

הרואה ואינו נראה: משבר כוח האדם מנקודת מבטם של אנשי צוות בשיקום פסיכיאטרי בקהילה*

טאסיסה לייקין¹, מקס לכמן² ואיילה פרידלנדר³

חוק השיקום (2000) הוביל לתנופת פיתוח בשירותי שיקום בקהילה, ועימה לכניסה של כוח אדם מקצועי ופרה-מקצועי למעגל המתרחב של נותני השירותים. עם זאת, לאורך השנים מתקשה מערך השיקום לבסס תהליכים ארגוניים ומקצועיים לחיזוק ולפיתוח ההון האנושי. כיום אנו עדים למשבר חמור בתחום כוח האדם במערך השיקום הפסיכיאטרי, אשר נותן אותותיו ביכולתן של המסגרות לספק את השירותים במלואם. משבר זה מתבטא במחסור בעובדים, בקשיי גיוס, בשיעורים גבוהים של תחלופת עובדים ועוד. סקר שבוצע במסגרת האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (להלן יספר"א) בשנת 2022 בקרב 552 עובדים בצוותי שיקום בקהילה, במגוון שירותים ותפקידים, בחן את נקודות מבטם בנוגע לעבודת השיקום ואת הערכתם בנוגע לסוגיות בתחום כוח האדם. הנתונים הכמותיים והאיכותניים שנאספו ונותחו מציגים תמונה מורכבת, ובה הבדלים בין דרגים ובין סוגי תפקידים בתפיסת הסוגיות הללו. יספר"א היא עמותה ללא כוונת רווח שנוסדה בשנת 2009 והחברים בה עובדים ובעלי עניין בתחום השיקום הפסיכיאטרי בישראל. מטרתה לקדם בישראל שיקום פסיכיאטרי מכוון החלמה באמצעות הנגשה והטמעה של ידע, העשרת השדה המקצועי, מעורבות במדיניות מקצועית ובשיתופי פעולה מגוונים. הממצאים מצביעים על מניעים אלטרואיסטיים בעבודת צוותי השיקום, לצד מפגש עם מציאות תעסוקתית עתירת חסמים. הסקר חושף את נקודות המבט של מנהלים, דרג מקצועי ופרה-מקצועי, ומהן מצטיירים פערים בולטים בין התשומות לבין שחיקת תחושת הערך והתגמול בגינן. התמונה העולה מן הסקר

* תוצאות סקר לצוותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה

1 האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (יספר"א)

2 פרופסור (אמריטוס), החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
<https://orcid.org/0000-0001-9877-2516>

3 האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (יספר"א)

מחייבת התייחסות מעשית, כדי שנוכל לראות מערך שיקום פסיכיאטרי מתפקד ומתפתח. במאמר מוצעים צעדים לקידום שינוי חיובי בתחום כוח האדם בשיקום, ולצמצום הפערים.

מילות מפתח: שיקום פסיכיאטרי, שחיקה, צוותי שיקום בקהילה, כוח אדם בבריאות הנפש

מבוא

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (התש"ס-2000), המעגן את זכותם של אנשים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית לשילוב בקהילה, מוטמע בשדה יותר מ-22 שנה. בעקבות החוק התפתחו מערך שירותים ופרקטיקה מכווני אדם והחלמה. השירותים והתמיכות תרמו לשינויים ניכרים בחייהם של מתמודדים רבים; אלפים השתחררו מאשפוז ממושך וחיים כעת בקהילה (אבירם, 2019; שרשבסקי, 2011; 2022; Drake et al., 2011; 2022; Aviram et al., 2023).

בשנים האחרונות מתחולל בשירותי השיקום בכלל ובמערך כוח האדם בפרט משבר גדול, והוא מאיים לפגוע בתמורות הרבות והחשובות בעשייה השיקומית. המשבר בצוותי מערך השיקום, הנתון לאחריותו של האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, אינו חדש. מדובר במשבר מתמשך שהתפתח והחריף מסיבות שונות, ובהן משבר הקורונה, שינויים גלובליים בשוק העבודה וקביעון בתנאי העבודה והשכר. ניתן לראות במשבר זה ביטוי לתמונה רחבה יותר הנוגעת למדיניות כלכלית-חברתית ולקבלת החלטות המשפיעות ברמה המהותית, הערכית, האתית, החברתית והארגונית על מערך השיקום בכלל, ועל תחום כוח האדם בפרט.

כיום, קולות רבים מן השטח מדווחים על מחסור חמור בכוח אדם, מרמת המדריך ועד לרמת המנהל, עד כדי גיוס עובדים שהכשרתם וניסיונם המקצועיים אינם מספקים (Aviram et al., 2023). אנשי ונשות צוות לוקחים על עצמם תפקידים של שניים ואף שלושה עובדים שאינם בנמצא, ועובדים שעות נוספות, לעיתים קרובות ללא תגמול. המצב חמור עד כדי כך שניתן לראות ברשתות החברתיות מודעות של מתמודדים המחפשים לעצמם באופן פרטי מדריכי שיקום ומתאמי שיקום. נותני השירותים מתקשים באיזו קבוע של התקנים, עד כדי עצירת קבלת משתקמים חדשים לשירות.

המצב החריף דורש מענה ללא דיחוי מצד גורמי הרגולציה במשרדי הממשלה, אולם נראה כי אלה מקצים משאבים רבים יותר לאוכלוסייה הנמצאת באשפוז פסיכיאטרי בבתי החולים: 3,485 מיטות אשפוז בתקן, ותקציב של 1.926 מיליארד שקלים, לעומת 35,751 מקבלי שירותי שיקום (פי 10 ממספר המאושפזים) ותקציב של 1.37 מיליארד שקלים (קואליציית ארגוני בריאות הנפש, 2023). הרושם הוא כי גם כלי התקשורת וארגוני זכויות אדם אינם מפנים זרקור אל שירותי הקהילה, לעומת העיסוק – החשוב כשלעצמו – בביקורת על שירותי אשפוז. תופעה זו עשויה לנבוע מ**סטיגמה מבנית**, מונח המצביע על חלוקה לא שוויונית של

משאבים בתחום הבריאות, איכות טיפול ירודה, ושירותי טיפולי מפוצל, אשר תוצאתם היא הפליה לרעה של אוכלוסיות ספציפיות, דוגמת אנשים המתמודדים עם מחלות נפש והתמכרויות (Hatzenbuehler, 2016; Livingston, 2020).

בשנת 2018, לקראת כנס שנתי בנושא שחיקה בקרב עובדי בריאות הנפש והשיקום הפסיכיאטרי, נערכו במסגרת יספר"א קבוצות מיקוד עם עובדים מקשת תפקידים רחבה בשיקום, וקבוצת מיקוד עם מקבלי שירותים. ניתוח התוצאות העלה חוויה של רוויה, תסכול ושחיקה בצוותים. עובדים ומקבלי שירותים הצביעו על פגיעה באיכות השירות לצרכנים. נמצאה שחיקה הנובעת מפער בין עבודה תובענית לבין תגמול נמוך, המתאפשר בחסות תנאי המכרז של משרד הבריאות ומוביל לתחלופה גבוהה של עובדים (פרידלנדר כץ, 2020).

בחלק הבא נציג היבטים המאפיינים את עבודתם של צוותי בריאות הנפש בקהילה בישראל ובעולם, ואת תופעת השחיקה באוכלוסייה זו.

שחיקה ותחלופה בצוותי בריאות הנפש: המצב בעולם ובישראל

מצוקת כוח האדם בשיקום והשפעותיה על מתן השירותים, וממצאים ראשוניים המצביעים על שחיקה בצוותי השיקום בישראל, משתקפים במידה רבה בספרות המחקר העולמית. שחיקה היא תופעה תעסוקתית המוגדרת ב-ICD-11 כסינדרום הנובע מדחק (stress) כרוני במקום העבודה אשר לא נוהל בהצלחה (Shapovalova, 2022). התופעה מאופיינת בעיקרה בשלושה ממדים: הרגשת דלדול של אנרגיה או תשישות; תחושת ריחוק נפשי מוגבר, או תחושות שליליות או ציניות בהקשר לעבודה; ויעילות מקצועית מופחתת (Mental Health) (UK, 2024).

בשורה של מחקרים נמצא כי שיעורי השחיקה בקרב כלל צוותי בריאות הנפש הם גבוהים מאוד (21%–67%), והשיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב צוותי שיקום בקהילה (Rollins et al., 2021). חוקרים הצביעו על כך שצוותי השיקום עובדים עם המקרים המורכבים ביותר במערכת הבריאות הנפש, ולרשותם עומדים משאבים מוגבלים בלבד (Green et al., 2014). חומרת המצבים שהצוותים בשירותי בריאות הנפש מתמודדים עימם (Ballenger-Browning et al., 2011), מחסור במשאבים (Bowden et al., 2015) והדרכה לא מספקת (Livni et al., 2012) נמצאו קשורים לשחיקת עובדים בתחום זה.

