



סיכום פיילוט סיוע לאחד אירוע אובדני וטיפול בשורדי נסיונות אובדניים

שותפים :

עמותת "בשביל החיים"

והקואליציה הישראלית לטראומה

2009-2011

סיכום "פיילוט צפון":

תכנית סיוע לאחר האירוע האובדני

נכתב על ידי אורלי אביטל MSW, מירה פרבשטיין MSW ואבי לוי MSW.

בהמשך לדו"ח הוועדה הבין משרדית שהוגש ב- 2006 פועלת החלה מסוף שנת 2009 תכנית ניסיונית לסיוע למשפחות לאחר האירוע האובדני. תכנית זו מתבצעת במחוז חיפה והצפון כהליך ניסיוני לקראת גיבוש תכנית כוללת ארצית במסגרת תכנית לאומית למניעה וטיפול בבעיית האובדנות בהובלת משרד הבריאות ובשיתוף משרדי ממשלה וגופים נוספים. מטרת התכנית היא לסייע למשפחה הנפגעת לאחר האירוע האובדני על מנת למזער את נזקיו ולתת כלים להמשך התמודדות.

לתכנית הניסיונית שותפים המוסד לביטוח לאומי, הקואליציה הישראלית לטראומה, עמותת "בשביל החיים", משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים באמצעות השירות לרווחת הפרט והמשפחה.

התכנית כוללת- סיוע טיפולי לבני המשפחות של מתאבדים בתחנות לטיפול משפחתי וטיפול על ידי התחנות לבריאות נפש לאנשים ששרדו ניסיון אובדני. בנוסף מפעיל המשרד קבוצות תמיכה לבני המשפחות דרך עמותת "בשביל החיים".

בשנת 2011 גובשו הסכמות ראשוניות עם משרד הבריאות לשילוב תכנית זו במסגרת התכנית הלאומית למניעת אובדנות.

התכנית יצאה לדרך בשנת 2009 ופעלה במס' אפיקים מבחינה ארגונית:

1. צוות היגוי לתכנית
2. צוות לביצוע התכנית
3. שיתוף פעולה בין הארגונים ומשרדי הממשלה השותפים בתכנית

השירותים שניתנו במסגרת התכנית:

1. טיפול פרטני, זוגי או משפחתי במסגרת התחנות לטיפול משפחתי של משרד הרווחה במחוז הצפון (21 תחנות מקרית שמונה ועד חדרה). הטיפול ניתן ע"י עובדים סוציאליים בעלי הכשרה בטיפול משפחתי משפחתיים שהוכשרו במסגרת תכנית הפיילוט לטפל בבני משפחה שחוו מוות פתאומי. הטיפול ניתן פעם בשבוע למשך שעה.
2. קבוצות תמיכה – קבוצות שהוקמו לפי שיוך משפחתי (קבוצות הורים, קבוצות בני זוג, קבוצות לאחים). הקבוצות פעלו פעם בשבועיים למשך שעה וחצי והונחו ע"י מנחה קבוצות מקצועי בתחום השכול. הקבוצות נפגשו 22 פגישות במהלך השנה (כמעט שנה).

צוות היגוי לתכנית:

הוקם צוות היגוי שלקחו בו חלק נציגי כל הארגונים, העמותות ומשרדי הממשלה השותפים בתכנית הפיילוט.

הנציגים כללו את הארגונים:

משרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, מחוז הצפון של משרד הרווחה (השירות לרווחת הפרט ומשפחה), נציגי עמותת "בשביל החיים", הקרן למפעלים מיוחדים של ביטוח לאומי, הקואליציה הישראלית לטראומה, צוות המחקר המלווה מאוניברסיטת חיפה, פרויקטור התכנית ואורחים שהוזמנו לפורום מעת לעת.

מטרות צוות ההיגוי: לקיים חשיבה משותפת, לאגם משאבים, לדון בסוגיות ודילמות שעולות מהשטח, ולקדם שותפויות כדי לפתח ולהרחיב את התכנית.

צוות ההיגוי נפגש אחת לחודשיים. במהלך פגישות אלה נוצר שיתוף פעולה פורה בין כל המשתתפים, ואווירת עבודה יעילה שתרמה רבות לקידום התכנית.

צוות התכנית:

מונו רכזת תכנית ומתאמים להפניית מטופלים לתחנות לבריאות הנפש.

