מפגש חוקרים - 28.11.2018

שירלי: אגיד חצי משפט. אנחנו נתחיל ואם יש אנשים שמצטרפים פשוט יצטרפו. למי שזה פעם ראשונה פה, אני רואה פה פרצופים חדשים, אני שמחה. ברוכים הבאים למרכז לימודי מוגבלות. אחד סוגי מפגשים שיש לנו זה מפגשי חוקרים, המטרה גם לחשוף שיח שעוסק במחקר ספציפי, וגם ללמוד איך עושים מחקר, ללמוד על כל רבדים של עשייה מחקרים. יש לנו פה גם את דורי ריבקין, ליטל ברלב, ודפנה הרן. הם יעשו סבב ובטוח יציגו את עצמן טוב ממני. נדבר גם דרך הדגמות של מחקרים שהן עושות, על מחקר חברותי יישומי. אגיד בסוגריים, חשוב שברוקדייל נמצאים פה בכובע הזה, כי זה פחות טבעי לנו באוניברסיטה מחקר מסוג זה. אשמח ללמוד איך עושים מחקר מהסוג הזה. מודה לכם מאוד.

ליטל: תודה. אני ליטל ברלב. אני ראש צוות מוגבלויות במכון ברוקדייל. למדתי שני תארים ראשונים בפסיכולוגיה באר שבע, עושה דוקטורט בחיפה. עוסקת במחקר יישומי חברתי 15 שנה, בעבר בתחום חינוך, בשנים אחרונות בתחום מוגבלויות. אני רוצה להציג, אנחנו מגיעים ממכון ברוקדייל, מכון מחקר חברתי יישומי לדעתי הגדול בישראל. אנחנו שותפות בין הממשלה, לבין ג'וינט עולמי. אני רוצה להראות לכם מה ייעוד המכון, כי זה בעצם קצת מסביר מה זה מחקר חברתי יישומי. המכון מזהה וחוקר נושאי מפתח בחברה שותף למדיניות ועיצוב תוכניות וטיוב שירותים לאדם לחברה ולקהילה, לרווחת כלל תושבי ישראל. המשפט הזה אומר שמהות המחקר זה השפעה, אנו שותפים ומנסים להשפיע על דברים מהותיים בישראל, עוסקים בעיקר באוכלוסיות מוחלשות אך לא רק.

תחומי המחקר אצלנו, אמרתי שיש ילדים ונוער, מוקד ילדים ונוער בסיכון, מוגבלות, תעסוקה מדיניות בריאות. תחום מוגבלויות משיק לתחומים אחרים, אנחנו עובדים בהמון שיתופי פעולה לא רק אנחנו לעצמנו. כשיש לנו מחקרים על ילדים עם מוגבלות, אנחנו עובדים גם עם הצוות שעוסקים בילדים. כשיש מחקרים על זקנים עם מוגבלות אנחנו עובדים גם עם הצוות שעוסק בזיקנה. וכך גם לגבי מחקרים של תעסוקת אנשים עם מוגבלות יש לנו המון שיתוף פעולה, מוגבלויות זה עולם רחב מאשר רק להגיד מוגבלות. כשיש סוגיה חברתית יש שלבים רבים בדרך, מאיתור הצרכים, אסטרטגיית התערבות, גיבוש תמיכה. בסוגיות חברתיות אנחנו עובדים על כל השלבים האלה, בכל מיני שיטות, בסוגים שונים של התערבויות. אנחנו יכולים לעשות סקירת ספרות, מחקר הערכה, סקר אוכלוסייה, יש שיטות שונות של מחקר, ואני רק אתן דוגמא בגיבוש תמיכה. היה מחקר בשנה שעברה שנועד לאמוד את היקף התופעה של ילדים עם מוגבלות נפגעי התעללות והזנחה. ידענו מהספרות שילדים עם מוגבלות מועדים יותר להיפגע מהתעללות והזנחה, אבל לא היה נתון בישראל לגבי היקף התופעה. סקרנו 13 מקורות מידע במשרדי ממשלה, הצלחנו לאתר 3 מאגרי מידע שסיפקו נתונים שניתן לעשות בהם שימוש, ומצאנו שילדים עם מוגבלות חשופים להתעללות והזנחה פי 2.5. הנתון הזה מעורר את התופעה, עוזר לגבש תמיכה, להתחיל להנגיש שירותים לילדים עם מוגבלות, כי יש הבנה שהיום הם ללא מענים. או לפתח שירותים לילדים עם מוגבלות במרכזים לנפגעי אלימות מינית ומרכזי הגנה.

בדקנו את ההשפעה של חוק לרון, אסביר בכמה מילים. חוק לרון בא לצמצם פגיעה באנשים עם מוגבלות שיוצאים לעבודה ומקבלים קצבת נכות. לפני החוק, ברגע שיצאת לעבודה, נשללה קבצת נכות. חוק לרון – בכל מצב אם יצאת לעבוד, מה שתקבל אחרי חוק לרון זה יותר גבוה מהקיצבה עצמה. בדקנו את זה, ההשפעה של חוק לרון נמצאה מועטה. המחקר שלנו בדק מדוע. כל המחקרים האלה הם בעצם עוזרים בעיקר למקבלי החלטות, קובעי מדיניות לקבל החלטות, לשנות ולשפר את השירות לאנשים עם מוגבלות.

היחידה שלנו של יחידה לחקר מוגבלות עוסקת בכל סוגי מוגבלויות. הקונוטציה הראשונית זה מוגבלות פיזית וחושית, אבל גם מוגבלות נפשית, קוגניטיבית, על כל סוגי מוגבלות בכל החומרות גם. יש לנו מחקרים על מקבלי קצבת נכות, אנשים עם מוגבלות חמורה, וגם ילדים עם ADHD, שיש שאלה אם הם אנשים עם מוגבלות. יש לנו מחקרים על ילדים, זקנים, בכל תחומי החיים – השכלה, פנאי, דיור, עצמאות, הורות. כרגע על השולחן יש נושאים כמו השתתפות בחברה של אנשים עם מוגבלות, יש לנו מחקר גדול בנושא, גם מעבר מבית ספר לעולם העבודה של תלמידים בחינוך מיוחד וגם בודקים האם הם משתלבים בשוק החופשי בבגרותם. שינויים בדרכי מתן שירות לאוכלוסייה – למשל יש ניסיון לתת תקצוב אישי לאנשים עם מוגבלות, לעבור ממתן שירותים קיימים לשירות מוכוון אדם ותקצוב אישי. אנו מלווים את הפיילוט הזה. טכנולוגיה מסייעת לאנשים עם מוגבלות – אנחנו מבינים שזה נושא חם ומתמקדים בו. יש לנו מחקר אחד, ורוצים לפתח עוד. אנחנו מנסים לספק נתונים על האוכלוסייה, יש לנו "עובדות ומספרים" שזה דוגמא לנתונים על אנשים עם מוגבלות שאנחנו מספקים. כשאנו מזהים חוסר נתונים, אנו משתדלים לאסוף נתונים כמו למשל סקר גדול שאנחנו עושים על ילדים עם מוגבלות, נושא שאין בו מספיק נתונים. אנחנו מוציאים את החוברת ביחד עם נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות פעם בשנתיים. נושא ילדים עם מוגבלות – נושא שנחקר פחות ויש עליו פחות מידע. אנחנו מאוד רוצים לספק עוד נתונים כדי לסייע במענים ושירותים לילדים עם מוגבלות.

דורי ודפנה אחריי יציגו מחקרים ספציפיים, דוגמאות לסוגים שונים של מחקרים, ידברו במה שונה מחקר חברתי יישומי מהמחקר הבסיסי.

דפנה: אני דפנה, מאוד מתרגשת להיות פה. מבחינתי זה סוג של סגירת מעגל של מסלול אקדמי מקצועי תעסוקתי שלי במהלך השנים. התחלתי מסלול באוניברסיטה העברית, בקצה השני, במחלקה לפסיכולוגיה, עשיתי תואר ראשון במדעי הקוגניציה, תואר שני בפסיכולוגיה במגמה חברתית שהיום לא קיימת במתכונת כזאת, היום היא נקראת תוכנית אישית במדעי מחקר בפסיכולוגיה. במסגרת לימודי תואר שני, עשיתי דוקטורט, ניסיתי לכוון דרכי בנבכי המחלקה. ניסיתי להוביל מחקר בקוגניציה חברתית, לקושש אנשים שיבואו לעשות ניסוי בקומת מרתף של פסיכולוגיה, להביא לפריצת דרך בתחום. נבדקים לא היה לי בעיה לקושש, אבל לא הצלחתי לעשות מחקר, אז יצאתי לעולם של הגדולים, חיפשתי עבודה, מצאתי במכון ברוקדייל, גיליתי שמחקר אמפירי מתקיים לא רק באוניברסיטה, להפתעתי, אלא גם בברוקדייל. אני חוגגת 8 שנים ביחידה לחקר מוגבלות, עוסקת במגוון מחקרים, שאחד אציג בהמשך. ב-4 שנים אחרונות חזרתי לאוניברסיטה, הפעם לכאן לעבודה סוציאלית, עשיתי דוקטורט בבית ספר לעבודה סוציאלית בתמיכת ברוקדייל, בתחום בריאות הנפש. ואת זה אציג בקצרה.

