

סיכום מאמר: עדיפויות מתחרות: פרספקטיבות של אנשי צוות על תמיכה

בהחלמה

קלייר לה בוטילייר, מייק סלייד, ונסה לורנס, ויקטוריה בירד ושות'

בריטניה, 2015

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L. G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Competing priorities: Staff perspectives on supporting recovery. *Administration and Policy in Mental Health*, 42, 429–438.

נכתב במסגרת פרויקט חומר מקצועי בעברית של אתר יספר"א - ispraisrael.org.il

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ בהמלצת דר' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה תחליף לקריאת המאמר המלא!

מבוא

צוותי בריאות הנפש מונחים לתמוך בהחלמה של אנשים עם מחלות נפש, באמצעות השתנות השירותים לעבר אוריינטציה של החלמה. מבחינת השירותים, המטרה הכוללת של חזון ההחלמה היא לאפשר לאנשים הזדמנויות ומשאבים כדי להוביל חיים בעלי משמעות ופרודוקטיביים ולהגדיר מחדש את הפרוגנוזה ארוכת הטווח של המתמודדים עם מחלות נפש. מודגשת ההכרה בכך שיש באדם יותר מאשר מחלה ומיוחסת חשיבות עליונה לקביעה אינדיבידואלית של השלב והכיוון של מסע ההחלמה האישי. חוקרים ניסו להבהיר מהם מרכיבי התמיכה בהחלמה וכיצד ניתן לממש אוריינטציה של החלמה בפרקטיקה. למרות התקדמות מחקרית ופיתוח התערבויות, נראה פער בין הידע לבין תרגומו ליישום של פרקטיקה מכוונת-החלמה. פרספקטיבות של מטפלים ומנהלים הן מרכזיות להבנה כיצד ניתן לאמץ תמיכה בהחלמה בטיפול בבריאות הנפש, בהיותם מספקים שירותים הנמצאים בקו החזית ומגשרים על פער בין רטוריקה של מדיניות לבין פרקטיקה קלינית. ראיות עכשוויות מצביעות על פערי ידע ואחד המכשולים הגדולים ביותר ליישום הוא חוסר בהבנה משותפת לגבי משמעותה של החלמה לפרקטיקה המקצועית וכיצד לתמוך בה. מטרת המחקר הנוכחי לזהות גורמים מסייעים או מעכבים במאמציהם של מטפלים ומנהלים לספק תמיכה להחלמה, באמצעות חקירת העשייה של צוותים לפי דיווחיהם.

שיטה

הנתונים נאספו באמצעות קבוצות מיקוד וראיון אישי חצי-מובנה לגילוי פרספקטיבות של אנשי צוות על תמיכה בהחלמה. בשנת 2010 בוצעו עשר קבוצות-מיקוד: חמש קבוצות עם מטפלים וחמש קבוצות עם מנהלי צוותים, בחמישה ארגונים אזורים של בריאות הנפש באנגליה, במיקוד על שירותי בריאות הנפש בקהילה (ולא באשפוז). קבוצות המיקוד שימשו לאיסוף נתונים ראשוני,

לעידוד אינטראקציה ודיון קבוצתי. בעקבותיהן בוצעו 32 ראיונות אישיים עם 18 מטפלים, 6 מובילי צוותים ו-8 מנהלים בכירים.

קבוצות המיקוד עסקו בפרספקטיבות של המשתתפים לגבי חסמים וגורמים מקדמים במתן תמיכה להחלמה. הדיון כוון למעקב אחר פשרנויות אינדיבידואליות של פרקטיקה מכוונת-החלמה, המשמעויות שלה והשפעתן על מה שיושם בפועל.

הראיונות בוצעו במהלך 2011-2012 במטרה לאפשר בחינה מעמיקה יותר לגילוי דוגמאות אישיות של פרקטיקה וכן חסמים וגורמים מקדמים לתמיכה בהחלמה. משתתפים בעלי ניסיון רב בעבודה גויסו באופן אקטיבי כדי לבחון האם ישנה סבירות גבוהה יותר לכך שיתמכו בהחלמה, ואלה שראו עצמם כמצליחים בתמיכה בהחלמה זוהו וגויסו כדי ללמוד על גורמים שאפשרו את הצלחתם. ראיונות עם מנהלים כוונו לבחינת גורמים ארגוניים שזוהו כמשמעותיים לעיצוב המשמעות וההצלחה בתמיכה בהחלמה. ככלל, הראיונות התמקדו בהסתכלות על שילוב החלמה בתוך הרוטינה של העבודה הקלינית.

