



יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)
ISPRRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A)

ispraisrael.org.il

סיכום מאמר

יספר"א - האגודה
הישראלית לשיקום
פסיכיאטרי (ע"ר)
רחוב הרכבים 3
ירושלים

Ispraisrael.org.il

02-6249204

© Copyright כל הזכויות שמורות
יספר"א האגודה הישראלית לשיקום
פסיכיאטרי (ע"ר)

שימוש בשירותים לפני ואחרי הכוונה-עצמית: ניתוח הבדלים בתכנית "נגישות להחלמה" במדינת יוטה

קרופט ושות'

ארה"ב, 2020

Croft, B., Battis, K., Isvan, N., & Mahoney, K. J. (2020).
Service utilization before and after self-direction: A quasi-
experimental difference-in-differences analysis of Utah's
Mental Health Access to Recovery
Program. *Administration & Policy in Mental Health &
Mental Health Services Research*, 47(1), 36-46.

סוכם ע"י אילה פרידלנדר כץ

בהמלצת פרופ' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה

תחליף לקריאת המאמר המלא

מבוא

הכוונה-עצמית (self-direction) הינה גישה לארגון שירותים ותמיכות שבה אדם בעל צורך מתמשך בשירותים ובתמיכות שולט בתקציב גמיש, המקצה מימון לרכישת מוצרים ושירותים לתמיכה ברווחתו הנפשית. רכישות יכולות להיות מסורתיות (כגון: טיפול מרפאתי, שירותי שיקום) או לא-מסורתיות (כגון: מחשבים, מנוי לחדר כושר, מימון הסעות), והן מקושרות לתכנית ממוקדת-אדם שפותחה על ידי האדם עם תמיכה של מתווך תמיכות (Support broker). הכוונה-עצמית מיושמת במגוון מערכות בריאות ומוגבלות ברחבי העולם. בארה"ב, מעל מיליון אנשים בעלי צורך מתמשך בתמיכות משתתפים בהכוונה-עצמית בכל 50 המדינות ובמחוז DC. גישה זו מקורה במערכות שתומכות באוכלוסייה מבוגרת ואנשים עם מוגבלות פיזית, שכלית והתפתחותית, וכיום הכוונה-עצמית מאומצת יותר ויותר עבור אנשים עם מחלות נפש בארה"ב ובעולם.

כיום, יוזמות של הכוונה-עצמית תקציבית בבריאות הנפש פעילות בחמש מדינות בארה"ב: שלוש מדינות מציעות הכוונה-עצמית על בסיס מתמשך (משיגן, פלורידה ופנסילבניה); ושתי מדינות – טקסס וניו-יורק, מקיימות תכניות פיילוט של הכוונה-עצמית בשיתוף תכניות לביטוח רפואי (Medicaid). במדינה שיטתית, יוטה, בה מתמקד המחקר הנוכחי, יושם תקציב הכוונה-עצמית בשנים 2014 עד 2016 ביוזמה שכונתה "נגישות להחלמה" ("access to recovery"). היוזמה של מדינת יוטה היא ייחודית בכך שאימצה את מודל היוזמה הארצית ליישום באזור אחד. "נגישות להחלמה" התפתחה כתכנית מטעם SAMHSA עבור אנשים עם התמכרות והיא משלבת שוברים שניתנים לשימוש על ידי המשתתפים לצורך נגישות לשירותים מסורתיים ולא-מסורתיים לתמיכה בהחלמה מהתמכרות.

מירב הראיות המחקריות על תקציבים בהכוונה-עצמית הגיעו מפרויקט מחקרי שבועה בסוף שנות ה-90 וראשית שנות ה-2000, ניסוי רנדומלי מבוקר עם 6700 אנשים מבוגרים עם צרכים מתמשכים ואנשים עם מוגבלות. במחקר זה, הכוונה-עצמית נקשרה לנגישות מוגברת לטיפול, יותר שביעות רצון מהטיפול ופחות צרכים לא-מסופקים. מחקרי המשך על גישות להכוונה-עצמית לאנשים עם מחלות נפש תיעד שיפור בתוצאות דיור ותעסוקה, שיפור בהחלמה ובתוצאות פסיכו-סוציאליות אחרות, הגברת הבחירה והשליטה ושיפור איכות החיים עבור משתתפי תכנית להכוונה-עצמית תקציבית. מחקרים איכותניים של הכוונה-עצמית בבריאות הנפש תיעדו חוויות של שיפור העצמאות והערך העצמי, והראו כי משתתפים

בהכוונה-עצמית מפעילים יצירתיות כדי להציב ולהשיג מטרות החלמה על פני תחומי חיים שונים, כולל בריאות גופנית, מעורבות קהילתית, ועצמאות.

