

## פיתוח, יישום והטמעה של התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערכת השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל

דיויד רועה, ורד בלושקליינמן, רונית דודאי, פאולה גרבר-אפשטיין, עדי תלם, רונית אוליאל-מירקין, עיד רוחאנא, נוסייבה ריאן-גרה, אפרת שדמי ומרק גלקופף

המאמר הנוכחי מתאר את תהליך הפיתוח, התכנון והיישום של התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה במערכת השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל (Psychiatric Rehabilitation Routine Outcome Measurement – PR-ROM project). מטרת התוכנית לספק מידע ערכני, שיטתי ושגרתי אודות התהליך וההשפעה של שירותי שיקום פסיכיאטריים בישראל, ולהקים תשתית בת קיימא לניטור מדדי תוצאה של צרכני שירותי השיקום באורח שוטף. כל זאת במטרה לשפר את הליכי השיקום וההחלמה האישיים, לאפשר מתן משוב משמעותי, יעיל וישים לכלל בעלי העניין (קובעי מדיניות, צוותי השיקום בשירותי שיקום, צרכנים ובני משפחותיהם), להבנות מדיניות, להגדיל את היכולת לקבלת החלטות מושכלת ומבוססת-נתונים, ליצור תמריצים לשיפור השירות ולספק נתונים לצורכי מחקר. המאמר מתאר את התוכנית, מציג את תהליך ההטמעה ואת האתגרים העיקריים בפיתוח התוכנית ובהפעלתה, סוקר את השיטות לאיסוף הנתונים ואת הממצאים הראשוניים, ודן בלקחים שהופקו לאורך יישום התהליך, המהווים מסד להערכות לעתיד.

**מילות מפתח:** בריאות נפש, מדידת תוצאות, שיקום פסיכיאטרי, שירותי שיקום, צרכני שירותי שיקום

---

### רקע

---

מזה למעלה מעשור שמדינת ישראל חוברת במדיניותה למרבית המדינות המפותחות בעולם ופועלת למעבר מאשפוז פסיכיאטרי ארוך טווח לבריאות נפש קהילתית, פיתוח

---

*תודות:* למשרד הבריאות ולקרן משפחת לזלו נ. טאוכר תודה על מימון פרויקט מדדי תוצאה שערך צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה. מאמר זה מבוסס על פרויקט זה. תודתנו נתונה גם למחלקת מידע והערכה במשרד הבריאות.

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

שירותי שיקום בקהילה וסיוע בהשתלבותם של אנשים המתמודדים עם נכות נפשית בקהילה הנורמטיבית (Roe, Gross, Kravetz, Baloush-Kleinman, & Rudnick, 2009). בעבר היו השירותים לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש קשה (serious mental illness – SMI) בישראל מוגבלים למתן תרופות פסיכותרפיות ולטיפול פסיכותרפויטי, בעיקר בידי צוותי בתי החולים הפסיכיאטריים והמרכזים לבריאות הנפש הקהילתיים (אליצור, ברוך, לרנר ושני, 2004). חלק מהשירותים הנוספים, כגון שירותי שיקום תעסוקתי, שירותי דיור ושירותים חברתיים היו מוגבלים, הן מבחינת מספר האנשים אשר צרכו אותם והן מבחינת המידה שבה הם ענו על צורכי מקבלי השירות (Levav & Grinshpoon, 2004).

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000, שהוא אחד החוקים החברתיים החשובים שנחקקו בישראל ומן המתקדמים מסוגו בעולם, היווה פריצת דרך ניכרת בתחום בריאות הנפש (אבירם 2010; Drake, Hogan, Slade, & Thornicroft, 2011). מטרתו של החוק לשפר את איכות חייהם של אנשים הסובלים מנכות על רקע נפשי ולסייע בהשתלבותם בחברה (שרשבסקי, 2006; Aviram, Ginath, & Roe, 2012). חוק זה חוקק הודות לחבירה משותפת של מגוון בעלי עניין, ובכללם אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש, ארגוני משפחות, צרכנים, פעילי זכויות אדם וקובעי מדיניות. החוק עוסק באנשים בני 18 ומעלה, שהוכרו כבעלי נכות רפואית בשל מגבלה נפשית בשיעור של 40% לפחות, שנקבעה להם לפי סעיפים 33 או 34, על פי אחוזי הנכות של המוסד לביטוח לאומי. החוק מגדיר בין היתר סל שירותי שיקום, המכוון לתחומים העיקריים שבהם הצרכנים זקוקים לתמיכה. הוא כולל שירותים בתחומי דיור, תעסוקה, השכלה, פנאי וחברה, טיפולי שיניים ותיאום טיפול (תיאור מפורט להלן). שירותי השיקום מסייעים לצרכנים לתכנן, ליישם תוכניות שיקום פרטניות ולהשיג את המטרות אשר הציבו לעצמם (Aviram et al., 2012; Roe, Hasson-Ohayon, 2010; Lachman, & Kravetz, 2007; Roe, Werbeloff, & Gelkopf, 2010).

מאז חוקק החוק והוחל ברפורמה השיקומית, פחת מספר מיטות האשפוז הפסיכיאטריות בישראל בשיעור של למעלה מ-50%, מ-7,000 ל-3,400 (Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012; Lurie, Zilber, & Lerner, 2012). בד בבד גדל מספר שירותי השיקום באופן דרמטי, ומספר האנשים המשתמשים בשירותי השיקום גדל כמעט פי שלושה (קרוב ל-26,000 איש צורכים כיום שירותי שיקום). בהתאמה גדל התקציב הממשלתי לשיקום נכי נפש בקהילה (בערכים קבועים) בשיעור של כ-80%. תהליכים אלה, ובפרט הירידה בשיעור האשפוזים החוזרים, הביאו לחיסכון ניכר של כמיליארד שקל בעלויות מערך בריאות הנפש, גם לאחר הקצאת התקציב ההולך וגדל לשירותי השיקום (אבירם, 2013).

אף על פי שיש עדויות על יעילותם של שירותי השיקום בישראל, על שיפור שביעות הרצון ואיכות החיים, על הפחתת חומרת התסמינים ושיעור האשפוזים

החוזרים (שטרוך, שרשבסקי, נאון ופישמן, 2011; Grinshpoon, Abramowitz, ; 2011) , השפעתם של שירותי השיקום לא נבדקה עד כה באופן שיטתי. כפי שציינו מבקר המדינה והמועצה הארצית לשיקום, חסר מידע שיאפשר לקובעי מדיניות לקבל החלטות מושכלות, המבוססות על ראיות מוכחות (מבקר המדינה, 2006). לנוכח המספר ההולך וגדל של צרכנים והגידול היחסי בתקציב פיתוח מערך השיקום בקהילה, הצורך בהערכת מדדי התוצאה קיבל מקום בראש סדר העדיפויות של מטה השיקום באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, ועימו גדל הצורך באיסוף נתונים מתמשך ושיטתי, המאפשר קבלת מידע אודות איכות השירות הניתן, יעילותו והשפעתו על הצרכנים ובני משפחותיהם (Roe, Drake, & Slade, 2015).

לאור האמור לעיל, בחודש יולי 2011 חתמו משרד הבריאות וקרן לזלו נ. טאובר, שפעילותה מתמקדת בתמיכה במערך בריאות הנפש בכלל ובתחום השיקום הפסיכיאטרי בפרט, הסכם עם אוניברסיטת חיפה, להשקת התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה (PR-ROM). מטרת התוכנית לספק מידע עדכני אודות התהליך וההשפעה של שירותי השיקום הפסיכיאטריים בישראל, ולהקים תשתית בת קיימא, שתהווה בסיס לניטור שיטתי וסגור של מדדי תוצאה של צרכני סל שיקום, וזאת כדי להשיג את המטרות הבאות:

- (1) לשפר את איכות הטיפול השיקומי עבור האדם עצמו;
- (2) לסייע בגיבוש מדיניות;
- (3) לשפר את תהליך הקצאת השירותים;
- (4) ליצור תמריצים לשיפור השירות;
- (5) לאפשר מתן משוב משמעותי, יעיל וישים לבעלי העניין;
- (6) להגדיל את היכולת לקבלת החלטות מושכלות ומבוססות-נתונים;
- (7) לספק נתונים לצורכי מחקר.