תפקידי הרכזת כללו: ריכוז פעילות הפרויקט, ניהול פגישות צוות ההיגוי ומעקב אחר החלטות והטמעת התכנית הפנייה, תיווך ותיאום טיפול של בני משפחה שחוו התאבדות מול התחנות לטיפול משפחתי, יישוג פונים, הקמת קבוצות תמיכה (בניית קבוצות, ראיונות משתתפים, איתור מקום למפגש, איתור מנחה, מעקב אחר פעילות הקבוצה והערכה), דיווחים, מעקב אחר משכורות, טיפול בהעברות הכספים למימון התכנית, וניהול תקציבי של התכנית. כמו כן: פיקוח ובקרה על עבודת מתאמי הטיפול בניסיונות אובדניים.

טיפול בבני משפחה שחוו התאבדות

שלבים בהתפתחות הפרויקט

1. הטמעת השירות במחוז הצפון
2. הכשרת מטופלים במחלקות לשירותים חברתיים ובתחנות לטיפול משפחתי
3. הפניית מטופלים לטיפול בתחנות לטיפול משפחתי ובריאות הנפש
4. הקמת קבוצות תמיכה

תהליך הטמעת השירות במחלקות לשירותים חברתיים – מתחילת הפרויקט גובשו 2 מסמכי יסוד שכללו הסבר על הפרויקט, מטרותיו והשירותים שניתנים למשפחות שחוו התאבדות. המסמכים הופצו בקרב כל המחלקות לשירותים חברתיים בעיריות וברשויות המקומיות במחוז הצפון. בוצעו שיחות עם מנהלי מחלקות לשירותים חברתיים ופגישות עם צוותים של עובדים סוציאליים בשירותי רווחה במחוז וזאת

במטרה לפרסם את השירות, להפיץ את הידע ולסייע למטפלים בשירותי הרווחה להתמודד עם פניות וטיפול במשפחות שחוות התאבדות.

תהליך ההטמעה לקח חודשים ארוכים והניב תוצאות רק אחרי כשנה. במקביל לתהליך ההטמעה של התכנית בוצעה הכנה עם התחנות לטיפול משפחתי והיערכות לקראת קבלת מטופלים, בני משפחה שחוות התאבדות. מוסדו נהלים שנדרשו לצורך קבלת הטיפול (הועדות מחלקות לשירותים חברתיים) והחלו להתקבל ראשוני המטופלים.

במקביל הוצעו הכשרות לעובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים וכן למטפלים בתחנות לטיפול משפחתי. במסגרת 4 ההכשרות שהתקיימו הוכשרו עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים הן במגזר היהודי והן הערבי וכן מטפלים בתחנות לטיפול משפחתי. סה"כ: כ- 70 עובדים שעברו את ההכשרה.

הטיפול בתחנות לטיפול משפחתי:

במקביל להטמעת השירות במחוז הצפון ולאחר הכשרת המטפלים בתחנות ועו"סים בשירותים החברתיים החלו להגיע פניות של בני משפחה שחוות התאבדות אל רכזת הפרויקט. הפניית בני המשפחה כללה:

1. היכרות קצרה בשיחת טלפון ותיאום פגישה לפי הצורך
2. הסבר קצר על התכנית
3. מילוי טופס לפרטים אישיים לצורך ההפניה לתחנה לטיפול משפחתי (בדר"כ הסמוכה למקום מגוריו של הפונה). טופס הפניה כולל פרטים ביוגרפיים, כתובת וטלפונים ליצירת קשר עם הפונה ופרטים אודות נסיבות הפניה (פירוט קירבה למתאבד, מתי היתה ההתאבדות, מוטיבציה לטיפול וכו')
4. העברת ההפניה אל התחנה לטיפול משפחתי
5. יצירת קשר של נציגות התחנה עם הפונה תוך מס' ימים ובמקביל היערכות לקבלתו לטיפול.
6. יצירת קשר של הפונה עם המחלקה לשירותים חברתיים לצורך ביצוע הועדה (פרוצדורה לצורך מימון הטיפול בתחנה. 25% מממונת ע"י הרשות המקומית).
7. דיווח חודשי של התחנה למחוז אודות הטיפולים שבוצעו בכל חודש.

מתכונת הטיפול בתחנות: מפגש טיפולי שבועי של שעה.

נכון לחודש מרץ 2012 בתחנות לטיפול משפחתי מטופלים כ- 70 משפחות. רוב המטופלים הם פרטניים. במהלך התוכנית השתלבו בטיפול בתחנות לטיפול משפחתי כ- 120 משפחות במהלך שנתיים. החל מחודש ינואר 2012 הוחלט כי הטיפולים בתחנות לטיפול משפחתי יוגבלו לחצי שנה (כ- 24 מפגשים טיפוליים) עם אפשרות להארכה בפנייה למפקח מחוזי ובהסתמך על דו"ח סוציאלי המצדיק את הארכת הטיפול.