בנוגע לשימוש ועלות השירותים, משתתפים בהכוונה-עצמית תקציבית הראו עלייה גדולה יותר בשימוש בשירותי טיפול אישי אך שימוש מופחת בשירותים מוסדיים לעומת קבוצת ההשוואה שקיבלה שירותים כרגיל. לאחר יישום מלא בארקנסו מחקר מצא כי הכוונה-עצמית נקשרה לחיסכון של 5.6 מיליון \$ לאורך 9 שנים בעקבות הפחתת הטיפול המוסדי.

פחות מכך אנו מבינים את השלכות השימוש בשירות בהכוונה-עצמית בבריאות הנפש, אף שלאחרונה מחקרים החלו להדגים השפעות שונות. לדוגמא, במחקר רנדומאלי מבוקר החוקרות הצביעו על שימוש מופחת בשירותי אשפוז, שירותי ניהול תרופתי, הכשרת מיומנויות, ותיאום טיפול, ושימוש מוגבר בשירותי פסיכותרפיה עבור משתתפי תכנית בהכוונה-עצמית בטקסס לעומת קבוצה ללא הכוונה-עצמית. בניתוח העלויות החוקרות לא מצאו הבדלים משמעותיים והסיקו כי בסיכומו של דבר התקציב נותר ניטרלי. מצב דומה נמצא בניתוח מחקרי נוסף שבוצע בפנסילבניה. במחקר זה, המשתתפים השתמשו פחות בשירותי מרפאה קליניים בהשוואה לשימוש בשירותים לפני כניסתם לתכנית. במחקר משנת 2008 מצאו החוקרות כי שירותי אשפוז היו נדירים בקרב משתתפים בהכוונה-עצמית, וכי משתתפים שהו פחות זמן באופן משמעותי באשפוז ובמסגרות לעוברי חוק לאחר השתתפות בהכוונה-עצמית לעומת התקופה שלפניה. במחקר תיאורי משנת 2014 דווח כי משתתפי התכנית לתקציב בהכוונה-עצמית בפלורידה שהו, בממוצע חודשי, 29.24 מתוך 30 ימים בקהילה (לעומת מסגרות אשפוז ומסגרות לעוברי חוק) בתקופת המחקר. בשנת 2012 בוצע באנגליה מחקר על הכוונה-עצמית תקציבית עם 234 משתתפים מתמודדים. משתתפי הקבוצה בהכוונה-עצמית השתמשו פחות באשפוז ובשירותי מרפאה ודיווחו על רמה גבוהה יותר של איכות חיים הקשורה לטיפול (care-related quality of life) לעומת קבוצת ההשוואה.

למרות שאוכלוסיית היעד של תכנית "נגישות להחלמה" הם אנשים עם בעיית התמכרות, היא רלוונטית גם למחקר הנוכחי משום שההתערבות ביוטה נשענה בעיקרה על מודל "נגישות להחלמה" ויושמה על ידי אנשי צוות התכנית ומנהליה. בשנת 2009 מחקר שבוצע במדינת וושינגטון הראה כי למשתתפי תכנית "נגישות להחלמה" היו שיעורים גבוהים יותר של מעורבות בטיפול וסיכויים גבוהים יותר להשלים את הטיפול לעומת קבוצת השוואה תואמת. במחקר שבחן את עלויות השירותים בתכנית זו, תועדה ירידה

מתונה בעלויות Medicaid לאדם לחודש עבור משתתפי "נגישות להחלמה", וחיסכון זה יוחס למעורבות גבוהה יותר בשירותי החלמה והשתתפות בשירותים שיקומיים.

