

## האתגר שביישום ממצאים מחקריים בשדה שיטות התערבות שיקומיות המבוססות על ראיות כמקרה מבחן

דיוויד רועה, אילנית חסון-אוחיון, מקס לכמן ושלמה קרביץ

תחום השיקום הפסיכיאטרי בישראל התפתח בשנים האחרונות בקצב מהיר. אחד ההישגים המרכזיים הוא חוק שיקום נכי נפש בקהילה, שנחקק בשנת 2000. החוק מפרט מערך בסיסי של שירותים שיספקו לבעלי הפרעות נפשיות העומדים בקריטריונים מסוימים. מספר הזכאים לסל השירותים בגין היותם מתמודדים עם מוגבלות נפשית ושהחלו לקבל שירותים שיקומיים עולה בקצב מהיר. בהעדר הנחיות מפורטות לבחירת שיטות ההתערבות הנכללות בסל אין אמות מידה וקווים מנחים רשמיים להערכת היתרונות של השיטות עצמן, של אופן יישומן ושל מידת האפקטיביות שלהן. במאמר זה נטען כי יעילותן של התערבויות שיקומיות שונות אינה אחידה, וכי הערכת היעילות היא אפשרית וחיונית לצורך בקרת האיכות ושיפור השירותים, על אף המורכבות, הקושי והמגבלות הכרוכים בכך. נתמקד במאמצים שנעשו לאחרונה לזהות וליישם שיטות התערבות שיקומיות פסיכיאטריות המבוססות על ראיות, ובאתגר שביישומן.

מילות מפתח: שיקום, מוגבלות נפשית, התערבויות המבוססות על ראיות, יישום

---

### התפתחויות בשיקום הפסיכיאטרי בישראל

---

תחום השיקום הפסיכיאטרי התפתח בשנים האחרונות בקצב מהיר (Farkas, 1999). ישנן הגדרות רבות למונח "שיקום פסיכיאטרי", אך הוא מתייחס בעיקר להתאמה וליישום של עקרונות ושיטות התערבות שיקומיות (שפותחו במקורן להתמודדות עם מגוון של מוגבלויות פיזיות) על מנת לסייע לאנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות (Bond & Resnick, 2000). היעד העיקרי של השיקום הפסיכיאטרי הוא יצירת תנאים שיאפשרו לאנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית (להלן "מתמודדים") לקבל הזדמנות לעבוד ולחיות בקהילה, וליהנות מחיי חברה באווירה מכבדת ותומכת (Rutman, 1993).

יעד זה של השיקום הפסיכיאטרי משקף את השינוי שחל בעשורים האחרונים במטרות הטיפול, בהפחתת הסימפטומים ובמניעת אשפוזים חוזרים לקידום ההחלמה,

שילוב בקהילה והגברת איכות החיים (Becker & Diamond, 1997). שינוי זה קודם הן על-ידי מדיניות אי-אשפוז והן על ידי תהליך העצמה של המתמודדים (Wolf, 1997). שינוי זה במטרות מתייחס גם לממצאי מחקרים שמראים כי איכות החיים של מתמודדים היא נמוכה יותר מזו של האוכלוסייה הכללית (Lehman, Ward, 1992; Linn, 1982; Rosenfield, 1992). לפי מחקרים אלו מביעים בעלי הפרעות פסיכיאטריות אי-שביעות רצון בתחום הפיננסי, התעסוקתי, החברתי והביטחוני-האישי של חייהם (Lehman, 1992).

המאמצים לשיקום בעלי מוגבלות נפשית בישראל קיבלו תפנית משמעותית עם חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). עד לחקיקה זו היו השירותים מורכבים בעיקר מטיפול בתרופות פסיכותרפיות שחולקו בבתי חולים פסיכיאטריים, במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים ובמרפאות לבריאות הנפש. מטרת החקיקה האחרונה היא שיקומם של מתמודדים והכללתם בקהילה, על מנת לאפשר להם עצמאות תפקודית מרבית ואיכות חיים תוך שמירה על כבודם, על-פי עקרונות חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.

