

קריאת השכמה להחלמה: פרוגרמה להתמודדות עם המשבר העמוק בשירותי בריאות הנפש בישראל בצל אירועי 7 באוקטובר 2023

אמיר קריבוי¹ וגדי רוזנטל²

תקציר

אירועי 7 באוקטובר 2023 והמלחמה שבעקבותיהם הפגישו את החברה הישראלית עם מערכת בריאות נפש ציבורית מפוצלת, מדולדלת וקורסת. זמינות השירותים והיכולת לספק מענה סביר אינם עומדים בצרכים, בכל הממדים. המצב העגום של מערכת בריאות הנפש הציבורית, עוד לפני האירועים האחרונים, נובע משילוב של השלכות שליליות של כמה תהליכים גלובליים ומקומיים, שהובילו לתת-ביצוע כרוני ולחוסר יכולת לספק מענים איכותיים בזמן סביר, כמצופה ממערכת בריאות מערבית ובהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. חמש השנים האחרונות הוסיפו לאלה את השפעת המגפה ואתגריה (סגרים, בידודים, בדיקות, אבטלה וכו'), אשר הובילו לעלייה תלולה בשיעורי מחלות הנפש ובביקוש לשירותי בריאות הנפש, בעוד המענה נותר בלתי מספק. ההשפעות הנפשיות של אירועי המלחמה עדיין נחקרות,

הדעות המובעות במאמר הן של הכותבים בלבד. הטקסט מבוסס על המאמר:

Krivoy, A., & Rosenthal, G. (2025). Wake-up call for recovery: a paradigm shift to address the deep crisis in Israel's public mental health services in the shadow of October 7, 2023. *Israel Journal of Health Policy Research*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13584-025-00670-y>

¹ פרופסור, המרכז לבריאות הנפש גנה מקבוצת כללית; הפקולטה למדעי הבריאות ורפואה ע"ש גרין, אוניברסיטת תל-אביב
² המרכז לבריאות הנפש גנה מקבוצת כללית; עמותת משפחות בריאות הנפש

וסביר שנראה את פגיעותיהן ארוכות הטווח בשנים הקרובות. התוצאה היא שציבור הצרכנים ההולך וגדל נותר ללא מענים קהילתיים הולמים, ולכן הפתרון הזמין העיקרי הוא שימוש במערכת האשפוז הפסיכיאטרי. ביקורים במיון פסיכיאטרי הם ללא תשלום למטופל בישראל, דבר שמוביל לעיתים קרובות לאשפוזים מיותרים. מאמר זה מנתח את הכשלים המערכתיים המובילים למצבה העגום של מערכת בריאות הנפש בישראל, ומציע רפורמה כוללת לקראת שירות בריאות נפש קהילתי-משולב, מוכוון החלמה.

מילות מפתח: גישת ההחלמה, משבר מערכת בריאות הנפש, משבר האבחון בפסיכיאטריה, מחסור במשאבים, טיפול קהילתי, מלחמת 7 באוקטובר

הרקע למשבר

מערכת בריאות הנפש בישראל מתבססת באופן עמוק על המודל הרפואי האשפוזי (Dekel et al., 2023). מערכת הטיפול בקהילה כמעט שאינה קיימת. מחלקות האשפוז והמרפאות לבריאות הנפש מנוהלות על ידי רופאים והצלחת הטיפול נמדדת ביכולת להפחית תסמינים, להבריא ממחלה ולחזור לתפקוד מלא. במזדים כאלה, ובהתחשב בקשיים הניכרים בטיפול בהפרעות נפשיות קשות, ההצלחות אינן שכיחות, הקושי הוא רב וקל מאוד להגיע לתסכול ולייאוש, הן של המטופל ומשפחתו הן של הצוות הרפואי.

עם זאת, המשבר העמוק הנוכחי במערכת בריאות, כפי שיתואר להלן, והצורך העצום והמתעצם, הם גם הזדמנות לבצע מהפכת עומק מקיפה בבניין מערכת בריאות הנפש בישראל, מעבר להשקעת סכומים חד-פעמיים המהווים "פתרון פלסטר" לא יעיל. שירות בריאות הנפש בישראל חייב לעבור להיות מבוסס-קהילה ומבוסס-החלמה. לשם כך נדרשת תוכנית מקיפה, תוך השקעת סכום מתאים, ריאלי, לבנייה ולתחזוקה של שירות זמין לביקוש ההולך וגובר. להלן נתאר בקצרה את רכיבי המשבר ואת הפרוגרמה לפתרון הנדרש.

