

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

ענבר אדלר בן דור<sup>1</sup> וגליה מורן<sup>2</sup>

בשנים האחרונות מוטמעת במערך בריאות הנפש גישה מכוונת החלמה, ורכיב מרכזי בה הוא העסקת עמיתים עם ידע מניסיון. השתלבותם המיטבית תורמת למקבלי השירות, לעמיתים ולארגונים בקידום של החלמה אישית וגישה ממוקדת החלמה ואדם. עם זאת, אתגרים רבים מביאים לכך שתרומת העמיתים אינה ממומשת. מטרת המחקר היא לזהות את האתגרים והרכיבים הקריטיים ליישום של תמיכת עמיתים מיטבית בישראל. כחלק מפרויקט UPSIDES הבין-לאומי הופעל מערך מחקר איכותני בגישה של מחקר פעולה משתף ומדע היישום, שכלל עשר קבוצות מיקוד ו-12 ראיונות עם 68 בעלי עניין במערך שיקום בריאות הנפש. כדי להסביר את תוצאות היישום של ההתערבות (Damschroder et al., 2009) נערך ניתוח תמטי על בסיס מסגרת ה-CFIR באמצעות תוכנת MAXQDA 2020. זוהו אתגרים

---

המחקר נעשה במסגרת עבודת הדוקטורט במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון בנגב בהנחייתה של פרופ' גליה מורן, ומומן על ידי המוסד לביטוח לאומי (מענק לתלמידי תואר שלישי). המחקרות מבקשות להודות לצוות ליבת פרויקט UPSIDES בישראל – פרופ' מקס לכמן, ד"ר פאולה גרבר אפשטיין, ד"ר אלינה גרייזמן, ד"ר יעל גולדפרב ואמילי משמן; לעמיתים להתייעצות ולחשיבה – גבי נטלי ארליך וד"ר ערן קרויז; לכל שותפי פרויקט UPSIDES בישראל: משרד הבריאות – ד"ר ורד בלוש קליינמן ועדי נעמן. לעמיתים המכשירים בישראל – שימרי הדס גרונדמן, ליון גאי מאיר, מירב רביניאן ועדי בר ניר; לארגונים המיישמים (בשלב הפיילוט והיישום) והמלווים של פרויקט UPSIDES קידום פרויקטים שיקומיים – עמותת אנוש, חברת נתן ו-ORS, ארגון צרכנים נותני שירות, יוזמה דרך הלב. תודה מיוחדת למשתתפי מחקר UPSIDES בישראל – מקבלי שירות, עמיתים, אנשי צוות בארגוני בריאות הנפש ומנהלים.

1 דוקטור, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב; בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן <https://orcid.org/0000-0002-1115-908X>

2 פרופסור, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב <https://orcid.org/0000-0001-9718-1773>

שילח לפרסום ב-13.9.23, התקבל ב-26.11.24

ביטחון סוציאלי 125, מאי 2025

בחמשת תחומי ה-CFIR: מאפייני ההתערבות, הסטינג החיצוני, הסטינג הפנימי, בעלי עניין מעורבים והיישום, ובהם היעדר מדיניות מספקת, היעדר התמקצעות של הארגונים בהעסקת עמיתים וסטיגמה כלפי עמיתים. עוד זוהו גורמים מקדמים בכל התחומים, מלבד מאפייני ההתערבות, ובהם מחויבות של מנהלים, מתן התאמות, הדרכה והזדמנויות לביטוי הידע הייחודי. מן המחקר עולה כי יישום מיטבי של תמיכת עמיתים מצריך מחויבות ארגונית מלאה, הכוללת תרבות ארגונית מכוונת לצד פרקטיקה ארגונית – הסדרים ותשתיות, ובהם הכשרה, הדרכה וליווי לכל הגורמים בארגון. כדי לתמוך בארגונים יש צורך במדיניות המתורגמת לפיתוח תפקידים ייעודיים ולהקצאת משאבים שיתרמו לביסוס שירותי שיקום מכווני החלמה ואדם.

**מילות מפתח:** עמיתים עם ידע מניסיון, עמיתים מומחים, תמיכת עמיתים, יישום, ארגונים מוכווני החלמה, אתגרים וגורמים מקדמים

## רקע

עם פיתוחם של שירותי בריאות נפש מכווני החלמה מעמיקים הניסיונות של ארגונים בישראל ובעולם ליישם התערבויות מכוונות החלמה, ולכן מתפתחת גם מגמה של העסקת עמיתים (לכמן ואח', 2018; Rogers et al., 2005; Slade et al., 2014; Richard et al., 2009).

**עמיתים עם ידע מניסיון**<sup>3</sup> הם אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים ומשתמשים בידע שמקורו בניסיונם האישי כדי לתמוך בתהליכי החלמה של אחרים (Slade et al., 2014). במקומות שונים בעולם – בעיקר בארצות הברית, באנגליה ובאוסטרליה, החל משנות ה-80 של המאה ה-20, ובהמשך בישראל, בעיקר החל משנת 2000 – פותחו הגדרות ותפקידים שונים של עמיתים עם ידע מניסיון. אולם אפשר להבחין בין שתי הגדרות עיקריות: האחת, **צרכן נותן שירות** או **נותן שירות עם ידע מניסיון** (consumer as provider), מתייחסת לצרכנים המאיישים תפקידים קיימים (מסורתיים) במערך השיקום. האחרת, **עמית מומחה** (Peer specialist) או **עמית תומך** (peer support worker), מתייחסת לצרכנים הממלאים תפקידים ייעודיים לעמיתים. תפקידים ייעודיים דורשים חשיפה עצמית ואף מבוססים עליה, ואילו תפקידים מסורתיים משאירים זאת לבחירתו של בעל התפקיד (לכמן ואח', 2018; Mowbray et al., 1997).

3 בישראל נפוץ השימוש במונחים **נותן שירות בעל ידע מניסיון**, **עובד בעל ידע מניסיון** ו**צרכנים נותני שירות** (צנ"שים) לתיאור עמיתים בתפקידים מסורתיים (חונכים/סומכים/מדריכי שיקום וכד'), והשימוש במונח **עמיתים מומחים** לתיאור עמיתים בתפקידים ייעודיים. במאמר זה ייעשה שימוש במונחים הללו לסירוגין.

תמיכת עמיתים (peer support) היא מערכת של נתינה וקבלה של עזרה המבוססת על תיקוף ועל הבנה אמפתית של מצבו של האחר מתוך ניסיון חיים משותף. תמיכת עמיתים יכולה להינתן בהקשרים שונים: כחלופה לטיפול מקצועי, כשירות עצמאי במסגרת טיפול מקצועי, או כחלק אינטגרלי מהטיפול המקצועי (Slade et al., 2014). תמיכת העמיתים מטשטשת את גבולות היחסים המסורתיים (Mead et al., 2001; Slade et al., 2014). היא חושפת את מקבלי השירות למודל לחיקוי, מעוררת תקווה ומקדמת החלמה (Truong et al., 2019). עוד היא מפחיתה סטיגמות, ומקדמת מוטיבציה, קשרים חברתיים וחיבור לקהילה (Cook, 2012; Copeland et al., 2012; Cook, Steigman et al., 2012; Walker & Bryant, 2013). עוד, תמיכת עמיתים משפרת את איכות החיים, שביעות הרצון מהחיים, הערך העצמי והמסוגלות העצמית של המתמודדים (Davidson et al., 2006; Repper & Carter, 2011; Resnick & Rosenheck, 2008).

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

בארגוני בריאות נפש תורמת תמיכת עמיתים לשיפור ההיענות לשירותים, לאפקטיביות וליעילות שלהם. העמיתים מחזקים את קולם של מקבלי השירות, תורמים להפחתת הסטיגמה בארגון כלפי מתמודדים, ולשיפור עמדות הצוות כלפי מקבלי השירות. כך הם הופכים את הארגונים ליותר מכווני החלמה ואדם (Byrne et al., 2022; Deegan, 2011; Henderson et al., 2014; Mead et al., 2001; Repper & Carter, 2011; Repper & Watson, 2012).

### **השתלבות עמיתים עם ידע מניסיון: המצב בישראל**

בשנת 2000 נחקק בישראל חוק שיקום נכי נפש בקהילה התשי"ס-2000, ובעקבותיו פותח מערך שירותי שיקום בקהילה (לכמן והדס לידור, 2007) ונבנתה התשתית להטמעה של גישת ההחלמה בבריאות הנפש ושל עמיתים עם ידע מניסיון – בעיקר במערך השיקום.

בשנת 2005 נפתח לראשונה בישראל קורס להכשרת צרכנים נותני שירות (אורן, 2007), במטרה לשלב מתמודדים כעובדי שיקום במערך בריאות הנפש. בד בבד, החל משנת 2006 פותחו תוכנית **צרכנים נותני שירות**, ובהמשך שירותי תעסוקה נתמכת רבים נוספים. אלה מספקים ליווי תעסוקתי ייחודי לעובדים עם ידע מניסיון, במסגרת שירותי סל השיקום (אורן, 2007; מרזר-ספיר ואח', 2009). בעקבות זאת, מאות מתמודדים השתלבו כמועסקים

במערך השיקום בבריאות הנפש, בכל התפקידים המסורתיים: מדריכי שיקום, חונכים וסומכים (מרזר-ספיר ואח', 2009).

בשנים האחרונות, כחלק ממדיניות משרד הבריאות, מתפתחים גם תפקידים ייעודיים לעמיתים. בתפקידים אלו הם חשופים ועושים שימוש פעיל בידע שלהם מניסיון. עם התפקידים הללו נמנים **סוקרי איכות** אשר מעריכים את שביעות הרצון של מקבלי השירות מהשירותים במערך השיקום; **עמיתים מומחים** המשתלבים בצוותים המקצועיים של בתי חולים פסיכיאטריים בבאר שבע ובמזור (לכמן ואח', 2018; נעמן, 2018; Moran, 2018); **מתאמי קהילה** המלווים מתמודדים מאשפוזם ועד להשתלבותם בקהילה במרפאות הרצליה ובאר שבע של מכבי ובמרפאת החוף של שלוותה (לכמן ואח', 2018; נעמן, 2018). לאלה מצטרפים **עמיתים לזכויות** אשר מרצים ומנגישים זכויות (שטיינמן ואדלר-בן דור, 2022), ו**מתאמי טיפול עם ידע מניסיון** אשר משתלבים במערך השיקום החל מ-2020. בשנת 2013 אף מונתה, לראשונה בישראל, אשת מקצוע עם ידע מניסיון בתקן ייעודי לאדם עם מוגבלות במגזר הציבור באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, וזאת במטרה לפתח שירותים ותפקידים ייעודיים למתמודדים, להעצים פעילות אקטיביסטית וסנגורית בבריאות הנפש, ולקדם השתלבות של מתמודדים כעובדים במערך הטיפול (לכמן ואח', 2018; נעמן, 2018; Moran, 2018).

