך ולעדכן דרך שגרה את הפרקטיקה ולאפשר קביעת מדיניות המבוססת על נתונים.

מטרתה של **תוכנית מדדי תוצאה** היא להעריך אם ואילו שינויים מתרחשים בקרב אוכלוסיית צרכני שירותי סל שיקום בישראל. היא עושה זאת באמצעות אפיון האוכלוסייה הזכאית לשירותים וצרכני השירותים בפועל, הערכת מדדי התוצאה של צרכני שירותי סל שיקום לאורך זמן, וניתוח תהליכים של קבלת החלטות משותפות ויישומן. התוכנית אמורה לתמוך בשיפור וביעול של שירותי שיקום בריאות הנפש בארץ באמצעות הפקת כלים להכוונה של תהליכי השיקום האישיים, של תהליכים לשיפור שירותי השיקום וההחלמה במסגרות השיקום השונות, ושל המדיניות הלאומית.

תוכנית סוקרי איכות (מבית יוזמה דרך הלב) 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 המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית בעלי ידע מניסיון אישי (עמיתים מומחים), והסוקרים במרכזי המשפחות הם בני משפחה של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית. כולם עוברים הכשרה מקצועית בתחום באופן שוטף (יוסברג ואח', 2009; מינהל בריאות הנפש, 2025).

9. **פיתוח מרכזי ייעוץ ותמיכה למשפחות ותוכנית קש"ת (קידום, שיתוף ותקשורת).**

בתחילת יישום החוק, היתה קש"ת התערבות המיועדת להקנות למשפחות מיומנויות מתאימות ותמיכה, בהיותן שותפות לתהליכי השיקום וההחלמה. מרכזי התמיכה למשפחות הוקמו בשנת 2005, ובשנים האחרונות התפתחו בכל רחבי הארץ. כיום קיימים עשרים מרכזים פעילים (שלי, 2017; Weiss et al., 2021; Weiss, 2013).

יוזמות נוספות שעלו במהלך השנים ונכללו בסל השיקום היו תוספת של שירותים נתמכים ולא מוגנים (Supported vs Protected) דוגמת עמיתים, חונכות וסומכות, תעסוקה נתמכת, תוכניות להשלמת השכלה ותמיכה ברכישת השכלה אקדמית (בלוש-קליינמן ואח', 2018; שרשבסקי, 2022).

סיכום

מאמר זה הוא הראשון מבין שניים הסוקרים את יישומו של החוק לשיקום נכי נפש בקהילה שנחקק בישראל בשנת 2000. זוהי סקירה 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, השיקום הפסיכיאטרי בישראל הפך מתאוריה למציאות. החוק אפשר את הטמעתם של הערכים ושיטות הפעולה שהציעו מומחים בתחום, בעולם וגם בישראל. שני עשורים לאחר מכן, מערך השיקום בישראל הוא מפעל של ממש שהשפיע לאורך השנים על חייהם של עשרות, אם לא מאות אלפי אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית ושל בני משפחותיהם.

לצד הישגיה המרשימים של הרפורמה השיקומית בשני העשורים ליישומה, המשך הצלחתה אינו מובן מאליו. לאור ממצאי המחקר, בחלקו השני של מאמר זה הצענו המלצות לקראת העשורים הבאים ליישומו של החוק.

מקורות

- אבירם, א' (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה. **חברה ורווחה, כז**, 127-155.
- 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' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.
- אבירם, א', גיא, ד' וסייגס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש, 1995-1997: הזדמנות שהוחמצה. **ביטחון סוציאלי, 71**, 53-83.
- אבירם, א', זילבר, נ', לרנר, י' ופופר, מ' (1998). חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ומאפייניהם. **ביטחון סוציאלי, 53**, 92-105.
- אבירם, א' ורוזן, ה' (2002). **אומדן מספרם של חולי הנפש הכרוניים בישראל: ילדים, קשישים וכלל האוכלוסייה. דוח מחקר**. בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אנף החשב הכללי. (2001). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2001 - תקנות**. משרד האוצר. <https://www.gov.il/he/pages/budget-exec-publications>

אגף החשב הכללי. (2017). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2017 – תקנות**. משרד האוצר. <https://www.gov.il/he/pages/budget-exec-publications>

אגף החשב הכללי. (2020). **ביצוע תקציב מפורט לפי תקנות: נתונים לשנת 2020 – תקנות**. משרד האוצר. <https://www.gov.il/he/pages/budget-exec-publications>

האגף לביקורת פנים. (2020). **דוח ביקורת בנושא: בית ספר הארצי להכשרה בשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש**. משרד הבריאות.

