

חלק שני

מקבץ מאמרים קצרים בנושא
'בריאות נפש וזכויות אדם'

על הקשר שבין מימושו של חזון האמנה בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות לבין שירותי בריאות הנפש

ריבי צוק

רקע: הדיון הציבורי בישראל בנושא האמנה לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות נפשית מתמקד בסוגיית האשפוז בכפייה, במענה לקריאה לביטולו מכוח הוראות האמנה.

מטרה: להציע שהדרך להגשמתו של חזון האמנה עוברת דרך שירותי בריאות הנפש בקהילה.

שיטה: התבוננות על מאפייניה של המוגבלות הנפשית ועל התקווה שנכזבה למיגור הצורך בכפייה.

ממצאים עיקריים: בכוחם של שירותי בריאות הנפש להפחית את עוצמתה של המוגבלות הנפשית ואת החסמים הקמים בעקבותיה. אולם מנגד, חלק נכבד מהמתמודדים אינם מודעים למוגבלותם, אינם מתמידים בטיפול ונמצאים מחוץ למעגלי הטיפול. החקיקה הליברלית שביקשה ליצור איזון טוב יותר בין זכויות האדם של מתמודדים לבין הצורך בטיפול – לא הביאה להפחתה בהיקף האשפוז הכפוי, ואף העמיקה את הפגיעה בזכויות.

מסקנות: במימוש חזון האמנה יש להסיט את הדגש מהסדרה משפטית המכפיפה את הטיפול הרפואי למוגבלות הנובעות מזכויות אדם, ולגיבושם של שירותי טיפול המטמיעים זכויות אלה. שלילת החירות והפגיעה באוטונומיה הכרוכות באשפוז בכפייה, מקימים חובה חוקתית של המדינה לפתח שירותי טיפול ושיקום בקהילה, המרחיבים את אפשרויות הבחירה של המתמודד, ויש ביכולתם למנוע ולצמצם את הצורך באשפוז.

השלכות לפרקטיקה ולמדיניות: מימוש חזון האמנה בישראל מחייב העמקה וגיוון של שירותים אשר יתנו מענה למצבי משבר וחירום בקהילה, שיחורו אחר מטופלים, ופיתוח התערבויות מותאמות אישית ובסביבתו הטבעית של המתמודד, המכוונות להגדיל את חוג מקבלי הטיפול, וליצור תנאים החיוניים להוצאה לפועל של תהליכי שיקום והחלמה.

מילות מפתח: האמנה לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, אשפוז בכפייה, שירותי בריאות נפש בקהילה, שיקום, החלמה

מבוא

האמנה בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות מבקשת להסיר את קיפוחם החברתי של אנשים עם מוגבלות, ולקדם את השתתפותם השוויונית בכל תחומי החיים. האמנה אינה מגדירה מהו אדם עם מוגבלות, אך מציינת כי מדובר באנשים עם מוגבלויות כולל אנשים עם לקויות גופניות, נפשיות, שכליות או חושיות, ארוכות טווח, אשר כתוצאה מיחסי גומלין עם מחסומים שונים, עלולה להימנע מהם השתתפותם המלאה והמועילה בחברה, בשוויון עם אחרים. באנשים אלה כלולים מתמודדים עם לקות נפשית ארוכת טווח (להלן גם: "המתמודדים").

בגיבוש האסטרטגיה למימושו של חזון האמנה בכל הנוגע לאנשים עם מוגבלות נפשית, יש אפוא להידרש למאפייני המוגבלות הנפשית. זאת כדי לעמוד על החסמים השונים על רקע הלקות, אשר יחסי גומלין עימם יכול שיפגעו בהשתלבותם בחברה של המתמודדים.

מאפייני המוגבלות הנפשית

מוגבלות נפשית שונה ממוגבלויות אחרות (גופניות, חושיות, ושכליות) בשים לב לפועלם המצטבר של כמה מאפיינים.

