



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 משה הס 12
ירושלים 9418513 רחוב
משה הס 12
ירושלים 9418513

ispraisrael.org.il

02-6249204

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

חסמים להטמעת תכנון החלמה ממוקד-אדם בארגוני בריאות-הנפש בטקסס: תוצאות מתשע קבוצות מיקוד

איימי לודג', לאורה קאופמן, וסטייסי סטיבנס מנסר
ארה"ב, 2017

Lodge, A. C., Kaufman, L., & Manser, S. S. (2017). Barriers to implementing person-centered recovery planning in public mental health organizations in Texas: Results from nine focus groups. Administration and Policy in Mental Health, 44: 413–429. DOI 10.1007/s10488-016-0732-7

סוכם על-ידי אילה פרידלנדר כץ

בהמלצת פרופ' מקס לכמן

קריאת הסיכום אינה מהווה

תחליף לקריאת המאמר המלא

מבוא

טיפול מכוון-אדם הינו אחד משישה יעדים של איכות הטיפול בשירותי בריאות שנקבעו על ידי המכון לרפואה, ומחקרים רבים קושרים בין תכנון ממוקד-אדם לבין תוצאות טובות יותר עבור אנשים, בעוד שמעורבות גבוהה יותר של האדם נקשרה מחקרית לעלויות נמוכות יותר של שירותי הבריאות. תכנון החלמה ממוקד-אדם (תהמ"א) או תכנון טיפול ממוקד-אדם הוא אלמנט בסיסי של טיפול מכוון-החלמה. תהמ"א מוגדר כ"תהליך משותף בין האדם והתומכים בו (כולל העובד הקליני) שתוצאותיו הן פיתוח ויישום של תכנית פעולה כדי לסייע לאדם להשיג את מטרותיו הייחודיות והאישיות לאורך מסע ההחלמה" (Tondora et al., 2012, p. 411). תהמ"א מספק מסגרת עבודה ליצירת שותפות בין מתמודדים לנותני שירות בבריאות הנפש, לבחירת שירותים שיתנו מענה לצרכיהם בהתקדמותם לעבר מטרות-חיים. בכך, זוהי מסגרת המתייחסת לביקורת כלפי המערכת, שבה מצופה מאנשים להתאים את עצמם באופן פאסיבי לשירותים הקיימים מבלי שייקחו חלק בארגון או תכנון הטיפול שלהם.

כיוזמה יחסית חדשה בבריאות הנפש, רוב המחקר הקיים מתמקד על היבטים פרקטיים של כתיבת תכניות-החלמה ממוקדות-אדם. מחקר מועט בחן באופן אמפירי את מאמצי ההטמעה של תהמ"א במערכת בריאות הנפש, ובפרט את החסמים ליישום. אף שהמחקר על חסמים ביישום תכנון ממוקד-אדם לאנשים עם מגבלות שכליות והתפתחותיות מפותח מעט יותר, לא ברור האם במערכת בריאות הנפש נתקלים בחסמים דומים.

המחקר הנוכחי משתמש במסגרת-עבודה של הערכת הטמעת התערבויות להצגת ממצאים מניתוח של תשע קבוצות מיקוד בשלושה ארגונים ציבוריים בבריאות הנפש בטקסס, שבהם הוטמע תהמ"א במשך שנתיים לפחות, בהתייחס לשאלה: "מהם החסמים שפוגשים ארגונים ציבוריים בבריאות הנפש ביישום והטמעה של תכנון-טיפול ממוקד-אדם". כדי להשיג פרספקטיבות של מגוון בעלי עניין, בוצעו שלוש קבוצות מיקוד נפרדות בכל ארגון: קבוצה עם אנשי הובלה והנהגה; קבוצה עם אנשי מקצוע; וקבוצת מיקוד עם עמיתים מומחים.

רקע

ישנן כמה סיבות חשובות להתמקד על חסמים בהטמעת תהמ"א. ראשית, ברמה הארגונית, הכרה בחסמים מאפשרת שינוי קונסטרוקטיבי והיא חיונית לבניית שותפות וקונצנזוס. כאשר אנשי צוות יכולים להשתתף בדיונים פתוחים שמאפשרים להם להשמיע את דאגותיהם ולהציע פתרונות, סביר יותר כי יתמכו בטיפול ממוקד-אדם. שנית, התעלמות מחסמים וקשיים ביישום תהמ"א, עלולה לגרום לספקנות והתנגדות. שלישית, הטמעת תהמ"א במערכת בריאות הנפש – שמאופיינת מזה זמן רב בפרדיגמה רפואית שפועלת בכוון הפוך מגישה ממוקדת-אדם – דורשת תכנון זהיר ומחושב. הבנת החסמים שבהם נתקלים ארגונים בבריאות הנפש ביישום תהמ"א יכולה וצריכה לשמש להערכת המוכנות ולתכנון מאמצי הטמעה עתידיים.

מסגרת-עבודה מגובשת לחקר הטמעת התערבויות מציעה סכמה קונספטואלית מקיפה להערכת הקונטקסט וההתקדמות ביישום התערבויות בשדה. מסגרת זו מאחדת מספר מושגים לתוך חמישה תחומים עיקריים: מאפייני ההתערבות, הקשר תוך-ארגוני, הקשר חוץ-ארגוני, מאפייני האנשים המעורבים, ומאפייני התהליך.