מערכת בריאות הנפש בישראל נמצאת במשבר עמוק הנובע משילוב ארבעה גורמים מרכזיים המשפיעים זה על זה. השניים הראשוניים הם עולמיים ואינם ייחודיים לישראל, והשניים האחרונים מאפיינים את המערכת בישראל:

1. **משבר בשיטות האבחון הפסיכיאטריות.** שיטות האבחון המסורתיות, המבוססות

על סיווגים קטגוריאליים מיושנים, אינן מצליחות להתמודד עם המורכבות של מחלות נפש קשות, דבר המוביל לאבחונים לא מדויקים ולטיפולים לא מספקים (Cuthbert & Insel, 2013). קיומן של מחלות מוח כרוניות המתבטאות בתסמינים נפשיים משמעותיים אינו מוטל בספק. עם זאת, הניסיון לקבץ תסמינים להפרעות בתקווה למצוא להן מקור ביולוגי וטיפולים ספציפיים, כפי שנעשה על ידי ה-DSM³ וה-ICD⁴ בעשורים האחרונים, נכשל (Insel, 2022). הדבר בולט במיוחד בהפרעות נפשיות חמורות יותר, שבהן אבחנות כמו סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או דיכאון אינן מדויקות דיין, למרות עשרות שנים ומיליארדי דולרים שהושקעו בחקירתן (Jääskeläinen et al., 2013).

2. **מוגבלות הטיפולים הביולוגיים.** למרות התפתחות הפסיכופרמקולוגיה, לא חלה

התקדמות ניכרת ביעילות התרופות, ושיעורי ההחלמה נותרו נמוכים או אף ירדו (Jääskeläinen et al., 2013). תחילת העידן הפסיכופרמקולוגי בשנות ה-50 של המאה ה-20 בישרה הבטחה גדולה לטיפול במחלות נפשיות, במסגרת המודל הביו-רפואי שאליו נטתה בריאות הנפש מאז. בשנים שחלפו מאז, ובמיוחד ב-30 השנים האחרונות, לא נרשמה פריצת דרך בטיפול תרופתי למחלות מוח המתבטאות בתסמינים נפשיים.

3. **תת-תקצוב כרוני:** הרפורמה המתקיימת בשירותי בריאות הנפש בקהילה מאז שנת 2015

לוקה בחוסר פיקוח ותמריצים אפקטיביים, דבר המוביל לזמני המתנה ארוכים ולטיפול לא הולם. קיים מחסור כרוני בתקציב, מאחר שבריאות הנפש נחשבת באופן מסורתי ל"חצר האחורית" של הבריאות בישראל (לינדנר-גנץ, 2023). לפי חישוב אחר (קריבוי ורוזנטל, 2023), חלקה של ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש מתוך סך ההוצאה על בריאות בישראל עמד על 5.2% בנתוני 2021. במדינות בעלות תמ"ג גבוה, שישראל ממוקמת במחצית העליונה בקרבן, השיעור הוא סביב 10% (Bremmers et al., 2022) ובמדינות מערב אירופה הוא עומד אף על 12%-16%.

³ Diagnostic and Statistical of Mental Disorders
⁴ International Classification of Diseases

4. **פיצול במערכת השירותים:** בין הגופים המממנים – קופות החולים, משרד הבריאות ומשרד הרווחה – יש פיצול ניכר (Aviram, 2017), והוא המקשה על טיפול מתואם ועל מתן שירותים כוללניים. המענה העיקרי בבריאות הנפש בישראל מבוסס על מערכת האשפוז, ואילו המענה בקהילה הוא אמבולטורי, כלומר פסיכיאטרי ותגובתי – המטופל נדרש לקבוע תור ביוזמתו כדי להיפגש עם הרופא או המטפל (מרכז אדוה, 2024). השירות בקהילה מנותק לעיתים קרובות מהאשפוז, ואינו מהווה חוליה חיונית ברצף הטיפול. במערכת יש פיצול מובנה בין בתי חולים לבין הקהילה, בין בתי חולים פסיכיאטריים לבין המערכת הרפואית הכללית, ובין שירותי שיקום לבין שירותי טיפול בבריאות הנפש (Florentin et al., 2024).

