תמיכת עמיתים (אפסיידס) בשירותי שיקום בישראל : מקרה פרטי ללמידה על יישום התערבות מקדמת החלמה וממוקדת אדם בשירותי בריאות הנפש

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

אדלר בן דור ענבר

מחקר זה מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי

הוגש לסינאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב

יט' באייר תשפ"ד

באר שבע

27.5.2024

תמיכת עמיתים (אפסיידס) בשירותי שיקום בישראל : מקרה פרטי ללמידה על יישום התערבות מקדמת החלמה וממוקדת אדם בשירותי בריאות הנפש

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

ענבר אדלר בן דור

בהנחיית פרופ' גליה מורן

הוגש לסינאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב

אישור המנחה _____

אישור דיקן בית הספר ללימודי מחקר מתקדמים ע"ש קרייטמן

_____

יט' באייר תשפ"ד **27.5.2024**

באר שבע

העבודה נעשתה בהנחיית: פרופ׳ גליה מורן

במחלקה: עבודה סוציאלית על שם ג׳ק ושרלוט שפיצר

בפקולטה: מדעי הרוח והחברה

הכרת תודה

כתיבת דוקטורט הינה מסע ארוך, מאתגר ומפרך אך גם מרתק ומלמד שאין דומה לו. במסע זה ליוו אותי אנשים טובים ויקרים שתמכו, האירו את דרכי, כוונו אותי והיו שותפים חשובים לדרך. תודתי נתונה להם.

ראשית ברצוני להודות לפרופ׳ גליה מורן, מנחת הדוקטורט. תודה על הידע האין סופי שהעמדת לרשותי. למדתי ממך לעומק על מחקר, על ניהול ביד רמה והתנהלות בתוך פרויקט מחקר בין לאומי (כולל פוליטיקה ונימוסים בין לאומיים), על כתיבה אקדמית בעברית ובאנגלית, על הרצאה, הצגה ויצירת קשרים בכנסים ובביקורים מקצועיים בארץ ובעולם. למדתי על מקצועיות בלתי מתפשרת, יסודיות ודיוק, על אהבה עצומה ואמונה גדולה בעשייה, על רצון לעשות טוב ולהשפיע ועל דחיפה תמיד קדימה. לצד, סבלנות אין קץ, אנושיות, יצירת קשר בגובה העיניים ושותפות אמיתית.

תודה על ליווי צמוד, נגיש וזמין, לצד מרחב לעצמאות ולמידה אישית. תוך תחושת בטחון שנסכת בי, הבנה שאת סומכת עלי ומכירה ביכולות שלי לעמוד במשימה, ושאת שם לצידי. תודה על תהליך משמעותי, מעצים ומפתח. אישית ומקצועית.

תודה מעומק הלב גם על החיבורים שיצרת לנו עם קולגות, שותפים לדרך:
ד״ר אלינה גרייזמן וד״ר יעל גולדפרב מצוות ליבת פרויקט אפסיידס בישראל, ערן קרויז ונטלי ארליך חברי לקבוצת הלמידה שעסקה בידע מניסיון בבריאות הנפש- תודה מקרב לב על שותפות אמיתית, על נדיבות אנושית, תמיכה רגשית וקונקרטית, על התייעצות וחשיבה משותפת. לא הייתי יכולה להגיע לסוף המסע הזה ללא החברות שלכם. אני מקווה שנמשיך ביחד בחברות ובעשייה.

תודה רבה גם לפרופ׳ מקס לכמן וד״ר פאולה גרבר אפשטיין מצוות ליבת פרויקט אפסיידס בישראל. על השותפות, על ההכוונה, הייעוץ, נקודת המבט הביקורתית והידע הרב שהענקתם לי. במסגרת העבודה המשותפת על המחקר ולאורך דרכי במערך השיקום.

תודה לחברות הוועדה המלווה – פרופ׳ יוליה מירסקי ופרופ׳ מאיה לביא אג׳אי. תודה על הליווי המקצועי והנכונות לתת מזמנכן, ומניסיונכן הרב. למדתי רבות מכל אחת מכן על מחקר ועל עשייה אקדמית.

תודה לפקולטה למדעי הרוח והחברה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, לפרויקט אפסיידס ולביטוח הלאומי על התמיכה במימון המחקר.

תודה על האמון, השותפות והרצון לפתח ולקדם ביחד נתונה לכל שותפי פרויקט אפסיידס בישראל. בלעדיכם זה לא היה אפשרי:

במשרד הבריאות: ד״ר ורד בלוש- קליינמן ולגב׳ עדי נעמן.

לעמיתות המכשירות: שימרי הדס גרונדמן, ליון גאי מאיר, מירב רביניאן ועדי בר ניר.

לארגונים המיישמים והמלווים: "קידום פרויקטים שיקומיים" ו"אנוש"- העמותה הישראלית לבריאות הנפש (בשלב היישום), חברת נתן ו-ORS (בשלב הפיילוט), תוכנית "צרכנים נותני שירות" של יוזמה דרך הלב.

תודה גדולה לעמיתי פרויקט אפסיידס בישראל מחברת "קידום פרויקטים שיקומיים" ומעמותת "אנוש".

תודה מיוחדת למשתתפי המחקר: עמיתים, אנשי צוות בארגוני בריאות הנפש, גורמי מפתח ומנהלים, שפתחתם את ליבכם ושיתפתם בידע שלכם מניסיון רב שנים במערכת בריאות הנפש בישראל. למדתי מכם רבות.

תודה להרבה קולגות וחברים שפגשתי בדרכי המקצועית שגרמו לי להאמין בכוח ובמשמעות של ידע מניסיון ונסכו בי רצון להמשיך ללמוד, להעמיק ולפתח את התחום. כולי תקווה שהידע שנצבר בעבודה זו אכן יתרום להמשך ההתפתחות והיישום של ידע מניסיון בבריאות הנפש.

ולבסוף תודה לחברותי הקרובות ולמשפחתי שהיוו אוזן קשבת לכל תלאות המסע. שהיו שם להקשיב (לפעמים שוב ושוב לאותן החוויות), לאתגר אותי עם הצורך להסביר בקצרה עולם רחב ועמוק שנגלה לעיני, להבין כשאני צריכה זמן ומרחב לחשיבה וכתיבה. שהיו שותפים מקרוב ומרחוק למסע הלמידה וההתפתחות שלי. במיוחד להוריי היקרים נתן ודבורה, לבן זוגי מושיק ולילדי האהובים- עומר, תום ורותם. אני מאחלת לנו ביחד ולכל אחד מכם בנפרד לצאת למסעות שיסקרנו, יעשירו, ילמדו וירחיבו אות עולמכם.

תוכן עניינים

עמוד

תקציר VIII-XI
רשימת טבלאות ושרטוטים XIII
מבוא 1

1. סקירת ספרות.....2-20
רקע.....2
1.1 עמיתים עם ידע מניסיון ותמיכת עמיתים- הגדרות.....2-3
1.2 תמיכת עמיתים- רקע היסטורי.....2-7
1.3 עמיתים עם ידע מניסיון בשירותי בריאות הנפש : ביסוס תיאורטי ומחקרי.....7-9
1.4 יישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש מסורתיים : אתגרים ודרכים להתמודדות.....10-14
1.5 יישום והערכת היישום של התערבויות מקדמות החלמה בארגוני בריאות נפש.....14-20
2. רציונל המחקר.....20-21
3. שיטה.....22-32
3.1 מטרת המחקר.....22
3.2 המסגרת, הקשר המחקר ומיקומה של החוקרת.....22
3.3 שאלות המחקר.....22
3.4 שיטת המחקר.....23-24
3.5 כלי המחקר.....24
3.6 המדגם.....24-26
3.7 הליך איסוף הנתונים.....27-30
3.8 אתיקה.....30
3.9 ניתוח הנתונים.....30
3.10 סטנדרטים להערכת איכות המחקר.....30-32
4. תיאור פרקי העבודה.....33-34

פרק ראשון: עמיתים עם ידע מניסיון בישראל: האתגרים המרכזיים והגורמים העשויים לקדם יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש

תקציר.....35
1. רקע.....35-37
2. שיטה.....37-45
2.1 שאלת המחקר ומטרתו.....37
2.2 מסגרת המחקר.....38
2.3 שיטת המחקר 38
2.4 כלי המחקר.....38
2.5 המדגם.....38-40
2.6 הליך איסוף נתונים.....41-43
2.7 אתיקה.....43
2.8 ניתוח הנתונים.....43-44
2.9 סטנדרטים להערכת איכות המחקר.....44-45
3. ממצאים.....46-61
3.1 האתגרים המרכזיים ביישום תמיכת עמיתים בישראל.....46-53
3.2 גורמים מקדמי יישום של תמיכת עמיתים בישראל.....53-61
4. דיון.....62-66
4.1 תרבות ארגונית מקדמת יישום תמיכת עמיתים.....62-63
4.2 הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות מקדמות יישום תמיכת עמיתים.....63
4.3 מדיניות ממשלתית תומכת ביישום עמיתים.....64
4.4 יתרונות, מגבלות המחקר והמלצות להמשך.....65-66
4.5 מסקנות והמלצות לפרקטיקה.....66

פרק שני: תפיסות בעלי עניין בישראל על השלכות השימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון של נותני שירות בעלי ידע מניסיון ("צרכנים נותני שירות") ועמיתים מומחים, על הארגונים ומקבלי השירות

תקציר 67
1. רקע 68-73
1.1 חשיפה עצמית במסורת הטיפולית 68-70
1.2 חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון של התמודדות נפשית 70-73
1.3 סיכום ומטרת המחקר הנוכחי 73
2. שיטה 74-80
2.1 שיטת המחקר ומסגרת המחקר 74
2.2 כלי המחקר 74
2.3 המדגם 74-78
2.4 הליך איסוף הנתונים 78
2.5 אתיקה 78
2.6 ניתוח הנתונים 78
2.7 סטנדרטים להערכת איכות המחקר 78-79
3. ממצאים 81-86
3.1 גישה ארגונית זהירה ונמנעת כלפי חשיפה עצמית 81
3.2 הרציונל התומך בגישה זהירה ונמנעת 81-82
3.3 חשיפה עצמית בלתי מתוכננת 83-84
3.4 עמדות נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים כלפי הגישה הנהוגה לחשיפה עצמית 84-85
3.5 השפעת כניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים 85-86
4. דיון 86-92
4.1 השפעת המודל הטיפולי על תפיסת החשיפה במערך השיקום אל מול מודל העמיתות 86-88
4.2 ההתפתחות ההיסטורית של תפקידי עמיתים בישראל ומידת ההתמקצעות של תפקידי עמיתים 88-89
4.3 הרגישות והייחודיות של חשיפה/שימוש בידע מניסיון הקשור להתמודדות נפשית 90-91
4.4 מגבלות המחקר והמלצות למחקרי המשך 91
4.5 סיכום והמלצות לפרקטיקה 91-92

פרק שלישי: הערכת היישום של פרויקט UPSIDES ("אפסיידס") בישראל: מסקנות לקידום יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל

תקציר 93
1. רקע 94-95
1.1 יישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש מסורתיים 94-95
1.2 הערכת היישום 95
2. שיטה 95-102
2.1 הקשר המחקר: הערכת היישום של פרויקט אפסיידס בישראל 95-96
2.2 מטרת המחקר 96
2.3 שיטת המחקר 96
2.4 כלי המחקר 96
2.5 המדגם 97-99
2.6 הליך איסוף הנתונים 100
2.7 אתיקה 100
2.8 ניתוח הנתונים 100
2.9 סטנדרטים להערכת איכות המחקר 101-102
3. ממצאים 103-124
3.1 הערכת המצב הקיים באתרי המחקר ופיתוח התערבות בין-לאומית 103
3.2 בחינת התאמת ההתערבות להקשר הישראלי בפיילוט 103-105
3.3 הקמת ועדת היגוי לליווי הפרויקט 105-106
3.4 בחירת הארגונים ליישום תמיכת עמיתים 106-107
3.5 גיוס העמיתים 107-108
3.6 שלב התכנון: הגדרת תפקיד עמיתי אפסיידס 108-110
3.7 שלב ההתחברות לתהליך 110-114
3.8 שלב ההוצאה לפועל 114-117
3.9 קיימות (המשכיות היישום) 117-118

4. דיון..... 125-129
4.1 אתגר ההתמקמות בתפקיד כפול- כעובדים בתפקיד מסורתי וכעובדים בתפקיד ייעודי, באותו ארגון..... 125-126
4.2 אתגר ההשפעה על הצוותים ועל הארגון בכללותו..... 126-127
4.3 מענה חלקי להדרכת והכשרת הצוותים והמנהלים..... 127
4.4 אתגר הקיימות..... 127-128
4.5 מסקנות והמלצות ליישום..... 128
4.6 מגבלות והמלצות להמשך..... 129

5. דיון כללי..... 132-144

5.1 תמיכת עמיתים כפרקטיקה מקדמת החלמה וכהתערבות מורכבת המערערת ומאתגרת הנחות יסוד..... 132-135
5.2 התמקצעות, הגדרה והסדרת תפקידי עמיתים לצד התמקצעות הארגונים המעסיקים אותם..... 135-139
5.3 השימוש במדע היישום, במסגרת ובאסטרטגיות יישום במחקר ובפרקטיקה: חשיבותו ואתגרים העולים ממנו..... 139-143
5.4 יתרונות, מגבלות המחקר הנוכחי והמלצות למחקרי המשך..... 143
5.5 לסיכום..... 144
מקורות..... 145-168

נספחים

נספח 1: המסגרת מגובשת למחקר יישום ה CFIR 169-171
נספח 2: אישור אתיקה מאוניברסיטת בן גוריון..... 172
נספח 3: שאלות מנחות לריאיון בשלב ההכנה..... 173
נספח 4: דף מידע וטופס הסכמה מדעת קבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין בשלב ההכנה של הפרויקט..... 174-176
נספח 5: דף איסוף פרטים דמוגרפיים לקבוצות מיקוד בעלי עניין: אנשי צוות, מנהלים וגורמי מפתח..... 176-178
נספח 6: מדריך ריאיון 1 לקבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין בשלב ההכנה של הפרויקט..... 179-183
נספח 7: מדריך ריאיון 2 לקבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין בשלב ההכנה של הפרויקט, לפני ההתערבות..... 184-187
נספח 8: מדריך ריאיון לקבוצות מיקוד אנשי צוות בשלב ההכנה של הפרויקט, לפני ההתערבות..... 188-190
נספח 9: דף מידע וטופס הסכמה מדעת לקבוצת מיקוד לעמיתים להערכת שלב הפיילוט..... 191-192
נספח 10: דף איסוף פרטים דמוגרפיים קבוצות מיקוד עם עמיתים..... 193
נספח 11: מדריך ריאיון לקבוצת מיקוד לעמיתים להערכת שלב הפיילוט..... 194
נספח 12: דף מידע וטופס הסכמה מדעת לקבוצות מיקוד עמיתים לאחר התערבות..... 195-197
נספח 13: תדריך לקבוצות מיקוד עמיתים אחרי ההתערבות..... 198-201
נספח 14: דף מידע וטופס הסכמה מדעת קבוצות מיקוד אנשי צוות אחרי ההתערבות..... 202-204
נספח 15: תדריך ריאיון לקבוצת מיקוד אנשי צוות אחרי ההתערבות..... 205-207
נספח 16: דף מידע וטופס הסכמה מדעת לקבוצת מיקוד אנשי מפתח אחרי ההתערבות..... 208-210
נספח 17: תדריך לקבוצת מיקוד אנשי מפתח אחרי ההתערבות..... 211-214
נספח 18: תדריך ריאיון לאנשי מפתח לאחר ההתערבות..... 215-217
תקציר באנגלית.....

תמיכת עמיתים (אפסיידס) בשירותי שיקום בישראל : מקרה פרטי ללמידה על יישום התערבות מקדמת החלמה וממוקדת אדם בשירותי בריאות הנפש

תקציר

רקע

מאז שנות התשעים של המאה ה- 20, ממשלות וארגוני בריאות הנפש ברחבי העולם אימצו את גישת ההחלמה כפרדיגמה עיקרית וכבסיס לעיצוב המדיניות והפרקטיקה בשיקום בבריאות הנפש (Farkas, 2007). "החלמה אישית" (Personal recovery) (Slade et al., 2008; Slade & Longden, 2015) מוגדרת כתהליך אישי עמוק של שינוי גישות, רגשות, תפיסות, אמונות, תפקידים ומטרות בחיים ופיתוח משמעות חדשה וייעוד בחיים, מעבר להשפעה של חולי נפשי (Anthony, 1993; Anthony, Cohen & Farkas, 2002).

עם גיבוש חזון ההחלמה, החלו להתבסס ראיות ליעילותן של התערבויות שונות בקידום תהליכי החלמה של אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים (בלוש- קליינמן ואחרים, 2018 ; Davidson, 2018; Sofouli et al., 2022; Slade et al., 2014). במקביל להעמקת ההבנה לגבי תרומתן של התערבויות אלה, עלה פער הולך וגדל בין הידע המחקרי לגבי יעילותן של ההתערבויות לבין יישומן בשדה (Chambers et al., 2020; Piat et al., 2021). הן בפרקטיקה והן במדיניות. בעולם (Drake & Essock, 2009; Van Weeghel et al., 2019) ובישראל (קליינמן, גרבר אפשטיין ורועה, 2018).

אחת ההתערבויות מקדמות החלמה הנתמכות במחקר אמפירי (Best Practice) היא ***תמיכת עמיתים ושילוב עמיתים עם ידע מניסיון*** במתן שירותים (Davidson, 2018; Piat et al., 2021; Slade et al., 2014; Slade Amering & Oades, 2008). **עמיתים עם ידע מניסיון** הם אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים, המשתמשים בידע שלהם מתוך ניסיון על מנת לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים (Slade et al., 2014). **תמיכת עמיתים** היא מערכת של נתינת וקבלת עזרה המבוססת על כבוד והסכמה הדדיים, על אחריות משותפת, על תיקוף והבנה אמפטית של מצבו של האחר מתוך ניסיון חיים משותף (Mead et al., 2001; Slade et al., 2014; Salzer & Liptzin- Shear ,2002).

עם חלוף השנים מתפתחת גם מגמה של העסקת עמיתים עם ידע מניסיון (Anthony, Cohen & Farkas, 2002; Kent, 2019; Mutschler al., 2021; Rogers, Farkas & Anthony, 2005; Slade et al., 2014; Vandewalle et al., 2016). כתוצאה מכך, במערך השיקום בבריאות הנפש בישראל הועסקו מאות עמיתים עם ידע מניסיון החל משנת 2005. תחילה בתפקידים מסורתיים (מדריכי שיקום, חונכים, סומכים) אך בשנים האחרונות התפתחו גם תפקידים ייעודיים לעמיתים, כחלק ממדיניות משרד הבריאות. בתפקידים אלה הם חשופים כמתמודדים ועושים שימוש בידע שלהם מניסיון (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018; Moran, 2018).

עם זאת, מצויים אתגרים רבים בדרך ליישום מוצלח של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות נפש מסורתיים. הצלחה כזו כרוכה בהבאה לידי ביטוי של תרומתם הייחודית עבור מקבלי השירות, העמיתים עצמם וכן שינוי מערכתי (Chinman et al. 2010; Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Salzer et al., 2009; Slade, 2014). לכן, יש צורך במחקר נוסף אשר יזהה ויבחן בשדה את ההמלצות לפרקטיקה מיטבית ויתרום לביסוסה (Bochicchio et al., 2023; Chinman et al.,2017;

Mutschler et al., 2022). בעיקר בולט חסרונם של מחקרים העוסקים בהבנת השינוי הארגוני הדרוש על מנת לאפשר לעמיתים להשתלב בארגוני בריאות נפש באופן מיטבי (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021). טרם נעשה מחקר שיטתי בתחום זה בישראל.

מטרת המחקר : להעמיק את הידע על יישום מיטבי של התערבות תמיכת עמיתים והבנת השינויים הארגוניים הדרושים להטמעתה לצורך אינטגרציה ברת קיימא. כמקרה פרטי של יישום פרקטיקות מקדמות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש.

מסגרת המחקר : המחקר נערך במסגרת פרויקט מחקר בין - לאומי- UPSIDES : Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services ("אפסיידס") במימון קרן האיחוד האירופי הורייזון 2020. הוא החל בינואר 2018 למשך תקופה של חמש שנים בשש מדינות : בגרמניה, באנגליה, באוגנדה, בטנזניה, הודו ובישראל. חזונו היה לשכלל את יישום תמיכת עמיתים ברחבי העולם על מנת להעצים את שירותי בריאות הנפש וליצור קהילה בין-לאומית לתרגול ופרקטיקה של תמיכת עמיתים (Moran et al., 2020; Puschner et al., 2019). במסגרת הפרויקט פותחה בישראל התערבות קבוצתית למקבלי שירותים אשר הונחתה על ידי שני עמיתים, בדגש על תמיכת עמיתים מבוססת ידע מניסיון ומוכוונת החלמה. התערבות זו יושמה בשני שירותי שיקום במערך השיקום בבריאות הנפש. המחקר המוצג בעבודה זו ליווה את תהליך יישום ההתערבות. החל מהערכת הקשר היישום (פרקים 1,2) וכלה בהערכת היישום (פרק 3).

שאלות המחקר היו :

1. כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ועמיתים עם ידע מניסיון את המאפיינים של תמיכת עמיתים בישראל?
2. כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ביישום התערבות אפסיידס בארגונים ועמיתי אפסיידס את חוויתם לגבי יישום התערבות אפסיידס?

שיטת המחקר : במחקר זה נעשה שימוש בשיטה איכותנית, בגישות של מחקר פעולה משתף ומדע היישום (Damschroder et al ,2009 ; Nilsen, 2020).

כלי המחקר **:** התקיימו 10 קבוצות מיקוד ו- 12 ראיונות עומק חצי מובנים באורך של 60-90 דקות באמצעות מדריכי ריאיון המבוססים על מסגרת ה CFIR (Consolidated Framework of Implementation Research). זוהי המסגרת המושגית הנפוצה ביותר במחקרי יישום, המשמשת לחזות ולהסביר תוצאות יישום של התערבות. הניתוח נעשה על בסיס חמשת תחומי המסגרת : תחום ההתערבות ; ההקשר החיצוני ; ההקשר הפנימי ; בעלי עניין מעורבים ותהליך היישום עצמו (Damschroder et al., 2009 ,2022).

מדגם המחקר **:** המדגם כלל 68 מרואיינים. 26 מתוכם עמיתים עם ידע מניסיון ו42 מהם אנשי מקצוע (ביניהם שלושה קובעי מדיניות וארבעה אנשי מקצוע בעלי ידע מניסיון). הם נדגמו בדגימה תכליתית (Patton, 1990), מתוך מערך השיקום בישראל, באמצעות מיפוי התחום בישראל על ידי ועדת ההיגוי של פרויקט אפסיידס. הועדה מנתה גורמי מפתח בתחום ונציגי כל הארגונים המקדמים תמיכת עמיתים בישראל. הקריטריונים להכללה במחקר היו : בעלי עניין רלוונטיים שיש להם ניסיון של שלושה חודשים לפחות א) כמנהלים של עמיתים ב) כאנשי צוות העובדים

לצד עמיתים או שעבדו לצד עמיתי אפסיידס ג) כעמיתים העובדים במערכות בריאות הנפש (כולל עמיתי אפסיידס) ד) כאנשי מפתח ביישום של ההתערבות בארגונים.

ניתוח הנתונים : תמלילי הראיונות וקבוצות המיקוד נותחו באמצעות תכנת MAXQDA 2020. בניתוח ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis) (Brooks et al., 2015), זהו ניתוח תמטי מובנה המבוסס על תמות מנחות מראש (אפריוריות). הניתוח התבסס על זיהוי חמשת תחומי מסגרת הCFIR. לאחר מכן, בתוך כל קטגוריה של ה CFIR בנפרד זוהו תמות אשר עולות מתוך הנתונים.

ממצאים **:** ממצאי המחקר שעלו ביחס לשתי שאלות המחקר המרכזיות הינם רבים ועשירים. אלו מתוארים בשלושה פרקים. הפרק הראשון מתמקד בלמידה מעמיקה של הקשר היישום: באתגרים המרכזיים והגורמים העשויים לקדם יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש בישראל. ממצאיו מתארים מגוון אתגרים וגורמים מקדמי יישום תמיכת עמיתים הנעים מרמת הפרט (אתגרי ליבת התפקיד) דרך רמת הארגון ועד לרמת המדיניות. בלטו בייחוד גורמים ארגוניים שמתייחסים לתרבות ארגונית, הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות ומדיניות ממשלתית תומכת.

הפרק השני מתמקד בתפיסות בעלי עניין בישראל אודות השלכות השימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון של נותני שירות בעלי ידע מניסיון ("צרכנים נותני שירות") ועמיתים מומחים, על הארגונים ומקבלי השירות. פרק זה נכנס לעומקו של אחד האתגרים הבולטים שסומנו בפרק הראשון: אתגר החשיפה העצמית והשימוש בידע מניסיון. הניתוח התמטי העלה חמש קטגוריות מרכזיות ותשע תמות של נושא זה: (1) גישה ארגונית זהירה ונמנעת כלפי חשיפה עצמית (2) הרציונל התומך בגישה זהירה ונמנעת (א) וידוא שהשימוש בחשיפה עצמית נעשה לטובת מקבלי השירות והעמיתים (ב) חשש מפני סטיגמה (ג) כיבוד חופש הבחירה של העמית (3) חשיפה עצמית בלתי מתוכננת (א) חשיפה עצמית בלתי מתואמת (ב) חשיפה עצמית בעקבות התדרדרות המצב הנפשי (4) עמדות עמיתים כלפי הגישה הנהוגה לחשיפה עצמית (א) נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים אשר מתנגדים (ב) נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים אשר מסכימים (5) השפעת כניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים (א) הזדמנויות (ב) אתגרים.

הפרק השלישי מתמקד בהערכת היישום של פרויקט UPSIDES ("אפסיידס") בישראל והוא מתאר את המסקנות מהתהליך לקידום יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל. ממצאי ההערכה העלו כי פרויקט אפסיידס נתן מענה מקיף ליישום תמיכת עמיתים וענה על מרבית האתגרים שסומנו בישראל, באמצעות הגורמים מקדמי יישום שזוהו בשדה טרום ההתערבות. עם זאת, על אף הליווי השיטתי של תהליך היישום בלטו מספר אתגרים: (1) אתגר ההתמקמות בתפקיד כפול- כעובדים בתפקיד מסורתי וכעובדים בתפקיד ייעודי באותו ארגון (2) אתגר ההשפעה על הצוותים ועל הארגון בכללותו (3) אתגר הדרכת והכשרת הצוותים והמנהלים (4) אתגר קיימות ההתערבות.

יתרונות המחקר

מחקר זה עשה שימוש במדע היישום בתחום בריאות הנפש, חיזק את חשיבותו של תהליך יישום שיטתי ומקיף בהתאם למסגרת יישום והיווה נדבך חשוב לפיתוח השימוש במדע היישום. זוהי מגמה שנמצאת רק בראשיתה בתחום בריאות הנפש בכלל ובתחום של פרקטיקות מקדמות החלמה ותמיכת עמיתים בפרט.

בנוסף, במחקר זה נעשה שימוש במסגרת ה CFIR (Damschroder et al., 2009). השימוש במסגרת נפוצה במחקרי יישום, אחידה ובין- לאומית זו מסייע לפתח ידע שיטתי ובר השוואה על יישום התערבות תמיכת עמיתים בישראל. ידע שניתן להעבירו להקשרים אחרים ולהשוותו למחקרים אחרים בעולם.

כמו כן, יתרונו של מחקר זה בהשתתפות הנרחבת של 68 נציגים ממגוון ארגונים בשדה השיקום בבריאות הנפש בישראל. בעלי עניין אלו סיפקו נקודת מבט רחבה על יישום עמיתים, בעיקר בקרב מערך השיקום בבריאות הנפש בארץ. נקודת מבט זו טרם נחקרה באופן שיטתי בישראל ויש בה עניין רב על רקע הפעילות הענפה בתחום בשנים האחרונות.

חסרונות המחקר והמלצות למחקרי המשך

מסגרת ה CFIR מתייחסת לנתונים שנאספים בעיקר ממקבלי החלטות וגורמים המעורבים בתהליך היישום ובמתן ההתערבות. אנשים עם ידע מניסיון היו מעורבים במחקר כחלק מצוות היישום וכמשתתפים במחקר. אך, ברוח ערכי ההחלמה, יש לקיים שותפות ויצירה משותפת (co-creation /co- production) עם **מקבלי שירות** באופן מוגבר לאורך כל תהליך המחקר והיישום, להתאים את מסגרות היישום והאסטרטגיות הקיימות לכך, ולאסוף נתונים על היישום גם מנקודת מבטם.

בנוסף, גישת ההחלמה חותרת לייצר שינוי עמוק בתרבות, בחברה, במדיניות ובפרקטיקה. לכן, חשוב במחקרים עתידיים להגיע לבעלי עניין בהקשר הרחב יותר, שמחוץ למערך השיקום בבריאות הנפש. כך תתאפשר גם הבנה וגם הנעה של שינוי בפרספקטיבה רחבה ועמוקה יותר.

לבסוף, אחד האתגרים שבלטו מיישום פרויקט אפסיידס נוגע לקיימות ההתערבות עם סיום פרויקט המחקר. מכאן עולה חשיבות גם למחקר המשך שיגדיר מהי קיימות בהתייחס להתערבות זו, יעריך אותה על פני מספר שנים ויתרום להבנה טובה יותר מדוע וכיצד התערבויות ותוכניות מסוימות מיושמות לאורך זמן ואילו התערבויות אחרות אינן מאריכות ימים.

מסקנות המחקר והשלכות ברמת הפרקטיקה והמדיניות

פרשנות הממצאים הדגישה את **הפוטנציאל של תמיכת עמיתים ונוכחות עמיתים בארגוני בריאות נפש לאתגר את המודל הרפואי המסורתי של שירותי בריאות הנפש**. זאת באמצעות קידום מערכות יחסים מכוונות החלמה המאופיינות בשותפות וקרבה, בשימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון, בערעור על הדיכוטומיה בין אנשי צוות למקבלי שירות ובהצבת גבולות חדשים. לכן, חשוב להמשיך לפעול למימוש פוטנציאל זה ולפתח את השתלבותם של עמיתים בשירותי בריאות הנפש בישראל ובעולם.

עוד מעלה המחקר את חשיבותה של **תרבות ארגונית** התואמת את השינוי שההתערבות מבקשת לקדם, כמפתח להצלחת יישום התערבויות חדשניות בארגונים ככלל. כמו גם ביישום התערבויות מוכוונות החלמה ותמיכת עמיתים בארגוני בריאות הנפש בפרט. אזי נדרשת תרבות ארגונית מוכוונת לערכים הפילוסופיים שבבסיס תפיסת ההחלמה ותמיכת עמיתים. **תרבות כזו התאפיינה במחקר הנוכחי** במנהלים אשר מעריכים את המשמעות של ידע מניסיון ואת תרומתו לארגון וכן אנשי מקצוע המאופיינים בצניעות, בטחון ופתיחות ; מודעות בקרב כלל שכבות הארגון ליתרונות של ידע מניסיון ויצירת אווירה ארגונית המאפשרת חשיפה אישית ושימוש בידע מניסיון. כמו כן, גמישות ונכונות ללמידה ארגונית ולצמיחה מתוך משברים. עוד נמצא שתרבות

ארגונית שאינה תומכת ביישום, מתאפיינת בסטיגמה של אנשי המקצוע ושל מקבלי השירות כלפי תפקידי עמיתים ובחשש מביקורת, תחרות וטשטוש גבולות.

מכאן עולה, שעל מנת לממש את הפוטנציאל של העמיתים ושל התערבויות מקדמות החלמה, בהנעת שינוי חברתי ואוריינטציה של החלמה בשירותים מסורתיים, חשוב להתחיל בארגונים, ביחידות מסוימות או בצוותים בארגון, בהם תרבות ארגונית מקדמת החלמה.

המחקר העלה גם כי **יישום מיטבי של התערבויות חדשניות מקדמות החלמה בכלל ותמיכת עמיתים בפרט, דורש תרגום של התרבות הארגונית למחויבות ארגונית**. דהיינו, לפרקטיקה, הסדרים ארגוניים, תשתיות, נהלים, הגדרות תפקיד והשקעת משאבים. אלה כוללים: מעורבות כל בעלי העניין ביישום ההתערבות החדשה החל מהשלב הראשוני; מינוי אחראים בתוך הארגון המחויבים לקידום הנושא; יצירת פלטפורמה לעבודה משותפת של כל מי שמעורב ביישום בארגון; מיון עובדים מקצועי לעמיתים; הגדרת תפקיד ברורה לעמיתים בה הידע הייחודי שלהם מניסיון בא לידי ביטוי; מעקב אחר נאמנות יישום ההתערבות/ תפקידי העמיתים לערכי הליבה של עמיתות (fidelity); הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון; הקצאת תנאים ושכר ראויים ואופק להתפתחות מקצועית לעמיתים. התפתחות זו כוללת התמקצעות באמצעות הכשרה והדרכה וכן הגדרה והסדרת תפקידי עמיתים. במקביל, נדרשת שמירה על גמישות וייחודיות תפקידי העמיתים. מתוך הבנה של המחירים העשויים להיות להתמקצעות. לצד זאת, נדרשת גם התמקצעות הארגונים המעסיקים את העמיתים. באמצעות הכשרה, הכנה והדרכה אינטנסיביות; ליווי הצוותים והמנהלים בתהליך המסייע בהטמעת ידע מניסיון בקרב כל שכבות הארגון. כמו גם, חשיפה של מנהלים ואנשי צוות לתפקידי עמיתים, כחלק אינטגרלי ותורם בארגון, לאורך זמן ועבודה לצידם תוך קירבה פיזית ויחסי גומלין ישירים עמם. עוד נדרשת מעורבות משמעותית של עמיתים בארגון כך שיביאו לידי ביטוי את הידע הייחודי שלהם באופן קונקרטי, בעמדות מפתח ולאורך כל שלבי מחזור החיים של השירות. החל בתכנונו וכלה בהערכתו. בנוסף, יש צורך במתן התאמות לעמיתים בהתאם לצורכיהם וכן ניהול משברים כמו אשפוז של עמיתים. לצד תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת מידע בין אנשי צוות לעמיתים.

בנוסף, עולה מן המחקר כי **מדיניות ממשלתית מהווה גורם מקדם יישום חשוב** של התערבויות חדשניות באופן כללי, של התערבויות מקדמות החלמה ושל התערבות תמיכת עמיתים בפרט. מדיניות כזו צריכה לבוא לידי ביטוי בנהלים ואכיפתם בשדה ובמימון תפקידי עמיתים ייעודיים, תהליכי הכשרה והסמכה לעמיתים ותהליכי חינוך והכשרה לצוותים ולארגונים. בלעדיה, לא תתאפשר קיימות והמשכיות של ההתערבות.

לבסוף, המחקר מעיד על **חשיבותו של תהליך יישום שיטתי ומקיף, בהתאם למסגרת יישום ותוך שימוש באסטרטגיות יישום** קיימות ומוכחות כיעילות, להצלחת יישום. המחקר מראה כי **שימוש במדע היישום בתחום בריאות הנפש** החל משלב התכנון ועד ליישום התערבויות בשדה, **תורם לצמצום הפער בין מחקר בתחום ההחלמה בבריאות הנפש ותמיכת עמיתים בפרט, לפרקטיקה ומדיניות.** על מנת להבטיח את ההצלחה של היישום חשוב גם להתאים את מסגרות היישום והאסטרטגיות לערכי ולשפת ההחלמה ולפתח מודעות ופרו-אקטיביות להבאת ממצאי המחקר ליישום בשדה.

מלות מפתח: עמיתים עם ידע מניסיון, עמיתים מומחים, צרכנים נותני שירות, תמיכת עמיתים, התערבויות מקדמות החלמה, מדע היישום, הערכת יישום, אתגרי יישום, גורמים מקדמי יישום, חשיפה עצמית, שימוש בידע מניסיון.

רשימת טבלאות ושרטוטים

עמ'

שיטה

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של המדגם 26
טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד ומספר משתתפים.....28-29
טבלה 3 מערך הראיונות ומספר המשתתפים.....29
טבלה 4 סיכום סך כל משתתפי המחקר על פי כלי המחקר השונים.....30

פרק ראשון

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של המדגם 40
טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד ומספר משתתפים.....42
טבלה 3 מערך הראיונות ומספר המשתתפים.....43
טבלה 4 האתגרים מתוך הממצאים מהשטח בישראל והגורמים מקדמי יישום אשר עשויים לענות עליהם.....59-60

פרק שני

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של המדגם 75
טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד ומספר משתתפים.....76
טבלה 3 מערך הראיונות ומספר המשתתפים.....77
טבלה 4 קטגוריות ותמות.....80
שרטוט 1 ציר קרבה ומרחק מחשיפה עצמית/ שימוש בידע מניסיון.....87

פרק שלישי

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר.....97-98
טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד.....98
טבלה 3 מערך הראיונות ומספר משתתפים.....99
טבלה 4 אתגרים וגורמים מקדמי יישום שעלו בשלב מיפוי השדה בישראל והמענה עליהם בתהליך יישום פרויקט אפסיידס.....118-123
טבלה 5 המלצות ליישום תמיכת עמיתים במיטבה כפי שעולה ממסקנות המחקר.....128-129

מבוא

עם גיבוש חזון ההחלמה בבריאות הנפש, החלו להתבסס ראיות ליעילותן של התערבויות שונות בקידום תהליכי החלמה של אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים (בלוש- קליינמן ואחרים, Davidson, 2018; Sofouli et al., 2022; Slade et al., 2014; 2018). במקביל, עלה פער הולך וגדל בין הידע המחקרי לגבי יעילותן של ההתערבויות לבין יישומן בפרקטיקה ובמדיניות (Chambers et al., 2020; Piat et al., 2021). הן בעולם (Drake & Essock, 2009; Van Weeghel et al., 2019) והן בישראל (קליינמן, גרבר אפשטיין ורועה, 2018).

אחת ההתערבויות מקדמות החלמה הנתמכות במחקר אמפירי (Best Practice) היא **תמיכת עמיתים ושילוב עמיתים עם ידע מניסיון** במתן שירותים (Davidson, 2018; Piat et al., 2021; Slade et al., 2014; Slade Amering & Oades, 2008). **עמיתים עם ידע מניסיון** הם אנשים שמתמודדים עם קשיים נפשיים ומשתמשים בידע שלהם מניסיון על מנת לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים (Slade et al., 2014). **תמיכת עמיתים** היא מערכת של נתינת וקבלת עזרה המבוססת על כבוד והסכמה הדדיים, על אחריות משותפת ועל תיקוף והבנה אמפטית של מצבו של האחר מתוך ניסיון חיים משותף (Mead et al., 2001; Slade et al., 2014; Salzer & Liptzin- Shear, 2002).

מצויים אתגרים רבים בדרך ליישום מוצלח של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות נפש מסורתיים (Chinman et al. 2010; Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Salzer et al., 2009; Slade, 2014). לכן, יש צורך במחקר נוסף אשר יזהה ויבחן בשדה את ההמלצות לפרקטיקה מיטבית ויתרום לביסוסה (Bochicchio et al., 2023; Chinman et al.,2017; Mutschler et al., 2022). בעיקר בולט חסרונם של מחקרים העוסקים בהבנת השינוי הארגוני הדרוש להשתלבות מיטבית של עמיתים בארגוני בריאות נפש (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021). טרם נעשה מחקר שיטתי בתחום זה בישראל על אף התפתחותו הרבה בשנים האחרונות.

מטרת המחקר הנוכחי היתה להעמיק את הידע על יישום מיטבי של התערבות תמיכת עמיתים והבנת השינויים הארגוניים הדרושים להטמעתה לצורך אינטגרציה ברת קיימא. כמקרה פרטי של יישום פרקטיקות מקדמות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש.

המחקר נערך במסגרת פרויקט מחקר בין- לאומי- UPSIDES : Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services ("אפסיידס") במימון קרן האיחוד האירופי ; הורייזון 2020. הוא החל בינואר 2018 למשך תקופה של חמש שנים בשש מדינות : בגרמניה, באנגליה, באוגנדה, בטנזניה, בהודו ובישראל. חזונו היה לשכלל את יישום תמיכת עמיתים ברחבי העולם על מנת להעצים את שירותי בריאות הנפש וליצור קהילה בין- לאומית לתרגול ופרקטיקה של תמיכת עמיתים (Moran et al., 2020; Puschner et al., 2019). במסגרת הפרויקט פותחה בישראל התערבות קבוצתית מבוססת תמיכת עמיתים ויושמה בשני שירותי שיקום במערך בריאות הנפש.

המחקר המוצג בעבודה זו עשה שימוש בשיטה איכותנית, בגישות של מחקר פעולה משתף ומדע היישום (Damschroder et al ,2009 ; Nilsen, 2020) ובחן בקרב 68 מרואיינים, ביניהם עמיתים עם ידע מניסיון ואנשי מקצוע, באמצעות 10 קבוצות מיקוד ו- 12 ראיונות עומק חצי מובנים, כיצד הם מתארים את המאפיינים של יישום תמיכת עמיתים בישראל באופן כללי וכן

כיצד הם מתארים את חוויתם לגבי יישום התערבות אפסיידס. על מנת להעריך את תהליך יישום התערבות זו בישראל.

1. סקירת ספרות

רקע

במהלך רוב שנות ההיסטוריה האנושית, שלטה התפיסה הדטרמיניסטית, לפיה הפרעות נפשיות קשות הן חשוכות מרפא ובעלות פרוגנוזה של הדרדרות תפקודית הדרגתית ללא סיכויי החלמה (לכמן ורועה, 2003 ; לכמן, 2007 ; Farkas, 2007). אולם במהלך העשורים האחרונים, מתחולל מהפך בתחום בריאות הנפש בארץ ובעולם. מהפך זה שינה באופן מהותי את ההתייחסות אל מתמודדים עם מגבלה נפשית ואל משפחותיהם, הביא להבנת דרכי התמודדותם ולמציאת חלופות שונות שיאפשרו להם לחיות חיים מלאים ומשמעותיים בתוך החברה ולא בשוליה (לכמן, אבירם, 2001 ; 1998 ,Anthony, 1993; Slade et al., 2008).

אחד המאפיינים של שינוי זה הוא ההתפתחות של תמיכת עמיתים (Peer support) והשתלבותם של עמיתים עם ידע מניסיון (Peer support workers) בתוך מערכת בריאות הנפש כחלק ממדיניות גלובלית (United Nations High Commission, 2017; World Health, Organization, 2019). כמו גם הכרה הולכת וגוברת בתרומתם הייחודית (Davidson et al., 2010; Repper & Carter, 2011; Solomon, 2004).

1.1 עמיתים עם ידע מניסיון ותמיכת עמיתים- הגדרות[1]

עמיתים עם ידע מניסיון

הם אנשים שמתמודדים עם קשיים נפשיים, המגדירים את עצמם ככאלה, ומשתמשים בידע מתוך ניסיון שלהם על מנת לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים (Slade et al.,2014). במקומות שונים בעולם, בעיקר בארה"ב, באנגליה ובאוסטרליה, פותחו תפקידים שונים של עמיתים עם ידע מניסיון והגדרות שונות. אולם, ניתן להבחין בין שתי הגדרות מרכזיות. האחת, "צרכן נותן שירות" או "עובד שיקום עם ידע מניסיון" (Consumer as Provider), מתייחסת לצרכנים המאיישים תפקידים קיימים (מסורתיים) במערך השיקום. ההגדרה השנייה, "עמית מומחה" (Peer (specialist) או "עמית תומך" (Peer Support Worker), מתייחסת לצרכנים בתפקידים ייעודים לעמיתים. תפקידים מסוימים דורשים חשיפה עצמית ואף מבוססים עליה, כמו במקרה של "עמית מומחה", ואילו אחרים משאירים זאת לבחירתו של בעל התפקיד, כמו במקרה של "צרכן נותן שירות" (לכמן ואחרים, 2018 ;1997 ,Mowbray).

עמיתים עם ידע מניסיון משתלבים בטווח רחב של פעילות הכוללת: תמיכה חברתית, ניהול סימפטומים, ייעוץ, יישוג (out reach), אימון (coaching) וסנגור (Simpson & House, 2002).

---

[1] בישראל נפוץ השימוש במונחים "נותן שירות בעל ידע מניסיון" או "עובד בעל ידע מניסיון" וכן "צרכנים נותני שירות" לתיאור עמיתים בתפקידים מסורתיים (חונכים/ סומכים/ מדריכי שיקום וכד') ו"עמיתים מומחים" לתיאור עמיתים בתפקידים ייעודיים. בעבודה זו יעשה שימוש במונחים הללו לסירוגין.

תמיכת עמיתים

זוהי מערכת של נתינת וקבלת עזרה שערכי הליבה שלה הם כבוד, אחריות משותפת והסכמה הדדית לגבי מה עוזר. היא מבוססת על תיקוף ועל הבנה אמפטית של מצבו של האחר מתוך ניסיון חיים משותף של כאב. היא מטשטשת את הגבולות של יחסים מסורתיים (מומחה/ מטופל) ולכן מאפשרת לשני הצדדים לנסות התנהגויות חדשות ביחד ולנוע מעבר לתפיסות העצמיות הקודמות שלהם על מגבלה ואבחנה (Slade et al., 2014 ; Mead et al., 2001). בעזרת השימוש בחשיפה עצמית חיובית, יצירת קשר הדדי והיותם של העמיתים מודל לחיקוי, תמיכת עמיתים, משפרת את תחושת התקווה ומקדמת החלמה (Truong et al., 2019). הייחודיות של תמיכת עמיתים היא נביעתה באופן מפורש, ישיר, מהניסיון האישי של קושי או מצוקה נפשית (Rapper & Watson, 2012). מכאן ששיתוף בפועל בידע מנסיון הוא מרכיב עיקרי בתמיכת עמיתים והוא חלק ממה שהופך אותה לבעלת תועלת (Salzer & Liptzin- Shear, 2002). ידע זה כולל את החוויה האישית של להיות בעלי מגבלה פסיכיאטרית ושל השימוש בשירותי בריאות הנפש (Moran et al., 2013).

תמיכת עמיתים יכולה להינתן בהקשרים שונים- כחלופה לטיפול מקצועי, כשירות עצמאי בתוך טיפול מקצועי או כחלק אינטגרלי מהטיפול המקצועי (Slade et al., 2014). בשירותים המנוהלים על ידי צרכנים ובשירותים המסורתיים של בריאות הנפש (Salzer & Liptzin -Shear, 2002).

1.2 תמיכת עמיתים- רקע היסטורי: התהליך שאפשר למערכות בריאות נפש להיפתח לאפשרות של שילוב עמיתים כנותני שירות

תמיכת עמיתים בלתי רשמית קיימת מן המאה ה-18 בדרך טבעית וספונטנית בדמות מטופלים באשפוז שתמכו אחד בשני, קבוצות לעזרה עצמית ותנועות של סנגור שצמחו מן השטח מחוץ למערכת בריאות הנפש הפורמלית (Davidson., 2018; Salzer & Liptzin - Shear,2002; Slade et al.,2014). אולם, מספר מגמות חברתיות ומקצועיות חברו יחדיו החל משנות ה-60 של המאה ה 20 ויצרו את ההזדמנויות לתמיכת עמיתים מאורגנת בתוך מערכת בריאות הנפש המסורתית. ביניהן תנועת האל מיסוד, התפתחות גישת ההחלמה כעיקרון מנחה בבריאות הנפש, התפתחות שירותים והתערבויות מכווני החלמה וכן המעבר של תנועות הצרכנים מהשוליים למרכז (Antony & Farkas, 2009). נפנה עתה לתיאורן.

תנועת האל- מיסוד (Deinstitutionalization)

ראשיתו של המהפך בתנועת האל- מיסוד שהחלה להתארגן בארצות הברית ואירופה בשנות ה-60 של המאה ה-20 ובישראל החל משנות ה-80 (לכמן, 1998 ;אבירם, 1990 ; Carling, 2001). תנועה זו קידמה מעבר ממדיניות של אשפוז למדיניות של טיפול בקהילה (Bachrach, 1978; Lamb, 1993). כמה מגמות קדמו לתנועת האל מיסוד והביאו לצמיחתה. אחת מהן היא התפתחות הגישה ההומאנית המתייחסת לאדם בראייה כוללת של צרכיו. מגמות נוספות הן התחזקות התנועות לזכויות האזרח שראו בשהייה בטיפול מוסדי כפגיעה בחירויות הפרט. כמו גם התפתחות בתחום התרופתי שהביאה לשיפור משמעותי בסימפטומים של המחלה ואפשרה טיפול ומעקב ללא אשפוז (לכמן,2007 ; Swarbrick, 2009).

מדיניות האל מיסוד הביאה לצמצום דרמטי במספר מיטות האשפוז. בתי חולים נסגרו באופן מידי ואלפי חולים שוחררו. בתחילה לא הוקצו משאבים לפיתוח שירותים בהיקף הנדרש כדי לקלוט אותם בקהילה (Bachrach, 1978; Lamb, 1993). לכן, תוצאותיה היו בשלב הראשון קשות: אנשים עברו להתגורר ברחוב במצב הזנחה קשה, חלקם התמכרו לסמים ונוצרו גטאות באזורי מצוקה של משוחררים מאשפוז. כתוצאה מכך יותר מ-50% מהם חזרו לאשפוז כשנה לאחר מכן. גם אלו שנשארו לחיות בקהילה חיו לעיתים קרובות בבידוד חברתי כשהם עסוקים בהישרדות, עם הזדמנויות מעטות למגעים חברתיים (Lamb, 1993; Pilisuk, 2001).

כתגובה לכישלון מדיניות האל-מיסוד, החל להתפתח מאמצע שנות השבעים של המאה ה-20, מערך שירותי שיקום קהילתי (לכמן, 1998 ; Anthony, 1993).

מדיניות האל-מיסוד בישראל

מדיניות זו החלה בישראל בשנות השמונים של המאה ה-20. אז נוסדו מרכזים ראשונים לבריאות הנפש בקהילה, במגמה ברורה לצמצם את מספר מיטות האשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים. שיעור מיטות האשפוז ירד בשנים אלו בכ-65%. בהמשך לכך, בשנת 1991, ברוח גישת האל-מיסוד, נחקק "חוק טיפול בחולי נפש". חוק זה הסדיר את תהליכי האשפוז הפסיכיאטרי וביסס את האשפוז כאפיזודה זמנית ולא כבית לחיים (אבירם, 2005). אולם, גם בישראל, הכסף שנחסך מצמצום מיטות האשפוז, לא תמיד הושקע בפיתוחם של שירותי בריאות מקיפים בקהילה. לכן, בשנת 2000 נחקק חוק "שיקום נכי נפש בקהילה" (התש"ס, 2000), ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו. החוק נועד לפעול לשיקומם ולשילובם בקהילה של אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית, כדי לאפשר להם להשיג רמה מרבית של עצמאות תפקודית ולשפר את איכות חייהם (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, 2000 ; לכמן, 2007). הוגדר במסגרתו סל של שירותים- "סל שיקום", הכולל שירותים בתחומי חיים נרחבים כגון: דיור, תעסוקה, השכלה ופנאי. בעקבות החוק, משרד הבריאות התחיל בתהליך מואץ של הקמה ופיתוח של שירותי שיקום בקהילה (לכמן והדס-לידור, 2007).

גישת ההחלמה בבריאות הנפש

מאז שנות התשעים של המאה ה- 20, ממשלות וארגוני בריאות הנפש ברחבי העולם אימצו את גישת ההחלמה כפרדיגמה העיקרית וכבסיס לבניית המדיניות והפרקטיקה בשיקום בבריאות הנפש (Farkas, 2007). מקורה בהשפעת תנועת הצרכנים, כאשר צרכני בריאות נפש החלו לפרסם את חוויותיהם וניסיונם (Deegan, 1988). כמו גם במחקרי תוצאות ארוכי טווח לאורך שנים בקרב מתמודדים עם סכיזופרניה בקבוצות תרבותיות שונות ובמדגמים גדולים. אלה מצאו כי בין מחצית לשני שליש דיווחו על החלמה או על שיפור משמעותי במצבם (Harding, 2005). הן באמצעות שימוש בשירותי בריאות נפש והן ללא התערבות מקצועית (כץ, 2017 ; Ellison & Russinova, 1999).

"החלמה קלינית" (Clinical recovery) מתייחסת להיבט הרפואי ולתוצאות המתמקדות במחלה כגון הפחתת סימפטומים וימי אשפוז או חזרה למצב שלפני המחלה (Slade et al., 2008; Slade et al.,2014). לעומתה, "החלמה אישית" (Personal recovery) מתייחסת להגדרה סובייקטיבית ולתיאור החוויות של המתמודדים עצמם (Slade et al., 2008; Slade & Longden, 2015). היא מוגדרת כתהליך אישי עמוק של שינוי גישות, רגשות, תפיסות, אמונות, תפקידים

ומטרות בחיים ופיתוח משמעות חדשה וייעוד בחיים, מעבר להשפעה של חולי נפשי (Anthony, 1993; Anthony, Cohen & Farkas, 2002). מטרת תהליך זה היא מציאת משמעות לחיי האדם במקביל להתמודדות עם המחלה. לצד שינוי המקום שהמחלה תופסת בחייו של האדם, בזהותו, וביכולותיו ובנייה של חיים משמעותיים בקהילה. החלמה אינה מחייבת היעלמות של התסמינים ואינה מסמנת את סיום המחלה או את הריפוי ממנה, אלא מאופיינת בתהליך לא ליניארי שכולל עליות וירידות (Scheyett, DeLuca & Morgan, 2013).

חווית ההחלמה כוללת גם החלמה מההשלכות החברתיות של להיות מאובחן כבעל חולי נפשי, מעבר להשפעות של החולי עצמו. כגון: אפליה, אי העצמה, אבטלה, חלומות שנופצו (Anthony, Cohen & Farkas, 2002), עוני, תנאי דיור גרועים, אובדן תפקידים חברתיים ובידוד חברתי (Davidson, Lawless & Leary, 2005). לכן, במישור החיצוני, ההחלמה תלויה ביצירת תרבות חיובית להחלמה. תרבות זו נוצרת כאשר הסביבה המקיפה את האדם ובכלל זה גם השירותים שהוא צורך, משדרים העצמה ואמונה ביכולתו להחלים, לחוש תקווה ולקיים קשרים מיטיבים עם הסביבה (Anthony, 1993).

שירותים, התערבויות ופרקטיקות מוכוונות החלמה

על אף האימוץ הרחב של חזון ההחלמה, תרגומו האופרטיבי לשירותים נותר אתגר (Slade, 2009). שירות מכוון החלמה אישית הוא שירות הפועל על פי ערכים מרכזיים אלו, שנמצאו תומכי החלמה (Farkas, 2007; Piat et al.,2022; Slade, Amering & Oades,2008; Slade et al.,2014): מכוונות לאדם, לצרכיו הייחודיים, העדפותיו וניסיונו וסיוע לאדם לחיות חיים משמעותיים. מעורבות האדם בתכנון והפעלת השירותים ומתן עדיפות להגדרה העצמית שלו מתוך שותפות שוויונית בין נותני ומקבלי שירותים, החלטה עצמית ובחירה. כמו גם תקווה לעתיד כי החלמה ממחלת הנפש ומהשלכותיה הנה אפשרית.

התערבויות ופרקטיקות מוכוונות החלמה הן כלים מעשיים המתרגמים ערכים וגישה שיקומית מקדמת החלמה לעשייה בשדה השיקום והטיפול. אופן העברתן ואבני היסוד שלהן משקפים את ערכי ההחלמה. הן כוללות כלי לימוד מובנים ורכישת מיומנויות לעשייה שיקומית-טיפולית. התערבויות ופרקטיקות מוכוונות החלמה משמשות ליצירת שפה משותפת וטרמינולוגיה תומכת החלמה, מאפשרות לארגן את הידע הקיים בצורה מובנית ושיטתית ומהוות הזדמנות לעבודה משותפת של אנשי מקצוע ומתמודדים (בלוש- קליינמן ואחרים, 2018; Davidson, 2018; Slade et al.,2014; Sofouli et al.,2022). התערבויות אלו מסייעות בקידום מטרות אישיות, בניהול יעיל של השפעת ההפרעות הנפשיות ובהשגת איכות חיים מיטבית. חלקן מבוססות ראיות (EBP) וחלקן טרם הוכרו כמוכחות ראיות, אך הן בעלות תמיכה מחקרית רחבה (Best Practice). ביניהן ניתן למנות התערבויות כגון: טיפול קוגניטיבי- התנהגותי לפסיכוזה, הדרכה על מיומנויות חברתיות, התערבות להפחתת סטיגמה עצמית (NECT), אימון בקוגניציה חברתית ובאינטראקציה בין אישית (SCIT), סנגור עצמי, התערבות קוגניטיבית דינמית (DCI), התערבות פסיכו- חינוכית למשפחות וניהול מחלה והחלמה (IMR). כמו גם שירותים או מודלים עליהם מבוססים שירותים כגון: מכללות החלמה (Recovery colleges), תיאום טיפול , דיור נתמך, תעסוקה נתמכת, השכלה נתמכת וטיפול קהילתי אסרטיבי (ACT) (בלוש- קליינמן ואחרים, 2018; Davidson, 2018; Sofouli et al.,2022; Slade et al.,2014).

תמיכת עמיתים ושילוב של עמיתים עם ידע מניסיון במתן שירותים נחשבת לאחת ההתערבויות מקדמות החלמה (Best Practice). התערבויות הנתמכות במחקר אמפירי להן פוטנציאל לקדם מכוונות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש (Slade, Amering & ; Davidson, 2018; Piat et al., 2021 Oades, 2008 ; Slade et al., 2014).

לכן, עם אימוצה של ההחלמה כעיקרון מנחה בהגדרת מדיניות מערכת בריאות הנפש, מתפתחת גם המגמה של העסקת עמיתים עם ידע מניסיון (Anthony, Cohen & Farkas, 2002; Kent, 2019; Mutschler et al., 2021; Rogers, Farkas & Anthony,2005; Slade et al.,2014; Vandewalle et al., 2016). כתוצאה מכך, בחלק מהמדינות כמו בארה"ב, באוסטרליה, בבריטניה, בסקוטלנד ובניו- זילנד גדלה מעורבות הצרכנים בפיתוח והענקת שירותים. בחלקן גם בליווי חקיקה ומגמה זו הולכת ונפוצה בעולם (לכמן ואחרים, 2018 ; Moran,2018; Pathare, & Kalha Krishnamoorthy,2018).

תנועת הצרכנים (Consumer movement)

תנועת הצרכנים החלה את דרכה בארצות הברית ובאנגליה בשנות ה30 של המאה ה-20, כקבוצה לעזרה עצמית. היא התחזקה בשנות ה70 לאחר שהתנועה לזכויות אזרח החלה להתייחס גם לאנשים החיים בבתי החולים הפסיכיאטריים ועל רקע המאבק הכללי בעולם המערבי להבטחת זכויות אדם לכל (לכמן, 2007 ; לכמן ואחרים, 2018 ; Swarbrick, 2009). לתנועה שני זרמים מרכזיים : האחד רדיקלי, הרואה את עצמו כשורד הפסיכיאטריה (survivors). הוא אינו מכיר במחלות הנפש ומתנגד לטיפול תרופתי ולממסד. השני הנו זרם מתון- קבוצת הצרכנים, הרואה עצמה כקבוצה הנמצאת בתהליכי החלמה. היא מנסה לעבוד יחד עם הממסד, מתוך מטרה להשפיע ולשנות את הטיפול המסורתי ומתוך כוונה ליצור מודל המבוסס על שירותים מופעלים על ידי צרכנים (Swarbrick, 2009). התנועה הצרכנית מבוססת על הנחת היסוד שניסיון אישי סובייקטיבי מספק ידע בעל ערך בהבנת ההתמודדות עם מחלה נפשית וההחלמה, אשר לו חשיבות למדיניות ולפרקטיקה בבריאות הנפש (Moran, 2018). בעקבות צמיחתה גברה מעורבות צרכנים בתחומי המחקר, החינוך וההכשרה, מתן השירותים, המדיניות והסנגור במדינות רבות בעולם ובישראל. במקביל, המליצו גורמים מוסדיים חשובים כמו ארגון הבריאות העולמי על שילוב צרכנים בכל הדרגים והתפקידים בארגונים העוסקים בבריאות הנפש (לכמן ואחרים, 2018).

תנועת הצרכנים בישראל. התארגנות עצמאית של מתמודדים בישראל מתועדת לראשונה בשנת 1991, בקבוצת "אל"ף" לעזרה עצמית (רופא, 1998). בשנת 1994 הוקם הארגון הראשון של מתמודדים- "התמודדות". פעילותו הופסקה בשנת 1999 וארגון "מל"ם"- מתמודדים למען מתמודדים המשיך את דרכו (רופא, 1998). בהמשך, בעקבות חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוקם פורום של מתמודדים כדי לגבש עמדה לגבי יישום החוק בתחום בריאות הנפש. פורום זה היה הראשון שניסה להשפיע על מדיניות ממשלתית. "בנפשנו" הוקמה בשנת 1997 והיתה לתוכנית הראשונה שהפעילו מתמודדים ומשפחות. תכנית זו קיימה מרכז מידע, פעולות סנגור ופרויקט "דו שיח" לשינוי סטיגמה באמצעות מפגש וסיפור סיפור אישי של החלמה לקהלי יעד שונים. פעילותם נסגרה בשנת 2009 ופרויקט "דו שיח" מופעל מאז במסגרת "אנוש" -העמותה הישראלית לבריאות הנפש. משנת 2000 בעקבות חקיקת "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" התעצמה פעילות תנועת הצרכנים. הוקמו עמותות אחדות של צרכנים ("קולות", "לשמה", "מל"ם" ועוד) ודרכן החלה התפתחות במתן שירותים על ידי צרכנים ומעורבות של פעילי העמותות ביוזמות

שונות. צרכנים מעורבים כיום גם בניסיון להשפיע על מדיניות באמצעות קואליציית ארגונים ונציגי מתמודדים מעורבים בפורומים שונים לקביעת מדיניות. בהם המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה, המועצה הלאומית לבריאות הנפש, ועדות לרפורמה בבריאות הנפש, קואליציית ארגוני הנכים, העמותה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי, השתתפות בפורום הארצי לקידום חלופות אשפוז ועוד (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018 ;Moran, 2018).

התפתחות תמיכת עמיתים בישראל

מעורבות של מתמודדים כעובדים בשירותי בריאות הנפש בישראל החלה ב 1999 עם פתיחת הכשרה לפעילים מתמודדים (הפע"ל ולה"ק) שפעלה עד שנת 2002, ביוזמת משרד הבריאות בשיתוף צרכנים. בשנת 2005 נפתח לראשונה קורס להכשרת צרכנים נותני שירות (אורן, 2007), לטובת שילוב מתמודדים כעובדי שיקום במערך בריאות הנפש. במקביל, החל משנת 2006 פותחה תוכנית "צרכנים נותני שירות" ובהמשך שירותי תעסוקה נתמכת רבים נוספים. אלה מספקים ליווי תעסוקתי ייחודי לעובדים עם ידע מניסיון במסגרת שירותי סל השיקום (אורן, 2007 ; מרזר-ספיר, הר-לב ומאוטנר, 2009 ; סינגר, 2010). כתוצאה מכך, השתלבו מאות מתמודדים כמועסקים במערך השיקום בבריאות הנפש בכל התפקידים המסורתיים (מדריכי שיקום, חונכים, סומכים) (מרזר-ספיר, הר-לב ומאוטנר, 2009).

בשנים האחרונות ישנה התפתחות גם של תפקידים ייעודיים לעמיתים כחלק ממדיניות משרד הבריאות. בהם הם חשופים ועושים שימוש פעיל בידע שלהם מניסיון. החל מ"סוקרי איכות" אשר מעריכים את שביעות הרצון של מקבלי השירות מהשירותים במערך השיקום כבר מ2005. כמו כן, עמיתים מומחים שמשתלבים בצוותים המקצועיים של בתי חולים פסיכיאטריים בבאר שבע ובמזור החל משנת 2015 (לכמן ואחרים,2018 ; נעמן, 2018 ;Moran,2018). "מתאמי קהילה" המלווים מתמודדים מאשפוזם ועד להשתלבותם בקהילה, החל מ 2017, במרפאות הרצליה ובאר שבע של מכבי ובמרפאת החוץ של בית חולים שלוותא (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018). כמו גם "עמיתים לזכויות" אשר מרצים ומנגישים זכויות משנת 2016 (שטיינמן ואדלר- בן דור, 2022) ומתאמי טיפול עם ידע מניסיון במערך השיקום החל משנת 2020.

בשנת 2013 מונתה לראשונה בישראל אשת מקצוע עם ידע מנסיון בבריאות הנפש בתקן ייעודי לאדם עם מוגבלות במגזר הציבור באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות. במטרה לפתח שירותים ותפקידים ייעודיים למתמודדים, להעצים פעילות אקטיביסטית וסנגורית בבריאות הנפש ולקדם השתלבות של מתמודדים כעובדים במערך הטיפול (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018 ;Moran, 2018).

1.3 עמיתים עם ידע מניסיון בשירותי בריאות הנפש: ביסוס תיאורטי ומחקרי

לקידום השתלבותם של עמיתים עם ידע מניסיון בשירותי בריאות הנפש ביסוס תיאורטי ומחקרי.

ביסוס תיאורטי: ידע מניסיון, מומחיות מניסיון וידע מקצועי לעומת ידע מניסיון

ידע מניסיון

להשתלבות עמיתים עם ידע מניסיון בבריאות הנפש תרמה ההכרה בידע מניסיון כבעל ערך. בורקמן (Borkman, 1976), הגדירה **ידע מניסיון** כאמת הנלמדת מניסיון אישי עם התופעה. בניגוד לאמת הנלמדת באמצעות למידה, תצפית או רפלקציה על מידע המסופק על ידי אחרים.

ידע מנסיון, לטענתה, נבדל מידע מקצועי במספר תכונות: ראשית, ידע מנסיון הוא מעשי יותר ומכוון תוצאות בהשוואה לידע מקצועי אשר מדגיש הצטברות של ידע ומגדיר תוצאות בתוך מסגרת מדעית או תיאורטית המקובלת על ידי הקהילה המקצועית. שנית, ידע מנסיון הוא באוריינטציה לפעולה ב"כאן ועכשיו", בניגוד לידע מקצועי שפרספקטיבת הזמן שלו בדרך כלל ארוכת טווח יותר והוא ממוקם בתוך מודלים תיאורטיים. לבסוף, ידע מנסיון הוא הוליסטי, מתייחס לתופעה הכוללת שהאדם חווה, מבחין בה ותופס אותה מנקודת המבט של השכל הישר שלו (Borkman, 1976, 1990; Noorani, Borkman & Karlsson, 2019).

מומחיות מניסיון (Experiential expertise). מתייחסת ליכולת או מיומנות בהתמודדות או בפתרון בעיות באמצעות השימוש בניסיון אישי. בעוד שלכל מי שמתמודד עם אותן בעיות יכול להיות ידע מניסיון, המידה בה האדם הפנים את המידע והפך להיות בעל יכולת בהתמודדות עם הבעיה, משתנה מאדם לאדם. בורקמן, סוציולוגית החוקרת קבוצות לעזרה עצמית, הדגימה את המונח מתוך עולם זה. היא ציינה שלאדם בעל ותק בקבוצה לעזרה עצמית, למשל, יש יותר מומחיות מניסיון בהשוואה למשתתף חדש. לכן, הוא הופך להיות מודל לחיקוי ומקור לתקווה מכיוון ש"הוא כבר עשה את זה" (Borkman,1976, 1990).

ידע מקצועי לעומת ידע מניסיון. בניגוד לידע מניסיון המתמקד בחוויה סובייקטיבית שבהגדרתה אינה מתיימרת לשקף ידע נצבר, ידע מקצועי מתפתח, מוחל ומועבר על ידי בסיס ידע שנצבר בתחום עיסוק מומחה. בנוסף, הגישה לידע מקצועי מוגבלת לאלה אשר עומדים בדרישות להשכלה ולהכשרה בתחום דעת מסוים ולמי שיש בידיו את התעודות המתאימות. כמו כן, ידע מקצועי מוכר יותר, מקובל יותר כמקור ל"אמת" בהשוואה לידע מנסיון. לכן, אנשי מקצוע מקבלים יחס של כבוד ומעמד של סמכות על ידי מקבלי השירות שמשוכנעים שהם אלו המחזיקים באמת. מכאן שידע מניסיון עשוי להימצא בתחרות עם ידע מקצועי ולהיתפס על ידי אנשי מקצוע כאתגור רדיקלי לסמכותם (Borkman,1976, 1990).

ביסוס מחקרי לאפקטיביות תמיכת עמיתים: בקרב מקבלי השירות, העמית עצמו ובארגוני בריאות נפש

תוצאות מחקרים רבים מוכיחות שלתמיכת עמיתים השפעה חיובית על מקבלי השירות, העמיתים עצמם והארגון כולו.

בקרב מקבלי השירות. נמצא שעמיתים עם ידע מניסיון מהווים מודל לחיקוי, מקדמים החלמה, העצמה והפחתת סטיגמה. עוד הם מגבירים תקווה, מוטיבציה, קשרים חברתיים וחיבור לקהילה (Cook et al., 2012; Cook et al.,2013; King & Simmons, 2018; Walker & Bryant, 2013; White et al., 2017). כמו גם איכות חיים, שביעות רצון מהחיים, ערך עצמי, ומסוגלות עצמית (Davidson et al.,2006; King & Simmons, 2018; Resnick & Rosenheck, 2008; Repper & Carter, 2011). בנוסף הם משפיעים לחיוב גם על תוצאות קליניות כגון מעורבות בטיפול, סימפטומים, תפקוד ושיעור אשפוזים (Davidson et al., 2018 ; Repper & Carter, 2011).

ממצאי מחקרים ומטה אנליזות מעלים שעמיתים עם ידע מניסיון יכולים להביא לתוצאות דומות בהשוואה לאלו של צוותים מקצועיים בעלי הכשרה (Gerber - Epstein et al., 2013; Vally & Abrahams, 2016). מחקרים איכותניים וכמותניים אף הראו שלתמיכת עמיתים

השפעה חיובית על תוצאות הקשורות בהחלמה שלא ניתנות להשגה באמצעות התערבויות קליניות לבדן (Davidson et al., 2012; Walker & Bryant, 2013). מעבר לכך, תמיכת עמיתים נמצאה עדיפה על צוות מקצועי מיומן בקידום תוצאות החלמה כמו תקווה, העצמה, דימוי עצמי ומסוגלות עצמית, השתלבות חברתית, מעורבות (Repper & Perkins, 2003) והפחתת סימפטומים (Cook et al., 2012; Pitt et al., 2013; Cook et al., 2012).

היתרונות לעמית עצמו. ביניהם נמנים ההזדמנות לעבודה משמעותית, העצמה כלכלית, חברתית ופסיכולוגית, שיפור בידע האישי, חוויה חיובית, יצירת קשרים עם עמיתים אחרים גילוי עצמי, בניית מערכת תמיכה, למידת דרכים חיוביות למילוי הזמן, תפקוד טוב יותר ובניית מיומנויות עבודה וקריירה (Moran et al., 2012; Repper & Carter, 2011; Salzer & Liptzin-Shear, 2002; Walker & Bryant, 2013). כמו גם, החלמה וצמיחה (Moran et al., 2012), שיפור הפחתת אשפוזים הגברת תחושת התקווה, שיפור דימוי עצמי (Hutchinson et al.,2006; Ratzlaff et al., 2006; Salzer et al., 2009) והעצמה (Moran,2013).

בארגוני בריאות נפש. תמיכת עמיתים תורמת לשיפור ההיענות לשירותים, האפקטיביות והיעילות שלהם. כמו כן, העמיתים מחזקים את קולם של מקבלי השירות והשפעתם על עיצוב שירותים (Chamberlin, 1978,"nothing about us without us"), תורמים להפחתת הסטיגמה בארגון ולשיפור עמדות הצוות כלפי מקבלי השירות והופכים אותם ליותר מכווני החלמה ואדם (Byrne et al., 2022; Chinman et al., 2010 ; Deegan, 2011; Henderson et al.,2014; Mead et al.,2001; Mutschler et al., 2022; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012). לכן, בנוסף להשפעה הישירה של תמיכת עמיתים כהתערבות, נוכחותם משפיעה גם על הדרך בה התערבויות וטיפולים אחרים יסופקו (Meadows et al., 2019; Slade et al., 2015).

לסיכום, ניתן לומר כי לתמיכת עמיתים תרומה ייחודית וערך מוסף לכל בעלי העניין על פני שירות מקצועי מסורתי. תרומה זו מתאפשרת מתוקף הקשר הפחות פורמלי, בגובה העיניים, תחושת האחווה והיות העמית מודל לחיקוי. לצד שיתוף בידע פרקטי על ההתמודדות עם המחלה ושימוש במערכות ושירותים לצורך השגת שירות מיטיב ומקדם החלמה.

לצד זאת, ממחקרים רבים עולה כי לא די בצירופם של עמיתים לארגון מסורתי כדי להגיע לתוצאות מיטביות לכל בעלי העניין כפי שתוארו כאן. הצלחה ביישום של תמיכת עמיתים כך שתביא לידי ביטוי תרומה ייחודית למקבלי השירות, לעמיתים עצמם ושינוי מערכתי, דורשת לתת מענה לאתגרים רבים (Campbell & Leaver, 2003; Chinman et al., 2010; Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Slade,2014; Salzer et al., 2009). גישות ביקורתיות אף מזהירות כי בהעדר תנאים מתאימים ליישום, תמיכת עמיתים עלולה להוות צורה של דיכוי ודחיפה לשוליות כפולה של מתמודדים על ידי קבוצה שלטת (אנשי מקצוע, פסיכיאטרים). כזו המביאה להעסקתם בעבודות בעלות הכנסה נמוכה בטענה שהם "מעצימים" בו זמנית שתי קבוצות של מטופלים ומעבירים לארגונים את הרושם המוטעה שהם עכשיו "מכווני החלמה". בעוד ששכר זעום ועבודה זמנית לא מעניקים לעמיתים מיומנויות תעסוקתיות עצמאיות אלא רק יכולת מצומצמת, ומשאירה אותם בתוך המערכת הפסיכיאטרית (Davidson, 2014; Sharma, 2019). לכן נפנה עתה לתיאור מהו יישום מיטבי של תפקיד העמית ומהם הגורמים המשפיעים עליו.

1.4 יישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש מסורתיים: אתגרים ודרכים להתמודדות

מימוש מיטבי של תפקיד העמית

יישום נכון של תמיכת עמיתים יכול להביא למימוש מיטבי של תפקיד העמית. מימוש מיטבי בא לידי ביטוי בשלושה היבטים: המוטיבציה לתפקיד, דרך ביצוע התפקיד ומערכות היחסים שעמיתים מייצרים בארגונים בהם הם פועלים עם מקבלי השירות, אנשי הצוות לצידם הם עובדים ועמיתים אחרים (Kivisto et al., 2023; Moran et al., 2014; Moran et al., 2017).

מערכת יחסים מיטבית עם מקבלי השירות כוללת קשר בגובה העיניים, תחושת אחווה, שימושם כמודל לחיקוי וכמעוררי תקווה. מערכת יחסים שמבוססת על הקשבה, אמפתיה, עידוד וסיוע למקבלי השירות. בה הם משתמשים בניסיון החיים שלהם ומשתפים בסיפור מסע ההחלמה שלהם, ניסיונם עם חולי והמפגש שלהם עם מערכת בריאות הנפש. כולל אסטרטגיות לעזרה עצמית ופתרונות פרקטיים שעבדו עבורם (Bailie et.al.,2016; Harrington, 2012; Mead et al.,2001; Moran et al., 2017; Truong et al.,2019).

עם אנשי הצוות, מערכת יחסים מיטבית, היא כזו בה הם מזדהים כאנשים עם ידע מניסיון ומעודדים תקשורת והתייעצות על בסיס הידע שלהם. עם קבוצת השווים שלהם, מערכת יחסים מיטבית כוללת הזדמנויות מגוונות לשתף בחוויות ואתגרים בעבודתם. בנוסף, מערכת יחסים מיטבית עם קבוצת השווים מפחיתה את החשש שלהם מחשיפה עצמית ותומכת בזהות שלהם כעמיתים עם ידע מניסיון (Akerblom et al.,2023; Moran et al.,2017; Stefancic et al.,2019).

ברמת מוטיבציה מיטבית לתפקיד, העמיתים מתארים הזדהות עם תפקידם באופן מלא מתוך מניע פנימי לתפקיד. הם מרגישים בעלי יכולת להשפיע ולייצר שינוי ונמשכים להזדמנות להיות בקשרים אישיים ואותנטיים. עוד הם מבטאים מחויבות פנימית לתפקידם ועניין להמשיך להתפתח (Moran et al.,2013; Moran et al.,2014; Moran et al., 2017; Simpson et al.,2018).

אתגר העבודה בתוך שירותי בריאות נפש מסורתיים

היתרונות של עמיתים עם ידע מניסיון, כאשר הם ממשים את תפקידם באופן מיטבי כפי שפורטו לעיל, עלולים שלא לבוא לידי ביטוי כשהם משמשים בתפקידים כפופים, או שעוצבו מראש במערכת בריאות הנפש המסורתית (Hardiman, 2013). זאת בשל המפגש בין סוגי ידע ותפיסות עולם נבדלות, היבטים הקשורים בליבת תפקיד העמית ותנאי העבודה של העמיתים. אלו יפורטו להלן:

מפגש בין סוגי ידע ותפיסות עולם נבדלות. היטמעות העמיתים במערכת בריאות הנפש המסורתית מהווה מפגש בין ידע מניסיון לידע מקצועי, קליני השונים במהותם ובמקורותיהם. מפגש זה מזמן מטבעו היבטים של מאבק על סמכות ומעמד או לכל הפחות חוסר היכרות והכרה בערך של ידע מניסיון והמקום או הדרך לשלבו בשירותים. זאת בייחוד בשירותים, בהם אנשי מקצוע מהווים רוב, והידע שהם מביאים מבוסס כמקור מהימן ל"אמת" הטיפולית והשירותית (Ehrlich et al., 2020; Mancini, 2018; Moran et al., 2013; Otte et al., 2020). על כן, לא פעם עמיתים יהיו כפופים לממונים שלא מבינים או מכירים את הערך של ידע מניסיון עבור מקבלי השירות. לכן גם לא יעודדו או אף ימנעו שימוש בידע זה (Moran et al., 2013). לחילופין קורה שהעמיתים בעצמם מאמצים תפקיד וזהות דומים לאלה של אנשי המקצוע המסורתיים

שמייצגים את התרבות השלטת, נטמעים ומאבדים את האיכויות והיתרונות הייחודיים שלהם (Salzer & Liptzin- Shear, 2002; Slade at al., 2014). תופעה זו מחריפה כאשר העמית הינו יחיד בשירות. אז העמיתים עשויים להרגיש מנודים או מרוחקים ולהתקשות לייצר שינוי ברמת המערכת (Mancini , 2018; Moran et al., 2013).

גורם נוסף המקשה על היטמעות מודל העמיתים במערך הקונבנציונאלי קשור בכך ששורשיה של תמיכת עמיתים נעוצים בעזרה עצמית, המבוססת על ידע מניסיון ותמיכה הדדית בעוד ששירותי בריאות הנפש המסורתיים מקורם במודל הרפואי (Byrne et al.,2022; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Moran, 2017). הבדלים אלו מייצרים תפיסה שונה לחלוטין לגבי סוג הקשר הראוי עם מקבלי השירות. בעוד שהמודל הרפואי מדגיש הפרדה והצבת גבולות בין "בריאות" ל"חולי" ובין מטפלים למטופלים, תמיכת עמיתים שואפת לייצר קשרים הדדיים המבוססים על ניסיון משותף. איש מקצוע במודל הרפואי נתפס כמומחה בתחומו והקשר שלו עם מקבל השירות מבוסס על מתן ידע/הנחיה או תמיכה אקטיביים עבור מקבל שירות שנתפס כפאסיבי וחסר ידע הנסמך על המומחיות של איש המקצוע. בכך, עצם נוכחות העמיתים, אינה מהווה הכנסה של עוד שירות מיני רבים במקצועות בריאות הנפש, אלא קוראת תיגר על הנחות בסיסיות שהיוו את המסד לכינון יחסים בבריאות הנפש ובמידה רבה עיצבו את האקלים הארגוני והתרבותי של מוסדות בריאות הנפש. העמיתים בעצם נוכחותם מהווים ראייה לכך שהחלמה קיימת ואמיתית, נוכחותם מערערת על הגבולות בין בריאות וחולי ומטשטשת את הגבול הנוקשה לרוב בין הצוות והמטופלים. כמו כן, כניסתם מזמנת הרחבה להנחה המסורתית שעזרה היא בעיקרה עזרה מקצועית הנסמכת על ידי קליני וסכולסטי בלבד מתוקף תרומתם של מתמודדים (עמיתים) בסיוע למתמודדים אחרים (Deegan, 2011; Schrank et al., 2015).

היבטים הקשורים בליבת תפקיד העמית. בנוסף על האתגרים המהותיים שנמנו לעיל, העדר בהירות תפקיד מהווה אתגר מעשי בקרב ארגונים רבים. כאשר לא קיימת הגדרה ברורה מה כולל תפקיד העמית ואופי הקשרים שהוא יכול לייצר, נוצר קושי לשמור על גבולות וציפיות התפקיד מול מקבלי השירות, עמיתים נוספים, אנשי מקצוע, ממונים ומדריכים (Chinman et al.,2010; Davidson et al., 2006; Kemp & Henderson, 2012; Mancini, 2018; Moran et al.,2013; Mutschler et al.,2022; Otte et al., 2020). כתוצאה מכך, לא פעם עמיתים משקיעים ביחסים מעבר לגבולות היכולת שלהם ומביעים מתח מתמשך בשמירת האיזון בין הרצון שלהם לעזור והצורך שלהם לשמור על עצמם. הקושי לשמור על איזון בין העצמי לאחר יכול להתבטא גם בנטייה להתמקד בעצמי על חשבון הצרכים של מקבל השירות (Moran et al., 2013). השלכה נוספת של אי בהירות התפקיד מתבטאת בקושי לשמור על גבולות מותאמים לתפקיד הייחודי. תפקיד הקשור גם בשימוש בו זמנית בהדדיות ושימוש ובידע אישי מניסיון המבוססים על ניסיונו של העמית כצרכן, לצד היותו נותן שירות במערך בריאות הנפש. קונפליקט זה אף מוחרף מאחר והעמית מוצב בתוך ארגון מסורתי ולא במסגרת של ארגון לעזרה עצמית ובולט במיוחד אם יש מעורבות או היכרות מוקדמת של העמית עם השירות בו הוא עובד כצרכן או עם מתמודדים אחרים שמקבלים שירות בארגון (Davidson et al., 2006; Carlson et al.,2001; Kemp & Henderson, 2012; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Otte et al., 2020; Salzer et al.,2002).

בנוסף, העמיתים נאבקים עם שאלות בליבת הפרקטיקה של עבודת העמית, שמגלמות את הפוטנציאל הייחודי שטמון בקשרים שהם יוצרים. כגון כיצד להשתמש בסיפור האישי שלהם?

מתי? ומה לחשוף/ לשתף? איך לשתף מבלי לשתף הרבה מדי? ואיך להשתמש בסיפור האישי על מנת לתת תוקף, לגלות אמפתיה ולתת תקווה, מבלי שהאדם מולם ירגיש שמשווים את חייו למישהו אחר (Davidson et al., 2006; Kemp & Henderson, 2012; Mead et al. 2001; Moran et al.,2013; Salzer, 1997).

חלק מהעמיתים אינם מרגישים נוח עם זהותם כעמיתים וחשים שהזהות הזו פוגעת בדימוי העצמי שלהם. העבודה בתחום בריאות הנפש נתפסת כמראה לכך שהם לא מסוגלים לעבוד מחוץ למערכת. חלקם מרגישים שהם לא מעוניינים לייצג את כל קהילת בריאות הנפש או להזדהות בהכרח עם תנועת הצרכנים. במובן הזה העבודה כעמית מקשה על היפרדות מזהות החולה בשלב מתקדם יותר של ההחלמה. בו זמנית, בשלבים המוקדמים של החלמה, ההתמקמות בתפקיד חשוף וציבורי, עלולה להתערב בתהליכי החלמה אישיים בהם יש צורך לאינטגרציה של החולי לתחושה רחבה יותר, רב ממדית של תחושת זהות (Moran et al.,2013).

תנאי עבודה. עמיתים מדווחים גם על תנאי עבודה קשים. **העדר משאבים** כגון: מקום לפגוש מקבלי שירות, שולחן, מחשב, שכר נמוך (Chinman et al., 2010; Kemp & Henderson, 2012; Kivistö et al, 2023; Moran et al.,2013), עומס רגשי בעבודה, סטרס, שחיקה וסימפטומים פסיכיאטריים כתוצאה מעבודתם. באופן פרדוקסלי, סוג העבודה האישי והמשמעותי עשוי בו זמנית גם לסכן את בריאותם הנפשית של העמיתים. פעמים רבות, הם לוקחים את הדאגה לאנשים שהם מלווים הביתה וחשים מצוקה עקב חשיפה לחוויות קשות ולסיפורים דומים לשלהם (Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Moran et al.,2013; Otte 2018; Mancini, et al.,2020).

כמו כן, עמיתים מעלים ש**ההכשרה** שהם מקבלים אינה תואמת את צורכי מקום העבודה שבסופו של דבר הם מועסקים בו. עולה צורך בידע נוסף לגבי חולי נפשי, תהליכי החלמה, מערכת בריאות הנפש. כמו גם רכישת מיומנויות על מנת לתמוך בהחלמה ובמטרות ספציפיות של מקבלי השירות ולהתמודד עם מצבי חירום. אתגר נוסף שזוהה הוא העדר אחידות בהכשרות והעדר סטנדרט מקצועי המוביל לשם רע לעמית עם ידע מניסיון (Chinman et al., 2010; Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013; Otte et al.,2020). עוד עולה פער בתרגום המהות של עבודת העמית, בייחוד בשיתוף בידע מניסיון ובהיותו מודל לחיקוי, להכשרה ופרקטיקה (Mead et al., 2001; Moran et al.,2013; Salzer, 1997).

לסיכום, יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש מהווה אתגר מורכב, הטמון במפגש בין סוגי ידע ותפיסות עולם נבדלות, בהיבטים הקשורים בליבת תפקיד העמית ובתנאי העבודה של העמיתים. לכן, יסקרו הדרכים להתמודד עם אתגר זה.

דרכים להתמודדות עם האתגרים ביישום תמיכת עמיתים

הגורמים עיקריים שמשפיעים על יישום מיטבי של תמיכת עמיתים, כפי שעלו בסקירות מקיפות מהשנים האחרונות (Ibrahim et al.,2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al.,2022) כוללים: מדיניות לאומית, תרבות ארגונית, מנהיגות ארגונית, הכשרה, הגדרת תפקיד, נכונות ויכולת הצוות לעבוד עם העמיתים, משאבים, הסדרים כספיים, תמיכה ברווחה הנפשית של העמיתים, נגישות העמיתים לרשתות תמיכה של עמיתים, יכולת העמיתים לנהל את הרווחה הנפשית שלהם, הציפיות של עמיתים ותהליכים ארגוניים. מתוכם נמצאו

משפיעים ביותר התרבות הארגונית, הגדרת תפקיד העמית וזמינות המשאבים. להלן יפורטו הגורמים המרכזיים:

מדיניות ממשלתית. שילוב של עמיתים בשירותי בריאות נפש דורש מדיניות שרואה חשיבות בפיתוח והעסקת תפקידי עמיתים ורגולציה ברמות סמכות גבוהות. כזו הבאה לידי ביטוי בקביעת נהלים ואכיפתם, בנושא גיוס, שעות עבודה ותגמול. כמו כן קידום הזדמנויות להכשרה, הסמכה ומימון למשרות עמיתים. לצד יצירת מערכות להערכת תוכניות תמיכת עמיתים. עם זאת, מחקרים מצביעים על כך שמדיניות שאינה מלווה בשינויים בהשקפות הדומיננטיות בסביבה החברתית-תרבותית עשויה להוביל לציות אך לא לשינוי אמיתי (Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022).

הנהגה ארגונית מחויבת. הנהגה ארגונית חזקה ומחויבות לתפקידי עמיתים נמצאה כגורם החשוב ביותר ליישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות ובארגונים קהילתיים. מנהיגים ארגוניים בעלי יכולת לשנות מדיניות ארגונית ולקבוע יעדים על מנת להתקדם משירותים ממוקדי מודל רפואי לשירותים מכווני החלמה התומכים ביישום עמיתים. בכך להשפיע גם על **התרבות הארגונית**. כמו כן, למנהלים הישירים של העמיתים השפעה רבה על השתלבותם בארגון והם משמשים מתווכים בין הארגון לעמיתים ובין העמיתים לקולגות שלהם לעבודה (Åkerblom & Ness,2023; Mirbahaeddin & Chreim,2022; Mutschler et al.,2022; Zeng & McNamara, 2021).

הדרכה והכשרה מתאימות. דרך אפקטיבית לשימור הייחודיות של תפקיד העמית ולהישאר מחוברים לעקרונות הליבה של הפרקטיקה היא לספק הדרכה קבועה והכשרה. על מנת שתמיכת עמיתים תוטמע בצורה מוצלחת בשירות, התמיכה לעמיתים צריכה להיות מתמשכת וטבועה במדיניות ונהלי הארגון (Kemp & Henderson, 2012). ישנם מודלים שונים, תדריכים וסטים של כלים שפותחו ברחבי העולם להכשרה של עמיתים וליישום תפקידי עמיתים. ההכשרות הקיימות מתמקדות בנושאים שונים כגון: החלמה אישית, יחסי עמיתים וגבולות, שימוש בשפה, תמיכה, יצירת תקווה, חשיפה עצמית ואתיקה. המיקוד הוא לרוב על תפקיד העמית והיכולת להתחבר למהותו (Kemp & Henderson,2012; Moran et al., 2013; Repper & Carter, 2011; Salzer et al.,2009).

בשל השונות בין הארגונים וההקשרים, העמיתים צריכים לקבל הכנה והדרכה ספציפיים לסביבה בה הם עובדים ולתפקידם, בנוסף להכשרה הגנרית (Moran et al., 2013). כמו כן ישנה חשיבות בתהליך ההכשרה גם להתנסות מעשית בתפקיד ותקופת מעבר לסביבת העבודה תחת ליווי (Ibrahim et al., 2020).

תמיכה בתחושת הרווחה של העמיתים. העמיתים צריכים לרכוש גם מיומנויות טיפול עצמי ולהיות מסוגלים לזהות את הטריגרים שלהם למצוקה. צריך להיעשות באופן קבוע מעקב אחר מצבם הנפשי ורווחתם הנפשית והתאמות הגיוניות עבורם. למשל: מדיניות לגבי מחלה, חופשה, גמישות הלוז והפחתת עומס העבודה (Ibrahim et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022).