### **יישום של תמיכת עמיתים בארגוני בריאות נפש מסורתיים**

על אף התרומה המוכחת ובסיס ראיות הולך וגדל, מחקרים מראים באופן עקבי שהפוטנציאל הטמון בתמיכת עמיתים בשירותי בריאות נפש המסורתיים עדיין אינו מנוצל באופן נרחב ומיטבי, וזאת בשל הגורמים המשפיעים והאתגרים הרבים העשויים להפחית את האפקטיביות שלה (Mutschler et al., 2022; Otte et al., 2020; Rebeiro Gruhl et al., 2016). אלה מופו בסקירות נרחבות בשנים האחרונות, ואפשר לחלקם לשלוש רמות. ברמת המאקרו הם כוללים גורמים חברתיים-תרבותיים, ובהם מידת הדומיננטיות של המודל הרפואי; נוכחות של ערכי החלמה; דינמיקת הכוח בין ידע מקצועי לבין ידע מניסיון; הכשרה והסמכה לעמיתים; לאלה מצטרפות דינמיקה ממשלתית ומחויבות פוליטית, וכן השפעות בהיבט הכלכלי דוגמת משאבים והסדרים כלכליים. ברמת הביניים (meso) נכללים התרבות הארגונית, מנהיגות ארגונית, ניהול שינויים ומדיניות משאבי אנוש, ובכלל אלה גם הגדרת תפקיד העמית והתאמות. ברמת המיקרו נכללות הנכונות והיכולת של הצוות לעבוד עם העמיתים, נגישות של רשתות התמיכה לעמיתים, ורווחתם הנפשית (well-being). מהגורמים בכל שלוש הרמות נמצא כי התרבות הארגונית, הגדרת תפקיד העמית וזמינות המשאבים הן בעלות ההשפעה הרבה ביותר על יישום מיטבי של תמיכת עמיתים בארגונים (Ibrahim et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022).

## המחקר

### רציונל המחקר

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

### מטרת המחקר

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

### מסגרת המחקר

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

### שיטת המחקר

שיטת המחקר היתה איכותנית, בגישות של מחקר פעולה משתף (לביא-אג'אי, 2014) ומדע היישום (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2020). לכן, בכל שלבי המחקר ניתן קול לבעלי העניין, בדגש על אנשים בעלי ידע מניסיון, באמצעות השתתפותם בראיונות ובקבוצות מיקוד. המשוב אשר עלה בתהליך שימש לפיתוח השלב הבא של פרויקט אפסיידס.

**מדע היישום** (implementation science) הוא תחום מחקר שהתפתח החל משנת 2000. הוא מתמקד בשיטות מחקר מדעיות לקידום אימוץ שיטתי של התערבויות מבוססות ראיות בפרקטיקה ובמדיניות. מטרתו לצמצם את הפער בין ידע מחקרי לבין יישומו בפרקטיקה, וכך לשפר את האיכות והאפקטיביות של שירותי הבריאות והטיפול (Damschroder et al., 2009; Eccles et al., 2009; Greenhalgh & Papoutsis, 2018; Nilsen, 2020; Westerlund et al., 2019). אף שמדע היישום הוא תחום ידע צעיר יחסית, הוא עשיר מאוד בתאוריות, במסגרות תאורטיות ובמודלים, באסטרטגיות ובכלים (Curran, 2020).

מסגרת ה-CFIR (Consolidated Framework of Implementation Research), שבה נעשה שימוש במחקר הנוכחי (ראו בסעיף הבא), היא מסגרת תאורטית של מדע היישום.

## כלי המחקר

כלי המחקר כללו 12 ראיונות עומק מובנים למחצה (מהם שני ראיונות זוגיים) ועשר קבוצות מיקוד שנמשכו שישים-תשעים דקות, ונעשה בהם שימוש במדריך ריאיון המבוסס על מסגרת ה-CFIR. זוהי מסגרת מושגית נפוצה במחקרי יישום, והיא משמשת לחיזוי ולהסבר תוצאות יישום של התערבות, בהתבסס על גורמי יישום המחולקים לחמישה תחומים שונים: תחום ההתערבות; הסטינג החיצוני; הסטינג הפנימי; בעלי עניין מעורבים; תהליך היישום עצמו. מסגרת מושגית זו מייצרת בשפה הארגונית סטנדרטיזציה הניתנת להבנה בהקשרים שונים, ובכך מאפשרת ללמוד מתהליך נתון ולפרשו בהשוואה לתהליכי יישום אחרים (Damschroder et al., 2009; Damschroder et al., 2022).

## המדגם

המדגם כלל 68 מרואיינים שונים אשר נדגמו בדגימה תכליתית (Patton, 1990) מתוך מערך השיקום בישראל, באמצעות מיפוי התחום בישראל על ידי ועדת ההיגוי של פרויקט אפסיידס. הוועדה מנתה גורמי מפתח בתחום ונציגים מכל הארגונים המקדמים תמיכת עמיתים בישראל. בקבוצות המיקוד ובראיונות נכללו בעלי עניין רלוונטיים שהיו בעלי ניסיון של שלושה חודשים לפחות באחד מהתפקידים האלה: (א) מנהלים של עמיתים; (ב) אנשי צוות העובדים לצד עמיתים או שעבדו לצד עמיתי אפסיידס; (ג) עמיתים העובדים במערכות בריאות הנפש, כולל עמיתי אפסיידס; (ד) אנשי מפתח ביישום ההתערבות בארגונים. מדגם המחקר כלל שתי קבוצות עיקריות (ראו לוח 1).

**לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המדגם**

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

**עמיתים עם ידע מניסיון (*n*=26)**

שניים מהעמיתים עבדו בתפקיד מסורתי (מדריכי שיקום וחונכים). תשעה מהם היו עמיתים מומחים העובדים בבית חולים. אחרות עבדו בתעסוקה נתמכת כמנהלות מקצועיות של

ארגוני שיקום בקהילה וכמתאמי טיפול. 15 עברו הכשרת אפסיידס ועבדו במקביל בתפקידים מסורתיים בשירותי שיקום (להלן **עמיתי אפסיידס**). גילם הממוצע עמד על 41.52 שנים (30–58). 19 (73%) מהם נשים ושבעה (26.9%) גברים. תשעה (34.6%) נשואים, אחת (3.8%) חיה בזוגיות. שמונה מהעמיתים היו רווקים (30.76%) ושלושה (11.53%) גרושים. ממוצע שנות הלימוד עמד על 4.43 בממוצע (12–17), וממוצע הוותק בעבודה בתחום בריאות הנפש עמד על חמש שנים וחצי (2–11).

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

26 מקרב אנשי המקצוע היו עובדים סוציאליים (62%). אחת מהם מנחת קבוצות (2.4%) ואחת קרימינולוגית קלינית (2.4%). אחד מהם בוגר בריאות נפש קהילתית (4.76%), שתיים יועצות ארגוניות (4.76%) ושלוש מרפאות בעיסוק (7.14%). 16 היו רכזי מדריכי שיקום, מתאמי טיפול ורכזי חונכות, שתחת ניהולם הישיר צרכנים נותני שירות ועמיתי אפסיידס. 23 מקרב אנשי המקצוע היו מנהלים, ובהם מנהלים מקצועיים, מנהלי דיור מוגן, מנהלי תוכניות במערך השיקום, מנהלים בכירים בארגוני שיקום ובארגונים המובילים את תחום ידע מניסיון בישראל. לכולם, מלבד לאשת מקצוע אחת, היה ניסיון בעבודה לצד ו/או בהעסקת אנשים עם ידע מניסיון. גילם הממוצע עמד על 42.29 שנים (25–63). 31 מהם (73.8%) היו נשים ו-11 (26.2%) גברים. 28 (67%) מהם נשואים, שניים (4.76%) חיים בזוגיות, שישה (14.28%) רווקים, ארבעה (9.5%) גרושים ושניים (4.76%) אלמנים. ממוצע שנות הלימוד שלהם עמד על 18.6 (15–25), והם עבדו בבריאות הנפש 11.14 שנים בממוצע (1–35).

שלושה מאנשי המקצוע – שתי נשים וגבר אחד – היו **קובעי מדיניות** שעבדו בזמן המחקר או בעבר במשרד הבריאות בתפקידים בכירים. גילם הממוצע עמד על 51 (43–63). ממוצע שנות הלימוד שלהם עמד על 21.6 שנים, והם עבדו בתחום בריאות הנפש בממוצע 25.33 שנים (18–35). נוסף על כך, ארבעה מקרב אנשי המקצוע – שלושה גברים ואישה אחת – היו **אנשי מקצוע עם ידע מניסיון**. שניים מהם עובדים סוציאליים ושניים בוגרי תואר בבריאות נפש קהילתית; הם עבדו בממוצע 13.88 שנים במערך השיקום (4–24 שנים). גילם הממוצע היה 43.75 שנים (38–49 שנים). שניים מהם (50%) נשואים, אחד (25%) גרוש ואחת רווקה (25%). ממוצע שנות הלימוד שלהם עמד על 25 שנים (15–20 שנים).

### **הליך איסוף הנתונים**

קבוצות המיקוד והראיונות התקיימו בין אוקטובר 2018 לאוגוסט 2021. כל קבוצת מיקוד ארכה בין שישים לתשעים דקות, ונערכה על ידי שתי מנחות. חמישה מתוך ששת הראיונות



האישיים שהתבצעו בתקופת הקורונה נערכו והוקלטו בפלטפורמת הזום, והמראיינים פינו לעצמם מרחב פרטי ונקי מרעשים לזמן הראיון.

## אתיקה

בכל ראיון וקבוצת מיקוד ניתנה הקדמה שהציגה את מטרת המפגש, כללה התחייבות לסודיות והדגישה את הזכות לפרוש מן המחקר בכל רגע נתון, ללא כל השלכה. כן נחתמו טופסי הסכמה מדעת, וניתן מקום למענה על שאלות המשתתפים. הקלטות הראיונות וקבוצות המיקוד תומללו, והפרטים המזהים שונו כדי למנוע זיהוי. אישורי אתיקה למחקר ניתנו מאוניברסיטת Ulm שבגרמניה, וכן מוועדת האתיקה של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

## ניתוח הנתונים

הראיונות וקבוצות המיקוד נותחו באמצעות ניתוח תמטי על פי תבנית (Template analysis) תוך הסתייעות בתוכנת MAXQDA 2020. זהו ניתוח תמטי מובנה המבוסס על תמות מנחות שנקבעו מראש (אפריוריות). הניתוח מדגיש קידוד היררכי, ומאפשר מצד אחד רמה גבוהה יחסית של מבנה ברור, ומצד אחר גמישות (Brooks et al., 2015). מסגרת ה-CFIR היתה תבנית הקידוד הראשונית, ולכן הניתוח נעשה על בסיס חמשת תחומיה. ככלל, ניתוח הנתונים כלל קריאה וקריאה חוזרת של כל התמלילים לצורך היכרות, קידוד ויצירת קודים, קטגוריות ותמות. לאחר קריאה בתמלילים של שלוש קבוצות המיקוד הראשונות וניתוחם לפי מושגי ה-CFIR, פותחה רשימה ראשונית של קודים, המבוססת הן על חמשת תחומי המסגרת הן על קודים ייחודיים שעלו מתוך הנתונים בתוך כל תחום. על בסיס רשימה זו קודדו שאר התמלילים. ככל שהתקדם הניתוח, נושאים חדשים שלא התאימו לקודים הקיימים הביאו ליצירת קודים חדשים, להמשגה מחדש של קודים קודמים, למיזוג ו/או לביטול קודים, ובסופו של דבר ליצירת קודים, קטגוריות ותמות. נעשה שימוש בפתקי Memos לתיעוד מחשבות ורעיונות.

## ממצאים

קבוצות המיקוד והראיונות העלו עושר רב ותכנים מפורטים בנוגע לאתגרים ביישום של תמיכת עמיתים וגורמים מקדמי יישום.