מחקרים קודמים על חסמים לטיפול ממוקד-אדם

אף שלא קיים מחקר קודם על חסמים להטמעת תהמ"א במערכת בריאות הנפש, חוקרים ציינו כמה חסמים אפשריים בהתבסס על ניסיונם כיועצים לתהליכי שינוי במערכת בריאות הנפש, בהם: פרדיגמת שירות מבוססת-מחלה; חוסר בהירות לגבי מהו תכנון ממוקד-אדם וכיצד הוא נראה הלכה למעשה; נותני שירות עמוסים בהנחיות לשינויים שבעבורם הם מקבלים מעט הכשרה ותמיכה (וכתוצאה מכך מתנגדים לתהמ"א); חוסר במשאבים; גישתם של מובילי התכנית והאקלים הארגוני; מבנה המימון ודרישות התיעוד; וחוסר בהכשרות לאנשים בהחלמה ומשפחותיהם לפיתוח יכולות הכוונה-עצמית. בנוסף לחסמים מערכתיים אלה, החוקרים מתארים עמדות שדווחו בקרב נותני שירותים: תהמ"א מפחית מערך המומחיות הקלינית; תהמ"א הוא האחריות של עובדים לא-קליניים; עובדים כבר מספקים טיפול מכוון-אדם; התכנית עצמה אינה כה חשובה, מעבר למטרות הסמכה והחזר הוצאות; אנשים עם מחלות נפש לעתים קרובות מוותרים על מטרות-חיים; תהמ"א מנוגדת לפרקטיקה מבוססת-ראיות; יש להתייחס לבעיות קליניות לפני שניתן להתחיל בתהמ"א; תהמ"א דורש זמן ועבודה אינטנסיביים; תהמ"א אינו תואם

לצורך רפואי ואינו מזכה בהחזר כספי; ותהמ"א חושף מטפלים ליותר סיכון ואחריות. אף שהחוקרים הראו כי דאגות אלה שגויות, הרי שבהיותן כה רווחות בקרב נותני שירותים הן מהוות חסמים להטמעה מוצלחת של תהמ"א.

תכנון ממוקד-אדם הוטמע בהצלחה במערכות שירותים לאנשים עם מגבלות שכליות והתפתחותיות מזה כמה עשורים ומחקרים שבוצעו בהם הצביעו על כמה חסמים או מגבלות, בפרט חסמים ברמת הפרט: הקושי לתת שרות לחלק מהאנשים; ציפיות לא מציאותיות מצד משפחה ואחרים; ונותני שירותים שאינם מסייעים. ברמה המוסדית, מחקרים הצביעו על הגורמים הבאים: תרבות מתן שירותים המבוססת על המודל הרפואי; משאבים מוגבלים; הסדרי מימון נוקשים; תחלופת עובדים; חוסר בהכשרת צוותים ובמומחיות בניהול שירותים; הדרכה לא מתאימה; בחירות מוגבלות בשל העובדה שהמימון קשור לתכניות ולא לאנשים; חוסר בהכשרה לסנגור לאנשים ומשפחות; מכסות גבוהות וחוסר זמן; חוסר בכוח אדם; וחוסר בתיעוד התומך בתכנון ממוקד-אדם.

על אף מחקרים חשובים אלה, לא ברור אם חסמים דומים קיימים לתכנון ממוקד-אדם במערכת בריאות הנפש, מה הם החסמים הבולטים ביותר עבור נותני שירותים, ואם ישנם הבדלים בחסמים שחווים נותני שירות שונים. לפיכך, מאמר זה מספק בחינה אמפירית של חסמים ליישום והטמעה של תהמ"א בשירותי בריאות הנפש מפרספקטיבות של שלוש קבוצות של נותני שירותים: אנשי ניהול והנהגה; אנשי מקצוע; ועמיתים מומחים.

מאמצי הטמעת תהמ"א בטקסס

ארבעה ארגונים ציבוריים של בריאות הנפש במדינת טקסס השתתפו ביוזמה להטמעת תהמ"א במימון מחלקת שירותי הבריאות של טקסס. שני ארגונים (בית חולים פסיכיאטרי ומרכז קהילתי לבריאות הנפש) החלו את השתתפותם בשנת 2012. שני הארגונים האחרים (שניהם מרכזים קהילתיים) החלו את השתתפותם ב-2013.

בית החולים ממוקם בעיר בטקסס ומכסה אזור של 38 מחוזות, עם כ-1500 מתאשפדים בשנה ומכיל 257 לקוחות במוצע בכל יום. בבית החולים 14 יחידות המשרתות מבוגרים ומתבגרים עם מחלות נפש, התמכרויות, ו/או הפרעות התפתחותיות. כל מרכז קהילתי לבריאות הנפש פועל ב-8 עד 18 מחוזות

עירוניים ו/או כפריים, ומפעיל מרפאות המשרתות בין 5300 לבין 10,800 מבוגרים וילדים עם מחלות נפש, התמכרויות, מגבלות התפתחותיות ושכליות.

מטרת פרויקט זה הייתה לתמוך בהטמעת הפרקטיקה של תכנון החלמה ממוקד-אדם בכל אחד מהאתרים. ההשתתפות הייתה אינטנסיבית וארגונים קיבלו הכשרה, סדנת אימון והדרכת המשך על כתיבת תכניות.

