

**המכללה לביטחון לאומי**

**מחזור מ"ד, 2017-2016**

דוח מסכם "מסע אישי" בהוסטל נתן– במסגרת הציר החברתי

מגישה: סא"ל יעל גרוסמן

21 בדצמבר 2016

כ"א בכיסלו תשע"ז

מבוא:

פעילות המסע האישי בוצעה יחד עם חברי לקורס, סגן אלוף ווי האו מצבא סינגפור. בארבעה בדצמבר הצטרפנו למנהלת הוסטל נתן בעיר רמת גן, ליום חוויתי בו נחשפנו להיבטים ה"קשים" וה"רכים" של האינטגרציה של אנשים פגועי נפש בחברה הישראלית. מפגש זה החל בפתיחת היום בהוסטל נתן ולמעשה הסתיים לאחר מפגש סוף יום ופתיחת שבוע עם דיירי ההוסטל והצוות המטפל.

רקע על תחום בריאות הנפש וחברת נתן:

חברת נתן היא חברת סיעוד מהגדולות במדינה, אשר מתמחה בטיפול בקשישים, מענה סיעודי, ייעוץ לבתי אבות וכן טיפול בתחום שיקום ובריאות הנפש. בתחום זה מתמחה החברה בהפעלת שירותי שיקום בקהילה עבור אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית. החברה מספקת מענה בשלוש רמות סיוע (בדומה לחברות פרטיות אחרות):

- הוסטל דירות המספק מענה לצרכי הקיום הבסיסים: דיור, מזון, ליווי סוציאלי ואף סיוע תרופתי במידת הצורך.

- דיור מוגן קבוצתי המספק מענה דיור וליווי סוציאלי מצומצם יותר לאור כשירות הפרט ויכולתו להתקיים באופן עצמאי יחסית בשילוב שותפים לדירה.

- ליווי סוציאלי מצומצם יותר במקרה שהפרט מתגורר בביתו הפרטי, התומך בהשתלבות באוכלוסייה הסובבת וזאת כאמור במצב של עצמאות מלאה.

הרעיון המסדר ומטרת החברה - לייצר סביבה טבעית ככל הניתן המאפשרת השתלבות בחברה ברמה המותאמת לפרט.

חברת נתן פועלת מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994, אשר למעשה מאפשר לכל תושב מדינת ישראל לקבל שירותי בריאות ממלכתיים באמצעות אחת מקופות החולים. החוק מסדיר את זכויות התושבים, סל שירותי הבריאות, הביטוח המשלים וההתנהלות מול קופות החולים. חשוב להדגיש כי תחום בריאות הנפש שולב בצורה פורמלית בשלב אוחר, כאשר בפועל החל תהליך הפרטה של תחום בריאות הנפש כבר בראשית שנות ה-2000. התהליך הוסדר עם אישורו של צו ממשלתי שהורה על העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לקופות החולים, ובכך הושלם המהלך של איחוד תחומי רפואת הנפש ורפואת הגוף תחת קופות החולים.

הרפורמה שהונהגה הובילה להפרטת השירותים לקופות החולים וכן לגופים נוספים המספקים מענה חלופי לבתי חולים ומוסדות ל"חולי נפש" (כפי שהיכרנו בעבר) מתוך רצון להגדיל את איכות, זמינות ונגישות שירותי בריאות הנפש בישראל וזאת בעלות מינימאלית או לעיתים אף בחינם ותוך הגדרת אחריות המימון על קופות החולים. לתהליך זה מטרות חברתיות כדוגמת צמצום הסטיגמה הרווחת בחברה בנושא ההתמודדות עם פגועי נפש ובהתאמה צמצום התיוג המבוצע לאוכלוסייה זו וכן חיזוק המודעות הציבורית והנגישות הציבורית לצורך הקלה בהשתתפות בקהילה.

סל השירותים המוצע במסגרת הרפורמה כולל מס' מרכיבים: דיור, תעסוקה, השכלה, מענה לשעות פנאי, טיפולי שיניים וקבוצות תמיכה למשפחות. למעשה כל מטופל רשאי לבחור את תמהיל הסל, בהתאם לזכאות המוכרת לו (לאחר תהליך אבחון רפואי) ובמידת הצורך והרצון לשנותו באופן המותאם להתקדמותו האישית.

