
תהליך הגדרת שירות הריפוי בעיסוק במערך אשפוז פסיכיאטרי לבוגרים באמצעות דפי מידע

שרון רולנד, תמר פלי-אלטיט, עדינה מאיר

שרון רולנד, MSc, OT, המרכז לבריאות הנפש שלוותה. sharonro@clalit.org.il
תמר פלי-אלטיט, MSc, OTR, דוקטורנטית ורכזת תחום בריאות הנפש, בית הספר לריפוי בעיסוק של הדסה והאוניברסיטה העברית. tamarpaltit@gmail.com
עדינה מאיר, PhD, OT, ראש בית הספר לריפוי בעיסוק, הפקולטה לרפואה הדסה והאוניברסיטה העברית. adina.maeir@mail.huji.ac.il

המאמר מבוסס על פרויקט גמר לקראת תואר מוסמך בריפוי בעיסוק, במסגרת החוג לריפוי בעיסוק, האוניברסיטה העברית, בהנחיית פרופ' עדינה מאיר וגב' תמר פלי-אלטיט.

מילות מפתח: בריאות הנפש, אשפוז פסיכיאטרי אקוטי, ריפוי בעיסוק, עבודה רב מקצועית, למידה רב מקצועית

תקציר

בעשורים האחרונים חלו שינויים רבים במתן שירותי בריאות הנפש בארץ ובעולם, כגון פיתוח מענים שיקומיים ואמבולטוריים בקהילה, ירידה בכמות מיטות האשפוז וקיצור משך האשפוזים. כל אלו משפיעים על תפקידי הריפוי בעיסוק כחלק מן הצוות הרב מקצועי באשפוז הפסיכיאטרי. ריפוי בעיסוק נתפס כמקצוע מרכזי בתחום בריאות הנפש, אבל יש אי בהירות בקרב הצוות הרב מקצועי באשר לתפקידיו במסגרות אשפוז אקוטי. כמו כן ניכרת שונות רבה בתפקידיו במסגרות האשפוז האקוטיות השונות. כיום יש בארץ מעט דפי מידע המתארים את תפקידי הריפוי בעיסוק במערך האשפוז באופן אחיד. הכותבת (ש"ר) זיהתה צורך ביצירת דפי מידע אלו ושימוש בהם במסגרת האשפוז האקוטי. דפי המידע נוצרו כפרויקט במסגרת לימודי המוסמך בבית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים. הפרויקט נערך במחלקה פסיכיאטרית אקוטית לבוגרים בבית חולים לבריאות הנפש במרכז הארץ. ראשית נערך חיפוש בספרות מקצועית עדכנית אחר עבודות מחקר במערך האשפוז האקוטי בריפוי בעיסוק. בנוסף נערך סקר בקרב מרפאות בעיסוק מכל הארץ במטרה ללמוד על מוקדי עשייתן ונכתבה סקירת ספרות לאינטגרציה של המידע מן הספרות ומן הקליניקה. דף המידע שנכתב הועבר למשוב של מרפאות בעיסוק בבית החולים המדובר. בהמשך הועבר לשם זיהוי השינוי במחלקה הרלוונטית. לצורך זה נכתב שאלון "לפני" ו"אחרי" (נספח 1). תגובות ראשונות חיוביות בצוות הרב מקצועי מחזקות את הצורך להרחיב את השימוש בדפי מידע ולהמשיך לחקור את תרומתם לשיפור השירות הניתן על ידי הצוות הרב מקצועי במערך האשפוז.

<https://www.facebook.com/HebrewUniversityHadassahSchoolofOT/>¹

מבוא

לריפוי בעיסוק בירושלים. הפרויקט הוא פיתוח דף מידע בנושא "הגדרת שירות הריפוי בעיסוק בקרב מבוגרים המאושפזים במצב אקוטי בבית חולים פסיכיאטרי". נציג את הממצאים העיקריים שעלו מתוך חיפוש במאגרי מידע, בספרי טקסט מרכזיים בריפוי בעיסוק, במאמרים ובמחקרים עדכניים. וכן מסקר שנערך בקרב 14 מרפאות בעיסוק אחריות במערך האשפוז האקוטי. נוהה גישות ואמצעי טיפול מרכזיים. נציג את הגישות, התפקידים, האמצעים והכלים בשימוש ריפוי בעיסוק פסיכיאטרי אקוטי תוך אינטגרציה של המידע מן הספרות והמידע שהושג מן השטח.

סקירת ספרות

הפרעה נפשית

כאמור, הפרעה נפשית שכיחה בקרב כ-25% מהאוכלוסייה בעולם המערבי (אבירם, 2013; לוי, 2010). מדובר בתסמונת המתאפיינת בהפרעה משמעותית בקוגניציה, בוויסות הרגשי או בהתנהגות של האדם ומשקפת הפרה של תהליכים פסיכולוגיים, ביולוגיים או התפתחותיים שעליהם מושתת התפקוד הנפשי. לרוב היא מלווה במצוקה או בפגיעה משמעותית בכושר החברתי, התעסוקתי או בתחומי פעילות אחרים של האדם (American Psychiatric Association - DSM-5, 2013). ההפרעות מסווגות ומאופיינות במדריכים הפסיכיאטרים השונים כגון ה-DSM האמריקני וה-ICD האירופי. בסיווגים אלה מצוינת שכיחותן של אבחנות כסכיזופרניה והפרעות במצב הרוח. אבחנות נוספות הן הפרעות אישיות, הפרעות חרדה והפרעות פסיכוטיות אחרות. לכל אבחנה התסמינים (הסימפטומים) המאפיינים אותה וכדי שאדם יקבל אבחנה יש צורך בקריטריונים מוסכמים. במדריכים הפסיכיאטרים האלה יש גם התייחסות למשך הזמן שבמהלכו קריטריונים אלה נצפו (איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות - ICD-10, 1995). האפיזודה האקוטית

