

## “תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי”: מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאיזה ומקס לכמן

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס-2000, נועד לסייע בשילוב קהילתי לפי תוכנית אישית. למרות זאת כשליש מהפונים לוועדות סל שיקום אינם מיישמים את תוכניתיהם. המחקר הנוכחי בחן את הגורמים לאי המימוש מנקודת המבט של הפונים. 15 פונים שלא יישמו את החלטות הוועדה רואיינו במסגרת מחקר איכותני. נמצאו שבע תמות לגבי אי יישום: (1) חוסר מידע או ידע על סל השיקום; (2) עמדות ביחס לשירותי השיקום; (3) העדר שותפות וקבלת החלטות משותפת; (4) אי הלימה בין המטרות האישיות ובין החלטות הוועדה; (5) חוויית הוועדה כגורם שאינו מקשיב; (6) אי הכרות של הגורם המפנה את הפונה ואת מנגנון סל השיקום; (7) השפעת בני המשפחה. הדיון עוסק בקשיים הנובעים מאי מקצועיות מספקת של הגורמים המפנים, אי הכנה של הפונה לוועדת סל שיקום, חוויית השירותים כסגרגטיביים, וקשיים תהליכיים הנובעים מאי הכרות מספקת והעדר תהליך של שיתוף ומיקוד באדם. ההמלצות כוללות מתן מידע, הכנת הפונה ומשפחתו לסל השיקום, הכשרת גורמים מקצועיים, והתמקדות בתוכניות אישיות (מודל תקציב אישי).

**מילות מפתח:** חוק שיקום נכי נפש, תוכניות שיקום, ועדת סל שיקום, בריאות נפש, שיקום פסיכיאטרי, החלמה, מחלות נפש חמורות

---

### מבוא

בשלושים השנים האחרונות התרחשו תמורות חשובות במדיניות ובפרקטיקה בתחום בריאות הנפש בעולם ובישראל, שנבעו מהבנות חדשות וממידע שהצטבר בתחום. תמורות אלה כוללות הכרה ביכולת הבחירה של האנשים הפונים לשיקום וברצונם לבנות חיים בעלי משמעות בקהילה (הדס-לידור ולכמן, 2007; Anthony & Farkas, 2005; Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2009).

---

מאמר זה מבוסס על עבודת גמר לתואר מוסמך של יעל ברוך, אשר שימשה בעבר סגנית משנה לרכז סל שיקום ומשמשת כיום רכזת שיקום מחוז חיפה.

גם ישראל הצטרפה לתמורות אלה, ואחד משיאיהן הוא חקיקת החוק לשיקום נכי נפש בקהילה. החוק קובע סל שירותי שיקום בתחומי חיים שונים ומגדיר את זכותו של המתמודד עם מחלת נפש לפנות לוועדת שיקום ולהציג תוכנית שיקומית פרטנית. התוכנית נדונה בוועדת שיקום שבסמכותה לאשר שירותי שיקום במסגרת האפשרויות הגלומות בחוק (החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס-2000; אבירם, 2010). עם זאת, כיום ידוע כי חלק ניכר מן הפונים לוועדה אינם מיישמים את ההחלטות שנקבעו ואושרו לגבי תוכנית השיקום (אבירם, 2010; מבקר המדינה, 2007, 2009). על רקע זה אנו מבקשים לנסות לזהות ולתאר לראשונה את הגורמים והתהליכים המובילים לאי היישום מנקודת מבטם של מקבלי השירות.

מאמר זה מתאר מחקר איכותני שכלל 15 ראיונות עומק עם מתמודדים עם מחלות נפש ממושכות, שפנו לוועדה אך לא יישמו את תוכניות השיקום שאושרו להם בוועדות בשנת 2011. מטרת המחקר גישוש זה היא להתבונן מנקודת מבטה של אוכלוסייה נזקקת הנמצאת במוקד העניין של קובעי המדיניות ושל עובדים סוציאליים, העוסקים במתן שירותי בריאות נפש ושירותי רווחה בכלל ושירותי שיקום נכי נפש בפרט. ייחודו של מחקר זה בכך שהוא מביא את נקודת מבטם של הפונים לשירות, ומאפשר למידה מסיפוריהם ומחוויותיהם האישיות.

### חזון ההחלמה ושיקום פסיכיאטרי

אנשים המתמודדים עם הפרעות פסיכיאטריות חמורות (כגון סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית ודיכאון קליני) מתקשים בתפקוד ובהשגת מטרות חיים משמעותיות. שנים רבות הייתה התפיסה לגבי היכולת של אוכלוסייה זו לשוב לחיים נורמטיביים ובעלי משמעות פסימית. אך עדויות אישיות, לצד מחקרי אורך, הראו כי ההחלמה אפשרית, ושאפשר לשוב לתפקוד במידה המאפשרת שליטה בתסמינים ושילוב בקהילה (Deegan, 1988; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987a,b). החלמה הוגדרה כתהליך אינדוידואלי, בלתי ליניארי, המלווה בהתמודדות ארוכת שנים עם המחלה ועם השלכותיה. זהו תהליך הסתגלות מחדש של האדם כלפי עצמו, כלפי עמדות, רגשות, תפיסות, אמונות, תפקידים ומטרות בחיים, והוא כולל גילוי עצמי, התחדשות ושינוי (Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002). מרכיבים חיוניים התומכים בתהליכי החלמה כוללים קבלה, אחריות, תקווה ותמיכה מקצועית (הדס-לידור ולכמן, 2003; לכמן, 2006; Davidson, Kirk, 2006; Rockholz, Tondora, O'Connell & Evens, 2007; Jacobson & Greenley, 2001; Ramon, Healy, & Renouf, 2007). לאחרונה מבחינים בין החלמה אישית – ההיבט הסובייקטיבי והפסיכו-חברתי של החלמה, המתייחס לשיבה לחיים בעלי משמעות ועניין – ובין החלמה קלינית – ההיבט האובייקטיבי והרפואי, הכולל

“תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי”: מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

הפחתת התסמינים, עלייה בתפקוד, מניעת הידרדרות וניהול סיכונים (Slade, 2010). חזון ההחלמה, יחד עם הגישה, המדיניות והפרקטיקה של “האדם במרכז” בתחומי בריאות אחרים, הפכו מרכזיים בתחום הטיפול והשיקום בבריאות הנפש במדינות רבות בעולם (Anthony, 1993; Cook, 2005; Davidson, Harding, & Spaniol, 2005; Farkas & Anthony, 2010; Meyer, Gingerich, & Mueser, 2010; Roe, Lachman, & Mueser, 2009; SAMHSA, 2011; Slade, 2009a,b). תהליך השיקום הפסיכיאטרי מכוון לתמוך באנשים עם מחלות פסיכיאטריות חמורות להשיג תפקיד בעל ערך בחברה ותפקוד בתחומי החיים השונים, כגון מגורים, תעסוקה, לימודים, ויחסים חברתיים (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Corrigan, et al., 2005), ולהביא להשתלבות חברתית עם איכות חיים מיטבית (USPRA, 2009). ככזה, התחום מייצג כיום שדה רחב שהוא מעבר לגישת התערבות, וכולל בתוכו ערכים מוגדרים וטכניקות התערבות (Farkas & Anthony, 2010).

### החוק לשיקום נכי נפש בקהילה והמנגנון של “סל שיקום”

משנות ה־80 התפתחו בישראל מדיניות, ידע ופרקטיקה אשר הושפעו מגישת האל-מיסוד שרווחה במדינות מערביות רבות, הגורסת שמערך הטיפול והתמיכה צריך להתבצע בקהילה ולא במסגרת אשפוז. בהתאם לכך מדינת ישראל חותרת לרפורמה יסודית בשירותי בריאות הנפש שבאה לידי ביטוי בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, ה'תשנ"ד–1994, ועיקרה העברת מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש מבתי החולים הפסיכיאטריים לקהילה (אבירם, 2007).

במסגרת זו נעשה ניסיון לקדם שלוש רפורמות מרכזיות: (1) הרפורמה המבנית שהובילה לצמצום משמעותי (כ־50%) במיטות האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים ולהקמת מרכזי בריאות נפש קהילתיים באזורים שונים (אבירם, 2001; אבירם וגינת, 2002; אבירם, גיא וסייגס, 2006; טלר, 2008; טרמר, 1975; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009; מבקר המדינה, 2007; מרק, קפלן וגרינשפון, 2006; משרד הבריאות, 2009, 2013; ניראל, אקר, רוזן, ברמלי-גרינברג וגרוס, 2008); (2) הרפורמה הביטוחית שבמסגרתה נעשים צעדים מואצים להעברת האחריות לטיפול במסגרות אשפוז ובמסגרות אמבולטוריות לקופות החולים, לעומת השיקום הפסיכיאטרי, שישאר באחריות הממשלה (אבירם, 2010). העברת הטיפול הפסיכיאטרי לאחריות קופות החולים אמור לאפשר נגישות וזמינות גבוהות יותר לכלל האוכלוסייה ולענות על הקשיים בהפעלת מערך בריאות הנפש; (3) הרפורמה השיקומית שבמסגרתה מתקיימת פעילות מואצת למעלה מעשור, ושבסיסה בחקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס–2000 (אבירם, 2010; פלדמן, 2008; שרשבסקי, 2006). ניצני החוק הופיעו בשנת 1995, בהמשך לחקיקת חוק בריאות ממלכתי והצעת הרפורמה בתחום בריאות

הנפש, ונעשו נסיונות ראשוניים לפתח מסגרות שיקום בתחום הדיור והחברה. בשנים הראשונות להתהוותה של מערכת השיקום בארץ, הושם דגש על התמקדות במטרות הקולקטיביות הבאות: צמצום מספר האשפוזים, קיצור משך האשפוז הממוצע לאדם, שילוב קהילתי ופיתוח מערך שירותי שיקום בקהילה. בהמשך, משנת 2005, בעקבות שינוי תפיסתי ומגמה של מטה השיקום בשירותי בריאות הנפש שבאו לידי ביטוי בבניית מערך הטמעה והכשרה וקורסים לצוות הבכיר (מטה השיקום, רכזים ורכזי משנה) שהתבססו על ניסיון וידע שהצטברו בעולם ובישראל, הועבר הדגש להתמקדות בבניית תוכניות שיקום אישיות שהאנשים שותפים לעיצובן בהתאם לצרכיהם, להעדפותיהם ולבחירתם (קורס בניית תוכניות שיקום פרטניות בבריאות הנפש, 2005).