הוסטל נתן פועל בעיר רמת גן מזה כארבע עשרה שנים ולמעשה מתמחה בשיקום אנשים בעלי הפרעות נפשיות תחת קורת גג אחת ובליווי צמוד של סגל ההוסטל כפי שיפורט בהמשך. מדיניות ההוסטל היא למעשה להביא לכדי סיגול הרגלים חברתיים בסיסיים ודחיפה לעצמאות ואחריות נרחבת ככל שניתן של הדיירים, כאשר אחד מכללי היסוד הוא להביא את כלל הדיירים לכדי מסגרת חיים סדורה הכוללת מקום עבודה (פרטי או מותאם), השתלבות בתעסוקת הפנאי בחסות ההוסטל או חיצונית להוסטל לרבות פעילויות בישול, וכן עצמאות מלאה ככל שניתן במימוש הטיפול התרופתי והרפואי הדרוש להם.

אחת לשנה מתקיימת ועדה להערכת מצב הדיירים ובמסגרתה למעשה משולבים כל סגל התומכים של ההוסטל, בני המשפחה, הרופא, הדייר וכמובן כל מי שרלוונטי לדייר וזאת על מנת לתקף את מצבו הנפשי ובמידת הצורך להתאים את תכנית הטיפול וסל המשאבים הדרוש לו. כמו כן אחת לשנה מתקיים סקר שביעות רצון של דיירי ההוסטל ממסגרות השיקום (תעסוקה, דיור ופנאי) על מנת לקבל מדד נוסף לגבי מידת שביעות הרצון ובדיקת תאימות התכנית לפרט.

 המפגש האישי

פתחנו את היום במפגש עם מנהלת ההוסטל, הגברת מרב אבירן, אשר סקרה בפנינו את הרקע והעיסוק בתחום בריאות הנפש במדינת ישראל. בהמשך, הציגה בפנינו מנהלת ההוסטל את מבנה ההוסטל הכולל שבע דירות בהן מתגוררים שלושים דיירים, כל דירה מלווה ע"י שני מדריכים ועובד סוציאלי, מנקים, מדריכים שיקומיים כדוגמת מדריכת בישול שאף מסייעת לחלק מהדיירים הפחות עצמאיים, אח רפואי שמלווה את ההוסטל במסגרת חד- שבועית ופסיכיאטרית שמגיעה פעמיים בחודש לצורך מתן יעוץ לצוות.

צוות ההוסטל מהווה הלכה למעשה המעטפת התומכת עבור הדיירים, ובהתאם לכך ההתנהלות השוטפת מולם הינה פתוחה, ישירה, מכבדת וב"בגובה העיניים". ההוסטל על צוותו ודייריו מהווה מרכז "העולם" עבור הדיירים וככזה לכל חבר בצוות יש השפעה מכרעת וייחודית על חייהן של "הנפשות המעט אבודות" הדרות יחד תחת קורת גג אחת.

מדיניות ההוסטל מכווינה לכך שכל דייר יעבוד במסגרת מותאמת או פרטית, זאת כחלק מיצירת סביבה טבעית ולקיחת אחריות על החיים לצורך השתלבות טובה יותר ונרחבת בחברה הישראלית.

לאחר ההסבר והניסיון להתחבר לעולם שפחות היינו חשופים אליו (על אף הרפורמה בתחום בריאות הנפש בישראל ש"דוחפת" להשתלבות טובה יותר בחברה הישראלית), ההבנה הטובה יותר של סוג האוכלוסייה המתגוררת בהוסטל, והיכרות בסיסית עם המדיניות והכלים העומדים לרשות צוות ההוסטל על מנת לייצר סביבה טבעית, חמה ומאפשרת, יצאנו לפגוש את הדיירים שנכחו בחדריהם (חלקם היו באותה עת בעבודה או בדיוק שבו ממנה).