הפרעה נפשית שכיחה בקרב כ-25% מן האוכלוסייה בעולם המערבי (אבירם, 2013; לוי, 2010). בעשורים האחרונים חלו שינויים במתן שירותי בריאות הנפש בארץ ובעולם. בשנת 2000 נחקק בישראל חוק שיקום נכי נפש בקהילה. פותחו מענים שיקומיים בקהילה והחלו ביישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. בתהליך מקביל חלה ירידה במספר מיטות האשפוז וקוצר משך זמן האשפוז הממוצע (אבירם, 2012, 2013; לוי, 2010; Aviram, 2010). שינויים אלו משפיעים על התפקידים של הצוות הטיפולי במערך האשפוז האקוטי ובהם גם על תפקידי הריפוי בעיסוק. ריפוי בעיסוק נתפס כמקצוע חיוני בבריאות הנפש וממחקרים עולה כי השתתפות בריפוי בעיסוק במהלך האשפוז היא אחד המנבאים לתפקוד משופר בשחרור (לוי, 2009; Exley et al., 2011; Lloyd & Williams, 2010; Ramsey & Swarbrick, 2013). עם זאת יש אי בהירות בקרב הצוות הרב מקצועי באשר לתפקידי הריפוי בעיסוק במסגרות של אשפוז אקוטי. דבר המוביל לעתים לאי מודעות של הצוות הרב מקצועי לגבי תרומתו הפוטנציאלית של מקצוע הריפוי בעיסוק (Lloyd & Williams, 2010).

כדי שמרפאים בעיסוק ימשיכו להישאר חלק בלתי נפרד ובעל ערך מן הצוות המטפל, עליהם להגדיר באופן ברור יותר מהי תרומתם המקצועית במערך האשפוז האקוטי בהיבטים של: הערכה תפקודית, טיפול פרטני, טיפול קבוצתי ונטילת חלק בתכניות שחרור. דבר זה יוביל לשיפור העבודה הרב צוותית, נושא המוגדר כבעל חשיבות עליונה בשנים האחרונות לאור השינויים במערכת הבריאות (Lloyd & Williams, 2010; Ramsey & Swarbrick, 2013; Simpson et al., 2005). במאמר נציג את תהליך העבודה על פרויקט שנעשה במסגרת לימודי המוסמך בבית הספר

להעברת רוב שירותי בריאות הנפש מבתי החולים לקהילה. מדיניות זו עולה בקנה אחד עם המגמה הרווחת בעולם המערבי (אבירם, 2012, 2013; לוי, 2010; Aviram, 2010). בהשלכות הבולטות של השינויים העולמיים בשירותי בריאות הנפש אפשר לציין את הירידה במספר מיטות האשפוז ואת קיצור משך זמן האשפוז הממוצע (אבירם, 2012; לוי, 2010; Lloyd & Williams, 2010; Mahaffey & Holmquist, 2011). שינויים אלה נצפים גם בישראל. מספר המיטות בבריאות הנפש מצוי במגמת ירידה מסוף שנות ה-70 בהתאם למדיניות משרד הבריאות. ב-1975 עמד שיעור מיטות האשפוז על יותר משתי מיטות ל-1000 נפש לעומת 0.44 ב-2011. שיעור ימי האשפוז עמד על 155 ל-1,000 נפש ב-2011 לעומת 294 בשנת 2000. בשנים אלה השהייה הממוצעת באשפוז הייתה 55 ימים בהשוואה ל-233 בהתאמה (משרד הבריאות, 2012; שנתון סטטיסטי לישראל, 2013).

סביבת האשפוז הפסיכיאטרי האקוטי

על אף השינויים המתרחשים, אשפוז אקוטי הוא עדיין מרכיב חשוב בטיפול הכולל במערך שירותי בריאות הנפש. במסגרת זו נקלטים מטופלים במצבי משבר הזקוקים לטיפול אינטנסיבי. היא מאפשרת קבלת שירותים שיקדמו באופן מוצלח את חזרתם לחיים בקהילה (לוי, 2010; Exley et al., 2011; Lloyd & Williams, 2010; Mahaffey & Holmquist, 2011). הסביבה הטיפולית מאופיינת בזמן אשפוז קצר, במצבים אקוטיים ברמות שונות, בתחלופה גבוהה של מטופלים ובטיפול במגוון אבחנות. דרך האשפוז יכולה להיות בכפייה או מרצון. אשפוז בכפייה ייעשה כשיש עדות לכך שהאדם הוא בגדר סכנה לעצמו או לאחרים בסביבתו. סיבה נוספת היא כשהאדם נתפס כחסר יכולת למלא אחר צרכיו הבסיסיים

יכולה להיות מאופיינת בהתחלה פתאומית וניכרת של תסמינים. אפיזודה אקוטית יכולה להופיע לראשונה או כהופעה חוזרת בהפרעה נפשית מתמשכת (Hawkes, Johnstone, & Yarwood, 2008; Ramsey & Swarbrick, 2013).

השינויים בתחום בריאות הנפש

בעשורים האחרונים נערכים שינויים בתחום הבריאות בארץ ובעולם ובכללם גם בתחום בריאות הנפש. לשינויים האלה השפעה על יישום ועל פיתוח שירותי השיקום בקהילה בבריאות הנפש (הדס לידור, בוני, לכמן ופלי-אלטיט, 2007; לכמן והדס לידור, 2007). שינוי אחד הוא התפתחות מדיניות המכונה "מדיניות האל-מיסוד" המושפעת מן ההתפתחות שחלה בטיפול התרופתי וההתקדמות הרפואית. כתוצאה ממנו מועברים רוב שירותי בריאות הנפש ממוסדות האשפוז אל מסגרות טיפול ושיקום בקהילה (לוי, 2010; לכמן והדס לידור, 2007). שינוי נוסף הנו מעבר מן המודל הרפואי למודל החברתי. משימת דגש על טיפול במחלה, בתסמינים ובליקויים יש מעבר להסתכלות על החלקים הבריאים ועל איכות חייו של האדם בסביבתו הטבעית (לכמן והדס לידור, 2007). תנועות הצרכנים (משפחות ומתמודדים) הן עוד גורם לשינוי. מעורבות תנועות אלה גרמה לקובעי מדיניות ולאנשי המקצוע לשנות את דרך חשיבתם. כמו כן חלו בשנים האחרונות התרחשויות בתחום החקיקה הנוגעות בחוקים העוסקים בכבוד האדם וחירותו ובחוקי שוויון זכויות והזדמנויות לאנשים עם מוגבלויות (הדס לידור ועמיתים, 2007; לכמן והדס לידור, 2007). בישראל נחקק בשנת 2000 החוק לשיקום נכי נפש בקהילה שבא לשקף את מחויבות החברה לאנשים הסובלים מנכות על רקע נפשי. מטרתו לשפר את איכות חייהם ולסייע בהחלמתם ובשילובם בחברה (אבירם, 2012, 2013). ישראל פועלת מאמצע שנות ה-90 של המאה ה-20