נמצא כי תגמול ויציבות תעסוקתית הם גורמים קריטיים בשביעות הרצון מעבודה ובכוונות של עובדים להישאר במשרתם (Beidas et al., 2016; Clark, 2001). צוותים המקבלים תגמול נמוך יותר וחווים עומס עבודה רב יותר נשחקים יותר מצוותים המקבלים תגמול גבוה יותר, גם כשהם חשים סיפוק מעבודתם עם משתקמים (Salyers et al., 2013). במחקרם של רולינס ואח' (Rollins et al., 2021), אנשי מקצוע בתחום הבריאות הנפש באגף השיקום של משרד הביטחון האמריקאי ובמסגרות אחרות בבריאות הנפש בקהילה ביטאו אכזבה לנוכח הפער

בין הציפייה מהעבודה (עזרה, מתן תקווה) לבין העבודה בפועל, שכן זו כוללת דרישות ביורוקרטיות רבות, מילוי מדדי תפוקה ודרישות אחרות הפוגעות ביעילות עבודתם וביכולתם להעניק עזרה.

במצואות זו, החוויה התעסוקתית של אנשי השיקום שוחקת כוחות ומשאבים, הן נפשיים הן כלכליים. היא אף מעלה שאלות אתיות וערכיות, במקרה שעבודת הסיוע מדלדלת את כוחותיו של העובד עד כדי כך שהיא מאיימת על עצם הישרדותה של העמדה המסייעת.

תופעה בולטת הנובעת משחיקה היא תחלופה ועזיבה של עובדים (Beidas et al., 2016). למעשה, תופעה זו אינה חדשה. במטא-אנליזה בין-לאומית שפורסמה לפני שני עשורים נמצא כי תחלופת הצוותים במערכת בריאות הנפש הציבורית ברחבי העולם נעה בין 30 ל-60% בכל שנה (Mor Barak et al., 2001). השחיקה, תחלופת העובדים שהיא גוררת והמחסור שנוצר בצוותים פוגעים ברצף הטיפול ובאיכות הטיפול, ובכך אף גורמים לעלייה בהוצאות המערכת (Rollins et al., 2010; Paris & Hoge, 2010; Bodenheimer & Sinsky, 2014; 2021).

בישראל חסרים מחקרים ומידע על אודות צוותי השיקום. בשנת 2018 נערך סקר לאומי שבחן את השחיקה בקרב צוותי הבריאות (משרד הבריאות, 2018). הסקר כלל צוותי בריאות נפש בקהילה (מרפאות, קופות חולים), אך לא צוותי שיקום. מדד השחיקה במערך בריאות הנפש עמד על 3.2, כאשר ציון 3 ומעלה מהווה אומדן לרמת שחיקה גבוהה. נמצא כי עומס בעבודה היה גורם לחץ שהופיע בשכיחות גבוהה ביותר בקרב המשיבים, וכי הוא קשור מאוד לשחיקה. על כן הודגש כי הוא דורש טיפול בטווח המיידי. תמונה דומה הצטיירה בנוגע לקושי לשלב בין בית לעבודה, וגם הוא סומן בקרב מרבית הצוותים כגורם הדורש טיפול בטווח המיידי. אשר לעובדים הסוציאליים, שני הגורמים הדורשים טיפול בטווח המיידי הם עומס בעבודה והחשיפה למוות ותחלואה. נוסף על כך, עומס מטלות אדמיניסטרטיביות סומן כדורש טיפול בטווח הארוך.

באשר למשאבים ארגוניים המגינים מפני שחיקה, שני הגורמים שהעובדים העניקו להם את הציון הנמוך ביותר, ודורשים לדעת כותבי הסקר טיפול דחוף, הם "תחושה כי מערכת הבריאות מטפחת את המקצוע" ו"שכר ותנאים הוגנים" (משרד הבריאות, 2018).

משרד המשפטים פרסם לאחרונה הצעה לתקנות המסדירות תקצוב לצורך מניעה וצמצום השחיקה בבתי החולים בשנים 2024–2025 (משרד המשפטים, 2024). תקנות אלה מתייחסות לעובדים שכירים בבתי החולים, ומגדירות מגוון פעולות לצמצום שחיקה, ובהן שיפור התנאים הפיזיים והתחברתיים, קבוצות תמיכה להתמודדות עם אתגרים בסביבת העבודה, ליווי עובדים שעברו אירוע חריג, תמיכה בפעילות גופנית ועוד. התקנות קובעות אמות מידה לחלוקת 10 מיליון שקלים בכל שנה לכל בתי החולים (על פי משקלם היחסי), במסגרת תוכנית לאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ולמניעת שחיקה במשרד הבריאות. חלוקת התקציב

מותנית בהגשת תוכנית שנתית למניעה ולצמצום שחיקה, וכן דיווח על תוצאותיה. כאמור, התפתחות חשובה זו אינה מתייחסת כלל לסוגיית השחיקה בקרב עובדי מערך השיקום בבריאות הנפש.

פתרונות: מיקוד בגורמים מערכתיים ולא פרטניים להתמודדות עם שחיקה ועזיבה

ספרות המחקר מאירה אפוא מצב עולמי ולאומי של נסיגה והידלדלות של המשאב האנושי בבריאות הנפש, ומעלה צורך דחוף במציאת פתרונות.

הספרות מצביעה על כך שהתערבויות מערכתיות לצמצום השחיקה בקרב צוותי בריאות עשויות להיות יעילות יותר מהתערבויות פרטניות (Rollins et al., 2016, 2021). גורמים מערכתיים רלוונטיים לשחיקה כוללים עומסי עבודה חריגים, מחסור באנשי צוות, ציפיות לא מציאותיות מעובדים, מדדי תפוקה שאינם תואמים לצרכים האמיתיים (Rollins et al., 2021) ויחסים עם הממונים והארגון (Heavey et al., 2013). הכנסת התערבויות מבוססות ראיות כאשר צוותים כבר חווים שחיקה לא זו בלבד שלא שיפרה את המצב, אלא אף תרמה לעזיבת עובדים (Beidas et al., 2016; Salyers et al., 2013). לאור תמונה מדאיגה זו הציעו בודנהיימר וסינסקי (Bodenheimer & Sinsky, 2014) להוסיף למטרותיה של מערכת הבריאות את הדאגה למטפל, נוסף על מיקוד במטופל ובהפחתת עלויות.

ממצאי השחיקה כפי שהם עולים מהספרות העולמית, וממצאים איכותניים מקדימים בישראל (פרידלנדר כץ, 2020), מצטרפים לתמונת מצב רחבה יותר שאנו פוגשים במסגרת עבודתנו ביספר"א, ואשר הובילה לצורך באיסוף מידע עדכני. לאור זאת יזם צוות יספר"א סקר מקוון רחב היקף, כמתואר בחלק הבא. מטרתו של הסקר היתה לבחון את תפיסות העובדים והעובדות בתחום השיקום הפסיכיאטרי בישראל באשר לסוגיות ולארגונים הקשורים לכוח האדם ולהון האנושי בצוותי השיקום. בכך הוא מבקש להאיר את משבר כוח האדם מבעד לעיניהם של מי שנמצאים בחזית עבודת השיקום בקהילה.

במסגרת חקירת עמדותיהם של עובדי השדה בסוגיות של כוח אדם שיערנו כי משתנים מסוימים עשויים להשפיע על תוצאות הסקר. כך, שיערנו כי הבדלים בחוויה המקצועית עשויים לנבוע מהמחוז הגיאוגרפי ומאפייניו, מסוג השירות שהמשיב עובד בו – אך ללא כיוון ברור של ההשפעה – וכן מסוג התפקיד. בהקשר זה שיערנו כי תפקידים מסוגים שונים עשויים לייצג נקודות מבט שונות על נושאים של כוח אדם ולהשפיע על ההערכות בנושאי הסקר בחמישה היבטים מרכזיים:

1. היבטי גיוס (קושי בגיוס ובשימור צוות, תחלופה תכופה של אנשי צוות, מחסור בצוותים) ועומס עבודה ביורוקרטית ידורגו גבוה יותר בקרב דרגים ניהוליים, לאור אופי תפקידם, הכולל אחריות לצוותים ועבודה ביורוקרטית;

2. סוגיות של קידום ותגמול (אין די אפשרויות קידום, שכר נמוך) ידורגו גבוה יותר בקרב צוותים זוטרים יותר, בפרט בתפקידים פרה-מקצועיים, שבהם השכר נמוך במיוחד (שכר מינימום על פי תעריף משרד הבריאות) ואפיקי הקידום המקצועי מעטים;
3. בעייתיות בסוגיות של הכשרות (הכשרה והדרכה לא מקצועית והכשרה שאינה מותאמת לאוכלוסיות ולמשימות) תדורג גבוה יותר בקרב צוותים מקצועיים (מנהלים בכירים ומנהלי מסגרות, מתאמי שיקום), כיוון שהם נדרשים לקבל החלטות בנוגע לסוגיות מקצועיות מורכבות ועשויים לפגוש צרכים המחייבים מענה מקצועי מומחה;
4. חומרת הבעיה של כוח אדם בתחום השיקום תדורג גבוה יותר בדרגים הניהוליים, מכיוון שאלה רואים תמונה רחבה יותר של המערכת מתוקף תפקידם;
5. בעיות בתמיכת משרד הבריאות ובנוכחות משרד הבריאות ידורגו גבוה יותר בקרב צוותי ניהול (מנהלים בכירים ומנהלים), לאור הממשקים התכופים יותר של בעלי תפקידים אלה עם משרד הבריאות.

השיטה

סקר לעובדי מערך השיקום

סקר שכותרתו **סקר לצוותי שיקום פסיכיאטרי בקהילה בנושא סוגיות בכוח האדם** הופץ באופן מקוון במהלך החודשים אפריל-מאי 2022, והיה מיועד לכלל עובדי השיקום בכל רחבי הארץ, בכל מגוון השירותים, הדרגים והתפקידים. הסקר הופץ על פי רשימת תפוצה של כלל שירותי השיקום הקיימת ביספר"א, באמצעות הדוא"ל ודף הפייסבוק של יספר"א. כן נעשתה הפצה "מפה לאוזן" בין העובדים והעובדות, הפצה דרך מנהלים מקצועיים, בקבוצות פייסבוק ובקבוצות ואטסאפ של אנשי מקצוע בתחום.