המפגש עם הדיירים היה מרגש וחם, הגם שתחילה התקבלנו בחשדנות מסוימת מצד הדיירים (חלקם מאובחנים כסכיזופרנים[[1]](#footnote-1) וחלקם בעלי מניה דפרסיה[[2]](#footnote-2)), ניכר בהם שהם מורגלים במפגש עם אנשים חיצוניים לסביבה החמה של ההוסטל, ולפיכך המאפיין המרכזי של המפגש היה התעניינות ושאילת שאלות מצידם לגבי סיבת הימצאותנו בהוסטל ומיד לאחר מכן שיתופינו במעשיהם, הצגה עצמית ואף נכונות כנה להכיר אותנו לעומק. חלק קטן מהדיירים הבחין בנו אך בחר להתעלם.

בהמשך נכחנו בשיחות שהתנהלו בחדרה של מנהלת ההוסטל כחלק מההתנהלות השוטפת במקום, המתאפיינת במדיניות דלת פתוחה ומזמינה לכל דייר או איש סגל (חלק מהשיחות היו מאוד אישיות ואף מורכבות להאזנה). בסוף היום השתתפנו במפגש דיירים עם כל אנשי ההוסטל לצורך עדכונים שוטפים ואקטואליה וכן לצורך הצגת הלו"ז והתוכניות לשבוע הקרוב ברמת מתן מענה לצרכים בסיסיים כדוגמת סיכום האחראי/ם לביצוע הקניות המשותפות וכלה בקביעת צוות היגוי למסיבת חנוכה הקרבה.

תובנות

אחת התובנות הראשונות מביקור זה היא ההיכרות הכ"כ מצומצמת עם אוכלוסייה שלמה[[3]](#footnote-3) בחברה הישראלית, שלמעשה ממותגת בשולי החברה הישראלית, ואשר כל ההתנהלות לגביה בדגש על תהליך ההפרטה שבוצע במדינה והרפורמה הרחבה שהונהגה לצורך חיזוק ההשתלבות בחברה הישראלית כלל אינם מוכרים לציבור.

 באיזו מידה הביטוי רחוק מהעין רחוק מהלב בא לידי ביטוי במקרה זה?

בהמשך לכך עולה דילמה ערכית באשר להחלטה להפריט את תחום בריאות הנפש בישראל, ההשלכות החברתיות-מוסריות, וכמובן שאלת הכדאיות הכלכלית מנגד.

אחת שבוצעה ההפרטה האם למעשה התהליך מוכיח עצמו?

בעניין זה עולה הן מהביקור והן מקריאת נתונים נוספים המפורסמים לציבור, כי למעשה טרום הרפורמה ניתן מענה מצומצם, לא מספק ולרוב לא מותאם בצורה מיטבית לפרט, ואילו כיום הגיוון ומרחב האפשרויות המתקבל מהסל המוצע, מאפשר התאמה וחיבור טובים יותר, אשר בחלק מהמקרים מביאים לצמיחה והתפתחות אישית. בחלק אחר מצמצמים את הסטיגמה הרווחת בחברה הישראלית מעצם החיכוך והאינטגרציה של האוכלוסייה, מייתרים כמעט לחלוטין את הצורך במוסדות סגורים המבודדים לחלוטין מהאוכלוסייה ובכך מאפשרים חיים בכבוד במסגרת החברה. חשוב להדגיש כי כל אלו מתקיימים כמובן רק עבור אותם מטופלים אשר הוכרו כפגועי נפש וזוכים לקבל קצבה מביטוח לאומי (כ-30%[[4]](#footnote-4) מסך פגועי הנפש במדינת ישראל). מכאן עולה התובנה כי בסה"כ הרפורמה נחלה הצלחה במדינה גם אם נדרש לבצע תהליכי השלמה וטיוב בהמשך.

