

פיתוחה של התכנית הלאומית למניעת התאבדות בישראל ויציאתה לדרך ליאור כרמל

הקדמה

בתחילת שנת 2008, בדיוק עם סיום תפקידי כמנהל ההקמה של הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, קיבלתי שיחת טלפון מגורם במשרד הבריאות, והלה הסב את תשומת לבי לכך שבישראל קיימת תופעה חברתית הדומה מאוד בתוצאותיה לתופעת התאונות בדרכים וגובה כ-450 הרוגים ואלפי פצועים מדי שנה – תופעה שכלל לא הייתי מודע לממדיה – תופעת ההתאבדות.

לאחר תהליך מיון ממושך זכיתי לנהל את הפיתוח ואת כתיבת ההמלצות לממשלה בדרך להקמת תכנית לאומית למניעת התאבדות בישראל ואף להיות מנהלה הראשון מטעם משרד הבריאות וגיוינט ישראל.

פרק זה הוא סיכום של למידה, מחקר, התרשמות וחויית משש שנות עבודה מרתקות וחשובות. הפרק אינו מתיימר להיות פרק מדעי, אלא סיכום תמציתי ואמין המתבסס על מחקרי עבר, על תכניות מהעולם, על תכניות מישראל, על עבודת הפיילוט, על המחקר המלווה לפיילוט, על ההמלצות ועל תפעול התכנית בחודשים הראשונים ללידתה.

הפרק מחולק לשלושה חלקים:

- א. תיאור וניתוח המציאות טרם היציאה לדרך – שלב הלמידה המקדים
- ב. תיאור וניתוח התגבשות מערך הפיילוט – שלב התכנון, הביצוע וגיבוש ההמלצות
- ג. התכנית הלאומית למניעת התאבדות הלכה למעשה – חזון ויעדים

שלב הלמידה המקדים

מכיוון שלא הכרתי מספיק את תופעת ההתאבדות בכלל ואת תופעת ההתאבדות בישראל בפרט, ניצלתי את החודשים הראשונים בתפקיד ללמידה. במשך כשלושה חודשים קראתי עשרות מאמרים וראיינתי עשרות אנשי מקצוע מתחומי בריאות הנפש, עבודה סוציאלית, ייעוץ ופסיכולוגיה חינוכית, וכן משפחות שכולות, חוקרים ואנשי אקדמיה בכירים, עובדי עמותות רלוונטיות ומנהלים ממשרדי הממשלה השונים על התופעה מנקודת מבטם האישית והמקצועית.

במהלך החודשים האלה למדתי על כלל הפעולות שנעשו בנושא מניעת התאבדות, על השאלות, התהיות, נקודות המבט השונות והרגשות שנושא ההתאבדות בכלל ומניעת התאבדות

בפרט מעוררים בקרב המרואיינים, וניסיתי להבין מהן הציפיות שלהם מהתהליך וכיצד כל אחד מדמיין את התכנית הלאומית למניעת התאבדות.

אחת הדילמות הראשונות שעמדו בפניי בחודשים הראשונים לתפקיד הייתה מדוע בחרו לתפקיד מישהו שאינו מכיר את התופעה? שחייב ללמוד ולהשלים פערים? בשיחה עם אחד הפסיכיאטרים הבכירים במדינה נעניתי שהתכנית זקוקה לאדם בעל מטען ניהולי, שיעזור לחבר בין התיאוריות, הניסיון והמחקרים מהעולם ומהארץ וינהל את כל התחומים הנוגעים בדבר ואת משרדי הממשלה לקראת הקמת תכנית לאומית.

המוטיבציה והמשאבים כבר קיימים האחריות והאתגר הגדול הוא לאתר את החסמים, לבחון את התהליכים הארגוניים לביצוע תכנית, לבחון כיצד לרתום את הביורוקרטיה, לנתח צרכים תקציביים, לעזור לכל השותפים להתמודד עם כל השאלות ויחד לבנות תכנית לאומית רב-מערכתית למניעת התאבדות.

- הפחד מלעסוק בהתאבדות

במהלך חודשי הלמידה ניכר שפרט לאנשי מחקר שתחום עיסוקם הוא התאבדות ומניעת התאבדות ולחברי הוועדה הבין-משרדית בראשות משרד הבריאות, מרבית אנשי המקצוע נמנעים מלדבר ומלעסוק בתחום, קל וחומר הבריות ההדיוטות. יתרה מזאת, רבים מהם לא עברו במשך שנות לימודיהם ועבודתם הכשרה ממוקדת בנושא התאבדות ומניעתה (נכון לשנת 2008). לטענת רבים מאנשי בריאות הנפש הם לא קיבלו הכשרה ממוקדת לטיפול במטופלים אובדניים, לא נחשפו לשיטות טיפול ולא העמיקו בצרכים הייחודיים של אוכלוסיות בעלות שונות תרבותית. לדוגמא, רופאי ילדים כלל אינם מקבלים הכשרה בנושא בריאות הנפש ומניעת התאבדות אף על פי שגיל ההתבגרות מאופיין בסערות רגשיות. חלקם אף הודו שהם אינם מודעים לתסמינים בסיסיים של תחלואת נפש ודיכאון בקרב נוער. היועצים החינוכיים, העובדים הסוציאליים והפסיכולוגים החינוכיים אינם זוכים להכשרה מקצועית בתחום ולרוב הם מתמודדים עם תופעת ההתאבדות כאשר הם נתקלים באיומים של תלמידים או של מטופלים לשם קץ לחייהם או במקרים של פגיעה-עצמית או התאבדות.

דוגמה חשובה נוספת היא ההתמודדות (או אי-ההתמודדות) של רופאי המשפחה עם מטופלים אובדניים. מחקרים מלמדים שרבים מהמתאבדים (50%–70%) פוקדים את רופאי המשפחה בחודשים שלפני ההתאבדות ומתלוננים על בעיות סומטיות, בעיקר על כאבי ראש ובטן.

