



מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים סקירה בין-לאומית

הילה רימון-גרינשפן מריאלה יאבו נורית גדג'

עריכת לשון: רונית כהן בן-נון
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

המחקר הוזמן על ידי 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, המינהל לשירותים
אישיים וחברתיים ואגף מת"ה במשרד הרווחה והביטחון החברתי ומומן בסיועם

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | תשרי תשפ"ב | אוקטובר 2021

תקציר

רקע

בשנים האחרונות גוברת ההכרה בצורך לתת מענה הולם, מותאם ונגיש לילדים, נוער וצעירים בתחום בריאות הנפש ובכך שהמענה הטוב ביותר לצורך זה הוא טיפול אינטגרטיבי (משולב) בקהילה, הניתן לרוב במרכז שירות. מודל טיפול כזה מספק שירותים הממוקדים באוכלוסייה בגילים אלו ובצרכים הייחודיים לה וכולל שירותי בריאות נפש, שירותי בריאות כללית ושירותי קהילה וחברה נוספים במקום אחד (למשל, תמיכה סוציאלית, תמיכה בלימודים, רכישת השכלה והכשרה מקצועית). מודל טיפול זה מכונה לעיתים 'מודל התחנה האחת' (one-stop-shop model).

בסקר שנערך בשנת 2021 ומיפה את אוכלוסיית הילדים ובני הנוער עם מוגבלות בישראל¹ נמצא שלכ-93,000 ילדים ובני נוער יש קשיים רגשיים משמעותיים, מהם לכ-51,000 יש פגיעה בתפקוד היום-יומי. נתונים אלה אינם מביאים בחשבון קשיים רגשיים מתונים או קלים, ומכאן עולה כי מספר הילדים ובני הנוער עם קשיים רגשיים בישראל גדול אף יותר. על אף זאת, כיום פועלים שירותים ומענים מועטים בלבד בקהילה עבור אוכלוסייה זו.

לשם המשך פיתוח מענים אינטגרטיביים בקהילה המתאימים לאוכלוסייה זו, פנו 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון והמינהל לשירותים אישיים וחברתיים במשרד הרווחה והביטחון החברתי למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבחון את התחום, וכן את תוצאות הטיפול הניתן במענים הקיימים ואת איכות השירות הניתן בהם, באמצעות חקרי מקרה, בניית מודל לוגי ומדידת תוצאות. נוסף על כך הוחלט לערוך סקירה בין-לאומית של הספרות המקצועית העוסקת בטיפול אינטגרטיבי בתחום בריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים. מסמך זה מציג את הסקירה הבין-לאומית. בהמשך יפורסמו דוחות משלימים אשר יעסקו בחקרי מקרה של מענים קיימים, במודל הלוגי למודל שירות ובמידת תוצאות.

מטרת הסקירה

לסקור מענים אינטגרטיביים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, במדינות נבחרות, בהיבטים של מודל פעולה, פרקטיקות מיטיבות (best practice) ומדדים להצלחה, ולספק למקבלי ההחלטות תמונת מצב מקיפה ועדכנית ככל האפשר.

שיטה

סקירה בין-לאומית של מאמרים אקדמיים ופרסומים גלויים באתרי אינטרנט, כגון דוחות מחקר ומידע על תוכניות (ספרות אפורה), בנוגע למענים אינטגרטיביים בקהילה בתחום בריאות הנפש הניתנים לילדים, לנוער ולצעירים. הסקירה התמקדה בכמה מדינות נבחרות ובמודל שירות מרכזי בכל אחת מהן: מודל Headspace באוסטרליה, מודל Open Minds ACCESS בקנדה, מודל Jigsaw

¹ ברלב, ל, נמר-פוסטנברג, ר. וגדג', נ. (2021). ילדים עם מוגבלות בישראל. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (עומד להתפרסם)

באירלנד, מודל Forward Thinking Birmingham באנגליה ומודל Maison des Adolescents בצרפת. המדינות נבחרו על פי קיומו של מודל שירות לאומי או מרכזי אחר בהן ועל פי נגישותו של מידע מספק על מודל השירות.

לשם השלמת המידע שעלה מן הסקירה נערכו ראיונות חצי מובנים עם חוקרת באקדמיה בתחום בריאות הנפש לילדים ונוער מקנדה וכן עם איש מקצוע בתחום המוגבלות בישראל, אשר להם ידע וניסיון ייחודיים בתחום.

המידע נאסף בחודשים אפריל-יוני, 2021.

ממצאים

הספרות האקדמית העדכנית מצביעה על כך שאין מודל אוניברסלי אחד ליישום טיפול אינטגרטיבי בקהילה עבור ילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים אלא יש מגוון של מודלים. למודלים אלו מאפיינים מרכזיים משותפים: קריטריונים לקבלת השירות (נגישות השירות ותנאי הכניסה אליו), חשיבות ההתערבות המוקדמת, עיצוב שירותים ומרחב שהם ידידותיים לנוער וצעירים, גישות טיפול מבוססות-ראיות, שותפות ושיתופי פעולה עם שירותים אחרים ובעלי עניין אחרים, מתן מענה לצרכים של צעירים במעבר לבגרות, מגוון שירותים בתחומים שונים ובמיוחד בתחומים האלה: חינוך ולימודים, שירותי רווחה ושירותי תעסוקה, ומדידה והערכה של תוכניות.

נוסף על כך, הספרות האקדמית והספרות האפורה מצביעות על קיומן של משמעויות שונות (אם כי לעיתים משלימות זו את זו) למושג טיפול אינטגרטיבי בקהילה: (1) טיפול הניתן במסגרת האינטגרטיבית בקהילה ולא במסגרת הנפרדת ממנה (למשל אשפוז או בית חולים); (2) טיפול המשלב שירותים ממגוון תחומים מלבד תחום בריאות הנפש, ובכללם בריאות כללית, שירותי חינוך ושירותי חברה ורווחה נוספים; (3) טיפול המייצר רצף טיפול (ומעבר כשוט וקל יותר בין שירותים שונים על פני הרצף) בין שירותים אינטגרטיביים יותר או פחות, ועבור אוכלוסיות שונות שלהן צרכים שונים, חלקן זקוקות למענים מקיפים ואינטגרטיביים יותר וחלקן זקוקות למענים מקיפים ואינטגרטיביים פחות.

המודלים שנסקרו מדגימים את המשמעויות השונות של טיפול אינטגרטיבי בקהילה בתחום בריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים והם נותנים מענה לאוכלוסיות שונות שלהן צרכים שונים על רצף הטיפול.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. תיאור הסקירה
2	2.1 מטרות הסקירה
2	2.2 שיטה
3	3. רקע
3	3.1 חשיבות הגילוי המוקדם והטיפול המהיר
4	3.2 משבר בטיפול – חסמים לצריכת שירותי בריאות הנפש על ידי נוער וצעירים
5	3.3 טיפול אינטגרטיבי בבריאות הנפש לנוער וצעירים – מענה ל'משבר בטיפול'
5	3.4 טיפול אינטגרטיבי – מהו?
8	4. סקירת מודלים נבחרים במדינות שונות
8	4.1 אוסטרליה – Headspace
15	4.2 אירלנד – Jigsaw
22	4.3 קנדה – ACCESS Open Minds
26	4.4 אנגליה – Forward Thinking Birmingham
32	4.5 צרפת – Maison des Adolescents
35	5. דיון וסיכום
35	5.1 דיון
37	5.2 סיכום
45	עוד פרסומים של המכון בנושא
46	מקורות
50	נספח א: סטנדרטים לעיצוב שירותי בריאות ידודתיים לצעירים - ארגון הבריאות העולמי (WHO)
51	נספח ב: מודל ההפעלה של מרכזי Headspace
52	נספח ג: פרקטיקה מיטבית להספקת שירותים במרכזי Headspace
53	נספח ד: מודל השירות של מרכזי ACCESS Open Minds
	רשימת לוחות
39	לוח 1: השוואה בין המודלים שנסקרו

1. מבוא

בשנים האחרונות הולכת וגוברת ההכרה בצורך לתת מענה הולם, מותאם ונגיש לילדים, נוער וצעירים בתחום בריאות הנפש ובכך שהמענה הטוב ביותר לצורך זה הוא טיפול אינטגרטיבי (משולב) בקהילה, הניתן לרוב במרכזי שירות. מודל שירות זה מספק שירותים הממוקדים בילדים, נוער וצעירים ובצרכים הייחודיים להם וכולל שירותי בריאות הנפש, שירותי בריאות כללית ושירותי קהילה וחברה נוספים במקום אחד (למשל, תמיכה סוציאלית, תמיכה בלימודים, תמיכה ברכישת השכלה והכשרה מקצועית). מודל שירות זה מכונה לעיתים 'מודל התחנה האחת' (one-stop-shop model).

בסקר שנערך בשנת 2021 ומיפה את אוכלוסיית הילדים ובני הנוער עם מוגבלות בישראל (ברלב ואח', 2021) נמצא כי 3.1% מן ההורים דיווחו כי לילדם יש מוגבלות נפשית או קושי רגשי משמעותי, ו-1.7% דיווחו כי קושי זה פוגע בתפקוד היום-יומי (קושי שמפריע או מפריע מאוד לחיי היום-יום). כלומר בישראל כ-93,000 ילדים ובני נוער עם קשיים רגשיים משמעותיים, מהם לכ-51,000 יש פגיעה בתפקוד היום-יומי. נתונים אלה אינם מביאים בחשבון קשיים רגשיים מתונים או קלים, ומכאן עולה כי מספר הילדים ובני הנוער עם קשיים רגשיים בישראל גדול אף יותר. על אף זאת, כיום פועלים שירותים ומענים מועטים בלבד בקהילה עבור אוכלוסייה זו.

בישראל, כמו בעולם, אומצה בעשורים האחרונים מדיניות המדגישה את הטיפול בקהילה עבור אוכלוסיות בסיכון. שירות ילד ונוער במשרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה) החל להפעיל בספטמבר 2004 את מדיניות "עם הפנים לקהילה" המדגישה מתן מענים **בקהילה** לילדים ובני נוער בסיכון ובני משפחותיהם (להרחבה ראו: דולב ואח', 2008).

גם בתחום המוגבלויות הגישה הרווחת כיום היא של פיתוח ומתן מענים בקהילה, גישה המעוגנת [באמנה הבין לאומית בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות](#). בשנים האחרונות אנו עדים לתנופה רבה בפיתוח מענים בקהילה לאנשים עם מוגבלות נפשית (ומוגבלויות שונות אחרות), אשר תרמה לה רבות חקיקת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. עם זאת, אין כיום גוף במדינת ישראל אשר מקבל עליו אחריות כוללת על טיפול בקהילה בילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, ומשום כך אוכלוסייה זו אינה מקבלת מענים אינטגרטיביים ההולמים את צרכיה.

360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון (להלן: התוכנית הלאומית) קיבלה על עצמה בשנת 2014 לקדם פיתוח מענים בקהילה לילדים ונוער עם קשיים נפשיים כחלופה לטיפול במסגרות חוץ-קהילתיות. בשנת 2021 עברה האחריות לפיתוח מרכזים אינטגרטיביים בקהילה לילדים ונוער עם קשיים נפשיים למינהל לשירותים אישיים וחברתיים במשרד הרווחה.

לשם המשך פיתוח מענים אינטגרטיביים בקהילה בישראל, המתאימים לאוכלוסייה זו, פנו 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון והמינהל לשירותים אישיים וחברתיים במשרד הרווחה והביטחון החברתי למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבחון את תחום המענים האינטגרטיביים בקהילה לילדים ולבני נוער עם קשיים נפשיים בישראל. כצעד ראשון הוחלט לערוך סקירה בין-לאומית של הספרות המקצועית העוסקת בטיפול אינטגרטיבי בתחום בריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים. מסמך זה מציג סקירה של ספרות אקדמית וספרות אפורה בין-לאומית העוסקת בטיפול אינטגרטיבי בתחום בריאות הנפש לילדים, לנוער ולצעירים. בהמשך יפורסמו דוחות משלימים אשר יעסקו בחקרי מקרה של מענים קיימים, בבניית מודל לוגי למודל שירות ובמידת תוצאות.

2. תיאור הסקירה

2.1 מטרות הסקירה

לסקור מענים אינטגרטיביים בקהילה עבור ילדים ובני נוער עם קשיים נפשיים, במדינות נבחרות, בהיבטים של מודל פעולה, פרקטיקות מיטיבות (best practice) ומדדים להצלחה, ולספק תמונת מצב מקיפה ועדכנית ככל האפשר כדי להמשיך ולפתח מענים אינטגרטיביים בקהילה בישראל המתאימים לאוכלוסייה זו.

2.2 שיטה

סקירה בין-לאומית של מאמרים אקדמיים ופרסומים גלויים באתרי אינטרנט, כגון דוחות מחקר ומידע על תוכניות (ספרות אפורה), בנוגע למענים אינטגרטיביים בקהילה בתחום בריאות הנפש הניתנים לילדים, לנוער ולצעירים. הסקירה התמקדה בכמה מדינות נבחרות ובמודל שירות מרכזי בכל אחת מהן: מודל Headspace באוסטרליה, מודל Open Minds ACCESS בקנדה, מודל Jigsaw באירלנד, מודל Forward Thinking Birmingham באנגליה ומודל Maison des Adolescents בצרפת. המדינות נבחרו על פי קיומו של מודל שירות לאומי או מרכזי אחר בהן ועל פי נגישותו של מידע מספק על מודל השירות.

מילות החיפוש היו: integrated care, integrated community care, mental health, community care, children, adolescents, young people.

חיפושים נערכו במנוע החיפוש Google Scholar ובאתרי האינטרנט של המודלים שנסקרו.

סקירת המודלים כללה בחינה של מודל הפעולה, רקע להקמת השירות, מטרות וחזון של השירות, אוכלוסיית יעד ותנאי כניסה לשירות, קשרים ושיתופי פעולה עם בעלי עניין נוספים, פרקטיקות מיטיבות וכן מדידה והערכה.

לשם השלמת המידע שעלה מן הסקירה נערכו ראיונות חצי מובנים עם חוקרת באקדמיה בתחום מקנדה, וכן עם איש מקצוע בתחום המוגבלות בישראל, אשר להם ידע וניסיון ייחודיים בתחום.

המידע נאסף בחודשים אפריל-יוני, 2021.

3. רקע

הספרות המקצועית מצביעה על כך שגילי הנוער והבגרות המוקדמות הם הגילים שבהם יש עלייה ניכרת בהתפתחות מחלות נפש (McGorry et al., 2013). לפי הספרות המקצועית, כמחצית ממחלות הנפש מתפתחות עד גיל 14 ו-75% מתפתחות עד גיל 24 (Hetric et al., 2017; Settapani et al., 2019). גם עבור ילדים ונוער בני 4-15, בריאות הנפש היא נושא מרכזי המעסיק את מערכות הבריאות במדינות רבות, כפי שמעידים מחקרי נטל המחלות העולמי של שנת 2015 (Baranne & Falissard, 2018). במחקר קודם של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization – WHO) עלה שמחלות נפש מהוות כמעט מחצית מנטל המחלות בקרב נוער וצעירים בעולם (Kessler, 2009). ואילו במחקר עדכני על נטל המחלות העולמי נמצא שהפרעות דיכאון הן הגורם החמישי השכיח ביותר לנטל מחלות בקרב בני 10-24 (Vos et al., 2020). לטענת באראנה ופליסארד (Baranne & Falissard, 2018), בריאות הנפש של נוער וצעירים צפויה לתפוס מקום משמעותי אף יותר בעתיד ולהפוך לאחד מן האתגרים המרכזיים של מערכות בריאות הציבור במאה העשרים ואחת. לכן על קובעי מדיניות להביא זאת בחשבון ולנקוט צעדים כדי להתמודד עם נושא זה בשנים הקרובות, ובכלל זה להפנות משאבים נדרשים והכשרה של כוח אדם מקצועי מתאים.

הטריק ואח' (Hetric et al., 2017) מציינים אף הם שבריאות הנפש היא הסוגייה הבריאותית המרכזית המשפיעה על צעירים, ושתקופת חיים זו היא מכרעת בהקשר של התפתחות מחלות נפש. יתרה מזו, מחלות נפש בגילים אלו מובילות גם להתנהגויות מסוכנות או לא בריאות נוספות אשר יש להן השפעות על צעירים, למשל צריכת סמים ואלכוהול. חוסר טיפול במחלות נפש בגיל הצעיר מוביל להשפעות ארוכות טווח על הפרט (Hetric et al., 2017; Settapani et al., 2019), ולרוב הן ממשיכות גם לגיל הבגרות ובעצם הפכות כרוניות (Fusar-Poli, 2019).

הספרות המקצועית מכירה בשלב התפתחותי חדש בקרב צעירים הנקרא 'בגרות בהתהוות'. שלב זה מאופיין כשלב התפתחותי ארוך הנמשך מגיל 18 ועד גיל 25 (יש שאף מאריכים אותו עד לגיל 30), אשר לו מאפיינים ייחודיים (שורק ונבות, 2016; Arnett, 2000; McGorry et al., 2013). ראשית, בגרות בהתהוות מאופיינת באי-יציבות רבה ובמעברי חיים רבים בקרב צעירים. שנית, היא מאופיינת גם בתהליך של חקירה עצמית ובחינת המקום האישי במגוון תחומי החיים המרכזיים. ולבסוף, בגרות בהתהוות מאופיינת גם בתחושה של מצב ביניים ושל שלב מעברי ארוך (שורק ונבות, 2016). בשל מאפיינים ייחודיים אלו, בשלב הבגרות בהתהוות יש סיכון מוגבר לפתח מחלות נפש (McGorry et al., 2013).

3.1 חשיבות הגילוי המוקדם והטיפול המהיר

בצד ההכרה של המחקר בשכיחות של מחלות נפש בקרב נוער וצעירים, ההכרה בסיכון המוגבר להתפתחות של מחלות נפש בגילים אלו, וההכבדה שמוגבלות נפשית מטילה על האדם והחברה, עלתה גם החשיבות של גילוי מוקדם והתערבות מוקדמת ומהירה בקשיים רגשיים ונפשיים בכדי למנוע את התפתחותם לכדי מצב כרוני.

בגילים הצעירים ההיענות לטיפול היא גבוהה מאוד, ולעומת זאת ככל שמחלות אלו ממשיכות גם לגיל בגרות ישנה תופעה של אבחון כפול¹, במיוחד במקרים שבהם הן לא מטופלות, מה שמקשה מאוד על ההיענות לטיפול. למעשה, האבחון המוקדם וההתערבות המוקדמת מכונים בספרות 'חלון הזדמנויות' בלתי הפיך לטיפול בקשיים נפשיים ורגשיים המתעוררים בקרב נוער וצעירים (Fusar-Poli, 2019).

3.2 משבר בטיפול - חסמים לצריכת שירותי בריאות הנפש על ידי נוער וצעירים

הן בספרות המקצועית הן במדינות רבות מזהים 'משבר בטיפול' (crisis in care) בתחום בריאות הנפש לנוער וצעירים כאשר מרבית הנוער והצעירים אשר חווים קשיים נפשיים אינם מקבלים את הטיפול שלו הם זקוקים, מצב המוביל למצוקה גדולה אף יותר, לירידה בתפקוד ואף לאובדנות.

ישנם חסמים ייחודיים לנוער וצעירים בחיפוש עזרה וצריכת שירותים בבריאות הנפש, חלקם פנימיים וחלקם חיצוניים. **חסמים פנימיים** כוללים, בין היתר, חוסר ידע על בריאות הנפש ושירותים קיימים, חשש מתפיסות שליליות של עמדות אנשי טיפול וחשש מסטיגמה. נוסף על כך, פנייה לעזרה ולטיפול בתחומי בריאות הנפש נתפסת בקרב צעירים כמורכבת, מלחיצה, כזו הכוללת תחושות שליליות (מעורבות של חדרי מיון או משטרה) ולכן מועדת לעיכוב (delay-prone) (כלומר, מתעכבים מלבצע אותה) (MacDonald et al., 2018). **חסמים חיצוניים** כוללים, בין היתר, חוסר נגישות לשירותים ועלויות כספיות נלוות. מלבד חסמים אלו, ישנם גם **חסמים מערכתיים** – מערכת בריאות הנפש לנוער וצעירים היא מערכת מבוזרת (מקוטעת), יש בה נגישות נמוכה לשירותים מבוססי ראיות, קטיעה של רצף הטיפול במעבר לגילי בגרות ושירותי מבוגרים, וחוסר בפרספקטיבה מיוחדת-שלבי-התפתחות. במילים אחרות, מערכת בריאות הנפש באופן מסורתי אינה מותאמת באופן ייעודי להספקת שירותי בריאות נפש לצעירים, במובן זה ששירותים רבים הם תלויי גיל או אבחנה (Hetric et al., 2017).

בשל החסמים השונים שזוהו במחקרים בקרב צעירים בבואם לצרוך שירותי בריאות, ובכללם שירותי בריאות הנפש, וכדי להגדיל את הנגישות אליהם ולהגביר את השימוש בהם, **הגדיר ארגון הבריאות העולמי סטנדרטים לעיצוב שירותי בריאות שהם ידיוותיים לנוער וצעירים (WHO, 2002).**

סטנדרטים אלו קובעים כי על השירותים להיות:

- **נגישים** – נוער וצעירים יכולים לצרוך בפועל את השירותים
- **שווים לכל נפש** – כל בני הנוער והצעירים, ולא רק קבוצות מסוימות, יכולים לצרוך את השירותים
- **סבירים** – נוער וצעירים מוכנים לצרוך את השירותים הניתנים
- **מתאימים** – השירותים הם נכונים, כלומר לנוער ולצעירים ניתנים השירותים שהם צריכים
- **מקיפים** – השירותים נותנים מענה לכל צורכיהם של בני הנוער והצעירים, בכל תחומי הבריאות

¹ אבחון כפול הוא הימצאות של מצב בריאותי נוסף למצב בריאותי אחר, אחד או יותר, הקשור אליו או נפרד ממנו.

- **מועילים** – השירותים הנכונים ניתנים בדרך הנכונה, ולהם תרומה חיובית לבריאות של בני הנוער והצעירים
 - **יעילים** – מערכת מידע עוקבת אחר השירותים ועלותם ויכולה להשתמש בנתונים
- לפירוט נוסף ראו נספח א: סטנדרטים לעיצוב שירותי בריאות ידודתיים לנוער וצעירים – ארגון הבריאות העולמי.

3.3 טיפול אינטגרטיבי בבריאות הנפש לנוער וצעירים - מענה ל'משבר בטיפול'

גישה שאומצה לאחרונה בתחום בריאות הנפש לילדים ונוער היא מודל השירות האינטגרטיבי לנוער (Integrated Youth Services Model), המכונה כאמור לעיתים מודל 'התחנה האחת' כמענה ל'משבר בטיפול' שצוין לעיל. **מודל זה לרוב מאופיין במרכז בקהילה – האב (hub), ובו ניתנים שירותים שונים לנוער ולצעירים, ובכללם שירותי בריאות, בריאות הנפש, שירותי רווחה, שירותים בתחום הלימודים, שירותים בתחום התעסוקה ושירותים חברתיים וקהילתיים נוספים** (Settipani et al., 2019; Sloos, 2019), ולרוב ישנו גם קשר הדוק עם מערכת החינוך המקומית. מרכזי טיפול אינטגרטיביים בקהילה עבור נוער וצעירים הם מודלים של טיפול המספקים שירותים מקיפים **מוכווני נוער וצעירים** (Settipani et al., 2019).

