

פרויקט מדדי תוצאה

הפרויקט הלאומי להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום בקהילה

דו"ח מסכם פיילוט -

מיזם משותף של

משרד הבריאות, קרן טאובר ואוניברסיטת חיפה



המרכז להכשרה וחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש הקהילתית

הדוח מוגש על ידי צוות פרויקט מדדי תוצאה :

חוקרים ראשיים : פרופ' דיויד רועה ופרופ' מרק גלקופף

סגן מנהל הפרויקט : עיד רוחאנא

תמיכה סטטיסטית : נועה יוסף

כתיבת דו"ח : לירון לפיד

צוות מקצועי מלווה : עדי תלם, רונית אוליאל-מירקין, הילה דווידוביץ', יעל ויינשטיין, סיגל

חיימוביץ', שרית לוי

תודתנו נתונה לצרכני סל השיקום ומסגרות השיקום במחוז חיפה שהשתתפו בפילוט.

תוכן עניינים

עמוד

	1. מבוא	
1	1.1 פרויקט מדדי התוצאה בישראל	
1	1.2 הפיילוט ומטרותיו	
	2. שיטה	
2	2.1 משתתפים	
2	2.2 הליך	
6	2.3 כלים	
	3. ממצאים	
9	3.1 הערכת ההיתכנות של הפרויקט	
15	3.2 השוואה בין תמיכה פנימית וחיצונית במילוי שאלון משתקם	
17	3.3 מהימנות השאלון	
17	3.4 הערכת תהליכי המישוב למשתקמים ולמסגרת	
18	4. דיון	
24	5. רשימת מקורות	

1.1. פרויקט מדדי התוצאה בישראל

מאז חקיקת "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" (2000), מערכת השיקום הפסיכיאטרי בישראל, המספקת שירותי שיקום בתחומים שונים כגון דיור, תעסוקה פנאי והשכלה לאנשים עם מחלות נפש חמורות, נמצאת בתהליך של צמיחה והתפתחות. מספר האנשים הצורכים את שירותי השיקום בבריאות הנפש, המכונים גם שירותי "סל שיקום", נמצא בעלייה, והוא עומד כיום על קרוב ל-20 אלף איש. התפתחויות אלה מתרחשות במקביל להתפתחויות בתחום השיקום הפסיכיאטרי בעולם, ולצמיחתו כתחום מובחן ונפרד מתחומים קרובים אחרים (רועה ושות', 2011). כחלק מהתפתחויות אלה, קיים דגש בשנים האחרונות על היותם של שירותי השיקום הפסיכיאטרי מכווני תוצאה ומבוססי ראיות (Goldman et al., 2001), ומערכות שיקום בבריאות הנפש בעולם, לדוגמה בארה"ב (Brower, 2003) אוסטרליה (Pirkis & Callaly, 2010) או איטליה (Lasalvia & Ruggeri, 2007), מקדישות מאמצים רבים לבדיקה בכלים מדעיים את יעילות השירותים שהם מספקים. מעקב אחר תוצאות (outcome monitoring) אינו אירוע חד-פעמי, אלא תהליך של הערכה שיטתית ומתמשכת, שיכול לסייע בתכנון שירותים ובאיתור התקדמות, כמו גם לספק לבעלי עניין (משתקמים ובני משפחותיהם, קובעי מדיניות, ועוד) כלים לקבלת החלטות מושכלות. פרויקט מדדי התוצאה בישראל שם לו למטרה לבצע הערכה כזו עבור כל המשתקמים הצורכים את שירותי סל שיקום בישראל בשנים הקרובות.

מטרת פרויקט מדדי התוצאה – הפרויקט הלאומי להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום בקהילה, היא לספק מידע חיוני על שירותי השיקום הפסיכיאטרי בישראל, מידע שלא היה זמין עד עתה. בפרט, מטרת הפרויקט הינה לספק מידע עדכני על תהליכי השיקום ועל איכותם ויעילותם. במילים אחרות, זהו ניסיון ללמוד על אוכלוסיית צרכני שירותי השיקום, ולהעריך האם ואילו שינויים מתחוללים בקרב אנשים הצורכים שירותי סל שיקום בישראל.

1.2. הפיילוט ומטרותיו

שלב הפיילוט הוא השלב הראשון ביישום פרויקט מדדי תוצאה בשטח. הוא אושר להפעלה על ידי ועדת ההיגוי של הפרויקט בישיבתה השנייה, שהתרחשה ב-31 לינואר 2012, לאחר קבלת המלצות מועדת המומחים המקצועית המלווה את הפרויקט ולאחר קבלת אישור מועדת האתיקה האוניברסיטאית.

להלן פירוט מטרות שלב הפיילוט:

1. בדיקת ההיתכנות או הישימות (feasibility) של הפרויקט, כלומר הערכה באיזו מידה אפשרי

איסוף הנתונים הרלוונטיים הן מהמשתקמים והן מאנשי המקצוע, ומהם הגורמים המשפיעים על תהליכי איסוף הנתונים. בדיקה זו תתבצע תוך התייחסות לסוגיות הבאות:

הערכת הליך המנגנון הביצועי של הפרויקט, הערכת שיעור ההיענות להשתתפות בפיילוט, הערכת זמן מילוי השאלון, הערכת שיעור הפריטים שנענו בכל שאלון, והערכת מידת העצמאות של ממלאי השאלון.

2. הערכת מהימנות השאלונים. הערכה זו תכלול: הערכת המהימנות הפנימית (מהימנות בין פריטים, internal reliability) של כל שאלון, והערכת מהימנות מבחן חוזר (test-retest reliability).
3. השוואה בין שתי שיטות תמיכה (סיוע) בעת מילוי השאלונים על ידי המשתקמים – תמיכה ע"י סוקרים חיצוניים (מצוות הפרויקט) מול תמיכה ע"י תומכים פנימיים ממסגרת השיקום – ובדיקה האם ובאיזו מידה שיטת התמיכה משפיעה על תשובות הנבדקים.
4. הערכת תהליכי מישוב בסיום איסוף הנתונים. הערכה זו חשובה לצורך למידה מתהליך הערכת מדדי התוצאה והטמעתו בעבודה השוטפת בשירותי השיקום. הערכה זו תכלול התייחסות לפידבק המיידי המתקבל בסיום מילוי השאלון ("תמונת מצב") וכן התייחסות לשיחות המשוב המתקיימות במסגרות, בהן מוצגים הממצאים הרלוונטיים למסגרת ונערך דיון במשמעותם.

2. שיטה

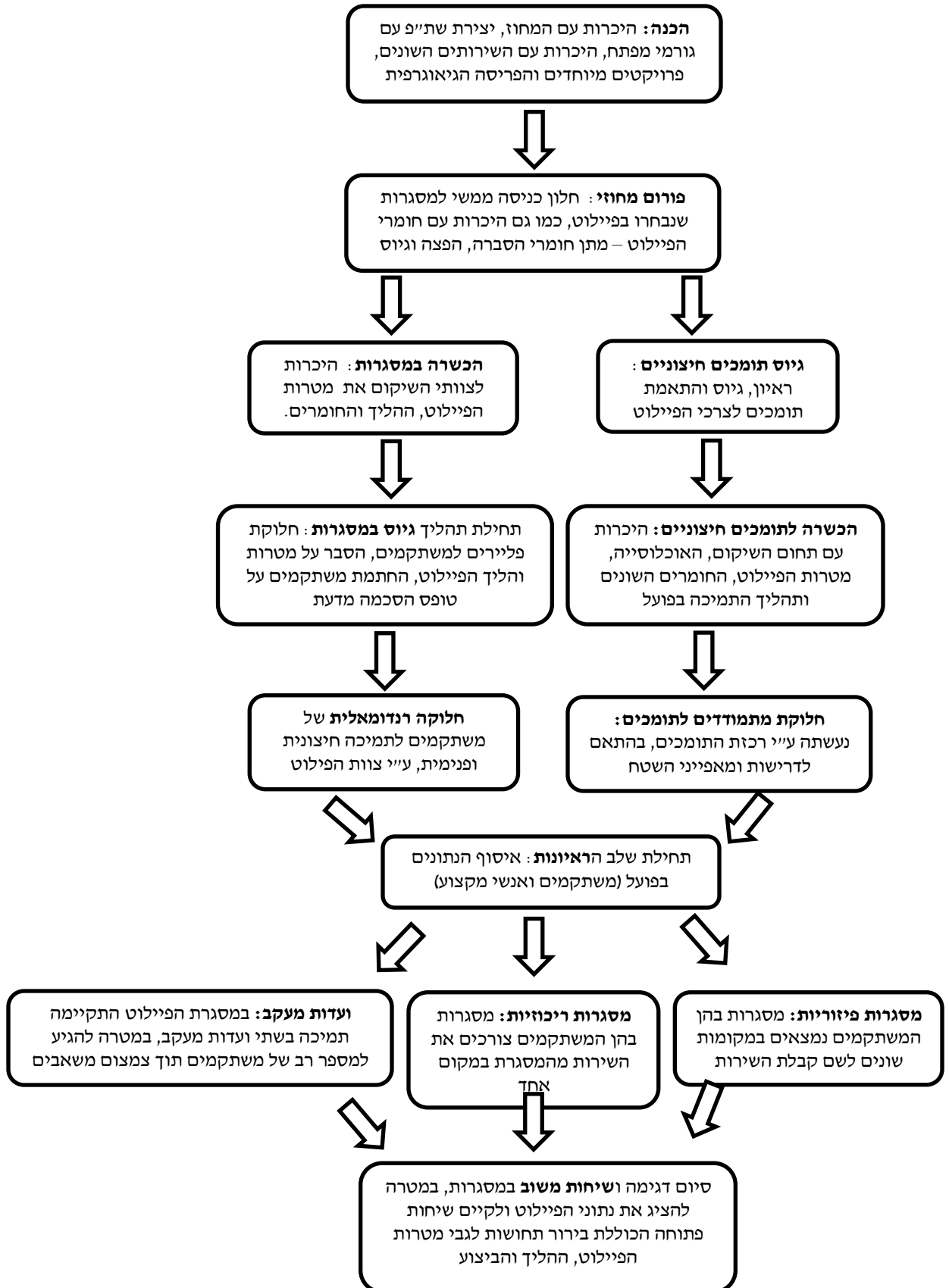
2.1. משתתפים

קריטריון הכללה להשתתפות בפילוט: מבוגרים שגילם מעל 18 המתמודדים עם מגבלה נפשית, ואשר צורכים שירותי שיקום פסיכיאטרי בישראל (המכונים גם שירותי "סל שיקום") שאושרו על-ידי ועדת סל שיקום אזורית של משרד הבריאות, בהתאם לחוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000). קריטריון הוצאה: לא נכללו בפילוט צרכני "סל שיקום" שבעת הניסיון לבצע הערכה חל עליהם אחד או יותר מהתנאים הבאים: הימצאות במצב פסיכוכי חריף, הימצאות באשפוז, גילוי התנהגות אלימה, או חוסר יכולת קוגניטיבית בסיסית הנדרשת בכדי לענות על שאלון או לחתום על טופס הסכמה. כמו כן, משתקמים שמימון השירותים אותם הם צורכים אינו מגיע ממשרד הבריאות אלא ממקורות אחרים. בנוסף, בפילוט נאספו נתונים מאיש מקצוע או איש צוות במסגרת המלווה באופן אישי את המשתתף. בסך הכל השתתפו בפרויקט הפילוט 227 משתקמים המקבלים שירות מ-16 מסגרות שיקום שונות במחוז חיפה, ונאספו 248 שאלונים מאנשי צוות ממסגרות אלה. 135 (59.47%) מהמשתתפים היו גברים ו-92 (40.53%) היו נשים. 134 (62.62%) מהמשתתפים שהשתתפו בפילוט היו רווקים, 40 (18.69%) היו גרושים, 36 (16.82%) נשואים או בזוגיות מעל חצי שנה, ו-4 אנשים (1.87%) היו אלמנים. ל-128 (59.26%) מהמשתתפים הייתה השכלה של עד 12 שנות לימוד, ל-15 (6.94%) הייתה תעודת בגרות מלאה, 72 (33.33%) מהמשתתפים היו בעלי השכלה על-תיכונית (הכשרה מקצועית, לימודים אקדמאיים ללא תואר, תואר ראשון, או תארים מתקדמים), ואדם אחד (0.46%) למד בישיבה.

