

השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה

דיויד רועה,¹ אמיר טל,¹ ורד בלוש-קליינמן,² יחיאל שרשבסקי,³
נעמי הדס לידור,⁴ עדי תלם¹ ומקס לכמן¹

בעשורים האחרונים חל שינוי משמעותי בגישה הטיפולית, השיקומית והחברתית כלפי אנשים המתמודדים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי. ראיתם כאנשים מודרים חברתית, שאינם ניתנים לשיקום ונוזקים למוסדות כוללניים, הוחלפה בהכרה בזכויותיהם ובמחויבות לטיפול ולשיקום בקהילה. בעקבות שינוי המדיניות בעולם המערבי, שעיקרו העברת מרכז הכובד מטיפול בבתי חולים פסיכיאטריים לקהילה, נוצר צורך להכין תשתית של שירותים מקצועיים שיסייעו בתהליכי השיקום, ההחלמה וההשתלבות החברתית בכל תחומי החיים. הרקע המקצועי הייחודי של אנשי המקצוע מהפרופסיות השונות בתחום בריאות הנפש (עובדים סוציאליים, פסיכיאטרים, מרפאים בעיסוק, פסיכולוגים ואחרים) אמנם העשיר את התפתחות השירותים החדשים האלה, אך בה בעת יצר לא פעם חוסר עקיבות ואף בלבול באופן מתן השירותים הנובע מהגישות השונות.

השיקום הפסיכיאטרי משתמש בידע ובמיומנויות שמציע תחום בריאות הנפש, ובתוך כך מפתח גוף ידע וכלים פרקטיים ייחודיים לקידום ההחלמה וההשתלבות החברתית של אנשים עם מגבלה פסיכיאטרית.

המאמר הנוכחי בוחן אם השיקום הפסיכיאטרי בארץ ראוי לקבל מעמד כמקצוע נפרד בתחום בריאות הנפש.

-
- 1 החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.
 - 2 מנהלת תחום הכשרה, הדרכה והטמעת מודלים, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות.
 - 3 שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות.
 - 4 החוג לריפוי בעיסוק, בית הספר למקצועות הבריאות, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב.

ביטחון סוציאלי, אב תשע"א, יולי 2011, מס' 86 : 105-85

נשלח לפרסום ב-23.3.10, התקבל ב-30.7.10

מבוא

בחדש יולי, 2000, עבר בקריאה שלישית בכנסת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (להלן חוק השיקום), שמטרתו "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש, כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו" (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000). במסגרת חוק השיקום ניתן סל שירותי שיקום לאנשים עם נכות על רקע מגבלה פסיכיאטרית (להלן מתמודדים). החוק התייחס בעיקר לאנשים שמחלותיהם פוגעות משמעותית בתפקוד בתחומי החיים המרכזיים וששכיחותן באוכלוסייה הבוגרת מגיעה ל-8% אחוזים (Kessler et al., 2003; Substance Abuse & Mental Health Services Administration, 2004). בדרך כלל מדובר במחלת הסכיזופרניה, בהפרעה הדו-קוטבית, בצורות חריפות של דיכאון ובהפרעה האובססיבית-הכפייתית. זכאי סל שיקום הם אלה העומדים בקריטריוני הזכאות על פי חוק השיקום, ואשר מגישים תוכנית שיקום לוועדת סל שיקום אזורית בתחומים כגון תעסוקה, דיור, השכלה, הכשרה מקצועית, חברה ופנאי, ייעוץ והדרכה למשפחות, טיפולי שיניים ותיאום טיפול (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000; מרק, קפלן וגרינשפון, 2006; שרשבסקי, 2006). חוק השיקום נתן למעשה חותמת רשמית למדיניות הדוגלת בהשתלבות קהילתית מרבית של המתמודדים, ובמובנים רבים חיבר את עקרונות השיקום הפסיכיאטרי הנהוגים בארצות מערביות שונות (לכמן, 1998) למדיניות ולפרקטיקה הטיפולית והשיקומית בישראל. הירידה הדרמטית במספר המאושפזים, שהופחת ביותר מחצי בעשור האחרון (Aviram, 2010), משקפת את המאמץ לפיתוח שירותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה. במקביל הודגש הצורך במערכת הכשרה מסודרת ושיטתית לאנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, אשר הגיעו עם רקע מגוון.

הכשרה תואמת וערכנית של אנשי מקצוע העוסקים בתחום השיקום הפסיכיאטרי היא תנאי הכרחי למתן שירותים איכותיים ויעילים, ועל כן עולה הצורך להגדיר את הערכים, את הכישורים, את הגישות, את המיומנויות ואת הידע הנדרשים מאלה המספקים את השירותים (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Pratt, Gill, Barrett, & Roberts, 2007). תכלית הגדרה זו היא להציב את הבסיס התפיסתי והיישומי להכשרה, הסמכה והדרכה של אנשי מקצוע כאנשי שיקום פסיכיאטרי באמצעים שהוכחה יעילותם.

לאור התפתחות המחקר העוסק בתפקיד השיקום הפסיכיאטרי במערך שירותי בריאות הנפש ומתוך בחינתו כתחום עיסוק ייחודי, הכולל, בין השאר, עקרונות, ערכים ודרכי הסמכה השונים לעתים מאלה שבמקצועות דומים בתחום בריאות הנפש (פסיכיאטריה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה וסיעוד פסיכיאטרי), החלו בעשור האחרון

בארצות הברית לפתח סטנדרטים מקצועיים ייחודיים לתחום זה. חשוב לציין שהשיקום הפסיכיאטרי התפתח לא דרך פיתוח גוף ידע או פרקטיקה הנוגדים את עקרונותיהם של מקצועות בריאות הנפש השונים, אלא דרך גיבוש הידע וההתערבויות לכדי מערכת מקיפה ושיטתית הממוקדת במענים לאוכלוסייה ספציפית של מתמודדים, אשר נמצאים בתהליך השתלבות בקהילתם. תהליך זה נעשה תוך למידה הדדית ואימוץ מגוון גופי ידע והתערבויות קהילתיות, שנשענו במידה רבה על מקצועות בריאות הנפש.

פרופסיה מוגדרת כתחום עיסוק ייחודי, המבוסס על גוף ידע תיאורטי ועל אוסף מיומנויות וטכניקות מתאימות, שאנשי המקצוע רוכשים אותן דרך לימודים מתקדמים והכשרה ייחודית פורמלית, הכוללת תקופת התמחות והסמכה שבה נרכשים ומוטמעים קוד אתי, תקנות פנימיות ונהלים משמעותיים (Becker, 1962; Freidson, 1994). לכל פרופסיה איגוד מקצועי, הפועל כקהילה בעלת תת תרבות משלה. פיתוח קריירה מקצועית דורש מחויבות לטווח ארוך, והארגון קובע ומגדיר קוד אתי, המחייב את כל אנשי הפרופסיה, ולצדו סנקציות הננקטות עם הפרתו (Macdonald, 1995). על כן כשאנו מבקשים לבחון אם השיקום הפסיכיאטרי בארץ ראוי לקבל מעמד כמקצוע נפרד בתחום בריאות הנפש, יש לבחון, בין השאר, אם האמונות, הערכים והמיומנויות הנדרשים מעובדי השיקום הפסיכיאטרי שונים מאלה הנדרשים מאנשי מקצוע שונים בתחום בריאות הנפש ואם יש צורך בתוכניות הכשרה והסמכה ייחודיות להם.