הסטנדרטים שקבע ארגון הבריאות העולמי למתן שירותי בריאות לצעירים (ראו לעיל וראו פירוט נוסף בנספח א) תורגמו גם לתחום בריאות הנפש, והם מאפיינים מרכזיים של שירותים המעניקים טיפול אינטגרטיבי בבריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים (Sloos, 2019; Hetrick et al., 2017; Settipani et al., 2019).

הטריק ואח' (Hetrick et al., 2017, p. 1) מגדירים טיפול אינטגרטיבי בבריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים, כפי שעולה מן הספרות המקצועית, כ: "חידת טיפול המשלבת כוח אדם קליני וכוח אדם שאינו קליני המספק טיפול רב-תחומי, באופן אידיאלי באותו המיקום" (אם כי המיקום המשותף אינו הכרחי ואינו מבטיח בהכרח שהטיפול אכן יהיה אינטגרטיבי). **בהקשר זה טיפול אינטגרטיבי הוא כזה המחבר בין טיפול רפואי ובין טיפול בתחום בריאות הנפש, יחד עם שירותי רווחה, שירותי חינוך (ובכלל זה לימודים והכשרה מקצועית) ותעסוקה, באופן כזה שהשירותים מסודרים וניתנים במשולב על פי צרכיו של מקבל השירות** (Hetrick et al., 2017). מלבד זאת, יש הטוענים שמחלות נפש של ילדים, נוער וצעירים צריכות להיחשב סוגיה מערכתית, משום שהן לרוב משפיעות לא רק על היחיד אלא גם על המשפחה ועל הקהילה שלו, (Baranne & Falissard, 2018), ובהתאם לכך יש צורך לתת מענה להיבטים השונים של סוגיה זו, ובכלל זה שירותי רווחה וחינוך.

נוטבום ואח' (Nooteboom et al., 2021, p.89) מגדירים טיפול אינטגרטיבי בתחום בריאות הנפש לצעירים על פי ההגדרה של WHO: "מתן תמיכה שהיא קוהרנטית, מתואמת, ורציפה דרך רמות וחלקים שונים בתוך מערכת הטיפול (למשל משירותים אוניברסליים ורפואה כללית דרך מרכזים ייעודיים המתמחים בבריאות הנפש), המותאמת לצרכים של ילדים ומשפחותיהם לאורך כמה תחומי חיים".

3.4 טיפול אינטגרטיבי - מהו?

3.4.1 הגדרה

הספרות המקצועית מתקשה לספק הגדרה אחידה למושג טיפול אינטגרטיבי בשירותי בריאות אלא היא מתייחסת לאינטגרציה באמצעות מגוון רחב של מושגים, ובהם תיאום, קישור, רצף טיפול, רשתות, שיתופי פעולה, טיפול משותף והמשך טיפול (Sloos, 2019). קודנר וספרינוברג (Kodner & Spreuwenberg, 2002) מוסיפים וטוענים שיש להסתכל על אינטגרציה מנקודת המבט של מקבל השירותים, וכאשר מדובר במקבלי שירותים מקרב אוכלוסיות מוחלשות שלהם צרכים מורכבים, כגון אנשים עם מוגבלות פיזית, התפתחותית או קוגניטיבית (ובכלל זה בריאות הנפש), הם מעניקים למושג טיפול אינטגרטיבי משמעות והיגיון ייחודיים. לרוב, הצרכים של אוכלוסיות אלה כוללים צרכים בריאותיים, לצד צרכים פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים אחרים, והם מהווים אתגר של ממש למערכות השירותים. לכן החוקרים מציעים הגדרה המדגישה את נקודת המבט של צרכני השירותים: "אינטגרציה היא אוסף קוהרנטי של שיטות ומודלים של מימון, ניהול מנהלי, ארגון, מתן שירותים, ומתן טיפול קליני, המעוצב כדי ליצור חיבור, סידור ושיתופי פעולה בין ובתוך הסקטורים של טיפול וריפוי. המטרה של שיטות ומודלים אלו היא להעצים את איכות הטיפול ואיכות החיים, את שביעות הרצון של צרכן השירותים, וייעול המערכת עבור צרכני שירותים עם צרכים מורכבים וארוכי טווח, ומגוון תחומים, שירותים, ספקי שירותים ומקומות של אספקת השירותים" (Kodner & Spreuwenberg, 2002, p. 3). סלוס (Sloos, 2019) מחדדת את ההגדרה ומגדירה אינטגרציה כהליך של שיטות ומודלים המערבים מספר רב של ספקי שירותים ואנשי מקצוע לכל אורך רצף הטיפול, העובדים בשיתוף פעולה בכדי לספק טיפול שהוא אינטגרטיבי.

3.4.2 רמות של אינטגרציה

בספרות המקצועית מתוארות שלוש רמות של אינטגרציה: (1) **חיבור** (linkage) – הכולל אנשי מקצוע שלהם ידע על שירותים בתוך ובין סקטורים שונים ויכולת להפנות את צרכני השירותים לשירותים אלו; (2) **תיאום** (coordination) – כולל את השימוש במתאמי טיפול או ב'מנווטים', אנשים אשר מסייעים לצרכני השירותים לנווט ולתאם בתוך ובין סקטורים. ברמת התיאום, סקטורים ושירותים שונים מחוברים יחד אך נשארים ישויות נפרדות שלהן ניהול ומימון נפרדים; (3) **אינטגרציה מלאה** (full integration) – משמעותה יצירת תוכניות חדשות מתוך מאגר של משאבים קיימים (Leutz, 1999).

לחלוקה זו הוסיפו אגרן ואקסלסון (Ahgren & Axelsson, 2005) שתי רמות נוספות של אינטגרציה: **הפרדה מלאה** (full segregation) בקצה אחד של רצף האינטגרציה, כלומר מצב שבו אין כל אינטגרציה, ו**שיתוף פעולה** (cooperation), שאותו מיקמו בין תיאום ובין אינטגרציה מלאה, משום ששיתוף פעולה הוא יותר מרק תיאום בין ובתוך סקטורים אלא הוא מטייב אותם (Ahgren & Axelsson, 2005). על פי חלוקה זו שבספרות המקצועית, אפשר להגדיר אינטגרציה ככזו הנמצאת על רצף, כאשר בקצה אחד שלו נמצאת הפרדה מלאה ובקצהו השני אינטגרציה מלאה (Sloos, 2019).

3.4.3 סוגים של אינטגרציה

הספרות מבחינה בין שלושה סוגים של אינטגרציה:

- **אינטגרציה אנכית** – משלבת שירותים תחת מטריה מבנית של ארגון יחיד. השילוב במקרה זה נעשה בין רמות שונות של מתן הטיפול בתוך רשת אחת.
- **אינטגרציה אופקית** – במקרה זה נשמרת ההפרדה של ארגונים שונים, ומטרתה היא לשפר את תיאום הטיפול במעבר בין שירותים שונים.
- **אינטגרציה מדומה** – הארגונים פועלים בתוך רשת של ארגונים. גם פה נשמרת ההפרדה בין ארגונים שונים, אך יש הסכם שיתוף פעולה, הסכם לשותפות בתפעול השירותים או שיוך ארגוני משותף (Sloos, 2019).

לסיכום, אינטגרציה יכולה להתרחש ברמות שונות ובאמצעות מנגנונים שונים ולהיות ממוקמת על רצף בין הסכמים וסידורים רשמיים בין שירותים, דרך שירותים המשתמשים באותם תהליכי הפניה והערכה או החולקים תהליכים מנהליים, רשומות רפואיות וכגישות צוות, ועד לגישות טיפוליות הפועלות במשותף וצוותים בין-תחומיים בעלי תרבות טיפול משותפת הפועלים באותו המקום. אינטגרציה היא אפוא מנגנון יעיל במערכות שבהן מעורבים שותפים רבים ואשר יש להן נטייה לפרגמנטציה (Hetric et al., 2017).
אף על פי שאינטגרציה מסתמנת כמושג חשוב בתחום הספקת שירותי בריאות, ישנה הסכמה מועטה בלבד בספרות המקצועית לא רק על הדרך להגדיר אותה אלא גם על הדרך שבה אפשר להביאה לכדי ביצוע ויישום ולהשיג אינטגרציה בטיפול (Sloos, 2019).

4. סקירת מודלים נבחרים במדינות שונות

בפרק זה ייסקרו מודלים נבחרים במדינות שונות: מודל Headspace באוסטרליה, מודל Minds Open ACCESS בקנדה, מודל Jigsaw באירלנד, מודל Forward Thinking Birmingham באנגליה ומודל Maison des Adolescents בצרפת. המודלים נבחרו בשל היותם מרכזיים במדינתם, ואף בעולם, בשל היותם מספקים שירות ברמה ארצית או בשל היותם מודלים שבהם רכיבים ייחודיים או חדשניים.

4.1 אוסטרליה - Headspace

4.1.1 רקע

ממשלת אוסטרליה החליטה להקים בשנת 2006 את Headspace – קרן לאומית לבריאות הנפש לנוער וצעירים, במטרה להנגיש את שירותי בריאות הנפש לבני 12-25 לנוכח הפער שהיא מצאה בין הצורך בטיפול וקבלת עזרה מגורמי בריאות הנפש של נוער וצעירים ובין פנייה ממשית שלהם לשירותים אלו במהלך ההתבגרות ובשלב הבגרות המוקדמת. פער זה מדאיג במיוחד בהתחשב בכך שזהו פרק זמן המועד להופעה של בעיות נפשיות וכן שלב שבו התערבות מוקדמת יכולה להיות מכרעת במיוחד ובעלת תועלת רבה. למשל, ממצאי הסקר הלאומי לבריאות נפשית ורווחה ([National Survey of Mental Health and Wellbeing](#)) שנערך בשנת 2007 העלו כי 26% מקרב בני 16-24 באוסטרליה חוו בעיה נפשית קלינית במהלך 12 החודשים שקדמו לסקר. שיעור זה היה הגבוה ביותר מבין קבוצות הגיל האחרות שנבדקו בסקר. ממצא בולט נוסף שעלה מן הסקר היה השיעור הנמוך של פנייה לעזרה בקרב נוער וצעירים. על פי הממצאים, רק 13.2% מן הצעירים ו-31.2% מן הצעירות שחוו סימפטומים קליניים מובהקים פנו לעזרה מקצועית (Headspace, 2019). מחקר עדכני יותר שנערך בשנת 2015 ובחן את נושא הבריאות הנפשית של ילדים ומתבגרים העלה כי אחד מכל שבעה מתבגרים בני 12-17 (14.4%) חווה מצוקה נפשית אך רק 65% מהם פנו לקבלת טיפולים ושירותים (Lawrence et al., 2015).

במרכזי Headspace תומך מימון ליבה של ממשלת אוסטרליה, ומנהלות אותם רשתות בריאות המשפחה (Primary Health Networks - PHNs). המרכזים נשענים במידה רבה גם על גישה לתוכנית ההטבות הרפואיות האוסטרלית (Australian Medical Benefits Scheme). תוכנית זו מאפשרת לנוער ולצעירים גישה לשירותים הניתנים במרכזי Headspace במטרה לקבל תוכנית טיפול נפשית (Mental Health Treatment Plan - MHTP) מרופא כללי, המאפשר להם קבלה של עד 10 טיפולים אישיים ועד 10 טיפולים קבוצתיים בתחום בריאות הנפש בשנה (Headspace, 2019).

נכון לשנת 2020, 124 מרכזי Headspace פעלו ברחבי המדינה, באזורי מטרופולין וכפר (headspace.org.au). בשנים 2019-2020 סיפקו המרכזים 405,139 שירותים ל-97,257 צעירים (Headspace, 2020).

מודל Headspace נבחר מפני שזהו מודל הבולט בהיקף המענים והתכניות שהוא מציע, בפריסתם הנרחבת של מרכזי השירות באוסטרליה וכן בהיקף המידע הנגיש על-אודותיו. בשל תכונות אלו, המודל גם משמש אב-טיפוס למודלים נוספים בעולם בתחום מתן שירותים אינטגרטיביים של בריאות הנפש.

4.1.2 המטרות והחזון של מודל השירות

כאמור, Headspace היא הקרן הלאומית לבריאות הנפש לצעירים והיא מספקת שירותי התערבות מוקדמת בתחום בריאות הנפש לבני 12-25. מודל Headspace האוסטרלי הוא מודל טיפול רב-תחומי המתמחה במתן מענים בתחום בריאות הנפש. במרכזי Headspace ניתנים שירותים בארבעה תחומי ליבה: בריאות נפשית, בריאות פיזית (ובכלל זה בריאות מינית), שירותים בתחום התמכרויות לסמים ואלכוהול ותמיכה בתעסוקה ולימודים. המרכזים נגישים, ידידותיים לנוער וצעירים ובהם ניתנים שירותים אינטגרטיביים שמספקים התערבויות מבוססות-ראיות (Rickwood et al., 2019; headspace.org.au).

המטרות העיקריות של המרכזים הן זיהוי החסמים בקרב נוער וצעירים לשימוש בשירותי בריאות הנפש והנגשת שירותים אלו, וכן מתן התערבות מוקדמת המאפשרת טיפול כוללני ואינטגרטיבי (Rickwood et al., 2014; Headspace, 2019). הטיפולים ניתנים בקהילה, והמרכזים עומדים בקשר ועובדים בשיתוף פעולה עם שירותי מומחים, בתי ספר וארגונים קהילתיים אחרים (Settipani et al., 2019). המרכזים מעוצבים ומתוכננים בשיתוף מקבלי השירות בכדי לוודא שהם מתאימים, נגישים, ומועילים עבורם. על כן כל מרכז נראה אחרת, מציע ומגיש את שירותיו בדרך המתאימה לצורכי הקהילה המקומית (headspace.org.au).

מודל השירות

מודל Headspace כולל 16 רכיבים: עשרה רכיבי ליבה של הספקת שירותים ושישה רכיבים (מערכתיים) מאפשרים (enabling components) (Rickwood et al., 2019) (להרחבה ראו נספח ב):

1. רכיבי ליבה של הספקת השירותים

- **שיתוף נוער וצעירים:** השתתפות של נוער וצעירים עומדת במרכז המודל בכדי להבטיח שהמרכז יהיה מוכוון לקהל זה ומותאם לצורכיהם ולהעדפותיהם. ההשתתפות באה לידי ביטוי בשלושה היבטים: (1) השתתפות בבניית התוכנית הטיפולית; (2) השתתפות בפיתוח השירותים במרכז ומתן משוב על השירותים, על הספקתם ועל איכותם; (3) מקבלי השירות הם חלק מן המערכת הניהולית של המרכז, שותפים בפגישות צוות ובתכנון של פעולות המרכז.
- **השתתפות משפחה וחברים (בתהליך הטיפול):** חברים ובני משפחה של הפונה ממלאים תפקיד חשוב בהחלטה לפנות למרכז ובשיתוף הפעולה שלהם בתהליך. המרכזים נגישים ומותאמים גם לצורכיהם.
- **העלאת מודעות בקהילה:** ישנה חשיבות למודעות בנושאי בריאות הנפש בקרב נוער וצעירים, בני משפחותיהם והקהילה שאליה הם משתייכים. זיהוי מצבים שבהם יש לפנות לעזרה מקצועית, הפחתה של סטיגמה הקשורה בקשיים נפשיים ועידוד של פנייה לעזרה יכולים לסייע לצעיר לפנות למרכז לקבלת עזרה וטיפול.
- **נגישות מוגברת:** במטרה להפחית חסמים בפניה לשירות ולהגביר את נגישות המרכזים, במרכזים אומצה מדיניות של 'כל הדלתות נכונות' (no wrong door). ברוח זו, המרכזים מקבלים כל הפניה, כולל פנייה עצמית של הצעיר, בכל עניין, ולא מחייבים מעבר דרך מערכות הטיפול ה"מסורתיות" והסבוכות. כמו כן, התשלום עבור השירותים הניתנים במרכז הוא בשיטת no or low cost – ללא תשלום או בתשלום נמוך.

- **התערבות מוקדמת:** שלא כמו שיטות טיפול מסורתיות, מרכזי Headspace מוכוונים לקבלה של פונים כבר בשלב מוקדם של התערורות הקושי ולא רק בשלבים מאוחרים וחריפים יותר.
- **טיפול הולם:** קבלת הטיפול במרכז מותאם לגיל הפונה, למצבו הפסיכולוגי הכללי, לתרבות שממנה הוא מגיע, לשלב ההתפתחות של הקושי הנפשי שלו ולקבוצה שאליה הוא שייך (למשל, צעירים להט"בים).
- **פרקטיקות מבוססות-ראיות:** השירותים שניתנים במרכזים הם מבוססי מחקר וידע ומתעדכנים כל העת.
- **תחומי ליבה (תחומי טיפול מרכזיים):** כאמור, במרכזים ניתנים שירותים בארבעה תחומי ליבה: בריאות נפשית, בריאות פיזית (כולל בריאות מינית), התמכרויות לסמים או אלכוהול ותמיכה בנושאי תעסוקה ולימודים. הצורך העיקרי של הפונים הוא בתחום בריאות הנפש, ולכן מיקוד המענים במרכזים הוא בתחום זה. עם זאת, במרכזים ניתן גם מענה בתחום הרפואה הכללית, המאפשר פנייה של צעירים באופן אשר יפחית את החשש מסטיגמה. כך אפשר לפנות למרכז לטיפול רפואי ובה בעת לבקש סיוע בתחום בריאות הנפש.
- **שירותים אינטגרטיביים:** לאחר שנערך מיפוי של מגוון הצרכים של הפונה, ניתן לו טיפול אינטגרטיבי הכולל את כל השירותים שלהם הוא זקוק.
- **מעברים (בין שירותים) נתמכים (supported transitions):** כאשר המרכז עצמו אינו יכול לענות על צורכי הפונה, ניתנת לו הפניה לשירות חיצוני שיוכל להעניק לו עזרה מתאימה או סיוע ביצירת קשר ראשוני עם שירות אחר. תמיכה זו מבטיחה שהפונה יקבל טיפול ולא "יפול בין הכיסאות" בעת המעבר. תמיכות אלו מתאפשרות תודות לשיתופי פעולה הדוקים עם שירותים שונים ולמסלולי הפניה ברורים.

2. רכיבים (מערכתיים) מאפשרים

- **רשת ארצית:** מרכזי Headspace המקומיים פועלים במסגרת רשת ארצית. נכון לשנת 2021 הרשת מונה 124 מרכזים ומאפשרת חדשנות ולמידה משותפת במטרה לפתח פרקטיקות טיפול מיטיבות ולשפר את איכות השירותים שהיא מעניקה. הרשת תומכת במרכזים ומחזקת אותם, שואפת להשיג אחידות ארצית בצד התאמת הצרכים הייחודיים של כל מרכז לקהילה שבה הוא פועל ומאפשרת מעבר ידע בין מרכזים ולמידה מבוססת ראיות. לדוגמה, למרכזים ישנה גישה למשאבי למידה מקוונים ולפורומים שבהם הצוותים יכולים לשתף בחוויות ולקיים למידת עמיתים. נוסף על כך, החל משנת 2013 פועלת מערכת שאוספת מידע באופן שוטף על צריכת השירותים במרכזים: מי פונה, איך נעשתה הפנייה ומדוע נעשתה, איזה שירות ניתן, מהן תוצאותיו ומהי רמת שביעות הרצון של מקבל השירות. המידע משמש לניטור ולהערכה של מתן השירותים במרכזים.
- **סוכנות מרכזית מובילה:** מרכזי Headspace ברחבי המדינה עובדים כ'מרכזי זכיינות' והם מופעלים ברמה המקומית על ידי ארגונים שונים. לרוב ישנה סוכנות מרכזית מובילה לכמה מרכזים מקומיים. סוכנות זו היא ארגון בלתי תלוי אשר אמור לדאוג למשאבים הפיזיים ולכוח האדם הנדרשים להפעלת המרכזים שבאחריותו וכן לייצר קשרים עם הקהילה ושיתופי פעולה עם ארגונים אחרים (בכך הם מהווים למעשה רשת מקומית קטנה של מרכזי Headspace). לדוגמה, ארגון Orygen – ארגון המקדם את הזכויות והטיפול בצעירים עם קשיים נפשיים באמצעות מחקר, פיתוח תוכניות ומתן המלצות למקבלי החלטות, מפעיל בעצמו כמה מרכזי Headspace במדינת ויקטוריה ומשמש סוכנות מרכזית מובילה שלהם (<https://www.orygen.org.au/>).

- **איגוד (consortia):** כל סוכנות מרכזית המפעילה כמה מרכזים מקימה גם איגוד של ארגוני שירות מקומיים המהווים יחד מעין ועדת היגוי של המרכזים, והם עוסקים בתכנון הפעילות במרכזים ובתמיכה בה באמצעים שונים וכן מנטרים את הפעילות בהקשר לצרכים המקומיים. פעילות האיגוד המקומי מאפשרת מבנה רשמי לשיתופי פעולה המבטיח שהשירותים הניתנים מתאימים לצורכי הקהילה המקומית. על כל איגוד כזה חלה חובה שיהיו בו נציגים מקומיים מארבעה תחומי שירותים עיקריים: בריאות הנפש, בריאות כללית, אלכוהול וסמים, ושירותי תעסוקה. על האיגוד לכלול גם נציגים מארגונים מקומיים רלוונטיים אחרים. למשל, בקהילות שבהן יש קבוצות אתניות מסוימות על האיגוד לכלול נציגים מקהילות אלה.
- **צוות מקצועי רב-תחומי:** את השירותים במרכזים מעניקים אנשי מקצוע ממוגון תחומים, ובהם פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, אחיות ומומחים בתחום של אלכוהול וסמים. המרכז עובד בשיטה שמקדמת עבודה צוותית רב-תחומית, לדוגמה: הדוח הרפואי הוא אלקטרוני ומשותף לכל אנשי הטיפול, תוכנית הטיפול מבוססת על תכנון רב-מקצועי וכן מתקיימות פגישות של כל הצוות המקצועי.
- **מימון מעורב:** המימון של המרכזים מקורו במקורות מימון שונים, והדבר מאפשר מתן שירות בעלות נמוכה או ללא עלות כלל.
- **מידה והערכה:** רכיב זה מטרתו להמשיך לשפר ולקדם בקביעות את איכות השירותים הניתנים במרכזים. כל המרכזים מחויבים להעלות מידע על הפעילות שלהם למערכת איסוף המידע הארצית של מרכזי Headspace. הנתונים מנותחים, ודוחות המידע המופקים נשלחים למנהלי המרכזים, לנותני השירותים ולסוכנויות המנהלות. הדוחות מספקים נתונים על מאפייני הטיפולים הניתנים לפונים ועל תוצאותיהם.