איסוף הנתונים

בשנה הרביעית לפרויקט הוזמנו הארגונים להשתתף בקבוצות מיקוד שעוסקות בחשיבה על המאמצים הארגוניים להטמעת תהמ"א. בוצעו 9 קבוצות עם 71 אנשי צוות בשלושה ארגונים ציבוריים לבריאות הנפש. בכל ארגון בוצעו קבוצות מיקוד עם (1) צוות הנהגה והובלה (מנהלים העוסקים בתפקידים ישירות בקידום הטמעת תהמ"א); (2) אנשי מקצוע (עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מומחי שיקום, אחיות ומתאמי תכניות טיפול); (3) עמיתים מומחים. נעשה ניסיון לדגימה מכוונת שתכלול מגוון עובדים ובעלי תפקידים שלקחו חלק פעיל בפרויקט ההטמעה, על מנת להשיג מידע מגוון ועשיר. בקרב המשתתפים היה רוב לנשים (70%) וללבנים (74.6%).

השאלות שהופנו לקבוצות המיקוד עסקו בשלושה תחומים בהטמעת תהמ"א: (1) הישגים שקשורים להטמעת תהמ"א; (2) גורמים שמקדמים ותורמים להישגי ההטמעה; (3) חסמים להטמעת תהמ"א והגורמים להם. כמו כן נשאלו המשתתפים על צרכים עתידיים הקשורים ליישום והטמעה של תהמ"א. מאמר זה מתמקד בעיקרו בחסמים להטמעת תהמ"א, ולבסוף מציג המלצות לגבי צרכים עתידיים.

ניתוח הנתונים

הניתוח נעשה בגישה של תיאוריה מעוגנת בשדה (Grounded theory) שבה נובעים הממצאים ישירות מהטקסט, עם שימוש בתוכנה לניתוח איכותני. הניתוח הוביל ל-12 קטגוריות, אשר פותחו בעבודת קריאה חזרתית, כך שחלקן התמזגו ואחרות הופרדו ופורקו ככל שהצטברו הנתונים בניתוח. בסוף התהליך פותחו הנחות תיאורטיות על-פי הנתונים ביחס לחסמים להטמעת תהמ"א, ונראו הבדלים בתפישת החסמים על

פני הארגונים והקבוצות. פרשנות להנחות אלה ניתנה בהתייחס לכל אחד מהתחומים הנכללים במודל להערכת הטמעת התערבויות.

ממצאים

תחום 1: מאפייני ההתערבות

בתחום זה עלתה הקטגוריה: **חוסר בהירות ביישום של תהמ"א עם צרכנים שונים**. מנהלים, עמיתים מומחים ואנשי מקצוע בקבוצות המיקוד בשני ארגונים (בית החולים ומרכז קהילתי) ציינו כי חסר להם ידע או בהירות כיצד ליישם תהמ"א עם צרכנים שונים. חסם זה בלט במיוחד בקרב אנשי מקצוע. לדוגמא, אנשי מקצוע דנו באתגרים של יישום תהמ"א עם צרכנים עם קשיי תקשורת, או עם אנשים החווים סימפטומים פסיכויטיים:

איש-מקצוע 1: "...אלא אם הם לא יכולים לדבר... כמו ביחידה שלנו... שבה [צחוק] אני מרגיש שלפעמים צריך להיות אומן-מילים כדי להיענות לציפיות של האימון..."

איש-מקצוע 2: מאוד דומה להתמודדות עם מטופלים פסיכויטיים... הם במצב פעיל של הזיות ואתה שואל אותם "מה מטרת החיים שלך?"

איש מקצוע 1: לפחות הם יכולים להגיד משהו... לדעתי אחד הדברים שהיה באמת חסר, זה שלא הייתה דרך מוגדרת וברורה להתאים את זה לאוכלוסייה הזאת ולפעמים..... זה בעצם פוגע בהם כי זה לא מכבד... זה לא מקום שמתאים בשבילם. זה יכול להיות מאוד מבלבל.

אנשי מקצוע גם דנו בקושי להטמיע תהמ"א ביחידה אקוטית או במצבי משבר:

"בתור [איש צוות נייד להתערבות במשבר] אנחנו שואפים לעשות יותר תכניות טיפול לאנשים שלנו, שנמצאים במעבר, וקשה לי לעשות תהמ"א עם האוכלוסייה הזאת בגלל שאנחנו לטווח כל כך קצר. צרכנים נשארים אצלנו רק שלושה חודשים, אז זה ממש קשה... הלוואי שהייתה לנו...אולי גרסה יותר פשוטה ויעילה למשבר..."

תחום 2: הקשר חוץ-ארגוני

הקטגוריה שעלתה בתחום זה: **חסמים ברמת המדינה והמדיניות**. משתתפים בקבוצות מנהלים ועמיתים מומחים בשלושת הארגונים דנו בחסמים ברמת המדינה. לדוגמא, עמית מומחה הסביר שצרכנים חייבים שתהיה להם קודם תכנית החלמה ממוקדת-אדם כדי שאפשר יהיה להגיש עבורם בקשת תשלום לשירותי עמיתים:

"במיוחד כשמישהו חדש, אנחנו רוצים להציע להם תמיכת עמיתים, עדיין אין להם תהמ"א מוכן, אבל הם באים לקבוצת עמיתים בגלל שאנחנו מעודדים אותם לבוא, אבל אנחנו לא יכולים להגיש חשבון בגלל שעדיין אין להם תכנית טיפול..."