התפתחות שירותי בריאות הנפש

לאורך רוב שנות ההיסטוריה האנושית רווחה הגישה ולפיה נחרץ גורלם של אנשים שתויגו כחולי נפש או משוגעים, ועל כן לא הם ולא סביבתם יכולים להוביל לשיפור באיכות חייהם ולהשתלבותם בחיי הקהילה – "פעם חולה נפש, תמיד חולה נפש". גישה זו ליוותה את התפתחות מקצועות הטיפול בבריאות הנפש, והיתה דומיננטית עד שנות ה-60 של המאה הקודמת לפחות (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008). אחת ההשלכות המרכזיות שלה, נוכח העובדה שמחלות פסיכיאטריות נחשבו לא רק חשוכות מרפא אלא גם מסוכנות לאדם ולחברה, היתה דרך הטיפול במתמודדים. הנטייה היתה לאשפז את האנשים בבתי חולים פסיכיאטריים או במוסדות כוללניים אחרים לכל ימי חייהם, ובכך בעיקר התמקדו שירותי בריאות הנפש. בעשורים האחרונים חלו בתחום בריאות הנפש בעולם המערבי תמורות חברתיות, פוליטיות וכלכליות, אשר יחד עם ממצאי מחקרים הובילו לשינוי מגישה דטרמיניסטית לראיית ההתמודדות עם מחלות פסיכיאטריות באור אופטימי יותר, להבנה טובה יותר של

המחלות ומהלכן ההטרוגני ולשינוי במדיניות ובשירותים המוצעים (רועה ועמיתים, 2005). בעקבות שינוי הגישה, ירד בישראל ב-13 השנים האחרונות מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטרי ביותר מ-50%, ואחוז המאושפזים (מתוך האוכלוסייה הכללית) ירד ביותר מ-70%. ההנחה הרווחת היא ש-90% אחוז ויותר מהאנשים עם מחלות פסיכיאטריות קשות חיים כיום בקהילה (Aviram, 2010). בהמשך ובמקביל התחזקו הגישות החברתיות בתחום העבודה הסוציאלית, הריפוי בעיסוק והפסיכולוגיה השיקומית וסייעו בהטמעת הגישה הדוגלת בשוויון זכויות לאנשים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי. בד בבד חידדה התפתחות תחום השיקום הפסיכיאטרי את הצורך בקידום ההחלמה, השתלבות מרבית בתחומי החיים השונים ושיפור איכות החיים של המתמודדים (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002), ובכך סייעה בפיתוח התיאוריה, המחקר, החקיקה והפרקטיקה של השירותים הקהילתיים הניתנים למתמודדים (Cousey, Curtis, Matsh, & Campbell 2000; IAPSRs, 2001; Young, Forquer, Tran, Starzynski, & Shatkin, 2000). דרך תהליכים אלה התרחבו במהלך העשורים האחרונים שירותי בריאות הנפש, ובמקביל לשירותי האשפוז והטיפול התפתחו שירותי השיקום בקהילה. לנוכח העובדה ששירותי השיקום פותחו ויושמו בידי אנשי מקצוע מרקעים שונים שנשענו באופן טבעי על הידע, על העקרונות, על הערכים ועל הקודים האתיים של מקצוע האם שלהם, עלתה השאלה אם יש צורך לפתח מקצוע ייחודי, אינטגרטיבי, שיטתי ומבוסס ראיות, העוסק בשיקומם של המתמודדים ובהשתלבותם החברתית. שאלה זו הובילה בשנים האחרונות למחקר ענף, בעיקר בארצות הברית, בנוגע לעשייה השיקומית בתחום בריאות הנפש, מחקר שאת ממצאיו העיקריים נציג להלן.

שיקום פסיכיאטרי בארצות הברית

אנתוני ועמיתים (Anthony et al., 2002) הגדירו את השיקום הפסיכיאטרי כתחום שיקומי שמטרתו לסייע למתמודדים להגדיל את יכולותיהם התפקודיות ולהיות שבעי רצון מסביבת החיים שבחרו בה, תוך התערבות מקצועית מינימלית (Bond & Resnick, 2000). הארגון האמריקני לשיקום פסיכיאטרי (United States Psychiatric Rehabilitation Association – USpra) הגדיר ב-2007 את השיקום הפסיכיאטרי כ"מקדם החלמה ושילוב קהילתי מרבי תוך שיפור איכות חייהם של אנשים שאובחנה אצלם מחלה פסיכיאטרית כלשהי הפוגעת בחומרה ביכולתם ליהנות מחיים בעלי משמעות". מנקודת מבטו של הארגון שירותי שיקום פסיכיאטריים הם שירותים אינטגרטיביים המשתפים פעולה עם שירותים אחרים של בריאות הנפש, תוך דגש על הענקת שירות אינדיווידואלי ממוקד בפרט. שירותים אלה הם חוליה חיונית

בקשת שירותי הבריאות ושירותי האנוש, ועליהם להיות מבוססים על ראיות מחקריות. השירותים ממוקדים בסיוע למתמודדים לפתח מיומנויות ולשפר נגישות למשאבים שהם זקוקים להם כדי לשפר את מסוגלותם להצליח ולהיות שבעי רצון מחייהם, מעבודתם, מלימודיהם ומהסביבה החברתית שבחרו בה. הגדרת השיקום הפסיכיאטרי כ"מקדם החלמה" איננה מקרית, שכן במהלך העשור האחרון חלה תנופה בתפיסת חשיבותם של תהליכי החלמה למתמודדים. חזון ההחלמה אומץ במדינות שונות ותפס בהדרגה את מרכז הבמה כמסגרת חשיבתית חדשה לקביעת המדיניות ולפיתוח הפרקטיקה השיקומית (Davidson, Ridgway, Wieland, & O'Connell, 2009; Slade, 2009). למושג ההחלמה הגדרות שונות, אך רובן מדגישות את התהליך האישי, הסובייקטיבי ביסודו, שבו האדם משיב לעצמו תחושת זהות עצמית חיובית תוך בנייה מחודשת של חיים בעלי משמעות אישית. תהליך זה מתרחש למרות מגבלות המחלה, תוך שילוב השפעותיה השונות במארג החיים הכללי (Davidson & Roe, 2007). הארגון האמריקני לשיקום פסיכיאטרי מונה מספר עקרונות מנחים המשמשים מורי דרך לכל העוסקים בתחום ומהווים את הבסיס לעיסוק בשיקום פסיכיאטרי:

- שירותי השיקום הפסיכיאטרי יינתנו בשיתוף עם צרכני השירותים. השירותים יכוונו לצרכיו האינדיווידואליים של האדם ויסייעו לו לגלות מחדש את הכישורים ואת המשאבים הפנימיים והחיצוניים שלו, תוך הגברת יכולתו להשיג את מטרות חייו בהצלחה.
- צוות השיקום הפסיכיאטרי יעביר מסר של תקווה וכבוד תוך אמונה שלכל אדם היכולת ללמוד ולצמוח.
- בעבודת השיקום הפסיכיאטרי ייצרו אנשי השיקום תהליך קבלת החלטות משותף עם מקבלי השירותים, המבוסס על מתן מידע ועל נגישות למידע.
- שיקום פסיכיאטרי תומך בהשתלבות קהילתית מלאה של המתמודדים, כדי שימצו את זכויותיהם האזרחיות מחד גיסא, וכדי שיכירו בחשיבות מילוי חובותיהם מאידך גיסא.
- בבסיס השיקום הפסיכיאטרי ניצבות הגדרה עצמית והעצמה. כל אדם זכאי להחליט בנוגע לעצמו, כולל החלטות בדבר שירותים ותמיכות שהוא מעוניין או לא מעוניין לקבל.
- שיקום פסיכיאטרי מאפשר לפתח רשתות (Networking) של תמיכה אישית על ידי שימוש במערכות תמיכה טבעיות הקיימות בקהילה, יוזמות לתמיכת עמיתים וקבוצות לעזרה עצמית.

- השיקום הפסיכיאטרי מדגיש את החשיבות של התערבויות מבוססות ראיות (Evidence based practices) והתערבויות חדשניות ומבטיחות (Promising practices) ככלים יעילים לקידום תהליכי החלמה והשתלבות חברתית של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.
- על שירותי השיקום הפסיכיאטרי להיות נגישים וזמינים לכל האנשים שעשויים ליהנות מהם. עליהם להיות משולבים ומתואמים היטב עם שירותי טיפול פסיכיאטריים, שירותי בריאות, טיפולים הוליסטיים והתערבויות אחרות.

כפי שניתן לראות, בארצות הברית יש עניין רב בהגדרה ברורה, שיטתית ומדידה של העיסוק בשיקום פסיכיאטרי. בתוך כך ניסו אנשים רבים העוסקים בשיקום פסיכיאטרי להגדיר מה הם הכישורים הנדרשים מאנשים העוסקים בתחום ואם כישורים אלה שונים מהותית מהכישורים המחייבים כל איש מקצוע אחר בבריאות הנפש. כשסוקרים את הספרות המקצועית, למדים ששירותים שיקומיים מקדמי החלמה מצריכים אנשים בעלי כישורים מתאימים. בסקירת מחקרים שניסו לאתר את הכישורים הנדרשים מאיש השיקום הפסיכיאטרי חילקו חוקרים שונים את הכישורים לתחומים שונים, ובאופן לא מפתיע הדגישו מחקרים שונים כישורים דומים (ראו לוח 1). חשוב להדגיש, שאף שהדיון מתמקד במיומנויות הנדרשות מהעוסק בתחום השיקום הפסיכיאטרי, הרי המיומנויות שאותרו מבטאות את תרומתן החשובה של פרופסיות ותיקות לתחום השיקום. כך, לדוגמה, מקצוע הריפוי בעיסוק תורם כלים ומיומנויות המותאמים לעבודה על יכולות תפקודיות וקוגניטיביות. מקצוע העבודה הסוציאלית תורם בעיקר את הגישה המערכתית הרואה את האדם כחלק ממערכת כוללת ואת מיומנויות העבודה הקהילתית הרחבה. מקצוע הפסיכולוגיה תורם בעיקר את הראייה האינטרוספקטיבית והסובייקטיבית, וכולם יחד יוצרים תמהיל מיומנויות וכישורים שעובד שיקום בתחום בריאות הנפש זקוק להם. מחקרים שונים התמקדו בניסיון לזהות את המיומנויות הנדרשות מאיש השיקום. לוח 1 מסכם את הממצאים העולים מתוך המחקרים שנעשו בתחום. באמצעותו אנו למדים שהמחקרים מדגישים בעיקר את חשיבותם של כישורים בין אישיים, שיטות התערבות, היכרות עם משאבים (בקהילה ובכלל) ורגישות תרבותית.

לוח 1

הכישורים הנדרשים מעובדי שיקום בתחום בריאות הנפש,

שצוינו במחקרים שונים

Dorrer & Fellow, 2008	Morris & Stuart, 2002	Chinman et al., 2003	Young et al., 2000	IAPSRs, 2001	Coursey et al., 2000	התחום/הכישורים הנדרשים מעובדי שיקום בתחום בריאות הנפש
8 קבוצות מיקוד, סקירת ספרות רלוונטית, ריאיון עם 10 מומחים בתחום	3 קבוצות מיקוד	מתבסס על 38 מוסדות בריאות נפש בארצות הברית, ותיקוף המבחן בידי 269 אנשי מקצוע	10 קבוצות מיקוד, ראיונות עם אנשי מפתח בתחום השיקום, ועדת מומחים, וסקירת ספרות	ועדת מומחים המורכבת מ-6 מומחים, וסקירת ספרות	ועדת מומחים המורכבת מ-28 מומחים, וסקירת ספרות	מתודה
					+	מתן שירות אנושי (אמונה, כבוד, רגישות)
		+	+	+	+	כישורים בין אישיים בין עובד השיקום והמתמודד (הקשבה, התייחסות)
					+	יכולת ליצירתיות וגמישות
					+	יכולת לרפלקציה עצמית (עמיתים, ספרות)
		+			+	היכרות עם משפחת המתמודד וקרוביו
					+	הכרת ההיסטוריה של המתמודד
			+		+	אבחון שיקומי והערכה של המתמודד
		+	+	+	+	דרכי ההתערבות עם המתמודד
					+	היכרות עם ההיבט הפסיכו-סוציאלי של מחלות הנפש

Dorrer & Fellow, 2008	Morris & Stuart, 2002	Chinman et al., 2003	Young et al., 2000	IAPSRs, 2001	Coursey et al., 2000	התחום/הכישורים הנדרשים מעובדי שיקום בתחום בריאות הנפש
	+	+			+	היכרות עם ההיבט הביולוגי והפרמקולוגי על מחלות נפש
		+	+		+	היכרות עם התהליך השיקומי ותפקידו של איש השיקום
	+				+	מודעות לצורך בהכשרה
	+	+	+	+	+	היכרות עם משאבים (בקהילה ובכלל) תוכניות למתמודדים, זכויותיהם
		+		+	+	היכרות עם חוקים/מדיניות הנוגעים למתמודדים
	+			+	+	היכרות ספציפית עם חוקי האתיקה בתחום השיקום ופיתוח אני מקצועי
		+		+	+	שיתוף פעולה תוך ובין ארגוני של איש השיקום
	+	+	+		+	פיתוח רגישות תרבותית
	+				+	שילוב המתמודד במערך התעסוקתי