פרקטיקה מיטבית במודל השירות של Headspace

במסגרת מחקר שנועד לבחון מהי הפרקטיקה המיטבית למתן שירותים על פי מודל Headspace במרכזי השירות השונים (Rickwood et al., 2014), פותחה מסגרת למתן מיטבי של שירותים ובראשה ארבעה תחומי מפתח אשר לכל אחד מהם יעדים ליישום (להרחבה ראו נספח ג).

1. **נגישות (accessibility)** – המרכזים נגישים וברי השגה לפונים, תודות לכך שהשירותים המוצעים בהם כרוכים בעלות נמוכה או ניתנים בחינם. המרכזים ממוקמים במקומות מרכזיים שניתן להגיע אליהם בתחבורה ציבורית והם פתוחים בשעות הנוחות לנוער וצעירים, כמו ערבים וסופי שבוע. נוסף על כך, אפשר לפנות למרכז ללא הפניה מרופא או מגורם מקצועי אחר וכן ללא אבחנה ספציפית. המרכזים מציעים שירות במקום אחד (האב), שבו ניתן לקבל מגוון של שירותים המותאמים למגוון אוכלוסיות וקבוצות תרבותיות והם זמינים גם עבור בני משפחה וחברים.
2. **סבירות (acceptability)** – המרכזים מעניקים שירותים באופן שהוא סביר ובדרך שהיא מותאמת וידידותית לנוער וצעירים. לדוגמה, סגנון העיצוב של המרכזים הוא צבעוני ורגוע וכונה לקהל צעיר, צבעוני ורגוע, הצעירים שותפים לעיצוב השירותים ולתכנון הטיפול בהם. השירותים ניתנים בדרך אנונימית ובטוחה על ידי צוות מוכשר ומנוסה. נוסף לכך יש שיתופי פעולה עם שירותים שונים כדי להבטיח מעברים קלים וברורים ביניהם.
3. **התאמה (appropriateness)** – המרכזים מספקים שירותים המתאימים לצעירים תודות לכך שהם ממוקדי התערבות מוקדמת, מקיפים ומותאמים לגיל הצעיר ולשלב ההתפתחות של הקושי הנפשי.

4. **קיימות (sustainability)** – המרכזים מספקים בקביעות שירותים איכותיים בקהילה. למרכזים יש תמיכה מן הקהילה המקומית והם משתפים פעולה עם שירותים אחרים בקהילה. המרכזים הם חלק מרשת לאומית של מרכזים שהשירותים בה נמדדים ונבחנים כל העת, והם מחוייבים להשתתף בפעילויות המקדמות בריאות נפשית ורווחה כללית של נוער צעירים.

4.1.3 אוכלוסיית היעד

כאמור, המרכזים מיועדים להעניק שירות לילדים, נוער וצעירים בגילי 12-25, ללא צורך באבחנה רשמית או מסוימת. לפי נתוני הארגון הארצי המאגד את כל המרכזים, **רוב הפונים מפגינים רמות גבוהות או גבוהות מאוד של מצוקה פסיכולוגית**. סיבות לפנייה למרכזים הן בין היתר: תחושות של חרדה ומתח, כעס, מצב רוח ירוד או דיכאון, בעיות עם המשפחה ועם החברים, קשרים רומנטיים, שאלות בנושא מין, מיניות ומגדר, בריונות, בקשת עזרה בחיפוש עבודה או בכניסה ללימודים; ובריאות פיזית (כולל בריאות מינית) (headspace.org.au).

4.1.4 תנאי כניסה לשירות

אפשר לגשת פיזית אל המרכזים או לפנות לעזרה באינטרנט או בטלפון; אין צורך באבחנה מסוימת או בהפניה מגורם מקצועי, ניתן לפנות בכל עניין כמעט; השירות ניתן אנונימית למי שמעוניין בכך; והשירותים ניתנים בעלות נמוכה או ללא עלות (headspace.org.au). אם אין במרכז מענה מתאים לצעיר, הוא מופנה לשירות מקומי מתאים אחר.

4.1.5 השירותים הניתנים

1. **שירות telehealth ארצי (שירות בריאות מקוון)**: שירות telehealth הארצי מספק גישה למומחים בפסיכיאטריה באמצעות שיחת וידאו למי שמתגוררים באזורים מרוחקים ובאזורים שבהם יש קושי לקבל טיפול פסיכיאטרי. עלות השירות היא נמוכה מאוד והוא ניתן לרוב בצד טיפול בקהילה.
2. **שירות e-headspace**: שירות ארצי המספק תמיכה בטלפון או באינטרנט על ידי מומחים בתחום בריאות הנפש לצעירים. השירות מספק לצעירים, לבני משפחה ולחברים מקום בטוח להתייעצות אנונימית עם מומחה, מכל מקום שבו הם נמצאים. השירות זמין גם למי שאינם יכולים לגשת למרכז עצמו, למשל למי שגרים במקומות מרוחקים. השירות פופולרי במיוחד ומאפשר לצעירים רבים לקבל סיוע בטלפון ובדרך נוחה וקלה יותר מאשר מכש פנים אל פנים במרכז השירות עצמו.
3. **שירותים מקצועיים בתחומי לימודים ותעסוקה**: מודל Headspace מזהה את החשיבות של עבודה ולימודים בחייהם של צעירים. השירותים המקצועיים שמוצעים במרכזים תומכים בצעירים ומלווים אותם ליווי ידידותי, מותאם ובטוח במאמציהם להשגת מטרותיהם בתחומים אלו. השירותים מיועדים למי שמצבם הנפשי השפיע על עבודתם או לימודיהם. הצעירים עובדים במודל של "אחד על אחד" עם מומחה מקצועי כדי להגדיר, לשמר, או לארגן מחדש את הגדרת המטרות שלהם ואת הדרך להשגתן. השירות מציע גם ליווי של חונך צמוד.
4. **Headspace בבתי הספר**: שירותים אלו מעניקים כלים חינוכיים בתחום בריאות הנפש עבור צעירים ומספקים גישה למומחים בתחום בבית הספר היסודי ובתיכון ברחבי המדינה. באמצעות הכשרה וחינוך, צוות בית הספר וההורים לומדים כיצד לתמוך

בדרך מיטבית במי שחווים קשיים נפשיים. תוך מיקוד בזיהוי והתערבות מוקדמים, בית הספר בונה אוריינות וחוסן בתחום בריאות הנפש ומפנה לרופאים כלליים ולמומחים בבריאות הנפש במידת הצורך ([headspace.org.au](https://www.headspace.org.au)).

5. **התערבות מוקדמת:** תוכנית המעניקה תמיכה לצעירים המפתחים מחלת נפש בשלביה הראשונים או נמצאים בסיכון לפתח כזו ומספקת לצעירים ולמשפחותיהם תמיכה של גורם מקצועי מומחה בפרק זמן קצר ממועד הפנייה לשירות.

4.1.6 בעלי תפקידים

מגוון רחב של אנשי מקצוע מתחומי בריאות וחינוך שונים עובדים במרכזים, ובכללם רופאים כלליים, פסיכולוגים ויועצים בכל המרכזים; רופאים מומחים כמו פסיכיאטרים או מומחים בבריאות מינית בחלק מן המרכזים; עובדים סוציאליים בחלק מן המרכזים. נוסף על כך במרכזים מועסקים גם אחיות בריאות הנפש, מרפאים בעיסוק, יועצים בתחומי התעסוקה והלימודים ועובדי בריאות המתמחים בקהילות אבוריגיניות (Aboriginal communities) (Settipani et al., 2019).

4.1.7 מיקום והקשר סביבתי-חברתי

המרכזים ממוקמים באזורים מרכזיים בקהילה והם נגישים לתחבורה ציבורית, זאת כדי להיות נגישים מאוד לצעירים (Settipani et al., 2019).

עבודה עם בתי ספר

המודל מעניק שירותים ומפתח תוכניות עבור צוותי בתי ספר, תלמידים והורים (להרחבה ראו סעיף 2.1.5 לעיל).

עבודה עם משפחה וקרובים

1. **קבוצת סנגור ארצית של בני משפחה וחברים** – חברי הקבוצה הם אנשים עם ניסיון בתמיכה בצעיר שקיבל שירותים במרכזי Headspace. הקבוצה קוראת להכיר בתרומתם ובחשיבות תפקידם של בני משפחה מטפלים ולתת מקום לצורכיהם הייחודיים בכל התוכניות והשירותים של המרכזים ([headspace.org.au](https://www.headspace.org.au)).

2. **מידע ותמיכה** – באתר של Headspace מופיע מידע בנושאים שונים המיועד למשפחה וחברים התומכים בצעירים עם קשיים נפשיים. המידע עוסק במגוון נושאים מרכזיים בחייהם של צעירים, כגון בריונות, מגדר ומערכות יחסים, בריאות נפשית, סמים ואלכוהול, עבודה ולימודים. באתר גם מובאות המלצות והנחיות להורים ולחברים בנוגע לדרך שבה אפשר לתמוך במי שחווים קושי נפשי. נוסף על כך, הורים, בני משפחה וחברים המלווים צעירים שחווים קשיים נפשיים יכולים לקבל תמיכה בעצמם במרכז השירות, בטלפון או בצ'אט.

3. **קבלת משוב מן הצעירים ובני משפחותיהם** – על איכות השירותים, התאמתם ושביעות רצונם מהם באמצעות סקרים, אתרי אינטרנט ומדיה חברתית, תיבת משוב וקבוצות מיקוד.

4.1.8 מדידה והערכה

רכיב חשוב במודל Headspace הוא מדידה והערכה שוטפת של איכות השירותים שניתנים במרכזים ושל השפעתם על מקבלי השירות ובני משפחותיהם, ובכלל זה יצירת מאגר מידע ארצי וביצוע מחקרים ארציים. מטרת המדידה וההערכה היא להמשיך לשפר ולקדם את איכות השירותים הניתנים במרכזים. כל המרכזים מחויבים לעדכן בקביעות את מאגר המידע הארצי על פעילותם. המרכזים מקבלים דוחות שוטפים על השירותים שהם סיפקו ועל תוצאותיהם עבור מקבלי השירותים.

4.1.9 הד ספייס בישראל

בישראל פועלים שני מרכזי הד ספייס, בירושלים ובבת ים. המרכזים הוקמו על פי מודל Headspace באוסטרליה, והם מיועדים לטיפול בבני 12-25. המרכזים מעניקים תמיכה וליווי לבני נוער החל משלב ההתבגרות ועד לאחר השירות הצבאי והלימודים. את המרכזים בישראל מממנים המוסד לביטוח לאומי, רשויות מקומיות וקרנות פרטיות, והגורם המפקח הוא משרד הבריאות, הרווחה והחינוך (headspace.org.il). במרכזים מוענקים טיפולים פסיכולוגיים פרטניים קצרי מועד והדרכות הורים וקבוצות, והטיפול הוא אישי ומותאם לכל פונה. הטיפול מתרכז במגוון של קשיים נפשיים כגון בעיות חברתיות בבית הספר, קשיים עם המשפחה, שאלות על זהות מינית ודיכאון. כמו כן, המרכזים מעוצבים באווירה ייחודית הפונה לצעירים, ומועסקים בהם פסיכולוגים, פסיכיאטרים ואנשי מקצוע מיומנים אחרים שעברו הכשרה ייעודית לעבודה עם נוער וצעירים.

4.1.10 מודלים נוספים באוסטרליה

Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)

לצד מודל Headspace פועלים במדינה שירותים נוספים בתחום בריאות הנפש. אחד מהם הוא Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). מערכת שירותים זו פועלת במערב המדינה ומציעה תמיכה וטיפול בצעירים מגיל לידה ועד גיל 18 החווים קשיים נפשיים (כמו הפרעות חרדה, דיכאון, הפרעות אכילה, טראומה והתאבדויות או כגיעה עצמית) ובבני משפחותיהם. במסגרת CAMHS פועלות גם תכניות לטיפול אחרי אשפוז. רוב השירותים ניתנים בקהילה ומיעוטם בבית חולים. צוות הטיפול בקהילה כולל מומחים בתחומים שונים העובדים בשיתוף פעולה, ובהם פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ופסיכו-תרפיסטים. ההפניה לשירות ניתנת על ידי הגורם המטפל – רופא המשפחה, רופא מומחה, בית הספר או מומחה מארגון בקהילה (<https://cahs.health.wa.gov.au/Our-services/Mental-Health>)

Orygen Youth Health

אף על פי שמודל Headspace נותן מענה לנושא ההתערבות המוקדמת, נושא מכריע בגילים הצעירים ובמיוחד לבעיות בריאות הנפש הנפוצות, עולה צורך במודל שייתן מענה לאוכלוסיות עם צרכים מורכבים יותר ועם מצבים נפשיים חמורים יותר. אוכלוסיה זו זקוקה למענים אינטנסיביים יותר, לטיפול של מומחים ולזמן טיפול ממושך.

ארגון Orygen Youth Health הוקם בשנת 2002 כהמשך של מודל מוקדם יותר, ה-Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) בכדי לספק שירותי התערבות ייחודית לאוכלוסיה רחבה יותר של צרכנים. הארגון פועל בצפון

מערב העיר מלבורן, מספק מגוון שירותים מבוססי קהילה ושירותים דחופים, לבני 15-25 ומתמקד בהתערבות מוקדמת לצעירים החווים פסיכوزה, הפרעות במצב הרוח (הפרעה אקטיבית) והפרעת אישיות גבולית. זאת, לצד ביצוע מחקר על השירותים הניתנים. שירות עיקרי בארגון הוא צוות 'גישה לנוער' הפועל 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, ומספק אבחון ראשוני, הערכה ומתן מענה בשעת חירום, הן בקליניקות ייעודיות הן בביתו של הצעיר. השירות מבוסס על פעילותן של ארבע קליניקות: (1) קליניקה לצעירים החווים פסיכוזה ראשונה; (2) קליניקה לצעירים הנמצאים בסיכון גבוה לפתח מחלת נפש; (3) קליניקה לצעירים החווים בעיות שאינן פסיכוטיות, ובעיקר דיכאון קליני והפרעה דו-קוטבית; (4) קליניקה לצעירים המפתחים הפרעת אישיות גבולית. כל אחת מן הקליניקות מציעה טיפול מתמשך, של שנתיים, ומספקת מגוון התערבויות ייחודיות, למשל תיאום טיפול וטיפול פרטני. נוסף על כך, הצעיר מקבל מענה מצוות המתמקד בתמיכה סוציאלית ומקצועית במטרה להחזירו לתפקוד מיטבי מוקדם ככל האפשר. הצוותים מתמקדים בסיוע בתחום המקצועי ובסיוע בהשגת מטרותיו של הצעיר בתחומי הלימודים והתעסוקה. נוסף לכך הארגון מפעיל יחידת אשפוז לטיפול חירום ובה 16 מיטות ייעודיות ומטרתה להכין את הצעיר למעבר לטיפול בקהילה ולקבלת שירותים קהילתיים אחרים של הארגון.

4.2 אירלנד - Jigsaw

4.2.1 רקע

שיעורים גבוהים של התאבדויות ומקרים של פגיעה עצמית יצרו בתחילת שנות האלפיים תחושת בהלה באירלנד בנוגע לבריאות הנפש ולרווחה של נוער וצעירים. העיסוק בתקשורת בסוגיות אלה, כמו גם בהתנהגות אנטי-חברתית, קשיים בלימודים, שימוש בחומרים משכרים ועוד, חיזקו במדינה את התפיסה של "דור במשבר".

בעקבות זאת יזם משרד הבריאות והילדים באירלנד בשנת 2006 את רפורמת "חזון לשינוי" ([A Vision for Change](#)). במסגרת התוכנית הורחבו השירותים שמעניקים שירותי בריאות הנפש לילדים וצעירים (Child and Adolescent Mental Health Services - CAMHS) והוחלט על הקמתו של מרכז לאומי לבריאות הנפש לנוער (National Centre for Youth Mental Health) כעמותה אוטונומית המבוססת על שותפות ציבורית-פרטית ומספקת שירותים אינטגרטיביים בקהילה לצעירים בני 12-25.

במרכז הלאומי לבריאות הנפש לנוער זיהו כי למרות פיתוח שירותים עבור צעירים בעקבות הרפורמה, רוב השירותים עוסקים בבעיות נפשיות בדרגת חומרה בינונית וקשה ודורשים אבחנה רשמית כדי לקבל שירות. נוסף על כך ההמתנה לקבלת שירותים אלה היא ממושכת, עיכוב שעלול לפגוע במיוחד בילדים ובצעירים עם קשיים נפשיים. כמו כן, מצבם של בני 16-18 היה בעייתי במיוחד, שכן חלק מן המענים שמעניקים שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער מיועדים לילדים רק עד גיל 16 (McGorry et al., 2015; O'Keeffe et al., 2013).

על רקע זה פותח בשנת 2006 מודל השירות Jigsaw – מודל שירותי בריאות נפש להתערבות מוקדמת בקרב צעירים. בתחילה פעל השירות כפיילוט בחמישה אזורים בלבד, וכיום השירות מפעיל 13 מרכזים ברחבי המדינה (Settipani et al., 2019; <https://jigsaw.ie>).

השירות נועד לתת מענה לצעירים שלהם קשיים נפשיים מתפתחים או מתונים, וכן לסייע לכלל הצעירים עם קשיים נפשיים להשיג את השירות המתאים להם במהירות האפשרית. הקמת מרכזי השירות ופיתוח השירותים הניתנים בהם התבצע בשיתוף צעירים בקהילות השונות, תוך גיוס כל בעלי העניין הרלוונטיים, לרבות סוכנויות ציבוריות, קהילתיות והתנדבותיות, כגון שירותי בריאות נפש לילדים, שירותי בריאות נפש למבוגרים, מרפאות, שירותים נוספים אחרים לצעירים, קבוצות חינוך ובעלי עניין בפיתוח מקומי (McGorry et al., 2013). נוסף לשירותים שהוא מציע, מודל השירות פועל בשיתוף בעלי עניין ונותני שירות ציבוריים, התנדבותיים וקהילתיים בתחום בריאות הנפש ובתחומים נוספים הקשורים לצעירים. בדרך זו השירות משלים רצף של טיפול לצעירים – מתן שירותים ייחודיים וסיוע לאינטגרציה ולחיזוק של השירותים הקיימים כדי לתמוך בבריאות הנפש של צעירים בקהילותיהם (O'Keefe et al., 2015; O'Reilly et al., 2015).

בהערכה שנעשתה בשנים האחרונות נמצא כי במהלך שנת 2019 ביצעה רשת מרכזי השירות כ-30,000 מפגשים ברחבי המדינה עם נוער וצעירים, הוריהם או מבוגרים אחרים. כמו כן, מאז פתיחתם באפריל 2019 של שירותי המידע והתמיכה המקוונים, 150,000 אנשים עשו בהם שימוש (<https://jigsaw.ie>).

4.2.2 המטרות והחזון של המודל

המודל מגדיר שלוש מטרות: (1) להבטיח גישה ידידותית לצעירים (youth-friendly) לשירותי בריאות נפש אינטגרטיביים בקהילותיהם; (2) להכשיר עובדים ומתנדבים הנמצאים בחזית הראשונה של מפגש או טיפול בצעירים (front-line workers) כך שיוכלו לסייע להם ולתמוך בבריאות הנפש שלהם; (3) להעלות את המודעות הקהילתית סביב נושא בריאות הנפש של צעירים (O'Keefe et al., 2015; O'Reilly et al., 2015). לאחר יותר מעשור של פעילות, פותחה בשנת 2018 תוכנית אסטרטגית מעודכנת למודל השירות ובה שלוש מטרות מרכזיות (<https://jigsaw.ie>):

1. **הובלת שינוי:** על בסיס הידע והניסיון הרב שהצטבר, ויחד עם בעלי עניין ושותפים נוספים, השאיפה היא להוביל שינויים בנושאים של מודעות, מדיניות ותקצוב כדי לקדם את חזון המודל באשר לבריאות הנפש של צעירים במדינה. רכיב זה כולל קידום מדיניות מבוססת ראיות, ביצוע של מחקרים וחיפוש אחר ידע מבוסס ראיות כדי לקדם שירותים יעילים למניעה ולהתערבות מוקדמת בבריאות הנפש של צעירים.
2. **חיזוק קהילות:** המודל מבוסס על גישה כוללת מבוססת קהילה. לפיכך, כדי שהוא יפעל כראוי יש לשאוף למעורבות אקטיבית של קהילות ברחבי המדינה. רכיב זה כולל העלאת מודעות בקרב כלל הגורמים באשר לתפקיד הקולקטיבי של קהילות בתמיכה בבריאות הנפש של צעירים, ביסוס שיתופי פעולה עם שירותים אחרים ליצירת מערכת אינטגרטיבית של שירותי בריאות נפש, וחיזוק המעגלים השונים של צעירים (משפחות, קהילות) כדי שאלו יוכלו לתמוך בבריאות הנפש של צעירים.
3. **הספקת שירותים:** המודל שואף להמשיך לספק ולפתח ללא תמורה כספית משאבי ידע של מומחים, תמיכה מקוונת ומתן תמיכות ושירותים בקהילות בכל רחבי המדינה לצעירים בתחום בריאות הנפש, בדגש על התערבות מוקדמת בקרב צעירים כדי למנוע קושי מיותר, לספק מידע ושירותים נגישים, יעילים ומכילים ולפתח שירותים חדשים להרחבת הנגישות של השירותים הניתנים בקהילות.

כמו כן נקבעו כמה עקרונות מנחים לעבודת הצוות במסגרת המודל (O'Reilly et al., 2015; Settapani et al., 2019): (<https://jigsaw.ie>):

1. **התגייסות ומעורבות של הצעירים הפונים:** הקשבה לשיקול דעתם באשר לצורכיהם, התגייסות פעילה של הצעירים בעת תכנון שירותים ויישומם ובקרה על שירותים המוצעים במודל, זאת במטרה להבטיח שאלה יהיו נגישים וימזערו סטיגמה. עיקרון זה מיושם על ידי תהליכי ייעוץ שונים, ובהם מעורבות של צוות ייעוץ של צעירים (youth advisory panel) בכל מרכז ושל ממונה על השתתפות של צעירים (youth participation officer) בעת עיצוב ותכנון של כל יוזמה. מנגנונים אלה מבטיחים התחשבות בדעותיהם של הצעירים (O'Reilly et al., 2015). מעורבות הצעירים נועדה להגדיל את הסיכוי ליצירת שירותים רלוונטיים, נטולי סטיגמה ונגישים. הצעירים מייצגים גם בעת יצירת מרחבים מזמינים ונעימים לשהות בהם במרכזים השונים. (Settapani et al., 2019). כמו כן המודל מנהל רשת לאומית ומקומית של מתנדבים צעירים ומבוגרים שמייצגים ומסייעים בתהליכי קבלת החלטות (<https://jigsaw.ie>).
2. **מעורבות קהילתית:** אחת מהנחות היסוד של המודל היא שצעירים מושפעים מגורמים רבים (כגון משפחה, חברים, תקשורת ותרבות) וממערכות רבות (עבודה, שירותי טיפול, בתי ספר, חוגים). עובדה זו מחייבת גישה כוללת בעת תכנון ומתן השירותים, כמו גם בניית רשת קהילתית לתמיכה בצעירים וזיהוי וגיוס של מנהיגים בקהילה.
3. **אינטגרציה של שירותים:** ביסוס שיתוף פעולה בין השירותים השונים לצורך שיפור מערך שירותי בריאות הנפש המוצעים לצעירים והבטחת דרכי גישה ברורות ומוגדרות לקבלת מענה מתאים.
4. **שיפור מגוון השירותים המציעים פיתוח חוסן ויכולות אישיות עבור צעירים.**
5. **מניעה והתערבות מוקדמת** לצורך זיהוי צעירים בסיכון עם קשיים נפשיים מתפתחים.