בראינות ובהכשרות רופאים רבים ציינו שהם נמנעים לחלוטין מלשאל שאלות הקשורות בסטרטגי, פתוח ארגוני וניהול פרויקטים לאובדנות, אלא אם כן המטופל מציין באופן ישיר שיש לו משאלת מוות או תכנית לשם קץ לחייו.

ההימנעות מלעסוק בתופעת ההתאבדות חוצה תחומי התמחות. רבים מאנשי בריאות הנפש חוו בעבר התאבדות של מטופל, ומהשיחות איתם עולה כי הם מרגישים צורך להימנע מלהיפגש עם מטופלים אובדניים, וניכר שהם עצמם זקוקים לסיוע. עובדים סוציאליים סבורים שאובדנות היא נחלת אנשי בריאות הנפש בלבד, אנשי מערכת החינוך סבורים שאין מאחוריהם עורף טיפולי ולכן הם אינם מוכנים לקבל אחריות על איתור תלמידים, ומרביתם עדיין סבורים שמוטב לא לדבר על התאבדות משום שדיבור על הנושא עלול לעודד התאבדויות, "להכניס להם רעיונות לראש".

במחקר שערך ד"ר יעקב אזרחי עבור התכנית במטרה ללמוד על תחושת המסוגלות ואת רמת הידע הבסיסי (baseline) של אנשי המקצוע השונים, הועברו 341 (צוותי ברה"ן – 102, יועצים ופסיכולוגים חינוכיים – 56, רופאים ראשוניים – 78 וצוותים מבתי חולים כלליים – 105). התשובות האפשריות נעו על סולם 1-5, כאשר תשובה 5 מעידה על תחושת מסוגלות גבוהה או ידע גבוה. כ-90% מהתשובות לשאלות נעו בין 2-3, תשובות המעידות על תחושת מסוגלות ורמת ידע נמוכות (אזרחי, 2012, עמ' 126-138).

יתרה מזאת, מהשיח המתמשך עם מנהלי מערכות החינוך, הרווחה, הקליטה ומוסדות הקהילה השונים עלה כי המקור להימנעות מעיסוק בנושא הוא מחוסר ידע, דעות קדומות וחרדות הנובעות ממעורבות במקרי התאבדות בעבר.

- המיקום הנמוך של ההתאבדות בהיררכיה של המוות

אין זה סוד כי לתרבויות שונות התייחסויות שונות לסיבות המוות ולגורמיו. הגישות השונות משפיעות במישירין על האופן שבו החברה מתייחסת לבני משפחת הנפטר וכן על האופן שבו המדינה מתייחסת לתופעה. ניתוח השוואתי בין הקצאת המשאבים בתכניות מניעה, טיפול ושיקום למתמכרים לסמים ולאכזוהול, לבטיחות בדרכים ולמניעת התאבדות, מלמד על ההבדלים בהתייחסות החברה והמדינה. בראש הפירמידה ההיררכית של המוות ניצב "המוות בקרב". מוות זה טבוע באתוס של מדינת ישראל ולכן מלווה בגאווה, בתגמול חברתי, בתגמול כלכלי לשאירים (בני משפחה קרובים), באירועי תרבות ובימי זיכרון הקבועים בחוק.

כיום בישראל נמצא מוות כתוצאה מהתאבדות על רקע מצוקה נפשית במקום הנמוך ביותר ב"היררכיה של המוות", בהתייחסות החברתית והפוליטית. עובדה זו גורמת לתהליך אבל

מורכב וכואב, להזדהות חברתית (בקבוצות אוכלוסייה מסוימות), לאי-השקעת תקציבים במניעה, פתוח ארגוני וניהול פרויקטים

לדיווח מועט בתקשורת, לקושי בביטוי מחאה של בני המשפחה כנגד המערכות הציבוריות ולטיפול מצומצם של רשויות הבריאות והרווחה בשאירים לעומת טיפולן במשפחות של מי שמת מסיבות הממוקמות במקום גבוה יותר בהיררכיה.

התופעה הקרובה ביותר במניין ההרוגים והפצועים לתופעת ההתאבדות היא תופעת תאונות בדרכים. בטבלה הבאה ניתן ללמוד על היחס השונה של המדינה לשתי התופעות אף על פי שמספר ההרוגים והפצועים בשתייהן דומה.

לפנינו טבלה המשווה בין ההתייחסות בישראל למוות בגין תאונות ובין ההתייחסות

למוות בגין התאבדות (נכון לשנת 2009):

נושא	תאונות דרכים	התאבדות
מהות	אירוע אקראי שיכולים להיות מעורבים בו מספר בני אדם ואשר מסתיים לעתים במוות	אירוע המתוכנן על ידי אדם בודד ומטרתו לסיים את חייו
אפידמיולוגיה	הנתונים מתעדכנים מדי יום	הנתונים מתעדכנים מדי שנה עד שלוש שנים והם אינם שלמים ומדויקים (פער של 38% בקירוב) (שוחט ובראון, 2012, עמ' 59)
מספר הרוגים	359	404 (מניחים כי המספר האמיתי אף גבוה ב-38%)
מי נספר?	כל מי שנהרג בתאונה: אזרח ישראלי, מהגר עבודה, תייר או פלשתינאי (כ-10% ממספר ההרוגים אינם אזרחים ישראלים)	רק בעלי אזרחות ישראלית (לפיכך שיעור המתאבדים של אזרחי ישראל גדול עוד יותר בהשוואה לתאונות דרכים)
הקצאה תקציבית לתכנית לאומית	כ-400 מיליון ש"ח לשנה	כמיליון ש"ח לשנה לפיילוט, למשך שלוש שנים
יחידה ארגונית הנושאת באחריות לתכניות מניעה	הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים	אין

מטות לבטיחות בדרכים בכל הרשויות ותקציב פעילות	אין תכניות, אין תיאום בין המעורבות ואין תקציב	מעורבות רשויות מקומיות במניעה
חוק הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים. בהתאם לקבוע בחוק, ראש הממשלה מחויב לתת דין וחשבון לכנסת מדי שנה	אין התייחסות	רגולציה