שינוי תפיסתי זה נשען על ידע מצטבר בספרות, אשר הצביע על כך שהתאמת השירות למטרות שהפרט הגדיר ומעוניין לקדם, חיונית לקידום תהליך השיקום (Fisher, Shumway, & Owen, 2002). שיתוף הפרט בעיצוב תוכנית השיקום מתוך התייחסות למטרות ברורות ומשמעותיות לו, הינו בעל חשיבות מכרעת כגורם המקדם תהליכי החלמה, והוא תורם לחיזוק מרכיב התקווה, ולהגברת תחושת ההעצמה, שביעות הרצון והמוטיבציה של הפרט לשיקום (Ades, 2004; Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Clarke, Oades, Crowe, & Deane, 2006; Lecomte, Wallace, Perreault & Caron, 2005). מגמה זו באה לידי ביטוי, בין השאר, בשיקולים שהביאו לחקיקת חוק השיקום תוך התייחסות לתהליך ההחלמה של הפרט ומתוך גישה של שותפות בעיצוב שירותים מקדמי החלמה (אבירם, 2010; פלדמן, 2008).

חוק שיקום נכי נפש בקהילה נחשב לחוק מתקדם. מטרתו לשקוד על שיקומם ושילובם של נכי הנפש בקהילה, ולאפשר להם להשיג עצמאות תפקודית ואיכות חיים ברמה גבוהה ככל האפשר, תוך שמירה על כבודם, ברוח חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. חוק השיקום נועד לאפשר לאנשים להשתקם בתחומי דיור, תעסוקה, השכלה, הכשרה מקצועית, חברה ושעות פנאי (אבירם, 2007; החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס-2000). הזכאים למימוש החוק הם תושבי ישראל המתמודדים עם הפרעת נפש, שמלאו להם 18 שנים והוכרו כבעלי 40% נכות נפשית לפי הסעיפים 33, 34 על פי חוק הביטוח הלאומי (החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס-2000).

בעקבות חקיקת החוק החלו לפעול ועדות סל שיקום בתשעה מחוזות בארץ, והן מהוות את המנגנון המבצע של החוק. ועדות סל שיקום מנסות לפעול על פי העקרונות של גישת ה"החלמה" והגישה הממוקדת באדם (גישה המושתתת על התמקדות באדם, על חופש בחירה, על תקווה ועל שותפות), והן מיועדות להוות זירה להעצמה, כבוד, גילוי עצמי, הגדרה עצמית ואמון בייחודיות של כל אדם. מבחינה מעשית, מטרת הפנייה לוועדה היא לאפשר לפונה לקבל שירותים על פי תוכנית אישית, המעגנת את מערך השירותים והתמיכות הנדרש לקידום מצבו (אבירם, 2010; בלוש, 2008; הדס-לידור ולכמן, 2007; פלדמן, 2008; שרשבסקי, 2006).

“תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

ההערכה היא כי מאז תחילת יישומו של החוק התקיימו בארץ יותר מ-38,765 ועדות סל שיקום, ובסוף שנת 2012 – 16,493 פונים קיבלו שירותי שיקום (אבירם, 2010; משרד הבריאות, 2013). אל הוועדה פונים האדם עצמו ואיש מקצוע מתחום בריאות הנפש המלווה אותו. הפונה ואיש המקצוע, לפני הגעתם לוועדה, אמורים להחליט על מטרות השיקום ולמלא יחד טופס פנייה מובנה המציג את הרקע הרפואי והפסיכו-סוציאלי של הפונה ואת תוכנית השיקום האישית. כמחצית הפניות לוועדות השיקום מגיעות מבתי חולים פסיכיאטריים, והשאר ממרפאות בריאות נפש בקהילה, ממחלקות לשירותים חברתיים, ממטפלים פרטיים, או מהמבקשים עצמם ומשפחותיהם (Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012).

הדיון בוועדה מתקיים בנוכחות הפונה עצמו, המלווה, משפחתו של הפונה (בהסכמתו) או כל גורם אחר שלדעת הוועדה יכול לסייע בקבלת ההחלטות. לאחר הדיון נשלח אישור של תוכנית השיקום (שתוקפו שנה) לגורם המלווה, ואם הפונה מעוניין – גם לו עצמו, כדי שימשיכו ביישום התוכנית. בהמשך, לאחר שהפונה מיישם את תוכנית השיקום, אמורה על פי חוק להתקיים ועדת מעקב אחת לחצי שנה. מטרתה לבחון את התקדמות המטרות ותוכנית השיקום (דוח מבקר המדינה, 2009, מציין כי בפועל לא מתקיימות ועדות מעקב אחת לחצי שנה) (החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס-2000).

#### אתגרים ואי יישום תוכניות ועדות סל שיקום

למרות התמורות המרשימות שתוארו והצלחתו היחסית של מערך סל שיקום, ניכר כי הדרך להכלת פרקטיקה ממוקדת אדם ופיתוח מערך שירותים לצורך הגדלת השילוב החברתי, מלווים בקשיים לא מעטים. אלו כוללים: צמצום התקציב למרפאות לבריאות הנפש במידה ניכרת בעשור הראשון להפעלת החוק, המתנה ממושכת לטיפול (לעיתים עד כשנה וחצי), ירידה במספר הפניות למרפאות בריאות הנפש, מחסור בכוח אדם בתחום בריאות הנפש, פריסה גיאוגרפית מצומצמת ומחסור במרפאות ביישובים רבים בפריפריה, מצב פיזי רעוע של המבנים שבהם נמצאות המרפאות, אי ניצול של תקציב שיועד לשיפור איכות השירות, הפסקת השירות בחלק מקופות החולים, בקרה אקראית בלבד וחוסר בנתונים על כלל הטיפולים במרפאות (אבירם, 2010; בן-נון, ברלוביץ ושוני, 2006; מבקר המדינה, 2009).

לפי נתונים שהתקבלו מאומדן שערך המוסד לביטוח לאומי לגבי מספר מקבלי גמלת נכות בשל סעיפי נכות נפשית (המוסד לביטוח לאומי, 2009), ומחקרים שנעשו על שיעור חולי הנפש הקשים והממושכים (אבירם ורוזן, 2002), אפשר להעריך כי בישראל חיים 85,000–100,000 אנשים עם מוגבלויות פסיכיאטריות חמורות, הזקוקים לשירותי שיקום שונים כדי לקדם את השתלבותם בקהילה. מספר זה גדול פי חמישה

ממספר האנשים המקבלים כיום שירותים במסגרת מערך השיקום שבאחריות משרד הבריאות, על פי חוק (אבירם, 2010).

קבוצת האנשים שאינה נהנית מהזכות לקבל שירותי שיקום מתחלקת לשלוש תת-קבוצות: מי שבחר מלכתחילה שלא לפנות לוועדות השיקום; מי שעבר יותר מוועדת שיקום אחת וכמה ניסיונות ליישום תוכניות שיקום, אך נפלט ממסגרות השיקום, חזר לאשפוז או נותר ללא מענה; ומי שפנה לוועדה אך לא יישם את ההחלטות לגבי תוכנית השיקום. לפי דוח מבקר המדינה (2009) מהווה הקבוצה האחרונה כשליש מכלל הפונים לוועדות השיקום.

### מטרות המחקר

למרות הניסיונות לקדם תוכניות שיקום הממוקדות באדם באמצעות חוק שיקום נכי נפש בקהילה, מספר ניכר של אנשים אינם זוכים לממש את השירותים שהם זכאים להם במסגרת ועדות סל שיקום. ביניהם קבוצה ניכרת אשר טרם נחקרה, ובה פונים שאושרה להם תוכנית אך הם לא יישמו אף מרכיב ממרכיביה בשנה שלאחר הוועדה (כאמור, כ- 25%–30% מהפונים לוועדת סל שיקום). מטרת המחקר הנוכחי הייתה לזהות ולתאר לראשונה את הסיבות והחוויות של פונים שלא יישמו את ההחלטות על תוכניות השיקום האישיות שאושרו במסגרת ועדות סל שיקום אזוריות ולשפוך אור על התופעה, ובכך לתרום להעמקת הידע בנושא ולהצביע על השלכות מעשיות לגבי פרקטיקה ומדיניות במערך בריאות הנפש והשיקום בישראל.

---

### המחקר

#### מערך מחקר

המחקר הנוכחי הוא איכותני ושיטת הריאיון מבוססת על עקרונות התיאוריה המעוגנת בשדה (Grounded Theory: Denzin & Lincoln, 2000; Strauss & Corbin, 1994). שיטה זו מתאימה כיוון שתופעת אי היישום טרם נחקרה (צבר-בן־יהושע, 2001; קסן וקרומר־נבו, 2010; שקדי, 2003; Taylor; 1967; Glaser & Strauss, 1967; Charmaz, 1995; Bogdan, 1964). ככלל, למחקר איכותני מקום חשוב במסגרת פרדיגמת ההחלמה והשיקום של אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות, והוא מאפשר להפיק ידע חדש באמצעות סיפורי המשתקמים ותהליכים סובייקטיביים שהם עוברים (לכמן, 2000; Davidson, 2003; Mullin, 1994). המחקר הנוכחי שואף לחשוף בעין שאינה מצוידת בעדשה אפריורית את זווית הראייה האישית של הפונים לוועדה.

“תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי”: מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

המחקר קיבל אישורים מוועדת האתיקה בפקולטה ללימודי רווחה ובריאות באוניברסיטת חיפה, ומאחראית תחום הכשרה והטמעת מודלים בשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות.