כל הנושא של מחקר בסיסי לעומת יישומי, האם אלה שני קטבים שלא מדברים אחד עם השני, או האם אלה שני קצוות על רצף – זו דילמה שליוותה אותי במסלול מקצועי תעסוקתי שעברתי לאורך השנים. וזה מה שאביא לדיון כעת.

רק כדי לדבר את האוזן והעין בתור פתיחה, למה מתכוונים במחקר יישומי – פה גילינו את התשובה. מדובר בשני סוגי מחקר על רצף, על ספקטרום, מריבת הדיסציפלינות המחקריות יושבות על הרצף. מה שהבאנו כאן לדוגמא, מדעים מדויקים כמו מתמטיקה ופיזיקה, או מדעי הרוח כמו פילוסופיה וספרות, שהם קרובים יחסית למחקר בסיסי אבל לא טהור. בקצה השני של הרצף יש הנדסה, מינהל עסקים, פרסום, שיווק, רפואה וגם עבודה סוציאלית שלדעתנו קרובים לקצה מחקר היישומי. נקודות באמצע זה אומר מגוון דיסציפלינות כמו מדעי החברה למיניהם שיושבים על הרצף.

מה זה בעצם מחקר בסיסי ומחקר יישומי, מעבר לאינטואיציה שלנו עשינו סקירת ספרות לראות מה הגדרות פורמליות. זה העלינו בחכתנו. מחקר בסיסי הוא שיטתי תיאורטי או ניסויי. יש נטייה לחשוב שמחקר בסיסי הוא תיאורטי, אבל יכול להיות גם ניסויי, כמו ביולוגיה כימיה. מחקר בסיסי מיועד לרכישת ידע חדש או הבנה של עובדות. כל קטע של רכישת ידע ושיפור הבנה זה מטרה עיקרית של מחקר בסיסי. אבל אין לו כוונה ליישם את התוצרים שלו, לא ברמה תהליכית ולא תוצאתית. כדי ללטש יותר מה זה אומר, המהות היא להעמיק הבנה של חוקים מדעיים. המחקר מקנה לחוקר חופש מחקרי מקסימלי, הוא מוגבל רק על ידי גבולות דמיון שלו.

דורי: וגרנטים שמצליח להשיג..

דפנה: רציתי להגיד שכל מה שעולה בידו, בעצם במוחו. מחקר בסיסי, כיוון שהוא מיועד להפיק ידע טהור ולא תוצר בר שימוש. הרבה פעמים הוא לא משתלב מבחינה תועלתנית, בדרך כלל נראה מחקר כזה במעבדות מחקר, אולי במלכ"רים, במגזר ציבורי, אבל לא בארגונים למטרות רווח. עם זאת מחקר בסיסי עשוי לתרום לחברה באמצעות יחסי גומלין שהוא מנהל עם מחקר יישומי.

מה זה מחקר יישומי? נתחיל בהגדרה. מחקר יישומי – גם הוא חקירה מדעית. זה לא שעלה במוחי משהו, יש בו מתודה מדעית. מטרה של מחקר יישומי היא לממש את הכוונה, להביא לידי ביצוע. Carrying into effect. הוא בודק למה דווקא ההתערבויות אלה עובדות בעולם האמיתי, גם בודק שיטות שעשויות לשפר את ההתערבויות האלה בצורה מתמדת.

מאפיין מפתח של מחקר יישומי הוא הֶקשֵר, הוא פועל בתוך הקשר קיים, לא משנה לשלוט בו או לפקח עליו. כל מחקר בעצם אפשר לטעון שפועל בהקשר. אבל מחקר יישומי פועל במגוון הקשרים רחבים, שכוללים סביבות חברתיות כלכליות תרבותיים, מבנים מוסדיים פוליטיים מאפיינים דמוגרפיים ואינטראקציות בין מגוון גורמים אלה. כל אלה מחקר יישומי מביא בחשבון ופועל בהקשר רחב זה.

מאפיין נוסף זה מי שעומדים במוקד המחקר, לא החוקר עושה מה שבא לו, אלא קהלי יעד שישתמשו בתוצאות התערבות – קובעי מדיניות, מומחים, צרכני וספקי שירותים, אנשי מקצוע.

בטבלה ניסינו לסכם בקצרה את הבדלים בין שני סוגי מחקרים. מבחינת מימד התפרסות, מחקר בסיסי הולך לעומק, מחקר יישומי עובד בנסיבות רחבות לכן מתפרס לרוחב. המשגה תיאורטית נדרשת ממחקר בסיסי, חייבים חידוש תיאורטי אחרת לא עומד בקריטריון של דוקטורט. מחקר יישומי זה אפשרי אך לא חייב. הקניית והרחבת ידע זה מהות מחקר בסיסי, לעומת זאת מחקר יישומי זה לא מהווה שיקול לא עושים מחקר יישומי כדי לצבור ידע, אלא זה מחקר שמונע מעניין ברמת מדיניות. מה שלא נדרש ממחקר בסיסי. מה עוד נדרש? קריטריונים עיקרים להערכה, מחקר בסיסי מוערך על ידי תקפות ומהימנות. זה סטנדרט מחייב של מחקר בסיסי.

מחקר יישומי לעומת זאת, חשוב שיהיה אפשר לבטא אותו ותהיה לו השפעה על השטח. גם מחקר יישומי הוא חשוב שיהיה תקף ומהימן, לא עושים מה שבא לנו, אבל כן נאפשר גמישות בתקיפות ומהימנות לטובת היתכנות. אם יש שאלון שכולל מאה היגדים שהנסקר מתבקש לדרג בין 7 דרגות מ-1 שזה לא מסכים בכלל, עד 7 - מסכים במידה רבה, השאלות תוקף ברחבי העולם. אני רוצה להשתמש בזה לאנשים עם מוגבלות בסקר, כאשר סקר כולל עוד 100 שאלות. מן הסתם לא אקח את כל המאה שאלות בסקר, אסתפק בעשרה מימדים מייצגים. אעשה קטגוריזציה בינארית לנכון לא נכון. כשאני עושה את זה, אני פוגעת במידה מסוימת במהימנות ותוקף של הכלי, אבל מאפשרת את יישום המחקר.

התייחסות להקשר – מחקר בסיסי – דואג לעשות פיקוח ובקרה על תנאים סביבתיים. עושים ניסוי מבוקר, קבוצת ביקורת כמו קבוצת ניסוי, חוץ מאשר התערבות. כל משתני רקע הם מתערבים, נעשים מאמצים לשלוט בהם. במחקר יישומי הפוך, אוספים מידע בתנאים הקיימים.

יתרונות של כל אחיד מהסוגים. מחקר בסיסי מאפשר גמישות מחשבתית וחירות לחוקר. מחקר יישומי מאפשר גישה למאגרי מידע של גופים ממשלתיים, או ביטוח לאומי. גם בעל השפעה ממשית על השטח.

זה הצגה קצרה של מחקר בסיסי לעומת יישומי. שאלות, הערות, או תרצו בסוף?

בחלק הבא אנחנו נציג לכם שלוש דוגמאות למחקרים יישומים שנעשו לאחרונה ביחידה לחקר מוגבלות. ננסה להמחיש את הערך המוסף של המחקר יישומי ואתגרים וקשיים במחקר מסוג זה ואיך התמודדנו איתם.

התכבדתי לפתוח את החלק הזה. אדבר על בריאות נפש. אני עושה את זה בהרבה פורומים, הרבה פעמים מעורר אמוציות ונקודות לביקורת, אשמח לקבל, רק אבקש כדי שנוכל לפרוס את המגוון של מחקרים אחרים, שנשמור לדיון שיתקיים בסוף. אלא אם יש שאלות הבהרה קריטיות.

המחקר שלי בחן את דפוסי שימוש של שירותי בריאות נפש על ידי מתמודדים עם בעיות נפשיות קשות. יש פה עותקים של המחקר. של דוח ברוקדייל. המחקר שימש בסיס לדוקטורט שלי.