ממצאים

בסך הכל נכללו 97 משתתפים, מהם 65 בקבוצות המיקוד ו-32 בראיונות פרטניים. הרקע המקצועי של המשתתפים כלל אחיות (שהיוו רוב במדגם, בהיותן רוב בצוותים המקצועיים), עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, פסיכיאטרים, פסיכולוגים ובעלי מקצועות נוספים (מומחי תעסוקה, עובדי אימון גופני ועוד). המשתתפים היו בגיל 45 בממוצע (24-61) בעלי וותק שנע בין 6 חודשים לבין 35 שנים בארגון ובממוצע 18 שנות עבודה במקצוע (טווח: 3 חודשים עד 33 שנים). שישה מהמרוואיינים חשפו התנסות אישית עם מחלת נפש, ארבעה חשפו ניסיון בשימוש בשירותי בריאות הנפש ו-18 חשפו ניסיון בתמיכה בקרוב משפחה או חבר עם מחלת נפש.

הנתונים העלו תופעות מרכזיות וקטגוריות משנה המשפיעות על אנשי צוות ביישום פרקטיקה מכוונת-החלמה. זוהו אתגרים רבים וכן קושי לנסח דוגמאות של פרקטיקה מכוונת-החלמה. למרות מיקוד המחקר בסיפורי הצלחה, נראה כי אנשי צוות מזהים יותר חסמים מאשר גורמים מסייעים לתמיכה בהחלמה. עלה כי חסמים וגורמים מסייעים שצינו המשתתפים עיצבו את הבנתם לגבי ישימות התמיכה בהחלמה בפרקטיקה.

הקטגוריה המרכזית שעלתה מהנתונים היא "עדיפויות מתחרות" – Competing priorities, אשר תוארו כמושפעות מעדיפויות בכמה רמות של מערכת הבריאות. שלוש קטגוריות-משנה זוהו כשייכות לסדרי עדיפויות: עדיפויות הנוגעות לבריאות, כאשר מערכות קליניות מכתובות כיוון לפרקטיקה; עדיפויות עסקיות, כאשר דאגות של מימון מקבלות עליונות; ותפישות של תפקיד כאשר ערכים ועדיפויות אינדיבידואליות של עובדים מעצבים את הפרקטיקה שלהם.

קטגוריה מרכזית: עדיפויות מתחרות

למרות שאנשי צוות הזדהו עם רעיון ההחלמה, תמיכה בהחלמה תורגמה ויושמה במגוון אופנים, בהתבסס על סדרי עדיפויות בתוך ובין רבדים שונים של מערכת הבריאות. ארגוני בריאות משלבים את ההקשר הסוציו-פוליטי, המבנה הארגוני, תפקידים ופונקציות של צוותים ויחסים בין צוותים לבין לקוחות – כולם יחד משפיעים על הצלחת השירותים בתמיכה בהחלמה. עדיפויות מנוגדות על-פני רמות שונות של מערכת הבריאות הובילו להתנגשות של פרדיגמות ולאגידות

מתחרות בתמיכה בהחלמה, כאשר הפרקטיקה לרוב מוכתבת באמצעות כוח בתוך המערכת. תמיכה בהחלמה זוהתה כהתמחות פרופסיונאלית כאשר מערכת הבריאות והעדיפויות הארגוניות מקבלות קדימות: "הבעיה היא שהחלמה מתנגשת עם הדרך שבה הארגון מנוהל בבסיסו, הדרך שבה מחליטים על הזרמת המימון וכל השאר, זה לא ממש מתאים. ההבנה שלי לגבי הדרך העכשווית שבה אומרים לנו לעשות דברים, כמו ארבעה מגעים ביום, שצריכים להיות לנו מטופלים מאשכול מסוים...אני חושבת שזה לוקח מאיתנו את היכולת לתפקד כמטופלים עצמאים...זה דורש יחד עם זאת להיות מסוגל לטפל בלקוחות כאנשים אינדיבידואלים וייחודיים..." (מרפאה בעיסוק). אנשי צוות זיהו צורך בהבנה משותפת לגבי מהי החלמה וכיצד היא יכולה להתמך על פני המערכת כולה. אחד ממובילי הצוותים אמר: "צריכה להיות עקביות, זה צריך להיות בכל הרמות של הארגון מבחינת מודל ההחלמה".