לאחר השחרור. Exley et al. (2011) מציינים את האפשרות הטמונה בהעצמה ובהכוונת המטופל והפיכתו ממטופל פסיבי לאדם שיש לו השפעה ושליטה על חייו היום-יום שלו. מחקרים שנעשו בישראל מבקשים לחזק את ההנחה כי המעבר ממסגרת אשפוזית בחזרה לקהילה מביא לשינוי בדרישות התפקודיות מן המטופל ובמשאבים העומדים לרשותו. לכן, לפיהם, יש חשיבות באיתור הגורמים המשפיעים על התפקוד מוקדם ככל האפשר בזמן אשפוז פעיל. ממחקרים אלו עולה כי ההשתתפות בריפוי בעיסוק במהלך האשפוז היא אחד המנבאים לתפקוד משופר בשחרור. היא יכולה לקדם את מטרותיו של המטופל ואת חזרתו אל הקהילה. יש לה השפעה חיובית על שיפור במצבו הנפשי, בתפקודו החברתי והתעסוקתי. הסברה היא ששילוב פעילות בטיפול יביא למטופל תועלת בפיתוח מיומנויות, מודעות עצמית, אינטראקציה עם אחרים, הנאה ושיפור בביצוע העיסוקי. פעילות גם יכולה לתרום למוכנות שלו לשינוי ולשיקום (לוי, 2009; ליפסקיה, 2009). בסביבה אשפוזית שיכולה להיות מגבילה, הריפוי בעיסוק יכול לעזור למטופל להגדיל את האינדיבידואליות ואת אפשרויות הבחירה שלו במהלך ביצוע ההתערבות (Exley et al., 2011).

גישות מרכזיות בבסיס ההתערבות

מטרת העל של מקצוע הריפוי בעיסוק היא לסייע לאנשים למצוא את הדרך למעורבות בעיסוקים בעלי משמעות ומטרה בעבורם. זאת על מנת לאפשר להם להשתתף במארג החיים (ילון-חיימוביץ' ועמיתים, 2006). בבסיס ההתערבות עומדת תפיסת עולם הומניסטית הדוגלת בכך שהלקוח במרכז (פריד, 2010). האינדיבידואליות של כל מטופל מנחה את העבודה הטיפולית (בוני ועמיתים, 2010). מצויות תיאוריות שונות המנחות את העשייה בריפוי בעיסוק.

שהוא נזקק להם כדי לשמור על בריאותו ועל ביטחונו. אשפוז כפוי נקבע באמצעות הוראת אשפוז על ידי הפסיכיאטר המחוזי או על פי צו של בית משפט. אשפוז מרצון מתרחש כשהאדם עצמו מבקש טיפול ומביע נכונות להישאר במסגרת האשפוז (Exley et al., 2011; Mahaffey & Holmquist, 2011). מטרה מרכזית באשפוז אקוטי היא להציל חיים. מטרות נוספות הן לספק טיפול ברמה גבוהה ובסביבה טיפולית בטוחה לאדם המצוי בשלב הפגיע ביותר במחלתו, לאפשר לו שגרה יומית יציבה, ללמוד על האבחנה ולקבל טיפול. כמו כן, יש חשיבה על השחרור ועל המשך טיפול ושיקום בהתאם לרצונותיו, לצרכיו ולהקשרי חייו (Exley et al., 2011; Hawkes et al., 2011; Mahaffey & Holmquist, 2008). הצוות הטיפולי הוא מרכיב חיוני בטיפול באדם הסובל מהפרעה נפשית ומצוי באשפוז. גודל הצוות והרכבו משתנה בין המוסדות. לרוב הצוות הרב מקצועי כולל רופאים פסיכיאטרים, צוות סיעודי, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק ולעתים גם מטפלים בתחומים נוספים כאמנות, מוזיקה ותנועה (Exley et al., 2011; Hawkes et al., 2011; Mahaffey & Holmquist, 2008).

ריפוי בעיסוק באשפוז פסיכיאטרי אקוטי

מרפאים בעיסוק הם חלק מצוות רב מקצועי המטפל באדם המאושפז במצב אקוטי בבית חולים פסיכיאטרי. תרומתו הייחודית של הריפוי בעיסוק לטיפול נובעת מנקודת המבט ההוליסטית המאפיינת את המקצוע והדגש על השתתפות האדם בעיסוק משמעותי (Exley et al., 2011; Lloyd & Williams, 2010; Ramsey Mahaffey and Holmquist, 2013). טוענים כי תפקיד הריפוי בעיסוק בבית חולים פסיכיאטרי הוא לזהות את המוקדים שמפריעים למטופל להשתתף בעיסוק משמעותי, לעזור במציאת פתרונות ולהציע תמיכה סביבתית