כמה מילים על ההקשר, אמרנו שמחקר יישומי צריך להיות בהקשר, מונע מעניין ברמת קובעי מדיניות. פה ההקשר הוא רפורמה ביטוחית בבריאות הנפש, שחלה ב-2015, העבירה אחריות על שירותי בריאות נפש ממשרד בריאות לקופות חולים, תיקון לחוק ביטוח ממלכתי שנחקק ב-95, זה היה בהתאם. שירותי בריאות הנפש נשארו במשרד בריאות, והיתה בעיה שהוא גם מספק וגם מבקר, אמרו שבדיחוי קל נעביר, לקח 20 שנה, ובעקבות צו ממשלתי מומש ב-2015.

שכחתי לציין שמשרד הבריאות ביקש מברוקדייל לעשות הערכה של הרפורמה, ביקשו מאיתנו לבחון כל מיני היבטים שקשורים לקונטקסט של הרפורמה, אם זה היערכות קופות החולים, אם זה עמדות ופרקטיקות של אנשי מקצוע בבריאות נפש, אם זה חוויות של רופאי משפחה שניצבים בקו החזית לאספקת מענים לבעיות נפשיות. אם זה הצרכנים שמשתמשים בשירותי בריאות נפש. זה מה שעניין אותנו. בספרות מקובלת הבחנה בין שלוש קבוצות צרכנים של שירותי בריאות נפש – קבוצת האוכלוסייה שהתמקדנו בה היא הגרעין הקשה. המעגל החיצוני – יש אנשים באוכלוסייה הכללית שמתמודדים עם משברי החיים שגורמים למצוקה קלינית ופוגעים בתפקוד היומיומי שהם לא מאובחנים. מעגל אמצעי זה אנשים שמתמודדים עם בעיות נפשיות על הרצף של פסיכיאטריה רכה, הפרעות נפשיות יותר נפוצות ומתונות, דיכאון חרדה, הפרעת הסתגלות. המעגל הפנימי זה גרעין הקשה של מתמודדי נפש, פסיכיאטריה קשה – אנשים עם סכיזופרניה, מניה דפרסיה, דיכאון חמור, פוסט טראומה, הפרעת אישיות גבולית והפרעות אכילה.

למה הם נקראים נכי נפש? זה איפשר לי גישה למאגרי הביטוח הלאומי, קיבלתי מדגם מייצג של אנשים שמקבלים קצבת נכות כללית בגין מצב נפשי, לכן אני קוראת להם נכי נפש. סוגיית המתמודדים היא רחבה, אבל הלכתי על אוכלוסיית ידע של נכי נפש. זו הגדרה ששימשה במחקר.

רק כדי לסבר את האוזן, במדינת ישראל יש בערך 235 אלף מקבלי קצבת נכות כללית על כל סוגי מוגבלות, 75 אלף מקבלים על בסיס נפשי, שליש מכלל מקבלי הקצבה, קבוצה גדולה ביותר מבחינת נכות שמקבלים קצבה, למרות זאת נמצאים בשוליים של שיח מחקרי וחברתי. אחת המטרות היתה להשמיע את קולם במרכז הבמה.

זה בנוגע לצרכנים. נעבור לשירותים. אני אוהבת להציג את שירותי בריאות הנפש באמצעות משולש של אשפוז, טיפול, שיקום. אחדד את הבדלים בין סוגי השירותים. אשפוז פסיכיאטרי מיועד לתת מענה לבעיות נפשיות שאי אפשר לטפל בקהילה. אשפוז מיועד להיות פאזה זמנית בחיי האדם, מתאשפז מקבל מענה וחוזר לאורח חיים הנורמטיבי בקהילה. זו הציפייה לפחות. טיפול נפשי בקהילה, אדם פונה לעובד סוציאלי, פסיכולוג, פסיכיאטר, מקבל טיפול פסיכו-תרפויטי, תרופתי. זה טיפול נפשי אמבולטורי בקהילה ולא במוסד. שירותי סל שיקום מעוגנים בחוק נכי נפש בקהילה שנחקק ב-2000, מיועד לנכי נפש בלבד. אשפוז וטיפול מיועדים לציבור הרחב. סל שיקום מיועד לנכי נפש. הסל מספק מעטפת לנכי נפש, שנותנת להם סיוע בתחומי חיים כמו דיור, תעסוקה, פנאי וכן הלאה, במטרה לקדם החלמה, לשפר איכות החיים לסייע להם להשתתף בחברה על בסיס השוויון. במסגרת הרפורמה עברו לקופות אשפוז וטיפול נפשי. שירותי סל שיקום נשארו במשרד הבריאות. כלומר פיצול של המשולש.

המחקר עצמו - מטרתו היתה לתת תמונת מצב עדכנית בנוגע לדפוסי צריכה של נכי נפש בכל התחומים של בריאות נפש. פעם ראשונה שנעשה מחקר מקיף על כל שלושת השירותים. תשאלנו את נכי נפש, לא הלכנו על ראיונות אודות, כלומר חוויה שלהם. וזה נעשה על רקע עדכון רפורמה, המחקר נעשה בתחילת 2016, שינויי מדיניות בסדר גודל זה לוקח להם כמה שנים להשפיע על משתמשי הקצה. לכן זה סקר baseline. עשינו ראיונות עם 350 נכי נפש, כולל בעלי ריבוי ליקויים, כאלה שמקבלים קצבת נכות על נכות פיזית וגם על נכות נפשית, שתי הנכויות קשות מספיק שמזכות בקצבה. נכי נפש צריכים את משולש השירותים, כל זה באחריות משרד בריאות. אנשים עם מוגבלות פיזית מקבלים שירותי שיקום ממשרד רווחה, זה פיצול שֶמֵשִית על הצרכנים קושי נוסף בהתמצאות בין שירותים.

היקף השימוש בשירותים – איך הצרכנים מעריכים את השירותים. גורמים ברמת הפרט והמערכת שמשפיעים על שימוש בשירותים. גורמים מערכתיים זה זמינות ונגישות. המחקר ביקש לתרום ערך מוסף של קונטקסט שנקרא רציפות טיפולית, או מה שיותר מוכר לכם תיאום טיפול. זה רכיב אחד מתוך ההקשר של רציפות טיפולית, הטענה היתה שלא מספיק שכל אחד מהשירותים יהיה זמין ונגיש, אלא שיהיו מתואמים ביניהם כדי שנכה נפש יוכל להתמצא במערכת השירותים באופן רציף, המשכי והוליסטי.

עוד בחנו צרכים בלתי מסופקים בתחום בריאות הנפש.

אציג בקצרה שני ממצאים ואסכם את התמונה. כאן רואים את היקף השימוש בכל אחד מ-3 שירותים בבריאות הנפש, בקרב כלל נפגעי נפש, בקרב בעלי ליקוי נפשי בכלל, ואלה עם קומורבידיות. בעלי ריבוי ליקויים משתמשים פחות בכל אחד מסוגי השירותים. אפרופו פיצול בין בריאות לרווחה, עול בירוקרטי נוסף שבעלי ריבוי ליקויים נאלצים להתמודד. עוד ממצא, אנחנו רואים בסך הכל

רוני: זה נשאר תקף גם אחרי שיש שליטה על רמת הנכות הרפואית?

דפנה: כן. כמעט כל נכי נפש רמת נכות רפואית זה 40 ו-50 אחוז. אובדן כושר השתכרות 100 אחוז.

אלי שמיר (עמותת עוצמה): 75%.

דפנה: מבחינת ביטוח לאומי 75 או 100 אחוז זה היינו הך בקצבה.