החוק הנוגע לשיקומם הפסיכיאטרי של בעלי נכות פסיכיאטרית בקהילה מפרט מערך בסיסי של שירותים שיסופקו לעומדים בקריטריון ההתאמה של החוק, והשירותים הניתנים בהקשר של תוכניות שיקום פרטניות מאושרים על ידי ועדות שיקום מחוזיות. בנוסף, מוגדרים מנגנונים לקביעת התאמתם של שירותים למתמודדים ולשמירה על יישום החוק. קטגוריות השירותים המפורטות בחוק מתייחסות לתחומי תעסוקה, מגורים, חינוך, חברה, פנאי, משפחה, תחום רפואת השיניים ותחום תיאום טיפול. החוק החדש אמור לסייע למתמודדים להתגבר על המכשולים החוסמים את דרכם אל משאבים פיזיים וחברתיים, הדרושים להם לסיפוק צורכיהם, וכך לשמור על רמות סבירות של איכות חיים בתחומי חיים משמעותיים.

נראה כי ההתערבויות המפורטות בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה נבחרו על בסיס ניסיון קליני, מקצועי ואישי, וזאת מתוך מגוון השיטות שפותחו בהיסטוריה הקצרה של השיקום הפסיכיאטרי. החוק אינו מגדיר קריטריונים מפורטים לבחירת שיטת התערבות מסוימת מתוך רשימת ההתערבויות. כמו כן, אין אמות מידה וקווים מנחים רשמיים להערכת יתרונות השיטות עצמן, אופן יישומן ומידת האפקטיביות שלהן. בנוסף נדרש המתמודד להגדיר "תוכנית שיקום פרטנית" המבטאת את רצונו להגשים מטרות שהגדיר לעצמו. מטרת השירותים היא לקדם מטרות אישיות אלו, ומכאן גם החשיבות בהערכת יעילות השירותים בסיוע למתמודד להתקדם לקראת היעדים שקבע לעצמו.

בעשור האחרון גוברת המודעות לחשיבותם של שירותים שיעילותם הוכחה באופן מחקרי. ביטוי למגמה זו בתחום העבודה הסוציאלית משתקף בקוד האתי של

הארגון הלאומי של העובדים הסוציאליים בארצות הברית (National Association of Social Workers, 1996) וכן בהקמת רשת עולמית בשם Cochrane Collaboration באנגליה, שמטרתה לרכז ולהפיץ סקירות שיטתיות באיכות גבוהה על יעילותן של התערבויות (Bero & Rennie, 1995). גמבריל (Gambrill, E., 1999, 2001), ממובילות מגמה זו בתחום העבודה הסוציאלית ומדוברותיה הכולטות, מבקרת בחריפות את הנטייה לבסס שירותים על סמכות במקום על ראיות, ומנמקת בחריפות את תגובותיה לטענות שונות נגד ביסוס התערבויות על ראיות (Gibbs & Gambrill, 2002). בסקירה מקיפה של מחקרים שפורסמו בין השנים 1993–1997 בכתבי עת מובילים של העבודה הסוציאלית, סקרו רוזן, פרוקטור וסטאדט (Rosen, Proctor & Staudt, 1999, 2003) מידע מצטבר על הקשר בין התערבויות לתוצאות והדגישו את הצורך הדחוף במחקרי בקרה.

כמו בתחום העבודה הסוציאלית גם בתחום השיקום הפסיכיאטרי הוכחו סקירות ספרותיות מקיפות את האפקטיביות של התערבויות שיקומיות מסוימות והצביעו על חשיבות ההערכה המחקרית של התערבויות שיקומיות (Mueser, Torrey, Lynde, Singer & Drake, 2003). שיטות ההתערבות המפורטות בסקירות אלו נכללות בחלקן בהתערבויות המפורטות בחוק הישראלי לשיקום נכי נפש בקהילה, בעוד שאחרות אינן נכללות. כך למשל תעסוקה נתמכת – הנחשבת להתערבות המבוססת על ראיות – נכללת בשירותי סל השיקום, ואילו טיפול קהילתי אסרטיבי אינו נכלל. עידוד יישומן של שיטות התערבות המבוססות על ראיות עשוי להגביר את איכות מערכות שירותי השיקום הפסיכיאטרי שפותחו בעקבות החקיקה. לפיכך יש ערך רב לכללי ניהול רשמיים שיעדיפו התערבויות שיקומיות המבוססות על ראיות. הניסוח והשימוש בכללים אלה עשויים לתרום לאספקת מגוון רחב של שירותי שיקום אפקטיביים למתמודדים שחלקם חיים בשולי החברה.