פיצול בולט נוסף מצוי במבנה הכלכלי-פיננסי של המערכת. מערכת בריאות הנפש בישראל מפוצלת כלכלית בין שלוש ישויות: (א) קופות החולים, המממנות מערכות טיפול אינטנסיביות (בעיקר בתי חולים) ומערכות אמבולטוריות מאז רפורמת הביטוח ב-2015 (Aviram, 2010); (ב) משרד הבריאות, המממן את מערכת השיקום הקהילתית במישרין, באמצעות מכרזים לספקי שירות; (ג) משרד הרווחה, הבעלים והמממן של חלק מיחידות השיקום (רלוונטי במיוחד לקבוצות גדולות המתאפיינות באבחנה כפולה, מוגבלויות מרובות, ילדים ובני נוער). הפיצול ואי-הרציפות הללו מובילים להיעדר חזון כולל, ובמיוחד למערכות תמריצים אוטונומיות שאינן מעמידות לנגד עיניהן את הרווחה הכוללת של מטופלי בריאות הנפש ומשפחותיהם.

היקף הבעיה

כ-300,000 אנשים בישראל סובלים ממחלות נפש קשות (Lurie et al., 2021). לצידם יש עוד כ-700,000 בני משפחה הזקוקים לתמיכה ולסיוע. בסך הכל, מדובר בכמיליון אנשים, או 10% מהאוכלוסייה. נוסף עליהם יש כ-1.25 מיליון אנשים הסובלים ממחלות נפש קלות יותר וזקוקים לטיפול אמבולטורי (משרד הבריאות, 2022). מכאן שבסך הכל, כ-2.25 מיליון אנשים, קרוב לרבע מהאוכלוסייה, מושפעים מבעיותיה ומקשייה של מערכת בריאות הנפש בישראל. בעתיד הקרוב יתווספו אליהם, ככל הנראה, עוד אלפי אנשים, שיסבלו מתסמונות פוסט-טראומטיות ארוכות טווח ו/או מהחמרה במחלות נפש בעקבות אירועי המלחמה (בארי דרזנר ואח', 2024; Groweiss et al., 2024).

הספקטרום של בריאות הנפש

עולם בריאות הנפש כולל מגוון רחב של מצבים, החל ממחלות נפש קשות ועד למצבים קלים יותר (Krystal & State, 2014). חשוב להכיר בכך שקטגוריות שונות אלה דורשות גישות טיפול נבדלות, הקצאת משאבים ומערכות תמיכה ייחודיות.

מחלות נפש קשות - כוללות מצבים דוגמת סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית ודיכאון מג'ורי חמור. מצבים אלה דורשים לרוב טיפול אינטנסיבי וארוך-טווח; גישה רב-מקצועית הכוללת פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ומרפאים בעיסוק; דגש על חזרה לתפקוד ושיפור איכות החיים; מעורבות משפחתית; שירותים קהילתיים ושירותי התערבות במשבר.

מצבי בריאות נפש שאינם קשים - כוללים צורות קלות יותר של דיכאון וחרדה, הפרעות הסתגלות ובעיות נפשיות פחות חמורות. מצבים אלה מגיבים היטב לטיפולים מוגבלים בזמן; ניתנים לניהול יעיל במסגרות רפואה ראשונית; מגיבים לפסיכותרפיות מבוססות ראיות; יכולים להיעזר במשאבי עזרה עצמית ובפלטפורמות טיפול מקוונות.

הפרעה פוסט-טראומטית (PTSD) - הפרעה התופסת מקום ייחודי בספקטרום בריאות הנפש. אף על פי שהיא יכולה להיות חמורה וכרונית, היא מגיבה היטב להתערבויות ספציפיות ומוגבלות בזמן (Brewin et al., 2025). מחקרים מראים שהתערבויות מוקדמות וממוקדות יכולות למנוע את התפתחותה של PTSD כרונית (קלה ואח', 2024).