יש לציין כי לא ניתן לבדוק אם מדובר במדגם מייצג, כיוון שהמידע על אודות המספר המדויק של העובדים והעובדות בשיקום (מספר העובדים בענף, סוגי תפקידים, תקנים מאוישים, שיעורי תחלופה וכד') אינו נגיש לציבור. בהתאם לכך אי אפשר לעמוד גם על שיעור ההיענות לסקר. על כן הדגימה אינה הסתברותית, ומדובר במדגם נוחות בשיטת כדור שלג.

בסקר השתתפו 552 עובדים בשירותי שיקום בבריאות הנפש, והשיבו לשאלות בנוגע לחוויית התעסוקה שלהם ולהתמודדותם ככוח האדם העומד בחזית העשייה השיקומית. בסקר השתתפו אנשי צוות מקשת רחבה של תפקידים, בגיל ממוצע 41.9 (סטיית תקן 10.77, טווח 22–75). בקרב המשתתפים היה ייצוג של כלל המחוזות שניתנים בהם שירותי סל שיקום. נתוני רקע של המשיבים מפורטים בלוח 1.

לוח 1: נתוני רקע תעסוקתי של המשיבים (N=552)

(%)	המשתנים
	האם את/ה עובד/ת בשיקום כיום? (n=552)
94%	כן
6%	לא
	האם את/ה משלב/ת עבודה בתחום השיקום עם עבודות נוספות (לא בתחום)? (n=543)
31.5%	כן
68.5%	לא
	אפיקי השתכרות (n=543)
62%	תעסוקה יחידה*
7%	תעסוקה נוספת בתחום
31%	תעסוקה נוספת מחוץ לתחום
	האם את/ה עובד/ת עם ידע מתוך ניסיון? (n=537)
38.5%	כן
61.5%	לא
	תפקיד (n=552)
11.2%	מנהלים/ות בכירים/ות**
13.8%	מנהליות מסגרות
18.5%	רכזים/ות
26.3%	מתאמיות שיקום
23.7%	מדריכים/ות, חונכים/ות וסומכים/ות
6.50%	אחרים
	השכלה (n=552)
11.6%	תעודת בגרות
33%	תואר ראשון
48%	תואר שני
7.4%	אחר
	מקצוע (n=499)
34%	עבודה סוציאלית
10%	פסיכולוגיה
8%	בריאות נפש קהילתית

המשתנים	(%)
חינוך/הוראה/חינוך מיוחד	7%
ריפוי בעיסוק	3%
אחר (פסיכודרמה/סיעוד/מדעי ההתנהגות/קרימינולוגיה/ביבליותרפיה/ טיפול באומנויות ועוד)	38%
ותק בשיקום (n=552)	
5 שנים ומעלה בתחום השיקום	57.2%
פחות מ-5 שנים בתחום השיקום	42.8%
ותק במקום העבודה הנוכחי (או האחרון), עבור מי שעזב/ה את התחום (n=551)	
5 שנים ומעלה באותו מקום עבודה בשיקום	36.1%
פחות מ-5 שנים באותו מקום עבודה בשיקום	73.9%
סוג השירות (n=552)	
דיור	50.9%
תעסוקה	15.4%
פנאי וחברה	11.2%
שירותים נוספים	22.5%
מחוז (n=552)	
צפון	13%
חיפה 1 (חיפה והקריות)	12%
חיפה 2 (נפת חדרה)	3%
מרכז (צפון)	9%
מרכז (דרום)	9%
תל-אביב 1	5%
תל-אביב 2	6%
ירושלים	15%
דרום	12%
יותר ממחוז אחד	16%

* עובדים רק במסגרת אחת בתחום השיקום
 ** מנהלי מחוזות, מנהלים מקצועיים, מנהלי אשכולות

ניתן לראות כי רוב המשיבים (94%) עובדים בשיקום, אך קרוב לשליש (31.5%) עובדים גם בתחומים אחרים בד בבד. הרקע התעסוקתי של המשתתפים מגוון. כשליש (34%) הם עובדים סוציאליים, 10% בעלי תואר בפסיכולוגיה, 8% בעלי תואר בבריאות נפש קהילתית, ורק 3% מרפאים בעיסוק. מקצועם של שיעור לא מבוטל מקרב המשתתפים (38%) הוגדר "אחר", וכלל סוגים מגוונים של הכשרות רקע: פסיכודרמה, סיעוד, מדעי ההתנהגות, קרימינולוגיה, ביבליותרפיה, טיפול באומנויות ועוד. שיעור דומה של משיבים (38.5%) הזדהו כעובדים בעלי

ידע מניסיון. יותר ממחצית המשיבים (57.2%) עובדים בתחום 5 שנים לפחות, אך רובם (73.9%) עובדים פחות מ-5 שנים במקום העבודה הנוכחי. מחצית מהמשיבים (50.9%) עובדים בתחום הדיור, ובמדגם יש ייצוג דומה למחוזות חיפה והצפון (28%), למחוזות תל-אביב והמרכז (29%), ולמחוזות ירושלים והדרום (27%).

את שאלון הסקר בנה צוות חשיבה שהורכב ממנהלות מקצועיות בתחומים שונים בשיקום (תעסוקה, פנאי, דיור), והוא נועד לבחון את הבעיות הבווערות ביותר המעסיקות את הצוותים בשדה כיום. השאלון הורכב משאלות רקע (כמפורט בלוח 1), מ-4 שאלות פתוחות (אנא צייני/י 3 סיבות עיקריות שהביאו אותך לתחום; אילו פתרונות היית יכול/ה להציע כדי לפתור את הבעיות בשטח?; במקרה שדיברת עם אנשים שעזבו לאחרונה את תחום השיקום, כיצד הם מסבירים זאת?; האם יש סוגיות נוספות שתרצה/י להוסיף ולא הופיעו בשאלון זה?); ומ-22 שאלות לדירוג בסולם ליקרט, אשר נוסחו על ידי צוות המחקר בשיתוף עם מנהלות ומנהלים מקצועיים בתחום השיקום. השאלות נגעו לבעיות ב-5 תחומים מרכזיים: גיוס ושימור כוח אדם, שכר ותנאי עבודה, הכשרות מקצועיות, תמיכה ונוכחות של משרד הבריאות, והשפעות מצב כוח האדם על מתן שירות מקצועי. המשתתפים התבקשו לדרג עד כמה כל בעיה מאפיינת את השירות שהם עובדים בו. סולם הדירוג בשאלות אלה: 0=לא יודע; 1=כלל לא; 2=במידה מועטה; 3=במידה בינונית; 4=במידה רבה; 5=במידה רבה מאוד.

ניתוח כמותי

הניתוח הכמותי בוצע באמצעות תוכנת SPSS גרסה 28; הופקה סטטיסטיקה תיאורית של מאפייני המשתתפים; בוצעו מבחני שכיחויות לכל שאלה ומבחני המשך לבריור הבדלים בין קבוצות בתוך המדגם, כולל הבדלים בין מחוזות שונים, סוגי שירותים ובעלי/ות תפקידים שונים. לצורך הניתוח, בעלי התפקידים אוחדו ל-5 קטגוריות:

1. מדריכים: מדריכי שיקום, חונכים וסומכים;
2. מתאמי שיקום;
3. רכזים;
4. מנהלי מסגרות;
5. מנהלים בכירים: מנהלים מקצועיים, מנהלי אזור ומדריכים בכירים. רכזי סל שיקום הושמטו מהניתוח עקב מיעוט משיבים.

כאמור, בשאלון הסקר התבקשו המשתתפים להשיב על 22 שאלות; 3 שאלות הושמטו מהניתוח בעקבות משוב מצד המשתתפים כי הן לא היו די ברורות. 19 השאלות שנותחו נוגעות להיבטים שונים של העבודה בשיקום, ובפרט לסוגיות של כוח אדם. המשיבים התבקשו לדרג עד כמה בעיות בכוח אדם מאפיינות את השירות שהם עובדים בו, לדוגמה: "תחלופת צוות תכופה", "שכר נמוך", "אין מספיק אפשרויות קידום", וכן לדרג שאלות

דוגמת "עד כמה העומס בעבודה נובע ממחסור בכוח אדם?", "עד כמה קיימת בעיה ביחס היזם/העמותה כלפי הצוות?".

ניתוח איכותני

ניתוח הממצאים המילוליים שעלו בתשובות לשאלות הפתוחות בוצע בכמה שלבים. תחילה נקראו כלל התגובות באופן הגולמי שלהן, תוך הדגשה ורישום של תמות החוזרות על עצמן ושל מילים בולטות המייצגות כל תמה. לאחר מכן, נספרה כל אחת מהמילים שנגזרו מהתמות, כדי לעמוד על היקף התופעה מתוך כלל התשובות. לבדיקה ולאומות נוספים של הנתונים נעשה שימוש ב"ענני מילים" (<https://www.wordclouds.com>), אשר מייצגים באופן ויזואלי את המילים המרכזיות בגדלים שונים, על פי שכיחותן. תהליך זה אפשר לזהות מושגים בולטים בתיאורי המשתתפים, כאמצעי להגברת מהימנות הניתוח האיכותני.

