

חשיבותן של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי

דיויד רועה, אילנית חסון-אוחיון ושלמה קרביץ

רקע

אנשים המחפשים עזרה לבעיה או למצוקה כלשהי הפוגעת בתפקודם ובאיכות חייהם, מעוניינים לרוב לקבל מידע על שירותים אפשריים, על האופציות הטיפוליות שנמצאו אפקטיביות, על אופי הטיפול ועל התוצאות הצפויות מההתערבויות השונות הקיימות. אדם עם שבר בזרוע למשל היה מבקש לקבל מידע על הליכים רפואיים אפשריים, המלצות ביחס לטיפול והוכחות התומכות בהמלצות אלו. הרצון של אנשים לשיתוף בידע רפואי מקובל גם במקרים של מחלות פיזיות מורכבות יותר כמו מחלות לב ונשימה והפרעות חיסוניות.

תהליך זה של שיתוף המטופל במידע על מחלתו משקף שינויים שחלו בשני העשורים האחרונים שבו הקשר שבין 'רופא-חולה' הפך לפחות פטרנליסטי (Charles, Gafni, & Whelan, 1997; Edwards & Elwyn, 2001). לפי המודל הרפואי המסורתי, היה מקובל שהרופא - כמייצג העמדה הסמכותית - מחזיק בכל הידע, החוכמה והתשובות. גישה זו העניקה לרופא סמכותיות רבה ואפשרה לו לחלוק מידע באופן סלקטיבי ביחס לרציונל העומד מאחורי הטיפול או קיומן של אפשרויות טיפוליות שונות. כיום, במהלך הכשרת רופאים וסטודנטים לרפואה, שמים דגש על החשיבות של מתן מידע ועל התייחסות להעדפות אישיות ולשיקולים תרבותיים (O'Connor, Stagey, Rovner, et al., 2001; Towle & Godolphin, 1999). כמו כן, משקיעים מאמצים רבים, אתית ומשפטית, לפתח ולכלול מושגים כמו 'קבלת החלטות משותפת' ו-'הסכמה מדעת' בפרקטיקה הרפואית היום יומית.

שינויים אלו במערכת הבריאות הכללית הפכו את הקשר בין המטפל לבין המטופל לסימטרי יותר ונתנו לגיימצייה לרצון של המטופל להיות מעורב בטיפול שהוא מקבל. יחד עם זאת, נראה כי בתחום של מערכת בריאות הנפש תהליך זה של שינוי הינו איטי במיוחד ונמצא בפער ביחס לתחומי בריאות אחרים (Cutler, 2003; Bevilacqua, & McFaland, 2003; Drake et al., 2003). לכאורה, אדם המחפש עזרה בשל סימפטומים של מחלה נפשית זכאי לקבל מידע ולהשתתף בתהליכי קבלת ההחלטות כמו אדם עם סימפטומים גופניים, אולם במציאות, מתן מידע בדבר אפשרויות הטיפול ושיתוף המטופל בתהליך הטיפולי אינו לרוב חלק בפרקטיקה היום יומית.

יישום של מודל של התערבויות המבוססות על ראיות (Evidence Base Practices) בשיקום פסיכיאטרי עשוי להוות מנוף יעיל בקידום תהליך של שיתוף אנשים עם הפרעות נפשיות בתהליך הטיפול ובאפשרויות הטיפול. מודל זה, שמדגיש את הזכות של אנשים לקבל טיפול שיש לגביו הוכחות שהינו אפקטיבי, יכול לסייע למערכת בריאות הנפש בכלל והשיקום בפרט להתקדם ממודל פטרוני הבוחר ומישם התערבויות ללא קריטריונים מוגדרים וללא בדיקת יעילותן למודל המדגיש שקיפות בבחירת ההתערבויות ובדיקה תמידית של ישומן ויעילותם. על מנת להפוך תהליך זה של שותפות בידע הטיפולי-רפואי ושל שיפור השירות הניתן לאנשים עם הפרעות נפשיות קשות (להלן "מתמודדים") מרטוריקה לשגרת עבודה, יש לשים לב לשלושה אלמנטים

מרכזיים שקשורים ביישום של התערבות: אלמנט אחד קשור לתוצאה (outcome) הרצויה של ההתערבות, אלמנט שני קשור למרכיבי ההתערבות שמחקרים הוכיחו כאפקטיביים בקידום התוצאה הרצויה (evidence based practices), ואלמנט שלישי קשור לדרך שבה התערבות שנבחרה תיושם באופן הנאמן (fidelity) למודל ובכך תגביר את הסיכוי ליעילותה.

בפרק זה נדון בהתערבויות המבוססות על ראיות (evidence based practices) בתחום השיקום הפסיכיאטרי. נתחיל בסקירה של המרכיבים החיוניים שקשורים ביישום של התערבות המבוססת על ראיות, נמשיך בתאור התערבויות שנמצאו כיעילות ונתאר ניסיון ליישם אחת מהן, "ניהול מחלה והחלמה". כמו כן, נדון בתוכניות ואפשרויות עתידיות בתחום היישום של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי.

המרכיבים המרכזיים של התערבויות המבוססות על ראיות

שלושת המרכיבים המרכזיים של התערבויות המבוססות על ראיות הם: תוצאה (outcome), ראייה (evidence), ונאמנות (fidelity).