### גיוס מרואיינים

משתתפי המחקר נבחרו מתוך אוכלוסיית המתמודדים עם מחלות נפש ממושכות, שפנו לוועדה בשנת 2011, ואשר אושרה להם תוכנית שיקום, אך הם לא יישמו אותה. הראיונות התקיימו בביתם של המרואיינים לפי בחירתם, ולאחר שחתמו על טופס ההסכמה מדעת. איתור המרואיינים נעשה באמצעות הפקת דוחות ממאגר הנתונים של סל שיקום, שכללו מידע על אנשים שהשתתפו בוועדות שיקום בין מרץ 2011 עד מרץ 2012. בעקבות קושי באיתור משתתפים שעברו ועדה אחת והביעו הסכמתם להתראיין, התקבלה החלטה לראיין גם אנשים שעברו שתי ועדות שיקום, בתנאי שאחרי שתי הוועדות לא יישם המשתתף את ההחלטות.

הקריטריונים להיכלל במחקר היו: (1) אנשים בני 18 ומעלה, שאובחנו כמתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית; (2) זכאי סל שיקום (תושבי ישראל, בני 18 ומעלה, שהמוסד לביטוח לאומי מכיר בהם כבעלי נכות נפשית של 40% לפחות לפי הסעיפים 33 או 34); (3) אנשים שהשתתפו בוועדת שיקום ראשונה או שנייה; (4) אנשים שקיבלו אישור לקבל שירותים מתוך סל שירותי השיקום אך התוכנית לא יושמה תוך פרק זמן של חצי שנה עד שנה לאחר הדיון בוועדה.

הזמן הוגבל לשישה חודשים מתוך הנחה שרצוי לראיין אנשים בפרק הזמן הקרוב ביותר למועד שבו עברו את ועדת השיקום כדי שיוכלו לשחזר את החוויה ואת התהליך שעברו. הוחלט שלא להתייחס לאבחונים של המרואיינים מאחר שאינם מנבאים פרוגנוזה לשיקום, וכן כיוון שמידע זה אינו נגיש והצגתו כשאלה למרואיין הייתה עלולה לפגוע בשיתוף הפעולה.

### המדגם

נעשתה פנייה ל-23 איש. מתוכם רק 15 הביעו את הסכמתם להשתתף במחקר. לכן ההתייחסות בניתוח הנתונים הדמוגרפיים הייתה רק למשתתפים בפועל. 15 המרואיינים בני 22–65 ( $M = 44, SD = 13.8$ ). מתוכם שני שלישים היו גברים ( $n = 10, 67\%$ ), שני שלישים היו רווקים ( $n = 10, 67\%$ ), שלושה היו נשואים (20%) ו-2 גרושים (13%). רובם היו ילידי הארץ ( $n = 12, 80\%$ ) ושלושה ילידי מזרח אירופה (20%). שני שלישים מהמרואיינים סיימו 10–12 שנות לימוד ( $n = 10, 67\%$ ), שלושה סיימו פחות מעשר שנות לימוד (20%) ושניים סיימו יותר מ-12 שנות לימוד (13%). כמחצית מהמרואיינים אושפזו בין אשפוז אחד לשלושה אשפוזים ( $n = 8, 53\%$ ), ארבעה לא

אושפזו אשפוז פסיכיאטרי (27%) ושלושה אושפזו יותר משלושה אשפוזים פסיכיאטריים (20%).

המרואיינים השתתפו בוועדות שיקום בחמישה מחוזות שונים בארץ, רובם במרכז (47%, n = 7), שלושה במחוז צפון (20%), שלושה במחוז תל-אביב (20%) ושניים במחוז חיפה (13%). מרבית המרואיינים עברו ועדת סל שיקום אחת (73%, n = 11), ארבעה פנו לוועדה נוספת, ולא יישמו את ההחלטות שהתקבלו בשתי הוועדות (n = 4), 27%. מרבית המרואיינים הופנו לוועדה מהמרפאות הקהילתיות לבריאות הנפש (60%, n = 9), שלושה הופנו לוועדה מאשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים (20%), מרואיין אחד (6%) פנה באופן פרטי לאחת משתי ועדות שעבר, מרואיין אחר (6%) הופנה מהמחלקה לשירותים חברתיים, ומרואיין נוסף (7%) הופנה ממסגרת חינוכית לאנשים עם צרכים מיוחדים. הנתונים לגבי מקורות ההפניה לוועדות נלקחו מתוך נתוני המחקר בלבד בלי להשוות למקורות ההפניה המופיעים בשנתון הסטטיסטי של משרד הבריאות. זאת מאחר שיש אי בהירות בדיווח המתייחס להפניות ממסגרות שיקום שאליהן מגיע אדם רק לאחר שעבר ועדת שיקום ראשונה והם אינם יכולים לשמש מקור הפניה. על פי מאגר הנתונים הממוחשב, אושרו בוועדות 34 החלטות (בתוכנית שיקום של מרואיין אחד ייתכן שמתקבלת החלטה המאשרת כמה שירותי שיקום בכמה תחומים). מחישוב החלק היחסי באחוזים, הסתבר כי יותר ממחצית ההחלטות (58%) כללו הפניה לשירותים מוגנים (מפעל מוגן, מועדון תעסוקתי, הוסטל, מועדון חברתי למבוגרים ושירותי סמך) והשאר היו הפניות לשירותים נתמכים (תעסוקה נתמכת, חונכות, השכלה וטיפול שיניים).

### תהליך איסוף הנתונים וניתוחם

מדריך ריאיון פותח על בסיס שני ראיונות חלוץ שאפשרו פיתוח וחיודוד של שאלות הריאיון, תרגול מיומנויות הריאיון וצמצום גורמים מתערבים. כך למשל הוחלט לראיין אנשים שעברו ועדות סל שיקום במחוזות אחרים, שבהם החוקרת לא עבדה בעבר, ולכן אינה חלק משדה הנחקר (לפירוט נוסף ראו: ברוך, 2012).

הראיונות נמשכו שעה עד שעה וחצי, נפתחו בהצגת המטרה וההליך של המחקר ובהצגת שאלה כללית: "אבקש ממך לספר לי על עצמך בהקשר של תהליך השיקום שלך או ועדת סל השיקום שלך". זאת כדי לאפשר למרואיין להעלות את החוויה שלו מתהליך סל השיקום באופן האוטנטי ביותר. בהמשך התבקש המרואיין לתאר את ההליך לפני הוועדה, תוך כדי הוועדה ולאחריה, ונשאל למה לדעתו לא יישם את התוכנית שאושרה לו. המראיינת אף הרחיבה והעמיקה בנושא ושאלה את המרואיינים על גורמים ספציפיים שהעלו אשר הובילו לדעתם לאי היישום. כך לדוגמה, כאשר המרואיין ציין אי הכרות וחוסר ידע על תהליך סל השיקום, שאלה המראיינת מה היה



“תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי”: מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

המידע שקיבל על אפשרויות השיקום ועל הוועדה; או כאשר רמז המרואיין שלא היה מעורב בתהליך, ביקשה לדעת ביתר פירוט מה הייתה מידת מעורבותו בתהליך הגשת הפנייה לקראת הוועדה, מה החלק שלו, מה של אחרים וכיוצא באלה. שאלות אלו אפשרו להגיע למידע מפורט יותר (ברוך, 2012).

התוצרים הפרשניים של החוקרת לגבי הסיבות לאי יישום של תוכניות השיקום נבחנו ביחס לכל ריאיון בנפרד וביחס לכלל הראיונות, דבר שאפשר אבחנה ומניעת הטיות בפרשנות הממצאים.

הראיונות הוקלטו ברשמקול, תומללו, נקראו ונותחו לפי עקרונות הניתוח הנושאי (שקדי, 2003; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990, 1994). הראיונות נותחו עד שהושגה רוויה תיאורטית, כלומר התכנים החלו חוזרים על עצמם ולא עלו תכנים חדשים בנושא אי היישום של התוכניות (Strauss & Corbin, 1990).

בשלב הראשון כלל תהליך זיהוי התמות קידוד פתוח והתבוננות שורה אחר שורה, כדי לזהות את הרעיונות המרכזיים בכל ריאיון בנפרד. לכל מרואיין הוכן פרוטוקול ובו הרקע הכללי לגביו, רקע הריאיון, וכן זיהוי, סיכום וניתוח תמות מרכזיות שעלו בטקסט.

בשלב השני, באמצעות “ניתוח ממפה”, נמצאו הקשרים בין התמות של כל ריאיון בנפרד ובין התמות שהופיעו בכלל הראיונות.

בשלב השלישי, באמצעות ניתוח ממוקד, זוהו 21 תמות שהופיעו בראיונות השונים, המייצגות סיבות שונות לאי יישום החלטות הוועדה, וחשובות להבנת הנושא הנחקר. הניתוח הממוקד אפשר לזהות את התמות הייחודיות לכל מרואיין וכן תמות משותפות לראיונות השונים. בסך הכול התקבלו שבע תמות, והן מייצגות סיבות מרכזיות שחוזרות ומודגשות בעשרה ראיונות לפחות.

---

## ממצאים

---

ממצאי המחקר עלו כאמור שבע תמות מרכזיות בעקביות ובאופן נרחב בטקסטים. התמות ייצגו את התפיסות והחוויות של הפונים בתשובה לשאלה למה לא יישמו את החלטות ועדת סל השיקום בתוכנית שהוצעה להם.

### תמה 1: חוסר מידע וידע – “סל שיקום” ותפקיד הוועדה

התמה מציגה עד כמה הבין המרואיין כי מדובר בתהליך שיקומי, ומה הידע שיש לו על אופן הפעולה של מנגנון סל השיקום. הדבר כולל הבנה מהו הגוף האחראי מבחינת החוק על אישור תוכנית השיקום, מיהם הנוכחים בוועדת השיקום וכיצד מתנהלת

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאזיה ומקס לכמן

הוועדה. התמה מתחלקת לשתי תת-תמות: ידע על הוועדה וידע על יישום ההחלטות לאחר הוועדה. תמה זו עלתה אצל 11 משתתפים.

לחלק מהמרוויינים לא היה ברור לאן הגיעו, ומה הסיבה שפנו לוועדה (תת-תמה ראשונה). אריק (כל השמות בדויים), אחד המרוויינים, שאל: "איזה תהליך שיקום?!". בתגובה לשאלה הפותחת את הריאיון. ניכר גם מהמשך דבריו שאינו מבין כלל מה זה שיקום ומה הסיבה שבעטיה נמצא בוועדה.