פרדיגמת ההחלמה. תומכת בפוטרנציאל של כל אדם להתקדם לקראת מטרות אישיות משמעותיות, ולחיות חיים בעלי משמעות בקהילה שבה בחר למרות המחלה ותסמיניה. ההנחה היא כי תהליך ההחלמה הוא אינדיבידואלי, רב ממדי וארוך טווח. הוא אינו לינארי אלא משתנה לאורך זמן. כולל בתוכו מרכיבים של תקווה, ערך עצמי, שייכות, העצמה אישית. זהו תהליך של גילוי עצמי ושינוי שתוצאותיו נמדדות בראש ובראשונה על ידי המתמודד עצמו (לכמן והדס לידור, 2007). תפיסת ההחלמה הדוגלת בקידום חיים מלאי משמעות וסיפוק נתמכת על ידי השקפת מקצוע הריפוי בעיסוק ומטרת העל שלו. מרפאים בעיסוק יכולים ללוות את תהליך ההחלמה. הם יכולים לסייע למטופל בזיהוי כוחותיו והאתגרים העומדים בפניו, בקביעת מטרות ובפיתוח תכניות התערבות בקבוצה או בהתערבות פרטנית. המטופל שותף פעיל בתהליך המכוון לאפשר לו לבנות שגרה שתתמוך באיכות חיים ותקדם ביצוע עיסוקי והשתתפות בעיסוקים המשמעותיים לו (Brown, 2011; Ramsey & Swarbrick, 2013; Stoffel, 2011). התערבויות המכוונות לתפיסת ההחלמה משלבות את קיום התסמינים יחד עם מרכיבי האדם, הסביבה והעיסוק. הן מספקות למטופל אפשרויות בחירה, תומכות בהשגת מטרות אישיות, נוגעות בהיבטי חיים שונים ומעצימות אותו. בסביבה אשפוזית אקוטית מתחדדת חשיבות התפקיד של הריפוי בעיסוק בקידום בחירה, אינדיבידואליזם תקווה ומשמעות (Exley et al., 2011; Synovec, 2015).

תהליך ההתערבות בריפוי בעיסוק במערך האקוטי

Lloyd and Williams (2010) מציינים כמה היבטים בתהליך ההתערבות של ריפוי בעיסוק במערך האשפוז הפסיכיאטרי האקוטי: הערכה תפקודית, טיפול פרטני, טיפול קבוצתי ומעורבות בתכניות שחרור.

"אדם-עיסוק-סביבה". מבוסס על המודל שפותח על ידי ארגון המרפאים בעיסוק הקנדי (1997). המודל מתאר את הביצוע העיסוקי כתוצר של היחסים הדינמיים הקיימים בין בני אדם, עיסוקיהם ותפקידיהם, ובין הסביבה שבה הם חיים ופועלים. המודל מורכב משלושה מעגלים. המעגל הראשון מתאר את מרכיבי האדם המשפיעים על תפקודו בתחומים שונים, על יכולותיו ועל מגבלותיו. המעגל השני כולל את תחומי העיסוק והפעילויות שבהם מעורב האדם. המעגל השלישי כולל את סביבות חייו השונות. כל המעגלים קשורים זה בזה ומידת הקשר שביניהם מייצגת את הביצוע העיסוקי. תהליך ההתערבות בריפוי בעיסוק יכול להיעשות בכל מעגל בנפרד או בשילוב של כל המעגלים גם יחד, דבר המעשיר את דרך ההסתכלות ואת היקף ההתערבויות האפשריות לסיוע (בוני ועמיתים, 2010; Law et al., 1996). ההתערבות בריפוי בעיסוק עשויה לכוון לשינוי באדם עצמו, בדרישות הפעילות או בדרישות הסביבה במטרה להביא לביצוע אופטימלי ולתפקוד מספק (בוני ועמיתים, 2010).

"מודל העיסוק האנושי" (Kielhofner, 2008).

המודל מבקש להסביר כיצד העיסוק האנושי מונע, מעוצב ומבוצע. הוא מתייחס לגורמים שבתוך האדם והסביבה התורמים למוטיבציה שלו, לתבניות ההתנהגות ולביצוע העיסוקי. מושגים מרכזיים במודל הם רצייה, הרגלים ויכולת ביצוע. פגיעה נפשית יכולה לפגוע במוטיבציה של האדם לעיסוק, לכן חיוני לחשוב על דרכים להניעו מחדש כחלק מתהליך ההחלמה שלו. מרפאים בעיסוק המיישמים בעבודתם מודל זה מבינים מהו עיסוק ותומכים בטיפול ממוקד עיסוק. ההכרה בארגון הסביבה בהתאם לצרכי העיסוקיים מאפשרת הגדלת ההזדמנויות לעיסוק ומעורבות בחיי היום-יום על אף קיום המגבלה (בוני ועמיתים, 2010; Lee, 2010; Melton, Forsyth, & Metherall, 2008; Parkinson, Chester, Cratchley, & Rowbottom, 2008).

העיסוקית (Ferguson, Gill, Hutcheson, & Nish, 2010; Lloyd & Williams, 2010; Perruzza & Kinsella, 2010). עם זאת, השימוש באמצעים השונים גם תלוי בנסיבות נוספות כגון משאבים קיימים, מיומנות הצוות, המדיניות הטיפולית. עוד גורם שיש להתחשב בו הוא סביבת הטיפול האקוטי עצמה. על אף הרצון לספק התערבות בסביבה טבעית ככל האפשר, יש להביא בחשבון היבטים של בטיחות והגבלות המאפיינים את הסביבה - למשל מידת מסוכנות המטופל לעצמו ולסביבה או חומרי העבודה האפשריים לטיפול (Exley et al., 2011; Hawks et al., 2008).