תוצאה (outcome): תוצאה מתייחסת להיבטים בחיי המתמודד שמהווים מטרה לשינוי ולשיפור. מידת היעילות של השירותים הניתנים נמדדת במידה שבה הם אמנם מאיצים את השינוי המיוחל. תרופות למשל יעילות בניהול סימפטומים; תעסוקה נתמכת מסייעת למתמודדים למצוא עבודה בקהילה; ותכניות של מניעת הישנות המחלה עוזרות למנוע אישפוזים. חלק מהתוצאות נובע ישירות מההתערבות, כמו למשל התוצאה של השגת עבודה באמצעות תכנית של תעסוקה נתמכת, בעוד שתוצאות אחרות מגיעות באופן עקיף, כמו שיפור באיכות חיים כתוצאה מהשגת תעסוקה. חלק מהתוצאות הן קונקרטיות וניתנות לצפייה ישירה ואובייקטיבית, כמו מספר הימים שאדם עבד במהלך חודש, בעוד שאחרות הן יותר סובייקטיביות ואישיות כמו תחושת הסיפוק מסוג התעסוקה.

מצד אחד חשוב להגדיר את התוצאה הרצויה על מנת שאפשר יהיה לכוון את השירותים לשיפור התוצאה, מצד אחר חשוב לזכור שלכל מתמודד, כמו לכל אדם, יש שאיפות ומטרות אישיות משלו, שהן בבחינת ה'תוצאה' הרצויה לו. למשל, אם המטרה של התערבות תעסוקתית מסוימת היא לאפשר למתמודד להשיג ולהחזיק בעבודה קבועה בקהילה, מדד התוצאה של התכנית לתעסוקה נתמכת יכול להיות מספר השבועות שהמתמודד עבד בעבודות מתחרות במהלך תקופה מוגדרת. ייתכן שלמתמודד מסוים יש גם מטרה לעבוד בעבודה מעניינת או מסוימת ואז ברור שהתוצאה הנ"ל אינה בהכרח משקפת את כל המטרות האישיות של המתמודד. לכן, כשמדובר בהגדרת תוצאות ומדידתן חשוב להימנע משתי טעויות שכיחות: האחת, להתפתות להגדרות אובייקטיביות וכלליות שמקלות על המדידה אך מתעלמות מהחשיבות העליונה שכל אדם יגדיר את מטרותיו האישיות, ומאידך גיסא, להימנע לגמרי מלהגדיר או למדוד מטרות שכן הן "אישיות", "מורכבות" או סובייקטיביות מידי ולכן לא ניתנות להגדרה.

תוצאה, ללא קשר לאופן שבה תוגדר, מהווה את המטרה והצידוק למתן שרותים. התוצאה קשורה למידה שבה האדם מתקדם ביחס למטרות שהוגדרו. מדדים מקובלים על מספר הפגישות הטיפוליות אשר מקבל מתמודד או מספר המתמודדים שקיבלו שירות מסוים, נותנים ידע על מידת השימוש (use), אך לא על היעילות (efficacy) של השירותים ולא על רווחת המתמודדים. היעילות של שרותים מתבססת על ראיות בשטח (evidence).

ראיה (evidence): התערבות המבוססת על ראיות (EBP- evidence based practice) היא התערבות שיש לגביה הוכחות לכך שהיא אפקטיבית בסיוע למתמודדים בהשגת מטרות רצויות. הוכחות אלו הן מידע מדעי המושג באופן שיטתי בתנאים המכוונים להפחית עד כמה שניתן הסיכונים של צופה או דיווח עצמי. פרוטופי אידיאלי של התערבות המבוססת על ראיות היא שהאפקטיביות שלה מבוססת על מספר מחקרים שנערכו על ידי קבוצות חוקרים שונות, תוך שימוש במערך מחקר של ניסוי קליני עם רנדומיזציה של משתתפי המחקר לקבוצת ההתערבות ולקבוצת הביקורת (randomized clinical trail). חשוב לציין כי בעוד שהוכחות של התערבות המבוססת על ראיות צריכות להיות מאושרת על ידי המדע, ישנם סוגים נוספים של ראיות שהן בעלי ערך כמו ניסיון אישי, תצפיות או דיווחים אנקדוטיים המאפשרים תובנה ביחס להתערבויות. לעתים קרובות קיים פער בין הסטנדרטים של מחקר אפקטיבי (efficacy) לבין המציאות בשטח. על מנת להתמודד עם פער זה הוצעה גישה של רמות ראיה (Mueser & Drake, 2005). הרמה הגבוהה ביותר של גישה זו בשיקום פסיכיאטרי כוללת התערבות המבוססת על מערכי מחקר מבוקרים. אלו משתמשים במתודות מדעיות כמו ניסוי קליני עם רנדומיזציה ומערך דמוי-ניסוי עם בקרה גבוהה. הרמה הנמוכה ביותר של גישה זו מתייחסת להתערבויות בשיקום פסיכיאטרי הנתמכות בהמלצות של פנל מומחים, בהתבסס על מחקר אמפירי לא מבוקר. לאחרונה נעשה שימוש בהמלצות של פנל מומחים כמתודה לבחירת התערבויות המבוססות על ראיות וככלי לשילוב הגישה של ביסוס התערבויות על ראיות עם הסכמת בעלי העניין השונים (stakeholder consensus)(Mueser & Drake, 2005).