- טיפולים ייעודיים דוגמת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ממוקד טראומה (TF-CBT) ודסנסיטיזציה ועיבוד מחדש באמצעות תנועות עיניים (EMDR) הוכיחו יעילות גבוהה בטיפול במחלה.
- בניגוד למחלות נפש קשות רבות, PTSD ניתנת לטיפול יעיל יחסית באמצעות התערבויות קצרות מועד, ובכך ניתן למנוע הידרדרות למצב כרוני.
- PTSD מופיעה לעיתים קרובות בשילוב עם מצבים אחרים (הן קשים יותר הן קלים יותר), מה שדורש הערכה וקביעת תוכנית טיפול מותאמת אישית.

בעקבות אירועי 7 באוקטובר, יש חשיבות מיוחדת לפיתוח מערך טיפול נרחב להפרעות פוסט-טראומטיות – הכשרה של הרבה מטפלים בטרומה והקצאת משאבים – לצד הקפדה שזו לא תבוא על חשבון הטיפול בבעיות הקיימות במערכת.

חשוב לציין כי יש במערכת רכיבים של התקדמות: הקמת בתים מאזנים, התחלה של הוצאת מתמודדים עם תחלואה כרונית קשה מבתי החולים, הקמת מרכזי המשפחות ועוד, וכן מידה של הכרה בבעיה. ואולם בכל אלו אין די כדי להצמיד את בריאות הנפש בישראל ליעד של מערכת איכותית ומיטיבה.

הפתרון לכלל המשברים האלה, והדרך היחידה לשנות את הכיוון השלילי שהמערכת צועדת בו, הוא תוכנית אסטרטגית שהמצפן שלה **והחזון** המוביל שלה הם בנייה מחדש של המערכת כך שכל אחד מרכיביה וסך חלקיה יוכוונו לטיפול מבוסס החלמה בקהילה. למילים הפשוטות הללו יש משמעות עמוקה ומעשית. לשינוי המוקד הטיפולי, הייעוד של המעשה הטיפולי של המערכת, מהבראה (מודל ביו-רפואי) או שיפור בתסמינים למודל ההחלמה, יש עוצמה גדולה והשלכות ברמת הפרט, המשפחה ומערכת הבריאות בכללותה. גם ארגון הבריאות העולמי התייחס לכך לאחרונה, ופרסם הנחיות בנושא לארגוני בריאות בעולם (Funk et al., 2025).

המעבר ממודל רפואי למודל החלמה

לאור הבעיות שהוצגו לעיל, המעבר ממודל ביו-רפואי למודל מבוסס החלמה ובניית שירות מבוסס החלמה הם הפתרון המתאים למערכת בריאות הנפש בישראל. בגישת ההחלמה מושם דגש רב על המסע האישי והאינדיבידואלי של המטופלים למציאת משמעות וערך בחיים תוך התמודדות עם אתגרים נפשיים, והמשפחה נתפסת כחלק מהמסע, מעצימה ומועצמת: (Anthony, 1993; Cruwys et al., 2020). להלן העקרונות המרכזיים של גישת ההחלמה:

אנושיות: ראיית הפרט כאדם, לא רק כאוסף של תסמינים או אבחנה.

הכוונה עצמית: העצמת אנשים כך שיוכלו להוביל את מסע ההחלמה שלהם בעצמם.

ראייה הוליסטית: התייחסות לכל היבטי חייו של אדם, לא רק לתסמיני בריאות הנפש שלו.

תהליך לא-ליניארי: הכרה בכך שהחלמה אינה דרך ישרה ורציפה, אלא עשויה לכלול נסיגות והתקדמות.

תמיכת עמיתים: הערכת התפקיד שממלאים ניסיון החיים ותמיכה הדדית בתהליך ההחלמה.

כבוד: קבלה והערכה של הפרטים כפי שהם, כולל חוויותיהם והאוטונומיה שלהם.

אחריות: עידוד אנשים לקבל על עצמם את האחריות להחלמה שלהם.

תקווה: שמירה על אמונה באפשרות לחיים מספקים, למרות אתגרי בריאות הנפש.

עקרונות מוצעים לבניית מערכת בריאות נפש מבוססת החלמה

הצעות לשיפור מערכת בריאות הנפש בישראל

מעבר למודל אזורי. במקום לבסס את הטיפול בעיקר על בתי חולים, מוצע להקים מרכזי בריאות נפש אזוריים שיספקו טיפול רציף באזור גיאוגרפי מסוים. כל מרכז יכול גם מחלקות אשפוז (מצומצמות יותר מאשר כיום) וגם שירותים בקהילה (מורחבים). המרכז יהיה אחראי לבנות מערך שירותים שמתאים לצורכי האזור. המעבר למבנה אזורי יהיה קל יחסית, מכיוון שכבר כיום, גם בתי החולים הפסיכיאטריים וגם מערכי הקהילה של קופות החולים פועלים לפי חלוקה אזורית. ניסיון ראשוני כזה כבר נעשה במהלך המלחמה, אז הטיפול הנפשי למפונים במלונות חולק לפי האזורים שבאחריות בתי החולים.