אליצור, א', ברוך, י', לרנר, י' ושני, מ' (2004). הרפורמה בבריאות הנפש בישראל. בתוך י' קופ (עורך), **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים בישראל** (עמ' 301–332). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

בלוש-קליינמן, ו', גרבר-אפשטיין, פ' ורועה, ד' (2018). התערבויות שיקומיות-טיפוליות מקדמות החלמה במערך השיקום בבריאות הנפש – נתיבים שונים במסע ההחלמה: חלק ב' – מבט מעשי. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי** (עמ' 219–283). הקריה האקדמית אונו.

גל, ג', שלו, מ' ואייזנשטדט, מ' (2009). בזכות האוניברסליות? מיצוי זכויות אוניברסליות במערכת הביטחון הסוציאלי בישראל. בתוך ג' גל ומ' אייזנשטדט (עורכים), **נגישות לצדק חברתי בישראל** (עמ' 187–224). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

דביר, מ' ושמיר, א' (2017). צמיחת "עוצמה" – פורום ארצי של משפחות נפגעי הנפש (ע"ר): סגור, מאבקים ושיתופי פעולה. בתוך ע' שליו ונ' הדס לידור (עורכות), **מאי-נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה** (כרך א', עמ' 95–134). אחוה מדיה.

ויסברג, א', הדס לידור, נ', דודאי, ר', פלי-אלטיט, ת' ומלמד, ש' (2009). **סקר שביעות רצון ואיכות חיים של משתקמים נפגעי נפש צרכני שירותי סל השיקום באמצעות משתקמים שהוכשרו כסוקרים**. יוזמה דרך הלב.

חבר, א', שני, מ', קוטלר, מ', פסט, ד', אליצור, א' וברוך, י' (2005). הרפורמה בבריאות הנפש: מאין ולאן. **הרפואה**, 144, 327–331.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי [צו מס' 2, 2002] (1994). ס"ח, 1469.

חוק יסוד: משק המדינה [תיקון מס' 6, 2003] (1975). ס"ח, 777.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). ס"ח, 1746.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה [תיקון מס' 2, 2024] (2000). ס"ח, 3251.

ימין, א', רועה, ד', ינוס, פ"ט וליסאקר, פ"ה (2012). התערבות קבוצתית להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם מחלות נפש קשות. **שיחות: כתב-עת ישראלי לפסיכותרפיה**, 26, 278–290.

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

לכמן, מ' (2007). התפתחות הידע על החלמה בבריאות הנפש בצל המודל הרפואי, מהפכת האל-מיסוד וזהויות תופעת ההחלמה. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **שיקום והחלמה בבריאות הנפש – קריאה מנקודות מבט שונות: פרקטיקה, מדיניות ומחקר** (עמ' 135–176). ליתם.

לכמן, מ', פרידלנדר-כץ, א', ניסן, ט', סינגר, י' ורועה, ד' (2018). התנועה הצרכנית בבריאות הנפש ותחומתה לתפיסת ההחלמה: מבט היסטורי, תמונת מצב ואתגרים עתידיים. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי** (עמ' 22–46). הקריה האקדמית אונו.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2002). **2.18 אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל**.