כמעט כל נכי הנפש נמצאים בטיפול נפשי בשנה אחרונה, טיפול פסיכו-פרמקולוגי, או פסיכו-תרפויטי, בדקנו זמני המתנה; אין בעיות, רוב הטיפולים במסגרת קופת חולים או טרום הרפורמה בתחנות בריאות נפש. לא עולה כסף וזה בסדר. רק שליש מנכי נפש מקבלים סל שיקום, כאשר 100 אחוז זכאים לכך. סל שיקום הוא מושא לקנאה בקרב צרכני שירות שיקום של משרד רווחה, הוא כולל כל טוב, למה חלק ארי מנפגעי נפש לא משתמשים בסל. בחנו היקף מיצוי זכויות של הזכאים לסל שיקום. בעלי ריבוי ליקויים פחות ממצים את הזכויות בכל אחד מהשלבים. אתייחס לסה"כ נכי הנפש, 67% מהם מכירים את חוק שיקום, יודעים שזכאים לקבל סל שיקום, אבל רק 40% פנו לוועדת סל שיקום מתוך 100%. זה רכיב מינהלי שמתווך את השירותים, הפונה מגיע לוועדה, מתקיים דיון שמיועד לראות את יכולות ומגבלות שלו ורצונות, קובעים תחומי שיקום, באיזה תחום ובאיזה מינון יקבל שיקום. הוועדה אמורה לנטר את התוכנית מדי חצי שנה. ראינו שיש 27% מנכי נפש שיודעים שזכאים לסל שיקום ולא פנו לוועדה. שאלנו למה, חלק ניכר אמרו – לא ידעתי שיש דבר כזה ועדת סל שיקום, מה החיה הזאת. אחרים אמרו שידעו שקיימת ועדה, אך לא הבינו מה צריך לעשות מעשית כדי להגיע לוועדה. איפה היא יושבת, מתי מתכנסת, מי יושב שם, מה צריך לעשות כדי להגיע לוועדה, יש טופסולוגיה כאורך הגלות לבוא לוועדה. מחסור במידע, בהבנה, בעיות אדמיניסטרטיביות, זה חוסר נגישות אינפורמטיבית. מדברים על נגישות פיזית כלכלית חברתית תרבותית, נגישות אינפורמטיבית מהווה חסם בגישה לשירותי סל שיקום, שזה חוליה חיונית לשילוב נכי נפש בקהילה.

בעיות וחסמים בשימוש בשירותים – מחסור במידע מעשי, איך יוצרים ומשמרים קשר. זה תופס בעיקר בנוגע לסל שיקום, אבל לא רק. שאלנו נכי נפש אם יודעים איפה מרפאה קהילתית לבריאות נפש, מיון לבריאות נפש. לא ידעו. רוב נכי הנפש מקבלים טיפול בקהילה, 65% מטופלים אצל פסיכיאטרים, 10% רופא משפחה. רק 25% מטופלים על ידי פסיכולוג או עובד סוציאלי. בדקנו גם את תדירות הפגישות ומִשכן, מצאנו שמרבית נכי הנפש שמטופלים אצל רופא מקבלים התערבות שהיא בעיקר מעקב תרופתי, ניהול תרופתי. הרבה פחות מקבלים התערבות פסיכוסוציאלית למרות שיש צורך כזה בשטח. הסוגיה של אוריינות בריאות דלה, הקושי להתמודד עם מערכת שירותים מפוצלת, בעיקר של בעלי ריבוי ליקויים שקשה להם לנווט בין השירותים.

תמר: למה פחות פונים לשירות פסיכו-תרפויטי?

דפנה: שאלה מצוינת, נבחן את זה במחקר המשך. במחקר הזה שאלנו מי המטפל העיקרי, לא שאלנו למה הוא. שאלנו אם הם מעוניינים ביותר פגישות, אמרו שכן. את אלה שמקבלים טיפול פסיכיאטרי, שאלנו אם הם מעוניינים בטיפול נוסף. אמרו כן, מעוניינים בפסיכולוג. נבחן בהמשך למה.

רצף הטיפול לוקה בחסר; במעבר מבית חולים פסיכיאטרי לקהילה, אי אפשר להעביר ככה בלי טיפול. אנשים שעברו אשפוז היו מרוצים מחוויית האשפוז, שאלנו אם קיבלו הכוונה לחזרה לקהילה. מעטים מאוד קיבלו הכוונה. עוד בעיה היא קונפליקטים בין אנשי המקצוע, בין פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים בגישה מקצועית, לבין מרפאים בעיסוק, פסיכותרפיסטים בכל מיני התמחויות, בני משפחה. הם לא מסתדרים ביניהם והצרכנים משלמים את המחיר. פער נוסף הוא בין אנשי בריאות הנפש לבין רופאי משפחה, הרפורמה אמורה לגשר על זה, כי העבירו את שירותי בריאות הנפש לקופות חולים ואמור להיות קשר טוב יותר בין אנשי בריאות הנפש לרופאי משפחה.

התמונה עגומה. אנחנו ממשיכים קדימה, רוצים לראות מה השתנה אחרי 4 שנים שהרפורמה בשטח. נרצה להתמקד בסוגי ההתערבויות בטיפול נפשי שכרגע מסופק על ידי קופות, כמה הוא תרופתי, כמה פסיכו-תרפויטי, כמה האנשים מרוצים.

הילה: אפשר למדוד אם זה מוטה?

דפנה: במחקר בייסליין שאלנו מי המטפל העיקרי. במחקר המשך שאלנו מה סוג התערבות שאתה מקבל בטיפול, האם תרופות, האם שיחות, האם משתתף בקבוצה, או גם וגם, שילוב. לפי זה נוכל לחלץ את התערבות הדומיננטית שמסופקת בקופות. קודם היו אנשים שהיו מטופלים בתחנות בריאות הנפש, שהיתה שם גישה אחרת לטיפול נפשי. זה קשור לביקורות על הרפורמה. נשאל את צרכנים עצמם.

סל שיקום – הקופות לא קיבלו אחריות במסגרת הרפורמה, מחויבות להפנות לסל שיקום. השאלה כמה הן מכירות את זה, נרצה לבחון ממשקי פעולה בין הקופות לשירותי סל שיקום. גם חוויה אישית לגבי אספקת שירתים, האם יודעים על הרפורמה, האם זה מטייב או מרע את השירותים. נתמקד ברצף הטיפול בתוך משולש שירותי בריאות נפש, בינו לבין רפואה כללית ושירותי רווחה.

אשמח בעוד כמה שנים לחזור לפה, ולהגיד מה מצאנו.

אלי שמיר: אני מייצג משפחות של חולים קשים. תודה לדפנה על הצגה שהיתה מאוד ברורה, אני אתמקד בנושא – בכמה נתונים מספריים שלא באים פה לביטוי. ראשית, הקשר בין האשפוז ושירותי קהילה. חולי נפש קשים נמצאים 97% מהזמן בקהילה, יש 3500 מיטות אשפוז, כמעט 95% מהזמן או 97% החולה הכרוני וקשה חי בקהילה, ולא בבית חולים. לעומת זאת, אם בודקים במשך השנים, גם אחרי הרפורמה, 90% מתקציבים הולכים לאשפוז, זה כמובן דבר אבסורדי בצורה טוטלית. הרבה מדינות בעולם כבר שינו את זה, בהן רק שליש התקציב הכללי של בריאות הנפש הולך לאשפוז בבתי חולים

שליש לכל שירותים היקפיים ושליש הולך לתחלואה קשה בקהילה. זה שינוי שקיווינו שיקרה אחרי הרפורמה, כי קופות חולים עוד מלפני 60-50 שנה בעצם הן מהוות הם היו המקדמות של טיפול קהילתי בעיקר. במשך השנים גם הכללית, וגם הקופות החדשות, מכבי וכו', הן נותנות גם את רוב שירותי קהילה. הן גם המבטחות וגם נותנות חלק ניכר משירותי קהילה ומקצת משירותי אשפוז.

דפנה: היתה ציפייה כיוון שהקופות...

אלי שמיר: לגבי העובדה ש-75% מקבלים טיפול במערכת הרפואית, כשאני מדבר על אוכלוסייה קשה, זה במידה מסוימת מטעה. אנחנו יודעים שהיות שעיקר הטיפול הוא תרופתי, רובם באים פעם בחודש למרפאה, רואים את הפסיכיאטר בדרך כלל 10-5 דקות, מקבלים חידוש המרשם, לפעמים צריך לעבור בדיקות דם לגבי חלק מהתרופות בסכיזופרניה, אם זה נכלל בסטטיסטיקה כמקבלי טיפול זה מטעה, כי טיפולים קהילתיים קריטיים חסרים.

דפנה: במחקר המשך נתמקד בזה.

אלי שמיר: כל המקרה של טיפולי חירום, במד"א – זה נמצא כבר על הפרק שנתיים שלוש. יש כל האישורים וזה עדיין לא מבוצע. אין עדיין טיפולי חירום למרות שמשרד בריאות מכריז שאוטוטו יהיה.

יש הרבה אנשים שנקראים מאתגרי טיפול, מהרבה סיבות הם לא מגיעים לטיפול. אין כמעט ביקורי בית, קופות החולים לא נותנות ביקורי בית. יש מכלול עצום של בעיות בתחום של טיפולים קהילתיים, שהרפורמה עדיין לא פתרה ואפילו נסוגה אחורה.

צריך לשאול גם את המשפחות, לא רק את המטופלים, כאשר עושים מדגם כזה. צריך גם מה דעת המשפחות על הטיפולים.

דפנה: נביא את זה בחשבון.

שירלי: כדאי שאלות לסוף, וגם שנשים לב לזמן כדי שיהיה זמן לשאלות.

דפנה: מתכבדת להזמין את דורי.