הנתונים המוצגים בלוח 1 ועדויות שנאספו מהעבודה הקהילתית עם מתמודדים בארצות הברית הובילו להתפתחות ההתמקצעות בשיקום הפסיכיאטרי. התפתחות זו התחוללה תוך הכרה בחשיבות הידע והפרקטיקה המצויים במקצועות העוסקים בבריאות הנפש (כגון פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פסיכיאטריה וסיעוד פסיכיאטרי), ובמהלכה אומצו חלק מהידע והאסטרטגיות הטיפוליות והשיקומיות שפיתחו מקצועות אלה. תוך כדי פיתוח תחום השיקום הפסיכיאטרי, ועל מנת לבדוק אם אכן יש צורך בהכשרה ספציפית בתחום, נערכו מחקרים שבדקו אם הכשרה בתחום השיקום הפסיכיאטרי, הניתנת על פי עקרונות התחום המתפתח, מנבאת תוצאות חיוביות בעבודה השיקומית. במחקרים נמצא שאנשים בעלי השכלה והסמכה בשיקום פסיכיאטרי היו בעלי אמונות חיוביות יותר ודבקות גבוהה יותר בהתערבויות מבוססות ראיות בתחום השיקום הפסיכיאטרי, ובעלי עמדות חיוביות יותר כלפי מתמודדים בהשוואה לאנשי מקצוע אחרים בבריאות הנפש (Casper, 2001; Gill, 2005; Gill & Barrett, 2009;)

(Gill & Turjanick, 2005). עוד נמצא שסטודנטים שהשלימו לימודי תעודה בשיקום פסיכיאטרי, ויצאו להתנסותם הראשונה בשטח, דורגו בידי מעסיקהם ב-72% מהמקרים כעובדים טובים יותר מהעובדים במקום (שרובם ככולם לא זכו להכשרה דומה). 45% מסטודנטים אלה שולבו במקומות עבודה עוד בטרם סיימו את התואר (Gill & Turjanick, 2005). זאת ועוד, גיל, מרפי ובירקמן (Gill, Murphy, & Birkmann, 2005) מצאו שהכשרה מעשית בשיקום הפסיכיאטרי היא הגורם המשפיע ביותר על הזדהות עם אמונות וערכים של המקצוע ועל שימוש בהם. בה בעת, כשעובדי השיקום לא עברו הכשרה ייעודית בתחום, דיווחו הממונים עליהם שתפקודם המקצועי טעון שיפור של ממש (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005). סקר שנערך בקרב 81 מעסיקים מתחום בריאות הנפש הקהילתית בארצות הברית מצא ששליש מהם ציינו שעובדיהם בלתי מוכנים, חסרי ניסיון, נעדרי ידע בדרכי עבודה עם מתמודדים, חסרי יכולת לתכנן תוכניות שיקום, ולוקים בכישורי הנחיית קבוצות (Gill, Pratt, & Barrett, 1997). העדר כישורים מספקים של רבים מנותני השירותים מעכב את קידום אוכלוסיית בריאות הנפש כמו גם מתן שירותים איכותיים בתחום (Kevin, 2007; Marrelli et al., 2005; Morris & Stuart, 2002).

ממצאים אלה מצביעים על חשיבותה של השכלה והסמכה מתקדמת ורלוונטית בשיקום הפסיכיאטרי ותומכים בדעה שהכשרה בתחום זה מניבה תוצאות חיוביות יותר (Gill, 2005; Gill & Turjanick, 2005). ממצאים אלה גם מחזקים את החשיבות שבאיתור אנשי שיקום פסיכיאטרי, זיהוים, הכשרתם והכרה רשמית בהם. בהמשך לממצאים אלה להלן תיאור קצר של מספר תוכניות לימוד והכשרה ייעודיות לתחום השיקום הפסיכיאטרי במדינות שונות בארצות הברית:

- המרכז לשיקום פסיכיאטרי באוניברסיטת בוסטון (Boston University's Sergeant College of Health and Rehabilitation Sciences, the Center for Psychiatric Rehabilitation) היה אחד החלוצים בתחום המחקר, ההכשרה ומתן שירותים מבוססי שיקום והחלמה לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. מראשית שנות ה-70 של המאה הקודמת נתנו מסלולי הלימוד לתואר ראשון ושני בתחומי בריאות הנפש באוניברסיטת בוסטון חשיבות רבה לתחום השיקום הפסיכיאטרי. כך למשל נודע המסלול המדעי בתחום הייעוץ השיקומי (לימודי תואר שני) בהכשרה המעמיקה והאיכותית שהוא מעניק לסטודנטים בתחום השיקום הפסיכיאטרי.
- החוג לשיקום פסיכיאטרי באוניברסיטה לרפואה ורפואת שיניים של ניו-ג'רזי (The Department of Psychiatric Rehabilitation and Behavioral Health) הוקם בשנת 1993, והוא החוג האקדמי היחיד בארצות הברית המקדיש תוכנית לימודים אך ורק לשיקום פסיכיאטרי, החל ברמת ההשכלה וההכשרה הבסיסית (לימודי

תעודה להכשרת מתמודדים ואנשי מקצוע לשמש כמסנגרים בתחום בריאות הנפש) וכלה בתוכניות לתארים מתקדמים (תואר שני ושלישי) ולמחקר בתחום (Pratt & Gill, 2001). התוכנית לתואר ראשון מתמקדת בהקניית ידע בסיסי ומעמיק בתחום השיקום הפסיכיאטרי. בתוכנית לתואר השני שתי התמחויות: שיקום פסיכיאטרי עם התמקדות בפיתוח מנהיגות; ייעוץ שיקומי עם התמחות בפרקטיקה בשיקום פסיכיאטרי. בשנת 1999 נפתחה גם תוכנית לדוקטורט, שמטרתה להכשיר את הדור הבא של החוקרים ואת אנשי ההוראה והאקדמיה בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

- ארגון השיקום הפסיכיאטרי האמריקני (United States Psychiatric Rehabilitation Association – USpra) פיתח תוכנית הסמכה לעוסקים בשיקום פסיכיאטרי (The Certified Psychiatric Rehabilitation Practitioner – CPRP – credential) שתכליתה לטפח ולקדם את הכישורים והמיומנויות של עובדי השיקום הפסיכיאטרי, תוך הטמעת הכללים האתיים והתפיסה הרב תרבותית בשיקום והחלמה של מתמודדים. עובדי השיקום המשתתפים בתוכנית ההסמכה מגיעים מרקעים מקצועיים שונים ובעלי רמות השכלה שונות. ההסמכה בשיקום פסיכיאטרי מוכרת במספר הולך וגדל של מדינות בארצות הברית, שהעבירו חוקים ותקנות אשר הגדירו את ההסמכה הנדרשת מאנשי השיקום הפסיכיאטרי. כדי להיות זכאים לתעודת הסמכה בשיקום פסיכיאטרי, על העובדים לעבור הכשרה מקצועית במסגרות שיקום קהילתיות ומבחן הסמכה.