נורית, תלמידה בבית ספר לחינוך מיוחד, אמרה:

לא הייתה לי ועדת שיקום... הייתה ועדה של הבית ספר... אה, נדמה לי ממשרד הבריאות אולי, כן. הם דיברו עם הבית ספר, עם העובדת הסוציאלית, הם היו איתה בקשר.

בריאיון סיפרה שהבינה מתלמידים אחרים ומהעובדת הסוציאלית שטיפלה בה במסגרת בית הספר שמדובר בוועדה שאמורה לדון בהמשך דרכה לאחר סיום לימודיה. מרוויינים אחרים ידעו מהו סל שיקום אך רק כמושג כללי, ולא יכלו לזהות ולהבין מה מתוך הקיים בסל מתאים לצרכיהם ועשוי לקדם. כך מציין אבי:

מה, זאת אומרת, אני הולך למשל לקבל עזרה מסוימת ואני לא יודע מה אני מקבל, או שאם אני יודע, אני יודע בצורה מאוד קטנה או בצורה מאוד מוגבלת את העזרה שאפשר לקבל...

בהמשך ביטא אבי בלבול, חוסר אונים וכעס שבאו לידי ביטוי גם בטון הדיבור שלו, וקשורים בתסכול מכך שאינו מודע לכל זכויותיו. הוא התיימש וחש שנותר לבד ללא מענה:

אמרתי תעזרו לי. אני אומר מי יעזור לך? מי יעזור לך?

כמו כן ציינו המשתתפים שלא התכוננו לוועדה באופן מהותי. לדוגמה, איתמר אמר:

לא הייתה הכנה או משהו כזה, אני לא זוכר שהייתה הכנה. ת. אמרה לי [לבוא] בתאריך, היא התקשרה הביתה אלינו ואמרה לנו להגיע, שיש את הוועדה, אבל לא היה לי הכנה מיוחדת, לא היה משהו מיוחד... לקראת הוועדה בעצם כלום. מאז שהעליתי את הרעיון שאני רוצה ללכת לעבודה, לוועדה ולקבל איזה סיוע מהם, מסל שיקום, הם מילאו רק טפסים ונתנו לי הסבר של 2, 3 דקות מה קורה בוועדה ואיך פונים לוועדה ואיך מגיעים לוועדה.

דבריו של איתמר מדגישים שהיו רק הנחיות כלליות וטכניות לקראת הוועדה, ושלא היו ידיעה ובהירות מספקת לגבי אופן הפנייה לוועדה, מה מתרחש במהלכה ומה התוכנית שמציג הפונה לוועדה. ניכר שאיתמר אינו מודע לכך שמדובר בטופס פנייה מובנה שהיה אמור להציג את מטרותיו האישיים ואת רצונותיו לשינוי.

"תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי": מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

משתתפים דיווחו על חוסר ידע גם בשלב שלאחר ועדת השיקום (תת-תמה שנייה), כלומר כיצד להמשיך וליישם את תוכנית השיקום ומי אמור לסייע בכך. רונן מספר:

ואף אחד לא בא ואמר לי אפילו על דבר כזה, שקיבלתי סל שיקום, תגיד לי בוא נלך, קח מרפאה, קח פתק, קח איזה מספר טלפון וזה. אני מאוד מאוד, עכשיו אני, אני לא כועס, אבל אני מרגיש מאוכזב מהמערכת. למה?... לפי דעתי מזניחים אנשים שצריכים עזרה. עוזבים אותם ככה לנפשם. אין מספיק מעקב אחרי אנשים. אחרי הוועדה. לבוא לדבר. לא סתם. צריך מעשים. ליישם דברים.

רונן חש שמרגע שסיים את הטיפול ביחידת היום, הזניחו אותו ועזבו אותו לנפשו. הוא חווה העדר של רצף בליווי שיצר אצלו תחושת תסכול ורייקנות מבפנים. מצב זה גם הוביל לאי יישום התוכנית בשל העדר הנחיה לגבי אופן מימושה.

## **תמה 2: עמדות ותפיסות ביחס לשירותי השיקום**

תמה זו מייצגת את הידע שיש לאנשים לגבי השירותים הנכללים במסגרת סל שיקום וכיצד הם תופסים שירותים אלה. האם האנשים רואים את השירות כבעל פוטנציאל לקדם אותם? מהי לדעתם אוכלוסיית היעד של השירות? איך הם רואים עצמם ביחס לאוכלוסייה זו?

נמצא כי המרוויינים תופסים את שירותי השיקום, בעיקר המוגנים שבהם, כשירותים המציעים עבודה פשוטה, ברמה נמוכה שמתאימה לאנשים במצב נפשי ירוד משלהם. לדוגמה נורית מציינת:

זה עבודה של אה... [שתיקה] זה כמו ריפוי בעיסוק, עבודה כזאת ריפוי בעיסוק במקום שאני אלך לשם, זה לא עבודה, לא העבודה מעניינת ולא הכסף מעניין.

נורית מתארת את העבודה במפעל המוגן כפעילות טיפולית במסגרת ריפוי בעיסוק. כשפנתה לוועדה קיוותה להשתלב בעבודה משמעותית עם שכר הולם שמכבדת את העוסק בה. היא מציינת שעבודה כמו שקיבלה, ששכר זעום בצידה, אינה משמעותית עבורה ואינה יוצרת אצלה סקרנות, מוטיבציה ועניין. אלון אומר:

ראיתי את האנשים שם וזה הזכיר לי את בית החולים. אנשים ירודים. לא שאני איזה זה. אבל לא אנשים שאפשר לדבר איתם. אני צריך גם לא להיות בודד. יש לי מלא מחשבות לא טובות. גם מה שהם משלמים, שניים וחצי שקלים, עושים צחוק מהאנשים. שניים וחצי שקל לשעה. הם צוחקים על אנשים. לא שזה הכי קובע, אבל זה ממש לעג לרש.

העבודה במפעל המוגן מזכירה לאלון את האשפוז בבית החולים. במקום להתקדם וליצור שינוי, הוא מרגיש אי שייכות למקום, הוא רואה את עצמו שונה מן המועסקים במסגרת זו ואינו יכול ליצור עימם קשרים חברתיים. אלון חלה בגיל מבוגר יחסית (40)

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאזיה ומקס לכמן

והועסק עד לפרוץ המשבר ואשפוזו כנהג הסעות. הוא מציין שהשכר פוגע בתחושת הערך והכבוד העצמי שלו והוא מרגיש שלועגים לו ומזלזלים בו. עבור חלק מהמרואיינים, שהגיעו ליישם את התוכנית השיקומית שלהם בשירות שניתן להם, המפגש הראשון עם שירות מוגן היה קשה רגשית. רונן מתאר את המפגש עם העובדים במועדון התעסוקתי:

כולם רואים אותי, מסתכלים עליי, רואים אותי. אני נראה כמוהם? והתביישתי כזה, התביישתי מאוד. ממש בושה כזאת שהתביישתי להיות שמה גם. מרחמים עליי, מסתכלים עליי כעל חולה. אני נראה כמוהם, אחרת למה בכלל אני פה? ... הרגשתי עם זה מאוד חולה וזה הוסיף לי למצב רוח שלי, היה לי סיוטים מזה... זה היה לי קשה מאוד לראות אותם ולהסתדר איתם. אני כמוהם וזה מאוד הלחיץ אותי. מאוד הלחיץ אותי. את מכניסה אותי לזה עכשיו לשמה, כאילו בפנים. ברחתי משמה כל עוד רוחי בי.

רונן מרגיש כאילו שמו לפניו מראה המשקפת את היותו חולה ונזקק, ובכך נוצרת תחושת הנצחה של הנכות. בתפיסתו, מרגע שהפך להיות חלק מהמערכת והשתלב במקום, הוא מזוהה עם המגבלה שלו, ואינו מסוגל ליצור תחושה של נפרדות בין המחלה לחלקים המתפקדים והבריאים בחייו. בריאיון תיאר את המאמצים שעשה כדי להסתיר מילדיו ומסביבתו הקרובה את התמודדותו עם הפרעת הנפש. לכן עצם הימצאותו במקום שמבחינתו מייצג את החולי, מתייגת וחושפת אותו. אנשים אלו לא ראו את השירותים כמקום מייטיב וראוי עבורם, ולא מימשו את התוכנית שניתנה להם.

### **תמה 3: העדר שותפות וקבלת החלטות משותפת**

בתמה זו מתבטאת שאיפת הפרט להיות מעורב בתהליך. השותפות בתהליך נותנת לו מוטיבציה לשנות מצבים. רק שלושה מרואיינים הרגישו שותפים אקטיביים בתהליך, ואילו 12 מרואיינים תיארו מצבים שבהם חשו שהחליטו בשבילם, לעיתים אף מבלי לשאול לדעתם.

לעיתים תפיסה זו תואמת את מידת השותפות של הפרט בקבלת החלטות לגבי סיטואציות שונות בחייו, ולעיתים היא מאפיינת את הסיטואציה של הוועדה בלבד. כך, מרואיינים שפנו לוועדה אך היו חסרי מוטיבציה לשינוי מסיבות שונות, בחרו שלא ליישם את החלטות הוועדה, מאחר שלא היו מעוניינים בשינוי או חששו מפניו בשלב זה בחייהם. לדוגמה, תמיר מציין את הקושי שלו להגיע להחלטה ואת חוסר המוכנות שלו לשינוי בתקופה שבה היה בוועדה, ולכן גם את הקושי להיות שותף אקטיבי:

היום זה בטוח שאני רוצה, אבל לפני זה, רוצה — לא רוצה, יכול — לא יכול, קשה לי — לא קשה לי, מסתגר עם עצמי — לא מסתגר עם עצמי, נשאר באותו

”תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

מצב — לא נשאר באותו מצב... בעצם קשה [היה לי] להגיע לכדי החלטה, כי זה בעצם לעשות צעד בחיים.