אף שהמחקר עד כה מוגבל, לרבים העוסקים בתחומי בריאות הנפש יש תקוות גדולות לגבי היכולת של הכוונה-עצמית תקציבית להיות כדאית ביחסי עלות-תועלת: בסקר שבחן פרספקטיבות על הכוונה-עצמית בקרב אנשי ניהול והובלה בתחומי הבריאות התבקשו 46 מנהלים להתייחס להשפעת העלות של הכוונה-עצמית. רוב מנהלי התכניות ציפו כי הכוונה-עצמית תהיה כדאית; כלומר, תתקשר לחיסכון בעלויות או לניטרליות של עלויות תוך שיפור תוצאות החלמה. מחקר זה אף הראה כי על מנת שתאומץ ותיושם גישה של הכוונה-עצמית תקציבית בקנה מידה רחב, מנהלי תכניות האמינו כי דרוש מחקר מבוסס שיתעד את השפעת הכוונה העצמית על השימוש בשירות.

המחקר הנוכחי מבקש להרחיב את השיח לגבי השפעת הכוונה-עצמית תקציבית על שימוש בשירותים באמצעות בחינת דפוסי שימוש בשירותים בקרב משתתפי תכנית "נגישות להחלמה בבריאות הנפש" וקבוצה תואמת של לא-משתתפים. המחקר הנוכחי השתמש במערך ניסויי למחצה (quasi-experimental) עם ניתוח הבדלים בין הקבוצות. בחנו את השינויים בשימוש בשירותים לפני ואחרי הכוונה עצמית עבור משתתפי "נגישות להחלמה", והשוונו שינויים אלה לדפוסי שימוש בשירותים בקבוצת השוואה של לא-משתתפים בתקופת המחקר. כיוון שהמחקר על הכוונה-עצמית בבריאות הנפש מוגבל, וכיוון שמחקר נרחב תיעד הן עליה והן ירידה בשימוש בשירותים עבור משתתפי הכוונה-עצמית, ההשערה שלנו הייתה דו-כיוונית וחיפשנו עליה או ירידה בארבע קטגוריות של שימוש בשירותים: שיקום, טיפול מרפאתי, שירותי דיור, ושימוש בחדר מיון.

תיאור התכנית "נגישות להחלמה בבריאות הנפש" של מדינת יוטה

תכנית "נגישות להחלמה" מתמקדת במטרות של החלמה ובריאות (wellness) באמצעות מימון של שירותים ותמיכות שאינם מכוסים על-ידי הטבות ציבוריות אחרות (כמו ביטוח בריאות), והפניה למשאבים בקהילה. אוכלוסיית היעד של "נגישות להחלמה" היא אנשים עם מחלות נפש, וכ-95% מהמשתתפים ענו לקריטריונים של מחלת נפש חמורה (serious mental illness). תכנית נגישות להחלמה היא וולונטרית. זכאים להשתתף בה אנשים בגילאי 13 ומעלה (במחקר הנוכחי 18 ומעלה), תושבי המחוז הרלוונטי,

ובעלי הכנסות של 300% ומטה ביחס לקו העוני הפדרלי, המופנים לתכנית על ידי נותני שירותים בבריאות הנפש. כ-90% מהמשתתפים היו רשומים בביטוח הבריאות Medicaid. בסך הכל השתתפו בתכנית "נגישות להחלמה" 166 משתתפים, שהיו רשומים בתכנית במשך 199 ימים בממוצע. המשתתפים הרשומים היו צריכים להיפגש עם מתווך תמיכות (support broker), על-מנת לבנות תכנית מכוונת-אדם ולהקצות משאבים מתוך תקציב גמיש בהתאמה למטרות ההחלמה. בנוסף לנגישות לטיפול מסורתי ושירותי שיקום באמצעות מערכת המימון הציבורי, משתתפי "נגישות להחלמה" יכלו להוציא עד \$2000 מכספי התכנית, על אף שההוצאה הממוצעת לאדם הייתה רק \$902. עלות תיווך התמיכות נכללה בתקציב האישי והיוותה 30% מהתקציב. משתתפי "נגישות להחלמה" השתמשו בתקציביהם גם כדי לגשת למגוון של מוצרים ושירותים הקשורים לתחבורה (כגון כרטיסי מעבר לאוטובוס, ושוברים למילוי גז), טיפולי שיניים, דיור חירום, בריאות וטיפול-עצמי (למשל מנוי לחדר כושר), וצרכים מיוחדים (למשל, תעודות לידה, תעודות זהות, תשלומי חשבונות).