נאמנות לשיטת ההתערבות (fidelity): המטרה העיקרית בבחינה ראשונית של התערבות היא לבסס את הנאמנות שלה למודל המקורי. מטרות שניוניות הן ליצור סטנדרטיזציה של ההתערבות ולפתח מדידה של הנאמנות למודל המקורי של ההתערבות. מדידה של נאמנות זו מכמתת את הדיוק ביישום התערבות סטנדרטית, ובכך מקדמת את האפשרות לרפליקציה מהימנה של ההתערבות (Bond et al., 2002; Mueser,). (Noordsy, Drake, & Fox, 2003; Teague, Bond, & Drake, 1998). מדידת נאמנות זו צריכה להיות חלק אינטגרלי מההליך של ביצוע ההתערבות בתוך מערכת, במטרה להפיק את התוצאות הרצויות.

שירותים פסיכיאטריים בישראל - תמונת מצב

המאמצים לשיקום אנשים עם נכויות נפשיות בקהילה קיבלו תפנית משמעותית עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). עד אז היו השירותים המסופקים למתמודדים מורכבים בעיקר מטיפול בתרופות פסיכותרפיות שניתנו בבתי חולים פסיכיאטריים, במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, ובמרפאות לבריאות הנפש. מטרת החקיקה האחרונה היא שיקום של מתמודדים והכללתם בקהילה על מנת לאפשר להם את מרב העצמאות התפקודית ואיכות החיים, תוך שמירה על כבודם על פי עקרונות חוק-יסוד כבוד האדם וחירותו. החקיקה בנוגע לשיקום של אנשים עם נכות פסיכיאטרית בקהילה מפרטת מערך בסיסי של שירותים שיספקו לאנשים אשר עומדים בקריטריון ההתאמה של החקיקה. כמו כן מוגדרים מנגנונים לקביעת התאמתם של אנשים לשירותים השונים ולשמירה על יישום החקיקה. קטגוריות השירותים המפורטות בחקיקה מתייחסות לתחומים הבאים: תעסוקה, מגורים, חינוך, חברה ושעות פנאי, משפחה, רפואת שיניים ותיאום טיפול. החקיקה החדשה אמורה לסייע למתמודדים להתגבר על המכשולים החוסמים את דרכם למשאבים הפיזיים והחברתיים הדרושים כדי להגביר את איכות החיים בתחומים משמעותיים. נראה כי ההתערבויות המפורטות בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה נבחרו על בסיס הניסיון הקליני, המקצועי והאישי באותו העת, מתוך מגוון השיטות שפותחו בהיסטוריה הקצרה של השיקום הפסיכיאטרי. החקיקה

אינה מגדירה קריטריונים מפורטים לבחירת השיטות הנכללות ברשימת ההתערבויות, ולכן אין אמות מידה וקווים מנחים רשמיים להערכת היתרונות של השיטות עצמן, לדרך יישומן ולמידת האפקטיביות שלהן.

ההרחבה של השירותים לא לוותה במודעות לצורך להעניק שירותים שהאפקטיביות שלהם הוכחה על ידי מחקר ובמידת נאמנות לשיטת ההתערבות. כמו כן, לא קיים שום מעקב שיטתי שבדק אם אכן חל שיפור אצל מקבלי השירות. מאמץ לשלב התערבויות המבוססות על ראיות בפרקטיקה של השיקום הפסיכיאטרי יכול לעודד שילוב של מחקר בהנחיית מדיניות ושירותים ושקיפות לגבי התהליכים וקריטריונים בבחירת ההתערבויות ומידת יעילותן. בהקשר זה נתייחס עתה להתפתחויות בזיהוי וביישום התערבויות שנמצאו כיעילות.

שיטות התערבות המבוססות על ראיות (EBP): הגדרה, בחירה ויישום

ממצאי מחקר מבוקר העלו כי קיימות התערבויות המבוססות על ראיות (EBP) שהן אפקטיביות בהשגת תוצאות רצויות בקרב מתמודדים (Mueser, Torrey, Lynde, Singer & Drake, 2002). נותרת פתוחה השאלה בדבר הקריטריונים לפיהם נמדדת איכות הראיות המעידות על האפקטיביות של שיטות ההתערבות האלה. השיטה לבחירת התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי התבססה על ישיבות מומחים. כל מפגש מומחים היה מורכב משני שלבים: ראשית, צוות חוקרים משירותי בריאות הנפש, מתמודדים, בני משפחה, קלינאים ואנשי מנהל נפגשו על מנת לדון בצורך לזהות וליישם שיטות התערבות המבוססות על ראיות במסגרות בריאות הנפש. לאחר מפגש זה סקרו צוותים של חוקרים מחקרים מבוקרים כדי לפרט את הקריטריונים להערכת הראיות אשר בהן השתמשו לצורך הוכחת האפקטיביות של שיטות אלו והם הניבו סידרה של מאמרים שהתפרסמו ב-2001 בכתב העת היוקרתי Psychiatric Services. בעקבות כך זוהו שש שיטות התערבות המבוססות על ראיות ופותחו מדריכי עבודה מובנים לכל אחת מהשיטות. מדריכי העבודה פותחו על ידי צוותים בעלי עניין, כולל צרכנים, בני משפחה, חוקרים, קלינאים ואנשי מנהל, ונסקרו על-ידי צוותים רב-מקצועיים ממדינות שונות. כל מדריך עבודה שפותח כולל חומרי ייעוץ, הדרכה ומשאבים, כמו גם המלצות יישום. להלן תיאורן של שש ההתערבויות שזוהו כמבוססות על ראיות, רמת הראיות עליהן הן מבוססות ומידת יישומן בישראל.