טיפול קבוצתי. סוג התערבות זה הנו אמצעי נוסף היכול לתת מענה לצורכי מטופלים. קבוצה יכולה לקדם השתתפות חברתית ותהליכי החלמה. למשתתפים בקבוצה יש הזדמנות ללמוד מניסיונם של אחרים ולשתף בניסיונם האישי ולחוות תהליכי העצמה. הקבוצה מספקת משאב של "תמיכת עמיתים/קבוצת השווים". התערבות קבוצתית היא טכניקת התערבות שכיחה המאפשרת מתן שירות יעיל בסביבה שבה הצוות לעתים מוגבל במספר המטופלים שהוא יכול לראות בזמנית. מגוון קבוצות מאפשר לתת מענה טוב יותר לצורכי המטופלים המצויים ברמות שונות של מצב קליני, רצייה ותפקוד. הן גם מספקות שגרת יום-יום למטופלים. הקבוצות יכולות לעסוק בנושאים שונים כ-ADL, פנאי, תעסוקה, החלמה, תקשורת, יחסים בין-אישיים, פתרון בעיות (לוי, 2009; Exley et al., 2011; Hawks et al., 2008; Lloyd & Williams, 2010; Munro et al., 2007; Ramsey & Swarbrick, 2013).

תכניות שחרור. ליווי ארוך טווח מתואם ומתמשך הנו היבט מרכזי התומך בתהליכי החלמה בבריאות הנפש. על רקע קיצור משך האשפוזים, הימצאות משאבים תומכים בקהילה במסגרת

הערכה תפקודית. תהליך ההערכה כולל שילוב בין ידע תאורטי, ראיות מדעיות, ניסיון קליני וסיבת ההפניה להערכה. בטריית האבחון וההערכה משלבת גישות שונות במטרה לקבל תמונה רחבה על תפקוד המטופל (בני ועמיתים, 2010; Daremo, 2010). באמצעותה אפשר לזהות אי התאמות בין תפקידיו העיסוקיים של המטופל בעבר, בהווה ובעתיד. אפשר לנתח מרכיבי תפקוד שונים ואף להעריך את הכוחות והמחסומים בדרך להשגת התפקוד הרצוי. בסיומו של תהליך ההערכה התפקודית נקבעות מטרות ההתערבות. עליהן להיות מותאמות לרמת התפקוד של המטופל, לכוחות המזוהים אצלו ולצרכיו. כמו כן תהליך ההערכה מתרחש לכל אורך הוצאתה לפועל של תכנית ההתערבות. זאת במטרה לבחון בקביעות את ההתקדמות בהשגת המטרות שנקבעו והתאמתה לקראת השגת התוצאות הרצויות (Exley et al., 2011).

טיפול פרטני. סוג התערבות זה מסייע להתמקד במטרות האישיות של המטופל כדי לקדם את יכולתו לרכוש מחדש או לקחת חלק בתפקידי חיים משמעותיים. זאת תוך פיתוח תחושת התקווה והאמונה שלו ביכולותיו לתכנן ולהשיג את מטרותיו האישיות. רמת הביצוע העיסוקי של המטופל היא שתשפיע על סוג ההתערבות הנדרשת (Lloyd & Williams, 2010). שורשי השימוש בפעילות ככלי טיפולי עמוקים ונעוצים כבר במאה ה-20 (Wimpenny, 2014; Savin-Baden, & Cook, 2014). בתחום בריאות הנפש מצויה ספרות מקצועית ענפה המתארת את היתרונות ואת היעילות שבשימוש בפעילות לסוגיה השונים בתהליך הטיפול. השימוש באמנות, בפעילות תכליתית ובפעילות יצירתית, מאפשר לרתום את המטופל לתהליך הטיפולי ולחזק את הביטחון ואת הערכה העצמית שלו. ועוד היא מאפשרת לו להתייחס למחסומים המקשים על הביצוע כדי לשפר את מעורבותו

הדרכה. היבט נוסף בעבודת הריפוי בעיסוק הוא הדרכה מקצועית של סטודנטים לריפוי בעיסוק ושל מרפאים בעיסוק בתחילת עבודתם במחלקה. הדרכת סטודנטים בהכשרה מעשית היא מרכיב חיוני בלמידה, תורמת לחיזוק הקשר עם האקדמיה ומאפשרת שיח העוזר לבסס את הזהות המקצועית (דילר, רגב, קסטנר וסטולר, 2012). הדרכת איש המקצוע בתחום הריפוי בעיסוק בתחילת עבודתו מקלה עליו בהתמודדות היום-יומית ומאפשרת לו תחושה של מסוגלות (כץ והדס לידור, 2012). Fone (2006) אף מרחיבה ואומרת כי הדרכה היא חיונית ויש לספק לעובדים בדרגות ותק שונות. כמו כן מרפאים בעיסוק מסבירים ומציגים את תפקידם כחלק מתהליך ההכשרה של סטודנטים ואנשי מקצוע חדשים במקצועות השונים בתוך המחלקה. דפי המידע יכולים לסייע בתהליך זה. לתפקידי הדרכה והסברה תרומה חיובית לכלל הצוות המטפל.

תיאור הפרויקט והליך הביצוע

סקירת הספרות שנעשתה הניבה, כאמור, מידע משמעותי לגבי מקומו ותפקידיו של הריפוי בעיסוק במערך האשפוז האקוטי בתחום בריאות הנפש. זאת לצד הפער בין העשייה הענפה ובין תפיסת הצוות הרב מקצועי את המקצוע. כמו כן הסקר שנעשה בין מרפאות בעיסוק בישראל הראה כי ניכרת שונות רבה במסגרות האשפוז האקוטיות השונות, וכי אין כיום בארץ דפי מידע המתארים את תפקידי ריפוי בעיסוק במערך האשפוז באופן אחיד. לנוכח המידע שהתקבל וזיהוי הצורך בכתיבת מסמך שיעמיד בסיס משותף לשיח ולעשייה, פותח דף המידע על שירותי ריפוי בעיסוק בקרב מבוגרים המאושפזים במצב אקוטי בבית חולים פסיכיאטרי. מבנה דף המידע מורכב מכותרות מרכזיות ופירוט המידע הרלוונטי בכל אחת מהן. הוא כולל את הסעיפים האלה: מטרת המסמך, הסבר על הפרעה נפשית

