



www.ispraisrael.org.il

ISPR  
ספרא

**יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי**  
ISPR Israel Psychiatric Rehabilitation Association

עלון מס' 16 מרץ 2017

## דברי היו"ר

שלום לכולם,

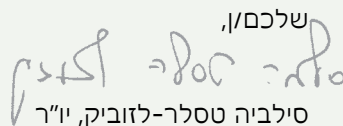
אני שמחה לפתוח את דברי עם ברכות לד"ר מקס לכמן ממייסדי יספר"א וחבר ועד מנהל מאז הקמת האגודה, על מינויו לפרופ' נלווה באוניברסיטת חיפה. מקס - זאת עוד אות הכרה על עשייתך המגוונת והישגך הרבים בתחום השיקום. רק לפני כמה חודשים קיבלת את אות התנועה הצרכנית וכולנו זוכרים את זכייך בפרס זוסמן לפני שנתיים על תרומתך הרבה לתחום. ברכות חמות מקס.

אנו נמצאים בימים רוויי במתח בתחום השיקום: עיצומים, מכרזים שאינם מתקדמים, הליכים משפטיים, המשך של תחלופת עובדים גבוהה. כל אלה נותנים את אותותיהם בשטח.

בימים אלה מתנהלים דיונים בבית המשפט בעניין מכרז הדיור. המכרז פורסם ב- 2016 זו הפעם השלישית. שני המכרזים הראשונים בוטלו אחרי שהיזמים וארגוני צרכנים עתרו לבית המשפט בטענה שלא ניתן להפעיל את מערך הדיור בהתאם לתנאים שהוצעו. למרות שיפורים במכרז הנוכחי, נותרו עדיין פערים במספר תחומים מרכזיים והיזמים שבו ופנו לבית המשפט וארגוני צרכנים וזכויות אדם הצטרפו לעתירה במעמד של ידידי בית המשפט. יספר"א, כאגודה מקצועית עצמאית בלתי תלויה, התבקשה על ידי העותרים לספק חוות דעת מומחה. השאלה המרכזית עליה התבקשנו לתת את דעתנו הייתה האם המכרז במתכונתו הנוכחית תואם את סל השיקום הקבוע בחוק והאם הוא עלול להביא לפגיעה בזכויות המשתקמים בתהליכי השיקום שלהם. מסקנתנו הייתה כי המכרז אינו תואם את סל השיקום הקבוע בחוק וכי קיים חשש של ממש שזכויותיהם של זכאי סל שיקום ייפגעו וכתוצאה מכך תהליך השיקום בהם הם מצויים. בדיון בבית משפט שהתקיים בתחילת חודש פברואר ביקשה השופטת מהצדדים לנסות ולהגיע להסכמות בשלושה תחומים עיקריים: נושא השתתפות משרד הבריאות בשכר הדירה; תנאי העסקה של העובדים תוך התייחסות לפערים בין עובדים של נותני שירותים במשרד הרווחה לבין אלה של משרד הבריאות; השינויים שמשרד הבריאות ביקש להכניס בנושא דיור מוגן וההוסטלים, כגון האחדת שירותים, ביטול המדרג הקיים של שירותים הקיים בחוק, ועוד. הצדדים אמורים להשיב לבית המשפט תוך 30 יום מיום הדיון. אם אכן יגיעו להסכמה, המכרז יוכל לצאת לדרך ולסיים את התקיעות בתחום הדיור שנמשך כבר זמן רב.

אני מבקשת לסיים בנימה אופטימית. אני פוגשת המון אנשים - מתמודדים, קובעי מדיניות, נותני שירותים, בני משפחה, אנשי מקצוע, מדריכים, מתנדבים, אנשי אקדמיה, פעילים חברתיים, אנשי זכויות, ועוד. כולם חזרי מוטיבציה לתרום לשיפור תהליכי השיקום ואיכות חייהם של אנשים המתמודדים עם הפרעה פסיכיאטרית. ואני אופטימית שבסופו של יום נדע למצוא את שביל הזהב שיחזיר את כולנו לעשייה מהותית ללא ההתדיינות בבתי המשפט, עיצומים והסחות דעת נוספות שמקשות על העבודה השוטפת - והכל לטובת מטרותינו המשותפות.

שלכם,

  
סילביה טסלר-לזוביק, יו"ר

האמור בעלון זה מופנה לגברים ולנשים כאחד, ומנוסח בחלקו בלשון זכר מחמת מגבלות השפה העברית. הדעות המוצגות במאמרים הינן של הכותבים ואינן בהכרח הדעות המייצגות של יספר"א.

ISPR Israel Psychiatric  
Rehabilitation Association  
**יספר"א, האגודה הישראלית  
לשיקום הפסיכיאטרי**

רח' משה הס 12

ירושלים 9418513

טלפון 02-6249204

פקס: 02-6234326

דוא"ל: office@ispraisrael.org.il

www.ispraisrael.org.il

**מערכת:**

פרופ' מקס לכמן

סילביה טסלר-לזוביק

אורן דרעי

oren@ispraisrael.org.il

עיצוב: יעל בוברמן



## חדשות מהשטח

- 3 קידום "אורח חיים בריא" במסגרות שיקום לבריאות הנפש במחוז ירושלים  
// נ. גוטסמן, ס. רגב, ב. וקסמן, מ. כהן, ט. דגן, ג. לייב
- 5 מוח ותנועה - מפתחות לשיקום וריפוי // ידידיה דוארי
- 7 הצד השני של המטבע: יצירת סביבה ארגונית מאפשרת // דניאל קיסרי

## חדשות מהשדה המחקרי

- 9 מוסד פסיכיאטרי מכוון החלמה - הייתכן? מחקר בוחן במרכז לבריאות נפש באר-שבע  
// ליאור חזקנר וד"ר גליה מורן
- 11 פרויקט מדדי תוצאה - מהכח אל הפועל: מעורבות גוברת של צוותי סל שיקום בשימוש בתוצרי הפרויקט  
// ד"ר פאולה גרבר אפשטיין, פרופ' דיוויד רועה, דנה חיים, רונית אוליאל מירקין, קורינה דרייזן, מיכל-אפרת אליאב, עדי תלם

## ראיון עם דמות מפתח

- 14 ראיון עם אברמי טורם, נציב שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות // אורן דרעי

## סיקור אירועים

- 17 שום דבר עלינו בלעדינו! שיתוף מתמודדים עם מגבלה נפשית בתהליכי הערכה - דרך לשינוי יחסי הכוחות  
- כנס ב"הערכה רבה" 2016 // תמי אליאב, ליאת ואזן-סיקרון, עתליה מלאך
- 19 תמיכת עמיתים בבריאות הנפש - צו השעה // תמי מצלאוי

## מדור דעות

- 22 מחדלי מערכות הטיפול בתחלואת הנפש הקשה // פרופ' אלי שמיר



## קידום "אורה חיים בריא" במסגרות שיקום לבריאות הנפש במחוז ירושלים

ד"ר ג'ון ג'י. רייטי מדגים קשר זה החל בפעילות אירובית והיכולת ליצור שליטה בהתקפי חרדה, וכלה ביכולת "להזיז את מצב הרוח" כלשונו, באמצעות פעילות גופנית, וכך לצאת ממצב של דיכאון.

לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, משרד הבריאות  
האגודה לבריאות הציבור  
הוסטל ק.ט.ב.

הגוף והנפש מאז ומעולם היו קשורות זו בזו. ד"ר ג'ון ג'י. רייטי מדגים קשר זה החל בפעילות אירובית והיכולת ליצור שליטה בהתקפי חרדה, וכלה ביכולת "להזיז את מצב הרוח" כלשונו, באמצעות פעילות גופנית, וכך לצאת ממצב של דיכאון.

"אורח חיים בריא" מתייחס לבריאות נפשית וחברתית ולא רק לבריאות פיזית, גם לאינטראקציות חברתיות חיוביות והיכולת להתמודד עם מצבים שונים. לכן יש משמעות לשגרת חיים הכוללת אימוץ התנהגויות בריאות כוללניות והימנעות מהתנהגויות מסוכנות. בשל כך התהליך מקיף מעבר לחיזוק מיומנויות הפרט גם פעולות לשינוי התנאים החברתיים, הסביבתיים והכלכליים המשפיעים על הבריאות<sup>1</sup>.

מצב הבריאות הפיזית של אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית נמצא כפחות טוב בהתייחס לכלל האוכלוסייה. ממחקרים עולה כי שיעור התחלואה הפיזית גבוה, החל במחלות בדרכי הנשימה ומחלות קרדיווסקולריות, סוכרת וסינדרום מטבולי ועד שיעורי תמותה גבוהים<sup>2</sup>.

צרכנים רבים בבריאות הנפש נוטלים תרופות אנטי-פסיכוטיות אשר להן תופעות לוואי פיזיולוגיות כגון היפרגליקמיה, השמנה וסוכרת סוג 2. תופעות נוספות שכוחות הינן: שיעור ההשמנה ועודף המשקל גבוה מאוד, שיעור גבוה של מעשנים, תזונה לקויה, תנאים סביבתיים ירודים ומחסור בטיפול רפואי וחברתי. גורמים אלו תורמים רבות לשיעור הגבוה של המחלות המתוארות לעיל, כמו גם לתסמינים משניים כמו אפתיה וחוסר מוטיבציה כללי ואלו גורמים להזנחה של היגינת הגוף והשיניים<sup>3</sup>.

במהלך השנה האחרונה מתקיים במחוז ירושלים תהליך הכולל שיתופי פעולה רבים לקידום אורח חיים בריא במסגרות השיקום במחוז. ברצוננו להציג את הרציונל ועיקרי התוכנית.

במחוז ירושלים מתגוררים כ-1,163,000 תושבים המהווים 14.2% מאוכלוסיית ישראל. מתוכם 73% יהודים, כ-26% מוסלמים והיתר נוצרים ואחרים. מתוך כלל האוכלוסייה במחוז ישנם כ-3,500 מקבלי שירותים מסל שיקום.

לשכת הבריאות המחוזית ירושלים שייכת לשירותי בריאות הציבור ומטרתה ליישם את המדיניות של בריאות הציבור בשטח מול האוכלוסייה בתחומים: בריאות הסביבה (כגון פיקוח תברואתי על מסעדות, בריכות שחיה ומוסדות חינוך), פיקוח על מזון (המיובא מחו"ל או המיוצר בארץ), אפידמיולוגיה (כגון חקירה וטיפול בהתפרצויות של מחלות ברמה המקומית והארצית), אם ילד, קידום בריאות ועוד. היא מהווה "משרד בריאות קטן" ולפיכך היא גם כוללת מחלקות אחרות כגון: רוקחות, רפואת שיניים, גריאטריה, פסיכיאטריה ומכשירי שיקום וניידות.

עקרון העבודה בלשכת הבריאות המחוזית ירושלים אינו "one size fits all" אלא תמיד משתדלים להכיר מקרוב את הקהלים אותם משרתים ולשתפם בבניית תכניות ויצירת פתרונות המתאימים להם.



חדשות מהשטח



8. קיום הפנינג בריאות מחוזי, כיום שיא לתוכנית בגן ציבורי, בהשתתפות כ-600 צרכנים ואנשי צוות. יום השיא נועד להעלות את המודעות לתוכנית השנתית וכמו כן להכיר בתוכניות המופעלות במסגרות, לעודד את המשך התוכניות הללו ולגייס את המסגרות שעדיין בתחילת התהליך. יום השיא סיפק חוויה מהנה ומגבשת. הוא כלל תחנות לפעילות גופנית כגון הליכה,

יוגה, פילאטיס ועוד, וכן דוכני הסברה בנושאי בריאות שונים כגון בריאות השן, הדרכה לגמילה מעישון, התמודדות עם סכרת ועוד. יום השיא הופעל על ידי 21 ארגונים שותפים, כולל לשכת הבריאות, עיריית ירושלים, ארבע קופות החולים, עמותות וארגונים מהשטח ומתנדבים מטעם מכינה קדם צבאית. כולם התאחדו להפעיל יום מרגש ומשמעותי.