במצב הנוכחי עלול העדר אמות מידה לבחירה ולהערכה של שיטות התערבות שיקומיות להוביל לכך שמערכות שיקום פסיכיאטרי יספקו שירותים ושיטות התערבות שאינם בהכרח האפקטיביים ביותר, או אף גרוע מכך – שאינם אפקטיביים כלל. העדר אמות מידה וקווים מנחים להערכת שיטות התערבות המעוגנות בחוק אף עלול להפחית מעילותן של התערבויות שבכוון להיות אפקטיביות. אמות מידה וקווים מנחים נחוצים על מנת לוודא שמערכות אלו אכן מספקות את המרכיבים הקריטיים וההכרחיים של שיטות ההתערבות שהן חייבות לספק על פי חוק. דבקות בקווים מנחים לאספקת שירות או שיטת התערבות מכונה "נאמנות". הנאמנות שבה מערכת מספקת שירות, או מפיצה שיטת התערבות, ניתנת להערכה ועשויה לתרום להשגת התוצאות הרצויות של אותה מערכת (McHugo, Drake, Teague & Xie, 1999).

---

## סקירת שיטות התערבות המבוססות על ראיות: הגדרה, בחירה ויישום

---

סקירות שיטתיות של ממצאי מחקר מבוקר סייעו באיתור שיטות התערבות שיקומיות יעילות, שבגין התמיכה המחקרית ביעילותן הן מכונות "התערבויות המבוססות על ראיות", Evidence Based Practices — EBP (Mueser et al., 2003). אך מה הם הקריטריונים לשיפוט איכות הראיות המעידות על האפקטיביות של שיטת ההתערבות? ייתכן שאב-טיפוס אידיאלי לאיתור שיטת התערבות המבוססת על ראיות הוא באמצעות ניסויים קליניים רבים שינוהלו על-ידי מגוון צוותי מחקר במקומות שונים. מכיוון שלרוב לא ניתן לחלק באופן אקראי אנשים החיים בקהילה והמקבלים התערבויות שיקומיות בין קבוצות שונות, עשויות ראיות ליעילות של התערבות לנבוע ממחקר שמשמש בדגם דמוי-ניסוי. מחקר מסוג זה מכונה מחקר אפקטיביות, והוא מתאפיין בכך שהוא מתייחס למגבלות המציאות, בניגוד למחקר תוצאה ויעילות, המתאפיין בתנאי מעבדה ובבקרה גבוהה (Nathan, Stuart & Dolan, 2000; Roth & Fonagy, 1996).