תובנה נוספת שעלתה מהביקור היא כי אחת שבוצעה ההפרטה – המעורבות של משרד הבריאות האחראי על הנושא יחסית מצומצמת. למעשה משרד הבריאות מבצע תהליכי רגולציה ופיקוח על הגופים הפרטיים הפועלים מתוקף חוק – זאת על מנת להקפיד על היבטים מוסריים והיבטים חברתיים הנדרשים להתקיים במגזר פרטי-ציבורי, שמונע משיקולי רווח והפסד כלכלי ולא חברתי. יחד עם זאת למדנו כי הגם שעל פניו נראה כי המהלך שיפר במידה רבה את מצבם של המטופלים, הרי שיש עוד הרבה לעשות על מנת לטייב את התאמת המסגרות למטופלים (למשל באמצעות יציאה למכרז חדש אשר יגדיר סוגי שירותים נוספים ומגוונים המייצרים מנעד אפשרויות רחב יותר למטופלים - מכרז שמבושש לצאת מזה קרוב לשנתיים).

תובנה נוספת עוסקת ב"מהו סיום מוצלח של התוכנית", האם קיים מצב שבו דייר/מטופל למעשה משלים את הטיפול הדרוש לו במסגרת זו או אחרת וממשיך לחיים עצמאיים לחלוטין?

אם כן בעניין זה, למעשה השאיפה של ההוסטל היא להביא לשיפור הדרגתי מתמיד ברמת העצמאות של הדיירים במספר אופנים כפי שפורטו לעיל. אולם, כשביקשנו לבחון את הסטטיסטיקות בעניין זה, נאמר כי טרם החלה מדידה סדורה ברמה הלאומית ולפיכך לא קיימים נתונים מתוקפים בנושא.

במסגרת השיח בביקור התרשמנו שקיים מסלול התומך את ההתפתחות של הפרט בכיוון עצמאות נרחבת יותר הן בהיבטי מסלול דיור עצמאי (הוסטל -> דיור מוגן -> דירה פרטית) והן בהיבטי התאמת סל השירותים לפרט (למשל מסלול לימודים מתקדם), מצאנו כי הסל מציע מגוון אפשרויות, אולם, לא תמיד קיימת פניות והתאמה מספקת לרמת העצמאות הנדרשת ולכן ישנם מקרים רבים של דיירים חוזרים.

משרד הבריאות גיבש תכנית לאומית[[5]](#footnote-5) למדידת איכות המענה לבריאות הנפש בבתי חולים במדינת ישראל, ובכוונתו לצאת עם תכנית לאומית לכלל הגופים הפרטיים והציבוריים המשולבים במערך שיקום בריאות הנפש בקהילה. התוכנית תתבסס על מדד פידליטי[[6]](#footnote-6) וזאת על מנת לבחון האם ואלו שינויים מתרחשים בקרב צרכני סל השיקום במדינת ישראל[[7]](#footnote-7). תכנית זו מכווינה לבחינה כמותית של תהליך ההתפתחות של כל מטופל, ואף מכווינה למנגנון של פרס/קנס עבור היזמים הפרטיים והגופים הפרטיים-ציבוריים על מנת להביא לעידוד תהליך הצמיחה של הפרט. אולם, בשלב זה המנגנון אינו מחייב את הגופים השונים ובהתאמה לא תומך את המטופלים.

מנהלת ההוסטל ציינה בפנינו כי כחלק מתהליך הבקרה העצמי שהיא מבצעת על תכניות העבודה והיעדים המוגדרים, היא עושה שימוש בפורמט זה – לצורכי בדיקה עצמית, ושיפור מתמיד במענה הניתן בהוסטל. בעניין זה נדגיש את חשיבות ההחלה של מנגנון הבדיקה להתקדמות המטופלים, באופן שיעודד התאמה מיטבית של המסגרות למטופלים ובתוך כך סוג הטיפול והשירות הניתן בסל השירותים לרבות מקום עבודה מותאם. ייתכן שהדרך לכך מחייבת שילוב מנגנון הבקרה המוצע כחלק מתנאי המכרז החדש לגורמים הפרטיים (מטבע הדברים באופן שכזה ההיערכות לכך תהיה טובה יותר).