גילויי המוגבלות על ציר הזמן

תסמיני ההפרעה הנפשית יכולים להשתנות באופן קיצוני על ציר הזמן, אצל אותו אדם עצמו, באופן אפיזודיאלי, ולא במהלך פרוגרסיבי והדרגתי, כמו במחלות כרוניות רבות. זאת, תוך פער ניכר בין מצבו וכישוריו של המתמודד בעיתות משבר וברמיסיה.

על הזיקה שבין המוגבלות לבין תפקודים קוגניטיביים וחברתיים קיים קשר ישיר בין תסמיני המחלה לבין כישורים ותפקודים קוגניטיביים וחברתיים. תקנות הביטוח הלאומי, שעל פיהן נקבעת נכות רפואית ודרגתה, כוללות תיאור של הפתולוגיה האנטומית או הפיזיולוגית, וזה הבסיס לקביעת הנכות. רק הנכות הנפשית מושתתת על היבטים שונים של תפקוד. אמות המידה לקיומה של הנכות הנפשית ולדרגת חומרתה מתבססות על חומרת ההפרעה בתפקוד הנפשי, בתפקוד החברתי, בהגבלה בכושר העבודה, בדפוסי התנהגות, בפגיעה בתפקודי היום-יום ובניהולם, ובמוטיבציה לפעולה (סעיפים 33 ו-34 לתוספת לתקנות).

מצבי קיצון — פגיעה בכושר השיפוט ובבוהן המציאות, ומסוכנות
כפי שעולה מהחוק לטיפול בחולי נפש, התשנ"א—1991, ייתכן שמצבי קיצון של מחלת הנפש (כהגדרתה בחוק), כלומר מצב משברי-אקוטי, יהיו כרוכים בפגיעה בכושר השיפוט או בבוהן המציאות, וייתכן שיהיה בהם לסכן את המתמודד או את סביבתו.

שירותי הטיפול בבריאות הנפש

אף שמחלות הנפש הקשות (Serious Mental Illnesses, SMI), הן מחלות כרוניות, יש שירותי טיפול שבידם לסייע לתהליכי החלמה. ההחלמה הקלינית קשורה באופן מסורתי להקלת התסמינים ולחזרה לתפקוד חברתי. בשלהי המאה ה-20 הוטבע המונח 'החלמה אישית', המבטא תהליך אישי של שינוי ברכיבים המשפיעים על זהותו של אדם (תכלית קיומו והמשמעות שהוא רואה בחייו), באופן המאפשר לו לחיות חיים מספקים, מלאי תקווה ותורמים, אף מעבר להשפעותיה ההרסניות של מחלת הנפש (Anthony, 1993).

שירותי הטיפול בבריאות הנפש כוללים טיפול תרופתי, טיפול פסיכותרפי וטיפול פסיכוסוציאלי, הניתן – בין השאר ובעיקר – באמצעות שירותי השיקום, שהמתמודדים זכאים להם על פי חוק (להלן: "שירותי הטיפול"). כלילתם של שירותי הטיפול במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד – 1994, ועיגונם של שירותי שיקום בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000 (להלן: "חוק השיקום") מבטאים את הנחת היסוד בדבר יעילותם לקידום תהליכי החלמה, קלינית או אישית.

על המודעות למוגבלות ועל היקף הטיפול בבריאות הנפש

חוסר מודעות למחלה שכיח בקרב חולי סכיזופרניה (כ-60% מהם מאמינים שאינם לוקים בהפרעה נפשית). מאפיין זה שכיח גם בהפרעות נפשיות האחרות. חוסר המודעות לעצם קיומה של המחלה או העדר תובנה של המחלה יכול לבוא לידי ביטוי באחד או יותר משלושה ממדים: הכרה בקיומה של מחלה, היענות לטיפול והיכולת לסווג אירועים חריגים כפתולוגיים (Gillee, Greenwood, & David, 2010). מחקר שנערך בחמש מדינות העלה כי בין שליש לשני שלישים מחולי התחלואה הקשה (SMI), לא קיבלו טיפול במהלך השנה שקדמה למדידה. החוקרים יוצאים בקריאה כי נדרש שיחור (outreach) כדי להפחית את החסמים לטיפול בקרב חולים במחלות נפש קשות ובקרב אנשים צעירים הנמצאים בסיכון לחלות (Bijl et al., 2003).