דורי: אני דורי ריבקין, אני היום עד לפני חודשיים הייתי מנהלת יחידה למוגבלות במכון ברוקדייל, עברנו שינוי ארגוני שבמסגרתו ליטל החליפה אותי, אני סגנית מנהלת של חטיבה חדשה שכוללת מחקר בתחום של ילדים זקנים ומוגבלות. השינוי הוא כדי לעודד חשיבה רב מערכתית, כי אנשים עם מוגבלות גם שייכים למשפחה. אם בעבר הגיע נושא למחקר על ילדים להורים נכי נפש, מה שקרה עם המחקר, היה מאוד תלוי אם במקרה זה הגיע לתחום ילדים או מוגבלות. אנחנו רוצים מאוד לעודד יותר ויותר חשיבה רב מערכתית לגבי אנשים. וזה אחד הדברים שאני מקווה לקדם.

גם אני צמחתי בפסיכולוגיה, אבל לא רוצה שתחשבו שכל מי שעובד בברוקדייל הוא פסיכולוג בעברו... יש לנו הרבה עובדים שלמדו מדיניות ציבורית, עבודה סוציאלית. כלכלה. אני עבדתי גם כפסיכולוגית קלינית עם אנשים שדפנה דיברה איתם בהמשך. ודווקא סתם מעניין לספר בהקשר זה של דיון על מחקר יישומי ובסיסי, שאני עושה דוקטורט עכשיו בעבודה סוציאלית, לפני שנים רבות עשיתי את מעבר חשיבתי לעבודה סוציאלית מקווה שאני לא פוגעת באף אדם פה מתחום פסיכולוגיה. דווקא המחקר שלי באופן פרדוקסלי אני שמחה על הזדמנות לעשות מחקר בסיסי במסגרת דוקטורט. המחקר שאני עומדת לעשות בנושא אפוטרופסות – הוא מחקר שמאפשר לי להבין לעומק תופעה מבחינה תיאורטית. אני עובדת על נושא של הגדרה עצמית של אנשים שיש להם אפוטרופסות, כל נושא של personhood, אני צוללת לתיאוריה, לא חושבת אם יועיל ואם ישתמשו בזה. בשבילי זה אחר ומעניין.

חזרה למחקר יישומי. אני רוצה לספר על פרויקט שלא היה מחקר, למרות שאנחנו מתבלבלים לפעמים וקוראים לו מחקר. עשינו פרויקט שאפתני מאוד לעזור לאפוטרופוס הכללי לבנות מערך פיקוח למינויים אישיים לאפוטרופוס. גם נושא האפוטרופסות הוא נושא חם ומדובר וקרוב ללבי, אני גם אפוטרופוס בעצמי לאדם עם מוגבלות. וגם בגלל שזאת הדגמה לאיך אנחנו עובדים במשהו שמאוד קשור לשימוש בכלים מחקריים בשביל משהו מאוד פרקטי.

קצת רקע על אפוטרופסות – נדמה לי שהיה פה מושב על הנושא.

שירלי: הנושא מדובר אצלנו.

דורי: הרעיון של אפוטרופסות הוא להגן על אנשים שלא יכולים לנהל את ענייניהם בעצמם. להגן עליהם מניצול. בישראל יש 50,000 איש שמונה להם אפוטרופוס, זה הרבה יחסית לעולם. בערך חצי מאנשים אלה הם מתחת לגיל 65, אנשים עם מוגבלות שאינם זקנים עדיין. מחציתם אנשים זקנים, שהרבה מהם סוחבים איתם את אפוטרופסות מתקופה שהיו צעירים יותר. בדרך כלל האפוטרופוס הוא בן משפחה, זו העדפה של בית משפט, אבל ל-15% ממנים תאגיד אפוטרופסות, מהקרן לטיפול בחסויים ששינתה את שמה למרכז הישראלי לאפוטרופסות, עושים מאמצים גדולים לשפר מענים שהם נותנים. מקווים שישתפרו.

אנשים מקבלים תאגיד אפוטרופוס כאפוטרופוס, כשאין בן משפחה שיכול לטפל או כשיש סכסוך משפחתי ולא מצליחים להסכים, אז האדם שעוזר להם אינו קרוב משפחה. בדרך כלל יש רכזי טיפול שאחראים על ממוצע של 70 אנשים, זה יכול להיות גם 120. הם בדרך כלל שולחים אדם לבקר את האנשים מדי פעם, לראות מה שלומם ומעבירים את זה למי שצריך. כך מתנהלת בדרך כלל אפוטרופסות של תאגיד. אפוטרופסות של בן משפחה היא בדרך כלל חלק ממערכת היחסים במשפחה. יש הרבה ביקורת על אפוטרופסות, שהיא מגבילה את החופש של האדם, במיוחד שבישראל ובמדינות רבות אפוטרופסות היא בדרך כלל גורפת לכל העניינים האישיים – גם לרכוש, גם לגוף, לכל תחומי החיים לכל החיים. אין שום מקום שבו לאדם יש אפשרות להחליט בעצמו. לכן בעקבות אמנת האו"ם לזכויות אנשים עם מוגבלות ופעילות ציבורית רבה בתחום, היה שינוי בחוק האפוטרופסות ב-2016, שנכנס בהדרגה לתוקף. חלק מהדברים המהותיים בשינוי החוק הם קודם כל שבתי משפט חייבים להגביל את האפוטרופסות ככל שניתן, להגביל בזמן, בתחומי החיים, לשקול היטב אם זה צריך להיות גם גוף וגם רכוש. עוד שינוי הוא הכנסה של ייפוי כוח מתמשך. אדם יכול להחליט כאשר הוא עדיין כשיר, מי יטפל בענייניו וכיצד, אם בהמשך לא יהיה כשיר. ואז לא יצטרכו למנות אפוטרופוס. גם המנגנון של תמיכה בקבלת החלטות שזו אפשרות שאדם מסכים או מבקש ממישהו לעזור לו בענייני, לאדם הזה יש סמכויות במסגרת צו או הסכם, אבל לא ניתן לכפות את זה על אדם, בתי משפט מחויבים להשתמש באפוטרופסות רק כאשר קבלת החלטות נתמכת אינה מתאימה.

אחד בעיות של אפוטרופסות זה פיקוח, כי מדובר על מנגנון ששולל חירות של אדם ומעבירה את כל הטיפול בענייניו וכספו למישהו אחר. המדינה חייבת לפקח שאפוטרופוסים לא פוגעים באדם ושומרים על זכויותיו. עד לא מזמן כל פיקוח על אפוטרופוסים היה רק על רכוש, מה עשו עם הכסף, כמה הכניסו והוציאו, לא היה פיקוח שיטתי של המדינה על היבטים, האם אדם עובד, איזה אוכל הוא אוכל, ואיפה הוא חי.

רוני: גם ברכוש היה דגש על העדר ניצול, ולא התייחסות לרצון האדם. האם האפוטרופסות נותן מענה לרצון האדם.

דורי: מי שעשה את הפיקוח היו מנהלי חשבונות. כשמדי פעם היה חשד להתעללות, אותו מנהל חשבונות לא כל כך ידע מה לעשות עם זה.

בעקבות תהליכים ארוכים, הוקמה יחידה לפיקוח. התבקשנו לסייע לה לבנות מערך פיקוח. באו מהאפוטרופוס הכללי, אנשים מדהימים, אמרו תעזרו לנו לבנות את זה. אמרנו יאללה. אבל האתגר היה, אמרו אנחנו רוצים משהו שנוכל לעמוד בו, לא יכול ללכת לכל אדם כל שנה. תעזרו לנו לבנות את זה בצורה ישימה פיננסית, אבל רוצים לדעת שאיתרנו את האנשים שבאמת זקוקים ובאמת יש בעיות. יצאנו לדרך. עשינו פיילוט, אמרנו נבנה את זה, נעשה את זה ונסיק מסקנות. הקמנו ועדת היגוי, בכל מחקר שלנו ועדת היגוי היא חשובה מאוד. במקרה הזה כללה משרד המשפטים, הרווחה, גם ארגוני סנגור, גם אקדמאים בתחום גרונטולוגיה ומוגבלות, היה חשוב האינפוט של הוועדה על כל צעד ושעל.