ממצאים

נציג תחילה את ממצאי הניתוח הכמותי, ולאחריהם את ממצאי הניתוח האיכותני.

ניתוח כמותי

ממצאי הניתוח הכמותי יוצגו על פי נושאי השאלון. בפתח הסקר נשאלו המשיבים על הסיבות לעבודתם בתחום השיקום בבריאות הנפש, והתבקשו לדרג את המידה שבה הם מרגישים כי הם מממשים ציפיות אלה. 79% מהמשיבים ($n=524$) דירגו את תחושת המימוש שלהם במידה רבה מאוד ובמידה רבה, 17% דירגו את תחושת המימוש במידה בינונית, ורק כ-4% דירגו אותה במידה נמוכה או כלל לא. ניתוח שכיחויות שבוצע בציוני השאלות הכמותיות הצביע על הדירוג הממוצע שקיבלה כל שאלה (1–5), כמתואר בלוח 2 ובלוח 3.

בעיות בתחום השיקום

רוב המשיבים (98%) דיווחו כי קיימת בעיה בתחום כוח האדם בשיקום; 68% מהם דירגו את הבעיה כמהותית במידה רבה או רבה מאוד. בהמשך לכך התייחסו המשיבים למידה שבה הם חווים בעבודתם סוגים ספציפיים של בעיות. בלוחות 2 ו-3 מוצגות התשובות המתייחסות לבעיות בגיוס ובשימור כוח אדם, וכן לבעיות הקשורות לשכר ולתנאי עבודה.

לוח 2: בעיות בגיוס ובשימור כוח אדם (N=552)

כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד (5)	SD	Mean	n	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)				
2.1%	2.8%	9.1%	28%	58%	0.91	4.37	528	קושי בגיוס צוות
3.5%	5.8%	14.3%	28%	48.4%	1.08	4.12	539	תחלופת צוות תכופה
3.4%	6.7%	23.8%	31.6%	34.5%	1.07	3.87	525	קושי בהחזקת צוות קיים
2.5%	3.8%	10.7%	29.4%	53.6%	0.97	4.28	524	מחסור בכוח אדם
10%	15.5%	34.9%	23.3%	16.3%	1.18	3.2	528	בעיה במקצועיות הצוותים
0%	0.6%	3.1%	16.2%	80.2%	1.19	3.37	545	עד כמה חשובה המורכבות בתחום כוח האדם?
3.7%	5.5%	19.1%	37.6%	34.1%	1.04	3.93	513	עד כמה הבעיה בצוותי השיקום מהותית?

אשר לגיוס ולשימור כוח אדם, ניתן לראות בעמודות המודגשות כי רוב המשיבים חווים בעייתיות רבה או רבה מאוד כמעט בכל ההיבטים של הסוגיה. זאת למעט בסוגיית מקצועיות הצוותים, שיותר ממחצית המשיבים (58.2%) רואים בה היבט בעייתי במידה רבה או בינונית. 96.4% מהמשיבים מייחסים חשיבות רבה או רבה מאוד לאתגרים הקשורים לכוח אדם.

אשר לבעיות הקשורות לשכר ולתנאי עבודה, 94.2% מהמשיבים חוו היבט זה כבעייתי במידה רבה או רבה מאוד. גם עומס עבודה וחוסר באפשרויות קידום נחו בקרב רוב המשיבים (75.6%) כהיבטים בעייתיים במידה רבה או רבה מאוד. עודף עבודה ביורוקרטית ועומס עקב מחסור בצוותים הם שני היבטים שדירוגם התפלג בצורה מגוונת יותר בקרב המשתתפים, אם כי יותר מ-50% דירגו אותם כבעייתיים במידה רבה או רבה מאוד.

לוה 3: בעיות בתנאי עבודה ושכר (N=552)

	כלל לא (1)	במידה מועטה (2)	במידה בינונית (3)	במידה רבה (4)	במידה רבה מאוד (5)	SD	Mean	n	
	1.1%	1.5%	3.3%	10.2%	84%	0.69	4.75	549	שכר נמוך
	1.7%	4.2%	18.5%	34.3%	41.3%	0.95	4.09	542	עומס עבודה
	4%	8.1%	15%	30.7%	42.2%	1.12	3.99	521	אין אפשרויות קידום
	8.59%	11.6%	22.5%	29.6%	27.7%	1.25	3.56	524	עודף עבודה ביורוקרטית
	5.8%	11%	24%	31%	29%	1.17	3.65	499	עד כמה העומס בעבודה נובע ממחסור בצוותים?

הכשרה מקצועית

אשר להיבטים של הכשרה מקצועית ($n=512$, $M=2.94$, $SD=1.31$), כשליש מהמשיבים דיווחו כי הם בעייתיים במידה רבה מאוד (14.3%) או במידה רבה (20.9%), ו-27.7% דיווחו על הנושא כבעייתי במידה בינונית. היתר דיווחו על הנושא כבעייתי במידה מועטה (18.4%) או כלל לא (18.7%). נוסף על כך, כשליש מהמשיבים דיווחו על בעייתיות במידה רבה מאוד (17.1%) או במידה רבה (21.2%) בהתאמתן של ההכשרות לאוכלוסיות ולמשימות ($n=504$, $M=3.1$, $SD=1.28$), ו-30.2% דיווחו על הנושא כבעייתי במידה בינונית. יתר המשיבים דיווחו על נושא ההכשרה המקצועית כבעייתי במידה מועטה (17.5%) או כלל לא (14%). ככלל, ניתן לראות כי רוב גדול מקרב המשתתפים חווים את הבעיות העיקריות בתחום כוח האדם בשיקום באתגרים של גיוס ושימור הצוותים, ובד בבד בקשיים שנובעים משכר ומתנאי התעסוקה.

תמיכה ונוכחות של משרד הבריאות

נושא נוסף שהשאלון התייחס אליו התמקד בממשקי העבודה עם משרד הבריאות, שהוא הגורם הממשלתי האחראי לתחום השיקום בבריאות הנפש. בשאלה בדבר מידת התמיכה של משרד הבריאות ברמה היום-יומית ($n=467$, $M=2.4$, $SD=1.17$), פחות מחמישית מהמשיבים רואים את תמיכתו של המשרד כמספקת במידה רבה מאוד (6.4%) או במידה רבה (10.3%).

כמחצית מהמשיבים חווים את תמיכת משרד הבריאות במידה בינונית (27.6%) או מועטה (28.5%). קרוב לשליש (27.2%) השיבו כי אינם חווים כלל את תמיכת משרד הבריאות ברמה יום-יומית.

תמונה דומה מצטיירת בשאלת הנוכחות של משרד הבריאות בהתמודדות היום-יומית עם האתגרים בשטח ($n=466$, $M=2.2$, $SD=1.2$). כשישית מהמשיבים מתרשמים כי משרד הבריאות נוכח במידה רבה מאוד (5.1%) או במידה רבה (10.3%), כחמישית (22.10%) מהמשיבים חווים את נוכחות משרד הבריאות במידה בינונית, וכרבע (24.7%) מדווחים על נוכחות במידה נמוכה. יותר משליש (37.8%) דיווחו כי לדעתם משרד הבריאות אינו נוכח כלל בהתמודדות עם אתגרים יום-יומיים בשטח.

השפעת מצב כוח האדם על מתן שירות מקצועי

המשיבים התבקשו לדרג את ההשפעה שיש לדעתם למצב הנוכחי בתחום כוח האדם על מתן שירות מקצועי ($n=519$, $M=4.76$, $SD=0.53$). קרוב למחצית המשיבים סבורים כי מצב כוח האדם בשיקום משפיע על השירות המקצועי שניתן לצרכנים במידה רבה מאוד (19.3%) או במידה רבה (28%). שליש מהמשיבים (32%) סבורים כי יש לו השפעה בינונית, והיתר סבורים כי יש לו השפעה נמוכה (10.8%) או כלל לא (9.6%).

הבדלים בין מחוזות, סוגי שירותים וסוגי תפקידים

הבדלים בין מחוזות

כיוון שהבדלים בתשובות ובהתפלגותן עשויים לנבוע מהבדלים בין מחוזות שונים, בשל מאפיינים אזוריים של שירותי השיקום, בוצע ניתוח שונות דו-כיווני (Two Way Anova; Mardia et al., 1979) לבחינת הבדלים בין מחוזות. במבחן זה לא נמצאו הבדלים בין הערכות של אנשי צוות ממחוזות שונים ($p>.05$).

הבדלים בין סוגי שירותים

לבחינת ההשפעה של ההבדלים בין סוגי השירותים שהמשיבים עובדים בהם (פנאי וחברה, תעסוקה, דיור, השכלה, תיאום טיפול, חונכות וסומכות או צוות שיקום מחוזי) בוצע ניתוח שונות דו-כיווני (Two Way Anova). בניתוח זה לא עלו הבדלים בעלי משמעות בין הקבוצות, בשום שאלה ($p>.05$).