תובנה נוספת שעלתה עוסקת בתחושת היעדר כדאיות וכפועל יוצא מוטיבציה של המטופלים לעבוד לאור המשכורות והתנאים הרעועים המוצעים להם, כאשר מנגד לכאורה, ביכולתם "לברוח לעולם שלהם" בהוסטל תחת האמתלה שהעבודה אינה מתאימה או כדאית. בעניין זה ההמלצה היא כי המדיניות הממשלתית בנושא תכלול הקלות מס/שיפוי כספי מתוך הסל העוסק בתעסוקה עבור אותן חברות פרטיות (עבודה בשוק החופשי) ו/או מותאמות (חברות ייעודיות לפגועי נפש) שמעסיקות את המטופלים, על מנת לייצר מנגנון הוגן למעסיק ולמועסק, בד בבד עם המשך העידוד והתמיכה בתעסוקה מצד צוות ההוסטל ומשפחות הדיירים.

תובנה נוספת עלתה בעניין מדיניות המדינה והסעד שהיא מספקת למקרה של החמרה במצבו של המטופל. בעניין זה עולה מהצגת מנהלת ההוסטל, כי למעשה התשתית הקיימת אינה מסוגלת לטפל באופן מהיר וגמיש במענה חלופי במקרה של החמרה במצבו של דייר. פרט לאפשרות של אישפוז בבית חולים לתקופה קצרה, למעשה לא קיימת מדרגת מענה נוספת. משום כך המשמעות עבור המטופל היא למעשה פגיעה באיכות החיים וביכולתו להתמודד עם ההרעה במצבו, דבר שייתכן ואף גורם להחמרה נוספת במצבו.

המשמעות עבור ההוסטל – היא התמודדות מורכבת ללא כלים תומכים ומכאן אילוץ שכאמור מחד לא מספק את המענה הדרוש עבור הדייר ומנגד ייתכן וגורע מהמענה והתמיכה הניתנים לדיירים האחרים.

בעניין זה ההמלצה היא להגדיר מדרגת מענה נוספת שהיא בין המענה הניתן בהוסטל זה לבין אישפוז בבית חולים או מוסד רפואי אחר לפרק זמן מצומצם.

אתגרים מרכזיים

האתגרים המרכזים שהועלו הן ע"י מנהלת ההוסטל והן מתוך "התבוננות חיצונית" מוכוונים בעיקר להיבטים שוטפים:

החוסן והעוצמה האישים הנדרשים מצוות ההוסטל המטפל בהתמודדות יומיומית מורכבת, אשר לעיתים מביאה להתפתחות וצמיחה ובכך לתחושת סיפוק של המטפל, אך לעיתים אין צמיחה, כי אם הליכה לאחור – דבר שמביא לתסכול ותחושת חוסר הצלחה. ההתמודדות האישית היומיומית עבור חברי הצוות – היא מורכבת, ושוחקת וכמובן אחד האתגרים הלא פשוטים – הוא ההפרדה בין הנעשה בהוסטל לנעשה בחיים הפרטים.

אתגר נוסף - החיבור למשפחות, אשר בחלקן משתפות פעולה ובחלקן לאו, הדאגה לקשר חם ותומך שמסייע ביצירת הסביבה התומכת ולעיתים אף נדרש לרמה מסוימת של אפוטרופסות הן לעניין ניהול תקציב הדייר ולעיתים אף לצורך קבלת החלטות נוספות הנוגעות לאורח החיים של הדייר.

אתגר נוסף - הבאה לכדי זאת שהדיירים במאבק יומיומי ייקחו אחריות אישית, ינהלו את חייהם ולא יתנהלו בתוכם, יתמודדו עם הצורך להתפרנס ולהיות מועסקים במסגרת כלשהי גם אם התמורה נמוכה ביותר.

אתגר נוסף - ההתמודדות עם הניהול התקציבי האישי, תחת אפוטרופסות ואף בתוך משק הבית המשותף של הדיירים בכל הנוגע לרכישות המזון וחומרי הצריכה המשותפים. במרבית מהמקרים הצורך לשוב ולהסביר כיצד נדרש להתנהל בצורה חסכונית ונכונה יותר תוך יצירת מודעות לניהול משק בית מאוזן (למשל בהתייחס לשימוש בלתי פוסק במזגן גם בהיעדר נוכחות הדיירים, צריכת חומרי צריכה בצורה מרוכזת ובמרכולים המספקים מוצרים בעלויות נמוכות יותר ועוד).