## האתגרים המרכזיים ביישום תמיכת עמיתים בישראל

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

### מאפייני התערבות

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

### אתגרים בליבת התפקיד

**"כפל הכובעים": האתגרים הנובעים מכפל המיקומים והתפקידים שהעמית ממלא.** אנשי מקצוע העלו כי במעבר שעושה העמית מצרכן שירותי בריאות נפש לנותן שירות, נדרשת ממנו, מאנשי הצוות בארגון וממקבלי השירות התמקמות חדשה בתפקידים ובזהויות אחרות, וזו כרוכה בבלבול ובקושי. הציטוט שלהלן מתאר את המעבר ממעמד של מקבל שירות מהעובד הסוציאלי למעמד של עובד המודרך על ידו:

שני דברים, אחד זה מה שאנחנו קוראים לו כפל הכובעים, גם של הבן אדם עצמו וגם של הקולגות שלו ושל המנהל שלו. שאדם יש לו כבר קריירה כמטופל והוא עומד מול מטפל [...] וזה יכול להיות מאוד מבלבל לשני הצדדים [...] זו חוויה מאוד מוכרת, אני יושב מול עובד סוציאלי. כל החיים שלי ישבתי מול עובדים סוציאליים, אבל פה זה מפגש אחר, זו הדרכה, זה לא... גם לצד השני זה יכול לפעמים לבלבל... כי הסיטואציה כל כך מוכרת לשניהם (איש מקצוע, רכז מדריכי שיקום (1)).<sup>4</sup>

מנקודת המבט של אנשי המקצוע עלה גם כי המחיר של ההתמקמות בזהות הכפולה – צרכן ונותן שירות – הוא לעיתים המשך החיבור לזהות של מתמודד:

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

לעומת זאת, חלק מהעמיתים דיווחו כי הם חווים לעיתים את ההתמקמות בתפקיד נותן השירות כצמצום של האפשרות שלהם להיות גם צרכנים של שירותי בריאות נפש. הם מתביישים מאוד נוכח האפשרות שהם פוגשים מקבלי שירות בזמן שהם זקוקים לטיפול

4 כל מרואיין סומן במספר מזהה, המופיע בציטוט דבריו.

בעצמם. כך עולה למשל מדבריה של עמיתת אפסיידס (2), שכדי להימנע ממפגש כזה בחרה להתאשפז בעיר אחרת:

הוא [בעלי, עא"ב] היה מאושפז בכפר שאול ואני הייתי מאושפזת בנהר רק בגלל כי גם מכירים אותי מהעבר. רק בגלל שלא הייתי רוצה שהדיירים שלי יראו אותי במצבים שהייתי. הלכתי עד פתח תקווה כשכל המטפלים שלי בירושלים. הפסיכיאטרית שלי בירושלים, ההורים שלי בתל-אביב. החברים שלי בירושלים. אמרתי: "לא. אני לא רוצה שידעו על זה".

נוסף על התמקמות בזהות חדשה, תחושה נרחבת שעלתה הן מצד הן אנשי מקצוע הן מצד עמיתים מומחים נגעה לצורך של העמית להחזיק בד בבד חוויה וקול מאוד אישי לצד קול מערכת-ארגוני; לנסות לקרב בין העמדות והקולות הללו, ולהוות גשר בין מקבלי השירות לבין הארגון. האתגר המורכב עולה, למשל, מדבריה של אשת מקצוע ותיקה.

עמית נותן שירות צריך לעשות שימוש בידע מניסיון שלו, שזה אומר שהוא צריך ללמוד לעשות את זה מול הלקוחות שלו, מול מקבלי השירות של הארגון, מול הצוות של הארגון. הוא צריך להיות סוג של מגשר, גשר לא מגשר. או מתווך בין מקבלי השירות לצוות והפוך, כלומר להיות הקול שלהם מול אלה. וזה מסובך מאוד מאוד, כאילו להחזיק את שני הכובעים. סוג של לגינגל כזה [...] המורכבות שלו כי הוא בין לבין, הוא גם נותן שירות לצוות וגם למקבלי השירות. כאילו מול האחר, את מבינה. לייצג את מקבל השירות מול הצוות, ולייצג את הצוות מול מקבל השירות (אשת מקצוע, מנהלת מקצועית בארגון שיקום (2)).

**קושי להתמודד עם העומסים הרגשיים בתפקיד.** אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון) ועמיתים התייחסו למפגש היום-יומי של העמיתים, המתמודדים בעצמם עם קשיים נפשיים, עם סיפורים של מתמודדים אחרים. סיפורים אלה עלולים להטיל עליהם עומס רגשי, ולעיתים אפילו להרע את מצבם. אולם לצד הקושי הרגשי עשויים להיות במפגש הזה גם חלקים מעצימים, הגורמים לעמיתים להכיר תודה או דוחפים אותם לצמיחה אישית:

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

**אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון.** אחד האתגרים שהיה נוכח מאוד בשיח של כל בעלי העניין, וחזר בכל אחת מקבוצות המיקוד, היה אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון. לכן גם יוחד לו מאמר נפרד (ראו Adler-Ben Dor et al., 2024). דילמת החשיפה מעסיקה מאוד את העמיתים, בייחוד את אלה העובדים בתפקידים מסורתיים, והיא מעוררת פעמים רבות מחלוקת עם אנשי המקצוע והארגונים. רבים מהעמיתים בתפקידים אלו אינם נחשפים

ואינם עושים שימוש גלוי בידע שלהם מניסיון. הסיבות לכך הן, בין השאר, בושה וחשש מהסטיגמה בקרב אנשי המקצוע ומקבלי השירות, כיבוד הארגון את חופש הבחירה של העמיתים לא להיחשף, היעדר כלים ומיומנויות לחשיפה ולשימוש מקצועי בידע מניסיון, והשפעת המודל המקצועי-קליני על תפיסת החשיפה העצמית ככלי טיפולי/שיקומי.

### סטינג חיצוני

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

#### מדיניות המקדמת תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם

מדיניות המקדמת תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם עלתה באופן נרחב כאתגר וכגורם אשר עשוי לקדם יישום בקרב אנשי מקצוע. הן קובעי מדיניות וממלאי תפקידים בכירים הן בעלי תפקידי ניהול הקרובים יותר לשטח ציינו כי חסרה מדיניות שתקדם העסקה רחבה של עמיתים, תתקצב תקנים ותקצה משאבים – בעיקר בהתייחס לפיתוח וליישום של תפקידים ייעודיים לעמיתים:

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

עוד עלה שבהיעדר מדיניות ותקצוב, רק חלק מהארגונים יכולים להרשות לעצמם להעסיק עמיתים מומחים:

[קיים, עא"ב] חוסר בהקצאת משאבים מתאימים – תקציב, הדרכה, הכשרה, תקן במערכות לתפקידים הללו. חלק מהארגונים לא יכולים להרשות לעצמם להעסיק אדם בעל ידע מניסיון בתפקיד עמית מומחה כי אין לתפקיד זה בשלב הנוכחי תקן מוסדר (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים (7)).

### סטינג פנימי

תחום זה מתייחס למבנים, תקשורת, נורמות, ערכים והנחות יסוד של ארגון נתון (תרבות ארגונית) או תמיכה של הארגון בהתערבות, כולל תקציב, משאבים ונהלים (Damschroder)

et al., 2009). מרבית האתגרים שעלו במחקר התייחסו לתחום זה, ואפשר לחלקם לשלוש תת-קטגוריות ולחמש תמות.

#### **קושי של הארגון לתת מקום לביקורת ולקול ייחודי**

עמיתים ואשת מקצוע עם ידע מניסיון התייחסו לקושי של הארגונים להכיל ביקורת והסתכלות מנקודת מבט חדשה שהעמיתים עשויים להביא לארגון, כמי שהם עצמם היו מקבלי שירות: "בדיוור שאני הייתי בו [...] זה לא ממש עובד, כי אין את היכולת להכיל את הבן אדם כשהוא מביא משהו אחר ושונה ופרספקטיבה ורעיונות וכו'. המערכת עדיין יותר מדי מקובעת מבחינת" (עמיתה בתפקיד מסורתי בארגון שיקום (7)).

אשת המקצוע מסבירה את תחושת האיום בארגון באמצעות השוואת תפקידו של העמית לתפקיד של מנהל אבטחת איכות או מבקר פנים:

השאלה גם איך תופסים את התפקיד הזה. כלומר יש כאלה שיכולים להגיד שזה יכול לאיים עליהם. אני חושבת שיש גם כאלה שיכולים להגיד זה מאיים עליי, מה זה הביקורת הזו, שיש מנהל אבטחת איכות בכל מיני אה... אהמ... גורמים ארגוניים גדולים, או מבקר פנים לארגונים גדולים, זה יכול מאוד מאוד לאיים (אשת מקצוע עם ידע מניסיון בעמדת קובעת מדיניות (1)).

#### **צורך בהשקעת משאבים רבים מצד הארגון**

**יישום תמיכת עמיתים דורש השקעת משאבים מרובים יותר.** אנשי מקצוע רבים וגם עמיתה מומחית אחת הלוקחת חלק בהנהלת ארגון התייחסו לצורך של הארגון להשקיע משאבים רבים כדי שהעסקת עמיתים תתרום לו ולמקבלי השירות. בין המשאבים שצוינו היו הדרכה לעמיתים, לצוות ולמנהלים, לצד זמינות, תשומת לב והקשבה מצד המנהלים הישירים. כפי שעולה למשל מציטוט זה:

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

**יישום תמיכת עמיתים דורש התמודדות עם משברים.** משתתפים רבים, ובהם בעיקר אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון) וכך שתי עמיתות מומחיות, סיפרו כי העסקה של עמיתים כרוכה בהתמודדות עם תקופות של נסיגה במצבם הנפשי. נסיגה זו מסתיימת לעיתים באשפוז, ומעוררת בארגון תחושות חוסר אונים ואי ודאות, כמו שעולה מציטוט זה, למשל:

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

**היעדר התמקצעות, ידע וכלים בידי אנשי המקצוע והארגונים בנוגע להעסקה מיטבית של עמיתים.** אנשי מקצוע עם ובלי ידע מניסיון, עמיתים מומחים וצרכנים נותני שירות שיתפו באופן נרחב מתוך ניסיונם כי אין בקרב הארגונים די ידע, יכולת וכלים מקצועיים להתמודדות מיטבית עם העסקה של עמיתים – החל בשלב מיון העובדים וכלה בהעסקה השוטפת ובהתמודדויות עם האתגרים העולים, כפי שאפשר לראות בציטוטים אלו:

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

אני חייבת להגיד מהניסיון שלי בדיוור, שיש את המכסה שצריך למלא של העסקה של עובדים עם ידע מניסיון, וזה סבבה ונחמד ומגייסים אותם אבל [...] כשיש התמודדויות שעולות על פני השטח, אין לאף אחד את הידע ואת היכולות באמת להתמודד עם הסיטואציות שמוצפות [...] אין את הבאמת יכולת להמשיך את ההעסקה בצורה נכונה ומקצועית ממש [...] אם זה מתמודד שיש לו כוחות ומקבל הדרכה מצנ"שים או ממקום אחר אז הוא לומד לנהל את המשבר בצורה טובה יותר. אם לא, זה בדרך כלל, מאבדים אנשים טובים באמצע הדרך. המשבר מועצם [...] לא מנוהל נכון, ואז מגיעים למצב של פגיעה ושל אי יכולת לחזור בחזרה לתוך המסגרת, וכל מיני תופעות אחרות שפשוט אם היה את הידע ואת היכולת ואת המוכנות ואיזושהי הכוונה, אולי זה היה נראה אחרת (עובדת שיקום עם ידע מניסיון בתפקיד מסורתי) (7).

#### **אתגרים הקשורים בתנאי התפקיד**

**קושי לשמש בתפקיד עמית יחיד בארגון.** עמיתים ואנשי מקצוע העלו את הקושי של עמית יחיד בארגון לשמש בתפקידו, עקב מורכבות התפקיד, כפי שעלתה עד כה. מורכבות זו מועצמת, ככל הנראה, כשאין מישהו בעמדה שווה לחלוק עימו את הקשיים ולעמוד לפעמים איתו יחד מול הארגון: "יגום כמה זה קשה להיות לבד בתפקיד הזה [לכן, עא"ב] לא פשוט למצוא עמיתים" (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים) (7).