באופן דומה, מנהלת תיארה תהמ"א כשירות שאינו בר-פיצוי כספי:

"אנחנו לא מקבלים החזר הוצאות עבור תכנון החלמה מ-Medicaid. ואנחנו די כבולים לזה... לזה לא נחשב למפגש על-ידי מחלקת בריאות הנפש הארצית אלא אם כן אנחנו קוראים לזה "התקשרות"...אני חושבת שזה מקשה על הצוות בגלל שהם מקבלים מסרים סותרים לפעמים... 'זה ממש חשוב, את צריכה להשקיע את הזמן מראש בלעשות את זה' ועדיין המנהל שלהם...תמיד אומר 'אבל את צריכה לספק שירותים שעליהם משלמים לנו. זה לא נחשב אלא אם כן את קוראת לזה בשם אחר'. 'הכנה לקראת מפגש' זה לא נחשב. אז אני מניחה שחסם הוא החוק...ואיך שהם [מערכת הבריאות] תופשים אולי את הפעילות הזאת, את הזמן שמושקע".

תחום 3: הקשר תוך-ארגוני

שש מתוך 12 קטגוריות תאמו לתחום של הקשר תוך-ארגוני, ומכאן שמאפיינים ארגוניים מודגשים במיוחד עבור המשתתפים.

חסמי זמן ומשאבים

המשתתפים דנו בקושי להטמיע תהמ"א בהינתן חוסר בזמן ומשאבים; הדבר במיוחד רווח בקרב מנהלים ואנשי מקצוע, בהשוואה לעמיתים מומחים. לדוגמא, מנהל ציין: "אני שם זמן ומשאבים [כחסם]. והסיבה...שהיו לנו כמה פרויקטים ושינויים בו זמנית. באמת היינו צריכים לעבוד...אני חושב שעשינו

עבודה די טובה בלשמור על זה בחזית אבל היו הרבה דברים שהפריעו בדרך."

© Copyright יספרא האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)

אנשי מקצוע דנו בקושי ליישם התערבויות בהתאמה אינדיבידואלית בגלל חוסר משאבים בבית החולים:
איש מקצוע 2: "אפילו בשירותים הפסיכיאטריים למבוגרים, יש לנו פחות מגוון של תכניות
אפשרויות מכפי שיש בשירותי מומחים, או בשירותים לילדים ונוער... זה היה יכול להיות נהדר...
הייתי יכול להעלות הרבה מטרות ממש מדהימות שהיו הרבה יותר מועילות, אבל אנחנו אפילו לא
יכולים לעשות את זה".

איש מקצוע 1: לא יכולים. נכון, אז אני הולך לכתוב סיכום שחרור וזה... "אוי, לא עשינו אף אחת
מההתערבויות בגלל שלא יכולנו".

תכנון לא משתף

אנשי מקצוע ועמיתים מומחים בשני ארגונים ציינו שתהליך תהמ"א לעתים קרובות לא היה שיתופי.
לדוגמא, עובד בבית חולים דן בקושי לעבוד בשיתוף פעולה כצוות טיפולי רב-מקצועי:

"אני חושבת שכשהצוות באמת מתפקד כצוות זה עובד... אבל זה לא תמיד קורה ככה נכון?... אני
חושבת שכשזה עובד ויש לך אווירת שיתוף פעולה בצוות, זה באמת עוזר לתהליך. לצערי נראה
שהמצב הזה נדיר כאן... אני חושבת שאחד החסמים זה עדיין הדינמיקה בצוות... אני חושבת שיש
משהו כמו "זה לא תיאור התפקיד שלי"... אז אני חושבת ששינוי חלק מהדברים האלה כך שאנשים
באמת יפעלו כצוות וישתתפו באחריות למסמך הזה..."

בדומה לכך, עמיתה מומחית דנה בעובדה שעמיתים מומחים אינם מעורבים בתהליך התכנון כפי שהיו
יכולים להיות:

"יש לנו... עמיתים שמנסים לערב לקוחות לפני השלמת תכנית ממוקדת-אדם חדשה. קיוויתי שזה
ממש ימריא והלו"ז שלהם יתמלא... אבל עד כה ההצלחה שלנו הייתה מוגבלת. ועדיין לא הבנתי
מה הגורמים לכך. האם זה קביעת לוח זמנים? צוות התמיכה? היכולת של העמיתים עצמם ליצור
את ההתקשרות? האמונה שלהם ביעילות של זה...? עדיין לא הבנתי את זה אבל הייתי מאוכזבת
מזה.

חסמים של תוכנה ומבנה התכנית האישית

מערך נוסף של חסמים שדווח על ידי המשתתפים הוא בעיות שקשורות לתוכנה ולמבנה של נוסח התכנית. חסמים אלה היו שכיחים יותר בקרב מנהלים ואנשי מקצוע וכן בקרב עובדי קהילה לעומת בית חולים. לדוגמא, אנשי מקצוע ממרכז קהילתי דנו בכמה מהקשיים שהם חווים בעבודתם עם התוכנה של הפרויקט:

איש מקצוע 1: "עם המערכת אתה לא יכול לעבור אחורה וקדימה [בין התכנית המקורית לתכנית המתעדכנת]... ברגע שמשהו נפתח, יש לך רק את זה".