קטגוריית משנה: סדר עדיפות של תהליכי בריאות

אחת מקטגוריות המשנה העיקריות בתיאורי המרואיינים הייתה עדיפויות של תהליכי בריאות. המשתתפים דיווחו כי החלמה נעשתה כך שתתאים לתשתית של בריאות, שהמשמעות שלה מעוצבת באמצעות מיקוד מסורתי בהיררכיה, משימות קליניות, שפה מקצועית, מדיקליזציה וכוח פסיכיאטרי.

תהליכי בריאות נמצאו כמעצבים פרקטיקה מכוונת-החלמה וחסמים לתמיכה בהחלמה. כאשר משתתפים הרגישו שהם יכולים לתמוך בהחלמה, הקונספט תורגם כך שיתאים למבנה השירות, בתוך מערכות מקצועיות ושפה מקצועית. בכמה מקרים, הורגש כי תמיכה בהחלמה במודל הבריאות המסורתי מתחרה עם משימות רפואיות מרכזיות. לדוגמא, החלמה אל מול מחויבות קלינית סטאטוטורית של ניהול סיכונים נראו כעדיפויות מתחרות. אנשי צוות הרגישו שהיו מעודדים נטילת סיכונים חיובית כתמיכה בהחלמה, אילו קיבלו יותר תמיכה לכך מהארגון. כמו כן תואר מתח וקונפליקט במאמץ לתת שירות אינדיבידואלי במערכת מוסדית: "...עשינו מהלך כדי ליצור מערכת אלקטרונית שמשמשת בערכים של החלמה לתיאור וקביעה של שדות, כך שתתמוך בחשיבה ופרקטיקה מכוונת החלמה. ...אמרו לנו שהיא לא מותאמת לטפסים שאיתם אנחנו צריכים לעבוד. והמתח הזה לגבי האם אתה יכול להתאים באופן אישי את הדברים כך שישרתו את התוצאות או שאתה שבו באמצעותם ואתה צריך לשרות את המערכת, זה מעין מתח מוסדי סטנדרטי..." (פסיכיאטר). שירותים שבנויים במיקוד על אבחנה נחשבו כפועלים שלא בהלימה למתן תמיכה אינדיבידואלית להחלמה: "אני חושב שיש משהו בעבודה הוליסטית, לא רק לעבוד עם האבחנה של מישהו או הסימפטומים שלו...אני חושב שהמסר שאנחנו נותנים להם הוא באמת חשוב. אם אנחנו נותנים את המסר שהם חולים, נותנים להם אבחנה של סכיזופרניה, אני חושב שזה נורא מזעזע. לדעתי צריך לראות מעבר לאבחנה ומעבר לסימפטומים וממש לעבוד עם מה שעוד חשוב לאדם" (פסיכולוג). בנוסף, תוארה התמקדות על עדיפויות של השירות, לדוגמא, שמירת תכניות החלמה אישיות כרכוש של השירותים ולא של האנשים: "ישנה דילמה שמיוצגת בקונספט של 'תכנית החלמה אישית'...יש מטרה של הארגון שלכולם צריכה להיות תכנית החלמה אישית. אבל זה לא שייך לאדם, זה למעשה שייך לעובד וזה ממולא על-ידי העובד ועדיין זה נקרא תכנית החלמה אישית" (פסיכיאטר).

למרות הגורמים האלה, אנשי צוות הרגישו שחלק מהמבנים של השירות ומודלים של בריאות יכולים לתמוך בהחלמה בהצלחה. עובדים בהתערבויות מוקדמות ובצוותי קהילה אינטנסיביים

דיווחו על יותר הזדמנויות לתמוך בהחלמה, אולי בשל מודלים מוגדרים של פרקטיקה ומכסות קטנות יותר של מטופלים. מרואיינים ציינו כי עזר להם המיקוד בהתערבות מוקדמת ובעבודה אינטנסיבית של השגת קשר עם מטופלים. בניגוד לכך, בצוותי החלמה ותמיכה זוהה חוסר במודל עבודה: "אני רואה הבדל בין שירותי התערבות מוקדמת, שהם טובים מאוד בלהגיע מוקדם ולנסות למקסם את ההחלמה. אני גם מרגיש שביצירת מגע, למרות שהעובדים צריכים להיות יצירתיים בדרכים לערב אנשים בטיפול, אני חושב שהם מאוד טובים בזה...ואני חושב שלפעמים האנשים בצוותי תמיכה והחלמה לא ממש ממוקדים בזה, או שהם קצת הולכים לאיבוד באמצע" (פסיכיאטר).