2.2. הליך

מיקום: מחוז חיפה נבחר להיות המחוז שבו ייערך הפילוט, והנתונים נאספו משירותי שיקום במחוז זה. שלב ההכנה החל בחודש אפריל 2012 ושלב איסוף הנתונים נערך בין החודשים מאי-אוגוסט 2012. הפילוט התבצע במספר שלבים המתוארים בתרשים 1, ומפורטים לעיל.

תרשים 1: הליך הפיילוט



הכנה: שלב ההכנה הוקדש להיכרות עם מערך השיקום במחוז חיפה וליצירת קשרים עם גורמי מפתח: רכזות סל השיקום של המחוז, מנהלי שירותי שיקום ואנשי הצוות בהם. במפגש עם רכזות סל השיקום נערך תיאום ציפיות ובניית דרכי עבודה, והתקבל מידע על מגוון מסגרות השיקום ופרויקטים מיוחדים הקיימים במחוז ועל אפיונים ייחודיים של אוכלוסיית צרכני השירותים ואנשי הצוות. במסגרת ההכנה נעשתה גם דגימת מסגרות השיקום.

הליך דגימה: הליך הדגימה בפיילוט חולק לשני שלבים: דגימת מסגרות השיקום, ודגימת משתקמים מכל מסגרת. דגימת מסגרות השיקום הייתה דגימה מכוונת ולא רנדומלית, שנועדה לוודא שכל סוג שירות המוצע במסגרת סל השיקום בישראל יהיה מיוצג בפיילוט. בשיתוף עם רכזות סל השיקום באזור חיפה, נבנתה רשימה של 16 אבות טיפוס של שירותי השיקום הניתנים בארץ (למעט פרויקטים ייחודיים בעלי מספר משתתפים קטן יחסית). הרשימה כללה: דיור מוגן, קהילה תומכת, הוסטל משולב, הוסטל כוללני, תעסוקה נתמכת, מועדון תעסוקתי, מיזם תעסוקתי, מפעל מוגן, מועדון חברתי, פרויקט ייחודי בתחום החברתי, חונכות אקדמית, ליווי השכלה, חונכות, סומכות. (לגבי שירותי דיור מוגן, הרשימה כללה דיור מוגן לווי, רגיל ומתוגבר, אך בפועל מסיבות שונות נדגמו לפיילוט 3 דיורים מוגנים ללא תלות בסוג הדיור). לאחר מכן, בשיתוף עם רכזות סל השיקום במחוז, נבחרה מסגרת מייצגת אחת לכל אב טיפוס, תוך התחשבות בשיקולים כגון גודל המסגרת, זמינות הצוות במסגרות, תחלופה גבוהה של צוות במסגרת, ועוד. בשלב השני של הדגימה, הוחלט על מכסה של 20-25 משתקמים מכל מסגרת. צוות המסגרת התבקש לפנות למשתקמים הראשונים ברשימה שמית אלפביתית של המשתקמים במסגרת (במסגרות התעסוקה הדבר נעשה בסדר אלפבתי הפוך ובשאר המסגרות בסדר רגיל, זאת על מנת למנוע כפילויות של השתתפות מצד אנשים הצורכים גם שירותי תעסוקה וגם שירותים אחרים). במקרה של סירוב המשתקם להשתתף בפיילוט נעשתה פנייה לאדם הבא ברשימה וכך הלאה, עד ההגעה למכסה שנקבעה, והסירוב תועד. המשתקמים שהסכימו להשתתף בפרויקט חתמו על טופס הסכמה מדעת שהועבר למשרד הבריאות, ורשימה שמית הועברה לצוות הפרויקט. במקרה של אדם שמונה לו אפוטרופוס גוף, גם המשתקם וגם האפוטרופוס חתמו על טופס הסכמה. משתקם שמקבל שירות במספר מסגרות, מילא את השאלון במסגרת אחת שנבחרה. בנוסף לשאלונים שמולאו בידי המשתקמים, איש הצוות העיקרי המלווה את המשתקם במסגרת התבקש למלא שאלון איש מקצוע בנוגע אליו.

פרוס: לאחר שנבחרו מסגרות השיקום שישתתפו בפיילוט, מנהליהן ואנשי הצוות שלהן הוזמנו יחד עם כלל המסגרות השיקומיות באזור חיפה לפרוס (כנס) מחוזי. בפרוס השתתפו גם נציגי משרד הבריאות (מנהלת תחום בכיר הכשרה, הדרכה והטמעת מודלים, ונציגי סל שיקום מחוזיים), וכן החוקרים הראשיים וצוות הפרויקט. בחלקו הראשון של הפרוס, כלל המסגרות קיבלו הסברים על פרויקט מדדי תוצאה ועל הפיילוט. בחלק השני, המסגרות המשתתפות בפיילוט קיבלו הסבר מפורט על ההליך הביצועי של הפיילוט. לאחר הפרוס וההכשרה במסגרת התבצע הגיוס של המשתקמים ע"י צוות המסגרת, כפי שתואר לעיל.

הכשרות לתמיכה פנימית וחיצונית: ההנחה בעת תכנון הפרויקט הייתה כי משתקמים רבים יזדקקו לסיוע בעת מילוי השאלון. הפיילוט ניסה לבחון שתי שיטות סיוע: תמיכה ע"י איש הצוות מתוך המסגרת השיקומית המלווה את המשתקם באופן אישי ("תמיכה פנימית"), מול תמיכה ע"י

אדם חיצוני מצוות הפרויקט, שאינו מכיר אישית את ממלא השאלון ("תמיכה חיצונית"). על מנת שצוות המסגרת יוכל הן לגייס את המשתקמים להשתתפות בפרויקט והן לתמוך במשתתפים במילוי השאלון, התקיימו הכשרות בתוך כל מסגרת שכללו היכרות עם הפרויקט ועם תועלתו למשתקמים ולמסגרת, היכרות עם שאלוני הפרויקט ועם התוכנה המפעילה אותם, והסבר על אופן התמיכה במשתקמים בעת מילוי השאלון. בנוסף, על מנת לקיים את התמיכות החיצוניות גויסו תומכים שעברו הכשרות דומות לאלה שהתרחשו במסגרות, עם דגש על היכרות עם תחום השיקום ואוכלוסיית המשתקמים, ובסיוע פרוטוקול המפרט דרכים שונות בהן ניתן לגשת לאוכלוסיית המשתקמים ולתמוך בהם במילוי השאלון תוך אפשרות רמה מקסימלית של עצמאות. יש לציין כי אחד מהתומכים שגויסו הוא צרכן של שירותי סל השיקום בעצמו, והוא גויס מתוך רצון לעודד שילוב מתמודדים בהוצאה לפועל של הפיילוט.

חלוקה לקבוצות ואיסוף הנתונים: עם קבלת רשימת המשתקמים שהסכימו להשתתף בפייילוט מכל מסגרת, נקבע אופן התמיכה במילוי השאלון: פנימית, חיצונית או שתיהן. במסגרות ריכוזיות, כלומר מסגרות בהן המשתקמים צורכים את השירות במקום גיאוגרפי אחד ונמצאים במסגרת עצמה (דבר המקל את הגישה אליהם), מולא השאלון פעמיים על ידי כל משתקם, בהפרש של עד כחודש, פעם בתמיכה פנימית ופעם בתמיכה חיצונית. מטרת המילוי הכפול של השאלונים הייתה לאפשר השוואה טובה בין תמיכה פנימית וחיצונית (לגבי אותו אדם) וכן לאפשר בדיקת מהימנות של מבחן חוזר. כמו כן, נעשתה חלוקה שווה ורנדומאלית בין המסגרות לגבי איזו מהתמיכות התבצעה ראשונה. במסגרות פיזוריות, כלומר מסגרות בהן לא קיים מקום אחד בו מקבלים שירות (למשל: תעסוקה נתמכת, דיור מוגן ועוד), המשתתפים מילאו שאלון אחד, והתבצעה חלוקה שווה ורנדומאלית למשתקמים שיקבלו תמיכה פנימית ומשתקמים שיקבלו תמיכה חיצונית (זאת למעט מקרים בהם משתקם ביקש במפורש להיתמך ע"י איש צוות בשירות). עבור המשתתפים שמילאו שאלון בסיוע תומך חיצוני, ההקצאה של תומכים למשתקמים התבצעה תוך התחשבות בגורמים כגון: שפת התמיכה, מיקום התמיכה, רגישות מגדרית, ועוד. מילוי השאלון עצמו התבצע באמצעות תוכנת מחשב ייעודית, שאפשרה גם נתינת משוב מיידי ("תמונת מצב") בסיום מילוי השאלון. הנחיית התמיכה המרכזית הייתה התערבות פחותה ככל האפשר, וסיוע רק במידה שהמשתקם מבקש זאת. חלק מהמשתקמים הודיעו מראש דרך המסגרת בעת החתימה על טופס ההסכמה שהם אינם זקוקים לתמיכה כלשהי, והם מילאו את השאלון בעצמם באמצעות קישור אינטרנטי שנשלח אליהם ("שאלון עצמי"). בנוסף, עבור המשתקמים אשר ניסו למלא את השאלון אך התקשו בכך בשל קשיים שונים (קוגניטיביים, קשיי ריכוז ועוד), הוכנה גרסה מקוצרת של השאלון ("שאלון מקוצר"), שהכילה תחומי תוכן זהים לגרסה המקורית של השאלון, אך מספר פריטים מועט יותר. במקרה שמילוי החלק הראשון של השאלון הרגיל (הכולל שאלות דמוגרפיות) לקח זמן רב מאד, נעשה מעבר לשאלון מקוצר אותו המשתקמים מילאו בסיוע התומך. לאחר שמולא שאלון המשתקם, איש צוות אחד מכל מסגרת המכיר אותו בצורה הטובה ביותר הונחה למלא שאלון איש מקצוע בנוגע למצבו של המשתקם. כל הנתונים מהשאלונים הועברו ישירות למאגר הנתונים של הפרויקט באמצעות התוכנה, שחוברה לאינטרנט.