4.2.3 אוכלוסיית היעד

המרכזים מיועדים לבני 12-25 הזקוקים לתמיכה בתחום בריאות הנפש. השירות שבהם ניתן למי שנמצאים בתקופה קשה או חשים מצוקה וזקוקים לסיוע כדי להתמודד עם קשיים נפשיים כגון חרדה ומתח. השירות מיועד גם להורים, לאפוטרופוס, למבוגר אחראי אחר או לאיש מקצוע בתחום הבריאות המחפשים תמיכה וייעוץ עבור ילד או צעיר והוא ניתן בחינם (<https://jigsaw.ie>).

חשוב לציין שהמרכזים מציעים שירותי בריאות נפש ראשוניים (primary care service) והתערבות מוקדמת **במקרים של קשיים נפשיים קלים עד בינוניים בקרב צעירים.** ילדים וצעירים הזקוקים לתמיכה דחופה מתבקשים לפנות לרופא המשפחה, לבית חולים או למיון חירום (<https://jigsaw.ie>). כמו כן, צעירים שלהם קשיים נפשיים בינוניים עד קשים, הדורשים טיפול רחב יותר מזה המוצע במרכז, לרוב מופנים לגורמים מטפלים אחרים, כגון שירותי בריאות הנפש לילדים או למבוגרים, ארגונים קהילתיים או רופאי משפחה (O'Keeffe et al., 2015).

לפי נתוני הארגון, הקשיים הנפשיים הנפוצים ביותר המטופלים במרכזים הם חרדה ומצב רוח ירוד, כמו גם בעיות כעס, שימוש בסמים, חרדה, עצבות, מחשבות על פגיעה עצמית וביטחון עצמי נמוך (<https://jigsaw.ie>).

4.2.4 תנאי כניסה לשירות

אין תנאים מוגדרים לקבלת השירות ואין צורך בהפניה או באבחון מראש (O'Keeffe et al., 2015). ילדים וצעירים (ומבוגרים המעוניינים להתייעץ על-אודות ילד או צעיר) יכולים לפנות ישירות, פנים אל פנים, למרכזים ברחבי המדינה, לפנות באמצעות דוא"ל או טלפון או לקבל שירותים מקוונים דרך אתר Jigsaw (<https://jigsaw.ie>).

4.2.5 השירותים שניתנים

סוגי השירותים, התמיכות והפעילויות

כדי להשיג את מטרותיו, המודל מציע שירותים ותמיכות במגוון פלטפורמות, כמו גם מבצע פעילויות משלימות נוספות. השירותים המוצעים במרכזים כוללים (Settipani et al., 2019):

1. **מפגשי ייעוץ והתערבות פרטניים לטווח זמן קצר:** מפגשים לטווחי זמן קצר אלה נועדו לתת מענה בשני מקרים: עבור מי שזקוקים לטיפול רחב יותר מזה שהשירות יכול להציע ולכן מטרתם היא זיהוי הגורם המתאים ביותר להפנות הלאה אליו את הצעיר; עבור מי שלא זקוקים לתמיכה או התערבות רחבות יותר. התערבויות לטווח זמן קצר אלה כוללות אחד עד שישה מפגשים המבוססים על טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מודע ומכוון-פתרון (CBT informed and solution focused therapy). במפגשים אלה הצעירים מתבקשים ראשית לזהות מטרות רלוונטיות לחייהם ולאחר מכן הם מקבלים מן הצוות תמיכה באמצעות פתרון בעיות, למידת כישורים חדשים וחיבור לשירותים נוספים שעשויים לעזור בהשגת המטרות שזוהו. יש לציין כי ניתנים גם מפגשי ייעוץ והתערבות עקיפים –אחרת עם הורים, אנשי מקצוע ומבוגרים אחרים (O'Keeffe et al., 2015; <https://jigsaw.ie>).

2. **התערבויות פרטניות לטווח זמן ארוך:** במפגשים אלה עיקר ההתייחסות היא לפיתוח יכולת אצל הצעיר לניהול עצמי רגשי, קוגניטיבי והתנהגותי, סביב נושאים כגון שימוש בחומרים משכרים וקשיים בלימודים או במשפחה.

שירותים נוספים שניתנים במרכזים הם: מיקוד בפתרון בעיות, מיינדפולנס, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול בשימוש בסמים, טיפול של חינוך פסיכולוגי (psychoeducation) ופיתוח כישורים חברתיים. בחלק מן המרכזים מוצעים שירותים נוספים כגון תוכניות חברתיות, פנאי ותעסוקה, וכן תוכניות מניעה והתערבות מוקדמת שמטרתן זיהוי מוקדם של צעירים הנתונים בסיכון לקשיים נפשיים (Settipani et al., 2019; O'Reilly et al., 2015).

נוסף לשירותים הניתנים פנים אל פנים במרכזים עצמם, החל משנת 2019 השירות מציע שירותי תמיכה מקוונים בבריאות הנפש עבור צעירים, בני משפחתם ועבור אנשי מקצוע העובדים עם צעירים. בין השירותים המקוונים אפשר למצוא חומר כתוב ומולטימדיה במגוון נושאים, מידע מקצועי, ייעוץ מעשי, סדנאות וקורסים שגיבשו בעלי תפקידים וכן מתנדבים מקרב הצעירים אשר צרכו שירותים במרכזים.

השירותים המקוונים מאפשרים לצעירים פנייה בכמה דרכים: (1) פנייה אנונימית; (2) השתתפות בקבוצות צ'אט ארציות שבהן אפשר לדון על נושאים הקשורים בבריאות הנפש (נושא אחר כל שבוע) בהנחיית רופא משירות Jigsaw; (3) צ'ט ישיר עם איש מקצוע לקבלת תמיכה פרטנית (<https://jigsaw.ie>).

בשנת 2020 הוקם קו מענה טלפוני (hotline) ארצי ללא עלות לקבלת תמיכה בתחום בריאות הנפש עבור צעירים. יצוין כי מאז התפרצות נגיף הקורונה חלק גדול מן השירותים שניתנו פנים אל פנים ניתנים כיום גם באמצעות הודעות טקסט, טלפון או פלטפורמות וידאו (<https://jigsaw.ie>).

פעילויות נוספות

נוסף על מתן שירותים ותמיכה, מודל השירות עוסק ב פעילויות נוספות. כדי להציע שירותים שעוצבו על בסיס ראיות, המודל כולל רכיב של איסוף מידע שוטף ושל הערכה ומחקר:

1. **איסוף מידע שוטף** – מידע על הצעירים הפונים לשירות נאסף במערכת מידע מקוונת המיועדת לתעד מידע רפואי חשוב, מידע לניהול המקרה, מידע על השירותים הנצרכים ועל תוצאות הטיפול (Settipani et al., 2019). כל ילד או צעיר (או מבוגר מטעמו) הפונה לשירות מתבקש למלא את המידע במערכת זו. המידע מוצג בפגישות צוות שבועיות שבהן מתקבלות החלטות על התאמת השירותים לפונים (O'Keeffe et al., 2015).

2. **הערכת השירותים שמעניק השירות ומימון מחקר** – עבודת מחקר היא חלק בלתי נפרד ממודל השירות, והיא מבוססת על תוכנית אסטרטגית רב-שנתית להערכה ומחקר. המידע מן המערכת המקוונת של השירות מועבר ללא זיהוי פרטים לצוות מחקר לצורכי ניתוח והערכה. המידע מאפשר לנתח כמותית ואיכותנית את שירותי המודל באמצעות מידע על מאפיינים דמוגרפיים של המשתמשים בשירות, סוגיות מרכזיות שבעטיין פנו, שירותים שניתנים, מסלולי הפניה ועוד. צוות המחקר משתמש בכלי מחקר ושאלונים נוספים לצורכי הערכת השירותים של השירות, כגון שאלונים למדידת שביעות רצון ושאלונים לבחינת מצוקה נפשית. נוסף להערכת המודל, השירות שואף לשמש מקור ידע אמין ומוביל בתחום של בריאות הנפש של צעירים עבור הציבור הרחב ועבור ספקי שירותים אחרים (O'Keeffe et al., 2015; <https://jigsaw.ie>; Doyle et al., 2021).

4.2.6 בעלי תפקידים

בכל מרכז פועל מערך מגוון של בעלי תפקידים בתחום הבריאות, ובהם מרפאים בעיסוק, עובדים סוציאליים, אחים ואחיות בריאות הנפש, יועצים, פסיכולוגים חינוכיים ופסיכולוגים. כמו כן ברוב המרכזים יש גם רופאים כלליים, עובדי נוער, מטפלים משפחתיים ויועץ בנושא התמכרויות (<https://jigsaw.ie>; Settipani et al., 2019). מגוון זה של בעלי תפקידים מאפשר גמישות בגישות הטיפול הננקטות עבור כל צעיר, על פי צרכיו (O'Keeffe et al., 2015). בכל מרכז פועלים גם מתאמי טיפול (wraparound facilitator), והם מלווים את מקבלי השירות בהקשרים שונים של הטיפול והשירותים שהם מקבלים (Settipani et al., 2019).

4.2.7 מיקום והקשר סביבתי חברתי

כאמור, השירות מפעיל 13 מרכזים ברחבי המדינה. המרכזים ממוקמים באזורים מרכזיים והם פתוחים לקהל ללא צורך בהזמנת תור מראש (<https://jigsaw.ie>). המרכזים הם ידידותיים לצעירים ואפשר להגיע אליהם בכל עת ולשהות בהם בחברת צעירים אחרים (drop-in center storefront), למשל במתחמי קפה (Settipani et al., 2019).

4.2.8 קשרים עם הסביבה

כפי שצוין, השירות מבין את חשיבות התפקיד של הורים, קרובי משפחה, מורים ומבוגרים אחרים בחייהם של צעירים, בפרט כשהדבר נוגע לבריאות הנפש שלהם. לפיכך, השירות עובד עם הקהילות כדי לספק מידע, תמיכה והכשרה. במסגרת השירותים במרכזים מוצעים גם מפגשי ייעוץ והתערבויות קצרות הפתוחות גם לייעוץ ולתמיכה עקיפה בצעיר – התערבות עם הורים, אנשי מקצוע ומבוגרים אחרים הקשורים אליו (O'Keeffe et al., 2015). הצוות במרכז מביא בחשבון את סביבת חייו של הצעיר בעת התאמת השירותים, והוא יכול להציע לו תמיכה נדרשת בהתאם לנסיבות חייו (<https://jigsaw.ie>).

נוסף על כך, השירות מקדם את המודעות ואת המוכנות בתחום בריאות הנפש לצעירים בקהילה על ידי העברת סדנאות וקורסים לקהילות ברחבי המדינה: 14 סוגי סדנאות וקורסים להורים, לאפוטרופוסים ולמבוגרים העובדים עם צעירים, פעילויות להעלאת מודעות בבתי ספר, מקומות עבודה, קבוצות קהילתיות ועוד (<https://jigsaw.ie>).

היבט נוסף הנוגע לקשרים עם הסביבה הוא עבודה עם שירותי בריאות נפש נוספים. כאמור, מתן מידע והפניה לשירותים אחרים, במקרים שבהם השירותים המוצעים אינם מתאימים לצעיר הפונה, הם חלק בלתי נפרד מן השירותים הניתנים במרכזים. במקרים רבים אחים ורופאים מתחום בריאות הנפש מקשרים צעירים לרופאים כלליים, לשירותי בריאות הנפש אחרים לילדים או למבוגרים, לארגונים קהילתיים ועוד. אנשי צוות ייעודיים שומרים על קשר עם הצעיר ומבצעים מעקב גם לאחר ההפניה לשירותים אלה (O'Keeffe et al., 2015; Settapani et al., 2019). כמו כן, גורמים שונים בקהילה מפנים צעירים או הורים למרכזים, ובהם ספקי שירותי בריאות, שירותי חינוך וארגונים קהילתיים (O'Keeffe et al., 2015). חיבור זה לגורמים בקהילה מאפשר לשירות למלא תפקיד ברצף המענים הניתנים בתחום בריאות הנפש לנוער ולצעירים באירלנד ולהימנע מלספק שירותים שכבר קיימים. כמו כן, הפניית צעירים לשירות המתאים ביותר עבורם עשוי לקצר זמני המתנה ולהבטיח קבלת מענה מהיר ויעיל (O'Keeffe et al., 2015). ולסיום, ברמת המדיניות, מובילי השירות עוסקים בקידום שינוי מערכתי בשירותי בריאות הנפש לנוער ולצעירים על ידי תכנון מחדש של שירותים וחלוקת משאבים, תוך מעורבות של גורמים ציבוריים, קהילתיים והתנדבותיים, וכן על ידי שיתופי פעולה עם הממשל (O'Reilly et al., 2015; Settapani et al., 2019).

4.2.9 מדידה והערכה

את יישום מודל Jigsaw מלווה צוות מחקר הבוחן את רכיבי התוכניות באמצעות כלים שונים, ובהם מערכת מידע מקוונת לקבלת מידע דמוגרפי וטיפולי על הצעירים, שאלון CORE הבוחן רמה של מצוקה נפשית (עבור בני 12-16 שאלון YP-CORE, ועבור בני 17-25 שאלון CORE-10) ושאלון למדידת שביעות רצון של מקבלי השירותים.

מאפייני מודל השירות

על פי הערכה שנעשתה בקרב משתתפים, שתי הדרכים הנפוצות ביותר לפנות לשירות הן עצמאית (21%) ובסיוע הורה (32%). נתון זה מדגיש את הנגישות הגבוהה של השירותים. נוסף לכך, צעירים מופנים לשירות על ידי רופא משפחה, בתי ספר תיכון ושירותי בריאות הנפש למבוגרים (O'Keeffe et al., 2015; O'Reilly et al., 2015).

צעירים הפונים למרכז למפגשי ייעוץ והתערבות פרטניים קצרי טווח מקיימים, בממוצע, 4.4 מפגשים במהלך 13 שבועות. רוב הצעירים שסיימו התערבות קצרה לא הופנו לשירות נוסף, אך מבין אלה שכן, הרוב הופנו לשירותי בריאות הנפש לצעירים, לרופאי משפחה ולשירותי בריאות הנפש למבוגרים (O'Keeffe et al., 2015).

נוסף לשירותים הטיפוליים הניתנים במרכזים או באופן מקוון (דרך אתר השירות), כ-26 אלף צעירים ובוגרים השתתפו בסדנאות ובקורסים להעלאת המודעות לבריאות הנפש לצעירים בקהילות במדינה במהלך שנת 2019. כמו כן, 80 בתי ספר נרשמו לתוכנית החדשה של המודל לקידום בריאות הנפש לצעירים (<https://jigsaw.ie>).

הצלחת המודל

בבחינה שנעשתה בקרב צעירים לפני ואחרי שקיבלו שירותים ממרכזי Jigsaw, עלה שלכני ההתערבות, 89% מהם הציגו רמות קליניות של מצוקה פסיכולוגית, ו-52% דיווחו על רמות בינוניות/חמורות או חמורות של מצוקה פסיכולוגית. לעומת זאת, לאחר קבלת השירותים, 47% מן הצעירים העידו על רמות בריאות של מצוקה פסיכולוגית ו-29% על רמות נמוכות של מצוקה פסיכולוגית. באשר לשינויים משמעותיים קלינית או מהימנים לאורך זמן, 62% מן הצעירים הראו שיפור ניכר ומהימן בשאלון CORE-10, בעוד 22% הראו שיפור מהימן בלבד. נוסף על כך, 68% הראו שיפור מהימן בשאלון YP-CORE. לא נמצאו הבדלים מובהקים על בסיס גיל או מגדר (O'Keeffe et al., 2015).

שביעות רצון

במחקר שבחן שביעות רצון בקרב צעירים שצרכו שירותים ממרכזי Jigsaw נמצא כי 96% מן המשיבים היו שבעי רצון או מאוד שבעי רצון, 95% הסכימו שהתמיכה שקיבלו עזרה להם להתמודד עם הקשיים שלהם, ו-97% מן ההורים והמטפלים דיווחו שהצעיר שבטיפולם השתפר בזכות קבלת השירות (<https://jigsaw.ie>; Doyle et al., 2021). היתרון הנפוץ ביותר שעליו דיווחו הצעירים היה כישורים שלמדו כדי להתמודד עם הקשיים שהם חוו. רבים זיהו שהם מסוגלים לנהל את הרגשות שלהם טוב יותר לאחר ההתערבות ודיווחו גם על שיפור במצב הרוח – ציינו שמרגישים שמחים יותר, רגועים יותר ועם יותר תקווה. אחרים ציינו שהכישורים שקיבלו תומכים בהם גם בתחומים אחרים, כגון בבית הספר או בבית (Doyle et al., 2021).

נושא נוסף שנבדק במחקר היה צמיחה אישית מאז צריכת השירותים, ובפרט פיתוח דרכי תקשורת טובות יותר. רבים ציינו שהמרחב הבטוח במרכז השירות סייע להם לשתף איש טיפול בקשייהם. חווית השירות שהם חוו תמכה בהתנהגויות לחיפוש עזרה בעתיד, בקרב חלק מן הצעירים. היו שציינו שהם מרגישים יותר נוח לכנות למישהו כדי לדבר ולשתף בקשיים מאז שנעזרו בשירותי המרכז, היו שציינו עלייה בביטחון העצמי שלהם, בתחושת הזהות שלהם ובערך העצמי, והיו שאמרו שמערכות היחסים שלהם במשפחה או עם חברים השתפרו (Doyle et al., 2021).

עוד נושא שנבחן היה חיזוק ההבנה בנושא בריאות הנפש והעלאת המודעות אליו. צעירים דיווחו שהם מבינים יותר את מצב בריאות הנפש שלהם ומבינים יותר בבריאות הנפש באופן כללי. חלקם העידו שהם מודעים יותר למחשבות ולרגשות שלהם ושפיתחו מודעות והבנה גדולות יותר לקשייהם האישיים. אחרים ציינו שהם מודעים יותר ליתרונות הטמונים בכנייה לקבלת תמיכה (Doyle et al., 2021).

מאפייני אוכלוסיית הפונים

קבוצת הגיל השכיחה בקרב הפונים היא 15-17. קבוצת גיל שכאמור לא תמיד מקבלת מענה בשירותי בריאות הנפש לילדים ולא מקבלת מענה כלל בשירותי בריאות הנפש למבוגרים (O'Keeffe et al., 2015; Settapani et al., 2019). נוסף לצעירים עצמם, מבוגרים פונים למודל כדי להתייעץ על בריאות הנפש של צעיר. מהם, הרוב הם (בסדר יורד) הורים, נציגים מבתי ספר, רופאי משפחה, משפחה מורחבת או חברים, או נציגים משירותי בריאות הנפש למבוגרים (O'Keeffe et al., 2015).

4.3 קנדה - ACCESS Open Minds

4.3.1 רקע

מחקרים שנערכו בקנדה העלו שיטתם שיעורים גבוהים במיוחד של בעיות נפשיות, התמכרויות ואובדנות בקרב נוער וצעירים, אך צעירים רבים עם קשיים נפשיים נותרים ללא טיפול או מגיעים לאבחון בשלב מאוחר (Iyer et al., 2019).

גורמים שנמצא כי הם חסם לצריכת שירותי בריאות הנפש על ידי צעירים בקנדה הם: רשימות המתנה ארוכות אשר מעכבות מאוד את מועד האבחון ומתן הטיפול ואי-קבלת טיפול על בסיס חוסר התאמה לקריטריוני אבחנה ספציפיים. צעירים נפגעים גם ממעברים בין שירותי ילדים-מתבגרים ובין שירותי מבוגרים, מהעדר התערבויות מבוססות-ראיות, ממערכות שירותים מקוטעות ולא יעילות וממערבות מועטה מדי של צעירים ובני משפחותיהם בתכנון שירותי בריאות הנפש. בעקבות זאת השירותים לא עונים על צורכיהם של צעירים ובני משפחותיהם (Iyer et al., 2019).

ACCESS Open Minds² היא יוזמה לאומית של מודל שירות שפותחה בשנת 2014 ומטרתה לשנות את אופן הספקת שירותי בריאות הנפש לבני 11-25 במדינה ולהעריך את ההשפעה של שינוי זה על הפרט ועל המערכת (Malla et al., 2019). זוהי רשת של 16 מרכזי שירות ומחקר שהוקמה במסגרת האסטרטגיה למחקר מכוון לקוחות (SPOR – Strategy for Patient-Oriented Research) של המכונים הקנדיים לחקר הבריאות (The Canadian Institutes of Health Research).

את הפעילות במרכזים מנהל משרד מרכזי, והוא משמש סביבה ניהולית עבור בעלי עניין כדי שיוכלו לתרום ולהשפיע על פעילות ACCESS Open Minds. דרך התייעצויות ולמידה מתמדת, עם חברי המרכזים השונים, המשרד המרכזי מפעיל יוזמות, מעניק תמיכות ומנטר את יישומו של מודל השירות (Iyer, Boksa, & Joober, 2019; Malla et al., 2019).

מודל השירות מיישם מגוון אסטרטגיות שמטרתן להגדיל את היקף הפניה לעזרה בקרב צעירים, ובהן קיצור זמני המענה לפניית; הספקת התערבות איכותית בזמן קצר; מניעת מעברים בין שירותים על בסיס גיל; ושיתוף פעולה עם משפחה וצעירים. השינוי שאליו שואף המודל כולל יצירת סביבה ידידותית לצעירים, נטולת-סטיגמה ומבוססת קהילה בדרך שתאפשר גישה פיזית לשירותי תמיכה וטיפול אינטגרטיביים (Iyer et al., 2019). כל השירותים במרכזים ניתנים בחינם, רובם דרך מערכת הבריאות הציבורית, ובמקרים אחרים הם מסובסדים על ידי ארגונים ללא מטרת רווח שמקבלים מימון מן הממשלה או מקרנות פילנתרופיות (Iyer, Boksa, & Joober, 2019).