רצף טיפולי. גם במקרה של אשפוז פסיכיאטרי (שישמר בעיקר למטופלים בכפייה), האחריות לטיפול רציף תישאר בידי צוותי הקהילה, בתיאום עם צוות האשפוז. זאת כדי לקצר את תקופת האשפוז ולבנות מהר ככל האפשר מערכות תמיכה מתאימות בקהילה, בשיתוף עם גורמים מקומיים כמו מועצות מקומיות וארגונים ללא מטרות רווח.

מגוון רמות טיפול בקהילה. הטיפול בקהילה יכול מגוון אפשרויות, לפי רמת העצימות הנדרשת: אשפוז מלא, טיפול יום, בית מאזן, טיפול בבית המטופל, טיפול אסרטיבי בקהילה, טיפול במרפאת בריאות הנפש, או טיפול במרפאה קהילתית רגילה. המעבר בין הרמות השונות יתבצע בעזרת "מתאמי טיפול" (תפקיד חדש) שיתאימו לכל מטופל את הטיפול המתאים למצבו בכל זמן. קופות החולים יכולו לקנות שירותים מהמרכז האזורי או מספקים אחרים באזור, כך שתישמר תחרות לטובת המטופלים.

גישה קלה לטיפול. המערכת תאפשר כניסה לטיפול ללא צורך באבחנה פסיכיאטרית רשמית, שאינה תמיד מדויקת. במקום זאת, אנשים יוכלו להיכנס למערכת על בסיס הסימפטומים והתפקוד שלהם, דרך מגוון נקודות כניסה "רכות": שירותי קהילה מקומיים (רווחה, בריאות וחינוך), רופאי משפחה, או פנייה ישירה למערכת בריאות הנפש (בטלפון, באינטרנט או באופן אישי). כך ניתן יהיה לזהות בעיות מוקדם יותר ולהתחיל בטיפול מהר יותר.

הגדלת כוח האדם. מוצע להפוך את "פירמידת כוח האדם" כך שתסתמך בעיקר על מטפלים שהכשרתם קצרה יותר (כמו עובדים סוציאליים ואחיות), כדי לתת מענה ראשוני ולסנן מקרים שצריכים להגיע למומחים (פסיכיאטרים ופסיכולוגים). כך ניתן יהיה לספק טיפול ראשוני מהיר יותר לאנשים רבים יותר. כדי להחזיר מטפלים מהמערכת הפרטית לציבורית, יש להגדיל את התמריצים הכספיים וליצור אפשרויות קידום משמעותיות.

התערבות מוקדמת. יש לבנות מערך מיוחד לאבחון מוקדם ולהתערבות מוקדמת בקרב צעירים, כדי להתחיל בטיפול מוקדם ככל האפשר ולמנוע התפתחות של מחלות כרוניות. מערך כזה יכול טיפול רב-מקצועי במטופל ובמשפחתו, כפי שנעשה בתוכניות דוגמת Navigate Headspace (תוכנית טיפול אינטנסיבית בסכיופריה לאחר אפיזודה פסיכוטית ראשונה) הקיימות בעולם, ובמידה מצומצמת גם בישראל.

שימוש בטכנולוגיה. נדרשות טכנולוגיות חדשות כדי להתמודד עם המחסור בכוח אדם, עם בעיות של פיזור גיאוגרפי, וכדי למדוד ביתר דיוק את היעילות של הטיפולים השונים. כך תהיה אפשרות להתאים את הטיפול באופן אישי יותר לכל מטופל.

תמריצים כלכליים. יש לעשות שימוש נכון יותר בתמריצים כלכליים כדי לעודד מעבר מטופלים מאשפוז לטיפול בקהילה. כמו כן, יש לדרוש מקופות החולים לבנות מערך טיפול קהילתי נרחב, ולעבור לשיטת תגמול המבוססת על איכות הטיפול, ולא רק על מספר המטופלים.