החוקר: "אז כשאתה עושה את סקירת המעקב לאחר 90 יום, אתה לא רואה את התכנית שבמקור כתבת שאותה אתה בודק?"

איש מקצוע 3: "לא! [כולם צוחקים]. אתה צריך להעתיק ולהדביק כל חלק".

באופן דומה, אנשי מקצוע באותו ארגון תיארו מדוע צרכנים לעתים קרובות אינם רוצים העתק של התכנית שלהם:

איש מקצוע 1: "...ואז תכניות הטיפול שאנחנו מדפיסים הן לגמרי בלתי מובנות ללקוחות שלנו אז זה היה נהדר אם היינו יכולים [להראות], כמו, "הנה המטרה שלך. אלה הצעדים שאתה הולך לעשות כדי להתקדם אליה".

חסמים של הנהגה

המשתתפים דנו גם בכמה חסמים הקשורים להנהגה הארגונית. דאגות אלה היו בולטות יותר עבור אנשי מקצוע ועמיתים מומחים בבית החולים לעומת הקבוצות האחרות. לדוגמא:

איש מקצוע 1: "בית החולים עושה את השינוי הזה...ל[עבודה] ממוקדת-אדם...ואני יכולה לדבר רק עבור מחלקת ה[דיסציפלינה]...בתוך המחלקה שלנו זה הוצג כ'זה הכוון שבית החולים נכנס אליו. עכשיו זה חלק מהתפקיד שלך'. אני לא מקבלת את הרושם במחלקות אחרות שזה מוצג בתור 'עכשיו זה חלק מהתפקיד שלך. זו ציפייה מהעבודה שלך'".

איש מקצוע 2: ואפילו כשכן, אין מעקב.

איש מקצוע 1: אחריותיות (Accountability)

איש מקצוע 2: בדיוק. אם אני רואה מישהו מתנהג בבירור באופן לא מכבד [כלפי צרכן] ביחידה שלי, אין על זה מעקב.

צוותי ניהול במרכזים קהילתיים גם דנו בחוסר תמיכה בתהמ"א מצד דמויות מובילות בארגון: מנהל: פשוט אין מספיק תמיכה מאנשי מפתח מובילים.... אפילו ההנהלה הראשית הייתה אמורה להיות יותר מעורבת ולא הייתה...אני לא באמת יודע את הסיבות לכך. אז עם זה...ההטמעה הייתה תהליך נפרד כאשר היא...אמורה ללכת יד ביד. אני חושב שזה איכשהו עשה את תהליך ההטמעה הרבה יותר קשה וארוך".

שינוי הוא קשה

מנהלים, עמיתים ואנשי מקצוע בכל שלושת הארגונים תיארו חסמים הקשורים לקושי להטמיע ולשמר שינוי תרבותי וארגוני. דאגות אלה בלטו במיוחד בקרב מנהלים ועמיתים מומחים, ובקרב משתתפים מבית החולים. לדוגמא, מנהל מבית החולים ציין:

"זו פשוט המציאות שבה יש לחצים קבועים במוסד ציבורי...היו לנו אתגרים מסוימים שאני חושב שעברנו אותם נהדר אבל אני חושב שזה חסם עצום. אני מתכוון, אם אתה מסתכל על איך אתה שומר ומחזיק את זה? ו...להיות מסוגל שיהיה לך חזון המשכי לפרק הזמן הזה". אני חושב שכל האתגרים שלנו חוסמים את היכולת לעשות את זה".

מנהלת במרכז קהילתי שיתפה בתחושה דומה:

"אחד הדברים שדיברתי עליהם זה פשוט לשמור על זה, כי אני חושבת שיש בזה הזדמנות לעמוד במקום בלי להשתנות, לחזור לדברים של...אוקיי, עכשיו יש לנו את זה. אנחנו יודעים מה אנחנו עושים'. וזה באמת סוג של תהליך למידה מתמשך..."

חסמים להטמעה בכל חלקי ארגון

צוותי ניהול, עמיתים ואנשי מקצוע בשלושת הארגונים דנו בחסמים הקשורים להטמעת תהמ"א על פני הארגון. לדוגמא, אנשי מקצוע בבית חולים דנו בקושי לערב את הצוות הטיפולי בתהליך הטמעת תהמ"א:

איש מקצוע 1: "בגלל שהרבה פעמים אנחנו צריכים לעשות הרבה התערבויות ישירות ביחידה שלי, עם האוכלוסייה שיש לנו. אז אם הם [צוות הסיעוד] לא יודעים מה זה בגלל שלא יכולנו להשיג אף נציג מצוות סיעודי להשתתף בפגישה, אז אני יכול לכתוב משהו שאולי... לא יסכימו עליו ולא יעשו או שהם לא חושבים שזה התפקיד שלהם לעשות או שפשוט לא מתקבל על הדעת לעשות את זה."

החוקר: "האם צוות הטיפול הישיר מוזמן לישיבות תכנון?"

איש מקצוע 2: "כשמדובר בצוות סיעודי וסייעים זה באמת די תלוי בשאלה אם חסר להם צוות... אז... הם באים כשהם יכולים."