תובנות מהשדה לאור הניסיון שהצטבר :

1. קושי בפניות מהמגזר הערבי. מיעוט פניות לקבלת טיפול וקושי בהטמעת השירות במגזר הערבי.
2. תיוג שלילי של שירותי הרווחה מקשה על בני המשפחה לפנות אל שירותי הרווחה ולהרשם לקבלת טיפול מתאים. רוב הפונים אל הרווחה אינם מוכרים בשירותי הרווחה ונוהל הרישום וקבלת האישור לטיפול (הועדה) יוצרת מחסום רגשי. בחלק מהמקרים ניתן לפתור בעיה זו באמצעות שיתוף פעולה של התחנה לטיפול משפחתי עם שירותי הרווחה ואפשרות לבצע את הרישום דרך התחנה ובכך למנוע את הגעת הפונה אל מחלקת הרווחה. אישור ההפנייה נתון לשיקול דעתו של מנהל המחלקה לשירותים חברתיים מה שיצר במס' פניות במהלך התכנית סירוב לבצע הועדה משיקולים כלכליים ואחרים.
3. לא הוטמע מודל של התערבות קצרת טווח במשבר וזאת מול תפיסות מקצועיות של טיפול ארוך טווח בתחנות לטיפול משפחתי.
4. דילמה אתית בפניה ישירה אל המשפחות וביישוג בני משפחה לקחת חלק בתכנית.
5. ריחוק גיאוגרפי של התחנות ממקומות ישוב בעיקר באזור הגליל, הגולן ובמגזר הערבי. מקשה על קבלת טיפול נגיש ומותאם לאוכלוסיית מיעוטים, ומבוגרים עם קשיי נידות.

מודל קבוצות התמיכה

מטרות הקבוצה – מטרת הקבוצה כפי שהוגדרו והובאו בפני המשתתפים הם : עיבוד האבל, תמיכה של קבוצת השווים, מקום לפורקן ולשיתוף בחוויה הכואבת, התמודדות עם הסוד והסטיגמה בסביבה תומכת ולא מאיימת, למידה של דרכים להתמודדות והסתגלות למציאות החיים החדשה, ומציאת משמעות ותקווה לעתיד.

יישוג משתתפים ואפיונים אישיים של המשתתפים – רכזת הפרויקט ייזמה לא פעם פניות לבני משפחה שחוו התאבדות להציע את ההשתתפות בקבוצה. ניתן הסבר על משמעות הקבוצה, מטרותיה והמחויבות הנדרשת מהמשתתפים. לא היו קריטריונים להשתתפות מלבד התאמה לשיוך המשפחתי של המשתתפים, הבנה של מטרות הקבוצה, יכולת תקשורת תקינה ומוטיבציה להשתתף בקבוצה.

מבנה הקבוצה, תדירות ומשך המפגשים – הקבוצה היתה קבוצה לפי שיוך משפחתי. הקבוצות הן קבוצות סגורות ולא התאפשרה כניסת משתתפים חדשים במהלך פעילות הקבוצה (רק עד המפגש השני). נפתחו קבוצות להורים, קבוצות לאחים, קבוצות לבני זוג שחוו התאבדות. הקבוצה כללה 9-15 משתתפים ונפגשה פעם בשבועיים למשך שעה וחצי. הקבוצה נמשכה 22 מפגשים (כשנה). המפגשים נקבעו לימים קבועים ושעה קבועה.

מקום המפגשים – מפגשי הקבוצות התקיימו במקום קבוע שנקבע מראש עם המשתתפים. ראוי לציין כי מקום המפגש נקבע בהתחשב בפיזור הגיאוגרפי של המשתתפים. בין היתר נבחרו המקומות הבאים למפגשים : במרכז קהילתי בקרית מוצקין, תחנה לטיפול משפחתי בקיבוץ מזרע, תחנה לאם ולילד בעפולה, מרכז ויצ"ו בלב המפרץ, או בביתה של אחת המנחות בחיפה.

ריאיון המשתתפים – כל המשתתפים הוזמנו לשיחת היכרות וריאיון עם המנחה ורכזת הפרויקט. לריאיון קדמה שיחת היכרות ולעיתים אף הפניה לטיפול במסגרת התכנית. משך הריאיון 20 דקות עד חצי שעה שכלל היכרות ראשונית, הצגת מטרות התכנית, הבהרת ציפיות וחווה ראשוני.