אתגר משמעותי - התמודדות ההוסטל עם הרעה במצבו של דייר עם מיעוט באפשרויות למענה מחוץ להוסטל (פרט לאישפוז – שמחייב הסכמת הדייר), ללא כלים מתאימים לספק את המענה הנדרש לדייר בתוך ההוסטל ותוך פגיעה מינימלית בקשב לדיירים האחרים.

אתגר ניהולי שעלה מהביקור - התמודדות עם הניהול התקציבי של ההוסטל שבסופו של דבר מתקיים כמשק סגור ומצוי בתחרות עם הוסטלים שממוקמים באזורים בהם יוקר המחייה (ארנונה, מים, מזון ומוצרי צריכה) נמוך יותר ובה בעת נדרש לשמר רמת מחיה ושירות גבוהה שמייצרת אטרקטיביות ומוקד משיכה לדיירים על מנת להיוותר מאוזנים תקציבית (אין ציפייה לריווחיות אבסולוטית בניהול משק הבית, רווחים מאפשרים יציאה לטיולים וצ'ופרים עבור הדיירים).

מסקנות

תחום בריאות הנפש עבר רפורמה משמעותית בשנים האחרונות ולמעשה בכך ייתכן ואף שינה את המענה הניתן לחלק באוכלוסייה שבעבר נתמך על ידי מוסד הביטוח הלאומי, משרד הבריאות ומשרד הרווחה בכלים לא מיטביים ו/או כלל לא קיבל מענה.

על אף המגמה החיובית במענה לפלח שכה זקוק לכך בחברה הישראלית, הדרך עוד ארוכה.

אתגר ההתמודדות עם הפרטת השירותים באופן שמספק מענה חברתי-מוסרי הולם ומנגד מאפשר לגופים הפרטיים להרוויח באופן שיאפשר להם להתקיים בסטנדרטים הנדרשים, מחייב מעורבות גבוהה של המדינה (משרד הבריאות) הן באכיפת הרגולציה על המוסדות עצמם ועל גופים פרטיים במעטפת (מקומות עבודה, מוסדות השכלה) והן במעטפת משאבית המאפשרת להתמודד עם מגמות של יוקר מחייה מחד והצורך לשמר אטרקטיביות ורמת מענה הולמת ומגוונת לאותם פרטים בחברה הישראלית.

ברמה האישית המפגש עם ההוסטל והדרים בו, הפגיש אותי עם פלח באוכלוסייה שבעבר לא נחשפתי אליו. נוכחתי לגלות שאני משתייכת לאותם ה"נגועים" בסטיגמה של מה המשמעות של להיות "חולי נפש".

בפועל, המפגש היה מאוד אנושי, לרגעים די עצוב, מעצם הצפייה בחיים שכל כך שונים מהסביבה הקרובה והמוכרת לי, לאור התלות הגדולה של המטופלים בצוות ההוסטל, בהתמודדות הבסיסיות והטבעיות ביותר שהן כ"כ מורכבות עבור הדיירים, שגרת היום שעל אף היותה מצומצמת ביותר - המורכבות עבור הדיירים מביאה אותם "למלחמה יומיומית".

כמו כן יצאתי עם הבנה טובה יותר של מהי אותה התמודדות של המטפלים והמשפחות שלעיתים נותרים חסרי אונים ויכולת לסייע לדיירים/בני המשפחה היקרים להם.

למדתי אודות תעצומות הנפש והסבלנות האינסופית של הצוות המטפל, ממקום כל כך אנושי ואיכפתי וממקום של אחריות רבה לחייהם של הדיירים, אשר לא תמיד מבינים זאת, ואשר לא פעם הינם בודדים בעולם.

