

התכנית הלאומית למניעת התאבדות

סיכום והמלצות לתכנית לאומית למניעת התאבדות



משרד הבריאות | משרד החינוך | משרד הרווחה | משרד הכלכלה
המשרד לקליטת עלייה | המשרד לאזרחים ותיקים



www.ashalim.org.il

כל הכתוב בחוברת זו בלשון זכר או בלשון נקבה מכון לשני המינים כאחד

תוכן העניינים

5	הקדמה
7	פתח דבר
9	תקציר מנהלים
11	מבוא
	פרק ראשון:
13	המתווה לתכנית לאומית למניעת התאבדות
	פרק שני:
19	אסטרטגיה ניהולית, היערכות ארגונית וכוח־אדם
	פרק שלישי:
23	משרדי ממשלה וארגונים שותפים בתכנית
	פרק רביעי:
31	הערכות תקציביות ומדדי ביצוע
	פרק חמישי:
43	הצעה לתהליך יישום ארצי של התכנית
	פרק שישי:
49	הערות והמלצות כלליות לתכנית הלאומית למניעת התאבדות

הקדמה

המלצות התכנית הלאומית הן פרי עבודה מאומצת בארבע השנים האחרונות. לעבודה שותפים רבים: משרדי ממשלה, ארגונים ציבוריים, אנשי מקצוע ומומחים. העבודה שקדמה לכתיבת ההמלצות כללה תהליך למידה יסודי ומעמיק, ביצוע מחקרים, פיתוח תכניות והתאמת תכניות לתרבות ולצרכים של מדינת ישראל, וכן ביצוע פיילוט בשלושה יישובים תוך הערכה מקצועית. לסיכום הפיילוט יוגשו ארבעה מסמכים:

1. קובץ מחקרים בנושא התאבדות שנעשו במהלך הפיילוט וסקירות ספרות רלוונטיות לתכנית הלאומית.
2. מסמך מסכם המתאר את כל הפעולות שנעשו לקראת ובמהלך הפיילוט.
3. מחקר הערכה לפיילוט.
4. סיכום והמלצות לתכנית לאומית.

חוברת זו מתארת את ההמלצות העיקריות לתכנית לאומית. יחד עם זאת, אין ההמלצות כוללות את כל מרכיבי התכנית הלאומית העתידית. יש עדיין מקום לפתח תכניות חדשות, לבחון את התכניות המומלצות כאן, לגייס שותפים נוספים ולבחון חקיקה ורגולציה.

בברכה,

ימימה גולדברג - הפסיכולוגית הארצית, ממונה על תכנית מניעת התאבדות, משרד הבריאות
איציק זהבי - מ"מ מנכ"ל אשלים, ג'וינט ישראל; ראש התכנית למניעת התאבדות מטעם הג'וינט
ליאור כרמל - מנהל התכנית הלאומית למניעת התאבדות

תודות:

לד"ר בועז לב, משנה למנכ"ל משרד הבריאות ויו"ר המנהלת - על ההובלה וקידום הנושא
לפרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות - על התמיכה והגיבוי לתכנית הלאומית למניעת התאבדות
למר ארנון מנטבר, מנכ"ל ג'וינט ישראל - על שאפשר הובלת נושא בלתי שגרתי זה על-ידי הג'וינט
לחברי הוועדה הבין-משרדית - על המעורבות, העצה והעזרה בהטמעת התכנית במשרדי הממשלה ובשאר הארגונים והעמותות

לרכזי התכנית בג'וינט ישראל - על הובלת התכנית, הנכונות והעזרה בפיתוחה
לצוותי המומחים - על הידע הרב והסיוע האקדמי והמחקרי שנתתם
לעובדי הפיילוט - על הנכונות ללמוד תכנית חדשה, ליישמה, ללמוד מטעויות ולהיות קשובים לצורכי האדם האבדני

לעובדי וראשי הרשויות רמלה, רחובות וכפר-כנא - על שיתוף הפעולה והאומץ להפעיל את התכנית ביישוביכם
להנהלות ולעובדים בבתי-החולים באר-יעקב ונס-ציונה, בית-החולים קפלן, בית-החולים אסף הרופא, בית-החולים העמק - על היותכם שותפים הלומדים ומיישמים את הפיילוט הלכה למעשה
לעמותות סהר, ער"ן, בשביל החיים - על השירותים שפיתחתם במהלך הפיילוט, על התמיכה הציבורית בתכנית, ועל היותכם שותפים נאמנים לאורך כל הדרך
לצה"ל, לשב"ס, למשטרת ישראל ולסוכנות היהודית - על נכונותכם להיות שותפים ולשתף במידע, ועל הטמעת התכנית בארגונכם.