הנחיית הקבוצה – רוב הקבוצות הונחו ע"י מנחה אחד. המנחה הוא עו"ס, פסיכולוג או פסיכותרפיסט בעל הכשרה וניסיון בהנחיית קבוצות. רוב המנחים באו מרקע בהנחיית קבוצות שכול במשרד הביטחון. קבוצה אחת (קבוצת הורים) הונחתה ע"י 2 מנחות (הנחייה ב-co) כל שאר הקבוצות הונחו ע"י מנחה בודד. מנחי הקבוצה רואיינו ע"י צוות מנחים ותיקים מעמותת "בשביל החיים" והודרכו בהדרכה קבוצתית בפורום מנחים של העמותה.

זמן המתנה להצטרפות לקבוצה – זמן המתנה נע בין מס' חודשים לשנה וחצי, זאת בשל איפיון הקבוצה כקבוצה סגורה (שלא קולטת משתתפים חדשים במהלך המפגשים), מה שגרם למשתתפים מסוימים לחכות זמן רב.

קבוצות תמיכה שהוקמו במסגרת הפרויקט (עד לחודש אפריל 2012):

4 קבוצות הורים

2 קבוצות בני זוג

1 קבוצת אחים

בתכנון בחודשיים הקרובים: קבוצת הורים וקבוצת אחים

סך המשתתפים בקבוצות: כ-85 משתתפים

תובנות מהשדה לאור הניסיון שהצטבר:

1. **משך הקבוצה** – מספר המפגשים שנקבעו לקבוצה הוא 22 מפגשים, אחת לשבועיים. הקבוצה נמשכת כשנה. מס' קבוצות קיבלו הארכה למועד סיום הקבוצה וזאת בהתאם לצרכים ייחודיים של הקבוצה. יש לשקול להאריך את משך הקבוצות ולקיימן את הקבוצות במשך כשנתיים ולאפשר שבמועד המפגשים במהלך תקופה זו יחוו בני המשפחה פעמיים במהלך השנתיים אירועים משמעותיים בתהליך עיבוד האבל, ביניהם: ימי הולדת, יום השנה, חגים משפחתיים ועוד. הקבוצה מסייעת בהתמודדות זו בצורה משמעותית.
2. **הנחייה בזוג** – משימת ההנחיה של קבוצות שכול הן קשות ומצריכות מיומנויות ייחודיות והתמודדות מקצועית של המנחה. שוב ושוב עלה ממנחים בשטח הצורך להנחות בזוג קבוצות שכול ולחלוק את המשימה הייחודית הזו. משיקולים כלכליים בעיקר לא התאפשר במסגרת תכנית הפיילוט לקיים קבוצות המונחות ב-co (למעט קבוצת הורים אחת).
3. **שילוב בין טיפול פרטני לטיפול קבוצתי** – מהתרשמות בשטח ושיחות עם מטופלים בתכנית נמצא כי השילוב בין הטיפול הפרטני במסגרת התחנה לטיפול משפחתי וההשתתפות בקבוצה סיפק מסגרת טובה לחזרה לחיים ולהסתגלות למציאות החדשה. משתתפים יצאו מחוזקים מהתהליך והמליצו למשתתפים אחרים למצות את זכותם בטיפול וגם בקבוצה.
4. **קושי בהקמת קבוצות לילדים ולאחים** - במסגרת תכנית הפיילוט הוקמו קבוצות להורים, אחים ובני זוג, אך היה קושי בגיבוש קבוצה לילדים של מתאבדים. הסיבות לכך נעוצות במיעוט הפניות. גם בין

הפונים היו אנשים בטווחי גילאים גדולים. ניתן לומר כי עלה קושי גם בהקמת קבוצות אחים מאותן סיבות.

5. קושי בהקמת קבוצות במגזר הערבי – למרות שהתאבדויות שכיחות במגזר הערבי מצאנו כי ההיענות לטיפול נמוכה ביותר וכן ההיענות להצטרפות לקבוצת תמיכה. קיימת סטיגמה לגבי שירותי הרווחה וכן קשיים על רקע תרבותי.

6. דילמה אתית ביישוג משתתפים

7. ריחוק גיאוגרפי ומגבלת גיל וניידות

ליווי מחקרי

תכנית הפיילוט לוותה במחקר הערכה שבוצע ע"י דר' גיא אנוש ודר' פיצ' רון מביה"ס לעבודה סוציאלית בפקולטה לרווחה ובריאות באוניברסיטת חיפה. ממצאי המחקר יוצגו במסמך נפרד בתום תכנית הפיילוט והם מסתמכים על נתונים אובייקטיביים, שאלוני הערכה, שיחות עם מטופלים ומטפלים ועוד.