סיום איסוף נתונים ושיחות משוב: בסיום מילוי השאלון, המשתקמים ואנשי הצוות שמילאו את השאלון קיבלו פידבק מידי ("תמונת מצב") בצורת גרפים צבעוניים המשקפים את התשובות שענו בתחומים השונים. האפשרות להדפיס את תמונת המצב ולהשתמש בה כחלק מהתהליך השיקומי הוצעה למשתתפים. לאחר סיום איסוף כל הנתונים מהמסגרת, הוכן דו"ח המסכם את כל הממצאים מהמסגרת ומשווה אותם לממצאים של כלל המשתתפים בפילוט. ברוב המסגרות, מלבד אלה עם מיעוט משתקמים ואנשי צוות, נערכו שיחות משוב יחד עם צוות הפילוט, בהשתתפות נציגי הנהלת היזם המפעיל את המסגרת, הנהלת וצוות המסגרת, משתקמים מהמסגרת, וכן נציג של משרד הבריאות. מטרת שיחות המשוב הייתה הצגה רשמית של התוצאות וסיכום התהליך כולו, וכן קיום דיון פתוח בו ניתנה הזדמנות לגורמים השונים להביע את התחושות לגבי הליך הפילוט, מטרותיו והדרישות שהוצבו למסגרת.

2.3. כלים

הפילוט כלל שני שאלונים: שאלון למשתקם, ושאלון לאיש המקצוע. השאלון למשתקם היה זמין בשפות: עברית, ערבית, אנגלית ורוסית, זאת מתוך רצון לאפשר השתתפות של מגוון רחב ככל האפשר של משתקמים מתוך האוכלוסיות הקיימות במחוז. כאמור, השאלון מולא באמצעות תוכנה ייעודית.

התוקף הנראה (face validity) ותוקף התוכן (content validity) של השאלונים הוערך לפני הפילוט בהליך בעל מספר שלבים. ראשית, מספר שאלונים בתחומים שונים נבחרו על ידי החוקרים הראשיים של הפרויקט ואיש מקצוע נוסף בתחום בריאות הנפש, תוך התחשבות בשיקולים כגון תוקף ומהימנות השאלונים, התאמתם לתרבות הישראלית, ועוד. שנית, כל שאלון שנבחר עבר תהליך תרגום דו-כיווני על ידי מתרגמים. שלישית, התחומים שנועדו להכללה בשאלוני הפילוט, והשאלונים המתורגמים עצמם, עברו להערכה ודיון על ידי ועדת מומחים מקצועית שכללה 14 אנשי מקצוע בתחום (רכזי תחום בכירים ממשרד הבריאות, נציגי קרן טאובר, החוקרים הראשיים של הפרויקט, וצוות מקצועי של אוניברסיטת חיפה). רביעית, לאחר מספר דיונים בוועדת המומחים, וכן לאחר דיון בוועדת ההיגוי של פרויקט מדדי תוצאה, גובשו גרסאות ראשוניות של השאלונים ונשלחו לחמש קבוצות מיקוד. מטרת הדיון בקבוצות אלה, שהורכבו מנציגי בעלי עניין בתחום השיקום – משתקמים, עובדי שיקום ונציגי צוותי שיקום, ראשי תחומים בסל שיקום, רכזי סל שיקום ונציגי משפחות של משתקמים, הייתה לבחון את מידת החשיבות של כל פריט בשאלון וכן את מידת התאמתו לאוכלוסיית היעד. שינויים בשאלונים הוכנסו בעקבות ההערות שהגיעו מקבוצות המיקוד. חמישית, השאלון בגרסתו המעודכנת הוצג בוועדת המומחים המקצועית, ובה נערכו דיונים ותיקונים אחרונים, עד להגעה להסכמה על ידי כל הצדדים באשר לגרסה הסופית של השאלון. להלן יוצגו המדדים השונים שנכללו בכל שאלון.

שאלון למשתקם

רקע ופרטים דמוגרפיים: הפריטים הדמוגרפיים בשאלון למשתקם כללו: מצב משפחתי, השכלה, ושימוש בשירותי מרפאה לבריאות הנפש.

איכות חיים: משתנה איכות החיים נמדד באמצעות שאלון *Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)* (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999), הכולל 12 פריטים המבטאים את מידת שביעות הרצון מתחומים שונים המהווים את מכלול החיים: תעסוקה, משפחה, מצב כלכלי, מצב חברתי, פנאי, בריאות נפשית וגופנית, ומצב מגורים. כל פריט הוערך בסולם בן 5 דרגות (1=מאד לא מרוצה, 5=מרוצה מאד). ציון גבוה בשאלון זה מבטא איכות חיים גבוהה. בפרויקט זה השתמשנו בגרסה מקוצרת בת 8 פריטים של השאלון. בנוסף, הוספנו שאלה המתייחסות לתחומי חיים בהם המשתתפים מעוניינים לעשות שינוי. המשתתפים נדרשו לבחור עד שלושה תחומים מתוך 15 תחומי חיים.

השגת מטרות וחסמים: על מנת לבדוק האם המשתתפים הציבו לעצמו מטרות בשנה האחרונה ואת מידת ההגשמה שלהן, נעשה שימוש בכלי ייחודי המותאם למשתתפים בישראל, שנבנה לצורך שימוש במחקר קודם (Roe, Werbelof, & Gelkopf, 2010). שלוש השאלות הראשונות בשאלון עוסקות בהצבת מטרות, אם כחלק מתכנית שיקום ואם במסגרת אישית, ולמידה בה המשתתפים היה שותף להחלטה על מטרות. שאלה רביעית עסקה במטרות עצמן ולמידה בה הושגו, בשלוש רמות (הושגה, הושגה בחלקה או לא הושגה). שאלה נוספת עסקה בחסמים להשגת המטרות, ובה התבקש המשתתפים לבחור חסם עיקרי מבין האפשרויות: רמת קושי גבוהה של המטרה, חוסר עניין, מצב נפשי, חוסר בתמיכה חומרית או אחרת, או חוסר שיתוף המשתתפים בהצבת המטרה. שאלון זה יועד למשתתפים בלבד ולא נכלל בגרסה לאיש המקצוע.

העצמה והחלמה: לצורך בדיקת היבטים שונים של החלמה מנקודת מבטו של המשתתפים, נעשה שימוש בגרסה מקוצרת בת חמישה פריטים של ה-*Recovery Assessment Scale (RAS)*, כלי שפותח על מנת להעריך את השפעתם של מגוון רחב של שירותים, בדגש על הגדרה עצמית ותקווה (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster & Keck, 2004). חמשת הפריטים שנבחרו מתוך 41 פריטי השאלון לשימוש בשאלון זה כוללים היגדים כגון "אני יכול להתמודד עם מה שקורה בחיי" או "יש לי תקווה לגבי העתיד שלי", ומדורגים בסולם ליקרט בעל 5 דרגות (1=לא מסכים בכלל, 5=מסכים מאד).

תפקוד: רמת התפקוד הוערכה באמצעות השאלון *Role Functioning Scale (RFS)* (Goodman, Sewell, Cooley & Leavitt, 1993), שנמצא מהימן ויציב במדידת רמת תפקוד ללא תלות באבחנה הפסיכיאטרית. הכלי נמצא יעיל בסיוע לאנשי מקצוע בתכנון הטיפול ובניבוי תפקוד במסגרות קהילתיות, ונחשב רגיש במיוחד לשינוי (Goodman et al., 1993). השאלון הותאם לאוכלוסיית הפרויקט מבחינת המונחים והרלוונטיות בהקשר של המציאות בישראל. הוא כולל עשרה פריטים בתחומים שונים (לדוגמה, תפקוד בעבודה / לימודים, ניהול מיומנויות טיפוח עצמי ומשק בית, ניהול כספים, נטילת טיפול תרופתי, ועוד), המדורגים בארבע דרגות (1=מתקשה מאד בתפקוד, 4=מתפקד טוב).

חומרת המחלה ורמות שינוי: חומרת המחלה הוערכה על ידי השאלון המכונה *The PGI (Patient Global Impression Scale)* (Guy, 1976), שהותאם להקשר השיקומי בכך שהושם דגש

על השפעת המחלה על חיי היומיום במקום התייחסות לסימפטומים. השאלון כלל פריט אחד ("עד כמה אתה מרגיש שהמחלה/המגבלה הנפשית פוגעת ביכולת שלך ביומיום?"), שאחריו חמישה פריטים הנוגעים לשינויים במצב הנוכחי בהשוואה לחצי השנה האחרונה (סולם 1-6, לא יודע, 2= שינוי שלילי ניכר, 6= שינוי חיובי ניכר). תחומי השינוי כללו איכות חיים, תפקוד, תהליך החלמה, בריאות גופנית ונפשית.

עישון ופעילות גופנית: בנוסף לתחומי ההערכה העיקריים, מצאנו לנכון להעריך שני תחומים ספציפיים שנמצא כי יש להם חשיבות רבה בתהליך השיקום: עישון ופעילות גופנית. הפריטים (אחד לכל תחום) נלקחו משאלון להערכת שיקום SCAP-HQ (Lehman et al., 2003): "האם אתה מעשן או עישנת בעבר?" (סולם בן 4 דרגות) ו"האם בשנה האחרונה אתה עוסק בפעילות גופנית ספורטיבית כאשר כל פעילות נמשכת לפחות 30 דקות ברציפות?" (סולם בן 5 דרגות).

הערכת שירותי השיקום: המשתקמים העריכו את שירותי השיקום באמצעות שאלון חוות דעת על שירותי סל שיקום, בו הונחה המשתקם להתייחס לכלל שירותי השיקום אותם הוא צורך. השאלון נבנה במיוחד לצורך הפרויקט על ידי נציגים מתחום סל שיקום במשרד הבריאות ונציגים מקרן טאובר. השאלון עבר דיון בועדת המומחים המקצועית (כחלק מההליך הכללי לבניית השאלונים הכלולים בפרויקט), ולאחר מכן נשלח לשלושים מומחים מתחומי שיקום שונים המיוצגים בשירותי סל השיקום, זאת על מנת לבחון האם השאלות רלוונטיות לגבי כל סוג שירות. השאלון כולל 13 פריטים בעלי אופי כללי ולא מותאם לשירות מסוים, שהוערכו בסולם בן 3 דרגות (1=לא (באף שירות), 2=כן (בחלק מהשירותים), 3=כן (בכל השירותים)).

שאלון לאיש המקצוע

רקע ופרטים דמוגרפיים: הפריטים בשאלון לאיש המקצוע כללו שם ומקום עבודה, הכשרה אקדמית, ותק במקום העבודה, משך וטיב הקשר עם המשתקם, והכשרה ויישום של התערבויות שיקומיות. *איכות חיים*: גם בשאלון איש המקצוע, איכות החיים נמדדה באמצעות השאלון *Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)* (Priebe et al., 1999) בגרסה מקוצרת של 8 תחומים, לגביהם נדרש איש המקצוע להעריך מה תהיה מידת שביעות רצונו של המשתקם. גם כאן נוספה שאלה המתייחסת לתחומי חיים בהם לדעתו של איש המקצוע המשתקם צריך לעשות שינוי כדי לקדם את החלמתו.