² Adolescent/young adult Connections to Community-driven, Early, Strengths-based and Stigma-free services

כאמור, הרשת מפעילה 16 מרכזים ברחבי המדינה, המייצגים מגוון גיאוגרפי, תרבותי וחברתי-כלכלי של פונים. הפעילות במרכזים נעשית על פי מודל בסיסי, תוך התאמה למאפייני התרבות והקהילה שבה פועל כל מרכז (Iyer et al., n.d.). המשרד המרכזי מגדיר מהם עקרונות הפעולה של מודל השירות (ראו נספח ד):

1. **זיהוי מוקדם של צעירים הזקוקים לעזרה:** צעירים שמבקשים עזרה וכן בני המשפחה שלהם יודעים לאן לפנות והם מקבלים מענה מהיר ככל האפשר.
2. **גישה מהירה:** ניתן לפנות לקבלת עזרה בדרכים שונות: הגעה פיזית למרכז, טלפון או דוא"ל. הערכה ראשונית מתקבלת בתוך 72 שעות.
3. **טיפול הולם:** מתקבל בתוך 30 יום מן הפנייה, אם נדרש כזה לאחר ההערכה ראשונית. טווח מענה זה מומלץ על ידי איגוד הפסיכיאטריה הקנדי.
4. **רצף הטיפול:** הימנעות ממעבר בין שירותים על סמך גיל (מעל 18) על ידי המשכיות שירותים בתוך אותה המערכת לקבוצת גיל רחבה יותר (11-25), כך שמעבר בין שירותים בתקופה זו מתבצע על בסיס צורך ולא גיל.
5. **השתתפות של צעירים ומשפחה:** צעירים ומשפחה שותפים בעיצוב השירותים ובתכנונם.
6. **הערכה שוטפת:** מתבצעת הערכה שוטפת לכל אחד מרכיבי המודל, כדי לבחון את השפעתו על מקבלי השירותים. כמו כן, מתבצעות מדידה והערכה של צורכי מקבלי השירותים ונבדקים זמני ההמתנה של הפונים לעזרה עד לקבלת מענה.

המשרד המרכזי (ראו לעיל) מגדיר גם רשימה של פעילויות הנדרשות כדי ליישם את המודל במרכזים השונים, לדוגמה: על הרכב הצוות המקצועי במרכז לכלול לפחות: קלינאים שהוכשרו לבצע פגישה ראשונית עם הצעירים ולתת מענה לפניית בתוך 72 שעות (ACCESS Clinician); ויצירת מרחב ידידותי לצעירים, המציע מגוון פעילויות במרכז וכן מאפשר גם פנייה עצמית ללא קביעת תור מראש. המשרד המרכזי משקיע משאבים בפיתוח המרכזים ובקידומם באמצעות הכשרות ולמידה ובאמצעות הנגשת משאבים משותפים כמו אתרי אינטרנט וסרטוני וידאו המתארים את פעילותם. המשרד המרכזי אף משתמש במערכות איסוף מידע וניהול המאפשרות מדידה והערכה של השירות. כמו כן הוא מציע לצוותים המקצועיים תמיכות והכשרות אישיות (Iyer, Boksa, & Joobar, 2019).

4.3.2 מטרות וחזון

מטרת המרכזים היא לשפר את הנגישות והאיכות של שירותי בריאות הנפש לצעירים. השירותים ניתנים בשיתוף פעולה עם צעירים, משפחות, ספקי שירותים, חוקרים וקובעי מדיניות ומבוססים על קשרים עם הקהילה והסביבה.

4.3.3 ערכי הליבה של מודל השירות

המודל מבוסס על שמונה ערכי ליבה הכוללים את האופן שבו ניתן השירות, את עקרונות שילובו של הצעיר ומשפחתו בתכנון הטיפול ואת חשיבותה של הסביבה בתהליכי הטיפול והשיקום:

1. **מטרות אישיות:** הטיפול הוא מכוון החלמה (recovery-oriented), מבוסס על ראיות וידע ומתחשב במטרותיו האישיות של הצעיר.
2. **גישה כוללת:** התייחסות לצעיר כאל אדם שלם עם רצונות, העדפות ויכולות, ולא כאל אדם עם הפרעה או סימפטומים. הטיפול מתמקד במגוון היבטים הקשורים ברווחתו של הצעיר, כמו היבטים פסיכולוגיים, פיזיים, חברתיים ותפקודיים.
3. **חוזק וחוסן:** השירות ניתן מתוך חזון של תקווה, חוסן וכבוד. הגישה הטיפולית מבוססת על החוזקות של הצעיר ושל הקהילה שלו.
4. **חמלה:** השירות מוענק ממקום של דאגה, אמפטיה, כבוד וסבלנות.
5. **מגוון:** השירות זמין למגוון קבוצות ואוכלוסיות, ללא אפליה על רקע מגדר, אתניות, תרבות ורקע היסטורי או העדפות אישיות.
6. **קבלת החלטות משותפת:** הצעיר שותף למידע ולקבלת ההחלטות בעניין הטיפול שלו. השירות מוגש בשפה שבה הצעיר יכול לבטא את עצמו.
7. **נגישות:** המרכזים נמצאים בקהילה, במקומות ידידותיים ובטוחים לצעירים, והם פועלים בשעות נוחות.
8. **משפחה ומטפלים:** ישנה הכרה בחשיבות התפקיד של הסביבה והמשפחה בטיפול ובהחלמה של הצעיר. על כן השירותים ניתנים תוך שיתוף פעולה איתם.

4.3.4 אוכלוסיית היעד

השירותים זמינים לצעירים בני 11-25 (וכן לבני המשפחה ולמטפלים שלהם), שלהם מגוון קשיים נפשיים, בכל רמות החומרה (Iyer et al., 2019).

4.3.5 תנאי כניסה לשירות

אפשר לקבל שירות במרכזים דרך הפניה מגורמים שונים: יועצי בית ספר, עובדים בקהילה, הורים/מטפלים או דרך המדיה החברתית. השירות אף מציע טופס מקוון לפנייה עצמית שהצעיר עצמו, בני משפחתו או מי מטעמו יכולים למלא. אפשר לקבל את השירות גם ללא הפניה כלל או ללא עמידה בקריטריונים של אבחנה ספציפית. כל הצעירים שפונים לשירות עוברים הערכה מקצועית ומקבלים ליווי עד להתאמת טיפול עבורם. שעות הפעילות של המרכזים הן גמישות, וניתן לקבל שירותים גם בערבים ובסופי שבוע (ACCESS Open Minds, n.d.).

4.3.6 השירותים הניתנים

במרכזים ניתנים שירותי בריאות כללית ובריאות מינית; שירותים לבני נוער עם אוטיזם; תמיכה ושירותים לבני נוער עם מוגבלות שכלית התפתחותית ומוגבלות פיזית; קבוצות תמיכה, ייעוץ בנושא בריאות נפשית או התמכרויות; תמיכה בנושאי חינוך, הכנסה ותעסוקה. כל השירותים ניתנים תחת קורת גג אחת. כאמור, אפשר לקבל את השירותים גם באמצעות הטלפון או הדוא"ל (ACCESS Open Minds, 2020a). הצעיר יכול לבחור את המקום שבו יתקיים הטיפול – בביתו, בבית קפה בקהילה או בבית הספר (ACCESS Open Minds, 2020b). כמו כן, המרכזים משמשים מקום מפגש לצעירים ובהם מתקיימות פעילויות פנאי

בתחומים שונים, כמו אומנות ומוזיקה, אשר צעירים יכולים להגיע אליהן ללא קביעת תור מראש (drop in activities). השתתפות בפעילויות אלו מקדמת היכרות עם אנשי הצוות במרכז ויכולה להוביל לפנייה של הצעיר לשירות ולהתאמת טיפול עבורו (<https://ACCESSopenminds.ca/>).

4.3.7 בעלי תפקידים

עם חברי הצוות במרכז נמנים קלינאים, חוקרים, עובדים שתפקידם לתמוך בצעירים ובבני המשפחה, פסיכיאטרים, פסיכולוגים ויועצים בתחום בריאות הנפש והתמכרויות.

4.3.8 מיקום והקשר סביבתי חברתי

מרכזי השירות נמצאים במקומות מרכזיים בקהילה, הם מעוצבים בסגנון ידידותי לצעירים. בחלק גדול מן הקהילות שבהן נמצאים מרכזי השירות הם משמשים מרכז קהילתי לשירות תמיכה בצעירים בתחום בריאות הנפש או בתחומי רווחה, נוסף לפעילויות נוספות שמתקיימות בהם (ACCESS Open Minds, 2020b).

4.3.9 קשרים עם הסביבה

במרכזים פועלים שירותי תמיכה וייעוץ עבור הורים, בני משפחה, חברים ומטפלים אשר מלווים צעירים עם קשיים נפשיים.

4.3.10 מדידה והערכה

מחקרם של אייר ואח' (Iyer, Boksa, & Joober, 2019) בחן את יישום הספקת השירותים על פי מודל ACCESS Open Minds בשבעה מן המרכזים שלהם. המחקר מצא שהספקת השירותים על פי המודל תלויה במידה רבה ביכולתם של המרכזים ליישם את רכיבי המודל שיושמו יישום מיטבי במרכזים היו: צוותים מקצועיים הכוללים מעורבות של בעלי עניין שונים במרכזים (למשל של ההנהגה הקהילתית המקומית); מיפוי וארגון מחדש של שירותים המיועדים לנוער וצעירים; מעורבות של נוער וצעירים במרכזים ובמועצת הנוער הלאומית של הרשת; הסברה ופרסום; גיוס קלינאים לביצוע הערכה ראשונית תוך זמן קצר; גישה פיזית או גישה ישירה למרכזים; מרחב ידידותי לצעירים; הגדלת הצוות המקצועי במרכז.

רכיבים נוספים של המודל היו קשים יותר ליישום, והם: מעורבות של המשפחות בפעילות המרכזים; תמיכה של קרובים; אינטגרציה בין כל שירותי בריאות הנפש לבני נוער; גמישות במונחים של מיקום ושעות מתן השירותים; גישה מהירה ובמחירים סבירים לטיפולים פסיכותרפיים; מעבר וגישה מהירים לשירותים מסוימים עבור מי שזקוק להם, במיוחד במרכזים מרוחקים.

המחקר הדגיש את חשיבותה של מנהיגות מקומית המעורבת בפעילות המרכזים אשר תאפשר ביצוע שינויים מערכתיים ותתרום לפיתוח ושימוש בהיקף רחב יותר בשירותים הניתנים במרכזים. כמו כן הודגשה חשיבותה של מעורבות ושיתוף של בעלי עניין שונים במרכזים, כמו צעירים, משפחה וקלינאים. שיטת הניהול של המשרד המרכזי מחייבת שיתוף פעולה עם בעלי עניין שונים ועם המרכזים השונים. על הגוף המנהל את כל המערך הזה ללמוד להתמודד עם מגוון תרבויות, העדפות, סוגי תקשורת ומומחים בתחומים שונים. נוסף על כך, שיתוף פעולה בין מרכזים רבים, המערב תמיכה ותיאום בין השירותים ובין והקהילות שבהם המרכזים פועלים, מחייב בנייה של מערכת יחסים ואמון. מערכת יחסים כזו מאפשרת עבודה מועילה של כל בעלי העניין יחד.

במחקר נמצאו כמה חסמים ביישום מסגרת הספקת השירותים, כפי שהיא מוגדרת במודל (Iyer, Boksa, & Joobar, 2019): (1) ייחודיות המודל היא בשאיפה ליצירת שינוי במערכות קיימות. יצירת שינויים כאלו מהווה לעיתים מכשול, שכן לכל ארגון יש בירוקרטיה, תוכניות ונוהלי עבודה משלו; (2) כמעט כל המרכזים, ובמיוחד אלו שנמצאים באזורים מרוחקים, העידו על קושי בגיוס ובשימור של צוות מקצועי מיומן; (3) רבים מן המרכזים מתמודדים עם האתגר המתמשך של הפחתת הסטיגמה הקשורה בפנייה לטיפול נפשי; (4) בעוד שברוב המרכזים הניסיון לשלב צעירים בעיצוב השירותים הצליח, ישנו קושי "לשמר" את נוכחותם של צעירים בעמדות אלו. קושי נוסף מתערר גם בשימור ההירתמות של קובעי מדיניות לתמיכה בפעילות במרכז וכן את הנכונות שלהם לממן את הפעילויות והשירותים הניתנים במרכזים.

4.4 אנגליה - Forward Thinking Birmingham

4.4.1 רקע

השירותים לבריאות הנפש באנגליה נחלקים לשירותים עבור ילדים ונוער עד גיל 18 (CAMHS) ולשירותים עבור בוגרים (AMHS). עם השנים התגבר החשש שחלוקה זו אינה משרתת את צרכיהם של מתבגרים עם קשיים נפשיים. למשל, נמצא כי נוער עם קשיים נפשיים חמורים הופנו לשירותי בריאות הנפש למבוגרים להמשך טיפול, אולם אחרים עם קשיים נפשיים מתונים יותר (כגון הפרעות קשב וריכוז, הפרעות אישיות חדשות, ועוד) לא הופנו לשירותים אלה או לא התקבלו אליהם. ואילו צעירים רבים אשר הופנו לשירותי מבוגרים דיווחו על קושי בשל המעבר, על חוסר שביעות רצון מן הטיפול ועוד (Vyas et al., 2015).

בספטמבר 2014 הקים משרד הבריאות במדינה צוות עבודה בנושא "בריאות הנפש והרווחה של ילדים וצעירים" (Children's and Young People's Mental Health and Wellbeing Taskforce) במטרה לבחון איך לשפר את המערך וההספקה של שירותי בריאות הנפש לילדים וצעירים (Birchwood et al., 2018; Malla et al., 2016). בשנת 2015, בתום עבודתו, פרסם צוות העבודה דוח. ההצעות שהועלו בו נחשבו בעלות ערך רב בקידום ובפיתוח של שירותים חדשים בבריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים באנגליה, והן ביקשו לשפר את הגישה לקבלת מענה ולייתר את המעבר משירותי בריאות הנפש לילדים לשירותי בריאות הנפש למבוגרים. לפיכך השאיפה הייתה לפתח מערכת בריאות נפש לנוער העומדת בפני עצמה ונפרדת ממערכת הבריאות לילדים ונוער, אם כי מקיימת עימה קשר הדוק. בעקבות פרסום הדוח הודיעה ממשלת אנגליה על תקצוב חדש שיימשך חמש שנים כדי לקדם את השינוי ויביא לשיפור בהספקת שירותים אלה (Birchwood et al., 2018; Fusar-Poli, 2019).

החל משנות האלפיים המוקדמות פותחו באנגליה מודלים ושירותים למתן שירותי בריאות הנפש לצעירים שהם חלק מרצף הטיפול הקיים, כגון [The Junction](#), [The Well Center Model](#) ו-[THRIVE](#).

Forward Thinking Birmingham (להלן: FTB) מודל נוסף שפותח בעיר בבירמינגהם הוא, בעקבות הפיילוט [Youthspace](#) במטרה לבחון גישות קליניות יעילות בקרב נוער וצעירים עד גיל 25. הצלחת הפיילוט, שמחקר הערכה על אודותיו הראה ש-58% מן הצעירים חוו שיפור בבריאות הנפש וברווחה שלהם, הובילו נציגי ציבור בעיר לפיתוח המודל כחלק מעיצוב מחדש ויצירת מענה אינטגרטיבי בתחום בריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים. פיתוח מודל FTB נחשב רפורמה ראשונה בתחום זה ב-30 השנים

האחרונות באנגליה ונועד לשמש תבנית לפיתוח שירותי בריאות נפש נוספים במסגרת הרפורמה בנושא באנגליה (Settipani et al., 2019; Vyas et al., 2015; Fusar-Poli, 2019).

FTB החל לפעול בברמינגהם באוקטובר 2015 להספקת שירותי בריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים מלידה ועד גיל 25, (Birchwood et al., 2018). המודל מבוסס על שותפות של ארבעה ארגונים הפועלים בעיר עבור ילדים, נוער, צעירים ומשפחות³, המייצרים איגוד (consortium) בין-מגזרי, זאת בד בבד עם עבודה שוטפת עם כמה ארגוני התנדבות בקהילה ([https://](https://www.forwardthinkingbirmingham.org.uk) Malla et al., 2016; www.forwardthinkingbirmingham.org.uk).

4.4.2 המטרות והחזון של מודל השירות

מודל FTB מתבסס על כמה עקרונות: קידום חוסן, מניעה והתערבות מוקדמת; שיפור הגישה לתמיכה יעילה; התמקדות במתן טיפול לפגיעים ביותר; אחריות ושקיפות בתוך המערכת; פיתוח מערך כוח אדם בעל יכולת לספק את השירותים (Malla et al., 2016). בבסיס המודל עומד עקרון היסוד של הצעת תמיכה וטיפול לנוער וצעירים עד גיל 25 באמצעות ארגון אחד, בשיתוף ארגונים רבים אחרים בקהילה, כדי להקל על דרכי הגישה לתמיכה הנכונה, בזמן הנכון ועבור כל אחד (<https://www.forwardthinkingbirmingham.org.uk>).

מודל השירות מדגיש כמה עקרונות מרכזיים: מתן שירותים המאופיינים בתגובה מהירה; גישה ידידותית לנוער וצעירים; התערבות מוקדמת. כמו כן השירותים מבוססים על בחירה וטיפול מכוון אדם (Settipani et al., 2019). FTB מבקש גם לקדם חוסן ורווחה רגשית באמצעות הספקת מידע, הכשרות וייעוץ ושיתוף פעולה עם המגזר ההתנדבותי בקהילה, תמיכה במשפחה והפצת מידע בדרכי תקשורת מגוונות כדי להגיע לכל האוכלוסייה בעיר (Fusar-Poli, 2019).

המודל שואף גם להשיג שינוי מערכתי רחב בקרב מגוון השירותים לבריאות הנפש המסופקים לילדים, נוער וצעירים, להוריהם ולמטפלים שלהם. המטרות העיקריות של המודל, כפי שהוגדרו בתחילת יישומו, הן (Birchwood et al., 2018):

- להבין לעומק את גורמי הסיכון שעשויים להוביל לקשיים נפשיים אפשריים ולמזער אותם על ידי התערבות מוקדמת יעילה וקידום של רווחה אישית (wellbeing) בקרב כל הגילים.
- לפתח גישה אינטגרטיבית מומחית (specialist integrated approach) דרך עבודה משותפת וישירה עם קבוצה אינטגרטיבית של ארגונים שותפים (קהילתיים, התנדבותיים, פרטיים וציבוריים).
- לעבוד בשותפות עם עובדים בקו החזית (front line workers) ולפתח בקרבם יכולת, בדגש על מסוגלות, העצמה וחינוך, במטרה להבטיח שפחות ילדים, נוער וצעירים יזדקקו לשירותי בריאות הנפש לטווח הארוך.
- לספק מגוון רחב של טיפולים מבוססי ראיות, בדגש על גישות הממוקדות בפתרון בעיות.
- להציע שירותים בקהילה.

³ הארגונים הם: Priory Group-1, Birmingham Women's and Children's NHS Foundation Trust, Operose Health, The Children's Society. לפירוט נוסף וקישור לאתרים על הארגונים ראו [אתר השירות](#).

4.4.3 אוכלוסיית היעד

השירות מיועד לפונים הרשומים אצל רופא משפחה (GP) בבירמינגהם ונתונים במצבים נפשיים שונים, החל מקשיים נפשיים קלים ועד קשיים נפשיים ניכרים ואף מצבים של משבר נפשי. במקרים של צעיר העובר אפיזודה פסיכוטית ראשונה בחייו, השירות זמין עבור אנשים עד גיל 35 (<https://www.forwardthinkingbirmingham.org.uk>).

4.4.4 תנאי כניסה לשירות

ישנן כמה דרכים לקבל שירות. הדרך המומלצת היא באמצעות מילוי טופס פנייה מקוון ומאובטח באתר השירות. את הטופס ניתן למלא עצמאית או על ידי הורה או אנשי מקצוע (כגון רופאים או אנשי צוות בבתי ספר או במכללות). פניות המגיעות בדרך זו עוברות סקירה מקצועית קלינית לזיהוי מצב חירום בתוך ארבע שעות (במהלך שעות העבודה הרגילות). דרך נוספת לקבלת שירות היא פנייה למוקד הטלפוני או הגעה לאחד המרכזים ללא צורך בהזמנת תור מראש (drop-in center).

במקרים של פניה חוזרת לשירות, כלומר עבור מי שכבר נרשמו דרך הפורטל וקיבלו שירותים בעבר, אפשר לפנות ישירות לצוות במרכז השירות או לפנות בטלפון. הדבר נכון גם עבור מי שמגיעים לשירות בעקבות אשפוז או קבלת טיפול מ'צוות משבר' (crisis team) או 'צוות הטיפול בבית' של השירות (ראו פירוט בהמשך); או כאלו אשר סיימו טיפול באחד מן הארגונים השותפים ל-FTB ברשת הטיפול שלו (<https://www.forwardthinkingbirmingham.org.uk>). כאמור, אחד העקרונות של מודל השירות הוא תגובה מהירה. לכן השירות מקפיד על מתן מענה מהיר לפונים וביצוע הערכה (או אבחון) בתוך שבועיים מיום הפנייה (Settipani et al., 2019).

4.4.5 השירותים הניתנים⁴

התחנה הראשונה במודל השירות עבור רוב מקבלי השירותים היא "מרכז הגישה" (ACCESS center) של השירות, מוקד הפנייה של השירות. הצוות במרכז הגישה מקבל את המידע בטופסי הפניה ועל בסיסו יכול להמליץ על אחת משלוש אפשרויות: (1) מפגש של הערכה ראשונית באחד המרכזים בקהילה (2); (community hub) ביקור של "צוות משבר"; (3) הפניה של הפונה לשירות אחר, שמספק אחד מן הארגונים השותפים.

ארבעה מרכזים פועלים בקהילה, ברחבי העיר. השירותים הניתנים בהם כוללים טיפול פסיכולוגי, מתן תרופות, תמיכה בבריאות נפשית או שילוב של כל אלה. במרכזים מתקיימים "מפגשי בחירה" (choice appointment), כלומר מפגשי הערכה ותיאום ראשוניים שבהם הפונה מתאר את קשייו וחושב יחד עם צוות המרכז מה נדרש כדי לשנות את המצב. במפגש נערך דיון משותף באשר לתמיכה המתאימה ביותר לפונה, אם דרך FTB ואם דרך אחד הארגונים השותפים, וכן באיזו תדירות עליו לפגוש איש צוות שיעקוב מעקב סדיר אחר התקדמותו כדי לוודא שהוא מקבל את התמיכה הנכונה. אפשר להגיע למפגש זה בליווי של בן משפחה, מטפל או לבד.

⁴ הסעיף מבוסס במלואו על [אתר השירות](#), אלא אם צוין אחרת.

באחד מן המרכזים בעיר פועל גם מתחם בשם "פאזזה", מקום שאליו אפשר להגיע ללא זימון תור מראש (drop-in service). הפונים המגיעים למתחם יכולים לבקש מידע וייעוץ או לנהל שיחה דיסקרטית לא פורמלית עם אחד מחברי הצוות. הצוות מציע תמיכה גם להורים ומטפלים. השירות בפאזזה מיועד לסייע בכל הקשור לרווחה רגשית, הוא אינו מבצע הערכות או אבחון ואינו בהכרח מפנה לשירותים נוספים. כאמור, השיחות עם הצוות בפאזזה לא נרשמות ולא מדווחות, למעט במקרים שבהם הצוות מרגיש שיש צורך לדווח, תוך ניסיון לעדכן את הצעיר על כך מראש.