אמנם הוועדה אפשרה שותפות, אך באותה עת נמצא תמיר בתהליך אבל על אובדן זהותו הקודמת כאדם בריא, ולא היה בשל מבחינה רגשית להתמודד עם שינוי ולקבל אחריות על חייו. המלווה לא שם דגש מספיק על ההכנה והמוכנות לשיקום. מרואיינים אחרים שכן הרגישו שותפים לתהליך, ציינו אי שביעות רצון מכך שאף על פי שנשאלו לרצונם בוועדה, ההחלטה הסופית הייתה של אנשי המקצוע. מיכל אומרת:

ואז היא [רכזת השיקום] החליטה שזה יהיה מהיר וזריז... הם שואלים אותך והם בסוף מחליטים...; נגיד בפעם האחרונה זה היה יותר מה כדאי לך, מה נכון לך, את רוצה ככה, אם אפשר ככה. ובמסגרות כאלה לא תמיד אפשר לבקש הכול.

מיכל מרגישה שלמרות הרצון לעזור לה ולתת מענה לצרכיה, ההחלטה הייתה של הוועדה, והיא חשה שלא הביאו בחשבון את מכלול הנושאים שהעלתה. לעומת זאת, בפעם השנייה שפנתה לוועדה הרגישה שמחד גיסא מציעים לה תוכנית ובחורים עבורה, ומאידך גיסא מאפשרים לה לבטא מה התוכנית צריכה להיות לדעתה. מסר זה מאפשר כביכול בחירה אך גם מנתב ומגביל את הבחירה של האדם, ועשוי ליצור תחושה של בלבול. יחד עם זאת, היא לא יישמה את התוכנית גם בפעם השנייה.

#### **תמה 4: אי הלימה בין מטרות אישיות לבין החלטות הוועדה**

כל המרואיינים הדגישו שלא הייתה הלימה בין המטרות שבחרו לקדם בחייהם, ושהציגו לפני הוועדה, לבין החלטות הוועדה על תוכנית השיקום. יעל מספרת שהגישה לוועדה בקשה לתוכנית להשתלב בעבודה במקצוע הקלדנות שלמדה. הבקשה נדחתה:

בוועדה היא אומרת לי, לכי לעבוד בחנות בגדים, אם תוכיחי את עצמך חודש ימים בחנות בגדים, ורק אחרי זה אנחנו נפנה אותך לעבודה. מה זה השטויות האלה? מה לי ולמכירת בגדים? אני צריכה קורס רענון, אני עוד זוכרת בשיטה עיוורת את הקלדנות, אני זוכרת כמה דברים מהקורס שלמדתי, אני צריכה קורס רענון שמישהו [יממן] כי אין לי כסף. אני במצב כלכלי מאוד קשה. אחרי הקורס לקבל תעודה וללכת לחפש לי עבודה בכוח אדם... אמרתי לה, אני מזכירה במקצועי, אני קלדנית בשיטה עיוורת, אני למדתי מזכירות, יש לי תעודה, אני בחורה מבוזבזת, ויש לי פוטנציאל לעבוד. אמרה לי, לא, מצטערים להגיד לך, את הולכת ל... לסדנאות האלה. לא הסכמתי, יצאתי כועסת, כועסת ברמות... מאוכזבת וכועסת.

יעל מרגישה שלא כיבדו את רצונה, אכזבו אותה ולא התייחסו לכוחותיה, לצרכיה ולקשיים בחייה. העבודה מאוד חשובה בעיניה וחשוב לה לא לשכוח מה שלמדה

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאיזה ומקס לכמן

במסגרת קורס הקלדנות, עד שערכב-ערב, לפני שהיא נרדמת, היא מתרגלת מה שלמדה בקורס, כדי שלא תשכח את מיקום האותיות במקלדת. היא מתארת בכאב גדול תחושה של בדידות עמוקה וחוסר משמעות בחיים, שלא אחת הובילו אותה לרצות לשים יד בנפשה. החוויה שלה, שלא מתייחסים לרצונה האישי, מעוררת תחושות קשות וחרדות לגבי השלכות על מצבה הנפשי. זה מודגם בדבריה:

בסך הכול שלוש אשפוזים, ובשלושתם רציתי להתאבד. ואם כבר אם להיות כנה אתך, בגלל שאני בבית סגורה עולות לי מחשבות אובדניות, ואני כל יום אומרת, היום אני שותה את כל הכדורים ואני מתאבדת, למה? כי אני כל היום בבית בין ארבע קירות! אין לי מטרה, אני צריכה מטרה בחיים... לא אכפת לי איפה העיקר שאני צמאה לכתוב, להדפיס ל... איך אני אסביר לך, אני... אני רוצה כל כך לעבוד בתחום. כשאני לא מצליחה להירדם אני מקלידה מתוך שינה, אני עוצמת עיניים ואני מקלידה כל מיני טקסטים. מקלידה עם האצבעות לראות אם אני זוכרת את האצבעות בקלדנות ואני זוכרת את כולם, אני מקלידה עד שאני נרדמת. מישוהו יקלוט אותי ויכניס אותי לעבודה ושייתן לי מהות לחיים ושאני ארגיש שיש לי תכלית בחיים.

מיכל, מרואיינת נוספת, מציינת שהשירות של סומכת שהוצע לה אינו מתאים לצרכיה:

סומכת אני לא צריכה כל שבוע. אני יודעת שכרגע אני לא זקוקה לזה, אני זקוקה לאחת לשבועיים, אחת לחודש. עם התהליך לאט אני יוצאת, אני מתמודדת לבד. אתה חושב באמת למה אתה זקוק במצב כזה? נגיד מצב כזה שאני צריכה שעה פנויה להיות עם עצמי, לתת לעצמי משהו שיקדם אותי בצורה משמעותית כמו קבוצת התזונה אליה הלכתי שהקנתה לי הרגלים נכונים ותחושה של שליטה בחיים. אז הייתי זקוקה בייביסיטר, שתהיה עם הילדים. קשה לדעת ואין מה שאני צריכה בסל.

מיכל מרגישה שלמרות הרצון לעזור לה ולתת מענה לצרכיה, לא התייחסו לצורך האמיתי שלה לפנות זמן איכות שבו תוכל לעשות צעדים משמעותיים למען עצמה ולהתקדם.

#### **תמה 5: חוויית הוועדה כגורם שאינו מקשיב**

תמה זו מייצגת את האופן שבו המרואיינת חווה את מעמד הוועדה ועד כמה הרגיש שחברי הוועדה היו קשובים לתכנים שהעלה. 11 משתתפים חוו את הוועדה כלא קשובה לצרכיהם ומנותקת ממכלול הנושאים שרצו להעלות. לעומתם, ארבעה זוכרים את מעמד הוועדה כמקדם ויוצר אצלם תחושה של כבוד והקשבה, גם אם בסופו של דבר התוכנית שאושרה אינה משקפת את מטרת פנייתם לוועדה.

”תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

יעל הגיעה לוועדה עם ציפיות גבוהות ותחושה שהיא עומדת בפני התחלה חדשה בחיים, והביעה אכזבה על שלא הקשיבו לבקשותיה ולא התייחסו לכוחותיה והישגיה בחיים:

אני אומרת לך, אני יצאתי משם עצבנית, כועסת, ממורמרת, ישבתי בבית ובכיתי לבת שלי, אמרתי לה, הם אמרו שאני לא מתאימה. היא שאלה אותי אם אני הולכת לקולנוע, אם אני הולכת למסעדות, אמרתי לה, אין לי כסף, איך אני אלך? אין לי כסף לבית, אז אני אלך לקולנוע? כמה פעמים את א... את... מתקלחת בשבוע? שאלות כאלה היא שואלת כמו מפגרת. מי לא מתקלח פעם ביום?... והיה לי ציפיות גבוהות מהוועדה, הלכתי עם ציפיות כאלה גדולות... אני רוצה להיות בן אדם עצמאי! עם הכסף שלי! לעבוד בכבוד ולבוא הביתה עם סיפוק מהעבודה, לראות אנשים, לדבר עם אנשים, לשוחח עם אנשים, לנקות את הראש. מה יש פה קשה להבין? ובוועדה לא הבינו את הדברים האלה.

יעל מתארת כעס ותסכול בגלל היחס והשאלות של חברי הוועדה, שלתפיסתה היו בלתי רלוונטיות. הציפייה שלה לפתוח דף חדש ולהניע תהליך של שינוי בחייה, שייתן לה משמעות וכיוון להיאחז בו, מתנפצת. הרגשתה קשורה בחוויה פטרונית שחשה כששאלו אותה שאלות בוחנות תפקוד, שגרמו לה להרגיש כמו ילדה. גם חוסר הרגישות למצבה הכלכלי הקשה שהשתקף בשאלות לא מתאימות לגבי סוגי הבילוי שלה בשעות הפנאי. מרבית הנבדקים הביעו תחושות דומות. עם זאת חשוב לציין כי ארבעה חשבו אחרת:

התייחסו אליי כאל בן אדם בריא וזה שימח אותי. לא כאל פצינט או משהו כזה. ושאלו אותי שאלות, כמה שזכור לי... אז ממש הרגשתי נוח, ממש הרגשתי אווירה ביתית, עם כל מי שהיה שם, חיוך, אווירה נעימה.

הדוגמאות לעיל ממחישות את חשיבות היחס וההקשבה המכבדים בתוך הוועדה, ללא קשר לתוצאותיה. תמה זו ממחישה גם את הרגישות הרבה שבמעמד זה – שבו דנים בעתידו המעשי של הפונה, והתקוות והשאיפות הרבות שעומן מגיע הפונה.

### **תמה 6: אי הכרות של איש המקצוע המלווה את האדם ואת מנגנון "סל השיקום"**

תמה זו מציגה כיצד מתאר המרואיין את הקשר שלו עם הגורם המפנה לוועדה, ועד כמה הוא מרגיש שהמלווה מקצועי מכיר אותו מספיק ומסוגל לייצגו בוועדה. 12 משתתפים לא הרגישו שהליווי שקיבלו יכול לקדם את התהליך, והמלווה שלהם נחוה כחסר ידע וניסיון, ולכן התקשו לתת בו אמון. שאלו מציין:

אם את שואלת אותי, אני רואה פה בחורה צעירה ש... עובדת סוציאלית שבתקופתו היה מאוד חשוב לה לעזור לי, כי אני הייתי במחלקה שלה, ואני הייתי תחתיה, חלק מהמטופלים שלה... והיא בזמנו פשוט רצתה את הכי טוב בשבילי

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאיזה ומקס לכמן

בדיוק כמוני. אין לי צל של ספק והכול... אלא שאולי על הדרך היא... לא הכירה מספיק מה שקיים, או לא סיפרה לי מה יש, ומה מציע הסל, ובקיצור, פספסה כמה דברים.