תפקוד: בדומה לשאלון המשתקם, גם כאן רמת התפקוד הוערכה באמצעות השאלון *Role Functioning Scale (RFS)* (Goodman, Sewell, Cooley & Leavitt, 1993), שעבר את אותה התאמה לתרבות הישראלית. בנוסף, שאלון איש המקצוע כלל גם שאלון *הערכה תפקודית* (Harvey & Bellack, 2009), בן 3 פריטים, המתייחסים לתחומים: עבודה/לימודים, דיור, ופנאי/חברתי. שדורגו בסולם בן 5 דרגות (1=לא מבצע פעולות לעבר שינוי/שיפור, 5= הצלחה מלאה). *חומרת תסמינים ובעיות*: הוערכה בשאלון לאנשי מקצוע בלבד באמצעות שאלון *The Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)* (Wing, Beevor, Curtis, Park, Madden & Burns, 1998).

כלי זה פותח בשנות ה-90, הוא מכסה מגוון של בעיות קליניות ובעיות בתפקוד חברתי, מקובל לשימוש ע"י אנשי מקצוע, רגיש לשינוי ונמצא בהתאמה לכלים נפוצים אחרים (Wing et al., 1998). מתוך 12 הפריטים בשאלון נכללו בשאלון הנוכחי 8 פריטים, המדורגים בסולם ליקרט של 5 דרגות.

חומרת המחלה ורמות שינוי: חומרת המחלה הוערכה על ידי מדד ה- Clinical Global

(Haro et al., 2003) Impression (CGI), הכולל שלושה אספקטים: חומרת המחלה, שינוי בהשוואה למצב הראשוני, ומדד יעילות הטיפול (שיפור תוך התייחסות לתופעות לוואי). בשאלון לאנשי מקצוע נעשה שימוש בפריט אחד הנוגע לחומרת המחלה (בסולם 1-5), ובחמישה פריטים הנוגעים לשינויים במצב הנוכחי בהשוואה לשאלון קודם (סולם 1-6, 1=לא יודע, 2=שינוי שלילי ניכר, 6=שינוי חיובי ניכר). תחומי השינוי כללו איכות חיים, תפקוד, תהליך החלמה, בריאות גופנית ונפשית.

3. ממצאים

3.1. הערכת ההיתכנות של הפרויקט

הערכת היתכנות הפרויקט כוללת שילוב של ממצאים כמותיים ותובנות לגבי הליך הפרויקט שנובעות מהניסיון שנצבר במהלך ביצוע הפיילוט. על מנת להסיק לגבי היתכנות הפרויקט, יוצגו להלן ממצאים בנושאים הבאים: הערכת יעילות המנגנון הניהולי; הערכת שיעור ההיענות להשתתפות בפיילוט; הערכת הזמן הנדרש למילוי השאלון; הערכת שיעור הפריטים שנענו בכל שאלון; והערכת מידת עצמאות המשתקמים במילוי השאלון.

הערכת הליך המנגנון הניהולי

בהתבסס על הניסיון שנרכש במהלך ביצוע הפיילוט, התקבלו ההתרשמויות הבאות באשר לשלבים המובילים לאיסוף נתונים באופן מיטבי. התוצאות מוצגות בטבלה 1.

טבלה 1: הערכת הליך המנגנון הניהולי

שלב בתהליך ושאלות שעלו	התרשמות צוות הפרויקט
הכנה: האם שלב זה הכרחי ומספיק על מנת לאפשר עבודה יעילה בשלבים הבאים?	<ul style="list-style-type: none"> רקע: שלב ההכנה כלל תיאום ציפיות ובניית תכנית עבודה עם רכזי סל השיקום במחוז, וכן מיפוי סוגי ומאפייני המסגרות במחוז. משך: ההכנה הינה מתמשכת, מתוקף היותה תהליך של הטמעה ראשונית של מטרות ושיטת הפרויקט בקרב רכזי סל שיקום. חסרונות: בבחירת המסגרות להשתתפות בפיילוט לא נלקחו בחשבון גורמים כגון: לוח זמנים מורכב במסגרת, עומס יתר על היזם (עקב השתתפות במחקרים אחרים), תחלופת צוות ועוד. הדבר גרם למספר שינויים בשלבים הבאים של הפיילוט (כגון: החלפת מסגרת אחת באחרת, דחיית איסוף נתונים, צורך בהנגשת ציוד ועוד).

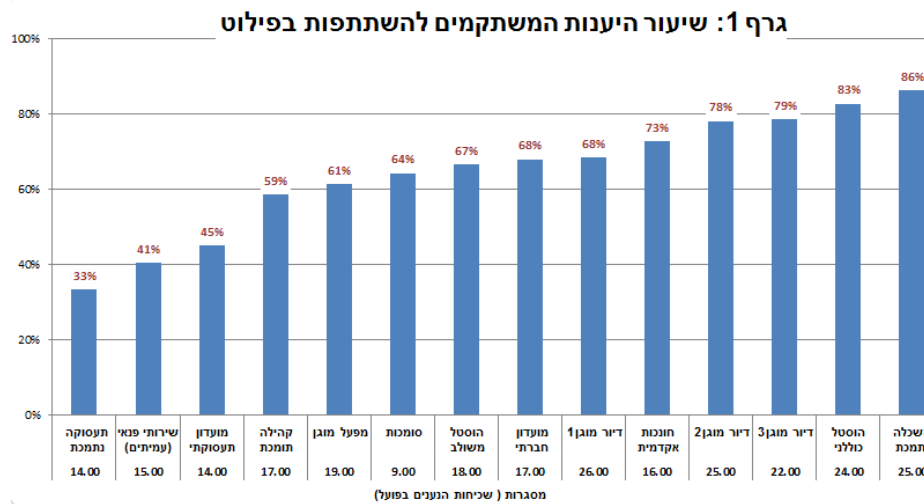
<ul style="list-style-type: none"> ● מסקנה : שלב ההכנה הינו חשוב וחיוני על מנת לאפשר איסוף נתונים יעיל. עם זאת, כדאי לשלב היכרות מעמיקה עם המסגרות ומאפייניהן כבר בשלב זה על מנת לאפשר תכנון מוקדם של השלבים הבאים. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● רקע: פורום מחוזי, שבו הוצג הפרויקט באופן כללי לכלל המסגרות במחוז ובאופן ספציפי למסגרות שנבחרו להשתתף בפיילוט, מאפשר הצגה מסודרת ומפורטת של הפרויקט, הן מההיבט התיאורי והן מההיבט הביצועי. ● התרשמות: הפורום היווה הזדמנות ראשונה ליצור קשר ישיר עם המסגרות, ולהיכרות ראשונה שלהן עם הפרויקט. כמו כן, נוכחותם של נציגי משרד הבריאות בפורום הדגישה את המסר כי מדובר בפרויקט של משרד הבריאות בשיתוף עם קרן טאובר ואוניברסיטת חיפה. ● מסקנה : שלב זה הכרחי להבנת ממדי הפרויקט, חשיבותו, תרומותיו לגורמים השונים ולצורך הוצאתו לפועל. עם זאת, שלב זה אינו מהווה הכנה מספקת לגיוס משתתפים ע"י המסגרות מאחר ומדובר בחשיפה ראשונית למידע רב ומורכב, ולא ניתן לצפות מהמוזמנים לצאת מהפורום עם רמת שליטה גבוהה בחומר המוצג. 	<p>פורום : האם שלב הפורום הכרחי, או שניתן להסתפק בהדרכות במסגרות השונות?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● רקע: ההכשרות במסגרות השיקום כללו הסברים על הפרויקט תוך שימת דגש על גיוס המשתקמים להשתתפות, וכן הדרכה בנושא תוכנת המחשב שפותחה עבור הפרויקט לצורך מילוי השאלונים. ההכשרות לסוקרים חיצוניים, שמטרתן הייתה הכנה מעמיקה של הסוקרים לעבודה מול המשתקמים והמסגרות, כללו הסברים מפורטים על הפרויקט, היכרות עם שירותי סל שיקום בישראל ואוכלוסיית המשתקמים, והדרכה באשר לאופן התמיכה, שכללה סימולציות. ● מסקנה לגבי ההכשרות במסגרות: ההכשרות היו קריטיות ליכולת המסגרות לגייס משתקמים להשתתפות בפיילוט. כמו כן, ההכשרות במסגרות היו חשובות לצורך קביעת נוהלי עבודה מול המסגרת ואיש קשר מתוכה, הכשרה על אופן התמיכה במשתקמים במילוי השאלון, ולצורך מתן מענה לדרישות או בעיות ספציפיות למסגרת, כגון הנגשת תוכנת המחשב, המלצה על שימוש בשאלונים מקוצרים, בקשה לתמיכה בשפות שונות, ועוד. ● מסקנה לגבי ההכשרה לסוקרים חיצוניים: התרשמות צוות הפרויקט היא כי הכשרות אלה היו מתאימות ונחוצות, ונתנו מענה הולם לסיטואציות שקרו בשטח. 	<p>הכשרות : למה הן נחוצות והאם תוכנן מתאים למציאות בשטח?</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● רקע: אצל משתקמים עבורם קיים אפוטרופוס גוף, נדרשה חתימתו על טופס הסכמה (בנוסף לחתימת המשתקם), ובדומה לטפסי ההסכמה של המשתקמים, האחריות על החתמת האפוטרופוס היא של המסגרות. נושא זה הועלה כקושי בפיילוט, בעיקר במקרים בהם המסגרת לא הייתה בקשר ישיר מול האפוטרופוס הממונה של האדם (מסגרות שאינן מסגרות דזור). ● אפוטרופוס שהוא אדם פרטי: בעיית הנגישות לאפוטרופוסים הייתה חמורה יותר כשמדובר באפוטרופוסים פרטיים שאינם שייכים לתאגיד כלשהו (למשל: בני משפחה, עו"ד), ולא היה באפשרותו של צוות הפרויקט לתת לה מענה הולם במהלך הפיילוט. ● אפוטרופוס שהוא גוף ציבורי: כשמדובר היה באפוטרופוס שהוא גוף ציבורי כלשהו, צוות הפרויקט פתר את בעיית ההחלטה באמצעות עריכת פגישת הסבר אודות הפרויקט עם המרכז הישראלי לאפוטרופוסות (אחד הגופים הגדולים בתחום והגוף העיקרי במחוז חיפה) שבסופה התבצעה החלטה מרוכזת של הטפסים. 	<p>סוגיית החתמת אפוטרופוסים על טופס הסכמה: בעיה ופתרונות אפשריים</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● יזמי הקשר: בתקופת איסוף הנתונים, היו מסגרות אשר יזמו קשר ישיר עם צוות הפרויקט לצורך עדכונים ושאלות, ואילו הקשר עם מסגרות אחרות התאפיין ביוזמה מצד צוות הפרויקט לצורך הנעת תהליכים. ● גורמים המשפיעים על הקשר: העבודה מול המסגרות השתנתה בהתאם לסוג המסגרת, סוג הקשר שנוצר עם איש הקשר במסגרת, וגורמים כגון העומס המוטל על הצוות במסגרת. ● ציוד טכני: הנגשת ציוד (כלומר, השאלת מחשב ובו התוכנה למילוי השאלון) נדרשה במרבית המסגרות בשל חוסר בתשתית מתאימה (אופייני בעיקר למסגרות ריכוזיות – מסגרות בהן המשתקמים צורכים את השירות במקום גיאוגרפי אחד). ● תמיכות מרוכזות: במסגרות ריכוזיות (מסגרות בהן המשתקמים מקבלים את השירות מהמסגרת במקום גיאוגרפי אחד. למשל - הוסטל), התאפשר לעיתים לערוך תמיכה חיצונית במרוכז (כלומר, לכמה משתקמים במקום וזמן אחד). תמיכה כזו ארכה משמעותית זמן קצר יותר מאשר תמיכה פנימית, שלא יכלה להתבצע במרוכז עקב מחסור במשאבים (כוח אדם, זמן, וציוד) במסגרות. ● תמיכות חיצוניות: (על ידי סוקר מצוות הפרויקט) לעיתים היו קשיים ביצירת קשר עם המשתקמים לקביעת תמיכות חיצוניות, והיו שינויים בקביעת מקום וזמן לתמיכה. 	<p>עבודה מול המסגרות: מאפיינים</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● תמיכות פנימיות : (על ידי איש צוות מהמסגרת). היו מסגרות בהן לא התבצעו כל התמיכות הפנימיות שנקבעו, בשל עומס עבודה במסגרת. עם זאת, כאשר תמיכות כאלה כן התקיימו, הדבר הגביר את המחויבות לפרויקט ואת הזיקה אליו. ● מאפייני תמיכה ייחודיים : במסגרות בהן המשתקמים נמצאים במקומות גיאוגרפיים שונים לשם קבלת השירות, לדוגמה דיור מוגן או תעסוקה נתמכת (מסגרות המכונות "מסגרות פיזוריות"). התמיכות אופיינו בהשקעת משאבים (זמן, כוח אדם, ציוד) רבה יותר מצד צוות הפרויקט. ● מאפייני מעקב ייחודיים אחר איסוף הנתונים : במסגרות פיזוריות (מסגרות בהן המשתקמים נמצאים במקומות גיאוגרפיים שונים לשם קבלת השירות) היה צורך במעקב אינטנסיבי יותר מאשר במסגרות ריכוזיות אחרי תהליך התקדמות איסוף הנתונים. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● רקע : מילוי השאלונים התבצע באמצעות קישורים (לינקים) שנשלחו בדואר אלקטרוני למשתקם, לתומך ולאיש המקצוע. לאחר מילוי השאלון הוא הוכנס אוטומטית באמצעות התוכנה למאגר הנתונים של הפרויקט. ● חסרונות : למעט מקרים נקודתיים של "באגים" בתוכנה שנפתרו לאחר מכן, החיסרון היחיד של עבודה דרך שליחת קישורים בדואר אלקטרוני למשתתפים הוא שהליך כזה אינו עומד בהחלטת משרד הבריאות שלא לאפשר עבודה באמצעות רשת האינטרנט, זאת למרות שעד כה לא נעשתה בדיקה ממשית לגבי עמידה של הליך זה בקריטריונים של אבטחת מידע. ● מסקנה : איסוף הנתונים על ידי מחשבים ולא על ידי שאלוני נייר, ועבודה דרך האינטרנט, הוא באופן כללי הליך אפשרי, יעיל ונוח. עם זאת, יש לבדוק דרכים חלופיות לעבודה המתאימות לקריטריונים של משרד הבריאות כגון : עבודה עם כרטיסים חכמים, עבודה דרך מערכת "ממשל זמין" של משרד הבריאות, או כל דרך אחרת שעומדת בקריטריונים של משרד הבריאות. יש להדגיש כי עבודה באמצעות האינטרנט מאפשרת חופש פעולה רב הן למשתקמים המעוניינים למלא את השאלון ללא מעורבות של גורם שלישי והן לצוות במסגרת (שלא יעיל לשלוח אליהם סוקר עם מחשב), ובאופן כללי עבודה כזו מקלה על תהליך איסוף הנתונים, בעיקר במסגרות פיזוריות. ייתכן כי עבודה דרך האינטרנט היא הדרך היחידה בה פרויקט מדדי התוצאה ימשיך להיות בר-קימא גם לאחר שלבי היישום הראשוניים. 	איסוף נתונים דרך תוכנת מחשב : יתרונות וחסרונות