• היעדר גורם אחראי למניעת התאבדות בישראל

על שולחנו של מי מונחת האחריות למנוע התאבדות? השאלה נשאלה בסוף כל ריאיון ובכל שיחה בחודשים הראשונים לתכנית. התשובות לשאלה היו מתחמקות ולא ממוקדות ונעו בין "של אף אחד" ל"של המתאבד". על המרואיינים היה להתמודד עם שאלה נוספת: האם יש לכם אחריות למניעת התאבדות? התשובה הרווחת הייתה "ממש לא", ואף הובעה תמיהה על עצם השאלה. עובדי מערכת בריאות הנפש הביעו אחריות להעניק טיפול לאדם האובדני ובתנאי שהוא האדם האובדני, "מתגייס" להגיע לטיפול. לא קיימים נהלים ברורים לטיפול בסרבן טיפול או במי שאין ביכולתו להגיע לטיפול. נוסף על כך, אין נהלים ברורים ומחייבים לביצוע reaching out (שיחור) לאדם האובדני, ובמקרים רבים ה-reaching out נעשה בהתנדבות ע"י המזכירות, האחיות או המטפלים עצמם.

בבתי החולים הכלליים המצב קשה עוד יותר. כ-5400 מקרים של ניסיונות התאבדות מגיעים לחדרי המיון מדי שנה (חקלאי, 2011, עמ' 64). במרבית בתי החולים מטופל שניסה להתאבד משוחרר ללא כל סיוע וללא כל הכוונה להמשך טיפול בקהילה. בבתי החולים אין מי שבמסגרת תפקידו חלה עליו האחריות לוודא שהמטופל ימשיך לקבל טיפול בקהילה. חשוב לציין שבשנת 2009, בהתאם להמלצת הפסיכולוגית הראשית של משרד הבריאות, שונו נהלי השחרור מחדרי מיון של מטופלים לאחר ניסיון התאבדות, אך בבדיקה שערך צוות התכנית בשנת 2013 התגלה כי בתי החולים אינם מקיימים את הנוהל.

• תכניות למניעת התאבדות נכתבות בדרך כלל בדיעבד

במהלך העבודה על הפיילוט ובזמן כתיבת התכנית הגיעו פניות רבות מארגונים ומרשויות מקומיות שביקשו להשתתף בתכנית או לקבל עזרה במניעת התאבדות. פניות אלה הגיעו לאחר שהתרחשו במקומות אלה מקרי התאבדות.

רבים שבחרו במוות כפתרון למצוקה. באותה התקופה שמו קץ לחייהם עולים רבים במרכזי הקליטה של הסוכנות היהודית עקב קשיי קליטה בארץ. לאחר התאבדותו של דודו טופז בתא כלאו נמתחה ביקורת ציבורית חריפה על שבי"ס עקב ריבוי לכאורה של מקרי התאבדות בקרב אסירים. בכל הארגונים שהיו בהם מקרי ההתאבדות החלו לחפש פתרונות כדי למנוע את ההתאבדות הבאה. כולם התחילו בצעדים לבניית תכנית פנים-ארגונית למניעת התאבדות (ללא כל קשר לתכנית הלאומית).

הבריחה מעיסוק בנושא מניעת התאבדות מסתיימת לאחר מקרי התאבדות, כאשר מנהלי ארגונים חייבים להתמודד עם התופעה. האצבע המאשימה הפנימית והחיצונית, הפחד מהמקרה הבא ומעגלי ההדף של ההתאבדות מובילים מנהלים לקבל אחריות ולבקש עזרה. מנהלים אלה מלווים באופן אישי את התפתחות התכנית למניעת התאבדות. הם מקצים משאבים רבים, ממנים אחראים לתכנית, מתייעצים עם מומחים ורותמים את כל המערכות הארגוניות לתכנון ולביצוע תכנית. התוצאה הלא-מפתיעה היא שבכל הארגונים שהפעילו תכנית פנים-ארגונית מספר המתאבדים ירד בעשרות אחוזים.

- חוסר אינטגרציה בין המערכות

לאחר שלב הלמידה וכדי להוציא לפועל את התכנית במספר יישובים היה צורך לגבש וועדת היגוי מקומית ולהפגיש את אנשי בריאות הנפש, הרווחה, הקליטה, קופות החולים והחינוך אלה עם אלה ולבחון את נקודות ההשקה ואת שיתופי הפעולה המתבקשים בעת בניית התכנית. במפגשים הראשונים התגלתה תמונה מפתיעה וכואבת מאוד.

בישיבות הראשונות היינו זקוקים ל"זמן איכות" כדי להתמודד עם מקרי העבר. כולם הרגישו צורך לפרוק את המטענים הרגשיים, המקצועיים והאישיים. אחרי שנים של חוסר תקשורת ועבודה לא מתואמת, זה לא היה ברור מאליו שיושבים יחד ומקשיבים. הטענות היו הדדיות וזוהי תמציתן:

1. מערכות בריאות הנפש באו בטענות אל היועצים ואל הפסיכולוגים החינוכיים שהם מפנים "בסיטונאות" לחדרי מיון ולמרפאות בריאות הנפש. לטענתם 95% מההפניות הבהולות לא הצריכו חדר מיון, ובתי הספר יכולים היו לתת פתרון מניעתי מקומי לבעיה.
2. מערכות הרווחה האשימו את מערכות בריאות הנפש בכך שהן לא מתייחסות להפניות ומי שכבר נקבע לגביו כי הוא זקוק לטיפול מתקבל רק לאחר מספר חודשים. נוסף על כך,

האחריות מוטלת על כתפיהם. לטענתם הם היחידים שנשלחים לתת מענה אף על שאין להם הידע והסמכות לקבוע האם האדם הוא אובדני ואין להם ההכשרה המתאימה לנהל איתו משא ומתן.