שאל מציין שאף על פי שלעובדת הסוציאלית שלו היה חשוב לעזור לו, היא לא השכילה להבין את קשייו ולכן חש כי לא הצליחה לכוון אותו למקום מקדם מספיק. יריב מתאר מצב דומה, שבו העובדת המקצועית שליוותה אותו לוועדה לא הכירה אותו מספיק כאדם ולא התמצאה בתהליך הפנייה לוועדה:

עד שאני הבאתי את הטופס מהבית והסברתי להם... אני הנכה עם הבעיות. צריך להסביר להם איך לקרוא טופס, זה מצחיק באיזשהו מקום. אורית [הסטודנטית המלווה] עשתה הרבה דברים. אני חושב שהיא עשתה מעבר לתפקיד שלה. שלא ייצא איזה הרגשה חס וחלילה, אבל כנראה היא רצתה בעצמה ללמוד את זה, ולא ממש הכירה אותי ומה אני צריך.

אם כן, המרואיינים חשו כי הגורמים המלווים לא הצליחו לייצגם, ולכן התוכנית שהוצעה להם בסופו של דבר לא התאימה להם.

#### **תמה 7: השפעת בני המשפחה על מטרות התוכנית ויישומן**

התמה מייצגת את השפעת המשפחה בחייו של האדם, וכיצד היבט זה משפיע על ההחלטה לפנות לוועדת השיקום או על ההחלטה שלא ליישם את תוכנית השיקום. לדוגמה: מיכאל ואמו מתגוררים יחד מאז נפטר אביו. אף שהרעיון לפנות לוועדה היה של האם, והיא אף ביקרה עימו בכמה הוסטלים ורצתה שיהיה עצמאי יותר, היא מספרת בריאיון שהיא מעדיפה שיישאר להתגורר איתה ויעזור לה. הציטוט הבא מדגים את האמביוולנטיות של האם:

לא, ראיתי כמה מקומות. חנה [העובדת הסוציאלית] הציעה לי כל מיני מקומות כאלה, בבריאות הנפש... אז אימא שלי עצרה אותה, אומרת, אני לא מוכנה שהבן שלי יהיה שמה.

מדאיינת: או קיי. זאת אומרת, גם את, רחל, בעצם מעדיפה שמיכאל יהיה בבית. האם משיבה: שיהיה בבית עד אז שאני... אבל אחרי המאה עשרים, אני רוצה שיהיה לו בית ציבורי. אני מחפשת את זה. אני אראה לך מכתב מעמידר. דירה. או דירה מוגנת. איפה שהזקנים גרים. יש שמה הרבה בגילו, ראיתי את זה ואני עומדת על כך שיהיה לו בית מוגן או בית ציבורי.

דוגמה הפוכה מיכאל הוא שאול, שהכוח המניע אותו הוא רצונו להתרחק מהבית. הוא מתאר קושי ביחסים עם משפחתו שבעקבותיהם עזב את הבית ושכר דירה. ששאל. חושש מפני חזרה למגורים עם הוריו, שעלולה לקרות אם לא יוכל להתמודד עם הוצאות שכר הדירה:



“תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי”: מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

הייתי חייב לעוף מהבית. פשוט הרגשתי שאני לא יכול לסבול את זה יותר... מהכרות שלי עם אנשים, לפחות שניים-שלושה מקרים של אנשים, שפתאום אין להם כסף לשלם על הדירה או על החשבונות או על הלא יודע מה, נכנסים לחובות, אני לא יודע מה, והם חזרו הביתה להורים, והם כמעט רצחו מישהו, את עצמם או כל מישהו. אני [נאנח] לא מאמין באלוהים אבל מתפלל שזה לא... יגיע, שאני לא אגיע למצב כזה. זהו, אז זה בעיה, אבל אה, אין מה לעשות, אין מה לעשות.

שאלו תיאור קושי להישאר בבית, וייתכן שהדבר קשור למערכת היחסים עם הוריו, שמובילה לתחושות ייאוש וחוסר אונים (לכן הוא אומר “אין מה לעשות”), אך גם ממריצה מאוד להימנע ממצב שבו יצטרך לשוב הביתה. מרואיינים אחרים חוו משפחה תומכת דיה, ולכן לא היו זקוקים לשירותי סל השיקום. כך או כך, נראה כי למשפחה תפקיד מהותי בקבלת ההחלטות לגבי תכנון הפנייה לוועדה ויישום החלטותיה. על כן, על פי רוב, מרואיינים שבני משפחתם היו מעורבים בתכנון התוכנית, לא יישמו אותה לבסוף, או שוויתרו עליה לטובת הישארות עם המשפחה.

---

## דיון

---

חרף התקדמות מרשימה בתחום השיקום בבריאות הנפש בישראל שהובילה לכך שאנשים רבים המתמודדים עם הפרעות פסיכיאטריות חמורות נהנים משירותי שיקום, עדיין כשליש מהפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכניות השיקום (אבירם, 2010; Roe, Lachman & Mueser, 2010).

המחקר הנוכחי מצביע על מגוון סיבות שעלו מדברי מקבלי השירות מדוע לא יישמו את התוכניות האישיות שלהם. חלק מהסיבות עולות בקנה אחד עם דיווחי מומחים בתחום השיקום, שטענו כי תוכניות השיקום אינן מתאימות למטרות האישיות של הפונים (אבירם, 2010; Goldman; Drake, Hogen, Slade & Thornicroft, 2011; Roe et al, 2010; Frank, 2012).

המחקר הנוכחי מעלה כי למרות מאמצים ניכרים בהטמעת גישה חדשה המבוססת על ערכי הליכה של שיקום ממוקד אדם ופרדיגמת ההחלמה במסגרות אשפוז ושיקום, עדיין ניכרת גישה פטרנליסטית בקרב חלק מאנשי המקצוע העובדים במערכת המושתתת על מודל רפואי.

הפונים חוו חוסר התייחסות להיסטוריה האישית שלהם, להבנת מצבם ולתובנות שלהם בייחס לתהליך השיקום, ולתחומים שהם מגדירים חשובים. תוכניות השיקום נחו לא פעם כממוקדות יותר בשירות שאמור לתת מענה לצרכי הפרט ולא בפרט עצמו. קושי זה ידוע מהספרות: לעיתים, מתוך רצון לסייע ולמצוא מענה לבעיה,

משקפת התוכנית מה שהציעו הגורם המפנה או המשפחה, ולא מה שביקש הפונה (Davidson, 2012; Drake et al., 2011; Roberts, Dorkins, Wooldridge & Hewis, 2008; Salyers et al., 2009).

הממצאים שופכים אור על היבטים יחודיים לישראל, הן מבניים והן תהליכיים, והתייחסות אליהם עשויה לסייע בשיפור פעולת מנגנון של השיקום. מבחינת ההיבטים המבניים, ניכר כי חשוב להתייחס להכנה לקראת הוועדה. מדברי המרואיינים עולה, כי העוסקים במלאכת השיקום (רכזי שיקום, חברי ועדה וגורמים מפנים), מניחים שהפונה לוועדה מעוניין בשינוי ומבין כי תפקיד הוועדה לדון בתוכנית שיקום אישית עם מטרות שהוא מעוניין לקדם בחייו; אך בפועל מתגלה מצב שונה בתכלית. הפונים אינם מבינים ואין להם ידע מספיק על "סל השיקום", החל מאי הכנה שמדובר בתהליך של שינוי בחייהם המלווה בהצגת תוכנית שיקום אישית, ועד אי ידיעה מהו מגוון השירותים שסל השיקום יכול או אינו יכול להציע. לצד זה, גם הגורמים המפנים לוועדה נחווים כחסרי ידע מספיק לגבי ההכנה לקראת הוועדה, הצגת התוכנית לוועדה, ולכן גם יישומה. נוסף על כך, ממצאי המחקר מעידים כי אצל חלק מהפונים לוועדת סל שיקום חסר תהליך הכנה מובנה. מן הראוי שתהליך כזה יכלול מתן מידע על תפקידי הוועדה וחיפה לשירותי השיקום, וגם התייחסות למוטיבציה של הפונה ומוכנותו לשיקום. אנו צופים כי הבניית התהליך והשקעה בהכנת הפונה תסייע בהנגשת תהליכי סל שיקום ויישום החוק תוך חוויית שותפות ובחירה אישית של הפונה.

ממצאי המחקר עולה היבט נוסף, המרמז על קשיים מבניים, והוא קשור אולי בחוויית השירותים ובתפיסתם. חלק מהפונים התייחסו לשירותים הקיימים כסגור גטיביים ומתייגים. שירותים הנחווים כך מהווים מחסום לתהליכי הגדרת זהות אישית וחברתית ולפיתוח היכולת לראות את המחלה רק חלק מהזהות השלמה של ה"אני" (Anthony, 1993; Davidson et al., 2007; Deegan, 1993; Drake, 2000; Slade, 2010). חוויית הפונים עולה בקנה אחד עם חוקרים אחרים שטענו כי שירותי השיקום נתפסים כמוגבלים בעיקר לתחום בריאות הנפש (מפעלים מוגנים וכיוצא באלה); לעומת זאת, שירותים קהילתיים שמוצעים לכלל האזרחים ועשויים לקדם שילוב בקהילה, אינם מתוקצבים במסגרת סל שיקום (אבירם 2010; Drake et al., 2011).