הכשרה וחינוך של המנהלים והצוות בשירותי בריאות הנפש המסורתיים. יישום מוצלח של תמיכת עמיתים אפשרי במקום שרואה ערך בידע מניסיון כמשאב שיכול לסייע לאחרים

(Gillard et al., 2013). לכן, ישנה חשיבות רבה להכשרת המנהלים ואנשי הצוות האחרים בפרקטיקה מכוונת החלמה וביצירת תרבות מכוונת החלמה ומקום עבודה גמיש. כמו גם להיכרותם עם היתרונות הייחודיים של עמיתים עם ידע מניסיון והתנאים בהם הם יכולים לבוא לידי ביטוי בארגון (Kemp & Henderson, 2012; Ibrahim et al.,2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Moran et al.,2013; Mutschler et al.,2022).

חשיבות עבודת מספר עמיתים באותו ארגון וגישה לרשת תמיכה של עמיתים. ישנה חשיבות לחיבור העמית למנטור- עמית ותיק מתוך הארגון כמו גם לצוותים אחרים בארגון שיש בהם עמיתים. בנוסף, חשוב לחברם לעמיתים בארגונים אחרים על מנת ליצר הזדמנויות לתמיכת עמיתים באותו ארגון ו/ או בארגונים מקבילים (Gillard et al., 2014; Ibrahim et al., 2020; Kemp & Henderson, 2012; Mancini, 2018; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Moran et al., 2013; Moran et al., 2018).

התפקיד של העמית צריך להיות מוגדר באופן ברור. הגדרת תפקיד בהירה מתארת מה התפקיד כולל ואופי הקשרים שהוא יכול להציע למקבלי השירותים, לאנשי המקצוע בצוות ולארגון (Kemp & Henderson, 2012). בנוסף צריך להיות קוד התנהגות והכשרה בנוגע לגבולות מותאמים בתפקיד (Ibrahim et al., 2020).

משאבים למילוי התפקיד. צריכה להיות לעמיתים גישה למשאבי הארגון להם הם זקוקים, כמו מחשב, אינטרנט וכן לרישום קליני של המטופלים עמם הם עובדים. כמו כן, צריך להיות לעמיתים תקציב מספק לקיים את האחריויות שלהם במסגרת תפקידם והם צריכים לקבל שכר על עבודתם (Ibrahim et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022).

אם כן, נראה כי על אף הערך הרב הגלום בשילוב עמיתים במערך בריאות הנפש עדיין מצויים אתגרים רבים במימוש יישום זה. על מנת להתמודד עמם יש צורך במדיניות, במחויבות הנהלת הארגון ובהקצאת משאבים רבים הכוללים בין השאר הדרכה והכשרה מתאימות, תמיכה שוטפת בתחושת הרווחה של העמיתים, חיבורם לעמיתים נוספים, הכשרה וחינוך אנשי הצוות העובדים לצידם והגדרה ברורה של תפקידם הייחודי בארגון.

המחקר הנוכחי עוסק ביישום תמיכת עמיתים כמקרה פרטי אשר יכול לשמש להעמקת הלמידה על יישום התערבויות חדשניות ושינויים ארגוניים בדגש על יישום פרקטיקות מקדמות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש. לכן נפנה עתה להתבוננות רחבה על יישום, יישום התערבויות חדשניות בארגונים ועל יישום התערבויות מקדמות החלמה בבריאות הנפש באופן ספציפי.

1.5 יישום והערכת היישום של התערבויות מקדמות החלמה בארגוני בריאות נפש

יישום וההערכת יישום על פי מדע היישום

יישום. יישום מורכב מכמה הליכים שנועדו להכניס התערבות מסוימת לשימוש בתוך ארגון. זהו תהליך באמצעותו התערבות נטמעת בארגון (Rabin et al., 2008) ותפקידו לגשר בין ההחלטה הארגונית לאמץ התערבות מסוימת לבין השימוש השגרתי בה. במהלכו בעלי עניין נעשים ליותר מיומנים, עקביים ומחויבים לשימוש בהתערבות (Klein et al., 1996). יישום הוא גם תהליך חברתי השזור בהקשר הספציפי בו הוא מתרחש. יישום מוצלח דורש בדרך כלל תהליך שינוי

אקטיבי שמטרתו להשיג שימוש בהתערבות, כפי שתוכננה, ברמת הפרט והארגון (Damschroder et al., 2009; 2022).

מדע היישום (implementation science). מדע היישום הינו תחום מחקר שהתפתח החל משנת 2000 . הוא מתמקד בשיטות מחקר מדעיות לקידום אימוץ שיטתי של התערבויות מבוססות ראיות לפרקטיקה ומדיניות. מטרתו לצמצם את הפער בין ידע מחקרי ליישומו בפרקטיקה על מנת לשפר את האיכות והאפקטיביות של שירותי הבריאות והטיפול. בבסיסו התפיסה שישנה חשיבות רבה להערכת האפקטיביות של יישום התערבות, בהקשר ספציפי, ולא רק להערכה של תוצאות ההתערבות. מתוך הנחת יסוד שיישום מוצלח הוא תנאי הכרחי להשגת תועלת מקסימלית של ההתערבות (Damschroder et al.,2009; Eccles et al,2009; Greenhalgh & Papoutsi ,2018; Nilsen, 2020; Westerlund et al.,2019).

הערכת יישום. הערכת יישום מתייחסת לאופן שבו תכונות הארגון או הסביבה הרחבה יותר משפיעות על מתן ההתערבות. היא יכולה לסייע בפרשנות של תוצאות המחקר ומיקסום הידע שנצבר בו ולספק תובנות חשובות לשיפור האופן שבו ההתערבות מועברת ומותאמת להקשרים ומערכות ספציפיים. הערכת יישום יכולה לסייע גם להבטחת הקיימות של ההתערבות ולקידום הפצתה להקשרים נוספים (Damschroder et al.,2009; Eccles et al.,2009; Greenhalgh & Papoutsi, 2018; Nilsen, 2020; Westerlund et al.,2019).

מדע היישום הנו תחום ידע צעיר יחסית, אך עשיר מאוד בתיאוריות, מסגרות תיאורטיות ומודלים, אסטרטגיות וכלים (Curran, 2020). חלקם פותחו באמצעות מחקרים אמפיריים, חלקם מתוך ניסיון הכותבים וחלקם באמצעות שילוב של סקירת ספרות וניסיון בשדה שלעיתים גם נבדק לאחר מכן במחקר. הם משמשים על מנת: (1) לתאר או ללוות את תהליך התרגום של מחקר לפרקטיקה (2) להבין או להסביר מה השפיע על תוצאות היישום (3) להעריך יישום (Birken et al., 2017; Nilsen, 2020; Strifler et al., 2020).

תיאוריות, מודלים ומסגרות יישום

שימוש בתיאוריות קלאסיות של שינוי. במדע היישום נעשה שימוש בתיאוריות קלאסיות של שינוי מתחומים שונים כגון פסיכולוגיה, סוציולוגיה ותיאוריות ארגוניות אשר מתארות את המכניזמים של שינוי ומסבירות כיצד מתרחש שינוי ומה משפיע עליו. בין התיאוריות השכיחות ניתן למנות תיאוריות פסיכולוגיות התנהגותיות המשמעות לחקור משפיעים על שינוי בהתנהגות קלינית ותיאוריות יישומיות לניתוח תהליכים קוגניטיביים המעורבים בקבלת החלטות קליניות ויישום התערבויות מבוססות ראיות. בנוסף, נעשה שימוש בתיאוריות המתייחסות לקולקטיב. למשל, צוותים ולרמות רחבות יותר, כגון תיאוריות המתייחסות לאנשי מקצוע וקהילות מקצועיות. כמו גם תיאוריות המתייחסות לקשרים בין אנשים, כמו למשל, רשתות חברתיות והון חברתי. אם כי השימוש בהן אינו נפוץ כמו בתיאוריות ברמת הפרט (Nilsen,2015, Birken et al.,2017; 2020; Strifler et al.,2020). ישנו עניין גובר בקרב חוקרי יישום להשתמש בתיאוריות העוסקות ברמה הארגונית, מכיוון *שההקשר של היישום הולך ותופס הכרה כמשפיע חשוב על תוצאות היישום*. תיאוריות העוסקות בתרבות הארגונית והאקלים הארגוני, מנהיגות ולמידה ארגונית הן רלוונטיות להבנה ולהסברת הגורמים המשפיעים על תהליך היישום. כגון: תיאוריית השינוי הממוקם (Situated Change Theory) (Orlikowski,1996), התיאוריה המוסדית (Institutional Theory) (Scott, 1995) ותיאוריית המורכבות (complexity science) (Waldrop, 1992).

תיאוריית ההפצה/דיפוזיה (The Theory of Diffusion) (Rogers,2003), נחשבת לתיאוריה הוותיקה והמשפיעה ביותר בתחום הרחב יותר של שימוש בידע שמדע היישום הוא חלק ממנו. התיאוריה מתמקדת בהפצה (Diffusion) כתהליך באמצעותו רעיון חדש/ התערבות חדשנית (innovations) מתפשטים במערכות חברתיות באמצעות תקשורת והשפעה בתהליך בן חמישה שלבים: (1) ידיעה (knowledge)- האדם הופך מודע לקיום הרעיון החדש ומחפש מידע אודותיו (2) שכנוע (persuasion) - האדם מגבש עמדה לגביו (3) החלטה (decision)- האדם מחליט האם לאמץ או לדחות את הרעיון/ ההתערבות החדשניים (4) יישום (implementation)- השימוש ברעיון/ התערבות (5) אשרור (confirmation) - האדם מחפש אשרור ותמיכה בהחלטתו לאמץ את הרעיון/ התערבות שייושמו.

שני רעיונות של תיאוריה זו אומצו באופן נרחב במסגרות ואסטרטגיות יישום. כמו גם במסגרת היישום בה נעשה שימוש במחקר זה. מסגרת הCFIR. הרעיון הראשון הוא השפעת תכונות החדשנות (התערבות חדשנית) על תוצאות היישום (יתרון יחסי, מידת התאמתה, מורכבותה, יכולת הניסוי ומידת היותה ניתנת לצפייה). הרעיון השני הוא הדגשת חשיבותם של גורמים מתווכים (מובילי דעה, סוכני שינוי ושומרי סף) לאימוץ ויישום מוצלחים (Nilsen, 2020).

שימוש בתיאוריות יישום. בנוסף על שימוש בתיאוריות קלאסיות של שינוי מתחומים שונים, ישנו שימוש גם בתיאוריות יישום אשר פותחו או אומצו על ידי חוקרים בתחום על מנת להרחיב את ההבנה וההסבר של היבטים מסוימים ביישום. חלקן פותחו על ידי התאמה של מרכיבים מסוימים או מושגים מתיאוריות קיימות וחלקן התחילו כמודלים של יישום, שנבנו על בסיס מחקרים אמפיריים, הורחבו ופותחו לתיאוריה (Nilsen, 2020 ;Strifler et al., 2020 ;Birken et al., 2017). ביניהן תיאוריות כגון אקלים היישום (Klein & Sorra, 1996), ומוכנות ארגונית לשינוי (Organizational Readiness) (Weiner, 2009).

מודלים של תהליך (Process Models). משמשים לתיאור או ליווי התהליך של תרגום המחקר לפרקטיקה. המודלים הראשונים נטו לתאר תהליך לינארי בו מחקר מתורגם באופן פשוט מהחוקרים למשתמשים. מודלים מאוחרים יותר הדגישו את החשיבות של תמיכה בתהליך ואת חשיבות ההקשר בו המחקר מיושם. תשומת הלב עברה מהתמקדות בייצור, דיפוזיה והפצה של המחקר להיבטי יישום שונים (Nilsen, 2020). בין המודלים ניתן למנות את: CIHR (Canadian Institutes of Health Research, 2014), Knowledge Translation Model of Knowledge-to-Action) K2A Framework- ו(Davis et al., 2007) (Wilson et al., 2011).

מודלים של פעולה (Action Models). אלו הם מודלים של תהליך שמאפשרים יישום על ידי הצעת ליווי פרקטי בתכנון והוצאה לפועל של יישום. הם מדגישים היבטים חשובים שיש לקחת בחשבון ביישום ומתארים בדרך כלל שלבים שונים שכדאי לעקוב אחריהם בתהליך תרגום המחקר לפרקטיקה. מודלים אלו מדגישים את החשיבות של תכנון מדויק ומכוון, בייחוד בשלבי היישום הראשונים. גם הם בדרך כלל מציגים תפיסה אידאלית של יישום כתהליך מאורגן ולינארי. עם זאת, מרבית הכותבים מדגישים שהתהליך בשדה אינו בהכרח כזה (Nilsen, 2020). דוגמאות למודלים כאלה הם The Quality Implementation Framework (Meyers et al., 2012) ו Star Model of Knowledge Transformation (Stevens, 2013).

מסגרות להערכת תוצאות יישום (Determinant Frameworks). אלו הן מסגרות שמספקות מבנה להערכת תוצאות תהליך היישום (Birken et al.,2017; Nilsen, 2020; Strifler et al.,2020). מסגרות שונות מחלקות וממשיגות את תוצאות היישום באופנים שונים. מרביתן

מתייחסות לשלושה שלבים עיקריים: אימוץ (Adoption)- המידה בה מקבלי החלטות/ גורמי מפתח ונותני השירות החליטו לאמץ את ההתערבות החדשה; יישום (Implementation) - המידה שבה ההתערבות יושמה/ ניתנה; וקיום/ קיימות (Sustainment)- המידה שבה ההתערבות קיימת או ניתנת לטווח ארוך (Damschroder et al., 2022). מסגרות שונות מדגישות כי תוצאות תהליך היישום תלויות ביכולתה של ההתערבות להניב תועלת לשלוש קבוצות בעלי עניין: מקבלי שירות, מספקי/ מעבירי ההתערבות ומקבלי החלטות/ גורמי מפתח מרכזיים ובמידת הסכמתן על יעדי ההתערבות. ההשפעה החיובית של ההתערבות ותועלתה לבעלי העניין בתורה מעוררת מחויבות מתמשכת ליישום וקיימות לאורך זמן (Damschroder et al.,2022).

מסגרות מסבירות (Determinant Frameworks). הן מסגרות המתארות גורמים משפיעים שניתן לשער/ לחזות שישפיעו או שנמצאו משפיעים על תוצאות היישום. כל סוג של גורם משפיע כזה כולל מספר אתגרים ו/או גורמים מקדמים שנתפסים כמשתנים בלתי תלויים אשר משפיעים על תוצאות היישום. חלק מהמסגרות גם משערות קשרים בין משתנים אלו, בעוד אחרות מכירות בקיומם של קשרים אך אינן מצביעות עליהם במפורש. רובן מחולקות לשלבים רבים ומזהות גורמים משפיעים ברמות שונות מרמת הפרט ועד לרמה הארגונית ומעבר לה (Nilsen, 2020).

ביקורת על המסגרות מתייחסת לכך שאינן מקדישות התייחסות מספקת להשפעת לקוח הקצה על אפקטיביות היישום (Damschroder et al.,2022; Nilsen, 2020; Piat et al.,2021). כמו כן, הגורמים המשפיעים על היישום מוערכים בדרך כלל בנפרד, תוך הנחת קשר לינארי בין הגורמים המשפיעים לתוצאות והתעלמות מכך שיכולים להיות יחסי גומלין בין אתגרים וגורמים מקדמים בדרך שקשה לצפות מראש. נוסף על כך, בעוד ההקשר נתפס כמושג קריטי להבנת והסברת יישום, אין קונצנזוס בין המסגרות כיצד יש לפרשו, כיצד הוא בא לידי ביטוי ומהם האמצעים בהם השפעות ההקשר צריכות לקבל ביטוי במחקר (Damschroder et al.,2009; Nilsen, 2020).

המסגרת מגובשת למחקר יישום ה CFIR (Consolidated Framework of Implementation Research). *המסגרת המסבירה בה נעשה שימוש במחקר זה*, הינה מסגרת מושגית הנפוצה ביותר לחקר יישום (Curran, 2020). היא משמשת לחזות ולהסביר תוצאות יישום של התערבות ולהעריך את התקדמות היישום. מסגרת זו נשענת על תיאוריות הקשורות להפצה, חדשנות, שינוי ארגוני, יישום, תרגום ידע ועל מחקרים עדכניים בתחום מדע היישום ומייצרת סטנדרטיזציה בשפה ארגונית הניתנת להבנה בהקשרים שונים. בכך היא מאפשרת גם ללמוד מתהליך נתון ולפרשו בהשוואה לתהליכי יישום אחרים (Damschroder et al., 2009 ,2022). שלושים ושמונה גורמי היישום במסגרת הCFIR מחולקים לחמישה תחומים שונים (Damschroder et al.,2009) (לפירוט נוסף ראו נספח 1):

(1) **מאפייני ההתערבות (Intervention characteristics)**- תחום זה כולל את תפיסות בעלי העניין העיקריים לגבי מאפייני ההתערבות העשויים להשפיע על יישומה. כגון: איכות ותוקף הראיות לאפקטיביות ההתערבות, יתרונות ההתערבות בהשוואה להתערבויות אלטרנטיביות, יכולת הסתגלות, מורכבות ועלות ההתערבות.

(2) **ההקשר החיצוני (Outer setting)** של הארגון כולל את המידה בה צורכי ומשאבי מקבלי השירות נמצאים במרכז תפיסת הארגון. כמו גם המידה שבה הארגון נמצא

בקשרים עם ארגונים אחרים, תחרות ולחץ מארגונים אחרים, מדיניות ותמריצים חיצוניים.

(3) **ההקשר הפנימי (Inner setting)** כולל מאפיינים מבניים של הארגון כגון הארכיטקטורה החברתית, יציבות הצוותים, ריכוזיות הניהול והיקפו, גיל הארגון, בשלותו, התמחות וגודל הארגון, רשתות תקשורת, תרבות ארגונית, אקלים היישום וכן מוכנות הארגון ליישום.

(4) **מאפיינים אישיים של בעלי עניין מעורבים (Characteristics of individuals)** כוללים עמדות וידע לגבי ההתערבות, חוללות עצמית (Self-efficacy), השלב האישי בתהליך השינוי בהתאם למודלים שונים המתארים תהליכי שינוי אישיים ומידת הזדהות הפרט עם הארגון.

(5) **תהליך היישום עצמו (Process)** מתחלק לארבעה שלבים: (1) שלב התכנון (Planning) (2) שלב ההתחברות לתהליך (Engaging) הכולל בין היתר זיהוי צרכי בעלי עניין, מתן הכשרה והדרכה ושימוש במנהיגי יישום (3) שלב ההוצאה לפועל (Executing) (4) שלב הערכת היישום (Reflecting & Evaluation).

מחקרים בתחום יישום התערבות עמיתים העלו את חשיבות השימוש במסגרת ה CFIR לא רק על מנת להעריך יישום, אלא גם על מנת לתכנן תהליך יישום (Chinman et al., 2017; Mutschler et al., 2022). לכן, מסגרת זו שימשה בעבודה הנוכחית לפיתוח ולרכישת ידע שיטתי על תהליך יישום מקיף, על כל שלביו. החל מלמידת ההקשר (עליה מבוססים שני הפרקים הראשונים בעבודה זו) וכלה בהוצאה לפועל של יישום והערכתו (המתוארת בפרק השלישי בעבודה זו). תדריכי הראיונות וקבוצות המיקוד במחקר הנוכחי התבססו על מסגרת הCFIR והניתוח התמטי התבסס על תחומיה.

יישום פרקטיקות מכוונות החלמה וממוקדות אדם בתחום בריאות הנפש

עם גיבוש חזון ההחלמה, החל להצטבר גוף ידע לגבי תוצאות התערבויות בתחום בריאות הנפש וביסוס ראיות ליעילותן בקידום תהליכי החלמה של אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים (בלוש- קליינמן ואחרים, 2018; Davidson, 2018; Slade et al., 2014; Sofouli et al.,2022). במקביל להעמקת ההבנה לגבי תרומתן של התערבויות אלה, עוסקים קובעי מדיניות ואנשי מחקר מזה שני עשורים ויותר בחקירה ולמידת תהליכי הטמעה ויישום. בשל הרצון לצמצם את הפער ההולך וגדל בין הידע המחקרי לגבי יעילותן של התערבויות אלה לבין הפעלתן בשדה. כאשר השאיפה היא להגיע לאינטגרציה ממחקר לפרקטיקה ומדיניות (Chambers et al.,2020; Piat et al.,2021). זהו אולי הצורך המשמעותי ביותר כיום בתחום ההתערבויות מקדמות ההחלמה, הן בעולם (Drake & Essock , 2009; Van Weeghel et al., 2019) והן בישראל (קליינמן, גרבר אפשטיין ורועה, 2018).

גורמים המשפיעים על יישום התערבויות מקדמות החלמה. רק בשנים האחרונות החלו להשתמש בידע שנצבר במדע היישום גם ליישום פרקטיקות מוכוונות החלמה (Piat et al., 2021, 2022). מחקרים שעסקו ביישום התערבויות ופרקטיקות מקדמות החלמה העלו מספר היבטים משפיעים, המוצגים כאן על פי תחומי מסגרת ה CFIR:

תחום 1 CFIR מאפייני ההתערבות. פרקטיקה מוכוונת החלמה מקדמת שינוי באופי מערכות היחסים בין נותני ומקבלי שירותים, כך שיהיו ממוקדות אדם, דיאלוגיות ולא היררכיות,

מבוססות על שותפות, אמון, כבוד והערכה הדדית, תמיכה ואכפתיות (עיני-פיאנרט,2002 Mancini, 2018; McAbe & Priebe,2004; Moran et Davidson, 2018; Chester et al.,2016; al.,2014). לכן, אופי היחסים בין הצוות למקבלי השירות ובתוך הצוותים טרום הכנסת ההתערבות החדשנית ובמהלכה הנו מקור למורכבות ביישום פרקטיקות מוכוונות החלמה. מורכבות זו באה לידי ביטוי בניהול הקשר עם מקבלי השירות, ניווט גבולות והתמודדות עם תחושת אובדן עם סיום הקשר בתום ההתערבות (Ashman et al.,2017; Borg & Kristiansen, 2004; Dalgarno & Oates, 2018; McFarland & Fenton,2018; Price- Robertson et al., 2017). עוד הודגשו בתחום זה גמישות ההתערבות ויכולת התאמתה להקשר ספציפי כחשובות בשיפור יכולת ההסתגלות להתערבות החדשנית ותפיסתה כמספקת יתרון יחסי על פני השירותים המסורתיים (Piat et al., 2021). ידע מניסיון עלה כמרכיב חשוב נוסף של ההתערבות. השתלבות תפקידי עמיתים והתערבויות אשר כללו שימוש בידע מניסיון נתפסו כבעלות יתרון יחסי על פני צוות ללא ידע מניסיון בעבודה מכוונת החלמה (Cleary et al.,2018; Gates & Akabas,2007; Hamilton et al., 2007; Mancini, 2018; Milton et al.,2017; Simpson et al.,2018).

תחום 2 CFIR ההקשר החיצוני. סקירה שיטתית שערכו פיאט ועמיתיה (Piat et al., 2021) מתוך 70 מחקרים שעסקו ביישום התערבויות ופרקטיקות מקדמות החלמה מצאה כי לא מוקדשת מספיק התייחסות ביישום לגורמים ברמת ההקשר החיצוני. כגון מדיניות, פוליטיקה וקשרים עם ארגונים אחרים ברשת החברתית. זאת על אף ההבנה הגורפת בספרות העוסקת בקידום פרקטיקה מוכוונת החלמה שמדובר בתהליך שינוי התלוי בהשפעות מערכתיות רחבות (Byrne et al., 2013; Lodge et al., 2016; Piat et al.,2021). במחקרים שהתייחסו לכך, מדיניות חיצונית של גורמים מממנים וממשלות בנוגע לתשלום עבור שירותים גרמה לקשיים בהעסקת עמיתים ויישום התערבויות נוספות, כאשר התפקידים והשירותים החדשים הללו לא התאימו למבני מימון מצויים (Piat et al.,2021).

תחום 3 CFIR ההקשר הפנימי. בהקשר הפנימי של הארגון סומנו כמרכזיים התרבות והאקלים הארגוני. פרקטיקה מכוונת החלמה שואפת להוביל לשינוי תרבותי- ערכי עמוק, לא רק ברמת התנהגות פרטנית של נותני שירותים, כמו ברבות מההתערבויות, אלא גם ברמת הארגון והמערכת. לכן, היא מהווה התערבות מורכבת המכוונת לשינוי קיצוני יחסית בהשוואה לאופן בו ניתנים שירותי בריאות הנפש מסורתיים (Gilburt et al.,2013; Piat et al., 2021; Sofouli et al.,2022; Winsper et al.,2020). מכאן שתרבות ארגונית ביו-רפואית מסורתית, המתוארת במונחים של היררכיות, יחסי כוחות לא שוויוניים, פטרנליזם וענישה, עלתה כמחסום מרכזי ליישום התערבויות מוכוונות החלמה. היבט חשוב בתרבות הארגונית היה האופן שבו הצוות מבין את תפקידיהם ואת סדרי העדיפויות של עבודתם וכן קיומה של סטיגמה כלפי מחלות נפש. אלה השפיעו גם על מידת הנוחות והבטחון של מקבלי השירות לנסות שירותים חדשים מכווני החלמה (Lodge et al., 2016; Wallace et al.,2016; Gilburt et al.,2013; Gammon et al.,2017). עוד עלתה בהקשר הפנימי חשיבות ההתאמה בין המחויבות הארגונית הרחבה יותר לשינוי מכוון החלמה, לביטויה ביעדי הארגון ומחויבות ההנהלה ליעדים אלו (Gammon et al.,2017; Piat et al.,2021). גורמים נוספים המשפיעים על היישום כללו משאבים זמינים לתמיכה ביעדי החלמה אישיים (Gilburt et al.,2013; Isaacs et al.,2017; Leamy et al.,2014; Lodge et al.,2016). כמו גם תחלופת הצוות- וקושי בגיוס ושימור עובדים. תחלופה רבה של אנשי צוות ומנהלים עשויה לפגוע באקלים היישום באמצעות עומס עבודה מוגבר, מתח הצוות ושינויים בתמהיל המיומנויות של הצוותים ולכן להוביל

לחוסר יעילות בבניית יכולת והמשך חזון להחלמה בארגון (Gilburt et al.,2013; Leamy et al.,2014; Lodge et al.,2016; Young et al.,2005).

תחום 4 CFIR מאפיינים אישיים של בעלי עניין. שונות בידע ותפיסות לגבי החלמה ועקרונותיה (Byrne et al., 2015; Gates & Akabas, 2017; Leamy et al.,2014; Young et al.,2005) ומאפייניהם האישיים של נותני השירותים עלו כמשמעותיים בתחום זה. הצלחת יישום התערבויות מוכוונות החלמה היתה קשורה לתכונות אישיות חיוביות של נותני שירותים כגון: מתן כבוד למקבלי השירות, עידוד, יכולת לעבוד בשיתוף פעולה, חום אנושי, סבלנות, הבנה, אמינות, מקצועיות, יכולות תקשורת והקשבה, חריצות, יכולת ליצר קרבה, אמפתיות, חיוביות, ואופטימיות. תכונות שליליות נמצאו קשורות לחוויות שליליות ביישום, כגון: גישה מתנשאת, חוסר הבעת חמלה כנה, גישה גנרית למקבלי שירות ולא ממוקדת אדם (Dunstan et al.,2018; Marshal et al., 2010; Milton et al., 2017; Wallace et al., 2016).

תחום 5 CFIR תהליך היישום. בתחום זה נמצא כי תכנון מקדים הוא מפתח לתהליך יישום מיטבי (Biebel al.,2016; Byrne et al.,2018; Gates & Akabas,2017; Hamilton et al.,2015; Mancini, 2018; Milton et al., 2007). כמו גם מעורבות של בעלי עניין החל משלב התכנון ולאורך כל תהליך היישום (Biebel et al.,2016; Byrne et al.,2015; Banfield et al., 2018; Lodge et al.,2016; Marshal et al.,2010; Milton et al., 2017; Wallace et al.,2016).

לסיכום, ניכר פער בין העדויות המחקריות המצטברות על יעילותן של התערבויות מקדמות החלמה לבין ההצלחה ביישומן בשדה בריאות הנפש. מכאן עולה צורך משמעותי לצמצם פער זה במערכות בריאות נפש כיום הן בעולם והן בישראל באמצעות חקירת תהליכי יישום. הסקירה לעיל אודות מחקרים העוסקים בתהליכי יישום התערבויות מקדמות החלמה הצביעה על גורמים רבים המשפיעים על יישום, מרביתם דומים לאלה אשר משפיעים על שינוי ארגוני ויישום התערבויות חדשניות בארגונים באופן כללי, תוך דגש על שני מרכיבים הרלוונטיים במיוחד ליישום התערבויות מקדמות החלמה: אופי היחסים הנרקמים בין מקבלי שירות ונותני שירות והפער בין תרבות ארגונית- ביו רפואית מסורתית לעומת תרבות ארגונית המבוססת על ערכי ההחלמה.

2. רציונל המחקר

המחקר בתחום תמיכת עמיתים עבר מספר שלבים לאורך השנים. בשלב הראשון, התמקד המחקר ביכולת התעסוקה של אנשים עם קשיים נפשיים והעמיתים הועסקו בעיקר בתפקידי סיוע לצוות המקצועי. בשלב השני, המיקוד היה בחיזוק הראיות לאפקטיביות תמיכת עמיתים ובהשוואה של העמיתים לצוות אנשי המקצוע. כאשר הן איש המקצוע והן העמית מעורבים בתפקידים מסורתיים. בשלב השלישי, עם התפתחות הידע וביסוס הישימות של עמיתים במדינות רבות בעולם, השתכללו שאלות המחקר. לכן החוקרים עברו מלשאול לא רק האם עמיתים עם ידע מניסיון מקדמים שינוי, כי אם באיזה תנאים, עם מי וכיצד? (Repper & Carter, 2011). לכן הגל הבא של מחקרים החל לעסוק במרכיבים המרכזיים ובערכי הליבה של תמיכת עמיתים על בסיס מומחיות מניסיון. כמו גם בפיתוח תפקידים ייעודיים לעמיתים המבוססים על הניסיון הייחודי שלהם, במיומנויות הסיוע הייחודיות שלהם, בתהליכי שינוי ארגוניים המתרחשים באמצעותם בשירותי בריאות הנפש המסורתיים ובאתגרים ובחסמים ליישום תמיכת עמיתים (Mahlke, 2014).

המחקר הנוכחי מצטרף למאמצים מחקריים אלו באמצעות שאיפתו להבנת הגורמים המעורבים ביישום מוצלח של תמיכת עמיתים ומימוש מיטבי של תפקיד העמית תוך התבוננות רחבה ברמת הפרט והארגון. בכך מטרתו לתרום להמשך התפתחות המחקר בתחום תמיכת עמיתים ולשאלות העומדות כיום במרכז המחקר בתחום ברמה העולמית.

כפי שעלה מן הסקירה, מצויים חסמים רבים ליישום תמיכת עמיתים, אשר מפחיתים את האפקטיביות שלה ועצם העסקתם של עמיתים אינה מבטיחה את תרומתם (Chinman et al. 2017; Ibrahim et al.,2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022). לכן, על מנת לממש את הפוטנציאל של יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש המסורתיים יש צורך במחקרים נוספים אשר יבחנו בשדה את ההמלצות לפרקטיקה במיטבה ויתרמו לביסוסה (Chinman et al.,2017; Bochicchio et al. al.,2023; Mutschler et al. ,2022).

עוד עולה מן הסקירה העוסקת ביישום כי ישנה חשיבות מכרעת לחקירת ולמידת תהליכי הטמעה ויישום של התערבויות ופרקטיקות הנתמכות בראיות בארגונים, על מנת לצמצם את הפער בין ממצאי המחקר ליישום התערבויות יעיל בפרקטיקה . כתוצאה מכך להביא גם לשיפור איכות שירותי הבריאות והטיפול (Damschroder et al., 2009; Eccles et al., 2006; Greenhalgh & Papoutsi, 2018; Nilsen, 2020; Westerlund et al., 2019). בתוך כך, חקירת יישום של תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש, במסגרת פרקטיקות מקדמות החלמה, עולה כצורך משמעותי בתקופה זו במקומות שונים בעולם (Drake Van & Essock 2009; Weeghel et al., 2019) ובישראל בפרט (קליינמן, גרבר אפשטיין ורועה, 2018).

כמו כן עולה כי רק בשנים האחרונות החלו להשתמש בידע שנצבר במדע היישום גם ליישום פרקטיקות מוכוונות החלמה (Piat et al., 2021, 2022). בנוסף מסתמן מהסקירה כי ההקשר של היישום- בארגון ומחוצה לו, הולך ותופס הכרה כמשפיע חשוב על תוצאותיו. כאן עולים התרבות הארגונית והאקלים הארגוני, מנהיגות ולמידה ארגונית, היחסים בארגון והמחויבות הארגונית וביטוייה, כרלוונטיים מאוד להבנה ולהסברת הגורמים המשפיעים על תהליך היישום. על רקע זאת, בולט חסרונם של מחקרים העוסקים בשינוי הארגוני הדרוש על מנת שעמיתים יוכלו להשתלב בארגוני בריאות נפש באופן מיטבי ולהביא לידי ביטוי את תרומתם הייחודית (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021).

מחקר מסוג זה יכול לתרום להבנה תאורטית והעשרת הידע בתחום יישום התערבויות חדשניות ותהליכי שינוי ארגוניים, לקידום תרבות החלמה וממוקדות אדם. בנוסף, הידע שיובא ממחקר כזה בישראל, יאפשר לחדד את הבנת ההקשר הישראלי, על רקע ההתפתחות תמיכת עמיתים בארץ והנוכחות המסיבית של צרכנים נותני שירות בשירותי בריאות הנפש. שכן, ככל הידוע לנו, טרם נעשה מחקר דומה בישראל.

3. שיטה

3.1 מטרת המחקר

מטרת מחקר זה להעמיק את הידע על יישום מיטבי של התערבות תמיכת עמיתים והבנת השינויים הארגוניים הדרושים להטמעתה לצורך אינטגרציה ברת קיימא. כמקרה פרטי של יישום פרקטיקות מקדמות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש.

3.2 המסגרת, הקשר המחקר ומיקומה של החוקרת

המחקר נערך במסגרת פרויקט מחקר בין- לאומי UPSIDES : Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services (להלן "אפסיידס") במימון קרן האיחוד האירופי הורייזון 2020. הוא החל בינואר 2018 למשך תקופה של חמש שנים בשש מדינות השותפות בפרויקט : בגרמניה (2 אתרים), באנגליה, באוגנדה, בטנזניה, בהודו ובישראל. אתרי המחקר מייצגים שונות גיאוגרפית, כלכלית, ארגונית ותרבותית. האתרים שונים זה מזה בניסיונם הקודם ביישום והטמעת התערבויות המבוססות על תמיכת עמיתים ובהקשרים בהם נערכה ההתערבות (לדוג' בבית חולים או שירות בקהילה).

חזון הפרויקט לשכלל את היישום של תמיכת עמיתים ברחבי העולם על מנת להעצים את שירותי בריאות הנפש וליצור קהילה בין- לאומית לתרגול ופרקטיקה של תמיכת עמיתים. קהילה זו כוללת עמיתים בעלי ידע מניסיון, אנשי מקצוע וחוקרים בתחום בריאות הנפש (Moran et al., 2020; Puschner et al., 2019).

המחקר הנוכחי מתמקד בממצאים הקשורים רק בישראל ומתאר *תהליך יישום שלם*. החל מלמידת הקשר היישום על ידי תהליך מיפוי מצב יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש בישראל באמצעות קיום ראיונות וקבוצות מיקוד עם בעלי עניין רלוונטיים לאורך כשנתיים (פרקים 1,2 של עבודה זו). על בסיס הידע שנצבר תוכנן תהליך יישום מקיף ושיטתי ליישום התערבות אפסיידס שהותאמה לישראל והחלו ביישומה בשני ארגונים במערך השיקום בבריאות הנפש. שלב זה לווה **בהערכת התהליך** בהקשרים מערכתיים וארגוניים, עם בעלי עניין הקשורים ליישום ההתערבות (פרק 3 בעבודה זו).

מקומה של החוקרת במסגרת המחקר ובשדה המחקר

במחקר הנוכחי לקחתי חלק בצוות המחקר הבין- לאומי והישראלי. במסגרת המחקר הבין- לאומי הייתי אחראית בשותפות עם חוקרת מגרמניה על שני תתי מחקר איכותניים בין- לאומיים שהתקיימו לאחר יישום התערבות אפסיידס : תת מחקר אנשי מקצוע ותת מחקר אנשי מפתח. בנוסף, ריכזתי וערכתי, בשותפות עם הצוות הישראלי את ארבע קבוצות המיקוד לאחר יישום ההתערבות : קבוצת מיקוד של אנשי צוות, קבוצת מיקוד של אנשי מפתח ביישום ושתי קבוצות מיקוד של עמיתי אפסיידס. כמו כן, קיימתי שבעה ראיונות חצי מובנים : שני ראיונות עם נשות מקצוע קובעות מדיניות, ארבעה ראיונות עם שישה גורמי מפתח בצוות יישום הפרויקט בישראל (מתוכם ריאיון אחד זוגי) וריאיון עם עמית אפסיידס. בנוסף, ניתחתי את כל תמלילי קבוצות המיקוד והראיונות אשר ממצאיהם מוצגים בעבודה זו.

המחקר האיכותני מצדד ברפלקטיביות וחשיפת המיקום החברתי והאופן שבו הסובייקטיביות של החוקרת משפיעה על עיצוב המחקר, כאמצעי לשיפור תקפותו המחקרית (

הקר, לביא אג׳יאי וקרומר נבו, 2014 ; נגר- רון, 2014 ;Holmes, 2020) או ה״אובייקטיביות החזקה״ שלו (Harding, 1993). לכן, חשוב לציין שבחרתי לחקור שדה בו אני עובדת במשך למעלה מעשרים שנה- מערך השיקום בבריאות הנפש. בעשור האחרון ובזמן עריכת המחקר, שימשתי כמנהלת ארגון בתחום השיקום ומימוש זכויות (״תוכניות עמיתים״ של החברה למתנסים ומשרד הבריאות). בתפקידי זה הייתי שותפה לפיתוח תפקיד לעמיתים עם ידע מניסיון (״עמית לזכויות״). לכן נתקלתי באתגרים רבים ביישום ידע מניסיון במערך השיקום לצד העדר הידע, ההכשרה והכלים על מנת להתמודד עמם. מאידך, התוודעתי לערך הרב של השימוש בידע מניסיון למקבלי השירות, לעמיתים ולארגון כולו. לכן, זהו שדה מחקר שאני מכירה היטב ומבקשת להשפיע עליו- לתרום לפיתוח ידע יישומי שאוכל להיות שותפה עם תום המחקר גם להטמיעו בשדה.

היכרות מוקדמת וארוכת שנים זו עם השדה מאפשרת לי להבין לעומק את המרואיינים, תרבותם (המקצועית/ארגונית), שפתם וההקשר בו הם פועלים (אבו-רביע-קווידר, 2010). עם זאת, יש בה סכנה שאסיק מסקנות מהירות ולא אתעכב על נושאים שהם ״שקופים״ עבורי. לכן נגשתי למחקר זה עם מודעות רבה למיקומי ולהשפעתו האפשרית על עבודה זו ועם הבנה כי לאורך תהליך המחקר אדרש להתבוננות רפלקטיבית מתמדת ולסיוע והתייעצות עם עמיתים ועם מנחת העבודה (לפירוט נוסף ראו תת פרק סטנדרטים להערכת איכות המחקר).

3.3 שאלות המחקר

שאלות המחקר היו:

1. כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ועמיתים עם ידע מניסיון את המאפיינים של תמיכת עמיתים בישראל?
   היא מבוססת על ידע שנאסף בשלב למידת ההקשר, ומוקדשים לה הפרק הראשון והשני בעבודה זו.
2. כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ביישום התערבות אפסיידס בארגונים ועמיתי אפסיידס את חוויתם לגבי יישום התערבות אפסיידס? היא מבוססת על שלב היישום של הפרויקט ומוקדש לה הפרק השלישי בעבודה זו.

3.4 שיטת המחקר

שיטת המחקר היתה איכותנית ובגישות של מחקר פעולה משתף (לביא- אג׳אי, 2014 ; קרומר נבו וברק, 2006) ומדע היישום (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020).

מחקר פעולה משתף נובע מתוך הפרדיגמה הביקורתית (לביא- אג׳אי, 2014) ורואה במשתתפי המחקר סובייקטים בעלי קול וידע, התורמים באופן פעיל להליך המחקר (קרומר נבו וברק, 2006). בכל שלבי המחקר בעלי העניין הרלוונטיים בשדה המחקר, בדגש על אנשים בעלי ידע מניסיון, היו מעורבים במחקר. הן באמצעות השתתפותם בראיונות ובקבוצות מיקוד, הן באמצעות השתתפותם בוועדת ההיגוי של הפרויקט ובצוות היישום. המשוב שעלה מהם שימש לפיתוח השלב הבא של הפרויקט.

הערכת יישום (ראו עמוד 35) (Damschroder et al.,2009 ; Nilsen, 2020). מתייחסת לאופן שבו תכונות ההקשר בו מתקיימת התערבות מסוימת משפיעות על יישומה והטמעתה.

המחקר המוצג בעבודה זו מתאר ביצוע תהליך יישום שלם של התערבות תמיכת עמיתים (התערבות אפסיידס). החל מלמידה מעמיקה של הקשר היישום באמצעות איסוף הידע שנצבר בישראל לגבי המאפיינים של יישום תמיכת עמיתים (פרקים 1,2 של עבודה זו) וכלה בהערכת תהליך היישום של התערבות אפסיידס בישראל (פרק 3 של עבודה זו).

הפרק הראשון של עבודה זו מבוסס על כלל הנתונים שנאספו במחקר זה (10 קבוצות מיקוד ו12 ראיונות). הפרק השני של עבודה זו, נכתב כרונולוגית לפני הפרק הראשון, בשל העיסוק הנרחב בנושא בקבוצות המיקוד והראיונות שעלה כבר בקריאה ראשונית של הנתונים המוקדמים. לכן, הוא מבוסס רק על נתונים שנאספו לפני יישום ההתערבות בארגונים (6 קבוצות מיקוד ו5 ראיונות). הפרק השלישי עוסק בהערכת היישום של ההתערבות בארגונים ועל כן הוא מבוסס רק על נתונים שנאספו לאחר יישום ההתערבות (4 קבוצות מיקוד ו5 ראיונות) (ראו טבלאות 2,3).

3.5 כלי המחקר

כללו 12 ראיונות עומק חצי מובנים (מתוכם שני ראיונות זוגיים) ו10 קבוצות מיקוד באורך של 60-90 דקות, בהם נעשה שימוש במדריך ריאיון המבוסס על מסגרת הCFIR (Consolidated Framework of Implementation Research) הנפוצה במחקרי יישום. מסגרת זו משמשת לחזות ולהסביר תוצאות יישום של התערבות על בסיס גורמי יישום המחולקים לחמישה תחומים שונים : תחום ההתערבות ; ההקשר החיצוני ; ההקשר הפנימי ; בעלי עניין מעורבים ותהליך היישום עצמו (Damschroder et al.,2009, 2022). מסגרת זו שימשה בעבודה הנוכחית לפיתוח ולרכישת ידע שיטתי על תהליך יישום מקיף, על כל שלביו. הן ללמידת הקשר היישום (פרקים 1,2 של עבודה זו) והן להערכת היישום (פרק 3 של עבודה זו).

3.6 המדגם

המדגם כלל 68 מרואיינים אשר נדגמו בדגימה תכליתית (Patton, 1990). הם נדגמו מתוך מערך השיקום בישראל, באמצעות מיפוי התחום בישראל על ידי ועדת ההיגוי של פרויקט אפסיידס. ועדה זו מנתה גורמי מפתח בתחום ונציגי כל הארגונים המקדמים תמיכת עמיתים בישראל. הקריטריונים להכללה בקבוצות המיקוד והראיונות היו : בעלי עניין רלוונטיים שיש להם ניסיון של שלושה חודשים לפחות באחד מאלה א) מנהלים של עמיתים ב) אנשי צוות העובדים לצד עמיתים או שעבדו לצד עמיתי אפסיידס ג) עמיתים העובדים במערכות בריאות הנפש (כולל עמיתי אפסיידס) ד) אנשי מפתח ביישום ההתערבות בארגונים.

בנוסף לקבוצות המיקוד ול-5 ראיונות, עם שישה מרואיינים, שנערכו במסגרת פרויקט אפסיידס ונותחו בניתוח שניוני לטובת מחקר זה, החוקרת הוסיפה שבעה ראיונות עומק נוספים עם שמונה מרואיינים (לפירוט ראו טבלאות 2-4), על מנת להרחיב ולהעמיק את הבנת ההקשר הישראלי. מדגם המחקר כלל שתי קבוצות עיקריות :

עמיתים עם ידע מניסיון (n=26)

שניים מהעמיתים עבדו בתפקיד מסורתי (מדריכי שיקום וחונכים). תשעה מהם היו 'עמיתים מומחים' העובדים בבית חולים. אחרים עבדו בתעסוקה נתמכת, כמנהלות מקצועיות של ארגוני שיקום בקהילה וכמתאמי טיפול. חמישה עשר מהם עברו הכשרת

אפסיידס ועבדו במקביל בתפקידים מסורתיים בשירותי שיקום (להלן "עמיתי אפסיידס"). גילם הממוצע היה 41.52 שנים (30-58). תשע עשרה (73%) מהם נשים ושבעה (26.9%) גברים. תשעה (34.6%) נשואים, אחת (3.8%) חיה בזוגיות. שמונה היו רווקים (30.76%) ושלושה (11.53%) גרושים. היו להם 14.43 שנות לימוד בממוצע (12-17) והם עבדו בתחום בריאות הנפש בממוצע חמש וחצי שנים (2-11).

אנשי מקצוע: אנשי צוות, מנהלים וגורמי מפתח ביישום תמיכת עמיתים במערך בריאות הנפש בישראל (n=42)

עשרים ושישה מהם היו עובדים סוציאליים (62%). אחת מהם מנחת קבוצות (2.4%) ואחת קרימינולוגית קלינית (2.4%). אחד מהם בוגר בריאות נפש קהילתית (4.76%), שתיים יועצות ארגוניות (4.76%) ושלוש מרפאות בעיסוק (7.14%). שישה עשר מהם היו רכזי מדריכי שיקום, מתאמי טיפול ורכזי חונכות, שתחת ניהולם הישיר צרכנים נותני שירות ועמיתי אפסיידס. עשרים ושלושה מהם היו מנהלים. ביניהם: מנהלים מקצועיים, מנהלי דיור מוגן, מנהלי תוכניות במערך השיקום, מנהלים בכירים בארגוני שיקום ובארגונים המובילים את תחום ידע מניסיון בישראל. לכולם, מלבד לאשת מקצוע אחת היה ניסיון בעבודה לצד ו/או בהעסקת אנשים עם ידע מניסיון. גילם הממוצע 42.29 שנים (25-63). מהם שלושים ואחת (73.8%) נשים ואחד עשרה (26.2%) גברים. מהם עשרים ושמונה (67%) נשואים, שניים (4.76%) חיים בזוגיות, שישה (14.28%) רווקים, ארבעה (9.5%) גרושים ושני (4.76%) אלמנים. ממוצע שנות הלימוד שלהם 18.6 (15-25), הם עבדו בבריאות הנפש 11.14 שנים בממוצע (1-35).

בין אנשי המקצוע שלושה קובעי מדיניות שעבדו בזמן המחקר או בעבר במשרד הבריאות בתפקידים בכירים. שתיים מהן נשים וגבר אחד. גילם הממוצע חמישים ואחד (43-63). ממוצע שנות הלימוד שלהם 21.6 שנים והם עבדו בתחום בריאות הנפש בממוצע 25.33 שנים (18-35).

בנוסף, ארבעה מתוך אנשי המקצוע היו **אנשי מקצוע עם ידע מניסיון**. שניים מהם עובדים סוציאליים ושניים בוגרי תואר בבריאות נפש קהילתית. שלושה מהם גברים ואישה אחת. הם עבדו בממוצע 13.88 שנים במערך השיקום (4-24 שנים). גילם הממוצע היה 43.75 שנים (38-49 שנים). שניים מהם (50%) נשואים, אחד (25%) גרוש ואחת רווקה (25%). ממוצע שנות הלימוד שלהם היה 25 שנים (15-20 שנים).

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של המדגם

מאפיינים	עמיתים	אנשי מקצוע
N	26	42
גיל (שנים) (SD) M	N=25	
	(7.79) 41.5	(7.77) 42.29
מגדר (%) n		
נשים	(73) 19	(73.8) 31
גברים	(26.9) 7	(26.2) 11
מצב משפחתי (%) n	N=21	
נשוי/נשואה	(34.6) 9	(67) 28
חי/ה בזוגיות	(3.8) 1	(4.76) 2
רווק/ה	(30.76) 8	(14.28) 6
גרוש/ה	(11.53) 3	(9.5) 4
אלמן/ה	(0) 0	(4.76) 2
שנות לימוד (SD) M	N=21	
	(2.18) 14.43	(2.83) 18.6
ותק בתחום השיקום (שנים) (SD) M	N=23	
	(2.51) 5.5	(7.23) 11.14
תפקיד/ מקצוע (%) n	N=26	N=36
עמיתים בתפקיד מסורתי (מדריכי שיקום וחונכים)	(7.7) 2	
'עמיתים מומחים'	(34.6) 9	
'עמיתי אפסיידס' (עובדים במקביל בתפקידים מסורתיים)	(57.7) 15	
עובדים סוציאליים		(62) 26
מנחת קבוצות		(2.4) 1
מרפאות בעיסוק		(7.14) 3
יועצות ארגוניות		(4.76) 2
מטפלת בהבעה ויצירה		(2.4) 1
בוגרי בריאות נפש קהילתית		(4.76) 2
קרימינולוגית קלינית		(2.4) 1

3.7 הליך איסוף הנתונים

קבוצות המיקוד והראיונות התקיימו מאוקטובר 2018 לאוגוסט 2021. כל קבוצת מיקוד ארכה 60-90 דקות ונערכה על ידי מנחה ורשם/ת הערות שגם הקליטו את המפגש וסיכמו אותו בקצרה עם המנחה. בראיונות האישיים בסמוך לתקופת הקורונה, ניתנה למרואיינים האפשרות להתראיין באמצעות פלטפורמת הזום. חמישה מתוך ששת הראיונות שבוצעו בתקופת הקורונה נערכו והוקלטו בפלטפורמה זו והמרואיינים פינו לעצמם מרחב פרטי ונקי מרעשים לזמן הריאיון.

טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד ומספר משתתפים

אוכלוסיית מחקר שהשתתפה בקבוצת המיקוד	פירוט	תאריך	הערות	סה"כ משתתפים
אנשי צוות ועמיתים עם ידע מניסיון	4 עמיתים עם ידע מניסיון, 2 אנשי צוות, 2 אנשי צוות עם ידע מניסיון	7.10.2018	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל, נכללו בפרק 1,2	8 משתתפים
אנשי צוות העובדים לצד עמיתים	6 אנשי צוות	8.10.2018	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,2	6 משתתפים
עמיתים עם ידע מניסיון המעורבים ביישום התערבות אפסיידס	4 עמיתי אפסיידס	7.10.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,2	4 משתתפים
גורמי מפתח בארגונים בהם מיושם פרויקט אפסיידס	6 אנשי צוות	22.12.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,2	6 משתתפים
אנשי צוות בארגונים בהם מיושם פרויקט אפסיידס	5 אנשי צוות, מתוכם איש צוות אחד עם ידע מניסיון	22.12.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,2	5 משתתפים
אנשי צוות ועמיתים עם ידע מניסיון	3 אנשי צוות, 4 עמיתים עם ידע מניסיון	16.01.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,2	7 משתתפים
עמיתי אפסיידס	6 משתתפים	28.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,3	6 משתתפים
עמיתי אפסיידס	4 משתתפים	28.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,3	4 משתתפים
אנשי צוות אשר עבדו לצד עמיתי אפסיידס	6 משתתפים, ביניהם אשת מקצוע עם ידע מניסיון	19.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות	6 משתתפים

			מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,3	
אנשי מפתח אשר היו מעורבים ביישום התערבות אפסיידס	4 משתתפים	19.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל נכללו בפרק 1,3	4 משתתפים
סה"כ				**56 משתתפים***

*שתיים מהמשתתפות בקבוצות המיקוד גם רואיינו לאחר יישום התערבות אפסיידס בהיותן מעורבות ביישום לכן נספרו 68 מרואיינים שונים במדגם.

טבלה 3 מערך הראיונות ומספר משתתפים

אוכלוסיית מחקר	**מספר ראיונות**	**מספר משתתפים**	**הערות**
אנשי מקצוע	6	7	4 נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס, (ריאיון אחד מתוכם זוגי) נכללו בפרק 1,2 2 נערכו ע"י כותבת העבודה, מתוכם אשת מקצוע אחת עם ידע מניסיון נכללו בפרק 1
עמיתים עם ידע מניסיון	1	1	נערך ע"י צוות מחקר אפסיידס נכללו בפרק 1,2
עמיתי אפסיידס	1	1	נערך ע"י כותבת העבודה נכלל בפרק 1,3
עמיתים אשר היו מעורבים ביישום אפסיידס	2	2	נערכו ע"י כותבת העבודה נכללו בפרק 1,3
אנשי מקצוע אשר היו מעורבים ביישום אפסיידס	2	3	נערכו ע"י כותבת העבודה, ריאיון אחד מתוכם זוגי נכללו בפרק 1,3
סה"כ	**12 ראיונות**	**14 מרואיינים**	

*שתיים מהמשתתפות בקבוצות המיקוד גם רואיינו לאחר יישום התערבות אפסיידס בהיותן מעורבות ביישום לכן נספרו 68 מרואיינים שונים במדגם.

טבלה 4 סיכום סך כל משתתפי המחקר על פי כלי המחקר השונים

משתתפים בקבוצות המיקוד	56
מרואיינים	14
סך כל המשתתפים במחקר	70, מתוכם 68 מרואיינים שונים (שתי משתתפות רואיינו וכן השתתפו בקבוצת מיקוד)

3.8 אתיקה

בכל ריאיון/ קבוצת מיקוד ניתנה הקדמה שכללה את מטרת המפגש, התחייבות לסודיות והזכות לפרוש מן המחקר בכל רגע נתון ללא כל השלכה. כמו כן נחתמו טפסי הסכמה מדעת (המרואיינים בזום העבירו את טפסי ההסכמה מדעת טרם תחילת הריאיון) וניתן מקום למענה על שאלות המשתתפים. הקלטות הראיונות/ קבוצות מיקוד תומללו והפרטים המזהים שונו על מנת למנוע זיהוי. אישורי אתיקה למחקר ניתנו מאוניברסיטת Ulm שבגרמניה וכן מועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון.

3.9 ניתוח הנתונים

הראיונות וקבוצות המיקוד נותחו ניתוח שניוני למחקר זה, באמצעות ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis) (Brooks et al., 2015), תוך סיוע בתוכנת MAXQDA 2020. זהו ניתוח תמטי מובנה המבוסס על תמות מנחות מראש (אפריוריות). הניתוח מדגיש קידוד היררכי ומאפשר רמה גבוהה יחסית של מבנה לצד גמישות (Brooks et al., 2015). מסגרת ה CFIR היוותה את תבנית הקידוד הראשונית ולכן הניתוח נעשה על בסיס חמשת תחומיה : תחום ההתערבות ; ההקשר החיצוני ; ההקשר הפנימי ; בעלי עניין מעורבים ותהליך היישום עצמו.

ככלל, ניתוח הנתונים כלל קריאה וקריאה חוזרת של כל התמלילים לצורך היכרות, קידוד ויצירת קודים, קטגוריות ותמות. לאחר קריאה בשלושת תמלילי קבוצות המיקוד הראשונות וניתוחם לפי מושגי ה- CFIR, פותחה רשימה ראשונית של קודים המבוססת הן על 5 תחומי המסגרת והן על קודים ייחודיים שעלו מתוך הנתונים בתוך כל תחום. על בסיס רשימה זו, שאר התמלילים קודדו. ככל שהתקדם הניתוח, נושאים חדשים שלא התאימו לקודים מצויים הביאו ליצירת קודים חדשים, להמשגה מחדש של קודים קודמים, למיזוג קודים ו/או לביטול קודים, ובסופו של דבר ליצירת קודים, קטגוריות ותמות. נעשה שימוש בפתקי Memos לתעד מחשבות ורעיונות.

3.10 סטנדרטים להערכת איכות המחקר

על מנת להבטיח את איכות המחקר נעשה שימוש בארבעת הקריטריונים העיקריים להבטחת אמינות המחקר האיכותני (Trustworthiness) (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004) :

אמינות הממצאים- (credibility)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים אכן משקפים את המציאות של הנחקרים כפי שהם תופסים וחווים אותה (Lincoln & Guba, 1985; Moustakas, 1994; Shenton, 2004). לשם כך נעזרה החוקרת במנחת המחקר- פרופ׳ גליה מורן ובקבוצת עמיתים. קבוצה זו הורכבה

מסטודנטים מאוניברסיטת בן גוריון שמחקריהם עוסקים באותו נושא מחקר והם עובדים בשדה המחקר (ביניהם גם חוקרת עם ידע מניסיון). כמו כן, בעמיתות חוקרות UPSIDES מהאתר באולם שבגרמניה. במפגשים שערכה עמם, החוקרת העלתה שאלות הקשורות להבנה מעמיקה וחידוד של המשגת הנתונים וניתוחם. כמו כן, שתי חוקרות (כותבת העבודה וחוקרת עמיתה מגרמניה) ניתחו באופן עצמאי שלושה מתמלילי קבוצות המיקוד ולאחר מכן השוו את ממצאיהן וקיימו דיון במקומות בהם עלו דילמות, פערים או התלבטויות לגבי הניתוח. יתרה מכך, נעשתה התבוננות ובדיקה מתמדת של הנחותיה של החוקרת ועמדותיה האישיות לאורך תהליך המחקר וניתוח הנתונים, מתוך ניסיון לאפשר ראייה רחבה ומקום לעמדות והנחות החדשות של משתתפי המחקר. בייחוד שמדובר בחוקרת שמגיעה מתוך שדה המחקר- אשר עבדה כמנהלת שירותים מערך השיקום בבריאות הנפש למעלה מ20 שנה.

העברת הממצאים (Transferability)

קריטריון זה מתייחס ליכולת להעביר את ממצאי המחקר לאוכלוסייה או תופעה דומה (Shenton, 2004; Strauss & Corbin 1994). העברת הממצאים מתאפשרת על ידי הצגת סקירת ספרות נרחבת, הצגת התמות המרכזיות והקטגוריות. כמו גם על ידי הצגת דרכי האיסוף באופן ברור ושיטתי ובתיאורים עשירים ומפורטים. הצגה בהירה ומפורטת מאפשרת לחוקרים ואנשי מקצוע אחרים לבחון ולבדוק את התאמת הממצאים, התמות המרכיבות אותם ושכיחותם בקרב אוכלוסיות או מערכות אחרות.

היכולת לאשר את הממצאים (Confirmability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים מבוססים על תוכן הנתונים כפי שעלו בראיונות ומייצגים את האמת הסובייקטיבית כפי שעלתה מפי משתתפי המחקר ואינם מושפעים מהטיות החוקרת, תפיסותיה והאינטרסים שלה (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). בכדי לאפשר את אישור הממצאים התבצעו מספר פעולות: החוקרת הראשית הקפידה לבדוק את תוכן התמות ותתי התמות אל מול ציטוטים מדויקים של בעלי העניין השונים, מתוך קבוצות המיקוד והראיונות. כמו כן, במהלך התהליך נשמרו ההקלטות של הראיונות, התמלולים, פתקי ההערות וכל שלבי הניתוחים בקבצים זמינים לחוקרת. זאת על מנת לשוב ולחזור אליהם במהלך שלבי הניתוח השונים. בהמשך לכך אכן התבצעו בדיקות חוזרות בכל שלבי הניתוח לגבי התאמת התיאורים המוצגים אל מול תוכני הראיונות וקבוצות המיקוד. בנוסף, כל תהליך המחקר התבצע בליווי והנחייה של מנחת המחקר- פרופ' גליה מורן, תוך בדיקה חוזרת של תוצאות הניתוח. לבסוף, ממצאי המחקר הוצגו על ידי כותבת העבודה במספר כנסים ופורומים בהם לקחו חלק בעלי עניין שונים בשדה המחקר לאורך תהליך הניתוח. הצגות אלו זימנו הזדמנויות חשובות לבחינה מתמדת את מידת ההלימה בין הניתוח לבין הנתונים. לצד דיוקם וביצוע שינויים והתאמות כנדרש.

היכולת לסמוך (Dependability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה קיימת יכולת לסמוך על כך שתהליך המחקר ותיעודו נעשו באופן עקבי ומהימן. לצורך כך, יש להציג בפני הקוראים כיצד המחקר נערך וכיצד התקבלו ההחלטות (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). במחקר הנוכחי מובא תיעוד מלא של כל שלבי המחקר, עם פירוט תהליך האיסוף והניתוח. כמו כן, מסמכי הניתוח כולל תרשימים ופתקי

ההערות נשמרו לצד תמללי קבוצות המיקוד והראיונות, בתוכנת הניתוח והם ניתנים להצגה על פי דרישה.

4. תיאור פרקי העבודה

הממצאים שעלו ביחס לשתי שאלות המחקר שפכו אור על הייחודיות של ההקשר הישראלי בפיתוח ויישום תמיכת עמיתים. כמו גם על הגורמים התומכים ביישום של התערבויות חדשניות בארגונים באופן כללי, בדגש על התערבויות מקדמות החלמה וממוקדות אדם ובפרט של יישום תמיכת עמיתים בישראל. אלו מאורגנים בפורמט של שלושה פרקים:

הפרק הראשון של עבודה זו נקרא: "עמיתים עם ידע מניסיון בישראל: האתגרים המרכזיים והגורמים העשויים לקדם יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש".

הפרק מבוסס על נתונים שנאספו לשם למידת הקשר היישום. פרק זה סימן את האתגרים המרכזיים ביישום תמיכת עמיתים והצביע על הגורמים אשר עשויים לקדם יישום, מתוך הידע שנצבר לאורך השנים בשדה מערך בריאות הנפש, על ידי בעלי עניין שונים. הניתוח התמטי של הנתונים העלה מגוון אתגרים וגורמים מקדמים הנעים מרמת הפרט (אתגרי ליבת התפקיד) דרך רמת הארגון ועד לרמת מדיניות. בייחוד בלטו גורמים ארגוניים שניתן לחלקם ל: (1) תרבות ארגונית (2) הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות (3) מדיניות ממשלתית תומכת.

הדיון התמקד בשלושת מוקדים אלו. הפרק מסתיים במסקנה כי יישום מיטבי של תמיכת עמיתים מצריך מחויבות ארגונית מלאה הכוללת תרבות ארגונית מכוונת לצד פרקטיקה ארגונית-הסדרים ותשתיות. על מנת לתמוך בארגונים יש צורך במדיניות ממשלתית המתורגמת לפיתוח תפקידים ייעודיים והקצאת משאבים שיתרמו לביסוס שירותי שיקום מכווני החלמה ואדם. אימוץ גישה ארגונית ומדיניות לתמיכה ביישום עמיתים מהווה מרכיב חשוב בשינוי והסללת שירותי בריאות הנפש בשיקום למתן איכות שירות מלאה. כזו המשלבת ידע קליני ואקדמי ביחד עם ידע מניסיון אישי, ויכול להביא לשינוי האקלים התרבותי והארגוני הדרוש עדיין בשירותים אלו.

הפרק השני של עבודה זו נקרא: "תפיסות בעלי עניין בישראל על השלכות השימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון של נותני שירות בעלי ידע מניסיון ("צרכנים נותני שירות") ועמיתים מומחים, על הארגונים ומקבלי השירות". פרק זה מבוסס גם הוא על נתונים שנאספו לשם למידת הקשר היישום. בעוד שהפרק הראשון סימן את האתגרים המרכזיים והגורמים מקדמי יישום שעלו מבעלי העניין השונים, פרק זה נכנס לעומקו של אחד האתגרים שסומנו בפרק הראשון: אתגר החשיפה העצמית והשימוש בידע מניסיון. מאחר ואתגר זה תפס מקום בולט ומרכזי בתמלילים, כנושא בפני עצמו וכן מכיוון שההקשר הבין לאומי של פרויקט אפסיידס והשונות הקיימת בין האתרים, אפשרו למקם ולחדד אתגר זה כייחודי וקריטי בהקשר הישראלי.

הניתוח התמטי העלה חמש קטגוריות מרכזיות של נושא זה: (1) גישה ארגונית זהירה ונמנעת כלפי חשיפה עצמית (2) הרציונל התומך בגישה זהירה ונמנעת (3) חשיפה עצמית בלתי מתוכננת (4) עמדות עמיתים כלפי הגישה הנהוגה לחשיפה עצמית (5) השפעת כניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים.

הדיון ניסה להבהיר את המורכבות הרבה שעלתה ביחס לנושא, באמצעות שלושה אספקטים: (1) השפעת המודל הטיפולי על תפיסת החשיפה העצמית והשימוש בידע מניסיון, לעומת מודל העמיתות; (2) ההתפתחות ההיסטורית של תפקידי עמיתים בישראל ומידת ההתמקצעות של תפקידי עמיתים ו(3) הרגישות והייחודיות המאפיינות חשיפה עצמית/ שימוש בידע מניסיון של התמודדות נפשית.

המסקנות העולות מן הפרק הן שבכדי לממש את הפוטנציאל הגלום בידע מניסיון בשירותי בריאות נפש מסורתיים ולקדם שירותים מכווני החלמה ואדם, יש צורך בהכשרה ופיתוח מיומנויות חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בקרב עמיתים. לצד העלאת מודעות לחשיבותה ויצירת סביבה ארגונית תומכת בחשיפה עצמית ובשימוש בידע מניסיון בבריאות הנפש. סביבה שיכולה להכיל את מודל העמיתות ביחס לחשיפה עצמית לצד המודלים המקצועיים הטיפוליים המסורתיים.

הפרק השלישי של עבודה זו נקרא: "הערכת היישום של פרויקט UPSIDES ("אפסיידס") בישראל: מסקנות לקידום יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל".

ממצאי הערכת היישום העלו כי פרויקט אפסיידס נתן מענה מקיף ליישום תמיכת עמיתים וענה על מרבית האתגרים שסומנו בישראל מתוך למידת הקשר היישום, באמצעות הגורמים מקדמי יישום שזוהו. בהם התמקד הפרק הראשון של עבודה זו. עם זאת, על אף הליווי השיטתי של תהליך היישום בלטו עדיין מספר אתגרים. אתגרים אלו משרטטים קשיים ייחודיים אשר חיוני להבינם ולהתמודד עימם בישירות, על מנת להמשיך ולהבטיח תהליך הטמעה בר קיימא בהקשר הישראלי. לכן הדיון התמקד בהיבטים אלו: (1) אתגר ההתמקמות בתפקיד כפול-כעובדים בתפקיד מסורתי וכעובדים בתפקיד ייעודי, באותו ארגון (2) אתגר ההשפעה על הצוותים ועל הארגון בכללותו (3) המענה החלקי להדרכת והכשרת הצוותים והמנהלים (4) אתגר קיימות ההתערבות.

אתגרים אלו מחדדים את החשיבות של הכשרה מקצועית של הצוותים לעבודה עם עמיתים עם ידע מניסיון וליווי הצוותים והמנהלים בתהליך עמוק המסייע בהטמעת הנושא בקרב כל שכבות הארגון; של חשיפה של מנהלים ואנשי צוות לתפקידי עמיתים, כחלק אינטגרלי ותורם בארגון, לאורך זמן ועבודה לצידם תוך קירבה פיזית ויחסי גומלין משמעותיים וישירים עמם. לצד רוח גבית בדמות מדיניות ממשלתית שתתורגם לנהלים ואכיפתם בשדה. כמו גם למימון תפקידי עמיתים ייעודיים, תהליכי הכשרה והסמכה לעמיתים ותהליכי חינוך והכשרה לצוותים ולארגונים. בלעדיה, לא תתאפשר קיימות והמשכיות של ההתערבות. עוד הדגיש הפרק את המורכבות, אבל גם את ההזדמנות במפגש בין תפקידי עמיתים ייעודיים ובין תפקידים מסורתיים במערך בריאות הנפש, לקרב בין תפיסות עולם מקצועיות. באופן אשר עשוי לתרום להמשך קידום מערך שירותי בריאות נפש מכוון החלמה וממוקד אדם בישראל.

לאחר תיאור ממצאי כל אחד מהפרקים והדיון בממצאים אלו בנפרד, מוצג דיון כולל, אינטגרטיבי. הדיון עוסק בשלושה מוקדים מרכזיים אשר עוברים כחוט השני לאורך עבודה זו: (1) תמיכת עמיתים כפרקטיקה מקדמת החלמה וכהתערבות מורכבת המערערת ומאתגרת הנחות יסוד. באמצעות מערכת היחסים הייחודית שנוצרת בין העמיתים למקבלי השירות (2) התמקצעות, הגדרה והסדרת תפקידי עמיתים לצד התמקצעות הארגונים המעסיקים אותם (3)

השימוש במדע היישום, במסגרת ובאסטרטגיות יישום במחקר ובפרקטיקה: חשיבותו ואתגרים העולים ממנו. בסופו יוצגו מסקנותיו המרכזיות של המחקר וכן יתרונותיו, מגבלותיו והמלצות למחקרי המשך.

פרק ראשון: עמיתים עם ידע מניסיון בישראל: האתגרים המרכזיים והגורמים העשויים לקדם יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש[2]

תקציר

רקע: בשנים האחרונות מוטמעת גישה מכוונות החלמה במערך בריאות הנפש שמרכיב מרכזי בה הוא העסקת עמיתים עם ידע מניסיון (להלן "עמיתים"). השתלבותם באופן אופטימלי תורמת למקבלי השירות, לעמיתים ולארגונים, בקידום החלמה אישית וגישה ממוקדת החלמה ואדם. עם זאת, מצויים אתגרים רבים המביאים לכך שתרומת העמיתים אינה ממומשת.

מטרת המחקר: לזהות את האתגרים והמרכיבים הקריטיים ליישום תמיכת עמיתים מיטבית בישראל.

שיטת המחקר: כחלק מפרויקט UPSIDES הבין- לאומי, הופעל מערך מחקר איכותני בגישה של מחקר פעולה משתף ומדע היישום, שכלל 10 קבוצות מיקוד ו-12 ראיונות עם 68 בעלי עניין שונים במערך שיקום בריאות הנפש. נערך ניתוח תמטי על פי תבנית, על בסיס מסגרת ה CFIR להסבר תוצאות יישום של התערבות (Damschroder et al., 2009), באמצעות תוכנת MAXQDA 2020.

ממצאים: זוהו אתגרים בחמשת תחומי הCFIR: מאפייני ההתערבות, ההקשר החיצוני, ההקשר הפנימי, בעלי עניין מעורבים והיישום. כגון: העדר מדיניות מספקת, משברים, העדר התמקצעות וסטיגמה. כמו כן, זוהו גורמים מקדמים בכל תחומי ה CFIR מלבד מאפייני ההתערבות. כגון: מחויבות מנהלים, התאמות, הדרכה והזדמנויות לביטוי הידע הייחודי.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה ולמדיניות: יישום מיטבי של תמיכת עמיתים מצריך מחויבות ארגונית מלאה הכוללת תרבות ארגונית מכוונת לצד פרקטיקה ארגונית- הסדרים ותשתיות. ביניהן הכשרה, הדרכה וליווי לכל הגורמים בארגון. על מנת לתמוך בארגונים יש צורך במדיניות המתורגמת לפיתוח תפקידים ייעודיים והקצאת משאבים שיתרמו לביסוס שירותי שיקום מכווני החלמה ואדם.

מלות מפתח: עמיתים עם ידע מניסיון, עמיתים מומחים, תמיכת עמיתים, יישום, ארגונים מכווני החלמה, אתגרים וגורמים מקדמים.

1. רקע

עם התגברות הפיתוח של שירותי בריאות נפש מכווני החלמה, מעמיקים הניסיונות של ארגונים בארץ ובעולם ליישם התערבויות מכוונות החלמה ולכן מתפתחת גם המגמה של העסקת עמיתים (לכמן ואחרים, 2018 ; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Rogers, Farkas & Anthony, 2005; Slade et al., 2014).

עמיתים עם ידע מניסיון הם אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים, שמשתמשים בידע מתוך ניסיון שלהם על מנת לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים (Slade et al., 2014). תמיכת עמיתים (Peer support) היא מערכת של נתינת וקבלת עזרה המבוססת על כבוד והסכמה הדדיים.

[2] מאמר המבוסס על פרק זה התקבל לפרסום בכתב העת "בטחון סוציאלי" ויפורסם בספטמבר 2025

על אחריות משותפת, על תיקוף ועל הבנה אמפתית של מצבו של האחר מתוך ניסיון חיים משותף. תמיכת עמיתים יכולה להינתן בהקשרים שונים: כחלופה לטיפול מקצועי, כשירות עצמאי בתוך טיפול מקצועי או כחלק אינטגרלי מהטיפול המקצועי (Slade et al., 2014).

תמיכת עמיתים מטשטשת את הגבולות של יחסים מסורתיים (Mead et al., 2001; Slade et al., 2014) ומאפשרת למקבלי השירות חשיפה למודל לחיקוי. כמו גם מעוררת תקווה ומקדמת החלמה (Truong et al., 2019). עוד היא מפחיתה סטיגמה ומקדמת מוטיבציה, קשרים חברתיים וחיבור לקהילה (Cook et al., 2012; Cook et al., 2012; Walker & Bryant, 2013). בנוסף, תמיכת עמיתים משפרת איכות חיים, שביעות רצון מהחיים, ערך עצמי, ומסוגלות עצמית (Davidson et al., 2006; Repper & Carter, 2011; Resnick & Rosenheck, 2008).

בין היתרונות הבולטים לעמית עצמו, נמנים ההזדמנות לעבודה משמעותית, העצמה כלכלית, חברתית ופסיכולוגית. כמו כן שיפור בידע האישי ויצירת קשרים עם עמיתים אחרים, גילוי עצמי, בניית מערכת תמיכה, תפקוד טוב יותר ופיתוח מיומנויות עבודה וקריירה (Moran et al., 2012; Repper & Carter, 2011; Salzer & Liptzin-Shear, 2002; Walker & Bryant, 2013) לצד החלמה וצמיחה (Moran et al., 2012; Ratzlaff et al., 2006 Salzer et al., 2009).

בארגוני בריאות נפש, תורמת תמיכת עמיתים לשיפור ההיענות לשירותים, האפקטיביות והיעילות שלהם. העמיתים מחזקים את קולם של מקבלי השירות, תורמים להפחתת הסטיגמה בארגון ולשיפור עמדות הצוות כלפי מקבלי השירות. כך הם הופכים את הארגונים ליותר מכווני החלמה ואדם (Byrne et al., 2022; Chinman et al., 2010; Deegan, 2011; Henderson et al.,2012; Mead et al., 2001; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012).

1.1 השתלבות עמיתים עם ידע מניסיון בישראל

ב 2005 נפתח לראשונה בישראל קורס להכשרת צרכנים נותני שירות (אורן, 2007), לטובת שילוב מתמודדים כעובדי שיקום במערך בריאות הנפש. במקביל, החל משנת 2006 פותחה תוכנית "צרכנים נותני שירות" ובהמשך שירותי תעסוקה נתמכת רבים נוספים. אלה מספקים ליווי תעסוקתי ייחודי לעובדים עם ידע מניסיון, במסגרת שירותי סל השיקום (אורן, 2007; מרזר-ספיר, הר-לב ומאוטנר, 2009; סינגר, 2010). כתוצאה מכך, השתלבו מאות מתמודדים כמועסקים במערך השיקום בבריאות הנפש בכל התפקידים המסורתיים (מדריכי שיקום, חונכים, סומכים) (מרזר-ספיר, הר-לב ומאוטנר, 2009).

בשנים האחרונות ישנה התפתחות גם של תפקידים ייעודיים לעמיתים כחלק ממדיניות משרד הבריאות. בתפקידים אלו הם חשופים ועושים שימוש פעיל בידע שלהם מניסיון. מ"סוקרי איכות" אשר מעריכים את שביעות הרצון של מקבלי השירות מהשירותים במערך השיקום, עמיתים מומחים שמשתלבים בצוותים המקצועיים של בתי חולים פסיכיאטריים בבאר שבע ובמזור (לכמן ואחרים, 2018; נעמן, 2008; Moran, 2018). כמו גם "מתאמי קהילה" המלווים מתמודדים מאשפוזם ועד להשתלבותם בקהילה במרפאות הרצליה ובאר שבע של מכבי ובמרפאת החוץ של שלוותה (לכמן ואחרים, 2018;

נעמן, 2018). בנוסף, "עמיתים לזכויות" אשר מרצים ומנגישים זכויות (שטיינמן ואדלר- בן דור, 2022) ומתאמי טיפול עם ידע מניסיון במערך השיקום החל מ 2020. ב2013 אף מונתה לראשונה בישראל אשת מקצוע עם ידע מניסיון בתקן ייעודי לאדם עם מוגבלות במגזר הציבור באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות. במטרה לפתח שירותים ותפקידים ייעודיים למתמודדים, להעצים פעילות אקטיביסטית וסנגורית בבריאות הנפש ולקדם השתלבות של מתמודדים כעובדים במערך הטיפול (לכמן ואחרים ,2018 ; נעמן, 2018 ; Moran, 2018).

1.2 יישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש מסורתיים

על אף התרומה המוכחת ובסיס ראיות הולך וגדל, מחקרים מראים באופן עקבי שהפוטנציאל של יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות נפש המסורתיים עדיין אינו מנוצל באופן נרחב ומיטבי. מכיוון שיש גורמים משפיעים ואתגרים רבים שעשויים להפחית את האפקטיביות שלה (Mutschler et al.,2022; Otte et al.,2020; Rebeiro Gruhl et al., 2016). אלה מופו בסקירות נרחבות בשנים האחרונות וכוללים: ברמת המאקרו, גורמים חברתיים-תרבותיים כדוגמת מידת שליטת המודל הרפואי או נוכחות ערכי החלמה. כמו כן דינמיקת הכוח בין ידע מקצועי לידע מניסיון, הכשרה והסמכה לעמיתים. בנוסף, מדיניות ממשלתית ומחויבות פוליטית. כמו גם השפעות בהיבט הכלכלי כדוגמת משאבים והסדרים כלכליים. ברמת המזו נכללים התרבות הארגונית, מנהיגות ארגונית, ניהול שינויים ומדיניות משאבי אנוש. בכלל זה גם הגדרת תפקיד העמית והתאמות. ברמת המיקרו נכללות נכונות ויכולת הצוות לעבוד עם העמיתים, נגישות העמיתים לרשתות תמיכה ורווחתם הנפשית (Well- being). מתוכם נמצאו משפיעים ביותר על יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בארגונים, התרבות הארגונית, הגדרת תפקיד העמית וזמינות המשאבים (Ibrahim et al.,2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al.,2022).

1.3 רציונל המחקר

על מנת לממש את הפוטנציאל של יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש המסורתיים יש צורך במחקרים נוספים אשר יבחנו בשטח את ההמלצות לפרקטיקה במיטבה ויתרמו לביסוסה (Bochicchio et al., 2023; Chinman et al.,2017; Mutschler et al., 2022). בייחוד בולט חסרונם של מחקרים העוסקים בשינוי הארגוני הדרוש על מנת שעמיתים יוכלו להשתלב בארגוני בריאות נפש באופן מיטבי ולהביא לידי ביטוי את תרומתם הייחודית (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021). תוך חידוד והבנת ההקשר הישראלי, על רקע ההתפתחות ההיסטורית של תמיכת עמיתים בארץ והנוכחות המסיבית של צרכנים נותני שירות בשירותי בריאות הנפש. שכן, ככל הידוע לנו טרם נעשה מחקר דומה בישראל.

2. שיטה

2.1 שאלת המחקר ומטרת המחקר

שאלת המחקר היתה: כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ועמיתים עם ידע מניסיון את המאפיינים של תמיכת עמיתים בישראל?.

מטרת המחקר לזהות את האתגרים והמרכיבים הקריטיים ביישום מיטבי של תמיכת עמיתים בישראל, תוך הבנת ההקשר הארגוני. מנקודת מבטם של בעלי העניין השונים במערך השיקום בבריאות הנפש.

2.2 מסגרת המחקר

המחקר נערך במסגרת פרויקט בין- לאומי- UPSIDES : Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services (להלן "אפסיידס"). פרויקט מחקר במימון קרן האיחוד האירופי הורייזון 2020 שהחל בינואר 2018 למשך תקופה של חמש שנים, בשישה אתרים שונים בעולם (בגרמניה, באנגליה ,בישראל, בהודו, בטנזניה ובאוגנדה). חזונו היה לשכלל את יישום תמיכת עמיתים, על מנת להעצים את שירותי בריאות הנפש וליצור קהילה בין- לאומית לקידום תמיכת עמיתים (Moran et al., 2020).

2.3 שיטת המחקר

שיטת המחקר היתה איכותנית ובגישות של מחקר פעולה משתף (לביא- אג'אי, 2014 ; קרומר נבו וברק, 2006) ומדע היישום (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020).

2.4 כלי המחקר

כללו 12 ראיונות עומק חצי מובנים (מתוכם שני ראיונות זוגיים) ו10 קבוצות מיקוד באורך של 60-90 דקות, בהם נעשה שימוש במדריך ריאיון המבוסס על מסגרת ה (Consolidated Framework of Implementation Research CFIR) (להרחבה ראו סעיף 3.5 עמוד 44).

2.5 המדגם

כלל 68 מרואיינים שונים אשר נדגמו בדגימה תכליתית (Patton, 1990). מתוך מערך השיקום בישראל, באמצעות מיפוי התחום בישראל על ידי ועדת ההיגוי של פרויקט אפסיידס. ועדה זו מנתה גורמי מפתח בתחום ונציגי כל הארגונים המקדמים תמיכת עמיתים בישראל. הקריטריונים להכללה בקבוצות המיקוד והראיונות היו : בעלי עניין רלוונטיים שיש להם ניסיון של שלושה חודשים לפחות באחד מאלה א) מנהלים של עמיתים ב) אנשי צוות העובדים לצד עמיתים או שעבדו לצד עמיתי אפסיידס ג) עמיתים העובדים במערכות בריאות הנפש (כולל עמיתי אפסיידס) ד) אנשי מפתח ביישום ההתערבות בארגונים.

מדגם המחקר כלל שתי קבוצות עיקריות :

עמיתים עם ידע מניסיון (n=26)

שניים מהעמיתים עבדו בתפקיד מסורתי (מדריכי שיקום וחונכים). תשעה מהם היו 'עמיתים מומחים' העובדים בבית חולים. אחרים עבדו בתעסוקה נתמכת, כמנהלות מקצועיות של ארגוני שיקום בקהילה וכמתאמי טיפול. חמישה עשר מהם עברו הכשרת אפסיידס ועבדו במקביל בתפקידים מסורתיים בשירותי שיקום (להלן "עמיתי

אפסיידס״). גילם הממוצע היה 41.52 שנים (30-58). תשע עשרה (73%) מהם נשים ושבעה (26.9%) גברים. תשעה (34.6%) נשואים, אחת (3.8%) חיה בזוגיות. שמונה היו רווקים (30.76%) ושלושה (11.53%) גרושים. היו להם 14.43 שנות לימוד בממוצע (12-17) והם עבדו בתחום בריאות הנפש בממוצע חמש וחצי שנים (2-11).

אנשי מקצוע: אנשי צוות, מנהלים וגורמי מפתח ביישום תמיכת עמיתים במערך בריאות הנפש בישראל (n=42)

עשרים ושישה מהם היו עובדים סוציאליים (62%). אחת מהם מנחת קבוצות (2.4%) ואחת קרימינולוגית קלינית (2.4%). אחד מהם בוגר בריאות נפש קהילתית (4.76%), שתיים יועצות ארגוניות (4.76%) ושלוש מרפאות בעיסוק (7.14%). שישה עשר מהם היו רכזי מדריכי שיקום, מתאמי טיפול ורכזי חונכות, שתחת ניהולם הישיר צרכנים נותני שירות ועמיתי אפסיידס. עשרים ושלושה מהם היו מנהלים. ביניהם: מנהלים מקצועיים, מנהלי דיור מוגן, מנהלי תוכניות במערך השיקום, מנהלים בכירים בארגוני שיקום ובארגונים המובילים את תחום ידע מניסיון בישראל. לכולם, מלבד לאשת מקצוע אחת היה ניסיון בעבודה לצד ו/או בהעסקת אנשים עם ידע מניסיון. גילם הממוצע 42.29 שנים (25-63). מהם שלושים ואחת (73.8%) נשים ואחד עשרה (26.2%) גברים. מהם עשרים ושמונה (67%) נשואים, שניים (4.76%) חיים בזוגיות, שישה (14.28%) רווקים, ארבעה (9.5%) גרושים ושני (4.76%) אלמנים. ממוצע שנות הלימוד שלהם 18.6 (15-25), הם עבדו בבריאות הנפש 11.14 שנים בממוצע (1-35).

בין אנשי המקצוע שלושה קובעי מדיניות שעבדו בזמן המחקר או בעבר במשרד הבריאות בתפקידים בכירים. שתיים מהן נשים וגבר אחד. גילם הממוצע חמישים ואחד (43-63). ממוצע שנות הלימוד שלהם 21.6 שנים והם עבדו בתחום בריאות הנפש בממוצע 25.33 שנים (18-35).

בנוסף, ארבעה מתוך אנשי המקצוע היו **אנשי מקצוע עם ידע מניסיון**. שניים מהם עובדים סוציאליים ושניים בוגרי תואר בבריאות נפש קהילתית. שלושה מהם גברים ואישה אחת. הם עבדו בממוצע 13.88 שנים במערך השיקום (4-24 שנים). גילם הממוצע היה 43.75 שנים (38-49 שנים). שניים מהם (50%) נשואים, אחד (25%) גרוש ואחת רווקה (25%). ממוצע שנות הלימוד שלהם היה 25 שנים (15-20 שנים).

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של המדגם

מאפיינים	עמיתים	אנשי מקצוע
N	26	42
גיל (שנים) (SD) M	N=25	
	(7.79) 41.5	(7.77) 42.29
מגדר (%) n		
נשים	(73) 19	(73.8) 31
גברים	(26.9) 7	(26.2) 11
מצב משפחתי (%) n	N=21	
נשוי/נשואה	(34.6) 9	(67) 28
ח/ה בזוגיות	(3.8) 1	(4.76) 2
רווק/ה	(30.76) 8	(14.28) 6
גרוש/ה	(11.53) 3	(9.5) 4
אלמן/ה	(0) 0	(4.76) 2
שנות לימוד (SD) M	N=21	
	(2.18) 14.43	(2.83) 18.6
ותק בתחום השיקום (שנים) (SD) M	N=23	
	(2.51) 5.5	(7.23) 11.14
תפקיד/ מקצוע (%) n	N=26	N=36
עמיתים בתפקיד מסורתי (מדריכי שיקום וחונכים)	(7.7) 2	
'עמיתים מומחים'	(34.6) 9	
'עמיתי אפסיידס' (עובדים במקביל בתפקידים מסורתיים)	(57.7) 15	
עובדים סוציאליים		(62) 26
מנחת קבוצות		(2.4) 1
מרפאות בעיסוק		(7.14) 3
יועצות ארגוניות		(4.76) 2
מטפלת בהבעה ויצירה		(2.4) 1
בוגרי בריאות נפש קהילתית		(4.76) 2
קרימינולוגית קלינית		(2.4) 1

2.6 הליך איסוף נתונים

קבוצות המיקוד והראיונות התקיימו מאוקטובר 2018 לאוגוסט 2021. כל קבוצת מיקוד ארכה 60-90 דקות ונערכה על ידי מנחה ורשם/ת הערות שגם הקליטו את המפגש וסיכמו אותו בקצרה עם המנחה. בראיונות האישיים סמוך לתקופת הקורונה, ניתנה למרואיינים האפשרות להתראיין באמצעות פלטפורמת הזום. חמישה מתוך ששת הראיונות שהתבצעו בתקופת הקורונה, נערכו והוקלטו בפלטפורמה זו והמרואיינים פינו לעצמם מרחב פרטי ונקי מרעשים לזמן הריאיון.

טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד ומספר משתתפים

אוכלוסיית מחקר שהשתתפה בקבוצת המיקוד	פירוט	תאריך	הערות	סה"כ משתתפים
אנשי צוות ועמיתים עם ידע מניסיון	4 עמיתים עם ידע מניסיון, 2 אנשי צוות, 2 אנשי צוות עם ידע מניסיון	7.10.2018	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל	8 משתתפים
אנשי צוות העובדים לצד עמיתים	6 אנשי צוות	8.10.2018	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל	6 משתתפים
עמיתים עם ידע מניסיון המעורבים ביישום התערבות אפסיידס	4 עמיתי אפסיידס	7.10.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל	4 משתתפים
גורמי מפתח בארגונים בהם מיושם פרויקט אפסיידס	6 אנשי צוות	22.12.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל	6 משתתפים
אנשי צוות בארגונים בהם מיושם פרויקט אפסיידס	5 אנשי צוות, מתוכם איש צוות אחד עם ידע מניסיון	22.12.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל	5 משתתפים
אנשי צוות ועמיתים עם ידע מניסיון	3 אנשי צוות, 4 עמיתים עם ידע מניסיון	16.01.2019	נערכו על ידי צוות מחקר אפסיידס בישראל	7 משתתפים
עמיתי אפסיידס	6 משתתפים	28.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל	6 משתתפים
עמיתי אפסיידס	4 משתתפים	28.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל	4 משתתפים
אנשי צוות אשר עבדו לצד עמיתי אפסיידס	6 משתתפים, ביניהם אשת מקצוע עם ידע מניסיון	19.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל	6 משתתפים
אנשי מפתח אשר היו מעורבים ביישום התערבות אפסיידס	4 משתתפים	19.7.2021	נערכו על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל	4 משתתפים
סה"כ				**56 משתתפים***

*שתיים מהמשתתפות בקבוצות המיקוד גם רואיינו לאחר יישום התערבות אפסיידס בהיותן מעורבות ביישום לכן נספרו 68 מרואיינים שונים במדגם.