לסיכום, הוצגה בקצרה, דוגמה מהשטח לעידוד ואפשרויות בנייה והפעלת תוכניות שנתיות לקידום אורח חיים בריא במסגרות השיקום. יוזמה זו התאפשרה על ידי שיתוף פעולה פורה בין מסגרות השיקום, צוות סל שיקום, מחלקות תזונה וקידום בריאות של לשכת הבריאות המחוזית וגורמים נוספים רבים תומכים במחוז ירושלים. תוצאות התוכנית כבר החלו לבוא לידי ביטוי בשטח, עם הפעלת תוכניות מתמשכות לקידום אורח חיים בריא במסגרות. התוכנית החלה לפני כשנה וחצי וחלק מהמסגרות כבר נמצאות בשלב ההטמעה. אורח חיים בריא הינו מרכיב משמעותי ברווחה האישית של אנשים בכלל ובקרב צרכני בריאות הנפש בפרט, על כן יש צורך בפיתוח מענים מותאמים לקהלים הללו.

nimrod.gottesman@moh.health.gov.il

מקורות

1 אתר משרד הבריאות נצפה ב-09-11-16  
<http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/HealthEducation/Pages/guidelines.aspx>

2 Collins E, Tranter S, Irvine F. The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012 Sep;19(7)

3 Walsh R, Lifestyle and mental health, American Psychologist, Vol 66(7), 2011 Oct, 579-592

4 Ratey JJ, Spark: The Revolutionary New Science of Exercise and the Brain (2008)

5 דוארי, י. (2015). מסוגלות גופנית נרכשת. [גרסה אלקטרונית]. נדלה ב 9/11/2016, מאתר פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3355>

הגוף והנפש מאז ומעולם היו קשורות זו בזו. ד"ר ג'ון ג'י. רייטי מדגים קשר זה החל בפעילות אירובית והיכולת ליצור שליטה בהתקפי חרדה, וכלה ביכולת "להזיז את מצב הרוח" כלשוננו, באמצעות פעילות גופנית, וכך לצאת ממצב של דיכאון. הוא כותב כי "לאימון הגופני יש השפעה עמוקה על בריאות הנפש ועל היכולת הקוגניטיבית. זהו אחד הטיפולים הטובים ביותר שמצויים בידינו לרוב הבעיות הפסיכיאטריות"<sup>4</sup>.

בכל מסגרות השיקום - דויר, תעסוקה, פנאי וכיו"ב, קיימת שאיפה לקדם את הבריאות של הצרכנים והצוותים תוך מתן תשומת הלב לקשר גוף נפש<sup>5</sup>. עם זאת, תכנית לקידום בריאות מחייבת שינוי ושינויים לא קל להטמיע, על כן רצוי לשתף את כל המעגלים אליהם משתייך האדם באתגר של שינוי אורח החיים ועיסוק בפעילויות מקדמות בריאות.

צוות סל שיקום, מחלקת התזונה, ומחלקת קידום בריאות של לשכת הבריאות המחוזית בירושלים שיתפו פעולה על מנת לעודד ולאפשר בניית תוכניות שנתיות המתייחסות לתזונה נבונה ולפעילות גופנית בשגרה היומיומית של מסגרות השיקום.

בסיס התוכנית הינו יצירת שיח משותף בין כלל מקבלי השירות וצוותי השיקום, הקניית ידע, מתן כלים מותאמים, הכוונה מעשית לשינוי התנהגות וליווי ותמיכה ביצירת סביבה פיזית וחברתית תומכת. התוכנית פעלה ופועלת במספר מישורים:

1. הפקת חוברת הנחייה הכוללת מידע והמלצות בתחומים של: תזונה נבונה, פעילות גופנית, הפחתת עישון, וטיפים לבניית תוכנית שנתית.
2. יום עיון "נפש בריאה בגוף בריא" בו השתתפו 250 צרכנים, משפחות ואנשי מקצוע. ביום ניתנו הרצאות בנושא: תזונה ואיכות חיים, שיפור איכות חיים דרך פעילות גופנית, מינוי, טיפול תרופתי ותופעות לוואי.
3. עידוד כל מסגרת שיקום למנות מוביל בריאות והקמת ועדת בריאות המורכבת מצרכנים ואנשי צוות, לשם בדיקת צרכים, בנייה, ליווי והערכה מתמשכת של התוכנית במסגרת.
4. יום עיון לכ-50 מובילי בריאות הנועד ללמידת נושא קידום הבריאות ובניית התוכנית השנתית בפרט, כמו גם חשיפה לפרויקטים קיימים ברמה העירונית.
5. יום עיון לתזונה נבונה ובישול בריא במסגרות השיקום בו השתתפו 65 איש: מדרכיות שיקום, סומכיסוות, אימהות ואבות בית.
6. מתן מענה להתייעצות של מובילי הבריאות בכתיבת התוכניות ובפתרונות לקשיים שעלו - עם אנשי מקצועות קידום בריאות ותזונה.
7. עידוד הגשת דיווחים על תוכניות אשר נכתבו והופעלו בשיתוף צרכנים וצוותים במסגרות.

## מוח ותנועה - מפתחות לשיקום וריפוי

יצ'ינה ז'ארי, מנהל מרכז ספורט סאמיט למתמודדים בירושלים

**"פרויד כתב כי המוח והגוף תלויים זה בזה, אך הוא לא כתב איך ומה כדאי לעשות בנושא" (Doidge, 2015)**

דוידג' חקר לעומק את שיטתו של משה פלדנקרייז, אשר עבודת חייו הייתה לעזור לאנשים לעבור תהליכי שיקום דרך תנועה. חלק ניכר מהעקרונות שפיתח תואמים את הממצאים העדכניים ביותר בחקר המוח. אחד מהם הוא שהמוח לא יכול לחשוב ללא פעילות מוטורית. עצם המחשבה על תנועה יוצרת טריגר לתנועה. מנקודת המבט של הרפלקסים כל מחשבה מובילה לשינוי מסוים בשרירים, כך שלמעשה אין דבר כזה "מחשבה טהורה".

בהיותה קשורה בקשר הדוק למחשבה, התנועה מחייה מעגלים רדומים אשר לא פעלו במשך תקופה ארוכה, יוצרת קשרים חדשים וכך מובילה לשלבים נוספים בתהליך הריפוי (Jeffery, 2004). דפוס חשיבה החוזר על עצמו באופן שיטתי יכול גם הוא להעיר תאים רדומים, אך בנושא זה יש להבחין בין מחשבות היוצאות מדפוס החשיבה הרגיל, לבין מחשבות המנציחות את הבעיה בעצם זה שהאדם משתמש באותם המעגלים הקיימים ולא מעורר את התאים הרדומים. התנועה עוקפת בעיה זו בכך שהיא מפעילה אזורים חדשים במוח. אם כך, כל תנועה אשר לא מגבירה מתח ולא חוזרת על דפוס קיים יכולה להתחיל את תהליך העירור של התאים הרדומים. אם לדוגמה אדם הולך ברגל מדי פעם לעבודה, או אפילו רץ כדי להספיק לעלות לאוטובוס, סוג כזה של תנועה מפעיל מנגנון קבוע אשר בהקשר זה קשור למחויבות וללחץ. לעומת זאת הליכה בפארק ללא מטרה מוגדרת, עבור אדם שלא רגיל לכך, יכולה לעורר תאים רדומים דרך הזרמה של דם אל אותם אזורים. אמנם הליכה

במאמר זה אציג בתמצות את עבודתו רבת השנים של הפסיכיאטר והפסיכואנליטי ד"ר נורמן דוידג', בנושא של שיקום וריפוי דרך תנועה. דוידג' עוסק בחקר המוח כבר שנים רבות, ומחקריו מתמקדים באפשרויות של המוח להשתנות ובאמצעים העומדים לרשותו כדי ליצור תהליכי ריפוי.

התנועה היא אמצעי זמין לכל אדם. לרוב אנו תופסים אותה כמובנת מאליה, עד שאנו נתקלים בבעיה אשר מצמצמת את טווח התנועה הרגיל שלנו. כדי להבין את ההשפעות של התנועה או חוסר התנועה על חיינו, יש לנסות להבין כיצד האיבר שאחראי על הפיקוד והבקרה של כל מערכות הגוף עובד.

פריצות דרך שהתרחשו בעשרים השנים האחרונות מציגות מידע חדש בנוגע לדרכי הפעולה של המוח, ליכולתו להשתנות וליחסי הגומלין שלו עם הסביבה החיצונית והפנימית. גילויים אלו עשויים להיות רלוונטיים בין השאר לתהליכי השיקום של המוח, ולכן אפשר להשתמש במידע זה גם בתחום השיקום והטיפול הנפשי (גיא, 2007).

בעשור וחצי האחרונים גילה המחקר כי התפקוד המוחי מתקיים הודות לקשרים בין תאי עצב הניחנים בגמישות, כלומר ביכולת לשנות את המבנה ואת התפקוד של עצמם בנסיבות מסוימות (דוידג' 2009). הפעילות המוחית מתוארת כפעילות של רשת עצבית עם ערבות הדדית. הכוונה לכך שאף שלכל אזור במוח יש תחומי אחריות וייצוג, כל פעולה באזור אחד משפיעה על אזור אחר. כל חלק במוח קשור לחלקים האחרים ויכול לפעמים אף "לגבות" אותם במקרה של פגיעה.



חדשות מהשטח



**בהיותה קשורה בקשר הדוק  
למחשבה, התנועה מחייה  
מעגלים רדומים אשר לא פעלו  
במשך תקופה ארוכה, יוצרת  
קשרים חדשים וכך מובילה  
לשלבם נוספים בתהליך הריפוי**  
(Jeffery, 2004)



ובהשלכותיה. במצב זה חשוב למצוא את הדרכים לעצור את המתח הגופני. מעבר לשינויים שמודעות לתנועה יוצרת בתנועה עצמה, לאורך זמן, התנועה מקדמת גם שינויים במוח. תהליך המודעות לאורך זמן מלמד את המוח לעשות הפרדה בין תחומים, כאשר מבחינת המוח הוא חוזר לעשות את מה שהוא יודע לעשות בצורה הטובה ביותר.

לסיכום, תנועה לא סדירה יכולה לעקוף מעגלים קבועים במוח. תנועה כזו גורמת להזרמת דם לתאים רדומים ולחיבורים חדשים באזורים שונים במוח. כאשר התנועה אינה מגבירה את הלחץ היא מפעילה את תהליך האפנון אשר מאפשר מודעות לתנועה. פיתוח המודעות לאורך זמן עשוי לחדש את יכולת התפקוד של המוח.

• תודתי נתונה לד"ר יוסי חלמיש על עזרתו בעריכת מדעית של המאמר.

yedidya83@gmail.com

בפארק טובה מכלום, אך כדי לעבור לשלב הבא בתהליך הריפוי צריך לרכוש הרגל קבוע. בצורה זו המערכת מוכנה לתהליך האפנון שבו מתרחש הוויסות בין התרגשות יתר לעצירה של רגשות. כתוצאה מכך גם המודעות לתנועה יכולה לבוא לידי ביטוי. ללא תהליך האפנון אין ויסות של המידע המגיע מן החוץ. מצב זה מקשה מאוד על היכולת להיות מודע לתהליכים פנימיים וחיצוניים כאחד.