אם כן, בארצות הברית יש עדויות להתפתחות העיסוק בתחום השיקום הפסיכיאטרי כפרופסיה ייחודית: לתחום יש עקרונות ברורים ומובחנים; אותרו והוגדרו הכישורים של איש השיקום הפסיכיאטרי; פותחו תוכניות הסמכה; נקבע קוד אתי; נוסדו שני כתבי עת ספציפיים: *Psychiatric Rehabilitation Journal*; *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*; הוקם ארגון מקצועי של עובדי השיקום הפסיכיאטרי. כל זאת תוך המשך שיתוף הפעולה עם אנשי מקצוע מתחומים מקבילים בבריאות הנפש והכרה בחשיבות הידע והמיומנויות שיש בידם.

כעת נבחן אם יש צורך תיאורטי ויישומי לקדם את השיקום הפסיכיאטרי כפרופסיה גם בישראל.

שיקום פסיכיאטרי בישראל

המאפיינים המרכזיים של מקצוע (פרופסיה) כוללים ידע תיאורטי המבוסס ומתעדכן באמצעות מחקר שיטתי בתחום העיסוק. ההכשרה כוללת בדרך כלל גם התמחות, התערות בקבוצה המקצועית, הכרת דרכי פעולתה וקבלת רישיון לעסוק במקצוע, סמכות מקצועית, תחושת אוטונומיה ליחיד ולקבוצה המקצועית, מחויבות לחידושים ולשינויים לאור הידע המתפתח והשתייכות לקבוצת עמיתים מקצועית. לפרופסיה יש ערכים וכללי אתיקה מוסכמים, המחייבים את אנשי המקצוע (Macdonald, 1995).

אם כן, כדי לבחון אם שיקום פסיכיאטרי או כל עיסוק אחר יכול להיחשב למקצוע, יש לנקוט את הפעולות האלה:

- להגדיר מצוקה או בעיה אנושית, שהמקצוע יכול לסייע בפתרונה. זהו האינטרס הציבורי של החברה, המוכנה לשלם לבעלי המקצוע עבור שירותיהם;
 - להגדיר תחום ידע הקשור למקצוע זה, אשר רק לבעל המקצוע שרכש את הידע שהוגדר תהיה זכות לעסוק בו;
 - להגדיר את מסלול ההכשרה הדרוש כדי לרכוש ידע זה;
 - לרכוש את אמון הציבור ביכולתם של אנשי המקצוע לסייע בפתרון הבעיה או בהקלת המצוקה האנושית, ולשכנע את הציבור שבאמצעות המקצוע יוכל להגשים אינטרס ציבורי;
 - לערוך משא ומתן עם המדינה, כדי שתכיר בזכותם הבלבדית על תחום הידע הזה, ותאפשר להם לקבל רישיון לעיסוקם.
- להלן התייחסות לכל אחת מנקודות אלה בהקשר של השיקום הפסיכיאטרי כמקצוע עתידי בישראל:

הגדרת הבעיה והאינטרס הציבורי

כאמור, בעשורים האחרונים חלו התפתחויות משמעותיות בכל הנוגע לטיפול ולשיקום אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בישראל, תוך העברת כובד המשקל מטיפול בבתי חולים פסיכיאטריים לטיפול בקהילה. מגמה זו של "אל-מיסוד" הובילה לכך שמספר המיטות בבתי החולים הפסיכיאטריים ירד באופן משמעותי, ועומד כיום על כ-3,150, לעומת יותר מ-7,000 מיטות בתחילת העשור הקודם (Aviram, 2010). בעקבות יישום חוק השיקום הוקמה תשתית קהילתית גדולה ומגוונת בתחומי הדיור,

התעסוקה, הפנאי, התמיכה והליווי, תוך קידום המחקר, הפרקטיקה והחקיקה בתחום השיקום הקהילתי של המתמודדים. חוק זה העצים וחיוק את תחום השיקום הפסיכיאטרי בד בבד עם גישות המעוררות החלמה, השתלבות קהילתית וצמצום הסטיגמה והאפליה כלפי המתמודדים. בשנת 2007 ניתנו שירותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה ליותר מ-16,000 אנשים עם מחלות פסיכיאטריות (משרד הבריאות, 2008). לצדם פועלים ארגונים לסגור עצמי, עמותות של משפחות וארגונים לשמירת זכויות האדם של המתמודדים, השוקדים על קידום מעמדם בחברה, תוך הרחבת ההזדמנויות הניתנות להם ושיפור איכות חייהם. באקדמיה גדל מספר המחקרים, הקורסים והחוגים העוסקים בתחום.

ההתפתחויות שנסקרו לעיל מצביעות על המגמה בישראל, ולפיה אנשים עם מחלות פסיכיאטריות קשות יכולים וזכאים לקבל שירותי שיקום ייחודיים לתחום בריאות הנפש. זאת מתוך הכרה בכך ששירותים ייחודיים אלה מסייעים גם למתמודדים עצמם ולבני משפחתם וגם לחברה כולה, הזוכה באוכלוסייה יצרנית ותורמת, אשר עד לפני עשורים אחדים היתה מודרת משאר החברה. ואולם למרות ההתפתחויות המעוררות בתחום זה, עדיין אין הגדרה ברורה של הכישורים וההסמכה הנדרשים מאנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, העוסקים בקידום תחומים כגון דיור, תעסוקה והשכלה אצל אנשים עם מחלות פסיכיאטריות קשות. האם הפסיכיאטר הקהילתי היושב במרפאות לבריאות הנפש אמור לסייע בשיקום הקהילתי של המתמודדים? ואם כן, על פי אילו עקרונות? האם בוגרי חוגים כגון סיעוד, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה או עבודה סוציאלית רוכשים את הכישורים לתת מענה לצרכים הספציפיים של המתמודדים המנסים להשתלב בקהילתם? אילו כישורים והסמכה יש להנחיל למדריכים שיקומיים בהוסטלים או במסגרות דיור אחרות? האם מתאמי או מנהלי טיפול בקהילה זקוקים להכשרה ולליווי מקצועי ייחודי? על פי אילו עקרונות עובדים מדריכי השמה בשוק החופשי? שאלות אלה, ועוד רבות אחרות, עומדות בבסיס ההגדרה התיאורטית והיישומית בכל הנוגע לנותני השירות הפסיכיאטרי בארץ, עשור לאחר חקיקת חוק השיקום.

תחום הידע

שאלה מהותית אחרת היא מהו גוף הידע שעל אנשי השיקום הפסיכיאטרי לרכוש. בעקבות מחקרים שנערכו בארצות הברית בשנים האחרונות הצטבר ידע מבוסס מחקר על התערבויות שונות שנמצאו יעילות (Mueser, Drake, Merrens, & Lynde, 2005; Torrey, Lynde, Singer, & Drake, 2003). ידע זה תרם להבהרת התמונה בנוגע לצורך בתחומי הכשרת אנשי שיקום. כך, למשל, אנשים שסיימו את לימודיהם במקצועות הליבה בבריאות הנפש היו בעלי ידע ייחודי ומשמעותי בתחום בריאות הנפש, אך לא בהכרח שלטו בידע הספציפי בכל הנוגע לשיקום פסיכיאטרי קהילתי של המתמודדים.