השיטה

הנתונים נאספו כמערך מוגבל ולא מזהה של נתוני המחלקה לשירותי בריאות הנפש של מדינת יוטה. הנתונים כללו מאפיינים דמוגרפיים וסוציו-אקונומיים, ושימוש שנתי כולל בשירותים עבור בוגרים מגיל 18 שהשתתפו בתכנית "נגישות להחלמה" בבריאות הנפש וכן בוגרים צרכני שירותים ציבוריים בבריאות הנפש שענו לאותם תנאי זכאות אך לא היו מעורבים בתכנית "נגישות להחלמה". נתוני השימוש בשירותים כללו שירותים במימון ביטוח הבריאות Medicaid ושירותים במימון המדינה. אנשים שהיו רשומים ל"נגישות להחלמה" סווגו כקבוצת התערבות, ואלה שלא היו רשומים לתכנית סווגו כקבוצת השוואה (לא-משתתפים). נתוני ההוצאות התקציביות של המשתתפים לא היו זמינים ברמה האינדיבידואלית ולכן לא נכללו בנייתוח הנתונים.

נתוני ההוצאות נאספו באמצעות מנהלי התכנית וכללו \$149,791 בהוצאות עבור 166 משתתפי התכנית במהלך תקופת המחקר, במגוון קטגוריות של שירותים כמפורט בטבלה 1. נתונים אלה נפרדים מנתוני

השימוש בשירותים שיוצגו בהמשך. מערך הנתונים כלל את סך הנתונים הדמוגרפיים והשימוש בשירותים בשלוש נקודות זמן שנתיות: 2013 (השנה שלפני יישום התכנית), 2014, ו-2015.

טבלה 1: הוצאות מתקציב אישי של משתתפי "נגישות להחלמה בבריאות הנפש" לפי קטגוריות

קטגוריית הוצאה תקציבית	%, סכום כולל
תיווך תמיכות	44,923\$, 30%
תחבורה	29,866\$, 19.9%
צרכים מיוחדים	20,581\$, 13.7%
בריאות וטיפול-עצמי	16,662\$, 11.1%
דיוור חירום	16,429\$, 11%
שירות רפואי/דנטלי	12,341\$, 8.2%
שירותי שיקום פסיכיאטרי	6,900\$, 4.6%
אחר	2,129\$, 1.4%

נתוני שימוש בשירותים היו זמינים בצורת סך שנתי עבור כלל שירותי הבריאות במימון ציבורי. כיוון שנתוני רכישות ברמת הפרט לא היו זמינים עבור משתתפי התכנית, השירותים שנרכשו באמצעות תקציבים אישיים בהכוונה-עצמית לא נכללו בנתונים. ארבע קטגוריות של שימוש בשירותים יצרו את הבסיס של המשתנים התלויים עבור ניתוח זה: שירותי טיפול, שירותי שיקום, שירותי דיוור, ושירותי חירום. קטגוריות שירותים אלה נבחרו בהתבסס על סקירת הספרות וההשערה כי יושפעו מהכוונה-עצמית בבריאות הנפש. שירותי שיקום כללו הכשרה בשיקום תעסוקתי, בניית מיומנויות, טיפול אישי או טיפול באחרים, תיאום טיפול, ושירותים משלימים אחרים. שירותי טיפול כללו אבחנה והערכה, טיפול אישי, ניהול התנהגות, טיפול משפחתי, טיפול קבוצתי, ניהול תרופות על ידי רופא, וניהול תרופות על ידי אחות. שירותי דיוור כללו טיפול בדיוור למבוגרים, שירותי תמיכה בדיוור, וטיפול ביתי. שירותי חירום כללו טיפול באשפוז וחדר מיון. מתוך משתנים אלה יצרנו ארבעה משתנים תלויים רציפים – הבדל בשימוש בשירותי טיפול, הבדל בשימוש בשירותי שיקום, הבדל בשימוש בשירותי דיוור, והבדל בשימוש בשירותי חירום, על פי החסרת © Copyright יספרי"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