שירותי סל שיקום ועיבוי המערך המרפאתי/ אמבולטורי, יש חשיבות רבה לתיאום ולקשר בין גורמי הטיפול והשיקום. כל זאת במטרה לעזור למטופל להשתלב בקהילה לאחר השחרור ולצמצם אשפוזים תכופים חוזרים הנובעים מהיעדר מענים מתאימים בקהילה. המטופל זקוק למשאבים סביבתיים שיתמכו בתהליך חזרתו מחדש לקהילה בהתאם למטרותיו. לכן חשוב לתת את הדעת לתכנית השחרור של המטופל כבר מזמן קבלתו לאשפוז. משום כך, בניית תכנית טיפול ושיקום בקהילה מתבצעת לעתים כבר בזמן אשפוז פעיל. ביכולתם של המרפאים בעיסוק לייצע לגבי השירותים והסביבות שיתאימו למטופל בזמן שחרורו. כמו כן הם יכולים לספק התערבויות מעשיות כדוגמת אימון וביצוע הערכות שונות על מגוון מיומנויות הן במסגרת טיפול פרטני והן בקבוצות (לוי, 2009; ליפסקיה, 2009; רועה, חסון וקרביץ, 2007; 2009; Lloyd & Williams, 2013). (Ramsey & Swarbrick, 2013).

היבטים נוספים בעבודת הריפוי בעיסוק במערך האקוטי

עבודה בצוות רב מקצועי. יש חשיבות רבה לשיתוף פעולה מתמשך בין צוות הריפוי בעיסוק לבין שאר הצוות הרב מקצועי כדי לתת טיפול מקיף ואיכותי. הריפוי בעיסוק חותר בעבודתו גם להעמקת ההוראה של הצוות הרב מקצועי, להבהרת תפקידיו והבסיס התאורטי לעשייה וכמו כן משתף בשגרת עבודתו (Lloyd & Williams, 2010).

מתוך שפה ועבודה משותפת בין הסקטורים השונים מתבצעים עדכונים יום-יומיים לגבי המטופלים המצויים באשפוז. מידע המתקבל מאפשר קביעת המשך הטיפול בהיבט הרפואי-תרופתי ושיקומי.

בשלב הסופי הודפס עותק סופי של דף המידע לשימוש בקרב צוות המחלקה כחלק משגרת העבודה.

סיכום ומסקנות

בעשרות השנים האחרונות מרכז הטיפול באדם הסובל מהפרעה נפשית עובר מבתי החולים אל הקהילה. עם זאת אשפוז אקוטי הוא עדיין אפשרות טיפול חשובה בעבורו. מרפאים בעיסוק הם חלק בלתי נפרד מן הצוות הרב מקצועי המטפל באדם המאושפז במצב אקוטי בבית חולים פסיכיאטרי. ממחקרים עולה כי השתתפות בריפוי בעיסוק במהלך האשפוז היא אחד המנבאים לתפקוד משופר בשחרור (אברם, 2012; לוי, 2009; Exley et al., 2011; Lloyd & Williams, 2010; Ramsey et al., 2011; & Swarbrick, 2013).

הרציונל בטיפול בריפוי בעיסוק מבוסס על חשיבות המעורבות בעיסוקים משמעותיים בסביבות החיים הייחודיות של האדם, בתהליכי החלמה ובקידום בריאות ואיכות חיים. האינדיבידואליות של כל מטופל מנחה את העבודה הטיפולית (בוני ועמיתים, 2010). על אף היות הריפוי בעיסוק מקצוע מרכזי בתחום בריאות הנפש, יש אי בהירות בקרב הצוות הרב מקצועי באשר לתפקידיו ולמרחב העשייה במסגרות של אשפוז אקוטי (Lloyd & Williams, 2010). להיכרות עם תוכני העשייה של הריפוי בעיסוק ולתרומה המוכחת להתערבותו במסגרת טיפולית זו חשיבות רבה. תהליך כתיבת דף המידע שהוצג במאמר זה מיועד לסייע לזקק את התרומה הייחודית של הריפוי בעיסוק ולתת למקצוע את המקום המגיע לו כחלק אינטגרלי בטיפול, להרחיב את הידע ולצמצם את אי הבהירות הרווחת לגבי שירותיו. על אף השינויים במערכת הבריאות וקיצור משך זמן האשפוז, האחריות והשאיפה להוסיף ולספק שירות איכותי ומקצועי עומדת בעינה. הבנה מעמיקה יותר תביא להגדלת שיתוף

אקוטי ואשפוז אקוטי. בהמשך ניתן הסבר נרחב על ריפוי בעיסוק במחלקה אקוטית ותהליך ההתערבות. בחלק זה של המסמך מתוארים השלבים השונים והאמצעים של הערכה ואבחון, טיפול קבוצתי, טיפול פרטני, תהליכי שיקום, עבודה רב מקצועית וכן הגישות המנחות את העשייה הטיפולית.

לאחר סיום כתיבת דף המידע הוא הועבר לקבלת משוב בעל פה משלוש מרפאות בעיסוק בדרגות ותק שונות וממחלקות שונות. היקף, מבנה ותוכן הדף צוינו לחיוב. בשלב הבא הועבר הדף להערכה איכותנית בקרב מדגם של שלושה אנשי צוות מדיסציפלינות שונות במחלקה הרלוונטית. לשם כך נבנה שאלון עם חמש שאלות פתוחות שהתייחסו לנקודות מרכזיות שתוארו בדף המידע (נספח 1). השאלון הועבר לאנשי הצוות פעמיים, לפני קריאת דפי המידע ולאחר מכן. בנייתו איכותני של התשובות היה אפשר לזהות שינויים ברמת הידע בארבע תמות מרכזיות:

1. חידוד והדגשת ההיבט של אבחון והערכה בריפוי בעיסוק באמצעים מגוונים.
2. חידוד ופירוט האלמנטים של שיפור וקידום מיומנויות בין-אישיות בקבוצות בריפוי בעיסוק.
3. הדגשת התרומה הייחודית של ריפוי בעיסוק בדרך לשיקום כבר מן השלב הראשון באשפוז.
4. נקודת מבט רחבה יותר הרואה לא רק את קשייו של המטופל כי גם פועלת לאיתור הכוחות והיכולות.