מאמר זה מתאר את תהליך הגיבוש, הפיתוח והיישום של התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה עד כה. המאמר מציג את תהליך היישום המתקיים בשירותי השיקום אשר עוברים את תהליכי ההערכה ואת מאפייני האוכלוסייה הצורכת את שירותיהם; את השיטות לאיסוף הנתונים, וכמה מהממצאים הראשוניים; את האתגרים העיקריים העומדים בפני היישום; האסטרטגיות שפותחו כדי להתמודד עימם והלקחים שהופקו עד כה, כחלק מתהליך ההערכה. נסיים בתיאור המצב הנוכחי והערכות לעתיד.

#### מאפייני שירותי השיקום

"סל השיקום" מספק מגוון רחב של שירותים בתחומים הבאים: דיור, תעסוקה, תמיכה למשפחה, חברה ופנאי, חונכות חברתית, ליווי השכלה, חונכות ללימודים אקדמיים,

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

סומכות, תיאום טיפול, טיפולי שיניים וסיוע פרטני להצטיידות אישית. בשירותי הדיור הנתמך רצף של רמות תמיכה, החל מרמות די נמוכות, כגון בדיור מוגן ובו 1-3 שותפים בדירה שכורה, הכולל תשומות של צוות המבקר אותם באופן קבוע 1-5 שעות בשבוע, וכלה ברמות גבוהות, כגון מתן תשומות של צוות 24 שעות ביממה בהוסטלים מסוגים שונים שבהם מתגוררים כ-20-30 דיירים. בשנת 2017 צרכו 15,533 איש שירותי דיור, מתוכם התגוררו כ-60% בדיור מוגן לסוגיו וכ-40% התגוררו בהוסטלים ובקהילות תומכות (משרד הבריאות, 2017).

גם שירותי תעסוקה מדורגים על הרצף שבין שירותים מוגנים לשירותים נתמכים. בשנת 2017 צרכו 17,073 איש שירותי תעסוקה, מתוכם כ-46% היו מועסקים בתעסוקה נתמכת ובמגוון מיזמים תעסוקתיים בשוק החופשי, תוך קבלת תמיכה במציאה ושימור מקום העבודה, כ-40% היו מועסקים במפעלים מוגנים וכ-14% במועדונים תעסוקתיים. שירותים אחרים הם שירותי חונכות חברתית (2,772 צרכני שירותים), חברה ופנאי (9,808 צרכנים), ליווי השכלה (1,426 צרכנים), מכינות (306 צרכנים), חונכות להשכלה אקדמאית (190 צרכנים), שירותי סומכות (1,776 צרכנים) ושירותי תיאום טיפול (2,213 צרכנים) (משרד הבריאות, 2017).

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש תחילה יתואר המבנה הארגוני של התוכנית, ולאחר מכן יתוארו הפיתוח וכלי ההערכה, מיזם החלוץ שנערך, אופן השימוש בנתונים וממצאים ראשוניים. הצעדים הראשונים של התוכנית החלו במחוז חיפה וכללו הקמת מבנה ארגוני וגיוס עובדים; קיום פורום של אנשי מקצוע המעורבים בשיקום באזור, שמטרתו הצגה ראשונית של התוכנית ורתימת השטח ליישום; ותחילת איסוף נתונים מצרכנים ומאנשי צוות. התקיים תהליך עם צוותי שירותי השיקום כדי לגייסם לתמוך ולשווק את התוכנית לצרכנים. צוות התוכנית מאוניברסיטת חיפה ונציגי משרד הבריאות גייסו לתוכנית במאמץ משותף את כל הצרכנים במחוז חיפה ואת אנשי הצוות המלווים. כבר בתחילת הדרך הוקמו שתי ועדות מלוות לתוכנית: (1) ועדת מומחים מקצועית לתכנון ולדיון בהיבטים המקצועיים הרבים של התוכנית, תוך סיפוק פתרונות מהירים לסוגיות מקצועיות; (2) ועדת היגוי המורכבת מנציגים של כל השותפים, כולל אנשי תקציבים ואנשי מחשוב, אשר מתפקדה לעסוק בהיבטים התקציביים והתפעוליים של התוכנית.

#### מקור איסוף הנתונים

הנתונים נאספים משלושה מקורות: (1) שאלונים ובהם דיווח עצמי של הצרכנים; (2) שאלונים ובהם מעריכים אנשי הצוות בשירותי השיקום את מדדי התוצאה של הצרכנים (יפורט בהמשך); (3) מידע ממחלקת מידע והערכה באגף המחשוב של משרד

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל

הבריאות, ובו נתונים דמוגרפיים, נתונים על צריכת שירותי שיקום ומידע מאשפוזים קודמים. בהמשך מתואר תהליך הפיתוח והבחירה של כלי הערכה.

### נגישות כלי הערכה

מאמץ רב הושקע בהנגשת השאלון לצרכני שירותי השיקום בבריאות הנפש. תהליך ההנגשה כולל למידה מהשטח וערכון השאלון מדי זמן-מה, כדי לפתור סוגיות שעלו במהלך מילוי וניתוח הנתונים. הצרכנים מתבקשים למלא בעצמם את השאלון לדיווח עצמי אחת לשנה באחת ממסגרות השיקום שבהן הם צורכים שירותים, ובמידת הצורך בסיוע אנשי הצוות. השאלון לדיווח העצמי הוא שאלון מילוי טפסים (נייר ועיפרון). השאלון מוגש בשש שפות (עברית, ערבית, אנגלית, צרפתית, רוסית ואמהרית) וגרסה מקוצרת מוצעת למי שמתקשה להשלים את השאלון המלא. כפי שתואר לעיל, גם אנשי הצוות מתבקשים למלא שאלון אודות תפיסתם את מצבם של הצרכנים. השאלונים לאנשי הצוות דומים מאוד לשאלונים שקיבלו הצרכנים, והם ממלאים אותם בסמוך למועד מילוי השאלון בידי הצרכן.

### השאלונים

השאלונים לדיווח עצמי של הצרכנים ושל אנשי הצוות פותחו בתהליך מקיף וכוללני, תוך בדיקת תוקף ומהימנות. התהליך כלל את השלבים הבאים:

- (1) בחירה ראשונית של מספר מדדי תוצאה שעלו מסקירת ספרות מקיפה מהעולם;
- (2) בדיקה של השאלון בידי ועדה ובה 14 אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש;
- (3) דיון על השאלון עם בעלי עניין עיקריים, ובכללם נציגי צרכנים ובני משפחות, באמצעות קבוצות מיקוד;
- (4) קבלת החלטה סופית על תחומי השאלון והפריטים המרכיבים אותו, על ידי כלל המשתתפים בוועדה המקצועית, על סמך המשוב שהתקבל מקבוצות המיקוד.

השאלון התבסס ברובו על סולמות תקפים ומהימנים שמקורם בשפה האנגלית. הסולמות עברו תרגום ובדיקה חוזרת של מהימנות ותקפות בגרסתם בעברית ובשפות שונות.

מידע משאלות שלא נענו ומידע פסיכומטרי (פריטים מיותרים, אלפא קרונבך ועוד) ממיזם החלוצי (תיאורו יוצג בהמשך). כמו כן בוצע ניתוח מהימנות בדיקה חוזרת (test-retest reliability) במהלך מיזם החלוצי ועדכון בעקבות איסוף המידע והמשוב של המשתתפים.

מילוי השאלון כולו ארך בממוצע 28 דקות (סטיית תקן: 12). השאלון בגרסתו העדכנית (גרסת הצרכנים וגרסת אנשי הצוות) כולל את המדדים הבאים:

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

איכות חיים (11 פריטים;  $\alpha = .779$ ): מבוסס על סולם ההערכה המקוצר של איכות החיים של מנצ'סטר (MANSA) (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999) בתוספת שני פריטים שפיתחו החוקרים לשם התאמות תרבותיות לצרכים שעלו מהשטח (שביעות רצון מהקשר עם הילדים [אם יש] ושביעות רצון מהמצב הגופני).