מספר שעות השימוש (או הימים בשירותי דיור) בתצפית הראשונה מתוך מספר שעות השימוש בתצפית האחרונה לכל קטגוריית שירותים. מכל אחד מארבעת משתני השימוש הרציפים נוצרו משתנים בני שלוש קטגוריות: היעדר שימוש, שימוש ברמה נמוכה מהמוצע במדגם, ושימוש ברמה גבוהה מהמוצע.

הממצאים

המשתתפים היו בגיל 42 בממוצע (ס.ת. 10.11), רובם גברים לבנים. רוב המשתתפים השלימו לפחות בי"ס תיכון וחלקם היו בלימודים בתקופת המחקר. רק 4% ממקבלי ההתערבות ו-7% מקבוצת ההשוואה היו מועסקים במשרה מלאה או חלקית, 12%-13% התגוררו במקלט לחסרי דיור או ברחוב בתצפית ראשונה. כ-95% מהמדגם ענו לקריטריונים של מחלת נפש, ואצל מעל שליש נמצאה אינדיקציה לשימוש בסמים. כשליש מהמדגם קיבלו אבחנה של סכיזופרניה, מעל מחצית אובחנו עם הפרעות במצב הרוח, וכן הפרעות חרדה והפרעות אישיות היו שכיחות במדגם. רוב המשתתפים (91%) היו רשומים במסגרת Medicaid, וכמעט כולם השתמשו בשירותי טיפול במועד תצפית ראשונה. כ-71% השתמשו בשירותי שיקום, 18% השתמשו בשירותי דיור, ורק 5% השתמשו בשירותי חירום. משתתפי התקציב האישי השתמשו ב-63 שעות יותר בממוצע בשירותי שיקום לעומת קבוצת ההשוואה. המשתתפים גם השתמשו 22 שעות יותר בממוצע בשירותי טיפול מרפאתי לעומת לא-משתתפים. ממצאים אלה מצביעים על עליה בשימוש בשירות שיקום וטיפול ללא קשר לשימוש ראשוני בשירותים אלה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות מבחינת שימוש בשירותי דיור ובשירותי חירום.

דיון

במחקר זה הבוחן הבדלים בשימוש בשירותים והכוונה-עצמית בתקציבי בריאות הנפש, תיעדנו עלייה מובהקת בשימוש בשירותי טיפול ושיקום עבור משתתפי התערבות להכוונה-עצמית בהשוואה לקבוצה מותאמת של לא-משתתפים. תוצאות אלה נותרו על כנן לאחר בקרה על הבדלים נצפים בין הקבוצות בשימוש בשירותי שיקום וטיפול ב-baseline; כלומר, הבדלים אלה נותרו לאחר שנלקחה בחשבון העובדה שמשתתפי תקציבים אישיים השתמשו בשירותים אלה ברמות גבוהות יותר מלכתחילה. עליה זו תואמת לאחת המטרות המוצהרות של תכנית הכוונה-עצמית תקציבית – לתמוך בהפניות לשירותים

ותמיכות קהילתיות. בנוסף למעורבות גוברת בשירותי שיקום וטיפול מרפאתי, משתתפי התכנית השיגו נגישות לטווח של מוצרים ושירותים באמצעות שימוש בתקציביהם האישיים. הדבר נעשה תוך שמירה על מטרה אחרת של התכנית - לספק תמיכות נוספות להחלמה שלא מכוסות על ידי הטבות ציבוריות. המגוון והסוגים של הרכישות שבוצעו דומים לאלה שתועדו בתכניות תקציבים אישיים בפלורידה ובפנסילבניה. לממצאים יש משמעות מבחינת מדיניות, משום שאוכלוסיית היעד של התכנית - אנשים עם מחלות נפש – חווים אתגרים משמעותיים בנגישות לשירותים ולתמיכות שהם רוצים, ובאוכלוסייה זו תועדו רמות גבוהות של צרכים ללא מענה. בשנה נתונה, שניים מחמישה מתמודדים בוגרים אינם מקבלים טיפול, ומעל מחצית מהמתמודדים עם בעיות נפשיות ובעיית התמכרות אינם מקבלים כל טיפול. במחקר הנוכחי ראינו עליה בשימוש בשירותי טיפול מרפאתי ובשירותים קליניים ושיקומיים מבוססי קהילה, אך לא בשירותים יקרים יותר של דיור וחירום. ניתן לאור זאת להציע כי משתתפי התכנית לתקציבים בהכוונה- עצמית חוו יותר נגישות לשירותים קליניים ולא-קליניים בקהילה, מבלי שיידרשו לכך רמות גבוהות של טיפול או התערבות בחירום.