טבלה 3 מערך הראיונות ומספר משתתפים

אוכלוסיית מחקר	מספר ראיונות	מספר משתתפים	הערות
אנשי מקצוע	6	7	4 נערכו ע״י צוות מחקר אפסיידס, (ריאיון אחד מתוכם זוגי) 2 נערכו ע״י כותבת העבודה, מתוכם אשת מקצוע אחת עם ידע מניסיון
עמיתים עם ידע מניסיון	1	1	נערך ע״י צוות מחקר אפסיידס
עמיתי אפסיידס	1	1	נערך ע״י כותבת העבודה
עמיתים אשר היו מעורבים ביישום אפסיידס	2	2	נערכו ע״י כותבת העבודה
אנשי מקצוע אשר היו מעורבים ביישום אפסיידס	2	3	נערכו ע״י כותבת העבודה, ריאיון אחד מתוכם זוגי
סה״כ	**12 ראיונות**	**14 מרואיינים***	

*שתיים מהמשתתפות בקבוצות המיקוד גם רואיינו לאחר יישום התערבות אפסיידס בהיותן מעורבות ביישום לכן נספרו 68 מרואיינים שונים במדגם.

2.7 אתיקה

בכל ריאיון/ קבוצת מיקוד ניתנה הקדמה שכללה את מטרת המפגש, התחייבות לסודיות והזכות לפרוש מן המחקר בכל רגע נתון ללא כל השלכה. כמו כן נחתמו טפסי הסכמה מדעת (המרואיינים בזום העבירו את טפסי ההסכמה מדעת טרם תחילת הריאיון) וניתן מקום למענה על שאלות המשתתפים. הקלטות הראיונות/ קבוצות מיקוד תומללו והפרטים המזהים שונו על מנת למנוע זיהוי. אישורי אתיקה למחקר ניתנו מאוניברסיטת Ulm שבגרמניה וכן מועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון.

2.8 ניתוח הנתונים

הראיונות וקבוצות המיקוד נותחו ניתוח שניוני למחקר זה, באמצעות ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis) (Brooks et al., 2015), תוך סיוע בתוכנת MAXQDA 2020. זהו ניתוח תמטי מובנה המבוסס על תמות מנחות מראש (אפריוריות). הניתוח מדגיש קידוד היררכי ומאפשר רמה גבוהה יחסית של מבנה לצד גמישות (Brooks et al., 2015). מסגרת ה CFIR

היוותה את תבנית הקידוד הראשונית ולכן הניתוח נעשה על בסיס חמשת תחומיה: תחום ההתערבות; ההקשר החיצוני; ההקשר הפנימי; בעלי עניין מעורבים ותהליך היישום עצמו.

ככלל, ניתוח הנתונים כלל קריאה וקריאה חוזרת של כל התמלילים לצורך היכרות, קידוד ויצירת קודים, קטגוריות ותמות. לאחר קריאה בשלושת תמלילי קבוצות המיקוד הראשונות וניתוחם לפי מושגי ה- CFIR, פותחה רשימה ראשונית של קודים המבוססת הן על 5 תחומי המסגרת והן על קודים ייחודיים שעלו מתוך הנתונים בתוך כל תחום. על בסיס רשימה זו, שאר התמלילים קודדו. ככל שהתקדם הניתוח, נושאים חדשים שלא התאימו לקודים מצויים הביאו ליצירת קודים חדשים, להמשגה מחדש של קודים קודמים, למיזוג קודים ו/או לביטול קודים, ובסופו של דבר ליצירת קודים, קטגוריות ותמות. נעשה שימוש בפתקי Memos לתעד מחשבות ורעיונות.

2.9 סטנדרטים להערכת איכות המחקר

על מנת להבטיח את איכות המחקר נעשה שימוש בארבעה הקריטריונים העיקריים להבטחת אמינות המחקר האיכותני (Trustworthiness) (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004):

אמינות הממצאים- (credibility)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים אכן משקפים את המציאות של הנחקרים כפי שהם תופסים וחווים אותה (Lincoln & Guba, 1985; Moustakas, 1994; Shenton, 2004). לשם כך החוקרת נעזרה במנחת המחקר- פרופ' גליה מורן ובקבוצת עמיתים. קבוצה זו הורכבה מסטודנטים מאוניברסיטת בן גוריון שמחקריהם עוסקים באותו נושא מחקר, והם כולם עובדים בשדה המחקר (ביניהם גם חוקרת עם ידע מניסיון). כמו כן, החוקרת נעזרה בעמיתות חוקרות UPSIDES מהאתר באולם שבגרמניה. במפגשים שערכה עמם החוקרת העלתה שאלות הקשורות להבנה מעמיקה וחידוד של המשגת הנתונים וניתוחם. כמו כן, שתי חוקרות (כותבת העבודה וחוקרת עמיתה מגרמניה) ניתחו באופן עצמאי שלושה מתמלילי קבוצות המיקוד ולאחר מכן השוו את ממצאיהן וקיימו דיון במקומות בהם עלו דילמות, פערים או התלבטויות לגבי הניתוח. יתרה מכך, נעשתה התבוננות ובדיקה מתמדת של הנחותיה של החוקרת ועמדותיה האישיות לאורך תהליך המחקר וניתוח הנתונים. מתוך ניסיון לאפשר ראייה רחבה ומקום לעמדות והנחות החדשות של משתתפי המחקר. בייחוד שמדובר בחוקרת שמגיעה מתוך שדה המחקר ועבדה כמנהלת שירותים מערך השיקום בבריאות הנפש למעלה מ20 שנה.

העברת הממצאים (Transferability)

קריטריון זה מתייחס ליכולת להעביר את ממצאי המחקר לאוכלוסייה או תופעה דומה (Shenton, 2004; Strauss & Corbin 1994). העברת הממצאים מתאפשרת על ידי הצגת סקירת ספרות נרחבת והצגת התמות המרכזיות והקטגוריות. כמו גם על ידי הצגת דרכי האיסוף באופן ברור ושיטתי ובתיאורים עשירים ומפורטים. הצגה בהירה ומפורטת מאפשרת לחוקרים ואנשי מקצוע אחרים לבחון ולבדוק את התאמת הממצאים, התמות המרכיבות אותם ושכיחותם בקרב אוכלוסיות או מערכות אחרות.

היכולת לאשר את הממצאים (Confirmability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים מבוססים על תוכן הנתונים כפי שעלו בראיונות ומייצגים את האמת הסובייקטיבית כפי שעלתה מפי משתתפי המחקר ואינם מושפעים מהטיות החוקרת, תפיסותיה והאינטרסים שלה (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). בכדי לאפשר את אישור הממצאים התבצעו מספר פעולות: החוקרת הראשית הקפידה לבדוק את תוכן התמות ותתי התמות אל מול ציטוטים מדויקים של בעלי העניין השונים, מתוך קבוצות המיקוד והראיונות. כמו כן, במהלך התהליך נשמרו ההקלטות של הראיונות, התמלולים, פתקי ההערות וכל שלבי הניתוחים בקבצים זמינים לחוקרת. זאת על מנת לשוב ולחזור אליהם במהלך שלבי הניתוח השונים. בהמשך לכך אכן התבצעו בדיקות חוזרות בכל שלבי הניתוח לגבי התאמת התיאורים המוצגים אל מול תוכני הראיונות וקבוצות המיקוד. בנוסף, כל תהליך המחקר התבצע בליווי והנחייה של מנחת המחקר- פרופ' גליה מורן, תוך בדיקה חוזרת של תוצאות הניתוח. לבסוף, ממצאי המחקר הוצגו על ידי כותבת העבודה במספר כנסים ופורומים בהם לקחו חלק בעלי עניין שונים בשדה המחקר לאורך תהליך הניתוח. הצגות אלו זימנו הזדמנויות חשובות לבחינה מתמדת את מידת ההלימה בין הניתוח לבין הנתונים. לצד דיוקם וביצוע שינויים והתאמות כנדרש.

היכולת לסמוך (Dependability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה קיימת היכולת לסמוך כי תהליך המחקר ותיעודו נעשו באופן עקבי ומהימן. לצורך כך, יש להציג בפני הקוראים כיצד המחקר נערך וכיצד התקבלו ההחלטות (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). במחקר הנוכחי מובא תיעוד מלא של כל שלבי המחקר, עם פירוט תהליך האיסוף והניתוח. כמו כן, מסמכי הניתוח כולל תרשימים ופתקי ההערות נשמרו לצד תמללי קבוצות המיקוד והראיונות, בתוכנת הניתוח והם ניתנים להצגה, על פי דרישה.

3. ממצאים

קבוצות המיקוד והראיונות העלו עושר רב ותכנים מפורטים לגבי האתגרים ביישום תמיכת עמיתים וגורמים מקדמי יישום מתוך הניסיון שנצבר בישראל.

3.1 האתגרים המרכזיים ביישום תמיכת עמיתים בישראל

זוהו אתגרים בחמשת תחומי ה CFIR השונים (קטגוריות), 7 תת קטגוריות ו- 12 תמות:

תחום CFIR 1: מאפייני התערבות

תחום זה מתמקד בתכונות מפתח של ההתערבות עצמה (תמיכת עמיתים) שיכולות לעכב או לקדם את תהליך היישום (Damschroder et al.,2009). זוהתה תת קטגוריה אחת ושלוש תמות:

3.1.1 אתגרים בליבת התפקיד:

"כפל הכובעים"- האתגרים הנובעים מכפל המיקומים והתפקידים שהעמית ממלא

אנשי מקצוע העלו כי במעבר העמית מלהיות צרכן שירותי בריאות נפש לנותן שירות, נדרשת התמקמות חדשה בתפקידים ובזהויות אחרות מכל הנוגעים בדבר. מהעמיתים, אנשי הצוות בארגון ומקבלי השירות. ההתמקמות הזו כרוכה בבלבול וקושי. הציטוט הזה מתאר את המעבר מלהיות מקבל שירות של העובד הסוציאלי, לעובד המודרך על ידו:

"שני דברים, אחד זה מה שאנחנו קוראים לו כפל הכובעים, גם של הבן אדם עצמו וגם של הקולגות שלו ושל המנהל שלו. שאדם יש לו כבר קריירה כמטופל והוא עומד מול מטפל [...] וזה יכול להיות מאוד מבלבל לשני הצדדים.[...] זו חוויה מאוד מוכרת, אני יושב מול עובד סוציאלי. כל החיים שלי ישבתי מול עובדים סוציאליים, אבל פה זה מפגש אחר, זו הדרכה, זה לא ... גם לצד השני זה יכול לפעמים לבלבל... כי הסיטואציה כל כך מוכרת לשניהם" (איש מקצוע, רכז מדריכי שיקום (1)).

עוד עלה מנקודת המבט של אנשי המקצוע שהמחיר של ההתמקמות בזהות הכפולה של צרכן ונותן שירות הוא לעיתים להישאר מאוד מחובר לזהות של מתמודד/ת:

[....] "כל הכותרת הזו אני שואל את עצמי עד כמה היא משרתת את האדם שעכשיו מוגדר כצרכן נותן שירות. כלומר יש בזה בטוח אלמנט מעצים אבל אולי זה גם משאיר אותך במקום הזה ובכובע הזה של מתמודד ואם אני פה אז אני גם על תקן המתמודד " [...] (איש מקצוע, עובד בבית מאזן (3)).

מצד שני, חלק ***מהעמיתים*** העלו כי הם חווים לעיתים את ההתמקמות בתפקיד נותן השירות כמצמצמת את האפשרות שלהם להיות גם צרכנים של שירותי בריאות נפש. הם מתביישים מאוד נוכח האפשרות שיפגשו מקבלי שירות בזמן שהם זקוקים לטיפול בעצמם.

כפי שניתן לראות למשל בציטוט של עמיתת אפסיידס (2), שעל מנת להימנע ממפגש כזה בחרה להתאשפז בעיר אחרת: *"תקשיבי עד הסוף. הוא (בעלי, ע.א.ב.) היה מאושפז ב'כפר שאול' ואני הייתי מאושפזת ב'גהה' רק בגלל כי גם מכירים אותי מהעבר. רק בגלל שלא הייתי רוצה שהדיירים שלי יראו אותי במצבים שהייתי. הלכתי עד פתח*

תקוה כשכל המטפלים שלי בירושלים. הפסיכיאטרית שלי בירושלים, ההורים שלי בתל אביב. החברים שלי בירושלים. אמרתי: "לא. אני לא רוצה שידעו על זה".

בנוסף להתמקמות בזהות חדשה, עלה בצורה נרחבת, הן מאנשי מקצוע, הן מאשת מקצוע בעלת ידע מניסיון והן מעמיתים מומחים כי העמית נדרש להחזיק בה בו זמנית חוויה וקול מאוד אישי, לצד קול מערכתי- ארגוני ולנסות לקרב ולגשר בין העמדות והקולות הללו. להוות גשר בין מקבלי השירות לארגון. דבר שמציב בפניו אתגר מורכב. כפי שעולה למשל מציטוט זה של***אשת מקצוע*** ותיקה המשמשת כמנהלת מקצועית בארגון שיקום (2):

[....] "עמית נותן שירות, צריך לעשות שימוש בידע מניסיון שלו, שזה אומר שהוא צריך ללמוד לעשות את זה מול הלקוחות שלו, מול המקבלי שירות של הארגון, מול הצוות של הארגון. הוא צריך להיות סוג של מגשר, גשר לא מגשר. או מתווך בין מקבלי השירות לצוות והפוך, כלומר להיות הקול שלהם מול אלה. וזה מסובך מאוד מאוד, כאילו להחזיק את שני הכובעים סוג של לג'נגל כזה. [...] המורכבות שלו כי הוא בין לבין, הוא גם נותן שירות לצוות וגם למקבלי השירות. כאילו מול האחר, את מבינה. לייצג את מקבל השירות מול הצוות, ולייצג את הצוות מול מקבל השירות [....]"

קושי להתמודד עם העומסים הרגשיים בתפקיד

אנשי מקצוע (בתוכם גם איש מקצוע בעל ידע מניסיון) ועמיתים התייחסו למפגש היומיומי של העמיתים, שמתמודדים עם קשיים נפשיים בעצמם, עם סיפורים של מתמודדים אחרים. סיפורים אלה עלולים להעמיס עליהם רגשית, להציף אותם ולעיתים אולי אפילו להרע את מצבם. לצד הקושי הרגשי, עשויים להיות במפגש הזה גם חלקים מעצימים, שגורמים לעמיתים להוקיר תודה או דוחפים לצמיחה אישית:

"[...] הדיירת שלי שהיא מדריכה בשירות אחר. היא אומרת: "מצד אחד נורא קשה לי. אני שומעת סיפורים של אחרים וזה עושה לי רע וזה משפיע לי על המצב הנפשי שלי לכן אני לפעמים אפילו מעדיפה לעזוב דייר העיקר לא להיפגש עם מראה שתעשה לי את זה". מצד שני, היא אומרת לעצמה ש: "רק שניה, אבל אם אני עוזרת לה, זאת אומרת שגם אני צריכה את הבית שלי יותר לסדר עכשיו [...]". אז זה הולך לשני הכיוונים. או שהם פתאום מוקירים תודה יותר על דברים שיש להם [....] מצד שני זה יכול להוריד את המצב הנפשי אם אתה נחשף למשהו שלא טוב לך. זה יכול להיות גם וגם" (אשת מקצוע, מתאמת טיפול בדיור (5)).

אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון

אחד האתגרים שהיה נוכח מאוד בשיח *מצד כל בעלי העניין* וחזר בכל אחת מקבוצות המיקוד שהתקיימו היה אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון, ולכן גם יוחד לו פרק נפרד (ראו פרק שני).

<u>תחום CFIR 2: הקשר חיצוני</u>

תחום זה מתמקד בהקשר הסובב את הארגון וכולל גורמים כגון מדיניות חיצונית, לחץ חברתי, קשרים עם ארגונים אחרים והשפעות פוליטיות (Damschroder et (al.,2009. נמצאה בו תת קטגוריה אחת:

3.1.2 מדיניות המקדמת תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם

מדיניות המקדמת תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם עלתה באופן נרחב, כאתגר וכגורם אשר עשוי לקדם יישום בקרב *אנשי מקצוע*. הן ברמת קובעי מדיניות ובתפקידים בכירים והן בתפקידי ניהול קרובים יותר לשטח. הם העלו, כי חסרה מדיניות שתקדם העסקה רחבה של עמיתים, תתקצב תקנים ותקצה משאבים. בעיקר בהתייחס לפיתוח ויישום של תפקידים ייעודיים לעמיתים, כפי שניתן לראות בציטוט הזה:

"צריך להיות שינוי במדיניות. יש מדיניות כזו שצריך שיהיו עמיתים מומחים בכל מקום. שזה חשוב, שיש לזה ערך מוסף [...] צריך גם תקציבים מיוחדים בנושא הזה. צריך שינוי ברמת המדיניות. מעורבות של מקבלי החלטות לנושא הזה. זה מאד יעודד את הארגונים לעשות את זה וזה יאפשר, ואם יש לזה תקציב שהוא מיועד, אז אנשים יעזור להם באמת לקבל ולהקצות את המשאבים הדרושים כדי להעסיק אנשים" (אשת מקצוע, מתאמת טיפול (6))

עוד עלה שבהעדר מדיניות ותקצוב, רק חלק מהארגונים יכולים להרשות לעצמם להעסיק עמיתים מומחים: *"[קיים, ע.א.ב.] חוסר בהקצאת משאבים מתאימים- תקציב, הדרכה, הכשרה, תקן במערכות לתפקידים הללו. חלק מהארגונים לא יכולים להרשות לעצמם להעסיק אדם בעל ידע מניסיון בתפקיד עמית מומחה כי אין לתפקיד זה בשלב הנוכחי תקן מוסדר"*. (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים (7)).

<u>תחום CFIR 3: הקשר פנימי</u>

תחום זה כולל מבנים, תקשורת, נורמות, ערכים והנחות יסוד של ארגון נתון (תרבות ארגונית) או תמיכה של הארגון בהתערבות כולל תקציב, משאבים, נהלים (Damschroder et al.,2009). מרבית האתגרים שעלו במחקר התייחסו לתחום זה וניתן לחלקם ל3 תת קטגוריות ו5 תמות:

3.1.3 בארגון לא תמיד מסוגלים להקשיב לביקורת, לקול ייחודי

עמיתים ואשת מקצוע עם ידע מניסיון התייחסו לקושי של הארגונים להכיל ביקורת והסתכלות מנקודת מבט חדשה שהעמיתים עשויים להביא לארגון. כמי שהיו בעצמם מקבלי שירות:

[...] "בדיוק שאני הייתי בו [...] זה לא ממש עובד, כי אין את היכולת להכיל את הבן אדם כשהוא מביא משהו אחר ושונה ופרספקטיבה ורעיונות וכו. המערכת עדיין יותר מדי מקובעת מבחינתי" (עמיתה בתפקיד מסורתי בארגון שיקום (7)).

אשת מקצוע עם ידע מניסיון בעמדת קובעת מדיניות (1) מסבירה את תחושת האיום בארגון כאשר היא משווה את תפקיד העמית לתפקיד של מנהל אבטחת איכות או מבקר פנים:

"השאלה גם איך תופסים את התפקיד הזה. כלומר יש כאלה שיכולים להגיד שזה יכול לאיים עליהם. אני חושבת שיש גם כאלה שיכולים להגיד זה מאיים עליי, מה זה הביקורת הזו, שיש מנהל אבטחת איכות בכל מני אה.. אהמ גורמים ארגוניים גדולים, או מבקר פנים לארגונים גדולים, זה יכול מאוד מאוד לאיים".

3.1.4 אתגרים הקשורים לדרישה להשקעה רבה יותר מצד הארגון:

יישום תמיכת עמיתים דורש השקעת משאבים מרובים יותר

אנשי מקצוע רבים וגם עמיתה מומחית אחת שלוקחת חלק בהנהלת ארגון, התייחסו לצורך להשקיע משאבים רבים מצד הארגון, על מנת שהעסקת עמיתים תתרום לארגון ולמקבלי השירות. בין המשאבים צוינו הדרכה לעמיתים, לצוות ולמנהלים. לצד זמינות, תשומת לב והקשבה מצד המנהלים הישרים. כפי שעולה למשל מהציטוט הזה:

"כמעסיק אני מוציאה על זה הרבה יותר [...] כן. אני צריכה להשקיע בהדרכות יותר, אני צריכה להיות עם יותר אוזן קשבת לפעמים יותר יד על הדופק ואולי לפתח איזה שהוא קשר שהוא קצת יותר קרוב עם העובדים. אבל זה שווה את זה. לקח לי מלא זמן, המון הכלה, באמת ללכת לכל יום עיון שרק יכולתי ולעשות את זה עד היום, אבל יש לי באמת צוות מדהים" (אשת מקצוע, רכזת פעילות חברה ופנאי (8)).

יישום תמיכת עמיתים דורש התמודדות עם משברים

משתתפים רבים, ביניהם בעיקר אנשי מקצוע (כולל אנשי מקצוע עם ידע מניסיון) וכן שתי עמיתות מומחיות, העלו כי העסקה של עמיתים כרוכה בהתמודדות עם תקופות של נסיגה במצבם הנפשי. נסיגה זו מסתיימת לעיתים באשפוז ומעוררת בארגון תחושות חוסר אונים ואי וודאות. כמו שניתן לראות למשל בציטוט הזה:

"לפעמים העבודה יותר מורכבת עם צרכנים נותני שירות. היו לי גם תקופות שחונכים התאשפזו וכמעסיק זה משאיר אותי קצת מול שוקת שבורה כי אני גם לא יודע כמה זמן, אם כן להחליף חונכת או לא להחליף חונכת. אז אני בדרך כלל משתדל לתת איזו הזדמנות כי לפעמים אשפוז קצר ואפשר לחזור חזרה לעבודה" (איש מקצוע העובד כרכז שירותי חונכות (10).

העדר התמקצעות, ידע וכלים בידי אנשי המקצוע והארגונים בנוגע להעסקה מיטבית של עמיתים

אנשי מקצוע עם ובלי ידע מניסיון, עמיתים מומחים וצרכנים נותני שירות שיתפו באופן נרחב כי מתוך ניסיונם, אין בקרב הארגונים מספיק ידע, יכולת וכלים מקצועיים על מנת להתמודד בצורה מיטבית עם העסקה של עמיתים. זאת החל משלב מיון העובדים וכלה בהעסקה השוטפת ובהתמודדויות עם האתגרים העולים.

כפי שניתן לראות בציטוטים אלו:

"[...]"היום, בוא נשים את הדברים על השולחן. המצב כל כך בעייתי שיש חברות שלא יכולות באמת להגיד "טוב אני לא מגייס את כולם" [....] אני אגיד שהפועל היוצא הרע של זה, זה שפשוט בדיוק כמו שנאמר: "אוי אני שומע שיש צנ"ש, אוי לא, רק לא מדריך. יש לי עוד דייר" [...] וזה [...] אם היה סינון מקדים מסוים זה באמת היה הופך את התפקיד הזה למשהו הרבה יותר נחשק והרבה יותר גבוה. כי זאת הבעיה" (איש מקצוע, רכז מדריכים (10))

"אני חייבת להגיד מהניסיון שלי בדיור, שיש את המכסה שצריך למלא של העסקה של עובדים עם ידע מניסיון, וזה סבבה ונחמד ומגייסים אותם אבל [...] כשיש התמודדויות שעולות על פני השטח, אין לאף אחד את הידע ואת היכולות באמת להתמודד עם הסיטואציות שמוצפות [...] אין את הבאמת יכולת להמשיך את ההעסקה בצורה נכונה ומקצועית ממש [...] אם זה מתמודד שיש לו כוחות ומקבל הדרכה מצנ"שים או ממקום אחר אז הוא לומד לנהל את המשבר בצורה

טובה יותר. אם לא, זה בדרך כלל, מאבדים אנשים טובים באמצע הדרך. המשבר מועצם [...] לא מנוהל נכון, ואז מגיעים למצב של פגיעה ושל אי יכולת לחזור בחזרה לתוך המסגרת, וכל מיני תופעות אחרות שפשוט אם היה את הידע ואת היכולת ואת המוכנות ואיזשהי הכוונה, אולי זה היה נראה אחרת". (עובדת שיקום עם ידע מניסיון בתפקיד מסורתי (7))

3.1.5 אתגרים הקשורים בתנאי התפקיד:

קושי לשמש בתפקיד עמית בודד בארגון

עמיתים ואנשי מקצוע העלו את הקושי לשמש בתפקיד עמית יחיד בארגון בשל מורכבות התפקיד, כפי שעלתה עד כה. מורכבות שככל הנראה מועצמת כשאין מישהו בעמדה שווה לחלוק עמו את הקשיים ולעמוד ביחד אתו לפעמים, אל מול הארגון: *[...] "וגם כמה זה קשה להיות לבד בתפקיד הזה, (לכן, ע.א.ב.) לא פשוט למצוא עמיתים"* (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים (7)

תנאים ושכר לא מספקים

נציגי כל בעלי העניין (עמיתים, אנשי מקצוע עם וללא ניסיון וקובע מדיניות) התייחסו באופן נרחב לשכר ולתנאים הניתנים לעמיתים. הם ציינו כי אלו אינם מספקים ואינם הולמים את משמעות העבודה שלהם. בנוסף, לא קיים עבורם אופק מקצועי מספק להתקדמות מבחינה מקצועית וכלכלית, כפי שניתן לראות למשל בציטוט זה:

"מתמודדים שעובדים בשיקום באשר הם, שאינם אנשי מקצוע, מועסקים בתנאי העסקה מאוד מאוד מינימליים והכי מינימליים שיכולים להיות, ויש להם גם תקרת זכוכית בעניין הזה. אין להם אפשרות לשפר את תנאי ההעסקה שלהם, לא רק השכר, באופן כללי, כל תנאי ההעסקה שלהם, וזה חסם. לא שאם הם היו עובדים או עובדות סוציאליים מצבם היה יותר טוב, אבל לפחות היה להם מקצוע ואיגוד ודברים היו אמורים לקרות באיזשהו אופן. היה לפחות למה לחכות. למרות שמחכים וזה לא כל כך קורה. אז זהו. זה חסם. זה גם לא נתפס כבעיה שנדרשת לפתרון. זה נתפס שזה ככה זה וככה זה כנראה ימשיך להיות. אין פה תפיסה שיש פה בעיה [...] איזשהו, ברקע, בשורש של זה יושב, ש[...] מתמודדים שבאים לעבוד בשיקום, באים מתוך מניע אישי, חיבור אישי לתחום ותחושת שליחות. הבעיה היחידה עם תחושת שליחות שאי אפשר לקנות איתה בסופר" (איש מקצוע עם ידע מניסיון אשר עובד בתפקיד מסורתי (12)).

<u>תחום CFIR 4: בעלי עניין מעורבים</u>

תחום זה מתייחס לקבוצות בעלי עניין, המאפיינים והעמדות שלהן כלפי ההתערבות שעשויים לעכב או לקדם יישום (Damschroder et al., 2009). בתחום זה נמצאה תת קטגוריה אחת ושתי תמות:

3.1.6 אתגרים הקשורים בעמדות בעלי העניין:

חשש ואיום של אנשי מקצוע מכניסת עמיתים לארגון

נציגי כל בעלי העניין התייחסו באופן נרחב לחשש של אנשי המקצוע עם כניסת עמיתים לארגונים: *"לי עכשיו הייתה מחלקה חדשה [..] שאני הייתי צריכה לעשות איתם תהליך הכנה לקראת כניסה חדשה. עכשיו חלק די גדול בצוות כבר הכיר את הקונספט*

[עמיתים מומחים פועלים בארגון שלוש שנים, ע.א.ב.] [...] וההיסטריה! שהייתה לפני הכניסה שלהם ובחודש הראשון הייתה ואיומה ונוראה, כאילו הנחיתו להם עכשיו חייזרים משוגעים בתוך הזה, ומה הם הולכים לעשות עם זה. כאילו אחרי שזה כבר קיים!! [...]" (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים(13)) "

החשש יוחס לטשטוש וערעור על הגבולות בין אנשי המקצוע למתמודדים שנוכחותם של עמיתים יוצרת. כמו גם לאיום ולחשש שהכרה בידע רלוונטי נוסף לעבודתם מלבד הידע האקדמי, מסכן את מעמדם. כפי שניתן לראות למשל בציטוט הזה:

[...]"הרבה פעמים יש התנגדות הרי אנשים אומרים "לכולנו יש ידע מניסיון" זה בא בדרך כלל גם עם "כולנו מתמודדים" אז בוא נשים את זה. לכולם יש ידע מניסיון, בכל מני דברים אבל אנחנו מדברים על ידע מניסיון ספציפי בהתמודדות ותהליכי החלמה [...] אני חושבת שהרבה מהידע מניסיון והשותפות גורל גם זה קשור בכלל לאשפוזים פסיכיאטריים, לדרך שבה מתייחסים אלייך בכל מני מקומות, זה הדרה חברתית, זה להיות זקוק לשירותים [...] זה כל מני דברים כאלה שאין הבנה והרבה פעמים שאתה בא לצוות ואתה מדבר אתו על המקום הזה, הוא מנסה הרבה פעמים ליתר את זה, להגיד: " רגע, אבל אני למדתי באוניברסיטה אז מה הבן אדם הזה יכול לתת ליז" ופה הבעיה [...]" (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית (9)).

סטיגמה מצד אנשי מקצוע ומקבלי שירות

אתגר נוסף שעלה באופן משמעותי ***מכל בעלי העניין***, מתייחס לסטיגמה כלפי מתמודדים עם מגבלה נפשית. הסטיגמה הן מצד אנשי מקצוע והן מצד מקבלי השירות. סטיגמה זו משפיעה על ההתייחסות לעמיתים ולרלוונטיות של הידע והתפיסות שהם מביאים עמם (ראו גם בפרק השני של עבודה זו).

כך למשל, עמיתה מומחית שעובדת בבית חולים (10) מספרת על ההתייחסות המתייגת של צוות ההוסטל כלפיה, כאשר שיתפה שהיא מתמודדת: *"כשעבדתי בהוסטל כצנ"שית חשופה התייחסו אלי כמסכנה".*

לגבי הסטיגמה מצד מקבלי השירות, ***עמיתים*** ציינו שהיא נובעת לדעתם מתוך סטיגמה עצמית וגורמת לכך שחלק ממקבלי השירות אינם מעוניינים לקבל ליווי של עמיתים. מכיוון שהם תופסים ליווי כזה כפחות טוב או פחות מקצועי מזה של עובדי שיקום שאינם בעלי ידע מניסיון. עובדה המביאה לכך שעמיתים בתפקידים מסורתיים פעמים רבות בוחרים להסתיר את זהותם. הציטוט הבא מתאר דווקא עמיתה אשר בחרה להיחשף ומשלמת על כך לעיתים מחיר אישי:

[...]"אני מעדיפה ישר לפתוח ומראה את הקלפים על השולחן ולומר: 'אני בעצמי מתמודדת'. ולא תמיד זה גם הולך [...] רוב הדיירות והדיירים שהיו לי כן קיבלו את זה, וקיבלו את זה יפה, יפה מאד. אבל יש כאלה שגם לא. לא היו הרבה כאלה, אבל יש כאלה שגם לא. ששמעו שאני בעצמי מתמודדת, אז הם לא רצו שאני אלווה אותם. אז זה קצת פוגע, אבל בסדר " (עמיתת אפסיידס שעובדת גם כמדריכת שיקום (11)).

תחום CFIR 5: יישום

המרכיב האחרון במסגרת CFIR הוא תהליך היישום עצמו, המתחלק לשלב התכנון, שלב ההתחברות לתהליך ושלב ההוצאה לפועל. הוא כולל בין היתר זיהוי צרכי בעלי עניין, מתן הדרכה, הכשרה וגיוס מובילי דעה (Damschroder et al., 2009). זוהו בתחום זה תת קטגוריה אחת, שתי תמות ושתי תתי תמות.

3.1.7 אתגרים הקשורים לשלב היישום בשטח:

שלב התכנון: התפקיד החדש והלא מוגדר של עמיתים מומחים מייצר קושי מול הצוות ומקבלי השירות ומקשה על הטמעתו

הן אנשי מקצוע והן עמיתים מומחים בתפקידים בכירים העלו בצורה נרחבת

כאתגר גם את העדר ההגדרה הברורה של תפקיד העמית מומחה. הן בשל בהיותו תפקיד חדש ומתהווה והן בשל גמישותו ויכולתו להתאים להקשר ולארגון הספציפי בו הוא פועל. העדר הגדרה ברורה דורש גם מהצוות וגם מהעמית להתמודד עם עמימות ולהשקיע רבות בבניית התפקיד:

"אחד המאפיינים של התפקידים האלה, שהם חדשים ולא ברורים, אין להם הגדרה. הם צריכים לבנות את התפקיד. הם צריכים להגדיר אותו, כל ארגון עושה את זה לעצמו [..] זה לא כמו מדריך שיקום בדיור מוגן אז כל המסגרות יודעים מה זה. לא. פה זה כל מסגרת בונה את מה שמתאים לה. וזה תקופה ארוכה ארוכה בהתחלה של שנה, שנה וחצי של עמימות. ואז נכנס אדם שהוא מהצוות, אבל לא בדיוק מהצוות, והוא לא יודע מה התפקיד שלו ולא יודעים מה. כלומר צריך לבנות אפילו את השעות שלו [...]"
(אשת מקצוע, מנהלת מקצועית (2))

כמו כן, המפגש עם תפקיד חדש ולא מוגדר מקשה על מקבלי השירות להבין כיצד יוכל להיעזר בו:

" [...] אני יכולה לומר שכאשר אני הייתי מאושפזת בדיוק נכנסו העמיתים לבתי חולים, זה היה לי פשוט שוק, מי הם ומה הם עושים פה [...]. אף אחד לא עשה את החיבור הזה [...] זה ממש לא ברור [..] הן באות לתת שירות והאדם המקבל שירות לפעמים מתקשה להפנים מה זה התפקיד הזה בכלל" (עמיתה מומחית ,מנהלת מקצועית (12)).

שלב ההתחברות לתהליך: יישום ידע מניסיון דורש יותר תמיכה והדרכה לעמיתים, שיתייחסו לאתגרים הייחודיים בתפקיד העמית, אשר חסרות בשטח

***אנשי מקצוע ועמיתים* רבים ציינו פעמים רבות** את חסרונה של הדרכה ותמיכה מספקת לעמיתים. הדרכה שתינתן על ידי עמית מומחה ותיק או איש מקצוע שמכיר את הנושא לעומק. הדרכה שתסייע לעמיתים להתמודד עם התפקיד המורכב והאתגרים הייחודיים שמאפיינים אותו (כפי שפורטו קודם לכן):

"הדייר הזה שלי שהוא בעצמו עבד בתחום [...] והוא קיבל משפחה מאוד מאוד קשה וזה השפיע עליו מאוד מאוד לרעה [...] והרגשתי שהוא לא מספיק... שלא מספיק תומכים בו. תוך כדי זה שהוא עובד ושבסופו של דבר הוא בעצמו עכשיו צריך עזרה ולא לתת את העזרה, כן? הרגשתי שלא רואים את זה ושבאיזשהו מקום הוא נדחף, הוא מאוד

רצה בכל זאת לעבוד [...] וכאן לא בטוח ש (יש, ע.א.ב.) מספיק תמיכה לאנשים שעובדים ושמספיק רואים אותם בתוך ההקשר הזה. טוב, כמובן שאין משאבים למערכת. תמיד אין מי שייתן את זה" (עמית אפסיידס (1)).

3.2 גורמים מקדמי יישום של תמיכת עמיתים בישראל

זוהו גורמים **מקדמי יישום** תמיכת עמיתים בארבעה מתוך חמשת תחומי ה CFIR (קטגוריות): ההקשר החיצוני, ההקשר הפנימי, בעלי עניין מעורבים והיישום; 12 תת קטגוריות, 7 תמות ו3 תת תמות.

<u>תחום CFIR 2: הקשר חיצוני</u>

זוהתה תת קטגוריה אחת:

3.2.1 מדיניות, תקציבים, תקנים

אנשי המקצוע וקובעי מדיניות התייחסו פעמים רבות לחשיבותה של מדיניות ממשלתית בקידום יישום של תמיכת עמיתים. מדיניות הבאה לידי ביטוי גם במכרזים המתורגמים לתקציב ותקנים:

[היום במכרזים של השיקום במשרד הבריאות יש דרישה להעסקת, ע.א.ב.]" לדעתי עשרה אחוז ומעל זה כאילו זה ניקוד יחסי, ברור שיש מעל עשרה אחוז, ברוב המקומות. אבל זה לא היה ברור קודם. היום הנושא שצוותים בשטח וספקים ויזמים ואנשי מקצוע ומנהלים מקצועיים מבינים, שלהעסיק אנשים בעלי ידע מניסיון זה לא נטל, זה לא כי זה " נייס טו האב", אלא זה משהו מקצועי, חשוב, משמעותי, חלק מהחיים. זה תהליך, זה תהליך של הובלה של מדיניות, חד משמעית" (אשת מקצוע, קובעת מדיניות (2)).

<u>תחום CFIR 3: הקשר פנימי</u>

נמצאו שש תת קטגוריות בתחום זה:

3.2.2 הכנסת עמיתים בעמדות מפתח בארגון

אחד הגורמים העשויים לקדם את יכולת ההשפעה של העמיתים על הארגון, עשוי להיות להכניס עמיתים לעמדות מפתח. גורם זה הועלה על ידי עמיתות מומחיות שכבר משולבות בתפקידי מפתח בארגונים בהם הן עובדות. כפי שמציעה עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית (9):

"אם רוצים להסתכל על זה ברמה יותר של איך זה אמור להיראות בארגונים אז כן לתת עמדות מפתח. זה לא מספיק רק להגיד יש לנו עמיתים אצלנו אבל הם בתפקיד נורא מסוים. כן. גם עמיתים בתפקידים קצת יותר, יותר משמעותיים, יותר משפיעים.(כש..(ע.א.ב.) הקול של ידע מניסיון נמצא [...] בתוך מטה, בתוך הנהלה מצומצמת, יש לזה משמעות. אני יכולה להגיד למשל אצלנו כשאני נכנסתי אז בהתחלה לא הייתי במטה. נכנסתי למטה זו השפעה מסג אחר. היום אני בהנהלה מצומצמת, זו השפעה מסוג אחר, אין מה לעשות. יש לזה השפעה. זה שיש קול של ידע מניסיון [...] יש לזה משמעות בקבלת החלטות, באיך הארגון בכלל"[...].

3.2.3 הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון

אנשי המקצוע ציינו את הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון במטרה להקל על הבדידות והקושי לשמש בתפקיד עמית יחיד בארגון. גם באמצעות פיצול משרה מלאה שיועדה לתפקיד זה, לשתי משרות: *"להציע אולי שגם אם יש תקן אחד אז שיתחלק לשני תפקידים. כדי לא לעבוד לבד כעמית מומחה"* (איש מקצוע, מנהל דיור מוגן (18)).

3.2.4 גמישות הארגון ומתן התאמות לעמיתים לצד אחריות אישית של העמיתים לתווך את ההתאמות להן הם זקוקים

גמישות ומתן התאמות עלה כאחד הגורמים המקדמים שהיה בו עיסוק משמעותי ***בקרב כל בעלי העניין***. הועלו התאמות שונות כרלוונטיות. כגון: הצמדת עובד מנוסה בכניסה לעבודה (מנטורינג), כניסה איטית יותר לתפקיד והדרכות רבות יותר (למשל הדרכה מטעם הארגון ובנוסף הדרכה חיצונית של תעסוקה נתמכת). כמו גם היקף עבודה מצומצם יותר ומשמרות המותאמות לשעות הערנות. בנוסף הוצעו הפסקות וחופשת מחלה לפי הצורך והחלפת מקבל/ת שירות כאשר הקשר קשה מדי רגשית עבור העמיתים. כמו כן הכלה וזמינות רבה יותר מצד המנהלים הישירים. כפי שניתן לראות למשל בציטוט הזה: *"[...] הגמישות היא לא בגלל שאתה צרכן נותן שירות אלא אדם וכל עובד כאן יש את הצורך שלו ומאוד רואים את הצרכים המיוחדים של כל אחד [...] נניח מתחילים עם דיירת מסוימת וזה לא עובד וזה קשה מידי רגשית נניח, ורוצים להחליף. רוב ההערכה שלי היא שאצלנו היו נותנים לעשות את זה יותר בקלות. אם משהו מרגיש לצרכן נותן שירות לא מתאים לכוחות וליכולות שלו, יותר יבואו לקראת [...]"* (אשת מקצוע, מתאמת טיפול בדיור (7)).

לצד ההתאמות שהוצעו, עלה הצורך לדרוש מהעמיתים לבצע את המשימות בהגדרת התפקיד שלהם ככל העובדים:

"אני חושב שבהתחלה צריך להיות הגדרת ציפיות הדדית. זאת אומרת גם העובד צריך להבין שהוא בא לפה כעובד. אוקיי? [...] הוא עובד וצריך להיות הציפיות כעובד כמו מכל עובד וכמובן העובד זכאי כאילו לאיזשהי מערכת של התאמה מסוימת, אוקי לא יודע מה - יכול להיות שקשה לקבוע בבוקר עם הכדורים, זאת בעיה מוכרת, אז אני אתחיל ב 00:10 ולא ב30:7 אוקיי? אז אני אעשה משמרות צוהריים יותר מאשר משמרות בוקר. וזה סתם דוגמא טריוויאלית [...]" (איש מקצוע עם ידע מניסיון (17)).

כמו כן, עלתה בהקשר זה האחריות ההדדית הן של המעסיק והן של העובד בשיח על התאמות. אף הודגשה אחריות העמיתים להבין לאיזה התאמות הם זקוקים ולתווך זאת למנהליהם הישרים:

"[...] זה גם תלוי באדם עם הידע מניסיון בעצמו. שאם הוא מוכן להיות פתוח שם ולבוא ולהגיד מה אני צריך וגם לקחת אחריות. אני חייבת להגיד שזה גם אחריות, איך שאני תופסת את זה, זה אחריות של האדם. איך הוא בא, איך הוא מתכונן לזה, מה המערכת תמיכה. הוא גם יכול לבוא ולהגיד זה מה שאני צריך. גם להיות מספיק כנה כדי להגיד אני יכול לקחת את התפקיד הזה או אני לא יכול [...] אני חושבת שזה באמת אחריות הדדית וברגע שגם המתמודדים יבינו את זה וגם המעסיקים יבינו את זה [...]" (עמיתה מומחית בשירות בקהילה (8)).

3.2.5 מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מניסיון

אנשי מקצוע ועמיתים העלו רבות את חשיבות מודעות הארגון לערך המוסף וליתרונות של ידע מניסיון ליישום תמיכת עמיתים במיטבה. עוד הודגש ההבדל בין יישום

מתוך מוטיבציה חיצונית, מאחר ומשרד הבריאות מחייב, לבין יישום שמחובר למשמעות ולתרומה של עובדים עם ידע מניסיון לארגון:

[...] "אני חושבת שבאמת אם מביאים מישהו בגלל שבאמת מכירים בערך של זה, או מביאים מישהו כי צריך או כי זה עלה תאנה נורא יפה ונחמד. אז אני חושבת שפה ההבדל המאוד משמעותי, לגבי היכולת להכיל אדם. אם באמת מבינים שיש לו גם ערך" (עמיתה מומחית בשירות בקהילה (8)).

3.2.6 מחויבות המנהל/ת

בעלי העניין השונים: גם מנהלים וגם עמיתים העלו פעמים רבות את מחויבות המנהלים כמפתח ליישום מיטבי. לטענתם, מנהלים מחויבים, שמבינים את המשמעות והתרומה הפוטנציאלית של ידע מניסיון לארגון, יכולים להנגיש זאת לעובדים ולהוביל את כל הארגון אחריהם. כפי שעולה למשל בציטוט הזה:

"ניהול וצוות, נראה לי שזה כאילו די זה. הניהול חייב להיות כאילו, זה חייב להיות רוח המפקד. המנהל חייב להיות אינטו איט ולהבין את המשמעויות של זה והרציונל שעומד מאחורי זה. זה ממש ממש חשוב, אם מנהל לא מוביל את זה, זה יהיה ממש קשה" (עמיתת אפסיידס (12)).

3.2.7 נכונות להתמודדות עם משברים, ללמידה ארגונית וצמיחה מתוך משברים

בעלי העניין השונים ציינו באופן נרחב שבהעסקת עמיתים יש צורך להבין שיהיו במהלך הדרך נסיגות ומשברים וכי נדרשים נכונות ואורך רוח להתמודד עמם. כמו כן נדרשת תרבות ארגונית שרואה במשברים הזדמנות ללמידה ומאופיינת במוכנות ללמוד, לבדוק ולתהות. כמו כן להסכים מראש להיות במקום שאין בו תמיד תשובות נכונות ומתבקשת בו השקעה מרובה. כפי שמסבירה למשל עמיתה מומחית בבית חולים (10):

"אנחנו כבר יודעים שבקשר טיפולי כמות הקרעים והאיחוי שלהם יכולה לשפר את הקשר [...] יהיו הרבה קרעים והם הרבה פעמים יתאחו ובעצם הקשר נהיה יותר חזק. אז אני חושבת [...] שאנחנו מבינים אותה בהקשר טיפולי אבל אנחנו לא מצליחים להבין אותה בהקשרים של להעסיק מתמודדים. אז זה אומר שיהיו קרעים בדרך. יהיו קרעים, יהיו משברים. יהיו דברים שהם לא נורמליים, לא הגיוניים, הם חורגים מהדרך ואם, כמה שאפשר להצליח לצלוח את אותם קרעים. בעיני, הקשר של אותו עובד עם הארגון ושל הארגון עם העובד [...] יהיה חזק יותר. כי אם מתמודד [...] מישהו הצליח להיות שם בשבילו והצליחו לארגן את זה בצורה טובה. הוא יהיה עובד פי כמה וכמה וכמה יותר טוב מכל עובד אחר".

<u>תחום CFIR 4: בעלי עניין מעורבים</u>

נמצאה תת קטגוריה אחת בתחום זה:

3.2.8 אנשי מקצוע צריכים להגיע עם צניעות, בטחון ופתיחות לשונה מהם.

קובעת מדיניות ועמיתים ציינו שיישום של תמיכת עמיתים מתאפשר כאשר אנשי המקצוע מגיעים מתוך מקום צנוע, רצון ופניות להקשיב לעומק. שיש בידם הבנה שידע מניסיון אינו בא על חשבון הידע והעמדה שלהם. אלא שידע מניסיון עשוי להוסיף להם וניתן לייצר במשותף ידע חדש כפי שעולה מציטוטים אלו:

"[...] זה ערך. בעיניי זה ערך [...] זה צריך להיות אחד מערכי הליבה שלנו בתוך העבודה [...] בהבנה של זה לנו, במשמעות שלנו, אז אני חושבת שכאילו גם חשוב לדעת שלא נולדנו עם זה

[...]. זה משהו שהוא מתפתח, זה משהו שהוא בכלל נושא, הוא לא רק שייך לבריאות הנפש, יש פה משהו הרבה יותר רחב [...] הוא מתקשר בכלל ליכולת להקשיב למי שנמצא איתך, היכולת לקבל החלטות ביחד, גם כהבנה שידע הוא לא כמובן רק אצל אנשי מקצוע [...] הידע הוא בעצם משותף. אם יש דברים שלמדתי, זה דווקא [...] שאתה באמת מצליח לשבת עם האנשים ולעשות את השיח היותר, כזה יותר מעמיק, יותר מקשיב, יותר פנוי [...] שבעצם מצמיח אותך כאיש מקצוע, את התובנות שלך, את ההבנות שלך ואת הצניעות הגדולה שאתה צריך להיות בה [...]. זה ככה אני חושבת שזה משהו שהוא סופר סופר משמעותי [...] בהבנה שלכל אחד יש ידע, הכבוד ההדדי אני חושבת שגם". (אשת מקצוע, קובעת מדיניות (2))

"אני חושבת שזה כלי מאוד מאוד עוצמתי וצריך אנשי מקצוע שהם מספיק בטוחים בעצמם כדי להבין שזה לא קשור, שזה לא בא על חשבונם ושיש להם הרבה מה לתת" (עמיתה מומחית (9)).

<u>תחום CFIR 5 יישום</u>

זהו בתחום זה שלוש תת קטגוריות, 3 תמות ו 5 תת תמות:

3.2.9 שלב התכנון:

לתת לעמיתים מקום בארגון, הזדמנויות להציג את הידע הייחודי

על מנת לקדם יישום של ידע מניסיון בארגון, עולה צורך הן מעמיתה מומחית והן מאנשי מקצוע (ביניהם גם אנשי מקצוע עם ידע מניסיון) לתת מקום במובן הפסיכולוגי. להיפתח לקול נוסף ולאפשר לעמיתים ביטוי ייחודי. כפי שעולה כאן: *"אני כאילו כן הייתי רוצה לשים את המשקל על הארגונים עצמם [...] בנכונות לשמוע קול שהוא אחר, לשמוע, לתת מקום, לתת מקום לעובד אחר. זה נכון בן אם הוא מהמגזר הערבי או מהמגזר החרדי, או אם הוא מתמודד, מה הידע הנוסף שהוא מביא, האם יש לזה מקום? [...] "(אשת מקצוע, מנהלת ארגון המעסיק עמיתים מומחים (16))*

בנוסף לתת מקום גם במובן הפיזי והפרקטי. ליזום מרחבים שבהם הקול הייחודי בא לידי ביטוי כגון הדרכות והרצאות של עמיתים לצוות ולמקבלי השירות:

[...] "להדגיש את הידע המיוחד. זה יכול להיות הדרכות שלהם, או הרצאות שלהם לצוות, זה יכול להיות באיזשהו שלב יותר מאוחר אולי הרצאות שלהם ללקוחות שמקבלי השירות, זאת אומרת שהם ירגישו באמת שהם באמת role modelling. הקטע של ההעצמה פה הוא גם מקבל משנה חשיבות כשמדברים על עמיתים מומחים בתוך ארגון והארגון צריך להיערך לזה" (איש מקצוע עם ידע מניסיון (17)).

הגדרת תפקיד ברורה למקבלי השירות ולצוות של תפקיד העמית בעת כניסתו לתפקיד

הגדרה ברורה, לפחות לגבי החלקים שכבר ידועים בתפקיד, עלתה באופן משמעותי מצד כל בעלי העניין כעשויה להקל על המורכבות בהטמעת התפקיד החדש והלא מוגדר של העמיתים המומחים. כפי שניתן לראות למשל בציטוט הזה: *"[...] הייתי רוצה שהמערכת הקולטת, דיור מוגן או בית חולים, יבוא ויחבר, בין העמית למקבל השרות [...] זה קודם כל יבהיר מה זה התפקיד הזה, יסביר את המהות [...]"* (עמיתה מומחית בבית חולים (10)).

3.2.10 שלב ההתחברות לתהליך:

הכשרה לעמיתים

הכשרה המעניקה כלים מקצועיים לצד בניית הזהות המקצועית של "להיות עובד עם ידע מניסיון". *משתתפים רבים, ביניהם אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון) ועמיתים* התייחסו להכשרה כחשובה לפני כניסה לתפקיד העמית וללמידה והתמקצעות לאורכו. נושאי ההכשרה הרלוונטיים שהועלו הם החלמה, שיקום, מיומנויות תקשורת בין אישית וכלי התערבות שונים. בדגש על ייחודיות ויתרונות העמיתים בשימוש בהם. עוד עלה הצורך של עמיתים, בכל התפקידים, להכיר את הזכויות של מתמודדים על מנת שיוכלו להנגישן. כמו כן, עלה כי לצד הלמידה של תכנים וכלים מקצועיים, הכשרה צריכה לסייע לעמיתים בבניית הזהות המקצועית של "להיות עובד עם ידע מניסיון". כפי שניתן לראות בציטוט הזה:

"ההכשרה וההדרכה עבור העמיתים והצוותים צריכה לכלול שני חלקים מרכזיים: הכשרה והדרכה אשר תעניק כלים מקצועיים לעובדים לביצוע התפקיד ובמקביל תסייע בבניית הזהות של המשמעות של להיות "עובד בעל ידע מניסיון" (אשת מקצוע, מנהלת ארגון בו עובדים עמיתים מומחים (16))

עוד עלתה כחשובה **הכשרה ששמה דגש על שימוש מקצועי בידע מניסיון/ בחשיפה עצמית.** הכשרה כזו תסייע לעמיתים לבחון את עמדתם סביב סוגיית החשיפה העצמית שלהם ותהפוך את השימוש בידע מניסיון למכוון למקבלי השירות ומקצועי:

[...]" אני חושבת שהכשרה ייחודית לעמיתים מומחים או לאנשים עם ידע מניסיון, צריכה [...] ללמד איך לעשות שימוש בידע מניסיון ולעזור לאדם להגדיר לעצמו איפה המקום של החשיפה מבחינתו, מה העמדה שלו לחשיפה" [...]"(אשת מקצוע, מנהלת מקצועית ומלוות מעסיקים (2)).

הדרכה לעמיתים

הדרכה חיצונית. עלתה כחשובה הדרכה חיצונית שמהווה מקום בטוח לדבר על הקשיים עמם הם מתמודדים. גם על קשיים שהם לא חשים מספיק בטוח לשתף בהם את מנהליהם או בהדרכה תוך ארגונית. זאת *הן על ידי עמיתים והן על ידי אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון)*. כפי שעולה למשל בציטוט הזה:

" [...] אולי עמית שמועסק במקום ומרגיש שיש החמרה ויכול להיות שלא ירצה לשתף מי שעובד אתו, אז אולי חשוב שתהיה הדרכה חיצונית ניטרלית שלא קשורה למקום העבודה"
(עמיתה מומחית בבית חולים (10))

הדרכה חיצונית עלתה גם כמסייעת לשמור על עמדה ייחודית, שלא עולה תמיד בקנה אחד עם זו של אנשי המקצוע:

"[...] אני יודעת שהם פחות אוהבים לשמוע גם בבתי חולים את הצד הביקורתי, הם תמיד יעדיפו לשמוע את הצד היותר מתחבר, היותר עושה יחסי ציבור, היותר חלק מהשייכות, כל ארגון פחות אוהב לשמוע את הביקורת על עצמו [...] ואחד הדברים שעוזרים להם לשמור על היכולת בכל זאת להיות סוג של גורם מבקר, זה שעמותת לשמה, עמותה סנגורית, היא זאת שמעניקה את ההדרכות [...] עמותה שהיא לא חלק ממערכת בריאות הנפש, היא לא חלק מהבית חולים [...] היא לא חלק מהקופות חולים, וזו עמותה שתמיד באה לעובדים האלה, לעמיתים

מומחים ואומרת להם תקשיבו ידע מניסיון זה כך וכך, חשיפה אישית וסנגור ואקטיביזם, את מדברת איתם על ההיסטוריה ומדברת איתם על מיליון ואחד דברים שקשורים לנושא של ידע מניסיון, אז אני יודעת, אני ברגע שיש לי את העמותה זו בתמונה, בבתי החולים ובקופות החולים, אני יודעת שהם לא יבלעו [...] הם עדיין ישמרו על היותם עמיתים מומחים במלוא מובן המלה. כשהעמותה תצא מהתמונה [...] אז אני לא יודעת אם הם ישמרו על אותה רוח לחימה, נקרא לזה" (אשת מקצוע עם ידע מניסיון, קובעת מדיניות (1))

הדרכה שעוזרת לעמית לשים את צרכיו של מקבל השירות במרכז הקשר. דגש מיוחד לעבודה בהדרכה ניתן, הן על ידי אנשי מקצוע והן על ידי העמיתים, ליכולת העמית להפריד בין הסיפור האישי שלו והצרכים שלו לבין אלה של מקבל השירות. על מנת שהעמית יוכל לעשות שימוש בידע שצבר, כדי לתמוך במקבל השירות. כפי שניתן לראות למשל בציטוט הבא:

"הדרכה- חשובה כל כך. בשני מישורים: כן לתת לחונך בעל ידע מניסיון יותר תמיכה איפה שהוא צריך- יותר התאמות- לעזור לו להפוך להיות עובד שיקום לכל דבר. כדי שאחר כך הוא יוכל לתפקד בצורה מקצועית מול מקבל השירות. איך לא לעודד שיקרה מצב שעמית יותר עסוק בעצמו ובסיפור שלו ופחות שם דגש על הצרכים והרצונות של מקבל השירות. חשוב לעשות את ההפרדה הזו. כאן אתה עובד לכל דבר על כל המשתמע מכך, ויחד עם זאת צריך התאמות ותמיכה נוספת" (איש מקצוע, רכז חונכות (17)).

הדרכה קבוצתית. *אנשי מקצוע ועמיתים* ציינו את חשיבותה של הדרכה קבוצתית כמענה לבדידות, כמקור לשיתוף וקבלת תמיכה וכוחות וכמקור ללמידה הדדית ותרגול של עמיתות. כפי שעולה, למשל, מן הציטוט הזה: *"[...] הדבר הזה של בדידות שהיא גם ככה קיומית ותהומית במצבים האלה אז משהו בקבוצה. קבוצת עמיתים זה גם מקום לתרגל בו עמיתות וגם היא יכולה להיות הדרכתית בחלק מהדברים והיא בהחלט גם תמיכה ואני חושבת שהיא צריכה לתת את שניהם ולא לפסוח על התמיכה"* (עמיתה מומחית בבית חולים (10)).

הכנה, הכשרה, הדרכות וליווי לצוותים ולמנהלים

אנשי מקצוע רבים עם וללא ידע מניסיון אישי העלו את החשיבות של הכנה, הכשרה והדרכה לצוותים ולמנהלים. הם אף הציעו לשלב את העסקת אנשים עם ידע מניסיון כנושא חשוב בקורסים הקיימים לאנשי מקצוע או לפתוח קורס ייחודי למעסיקים בנושא זה. כפי שניתן ללמוד למשל מן הציטוט הזה:

"[..] אנחנו עובדים עם צרכנים נותני שירות אנחנו מתייעצים איתם. אני מתייעץ גם עם אחת הרכזות כל פעם שיש לי דילמות או דברים שבנושא, יש גם סדנאות שאנחנו הבאנו לצוות כחלק מהישיבות כדי באמת לדעת איך לעבוד. כי הרבה פעמים באמת גם החשש מבחינת מתאמי טיפול, העובדים הסוציאליים, איך אתה בכלל בא ומדבר את זה. האם ברגע שתגיד איזה ביקורת זה פגיעה אישית, או איך [..]" (איש מקצוע, מנהל בארגון שיקום (17)).

איש מקצוע עם ידע מניסיון (12) מצטרף לתפיסה זו ומחזק את הצורך בהדרכה קבועה, ממושכת ומעמיקה לעמיתים ולמעסיקים כמדיניות בשגרה, שתמנע אולי כיבוי שריפות בעתיד:

" קודם כל הדרכה. supervision לעובד, supervision למעסיק. אה, ברמת ה-אם אתה לא חושב שזה נחוץ, אז אתה מחויב לזה, במובן האמריקאי של fake it until you make it. תעשה את זה,

לא כי אתה, עכשיו באיזה באזז נחמד שתוכנית צרכנים נותני שירות התדפקה על דלתך אז אפשרת כמנהל שירות סדנא כזאת או אחרת שמדברת על העסקת צנ"שים. (אלא, ע.א.ב.) כמדיניות. קבועה. רוטינית. מעמיקה. לפני שיש "סמי הכבאי". שיש "בוב הבנאי"...".

3.2.11 שלב ההוצאה לפועל: תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת המידע בין אנשי צוות לעמיתים

לבסוף, אנשי מקצוע העלו את חשיבותם של תיאום ציפיות ושיתוף פעולה בין אנשי המקצוע לעמיתים, על מנת לסייע למקבל השירות, כל אחד מתוך הזווית והתפקיד שלו:

"אני יכולה להגיד שלי מאוד חשוב שיתוף פעולה, זאת אומרת שמעבר באמת לתיאום ציפיות, זה השלב שבאמת אם יש קשיים שהצנ"ש נתקל בהם אז לשתף. כי אז הרבה פעמים מה שקורה זה שהקושי מגיע לאיזשהו שיא שמאוד קשה אחר כך לאסוף אותו, זה דבר אחד שמאוד חשוב, והשיתוף פעולה והקשר לאורך כל הדרך. ועוד משהו שלי מאוד חשוב זה אמון. זאת אומרת, זה שבאמת אני סומכת עליו שאם הוא כרגע נפגש עם הדייר הוא משתף אותי והוא העיניים באותו יום, ולראות מה עם הדייר וכוונות גלויות הכוונה שאם אני רואה משהו שמאוד חשוב על הדייר אז לשתף את הצנ"ש ולא ממקום פטרוני שאני יודעת ואתה צריך לעשות, אלא לשתף באמת כי הוא שותף ושנינו שותפים של ליווי אותו הדייר" (עובדת סוציאלית, מתאמת טיפול (20).

טבלה 4 מסכמת את האתגרים המרכזיים ליישום תמיכת עמיתים בישראל מול גורמים מקדמי יישום שיכולים לענות על האתגרים הללו.

טבלה 4 האתגרים מתוך הממצאים מהשטח בישראל והגורמים מקדמי יישום אשר עשויים לענות עליהם

האתגר	גורם מקדם יישום אפשרי למענה על האתגר מתוך הממצאים
תחום CFIR 1: מאפייני ההתערבות תמיכת עמיתים	
3.1.1 אתגרים בליבת התפקיד	
כפל הכובעים- האתגרים הנובעים מכפל המיקומים והתפקידים שהעמית ממלא	• גמישות הארגון ומתן התאמות לעמיתים לצד אחריות אישית של העמיתים לתווך את ההתאמות להן הם זקוקים[3]

קושי להתמודד עם העומסים הרגשיים בתפקיד	• הדרכה[4]:
	  • הדרכה חיצונית לארגון
	  • הדרכה שעוזרת לעמית לשים את צרכיו של מקבל השירות במרכז הקשר
	  • הדרכה קבוצתית לעמיתים
	• הכשרה[2]: כלים מקצועיים לצד בניית הזהות המקצועית של להיות עובד עם ידע מניסיון

אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון	• הכשרה ששמה דגש על שימוש מקצועי בחשיפה עצמית של ידע מניסיון[2]

3 תחום CFIR 3 - סטינג פנימי

4 תחום CFIR 5 - יישום: שלב ההתחברות לתהליך

תחום CFIR 2: הקשר חיצוני

3.1.2 העדר מדיניות מספקת המקדמת תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם ובמשאבים בשטח.	• מדיניות, תקציבים, תקנים[5]

תחום CFIR 3: הקשר פנימי

3.1.3 בארגון לא תמיד רוצים להקשיב לביקורת, לקול ייחודי	• מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מניסיון[1] • הכנסת עמיתים בעמדות מפתח בארגון[1] • לתת לעמיתים מקום בארגון, הזדמנויות להציג את הידע הייחודי[6] • הדרכה חיצונית לארגון[2]
3.1.4 אתגרים הקשורים לדרישה להשקעה רבה יותר מצד הארגון:	• מדיניות, תקציבים, תקנים[3] • מחויבות המנהל[1]
יישום תמיכת עמיתים דורש השקעת משאבים מרובים	• מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מנסיון[1]
יישום תמיכת עמיתים דורש התמודדות עם משברים	• נכונות להתמודדות עם משברים, ללמידה ארגונית וצמיחה מתוך משברים[1]
העדר התמקצעות, ידע וכלים בידי אנשי המקצוע והארגונים בנושא העסקה מיטבית של אנשים עם ידע מניסיון	• הכנה, הדרכות, ליווי לצוותים ולמנהלים והכשרה למעסיקים[2]
3.1.5 אתגרים הקשורים בתנאי התפקיד:	
קושי לשמש בתפקיד עמית בודד בארגון	• הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון[1] • הדרכה, הדרכה קבוצתית[2]
תנאים ושכר לא מספקים	• מדיניות, תקציבים, תקנים[3]

תחום CFIR 4: בעלי עניין מעורבים

3.1.6 אתגרים הקשורים בעמדות בעלי העניין:	• אנשי מקצוע צריכים להגיע עם צניעות , בטחון ופתיחות לשונה מהם[7]
חשש ואיום של אנשי מקצוע מכניסת עמיתים לארגון	• הדרכה לעמיתים[2]
סטיגמה מצד הצוות, אנשי מקצוע ומקבלי השירות	• הכנה, הכשרה, הדרכות וליווי לצוותים ולמנהלים[2] • תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת המידע בין אנשי צוות לעמיתים[8] • הגדרת תפקיד ברורה למקבלי השירות ולצוות של התפקיד, בכניסה לתפקיד[4]

5 תחום CFIR 2 - סטינג חיצוני

6 תחום CFIR 5 -יישום: תכנון

5 תחום CFIR 4 - בעלי עניין מעורבים

6 תחום CFIR 5 - יישום: שלב ההוצאה לפועל

תחום CFIR 5: יישום

3.1.7 אתגרים הקשורים לשלב היישום בשטח:

שלב התכנון: *התפקיד החדש והלא מוגדר של העמיתים מומחים מייצר קושי מול הצוות ומקבלי השירות ומקשה על הטמעתו*

שלב ההתחברות לתהליך *: יישום ידע מניסיון דורש יותר תמיכה והדרכה שיתייחסו לאתגרים הייחודיים בתפקיד העמית, אשר חסרות בשטח*

- הגדרת תפקיד ברורה למקבלי השירות ולצוות של התפקיד, בכניסה לתפקיד[4]
- הדרכה לעמיתים[2]

4. דיון

עמיתים עם ידע מניסיון מהווים מרכיב קריטי בקידום שירותים מכוונים החלמה וממוקדי אדם (Byrne et al., 2022) וישראל נמצאת כיום בתהליך הטמעה של גישה זו במערך שירותי בריאות הנפש (לכמן ואחרים,2018). מחקר ראשון זה בישראל, סימן את האתגרים המרכזיים ביישום תמיכת עמיתים והצביע על הגורמים אשר עשויים לקדם יישום. מתוך הידע שנצבר לאורך השנים בשדה מערך בריאות הנפש על ידי בעלי עניין שונים. בעלי עניין אלו ייצגו ארגונים שונים הפעילים בתחום יישום תמיכת עמיתים בשנים האחרונות וכללו עמיתים (נותני שירות עם ידע מניסיון/צרכנים נותני שירות ועמיתים מומחים), אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון) וקובעי מדיניות.

במחקר זה סומנו לראשונה מגוון אתגרים ביישום תמיכת עמיתים בישראל הנעים מרמת הפרט (אתגרי ליבת התפקיד) דרך אתגרים ברמת הארגון ועד לאתגרים ברמת מדיניות. בייחוד בלטו גורמים ארגוניים שניתן לחלקם ל (1) תרבות ארגונית (2) הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות וכן (3) מדיניות ממשלתית תומכת.

הדיון יעמיק עתה בשלושת המוקדים המרכזיים שסומנו במחקר זה:

4.1 תרבות ארגונית מקדמת יישום תמיכת עמיתים

משתתפי המחקר הדגישו כי ארגונים בהם תרבות ארגונית מקדמת יישום תמיכת עמיתים מתאפיינים במנהלים אשר מעריכים את המשמעות של ידע מניסיון ותרומתו הפוטנציאלית לארגון. אלו הם ארגונים בהם קיימת מודעות בקרב כלל שכבות הארגון ליתרונות של ידע מניסיון, גמישות ונכונות ארגונית ללמידה ארגונית ולצמיחה מתוך משברים. ארגונים שבהם מועסקים אנשי מקצוע המאופיינים בצניעות, בטחון ופתיחות לשונה מהם. לעומת זאת, משתתפי המחקר הצביעו על כך שתרבות ארגונית שאינה תומכת ביישום עמיתים מתאפיינת בסטיגמה של אנשי המקצוע ושל מקבלי השירות ובחשש בקרב הארגון ואנשי המקצוע העובדים לצד העמיתים מביקורת, תחרות וטשטוש גבולות שכניסת עמיתים עשויה להביא עמה לארגון.

מחקרים שונים העלו שקיים פער בהבנת משמעותה של תרבות ארגונית התורמת ליישום תמיכת עמיתים ברמה הארגונית בשטח (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021). מכאן שהממצאים לעיל תורמים להבנה זו. ממצאים אלו אף מחזקים מחקרים אחרים מהם עולה כי תרבות ארגונית היא גורם מרכזי ביישום התערבויות חדשות בארגונים באופן כללי (Sawitzky,2006; Aarons & Damschroder et al., 2009), וביישום תמיכת עמיתים בפרט (Henderson et al.,2014; Ibrahim et al.,2020; Jones et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., al., 2022). כמו כן כי שילוב מיטבי של עמיתים בארגונים מסורתיים מתאפשר בארגונים שהתרבות הארגונית שלהם תואמת מראש את השינוי שההתערבות מבקשת לקדם (Aarons & Sawitzky, 2006). כלומר, ארגונים המחויבים לערכים הפילוסופיים העומדים בבסיס ההחלמה ותמיכת עמיתים (Byrne et al., 2021; Gillard et al., 2015; Ibrahim et al.,2020; Mancini, 2018; Moran et al., 2013; Mutschler et al., 2022). מחקר זה הבהיר כיצד ערכים אלו באים לידי ביטוי בתרבות הארגונית של הארגון.

לא בכדי התרבות הארגונית מהווה מרכיב חשוב להצלחת יישום תמיכת עמיתים, זאת מכיוון שהיטמעות העמיתים במערכת בריאות הנפש המסורתית קוראת תיגר על הנחות בסיסיות שהיוו את המסד לכינון יחסים בבריאות הנפש ובמידה רבה עיצבו את האקלים הארגוני והתרבותי של מוסדות בריאות הנפש. העמיתים בעצם נוכחותם מהווים ראייה לכך שהחלמה קיימת ואמיתית, נוכחותם מערערת על הגבולות בין בריאות וחולי ומטשטשת את הגבול הנוקשה לרוב בין הצוות והמטופלים. כמו כן, כניסתם מזמנת הרחבה להנחה המסורתית שעזרה היא בעיקרה עזרה מקצועית הנסמכת על ידי קליני וסקולסטי בלבד מתוקף תרומתם של מתמודדים (עמיתים) בסיוע למתמודדים אחרים (Deegan, 2011; Ehrlich et al., 2019; Mancini, 2018; Moran et al.,2013; Otte et al.,2020; Schrank et al., 2015).

מכאן עולה, שעל מנת לממש את הפוטנציאל של העמיתים כסוכני שינוי בהנעת שינוי חברתי ואוריינטציה של החלמה גם בשירותים בעלי אוריינטציה מסורתית (Adams, 2020; Mead & MacNeil, Mead & Filson,2017; Mutschler et al., 2022; 2005) חשוב להתחיל בארגונים או ביחידות מסוימות באותו ארגון בהם תרבות ארגונית מקדמת החלמה. בהמשך, ארגונים אלו יכולים להפעיל לחץ, מתוך תחרותיות, על יחידות או ארגונים אחרים באותה רשת, ולהשפיע גם עליהם לאמץ ערכים והתערבויות מקדמות החלמה (Damschroder et al., 2009).

4.2 הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות מקדמות יישום תמיכת עמיתים

המחקר העלה גם כי לא די בתרבות ארגונית מקדמת תמיכת עמיתים, אלא, יישום תמיכת עמיתים מחייב תרגום של התרבות הארגונית לפרקטיקה: להסדרים ארגוניים, תשתית ארגונית, נהלים, הגדרות תפקיד והשקעת משאבים ארגוניים. אלה כוללים, על פי המחקר: הכנה, הדרכה, הכשרה וליווי מקצועי לכל שכבות הארגון ולעמיתים עצמם, מיון עובדים מקצועי, הגדרת תפקיד ברורה לעמיתים, הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון על מנת להתמודד עם הקושי והבדידות שבתפקיד יחיד בארגון מסורתי, הכנסת עמיתים לעמדות מפתח בארגון, מתן התאמות לעמיתים בהתאם לצורכיהם, תנאים ושכר ראויים ואופק להתפתחות מקצועית. לצד, צורך לנהל ולהתמודד עם משברים כמו אשפוז של עמיתים, לתת לעמיתים מקום בארגון והזדמנויות קונקרטיות להדגיש את הידע הייחודי שלהם. כמו כן תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת מידע בין אנשי צוות לעמיתים.

ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים בעולם אשר התייחסו לפרקטיקות דומות המכוונות ליישום תמיכת עמיתים (Byrne et al., 2022; Gates & Akabas, 2007; Gillard et al., 2015; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Moran et al.,2013; Zeng & McNamara, 2021).

ממצאי מחקרים נוספים מאירים גם את מחויבות ההנהלה ליישום תמיכת עמיתים, שעלתה גם במחקר זה כחשובה. בהשפעה הן על התרבות הארגונית והן על תרגומה לחזון ולייעוד הארגוני. זאת על מנת להתקדם לעבר שירותים מכווני החלמה התומכים ביישום תמיכת עמיתים, וכן לתרגומה לפיתוח תשתיות, לנהלים ולהסדרים פרקטיים תומכים ביישום תמיכת עמיתים (Bochicchio et al.,2023; Egeland et al., 2019; Gates & Akabas, 2007; Mulvale et al., 2019; Zeng & McNamara, 2021).

4.3 מדיניות ממשלתית תומכת ביישום עמיתים

עוד עולה מן המחקר כי מדיניות ממשלתית תומכת ביישום עמיתים הבאה לידי ביטוי בתקנים ומשאבים מהווה אתגר (קרי בהעדרם) וגורם מקדם יישום חשוב. גורם זה עלה בישראל באופן נרחב ועל ידי כל בעלי העניין- קובעי מדיניות לצד אנשי מקצוע הקרובים לשדה ואף מעמיתים עם ידע מניסיון. מה שמחזק את חשיבות הנושא בישראל ומעיד אולי על חשיבה מערכתית של כלל בעלי העניין בתחום זה. ממצא זה חשוב בייחוד לאור העולה מניתוח שבעים מחקרי יישום שערכו פיאט ועמיתיה (Piat et al.,2021). הם מצאו שלמרות ההסכמה הרחבה בחשיבות המדיניות. מחקרי יישום התערבויות מקדמות החלמה לא מקדישים התייחסות מספקת לנושא זה הן בתכנון יישום והן בהערכתו.

בכך ממצאי מחקר זה עולים בקנה אחד עם מחקרים נוספים אשר הדגישו את שילוב ההתערבות החדשה במדיניות ותמיכה של בעלי עניין מרכזיים כגורמים המקדמים יישום התערבות חדשנית באופן כללי (Damschroder al., 2009; Wiltsey Stirman et al., 2012). כמו גם עם מחקרים אשר הבליטו את חיוניותה של מדיניות ממשלתית בהפעלת לחץ על ארגונים לשנות את סדרי העדיפויות שלהם ולפתח תפקידי עמיתים ומשרות. גורם מכריע שנמצא תחת הנושא של מדיניות כולל גם מדיניות המכוננת נהלים לגבי גיוס, תנאי עבודה ותגמול, הכשרה והסמכה ומפקחת על אכיפתם בשטח. לצד סיפוק מימון ליישום תמיכת עמיתים (Byrne et al.,2022; Mahon & Sharek, 2023; & Mirbahaeddin Chreim, 2022; Mutschler et al.,2022). לעומת זאת, נמצא כי מדיניות שאינה מלווה בשינויים בהשקפות הדומיננטיות בסביבה החברתית-תרבותית עשויה להוביל לציות שטחי אך לא לשינוי עומק (Mutschler et al.,2022; Mirbahaeddin & Chreim,2022).

לסיכום, ניתן לראות כי עלו בישראל, לראשונה במחקר זה, אתגרים וגורמים מקדמים רבים המאפשרים תמונה רחבה מאוד על השדה בישראל. מרבית האתגרים והגורמים המקדמים עולים בקנה אחד בהשוואה לסקירות רחבות שנעשו בעולם בשנים האחרונות. עם זאת, לא קיימים מחקרים בודדים רבים אשר פרסו תמונה רחבה של מגוון אתגרים וגורמים מקדמים בהקשר אחד (Cooper et al.,2024; Chreim & Mirbahaeddin, 2022; Ibrahim et al.,2020; Mutschler et al., 2022).

ההקשר הבין- לאומי של הפרויקט מאפשר למקם ממצאים אלו גם בהשוואה לאתרים האחרים של הפרויקט: גרמניה, הודו, טנזניה ואוגנדה. ההשוואה (Haun et al., 2024; Krumm et al.,2022) העלתה דמיון באתגרים ובגורמים מקדמי יישום שסומנו גם בין האתרים במדינות השונות. תוך שונות מסוימת בתוך חלק מאתגרים/גורמים מקדמי יישום בין האתרים. שונות זו הושפעה מניסיון קודם ביישום תמיכת עמיתים, מהמידה בה העמיתים השתלבו בתרבות הארגונית הקיימת ומזמינות המשאבים באתר (Krumm et al.,2022). כך למשל, זמינות המשאבים עלתה כגורם קריטי בכל האתרים, אך בייחוד בלטה באתרי המחקר במדינות מתפתחות- בטנזניה ובאוגנדה (Haun et al., 2024). בנוסף, עמדות כלפי עמיתים עלו כאתגר וגורם מקדם חשוב, תוך שונות במידת החשש מהם שהושפע מניסיון קודם ביישום תמיכת עמיתים. באתרים בהם כבר היה ניסיון ארוך ביישום תמיכת עמיתים עלה פחות חשש מהם (Haun et al., 2024; Krumm et al.,2022).

בהקשר של הדרכה עלתה חשיבות הוספת רכיבים ומיומנויות הספציפיים לתפקידי העמיתים השונים באתרים ובהקשרים שונים בהם מבוצע תפקידם (Haun et al., 2024). עוד עלו הגדרת תפקיד העמית וגבולות התפקיד כחשובים בכל האתרים. באתרים בהם היה ניסיון ארוך טווח ביישום עמיתים (בישראל ובהאמבורג שבגרמניה) נמצאה תפיסה שוויונית יותר של תפקידי העמיתים בהשוואה לשאר הצוות. כמו כן, בישראל, בניגוד לשאר האתרים, ניתן דגש לצורך בגמישות התפקיד לצד הגדרה ברורה, על מנת לאפשר התאמה לארגונים שונים. כמו גם בכדי לשמר את ייחודיות תרומת העמיתים לארגון. בנוסף, בישראל בלט במיוחד בהשוואה לשאר האתרים, אתגר החשיפה עצמית של עמיתים (Krumm et al.,2022) ועל כן יוחד לו פרק שלם בעבודה זו (ראו פרק שני).

4.4 יתרונות, מגבלות המחקר והמלצות להמשך

יתרונו של מחקר זה במספר היבטים. ראשית, מחקר זה התבצע עם נציגים ממגוון ארגונים בשדה בריאות הנפש בישראל שעוסקים בתחום או מהווים חלק ממנו בשנים האחרונות. בעלי עניין אלו סיפקו נקודת מבט רחבה על יישום עמיתים בקרב השירותים בארץ שטרם התקבלה ושיש בה עניין רב על רקע הפעילות הענפה בתחום בשנים האחרונות (לכמן ואחרים, 2018).

שנית, במחקר זה נעשה שימוש במסגרת הקונספטואלית של CFIR (Damschroder et al., 2022) אודות האתגרים והגורמים המקדמים על פי שלבי יישום התערבות חדשנית בארגונים. השימוש במסגרת אחידה ובין- לאומית זו מסייע לפתח ידע שיטתי ובר השוואה על יישום התערבות תמיכת עמיתים בישראל. את ידע זה אפשר להעביר להקשרים אחרים ולהשוותו למחקרים אחרים בעולם. בכך ניתן להמשיך ולפתח את היישום המקומי לצד דיאלוג והפריה הדדית עם קבוצות אחרות המכוונות לכך בקהילה הבין- לאומית.

מאידך גיסא, לניתוח תמטי על פי תבנית קידוד המבוססת על תמות אפריוריות הביא לכך שחלק מהציטוטים נמצאו לעיתים כמתאימים ליותר מתחום או קטגוריה אחת. לכן היה צורך להחליט מהי הקטגוריה המתאימה ביותר עבורם. בנוסף, ממצאים שלא התאימו למושגים יתכן שנדחקו הצידה. כך למשל הנושא של זהות וחשיפה של העמית, שגם היה לו חלק ניכר בתמלילי המחקר, לא הודגש כאן ויבוא לידי ביטוי בפרק השני.

מגבלה נוספת של מסגרת זו נעוצה בכך שהיא ממפה גורמים משפיעים על היישום, שנאספים בעיקר ממקבלי החלטות וגורמים המעורבים בתהליך היישום ובמתן ההתערבות, מתוך ההנחה שאלו הם הגורמים אשר יש להם בדרך כלל השפעה בפועל על היישום (Damschroder et al., 2022). מקבלי השירות, היו מעורבים בהערכת תוצאות ההתערבות ומידת נאמנותה למקור (fidelity) במחקר אפסיידס הרחב בישראל (ראו גרייזמן, 2023). מאידך, השפעתם הישירה של מקבלי שירות תהיה אפשרית רק כאשר יהיו מעורבים כחלק אינטגרלי מצוות היישום וכל בעלי העניין השונים בתהליך היישום יחלקו את הכוח ויקבלו החלטות בשותפות (Damschroder et al., 2022).

בנוסף, נציין כי ממצאי המחקר הנוכחי היוו מרכיב מתהליך מקיף שמטרתו היתה לשמש בסיס לתכנון תהליך יישום מלא מתחילתו ועד סופו של התערבות תמיכת עמיתים. תהליך זה נערך לאחרונה במסגרת שני ארגונים שיקום ספציפיים בישראל עבור מחקר אפסיידס (2020

Moran et al.,). תהליך הערכת יישום הפרויקט מוצג בעבודה, בפרק זה ובפרקים הבאים. חלק נוסף של התהליך- הערכת התוצאות, מוצג בעבודה אחרת (גרייזמן, 2023).

4.5 מסקנות והמלצות לפרקטיקה

מחקר זה חשוב לאור ההתפתחות ביישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש בישראל. נושא זה טרם נחקר בזווית ארגונית ובאופן נרחב וקרוב לשדה הפעילות שבו הוא מתקיים בארץ. בכך, מצטרף המחקר גם למאמצים שסומנו בזירה הבין-לאומית כחשובים וחסרים- להתמקד בהבנת השינוי הארגוני הנדרש על מנת שעמיתים יוכלו למלא את תפקידם בצורה אותנטית ולהשתלב בצורה מיטבית בארגוני בריאות נפש (Byrne et al., 2022; Mancini, 2018; Zeng & McNamara., 2021).

ממצאי המחקר המבוססים על תרומתם של 68 בעלי עניין הקשורים קשר ישיר לנושא. עוד הם זורים אור לא רק על האתגרים, אלא גם על המענים הספציפיים הדרושים על מנת להתגבר על החסמים והגורמים המעכבים המצויים כיום בשדה. כפי שניתן לראות בטבלה 2. ידע זה ניתן לתרגום לפרקטיקה ויכול לתרום תרומה משמעותית להשתלבות מיטבית של עמיתים בארגוני השיקום.

לסיכום, עולה מן המחקר כי יישום מיטבי של תמיכת עמיתים מצריך מחויבות ארגונית מלאה הכוללת תרבות ארגונית מכוונת לצד פרקטיקה ארגונית- הסדרים ותשתיות. על מנת לתמוך בארגונים יש צורך במדיניות ממשלתית המתורגמת לפיתוח תפקידים ייעודיים והקצאת משאבים שיתרמו לביסוס שירותי שיקום מכווני החלמה ואדם. אימוץ גישה ארגונית ומדיניות לתמיכה ביישום עמיתים מהווה מרכיב חשוב בשינוי והסללת שירותי בריאות הנפש בשיקום למתן איכות שירות מלאה. כזו המשלבת ידע קליני ואקדמי ביחד עם ידע מניסיון אישי, ויכול להביא לשינוי האקלים התרבותי והארגוני הדרוש עדיין בשירותים אלו.

פרק שני: תפיסות בעלי עניין בישראל על השלכות השימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון של נותני שירות בעלי ידע מניסיון ("צרכנים נותני שירות") ועמיתים מומחים, על הארגונים ומקבלי השירות[9]

תקציר

רקע: עם התפשטות התנועה העולמית לכיוון שירותי בריאות נפש מכווני החלמה, הולכים וגוברים הניסיונות של ארגונים ליישם התערבויות מכוונות החלמה. לכן מתפתחת גם המגמה של העסקת עמיתים עם ידע מניסיון ושימוש בתמיכת עמיתים. הצלחה ביישום של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות נפש מסורתיים, כך שתביא לתוצאות המיוחלות, דורשת מתן מענה לאתגרים רבים. אחד האתגרים המרכזיים הנו חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון. בישראל, התהווה מצב ייחודי בו מתמודדים רבים עם מגבלה נפשית עובדים במערך בריאות הנפש, משמשים בתפקידים מגוונים ומבטאים רמות חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון מגוונים.

מטרת המחקר: מחקר זה ביקש להבין את מקומה של חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בקרב עובדים אלו באמצעות נקודת המבט של בעלי עניין שונים במערך בריאות הנפש.

שיטת המחקר: נערכו 6 קבוצות מיקוד ו51 ראיונות חצי מובנים עם 42 נציגי בעלי עניין שונים במערך השיקום (כחלק ממחקר בין- לאומי רחב: UPSIDES) ונותחו באמצעות ניתוח תמטי.

ממצאים: זוהו 5 קטגוריות: (1) גישה ארגונית זהירה ונמנעת כלפי חשיפה עצמית (2) הרציונל התומך בגישה זהירה ונמנעת (3) חשיפה עצמית בלתי מתוכננת (4) עמדות עמיתים כלפי הגישה הנהוגה לחשיפה עצמית (5) השפעת כניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה ולמדיניות: הממצאים פורשו באמצעות 3 היבטים: (1) השפעת המודל הטיפולי על תפיסת החשיפה העצמית ושימוש בידע מניסיון, לעומת מודל העמיתות; (2) ההתפתחות ההיסטורית של תפקידי עמיתים בישראל ומידת ההתמקצעות של תפקידי עמיתים ו(3) הרגישות והייחודיות המאפיינות חשיפה עצמית/ שימוש בידע מניסיון של התמודדות נפשית.

כדי לממש את הפוטנציאל הגלום בידע מניסיון בשירותי בריאות נפש מסורתיים ולקדם שירותים מכווני החלמה ואדם, יש צורך בהכשרה ופיתוח מיומנויות חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בקרב עמיתים. לצד העלאת מודעות לחשיבותה של חשיפה עצמית וליצירת סביבה ארגונית תומכת בחשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בבריאות הנפש.

מלות מפתח: תמיכת עמיתים, עמיתים מומחים, צרכנים נותני שירות, חשיפה עצמית, שימוש בידע מניסיון, יישום, אתגרים.

[9] מאמר המבוסס על פרק זה פורסם:

Adler-Ben Dor, I., Kraus, E., Goldfarb, Y. et al. (2024). Perspectives and Experiences of Stakeholders on Self-Disclosure of Peers in Mental Health Services. *Community Ment Health J.* https://doi.org/10.1007/s10597-024-01287-2

1. רקע

עם התפשטות התנועה העולמית לכיוון שירותי בריאות נפש מכווני החלמה, הולכים וגוברים הניסיונות של ארגונים ליישם התערבויות מכוונות החלמה. לכן מתפתחת גם המגמה של העסקת עמיתים עם ידע מניסיון ושימוש בתמיכת עמיתים (Rogers, Farkas & Anthony, 2005; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Slade et al., 2014). עמיתים עם ידע מניסיון (Peer support workers) הם אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים שמשתמשים בידע מתוך ניסיון שלהם על מנת לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים (Slade et .al.,2014).

תוצאות מחקרים רבים מוכיחות שלתמיכת עמיתים השפעה חיובית וייחודית על מקבלי השירות, העמיתים עצמם והארגון כולו. עוד היא בעלת פוטנציאל משמעותי להפוך ארגונים למקדמי החלמה (Cook, Copeland Jonikas et al.,2012; Cook, Steigman, Pickett et al.,2012; Walker & Bryant, 2013). מאידך גיסא, עולה כי הצלחה ביישום של תמיכת עמיתים בשירותי בריאות נפש מסורתיים דורשת מתן מענה לאתגרים רבים. אחד האתגרים המרכזיים הנו חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון (Chinman et al., 2010; Kemp & Henderson,2012; Moran et al., 2013; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Salzer et al.,2009; Slade et al. ,2014).

בישראל, נוצר הקשר ייחודי אשר משפיע גם על ההתמודדות עם אתגר זה. במהלך יותר מחמש עשרה השנים האחרונות, מאות אנשים עם ידע מניסיון השתלבו כעובדים בשירותי בריאות הנפש. רובם המכריע כנותני שירות עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים: כחונכים, מדריכי שיקום וסומכים. בתפקידים אלו הם אינם בהכרח מזדהים כמתמודדים ואינם בהכרח עושים שימוש בידע שלהם מניסיון. החל מ2015 אנחנו עדים להתפתחות תפקידים ייעודיים לאנשים עם ידע מניסיון ביוזמת ותמיכת משרד הבריאות. בתפקידים אלה חשיפה עצמית של ידע מניסיון היא דרישת תפקיד וכלי מרכזי בעבודתם (לכמן, פרידלנדר-כץ, ניסן, סינגר ורועה,2018; נעמן, 2018 ;Moran, 2018).

כך, התהווה בישראל מצב ייחודי בו מתמודדים רבים עם מגבלה נפשית עובדים במערך בריאות הנפש, משמשים בתפקידים מגוונים ומבטאים רמות חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון מגוונים.

מחקר זה ביקש להבין לראשונה, את מקומה של חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בקרב עובדים אלו באמצעות נקודת המבט של בעלי עניין שונים במערך בריאות הנפש.

1.1 חשיפה עצמית במסורת הטיפולית

על פי המודל הטיפולי, חשיפה עצמית משקפת את מעורבות הסובייקטיביות של המטפל, והיא מתרחשת כאשר מטפל חושף באופן מילולי צורה כלשהי של מידע אישי על עצמו בתהליך הטיפולי (Barnett, 2011; Knight, 2012; Kronner, 2013; Zur, 2007). חשיפה עצמית עשויה להיות מידע אישי בנוגע לתהליך הטיפולי, כגון: מחשבות ורגשות של המטפל ביחס למטופל או לקשר הטיפולי. לחילופין היא עשויה להיות שיתוף במידע אישי מחוץ לתהליך הטיפולי. כגון: זהותו של המטפל, חוויותיו ואסטרטגיות שהוא מצא מתאימות להתמודדות עם מצבים דומים (Henretty et al., 2014; Hill & Knox, 2003; Knight, 2012). כאן נכללת גם חשיפה עצמית של ניסיון חיים של התמודדות עם מגבלה נפשית.