3. מערכות החינוך טענו כלפי מערכות בריאות הנפש שרבים המקרים שבני נוער חוזרים לבית הספר לאחר ניסיונות התאבדות והם אינם מודעים על כך. לטענתם, הנערה/ה חוזרת/ת לבית הספר לאחר ניסיון התאבדות, ובהיעדר מידע אין ביכולתם לסייע לזה. במקרים קיצוניים יותר הם אף מוצאים את עצמם מתמודדים עם התנהגות אובדנית בין כותלי בית הספר ללא כל מידע על התלמיד (דווח על נערה שהשתחררה מבית חולים לאחר ניסיון התאבדות וכעבור ימים ספורים יצאה לטיול שנתי ובעודה עומדת על מצוק איימה לשם קץ לחייה).

4. נציגי העולים בני העדה האתיופית טענו כי ביישובים בהם קיים ריבוי של עולים חדשים, האבחונים של אנשי בריאות הנפש לוקים בחסר. אין ביכולתם להבין את מצוקותיהם ואת תרבותם של בני העדה והדבר מוביל לטיפולים לא מתאימים ולאשפוזים בכפייה במרכזים לבריאות הנפש. יתרה מזו, מערכות המטפלות בעולים מאתיופיה טענו כי בלשכות הרווחה ממהרים להרחיק את הגברים מבתיהם מבלי להבין את ההקשר התרבותי של הקונפליקט המשפחתי. במקרים רבים לאחר שהוחלט להרחיק את הגבר האתיופי מביתו הוא מוצא את עצמו ללא קורת גג, רחוק מילדיו ומבני משפחתו, מושפל ונטול יכולת להבין את המערכות הביורוקרטיות. במקרים אלה הגבר האתיופי רואה את ההתאבדות כמוצא לבעיה, ובמקרים רבים הוא גם רוצח את בת זוגו.

5. חשוב לציין שפרט לטענות שעלו במערכות השונות בעניין שיתופי הפעולה ביניהן, אוכלוסיות שלמות בסיכון כלל אינן נגישות למערכות השונות – יש מחסור עצום במטפלים דוברי ערבית, אין מענה ממשלתי למשפחות שיקריהן התאבדו, אין מענה לנוער להטי"ב, לנוער חוזר בשאלה ולאזרחים במצוקה נפשית בפריפריה הגיאוגרפית.

שלב התכנון, הביצוע וגיבוש ההמלצות

רקע

- הגדרת מטרות הפיילוט

אסטרטגיות למניעת התאבדות.

התאמת האסטרטגיות הנבחרות לתרבות ולצרכים של החברה בישראל

האסטרטגיות שנבחרו להיבדק בשלב הפיילוט:

1. יעילות טיפולי CBT ו-DBT למניעת התנהגות אובדנית
2. פיתוח תכנית הסברה למניעת התאבדות ובדיקת יעילותה
3. בדיקת היעילות של הכשרת שומרי סף למניעת התאבדות
4. בחינת יעילות העברת שאלוני איתור (שאלוני Teen Screen לנוער; HPQ9 למבוגרים ולזקנים) למניעת התאבדות
5. בחינת תרומתם של קווים חמים למניעת התאבדות
6. בדיקת היעילות של תכנית חוסן לתלמידי בתי הספר האוכלוסיות שנבחרו להשתתף בפיילוט היו נוער, עולים וזקנים.

נוסף על ביצוע הפיילוט ביצעו במרכז לבקרת מחלות של משרד הבריאות תכנית לטיוב נתונים אפידמיולוגיים לבדיקת היקפי התופעה בפועל ובה בעת פעלה תכנית פיילוט נוספת של משרד הרווחה בשותפות משרד הבריאות, הביטוח הלאומי ועמותת "בשביל החיים" להקמת קבוצות תמיכה לבני משפחה אשר חוו התאבדות.

עד מהרה הבין צוות התכנית שהמציאות מכתובה שינוי במטרות התכנית, וכי יש לעבור מבדיקת יעילות האסטרטגיות והתאמתן לצרכי האוכלוסייה בישראל לבניית דגם לתכנית לאומית שתופעל בשלושה יישובים. לפיכך הוגדרו שלוש מטרות חדשות לפיילוט:

1. איתור יזום של זקנים, בני נוער ועולים המצויים בסכנת התאבדות והפנייתם לאבחון רב-מערכתי ולרצף טיפולי כדי למנוע מהם מלנסות ולהתאבד.
2. שיפור הרצף הטיפולי בין המערכות לאחר ניסיון התאבדות של מטופלים אשר שוחררו מחדרי מיון, כדי למנוע ניסיון התאבדות חוזר וכדי לחזק את הקשרים בין המערכות השונות.
3. חיזוק החוסן הנפשי ויכולות ההתמודדות של בני נוער ועולים עם משברים ומצוקות נפשיות.

של קו יזום לזקנים בדיכאון, ביקורי בית לזקנים אובדניים, קבוצות תמיכה לזקנים בדיכאון, הפעלה של מתאמי טיפול בכל מערכות הבריאות השותפות, ביצוע מחקרים לבדיקת הצרכים הייחודיים של אוכלוסיות שונות כמו נוער בסיכון, נוער להטי"ב, עולים חדשים וכן סקרי ניסיונות התאבדות.

- מדדים לבדיקת הצלחת התכנית

לאור השינוי במטרות הוגדרו מדדים חדשים לבחינת יעילות התכנית. המדדים החדשים היו הבסיס להגדרת הפעולות שנבדקו במחקר המלווה של הפיילוט. המדדים מחולקים לשלוש קבוצות. מדד תשומות הבוחן את היקפי הפעילות של התוכנית ואת מידת השותפות והחשיפה של פעילות זו, מדד תפוקות הבוחן את היקפי ההשפעה של התשומות על התהליכים הארגוניים והתנהגות ומדד תוצאות הבודק את מידת ההשפעה של פעילויות התוכנית על היקפי ניסיונות ההתאבדות וההתאבדויות.