**תנאים ושכר לא מספקים.** נציגי כל בעלי העניין התייחסו בהרחבה לשכר ולתנאים הניתנים לעמיתים. הם ציינו כי אלו אינם מספקים ואינם הולמים את משמעות העבודה שלהם. זאת

ועוד, לא קיים עבורם אופק מקצועי מספק להתקדמות מקצועית וכלכלית, כפי שאפשר לראות למשל בציטוט זה:

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

### בעלי עניין מעורבים

תחום זה מתייחס לקבוצות בעלי עניין, למאפיינים שלהן ולעמדות של המשתתפים אליהן כלפי ההתערבות, ועשויים לעכב או לקדם יישום (Damschroder et al., 2009). בתחום זה נמצאו תת-קטגוריה אחת ושתי תמות:

### אתגרים הקשורים בעמדות בעלי העניין

**חשש ותחושת איום של אנשי מקצוע מכניסת עמיתים לארגון.** נציגיהם של כל בעלי העניין התייחסו בהרחבה לחשש המתעורר בקרב אנשי המקצוע עם כניסת עמיתים לארגונים:

לי עכשיו היתה מחלקה [...] שאני הייתי צריכה לעשות איתם תהליך הכנה לקראת כניסה חדשה. עכשיו חלק די גדול בצוות כבר הכיר את הקונספט [עמיתים מומחים פועלים בארגון שלוש שנים, עא"ב] [...] וההיסטוריה! שהיתה לפני הכניסה שלהם ובחודש הראשון היתה איומה ונוראה, כאילו הנחיתו להם עכשיו חייזרים משוגעים בתוך הזה, ומה הם הולכים לעשות עם זה. כאילו אחרי שזה כבר קיים!! (אשת מקצוע, מלוות מעסיקים(13)).

החשש יוחס לטשטוש ולערעור על הגבולות שנוכחותם של עמיתים יוצרת בין אנשי המקצוע לבין מתמודדים, וכך לחשש שהכרה בידע נוסף על הידע האקדמי שהוא רלוונטי לעבודתם מסכנת את מעמדם:

הרבה פעמים יש התנגדות. הרי אנשים אומרים "לכולנו יש ידע מניסיון". זה בא בדרך כלל גם עם "כולנו מתמודדים" אז בוא נשים את זה. לכולם יש ידע מניסיון,

בכל מיני דברים, אבל אנחנו מדברים על ידע מניסיון ספציפי בהתמודדות ותהליכי החלמה [...] אני חושבת שהרבה מהידע מניסיון והשותפות גורל גם זה קשור בכלל לאשפוזים פסיכיאטריים, לדרך שבה מתייחסים אלייך בכל מיני מקומות, זה הדרה חברתית, זה להיות זקוק לשירותים [...] זה כל מיני דברים כאלה שאין הבנה והרבה פעמים שאתה בא לצוות ואתה מדבר איתו על המקום הזה, הוא מנסה הרבה פעמים לייתר את זה, להגיד: "רגע, אבל אני למדתי באוניברסיטה אז מה הבן אדם הזה יכול לתת לי?" ופה הבעיה (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית) (9).

**סטיגמה מצד אנשי מקצוע ומקבלי שירות.** אתגר חשוב נוסף שהעלו כל בעלי העניין הוא הסטיגמה – הן מצד אנשי מקצוע הן מצד מקבלי השירות – כלפי מתמודדים עם מגבלה נפשית. סטיגמה זו משפיעה על ההתייחסות לעמיתים ולרלוונטיות של הידע והתפיסות שהם מביאים עימם. כך למשל, עמיתה מומחית שעובדת בבית חולים (10) מספרת על ההתייחסות המתאימת של צוות ההוסטל כלפיה, כאשר שיתפה שהיא מתמודדת: "כשעבדתי בהוסטל כצנ"שית חשופה התייחסו אליי כמסכנה".

אשר לסטיגמה מצד מקבלי השירות, עמיתים ציינו שהיא נובעת לדעתם מסטיגמה עצמית. היא גורמת לכך שחלק ממקבלי השירות אינם מעוניינים לקבל ליווי של עמיתים, מכיוון שהם תופסים ליווי כזה כטוב פחות או מקצועי פחות מזה של עובדי שיקום שאינם בעלי ידע מניסיון. תפיסה זו מביאה לכך שעמיתים בתפקידים מסורתיים בוחרים פעמים רבות להסתיר את זהותם. הציטוט שלהלן מתאר עמיתה אשר בחרה דווקא להיחשף, ומשלמת על כך לעיתים מחיר אישי:

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

## יישום

הרכיב האחרון במסגרת CFIR הוא תהליך היישום עצמו, המתחלק לשלב התכנון, לשלב ההתחברות לתהליך ולשלב ההוצאה לפועל. הוא כולל, בין היתר, זיהוי צורכיהם של בעלי העניין, מתן הדרכה, הכשרה וגיוס מובילי דעה (Damschroder et al., 2009). בתחום זה זוהו תת-קטגוריה אחת, שתי תמות ושתי תת-תמות.

### אתגרים הקשורים לשלב היישום בשטח

**שלב התכנון: התפקיד החדש והלא מוגדר של עמיתים מומחים מייצר קושי מול הצוות ומקבלי השירות ומקשה על הטמעתו.** הן אנשי מקצוע הן עמיתים מומחים בתפקידים בכירים העלו בצורה נרחבת כאתגר גם את היעדר ההגדרה הברורה של תפקיד העמית



המומחה, הן בשל היותו תפקיד חדש ומתהווה הן בשל גמישותו ויכולתו להתאים להקשר ולארגון הספציפי שהוא פועל בו. היעדר הגדרה ברורה דורש גם מהצוות וגם מהעמית להתמודד עם עמימות ולהשקיע רבות בבניית התפקיד:

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

זאת ועוד, המפגש עם תפקיד חדש ולא מוגדר מקשה על מקבלי השירות להבין כיצד יוכלו להיעזר בו:

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

**שלב ההתחברות לתהליך: יישום ידע מניסיון דורש לתת לעמיתים יותר תמיכה והדרכה שיתייחסו לאתגרים הייחודיים לתפקידם.** אנשי מקצוע ועמיתים רבים חזרו וציינו את חסרונן של הדרכה ותמיכה מספקות שיינתנו לעמיתים על ידי עמית מומחה ותיק או איש מקצוע המכיר את הנושא לעומק. הדרכה כזו תסייע לעמיתים להתמודד עם התפקיד המורכב ועם האתגרים הייחודיים המאפיינים אותו (כפי שפורטו קודם לכן):

הדייר הזה שלי שהוא בעצמו עבד בתחום [...] והוא קיבל משפחה מאוד מאוד קשה וזה השפיע עליו מאוד מאוד לרעה [...] והרגשתי שהוא לא מספיק... שלא מספיק תומכים בו. תוך כדי זה שהוא עובד ושכסופו של דבר הוא בעצמו עכשיו צריך עזרה ולא לתת את העזרה, כן! הרגשתי שלא רואים את זה ושבאיזשהו מקום הוא נדחף, הוא מאוד רצה בכל זאת לעבוד [...] וכאן לא בטוח ש[יש, עא"ב] מספיק תמיכה לאנשים שעובדים ושמשפיק רואים אותם בתוך ההקשר הזה. טוב, כמובן שאין משאבים למערכת. תמיד אין מי שייתן את זה (עמית אפסיידס (1)).

## **גורמים מקדמי יישום של תמיכת עמיתים בישראל**

בארבעה מחמשת תחומי ה-CFIR (קטגוריות) זוהו גורמים המקדמים **יישום של תמיכת עמיתים**: הסטינג החיצוני, הסטינג הפנימי, בעלי עניין מעורבים והיישום; וזהו 12 תת-קטגוריות, שבע תמות ושלוש תת-תמות.

### סטינג חיצוני

זוהתה תת-קטגוריה אחת: **מדיניות, תקציבים, תקנים**. אנשי המקצוע וקובעי מדיניות התייחסו פעמים רבות לחשיבות שיש למדיניות ממשלתית בקידום היישום של תמיכת עמיתים. מדיניות זו צריכה לבוא לידי ביטוי גם במכרזים המתורגמים לתקציב ולתקנים:

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

### סטינג פנימי

בתחום זה נמצאו שש תת-קטגוריות:

**השתלבות עמיתים בעמדות מפתח בארגון**. אחד הגורמים העשויים לקדם את יכולת ההשפעה של העמיתים על הארגון הוא שילובם בעמדות מפתח. גורם זה הועלה על ידי עמיתות מומחיות שכבר משולבות בתפקידי מפתח בארגונים שהן עובדות בהם.

אם רוצים להסתכל על זה ברמה יותר של איך זה אמור להיראות בארגונים אז כן לתת עמדות מפתח. זה לא מספיק רק להגיד יש לנו עמיתים אצלנו אבל הם בתפקיד נורא מסוים. כן. גם עמיתים בתפקידים קצת יותר, יותר משמעותיים, יותר משפיעים [כש, ע"ב] הקול של ידע מניסיון נמצא [...] בתוך מטה, בתוך הנהלה מצומצמת, יש לזה משמעות. אני יכולה להגיד למשל אצלנו כשאני נכנסתי אז בהתחלה לא הייתי במטה. נכנסתי למטה זו השפעה מסוג אחר. היום אני בהנהלה מצומצמת, זו השפעה מסוג אחר, אין מה לעשות. יש לזה השפעה. זה שיש קול של ידע מניסיון [...] יש לזה משמעות בקבלת החלטות, באיך הארגון בכלל (עמיתה מומחית, מנהלת מקצועית (9)).

**שילוב שני עמיתים לפחות בארגון**. אנשי המקצוע ציינו כי חשוב להכניס לארגון שני עמיתים לפחות, במטרה להקל על בדידותם ועל הקושי לשמש בתפקיד עמית יחיד בארגון. הם הציעו לעשות זאת גם באמצעות פיצול משרה מלאה שיועדה לתפקיד זה לשתי משרות: "להציע אולי שגם אם יש תקן אחד אז שיתחלק לשני תפקידים. כדי לא לעבוד לבד כעמית מומחה" (איש מקצוע, מנהל דיור מוגן (18)).

**גמישות הארגון ומתן התאמות לעמיתים, לצד אחריות אישית של העמיתים לתוך את ההתאמות הדרושות להם**. בקרב כל בעלי העניין היה עיסוק נרחב בגמישות ובמתן התאמות כגורמים מקדמים. צוינו התאמות רלוונטיות שונות, ובהן הצמדה לעובד מנוסה עם הכניסה לעבודה (מנטורינג), כניסה איטית יותר לתפקיד, הדרכות רבות יותר (למשל הדרכה מטעם

הארגון, ונוסף לה הדרכה חיצונית של תעסוקה נתמכת), היקף עבודה מצומצם יותר ומשמרות המותאמות לשעות הערנות. עוד הוצעו הפסקות וחופשת מחלה לפי הצורך, והחלפת מקבל/ת השירות במקרה שהקשר קשה מדי רגשית לעמיתים. נוסף על אלה הודגשו הצורך בהכלה ובזמינות רבות יותר מצד המנהלים הישירים.

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

אני חושב שבהתחלה צריכה להיות הגדרת ציפיות הדדית. זאת אומרת גם העובד צריך להבין שהוא בא לפה כעובד. או קיי? [...] הוא עובד וצריך להיות הציפיות כעובד כמו מכל עובד וכמובן העובד זכאי כאילו לאיזושהי מערכת של התאמה מסוימת, או קיי לא יודע מה – יכול להיות שקשה לקבוע בבוקר עם הכדורים, זאת בעיה מוכרת, אז אני אתחיל ב-10:00 ולא ב-7:30 או קיי? אז אני אעשה משמרות צוהריים יותר מאשר משמרות בוקר. וזו סתם דוגמה טריוויאלית (איש מקצוע עם ידע מניסיון (17)).