איזון מחדש של הוצאות מערכת בריאות הנפש כך שתתמקד על צורות מבוססות-קהילה של טיפול היה בעדיפות עיקרית של מערכות בריאות הנפש בעשורים האחרונים, ועולה בקנה אחד עם פסק דין משנת 1999 שמבסס את אחריות המדינות לספק טיפול לאנשים בסביבות הכי פחות מגבילות. לפיכך, התערבויות שמגבירות נגישות בדרכים שנצפו במחקר הנוכחי הן בעלות ערך רב וראוי לשקול לאמץ אותן ולהרחיבן.

ממצאים אלה דומים לעליות שנצפו במעורבות בשירותי החלמה וטיפול בהערכת תכנית "נגישות להחלמה" לאנשים עם בעיית התמכרות, עליה נשענת התכנית להכוונה-עצמית תקציבית בבריאות הנפש. הממצאים גם מהדהדים לממצאים של תכנית Cash & Counseling שבה משתתפים בהכוונה-עצמית השתמשו בשירותים מבוססי-קהילה ברמות גבוהות יותר. הממצאים מנוגדים לתיעוד קודם שהראה ירידה בשימוש בשירותים בהכוונה-עצמית בקרב מטופלים בטיפול מרפאתי או אשפוזי. במחקרים על תקציבים אישיים בבריאות הנפש שבוצעו באנגליה, בפנסילבניה ובטקסס, ארה"ב, הכוונה-עצמית בבריאות הנפש נקשרה לשימוש מופחת הן בשירותים מרפאתיים והן באשפוז. שלא כמו בתכנית לתקציבים אישיים

בפלורידה, התכנית שנבדקה במחקר הנוכחי לא נקשרה להפחתה משמעותית בשימוש באשפוז או בשירותי דיור טיפולי.

ישנם כמה הסברים אפשריים להבדלים אלה. בפרט, התכנית שנבחנה במחקר הנוכחי שונה מתכניות שישומו במקומות אחרים בכמה היבטים יישומיים. ראשית, גודל וטווח התקציב היה מתון יותר לעומת תכניות אחרות. לדוגמא, בעוד שמשותפי התכנית הנוכחית הורשו להישאר בתכנית רק עד שהגיעו לגבול הוצאות של \$2000 ושהו בתכנית במשך שנה עד שנתיים, משותפי התכנית בפלורידה קיבלו תקציב חדש על סך \$1900-\$3700 בכל שנה שבה השתתפו בתכנית, והם שהו בתכנית במשך 2.8 שנים בממוצע. זאת ועוד, תקציביהם של משותפי התכנית הנוכחית כללו את העלויות של תיווך התמיכות (supports brokerage) בעוד שבתכנית בפלורידה הדבר מומן מחוץ לתקציב האישי כהוצאה אדמיניסטרטיבית. בנוסף, בתכנית הנוכחית תיווך התמיכות היה מבוסס-משרד בעיקרו, בעוד שבמקומות אחרים, כולל פלורידה ופנסילבניה, המתווכים נסעו לפגוש את המשתתפים בבתייהם או בקהילה.