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2021א). **2.1 אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2021ב). **2.3 אוכלוסייה, לפי קבוצת אוכלוסייה, דת, מין וגיל**.
מבקר המדינה. (2002). שיקום חולי נפש בקהילה. **דוח שנתי 52**, 217–212. <https://katzr.net/0812f3>
- מבקר המדינה. (2007). שיקום נכי נפש בקהילה. **דוח שנתי 57**, 416–391. <https://katzr.net/77f0e4>
- מבקר המדינה. (2010). סוגיות בתחום בריאות הנפש. **דוח שנתי 60**, 600–545. <https://katzr.net/5fa1a6>
- מבקר המדינה. (2016). שיקום נכי נפש בקהילה. **דוח שנתי 66**, 631–575. <https://katzr.net/0d1ace>
- המוסד לביטוח לאומי. (2001). **סקירה שנתית 2001**. <https://did.li/FwRZH>
- מינהל בריאות הנפש. (2025, 26 באוקטובר). **מינהל בריאות הנפש – מחלקת שיקום**. משרד הבריאות. <https://katzr.net/62647b>
- נעמן, א' (2018). השתלבות מתמודדים עם פגיעה נפשית במערך בריאות הנפש כעובדים: שינוי של ממש. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי** (עמ' 127–134). הקריה האקדמית אונ.
- פינק השקס, ה', ויסברם פדן, ד' ולוי סוחמי, ע' (2013). **פיתוח השירות לתיאום תוכניות שיקום פורטניות – סיכום פרויקט הפיילוט 2008–2012: מודל מקצועי, תהליכי עבודה ואתגרים לעתיד**. עמותת ע"ש משה הס.
- צ'רניחובסקי, ד' ובורס, ל' (2014). **מצב הבריאות ותקצוב המערכת בישראל בראי שיטת ה-DALYs**. נייר מדיניות מס' 2014.18. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שליי, ע' (2017). עיצוב מודל התערבות למשפחות בבריאות הנפש: רקע תיאורטי ואמפירי. בתוך ע' שליו ונ' הדס לידור (עורכות), **מאי-נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה** (כרך א', עמ' 137–178). אחוה מדיה.
- 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). צ'ריקובר.
- שרשבסקי, י' (2015). השיקום הקהילתי בבריאות הנפש בישראל. בתוך מ' חובב, א' דבדבני וק' פלדמן (עורכים), **מהדרה להכלה: החיים בקהילה של אנשים עם מוגבלויות בישראל** (עמ' 71–102). כרמל.
- שרשבסקי, י' (2022). **התמודדות**. גפן.
- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2009). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2008**. משרד הבריאות.
- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2013). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2012**. משרד הבריאות.
- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2019). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2017**. משרד הבריאות.
- תחום מידע והערכה ברה"נ. (2023). **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2021**. משרד הבריאות.
- Aldrich, H. E. (2008). *Organizations and environments*. Stanford University Press.
- Anthony, W. A. (1992). Psychiatric rehabilitation: Key issues and future policy. *Health Affairs*, 11, 164–171. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.11.3.164>
- 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://doi.org/10.1037/h0095655>

- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2012). *The essential guide to psychiatric rehabilitation practice*. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542–559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- Aviram, U. (1979a). Institutions and their changing environments: Structures and processes for adaptation (part I). *Administration in Social Work*, 3, 5–15. https://doi.org/10.1300/J147v03n01_01
- Aviram, U. (1979b). Institutions and their changing environments: Structures and processes for adaptation (part II). *Administration in Social Work*, 3, 181–191. https://doi.org/10.1300/J147v03n02_04
- Aviram, U. (2017). The reform of rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Lessons from the Israeli experience. *Community Mental Health Journal*, 53, 550–559. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0058-7>
- Aviram, U., & Azary-Viesel, S. (2018a). Mental health reform in Israel: Challenge and opportunity. Part I: Fundamentals of the reform and the mental health service system on the eve of the reform. *Israel Journal of Psychiatry*, 55(3), 45–54.
- Aviram, U., & Azary-Viesel, S. (2018b). Mental health reform in Israel: Challenge and opportunity. Part II: Implementation of the reform – issues and problems. *Israel Journal of Psychiatry*, 55(3), 55–64.
- Aviram, U., Ginath, Y., & Roe, D. (2012). Israel's rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services*, 63, 110–112. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100009>
- Aviram, U., Guy, D., & Sykes, I. (2007). Risk avoidance and missed opportunities in mental health reform: The case of Israel. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 163–181. <https://doi.org/10.1016/j.jljp.2007.03.001>
- Basaglia, F., Scheper-Hughes, N., & Lovell, A. M. (Eds.) (1987). *Psychiatry inside out: Selected writings of Franco Basaglia*. Columbia University Press.
- Chamberlin, J. (1979). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principle and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press.

- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press.
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. Wiley-Blackwell.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's psychiatric rehabilitation law. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48, 227–229.
- Emery, F. E., & Trist, E. L. (1965). The causal texture of organizational environment. *Human Relations*, 18, 21–32. <https://doi.org/10.9783/9781512819069-004>
- Garber-Epstein, P., Zisman-Ilani, Y., Levine, S., & Roe, D. (2013). Comparative impact of professional mental health background on ratings of consumer outcome and fidelity in an illness management and recovery program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 236–242. <https://doi.org/10.1037/prj0000026>
- Gelkopf, M., Lapid, L., Werbeloff, N., Levine, S. Z., Telem, A., Zisman-Ilani, Y., & Roe, D. (2016). A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 241, 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.106>
- Global Mental Health Action Network. (2021). *The investment of a generation: Finance's role in improving mental health* [white paper]. <https://www.nolostgeneration.org/media/4061/file/Finance's%20role%20in%20improving%20mental%20health.pdf>
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: From institutional to community care*. Sage Publications.
- Granello, D. H., & Gorby, S. R. (2021). It's time for counselors to modify our language: It matters when we call our clients schizophrenics versus people with schizophrenia. *Journal of Counseling & Development*, 99, 452–461. <https://doi.org/10.1002/jcad.12397>
- Grundman, S. H., Edri, N., & Stanger Elran, R. (2021). From lived experience to experiential knowledge: A working model. *Mental Health and Social Inclusion*, 25, 23–31. <https://doi.org/10.1108/MHSI-06-2020-0041>
- Hasson-Ohayon, I., Mashlach-Eizenberg, M., Avidan, M., Roberts, D. L., & Roe, D. (2014). Social cognition and interaction training: Preliminary results of an RCT in a community setting in Israel. *Psychiatric Services*, 65(4), 555–558. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300146>
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized control trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58(11), 1461–1466. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.11.1461>
- Kessler, R. C., Heeringa, S., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Rupp, A. E., Schoenbaum, M., Wang, P. S., & Zaslavsky, A. M. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 165, 703–711. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08010126>

- Knapp, M., Mcdaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental health policy and practice across Europe*. Open University Press.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 197–200. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.197>
- Mechanic, D., McAlpine, D. M., & Rochefort, D. A. (2014). *Mental health and social policy: Beyond managed care* (6th ed.). Pearson Education Inc. and Allyn and Bacon.
- 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>
- Moran, G. S. (2018). Editorial: The mental health consumer movement and peer providers in Israel. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 420–426. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000173>
- Moran, G. S., Westman, K., Weissberg, E., & Melamed, S. (2017). Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health residents across housing services. *Psychiatric Research*, 249, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.013>
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health.
- Perez-Vaisvidovsky, N., & Aviram, U. (2019). The rehabilitation of the mentally disabled in the community: Entrepreneurship, leadership, and capitalizing on opportunities in policy making. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101457. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101457>
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (2003). *The external control of organizations*. Stanford University Press.
- Roe, D., Garber-Epstein, P., & Khatib, A. (2019). Psychiatric rehabilitation in the context of Palestinian citizens in Israel. In M. M. Haj-Yahia, O. Nakash, & I. Levav (Eds.), *Mental health and Palestinian citizens in Israel* (pp. 380–390). Indiana University Press.
- Roe, D., Gelkopf, M., Isolde Gornemann, M., Balouch-Kleinmann, V., & Shadmi, E. (2015). Implementing routine outcome measurement in psychiatric rehabilitation services in Israel. *International Review of Psychiatry*, 27, 345–353. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1025722>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eisenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., & Yanos, P. T. (2014). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 303–312. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>
- Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World Psychiatry*, 21(1), 56–57. <https://doi.org/10.1002/wps.20924>

- The Sainsbury Centre for Mental Health. (2003). *The economic costs of mental illness*. Policy paper #3.
- Slade, M. (2009a). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals* (Rethink recovery series, volume I). Rethink Press.
- Slade, M. (2009b). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Strauss, J. S. (1986). Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin*, 12, 720–723. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.720>
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologists*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action: Social science bases for administrative theory*. McGraw-Hill.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge University Press.
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Weiss, P. (2013). *Keshet: A cognitive educational intervention model for family caregivers of persons coping with mental disorders: providing evidence for effectiveness* [Doctoral dissertation, Haifa University].
- Weiss, P., Redlich-Amirav, D., Daass-Iraqi, S., & Hadas Lidor, N. (2021). Aspects of shared decision making in a cognitive-educational intervention for family members of persons coping with severe mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 681118. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.681118>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet*, 382, 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Zweifel, P. (2018). Editorial: The triple challenge of mental health. *Europe Journal of Health Economy*, 19, 309–313. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0937-z>
- Zweifel, P. (2020). Mental health: A particular challenge confronting policy makers and economists. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18, 147–153. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00479-2>