על פי פלדנקרייז מודעות לתנועה היא המפתח לתהליך השינוי (פלדנקרייז, 1967). מודעות בהקשר זה דורשת את היכולת לשים לב לצורה שבה האדם זז. מודעות כזו לא יכולה לבוא לידי ביטוי כאשר ישנו "מוח רועש". על פי פלדנקרייז, בלי יכולת ההבחנה אין כל אפשרות של לימוד, לא כל שכן של שיפור יכולת הלמידה (שם). רק כאשר מתחיל תהליך האפנון, שהוא למעשה ווסת של רעשים חיצוניים, המוח יכול להתמקד בפעולה עצמה

מקורות

גיא, א' (2007). לא על הנורטרנסמיטר לבדו: פלסטיות עצבית כאופק חדש בטיפול במחלות הנפש. נדלה בספטמבר 2008 מתוך: <http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=1640&sheetid=106>

דוידג', נ' (2009). המוח הגמיש. ירושלים: כתר.

פלדנקרייז, מ' (1967). שכלול היכולת. תל אביב: אל"ף בע"מ.

Doidge, N. (2015). The Brain's Way Of Healing\_ New York, N Y.: Penguin Group.

Jeffery L. (2004). Exercise can help brain healing process. News Medical. <http://www.news-medical.net/news/2004/06/02/2144.aspx>



## הצד השני של המטבע: יצירת סביבה ארגונית מאפשרת

צניאן קיסר' - אחראית תחום ליווי מנהלים וצוותים, תכנית "צרכנים נותני שירות", יוזמה דרך הלב.

עם הזמן התחדדה ההבנה שקבלה לעבודה, אין בהכרח משמעותה שהמסגרת המעסיקה ערה לצרכים, למורכבות ולערך המוסף הייחודי שמצוי בפוטנציאל בכל העסקה של צרכן נותן שירות. ככל שגדל הניסיון בתחום - מתגלות סוגיות נוספות שדורשות מענה מותאם למצב המיוחד.

ההוכיח את עצמו יותר מאשר אחרים בתפקיד זהה. תחושה זו עלולה להגביל את יכולתו של העובד להביא לידי ביטוי מיומנויות תפקודיות ותעסוקתיות, כמו גם מיומנויות חברתיות, שלהן השפעה מכרעת על סיכויי השתלבותו בתוך צוות.

בתהליך הליווי התעסוקתי לצרכן נותן שירות ניתן להתייחס לכל הדילמות, הקשיים והכוחות שעומדים לו כעובד ולעבור דרך שתזמן התנסויות, תשפר מיומנויות ותשנה תפיסות אשר ייתכן שמהוות מחסומים או גורם מעכב.

זוהי הזמנה להצצה על הצד השני של המטבע: ההתמודדות של המנהל, אשר בחר להעסיק צרכן נותן שירות ושל הצוות בו משתלב אותו עובד. כל אחד מהם נתקל בסוגיות ודילמות מקבילות לאלו של העובד (הצנ"ש). בראש ובראשונה עליהם להתמודד בעצמם עם מעברים בין התפקידים השונים אותם הם ממלאים (מנהל/קולגה, איש שיקום, ולעיתים גם מדריך...). שאלת גבולות התפקיד מעלה סוגיה רחבה הרבה יותר של גבולות, הנוגעת גם למערכת היחסים שנבנית בין המעסיק לעובד. דוגמה נפוצה לכך ניתן לראות כאשר מנהלים חורגים מתפקידם הניהולי והופכים מבלי משים לגורם שיקומי או טיפולי עבור העובד הצנ"ש.

כאשר אנו באים לבחון את מקומו של צרכן נותן שירות בתוך מערך השיקום, נהוג לרוב להתייחס לנקודת מבטו של העובד - הצרכן נותן השירות. דובר רבות אודות מורכבות השינוי התפיסתי שנדרש מהעובד, שכן עובדת היותו מתמודד (חשוף או שאינו חשוף) נוכחת בסיטואציה מראשית העסקתו בתחום השיקום. המעבר התדיר בין היותו צרכן שירות או מתמודד לבין היותו נותן שירות - איש שיקום, היא משימה מאתגרת ביותר, שדורשת מיומנות רבה (סינגר, 2010). סוגיות ודילמות רבות עולות בהקשר של צרכנים נותני שירות כבר מרגע הבחירה לעבוד בתחום השיקום, דרך מעמד ראיון העבודה, הקליטה לעבודה ולאורך שלבי ההעסקה השונים.

אחד האתגרים שעומדים בפנינו הוא לפצח את מקור הקשיים דווקא מצד הגורם המעסיק כדי לסייע בהבנה מעמיקה יותר של התחום ובמצאית דרכים לשפר תהליכי העסקה של צרכנים נותני שירות.

שילוב של עובד בצוות הוא לכשעצמו תהליך מורכב עבור כל הצדדים. כאשר מדובר בשילוב של צרכן נותן שירות, קיימים רבדים נוספים שעשויים להפוך את המשימה למאתגרת אף יותר. למשל, השפעות של סטיגמה וסטיגמה עצמית עשויות ליצור מצב שבו צרכן נותן שירות חש כי במובנים רבים עליו

של אותו עובד. קבלת הייחודיות משמעותה מצד אחד השקעת אנרגיה רבה, אך מצד שני, זהו מקור הרווח מהעסקה של אדם שיוכל להביא פרספקטיבה ייחודית שבכוחה לשנות תפיסות, לעודד חקירה ולמידה ולשפר את השירות עבור לקוחות.

מדוע יש התייחסות מיוחדת להעסקת צנ"ש אם מדובר בהעסקה מן המניין ומה מבדיל אותה מכל העסקה אחרת?

ובכן, עובדת היותו של העובד מתמודד בעצמו אינה עומדת בפני עצמה כגורם מבדיל משאר ההעסקות. השילוב שבין היותו מתמודד לבין עבודתו במערך השיקום הוא שמזמן סוגיות וזילמות ייחודיות כגון חשיפה, גבולות (בין היותו מתמודד להיותו איש שיקום, בינו לבין המנהל, בינו לבין הלקוח וכו'), ניהול משברים ועוד. מדובר בסוגיות שראוי להתייחס אליהן, הן כדי לאפשר את שילובו כעובד שיקום בתוך צוות שיקומי, והן כדי לזכות בערך המוסף שבכוחו לתרום למערכת שיקום שתיטיב עם לקוחותיה באשר הם.

ובאשר לפרדוקס שעולה מתוך התייחסות מבדילה על אף שמדובר בהעסקה מן המניין- מדובר בשלב אחד בתוך תהליך שבעיצומו אנו פועלים כיום. במציאות שבה תפיסה שמובילה שילוב של צרכנים נותני שירות במערך השיקומי מתוך הבנת הערך של תמיכת עמיתים היא עדיין איננה התפיסה הרווחת ויש צורך במדרגות שיובילו אותנו אל היעד הנכסף. כיום יש עדיין צורך בהתייחסות ייחודית כדי להביא את הידע שמצוי בידינו אל תוך מערך השיקום באופן שבו מסגרות מעסיקות יוכלו לקבל ולאמץ אותו מבלי ליצור מתחים וחסימים שיקשו עוד יותר על התהליך שאנו מבקשים לקדם. זהו שלב ביצירת בסיס להעסקה שטומנת בחובה יתרונות רבים כל כך אם רק נשכיל לעבוד נכון, מנהלים, אנשי שיקום ועובדים, בעלי ידע מניסיון או שאינם בעלי ניסיון כזה.

Danielle.yozma@gmail.com

עם הזמן התחזקה ההבנה שקבלה לעבודה, אין בהכרח משמעותה שהמסגרת המעסיקה ערה לצרכים, למורכבות ולערך המוסף הייחודי שמצוי בפוטנציאל בכל העסקה של צרכן נותן שירות. ככל שגדל הניסיון בתחום מתגלות סוגיות נוספות שדורשות מענה מותאם למצב המיוחד.

שינוי תפיסתי אינו קורה ביום אחד והוא איננו אירוע בודד בתוך מהלך מתמשך של העסקה. במצב נתון של חוסר ניסיון וחשש מהלא מוכר בכל הנוגע להעסקת צרכנים נותני שירות במסגרות שיקום, אנו נדרשים להבנה שמדובר בתהליך שבו כרוכות התמודדויות ולמידה של שני הצדדים.

שילוב הוא תהליך הדדי ששותפים לו הצד המשתלב- העובד, והצד המקבל- הצוות. על כן, כדי להגביר את הסיכויים לשילוב אופטימלי, עלינו להתייחס לצרכים של שני הצדדים.

כפי שהכנה של צרכן נותן שירות להתמודדות עם האתגרים הכרוכים בעבודה בתחום השיקום היא משמעותית ובמקרים רבים קריטית להצלחתו בעבודה, כך גם הכנת הסביבה המעסיקה שבחרת לקבלו לשורתיה (Dyble, Tickle, & Collinson, 2014). הכנה כזו כוללת התייחסות לתפיסות הקיימות (של המנהל, הצוות, מקבלי השירות) ולמידה של תחום העסקת צרכנים נותני שירות, כדי לאפשר צמיחה ושגשוג של תפיסות שבכוחן ליצור קרקע נוחה לשילוב בצוות. כלומר, מצב שמאפשר הכרה במורכבויות, לצד ההבנה כיצד לעשות שימוש מקצועי בידע מהניסיון של הצנ"ש. "אם נטמין זרע במדבר והוא לא יצמח, האם נשאל מה לא בסדר בזרע?" (Deegan, 1996). בהחלט יש מקום לבחון גם את סביבת העבודה אשר מהווה גורם מרכזי בהשפעה על תהליכי קליטה ושילוב של צנ"ש בעבודה (Moran, et. al., 2011) ולשאול מהן ההתאמות הנדרשות כדי שהעסקה תישא פרי. בהקשר זה יש לומר כי חשוב להתייחס להעסקת צרכן נותן שירות כמו לכל העסקה אחרת, ועם זאת לקבל את השונות והייחודיות

#### מקורות

Deegan, P. E. (1996). Recovery and the conspiracy of hope. Presented at: "There's a person in here": The sixth annual mental health services conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia.

סינגר, י. (2010). חוויית המעבר ממתמודד עם מוגבלויות פסיכיאטריות ממושכות לצרכן נותן שירות. עבודת תזה, החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרוחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

Dyble, G., Tickle, A., & Collinson, C. (2014). From end user to provider: Making sense of becoming a peer support worker using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Public Mental Health, 13*(2), 83-92.

Moran, S.G., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2011). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. *Community Mental Health Journal, 48*(6).



# חדשות מהשדה המחקרי

## מוסד פסיכיאטרי מכוון החלמה - הייתכן?

מחקר בוחן במרכז לבריאות נפש באר-שבע

איילת ארז, MSW, ורחלי נאמן, PhD, ראש המגמה לבריאות הנפש, המחלקה לעו"ס, אונ' בן גוריון



עם זאת, בהיבטים נוספים הנוגעים לחופש בחירה, התאמה אישית של שירותים ומגוון אפשרויות טיפול, לא ניכר הבדל מובהק בין מי שעבר הכשרת ניהול מחלה והחלמה ומי שלא.

החלק האיכותני העמיק את ההבנה לגבי איפיוני ההשפעה וכן המורכבות שביישום התערבות מכוונת החלמה במחלקות פסיכיאטריות. אנשי המקצוע ובמיוחד הצוות הסיעודי, חוו את התערבות ניהול מחלה והחלמה כמשמעותית בהעלאת תשומת הלב למאושפז כאדם ובמתן מבנה וכלים ששיפרו מיומנות מכוונת לאדם שהביאו אנשי מקצוע לעודד מאושפזים להיות יותר מעורבים בזיהוי סימנים וניהול המחלה שלהם. כך לדוגמה, אחות סיפרה כי בעקבות ההכשרה היא עזרה למטופלת באופן טלפוני לזהות את הסימנים המקדימים של מחלתה וסייעה למנוע את אשפוזיה. אשת מקצוע אחרת סיפרה שהיא נותנת הרבה יותר דגש על מתן מידע אודות הטיפול. אחרים אף מקיימים סימולציות לשיחות עם הפסיכיאטר על מנת לחזק את קולם של המאושפזים.