תשומות ← תפוקות ← תוצאות

מדדי תשומות

1. אחוז המשתתפים בהכשרות שומרי סף בכל ארגון
2. אחוז המשתתפים שמילאו שאלוני איתור בכל ארגון
3. אחוז המשתתפים בהכשרות מקצועיות בקרב צוותי בריאות הנפש, צוותי רווחה, רופאים ראשוניים ופסיכולוגים ויועצים חינוכיים.
4. שיעור האזרחים שנחשפו לחומרי פרסום והסברה ומידת השפעתם
5. מספר הזקנים המקבלים תמיכה בקו היזום לזקן ומידת השפעתם
6. זמינות טיפול של גורמי בריאות הנפש ומשך הזמן שלוקח למטופל לקבל טיפול מרגע ההפניה ועד הקבלה על ידי גורם בבריאות הנפש
7. משך הזמן שלוקח לכל אסטרטגיה להתחיל לפעול בארגון מרגע ההחלטה ועד לאיתור המטופל הראשון ולאבחון

מדדי תפוקות

1. שיפור תחושת המסוגלות והידע של כל אנשי המקצוע המעורבים בתכנית
2. עלייה במספר האיתורים שמבצעים שומרי הסף או שמתבצעים באמצעות שאלונים או אנשי מקצוע
3. עלייה במספר המטופלים הפונים לקבל סיוע במערכות בריאות הנפש לאחר שהופנו על ידי שומרי סף, לאחר שקיבלו תמיכה בשירותים האנונימיים או לאחר שאותרו באמצעות שאלונים
4. עלייה במספר המטופלים המתמידים בטיפול (הטיפול לא מופסק כאשר המטופל לא מגיע באופן סדיר ולכן יש חשיבות לבחינה של כמות המתמידים ולא רק כמות המטופלים)
5. עלייה במספר המטופלים החוזרים לחיים שגרתיים
6. עלייה במספר המטופלים שנקלטים במרפאות לבריאות הנפש לאחר שהופנו מחדרי מיון לאחר ניסיונות התאבדות
7. עלייה במספר סרבני הטיפול החוזרים לקבל טיפול
8. עלייה במספר הפניות לקבלת סיוע בקווי החמים או באתרי האינטרנט
9. ירידה במספר ההפניות שלא לצורך ממערכת החינוך לחדרי מיון

מדדי תוצאות

1. ירידה במספר המתאבדים
2. ירידה במספר ניסיונות ההתאבדות

מהלך הפיילוט ותוצאותיו

לאחר התארגנות של למעלה משנה וחצי נבחרו שלושה יישובים שבהם יתבצע הפיילוט: רחובות, רמלה וכפר כנא. שלושה קריטריונים עמדו למבחן: היישוב משקף את צורכי התכנית מבחינה דמוגרפית, קיום שיתוף פעולה מצד הרשות המקומית ומערכות הבריאות השונות וכמות מטופלים צפויה העונה על הצרכים הסטטיסטיים של התכנית. לפיילוט היו שותפים רבים: שישה משרדי ממשלה (בריאות, רווחה, חינוך, קליטת עלייה, כלכלה ואזרחים ותיקים) וארגונים ציבוריים וממשלתיים (כמו גיוינט ישראל, צה"ל, ביטוח לאומי, שב"ס, שלושה בתי חולים, שלוש מרפאות לבריאות הנפש, 12 בתי ספר, קופות חולים, תנועות וארגוני נוער, עמותות לשירות זקנים, עמותת ער"ן, עמותת סה"ר, עמותת בשביל החיים) ועוד.

במשך שנה הופעלו ונבדקו כל האסטרטגיות של התכנית בהתאם למדדי התשומות והתפוקות וניהול פרויקטים, פתוח ארגוני

והתפוקות שנקבעו כדי להשיג את התוצאה: ירידה במספר המתאבדים. העבודה הייתה מורכבת מאוד ולוחות הזמנים התארכו בשל הקושי של הארגונים השותפים ובעלי התפקידים להכיל את התכנית, אך לבסוף הצטברו מספיק נתונים כדי שנוכל ללמוד מהם, להסיק מסקנות ולהמליץ המלצות.

טבלת סיכום של האסטרטגיות, התשומות והתפוקות העיקריות בפיינל (כרמל, 2012, עמ' 53)

הערות	תפוקות	תשומות	אסטרטגיה
היה צורך להתאים את התוכן לצרכים הייחודיים של כל ארגון ולרמת החרדה והידע הקודם של חברי הארגון	עלייה בתחושת המסוגלות ומתן אפשרות לשיח פתוח על נושא אובדנות ומניעת התאבדות. אותרו מקרים בודדים על ידי שומרי סף, בעיקר בקרב עולים מאתיופיה. יחד עם זאת, רופאים ראשוניים שעברו הכשרה הפנו פי שלושה יותר מטופלים למרפאות בריאות הנפש לעומת קבוצת ביקורת של רופאים שלא עברו הכשרה.	נערכו מעל 50 הכשרות שבהן השתתפו למעלה מ-1000 איש מכל המערכות, השתתפות של 90% מקהל היעד. משך הכשרה 4-16 שעות. בשלוש שפות: עברית, ערבית, ואמהרית.	הכשרות שומרי סף
מילוי השאלונים בבתי הספר היה מלווה בחרדות, בפחד, בחוסר שיתוף פעולה, בחוסר מנהיגות ובחוסר לקיחת אחריות. בקופות חולים נמנעו מלשתף פעולה בנושא ולכן לא הועברו שאלונים. צוותי	נמצא כי ארבעה אחוזים מקרב בני הנוער זקוקים לטיפול וכי 30% מהזקנים היו בשלבים כאלה או אחרים של דיכאון.	הועברו 150 שאלוני Teen Scen בבתי ספר (50 ברמלה וברחובות ו-100 בכפר כנא); פחות מ-25% השתתפות. 120 שאלוני PHQ9 חולקו לזקנים על ידי מעריכות	איתור יזום באמצעות שאלונים