השפעת התסמינים על התפקוד (3 פריטים;  $\alpha = 0.829$ ): מבוסס על Sheehan Disability Scale (SDS-3) (Sheehan, 1983; Sheehan & Sheehan, 2008).

התרשמות קלינית (רק בשאלון איש הצוות): (פריט 1;  $r = .67$  Patient global impression – CGI). התאמה לגרסת הדיווח העצמי של סולם ההערכה הקלינית (CGI) (Guy, 1976; Haro et al., 2003).

הגדרת תחומי המטרות והשגתן: השאלון מבוסס על GAS (Goal Attainment Scale) (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994).

תפקוד יום-יומי (10 פריטים;  $\alpha = .782$ ): מבוסס על סולם ההתנהגות וזיהוי תסמינים Behavior and Symptom Identification Scale – BASIS-32, BASIS-R (Eisen, Wilcox, Leff, Schaefer, & Culhane, 1999; Eisen, Normand, Belanger, & Esch, 2004) ועל סולם תפקוד The Role Functioning Scale – RFS (Spiro, & Esch, 2004) (Goodman, Sewell, Cooley, & Leavitt, 1993).

ניהול מחלה והחלמה (16 פריטים;  $\alpha = .57$ ): מבוסס על The Illness Management and Recovery Scale (IMR), החלמה – תהליך מעצים, אישי וייחודי שעובר אדם המתמודד עם קושי או מגבלה נפשית (Mueser & Gingerich, 2005).

שינויים בתחומי חיים (7 פריטים,  $\alpha = .790$ ): מטרתו של חלק זה בשאלון לזהות כיוון של שינויים ניכרים בששת החודשים האחרונים בשבעה תחומי חיים הקשורים באיכות החיים ובתפקודו של הפרט.

בריאות גופנית (10 פריטים): מטרתו של חלק זה בשאלון להעריך בריאות פיזית ומחלות גופניות שעומן מתמודדים הצרכנים, פגיעה תפקודית, שימוש בשירותים רפואיים והתנהגות מקדמת בריאות.

## מחקר-חלוץ

צעד ראשון בתוכנית היה מחקר-חלוץ שבוצע במחוז חיפה בשנת 2012. מטרתו הייתה להעריך את היתכנות ביצוע התוכנית באמצעות שאלונים שנבחרו והותאמו וכדי לבדוק את המאפיינים הפסיכומטריים שלהם. שלב החלוץ כלל הערכה של 360 צרכני

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל

שירותים מ-16 שירותי שיקום, המייצגים את כלל רצף שירותי השיקום. שלב החלון אפשר להעריך את היכולת של הצרכנים לענות על השאלונים, ולבחון את השונות בתוצאות על פי מקור התמיכה במילוי השאלונים: תמיכה חיצונית של סוקרים לעומת תמיכה פנימית של צוות השיקום בשירות. כמו כן, נבחן סוג הסיוע שהצרכנים נדרשו לו כדי למלא שאלונים (קריאה, שימוש במחשב, הבנת הנקרא ועוד). בעקבות החלון נערכו כמה שינויים בשאלון; חלק מהסולמות המקוריים בוטלו, היגדים מסוימים נוסחו מחדש ואחרים הוסרו, נבחנו המאפיינים הפסיכומטריים של הכלים שנותרו ונבדקה יעילות התהליך כולו. תוצאות החלון מלמדות שהתוכנית ישימה, שלא נמצאו הבדלים ניכרים בין תמיכה חיצונית לתמיכה פנימית, ושתמיכה פנימית לא עלולה לגרום להטיה בתשובותיהם של הצרכנים (Gelkopf, Pagorak-Eshel, Trauer, & Roe, 2015). כמו כן נמצא כי מרבית המשתתפים נדרשו למידה מסוימת של סיוע במילוי השאלון, אם כי היו גם משתתפים שמילאו אותו ללא סיוע כלל.

#### פריסת התוכנית והליך איסוף ועיבוד הנתונים

עם תום שלב החלון החל תהליך יישום הדרגתי של התוכנית על פי חלוקה לארבעה אזורים: אזור הצפון (2013) שכלל את הערים והיישובים עד לקו נתניה, אזור המרכז (2014), שכלל את אזור ירושלים וסביבתה (2015), ואזור הדרום (2016) שכלל את היישובים והערים מדרום לשפלה עד אילת.

כל צרכני שירותי השיקום הוזמנו להשתתף בתוכנית וכל מי שנתן את הסכמתו בחתימה על טופס הסכמה מדעת התבקש להשלים את כל השאלות. הנתונים שנאספו מכל צרכן עברו תהליך עיבוד סטטיסטי, ועל פיהם נבנו שלושה תוצרים עיקריים:

1. משוב אישי למשתתף. מטרתו לתת למשתתף את סיכום תשובותיו באמצעות תרשימים והמשתתף יכול לקבל שיקוף של תפיסתו העצמית. הסיכום החזותי מאפשר לצרכן ולצוות תשתית לתכנון, בנייה, יישום ומעקב אחר התוכנית השיקומית האישית לאורך זמן. תהליך זה מאפשר לאדם להשיג בעלות רבה יותר על התהליך השיקומי האישי שלו ומקדם שינוי במידת הרצון והצורך. משוב דומה ניתן לאנשי צוות על השאלונים שמילאו אודות הצרכנים שעמם הם עובדים. מתן שני המשובים, לכל אחד מהצדדים, יוצר הזדמנות להשוואה ושיח אודות תהליך השיקום וההחלמה של צרכן השירות.
2. משוב לכל מסגרת על כל הצרכנים שמילאו את השאלון. במשוב תקציר על עיקרי התחומים ושני חלקים: בחלק הראשון מוצגים ממצאים דמוגרפיים אודות הצרכנים והנתונים שנאספו אודות תחומי החיים השונים שלהם; בחלק השני מוצגות תפיסות אנשי הצוות ביחס לאותם התחומים בהשוואה לתשובות הצרכנים. משוב זה נשלח לשירותי השיקום, והעתק נשלח לצוות השיקום המחוזי של משרד הבריאות. אחת ממטרותיו לסייע בבניית תוכנית העבודה השנתית, שתעסוק גם בהיבטים הטעונים שיפור ושינוי וגם בהיבטים המצריכים שימור.

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

3. דוח שנתי המסכם את כלל הממצאים ברמה הארצית מוגש למחלקת השיקום באגף לבריאות הנפש של משרד הבריאות ולאחר מכן מפורסם בשקיפות מלאה לכלל בעלי העניין. מטרת הדוח לספק תמונה כוללת ולסייע בעיצוב המדיניות.

#### מאפייני האוכלוסייה

מתחילת התוכנית באפריל 2013 ועד אפריל 2017 מולאו 21,336 שאלוני צרכנים ו-19,230 שאלוני אנשי צוות. איסוף שאלונים מצרכני סל שיקום ומאנשי הצוות המלווים נקרא סבב. לאחר ה"חלוץ" הוחל סבב א' של מילוי שאלונים. קצב איסוף הנתונים בסבב ב' מהיר באופן ניכר מקצב איסוף הנתונים בסבב א'. בנוסף, בסבב ב', בניגוד לסבב א', כמעט אין פער בין מספר השאלונים הנאספים מהצרכנים לבין מספר השאלונים הנאספים מאנשי צוות. כ-21,837 איש צרכני שירותי שיקום באפריל 2017. 12,073 צרכנים, שהם 55% מכלל הצרכנים, חתמו על טופס הסכמה מדעת. 91% מהצרכנים שחתמו על טופס הסכמה מילאו שאלונים (10,972).