לסיכום: כל המשובים היו חיוביים. עולה כי דפי המידע תרמו להעמקת הידע וההבנה לגבי פועלו של הריפוי בעיסוק. במשוב לאחר הקריאה כבר נצפה שימוש במונחים מקצועיים כדוגמת: "החלמה", "זיהוי קשיים ויכולות", "שגרת חיים".

להרחיב השימוש בדף המידע כאמצעי ללמידה, לדוגמה: כבסיס להרצאות בצוות. מניתוח התמות מן השאלונים שהועברו במדגם בצוות הרב מקצועי נראה כי הדף מאפשר נגישות והיכרות עם השפה המקצועית של ריפוי בעיסוק. כאמור, שפה משותפת מאפשרת עבודת צוות ותקשורת אחידה וטובה יותר למען המטופל. חשוב שהריפוי בעיסוק ימשך לשווק את עצמו וישתף בעשייתו. זאת כדי שיוסיף להיות חלק בלתי נפרד מן הצוות המטפל. סביר להניח שבזכות דף המידע המטפלים האחרים יכירו את התפקידים השונים, את ההקשרים, את התרומה האפשרית והמוכחת להתערבות. בעזרתו הם גם יוכלו לחדד את הבנתם באשר לצורכי המטופל. וכך גם צוות הריפוי בעיסוק יוכל לבצע את עבודתו הטיפולית באופן יעיל יותר. עם זאת, יהיה רצוי לערוך מחקר מעמיק יותר במטרה לבחון את יעילות דף המידע לאורך זמן ובקרב מדגם מטפלים גדול יותר. ולסיכום, לאור האמונה בנגישת הלקוח במרכז כמנחה של העשייה הטיפולית יש לחשוב על התאמת תוכן הדף למקבל השירות, קרי המטופל ובני משפחה.

מקורות

אבירם, א' (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שרותי בריאות הנפש בישראל. *בטחון סוציאלי*, 90, 155-188.

אבירם, א' (2013). החוק לרפורמה בשיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים. נייר מדיניות מס' 15. בתוך ד' בן-דוד (עורך), *דוח מצב המדינה 2013 - חברה, כלכלה ומדיניות (עמ' 17-1)*. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. נדלה מתוך: <http://taubcenter.org/il/index.php/featured-publication/state-of-the-nation-2013/lang/he>

איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות. (עורכים). (1995). *הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי*

הפעולה בקרב הצוות הרב מקצועי. העבודה תוכל להתבצע באופן יעיל ואיכותי יותר. לכך תהיה השפעה חיובית על קידום תהליך ההחלמה של המטופל.

הספרות המקצועית שופעת פרסומים לגבי תחום בריאות הנפש, ובכלל זה לגבי ריפוי בעיסוק בתחום זה באופן כללי ובמחלקות האקוטיות. ואולם, לצד זה צוין שוב ושוב הקושי להגדיר לאחרים את המקצוע ואת תפקידיו ולקבל את מלוא ההערכה על היקף העשייה. ממצא זה מקבל משנה תוקף במציאות הנוכחית לאחר בחינת המידע המועט המצוי בבתי חולים אחרים בארץ. מתוך תכנון וכתבת דף המידע וכן מתוך ההערכה האיכותנית שבוצעה, עלתה החשיבות של הריפוי בעיסוק והצורך היום-יומי בקיומו. הוא מאפשר את החיבור בין הספרות ובין העשייה בקליניקה ליצירת שפה משותפת עם מקצועות אחרים.

מגבלות

דף המידע מיועד למגוון אנשי צוות ברמות ותק שונות. ייתכן מידע שאינו רלוונטי או לחלופין אינו מספק בעבור איש המקצוע הקורא אותו. כמו כן אורכו של דף המידע, כתשעה עמודים, יכול להיות נקודת חולשה. במחלקה פעילה ועמוסה תמידית קריאתו ולמידתו יכולה להתפרש כעומס נוסף. זאת ועוד, המדגם שעליו נעשה הניתוח האיכותני של דף המידע הוא קטן. לכן בשלב זה לא ניתן להסיק ממנו מסקנות גורפות וחד משמעיות.

המלצות להמשך

כתבת דף המידע בנוסחים שונים תאפשר להתאים את המידע הנכתב לסקטורים השונים. יש לחשוב על העברת דף המידע למחלקות אקוטיות נוספות בבית החולים שבו נערך הפרויקט ובבתי חולים אחרים. צעד זה יכול לעודד שיח ולמידת עמיתים בין המרפאות בעיסוק עצמן ברמה הארגונית וברמה הארצית. יהיה אפשר גם