1. פסיכו-פרמקולוגיה שיתופית. מאות מחקרים מבוקרים מסוג double bind מתעדים את האפקטיביות של התערבויות תרופתיות להפחתת הסימפטומים הקשורים למחלות נפש קשות כמו סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה ביפולרית ודיכאון (Thornley & Aams, 2000). חקר הפסיכו-פרמקולוגיה לאנשים עם מחלות אלה מספק קווים מנחים לגבי רמת המינון היעילה, משך זמן תגובה, זיהוי וטיפול בתופעות לוואי ושיטות התמודדות עם סימפטומים קשים. פסיכו-פרמקולוגיה שיתופית היא שיטת התערבות המבוססת על ראיות וכוללת גישה מקובלת לתיעוד ולפיקוח על סימפטומים ועל תופעות לוואי וכן כוללת קווים מנחים לקבלת החלטות לגבי טיפול תרופתי. שיטה זו נקראת 'שיטה שיתופית', מכיוון שהיא מדגישה את שיתוף המטופל בקבלת החלטות לגבי אם וכיצד להשתמש בתרופות בטיפול במחלת הנפש הקשה.

2. טיפול קהילתי אסרטיבי. טיפול קהילתי אסרטיבי (ACT) הוא שיטת התערבות המבוססת על ראיות, ומהווה דוגמה לתיאום טיפול (case management) לא טיפוסי, שבו היחס בין מספר המטופלים למספר

המטפלים הוא נמוך יחסית (כעשרה מטופלים למטפל); אספקת השירותים היא במקום המגורים הטבעי

של המטופל ולא במרפאה ; קיימת אספקה ישירה של שירותים שונים , והזמינות היא של 24 שעות ביממה (Allness & Koedler, 1998 ; Stein & Santos, 1998). יותר משלושים מחקרים על האפקטיביות של גישה זו לתיאום טיפול מעידים על כך שהשיטה מפחיתה אשפוזים, משפרת יציבות של מגורים בקהילה, מקלה את חומרת הסימפטומים, משפרת איכות חיים ומפחיתה את עלויות הטיפול הכוללות (Bond, Drake, Mueser & Resnick, 2001; Latimore, 2001; Latmer, 1999 ; Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998; Phillips et al, 2001). למרות שתיאום טיפול כללי קיים בסל שיקום כשירות שאדם עם נכות נפשית זכאי לקבל, תיאום טיפול מסוג המכונה 'טיפול קהילתי אסרטיבי' המתואר לעיל אינו מוזכר בין השירותים הנמצאים בסל השיקום. לכן, סוג ספציפי זה של תיאום טיפול אינו מסופק באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ למרות הפוטנציאל הרב הטמון בו כתחליף לאשפוז.

3. פסיכו-חינוכי-משפחתי. שיטת הפסיכו-חינוכי-משפחתי היא שיטת התערבות המבוססת על ראיות ומיועדת למשפחות של מתמודדים. שיטה זו כוללת תכניות של שישה חודשים ויותר. תכניות אלו מתמקדות בשיפור התפקוד העתידי של כל בני המשפחה ושואפות ליצור יחסים שיתופיים בין צוות הטיפול לבין המשפחה. הן מספקות למשפחות מידע לגבי מחלת הנפש והטיפול בה ומאמנות אותן באסטרטגיות להפחתת מצוקה משפחתית ולהגברת תמיכה ואמפתיה. מחקרים מבוקרים על תכניות פסיכו-חינוכיות קצרות טווח מעידים על כך שהן מגבירות את הידע לגבי המחלה והטיפול בה ומפחיתות את העול המשפחתי (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998; PitschelWaltz, Leucht, Bauml, Kissling & Engle, 2001). תכניות התערבות ארוכות יותר העידו על הפחתת אשפוזים חוזרים והידרדרויות ועל שיפור באיכות היחסים במשפחה (Dixon et al, 2001; Pitschel-Waltz et al, 2001). התערבות משפחתית זו אינה כלולה בסל השיקום. אמנם מיושמות התערבויות שונות המערבות משפחות, אך ההתערבות על פי גישת הפסיכו-חינוכי-משפחתי אינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

4. תעסוקה נתמכת. תכניות של תעסוקה נתמכת מתמקדות בסיוע למתמודדים במציאת עבודה הולמת בשכר במסגרות קהילתיות רגילות תוך כדי מתן תמיכה מתמשכת במקום העבודה על מנת לסייע בשמירת התפקוד והתמודדות עם קשיים אפשריים. העקרונות של תעסוקה נתמכת הן חיפוש עבודה מהיר, שילוב שירותים מקצועיים וקליניים וסיוע במציאת עבודה התואמת העדפות אישיות (Bond, 1998). מחקרים בתחום התעסוקה הנתמכת מעידים באופן עקבי על אפקטיביות השיטה בהשגת רמות גבוהות יותר של תעסוקה הולמת, שעות עבודה מרובות יותר ושכר גבוה יותר בהשוואה לגישות מסורתיות לשיקום פסיכיאטרי מקצועי (Bond, Drake, Mueser & Becer, 1997). התערבות זו כלולה בסל השיקום ומיושמת במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ אם כי ישנן עדיין מסגרות מרובות של תעסוקה מוגנת.