היסטורית, הייתה התנגדות לכל סוג של חשיפה עצמית של המטפל מתוך השפעה של העקרונות הפסיכואנליטיים הפרוידיאניים (Ziv-Beiman et al., 2017). התנגדות זו לוותה בהדגשה של ההשלכות השליליות שעשויות להיות לה, כגון: הפרעה לתהליך ההעברה בתוך יחסי המטפל-מטופל (Archard, 2020), הפרה וטשטוש גבולות טיפוליים ואתיים (Audet, 2011; Barnett, 2011), הסטת המוקד מהמטופל (Audet & Everall Kronner, 2013 Kronner, 2013; Farber, 2006; 2010,) ומניעת תחושת נוחות המטופל להיחשף מחשש שמא יפגע במטפל (Everall & Audet, 2010; Henretty & Levitt, 2010). בייחוד כאשר ההתמודדות שנחשפה יכולה להיתפס כהתמודדות חוזרת, כגון מחלת נפש או התמכרות. בנוסף, חשיפה ללא רלוונטיות לניסיונו של המטופל, עשויה להצביע על כך שהמטפל אינו מבין את מצבו (Everall & , 2010 Audet). לכן במקום לנרמל את ההתמודדויות של המטופל, היא עלולה למזער את החוויה הייחודית שלו (Henretty & Levitt, 2010). כמו כן, חשיפה עצמית של מאבקים שהמטפל כבר התמודד ופתר עלולה לגרום לחשש המטופל שהוא עצמו לא יוכל להתגבר על הקשיים שלו באותה הצלחה כמו המטפל.

עבור המטפלים החסרונות כוללים את הסיכון לדחייה, להישפט באופן שלילי, להיות פגיע ולהתבייש בדברים שנחשפו. כמו כן הם עלולים להישפט באופן שלילי גם על כך שלא חשפו בהזדמנות מוקדמת יותר (Farber, 2006).

החל בשנות ה-50 של המאה ה-20 חל שינוי חיובי בהתייחסות לחשיפה עצמית בתמיכת מטפלים בעלי אוריינטציות הומניסטיות ואקזיסטנציאליסטיות. עם הזמן, רעיונות אלה צברו תאוצה והתפשטו דרך אוריינטציות טיפוליות נוספות, כגון: פסיכואנליטיקאים יחסיים ואינטר סובייקטיביים, מטפלים הומניסטיים והתנהגותיים ומטפלות רב-תרבותיות ופמיניסטיות (Henretty & Levitt, 2010; Zur, 2011). אוריינטציות אלה הדגישו את ההשלכות החיוביות שעשויות להיות לחשיפה עצמית. כגון: שיפור תוצאות הטיפול, הפחתת ההיררכיה וחוסר איזון בין כוחות המטופל למטפל (Audet & Everall, 2010; Henretty & Levitt, 2010). נוסף לכך חיזוק אותנטיות ואמינות המטפל והיותו מודל לחיקוי. יתרונות נוספים הנם יצירת הבנה כי גם חשיפת המטופל אפשרית ורצויה, סיוע לנרמול חוויות המטופל וריכוך תחושת הבושה שלו (Bone, 2021). כמו גם שיפור מעורבותו של המטופל בטיפול והגברת שיתוף הפעולה שלו (Audet & Everall, 2010; Henretty & Levitt, 2010).

התפתחות זו העבירה את המוקד בספרות הטיפולית מדיון בשאלה "האם להיחשף" לדיון בשאלה "כיצד לעשות את השימוש הטוב והמותאם ביותר בחשיפה עצמית" (Henretty & Levitt, 2010). גישות בנות זמננו מציעות לעשות שימוש בחשיפה עצמית באופן שקול וסלקטיבי ומבלי לפגוע בחוסר הסימטריה של היחסים הטיפוליים (Audet, 2011; Barnett, 2011). תוך שמירת המיקוד על המטופל (Hill & Knox, 2003). עוד מודגש כי לשימוש בחשיפה עצמית צריכה להיות מטרה ברורה ומכוונת ומינונה ועיתויה צריכים להיות מותאמים ליחסים הטיפוליים ולמטרות הטיפול שהוסכמו בתחילת התהליך (Hill & Knox, 2003). תוך התאמה לצרכים הייחודים של כל מטופל (Bone, 2021 ; Barnett, 2011). בנוסף, מחקרים מצביעים באופן כללי על כך שעדיף לחשוף חוויות וזהויות משותפות למטפל ולמטופל (Bone, 2010; Lovell et al., 2020; Henretty & Levitt, 2021). כמו גם התמודדויות עבר ולא התמודדויות בהווה או כאלה שטרם נפתרו (Henretty & Levitt, 2010; Hill & Knox, 2003; Lovell et al., 2020). עיתוי החשיפה

הרצוי הוא לאחר שהקשר התפתח (Bone, 2021). עיתוי זה יוצר תחושה שהחשיפה היא ביטוי לאותנטיות וכנות והיא מגיעה באופן טבעי מתוך חיבור. עוד עולה כי מטפלים לא השתמשו בחשיפה עצמית כאשר הם היו מודעים להזדהות יתר עם הלקוח שלהם, או שהרגישו מופעלים על ידי הלקוחות שלהם (Bone, 2021).

על אף ההתפתחות בתפיסות לגבי חשיפה עצמית והוכחת יתרונותיה, היא נותרה שנויה במחלוקת. לכן אנשי מקצוע רבים נוטים להירתע ממנה או להשתמש בה בזהירות רבה (Henretty & Levitt ,2010; Knight, 2012; King et al., 2023; Lovell et al., 2020). חשיפה עצמית של מחלות נפש שנויה אף יותר במחלוקת (Henretty & Levitt, 2010).

1.2 חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון של התמודדות נפשית

כאשר מדובר על חשיפה בתחום בריאות הנפש, צריך לזכור שחייהם של אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית מושפעים מאוד מהסטיגמה הציבורית עליהם. סטיגמה זו היא מקור לאפלייתם בכל תחומי החיים. היא מונעת מהם טיפול ומחבלת בהחלמתם (Corrigan & Rao, 2012). לכן, בהתחשב ביכולת להסתיר את התכונה המתויגת ו"לעבור" כבריאים נפשית (Goffman, 1963), אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית, עומדים בפני שתי אפשרויות. הם יכולים להסתיר את זהותם, או לנהל את חשיפתם. כלומר, להחליט האם, היכן, מתי, כמה ובפני מי הם מעוניינים לחשוף. שתי האפשרויות הללו מאוד אישיות ומורכבות. הן מושפעות מהמשאבים האישיים ומלחצים וגורמים חיצוניים. ביניהם אנשים אחרים וציפיותיהם (Bril-Barniv et al., 2016; Corrigan et al.,2009 Corrigan et al.,2009; Lovell et al., 2020). לפיכך, שתי אפשרויות אלה דורשות בחינה מעמיקה של היתרונות וההשלכות הפוטנציאליות של כל אפשרות (Corrigan & Rao, 2012).

שימוש בידע מניסיון של התמודדות נפשית כרוך בחשיפה עצמית אודות קיומה של התמודדות הנפשית, לצד, שימוש בחשיפה עצמית כפרקטיקה ייעוצית/ שיקומית עבור מקבל השירות (Moran, 2017; Stefancic et al., 2019; Truong et al., 2019).

חשיפה עצמית בתמיכת עמיתים בבריאות הנפש

שורשיה של תמיכת עמיתים בתנועת הצרכנים ובמקורה היא התפתחה מחוץ לזרם המרכזי של מערכת בריאות הנפש. תמיכת עמיתים מבוססת על ערכי ההחלמה של תקווה, הזכות המלאה של כל אדם להחליט החלטות לגבי חייו, השתתפות, הדדיות והשימוש בידע מתוך ניסיון על מנת לסייע אחד לשני (Anthony, 1993; Slade et al.,2014).

תמיכת עמיתים ייחודית בכך שהפרקטיקה שלה מבוססת באופן ישיר על ניסיון אישי של התמודדות עם קושי או מצוקה נפשית (Repper & Watson, 2012). לכן, עבור עמיתים מומחים, חשיפה עצמית היא דרישת תפקיד (Bailie et al., 2016; Harrington, 2012; Lovell et al., 2020). ומרכיב מרכזי בתמיכת העמיתים שהם מספקים (Truong et al., 2019).

עמית עם ידע מניסיון מוגדר כמישהו עם ניסיון דומה אשר יכול לתת אמפתיה ותיקוף לאדם המתמודד עם מחלה נפשית. הוא יוצר עם מקבל השירות קשר המאופיין בטבעו הבלתי היררכי, בהדדיות והעצמה. עמיתים עם ידע מניסיון הם "אחרים דומים" אשר משתמשים בידע שלהם מניסיון ובפרספקטיבה הייחודית שלהם לתמוך באדם שעובר מאבקים דומים. בעזרת שימוש בחשיפה עצמית חיובית הם יוצרים אמון וקרבה, מטפחים תקווה להחלמה ומתבססים

כמודל לחיקוי. עוד הם מעוררים שינויים התנהגותיים חיוביים, מקדמים את הטיפול העצמי של מקבלי השירות ואת תחושת השייכות לקהילה (Harrington, 2012; Mead et al.,2001; Moran, 2017; Slade et al., 2014; Solomon, 2004; Truong et al., 2019). חשיפה עצמית חיובית גם מפחיתה את הסטיגמה העצמית ואת תחושת הבדידות בקרב מקבלי השירות על ידי נרמול חוויותיהם (Lovell et al., 2020).

עבודה של עמיתים עם ידע מניסיון במיטבה כוללת חופש ותחושה נוחה להיחשף. כמו גם חשיפה ושיתוף הסיפור עם מקבלי השירות ועם אנשי המקצוע בצוות. זאת מתוך תחושה שהסיפור האישי הוא כלי עבודה מוערך ומשמעותי. כמו כן מתוך הבנה של העמית כיצד להשתמש בידע שלו מניסיון: מה, כמה ומתי לחלוק ממנו על מנת לסייע למקבלי השירות (Moran, 2017; Mahlke et al., 2014; Repper et al., 2011).

באמצעות חשיפה עצמית, עמיתים משתפים בניסיון שלהם עם חולי, על השלכותיו הפסיכוסוציאליות והמפגש שלהם עם מערכת בריאות הנפש. הם חולקים אסטרטגיות לעזרה עצמית, מידע קונקרטי על משאבים קהילתיים ופתרונות פרקטיים שעבדו עבורם (Moran, 2017; Truong et al., 2019).

אם כן, ניתן לראות כי מצויים במערך השיקום בבריאות הנפש, שני מודלים אשר מתייחסים באופן שונה לחשיפה עצמית של ידע מניסיון בבריאות הנפש. המודל הטיפולי, על אף ההתפתחות ההיסטורית, רואה בה פרקטיקה טיפולית שיש לעשות בה שימוש זהיר וסלקטיבי בתנאים מסוימים, ואף חושש יותר משימוש בחשיפה עצמית של בריאות נפשית. מול מודל העמיתות שרואה בחשיפה עצמית פרקטיקה מרכזית. בנוסף, לא ניתן להתעלם מהרגישות הרבה הכרוכה בחשיפה של התמודדות נפשית בשל הסטיגמה המלווה אותה.

במוקד מחקר זה מתמודדים עם מגבלה נפשית שעובדים בשירותי שיקום קונבנציונאליים בקהילה, בתפקידים מסורתיים. בהם מועסקים גם עובדים שאינם מתמודדים, לצד אנשי מקצוע בתחום השיקום והטיפול. ההתייחסות בספרות לחשיפה עצמית של אנשי מקצוע בתחום השיקום והטיפול שאינם פסיכותרפיסטים חסרה (Lovell et al., 2020). כמו כן לא נמצאה ספרות ייחודית העוסקת בחשיפה עצמית של מתמודדים עם מגבלה נפשית בתפקידים מסורתיים שאינם אנשי מקצוע. לכן, על מנת לשפוך אור על התמודדותם של עובדים אלו עם אתגר החשיפה העצמית והשימוש בידע מניסיון, נפנה להצגת הספרות העוסקת בעיקר בחשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון של אנשי מקצוע מתמודדים ונשליך ממנה גם על התמודדותם של עובדי שיקום בתפקידים מסורתיים שאינם אנשי מקצוע.

אתגר החשיפה העצמית ושימוש בידע מניסיון של עובדי שיקום וטיפול בתפקידים מסורתיים

אנשי טיפול ואף אנשי שיקום רבים המתמודדים עם מגבלה נפשית, נוטים שלא להיחשף במקום עבודתם, או להיחשף באופן סלקטיבי בלבד (Boyd et al., 2016; Kottsieper & Kundra, 2017; Lovell et al., 2020). גם במידה והם משתמשים בחשיפה עצמית כמיומנות טיפולית עם מקבלי שירות, בריאות הנפש האישית, היא הנושא שבו הם הכי פחות משתפים (Lovell et al., 2020). להלן נבחן את החסמים והמניעים החברתיים והארגוניים לכך.

סטיגמה ואפליה מצד עמיתים לעבודה. מחקרים מראים כי הרצון לריחוק חברתי מאנשים עם מחלות נפש שווה או אף נפוץ יותר בקרב אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בהשוואה לציבור הרחב (Elliott & Ragsdale, 2020; Kundra & Salzer, 2019; Stromwall et al., 2011 Stromwall et al., 2011; Zerubavel & Wright, 2012). מכאן ברור החשש שחשיפה עצמית עשויה לגרור תגובות שליליות בקרב מעסיקים ועמיתים לעבודה (Kundra & Harrington ,2012; Salzer, 2019). פעמים רבות חששות אלה אף מתממשים. אנשי טיפול / שיקום שנחשפו, הרגישו שהם נתפסו בצורה שונה או שלילית על ידי עמיתיהם. חלקם סבלו מאפליה במקום העבודה עד לאובדן מקום עבודתם. אחרים דיווחו שהפכו מבודדים חברתית או הוטרדו (Hudson et al., 2021; King et al., 2020; Kottsieper Kundra, 2017; Lovell et al., 2020**).** בנוסף לסטיגמה הבסיסית הקשורה בפחד קמאי מהפרעות נפשיות, אנשי שיקום/ טיפול חוששים שחשיפה עצמית של התמודדות הנפש שלהם תטיל ספק בכשירותם המקצועית (Elliott & Ragsdale, 2020).ספק כזה עשוי להוביל לצעדים משמעתיים כנגדם, מצד המעסיק או הגוף האחראי על המקצוע שלהם (Lovell **et** al., 2020). זאת עד לאיבוד רישיונם המקצועי, במידה ויעלה חשד שמחלת הנפש פוגעת בתפקודם (Elliott & Ragsdale, 2020).

תרבות ארגונית שאינה מעודדת חשיפה. גורם מרכזי המשפיע על פרקטיקת החשיפה היא התרבות הארגונית בשירותי בריאות הנפש (Boyd et al, 2016; king et al., 2020; Marino et al, 2016; Morgan & Lawon, 2015). התפיסה שהשתרשה במקצועות הטיפוליים, לפיה, איש המקצוע חייב להיות חף מכל פגע וכזה שאסור לו להראות קושי או פגיעות, מביאה לכך שאנשי מקצוע חשים לחץ לא להיחשף (King et al., 2020). מלבד זאת, אנשי מקצוע עם ידע מניסיון לא יחשפו כאשר יש ראיות לכך שחשיפה אינה מקובלת בצוות שלהם. ראיות כאלה יכולות להיות הבעת עמדות שליליות כלפי חשיפה מצד חברי הצוות או המנהלים שלהם. כמו גם, העדר שיח גלוי על חשיפה בארגון. אז מתקבל הרושם שהצוות שלהם מורכב מאנשים "בריאים" החפים מכל פגע ונוצרת נורמה תרבותית של אי חשיפה **(** Boyd et al., 2016; king et al., 2020; Lovell et al., 2020; Zerubavel & Wright, 2012**).**

בתרבות כזו, אנשי שיקום/ טיפול לא מכירים מודל לחיקוי, מישהו שהוא "כמוני", חשוף. דבר שמשמר את תפיסת העצמי כשונה מבחינה איכותית ממקבלי השירות. כך, תרבות של אי חשיפה מחזקת את הדיכוטומיה בין איש המקצוע ה"בריא" למקבל השירות ה"חולה" ומעצימה תחושות של בידוד וסטיגמה עצמית בקרב מקבלי השירות (Boyd et al., 2016; Harris et al., 2016; Harris et al.,2019).

מצב זה אף מעמיד את אנשי השיקום/ טיפול במציאות מלאת סתירות בה הם נוקטים בפעולות להפחתת הסטיגמה עבור מקבלי השירות, אך מרגישים לחץ להסתיר את החוויות שלהם. דבר שמחזק את הסטיגמה שהם מנסים להכחיד (Lovell et al., 2020).

תפיסת חשיפת הידע מניסיון כלא רלוונטי לתפקיד נותן שירות בבריאות הנפש. סיבה נוספת לכך שאנשי מקצוע לא חולקים את ניסיון החיים שלהם היא שאינם מזהים את השיתוף כמועיל או רלוונטי לתפקידם (Hudson et al.,2021; King et al., 2020; Kottsieper & Kundra ,2017; Lovell et al.,2020). הם משתמשים בידע מניסיונם האישי לכל היותר כדי לכוון את עבודתם באופן עקיף. משום שחשיפה מפורשת נתפסת כמרכיב מהותי רק בתפקידי עמיתים ייעודיים ולא כחשובה ורלוונטית בכלל תפקידי השיקום והטיפול (Lovell, 2020).

קושי באינטגרציה בין חלקי הזהות לזהות אחת, היברידית. בסקירה של 23 מחקרים שעסקו בחשיפה של אנשי מקצוע בתחום הטיפול/ שיקום, נמצא כי ההחלטה האם להיחשף הושפעה לא רק מגורמים סביבתיים אלא גם מגורמים אישיים. ביניהם המקום שבו אנשי המקצוע נמצאו במסע ההחלמה שלהם והשלב בקריירה שלהם. אתגר מרכזי בהחלטה להיחשף היה קושי ליצור אינטגרציה בין חלקי הזהות כמתמודדים/מקבלי שירותי בריאות הנפש לבין תפקידם כנותני שירות (King et al., 2020). החלוקה הדיכוטומית המאפיינת את השירותים המסורתיים בין אנשי המקצוע למקבלי השירות מאתגרת את האפשרות להחזיק בשתי הזהויות בו זמנית ומעודדת אימוץ של זהות אחת. של נותני שירות בלבד, בה אין מקום לחשיפה עצמית ולשימוש בידע מניסיון.

אל מול החסמים הארגוניים והאישיים לגבי חשיפה עצמית שתוארו לעיל, ישנם גם מחקרים המעידים על *מניעים ותרבות ארגונית מעודדים חשיפה*, אותם אתאר בקצרה עתה.

מחויבות למאבק בסטיגמה. ישנם אנשי טיפול/שיקום אשר בוחרים להיחשף ולשתף בידע שלהם מניסיון מתוך רצון לקרוא תיגר על סטריאוטיפים ולספק עדות חיה שנלחמת בסטיגמה. או אז הזהות ההיברידית שלהם הופכת למשאב להפחתת הסטיגמה ועצם הגילוי משמש סוג של "אקטיביזם פנימי" (Boyd et al., 2016; Corrigan et al., 2001; Elliott & Ragsdale, 2020; King (et al., 2020.

תרבות ארגונית המעודדת חשיפה. מקומות עבודה שמעודדים חשיפה מכירים בערך של שימוש וחשיפה של ידע מניסיון ומבטאים תגובות תומכות לחשיפה הן של עמיתים מומחים והן של עובדים בתפקידים שאינם מיועדים לעמיתים. על פי רוב, מקומות אלו מספקים גם תמיכה לאנשים המעוניינים לשתף ולהשתמש בניסיון החיים שלהם. זאת באמצעות ניהול, הכשרה והדרכה פרטנית. נוסף לכך באמצעות הדרכה קבוצתית בהנחיית עמיתים מומחים המאפשרת תמיכה הדדית ורפלקציה (Byrne et al. 2022; King et al.,2020; Lovell ,2020).

הכניסה של תפקידים ייעודיים לעמיתים. גורם נוסף שמשפיע מערכתית על חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון הוא הכניסה של עמיתים מומחים לכוח העבודה. הצלחתם לבסס במהירות קשרים טיפוליים משמעותיים ולהוות מודל חיקוי להחלמה ותקווה באמצעות חשיפה עצמית חיובית, משכה את תשומת ליבם גם של אנשי טיפול זהירים. כתוצאה מכך, גם אנשי מקצוע מסורתיים יותר בתחום בריאות הנפש שעובדים לצידם, מתחילים לחשוף את ההתמודדות הנפשית שלהם בפני מקבלי השירות (Byrne et al.,2022; Harrington, 2012; Weerman & Abma, 2019).

1.3 סיכום ומטרת המחקר הנוכחי

מהסקירה לעיל, ניתן לראות כי השפעות היסטוריות, תרבותיות, ארגוניות ואישיות הופכות את שאלת החשיפה העצמית והשימוש בידע מניסיון בתפקיד מסורתי למורכבת ותלוית הקשר ואדם. לכן, עולה שאלת ייחודיות החשיפה העצמית של עמיתים עם ידע מניסיון בישראל, בה משתלבים מתמודדים רבים כעובדים במערך השיקום בתפקידים מסורתיים. זאת במיוחד על רקע תהליך פיתוח תפקידים ייעודיים עבור בעלי ידע מניסיון בארץ. טרם נערך מחקר בנושא זה בישראל.

מחקר זה מבקש להבין את החוויה והעמדות של בעלי עניין שונים (אנשי מקצוע בשיקום, צרכנים נותני שירות, עמיתים וקובעי מדיניות) כלפי חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בהקשר הארגוני הייחודי של מערך השיקום בישראל.

2. שיטה

המחקר נערך במסגרת פרויקט מחקר בין- לאומי- UPSIDES : Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services (להלן אפסיידס) (פרויקט במימון קרן האיחוד האירופי ; הורייזון 2020) שהחל בינואר 2018 למשך תקופה של חמש שנים בשש מדינות : בגרמניה, באנגליה, באוגנדה, בטנזניה, בהודו ובישראל. מטרתו לשכלל את היישום של תמיכת עמיתים ברחבי העולם על מנת להעצים את שירותי בריאות הנפש וליצור קהילה בין- לאומית לתרגול ופרקטיקה של תמיכת עמיתים (Puschner et al., 2019; Moran et al., 2020). במסגרתו פותחה התערבות תמיכת עמיתים בשני ארגונים במערך השיקום בבריאות הנפש בישראל, יושמה והוערכה.

2.1 שיטת המחקר ומסגרת המחקר

שיטת המחקר היתה איכותנית ובגישות של מחקר פעולה משתף (לביא- אג'אי, 2014 ; קרומר נבו וברק, 2006) ומדע היישום (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020). (להרחבה ראו סעיף 3 לפני הפרקים).

המחקר המוצג בפרק זה נערך בשלבו הראשוני של פרויקט אפסיידס, בין השנים 2018-2019 ויוחד ללמידת התפיסות של בעלי עניין שונים במערך השיקום בבריאות הנפש בכל אחד מאתרי המחקר אודות המאפיינים של תמיכת עמיתים באופן כללי. במטרה למפות את ההקשר בו מיושמת ההתערבות. המחקר המוצג כאן מתמקד בנושא החשיפה העצמית והשימוש בידע מניסיון.

2.2 כלי המחקר

כללו 5 ראיונות עומק חצי מובנים (מתוכם ריאיון אחד זוגי) ו6 קבוצות מיקוד (ראו טבלה 2) באורך של 60-90 דקות, בהם נעשה שימוש במדריך ריאיון המבוסס על מסגרת הCFIR (Consolidated Framework of Research Implementation) (להרחבה ראו סעיף 3.5 עמוד 44).

2.3 המדגם

משתתפי המחקר נדגמו בדגימה תכליתית (Patton, 1990). מתוך מערך השיקום בישראל, באמצעות מיפוי התחום בישראל על ידי ועדת ההיגוי של פרויקט אפסיידס. ועדת זו מנתה גורמי מפתח בתחום ונציגי כל הארגונים המקדמים תמיכת עמיתים בישראל. תחילה נערכו ראיונות עם אנשי מפתח מרכזיים בשדה המחקר ללמידתו ולאחר מכן נערכו קבוצות המיקוד.

הקריטריונים להכללה בקבוצות המיקוד והראיונות היו : בעלי עניין רלוונטיים שיש להם ניסיון של שלושה חודשים לפחות באחד מאלה א) מנהלים של עמיתים ב) אנשי צוות העובדים לצד עמיתים ג) עמיתים העובדים במערכות בריאות הנפש ד) אנשי צוות וגורמי מפתח בארגונים בהם יישום פרויקט אפסיידס (לפני יישום ההתערבות).

המדגם כלל 42 בעלי עניין שניתן לחלקם לשתי אוכלוסיות עיקריות (ראו טבלה 1) :

עמיתים (n=13)

השתתפו במחקר שלושה-עשר עמיתים. שניים מהם עבדו כחונכים. שבעה מהם עמיתים מומחים בתפקידים ייעודיים: מתאמי טיפול, עמיתים מומחים בבתי חולים ומנהלת מקצועית. כמו כן, ארבעה עמיתים שעברו את הכשרת אפסיידס. כל עמיתי אפסיידס עבדו במקביל בתפקידים מסורתיים בשירותי שיקום בקהילה כחונכים וכמדריכי שיקום.

גילם הממוצע היה 40.5 (28-56 שנים). 69% מהם נשים ו-31% גברים. מחציתם נשואים או חיים בזוגיות קבועה ומחציתם היו רווקים. היו להם 14.38 שנות לימוד בממוצע (12-17 שנים) והם עבדו 5.5 שנים בממוצע בתחום בריאות הנפש (1-10 שנים).

אנשי מקצוע: אנשי צוות, מנהלים וגורמי מפתח ביישום תמיכת עמיתים במערך בריאות הנפש בישראל (n=29)

במחקר השתתפו עשרים ותשעה אנשי מקצוע. עשרים ואחד (72%) מהם עובדים סוציאליים, שתי (7%) מרפאות בעיסוק, שתי (7%) יועצות ארגוניות, מטפלת בהבעה ויצירה אחת (3.5%) ובוגר תואר בבריאות נפש קהילתית (3.5%). חמישה עשר מהם מנהלים (מנהלי דיור קהילתי נתמך, מנהלי תוכניות בתחום עמיתים עם ידע מניסיון, מנהלים מקצועיים). שניים מהם עבדו בזמן עריכת המחקר או בעבר במשרד הבריאות בתפקידים מובילים. השאר (12) היו מתאמי טיפול ורכזי חונכות או רכזי מדריכי שיקום. הם נציגים של ארגונים רבים במערך שירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל, כולל: ארגונים ממשלתיים, עמותות, ארגון צרכנים ויזמים פרטיים. בדגש על ארגונים המובילים ביישום ידע מניסיון כגון: "צרכנים נותני שירות" (של "יוזמה דרך הלב"), עמותת הצרכנים לשמה, "עמיתים לזכויות", בית מאזן סותריה, עמותת "אנוש" ו"קידום פרויקטים שיקומיים".

לכולם, מלבד אחת ניסיון בעבר או בפועל בניהול ו/או בעבודה לצד עמיתים עם ידע מניסיון. הם עבדו בשירותי בריאות הנפש 10.86 שנים בממוצע (2-35 שנים). גילם הממוצע היה 41.17 שנים (25-63 שנים). שמונה עשר (62%) מהם נשים ואחד עשרה (38%) גברים. עשרים (69%) מהם נשואים, אחת (3.5%) חיה בזוגיות. חמישה (17%) רווקים ואלמן אחד (3.5%). היו להם 18.41 שנות לימוד בממוצע (12-24 שנים).

שלושה מתוך אנשי המקצוע היו בעלי ידע מניסיון. שניים מהם עובדים סוציאליים ואחד בוגר תואר בבריאות נפש קהילתית. הם גברים שעבדו בממוצע 12.5 שנים במערך השיקום (4-24 שנים). גילם הממוצע היה 44 שנים (38-49 שנים). שניים מהם (67%) נשואים ואחד (33%) גרוש. ממוצע שנות הלימוד שלהם היה 16.3 שנים (15-17 שנים).

טבלה 1 פרטים סוציו דמוגרפיים של המדגם

מאפיינים	עמיתים	אנשי מקצוע
N	13	29
גיל (שנים) (SD) M	(9.2) 40.5	(7.63) 41.17
מגדר (%) n		
נשים	(69) 9	(62) 18
גברים	(31) 4	
מצב משפחתי (N)	8	29
(%) n		
נשוי/נשואה	(37.5) 3	(69) 20
חי/ה בזוגיות	(12.5) 1	(3.5) 1
רווק/ה	(50) 4	(17) 5
גרוש/ה		(7) 2
אלמן/ה		(3.5) 1
שנות לימוד (N)	8	29
M (SD)	(3.02) 18.41	(2.13) 14.38
ותק בתחום השיקום (שנים) (N)	12	29
M (SD)	(2.71) 5.5	(7.94) 10.86
תפקיד/ מקצוע (%) n		
נותני שירות עם ידע מניסיון בתפקיד מסורתי (״צרכנים נותני שירות״)	(15.38) 2	
עמיתים מומחים	(53.84) 7	
עמיתי אפסיידס (עבדו במקביל גם תפקידים מסורתיים)	(30.76) 4	
עובדים סוציאליים		(72) 21
מרפאים בעיסוק		(7) 2
יועצות ארגוניות		(7) 2
מטפלת בהבעה ויצירה		(3.5) 1
בוגר תואר בבריאות נפש קהילתית		(3.5) 1

טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד ומספר משתתפים

אוכלוסיית מחקר שהשתתפה בקבוצת המיקוד	פירוט	תאריך	הערות	סה"כ משתתפים
אנשי צוות ועמיתים עם ידע מניסיון	4 עמיתים עם ידע מניסיון, 2 אנשי צוות, 2 אנשי צוות עם ידע מניסיון	7.10.2018	נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	8 משתתפים
אנשי צוות העובדים לצד עמיתים	6 אנשי צוות	8.10.2018	נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	6 משתתפים
עמיתים עם ידע מניסיון המעורבים ביישום התערבות אפסיידס	4 עמיתי אפסיידס	7.10.2019	נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	4 משתתפים
גורמי מפתח בארגונים בהם מיושם פרויקט אפסיידס	6 אנשי צוות	22.12.2019	נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	6 משתתפים
אנשי צוות בארגונים בהם מיושם פרויקט אפסיידס	5 אנשי צוות, מתוכם איש צוות אחד עם ידע מניסיון	22.12.2019	נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	5 משתתפים
אנשי צוות ועמיתים עם ידע מניסיון	3 אנשי צוות, 4 עמיתים עם ידע מניסיון	16.01.2019	נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	7 משתתפים
סה"כ	עמיתים- 12 אנשי צוות- 22 אנשי צוות עם ידע מניסיון-3		נערכו ע"י צוות מחקר אפסיידס	36

טבלה 3 מערך הראיונות ומספר משתתפים

אוכלוסיית מחקר	מספר ראיונות	מספר משתתפים	הערות
אנשי מקצוע	4	5	נערכו ע״י צוות מחקר אפסיידס (ריאיון אחד מתוכם זוגי)
עמיתים עם ידע מניסיון	1	1	נערך ע״י צוות מחקר אפסיידס
סה״כ	**5 ראיונות**	**6 מרואיינים שונים**	

2.4 הליך איסוף הנתונים

בעלי העניין השונים שמופו הוזמנו באופן אישי בכתב (מייל) או בעל פה (באמצעות הטלפון) להשתתף בקבוצות המיקוד ובראיונות. כולם היו חופשיים לבחור באם הם מעוניינים להצטרף לקבוצות המיקוד או להתראיין. כל המפגשים נערכו פנים אל פנים במקום, מועד וזמן המתאימים למשתתפים. המפגשים הוקלטו ותומללו. הפרטים המזהים שונו.

2.5 אתיקה

המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת ULM שבגרמניה ואוניברסיטת בן גוריון. בתחילת כל ריאיון/ קבוצת מיקוד ניתן למשתתפים כל המידע על המחקר בעל פה ובכתב (מטרה, ההתחייבות לסודיות, הזכות לפרוש מן המחקר בכל רגע נתון מבלי שתהיה לפרישתם כל השלכה ותפקיד המראיין/ת). כמו כן חולקו ונחתמו טפסי הסכמה מדעת.

2.6 ניתוח הנתונים

הראיונות וקבוצות המיקוד נותחו ניתוח שניוני למחקר זה, באמצעות ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis (Brooks et al., 2015), תוך סיוע בתוכנת MAXQDA 2020. זהו ניתוח תמטי מובנה המבוסס על תמות מנחות מראש (אפריוריות). הניתוח מדגיש קידוד היררכי ומאפשר רמה גבוהה יחסית של מבנה לצד גמישות (Brooks et al., 2015). מסגרת ה CFIR היוותה את תבנית הקידוד הראשונית ולכן הניתוח נעשה על בסיס חמשת תחומיה : תחום ההתערבות ; ההקשר החיצוני ; ההקשר הפנימי ; בעלי עניין מעורבים ותהליך היישום עצמו.

ככלל, ניתוח הנתונים כלל קריאה וקריאה חוזרת של כל התמלילים לצורך היכרות, קידוד ויצירת קודים, קטגוריות ותמות. לאחר קריאה בשלושת תמלילי קבוצות המיקוד הראשונות וניתוחם לפי מושגי ה-CFIR , פותחה רשימה ראשונית של קודים המבוססת הן על 5 תחומי המסגרת והן על קודים ייחודיים שעלו מתוך הנתונים בתוך כל תחום. על בסיס רשימה זו, שאר התמלילים קודדו. ככל שהתקדם הניתוח, נושאים חדשים שלא התאימו לקודים מצויים הביאו ליצירת קודים חדשים, להמשגה מחדש של קודים קודמים, למיזוג קודים ו/או לביטול קודים, ובסופו של

דבר ליצירת קודים, קטגוריות ותמות. נעשה שימוש בפתקי Memos לתעד מחשבות ורעיונות.

במהלך תהליך הניתוח, החוקרת הבחינה כי חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון תפסו מקום מרכזי בתמלילים כנושא בפני עצמו ועל כן יוחד לו פרק זה.

2.7 סטנדרטים להערכת איכות המחקר

על מנת להבטיח את איכות המחקר נעשה שימוש בארבעה הקריטריונים העיקריים להבטחת אמינות המחקר האיכותני (Trustworthiness) (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004):

אמינות הממצאים- (credibility)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים אכן משקפים את המציאות של הנחקרים כפי שהם תופסים וחווים אותה (Lincoln & Guba, 1985; Moustakas, 1994; Shenton, 2004). לשם כך נעזרה החוקרת במנחת המחקר- פרופ' גליה מורן ובקבוצת עמיתים. קבוצה זו הורכבה מסטודנטים מאוניברסיטת בן גוריון שמחקריהם עוסקים באותו נושא מחקר והם עובדים בשדה המחקר (ביניהם גם חוקרת עם ידע מניסיון). כמו כן, בעמיתות חוקרות UPSIDES מהאתר באולם שבגרמניה. במפגשים שערכה עמם. במפגשים שערכה עמם החוקרת העלתה שאלות הקשורות להבנה מעמיקה וחידוד של המשגת הנתונים וניתוחם. מלבד זאת, שתי חוקרות (החוקרת וחוקרת עמיתה מגרמניה) ניתחו באופן עצמאי שניים מתמלילי קבוצות המיקוד ולאחר מכן השוו את ממצאיהן וקיימו דיון במקומות בהם עלו דילמות, פערים או התלבטויות לגבי הניתוח. יתרה מכך, נעשתה התבוננות ובדיקה מתמדת של הנחותיה של החוקרת ועמדותיה האישיות לאורך תהליך המחקר וניתוח הנתונים. מתוך ניסיון לאפשר ראייה רחבה ומקום לעמדות והנחות החדשות של משתתפי המחקר. בייחוד מכיוון שמדובר בחוקרת אשר מגיעה מתוך שדה המחקר- אשר עבדה כמנהלת שירותים מערך השיקום בבריאות הנפש למעלה מ20 שנה.

העברת הממצאים (Transferability)

קריטריון זה מתייחס ליכולת להעביר את ממצאי המחקר לאוכלוסייה או תופעה דומה (Shenton, 2004; Strauss & Corbin 1994). העברת הממצאים מתאפשרת על ידי הצגת סקירת ספרות נרחבת, הצגת התמות המרכזיות והקטגוריות. כמו גם על ידי הצגת דרכי האיסוף באופן ברור ושיטתי ובתיאורים עשירים ומפורטים. הצגה בהירה ומפורטת מאפשרת לחוקרים ואנשי מקצוע אחרים לבחון ולבדוק את התאמת הממצאים, התמות המרכיבות אותם ושכיחותם בקרב אוכלוסיות או מערכות אחרות.

היכולת לאשר את הממצאים (Confirmability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים מבוססים על תוכן הנתונים כפי שעלו בראיונות ומייצגים את האמת הסובייקטיבית כפי שעלתה מפי משתתפי המחקר ואינם מושפעים מהטיות החוקרת, תפיסותיה והאינטרסים שלה (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). בכדי לאפשר את אישור הממצאים התבצעו מספר פעולות: החוקרת הראשית הקפידה לבדוק את תוכן התמות ותתי התמות אל מול ציטוטים מדויקים של בעלי העניין השונים, מתוך קבוצות המיקוד והראיונות. כמו כן, במהלך התהליך נשמרו ההקלטות של הראיונות, התמלולים, פתקי

ההערות וכל שלבי הניתוחים בקבצים זמינים לחוקרת. זאת על מנת לשוב ולחזור אליהם במהלך שלבי הניתוח השונים. בהמשך לכך אכן התבצעו בדיקות חוזרות בכל שלבי הניתוח לגבי התאמת התיאורים המוצגים אל מול תוכני הראיונות וקבוצות המיקוד. בנוסף, כל תהליך המחקר התבצע בליווי והנחייה של מנחת המחקר- פרופ׳ גליה מורן, תוך בדיקה חוזרת של תוצאות הניתוח.
לבסוף, ממצאי המחקר הוצגו על ידי כותבת העבודה במספר כנסים ופורומים בהם לקחו חלק בעלי עניין שונים בשדה המחקר לאורך תהליך הניתוח. הצגות אלו זימנו הזדמנויות חשובות לבחינה מתמדת את מידת ההלימה בין הניתוח לבין הנתונים. לצד דיוקם וביצוע שינויים והתאמות כנדרש.

היכולת לסמוך (Dependability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה קיימת יכולת לסמוך על כך שתהליך המחקר ותיעודו נעשו באופן עקבי ומהימן. לצורך כך, יש להציג בפני הקוראים כיצד המחקר נערך וכיצד התקבלו ההחלטות (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). במחקר הנוכחי מובא תיעוד מלא של כל שלבי המחקר, עם פירוט תהליך האיסוף והניתוח. כמו כן, מסמכי הניתוח כולל תרשימים ופתקי ההערות נשמרו לצד תמללי קבוצות המיקוד והראיונות, בתוכנת הניתוח והם ניתנים להצגה על פי דרישה.

3. ממצאים

נמצאו חמש קטגוריות ותשע תמות (ראו טבלה 4).

טבלה 4 קטגוריות ותמות

קטגוריה		תמות
3.1 גישה ארגונית זהירה ונמנעת כלפי חשיפה עצמית		
3.2 הרציונל התומך בגישה זהירה ונמנעת	3.2.1	וידוא שהשימוש בחשיפה עצמית נעשה לטובת מקבלי השירות והעמיתים
	3.2.2	חשש מפני סטיגמה
	3.2.3	כיבוד חופש הבחירה של העמית
3.3 חשיפה עצמית בלתי מתוכננת	3.3.1	חשיפה עצמית בלתי מתואמת
	3.3.2	חשיפה עצמית בעקבות התדרדרות המצב הנפשי
3.4 עמדות עמיתים כלפי הגישה הנהוגה לחשיפה עצמית	3.4.1	נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים אשר מתנגדים
	3.4.2	נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים אשר מסכימים
3.5 השפעת כניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים	3.5.1	הזדמנויות
	3.5.2	אתגרים

3.1 גישה ארגונית זהירה ונמנעת כלפי חשיפה עצמית

רבים מאנשי מקצוע והעמיתים העלו כי בארגונים שונים ננקטת גישה זהירה ומסויגת לגבי חשיפה. עד כדי הימנעות מחשיפת הרקע של התמודדות נפשית של העמית (לרוב נותן שירות עם ידע מניסיון בתפקיד מסורתי) בפני מקבלי השירות: *"חלק גדול מהמנהלים לא מעודדים חשיפה. כאג'נדה ברוב החברות לא מעודדים חשיפה"* (עמית אפסיידס ומדריך שיקום (1)).

לעיתים קיימת חשיפה חלקית רק לצוותים אך לא למקבלי שירותים, כפי שניתן ללמוד מהציטוט הזה: *"[...] כשאת נכנסת לתוך מסגרת של דיור זה קצת יותר מורכב, כי יש לך את ההחלטה הקולקטיבית של הארגון. הם יכולים לקבל את זה שתחשפי בפני הצוות, אבל הם לא יכולים לקבל את זה שתחשפי בפני הדיירים. אה, וזה קורה המון"* (עמיתה מומחית בבית חולים (2)).

3.2 הרציונל התומך בגישה זהירה ונמנעת

המשתתפים, אנשי מקצוע ועמיתים, מספקים הסברים שונים למדיניות ארגונית בלתי רשמית זו. לעיתים קרובות ההסבר שניתן הוא שגישה זו ננקטת על מנת לוודא שהחשיפה והשימוש בידע מניסיון נעשים לטובתם של מקבלי השירות והעמיתים גם יחד. עוד עולה החשש מסטיגמה ציבורית ומסטיגמה עצמית. סיבה נוספת היא כיבוד חופש הבחירה של העמית לחשוף או שלא לחשוף את מצבו הנפשי.

3.2.1 וידוא שהשימוש בחשיפה עצמית נעשה לטובת מקבלי השירות והעמיתים

עולה הן מאנשי המקצוע והן מעמיתים רבים כי אנשי המקצוע והמנהלים מעודדים חשיפה רק לאחר הכנה מראש ותיאום ציפיות בין איש המקצוע לנותן שירות עם ידע מניסיון. בנוסף, הם מעודדים חשיפה רק לאחר הכרות ויצירת קשר מבוסס בין העובד למקבל השירות, ובמידה שהחשיפה עשויה לתרום למקבל השירות. כפי שעולה מהדוגמא הזו:

"בפגישה הראשונה בין החונך לחניך...תמיד אני אומר לחונך: תצטרך להגיד כמה משפטים על עצמך אבל בשום פנים ואופן אל תיחשף בפגישה הראשונה. כי לדעתי התהליך של החשיפה צריך להיות מאוד מאוד מדויק וברור וזה צריך להיות אחרי איזושהי יצירת קשר ראשונית וצריך לבחון... אם זה יתרום או לא יתרום לקשר" (רכז חונכות (3)).

איש מקצוע נוסף, רכז מדריכי שיקום (4) מסביר: *"אני מדבר על מה תפיסת התפקיד. האם הוא [הנותן שירות עם ידע מניסיון בתפקיד מסורתי, ע.א.ב.] בא כחבר, כמדריך, האם הוא מגיע לתרום מהמקום שלו. הם צריכים להבין כי חלק מהפעולות שמחליטים לעשות כמו לדוגמה לחשוף את עצמם. אני תמיד אומר להם תשאלו את עצמכם האם זה בא לשרת משהו אצלך או לדייר? אם אתה חושף את עצמך כאשר זה לא משרת את הדייר אלא משהו אצלך, זה פוגע בדייר ופוגע בקשר שלכם. זה משהו שמאוד חשוב לי"*.

3.2.2 חשש מסטיגמה

אנשי מקצוע ועמיתים העלו כי הסבר נוסף להימנעות מחשיפה עצמית הוא חשש מסטיגמה הן בקרב אנשי מקצוע והן בקרב מקבלי השירות. כפי שמסביר איש מקצוע (13):

"אני כבר 5 שנים בתפקיד בחברה, בערך 3 שנים כרכז, אני כן יודע, נכון שזה שירות די גדול, ואני תמיד שואל גם מה הגישה והכל. לכן אני באמת, אם זה משהו אקוטי... אני מעדיף שלא [לעודד להיחשף, ע.א.ב.] בגלל החוויה שלי שעובדים סוציאליים ואנשי שיקום בעצמם גם יש להם [סטיגמה ע.א.ב.]"

בדומה, צרכנית נותנת שירות, מדריכת שיקום מוסיפה (5):

"אני למשל לא חשופה אצלנו בשרות של חונכות. אנחנו יודעים בין הקולגות של הצנ"שים ולא מספרים לשאר הצוות. יש סטיגמה וחוסר ידע של הקולגות ושל הצוות. הרבה פעמים הצוות אומר על מתמודדים: "הם". ואנחנו יושבים ומסתכלים כזה אחד על השני. אנחנו כמוכם, אנחנו אותו דבר, זה לא "הם".

בנוסף, ישנו חשש שמקבלי שירות לא יהיו מעוניינים בקשר עם נותן שירות עם ידע מניסיון, כפי שאומרת מתאמת טיפול (6): *"..[אני מבקשת, ע.א.ב.] לקבל את הידע מסודר מהרכזת מדריכים, שאני אדע אם הוא צרכן נותן שירות או לא. זה מאוד מאוד משפיע. יש נגיד מתמודדים שרק אם ידעו שיש להם מדריך שהוא צרכן נותן שירות לא יסכימו לקבל או שיעיפו אותם במקום... וכבר קרו דברים כאלה....יכול להיות אחד שזה יהיה בול מתאים לו ושזה ישמח אותו מאוד ואחר שזה יהיה כמו פגיעה באגו "מה אתה מביא לי מישהו פחות"*.

איש מקצוע אחר, רכז מדריכי שיקום (4) מוסיף: *"[...] הסטיגמה עצמית שקיימת אצל הדיירים– מדהים שכולם אומרים את זה בסופו של דבר – זה כאילו של "מגיע לי משהו יותר גבוה, מגיע לי נורמלי"*.

3.2.3 כיבוד חופש הבחירה של העמית

הסבר שלישי להימנעות מחשיפה עצמית שהעלו חלק מאנשי המקצוע הוא כיבוד חופש הבחירה של העובד לחשוף מתי שמרגיש נכון עבורו. כפי שאומרת מתאמת טיפול (7):

" אני גם חושבת שזה לא חייב להיות גלוי [שיש להם ניסיון חיים בבריאות נפש, ע.א.ב.] כי אני חושבת בכללי כאנשי טיפול ושיקום וזה, אנחנו, יש אוקיי יש את עניין מחלת הנפש שזה חיבור ביניהם ויש עוד הרבה חוויות שלנו יהיה חיבור ביחד, אם זה מחלה פיזית או כל דבר כזה ולא תמיד אנחנו נחשוף את זה. אז אני גם לא חושבת שכל הצנ"שים חייבים לחשוף את זה, זה עניין שלהם. וכן יש בזה איזושהי אמירה של כאילו אנחנו נותנים להם את חופש התעסוקה, כמו שהבן אדם שאנחנו מלווים רוצה את חופש התעסוקה. אממ. אז זו דעתי".

בנוגע לחופש הבחירה אומר גם קובע מדיניות ותיק (8):

" המחיר של החשיפה יכול להיות גבוה. צריך להיזהר מלדחוף אנשים להיחשף, להבין שזו בחירה של אדם וגם בבחירה כזו יכולים להיות שינויים. יש תפקידים שדורשים חשיפה ויש תפקידים שלא דורשים חשיפה".

3.3 חשיפה עצמית בלתי מתוכננת

מן הממצאים עולה כי קיים פער בין הרצון לתכנן ולשלוט בתהליך החשיפה כך שיהיה בקצב מתאים לכל הצדדים: לאנשי המקצוע, למקבלי השירות ולנותני השירות עם ידע מניסיון, לבין החשיפה בפועל. אנשי המקצוע רבים ציינו שלעיתים קרובות מתקיימת בסופו של דבר חשיפה לא מתואמת בין הנותן שירות עם ידע מניסיון והצוות. בנוסף, חלק מהמשתתפים דיווחו על חשיפה לא מתוכננת שהתרחשה בשל התדרדרות במצב הנפשי של העובד.

3.3.1 חשיפה עצמית בלתי מתואמת

לעיתים מתקיימת חשיפה של הנותן שירות עם ידע מניסיון בניגוד לתאום הציפיות עם אנשי המקצוע. כפי שמסביר איש מקצוע, רכז מדריכי שיקום (4): *"זה הרבה פעמים ... שדברים מתפוצצים. לדוגמה, קשר ראשוני עם מדריך במפגש ראשוני שלי שהייתי מתאם טיפול דיברנו את החוויה שלו והסברתי לו שהגישה שלנו של החברה וגם שלי זה לא לחשוף במפגש הראשון אלא לחשוף במידה וזה משרת משהו. ואז במפגש הראשון הוא חושף בפניה את סיפור החיים שלו, ואז מה שקורה זה שזה מתפוצץ והיא לא מוכנה להמשיך לעבוד אתו".*

בדומה לכך, אומרת מתאמת טיפול (6): *" קרו מקרים שבהם אנשים אמרו שפה רוצים להיות בליווי סמוי ואז אנחנו יושבים בפגישה ראשונה והם ישר חושפים את זה שהם מתמודדים. לחלק מהדיירים זה טוב שהם יחשפו ולחלק זה לא טוב בשבילם שיחשפו, עדין לא. לא. תלוי בשלב של הקשר [...] וגם העניין שאם אני מוכנה לזה או לא כי אם אני יודעת שלא [סוכם בתיאום ציפיות עם אשת המקצוע שהצנ"ש לא ייחשף, ע.א.ב..] ואז נשלף שפן מהכובע ונגיד אני יודעת שהדייר הזה, זה מה זה לא טוב שעכשיו זה נשלף אבל הוא לא יודע. הוא עושה את זה בתמימות כי זה זרם לו עם השיחה, אבל סיכמו מראש שכרגע [הוא לא יחשוף, ע.א.ב.]. עכשיו, גם אם רוצים להחליף את הסיכום זה בסדר אבל שוב, הנושא של התיאום מול מתאם הטיפול הוא מאוד חשוב, שזה לא כי בא לי לשלוף את זה אז אני שולפת".*

3.3.2 חשיפה עצמית בעקבות התדרדרות המצב הנפשי

חלק קטן מהעמיתים ציינו כי לעיתים מתקיימת גם חשיפה כפויה בעקבות התדרדרות המצב הנפשי של הנותן שירות. כפי שמספרת עמיתה שעובדת בפרויקט אפסיידס ולפני כן עבדה כמדריכת שיקום בשירותי דיור ולא הייתה חשופה (12):

"היה אירוע שהייתי בבית חולים- אשפוז כפוי וסיפור קשה .. אחת הדיירות שלי שאני בקשר טוב איתה- הייתה מתקשרת לשאול מה שלומי ואז יום אחד ראתה שאני לא עונה לה, והתקשרה לגרוש שלי והוא אמר שאני מאושפזת מרוב טיפשותו. נורא נלחצה וזה [....] נתקלתי בהתנגדות מאוד נחרצת של העובדת הסוציאלית (ש) אמרה שבגלל החשיפה שהיא ידעה שאני עברתי משבר, הדיירת עצמה נכנסה למשבר. אמרתי היא יכלה לשמוע שאני חולת סרטן או התקף אסטמה וגם הייתה נכנסת לחרדה. היא רצתה לפטר אותי ואז דברתי איתה הרגעתי אותה והיא הסכימה לא לוותר עלי".

ובמקרה נוסף שהיא מתארת: *" היה מקרה של שתי דיירות שלי [...] אני מלווה אותם 4.5 שנים, באחת הפגישות נרדמתי ואז אמרתי וסיפרתי שלא ישנתי טוב בלילה, אחת הדיירות היתה מאוד לחוצה ואמרה שהיא מתלבטת אם זה נכון שמישהי שבעצמה מתמודדת תלווה אותה. בקשו שיחה עם המנהלת של [שם של ארגון, ע.א.ב.] ודברו על הלבטים. הם יודעים כבר שאני חשופה, פשוט בעקבות זה שאני הייתי חולה עלתה ההתלבטות. המנהלת החליטה שלינה [שם בדוי] לא תהיה המדריכה שלכם- המנהלת מספרת שלדיירות היתה תחושת הקלה. קבלתי דיירים חדשים ואז המנהלת החליטה שאני בשום פנים ואופן לא חושפת את עצמי".*

3.4 עמדות נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים כלפי הגישה הנהוגה לחשיפה עצמית

נמצאו שתי תגובות אופייניות לגבי הגישה הננקטת כיום כלפי חשיפה עצמית. מרבית נותני השירות עם ידע מניסיון והעמיתים הביעו התנגדות לגישה זו, ואילו חלקם הביעו הסכמה עמה.

3.4.1 נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים אשר מתנגדים

מרבית נותני השירות עם ידע מניסיון והעמיתים המומחים שהשתתפו בקבוצות המיקוד הרגישו אי נוחות כלפי העמדה הזהירה והנמנעת כלפי חשיפה עצמית הנהוגה כיום ברבים מהארגונים. חלקם חשים שאנשי המקצוע מכתיבים להם האם ומתי להשתמש בחשיפה עצמית.

כך למשל, נותנת שירות עם ידע מניסיון (2) מתייחסת לבקשת הארגון לא להיחשף בביקורתיות וטוענת שבקשה זו מונעת ממנה להשתמש בצורה מיטבית בידע שלה מניסיון:

"יש לארגון איזשהו מקום שבו הוא יכול לקחת החלטה ולהגיד ו.. להסביר אותה, ואת עושה מה שהארגון מבקש [לא להיחשף, ע.א.ב.]... בינתיים נעשות המון טעויות בהעסקה שלך. המון מקומות שבהם את כן יכולה להשתמש בידע מניסיון שלך בין אם זה עקיף ובין אם לא, נחסמות לך בגלל שהארגון חושב שזה לא נכון למתמודדים, לאנשים, לצוות, whatever".

עמיתה מומחית שעבדה בעבר בתפקיד מסורתי (9) מביעה תסכול מחוסר היכולת לבחור להיחשף בתפקיד מסורתי ומוסיפה: *" אבל העניין שרכז חונכות יכול לעמוד מולך ולהגיד לך אתה מול הבן אדם הזה לא חושף ומול הבן אדם הזה אתה כן חושף ובוא ... זה ענין, זה משהו של*

הצנ"ש, של אדם עם ידע מניסיון, זה משהו נורא שלו שהוא צריך למחוק אותו מ.. הוא צריך למחוק אותו. בעצם אומרים לי תמחקי משהו מעצמך, אה.. שנורא מהר גם אפשר לגלות את זה"

בדומה לכך אמרה עמיתת אפסיידס (12): "יצאתי מאוד פצועה ממה שקרה לי ב [שם של ארגון, ע.א.ב.]. אני מרגישה פספוס מכך ששמו לי מעצור מלהיחשף".

3.4.2 נותני שירות עם ידע מניסיון ועמיתים אשר מסכימים

חשוב לציין כי לא כל נותני השירות עם ידע מניסיון והעמיתים מתנגדים לגישה הזהירה של הארגונים ויש גם המסכימים עם הגישה הקיימת. הם מציינים את בחירתם להיחשף רק כאשר זה משרת את מקבלי השירות שלהם. לדוגמה, עמית אפסיידס (1) אומר:

" יש לי שניים שאני לא נחשף מולם כי זה לא עניין שם, אין שיחות על חיים וניסיון חיים, אנחנו עושים דברים בתוך הבית. ולעומת זאת כל מי שאני הולך איתם לשיחות אני כן חושף. כך שאין לי הרבה דילמות [לגבי החשיפה, ע.א.ב.]".

עמית אפסיידס נוסף (10) מסביר: [...] *"אני למדתי שמחלקים את הידע לסיפורים. יש סיפור ספציפי לכל מצב, זה לא שאתה בא מתמודד ושופך לו. זו הדרך הכי לא נכונה. צריך לחשוב איפה, כמה, למה, אני נחשף".*

3.5 השפעת כניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים

התפתחותם של תפקידים ייעודיים לעמיתים מומחים למערך בריאות הנפש מייצרת הזדמנויות לצד אתגרים, באשר לשימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון.

3.5.1 הזדמנויות

חלק מהמשתתפים במחקר, הן עמיתים והן אנשי מקצוע ציינו שלכניסת תפקידים ייעודיים לאנשים עם ידע מניסיון ישנה השפעה חיובית על חשיפה עצמית. בתפקידים אלה העמיתים חשופים מראש ומסתמכים על ידע מניסיון כחלק אינהרנטי בתפקיד. בעקבות כניסת תפקידים אלה, לדעתם, עובדים עם ידע מניסיון מרגישים נוחות רבה יותר להיחשף. גם כשהם משמשים בתפקידים מסורתיים. בנוסף עולה כי התפתחות זו מקדמת הפחתת סטיגמה בנוגע למתמודדים עם מגבלה נפשית.

כך למשל, צרכנית נותנת שירות שבדרך כלל עובדת בתפקיד מסורתי והוכשרה ועבדה כעמיתת אפסיידס (12) אומרת: *"הפיילוט הזה [אפסיידס, ע.א.ב.] בעצם נתן לי חשיבה מחודשת להיחשף באופן טוטאלי".*

עמיתה מומחית ותיקה (11) מתארת את ההשפעה שהיא רואה בכניסת תפקידים ייעודיים לעמיתים כך: "עם לידתו של תפקיד "עמית מומחה" ישנה לגיטימציה רבה יותר להיחשף ולהשתמש בידע מניסיון. גם בתחום השיקום. כיום אנשים שעובדים בתפקיד עמית מומחה גאים בעבודה שלהם והולכים "עם ראש מורם". בעבר הייתה תחושה שאדם עם ידע מניסיון צריך "לצאת מהארון" בכדי לעבוד באופן חשוף. גם היום יש סטיגמה רבה בנושא אך התקדמנו באופן משמעותי עם היווצרות תפקיד עמית מומחה".

3.5.2 אתגרים

על אף ההשפעה החיובית על חשיפה עצמית, חלק מהמשתתפים, בעיקר אנשי מקצוע (ביניהם קובע מדיניות), מסייגים את ההתפתחות. הם מסבירים שחייבים לקחת בחשבון את המחיר של חשיפה במציאות בה הסטיגמה גבוהה. כפי שאומר קובע מדיניות ותיק (8):

"[כיום..] כל המדיניות היא בכיוון של חשיפה. מערכות רוצות להראות שיש לנו עובדים כאלו וכאלו. את יכולה לקבל תמיכה/התאמות רק אם את נחשפת. יש הרי מוגבלות שפשוט רואים. בבריאות הנפש המוגבלות לא בהכרח נראית ולכן זו סוגיה חשובה ולא ברורה מאליה. עדיין הסטיגמה מאוד גדולה. אנשים שנחשפים משלמים מחיר אישי לא פשוט".

4. דיון

פרק זה ביקש להבין את מקומה של חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בקרב מתמודדים העובדים במגוון תפקידים בשירותי בריאות הנפש בקהילה. רובם כנותני שירות עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים ("צרכנים נותני שירות") וחלקם בתפקידים ייעודיים לעמיתים עם ידע מניסיון, אשר מתפתחים בישראל בעשור האחרון (לכמן, פרידלנדר-כץ, ניסן, סינגר ורועה נעמן, 2018; Moran, 2018).

מוקד מחקרי זה עלה לאחר שמן הממצאים בלטה סוגיית השימוש בחשיפה עצמית/ בידע מניסיון כדילמה ואף כאתגר משמעותי במערך השיקום בישראל כיום. כל משתתפי המחקר התייחסו לסוגיית החשיפה מהיבט של נקיטת זהירות, שימוש מוכוון, הסתרה או הבלטה, וקבוצות המיקוד התאפיינו בדיונים ערים סביב שאלות אלו. כדאי לציין אף שסוגיה זו בלטה בישראל באופן ייחודי, בהשוואה לשאר המדינות שהשתתפו במחקר אפסיידס (Haun et al., 2024).

הדיון ינסה להבהיר את המורכבות הרבה שעלתה, באמצעות שלושה היבטים:

4.1 השפעת המודל הטיפולי על תפיסת החשיפה במערך השיקום אל מול מודל העמיתות

ממצאי המחקר מראים כי קיים חוסר אחידות ביחס של בעלי עניין שונים ובפרקטיקה הנהוגה בשירותים, לגבי נושא החשיפה/שימוש בידע מניסיון. כמדיניות ארגונית, ישנו ניסיון לנקוט בזהירות, לכוון וללוות תהליכי חשיפה ושימוש בידע מניסיון כך שיהיו מותאמים לכל בעלי העניין: מקבלי השירות, הארגון ונותני השירות עם הידע מניסיון. מדיניות זו אינה מפתיעה כאשר לוקחים בחשבון את המסורת הטיפולית עליה מתחנכים אנשי המקצוע. מסורת זו, על אף ההתפתחות ההיסטורית, עדיין רואה בחשיפה עצמית כפרקטיקה שצריך להירתע ממנה או להשתמש בה בזהירות רבה (Henretty & Levitt, 2010; Knight, 2012; Lovell et al., 2020). משנה זהירות נדרש בייחוד כשמדובר בחשיפה עצמית של התמודדות נפשית (Henretty & Levitt, 2010). על כן, אנשי המקצוע מנחים את נותני השירות עם ידע מניסיון לעשות שימוש בחשיפה עצמית, בהתאם למקובל במודל הטיפולי. קרי, רק במידה והתקבלה החלטה מתואמת ומשותפת בין הצרכן נותן שירות לאיש המקצוע. החלטה זו מתקבלת במקרים בהם ברור שהחשיפה עצמית תואמת את מטרות הקשר ותתרום למקבל השירות. בנוסף, החשיפה עצמית

נעשית רק לאחר שכבר נוצר קשר משמעותי בין נותן השירות עם ידע מניסיון למקבל השירות (Bone, 2021; Henretty & Levitt, 2010; Hill & Knox, 2003; Lovell et al., 2020).

ממצאי המחקר מראים כי חלק מנותני השירות עם ידע מניסיון מסכימים עם הנחיה זו, לעשות שימוש זהיר וחלקי בחשיפה עצמית. ניתן להבין זאת מכיוון שחלקם נטמעו בתוך השירותים המסורתיים בהם רוב של אנשי מקצוע. אזי הם מזדהים עם אנשי המקצוע והפנימו את המודל הטיפולי השלט בשירותים אלו. זאת מכיוון שהאינטגרציה בין החלקים השונים של הזהות- של "צרכן/מקבל שירות" ו"נותן שירות" לזהות אחת, היברידית, היא מורכבת. בייחוד בשירותים המסורתיים אשר משמרים את החלוקה בין "הם"- מקבלי השירות ה"חולים" ו"אנחנו"- אנשי המקצוע ה"בריאים" (King et al., 2020). נותני שירות עם ידע מניסיון בתפקיד מסורתי לצד אנשי מקצוע ואנשי שיקום "בריאים" נוספים המבצעים את אותו תפקיד, עשויים להזדהות עם קבוצת "אנשי השיקום/ טיפול הבריאים", להסתיר את חוויותיהם הממשיות ולהתאים את עצמם לנורמות ולאידיאלים המצופים מקבוצה זו (Lovell et al.,2020).

לצד זאת, ניכר כי יכולת השליטה והבחירה בתהליכי החשיפה ושימוש בידע מניסיון אלו היא חלקית ומייצרת קשיים בפניה עצמה. כך למשל חשיפה מותאמת וזהירה מייצרת גם היא מורכבות, מאחר ונוצר מצב בו נותן השירות עם הידע מניסיון חשוף ומשתמש בידע שלו מניסיון רק מול חלק ממקבלי השירות שהוא מלווה, בעוד שמול אחרים הוא מסתיר את זהותו כמתמודד. בחלק מהמקרים מדובר במקבלי שירות שאנשי המקצוע סוברים שהם לא יהיו מעוניינים בליווי על ידי צרכן נותן שירות במידה וזהותו תיחשף. מה שמעורר גם שאלות אתיות (Corrigan et al, 2009; King et al., 2020).

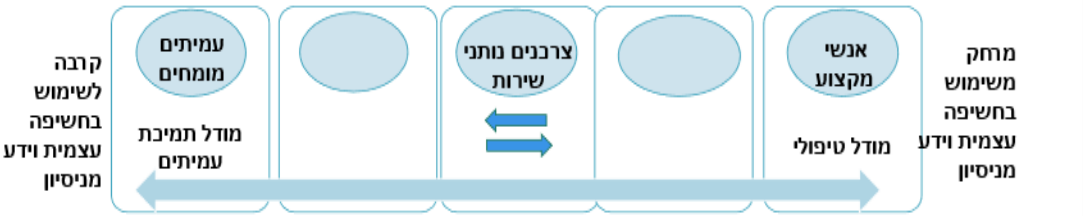
כך, נראה שלהכלת המודל הטיפולי הקלאסי לחשיפה על נותני שירות עם ידע מניסיון וגם על עמיתים מומחים יש מגבלות ומחירים עבור נותני השירות ובעקיפין גם עבור מקבלי השירות. הדבר בולט במיוחד כאשר נותני השירות עם ידע מניסיון אינם מסכימים עם גישה זו. או אז הם חווים צורך להסתיר דבר שיתגלה עד מהרה וגם חוסר יכולת לבטא חלקים חשובים שיש להם העשויים להיות משמעותיים לעזרה שהם מספקים. הסתרה זו עשויה לחזק את התפיסה העצמית של להיות מתמודד/ת עם מחלה הנפשית הנה זהות פגומה שיש להסתירה ולהגביר תחושות של בושה וסטיגמה עצמית (Corrigan & Matthews, 2003; Corrigan et al., 2009; Goffman, 1963).

כפי שעולה, לעיתים חוסר ההסכמה מביא לכך שישנם מצבים בהם נותני השירות עם ידע מניסיון חושפים את היותם מתמודדים בניגוד לתיאום הציפיות מול אנשי המקצוע. חשיפה זו נעשית מוקדם מדי בתהליך מול מקבלי השירות, לתפיסתם של אנשי המקצוע. ניתן להבין התנגדות זו של אותם נותני שירות על רקע מודל השימוש בידע מניסיון המבוסס על תפיסה של עמיתות. מודל העמיתות או מודל תמיכת העמיתים, רואה בחשיפה עצמית דרישת תפקיד ופרקטיקה מרכזית אשר באמצעותה חולקים העמיתים את הידע הייחודי שלהם מניסיון. כאמור, בעזרת שימוש בחשיפה עצמית חיובית הם יוצרים אמון וקרבה. עוד הם נותנים תוקף לחוויותיהם של מקבלי השירות ומטפחים תקווה להחלמה. כמו גם מתבססים כמודל לחיקוי, מעוררים שינויים התנהגותיים חיוביים, מקדמים את הטיפול העצמי של מקבלי השירות ואת תחושת השייכות לקהילה (Gillard et al., 2014; Moran, 2017; Solomon,2004; Truong et al.,2019).

בניסיון להבהיר מצב זה נציע מודל קונספטואלי המתייחס לציר של קירבה וריחוק בהקשר של חשיפה/שימוש בידע מניסיון (ראה שרטוט 1) אשר בו בקוטב אחד, נמצא המודל הטיפולי - הרחוק משימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון. מודל זה אף מכנה את הפרקטיקה "חשיפה עצמית" בלבד, עם קונוטציה מסתייגת. בבחינת לחשוף דבר מה רגיש ולעיתים אף לא רצוי. לעומתו, בקוטב השני, נמצא מודל העמיתות - הקרוב לשימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון. מודל זה אף מכנה את הפרקטיקה "שימוש בידע מניסיון" כאקט מוכוון ורצוי של יישום ידע שיכול לסייע ולתרום.

ניכר כי משתתפי המחקר נעים בין שני קטבים מנוגדים אלו בהתמודדות שלהם עם שאלות של חשיפה ושימוש בידע מניסיון והם מושפעים מההקשר הארגוני בו הם נמצאים, הגדרת תפקידם (תפקיד מסורתי או ייעודי של עמית), דרישות אנשי המקצוע כלפיהם והעדפתם האישית.

שרטוט 1: ציר קרבה ומרחק מחשיפה עצמית/ שימוש בידע מניסיון



4.2 ההתפתחות ההיסטורית של תפקידי עמיתים בישראל ומידת ההתמקצעות של תפקידי עמיתים

ניתן להבין את הממצאים גם לאור ההתפתחות ההיסטורית הייחודית לישראל אשר הביאה למצב של ריבוי מתמודדי נפש כנותני שירותים בשירותי שיקום בבריאות הנפש לצד הנטייה לכיוון של הימנעות מחשיפה. תחילת יישומם הממוסד של מתמודדי נפש כנותני שירותים בשירותי השיקום הפסיכיאטרי החל מ2005. בשנה זו נפתח קורס "צרכנים נותני שירות" אשר נועד להכשיר אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית, הצורכים שירותי שיקום, להיות נותני שירותים למתמודדים אחרים (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018 ; Moran, 2018). הקורס נפתח ביוזמה משותפת של התנועה הצרכנית והמועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה ובסיוע משרד הבריאות.

במקביל, החל מ 2006 פותחה תוכנית "צרכנים נותני שירות" ובהמשך שירותי תעסוקה נתמכת רבים נוספים. אלה מספקים ליווי תעסוקתי ייחודי לעובדים עם ידע מניסיון, במסגרת שירותי סל השיקום (אורן, 2007 ; מרזר-ספיר, הר-לב ומאוטנר, 2009 ; סינגר, 2010). כתוצאה מכך, השתלבו מאות מתמודדים כנותני שירותים במערך השיקום בבריאות הנפש בכל התפקידים המסורתיים (מדריכי שיקום, חונכים, סומכים) (מרזר-ספיר, הר-לב ומאוטנר, 2009). אחרים השתלבו בתפקידים מקצועיים כגון אנשי מקצוע, מתאמי תוכניות שיקום וכד' (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018; Moran, 2018).

הנחת המוצא לקידום הקורס ולפתיחת תוכנית "צרכנים נותני שירות" היתה שצרכני השירותים צברו ידע ייחודי במהלך התמודדותם עם הקשיים הנפשיים ותוך צריכת השירותים במערך בריאות הנפש. ידע זה העניק להם ערך מוסף, כלים ותובנות ייחודיים. אלה היכולים

להוביל ליצירת יחסים הדדיים, בגובה העיניים ולהעניק למתמודדים אחרים וגם לצוות המקצועי תקווה שהחלמה היא אפשרית. עם זאת, בקורס ההכשרה ובתהליך הליווי לצרכנים נותני השירות, לא ניתנה הנחייה לחשיפה ולשימוש ישיר בידע ייחודי זה מניסיון וההחלטה הושארה בידי נותן השירות והארגון בו הוא משתלב. כמו כן לא ניתנה הכשרה ייחודית אשר תעניק לנותני השירות ידע וכלים על מנת לעשות שימוש מקצועי בידע שלהם מניסיון.

החל משנת 2015 החלה התפתחות בכניסת תפקידים ייעודיים למתמודדים במערך השיקום והטיפול בבריאות הנפש (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018 ;Moran, 2018). בתפקידים אלו יש עידוד להשתמש בידע אישי מניסיון. משמע, נותן השירות "חשוף" באופן הצהרתי ועושה שימוש בחשיפה עצמית של ידע אישי מניסיון ככלי מרכזי, חיובי ותורם. התפתחות התפקידים הייעודיים העלתה צורך להמשך התמקצעות וביסוס תפקיד העמית ולכן רק ב 2020 הוקם על ידי בית הספר לשיקום של משרד הבריאות בקריה האקדמית אונו וחברת "יוזמה דרך הלב", הקורס : "הפרקטיקה של ידע מניסיון" (ארליך, 2023 ;Elran, 2020 ; Grundman, Edri & Stanger).

לאור ממצאי המחקר בהם משתתפים התייחסו בבירור למשמעות של תפקידים ייעודיים בהקשר לתהליכי השימוש בידע אישי מניסיון שלהם, ניכר כי הכניסה של תפקידים ייעודיים של עמיתים משפיעה השפעה עמוקה על התפיסה והיחס אל ידע מניסיון כבעל ערך ותרומה משמעותית ומעודדת חשיפה (דהיינו, שימוש בידע אישי מניסיון). גם בקרב מתמודדים בתפקידים מסורתיים. לצד זאת, ממצאי המחקר חושפים חשש בנוגע למיומנות ומקצועיות בחשיפה עצמית של עמיתים. חששות אלה הוחמרו כאשר חשיפה עצמית היתה כרוכה בשיתוף בהתמודדות הנפשית. בייחוד כאשר מצבם הנפשי של העמיתים התדרדר והתרחשה בשל כך חשיפה עצמית כפויה ובלתי מתוכננת. חששות אלה זוהו גם במקומות אחרים (Bril- Barniv et al., 2016; Hudson, Arnaert & Lavoie- Tremblay, 2021; Moran et al., 2013).

בעלי העניין התייחסו לצורך בשימוש בחשיפה עצמית רק לאחר הכנה ופיתוח מיומנות. בייחוד בקרב עמיתים בתפקידים לא ייעודיים. כפי שתואר, עמיתים אלו לא בהכרח קיבלו הכשרה בשימוש בחשיפה עצמית ובידע שלהם מניסיון. חששות אלה קוראים לפיתוח קווים מנחים לחשיפה עצמית של עמיתים. אנחנו אכן עדים לאחרונה להתפתחות יוזמות שונות בשדה בישראל הכוללות הכשרות ייעודיות ספציפיות, הדרכה ותמיכה לפיתוח מיומנויות חשיפה עצמית בקרב עמיתים (ארליך, 2023 ; Moran et al., 2020 ; Hadas Grundman, Edri & Stanger; Elran, 2020). הכשרה מקיפה והדרכה שעוסקות בשימוש בחשיפה עצמית נחוצות ויכולות לתרום באופן משמעותי לעמיתים בתפקידים ייעודיים. הן חשובות, לאור הממצאים, גם לעמיתים בתפקידים שאינם ייעודיים. כך, רכישת מיומנות בשימוש בידע מניסיון וחשיפה עצמית, לצד הכרה מצד הצוות והמנהלים בערכו של ידע מניסיון, יכולה לסייע לנותני שירות עם ידע מניסיון להתמודד עם התסכול הנוכחי וחוסר היכולת לבטא באופן מלא את ניסיון החיים שלהם ואת הידע שהם תופסים כמשמעותי לתפקידם כנותני שירות. יחד עם זאת, הבטחת הבחירה בחשיפה עצמית בהתאם לרמת הנוחות וכבוד לצורך בחופש בקבלת החלטות הקשורות לחשיפה עצמית צריכים להיות חלק מהשיקול המקצועי. בהתחשב בהקשרים המורכבים ובתפקידים הלא ייעודיים המצויים במערכת.

4.3 הרגישות והייחודיות של חשיפה/שימוש בידע מניסיון הקשור להתמודדות נפשית

עולה מן הממצאים שאנשי המקצוע במערך השיקום מעודדים חשיפה זהירה ומסויגת גם בשל החשש מן הסטיגמה. הסטיגמה הציבורית הקיימת בקרב אנשי מקצוע אחרים והסטיגמה העצמית, הקיימת בקרב מקבלי השירות. ממצאים אלו מובנים לאור העובדה שחשיפה עצמית של התמודדות נפשית וידע מניסיון, בניגוד לחשיפה עצמית של ניסיונות חיים אחרים, אכן כרוכה בהתמודדות עם סטיגמה ואפליה (Corrigan, 2000; Corrigan et al, 2009). בייחוד כשמדובר במדינה עם אוכלוסייה קטנה יחסית המאופיינת במעגלי היכרות קרובים. בה חשיפה עשויה להיות אף רגישה יותר. מכיוון שגם אם האדם מעוניין בחשיפה סלקטיבית (Corrigan & Matthews, 2003), יכולת הבחירה והשליטה שלו באשר למול מי להיחשף ומול מי לא, עשויה להיות מוגבלת.

בנוסף, ישנם מצבים בהם נותני השירות עם ידע מניסיון נחשפים כמתמודדים בחשיפה לא רצונית או כפויה, בשל התדרדרות במצב הנפשי שלהם. חשיפה כזו תועדה במחקרים קודמים, בדומה לעולה מן הממצאים שלנו, כאשר נותני השירות לא תכננו להיחשף, אלא החשיפה נכפתה עליהם בעקבות גורם שלישי שחשף אותם, מנסיבות חיצוניות שלא היו בשליטתם. כגון: תכנים פסיכוטיים, התנהגות שונה מן הנורמה או מראה חיצוני מוזנח ומוזר. חשיפה זו תוארה בספרות כמצב לא רצוי של אובדן שליטה במספר מובנים: אובדן השליטה של המתמודדים בעקבות המצב של המחלה שמוביל לחשיפה שלא מבחירה. חשיפה שמאופיינת באובדן שליטה על התזמון, כמות ואיכות המידע שמועבר. כמו גם אובדן שליטה לגבי מושא החשיפה ועל האנשים שהעבירו מידע זה הלאה (נעמן, 2011; Barniv et al.,2016; Hudson, Arnaert & Lavoie-Tremblay, 2011 - Bril). גם במחקר הנוכחי, אירועים אלו נתפסים כלא רצויים ונותני השירות עם הידע מניסיון מצרים על כך ועל הפגיעה שמצב זה מייצר עם מקבלי שירותים.

דוגמאות אלו מעלות ספק לגבי היכולת לשלוט ולכוון באופן מלא תהליכי חשיפה, מלכתחילה. עוד הן מזכירות כי הצבת מתמודדי נפש בתפקידי מתן שירות אינו מבטל את המשך ההתמודדות הנפשית ותהליכי ההחלמה שלהם. לכן עולה גם החשיבות הרבה בניהול נכון של ההפרעה תוך כדי התפקיד (Moran et al., 2012; Moran et al., 2013).

הנטייה לעידוד חשיפה זהירה ומסויגת מובנת גם לאור ממצאי מחקרים המעידים כי בקרב אנשי מקצוע, הסטיגמה הציבורית כלפי מתמודדים עם מגבלה נפשית קיימת באופן שווה או אף נפוצה יותר, בהשוואה לציבור הרחב (Elliott & Ragsdale, 2020; Kundra & Salzer, 2019; Holley, Stromwall & Bashor, 2011). כמו כן, אנשים עם מגבלה נפשית עשויים בעצמם להפנים סטריאוטיפים ציבוריים ולפתח סטיגמה עצמית כמו גם סטיגמה כלפי אחרים במצבים דומים(Corrigan & Rao, 2012). מה שמסביר את הנטייה הקיימת בקרב מקבלי השירות, אותה תיארו משתתפי המחקר- להעדיף אנשי שיקום ללא ידע מניסיון בטענה שהם מספקים שירות טוב יותר. ממצאי המחקר הראו גם כי חשיפה עצמית של נותני שירות עם ידע מניסיון, ובעיקר חשיפה עצמית לא רצונית או כפויה, אכן הובילו לתגובות מתייגות ומפלות מצד אנשי המקצוע ומקבלי השירות. כאשר חלקם ביקשו להפסיק את קבלת השירות מהם לאחר שנחשפו. ממצאים אלה מצטרפים למחקרים אחרים בקרב אנשי מקצוע ומטפלים בשיקום בעלי ידע מניסיון ובקרב עמיתים מומחים, שהוכיחו כי החשיפה העצמית שלהם הובילה לשינוי שלילי בהתנהגות כלפיהם,

הפחתת ערכם ואפלייתם (Kottsieper & Kundra, 2017; Lovell et al., 2020; Moran et al., 2013; Salzer & Liptzin- Shear, 2002; Walker & Bryant, 2013).

4.4 מגבלות המחקר והמלצות למחקרי המשך

המחקר הנוכחי בחן לראשונה בישראל את החוויות והעמדות של 42 בעלי עניין ביחס לחשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בקרב נותני שירותים במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה. השתתפו במחקר בעלי עניין מגוונים: אנשי מקצוע ביניהם אנשי צוות, מנהלים וגורמי מפתח ביישום תמיכת עמיתים במערך השיקום בבריאות הנפש בישראל. מתוכם גם אנשי מקצוע עם ידע מניסיון בעצמם. כמו כן, השתתפו במחקר עובדים עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים וייעודיים. אולם, מתוך שלושה עשר עובדים אלו, רק שניים עבדו אך ורק בתפקידים מסורתיים. כך שמרביתם (11) עבדו בעת המחקר בתפקידים ייעודיים: כעמיתים מומחים או כעמיתי אפסיידס. חשוב לציין כי חלקם הגדול שימשו במקביל או בעבר בתפקידים מסורתיים. אך ייתכן שקולם הדומיננטי ייצג עמיתים בתפקידים ייעודיים המתבוננים על חשיפה בתפקידים המסורתיים לאחר שעברו כברת דרך במסלולם המקצועי ובגיבוש זהותם. כמו כן, בין בעלי העניין לא נכללו גם מקבלי שירות מעובדים עם ידע מניסיון. עמדתם נחשפה רק במידה מסוימת מנקודת המבט של נותני שירותים עם וללא ידע מניסיון.

לכן, חשוב במחקרי המשך המתמקדים בחשיפה לתת ייצוג רחב יותר גם לנותני שירות עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים ולעובדים עם ידע מניסיון הנמצאים בשלבים שונים במסלול המקצועי שלהם ובתהליך גיבוש זהותם כעובדים במערך השיקום בבריאות הנפש. לצד ייצוג של מקבלי שירות מעובדים עם ידע מניסיון בתפקידים ייעודיים ומסורתיים.

4.5 סיכום והמלצות לפרקטיקה

מחקר זה זיהה לראשונה כיצד שילוב ידע מניסיון במערך בריאות הנפש נמצא כיום ביחסי גומלין עם מודלים מושגיים של חשיפה עצמית, סוגיית המקצועיות של עמיתים ובעיית הסטיגמה הנובעת מכך.

המשתתפים הביעו דעות וחוויות מורכבות ולעיתים מנוגדות בנוגע לחשיפה עצמית של נותני שירות עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים וייעודיים. השקפות מגוונות ולעתים מתנגשות אלה מובנות בהקשר היסטורי, בהינתן כניסתם של צרכנים נותני שירות כבר לפני כמעט 20 שנה למערכת בריאות הנפש וכניסה נוספת של תפקידי עמיתים ייעודיים שונים לאורך זמן. התוצאה היא מערכת שבה מאות אנשים עם ניסיון חיים עוסקים בתפקידי עמיתים מגוונים. עם התפתחות תפקידי העמיתים בישראל, התעוררו באופן טבעי חיכוכים ומתחים כנגד הגישה הטיפולית המסורתית הקיימת. נראה כי עצם נוכחותם של עמיתים בשירותים אתגרה את ההנחות המסורתיות בקרב הצוותים ומקבלי השירות הסובבים אותם, לגבי חשיפה עצמית. באתגור זה של נורמות ארגוניות ותרבותיות יש הזדמנות לשינוי חיובי (Deegan, 2011; Schrank et al., 2015).

על מנת ליישם בשירותי בריאות הנפש המסורתיים בישראל את הפוטנציאל הטמון בחשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בבריאות הנפש, כמודל התערבות משלים שמקורו בתמיכת עמיתים, חשוב להיות מודעים למצב המורכב הקיים כיום בשטח. בו פועלים בו זמנית גורמים המקדמים שימוש בחשיפה עצמית ובידע מניסיון לצד גורמים המביאים להימנעות משימוש בהם.

מורכבות זו מעלה צורך בהכנה, למידה, הכשרה והדרכה לארגונים ולעמיתים עצמם אשר יסייעו ליצירת סביבה ארגונית תומכת בחשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון בבריאות הנפש. מספר חוקרים מדגישים את חשיבות התמיכה הארגונית לשימוש בידע מניסיון (Hudson et al.,2020; King et al., 2023; King et al.,2021; Marino et al, 2016; Morgan & Lawson,2015). תמיכה כזו כוללת כבוד וחופש בחירה לאנשי שיקום עם ידע מניסיון לשתף בניסיון החיים שלהם בעבודתם ללא חשש משיפוטיות כלפי מקצועיותם (King et al.,2020; Lovell et al.,2020). היא כוללת גם בחירה פרואקטיבית והתאמה בין מקבלי שירות ונותני שירות על סמך ניסיונם וזהותם החשופים מראש (Lovell et al., 2020). בנוסף, נדרשים הכשרה, הדרכה וליווי לאנשי צוות וארגונים. כאלה שיתייחסו לחשיפה עצמית של עובדים בעלי ידע מניסיון בתפקידים ייעודיים ומסורתיים. כמו כן יעלו את המודעות ליתרונות של שימוש מקצועי בחשיפה עצמית ובידע מניסיון ויתנו כלים מקצועיים לנהל, להדריך וללוות עובדים אלו (King et al.,2020; Lovell et al.,2020).

לצד זאת, יש צורך גם בהדרכה, הכשרה ופיתוח המיומנויות של העובדים עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים וייעודיים עצמם. חשוב להבהיר בהדרכה את הרגשות והחששות הקשורים בזהות רבת השכבות של להיות מתמודד/צרכן שירותי בריאות נפש ונותן שירות, בשירותי בריאות נפש מסורתיים. עוד חשוב לבחון את ההקשרים השונים והאסטרטגיות הנכונות להיחשף ולהשתמש בידע מניסיון עם מקבלי השירות. כך שיהיו מותאמים לרווחתם הנפשית ולהתפתחות הזהות המקצועית של העמיתים. תהליך זה כולל הבנת המוטיבציות להיחשף ולעשות שימוש בידע מניסיון, ניהול הסיכונים והבהרת מידת החשיפה המתאימה (גולדברג ואחרים, 2020 ; Lovell et al.,2022; Truong et al., 2019; Dunlop et al., 2022; Harrington, 2012). לצד פיתוח מיומנויות לשימוש בידע מניסיון : מתי ומה לחשוף. כמו גם איך להשתמש בסיפור האישי על מנת לגלות אמפתיה ולתת תוקף ותקווה למקבלי השירות (Davidson et al., 1977; Kemp & Henderson,2012; Mead et al. 2001; Moran et al., 2013; Salzer, 2006).

לבסוף, נראה כי תפקידים ייעודיים לעמיתים חשובים משום שמעצם הגדרתם הם דורשים שימוש בחשיפה עצמית בהתאם למודל העמיתות (Harrington, 2012; Mead et al., 2011; Moran, 2017; Slade et al.,2014; Solomon, 2004; Truong et al., 2019). תפקידי עמיתים ייעודיים כאלה נושאים יתרונות ייחודיים למקבלי השירות. כמו כן נראה שהם משפיעים על עובדי שיקום אחרים עם ידע מניסיון העובדים לצד העמיתים להרגיש נוח יותר לחשוף את היותם מתמודדים ולעשות שימוש בידע שלהם מניסיון במסגרת עבודתם במערך בריאות הנפש. לכן, חשוב להמשיך לפתח תפקידים אלו במקביל לפעולות נוספות להעלאת מודעות והפחתת סטיגמה (Elliott & Ragsdale, 2022; Harris et al., 2019; King et al.,2020).

אלו הם הצעדים הבאים הנדרשים לפיתוח מערכת בריאות נפש מוכוונת החלמה שיכולה להכיל את מודל העמיתות ביחס לחשיפה עצמית לצד המודלים המקצועיים הטיפוליים המסורתיים (Dunlop et al., 2021; Harrington, 2012; Moran, 2017; Moran et al., 2012; Truong et al., 2019).

פרק שלישי: הערכת היישום של פרויקט UPSIDES ("אפסיידס") בישראל: מסקנות לקידום יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל[10]

תקציר

רקע: הנטל על בריאות הנפש בעולם ובישראל כבד וגובר הצורך בשירותים מכווני החלמה שמרכיב מרכזי בהם הוא העסקת עמיתים עם ידע מניסיון ("עמיתים"). השתלבותם באופן אופטימלי בשירותי בריאות נפש תורמת למקבלי השירות, לעמיתים ולארגונים בקידום גישה ממוקדת החלמה ואדם. עם זאת, מצויים אתגרים רבים המביאים לכך שתרומתם אינה ממומשת. פרויקט אפסיידס הבין- לאומי הוקם במטרה לשכלל את יישום תמיכת עמיתים ב-6 מדינות באירופה, באפריקה ובאסיה. במסגרתו פותחה התערבות תמיכת עמיתים ויושמה בשני ארגוני שיקום בבריאות הנפש בישראל.

מטרת המחקר: הערכת היישום של התערבות תמיכת עמיתים שפותחה במסגרת פרויקט אפסיידס בישראל. שאלת המחקר היתה כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ביישום התערבות אפסיידס בארגונים ועמיתי אפסיידס את חוויתם לגבי יישום התערבות אפסיידס?

שיטת המחקר: מחקר פעולה משתף בשיטה איכותנית המתמקד בהערכת יישום. התקיימו 4 קבוצות מיקוד ו-5 ראיונות עם 26 בעלי עניין לאחר יישום התערבות אפסיידס. נערך ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis) (Brooks et al., 2015) על בסיס מסגרת הCFIR להסבר תוצאות יישום של התערבות, באמצעות תוכנת MAXQDA 2020.

ממצאים: אפסיידס נתן מענה מקיף ליישום תמיכת עמיתים וענה על מרבית האתגרים שסומנו בישראל. עם זאת בלטו ארבעה אתגרים: ההתמקמות של עמיתים בתפקיד כפול- מסורתי וייעודי באותו ארגון, מיקסום ההשפעה על הארגון בכללותו, הכשרת צוותים מספקת וקיימות ההתערבות לאחר סיום הפרויקט.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה ולמדיניות: על מנת להפוך תפקידי עמיתים לברי קיימא ומחוללי שינוי מוכוון החלמה בארגונים, יש צורך בהכשרה מקצועית לצוותים בעבודה עם עמיתים וליווויים בתהליך הטמעה בקרב כל שכבות הארגון ; קיום יחסי גומלין ישירים של הצוותים עם העמיתים כחלק אינטגרלי ותורם בארגון ומדיניות ממשלתית שתפתח, תממן ותאכוף תפקידי עמיתים ייעודיים, תהליכי הכשרה והסמכה לעמיתים ותהליכי חינוך והכשרה לארגונים.

מלות מפתח: ריפוי בעיסוק, עמיתים מומחים, הערכת יישום, ארגונים מוכווני החלמה.

[10] מאמר המבוסס על פרק זה פורסם:
אדלר-בן דור, ע' ומורן, ג'. (2024). הערכת יישום פרויקט UPSIDES ("אפסיידס") בישראל: מסקנות לקידום יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל. כתב-עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 33(2), H133-H167.

1. רקע

הנטל על בריאות הנפש בעולם ובישראל כבד, ויש צורך גובר בשירותים מיטביים עבור אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים. לכן, מעמיקים הניסיונות של ארגונים ליישם התערבויות מכוונות החלמה וביניהם גם העסקת עמיתים (Peer support workers/peer specialist) (לכמן ואחרים, 2018 ;Slade et al.,2014; 2009 ,.et al, Richard 2005; Rogers et al.,). כך, בישראל החל מ 2005 השתלבו מאות עמיתים במערך בריאות הנפש כנותני שירות לצד אנשי מקצוע. עם השנים התפתחו גם תפקידים שבהם נעשה שימוש ייעודי בידע מניסיון אישי כגון עמיתים מומחים, עמיתים לזכויות, סוקרי איכות (לכמן ואחרים ,2018 ; נעמן, 2018 ; Moran, 2018).