וניגשנו לבנות כלי פיקוח. קודם כל היינו צריכים להבין מה זה אפוטרופוס, מה אמור לעשות, מה כולל התפקיד שלו. השתמשנו בשיטות מחקר, עשינו חקר מקרים, שזה היה ללכת לדבר עם אדם שיש לו אפוטרופוס. פעם אמרו חסוי, היום אומרים אדם שמונה לו אפוטרופוס – מאוד ארוך, בשאלונים השתמשנו ב"אדם" בקיצור. דיברנו עם הרבה אפוטרופוסים ועובדים סוציאליים ותאגידים כדי לנסות להבין מה התופעה, מה מצופה מאפוטרופוס. מה שהיה כתוב בנהלים וספרים, כפי שאמר רוני, לא כיסה את מהות התפקיד. בנינו אינדיקטורים, הראשון היה שמירה על הכבוד והאוטונומיה של האדם. הרבה אפוטרופוסים מסורים לא הבינו שזה חלק ממהות התפקיד, לברר מה האדם רוצה, לעזור לשמור על רצונו, לשמור על האוטונומיה שלו ככל שניתן; ואחריות על היבטים אלה של החיים. יש אחריות למימוש צרכים חברתיים של האדם, אחריות להשתתפות בחברה – האם האדם עובד, יוצא מהבית, רואה אנשים? אני חוזרת אחורה, צרכים אישיים זה כולל אוכל לבוש חימום קירור. אמרתי וואו, ניסחנו שאלה האם יש לאדם אוכל חם. אמרתי וואו, הדוד שלי מקבל ארוחות, אבל צריך לקנות לו מיקרוגל. קניתי לו מיקרוגל. חששתי שלא יֵדע להפעיל אותו, אבל וידאתי שהוא מסוגל. הפרויקט הזה השפיע עליי מאוד.

שאלות נוספות הן האם יש קשר, האם מסתדרים, האם מנהלים קשר קבוע עם אפוטרופוס. האם האפוטרופוס בקשר עם אנשי מקצוע אחרים שקשורים לאדם. כל האינדיקטורים תקפים גם כשמדובר בבן משפחה וגם תאגיד.

אי אפשר לשאול אפוטרופוס אם הוא שומר על כבוד האדם, בנינו שאלון ודרכים כדי לבדוק זאת, האם הצרכים של האדם ממומשים. בנינו 4 כלי פיקוח. היה שאלון למילוי עצמי על ידי האפוטרופוס, ראיון איתו, היתה תצפית, מראיין הסתובב וראה אם הבית נגיש, מחומם, הסתכל איך האדם לבוש, איך הקשר בינו לבין האפוטרופוס. וגם ראיון עם באדם. הריאיון עם אדם שיש לו אפוטרופוס היה מאתגר, חזרנו לוועדת ההיגוי ואמרנו: לא הצלחנו, אחד בתרדמת, אחד לא מדבר, אחד לא יצא מהחדר. וועדת ההיגוי אמרה: זה לא מספיק טוב, תחזרו, תארגנו את זה מחדש.

אני מוכנה לוותר על הצגת המחקר השני, ואסקור רק את זה. פה אני רוצה לדבר איך אנחנו עובדים במחקר על מוגבלות. אמרנו: אוקיי, אנחנו צריכים ללמוד איך עושים זאת. פנינו לחברות בקריית אונו, למרכז הנגשה קוגניטיבית והכשרנו את מראיינים שלנו איך לראיין אנשים עם מוגבלות. איך לבנות את השאלון, איך לבדוק אם האדם יכול להתראיין, איך להתגבר על מצב שאפוטרופוס אומר עזבו הוא לא מבין, אי אפשר לדבר איתו. לגלות שלפעמים אפשר לדבר איתו והיה לו מה לומר.

ביצענו פיילוט, ביקרנו אצל 453 אנשים שיש להם אפוטרופוס, חלקם תאגידים, חלקם בני משפחה, עשינו ראיונות, שלחנו מראיינים, לא עובדות סוציאליות, רצינו לראות אם מראיין שאינו איש מקצוע יכול לעשות פיקוח. העברנו את כל המידע לעובדת הסוציאלית, החליטה אם המקרה תקין או שצריך לברר יותר כי אולי אין בעיה. בעקבות זה שיפרנו את התהליך, קיצרנו מאוד, ניסחנו המלצות שהיום משרד המשפטים עומד ליישם. הדוח עוד מעט יצא, כמו כל פרסומים שלנו, יהיה באתר המכון. מי שלא מכיר, אתר המכון יש בו הכל!

כך ממש על קצה המזלג, מה מצאנו. מצאנו שאצל בני המשפחה 95% מתפקדים בצורה תקינה, רואים את היותם אפוטרופוס כחלק מקשר שלהם עם בן המשפחה. הסקנו שלא חייבים לבוא אליהם כל שנה לכולם, אפשר לתעדף, למשל אוכלוסיות ספציפיות שהן יותר בסיכון. אם אפוטרופוס מבוגר מאוד, אם האפוטרופוס יש לו כמה אנשים שהוא אפוטרופוס שלהם, אנשים עם סוגים מסוימים של מוגבלות עם בעיות התנהגות ועוד דוגמאות. גם אלה שהתפקוד לא היה תקין, היו בעיקר אנשים שהיו מנותקים מהשירותים ולא ידעו איך לקבל עזרה. אחת ההמלצות היתה שהפיקוח צריך פחות לפקח אלא להדריך את האנשים ולתת מידע לאן אפשר לפנות.

בתאגידים רוב המקרים לא היו תקינים. או שלא ביקרו מספיק את האדם, לפי הנהלים חייבים לבקר פעמים בשבועיים לפחות למשך חצי שעה, בפרטיות. בהרבה מקרים זה לא התקיים. גם הרכז שהיה צריך לבקר, לא ביקר. היה פער גדול בין ציפיות המדינה לבין עבודת התאגידים. הם אמרו תנו לנו יותר כסף, באמת קיבלו יותר כסף.

אלה המלצות עיקריות. רציתי להדגים מחקר הערכה מאוד קטן וחמוד, על פרויקט מתוק מאוד. חשוב. לסייע לאנשים עם מוגבלות לעבור לדיור עצמאי בקהילה, אנשים שיוצאים מבית הורים או מוסד, רוצים לגור לבד, לא יודעים איך. התוכנית נותנת להם סיוע של מתאם טיפול, מדריך שעוזר למצוא דירה, לנהל דירה, לנהל תקציב, לעבוד אם יכולים, לרכוש חברים. זה היה להעריך פרה פיילוט בקנה מידה קטן, אבל זה מחקר מעצב. נכנסים פנימה רק בשלב ראשוני, לא יכולים להגיד אם התוכנית מצליחה, אלא לראות איך זה עובד ומה כדאי לשנות. גם פה המלצנו המלצות, היום התוכנית פרוסה, ואנחנו מקווים שתהפוך למדיניות. אם זה מסקרן אתכם, אתם יודעים איפה למצוא את הדוח.

שירלי: תודה רבה. כדאי לפתוח לשאלות.

רוני: אחדד משהו לגבי השאלות. יש 3 סוגי שאלות שיכולות לעניין. שאלות לגבי תוכן של שני המחקרים, אנחנו מביאים אנשים שיחקרו על מחקרים ואפשר לשאול שאלות תוכן על המחקרים. גם אפשר לשאול 2 סוגי שאלות שונים. אחד על מחקר יישומי באופן כללי, והסוג השני שמתחבר לזה, אתגרים מיוחדים ביישום מחקר יישומי, בהקשר של מוגבלות, זה מעלה שאלות אחרות. 3 סוגי שאלות הללו, נשמח לשמוע ולדון.

חיה גרשוני:

דורי: חיה עבדה איתנו על מחקר על הורים עם מוגבלות בחברה החרדית.

חיה: אולי מהיבט ביקורתי, אתם עושים מחקר על יישום המחקרים שעשיתם?

דורי: האמת שכן. משרד הרווחה הזמין מחקר על השפעת המחקרים על השירותים. אנחנו סוקרים קבוצה של מחקרים שנעשו; חוזרים לאותם שירותים שנעשו עבורם מחקרים ושואלים ומנסים להבין: מה עשיתם עם זה? האם זה השפיע עליכם, עזר, או נשאר על המדף? אני לא יודעת מה התשובה...

חיה: יש המלצה אתית לאפוטרופסות על ידי גוף חיצוני שנתפס טוב יותר. זו ההעדפה בוועדות תיאום טיפול או גופים שעובדים בשטח, עדיין ההמלצה היא לגופים חיצוניים.

שירלי: אני לא מרגישה בשום מקום את ההעדפה הזאת.

דורי: אולי אצל ילדים.

רוני: הנתונים מראים שרק 15% באפוטרופסות חיצונית.

חיה: עדיין יכול להיות שהיה אפשר לתת אפוטרופסות אחרת.