קטגוריית משנה: עדיפויות עסקיות

קטגוריה נוספת שבלטה בראיונות הייתה עדיפויות עסקיות, כאשר דאגות המימון של הארגון משפיעות על המשמעות והיישום של פרקטיקה מכוונת-החלמה. הוצע כי המודל העסקי של שירות הבריאות הבריטי מושפע מעדיפויות ממשלתיות ובעוד שהמדיניות מספקת הנחיות כלליות לתמיכה בהחלמה, ישנו סיכון להישרדות של הארגון אם אין הלימה בין מטרות המימון לבין מטרות החוזים (שלעתים קרובות נראות מנוגדות לקידום החלמה). אחד המנהלים אמר כי: "החלמה דורשת עדיפות מוסדית אסטרטגית... והממונים מציבים לנו הרבה יעדים שלעתים קרובות אינם קשורים לטיפול באנשים כאינדיבידואלים". תמיכה בהחלמה נראתה בעיקר כיעד עסקי נוסף, המתחרה אל מול ציפייה לעמידה בתכניות לחיסכון, שמירה על יציבות פיננסית ועמידה בדרישות להגברת יעדי פעילות. המציאות של ניהול וארגון מחדש של שירותים במסלול של הסכמים הדורשים התכווצות מתמשכת לאורך השנים הקרובות, זוהתה כקושי. מרואיינים הכירו באתגרים שעיימם מתמודדים ארגונים באקלים הפיננסי הנוכחי. כמה מהם ראו בחיסכון כספי כחזון כולל של הארגון כעת, בעוד שתמיכה בהחלמה מעוצבת כך שתקדם את ההישרדות של הארגון. אחד ממובילי הצוותים אמר: "אני מרגיש שהחלמה נחטפה כאג'נדה לחיסכון כספי וכדי להוציא אנשים במהרה מהשירותים לפני שהם מרגישים מספיק טוב". הוצע כי שירותים תופרים פרקטיקה מכוונת-החלמה כדי לעמוד בדרישות הגורמים הממונים, כמו תוצאות תעסוקה: "אני לא בטוחה אם הרעיון שלנו של החלמה הוא אותו הדבר כמו רעיון ההחלמה של המנהלים הבכירים שלנו...אנחנו מקבלים שאלונים כל הזמן 'כמה אנשים בטיפולך עובדים, לכמה אנשים השגת עבודה?' (אחות).

הבניות ארגוניות (כמו אשכולות מאפיינים, ערוצי טיפול) גם הם נחשבו כלא בהלימה לתמיכה בהחלמה. מערכות מימון נראו כמכתיבות נהלים וחסרות בחירה אינדיבידואלית וגישה ממוקדת-אדם, עם מתן קדימות לעדיפויות ארגוניות: "ישנו מתח אמיתי שאנחנו צועדים בנתיב של ערוצי טיפול ומתן שירות שהוא מוגבל למדי. אז אנשים ישיגו הערכה בתוך פרק זמן מוגדר, אחר כך יקבלו התערבויות ותהיה ציפייה לסיום התקשרות, בהתאם לנתיב שנקבע" (מנהל בכיר, מרפא בעיסוק). משתתפים ציינו כי עמידה ביעדי ביצוע (כמו גודל מכסת מטופלים, מעקב כל 7 ימים) מתחרים עם החלמה. שירותים נמדדים על יעדים של הגברת פעילות, זמן מגע, דרישה להפניות ולא על חוויית מקבל השירות: אחד ממובילי הצוותים אמר: "אם אתה לא עומד ביעדים, אני לרוב רודף אחרי אנשים, כך שבשבילי זה יותר ממוקד בלהבטיח שאנחנו עומדים ביעדי הביצוע, כאילו מאכילים את החיה". נראה שאנשי צוות התאכזבו מהמיקוד ביעילות ופרודוקטיביות ולא באיכות הטיפול וסדר העדיפויות של עבודתם נעשה בדרך של סימון "וי". הערכת הבריאות

הנפשית נראתה כסימון נוסף במשבצת, באופן שתואר כ"הופך לעדיפות במקום הצרכים של הלקוחות".