בדומה לכך, עובדי מרכזים קהילתיים דנו בקושי להטמיע תהמ"א בצוות שעובד עם מספר שעות חודשיות מינימאלי ומכסות גדולות. לדוגמא, מנהלת אמרה:

"...אפשר שלא ייפגשו עם לקוח לעתים קרובות או שיכולות להיות יותר מגבלות זמן אז אני חושבת שזה יכול להיות יותר מאתגר לשמור על התכנית מעודכנת או לשמור שתהיה רלוונטית כשבכל פעם שאנשים באים אולי יש הערכות אחרות... וקשה... לתת הרבה תשומת לב או לשמור... שכולם אחראים כלפי המטרה או... פשוט בגלל מכסות גדולות ומגבלות זמן".

תחום 4: מאפיינים של אנשים

שלוש מחמש הקטגוריות התייחסו לתחום של אפיוני האנשים, באופן שמשקף כי משתתפי קבוצות המיקוד מודעים במיוחד לחסמים של צוות וצרכנים להטמעת תהמ"א.

ספקנות/חוסר מעורבות של צרכנים

חסמים הקשורים לספקנות של צרכנים או חוסר מעורבות מצדם עלו בקרב אנשי מקצוע בשלושת הארגונים, אך לא הופיעו באף אחת מהקבוצות עם מנהלים ועמיתים מומחים. לדוגמא, הסביר אחד המטפלים:

"לפעמים הלקוחות פשוט לא כל כך מושקעים בזה בגלל שהם לא מאמינים שאנחנו מושקעים בזה... זה ייקח זמן... בשביל שהם יבינו ש... עברנו למודל ממוקד-לקוח במקום להיות באוריינטציה

כל כך רפואית. אבל היו להם כל השנים האלה של להיות בדרך אחת וזה קשה בשבילם להאמין שזר אקראי ירצה לבוא משום מקום ולהתמקד עליהם, ...אני חושב שלפעמים פשוט הם באמת לא רוצים או שאין להם אנרגיה לעבוד על הדברים, כי הם אולי לא סומכים עלינו יותר בתור המערכת". איש מקצוע אחר ציין: "כל שינוי הפרדיגמה של 'אתה חשוב ואנחנו הולכים להקשיב ל...מה שיש לך להגיד', זה פשוט זר ללקוחות שלנו...התהמ"א הוא נהדר אבל...במשך כל כך הרבה זמן המערכת הגבילה אנשים שלא יוכלו לקבל את ההחלטות האלה."

חסמים אחרים הקשורים לצרכנים עלו בהתייחס לצורך ביותר הכשרה, אימון והדרכה קלינית כדי להתמודד עם מאפייני הלקוחות. לדוגמא, איש מקצוע דן בקושי לכתוב תכנית לאדם עם "מטרות לא מציאותיות":

איש מקצוע 1: "...כתיבת תכנית טיפול למישהו שיש לו מטרה שהיא בבירור...לא מציאותית. ויש דרכים ללכת מסביב וללמד...אבל אז שוב איך אתה מיישם את זה בתכנית...זה ממשיך שוב ושוב. אני הולך להיות שם הרבה מאוד זמן כדי שזה יתבצע".

איש מקצוע 4: כן הייתה לי מישהי לפני כמה שבועות שאמרה שהמטרה שלה היא להתאחד עם ישו...קשה לפעמים לנסות...לדוג... את המטרה המושלמת בשבילם...".

חוסר היענות בצוות

מנהלים, עמיתים מומחים ואנשי מקצוע בשלושת הארגונים ציינו חסמים הקשורים לחוסר היענות ונכונות בצוות. חסם זה בלט בקרב עמיתים מומחים ואנשי מקצוע, והוא בלט במיוחד בקבוצות מבית החולים. לדוגמא, עמית מומחה בבית החולים ביטא קושי להשיג נכונות מצד אנשי צוות אחרים להאמין בתפקיד הלקוח בתהליך התכנון:

"כאשר...הכוחות שישנם נמצאים בישיבת צוות הטיפול...הם [הצרכנים] מקבלים הצגה...כולם מתנהגים יפה ואז ראיתי את הלקוח עוזב...ומתפרק בבכי...בגלל שהמטפלים צחקו ודברים כאלה...כולם פשוט מתבדחים 'הוא ברמה הזאת...או לא.. אהה, הוא ברמה הזאת...!...נמאס לי מזה שהם צוחקים על הלקוח אחרי שהוא יוצא. מנהלת צוות הטיפול שלנו אמרה לנו שלא ממש אכפת לה מתהמ"א".

רבים מהמשתתפים ציינו חוסר בנכונות מצד הצוות הרפואי, כפי שאמרו מנהלים:

מנהלת 1: "אני חושבת שדבר אחד שעדיין מהווה חסם הוא ש...מתאמי טיפול ומומחי שיקום וכולם משתמשים בזה [תהמ"א] אבל אני חושבת שמבחינת הצד הרפואי...יותר מהפסיכיאטרים, לאחיות אולי אין את אותה הבנה עמוקה, או הבנה כלשהי אולי בנוגע לתכניות או מטרות שיש [למטופלים] או שהן לא יודעות איך להסתכל על זה או להבין אולי על מה הבנאדם הזה עובד..."