על הסטיגמה

הזיקה הישירה שבין המוגבלות לבין תפקודים חברתיים, קוגניטיביים ונפשיים, מביאה לא אחת לזיהויו של האדם עם מוגבלותו. מצבי קיצון של מסוכנות ופסיכוזה גורמים לפחד גדול בציבור הרחב, אך הוא חסר אחיזה במציאות בתוכנו ובשיעורו. כל אלה מהווים את הקרקע לצמיחתה של הסטיגמה החברתית הקשה שממנה סובלים אנשים עם מוגבלות נפשית, ופגיעתה במתמודדים עולה לא אחת על הסבל שנגרם בעטייה

של המוגבלות עצמה. הסטיגמה החברתית כה מושרשת, עד כי לעיתים גם המתמודד וסביבתו הקרובה ילקו בסטיגמה עצמית.

על הכפייה בבריאות הנפש

מדיניות האל-מיסוד – העברת מרכז הכובד מבתי החולים לקהילה
 המחצית השנייה של המאה ה-20 במדינות המערב מאופיינת באימוץ גישת האל-מיסוד: תפיסות חדשות לגבי מבנה מערכת השירותים ושיטות הטיפול בבריאות הנפש, תוך הסטת מרכז הכובד מבתי החולים אל קהילה. עידן האל-מיסוד מאופיין באלה: "ירידה חדה בשיעורי האשפוז; פיתוח שירותים קהילתיים; שינוי בגישה הטיפולית ובאמצעי הטיפול; הדגשת זכויות אדם של אנשים הסובלים ממחלות נפש; וההתרחבות הכללית של מדיניות הרווחה" (אבירם, 2019).

מאמצע המאה ה-20, כחלק מהרגישות הגוברת לזכויות אדם, התחוללו במדינות המערב רפורמות תחקיתיות, שאימצו מודלים משפטיים שונים הנוגעים לטיפול בחולי נפש. זאת בטענה כי כפיית טיפול אינה הכרעה מקצועית-טיפולית בלבד, ובניסיון להבטיח איזון ראוי בין זכויות וחירות האדם לבין כפיית טיפול (אבירם, 2019).

הציפייה שנכזבה לתום עידן הכפייה

רוח האל-מיסוד, התנועה לזכויות האדם ותחילת השימוש בתרופות פסיכו-אקטיביות, הביאו לציפייה כי הפעלתם של אמצעי כפייה תלך ותפחת, עד להיעלמותם. המציאות הוכיחה אחרת.

בתום יותר מיובל, אין אף מדינה שאין לה סמכות לאשפוז מתמודדים בכפייה (מרק, 2014). בדיקת היקף האשפוז הכפוי ב-22 מדינות מפותחות לאורך עשור העלטה, כי למרות הציפייה שחקיקה ליברלית תביא לצמצומו, אין כל קשר בין פרטי ההסדר המשפטי (עילות האשפוז הכפוי, הגורם המוסמך להורות על אשפוז כפוי, ועוד) לבין היקף האשפוז בכפייה (Rains et al., 2019).

בישראל, ברוח הזמן, נחקק חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א – 1991. בשנים שלאחר מכן גדל מספר המאושפזים בכפייה, ונדמה שישראל פוסעת בעקבות ארצות-הברית, שבה הייתה הקרימינליזציה של חולי נפש תולדה מובהקת של החקיקה הליברלית להסדרת האשפוז בכפייה (מרק, 2014). זאת ועוד, עם המעבר לקהילה התפתחו דפוסי פעולה חדשים, שיש בהם התערבות ברצונו החופשי של המתמודד, בניסיון להניעו להתמיד בטיפול: מכפיית טיפול מרפאתי בצו, עד ייחודן של טובות הנאה או זכויות (כגון: זכויות לדיוור, זכויות לשירותי שיקום, רישוי מקצועי, מעמד כסטודנט ועוד) למתמידים בטיפול (Szmukler & Appelbaum, 2008).