רבים מהמרוויינים ראו החלמה כתוצאה, למשל, בביצוע הערכה לגבי מוכנות האדם לסיום התקשרות. בכמה מקרים החלמה נמדדה במושגים של תפוקת השירות ואנשי צוות תיארו כיצד תפוקת השירות מנוגדת לתמיכה מוצלחת בהחלמה: "השימוש הזה במודל החלמה כדי לומר 'טוב, אתה יודע שאין להם מספיק מוטיבציה, או שהם לא לוקחים אחריות או שהם לא לוקחים בעלות, ולכן אנחנו יוצאים, כי אנחנו שירות מבוסס-החלמה'".

קטגוריית משנה: תפישת התפקיד של הצוות

קטגוריה זו מקיפה את האופנים שבהם מבינים המשתתפים את תפקידם וכיצד הם מתעדיפים מטלות בעבודה. למרות התסכול המדווח, כמה עובדים זיהו יכולת לתמוך בהחלמה מחוץ לסדר העדיפויות הארגוני ותיארו דרכים למציאת איזון בין דרישות סטטוטוריות לבין מימוש עדיפויות השירות של הלקוח. למשל, עובדת סוציאלית תיארה הגמשה של שעות עבודתה הרשמיות כדי להתאים עצמה ללקוחות. מוכנות לבחון את הגבולות ולשבור את הכללים עלתה כגורם חשוב בכמה ראיונות: "אני אומרת לצוות שלי, באמת לא אכפת לי מהדמויות האלה, אם אני יודעת שאתה יוצא כדי לדפוק על דלתות של מעסיקים, זה ניצול טוב של הזמן שלך ואני אעמוד ואקח אחריות לכך כשיבדקו את המספרים שלנו..." (אחות, מובילת צוות). משתתפים אחרים הרגישו שהם חייבים לעמוד בפרמטרים של השירות: "אני צריכה לתפקד בתוך הפרמטרים שקבעו הבוסים" (אחות). אנשי צוות שחשו שהם יכולים לתמוך בהחלמה בתוך הפרמטרים הארגוניים, יצרו סדר עדיפויות ממוקד-אדם ופרקטיקה מבוססת-כוחות וזיהו גישות אלה כחשובות ביותר להצלחתם: "זה שיש לך את החזון הזה בראש כל הזמן, אז כשאת רואה מישהו את מנסה לבנות על הכוחות שלו ועל הדברים שעובדים במקום לחשוב על דברים שמפריעים... מנסה לעבוד כל הזמן עם הכוחות הכי חיוביים שלהם" (פסיכיאטרית, מנהלת בכירה). משתתפים שהעניקו עדיפות למערכת היחסים בעבודה ושיתפו לקוחות במידע על עצמם, הכירו בערך הדבר עבור מקבלי השירות.

לא ניתן לייחס הבדלים בפרקטיקה להבדלים בשנות ניסיון או להבדלי מקצוע. נראה שהדבר קשור יותר לאישיות ותכונות, ביטחון מקצועי, ערכים והמשגות אישיות שבהן מחזיקים אנשי צוות לגבי תחושת העצמי שלהם, תפקידם וגישתם בעבודה.

דיון

עדיפויות מתחרות נראות כאשר צוותים נאבקים לתת משמעות לפרקטיקה מכוונת-החלמה אל מול דרישות מנוגדות, הנובעות מעדיפויות שונות של רמות שונות במערכת הבריאות. עדיפויות של תהליכי בריאות, עדיפויות עסקיות ותפישת התפקיד הן שלוש קטגוריות המתארות את העדיפויות המתחרות.

גורמים רבים תורמים להצלחת יישום התערבויות לתמיכה בהחלמה, בהם בהירות קונספטואלית. ממצאים קודמים הראו כי חוסר בהירות קונספטואלית מהווה השפעה מרכזית על הצלחת יישום פרקטיקה מכוונת-החלמה. עדיפויות מתחרות במפגש בין גורמי מדיניות, מנהלים, ראשי צוותים, קולגות ומקבלי שירותים, מעצבות את הבנותיהם של אנשי צוות לגבי פרקטיקה מכוונת-החלמה ומשפיעות על הצלחת היישום. ארגוני בריאות מתפקדים בקונטקסט שבו תמיכה

בהחלמה משתנה כך שתתאים לתשתית הבריאות המאורגנת סביב אבחנות, סימפטומים וסיכון. בעוד שתמיכה בהחלמה נראית כחלק מהסכמים חוזיים, זהו יעד אחד מיני רבים ושירותים מגדירים את המושג באופן גמיש כך שיתאים לדרישות ויעדים ארגוניים אחרים. לדוגמה, תמיכה מוצלחת בהחלמה הוגדרה במושגים של סיום התקשרות, הפחתת אשפוזים, שיפור תוצאות בציונים קליניים וחזרה לתעסוקה.