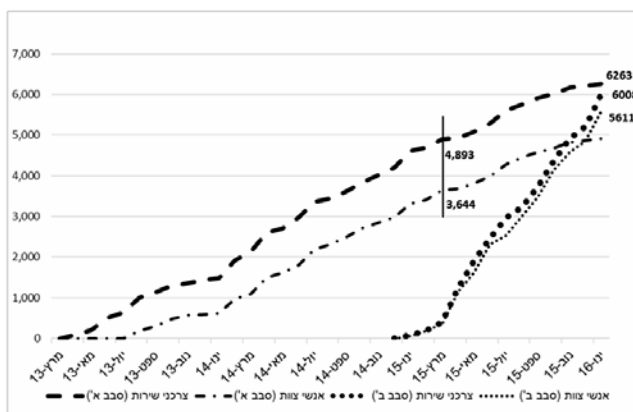
תרשים 1 מציג את קצב מילוי השאלונים של הצרכנים ושל אנשי הצוות המלווים אותם, לפי סבב איסוף השאלונים. הבדלים אלו בין הסבבים מושפעים ככל הנראה מההבדל בסיוע שקיבלו המשיבים: בסבב א' הסתייעו כמחצית מהמשיבים בסוקרים חיצוניים בעת מילוי השאלון, ואילו בסבב ב' סייעו אנשי הצוות המלווים. מחקר שהתמקד בהשפעות תמיכות פנימיות וחיצוניות דיווח שכמעט לא היו הבדלים (Gelkopf et al., 2015). כמו כן נראה שההצלחה בשכנוע הצרכנים ואנשי הצוות בחשיבות התוכנית ונחיצותה משפיעה על נכונותם להשתתף בתוכנית ולמלא את השאלונים.

נתונים דמוגרפיים ראשוניים של צרכני שירותי שיקום, שהשתתפו עד כה במדידות התוכנית במחוזות בצפון ובמרכז בסיום סבב א' (n = 4,545), מצביעים על כך שרובם גברים (58%), רווקים, גרושים או אלמנים (83%). התפלגותם לפי גיל היא כדלקמן: 21% בני 35 שנים ופחות; כמעט מחציתם (49%) בני 36–55 ו-30% מהם בני 56 ומעלה. 15% מהם למדו עד 8 שנות לימוד, ו-47% 9–12 שנות לימוד. האבחנה השכיחה ביותר היא סכיזופרניה (82%), ולכשליש יותר מאבחנה אחת. מידע על האבחנה בא מנתונים שהתקבלו ממחלקת מידע והערכה של משרד הבריאות על פי האבחון האחרון שקבע פסיכיאטר בשחרור מהאשפוז האחרון בבית חולים פסיכיאטרי, או בעת טיפול במרפאה לבריאות נפש.

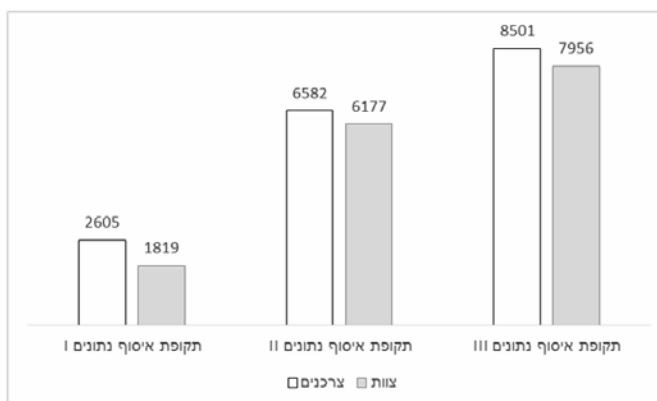


התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום כבריאות הנפש בקהילה בישראל

**תרשים א1: קצב מילוי השאלונים של צרכני השירותים ואנשי הצוות המלווים אותם**



**תרשים ב1: התקדמות איסוף הנתונים**



**ממצאים ראשוניים**

מרבית הצרכנים מועסקים או מתנדבים (80%) במסגרת כלשהי. מכלל המשיבים רק 10% ציינו שהם נמצאים במסגרת לימודית. כ-40% מהצרכנים הצורכים שירותי דיור מתגוררים בהוסטלים וכ-60% בדיור מוגן. מכלל הצורכים שירותי תעסוקה, כ-63% נמצאים במפעל מוגן. נמצא שמועדון חברתי למבוגרים הוא סוג השירות החברתי השכיח (כ-90% מכלל המקבלים שירותי פנאי וחברה). ככלל, 23% צורכים רק שירות אחד, 43% צורכים שני שירותים וכשליש צורכים שלושה שירותים או יותר.

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

מרבית הצרכנים שנבדקו בתוכנית עד כה (80%) ואנשי הצוות שלהם מדווחים כי בשנה האחרונה הצרכנים הציבו לעצמם מטרות שיקומיות. נמצא שתחום התעסוקה הוא התחום המוביל מבחינת שיעור הצבת המטרות (כ-40% מכלל המטרות שצוינו). על פי הדיווח העצמי של המשיבים נמצא ש-74% מהמטרות שהציבו לעצמם הושגו במלואן או בחלקן. עוד עולה מהשאלונים כי הצרכנים מדווחים על איכות חיים, תפקוד, ותחושת העצמה והחלמה גבוהים (הממוצעים הם 3.5, 4 ו-3.8 מתוך 5, בהתאמה) ועל כך שהם חווים שינויים לטובה במצבם במרבית תחומי החיים שנבדקו. השוואת דיווח הצרכנים לדיווח של אנשי הצוות מצביעה על פערים בדיווח על הצבת המטרות ועל מידת השגתן. פערים אלו גדולים במיוחד בתחום התעסוקה. שיעור הצבת מטרות בתחום זה גבוה יותר לפי דיווחי אנשי הצוות מאשר דיווחי הצרכנים. בנוסף, בתחומי הלימודים, בריאות הנפש והזוגיות, מעט יותר צרכנים (בין 4% ל-7% יותר) דיווחו על מטרות בתחומים אלו לעומת מה שדיווחו אנשי הצוות.

#### לוח 1. הלימה בהגדרת מטרות בין צרכני השירותים לאנשי הצוות

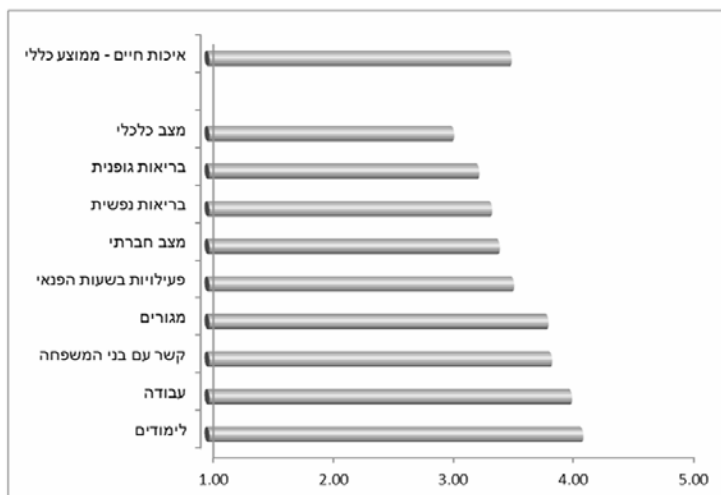
תחום	צרכנים N	הלימה בהגדרת מטרה	
		בין אנשי הצוות לצרכנים	אחוז מהצרכנים שהגדירו מטרה
תעסוקה	951	667	70.1%
לימודים	432	192	44.4%
מגורים	364	122	33.5%
בריאות גופנית	348	116	33.3%
פנאי	348	104	29.9%
זוגיות	405	120	29.6%
כלכלה	208	55	26.4%
קשרים חברתיים	254	64	25.5%
בריאות הנפש	455	112	24.6%
משפחה	133	28	21.0%

מלוח 1 עולה כי בתחום התעסוקה הייתה ההלימה גדולה ביותר (70% הלימה) בין דיווח הצרכנים לבין דיווחי אנשי הצוות על הסכמה כי לצרכנים אכן יש מטרה בתחום זה. בכל שאר התחומים הייתה הלימה קטנה בהרבה (44% או פחות) בין דיווח אנשי הצוות לדיווח הצרכנים.