עוד עלתה בהקשר זה האחריות ההדדית של המעסיק ושל העובד בשיח על התאמות. הודגשה גם האחריות של העמיתים להבין לאילו התאמות הם זקוקים, ולתווך זאת למנהלים הישירים:

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

**מודעות הארגון ליתרונות של העסקת עובדים עם ידע מניסיון.** אנשי מקצוע ועמיתים ציינו פעמים רבות את החשיבות שיש במודעות הארגון לערך המוסף וליתרונות של ידע מניסיון ליישום תמיכת עמיתים במיטבה. עוד הודגש ההבדל בין יישום מתוך מוטיבציה חיצונית, מאחר שמשרד הבריאות מחייב זאת, לבין יישום המחובר למשמעות ולתרומה של עובדים עם ידע מניסיון לארגון.

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

**מחויבות המנהל/ת.** בעלי העניין השונים – הן מנהלים הן עמיתים – ציינו פעמים רבות את המחויבות של המנהלים כמפתח ליישום מיטבי. לטענתם, מנהלים מחויבים, המבינים את

המשמעות והתרומה הפוטנציאלית של ידע מניסיון לארגון, יכולים להנגיש זאת לעובדים ולהוביל את הארגון כולו בכיוון זה, כפי שעולה למשל מן הדברים הללו:

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

**נכונות להתמודדות עם משברים, ללמידה ארגונית ולצמיחה מתוך משברים.** בעלי העניין השונים ציינו באופן נרחב שכאשר מעסיקים עמיתים יש להבין שיהיו במהלך הדרך נסיגות ומשברים, ושיידרשו נכונות ואורך רוח להתמודד עימם. כן נדרשת תרבות ארגונית הרואה במשברים הזדמנות ללמידה ומאופיינת במוכנות ללמוד, לבדוק ולתהות, ואף להסכים מראש להיות במקום שאין בו תמיד תשובות נכונות, ושמתיבקשת בו השקעה מרובה.

אז זה אומר שיהיו קרעים בדרך. יהיו קרעים, יהיו משברים. יהיו דברים שהם לא נורמליים, לא הגיוניים, הם חורגים מהדרך ואם, כמה שאפשר להצליח לצלוח את אותם קרעים. בעיניי, הקשר של אותו עובד עם הארגון ושל הארגון עם העובד [...] יהיה חזק יותר. כי אם מתמודד [...] מישהו הצליח להיות שם בשבילו והצליחו לארגן את זה בצורה טובה. הוא יהיה עובד פי כמה וכמה יותר טוב מכל עובד אחר (עמיתה מומחית בבית חולים (10)).

### בעלי עניין מעורבים

בתחום זה נמצאה תת-קטגוריה אחת.

**אנשי מקצוע צריכים לגלות צניעות, ביטחון ופתיחות לשונה מהם.** קובעי מדיניות ועמיתים ציינו שיישום של תמיכת עמיתים מתאפשר כאשר אנשי המקצוע מגלים צניעות, מתוך רצון ופניות להקשיב לעומק, ושהם מבינים שהידע מניסיון אינו בא על חשבון הידע והעמדה שלהם, אלא שהוא עשוי להוסיף להם, ואף שניתן לייצר במשותף ידע חדש. הדברים באים לביטוי בציטוט שלהלן.

זה ערך. בעיניי זה ערך [...] זה צריך להיות אחד מערכי הליבה שלנו בתוך העבודה [...] בהבנה של זה לנו, במשמעות שלנו, אז אני חושבת שכאילו גם חשוב לדעת שלא נולדנו עם זה [...] זה משהו שהוא מתפתח, זה משהו שהוא בכלל נושא, הוא לא רק שייך לבריאיות הנפש, יש פה משהו הרבה יותר רחב [...] הוא מתקשר בכלל ליכולת להקשיב למי שנמצא איתך, היכולת לקבל החלטות ביחד, גם כהבנה שידע הוא לא כמובן רק אצל אנשי מקצוע [...] הידע הוא בעצם משותף. אם יש דברים שלמדתי, זה דווקא [...] שאתה באמת מצליח לשבת עם האנשים ולעשות את השיח היותר, כזה יותר מעמיק, יותר מקשיב, יותר פנוי [...] שבעצם מצמיח אותך כאיש מקצוע, את התובנות שלך, את ההבנות שלך ואת הצניעות הגדולה שאתה צריך להיות בה [...] זה

ככה אני חושבת שזה משהו שהוא סופר סופר משמעותי [...] בהבנה שלכל אחד יש ידע, הכבוד ההדדי אני חושבת שגם (אשת מקצוע, קובעת מדיניות (2)).

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

### יישום

בתחום זה זוהו שלוש תת-קטגוריות, שלוש תמות וחמש תת-תמות.

### שלב התכנון

**מתן מקום לעמיתים לבטא בארגון את הידע הייחודי שלהם.** הן עמיתה מומחית הן אנשי מקצוע (ובהם גם אנשי מקצוע עם ידע מניסיון) ציינו כי כדי לקדם יישום של ידע מניסיון בארגון, יש "לתת מקום" במובן הפסיכולוגי – להיפתח לקול נוסף ולאפשר לעמיתים ביטוי ייחודי.

אני כאילו כן הייתי רוצה לשים את המשקל על הארגונים עצמם [...] בנכונות לשמוע קול שהוא אחר, לשמוע, לתת מקום, לתת מקום לעובד אחר. זה נכון בין אם הוא מהמגזר הערבי או מהמגזר החרדי, או אם הוא מתמודד, מה הידע הנוסף שהוא מביא, האם יש לזה מקום? (אשת מקצוע, מנהלת ארגון המעסיק עמיתים מומחים (16)).

נוסף על כך, יש צורך "לתת מקום" גם במובן הפיזי והפרקטי – ליזום מרחבים שהקול הייחודי יכול לבוא בהם לידי ביטוי, דוגמת הדרכות והרצאות של עמיתים לצוות ולמקבלי השירות: "להדגיש את הידע המיוחד. זה יכול להיות הדרכות שלהם, או הרצאות שלהם לצוות, זה יכול להיות באיזשהו שלב יותר מאוחר אולי הרצאות שלהם ללקוחות שמקבלי השירות, זאת אומרת שהם ירגישו באמת שהם באמת role modelling" (איש מקצוע עם ידע מניסיון (17)).

**הגדרה ברורה של תפקיד העמית בעת כניסתו לתפקיד, והבהרתה למקבלי השירות ולצוות.** כל בעלי העניין סבורים כי הגדרה ברורה, לפחות של החלקים שכבר ידועים בתפקיד, עשויה להקל את המורכבות הכרוכה בהטמעת התפקיד החדש והלא מוגדר של העמיתים המומחים, כפי שניתן לראות למשל בציטוט הזה: "הייתי רוצה שהמערכת הקולטת, דיור מוגן או בית חולים, יבוא ויחבר, בין העמית למקבל השירות [...] זה קודם כל יבהיר מה זה התפקיד הזה, יסביר את המהות" (עמיתה מומחית בבית חולים (10)).

## שלב ההתחברות לתהליך

### הכשרה לעמיתים

**הכשרה המעניקה כלים מקצועיים לצד בניית הזהות המקצועית של "עובד עם ידע מניסיון".** משתתפים רבים, ובהם אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון) ועמיתים, ייחסו חשיבות להכשרה לפני הכניסה לתפקיד העמית וללמידה ולהתמקצעות לאורכו. נושאי ההכשרה הרלוונטיים שהועלו הם החלמה, שיקום, מיומנויות תקשורת בין-אישית וכלי התערבות שונים, בדגש על ייחודיות ויתרונות שיש לעמיתים בשימוש בהם. עוד עלה הצורך של עמיתים, בכל התפקידים, להכיר את הזכויות של מתמודדים כדי שיוכלו להגישן. עלה גם כי לצד הלמידה של תכנים וכלים מקצועיים, הכשרה צריכה לסייע לעמיתים בבניית הזהות המקצועית של "עובד עם ידע מניסיון" – כפי שניתן לראות בציטוט שלהלן.

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

עוד עלתה חשיבותה של **הכשרה השמה דגש על שימוש מקצועי בידע מניסיון/בחשיפה עצמית.** הכשרה כזו תסייע לעמיתים לבחון את עמדתם בסוגיית החשיפה העצמית שלהם, ותהפוך את השימוש בידע מניסיון למכוון למקבלי השירות ולמקצועי: "אני חושבת שהכשרה צריכה [...] ללמד איך לעשות שימוש בידע מניסיון ולעזור לאדם להגדיר לעצמו איפה המקום של החשיפה מבחינתו, מה העמדה שלו לחשיפה" (אשת מקצוע, מנהלת מקצועית ומלוות מעסיקים (2)).

### הדרכה לעמיתים

**הדרכה חיצונית.** הן עמיתים הן אנשי מקצוע (עם וללא ידע מניסיון) ציינו את החשיבות של הדרכה חיצונית המהווה מקום בטוח לדבר על הקשיים שהם מתמודדים עימם – כולל קשיים שהם אינם חשים בטוחים דיים לשתף בהם את מנהליהם או במסגרת הדרכה תוך-ארגונית. "אולי עמית שמועסק במקום ומרגיש שיש החמרה ויכול להיות שלא ירצה לשתף מי שעובד איתו, אז אולי חשוב שתהיה הדרכה חיצונית ניטרלית שלא קשורה למקום העבודה" (עמיתה מומחית בבית חולים (10)).

עוד צוין כי הדרכה חיצונית מסייעת לשמור על עמדה ייחודית, כזו שאינה עולה תמיד בקנה אחד עם זו של אנשי המקצוע:

אני יודעת שהם פחות אוהבים לשמוע גם בבתי חולים את הצד הביקורתי, הם תמיד יעדיפו לשמוע את הצד היותר מתחבר, היותר עושה יחסי ציבור, היותר חלק מהשייכות, כל ארגון פחות אוהב לשמוע את הביקורת על עצמו [...] ואחד הדברים שעוזרים להם לשמור על היכולת בכל זאת להיות סוג של גורם מבקר, זה שעמותות

"לשמה", עמותה סנגורית, היא זאת שמעניקה את ההדרכות [...] עמותה שהיא לא חלק ממערכת בריאות הנפש, היא לא חלק מהבית חולים [...] היא לא חלק מהקופות חולים, וזו עמותה שתמיד באה לעובדים האלה, לעמיתים מומחים ואומרת להם תקשיבו ידע מניסיון זה כך וכך, חשיפה אישית וסנגור ואקטיביזם, את מדברת איתם על ההיסטוריה ומדברת איתם על מיליון ואחד דברים שקשורים לנושא של ידע מניסיון, אז אני יודעת, אני ברגע שיש לי את העמותה זו בתמונה, בבתי החולים ובקופות החולים, אני יודעת שהם לא ייבלעו [...] הם עדיין ישמרו על היותם עמיתים מומחים במלוא מובן המילה. כשהעמותה תצא מהתמונה [...] אז אני לא יודעת אם הם ישמרו על אותה רוח לחימה, נקרא לזה (אשת מקצוע עם ידע מניסיון, קובעת מדיניות (1)).

**הדרכה העוזרת לעמית להציב את צרכיו של מקבל השירות במרכז הקשר.** הן אנשי מקצוע הן העמיתים הדגישו כי בהדרכה יש צורך בפיתוח היכולת של העמית להפריד בין הסיפור האישי שלו והצרכים שלו לבין אלה של מקבל השירות, וזאת כדי שהעמית יוכל להשתמש בידע שצבר כדי לתמוך במקבל השירות.

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

**הדרכה קבוצתית.** אנשי מקצוע ועמיתים ציינו את חשיבותה של הדרכה קבוצתית כמענה לבדידות, כמקור לשיתוף ולקבלת תמיכה וכוחות, וכמקור ללמידה הדדית ותרגול של עמיתות.