שירלי: אני רוצה להוסיף שאלה שמתקשרת לזה, לא מהמקום של נתון ספציפי. דיברנו על ההבדל בין מחקר בסיסי למחקר יישומי. יש נקודה שאני מעלה לגביה שאלה. גם במחקרים שאני עושה, השאיפה שלי שהם יביאו לשינוי, לכן בפרק הדיון יש חלק של המלצות לפרקטיקה. גם מחקר בסיסי, אנחנו רוצים שהוא יביא שינוי. גם חלק מהמממנים, כמו קרן שלם, רוצים המלצות ליישום בתום המחקר, למי לפנות, מה הולכים לעשות עם המלצות ומי יְיַשֵׂם. רוצים שהמחקרים יישאו פרי גם ברמה יישומית. זה נתקל בקושי בכך שאף גוף לא פנה אלי ואמר: שירלי מעניין אותי שתעשי כך וכך ואחר כך נראה איך ליישם, לעומת אצלכם. אז יש פחות קבלה של היישום. מי את שאומרת לנו ליישם, מאיפה באתם אלינו בכלל.

דורי: דורך על שאלה ממש מהותית. שירלי נוגעת בבעיה ממש מהותית בעבודה שלנו. אנחנו תמיד רוצים שיהיה מזמין מחקר, הסקר שדפנה הציגה שהיא רוצה לעשות כסקר המשך, המימון שלו הגיע מקרן מחקרים של משרד הבריאות, אבל אנחנו רוצים שמשרד בריאות יבקש את המחקר, כי אז יותר סיכוי שיעשה משהו עם התוצאות. לא רוצים רק מימון אלא מזמין. אממה? הרבה פעמים המזמין אומר: רגע,

שירלי: המזמין יודע איזה תוצאות הוא רוצה.

דורי: יש לנו פרויקט שהדוח נכתב מזמן, בנושא רגיש שלא קשור למוגבלות אלא לילדים, והמשרד הרווחה לא רוצה שנפרסם... מציב הרבה תנאים והרבה קשיים מה אפשר לכתוב בדוח הזה ואיך אפשר לכתוב, ויש שם הרבה סחבת, ונראה לנו שהכוונה היא לגנוז אותו. ואז אנחנו בקונפליקט, אנחנו כחוקרים יש לנו מחויבות לחשוף את האמת. מצד שני אנחנו מאמינים, ליטל הביאה את ייעוד המכון, יעוד שלנו הוא לשפר את השירותים לאזרחים בישראל, לתושבי ישראל, דרך עבודה עם שירותים. אנחנו לא ארגון סינגור, אנחנו לא רוצים לפרסם נתונים כדי שאנשים יזדעזעו ויפעלו. אנחנו רוב עבודה שלנו היא לעזור לשירותים לעשות יותר טוב את העבודה שלהם. ואנחנו הרבה מאוד פעמים בקונפליקט סביב נושא זה. לפעמים מקנאים באקדמיה שיש לכם חופש אקדמי. מצד שני לנו יש גישה לנתונים כיוון שאנחנו עובדים עם השירותים. היה ברור?

ליטל: אעלה עוד נקודה ששירלי העלתה.

מיכל: מה שגיליתם, אין לי גישה לנתונים האלה? את מחויבת למזמין, אבל אני באקדמיה, יש לי גישה לזה?

דורי: במקרה הדוח שאנחנו דנים בו, המדיניות של המכון היא שלא נגנוז את הדוח, אנחנו נפרסם. אבל אנחנו עובדים הרבה זמן למצוא ניסוחים שיהיו מקובלים על שני הצדדים. תראו, היה לי מקרה של מחקר הערכה של שירות בתחילת דרכו, שהיה קטסטרופה (השירות, לא המחקר). המחקר היה מצוין. היו שם בעיות מאוד רציניות, שגם היו קשורות לפוליטיקה של רשות המקומית, ולקח – בגלל זה לקח זמן עד שהדוח הגיע לפרסום, להיות בשל לפרסום. ואז כמרו לנו במשרד הרווחה, אנחנו יודעים שהיו שם בעיות, דיווחתם על זה, עשינו עם זה הרבה, שינינו את התמונה. אנחנו חושבים שאם היום תפרסמו דוח שהיה נכון לגבי השירות הזה לפני כמה שנים, זה לא יועיל, זה יזיק לשירות. והם שכנעו אותי שזה נכון, שזה לא יקדם את העניין אם אפרסם את הדוח. בהינתן שמציאות השתנתה מספיק, והיה מקום מסוים מאוד מזוהה. יכולים לראות באקדמיה, מה הדבר הזה, מה פתאום? חברה חיה...

אלי שמיר: לגבי מה שאמרת בהתחלה, שאתם מכון מחקר הגדול ביותר.

ליטל: חברתי יישומי.

אלי שמיר: יש במדינה הקטנה יחסית שלנו, חוץ מאקדמיה, יש מכון מחקר של הכנסת.

דורי: הם כמעט לא עושים מחקר.

אלי שמיר: הוא נועד לספק נתונים לחברי כנסת, הוקם בזמנו על ידי בורג לפני שנים. יש מכון מחקר למחקרים רפואיים בתל השומר, יש מבק3ר המדינה שעושה כל מיני מחקרים,

דורי: חוקר, לא יודעת אם עושה מחקר.

אלי שמיר: השאלה אם הנתונים הם חסויים, אתם עובדים בשיתוף עם משרד ממשלתי, לכם יש גישה לנתונים ולאחרים אין. מחקר עם קרן טאובר שעשו באוניברסיטת חיפה שעלה המון, לא ברור מה קרה איתו. יש רושם שאין תיאומים כמעט, יש מחקר כזה, מישהו אחר עושה מחקר עם תוצאות אחרות.

שירלי: לא רק גישה לנתונים. כחוקרים באקדמיה יש לנו מחויבות לפרסם. אם הטרדתי 100 איש למלא שאלון, לא יכולה שלא לפרסם.

אלי שמיר: השאלה איך מחקרים משפיעים, זה שאלה קשה. השאלה מאיפה בא המחקר.

דורי: אל תחשבו שאנחנו אומרים רק מה שהממשלה רוצה לשמוע. ממש לא. אבל יש הרבה גופים בממשלה שהצלחנו לייצר איתם שותפות, שרוצים את הביקורת שלנו ורוצים לדעת מה לשפר. זו דרך השפעה שלנו. שהיא גם.. את אמרת שירלי שגם, הרי למעלה חזרתי לשקף הזה, כי עבודה סוציאלית – בלימודים שלי היה דיון אם יש בכלל תיאוריה בעבודה סוציאלית, כי היא עבודה, נועדה לעשות. קשה לדמיין מחקר בעבודה סוציאלית, חוץ מהדוקטורט שלי, שאינו יישומי...

ליטל: לכן לא קראנו לזה מחקר אקדמי מול יישומי. כי גם באקדמיה יש מחקרים יישומיים, הם על הרצף, לכן בחרנו להציג כך ולא להגיד אחד מול השני. זה לא נכון.

רוני: כל מחקר בפני עצמו היה מעניין, גם הסוגיה מרתקת. מעניין אותי מוגבלות, וגם מדיניות חברתית, ואיך מחקר במדיניות חברתית מתעצב. יש פה סוגיות של פוליטיקה כלכלית, לכן ההבחנה בין בסיסי ויישומי, אבל ציר נוסף זה יחסים מול המממנים ומול הממשלה באופן כללי, זה ציר מרכזי. גם באקדמיה יש מגבלות. אנחנו מחויבים לכתבי עת ופרסום, וגם מחויבות מול מממנים אחרים גם אם הם יותר חופשיים. אשאל כמה שאלות – אמרתם על משרדים, אפילו לא ברמה של להגיד משרד זה או אחר, אבל יש הבדלים בין משרדים, וחשוב להצביע עליהם כי הם משפיעים. זה ביטוי להלך רוח במשרד, אם לא מוכן לקבל ביקורת. וזה משפיע הצרכנים בסוף. דבר נוסף, הבעיה שתיארתן, של לא לקבל ממצאים ולפרסם, זו בעיה חמורה, אבל היא על פני השטח. השאלה אם בכלל מוכנים שנשאל שאלת מחקר שאנו רוצים, האם מראש מסכימים להזמנה שאתם רוצים. האם יש סוגיות בתחום מוגבלות שאתן חושבות שלא נחקרות על ידי מכוני מחקר כיוון שאין שיתוף פעולה מספיק עם גורמים ממשלתיים. אני יכול לחשוב על דברים כאלה.

דפנה: מה שאמרת שיש הבדלים בין משרדים, אני יכולה להגיד שגם בתוך משרד בריאות יש הבדלים. כל מה שדיברתי על רצף טיפול, יש בעיה ברצף ותיאום במשרד בריאות עצמו, באגף בריאות הנפש. אפשר לספר על בקשה שקיבלנו?