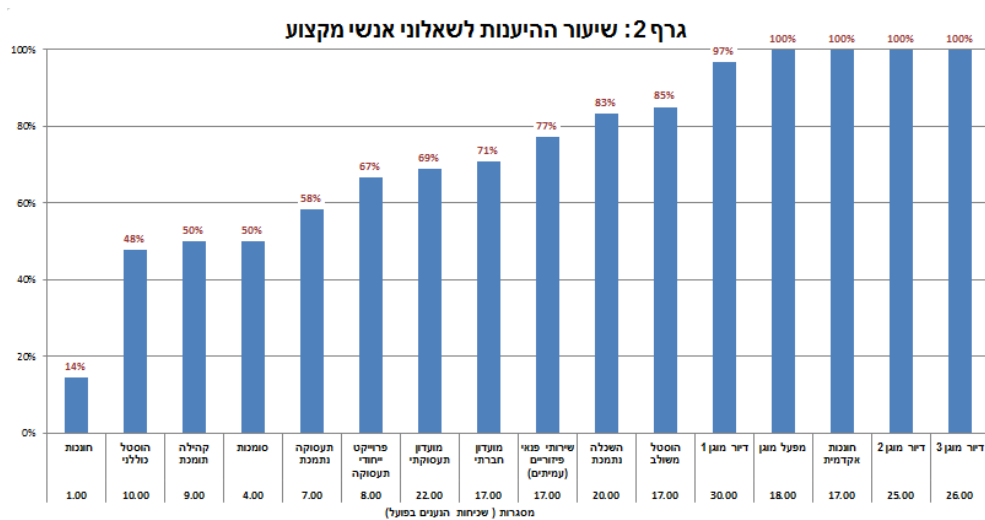
שיעור ההיענות להשתתפות בפיילוט

כאמור, גיוס המשתתפים להשתתפות בפיילוט נעשה דרך מסגרות השיקום בצורה רנדומאלית על פי רשימה אלפבתית. יחד עם הדגשת חשיבות הפרויקט ותרומתו האפשרית למשתתפים, הוסבר למשתתפים כי יש להם הזכות לסרב להשתתפות בפרויקט. גרף 1* מציג את שיעור ההיענות להשתתפות בפיילוט מתוך המשתתפים שהוצע להם להשתתף. ניתן לראות כי שיעור ההיענות נע בין שליש מאלה שההשתתפות הוצעה להם לבין 86% מהאנשים. בחמש מסגרות שיעור ההיענות היה גבוה מ-70%, בשש מסגרות שיעור ההיענות היה בין 50%-ל-68%, ובשלוש מסגרות שיעור ההיענות היה בין 33%-ל-45%. בסך הכל, 63% מהמשתתפים שהוצע להם להשתתף בפיילוט חתמו על טופס הסכמה, ו-53% מילאו בסופו של דבר שאלון.



*לא נכללו: שתי מסגרות בהן שיעור ההיענות היה נמוך מאד, עקב קשיים בגיוס המשתתפים להשתתפות בפיילוט

אנשי מקצוע ואנשי צוות במסגרות השיקום התבקשו למלא שאלון במידה והם ליוו באופן אישי במסגרת עבודתם משתתפים שהשתתפו בפיילוט. גרף 2 מציג את שיעור השאלונים שמולאו מתוך אלה שנדרשו לכך (לאחר שהמשתתפים אותנו אנשי המקצוע מלווים חתם על טופס הסכמה). ניתן לראות כי בחמש מסגרות הייתה היענות מלאה (100%) או קרוב לכך, במסגרת אחת הייתה היענות נמוכה של 14%, בשלוש מסגרות הייתה היענות סביב ה-50%, וביתר המסגרות הייתה היענות של 58%-85% למלא שאלון איש מקצוע. בסך הכל, 72% מאנשי המקצוע שהתבקשו למלא שאלון, נענו לכך.



הערכת הזמן הנדרש למילוי השאלון

ממוצע זמן מילוי שאלון משתקם היה 34.86 דקות, עם סטיית תקן של 30.54, והחציון היה 25 דקות. הערכים נעו בין 5 דקות ל-120 דקות. 83.3% מהמשתתפים ענו על השאלון בפחות מ-50 דקות. חלוקה של משכי הזמן לפי קטגוריות נמצאת בטבלה 2.

טבלה 2: זמן מילוי שאלון משתקם

זמן מילוי שאלון משתקם*	N	%	% מצטבר
0-15	51	25.00	25.00
16-35	99	48.53	73.53
36-50	21	10.29	83.82
50-120	33	16.18	100

(בדקות, N=204)

*לא נכללו: שאלונים שניים למשתתפים שמילאו 2 שאלונים, שאלונים מקוצרים, שאלונים בהם שיעור הפריטים שנענו היה נמוך מ-65%, ושאלונים שמולאו בטופס נייר בשל בעיה טכנית (בהם זמן מילוי שאלון מציין את זמן הכנסתו לתוכנה לאחר מכן ע"י צוות הפרויקט)

ממוצע זמן מילוי שאלון איש מקצוע היה 9.42 דקות, עם סטיית תקן של 7.69, והחציון היה 7 דקות. הערכים נעים בין 2 דקות ל-53 דקות. חלוקה של משכי הזמן לפי קטגוריות נמצאת בטבלה 3.

טבלה 3: זמן מילוי שאלון איש מקצוע

זמן מילוי שאלון איש מקצוע*	N	%	% מצטבר
0-5	47	28.83	28.83
6-10	68	41.72	70.55
11-15	31	19.02	89.57
**15-53	17	10.43	100

(בדקות, N=163)

* לא נכללו שאלונים עם זמני מילוי גדולים מידי (מעל 108 דקות) או קטנים מידי (0 דקות או דקה), בשל ההשערה כי מדובר במילוי שאלון באופן לא רציף (עם הפסקות רבות או ממושכות) ***ייתכן שחלק מהנכללים בקטגוריה זו לא מילאו את השאלון באופן רציף.

ניתן לראות כי קרוב לשלושה רבעים מהמשתתפים מילאו את השאלון בזמן שלא עלה על 35 דקות, וקרוב לשלושה רבעים משאלוני אנשי המקצוע מולאו בזמן שלא עלה על 10 דקות.

שיעור הפריטים שנענו בכל שאלון

אחד המדדים המעידים על היתכנות הפרויקט הוא עד כמה המשתתפים מצליחים למלא את השאלון מתחילתו ועד סופו, כלומר שיעור הפריטים שעליהם הם עונים בכל שאלון. הנתונים בנוגע לפיילוט רוכזו בטבלה 4:

טבלה 4: שיעור הפריטים שנענו בכל שאלון

שיעור הפריטים שנענו	ממוצע	ס.ת.	מינימום	מקסימום
שאלוני משתקם* (n=227)	95.76%	10.46%	15.87%	100%
שאלוני איש מקצוע*(n=219)	96.80%	10.95%	16.67%	100%

*לא נכללו: שאלונים שניים (למשתתפים שמילאו 2 שאלונים)

ניתן לראות כי באופן כללי היה שיעור גבוה של פריטים שמולאו בכל שאלון, הן אצל המשתקמים והן אצל אנשי המקצוע.