הדבר הזה של בדידות שהיא גם ככה קיומית ותהומית במצבים האלה אז משהו בקבוצה. קבוצת עמיתים זה גם מקום לתרגל בו עמיתות וגם היא יכולה להיות הדרכתית בחלק מהדברים והיא בהחלט גם תמיכה ואני חושבת שהיא צריכה לתת את שניהם ולא לפסוח על התמיכה (עמיתה מומחית בבית חולים (10)).

### **הכנה, הכשרה, הדרכות וליווי לצוותים ולמנהלים**

אנשי מקצוע רבים, עם וללא ידע מניסיון אישי, העלו את החשיבות שיש בהכנה, בהכשרה ובהדרכה של הצוותים והמנהלים. הם אף הציעו לשלב העסקה של אנשים עם ידע מניסיון בנושא חשוב בקורסים הקיימים לאנשי מקצוע, או לפתוח קורס ייחודי בנושא זה עבור מעסיקים.

אנחנו עובדים עם צרכנים נותני שירות. אנחנו מתייעצים איתם. אני מתייעץ גם עם אחת הרכזות כל פעם שיש לי דילמות או דברים שבנושא. יש גם סדנאות שאנחנו

הבאנו לצוות כחלק מהשיבות כדי באמת לדעת איך לעבוד. כי הרבה פעמים באמת גם החשש מבחינת מתאמי טיפול, העובדים הסוציאליים, איך אתה בכלל בא ומדבר את זה? האם ברגע שתגיד איזה ביקורת זה פגיעה אישית? (איש מקצוע, מנהל בארגון שיקום (17)).

איש מקצוע עם ידע מניסיון (12) מצטרף לטענה זו ומחזק את החשיבות של הדרכה קבועה, ממושכת ומעמיקה לעמיתים ולמעסיקים כמדיניות בשגרה, שתמנע אולי את הצורך בכיבוי שרפות בעתיד:

קודם כל הדרכה. supervision לעובד, supervision למעסיק. אה, ברמת ה-אם אתה לא חושב שזה נחוץ, אז אתה מחויב לזה, במונח האמריקאי של fake it until you make it. תעשה את זה, לא כי אתה עכשיו באיזה באזז נחמד שתוכנית צרכנים נותני שירות התדפקה על דלתך אז אפשרת כמנהל שירות סדנה כזאת או אחרת שמדברת על העסקת צנ"שים [אלא, עא"ב] כמדיניות. קבועה. רוטינית. מעמיקה. לפני שיש "סמי הכבאי". שיש "בוב הבנאי".

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

לבסוף, אנשי מקצוע העלו את חשיבותם של תיאום ציפיות ושיתוף פעולה בין אנשי המקצוע לבין העמיתים, כדי לסייע למקבל השירות – כל אחד מהזווית שלו ומהתפקיד שלו.

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

לוח 2 מסכם את האתגרים המרכזיים ביישום תמיכת עמיתים בישראל כפי שעלו מן הממצאים בשטח, אל מול גורמים מקדמי יישום שיכולים לתת מענה לאתגרים הללו.



**לוח 2: אתגרים ביישום תמיכת עמיתים, וגורמים מקדמי יישום אשר עשויים לתת להם מענה**

האתגר	גורם מקדם יישום
<b>תחום 1 CFIR: מאפייני ההתערבות: תמיכת עמיתים</b>	
<b>אתגרים בליבת התפקיד</b>	
<p><b>כפל הכובעים: האתגרים הנובעים מכפל המיקומים והתפקידים שהעמית ממלא</b></p> <p><b>קושי להתמודד עם העומסים הרגשיים בתפקיד</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• גמישות הארגון ומתן התאמות לעמיתים, לצד אחריות אישית של העמיתים לתווך את ההתאמות שהם זקוקים להן</li> <li>• הדרכה <ul style="list-style-type: none"> <li>* הדרכה חיצונית לארגון</li> <li>* הדרכה שעוזרת לעמית להציב את צרכיו של מקבל השירות במרכז הקשר</li> <li>* הדרכה קבוצתית לעמיתים</li> </ul> </li> <li>• הכשרה: כלים מקצועיים לצד בניית זהות מקצועית של "להיות עובד עם ידע מניסיון"</li> </ul>
<b>אתגר החשיפה והשימוש בידע מניסיון</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• הכשרה ששמה דגש על שימוש מקצועי בחשיפה עצמית של ידע מניסיון</li> </ul>
<b>תחום 2 CFIR: סטינג חיצוני</b>	
<b>היעדר מדיניות המקדמת די תפקידי עמיתים ומתקצבת אותם ואת המשאבים בשטח</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• מדיניות, תקציבים, תקנים</li> </ul>
<b>תחום 3 CFIR: סטינג פנימי</b>	
<b>בארגון לא תמיד רוצים להקשיב לביקורת, לקול ייחודי</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• מודעות הארגון ליתרונות שבהעסקת עובדים עם ידע מניסיון</li> <li>• שילוב עמיתים בעמדות מפתח בארגון</li> <li>• מתן מקום לעמיתים בארגון, הזדמנויות להציג את הידע הייחודי</li> <li>• הדרכה חיצונית לארגון</li> </ul>

האתגר	גורם מקדם יישום
<p><b>אתגרים הקשורים לדרישה להשקעה רבה יותר מצד הארגון</b></p> <p><b>יישום תמיכת עמיתים דורש השקעת משאבים מרובים</b></p> <p><b>יישום תמיכת עמיתים דורש התמודדות עם משברים</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• מדיניות, תקציבים, תקנים מחויבות המנהל</li> <li>• מודעות הארגון ליתרונות שבהעסקת עובדים עם ידע מניסיון</li> <li>• נכונות להתמודדות עם משברים, ללמידה ארגונית ולצמיחה מתוך משברים</li> </ul>
<p><b>היעדר התמקצעות, ידע וכלים בידי אנשי המקצוע והארגונים בנושא העסקה מיטבית של אנשים עם ידע מניסיון</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• הכנה, הדרכות, ליווי לצוותים ולמנהלים והכשרה למעסיקים</li> </ul>
<p><b>אתגרים הקשורים לתנאי התפקיד קושי לשמש בתפקיד עמית יחיד בארגון</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שילוב שני עמיתים לפחות בארגון</li> <li>• הדרכה, הדרכה קבוצתית</li> </ul>
<p><b>תנאים ושכר לא מספקים</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• מדיניות, תקציבים, תקנים</li> </ul>
<b>תחום 4 CFIR : בעלי עניין מעורבים</b>	
<p><b>אתגרים הקשורים בעמדות בעלי העניין</b></p> <p><b>חשש ותחושת איום של אנשי מקצוע מכניסת עמיתים לארגון; סטיגמה מצד הצוות, אנשי מקצוע ומקבלי השירות</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• אנשי מקצוע צריכים לגלות צניעות, ביטחון ופתיחות לשונה מהם</li> <li>• הדרכה לעמיתים</li> <li>• הכנה, הכשרה, הדרכות וליווי לצוותים ולמנהלים</li> <li>• תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת המידע בין אנשי צוות לעמיתים</li> <li>• הגדרת תפקיד ברורה למקבלי השירות ולצוות של התפקיד, עם הכניסה לתפקיד</li> </ul>
<b>תחום 5 CFIR : יישום</b>	
<p><b>אתגרים הקשורים לשלב היישום בשטח</b></p> <p><b>שלב התכנון: התפקיד החדש והלא מוגדר של עמיתים מומחים מייצר קושי מול הצוות ומקבלי השירות ומקשה את הטמעתו</b></p> <p><b>שלב ההתחברות לתהליך: יישום ידע מניסיון דורש תמיכה והדרכה רבות יותר, שיתייחסו לאתגרים הייחודיים בתפקיד העמית</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• הגדרת תפקיד ברורה למקבלי השירות ולצוות של התפקיד, עם הכניסה לתפקיד</li> <li>• הדרכה לעמיתים</li> </ul>

## דיון

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

האתגרים שסומנו במחקר נעים מרמת הפרט (אתגרי ליבת התפקיד) אל רמת הארגון ועד לרמת המדיניות. מרבית האתגרים והגורמים המקדמים עולים בקנה אחד עם ממצאים מסקירות מקיפות שנעשו בעולם בשנים האחרונות. עם זאת, אין בנמצא מחקרים ספציפיים רבים אשר פורסים תמונה רחבה של מגוון האתגרים והגורמים המקדמים בהקשר אחד (Cooper et al., 2024; Ibrahim et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022).

ההקשר הבין-לאומי של הפרויקט מאפשר למקם ממצאים אלו גם בהשוואה לאתרים האחרים של הפרויקט: גרמניה, הודו, טונזיה ואוגנדה. ההשוואה העלתה דמיון באתגרים ובגורמים מקדמי יישום שסומנו גם באתרים במדינות השונות, וגם שונות מסוימת בחלק מאתגרים או הגורמים מקדמי היישום (Haun et al., 2024; Krumm et al., 2022). שונות זו הושפעה מניסיון קודם ביישום תמיכת עמיתים, מהמידה שבה העמיתים השתלבו בתרבות הארגונית הקיימת, ומזמינות המשאבים באתר (Krumm et al., 2022).

במחקר בישראל בלטו גורמים ארגוניים משלושה סוגים: (1) תרבות ארגונית; (2) הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות; (3) מדיניות ממשלתית תומכת. הדיון יעמיק במוקדים הללו.

## תרבות ארגונית מקדמת יישום תמיכת עמיתים

משתתפי המחקר הדגישו כי ארגונים שמתקיימת בהם תרבות ארגונית המקדמת יישום של תמיכת עמיתים מתאפיינים במנהלים אשר מעריכים את המשמעות של ידע מניסיון ואת תרומתו הפוטנציאלית לארגון. בארגונים מסוג זה קיימת – בכל שכבות הארגון – מודעות ליתרונות שיש לידע מניסיון, לגמישות, לנכונות ללמידה ארגונית ולצמיחה מתוך משברים. אנשי המקצוע המועסקים בארגונים אלה מאופיינים בצניעות, בביטחון ובפתיחות לשונה מהם. לעומת זאת, משתתפי המחקר הצביעו על כך שתרבות ארגונית שאינה תומכת ביישום עמיתים מתאפיינת בסטיגמה של אנשי המקצוע ושל מקבלי השירות כלפי עמיתים, ובחשש

בקרב הארגון ואנשי המקצוע העובדים לצד העמיתים מפני ביקורת, תחרות וטשטוש הגבולות שכניסת עמיתים עשויה להביא עימה לארגון.

במחקרים השונים שנעשו לא זוהו עד תום מאפייניה של תרבות ארגונית התורמת ליישום תמיכת עמיתים ברמה הארגונית בשטח (Byrne et al., 2022; Kivistö et al., 2023; Mancini, 2018; Zeng & McNamara, 2021). מכאן שהממצאים לעיל תורמים להבנה זו. ממצאים אלו אף מחזקים מחקרים אחרים, שמהם עולה כי תרבות ארגונית היא גורם מרכזי ביישום התערבויות חדשות בארגונים בכלל (Aarons & Sawitzky, 2006; Damschroder et al., 2009), וביישום תמיכת עמיתים בפרט (Henderson et al., 2014; Ibrahim et al., 2020; Jones et al., 2020; Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים גם ממצאים קודמים שהראו כי שילוב מיטבי של עמיתים מתאפשר בארגונים שהתרבות הארגונית שלהם תואמת מראש את השינוי שההתערבות מבקשת לקדם (Aarons & Sawitzky, 2006), כלומר הם מחויבים לערכים הפילוסופיים העומדים בבסיס גישת ההחלמה ותמיכת עמיתים (Byrne et al., 2021; Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2020; Mancini, 2018; Moran et al., 2013; Mutschler et al., 2022). מחקר זה הבהיר כיצד ערכים אלו באים לידי ביטוי בתרבות הארגונית של הארגון.