- נפש. עבודה לתואר מוסמך, אוניברסיטת חיפה.
- לפי ארגון הבריאות העולמי (ICD-10). אוניברסיטת תל אביב: דיונון.
- בוגי, א', ליפסקיה, ל', חיים ליטבסקי, ד' והדס לידור, נ' (2010). ריפוי בעיסוק - תרומה, יעילות והשפעה על ייחודיות מקצוע הריפוי בעיסוק בשילוב תפיסות חדשות בהתערבויות טיפוליות בבריאות הנפש. רפואה - כתב עת בנושא פסיכיאטריה, 16, 42-47.
- דילה, ר', רגב, ס', קסטנר, ל' וסטולה, מ' (2012). הדרכת סטודנטים לריפוי בעיסוק במאה ה-21 - תכתובת בדואר האלקטרוני כאמצעי משלים בהכשרה מעשית. *IJOT* כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 21, 171-183.
- הדס לידור, נ', בוגי, א', לכמן, מ' ופלי-אלטיט, ת' (2007). שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מנוף להתפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק. *IJOT* כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 16 (1), 3-19.
- ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ושות'. (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל-אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- כץ, נ' והדס לידור, נ' (2012). הדרכה אימונית-חשיבה אחרת בעבודת המרפא בעיסוק כאיש שיקום. *IJOT* כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 21, 141-169.
- לוי, ש' (2010). אשפוז בריאות הנפש בישראל. הכנסת מרכז המחקר והמידע (עמ' 1-20). נדלה מתוך: <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02428.pdf>
- לוי, ת' (2009). השפעת הטיפול הקבוצתי בריפוי בעיסוק במהלך אשפוז על מוכנות לשיקום בקהילה בקרב אנשים המתמודדים עם מחלת
- ליפסקיה, י' (2009). ביצוע עיסוקי בקהילה של אדם עם סכיזופרניה: ניבוי בזמן אשפוז. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. אוניברסיטת תל אביב.
- לכמן, מ' (2000). נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- לכמן, מ' והדס לידור, נ' (2007). בדרך אל ההחלמה: שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), קריאה מנקודות מבט שונות בשיקום והחלמה בבריאות הנפש - פרקטיקה, מדיניות ומחקר (עמ' 117-129). כפר יונה: ליתם.
- משרד הבריאות. (2012). מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2011 חלק א': מגמות באשפוז. משרד הבריאות תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב (עמ' 119-140). ירושלים, תשע"ג. נדלה מתוך: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mosdot2014_p1.pdf
- פריד, א' (2010). ריפוי בעיסוק: טיפול הומניסטי. ת"א: האוניברסיטה המשודרת.
- רועה, ד', חסון-אוחיון, א' וקרביץ, ש' (2007). חשיבותן של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי. בתוך נ' הדס לידור ומ' לכמן (עורכים), קריאה מנקודות מבט שונות בשיקום והחלמה בבריאות הנפש - פרקטיקה, מדיניות ומחקר (עמ' 313-327). כפר יונה: ליתם.
- שנתון סטטיסטי לישראל. (2013). בריאות הנפש בישראל. משרד הבריאות (עמ' 22-49).

- Fone, S. (2006). Effective supervision for occupational therapists: The development and implementation of an information package. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 277-283.
- Fortune, T., & Fitzgerald, M. H. (2009). The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 8-81.
- Hawkes, R., Johnstone, V., & Yarwood, L. (2008). Acute psychiatry. In J. Creek, & L. Lougher (Eds.), *Occupational therapy and mental health* (4th ed., pp. 393-406). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation* (4th ed.). Baltimore, MD: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Lavin, M. A., Ruebling, I., Banks, R., Block, L., Counte, M., Furman, G., . . . Holt, J. (2001). Interdisciplinary health professional education: A historical review. *Advances in Health Sciences Education*, 6, 25-47.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). Person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Lee, J. (2010). Achieving best practice: A review of evidence linked to occupation-focused practice models. *Occupational Therapy in Health Care*, 24, 206-222.
- ירושלים, תשע"ג. נדלה מתוך: <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mtl-Yearbook-2012.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5, p. 20). Arlington, VA: Author.
- Aviram, U. (2010). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 47, 171-194.
- Brown, C. (2011). Introduction to the person. In C. Brown, & V.C. Stoffel (Eds.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (pp. 73-80). Philadelphia, PA: Davis.
- Cole, M.B. (2012). *Group dynamics in occupational therapy: The theoretical basis and practice application of group intervention* (4th ed.). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Daremo, A. (2010). *Participation in occupational therapy in psychiatric care*. (Unpublished master's thesis). Linköping University, Sweden.
- Exley, S.M., Thompson, C.A., & Hays, C.A. (2011). State hospitals. In C. Brown, & V.C. Stoffel (Eds.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (pp. 546-557). Philadelphia, PA: Davis.
- Ferguson, H., Gill, L., Hutcheson, C., & Nish, G. (2010). Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 121-128.

- Ramsey, R., & Swarbrick, P. (2013). Providing occupational therapy services for persons with psychiatric disabilities. In B.A. Boyt Schell, G. Gillen, & M.E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 936-944). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simpson, A., Bowers, L., Alexander, J., Ridley, C., & Warren, J. (2005). Occupational therapy and multidisciplinary working on acute psychiatric wards: The Tompkins Acute Ward Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 545-552.
- Stoffel, V.C. (2011). Recovery. In C. Brown, & V.C. Stoffel (Eds.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (pp. 3-15). Philadelphia, PA: Davis.
- Synovec, C.E. (2015) Implementing recovery model principles as part of occupational therapy in inpatient psychiatric settings. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(1), 50-61.
- Wimpenny, K., Savin-Baden, M., & Cook, C. (2014). A qualitative research synthesis examining the effectiveness of interventions used by occupational therapists in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 77, 276-288.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptualizations of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Lloyd, C., & Williams, P.L. (2010). Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: A review of current practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17, 436-441.
- Mahaffey, L., & Holmquist, B. (2011). Hospital-based mental health care. In C. Brown, & V.C. Stoffel (Eds.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (pp. 582-591). Philadelphia, PA: Davis.
- Melton, J., Forsyth, K., & Metherall, A. (2008). Program redesign on the Model of Human Occupation: Inpatient services for people experiencing acute mental illness in the UK. *Occupational Therapy in Health Care*, 22, 37-50.
- Parkinson, S., Chester, A., Cratchley, S., & Rowbottom, J. (2008). Application of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST Assessment) in an acute psychiatric setting. *Occupational Therapy in Health Care*, 22, 63-75.
- Perruzza, N., & Kinsella, E.A. (2010). Creative arts occupations in therapeutic practice: A review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 261-268.

נספח 1

שאלון לבדיקת ידע קיים על שירותי ריפוי בעיסוק במחלקה פסיכיאטרית אקוטית מבוגרים

מה אני יודע כיום על הקשר בין השתתפות בריפוי בעיסוק ומעורבות בקהילה לאחר האשפוז?

מה אני יודע על תפקידי הריפוי בעיסוק במהלך האשפוז?

מה אני יודע על מטרות הטיפול בקבוצות בריפוי בעיסוק?

מה אני יודע על תפקיד הריפוי בעיסוק בתהליך הליווי בשיקום?

כיצד זה ישפיע לדעתך על העבודה השוטפת במחלקה?