התרשימים הבאים מציגים כיצד דירגו הצרכנים את מדדי התוצאה בתחומי איכות חיים, תפקוד, החלמה והעצמה.

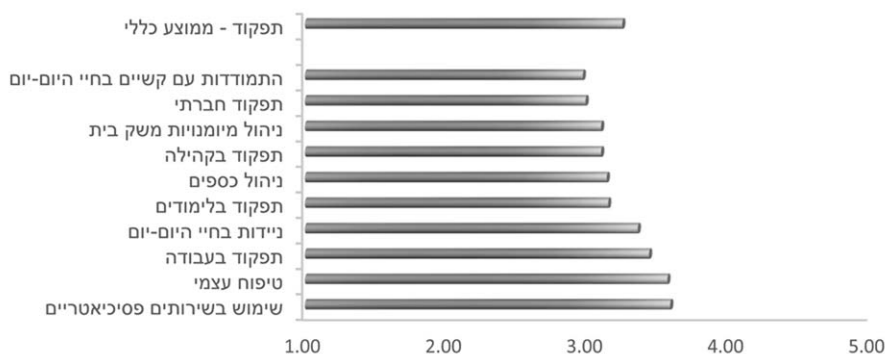
התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום כבריאות הנפש בקהילה בישראל

**תרשים 2: הערכת צרכני השירותים את רמת שביעות רצונם מאיכות חייהם**



מתרשים 2 עולה כי הערכת איכות החיים של הצרכנים היא הגבוהה ביותר בתחומים הבאים: לימודים, עבודה, קשר עם בני המשפחה ומגורים. התחום שדורג נמוך ביותר הוא המצב הכלכלי. ציון איכות החיים הממוצע בסולם ההערכה המקוצר של איכות החיים של מנצ'סטר (MANSA) (Pribe et al., 1999) הוא 3.5 מתוך 5.0.

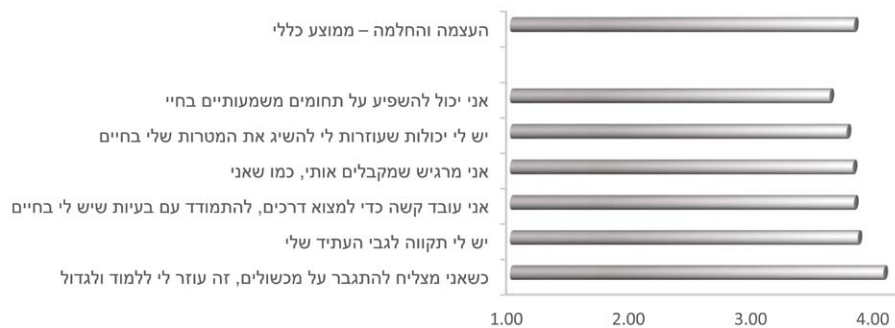
**תרשים 3: הערכת צרכני השירותים את רמת תפקודם**



צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

מתרשים 3 עולה כי תפקוד המשיכים דורג כגבוה ביותר בתחומים הבאים: שימוש בשירותים פסיכיאטריים וטיפול עצמי. התחומים שדורגו כנמוכים ביותר הם: תפקוד חברתי והתמודדות עם קשיים בחיי היום-יום. ציון התפקוד הממוצע המבוסס על סולם ההתנהגות וזיהוי תסמינים (Behavior and Symptom Identification Scale –) (BASIS-32, BASIS-R 5.0) (Eisen et al., 1999; Eisen et al., 2004) ועל סולם התפקוד (The Role Functioning Scale RFS) (Goodman et al., 1993), הוא 4.0 מתוך 5.0 (לאחר המרת הסולם המקורי מסולם של 4 לסולם של 5 רמות).

#### תרשים 4: הערכת צרכני השירותים את מידת העצמתם והחלמתם



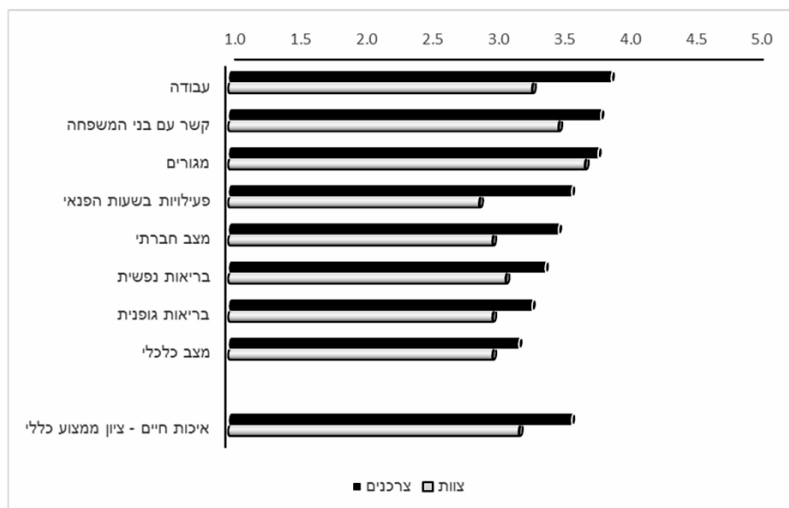
מהתרשים עולה כי ההיגד שדורג גבוה ביותר הוא: "כשאני מצליח להתגבר על מכשולים, זה עוזר לי ללמוד ולגדול". ההיגד שדורג נמוך ביותר הוא: "אני יכול להשפיע על תחומים משמעותיים בחיי". ציון ההעצמה והחלמה הממוצע המבוסס על Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness scale (Mueser & Gingerich, 2005) הוא 3.8 מתוך 5.0.

#### השוואת דיווחי הצרכנים לדיווחי אנשי הצוות

מהשוואת הדיווחים עולה כי דירוג אנשי הצוות נמוך מדירוג הצרכנים בכל התחומים. עם זאת, ישנה כיוונית דומה: התחומים שהצרכנים דירגו במקום הגבוה ביותר או הנמוך ביותר מדורגים לרוב במקום הגבוה ביותר או הנמוך ביותר גם בידי אנשי הצוות. כך למשל, ציון איכות החיים הממוצע לפי דירוג הצרכנים נמצא שווה ל-3.5 ואילו דירוג אנשי הצוות נמצא שווה ל-3.1 (בסולם של 1-5). התחומים שבהם הערכת איכות החיים של אנשי הצוות והערכת הצרכנים עצמם, היא הגבוהה ביותר, הם: עבודה, קשר עם בני המשפחה ומגורים. התחומים שהצרכנים דירגו במקום הנמוך ביותר הם: מצב כלכלי ובריאות גופנית; והתחומים שהצוות דירג כנמוכים ביותר הם מצב חברתי ופעילות בשעות הפנאי (תרשים 5).

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום כבריאות הנפש בקהילה בישראל

**תרשים 5: הערכת צרכני השירותים ואנשי הצוות את איכות החיים של הצרכנים**



ממצאים נוספים מניתוח הנתונים שנאספו במסגרת התוכנית מעידים על קשר בין הלימה בין אנשי הצוות לצרכנים בנוגע לתחומים שבהם יש לצרכנים מטרות שיקום לבין מידת השגת מטרות אלו (לפי דיווחי הצרכנים). כך, במאמר שסקר נתונים על 2,885 צרכנים שהשתתפו בסבב א' של איסוף הנתונים ושעליהם היה מידע גם משאלונים של אנשי הצוות שמלאו שאלונים אודותם, נמצא כי בקרב 54% מהצרכנים שציינו כי יש להם מטרות שיקום שברצונם להשיג, הייתה הלימה עם דיווחי אנשי הצוות (אשר דיווחו על אותן מטרות). עוד נמצא כי 75% מהצרכנים דיווחו על השגת מטרותיהם, וכי הסיכוי להשגת מטרות היה גבוה בקרב צרכנים אשר נמצאה הלימה בדיווח שלהם ושל אנשי הצוות שלהם בנוגע לתחומי המטרות (Shadmi et al., 2017).