כמו כן, בראיונות עלה כי ההשפעה של התערבות ניהול מחלה והחלמה אינה מתקיימת בחלל ריק, וכי השיח הכללי בבית החולים וההכנסה של התערבויות מכוונות החלמה נוספות מעוררות מודעות ומחזקות את ההשפעה מכוונת ההחלמה על אנשי המקצוע. כך למשל,

חשיפה להתערבויות מכוונת החלמה. בחלק האיכותני בוצעו ראיונות עומק חצי-מובנים עם 15 אנשי מקצוע שונים שעברו הכשרות מכוונות החלמה. כמו כן, נעשה שימוש בפרוטוקולים של ישיבות, ועדות וכנסים.

### מצאי המחקר

השערות המחקר אוששו באופן חלקי והעידו מצד אחד כי חל שינוי בידע, בעמדות ובפרקטיקה של אנשי המקצוע: הגברת התייחסות אנושית למאושפזים ודרישה להתייחסות אישית ואיכותית יותר למאושפזים, שהתבטאה בנטייה לספק מידע חיוני למהלך הטיפול וליצור שותפות בכל הנוגע לטיפול המייד. בפרט בלט שוני מובהק בקרב האחיות בין 2 קבוצות המחקר.

**מצא בולט מהראיונות האיכותניים מצביע על הצוות הסיעודי כמאתגר במיוחד. האחיות שיתפו במתח שהן חשות בין קידום ערכי גישת החלמה לבין עמידה בנהלי בית החולים: למשל, בין מחויבות האחיות לדאוג שמאושפז יטול את הטיפול התרופתי, לבין רצון לתת כבוד לבחירתו בטיפול.**

בשנים האחרונות מתקיימות הכשרות והתערבויות מכוונות החלמה בקהילה, אך מגמה זו מגיעה בקצב איטי וחלקי יותר לבתי החולים הפסיכיאטריים בארץ ואף בעולם (Delaney, 2012; Le- Boutillier, et al., 2015; Storm & Edwards, 2013). גישת ההחלמה רואה בקידום אוטונומיה של המאושפז דגש מרכזי. לפיה, התערבויות של אנשי מקצוע נועדו להתקיים בשותפות, ובהדרגה להעצים אדם מהשלב התלתי שבו הוא נמצא בתחילת האשפוז ועד לשלב של הגדרה עצמית (Smith & Bartholomew, 2006). לרוב גישה זו עומדת בקונפליקט עם מאפיינים דומיננטיים של טיפול בבתי חולים פסיכיאטריים הכוללים מיקוד בסימפטומים, מבנים היררכיים ממסדיים, ופרקטיקה האופייניים בהתנהלות סמכותית הדורשת ציות ושיתוף פעולה.

המרכז לבריאות נפש בבאר-שבע שם לו כחזון ומטרה להפוך להיות מכוון החלמה\*. במחקר המשלב הערכה כמותית ואיכותנית, בחן מר ליאור חזקנר (MSW), מהמחלקה לעו"ס באוניברסיטת בן גוריון\*\*, האם וכיצד השפיעה הכנסתה של התערבות ניהול מחלה והחלמה - על תפישות ופרקטיקות של אנשי מקצוע. בחלק הכמותי הושו 37 אנשי מקצוע (אחיות, רופאים, עובדות סוציאליות, מרפאות בעיסוק) שעברו הכשרה/ חשיפה להתערבויות מכוונות החלמה, עם 35 אנשי מקצוע שלא עברו הכשרה/

## חדשות מהשדה המחקרי

הערות:

\* כינון המרכז שכיום מנהל ע"י עו"ס ראשי לינור רכב, התאפשר בזכות שותפים רבים לדרך שלא את כולם נצליח למנות. ראשית, מנהל המרכז פרופ. קפלן וצוותו, בשותפות עם ד"ר מקס לכמן, נציג קרן לזלו נ. טאובר ויספר"א, גב' סיליביה טסלר-לזוביק, מנכ"ל קרן לזלו נ. טאובר ויו"ר יספר"א, פרופ. דייוויד רועה, אונ' חיפה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, אוניברסיטת חיפה, ד"ר סיגל מאטנר, קרן לזלו נ. טאובר, שירלי אשכנזי, רכות שיקום מחוז דרום, קרן למפעלים מיוחדים בביטוח הלאומי, עמותת לשמ"ה, אגף שיקום ארצי, תמ"ת, יוזמה דרך הלב, מתמודדים, משפחות וצוותי טיפול ושיקום במחוז דרום.

\*\* המחקר התקיים בהנחייתו של ד"ר גליה מורן ובתמיכתה של גב' ענת שלו, מייסדת "מרכז מכון החלמה"; ד"ר ציפי הורניק-לוריא סייעה בהנחייה של החלק הכמותי. המחקר התמקד בהערכה של ניהול מחלה והחלמה לאור היותה בשימוש הנרחב ביותר באותה העת והתייחס להתערבויות נוספות מבוססות מחקר ומכוונות החלמה הקיימות כיום בתחום השיקום הפסיכיאטרי בעולם. עם זאת, חשוב לציין כי בבית החולים קיימות יוזמות נוספות תומכות החלמה כגון ליווי וקידום שותפות עם משפחות על פי מודל מית"ל, קידום זוגיות ומיניות בריאה.

liorhkn@gmail.com

### ליסיום:

מקרה הבוחן של המרכז לברה"ן בבאר-שבע מדגים את הערך שישנו בקיום הכשרות של ניהול מחלה והחלמה בפיתוח עמדות ויחס מכוון החלמה שהינו מעבר להתערבות עצמה. בנוסף, ניכר כי **שילוב** התערבויות שונות מכוונות החלמה באותו מוסד והפצתן בקרב מגוון אנשי מקצוע הינה אסטרטגיה בעלת פוטנציאל להעצמת המכוונות להחלמה.

לצד זאת עולה צורך מצד אנשי הצוות ליותר תמיכה, ליווי והכשרות בעבור אנשי צוות נוספים בבית החולים על מנת לשמור על הטמעתה ברמה פעילה. הכנסת והטמעת ההתערבויות דורשות תמיכה עקבית מצד מדיניות בית החולים ושמירה על דיון פעיל בנושא ברמות השונות של הארגון. כמו כן, מגבלות של משאבי כח אדם וזמן הינם חסם ליישום פרקטיקות מכוונות החלמה.

אתגרים אלו מוכרים ממקומות אחרים (Ahmed et al., 2013; Bhanbhro et al., 2010; Chinman, et al., 2016) שהצביעו על החשיבות באקטיביות ברמת מדיניות ארגונית כוללנית, שיטתית ועקבית לצורך שימור ההישגים עד כה והמשך חוללות של השינוי מכוון החלמה.

העלאת הנושא של **התערבות הנחיות פסיכיאטריות מקדימות** עוררה שיח עקרוני וחשוב בין אנשי מקצוע שונים אודות גבולות האוטונומיה של מאושפזים וההתנהלות בבית החולים. כמו-כן, כניסתם של **עמיתים מומחים** הוסיפה נדבך של השפעה חווייתית על אנשי המקצוע בעקבות שיתוף העמיתים בחוויות האישיות שלהם ותיווך קולם של מאושפזים בישיבות צוות. ניכר כי המודעות, הידע והמיומנויות שאנשי המקצוע צברו בהכשרת ויישום התערבות ניהול מחלה והחלמה השפיעו ו"התכתבו" עם המפגש שלהם עם התערבויות מכוונות החלמה נוספות אלו באופנים שונים.

לבסוף, ממצא בולט מהראיונות האיכותניים מצביע על **הצוות הסייעודי** כמאתגר במיוחד. האחיות שיתפו במתח שהן חשות בין קידום ערכי גישת החלמה לבין עמידה בנהלי בית החולים: למשל, בין מחויבות האחיות לדאוג שמאושפז יטול את הטיפול התרופתי לבין רצון לתת כבוד לבחירתו בטיפול. עלו שאלות הקשורות במידה בה ניתן להגמיש את הגבולות המסורתיים של בית החולים ודילמות כגון האם העברת האחיות למאושפזים עלולה לסכן את התהליך הטיפולי או לחלופין לסייע למאושפז/ת.

מקורות

- Ahmed, A. O., Serdarevic, M., Mabe, P. A., & Buckley, P. F. (2013). Triumphs and challenges of transforming a state psychiatric hospital in Georgia, USA. Published online: 22 Jul 2013.
- Bhanbhro et al. (2016) BMC Psychiatry,16:292. DOI 10.1186/s12888-016-0999-y
- Chinman, M., Shoai, R., & Cohen, A. (2010). Using organizational change strategies to guide peer support technician implementation in the veterans administration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(4), 269-277.
- Delaney, K. R. (2012). Stigma Issues We Fail to See, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol 26, Issue 4, 333 – 335.
- Le-Boutillier, et al., (2015). Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Adm Policy Ment Health* 42:429-438 DOI 10.1007/s10488-014-0585-x
- Smith, R. C. & Bartholomew, T. (2006) Will Hospitals Recover?: The Implications of a Recovery-Oriented, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9:2, 85-100, DOI: 10.1080/15487760600875982
- Strom, M. & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges, *Psychiatric Quarterly*, Vol. 84, Issue 3, pp 313-327.

## פרויקט מדדי תוצאה

מהכה אל הפועל: מעורבות גוברת של צוותי סל שיקום  
בשימוש בתוצרי הפרויקט

כותבים: ד"ר פאולו ג'ורג'ו אפשטיין, פרופ' זיווילז' לונגו, ז'נוו' אייס, לוג' אולאל' איכרין, קרנינו ז'ייצן, איכ' - אפר' אלאב, עזי גלס

### תקציר:

בעוד שהיתרונות הפוטנציאליים שיש לשימוש בידע שיטתי ידועים, השימוש בכלים אלה אינו רווח בעבודה היומיומית בשיקום. מאמר זה מתאר בקצרה מאמצים ראשוניים ומעודדים הנעשים בשטח על ידי צוותי סל שיקום במחוזות השונים על מנת לשלב את הידע הנאסף באמצעות פרויקט מדדי תוצאה לצורך שיפור איכות השירות הניתן לצרכני סל שיקום.

הודות לחקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס (2000), התחוללו שינויים חשובים במערך הסיוע והטיפול באנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות בישראל; מספר הצרכנים של שירותי סל השיקום הלך וגדל ובמקביל נצפתה מגמה של ירידה דרסטית במיטות האשפוז וקיצור ימי האשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים<sup>1</sup>. בהתאמה, התהוותה תשתית הולכת וגדלה של שירותי שיקום שתפקידם לאפשר לצרכני בריאות הנפש לחיות את חייהם בקהילה בעצמאות מירבית<sup>1</sup>.

כיום קיימים כ-120 ספקים המפעילים שירותי שיקום בקהילה. בעוד שיש מספר עדויות מחקריות התומכות ביעילותם של השירותים בשיפור שביעות הרצון ואיכות החיים, בהפחתת חומרת הסימפטומים ושיעור האשפוזים החוזרים<sup>2</sup>, טרם נבדקה השפעת שירותי השיקום בישראל באופן שיטתי<sup>3</sup>. החשיבות בכך טמונה בצורך בלמידה מתמדת אודות איכות השירותים הניתנים, התאמתם, יעילותם והשפעתם על הצרכנים, וזאת על מנת להבטיח את קיום זכותם לסיוע בהשגת הרמה המרבית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים בהתאם לחוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000).