5. ניהול המחלה וההחלמה. המטרות הכלליות של ההתערבות המכונה 'ניהול המחלה וההחלמה' הן לעזור למתמודדים להשיג את המידע ואת המיומנויות הדרושים להם כדי לצמצם עד כמה שניתן את השפעות המחלה על חייהם ולהציב ולהתקדם לקראת יעדים אישיים משמעותיים בחיי היום יום שלהם. שיטה זו כוללת התערבות פסיכו-חינוכית על המחלה ועל אופן הטיפול בה, אסטרטגיות המקדמות את השימוש היעיל בתרופות, דרכי התמודדות עם סימפטומים, הכשרה במיומנויות חברתיות וטיפול קוגניטיבי בסימפטומים. מחקרים מבוקרים שנערכו לצורך הערכת התוצאות הקשורות למרכיבי שיטת ניהול המחלה וההחלמה העידו על האפקטיביות שלהם (Mueser et al, 2002). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ. לאחרונה נעשה ניסיון ראשון שיתואר בהמשך, ליישם את

ההתערבות הזו ב-14 מסגרות שיקומיות. בהתאם לגישה של התערבות המבוססת על ראיות, ניסיון זה לווה במעקב מחקרי שבדק באיזו מידה יישום ההתערבות נאמן לשיטת ההתערבות ואת האפקטיביות של ההתערבות.

6. טיפול משולב בתחלואה כפולה (dual diagnosis). שיטה זו מיועדת לטיפול באנשים עם הפרעה נפשית ובעיית התמכרות. השיטה משלבת ייעוץ, תיאום טיפול, תרופות, דיור, שיקום מקצועי והתערבויות משפחתיות. השיטה גם מעודדת אנשים עם אבחנה כפולה להתקדם בתהליך השינוי של ההתנהגויות הממכרות ולאמץ תפיסה ארוכת טווח, הכוללת הכרה בכך שגם מחלות נפש וגם התמכרויות הן מחלות עם נסיגות והתפרצויות. מחקרים מעידים כי טיפול משולב יעיל בהפחתת ההתמכרות לחומר, בירידה במספר המקרים החוזרים ובשיפור הדיור בקהילה (Drake, Essock, et al, 2001; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

ניסיון ליישום התערבות המבוססת על ראיות בישראל

כפי שניתן ללמוד מהסקירה שלעיל, תעסוקה נתמכת היא ההתערבויות השיקומית היחידה המבוססות על ראיות המעוגן בחוק ונמצאת בשימוש שיטתי (אם כי מוגבל בהשוואה לתעסוקה מוגנת) בישראל. שאר ההתערבויות המבוססות על ראיות אינן מיושמות באופן שיטתי בארץ וייתכן שאף אינן מוכרות לחלק מהעוסקים בשיקום פסיכיאטרי בישראל, מרמת קובעי המדיניות ועד נותני ומקבלי השירותים. מתוך הכרה שבכוחה של גישת התערבות המבוססת על ראיות לשפר את השירותים השיקומיים המוצעים נעשה ניסיון לקדם נושא זה על ידי שיתוף פעולה בין המגמה לפסיכולוגיה שיקומית של המחלקה לפסיכולוגיה של אוניברסיטת בר-אילן, המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה ומשרד הבריאות. תכנית זו כללה יישום ניסיוני, הכשרה ויישום רחב יותר של ההתערבות "ניהול מחלה והחלמה" (שתוארה בקצרה בחלק הקודם). תכנית זו תוצג כאן כתיאור מקרה הכולל 5 שלבים, בתקווה שהקורא יוכל ללמוד מניסיון זה, ולשקול דרכים אפשריות לקדם ולהרחיב את יישום הגישה של התערבויות המבוססות על ראיות בישראל.

שלב 1: למידה על התערבויות המבוססות על ראיות והחלטה ליישום ההתערבות של ניהול המחלה והחלמה. במהלך מעקב אחר הספרות העוסקת בהתפתחויות בשדה השיקום הפסיכיאטרי נתקלנו במאמר משנת 2002 שהתפרסם ב Psychiatric Services שסקר 40 מחקרים שבדקו מרכיבים אפקטיביים של תכניות של ניהול מחלה והחלמה (Mueser et al, 2002). מרכיבים אלו כללו תכניות פסיכו-חינוכית, התערבות התנהגותית להתמדה בנטילת תרופות, מניעת הישנות ואימון בכישורי התמודדות וכישורים חברתיים. בדומה להתערבויות אחרות אשר נמצאו אפקטיביות, גם עבור התערבות זו פותחה חוברת עבודה ליישום ההתערבות.