בנוסף, ממחקר שבדק את הקשר בין מדדי תוצאה לאשפוז פסיכיאטרי תוך 6 או 12 חודשים מעת מילוי השאלון עלה, כי דיווחי הצרכנים על שביעות רצונם מאיכות החיים שלהם מהווה מדד מנבא לאשפוז פסיכיאטרי תוך 6 חודשים ממילוי השאלון (odds ratio [OR]=0.71, 95% CI: 0.59-0.86) ודיווח הצרכנים על העדר השפעת התסמינים על תפקודם (כלומר מדד "הפוך" ל"מידה שבה התסמינים משפיעים על התפקוד") מהווה מדד מנבא לאשפוז פסיכיאטרי תוך 12 חודשים ממילוי השאלון (OR=0.83, 95% CI: 0.74-0.93). תוצאות אלו נמצאו מובהקות ברגרסיה לוגיסטית מרובת משתנים אשר נכללו בה גורמי סיכון ידועים, כגון גיל, שימוש בסמים והיסטוריה של אשפוזים קודמים (Shadmi et al., 2017).

### אתגרים ולקחים: פעולות להטמעת התוכנית בשטח

יישום התוכנית טומן בחובו הזדמנות להוביל את שירותי השיקום לעבודה המבוססת על מידע ונתונים, תוך בדיקה מתמדת של העשייה בשטח. יחד עם ההזדמנות לטיוב השירותים, התוכנית היא אתגר גדול, כי היא מצריכה שינוי רב-מערכתי ארוך-טווח, הן ברמה הרעיונית והן ברמה הביצועית. אך טבעי ששינוי זה מעורר לעתים התנגדות וחששות של המעורבים בדבר (מהצרכנים ועד צוותי סל שיקום המחוזיים) ומלווה בקשיים ואתגרים רבים.

בראש ובראשונה חשוב לתת את הדעת לעובדה כי בעלי עניין שונים נטו שלא לקחת חלק בתוכנית; עבור חלק מהמשתתפים מדובר בביצוע מטלות נוספות (כגון: השתתפות בפגישות הסבר אודות התוכנית, מטרותיה והפעלתה, הכנה לקראת שלבי ההערכה בשירות, החתמת צרכנים על טופסי הסכמה מדעת, מילוי שאלונים וסיוע לצרכנים במילוי השאלונים).. התנגדות הצוותים, בעיקר בראשית התהליך, באה לידי ביטוי באי-שיתוף פעולה, בשיעורי היענות נמוכים למלא את שאלוני הצוות, ובשימוש מוגבל בשאלון ככלי הערכה בעבודתם השוטפת.

אחרים חוו את ההערכות כחדירה לפרטיותם. החשש העיקרי היה בעניין הסודיות, כלומר הם חזרו ובדקו מי האנשים שיוכלו לראות את התשובות, מתוך חשש שיועזבו בידי השירות בגלל התשובות וגם מפני אובדן הפרטיות. גם אנשי הצוות המלווים הביעו חשש מפני מילוי ההערכות, מסיבות אחרות: השאלון כולל הזדהות ומידע נוסף על אנשי הצוות, והם חששו שבוחנים את פועלם, כגון: אם ההערכות שלהם תהיינה שונות מהערכות הצרכנים עלולה להצטייר תמונה של היכרות לא מספקת שלהם עם הצרכנים. כמו כן הועלו חששות שהמילוי יפגע בקשרים השיקומיים בין איש הצוות לצרכן, וכי הצרכנים יביעו תרעומת על הליכי הליווי.

צוותי סל השיקום המחוזיים, מנהלי מסגרות השיקום, צוותי השיקום עצמם וגם הצרכנים העלו תהיות לגבי היכולת להקיש מסקנות משמעותיות מנתונים הנאספים מאוכלוסייה כל-כך הטרוגנית. הועלתה גם השאלה מהן ההשלכות וההשפעה של השימוש במידע על עבודת נותני השירות עצמם. קולות אלו מציינים את הדילמה הכללית בשאלת הערכה ומדידה של היבטים סובייקטיביים בחיי האדם. דילמה זו עולה בעיקר מצוותי סל השיקום המחוזיים, יחד עם החשש כי חשיפת הנתונים ויישום עקרון שקיפות המידע עלולים להוביל לתחרות לא בריאה בין השירותים והמחוזות ואפילו להטיות עתידיות במילוי השאלונים.

כדי לתת מענה לסוגיות אלו, מתחילת יישומה של התוכנית, ניתנה אפשרות לכל בעלי העניין להביע את החששות, בכל מפגש בנושא, והוסבר להם כי מטרת התוכנית

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל

הייתה ועודנה להשתמש במידע כדי ללמוד כיצד אפשר לשפר את מתן השירותים ולא כהליך בקרה. בנוסף, הצוות המקצועי מטעם אוניברסיטת חיפה, האמון על הטמעת התוכנית הסביר כי אחת מהמטרות המרכזיות בתוכנית היא זכותם של הצרכנים לנטר וללמוד על תחומים מרכזיים בחייהם, באמצעות מילוי שאלון הערכה אישית, שיטתי ושגרת, שאינו תלוי במסגרת שבה האדם מקבל את השירות. הודגש כי מדובר בהערכה שאמורה להתבצע מדי שנה, בכל מסגרת שבה הצרכן מקבל שירות, וכי ההערכה אמורה לשמש כלי עזר לבנייה ויישום של תוכניתו השיקומית האישית. יתר על כן, התכנון, העיצוב וההוצאה לפועל של התוכנית נעשו מתוך הכרה וידיעה כי אין די בכך שבעלי העניין יבינו שהתוכנית יכולה לסייע, אלא חשוב שיחוו זאת בפועל, באמצעות שימוש בתוצרי התוכנית – האישיים, המסגרתיים, המחוזיים או הארציים. המחקר החלוץ נועד לוודא כי התוכנית ישימה.

ההתמודדות של הצוות המקצועי של הפרויקט עם התנגדותם של נותני השירות עצמם נעשתה מתוך ראייה של חוויה בפועל. הופעל מאמץ גדול לאפשר לצוותים ללמוד ולחוות את היתרונות האפשריים של התוכנית, באמצעות פיתוח מערך הכשרה, הדרכה וליווי צמוד בשטח, פיתוח חומרים "ידידותיים למשתמש", נגישות מרבית לשאלות, פגישות אישיות וסדנאות תקופתיות בהשתתפות צוותי שירותי השיקום, מנהלים מקצועיים, וצוותי סל שיקום במחוזות השונים. יש לציין כי לאחר רתימתם של הצוותים המחוזיים, הם עצמם הפכו גורם תומך ומעודד בתהליך היישום. בנוסף לפעולות אלה, פיתח צוות התוכנית תפקיד חדש – "מלווה מסגרות". תפקידו של "מלווה מסגרת" הוא להנגיש את התוכנית לשטח, החל ממיפוי המסגרות, דרך הכשרת הצוותים שיעזרו בהעברת השאלון, צפייה בצוותי השיקום המסייעים לצרכנים למלא את השאלונים, מתן משוב לצוותים, וכלה בעזרה למסגרת באמצעות מעקב אחר מילוי השאלונים, כלומר השוואת מספר השאלונים שמולאו בפועל למספר הצרכנים אשר חתמו על טופס הסכמה מדעת, זאת כדי להעלות את אחוז מילוי השאלונים במסגרת. "מלווה המסגרות" הם אלו המדריכים את נותני השירות, בין היתר, כיצד לשלב את תוצרי התוכנית בעבודתם היום-יומית עם הצרכנים בקידום תוכניותיהם האישיות. שילוב "מלווה המסגרות" הביא לשיפור ניכר במידת שיתוף הפעולה של הצוותים. השינוי בא לידי ביטוי בהבעת העניין ובניסיון לשלב את כלי ההערכה של מדדי התוצאה בעשייה השוטפת. הגברת שיתוף הפעולה נבע גם מהחיבור שעשה צוות התוכנית בין תהליך האיסוף והשימוש בנתונים לבין עקרונות השיקום וההחלמה, שעליהם מתבססת התפיסה המקצועית של הצוותים בשטח. במקביל ליישום התוכנית מגבש מטה השיקום באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות נהלים ודרכי עבודה חדשים ומובנים להנגשה מרבית של התוכנית, ובניהם הגדרת תפקידים ייעודיים להובלת התוכנית הן במחוז והן בשדה. כך הוגדרו תפקידם של "רפרנטים מחוזיים" מקרב צוות השיקום המחוזי, ו"אנשי קשר" ספציפיים בכל