אמנם קיים מגוון גדול של תפקידי עמיתים, אך ככלל, עמיתים עם ידע מניסיון הם אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים, המשתמשים בידע שלהם מתוך ניסיון על מנת לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים במצבים דומים (Slade et al., 2014). מחקרים מצאו יתרונות רבים לתמיכת עמיתים עבור מקבלי שירות. תמיכת עמיתים מאפשרת תיקוף והבנה אמפטית מתוך ניסיון חיים משותף, חשיפה למודל לחיקוי, מעוררת תקווה ומקדמת החלמה (Mead et al., 2001; Salzer & Liptzin- Shear, 2002; Slade et al.,2014; Truong et al., 2019). עוד היא מפחיתה סטיגמה עצמית ומקדמת מוטיבציה, קשרים חברתיים וחיבור לקהילה (Cook et al., 2012a; Cook et al., 2012b; Walker & Bryant, 2013). כמו כן תמיכת עמיתים מגבירה איכות חיים, שביעות רצון מהחיים ומסוגלות עצמית (Davidson et al., 2006; Repper & Carter, 2011; Resnick & Rosenheck, 2008).

לתמיכה במקבלי השירות יתרונות בולטים גם לעמיתים עצמם. ביניהם הזדמנות לעבודה משמעותית, העצמה כלכלית, חברתית ופסיכולוגית. כמו גם שיפור בידע האישי ויצירת קשרים עם עמיתים אחרים ובנוסף, גילוי עצמי, בניית מערכת תמיכה, תפקוד טוב יותר ופיתוח מיומנויות עבודה וקריירה (Moran et al., 2012; Moran, 2013; Repper & Carter, 2011; Salzer & Liptzin- Shear, 2002; Walker & Bryant,2013), החלמה וצמיחה (Ratzlaff al.,2006, et al., 2009; Moran et al., 2012; Salzer et al.).

בארגוני בריאות נפש, תמיכת עמיתים תורמת לשיפור ההיענות לשירותים, האפקטיביות והיעילות שלהם. העמיתים מחזקים את קולם של מקבלי השירות והשפעתם על עיצוב שירותים (Chamberlin, 1978,"nothing about us without us"). עוד הם תורמים להפחתת הסטיגמה בארגון ולשיפור עמדות הצוות כלפי מקבלי השירות והופכים אותם ליותר מכווני החלמה ואדם (Byrne et al., 2022; Chinman et al., 2014; Deegan, 2011; Henderson et al.,2014; Mead et al., 2011; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012).

1.1 יישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש מסורתיים

על אף התרומה המוכחת, מחקרים מראים באופן עקבי שהפוטנציאל של יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש המסורתיים עדיין אינו מנוצל באופן נרחב ומיטבי (Otte et al., 2020; Rebeiro Gruhl et al., 2016; Mutschler et al., 2022). ממצאים אלו עקביים עם תיאוריות יישום שמעלות שבאופן כללי, התערבויות חדשות לעיתים קרובות לא מיושמות כפי שהיו אמורות

להיות מיושמות ואף ששני שליש ממאמצי ארגונים לייצר שינוי נכשלים (Damschroder et al., 2009).

יש גורמים משפיעים ואתגרים רבים אשר עשויים להפחית את האפקטיביות של יישום תמיכת עמיתים. אלה מופו בסקירות נרחבות בשנים האחרונות וכוללים: ברמת המאקרו, גורמים חברתיים-תרבותיים כדוגמת מידת שליטת המודל הרפואי או נוכחות ערכי החלמה, דינמיקת הכוח בין ידע מקצועי לידע מניסיון, הכשרה והסמכה לעמיתים, מדיניות ממשלתית ומחויבות פוליטית, והשפעות בהיבט הכלכלי כדוגמת משאבים והסדרים כלכליים. ברמת המזו, תרבות ארגונית, מנהיגות ארגונית, ניהול שינויים ומדיניות משאבי אנוש ובכלל זה הגדרת תפקיד העמית והתאמות. ברמת המיקרו, נכללות נכונות ויכולת הצוות לעבוד עם העמיתים, נגישות העמיתים לרשתות תמיכה ורווחתם הנפשית. מתוכם נמצאו משפיעים ביותר על יישום מיטבי התרבות הארגונית, הגדרת תפקיד העמית וזמינות המשאבים (Ibrahim Mirbahaeddin & Chreim, et al.,2020; 2022; al.,2022).

לכן, על מנת לממש את הפוטנציאל של יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש המסורתיים יש צורך במחקרים נוספים אשר יבחנו בשדה את ההמלצות לפרקטיקה במיטבה ויתרמו לביסוסה (Bochicchio et al., 2023; Chinman et al., 2017; Mutschler et al., 2022). בייחוד בולט חסרונם של מחקרים העוסקים בשינוי הארגוני הדרוש כדי שעמיתים יוכלו להשתלב בארגוני בריאות נפש באופן מיטבי ולהביא לידי ביטוי את תרומתם הייחודית (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021). תוך חידוד והבנת ההקשר הישראלי, על רקע ההתפתחות ההיסטורית של תמיכת עמיתים בארץ והנוכחות המסיבית של צרכנים נותני שירות בשירותי בריאות הנפש. שכן, ככל הידוע לנו, טרם נעשה מחקר דומה בישראל.

1.2 הערכת יישום

יישום מורכב מכמה תהליכים שנועדו לגשר בין ההחלטה הארגונית לאמץ התערבות מסוימת לבין השימוש השגרתי בה. במהלכו בעלי עניין נעשים ליותר מיומנים, עקביים ומחויבים לשימוש בהתערבות (Damschroder et al.,2009). מדע היישום (implementation science) הינו תחום מחקר המתמקד בשיטות מחקר מדעיות לקידום אימוץ שיטתי של התערבויות מבוססות ראיות לפרקטיקה ומדיניות. בבסיסו התפיסה שישנה חשיבות רבה להערכת האפקטיביות של יישום התערבות, בהקשר ספציפי, ולא רק של תוצאות ההתערבות. הערכת היישום מתייחסת לאופן שבו תכונות הארגון או הסביבה הרחבה יותר משפיעות על מתן ההתערבות. הערכה כזו יכולה לסייע בפרשנות של תוצאות המחקר ומיקסום הידע שנצבר בו, לספק תובנות חשובות לשיפור האופן שבו ההתערבות מועברת ומותאמת להקשרים ומערכות ספציפיים, להבטחת קיימות ההתערבות ולקידום הפצתה להקשרים נוספים (Damschroder et al.,2009; Eccles et al., 2006; Greenhalgh &Papoutsi, 2018).

2. שיטה

2.1 הקשר המחקר: הערכת היישום של פרויקט אפסיידס בישראל

המחקר נערך במסגרת פרויקט בין-לאומי- UPSIDES: Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services במימון קרן האיחוד האירופי הורייזון

2020. הפרויקט החל בינואר 2018 למשך תקופה של חמש שנים, בשש מדינות שונות בעולם (גרמניה, אנגליה, ישראל, הודו, טנזניה ואוגנדה). חזונו לשכלל את יישום תמיכת עמיתים, על מנת להעצים את שירותי בריאות הנפש וליצור קהילה בין- לאומית לקידום תמיכת עמיתים (Moran et al., 2020).

בשלב הראשון של הפרויקט נערך תהליך מיפוי מצב יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש בכל אתרי המחקר ובכלל זה גם בישראל. הדבר נעשה באמצעות שילוב מקורות מידע שכללו סקירת ספרות רחבה (Ibrahim et al. ,2020) וקיום ראיונות וקבוצות מיקוד עם בעלי עניין רלוונטיים באתרי הפרויקט לאורך כשנתיים. בתהליך זה זוהו אתגרים ביישום תמיכת עמיתים בישראל וגורמים מקדמי יישום שכלו מגוון אתגרים הנעים מרמת הפרט (אתגרי ליבת התפקיד) דרך אתגרים ברמת הארגון ועד לאתגרים ברמת מדיניות (ראו פרק 1). בייחוד בלטו גורמים ארגוניים שניתן לחלקם לתרבות ארגונית ולהסדרים ואסטרטגיות ארגוניות וכן מדיניות ממשלתית תומכת (טבלה 3 מסכמת את האתגרים והגורמים מקדמי יישום שעלו בישראל ואף את המענה עליהם בתהליך יישום פרויקט אפסיידס). על בסיס ידע זה, פותחה התערבות תמיכת עמיתים מותאמת למערך השיקום בישראל ותוכנן תהליך מקיף ליישומה. המחקר המוצג בפרק זה העריך את תהליך יישום זה.

2.2 מטרת המחקר

מטרת המחקר היתה לבחון כיצד מתארים אנשי צוות (המעסיקים/העובדים לצד עמיתים), גורמי מפתח ביישום התערבות אפסיידס בארגונים ועמיתי אפסיידס את חוויתם לגבי יישום התערבות אפסיידס?

2.3 שיטת המחקר

שיטת המחקר היתה איכותנית ובגישות של מחקר פעולה משתף (לביא- אג׳אי, 2014 ; קרומר נבו וברק, 2006) ומדע היישום (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020).

הערכת יישום (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020) (להרחבה ראו סעיף 1.2.) שממצאיה מתוארים בפרק זה, מתייחסת לאופן שבו תכונות ההקשר בו מתקיימת התערבות מסוימת משפיעות על יישומה והטמעתה.

2.4 כלי המחקר

כללו 5 ראיונות עומק חצי מובנים עם שישה מרואיינים (מתוכם ריאיון אחד זוגי) ו4 קבוצות מיקוד שנערכו לאחר יישום התערבות אפסיידס בארגונים. בהם נעשה שימוש במדריך ריאיון המבוסס על מסגרת ה CFIR לחקר יישום. המסגרת המגובשת למחקר יישום – הCFIR (Consolidated Framework (of Implementation Research (Damschroder et al., 2009; 2022) הינה המסגרת המושגית הנפוצה ביותר לחקר יישום, המשמשת לחזות ולהסביר תוצאות יישום של התערבות (להרחבה ראו סעיף 3.5 עמוד 44).

מחקרים בתחום יישום התערבות עמיתים מעלים את חשיבות השימוש במסגרת ה CFIR לא רק על מנת להעריך יישום, אלא גם על מנת לתכנן תהליך יישום (Chinman et al., 2017;

Mutschler et al.,2022). לכן, מסגרת זו שימשה במחקר לפיתוח ולרכישת ידע שיטתי על תהליך יישום מקיף, על כל שלביו בארץ ובמדינות נוספות השותפות לפרויקט הבין- לאומי של אפסיידס, החל מלמידת השדה (פרקים 1,2 בעבודה זו) וכלה בהוצאה לפועל של יישום והערכתו המוצגת בפרק זה.

2.5 המדגם

המדגם כלל 26 משתתפים אשר נדגמו בדגימה תכליתית (Patton, 1990) מתוך הארגונים בהם נערכה התערבות אפסיידס: "קידום פרויקטים שיקומיים" (להלן "קידום") והעמותה הישראלית לבריאות הנפש "אנוש" (להלן "אנוש"). באמצעות מיפוי גורמי המפתח אשר היו מעורבים ביישום ההתערבות (עמיתי אפסיידס, אנשי צוות ובכירים). הקריטריונים להכללה היו: א) אנשי צוות אשר עבדו לצד עמיתי אפסיידס ב) גורמי מפתח- אנשים עם ידע לגבי ההקשר הארגוני בו יושמה התערבות אפסיידס. כולל: מנהלים, עובדים, קובעי מדיניות או מייצגים של מקבלי שירות מהארגונים בהם נערכה ההתערבות. ג) עמיתים אשר העבירו את ההתערבות. ד) אנשים אשר היו להם אחריויות ספציפיות ביישום ההתערבות באתר הפרויקט.

מדגם המחקר כלל שלוש קבוצות עיקריות: עמיתי אפסיידס, אנשי צוות ואנשי מקצוע מהארגונים המיישמים וצוות יישום מחקר אפסיידס.

עמיתי אפסיידס (n=11)

השתתפו במחקר 11 עמיתי אפסיידס אשר עבדו בתפקיד מסורתי במקביל לעבודתם. תשעה כמדריכי שיקום ושניים כרכזי מועדון חברתי. גילם הממוצע 41 שנים (32-57). 7 (64%) מהם נשים ו4 (36%) גברים. מהם 4 (36.4%) רווקים, 4 (36.4%) נשואים ו3 (27.2%) גרושים. יש להם 14.36 שנות לימוד בממוצע (12-17) והם עובדים בממוצע 4.5 שנים במערך השיקום (2-11).

אנשי צוות ואנשי מקצוע מהארגונים המיישמים (n=10)

השתתפו במחקר 10 אנשי צוות ואנשי מקצוע מהארגונים המיישמים במגוון תפקידים: מדריכת שיקום, רכזת מדריכי שיקום, רכזת מועדון חברתי, אם בית בהוסטל, מנהלת תעסוקה נתמכת, מנהלות אשכולות, מנהלת תחום ארצית ושני סמנכ"לים (אחד מכל ארגון מיישם). גילם הממוצע 45.4 (34-52). מהם 9 (90%) נשים וגבר אחד (10%). שבעה (70%) מהם נשואים, אחד (10%) חי בזוגיות , 1 (10%) גרוש/ה ואחת (10%) אלמנה. יש להם 18.2 שנות לימוד בממוצע (17-22) והם עובדים בממוצע 9.5 שנים במערך השיקום (5-20).

צוות יישום מחקר אפסיידס בארגונים (n=5)

השתתפו במחקר חמש נשים אשר הובילו את היישום בארגונים. שתיים מהן שימשו כמנהלות תחום ידע מניסיון בארגון, מכשירות ומדריכות את עמיתי אפסיידס. אחת מהן מנהלת מקצועית, אחת מנהלת תחום ליווי מנהלים וצוותים ואחת מהן היא מנהלת מקצועית ורכזת המחקר. גילן הממוצע 41.4 (38-46), שלוש (60%) מהן נשואות, 1 (20%) גרושה ו 1 (20%) רווקה. יש להן בממוצע 17 שנות לימוד (13-25) והן עובדות במערך השיקום 10 שנים בממוצע (8-12).

טבלה 1 מאפיינים סוציו דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר

מאפיינים	עמיתי אפסיידס	אנשי צוות	צוות יישום מחקר אפסיידס
N	11	10	5
גיל (שנים) M (SD)	41 (8.09)	45.4 (8.73)	41.4 (3.21)
מגדר n (%)			
נשים	7 (64)	9 (90)	5 (100)
גברים	4 (36)	1 (10)	0 (0)
מצב משפחתי n (%)			
רווק/ה	4 (36.4)	0 (0)	1 (20)
נשוי/נשואה	4 (36.4)	7 (70)	3 (60)
חי/ה בזוגיות	0 (0)	1(10)	0 (0)
גרוש/ה	3(27.2)	1 (10)	1 (20)
אלמן/ה	0 (0)	1 (10)	0 (0)
שנות לימוד M (SD)	14.36 (2.34)	18.2 (1.69)	17 (4.69)
ותק בתחום השיקום M (SD)			
N	9	10	5
	4.5 (2.65)	9.5 (4.7)	10 (2)
תפקיד מקצועי n (%)			
מדריכי שיקום (עבדו בתפקיד מסורתי במקביל)	9 (82)		
רכזי מועדון חברתי (עבדו בתפקיד מסורתי במקביל)	2 (18)		
מדריכת שיקום		1 (10)	
רכזת מדריכי שיקום		1 (10)	
רכזת מועדון חברתי		1 (10)	
אם בית בהוסטל		1 (10)	
מנהלת תעסוקה נתמכת		1 (10)	
מנהלות אשכולות		1 (10)	
מנהלת תחום ארצית		1 (10)	
סמנכ"ל/ית		2 (20)	

מנהלת תחום ידע מניסיון בארגון, מכשירת ומדריכת עמיתי אפסיידס	2	(40)
מנהלת מקצועית	1	(20)
מנהלת תחום ליווי מנהלים וצוותים	1	(20)
מנהלת מקצועית ורכזת המחקר	1	(20)

2.6 הליך איסוף הנתונים

קבוצות המיקוד והראיונות התקיימו לאחר יישום התערבות אפסיידס, מיולי2021 לאוגוסט 2021. ארבע קבוצות המיקוד נערכו בארגונים המיישמים (2 קבוצות מיקוד עם העמיתים) או במרכז קהילתי במרכז (2 קבוצות מיקוד עם אנשי מקצוע וגורמי מפתח) וארכו בין 60-90 דקות. כל קבוצת מיקוד נערכה על ידי מנחה ורשם/ת הערות שגם הקליטו את המפגש וסיכמו אותו בקצרה. כמו כן נערכו חמישה ראיונות (ראו טבלה 3). אחד הראיונות היה ריאיון זוגי עם שתי נשות מפתח ביישום ההתערבות מאותו ארגון, על פי בחירתן. מטרת הראיונות היתה להשלים ולהעמיק את ההבנה לגבי יישום ההתערבות בארגונים. כל הראיונות נערכו והוקלטו בפלטפורמת הזום והמרואיינים פינו לעצמם מרחב פרטי ונקי מרעשים לזמן הריאיון (בביתם או בארגון בו הם עובדים). טבלה 2 מציגה את מערך קבוצות המיקוד וטבלה 3 את מערך הראיונות.

טבלה 2 מערך קבוצות המיקוד*

אוכלוסיית מחקר	מספר משתתפים	תאריך	מספר משתתפים במחקר
עמיתי אפסיידס	6 משתתפים	28.7.2021	10
	4 משתתפים	28.7.2021	
אנשי צוות אשר עבדו לצד עמיתי אפסיידס	6 משתתפים, ביניהם אשת מקצוע עם ידע מניסיון	19.7.2021	6
אנשי מפתח אשר היו מעורבים ביישום התערבות אפסיידס	4 משתתפים	19.7.2021	4
סה"כ משתתפים בקבוצות המיקוד			**20**

* כל קבוצות המיקוד נערכו לאחר יישום ההתערבות, על ידי כותבת העבודה בשיתוף צוות מחקר אפסיידס בישראל

טבלה 3 מערך הראיונות ומספר משתתפים*

אוכלוסיית מחקר	מספר ראיונות	מספר משתתפים	הערות
עמיתי אפסיידס	1	1	
עמיתים אשר היו מעורבים ביישום התערבות אפסיידס	2	2	
אנשי מקצוע אשר היו מעורבים ביישום אפסיידס	2	3	ריאיון אחד מתוכם היה זוגי
סה"כ	**5 ראיונות**	**6 מרואיינים**	

*כל הראיונות נערכו על ידי כותבת העבודה

2.7 אתיקה

בכל ריאיון/ קבוצת מיקוד ניתנה הקדמה שכללה את מטרת המפגש, התחייבות לסודיות והזכות לפרוש מן המחקר בכל רגע נתון ללא כל השלכה. כמו כן נחתמו טפסי הסכמה מדעת (המרואיינים בזום העבירו את טפסי ההסכמה מדעת טרם תחילת הריאיון) וניתן מקום למענה על שאלות המשתתפים. הקלטות הראיונות/קבוצות מיקוד תומללו והפרטים המזהים שונו על מנת למנוע זיהוי. אישורי אתיקה למחקר ניתנו מאוניברסיטת Ulm, גרמניה וכן מועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון.

2.8 ניתוח הנתונים

הראיונות וקבוצות המיקוד נותחו ניתוח שניוני למחקר זה, באמצעות ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis) (Brooks et al., 2015), תוך סיוע בתוכנת MAXQDA 2020. זהו ניתוח תמטי מובנה המבוסס על תמות מנחות מראש (אפריוריות). הניתוח מדגיש קידוד היררכי ומאפשר רמה גבוהה יחסית של מבנה לצד גמישות (Brooks et al., 2015). מסגרת ה CFIR היוותה את תבנית הקידוד הראשונית ולכן הניתוח נעשה על בסיס חמשת תחומיה : תחום ההתערבות ; ההקשר החיצוני ; ההקשר הפנימי ; בעלי עניין מעורבים ותהליך היישום עצמו.

ככלל, ניתוח הנתונים כלל קריאה וקריאה חוזרת של כל התמלילים לצורך היכרות, קידוד ויצירת קודים, קטגוריות ותמות. לאחר קריאה בשלושת תמלילי קבוצות המיקוד הראשונות וניתוחם לפי מושגי ה- CFIR, פותחה רשימה ראשונית של קודים המבוססת הן על 5 תחומי המסגרת והן על קודים ייחודיים שעלו מתוך הנתונים בתוך כל תחום. על בסיס רשימה זו, שאר התמלילים קודדו. ככל שהתקדם הניתוח, נושאים חדשים שלא התאימו לקודים מצויים הביאו ליצירת קודים חדשים, להמשגה מחדש של קודים קודמים, למיזוג קודים ו/או לביטול קודים, ובסופו של דבר ליצירת קודים, קטגוריות ותמות. נעשה שימוש בפתקי Memos לתעד מחשבות ורעיונות.

2.9 סטנדרטים להערכת איכות המחקר

על מנת להבטיח את איכות המחקר נעשה שימוש בארבעה הקריטריונים העיקריים להבטחת אמינות המחקר האיכותני (Trustworthiness) (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004):

אמינות הממצאים- (credibility)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים אכן משקפים את המציאות של הנחקרים כפי שהם תופסים וחווים אותה (Lincoln & Guba, 1985; Moustakas, 1994; Shenton, 2004). לשם כך נעזרה החוקרת במנחת המחקר- פרופ' גליה מורן ובקבוצת עמיתים. קבוצה זו הורכבה מסטודנטים מאוניברסיטת בן גוריון שמחקריהם עוסקים באותו נושא מחקר והם עובדים בשדה המחקר (ביניהם גם חוקרת עם ידע מניסיון). כמו כן, בעמיתות חוקרות UPSIDES מהאתר באולם שבגרמניה. במפגשים שערכה עמם, החוקרת העלתה שאלות הקשורות להבנה מעמיקה וחידוד של המשגת הנתונים וניתוחם. כמו כן, שתי חוקרות (כותבת העבודה וחוקרת עמיתה מגרמניה) ניתחו באופן עצמאי שניים מתמלילי קבוצות המיקוד ולאחר מכן השוו את ממצאיהן וקיימו דיון במקומות בהם עלו דילמות, פערים או התלבטויות לגבי הניתוח. יתרה מכך, נעשתה התבוננות ובדיקה מתמדת של הנחותיה של החוקרת ועמדותיה האישיות לאורך תהליך המחקר וניתוח הנתונים, מתוך ניסיון לאפשר ראייה רחבה ומקום לעמדות והנחות החדשות של משתתפי המחקר. בייחוד שמדובר בחוקרת שמגיעה מתוך שדה המחקר- אשר עבדה כמנהלת שירותים מערך השיקום בבריאות הנפש למעלה מ20 שנה.

העברת הממצאים (Transferability)

קריטריון זה מתייחס ליכולת להעביר את ממצאי המחקר לאוכלוסייה או תופעה דומה (Shenton, 2004; Strauss & Corbin 1994). העברת הממצאים מתאפשרת על ידי הצגת סקירת ספרות נרחבת, הצגת התמות המרכזיות והקטגוריות. כמו גם על ידי הצגת דרכי האיסוף באופן ברור ושיטתי ובתיאורים עשירים ומפורטים. הצגה בהירה ומפורטת מאפשרת לחוקרים ואנשי מקצוע אחרים לבחון ולבדוק את התאמת הממצאים, התמות המרכיבות אותם ושכיחותם בקרב אוכלוסיות או מערכות אחרות.

היכולת לאשר את הממצאים (Confirmability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה הממצאים מבוססים על תוכן הנתונים כפי שעלו בראיונות ומייצגים את האמת הסובייקטיבית כפי שעלתה מפי משתתפי המחקר ואינם מושפעים מהטיות החוקרת, תפיסותיה והאינטרסים שלה (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). בכדי לאפשר את אישור הממצאים התבצעו מספר פעולות: החוקרת הראשית הקפידה לבדוק את תוכן התמות ותתי התמות אל מול ציטוטים מדויקים של בעלי העניין השונים, מתוך קבוצות המיקוד והראיונות. כמו כן, במהלך התהליך נשמרו ההקלטות של הראיונות, התמלולים, פתקי ההערות וכל שלבי הניתוחים בקבצים זמינים לחוקרת. זאת על מנת לשוב ולחזור אליהם במהלך שלבי הניתוח השונים. בהמשך לכך אכן התבצעו בדיקות חוזרות בכל שלבי הניתוח לגבי התאמת התיאורים המוצגים אל מול תוכני הראיונות וקבוצות המיקוד. בנוסף, כל תהליך המחקר התבצע בליווי והנחייה של מנחת המחקר- פרופ' גליה מורן, תוך בדיקה חוזרת של תוצאות הניתוח. לבסוף, ממצאי המחקר הוצגו על ידי כותבת העבודה במספר כנסים ופורומים בהם לקחו חלק

בעלי עניין שונים בשדה המחקר לאורך תהליך הניתוח. הצגות אלו זימנו הזדמנויות חשובות לבחינה מתמדת את מידת ההלימה בין הניתוח לבין הנתונים. לצד דיוקם וביצוע שינויים והתאמות כנדרש.

היכולת לסמוך (Dependability)

קריטריון זה מתייחס למידה בה קיימת יכולת לסמוך על כך שתהליך המחקר ותיעודו נעשו באופן עקבי ומהימן. לצורך כך, יש להציג בפני הקוראים כיצד המחקר נערך וכיצד התקבלו ההחלטות (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004). במחקר הנוכחי מובא תיעוד מלא של כל שלבי המחקר, עם פירוט תהליך האיסוף והניתוח. כמו כן, מסמכי הניתוח כולל תרשימים ופתקי ההערות נשמרו לצד תמללי קבוצות המיקוד והראיונות, בתוכנת הניתוח והם ניתנים להצגה על פי דרישה.

3. ממצאים

הממצאים יוצגו להלן על פי חמשת תחומי ה CFIR כאשר בכל תחום יתואר יישום הפרויקט, הגורמים שתרמו לו והאתגרים אשר עלו מתוך ניתוח התמלולים בתחום או שלב זה. בשל קוצר היריעה רק מקצת התיאורים מלווים בציטוטים של משתתפי המחקר.

<u>תחום CFIR 1: מאפייני ההתערבות: תהליך פיתוח התערבות אפסיידס והתאמתה להקשר הישראלי (שנת 2018 ועד ספטמבר 2019)</u>

3.1 הערכת המצב באתרי המחקר ופיתוח התערבות בין- לאומית

המצב בתחום תמיכת עמיתים ויישום ידע מניסיון בשירותי בריאות הנפש בעולם ובישראל נבחן (לפירוט נוסף ראו סעיף 2.1) ועל בסיס המידע שהופק, פותח פרוטוקול ליבה של התערבות תמיכת עמיתים בין- לאומית המתבססת על ניסיונו האישי של העמית, לצד ההכשרה והדרכה שהוא מקבל בהתאם למדריך ההכשרה אשר פותח במסגרת הפרויקט (Nixdorf et al., 2022). תמיכת העמיתים הוגדרה כמתמקדת ביחסי אחווה ושותפות המבוססים על ניסיון אישי, בניית קשרי חברות תוך כינון יחסים מקרבים ותומכים, מתן תמיכה ממשית והקשבה פעילה. העמית מסייע למקבל השירות בהבנת ובניהול מצבי משבר בחייו תוך שיתוף בידע מניסיון בהתאם לצורכי מקבל השירות. באמצעות כל אלו העמית משמש מודל לחיקוי כי החלמה הנה אפשרית ומהווה משאב של תקווה וקידום תחושת שליטה על החיים, על מרחב הבחירה האישית ועל קידום הזדמנויות בחייו של מקבל השירות (Moran et al., 2020 ; Nixdorf et al., 2022). כמו כן הוגדרו 8 עקרונות ליבה מרכזיים להתערבות: שותפות (reciprocal), הדדיות (mutual), ממוקדת החלמה (recovery -focused) , ממוקדת כוחות (strength focused), בטוחה (safe), לא ישירה (not (directive , הכללה (Inclusive) ופרוגרסיבית (progressive) (Nixdorf et al., 2022). משך ההתערבות שהוגדר נע בטווח של מספר חודשים (4-8) וחייב לכלול לפחות שלושה מגעים בין העמית למקבל השירות. מפגש שבועי אחד או דו שבועי מומלץ, אך תכיפות המפגשים יכולה להשתנות בהתאם לארגונים שבהם יושמה ההתערבות.

להלן נתאר כיצד ההתערבות הלכה ושינתה פניה בישראל על רקע ההקשר הייחודי של יישום ידע מניסיון בישראל.

3.2 בחינת התאמת ההתערבות להקשר הישראלי בפיילוט

ההתערבות נבחנה בפיילוט קצר בכל מדינה. בישראל ההתערבות נבדקה בשני ארגונים המעניקים שירותי חונכות, בהיקף קטן: שישה חונכים עברו את ההכשרה של אפסיידס בין יולי לספטמבר 2019 וניסו ליישם את ההכשרה כחלק מתפקידם המסורתי, כחונכים. שירות החונכות נבחר כשירות המתאים ביותר לאור האופי של עבודת החונך שהינה יצירת קשר הדדי, בלתי אמצעי ותומך. הערכת הפיילוט נעשתה באמצעות שתי קבוצת מיקוד. אחת עם העמיתים (ששימשו גם כחונכים) אשר העבירו את ההתערבות (4 משתתפים) ואחת בהשתתפות מעסיקיהם של העמיתים וחברי צוות אחרים בארגון העובדים לצידם (7 משתתפים).

תוצאות הפיילוט הראו שיישום ההתערבות לא היה מספיק מובחן מתפקידם המסורתי של החונכים שכמה מהם התקשו בשיתוף מקבלי השירותים אודות היותם בעלי ידע מניסיון. לכן גם לא היתה בהתערבות תרומה ייחודית. על רקע זאת הובן כי חשוב לייצר הפרדה בין תפקיד

העמית לתפקיד מסורתי ויש לייצר התערבות שהיא תוספת לשירותים המצויים ומובחנת מהם, על אף שהיא מתקיימת בתוכם.

כך פותח הרעיון של קבוצה קטנה, "חברותא", שעמיתים ינחו בנפרד מעבודתם בתפקידים מסורתיים אחרים בשירותים (המשמעויות הנוספות של הנחיית קבוצה נפרדת יפורטו בהמשך תחת הסעיף "שלב התכנון: הגדרת תפקיד עמיתי אפסיידס"). קבוצה זו כוללת 6-10 משתתפים ומונחית על ידי שני עמיתים עם ידע מניסיון למשך 9-12 מפגשים של שעה עד שעה וחצי, אחת לשבוע-שבועיים. הגמישות מאפשרת בחירה למשתתפי ומנחי הקבוצה ברוח הבחירה החופשית ואבחנה מהתערבויות מקצועיות אחרות שאינן ניתנות לשינוי. מפגשי ההתערבות הקבוצתית התבססו על מדריך ההתערבות ועל ערכי הליבה אשר פורטו מעלה (Moran Nixdorf et al., 2020 et al., 2022). תוכניהם המרכזיים כללו: היכרות ותיאום ציפיות; עקרונות ההחלמה ומשמעותה עבורי; ניהול עצמי והחלמה; סיפור אישי; תקשורת והקשבה, תכנית החלמה אישית; סימנים מקדימים ולמידה מהצלחות; משאבים, זיהוי חלומות ותקוות, פתרון בעיות; קהילה; סיכום ומשוב.

אף על פי שתכנים אלו מוכרים בצורות שונות מהתערבויות אחרות, חלק מהמשתתפים התייחסו לכך שההתערבות שפותחה היתה בעלת ערך רב. ***מכיוון שארגנה וסידרה את הידע הקיים בארץ וחידדה עקרונות יסוד בעבודת העמיתים***. כמו שאפשר ללמוד מן הציטוט הזה:

"אני כן חושבת שגם למדנו לגלות שישראל יחסית מתקדמת מבחינת העבודה שלה עם ידע מניסיון ומבחינת כל מני דברים שכן פיתחנו כאן [...] ועדיין היו דברים, היו דיוקים שהיו חשובים. אני חושבת שכל העניין של עקרונות תמיכת עמיתים של אפסיידס, 8 העקרונות, בעיני הם מצוינים [...] הרבה דברים כבר היו קיימים קודם זה פשוט סידר את זה [...] אני חושבת שכן חסר בארץ איזשהו קוד אתי או דרך שבה ככה צריך שעמית יתנהג. יש דברים שעמית עושה ויש דברים שעמית לא עושה. אני מאוד אהבתי את זה, נגיד באפסיידס "עשה ואל תעשה" אני חושבת שבארץ אחד החסרונות זה שאין פרופסיה יחסית, אין משהו סדור וגם ב"צרכנים" וגם בקורס שלנו של ידע מניסיון מנסים להכניס איזשהו סדר לדברים או שכן יהיה איזשהו בסיס אבל זה עדיין לא ממוסד" (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית ומכשירת אפסיידס (1)).

זאת ועוד, **הן כמה ממנחי ההתערבות והן חלק מאנשי המקצוע מן הארגונים בהם נערכה ההתערבות התייחסו לכך ש*ההתערבות היתה מובנית די הצורך בשביל להתוות דרך ומצד אחר, די גמישה על מנת לאפשר למנחים יצירתיות והתאמה לסגנון האישי שלהם ולצורכי הארגון ומקבלי השירות***. כפי שעולה מן הציטוט הזה:

"[...] אהבתי את היעדר הפרוטוקול. העובדה שאין משהו מאוד מובנה שאנחנו צריכים לעבוד לפיו, מפגש אחד ככה, מפגש שני...הסיבה שזה טוב, כי זה אפשר לנו לבנות את המפגשים על סמך הקולות שעלו מהשטח, שזה היה דבר מאוד חשוב עבורנו, ואני חושבת שקיבלנו על זה פידבק מאוד משמעותי מהחברים כשסיימנו את החברותא, שהייתה להם השפעה על מהלך המפגשים, שמענו את זה לא מעט. אני חושבת שבאמת החוסר מקובעות הזו, איפשרה לדבר הזה באמת לקרות" (עמיתת אפסיידס (6)).

עוד עולה מן הממצאים כי ***עקרונות הליבה של עמיתות תרמו להצלחת יישום ההתערבות***. לדעת חלק מאנשי המקצוע, ***הניסיון המשותף*** בין העמיתים המנחים למקבלי

השירות ***יצר מחויבות*** *להשתתפות בקבוצות והפחית נשירה* מהן בהשוואה לקבוצות אחרות, כפי שניכר בציטוט הזה:

"אני רוצה להגיד שלאורך השנים היו הרבה קבוצות שהתקיימו במסגרת שלנו [...] ויש התמודדות עם אורך הזמן, להחזיק את הקבוצה ולהמשיך את הקיום של כל המפגשים והרבה נשירה. אני יכולה להגיד שהפתיע אותי שלא הייתה נשירה מאוד גדולה בחברותא שהייתה בסניף שלנו, ושזה החזיק, שזה ממשיך להחזיק עד עכשיו, זה הפתיע אותי [...] המנחים של הקבוצה הם מאוד, אולי מעצם העובדה שהם צומחים מאותה קרקע, אז הם מאוד מחזיקים את המשתתפים. הם מתערבבים איתם בצורה שמנחה שבא מבחוץ אולי היה שומר על איזה שהוא "דיסטנס" והם בדרך כלל אולי מאפשרים פחות את הנשירה, מאוד לא מוותרים עליהם אני חושבת שזה עוד סיבה" (אשת מקצוע, רכזת מדריכי שיקום (2)).

חלק מהעמיתים מנחי הקבוצות העלו *כי ניסיון החיים המשותף יצר גם אווירה של פתיחות וקרבה* *בקבוצות*: "[...] *ועוד דבר שמאד עבד טוב זה דווקא מידי פעם להזכיר [...] שאנחנו בעצמנו עברנו קטע, ואנחנו מתמודדים ואנחנו מטפלים בעצמנו ואנחנו לא יותר טובים מהם. ואני חושב שכשהזכרנו את זה כל פעם מחדש זה יצר איזה אווירה של פתיחות מאד גדולה מצידם [...]"* (עמית אפסיידס (3)).

עוד עלה באופן נרחב, הן על ידי אנשי המקצוע והן על ידי העמיתים מנחי הקבוצות, כי *נוצרה בקרב משתתפי הקבוצות* ***תחושה שהמנחים מבינים אותם, מדברים איתם "באותה שפה" ובגובה העיניים, מתוך חוויות החיים והמצוקות המשותפות***. תחושה זו אפשרה להם לשתף ולהעלות בקבוצות נושאים שלא הצליחו להעלות בקשרים שלהם עם אנשי מקצוע ואנשי שיקום ללא ידע מניסיון:

"[...] זה משהו שכבר אמרתי ואני רוצה לחדד אותו. זה שהם עצמם באו וסיפרו שהם התמודדו כבר, היה להם קל הרבה יותר לזרום עם דברים שהופיעו כי, "אנחנו מדברים את אותה שפה", "אנחנו שווים". אם מתמודדת תבוא ותגיד לי כל מיני דברים אולי אני לא מבינה כי אני לא בדיוק מתמודדת כמוה. זאת המציאות [...]. כאילו אני חושבת על שתיים מסוימות שהביאו דברים שאני לא חושבת שהן הביאו, לא למתאמות טיפול שלנו ולא.. כאילו שמה היה להן מאוד נוח וקל להוציא דברים שהן ידעו שאנשים מבינים אותן" (אם בית בהוסטל (4)).

<u>תחום CFIR 2: הקשר חיצוני</u>

3.3 הקמת ועדת היגוי לליווי הפרויקט

בשלב ההכנה צוות המחקר יצר קשר עם ארגונים שונים במערך השיקום על מנת למפות את השדה ולבדוק מי עוסק ביישום ופיתוח ידע מניסיון. בסוף התהליך הורכבה ועדת היגוי שנפגשה כל חצי שנה לאורך כל יישום ההתערבות ומנתה נציגי כל בעלי העניין של המחקר: נציגי משרד הבריאות, נציגי הארגונים המיישמים (מנהלים, אנשי צוות ועמיתים), כל בעלי העניין בארץ הקשורים לידע מניסיון: נציגי עמיתים לזכויות, עמותת לשמה, תכנית צרכנים נותני שירות (של ארגון "יוזמה דרך הלב") - ברמת שדה ומטה וכן נציגי צוות המחקר.

כמו כן, היישום לווה על ידי צוות מחקר מקומי, צוות מחקר בין- לאומי וצוות מנהל מטעם המחקר הבין- לאומי שנפגש לאורך היישום בפגישות און-ליין סדורות אחת לחודש.

בהקשר החיצוני ניתן למנות גם את **השפעת מגפת הקורונה** על היישום שהציבה אתגרים ייחודיים ועל כן יוחד לכך מאמר נפרד (ראו Goldfarb et al.,2022).

<u>תחום CFIR 3: הקשר פנימי</u>

3.4 בחירת הארגונים ליישום תמיכת עמיתים

על מנת ליישם את ההתערבות שפותחה בצורתה שלאחר מסקנות הפיילוט, כקבוצה, החל תהליך בחירת ארגונים מתאימים ליישום. לשם כך הוגדרו קריטריונים למוכנות ארגונית ליישום, בוועדת ההיגוי ובשתי קבוצות מיקוד בשלב ההכנה. אלו הקריטריונים שהוגדרו: הנושא בראש מעייניו של הארגון והוא מחויב לערכי ההחלמה; מועסקים בארגון אנשים בעלי ידע מניסיון; יש לארגון יכולת ונכונות להשקעת משאבים וניתן לגייס בארגון רפרנטים מחויבים ליישום ההתערבות. הארגונים הצטרפו לפרויקט מתוך רצון להעמיק את יישום ידע מניסיון אצלם בארגון, לקחת חלק במחקר בין לאומי וכן לתת לעובדיהם הכשרה ייחודית שתקדם את מקצועיותם ותשמר אותם בארגון.

הממצאים מחזקים את תהליך בחירת הארגונים. הן המנהלים והן העמיתים התייחסו בצורה רחבה לכך ***שנבחרו ארגונים וצוותים שכבר מוכווני החלמה ושהיתה בהם מחויבות מנהלים וצוותים להטמעת ידע מניסיון ונכונות להשקעת משאבים.*** לדוגמה מנהלים שראו בפרויקט משאב לקידום התפיסה שכבר נמצאת על סדר היום הארגוני:

"[...] יש לנו עוד דברים שנעשים. אפסיידס זה אחד מהם והוא באמת מאוד משמעותי, הוא אפשר לנו ומאפשר לנו עדיין להנכיח את התפיסה שאנחנו רוצים שתהיה בתוך הארגון [...] זה אולי לא המטרה העיקרית של ההתערבות אבל היא בהחלט תומכת גם את האג'נדה הזו [...] מבחינתנו זה היה ממש לנצל את המקום הזה לטובת התפיסה שאנחנו רוצים להנחיל" (אשת מקצוע, מנהלת תחום (9)).

בארגונים שנבחרו מועסקים עובדים עם ידע מניסיון, והם מכירים במשמעות ובערך שלו. בתוך הארגונים הללו, נבחרו היחידות והצוותים בעלי הבשלות והמוכנות הגבוהה ביותר ליישום:

"[...] אחת משתי החברותות נערכה בעצם בסניף שאני מנהלת. אם יש לי משהו להוסיף זה שהקבלה של התחום בכלל של ידע מניסיון כמשהו שיש לו משמעות היא מאוד מאוד חשובה. אם באים למקום שהוא כבר אפוי ומבושל ומוכן לקבל התערבות כזאת אז הדילמות והבעיות יהיו הרבה יותר פחותות [...] בתוך סניף שכבר מוכן לזה, שמדבר את השפה, שהדבר הזה מובן [...] (שיש, ע.א.ב.) עובדים שהם בעלי ידע מניסיון שהם חשופים אולי, שיש שיח על זה, יש משהו שהוא הרבה יותר מדובר. ההטמעה תהיה הרבה יותר קלה ובאמת זה הרגיש אצלי לפחות שלא היו בעיות יוצאות דופן [...]"(אשת מקצוע, מנהלת, (10)).

ביחידות ובצוותים אלו גם העמיתים חשים הכלה, הערכה וכבוד: *" [...] אני, אני מקבלת שרות פה מ [שם של ארגון שהשתתף בפרויקט אפסיידס] ואני מרגישה לתת להם כבוד, באמת, ולהעריך את התרומה הייחודית שיש להם על פני המדריכים האחרים"* (עמיתת אפסיידס (11)).

התמיכה והמחויבות הארגונית ליישום באו לידי ביטוי גם בהשתתפות במימון ההתערבות ודאגה לכל הדרוש להפעלת הקבוצות:

[...] "הרמת רצון שלהם הייתה מאוד מאוד מורגשת, ברגע שהיינו מגיעים אז [...] אז ישר הם הלכו קנו לנו עוגיות. כל מה שאתם רוצים רק תפנו אלינו, כל הזמן הייתה הרגשה שהם רוצים אותנו שם, שהם מגבים אותנו, שיש לנו באמת למי לפנות וגם כשהייתי חולה ופספסתי בעצם מפגש, ישר [שם של אישה] פנתה אליי לראות שהכל בסדר. זאת אומרת החוויה הייתה שממש רואים אותנו ורוצים אותנו שם ובאמת יש לנו את כל הגב שלהם [...]" (עמית אפסיידס (12)).

נבחרו ארגונים שיש בהם מעטפת ארגונית שיכולה לתמוך ביישום ההתערבות

על מנת ליישם את ההתערבות בשני הארגונים היה צורך במעטפת ארגונית תומכת:

מספר רפרנטים בתוך הארגון המחויבים לקידום הנושא, ברמת מטה/ הנהלה, ניהול ביניים ושטח:

[...] "אני יכולה להגיד שאני מרגישה שלפחות ברמה הכי ראשונית והכי בסיסית היכולת להחזיק את ההתערבות הראשונית הזאת בצורה שבאמת משמעותית קשורה בעיניי למבנה שאנחנו עובדים בו. זאת אומרת היכולת של "המשפך" כלומר מלמעלה למטה שגם באמת היו את אנשי הצוות בשטח שתמכו את התהליך באופן מאוד מאוד [..]. אז ככה, יש לנו בעצם את [אחראית ידע מניסיון בארגון שהובילה גם את הפרויקט בארגון ומכשירת אפסיידס] שמנהלת את הפרויקט ברמה הארגונית, גם עברה את ההכשרה והיא העבירה ביחד עם [שם של גבר] את ההכשרה אצלנו בתוך הארגון [...] אני בעצם מלווה אותה ברמה הארגונית. עוד שכבה עליונה יותר, והכנות לוועדות היגוי והטמעה ארגונית ועבודה אל מול השטח, אל מול העמיתים כעובדים במקומות שבהם יש צורך בהתערבות נוספת. מנהלי האשכולות בשטח שבעצם תומכים את התהליך שמתקיים אצלם בסניפים בסוף בתוך הקבוצות עצמם [...] זאת מבחינתי המעטפת שניתנה לשתי הקבוצות מאוד מאפשרת לי להתבונן היום ולראות איך ניתן להכיל את ההתערבות ביתר קלות בשאר המקומות [...]" (אשת מקצוע, מנהלת תחום (9)).

<u>תחום CFIR 4</u>: <u>בעלי עניין מעורבים בתוך הארגון</u>

3.5 גיוס העמיתים- מנחי ההתערבות נבחרו מתוך היכרות מוקדמת עם יכולותיהם להוביל את ההתערבות

בחירת העמיתים נעשתה בתהליך מעמיק, ארוך וקפדני. בתחילה נערכו מספר רב של פגישות במסגרת צוות הפרויקט ועם בעלי עניין מגוונים בכדי לדייק את הקריטריונים שהוסכם עליהם שהם נדרשים לתפקיד. הקריטריונים שנבחרו הם: עובדים המעוניינים להתעמק ולהשתמש בידע מניסיון שברשותם, בעלי יכולת להתחייב לתהליך ארוך ומשמעותי, בעלי יכולת להנחות התערבות קבוצתית, יצירתיות וגמישות מחשבתית.

<u>חשיפה עצמית</u> לא הייתה תנאי הכרחי לבחירה לתפקיד, אלא, נדרשה נכונות לעבור תהליך במסגרת ההכשרה, המכין אותם לתפקיד בו הם למעשה כבר נחשפים, מעצם היותם ידועים כמנחי התערבות מבוססת ידע מניסיון אישי:

" פה היה ערך כפול כי גם היו מדריכי שיקום, עם ידע מניסיון שפתאום פנו אליהם ואמרו להם, יש לכם ידע מניסיון, אנחנו רוצים דווקא את הדבר הזה שאולי הרבה פעמים היו רוצים להחביא אותו ולהגיד אנחנו רוצים להיות כמו המדריכים האחרים. אז אני חושבת שהאנשים שהגיעו זה כן אנשים שזה דגדג להם. שזה שהם שמו את העובדה שיש להם ידע מניסיון קדימה, מצד אחד הפחיד אותם ומצד שני משך אותם. זה כאילו אנשים שהיו על הגבול והיו מוכנים לקחת

את הצעד הזה קדימה וזה מאוד קידם אותם" (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית ומכשירת אפסיידס (1)).

על פי קריטריונים אלו, איתרו הארגונים עמיתים המתאימים לדעתם לפרויקט מבין העובדים בארגון ומתוך יוזמות קודמות בהן השתתפו אנשים עם ידע מניסיון שעובדים בארגון, וראיינו אותם, על מנת לוודא התאמתם ויכולתם להתחייב לתהליך: *"[...] זה היה חלק מהסיבה שבחרתי אותם. שכבר היה שם איזה מוכנות. וגם שניים מהם עשו איתי כבר מיזם, עשו איתי כבר קבוצת עמיתים לפני כן, אז אחרי שידעתי מה היכולות"* (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית ומכשירת אפסיידס (5)).

ההיכרות המוקדמת עם יכולותיהם לאורך זמן, תרמה, ככל הנראה, לגיוס עמיתים מחויבים מאוד לתפקידם. כפי שהדגישו בקבוצת המיקוד אנשי המקצוע שנפגשו ועבדו עמם: *"[...] הם היו באים מוקדם ועובדים על זה ויושבים והם לא עובדים אצלנו בסניף. זאת אומרת זה היה נראה באמת. ההשקעה, הרצון והאכפתיות. קשה לראות את זה גם אצל מנחים שמשלמים להם הרבה כסף בשביל שהם יעבירו את ההתערבות. ההתערבות הייתה מעל לכל הציפיות או מה שחשבנו"* (אשת מקצוע, מנהלת (7)).

<u>תחום CFIR 5: יישום (סוף שנת 2019-ינואר 2023)</u>

3.6 שלב התכנון: הגדרת תפקיד עמיתי אפסיידס

טרם תהליך היישום נבנתה תוכנית יישום בין-לאומית וישראלית ונעשה מעקב שוטף אחר ביצועה במפגשים ייעודיים של צוות המחקר הבין-לאומי ובמילוי דוחות מעקב (Moran et al.,2020). ברמה הארגונית, הוגדר לעמיתים תפקיד ברור- הנחיית "חברותא"(קבוצת אפסיידס), אחת לשבוע או שבועיים (תלוי בארגון), למשך שעה עד שעה וחצי. בהנחיה משותפת של שני עמיתים ביחד, על בסיס היחידות שלמדו בקורס ההכשרה ומדריך הנחייה. בהן לידע מניסיון, חשיפתו ושימוש בו יש חלק משמעותי.

הגדרת תפקיד זו יצרה תפקיד ייעודי לעמיתים ואפשרה להתמקם מחדש בתפקיד ייעודי שבו הם חשופים בפני הצוות ומקבלי השירות, בניגוד לתפקיד מסורתי שבו אין הם חשופים. אנשי מקצוע ומנהלים משני הארגונים ציינו כי המעבר הזה **צמצם את ההסתרה ואת הזהירות שננקטה עד כה בארגון סביב החשיפה האישית והקל** הן על אנשי הצוות שעבדו לצד העמיתים והן על העמיתים עצמם. כפי שאפשר לראות למשל בציטוט הזה:

"[...]אני חושבת שהעבודה של מתאמי הטיפול עם המדריכים שהם צרכנים נותני שירות, מורכבת וקשה, תחום רגיש. ו"מה.. איך אני ניגש למדריך וכמה אני שואל אותו?, כמה הוא משתף [בניסיון האישי שלו, ע.א.ב.] את הדייר עצמו?, וכמה אני יכול לבקש ולדרוש ממנו כשהוא בעצמו מתמודד"?. תמיד אני חושבת שהיה משהו שכל ההיסוס הזה סביב הפניה למדריכים שהם צרכנים נותני שירות. הרגשתי שהם ממש עם הידיים קשורות, מתאמי הטיפול, והם רוצים להתייעץ על כל דבר כמעט [...] ואני חושבת שברגע שהם התחילו בכמות כזאת גדולה להנחות קבוצה לחברותא של אפסיידס, פתאום זה הציף את הנושא והרבה מדריכים פשוט באופן גלוי עבדו כצרכנים נותני שירות [...]. אני חושבת שזה הרגיע את מתאמי הטיפול, היה להם יותר נוח לדבר על זה [...] כי זה משהו שאתם יודעים עליו, ולפנות אליו כי כולם יודעים שהוא מתמודד" (אשת מקצוע, רכזת מדריכי שיקום (2)).

כמו כן, הן העמיתות המכשירות והן נשות צוות ציינו כי ***הגדרה ברורה זו והבחירה בהתערבות קבוצתית ייחדה את פעילות העמיתים בהשוואה למתמודדים בתפקיד מסורתי ולעומת אנשי המקצוע. בכך מנעה חיכוך בין התפקידים והקלה על יישומה בארגונים***. כפי שאפשר לראות מדבריה של עמיתה מומחית ומכשירת אפסיידס (5)):

"[...] אני אישית מאוד אוהבת את ההפרדה בקבוצתי, כאילו אני סמכתי על הצורה שלשם זה הלך ואני חושבת שזה גם היה הדרך היחידה לפרוץ את ה... בישראל, כאילו את המקום הקצת אחר. יש הבדל גם במה אנחנו רוצים שיקרה בעוד 20 שנה, לבין מה שאפשר עכשיו לעשות ובין זה שאת לא יכולה להמציא עוד שירות שעושה בדיוק את אותו הדבר ששירות אחר עושה. כי אם מדריך ועמית פחות או יותר מבחינת משימות עושים את אותו דבר, עמית עושה את זה קצת אחרת, אבל מבחינת משימות הם יעשו את אותו דבר [...] אז זה מאוד בעייתי להכניס את זה למערכת כי זה כאילו דורך אחד על השני, מי יותר טוב, זה מיד מכניס לכל מני מקומות כאלה, ויש משהו בקבוצה שהוא כאילו היה מאוד אה.. לא דרכנו לאף אחד על הרגליים".

אפשר לראות שגם הצוות שעבד לצד העמיתים הרגיש באופן דומה: *"[...] זה היה מאוד ברור שזו קבוצה שהן מעבירות וזה לא נשק לדברים האחרים, כל אחת היה לה את התפקיד שלה [...]. היה את הקבוצה הזו והבנות הנחו ושאר הצוות עשה את העבודה שלו" (אם בית בהוסטל (4)).*

מצד שני, עלה בצורה משמעותית הן על ידי העמיתות המכשירות והן על ידי העמיתים המנחים עצמם, ש***ההתמקמות בתפקיד ייעודי לעמית לצד ההתמקמות בתפקיד מסורתי, יצרה בלבול וקונפליקט תפקידי***. העמיתים המשיכו לעבוד, ברובם כמדריכי שיקום, לצד היותם מנחי החברותות והמעבר בין התפקידים ובעצם בין עמדות וזהויות שונות, יצר קושי. בציטוט הזה הקונפליקט בא לידי ביטוי באמצעות סוגיית השיח על נטילת תרופות ודרגות החופש הקיימות לגשת לנושא ממקום הדדי ולא סמכותי בתפקיד מסורתי לעומת בתפקיד העמית:

[....] הבלבול הוא מתחיל כשאת שמה שני תפקידים. אני מרגישה שכאילו כשהתפקיד הוא של עמית יותר קל לי להיות, שוב עם הניסיון שלי, יותר קל לי להיות "לא מבולבלת". כי אני יודעת מה אני אמורה לעשות בתור עמיתה. אנשים צריכים ללמוד את זה, וואחד דרך, אבל זה קצת יותר ברור. כשאת לוקחת את הגם וגם ואת פתאום אומרת לי, אבל רגע, אבל גם את חייבת להיות תחת כל הצרכים וההגדרות של התפקיד המסורתי, אי אפשר לשרוד את זה. נורא נורא מורכב. אז הכפל תפקידים הזה, ולך תסביר לבן אדם שהוא באותו ארגון עובד, אבל שעה אחת הוא אמור לפעול בצורה אחת ושעה אחרי זה. סתם היה לנו שיח על טיפול תרופתי, אז אחד העמיתים [אמר, ע.א.ב.]: "טיפול תרופתי זה לא נושא שאנחנו מדברים עליו, נורא מורכב" ואני הייתי מן: " זה ה-נושא שעמיתים מדברים עליו, מה זאת אומרת? אין דבר כזה! אתם תדברו על זה בצורה שעמיתים מדברים, ואז אני נותנת לכם גב ארגוני, ואז אני מאחוריכם. אף אחד לא יגיד לכם שאתם לא עושים את תפקידכם, כי אני יודעת מה אתם צריכים לעשות". אבל כאילו זה, זה נורא עדין כזה ובסוף זה המון ממדים, כי הם לא שכנעו אף אחד לא לקחת תרופות, הרי זה הפחד של המערכת, הם בסך הכל פתחו שיח על תרופות, ואיך זה תופעות לוואי, ואנשים לא מדברים על זה [...] וזה הדבר הכי מוכר לדיבור כאילו בין עמיתים ברשתות החברתיות נגיד, או מקורות לא פורמליים [...]. אז, זה דוגמה כאילו לאיך אפשר להכניס משהו כזה. אני מרגישה שזה כן הרחיב את הראייה המסורתית של אותם עובדים כשהם עובדים בתפקיד מסורתי. כן. אני מניחה. אבל

זה גם מאוד מאוד בלבל אותם ואני חושבת שבמובן הזה זה קצת לא פייר והיה להם מאוד קשה להחזיק את הגם גם וגם״ (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית ומכשירת אפסיידס (5)).

עמיתת אפסיידס מתייחסת גם היא ל**קושי להתמקם בו זמנית בשתי עמדות מול מקבלי השירות**, הבא לידי ביטוי בציטוט הבא, בהחלטה האם למסור את מספר הטלפון האישי שלה למקבלי השירות. בעוד שכעמיתה ברור לה שהיא מוסרת, כעובדת שיקום, הארגון אינו מעודד זאת. אך, מקבלי שירות שהיא עבדה מולם גם כעמיתת אפסיידס וגם כמדריכת שיקום, עשו שימוש במספר האישי שלה בתפקידה כמדריכת שיקום. דבר שהפגיש אותה עם **הרצון ליצר רצף בין הזהויות שלה ולא הפרדה וניתוק**:

״אני סיימתי חברותא ושעה אח״כ הלכתי למשמרת לילה בקהילה שארבעה אנשים מתוכה היו אנשים בחברותא, ולהחליף כובעים. המעברים האלה היו לא פשוטים. זה התבטא בהמון דברים טכניים, אני יכולה לתת לכם דוגמה, שבמסגרת אפסיידס חשפתי את הטלפון האישי שלי. בקהילה לא חשפתי את הטלפון האישי שלי. זה גם לא משהו שמעודדים אותנו לעשות ועכשיו יש להם את הטלפון האישי שלי, והם פונים אליי לא בענייני החברותא [....] ובחברותא אפשרנו תמיד, לשלוח הודעות, להתקשר, כל מה שנוגע לחברותא, אבל אנשים פתאום כאילו פונים אליי שלא בענייני החברותא [...]. אבל זה באמת היה מורכב כי זה הרגיש לא מדויק לי, כי אני רציתי להיות עמיתה גם בתפקיד המדריכה, כאילו עמיתה תומכת מדריכת שיקום כזו ושיהיה רצף. מאוד קשה לחבוש שני כובעים מול אותם האנשים״ (עמיתת אפסיידס (12)).

באחד הארגונים, בגלל אילוצים, שתי עמיתות העבירו חברותא בנוסף לשירות בו הן עובדות מדי יום, גם בעיר מרוחקת. מה שאפשר הפרדה בין התפקיד המסורתי והתפקיד הייעודי מול מקבלי השירות וחידד אצל העמיתה את ההבנה ש**העדר ההפרדה מחזק את הקונפליקט, מצמצם את המרחב שלה ומכריח אותה לשרטט גבולות** ולהיות יותר אסרטיבית:

״ שם החוויה הייתה אחרת. אנשים לא מכירים אותי, הם לא הכירו אותי קודם, הם מהיום הראשון הכירו אותי כעמיתה [...] ושם אני חושבת היה לי הרבה יותר קל לייצר אינטימיות מאשר ב [שם של מקום בו עבדה גם בתפקיד מסורתי, ע.א.ב.] כי שם הייתי חייבת עדיין לקיים איזשהם גבולות שהייתי צריכה לבוא איתם בתפקיד המסורתי שלי. אז גם יש מאוד חשש שאני אחשוף דברים בחברותא ויגיעו לאנשים שלא מהווים חלק מהחברותא [..] שמידע יזלוג החוצה לכל מני אנשים שאין לי עניין שהם יחזיקו בו שלא מבחירה שלי.[...] וגם הרגיש לי משהו מאוד צבוע בדבר הזה, כזה רגע אחד אני כזה, ורגע אחר כך זה מצטמצם [...] המרחב מצטמצם. פתאום גם צריך להיות קצת יותר אסרטיבי, מה שלא היית שעה קודם״ (עמיתת אפסיידס (12))

3.7 שלב ההתחברות לתהליך

הכנת הארגונים ליישום ההתערבות

בארגון בו התקיים יישום בהיקף רחב נערכו: (1) מפגש צוות המחקר עם הנהלת המטה (2) מפגש צוות המחקר עם מנהלי הסניפים. (3) מפגשי הכנה לצוות מתאמי הטיפול והמדריכים בסניפים בהם נערכה ההתערבות. בהובלת המנהלת המקצועית ועמיתה מומחית מארגון צרכנים נותני שירות (4) מפגש לסיכום התהליך בשיתוף תחום ליווי מנהלים בארגון צרכנים נותני שירות.

בארגון בו ההתערבות יושמה בהיקף מצומצם יותר התקיימו: (1) הכנה מוקדמת עם שתי מנהלות האשכולות בהם יושמה ההתערבות (2) מפגש הכנה בהשתתפות 60 אנשי צוות: כל מנהלי

ועובדי המסגרות בהן נערכה ההתערבות בהובלת מנהלות האשכולות, האחראית על הנושא מטעם הארגון (מנהלת תחום ידע מניסיון) ומלווה מטעם ארגון צרכנים נותני שירות, וכן (3) מפגש זום של מנהלות האשכולות עם מנהלת המחקר.

חלק מהמנהלים משני הארגונים העלו את ***חשיבותה של ההכנה הארגונית שנעשתה***, הכוללת רקע על ידע מניסיון: העלאת מודעות לחשיבותו ויתרונותיו לצד התייחסות לאתגרים ביישומו וכן מידע על מחקר אפסיידס ברמה הפרקטית והמעטפת הארגונית הנדרשת להצלחתו. עוד הודגש הערך שביצירת מרחב לקיום שיח פתוח ולגיטימציה לחששות ולמתחים בין ידע של אנשי מקצוע/אקדמי לידע מניסיון. כפי שאפשר לראות למשל בציטוט הזה:

"אני יכולה להגיד שנגיד הישיבה שעשינו ביחד [...] הייתה בנושא של ידע מקצועי וידע מניסיון והמתחים ביניהם. העלו את זה בדיון של הצוותים [...] זה חייב להיות בשיח. אנחנו לא יכולים להגיד רק שזה לא יקרה, או פשוט להמשיך הלאה ולעצום עיניים ואוזניים ולקוות שזה לא יגיע לזה או מצד שני להגיד: "לא לא, אנחנו לא מכניסים שום דבר עם ידע מניסיון לשום מקום כי זה עלול לקרות" [...]. (צריך, ע.א.ב.) לדבר על זה, לראות איפה כל אחד מהצדדים יכול (אשת מקצוע, מנהלת (10)).

לצד זאת, חלק מאנשי המקצוע מהארגונים המיישמים ואנשי המקצוע שליוו את היישום ***העלו כי בנוסף להכנה הארגונית, היה צורך בהכשרה גם לאנשי המקצוע שמנהלים או עובדים לצד העמיתים.*** שכן אנשי המקצוע מרגישים חסרים בכלים מקצועיים ליישום ידע מניסיון בארגון:

"אני כן חושבת שעם איזה שהיא הסתכלות לעתיד אז צריך באמת כמו שמציידים את העמיתים בכלים להתמודדות אז אני חושבת שצריך להרחיב את המעגל הזה ובאמת לצייד את הארגון בכלים האלה [...] אני כמנהלת מרגישה שהייתי יכולה להיתרם מאוד בנושא של כלים להתמודדות עם עמיתים בעלי ידע מניסיון [...] הרבה פעמים אני מרגישה שאני פועלת אינטואיטיבית [...] אני אומרת: "אוקיי, המזל שזה מצליח" אבל זה יכל גם לא להצליח, וזה יכול גם לא להצליח. ואני בתחושה שאפשר לצייד רגע את המעגל הכאילו חיצוני יותר ביותר כלים להתמודדות עם הדבר הזה" (אשת מקצוע (14)).

חיבור מנהיגי היישום ויצירת פלטפורמות לעבודה משותפת

באחד הארגונים המיישמים ריכזה את היישום מנהלת תחום ידע מניסיון, עמיתה מומחית ותיקה שהיתה גם אחת ממכשירות אפסיידס. זהו תפקיד ייחודי - הובלת הטמעת ידע מניסיון בארגון במשרה מלאה, שחלק מתפקידה כלל את ניהול יישום ההתערבות. היא עבדה באופן ישיר מול מנהלות האשכולות בהם יושמה ההתערבות ויצרה ביחד עמן צוות להובלת היישום.

בארגון השני בו אין תפקיד ייעודי דומה, מנהל הסניף בו הועברה החברותא היה אחראי ליישום ההתערבות אצלו בסניף. על מנת להקל עליו, במרבית הסניפים המיישמים נבחר איש צוות להיות "נאמן אפסיידס". תפקידו היה להיות אחראי א) על גיוס מקבלי השרות למחקר. ב) על תקשורת שוטפת בין הסניף המיישם לצוות המחקר. ג) להיות איש קשר עבור העמיתים בעת העברת ההתערבות בכל סוגיה שעולה הקשורה לסניף.

הכשרה

הוכשרו ארבעה מנחים להנחיית ההכשרה למנחי ההתערבות בישראל. שתיים מהם לקחו חלק בהכשרה הבין- לאומית בטנזניה והיו העמיתות המכשירות הרשמיות של ישראל. שני עמיתים נוספים הוכשרו בארץ על ידן והנחו לצידן את ההכשרות לעמיתי אפסיידס. נערכו שתי הכשרות לעמיתי אפסיידס בישראל. הראשונה בארגון המיישם הראשון בסוף 2019, באופן פרונטלי למשך שמונה מפגשים בני שמונה שעות. ההכשרה השנייה נערכה בסוף 2020 בארגון המיישם השני באמצעות פלטפורמת זום (להרחבה ראו Goldfarb et al.,2020), למשך תשעה מפגשים בני חמש שעות.

תכני ההכשרה כוללים עשר יחידות: 1) החלמה מפרספקטיבות שונות. 2) ההחלמה האישית שלי. 3) תמיכת עמיתים. 4) הקשבה פעילה ושפה ממוקדת החלמה. 5) פיתוח תוכנית החלמה. 6) משאבים- כיצד לעורר תקווה בתפקידך כנותן שירות? 7) קהילה- עמית נותן שירות כגשר בין פרספקטיבות שונות. 8) גישת פתרון בעיות. 9) תיאור תפקיד- "קוד אתי" עבור עמית נותן שירות. 10) יצירת רשת עמיתים.

ההכשרה תפסה מקום משמעותי בראיונות וקבוצות המיקוד הן של העמיתים והן של אנשי המקצוע. גם העמיתים וגם אנשי המקצוע שעבדו לצידם ציינו כי ***ההכשרה העניקה כלים מקצועיים לעמיתים***. כך אפשר לראות בציטוט מפיה של אשת מקצוע, בארגון שהשתתף בפרויקט אפסיידס (14) המספרת על העמיתות שהשתתפו בפרויקט בניהולה:

"החוויה שלי פשוט הייתה טובה יותר עם העמיתות [של אפסיידס, ע.א.ב.]. אני חושבת שזה מתחיל קודם כל באמת בנושא של המודעות, של כמה אני רוצה לקבל כלים להתמודדות עם החלקים שפחות קלים ויותר מורכבים בשבילי [...] אני מתארת לעצמי שכעמית אתה מצליח לקחת מהמחקר הזה לא פחות ממה שאתה נותן [...] אני חושבת שמהחקר הזה מספק הרבה את הכלים, וזה אולי עשה את ההבדל".

כמו כן, נושא החשיפה עצמית עלה באופן נרחב גם בהתייחס להכשרה. גם העמיתות המכשירות וגם כמה מהעמיתים התייחסו לכך ש***ההכשרה עוררה מודעות למשמעות של חשיפה עצמית ולשימוש מקצועי בידע מניסיון***:

"[...] פתאום הבנתי שזה כלי מאוד מאוד, פתאום הבנתי איך אני יכול להשתמש בזה, כי לפני כן לא כל כך ידעתי [...]. הרגשתי שאין שום בעיה מבחינת הארגון, מההתחלה זה היה ברור שמותר [להיחשף, ע.א.ב.], אבל מצד שני בכל זאת לא עודדו את זה מאוד [...] היא (המנהלת הישירה, ע.א.ב.) לא עודדה אותי לזה "כדאי לך לשתף, אתה חייב לשתף, או- זה טוב לשתף" היא רק אמרה שזה בסדר. נתנה לי לגיטימציה לזה אבל לא.. ברור שבאפסיידס זה קיבל מקום אחר לחלוטין, זאת אומרת שזה כדאי, שזה כלי שאנחנו יכולים להשתמש בו, כאילו ואיך אפשר לעשות את זה, זאת אומרת זו הייתה ההכשרה בעצם" (עמית אפסיידס(18)

כמו כן, בשתי קבוצות המיקוד של העמיתים, עמיתים התייחסו לכך ש***ההכשרה שימשה מודל שהיה אפשר להעביר ממנו להנחיית ה """חברותות""" (קבוצות ההתערבות) בשדה***. העמיתים למדו על הנחיית קבוצה מתוך חיקוי יחידת ההנחיה המשותפת וכן עשו שימוש בתכנים ובהפעלות שהתנסו בהם בהכשרה, בקבוצות שהם הנחו, מול מקבלי השירות. כך למשל:

"כל יום למידה הסתיים באיזשהו פעילות שלא קשורה לתכנים של ההכשרה, אה באמת כדי לעשות כזה איזשהי הפרדה, איזשהו טקס מעבר כזה, שאני מאוד אהבתי את זה [...] ואנחנו אימצנו את זה ל"חברותות" [...] המנחים בהכשרה הציעו לנו ליזום ומדי שבוע שכל אחד שיביא משהו ואנחנו עשינו את זה גם ב"חברותות" שלנו. היו שם דברים מאוד מאוד יפים ויצירתיים" (עמיתת אפסיידס (11)).

עוד התייחסו הן העמיתות המכשירות והן העמיתים לכך ***שההכשרה הייתה מרחב מאתגר ומפתח באופן אישי***. היא דרשה התבוננות עצמית ועבודה על הזהות והסיפור האישי ולא תמיד היתה קלה עבור העמיתים:

"זו עבודה מאוד קשה למקצע ידע מניסיון זה דורש הרבה רפלקציה, הרבה עיבוד של הסיפור. אצלנו הרבה אנשים בקורס גם יצאו והיה להם לא פשוט ברמה האישית. זה מציף [...] היה המון הצפה. היו אנשים שזה ממש פגש אותם במקומות. הם אף פעם לא נגעו בסיפור שלהם באמת. אבל זה חלק גם מריפוי [...]" (עמיתה מומחית, מכשירת אפסיידס (1)).

לצד זאת, העבודה העצמית הביאה **התפתחות וצמיחה**: *"אני חושבת גם שזה משהו שפתח לנו עולם. לי לפחות. כאילו זה פתח לי לעולם של כאילו אני כאילו כן פוגשת את עצמי הרבה שנים [...] אני חושבת שכאילו עצם העובדה שכולם היינו מתמודדים ודיברנו על זה, זה, אותי לפחות, זה הביא אותי לרבדים שאני כאילו [...] זה עזר לי למקד"* (עמיתת אפסיידס (19)).

ועמיתה אחרת אומרת: *"זה חידד לי מה החוזקות שלי כמישהי בעלת ידע מניסיון"* (עמיתת אפסיידס (12)).

חלק מהעמיתים ציינו ***כי ההכשרה הקבוצתית אפשרה יצירת קבוצת שווים שהיתה משמעותית*** לא פחות מתכני ההכשרה שנלמדו. כפי שעולה למשל מהציטוט הבא: *"[...] עבד עלי מאוד העניין החווייתי שכולם בעצם 'צרכנים נותני שרות'. אתה נמצא בסביבה של כאילו מוגן [...] אולי המילה מוגן לא מדויקת. אבל כאילו אתה מרגיש כאילו בבית. כולם פה כמוך, אתה, הם עברו ואתה עברת"* (עמית אפסיידס (3)).

היתה גם התייחסות מסוימת לכך ***שעל אף שאחת משתי ההכשרות נערכה בזום, היא נחוותה כמחזיקה ותומכת***:

"[...] בלדבר על זה באופן פרונטלי [...] תמיד קיימת האפשרות שיגיע חיבוק או משהו הרבה יותר מחזיק ועוטף כשאתה חושף תכנים שמאוד מאוד רגישים, נחשף לתכנים רגישים של אחרים. ולשמחתי אה זה עבד! הרגשתי מוחזקת על אף הריחוק הפיזי. המנחים שלנו באמת הצליחו להחזיק את זה טוב, הם היו מאוד רגישים, לתנועתיות, והם היו ערים ונתנו לזה המון המון מקום. [...] הם פנו ישירות לאדם המדובר, הם פנו לקבוצה והציעו לספק תמיכה, אם יש משהו להגיד, משהו להציע. הייתה תמיד הצעה גורפת לדבר עם המנחים באופן אישי, בתום ההכשרה. למיטב זכרוני היו מי שניצל את ההזמנה הזו" (עמיתת אפסיידס (11)).

לצד זאת, העמיתים התייחסו מעט לכך ל***כמה אתגרים סביב ההכשרה***: עלה ש**מפגשי ההכשרה היו ארוכים ודחוסים מדי עבור העמיתים.** כך למשל:

"קצת להוסיף פה על מה שאמרו פה זה ההכשרה היתה מעולה [...] אני חושבת שבגלל שהם הגיעו מחיפה כל פעם. אולי בגלל זה השתדלו ככה לדחוס את כל השעות בבת אחת תוך יום אחד [...] זה היה לי ארוך מידי [...] מבחינת השעות [...] " (עמיתת אפסיידס (20)).

לכן **המליצו לחלק את התוכן ליותר מפגשים בני פחות שעות**: *"[...] " הייתי מאריכה את ההכשרה במפגש נוסף [...] תמיד הייתה, לאורך ההכשרה מן תחושה כזאתי של צריך להספיק דברים, צריך להספיק דברים [...] עוד שני מפגשים בהחלט היו יכולים לתת מרווח נשימה [...]" (עמיתת אפסיידס (6)).*

כמו כן, לדעת העמיתים **היתה חסרה בהכשרה התייחסות ברמת התוכן להנחיה בזוג (co)** בעוד שהעמיתים נדרשו להנחות ביחד: *" [...] יותר ללמוד להנחות הנחיית קבוצות בקו. כאילו אני ו [עמיתת אפסיידס שעימה הנחתה את החברותא, ע.א.ב.] מסתדרות. יש בינינו חלוקה. אבל אני חושבת כאילו שזה צריך אולי שתי סדנאות או משהו על הנחיה בקו"* (עמיתת אפסיידס (11)).

3.8 שלב ההוצאה לפועל

שלב ההוצאה לפועל כלל את הפעלת ההתערבות- הנחיית ה """חברותות""" לצד מחקר המשלב מתודות כמותיות ואיכותניות להערכת מדדי התוצאה בקרב מקבלי ההתערבות (ראו גרייזמן, 2023) וכן הערכת התהליך בהקשרים מערכתיים וארגוניים באמצעות קבוצות מיקוד עם בעלי עניין הקשורים ליישום ההתערבות, שהממצאים שעלו מהן מוצגים כאן.

הנחיית החברותות

בארגון המיישם הראשון החלו 8 "חברותות" בפברואר 2020: בירושלים (6), תל אביב (1) וראשון לציון (1). בכל קבוצה השתתפו 3-6 מקבלי שירות. ארבעה שבועות לאחר תחילת ההתערבות בישראל ההתערבות הופסקה למשך חודש וחצי בשל מגפת הקורונה וחודשה על פי נהלי משרד הבריאות בשבע קבוצות (מתוך השמונה). כל חברותא נפגשה אחת לשבוע, למשך שעה וחצי, לאורך 9-12 מפגשים. בארגון השני החלו 2 "חברותות" בסוף נובמבר 2020. אחת בעפולה עם עשרה משתתפים ואחת בבת ים עם שמונה. ההתערבות נעצרה עקב הסגר השלישי של הקורונה וחודשה לאחר חודש. כל חברותא נפגשה אחת לשבועיים, למשך שעה וחצי, לאורך 12 מפגשים. לאחר כל מפגש קבוצתי הן העמיתים והן מקבלי השירות מילאו דוח למעקב אחר נאמנות יישום ההתערבות למקור (fidelity) שכלל התייחסות למינון (מספר מפגשים, תדירות ומשך), לתוכן ולתהליך שעלו בקבוצה וביחידת ההנחייה ולמידה בה הביאו לידי ביטוי את ערכי הליבה של ההתערבות (Moran et al.,2020).

בארגון בו נפגשה הקבוצה אחת לשבועיים היתה הסכמה רחבה בין העמיתים שהשתתפו בקבוצת המיקוד כי **תדירות של אחת לשבועיים אינה מאפשרת לשמור על רצף המפגשים** ולכן אינה מומלצת: *"אצלנו אנחנו עוברות את זה לרוחב כל שבועיים, אז היה חברותא שבוע, הדרכה שבוע, חברותא שבוע. שאגב את זה הייתי משנה כולנו מסכימים שהיינו עושים את זה פעם בשבוע [...] הפערים שנפתחים בשבוע, תמיד צריך לעשות חיבור בין מפגש למפגש [...] לא תמיד זוכרים מה עשינו [...] כן. זה בכלל, אה, נפגשים השבוע?" [...] "גם לייצר רצף"* (עמיתת אפסיידס (6)).

ליווי והדרכה לעמיתים

הנחיית החברותות לוותה בהדרכות קבוצתיות ובליווי טלפוני צמוד. באחד הארגונים המיישמים התקיימו בין פברואר לאוגוסט 2020, שמונה מפגשי הדרכה קבוצתיים של שעה וחצי, על ידי שתי עמיתות מכשירות, מרביתם בזום. בארגון השני התקיימו תשעה מפגשי הדרכה קבוצתיים בין החודשים נובמבר 2020 למרץ 2021, של שעה וחצי, בזום, על ידי עמיתה ועמית מכשירים. לאחר כל מפגש הדרכה מולא דוח למעקב אחר היישום שהתייחס למשך זמן ומיקום ההדרכה, תמות ודילמות מרכזיות שעלו בה.

העמיתים הרגישו שיש להם מענה מותאם לצורכיהם. חלקם ציינו גם את הליווי לאורך היישום. כפי שאפשר לראות למשל בציטוט הזה: *"אין מה לדבר [...] היה לנו מי שליווה לאורך כל הדרך ועמדה מאחורי הקלעים והיא עשתה את זה בצורה מושלמת. תמיד יכולת לבוא להתייעץ איתה ולדבר איתה. והיה לנו (גם, ע.א.ב.) את המדריכות "* (עמית אפסיידס (3)).

ליווי ושיתוף המנהלים ואנשי המקצוע לאורך תהליך היישום

אנשי מקצוע ובעיקר מנהלים מהארגונים המיישמים התייחסו רבות ל**חשיבות המערך הארגוני המקצועי והתומך שבנה המחקר להצלחת היישום**: ועדת ההיגוי, צוות המחקר שליווה את היישום והמערך הפנימי שיצרו לטובת היישום בתוך הארגון. כפי שניתן לראות בציטוטים אלו, שכל אחד מהם של נציגת ארגון מיישם אחר:

"אני חושבת גם שזה שונה ממה שאנחנו מכירים במערכת, שמלווים אותנו ככה, שנמצאים, שנוכחים, שזה מסודר, שזה מובנה, שאפילו הישיבות, הועדות היגוי, עשר דקות זה עשר דקות. אנחנו לא רגילים לדבר הזה באמת [...] כאילו פה זה היה משהו שונה לחלוטין מבחינת החוויה של ההחזקה, של ההכלה שלנו, של כל המערך הזה ואני חושבת שיש פה הבדל מאוד מאוד משמעותי" (אשת מקצוע, מנהלת תחום (9)).

מצטרפת אליה אשת מקצוע בעלת תפקיד בכיר בארגון השני (13): *" [...] אני חושבת שזה מאוד מקל על הטמעה [...] כי לי אמרו בהתחלה: "תקשיבי זה הולך להיות המון המון בלגאן, זה אתגרים זה מחקר". ממש לא. היה מאוד מסודר, היה מאוד נוח [...] זה הרבה הרבה יותר מובנה, הרבה יותר מסודר, עונה להרבה הרבה אלמנטים והרבה יותר פרמטרים שנוגעים לעבודת עמיתים ועם הרבה יותר תמיכה. זאת אומרת, אין מה להשוות בין התמיכה והגיבוי וההחזקה שישנה עכשיו לעומת מה שאני הכרתי לפני כן. אני זוכרת את עצמי בתור מנהלת דיור מוגן [...] כאילו, אוקיי אמרו לי שהם צרכנים נותני שירות, אבל מה אני עושה עם זה? איפה הגיבוי שליי? שלהם? היינו לבד בסיפור הזה. והפעם [...] בוודאי לא הרגשתי ככה, והייתה תחושה של ליווי מאוד מאוד אינטנסיבי לאורך מה שקורה, לכל הדרגים".*

עולה כי **חיבור המנהלים והצוות ליישום נעשה בשתי דרכים. גם מלמעלה- באמצעות צוות המחקר/יישום וגם מלמטה- באמצעות המפגש של הצוות עם מקבלי השירות.** לאחר כל מפגש הכשרת עמיתים נשלח דוא"ל מטעם המחקר לעדכון בתכנים מרכזיים. מעבר לכך, היתה עבודה שוטפת מול המנהלים בנוגע לצרכים שעלו מן השטח. באחד הארגונים, האחראית על הנושא מטעם הארגון ושתי מנהלות היחידות שבהן התקיימו הקבוצות נפגשו אחת לשבוע לחשיבה ועדכון שוטף. כמו כן, הצוותים נחשפו לשינויים שחלו במקבלי השירות בעקבותיה:

[...] *"שמקבל שירות נגיד עובר קבוצה כזו ואז הוא הולך נגיד לעו"ס שלו ואומר "וואי הייתי בקבוצה הזו ועשיתי ככה [...] פתאום הוא מדבר על דברים שלא דיבר אף פעם או פתאום שוקל לעשות [...]. זה לא קסם אבל היו גם מקרים שפתאום נראו ככה התקדמויות או פתאום שיח על דברים שלא היו קודם"* (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית ומכשירת אפסיידס (1)).

עם זאת, עלתה כאחת התמות המרכזיות הן מאנשי מקצוע מתוך הארגונים, הן מצוות היישום מחוץ לארגונים והן מהעמיתים **שלא מומש כל פוטנציאל השפעת ההתערבות על הצוותים והארגונים.** תרמו לכך, לדעת אנשי המקצוע והעמיתים שני גורמים:

1. העמיתים הנחו קבוצה ייחודית ומובחנת שרק חלק מסוים מעובדי הארגון נחשפו אליה ולכן היה מאתגר ליצר לה נוכחות והשפעה בתוך הארגון. כפי שאפשר לראות בציטוטים אלו:

"אני חושבת שהנתק [...] שזה משהו שאני רואה אותו כמאוד בעייתי ברמת ההטמעה, אז אם אנחנו מדברים. קרו דברים נפלאים! בתוך החברותות ובין המנחים של החברותות לאנשים שהשתתפו אבל זה כאילו לא הדהד החוצה לתוך הארגון [...] והגענו לאיזשהי מסקנה שיש איזה נתק כזה והדברים לא באמת יוצאים החוצה, זה כאילו נשאר בתוך החברותות ואני חושבת שזה פספוס מאוד מאוד גדול" (מנהלת מקצועית ומלוות מנהלים (15)).

בדומה לכך אומרת מנהלת (10): [...] *"איפה שאפשר לחזק את זה כדאי לחזק את זה. עוד בזמן עם הצוותים, בישיבות, בעדכונים. בכל דרך אפשרית. זה לא צוות שעובד בתוך הסניף אז זה בעיקר משנה. כל הזמן להחזיק את זה. [...] לי היה מאוד חשוב לחבר כמה שיותר את הצוות לזה, לא משנה מה עשיתי זה לא נעשה מספיק, אולי בגלל שזה לא מנחים "אין האוס" [...] כי זה משהו שקורה פעם בשבועיים באחד החדרים כמו שקורים כל מיני דברים פעם בשבועיים באחד החדרים. אם אתה לא כל הזמן מחזיק את זה ומנכיח את זה ומזכיר מה היה, אז שאר הצוות לא יהיה שם"*.

2. הליווי השוטף של הצוותים והמנהלים העניק תמיכה ומענה על הצרכים שעלו מהשדה, אך לא היה מוכוון להטמעת תמיכת עמיתים ושימוש בידע מניסיון בכל שכבות הארגון. כפי שניתן לראות למשל בציטוט הזה:

" אני חושבת שצריך לבנות תוכנית ארגונית מאוד ברורה, יותר ברורה ממה שהיה. אנחנו נורא הדגשנו את ההכנה הארגונית, ודיברנו על השוטף, אבל לא ארזנו כאילו את השוטף בצורה כזו שעוזרת להטמיע" (אשת מקצוע ומלוות מעסיקים (15)).

הקושי להנכיח את העשייה הביא לכך שההשפעה של ההתערבות על הארגון הייתה מוגבלת. כפי שניתן לראות בציטוטים האלה:

"אני לא מרגיש שהיתה השפעה ברמת הצוות והארגון" (עמית אפסיידס (3)).

וגם- *"זה המקומות הנוספים שאפסיידס לא נכנס אליהם, זה המקומות של עבודה מול צוות [..] שאר הצוות לא נחשף [...] אני רוצה שיהיה יותר השפעה על צוות בתוך הארגון [..]"* (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית ומכשירת אפסיידס (5)).

עלו גם הצעות שונות מכל בעלי העניין על מנת להגביר את ההשפעה על הצוותים. הוצע לקיים מפגשים של אנשי הצוות שביחידה שלהם מתקיימת ההתערבות ולחשוב ביחד עמם איך הם יכולים לקחת חלק:

" אני חושבת שצריכה להיות הסברה בשלב שאנשים נבחרים להתערבות, ואז לקחת את אנשי הצוות שמחוברים לאותם חברים ולהם לעשות הדרכה יותר ממוקדת, ולעשות גם חשיבה איתם, איך הם יכולים להשתלב בתוך הדבר הזה" (עמיתת אפסיידס (12)).

עוד הוצעה **חשיפה של תכני הקבוצות שהועברו למקבלי השירות, גם לצוותים**: *"[...] שאנחנו נעביר להם קבוצה אחת של אפסיידס ודברים חשובים. שהם ידעו מה זה. נראה לי [...] שיתנו לנו את הבמה [...] נביא להם כל מיני קטעים. נניח עץ החיים. כל מיני דברים שהם חשובים"* (עמיתת אפסיידס (16)).

כמו גם **ליווי שוטף למנהלים ולצוותים, שיעזור להטמיע את הנושא בכל שכבות הארגון**: *"אז אני חושבת שאם היינו אומרים: " אבל המנהלים צריכים להיות איתנו בזה" [...] אחרי חודש וחצי, חובה בתאריך הזה, נפגשים איתנו, מדברים על סוגיות שעולות בשלב הזה. בשלב הבא, מדברים על איך אנחנו עושים את ההטמעה של מה שקורה בתוך הקבוצות, לתוך ישיבת הצוות. [...] זה למידה לאחור כזאתי שאני יכולה להגיד שאולי היינו. בפעם הבאה, נבוא ונעשה משהו יותר מובנה, ושהמנהלים יהיו שותפים לרציונל של ההבניה הזו [...] אז אולי זה היה גם קצת עוזר"* (אשת מקצוע ומלוות מעסיקים (15)).

או פורום המפגיש מנהלים שהשתתפו ביישום עם מנהלים אחרים בארגון:

[...]" איזשהו פורום של מנהלים שלומד ביחד את הנושא הזה [...] מנהלים שעוד לא התנסו בזה שידברו עם מנהלים שכן התנסו, זה בדיוק החיבור במקומות האלה של רגע סביב החוויה של להיות מנהל שלוקח על עצמו להכניס את הפרויקט הזה. אז מה זה עושה, מה אני רוצה שזה יעשה בתוך הארגון שלי ולרגע לדבר על הפרקטיקה ואפשר לקחת למקומות מאוד מאוד טובים שיכולים לחבר גם את המנהלים, גם את הצוותים וגם את העמיתים עצמם" (אשת מקצוע, מנהלת מקצועית ומלוות מעסיקים (17)).

3.9 קיימות (המשכיות היישום)

המחקר הכשיר עמיתים מתוך הארגונים והעניק להם הכשרה והתנסות משמעותית, מלווה בהדרכה, בשימוש בידע הייחודי שלהם מניסיון. במקביל, רתם מנהלים מחויבים ואנשי צוות מובילים בתוך הארגונים להעמיק ולהרחיב את השימוש בידע מניסיון בארגון. כמו כן, עירב קובעי מדיניות לאורך תהליך היישום באמצעות עדכון שוטף וחשיבה משותפת בוועדת ההיגוי של הפרויקט. ועוד הוקם על ידי צוות המחקר מרכז תמיכה בהכשרה והדרכה באוניברסיטת אולם (ULM) שבגרמניה, שמטרתו לפעול ליצירת שיתופי פעולה והשגת מימון לצורך תמיכה בקיימות אפסיידס. זאת ועוד, בישראל נעשים מגעים שונים מטעם צוות המחקר מול קובעי מדיניות וגורמי מפתח במערך השיקום בישראל, על מנת לתמוך בהמשכיות היישום ובהתפתחות התחום בארץ. אחד ההישגים של המגעים האלה הוא פתיחת קורס להכשרת עמיתי אפסיידס שיתחיל בשנה זו (2024) בבית הספר לשיקום, שילוב והחלמה של משרד הבריאות. עם זאת, הארגונים נותרו ללא כיוון ממשי המלווה בתקצוב, להמשך פיתוח והטמעה של תפקידים ייעודיים לעמיתי אפסיידס בארגון. לכן, ההמשכיות של יישום ידע מניסיון בארגונים והתפתחות הקריירה של העמיתים

הודגשו במחקר בעיקר על ידי אנשי המקצוע והעמיתות המכשירות כחשובות מאוד. כפי שאפשר לראות למשל מדבריה של מנהלת אזור בארגון בו נערך היישום (21):

"איזשהי המשכיות- מה קורה עם העמיתים אחרי ההכשרה? מה נשאר להם מזה? האם הם יכולים לקבל איזשהו קידום שמרווחיים יותר לשעה או שיכולים להתקדם לעוד קורס או לעוד דברים?. חשיבה על המשכיות".

בהיעדר תקצוב והתוויה ברורים, ההמשכיות נותרה בתום המחקר, מאוד תלויה בצורכי ובמשאבי הארגון:

"אני חושבת קודם כל שזה תלוי גם בארגון, כאילו שצריך לשאול את הארגון לאן הלאה ומה הם היו רוצים וכל אחד כפי יכולתו ולא להנחית שום דבר שאנחנו חושבים שכך זה צריך להיראות [...] אני חושבת שצריך להבנות עם כל ארגון לפי המשאבים ולפי הצרכים שיש לו" (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים (15)).

הועלו על ידי בעלי העניין השונים הצעות שונות לקידום המשכיות כגון: הקמת ועדת היגוי לחשיבה על המשך היישום וההטמעה של שימוש בידע מניסיון בארגון בהשתתפות מנהלים ועמיתי אפסיידס. עוד הוצע שעמיתי אפסיידס ישמשו כמנטורים לעובדים חדשים עם ידע מניסיון. כמו גם שעמיתי אפסיידס יכשירו עובדים עם ידע מניסיון להנחיית קבוצות של מקבלי השירות או לליווי פרטני ויעשו בו שימוש בידע שלהם מניסיון. כמו כן הוצע להקים קבוצות בארגון בהנחיה משותפת של איש מקצוע לצד עמית אפסיידס.