בהשפעת שיקולים אלו, המתייחסים לשילוב של מאפייני מחקר אפקטיביות ושל מאפייני מחקר תוצאה ויעילות, פותחה בעשור האחרון בשיקום הפסיכיאטרי גישה של בחירת התערבויות המבוססות על ראיות. גישה זו מתייחסת למגוון רחב של רמות וסוגי ראיות לאפקטיביות של שיטת שיקום פסיכיאטרי. הגישה יושמה בשני אופנים במסגרת של מפגשי מומחים. כל מפגש היה מורכב משני שלבים: בשלב הראשון נפגשו צוותי חוקרים משירותי בריאות הנפש עם צרכנים, בני משפחה, קלינאים ואנשי מנהל לדיון בצורך לזהות וליישם שיטות התערבות המבוססות על ראיות במסגרות בריאות הנפש. בשלב השני סקרו צוותי החוקרים מחקרים מבוקרים, כדי לפרט את הקריטריונים להערכת הראיות שהשתמשו בהם לצורך הערכת האפקטיביות של שיטות אלו. שני מפגשים אלו היוו את הבסיס לסדרת מאמרים שהתפרסמו ב-2001 בכתב העת *Psychiatric Services*, וב-2004 בכתב העת *Psychiatric Rehabilitation Journal*, והניבו רשימות חופפות בחלקן של התערבויות המבוססות על ראיות. בעקבות כך זוהו 9 שיטות התערבות המבוססות על ראיות ופותחה חבילת יישום לחמש ההתערבויות שהוגדרו כמבוססות על ראיות. חבילות היישום פותחו על-ידי צוותים של בעלי עניין, שכללו מתמודדים, בני משפחה, חוקרים, קלינאים ואנשי מנהל, ונסקרו על-ידי צוותים רב-מקצועיים. כל חבילה כוללת חומרי ייעוץ, הדרכה ומשאבים, וגם המלצות יישום. להלן תשע ההתערבויות שזוהו כמבוססות על ראיות, תיאורן, רמת הראיות שהן מבוססות עליהן, ומידת יישומן בישראל.

1. פסיכופרמקולוגיה שיתופית. מאות מחקרים מבוקרים מסוג "double blind" מתעדים את האפקטיביות של התערבויות תרופתיות להפחתת הסימפטומים הקשורים להפרעות נפשיות קשות כמו סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, הפרעה דו-קוטבית ודיכאון (Schatzberg & Nemeroff, 1998). חקר הפסיכופרמקולוגיה של מחלות אלה מספק קווים מנחים לגבי רמת המינון היעילה, משך זמן תגובה, זיהוי וטיפול בתופעות לוואי ושיטות התמודדות עם סימפטומים קשים. פסיכופרמקולוגיה שיתופית היא שיטת התערבות המבוססת על ראיות, הכוללת גישה מקובלת לתיאור ולפיקוח על סימפטומים ותופעות לוואי, וקווים מנחים לקבלת החלטות לגבי טיפול תרופתי. שיטה זו נקראת "שיתופית" מכיוון שהיא מדגישה את שיתוף המטופל בקבלת החלטות בשאלות אם וכיצד להשתמש בתרופות בטיפול במחלה. התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

2. טיפול קהילתי אסרטיבי (ACT). זוהי שיטת התערבות המבוססת על ראיות, המהווה דוגמה לתיאום-טיפול לא טיפוסי, שבו היחס בין מספר מקבלי השירות לנותני השירות הוא נמוך יחסית (10:1), השירותים ניתנים במקום המגורים של המשתקם ולא במרפאה, קיימת אספקה ישירה של שירותים, כיוסי 24 שעות ביממה וחלוקת הטיפול במשתקמים בין מספר מטפלים בצוות (Allness & Koedler, 1998; Stein & Santos, 1998). יותר מ-30 מחקרים על האפקטיביות של גישה זו לתיאום-טיפול מעידים על כך שהשיטה מפחיתה אשפוזים, משפרת את יציבות המגורים בקהילה, מקלה את חומרת הסימפטומים, משפרת את איכות החיים ומפחיתה את עלויות הטיפול הכוללות (Bond, Drake, Mueser & Latimer, 2001; Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ למרות הפוטנציאל הרב הטמון בה כתחליף לאשפוז.

3. טיפול פסיכו-חינוכי משפחתי. זוהי שיטת התערבות המתמקדת בשיפור תפקוד בני משפחת המשתקם, והיא שואפת ליצור יחסים שיתופיים בין הצוות המטפל לבין המשפחה. הצוות מספק למשפחות מידע לגבי מחלת הנפש והטיפול בה ומאמן אותן באסטרטגיות להפחתת מצוקה משפחתית ולהגברת תמיכה ואמפתיה. מחקרים מבוקרים שבחנו את יעילותן של תוכניות פסיכו-חינוכיות קצרות-טווח מעידים על כך שהן מרחיבות את הידע לגבי המחלה והטיפול בה, ומפחיתות את העומס ואת הדחק של בני המשפחה (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998; Pitschel, Waltz, Leucht, Bauml, Kissling & Engle, 2001). תוכניות התערבות ארוכות יותר העידו על הפחתת מספר האשפוזים החוזרים של המשתקם ועל שיפור איכות היחסים