הערכת מידת העצמאות של המשתקמים במילוי השאלון

עצמאות המשתתפים הוערכה על פי טופס התרשמות תומך, אותו מילא התומך (הן תומך במסגרת והן סוקר חיצוני) בסיום תהליך מילוי השאלון. הנתונים שלהלן המוצגים בטבלה 5 מתייחסים לשאלוני המשתקמים ללא תלות במספר השאלונים (אחד או שניים) שמילא כל משתקם. כמו כן, הנתונים כוללים את השאלונים שמולאו ללא נוכחות תומך ("מילוי עצמי").

טבלה 5: מידת העצמאות במילוי שאלון משתקם		
עצמאות במילוי השאלון* (N=243)	N	%
מילוי עצמי (ללא נוכחות תומך ; שאלון ממוחשב)	12	4.93
מילוי עצמי (ללא נוכחות תומך ; שאלון ידני)**	11	4.52
עצמאות מלאה (התומך היה נוכח אך המשתקם לא נעזר בו)	19	7.82
עצמאות חלקית בביאור מלים, עזרה תוכנית, עידוד לסיום השאלון	78	32.09
המשתקם קרא את השאלות, התומך סימן במחשב את התשובות	52	21.40
תומך הקריא את השאלות והמשתקם סימן במחשב את התשובות	4	1.60
תומך הקריא את השאלות וסימן במחשב את התשובות	48	19.75
שאלון ידני בתמיכה כלשהי**	19	7.82

*לא נכללו: משתקמים שמילאו שאלון מקוצר, שאלונים שניים (למשתקמים שמילאו 2 שאלונים) ** שאלון ידני: מולא בטופס נייר – בדרך כלל מסיבה טכנית, ולכן עצם מילוי שאלון כזה אינה מעידה על רמת הידע בהפעלת מחשב

ניתן לראות כי 17.28% (42) מהשאלונים מולאו באופן עצמאי לחלוטין, 32.09% (78) מהם מולאו בסיוע חלקי, ו-42.8% (104) מולאו בסיוע אינטנסיבי יותר. נוסף על כך, מתוך 227 המשתקמים שהשתתפו בפילוט, 10 (4.41%) התקשו למלא את השאלון המלא עקב מגבלות קוגניטיביות, והם מילאו שאלון מקוצר שכלל את רוב המדדים המרכזיים של השאלון המקורי. לסיכום נושא היתכנות הפרויקט, הן על פי התרשמות צוות הפרויקט והן על פי הממצאים הכמותיים, ניתן לומר כי באופן כללי ישנה היתכנות גבוהה לביצוע הפרויקט בישראל. עם זאת, ישנם נושאים נקודתיים הדורשים מענה. מסקנות והמלצות יינתנו בהמשך.

3.2. השוואה בין תמיכה פנימית וחיצונית במילוי שאלון משתקם

כאמור, אחת ממטרות הפילוט הייתה להשוות בין תמיכה פנימית (ע"י איש צוות מתוך המסגרת) לחיצונית במילוי שאלון המשתקם. בהקשר זה התייחסנו לשני מצבים: הראשון, השוואה בין תמיכה פנימית וחיצונית אצל אותו משתקם, זאת עבור משתקמים שמילאו את השאלון עם שני סוגי התמיכות. השני, השוואה כללית של שאלונים שמולאו בתמיכה פנימית לעומת חיצונית, ללא תלות במספר השאלונים שמילא כל משתקם. המצב הראשון מאפשר השוואה מדויקת יותר (בשל היכולת להשוות כל אדם לעצמו), אך המצב השני כולל מספר גדול יותר של שאלונים.

השוואה בין תמיכה פנימית וחיצונית עבור משתקמים שמילאו שני שאלונים התבצעה באמצעות מבחן t למדגמים תלויים, עבור המדדים העיקריים בשאלון המשתקם (איכות חיים, העצמה והחלמה, ותפקוד). התוצאות מוצגות בטבלה 6:

טבלה 6: תמיכה פנימית מול חיצונית עבור משתקמים שמילאו שני שאלונים

תוצאות מבחן t למדגמים תלויים					
t	תמיכה פנימית		תמיכה חיצונית		
	ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.	
t(72)=.80	3.46	.76	3.42	.77	איכות חיים (n=73) (סולם 1-5)
t(69)=-.40	3.71	.79	3.73	.76	העצמה והחלמה (n=70) (סולם 1-5)
t(71)=1.68	3.44	.62	3.30	.66	תפקוד (n=72) (סולם 1-4)

הממצאים מצביעים על היעדר הבדל מובהק ($p > .05$) בין הממוצעים בשלושת מדדי התוצאה (איכות חיים, החלמה ותפקוד). כלומר, עבור משתקמים שמילאו שני שאלונים, לא נמצא הבדל מובהק בין היעזרות בתומך פנימי מתוך צוות המסגרת לבין היעזרות בסוקר חיצוני מצוות הפרויקט. השוואה כללית של שאלונים שמולאו בתמיכה פנימית לעומת חיצונית, ללא תלות במספר השאלונים שמילא כל משתקם (אחד או שניים) התבצעה עבור המדדים העיקריים באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים. התוצאות מוצגות בטבלה 7. יש לציין כי מכיוון שטבלה זו כוללת גם נתונים ממשתקמים שמילאו שני שאלונים וגם נתונים ממשתקמים שמילאו שאלון אחד, מספר השאלונים במבחן זה גבוה ממספר המשתקמים שהשתתפו בפיילוט.

טבלה 7: תמיכה פנימית מול חיצונית עבור כלל המשתקמים

תוצאות מבחן t למדגמים בלתי תלויים					
t	תמיכה פנימית		תמיכה חיצונית		
	ממוצע (ס.ת.)	n	ממוצע (ס.ת.)	n	
t(275)=1.36	3.44(.73)	131	3.32(.75)	146	איכות חיים (סולם 1-5)
t(267)=-.68	3.71(.78)	130	3.65(.82)	139	העצמה והחלמה (סולם 1-5)
t(274)=1.72	3.38(.60)	130	3.25(.65)	146	תפקוד (סולם 1-4)

הממצאים מצביעים שנית על היעדר הבדל מובהק ($p > .05$) בין הממוצעים בשלושת מדדי התוצאה (איכות חיים, החלמה ותפקוד). כלומר, באופן כללי במילוי שאלון משתקם לא נמצא הבדל מובהק בין היעזרות בתומך פנימי מתוך צוות המסגרת לבין היעזרות בסוקר חיצוני מצוות הפרויקט.

3.3. מהימנות השאלון

מהימנות פנימית (מהימנות בין פריטים, *internal reliability*)

על מנת לוודא באיזו מידה כל הפריטים בשאלון המתייחס למדד מסוים (לדוגמה, איכות חיים) שייכים לאותו המדד, ניתחנו (בעזרת ניתוח אלפא של קרוונבך) את הקשרים בין כל השאלות השייכות לאותו מדד, וזאת לגבי המדדים העיקריים שנמדדו בשאלון. טבלה 8 מראה את הממצאים.

טבלה 8: מהימנות בין פריטים	
מדד	α של קרוונבך
איכות חיים	
שאלון משתקם	0.76
שאלון איש מקצוע	0.71
העצמה והחלמה	
שאלון משתקם	0.80
תפקוד	
שאלון משתקם	0.83
שאלון איש מקצוע	0.85
חומרת תסמינים ובעיות	
שאלון איש מקצוע	0.48

ניתן לראות כי עבור מרבית השאלונים בהם נעשה שימוש בפיילוט נמצאה מהימנות בין פריטים טובה (מעל 0.7) או טובה מאד (מעל 0.8). עבור שאלון אחד המודד חומרת תסמינים ובעיות ומיועד לאנשי מקצוע (שאלון ה-HoNOS), נמצאה מהימנות נמוכה (מתחת ל-0.5).

מהימנות מבחן חוזר (*test-retest reliability*)

כאמור, חלק מהמשתקמים מילאו שני שאלונים בהפרשי זמן קצרים זה מזה (עד כחודש). על מנת להעריך את יציבות המדידות (האם אנשים ענו לאותה שאלה באותו אופן בזמנים שונים), ביצענו ניתוח של מהימנות של מבחן חוזר, כלומר חישבנו מתאם פירסון בין שני הזמנים לגבי כל מדד. התוצאות מוצגות בטבלה 9:

טבלה 9: מהימנות מבחן חוזר	
מדד	r
איכות חיים (n=79)	*0.82
העצמה והחלמה (n=69)	*0.68
תפקוד (n=78)	*0.56

*p<.001

ניתן לראות כי לגבי כל המדדים נמצאה מהימנות מבחן חוזר טובה מאד.

3.4. הערכת תהליכי המישוב למשתקמים ולמסגרת

תמונת מצב: הן המשתקמים והן אנשי הצוות שמילאו שאלון, קיבלו פידבק מידי בסופו ("תמונת מצב") בצורת גרפים צבעוניים המראים את תשובותיהם בתחומים השונים. את "תמונת המצב" היה ניתן להדפיס ולהשתמש בה לטובת התהליך השיקומי. על פי התרשמות צוות הפרויקט,

שהיה בקשר עם התומכים הפנימיים והחיצוניים ועם אנשי הקשר במסגרות, רוב המשתקמים היו מעוניינים בהדפסת תמונת המצב של השאלון שלהם, וחלק מהם אף הביאו אותה לשיח השיקומי. בנוסף, חלק מהמסגרות השתמשו באופן מובנה בתמונות המצב שהתקבלו משאלוני אנשי המקצוע במסגרת עבודתם.

דו"חות לכל מסגרת ושיחות משוב: רוב המסגרות (למעט אלה עם מספר משתתפים מצומצם, על מנת לא לחשוף את תשובותיהם של המשתקמים) קיבלו דו"ח שכלל את התוצאות של הנתונים שנאספו מהמסגרת, עם השוואה בין שאלוני משתקמים לשאלוני אנשי מקצוע, ועם השוואה לממצאים מכלל המשתתפים בפילוט. בכל המסגרות הייתה היענות גבוהה של הצוות להשתתפות בשיחות המשוב, ולעיתים גם של המשתקמים. בנוסף, בחלק מהשיחות הייתה נציגות של ההנהלה הבכירה של המסגרת. ברוב השיחות נכחו גם נציגים של משרד הבריאות. ההתרשמות של צוות הפרויקט שערך את השיחות היא כי המשוב עורר עניין ושיח אודות הנתונים, בעיקר סביב הפער בין שאלוני המשתקמים ואנשי המקצוע. בנוסף, על פי התרשמות צוות הפרויקט, עצם נוכחות המשתקמים בשיחות כשווים בין שווים תרמה לתחושה של העצמה אצלם. הביקורת הבונה בשיחות המשוב מצד המסגרות נסובה סביב שלושה נושאים עיקריים: **א.** רמת ההיכרות העמוקה עם המשתקם המתבקשת במילוי שאלון איש מקצוע הייתה מסובכת מידי, בעיקר עבור מסגרות ממוקדות שירות בתחומים כגון תעסוקה, השכלה ופנאי. **ב.** שאלון חוות דעת על שירותי סל שיקום: שאלון זה עורר עניין רב במסגרות, ודווקא משום כך הייתה אכזבה מכך שהוא כללי לגבי כל שירותי השיקום ואינו מספק תשובות שניתן לעבוד איתן ברמה המסגרתית. בנוסף, בשיחות המשוב עלה כי משתקמים רבים חשו קושי ובלבול עקב הצורך להתייחס לכל המסגרות בהן הם מקבלים שירות בו זמנית. **ג.** דו"ח הממצאים שקיבלו המסגרות לקראת שיחות המשוב היה מורכב, ובשיחות המשוב עצמן הייתה תחושה שנדרשת הנגשה רבה, הן עבור צוות המסגרת והן עבור המשתקמים, משני היבטים: הבנת הממצאים כפי שהם מוצגים בדו"ח, ועידוד החשיבה לגבי משמעות הממצאים. **ד.** עבור רבות מהמסגרות הייתה חשובה השוואת תוצאותיהן עם תוצאות ממסגרות מסוג (אבטיפוס) זהה לשלהן (לדוגמה, הוסטל). הדבר לא התאפשר בפילוט משום שלכל אבטיפוס של מסגרת הייתה נציגות אחת. **ה.** משיחות המשוב נבע שחלק מהשאלון היה בלתי מובן וקשה למילוי: שאלון ה-HoNOS היה קשה למילוי לצוות שאינו מקצועי, ורבים מהמשתקמים לא ידעו לענות על השאלה הקשורה לשימוש במרפאת בריאות הנפש. **ו.** בתחום הפעילות הגופנית התגלה פער בין תשובות המשתקמים (שדיווחו על עישון מועט ועל עיסוק בפעילות גופנית) להתרשמות אנשי המקצוע, כפי שעלו בשיחות המשוב. מסקנת הדיון הייתה ששאלות אלה הן חלק מנושא רחב יותר ויש לשנות את השאלון בהתאם.