הבדלים בין סוגי תפקידים

לצורך בדיקת ההשערות בדבר הבדלים בין בעלי תפקידים שונים, בוצעו ניתוחי שונות חד-כיווניים (Ross & Wilson, 2017; Sawilowsky, 1990) וכן מבחנים א-פרמטריים (Kruskal-Wallis) (Wayne, 1990). פריטים שקיבלו ציון 0 הושמטו מניתוחי המשך לאור היעדר משמעות סטטיסטית. במבחן ניתוח שונות חד-כיווני נמצא הבדל מובהק בין בעלי התפקידים השונים בכמה שאלות. כיוון שהתקיימה הנחת שוויון שונות על פי מבחן לוי (Levene, 1960) ($p > .05$), בשאלות הבאות בוצע מבחן המשך מסוג Tukey (Tukey, 1949), כמפורט להלן:

הבדלים בהערכת חומרת הבעיה בתחום השיקום ($F(4, 473)=4.04, p < .01$)

כמשוער, נמצא כי מנהלי מסגרות ($n=73, M=4.30, SD=0.76$) רואים את הבעיה בתחום כחמורה יותר מכפי שרואים אותה מדריכים ($n=114, M=3.86, SD=1.05$) ($p < .05$), רכזים ($n=135, M=3.79, SD=1.10$) ומתאמי שיקום ($n=94, M=3.84, SD=1.06$) ($p < .05$). לא נמצא הבדל בין הערכות של מנהלים בכירים ($n=61, M=4.15, SD=1.01$) לבין הערכות של בעלי תפקידים אחרים ($p > .05$). לפיכך, מנהלי מסגרות מעריכים את הבעיה בתחום השיקום כחמורה יותר במובהק מאשר בעלי תפקידים אחרים.

הבדלים בהערכת בעייתיות במידת המקצועיות של ההכשרה ($F(4,477)=4.94, p < .001$)

בניגוד להשערה, נמצא כי מנהלים בכירים ($n=60, M=2.41, SD=1.12$) דירגו את הבעייתיות במקצועיות ההכשרות נמוך יותר במובהק מאשר מדריכים ($n=115, M=3.18, SD=1.35$) ($p < .01$) ומתאמי שיקום ($n=136, M=3.15, SD=1.32$) ($p < .01$). לא נמצאו הבדלים בין דירוג המנהלים הבכירים לזה של הרכזים ($n=96, M=2.75, SD=1.29$) ($p > .05$) ושל מנהלי המסגרות ($n=75, M=2.9, SD=1.21$) ($p > .05$). נראה כי בקרב הדרגים הזוטרים יותר, בפרט מדריכים ומתאמי שיקום, ההתמקצעות נחוות כסוגיה בעייתית יותר מאשר בקרב הדרגים הבכירים. ממצא זה מבליט את הצורך בקרב הצוותים הזוטרים יותר בשיפור תהליכי ההתמקצעות בעבודתם.

הבדלים בהערכת עורך עבודה ביוקורטית ($F(4,488)=6.47, p < .001$)

בהתאם להשערה, נמצא כי מדריכים ($n=114, M=3.09, SD=1.31$) מדרגים את בעיית עורך העבודה הביוקורטית נמוך יותר במובהק מאשר מנהלים בכירים ($n=62, M=3.68, SD=1.21$) ($p < .05$), מנהלי מסגרות ($n=75, M=3.67, SD=1.21$) ($p < .05$), רכזים ($n=101, M=3.67, SD=1.21$) ($p < .05$).

. $(p<.01)$ ($n=141$, $M=3.09$, $SD=1.31$) ומתאמי שיקום ($p<.001$) ($M=3.87$, $SD=1.08$)
 עודף עבודה ביורוקרטיית נחוה במיוחד בדרגים המקצועיים, החל במתאמי שיקום וכלה
 במנהלים בכירים.

הבדלים בהערכת חוסר באפשרויות קידום ($F(4,482)=3.15$, $p<.05$)

בהתאם להשערה, נמצא כי מדריכים ($n=114$, $M=4.14$, $SD=1.19$) ומתאמי שיקום ($n=139$,
 $M=4.09$, $SD=1.05$) דירגו חוסר באפשרויות קידום גבוה יותר באופן מובהק מאשר מנהלים
 בכירים ($n=60$, $M=3.58$, $SD=0.96$) ($p<.05$) בשני המקרים). לא נמצא הבדל מובהק בינם
 לבין דירוגי הרכזים ($n=98$, $M=3.95$, $SD=1.22$) ($p>.05$) ומנהלי מסגרות ($n=76$, $M=3.86$,
 $SD=1.03$) ($p>.05$). כלומר, חוסר באפשרויות קידום דווח במיוחד בקרב מדריכים ומתאמי
 שיקום, ואילו נושאי תפקידים בכירים ראו בכך מוקד בעייתי פחות.

בשאלות אחדות לא התקיימה הנחת שוויון שוניות על פי מבחן ליון (Levene, 1960)
 $(p<.05)$. על כן בוצעו מבחן א-פרמטרי מסוג Kruskal-Wallis (Wayne, 1990) ומבחן
 המשך מסוג Bonferroni (Chen, 2014). נמצאו הבדלים מובהקים בכמה שאלות, כמפורט
 להלן:

הבדלים בתחושת המימוש (של הסיבות שהובילו לעבודה בתחום) ($H(4)=33.32$, $p<.001$)

בין בעלי התפקידים השונים נמצא הבדל מובהק באשר לתחושת המימוש של ציפיותיהם.
 בפרט, נמצא כי מנהלים בכירים ($n=57$, $Mdn=5$, $M=4.67$, $SD=0.51$) ומנהלי מסגרות
 $(n=69$, $Mdn=5$, $M=4.4$, $SD=0.72)$ מעריכים את תחושת המימוש גבוה יותר במובהק
 מאשר מתאמי שיקום ($n=135$, $Mdn=4$, $M=4.94$, $SD=0.84$) ($p<.001$) בשני המקרים),
 רכזים ($n=99$, $Mdn=4$, $M=4.12$, $SD=0.75$) ($p<.001$) ו- $p<.01$ בהתאמה), ומדריכים
 $(n=130$, $Mdn=4$, $M=4$, $SD=1.11)$ ($p<.001$) ו- $p<.01$ בהתאמה). במילים אחרות, בעלי
 התפקידים הבכירים ביותר (מנהלים בכירים ומנהלי מסגרות) חווים תחושת מימוש
 בעבודתם יותר מאשר עובדים בדרגים נמוכים יותר.

הבדלים בהערכת קושי בגיוס צוות ($H(4)=35.05$, $p<.001$)

נמצא כי מנהלים בכירים ($n=62$, $M=4.23$, $Mdn=5$, $SD=1.03$) ומנהלי מסגרות ($n=76$,
 $M=4.22$, $Mdn=5$, $SD=0.89$) מדרגים את הקושי בגיוס צוותים גבוה יותר מאשר רכזים
 $(n=100$, $M=4.17$, $Mdn=4$, $SD=0.95)$ ($p<.001$) בשני המקרים), מתאמי שיקום ($n=142$,

$n=123$, $M = 4.11$,) ומדריכים (בשני המקרים) $p < .01$ ($M=4.06$, $Mdn=5$, $SD=1.14$)
 ($Mdn=4$, $SD=1.12$) $p < .001$ בשני המקרים).

$H(4)=20.49$, $p < .001$ בהערכת מחסור בצוותים

נמצא כי מנהלים בכירים ($n=62$, $M=4.71$, $Mdn=5$, $SD=0.69$) ומנהלי מסגרות ($n=76$,
 $M=4.74$, $Mdn=5$, $SD=0.53$) מדרגים את בעיית המחסור בצוותים גבוה ממתאמי שיקום
 $n=121$,) ממדריכים ($n=138$, $M=4.36$, $Mdn=4$, $SD=0.89$) $p < .01$ בשני המקרים),
 $n=97$, $M=4.26$, $Mdn=4$) ומרכזים ($M=4.15$, $Mdn=4$, $SD=1.05$) $p < .01$ בשני המקרים) ונראה כי בעיית גיוס הצוותים והמחסור בצוותים נחווית
 $SD=0.94$) $p < .05$ בשני המקרים). במיוחד בקרב מנהלים בכירים ומנהלי מסגרות, ונחווית פחות בקרב בעלי תפקידים אחרים.

ניתוח איכותני

התשובות לשאלות הפתוחות בסקר אפשרו לזהות תכנים בולטים המעסיקים את המשיבים ולמקד את תשומת הלב במילים, במושגים ובמונחים שהם בחרו לתיאור עמדתם ותחושתם בנושא. המושגים המרכזיים שעלו במענה לשאלות אלה מוצגים בלוח 4.

לוח 4: ממצאים איכותניים

מספר הפעמים שהתמה חזרה (% מקרב כלל המשיבים לשאלה)	שאלה / תמות מרכזיות
	אנא צייני/י 3 סיבות עיקריות שהביאו אותך לתחום (n=499)
135 (27%)	עניין
57 (11%)	סיפוק
57 (11%)	עזרה לאחר
48 (10%)	אהבה לתחום ולאנשים
27 (5.5%)	שליחות
	אילו פתרונות היית יכול/ה להציע כדי לפתור את הבעיות בשטח (n=461)
370 (80%)	העלאת שכר
81 (17.5%)	שיפור הקשר עם משרד הבריאות
79 (17%)	הכשרות

45 (10%)	שיפור התנאים
29 (6%)	הדרכות
אם דיברת לאחרונה עם אנשים שעזבו את התחום, אילו סיבות הם/ן ציינו לעזיבתם/ן? (n=437)	
304 (70%)	שכר
120 (26%)	עומס
111 (25%)	שחיקה
41 (9%)	היעדר אופק קידום

במענה לבקשה לציין סיבות עיקריות לבחירה בעבודה בשיקום עלו כמה נושאים מרכזיים: עניין, סיפוק, עזרה לאחר, אהבה לתחום ולאנשים, ותחושת שליחות. אף שהתפלגות התשובות מגוונת, אפשר למצוא מכנה משותף: מוטיבציה הנובעת מעניין ומתשוקה אישית ומקצועית לעסוק בתחום השיקום בבריאות הנפש. נזכיר כי רוב המשיבים (79%) דיווחו כי מימשו ציפיות אלה במידה רבה או רבה מאוד.