(Gill & Turjanick, 2005). לכן בשנים האחרונות ניתן למצוא בישראל יוזמות (על פי רוב לא מקיפות ושיטתיות), שמטרתן מתן ידע, כלים והסמכות לאנשים העובדים בתחום השיקום הפסיכיאטרי. כך, למשל, מאז חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000) היה צורך להכשיר אנשי שיקום שיוכלו לספק את שירותי השיקום הפסיכיאטרי המבוססים על תפיסה אידיאולוגית חדשה, כמו גם על שירותים והתערבויות מבוססות ראיות. צורך זה עלה מהפרקטיקה בשטח שהשתנתה והתקדמה במהירות רבה יותר מאשר תוכניות הלימודים שהוצעו באוניברסיטאות. מציאות זו יצרה צורך בפיתוח תוכניות והכשרה התואמות את עקרונות השיקום הפסיכיאטרי. האוריינטציה הייחודית והחדשנית של השיקום וההחלמה הקשתה על המוסדות להשכלה גבוהה להכיל יוזמה מסוג זה; היה קשה מאוד למצוא באוניברסיטאות חוקרים ומרצים מעודכנים ומחוברים לתפיסה החדשה (הדס-לידור ולכמן, 2007). לכן בשלב הראשון פותחו הכשרות וקורסים שנועדו לקדם ולפתח חשיבה מקצועית חברתית ולהקנות מימוניות הקשורות לתפקידים ולהפעלת טכנולוגיות התערבות חדשות בתחום השיקום הפסיכיאטרי (שרשבסקי, 2006). במסגרות שונות הועברו קורסים כגון קורס למנהלי שירותי שיקום, ניהול מחלה והחלמה, תעסוקה נתמכת בבריאות הנפש, מנהלי תוכניות שיקום, מצרכנים לנותני שירות, מדריכי שיקום והדרכה (Supervision) בשיקום.

מסלולי הכשרה ייחודיים

בהדרגה פותחו קורסים אקדמיים בתחום השיקום הפסיכיאטרי, הנכללים בלימודים לקראת תואר בתחום ספציפי. במגמה הפסיכולוגית-השיקומית באוניברסיטת בר-אילן (מסלול לתואר שני), המתרכזת בניסיון ליישם שיטות הערכה, אבחון וטיפול כדי לסייע לבעלי נכויות שונות להתגבר על מוגבלויות בתחומי החיים השונים, ניתן למצוא קורסים העוסקים בשיקום פסיכיאטרי. קורסים דומים מוצעים גם בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב. דוגמה להתמקדות ספציפית יותר היא המגמה החדשה להתמחות בשיקום פסיכו-סוציאלי בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית, שנפתחה בשנת 2008. מטרת התוכנית היא לספק לעובדים סוציאליים העוסקים בתחום בריאות הנפש הזדמנות לרכוש את הידע הנחוץ לעבודה עם מתמודדים על פי תפיסת השיקום הפסיכו-סוציאלי. בשונה מהניסיונות המתוארים לעיל ללמד קורסים בשיקום פסיכיאטרי בתוך דיסציפלינות, מגמות ומחלקות ותיקות, הניסיון הראשון והיחיד בינתיים להקים חוג בין תחומי עם דגש ספציפי על שיקום פסיכיאטרי הוא החוג לתואר שני בבריאות נפש קהילתית שבפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה שנפתח בשנת 2005. אם כן, ניתן לראות שהנטייה בשנים האחרונות היא לפתח מסלולי הכשרה ייחודיים בתחום זה, הכוללים בחלקם גם פרקטיקום והדרכה מקצועית (Supervision). לנוכח

התרחבותם המתמדת של שירותי בריאות הנפש בקהילה, ניתן לצפות שילך ויגבר הצורך והביקוש מהשטח למסלולי הכשרה ייחודיים.

אמון הציבור

תחום בריאות הנפש מתאפיין בסטיגמה עיקשת המובילה, בין השאר, לכך שאנשים אינם ששים לפנות למערכת הציבורית כדי לקבל סיוע נפשי (Corrigan, 2005; Hinshaw, 2007; Link & Phelan, 2001; Struch et al., 2007; Tal, Roe, & Corrigan, 2007). מכיוון שאין מחקר שיטתי ועדכני בנוגע לאמון הציבור בכל הנוגע למערכת הבריאות בכלל ומערכת בריאות הנפש הקהילתית בפרט, קשה להעריך אם הציבור מודע להתפתחות שירותי בריאות הנפש הקהילתיים בעשור האחרון ואם הוא נותן אמון בספקי השירותים השונים. למרות זאת, העניין הרב בתחום בריאות הנפש, אשר בא לידי ביטוי בפעילות בפורומים השונים באינטרנט, התחזקות העמותות הפועלות בתחום והעניין ההולך וגובר של תקשורת ההמונים בתחום עשויים להצביע באופן חלקי על עלייה בידע, במעורבות, בעניין ואולי גם באמון הציבור בעוסקים בתחום בריאות הנפש והשיקום הפסיכיאטרי. בחינת נקודה זו מחייבת מחקר והערכה שיטתיים ומקיפים אשר יסייעו בהערכת הידע והאמון של הציבור בספקי השירותים.

משא ומתן עם המדינה

חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (2000) היה חותמת רשמית מצד המדינה שיש צורך לפתח שירותים שיקומיים קהילתיים בתחום בריאות הנפש. בחוק נקבע שאלה הרשאים לספק את השירותים הנגזרים מחוק זה הם "פסיכיאטר, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מרפא בעיסוק, עובד סיעודי וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי של משרד הבריאות בהודעה ברשומות כעובד מקצועי לעניין חוק זה" (חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, 2000). בהתבסס על למידה ראשונית של הצרכים הייחודיים של אלה המקבלים שירותי שיקום פסיכיאטריים מכוח חוק השיקום, בהסתמך על הספרות המקצועית בתחום המצביעה על הצורך בהסמכה ספציפית בתחום השיקום הפסיכיאטרי (Gill, 2005; Gill & Turjanick, 2005) ומתוך הניסיון הבינלאומי שהצטבר בשנים האחרונות, יש לצפות שהעיסוק בתחום השיקום הפסיכיאטרי יחייב בעתיד רישיון. רישיון זה יתבסס על עקרונות השיקום הפסיכיאטרי שהוזכרו לאורך המאמר, על קוד אתי ועל הכשרה והסמכה ייחודיות לתחום. העיתוי של קידום תחום השיקום הפסיכיאטרי כמקצוע נפרד המחייב רישיון תלוי רבות בהתגייסות שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות ובהתארגנות המקצועית של העוסקים בתחום. בהקשר זה ניתן להזכיר את האגודה הישראלית לקידום

השיקום הפסיכיאטרי (יספר"א), שהוקמה לאחרונה כדי לקדם את מדיניות השיקום הפסיכיאטרי, תוך פיתוח פרקטיקה מכוונת החלמה (בהתאם לעקרונות שהותוו באמנה הבינלאומית לאנשים עם מוגבלות והאמנה לשיקום פסיכיאטרי שאומצה בידי המועצה הארצית לשיקום נפגעי הנפש בישראל ונחתמה ואומצה בכנסת ובממשלה) (הדס-לידור ולכמן, 2007). יוזמה זו, אשר נמצאת עדיין בראשיתה, עשויה להוות את התשתית הממסדית לפיתוח השיקום הפסיכיאטרי כפרופסיה בישראל.