4. דיון

מטרות שלב הפילוט בפרויקט מדדי תוצאה היו לבחון את היתכנות הפרויקט ושימותו; לבדוק את המידה בה ניתן להשתמש בשאלונים שנבחרו ואת מהימנותם ותקפותם; ולבחון האם התוצאות שהתקבלו במדדים השונים מושפעות משיטת איסוף הנתונים. להלן ייערך דיון בממצאים השונים ובמשמעותם להמשך הפרויקט, ויוצגו מסקנות והמלצות במידת האפשר.

ישימות הפרויקט

בשלב התכנון הראשוני של פרויקט מדדי תוצאה, צוות הפרויקט התמודד עם שאלות לגבי מידת ההיתכנות (או ישימות, feasibility) של הפרויקט, כלומר לגבי המידה בה ניתן ליישמו במתכונתו המוצעת במערכת השיקום בישראל. עלו שאלות לגבי המידה בה שירותי השיקום בשטח מוכנים להתמודד עם יישום הפרויקט, הן מבחינת החיבור הרעיוני והן מבחינה ביצועית; לגבי המידה בה משתקמים ואנשי צוות ייענו לבקשה להשתתף בפרויקט; לגבי מסוגלות המשתקמים לענות על השאלון באופן עצמאי; לגבי יכולות השימוש במחשב של משתקמים; לגבי מידת התאמת אורך השאלון ותוכנו ליכולת המשתקמים; ולגבי הטיה אפשרית של תוצאות השאלונים במקרה של סיוע של איש צוות מטעם המסגרת במילוי השאלון. הממצאים הכמותיים בעקבות הפיילוט, וכן התרשמותו של צוות הפרויקט מהתהליכים השונים והפיידבק שעלה משיחות עם המשתתפים בפיילוט (משתקמים ואנשי צוות במסגרות), מאפשרים לענות לפחות על חלק מהשאלות.

ניתן לראות כי שיעור ההיענות להשתתפות בפרויקט בקרב המשתקמים היה גבוה, ו-63% מהמשתקמים שהוצע להם להשתתף בפיילוט הסכימו לכך. גם שיעור ההיענות בקרב אנשי המקצוע היה גבוה, וברוב המסגרות עלה על 75%. כמו כן, שיעור הפריטים שנענו בכל שאלון היה גבוה מאד והגיע לממוצע של מעל 95% אצל משתקמים ומעל 96% אצל אנשי המקצוע ואנשי הצוות שמילאו את השאלונים. גם זמן מילוי השאלון היה סביר, וכ-75% מהמשתקמים מילאו אותו בזמן של עד 35 דקות. הנתונים בפיילוט נאספו כך שלכל סוג של שירות שיקום הייתה בהם נציגות, ומכאן שהם מעידים כי ניתן לאסוף נתונים בהצלחה בכל סוגי מסגרות השיקום בארץ, הן ממשותקמים והן מאנשי מקצוע/צוות.

תהליך תכנון וביצוע הפיילוט, על כל שלביו, היווה תהליך למידה שבסופו הגיע צוות הפרויקט למספר תובנות העשויות לסייע באיסוף נתונים מוצלח ויעיל בעתיד. ראשית, בשלב ההכנה, שהוא השלב הראשון בפיילוט, ההיכרות עם כלל מסגרות השיקום במחוז ועם נסיבותיהן הנוכחיות נעשתה באמצעות מפגש עם רכזות סל שיקום בלבד, ורק בשלב מאוחר יותר נוצר קשר עם המסגרות. ידוע כי על מערך השיקום בארץ מוטל במקרים רבים עומס עבודה משמעותי וישנן דרישות רבות מצוותי השיקום במסגרות השונות, וכן ישנה תחלופת כוח אדם רבה ותדירה במסגרות אלה. על מנת לאפשר כניסה חלקה למסגרות ואיסוף נתונים מיטבי גם במציאות משתנה זו, אנו ממליצים בעתיד על היכרות עם המאפיינים הייחודיים של כל מסגרת בנקודת הזמן העכשווית, כבר בשלב הראשוני של יישום הפרויקט במחוזות השונים. היכרות כזו תאפשר בדיקה מראש של ההתאמה בין לוח הזמנים המתוכנן לפרויקט לבין הנסיבות ולוח הזמנים של המסגרת, וביצוע שינויים אם ידרשו. גם בנייה מראש של תוכנית עבודה המותאמת אישית לכל מסגרת תקל על יישום הפרויקט ותאפשר התמודדות טובה יותר עם שינויים. בנוסף, מינוי איש קשר קבוע בכל מסגרת מומלץ אף הוא, על מנת ליעל את תהליכי העבודה ולסייע בבניית קשר של אמון ושיתוף פעולה בין המסגרת לצוות הפרויקט.

אחת המסקנות הבולטות ביותר שעלתה משלב הפיילוט של פרויקט מדדי תוצאה היא חשיבות המעורבות של נציגי משרד הבריאות בכל שלבי הפרויקט. התרשמותו של צוות הפרויקט, שגובתה גם במשוב מצד הצוות במסגרות שהשתתפו בפיילוט, הייתה כי היה עניין ורצון טוב מצד

צוות משרד הבריאות שהיה מעורב ביישום שלב הפיילוט, וכי במקרים בהם נציגי משרד הבריאות היו מעורבים בהצגה הראשונית של הפרויקט ובתהליך הכניסה למסגרות, הדבר הגביר את תחושת המחויבות לפרויקט במסגרות ואת ההירתמות שלהן לגיוס המשתקמים להשתתפות, הירתמות שבמקרים אחרים הייתה תלויה ברצון הטוב של אנשי הקשר במסגרות או בטיב הקשר שלהם עם צוות הפרויקט. התרשמויות אלה רק מעידות על החשיבות בהובלה אקטיבית ומובנית של נציגי משרד הבריאות בתיווך הפרויקט לשירותי השיקום השונים, ובמעורבות עמוקה שלהם בכל שלבי התהליך, משלב ההכנה וההצגה הראשונית של הפרויקט בפני מסגרות השיקום, ועד שלב שיחות המשלב. משרד הבריאות הוא הגוף היחיד מבין אלה המעורבים בפרויקט שיכול וצריך להוות מסגרת סמכותית לפרויקט, וכמו כן ברשותו מגוון אמצעים להפצת הסברים על הפרויקט והעלאת המודעות לו. למשל, ניתן לצרף הסבר על הפרויקט לטפסי הפנייה לועדת סל השיקום (בנוסח כדוגמת: "קבלת שירותי השיקום כרוכה בהשתתפות במילוי שאלון אחת לשנה, למען הסיוע בשיפור איכות השירותים הניתנים במערך השיקום בקהילה"), לצרף טפסי הסכמה מדעת לטפסי פנייה אלה, להכניס הסבר על הפרויקט וחתימה על טופס הסכמה לנוהל הקבלה למסגרת, או לחילופין, לעודד רכזי סל השיקום מחוזיים לתת הסבר על הפרויקט בוועדות המעקב של סל השיקום, המתרחשות אחת לשנה. יותר מכך, מכיוון שאחת ממטרות פרויקט מדדי תוצאה היא חתירה לשילוב מדדים אלה באופן מובנה בשיח השיקומי הקיים, ישנו צורך בדחיפה בכיוון זה מצד אנשי משרד הבריאות, למשל באמצעות עידוד אנשי השיקום לשלב את "תמונות המצב" המתקבלות אחרי מילוי השאלונים (של המשתקם או של איש המקצוע) בעבודה השיקומית, או לשלב את הדו"חות המתקבלים לאחר סיום איסוף הנתונים מכלל המסגרת בעבודה השוטפת במסגרות.

בשלב הפיילוט הייתה נציגות למגוון השירותים הקיימים במסגרת סל השיקום בישראל, ומגוון רחב זה המחיש את העובדה שיישום פרויקט כגון זה מצריך התמודדות עם הבדלים מבניים של שירותי השיקום. ההבדל המבני המשמעותי ביותר ליישום הפרויקט הוא ההבדל בין מסגרות בהן קבלת השירות מהמסגרת נעשית במקום גיאוגרפי אחד (לדוגמה: הוסטל, מפעל מוגן, מועדון חברתי), להלן "מסגרות ריכוזיות", ובין מסגרות בהן המשתקמים נמצאים במקומות גיאוגרפיים שונים ומפוזרים לשם קבלת השירות (לדוגמה: דיור מוגן, תעסוקה נתמכת, שירותי חונכות), להלן "מסגרות פיזוריות". העבודה מול מסגרות מהסוג האחרון (פיזוריות) אופיינה באתגרים רבים יותר בשל זמינות פחותה יותר הן של המשתקמים והן של הצוות השיקומי לאיסוף הנתונים. בעבודה עם מסגרות כגון אלה בשלבים הבאים של הפרויקט, יש לקחת בחשבון תהליכים ארוכים יותר של איסוף נתונים, הדורשים מאמץ רב יותר, משאבים רבים יותר ומעקב צמוד יותר של צוות הפרויקט. ניתן גם לנסות ולמצוא דרכים נוספות להגברת זמינות המשתקמים לאיסוף נתונים במסגרות כאלה, לדוגמה ניסיון לקביעת תמיכה מרוכזת (תמיכה במספר משתקמים בו זמנית) למילוי שאלון במועד שבו ישנו אירוע מרוכז אחר למסגרת, ועוד. בעיה נוספת שעלתה במהלך הפיילוט היא הבעיה ביצירת קשר עם אפוטרופוסים (בעיקר כאלה שאינם שייכים לגוף ציבורי) לצורך החתמה על טופס הסכמה, מצד מסגרות שבאופן רגיל אין להן קשר ישיר עם האפוטרופוסים. בעיה זו צפויה להצטמצם בשלבים הבאים של הפרויקט, לאור הכללתן של כל מסגרות השיקום במחוז בפרויקט (ומכאן בהכרח גם המסגרות שנמצאות בקשר ישיר עם האפוטרופוס, לרוב מדובר במסגרות הדיור), זאת בניגוד לשלב

הפיילוט שבו לא נכללו בהכרח כל המסגרות מהן המשתקם מקבל שירות. עם זאת, עדיין צפויים להיות קשיים ועיכובים בהחתמתם של האפוטרופוסים על טפסי ההסכמה. ייתכן שהכנסה אפשרית של הטפסים לועדות סל השיקום תוכל לתרום גם בפתרון קושי זה.