בכל אחד ממובנים אלה, התכנית להכוונה-עצמית תקציבית ביוטה היא צורה מתונה יותר של הכוונה-עצמית לעומת מודלים אחרים, וגורמים אלה עשויים להסביר את ההשפעה הזניחה על שימוש בשירותי דיור וחירום. טבעה המתון של גרסה זו של הכוונה-עצמית נובע לפחות בחלקו מטבעו של המימון שניתן לה, אשר נעשה באמצעות מענק חד פעמי עבור הפיילוט. בניגוד לכך, תכניות אחרות של הכוונה-עצמית מומנו באמצעות שילוב של תקציבים מקומיים, ארציים ופדרליים, עם הגברת הרצון של המדינות להשתמש במימון של Medicaid לתכניות אלה. גישות אלה מציעות רמות גבוהות יותר של קיימות, וכן מאפשרות למנהלי התכנית את מרחב התמרון כדי להוציא לפועל תקציבים גדולים יותר והתקשרות נרחבת יותר עם משתתפים.

הסבר אחר להבדלים בין הממצאים הנוכחיים לאלה שנמצאו במחקרים אחרים, נוגע להקשר שבו מיושמות תכניות הכוונה-עצמית, כלומר, לזמינות ולנגישות של סוגי שירותים שונים. בעוד שניתוח מפורט של חסמים לנגישות לשירותים במדינת יוטה ומקומות נוספים בארה"ב אינו בטווח המחקר הנוכחי, ייתכן כי משותפי התכנית להכוונה-עצמית השתמשו בשירותי בריאות הנפש ברמות אחרות מלכתחילה, לעומת משתתפים במחקרים אחרים. במובן זה, תצפיות שונות על שימוש בשירותים על פני מחקרים עשויות לשקף את האופן שבו משתתפים מתאימים את השימוש שהם עושים בשירותים על-פי

העדפותיהם וההקשרים הסביבתיים שלהם, הודות לנגישות לטווח רחב יותר של שירותים. במיוחד, משתתפי התכנית הנוכחית יכלו להוציא עד \$2000 באמצעות קרנות התכנית, אבל ממוצע ההוצאות לאדם היה פחות ממחצית סכום זה, \$902. גם במחקרים קודמים על תכנית דומה בפלורידה תועד אי שימוש במלוא התקציב. עם זאת, לא ברור האם הוצאת-חסר זו התרחשה בשל חסמים של התכנית להשגת מימון, בשל בחירה מכוונת של משתתפים להוציא רק חלק מהתקציב, או בשל גורמים אחרים. יש לבחון דינמיקה זו במחקר עתידי על הכוונה-עצמית.

יש לקחת בחשבון כמה מגבלות של המחקר הנוכחי במתן פרשנות לממצאים. מחקר זה נשען על נתונים מנהליים שנאספו לצורך מעקב וניהול הטיפול, ולא לצורך מחקר. כתוצאה מכך, מידע על עלויות השירותים לא היה זמין, וכן חסר לנו מידע ברמת הפרט לגבי שימוש במוצרים ושירותים לא-מסורתיים בקרב משתתפי התכנית. באופן אידיאלי, ניתן היה לשלב נתונים אלה לתוך הניתוח שביצענו כדי לקבל תמונה מלאה יותר של השימוש בשירותים בקבוצת המשתתפים בתכנית. מגבלה נוספת: בהיעדר קבוצת השוואה בהקצאה רנדומאלית, השתמשנו במערך ניסויי למחצה (quasi-experiential). למרות ששיטת התאמת הקבוצות הובילה לאיזון ההבדלים בין הקבוצות במירב המשתנים, הקבוצות עשויות להיות שונות במונחים של משתנים שלא נצפו המשפיעים על הקשר בין הכוונה-עצמית לבין שימוש בשירותים. בפרט, העובדה שמשתתפי התכנית השתמשו יותר בשירותים במדידה הראשונית לעומת קבוצת הלא-משתתפים, עשויה להצביע על הבדלים נסתרים שלא נמדדו בין הקבוצות. לא ברור האם וכיצד הבדלים אלה עשויים היו להשפיע על ממצאי הניתוח, לכן יש לראות בהם כממצאים ראשוניים. זאת ועוד, תכנית זו יושמה רק במדינה אחת, לכן יכולת ההכללה של הממצאים מוגבלת בהתייחס למדינות אחרות עם מערכות שעשויות להיות שונות באופן משמעותי מזו של יוטה. לדוגמא, יוטה אינה מדינה שבה מופעל ביטוח מורחב של Medicaid, כך שבהכוונה העצמית של המשתתפים הייתה נגישות מוגבלת לשירותים מבוססי-קהילה לעומת אנשים במדינות שבהם זכאות מורחבת של Medicaid.