טבלה 4 מסכמת את האתגרים ואת הגורמים מקדמי יישום שעלו בשלב מיפוי השדה בישראל והמענה עליהם בתהליך יישום פרויקט אפסיידס.

טבלה 4 אתגרים וגורמים מקדמי יישום שעלו בשלב מיפוי השדה בישראל והמענה עליהם בתהליך יישום פרויקט אפסיידס

האתגר שעלה בשלב מיפוי השטח בישראל (ראו פרק ראשון)	גורם מקדם יישום אפשרי למענה על האתגר מתוך הממצאים שעלו בשלב מיפוי השטח	המענה שניתן במסגרת פרויקט אפסיידס
תחום CFIR 1: מאפייני ההתערבות תמיכת עמיתים **אתגרים בליבת התפקיד** ***כפל הכובעים- האתגרים הנובעים מכפל המיקומים והתפקידים שהעמית ממלא*** ***קושי להתמודד עם העומסים הרגשיים בתפקיד***	• גמישות הארגון ומתן התאמות לעמיתים לצד אחריות אישית של העמיתים לתווך את ההתאמות להן הם זקוקים[11] • הדרכה[12]: • הדרכה חיצונית לארגון • הדרכה שעוזרת לעמית לשים את צרכיו של מקבל השירות במרכז הקשר • הדרכה קבוצתית • הכשרה[2]: כלים מקצועיים לצד בניית זהות מקצועית	• הוגדר תפקיד מותאם[13]: הנחיית קבוצה אחת ל 2-1 שבועות, למשך 2-1 שעות, זוג עמיתים. • עלה אתגר לשמור על רצף ההתערבות בארגון בו נערכה ההתערבות אחת לשבועיים. • סיפוק מערך מקצועי שמחזיק את היישום, מייעץ, מכיל ותומך [1] גם לעמיתים וגם לארגון: בניית מבנה ארגוני תומך ביישום, הדרכה קבוצתית לעמיתים ומענה זמין במייל ובטלפון. • הכשרה[2]: בכל ארגון נערכה הכשרה לעמיתים. באחד הארגונים- נמשכה 7 מפגשים פרונטליים בני 8 שעות. בארגון השני- נערכה באמצעות פלטפורמת זום. 9 מפגשים בני 5 שעות: א. ההכשרה העניקה כלים מקצועיים ב. העלתה מודעות למשמעות של חשיפה עצמית ולשימוש מקצועי בידע מניסיון ג. שימשה מודל שניתן היה להעביר ממנו להנחיית החברותות בשטח ד. היוותה מרחב מאתגר ומפתח באופן אישי ה. אפשרה יצירת קבוצת שווים משמעותית • אתגרים שעלו בהכשרה: הייתה עמוסה מדי ולכן עדיף להאריכה במספר מפגשים ולצמצם את היקף השעות והתכנים המועברים בכל מפגש

		• הומלץ להוסיף הכשרה בנושא הנחייה בזוג (co) .
אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון	• הכשרה ששמה דגש על שימוש מקצועי בחשיפה עצמית של ידע מניסיון[2]	• מאפייני ההתערבות[3] : עמיתי אפסיידס היו צריכים להיות חשופים מראש (תפקיד ייעודי) • ההכשרה[2] לעמיתי אפסיידס העלתה מודעות למשמעות של חשיפה ולשימוש מקצועי בידע מניסיון.
תחום CFIR 2 : הקשר חיצוני ***העדר מדיניות מספקת המקדמת תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם ובמשאבים בשטח.***	• מדיניות, תקציבים, תקנים[14]	• קובעי מדיניות היו מעורבים ביישום לאורך כל התהליך[4], אך ניתן מענה חלקי לאתגר זה- נדרשת מדיניות שתבוא לידי ביטוי בנהלים ואכיפתם בשטח, ובמימון תפקידי עמיתים ייעודיים, תהליכי הכשרה והסמכה לעמיתים ותהליכי חינוך והכשרה לצוותים ולארגונים. • ועדת היגוי[4] ליוותה את כל תהליך היישום, במפגשים אחת לחצי שנה, בהשתתפות נציגי כל בעלי העניין. • היישום לווה על ידי צוות מחקר[4] מקומי, צוות מחקר בין-לאומי וצוות מנהל מטעם המחקר הבין- לאומי שנפגש לאורך כל היישום . • הוקם מרכז בין- לאומי [4]לתמיכה בהכשרה והדרכה באוניברסיטת ULM , גרמניה, הפועל ליצירת שיתופי פעולה והשגת מימון להמשך פיתוח בר קיימא של אפסיידס.

[11] תחום CFIR 3- סטינג פנימי
[12] תחום CFIR 5- יישום : שלב ההתחברות לתהליך
[13] תחום CFIR 1-מאפייני ההתערבות
[14] תחום CFIR 2 - סטינג חיצוני

תחום 3 CFIR : הקשר פנימי

בארגון לא תמיד רוצים להקשיב לביקורת, לקול ייחודי	• מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מניסיון[1] • הכנסת עמיתים בעמדות מפתח בארגון[1] • לתת לעמיתים מקום בארגון, הזדמנויות להציג את הידע הייחודי[15] • הדרכה חיצונית לעמיתים [2]	• נבחרו ארגונים וצוותים בתוך הארגונים שהייתה בהם תרבות ארגונית תומכת שבאה לידי ביטוי במחויבות המנהלים והצוותים להטמעת ידע מניסיון ובנכונות להשקעת משאבים [3] • נבחרו ארגונים בהם יש מעטפת ארגונית[3] שיכולה לתמוך ביישום ההתערבות • ניתנה לעמיתים הדרכה[2] מטעם הפרויקט. לאחר כל מפגש הדרכה מולא דוח שהתייחס למינון (מס׳ משתתפים, תדירות ומשך), לתוכן ולתהליך.
אתגרים הקשורים לדרישה להשקעה רבה יותר מצד הארגון: ***יישום תמיכת עמיתים דורש השקעת משאבים מרובים*** ***יישום תמיכת עמיתים דורש התמודדות עם משברים***	• מדיניות, תקציבים, תקנים[3] • מחויבות המנהל[1] • מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מנסיון[1] • נכונות להתמודדות עם משברים, ללמידה	• נבחרו ארגונים וצוותים בתוך הארגונים בהם תרבות ארגונית תומכת שבאה לידי ביטוי במחויבות המנהלים והצוותים להטמעת ידע מניסיון ובנכונות להשקעת משאבים[3]

[15] תחום 5 CFIR -יישום : תכנון
[6] תחום 4 CFIR - בעלי עניין מעורבים
[7] תחום 5 CFIR -יישום : שלב ההוצאה לפועל

	ארגונית וצמיחה מתוך משברים[1]	
העדר התמקצעות, ידע וכלים בידי אנשי המקצוע והארגונים בנושא העסקה מיטבית של אנשים עם ידע מניסיון	• הכנה, הדרכות, ליווי לצוותים ולמנהלים והכשרה למעסיקים[2]	• נעשה תהליך חיבור מנהלים • נעשה תהליך הכנה ארגוני, גיוס של מנהלות ויצירת פלטפורמות לעבודה משותפת ניתן מענה חלקי : • נערכה הכנה למנהלים ולצוותים[2] וקשר שוטף בנוגע לצרכים שעלו בשטח. • נציגי מנהלים וצוותים השתתפו גם בוועדת ההיגוי של הפרוייקט[2] • לא נערכה הכשרה למעסיקים או הדרכות וליווי שוטף לצוותים ולמנהלים בארגונים, מעבר למנהלים אצלם הועברה ההתערבות[2].
אתגרים הקשורים בתנאי התפקיד:		
קושי לשמש בתפקיד עמית בודד בארגון	• הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון[1] • הדרכה, הדרכה קבוצתית[2]	• הנחיית הקבוצה בcoo, שני עמיתים ביחד[3] • הדרכה קבוצתית ופרטנית[2] ניתנה מטעם הפרויקט. לאחר כל מפגש הדרכה מולא דוח שהתייחס למינון (מס׳ משתתפים, תדירות ומשך), לתוכן ולתהליך
תנאים ושכר לא מספקים	• מדיניות, תקציבים, תקנים[3]	• המחקר סיפק משאבים[5] עבור הכשרת העמיתים, הדרכתם, העברת ההתערבות על ידם והערכת ההתערבות. • מחויבות הארגונים[1] ליישום באה לידי ביטוי גם בהשקעת משאבי זמן ותקציב.

תחום CFIR 4: בעלי עניין מעורבים		
אתגרים הקשורים בעמדות בעלי העניין: ***חשש ואיום של אנשי מקצוע מכניסת עמיתים לארגון*** ***סטיגמה מצד הצוות, אנשי מקצוע ומקבלי השירות***	• אנשי מקצוע צריכים להגיע עם בטחון ופתיחות לשונה מהם[16] • הדרכה לעמיתים[2] • הכנה, הכשרה, הדרכות וליווי לצוותים ולמנהלים[2] • תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת המידע בין אנשי צוות לעמיתים[17]	• נבחרו ארגונים וצוותים בתוך הארגונים בהם תרבות ארגונית תומכת שבאה לידי ביטוי במחויבות המנהלים והצוותים להטמעת ידע מניסיון ובנכונות להשקעת משאבים[3] • ניתנו הכשרה והדרכה לעמיתים[2] ניתן מענה חלקי: • נערכה הכנה למנהלים ולצוותים[2] וקשר שוטף בנוגע לצרכים שעלו בשטח. • לא נערכה הכשרה למעסיקים או הדרכות וליווי שוטף לצוותים ולמנהלים בארגונים, מעבר למנהלים אצלם הועברה ההתערבות[2].
תחום CFIR 5: יישום		
אתגרים הקשורים לשלב היישום בשטח:	• הגדרת תפקיד ברורה למקבלי השירות ולצוות של התפקיד, בכניסה לתפקיד[4]	• בניית תוכנית יישום בין- לאומית וישראלית ודרכי מעקב אחר ביצועה • הגדרת תפקיד מובחנת: קבוצה נפרדת שייחדה את פעילות העמיתים לעומת מקביליהם בתפקיד המסורתי ולעומת אנשי המקצוע[4]

שלב התכנון: התפקיד החדש והלא מוגדר של העמיתים
מומחים מייצר קושי מול הצוות ומקבלי השירות
ומקשה על הטמעתו

- הדרכה לעמיתים[2]
- ניתנה הדרכה לעמיתים[2]

שלב ההתחברות לתהליך: יישום ידע מניסיון דורש יותר
תמיכה והדרכה המתייחסות לאתגרים הייחודיים
בתפקיד העמית, החסרות בשטח

4. דיון

מחקר זה ביקש להיענות לאתגר של יישום תמיכת עמיתים במערך בריאות הנפש בישראל. אתגר זה מעסיק כיום גורמים שונים בארץ ובעולם. כאשר העמיתים מהווים מרכיב חיוני בחיזוק של מוכוונת החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש. באמצעות תרומת נקודת מבטם של צרכני בריאות הנפש, שיפור איכות הטיפול והקלה על עומס הצרכים ההולכים וגדלים כיום בתחום בריאות הנפש. הן בארץ והן בעולם.

לצורך כך, הוערך תהליך יישום ארגוני של התערבות אפסיידס שכללה קבוצות למקבלי שירותים במסגרת שירותי השיקום הבריאות הנפש בישראל. קבוצות אלו הונחו על ידי שני עמיתים בדגש על תמיכת עמיתים מבוססת ידע מניסיון ומוכוונת החלמה. בכך, מצטרף המחקר למאמצים שסומנו בזירה הבין- לאומית כחשובים וחסרים: להתמקד בהבנת השינוי הארגוני הנדרש על מנת שעמיתים יוכלו למלא את תפקידם בצורה אותנטית ולהשתלב בצורה מיטבית בארגוני בריאות הנפש (Byrne et al., 2022; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021).

יישום התערבות אפסיידס היה מקרה פרטי ליישום תמיכת עמיתים. עליו נערכה הערכה שיטתית באמצעות המסגרת התיאורטית ליישום, ה CFIR (Damschroder et al., 2009, 2022). בשלב הראשון הוערך המצב בישראל וזוהו אתגרים וגורמים מקדמי יישום תמיכת עמיתים (פרק 1) ובשלב השני, תוכנן והוערך תהליך יישום התערבות אפסיידס המוצג בפרק זה.

ממצאי הערכת היישום מראים כי פרויקט אפסיידס נתן מענה מקיף ליישום תמיכת עמיתים וענה על מרבית האתגרים שסומנו בישראל, באמצעות הגורמים מקדמי יישום שזוהו בשדה (ראו טבלה 3). עם זאת, על אף הליווי השיטתי של תהליך היישום בלטו עדיין כמה אתגרים. אתגרים אלו משרטטים קשיים ייחודיים אשר חיוני להבינם ולהתמודד עימם בישירות, על מנת להמשיך ולהבטיח תהליך הטמעה בר קיימא בהקשר הישראלי. לכן הדיון מתמקד בהיבטים אלו.

4.1 אתגר ההתמקמות בתפקיד כפול- כעובדים בתפקיד מסורתי וכעובדים בתפקיד ייעודי, באותו ארגון

עמיתי אפסיידס נבחרו מתוך הארגון שבו עבדו בתפקידים מסורתיים כחונכים, מדריכי שיקום או רכזי מועדונים חברתיים. בתפקידים אלו הם לא היו בהכרח חשופים כעמיתים ולא בהכרח עשו שימוש בידע שלהם מניסיון. בחירת עמיתים שלארגון ניסיון קודם בהעסקתם והיכרות מעמיקה עם יכולותיהם, הביאה לכך שנבחרו עמיתים מחויבים ומתאימים לתפקיד. עם זאת, ההתמקמות במקביל בתפקיד ייעודי לצד תפקיד מסורתי, העלתה בלבול ובעיית הגדרת גבולות. אלה באו לידי ביטוי למשל בסוגיות של מסירת מספר הטלפון האישי, מידת החשיפה העצמית ויצירת אינטימיות המתאפשרות ונושאי השיחה או האופן שבו ניתן לשוחח על נושאים מסוימים כגון נטילת תרופות פסיכיאטריות, בכל אחד מן התפקידים האלה.

מצב זה משקף את הפער בין המודל המקצועי- מסורתי המשפיע על מערך השיקום בבריאות הנפש, לעומת מודל העמיתות. הוא מתחדד במיוחד בישראל בשל מצב ייחודי זה בו אותו אדם ממלא שני תפקידים במקביל: האחד ייעודי והשני מסורתי. כל אחד מהם נשען על תפיסת עולם שונה. תפיסת התפקיד של איש שיקום נשענת במידה רבה על מודל רפואי המדגיש ידע קליני וסכולסטי, מושתת על יחסי כוח (Byrne et al., 2016; Ehrlich et al., 2019) ומדגיש גבולות

קליניים בין מקבל לנותן שירות (Walker et al., 2014; Gillard et al., 2015). הפרת גבולות נתפסת כבעלת פוטנציאל להעמיד את המטופל בסיכון להתעללות או שליטה ואת המטפל בסיכון לשחיקה (Kent, 2019). בעוד שתפיסת תפקיד העמית מבוססת על שיתוף בידע החווייתי מניסיון והפילוסופיה של הגדרה עצמית, העצמה ותמיכת עמיתים (Gillard et al.,2015). מודל זה מעודד יצירת קירבה רבה יותר בין העמיתים למקבלי שירות, קשרים אישיים, הדדיות ואכפתיות, אמון, תיקוף ואמפתיה (Harrington, 2012; Mead et al., 2001; Moran, 2017; Repper & Carter,2011; Slade et al. 2014; Solomon, 2004; Truong et al.,2019).

לצד זאת, נדרשת אף התייחסות ליחסים מיוחדים אלו משום שגם יצירת קירבה והדדיות לצד התמקמות בתפקיד נותן שירות הינה מורכבת ודורשת מודעות בהכשרה וליווי עמיתים (Davidson et al., 2006; Carlson et al. 2001; Kemp & Handerson, 2012; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Otte et al., 2020).

הבלבול והקושי בעבודה במקביל בתפקיד מסורתי לצד תפקיד ייעודי מתוך חיכוך בין תפיסות עולם ותפקיד שונות, מעלים, מחד גיסא, את חשיבות המשך פיתוח תפקידים ייעודיים לעמיתים. תפקידים שבהם יוכלו להביא לידי ביטוי את הידע הייחודי שלהם מניסיון ולהיות נאמנים לזהותם ולערכי ההחלמה והעמיתות (Adams et al.,2023). לצד זאת, יש כאן גם פוטנציאל להתקרבות בין מודל העמיתות למודל המקצועי. יש להניח כי הכניסה של תפקיד העמית המלווה בשיתוף ידע מניסיון וביטוי הצדדים האנושיים בהתמודדות, תשפיע גם על התפקידים המסורתיים שבהם משמשים עובדי שיקום עם וללא ידע מניסיון ותעודד תרבות ארגונית מכוונת החלמה הבאה לידי ביטוי בשיתוף וקרבה, ערעור על הדיכוטומיה בין אנשי צוות למקבלי שירות והצבת גבולות חדשים.

4.2 אתגר ההשפעה על הצוותים ועל הארגון בכללותו

לנוכח החשש וההתנגדות להכנסת התערבות עמיתים שעלו בשלב המקדים של סקירת השדה כאתגר, פרויקט אפסיידס יצר תפקיד ייעודי מוגדר בבהירות המבדיל את העמיתים הללו מעמיתים בתפקידים מסורתיים ומאנשי המקצוע. גם במהות, שימוש פעיל בידע שלהם מניסיון וגם באופן, הנחיית קבוצה ייחודית ונפרדת מן הפעילות המסורתית השוטפת שלהם בארגון. עובדה זו אפשרה להתערבות להתקיים ללא איום וללא בלבול תפקידים מול אנשי הצוות האחרים בארגון ומחזקת מחקרים רבים הקושרים בין הגדרת תפקיד מובחנת וברורה להצלחת יישום תמיכת עמיתים בארגון (Ibrahim et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022).

לצד זאת, עולה חשיבות השתלבות עמיתים ברוטינות הקבועות של הצוותים (Chinman et al., 2010) ויצירת הזדמנויות למפגש וחיבור. הזדמנויות פורמליות כמו הכשרה משותפת, קבוצות וישיבות צוות, ובלתי פורמליות כמו ארוחת צוהריים משותפת או אירועים חברתיים בתוך ומחוץ לשעות העבודה (Mancini, 2018; Mulvale et al., 2019; Otte et al.,2020). מחקרים מראים כי חשיפה של מנהלים ואנשי צוות לתפקידי עמיתים לאורך זמן ועבודה לצידם, תוך קירבה פיזית ויחסי גומלין משמעותיים, הם שהביאו להפחתת חששות, שינוי לטובה בתפיסתם והבנת ייחודיותם ותרומתם ומכאן גם להשפעה רחבה על הארגון (Asad & Chreim, 2016; Ehrlich et al., 2019; Chinman et al., 2010; Mulvale et al., 2019). במחקר זה המרכיב הזה היה חסר, דבר שהביא להשפעה מוגבלת על הארגון. לכן עלו הצעות להגברת ההשפעה של

ההתערבות על אנשי המקצוע בארגון, כגון העברת יחידות בישיבות צוות על ידי העמיתים מתוך תכני ההתערבות ומפגש בין מנהלים שנחשפו להתערבות לכאלה שלא נחשפו. כמו כן הוצע לקיים הדרכה לאנשי הצוות שהיו מעורבים יישרות ביישום ולחשוב ביחד עמם כיצד ניתן להרחיב את ההשפעה על הצוותים והארגון.

4.3 מענה חלקי להדרכת והכשרת הצוותים והמנהלים

לקראת היישום נערכה הכנה למנהלים ולצוותים ולאורך היישום נשמר קשר שוטף עמם בנוגע לצרכים שעלו בשדה. כמו כן, נציגיהם השתתפו בוועדת ההיגוי של הפרויקט. עם זאת, ממצאי המחקר מראים צורך נרחב יותר הכולל הכשרה מקצועית של צוותים לעבודה עם עמיתים וליווי הצוותים והמנהלים בתהליך המסייע בהטמעת ידע מניסיון בארגון. ממצא זה מחזק מחקרים אחרים שהדגישו את החשיבות בחשיפה לנושא של ידע מניסיון, למידה והתמקצעות ביישום. באמצעות הכשרה וליווי שוטף של כל שכבות הארגון, תוך מתן מענה לדילמות העולות מהשדה. עוד מודגשת החשיבות גם של שילוב העמיתים עצמם כמרצים ומדריכים בהכשרת הצוותים, לקידום השתלבותם בצוות ולתחושת המשמעות והערך של תפקידם (Byrne et al., 2022; Bochicchio et al., 2023; Gates & Akabas, 2007; Mancini, 2018; Moran et al.,2013 Mulvale et al., 2019; Otte et al.,2020; Zeng & McNamara, 2021).

עם זאת, חשוב לזכור כי תהליך רחב כזה מאתגר משום שהוא דורש רמת פניות ומחויבות גבוהות מאוד של מנהלים ואנשי מקצוע, שלרוב מתמודדים בו זמנית עם אתגרים רבים בשדה ועם צורך בהתמקצעות, למידה והטמעה של כמה התערבויות ונושאים מתחרים (Wiltsey Stirman et al., 2012).

4.4 אתגר הקיימות

אחד האתגרים שבלטו בהערכת היישום של פרויקט אפסיידס, נוגע להמשכיות ההתערבות עם סיום הפרויקט. אתגר זה שכיח ביישום התערבויות ובייחוד ביישומן במסגרת פרויקט מחקר (Cabassa et al.,2021; Damschroder et al., 2022; Proctor et al., 2011; Sofouli et al., 2022; Wiltsey Stirman et al.,2012).

צוות המחקר ראה חשיבות להבטחת קיימות ההתערבות. לכן, לאורך היישום, באמצעות ועדת ההיגוי, נשמרה מעורבות של גורמי מפתח בתחום בישראל ואף נערכו פגישות אישיות עם גורמי מפתח וקובעי מדיניות. אחד הפירות של מאמצים אלו הוא קורס להכשרת מנחי אפסיידס שיפתח בשנה זו (2024) בבית הספר לשיקום, שילוב והחלמה של משרד הבריאות. כמו כן, הוקם מרכז בין- לאומי באוניברסיטת אולם (ULM) שבגרמניה, הפועל ליצירת שיתופי פעולה והשגת מימון לצורך תמיכה בהמשך פיתוח בר קיימא. עם זאת, עם תום הפרויקט, מרבית האחריות על המשכיות היישום ועל השימוש בידע הארגוני שנצבר, מופקדת בידי הנהלת הארגונים כפי שנמצא גם במחקרים אחרים (Cabassa et al.,2021).

עלו מן המחקר הצעות שונות לקיימות והתפתחות היישום הנוגעות להמשך פיתוח קריירה של עמיתים, הסמכתם והתפתחותם בסולם ההיררכי בארגון. נושאים אלו עלו כמרכזיים גם במחקרים אחרים (Bochicchio et al., 2023; Chinman, Shoai & Cohen, 2010; Mancini, 2018; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Zeng & McNamara, 2021). על כן מחקר זה מצטרף לחיזוק חשיבותם. ראוי להדגיש כי הם רלוונטיים במיוחד לישראל שבה נושא ההסמכה ופיתוח

משרות ייעודיות לעמיתים מצוי עדיין בראשיתו לעומת מדינות אחרות בעולם כמו בריטניה וארה״ב (Leemeijer & Noordegraaf, 2020). מרבית ההצעות האלה ניתנות ליישום בארגונים, בהובלת הנהגתם שכבר הוכיחה את מחויבותה לנושא. עם זאת, הנהלת הארגון לא יכולה לפעול לבדה. היא חייבת, כפי שעולה מלמידת הקשר היישום (ראו פרק ראשון) וממחקרים אחרים, רוח גבית בדמות מדיניות ממשלתית שתתורגם לנהלים ולאכיפתם בשדה ובמימון תפקידי עמיתים ייעודיים. כמו גם לתהליכי הכשרה והסמכה לעמיתים ותהליכי חינוך והכשרה לצוותים ולארגונים (Byrne et al.,2022; Mahon & Sharek, 2023; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al.,2022). ללא מדיניות כזאת, קיימות התערבות זו תהיה מוגבלת.

4.5 מסקנות והמלצות ליישום

מחקר זה העריך את תהליך יישום התערבות אפסיידס בשירותי שיקום בבריאות הנפש בישראל מזווית ארגונית. השימוש במסגרת הקונספטואלית של ה CFIR (Damschroder et al., 2009) הן על מנת לתכנן תהליך יישום והן על מנת להעריכו, סייע לפתח ידע שיטתי ובר השוואה על יישום התערבות תמיכת עמיתים בישראל. ידע שניתן להעבירו להקשרים אחרים ולהשוותו למחקרים אחרים בעולם. בכך אפשר להמשיך ולפתח את היישום המקומי לצד דיאלוג עם הקהילה הבין- לאומית.

טבלה 4 מסכמת את ההמלצות לתהליך יישום מיטבי של תמיכת עמיתים, כפי שעולה משני שלביו של מחקר זה. ידע זה ניתן לתרגום לפרקטיקה ויכול לתרום תרומה משמעותית להשתלבות מיטבית של עמיתים בארגוני השיקום.

עוד תורם המחקר להעשרת הידע בתחום יישום התערבויות ושינויים ארגוניים באופן כללי, כאשר יישום תמיכת עמיתים היווה מקרה ספציפי ללמידה ברמה הרחבה על יישום והטמעת תהליכי שינוי של התערבות חדשנית בארגונים.

הערכת היישום מחזקת את הממצאים שעלו בתהליך מיפוי מצב יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש בישראל (פרק 1). תהליך יישום שיטתי תוכנן בהתאם לידע זה, בארגונים שהיו מחויבים מראש ליישום, בהם היתה תרבות ארגונית ופרקטיקות ארגוניות תומכות ביישום. לצדן הוקם גם מערך מחקר תומך. לכן, האתגרים שהתגלו על אף זאת ביישום מחדדים את החשיבות של הכשרה מקצועית של הצוותים לעבודה עם עמיתים עם ידע מניסיון וליווי הצוותים והמנהלים בתהליך המסייע בהטמעת הנושא בקרב כל שכבות הארגון ; של חשיפה של מנהלים ואנשי צוות לתפקידי עמיתים, כחלק אינטגרלי ותורם בארגון, לאורך זמן ועבודה לצידם תוך קירבה פיזית ויחסי גומלין משמעותיים וישירים עמם. כמו גם של רוח גבית בדמות מדיניות ממשלתית שתתורגם לנהלים ואכיפתם בשדה ובמימון תפקידי עמיתים ייעודיים, תהליכי הכשרה והסמכה לעמיתים ותהליכי חינוך והכשרה לצוותים ולארגונים. בלעדיה, לא תתאפשר קיימות והמשכיות של ההתערבות.

עוד הדגיש המחקר את המורכבות, אבל גם את ההזדמנות במפגש בין תפקידי עמיתים ייעודיים ובין תפקידים מסורתיים במערך בריאות הנפש, לקרב בין תפיסות עולם מקצועיות, באופן העשוי לתרום להמשך קידום מערך שירותי בריאות נפש מכוון החלמה וממוקד אדם בישראל.

4.6 מגבלות והמלצות להמשך

המחקר הנוכחי התמקד בהערכת תהליך יישום. הנחת היסוד בחקר היישום היא שתהליך יישום מיטבי משפיע גם על תוצאות ההתערבות (Damschroder et al., 2022) ואכן ישנן כבר הוכחות להצלחת תוצאות ההתערבות, שחשוב להציגן והן יוצגו בקרוב בעבודות נוספות (ראו גרייזמן, 2023).

כמו כן, מסגרת ה- CFIR עליה התבסס המחקר, מתייחסת לאתגרים וגורמים מקדמי יישום המבוססים על נתונים שנאספים בעיקר ממקבלי החלטות וגורמים המעורבים בתהליך היישום ובמתן ההתערבות, ביניהם גם אנשים עם ידע מניסיון, משום שאלו הם הגורמים שיש להם בדרך כלל השפעה בפועל על היישום (Damschroder et al., 2022; Nilsen, 2020). במחקר אפסיידס הרחב בישראל, מידע נאסף ממקבלי השירות לגבי הערכת תוצאות ההתערבות ומידת נאמנותה למקור (fidelity). לצד זאת, ברוח ערכי ההחלמה, יש מקום במחקרי המשך לערב גם מקבלי שירות כחלק אינטגרלי מצוות היישום ולאסוף נתונים על היישום גם מנקודת מבטם.

ולבסוף, אחד האתגרים שבלטו מיישום פרויקט אפסיידס, כפי שתואר לעיל, נוגע לקיימות היישום עם סיום פרויקט המחקר. זוהי סוגייה שכיחה ורלוונטית מאוד לחקר תהליכי יישום והספרות אף מדגישה את הצורך להמשיך לעסוק בה בייחוד בנוגע להתערבויות מקדמות החלמה בבריאות הנפש. לכן יש חשיבות גם למחקר המשך שיגדיר מה נחשבת קיימות לגבי התערבות אפסיידס, יעריך אותה על פני מספר שנים (Sofouli et al., 2022; Wiltsey Stirman et al., 2012) ויתרום להבנה טובה יותר מדוע וכיצד התערבויות ותוכניות מסוימות מיושמות לאורך זמן ואילו תוכניות אחרות אינן מאריכות ימים.

טבלה 5 המלצות ליישום תמיכת עמיתים במיטבה כפי שעולה ממסקנות המחקר

תחום CFIR 1 מאפייני התערבות
• גיבוש התערבות ייחודית, נבדלת מזו של בעלי תפקידים אחרים בארגון והגדרת ערכי הליבה שלה • ההתערבות צריכה להביא לידי ביטוי את ערכי העמיתות ואת הערך המוסף של ידע מניסיון • מועברת על ידי עמיתים עם ידע מניסיון הבוחרים להיחשף בארגון ככאלה ולעשות שימוש פעיל בידע שלהם מניסיון • פיתוח ושימוש במדריך להפעלת ההתערבות שיש בו איזון בין סדר וארגון לגמישות ויצירתיות המאפשרת התאמה לסגנון האישי של המנחים ולצורכי הארגון ומקבלי השירות. • עבודה בco - שני עמיתים ביחד
תחום CFIR 2 הקשר חיצוני
• צורך במדיניות, נהלים, תקציבים ותקנים התומכים בשילוב עמיתים באורגוני בריאות הנפש • ועדת היגוי מלוות יישום
תחום CFIR 3 הקשר פנימי
התחלת יישום בארגונים/ במסגרות בתוך הארגון בעלי תרבות ארגונית תומכת ביישום תמיכת עמיתים:
• הנהלה חזקה מחויבת לנושא • ניסיון קודם בהעסקת אנשים עם ידע מניסיון • רצון ומוטיבציה לקדם את הנושא בארגון • מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מניסיון • נכונות להתמודדות עם משברים וללמידה ארגונית

הסדרים ארגוניים ותשתית ארגונית תומכות יישום:

- השקעת משאבים
- הכנסת עמיתים בעמדות מפתח בארגון
- מיון עובדים (עמיתים) מקצועי
- שכר ותנאים ראויים
- אפשרויות קידום והתפתחות מקצועית לעמיתים
- הכנסת לפחות שני עמיתים לארגון
- גמישות הארגון ומתן התאמות לעמיתים
- מעטפת ארגונית תומכת ביישום

תחום CFIR 4 בעלי עניין מעורבים

- אנשי מקצוע צריכים להגיע עם צניעות, בטחון ופתיחות לשונה מהם.

לצד מודעות והתייחסות בארגון:

- לחשש ואיום של אנשי מקצוע מתחרות, מטשטוש גבולות בין אנשי מקצוע למתמודדים ומביקורת מהעמיתים
- לסטיגמה מצד הצוות ומצד מקבלי השירות
- העמיתים מעבירי ההתערבות צריכים להיבחר בתהליך מיון מקצועי. יש יתרון לעובדים שכבר עובדים בארגון ויש עמם היכרות מוקדמת.

תחום CFIR 5 יישום

שלב התכנון:

- בניית תוכנית יישום ודרכי מעקב אחר ביצועה
- הגדרה ברורה למקבלי השירות ולצוות של תפקיד העמית

שלב ההתחברות לתהליך:

- פיתוח ושימוש במדריך הכשרה לעמיתים מנחי ההתערבות
- הכשרה קבוצתית לעמיתים: (1) נותנת כלים מקצועיים לצד בניית זהות מקצועית (2) שמה דגש על שימוש מקצועי בידע מניסיון/ בחשיפה עצמית
- הכשרת העמיתים על ידי עמיתי מומחים שעברו הכשרה להיות 'עמיתים מכשירים'
- חשוב שיום ההכשרה לא יהיה עמוס בתכנים ולכן עדיף להאריכה במספר מפגשים ולצמצם את היקף השעות והתכנים המועברים בכל מפגש
- אם העמיתים מנחים קבוצה בזוג, חשוב להוסיף תוכן בנושא הנחייה בזוג (co).
- הדרכה שוטפת לעמיתים: (1) הדרכה חיצונית לארגון (2) הדרכה שעוזרת לעמית לשים את צרכיו של מקבל השירות במרכז הקשר (3) הדרכה קבוצתית
- מילוי טפסים לסיכום מפגשי הדרכת העמיתים למעקב אחר היישום
- תהליך הכנה ארגוני הכולל גיוס מנהלים ויצירת פלטפורמות לעבודה משותפת
- בניית תפקיד "נאמן יישום" או פונקציה ארגונית ייעודית להובלת היישום בארגון
- הכשרת מנהלים ואנשי צוות בארגון

שלב ההוצאה לפועל:

- זיהוי ושימוש בדרכי תקשורת: חיבור המנהלים, גיוס הצוותים כשותפים
- יצירת הזדמנויות למפגש בין אנשי המקצוע לעמיתים וחשיפתם להתערבות בצורה פורמלית והדגשת הידע הייחודי של העמיתים, למשל, בישיבות צוות, בהכשרה שמעבירים העמיתים, בהרצאות למקבלי השירות. בצורה בלתי פורמלית, למשל, התייעצות קולגיאלית ובילוי זמן משותף.
- תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת מידע בין אנשי צוות לעמיתים
- העברת ההתערבות אחת לשבוע על מנת לשמור על רצף
- מילוי דוח לסיכום כל מפגש קבוצתי למעקב אחר היישום ובחינת נאמנות העברת ההתערבות למקור (Fidelity)

- הדרכה, ליווי שוטף וחיבור המנהלים ואנשי הצוות לאורך תהליך היישום כולל חשיבה והוצאה לפועל של פעילויות מקדמות חשיפה והטמעה בקרב כל שכבות הארגון

שלב הערכת היישום:

- חשיבות קיימות ההתערבות באמצעות מדיניות ותקצוב ממשלתי לצד מחויבות הנהלה
- חשיבות פיתוח התמקצעות ומסלולי הסמכה וקריירה לעמיתים

5. דיון כללי

שירותי בריאות הנפש המסורתיים מאופיינים על פי רוב בגישה פטרונית של אנשי המקצוע ותלות מקבלי השירות, המלווים בסטיגמה וחוסר תקווה. לעומתם, שירותים מוכווני החלמה ממוקדים בהעצמת מקבלי השירות, מתאפיינים ביחסים שיתופיים בין אנשי המקצוע למקבלי השירות ומקדמים מעורבות אזרחית והשתלבות קהילתית (Adams, 2020; Chester et al., 2016; Davidson, 2018; Farkas, 2007; Gilburt et al., 2013; Piat et al., 2021; Piat et al., 2022; Slade et al., 2014; Sofouli et al., 2022; Winsper et al., 2020).

השתלבות עמיתים במתן, פיתוח והובלת שירותים, יכולה לאתגר את הסטטוס קוו ולייצר את השינוי הנדרש במערכת בריאות הנפש: לקדם החלמה ולעודד מכוונות אדם, שוויון, מעורבות אזרחית (citizenship) וצדק חברתי (Åkerblom et al., 2023; Byrne et al., 2022; Davidson et al., 2021; Klee et al., 2019; Slade, 2009; Slade et al., 2014; Sunkel & Sartor, 2022; WHO,2022; Zeng & McNamara, 2021).

על אף הערך הרב הגלום בהשתלבות עמיתים במערך בריאות הנפש עדיין מצויים אתגרים רבים ביישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש המסורתיים (Byrne et al., 2022; Ibrahim, 2020; Kent, 2018; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022; Slade et al.,2014). אלה מביאים לכך שהפוטנציאל של היישום אינו ממומש באופן נרחב ומיטבי (Mutschler et al., 2022 ;Rebeiro Gruhl et al., 2016; Otte et al.2020). לכן, המחקר הנוכחי עסק ביישום תמיכת עמיתים כמקרה פרטי שיכול לשמש להעמקת הלמידה על יישום התערבויות חדשניות ושינויים ארגוניים. בדגש על יישום פרקטיקות מקדמות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש. זהו המחקר הראשון בישראל החוקר נושא זה באופן שיטתי ומקיף.

דיון מסכם זה יעסוק בשלושה מוקדים מרכזיים אשר עוברים כחוט השני לאורך עבודה זו: (1) תמיכת עמיתים כפרקטיקה מקדמת החלמה וכהתערבות מורכבת המערערת ומאתגרת הנחות יסוד. באמצעות מערכת היחסים הייחודית שנוצרת בין העמיתים למקבלי השירות (2) התמקצעות, הגדרה והסדרת תפקידי עמיתים לצד התמקצעות הארגונים המעסיקים אותם (3) השימוש במדע היישום, במסגרת ובאסטרטגיות יישום במחקר ובפרקטיקה: חשיבותו ואתגרים העולים ממנו.

5.1 תמיכת עמיתים כפרקטיקה מקדמת החלמה וכהתערבות מורכבת המערערת ומאתגרת הנחות יסוד. באמצעות מערכת היחסים הייחודית שנוצרת בין העמיתים למקבלי השירות

המחקר הנוכחי מחזק את מעמדה של תמיכת עמיתים כפרקטיקה מקדמת החלמה וכהתערבות מורכבת ורדיקלית ש"מפריעה" לסדר הקיים בארגון. התערבות המשקפת חריגה ברורה מהפרקטיקות הקיימות ומשנה תהליכי עבודה מרכזיים. התערבות הדורשת אוריינטציה חדשה ותהליכים לא שגרתיים על מנת לייצר שינויים מהותיים בפעילות הארגון (Craig et al., 2008; Damschroder et al., 2009). מעמד זה מתחזק באמצעות ביטויו לאורך עבודה זו:

הפרק הראשון של עבודה זו עסק במיפוי אתגרים וגורמים מקדמי יישום תמיכת עמיתים. הוא הדגיש את הקושי והחשש שביישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש. בעלי העניין השונים התייחסו לקושי של הארגונים להכיל ביקורת והסתכלות מנקודת מבט חדשה. כזו שהעמיתים, כמי שהיו בעצמם מקבלי שירות, עשויים להביא לארגון. בעלי העניין התייחסו באופן

נרחב אף לחשש של אנשי המקצוע שיוחס לטשטוש ולאתגור הגבולות בין אנשי המקצוע למתמודדים שנוכחותם של עמיתים יוצרת. כמו גם לאיום או לחוסר ההסכמה לגבי קיומו של ידע נוסף בעל משמעות לעבודתם, מלבד הידע האקדמי ומהסכנה שמעמדם יתערער.

בפרק השני של עבודה זו, דילמת החשיפה, חשפה את הפער בין המודל הטיפולי הקלאסי לחשיפה, לבין מודל העמיתות. עלה שכמדיניות ארגונית, ישנו ניסיון בשדה לנקוט בזהירות רבה, לכוון וללוות תהליכי חשיפה ושימוש בידע מניסיון כך שיהיו מותאמים לכל בעלי העניין. בחירה זו פורשה לאור המודל הטיפולי הקלאסי. עלה כי חלק מהעובדים עם ידע מניסיון אינם מסכימים עם גישה זו. לכן, הם חווים צורך להסתיר דבר שיתגלה עד מהרה וחוסר יכולת לבטא חלקים חשובים בזהותם העשויים להיות משמעותיים לעזרה שהם מספקים. עמדה זו פורשה לאור מודל העמיתות שרואה בחשיפה עצמית ובשיתוף בידע מניסיון כלי מהותי.

בפרק השלישי של עבודה זו, ההתמקמות של עמיתי אפסיידס בתפקיד ייעודי במקביל להתמקמות תפקיד מסורתי, יצרה בלבול, קונפליקט תפקידי ובעיית גבולות. עוד חשפה התמקמות כפולה זו את הפערים בתפיסת מערכת היחסים והגבולות המתקיימים בין עובדי השיקום למקבלי השירות, על פי המודל הרפואי- מסורתי לבין מודל העמיתות.

כך, באמצעות חשיפת הפערים בין המודל הרפואי למודל העמיתות, לאורך שלושת פרקי העבודה, תמיכת עמיתים מתחזקת במחקר זה כפרקטיקה מקדמת החלמה (Davidson, 2018; Farkas, 2007; Piat et al., 2021; Slade et al.,2008; Slade et al., 2014). שיש בה פוטנציאל לייצר שינוי עמוק ברמת התרבות של שירותי בריאות הנפש ולקרוא תיגר על המודל הרפואי המסורתי שעדיין משפיע מאוד על מערכת בריאות הנפש (Mancini, 2018; Mead et al., 2001; Reeves et al., 2023; Slade, 2009; Sofouli et al., 2022; Winsper et al.,2020), לצד שינוי במדיניות (Akerblom & Ness, 2022; Sunkel & Sartor, 2022) ובפרקטיקה מקצועית (Gilburt et al.,2013; Piat et al., 2021; Piat et al., 2022).

מערכת היחסים בין העמיתים למקבלי השירות מאופיינת בקרבה, אכפתיות, פתיחות ושותפות

מחקר זה ביקש בין השאר, להעמיק את הידע על יישום מיטבי של התערבות תמיכת עמיתים. ניתן לאפיין ולומר כי יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בא לידי ביטוי במחקר הנוכחי גם במערכת היחסים הייחודית שבנו העמיתים עם מקבלי השירות. מערכת יחסים כזו התאפיינה במחקר בחשיפה עצמית או שימוש בידע מניסיון אישי (ראו פרק שני של עבודה זו), בנתינת מספר הטלפון האישי, ביצירת אינטימיות ובקיום שיח פתוח על הנושאים שחשובים למקבלי השירות כמו שימוש או אי שימוש בתרופות פסיכיאטריות. כמו גם באווירה של פתיחות גדולה בקבוצות ובתחושה מצד מקבלי השירות, שהמנחים מבינים אותם, מדברים איתם "באותה שפה" ובגובה העיניים, מתוך חוויות החיים והמצוקות המשותפות. תחושה זו אפשרה למקבלי השירות, על פי אנשי המקצוע, לשתף ולהעלות בקבוצות נושאים שלא הצליחו להעלות בקשרים שלהם עם אנשי מקצוע ואנשי שיקום ללא ידע מניסיון (ראו פרק שלישי של עבודה זו).

מערכת יחסים כזו המאופיינת בקרבה, אכפתיות, פתיחות ושותפות, מסתמנת גם כאבן בניין הכרחית להחלמה. מכיוון שפרקטיקה מכוונת החלמה אינה נמדדת רק ב"מה" נותני השירות עושים, אבל בראש ובראשונה ב"איך" הם עושים את זה. כלומר, בהקשר הבין-אישי עצמו (Davidson et al.,2009; Slad, 2012). פרקטיקה מוכוונת החלמה מקדמת שינוי מהותי באופי

מערכות היחסים בין נותני ומקבלי שירותים, כך שיהיו ממוקדות אדם, דיאלוגיות ולא היררכיות. מבוססות על שותפות, אמון, כבוד והערכה הדדית, תמיכה ואכפתיות (עיני-פיאנרט,2002 ; Chester et al., 2016; Davidson, 2018; Mancini, 2018; Moran et al., 2014; Piat et al.,2021; Priebe & McAbe, 2004). לכן מעורבותם של עמיתים עם ידע מניסיון בשירותי בריאות הנפש מהווה אינדיקטור לכך שהצורך ביחסי שותפות שכאלה מובן (Slade, 2009).

מערכת היחסים בין העמיתים למקבלי השירות כחציית גבולות מקצועיים

במחקר הנוכחי, מערכת היחסים בין העמיתים למקבלי השירות נחוותה לעיתים כחציית גבולות מקצועיים. הן על ידי אנשי צוות אחרים בארגון והן על ידי עמיתים העובדים בו זמנית גם בתפקידים מסורתיים. אך, *כפי שמתחזק גם במחקר זה, מעברי גבול כאלה הם מרכזיים בתמיכת עמיתים ומהווים חלק ביישום מיטבי של תפקיד העמית.* עבור עמיתים, הכללים הסטנדרטיים של אתיקה מקצועית, שמקורם במודל הרפואי, עלולים להוביל לשחיקה וחוסר יכולת למלא את התפקיד שהזהויות המקצועיות שלהם דורשות (Adams, 2020; Adams et al., 2023; Scott, 2011). *לכן, מדגיש מחקר זה את הצורך בהגדרת גבולות אחרים בקשרים שיוצרים עמיתים.* גבולות גמישים יותר וניתנים למשא ומתן שמערערים את מבנה הכוח של מערכת יחסים מקצועית מסורתית ופורמלית (Gillard et al., 2014; Mead et al., 2001; Scott, 2011; Sunkel & Sartor, 2022). על פיהם, למשל, חשיפה עצמית היא "חצייה גבול" המהווה מרכיב הכרחי ואינהרנטי בתפקיד העמית (Bailie et al.,2016; Kent, 2019; White et al.,2017). כך, כפי שעולה מן המחקר, תמיכת עמיתים לוקחת על עצמה את האתגר של פיתוח דרך חדשה "לעשות מקצועיות" הכוללת מבנים ארגוניים המעודדים גבולות גמישים יותר, הדדיות רבה יותר, ואותנטיות על פני ניתוק או ניטרליות רגשית וגבולות נוקשים (Adams, 2020; Adams et al., 2023; Scott, 2011).

כפי שעלה מן המחקר, *הגדרה חדשה של מקצועיות זו עשויה להשפיע גם על כלל מערכות היחסים שאנשי מקצוע ועובדים עם ידע מניסיון בתפקידים מסורתיים בארגון יוצרים עם מקבלי השירות.* כך שיהיו יותר מקדמות החלמה: מאופיינות בשותפות וקרבה, ערעור על הדיכוטומיה בין אנשי צוות למקבלי שירות והצבת גבולות חדשים.

מימוש הפוטנציאל של תמיכת עמיתים להביא לשינוי במערכת בריאות הנפש

אם כן, תמיכת עמיתים מתחזקת במחקר כהתערבות שיש בה פוטנציאל לייצר שינוי עמוק ברמת התרבות של שירותי בריאות הנפש ולקרוא תיגר על המודל הרפואי המסורתי. מחקר זה ביקש להבין גם את השינויים הארגוניים הדרושים להטמעתה לצורך אינטגרציה ברת קיימא. לכן, הדיון יתמקד כעת בשאלה *כיצד ניתן לממש בצורה המיטבית את הפוטנציאל של תמיכת עמיתים לשינוי עמוק בתרבות הארגונית ובמערכת בריאות הנפש?*

חשיבות יחסי הגומלין בין העמיתים לצוות. כפי שעלה מהערכת היישום בפרק השלישי של עבודה זו, התערבות אפסיידס יושמה בארגונים בהצלחה וללא הפרעה. מכיוון שהקבוצות שהונחו על ידי שני עמיתים, היו ייחודיות ומובחנות מהפעילות השוטפת בארגון. בדומה, מחקרים נוספים העלו כי הסדר ארגוני שמאפשר לעמיתים ניתוק מסוים בארגון מקל על היישום. מכיוון שהסדר כזה עוקף רבים מאתגרי היישום הקשורים להשתלבות בצוות רב מקצועי בארגון מסורתי (Gillard et al., 2014; Gillard et al.,2022) שתוארו בעבודה זו. מאידך, כפי שעלה בפרק השלישי, הנחיית הקבוצות הייחודיות לא אפשרה קירבה פיזית ויחסי גומלין משמעותיים לאורך זמן בין העמיתים

לאנשי הצוות ולמנהלים בארגונים. רק חלק מסוים מעובדי הארגון נחשפו אליה ולכן היה מאתגר לייצר לה נוכחות והשפעה. התוצאה היתה השפעה מוגבלת של ידע מניסיון על הארגון. *לכן, מחדד מחקר זה את הצורך ביחסי גומלין משמעותיים ולאורך זמן של העמיתים עם אנשי הצוות בצוותים רב מקצועיים על מנת לייצר השפעה ושינוי ברמת הארגון* (Adams et al., 2023; Asad & Chreim, 2016; Chinman et al., 2010; Ehrlich et al., 2019; Gillard et al.,2022; Mulvale et al., 2019).

השתלבות עמיתים בעמדות הנהגה והדרכה ומעורבות לאורך כל מחזור חיי השירות. *עוד מתחזק ממחקר זה, כי על מנת לייצר שינוי ברמת התרבות של מערכת בריאות הנפש, לא די בהשתלבות עמיתים כנותני שירותים.* שינוי עמוק דורש השתלבות עמיתים בעמדות הנהגה והדרכה, כחברי ועדות ודירקטוריונים וכן יצירת הזדמנות למעורבות ויצירה משותפת (co-production/ co-creation) בכל רמות הארגון (Reeves et al.,2023). כמו גם לאורך כל שלבי מחזור החיים של השירות. החל מהשלבים המוקדמים של תכנון השירות וכלה בהערכתו (Åkerblom et al.,2023; Akerblom & Ness, 2023). כך, עלו במחקר זה כגורמים מקדמי יישום (ראו גם פרק ראשון בעבודה זו): הכנסת עמיתים בעמדות מפתח בארגון ויצירת מרחבים שבהם הקול הייחודי של העמיתים בא לידי ביטוי. כמו למשל, הדרכות והרצאות של עמיתים לצוות ולמקבלי השירות. כמו כן, עלו הצעות שונות על מנת להגביר את ההשפעה של התערבות אפסיידס על עובדים נוספים בארגון ועל הארגון בכללותו. בין הצעות אלו נמנו ליווי שוטף של הצוותים והמנהלים שמוכוון להטמעת תמיכת עמיתים ושימוש בידע מניסיון בכל שכבות הארגון. כמו כן הוצע שהעמיתים מנחי ההתערבות יחשפו את תכני הקבוצות גם לצוותים. בנוסף, הוצע להקים פורום המפגיש מנהלים שהשתתפו ביישום עם מנהלים אחרים בארגון.

לסיכום, עולה ממחקר זה כי יישום שיביא למימוש מלוא הפוטנציאל של תמיכת עמיתים לייצר שינוי עמוק ברמת התרבות של שירותי בריאות דורש נוכחות ומעורבות משמעותית של עמיתים בארגון. מעורבות לאורך כל שלבי מחזור החיים של שירות, כך שתהיה להם השפעה רחבה ולעובדים רבים יהיו יחסי גומלין ישירים עמם. במקביל לתהליך יישום כלל ארגוני מוכוון לשינוי.

5.2 התמקצעות, הגדרה והסדרת תפקידי עמיתים לצד התמקצעות הארגונים המעסיקים אותם

דרך פרקי המחקר, מתגלה תהליך התמקצעות השדה הישראלי כנושא מרכזי בתחום יישום תמיכת עמיתים בארץ. זהו המחקר הראשון בישראל אשר העלה זאת.

כך, בפרק הראשון של עבודה זו עלה כי אין בקרב הארגונים בשדה ידע, יכולת וכלים מספקים על מנת להתמודד בצורה מיטבית עם העסקת עמיתים. זאת החל משלב מיון העובדים וכלה בהעסקתם לאורך זמן. לכן גם בין *מקדמי יישום מיטבי* בשדה הודגשה הכשרה והדרכה לעמיתים (בדגש על פיתוח זהות מקצועית של "עובד בעל ידע מניסיון" ושימוש מקצועי בידע מניסיון/ חשיפה עצמית). כמו כן עלתה החשיבות של הכנה, הכשרה והדרכה לצוותים ולמנהלים בארגונים בהם משתלבים עמיתים.

בפרק השני של עבודה זו, ממצאי המחקר חשפו חשש בנוגע למיומנות ומקצועיות בחשיפה עצמית של עמיתים. בעלי העניין התייחסו לצורך בשימוש בחשיפה עצמית רק לאחר הכנה, תיאום ופיתוח מיומנות. בייחוד בקרב עמיתים בתפקידים לא ייעודיים שלא בהכרח קיבלו

הכשרה בשימוש בחשיפה עצמית ובידע שלהם מניסיון. ממצאים אלו מהדהדים מחקרים רבים אחרים המדווחים על העדר התמקצעות בקרב עמיתים במדינות אחרות בעולם (Byrne et al., 2019; Kemp & Henderson, 2012; Mancini,2018; Moll et al., 2009; Moran et al., 2013; Otte et al.,2020; Scanlan et al., 2020; Walker & Bryant, 2013; Vandewalle et al., 2016) ועל כן ניכר שישראל אינה שונה במובן זה ממדינות אחרות שמיישמות התערבויות תמיכת עמיתים במערך בריאות הנפש.

בפרק השלישי בעבודה זו, אנשי המקצוע בארגונים המיישמים את התערבות אפסיידס, ציינו כי היה צורך גם בהכשרה לאנשי המקצוע שמנהלים או עובדים לצד העמיתים. אלה העידו כי הם חשים חסרים בכלים מקצועיים ליישום ידע מניסיון בארגון. גם במובן זה, התמונה שעולה לראשונה בישראל דומה למקומות אחרים בעולם בהם עולה מחסור במיומנויות, הכנה והכשרה לעבודה עם עמיתים בקרב צוותים בהם משתלבים עמיתים (Bochicchio al., 2023; Byrne et al., 2022; Gates & Akabas, 2007; Gillard et al.,2015; LaFrance & Susan, 2017; Mancini, 2018; Moran et al.,2013; Mulvale et al. 2019; Opie et al., 2023; Otte et al., 2020; Salzer, 2010; Zeng & McNamara, 2021).

עוד הודגשה בפרק זה, בדומה לפרק הראשון והשני, חשיבותה של הכשרה לעמיתים כמשמעותית ליישום מיטבי. ההכשרה שניתנה לעמיתים בפרויקט אפסיידס נתפסה כחשובה בכך שקידמה מודעות למשמעות של חשיפה עצמית, העניקה כלים לשימוש מקצועי בידע מניסיון ותרמה להתפתחותם האישית והמקצועית של העמיתים.

השפעת ההקשר הישראלי ההיסטורי על התמקצעות תפקידי עמיתים

ההקשר הישראלי, כפי שעולה מן המחקר, מאופיין במאות נותני שירותים עם ידע מניסיון העובדים במערך שירותי השיקום בבריאות הנפש בעיקר בתפקידים פרא-פרופסיונליים מסורתיים. בתפקידים אלו, כפי שעולה לראשונה בישראל במחקר זה, הם אינם נדרשים ואף לא תמיד מעודדים לעשות שימוש בידע שלהם מניסיון. חלק קטן מהעמיתים משתלבים בתפקידים ייעודיים שהולכים ומתפתחים בישראל החל מ2015. בתפקידים אלו שימוש בידע מניסיון הוא דרישת תפקיד וכלי עבודה מרכזי (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018; Moran, 2018). בשל מיעוט התפקידים עבור עמיתים מומחים והיקף המשרות, נוצר אף מצב בו אנשים עם ידע מניסיון עובדים בתפקיד מסורתי וייעודי במקביל (כפי שתואר בפרק השלישי של עבודה זו). כך התהווה בישראל מצב ייחודי, העולה לראשונה בעיקר בפרקים השני והשלישי של עבודה זו. מצב בו מתמודדים רבים עובדים במערך בריאות הנפש, משמשים בתפקידים מגוונים ומבטאים רמות חשיפה עצמית ושימוש בידע מניסיון מגוונים. לעיתים באותו תפקיד ומול מקבלי שירות שונים. כפי שפירשנו בפרק השני של עבודה זו, הם נעים בין שני קטבים המנוגדים של המודל המסורתי מול מודל העמיתות בהתמודדות שלהם עם שאלות של חשיפה ושימוש בידע מניסיון. עוד הם מושפעים מההקשר הארגוני בו הם נמצאים, הגדרת תפקידם (תפקיד מסורתי או ייעודי של עמית), דרישות אנשי המקצוע כלפיהם והעדפתם האישית.

ניתן להבין את תמונת המצב הישראלית המשתקפת מן המחקר גם בהתפתחות של תהליך ההכשרה של עמיתים בישראל כהולך ומתפתח כמענה לצרכים שעולים בשטח. כפי שתואר כבר בעבודה זו, החל מ2005 פועל בישראל קורס שנועד להכשיר מתמודדים עם מגבלה נפשית הצורכים שירותי שיקום, להיות נותני שירותים למתמודדים אחרים. הקורס נפתח ביוזמה

משותפת של התנועה הצרכנית והמועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה ובסיוע משרד הבריאות. כיום הקורס ממשיך לפעול בבית הספר לשיקום שילוב והחלמה בבריאות הנפש, של משרד הבריאות בקריה האקדמית אונו ובשלוחתו הצפונית (להלן "בית הספר לשיקום"). במהלך השנים בהן הקורס פועל הוכשרו מאות "נותני שירות עם ידע מניסיון/צרכנים נותני שירות" והשתלבו כעובדים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה. בקורס ההכשרה ובתהליך ליווי העמיתים לא ניתנת הנחייה לחשיפה ולשימוש ישיר בידע ייחודי זה מניסיון וההחלטה תלויה בנותן השירות והארגון בו הוא משתלב (לכמן ואחרים, 2018 ; נעמן, 2018; Moran, 2018). בנוסף, בהעדר הסדרה, חלק מהעובדים כיום בשטח עברו את קורסי ההכשרה הרלוונטיים בבית הספר לשיקום טרום כניסתם לתפקיד. חלק מהעובדים עוברים את קורסי ההכשרה לאחר שהם כבר משמשים בתפקידים שונים במערך השיקום, לפעמים לאורך שנים ואילו חלקם עובדים בתפקידי עמיתים מבלי שעברו הכשרה מסודרת.

התפתחות התפקידים הייעודיים העלתה צורך להמשך התמקצעות וביסוס תפקיד העמית ולכן רק ב 2020 הוקם על ידי בית הספר לשיקום וחברת "יוזמה דרך הלב" הקורס: "הפרקטיקה של ידע מניסיון". קורס זה שם דגש מעמיק על בניית זהות העמית, הגדרתו, פיתוח ארגז הכלים של השימוש בנרטיב האישי לצורך ביסוס יחסים מבוססי עקרונות עמיתות ושימוש בידע מניסיון. לצד פיתוח כלים רפלקטיביים לניהול מיומנויות עזרה מבוססות עמיתות ומוכוונות החלמה (ארליך, 2023; Grundman, Edri & Stanger Elran, 2020). במקביל לקורסי ההכשרה הללו, בארגונים שונים המעסיקים עמיתים בתפקידים ייעודיים מתקיימים קורסי הכשרה ארגוניים פנימיים, בדומה למדינות אחרות בעולם (Charles et al.,2021; Chinman et al.,2016; Opie et al., 2023).

בנוסף לקורסי ההכשרה, מעניקה תוכנית "צרכנים נותני שירות" של חברת יוזמה דרך הלב, במימון ופיקוח משרד הבריאות ליווי פרטני לעובדים עם ידע מניסיון, במסגרת השיקום התעסוקתי שלהם. במקביל מעניקה התוכנית שירות ליווי למעסיקים, במימון משרד הבריאות, שיכול ללוות ארגונים לאורך כל שלבי העסקת עמיתים. אך, כיום השירותים הללו תלויים בפניית העובדים והארגונים המעסיקים (צרכנים נותני שירות, מודל הליווי, 2018-2017).

על מנת לקדם את תהליכי ההתמקצעות של עמיתים אף נוסד במאי 2022 פורום עמיתים מומחים חוצה ארגונים, בהובלת תחום ידע מניסיון של תכנית "צרכנים נותני שירות" ובחסות משרד הבריאות. במטרה לבסס את מעמדם של עמיתים מומחים בישראל כפרופסיה, להנכיח ולמצב את גוף הידע מניסיון בהתמודדות ותהליכי החלמה כגוף ידע משפיע והכרחי במערכת בריאות הנפש בישראל (פורום עמיתים מומחים חוצה ארגונים, ניוזלטר, מאי 2023).

על אף הפעילות הענפה בתחום הידע מניסיון, המציאות הישראלית המשתקפת במחקר מעלה צורך להגדרה, הסדרה, הבנייה והתמקצעות של כל אחד מתפקידי עובדים עם ידע מניסיון.
התפקיד המסורתי והתפקיד הייעודי, בדגש על השימוש בהם בידע מניסיון. צורך זה שמתחדד לראשונה במחקר זה בישראל, נמצא בהלימה עם הקונצנזוס המתגבש בעולם לגבי הערך והחשיבות של הגדרת סטנדרטים מקצועיים להכשרה, אתיקה מקצועית, דרישות הסמכה ופנקס מרשם פורמלי המגן על המקצוע. לצד גוף מימון מתכלל. על מנת לקדם את ההתמקצעות, האיכות והייחודיות של תפקיד העמית בעל ידע מניסיון ולשמור על חיבור התפקיד לעקרונות הליבה של הפרקטיקה (Adams et al.,2023; Chinman et al., 2016; Grundman, Edri & Stanger Elran,

2020; Leemeijer & Noordegraaf, 2020; Mancini,2018; Opie et al.,2023; Repper & .(Carter., 2011; Salzer, 2010; Vandewall et al., 2016

תהליכי התמקצעות תפקידי עמיתים כוללים גם פיתוח מסלול קידום קריירה לעמיתים, כגון צעדים או דרגות המשקפים רמת מיומנות או ניסיון (כפי שעלה גם בפרק השלישי של עבודה זו) (Bochicchio et al., 2023; Mancini, 2018; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Reeves et al.,2023; Zeng & McNamara, 2021). כל אלו נמצאו כחשובים ביישום וקיימות של התערבויות חדשניות באופן כללי (Powell et al.,2015) וביישום פרקטיקות מקדמות החלמה בפרט (Gilburt et al.,2013).

קריאה זו המתמקדת בתפקידי עמיתים, מצטרפת לקריאה כוללת להסדרת הרקע הספציפי, ההכשרה וההשכלה הנדרשות לעבודה בתחום השיקום הפסיכיאטרי הקהילתי בישראל. לצד יצירת מסלול קידום מתאים. הן של אנשי מקצוע והן של עובדים פרא-פרופסיונליים (רואה וחבריו, 2011). כמו גם להחמרת הדרישות במכרזים מטעם המדינה, לאיכות ראויה של כוח אדם, על המשמעות התקציבית הכרוכה בכך (אבירם, 2018).הסדרה כזו עולה גם כקריטית לקידום והגנה על איכות שירותי השיקום ושימור צוותים מיומנים בתוך המערכת (Aviram, Lachman & Ifergan, 2023).

הובלת תהלכי התמקצעות תוך זהירות וגמישות

המחקר הנוכחי מדגיש כי חשוב להוביל תהלכי התמקצעות אלו תוך זהירות רבה. משום שקיים מתח אינהרנטי בין התמסדות של תמיכת עמיתים שבאה לידי ביטוי בין השאר בתהליכי התמקצעות והסמכה, לבין מקורה בתנועת הצרכנים. בתמיכה הדדית ולא רשמית שתמיד נערכה ומתקיימת בכל מקום בו נמצאים ביחד מתמודדים (Adams,2020; Beales & Wilson, 2015). *עלה במחקר שכאשר עמיתים נטמעים בתפקידים מסורתיים חלקם חווים קונפליקט מוסרי, בין נאמנות למדיניות ונהלי הארגון, המכוונים לגבולות מקצועיים, כפי שהמודל המסורתי מגדיר אותם לבין ערכי העמיתות שלעיתים קרובות לא נמצאו בהלימה.* למשל הגבלת החשיפה העצמית (בפרק השני של עבודה זו), אי נתינת הטלפון האישי למקבלי שירות או הימנעות משיח על תרופות (בפרק השלישי של עבודה זו). קונפליקט זה עלול להביא למתח ומצוקה מוסרית בקרבם. לכן, המחקר מדגיש לצד הזהירות הנדרשת התהליכי התמקצעות, גם את חשיבות פיתוח תפקידים ייעודיים לעמיתים, כפי שעלה בעיקר בפרק השני והשלישי. בהיותם תפקידים בהם עמיתים יכולים להיות נאמנים לזהותם ולערכי ההחלמה והעמיתות (Adams et al., 2023).

מאידך, חלק מהעמיתים הסכימו עם הנחיות הארגון לחשיפה זהירה ומותאמת (בפרק השני) ורצו להימנע משיח על תרופות למשל (בפרק השלישי). ייתכן שעמיתים אלו עברו סוציאליזציה ונטמעו לתוך תרבות העבודה סביבם, אימצו את השפה והדרישות המקצועיות ופעמים רבות לא מביאים לידי ביטוי את הידע הייחודי שלהם (Adams et al., 2023). אז נשקפת סכנה שתפקידים מקצועיים נעשים ממוקדים בהיבטים המקצועיים- רפואיים של התפקיד. כך שהיתרון של ידע מניסיון חיים משותף מעורער (Beales &Wilson, 2015). העמיתים יעברו קואופטציה עלי ידי הקבוצה והתרבות המקצועית והמרכזיות של עמיתות בתמיכת עמיתים יכולה ללכת לאיבוד תחת המעטה של מיסוד והתמקצעות עבודת העמיתים (Adams,2020; Adams et al.,2023; Chapman et al., 2018; Faulkner, 2017; Gillard & Holley, 2014; Reberio Gruhl et al., 2015; Simpson et al., 2018).

כך מחזק מחקר זה מחקרים רבים בעולם, שהעלו את חשיבות הגדרת תפקיד בהירה הן לתפקידי עמיתים מסורתיים והן לתפקידים ייעודיים. במטרה לשמור על ייחודיותם (Elswick et al.,2024; Kivistö et al., 2022; Mancini, 2018; Moran et al., 2013; Mutschler et al.,2022; Otte et al.,2020).

לבסוף, *לצד הגדרת התפקיד הבהירה בתפקידי העמיתים השונים הנדרשת בישראל והסדרת תהליכי התמקצעות לקידום יישום מיטבי של תמיכת עמיתים*, חשוב לשמור על גמישות בתפקיד שמאפשרת יצירתיות ופיתוח ידע ייחודי. *לצורך סיפוק מענה מותאם אישית להקשר ולצרכים המקומיים בישראל, כפי ששורטטו לראשונה כאן*. הן של העמיתים והן של מקבלי השירות (Asad & Chreim, 2016; Berry et al., 2011; Gillard et al.,2015; McCarthy et al., 2019).

5.3 השימוש במדע היישום, במסגרת ובאסטרטגיות יישום במחקר ובפרקטיקה: חשיבותו ואתגרים העולים ממנו

חשיבות השימוש במדע היישום

המסגרת המגובשת למחקרי יישום – ה CFIR (Damschroder et al.,2009, 2022) שימשה במחקר הנוכחי לפיתוח ולרכישת ידע שיטתי על תהליך יישום מקיף, על כל שלביו החל מלמידת השדה (פרקים 1,2) וכלה בהוצאה לפועל של יישום והערכתו (פרק 3), כפי שהומלץ במחקרים אחרים בתחום (Moullin et al.,2020; Mutschler et al., 2021; Piat et al., 2021b).

במהלך המחקר נעשה שימוש באסטרטגיות יישום. אלו נמצאו קריטיות להצלחת יישום במחקרים שעסקו ביישום התערבויות חדשניות בארגונים באופן כללי (Damschroder et al., 2009; Gilburt et al., 2013; Moullin et al., 2020; Powell et al., 2015) וביישום התערבויות מקדמות החלמה (Harkko et al., 2023; Piat et al., 2021) ותמיכת עמיתים בפרט (Bochicchio et al.,2023; Gates & Akabas, 2006; Mulvale et al., 2019; Zeng & McNamara, 2021).

בשלב הראשון נערך תהליך מיפוי שיטתי של מצב יישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש באמצעות שילוב מקורות מידע שכללו סקירת ספרות רחבה (Ibrahim et al., 2020). בנוסף, התקיימו ראיונות וקבוצות מיקוד עם בעלי עניין רלוונטיים באתרי הפרויקט לאורך כשנתיים. בתהליך זה גם זוהו באמצעות מסגרת ה CFIR אתגרים ביישום תמיכת עמיתים בישראל וגורמים מקדמי יישום (ראו פרקים 1,2) שעשויים להשפיע על תוצאות היישום בהקשר הישראלי הספציפי. כך, *הבנת ההקשר הייחודי בו מתוכנן יישום ההתערבות, ברמת הפרט, הצוות, הארגון והמערכת, באמצעות מסגרת יישום, מתחדדת כמהותית ליישום* ומהדהדת מחקרים אחרים (Damschroder et al.,20092022; Harkko et al., 2024; Keith et al.,2017; Moullin et al., 2020).

על בסיס ידע זה, פותחה התערבות תמיכת עמיתים מותאמת למערך השיקום בישראל ותוכננה תוכנית מקיפה ליישומה. תוכנית שנותנת מענה למרבית האתגרים שמופו בארץ ובעולם (Ibrahim et al., 2020), באמצעות גורמים מקדמים רבים שזוהו ואסטרטגיות יישום מקדמות. ביצוע תוכנית היישום לווה במעקב שוטף במפגשים ייעודיים של צוות המחקר המקומי ושל הצוות הבין- לאומי ובמילוי דוחות מעקב. אסטרטגיות יישום נוספות בהן נעשה שימוש במחקר זה כללו חיבור בעלי העניין השונים לתהליך באמצעות הקמת ועדת היגוי מקומית שנפגשה

פעמיים בשנה לאורך כל שש שנות המחקר. במקביל, פותח פרוטוקול ליבה של התערבות תמיכת עמיתים בין- לאומית והוגדרו עקרונות ליבה מרכזיים להתערבות ולהפעלתה. לאחר מכן נערך פיילוט קצר בכל מדינה במטרה להתאים את הפעלת ההתערבות להקשר המקומי. על מנת ליישם את ההתערבות שפותחה החל תהליך בחירת ארגונים מתאימים. זאת בהתאם לקריטריונים למוכנות ארגונית ליישום, שהוגדרו בוועדת ההיגוי ובשתי קבוצות מיקוד טרום היישום. לאחר בחירת הארגונים נערכו בהם מפגשי הכנה וגויסה מעטפת ארגונית תומכת לתהליך היישום. מעטפת זו כללה מינוי אחראים בתוך הארגון המחויבים לקידום הנושא ברמת: מטה/ הנהלה, ניהול ביניים ושטח. כך הושלם מערך ארגוני מקצועי ותומך להצלחת היישום הכולל את ועדת ההיגוי, צוות המחקר שליווה את היישום והמערך הפנימי שגויס לטובת היישום בתוך הארגון.

בחירת העמיתים להנחיית ההתערבות בתוך הארגונים התבצעה גם היא בתהליך מעמיק, ארוך וקפדני. בתחילה נערכו מספר רב של פגישות במסגרת צוות הפרויקט ועם בעלי עניין מגוונים בכדי לדייק את הקריטריונים הנדרשים לתפקיד. בהתאם לקריטריונים אלו, איתרו הארגונים עמיתים המתאימים מבין העובדים בארגון והם ראיינו על מנת לוודא התאמתם ויכולתם להתחייב לתהליך. עוד הוגדר לעמיתים תפקיד ברור: הנחיית "חברותא" (קבוצת אפסיידס), אחת לשבוע או שבועיים (תלוי ארגון), למשך שעה עד שעה וחצי, שני עמיתים יחד. על בסיס היחידות שלמדו בקורס ההכשרה ומדריך הנחייה שפותח במחקר.

תהליך ההכשרה לקראת הנחיית ההתערבות החל בהכשרת ארבעה מנחים להנחיית ההכשרה למנחי ההתערבות בישראל. שתי מנחות הוכשרו בהכשרה הבין- לאומית של הפרויקט בטנזניה ושני עמיתים נוספים הוכשרו בארץ על ידן והנחו לצידן שתי הכשרות לעמיתי אפסיידס.

לאחר תהליכים אלו של הכשרת העמיתים מעבירי ההתערבות ובניית התשתית הארגונית לקיומה, החלה הנחיית ההתערבות הקבוצתית. בתום כל מפגש של ההתערבות הקבוצתית הן העמיתים והן מקבלי השירות מילאו דוח למעקב אחר נאמנות יישום ההתערבות למקור (fidelity) (Moran et al., 2020). הנחיית החברותות לוותה גם במפגשי הדרכה קבוצתית ובליווי טלפוני צמוד.

על מנת לדאוג לקיימות ההתערבות עירב צוות היישום קובעי מדיניות לאורך תהליך היישום באמצעות עדכון שוטף וחשיבה משותפת בוועדת ההיגוי של הפרויקט. בנוסף, הוקם על ידי צוות המחקר מרכז תמיכה בהכשרה והדרכה באוניברסיטת אולם (ULM) שבגרמניה. מטרתו של המרכז לפעול ליצירת שיתופי פעולה והשגת מימון לצורך תמיכה בקיימות אפסיידס. כמו כן, על מנת לתמוך בהמשכיות היישום ובהתפתחות התחום בישראל התקיימו בישראל מגעים שונים מטעם צוות המחקר מול קובעי מדיניות וגורמי מפתח במערך השיקום.

גם ארבעת האתגרים שזוהו בהערכת היישום: (1) אתגר ההתמקמות בתפקיד כפול- של העמיתים, כעובדים בתפקיד מסורתי וכעובדים בתפקיד ייעודי, באותו ארגון ;(2) אתגר ההשפעה על הצוותים ועל הארגון בכללותו ; (3) המענה החלקי שניתן להדרכת והכשרת הצוותים והמנהלים ו(4) אתגר קיימות ההתערבות. כולם זוהו כחשובים כבר בשלב ההכנה, באמצעות תהליך המיפוי השיטתי. אך בשל משאבים מוגבלים וייחודיות ההקשר הישראלי הנוכחי לא ניתן להם מספיק דגש.

*כך, **מחזק המחקר את חשיבותו של תהליך יישום שיטתי ומקיף, בהתאם למסגרת יישום ותוך שימוש באסטרטגיות יישום שהוכחו כיעילות*** (Damschroder et al., 2009; Keith et al.,2017; Moullin et al., 2020; Nilsen, 2020; Powell et al.,2015). *עוד תומך המחקר בחשיבות השימוש במדע היישום בתחום בריאות הנפש (Thornicroft & Tansella, 2009). הן במחקרי יישום והן ביישום התערבויות בשדה (Moullin et al., 2020).* זאת במטרה לגשר על הפער בין הידע המחקרי לגבי הדרכים האפקטיביות ליישום של התערבויות מבוססות ראיות בכלל והתערבויות מקדמות החלמה, כגון תמיכת עמיתים, לבין אפקטיביות יישומן בפרקטיקה. פער המכונה "תהום האיכות" ("The quality chasm") בשירותי הבריאות ובריאות הנפש (Chambers et al.,2020; Piat et al.,2021; Powell et al.,2015; Tansella & Thornicroft, 2009; Westerlund et al., 2019). "תהום" זה ממשיך לגדול ומהווה צורך משמעותי ביותר בתחום ההתערבויות מקדמות ההחלמה, הן בעולם (Drake & Essock , 2009; Van Weeghel et al., 2019) והן בישראל (קליינמן, גרבר אפשטיין ורועה, 2018).

בכך, מחקר זה מהווה נדבך חשוב לפיתוח השימוש במדע היישום. מגמה שנמצאת רק בראשיתה בתחום בריאות הנפש בכלל ובתחום פרקטיקות מקדמות החלמה (Piat et al., 2021) ותמיכת עמיתים בפרט (Chinman et al., 2017; Mutschler et al., 2021).

אתגרים בשימוש במדע היישום בתחום התערבויות מקדמות החלמה בבריאות הנפש

הידע שפותח במחקר זה עשוי לתרום ליישום מיטבי של תמיכת עמיתים כמקרה פרטי של יישום התערבות מקדמת החלמה ולצמצם את הפער בין מחקרים שהוכיחו את יעילותה ליישומה בשדה. זאת גם באמצעות הנגשת השימוש באסטרטגיות יישום ובמסגרת יישום, כגון ה CFIR. בה, ככל הידוע לנו טרם נעשה שימוש בישראל בתחום זה. עם זאת, המחקר חושף כמה אתגרים בשימוש במדע היישום ביישום התערבויות מקדמות החלמה שאין התייחסות רחבה אליהם בספרות וראוי לדון בהם.

מעורבות מקבלי השירות בתהליכי יישום דורשת התאמת מסגרת היישום לערכי ושפת ההחלמה. מעורבות מוקדמת ומתמשכת של בעלי עניין רבים לאורך תהליך היישום במחקר זה היוותה מרכיב מפתח בהצלחת יישום התערבות אפסיידס, כמקרה פרטי של התערבות מקדמת החלמה. כך, נציגי משרד הבריאות, נציגי הארגונים המיישמים (מנהלים, אנשי צוות ועמיתים), כל בעלי העניין בארץ הקשורים לידע מניסיון: נציגי "עמיתים לזכויות", עמותת לשמה, תכנית "צרכנים נותני שירות" (של ארגון "יוזמה דרך הלב") - ברמת שטח ומטה וכן נציגי צוות המחקר, בכללם גם עמיתים עם ידע מניסיון, היו מעורבים. זאת באמצעות השתתפותם בוועדת ההיגוי שליוותה את תהליך היישום. כמו גם באמצעות שמירה על קשר שוטף של צוות המחקר והיישום עמם. כמו כן, באמצעות השתתפותם בקבוצות מיקוד לפני ולאחר היישום שאפשרו למידה ומשוב מהם והשפיעו על עיצוב תהליך היישום ותוצאותיו. בכך מחזק המחקר הנוכחי מחקרים אחרים שהעלו כי מעורבותם של בעלי העניין השונים, החל משלבים מוקדמים, מהווה מפתח להצלחת תהליך יישום של התערבויות חדשניות בכלל (Damschroder et al., 2009,2022; Green & Aarons., 2011; Ivers et al., 2016; Moullin et al., 2020; Proctor et al., 2011; WHO, 2012) ושל התערבויות מקדמות החלמה (Piat et al. 2022; Subandi et al.,2023; Lodge et al., 2016; Wallace, 2016).

אולם, מסגרת ה- CFIR בגרסתה המוקדמת כוללת מגבלה שיש לשים לב אליה. **קולם של מקבלי השירות עצמם בהערכת היישום במחקר זה חסר**. מסגרת ה CFIR (Damschroder et al., 2009) ממפה גורמים משפיעים על היישום, שנאספים בעיקר ממקבלי החלטות וגורמים המעורבים בתהליך היישום ובמתן ההתערבות, מתוך ההנחה שאלו הם הגורמים שיש להם בדרך כלל השפעה בפועל על היישום (Damschroder et al., 2022).

מקבלי השירות, היו מעורבים בהערכת תוצאות ההתערבות ומידת נאמנותה למקור (fidelity) במחקר אפסיידס הרחב בישראל. באמצעות מידע שנאסף מהם בשאלונים וראיונות (הערכת תוצאות היישום הוצגה בעבודה נפרדת, ראו גרייזמן, 2023). מאידך, הם לא היו מעורבים כחלק אינטגרלי מצוות היישום ולא נאספו נתונים על היישום מנקודת מבטם. עמיתים עם ידע מניסיון היו מעורבים בתהליך היישום באמצעות השתתפותם בוועדת ההיגוי ובצוות היישום. הם שימשו כמכשירים, מדריכים ומעבירי ההתערבות. כמו כן לקחו חלק במחקר בקבוצות המיקוד ובראיונות. אולם, השפעתם הישירה של *מקבלי שירות* תהיה אפשרית רק כאשר יהיו מעורבים כחלק אינטגרלי מצוות היישום וכל בעלי העניין השונים בתהליך היישום יחלקו את הכוח ויקבלו החלטות בשותפות (Damschroder et al., 2022).

נקודה זו משמעותית בהערכת היישום של כל התערבות והיא אף מרכזית יותר ביישום של התערבויות מקדמות החלמה. משום שבבסיס התערבויות אלה ערכים כגון: מעורבות האדם בתכנון והפעלת השירותים ומתן עדיפות להגדרה העצמית שלו מתוך שותפות שוויונית בין נותני ומקבלי שירותים, החלטה עצמית ובחירה (Farkas, 2007; Piat et al.,2022; Slade, Amering & Oades,2008; Slade et al.,2014).

לכן, על מנת שמקבלי השירות יהיו מעורבים ומשפיעים בתהליכי יישום יש צורך להתאמת מסגרת היישום שבה נעשה שימוש לתפיסות ההחלמה (Piat et al., 2022). ראשית, יש לעדכן את מסגרת היישום כך שתתייחס גם למשוב שעולה ממקבלי השירות (Piat et al., 2022; Damschroder et al., 2022). עוד נדרש להתאים את השפה בה משתמשת מסגרת היישום לשפה מקדמת החלמה, כגון החלפת המונח "מטופלים" ב"מקבלי שירות" או "מעורבות בעלי עניין" ליצירה משותפת (co-production/ co-creation) (Reeves et al., 2023). בנוסף, יש לתת מקום מרכזי במסגרת היישום למרכיבים חשובים המשפיעים על יישום פרקטיקה מוכוונת החלמה כגון היחסים בין נותני למקבלי השירותים (Piat et al., 2022).

כמו כן, תכנון והוצאה לפועל של היישום בשיתוף פעולה עם מקבלי שירות עשוי לדרוש גם תרגום מושגים מדעיים של יישום לשפה נגישה, ומודעות רבה לתהליך. כך למשל מתארים פיאט ועמיתיה (Piat et al., 2022) תכנון יישום התערבויות מקדמות החלמה מבוסס על מסגרת ה CFIR (Damschroder et al., 2009) שכלל שנים עשר מפגשים בצוות תכנון מגוון. צוות זה כלל מקבלי שירות, נותני שירות ומנהלים. בפגישות הצוות ניתן דגש רב ליצירת יחסים נטולי היררכיה וחלוקה שווה של כוח בין המשתתפים. כמו כן, הוקדשה מחשבה רבה לפישוט מושגים ממדע היישום על מנת שיהיו ברורים לכולם. אחת הדרכים ששימשה לכך היא יצירת משחק קלפים הממחיש את תחומי מסגרת הCFIR.

כך, מתחדד במחקר כי החתירה לשירותי בריאות נפש מוכווני החלמה המבוססים על פרקטיקות מקדמות החלמה דורשת גם תהליכי מחקר ויישום מוכווני החלמה (Piat et al., 2021, 2022).

גישור בין הידע שנצבר במחקר לפרקטיקה דורש מודעות ואקטיביות. מדע היישום חותר לאינטגרציה ממחקר לפרקטיקה. "הפרדוקס של מדע היישום" מתרחש כשגם הידע שנוצר כתוצאה ממחקרים מבוססי מדע היישום אינו מגיע לפרקטיקה. על מנת להימנע מפרדוקס זה, חשוב לתרום אקטיבית לשיפור השימוש בידע המופק באמצעות מדע היישום בפרקטיקה (Westerlund et al., 2019). כך, חלק בלתי נפרד ממחקר יישום צריך לכלול הנגשת הידע הנצבר במחקר באמצעות כתיבה והצגה בכנסים ובקורסים מקצועיים, במפגשים עם אנשי מקצוע, עמיתים עם ידע מניסיון וקובעי מדיניות.

ברוח זו, כמי שגם חוקרת וגם עובדת סוציאלית, מנהלת במערך השיקום בתפקידים בכירים שנים רבות ומרצה, אינני רואה את המחקר כמסתיים עם סיום כתיבת הדוקטורט. בידי החובה והאפשרות להביא ליישום מיטבי של תמיכת עמיתים בשירותי השיקום בבריאות הנפש. זאת על ידי הנגשת ממצאי המחקר הנוכחי והמסקנות העולות ממנו לשדה בפורומים שונים.

5.4 יתרונות, מגבלות המחקר הנוכחי והמלצות למחקרי המשך

ראשית, מחקר זה עשה שימוש במדע היישום בתחום בריאות הנפש, חיזק את חשיבותו של תהליך יישום שיטתי ומקיף בהתאם למסגרת יישום והיווה נדבך חשוב לפיתוח השימוש במדע היישום. מגמה שנמצאת רק בראשיתה בתחום בריאות הנפש בכלל ובתחום פרקטיקות מקדמות החלמה ותמיכת עמיתים בפרט (Chinman et al., 2017; Chambers et al., 2020; Mutschler et al., 2022; Piat et al., 2021). זהו תחום חדש יחסית שמתפתח בקצב מהיר מאוד (Curran, 2020). לכן, על מנת להמשיך לפתח את השימוש בו בתחום בריאות הנפש בכלל ובישראל בפרט, יש להמשיך לערוך מחקרים המבוססים עליו.

שנית, יתרונו של מחקר זה בהשתתפות הנרחבת של 68 נציגים ממגוון ארגונים בשדה השיקום בבריאות הנפש בישראל העוסקים בתחום או מהווים חלק ממנו בשנים האחרונות. בקרב העמיתים עם ידע מניסיון היה ייצוג גם לעמיתים מומחים שהשתלבו במחלקות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים. בעלי עניין אלו סיפקו נקודת מבט רחבה על יישום עמיתים, בעיקר בקרב מערך השיקום בבריאות הנפש בארץ. נקודת מבט זו טרם התקבלה בישראל ויש בה עניין רב על רקע הפעילות הענפה בתחום בשנים האחרונות (לכמן ואחרים, 2018). עם זאת, גישת ההחלמה רחוקה מלהיות ממומשת וחותרת לייצר שינוי עמוק בתרבות, בחברה, במדיניות ובפרקטיקה (Chester et al., 2020; Farkas, 2007; Gilburt et al., 2013; Piat et al., 2021; Sofouli et al., 2022; Slade, 2008, 2014; Winsper et al.,2020). לכן, חשוב במחקרים עתידיים להגיע לבעלי עניין בהקשר הרחב יותר, שמחוץ למערך השיקום בבריאות הנפש. כך תתאפשר גם הבנה וגם הנעה של שינוי בפרספקטיבה רחבה ועמוקה יותר. על כן, במחקרי יישום עתידיים חשוב לכלול נציגי בתי חולים, בעלי תפקידים בכירים במשרד הבריאות (מחוץ לאגף השיקום ואף מחוץ לאגף בריאות הנפש), נציגי ארגוני המקצועות המסורתיים (עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, פסיכיאטריים), נציגי האקדמיה, נציגי ארגוני זכויות אדם וכדומה.

לבסוף, עולה שעל מנת לעשות זאת בדרך הנאמנה לערכי ההחלמה, יש לקיים שותפות ויצירה משותפת (co-production/ co-creation) עם מקבלי שירות לאורך כל תהליך המחקר והיישום ולהתאים את מסגרות היישום והאסטרטגיות הקיימות לכך.

5.5 לסיכום

יישום תמיכת עמיתים היווה במחקר זה כמקרה להעמקת הלמידה על יישום התערבויות חדשניות ושינויים ארגוניים בדגש על יישום פרקטיקות מקדמות החלמה וממוקדות אדם בשירותי בריאות הנפש.
כפי שעולה מהדיון:

- ל*תמיכת עמיתים ונוכחות עמיתים בארגוני בריאות נפש יש פוטנציאל לאתגר את המודל הרפואי המסורתי של שירותי בריאות הנפש ולקדם מערכות יחסים מכוונות החלמה. מערכות יחסים המאופיינות בשותפות וקרבה*, ערעור על הדיכוטומיה בין אנשי צוות למקבלי שירות והצבת גבולות חדשים.
- יישום מיטבי והשפעה ברמת הארגון והמערכת מצריכות *קידום נוכחות ומעורבות משמעותית של עמיתים בארגון. לאורך כל שלבי מחזור החיים של שירות, כך שתהיה להם השפעה רחבה ולעובדים רבים יהיו יחסי גומלין ישירים עמם*. זאת לצד ת*הלך יישום כלל ארגוני מוכוון לשינוי.*
- על מנת ליישם תמיכת עמיתים בצורה מיטבית, כמו גם התערבויות חדשניות ומקדמות החלמה אחרות, *יש צורך בהתמקצעות, הגדרה והסדרת תפקידי עמיתים לצד התמקצעות הארגונים המעסיקים אותם. במקביל נדרשת זהירות ושמירה על גמישות וייחודיות תפקידי עמיתים, מתוך הבנה של המחירים העשויים להיות להתמקצעות.*
- *השימוש במדע היישום בתחום בריאות הנפש, הן במחקר והן ביישום התערבויות בשדה, עשוי לתרום לצמצום הפער בין מחקר בתחום ההחלמה בבריאות הנפש ותמיכת עמיתים בפרט, לפרקטיקה ומדיניות. עם זאת, יש צורך להתאימו לשפה ולערכי ההחלמה. כמו כן נדרשות מודעות ואקטיביות בהבאת ממצאי המחקר ליישום בשדה.*

כל אלה נדרשים על מנת לממש את הפוטנציאל של התערבויות מקדמות החלמה בכלל ותמיכת עמיתים בפרט, להביא לשינוי עמוק במערכת בריאות הנפש, כך שתהיה מכוונת החלמה ואדם.

מקורות

אבו-רביע-קווידר סארב (2010). סובייקטיביות במחקר נרטיבי : המקרה של מחקר פמיניסטי-ילידי. בתוך ר' תובל-משיח וג ' ספקטור- מרזל (עורכות). *מחקר נרטיבי : תאוריה יצירה ופרשנות* (עמ' 155-176 . ירושלים : מאגנס.

אבירם, א' (2001). אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים : בעיה ישנה בהקשר חדש. *בטחון סוציאלי*, 90, 67-90.

אבירם, א' (2005) . *מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל : גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים*. (דו"ח מחקר). מוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל השומר.

אורן, א' (2007). מצרכנים לנותני שירות- סיפורו של גשר. בתוך : נ' הדס-לידור ומ' לכמן (עורכים), *שיקום והחלמה בבריאות הנפש : קריאה מנקודות מבט שונות פרקטיקה, מדיניות ומחקר* (עמ' 105-113). כפר יונה : הוצאת ליתם.

ארליך, נ' (2023). *כשסיפור אישי הופך לידע מקצועי. תפיסות וחוויות בקורס "הפרקטיקה המקצועית שביגע מניסיון"*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה". אוניברסיטת בן גוריון שבנגב.

בלוש- קליינמן ,ו', גרבר- אפשטיין-פ' ורועה, ד' (2018). התערבויות שיקומיות- טיפוליות מקדמות החלמה במערך השיקום בבריאות הנפש- נתיבים במסע ההחלמה. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), *נגד כל הסיכויים : משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי* (עמ' 200-2018) : דאנקוד.

גרייזמן, א' (2023). *הערכת התערבות תמיכת עמיתים של פרויקט UPSIDES כמקרה בוחן לקידום שירותים מכווני החלמה עבור צרכני בריאות הנפש*. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". אוניברסיטת בן גוריון שבנגב.