תמיכה במילוי השאלון

למרות היכולת של חלק מהמשתקמים למלא את השאלון באופן עצמאי, אין ספק שרוב המשתקמים (201 משתקמים, 82.66%) היו זקוקים לתמיכה כלשהי במילוי השאלון. בפיילוט הוצעה תמיכה משני סוגים: סיוע על ידי איש צוות במסגרת השיקום ("תמיכה פנימית"), או סיוע של סוקר חיצוני מצוות הפרויקט ("תמיכה חיצונית"). ממצאי ההשוואה בין שאלונים שמולאו בסיוע שני סוגי התמיכות מראים כי לא היה הבדל ביניהם, ומכאן שניתן לבחור בין שימוש בתמיכה פנימית לבין שימוש בתמיכה חיצונית, ללא חשש מהשפעה על תוצאות השאלון. חוסר ההבדל בין שאלונים שמולאו בתמיכה פנימית לבין שאלונים שמולאו בתמיכה חיצונית מהווה עדות (נוספת על המהימנות) ליציבות השאלון, וכמו כן עדות ליציבות המשתקמים הממלאים אותו, שאינם נוחים להשפעה כפי שאולי ניתן היה לחשוב בתחילה. במילים אחרות, תפקיד התומך המסייע במילוי השאלון אינו מרכזי כל כך כפי שסברנו בתחילה. מסקנות אלה פותחות פתח לגמישות רבה יותר בהליך התמיכה במילוי השאלון בשלבים הבאים של הפרויקט, והבחירה בסוג התמיכה תוכל להתחשב במספר גורמים, כגון העדפת המשתקם, זמינות הצוות במסגרת, חשיבות התמיכה לשיח השיקומי ולהטמעת הפרויקט במסגרות, ועוד.

השאלון

בסיום הליך הפיילוט נמצא כי השאלונים לאיש המקצוע ולמשתקם, שנבנו בתהליך מתמשך בשיתוף בעלי עניין ותוך כדי בחירה ובדיקה, הם בעלי מהימנות טובה, הן מהימנות בין פריטים והן מהימנות מבחן חוזר. גם שיעור הפריטים שנענו בכל שאלון התברר כגבוה מאד, ונתון זה יחד עם השיעור הנמוך של המשתקמים שמילאו שאלון מקוצר, והעובדה שזמן מילוי השאלון היה מתאים ועמד בזמן שהוגדר מראש, מעידים על כך שהשאלון היה נגיש למשתקמים מבחינת אורכו ותוכנו והתאים לרמה הקוגניטיבית שלהם. בנוסף, הנתונים בנוגע לעצמאות במילוי השאלון מעידים על יכולת טובה של משתקמים רבים למלא את השאלון באופן עצמאי או בסיוע חלקי כלשהו, ועל יכולת התמודדות טובה עם מילוי השאלון באמצעות מחשב. יש לציין עם זאת, כי מכיוון שהמשתקמים שהשתתפו בפיילוט אינם מהווים מדגם מייצג של אוכלוסיית צרכני סל שיקום בישראל, לא ניתן להסיק מסקנות חד משמעיות לגבי מידת העצמאות במילוי השאלון בשלבים הבאים של הפרויקט, והיא עשויה להיות נמוכה יותר, ויש להיערך לכך בהתאם.

על אף תוצאות חיוביות אלה שהעידו על התאמה טובה של השאלונים לפרויקט, תוצאות הפיילוט שיקפו מספר נושאים נקודתיים המצריכים חשיבה מחדש על חלקים בשאלון. שאלון חוות הדעת על שירותי סל שיקום, שנבנה כשאלון יחיד המתייחס לכלל השירותים אותם צורך המשתקם, נחוה על ידי משתקמים רבים כמבלבל, והתוצאות שלו לא נתנו מענה לרצון של המסגרת במידע, כפי שהשתקף בשיחות המשוב, ולכן לא אפשרו התייחסות ולמידה. כתוצאה מכך, אנו ממליצים על

שימוש בגרסאות שנבנו בהובלת משרד הבריאות והיו ספציפיות לכל סוג שירות הקיים במסגרת של השיקום. שאלונים אלה יותאמו למאפייני השירות, וכך תתאפשר התייחסות ממוקדת יותר שתבחן את שביעות רצונו של המתמודד מהשירות, כמו גם את המידה בה השירות קרוב למאפייני הליבה של התחום הספציפי אליו הוא שייך. בנוסף, השאלה המתייחסת לשימוש בשירותי מרפאות לבריאות הנפש תוסר מהשאלון למשתקם, עקב חוסר הבנה של השאלה. פריטים נוספים ששנונו היו השאלות הנוגעות לעישון ופעילות גופנית, ששנונו לשאלות כלליות יותר בתחום השמירה על הבריאות וקידום בריאות, זאת בעקבות פידבק משיחות המשוב לפיו שאלות בתחומים המצומצמים עישון ופעילות גופנית אינן משקפות את מצב המשתקמים בתחום השמירה על הבריאות.

שאלוני אנשי מקצוע נכללו בפרויקט על מנת לספק מקור מידע נוסף למצבו של המשתקם ולקשר שלו עם שירותי השיקום. מהתרשמות צוות הפרויקט עולה כי אכן ברוב המקרים היו הבדלים בין הפרספקטיבה של המשתקם ושל איש המקצוע/צוות לגבי תחומים שונים (לדוגמה: איכות חיים או תפקוד), וכי הבדלים אלה היו מוקד לעניין רב ולתהליך למידה במסגרות, שהתרחש בשיחות המשוב, ובחלק מהמקרים בשיח השיקומי עצמו. כל זה מצדיק את המשך העבודה עם שאלוני אנשי המקצוע גם בשלבים הבאים של הפרויקט. בנוסף, ההנחיה לגבי שאלוני אנשי מקצוע הייתה כי ימלא אותם איש הצוות שמלווה את המשתקם באופן התדיר ביותר או שמכיר אותו ואת מצבו באופן אישי. במהלך תהליך איסוף הנתונים התברר כי במסגרות רבות, איש הצוות העונה על קריטריונים אלה אינו איש מקצוע בתחום בריאות הנפש, אלא אדם בעל הכשרה אחרת (כגון – רכז תעסוקה נתמכת), או שלא נדרשת הכשרה מקצועית בתפקידו (כגון – מדריכים, חונכים, סומכים, ועוד). עובדה זו השליכה גם על אופן מילוי השאלון, ובאופן ספציפי על שאלון ה- HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) שנכלל בשאלון לצורך הערכת תסמינים ובעיות. גם המהימנות הנמוכה של השאלון וגם הפידבק שהתקבל מהמסגרות מעידים על כך ששאלון זה אינו מתאים לאנשי צוות שאינם אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, זאת משום שהוא כולל מונחים מקצועיים רבים ומצריך ידע בסיסי באבחון. לאור זאת, הוחלט שלא לכלול שאלון זה בשלבים הבאים של הפרויקט, ובמקום זאת לכלול מספר פריטים המעריכים סימפטומים בשאלון המשתקם. בנוסף, השאלון לאנשי מקצוע / אנשי צוות כולו דרש מהממלאים אותו רמת היכרות עמוקה עם היבטים רבים בחיי המשתקם, ורבים מאנשי הצוות במסגרות הנותנות שירות ספציפי (לדוגמה, תעסוקה נתמכת או ליווי השכלה) התקשו לענות על שאלות מסוימות בשאלון. חשיבה נוספת נדרשת על מנת לתת מענה לסוגיה זו.

תהליכי משוב

תהליכי המשוב בפילוט באו לידי ביטוי בשני אופנים עיקריים: הוצאה בזמן אמת של תדפיס "תמונת מצב", המשקף את תשובות ממלא השאלון בתחומים השונים, ושיחות המשוב במסגרות, להן הוזמנו כל הגורמים הרלוונטיים (נציגי משרד הבריאות, משתקמים ואנשי צוות) ובהן נערך דיון בממצאים שהתקבלו מהנתונים שנאספו במסגרת ומשמעותם. ההיענות הגבוהה הן להוצאת "תמונת המצב" בסיום מילוי השאלון והן להשתתפות בשיחות המשוב, זאת מצד משתקמים וצוות המסגרת כאחד, עשויה לשקף את הרצון ללמוד מחוויית ההשתתפות בפרויקט ולרתום אותה לטובה העבודה

השיקומית. הצורך שעלה בשיחות המשוב בהנגשה טובה יותר של הממצאים, הן בהבהרה של משמעות הממצאים, והן בהנגשה רגשית המכוונת את השיחה למקום של למידה ומינוף לשיפור העבודה השיקומית במסגרת, מעיד על הפוטנציאל הרב שיש לשימוש בממצאים בעבודה השיקומית היומיומית (בפרט, כאשר ניתן יהיה להשוות עם ממצאים מהשנה הקודמת), ועל חשיבות הפרויקט כגשר שמוביל להטמעת דרכי עבודה חדשות ומודעות יותר.

- חוק שיקום נכי נפש בקהילה (2000) ספר החוקים, 1746. ירושלים: משרד המשפטים.
 רועה, ד., טל, א., בלוש-קליינמן, ו., שרשבסקי, י., הדס-לידור, נ., תלם, ע., ולכמן, מ. (2011).
 השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. *ביטחון סוציאלי*, 86, 85-105.
- Brower, L.A. (2003). The Ohio mental health consumer outcomes system: Reflections on a major policy initiative in the US. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 400-406.
- Corrigan, P.W., Salzer, M., Ralph, R., Sangster, Y & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30, 1035-1041.
- Goldman, H.H., Ganju, V., Drake, R.E., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P.S., & Morgan, O. (2001). Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services*, 52(12), 1591-1597.
- 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(2), 119 – 131.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology* (Revised edn). National Institute of Mental Health: US Department of Health Education and Welfare, Rockville, MD.
- Haro, J.M., Kamath, S.A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodri'guez, M.J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Gregor, K., Jones, P.B. (2003). The Clinical Global Impression– Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 16–23.
- Harvey, P.D., & Bellack, A.S. (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: Is functional remission a viable concept? *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 300-306
- Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2007). Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from 'real world' health services research into clinical practice. *Acta Psychiatr.Scand.* 116(s437), 6-15.
- Lehman, A.F., Fischer, E.P., Postrado, L., Delahanty, J., Johnstone, B.M., Russo, P.A., & Crown, W.H. (2003). The schizophrenia care and assessment program health

questionnaire (SCAP-HQ): An instrument to assess outcomes of schizophrenia care. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 247-256.

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, UK: 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(1), 7-12.

Roe, D., Werbeloff, N & Gelkopf, M. (2010). Do people with SMI who consume the psychiatric rehabilitation basket of services in Israel have better outcomes than those who do not? *Israel Journal of Psychiatry*, 47(3), 166-170.

Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B.G., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the National Outcomes Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.