בעקבות יצירת קשר עם מפתח התכנית של ניהול מחלה והחלמה, Kim Mueser, הוזמנו ב 2003 (רועה וקרביץ) לבקר באוניברסיטת Dartmouth שבניו המפשייר, המובילה את יוזמת קידום המודל של התערבויות המבוססות על ראיות, כדי ללמוד על התערבות של ניהול מחלה והחלמה. צעד ראשון זה אפשר לנו להכיר את חוברת העבודה ליישום התכנית שפותחה באותה התקופה, לבקר ולהכיר אנשי מקצוע מהשורה הראשונה

שהחלו לישם את ההתערבות, לפגוש מתמודדים שהשתתפו בתכנית, לשוחח עם אנשי מקצוע שהדריכו ופיקחו על התכנית ועם חוקרים שהיו מעורבים בלימוד ההשפעות של התערבות זו. הביקור גם סיפק קרקע פורייה ליחסים של שיתוף פעולה.

שלב 2: בדיקה ראשונית של ההתערבות. עם חזרתנו לארץ רצינו לבדוק האם נצליח לישם בארץ את ההתערבות של ניהול מחלה והחלמה. על מנת לעשות זאת היה צורך לתרגם את חוברת העבודה לעברית ולאחר מקומות ליישום ההתערבות. לשם כך ניסינו לעורר התעניינות ויזמנו מפגשים חודשיים עם אנשי מקצוע שהתעניינו ביישום התוכנית באוניברסיטת בר-אילן, המקום בו החלה היוזמה. קיומן של פגישות אלו נתקל בקשיים צפויים היות וקשה היה להתמיד בפגישות ובלמידה של תכנית חדשה בתוספת העבודה השיגרית של כל אחד מהמשתתפים. לבסוף נערך יישום ראשון במועדונית של בית החולים בשלוותא בשיתוף פעולה עם לין בוך', מרפאה בעיסוק בכירה שהיא חברת צוות קבועה בשלוותא. יישום זה נעשה במסגרת קבוצה כאשר בוך' הנחתה את הקבוצה יחד עם רועה (Roe et al, in press).

שלב 3: יצירת עניין. היישום הראשוני היה חשוב על מנת להוכיח כי ההתערבות ניתנת ליישום וכי נראית בעלת פוטנציאל להפיק תועלת. דבר זה השתקף בתגובות המתמודדים שהשתתפו בקבוצה, המנחים ומהעובדה ששתי קבוצות חדשות קמו מיד לאחר שהסתיימה עבודתה של הראשונה. הניסיון ליצור עניין התבטא גם בייזום פגישות עם אנשי מקצוע, עריכת הרצאות ופרסום מאמרים בכתבי עת מקומיים בנושא (Roe, Hason, Ohayon, Lachman & Kravetz, in press; רועה, חסון-אוחיון, לכמן וקרביץ, בדפוס). פריצת דרך משמעותית נעשתה כאשר סדרה של פגישות בין המעורבים ביישום הראשוני לבין יו"ר המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה (ד"ר נעמי הדס-לידור), והאחראי על הכשרה ופיתוח תוכניות חדשות מיחידת השיקום במשרד הבריאות (ד"ר מקס לכמן), הובילה למימון הקורס הראשון ללימוד התערבות של ניהול מחלה והחלמה. קורס זה נעשה במסגרת של לימודי תעודה במחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן. בניית תוכנית הקורס וריכוזו נעשתה על ידי קרביץ וחסון-אוחיון כאשר הלימודים כללו הרצאות פרונטליות וסדנאות חוויתיות. את צוות מורי הקורס הובילה חסון-אוחיון ביחד עם צוות רב מערכתי מתחום השיקום הפסיכיאטרי שכלל את דר' סילביו רוזנצוויג, גב' תמר בסביץ, וגב' בתיה לינדר. יוזמה זו גם לוותה במפגשים קבועים של ועדת היגוי שכללה את צוות מורי הקורס, קרביץ, יו"ר הועדה לשיקום נכי נפש בקהילה (דר' נעמי הדס-לידור) ונציגי משרד הבריאות (יחיאל שרשבסקי ודר' מקס לכמן). ועדה זו נפגשה אחת לחודשיים על מנת לדון בהתקדמות תוכנית הלימוד והליווי המחקרי שלה. היוזמה הייתה ייחודית בהשוואה ליישום של התערבויות ושירותים חדשים אחרים בכך שהיא כללה עריכת ביקורים לבדיקת המידה של נאמנות היישום לשיטת ההתערבות; איסוף נתונים באופן שיטתי ומחושב כדי לבדוק את האפקטיביות של ההתערבות, ושיתוף פעולה קרוב עם אנשי מקצוע הלוקחים חלק ביישום ההתערבות של ניהול מחלה והחלמה בארה"ב.

שלב 4: הקורס. משתתפי הקורס היו ארבעה עשר מנהלים של יחידות שיקום בקהילה, שהם בעלי ניסיון, אוטונומיה וסמכות בתוך המערכת שלהם, ולכן היו מסוגלים ליישם את ההתערבות החדשה. מאחר שהמטרות והאסטרטגיות של ניהול מחלה והחלמה הם יחסית ייחודיים וחדשים במערכת בריאות הנפש הנוכחית של ישראל, היה חשוב שאנשי מקצוע יפיצו את היישום במקומות שונים בארץ. בשל ההתאמות הקונספטואליות והטיפוליות שאנשי מקצוע אלו היו צריכים לעשות, הקורס נבנה באופן שונה מהמקובל בארה"ב. בעוד שבארה"ב מקובל לערוך יומיים אינטנסיביים של למידה, בארץ נבנה קורס של ארבע שעות לימוד יומיות, המרוכזות ביום בשבוע לאורך 12 שבועות. לאחר הקורס נערכו פגישות הדרכה ומעקב אחת

לחודש למשך שמונה חודשים שהם תקופת היישום ההתערבות בשטח. הקורס התמקד בהפנמה הדרגתית של פרדיגמת ההחלמה, המודל של התערבויות המבוססות על ראיות, עבודה עם חוברות הדרכה, שימוש בטכניקות קוגניטיביות-התנהגותיות וחינוכיות ושינויים ארגוניים.