לא בכדי התרבות הארגונית היא רכיב חשוב להצלחת יישום תמיכת עמיתים, מכיוון שהיטמעות העמיתים במערכת בריאות הנפש המסורתית קוראת תיגר על הנחות בסיסיות שהיו המסד לכינון יחסים בבריאות הנפש, ועיצבו במידה רבה את האקלים הארגוני והתרבותי של מוסדות בריאות הנפש. העמיתים, בעצם נוכחותם, מהווים ראיה לכך שהחלמה אכן קיימת ואפשרית; נוכחותם מערערת על הגבולות בין בריאות לבין חולי ומטשטשת את הגבול – הנוקשה לרוב – בין הצוות לבין המטופלים. זאת ועוד, כניסתם מזמנת הרחבה להנחה המסורתית ולפיה עזרה אמורה להינתן רק על ידי אנשי מקצוע בעלי ידע קליני וסכולסטי בלבד, וזאת מתוקף תרומתם של מתמודדים (עמיתים) לסיוע למתמודדים אחרים (Deegan, 2011; Ehrlich et al., 2019; Mancini, 2018; Moran et al., 2013; Otte et al., 2020; Schrank et al., 2015).

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

## הסדרים ואסטרטגיות ארגוניות המקדמות יישום של תמיכת עמיתים

המחקר העלה גם כי לא די בתרבות ארגונית מקדמת תמיכת עמיתים, שכן יישום תמיכת עמיתים מחייב תרגום של התרבות הארגונית לפרקטיקה: הסדרים ארגוניים, תשתית ארגונית, נהלים, הגדרות תפקיד והשקעת משאבים ארגוניים. על פי המחקר, אלה כוללים הכנה, הדרכה, הכשרה וליווי מקצועי לכל שכבות הארגון ולעמיתים עצמם, מיון עובדים מקצועי, הגדרת תפקיד ברורה לעמיתים, הכנסת שני עמיתים לפחות לארגון כדי להתמודד עם הקושי והבדידות שבתפקיד יחיד בארגון מסורתי, שילוב עמיתים לעמדות מפתח בארגון, מתן התאמות לעמיתים לפי צורכיהם, תנאים ושכר ראויים ואופק להתפתחות מקצועית. לצד כל אלה יש לנהל ולהתמודד עם משברים דוגמת אשפוז של עמיתים, ולתת לעמיתים מקום בארגון והזדמנויות קונקרטיות לבטא את הידע הייחודי שלהם. עוד נדרשים תיאום ציפיות, שיתוף פעולה והעברת מידע בין אנשי צוות לעמיתים.

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

מחקרים נוספים מאירים גם את מחויבות ההנהלה ליישום של תמיכת עמיתים, שגם במחקר זה עלתה חשיבותה בהשפעה הן על התרבות הארגונית הן על תרגומה לחזון ולייעוד הארגוני. כל אלה כדי להתקדם לעבר שירותים מכווני החלמה התומכים ביישום תמיכת עמיתים, וכן לתרגומה לפיתוח תשתיות, לנהלים ולהסדרים פרקטיים התומכים ביישום תמיכת עמיתים (Bochicchio et al., 2023; Egeland et al., 2019; Gates & Akabas, 2007; Mulvale et al., 2019; Zeng & McNamara, 2021).

## מדיניות ממשלתית תומכת ביישום עמיתים

עוד עולה מן המחקר כי מדיניות ממשלתית תומכת ביישום עמיתים הבאה לידי ביטוי בתקנים ובמשאבים מהווה אתגר בהיעדרה, וגורם מקדם יישום חשוב בהימצאה. גורם זה הועלה בישראל באופן נרחב הן על ידי קובעי מדיניות הן על ידי אנשי מקצוע הקרובים לשדה, מה שמחזק את חשיבות הנושא בישראל ומעיד אולי על חשיבה מערכתית של כלל בעלי העניין בתחום זה. ממצא זה חשוב בייחוד לאור ניתוח של שבעים מחקרי יישום שערכו פיאט ואח' (Piat et al., 2021), וממנו עלה כי למרות ההסכמה הרחבה בדבר חשיבות המדיניות, מחקרים על יישום התערבויות מקדמות החלמה אינם מתייחסים די לנושא זה – לא בתכנון יישום ולא בהערכתו.

בכך ממצאי המחקר הנוכחי עולים בקנה אחד עם מחקרים אשר הדגישו שילוב של ההתערבות החדשה במדיניות ותמיכה של בעלי עניין מרכזיים כגורמים המקדמים יישום של התערבות חדשנית באופן כללי (Damschroder et al., 2009; Wiltsey Stirman et al., 2012). עוד היא תואמת ממצאי מחקרים אשר הבליטו את חיוניותה של מדיניות ממשלתית המפעילה לחץ על ארגונים לשנות את סדרי העדיפויות שלהם ולפתח תפקידי עמיתים ומשרות. גורם מכריע בהקשר זה הוא מדיניות המכוננת נהלים הנוגעים לגיוס, תנאי עבודה ותגמול, הכשרה והסמכה, ומפקחת על אכיפתם בשטח, ולצידם מספקת מימון ליישום תמיכת עמיתים (Mirbahaeddin & Byrne et al., 2022; Mahon & Sharek, 2023; Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022). לעומת זאת, נמצא כי מדיניות שאינה מלווה בשינויים בהשקפות הדומיננטיות בסביבה החברתית-תרבותית עשויה להוביל לציות שטחי, אך לא לשינוי עומק (Mirbahaeddin & Chreim, 2022; Mutschler et al., 2022).

## יתרונות המחקר, מגבלותיו והמלצות להמשך

יתרונו של מחקר זה הוא בהשתתפות הנרחבת של 68 נציגים ממגוון ארגונים בשדה השיקום בבריאות הנפש בישראל, העוסקים בתחום או מהווים חלק ממנו בשנים האחרונות. בקרב עמיתים עם ידע מניסיון היה ייצוג גם לעמיתים מומחים שהשתלבו במחלקות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים. בעלי עניין אלו סיפקו נקודת מבט רחבה על יישום עמיתים, בעיקר בקרב מערך השיקום בבריאות הנפש בארץ. נקודת מבט זו טרם נבחנה בישראל, ויש בה עניין רב על רקע הפעילות הענפה בתחום בשנים האחרונות (לכמן ואחי, 2018). עם זאת, גישת החלמה חותרת לייצר שינוי עמוק בתרבות, בחברה, במדיניות ובפרקטיקה (Chester et al., 2016; Farkas, 2007; Gilbert et al., 2013; Piat et al., 2021; Sofouli et al., 2022; Slade et al., 2014; Winsper et al., 2020). לכן, חשוב במחקרים עתידיים להגיע גם לבעלי עניין בהקשר הרחב יותר, שמחוץ למערך השיקום בבריאות הנפש. כך יתאפשרו גם הבנה וגם הנעה של שינוי בפרספקטיבה רחבה ועמוקה יותר. במחקרי יישום עתידיים חשוב אפוא לכלול נציגי בתי חולים, בעלי תפקידים בכירים במשרד הבריאות (מחוץ לאגף השיקום ואף מחוץ לאגף בריאות הנפש), נציגים מארגוני המקצועות המסורתיים (עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, פסיכיאטרים), נציגי אקדמיה, נציגי ארגוני זכויות אדם וכדומה.

נוסף על כך, נושא ההתמקצעות – הכולל הכשרה והדרכה הן של העמיתים הן של הצוותים – עלה במחקר זה כמהותי, אך לא נעשתה בו השוואה בין עמיתים ואנשי מקצוע שעברו הכשרות והדרכות שונות טרום ובמהלך תפקידם לבין מי שלא עברו הכשרות כאלה, ולא היתה בו התייחסות למספר שנות הוותק בתפקיד ולהבדלים בין תפקידים שונים וארגונים שונים. אלה ראויים להיחקר במחקר עתידי.

כמו כן, במחקר הנוכחי נעשה שימוש במסגרת הקונספטואלית של (Damschroder et al., 2022) בדבר אתגרים וגורמים מקדמים על פי שלבים ביישום של התערבות חדשנית בארגונים. מחד גיסא שימוש במסגרת אחידה ובין-לאומית זו מסייע לפתח ידע שיטתי ובר השוואה על יישום של התערבות תמיכת עמיתים בישראל. את הידע הזה אפשר להעביר להקשרים אחרים ולהשוותו לידע שנצבר במחקרים אחרים בעולם. כך אפשר להמשיך ולפתח את היישום המקומי, ובד בבד לנהל דיאלוג ולקיים הפריה הדדית עם קבוצות אחרות המכוונות לכך בקהילה הבין-לאומית. בכך מחקר זה מהווה גם נדבך חשוב בפיתוח השימוש במדע היישום – מגמה הנמצאת רק בראשיתה בתחום בריאות הנפש בכלל, ובתחום של פרקטיקות מקדמות החלמה (Piat et al., 2021) ותמיכת עמיתים בפרט (Chinman et al., 2017; Mutschler et al., 2021). ככל הידוע לנו, טרם נעשה שימוש במסגרת זו בחקר של יישום התערבויות מקדמות החלמה בישראל.

מאידך גיסא, מגבלה ניכרת של השימוש במסגרת זו נעוצה בכך שהיא ממפה גורמים המשפיעים על היישום ונאספים בעיקר ממקבלי החלטות ומגורמים המעורבים בתהליך היישום ובהתערבות, בהנחה שאלו הם הגורמים אשר יש להם בדרך כלל השפעה בפועל על היישום (Damschroder et al., 2022). במחקר אפסידיס הרחב בישראל (ראו גרייזמן, 2023) מקבלי השירות היו מעורבים בהערכת תוצאות ההתערבות ומידת נאמנותה למקור (fidelity), אולם השפעתם הישירה תהיה אפשרית רק כאשר הם יהיו מעורבים כחלק אינטגרלי מצוות היישום ומכל בעלי העניין השונים בתהליך היישום, יחלקו את הכוח ויהיו שותפים שווים בקבלת ההחלטות (Damschroder et al., 2022).

## מסקנות והמלצות לפרקטיקה

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

ממצאי המחקר שופכים אור לא רק על האתגרים, אלא גם על המענים הספציפיים הדרושים כדי להתגבר על החסמים והגורמים המעכבים המצויים כיום בשדה, כפי שניתן לראות בלוח 2. ידע זה ניתן לתרגום לפרקטיקה, ויכולה להיות בו תרומה ניכרת להשתלבות מיטבית של עמיתים בארגוני בריאות נפש בתחום השיקום והטיפול. מן המחקר עולה כי יישום מיטבי של תמיכת עמיתים מצריך מחויבות ארגונית מלאה הכוללת תרבות ארגונית מכוונת לצד פרקטיקה ארגונית – הסדרים ותשתיות. כדי לתמוך בארגונים יש צורך במדיניות ממשלתית

המתורגמת לפיתוח תפקידים ייעודיים ולהקצאת משאבים שיתרמו לביסוס שירותים מכווני החלמה ואדם. אימוץ גישה ארגונית ומדיניות של תמיכה ביישום עמיתים הם רכיבים חשובים בשינוי ובהסללה של שירותי בריאות הנפש למתן איכות שירות מלאה – כזו המשלבת ידע קליני ואקדמי עם ידע מניסיון אישי, ויכולה להביא לשינוי האקלים התרבותי והארגוני הדרוש עדיין בשירותים אלו.

## מקורות

אורן, א' (2007). מצרכנים לנותני שירות: סיפורו של גשר. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות – פרקטיקה, מדיניות ומחקר** (עמ' 105–113). ליתם.