הגשמתו של חזון האמנה למען אנשים עם מוגבלות נפשית

הדרך למימושו של חזון האמנה עוברת דרך שירותי הטיפול מתמודדים עם מוגבלות נפשית זקוקים וראויים יותר מכל אדם אחר להגשמת חזון האמנה לשילובם המלא בחברה. הדרך לכך עוברת דרך שירותי הטיפול בבריאות הנפש, ובמאבק למיגור הסטיגמה.

יש להטמיע בקרב המטפלים את ההכרה בזכויות האדם ובכבוד האדם של המטופלים ואת משמעותם לתהליך ההחלמה. על דרכי ההתערבות לתת ביטוי אלה תוך התמודדות מושכלת עם מורכבותה של המוגבלות הנפשית, זיהוי נסיבות המצדיקות נקיטת פטרנליזם רך לצורך קידומן של אותן זכויות לטווח ארוך, וגיבוש דרכי פעולה שפגיעתן מינימלית.

המשך תהליך האל-מיסוד הוא המדיניות היעילה ביותר לקידום זכויות האדם של המתמודדים. לצורך זה דרושים העמקה וגיוון של שירותי בריאות הנפש בקהילה. רק אלה יועילו לקידום של תהליכי החלמה, למימוש חזון ההשתלבות של המתמודדים כאנשים תורמים לחברה, וממילא גם לצמצום הצורך באשפוז, לרבות האשפוז בכפייה.

ביטולו של האשפוז בכפייה, או הצרת פעילויותיו, ללא רפורמה של ממש במערכי הטיפול, עלולים להסיג את חזון האמנה לאחור. הם טומנים בחובם קרימינליזציה של המתמודדים וגידול ניכר במספר המתמודדים שיימצאו מחוץ למעגלי הטיפול והשיקום, ובכך להביא להדרת רבים מהם מחיים חברתיים, דווקא הדרתם של אלה אשר מוגבלותם קשה ביותר, וכתוצאה מכך גם להעמקת הסטיגמה.

שלילת החירות והפגיעה באוטונומיה הכרוכות באשפוז בכפייה מקימים חובה חוקתית על המדינה לנקוט כל אמצעי סביר שיהיה בו כדי למנוע את אותה פגיעה, קרי: לעגן בחוק שירותי טיפול ושיקום ראויים בקהילה, ולייעד תקציב הולם למימונם. רק אלה יועילו לצמצום הצורך באשפוז כפוי, והם המפתח להבטחת בריאותם, זכויותיהם ורווחתם של המתמודדים.

שינויים נדרשים בשירותי הטיפול בקהילה

לסיום, נצביע על כמה שינויים מהותיים בשירותי הטיפול שבכוחם למנוע הידרדרות, לקדם היענות לטיפול ולתהליך החלמה, וממילא לקדם את חזון האמנה. סקירה מקפת של חוסרים בשירותי הטיפול בבריאות הנפש בקהילה נמצאת בדו"ח של המועצה הלאומית לבריאות הנפש, מיוני 2019 (משרד הבריאות, 2019).

על המענים למצבי משבר ולמצבי חירום

המענה למצבי משבר מצוי בישראל דהיום בשירותי האשפוז. יש לפתח ולהעמיק את

המענים למצבי משבר בקהילה, ובכך לייתר בחלק לא מבוטל מן המקרים את הצורך באשפוז (וממילא גם בכפייתו). בכלל זה נדרשים: הפעלתם של צוותי משבר (צוותים ייעודיים רב-מקצועיים, המגיעים אל המתמודד במידת הצורך, לצורכי הרגעה, טיפול ראשוני והכוונה פרואקטיבית להמשך טיפול); ביסוס בתים מאזנים (מסגרת קטנה ומכילה, המאפשרת מעבר של המשבר הנפשי תוך מתן טיפול הוליסטי ובהשגחה, ללא צורך באשפוז); הרחבת שירותי המרכזים לטיפול יום; יצירת אפשרות מעשית למתן טיפול אינטנסיבי מותאם במרפאות בריאות הנפש; פיתוח שיטות התערבות בסביבתו הטבעית של המתמודד תוך גיוס הסביבה ותמיכתה (בדרך כלל המשפחה). במצבי חירום נדרש מענה שונה מהזעקת ניידת משטרה, שהוא המענה היחיד והמחפיר דהיום.