אחת הגישות המאפשרות התמודדות עם קושי זה ברמת הפרט והמשפחה ומיושמת במקומות שונים בעולם היא גישת ה"פרסונליזציה". גישה פתוחה וגמישה זו מאפשרת לפונה תהליך הכנה וליווי. בתהליך נבנית יחד עימו תוכנית לקידום מטרות אישיות, ועל פיה נבנה תקציב אישי לקידום המטרות. באופן זה יכול המתמודד להשתמש בתקציב כדי לקבל שירותים שמציעה הממשלה במסגרת סל השיקום או לקנות שירותים פרטיים או קהילתיים התומכים במטרות שהוא מעוניין לקדם (Mind, 2009; National Mental Health Development Unit, 2012; Spandler & Vick, 2006).

”תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

תמה נוספת המייצגת היבט מבני, עסקה בכך שהגורם המפנה את המועמד לשיקום אינו מכיר אותו די, ושהכרות בלתי מספקת זו משפיעה על ההכנה שלו לקראת הוועדה ועל יכולתו לקיים עימה שותפות, תוך התמקדות בהכנת תוכנית המותאמת למטרותיו. ייתכן כי קשיים מסוג זה נובעים מהפער בין התפתחות שירותי שיקום בעשור האחרון, שכללה הכשרות לעובדים בעיקר בתוך מערך השיקום (שרשבסקי, 2006), לעומת אי הכנה או הכשרה מספקת של גורמי הטיפול בבתי החולים ובמרפאות המפנים לוועדה. מאחר שגורמים מטפלים רבים מפנים לסל שיקום (כגון בבתי חולים), אפשר להניח כי גם אחרים, שמימשו את תוכניות השיקום שלהם, חוו תהליך שאינו ממוקד-אדם דיו. לכן יש מקום לבחון בהקשר זה גם את אוכלוסיית המיישמים את תוכניות השיקום, או את הנפלים משירותי השיקום או עוברים משירות שיקומי אחד לאחר עקב אי התאמה. הדבר חשוב גם לאור הרפורמה הביטוחית הצפויה, אשר בעקבותיה תגענה פניות לשיקום גם ממרפאות קופות החולים. על כן חשוב לסייע ביצירת רצף שירותים מקצועי שיגשר בין מערך הטיפול ומערך השיקום. חשוב כי הכשרת כוח אדם זה תכלול הכרות של כל הגורמים המלווים את המתמודד, טיפוליים ושיקומיים כאחד, ותתמוך בתוכנית שיקומית המבוססת על מטרות אישיות (Bartholomew & Kensler, 2010; Belling et al., 2011).

ממצאי המחקר מעלים שאי יישום תוכניות השיקום נובע גם מהיבטים תהליכיים שיצרו חוויות שליליות של המרואיינים ביחסים הבין-אישיים. כך תיארו המרואיינים תחושה שהוועדות הן ועדות אדמיניסטרטיביות, שהדיון בהן אופיין לא אחת בהקשבה חלקית, ללא מקום לשיחה ולהקשבה הדדיים. המרואיינים הביעו תחושה שלא מכירים אותם מספיק, ולא את ההיסטוריה שלהם, ושלא מבינים מה כן חשוב להם לתהליכי ההחלמה. ייתכן כי קושי זה נובע מבעיה מבנית של ריבוי מספר הפניות לוועדות השיקום לעומת כוח האדם המוקצה לטיפול בפניות אלה (אבריס, 2010; המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, 2009; מבקר המדינה, 2009).

לצד זה עולה, כי חלק מהמרואיינים שפנו לוועדה חששו משינוי בשלב זה בחייהם, ובשל כך לא השתתפו באופן אקטיבי בעיצוב תוכנית השיקום ובתהליך קבלת ההחלטות. הזיהוי של מידת המוכנות והבשלות של הפרט לשינוי כחלק משלבי מודל השינוי, נמצאה חשובה בתחום השיקום בבריאות הנפש (readiness rehabilitation) (Farkas & Anthony, 2009; Farkas, Soydan, & Gange, 2000; Roberts & Pratt, 2010; Rogers et al., 2001). הכשרות של חברי ועדה ושל אנשי מקצוע בשירותים העוסקים בהפניית מועמדים לשיקום בנושאים כמו מוכנות לשיקום יכולים לסייע בכך (רועה ואחרים, 2011; Anthony et al., 2002; Davidson, 2012; Farkas & Anthony, 2010; Pratt, Gil, Barrett, & Roberts, 2007; Russinova, Rogers, Ellison, & Lyass, 2011). לבסוף, ניכר כי למשפחה ולמעורבותה בתהליך השיקום השפעה גדולה על אי יישום החלטות ועדת סל שיקום. לעיתים נבנתה התוכנית בלחץ של המשפחה מתוך

מצבי חוסר ברירה, שכללו צורך מידי של הפונה למצוא דיור חלופי, מתוך יחסים מורכבים המלווים במסרים אמביוולנטיים, ומקושי של המשפחה לקבל את מצבו של המתמודד. ממצאים אלו שבים ומחזקים מחקרים שהתייחסו להשפעת מסרים של המשפחה על מצבו של המתמודד (Lefley, 1994; Lefley, & Johnson, 2002; Melamed, 2001; Rose, Mallinson, & Walton-Moss, 2003; Solomon, 2012; Spaniol, 2010). מכאן עולה חשיבות הדיאלוג עם בני משפחה במסגרת ההכנה ותהליך של השיקום. דיאלוג כזה יכול לסייע להבין ולזהות את המשפחה ומשאביה כגורם מזרז או מעכב את תהליך השיקום.

#### מגבלות המחקר והמלצות למחקר נוסף

למחקר כמה מגבלות: ראשית, שיטת המחקר אינה מאפשרת להכליל מהממצאים לגבי כלל אוכלוסיית הפונים שאינם מיישמים את תוכניות השיקום. אוכלוסיית המחקר הוגבלה לדוברי עברית בלבד המייצגים חמישה מחוזות בארץ (מתוך תשעה). דרושים מחקרים נוספים שיעסקו בתופעת אי היישום במגזרים נוספים (כגון: חרדים, בני מיעוטים) ויספקו ייצוג הולם לכלל המחוזות. שנית, המחקר לא עסק בזוויות ראייה של אנשי המקצוע המפנים את האדם לוועדה, של חברי הוועדה ושל המשפחה. ראוי כי בעתיד תיבחנה זוויות ראייה אלו. לבסוף, שתי קבוצות חשובות ראויות לבחינה במחקרים נוספים: (1) אנשים המתמודדים עם מחלות נפש ממושכות, הזכאים על פי חוק לסיוע ושיקום, אך מסיבות שונות לא פנו כלל לוועדות. מאמרים שעסקו בקבוצה זו ציינו כי חלק מהאנשים אינם פונים ביועצין בשל תחושת התיוג הכרוכה לדעתם בפנייה (אבריס, 2010), וחלקם אינם פונים מתוך אי מודעות לזכויותיהם (לוי, 2009); (2) אנשים שעברו יותר מוועדת שיקום אחת והתנסו בכמה ניסיונות שיקום. חלקם חזר לאשפוז בבית חולים וחלקם נותר ללא מענה בקהילה.

---

#### מסקנות

---

החוק לשיקום נכי נפש בקהילה, ה'תש"ס-2000 הביא להתפתחותם המואצת של שירותי שיקום בקהילה ולצמצום מספר האשפוזים בבתי החולים הפסיכיאטריים ומשכס. אך האתגרים של מערכת השיקום, המכוונים ליתר התמקדות בעיצוב תוכניות ומטרות אישיות בתהליך ההחלמה והשילוב הקהילתי, אינם ממצים את מלוא הפוטנציאל הגלום בחוק. המחקר הנוכחי שופך אור על הגורמים לאי יישום החלטות של תוכניות שיקום אישיות המתקבלות במסגרת ועדות השיקום מנקודת מבטם של הפונים לוועדה. הממצאים מדגישים את הפערים ביישום החוק הלכה למעשה,

”תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

המתבטאים בקשיים מבניים (הכנה וידע של הפונים והמפנים לוועדה, חוסר מקצועיות של המלווים והעדר שירותים מתאימים למטרות האישיות) ובקשיים תהליכיים של מנגנון סל שיקום (היבטים בין-אישיים וביניהם אי הקשבה לפונה ואי שיתופו, והשפעת בני משפחה על אי היישום). קשיים אלו מביאים למצב של אי הלימה בין המטרות האישיות של הפונה לבין תוכניות השיקום שמציעה לו הוועדה. המאמר מצביע על צורך לבחון מחדש את תהליך הפנייה לסל השיקום, כך שתחזוק ההכרות האישית של המלווה עם הפונה, תוגדל רציפות הקשר עמו, תפותח המקצועיות וההכשרה ליחסי שותפות.

## מקורות

- אבירם, א. (2001). אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש. ביטחון סוציאלי, 61, 64–42.
- אבירם, א. (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטט מוקד הטיפול לקהילה. חברה ורווחה, כז, 127–155.
- אבירם, א. (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה — הערכת ביניים והיערכות לעתיד. מדיסין, כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה, פברואר, 14, 14–23. <http://www.themedical.co.il/Upload/Magazines/Documents/160/Medicine.pdf>
- אבירם, א., גיא, ד. וסייקס, י. (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש 1995–1997: הזדמנות שהוחמצה. ביטחון סוציאלי, 71, 53–83.
- אבירם, א. וגינת, י. (2002). שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות. תל-אביב: הוצאת צ'ריקובר.
- אבירם, א. ורוזן, ה. (2002). אומדן מספרם של חולי הנפש הכרוניים בישראל: ילדים, קשישים וכלל האוכלוסייה (דוח מחקר). ירושלים: בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- בלוש, ו. (2008). קולה של הבחירה וקבלת ההחלטה — ועדות השיקום ברוח גישת ההחלמה. בתוך: הדס-לידור, נ. ולכמן, מ. (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. פרקטיקה, מדיניות ומחקר. כפר יונה: הוצאת ליתם.
- בן-גון, ג., ברלוביץ, י. ושני, מ. (2006). מערכת הבריאות בישראל. הוצאת עם עובד.
- ברוך, י. (2012). הגורמים לאי יישום של החלטות על תוכניות אישיות שנקבעו במסגרת ועדת סל-שיקום מנקודת מבטם של הפונים לוועדה. עבודת מוסמך, אוניברסיטת חיפה.
- הדס-לידור, נ. ולכמן, מ. (2003). שיקום אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה — מחלופות אשפוז לשילוב בקהילה ולהחלמה. הדעה הרווחת, ביטחון האיגוד הישראלי לרווחה חברתית. נובמבר.
- הדס-לידור, נ. ולכמן, מ. (2007). שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. פרקטיקה, מדיניות ומחקר. כפר יונה: הוצאת ליתם.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009). שנתון סטטיסטי מס' 2009, 60. ירושלים.
- המוסד לביטוח לאומי (2009). סקירה שנתית 2008. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון. המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה (2009). דוח שנתי. בתוך: משרד הבריאות, המועצות הלאומיות לבריאות, דוח פעילות שנתית, עמ' 95–103.
- טלר, י. (2008). בדרך למעלה: פרקים בבריאות נפש קהילתית. חיפה: אחוה.
- טרמר, ל. (1975). הצעה לראווגניזציה של מערכת שירותי בריאות הנפש: תוכנית אינטגרטיבית כוללת. בריאות הציבור, 1.