שיתוף מטופלים ומשפחות. שילוב ארגוני צרכנים (מתמודדים עם מחלות נפש ובני משפחותיהם) בקבלת ההחלטות, כחלק מצוות ההנהלה של המרכזים האזוריים, וכחלק מצוות המטפלים (הרחבה של תוכניות דוגמת "עמיתים מומחים", "צרכנים נותני שירות", "השיבה הביתה").

שיתוף פעולה בין משרדי הממשלה. תנאי הכרחי להצלחת השינוי המוצע הוא הסכמה מראש של כל הגורמים המעורבים: משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים ומשרד הרווחה. על סמך ניסיון העבר, כל אחד מאלה יכול לעצור את ביצועו של שינוי משמעותי.

סיכום

השינוי המוצע במערכת בריאות הנפש בישראל דורש השקעה כלכלית ניכרת, אך צפוי ליצור מערכת מפוצלת פחות, משתפת פעולה יותר, יעילה יותר (קלינית וכלכלית) ואינטגרטיבית יותר, המתאימה טוב יותר לדרישות בריאות הנפש העתידיות בישראל. יש לציין כי בעקבות הצרכים הצפויים לאחר אירועי אוקטובר, משרד הבריאות כבר החל בתוכניות לשינוי המערכת הקיימת, חלקן בכיוון שהתווינו לעיל. עם זאת, להערכתנו, נדרשת ראייה מוכוונת חזון לתוכנית מקיפה יותר, עם שינויי עומק משמעותיים ופרספקטיבה צופה פני עתיד לשנים הבאות. לוח 1 להלן ממפה את בעיותיה של מערכת בריאות הנפש ואת הפתרונות המוצעים להן.

לוח 1: מערכת בריאות הנפש: בעיות ופתרונות

הבעיה	הפתרון המוצע
הסתמכות יתר על טיפול מבוסס אשפוז	מעבר למודל קהילתי המציע טיפול בדרגות עצימות שונות
חוסר רציפות בטיפול במטופלים	הכנסת מתאמי טיפול לניהול מעברי מטופלים לאורך רצף הטיפול
התערבות מוקדמת לא מספקת	פיתוח שירותים ייעודיים לאבחון והתערבות מוקדמים, במיוחד לצעירים
מחסור בכוח אדם	היפוך פירמידת כוח האדם; הסתמכות רבה יותר על מטפלים שהכשרתם קצרה יותר, למענה ראשוני וסינון
פערים ניאוגרפיים בנגישות	שימוש בטכנולוגיה למילוי פערי כוח אדם, ופתרון בעיית הפריסה הגיאוגרפית
תמריצים כלכליים לא יעילים	יישום תמריצים מבוססי ערך טיפולי; תמריצים לטיפול בקהילה
מעורבות מוגבלת של מטופלים ומשפחות	שילוב ארגוני צרכנים בקבלת החלטות, והרחבת תוכניות דוגמת "עמיתים מומחים" ו"צרכנים נותני שירות"
תת-תקצוב כרוני	הגדלת ההוצאה הציבורית על בריאות הנפש
מגבלות האבחנה של קטגוריות פסיכיאטריות נוכחיות	הסטת המיקוד מקטגוריות אבחנתיות נוקשות לאשכולות תסמינים, והערכות התפקודיות בהתאם למודל ההחלמה
יעילות מוגבלת של טיפולים ביולוגיים נוכחיים	דגש על התערבויות פסיכו-סוציאליות וטיפול מוכוון החלמה, לצד טיפולים תרופתיים
חוסר אינטגרציה בין בריאות הנפש לרפואה ראשונית	חיזוק הקשרים בין שירותי בריאות הנפש לבין רפואה ראשונית באמצעות תהליכי עבודה משותפים
מיקוד לא מספק בהחלמה ואיכות חיים	יישום מודל מבוסס החלמה המתמקד ביעדים אישיים, בשילוב בקהילה וברווחה כללית
שימוש מוגבל בתמיכת עמיתים	הרחבת תוכניות תמיכת עמיתים ושילוב עמיתים מומחים בצוותי בריאות הנפש
מענה לא מספק של שירותי התערבות במשבר	פיתוח של צוותי התערבות במשבר הפועלים במסגרת הקהילה, ושיפור הנגישות לשירותי משבר
חוסר בנגישות המותאמות לקבוצות מטופלים שונות	הבחנה בין נישות טיפול במחלות נפש שונות: מחלות נפש קשות, מחלות נפש שאינן קשות, ומצבים ספציפיים דוגמת PTSD