טיפול בשורדי נסיונות אובדניים

הפיילוט החל בינואר 2009 ויושם במחוז הצפון, חיפה, הקריות וחדרה. הפרויקט התמקד באוכלוסייה של בגירים (לא בני נוער) שעשו ניסיון אובדני, או שהיו בסיכון, שאין להם אבחנה פסיכיאטרית מוקדמת ואינם סובלים ממחלת נפש ידועה (סכיזופרניה, התקפים פסיכוטיים), שאינם סובלים מהתמכרות לחומרים פסיכו אקטיביים (מכורים לסמים או/ו אלכוהול), ושלא היו מוכרים ומטופלים לפני כן, בתוך מערכות בריאות הנפש או המערכת הפסיכיאטרית הצבאית. הפיילוט יועד בפועל לפלח אוכלוסייה שלא זכתה לקבל טיפול בעבר, והמטרה הייתה לזהות קבוצות סיכון אלו ולהעניק להם טיפול.

תפקדנו בפועל כמתאמי טיפול כלל:

1. **קשר עם חדרי המיון** – הבניית תשתית וקשר עם בתי חולים בצפון ובחיפה, הסברת תכנית הפיילוט למניעת אבדנות, כאשר המטרה הייתה להביא לידיעת צוותי חדר המיון המקבלים את הפונה שעשה ניסיון אבדני, להציע בפניו את תכנית הטיפול ולהפנותו אל מתאמי הטיפול (Case Managers). בנוסף, לדיונים השותפים עם הגורמים המטפלים במיון, פרסמנו ברושורים אשר הופצו בכול חדרי המיון, וכן בקופות חולים ומסגרות בריאות הנפש (כאשר אנו מונחים בחזון ששאיפתו להגיע "לליבם" של הזקוקים לסיוע גם ללא הגעה למיון).

2. **מיפוי, מיון וגיוס צוות מטפלים המתאימים לפרויקט:** הקמת צוותי טיפול (פסיכותרפיסטים, פסיכיאטרים) אשר ייתן מענה מהיר ומיידי בהתאם לצרכים של המטופל (נגישות, התחשבות רגישת

תרבות). מענה זמין תוך 24 שעות מרגע ההפניה. בפועל נוצרו מס' סגנונות של מסגרות טיפול: תחנות לבריאות הנפש, תחנות טיפול פרטיות, קליניקות פרטיות.

3. **יצירת ממשקים בין המערכות** - יצירת קשר וזרימה בין מערכתית מחדרי המיון בבתי החולים למטפלים בקהילה. אנו מתאמי הטיפול מקצועיים, קיימנו מגע ראשוני עם הפונה והפנו אותו לאחד ממוקדי הטיפול בהתאם לאזור מגוריו. בשיחה הראשונית עם הפונה ערכנו אינטק בסיסי להיכרות הפונה, צרכיו, הבנת הנסיבות ומצבו הנפשי, תוך הסברה על השתתפותו בתכנית, השגת הסכמה וחתימה על ויתור סודיות תוך שמירה כללי האתיקה המקצועית.

4. **הרחבה של הגורמים המפנים** – בהמשך לאור ההתפתחות של התכנית למניעת אבדנות, הפרויקט קיבל תאוצה בקרב הקהילייה המקצועית, חלה הרחבה של הממשקים ובהמשך הופנו מטופלים גם ממערכות הרווחה, תחנות לטיפול משפחתי, לשכות לשירותים חברתיים, וכן דרך רופאים ראשוניים/רופאי משפחה בקהילה, אחיות בריאות הציבור בישובים קהילתיים וקיבוצים ועוד.

5. **פיתוח מודל התערבות פסיכותרפי :**

א. טיפול קצר מועד, עד 15 מפגשים.

ב. הטיפול התבסס על התערבות ממוקדת מניעת אובדנות.

ג. הטיפול שילב אלמנטים של – CBT, DBT, טיפול פסיכו דינאמי קצר מועד, עיבוד אובדן, התערבויות רגישות-תרבות (Cultural sensitivity).

6. **רצף טיפולי** - מטופלים שסיימו את הטיפול והיה צורך להמשכיות בטיפול הופנו באמצעות הפרויקט למסגרות שונות לצורך עיבוד המצוקות העמוקות שחוו בחייהם. כגון: מרכזים לסיוע לנתקפות פגיעה מינית, תחנות לבריאות הנפש לעיבוד פוסט טראומה, אשפוז יום, מרכזים לטיפול באלימות, לשכות הרווחה ועוד.