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאזיה ומקס לכמן

- לוין, ל. (2009). "קואליציה של הדרה": אי־מימוש זכאות לסיוע מצד מערכת הביטחון הסוציאלית בקרב החיים בעוני קיצוני. בתוך ג. גל ומ. איזנשטדט (עורכים), נגישות לצדק חברתי בישראל. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, עמ' 225–254.
- לכמן, מ. (2000). נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- לכמן, מ. (2006). שיקום פסיכו־סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? בתוך: א. אבירם וי. גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות. תל־אביב: צ'ריקובר.
- מבקר המדינה (2007). דוח שנתי 57ב', שיקום נכי נפש, עמ' 391.
- מבקר המדינה (2009). סוגיות בבריאות הנפש, עמ' 117–125.
- מרק, מ., קפלן, ד. וגרינשפון, א. (2006). תהליך יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש: מדוח מבקר המדינה 1991 לתמונת מצב 2002. בתוך: א. אבירם וי. גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות. תל־אביב: צ'ריקובר.
- משרד הבריאות (2009). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2008. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2013). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2012. ירושלים: המחלקה למידע והערכה, משרד הבריאות.
- נירל, נ., אקר, נ., רוזן, ב., ברמלי־גרנברג, ש. וגרוס, ו. (2008). הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע להערכתה. מאיירס־ג'וינט, מכון ברוקדייל, ירושלים.
- פלדמן, ד. (2008). זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל — מציאות ואתגרים. בתוך: נ. הדס־לידור ומ. לכמן (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. פרקטיקה, מדיניות ומחקר. כפר יונה: הוצאת ליתם.
- צבר — בן־יהושע, נ. (2001). ההיסטוריה של המחקר האיכותני, השפעות וזרמים. בתוך: נ. צבר — בן־יהושע (עורכת), מסורות וזרמים במחקר האיכותי (עמ' 3–28). לוד: דביר.
- קורס בניית תוכניות שיקום פרטניות בבריאות הנפש (2005). מרכז ההדרכה הארצי, בית החולים תל־השומר. קסן, ל. וקורמ־נבו, מ. (2010). ניתוח נתונים במחקר איכותני. באר־שבע: אוניברסיטת בן־גוריון.
- רועה, ד., טל, א., בלוש־קליינמן, ו., שרשבסקי, י., הדס־לידור, נ., תלם, ע. ולכמן, מ. (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. ביטחון סוציאלי, 86, 85–105.
- שקדי, י. (2003). מילים המנסות לגעת, מחקר איכותני — תיאוריה ויישום. אוניברסיטת תל־אביב: רמות.
- 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). תל־אביב: צ'ריקובר.
- Ades, A. (2004). Mapping the journey: Goal setting. *Psychosocial Rehabilitation: Working with People with Psychiatric Disability*, 5, 1–75.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.
- 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.
- Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston, MA: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *A primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston, MA: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bartholomew, T., & Kensler, D. (2010). Illness management and recovery in state psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 105–125.

”תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

- Belling, R., Wittcock, M., McLaren, S., Burns, T., Cetty, J., Jones, I. R., Rose, D., & Wykes, T. (2011). Achieving continuity in care: Facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science*, 6(23), 1–7.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. In J. Smith, R. Harre, & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology: Rethinking methods in psychology*, Vol. 2 (pp. 27–49). London: Sage.
- Clarke, S. P., Oades, L. G., Crowe, T. R., & Deane, F. P. (2006). Collaborative goal technology: Theory and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 129–136.
- Cook, J. (2005). “Patient-centered” and “consumer-directed” mental health services. Report prepared by the Institute of Medicine, Committee on Crossing the Quality Chasm Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. Chicago, IL: University of Chicago.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Solomon, P. (2005). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York, NY: New York University Press.
- Davidson, L. (2012). Why adding ‘recovery’ to a treatment plan does not make it a ‘recovery plan’. Retrieved from: <http://www.dsgonline.com/rtp/resources.html>
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*. Vol. I.: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences.
- Davidson, L., Kirk, T., Rockholz, P., Tondora, J., O’Connell, M. J., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation*, 31, 2331.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.
- Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31, 711.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 1–28). London: Sage.
- Drake, R. E. (2000). Introduction to a special series on recovery. *Community Mental Health Journal*, 36, 207–208.
- 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.
- Farkas, M., & Anthony, W. (2009). *Developing readiness: Psychiatric rehabilitation practitioners’ tools*. Boston, MA: Boston University.
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, 22, 114–129.
- Farkas, M., Soydan, A. S., & Gagne, C. (2000). *Introduction to rehabilitation readiness*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.

- Fisher, E. P., Shumway, M., & Owen, R. R. (2002). Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services, 53*, 724–729.
- Gingerich, S., & Mueser, K. T. (2008). Illness management and recovery (IMR): An evidence-based practice that can benefit persons with schizophrenia, bipolar disorder and major depression. *Society for Social Work Leadership in Healthcare Newsletter, 10*(6), 2–3, 8.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. New York, NY: Aldine.
- Goldman, H. H., & Frank, R. G. (2012). Beyond the trends: Policy considerations in psychiatric rehabilitation. *Israel Journal of Health Policy Research, 1*(25), 1–5.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry, 144*, 718–726.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 144*, 727–735.
- Hornik-Lurie, Z., Zilber, N., & Lerner, Y. (2012). Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel: The factors involved. *Israel Journal of Health Policy Research, 1*(24), 1–26.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services, 52*, 482–487.
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatric Services, 56*, 205–211.
- Lefley, H. P. (1994). Intervention with families: What have we learned? *New Directions in Mental Health Services, 62*, 89–98.
- Lefley, H. P., & Johnson, L. D. (2002). *Family intervention in mental illness: International perspective*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Melamed, S. (2001). Permission: A conceptual tool for treating mentally ill patients and their families. *Journal of Family Psychotherapy, 12*(2), 29–42.
- Meyer, P. S., Gingerich, S., & Mueser, K. T. (2010). A guide to implementation and clinical practice of illness management and recovery for people with schizophrenia. In R. Rubin, D. W. Springer, & K. R. Traver (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 23–87). New York, NY: Wiley.
- Mind (2009). Personalization in mental health: A review of the evidence. London: Palgrave. Retrieved from: [ac.uk/norahfry/research/current-projects/evidence.pdf](http://ac.uk/norahfry/research/current-projects/evidence.pdf)
- Mullin, J. B. (1994). Commentary: Can it help us get there? A view of qualitative research in mental health in the 1990s. In E. Sherman & W. J. Reid (Eds.), *Qualitative research in social work* (pp. 396–405). New York, NY: Columbia University Press.
- National Mental Health Development Unit. (2012). *Paths to personalisation in mental health*. London: Author.
- Pratt, C.V., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent



”תוכנית השיקום הזאת היא לא שלי” : מדוע הפונים לוועדות סל השיקום אינם מיישמים את תוכנית השיקום?

concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 108–122.

Roberts, G., Dorkins, E., Wooldridge, J., & Hewis, E. (2008). Detained – what’s my choice? Part 1: Discussion. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 172–180.

Roberts, M. M., & Pratt, C. W. (2010). A construct validity study of employment readiness in persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 40–54.

Roe, D., Lachman, M., & Mueser, K. T. (2009). Editorial: Introduction to special issue on the emerging field of psychiatric rehabilitation. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, 82–83.

Roe, D., Lachman, M., & Mueser, K. T. (2010). Editorial: A decade of the Israeli psychiatric rehabilitation law. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 164–165.

Rogers, E. S., Martin, R., Anthony, W., Massro, J., Danley, K. J., Crean, T., & Penk, W. (2001). Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(2), 97–112.

Rose, L., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2003). Families of patients with mental illness revised their ideas of what it means to live a “normal” life. *Evidence-Based Nursing*, 6, 61–64.

Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2011). Recovery promoting professional competencies: Perspective of mental health consumers, consumer-providers, and providers. *Psychiatric Rehabilitation*, 34, 177–185.

Salyers, M. P., Godfrey, J. L., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009). Implementing illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60, 483–490.

Slade, M. (2009a). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18, 367–371.

Slade, M. (2009b). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health services research*, 10(26), 1–14.

Solomon, P. (2012). Family involvement in services for individuals with mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 1–4.

Spandler, H., & Vick, N. (2006). Opportunities for independent living using direct payments in mental health. *Health and Social Care in the community*, 14, 107–115.

Spaniol, L. (2010). The pain and the possibility: The family recovery process. *Community Mental Health Journal*, 46, 482–485.

Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327–336.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedure and techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273–283). Thousand Oaks, CA: Sage.

יעל עדן ברוך, גליה מורן, פייסל עזאיזה ומקס לכמן

Substance Abuse and Mental Health Services (SAMHSA) (22 December 2011). News release: SAMSHA announces a working definition of “recovery” from mental disorders and substance use disorders. SAMSHA Press Office.

Taylor, S. J., Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for meaning*. New York, NY: Wiley.

USPRA (2009). *Core principles & values*. <http://www.psychrehabassociation.org/>  
<http://www.psychrehabassociation.org/>