במשפחה (Dixon, et al., 2001; Pitschel-Waltz et al., 2001). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום, ואף שמיושמות התערבויות שונות המערבות משפחות, היא אינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

4. תעסוקה נתמכת. תוכניות תעסוקה נתמכת מתמקדות בסיוע למתמודדים במציאת עבודה הולמת בשכר הוגן בשוק החופשי תוך ליווי ותמיכה. ההתערבות כוללת חיפוש ושילוב מהיר בעבודה המתאימה להעדפותיו האישיות של המתמודד, וסיוע במאמץ להתמיד ולהצליח בעבודה ולהתמודד ביעילות עם קשיים (Bond, 1998). מחקרים בנושא תעסוקה נתמכת מעידים באופן עקבי על יעילות השיטה בהשגת יותר תעסוקה הולמת, שעות עבודה מרובות יותר ושכר גבוה יותר בהשוואה לגישות מסורתיות כגון מפעלים מוגנים (Bond, Drake, Mueser & Becer, 1997). התערבות זו כלולה בסל השיקום ומיושמת במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

5. ניהול מחלה והחלמה. המטרות הכלליות של שיטה זו הן לעזור למשתתפים להשיג מידע ולרכוש מיומנויות אשר דרושים לו לצמצום השפעותיה השליליות של המחלה על חייו, ולהתקדם לקראת יעדים אישיים משמעותיים. שיטה זו כוללת התערבות פסיכרו-חינוכית שמתמקדת בלמידה (חינוך פסיכולוגי) לגבי המחלה ואופן הטיפול בה, למידה של אסטרטגיות המקדמות את השימוש היעיל בתרופות, דרכי התמודדות עם סימפטומים, הכשרה במיומנויות חברתיות ובאיתור מוקדם של סימפטומים ומניעת הישנות המחלה ואשפוז. מחקרים מבוקרים שנערכו לצורך הערכת התוצאות הקשורות למרכיבי תוכנית ניהול מחלה והחלמה העידו על האפקטיביות של מרכיבים שונים של התוכנית (Mueser et al., 2002). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ. לאחרונה נעשה ניסיון ראשון ליישם את ההתערבות בכ-14 מסגרות שיקומיות.

6. טיפול משולב באבחנה כפולה. שיטה זו מיועדת לטיפול בבעלי תחלואה כפולה של הפרעה נפשית והתמכרות. השיטה משלבת ייעוץ, תיאום-טיפול, תרופות, דיור, שיקום מקצועי והתערבויות משפחתיות. מחקרים מעידים כי טיפול משולב יעיל בהפחתת ההתמכרות, בירידה במספר המקרים החוזרים ובשיפור הדיור בקהילה (Drake, et al., 2001; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo & Bond, 1998). התערבות זו אינה כלולה בסל השיקום ואינה מיושמת באופן שיטתי במסגרת השיקום הפסיכיאטרי בארץ.

7. דיור נתמך. התערבות זו כוללת דיור עצמאי בקהילה המשולב ברמה שונה של שירותי ליווי ותמיכה. מחקרים בעלי מערך רנדומלי ומחקרים בעלי מערך של "מעין

ניסויי שבדקו את יעילותה של התערבות זו מצאו כי היא משפרת את יציבות המגורים של בעלי הפרעות נפשיות ממושכות. יחד עם זאת, המחקרים אינם מראים כי התערבות זו משפיעה על משתני תוצאה אחרים (Carling, 1992; Rog, 2004). השירותים ניתנים על ידי משרד הבריאות כחלק משירותי סל השיקום הנגזרים מכוח חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (2000).