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

שירות שיקומי. כמו כן הוגדר תפקיד חדש במרכז החדש של מערך הדיור והוא "נאמן אבטחת איכות", שחלק מתפקידיו יהיה להוביל את הטמעת התוכנית במסגרות הדיור. בנוסף לכך, רכזי השיקום האזוריים מעודדים את מילוי השאלון ואת השימוש בתוצריו כחלק אינטגרלי מבניית תוכנית שיקום אישית, והדבר מקבל ביטוי בוועדות סל שיקום, המזמינים באופן זה את הצרכנים להשמיע את קולם באמצעות מענה על השאלון אחת לשנה, ובכך מעניקים להם הזדמנות להשפיע על שיפור שירותי השיקום. בנוסף לאמור לעיל, וכחלק מהמנגנון לעידוד ובקרה על תהליך ההטמעה, הוגדרו מאפייני הליכה של תהליך יישום התוכנית. אלה מהווים חלק ממנגנון רחב יותר שמוביל מטה השיקום במשרד הבריאות הקשור בפיתוח והטמעה של כלי להערכת האיכות המקצועית של שירותי השיקום (Fidelity Scale) אשר בודק את מידת מוכוונותם של שירותי השיקום לעקרונות השיקום וההחלמה, ובכלל זה בוחן את יישום תוכנית מדדי התוצאה, את אופן העברתה ואת מידת השילוב של התוצרים בעשייה השיקומית בכל שירות ועבור כל צרכן, במסגרת ועדות המעקב הפרטניות.

מטה משרד הבריאות וצוותי סל השיקום המחוזיים מעבירים מסר למנהלי מסגרות השיקום, לצוותי השיקום ולצרכנים עצמם, כי מילוי השאלון הוא חלק מהעשייה השיקומית, ומעבר הדרגתי לתמיכה פנים-ארגונית, במקביל לעזיבה הדרגתית של צוות התוכנית והעברה הדרגתית של התוכנית לתפעול מלא של משרד הבריאות. אלה חלק מהפעולות שנעשות וייעשו למען העלאת שיעור ההיענות של הצרכנים להשיב על השאלון להערכת מדדי התוצאה, והן מקבלות תימוכין במאמרים המתארים תוכניות להערכת מדדי תוצאה, המיושמות במדינות שונות בעולם (Brower, 2003; Pirakis & Callaly, 2010; Trauer, 2010). בפרספקטיבה של כחמש שנים מאז יציאת התוכנית לדרך, אפשר לומר כי העלייה הניכרת במספר הצרכנים שמילאו שאלונים, וגם התחלת השימוש בתוצרים, מעוררים תקווה שהמאמצים יישאו פרי וכי החשדנות הראשונית (הצפויה מראש), הופכת לאמון גדול יותר ומעורבות פעילה.

#### פלטפורמה מחשובית להטמעת התוכנית

כחלק מהניסיון לייעל ולשפר את תהליך איסוף הנתונים ולהטמיע את התוכנית, כחלק מהעשייה השיקומית השגרתית של צוותי השיקום, הוערכו ההיתכנות והכדאיות של השימוש בשאלונים ממוחשבים. אלה הוכחו יעילים מאוד בשלב החלוץ מבחינת שיעור ההסכמה להשתתף בתוכנית, ביכולת להנגיש את השאלון לצרכנים שהתגוררו בקהילה, בצמצום הצורך במגע אישי בין צוות תומך חיצוני לצרכן ובהנפקת המשובים האישיים לצרכנים מיד עם סיום מילוי השאלון. לאחר חשיבה מעמיקה, בדיקת אפשרויות רבות ודיונים רבים, החליט משרד הבריאות לעשות שימוש בפלטפורמה ממוחשבת ומאובטחת להעברה ואיסוף המידע באופן ממוחשב (דרך הפורטל). בנובמבר 2016



התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל

החל תהליך הדרגתי של מילוי שאלונים ממוחשבים. תהליך זה אומנם דרש משאבי זמן ותקציב רבים, אך עתיד לשמש מסד להמשכיות התוכנית ושימורה באמצעות בסיס ממוחשב אשר יהיה נגיש לתפעול עבור כלל שירותי השיקום, ויאכוף את נוהלי אבטחת המידע, תוך הנפקה מהירה של תוצאות.

### מגבלות התוכנית

יחד עם הישגיה הלא מבוטלים של התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום, ראוי לציין גם את מגבלותיה הבולטות. בראש ובראשונה, למרות המאמצים האדירים, בספטמבר 2016 רק כ-57% מצרפני סל שיקום חתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתף בפרויקט, ועל כן לא התאפשר איסוף הנתונים מיותר משליש האוכלוסייה. בנוסף, כפי שאפשר לראות, ציוני המדדים שהתקבלו גבוהים למדי, ואילו השונות נמוכה, דבר המקשה על עריכת השוואות ועל הערכת שינויים לאורך זמן. לבסוף, המידע הנאסף נסמך על דיווח עצמי, הן של הצרכן והן של איש הצוות. משום כך ייתכן שהוא נתון להטיות מסוגים שונים, כגון הצורך של הצרכן לרצות את איש הצוות המסייע במילוי השאלון לאור הקשר ביניהם, או החשש כי מילוי "כן" יוביל להשלכות שליליות עבור הצרכן, כגון הפסקת השירות. הטיה נוספת יכולה לנבוע מעצם המילוי העצמאי של הצרכן ואי-הבנת ניסוחן של שאלות מסוימות. לחלופין, אם איש הצוות סייע בהנגשת השאלון, ייתכן שהסיוע לא היה ניטרלי די הצורך ועלול לכוון את תשובותיו של הצרכן. לבסוף, כיוון שהתקבלו ציוני מדדים די גבוהים, חשוב לזכור כי ייתכן שמדובר ברצון טבעי לתפיסה עצמית של יכולות ומסוגלות, וזה עשוי להשפיע על הדירוג.

### המצב הנוכחי והערכות לעתיד

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום היא אחת התוכניות השאפתניות ביותר שביצעה מערכת השיקום בבריאות הנפש בשנים האחרונות והיא מהווה תוכנית דגל. תוכנית זו עשויה לשנות באופן ניכר לא רק את פני מערך השיקום בבריאות הנפש, אלא אף את מערך שירותי בריאות הנפש ככלל. כחמש שנים לאחר תחילת התוכנית נראים כמה הישגים: גובש צוות מוביל אשר מחויב לקידום, לפיתוח, ליישום ולהטמעה של תוכנית זו. עובדי השיקום בשטח משתפים פעולה באיסוף הנתונים ובשימוש בתוצרים, למרות ההתנגדות הראשונית, וחלקם אף שילבו כבר חלק מהתוצרים, כמו תמונות מצב, בשגרת עבודתם. בנוסף, פותחו מערכי הכשרה והדרכה על אופן השימוש בשאלונים ובתוצרים השונים, עוצבו שאלונים בעלי אפיונים פסיכומטריים טובים, בוצעה תוכנית חלוץ, אשר הוכיחה את היתכנות תהליך איסוף נתונים והבטחת המשכיות התוכנית הן מבחינה מנהלית

צוות המרכז להכשרה לחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה

במחוזות והן מבחינה תפעולית בשטח, נבנתה פלטפורמה למילוי שאלונים באופן ממוחשב ואף החל השימוש בה.