סיכום והמלצות לעתיד

השיקום הפסיכיאטרי טומן בחובו פוטנציאל מוכח בקידום ההחלמה וההשתלבות החברתית של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות קשות. לאור השינויים התפיסתיים והמבניים בתחום הטיפול והשיקום בבריאות הנפש (כדוגמת תנועת האל-מיסוד) נוצרה מציאות שבה הרוב הגדול של המתמודדים מתגוררים בקהילה. מציאות זו הביאה לשינוי באופי השירותים ולצורך להתאימם למציאות החדשה. בעקבות תהליך זה יש תנופת עשייה משמעותית בשנים האחרונות המתרחשת מחוץ לבתי החולים ולמרפאות. כך פעמים רבות עבודת השיקום אף לא נעשית בהכרח ישירות מול המתמודד; היא יכולה להיעשות מול מעסיקים, בעלי דירות, אנשי מקצוע שונים ומול המשפחה. בעקבות התפתחות שירותי השיקום הפסיכיאטרי והמחקר בתחום יש עדויות להתפתחות בהגדרת עיסוק השיקום הפסיכיאטרי כפרופסיה ייחודית המקבלת ביטוי במסגרת מסודרת ושיטתית, אשר משרטטת את ערכי הליבה של השיקום הפסיכיאטרי ואת המאפיינים הייחודיים של העוסקים בשיקום. תכליתה של התפתחות זו היא ליצור שפה משותפת מתוך המגוון העשיר של תחומים וגופי הידע הבינתחומיים שעמם מגיעים העוסקים בתחום השיקום הפסיכיאטרי. בתוך כך הוגדרו הידע, הכישורים, המיומנויות והערכים של העוסקים בשיקום פסיכיאטרי, וכן פותחו אסטרטגיות שהאיצו והרחיבו את תוכניות ההכשרה בתחום מתפתח זה. כמו כן חודדו עקרונות ההכשרה של צרכנים נותני שירות, אשר מהווים תרומה ייחודית ומשמעותית לעבודה השיקומית. העסקת מתמודדים כנותני שירות היוותה ומהווה עדיין מהפכה טבעית שהשפיעה על המתמודדים נותני השירותים עצמם, הצוות העובד עמם, מקבלי השירותים וכן קובעי המדיניות (Chinman, Young, Hassell, & Davidson, 2006; Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006). שירותים מכווני מתמודדים (Consumer-Oriented services) או שירותים הניתנים בידי מתמודדים (Consumer-Provided services) עומדים ביסוד מערכת שיקום מפותחת ומקדמת החלמה בבריאות הנפש.

התפתחות השיקום הפסיכיאטרי לקראת פרופסיה בארצות הברית, מחד גיסא, ושינוי התפיסה והפרקטיקה של שירותי בריאות הנפש בישראל, מאידך גיסא, ממחיש את הצורך ביצירת שפה משותפת – מבוססת ידע, מיומנויות וערכים ומעמד מקצועי ייחודיים – לכלל העוסקים בשיקום, בהחלמתם ובהשתלבותם החברתית של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות בישראל. על פי הגדרה של פרופסיה ניתן באופן תיאורטי לראות בשיקום הפסיכיאטרי פרופסיה נפרדת בתחום בריאות הנפש. השיקום הפסיכיאטרי כולל ידע תיאורטי מבוסס, ומתעדכן באמצעות מחקר שיטתי בתחום העיסוק; יש הכשרות בשיקום פסיכיאטרי; יש קבוצות מקצועיות; יש ארגון מקצועי וכתבי עת ספציפיים; יש סמכות מקצועית ומחויבות לחידושים ולשינויים לאור הידע המתפתח. ההשתייכות לתחום מחייבת הצטרפות לקבוצת עמיתים מקצועית בעלת כללי אתיקה מוסכמים המחייבים את העמיתים לפעול לטובת מקבל השירות (Barrett, MacDonald-Wilson, & Nemeč, 2005; Casper, 2001; Corrigan et al., 2008; Farkas & Anthony, 2001; Gill, 2005; Pratt, Gill, Barrett, & Roberts, 2007).

לאור הדברים האמורים ניתן להסיק שבשלה העת לכך שהשיקום הפסיכיאטרי יתקדם לכיוון של פרופסיה עצמאית בישראל, אשר תתמקד בפיתוח ויישום מענים הולמים שיסייעו בתהליך ההחלמה וההשתלבות החברתית של אנשים עם מחלות פסיכיאטריות קשות: שליטה בידע ומיומנויות במתן שירותי שיקום פסיכיאטרי; הכשרה והסמכה של העוסקים בתחום מתפתח זה. בה בעת, לנוכח העובדה שמגוון אנשי מקצוע מספקים את שירותי השיקום הפסיכיאטרי, יש להמשיך וליהנות מהתרומה הייחודית של כל אחד מהם למעשה השיקומי, בבחינת "לא לשפוך את התינוק עם המים". לכן חשוב שהשיקום הפסיכיאטרי יכיר ויעריך את התרומה הייחודית של בעלי המקצוע השונים בבריאות הנפש לתהליך הפיכת השיקום הפסיכיאטרי לפרופסיה. זאת ועוד, בתהליך הפיכת התחום לפרופסיה יש לשקול פיתוח תוכניות התמחות בשיקום פסיכיאטרי לאנשי מקצוע מתחומי בריאות הנפש, המבקשים לספק שירותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה. כך, למשל, רצוי שבבתי ספר לעבודה סוציאלית ובחוגים לפסיכולוגיה ולריפוי בעיסוק תהיה מגמת התמחות בשיקום פסיכיאטרי. לבסוף, ניתן לפתח תוכניות השלמה לאנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש אשר סיימו את לימודיהם והכשרתם. תוכניות השלמה אלה יאפשרו לכלל אנשי המקצוע בבריאות הנפש לספק שירותי שיקום איכותיים וכן יאפשרו ליצור סטנדרטיזציה בקרב אנשי המקצוע השונים בתחום בריאות הנפש.