<p>הביטוח הלאומי שיתפו פעולה באופן מלא ומוצלח.</p>		<p>ביטוח לאומי.</p>	
<p>ההצלחה נבעה בין היתר מכך שמונו מתאמי טיפול בכל המרפאות לבריאות הנפש ובבתי החולים בהיקף של 8-20 שעות שבועיות.</p>	<p>קבלה של 50% מהמטופלים שהופנו מחדרי מיון, התמדה של 80% מהמטופלים ועלייה של 200% בהפניות מקופות חולים.</p>	<p>הכשרת למעלה מ-80 מטפלים, קרוב ל-100% השתתפות והקצאת שעות טיפול כך שכל מטופל יתקבל תוך 48-72 שעות.</p>	<p>הכשרות מטפלים</p>
<p>השירות נמצא יעיל והניב פירות, יחד עם זאת נמצא שנותני השירות זקוקים לתמיכה אחרת מזו שמקבלים מתנדבי ער"ן הרגילים.</p>	<p>למעלה מ-50 זקנים ביקשו להשתתף בתכנית. כולם המשיכו לקבל תמיכה בהתאם לפרוטוקול: 12 שיחות, חצי שעה כל שיחה.</p>	<p>הוכשרו עשרה מתנדבים של עמותת ער"ן, והמערך פעל במשך שנה שלמה.</p>	<p>קווים יזומים לזקנים</p>
	<p>מכיוון שהשירות הוא אנונימי לא ניתן היה לאסוף נתונים על הצלחת השירות באזור הפיילוט. יחד עם זאת, מחקרים דומים בארץ ובעולם מלמדים שהשירותים הללו חשובים, יעילים ומניבים פירות.</p>	<p>הוכשרו למעלה מ-400 מתנדבי ער"ן ו-40 מתנדבי עמותת סה"ר. לאור צורכי התכנית נתנה עמותת סה"ר שירותים גם בערבית.</p>	<p>קווים חמים ואינטרנט</p>
		<p>משרד החינוך התנגד לבצע הסברה בבתי הספר.</p>	<p>הסברה לנוער</p>
<p>יש צורך לבצע התאמות בדרכי השיווק של ההצגה.</p>	<p>בתום כל הצגה פנו משתתפים מהקהל לקבל פרטים על דרכי הפנייה ועל מקורות טיפול. מספר הפניות של בני הקהילה האתיופית לשירותי בריאות הנפש עלה באופן ניכר, אך לא ניתן לקשור זאת במישרין להצגה.</p>	<p>הופקה הצגה בשפה האמהרית "שאריות של החיים שלו" וצפו בה כ-750 בני אדם ברמלה וברחובות; בתום ההצגה נערך דיון עם</p>	<p>הסברה לבני הקהילה האתיופית</p>

ייעוץ אסטרטגי וניהול פרויקטים		עובד סוציאלי דובר אמהרית.	
ההסברה הייתה מצומצמת כדי לא לחרוג מתחומי יישובי הפיילוט. סביר להניח שאם היה שימוש במדיות ארציות כמו טלוויזיה ואתרי אינטרנט פופולריים, מידת החשיפה הייתה גבוהה בהרבה.	9% מהזקנים נחשפו לפעילות ההסברה וכן 48% משומרי הסף לבני נוער. לא ניתן לקשור בין העליה בתפוקות לפעילות ההסברה שבוצעה.	תשדירי שירות שפותחו בתכנית שודרו בבתי קולנוע ובאתרי אינטרנט מקומיים, ופוסטרים ושלטי חוצות נתלו בכל רחבי היישובים ובמוסדות ציבור כגון קופות חולים עירייה וכו'.	הסברה כללית

• מדדי תוצאה : מספר מתאבדים בפועל

לכאורה הייתה ירידה במספר המתאבדים בשנת הפיילוט (כפר כנא בשנת 2010 ורמלה ורחובות בשנת 2011), יחד עם זאת, לאור המספרים הקטנים והתקופה הקצרה שנערך בה הפיילוט לא ניתן לקבוע בוודאות שהירידה נובעת מהאסטרטגיות שפעלו בתכנית ומי מהן הביאה לירידה אם בכלל, אך חשוב להביא את הנתונים כהווייתם.

מקרי התאבדות ברמלה וברחובות בשנים 2011-2004 ובכפר כנא בשנים 2011-2007

הפיילוט נערך בשנת 2010 בכפר כנא ובשנת 2011 ברמלה וברחובות

ממוצע לשנה	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	
9.75	3	8	14	11	4	14	15	9	סה"כ
2.5	0	2	2	2	2	3	6	3	עולים חדשים
0.625	0	0	2	2	1	0	0	0	כפר כנא

מקור הנתונים : המרכז לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2012.

המרכיבים המרכזיים של התכנית הלאומית

בתום תקופת הפיילוט ולאור תוצאותיו גובשו ההמלצות לתכנית לאומית. בהמלצות התכנית הודגשו ההיבטים הארגוניים והניהוליים של התכנית.

מסמך ההמלצות כולל שישה פרקים (כרמל, סיכום והמלצות, 2012):

פרק ראשון: המתווה לתכנית לאומית למניעת התאבדות

פרק שני: אסטרטגיה ניהולית, היערכות ארגונית וכוח אדם

פרק שלישי: משרדי ממשלה וארגונים שותפים בתכנית

פרק רביעי: הערכות תקציביות ומדדי ביצוע

פרק חמישי: הצעה לתהליך יישום ארצי של התכנית

פרק שישי: הערות והמלצות כלליות לתכנית

מסמך ההמלצות משקף חתירה למציאות חדשה באמצעות מדיניות הרואה בחיים ערך עליון.

חזון ויעדים

במדינות רבות נשאלה השאלה: מהו חזון התכנית? 0 מתאבדים? ירידה של 20% או אולי 30% בתקופה של שנה או שלוש שנים או חמש שנים?