הקר, ד., לביא אג'יאי, מ. וקרומר נבו, מ.(2014). הזמנה לדיון במתודולוגיות מחקר פמיניסטיות, בתוך מ' קרומר-נבו, מ' לביא-אג'אי, וד' הקר(עורכות) . *מתודולוגיות מחקר פמיניסטיות*, עמ' 9-31. רעננה : הקיבוץ המאוחד.

כץ, ש' (2017). *התנתקות משירותי בריאות הנפש כתהליך של בניית חיים מחוץ לעולם החולי*. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". אוניברסיטת חיפה : חיפה.

לביא- אג'אי, מ' (2014). זה המחקר שלי , שלך , שלנו - שימוש במחקר פעולה משתף כמתודולוגיה פמיניסטית בתוך מ' קרומר-נבו, מ' לביא-אג'אי, וד' הקר (עורכות). *מתודולוגיות מחקר פמיניסטיות*, עמ' 192-209 רעננה : הקיבוץ המאוחד.

לכמן, מ' (1998). שיקום פסיכו סוציאלי במדינת ישראל : נקודת מפנה? *חברה ורווחה*, י"ח, 63-45.

לכמן, מ' (2007). התפתחות הידע על החלמה בבריאות הנפש בצל המודל הרפואי, מהפכת האל מיסוד וזיהוי תופעות ההחלמה. בתוך : נ' הדס-לידור ומ' לכמן (עורכים), *שיקום והחלמה בבריאות הנפש : קריאה מנקודות מבט שונות פרקטיקה, מדיניות ומחקר* (עמ' 131-172). כפר יונה : הוצאת ליתם.

לכמן, מ' והדס-לידור, נ' (2007). בדרך אל ההחלמה: שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה. בתוך נ' הדס לידור ומ'. לכמן (עורכים), *שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות; פרקטיקה, מדיניות ומחקר* (עמ' 117–130). כפר יונה: ליתם.

לכמן, מ. ,ורועה, ד.(2003). התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה ומחלות נפש ממושכות. *שיחות*, י"ח (1), 46-38.

לכמן, מ' , פרידלנדר-כץ, א', סינגר, י' ורועה, ד' (2018) התנועה הצרכנית בבריאות הנפש בישראל ותרומתה לתפיסת ההחלמה: מבט היסטורי, תמונת מצב ואתגרים עתידיים. בתוך נ. הדס לידור ומ. לכמן (עורכים), *נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי* (עמ' 46-22). הקריה האקדמית אונו: דאנקוד.

מרזר-ספיר, ו', הר לב, ב' ומאוטנר, ס' (2009). תכנית "צרכנים נותני שירות" – חזון ישן הופך למציאות חדשה. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 18* (3), 231-211.

נעמן, ע' (2018). השתלבות מתמודדים עם פגיעה נפשית במערך בריאות הנפש כעובדים שינוי של ממש. בתוך נ. הדס לידור ומ. לכמן (עורכים), *נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי* (עמ' 134-127). הקריה האקדמית אונו: דאנקוד.

סינגר, י' (2010). *חווית המעבר ממתמודד עם מוגבלויות פסיכיאטריות ממושכת לצרכן נותן שירות*. עבודת מחקר לתואר מוסמך בחוג לבריאות נפש קהילתית. אוניברסיטת חיפה. חיפה.

עיני-פיאנרט, א'.(2002). *מהות היחסים השיקומיים: האלמנטים המאפיינים את היחסים השיקומיים, חשיבותם, משמעותם ודילמות ביישומם*. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, האוניברסיטה העברית.

קרומר- נבו, מ' וברק, ע' (2006). מחקר פעולה משתף: מערכת הרווחה מנקודת מבטם של צרכני שירותי הרווחה. *ביטחון סוציאלי*, 72, 11-38.

רואה, ד', טל, א', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס לידור, נ', טלם, ע' ולכמן, מ' (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. *בטחון סוציאלי*, 86, 105-85.

רון נגר, ס' (2014). על דיבור, שתיקה ו"רפלקסיביות בזמן אמת" בראיונות עם נשים בעלות שוליות מרובה. בתוך: מ' קרומר נבו, מ' לביא אג'אי וד' הקר (עורכות), *מתודולוגיות מחקר פמיניסטיות* (עמ' 112–132). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

רופא, צ'(1998). התמודדות ב"התמודדות"-מפאסיביות לאקטיביות . חברה ורווחה, 18 (1), 203- 211.

שטיינמן, נ. ואדלר- בן דור, ע. (2022)"ספר להם, ספר להם... שאני, החבר הכי טוב שלהם, מתמודד עם מחלת הסכיזופרניה": מסיפור אישי לסיפור של שינוי חברתי בבריאות הנפש. *חברה ורווחה*, מ"ב, 3.

Aarons, G., Sawitzky, A. Organizational Climate Partially Mediates the Effect of Culture on Work Attitudes and Staff Turnover in Mental Health Services. *Adm Policy Ment Health* 33, 289–301 (2006). https://doi.org/10.1007/s10488-006-0039-1.

Adams, W. E. (2020). Unintended consequences of institutionalizing peer support work in mental healthcare. *Social Science & Medicine*, *262*, 113249. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113249.

Adams, W. E., Duquette, R., de Wet, A., & Rogers, E. S. (2023). Competing allegiance in an unclear role: Peer and non-peer understanding of peer support in Massachusetts, United States. *SSM-Mental Health*, 4, 100245. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100245

Adler-Ben Dor, I., Kraus, E., Goldfarb, Y. et al. (2024). Perspectives and Experiences of Stakeholders on Self-Disclosure of Peers in Mental Health Services. Community Ment Health J. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01287-2.

Åkerblom, K. B., & Ness, O. (2023). Peer workers in co-production and co-creation in mental health and substance use services: a scoping review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(2), 296-316. https://doi.org/10.1007/s10488-022-01242-x.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095655.

Anthony WA, Cohen MR, Farkas M, Gagne C.(2002). *Psychiatric rehabilitation2nd ed*. Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.

Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (2009). *A primer on the psychiatric rehabilitation process. Center for Psychiatric Rehabilitation*, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.

Archard, P.J. (2020). working with self-disclosure. British Journal of Mental Health Nursing 9, (4). https://doi.org/10.12968/bjmh.2020.0022.

Asad, S., Chreim, S. Peer Support Providers' Role Experiences on Interprofessional Mental Health Care Teams: A Qualitative Study. Community Ment Health J 52, 767–774 (2016). https://doi.org/10.1007/s10597-015-9970-5.

Ashman M, Halliday V, Cunnane JG. (2017). Qualitative Investigation of the Wellness Recovery Action Plan in a UK NHS Crisis Care Setting. Issues Mental Health Nurs. 38(7): 570–7. https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1300840.

Audet, C.T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*. 24 (2): 85-100. https://doi.org/10.1080/09515070.2011.589602

Audet, C.T., & Everall, R.D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: a phenomenological study from the client perspective. British Journal

of Guidance & Counselling. 38(3): 327-342. https://doi.org/10.1080/03069885.2010.482450.

Aviram, U., Lachman, M., & Ifergan, A. (2023). The Israeli law for the rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Achievements and challenges. Psychiatric Rehabilitation Journal, 46(3), 185–195. https://doi.org/10.1037/prj0000582

Bachrach, L. L. (1978). A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 573-578.

Bailie, H. A., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2016). "From the same mad planet": a grounded theory of service users' accounts of the relationship within professional peer support. Mental Health Review Journal, 21(4), 282-294.

Banfield M, Forbes O. (2018). Health and social care coordination for severe and persistent mental illness in Australia: a mixed methods evaluation of experiences with the Partners in Recovery Program. *Int J Ment Heal Syst*. ,12(1): 13. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0194-2.

Barnett J. E. (2011) Psychotherapist self-disclosure: Ethical and clinical considerations. *Psychotherapy*, Vol 48(4), 315-321. https://doi.org/ 10.1037/a0026056.

Beales, A. and Wilson, J. (2015), "Peer support – the what, why, who, how and now", The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, Vol. 10 No. 5, pp. 314-324. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-03-2015-0013.

Berry, C., Hayward, M.I. and Chandler, R. (2011), "Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services", *Journal of Public Mental Health*, Vol. 10 No. 4, pp. 238-249. https://doi.org/10.1108/17465721111188269.

Biebel K, Nicholson J, Woolsey K, Wolf T. (2016). Shifting an agency's paradigm: creating the capacity to intervene with parents with mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*,19(4): 315–38. https://doi.org/10.1080/15487768.2016.1231641.

Birken, S.A., Powell, B.J., Shea, C.M. et al. Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: results from an international survey. *Implementation Sci* 12, 124 (2017). https://doi.org/10.1186/s13012-017-0656-y

Braun, V., & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3(2), 77-101.

Bril-Barniv, S., Moran, G. S., Naaman, A., Roe, D., & Karnieli-Miller, O. (2017). A qualitative study examining experiences and dilemmas in concealment and disclosure of people living with serious mental illness. *Qualitative Health Research,* 27(4), 573-583. https://doi.org/10.1177/1049732316673581.

Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E., & King, N. (2015). The Utility of Template Analysis in Qualitative Psychology Research. Qualitative Research in Psychology, 12(2), 202–222. https://doi.org/10.1080/14780887.2014.955224.

Bochicchio, L., Tuda, D., Stefancic, A. et al. (2023). "Getting the Staff to Understand It:" Leadership Perspectives on Peer Specialists Before and After the Implementation of a Peer-Delivered Healthy Lifestyle Intervention. *Community Ment Health J*, 59, 904–913 https://doi.org/10.1007/s10597-022-01074-x.

Bone, A. (2021). Factors relating to boundaries and self-disclosure within mental health contexts. Canterbury Christ Church University (United Kingdom).

Borg M, Kristiansen K. (2004). Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *J Ment Health*. 13(5):493–505. https://doi.org/10.1080/09638230400006809.

Boyd, J. E., Zeiss, A., Reddy, S., & Skinner, S. (2016). Accomplishments of 77 VA mental health professionals with a lived experience of mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(6), 610–19. https://doi.org/10.1037/ort0000208.

Borkman, T. J. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. The Social Service Review, 445-456.

Borkman, T. J. (1990). Experiential, professional, and lay frames of reference. In T. J.Powell (Ed.), *Working with self-help* (pp. 3–30). Silver Spring, MD: NASW Press.

Byrne L, Happell B, Reid-Searl K. (2015). Recovery as a lived experience discipline: a grounded theory study. *Issues Mental Health Nurs*,36(12):935–43. https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1076548.

Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L., & Bellamy, C. (2021). Effective peer employment within multidisciplinary organizations: Model for best practice. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 1-15. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2.

Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J. et al. (2022). Effective Peer Employment Within Multidisciplinary Organizations: Model for Best Practice. *Adm Policy Ment*

Cabassa, L. J., Stefancic, A., Bochicchio, L., Tuda, D., Weatherly, C., Lengnick-Hall, R. (2021). Organization leaders' decisions to sustain a peer-led healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness in supportive housing,

Translational Behavioral Medicine, 11(5), 1151–1159. https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa089.

Campbell, J., & Leaver, J. (2003). *Report from NTAC's national experts meeting on emerging new practices in organized peer support* March 17-18, 2003, Alexandria, VA.Health 49, 283–297. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2.

Carling, P. J. (1990). Major mental illness, housing and supports. The promise of community integration. *American Psychologist*, 45, 969-975.

Carlson, L. S., Rapp, C. A., & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer-providers: Barriers and alternative solutions. Community Mental Health Journal, 37(3), 199-213.

Canadian Institutes of Health Research (CIHR). About knowledge translation. [http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html]. Accessed 18 Dec 2014

Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system*. Haworth Press.

Chambers, D. A., Pintello, D., & Juliano-Bult, D. (2020). Capacity-building and training opportunities for implementation science in mental health. Psychiatry Research, 283, 112511. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112511.

Chapman, S. A., Blash, L. K., Mayer, K., & Spetz, J. (2018). Emerging roles for peer providers in mental health and substance use disorders. American Journal of Preventive Medicine, 54(6), S267-S274. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.02.019

Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). What is the work of recovery- oriented practice? A systematic literature review. International Journal of Mental Health Nursing, 25(4), 270-285. https://doi.org/10.1111/inm.12241

Chinman, M., McCarthy, S., Mitchell-Miland, C., Daniels, K., Youk, A., & Edelen, M. (2016). Early stages of development of a peer specialist fidelity measure. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 39(3), 256–265. https://doi.org/10.1037/prj0000209

Chinman, M., McInnes, D. K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., & Resnick, S. G. (2017). Establishing a research agenda for understanding the role and impact of mental health peer specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955-957. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700054.

Chinman, M., Shoai, R., & Cohen, A. (2010). Using organizational change strategies to guide peer support technician implementation in the Veterans Administration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(4), 269–277. https://doi.org/10.2975/33.4.2010.269.277

Chinman M, Woodward E.N, Curran G.M, Hausmann L.R.M. (2017). Harnessing Implementation Science to Increase the Impact of Health Equity Research. *Med Care*. 55 (Suppl 9 2), 16-23. doi: 10.1097/MLR.0000000000000769. PMID: 28806362; PMCID: PMC5639697.

Cleary M, Raeburn T, Escott P, West S, Lopez V. (2018). 'Walking the tightrope': the role of peer support workers in facilitating consumers' participation in decision-making. Int J Ment Health Nurs. 27(4): 1266–72. https://doi.org/10.1111/inm.12474.

Cook, J. A., Steigman, P., Pickett, S., Diehl, S., Fox, A., Shipley, P., ... & Burke-Miller, J. K. (2012). Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research*, 136(1-3), 36-42. https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.016.

Cook, J. A., Copeland, M. E., Floyd, C. B., Jonikas, J. A., et al. (2012). A randomized controlled trial of the effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Schizophrenia Bulletin, 63, 541–547. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100125.

Cooksey R. A review of UK health research funding. Norwich: HMSO; 2006.

Cooper, R.E., Saunders, K.R.K., Greenburgh, A. et al. The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. BMC Med 22, 72 (2024). https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y.

Corrigan, P.W., Larson, J.E., Hautamaki, J. et al. (2009). What Lessons do Coming Out as Gay Men or Lesbians have for People Stigmatized by Mental Illness? *Community Ment Health J* 45, 366–374. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9187-6

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. https://doi.org/10.1177/070674371205700804.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, 337.doi: https://doi.org/10.1136/bmj.a1655

Curran, G. M. (2020). Implementation science made too simple: a teaching tool. *Implementation Science Communications*, 1(1), 1-3. https://doi.org/10.1186/s43058-020-00001-z.

Chisholm, J. & Petrakis, M. (2020). Peer worker perspectives on their potential role in the success of implementing recovery-oriented practice in a clinical mental health setting, *Journal of Evidence-Based Social Work*, DOI: 10.1080/26408066.2020.1729282.

Dalgarno M, Oates J. (2018). The meaning of co-production for clinicians: an exploratory case study of Practitioner Trainers in one Recovery College. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 15: 15.

Damschroder, L.J., Aron, D.C, Keith, R.E., Kirsh, S.R, Alexander, J.A.& Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of Health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 50-65. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50.

Damschroder, L.J., Reardon, C.M., Opra Widerquist, M.A. et al. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Sci* 17, 7 (2022). https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5.

Davis, J. K., & Pilgrim, S. I. (2015). Maximizing utilization of peer specialists in community mental health: The Next step in implementation. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 2, 67-74. https://doi.org/10.1007/s40737-015-0026-5.

Davies, P., Walker, A., & Grimshaw, J. (2003). Theories of behavior change in studies of guideline implementation. *Proceedings of the British Psychological Society, 11*, 120.

Davidson, L. (2018). Is there a future for recovery? *WAPR EBulletin*,42, 10-13.

Davidson, L., Tondora, J., & Ridgway, P. (2010). Life is not an outcome: Reflections on recovery as an outcome and as a process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 1-8.

Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-oriented systems of care: A perspective on the past, present, and future. Alcohol *Research: Current Reviews*, 41(1). doi: 10.35946/arcr.v41.1.09.

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support among Adults with Serious Mental Illness: A Report from the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450. https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043.

Davidson, L., Lawless, M. S., & Leary, F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary? *Current opinion in psychiatry*, 18(6), 664-667. DOI: 10.1097/01.yco.0000184418.29082.0e

Deegan PE. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosoc Rehabil J. 11(4): 11–9. https://doi.org/10.1037/h0099565

Deegan, P. (2011). Peer Staff as Disruptive Innovators. https://www.patdeegan.com/blog/posts/peer-staff-disruptive-innovators.

Drake, R. E., & Essock, S. M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: the 95% problem. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 677-678.

Dunlop, B.J., Woods, B., Lovell, J., O'Connell, A., Rawcliffe-Foo, S. & Hinsby, K. (2022). Sharing Lived Experiences Framework (SLEF): a framework for mental health practitioners when making disclosure decisions, Journal of Social Work Practice, 36: 1, 25-39, https://doi.org/ 10.1080/02650533.2021.1922367.

Dunstan D, Anderson D. (2018). Applying Strengths Model principles to build a rural community-based mental health support service and achieve recovery outcomes. *Rural Remote Health*,18(1): 3708. https://doi.org/10.22605/RRH3708.

Eccles, M.P., Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. (2009). An implementation research agenda. *Implementation Sci.*; 4: 18. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-18.

Egeland, K. M., Skar, A. M. S., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., ... & Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. Implementation Science, 14, 1-12. https://doi.org/10.1186/s13012-019-0873-7.

Ehrlich, C., Slattery, M., Vilic, G., Chester, P., & Crompton, D. (2019). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1612334.

Ellison ML. Russinova Z. (1999). *Professional achievements of people with psychiatric disabilites*; Presented at the 24th Conference of the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services; May 10-14, Minneapolis.

Elliott, M., & Ragsdale, J. M. (2020). Mental health professionals with mental illnesses: A qualitative interview study. American Journal of Orthopsychiatry, 90(6), 677. https://doi.org/10.1037/ort0000499.

Elswick, A., Murdock, M. & Fallin-Bennett, A. (2024). Enhancing Role Integrity for Peer Workers. *Community Ment Health J* 60, 124–130. https://doi.org/10.1007/s10597-023-01156-4

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.

Feldstein, A.C, Glasgow RE: A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. Joint Commission journal on quality and patient safety/Joint Commission Resources. 2008, 34: 228-243. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34030-6.

Farber, B.A. 2006. *Self-disclosure in Psychotherapy*. New York. The Guilford Press.

Fortuna, K.L., Solomon, P. & Rivera, J. (2022). An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatr Q* 93, 571–586. https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w

Gammon D, Strand M, Eng LS, Børøsund E, Varsi C, Ruland C. (2017). Shifting practices toward recovery-oriented care through an e-recovery portal in community mental health care: a mixed-methods exploratory study. *J Med Internet Res*,19(5): 1.

Gates, L.B., Akabas, S.H. (2007). Developing Strategies to Integrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies. *Adm Policy Ment Health* ,34, 293–306. https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4.

Garber-Epstein, P., Zisman-Ilani, Y., Levine, S., & Roe, D. (2013). Comparative impact of professional mental health background on ratings of consumer outcome and fidelity in an Illness Management and Recovery program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 236. https://doi.org/10.1037/prj0000026.

Gilburt, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., & Craig, T. K. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. BMC psychiatry, 13, 1-10. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167

Gillard, S., & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292.

Gillard, S., Holley, J., Gibson, S. et al. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Adm Policy Ment Health* ,42, 682–694 https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z.

Gillard, S., Foster, R., White, S., Barlow, S., Bhattacharya, R., Binfield, P., ... & Worner, J. (2022). The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. BMC psychiatry, 22(1), 373. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9

Goldfarb, Y., Grayzman, A., Meir, L. G., Grundman, S. H., Rabinian, M., Lachman, M., ... & Moran, G. S*. (2022). UPSIDES Mental Health Peer Support in Face of the COVID-19 Pandemic: Actions and Insights. *Community Mental Health Journal*, 1-9. https://doi.org/10.1007/s10597-022-01030-9.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Reprint. London. Penguin. 1990.

Green, A.E., Aarons, G.A. (2011). A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping. *Implementation Sci* 6, 104. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-104.

Greenhalgh, T., Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med*, 16, 95. https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4.

Grundman, S. H., Edri, N., & Stanger Elran, R. (2021). From lived experience to experiential knowledge: A working model. *Mental Health and Social Inclusion*, 25(1), 23-31. https://doi.org/10.1108/MHSI-06-2020-0041

Hamilton A.B, Chinman M., Cohen A.N, Oberman R.S, Young A.S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *J Behav* Health Serv Res. 2015;42(1):100–8. https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8.

Harding CM. (2005). Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors. In: Davidson L, editor; Harding CM, editor; Spaniol L, editor. *Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 27–48.

Harding, S. (1993). Rethinking standpoint epistemology: What is strong objectivity? In: L. Alcoff & E. Porter (eds.), Feminist Epistemologies (pp. 49–82). New York: Routledge.

Hardiman E.R. (2013) Comment on: No difference in psychosocial and mental health outcomes for clients receiving statutory mental health services from consumer-providers compared to professionals. Evidence-Based Mental Health 16:80. https://doi.org/10.1136/eb-2013-101373.

Hardy S, Hallett N, Chaplin E. Evaluating a peer support model of community wellbeing for mental health: a coproduction approach to evaluation. *Ment Health Prev* 2019;13(7):149-158. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.01.007/

Harkko, J., Sipilä, N., Nordquist, H. et al. (2023). External context in individual placement and support implementation: a scoping review with abductive thematic analysis. *Implementation Sci* 18, 61 https://doi.org/10.1186/s13012-023-01316-w

Harrington, S. (2012). *To Tell the Truth: Why and How Mental Health Professionals Can and Should Self-Disclose Personal Psychiatric Histories*. Institute for Recovery and community integration.

Harris, J. I., Leskela, J., & Hoffman-Konn, L. (2016). Provider lived experience and stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86, 604 – 609. http://dx.doi.org/10.1037/ort0000179.

Harris, J.I., Leskela, J., Lakhan, S. et al. (2019). Developing Organizational Interventions to Address Stigma Among Mental Health Providers: A Pilot Study. *Community Ment Health J* 55, 924–931. https://doi.org/10.1007/s10597-019-00393-w.

Haun, M., Adler Ben-Dor, I., Hall, C., Kalha, J., Korde, P., Moran, G., ... & Krumm, S. (2024). Perspectives of key informants before and after implementing UPSIDES peer support in mental health services: qualitative findings from an international multi-site study. BMC Health Services Research, 24(1), 159.

Henderson, C. et al. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*,1,467–482. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6.http://www.mhrecovery.org/library/view.php?libraryitem_id=285.

Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63-77. https://10.1016/j.cpr.2009.09.004.

Hill, C.E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.255–265). Oxford University Press.

Holmes, A. G. D. (2020). Researcher Positionality--A Consideration of Its Influence and Place in Qualitative Research--A New Researcher Guide. *Shanlax International Journal of Education*, *8*(4), 1-10.

Hudson, E., Arnaert, A. & Lavoie-Tremblay, M. (2021). Healthcare professional disclosure of mental illness in the workplace: a rapid scoping review, *Journal of Mental Health*. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1979485.

Hutchinson, D. S., Anthony, W. A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E. C., Lyass, A., & Rogers, E. S. (2006). The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 205–213. https://doi.org/10.2975/29.2006.205.213

Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1.

Isaacs AN, Sutton K, Dalziel K, Maybery D. (2017). Outcomes of a care coordinated service model for persons with severe and persistent mental illness: a qualitative study. *Int J Soc Psychiatry*, 63(1): 40–7. https://doi.org/10.1177/0020764016678014.

Jacobson, N., Trojanowski, L. & Dewa, C.S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Serv Res* 12, 205 https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205.

Jones, N., Teague, G.B., Wolf, J. et al. Organizational Climate and Support Among Peer Specialists Working in Peer-Run, Hybrid and Conventional Mental Health Settings. *Adm Policy Ment Health* 47, 150–167 (2020). https://doi.org/10.1007/s10488-019-00980-9.

Kemp, V., & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 337–340. https://doi.org/10.2975/35.4.2012.337.340.

Keith, R.E., Crosson, J.C., O'Malley, A.S. et al. (2017). Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implementation Sci* 12, 15 https://doi.org/10.1186/s13012-017-0550-7.

Kent, M. (2019). Developing a Strategy to Embed Peer Support into Mental Health Systems. *Adm Policy Ment Health* 46, 271–276. https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8.

Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. Academy of management review, 21(4), 1055-1080.

Kottsieper, P., & Kundra, L. B. (2017). *Full disclosure: When mental health professionals reveal their mental illnesses at work*. Philadelphia, Temple University Collaborative on Community Inclusion of Individuals with Psychiatric Disabilities.

King A. J, Brophy L.M, Fortune T. L, Byrne L. (2020). Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace: A Scoping Review. *Psychiatr Serv*. (1) 71(10),1047-1064. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900606.

King AJ, Simmons MB. (2023). "The Best of Both Worlds": Experiences of young people attending groups co-facilitated by peer workers and clinicians in a youth mental

health service. *Early Interv Psychiatry*. 17(1).65-75. https://doi.org/10.1111/eip.13293.

King, A. J., & Simmons, M. B. (2018). A systematic review of the attributes and outcomes of peer work and guidelines for reporting studies of peer interventions. *Psychiatric Services*, 69(9),961–977. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700564.

Kivistö, M., Martin, M., Hautala, S. et al. (2023). Facilitators and Challenges of Integrating Experts by Experience Activity in Mental Health Services: Experiences from Finland. *Community Ment Health J* 59, 540–551. https://doi.org/10.1007/s10597-022-01039-0.

Knight, C. (2012) Social worker's Attitudes Towards and Engagement in Self-Disclosure. Clin Soc Work J, 40, 297-306. https://doi.org/10.1007/S10615-012-0408-Z.

Kronner, H. W. (2013). Use of self-disclosure for the gay male therapist: The impact on gay males in therapy. Journal of Social Service Research, 39(1), 78-94. https://doi.org/10.1080/01488376.2012.686732.

Krumm, S., Haun, M., Hiller, S., Charles, A., Kalha, J., Niwemuhwezi, J., ... & Moran, G. (2022). Mental health workers' perspectives on peer support in high-, middle-and low-income settings: a focus group study. BMC psychiatry, 22(1), 1-14.

LaFrance, A., & Susan, C. (2017). Interim report: Review of recent literature on peer support providers.

Lamb, H. R. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the U.S. *British Journal of Psychiatry*, 162, 587-592.

Leamy, M., Clarke, E., Le Boutillier, C., Bird, V., Janosik, M., Sabas, K., ... & Slade, M. (2014). Implementing a complex intervention to support personal recovery: a qualitative study nested within a cluster randomized controlled trial. *PloS one*, 9(5), e97091. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097091

Leemeijer, A., & Noordegraaf, M. (2020). Health professionals and peer support workers in mental health settings. In *Support workers and the health professions in international perspective* (pp. 143-160). Policy Press.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Lodge AC, Kaufman L, Stevens MS. (2016). Barriers to implementing person centered recovery planning in public mental health organizations in Texas results from nine focus groups. Admin Pol Ment Health. (1), 413.

Lovell, J., O'Connell, A., & Webber, M. (2020). *Sharing Lived Experience in Mental Health Services*. In L. B. Joubert, & M. Webber. (Eds), The Routledge Handbook of Social Work Practice Research (pp. 368–381). Routledge.

McFarland L, Fenton A. (2018). Unfogging the future: investigating a strengthsbased program to build capacity and resilience in parents with mental illness. *Adv Ment Health*. 17(1): 21.

Mahon, D., & Sharek, D. (2023). An exploration of the implementation of peer work across multiple fields in Ireland. *Mental Health and Social Inclusion*. https://doi.org/10.1108/MHSI-12-2022-0082.

Mahlke, C. I, Kramer, U.M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 27 (4), 276-281.

Mahlke C, Nixdorf R, Repper J, Charles A, Slade M, Ryan G, Hall C, Baillie D, Hiltensperger R, Müller-Stierlin A, Nakku J, Mpango R, Shamba D, Ramesh M, Garber-Epstein P, Moran G S, Kalha J, Korde P, Puschner B. (2020). *UPSIDES Peer Support Trainers UPSIDES Peer Support Worker Training Manual and Workbook*, UPSIDES Study.

Mancini, M. A. (2018). An exploration of factors that affect the implementation of peer support services in community mental health settings. *Community mental health journal*, 54, 127-137. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4z.

Marino, C. K., Child, B., & Campbell Krasinski, V. (2016). Sharing Experience Learned Firsthand (SELF): Self-disclosure of lived experience in mental health services and supports. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 154–160. https://doi.org/10.1037/prj0000171.

Marshal SL, Oades LG, Growe TP.(2010). Australian mental health consumers contributions to the evaluation and improvement of recovery-oriented service provision. *Israel J Psychiatry Relat Sci*. ,47(3): 198–205.

McCabe R, Priebe S. (2004). The Therapeutic Relationship in the Treatment of Severe Mental Illness: A Review of Methods and Findings. International Journal of Social Psychiatry. 50(2): 115-128. doi: 10.1177/0020764004040959.

Mead, S., & Filson, B. (2017). Mutuality and shared power as an alternative to coercion and force. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 144-152. https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0011.

Mead,S., Hilton, D., & Curtis, L.(2001). Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(2): 134-41. https://doi.org/10.1037/h0095032.

Mead, S., & MacNeil, C. (2005). Peer support: A systemic approach. *Family Therapy Magazine*, 4(5), 28-31.

Meadows, G., Brophy, L., Shawyer, F., Enticott, J. C., Fossey, E., Thornton, C. D., ... & Slade, M. (2019). REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 6(2), 103-114. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30429-2.

Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. American Journal of Community Psychology, 50(3–4), 462–480. https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x

McCarthy, S., Chinman, M., Mitchell-Miland, C., Schutt, R. K., Zickmund, S., & Ellison, M. L. (2019). Peer specialists: Exploring the influence of program structure on their emerging role. Psychological Services, 16(3), 445–455. https://doi.org/10.1037/ser0000250.

Milton A, Lloyd-Evans B, Fullarton K, Morant N, Paterson B, Hindle D, et al. (2017). Development of a peer-supported, self-management intervention for people following mental health crisis. *BMC Res Notes*. 10(1): 588. https://doi.org/10.1186/s13104-017-2900-6.

Mirbahaeddin, E., & Chreim, S. (2022). A narrative review of factors influencing peer support role implementation in mental health systems: implications for research, policy, and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(4), 596-612. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01186-8.

Moll, A., Holmes, J., Geronimo, J., & Sherman, D. (2009). Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities. *Work*, 33, 449–458. doi: 10.3233/WOR-2009-0893.

Moran, G., Mashiach-Eizenberg, M., Roe, D., Berman, Y., Shalev, A., Kaplan, Z., & Epstein, P. G. (2014). Investigating the anatomy of the helping relationship in the context of psychiatric rehabilitation: The relation between working alliance, providers' recovery competencies and personal recovery. Psychiatry research, 220(1-2), 592-597. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.004

Moran, G. S. (2017). A recovery-oriented peer provider (ROPP) work-role model and prototype measure. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 20(4), 346-368. https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1374895

Moran, G.S. (2018). The mental health consumer movement and peer providers in Israel. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-7.

Moran, G., Kalha, J., Mueller-Stierlin, A., Kilian, R, Krumm, S., Slade, M., Charles, A., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., Mpango, R., Ryan, G., Shamba, D., Ramesh, M., Ngakongwa, F., Grayzman, A., Pathare, S., Mayer, B. & Puschner, B. (2020). Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle-and low-income countries study protocol for a pragmatic, multicenter, randomized controlled trial (UPSIDES-RCT) *Trials* 21, 371. https://doi.org/10.1186/s13063-020-4177-7.

Moran, G., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J., & Sprague, C. (2012). Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers with Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research,* 7, 1-16. https://doi.org/10.1177/1049732311420578.

Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J.Y., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291. https://doi.org/ 10.1007/s10597-012-9541-y.

Morgan, P. and Lawson, J. (2015), "Developing guidelines for sharing lived experience of staff in health and social care", *Mental Health and Social Inclusion*, 19 (2), 78-86. https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2015-0001.

Moullin, J.C., Dickson, K.S., Stadnick, N.A. et al. (2020). Ten recommendations for using implementation frameworks in research and practice. *Implement Sci Commun* 1, 42 https://doi.org/10.1186/s43058-020-00023-7.

Mowbray, C. T. (Ed.). (1997). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. *International Association of Psychosocial Rehabilita*.

Mulvale G, Wilson F, Jones S, et al. (2019). Integrating mental health peer support in clinical settings: Lessons from Canada and Norway. *Healthcare Management Forum*. 32(2): 68-72. doi: 10.1177/0840470418812495

Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2022). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services*, 19(2), 360–374. https://doi.org/10.1037/ser0000531.

Nilsen, P. (2020). Making Sense of Implementation Theories, Models, and Frameworks. In: Albers, B., Shlonsky, A., Mildon, R. (eds) *Implementation Science* 3.0. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8_3.

Nixdorf, R., Nugent, L., Aslam, R. H., Barber, S., Charles, A., Gai Meir, L., ... & Mahlke, C. (2022). A multi-national peer support intervention: the UPSIDES pilot phase. *Advances in Mental Health*, 20(1), 2-14. https://doi.org/10.1080/18387357.2021.2020140

Noorani, T., Karlsson, M., & Borkman, T. (2019). Deep experiential knowledge: reflections from mutual aid groups for evidence-based practice. *Evidence & Policy*, 15(2), 217-234. Retrieved Apr 15, 2024, from https://doi.org/10.1332/174426419X15468575283765

Oborn, E., Barrett, M., Gibson, S., & Gillard, S. (2019). Knowledge and expertise in care practices: the role of the peer worker in mental health teams. *Sociology of Health & Illness*, 41(7), 1305-1322.https://doi.org/10.1111/1467-9566.12944

Opie, J.E., McLean, S.A., Vuong, A.T. et al. (2023). Training of Lived Experience Workforces: A Rapid Review of Content and Outcomes. Adm Policy Ment Health 50, 177–211. https://doi.org/10.1007/s10488-022-01232-z

Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. *International Journal of Social Psychiatry*. 66(3): 263-269. doi: 10.1177/0020764020904764.

Orlikowski, W. J. (1996). Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *Information Systems Research*, 7(1), 63–92. https://doi.org/10.1287/isre.7.1.63

Pathare S, Kalha J, Krishnamoorthy S. Peer support for mental illness in India: an underutilised resource. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018; 27(5): 415-419. doi: 10.1017/S2045796018000161

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, 10(1), 1–21. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0.

Pilisuk, M. (2001). A job and a home: Social networks and the integration of the mentally disabled in the community. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 49-60.

Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, Berends L. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD004807. DOI: 10.1002/14651858.CD004807.

Powell, B.J., Waltz, T.J., Chinman, M.J. et al. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. Implementation Sci 10, 21. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1

Price-Robertson R, Obradovic A, Morgan B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Adv Ment Health*. 15(2): 108–20. https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014.

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R. et al. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* 38, 65–76. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice,* 14(2), 117-123.

Ratzlaff, S., McDiarmid, D, Marty, D & Rapp, C. (2006). The Kansas Consumer as Provider program: Measuring the effects of a supported education initiative. P*sychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3),174-82. https://doi.org/10.2975/29.2006.174.182.

Reeves, V., Loughhead, M., Halpin, M. A., & Procter, N. (2023). Organisational Actions for Improving Recognition, Integration and Acceptance of Peer Support as Identified by a Current Peer Workforce. *Community Mental Health Journal*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s10597-023-01179-x.

Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of mental health*, 25(1), 78-86. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322.

Repper, J., & Carter, T. A. (2011). Review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*, 20, 392–411. https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947

Repper, J. and Watson, E. (2012). "A Year of Peer Support in Nottingham: Lessons Learned," *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7(2), pp 70–78. https://doi.org/10.1108/17556221211236466.

Resnick, S., Rosenheck R. (2008). Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Serv*, 11, 1307–1314.

Richard, A., Jonglbloed L, MacFarlane A. (2009). Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil*, (14), 99–110.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

Rogers, E., Farkas M. & Anthony WA. (2005). Recovery and evidence-based practices. In: Stout C, Hayes R, editors. *Handbook of evidence-based practice in behavioral healthcare: applications and new directions*. New York: Wiley. pp. 199–219.

Scott, A. (2011). Authenticity Work: Mutuality and Boundaries in Peer Support. *Society and Mental Health*, 1(3), 173-184. https://doi.org/10.1177/2156869311431101

Salzer, M. (1997). Consumer Empowerment in Mental Health Organizations: Concept, Benefits, and Impediments. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 24(5): 425-34.

Salzer, M. S., Katz, J., Kidwell, B., Federici, M., & Ward-Colasante, C. (2009). Pennsylvania Certified Peer Specialist initiative: Training, employment, and work satisfaction outcomes. Psychiatric Rehabilitation Journal, 32(4), 301–305. https://doi.org/10.2975/32.4.2009.301.305.

Salzer, M., & Liptzin- Shear, S. (2002). Identifying consumer provider benefits in evaluations of consumer delivery services. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(3), 281-289. https://doi.org/10.1037/h0095014

Scanlan, J.N., Still, M., Radican, J. et al. (2020). Workplace experiences of mental health consumer peer workers in New South Wales, Australia: a survey study exploring job satisfaction, burnout, and turnover intention. *BMC Psychiatry* 20, 270. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02688-9

Scheyett, A., DeLuca, J., & Morgan, C. (2013). Recovery in severe mental illnesses: A literature review of recovery measures. *Social Work Research*, 37(3), 286-303. https://doi.org/10.1093/swr/svt018

Schrank B, Brownell T, Riches S, et al. (2015). Staff views on wellbeing for themselves and for service users. *Journal of Mental Health* (Abingdon, England), 24(1): 48-53.

Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Sharma, P. (2019). Peer Support in Mental Healthcare. Economic & Political Weekly (3),26 & 27, 27-29.

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75.

Simpson E.L& House A.O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation ofmental health services: systematic review. *BMJ*,325: 1265.

Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. International journal of mental health nursing, 27(2), 662-671.https://doi.org/10.1111/inm.12351

Slade M. (2009). *The contribution of mental health services to recovery*. Taylor & Francis.

Slade, M., Amering, M. & Oades, L.G. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry*, 13(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084.

Slade, M., Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 15, 285 .https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. Psychiatric rehabilitation journal, 27(4), 392-402. https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401.https://doi.org/10.3109/09638237.2014.998804.

Sofouli, E., Wiltsey-Stirman, S., Groleau, D., Perreault, M., & Piat, M. (2022). Identifying and exploring sustainability determinants of mental health Recovery-Oriented interventions: a mixed methods study protocol. *Global Implementation Research and Applications*, 2(3), 249-261. https://doi.org/10.1007/s43477-022-00052-5.

Stefancic, A., Bochicchio, L., Tuda, D. (2021). Peer Support for Mental Health. In: Avery, J.D. (eds) Peer Support in Medicine. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58660-7_2.

Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. The Online Journal of Issues in Nursing, 18(2), 4.

Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview.

Strifler, L., Barnsley, J.M., Hillmer, M. et al. Identifying and selecting implementation theories, models, and frameworks: a qualitative study to inform the development of a decision support tool. *BMC Med Inform* Decis Mak 20, 91 (2020).

Stromwall, L.K., Holley, L.C. & Bashor, K.E. Stigma in the Mental Health Workplace: Perceptions of Peer Employees and Clinicians. Community Ment Health J 47, 472–481 (2011). https://doi.org/10.1007/s10597-010-9349-6.

Subandi MA, Nihayah M, Marchira CR, Tyas T, Marastuti A, Pratiwi R, et al. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLoS ONE* 18(3): e0276802. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802

Sunkel C, Sartor C. Perspectives: involving persons with lived experience of mental health conditions in service delivery, development, and leadership. *BJPsych Bulletin*. 2022; 46(3): 160-164. doi: 10.1192/bjb.2021.51

Swarbrick, M. (2009). Historical perspective- from institution to community. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25, 201-223.

Tansella M, Thornicroft G. Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. British Journal of Psychiatry. 2009; 195(4): 283-285. doi: 10.1192/bjp.bp.109.065565.

Taylor, M., Zahno, K., Thake, S., Nock, M., & Jarman, K. (2002). *Exploring the field of residents' consultancy. DfES research Report 382*, London: Department For education and Skills in association with Neighborhood Renewal Unit.

Truong, C., Gallo, J., Roter, D. & Joo, J. (2019). The role of shelf disclosure by peer mentors: using personal narratives in depression care. *Patient Education and Counseling*, 102, 1273–1279. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.006.

United Nations High Commission. (2017). Mental health and human rights: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN, Geneva, January 31, 2017.

Vally, Z., Abrahams, L. The Effectiveness of Peer-Delivered Services in the Management of Mental Health Conditions: A Meta-Analysis of Studies from Low- and Middle-Income Countries. *Int J Adv Counselling* 38, 330–344 (2016). https://doi.org/10.1007/s10447-016-9275-6

Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169–181. https://doi-rg.bengurionu.idm.oclc.org/10.1037/prj0000356

Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 60, 234-250.https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018

Waldrop, M. M. (1992). Complexity: The emerging science at the edge of order and chaos. New York, NY: Simon & Schuster.

Wallace G., Bird V., Leamy M., Bacon F., Boutillier C., Janosik M. et al. (2016). Service user experiences of REFOCUS: a process evaluation of a pro-recovery

complex intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(9): 1275–84. https://doi.org/10.1007/s00127-016-1257-9.

Walker, G.& Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a meta synthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 28–34. https://doi.org/10.1037/h0094744.

Walker, L., Perkins, R. and Repper, J. (2014), "Creating a recovery focused workforce: supporting staff well-being and valuing the expertise of lived experience", *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 18 No. 3, pp. 133-141. https://doi.org/10.1108/MHSI-07-2014-0022.

Weerman, A.& Abma, T. (2019). Social work students learning to use their experiential knowledge of recovery. An existential and emancipatory perspective, Social Work Education, 38:4, 453-469, https://doi.org/ 10.1080/02615479.2018.1538335.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. Implementation Science, 4(1). https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67.

Westerlund, A., Nilsen, P., & Sundberg, L. (2019). Implementation of implementation science knowledge: the research-practice gap paradox. *Worldviews on evidence-based nursing,* 16(5), 332. doi: 10.1111/wvn.12403

White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S, et al. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1): 1–20. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3

White, H., Price, L., & Barker, T. (2017). Exploring the impact of peer support in early intervention in psychosis. Mental Health and Social Inclusion, 21(2), 102-109. https://doi.org/10.1108/MHSI-12-2016-0036

Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N. et al. (2012). he sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Sci* 7, 17 https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17.

Wilson, K. M., Brady, T. J., Lesesne, C., & on behalf of the NCCDPHP Work Group on Translation. (2011). An organizing framework for translation in public health: The knowledge to action framework. Preventing Chronic Disease, 8, A46.

Winsper C., Docherty A.C, Weich S., Fenton S.J, Singh S.P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clin Psychol Rev*,76: 101815

World Health Organization. (2019). *Recovery practices for mental*

health and well-being: WHO Quality Rights specialized training: Course guide. World Health Organization.

World Health Organization. World mental health report. Geneva: WHO; (2022). https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338.

Young AS, Chinman M, Forquer SL, Knight EL, Vogel H, Miller A, et al. (2005). Use of a consumer-led intervention to improve provider competencies. *Psychiatr Serv*, 56(8): 967–75. https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.8.967.

Zeng, G., McNamara, B. Strategies Used to Support Peer Provision in Mental Health: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health* 48, 1034–1045 (2021). https://doi.org/10.1007/s10488-021-01118-6

Ziv-Beiman, S., Keinan, G., Livneh, E., Malonec, P.S & Shahar, G. (2017) Immediate therapist self-disclosure bolsters the effect of brief integrative psychotherapy on psychiatric symptoms and the perceptions of therapists: A randomized clinical trial, Psychotherapy Research, 27: 5, 558-570, https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1138334.

Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. Psychotherapy: Theory, Research, & Practice, 49, 482– 491. http://dx.doi.org/10.1037/a0027824.

Zur, O. (2007). Boundaries in psychotherapy: Ethical and clinical explorations. American Psychological Association. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/11563.

נספחים

נספח 1 המסגרת מגובשת למחקר יישום – הCFIR (Consolidated Framework of Implementation Research) (Damschroder et al., 2009, 2022).

שלושים ושמונה גורמי היישום במסגרת הCFIR מחולקים לחמישה תחומים שונים:

1. **מאפייני ההתערבות (Intervention characteristics)**- תחום זה כולל את כל מאפייני ההתערבות העשויים להשפיע על יישומה. ביניהם תפיסות בעלי עניין מרכזיים לגבי (Damschroder et al., 2009):

א) **לגיטימיות מקור פיתוח** ההתערבות.

ב) **איכות ותוקף הראיות** התומכות בהצלחת ההתערבות.

ג) **יתרונות ההתערבות בהשוואה להתערבויות אלטרנטיביות**.

ד) **יכולת ההתאמה של ההתערבות** להקשר הספציפי (adaptability)- מהם ערכי הליבה שחייבים להישמר לעומת המרכיבים שניתן להתאים לארגון הספציפי בו היא מיושמת.

ה) **היכולת הניסויית**- המידה בה ניתן לבחון את ההתערבות בהיקף מצומצם על מנת להתנסות ולהתמקצע ביישום.

ו) **מורכבות היישום** שבאה לידי ביטוי במשכה, היקפה, מידת הרדיקליות שלה והמידה בה היא "מפריעה" לסדר הקיים ומשנה תהליכי עבודה מרכזיים.

ז) כיצד ההתערבות **ממותגת ומוגשת**.

ח) **עלות ההתערבות** ותהליך יישומה לעומת המשאבים המצויים בארגון.

2. **ההקשר החיצוני (Outer setting)** כולל את:

א) **המידה בה צרכי ומשאבי מקבלי השירות נמצאים במרכז תפיסת הארגון**. ארגונים יותר ממוקד אדם יטו לאמץ שינוי לטובת מקבל השירות בצורה אפקטיבית יותר. מודל PRISM (Glasgow &Feldstein, 2008) מעלה שישה אלמנטים להערכת מאפיין זה: ניתנת למקבלי השירות בחירה, ישנה התייחסות לחסמים של מקבלי השירות, המעבר בין מרכיבי התוכנית הוא נגיש, המורכבות והעלויות ממוזערות וקיימת שביעות רצון גבוהה בקרב מקבלי השירות מהשירות.

ב) המידה בה **הארגון מקיים קשרים עם ארגונים אחרים** ברשת. ארגונים שתומכים ומעודדים קשרים של הצוותים שלהם מחוץ לארגון (הון חברתי) יישמו פרקטיקות חדשות מהר יותר.

ג) **תחרות ולחץ מצד קבוצת השווים**- עמיתים מרכזיים או ארגונים מתחרים שכבר יישמו את ההתערבות.

ד) **מדיניות ותמריצים חיצוניים**.

3. **ההקשר הפנימי (Inner setting)** כולל:

א) **מאפיינים מבניים של הארגון** כגון הארכיטקטורה החברתית, יציבות הצוותים, ריכוזיות הניהול והיקפו, גיל הארגון, בשלות, התמחות וגודל הארגון.

ב) **רשתות ותקשורת-** טיבן ואיכותן של רשתות חברתיות ואופי ואיכות התקשורת הפורמלית והבלתי פורמלית בתוך ארגון. מושגים כגון הון חברתי ותיאוריית המורכבות רואים את הקשר בין מערכות היחסים בין האנשים בארגון לבניית חזון משותף, שיתוף

מידע, בניית תחושה של "צוות" או קהילה" העשויים לתרום לאפקטיביות היישום. בנוסף, איכות התקשורת הרשמית והבלתי רשמית בארגון הבאה לידי ביטוי במשוב פתוח בין עמיתים וחוצה היררכיה וביכולת לתקשר באופן ברור את המשימה והמטרות של היישום תורמות לאיכות היישום.

ג) **תרבות ארגונית ואקלים היישום**- תרבות ארגונית כוללת נורמות, ערכים והנחות בסיסיות של ארגון נתון. מרבית המחקרים מצאו את התרבות הארגונית כגורם מפתח ליישום. מסגרת ה-CFIR מתייחסת גם לאקלים ארגוני- מושג יותר מקומי ומוחשי מתרבות ומשתנה בצוותים ויחידות שונות בארגון. שישה גורמים משפיעים בתוך הארגון על אקלים תומך ביישום: 1. **לחץ לשינוי**- המידה בה המצב הנוכחי נתפס כבלתי נסבל או דורש שינוי. 2. מידת **ההתאמה בין הערכים** הנתפסים של ההתערבות לבין הערכים, הנורמות, הצרכים של האנשים בארגון. 3. **עדיפות היישום** בסדר העדיפויות הארגוני. 4. **תגמולים** מוחשיים כגון שכר, בונוס ותגמולים פחות מוחשיים כגון כבוד, סטטוס. 5. המידה בה **המטרות מתוקשרות בצורה ברורה** ומועבר משוב לצוות על השגת המטרות. 6. **אווירת למידה**- המידה בה חברי הצוות מרגישים בטחון להתנסות וקיומו של זמן ומרחב לחשיבה רפלקטיבית ולהערכה.

ד) **מוכנות הארגון ליישום**: אינדיקטורים מוחשיים ומיידים למחויבות ארגונית ליישום, המורכבים משלושה מבני משנה: 1. **מעורבות ומחויבות המנהיגות** בכל דרגות הארגון ויכולתה לראות לטווח ארוך. 2. **משאבים זמינים** ליישום כולל תקציב, הדרכה, חינוך, מרחב פיזי וזמן. 3. **גישה למידע וידע** לגבי ההתערבות והדרך בה ניתן לשלבה במשימות הארגון. כולל: ידע ממומחים, אנשי צוות מנוסים יותר בהתערבות, הכשרה, תיעוד ומערכות מחשוב (Damschroder et al., 2009).

4. **מאפיינים אישיים של בעלי עניין מעורבים (Characteristics of individuals)-** שינוי ארגוני מתחיל בשינוי התנהגות של יחידים. הידע והעמדות כלפי שינוי התנהגות ומידת תפיסת החוללות העצמית לעשות את השינוי הם שני ממדים הנחקרים ביותר בהקשר זה:

א) **עמדות וידע לגבי ההתערבות-** השפעת דעות סובייקטיביות של עמיתים לעבודה המבוססות על חוויות אישיות, המידה שבה התנהגויות חדשות זוכות להערכה חיובית או שלילית בקרב העובדים ומיומנותם בשימוש בהתערבות.

ב) **חוללות עצמית (Self-efficacy)**- זהו גורם משמעותי ברוב התיאוריות לשינוי התנהגות. האמונה של האנשים ביכולת לפעול על מנת להשיג את מטרות ההתערבות. ככל שהביטחון שיש מסוגלות לעשות את השינויים המתבקשים להשגת התוצאות המצופות מהיישום גובר, כך תגבר החוללות העצמית. אנשים בעלי חוללות עצמית גבוהה יחליטו בסבירות גבוהה יותר לאמץ את ההתערבות ויראו מחויבות כלפי שימוש בה, גם אם הוא כרוך באתגרים.

ג) **השלב האישי בתהליך השינוי-** ככל שהאדם מתקדם לעבר שימוש מיומן, נלהב ומתמשך בהתערבות, בהתאם למודלים שונים כגון המודל הטרנס-תיאורטי של פרוצ'סקה (Prochaska &Velicer, 1997) או תיאוריית ההפצה/דיפוזיה של רוג'רס (Rogers, 2003).

ד) **הזדהות הפרט עם הארגון-** מידת המחויבות של הפרט לארגון תשפיע על רצון הצוות להתחייב ליישום או להשתמש בהתערבות. בין המושגים שנמצאו משפיעים על נכונות לקחת חלק ביישום התערבות חדשה בארגון כלולים: **התנהגות אזרחית ארגונית**

(citizenship) מאפיינת באיזו מידה זהות ארגונית מאומצת על ידי יחידים והאם, בגלל שהם משייכים את עצמם לארגון, הם מוכנים גם לקחת סיכונים בארגון ; **צדק ארגוני (Organizational justice)** תפיסת הפרט לגבי הוגנות חלוקתית ופרוצדורלית בארגון ; **תשישות רגשית (Emotional exhaustion)**- מצב מתמשך של דלדול או שחיקה רגשית ופיזית העלול להשפיע לרעה על היישום על ידי עיכוב היכולת והאנרגיה של אדם לעזור או ליזום שינוי ; **מדד ההקשר החברתי הארגוני (The organizational social context)**, שפותח על ידי גילסון וחב' (Glisson et al., 2008) כולל מבנים הקשורים לאקלים פסיכולוגי (תפיסת ההשפעה הפסיכולוגית של סביבת העבודה) וגישות עבודה (שביעות רצון בעבודה ומחויבות ארגונית).

גורמים אישיים נוספים משפיעים כוללים סבילות לעמימות, יכולת אינטלקטואלית, מוטיבציה, ערכים, קומפטנטיות, מכסה, קביעות, חדשנות, סגנון למידה.

5. **תהליך היישום.** כולל ארבעה שלבים מרכזיים :

א) **תכנון תוכנית יישום:** בניית מהלך פעולות שיקדמו יישום אפקטיבי על ידי בניית היכולת המקומית לשימוש בהתערבות באופן אישי וארגוני. ניתן להעריך תוכניות יישום לפי המידה שבה חמישה שיקולים מנחים את התכנון : 1. המידה בה הצרכים והפרספקטיבות של בעלי העניין נלקחים בחשבון. 2. האסטרטגיות מותאמות ספציפית עבור תת-קבוצות (דמוגרפיות, מקצועיות, תרבותיות, ארגוניות). 3. זוהו הסגנון, הדימויים והמטאפורות המתאימים לארגון ונעשה בהם שימוש להעברת מידע וחינוך. 4. זוהו דרכי התקשורת המתאימות ונעשה בהן שימוש. 5. מתבצע מעקב אחר ההתקדמות לקראת יעדים ואבני דרך באמצעות שיטות ניטור והערכה קפדניות.

ב) **שלב ההתחברות לתהליך:** כולל איתור מנהיגי היישום, גיוסם לשתף פעולה עם היישום ולהוות מודל לחיקוי, וכן הערכת מידת השפעתם על הארגון, באמצעות נוכחותם/ העדרם, כיצד הם הגיעו לקחת חלק באחריות על היישום ומהו תפקידם בארגון(תפקידים פורמליים/בלתי פורמליים)- האם הם מונו על ידי הארגון מבחוץ כדי לקדם את היישום, למשל חוקרים או יועצים חיצוניים או מונו מתוך הארגון כמו מנהלי פרויקט או צוות. לחילופין, האם התנדבו לקדם את היישום מתוך אמונתם הנלהבת בהתערבות (Champions) וכמה השפעה רשמית או בלתי רשמית יש להם על העמדות והאמונות של עמיתיהם ביחס ליישום.

ג) **הוצאה לפועל-** ביצוע היישום בהתאם לתוכנית. איכות הביצוע עשויה להיות מורכבת ממידת הנאמנות של היישום לדרכי הפעולה המתוכננות (fidelity), אינטנסיביות (איכות ועומק) היישום, עמידה בזמנים ומידת מעורבותם של אנשים מרכזיים בתהליך היישום.

ד) **הערכה-** משוב כמותי ואיכותי על התקדמות ואיכות תהליך היישום במהלכו ובסופו ורפלקציה ברמת הפרט והצוות, באמצעים שונים כגון דוחות, גרפים, משוב איכותי וסיפורי הצלחה אנקדוטיים.

נספח 2 אישור אתיקה מאוניברסיטת בן גוריון

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
Ben-Gurion University of the Negev

Human Subjects Research Committee

10.07.2018

To: Dr. Galia Moran, Department of Social Work

From: Chairperson, Human Subjects Research Committee of Ben-Gurion University

Re.: Application for ethics approval for research project

Request Sub-Number: 1621-2

Research Title:

Using Peer Support In Developing Empowering Mental

Decision of the Committee:

After discussion, the HSR committee of Ben-Gurion University has **approved** your request.

Conditions: To the extent that the researchers are conducting research in other countries as well, approval from local committees should be sought.

Notice: (1) Any appreciable change to the research protocol (that might be relevant to its ethical status) requires resubmission to the HSR Committee for re-approval. (2) Any unexpected adverse effect to research subjects must be immediately reported to the HSR Committee.

Note: The decision of this committee pertains only to ethical considerations involved in the conduct of the research

Sincerely,

Dr. Shlomo Cohen

Chairman of the Human Subject Research Committee

P.O.B 653, Beer Sheva 84105, Israel | ת.ד 653 באר שבע 84105 | קריה על-שם משפחת מרקוס
http://web2.bgu.ac.il/ethics2 | E-mail: hsrCommittee@bgu.ac.il | Marcus Family Campus

נספח 3 שאלות מנחות לריאיון בשלב ההכנה

א. סקירה של תמיכת עמיתים בארץ כפי שמכיר/ה.
ב. האם יש לך ניסיון בהעסקה/ עבודה לצד עמיתים?
ג. איך זה עבורך לעבוד/ להעסיק לצד אנשים בעלי ידע מניסיון?
ד. האם תהליך המיון והגיוס לתפקיד כאשר מדובר באנשים בעלי ידע מניסיון נראה אחרת?
ה. האם יש צורך בהתאמות מצד המעסיק/ הארגון?
ו. האם התפקיד של העמית הוא שונה? איך? במה?
ז. הכשרה והסמכה עבור עמיתים וצוותים בארץ בנושא תמיכת עמיתים: מה קיים עבור העמית, עבור צוות, עבור מעסיק, מה נדרש לשפר/ להוסיף/להוריד.
ח. מחסומים/ אתגרים לשילוב תמיכת עמיתים בארגונים מצד הארגון ומצד העמית עצמו
ט. "תנאים" שמאפשרים שילוב תמיכת עמיתים בהצלחה רבה יותר:
   א. מה נדרש מהארגון כדי שתהיה העסקה טובה של עמיתים?
   ב. מה נדרש מהעמית כדי שהעסקה תהיה טובה, שתהיה לו תרומה ייחודית.
   ג. תרומות ייחודיות של "ידע מניסיון". מה נחשב להצלחה.

נספח 4 דף מידע וטופס הסכמה מדעת קבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין בשלב ההכנה של הפרויקט

דף מידע: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

~ קבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין (*תת מחקר 1.1 & 1.2*) ~

שלום רב,

אנו צוות מחקר ישראלי מאוניברסיטת בן גוריון אשר עורך מחקר בין-לאומי בשיתוף עם גרמניה שמובילה את הפרויקט, עם אנגליה, אוגנדה, הודו, טנזניה וסיירה ליאון. הפרויקט עוסק בפיתוח, הטמעה והערכה של התערבות תמיכת עמיתים במטרה להגביר את כמות ואיכות שירותי הטיפול בבריאות הנפש.

עמית תומך* הוא אדם שהתמודד בהצלחה עם הפרעה פסיכיאטרית חמורה, ונותן שירות לאנשים אחרים במצבים דומים. עמית תומך משמש מודל לחיקוי ונוטע תקווה לאפשרות של החלמה. עמיתים יוצרים קשר של שותפות, תומכים בשיחות וייעוץ על התמודדות עם ההפרעה, מצבי משבר, ליווי מעשי ועוד. אנו מאמינים שעמיתים יכולים לעזור משמעותית למקבלי שירותים אחרים בזכות הניסיון האישי והיכרותם האישית את תחום השיקום ובריאות הנפש. יתר על כן, ייטו לתת אמון ביתר קלות בעמית אשר מכיר את עולם בריאות הנפש כמוהם לעומת אנשי מקצוע אחרים.

משך הפרויקט הינו חמש שנים והוא כולל מספר תתי מחקרים. השלב הראשון הוא שלב ההכנה והוא יערך בשנתיים הקרובות (2018-2019). מטרת שלב זה היא הקמת שירותי תמיכת עמיתים במדינות המשתתפות במחקר: לפתח התערבות עמיתים שתביא בחשבון את נקודות המבט של צרכני בריאות הנפש, אנשי מקצוע ובעלי עניין ושתהיה מבוססת על ספרות מקצועית עדכנית. במסגרת זו גם נבחן אילו התערבויות ותכניות לתמיכת עמיתים קיימות בישראל כבר והאם יש אפשרות לפתח אותן.

הינך מוזמן/ת להשתתף בקבוצת מיקוד על מנת לעזור לנו ללמוד על המידה בה את/ה מסכים/ה עם ההגדרה שלנו לגבי תמיכת עמיתים?, מה גורם לה להיות קשה ליישום? וכיצד מומלץ להתאים שירותי תמיכת עמיתים לתרבות הארגונית בישראל? קבוצות הדיון יכללו בין 5 ל-8 משתתפים מרקע דומה. את הדיון ינחו עובד או עובדת מחקר מטעם קבוצת המחקר באוניברסיטת בן גוריון. **לא תתבקשו לחלוק מידע אשר אין אתם מעוניינים לחלוק.**

הדיון יוקלט ויתומלל באופן אנונימי. מידע אישי יעבור שינוי כדי למנוע זיהוי. קבצי ההקלטה והתמלול ישמרו בשרת מוגן על ידי סיסמא באוניברסיטת בן גוריון או באוניברסיטת Ulm. במידת הצורך, יהיה תרגום של התמלול על מנת לבצע ניתוח של התכנים שעלו בדיונים. בתום התהליך יושמדו הקבצים של ההקלטות.

הממצאים של הדיונים צפויים לתרום משמעותית לגיבוש התערבות של תמיכת העמיתים.

פרטים נוספים על המחקר:

- קבוצת מיקוד אחת תכלול עובדים בשירותי בריאות הנפש ממגוון דיסציפלינות אשר מעסיקות או מתכננות להעסיק עמיתים תומכים.
- קבוצת מיקוד נוספת תכלול בעלי עניין עם ידע ביישום תמיכת עמיתים בשירותי בריאות הנפש, בעלי מקצוע ומנהלים שהעסיקו/מתכוונים להעסיק בעתיד עמיתים וגם אנשים שעבדו כעמיתים תומכים/מתכננים לעשות כן.
- כל משתתף יקבל שובר קניות בסך 60 שקלים.

- **השתתפות במחקר לא תשפיע בשום צורה על טיב השירותים של בריאות הנפש אשר אתם מקבלים או אשר ניתנים בשירות שבו אתם עובדים. כמו כן, לא תשפיע ההשתתפות במחקר זה על עבודתכם השוטפת או על משובים שאותם אתם מקבלים בעבודה.**
- **אינכם חייבים לענות על שאלות או לקחת חלק בדיון אם עולים נושאים שאתם לא מרגישים בנוח איתם.**
- **צוות המחקר ידאג לשנות את המידע אודותיכם, הנאסף מהדיונים שיערכו על מנת שלא ניתן יהיה לזהות אתכם. נחלוק עמכם ועם הצוות שלכם את המידע לפני הפרסום. התוצאות יפורסמו במאמרים ויוצגו בכנסים מקצועיים.**
- מידע נוסף על המחקר ועל תוצאות המחקר יועלה באתר www.upsides.org

חיסיון המידע: אנא שמרו לעצמכם את המידע שעולה בדיונים. אנו נשמור לעצמנו את המידע שבו תשתפו אותנו. נדאג שלכל משתתף יהיה קוד מספרי במקום שם. רק החוקרים ידעו את זהותכם ונשמור על חשאיות מידע זה. תוצאות המחקר יפורסמו מבלי לזהות מיהם המשתתפים. כל האנשים הבאים אתכם במגע במחקר זה מטעמינו, כפופים להגנה על חיסיון רפואי וחיסיון המידע.

שמות בדויים: את המידע האישי שלכם אנו נפריד מהמספר שיחליף את השם שלכם ונשמור כקובץ מוצפן, כך שלגורמים חיצוניים לא תהיה אליו גישה. את פרטיך האישיים ואת המידע על המספר שמשמש כקוד עבורכם נשמיד לאחר סיום המחקר.

ביטול השתתפות: יש באפשרותכם לבטל את הסכמתכם להשתתף בכל שלב שהוא, ללא נימוק. אם תרצו, כל המידע אודותיכם יימחק.

פרטים ליצירת קשר: אם חסר לכם מידע על סוגיות נוספות, או שבזמן המחקר יעלו שאלות יש לכם אפשרות ליצור קשר איתנו בטלפון או במייל:

בישראל:	גליה מורן	galia.moran@gmail.com	0526604564
	פאולה גרבר אפשטיין	paulagarbere@gmail.com	
בגרמניה:	רמונה הילטנספרגר	Ramona.hiltensperger@uni-ulm.de	08221-962863

upsides@uni-ulm.deניתן למצוא עוד מידע באתר

אשר Ulmהצעת המחקר עברה את הבחינה והאישור של ועדת האתיקה באוניברסיטת תפקידה הוא לוודא שלא תהיה שום פגיעה במשתתפי המחקר. כמו כן הצעת המחקר עברה את הבחינה והאישור של ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון.

הסכמה מדעת: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

אני מאשר/ת שקראתי את האמור לעיל ומביע/ה את הסכמתי להשתתף במחקר זה:

שם משתתפ/ת: _____ שם חוקר/ת: _____

מקום: _____ תאריך: _____

אנו מודים לכם מאד על תרומתכם!

* Peer Support Worker - עמית תומך בשירותי בריאות הנפש. לסירוגין אנו מקצרים וכותבים "עמית". ניתן להשתמש גם במונח עמית תומך החלמה או נותן שירות בעל ידע מניסיון.

נספח 5 דף איסוף פרטים דמוגרפיים לקבוצות מיקוד בעלי עניין: אנשי צוות, מנהלים וגורמי מפתח

מספר משתתף: _ _

מחקר עמיתים נותני שירות בישראל

קבוצת מיקוד: _ _ - _ _ _ _ - _ _	זמן: _ _ : _ _
תאריך: _ _ / _ _ / _ _	מושב: _ _

דף פרטים אישיים

הפרטים נאספים לצורכי המחקר בלבד ויישמרו חסויים.

1. **גיל:** _ _
2. **מין:**

☐1 אישה

☐2 גבר

☐99 לא מעוניין/ת לענות

3. **מצב משפחתי:**

☐1 רווק/ה

☐2 נשוי/אה

☐3 גרוש/ה

☐4 אלמנ/ה

☐99 לא מעוניין/ת לענות

4. **אם יש, מספר ילדים:** _ _
5. **השכלה:**

☐1 פחות מ-12 שנות לימוד

☐2 12 שנות לימוד

☐3 מעל 12 שנות לימוד, אנא ציין/י כמה

שנים: _ _

☐99 לא מעוניין/ת לענות

6. **שם הארגון:** _____
7. **סוג הארגון:**

☐1 תעסוקה

☐2 דיור

☐3 חברתי

☐4 מרכז רפואי

☐5 אחר, אנא פרט/י:

_____

8. במידה והנך עובד/ת במרכז רפואי, אנא סמנ/י האם הנך עובד/ת במסגרת:

☐1 אשפוז

☐2 טיפול מרפאתי

9. אני עוסק/ת בתפקיד/ים הבא/ים:

☐1 מדריכ/ה

☐2 חונכ/ת

☐3 עמית/ה מומחה/ית

☐4 עמית/ה לזכויות

☐5 מנהל/ת

☐6 מתאמ/ת טיפול

☐7 רכז/ת

☐8 אחר, אנא פרט/י:

_____

10. ותק בתפקיד בשנים: _ _

11. האם עבדת בעבר בתחום השיקום?

☐1 לא

☐2 כן

12. אם כן, אנא מלא/י:

שם הארגון: _____

תפקיד: _____

ותק בתפקיד בשנים: _ _

שם הארגון: _____

תפקיד: _____

ותק בתפקיד בשנים: _ _

שם הארגון: _____

תפקיד: _____

ותק בתפקיד בשנים: _ _

13. במידה ואת/ה בעל/ת מקצוע בתחום בריאות הנפש, אנא סמנ/י אם הנך:

☐1 אח/ות

☐2 פסיכולוג/ית

☐3 פסיכיאטר/ית

☐4 עובד/ת סוציאלי/ת

☐5 אחר, אנא פרט/י:

_____

☐99 לא מעוניין/ת לענות

14. יש לי ניסיון מקצועי כלשהו עם תמיכת עמיתים (<u>דוגמהות</u> לתוכניות המערבות תמיכת עמיתים בישראל: צרכנים נותני שירות, עמיתים מומחים, עמיתים לזכויות):

☐1 לא

☐2 כן

15. במידה ויש לך ניסיון עם תמיכת עמיתים, אנא סמנ/י את המשפט/ים הנכונים לגביך:

☐1 אני בעל/ת ידע מניסיון ומשתמש/ת בו באופן גלוי.

☐2 אני בעל/ת ידע מניסיון ואיננני משתמש/ת בו באופן גלוי.

☐3 העסקתי <u>בעבר</u> בעלי ידע מניסיון.

☐4 אני מעסיק/ה <u>בהווה</u> בעלי ידע מניסיון.

☐5 עבדתי <u>בעבר</u> בצוות משותף לצד בעלי ידע מניסיון.

☐6 אני עובד/ת <u>בהווה</u> בצוות משותף לצד בעלי ידע מניסיון.

☐7 אחר, אנ/א פרטי:

_____

_____

☐99 איננני מעוניין/ת לענות

נספח 6 מדריך ריאיון 1 לקבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין בשלב ההכנה של הפרויקט

המסגרת התיאורטית של UPSIDES

הערכת השלב הנוכחי לעמיתים נותני שירות, יישום גרסה 01 בקונסטלציה של קבוצת מיקוד.

מה זה תמיכת עמיתים?

תמיכת עמיתים הוא "קבלה והצעת עזרה, המבוססת על הבנה הדדית, כבוד והעצמה הדדית בין אנשים הנמצאים במצב דומה." עמיתים נותני שירות, משתמשים בשמונה עקרונות:

1. **שותפות**

החוויה של עמיתים אשר נתנו או קיבלו תמיכה, איננה זהה אף פעם. יחד עם זאת, צרכנים נותני שירות עשויים לחוות חוויות דומות לאנשים איתם הם עובדים. יש להם הבנה לגבי האתגרים השכיחים שנובעים ממחלה נפשית, המשמעות כאשר אדם מוגדר כ'נפגע נפש' בחברה שלנו ואת תחושת הבלבול, הבדידות, הפחד וחוסר האונים שיכולים להופיע.

2. **הדדיות**

היחסים המסורתיים בין אנשי מקצוע העובדים בבריאות הנפש לבין הטופלים שבהם הם מטפלים, מתבסס על ההנחה של ה'מומחה' (איש המקצוע) אל מול הלא מומחה (הלקוח/המטופל). יחסים בין עמיתים נותני שירות, אינם מחזיקים בתפיסה שיש מומחיות מיוחדת, אלא שיתוף וחקירה לגבי תפיסות העולם השונות שלהם, וכתוצאה מכך מייצרים פתרונות ביחד.

3. **לא חינוכי-מכוון? (non-directive)**

בשל הטענה כי אנשי המקצוע בעלי הידע, לרוב נוטים לתאר את המסלול ה'נכון ביותר' עבור המטופל שלהם. (כלומר לכוון אותם-פרשנות שלי). בתמיכת עמיתים, המטרה איננה להביא עוד מומחים שייעצו מה כדאי לעשות על פי ניסיונם האישי. למשל "כדאי לך לעשות את זה בגלל שזה עבד עבורי". אלא מטרתם לעזור לאנשים לזהות בעצמם את המשאבים שלהם ולחפש בעצמם פתרונות.

4. **ממוקד החלמה**

הקשר שנוצר ביחסים מתמיכת עמיתים ממוקדת החלמה בכך ש:

- היא מעוררת **תקווה**: הצרכן נמצא בעמדה שבה הוא יכול לומר 'אני יודע שאתה מסוגל' ולעזור לייצר מחויבות, אנרגיה ואמונה עצמית באדם המקבל שירות.
- עידוד האנשים לקחת **שליטה** בחזרה על האתגרים האישיים שלהם ועל העתיד שלהם.
- להרחיב את **האפשרויות** של אותם אנשים בלקחת חלק בתוך הקהילה כפי שהם בוחרים להיות בה, תפקידים שונים, הקשרים שהם בוחרים להיות בהם, והשתתפות בפעילויות שונות.

5. **גישת הכוחות**

תמיכת עמיתים כוללת יחסים עם מקבל השירות שמצד אחד אינו חושש להיות עם מצוקתו של האדם אותו הוא מלווה. אך הוא גם מסוגל להסתכל בתוך או מעבר למצוקה, ולראות את הזרעים של האפשרויות, ולייצר אדמה פורייה לאותם זרעים לצמוח. תמיכת עמיתים בודקת עם האדם מה הוא השיג מהחוויה, ומחפש אחר האיכויות והכוחות של האדם, מזהה הישגים קטנים שאינם מודגשים ומבליט אותם בחגיגה, גם אם מדובר בהישגים קטנטנים ולא משמעותיים.

6. מכלילה (Inclusive)

כדי להיות עמית נותן שירות, לא מספיק עצם ההתמודדות עם המחלה, אלא צריכה להיות ההבנה של חוויה שכזו בהקשר התרבותי קהילתי שהאדם משויך אליו. זה יכול להיות קריטי עבור אנשים אשר מרגישים נחותים או לא מובנים ע״י שירותים מסורתיים. מישהו שיודע את השפה, הערכים והניואנסים בתוך הקהילה, יהיה לו יותר קל להבין מהם המשאבים והאפשרויות שיש לאותו אדם. הידע הזה יעזור לצרכן, להפוך את מקבל השירות להיות יותר מוערך בקהילתו.

7. התפתחות

תמיכת עמיתים היא לא חברות סטטית, אלא הופכת ומתפתחת לתמיכה הדדית בתוך המסע לעבר הגילוי. הצרכן, אינו רק חבר, אלא שותף למסע, כאשר שניהם לומדים מיומנויות חדשות, מפתחים משאבים חדשים ולומדים לראות באתגרים הזדמנויות למציאת פתרונות חדשים.

8. ביטחון

היחסים בתמיכת עמיתים כולל שיחות על תחושת הביטחון של שני הצדדים ומה המשמעות של תחושות אלו עבורם. ניתן להשיג זאת ע״י הבנת הגורמים לתחושת חוסר הביטחון של כל אחד, גיבוש כללים של סודיות ביניהם, הדגמה של חמלה, אותנטיות וחוסר שיפוטיות והכרה שלאף אחד מהם יש את כל התשובות.

<u>אילו גורמים תרבותיים ספציפיים, צריכים להילקח בחשבון?</u>

קבוצה מול האינדיבידואל

חלק מתמיכת עמיתים, מתבטא בצורות של קבוצות תמיכה, כמו, קבוצות תמיכת עמיתים לריצה וקורסים, המציעים תמיכה קבוצתית בלבד. אמנם, ייתכן ויתהוו קשרים בין אינדיבידואליים בתוך הקבוצה כתוצאה מהמפגשים. וישנם שירותים, כמו חונכות, מאמני כושר, ייעוץ זוגי, או אינטראקציות בין עמיתים לעבודה בתוך הארגונים (בין אם בתשלום ובין אם לא?), המספקים ליווי אישי יותר.

2. **מידת חופש הבחירה של שני הצדדים ביחסים**

קשרים לא רשמיים וחברויות מתרחשים מתוך בחירה מוחלטת. כאשר אדם נכנס לתוך קבוצה קיימת, או מצטרף לקבוצה לעזרה עצמית הוא בוחר לעשות זאת, אך אינו יכול לבחור את שאר המשתתפים בקבוצה או את המנחים שלה. [מישהו שנכנס להוסטל או בית חירומי (**crisis**), בין אם השירות הזה מובל על ידי מקבלי השירות או לא, יכול להיות בעל מידה מסוימת של בחירה לגבי השאלה האם בוחרים להשתלב בשירות, ולגבי העובדים (בתשלום או לא) אך למקבלי השירות עצמם ישנה בחירה מצומצמת לגבי השאלה מי מועסק במקום (אם כי עמיתים יכולים להיות מעורבים בבחירת הצוות)] (מתורגם מילה במילה ונתון לפרשנות)

הדרך בה הכללים שולטים/משפיעים על היחסים

לכל קשר יש חוקים וגבולות כלשהם. לפעמים הם מרומזים כמו בחברות רגילה, בעוד שאחרים יכולים להיאמר בצורה יותר מפורשת וברורה, המועברים בקודים התנהגותיים. ה״כללים״ הרשמיים ביותר באים לידי ביטוי בתיאור תפקיד מסוים, אשר מעוגנים במספר תקנות, המסדירות את עובדי הארגון. ההבדלים של הגבולות האתיים דומים לחלוקה של הכללים, כך שבקשרים לא רשמיים בין חברים, הגבולות הן סמויות ואינן נאמרות במפורש. ואילו בקשרים

אחרים (כמו למשל בקבוצות לתמיכת עמיתים) הם יכולים להיקבע ע״י קונצנזוס, או שוב למסדם באמצעות קודים התנהגותיים לעובדים. כללים רשמיים אלו מתייחסים לכל הצוות השכיר.

התהליך בו כל אחד נמצא במסע ההחלמה האישי שלו, והמידה שבה התהליכים מקבילים ונמצאים במקום דומה בין הצדדים המעורבים

מסע ההחלמה של כל אחד הוא שונה, וכל מסע רחוק מלהיות ליניארי. בנקודות זמן שונות אחד מהאנשים יהיה בשלב מתקדם יותר, אך לאחר מכן, הם יחוו נסיגה ויהיה חילוף בתפקידים. בד״כ בקבוצות לתמיכת עמיתים ישנו מנחה או מארגן אשר התקדם והצליח להתגבר על המכשולים והאתגרים, שהחדשים בקבוצה עדיין לא הגיעו לשלב זה במסע שלהם. בדומה לכך, אפשר להניח שמנחים של עמיתים נותני שירות בקבוצות לעזרה עצמית, או עובדים המקבלים שכר בתוך השירותים, הצליחו לנוע אל מעבר לחוויה האחרונה שקרתה להם. ברור כי תפקיד זה יכול להשתנות עם הזמן, אך עמיתים נותני שירות עשויים לחוות נסיגות, ואנשים אשר צורכים את השירותים בהווה, יכולים ונעים לתפקיד של מאמנים/מנחים, מתאמים, ועובדים. זה טבע הדינמיקה של תמיכת עמיתים.

6. הוראות

מדריך זה נועד לשמש כדי לאפשר דיון עם קבוצת המיקוד עם (1.1) עובדי הבריאות (health workers) אשר משתמשים או מתכננים לגייס עמיתים נותני שירות. (אחיות פסיכיאטריות, מטפלים קליניים אשר עובדים במחלקות ו (1.2) בעלי עניין מקומיים בעלי מומחיות רלוונטית הנוגעת ליישום העסקת עמיתים נותני שירות (כולל עובדים קליניים, מנהלים אשר בהווה, בעבר או בעתיד עשויים להעסיק עמיתים נותני שירות, וכן, אנשים אשר כיום, בעבר או בעתיד, עשויים לעבוד כעמיתים נותני שירות). כל קבוצה צריכה להיות מורכבת מ-8-5 משתתפים.

כל המשתתפים במחקר ייבחרו באופן מכוון, כולל עובדי בריאות אשר נעזרים או מתכננים לגייס עמיתים לזכויות (אחיות פסיכיאטריות, מטפלים קליניים אשר עובדים במחלקות ובעלי עניין מקומיים בעלי מומחיות רלוונטית הנוגעת ליישום העסקת עמיתים נותני שירות (כולל עובדים קליניים, מנהלים אשר בהווה, בעבר או בעתיד עשויים להעסיק עמיתים נותני שירות, וכן, אנשים אשר כיום, בעבר או בעתיד, עשויים לעבוד כעמיתים נותני שירות). הבחירה של המשתתפים בדיונים קבוצת המיקוד ייקבעו באמצעות הניסיון או הפוטנציאל שלהם לגיוס עמיתים נותני שירות ובעלי עניין מרכזיים בתחום בריאות הנפש הן ברמות המחוזית/ האזורית והארצית. המשיב אשר ייחשב כבעל המידע יופנה להשתתף במחקר.

המחקר הנוכחי, משתמש בקבוצות מיקוד, מכיוון שבקבוצות המיקוד תהיה אפשרות לקבל מידע מעמיק על תפיסות ורעיונות של הקבוצה - שיטה שבה המשתתפים משפיעים זה על זה באמצעות נוכחותם ותגובותיהם אחד כלפי השני. ניתוח הנתונים יערך על ידי צוות הליבה של המחקר (צוותי דאר-א-סאלם בטנזניה, נוטינגהאם באנגליה ואולם בגרמניה)

<u>הקדמה</u>:

ת.ז של המראיין _____

תאריך הריאיון (DD/MM/YYYY): _ _/_ _/_ _ _ _

מיקום הריאיון _____

עיר: _____

וודאו שלמשתתפים נוח.

היי וברוכים הבאים למפגש הזה. שמי הוא_____ והקולגות שלי הם _____. תודה שהסכמתם להקדיש מזמנכם כדי לשוחח איתנו על החוויה שלכם עם אנשים המתמודדים עם מחלות נפש קשות ועמיתים נותני שירות. אנחנו נדון במאפיינים המרכזיים של תמיכת עמיתים והאתגרים שהם עשויים להתמודד איתם. הדיון הנוכחי ייערך בסביבות 60 דקות. הריאיון יוקלט ע״י מכשיר הקלטה כדי שלא נצטרך לרשום את כל התשובות שלכם וכדי שלא נפספס אף הערה מועילה. הסכמה מדעת תתקבל מכל המשתתפים וסודיות תובטח לכל המשתתפים. לפני שנתחיל, אני מעוניינת לדעת האם למישהו יש שאלות.

תסבירי שאת מתחילה להקליט מעכשיו

שעת התחלת הריאיון : _____

<u>מידע סוציו-דמוגרפי של המשתתפים</u>

איסוף מידע של שם, גיל, השכלה, תפקיד ומספר השנים בהם עובד בתפקיד זה ותיתן קוד לכל משתתף. (גיליון הנתונים יוכן ע״י אולם בגרמניה)

תסבירי שוב למשתתף ש :

- אני רוצה ללמוד על הניסיון שלך, מחשבות ועל תפיסתך בנושא זה- שימוש בעמיתים נותני שירות על מנת לשפר את המצב של בריאות הנפש בארצך.
- אין תשובה 'נכונה' או 'שגויה'

תאמרי : אנחנו מתכננים לגייס ולאמן עמיתים נותני שירות. עמיתים נותני שירות בבריאות הנפש, הם אינדיבידואליים המתמודדים עם מחלת נפש קשה, ואשר נמצאים בשלב מתקדם במסע ההחלמה שלהם, אשר תומכים אחרים אשר נמצאים במצב דומה באמצעות מודל לדוגמה שהחלמה היא אפשרית, שיתוף בידע מניסיון ותוך שימוש ביחסים אמפתיים הדדים. אנחנו חושבים לבקש מהעמיתים נותני שירות האלו לזהות ולבקר אינדיבידואליים המתמודדים עם מחלות נפש קשות.

אנחנו מעוניינים לשמוע את דעתכם על הדרך הטובה ביותר ליישם התערבות של עמיתים נותני שירות באזור זה. אנחנו רוצים דעת מהם המאפיינים העיקריים של עמיתים נותני שירות ומהם האתגרים שעשויים להפריע להם לבצע את המשימות שלהם. אנא תהיו כנים אנחנו רוצים שהמידע יהיה הכי נכון ומדויק עבור הקהילה הזו.

גורמים תרבותיים חברתיים וקבלה של עמיתים נותני שירות

1. מהניסיון שלך בעבודה בתחום בריאות הנפש באזורך, האם תוכל לומר מה אתה יודע על צרכנים נותני שירות ובאיזה אופן הם מבצעים את תפקידם?
   - למשל, איך מגייסים אותם? מי מגייס אותם? מה הם בדיוק עושים וכו'
   - בבקשה תתאר ארגון או שירות שעובד עם צרכנים נותני שירות ויכול לשמש דוגמה בקהילה שלכם?
2. אילו איכויות מרכזיות היית מצפה שלעמית נותן שירות יהיו או לא יהיו? אנחנו רוצים להבין איזה אדם עמית נותן שירות צריך להיות על מנת שיחושו כלפיו אמון ויעריכו אותו. אשר יבצע את עבודתו בצורה טובה ואחראית.
3. בבקשה תקרא את שמונת עקרונות הבסיס שנכתבו על עבודתו של צרכן נותן שירות, בסקירת ספרות,

- האם הם הגיוניים? האם צריך לשנות אחד מהם או יותר לדעתך או שאינו נוגע כלל למסגרתך בעיניך? האם היית מוסיף עוד משהו?

3. **<u>מוכנות הארגון/השירות לשלב עמיתים נותני שירות</u>**.
4. לדעתך- על מנת להיעזר בעמיתים נותני שירות, מה צריך לשפר או ליישם על מנת שיהיה ניתן לעבוד עם עמיתים לזכויות בארגונך? מהם מאפשר ומהם החסמים בשימוש בעמיתים נותני שירות לאנשים המתמודדים עם הפרעות נפש חמורות בארגונך או באזורך?

- לדוגמה: הדרכה, לוגיסטיקה, ניהול, פיקוח, אפשרויות להתפתחות, משאבים וכו'

5. אנא הסתכל בארבעת הגורמים הבסיסיים (המופיעים בסקירת הספרות) שנשקלים כאשר מעוניינים להעסיק עמיתים נותני שירות בארגון:

- האם הם הגיוניים? האם לדעתך צריך לשנות אחד מהם או יותר, או אולי הם אינם רלוונטיים למסגרתך בעיניך? אילו גורמים נוספים צריכים להילקח בחשבון בהעסקת עמיתים נותני שירות למסגרת?

<u>הערות נוספות:</u>

6. האם יש משהו נוסף שהיית רוצה להוסיף לגבי ניסיונך או תובנותיך על עבודה עם עמיתים נותני שירות?

שעת סיום ההקלטת הריאיון:

_____

תודו למשתתפים על הזמן שלו/שלה, תזכירו להם שהמידע שהובא הוא חסוי. בנוסף תבקשו מהמשתתפים לא לשוחח על עם אנשים שלא השתתפו בקבוצה על מה שנאמר בתוך הקבוצה.

הערות לגבי איך היה הריאיון:

נספח 7 מדריך ריאיון 2 לקבוצות מיקוד עם עובדים בשירותי בריאות הנפש ובעלי עניין בשלב ההכנה של הפרויקט, לפני ההתערבות

<u>מדריך קבוצת מיקוד בעלי עניין</u>

הקדמה

שלום, שמי גליה וכאן איתי אלינה. תודה שאתם מקדישים את הזמן לדבר איתנו. לפני שנתחיל אני רוצה לתת לכן שאלונים למילוי.

לתת-

1. טופס הסכמה מדעת מספר 6
2. דף מילוי פרטי משתתף

להגיד-

כפי שאת יודעים, אפסיידס היא התערבות שתתחיל בקרוב בשירותי שיקום שונים. הזמנו אתכם היום כדי לדון כיצד תמיכת עמיתים אפסיידס תתקיים בשירותים השונים.

הדיון יערוך כשעה, תלוי כמה תרצו לשתף. נרצה לדעת את העמדות שלכם לגבי תמיכת עמיתים כעת. אנחנו נקליט את הריאיון כי אנחנו לא רוצים לאבד מידע מההערות השימושיות שלכם. תרגישו חופשי לדבר זה עם זה. אין תשובות נכונות או לא נכונות. אתם המומחים ואנחנו רוצים ללמוד מכם.

לפני שנתחיל, אני רוצה לדעת אם יש לכם שאלות.

"אני מתחילה להקליט מעכשיו"

הזמן שהריאיון התחיל _____

נושא 1 : יישום תמיכת עמיתים

מנקודת המבט שלכם מהו המרכיב הכי חשוב ביישום תמיכת עמיתים בארגון שלכם בצורה מוצלחת?

אתגרים ארגוניים	מהו האתגר הכי גדול שאתם רואים ביישום תמיכת עמיתים בארגון שלכם?	What has been the biggest challenge during the implementation of UPSIDES so far in [name of organization]?	Organizational Challenges

What kinds of challenges are you expecting?		לאיזה אתגרים אתם מצפים?	
Organizational Benefit	In your opinion what´s the biggest benefit of UPSIDES Peer support for [name of organization]?	לדעתכם מהו הרווח העיקרי שתמיכת עמיתים אפסיידס?	רווח לארגון
Adaptability	Was it necessary to adapt UPSIDES Peer Support to local conditions? If yes what were the most important adaptations?	מה דרוש כדי להתאים את התערבות אפסיידס לתנאים המקומיים? אם יש לכם ניסיון עם תמיכת עמיתים – מהן ההתאמות הכי חשובות?	התאמה
Sustainability	What are the most important aspects for long-term implementation of UPSIDES Peer Support at [name of organization]?	מהם ההיבטים החשובים ביותר ליישום ארוך טווח של התערבות אפסיידס בארגון שלכם?	בר קיימות

For maintaining conversation: *Can you describe this in more detail? Can you give an example?*

נושא 2: הפרטים המעורבים: כיצד אתם חושבים שתמיכת עמיתים אפסיידס תתקבל על ידי:

- **מקבלי שירותים**
- **אנשי צוות**
- **מנהלים**

Group specific benefits	Which group of people will benefit through UPSIDES Peer Support?	איזו קבוצת אנשים תרוויח מההתערבות?	רווחים ייחודים לקבוצה

קשיים ייחודיים לקבוצה	איזו קבוצת אנשים תתקשה עם קבלת ההתערבות?	Which group of people will have difficulties with UPSIDES Peer Support?	Group specific difficulties

נושא 3: הקשר פנימי

אתם מכירים את המצב בארגונים שלכם והתנאים שלהם

עד כמה התערבות אפסיידס משתלבת עם הערכים והנורמות של הארגון?

תרבות ארגונית	כיצד לדעתכם התרבות הארגונית (אמונות, ערכים, הנחות שיש לאנשים) תשפיע על העבודה של עמיתים?	How do you think your organization's culture (general beliefs, values, assumptions that people embrace) will affect the work of the PSW?	Organizational culture
שינויים בעקבות ההתערבות	האם אתם מצפים לשינויים בעקבות ההתערבות? אם כן – לאלו שינויים אתם מצפים?	Do you expect changes due to UPSIDES in [name of organization]? If so, what changes do you expect?	Changes due intervention

נושא 4: הקשר חיצוני

איזה תפקיד מחוץ לארגון שלכם, כגון חוקים ונהלים, רלוונטיים ליישום של תמיכת עמיתים בשירות שלכם?

מדיניות ונהלים	אלו מדדי ביצוע, מדיניות או הנחיות מקומיות או לאומיות השפיעו על	What kind of local, state, or national performance measures,	Policies and Regulations

	ההחלטה ליישם את אפסיידס?	policies, regulations, or guidelines influenced the decision to implement UPSIDES Peer Support?	
מונחים פיננסיים	אלו תמריצים כלכליים השפיעו על ההחלטה ליישם את תמיכת עמיתים של אפסיידס	What kind of financial or other incentives influenced the decision to implement UPSIDES Peer Support?	Financial terms

נושא 5: כל דבר נוסף שהוא..

האם יש משהו נוסף שתרצו להוסיף?