7. **פיתוח כלים למעקב שיטתי** – בפועל חיברנו ויצרנו טפסים ייחודים לפיילוט לצורך איסוף נתונים ותיעוד: טפסי הפנייה, אינטק, הסברה למטופל, טבלאות לאיסוף נתונים, דוחות ביצוע, ועוד.

8. **סקירת ספרות** - איסוף ספרות רלוונטית, ביצוע אינטגרציה של הספרות והפנייתה לחוקרים לצורך גיבוש הצעת המחקר. (ראה נספח מצורף).

9. **הקמת צוותי התייחסות** – מפגשים של הפסיכותרפיסטים השותפים לפרויקט. המטרה הייתה לדון בסוגיות הייחודיות לפרויקט, בדילמות העולות בטיפול בניסיונות אובדניים וניתוח של תהליכים טיפוליים כפי שעולים בטיפול הפרטני/ או ו – הזוגי.

10. **העלאת המודעות** - בתוך המערכת הפסיכיאטרית לרגישות והייחודיות של הטיפול באנשים שעשו ניסיונות אובדניים.

11. **קיום יום עיון** : "ובחרת בחיים" – במרץ 2012, קיימנו יום עיון לקהילייה המקצועית במחוז הצפון בנושא מניעת אבדנות שנערך בבית חולים "העמק" עפולה. ביום העיון השתתפו 360 אנשי מקצוע. יום העיון

הוכתר בהצלחה רבה והתקבלו משוברים רבים על כך, וכן בקשות וציפיות להמשכיות. המספר הגדול של המשתתפים ביום העיון היא תוצאה ישירה של הקשר עם המטפלים והגורמים בקהילה מאז החלת הפיילוט, לצד ה"צימאון" של אנשי המקצוע לעסוק בנושא זה, שפחות "מדובר", אך בפועל פוגש הרבה מהם במסגרת עבודתם.

דילמות ומגבלות הפרויקט:

- **מורכבות גיוס מטפלים לפי הקריטריונים** - (עובדים במערכות בריאות הנפש ועוסקים בפסיכותרפיה) - היה קושי לגייס חלק ממרפאות בריאות הנפש לפרויקט, עקב הסדרים חוזיים וכספיים, התנהלות מורכבת של הגורמים הרפואיים עד לקבלת ההחלטה להצטרף וליצור חוזי התקשרות עם מובילי הפרויקט. לכן בפועל, לא כול המרפאות השתלבו בתכנית. האלטרנטיבה הייתה גיוס תחנות טיפול פרטיות כמו : תחנת מיטב בקריית שמונה, תחנת העמקים בגלבע, וכן קליניקות פרטיות של אנשי טיפול מוסמכים ובעלי ניסיון בתחום.
- **מגבלות של פיזור גיאוגרפי** – מחוז חיפה הינו מרוכז ולכן, הטיפול היה נגיש יותר לפונים, בעוד מחוז הצפון הינו מרחב גדול ומפוזר ולא היה ניתן לכסות את כולו. קושי זה עוד יותר, ביחס למגזר הערבי ובמיוחד לגבי המטופלים המתגוררים בכפרים.
- **מגבלות סטיגמה ותרבות** - מגבלות שכתוצאה מהם, נמנעו הנזקקים לטיפול להצטרף לפרויקט. מגבלות אלו באו לידי ביטוי בעיקר במגזר הערבי והכפרי.

תובנות מהשדה:

מטרת הפיילוט הייתה ללמוד את הפוטנציאל והמגבלות (קשיים נפשיים, חברתיים, תרבותיים, מערכתיים, דתיים, ארגוניים) ליצירת מערך ארצי עתידי לטיפול במניעה וצמצום אירועי אובדנות בקרב שורדי נסיונות אובדניים במדינת ישראל.

הטמעה - במהלך החצי שנה הראשונה התמקדנו בהקמת והבניית התשתית הארגונית. בשלב הבא (לאחר חצי שנה) החל תהליך קליטת הפניות מחדרי מיון, ומגורמים שונים בקהילה. בתהליך הדרגתי שהתפתח וקיבל תאוצה נוצר מערך טיפולי מקצועי זמין, ונגיש. במסגרת מערך טיפול זה שהתפתח במהלך שלוש וחצי השנים האחרונות טופלו כ - 600 מטופלים.