מנהלת 2: אני מסכימה עם זה...לכמה חלקים בארגון...יש יותר נכונות מאשר אחרים...אני מרגישה שזה בדרך כלל מטפלים שמרימים את רוב המשקל...ואני לא יודעת איך אנחנו גורמים לנכונות שלהם לקרות, אבל זה בהחלט יעזור."

לצוות חסרים ידע, הכשרה ותחושת ביטחון

מנהלים, עמיתים מומחים ואנשי מקצוע בשלושת הארגונים דנו בחסמים של חוסר בידע או בהכשרה בתהמ"א או חוסר ביטחון ביישום והטמעה. חסמים אלה בלטו בקרב כל בעלי העניין אך בלטו פחות בקרב צוותי בית החולים. לדוגמא, עמית מומחה הסביר כיצד תמיכה ארגונית חלשה בתהמ"א הובילה לרמה נמוכה של תחושת ביטחון:

"למעשה אני שומע הרבה מהאנשים שעובדים פה שהם לא מקבלים תמיכה. הם לא מרגישים בנוח או בביטחון. הם לא קיבלו הכשרה...וזה ממטפלים מיומנים. ואני חושב שכשאנשים מרגישים שיש להם תמיכה, הם יכולים להציג את זה יותר טוב."

בדומה לכך, מנהלים בכמה ארגונים ציינו כי לחלק מאנשי הצוות תהמ"א פחות נוח ויותר מאתגר מאשר הגישה המסורתית לתכנון טיפול:

מנהל 1: "אני...חושב שזה דורש עבודה...אני חושב שהמודל של איזון תרופתי...הוא קצת יותר קל... זה יותר קל לאנשים לעשות...כלומר, זה אתגר. זה יותר קשה לאנשים, הציפיות קשות יותר".

מנהל 2: יש יותר עבודה, זה יותר קשה.

מנהל 1: "...זה פשוט דורש מאנשים לעשות את העבודה שלהם בדרך מאוד מפורטת...להתמקד על היחסים...אבל...כשאנשים היו באים והציפייה הייתה נמוכה יותר, אז אתה לא צריך לעשות כל כך הרבה עבודה".

מנהל 3: "התפישה היא שזה יותר קל... לעשות את זה בדרך הישנה".

תחום 5: תהליך

בתחום זה עלתה הקטגוריה 'בעיות של אימון, הכשרה ועזרה טכנית', וכן תת-התחום 'יצירת מחויבות' (Engaging), המתייחס למתן הכשרה, מודלים לדוגמא (Role modeling), והשכלה לאנשים הנכונים.

בעיות עם אימון, הכשרה ועזרה טכנית

אנשי מקצוע ועמיתים מומחים בשלושת הארגונים דנו בכמה בעיות הקשורות לאימון, הכשרה ועזרה טכנית. דאגה זו בלטה במיוחד בקרב אנשי מקצוע בבית החולים. לדוגמא, מטפלים דנו בעובדה שהז'רגון המקצועי שמאמנים הציעו לשימוש כדי לעמוד בדרישות רפואיות ומנהלתיות מוביל לצמצום המיקוד באדם בכתיבת התכניות:

איש מקצוע 1: "השאלה הופכת להיות, 'האם זה באמת ממוקד-אדם כשאנחנו צריכים לשנות את הטרמינולוגיה כל כך הרבה?' כי...זה לא מה שהלקוח שלי אמר כשישבנו לעשות את זה ביחד...כשאנחנו עושים...טלפון לתמיכה, ואז...!..אם אתה יכול להגיד את זה ככה', וזה בסדר, אבל זה לא מה שהוא אמר...אז האם זה באמת ממוקד-אדם?...אז...המורכבות של איך זה צריך להיות מנוסח הופך את זה למשהו לא שלהם, ואין להם את הבעלות על זה בגלל שזה לא מה שהלקוח אמר איך שחזרתי וערכתי את המילים האלה".

בנוסף, מטפלים תיארו בעיה של קבלת מידע סותר לגבי דרך הכתיבה הרצויה של תהמ"א ממאמנים ומנחי הכשרה שונים.

דיון

כאשר מערכות הבריאות נעות לעבר השגת מטרות של איכות בטיפול, ועם התבססות ראיות לגבי טיפול ממוקד-אדם, חשוב להבין ולהתייחס לחסמים להטמעת תכנון ממוקד-אדם ברמת הפרט, הארגון והמערכת. בעזרת הבנת החסמים להטמעה מוצלחת, יוכל תהמ"א לשפר תוצאות בקרב צרכנים, לצמצם את עלויות הטיפול, ולאפשר שינוי קונסטרוקטיבי, פתרונות יצירתיים ויותר נכונות של הצוות.

הניתוח העלה 12 חסמים מרכזיים להטמעת תהמ"א בארגוני בריאות הנפש בטקסס. בחינת חסמים אלה באמצעות מסגרת-עבודה להערכת הטמעת התערבויות, חושפת כי מחצית מהחסמים ליישום והטמעה של תהמ"א נקשרים לתחום התוך-ארגוני. מכאן כי מאמצי הטמעה צריכים להתמקד בראש ובראשונה על היבטים של הארגון. ההקשר הארגוני והתרבות הארגונית צריכים לספק גישות גמישות יותר להטמעת התערבות. זאת ועוד, רבע מהחסמים השתייכו לתחום של מאפייני האנשים המעורבים בהתערבות, כך שמאמצי הטמעה צריכים גם להעריך את ההשפעה שיש הן לצוות והן לצרכנים על הצלחת ההטמעה. בנוסף, רק חסם אחד עלה תחת התחום של מאפייני ההתערבות, ומכאן שישנן בעיות מעטות עם הפרקטיקה של תהמ"א לכשעצמה.