אנו תקווה כי באמצעות התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום בבריאות הנפש בישראל אפשר יהיה בשנים הבאות לספק מידע לקובעי מדיניות, למנהלי שירותי השיקום, לעובדי השיקום, לצרכנים ולבני משפחה על יעילותם ומועילותם של שירותי השיקום. תחומים חשובים שאנו מבקשים לבחון הם: אפיוני הצורכים שירותי שיקום; דפוסי צריכת שירותי שיקום פסיכיאטריים; תהליכים בקבלת שירותי שיקום; איכות השירות; גורמים הקשורים לשירותי השיקום ולצרכנים, המשפיעים על מדדי התוצאה של הצרכנים; עלות-תועלת של מערכת השיקום; והשפעת השימוש בשירותי השיקום על מדדי תוצאה אובייקטיביים וסובייקטיביים של הצרכנים.

למרות האתגרים שהתמודדנו עימם, אין ספק כי התוכנית הופכת בהדרגה למקובלת ומוערכת יותר. האתגרים העתידיים הם: המשך זיהוי התרומות הפוטנציאליות, המשגת התוכנית והנגשתה לכל בעלי העניין. האתגר הבא הוא ליצור קהילה של צרכנים, בני משפחה ואנשי מקצוע, הרואים במילוי שאלוני הדיווח העצמי זכות בסיסית שלהם, חווים חוויה חיובית בכך ורואים את הפוטנציאל הגלום בזיהוי תהליכי שירותי שיקום מכווני אדם, בהגדרת מטרות ואמצעים לקידום תהליכי השיקום וההחלמה. כמו כן, אנו תקווה כי המשוב האישי יספק הזדמנויות לשיח שיקומי משמעותי בין הצרכן ואיש השיקום ויביא לשיפור שיתוף הפעולה ויחסי הקרבה ביניהם; ושידוחות המשוב למסגרות השיקום ולמשרד הבריאות יסייעו לשיפור תהליכי קבלת החלטות מבוססות נתונים ובכך לשיפור איכות המערכת. לבסוף, איסוף הנתונים העשיר, הנרחב והרב-ממדי עשוי לסייע בפיתוח הידע המדעי והיישומי באמצעות זיהוי הגורמים התורמים לשינוי לאורך זמן.

---

## מקורות

---

- אבירם, א. (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים והיערכות לעתיד. רפואה, 14, 14-23.
- אבירם, א. (2013). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים. סדרת ניירות מדיניות. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, נייר מדיניות מס' 2013.15, 1-25.
- אליצור, א., ברוך, י., לרנר, י. ושני, מ. (2004). הרפורמות בבריאות הנפש בישראל. בתוך י. קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים (301-332). ירושלים: מרכז טאוב.
- מבקר המדינה (ספטמבר, 2006). דוח תקציב שנתי מס' 57' לשנים 2005, 2006. ירושלים: מבקר המדינה ונציב תלונות הציבור.
- משרד הבריאות (2017). נתוני מחלקת מידע והערכה, אגף המחשוב. תקשורת אישית.

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליכים במערך השיקום כבריאות הנפש בקהילה בישראל

- שטרך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד. ופישמן, נ. (2011). תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שרשבסקי, י. (2006). שיקום נכי נפש בישראל. תהליכים ואתגרים. בתוך: א. אבירם, וי. גינת (עורכים), שירותי בריאות נפש בישראל, מגמות וסוגיות (357–387). תל-אביב: צ'ריקובר.
- Aviram, U., Ginath, Y., & Roe, D. (2012). Mental health reforms in Europe: Israel's rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services, 63*, 110–112. doi: 10.1176/appi.ps.201100009
- Brower, L. A. (2003). The Ohio mental health consumer outcomes system: Reflections on a major policy initiative in the US. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 400–406. doi: 10.1002/cpp.386
- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's psychiatric rehabilitation law. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 48*, 227–229.
- Eisen, S. V., Normand, S.-L., Belanger, A. J., Spiro, A., & Esch, D. (2004). The revised behavior and symptom identification scale (BASIS-R). *Medical Care, 42*, 1230–1241. doi: 10.1097/00005650-200412000-00010
- Eisen, S. V., Wilcox, M., Leff, H. S., Schaefer, E., & Culhane, M. A. (1999). Assessing behavioral health outcomes in outpatient programs: Reliability and validity of the BASIS-32. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 26*, 5–17. doi: 10.1007/bf02287790
- Gelkopf, M., Pagorek-Eshel, S., Trauer, T., & Roe, D. (2015). Routine outcome measurement in mental health service consumers: Who should provide support for the self-assessments? *Evaluation and Program Planning, 50*, 43–46. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2015.02.001
- Goodman, S. H., Sewell, D. R., Cooley, E. L., & Leavitt, N. (1993). Assessing levels of adaptive functioning: The role functioning scale. *Community Mental Health Journal, 29*, 119–131. doi: 10.1007/bf00756338
- Grinshpoon, A., Abramowitz, M. Z., Lerner, Y., & Zilber, N. (2007). Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(5), 355–359. doi: 10.1007/s00127-007-0167-2
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (Revised ed.). Rockville, MD: National Institute of Mental Health, US Department of Health, Education and Welfare.
- Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., & Fargas, A. (2003). The clinical global impression-schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(s416), 16–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x>
- Hornik-Lurie, T., Zilber, N., & Lerner, Y. (2012). Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel: The factors involved. *Israel Journal of Health Policy Research, 1*, 24. doi: 10.1186/2045-4015-1-24
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*, 443–453. doi: 10.1007/bf01530764
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (Eds.) (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Lerner, Y., Hornik-Lurie, T., & Zilber, N. (2012). The effect of the implementation of the rehabilitation of the mentally disabled in the community law in Israel on the pattern of psychiatric hospitalizations. *International Journal of Mental Health, 41*(3), 45–59. doi: 10.2753/imh0020-7411410303
- Levav, I., & Grinshpoon, A. (2004). Mental health services in Israel. *International Journal of Psychiatry, 4*, 10–14.
- Mueser, K.T., & Gingerich, S. (2005). Illness management and recovery (IMR) scale. In T. Campbell-Orde, J. Chamberlin, J. Carpenter, & H. Leff (Eds.), *Measuring the promise: A compendium of recovery measures* (vol. 2, pp. 124–132). Cambridge, MA: Evaluation Center at Human Services Research Institute.
- Pirkis, J., & Callaly, T. (2010). Mental health outcome measurement in Australia. In T. Trauer (Ed.), *Outcome measurement in mental health: Theory and practice* (pp. 15–25). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry, 45*, 7–12. doi: 10.1177/002076409904500102
- Roe, D., Drake, R. E., & Slade, M. (2015). Routine outcome monitoring: An international endeavour. *International Review of Psychiatry, 27*(4), 257–260. doi: 10.3109/09540261.2015.1070552
- Roe, D., Gross, R., Kravetz, S., Baloush-Kleinman, V., & Rudnick, A. (2009). Assessing psychiatric rehabilitation service (PRS) outcomes in Israel: Conceptual, professional, and social issues. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 46*, 103–110.
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Lachman, M., & Kravetz, S. (2007). Selecting and implementing evidence-based practices in psychiatric rehabilitation services in Israel: A worthy and feasible challenge. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 44*, 47–53.
- Roe, D., Werbeloff, N., & Gelkopf, M. (2010). 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.
- Shadmi, E., Gelkopf, M., Garber-Epstein, P., Baloush-Kleinman, V., Doudai, R., & Roe, D. (2017). Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophrenia Research*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.049
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. New York, NY: Charles Scribner and Sons.
- Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the Discan metric of the Sheehan disability scale. *International Clinical Psychopharmacology, 23*(2), 70–83. doi: 10.1097/yic.0b013e3282f2b4d6
- Trauer, T. (2010). Stakeholders' perspectives in outcome measurement. In T. Trauer (Ed.), *Outcome measurement in mental health: Theory and practice* (pp. 196–205). Cambridge, England: Cambridge University Press.