התכוונתי לומר שבבריאות הנפש יש הנהלה, אגף שיקום, ותקשורת ביניהם היא לא מאוד רציפה והוליסטית כפי שהיינו רוצים, כפי שצרכנים צריכים לקבל, שיהיה שיתוף פעולה בין אשפוז טיפול ושיקום.

האם אנו יכולים לשאול מה שאנחנו רוצים? בעניין הרפורמה נמנענו להגיד שאנחנו בוחנים את המערכת והמדיניות, אנחנו התייחסנו לרפורמה בתור עובדה מוגמרת. בתור חוקרת ומתמחה בתחום מחקר בבריאות נפש, וזה דוקטורט שלי, לי אישית יש עמדה מגובשת לגבי הרפורמה, הקפדתי לאורך הדרך לנטרל אותה. אני לא מאמינה שחוקר יישומי יכול לבוא כשהוא ניטרלי.

רוני: זה גם אין באקדמיה. השאלה אם יש שאלות שהיית שואלת אחרת אם היית חופשיה משיקולים מימוניים.

דפנה: סביר להניח שכן. הייתי שואלת שאלות שיצדיקו את כיוון שלי.

דורי: יש דברים שאנחנו..

דפנה: בנושא של אשפוז פסיכיאטרי, יצא לפנינו סקר של משרד בריאות על חווית המטופל, היו שיעורי שביעות רצון של 95%, הרקיעו שחקים. עשו ראיונות שבוע לפני שחרור מבית חולים בנוכחות הרופא שלו.

אלי שמיר: שאלו אם יש אפשרות לנצל את שעות הפנאי, שם כולם אמרו לא. כל היתר כולם היו שבעי רצון בצורה מדהימה.

דפנה: צריך לשאול כשבנאדם בפרטיות ואחרי שחרור, היה יחס של 67% שביעות רצון מהצוות המטפל. זה הרבה. יש נטייה לרצייה חברתית, אז שיעורי שביעות רצון מעל 80% זו בעיה.

דורי: במונית בדרך לכאן, הופיע לי דַרג את הנהג, נתתי 5, למה לא להיות נחמדה. הסטנדרט הוא 80%.

ליטל: מתחת ל-80% זה אומר שיש בעיה. מעל 80% זה בסדר.

אלי שמיר: לעומת ביקורת על מחקרים תרופתיים שנתמכים על ידי חברות תרופות ענקיות, אנחנו די בסדר.

דפנה: האם קיבלת פגישות אישיות, ריפוי בעיסוק במסגרת האשפוז. קיבלתי פידבק של דורי ודניס, רציתי לשאול האם חווית קשירה, בידוד אמצעי כפיפה, שאז היה בכותרות.

הילה: פגיעה מינית.

דורי: לא חשבנו על זה.

דפנה: אמרו לי לרדת מזה. אמרו לי אם האדם יציין מיוזמתו, תכתבי באחר. היו מעטים שאמרו כן. אם היה שאלה על זה, הייתי מקבלת שיעורים גבוהים יותר. אמרו בגלל הקשר עם משרד הבריאות ורגישות פוליטית, אמרו לי Don't. נחשוב מה לעשות במחקר הבא.

קריאה: מי אמר?

דפנה: דניס אמרה. אמרו את זה מתוך היכרות, ומתוך כוונה שנוכל ליישם את זה, לא לקלקל יחסים, שכן יהיה עם מי לדבר אחר כך. המחקר הזה, כשאני מציגה אותו במשרד הבריאות, בעשרה פורומים שונים, יש לי עשר הצגות שונות מבחינת הדגשים. זה עובד אחרת.

חיה: לבחור שאלות נראה לי לגיטימי לגמרי. לא צריך להתעקש על שאלות, מפריע לי הכמנה של אינפורמציה שהגיעו.

דורי: לא זוכרת שקרה לנו. לא רוצה שתקבלו רושם שאנחנו תמיד לוקחים את נתונים ומביאים... הבאתי דוגמאות קיצוניות.

ליטל: רוב מחקרים שלנו מפורסמים כמות שהם, כמובן שהלקוח יראה קודם את הטיוטה ויוכל להעיר הערות, אבל לא יוכל לשנות ממצאים או להסתיר ממצאים.

שירלי: בלי להיות מכון מחקר יישומי, עם גופים שאנחנו משתפים איתם פעולה, שבמחקר יש תפיסה ואג'נדה מסוימת, רצון שיֵצא דבר מסוים מהממצאים. או גופים שאנחנו רוצים לשתף איתם פעולה ולא רוצים עכשיו את נושא X על הפרק, ולא יאפשרו לעשות מחקר בתחום הזה. יש הרבה דילמות כאלה.

הילה: אני חושבת שהמחקרים שעשיתי במסגרת ארגון בזכות, שהוא בכוונה לא עושה מחקרים עם הממשלה, איפשרו להעלות נושאים לא פשוטים, גם הנושא של גופי אומבודסמן במוסדות אשפוז, גם פגיעה מינית. אלה דברים שקשה לעשות אותם כשאתה לא חיצוני. במחקר של פגיעה מינית היה נתון רשמי אחד בלבד על היקף של פגיעה מינית במוסדות, כשברור לכולם – גם פה וגם בחו"ל – שזה משהו שקורה במוסדות. היה נתון אחד שמצאתי במקרה במצגת של משרד הבריאות שהיה רשמי מוסדי. אבל היה נתון אחד ולא יותר מזה. אז יש גם יתרונות לגישה לנתונים.

רוני: אני אוהב להשוות בינלאומי. אם לוקחים את ברוקדייל, זה מכון מחקר, research institute. יש גם את ההבחנה איפה עובר קו הגבול בין מכון מחקר לצוות חשיבה, thinking team, כמו מכון טאובר. צוות חשיבה שייך לצד הימני של הרצף, לפחות כך זה בארה"ב. מכון טאובר גם שומר על עצמאות, השאלה איך הם מקבלים נתונים. אני בטוח שזה מעניין, גם ברוקדייל משתנה כל הזמן, היום הוא יותר אינטר דיסציפלינרי.

התחלנו את כל השיח איתנו כשישבנו כולנו, אמרנו בין השאר איך משתפים פעולה בין אקדמיה ומכוני מחקר. איזה אתגר יש לכם כשאתם משתפים פעולה עם אקדמיה. איפה יכולות להיות נקודות השקה או חסמים?

שירלי: יופי של שאלה לסיום.

דורי: אנחנו דווקא רוצים להגביר – הרצאה הזאת היא גם חלק מזה שאנחנו רוצים יותר קשר עם האקדמיה. אנחנו מפרסמים היום יותר ממה שפירסמנו. מפרסמים מאמרים. דוחות מחקר תמיד פרסמנו. היום כל החוקרים הבכירים הם דוקטורים או לומדים לדוקטורט, מה שבעבר לא היה. אנחנו דורשים רמה אקדמית מסוימת. אנו רוצים להיות יותר מוכרים 8ומחוברים לאקדמיה, לא לסחוב גיבנת של לא עומדים בקריטריונים אקדמיים, אנחנו רוצים הרבה פעמים דווקא את הקפדנות, את המשמעת שלכם, את החוסר פשרנות עם – אתם לא יכולים לשחק עם מימדים, צריכה להיות מהימנות. אנחנו רוצים ללמוד את זה מכם, אנחנו יודעים את זה אבל פחות שמים על זה פוקוס. אנחנו רוצים גם את ההקשרים התיאורטיים שאתם מביאים ואת הקישורים לעולם ולספרות. יש לנו המון מה לקבל מכם. אנחנו רוצים להישאר יישומיים אבל גם להרחיב את הצד הבסיסי. כך אני. אני לא יודעת מה חושבות דפנה וליטל.

שירלי: תחילתה של ידידות מופלאה. תודה רבה.

רוני: עשית מחקר עם האקדמיה בתחום של מוגבלות?

ליטל: עשינו מחקר על ילדים עם ADHD, עם פרופ' אורנוי מבית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית, פורסם בשני חלקים, בשני כתבי עת, אחד ישראלי והשני בחו"ל, שכל חלק שלו הציג משהו אחר של המחקר.

דפנה: הדוקטורט שלי הוא על בריאות הנפש.

רוני: יש שאלות שאת חושבת גם אקדמית, תיאורטית?

דפנה: לגמרי, היו לי 3 מנחים מ-3 תחומים אקדמיים שונים.

חיה: הגוף המממן, אם הוא לא רוצה שתשאלו שאלות מסוימות, תעבירו לאקדמיה ונשתולל עם זה.

דורי: אבל לכם אין את מי לשאול.

ליטל: יש שאלות שאנו שואלים כי הלקוח רוצה, ואם לא היה דורש לא היינו שואלים.