מעורבות הקהילה – להימצא בסיכון אובדני פירושו להגיע למצוקה אישית עמוקה מאוד ועם זאת מצוקה זו אינה אישית בלבד אלא טומנת בחובה גם מצוקה זוגית, משפחתית וחברתית, וכך ראוי להתייחס אליה. במהלך הפיילוט הצלחנו לגייס את הקהילה ולא רק את המרפאות לבריאות הנפש. נוכחנו לדעת מקרוב שאנשי הטיפול בבריאות הנפש חשים מצוקה זו של הפונים וזקוקים באופן קריטי ל"כלים" טיפוליים ומערכתיים (כפי שהפרויקט הציע) בכדי להיות מעורבים ולסייע בסוג טיפול זה שהוא קריטי ואקוטי כאחד. מדובר בכל מגוון גורמי הטיפול כגון : אחיות בריאות הציבור, מחלקות לשירותים חברתיים, עובדי קהילה בישובים קהילתיים, ער"ן ועוד. אלו שימשו לעתים כמתווכים ומפנים לטיפול במסגרת התכנית.

"לא כל מי שמנסה להתאבד רוצה באמת למות" – על סמך מפגשים אישיים עם פונים נוכחנו לדעת מקרוב, שניסיונות אבדניים רבים הם סוג של קריאת מצוקה, בפועל אנשים אלו זועקים לעזרה, ולכן הזמינות של נתינת העזרה הינה חיונית ביותר. המתנה ממושכת, עשויה לגרום לכך שאותו פונה לא יקבל את העזרה, והוא זה ש"יכנס לסטיסטיקה" של אלו שהצליחו לשים קץ לחייהם.

"לא רק חולים פסיכיאטרים מועדים להתאבדות" – היבט זה ודאי היה ידוע קודם לכן, אבל באמצעות פיילוט זה ניתן לאושש ידיעה זו. אבדנות אינה רק נחלתם של אנשים הסובלים ממחלת נפש. בפרויקט זה נפגשו עם פונים רבים ללא עבר פסיכיאטרי. נוכחנו לדעת ולהכיר מקרוב פלח אוכלוסייה "נורמטיבי" אשר נמצא בסיכון אבדני, עקב נסיבות חיים קשות, משברים במשפחה, קונפליקטים בין-אישיים, משברים כלכליים, פיטורים מעבודה, מחלות פיזיות, הסתגלות חברתית, תרבותית ועוד. חלקם נשאו בעיות רקע קודמות אשר לא טופלו מעולם, כגון התעללות מינית, נפשית, אלימות ועימם המשיכו את חייהם הנורמטיביים. בדרך כלל הם בעלי משפחות, נמצאים במעגלים חברתיים, ומתמודדים עם קשיים מבלי שפנו לפני כן, לעזרה. באמצעות הפיילוט אותר פלח אוכלוסייה זה בכדי לאפשר לראשונה הזדמנות לקבל עזרה ולבחור בחיים. מטופלים רבים הביעו את תודתם על הטיפול.

תיוג שלילי למרפאה לבריאות הנפש - משיחות שהתקיימו עם פונים, מסתבר שחלק מהם לא היו מוכנים לקבל טיפול במרפאה לבריאות הנפש. אי המוכנות נבעה מהסטיגמה שיש למרפאות עקב חששות מפתחת תיק במרפאה וחשש משימוש במידע אישי שעלול לכאורה לפגוע בהם. לכן, הטיפול בתחנות הפרטיות ובקליניקות אפשר להם לקבל עזרה ולא להימנע ממנה.

היתרונות של מרפאות לבריאות הנפש – היתרונות של המרפאות לבריאות הנפש, בעיקר נבעו מכך שעומד לרשותם צוות רב מקצועי, הכולל פסיכיאטרים ופסיכותרפיסטים המיומנים וערוכים לטפל בתחום האובדנות. ובנוסף כן הדרכה זמינה למטפלים העוסקים בכך. להדרכה ולתמיכה במטפלים ישנה חשיבות רבה מעצם העיסוק בתחום לא פשוט ואחריות כבדה. מטפלים אלו זקוקים בעצמם לסיוע רגשי הכולל תמיכה וליווי מקצועי. לגבי הפונים של הפיילוט, היתרון הבולט של המרפאות היה בכך שבמקרים שהיה צורך בהמשך טיפול, אלו זכו לקבל בקדימות את הטיפול בהמשך במרפאה.