מבין השירותים הניתנים במרכזי השירות יש צוותים המתמחים בתחומים ייחודיים או מעניקים שירות ייחודי:

- **צוות משבר:** אל הצוות אפשר לפנות בטלפון במקרים שבהם צעירים מרגישים שהם לא יכולים לחכות למועד קבלת תמיכה בעתיד. הפניות מקבלות מענה מהיר, לכל היותר בתוך ארבע שעות ממועד הפנייה. הצוות יכול לבצע גם ביקורים במקרים שבהם עולה צורך כזה – בבית הצעיר או בכל מקום בטוח אחר. במהלך הביקור הצוות והצעיר מחליטים יחד מה הסיוע הנדרש כעת ובטווח הקצר.
- **צוות להערכת צעירים על הספקטרום האוטיסטי:** ישנן אוכלוסיות שמועדות יותר לחוות קושי נפשי, ובהן צעירים על הרצף האוטיסטי. הצוות מציע ייעוץ, טיפול ועבודה קבוצתית מותאמים לאוכלוסייה זו. נוסף על כך מוצע תהליך של אבחון אוטיזם לילדים וצעירים שטרם אובחנו וחווים קשיים נפשיים. לצורך הערכה זו יש להיפגש עם אחד הרופאים המומחים בנושא. ילדים וצעירים המעוניינים בהערכת אוטיזם אך לא חווים מצוקה נפשית מופנים לעשות זאת אצל הרופא שלהם.
- **צוות התערבות מוקדמת במצבי פסיכזזה:** הצוות עובד עם צעירים עד גיל 35 החווים את האפיזודה הפסיכוטית הראשונה שלהם. קבלת עזרה במהירות חשובה ביותר במהלך פסיכזזה, ולכן נעשה מאמץ לקבוע את הטיפול הראשון עד שבועיים מיום הפנייה. מטרת הטיפול היא לסייע בהתאוששות מן הפסיכזזה ולמזער את הסיכוי לחוות אפיזודות נוספות. טיפול זה ניתן בבית הצעיר או באחד המרכזים בקהילה. הצוות מגוון וחברים בו אנשי מקצוע שלהם ניסיון רב בעבודה עם אנשים עם פסיכזזה, ובהם פסיכיאטרים, פסיכולוגים, אחות בריאות הנפש או תומך (support worker). תמיכה זו ניתנת לתקופה של עד שלוש שנים, על פי הצורך. הצוות עשוי לבקש לדבר גם עם בני משפחה או עם מטפלים כדי לקבל תמונה מלאה על מה שעובר הצעיר וכן לסייע למשפחה לקבל מידע ותמיכה.
- **השירות להפרעות אכילה:** שירות הניתן בכל המרכזים בעיר לצעירים הזקוקים לטיפול ותמיכה בהפרעות אכילה (אנורקסיה או בולמיה). הצוות נפגש עם הצעיר והקרובים אליו כדי להחליט יחד על תוכנית הטיפול המתאימה ביותר. זו עשויה לכלול תכנים של עזרה עצמית, תוכנית תזונה, טיפול משפחתי ואישי או עבודה קבוצתית. במקרים אלה מומלץ לפנות מראש לרופא המשפחה כדי לערב אותו ולשלב גם אותו בטיפול בצרכיו הנפשיים והפיזיים של הצעיר.
- **צוות טיפול ביתי:** הצוות מציע טיפולים אישיים בבית למי שזקוקים לתמיכה נפשית משמעותית, בעקבות משבר נפשי, אחרי אשפוז או כדי לתמוך בבריאות הנפש של הצעיר בקהילה. בכל ביקור הצוות בוחן את מצבו של הצעיר ומחליט אם טיפול ביתי הוא הטיפול המתאים ביותר עבורו. הצוות מציע תמיכה פסיכולוגית ועזרה עצמית, עזרה בניהול סיכונים בבית ומתן תרופות במקרה הצורך. טיפול ביתי מיועד להיות קצר טווח ולסייע במעבר לטיפול במרכזים בקהילה או בחזרה לטיפול בהם. במקרים שבהם הצעיר יידרש לעבור מטיפול ביתי לאשפוז, הצוות ידאג שהוא יקבל תמיכה מלאה במהלך שהייתו באשפוז.

- **צוות מוגבלות שכלית** (learning disability team)⁵: קשיים נפשיים נפוצים הרבה יותר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית. על כן המרכזים מציעים צוות של מומחים בנושא, המציע הערכה וטיפול לצעירים עד גיל 19 עם מוגבלות שכלית מתונה עד עמוקה החווים קושי נפשי או אתגר התנהגותי. הצוות מציע שירותי תמיכה לילדים, צעירים ומשפחותיהם, הכוללים טיפולים פסיכולוגיים, תמיכה התנהגותית, עבודה משפחתית ומתן תרופות.
- **שירותי ייעוץ 'דלת פתוחה'**: שירותי ייעוץ לבני 12-25 המתמודדים עם מגוון קשיים, ובהם מצוקה רגשית, פגיעה עצמית, הפרעות אכילה, קושי בזהות המגדרית, מחשבות אובדניות ובעיות בבית הספר או במשפחה. לשירות אפשר להגיע באמצעות הפניה מרופא משפחה או לאחר מילוי טופס פנייה מקוון.
- **שירות אשפוז**: אם צוות השירות מרגיש שמישהו זקוק לתמיכה אינטנסיבית יותר אפשר להציע לו טיפול באשפוז. שירותי הקהילה והאשפוז של השירות עובדים יחד לפני אשפוז של ילד או צעיר ובמהלכו, במטרה שהאשפוז יהיה קצר ככל הניתן והחזרה הביתה מהירה ככל האפשר. לאחר האשפוז, את הצעיר מלווה צוות טיפול ביתי או שהצעיר מלווה באחד המרכזים בקהילה. הצוות עובד בשיתוף מחלקות אשפוז בשני בתי חולים, אחד לילדים ואחד לבוגרים (בני יותר מ-18).

על עבודת FTB עם שותפים נוספים בקהילה ראו סעיף 4.4.8: קשרים עם הסביבה.

לסיכום, השירות מאמין שהדרך היחידה לייצר שירותים מתאימים היא לעבוד בשותפות עם נוער, צעירים, הורים ומטפלים. כדי להבטיח זאת פותחה תוכנית אסטרטגית רב-שנתית שאותה מיישם 'צוות השתתפות' בשירות המורכב הן מאנשי צוות הן ממקבלי שירותים (צעירים ומשפחות). מטרת התוכנית היא להבטיח שמקבלי השירות מעורבים מעורבות פעילה בהחלטות על התמיכה שהם מקבלים והם גם משפיעים בכל הרמות של הספקת השירותים, פיתוח השירותים, חדשנות ומדיניות. המעורבות מתבצעת בדרכים שונות, כגון הקמת קבוצה לשילוב צעירים בקבלת החלטות בשירות, המלווה ביועצים המסייעים להם לפתח כישורים מתאימים). קבוצה זו מציעה תמיכה ועידוד כדי לאפשר לצעירים לבטא את מה שחשוב להם ומספקת הכשרות והזדמנויות למעורבות בפעילויות שונות. צעירים המשתתפים בקבוצה יכולים לייצג את FTB באירועים ברמה המקומית או הלאומית, לסייע בגיוס צוות העובדים, לתרום להכשרת הצוות ולחוות את דעתם על כל אחד מן השירותים הניתנים במסגרת השירות.

4.4.6 בעלי תפקידים

את 'מרכז הגישה' של המודל מנהל צוות של קלינאים ותומכים בעלי ניסיון בתחום.

4.4.7 מיקום והקשר סביבתי חברתי

כאמור, ארבעה מרכזים פועלים בקהילה ברחבי העיר, בהקפדה על הספקת השירותים בסביבה ידידותית לנוער וכזו שאינה מייצרת סטיגמה (Settipani et al., 2019). השירות מקדם את הנגישות לקבלת מענה על ידי מרפאות פתוחות וללא צורך בהזמנת תור מראש (Fusar-Poli, 2019).

⁵ באנגליה ההגדרה של learning disability מקבילה להגדרה בישראל של מוגבלות שכלית. ראו לדוגמה: <https://www.nhs.uk/conditions/learning-disabilities>

4.4.8 קשרים עם הסביבה

המודל מבוסס על קשרים הדוקים עם גורמים בסביבת הצעירים, כגון צוות בית ספר ובני משפחה, וכן עם ארגונים נוספים המציעים תמיכות ושירותים. לכן, נוסף על השירותים הניתנים במרכזים בקהילה, השירות עובד עם כמה ארגונים מן המגזר השלישי (למשל, ארגוני שירותים, ארגוני מתנדבים וארגונים קהילתיים אחרים). העבודה עם ארגונים אלה נעשית בשתי דרכים עיקריות:

- חלק מן הארגונים השותפים עובדים עם המודל על בסיס חוזה, למשל: טיפול מקוון (Online therapy) הניתן שבעה ימים בשבוע, 24 שעות ביממה; שירות שנותנים מטפלים מארגון [Silvercloud](#) לבני 16-25; טיפול בדיבור (talking therapies) לבני 14-25 המתמודדים עם מתח, חרדה, מצב רוח ירוד או דיכאון, הניתן דרך עשרה ארגונים השייכים ל-[Living Well Consortium](#) בכמה מקומות בעיר, וזמן ההמתנה אליהם הוא שלושה שבועות לכל היותר.
- ארגונים אחרים הם שירותי תמיכה או טיפול שהשירות מאמין שעשויים להיטיב עם הפונים, ולכן צוות השירות עשוי להמליץ עליהם לפונים. לחלופין, אנשים יכולים לבחור בעצמם את הארגון המתאים להם מתוך מאגר שירותים באתר השירות. ארגונים המופיעים במאגר מציעים מגוון רחב של שירותים, וכל אחד מהם עבר תהליך ביקורת קפדני על ידי השירות, כך שניתן לסמוך על איכות שירותיהם. ארגונים אלה כוללים, בין היתר, תמיכה לאנשים השומעים קולות, תמיכה לנפגעי תקיפה מינית, תמיכה לחסרי בית בני 16-25 ותמיכה לנוער טרנסג'נדר עד גיל 19.

4.4.9 מדידה והערכה

לשירות אין מחקר הערכה הבוחן את תוצאות יישום המודל. עם זאת, בשנה הראשונה להפעלתו בוצעה הערכה מעצבת, בשילוב כלי מחקר שונים, שבחנה את יישום המודל – השפעת השירות החדש על פי תפיסותיהם של בעלי עניין ובעלי תפקידים בארגון, בארגונים אחרים, כמו גם משתמשים, בני משפחותיהם ומטפליהם (Birchwood et al., 2018).

בשנה הראשונה של יישום המודל השתמשו בשירותי המרכזים או בשירותים אחרים של המודל 23,247 צעירים. 45% מהם הופנו על ידי רופא משפחה ואילו כניות עצמיות היו יחסית מעטות (7%). קבוצת מקבלי השירות הבולטת הייתה בני 12-16, לאחריה קבוצת בני 17-20, ואילו קבוצת בני 11 ופחות הייתה קטנה יחסית. 31% ממי שפנו לשירות נכחו בפגישות טיפול פיזיות, ו-33% הופנו על ידי צוות המרכז, סמוך למועד הפנייה, לשירותים שמספקים ארגוני התנדבות או ארגונים בקהילה. הזמן הממוצע שחלף מן הפנייה ועד לסיום הטיפול בקרב אלה שנוכחו בפגישות במרכז היה חודשיים.

ממצאי ההערכה שבוצעה מראים כי באופן כללי מודל FTB שיפר משמעותית את הנגישות לשירותים עבור הפונים. בעיקר תודות לדרכי גישה עצמאיות (פנייה מקוונת באתר השירות), מתחם פאזזה ומרכז הגישה של השירות. כמו כן עלה כי המודל הוביל לשיפור השירותים, בפרט עבור הזקוקים לטיפול חירום, באמצעות צוות המשבר וצוות הטיפול הביתי, כמו גם בקרב בני 18-25 הזקוקים לטיפול באשפוז. עם זאת, עלו חששות באשר ליכולת להמשיך להציע ולנהל את השירות ניהול מיטבי מבחינת היכולת לתת מענה לביקוש, כמו גם מבחינת רמת הכישורים והמומחיות הנדרשים מצוות העובדים.

4.5 צרפת - Maison des Adolescents

4.5.1 רקע

מרכזי Maison des Adolescents (להלן: MDA) הוקמו בצרפת החל מסוף שנות התשעים. המרכז הראשון הוקם בשנת 1999 בעיר לה הבר במטרה לטפל בקשיים פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים של בני נוער. המרכזים, שמשמעות שמם הוא "ביתם של בני נוער", הוקמו בתחילה כמרחבים ביתיים בכדי שצעירים ובני משפחותיהם ירגישו בהם נוח. האווירה המזמינה והמקבלת משמשת כלי טיפול נוסף, והסביבה הביתית עוצבה כדי לאפשר לבני נוער לחוות מפגשים קבוצתיים מעצימים ובה בעת לכבד את פרטיותם. כינוי המרכזים "ביתים", והימנעות משימוש בשמות המבטאים היבט קליני, תורמת להפחתת הסטיגמה של המרכזים ושל שירותי בריאות הנפש.

שני דוחות שהתפרסמו בצרפת בתחילת שנות האלפיים הביאו להגדלת מספרם של מרכזי MDA ולפיזורם ברחבי המדינה. [דוח משנת 2002](#) קבע כי מצב הבריאות של בני נוער בצרפת טוב באופן כללי, אך לעומת זאת הם מתמודדים עם בעיות בתחום בריאות הנפש, כגון הפרעות אכילה, התמכרויות, אובדנות, מחלות כרוניות, סיכונים הקשורים להתנהגות מינית והתנהגות מסוכנת. [דוח נוסף משנת 2003](#) שיזם משרד הבריאות, המשפחה ואנשים עם מוגבלות בצרפת העלה כי חמישה מיליון בני נוער במדינה זקוקים לסיוע בתחום בריאות הנפש, אך הם אינם משתמשים לא בשירותי בריאות הנפש של ילדים ולא בשירותי בריאות הנפש של מבוגרים. בעקבות זאת הוחלט להרחיב את שירותי MDA ולהגדיל את מספר המרכזים ברחבי המדינה.

ואכן, בשנים 2005-2010 תקצבה ממשלת צרפת את פתיחתם וניהולם של 102 מרכזים כדי לענות על דרישותיהם של קובעי מדיניות ופסיכיאטרים שטענו שהמידע הקיים על מצוקתם של בני נוער מעיד על צורך במעורבות ממשלתית גדולה יותר. בשנת 2016 עודכנו סדרי העדיפויות, המטרות וקווי העבודה המנחים של המרכזים כדי לענות על סוגיות חברתיות חדשות שהעסיקו את החברה בצרפת באותה עת (Benoit et al., 2018).

על רשת המרכזים מפקחת ועדת היגוי, אשר העומד בראשה עבר הכשרה בנושא, והיא מפקחת על פעילות המרכזים, על עמידתה במטרות המדיניות שקבע המשרד ועל יעילותה. ברמה האזורית, ישנה וועדה שתפקידה לתאם את הספקת השירותים בכל מרכז ולתווך בין אנשי המקצוע ובין הרשויות המקומיות. הוועדה גם בוחנת באופן שוטף את צורכי הבריאות של בני נוער וצעירים בקהילה המקומית ומנסה לתת מענה במקרים של פערים בין צורכי הטיפול ובין הספקת שירותים המוגבלים לאזורים מסוימים.

בתחילת דרכם של המרכזים, רוב התוכניות והשירותים הניתנים בהם נקבעו על פי סדר העדיפויות של הצוותים המקומיים בכל מרכז. הדבר בא לידי ביטוי במאפיינים ייחודיים של רבים מן המרכזים: מרכזים המתמחים בהפרעות אכילה או באוכלוסיות מהגרים. נוסף על כך, אף על פי שבמקור תוכנן להקים מרכז אחד בכל מחוז בצרפת, מרכזים קהילתיים שקדמו להקמת מרכזי MDA ואשר בהם ניתנו מירב שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער הם אלה שקבעו את הפריסה המרחבית של מרכזי MDA בכל מחוז, על פי צרכים מקומיים והיקף האוכלוסייה, כך שיש מחוזות ובהם כמה מרכזי שירות ומחוזות ללא מרכז שירות כלל.

שירותי המרכזים ניתנים כחלק מביטוח בריאות חיים ואוניברסלי במדינה. המימון הממשלתי מועבר דרך סוכנויות בריאות מקומיות ואזוריות. אף שרוב המימון מגיע בדרך זו, המרכזים מגייסים מימון גם מקרנות שונות, ולכן המרכזים השונים נהנים מתקציב שונה.

4.5.2 מטרות וחזון השירות

מרכזי MDA הם מרכזים רב-תחומיים ואחראים לתיאום כל הפעילויות של הגורמים העובדים עם נוער וצעירים בקהילה המקומית. מטרתם היא לא זיהוי מוקדם ומתן מענה לסימפטומים ראשונים של התפתחות הפרעות נפשיות כרוניות, אלא מתן מענה לסימפטומים התנהגותיים ודיכאוניים של בני נוער, סימפטומים המעידים הן על סיכון גבוה, למשל, כאלו היכולים להוביל למשבר או לפגיעה עצמית, והן המאופיינים כקצרי טווח, כלומר, מיידים ולא כרוניים. מטרה נוספת של המרכזים היא מתן מענה לקבוצת הגיל כולה ולא לקבוצה מצומצמת וייעודית בלבד המוגדרת נוער בסיכון.

4.5.3 אוכלוסיית היעד

בתחילת דרכם, לא הגדירו המרכזים גילי יעד של הפונים, אך עם הגדלת מספר המרכזים נקבע כי אוכלוסיית היעד תהיה בני 11-21. עם זאת, המרכזים יכולים להחליט עצמאית על הרחבת טווח גילים זה עד 25. **השירות ניתן לנוער וצעירים עם מגוון של קשיים נפשיים, מקשיים קלים ועד קשיים חמורים. החל מקשיים נפשיים קלים; עבור לנוער המתמודד עם טראומות שונות, הפרעות אכילה, ועוד; וכלה בנוער וצעירים אשר מאושפזים באשפוז פסיכיאטרי.**

4.5.4 תנאי כניסה לשירות

לא נמצא מידע בנושא.

4.5.5 השירותים שניתנים

בכל מרכז מוצעים השירותים האלה, על פי הצרכים המקומיים:

- **מרחב בריאות ומניעה:** מקום שהוא הנפתח כל יום ומציע הקשבה, מידע והכשרה מיידיים וללא תנאים לנוער וצעירים ולהוריהם. השירות פתוח גם למגוון אנשי מקצוע כגון רופאי משפחה, מורים, עורכי דין, נציגי עמותות ועובדים סוציאליים
- **צוותים ניידיים** המבקרים נוער וצעירים המאושפזים במחלקות רפואיות, בבתיים, בבתי הספר או בארגונים שונים.
- **מרכז פתוח לסדנאות אומנות:** בישול, ציור, שירה, כתיבה, מדיטציה, ספורט ועוד.
- **ייעוץ במגוון תחומים:** ייעוץ פסיכולוגי, משפחתי, טרנס-תרבותי, גניקולוגי, ייעוץ ברפואת ילדים וייעוץ משפטי.
- **קבוצות תמיכה להורים:** קבוצות כאלה נפתחו לראשונה בשנת 2004, והחל משנת 2010 הן פועלות בכל המרכזים.
- **רשת מקצועית רב-תחומית:** כדי להבטיח שנוער וצעירים מקבלים טיפול כוללני מקיף שיענה על כל צורכיהם, אנשי מקצוע משירותי בריאות, חינוך, משפט ושירותים חברתיים עובדים יחד ברשת הפתוחה גם למוסדות אחרים (בתי ספר, מועדונים וארגונים נוספים). המטרה היא לשתף בידע ובפרקטיקות בד בבד עם בניית קשרים שיחזקו את היעילות של רשת הטיפול האמבולטורי. הקשר הקרוב בין אנשי מקצוע מן המרכזים ובין עובדים סוציאליים מאפשר לעקוב מבחינה רפואית וחברתית אחר בני נוער במצוקה עקב סיבות חברתיות, משפחתיות או כלכליות. נוסף על כך, אנשי המקצוע מספקים תמיכה רגשית לעובדים סוציאליים בקהילה להתמודדות עם האחריות המוטלת עליהם בתפקידם.

כפי שצוין, חלק מן השירותים הניתנים במרכזים נקבעים על ידי הצוות המקומי, ולפיכך חלק מן המרכזים פיתחו ניסיון בהתמודדות עם קשיים או הפרעות מסוימים שהושפעו מצורכי הקהילה המקומית וקשריהם עם שותפים מקומיים. למשל, המרכז בעיר בוביני ידוע בהתמחותו בהתמכרות, בהפרעות פוסט-טראומתיות ובפונים מהגרים, דבר הנובע מן העובדה ש-19% מן התושבים בעיר הם מהגרים או מיעוטים אתניים. מרכז אחר בעיר נים החל לעסוק בסוגיות הקשורות לפעולות איבה בעקבות מקרים שהתרחשו בצרפת. המרכז במרכז פריז (The Maison the Solenn) מיועד לטפל בבני נוער (ומשפחותיהם) עם הפרעות אכילה, מחלות כרוניות, חרדות הקשורות ללימודים, אימוץ בין-לאומי ומהגרים זרים ללא ליווי הורים. במרכז זה יש גם 10 מיטות אשפוז. קומה מיוחדת במרכז מיועדת לסדנאות אומנות ולתוכניות טיפול אחרות.

4.5.6 בעלי תפקידים

ראו סעיפים קודמים לפירוט אנשי המקצוע המעורבים במתן השירותים במרכזים.

4.5.7 מיקום והקשר סביבתי חברתי

מתחילת שנות האלפיים, ובמימון ממשלת צרפת, נפתחו יותר מ-100 מרכזי MDA ברחבי המדינה. כל מרכז ברשת מתנהל עצמאית ומתאים עצמו לצורכי הקהילה המקומית שבה הוא פועל, ולמאפיינים ולצרכים הייחודיים לה.

4.5.8 קשרים עם הסביבה

אנשי המקצוע במרכזים רואים את תפקידם במתן תמיכה לבני הנוער ולמשפחותיהם. המרכזים אף מספקים הכשרה מקצועית ותמיכה מקצועית לאנשי מקצוע בקהילה ובייחוד לעובדים סוציאליים, כפי שפורט לעיל.

4.5.9 מדידה והערכה

דוחות פעילות של מרכזי MDA מראים כי הספקת השירותים עלתה בעקבות הרחבת היצע השירותים במרכזים, בשל עלותם הנמוכה יחסית, ובשל העובדה כי במרכזים פועל צוות רב-תחומי. בממוצע, מרכז אחד מקבל 700-1,000 צעירים בשנה, רובם מגיעים לשלושה מפגשים בממוצע. 150-250 הורים מקבלים אף הם שירות במרכז בכל שנה. עם זאת, בספרות המקצועית ישנה ביקורת על היעדר איסוף נתונים שיטתי והערכת שיטות הטיפול הניתנות במרכזי MDA.