לאור האמור, בחודש יולי 2011, חתמו משרד הבריאות וקרן לזלו נ. טאובר, הסכם עם אוניברסיטת חיפה להשקת התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה (PR-ROM). מטרת התכנית לספק מידע עדכני אודות מאפייני צרכני שירותי השיקום, תהליכי השיקום והשפעתם על חיי הצרכנים והקמת תשתית ברת קיימא המהווה בסיס לניטור שיטתי ושיגרת של מדדי תוצאה של צרכני סל שיקום.

במסגרת התוכנית, נאסף מדי שנה מידע על תחומי החיים ותהליכי השיקום של האדם בשירותי השיקום השונים, באמצעות שאלונים לצרכן ולצוות. המידע המתקבל חוזר לשטח בשלושה תוצרים עיקריים: משוב אישי לצרכן ולאיש הצוות אשר מציגים בצורה גרפית ומילולית את הסיכום של תשובות הצרכן/איש הצוות לגבי הערכת תחומי החיים של הצרכן; משוב מסגרת למנהל השירות אשר מציג את מאפייני מקבלי השירות ואת הערכת תחומי החיים על ידי



## חדשות מהשדה המחקרי

הצרכנים ואנשי הצוות; ודוח מסכם שנתי ברמה הארצית המציג מגמות חשובות בפילוח לפי מחוזות וסוגי שירותים.

לצורך הטמעת הפרויקט הוקמו במחוזות השונים צוותי הטמעה מטעם אוניברסיטת חיפה שהתגבשו לאור צרכי השטח ותפקידם לסייע לשירותי השיקום להכיר את התוכנית. צוותי ההטמעה מקיימים סדנאות והדרכות לצוותי השיקום בשירותים השונים, נמצאים עימם בקשר ישיר ומסייעים בהנגשת התוכנית על פי צרכי המסגרת. בסדנאות לומדים אנשי הצוות כיצד ניתן לנצל את המשוברים המופקים מהשאלונים לצורך רפלקציה עם המשתתפים אודות התהליך השיקומי שלו ולהשתמש בכך כמנוף להכוונת התהליך השיקומי העתידי. מנהלי השירותים משתתפים בסדנאות ברמת המחוז לצורך למידה כיצד ניתן להשתמש במשוב

המסגרת לצורך אפיון מבוסס של צרכני המסגרת, זיהוי צרכים והתאמת מענים.

השנה ב-2017, ובהתאם לכניסה ההדרגתית לשטח מהצפון ועד לדרום, הגיעה התוכנית לפריסה ארצית. כך, מחוזות הצפון והמרכז נמצאים כעת בשנתם הרביעית להשתתפות בתוכנית, מחוז ירושלים בשנתו השלישית, ומחוז דרום החל את שנתו השנייה להשתתפותו בתוכנית.

תהליך יישום הפרויקט מלווה באתגרים רבים. אלו הם פועל יוצא משינוי רב מערכתי ארוך טווח, השואף לכוון את שירותי השיקום לעבודה המבוססת על מידע שמופק באופן שיטתי מהנעשה בשטח, החל ברמת הפרט וכלה ברמת המדיניות. שינוי זה אך טבעי שיעורר לעיתים התנגדות וחששות של המעורבים.

לצד הקשיים, ניכר כי הלמידה ההדדית של צוות הפרויקט, צוותי סל שיקום המחוזיים וצוותי שירותי השיקום נושאת פרי ומביאה להעמקת ההטמעה בשטח משנה לשנה. במאמר זה בחרנו להעמיק בשימושים שונים של תוצרי הפרויקט (משוב אישי, משוב מסגרת ידוע שנתי מסכם) מנקודת מבטם של צוותי סל שיקום במחוזות השונים. להלן מובאים השימושים השונים שנעשים במידע המתקבל מתוצרי הפרויקט על ידי כמה מרכזות המשנה המחוזיות בסל שיקום.

### מחוז צפון- מחכמת הניסיון לכלים שמודדים איכות

בשיחות עם צוות סל שיקום במחוז צפון עולה כי נעשה שימוש בידע המתקבל מתוצרי הפרויקט במספר מישורים: בעבודה עם המסגרות נעשה שימוש במשוב המסגרת על מנת לאפיין את המסגרת ואת צרכיה- מאפייני הצרכנים, הערכת תחומי החיים וכיוב'. לדבריהן, המשוב המסגרת משמש כלי ללמוד ולהתבונן על השירות ועל הצרכנים המקבלים אותו. בעבודה הרחבתית במחוז נעשה שימוש בנתונים לצורך תכנון וקידום מדיניות. דוגמא לכך הינה נושא קידום הבריאות. צוות הבקרה במחוז, בשיתוף צוות סל שיקום ובשילוב דיאטניות מתכננים התערבות ברמת המחוז בנושא קידום הבריאות הגופנית בהוסטלים. לצורך כך, מתקיימת למידה על הנושא מהנתונים שהתקבלו במסגרת התוכנית הנוגעים לכך; כיצד זה מתבטא ברמת הפרט וברמת השירות, האם ניתנים מענים מתאימים ואילו מגמות מענינות ניתן למצוא ובאילו שירותים.



## חדשות מהשדה המחקרי

### מחוזות המרכז- למידה משותפת עם הצרכן, מנהלי המסגרות וצוות מדדי תוצאה

בדומה למחוז הצפוני וכיאה לעובדה שמדובר במחוזות הוותיקים יותר בהטמעת התוכנית, ניכרת עבודה מעמיקה המבוססת בלמידה מהמידע המתקבל. רכזות המחוז ומתאמות הטיפול משתמשות במשוב המסגרות בפגישותיהן עם מנהלי המסגרות לצורך למידה אודות המסגרת; מאפייני הצרכנים, צרכיהם, ומענים אפשריים. בנוסף, במידה והצרכן מאשר, נעשה שימוש במשוב הפרטני בוועדות סל שיקום לצורך בדיקה של רצונות הצרכן ומטרותיו לאור הערכתו את תחומי חייו. פן נוסף של הטמעת התוכנית במחוז עוסק בהכשרת הצוותים בשירותי השיקום על השימוש בתוצרים על ידי קיום סדנאות בשיתוף צוות סל שיקום וצוות מדדי תוצאה.

### מחוז ירושלים - יישום עקרון האדם במרכז

במחוז ירושלים מתוכנן פיילוט של עבודה רב מקצועית אשר בבסיסו עומד המשוב הפרטני של האדם ("תמונת מצב"). התכנון הוא שעם קבלת תמונת המצב יתכנסו לישיבה משותפת כל שירותי השיקום המלווים את האדם. השאיפה היא להגיע במפגש זה, יחד עם הצרכן, להבנה מעמיקה של תמונת המצב ומתוך השיח לבנות תוכנית שיקום התואמת את שאיפותיו ומתייחסת לתחומים השונים בחייו. השירותים המלווים יעבדו בשיתוף ובתיאום סביב האדם ובהתאם להערכתו את תחומי חייו.

לסיכום, ניתן לראות כיצד תוכנית 'מדדי תוצאה' הולכת והופכת בהדרגה לכלי משמעותי בטיוב שירותי השיקום הניתנים לאדם. השימוש בתוצרי הפרויקט הולך ומתרחב בהתאם לשלב שבו נמצאים המחוזות בהשתתפותם בתוכנית וניכרת מגמה של שילוב למידה ממידע ולמידה מהניסיון החשוב של כל העוסקים במלאכת השיקום, לצורך בחינה מתמדת של המענים המוצעים, התאמתם ושיפורם.

### תודות

אנו מודות לצוותי סל שיקום במחוזות צפון, מרכז וירושלים על נכונותם להשתתף ולתרום לכתיבת מאמר זה.

paulagarbere@gmail.com

- 1 אברם, א. (2013). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים. סדרת ניירות מדיניות. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, נייר מדיניות מס. 1-25, 2013.15.
  - 2 שטרך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד., ופישמן, נ. (2011). תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, ישראל.
- Grinshpoon, A., Abramowitz, M. Z., Lerner, Y., & Zilber, N. (2007). Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: A comparison of two national cohorts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 355-359.
- Roe, D., Werbeloff, N., & Gelkopf, M. (2010a). Do persons with severe mental illness who consume the psychiatric rehabilitation basket of services in Israel have better outcomes than those who do not. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 166-170.
- Sheehan, D.V. (1983). *The Anxiety Disease*. New York: Charles Scribner and Sons.



# ראיון עם דקות חפתח בשיקום

## ראיון עם אברמי טורם נציב שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

אלן זכאי, רכז יספר"א



אברמי טורם בכנס יספר"א השנתי 2016

**שלום. הראיון הזה הוא הזדמנות עבור אנשי מקצוע בשיקום להעמיק את ההיכרות עימך ולהכיר את הפעילות של הנציבות, האפשרויות והכלים שלכם. תוכל לספר בקצרה על עצמך?**

אני מגיע לתפקיד נציב שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות לאחר שנים רבות של עבודה במגזר השלישי. הייתי מנכ"ל עמותת בית הגלגלים שפועלת שנים רבות בכל הארץ בקרב ילדים ובוגרים עם מוגבלות פיזיות. בין שאר הפעילויות עסקנו בחקיקה, בפעילות פנאי, בשילוב בקהילה, בחינוך, בפיתוח מנהיגות, וכמובן בתחום של התעסוקה עבור ויחד עם הבוגרים כבר לפני מעל לעשור.

### כמה שנים היית בבית הגלגלים?

14 שנים. ולפני זה פעלתי שנים רבות בעולם העסקי. בית הגלגלים היה אמור להיות "תיקון" של שלוש שנים בהן רציתי לעשות משהו עבור עצמי, לנפש, ואז חשבתי שאחזור לעולם העסקי. אבל כל שנה אמרתי לעצמי "אני רק מסיים את הפרויקט הזה וזהו". אבל אז היה עוד פרויקט ועוד אחד ונדבקתי בחיידק. בראייה שלי בכל עיסוקי בתחום הזה, תמיד היה מדובר בזכויות אדם. ככל שנכנסתי לזה יותר ויותר הבנתי איזה חלל עצום יש כמעט בכל נושא ועלה בתוכי צורך אישי להישאר עוד.

אני גר בשרון, אבא לשלושה ילדים. תאומים וילד בגיל ההתבגרות שבוחר בימים אלו היכן לעשות שנת שרות.

עד לתפקיד הנוכחי הייתי גם חבר מועצה במועצה אזורית השרון, ועקב התפקיד הנוכחי נאלצתי להתפטר כדי שלא יהיה ניגוד אינטרסים. יליד ראשון לציון במקור, בוגר מינהל עסקים, בוגר תוכנית מעוז, תוכנית שמכשירה מנהיגים לשינוי במגזר הציבורי.

### מה היית רוצה לעשות בנציבות, מה החזון שלך לשנים הבאות?

לשנות את השיח בתחום, להביא לקידמת הבמה את הנושא ממקום של שוויון זכויות, להפוך את המדינה אם צריך! תראה, יש פה אפשרות נהדרת לפעול עם שלושה עוגנים בדמות שלוש מחלקות משמעותיות לצורך יצירת השינוי. העוגן הראשון הוא המחלקה המשפטית וזה אומר אפשרויות לחקיקה בכנסת, תקנות, תביעות ואכיפה. השני שלנו בתוך משרד המשפטים הוא כלי חשוב וזה נותן רוח גבית. העוגן השני הוא מחלקת הנגישות שמתחלקת למתו"ס (מבנים, תשתיות וסביבה) ולשרות. היא בעצם כלי אכיפה משמעותי לשינוי של מה באמת קורה בחוץ בתחום הנגישות. יש לנו מפקחים בכל הארץ שמסתובבים ועושים אכיפה. והעוגן השלישי המאוד חשוב ומתפתח לאחרונה הינה מחלקת שילוב בקהילה. אני תולה בה לא מעט תקוות לכיוונים שהנציבות תלך אליהם בשנים הבאות כמו שילוב, חינוך ותעסוקה.