8. אימון בכישורי חיים. זוהי התערבות שבה מלמדים את המתמודדים סוגים שונים של כישורי חיים, החל מכישורים בסיסיים ועד להתנהגויות מורכבות כמו ריאיון עבודה. מחקרים שבחנו התערבות זו הראו כי היא משפרת כישורי התנהגות ספציפיים וכלליים, תפקוד חברתי ותחושת מסוגלות אישית. רמת הראיות ביחס להשפעת ההתערבות על כישורי התנהגות היא גבוהה, ואילו רמת הראיות ביחס להשפעת ההתערבות על תפקוד חברתי ותחושת מסוגלות אישית היא נמוכה יחסית (Bellack, 2004). חלקים מסוימים של שירות זה ניתנים בחלק ממרכזי השיקום, אולם מתן השירות אינו מלווה בתוכנית התערבות שיטתית, בתכנון יישום ברורה ובהערכה של התוכנית.

9. שירותים המופעלים על-ידי המתמודדים. התערבות זו כוללת עזרה הדדית אמוציונלית ו/או אינסטרומנטלית בין מתמודדים לבין עצמם. עזרה זו יכולה להתבטא בקבוצות לעזרה עצמית, קבוצות שמתקשרות באמצעות האינטרנט, מתמודדים שמעסיקים מתמודדים, ושירותים אחרים שמופעלים על-ידי מתמודדים. מתוך 11 מרכיבים של התערבות זו, נמצאו ראיות לאפקטיביות של שלושה, והם תהליך לימוד ניסיוני, שימוש בתועלת הדדית ושימוש במשאבי תמיכה טבעיים (Solomon, 2004). יש כמה קבוצות שצרכנים הקימו או שצרכנים מנהלים אותן, כגון "מתמודדים למען מתמודדים", תוכנית "בנפשנו" של עמותת שק"ל, לשמ"ה – לשוויון הזדמנויות והעצמה בתחום בריאות הנפש ו"קלאב האוס עמית". אך קבוצות אלה אינן חלק משירותי סל השיקום, ואין תכנון, יישום והערכה של התוכניות.

---

## גורמים המשפיעים על יישום התערבויות שיקומיות המבוססות על ראיות

---

כפי שעולה מהסקירה, מחקרים איתרו שיטות התערבות שיקומיות המבוססות על ראיות, אך רוב שיטות ההתערבות הללו אינן מצויות בהישג ידם של רוב המתמודדים ובני משפחותיהם. מחקרים בארה"ב מעידים כי אנשים שאובחנו כלוקים בהפרעות נפשיות קשות אינם מקבלים בדרך כלל שירותים שהוכחו במחקרים כאפקטיביים

(Dixon et al., 2001; Lehman & Steinwachs, 1998). עולה שאלה מטרידה: אם קיימות שיטות התערבות שיקומיות אפקטיביות, מדוע לא משתמשים בהן שימוש רחב יותר?

מקובל היום לחשוב שהתשובה נעוצה כנראה בקושי שביישום, ולכן חיוני לבדוק מהם הגורמים המעכבים ומשפרים יישום התערבויות המבוססות על ראיות. לוח 1 מציג כמה גורמים המוצעים בספרות המקצועית (Torrey et al., 2001; Torrey, 2005; Finnerty, Evans, & Wyzik, 2003; Torrey, Lynde, & Gorman, 2005), שנמצאו כעשויים לעכב או לקדם את השימוש בהתערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי.