הממצאים מציעים כי ישנן תפישות שונות לגבי חסמים לתהמ"א על פני קבוצות של בעלי עניין; לדוגמא, אנשי מקצוע תיארו יותר חסמים מכל קבוצה אחרת ודנו יותר בחסמים הקשורים לטיפול ישיר (למשל, חוסר שיתוף פעולה בתכנון, ספקנות של הצרכן). מהממצאים עולה שישנם כמה הבדלים בין בית החולים לבין מרכזים לטיפול בקהילה. לדוגמא, הקטגוריות 'שינוי הוא קשה', 'חסמים של הנהגה', ו'בעיות עם אימון, הכשרה ועזרה טכנית' בלטו יותר בצוותי בית החולים לעומת צוותי קהילה. עם זאת, לא ברור עד כמה הבדלים אלה עשויים להיות מיוחסים לסוג הארגון או למשך הזמן מאז החלה ההטמעה (בהינתן כי בית החולים החל בפרויקט ההטמעה שנה לפני שני המרכזים הקהילתיים).

ממצאים אלה יכולים לשמש לפיתוח של מוכנות להטמעה וכלים שיכולים לסייע ליישום והערכת ההתקדמות של הטמעה בכל אחד מהתחומים שנותחו. במהלך המחקר עלה כי חסרה הבנה של תהמ"א בקרב משתתפי קבוצות המיקוד, דבר שאף עלה מדיווחי המשתתפים עצמם כשהתייחסו לחוסר ידע וחוסר ביטחון בהוצאה לפועל של תהמ"א, וזיהו בעיות עם האימון, ההכשרה והסיוע הטכני, על אף שקיבלו הכשרה נרחבת ואימון. איסוף נתונים עתידי ראוי שיתייחס לידע והבנה של מושגי תהמ"א בקרב בעלי עניין שונים וכיצד ניתן לתרגם תהמ"א אל תוך הפרקטיקה. בנוסף, מחקר עתידי צריך לבחון פרספקטיבות של צרכנים לגבי חסמים וגורמים מקדמים להטמעת תהמ"א בשירותי בריאות הנפש.

המלצות

תוצאות המחקר מצביעות על חסמים אינדיבידואליים, ארגוניים ומערכתיים להטמעת תהמ"א במערכת בריאות הנפש בטקסס, אך המשתתפים גם סיפקו כמה המלצות מעשיות כדי להתגבר על חסמים אלה: בתחום החוץ-ארגוני המשתתפים הציעו כי צריך שארגונים יוכלו להגיש דיווח לתשלום עבור תכנון התהליך ופיתוח התכנית במסגרת עבודת תהמ"א. בתחום התוך-ארגוני הוצע: (1) התאמת תוכנת התיעוד הממוחשב לתהמ"א; (2) העסקת יותר עמיתים מומחים (על-ידי הגדלת המימון לתפקידי תמיכת עמיתים); (3) הכללת עמיתים מומחים בתכנון ובאינטייק; (4) שיתוף תכניות עם צוות הטיפול הישיר. בתחום התהליך, המשתתפים הציעו כמה דרכים שבהן אימון והכשרה לתהמ"א יכולים להשתפר: (1) שילוב ההכשרה בתוך הכשרת אוריינטציה לעובדים חדשים; (2) מתן הכשרה לכל העובדים; (3) להכשיר ולהקצות יותר מאמנים בארגון – כולל מאמנים מרקע רב-מקצועי ובפרט בבתי חולים; (4) לספק לצוות דוגמאות יותר קונקרטיות של תכניות שמשקפות ערכים ועקרונות ממוקד-אדם; (5) מתן הכשרות ריענון לעתים יותר קרובות; (6) להציע הכשרות על דרכים להרחבת תהמ"א לאוכלוסיות שונות (למשל, אוכלוסיות במשבר, ילדים ומשפחות). המלצה אחרת שקשורה לתהליך היא ליצור כוח משימה לתהמ"א בתוך הארגון.

ממצאים אלה מראים את החשיבות של טיפוח הנהגה תומכת ואקלים ארגוני; למעשה, מחקר קודם הצביע כי הנטל שנחווה באימוץ והטמעה של התערבויות מבוססות-ראיות תלוי במידה רבה בהנהגה ובאקלים הארגוני. ממצאים גם מדגישים את חשיבות השימוש בשיטות להערכת הטמעה כדי ליישם ביעילות התערבויות מורכבות כמו תהמ"א, שהצלחתן דורשת מעורבות של מערכות שלמות. הבנה ברורה של החסמים להטמעת תכנון-החלמה-ממוקד-אדם והצעת דרכים לפתרונם, עשויות לאפשר לארגונים אחרים המטמיעים תהמ"א לפתח פתרונות יצירתיים באמצעות דיונים פתוחים ושיתופיים בצוותים.