הנציבות פועלת מתוקף חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות ומתוקף אמנת האו"ם אותה אשררה המדינה ואנחנו הגוף שנבחר לנטר את האמנה בין משרדי ממשלה. זה תפקיד משמעותי וחשוב ונדאג כי אכן יתבצע שינוי. אני חושב שקורים היום דברים נפלאים בארץ בתחום האנשים עם מוגבלות. אמנם לקח הרבה שנים עד שהתחילו לזוז דברים, אבל עכשיו כולנו רוצים שזה יקרה הרבה יותר מהר.

## באיזה תחומים עוסקת היום המחלקה לשילוב בקהילה?

בעיני חשוב שנעסוק בכל ממשק בין קהילה, שילוב ואנשים עם מוגבלות. קיבלנו כעת תקן לאדם נוסף שיתמקד בתחום התעסוקה וזה יאפשר לנו להעמיק בתחום החשוב הזה.

אנחנו היינו חלק מתיקון 15 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות שקובע כי בכל מקום במגזר הציבורי שבו מועסקים מעל 100 איש חייבים להעסיק בהדרגה 5% אנשים עם מוגבלות. זה מצטרף לצו ההרחבה של 3% במגזר הפרטי. בכל שנה הם גם מחוייבים לעלות באחוז אחד ולהראות את המאמצים שנעשים מצידם להגיע לכך. החוק הזה יכול לעשות מהפכה. לנציבות יש

**אנחנו היינו חלק מתיקון 15 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות שקובע כי בכל מקום במגזר הציבורי שבו מועסקים מעל 100 איש חייבים להעסיק בהדרגה 5% אנשים עם מוגבלות. זה מצטרף לצו ההרחבה של 3% במגזר הפרטי. בכל שנה הם גם מחוייבים לעלות באחוז אחד ולהראות את המאמצים שנעשים מצידם להגיע לכך.**

**החוק הזה יכול לעשות מהפכה. לנציבות יש סמכויות אכיפה בעניין זה יחד עם נציבות שירות המדינה שיכולה לעכב תקנים למשרדי הממשלה.**

סמכויות אכיפה בעניין זה יחד עם נציבות שירות המדינה שיכולה לעכב תקנים למשרדי הממשלה. זו הפעם הראשונה שלנציבות תהיה סמכות לגעת גם בתחום הזה. החלק המשמעותי בתעסוקה זה שאנשים יתחילו לקבל שרות ממתמודדים, מאנשים עם מוגבלות פיזית ואחרת ואז אנו מדברים על שינוי תודעתי. ברגע שאנשים יהיו חלק מתוך המערך של נותני השירותים בכל רמות התעסוקה ולא רק בצווארון הכחול, אלא גם ברמת הניהול וברמות היררכיה גבוהות, יתחיל השינוי האמיתי בחברה מסביב. מהמקום הזה כולנו יחד נשנה את כל התפיסה כלפי אנשים עם מוגבלות.

דוגמא לנושא נוסף של המחלקה לשילוב בקהילה זו עבודה מול משרד החינוך. בתוכנית העבודה שלנו לשנה הבאה יש פרקים שלמים שעוסקים בנושא שילוב בחינוך, כולל קידום תכניות להכשרת מורים ועוד.

## היכן אוכלוסיית המתמודדים מקבלת ביטוי בנושאי הנגישות שהנציבות עוסקת בהם?

בנושא אנשים עם מוגבלות נפשית, אנחנו פועלים לא מעט כחלק מן הפעילות שלנו לקדם מדיניות התומכת בהם בקהילה, הוצאת אנשים ממוסדות, מתן מענים בקהילה וכו'. אנו עורכים בקרות במסגרות דיור ובבתי חולים פסיכיאטריים ובוחנים את המצב שם, שולחים דוחות למשרד הבריאות עם המלצות לתיקון ועוד. אנחנו משתתפים בוועדה לצמצום הגבלה מכנית בבתי החולים הפסיכיאטרים, ופועלים להביא קולות נוספים/אחרים ולהביא לשינוי שיהיה משמעותי עבור המאושפזים ובני המשפחות ולהכרה כי הגבלה אינה יכולה להיחשב בשום אופן כסוג של טיפול. לא יצאנו עם כל תאוותינו בידינו אבל עשינו כברת דרך משמעותית מאוד וכבר היום, עוד לפני פרסום מסקנות הוועדה, ניתן לראות שינוי בתחום.

בתחום הנגישות אנחנו מדברים על פישוט והסבר בנושא טפסים, התאמת נהלים, פטור מתור ועוד. כל אלה אמורים לתת מענה גם לאוכלוסייה הרחבה של בריאות הנפש. בנושא זה לצערי אין לעיתים מודעות מספיקה גם בקרב המתמודדים עצמם על מנת לדרוש ולתבוע את זכויותיהם ונשמח לסייע גם פה, בהסברה ובכלל.

## נושא נוסף שיספר"א העלתה לסדר היום בשנה שעברה הוא הקשר שבין עוני לבריאות נפש.

דיברתי על זה עכשיו בכנס שלכם.

## האם הנציבות יכולה לסייע בזה?

לקראת היום הבינלאומי ביצענו ניתוח נתונים סטטיסטיים וראינו כי מתוך משקי הבית שבהם גר אדם עם מוגבלות ההכנסה שלהם פחותה ב-25% ממשקי בית אחרים. נתונים נוספים מצביעים על המצב הכלכלי החמור בקרב אנשים עם מוגבלות. אנחנו פועלים מול משרד השיכון בנושא הדיור הציבורי, אנחנו מנסים לגרום לשינוי בקריטריונים שיפתח את הדלת בפני אנשים עם מוגבלות נפשית. חייבים לעשות גם שינויים

בקצבאות ובחוק לרון - בעיני צריך לקחת בחשבון את כל ההכנסות של האדם כולל את הקצבה ולמסות את הכל. כמו שממסים כל שכר. להרוויח איקס פלוס הקצבה שלא תיפגע כשנצא לעבוד ועל זה לשלם מס הכנסה. אי אפשר לפגוע באנשים ולהוריד להם את הקצבה כי כעת התחילו להרוויח X שקלים שהרי מדובר למעשה בתמרוץ שלילי. וכל אלו ישפיעו על המצב הכלכלי.

דבר נוסף וחשוב הוא שבוועדה המייעצת לנציבות קיים נציג לשמ"ה - דייוויד הריס, ויש לו קול מאוד משמעותי בעבודת הוועדה. אנחנו מתייעצים איתו לא מעט בחלקים מסוימים. זה שינוי חשוב שאני חושב יתרחב עם השנים.

**מדוע אין אנשי מקצוע מתחום השיקום הפסיכיאטרי בוועדה זו?**

אנחנו מחוייבים על פי חוק להרכב מסוים ומזמינים כל אחד להגיש מועמדות בהתאם לצרכים שעולים מתוך השטח.

לסיכום, אני מברך על השיחה הזאת, שמח שהיום שומעים יותר את האנשים עם מוגבלות נפשית שמוכנים לומר "אנחנו כאן" ו"אנחנו רוצים שינויים". בעיני נורא חשוב שיתוף הפעולה שלנו עם יספר"א. אתם אנשי השטח, אתם מרגישים את השטח ומביאים קול נוסף. הקשר עם השטח תמיד חשוב וקריטי בעיני, אם נאבד את זה אז מבחינתי אפשר לתלות את הנעליים וללכת הביתה. נשמח תמיד לשמוע את הקול שלכם, ואנחנו נשמיע אותו באוזנם של מי שצריך בממשלה ובכנסת יחד איתכם.

**תודה, נסיים כאן ובהצלחה בתפקידך!**

oren@isprael.org.il



## שום דבר עלינו בלעדינו!

שיתוף מתמודדים עם מגבלה נפשית בתהליכי הערכה - דרך לשינוי יחסי הכוחות - כנס "בהערכה רבה", 2016

גא' א'א, מרכזת המחקר בקרנות המוסד לביטוח לאומי  
 א'א א'א-ס'א, חוקרת במאירס-ג'וינט-ברוקדייל  
 ג'א'א א'א, מנהלת איכות וסיכונים מעמותת אנוש

### האם שיתוף מתמודדים צריך להיערך בצמתים נבחרים של המחקר (למשל בבניית שאלת המחקר או בהצגת הממצאים) לעומת שיתוף בכל ההליך המחקרי כפי שקורה במחקר עולה משתף.

בתהליכים של הערכה ומדידה של תכניות מתקיימים יחסי כוחות מובנים בין הגורמים המעורבים בתהליכים אלה - המזמינים של הערכת התכנית, המנהלים ובעלי התפקידים בתכנית ומעריכי התכנית. בתהליכים אלה יש תפקיד מרכזי לאוכלוסיית מקבלי השירות, בשל היותם מוטבי ההערכה ומקור חשוב לקבלת מידע על אודות התכנית המוערכת. אבל האם מקבלי השירות הללו שותפים לתהליך ההערכה? ואם כן - עד כמה הם שותפים לתהליך ועד כמה הם נחשפים לממצאים?

נבחרים של המחקר (למשל בבניית שאלת המחקר או בהצגת הממצאים) לעומת שיתוף בכל ההליך המחקרי כפי שקורה במחקר פעולה משתף. עוד דובר על הרצף של שילוב מתמודדים בתהליכי הערכה ומדידה - בין כאנשים מקצועיים (למשל סוקר או חוקר כפי שקורה בתוכנית "סוקרי איכות" בהפעלת חברת "יוזמה-דרך הלב") לבין ציבור המתמודדים - מומחים מניסיון היכולים לתרום לחוקר מניסיונם האישי.

עלו גם סוגיות פרקטיות הקשורות במאפייני אוכלוסיית המתמודדים, סוגיות

של סטיגמה עצמית של המתמודד והסטיגמה החברתית בקרב אנשי המקצוע בתחום הטיפולי והשיקומי ובתחום המחקר. הסטיגמה עלולה למנוע משני הצדדים לראות את החשיבות והתועלת בשיתוף. עלתה גם התייחסות לתנודתיות במצבם של המתמודדים שעלולה להשפיע על יכולתם להתמיד בתפקידים כשותפים במחקר ובכך לפגוע במהלכי המחקר.

כמו כן, נדונה הסכנה בשיתוף חלקי או מדומה של מתמודדים ולא מתוך הבנה ושילוב מעמיק.

את הכנס פתחו מספר הצגות קצרות של מושבי הכנס השונים. רונית דודאי, ממונת שיקום ארצית מהאגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות הציגה את התפתחות השיקום בבריאות הנפש והתמקדה במדיניות משרד הבריאות לקידום מעורבות המתמודדים ושילובם בתהליכי הערכה, מחקר, ניהול ועשייה במערכת השיקום. לצידה של רונית, הציגה ליון גאי, רכזת

בבחינת סוגיה זו עסק המושב בכנס ב"הערכה רבה" שנערך ב-13 בספטמבר 2016 ואשר יוחד לנושא יחסי כוח בתהליכי הערכה ומדידה. מושב זה סיכם פעילות בת כחצי שנה במהלכה התקיימו מפגשים של קבוצת עבודה שכללה אנשי מקצוע, מומחים ומתמודדים שדנו במקומם של המתמודדים כקבוצה ייחודית, בתהליכי הערכה ומדידה של תכניות המיועדות לאוכלוסייה זו.