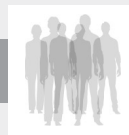
על הצורך בהרחבתו של חוג מקבלי הטיפול

מערך הטיפול אינו יכול להיות מושתת על שירותים הניתנים למי שיזם את קבלתם או למי שמצבו הגיע לרמה המחייבת את כפייתם. יש לנקוט במדיניות של שיחור, הכוללת איתור של מטופלים פוטנציאליים, מעקב אחרי התמדה בטיפול, ובמידת הצורך – טיפולי בית אינטנסיביים, מותאמים למתמודד. יש צורך באימוץ מודלים קיימים בעולם; יש לפתח שיטות התערבות חדשניות, אשר תוכלנה ליצור אמון בלב המתמודדים שאכן אפשר לסייע להם במצוקתם, ושלא תחייבנה את המתמודדים להכיר במחלתם כתנאי מוקדם או הכרחי לסיוע.

על השיקום

שירותי השיקום בקהילה הם כלי ראשון במעלה לקידום תהליכי החלמה אישית ומימוש חזון האמנה גם יחד. חוק השיקום, לרבות סעיף המטרה שלו, נותנים לכך ביטוי מלא. יציקתו של תוכן ממשי לחזון ההחלמה והשיקום מחייבים את העמקת ראייתם של שירותי השיקום כחלק בלתי נפרד משירותי בריאות הנפש; הבניית השירותים באופן המאפשר בנייה ומימוש של תוכנית שיקום המותאמת לצורכי המשתקם, וכן השלמה של שירותי תמיכה וליווי מכוח חוק השיקום בשירותי רווחה, תמיכה כספית ותמיכה בתפקודי חיים, שהם תנאים הכרחיים לתהליכי שיקום והחלמה.

נקודות מפתח



- חקיקה ליברלית שביקשה ליצור איזון טוב יותר בין זכויות האדם של מתמודדים לבין הצורך בטיפול לא הביאה להפחתה בהיקף האשפוז הכפוי, ואף העמיקה את הפגיעה בחירות ובאוטונומיה.
- הדרך להגשמת חזון האמנה לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות נפשית עוברת דרך שירותי בריאות הנפש בקהילה.
- שלילת החירות והפגיעה באוטונומיה הכרוכים באשפוז בכפייה מקימים חובה חוקתית של המדינה לפתח שירותי טיפול ושיקום בקהילה שביכולתם למנוע ולצמצם את הצורך בכפייה.
- מימוש חזון האמנה בישראל מחייב העמקה וגיוון של מענים למצבי משבר וחירום בקהילה, שיחורר אחר מטופלים ופיתוח התערבויות חדשניות המכוונות להגדלת חוג מקבלי הטיפול, ויצירת תנאים חיוניים להוצאת תהליכי שיקום והחלמה אל הפועל.

מקורות

אבירם, א. (2019). מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל — בין קדמה לקיפאון. תל-אביב: הוצאת רסלינג.

אמנה בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות, כתבי אמנה 1635, כרך 63.

מרק, מ. (2014). מרפא בכפייה לחולי נפש. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.

משרד הבריאות — המועצה הלאומית לבריאות הנפש (יולי, 2019). דו"ח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפורמה לבריאות הנפש.

<https://www.health.gov.il/Services/Committee/NationalCouncils/mental/Documents/22072019.pdf>

תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז — 1956, ק"ת תשט"ז 612.

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. doi: 10.1037/h0095655

- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., ... & Wittchen, H. U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22(3), 122-133. doi: 10.1377/hlthaff.22.3.12
- Gilleen, J., Greenwood, K., & David, A. S. (2010). Anosognosia in schizophrenia and other neuropsychiatric disorders: Similarities and differences. In G. P. Prigatano (Ed.). *The study of anosognosia* (pp. 255-290). Oxford: Oxford University Press.
- Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., ... & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: An international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403-417. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233-244. doi: 10.1080/09638230802052203