שלב 5: האתגר בשימור והתמדה של התערבות. החשש בכל התערבות חדשה הוא שהיא תתבצע כיישום ראשוני בלבד. חשש זה נובע מניסיון של מערכות שונות בהן יוזמות חדשות הדורשות אימון והשקעת זמן נמשכות כל עוד האחראי המקומי דואג לכך. השמירה על המשכיות ההתערבות חשובה לפחות כמו התחלתה. על מנת לשפר את הסיכויים שהתערבות תשרוד מעבר לתקופת הניסיון הראשוני, ניתן להתייחס למספר המלצות: ההתערבות צריכה להיתפס כנדרשת בתוך המערכת ובעלת השפעה המוערכת על ידי המתמודדים והצוות. למשל, אם הפחתת אישפוזים חוזרים היא מטרה המזוהה כחשובה, התערבות שתשפר תוצאה זו תוערך יותר ותזכה למאמצים רבים כדי לשמרה; במקום 'מנהיג' אחד המוביל את היוזמה ועלול לחוות שחיקה, חשוב שתהיה קבוצה שתנהיג את היוזמה ותגייס תמיכה ממנהל המערכת על מנת לאפשר תנאים ליישום (השקעת זמן בהדרכה, לימוד הנושא); כ"כ יש להבטיח מימון על מנת שהמערכת תוכל להמשיך לספק את השירות, נושא כאוב ומטריד במיוחד בעת כתיבת שורות אלו שכן מימון להמשך היוזמה כרגע לא בנמצא; במקום להישען על אנשים חיצוניים למערכת בשביל אימון והדרכה, המערכת צריכה לפתח מומחים מקומיים ולהפוך עצמאית.

לקחים מהניסיון ליישם התערבות מיובאת

ניהול מחלה והחלמה כתכנית התערבות פותחה כאמור בארה"ב. למרות הסטטוס של התכנית כהתערבות המבוססת על ראיות, יש מעט ידע על מידת ההתאמה של חוברת העבודה שלה לשימוש בהקשרים תרבותיים שונים. תרבות של מדינה כוללת גם מאפיינים ספציפיים של מערכת בריאות הנפש באותה המדינה. בישראל, האוריינטציה של אנשי המקצוע בתחום של שיקום פסיכיאטרי, (רובם באים מרקע של עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה וסיעוד) היא לרוב פסיכו-דינאמית ולא פסיכו-חינוכית, קוגניטיבית, התנהגותית ומוטיבציונית. כתוצאה מכך, יישום של תכנית ניהול מחלה דורש מאנשי המקצוע ללמוד כישורים חדשים ולהתאים, או לפחות לשלב, זהות מקצועית חדשה או נוספת. תהליך זה מתרחש ברמת הפרט וברמה רחבה יותר של קהילת אנשי המקצוע בתחום השיקום הפסיכיאטרי והוא יכול להשפיע על הרגשת קלינאים ביחס לעצמם ולעבודתם ועל תפיסתם את עמיתיהם למקצוע. חשוב אם כן לקחת בחשבון את תרבות מערכת בריאות הנפש המקומית ואת הדרך אשר בה היא יכולה להשפיע על יישום של התערבות חדשה.

המעורבות הגוברת שלנו בלימוד התכנית של ניהול מחלה והחלמה עזרה לנו להעריך את האיזון שצריך להיות בין כישורים חדשים הכרחיים שאנשי מקצוע צריכים לרכוש על מנת לבצע את ההתערבות (כמו ראיון מוטיבציוני, טכניקות פסיכו-חינוכיות וקוגניטיביות התנהגותיות) לבין המשאבים שהם מביאים איתם בצורה של כישורים שהם פיתחו דרך ניסיונם בלמידה ובהדרכה. התכנית של ניהול מחלה והחלמה דורשת כישורים להעברה אפקטיבית של תכנית הלימוד המקיפה. היא גם דורשת כישורים על מנת להבטיח כי ההתערבות תהיה מותאמת אינדיווידואלית לקצב ולמידת המעורבות של המתמודד. השגת שתי מטרות אלו, בזמן שמנהלים מצב קליני מורכב ודינמיקה קבוצתית שהיא בלתי נמנעת, יכולה להיות משימה קשה. לכן, השילוב של כישורים חדשים שיכולים להירכש (טכניקות של ראיון מוטיבציוני, טכניקות פסיכו-חינוכיות וטכניקות קוגניטיביות התנהגותיות) עם כישורים קיימים הנשענים על השכלה, הדרכה וניסיון קליני, יכול לשפר ולהעשיר את היישום של תכנית ניהול מחלה והחלמה כמו גם התערבויות המבוססות על ראיות אחרות.