היוזמה לנושא עלתה משלוש חברות בוועדת ההיגוי של הכנס; תמי אליאב, מרכזת המחקר בקרנות המוסד לביטוח לאומי, ליאת ואזן-סיקרון, חוקרת במאירס-ג'וינט-ברוקדייל ועתליה מלאך, מנהלת איכות וסיכונים מעמותת אנוש.

הקבוצה בחנה את סוגיית השיתוף של מתמודדים בתהליכי הערכה ומדידה והעלתה דילמות שונות, חלקן אוניברסליות ואחרות ייחודיות לאוכלוסיית המתמודדים. עלו שאלות ביחס להיקף השילוב - האם שיתוף מתמודדים צריך להיערך בצמתים

## סיקור אירועים

להערכה, העלה אותן לסדר היום ואיפשר השמעת הקולות השונים בפתוחות ובאומץ.

המידע והידע שעלו במסגרת יום העיון כמו גם במסגרת הקבוצה יקובצו לידי מסמך עקרונות לשילוב מוטבים בתחום בריאות הנפש בתהליכי הערכה ומדידה של תכניות עבור אוכלוסיית המתמודדים ואנו מקווים שהשיח שהתקיים בכנס ימשיך להתקיים ואף יורחב במסגרות אחרות.

למידע מורחב על הכנס לחצו כאן.

liats@jdc.org

"עמיתים מומחים" במרכז לבריאות הנפש מזור. ליון הציגה את סיפור ההחלמה האישי שלה וחוויותיה כשותפה לתהליכי הטיפול והשיקום של מתמודדים כחלק מהצוות המקצועי.

את המושב הנחו ליון גיא ועתליה מלאך והשתתפו בו אנשים מרקע מגוון: מעריכים, בעלי תפקידים בעמותות הנותנות שירותים בתחום בריאות הנפש, מתמודדים ואנשים אשר הנושא קרוב לליבם או שמצאו בו עניין.

אנו רואים את החשיבות העיקרית במושב בעצם קיומו של שיח פתוח בין כל השותפים להערכה שהציף דילמות שאינן קשורות רק

1 כנס "בהערכה רבה" הוא כנס שנערך מזה 5 שנים ושותפים בו 11 ארגונים שעוסקים בהערכה ובמדידה ובקבלת החלטות מבוססת נתונים. המאפיין של הכנס הוא הרצון והשאפה לקדם שיח בין בעלי עניין במדידה ובהערכה שכוללים מזמיני מחקרים, מפעילי ומנהלי תכניות וחוקרים ומעריכים.

2 "עמיתים מומחים" הינו פיילוט חדשני בשני מרכזים לבריאות הנפש, באר שבע ומזור שבעכו, במימון הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות אגף השיקום. שותפים בפרויקט גם עמותת לשמ"ה, ויוזמה דרך הלב. הפרויקט משלב בעבודה במחלקות בית החולים ובמרכז משפחות, אנשים שעברו אשפוז ותהליך החלמה, ומביאים את המומחיות והידע שלהם מניסיון למאושפדים ולאנשי הצוות.

## נשמנו לכתוב אתכם לכתוב אתכם לעלון מס' 17:

אנו מזמינים אתכם לכתוב לנו מתוך תחום המומחיות והידע שלכם מאמר לעלון מספר 17 מזווית הפרקטיקה, המחקר והמדיניות. עלון המידע מהווה הזדמנות להשמיע קול ולהתעדכן בפעילות הענפה המתרחשת בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

מאמרים ניתן לשלוח

לאורן דרעי, רכז יספר"א [oren@ispraisrael.org.il](mailto:oren@ispraisrael.org.il) עד תאריך 1.5.17.

עדיפות תינתן למאמרים בעלי אופי חדשני ומקורי שיגיעו בשלב מוקדם.

### הנחיות לכתיבה:

1. אורך המאמר לא יעלה על 800 מילים
  2. ציינו את שמכם, תפקידכם וכתובת אימייל לתגובות
  3. ציינו עבור איזה מדור ממדורי העלון ברצונכם לכוון את המאמר
  4. צרפו תמונות רלוונטיות
  5. הימנעו מכתביה שיווקית והצמדו לנושא העקרוני עליו בחרתם להתמקד.
  6. הימנעו משימוש במושגים סטיגמטיים ושמרו על שפה ברורה ועדכנית.
- עלון המידע יפורסם באתר יספר"א וישלח באופן אלקטרוני לאנשים רבים המתעניינים בקידום התחום.



## תמיכת עמיתים בבריאות הנפש - צו השעה

נא' נצאלי, מנכ"לית עמותת לשמ"ה - לשילוב מתמודדים והעצמה בבריאות הנפש

מתמודדת שגרה בהוסטל שיקומי, צנ"ש (צרכן נותן שירות) שעובד כחונך, רכזת סל שיקום מחוזית וחוקר מאוניברסיטת חיפה מתיישבים מסביב לשולחן. לא, זו לא התחלה של בדיחה - זה תיאור מדויק של אחד הרגעים היפים מתוך אירוע יוצא דופן שהתרחש באולם כנסים גדול במרכז הארץ בתחילת הקיץ האחרון.

**כל מעגל קיבל נושא אחר - היו מעגלים שעסקו בשיח עמיתים, שדנו בידע מניסיון, ברפורמה בבריאות הנפש או בנושאים המורכבים והטעונים של חלופות אשפוז למול כפייה בטיפול**

המטרה היתה לדון לעומק בנושאים השונים, במסגרת רב-שיח שוויוני שמאפשר למתמודדים לדבר בגובה העיניים עם אנשי מקצוע ונציגים של המערכת. לכל מעגל חשיבה היו שני מנחים - שניהם מתמודדים בעצמם, מרביתם צנ"שים (צרכנים נותני שירות) או עמיתים מומחים. כל מעגל קיבל נושא אחר - היו מעגלים שעסקו בשיח עמיתים, שדנו בידע מניסיון, ברפורמה בבריאות הנפש או בנושאים המורכבים והטעונים של חלופות אשפוז למול כפייה בטיפול. כל המעגלים ניגשו אל הנושאים האלו מתוך מטרה לבחון את המקום של תמיכת עמיתים בכל נושא ונושא - התמיכה של מתמודדים במתמודדים אחרים.

ב-7.7.16 התכנסו קרוב ל-400 בני אדם - מתמודדים, בני-משפחה, אנשי שיקום וטיפול, בכירים במשרד הבריאות - לכנס המדיניות השלישי של התנועה הצרכנית, שהתקיים בנושא "תמיכת עמיתים". משתתפי הכנס הגיעו מכל קצוות הארץ - אוטובוסים מאורגנים יצאו מבאר-שבע. חיפה וירושלים. את הכנס הובילה עמותת לשמ"ה, והוא נערך בחסות משרד הבריאות - אגף השיקום בבריאות הנפש, ובהשתתפות חברי ועדת היגוי מצרכנים נותני שירות/יוזמה דרך הלב, אנוש, יספר"א ובית הספר לשיקום והחלמה בקריה האקדמית אונו.

### "חיבוקים במקום קשירות"

נקודה אחת שחזרה על עצמה במעגלים שונים, היתה הכרה בערך של עמיתים מומחים - מתמודדים שממלאים תפקידים ייעודיים במסגרות טיפול ושיקום שונות, שמשתמשים בחשיפה ובסיפור האישי שלהם על מנת לעזור למתמודדים אחרים. "סיפור החוויה האישית מהווה קרן אור ותמיכה שמראה שיש חיים אחרי המשבר, שזה לא סוף העולם", אמר אחד המשתתפים. "ההבדל בין צנ"ש לבין עמית מומחה הוא שצנ"ש לא חייב לשתף בניסיונו

לאחר חלוקת אות התנועה הצרכנית לאישים בולטים אשר תרמו רבות לתנועה - ד"ר מקס לכמן, גבי שולה בן דעת, פרופ' אורי אבירם ומר יחיאל שרשסבסקי נערכה סדרת הרצאות מרתקות שהועברו כולן בידי מתמודדים, ואז עברנו כולנו לחדרים הסמוכים והתפצלנו ל-18 מעגלי חשיבה, בקבוצות מעורבות של מתמודדים ואנשי שיקום וטיפול.





בדוגמא מצוינת לאקטיביזם של מתמודדים, בני משפחה, אנשי מקצוע ושאר בעלי עניין שהצליחו להשפיע על המערכת.

משתתפים רבים עמדו על הקשר שבין טיפול בכפייה לבין היעדר חלופות אשפוז. מענים אלטרנטיביים או משלימים בולטים כל-כך בחסרונם, ובהיעדרם המערכת פונה לכפייה, לקשירות ולאלימות.

המשתתפים בדיונים דיברו על אפשרויות חלופה של אשפוז: טיפול בבית על ידי צוות רב מקצועי ומערכתי עד לרגיעה, מרכזי הפוגה, סוטריה. עלה גם רעיון יצירתי להשתמש במערך הדיור המוגן בקהילה כדי לפתח חלופות אשפוז מיידיות, ללא המתנה, באמצעות דירות ה-24\*7 שנמצאות במסגרות הדיור המוגן. יהיה שם גם עמית מומחה כחלק מהצוות, כך הציעו, ועל סמך מקום פנוי ניתן יהיה להפנות אליהן מתמודדים במצבי משבר שונים.

משתתפים רבים הדגישו שחלופות אשפוז טובות יכולות למנוע אשפוזים ובוודאי אשפוזים בכפייה: טרם האשפוז על כל בעלי העניין למצוא לאדם במצוקה חלופת אשפוז עוד לפני שיתוייג, על מנת בין היתר למנוע סטיגמה. במעגלים הדגישו כי המודל הרפואי אינו הפיתרון האולטימטיבי והמתאים לכל. "צריך להפסיק את המונופול של המודל הרפואי במחלקות האשפוז" אמר אחד המשתתפים. היו גם אנשים שהצביעו על מקור המימון המועדף לפיילוט של חלופות אשפוז: "מתוך משאבים המופנים כרגע לאשפוז" הם אמרו. והיו שציינו: הסכמי הקאפ בין קופות-החולים לבתי-החולים פוגעים בתמריץ של קופות החולים לחפש ולממן חלופות אשפוז.

האיש. אצל עמית מומחה השיתוף הוא חלק מתפקידו" הסביר משתתף אחר.

במעגלים השונים הסכימו כי חייבים להגדיל את מספר העמיתים המומחים ולבסס את התפקידים שלהם. מומלץ כי עמיתים מומחים יהיו בכל מסגרת (בבתי החולים, במסגרות השיקום, בקופות החולים ועוד). עלתה גם ההצעה כי יוגדר תקן של עמית מומחה בכל מסגרת שיקום, כסטנדרט של משרד הבריאות. היו מי שדיברו על עמיתים מומחים בוועדות רפואיות בביטוח-הלאומי, ועל כניסת עמיתים מומחים לתחום המשפחות.

דיונים לא מעטים נסובו סביב התפקיד שצריך להיות לעמיתים מומחים במסגרות האשפוז - וגם בחלופות האשפוז שצריכות לקום ועוד יקומו. באחד המעגלים ניסחו זאת בצורה הטובה ביותר: "עמיתים מומחים יפחיתו את הקשירות וההגבלות בבתי החולים - יהיו יותר חיבוקים".