נא לחכות ולאפשר לאנשים להגיב

סיום

אמרו: תודה על לקיחת הזמן. לאחר סיום ההתערבות נשמח לדבר איתכם שוב על החוויה שלכם את תמיכת העמיתים של אפסיידס. אנחנו נתייחס למה ששיתפם אותנו בו בסודיות. אנחנו מבקשים גם לא לשוחח עם אנשים אחרים מחוץ לקבוצה על דברים שעלו.

נספח 8 מדריך ריאיון לקבוצות מיקוד אנשי צוות בשלב ההכנה של הפרויקט, לפני ההתערבות

מדריך קבוצות מיקוד – אנשי צוות WP6

הקדמה

שלום, שמי גליה וכאן איתי אלינה. תודה שאתם מקדישים את הזמן לדבר איתנו. לפני שנתחיל אני רוצה לתת לכן שאלונים למילוי.

לתת-

3. טופס הסכמה מדעת מספר 5 לאנשי צוות
4. דף מילוי פרטי משתתף

להגיד-

כפי שאת יודעים, אפסיידס היא התערבות שתתחיל בקרוב בשירותי שיקום שונים. הזמנו אתכם היום כדי לדון כיצד תמיכת עמיתים אפסיידס תתקיים בשירותים השונים.

הדיון יערוך כשעה, תלוי כמה תרצו לשתף. נרצה לדעת את העמדות שלכם לגבי תמיכת עמיתים כעת. אנחנו נקליט את הריאיון כי אנחנו לא רוצים לאבד מידע מההערות השימושיות שלכם. תרגישו חופשי לדבר זה עם זה. אין תשובות נכונות או לא נכונות. אתם המומחים ואנחנו רוצים ללמוד מכם.

לפני שנתחיל, אני רוצה לדעת אם יש לכם שאלות.

"אני מתחילה להקליט מעכשיו"

הזמן שהריאיון התחיל _____

נושא 1: שיתוף פעולה

מה חשוב לך בעבודה עם עמית נותן שירות (אם אין ניסיון – שידברו על מה נראה להם חשוב)

כדי להמשיך את השיחה להשתמש ב: תוכל לתאר יותר בפירוט? לתת דוגמה?

נושא 2: תרבות ארגונית וצוותית

בתור עובד אתה מכיר את הארגון שלך היטב. לדעתך עד כמה תמיכת עמיתים מתאימה למצב בארגון שלך?

תפישת התאמה	לדעתך עד כמה עמיתים של אפסיידס מתאימים בצוות שלכם? בעבודה היומיומית ?	In your opinion how well do UPSIDES PSWs fit in -your team -your daily work process?	Perceived fit
ציפיות	האם אתם מצפים שתמיכת עמיתים אפסיידס בארגון שלכם	Do you expect that UPSIDES Peer Support in [name of organization] is going to	Expectations

	תעבוד טוב? למה?/ למה לא?	work well? Why/ why not?	
קבלה	כיצד לדעתם עבודת העמיתים תתקבל על ידי הצוות?	How do you think the work of the PSW will be accommodated by the team?	Acceptance

נושא 3: תמיכה

למה אתם זקוקים על מנת ששיתוף הפעולה עם עמיתים תעבוד טוב?

מוכנות	עד כמה אתה מרגיש מוכן לעבוד עם עמיתי אפסיידס?	How well prepared do you feel to work with an UPSIDES PSW?	Readiness
דרישה לתמיכה	ממי היית רוצה לקבל תמיכה על מנת להצליח לשתף פעולה עם עמיתים?	From whom would you like to receive support from for a successful collaboration with a PSW?	Need for support
מחויבויות ואחראיויות	לדעתך, מהן המחויבויות והאחראויות החשובות ביותר עבור עמיתי אפסיידס?	In your opinion, what are the most important duties and responsibilities for UPSIDE PSWs?	Duties and responsibilities
סיכויים ואפשרויות פוטנציאליים	היכן אתם רואים הזדמנויות לעבודה משותפת עם עמיתים? -עבורכם? עבור הצוות שלכם? -עבור הארגון? (ידוע כבר כי העמיתים יספקו "חברותות" כהתערבות קבוצתית מחוץ למסגרת שלכם – מה דעתכם על כך?	Where do you see the opportunities of working together with a PSW? -for you -your team -the organization	Possible chances and opportunities

חלוקת מטלות והגדרת תפקיד ברורה	עד כה, שוחחנו על מחויבויות ואחראיות של העמיתים. מנקודת מבטכם, מהם ההבדלים העיקריים בחלוקת המטלות בינכם לבין עמיתים?	So far, we have spoken about the duties and responsibilities of PSWs. From your perspective, what are the main differences regarding the distribution of tasks between you and the PSW?	Task distribution, role clarity
אתגרים	מהם האתגרים שעלולים להופיע עם עמית נותן שירות?	What could be challenges in working with a Peer Support Worker?	Challenges
כיצד תדעו ששיתוף הפעולה עם עמיתי אפסיידס עובד טוב?			How would you know that the collaboration with an UPSIDES PSW is working well?

כל דבר נוסף שהוא..

האם יש משהו נוסף שתרצו להוסיף?

נא לחכות ולאפשר לאנשים להגיב

סיום

אמרו:

תודה על לקיחת הזמן. לאחר סיום ההתערבות נשמח לדבר איתכם שוב על החוויה שלכם את תמיכת העמיתים של אפסיידס. אנחנו נתייחס למה ששיתפם אותנו בו בסודיות. אנחנו מבקשים גם לא לשוחח עם אנשים אחרים מחוץ לקבוצה על דברים שעלו.

נספח 9 דף מידע וטופס הסכמה מדעת לקבוצת מיקוד לעמיתים להערכת שלב הפיילוט

דף מידע: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

~ מבחן התאמה (adaptation test) עם עמיתים תומכים בשירותי בריאות הנפש (PSW) (*תת מחקר 2.2 ו 2.3*) ~

שלום רב,

אנו צוות מחקר ישראלי מאוניברסיטת בן גוריון אשר עורך מחקר בין- לאומי בשיתוף עם גרמניה שמובילה את הפרויקט, עם אנגליה, אוגנדה, הודו, טנזניה וסיירה ליאון. הפרויקט עוסק בפיתוח, הטמעה והערכה של התערבות תמיכת עמיתים במטרה להגביר את כמות ואיכות שירותי הטיפול בבריאות הנפש.

עמית תומך* הוא אדם שהתמודד בהצלחה עם הפרעה פסיכיאטרית חמורה, ונותן שירות לאנשים אחרים במצבים דומים. עמית תומך משמש מודל לחיקוי ונוטע תקווה לאפשרות של החלמה. עמיתים יוצרים קשר של שותפות, תומכים בשיחות וייעוץ על התמודדות עם ההפרעה, מצבי משבר, ליווי מעשי ועוד. אנו מאמינים שעמיתים יכולים לעזור משמעותית למקבלי שירותים אחרים בזכות הניסיון האישי והיכרותם האישית את תחום השיקום ובריאות הנפש. יתר על כן, ייטו לתת אמון ביתר קלות בעמית אשר מכיר את עולם בריאות הנפש כמוהם לעומת אנשי מקצוע אחרים.

משך הפרויקט הינו חמש שנים והוא כולל מספר תתי מחקרים. השלב הראשון הוא שלב ההכנה והוא יערך בשנתיים הקרובות (2018-2019). מטרת שלב זה היא הקמת שירותי תמיכת עמיתים במדינות המשתתפות במחקר: לפתח התערבות עמיתים שתביא בחשבון את נקודות המבט של צרכני בריאות הנפש, אנשי מקצוע ובעלי עניין ושתהיה מבוססת על ספרות מקצועית עדכנית. במסגרת זו גם נבחן אילו התערבויות ותכניות לתמיכת עמיתים קיימות בישראל כבר והאם יש אפשרות לפתח אותן.

בשלב הראשון של הפרויקט, מתקיימים מספר מחקרים. אחד מהמחקרים, מבחן התאמה (adaptation test) עם עמיתים תומכים בשירותי בריאות הנפש, מתואר להלן:

פיתחנו מדריך (Manual) התערבות והכשרה ראשוני עבור תמיכת עמיתים. הנך מוזמן/ת לעזור לנו לבחון/לבדוק את מדריך ההתערבות בפעם הראשונה. נשמח שתיקח/י חלק במחקר זה. אנו מחפשים אנשים המתמודדים עם הפרעה נפשית אשר נמצאים בשלבי החלמה מתקדמים המעוניינים להצטרף למחקר זה. אנו נכשיר 2 'עמיתים תומכים' בהכשרה הראשונית וניישם את ההתערבות.

אם את/ה מסכים/ה, תתבקש/י להשתתף בהכשרה הראשונית ולבסוף לעבוד עם שלושה מקבלי שירות אשר מתמודדים עם הפרעה נפשית למשך תקופה שלא תעלה על שלושה חודשים. מקבלי השירות של ההתערבות יהיו מבוגרים (18-60) המתמודדים עם הפרעה נפשית.

ההכשרה תתקיים במשך חמישה ימים, במהלכה תלמד/י כיצד להציע 'תמיכת עמיתים' על מנת לאפשר תהליך שיקום והחלמה בקהילה. המרכיבים המרכזיים של ההתערבות יהיו תמיכה חברתית, יכולת להתקשר ולהתחבר בהסתמך על המשאבים של מקבל השירות. ההתערבות תכלול גם ניהול מחלה, ייעוץ, חיזור, אימון וסנגור.

אנו מבקשים ממך להשתתף בקבוצות דיון אשר יכללו כשישה עמיתים נותני שירות. במהלך קבוצות הדיון נשמח לשמוע את דעתך אודות החומרים אליהם נחשפת במהלך ההתערבות, הערות והארות לשיפור, קשיים ביישום ומידת שביעות רצונך מהתוכנית בדגש על מאפיינים מקומיים. את הדיון ינחו עובד או עובדת מחקר מטעם המחקר באוניברסיטת בן גוריון. **לא תתבקשו לחלוק מידע אשר אין אתם מעוניינים לחלוק.**

הדיון יוקלט ויתומלל באופן אנונימי. מידע אישי יעבור שינוי כדי למנוע זיהוי. קבצי ההקלטה והתמלול ישמרו בשרת מוגן על ידי סיסמא באוניברסיטת בן גוריון או באוניברסיטת Ulm. במידת הצורך, יהיה תרגום של התמלול על מנת לבצע ניתוח של התכנים שעלו בדיונים. בתום התהליך יושמדו הקבצים של ההקלטות.

הממצאים של הדיונים צפויים לתרום משמעותית לגיבוש התערבות של תמיכת העמיתים.

פרטים נוספים על המחקר:

- כל משתתף בקבוצת מיקוד יקבל שובר על סך 60 שח.

- **השתתפות במחקר לא תשפיע בשום צורה על טיב השירותים של בריאות הנפש אשר אתם מקבלים או אשר ניתנים בשירות שבו אתם עובדים. כמו כן, לא תשפיע ההשתתפות במחקר זה על עבודתכם השוטפת או על משובים שאותם אתם מקבלים בעבודה.**
- **אינכם חייבים לענות על שאלות או לקחת חלק בדיון אם עולים נושאים שאתם לא מרגישים בנוח איתם.**
- **צוות המחקר ידאג לשנות את המידע אודותיכם, הנאסף מהדיונים שיערכו על מנת שלא ניתן יהיה לזהות אתכם. נחלוק עמכם ועם הצוות שלכם את המידע לפני הפרסום. התוצאות יפורסמו במאמרים ויוצגו בכנסים מקצועיים.**
- מידע נוסף על המחקר ועל תוצאות המחקר יועלה באתר www.upsides.org

<u>חיסיון המידע</u>: אנא שמרו לעצמכם את המידע שעולה בדיונים. אנו נשמור לעצמנו את המידע שבו תשתפו אותנו. נדאג שלכל משתתף יהיה קוד מספרי במקום שם. רק החוקרים ידעו את זהותכם ונשמור על חשאיות מידע זה. תוצאות המחקר יפורסמו מבלי לזהות מיהם המשתתפים. כל האנשים הבאים אתכם במגע במחקר זה מטעמינו, כפופים להגנה על חיסיון רפואי וחיסיון המידע.

<u>שמות בדויים</u>: את המידע האישי שלכם אנו נפריד מהמספר שיחליף את השם שלכם ונשמור כקובץ מוצפן, כך שלגורמים חיצוניים לא תהיה אליו גישה. את פרטיך האישיים ואת המידע על המספר שמשמש כקוד עבורכם נשמיד לאחר סיום המחקר.

<u>ביטול השתתפות</u>: יש באפשרותכם לבטל את הסכמתכם להשתתף בכל שלב שהוא, ללא נימוק. אם תרצו, כל המידע אודותיכם יימחק.

<u>פרטים ליצירת קשר</u>: אם חסר לכם מידע על סוגיות נוספות, או שבזמן המחקר יעלו שאלות יש לכם אפשרות ליצור קשר איתנו בטלפון או במייל:

בישראל:	גליה מורן	galia.moran@gmail.com	0526604564
	פאולה גרבר אפשטיין	paulagarbere@gmail.com	
בגרמניה:	רמונה הילטנספרגר	Ramona.hiltensperger@uni-ulm.de	08221-962863

ניתן למצוא עוד מידע באתר upsides@uni-ulm.de

אשר Ulmהצעת המחקר עברה את הבחינה והאישור של ועדת האתיקה באוניברסיטת תפקידה הוא לוודא שלא תהיה שום פגיעה במשתתפי המחקר.

הסכמה מדעת: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

אני מאשר/ת שקראתי את האמור לעיל ומביע/ה את הסכמתי להשתתף במחקר זה:

שם משתתפ/ת: _____ שם חוקר/ת: _____

מקום: _____ תאריך: _____

אנו מודים לכם מאד על תרומתכם!

* Peer Support Worker - עמית תומך בשירותי בריאות הנפש. לסירוגין אנו מקצרים וכותבים "עמית".
ניתן להשתמש גם במונח תומך החלמה או נותן שירות בעל ידע מניסיון.

נספח 10 דף איסוף פרטים דמוגרפיים קבוצות מיקוד עם עמיתים

מספר משתתף: _ _

מחקר עמיתים נותני שירות בישראל

קבוצת מיקוד: _ _ - _ _ _ _ - _ _	זמן: _ _ : _ _
תאריך: _ _ / _ _ / _ _	מושב: _ _

דף פרטים אישיים

הפרטים נאספים לצורכי המחקר בלבד ויישמרו חסויים.

1. **גיל:** _ _
2. **מין:**
   - ☐1 אישה
   - ☐2 גבר
   - ☐99 לא מעוניין/ת לענות
3. **מצב משפחתי:**
   - ☐1 רווק/ה
   - ☐2 נשוי/אה
   - ☐3 גרוש/ה
   - ☐4 אלמנ/ה
   - ☐99 לא מעוניין/ת לענות
4. **אם יש, מספר ילדים:** _ _
5. **השכלה:**
   - ☐1 פחות מ-12 שנות לימוד
   - ☐2 12 שנות לימוד
   - ☐3 מעל 12 שנות לימוד, אנא ציין/י כמה שנים: _ _
   - ☐99 לא מעוניין/ת לענות
6. **שם הארגון:** _____
7. **סוג הארגון:**
   - ☐1 חונכות
   - ☐2 דיור
   - ☐3 אחר, אנא פרט/י:

     _____
8. **אני עוסק/ת בתפקיד/ים הבא/ים:**
   - ☐1 מדריכ/ה
   - ☐2 חונכ/ת
   - ☐8 אחר, אנא פרט/י:

     _____
9. **ותק בתפקיד בשנים:** _ _
10. **האם עבדת בעבר בתחום השיקום?**
    - ☐1 לא
    - ☐2 כן
11. **אם כן, אנא מלא/י :**

    שם הארגון: _____

    תפקיד: _____

    ותק בתפקיד בשנים: _ _
12. **אנא סמנ/י את המשפט/ים הנכונים לגביך:**
    - ☐1 אני בעל/ת ידע מניסיון ומשתמש/ת בו באופן גלוי מול מקבלי השירות.
    - ☐2 אני בעל/ת ידע מניסיון ואינני משתמש/ת בו באופן גלוי מול מקבלי השירות.
    - ☐5 עבדתי בעבר בצוות משותף לצד בעלי ידע מניסיון.
    - ☐6 אני עובד/ת בהווה בצוות משותף לצד בעלי ידע מניסיון.
    - ☐7 אחר, אנ/א פרט/י:

      _____

      _____
    - ☐99 אינני מעוניין/ת לענות

נספח 11 מדריך ריאיון לקבוצת מיקוד לעמיתים להערכת שלב הפיילוט

מדריך ריאיון- הערכת שלב הפיילוט- קבוצת מיקוד לעמיתים נותני שירות

חשוב לנו מאוד לשמוע את המשוב, מחשבות ושאלות שלכם אודות שלב הפיילוט:

הכשרה:

א. מה אתם חושבים לגבי ההכשרה שקבלתם במהלך חודש אוגוסט לעמיתים נותני שירות?

ב. האם יש שינויים שהייתם ממליצים לבצע בתוכנית ההכשרה?

- אורך כל יום הכשרה
- מספר ימי הכשרה
- תוכן ההכשרה
- צורת הלימוד בהכשרה- מצגת/ תרגולים/ הרצאה/ עבודה בזוגות

ג. איזה נושאים מתוך ההכשרה הכי אהבתם והתחברתם?

ד. איזה נושאים מתוך ההכשרה פחות אהבתם ופחות התחברתם? למה?

ה. האם המושגים/המילים/ המונחים שהשתמשתם בהכשרה מוכרים להם מתוך עבודתכם בחונכות? אילו מושגים היו חדשים עבורכם? אילו מושגים היו מעניינים במיוחד?

ו. האם קיימים נושאים מרכזיים אשר לדעתכם חסרים בתוכנית ההכשרה?

נתמקד עתה במפגשי ההדרכה הקבוצתיים שהתקיימו פעמיים במהלך חודש ספטמבר:

האם מפגשי ההדרכה בחודש ספטמבר תמכו בעבודתכם כעמיתים אשר מלווים מקבלי שירות?

האם מפגשי ההדרכה תרמו וחזקו את זהות העמית אשר התחלתם לגבש במהלך ההכשרה? אם כן- כיצד?

מה היה מאתגר במפגשי ההדרכה?

ליווי מקבלי השירות במהלך הפיילוט:

א. האם וכיצד השתתפותכם בפיילוט (קבלת ההכשרה ומפגש הדרכה קבוצתי) השפיעה על הליווי שלכם של מקבלי השירות?

ב. האם היו אתגרים בליווי מקבלי השירות בזמן הפיילוט עקב קבלת ההכשרה ומפגשי ההדרכה? אילו אתגרים?

השפעה על הארגון:

א. האם הרגשתם שהשתתפותכם בהכשרת UPSIDES ומפגשי ההדרכה הקבוצתיים לעמיתים נותני שירות- השפיעו על הרכזים המלווים אותכם בעבודתכם? אם כן- כיצד?

ב. האם קיימים נושאים מתוך ההכשרה ומפגשי ההדרכה ששיתפתם בהם את הרכזים המלווים אותכם?

מחשבות/ הערות/ משוב :

נספח 12 דף מידע וטופס הסכמה מדעת לקבוצות מיקוד עמיתים לאחר ההתערבות

דף מידע וטופס הסכמה מדעת מספר 4: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

~ נתונים איכותניים שיאספו מעמיתים נותני שירות
(מתייחס אל תת מחקר 2.2.2 בבקשה לוועדת אתיקה בן גוריון)
לטופס הסכמה מדעת זה שני חלקים:

- דף מידע (המיועד לחלוק עמך מידע אודות המחקר)
- טופס ההסכמה (לחתימה באם את/ה מסכימ/ה להשתתף במחקר)

את/ה תקבל/י עותק מלא של טופס ההסכמה מדעת.

1.1 חלק 1: דף מידע

שלום רב,

אנו צוות מחקר ישראלי מאוניברסיטת בן גוריון אשר עורך מחקר בין- לאומי בשיתוף עם גרמניה שמובילה את הפרויקט, עם אנגליה, אוגנדה, הודו וטנזניה. הפרויקט עוסק בפיתוח, הטמעה והערכה של התערבות תמיכת עמיתים במטרה להגביר את כמות ואיכות שירותי הטיפול בבריאות הנפש.

עמית תומך* הוא אדם שהתמודד בהצלחה עם הפרעה פסיכיאטרית חמורה, ונותן שירות לאנשים אחרים במצבים דומים. עמית תומך משמש מודל לחיקוי ונוטע תקווה לאפשרות של החלמה. עמיתים יוצרים קשר של שותפות, תומכים בשיחות וייעוץ על התמודדות עם ההפרעה, מצבי משבר, ליווי מעשי ועוד. אנו מאמינים שעמיתים יכולים לעזור משמעותית למקבלי שירותים אחרים בזכות הניסיון האישי והיכרותם האישית את תחום השיקום ובריאות הנפש. יתר על כן, ייטו לתת אמון ביתר קלות בעמית אשר מכיר את עולם בריאות הנפש כמוהם לעומת אנשי מקצוע אחרים.

משך הפרויקט הינו חמש שנים והוא כולל מספר תתי מחקרים. השלב הראשון של הפרוייקט נערך בשנתיים האחרונות. במהלך השלב הראשון פיתחנו התערבות עמיתים שביאה בחשבון את נקודות המבט של צרכני בריאות הנפש, אנשי מקצוע ובעלי עניין ואשר מבוססת על ספרות מקצועית עדכנית. במסגרת השלב הראשון גם בחנו אילו התערבויות ותכניות לתמיכת עמיתים קיימות בישראל כבר והאם יש אפשרות לפתח ולשכלל אותן. מטרת שלב הנוכחי, השלב השני של הפרוייקט, הוא להעריך את תרומתה של התערבות תמיכת עמיתים אשר פותחה במסגרת הפרוייקט תוך כדי העמקת ההבנה אודות המרכיבים המעכבים והמסייעים ליישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות הנפש.

חשוב לנו לציין כי אינך חייב/ת להחליט מיד אם תשתתפ/י במחקר או לא. לפני שתחליט/י, את/ה יכול/ה לשוחח אודות המחקר עם כל אדם שאת/ה מרגיש/ה עמו בנוח. טופס הסכמה זה עשוי להכיל מילים שאינך מבינ/ה. אנא בקש/י ממני לעצור במהלך המעבר על המידע ואני אקדיש את הזמן להסברים. אם יהיו לך שאלות בהמשך, את/ה מוזמנ/ת לשאול אותי או חוקר/ת אחר/ת.

מטרת תת מחקר הנוכחי

מספר גדול של אנשים עם הפרעות נפשיות חמורות אינם מקבלים כל טיפול. יש לכך השפעה חמורה על האנשים המושפעים ישירות ועל החברה כולה. יתכן כי עמית נותן שירות - המציע תמיכה לאנשים אחרים עם הפרעה נפשית, מהווה הזדמנות להוריד את ההשפעות השליליות. עמית נותן שירות נוהג כמנטור (חונך) ומקדם את מסעם של מקבלי השירות אל עבר החלמה. אנו רוצים ללמוד יותר אודות תמיכת עמיתים מאנשים המעורבים בארגונים ושירותים. לכן אנו מעוניינים ללמוד אודות העמדות של עמיתים נותני שירות אודות התפתחות התעסוקתית שלהם בתפקיד העמית נותן שירות, כמו גם אודות מחסומים, גורמים מאפשרים וצרכים ליישום תמיכת עמיתים.

סוג ההתערבות המחקרית

מחקר זה מעריך את התערבות תמיכת עמיתים, התערבות שמועברת על ידי אדם בעל ידע מניסיון לאדם אחר המתמודד עם קשיים נפשיים.

בחירת המשתתפים

אנו מזמינים בין 3-7 עמיתים נותני שירות אשר השתתפו במחקר UPSIDES והעבירו את התערבות תמיכת עמיתים להשתתף בשתי קבוצות מיקוד.

שאלות לוידוא הבנה: "האם ידוע לך מדוע אנו מבקשים ממך לקחת חלק במחקר זה?", "האם את/ה יודע/ת במה עוסק המחקר?"

השתתפות מרצון

השתתפותך במחקר זה היא לחלוטין וולונטרית (מרצון). הינך יכול/ה לבטל את הסכמתך להשתתף בכל זמן מבלי להסביר את סיבותיך לכך. ביטול ההשתתפות לא יגרור כל הפסד של הטבות. לא יהיו לכך כל השלכות על המשך טיפולך הרפואי. את/ה רשאי/ת לשנות את דעתך בהמשך ולהפסיק את השתתפותך אפילו אם הסכמת לכך לפני כן.

שאלות לוידוא הבנה: "אם תחליט/י שלא לקחת חלק במחקר זה, האם ידועות לך האפשרויות שלך?", "האם ידוע לך שאינך חייב/ת לקחת חלק במחקר זה אם אין ברצונך לעשות זאת?", "האם יש לך שאלות כלשהן?"

נהלים ופרוטוקול

השתתפות במחקר זה משמעותה כי לאחר שתעביר/י את התערבות תמיכת עמיתים, את/ה תהיה מוזמנ/ת להיפגש עם 2-6 עמיתים נותני שירות נוספים אשר אף הם השתתפו בפרויקט והעבירו את ההתערבות במסגרת ריאיון קבוצתי (הידוע גם בשם קבוצות מיקוד). משך קבוצות המיקוד הינו כשעה וחצי. הריאיון הקבוצתי יהיה מוקלט ויתומלל ללא פרטים מזהים ותוך כדי שמירה על חיסיון הפרטים האישיים.

תגמול על השתתפות

עבור השתתפותך במחקר תקבל/י _____ ₪ עבור השתתפות בקבוצת מיקוד.

- **השתתפות במחקר לא תשפיע בשום צורה על טיב השירותים של בריאות הנפש אשר אתם מקבלים או אשר ניתנים בשירות שבו אתם עובדים. כמו כן, לא תשפיע ההשתתפות במחקר זה על עבודתכם השוטפת או על משובים שאותם אתם מקבלים בעבודה.**
- **איננכם חייבים לענות על שאלות או לקחת חלק בדיון אם עולים נושאים שאתם לא מרגישים בנוח איתם.**

- **צוות המחקר ידאג לשנות את המידע אודותיכם, הנאסף מהדיונים שיערכו על מנת שלא ניתן יהיה לזהות אתכם. נחלוק עמכם ועם הצוות שלכם את המידע לפני הפרסום. התוצאות יפורסמו במאמרים ויוצגו בכנסים מקצועיים.**
- מידע נוסף על המחקר ועל תוצאות המחקר יועלה באתר www.upsides.org

חיסיון המידע: אנא שמרו לעצמכם את המידע שעולה בדיונים. אנו נשמור לעצמנו את המידע שבו תשתפו אותנו. נדאג שלכל משתתף יהיה קוד מספרי במקום שם. רק החוקרים ידעו את זהותכם ונשמור על חשאיות מידע זה. תוצאות המחקר יפורסמו מבלי לזהות מיהם המשתתפים. כל האנשים הבאים אתכם במגע במחקר זה מטעמינו, כפופים להגנה על חיסיון רפואי וחיסיון המידע.

שמות בדויים: את המידע האישי שלכם אנו נפריד מהמספר שיחליף את השם שלכם ונשמור כקובץ מוצפן, כך שלגורמים חיצוניים לא תהיה אליו גישה. את פרטיך האישיים ואת המידע על המספר שמשמש כקוד עבורכם נשמיד לאחר סיום המחקר.

ביטול השתתפות: יש באפשרותכם לבטל את הסכמתכם להשתתף בכל שלב שהוא, ללא נימוק. אם תרצו, כל המידע אודותיכם יימחק.

פרטים ליצירת קשר: אם חסר לכם מידע על סוגיות נוספות, או שבזמן המחקר יעלו שאלות יש לכם אפשרות ליצור קשר איתנו בטלפון או במייל:

פרופ' גליה מורן	galia.moran@gmail.com	052-6604564
פרופ' מקס לכמן	lachman 55 @gmail.com	
ד"ר פאולה גרבר אפשטיין	paulagarbere@gmail.com	
אלינה גריזמן	alina.volo@gmail.com	
ענבר אדלר בן דור	inbarab@matnasim.org.il	050-5495726
יעל גולדפרב	goldfarbya@gmail.com	
שירלי צרפתי	Shirley.serfaty@gmail.com	
אביה ששון	aviasass@post.bgu.ac.il	

upsides@uni-ulm.deניתן למצוא עוד מידע באתר

הצעת המחקר עברה את הבחינה והאישור של ועדת האתיקה באוניברסיטת Ulm אשר תפקידה הוא לוודא שלא תהיה שום פגיעה במשתתפי המחקר.

1.2 הסכמה מדעת: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

אני מאשר/ת שקראתי את האמור לעיל ומביע/ה את הסכמתי להשתתף במחקר זה:

שם משתתפ/ת: _____ שם חוקר/ת: _____

מקום: _____ תאריך: _____

אנו מודים לכם מאד על תרומתכם

* Peer Support Worker - עמית תומך בשירותי בריאות הנפש. לסירוגין אנו מקצרים וכותבים "עמית". ניתן להשתמש גם במונח תומך החלמה או נותן שירות בעל ידע מניסיון.

נספח 13 תדריך לקבוצות מיקוד עמיתים אחרי ההתערבות

<u>מחקר איכותני 2- קבוצת מיקוד עמיתים</u>

הקדמה:

- שלום וברוך.ה הבא.ה לקבוצת המיקוד. אני_____ ואיתי_____. *תודה שפיניתם מזמנכם לשוחח איתנו היום. כפי שאתם יודעים, במחקר אפסיידס, אנחנו בוחנים היבטים שונים של תמיכת עמיתים. מכיוון שאתם העברתם את התערבות תמיכת העמיתים, הזמנו אתכם היום לשמוע על החוויה שלכם כעמיתים באפסיידס. כולל התפיסות שלכם בנוגע להכשרה ולעבודה בפרויקט, והתפיסות שלכם לגבי היתרונות או האתגרים אשר לדעתכם אתם ומקבלי השירות חוו כתוצאה מההתערבות.*
- *מה שנשוחח עליו היום נשאר חסוי. אנחנו מבקשים ממכם לא לחלוק מידע אישי שיעלה כאן היום מחוץ לקבוצה.*
- אנחנו מאחסנים את המידע בצורה בטוחה, כך שלאף אחד מחוץ לצוות המחקר אין גישה אליו. אנחנו נשייך לך מספר כך שאף פעם לא נצטרך להשתמש בשמך או בפרטים מזהים אחרים.
- ההשתתפות שלכם במחקר הזה היא על בסיס התנדבותי, ואתם יכולים לפרוש ממנו בכל זמן מבלי שזה ישפיע עליך בשום צורה
- אני אקליט את קבוצת המיקוד כדי שלא נפספס אף אחת מההערות החשובות שלכם. אין תשובות נכונות ולא נכונות. אתם המומחים שאנחנו רוצים ללמוד מהם
- המפגש ייערך כשעה עד שעה וחצי, תלוי בכמה שתרצו לחלוק איתנו. אני המנחה ואני אנחה את הדיון היום. העמיתה שלי תרשום הערות כך שלא נפספס שום תרומה בעלת ערך במקרה ומשהו ישתבש עם ההקלטה ועל מנת שנוכל להבין מי אמר מה כשנתמלל את ההקלטה.
- לפני שנתחיל, בבקשה קרא/י בעיון את דף המידע ותחתום/י על ההסכמה מדעת אם את/ה מעוניינ/ת להמשיך.
- **כאן מחלקים את טפסי המידע למשתתפים, את ההסכמה מדעת ואת שאלוני הפרטים האישיים**
- לפני שנתחיל, יש למישהו שאלות?

אני מתחיל/ה להקליט <u>עכשיו</u>.

שעת התחלת הקבוצה: _____

נושא 1: חווית העמיתים מההכשרה ומהעבודה באפסיידס

שאלה מרכזית: מהי, באופן כללי, החוויה שלך מקבלת ההכשרה והעברת התערבות תמיכת עמיתים של אפסיידס?	
ההכשרה להיות עמית בעל ידע מניסיון מנחה באפסיידס	בבקשה תארו את החוויה שלכם **מההכשרה** להפוך להיות עמית בעל ידע מניסיון מנחה באפסיידס (מה עבד טוב? מה לא עבד טוב?) האם הייתם מוסיפים משהו/ משנים משהו בהכשרה?
החוויה מהתערבות אפסיידס	בבקשה תארו את החוויה שלכם כעמיתים עם ידע מניסיון בפרויקט אפסיידס (מה עבד טוב? מה לא עבד טוב?) האם הייתם מוסיפים משהו או משנים משהו בהתערבות? מהי לדעתכם המהות/ הליבה של התפקיד הזה? (בבקשה תנו דוגמהות מעבודתך כעמית באפסיידס)
שימוש בידע מניסיון אישי	העמיתים באפסיידס משתמשים בניסיון חיים שלהם עם מקבלי השירות. איך אתם רואים את השימוש בידע מניסיון כעמיתים? מה עבד טוב? מה לא עבד טוב? (בבקשה תנו דוגמהות מהתערבות אפסיידס)
התפתחות מקצועית	איך העבודה בפרויקט אפסיידס השפיעה על ההתפתחות המקצועית האישית שלך? (רכישת מיומנויות, ידע, קריירה, התפתחות אישית וכד')

לשימור השיחה: האם תוכל.י לתאר את זה בצורה יותר מפורטת? האם תוכל.י לתת דוגמהות?

נושא 2: השפעת אפסיידס על מקבלי השירות

שאלה מרכזית: מהי ההשפעה המרכזית של אפסיידס על מקבלי השירות?	
השפעות מיטביות של אפסיידס	מנסיונכם, מהי התרומה המשמעותית ביותר של אפסיידס למקבלי השירות? (תנו בבקשה דוגמהות) מהי ההשפעה החיובית הנוספת של אפסיידס על מקבלי השירות? (תנו בבקשה דוגמהות)
השפעות שליליות של אפסיידס	האם היו השפעות שליליות של אפסיידס על חלק ממקבלי השירות? אם היו- בבקשה תארו והסבירו למה לדעתכם התרחשו? מה היה הדבר הכי מאתגר באפסיידס למקבלי השירות? (תנו בבקשה דוגמהות)

עכשיו נעבור לדבר על נושאים ארגוניים הקשורים לאפסיידס:

נושא 3: נושאים ארגוניים (גורמים הקשריים, חסמים וגורמים מאפשרים/ מקדמים)

שאלה מרכזית: מהם החסמים/ אתגרים, גורמים מאפשרים/ מקדמים והצרכים להצלחת התערבות אפסיידס במערך בריאות הנפש?

התרשמות כללית מההשפעה	כעמית באפסיידס, מהי ההתרשמות הכללית שלך מהארגון בו העברת את ההתערבות של אפסיידס? (האם הוא היה פתוח לקבל את העמיתים עם ידע מניסיון של אפסיידס?) מה היתה השפעה של אפסיידס על הארגון?
גורמים ומשאבים ארגוניים אשר תרמו לאפסיידס	האם היו גורמים/ משאבים בארגון אשר סייעו לקיים את תמיכת העמיתים של אפסיידס? (מתקנים/ עזרים/ משאבים- facilities, נגישות, הגדרת תפקיד בהירה, רשת תמיכה של עמיתים, הכשרה, התרבות הארגונית בצוות)
חסמים ואתגרים	מה הקשה על העברת תמיכת העמיתים של אפסיידס בארגון שלך? (תרבות עבודה, מבנה ארגוני, תקציב, דברים אחרים)
לשיפור	מהניסיון שלכם, מהן ההמלצות שלכם לשיפור ברמת ההכשרה וברמה הארגונית (או לארגונים) לשיפור ההתערבות של תמיכת העמיתים של אפסיידס ?

נושא 4: קורונה

שאלה מרכזית: האם תוכל לתאר אם וכיצד הקורונה השפיעה עליכם ועל החוויה שלכם מהתערבות אפסיידס?

תיאור ופרטים	בבקשה תארו כל שינוי והשפעה שהיו לקורונה על אפסיידס
ניהול השינויים הקשורים בקורונה	כיצד ניהלתם חלק מהשינויים הללו? (פתרונות יצירתיים? דרכים חדשות לתקשורת וכיצד?)
תרומת התערבות אפסיידס למצב כתוצאה מהקורונה	האם היו יתרונות מסוימים ללהיות עמית של אפסיידס במהלך הקורונה? האם היו יתרונות מסוימים להתערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס למקבלי השירות במהלך הקורונה? מה עוד סייע להתמודדות/ להתגברות עם אתגרי הקורונה?

נושא 5: כל דבר נוסף

בבקשה המתן.י והשאר.י קצת זמן למשתתפים לחשוב ולהגיד

שאלה מרכזית: האם יש משהו נוסף שתרצו להגיד?/ לשתף בו?

סוף:

אנחנו מודים לכם מאוד על הזמן שהקדשתם היום. אנחנו ננהג בכל המידע ששיתפתם היום בסודיות. בבקשה אל תדברו עם אנשים מחוץ לקבוצה על מה שנאמר בקבוצה.

שעת סיום: _____

הערות המראיין.ת לגבי איך התרחשה הקבוצה, תמות מרכזיות, תובנות חשובות, טון רגשי. בקשה מלא.י מיד לאחר הקבוצה:

נספח 14 דף מידע וטופס הסכמה מדעת קבוצות מיקוד אנשי צוות אחרי ההתערבות

דף מידע וטופס הסכמה מדעת מספר 5: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

~ נתונים איכותניים שיאספו מאנשי צוות בבריאות הנפש
(מתייחס אל תת מחקר 2.2.3 בבקשה לוועדת אתיקה בן גוריון)

לטופס הסכמה מדעת זה שני חלקים:

- דף מידע (המיועד לחלוק עמך מידע אודות המחקר)
- טופס ההסכמה (לחתימה באם את/ה מסכימ/ה להשתתף במחקר)

את/ה תקבל/י עותק מלא של טופס ההסכמה מדעת.

1.2 חלק 1: דף מידע

שלום רב,

אנו צוות מחקר ישראלי מאוניברסיטת בן גוריון אשר עורך מחקר בין- לאומי בשיתוף עם גרמניה שמובילה את הפרויקט, עם אנגליה, אוגנדה, הודו וטנזניה. הפרויקט עוסק בפיתוח, הטמעה והערכה של התערבות תמיכת עמיתים במטרה להגביר את כמות ואיכות שירותי הטיפול בבריאות הנפש.

עמית תומך* הוא אדם שהתמודד בהצלחה עם הפרעה פסיכיאטרית חמורה, ונותן שירות לאנשים אחרים במצבים דומים. עמית תומך משמש מודל לחיקוי ונוטע תקווה לאפשרות של החלמה. עמיתים יוצרים קשר של שותפות, תומכים בשיחות וייעוץ על התמודדות עם ההפרעה, מצבי משבר, ליווי מעשי ועוד. אנו מאמינים שעמיתים יכולים לעזור משמעותית למקבלי שירותים אחרים בזכות הניסיון האישי והיכרותם האישית את תחום השיקום ובריאות הנפש. יתר על כן, ייטו לתת אמון ביתר קלות בעמית אשר מכיר את עולם בריאות הנפש כמוהם לעומת אנשי מקצוע אחרים.

משך הפרויקט הינו חמש שנים והוא כולל מספר תתי מחקרים. השלב הראשון של הפרוייקט נערך בשנתיים האחרונות. במהלך השלב הראשון פיתחנו התערבות עמיתים שביאה בחשבון את נקודות המבט של צרכני בריאות הנפש, אנשי מקצוע ובעלי עניין ואשר מבוססת על ספרות מקצועית עדכנית. במסגרת השלב הראשון גם בחנו אילו התערבויות ותכניות לתמיכת עמיתים קיימות בישראל כבר והאם יש אפשרות לפתח ולשכלל אותן. מטרת שלב הנוכחי, השלב השני של הפרוייקט, הוא להעריך את תרומתה של התערבות תמיכת עמיתים אשר פותחה במסגרת הפרוייקט תוך כדי העמקת ההבנה אודות המרכיבים המעכבים והמסייעים ליישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות הנפש.

חשוב לנו לציין כי אינך חייב/ת להחליט מיד אם תשתתפ/י במחקר או לא. לפני שתחליט/י, את/ה יכול/ה לשוחח אודות המחקר עם כל אדם שאת/ה מרגיש/ה עמו בנוח. טופס הסכמה זה עשוי להכיל מילים שאינך מבינ/ה. אנא בקש/י ממני לעצור במהלך המעבר על המידע ואני אקדיש את הזמן להסברים. אם יהיו לך שאלות בהמשך, את/ה מוזמנ/ת לשאול אותי או חוקר/ת אחר/ת.

מטרת תת מחקר הנוכחי

מספר גדול של אנשים עם הפרעות נפשיות חמורות אינם מקבלים כל טיפול. יש לכך השפעה חמורה על האנשים המושפעים ישירות ועל החברה כולה. יתכן כי עמית נותן שירות - המציע תמיכה לאנשים אחרים עם הפרעה נפשית, מהווה הזדמנות להוריד את ההשפעות השליליות. עמית נותן שירות נוהג כמנטור (חונך) ומקדם את מסעם של מקבלי השירות אל עבר החלמה. אנו רוצים ללמוד יותר אודות תמיכת עמיתים מאנשים המעורבים בארגונים ושירותים. לכן אנו מעוניינים ללמוד אודות ההשפעה של התערבות תמיכת עמיתים על אנשי צוות בתחום בריאות הנפש, על הצוותים הרב מקצועיים ועל מקבלי השירותים. בנוסף אנו מעוניינים ללמוד אודות הגורמים המעכבים והמאפשרים יישום תמיכת עמיתים בצוות שלך.

סוג ההתערבות המחקרית

מחקר זה מעריך את התערבות תמיכת עמיתים, התערבות שמועברת על ידי אדם בעל ידע מניסיון לאדם אחר המתמודד עם קשיים נפשיים.

בחירת המשתתפים

אנו מזמינים בין 6-8 אנשי צוות אשר עבדו/יעבדו לצד עמיתים נותני שירות אשר השתתפו במחקר UPSIDES והעבירו את התערבות תמיכת עמיתים להשתתף בקבוצת מיקוד אחרי סיום ההתערבות.

השתתפות מרצון

השתתפותך במחקר זה היא לחלוטין וולונטרית (מרצון). הינך יכול/ה לבטל את הסכמתך להשתתף בכל זמן מבלי להסביר את סיבותיך לכך. ביטול ההשתתפות לא יגרור כל הפסד של הטבות. לא יהיו לכך כל השלכות על המשך טיפולך הרפואי. את/ה רשאי/ת לשנות את דעתך בהמשך ולהפסיק את השתתפותך אפילו אם הסכמת לכך לפני כן.

נהלים ופרוטוקול

השתתפות במחקר זה משמעותה כי תוזמן/ני להיפגש עם 5-7 אנשי צוות נוספים אשר אף הם עבדו/יעבדו לצד עמיתים נותני שירות אשר השתתפו במחקר *UPSIDES* והעבירו את התערבות תמיכת עמיתים לטובת ריאיון קבוצתי (הידוע גם בשם קבוצות מיקוד). משך כל קבוצת מיקוד כשעה וחצי. צוות המחקר יקליט ויתמלל את קבוצות המיקוד. **בנוסף, את/ה תתבקש/י למלא שאלון קצר על העמדות שלך אודות אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות אשר עובדים עם עמיתים נותני שירות.**

תגמול על השתתפות

עבור השתתפותך במחקר תקבל/י _____ ₪ עבור השתתפות בקבוצת מיקוד.

- **השתתפות במחקר לא תשפיע בשום צורה על טיב השירותים של בריאות הנפש אשר אתם מקבלים או אשר ניתנים בשירות שבו אתם עובדים. כמו כן, לא תשפיע ההשתתפות במחקר זה על עבודתכם השוטפת או על משובים שאותם אתם מקבלים בעבודה.**
- **איננכם חייבים לענות על שאלות או לקחת חלק בדיון אם עולים נושאים שאתם לא מרגישים בנוח איתם.**
- **צוות המחקר ידאג לשנות את המידע אודותיכם, הנאסף מהדיונים שיערכו על מנת שלא ניתן יהיה לזהות אתכם. נחלוק עמכם ועם הצוות שלכם את המידע לפני הפרסום. התוצאות יפורסמו במאמרים ויוצגו בכנסים מקצועיים.**
- מידע נוסף על המחקר ועל תוצאות המחקר יועלה באתר www.upsides.org

<u>חיסיון המידע</u>: אנא שמרו לעצמכם את המידע שעולה בדיונים. אנו נשמור לעצמנו את המידע שבו תשתפו אותנו. נדאג שלכל משתתף יהיה קוד מספרי במקום שם. רק החוקרים ידעו את זהותכם ונשמור על חשאיות מידע זה. תוצאות המחקר יפורסמו מבלי לזהות מיהם המשתתפים. כל האנשים הבאים אתכם במגע במחקר זה מטעמינו, כפופים להגנה על חיסיון רפואי וחיסיון המידע.

<u>שמות בדויים</u>: את המידע האישי שלכם אנו נפריד מהמספר שיחליף את השם שלכם ונשמור כקובץ מוצפן, כך שלגורמים חיצוניים לא תהיה אליו גישה. את פרטיך האישיים ואת המידע על המספר שמשמש כקוד עבורכם נשמיד לאחר סיום המחקר.

<u>ביטול השתתפות</u>: יש באפשרותכם לבטל את הסכמתכם להשתתף בכל שלב שהוא, ללא נימוק. אם תרצו, כל המידע אודותיכם יימחק.

<u>פרטים ליצירת קשר</u>: אם חסר לכם מידע על סוגיות נוספות, או שבזמן המחקר יעלו שאלות יש לכם אפשרות ליצור קשר איתנו בטלפון או במייל:

פרופ' גליה מורן	galia.moran@gmail.com	052-6604564
פרופ' מקס לכמן	lachman 55 @gmail.com	
ד"ר פאולה גרבר אפשטיין	paulagarbere@gmail.com	
אלינה גריזמן	alina.volo@gmail.com	
ענבר אדלר בן דור	inbarab@matnasim.org.il	050-5495726
יעל גולדפרב	goldfarbya@gmail.com	
שירלי צרפתי	Shirley.serfaty@gmail.com	
אביה ששון	aviasass@post.bgu.ac.il	

upsides@uni-ulm.deניתן למצוא עוד מידע באתר

הצעת המחקר עברה את הבחינה והאישור של ועדת האתיקה באוניברסיטת Ulm אשר תפקידה הוא לוודא שלא תהיה שום פגיעה במשתתפי המחקר.

1.2 הסכמה מדעת: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

אני מאשר/ת שקראתי את האמור לעיל ומביע/ה את הסכמתי להשתתף במחקר זה:

שם משתתפ/ת: _____ שם חוקר/ת: _____

מקום: _____ תאריך: _____

אנו מודים לכם מאד על תרומתכם

* Peer Support Worker - עמית תומך בשירותי בריאות הנפש. לסירוגין אנו מקצרים וכותבים "עמית". ניתן להשתמש גם במונח תומך החלמה או נותן שירות בעל ידע מניסיון.

נספח 15 תדריך ריאיון לקבוצת מיקוד אנשי צוות אחרי ההתערבות

<u>תת מחקר איכותני 3- קבוצת מיקוד לאנשי צוות</u>

הקדמה:

- שלום וברוך.ה הבא.ה לקבוצת המיקוד. אני_____ ואיתי_____. *תודה שפיניתם מזמנכם לשוחח איתנו היום.*
- *כפי שאתם יודעים, התערבות תמיכת עמיתים של אפסיידס יושמה בקידום ואנוש. לפני ההתערבות, שמענו על הציפיות של הצוותים מהיישום של אפסיידס. בינתיים ההתערבות יושמה בארגונים שלכם והיינו רוצים עכשיו לבקש מכם לשתף בהתנסות שלכם עם התערבות אפסיידס.*
- המפגש ייערך כשעה עד שעה וחצי, תלוי בכמה שתרצו לחלוק איתנו. אני המנחה ואני אנחה את הדיון היום. העמיתה שלי תרשום הערות כך שלא נפספס שום תרומה בעלת ערך במקרה ומשהו ישתבש עם ההקלטה ועל מנת שנוכל להבין מי אמר מה כשנתמלל את ההקלטה.
- *מה שנשוחח עליו היום נשאר חסוי. אנחנו מבקשים ממכם לא לחלוק מידע אישי שיעלה כאן היום מחוץ לקבוצה.*
- אנחנו מאחסנים את המידע בצורה בטוחה, כך שלאף אחד מחוץ לצוות המחקר אין גישה אליו. אנחנו נשייך לך מספר כך שאף פעם לא נצטרך להשתמש בשמך או בפרטים מזהים אחרים.
- ההשתתפות שלכם במחקר הזה היא על בסיס התנדבותי, ואתם יכולים לפרוש ממנו בכל זמן מבלי שזה ישפיע עליך בשום צורה
- אני אקליט את קבוצת המיקוד כדי שלא נפספס אף אחת מההערות החשובות שלכם. אין תשובות נכונות ולא נכונות. אתם המומחים שאנחנו רוצים ללמוד מהם
- לפני שנתחיל, בבקשה קרא/י בעיון את דף המידע ותחתום/י על ההסכמה מדעת אם את/ה מעוניינ/ת להמשיך.
- **כאן מחלקים את טפסי המידע למשתתפים, את ההסכמה מדעת ואת הפרטים הדמוגרפיים**
- לפני שנתחיל, יש למישהו שאלות?

אני מתחיל/ה להקליט <u>עכשיו</u>.

שעת התחלת הקבוצה: _____

1. **<u>שאלות פתיחה</u>**

בהשוואה לציפיות שלכם לפני התערבות אפסיידס, איך תתארו את החוויה הכללית שלכם היום?

	מה הכי הפתיע אתכם?

2. <u>ההשפעה של התערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס</u>

לדעתכם, מהי ההשפעה של תמיכת העמיתים של אפסיידס?	
מקבלי השירות	לדעתכם, מה היתה ההשפעה של תמיכת העמיתים על מקבלי השירות?

3. <u>שיתוף פעולה</u>

כיצד הייתם מתארים את שיתוף הפעולה עם העמיתים של אפסיידס?	
אתגרים	מה היו האתגרים הגדולים ביותר בעבודה עם עמית בעל ידע מניסיון של אפסיידס?
גורמים מקדמים	מה עבד ממש טוב בשיתוף הפעולה/ בעבודה המשותפת?

<u>על מנת לשמר את הדיון: האם תוכלו לתאר את זה באופן מפורט יותר? האם תוכלו לתת דוגמהות?</u>

4. <u>בהירות תפקיד</u>

מה היו המשימות המרכזיות של העמית של אפסיידס?	
תפקידים	איך הייתם מתארים את התפקידים של העמיתים התומכים של אפסיידס?
בהירות תפקיד	לפני יישום התערבות אפסיידס, חלק מאנשי הצוות דיווחו על חששות מבלבול או אי בהירות בחלוקת המשימות בין הצוות לבין העמיתים. מהי החוויה שלכם היום?

5. <u>התרבות הצוותית</u>

לדעתכם, מה היתה ההשפעה של התערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס על חבריך לעבודה/ הצוות שלכם?	
קבלה	איך התקבלה העבודה של העמיתים על ידי הצוות שלכם?/ חבריך לעבודה?/ מקבלי השירות?
אנשי הצוות	איך השפיעו העמיתים עליך/ על עבודתך?

6. <u>תהליך היישום/ התרבות הארגונית</u>

לסיכום, האם היישום של אפסיידס היה מוצלח בארגון שלך? למה/ למה לא?	
השפעה	מה היתה, לדעתכם, ההשפעה של תמיכת העמיתים על הארגון?
ההתאמה לארגון	באיזו מידה, לדעתכם, התערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס, מתאימה לתנאים בארגון? אם כן/ לא למה?
	לדעתכם, איזו השפעה יש לתנועות אקטיביסטיות חיצוניות על הצלחת יישום תמיכת העמיתים של אפסיידס בארגון שלך?
העתיד	לאן/ איך לדעתכם ההתערבות של אפסיידס תמשיך מכאן בארגון שלכם? מה היית רוצה שיקרה?

7. <u>כל דבר נוסף</u>

האם יש משהו נוסף שתרצו לומר?

לסיום

אנחנו מודים לכם מאוד על הזמן שהקדשתם היום. אנחנו נטפל במידע שנתתם לנו היום בסודיות.
נבקש ממכם גם לא לדבר עם אנשים אחרים מחוץ לקבוצה על מה שדובר היום בקבוצה.
לפני שנסיים, בבקשה מלאו עוד שאלון אחד:
(נצטרך סימן על מנת להתאים בין דף המידע על המשתתף והשאלון, ללא סמנים מזהים)
Mental Illness Clinicians' Attitudes Scale MICA
שעת סיום הריאיון: _____

הערות המראיין.ת לגבי איך התרחש הריאיון, תמות מרכזיות, תובנות חשובות, טון רגשי.
בקשה מלא.י מיד לאחר הריאיון:

נספח 16 דף מידע וטופס הסכמה מדעת לקבוצת מיקוד אנשי מפתח אחרי ההתערבות

דף מידע וטופס הסכמה מדעת מספר 5: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

~ נתונים איכותניים שיאספו מאנשי מפתח בבריאות הנפש

(מתייחס אל תת מחקר 2.2.3 בבקשה לוועדת אתיקה בן גוריון)

לטופס הסכמה מדעת זה שני חלקים:

- דף מידע (המיועד לחלוק עמך מידע אודות המחקר)
- טופס ההסכמה (לחתימה באם את/ה מסכימ/ה להשתתף במחקר)

את/ה תקבל/י עותק מלא של טופס ההסכמה מדעת.

1.3 חלק 1: דף מידע

שלום רב,

אנו צוות מחקר ישראלי מאוניברסיטת בן גוריון אשר עורך מחקר בין- לאומי בשיתוף עם גרמניה שמובילה את הפרויקט, עם אנגליה, אוגנדה, הודו וטנזניה. הפרויקט עוסק בפיתוח, הטמעה והערכה של התערבות תמיכת עמיתים במטרה להגביר את כמות ואיכות שירותי הטיפול בבריאות הנפש.

עמית תומך* הוא אדם שהתמודד בהצלחה עם הפרעה פסיכיאטרית חמורה, ונותן שירות לאנשים אחרים במצבים דומים. עמית תומך משמש מודל לחיקוי ונוטע תקווה לאפשרות של החלמה. עמיתים יוצרים קשר של שותפות, תומכים בשיחות וייעוץ על התמודדות עם ההפרעה, מצבי משבר, ליווי מעשי ועוד. אנו מאמינים שעמיתים יכולים לעזור משמעותית למקבלי שירותים אחרים בזכות הניסיון האישי והיכרותם האישית את תחום השיקום ובריאות הנפש. יתר על כן, ייטו לתת אמון ביתר קלות בעמית אשר מכיר את עולם בריאות הנפש כמוהם לעומת אנשי מקצוע אחרים.

משך הפרויקט הינו חמש שנים והוא כולל מספר תתי מחקרים. השלב הראשון של הפרוייקט נערך בשנתיים האחרונות. במהלך השלב הראשון פיתחנו התערבות עמיתים שביאה בחשבון את נקודות המבט של צרכני בריאות הנפש, אנשי מקצוע ובעלי עניין ואשר מבוססת על ספרות מקצועית עדכנית. במסגרת השלב הראשון גם בחנו אילו התערבויות ותכניות לתמיכת עמיתים קיימות בישראל כבר והאם יש אפשרות לפתח ולשכלל אותן. מטרת שלב הנוכחי, השלב השני של הפרוייקט, הוא להעריך את תרומתה של התערבות תמיכת עמיתים אשר פותחה במסגרת הפרוייקט תוך כדי העמקת ההבנה אודות המרכיבים המעכבים והמסייעים ליישום תמיכת עמיתים בארגוני בריאות הנפש.

חשוב לנו לציין כי אינך חייב/ת להחליט מיד אם תשתתפ/י במחקר או לא. לפני שתחליט/י, את/ה יכול/ה לשוחח אודות המחקר עם כל אדם שאת/ה מרגיש/ה עמו בנוח. טופס הסכמה זה עשוי להכיל מילים שאינך מבינ/ה. אנא בקש/י ממני לעצור במהלך המעבר על המידע ואני אקדיש את הזמן להסברים. אם יהיו לך שאלות בהמשך, את/ה מוזמנ/ת לשאול אותי או חוקר/ת אחר/ת.

מטרת תת מחקר הנוכחי

מספר גדול של אנשים עם הפרעות נפשיות חמורות אינם מקבלים כל טיפול. יש לכך השפעה

חמורה על האנשים המושפעים ישירות ועל החברה כולה. יתכן כי עמית נותן שירות - המציע תמיכה לאנשים אחרים עם הפרעה נפשית, מהווה הזדמנות להוריד את ההשפעות השליליות. עמית נותן שירות נוהג כמנטור (חונך) ומקדם את מסעם של מקבלי השירות אל עבר החלמה. אנו רוצים ללמוד יותר אודות תמיכת עמיתים מאנשים המעורבים בארגונים ושירותים. לכן אנו מעוניינים להעריך את העמדות של בעלי עניין רלוונטיים אודות מחסומים וגורמים מאפשרים יישום מוצלח של תמיכת עמיתים במדיניות הנתונה, כמו גם להעריך את הצורך בשינויים הדרושים כך שהתערבות תמיכת עמיתים תעבוד באופן יעיל יותר בהקשר המקומי.

סוג ההתערבות המחקרית

מחקר זה מעריך את התערבות תמיכת עמיתים, התערבות שמועברת על ידי אדם בעל ידע מניסיון לאדם אחר המתמודד עם קשיים נפשיים.

בחירת המשתתפים

אנו מזמינים בין 4-6 אנשי מפתח אשר אחראים או משפיעים על יישום ההתערבות תמיכת עמיתים בארגונים הלוקחים חלק במחקר UPSIDES להשתתף בקבוצת מיקוד לאחר ההתערבות.

השתתפות מרצון

השתתפותך במחקר זה היא לחלוטין וולונטרית (מרצון). הינך יכול/ה לבטל את הסכמתך להשתתף בכל זמן מבלי להסביר את סיבותיך לכך. ביטול ההשתתפות לא יגרור כל הפסד של הטבות. לא יהיו לכך כל השלכות על המשך טיפולך הרפואי. את/ה רשאי/ת לשנות את דעתך בהמשך ולהפסיק את השתתפותך אפילו אם הסכמת לכך לפני כן.

נהלים ופרוטוקול

השתתפות במחקר זה משמעותה כי תוזמנו להיפגש עם 3-5 אנשי מפתח נוספים, לטובת ריאיון קבוצתי (הידוע גם בשם קבוצות מיקוד). קבוצת המיקוד תאורגן על ידי שני חוקרים מפרויקט אפסיידס. משך כל קבוצת מיקוד כשעה וחצי. צוות המחקר יקליט ויתמלל את קבוצות המיקוד תוך השמטת סימני זיהוי שלך או של האנשים שציינת בדבריך. **בנוסף, את/ה תתבקש/י למלא שאלון הערכת אנשי מקצוע ביחס להחלמה בארגון בו נעשתה התערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס אודות אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות.**

תגמול על השתתפות

עבור השתתפותך במחקר תקבל/י _____60__ ₪ שובר מתנה עבור השתתפות.

- **השתתפות במחקר לא תשפיע בשום צורה על טיב השירותים של בריאות הנפש אשר אתם מקבלים או אשר ניתנים בשירות שבו אתם עובדים. כמו כן, לא תשפיע ההשתתפות במחקר זה על עבודתכם השוטפת או על משובים שאותם אתם מקבלים בעבודה.**
- **איננכם חייבים לענות על שאלות או לקחת חלק בדיון אם עולים נושאים שאתם לא מרגישים בנוח איתם.**
- **צוות המחקר ידאג לשנות את המידע אודותיכם, הנאסף מהדיונים שיערכו על מנת שלא ניתן יהיה לזהות אתכם. נחלוק עמכם ועם הצוות שלכם את המידע לפני הפרסום. התוצאות יפורסמו במאמרים ויוצגו בכנסים מקצועיים.**
- מידע נוסף על המחקר ועל תוצאות המחקר יועלה באתר www.upsides.org

<u>חיסיון המידע</u>: אנא שמרו לעצמכם את המידע שעולה בדיונים. אנו נשמור לעצמנו את המידע שבו תשתפו אותנו. נדאג שלכל משתתף יהיה קוד מספרי במקום שם. רק החוקרים ידעו את זהותכם ונשמור על חשאיות מידע זה. תוצאות המחקר יפורסמו מבלי לזהות מיהם המשתתפים. כל האנשים הבאים אתכם במגע במחקר זה מטעמינו, כפופים להגנה על חיסיון רפואי וחיסיון המידע.

<u>שמות בדויים</u>: את המידע האישי שלכם אנו נפריד מהמספר שיחליף את השם שלכם ונשמור כקובץ מוצפן, כך שלגורמים חיצוניים לא תהיה אליו גישה. את פרטיך האישיים ואת המידע על המספר שמשמש כקוד עבורכם נשמיד לאחר סיום המחקר.

<u>ביטול השתתפות</u>: יש באפשרותכם לבטל את הסכמתכם להשתתף בכל שלב שהוא, ללא נימוק. אם תרצו, כל המידע אודותיכם יימחק.

<u>פרטים ליצירת קשר</u>: אם חסר לכם מידע על סוגיות נוספות, או שבזמן המחקר יעלו שאלות יש לכם אפשרות ליצור קשר איתנו בטלפון או במייל:

פרופ' גליה מורן	galia.moran@gmail.com	052-6604564
פרופ' מקס לכמן	lachman 55 @gmail.com	
ד"ר פאולה גרבר אפשטיין	paulagarbere@gmail.com	
אלינה גריזמן	alina.volo@gmail.com	
ענבר אדלר בן דור	inbarab@matnasim.org.il	050-5495726
יעל גולדפרב	goldfarbya@gmail.com	
שירלי צרפתי	Shirley.serfaty@gmail.com	
אביה ששון	aviasass@post.bgu.ac.il	

upsides@uni-ulm.deניתן למצוא עוד מידע באתר

הצעת המחקר עברה את הבחינה והאישור של ועדת האתיקה באוניברסיטת Ulm אשר תפקידה הוא לוודא שלא תהיה שום פגיעה במשתתפי המחקר.

1.2 הסכמה מדעת: שימוש בתמיכת עמיתים על מנת לפתח ולהעצים שירותי בריאות הנפש

אני מאשר/ת שקראתי את האמור לעיל ומביע/ה את הסכמתי להשתתף במחקר זה:

שם משתתפ/ת: _____ שם חוקר/ת: _____

ת.ז המשתתפ/ת: _____

מקום: _____ תאריך: _____

אנו מודים לכם מאד על תרומתכם

* Peer Support Worker - עמית תומך בשירותי בריאות הנפש. לסירוגין אנו מקצרים וכותבים "עמית". ניתן להשתמש גם במונח תומך החלמה או נותן שירות בעל ידע מניסיון.

נספח 17 תדריך לקבוצת מיקוד אנשי מפתח אחרי ההתערבות

<u>שאלון קבוצת מיקוד לאנשי מפתח - תת מחקר איכותני 4</u>

הקדמה:

- שלום וברוך.ה הבא.ה לקבוצת המיקוד. אני_____ ואיתי_____. *תודה שפיניתם מזמנכם לשוחח איתנו היום.*
- *כפי שאתם יודעים, התערבות תמיכת עמיתים של אפסיידס יושמה בקידום ואנוש. לפני ההתערבות, שמענו על הציפיות של הצוותים מהיישום של אפסיידס. בינתיים ההתערבות יושמה בארגונים שלכם והיינו רוצים עכשיו לבקש מכם לשתף בהתנסות שלכם עם התערבות אפסיידס.*
- המפגש ייערך כשעה עד שעה וחצי, תלוי בכמה שתרצו לחלוק איתנו. אני המנחה ואני אנחה את הדיון היום. העמיתה שלי תרשום הערות כך שלא נפספס שום תרומה בעלת ערך במקרה ומשהו ישתבש עם ההקלטה ועל מנת שנוכל להבין מי אמר מה כשנתמלל את ההקלטה.
- *מה שנשוחח עליו היום נשאר חסוי. אנחנו מבקשים ממכם לא לחלוק מידע אישי שיעלה כאן היום מחוץ לקבוצה.*
- אנחנו מאחסנים את המידע בצורה בטוחה, כך שלאף אחד מחוץ לצוות המחקר אין גישה אליו. אנחנו נשייך לך מספר כך שאף פעם לא נצטרך להשתמש בשמך או בפרטים מזהים אחרים.
- ההשתתפות שלכם במחקר הזה היא על בסיס התנדבותי, ואתם יכולים לפרוש ממנו בכל זמן מבלי שזה ישפיע עליך בשום צורה
- אני אקליט את קבוצת המיקוד כדי שלא נפספס אף אחת מההערות החשובות שלכם. אין תשובות נכונות ולא נכונות. אתם המומחים שאנחנו רוצים ללמוד מהם
- לפני שנתחיל, בבקשה קרא/י בעיון את דף המידע ותחתום/י על ההסכמה מדעת אם את/ה מעוניינ/ת להמשיך.
- **כאן מחלקים את טפסי המידע למשתתפים, את ההסכמה מדעת ואת השאלון הקצר לפרטים דמוגרפיים**
- לפני שנתחיל, יש למישהו שאלות?

אני מתחיל/ה להקליט <u>עכשיו</u>.

שעת התחלת הקבוצה: _____

1. **<u>שאלת פתיחה</u>**

כאשר אתם מביטים אחורה על תהליך יישום ההתערבות של אפסיידס, היום, מה דעתכם הכללית על תהליך היישום?

יישום מוצלח	מה עבד טוב בתהליך היישום של אפסיידס?

אתגרים/ בעיות	מה לא עבד כל כך טוב בתהליך היישום של אפסיידס?
התפתחויות לא צפויות	האם היה משהו שהפתיע אתכם בתהליך היישום של אפסיידס?

2. <u>ההשפעה של תמיכת העמיתים של אפסיידס</u>

מהי לדעתכם ההשפעה הכללית של אפסיידס?

האנשים המעורבים	לדעתכם, כיצד השפיעה תמיכת העמיתים של אפסיידס: על מקבלי השירות על הצוותים
יתרונות	אם אתם מתבוננים אחורה: מהם היתרונות הגדולים ביותר?
אתגרים	אם אתם מתבוננים אחורה: מה היו האתגרים הגדולים ביותר?

3. <u>מכשולים/ גורמים מקדמים</u>

איזה גורמים אתם מעריכים כ-הכי חשובים להצלחת היישום של אפסיידס עד כה בארגון שלכם?

גורמים מקדמים/ תומכים	איזה גורמים/ משאבים בארגון סייעו הכי הרבה ליישום תמיכת העמיתים של אפסיידס?
מכשולים	מה הפך את היישום של תמיכת העמיתים לקשה/ מורכב בארגון שלך?

<u>לשימור הדיון: האם תוכלו לתאר את זה בצורה יותר מפורטת? האם תוכלו לתת דוגמהות?</u>

4. התאמת התערבות אפסיידס להקשר המקומי

לפעמים יש צורך להתאים תוכנית להקשר(הקשר) מקומי. האם אתם מודעים להתאמות שנעשו מתחילת התערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס להקשר המקומי? אם כן, מה היו ההתאמות החשובות ביותר?

5. <u>ההקשר הפנימי/ תרבות ארגונית</u>

האם אפסיידס תרם לשינויים בארגון שלכם? אם כן, איזה?

תרבות ארגונית	כיצד לדעתכם התרבות הארגונית של הארגון שלכם (אמונות כלליות, ערכים, תפיסות) הושפעה מעבודתם של העמיתים עם ידע מניסיון?

6. <u>ההקשר החיצוני</u>

איזה גורמים חיצוניים הכי השפיעו על תהליך יישום התערבות אפסיידס בארגון שלכם ?

תנועות אקטיביסטיות	איזה תפקיד היה לדעתכם לתנועות אקטיביסטיות בהצלחת יישום עבודת תמיכת העמיתים של אפסיידס בארגון שלך?
ארגונים אחרים	האם היו תוכניות אחרות לעמיתים בארגון שלכם (התערבויות אחרות/ תפקידים אחרים של עמיתים עם ידע מניסיון) בו זמנית? אם כן, איזו השפעה היתה לכך?

7. **<u>תהליך היישום</u>**

לסיכום, האם אתם חושבים שהיישום של אפסיידס היה מוצלח בארגון שלכם?

סממנים להצלחה	מהי ההוכחה הכי משמעותית להצלחת היישום של אפסיידס בארגון שלכם? תוכלו לתת דוגמהות? מהי ההוכחה הכי משמעותית לכך שהיישום של אפסיידס לא הצליח לגמרי בארגון שלכם? תוכלו לתת דוגמהות?
עתיד	מה אתם חושבים על ההתפתחות העתידית של אפסיידס בארגון שלכם? מה הייתם רוצים שיקרה?
קיימות (המשכיות)	איך אתם רואים/ מעריכים את הסיכויים שתמיכת העמיתים של אפסיידס תתקיים עדיין בארגון שלכם בעוד שנתיים? על מנת לממש את זה, מה קרה עד כה ומה צריך לקרות?

8. <u>כל דבר נוסף</u>

בבקשה המתן.י והשאר.י קצת זמן למשתתפים לחשוב ולהגיד

שאלה מרכזית: האם יש משהו נוסף שתרצו להגיד?/ לשתף בו?

סוף

מודים לכם על הזמן שהקדשתם. אנחנו מתחייבים לשמור על סודיות המידע ששיתפתם בו היום.

במקביל אנחנו מבקשים מכם לא לדבר עם אנשים מחוץ לקבוצה על הדיון שנערך בקבוצה.
רגע לפני סיום אנחנו מבקשים משני משתתפים מתנדבים למלא שאלון נוסף- **RSA**. אם מישהו מכם כבר מלא שאלון כזה במהלך מחקר אפסיידס, אנחנו מעדיפים שהוא ימלא גם היום.
לחלק: **Recovery Self-Assessment (RSA)**
שעת סיום: _____
הערות המראיין.ת לגבי איך התרחשה הקבוצה, תמות מרכזיות, תובנות חשובות, טון רגשי.
בקשה מלא.י מיד לאחר הקבוצה:

נספח 18 תדריך ריאיון לאנשי מפתח לאחר ההתערבות

<u>תדריך ריאיון לאנשי מפתח לאחר התערבות אפסיידס</u>

הקדמה:

- *כפי שאתם יודעים, התערבות תמיכת עמיתים של אפסיידס יושמה בקידום ואנוש. לפני ההתערבות, שמענו על הציפיות של כל בעלי העניין מהיישום של אפסיידס. בינתיים ההתערבות יושמה בשטח ואתם הייתם מעורבים בדרכים שונות בתהליך זה. היינו רוצים עכשיו לבקש מכם לשתף בהתנסות שלכם עם התערבות אפסיידס.*
- המפגש ייערך כשעה עד שעה וחצי, תלוי בכמה שתרצו לחלוק איתי.
- במהלך הריאיון ייתכן שארשום הערות כך שלא נפספס שום תרומה בעלת ערך .
- *מה שנשוחח עליו היום נשאר חסוי.*
- אנחנו מאחסנים את המידע בצורה בטוחה, כך שלאף אחד מחוץ לצוות המחקר אין גישה אליו. אף פעם לא נשתמש בשמך או בפרטים מזהים אחרים.
- ההשתתפות שלך במחקר הזה היא על בסיס התנדבותי, ואת.ה יכול.ה לפרוש ממנו בכל זמן מבלי שזה ישפיע עליך בשום צורה
- אני אקליט את הריאיון כדי שלא נפספס אף אחת מההערות החשובות שלכם. אין תשובות נכונות ולא נכונות. אתם המומחים שאנחנו רוצים ללמוד מהם
- לפני שנתחיל, בבקשה קרא/י בעיון את דף המידע ותחתום/י על ההסכמה מדעת אם את/ה מעוניינ/ת להמשיך.
- **כאן מחלקים את טפסי המידע למשתתפים, את ההסכמה מדעת ואת השאלון הקצר לפרטים דמוגרפיים**
- לפני שנתחיל, יש לך שאלות?

אני מתחיל/ה להקליט <u>עכשיו</u>.

3. **<u>שאלת פתיחה</u>**

כאשר אתם מביטים אחורה על תהליך יישום ההתערבות של אפסיידס, היום, מה דעתכם הכללית על תהליך היישום?

יישום מוצלח	מה עבד טוב בתהליך היישום של אפסיידס?
אתגרים/ בעיות	מה לא עבד כל כך טוב בתהליך היישום של אפסיידס?
התפתחויות לא צפויות	האם היה משהו שהפתיע אתכם בתהליך היישום של אפסיידס?

4. <u>ההשפעה של תמיכת העמיתים של אפסיידס</u>

מהי לדעתכם ההשפעה הכללית של אפסיידס?

האנשים המעורבים	לדעתכם, כיצד השפיעה תמיכת העמיתים של אפסיידס: על מקבלי השירות, על הצוותים
יתרונות	אם אתם מתבוננים אחורה: מהם היתרונות הגדולים ביותר?
אתגרים	אם אתם מתבוננים אחורה: מה היו האתגרים הגדולים ביותר?

3. <u>מכשולים/ גורמים מקדמים</u>

איזה גורמים אתם מעריכים כ-הכי חשובים להצלחת היישום של אפסיידס עד כה?

גורמים מקדמים/ תומכים	איזה גורמים/ משאבים בארגון סייעו הכי הרבה ליישום תמיכת העמיתים של אפסיידס? מהי התרומה של התפקיד שאת.ה מלאתם לתהליך היישום?
מכשולים	מה הפך את היישום של תמיכת העמיתים לקשה/ מורכב?

<u>לשימור הדיון: האם תוכלו לתאר את זה בצורה יותר מפורטת? האם תוכלו לתת דוגמהות?</u>

4.<u>התאמת התערבות אפסיידס להקשר המקומי</u>

לפעמים יש צורך להתאים תוכנית להקשר(הקשר) מקומי. האם אתם מודעים להתאמות שנעשו מתחילת התערבות תמיכת העמיתים של אפסיידס להקשר המקומי? אם כן, מה היו ההתאמות החשובות ביותר?

5. <u>ההקשר הפנימי/ תרבות ארגונית</u>

האם אפסיידס תרם לשינויים בארגונים שבו נערך? אם כן, איזה?

תרבות ארגונית	כיצד לדעתכם התרבות הארגונית של הארגונים (אמונות כלליות, ערכים, תפיסות) הושפעה מעבודתם של העמיתים עם ידע מניסיון?

6. <u>ההקשר החיצוני</u>

איזה גורמים חיצוניים הכי השפיעו על תהליך יישום התערבות אפסיידס ?

תנועות אקטיביסטיות	איזה תפקיד היה לדעתכם לתנועות אקטיביסטיות בהצלחת יישום עבודת תמיכת העמיתים של אפסיידס?
ארגונים אחרים	האם היו תוכניות אחרות לעמיתים בארגון שלכם (התערבויות אחרות/ תפקידים אחרים של עמיתים עם ידע מניסיון) בו זמנית? אם כן, איזו השפעה היתה לכך?

7. **<u>תהליך היישום</u>**

לסיכום, האם אתם חושבים שהיישום של אפסיידס היה מוצלח?

סממנים להצלחה	מהי ההוכחה הכי משמעותית להצלחת היישום של אפסיידס? תוכלו לתת דוגמהות? מהי ההוכחה הכי משמעותית לכך שהיישום של אפסיידס לא הצליח לגמרי? תוכלו לתת דוגמהות?
עתיד	מה אתם חושבים על ההתפתחות העתידית של אפסיידס? מה הייתם רוצים שיקרה?
קיימות (המשכיות)	איך אתם רואים/ מעריכים את הסיכויים שתמיכת העמיתים של אפסיידס תתקיים עדיין בארגונים בעוד שנתיים? על מנת לממש את זה, מה קרה עד כה ומה צריך לקרות?

8. <u>כל דבר נוסף</u>

בבקשה המתן.י והשאר.י קצת זמן למשתתפים לחשוב ולהגיד

שאלה מרכזית: האם יש משהו נוסף שתרצו להגיד?/ לשתף בו?

סוף

מודים לכם על הזמן שהקדשתם. אנחנו מתחייבים לשמור על סודיות המידע ששיתפתם בו היום.

שעת סיום: _____

הערות המראיין.ת :

Peer Support (UPSIDES) in Rehabilitation Services in Israel: A Specific Case for Learning about Implementing a Recovery-Oriented and Person-Centered Intervention in Mental Health Services.

Abstract

Background:

Since the 1990s, governments and mental health organizations around the world have adopted the recovery approach as the primary paradigm and basis for designing policy and practice in mental health rehabilitation (Farkas, 2007). "Personal recovery" (Slade et al., 2008; Slade & Longden, 2015) is defined as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the limitations caused by illness (Anthony, 1993).

With the formulation of the recovery vision, evidence began to emerge regarding the effectiveness of various interventions in promoting recovery processes for people struggling with mental health challenges (Balush-Kleinman et al., 2018; Slade et al., 2014; Sofouli et al., 2022; Davidson, 2018).

In parallel with the growing understanding of the contribution of these interventions, a growing gap has emerged between research knowledge regarding the effectiveness of interventions and their implementation in the field (Chambers et al., 2020; Piat et al., 2021). In practice and policy, both worldwide (Drake & Essock, 2009; Van Weeghel et al., 2019) and in Israel (Kleinman, Gerber Epstein and Roeh, 2018).

One recovery-oriented intervention supported by empirical research (Best Practice) is Peer Support and the inclusion of Peers with Lived Experience in service provision (Davidson, 2018; Piat et al., 2021; Slade et al., 2008; Slade et al., 2014). Peers with Lived Experience are people struggling with mental health challenges who use their knowledge from experience to support the recovery processes of others (Slade et al., 2014). Peer Support is a system of giving and receiving help based on mutual respect and agreement, shared responsibility, validation, and empathic understanding of the other's condition from a shared life experience (Mead et al., 2001; Salzer & Liptzin-Shear, 2002; Slade et al., 2014).

Over the years, a trend has also developed of employing Peers with Lived Experience (Anthony, Cohen & Farkas, 2002; Kent, 2019; Mutschler al., 2021; Rogers, Farkas & Anthony, 2005; Slade et al., 2014; Vandewalle et al., 2016). In Israel's mental health rehabilitation system, hundreds of Peers with Lived Experience have been employed since 2005. Initially, they were mainly integrated into traditional roles (rehabilitation instructors, social support companions etc.). However, in recent years, designated roles for peers have also developed as part of the Ministry of Health's policy. In these roles, they are self -disclosed and use their experiential knowledge (Lachman et al., 2018; Naaman, 2018; Moran, 2018b).

However, there are many challenges to successfully implementing peer support workers in traditional mental health services. Such success entails bringing to fruition their unique contribution to service recipients, themselves, and systemic change as well (Chinman et al. 2010; Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013; Richard, Jongbloed & MacFarlane, 2009; Salzer et al., 2009; Slade, 2014).

Therefore, there is a need for further research that identifies and examines best practice recommendations in the field and contributes to establishing them (Bochicchio et al., 2023; Chinman et al., 2017; Mutschler et al., 2022). Particularly lacking are studies dealing with understanding the organizational change required to enable optimal integration of peer support workers in mental health organizations (Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; McNamara & Zeng, 2021; Myrna et al., 2022). Systematic research in this area has not yet been conducted in Israel.

Research Objective: To deepen knowledge of the optimal implementation of peer support intervention and understanding the organizational changes required for its sustainable integration and adoption. As a specific case of implementing recovery-promoting and person-centered practices in mental health services.

Research Framework: The study took place within the framework of an international research project - UPSIDES: Using Peer Support In Developing Empowering Mental Health Services, funded by the European Union's Horizon 2020 program. It began in January 2018 and lasted five years across six countries: Germany, England, Uganda, Tanzania, India, and Israel. The vision of the project was to enhance the implementation of peer support around the world in order to empower mental health

services and create an international community for the practice of peer support (Moran et al., 2020; Puschner et al., 2019).

As part of the project a group intervention was developed for service recipients in Israel, facilitated by two peers, emphasizing experiential knowledge-based and recovery-oriented peer support. This intervention was implemented in two rehabilitation services within the mental health rehabilitation system.

Accordingly, the research presented in this work accompanied the process of implementing the intervention. Starting with evaluating the implementation context (chapters 1,2) and subsequently on evaluating the UPSIDES intervention implementation (chapter 3).

The research questions were:

1. How do staff members (those employing/working alongside peers), key stakeholders, and peers with lived experience describe the characteristics of peer support in Israel?
2. How do staff members (those employing/working alongside peers), key stakeholders in implementing the UPSIDES intervention in organizations, and UPSIDES peers describe their experience regarding the implementation of the UPSIDES intervention?

Methodology: This study employed a qualitative method, using approaches of participatory action research and implementation science (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020).

Research Tools: The study included 10 focus groups and 12 semi-structured in-depth interviews lasting 90-60 minutes. For this purpose, interview guides based on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) were used. This is the most widely used conceptual framework in implementation research to predict and explain intervention implementation outcomes. The analysis was based on five domains: intervention, outer setting, inner setting, stakeholders, and the implementation process itself (Damschroder et al., 2009, 2022).

Research Sample: Sixty-eight interviewees: Twenty-six of them are peer support workers and 42 of them are professionals (among them 3 policy makers and 4 professionals with knowledge from experience). They were sampled through

purposive sampling (Patton, 1990) from Israel's rehabilitation system by mapping the field in Israel by the UPSIDES project's steering committee. This committee included key stakeholders and representatives from all organizations promoting peer support in Israel. The inclusion criteria were relevant stakeholders with at least three months of experience in one of the following: a) managers of peers; b) staff working alongside peers or who worked alongside UPSIDES peers; c) peers working in mental health systems (including UPSIDES peers); d) key personnel in implementing the intervention in organizations.

Data Analysis: The interviews and focus groups Transcripts were analyzed by MAXQDA 2020 software through Template analysis (Brooks et al., 2015). This is a structured thematic analysis ased on a priori themes. The analysis was based on identifying the five CFIR framework domains. Subsequently, within each category of CFIR separately, themes arising from the data were identified.

Findings: The research findings regarding the two main research questions are numerous and plentiful. They are described in three chapters. The first chapter focuses on the key challenges and factors that may promote the optimal implementation of peer support in mental health services in Israel. The findings describe various challenges and facilitating factors for implementing peer support, ranging from the individual level (role core challenges) through the organizational level to the policy level. Particularly prominent were organizational factors related to organizational culture, organizational arrangements and strategies, and supportive government policy.

The second chapter focuses on stakeholder perceptions in Israel about the implications of using self-disclosure and experiential knowledge of service providers with lived experience ("consumer as provider") and peer experts on organizations and service recipients. This chapter delves into one of the prominent challenges identified in the first chapter: self-disclosure and using experiential knowledge. The thematic analysis revealed five main categories and nine themes: (1) A cautious and avoidant organizational approach to self-disclosure. (2) The rationale supporting a cautious and avoidant approach; (a) ensuring the use of self-disclosure is for the benefit of service recipients and peers; (b) fear of stigma; (c) respecting the peer's freedom of choice. (3) Unplanned self-disclosure; (a) uncoordinated self-disclosure; (b) self-disclosure following deterioration of mental state. (4) Peers' attitudes towards the prevailing self-

disclosure approach; (a) service providers with lived experience and peers who oppose it; (b) service providers with lived experience and peers who adhere to the restrained approach. (5) The impact of introducing designated peer roles; (a) opportunities; (b) challenges.

The third chapter focuses on evaluating the implementation of the UPSIDES project in Israel. It describes conclusions from the process for promoting the optimal implementation of peer support in mental health rehabilitation services in the country. The evaluation findings revealed that the UPSIDES project provided a comprehensive response to the implementation of peer support and addressed most of the challenges identified in Israel in the first stage through the implementation-promoting factors identified in the field prior to the intervention. However, despite the systematic facilitation of the implementation process, several challenges still stood out: (1) The challenge of being positioned in a dual role – as an employee in a traditional role and as an employee in a designated role within the same organization; (2) The challenge of impacting teams and the organization as a whole; (3) The challenge of training staff and managers; (4) The challenge of sustaining the intervention.

Research Contribution and Limitations and Suggestions for Future Research:

The Contribution of the Study

This study utilizes implementation science in the field of mental health, reinforces the importance of a systematic and comprehensive implementation process in accordance with an implementation framework, and constitutes an important building block for developing the use of implementation science. This trend is only in its infancy in the field of mental health in general and recovery-promoting practices and peer support in particular.

Furthermore, this study used the CFIR conceptual framework (Damschroder et al., 2009). This common, standardized, and international framework helps develop systematic and comparable knowledge about the implementation of the peer support intervention in Israel, which can be transferred to other contexts and compared to other studies worldwide.

Moreover, this study's advantage lies in the extensive participation of 68 representatives from various organizations in the field of mental health rehabilitation in Israel. These stakeholders provided a broad perspective on peer implementation,

especially within the country's mental health rehabilitation system. This perspective has not yet been systematically investigated in Israel and is of great interest considering the extensive field activity in recent years.

Research Limitations and Recommendations for Future Research

The CFIR framework primarily relates to data collected from decision-makers and those involved in the implementation process and intervention. People with lived experience were involved in the study as part of the implementation team and as research participants. However, in the spirit of recovery values, there should be co-creation/co-production with service recipients throughout the entire research and implementation process, adaptation of existing implementation frameworks and strategies accordingly, and data collection on implementation from their perspective as well.

Furthermore, since the recovery approach seeks to generate profound changes in culture, society, policy, and practice, future research should reach stakeholders in a broader context, beyond the mental health rehabilitation system. This will enable understanding and promoting change from a broader and deeper perspective.

Finally, one of the challenges that stood out from the implementation of the UPSIDES project relates to the sustainability of the intervention upon completion of the research project. Therefore, follow-up research that will define sustainability for this intervention, evaluate it over several years, and contribute to a better understanding of why and how specific interventions and programs are implemented over time while others are not – is also important.

Research Conclusions and Implications for Practice and Policy:

In this research, the implementation of peer support served as a case study for deepening the learning about innovative interventions and organizational changes, emphasizing implementing recovery-promoting and person-centered practices in mental health services. The interpretation of the findings highlighted the potential of peer support and the presence of peers in mental health organizations to challenge the traditional medical model of mental health services. This is achieved by promoting recovery-oriented relationships characterized by partnership and closeness, using self-disclosure and experiential knowledge, challenging the dichotomy between staff members and service recipients, and setting new boundaries. Therefore, it is important

to continue realizing this potential and developing the integration of peers in mental health services in Israel and worldwide.

The research further raises the importance of an organizational culture that aligns with the change the intervention seeks to promote as a key to the successful implementation of innovative interventions in organizations in general and in the implementation of recovery-oriented interventions and peer support in mental health organizations in particular. Thus, an organizational culture oriented towards the philosophical values underlying the concept of recovery and peer support is required. In the current study, such a culture was characterized by managers who appreciate the significance of experiential knowledge and its potential contribution as well as professionals characterized by humility, confidence, and openness; awareness among all levels of the organization of the advantages of experiential knowledge; and the creation of an organizational atmosphere that allows for personal disclosure and the use of experiential knowledge. It also involves flexibility and willingness for organizational learning and growth from crises. It further emerged that an organizational culture that does not support implementation is characterized by stigma among professionals and service recipients towards peer roles and by fear within the organization and among professionals of criticism, competition, and blurring of boundaries. Hence, to realize the potential of peers and recovery-promoting interventions in driving social change and a recovery orientation in traditional services, it is essential to start with organizations or specific units within the organization where a recovery-promoting organizational culture exists.

The research also showed Optimal implementation of innovative recovery-promoting interventions in general and peer support in particular requires translating organizational culture into organizational commitment. That is, into practice, organizational arrangements, infrastructures, protocols, job descriptions, and investment of organizational resources. These include: the involvement of all stakeholders in implementing the new intervention from the initial stage; appointing referents within the organization who are committed to promoting the issue; creating a platform for collaborative work of all those involved in the implementation in the organization; professional employee selection for peers; clear job definition for peers in which their unique experiential knowledge is expressed; monitoring the fidelity of intervention implementation/peer roles to the core values of "peerness"; introducing at

least two peers into the organization; and allocating appropriate conditions, salary, and prospects for professional development for peers. This development should include professionalization through training and supervision and the definition and regulation of peer roles. At the same time, the flexibility and uniqueness of peer roles need to be maintained, with an understanding of the potential costs of professionalization. Alongside this, professionalization of the organizations employing peers is also required through intensive training, preparation, and guidance for all organization levels; accompanying teams and managers in a process that helps embed experiential knowledge across all levels of the organization; and exposing managers and staff members to peer roles, as an integral and contributing part of the organization, over time and working alongside them with physical proximity and direct interaction. Furthermore, promoting a significant involvement of peers in the organization is required, in which they express their unique knowledge concretely, in key positions, and throughout all stages of the service life cycle – from planning to evaluation – so that they have a broad impact on the organization. In addition, there is a need to provide accommodations to peers according to their needs, including managing crises such as hospitalization of peers, alongside coordination of expectations, cooperation, and information transfer between staff and peers.

Furthermore, the research shows that government policy constitutes an important implementation-promoting factor for innovative intervention, recovery-promoting intervention, and peer support intervention. Such policy should be reflected in regulations and their enforcement in the field, funding designated peer roles, training and certification processes for peers, and education and training processes for staff and organizations. Without it, the sustainability and continuity of the intervention will not be possible.

Finally, the research attests to the importance of a systematic and comprehensive implementation process following an implementation framework and using existing and proven effective strategies for successful implementation. The research demonstrates that the use of implementation science in the mental health field, from the planning stage to the implementation of interventions in the field, contributes to bridging the gap between research in the field of mental health recovery and peer support, and practice and policy. To ensure the success of implementation, it is also essential to adapt the implementation frameworks and strategies to the values and

language of recovery and develop awareness and proactivity in bringing research findings to implementation in the field.

Keywords: peer support, peer support workers, peer providers, peer expert, consumer as provider, implementation, recovery-oriented interventions, challenges and promoters, implementation science, implementation evaluation, self-disclosure, using experiential knowledge

This work was carried out under the supervision of: Prof. Galia Moran

In the Department: The Charlotte B. and Jack J. Spitzer Department of Social Work

Faculty: Humanities and Social Sciences

Peer Support (UPSIDES) in Rehabilitation Services in Israel: A Specific Case for Learning about Implementing a Recovery-Oriented and Person-Centered Intervention in Mental Health Services

Thesis submitted in partial fulfillment

of the requirements for the degree of

"DOCTOR OF PHILOSOPHY"

by

Inbar Adler Ben Dor

Submitted to the Senate of Ben-Gurion University

of the Negev

Approved by the advisor

Approved by the Dean of the Kreitman School of Advanced Graduate Studies

Beer-Sheva

Peer Support (UPSIDES) in Rehabilitation Services in Israel: A Specific Case for Learning about Implementing a Recovery-Oriented and Person-Centered Intervention in Mental Health Services.

Thesis submitted in partial fulfillment

of the requirements for the degree of

"DOCTOR OF PHILOSOPHY"

by

Inbar Adler Ben Dor

Submitted to the Senate of Ben-Gurion University

of the Negev

Beer-Sheva