חזון התכנית: חברה שמתקיים בה שיח תמידי על בריאות הנפש בכלל ועל התאבדות בפרט. השיח על מניעת התאבדות הוא נורמטיבי ונטול עכבות חברתיות (בדומה לשיח על בטיחות בדרכים) בכל היחידות הארגוניות של החברה: משפחה, מערכות חינוך, בתי חולים, קופות חולים, מערכות רווחה, מקומות עבודה, עמותות, כלי תקשורת, רשויות מקומיות, משרדי ממשלה ואחרות. בין המערכות השונות מתקיימת תקשורת מיטבית המלווה באמון הדדי ומאפשרת הפעלה של אסטרטגיות המניעה ותהליך שיש בו רצף טיפולי בלוחות זמנים מיטביים. לכל יחידה ארגונית תכנית עבודה למניעת התאבדות.

המטרה האסטרטגית של התכנית: חיפוש האדם האובדני, איתורו והכנסתו לרצף טיפולי, בדגש על אוכלוסיות בסיכון.

אופן ניהול התכנית כדי להגשים את החזון: לפיכך האתגר של התכנית הלאומית למניעת התאבדות הוא להביא לשינוי תרבותי ומבני במערכות השותפות לתכנית ובתפיסה התרבותית של

מערכתית ומטפלת בו בזמן בתקשורת בין המערכות, בידע ובהכשרות, בהקצאת משאבים להבטחת זמינות טיפול, בהפעלת האסטרטגיות, בהסברה, במיצוב תרבות שיח חדשה (נטולת דעות קדומות וסטריאוטיפים) ובהתאמת השירותים לרב-תרבותיות המאפיינת את מדינת ישראל. לצורך יישום חזון זה וניהול התכנית קמה היחידה למניעת התאבדות במשרד הבריאות.

יעדי התכנית: ניתן לקבוע יעדים לאומיים לתכנית מלמעלה למטה (Top down) כפי שעשו במרבית התכניות הלאומיות בעולם, אך ניתן גם לקבוע יעדים אחרת. את היעד הלאומי אפשר לקבוע על ידי צירוף היעדים של הארגונים השותפים בתכנית היכולים לנתח את השפעת התכנית על היחידות הארגוניות שלהם (Bottom up). במקרה כזה, ככל שהיחידות הארגוניות השותפות יהיו קטנות יותר כך יהיה היעד קרוב ל-0. לדוגמה, אם יישאלו מנהלי בתי ספר מה יעד המתאבדים שלהם לשנים הקרובות, סביר להניח שכולם (אחרי שיבינו את משמעות השאלה) יכריזו 0 מתאבדים. מכאן יגזור כל מנהל בית ספר את תכנית העבודה, והמשימה המרכזית תהיה איתור מוקדם של כל מי שמפתח נטיות אובדניות בזמן, כדי להגיש לו סיוע ועזרה. קל וחומר אם התכנית תפנה למשפחות. במקרה כזה כל הורה יקבע בוודאות כי היעד שלו הוא 0 מתאבדים בקרב בני המשפחה, ומכאן יהיה עליו לפתח תרבות של שיח על מצוקות נפשיות למשל. מכל התכניות שהופעלו בעבר בארץ אנו לומדים שמספר המתאבדים ירד בדרמטיות. התאבדות היא אירוע מתוכנן, וניתן למנוע אותה בשלבים רבים בדרך אם פועלים נכון, בנחישות ובמנהיגות.

מנהיגות בתכנית: מחולל השינוי החשוב ביותר לקראת יישום תוכנית למניעת התאבדות הוא מנהיגות. במשך עשרות שנים מנהלי ארגונים לא קיבלו על עצמם אחריות להתמודד עם התופעה החמורה של התאבדות. חוסר לקיחת האחריות ואי העמדת מניעת ההתאבדות בחזון הארגוני הוא חוצה ארגונים בצה"ל, במשטרה, במשרדי הממשלה, בארגונים ובעמותות. לדוגמה, במשרד החינוך טענו במשך השנים כי הם לא מוכנים להפעיל את התכנית מכיוון שאין עורף טיפולי. המשרד, או מי שקבע מדיניות זו, הביא בחשבון שבכל שנה ימותו 8-15 תלמידים כתוצאה מהתאבדות. מי שבחר במדיניות זו בחר לא להילחם על חייו של כל ילד. תפקידו של מנהיג במערכת החינוך הוא להוביל את המערכת ולעשות ככל שניתן כדי לאתר את הילד האובדני, להגיש לו שירותים בכל מחיר ולהילחם על חייו.

למנהלים וצוותי בית הספר. המשמעות של המנהיגות היא התמודדות עם ההתנגדויות, עם הפחדים, עם הדעות הקדומות ועם המחסור במשאבים. המנהיג מקבל על עצמו את האחריות להניע את המערכת במשאבים הקיימים מחד ולגייס משאבים נוספים מאידך. הוא מעצב מציאות חדשה ובכל מקרה הוא איננו מרפה מהמטרה – הצלת חיי אדם. בשב"ס, בצה"ל, בסוכנות היהודית ובפנימיית חסות הנוער התחילו בתכנית רק לאחר שההתאבדות הפכה לתופעה חמורה, קרי, שיעור מקרי ההתאבדות פגע בתפקודו של הארגון וחשף אותו לביקורת ציבורית ולתביעות משפטיות.

במסגרת התכנית הכרחי לחזק מנהיגות הרואה בחיי אדם ערך עליון. חשוב להביא לידיעת המנהלים במערכות הבריאות, הרווחה והחינוך כי התאבדות היא תופעה חמורה אך שיש באפשרותם להתמודד איתה.

מחקר, ידע ולמידה: מדי שנה מתפרסמים בעולם עשרות מחקרים ומאמרים בנושא מניעת התאבדות. ארגונים רבים בעולם מפתחים אסטרטגיות חדשות למניעת התאבדות. בצבא ארצות-הברית מפעילים מאות תכניות שונות למניעת התאבדות, בסקוטלנד פועלות 400 תכניות ובאירלנד פועלות 96.