### לוח 1: יישום השימוש בהתערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי

גורמים העשויים לעכב יישום	גורמים העשויים לקדם יישום
תחושה כי ההתערבויות אינן עולות בקנה אחד עם "מסורת השירות", המעדיפה היצמדות למוכר על-פני התנסות בחדש.	בחירת מסגרות וארגונים בעלי מוטיבציה להשתנות (ארגון הוא מסגרת שבה ניתנים השירותים, כגון מרפאה, הוסטל, דיור מוגן וכו').
חשדנות כלפי החוקרים וכלפי המחקר שעליו מבוססות ההתערבויות.	סגור על ההתערבויות המוצעות, כולל הסבר באשר לאופי השינוי ותועלתו הפוטנציאלית.
העדפת התערבויות עמומות ובלתי מוגדרות על פני התחייבות להתערבויות מובנות ורתיעה מהתערבויות מובנות (Manuals).	שילוב היישום עם דרישות תפקיד הארגון, בשיתוף כל רמות הארגון (ולא "מונחת" מגבוה).
מחסור במשאבים, בכוח אדם, בזמן הדרכה, בסמכות, במנהיגות ובפיקוח.	הבטחת משאבים, כוח אדם, זמן והדרכה מתאימה, יחד עם תשומת לב לסביבת העבודה, תמיכה בצוות, הכשרת מומחים מתוך הארגון, ייעוץ ופיקוח נרחב, יצירת צוותי יישום יצירתיים ויעילים והערכה של למידתם ושל נאמנות היישום.

### דיון

מטרנתנו העיקרית היא להציג בקצרה את המאמצים שנעשו לאחרונה לזהות וליישם שיטות התערבות שיקומיות פסיכיאטריות המבוססות על ראיות. אנו מקווים שהעלאת המודעות לקיומם של שירותים אלו ולתועלתם הפוטנציאלית תיצור דרישה לקבלתם מצד מתמודדים, בני משפחה, נותני שירות וקובעי מדיניות. תנאי

מקדים להתעוררות דרישה כזו היא ההכרה בכך שהאפקטיביות של התערבויות אינה אחידה ושוויונית, וכי הערכת יעילותן של התערבויות שיקומיות היא אפשרית, רצויה וחיונית לצורך בקרת איכות ושיפור שירותים, על אף המורכבות, הקושי והמגבלות הכרוכים בהן.

יישום ההתערבויות המבוססות על ראיות אינו משימה קלה כמובן. שינוי הינו תהליך מורכב, וחלק מהקשיים פורטו לעיל. לא קל לשנות כללים ותקנות מנהליות ולהתמודד עם התנגדויות מצד מטפלים הדבקים בדרכם ומצד בני משפחה ומתמודדים שהתרגלו לצורת התנהלות מוכרת. דרושים דו-שיח ומאמץ משותף של בעלי העניין השונים לצד גמישות רבה ונכונות לשינוי. סביבה אידיאלית ליישום שיטות התערבות המבוססות על ראיות היא סביבה שבה הצוות מיומן, מכיר בחשיבות שביישום ממצאים מחקריים בפרקטיקה, ופתוח ורוצה ללמוד ולנסות ליישם התערבויות חדשות.

למרות הקשיים וההתנגדויות הצפויים אנו מדגישים את הצורך לשנות את המצב הנוכחי ולעודד יישום של שיטות התערבות המבוססות על ראיות כמאמץ לאומי לשיפור איכות שירותי השיקום בתחום בריאות הנפש. יש צורך באסטרטגיות יצירתיות כדי לגשר על הפערים בין הידע המצטבר ממחקרים לבין מה שמיושם בשטח, וכך לזרז את העברת השיטות האלו למערכות ולמסגרות המספקות שירותים. דרך אפשרית היא ניסיון להדק את הקשר בין האוניברסיטאות לשדה. צוותים המורכבים ממרצים ומסטודנטים במחלקות שונות העוסקות בשיקום פסיכיאטרי (כגון בריאות נפש קהילתית, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה, סיעוד ורפואה) יכולים להתמחות במקצת ההתערבויות המבוססות על ראיות. צוות בין-תחומי של בעלי עניין שונים (כגון מתמודדים, בני משפחה, מטפלים, קובעי מדיניות וחוקרים) יכולים ליזום את יישום ההתערבויות במסגרות השיקומיות בהתאם לצרכים המקומיים. תקצוב יישום ההתערבויות המבוססות על ראיות יתבצע באמצעות מכרזים שעליהם יוכלו להתחרות האוניברסיטאות השונות, והזוכה במכרז ישא באחריות להכשרה, להדרכה ולמדידת התוצאות. מעקב שיטתי אחר תהליך היישום ומדידת התוצאות יאפשר משוב משמעותי ומתמשך לוועדת בעלי העניין לשם קבלת החלטות אינפורמטיביות שישפיעו על המשך קביעת מדיניות היישום. מבנה מסוג זה עשוי לשפר זרימת מידע דו-כיוונית בין האקדמיה והשדה תוך הגברת המעורבות והידוק שיתוף הפעולה המתבקשים כדי לקדם את איכות ההתערבויות השיקומיות בבריאות הנפש.

- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ספר החוקים, 1746, 231.
- Allness, D.J., & Knoedler, W.H. (1998). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: A manual for PACT start-up*. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill.
- Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D., & Stickle, T.R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 53-88
- Becker, M., & Diamond, R. (1997). New developments in quality of life measurement in schizophrenia. In H. Katschnig, H. Freeman, & S. Norman (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp.119-133). New York: Wiley.
- Bellack, A.S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*, 375-391.
- Bero, L., & Rennie, D. (1995). The Cochrane collaboration: Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *Journal of the American Medical Association, 274*, 1962-1964.
- Bond, G.R. (1998). Principles of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*, 11-23.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Becker, D.R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services, 48*, 335-346.
- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes, 9*, 141-159.
- Bond, G.R., & Resnick, S.G. (2000). Psychiatric rehabilitation. In R.G. Frank & T.R. Elliot (Eds.), *The handbook of rehabilitation psychology* (pp. 235-258). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Carling, P.J. (1992). Housing, community support, and homelessness: Emerging policy in the mental health system. *New England Journal of Public Policy, 8*, 281-295.
- Dixon, L., McFarlane, W., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., & Faloon, I., et al. (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. et al. (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.
- Farkas, M. (Ed.) (1999). *International practice in psychosocial/psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Gambrill, E. (1999). Evidence based clinical behavior analysis, evidence based medicine and

- the Cochrane collaboration. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 1–14.
- Gambrill, E. (2001). Social work: An authority based profession. *Research on Social Work Practice*, 11, 166–175.
- Gibbs, L., & Gambrill, E. (2002). Evidence based practice: Counterarguments to objections. *Research on Social Work Practice*, 12, 452–467.
- Lehman, A. F. (1992). The effects of psychiatric symptoms on quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299–315.
- Lehman, A.F., & Steinwachs, D.M. (1998). Translating research into practice: The schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1–10.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271–1276.
- McHugo, G.R., Drake, E.R., Teague, G.B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*, 50, 818–824.
- 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.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., & Gingerich, S. et al. (2002). Illness management and recovery for severe mental illness: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272–1284.
- 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.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P., & Dolan, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964–981.
- National Association of Social Workers (1996). Retrieved October 2006 from: <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J. Kissling, W., & Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73–92.
- Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 234–244.
- Rosen, A., Proctor, E., & Staudt, M. (1999). Social work research and the quest for effective practice. *Social Work Research*, 23, 4–14.
- Rosen, A., Proctor, E., & Staudt, M. (2003). Targets of chance and interventions in social work: An empirically based prototype for developing practice guidelines. *Research on Social Work Practice*, 13, 208–233.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299–315.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.

- Rutman, I. D. (1993). And now, the envelope please. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 1-3.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 392-401.
- Schatzberg, A.F., & Nemeroff, C.B. (Eds.). (1998). *The American psychiatric press textbook of psychopharmacology* (2nd ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Stein, L.I., & Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment for persons with severe mental illness*. New York: Norton.
- Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., Burns, B.J., Flynn, L., Rush, A.J., et al. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45-50.
- Torrey, W. C., Finnerty, M., Evans, A., & Wyzik, P. (2003). Strategies for leading the implementation of evidence-based practices. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 883-897.
- Torrey, W.C., Lynde, D.W., & Gorman, P. (2005). Promoting the implementation of practices that are supported by research: The National Implementing Evidence-Based Practice Project. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 97-306.
- Wolf, J.R.L.M. (1997). Clients' needs and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 16-24.