בשאלה אחרת התבקשו המשתתפים להציע פתרונות לבעיות בתחום כוח האדם. בתשובותיהם עלו חמישה פתרונות עיקריים: העלאת שכר היתרון פתרון שהעלו רוב המשיבים (80% מהמשיבים); הכשרה והדרכה מקצועית הועלו כרכיבים בפתרון עבור כרבע (23%) מהעובדים, וכללו סבסוד הכשרות, מתן תגמול עבור הכשרות (בדמות בונוסים) ומתן הכשרות ספציפיות לתחומי עיסוק שונים בשיקום, לדוגמה: הכשרות ממוקדות לכל תפקיד, והכשרות לעבודה עם אבחנות מסוימות או עם אוכלוסיות מסוימות. עוד ציינו המשיבים את הצורך ביותר הדרכות, בהדרכות מקצועיות יותר, בהדרכות חיצוניות ובפיקוח על נושא ההדרכות; פתרון הקשור לשיפור הקשר עם משרד הבריאות עלה בקרב 17.5% מהמשיבים, והוא כלל התייחסות לתיאום טוב יותר מול המשרד וחיבורו לשטח, וכן הערכה מצד משרד הבריאות; שיפור התנאים הוצע כפתרון על ידי 10% מהמשיבים, וכלל, לדוגמה, ימי חופשה, שבתון, תגמול על נסיעות ושיפור התנאים הפיזיים.

בתגובה לשאלה "במידה ודיברת לאחרונה עם אנשים שעזבו את התחום, מהן הסיבות שהם/ן ציינו לעזיבתם/ן?" עלו ארבעה נושאים בולטים: שכר, עומס, שחיקה והיעדר אופק קידום.

בהלימה לעמדת הרוב הגדול של המשיבים (80%), ולפיה העלאת שכר העובדים היא רכיב מרכזי בפתרון בעיות בתחום כוח האדם בשיקום, כך מרבית המשיבים (70%) ציינו את השכר כרכיב המשפיע על עזיבת עובדים את התחום, לצד העומס והשחיקה. חיזוק לדברים הללו עולה מן הציטוטים שלהלן:

עזבתי לא מזמן את עבודתי הקודמת כמדריכת שיקום, לא הצלחתי לשרוד את החודש מבחינה כלכלית (מדריכת שיקום)

שחיקה רבה, תחלופה מתמדת של צוות וצורך למלא תפקידים במקום, נוסף על התפקידים הקיימים (מתאם שיקום)

הגיעו מים עד נפש. הם [העובדים] צריכים לשמור על עצמם. נמאס מדינמיקת ניצול כוונות טובות בשכר עבודות ואז לזרוק לפח עד שיגיע הפראייר הבא. חוסר אמון במערכת וחוסר יכולת לשנות (רכזת בדיוור מוגן).

ציטוטים אלה ממחישים את עוצמת החוויה של חוסר אונים ותסכול שחווים העובדים אל מול הפער בין מאמציהם ותשומותיהם בעבודה לבין התמורה הנמוכה והמחיר האישי.

דיון

מתוצאות הסקר עולה כי על פי רוב אנשים מגיעים לעבודה בתחום השיקום בבריאות הנפש מסיבות אלטרואיסטיות, מתוך סקרנות ואמונה, במטרה לסייע לאנשים לעשות שינוי חיובי בחייהם. במציאות נתקלים העובדים בקושי לממש את שליחותם המקצועית, עקב תגמול נמוך ותנאי עבודה בלתי מספקים לצד דרישות גבוהות ומחסור במשאבים ובצוותים.

רובם המוחלט של המשיבים, הכוללים אנשי צוות מקשת תפקידים רחבה וממחוזות ותחומים שונים בשיקום, תמימי דעים כי בתחום כוח האדם יש בעיה מהותית: השכר נמוך מדי, עומס העבודה גדול מדי, ולצוותים אין די אפשרויות קידום. בקרב מדריכים ומתאמי שיקום התחושה של היעדר אופק קידום חזקה אף יותר, ובולטת בעייתיות בפיתוח המקצועי, בתהליכי למידה, בהדרכה ובהכשרות.

זאת ועוד, מנתוני הרקע של המשתתפים עולה כי רבים מהם עובדים יותר מ-5 שנים בשיקום, אך פחות מכך במקום העבודה הנוכחי. ניתן להבין שעובדים אלה עברו בין מסגרות שונות בתוך תחום השיקום, כלומר החליפו מקום עבודה אך נשארו בתחום. נראה כי יש בכך כדי לבטא מחד גיסא את תחושת החיבור לתחום ואת הבחירה לעסוק בו כבחירה משמעותית שעובדים רבים דבקים בה, ומאידך גיסא את חוסר היציבות התעסוקתית.

לאור האמור, אין זה מפתיע כי יש קשיים בגיוס צוות, תחלופה גבוהה בצוותים, ומחסור כמעט קבוע בכוח אדם. תמונה זו מחריפה את העומס המושת על העובדים במגוון התפקידים בשטח. בהיעדר כוח אדם מספק ואיכותי, מרבית המלאכה מוטלת על כתפיהם של הוותיקים יותר (Rollins et al., 2021). אלה בתורם נשחקים בהתמדה, ובסופו של דבר עוזבים את המערכת או מגיבים בתסמיני שחיקה: ציניות כלפי מקבלי השירות, תשישות פיזית, קוגניטיבית ונפשית, ותחושה של חוסר מקצועיות (Acker, 2010; Maslach & Leiter, 2016; Peterson et al., 2008; Rollins et al., 2021). ממצאים קודמים מקבוצות מיקוד שנערכו

בקרב צוותי שיקום בישראל הדגימו היבטים דומים של שחיקה, כולל ריחוק רגשי וציניות לנוכח מצבים מורכבים (פרידלנדר כץ, 2020).

לצד האמור לעיל, ועל אף האתגרים הניכרים, ראינו גם כי מרבית המשיבים מדרגים גבוה למדי את מידת המימוש של הציפיות שהובילו אותם לתחום. היות שספרות המחקר הראתה כי שחיקה בעבודה פוגמת בתחושת המימוש העצמי (Maslach & Leiter, 2016), ניתן היה לצפות כי השחיקה בצוותים תתבטא בירידת תחושת המימוש שלהם. לאור רמת המימוש הגבוהה שנמצאה, עולה השאלה אם מציאת משמעות בעבודה מספקת לעובדים אלה עמידות כלשהי מול גורמי השחיקה. ייתכן גם שהעובדים שבחרו להשיב על הסקר הם אלה המרגישים סיפוק ומוטיבציה גדולים יותר בעבודתם, ומכאן שבקרב המשיבים יש שיעור גבוה של עובדים מרוצים (על אף האתגרים) יחסית לכלל העובדים בשיקום. מחקר עתידי יוכל לאסוף מידע מאותם עובדים שעזבו את השיקום לטובת עבודות אחרות, ולשפוך אור על כמה משאלות אלה.

מכל מקום, התמונה המצטיירת מממצאי הסקר צריכה להדאיג את כלל בעלי העניין, ובהם מעסיקים ומקבלי החלטות, שכן מערכת השיקום מתקשה כבר כעת לתפקד ולמלא את מטרותיה, כפי שנקבעו בחוק לשיקום נכי נפש בקהילה (2000).

באשר להבדלים בין עובדים בסוגי תפקידים שונים, ראינו כי מנהלי המסגרות נבדלים מיתר בעלי התפקידים בהערכתם את חומרת בעיית כוח האדם בתחום השיקום. אומנם הדירוגים בשאלה זו גבוהים בכלל המדגם, אך נראה כי מנהלי המסגרות מוטרדים מבעיה זו יותר מבעלי תפקידים אחרים. עוד עולה כי משתתפים מהדרג הניהולי (מנהלי מסגרות ומנהלים בכירים) מוטרדים יותר מסוגיות הנוגעות לאיוש הצוותים, כמו הקושי בגיוס ומחסור בכוח אדם. לעומתם, צוותי ההדרכה ומתאמי השיקום מוטרדים ממידת המקצועיות של ההכשרות שהם מקבלים ומהיעדר אפשרויות קידום. דירוגי תחושת המימוש שלהם נמוכים בצורה ניכרת מאלה של הדרגים ניהוליים. כלל הצוותים המקצועיים (דרגים ניהוליים, רכזים ומתאמי שיקום) סובלים גם מעודף העבודה הביורוקרטית הנדרשת מהם.

מכאן עולות 3 סוגיות עיקריות: ראשית, טבעי כי צוותי ניהול מוטרדים יותר מצוותים שאינם בתפקידי ניהול ממצבת כוח האדם, בהיותם אלה הנושאים באחריות כוללת לפעילותן התקינה של המסגרות שבניהולם. גיוס ושימור כוח אדם וחיפוש פתרונות למחסור מתמיד בצוותים דורשים ממנהלים אנרגיות רבות, ואינם מאפשרים פניות לביצוע תפקיד הניהול באופן מלא (פרידלנדר כץ, 2020). לבעלי תפקידי ניהול נקודת מבט רחבה יותר על ההתנהלות המערכתית, והם מודעים יותר לבעיות רוחב בתוך הארגון.