מקורות

- בארי דחנר, נ', טילבור, ע', מנקס-כספי, נ', קריבוי, א' ולוריא, ע' (2024). צריכת שירותי בריאות הנפש בקהילה עקב אירועי השבעה באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל. **הרפואה**, 163(8), 487-484.
- לינדר, ר' (2023, 6 ביוני). "הענף הראשון ברפואה הציבורית שקורס": לפעמים מחכים שנה לטיפול פסיכיאטרי. *TheMarker*. <https://katzr.net/149e51>
- מרנז אדזה. (2024, 28 במאי). **מערכת בריאות הנפש הציבורית: איך מתעדיפים בין שירותים שונים כאשר המערכת כולה בקריסה?** <https://adva.org/he/publicmentalhealthsystem>
- משרד הבריאות. (2022). **בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2022**. <https://www.gov.il/he/pages/mtl-yearbook-2022>
- קלה, כ', ליפשיץ, מ', שלף, ל', טצה-לאור, ל', פרוכטר, א' ולוטן, ע' (2024). התערבויות טיפוליות בהפרעת דחק חדה (Acute Stress Disorder – ASD) סקירה. **הרפואה**, 163(10), 644-640.
- קריבוי, א' ורוזנטל, ג' (2023). ההוצאה הציבורית לבריאות הנפש בישראל: חישוב, ניתוח והשוואה בין-לאומית. **הרפואה**, 162(8), 512-507.
- Anthony, W. (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>
- Aviram, U. (2010). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(3), 171-194.
- 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(5), 550-559. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0058-7>
- Bremmers, L. G. M., Fabbriotti, I. N., Gräler, E. S., Uyl-de Groot, C. A., & Hakkaart-van Roijen, L. (2022). Assessing the impact of caregiving on informal caregivers of adults with a mental disorder in OECD countries: A systematic literature review of concepts and their respective questionnaires. *PloS One*, 17(7), e0270278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270278>
- Brewin, C. R., Atwoli, L., Bisson, J. I., Galea, S., Koenen, K., & Lewis-Fernández, R. (2025). Post-traumatic stress disorder: Evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 24(1), 52-80. <https://doi.org/10.1002/wps.21269>
- Cruwys, T., Stewart, B., Buckley, L., Gumley, J., & Scholz, B. (2020). The recovery model in chronic mental health: A community-based investigation of social identity processes. *Psychiatry Research*, 291, 113241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113241>
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dekel, I., Hertz-Palmor, N., Dorman-Ilan, S., Reich-Dvori, M., Gothelf, D., & Pessach, I. M. (2023). Bridging the gap between the emergency department and outpatient care: Feasibility of a short-term psychiatric crisis intervention for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 631-637. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01896-2>

- Florentin, S., Neumark, Y., Roe, D., Rosca, P., Keller, S., Amir, N. Y., & Krivoy, A. (2024). The relationship between community-based psychiatric rehabilitation pathways and re-hospitalization trajectories: A three-decade follow-up. *Psychiatry Research*, 342, 116216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116216>
- Funk, M., Drew Bold, N., Francesca Moro, M., Cole, C., & McGovern, P. (2025). *Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans*. World Health Organization.
- Groweiss, Y., Blank, C., Hamdan, S., Neria, Y., & Levi-Belz, Y. (2024). The mental health impact of the October 7th terror attack on Jews and Arabs in Israel: A nationwide prospective study. *Psychiatry Research*, 337, 115973. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115973>
- Insel, T. (2022). Mental health care 2.0. *Science*, 376(6596), 899. <https://doi.org/10.1126/science.add1020>
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Krystal, J. H., & State, M. W. (2014). Psychiatric disorders: Diagnosis to therapy. *Cell*, 157(1), 201–214. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.02.042>
- Lurie, I., Shoval, G., Hoshen, M., Balicer, R., Weiser, M., Weizman, A., & Krivoy, A. (2021). The association of medical resource utilization with physical morbidity and premature mortality among patients with schizophrenia: An historical prospective population cohort study. *Schizophrenia Research*, 237, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.019>