לצד זאת, למרות שהספרות על הכוונה-עצמית בבריאות הנפש צמחה בשנים האחרונות, עדיין ניתן לתאר את בסיס הראיות כמוגבל. זהו אחד המחקרים הראשונים בספרות המקצועית שבוחן באופן מפורט שימוש בשירותים באמצעות הכוונה-עצמית בבריאות הנפש. בהינתן ההתעניינות וההתלהבות ביחס להכוונה-

עצמית בבריאות הנפש, מחקר מסוג זה חשוב להשגת מידע עבור קבלת החלטות בנוגע לאימוץ ויישום של פרקטיקה זו.

מסקנות

באמצעות מערך ניסויי-למחצה חקרנו את ההשלכות של התערבות בהכוונה-עצמית מתונה בבריאות הנפש על שימוש בשירותים במדינה אחת, ומצאנו כי למשתתפי ההכוונה-העצמית היו סיכויים גבוהים יותר להגברת המעורבות שלהם בשירותי שיקום וטיפול לעומת לא-משתתפים לאורך שנתיים. בהתאם למטרות העיקריות של השירות הנחקר, הממצאים מציעים כי להכוונה-עצמית בבריאות הנפש יש פוטנציאל לטפח מעורבות בשירותים קהילתיים מוערכים עבור אוכלוסייה החווה אתגרים משמעותיים בנגישות לשירותים ולתמיכות בהחלמה. הממצאים גם מקדמים שיח חשוב בשאלה האם וכיצד הכוונה-עצמית משפיעה על שימוש בשירותים – וכך על עלויות השירותים.

השוואת ממצאים אלה לממצאים ממחקרים אחרים על הכוונה-עצמית בבריאות הנפש חושפים כי השימוש בשירותים – וכך ההשלכות על עלויות של הכוונה-עצמית בבריאות הנפש, מושפעים במידה רבה מגורמים של עיצוב התכנית והוצאתה לפועל, במיוחד מבחינת גודל התקציב, הטווח שלו ומשך ההשתתפות. הבדלים ושינויים בשימוש בשירותים עשויים לשקף גם הקשרים מקומיים הנוגעים לנגישות ולתמהיל של שירותי בריאות זמינים. ממצאים אלה מחזקים את הצורך במחקרים נוספים שמשלבים יישום וגורמים סביבתיים על מנת לקבוע מהי הפרקטיקה הטובה ביותר בעיצוב התכנית כדי למקסם את היעילות מול העלות של התערבות מתפתחת זו. המגבלות הקשורות לנתונים האדמיניסטרטיביים ששימשו למחקר זה מאירים את חשיבות השמירה על מערכות נתונים איתנות בעת ביצוע פיילוט והטמעה של התערבויות חדשניות כמו הכוונה-עצמית. מידע כזה הינו חיוני להבנת ההשפעה ומניע שיפור מתמשך של האיכות.

בעוד שההשלכות הכלכליות של הכוונה-עצמית הן בעלות חשיבות מכרעת לקובעי מדיניות ומנהלים, המטרות העיקריות של הכוונה-עצמית הן לקדם החלמה ורווחה נפשית באמצעות הגברת הבחירה והשליטה עבור משתתפים, וקידום שינוי ממוקד-אדם במערכות. ראוי כי מחקר עתידי ימשיך להעלות שאלות הקשורות למטרות רחבות אלה של הכוונה-עצמית, בהן נושא השימוש בשירותים והנגישות אליהם. הגברת השימוש בשירותים קהילתיים והפחתת ההישענות על שירותים יקרים של אשפוז ודיר



חשובות למנהלים, אבל לבסוף, הכוונה-עצמית מעוצבת כך שתיתן לאנשים את הבחירה, השליטה, והמשאבים כדי לחיות חיים מספקים בקהילותיהם.