שנית, ניתן להסביר את הדירוגים הגבוהים במיוחד לבעיות בתחום השיקום בקרב מנהלי מסגרות בהיותם דרג ביניים בארגונים, הפועל בין המערכת הביורוקרטית של השיקום (משרד הבריאות, ניהול בכיר) לבין הצוותים העובדים בשטח, המשפחות, המשתקמים

והשירותים השונים. הם שמנהלים במישרין אירועים חריגים, נושאים באחריות למחירים של מחסור בצוותים, ונותנים דין וחשבון במענה לדרישות הבקרה של משרד הבריאות. אין זה מפתיע אפוא כי בעיות רבות של כוח האדם בשיקום מגיעות לפתחו של דרג זה במיוחד.

סוגיה שלישית היא עומס העבודה הביורוקרטית. בהתאם לספרות המחקר (Rollins et al., 2021), עודף עבודה ביורוקרטית נקשר בעבודה פחות יעילה ובקושי להעניק עזרה למתמודדים. כאשר מדובר בצוותים אשר כוחותיהם נשחקים ומידלדלים ממילא, הרי עומס של עבודה ביורוקרטית עלול להיות עבורם מעין "קש השובר את גב הגמל".

התשובות המילוליות של המשתתפים מחזקות את תמונת החוויה של התמודדות עם מצב בלתי אפשרי. תמונה קשה זו אינה נעלמת מעיניהם של קברניטי עיצוב המדיניות והשירותים. בשנים 2018 ו-2021 פרסם משרד הבריאות סקרים במסגרת **התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה** (משרד הבריאות, 2018, 2021). ממצאי הסקרים הצביעו על רמה גבוהה של שחיקה בקרב שליש מעובדי מערכת הבריאות, והם מבהירים את מרכזיותה של בעיית השחיקה ואת השפעותיה הקשות על איכות השירותים במערכת הבריאות. על בסיס הממצאים הוכן ארגון כלים למניעת והתמודדות עם שחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות, ולהלן דברים שנכתבו בפתחו:

סוגיית שחיקת עובדים במערכות בריאות נדונה ונחקרת רבות ברחבי העולם. הקשר בין שחיקת עובדים לאיכות הטיפול, לחויית המטופל ולעלויות במערכת הוכח זה מכבר, ועל כן ארגונים רבים בעולם וגם בישראל החלו להשקיע משאבים באיתור מקורות השחיקה וביישום התערבויות בנושא. מניעת שחיקה בקרב עובדי מערכות בריאות בעלת חשיבות יתרה לאור העובדה שנמצאה במחקרים קשורה במניעת טעויות (משרד הבריאות, 2023, 2).

מדובר ביוזמה רחבה ומבורכת, שבמסגרתה נעשו סקרים לאומיים בקרב עובדי מערכת הבריאות לסוגיהם (רופאים, טכנאים, מזכירות רפואית וכו'), במגוון מסגרות: בתי חולים, קופות חולים, מחלקות לרפואה דחופה ועוד. אחת מקבוצות המיקוד של התוכנית היתה "מערך בריאות נפש בקהילה", ונכלל בה מערך בריאות הנפש של קופות החולים בלבד. עובדי מערך השיקום לא נכללו בסקר זה כלל, אף שהם כפופים לפיקוח ולבקרה של משרד הבריאות, ואף שהם חלק אינטגרלי ברצף הטיפולי שבין האשפוז, הטיפול בקופות החולים והקהילה. מכל מקום, סקר משרד הבריאות (2018) מלמד כי עובדי מערכת הבריאות ומערך בריאות הנפש דיווחו על עומס עבודה גבוה לצד תנאי עבודה שאינם הוגנים דיים, ועל תחושה כי מערכת הבריאות אינה מטפחת את המקצוע במידה מספקת. תמונה זו דומה לתמונה העולה מממצאי הסקר הנוכחי בקרב אנשי השיקום.

ניתן להעיר כי הדרה זו של עובדי מערך השיקום עשויה לשקף היבטים נוספים הנוגעים למעמדו של התחום במרחב המקצועי והחברתי, כולל היבטים של הדרה תקציבית (הדס, 2020), עמימות תעסוקתית, תהליכים חברתיים מבניים הנוגעים לשימור יחסי כוח ועוד. לכן

ראוי להתייחס גם לאותם עובדים הנעדרים מהסקר הממשלתי, מאות עובדות ועובדים אשר מספרם ותנאי עבודתם בשטח אינם מתפרסמים, או כלל אינם ידועים. זהו מגזר של עובדים הנושאים בהחזקת השירותים הניתנים בקהילה לכ-30,000 מקבלי שירותי סל שיקום, מתוך 75,000–85,500 זכאים פוטנציאליים לפנייה לשירותים⁵ (קוד דבידוביץ', 2022). אחת הסיבות הבולטות לאי-מיצוי הזכויות בשיקום היא מחסור חמור בכוח אדם וחוסר יכולת של המסגרות לתת מענה לרבים מהזכאים, כפי שעלה בשנה שעברה בדיון בוועדת העבודה והרווחה בכנסת (חדשות הכנסת, 2023). בדיון זה הבהיר יו"ר הוועדה כי **"יש לעודד מיצוי זכויות של מתמודדי הנפש, להעלות את שכר המדריכים ולהרחיב את כוח האדם"**. למרות זאת, מגזר העובדים בתחום נרחב זה נעדר מן הצמתים החשובים של איסוף מידע, דיונים והכרעות של קובעי המדיניות.

מגבלות המחקר

הסקר שהוצג במאמר הנוכחי הוא ראשוני בתחומו, ומהווה מהלך של גישוש ובדיקה של הבעיות שחווים צוותי השיקום השונים. כדי לצמצם חששות מחשיפה ולהגביר את שיתוף הפעולה המעטנו בבקשת פרטים אישיים ואספנו בעיקר נתוני תעסוקה כלליים. מכאן שהאפשרות להסיק מסקנות ברורות יותר היא מוגבלת מעט. אף שהסקר הקיף מדגם גדול של עובדים, ואף שלא נמצאו הבדלים מובהקים בין מחוזות או בין תחומי שירות שונים, לא ניתן לקבוע עד כמה המדגם מייצג את כלל העובדים בתחום. בהיעדר מידע נגיש על אודות כוח האדם בשטח (מספר אנשי צוות, בעלי תפקידים, רמת השכלה ועוד), קשה להכליל מן הסקר לכלל העובדים בתחום.

הסקר הוגבל לנושאי כוח אדם, ואין לנו ספק כי יש בשטח בעיות בוערות נוספות הדורשות בדיקה והתייחסות מעמיקה. לכן חשוב מאוד להמשיך ולבחון את מצב הצוותים, לשמור עימם על קשר ולאסוף מידע שהוא קריטי לקבלת החלטות אסטרטגיות שיתאמו את התמונה המלאה והעדכנית של המצב בשטח.

כיוונים להמשך מחשבה ופעולה

הסקר מעלה כמה סוגיות מרכזיות הדורשות התייחסות, הן מחקרית הן פרקטית, כדי למנוע את המשך השחיקה ואף הקריסה של כוח האדם בתחום השיקום.

הסוגיה הראשונה היא הצורך באיסוף נתונים מקיפים על הצוותים מבחינת סוגי המקצועות, תפקידים, שכר, ותק, תקנים מאוישים, שיעורי עזיבה וסיבות לעזיבה. יש לקבוע בדחיפות מדיניות בנושאים אלה, ולבסס אותה על נתונים מדויקים.

בד בבד, כשלב ראשון ומיידי, מוצע להעביר תגמול כספי ישיר לעובדים כדי להתחיל לצמצם את הפערים, הן בין בעלי מקצועות שונים העובדים בתפקידים דומים, הן בהשוואה לאנשי מקצוע ולעובדים בתחומים מקבילים ומשיקים (ובהם עובדי מערך הרווחה והביטחון החברתי, אשר נראה כי שכרם גבוה בכ-30% מזה של עובדי השיקום בבריאות הנפש). לאור הנתונים וסקירת הספרות מן העולם, התגמול הכספי הוא סוגיה מרכזית המעסיקה את הצוותים, ותורמת רבות לשחיקת המוטיבציה שלהם לדבוק בתחום ולהגברת הרצון שלהם לעזוב.

סוגיה נוספת הדורשת התייחסות היא הכשרה והתמקצעות. עובדי מערך השיקום בבריאות הנפש מקבלים הכשרות במסגרת בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש, המופעל באחריות משרד הבריאות, האגף לבריאות הנפש. מסגרת זו מציעה מגוון הכשרות לבעלי תפקידים בכל הדרגים המקצועיים והפרה-מקצועיים, בסבסוד משרד הבריאות. עם זאת, לימודים אלה אינם מוכרים לגמול השתלמות או כנקודות זכות אקדמיות, וצבירת שעות הכשרה אינה מזכה בתגמול כספי או בקידום תעסוקתי. הכרה ותגמול באמצעות גמול השתלמות בעבור הכשרה של צוותי השיקום הם מחויבי המציאות לא רק לעובדים סוציאליים, אלא לכל בעלי התפקידים והמקצועות במערך השיקום.