אני מסכמת את הביקור מחד, בתחושה מעודדת לאור התמורות והמגמות שחלו בנושא במדינת ישראל ובתוך כך ההשתלבות בחברה הישראלית, ומנגד בביקורתיות מסוימת לגבי קצב השינוי וההתאמות הנדרשות בתשתית הציבורית-פרטית שהתפתחה ומוסדה בעקבות הרפורמה.

כמו כן במעגל הקרוב אלי ובמעגלי ההשפעה הרחבים יותר (בתפקידי פיקוד) – בכוונתי לפעול לחינוך להתנהלות אישית בפתיחות גבוהה יותר וכמובן בצורה מכבדת ומאפשרת ובמידת האפשר סיוע במסגרות המאפשרות זאת.

1. סכיזופרניה -הפרעה נפשית כרונית מורכבת והטרוגנית בביטוייה, השייכת לקבוצת המחלות הפסיכוטיות, גורמת לנכויות נפשיות מן החמורות ביותר. המחלה מתאפיינת באוסף של תופעות נפשיות והתנהגותיות כמו: הזיות, מחשבות שווא, הפרעות בארגון הדיבור והחשיבה, צמצום רגשי, פגיעה בהנאה ובכוח הרצון והיוזמה, בעיות קוגניטיביות (בזיכרון, קשב, פונקציות ניהוליות וכו'), התנהגויות מוזרות המוסברות על ידי החוויות הפנימיות החריגות (ההזיות, מחשבות השווא) ועל ידי שיבושי מערכות בקרה (קוגניטיביות), קשיים תפקודיים רבים בתחום התעסוקתי והחברתי. מקרים קשים של סוגי סכיזופרניה מסוימים מהווים חלק משמעותי ממה שמכונה בשפה העממית כשם כללי "משוגע" או "שיגעון". סכיזופרניה היא מחלה בעלת מהלך מתמשך, עם אפשרות להתלקחויות חדות. [↑](#footnote-ref-1)
2. מניה דפרסיה - הפרעה דו-קוטבית (באנגלית: Bipolar Disorder), הידועה גם בשם מאניה דֶפרסיה, היא הפרעה נפשית שהחולה בה סובל מתנודות קיצוניות ומחזוריות במצבי הרוח, ללא תלות הכרחית בנסיבות הסביבתיות. זו הפרעה אפקטיבית, כלומר קשורה למצב רוח. בזמן ההתקף נע מצב הרוח של החולה בין מאניה - מצב רוח מרומם באופן קיצוני - לבין דפרסיה, כלומר דיכאון. ההפרעה מאופיינת בתנודה בין שני הקטבים באופן התקפי ומחזורי. בין התקף להתקף יכולות לחלוף שנים של מצב רוח מאוזן. ספר האבחנות הפסיכיאטריות DSM IV שינה את הגדרת ההפרעה ממחלת נפש מאניה-דפרסיה, להפרעת מצב רוח - הפרעה דו-קוטבית. [↑](#footnote-ref-2)
3. בישראל כ- 250,000 אנשים הסובלים ממחלות נפש מסוגים שונים. לפי הערכות מ-2011, בישראל כ-60 אלף חולי מאניה דיפרסיה (הפרעה דו-קוטבית) ו-80 חולי סכיזופרניה. אמנם רק 1% מהאוכלוסיה סובלים מסכיזופרניה, אבל קיימות הפרעות נפש שכיחות יותר, כמו דיכאון, שממנה סובלים כ-10-20% מהאוכלוסייה. [↑](#footnote-ref-3)
4. הנתון מתייחס לשיעור פגועי הנפש המוכרים אשר בוחרים לקבל קצבה מהביטוח הלאומי מפורסם ע"י עמותת אנוש וחברת "זכותי". [↑](#footnote-ref-4)
5. נתוני התוכנית הלאומית לבריאות הנפש לשנים 2014-2016 - <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_Prog_mental.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
6. מדד פידליטי – מדד להערכת שירותים בצורה כמותית ביחס לרשימת פרמטרים מוגדרת. [↑](#footnote-ref-6)
7. פירוט לגבי התכנית והפיילוט שיצא לדרך בשנת 2013 בקישור המצורף: <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/result_mental_rehab.pdf> [↑](#footnote-ref-7)