כחלק מחזון התכנית יש לפתח תרבות פרואקטיבית של למידה, פיתוח והטמעה של תכניות חדשות בעלות התאמה תרבותית לאוכלוסיות השונות, לצרכים המשתנים ולמגמות החדשות בחברה.

אחת המטרות המרכזיות בדיון המחקרי היא לנסות ולפתח כלים שינבאו התפתחות של קבוצות סיכון חדשות ולתת להן מענה מבעוד מועד. דוגמאות לשינויים חברתיים שיש לתת עליהם את הדעת בשנים הקרובות – האם גיוס חרדים לצה"ל יביא לתופעה של אובדנות בקרבם? האם השינויים בדפוסי התקשורת החברתית של מתבגרים והקושי בדחיית סיפוקים רגשיים (בעיקר מאז הופעת הטלפונים החכמים) עתיד להחליש או לחזק את היכולת להתמודד עם שינויים ומשברים?

כחלק מתהליך הלמידה, על קברניטי התכנית לבצע בדיקות מדגמיות של מקרי אובדנות ולבחון ביסודיות את אורח החיים, את התרבות, את קבלת השירותים במוסדות ציבור ואת המבנה המשפחתי של האדם האובדני, כדי להגדיר קבוצות בסיכון וכן ארגונים ומקצועות אשר יכולים להשתתף בתהליך האיתור של האדם האובדני. למשל, מומלץ להריץ את מספרי תעודות הזהות של המתאבדים ב-10 שנים האחרונות (כ-5,000) במחשבי קופות החולים, הביטוח הלאומי, משרד השראה טל': 08-9278184 | פקס: 08-9278065 קיבוץ נצר-סרני ד.באר יעקב 70395

צה"ל, לשכות הרווחה, בתי החולים ומשרד הפנים ולבדוק אם ניתן למצוא מכנים משותפים אשר יאפשרו פתוח ארגוני וניהול פרויקטים יקלו על האיתור ועל מתן השירותים לקבוצות סיכון.

רווחים משניים מהתכנית: התאבדות היא קצה רצף הסיכון של פתולוגיות נפשיות ומצוקות חברתיות. הצורך לאתר את האדם האובדני יאפשר לדוג ברשת שתפרוס התכנית אנשים במצוקה או חולים הזקוקים לטיפול ולעזרה ללא כל קשר לאובדנות. כאמור, אובדנות נמצאת בקצה הרצף של פסיכופתולוגיות רבות – דיכאון, חרדה, סכיזופרניה, פוסט-טראומה – אך במקרים רבים התופעות הללו הן תולדה של מצבי דחק וקשורות לאירועים חברתיים קיצוניים כמו גירושין, פיטורין, מלחמות, השפלה והגירה. איתור מצבי הדחק מבעוד מועד יאפשר להביא את המערכות לטפל בבני אדם הזקוקים לטיפול. במהלך הפיילוט נמצאו רבים שהזדקקו לטיפול אף שאינם אובדניים. מי שנמצא בדיכאון ללא מחשבות אובדניות קיבל טיפול כמו גם מי שסבל מחרדות, נער שהוריו התגרשו ודיווח על קשיים ואחרים.

סיכום

התכנית הלאומית יצאה לדרך זה מכבר אחרי תהליך ארוך וממושך של מחקר, למידה ופיתוח. במהלך הפיתוח נערכו מחקרים ונכתבו מסמכים רבים שקובצו לערכה מכובדת. מומלץ לכל מי שרוצה להעמיק את ידיעותיו או לקבל השראה למחקרים נוספים לקרוא וללמוד מהם (החומרים נמצאים באתר משרד הבריאות ובאתר ג'וינט ישראל).

בדצמבר 2013 אימצה ממשלת ישראל את מרבית ההמלצות והוקצו 55 מיליון ש"ח ליישום ההמלצות בשלוש שנים. החלטת הממשלה ואישור התקציב היו הצעד האחרון של תהליך תכנון ממושך וצעד ראשון ליישום התכנית.

למעלה מ-80 יועצים, חוקרים, אנשי אקדמיה, חברי עמותות ועובדים במשרדי ממשלה היו מעורבים בתכנון הפיילוט ובביצועו, בכתובת ההמלצות לתכנית הלאומית ובעבודה הפוליטית מאחורי הקלעים. כולם ראויים להערכה ולתודה. לי הייתה הזכות לקבל מהם השראה וידע מחד גיסא ולגיטימציה לנהל מאידך גיסא. תודה מיוחדת לימימה גולדברג, הפסיכולוגית הארצית במשרד הבריאות, ולאיציק זהבי, ראש התכנית בג'וינט, על שותפות יוצאת דופן במשך שש שנים תמימות.

מקורות

אזרחי, י. (2012). **התכנית הלאומית למניעת התאבדות – דוח מסכם**. הוצאת ג'וינט ישראל.
חקלאי, צ. (2011). **אובדנות בישראל: ניסיונות התאבדות 2004–2010**. הוצאת משרד הבריאות.

משרד השראה טל': 08-9278184 | פקס: 08-9278065 קיבוץ נצר-סרני ד.ג. באר יעקב 70395

www.hashraa.com | hashraa.consulting@gmail.com

כרמל, ל. (2012). סיכום והמלצות לתכנית לאומית למניעת התאבדות. הוצאת גיוינט ישראל! עוץ אסטרטגי, פתוח ארגוני וניהול פרוייקטים
כרמל, ל. (2012). תיעוד מהלך פיילוט התכנית הלאומית למניעת התאבדות. הוצאת גיוינט ישראל.

שוחט, ת. ובראון, ט. (2012). הערכת היקף מקרי המוות מאובדנות במחוז ת"א בשנת 2005. משרד הבריאות. נדלה בתאריך 21.8.2015 מכתובת

<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/suicide2005.pdf>