הערך המוסף לחולים פסיכיאטריים – במהלך הפיילוט פעמים רבות הופנו אלינו כול מי שביצע ניסיון אבדני, ללא סינון והתאמה על פי הקריטריונים של הפיילוט. יוצא אפה שבפועל הופנו אלינו גם פונים בעלי אבחנה פסיכיאטרית שלא התאימו לפרויקט שלנו, אך היו זקוקים לעזרה ולכתובת טיפולית נגישה כלשהי. לאור הקשרים שיצרנו עם גורמי הטיפול השונים, דאגנו להפנות אנשים אלו לטיפול במרפאה לבריאות הנפש, ובפועל גם אלו זכו לעתים לקדימות.

המגזר הערבי – בפילוט למדנו מקרוב ששכיחות ניסיונות האובדניים בקרב המגזר הערבי הינה גבוהה, אולם ההיענות לטיפול הינה נמוכה. גם מבין אלו שהתקבלו לטיפול ההיענות הייתה נמוכה באופן יחסי. משיחות רבות שקיימנו עם הפונים ובני המשפחה מסתבר שישנם קשיים על רקע תרבותי, כך למשל "האישה לא תגיע לטיפול אם הבעל לא מסכים...או שהבעל מעמיד תנאי להצטרפותו לטיפול...". דהיינו בחינת שילוב הבעל בטיפול הנה מרכזית לסיוע ל"מטופלת המזוהה" אך באופן ישיר ומיידי גם לבעלה ולבני המשפחה.

בנוסף, מחסום נוסף, הנה הסטיגמה הקשה הקיימת על שימוש והסתייעות בשרותי בריאות הנפש. החשש היה מפני מפגש עם בני משפחה, דודים או אנשים מהכפר שמא עובדים או מטופלים באותם מקומות. מכאן, שהמודל (פסיכותרפיה להתערבות במשבר) פחות התאים לצרכים של חלק מהמגזר הערבי.

לפיכך, ההמלצה היא להפעיל מודלים של עבודה סוציאלית קהילתית, או מודלים אחרים תוך התאמה לצרכי המגזר הערבי.

ההתערבות – פסיכותרפיה קצרת מועד הינה ההמלצה שלנו כמסגרת מתאימה לטיפול (במגזר היהודי באופן מוחלט ובחלק מהמגזר הערבי). להערכתנו יש חשיבות בהגדרת זמן ממוקד ולא תכנית טיפול פתוחה שלא מוגדרת בזמן. המודלים הקוגניטיביים התנהגותיים והאינטר-פרסונאליים עדיפים על המודלים הדינמיים, ויש בהם לתת מענה הולם יותר. חשוב לפתח מודלים אלו המותאמים לטיפול בסיכון אובדני.

המטפלים – דמות המטפל בנושא אובדנות הינה חיונית ביותר, המטפל האנושי, שיוצר קשר אישי וחם עם הפונה הינו בהתאמה טובה יותר. שכן אנשים שעשו ניסיונות אבדניים הנמצאים בשעת משבר קריטית זקוקים למטפל הנוטע תקווה, מנרמל קשיים אנושיים, מגיב באכפתיות ומסייע בגיוס המשאבים האישיים והסביבתיים בכדי להעביר את האדם בסיכון אובדני לבחירה בחיים.

תפקיד מתאמי טיפול - תפקיד מתאמי הטיפול בתכנית למניעת אבדנות הינו תפקיד חיוני ביותר ליצירת הקשר עם הפונה, הפנייתו לטיפול, ובהמשך המעקב. בדומה לעבודה עם נפגעי נפש חשיבות תפקיד מתאם הטיפול להוות "סוכן חברתי" המתווך בין זכויות החולה למשאבים הנתונים בחברה (לדוגמה, "סל שיקום") גם בתכנית זו ישנה חשיבות למתאמי טיפול, שאינם חלק אינטגרלי מהמערכת המטפלת. מתאם הטיפול צריך להיות נציג משרד הבריאות שתפקידו לוודא שהפונה מקבל את הטיפול בהתאמה לאזור מגוריו, ובזמינות המרבית. אנו כמתאמי טיפול פיתחנו מיומנות רבה בשדה והיכרות את התחום הלכה למעשה, מעבר לכל תיאוריה. למדנו להכיר ולהבין דקויות קטנות בכול הנוגע לתחום. זהו ידע שמיש שאפשר לנו להפעיל שיקולי דעת בזמן אמת מבלי להיות תלויים בבירוקרטיה, ובשרשרת החלטות הנוגעות לסמכות הירכית. האפשרות להתאים החלטה לפונה בהתאם לצורך (לתפור תכנית לפי מידה) הייתה יתרון גדול לתכנית וענתה על צרכי המטופלים.