5. דיון וסיכום

5.1 דיון

בספרות האקדמית ובסקירת המענים נמצאו כמה מאפיינים עיקריים למודלים של טיפול אינטגרטיבי בקהילה בתחום בריאות הנפש לנוער וצעירים:

1. **שירות ייחודי ומותאם לנוער וצעירים.** על השירותים לנקוט גישה הממוקדת בנוער וצעירים ומותאמת לרמת התפתחותם, לספק טיפול אינטגרטיבי מקיף וכוללני אשר נותן מענה רציף למגוון צרכים.
2. **נגישות לשירות.** הבטחת הנגישות של השירות לפונים היא עיקרון מרכזי של טיפול אינטגרטיבי בתחום בריאות הנפש עבור ילדים, נוער וצעירים. היא באה לידי ביטוי בכמה היבטים:
 - **מתן מענה מהיר** – קביעת תורים בתוך זמן קצר, ובמועד סביר מעת הפניה לשירות. זהו אחד מן המאפיינים המרכזיים והחשובים ביותר בכל המודלים שנסקרו
 - **כניסות מגוונות לשירות** – פנייה עצמית, הגעה לשירות ללא תור קבוע מראש, גישה מקוונת לשירותים ובכללם מתן שירותי טיפול מקוונים
 - **מיקום** – מיקום נוח ומתאים, לרוב מרכזי, ובכלל זה נגישות לתחבורה ציבורית
 - **עלות** – עלות נמוכה של השירות, או שירות ללא עלות כלל
 - **היצע השירותים** – היצע רחב של שירותים הניתנים במקום שירות אחד (האב)
 - **שעות פתיחה** – שעות פתיחה נוחות, מעבר לשעות הלימודים או העבודה, בכדי להקל על הפונים
3. **תנאי הכניסה לשירות.** תנאים קלים מאוד לכניסה לשירות. פרק זמן גמיש להשתתפות או לכניסה מחדש לשירות במקרה הצורך. למשל, חלק מן השירותים מאפשרים פנייה עצמית, הגעה ללא הפניה מגורם רשמי או ללא אבחנה רשמית, או אפילו ללא תור שנקבע מראש.
4. **התערבות מוקדמת.** כל המודלים מדגישים את חשיבות ההתערבות המוקדמת, בשלבים ראשוניים של גילוי מצוקה, אפילו לפני קבלת אבחנה רשמית.
5. **הפחתת סטיגמה.** העלאת מודעות הציבור, ובכלל זה בתי ספר, משפחות ונוער וצעירים, לחשיבות תחום בריאות הנפש ולהפחתת הסטיגמה שלו. המודלים השונים מציעים מתן שירות ייעודי ומותאם לצעירים וחף מסטיגמה.
6. **שירותים ומרחב בטוחים וייחודיים לנוער וצעירים.** עיצוב וביסוס מרחב פיזי ומרחב טיפולי שהם חפים מסטיגמה, והם בטוחים וייחודיים לפונים. למשל, צוות מזמין וחברותי, אשר הוכשר ייעודית לעבודה עם נוער וצעירים או עיצוב מרכזי השירות בסגנון שאינו דומה למרפאה, ופונה לצעירים.
7. **מתן מענה מותאם תרבותי.** על השירותים להציע מענים המותאמים תרבותית למקבלי השירותים.

8. **שמירה על אנונימיות ופרטיות של הפונים.** עקרון פעולה זה משותף לכל המודלים שנסקרו והוא מרכזי ביצירת מרחב טיפולי בטוח לצעירים.
9. **מתן מענה לצורכי הצעירים במעבר לבגרות.** המודלים שנסקרו מספקים שירותים למגוון גילים, רובם לצעירים עד גיל 25. זאת בהתאמה לתפיסה של בגרות בהתהוות ובכדי לתת מענה לפער הגדול בשירותים הקיימים, שבהם מופסק רצף הטיפול בגיל 18, עם המעבר משירותים לילדים ונוער לשירותים של מבוגרים – מצב הגורם לצעירים רבים להפסיק את הטיפול.
10. **מעורבות והשתתפות של הנוער, הצעירים והמשפחה.** תפיסה מרכזית היא שהשתתפות של הנוער והצעירים בשירות בכל הרמות היא חיונית ליצירה של תרבות טיפול שהיא ידידותית לצעירים ונטולת סטיגמה. לכן המודלים השונים מעודדים מעורבות של הנוער, הצעירים והמשפחות בתכנון, עיצוב, יישום והערכה של מודלים של שירות. למשל באמצעות **תמיכת עמיתים וחונכות**, מתוך תפיסה של "ידע מניסיון".
11. **צוות רב-תחומי, מוכשר בעבודה עם צעירים.** מודלים שונים רואים חשיבות בהעסקת כוח אדם מקצועי מוכשר ומיומן בעבודה עם ילדים, נוער וצעירים. לפיכך, ברוב המרכזים עם חברי הצוות נמנים גם בעלי תפקידים מתחום בריאות הנפש, הרפואה הכללית והעבודה סוציאלית, אשר עברו הכשרה ייעודית לעבודה עם אוכלוסייה זו.
12. **מטרות הטיפול והגישות המובילות במודלים השונים הן** התערבות מוקדמת, הכלה חברתית, תוצאות חיוביות בתחום התעסוקה ותוצאות חיוביות בתחום הלימודים (לימודים בסיסיים עד תיכון, השכלה גבוהה או הכשרה מקצועית); הגישה הטיפולית היא חיובית ומדגישה את חוזקות הצעיר (להבדיל מכזו המדגישה קשיים שהוא חווה), והיא ניתנת בדרך בטוחה ומתאימה. עמדת המוצא של ההתערבות היא אופטימית, כוללנית ומכוונת מניעה, בשילוב טיפול המותאם לשלבי התפתחותו של הפונה.
13. **התערבויות לטווח קצר ממוקדות פתרון.** בשל ייחודיות אוכלוסית היעד, כמה מן המודלים משתמשים במגוון התערבויות לטווח קצר ממוקדות פתרון.
14. **פרקטיקות מבוססות-ראיות.** כל המודלים שנסקרו הדגישו את חשיבות השימוש בפרקטיקות מבוססות-ראיות.
15. **מתן מגוון רחב של שירותים מתחומים שונים.** אף על פי שהמוקד העיקרי בשירותים השונים הוא בריאות הנפש, לרוב ניתנים במרכזים שירותי בריאות נוספים הרלוונטיים במיוחד לצעירים, ובהם בריאות מינית, טיפול בהתמכרויות ובהפרעות אכילה ורפואת המשפחה, לצד שירותים נוספים כגון הכוונת תעסוקה, שירותי רווחה, שירותי תמיכה לרכישת השכלה או הכשרה מקצועית ושירותי תמיכה בדיוור.
16. **שותפות, שיתופי פעולה ומעורבות בקהילה.** על השירותים להיות משולבים בקהילה ועל הקהילה להיות מודעת לקיומם. יצירת שותפויות ושיתופי פעולה עם מגוון רחב של שירותים אחרים היא מאפיין מרכזי של כל המודלים שנסקרו. נוסף על כך, המודלים כוללים שותפויות עם בעלי עניין ובכללם הפונים, המשפחות, ספקי שירותים בקהילה, חוקרים, בתי חולים וקובעי מדיניות. שותפויות מסייעות לספק שירותים אינטגרטיביים רב-תחומיים במקום אחד, ובהם שירותי רווחה, חינוך, תעסוקה, סיוע בדיוור, ועוד. שותפויות ושיתופי פעולה מסייעים גם ביצירת רצף טיפול ומעבר קל ופשוט משירות אחד לאחר, לפי צורכי הצעיר. ביסוס שותפויות ושיתופי הפעולה גם מאפשרת למודלים השונים להשתמש במשאבי הקהילה המקומית, ומנגד, לחזק את הקהילה המקומית ביכולתה להתמודד עם סוגיית בריאות הנפש של נוער וצעירים.

17. **תשתיות מערכתיות ותיאום טיפול.** המודלים שנסקרו משתמשים בתשתיות מערכתיות שונות, כגון שימוש במאגרי רישום בתחום הבריאות, מעקב אחר תוצאות, שיתוף במידע באמצעות גיליונות אלקטרוניים וביצוע תהליכים מנהליים בין-ארגוניים. כמה מן המודלים מציעים מינוי של איש צוות ייעודי המשמש מתאם טיפול, המלווה את הפונה ומשפחתו בכדי לאפשר מתן טיפול אינטגרטיבי ורציף, מסייע בכניסה לשירות ובתיאום הטיפול בין מומחים שונים במרכז השירות או בין המרכז ובין שירותים נוספים מחוץ לו ושומר על קשר ועוקב אחר צרכני השירות שלהם.

18. **מדידת תוצאות והערכה.** כל המודלים רואים חשיבות רבה במדידת תוצאות השירות והערכת איכות השירותים, ויש שאף פועלים ליישום והטמעה של מדידה שוטפת. אולם, כפי שצוין, המחקר על תוצאות השימוש בשירותים השונים והערכת המודלים הוא מועט, ובחלקו לא מספק מבחינת מגבלות המחקר והסטנדרטים להערכה. נוסף על כך, מחקרים שהעריכו את המודלים השונים התמקדו ברובם במדידת תוצאות לטווח קצר ולא מדדו תוצאות לטווח ארוך. עם זאת אפשר לומר כי באופן כללי נמצאו תוצאות חיוביות במחקרים ובעיקר שיפור במדדים של מצוקה פסיכולוגית ותפקוד פסיכו-חברתי של הפונים.

5.2 סיכום

הספרות המקצועית מצביעה על כך שאין מודל אוניברסלי אחד ליישום טיפול אינטגרטיבי בקהילה עבור ילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים אלא יש מגוון של מודלים. מלבד זאת, **הספרות גם מצביעה על כך שישנן משמעויות נפרדות (אם כי לעיתים הן משלימות זו את זו) למושג טיפול אינטגרטיבי בקהילה: במובנו הראשון**, טיפול אינטגרטיבי בקהילה הוא כזה הניתן במסגרת המשולבת בקהילה ולא במסגרת הנפרדת ממנה (למשל אשפוז או בית חולים). **במובנו השני**, טיפול אינטגרטיבי משלב שירותים ממגוון תחומים, מלבד תחום בריאות הנפש, ובכללם בריאות כללית, שירותי חינוך ושירותי חברה ורווחה נוספים. **ולבסוף**, טיפול אינטגרטיבי בקהילה מייצר **רצף טיפול** (ומעבר פשוט וקל יותר בין השירותים השונים על הרצף ה"נ"ל), בין שירותים אינטנסיביים יותר או פחות, ועבור אוכלוסיות שונות עם צרכים שונים, חלקן זקוקות למענים מקיפים ואינטנסיביים יותר וחלקן זקוקות למענים אינטנסיביים ומקיפים פחות.

המודלים שנסקרו מדגימים את המשמעויות השונות של טיפול אינטגרטיבי בקהילה בתחום בריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים, משום שהם נותנים מענה לאוכלוסיות שונות שלהן צרכים שונים על רצף הטיפול. אומנם לא זוהה מודל אחד שמבטא פרקטיקה מיטבית לטיפול כזה, אך עם זאת חוזקתם של המודלים השונים שהוצגו בסקירה היא יכולתם להתאים עצמם הן לפרט, מקבל השירות; הן להקשר המקומי שבו המרכז נמצא ולצורכי הקהילה המקומית. עוד יש לציין שאף על פי שאין מודל אחד המבטא פרקטיקה מיטבית, **כל המודלים שנסקרו כוללים במסגרת הטיפול האינטגרטיבי שהם מעניקים גם שירותים בתחום הרווחה, שירותים בתחום הלימודים ושירותים בתחום התעסוקה ומקיימים קשר הדוק עם מערכת החינוך המקומית**, הן כדי להעלות את המודעות בקרב הציבור לתחום בריאות הנפש של ילדים, נוער וצעירים, הן בכדי לספק כלים והכשרה לקהילות בית הספר כדי ליצר חוסן קהילתי ולספק כלים לזיהוי מוקדם של מצוקה נפשית בקרב ילדים, נוער וצעירים, הן בכדי לספק כלים להתמודדות של צוותי החינוך ושל משפחות עם מצוקות נפשיות של ילדים, נוער וצעירים והן בכדי להקל את הפנייה לקבלת שירות (או את ההפניה) על הפונים ומשפחותיהם. ההתמקדות של המודלים שנסקרו בתחום התעסוקה עולה בקנה אחד עם העובדה שרוב המרכזים נותנים מענה לצעירים עד גיל 25 הניצבים בשלבי כניסה לשוק העבודה.

הכרה בשלב ההתפתחותי של בגרות בהתהוות (McGorry et al., 2013) – תקופה ארוכה המאריכה את תקופת ההתבגרות, תקופה של אי-יציבות ושינויים מהותיים ושבה סיכון מוגבר למחלות נפש – תואמת את התפיסה במרכזי טיפול אינטגרטיבי לנוער וצעירים, ולפיו יש להרחיב את שירותי בריאות הנפש לבני 18-25 ולא להכריח צעירים אלו לעבור לשירותי בריאות נפש למבוגרים שאינם מתאימים להם. עניין זה הוא חסם מרכזי לפנייה ראשונה של צעירים או להמשך צריכת שירותים אלו. לכן, יש חשיבות לפיתוח של שירותים נטולי סטיגמה הנותנים מענה מתאים לצרכים המתפתחים של נוער ושל צעירים, ולפיתוח שירותים שאינם ממוקדים בהפחתת התסמינים ושמירה שהמחלה לא תתפרץ (containment) אלא ממוקדים במניעה ובהכלה חברתית (McGorry, et al., 2013).

חשוב לציין את היעדרם של מחקרים הבוחנים בקפדנות את תוצאות הטיפול לפי המודלים השונים. לכן, בכדי להעריך את ההשפעה ארוכת הטווח של טיפול אינטגרטיבי, על מודלים של שירות, כפי שנסקרו כאן, לנטר בקביעות את מאפייני צרכני השירותים שלהם, את היקף ואופי השימוש בשירותים ואת עלויות הטיפול וכן לעקוב לאורך זמן אחר צרכני השירותים שלהם בהווה ובעבר.

ולבסוף, על השירותים להיות משולבים בקהילה, ועל הקהילה להיות מודעת לקיומם בכדי שהיא תדע להשתמש בהם כמשאב בעת הצורך. על טיפול אינטגרטיבי בבריאות הנפש לילדים, נוער וצעירים להיות נגיש, סביר, ומתאים, ברוח ההנחיות של ארגון הבריאות העולמי לעיצוב שירותי בריאות לנוער וצעירים.

לוח 1 להלן מציג השוואה בין המודלים שנסקרו.

לוח 1: השוואה בין המודלים שנסקרו

מדינה ומודל	אוסטרליה Headspace	אירלנד Jigsaw	קנדה ACCESS Open Minds	אנגליה (בירמינגהם) Forward Thinking Birmingham	צרפת Maison des Adolescents
שנת הקמה והיקף השירות (מספר מרכזים)	2006 ■ 124 מרכזים ברחבי אוסטרליה	2006 ■ 13 מרכזים ברחבי אירלנד	2014 ■ 16 מרכזים ברחבי קנדה	2016 ■ 4 מרכזים ברחבי העיר	1999, הרחבה מ-2005 ■ 102 מרכזים ברחבי צרפת
גורמים יוזמים ומממנים	<ul style="list-style-type: none"> ■ המרכזים הוקמו ביוזמת ממשלת אוסטרליה באמצעות הקרן הלאומית לבריאות הנפש לצעירים ■ מקור התמיכה: מימון הליבה של ממשלת אוסטרליה - גישה לתוכנית ההטבות הרפואיות האוסטרלית (Australian Medical Benefits Scheme). ניהול: רשתות בריאות המשפחה (Primary Health Networks - PHNs) 	<ul style="list-style-type: none"> מרכז הלאומי לבריאות נפש לנוער (National Centre for Youth Mental Health) – עמותה אוטונומית המבוססת על שותפות ציבורית-פרטית 	<ul style="list-style-type: none"> הרשת הוקמה כחלק מ-Strategy for Patient-Oriented Research (SPOR) של המכונים הקנדיים לחקר הבריאות (The Canadian Institutes of Health Research) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ תקצוב ייעודי מטעם ממשלת אנגליה לפיתוח המודל ■ הרשות המקומית בעיר בירמינגהם 	<ul style="list-style-type: none"> ■ משרד הבריאות, המשפחה ואנשים עם מוגבלות (של צרפת) ■ השירות הוא חלק מביטוח בריאות חנם ואוניברסלי במדינה ■ המימון הממשלתי מועבר דרך סוכנויות בריאות מקומיות ואזוריות ■ מרכזים שונים מגייסים מימון דיכרנציאלי מקרנות שונות

מדינה ומודל	אוסטרליה Headspace	אירלנד Jigsaw	קנדה ACCESS Open Minds	אנגליה (בירמינגהם) Forward Thinking Birmingham	צרפת Maison des Adolescents
עקרונות ומטרות	<ul style="list-style-type: none"> לזהות חסמים בקרב צעירים לשימוש בשירותי בריאות הנפש להנגיש את השירותים להעניק התערבות מוקדמת המאפשרת טיפול כוללני ואינטגרטיבי לספק שירותים ידידותיים לצעירים לבצע התערבויות מבוססות-ראיות 	<ul style="list-style-type: none"> להבטיח גישה ידידותית לצעירים לשירותי בריאות נפש אינטגרטיביים בקהילה להכשיר בתחום בריאות הנפש עובדים ומתנדבים הנמצאים בחזית הראשונה של מפגש או טיפול בצעירים להעלות את המודעות הקהילתית בנושא בריאות הנפש של צעירים 	<ul style="list-style-type: none"> להנגיש את שירותי בריאות הנפש לצעירים באמצעות זיהוי ומענה מוקדם, מניעת מעברים בין שירותים על בסיס גיל, ופיתוח מרכזים ושירותים ידידותיים לצעירים ומבוסס-קהילה 	<ul style="list-style-type: none"> להבין לעומק את גורמי הסיכון שעלולים להוביל לקשיים נפשיים ולמזער אותם על ידי התערבות מוקדמת יעילה לפתח גישה אינטגרטיבית מומחית דרך עבודה משותפת ושירה עם קבוצה אינטגרטיבית של ארגונים שותפים (קהילתיים, התנדבותיים, פרטיים וציבוריים) לפתח שיתופי פעולה ומסוגלות שידגישו יכולות, העצמה וחינוך, במטרה להבטיח שפחות ילדים וצעירים יזדקקו לשירותי בריאות נפש לטווח הארוך לספק מגוון רחב של טיפולים מבוססי ראיות, בדגש על גישות הממוקדות בפתרון בעיות 	<ul style="list-style-type: none"> לתת מענה לתסמינים התנהגותיים ודיכאוניים של בני נוער, תסמינים הנתפסים הן כבעלי סיכון גבוה לצעיר הן כקצרי טווח (לא כרוניים)

מדינה ומודל	אוסטרליה Headspace	אירלנד Jigsaw	קנדה ACCESS Open Minds	אנגליה (בירמינגהם) Forward Thinking Birmingham	צרפת Maison des Adolescents
קהל היעד (גיל) והגדרות (נוספות)	<ul style="list-style-type: none"> בני 12-25 ללא צורך באבחנה רשמית או מסוימת; רוב הפונים מציגים רמות גבוהות או מצוקה פסיכולוגית 	<ul style="list-style-type: none"> בני 12-25 ילדים או צעירים הזקוקים לתמיכה ראשונית או התערבות מוקדמת במקרים של קשיים נפשיים קלים עד בינוניים 	<ul style="list-style-type: none"> בני 11-25 (וגם בני המשפחה או מטפלים), שלהם מגוון קשיים נפשיים בכל רמות החומרה לא נדרשת אבחנה ספציפית כדי לקבל שירות 	<ul style="list-style-type: none"> בני 0-25 ילדים וצעירים המציגים מגוון מצבים נפשיים נפוצים ורשומים אצל רופא משפחה (GP) החל מקשיים נפשיים קלים ועד קשיים נפשיים משמעותיים ואך מצבי משבר נפשי עד גיל 35 במקרים של אפיזודה פסיכוטית ראשונה 	<ul style="list-style-type: none"> בני 11-21 (חלק מן המרכזים מקבלים עד גיל 25). השירות ניתן לנוער וצעירים עם מגוון קשיים נפשיים, החל מקשיים נפשיים קלים, דרך התמודדות עם טראומות שונות, הפרעות אכילה, ועוד, ועד נוער וצעירים הזקוקים לאשפוז פסיכיאטרי
נגישות לשירות / תנאי כניסה לשירות	<ul style="list-style-type: none"> אין צורך בהפניה או באבחון מראש אפשר להגיע ישירות לאחד המרכזים, לפנות בטלפון או לפנות פנייה מקוונת 	<ul style="list-style-type: none"> אין צורך בהפניה או באבחון מראש אפשר להגיע ישירות לאחד המרכזים, לפנות בדוא"ל או בטלפון או לקבל שירותים מקוונים דרך אתר השירות 	<ul style="list-style-type: none"> הפניה מגורמים שונים, ובהם יועצת בבית ספר או מטפלים בקהילה אין חובה להפניה מגורם עצמאי, ואפש לפנות גם עצמאית אפשר למלא הפניה עצמית באתר השירות שעות הפעילות גמישות וכוללות גם ערבים וסופי שבוע אפשר לקבל את השירות בכל מקום שבו הצעיר יבחר (בית קפה בקהילה או בית הספר) 	<ul style="list-style-type: none"> מילוי טופס בפורטל מאובטח, עצמאית, על די הורה או על ידי אנשי מקצוע פנייה למוקד הטלפוני של השירות או הגעה לאחד המרכזים ללא צורך בהזמנת תור מראש 	<ul style="list-style-type: none"> לא נמצא מידע בנושא

מדינה ומודל	אוסטרליה Headspace	אירלנד Jigsaw	קנדה ACCESS Open Minds	אנגליה (בירמינגהם) Forward Thinking Birmingham	צרפת Maison des Adolescents
שירותים מרכזיים (כולל למשפחה)	<ul style="list-style-type: none"> שירותי telehealth ארצי – שירותי בריאות מקוון שירותי e-headspace – שירותי ארצי – המספק תמיכה בטלפון או באינטרנט שירותים מקצועיים בתחומי לימודים ותעסוקה: השירות מציע עבודה פרטנית עם מטפל בתחומים אלו וכן ליווי של חונך Headspace בבתי הספר: שירותי הכשרה וחינוך, לצוות בית הספר בגילי יסודי עד תיכון ולהורים, המתמקדים בזיהוי קשיים נפשיים ובהתערבות מוקדמים תוכנית התערבות מוקדמת – קבלת תמיכה ממומחה תוך פרק זמן קצר ממועד הפנייה 	<ul style="list-style-type: none"> מפגשי ייעוץ והתערבויות קצרי טווח התערבויות ארוכות מתאם טיפול טיפול קוגניטיבי-התנהגותי טיפול בהתמכרויות מפגשי ייעוץ ותמיכה קצרי טווח למשפחות ולמטפלים שירותי תמיכה מקוונים (כולל אפשרות לפנות אנונימית, מידע וייעוץ למשפחה ולאנשי מקצוע, תמיכה אחד על אחד ועוד) 	<ul style="list-style-type: none"> שירותי בריאות פיזית ובריאות מינית שירותים לבני נוער עם אוטיזם תמיכה ושירותים לבני נוער עם מוגבלות שכלית התפתחותית ומוגבלות פיזית קבוצות תמיכה, ייעוץ בנושא בריאות נפשית או התמכרויות תמיכה בנושאי חינוך ותעסוקה 	<ul style="list-style-type: none"> ”מרכז גישה” לביצוע הערכה ראשונית והפניה מפגשי הערכה ותיאום מתחם ”פאזזה” לקבלת מידע וייעוץ לא פורמליים ’צוות משבר’ למקרי חירום (מענה בתוך 4 שעות) ביצוע הערכות לאנשים על הספקטרום האוטיסטי התערבות מוקדמת במצבי פסיכודה שירותי הפרעות אכילה צוות טיפול ביתי צוות לקויות למידה אשפוזים (בשיתוף פעולה עם מחלקות בשני בתי חולים) 	<ul style="list-style-type: none"> מרחב בריאות ומניעה המציע הקשבה, ייעוץ ומידע לצעירים, להורים ולאנשי מקצוע צוות נייד המבקר נערים במחלקות אשפוז צוות נייד המבקר נערים בבתיהם, בבית הספר או במקום העבודה מרכז פתוח לסדנאות אומנות ייעוץ בתחומים: פסיכולוגי, משפחתי, טרנס-תרבותי, גניקולוגי, פדיאטרי או משפטי קבוצות תמיכה להורים