גרייזמן, א' (2023). **הערכת התערבות תמיכת עמיתים של פרויקט UPSIDES כמקרה בוחן לקידום שירותים מכווני החלמה עבור צרכני בריאות הנפש** (חיבור לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"). אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

לביא-אגיא, מ' (2014). זה המחקר שלי, שלך, שלנו: שימוש במחקר פעולה משתף כמתודולוגיה פמיניסטית. בתוך מ' קרומר-נבו, מ' לביא-אגיא וד' הקר (עורכות), **מתודולוגיות מחקר פמיניסטיות** (עמ' 192–209). הקיבוץ המאוחד.

לכמן, מ' והדס לידור, נ' (2007). בדרך אל ההחלמה: שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות – פרקטיקה, מדיניות ומחקר** (עמ' 117–130). ליתם.

לכמן, מ', פרידלנדר-כץ, א', סינגר, י' ורועה, ד' (2018). התנועה הצרכנית בבריאות הנפש בישראל ותרומתה לתפיסת ההחלמה: מבט היסטורי, תמונת מצב ואתגרים עתידיים. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי** (עמ' 22–46). הקריה האקדמית אונו.

מרזר-ספיר, ו', הר לב, ב' ומאוטנר, ס' (2009). תכנית "צרכנים נותני שירות": חזון ישן הופך למציאות חדשה. **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 18(3), 211–231.

נעמן, ע' (2018). השתלבות מתמודדים עם פגיעה נפשית במערך בריאות הנפש כעובדים: שינוי של ממש. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), **נגד כל הסיכויים: משיקום ומהחלמה בבריאות הנפש לשילוב קהילתי** (עמ' 127–134). הקריה האקדמית אונו.

שטיינמן, נ' ואדלר-בן דור, ע' (2022). "ספר להם, ספר להם... שאני, החבר הכי טוב שלהם, מתמודד עם מחלת הסכיזופרניה": מסיפור אישי לסיפור של שינוי חברתי בבריאות הנפש. **חברה ורווחה**, מב(3), 308–323.



- Aarons, G., & Sawitzky, A. (2006). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 289–301. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0039-1>
- Adams, W. E. (2020). Unintended consequences of institutionalizing peer support work in mental healthcare. *Social Science & Medicine*, 262, 113249. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113249> Get rights and content
- Adler-Ben Dor, I., Kraus, E., Goldfarb, Y., Grayzman, A., Puschner, B., & Moran, G. S. (2024). Perspectives and experiences of stakeholders on self-disclosure of peers in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 60, 1308–1321. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01287-2>
- Bohicchio, L., Tuda, D., Stefancic, A., Collins-Anderson, A., & Cabassa, L. (2023). “Getting the Staff to Understand It:” Leadership perspectives on peer specialists before and after the implementation of a peer-delivered healthy lifestyle intervention. *Community Mental Health Journal*, 59, 904–913. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01074-x>
- Brooks, J., McCluskey, S., Turley, E., & King, N. (2015). The utility of template analysis in qualitative psychology research. *Qualitative Research in Psychology*, 12(2), 202–222. <https://doi.org/10.1080/14780887.2014.955224>
- Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L., & Bellamy, C. (2022). Effective peer employment within multidisciplinary organizations: Model for best practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49, 283–297. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2>
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). What is the work of recovery-oriented practice? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 270–285. <https://doi.org/10.1111/inm.12241>
- Chinman, M., McInnes, D. K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., & Resnick, S. G. (2017). Establishing a research agenda for understanding the role and impact of mental health peer specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955–957. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700054>

- Cook, J. A., Copeland, M. E., Floyd, C. B., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L., Carter, T. M., Hudson, W. B., Grey, D. D., & Boyd, S. (2012). A randomized controlled trial of the effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety, and recovery. *Schizophrenia Bulletin*, *63*, 541–547. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100125>
- Cook, J. A., Steigman, P., Pickett, S., Diehl, S., Fox, A., Shipley, P., MacFarlane, R., Grey, D. D., & Burke-Miller, J. K. (2012). Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research*, *136*(1–3), 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.016>
- Cooper, R. E., Saunders, K. R. K., Greenburgh, A. Shah, P., Appleton, R., Machin, K., Jaynes, T., Barnett, P., Allan, S. M., Griffiths, J., Stuart, R., Mitchell, L., Chipp, B., Jefreys, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., & Johnson, S. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: A systematic umbrella review. *BMC Medicine*, *22*, 72. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>
- Curran, G. M. (2020). Implementation science made too simple: A teaching tool. *Implementation Science Communications*, *1*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00001-z>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1), 50–65. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR outcomes addendum. *Implementation Science*, *17*, 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Deegan, P. (2011). *Peer staff as disruptive innovators*.
- Eccles, M. P., Armstrong, D., Baker, R., Cleary, K., Davies, H., Davies, S., Glasziou, P., Ilott, I., Louise Kinmonth, A., Leng, G., Logan, S., Marteau, T., Michie, S., Rogers, H., Rycroft-Malone, J., & Sibbald, B. (2009). An implementation research agenda. *Implementation Science*, *4*, 18. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-18>

- Ehrlich, C., Slattery, M., Vilic, G., Chester, P., & Crompton, D. (2019). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*.  
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1612334>
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68–74.
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 293–306.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4>
- Gilbert, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., & Craig, T. K. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: A quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry*, 13, 1–10.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: Comparative case study research across a range of organizational contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42, 682–694.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Haun, M., Adler Ben-Dor, I., Hall, C., Kalha, J., Korde, P., Moran, G., Müller-Stierlin, A., Niwemuhwezi, J., Nixdorf, R., Puschner, B., Ramesh, M., Charles, A., & Krumm, S. (2024). Perspectives of key informants before and after implementing UPSIDES peer support in mental health services: Qualitative findings from an international multi-site study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10543-w>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., & Gale-Grant, O. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 1, 467–482.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*, 285–293.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>
- Jones, N., Teague, G. B., Wolf, J., & Rosen., C. (2020). Organizational climate and support among peer specialists working in peer-run, hybrid and conventional mental health settings. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *47*, 150–167.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-019-00980-9>
- Kivistö, M., Martin, M., Hautala, S., & Soronen, K. (2023). Facilitators and challenges of integrating experts by experience activity in mental health services: Experiences from Finland. *Community Ment Health Journal*, *59*, 540–551. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01039-0>
- Krumm, S., Haun, M., Hiller, S., Charles, A., Kalha, J., Niwemuhwezi, J., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Cherise-Rosen, Nixdorf, R., Puschner, B., Ryan, G., Shamba, D., Garber Epstein, P., & Moran, G. (2022). Mental health workers' perspectives on peer support in high-, middle-and low-income settings: A focus group study. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04206-5>
- Mancini, M. A. (2018). An exploration of factors that affect the implementation of peer support services in community mental health settings. *Community Mental Health Journal*, *54*, 127–137.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4z>
- Mead, S., & Filson, B. (2017). Mutuality and shared power as an alternative to coercion and force. *Mental Health and Social Inclusion*, *21*(3), 144–152.  
<https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0011>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *25*(2), 134–141.  
<https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Mead, S., & MacNeil, C. (2005). Peer support: A systemic approach. *Family Therapy Magazine*, *4*(5), 28–31.

- Mirbahaeddin, E., & Chreim, S. (2022). A narrative review of factors influencing peer support role implementation in mental health systems: Implications for research, policy and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(4), 596–612.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01186-8>
- Moran, G. S. (2018). The mental health consumer movement and peer providers in Israel. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5), 420–426.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000173>
- Moran, G. S., Kalha, J., Mueller-Stierlin, A., Kilian, R., Krumm, S., Slade, M., Charles, A., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., Mpango, R., Ryan, G., Shamba, D., Ramesh, M., Ngakongwa, F., Grayzman, A., Pathare, S., Mayer, B., & Puschner, B. (2020). Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries study protocol for a pragmatic, multicenter, randomized controlled trial (UPSIDES-RCT). *Trials*, 21, 371.  
<https://doi.org/10.1186/s13063-020-4177-7>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281–291.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304–319.  
<https://doi.org/10.1177/1049732311420578>
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., Jasper, C. A., & Howell, L. L. (Eds.) (1997). *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. International Association of Psychosocial Rehabilitation.
- Mulvale, G., Wilson, F., Jones, S., Green, J., Johansen, K.-J., Arnold, I., & Kates, N. (2019). Integrating mental health peer support in clinical settings: Lessons from Canada and Norway. *Healthcare Management Forum*, 32(2), 68–72.  
<https://doi.org/10.1177/0840470418812495>
- Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2022). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services*, 19(2), 360–374.  
<https://doi.org/10.1037/ser0000531>

- Nilsen, P. (2020). Making sense of implementation theories, models, and frameworks. In B. Albers, A. Shlonsky, & R. Mildon (Eds.), *Implementation science 3.0* (pp. 53–79). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8_3)
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(3), 263–269.  
<https://doi.org/10.1177/0020764020904764>
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Sage.
- Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, *10*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0>.
- Ratzlaff, S., McDiarmid, D., Marty, D., & Rapp, C. (2006). The Kansas consumer as provider program: Measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *29*(3), 174–182.  
<https://doi.org/10.2975/29.2006.174.182>
- Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: Challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health*, *25*(1), 78–86.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322>
- Repper, J., & Carter, T. A. (2011). Review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, *20*, 392–411.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Repper, J., & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: Lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *7*(2), 70–78. <https://doi.org/10.1108/17556221211236466>
- Resnick, S., & Rosenheck, R. (2008). Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*, *11*, 1307–1314.  
<https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.11.1307>
- Richard, A., Jongbloed, L., & MacFarlane, A. (2009). Integration of peer support workers into community mental health teams. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, *14*(1), 99–110.

- Rogers E., Farkas, M., & Anthony, W. A. (2005). Recovery and evidence-based practices. In C. Stout & R. Hayes (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in behavioral healthcare: Applications and new directions* (pp. 199–219). Wiley.
- Salzer, M. S., Katz, J., Kidwell, B., Federici, M., & Ward-Colasante, C. (2009). Pennsylvania certified peer specialist initiative: Training, employment, and work satisfaction outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 301–305. <https://doi.org/10.2975/32.4.2009.301.305>
- Salzer, M., & Liptzin-Shear, S. (2002). Identifying consumer provider benefits in evaluations of consumer delivery services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281–289. <https://doi.org/10.1037/h0095014>
- Schrank, B., Brownell, T., Riches, S., Chevalier, A., Jakaite, Z., Larkin, C., Lawrence, V., & Slade, M. (2015). Staff views on wellbeing for themselves and for service users. *Journal of Mental Health* (Abingdon, England), 24(1), 48–53. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.998804>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'hagn, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., TSE, S., & Whitely, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Sofouli, E., Wiltsey-Stirman, S., Groleau, D., Perreault, M., & Piat, M. (2022). Identifying and exploring sustainability determinants of mental health recovery-oriented interventions: A mixed methods study protocol. *Global Implementation Research and Applications*, 2(3), 249–261. <https://doi.org/10.1007/s43477-022-00052-5>
- Truong, C., Gallo, J., Roter, D., & Joo, J. (2019). The role of shelf disclosure by peer mentors: Using personal narratives in depression care. *Patient Education and Counseling*, 102, 1273–1279. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.006>
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A meta synthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 28–34. <https://doi.org/10.1037/h0094744>
- Westerlund, A., Nilsen, P., & Sundberg, L. (2019). Implementation of implementation science knowledge: The research-practice gap paradox. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(5), 332–334. <https://doi.org/10.1111/wvn.12403>

- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A. Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7, 17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>
- Winsper, C., Docherty, A. C., Weich, S., Fenton, S. J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>
- Zeng, G., & McNamara, B. (2021). Strategies used to support peer provision in mental health: A scoping review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48, 1034–1045. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01118-6>