אם כן, נסכם ונאמר שעל פי הספרות המקצועית, שמצאה שאנשי שיקום פסיכיאטרי שעברו הכשרה ייעודית הם אנשי מקצוע מיומנים ובעלי הצלחות רבות יותר בשיקום (Gill, 2005; Gill & Turjanick, 2005), עולה הצורך להגדיר את אנשי המקצוע אשר רשאים/מוסמכים לעסוק בשיקום פסיכיאטרי, בקביעת הידע והמיומנויות הייחודיים של העוסקים בתחום, בגיבוש ומיסוד הסטנדרטים המקצועיים והאתיים שהם מחויבים

להם ובקביעת אנשי המקצוע המוסמכים להדריך עובדים בתחום השיקום הפסיכיאטרי. נתונים אלה מחייבים את העוסקים בתחום לשקול בכובד ראש פיתוח פרופסיה עצמאית, בשילוב תוכניות מתמחות ותוכניות השלמה לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש המבקשים לעסוק בשיקום קהילתי. זאת למען פיתוח האמינות, התוקף והאיכות של שירותי השיקום הפסיכיאטריים ובעיקר למען שיפור איכות חייהם של המתמודדים עם מחלות ותיוג פסיכיאטרי בישראל.

מקורות

- הדס-לידור, נ' ולכמן, מ' (עורכים). (2007). שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות, פרקטיקה מדינית ומחקר. כפר יונה: ליתם.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000.
- לכמן, מ' (1998). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? חברה ורווחה, יח (1), 45-63.
- מרק, מ', קפלן, ז' וגרינשפון, א' (2006). תהליך יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש: מדו"ח מבקר המדינה 1991 לתמונת מצב 2002. בתוך א' אבירם, וי' גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 81-96). אזור: צ'ריקובר.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה (2008).
- רועה, ד', צ'ופרה, מ', חסון-אוחיון, א', שור, ש', לכמן, מ' ורודניק, א' (2005). התפתחויות מחקריות והמשגתיות בתחום מחלות הנפש הקשות והשלכותיהן על טיפול ומדיניות. חברה ורווחה, כה (2), 207-223.
- שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל – תהליכים ואתגרים. בתוך א' אבירם וי' גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 81-96). אזור: צ'ריקובר.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Aviram, U. (2010) Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47 (3), 171-194.

- Barrett, N. M., MacDonald-Wilson, K. L., & Nemecek, P. B. (2005). Establishing a consortium of psychiatric rehabilitation educators. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8 (2), 121-133.
- Becker, H. (1962). The nature of a profession. In B. H. Nelson (Ed.), *Education for the professions* (pp. 27-45). The sixty-first yearbook of N.S.S.E. Chicago: University of Chicago Press.
- Bond, G. R. & Resnick, S. G. (2000). Psychiatric rehabilitation 2000. In R. G. Frank & T. R. Elliot (Eds.), *The handbook of rehabilitation psychology* (pp. 235-258). Washington, DC: American Psychological Association.
- Casper, E. S. (2001). Psychiatric rehabilitation degree-granting programs and practitioners' knowledge and practice pattern. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 5 (3), 537-547.
- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33 (2), 176-195.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness*. Washington DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: Guilford Press.
- Coursey, R. D., Curtis, L., Matsh, D. T., & Campbell, J. (2000). Competencies for direct service staff members who work with adults with severe mental illnesses in outpatient public mental health managed care systems. *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 23 (4), 370-384.
- Davidson L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with Serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 443-450.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M., & O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual

- framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28 (2), 35-46.
- Drake, R. E., Merrens, M. R., & Lynde, D. W. (Eds.). (2005). *Evidence-based mental health practice: A textbook*. New York: W. W. Norton & Company
- Farkas, M. & Anthony, W. A. (2001). Overview of psychiatric rehabilitation education: Concepts of training and skill development. *Rehabilitation Education*, 15 (2): 119-132.
- Freidson, H. E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy and policy*. London: Policy Press.
- Gill, K. J. (2005). Experience is not always the best teacher: Lessons from the certified psychiatric rehabilitation practitioner certification program. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 151-164.
- Gill, K. J., Murphy, A., & Birkmann, J. (2005). Developing attitudes: The role of psychiatric rehabilitation education. *Journal of American Psychiatric Rehabilitation*, 8, 135-149.
- Gill, K. J., Pratt, C. W., & Barrett, N. M. (1997). Preparing psychiatric rehabilitation specialists through undergraduate education. *Community Mental Health Journal*, 33 (4), 323-329.
- Gill, K. J. & Turjanick, M. (2005). Evolution of masters degree program in psychiatric rehabilitation. *Journal of American Psychiatric Rehabilitation*, 8, 165-174.
- Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.
- Hoge, M. A., Paris, M., Adger, H., Collins, F. A., Finn, C.V., Fricks, L., et al. (2005). Workforce competencies in behavioral health: An overview. *Administration and Policy in Mental Health*, 32 (5-6), 593-631.
- IAPSRS. (2001). *Role delineation report of the certified psychiatric rehabilitation practitioner*. Morrisville, NC: Columbia Assessment Services.

- Iyer, S. N., Rothmann, T. L., Vogler, J. E., & Spaulding, W. D. (2005). Evaluating outcomes of rehabilitation for severe mental illness. *Rehabilitation Psychology, 50* (1), 43-55.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification, 27* (3), 387-411.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Korte, D., Merikangas, K. R. et al., (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association, 289* (23), 3095-3105.
- Kevin, H. H. (2007). A better mental health workforce & 8 core elements. *Journal of Psychosocial Nursing, 45* (3), 24-34.
- Macdonald, K. M. (1995). *The sociology of the professions*. Sage Publications: London.
- Marrelli, A. F., Tondora J., & Hoge, M. A.(2005). Strategies for developing competency models. *Journal of Administration and Policy in Mental Health, 32* (5-6), 533-561.
- Morris, J. A. & Stuart, W. (2002). Training and education needs of consumers, families, and front-line staff in behavioral health practice. *Journal of Administration and Policy in Mental Health, 29* (4-5), 377-402.
- Pratt, C. W. & Gill, K. J. (2001). A government, service provider and academic collaboration. *Rehabilitation Education, 15* (2), 191-199.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric rehabilitation (2nd Ed.)*. San Diego, CA: Academic Press.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Struch, N., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., Lachman, M., Zehavi, T., & Sagiv, N. (2007). *Stigma: The attitudes, experiences, and coping mechanisms of people attending public mental health clinics*. Jerusalem, Israel: Myers-JDC-Brookdale Institute and Mental Health Service of the Israel Ministry of Health, (RR-492-07). (Hebrew).
- Substance abuse and mental health services administration. (2004). *Results from the 2003 national survey on drug use and health: National findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. SMA 04-3964). Rockville, MD.
- Tal, A., Roe, D., & Corrigan, P. W. (2007). Mental illness stigma in the Israeli context: Deliberations and suggestions. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (6), 547-563.
- Young, A. S., Forquer, S. L., Tran, A., Starzynski, M., & Shatkin, J. (2000). Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27 (3), 321-333.