### לשבור את המונופול

הכנס התקיים תקופה קצרה יחסית לאחר שהתפרסם בכל כלי התקשורת הסיפור של "נועה" - מתמודדת שהוחזקה קשורה למיטתה למשך תקופה לא-אנושית של 24 ימים, במחלקה פסיכיאטרית בבית-החולים תל-השומר, וסיפורה הציף אל פני השטח את נושא הכפייה בבריאות הנפש. בחלק מהמעגלים דנו בשימוש שנעשה ברשתות החברתיות במסגרת המאבק למען נועה, ולמען מאושפזים אחרים. רוב המתדיינים הסכימו שהשימוש ברשתות החברתיות עד כה היה טוב ומועיל, ושמדובר

- אגף השיקום בבריאות הנפש, אשר נתן חסות לכנס ותומך בהטמעת פרויקט "עמיתים מומחים" במסגרות שונות, המוסד לביטוח לאומי - הקרן למפעלים מיוחדים אשר מממן ומלווה את הפיילוט של "עמיתים מומחים" מראשיתו, והג'ויינט - מסד נכויות, אשר מממן פרויקט חדש שלנו לליווי מאושפזים "בחזרה הביתה". בסיוע כל אלה ועוד אנשים יקרים משתי"ל/אלומות, "צרכנים נותני שירות", בית הספר לשיקום, "בזכות" ועוד מתכוונת להמשיך ולפתח קבוצות לימוד בתחום תמיכת עמיתים ולהכניס לתוכנית העבודה הרב שנתית שלנו חלק מההצעות שהועלו בכנס.

\*תודה לזן שוחט, רכז ליווי בתכנית "צרכנים נותני שירות", חברת "יזמה דרך הלב", על העזרה בכתיבת המאמר.

tammy.lishma@gmail.com

## זמן לאחדות

איך ניתן לסכם 18 מעגלים, עם כל כך הרבה קולות מגוונים? אין ספק שאנו זקוקים להנהגה מאוחדת לתנועה הצרכנית, אשר תפעל למען זכויות המתמודדים, ושתוכל להציף בעיות והצעות למשרד הבריאות ולגופים הגדולים במערכת.

אני מקווה, בסיוע הוועד מנהל ובראשו היו"ר דיוויד הריס, להגדיל את תנועת לשמ"ה. להביא עוד חברים. ובמיוחד - לגשר על הפער בין המתמודדים במסגרות השונות לבין הנהגת התנועה הצרכנית. להכיל את הקולות השונים. **לאחד כוחות.**

עמותת לשמ"ה - בסיוע גורמים חשובים כגון קרן לזלו נ. טאובר אשר תומכת בנו ומלווה אותנו שנים רבות, משרד הבריאות



אתר יספר"א מזמין אתכם

לקרוא עשרות סיכומי מאמרים מקצועיים בעברית לחצו כאן

לצפות בעשרות הרצאות מצולמות מאירועי יספר"א בשנים האחרונות לחצו כאן



## מהדלי מערכות הטיפול בתחלואת הנפש הקשה

פבל' אילי שני, יו"ר 'נוצמה' בשנים 2000-2015

מקור הפיגור החמור במחלל ביוטוח בריאות ממלכתי מ-1994, שהחריג את תחלואת הנפש, פיצל ועמעם את האחריות הביטוחית: האישפוז בביטוח הממשלה (וגם 90% מהטיפעול); מתן התרופות שבסל - קופות החולים; **האמבולטוריקה נותרה עמומה כשכל צד מגלגל אחריות למשנהו**. וכתוצאה מכך מערך המרפאות הציבוריות נותר מיובש 20 שנה, בתת תפוקה הרסנית.

ב-2015 "הרפורמה בבריאות הנפש" חוזרת לשלב את תחלואת הנפש בביטוח וניהול פרטני של קופו"ח (כמו תחלואות הגוף). וגם מביאה תוספת תקציב משמעותית לפיתוח מרפאותיהן. הצפי הוא תיגבור השירות הציבורי, במיוחד לתחלואת הנפש "הרכה" שבד"כ אינה מביאה לאישפוז. עד כה, **באישפוז ובתחלואת הנפש הקשה נמשך הקיבעון**.

**התפנית החשובה והטובה** - חוק שיקום נכי נפש בקהילה 2000. החוק וניסוחיו זוכים להערכה עולמית. העיקר הוא במימושו בשטח: תקציב השיקום השנתי גדל פי 10 ויותר עד ל-700 מיליון ש"ח, כ-20 אלף סלי שיקום לזכאים, הכוללים תמיכות בדיוור, תעסוקה, הכשרה, תרבות ופנאי וסיוע למשפחות.

מסגרות השיקום מופעלות ע"י יזמים ועמותות בשיטת המכרזים. התקציב, הפיקוח והכוונת הזכאים מעוגנים במשרד הבריאות, אך **תקציב השיקום איננו תקציב רפואי**, אלא נתן לנכי הנפש תמיכות לשיקום תיפקודי החיים בקהילה, מקביל לתמיכות שמקבלות הנכויות האחרות (פיזית, חושית וקוגניטיבית) מתקציבי משרדים אחרים.

**השלכות השיקום בתחום הרפואי והחברתי:** אלפי חולים יצאו לקהילה מאישפוז ממושך של שנים. רוב מוסדות האישפוז הפרטיים נסגרו.

להתמודדות בתחלואת הנפש הקשה והכרונית (סכיזופרניה, ביפולאר ועוד מחלות..) יש מאפיינים ייחודיים:

1. כמעט תמיד פורצות המחלות בגילאים הצעירים 16-35. לאור השיפור המואץ ברפואת הגוף, הפכה תחלואת הנפש בקרב הצעירים לגורם הראשי של תמותה והרס חיים - יותר מכל מחלות הגוף.
2. לחולים ולמשפחות - הלם, בלבול, הכחשה והסתרה, וכן מתחים קשים במשפחה.
3. בהתייחסות החברתית על פני דורות שלטו הפחדים, הסטיגמה, ההרחקה ובידוד החולים לבתי מחסה עלובים, שברבות הימים קודמו להיות בתי חולים פסיכיאטרים.
4. מחד, התחום הרפואי מפגר בהבנת מקור המחלות: פיזיולוגית, גנטית וגם התפתחותית, ומאידך מירב משאבי הסגל והתיקצוב הופנו לבתי"ח, לאישפוזים חוזרים וממושכים של החולים.

הנזק והעומס החברתי-כלכלי הכבד במדינות העשירות הביא בדור האחרון לשינוי תפיסות ומגמות: גידול במשאבי טיפול בתחלואת הנפש - למעלה מ-10% מכלל ההקצאה הציבורית לרפואה וגם שינוי בחלוקת המשאבים.

סקר מקיף מ-70 מדינות, באטלס WHO מ-2014, מראה כי במדינות העשירות כשליש מהמשאבים הולכים לאישפוז. המגמות בישראל מעורבות: חיוביות בתחום השיקום והשלכותיו הרפואיות, אך כמו במדינות המפגרות כ-80% מהמשאבים הרפואיים מופנים לאישפוז. ואילו האמבולטוריקה והטיפול האינטגרטיבי למחלות הקשות ללא אישפוז מלא - הן בשפל.

**מחיר יום אישפוז הוא כיום כ-1,200 ש"ח. מחיר הטיפול האינטגרטיבי צריך להיות כ-50% מזה. תמריץ חיובי יחזיר חלק מהפער לבית החולים בפרופורציה להצלחתו להוציא חולים באיזור מאישפוז מלא לטיפולים אינטגרטיביים הליפיים ובתמורה להשתתפות סגל המקצועי שלו בטיפולים אלה, שיפעלו במרפאות קהילה ובמרפאות חוזר אמבולטוריות של בתי חולים כלליים ופסיכיאטרים.**

## מדור דעות

טוענים שקופ"ח יפתחו טיפול אינטנסיבי וחלופות אישפוז כאשר ישתלם להם כלכלית - לשם כך הכרחי שמשרד הבריאות וקופות החולים ביחד ישקיעו משאבים תקציביים וארגוניים, יפנו סגל מקצועי וינהיגו תמריצים חיוביים לבניית מסגרות הטיפול הנדרשות שימנעו ויצמצמו בהדרגה, אך בעקביות, את האישפוזים המלאים. כתבת אפרתי ב"הארץ" מה-11.08.16 מצביעה על תמריצים שליליים: בתנאי העומס הקיימים קופ"ח משלמת עבור אישפוז מלא נוסף פחות מהתעריף הנקוב לטיפול יום אינטנסיבי!

מחיר יום אישפוז הוא כיום כ-1,200 ש"ח. מחיר הטיפול האינטנסיבי צריך להיות כ-50% מזה. תמריץ חיובי יחזיר חלק מהפער לבית החולים בפרופורציה להצלחתו להוציא חולים באיזורו מאישפוז מלא לטיפולים אינטנסיביים חליפיים ובתמורה להשתתפות הסגל המקצועי שלו בטיפולים אלה, שיפעלו במרפאות קהילה ובמרפאות חוץ אמבולטוריות של בתי חולים כלליים ופסיכיאטרים. בכך ימותנו חששות מנהלי בתי"ח מגרעונות.

ב-2016 נחשפה שערוריית הקשירות באישפוז וגברו לחצים ציבוריים לשיפור תנאי המלונאות ואופי ה"הגבלות המכאניות". שיפורים אלה יבואו מתקציבי בינוי. במקביל, **הקטנת הצפיפות והעומס על הסגל המטפל תושג מהעברת מיטות אישפוז מלא לחלופות אישפוז ולמסגרות טיפול יום אינטנסיבי.**

תיגבור וייעול מכלול הטיפולים במחלות הנפש שפוגעות בעיקר בצעירים - יפחיתו תמותה והרס חייהם וחיי משפחותיהם - בטווח ארוך ייקטנו הנזק הכלכלי והעומס על החברה. נדרשת השקעה ממוקדת, תקציבית וארגונית - שתאפשר תפנית בתפיסה והתגברות על קיבעון ושמרנות במערך האישפוז.

ozma.office@gmail.com

מספר מיטות האישפוז וימי האישפוז בשנה ירדו ביותר מ-30%. המורל, הלכידות והשיתוף החברתי בקרב המתמודדים שופרו, וכן ההכלה והקבלה שלהם בחברה.

אך יש בעיות קשות בקידום מערך השיקום בהיקף ובעומק: **מחד**, חוסר במסגרות לתחלואה כפולה (עם סמים), לריבוי מוגבלויות, מחלות ונכויות. דבר המקשה על המשך הקטנת מספר האישפוזים הממושכים. **מאידך**, השמת החולה לשיקום תלויה בהגדרתו כנכה, ואין לכך הצדקה בשלבים המוקדמים לפרוץ המחלה.

**אבל מה שקורה במערך הרפואי - מתסכל.** היקף האישפוזים וחומרת מצב המאושפזים משמש למסד האישפוזי והממשלתי כהוכחה לנחיצותו וגודלו, ומתעלם מהוכחות משכנעות שמערך אמבולטורי מקיף והולם בשלבים מוקדמים היה מוביל חולים רבים לרמיסיה והחלמה טובות יותר מבידוד אישפוזי טראומתי וממושך בחברת חולים קשי יום כמותם. זאת בהתאם לעיקרון האוניברסלי התקף לכל התחלואות: **טיפול ממוקד בשלבים ראשונים יעיל פי כמה.** לקח מאלף מתקבל מהמאבק הנחוש לגילוי וטיפול בשלבים מוקדמים של תחלואות הסרטן - מחלה שסבלה בעבר מסטיגמה והסתרה.

המאמץ העיקרי צריך אפוא להיות בהפניה מאסיבית של משאבי סגל ותיקצוב לטיפול אמבולטורי אינטנסיבי, **פסיכיאטרי ופסיכותרפי, למניעת החמרה ואישפוזים.** ובמקביל **חינוך והסברה לצעירים ועידודם לפנות ליעוץ וטיפול בעתות מצוקה נפשית.**

יש לכך גיבוי מקצועי (נוהל half way in). ויש מסגרות שפועלות בהצלחה (מרכז בריל של קופ"ח ברמת חן. מרכז ממשלתי ביפו ועוד כמה מסגרות קטנות) - **זה מעט מדי לעומת היקף האישפוז.**