פיתוח פתרון מעמיק להסמכה בתחום השיקום בבריאות הנפש באמצעות מהלך של הסמכה והסדרה מקצועית ייתן לעובדים בתחום זה מעמד מקצועי (רועה ואח', 2011), ויכלול בניית תוכנית תגמול עבור ההכשרות ותהליכי ההתמקצעות. הגדרה אחידה של הסמכה עשויה גם לתמוך בהתפתחות של עבודה מאורגנת איתנה עבור עובדי השיקום בבריאות הנפש. מהלך זה עשוי להתאפשר בד בבד עם פיתוח של מקצוע השיקום. ראוי לקיים תהליכי חשיבה מעמיקים כדי לפתח עולם מקצועי ספציפי לעשייה שיקומית בבריאות הנפש, כחלק מתוכנית סדורה ארוכת טווח, דוגמת תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2022).

סיכום

כוח האדם הוא עמוד התווך של שירות חברתי. הוא המאפשר את הגשמת ייעודו, וצובר ידע ומיומנות יקרי ערך עבור מקבלי השירותים ולטובת המשכיות של פיתוח, התאמה ושיפור לאורך זמן. הסקר שהוצג במאמר זה הפנה את הזרקור אל נקודת מבטם של בעלי התופעה שהוא עוסק בה: כוח האדם בשירותי השיקום הפסיכיאטרי בקהילה. הנתונים שנאספו בסקר הם ראשוניים בלבד ואינם מלאים, ונדרשת עבודת עומק נוספת לבדיקת מצבם של צוותי השיקום ביתר תדירות ובשיטות מחקר איתנות. עם זאת, ממצאי הסקר הם נורת אזהרה ברורה ביותר מפני המתרחש בתחום: עזיבה מסיבית בצוותי השיקום, ופגיעה בשירותים לאוכלוסייה שמנתה יותר מ-30,000 צרכנים טרם 7 באוקטובר 2023 (Aviram et al., 2023).

המשבר שהחברה הישראלית מתמודדת עימו מאז, על השלכותיו הברורות על בריאות הנפש, פוגש מערכת מוחלשת ומטיל עומס רב עוד יותר על הצוותים המקצועיים והפרה-מקצועיים בשטח. לדאבונו, בהיעדר איסוף שיטתי של מידע אין ביכולתנו לעמוד על ממדי התופעה. אך די בדברים הללו כדי לעורר את תשומת ליבם של קובעי המדיניות בתחום להעמיק בסוגיה ולעסוק בה ביתר שאת, ויפה שעה אחת קודם.

מקורות

- אברם, א' (2019). **מדיניות ושירותים בבריאות הנפש בישראל: בין קדמה לקיפאון**. רסלינג.
- הדס, ה' (2020, 6 ביולי). **בישראל מעל 250,000 איש המתמודדים עם מגבלה נפשית**. אז אין ייתכן שפחות מ-1% מתקציב הבריאות מופנה לבריאות הנפש? *The Marker Labels*
- חדשות הכנסת (2023, 16 בינואר). **כשני שלישים ממתמודדי הנפש לא מקבלים את סל השיקום המגיע להם**. דיון בוועדת העבודה והרווחה בכנסת. אתר הכנסת.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ס"ח 1746.
- המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. (2022). **תכנון ארוך טווח של כוח-אדם רפואי בישראל**. סיכום עבודת הצוותים.
- משרד הבריאות. (2018). **התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה: ממצאי הסקר לשנת 2018**.
- משרד הבריאות. (2021). **התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה: ממצאי הסקר לשנת 2021**.
- משרד הבריאות. (2023). **תוכנית לאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ולמניעת שחיקה: ארגז כלים למניעת והתמודדות עם שחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות**. אתר משרד הבריאות.
- משרד המשפטים. (2024, 20 במרץ). **טיוטת תקנות בריאות העם מטעם שר הבריאות (אמות מידה לחלוקת סכום נוסף) (צמצום ומניעת שחיקה בשנים 2024–2025), התשפ"ד-2024**. אתר החקיקה הממשלתי.
- פרידלנדר כץ, א' (2020). **ממצאי קבוצות מיקוד בנושא שחיקה בקרב עובדי שיקום בבריאות הנפש**. *עלון האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי*, 18, 5–9.
- קואליציית ארגוני בריאות הנפש. (2023). **כלכלת בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב, השוואה בינלאומית, היקף והרכב רצויים, אתגרים והמלצות**. אתר יספר"א.
- קוד דבידוביץ', פ' (2022). **סוגיית מיצוי זכותם של נכי נפש ל"סל שיקום" שבאחריות משרד הבריאות**. סקירה. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

רועה, ד', טל, א', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס-לידור, נ', תלם, ע' ולכמן, מ' (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. *ביטחון סוציאלי*, 86, 85–105.

שרשבסקי, י' (2022). *התמודדות*. גפן.

Acker, G. (2010). The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46(6), 591–600.

<https://doi.org/10.1007/s10597-009-9269-5>

Aviram, U., Lachman, M., & Ifergan, A. (2023). The Israeli law for the rehabilitation in the community of persons with psychiatric disabilities: Achievements and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 185–195. <https://doi.org/10.1037/prj0000582>

Ballenger-Browning, K. K., Schmitz, K. J., Rothacker, J. A., Hammer, P. S., Webb-Murphy, J. A., & Johnson, D. C. (2011). Predictors of burnout among military mental health providers. *Military Medicine*, 176(3), 253–260.

<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-10-00269>

Beidas, R. S., Marcus, S., Wolk, C. B., Powell, B., Aarons, G. A., Evans, A. C., Hurford, M. O., Hadley, T., Adams, D. R., Walsh, L. M., Babbar, S., Barg, F., & Mandell, D. S. (2016). A prospective examination of clinician and supervisor turnover within the context of implementation of evidence-based practices in a publicly-funded mental health system. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(5), 640–649. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0673-6>

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

Bowden, G. E., Smith, J. C., Parker, P. A., & Boxall, M. J. (2015). Working on the edge: Stresses and rewards of work in a front-line mental health service. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 488–501.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1912>

Chen, J. (2014). *Multivariate Bonferroni-type inequalities: Theory and applications*. Chapman and Hall/CRC.

Clark, A. E. (2001). What really matters in a job? Hedonic measurement using quit data. *Labour Economics*, 8(2), 223–242.

[https://doi.org/10.1016/S0927-5371\(01\)00031-8](https://doi.org/10.1016/S0927-5371(01)00031-8)

- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's psychiatric rehabilitation law. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(4), 227–229.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services*, 11(1), 41–49. <https://doi.org/10.1037/a0035299>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Heavey, A. L., Holwerda, J. A., & Hausknecht, J. P. (2013). Causes and consequences of collective turnover: A meta-analytic review. *The Journal of Applied Psychology*, 98(3), 412–453. <https://doi.org/10.1037/a0032380>
- Levene, H. (1960). Robust tests for equality of variances. In I. Olkin (Ed.), *Contributions to probability and statistics: Essays in honor of Harold Hotelling* (pp. 278–292). Stanford University Press.
- Livingston, J. D. (2020). *Structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues: A literature review*. Mental Health Commission of Canada.
- Livni, D., Crowe, T. P., & Gonsalvez, C. J. (2012). Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee. *Rehabilitation Psychology*, 57(2), 178–186. <https://doi.org/10.1037/a0027452>
- Mardia, K., Kent, T. J., & Bibby, J. (1979). *Multivariate analysis*. Academic Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mental Health UK (2024). *The burnout report*.
- Mor Barak, M. E., Nissly, J., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis. *The Social Service Review*, 75(4), 625–661. <https://doi.org/10.1086/323166>
- Paris M., & Hoge, M. A. (2010). Burnout in the mental health workforce: A review. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(4), 519–528. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9202-2>

- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84–95.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x>
- Rollins, A. L., Eliacin, J., Russ-Jara, A. L., Monroe-Devita, M., Wasmuth, S., Flanagan, M. E., Morse, G. A., Leiter, M., & Salyers, M. P. (2021). Organizational conditions that influence work engagement and burnout: A qualitative study of mental health workers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 229–237. <https://doi.org/10.1037/prj0000472>
- Rollins, A. L., Kukla, M., Morse, G., Davis, L., Leiter, M., Monroe-DeVita, M., Flanagan, M. E., Russ, A., Wasmuth, S., Eliacin, J., Collins, L., & Salyers, M. P. (2016). Comparative effectiveness of a burnout reduction intervention for behavioral health providers. *Psychiatric Services*, 67(8), 920–923.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500220>
- Ross, A., & Willson, V. L. (2017). *Basic and advanced statistical tests*. Sense Publishers.
- Salyers, M. P., Rollins, A. L., Kelly, Y. F., Lysaker, P. H., & Williams, J. R. (2013). Job satisfaction and burnout among VA and community mental health workers. *Administration and Policy in Mental Health*, 40, 69–75.
<https://doi.org/10.1007/s10488-011-0375-7>
- Sawilowsky, S. S. (1990). Nonparametric tests of interaction in experimental design. *Review of Educational Research*, 60(1), 91–126.
<https://doi.org/10.3102/00346543060001091>
- Shapovalova, V. (2022). The ICD-11 for the twenty-first century: The first view from the organizational, legal, clinical and pharmacological aspects. *SSP Modern Pharmacy and Medicine*, 2(1), 1–13.
<https://doi.org/10.53933/ssppmpm.v2i1.37>
- Tukey, J. (1949). Comparing individual means in the analysis of variance. *Biometrics*, 5(2), 99–114. <https://doi.org/10.2307/3001913>
- Wayne, D. W. (1990). *Applied nonparametric statistics* (2nd ed). PWS-Kent.