בהתחשב בהתאמות המושגיות והטיפוליות הנדרשות מאנשי מקצוע, הלימוד של תכנית ניהול מחלה והחלמה נבנה כקורס ארוך יחסית. אורך הקורס והאינטנסיביות המאפיינת אותו, משקפים את האמונה כי היישום של התערבות זו בתרבות הישראלית הוא מאתגר ודורש תהליך של הכנה ועבודה. ביטחון גובר ביכולת ליישם את ההתערבות ואת ערכיה בתנאי המציאות, ישפיעו על האופן בו יתקיים הלימוד והאימון בהמשך עבור אנשי מקצוע נוספים.

דיון

בפרק זה סקרנו בקצרה את תחום ההתערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי וניסיונות ראשוניים "ליבאם" ולישם בתוך שירותי השיקום בישראל. אנו מקווים שמאמץ ראשוני זה ילווה באימוץ התערבויות נוספות המבוססות על ראיות. בנוסף, אנו מקווים שמאמץ זה יהיה בעל השפעה שהיא מעבר לשיפור אפקטיביות השירות, כלומר שהוא גם יצור תהליך של הטמעת הערכים של גישת ההתערבויות המבוססות על ראיות והכרה במושגים שהם אבני היסוד של הגישה, כגון התמקדות במשתני תוצאה, התייחסות להוכחות התומכות בהתערבות ומידת הנאמנות לשיטת ההתערבות. ערכי יסוד אלו מעודדים מעבר ממדדי תוצאה מעורפלים למדדים שיכולים להיות מוגדרים ונמדדים כבסיס להערכת יעילות ולשאיפה לאתר ולישם את ההתערבויות היעילות ביותר כאמצעי לשפר את השרותים המוצעים למתמודדים. חשוב שהממצאים לגבי יעילות יפורסמו ויהיו שקופים ונגישים לכל דורש. גישה למידע כזה יכולה לעזור לאנשי ניהול לקבוע מדיניות, לאנשי מקצוע להמליץ על התערבויות ולמתמודדים ובני משפחה – לבחור בין ההתערבויות. השאיפה היא להחליף התערבויות המבוססות על מסורת והרגל בהתערבויות המבוססות על ראיות שהן אכן מקדמות מדדי תוצאה.

לסיכום, ניתן לומר כי המאמץ החלוצי שתואר לעיל הותיר את המעורבים בנושא מעודדים. שיתוף הפעולה לו זכינו ברמות השונות מבעלי עניין שונים, משוב ממשותפי הקורס ומהמתמודדים יצרו מוטיבציה להמשיך. תכניות לעתיד כוללות, יצירת מנגנון ליישום אפקטיבי של התערבויות אחרות המבוססות על ראיות; נסיון להטמיע התערבויות אלו בטווח רחב של תרבויות בישראל, כולל המגזר הבדואי, הערבי והחרדי; להגביר את מעורבות המתמודדים בבחירת ובהעברת התערבות המבוססת על ראיות; ולפתח ולבדוק שיטות הערכה של תוצאות ההתערבויות השונות בשיקום הפסיכיאטרי.

מקורות

- Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88.
- Bond, G.R. (1998). Principals of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*, 11-23.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? *Social Science & Medicine, 44*, 681-692
- Cutler, D.L., Bevilacqua, J., & McFaland, B.H. (2003). Four decades of community mental health: A symphony in four movements, *Community Mental Health Journal, 39*, 381-398.
- Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 39*, 427-440
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheim, D. (2001). Evidence based practices for services to family members of people with psychiatric disability. *Psychiatric Services, 52*, 903-910.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services, 52*, 469-476.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T. McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin, 24*, 589-608.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (2001). *Evidence-based patient choice*. New York: Oxford University Press.
- Latimer, E. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 443-454.
- Mueser, K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification, 27*, 387-411.

Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery for severe mental illness: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.

Nathan, P. E., Stuart, S. P. & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981.

O'Connor, A., Stagey, D., Rovner, D., Holmes-Rovner, M., Tetroe, J., Llewellyn-Thomas, H. et al. (2001). *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Oxford: The Cochrane Library.

Pitschel-Waltz, Leucht, Bauml, J. Kissling, W., & Engel, R.R. (2001). The effects of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.

Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R Mueser, K.T., Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E., & McDonel Herr,E.C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*, 52, 771-779.

Roe, D. Hason-Ohayon, I., Lachman, M., & Kravetz, S. (in press) Selecting and Implementing Evidence-Base Practices in Israel: A worthy and feasible challenge. *Israeli Journal of Psychiatry and related Science*. Roe, D., Penn, D.L., Bortz, L., Hasson-Ohayon, I., Hartwell, K & Roe, S. (in press) Illness management and recovery groups: Implementation experiences in Israel and North. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*.

Roe, D., Hason-Ohayon, I., Lachman, M., & Kravetz, S. (In press). The challenge of implementing research findings in clinical work within the field: Evidence based psychiatric rehabilitation interventions as a test case. *Policy and social welfare* (Hebrew).

Roth, A., & Fonagy, P. (1996). What works for whom? A critical Review of psychotherapy research (pp. 184-196).The Guilford press: New York.

Schatzberg, A.F., & Nemeroff, C.B. (Eds.). (1998). The American Psychiatric Press textbook of

psychopharmacology (2nd ed.). Washington DC: American Psychiatric press.

Thornley B, Adams C: Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50

Years (1998) *British Medicine Journal*, 317, 1181-1184

Towle, A., & Godolphin W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319, 766-771.