מדינה ומודל	אוסטרליה Headspace	אירלנד Jigsaw	קנדה ACCESS Open Minds	אנגליה (בירמינגהם) Forward Thinking Birmingham	צרפת Maison des Adolescents
קשרים ושיתופי פעולה עם גורמים נוספים	הענקת שירותים ופיתוח תוכניות עבור צוותי בתי ספר, תלמידים והורים	<ul style="list-style-type: none"> קידום המודעות בקהילה על ידי העברת סדנאות וקורסים, בהם 14 סוגים של סדנאות וקורסים להורים, אפטרופוסים ומבוגרים העובדים עם צעירים, פעילויות להעלאת מודעות בבתי ספר, מקומות עבודה, קבוצות קהילתיות מתן מידע והפניה לשירותים אחרים במקרים שבהם השירותים ב-Jigsaw אינם מתאימים לצעיר הפונה: רופאים כלליים, שירותי בריאות הנפש אחרים לילדים או למבוגרים, ארגונים קהילתיים ועוד. גורמים שונים בקהילה מפנים צעירים או הורים למרכזי השירות, ובהם לספקי שירותי בריאות, שירותי חינוך וארגונים קהילתיים 	<ul style="list-style-type: none"> שירותי תמיכה וייעוץ עבור הורים, בני משפחה, חברים ומטפלים אשר מלווים צעירים עם קשיים נפשיים 	<ul style="list-style-type: none"> המודל עובד עם כמה שותפים במגזר השלישי בשני אופנים מרכזיים: <ol style="list-style-type: none"> הארגונים הנותנים שירותים עבור המודל במסגרת חוזה ארגונים נותני שירותי תמיכה או טיפול שצוות השירות עשוי להמליץ עליהם כאשר מישהו פונה או לחלופין אנשים יכולים לבחור בעצמם את הארגון המתאים במאגר השירותים הקיים באתר השירות 	<ul style="list-style-type: none"> רשת מקצועית רב-תחומית: אנשי מקצוע משירותי בריאות, חינוך, משפט ושירותים חברתיים עובדים יחד ברשת הפתוחה גם למוסדות אחרים (בתי ספר, מועדונים וארגונים נוספים) במטרה לשתף בידע ופרקטיקות תוך בניית קשרים שיחזקו את היעילות של רשת הטיפול האמבולטורי קשר הדוק בין אנשי מקצוע במרכזים ובין עובדים סוציאליים, המאפשר לעצב יחד מעקב רפואי וחברתי לבני נוער במצוקה בעקבות סיבות חברתיות, משפחתיות או כלכליות. כמו כן, אנשי מקצוע במרכזים מספקים תמיכה רגשית לעובדים סוציאליים בקהילה

מדינה ומודל	אוסטרליה Headspace	אירלנד Jigsaw	קנדה ACCESS Open Minds	אנגליה (בירמינגהם) Forward Thinking Birmingham	צרפת Maison des Adolescents
איסוף מידע שיטתי ומחקר הערכה	<ul style="list-style-type: none"> מדידה והערכה שוטפת של איכות השירותים שניתנים במרכזים, והשפעתם על צעירים ובני משפחה שמקבלים אותם בנייה ועדכון של מאגר מידע ארצי ביצוע מחקרים ארציים 	<ul style="list-style-type: none"> איסוף מידע שוטף של כל מי שפונה לשירות דרך מערכת מידע מקוונת הערכת השירותים הניתנים על ידי השירות ומימון מחקר הערכה מלווה במסגרת אסטרטגיית המודל 	<ul style="list-style-type: none"> המשרד המרכזי אוסף מידע על כל שירות שמאפשר מדידה והערכה של יישום המודל הערכה מתמדת לכל אחד מרכיבי המודל ניטור ומדידה של צורכי מקבלי השירותים וזמני ההמתנה עד לקבלת השירות 	<ul style="list-style-type: none"> איסוף מידע על פניות מקוונות לשירות אין הליך של איסוף מידע שיטתי לאחר שלב ההפניה אין מחקר הערכה שבוחן את תוצאות מודל השירות 	לא נמצא מידע בנושא

עוד פרסומים של המכון בנושא

- ברלב, ל., נמר-פוסטנברג, ר. וגדג', נ. (2021). ילדים עם מוגבלות בישראל (עומד להתפרסם).
- שורק, י. ונבות, מ. (2016). הצורך בחיזוק תמיכת ההורים בצעירים בסיכון: מסמך רקע לקראת דיון בוועדה המקצועית לילדים, נוער וצעירים, אשלים ג'וינט-ישראל.
- שטרן א. ופורטר ב. (2013). סקירת שירותי בריאות הנפש לילדים ולבני נוער בישראל. דמ-644-13
- דולב, ט., סבו לאל, ר., שמיד, ה. ובר ניר, ד. (2008). מדיניות "עם הפנים לקהילה" – מחקר הערכה. דמ-516-08.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- ברלב, ל., נמר-פוסטנברג, ר. וגדג', נ. (2021). ילדים עם מוגבלות בישראל. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. (עומד להתפרסם).
- דולב, ט., סבו לאל, ר., שמיד, ה. ובר ניר, ד. (2008). *מדיניות "עם הפנים לקהילה" – מחקר הערכה*. מאירס-ג'וינט-מכון רוקדייל. דמ-516-08.
- שורק, י. ונבות, מ. (2016). *הצורך בחיזוק תמיכת ההורים בצעירים בסיכון: מסמך רקע לקראת דיון בוועדה המקצועית לילדים, נוער וצעירים, אשלים ג'וינט-ישראל*. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ACCESS Open Minds. (2020a). *Annual Report 2019-2020*. [Annual-Report-2019-2020-Final-Copy-EN.pdf \(ACCESSopenminds.ca\)](#)
- ACCESS Open Minds. (2020b). *Rapid ACCESS: A practical guide to providing rapid and engaging ACCESS to youth mental health services*. <https://ACCESSopenminds.ca/download/6784/>
- ACCESS Open Minds. (n.d). *ACCESS Open Minds - Road map*. from [AOM-vs-Traditional-Services-Pamphlet_EN-.pdf \(ACCESSopenminds.ca\)](#)
- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of integrated care*, 5.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480.
- Baranne, M. L., & Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5-14 years. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 1-9.
- Benoit, L., Cottin, P., & Moro, M. R. (2018). What is a "Maison des Adolescents"? A history of integrated youth health care services in France. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 1000-1005.
- Birchwood, M. J., Street, C., Singh, S. P., Lamb, C., Anderson, Y., Warner Gale, F., & Upthegrove, R. (2018). Impact and process evaluation of Forward Thinking Birmingham, the 0-25 Mental Health Service: Final report. University of Warwick.
- Doyle, E., Carey, E., Rossouw, J., O'Reilly, A., Gleeson, C. & O'Leary, M. (2021). *Jigsaw's youth satisfaction survey - Psychometric properties and implementation*. Jigsaw.

- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): A Critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- Headspace (Headspace National Youth Mental Health Foundation). (2020). *An overview of our service delivery in FY 2019-20*. [headspace-fy1920-infographic.PDF](#)
- Headspace (Headspace National Youth Mental Health Foundation). (2019) *Headspace centre young person follow up study September 2019*. [headspace-centre-young-person-follow-up-study-Sept-2019.PDF](#)
- Headspace (Headspace National Youth Mental Health Foundation). (April, 2014). *Service Innovation Project Component 1: Best Practice Framework*. <https://headspace.org.au/assets/Uploads/Corporate/Publications-and-research/headspace-best-practice-framework-april-2014.pdf>
- Henderson, J. L., Chaim, G., & Brownlie, E. B. (2017). Collaborating with community-based services to promote evidence-based practice: Process description of a national initiative to improve services for youth with mental health and substance use problems. *Psychological Services*, 14(3), 361-372.
- Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Malla, A., Mathias, S., Singh, S. P., O'Reilly, A., Verma, S. K., Benoit, L., Fleming, T. M., Moro, M. R., Rickwood, D. J., Duffy, J., Eriksen, T., Illback, R., Fisher, C. A., & McGorry, P. D. (2017). Integrated (one-stop shop) youth health care: Best available evidence and future directions. *Medical Journal of Australia*, 207(10), S5-S18. doi: 10.5694/mja17.00694.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4).
- Iyer, S. N., Boksa, P., & Joobor, R. (2019). How youth mental healthcare is being transformed in diverse settings across Canada: Reflections on the experience of the ACCESS Open Minds network. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(51), 8-11. doi.org/10.1111/eip.12811
- Iyer, S. N., Shah, J., Boksa, P., Lal, S., Joobor, R., Andersson, N., Fuhrer, R., Abdel-Baki, A., Levasseur, M., Beaton, A. M., Reaume-Zimmer, P. Hutt-MacLeod, D., Chandrasena, R., Rousseau, C., Torrie, J., Etter, M., Vallianatos, H., Abba-Aji, A., Bighead, S.,... Malla, A. K. (2019). A minimum evaluation protocol and stepped-wedge cluster randomized trial of ACCESS Open Minds, A large Canadian youth mental health services transformation project. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-17.

- Iyer, S. , Malla, A., Chisholm-Nelson, J., & Frampton, A. (n.d.). *Youth mental health in Canada – Why we need to invest now*. ACCESS Open Minds. [YMH-Fact-Sheet-Final.pdf \(ACCESSopenminds.ca\)](#)
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). *The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing*.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- MacDonald, K., Fainman-Adelman, N., Anderson, K. K., & Iyer, S. N. (2018). Pathways to mental health services for young people: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1005-1038.
- Malla, A., Iyer, S., McGorry, P., Cannon, M., Coughlan, H., Singh, S., Jones, P., & Joober, R. (2016). From early intervention in psychosis to youth mental health reform: A review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 319-326. DOI: 10.1007/s00127-015-1165-4.
- Malla, A., Iyer, S., Shah, J., Joober, R., Boksa, P., Lal, S., Fuhrer , R., Andersson. N., Abdel-Baki, A., Hutt-MacLeod, D., Beaton, A., Reaume-Zimmer, P, Chisholm-Nelson, J., Rousseau, c., Chandrasena, R., Bourque, J., Aubin, D., Levasseur, M. A., Winkelmann, I., ... ACCESS Open Minds Youth Mental Health Network. (2019). Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 697-706.
- McGorry, P., Bates, T. & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: Examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30-s35. DOI:10.1192/bjp.bp.112.119214
- Nooteboom, L. A., Mulder, E. A., Kuiper, C. H., Colins, O. F., & Vermeiren, R. R. (2021). Towards integrated youth care: A systematic review of facilitators and barriers for professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48, 88-105.
- O’Keeffe, L., O’Reilly, A., O’Brien, G., Buckley, R. & Illback, R. (2015). Description and outcome evaluation of Jigsaw: An emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(01), 71-77.
- O’Reilly, A., Illback, R., Peiper, N., O’Keeffe, L., & Clayton, R. (2015). Youth engagement with an emerging Irish mental health early intervention programme (Jigsaw): Participant characteristics and implications for service delivery. *Journal of Mental Health*, 24(5), 283-288.

- Rickwood, D., Anile, G., Telford, N., Thomas, K., Brown, A., & Parker, A. (2014). *Service innovation project component 1: Best practice framework*. Headspace National Youth Mental Health Foundation
- Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(1), 159-166.
- Settipani, C. A., Cleverley, K., Hawke, L. D., Rice, M., & Henderson, J. L. (2017). Essential components of integrated care for youth with mental health and addiction needs: Protocol for a scoping review. *BMJ open*, 7(4), e015454.
- Settipani, C. A., Hawke, L. D., Cleverley, K., Chaim, G., Cheung, A., Mehra, K., Rice, M., Szatmari, P., & Henderson, J. (2019). Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1-26.
- Sloos, R. (2019). *Integration of Services in Child and Youth Mental Health: A Case Study* (Doctoral dissertation, University of Toronto, Canada).
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.
- Vyas, N. S., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2015). Youth services: Meeting the mental health needs of adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 13-19.
- WHO (World Health Organization). (2002). *Adolescent friendly health services: An agenda for change*. WHO/FCH/CAH/02.14). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

נספח א: סטנדרטים לעיצוב שירותי בריאות ידיוותיים לצעירים - ארגון הבריאות העולמי (WHO)

Characteristics of adolescent friendly health services

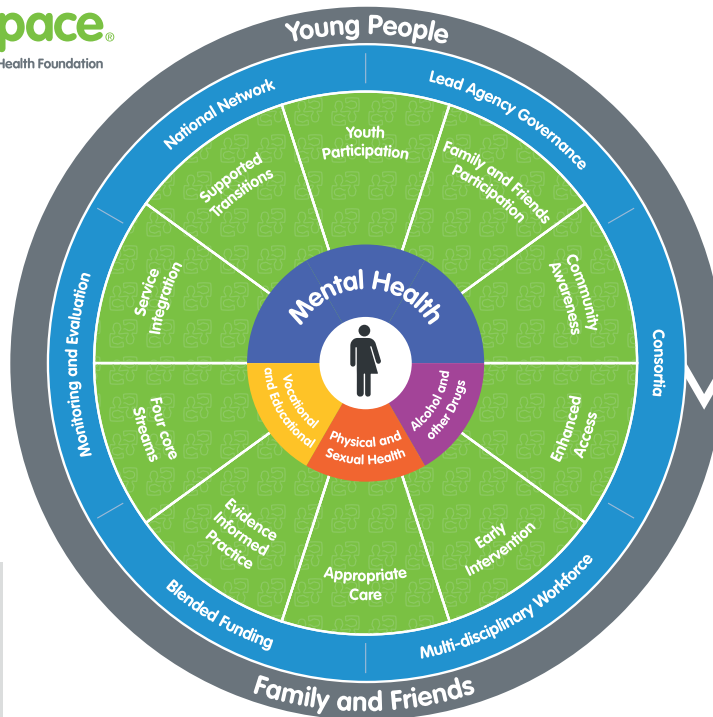
Adolescent friendly health services need to be accessible, equitable, acceptable, appropriate, comprehensive, effective and efficient. These characteristics are based on the WHO Global Consultation in 2001 and discussions at a WHO expert advisory group in Geneva in 2002. They require:

- 1 Adolescent friendly policies that**
 - fulfil the rights of adolescents as outlined in the UN Convention on the Rights of the Child and other instruments and declarations,
 - take into account the special needs of different sectors of the population, including vulnerable and under-served groups,
 - do not restrict the provision of health services on grounds of gender, disability, ethnic origin, religion or (unless strictly appropriate) age,
 - pay special attention to gender factors,
 - guarantee privacy and confidentiality and promote autonomy so that adolescents can consent to their own treatment and care,
 - ensure that services are either free or affordable by adolescents.
- 2 Adolescent friendly procedures** to facilitate
 - easy and confidential registration of patients, and retrieval and storage of records,
 - short waiting times and (where necessary) swift referral,
 - consultation with or without an appointment.
- 3 Adolescent friendly health care providers who**
 - are technically competent in adolescent specific areas, and offer health promotion, prevention, treatment and care relevant to each client's maturation and social circumstances,
 - have interpersonal and communication skills,
 - are motivated and supported,
 - are non-judgmental and considerate, easy to relate to and trustworthy,
 - devote adequate time to clients or patients,
 - act in the best interests of their clients,
 - treat all clients with equal care and respect,
 - provide information and support to enable each adolescent to make the right free choices for his or her unique needs.
- 4 Adolescent friendly support staff who are**
 - understanding and considerate, treating each adolescent client with equal care and respect,
 - competent, motivated and well supported.
- 5 Adolescent friendly health facilities that**
 - provide a safe environment at a convenient location with an appealing ambience,
 - have convenient working hours,
 - offer privacy and avoid stigma,
 - provide information and education material.
- 6 Adolescent involvement**, so that they are
 - well informed about services and their rights,
 - encouraged to respect the rights of others,
 - involved in service assessment and provision.
- 7 Community involvement and dialogue** to
 - promote the value of health services, and
 - encourage parental and community support.
- 8 Community based, outreach and peer-to-peer services** to increase coverage and accessibility.
- 9 Appropriate and comprehensive services that**
 - address each adolescent's physical, social and psychological health and development needs,
 - provide a comprehensive package of health care and referral to other relevant services,
 - do not carry out unnecessary procedures.
- 10 Effective health services for adolescents**
 - that are guided by evidence-based protocols and guidelines,
 - having equipment, supplies and basic services necessary to deliver the essential care package,
 - having a process of quality improvement to create and maintain a culture of staff support.
- 11 Efficient services which have**
 - a management information system including information on the cost of resources,
 - a system to make use of this information.

מקור:

World Health Organization [WHO], 2002

נספח ב: מודל ההפעלה של מרכזי Headspace

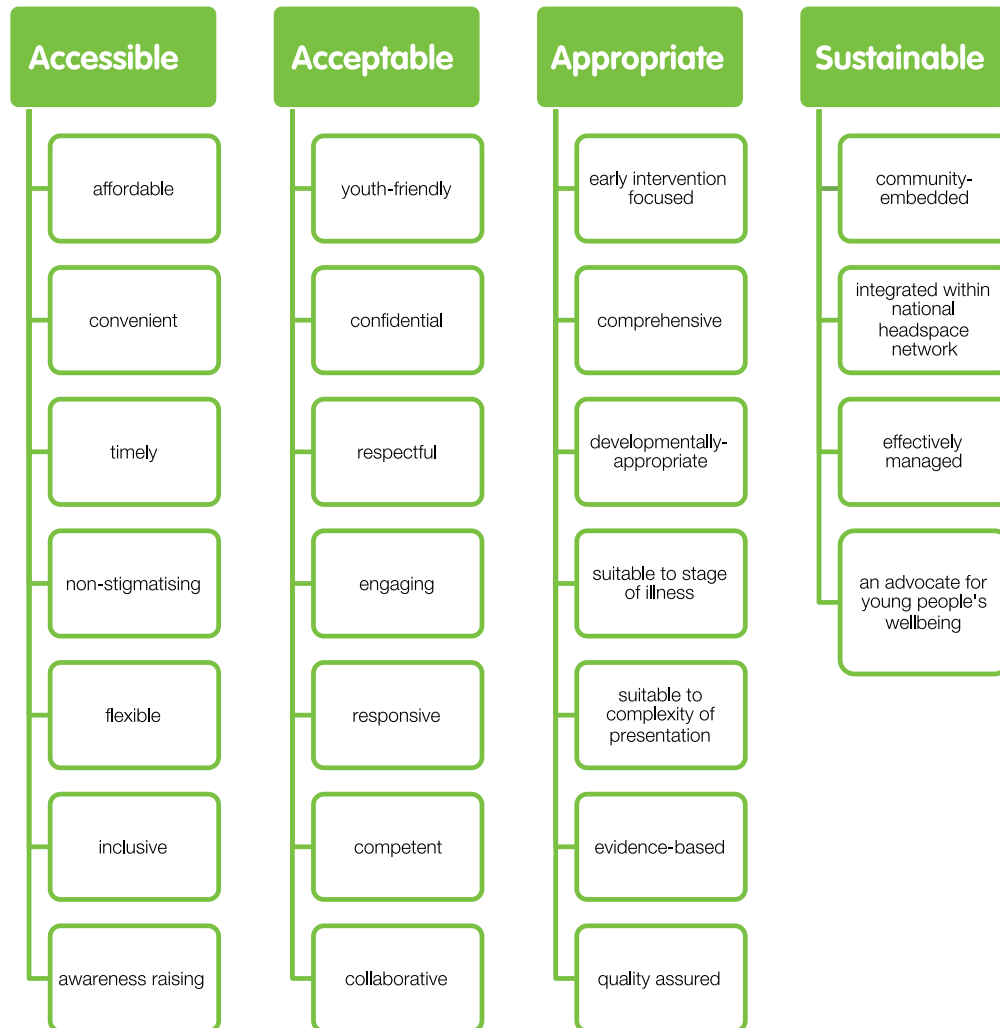


Key

Drivers
Enabling Components
Core Components

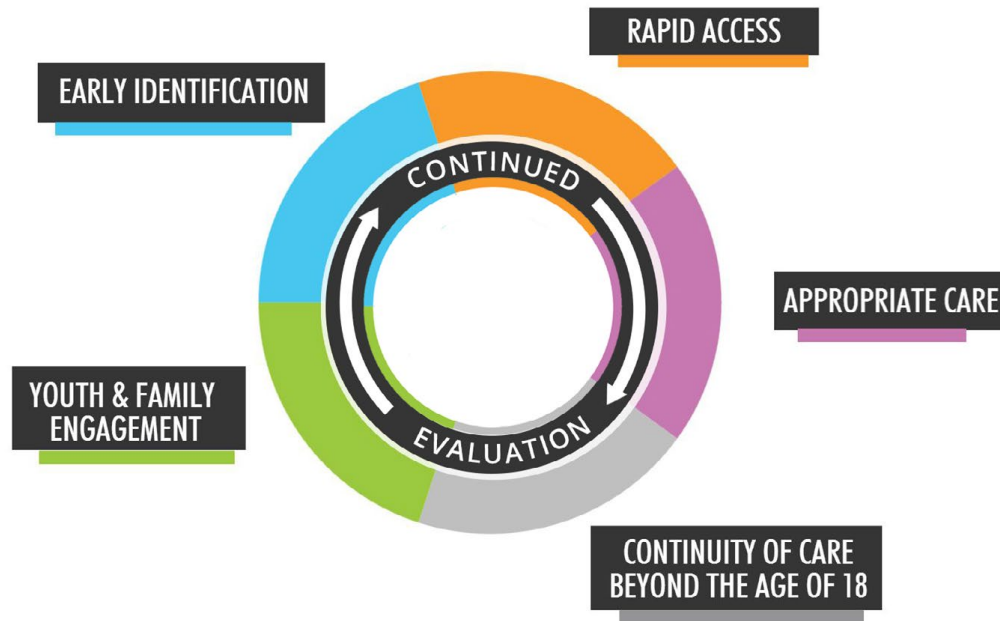
מקור: Rickwood et al., 2019

נספח ג: פרקטיקה מיטבית להספקת שירותים במרכזי Headspace



מקור: Headspace (Headspace National Youth Mental Health Foundation) (April, 2014)

נספח ד: מודל השירות של מרכזי ACCESS Open Minds



מקור: Iyer et al., n.d.