הקדימות שניתנת לעדיפויות עסקיות משפיעה על הפרקטיקה, משום שמימון משפיע על החלטות קליניות המשפיעות על ערך הטיפול ואיכותו. המודל העסקי מבקש לשפר את הערך של הכסף, דרך תשלום על שירותים על פי תוצאות הנמדדות ביעדי פעילות או בתוצאות בריאותיות שהוגדרו מראש, במקום תוצאות אישיות של מקבל השירות וחוייתו בטיפול. במקום לצפות לכך שמקבלי השירות יתאימו עצמם לעדיפויות של השירות, מחקרים האירו את הצורך בהיענות השירותים לאנשים המשתמשים בהם. תמיכה בהחלמה צריכה להיות מובנת כעדיפות אסטרטגית בחתך רוחבי, במקום כמטרה אחת מיני רבות. נתוני עלות-תועלת יהיו מרכזיים לאסטרטגיה זו ויאפשרו לשלב פרקטיקה מכוונת-החלמה בתוך עדיפויות עסקיות.

חוקרים זיהו ארבע השפעות של צוותים על הצלחת יישום התערבויות החלמה: מנהיגות, תרבות ארגונית של חדשנות, הכשרה אפקטיבית ומחויבות של הצוות. היררכיה ארגונית זוהתה כחסם לתמיכה בהחלמה, בשל קונפליקט בין הכוח של המערכת לבין מטרות מקבלי השירות. ישנה דאגה לכך שהחלמה מתורגמת לתמיכה בקיצוץ השירותים, או להדרת האנשים הזקוקים ביותר לתמיכה, כאשר אנשים מתויגים או כמחלימים (Recovered) או כבלתי-מוכנים להחלמה (Not recovery-ready). בהתאם, כמה ארגונים נקבו במסגרת זמן שבה אדם צריך להחלים. כיוון שהקריאה לשירותים מכווני-החלמה מתרחשת לצד האקלים הפיננסי העכשווי, ישנה דאגה לכך שהחלמה יכולה להיות מצורפת כקונספט אך להישאר מרוקנת מתוכן.

ניתן לראות היבטים מקבילים בפרספקטיבות של צרכנים על תמיכה בהחלמה. מתמודדים דיווחו על הרגשה של חוסר באינדיבידואליות, מיקוד על מטרות ארגוניות במקום על תקוות וחלומות שתואמים לתפישותיהם על חיים בעלי משמעות וקושי לעבוד בשותפות. הממצאים במחקר הנוכחי מראים התייחסות מועטה לציפיות של מקבלי השירות או לשימוש בניסיון האישי כמשאב להחלמה. יש צורך לפתח גישות חדשות להגברת השותפות בין העובדים לבין המשתמשים בשירותי בריאות הנפש.

סיכום

בעוד שצוותי בריאות הנפש מונחים לשנות את הפרקטיקה שלהם לעבר אוריינטציה של החלמה, הם דיווחו על הצורך לנהל דרישות ארגוניות ופיננסיות מתחרות, אשר הגבילו את יכולתם לתמוך בהחלמה. הבנתם של צוותים לגבי פרקטיקה מכוונת-החלמה היא גורם משמעותי המשפיע על הצלחת היישום. ככלל, ישנה סתירה בין התמיכה הארגונית והכוונה המוצהרת לקדם פרקטיקה מכוונת-החלמה מחד, לבין היכולת של שירותים ועובדים ליישם את הקונספט בעבודה היומיומית מאידך. כדי להתייחס לדיסוננס הזה יש לפתח ציפיות מקצועיות סביב אוריינטציה של החלמה, כמיקוד עיקרי לצוותים וכהיערכות ארגונית. רק כאשר תתקיים הבנה משותפת וגישה אחידה על פני כל הרמות של מערכת בריאות הנפש, יוכל חזון האוריינטציה של החלמה להתקרב למימוש המלא.