פתח דבר

ארגון הג'וינט הנכנס לשנת ה-100 לפעילותו, עוסק מאז הקמתו בתמיכה, סיוע וחיזוק אוכלוסיות מוחלשות: זקנים, ילדים ונוער בסיכון, עולים חדשים, נכים אנשים עם צרכים מיוחדים ללא הבדל דת - יהודים, ערבים דתיים חרדים וחילוניים ומכל רבדי החברה בישראל. הג'וינט פועל בשיתוף עם ממשלת ישראל, הרשויות המקומיות, ארגונים, גופים ועמותות בכל הארץ. ג'וינט ישראל יוזם, מתכנן, מפתח ומקדם פיתוח שירותים חברתיים, ויצירת תכניות ומודלים חדשניים לקהלי היעד שאיתם ולמענם הארגון פועל.

במסגרת פעילותו של ג'וינט ישראל השתתפו נציגיו בוועדה הבין-משרדית שעסקה במניעת מקרי ההתאבדות בישראל ובפיתוח הפיילוט של התכנית הלאומית למניעת התאבדויות.

ההתאבדות היא תופעה מורכבת, קשה ועמוסת רגשות והתגייסות הג'וינט לנושא הייתה יוצאת דופן, שכן עד לשלב זה הארגון נמנע מלעסוק בנושא. בעקבות פנייתו של מנכ"ל משרד הבריאות חבר הג'וינט אל הצוות המקצועי במשרד הבריאות, בראשותם של המשנה למנכ"ל ד"ר בועז לב והפסיכולוגית הארצית ימימה גולדברג, ואל חברי הוועדה הבין-משרדית, להתמודד ביחד עם האתגר החשוב של צמצום התופעה בישראל.

הצוות המקצועי של ג'וינט ישראל פיתח תוך זמן קצר תכנית פיילוט שפעלה ברמה הארצית מול השירותים הממשלתיים הרלוונטיים ובישובים רחובות רמלה וכפר כנא. בשלושת הישובים פעלה התכנית עם שלוש קבוצות שונות מקרב תושביהם: עולים, בני נוער וקשישים. הבחירה להתמקד בקבוצות אלה נעשתה בהלימה עם שלושת האגפים המקצועיים בג'וינט ישראל הפועלים עם האוכלוסיות האלה: אשל הפועלת למען הזקנים, שילוב עולים הפועל עם עולים ואשלים הפועלת למען ילדים ונוער בסיכון. בכך, ניתן היה לנצל את היתרון היחסי בעבודה עם האוכלוסיות הללו, תוך בחינת המודלים, ההכשרות והתכניות השונות לקבוצות השונות בחברה.

העבודה על התכנית הייתה ממוקדת ונמשכה זמן קצר באופן יחסי למורכבות התופעה. במהלך העבודה הופעלו ועדות משנה וצוותים מקצועיים, שעסקו בניתוח התופעה ובגיבוש דרכים חדשות להתמודדות איתה. בכל הצוותים למדו מהנעשה בארצות שונות בעולם והובא ידע מהשטח, מהאקדמיה, מהמחקר ומהניסיון של אנשי מקצוע רבים. הפעלת המערך כולו דרשה מחויבות, אחריות ומקצועיות שהתאפשרו בזכות אנשי מקצוע רבים מדיסציפלינות שונות, שהתגייסו לקידום הנושא, בראשותו של ליאור כרמל שריכז וניהל את תכנית הפיילוט.

הסיכומים, ההערכות, המסקנות וההמלצות הנכללים בערכה זו מבוססים על עבודה מעמיקה ורחבת היקף של צוות התכנית. מיטב החוקרים, המומחים, עובדים במשרדי הממשלה ובארגונים השונים שתרמו רבות לתכנית. עשייה זו מהווה בסיס ותשתית לתכנית לאומית כוללת, שתתרחב ותותאם לכל החברה הישראלית על קבוצותיה וגוניה, אשר תובל על ידי ממשלת ישראל.

בכך תמה אך לא נשלמה מלאכתנו. נמשיך גם בעתיד לפעול יחד בעשייה חברתית בישראל.

איציק זהבי
מ"מ מנכ"ל אשלים
ג'וינט ישראל

תקציר מנהלים

מבוא

התאבדות אפשר וצריך למנוע! במקומות (בארץ ובעולם) שבהם גורם ממשלתי או מקצועי קיבל אחריות להתמודדות עם התופעה ופעל בצורה יזומה (פרואקטיבית), מערכתית, שיטתית ולאורך זמן - שיעור המתאבדים הצטמצם.

בכל שנה נרשמים בישראל למעלה מ-400 מקרים של בני-אדם שנפטרו בעקבות התאבדות, אולם המספר המדויק של המתאבדים בשנה גבוה בכ-20% (480 איש). בנוסף, בכל שנה מגיעים לחדרי-המיון מעל 5,000 בני-אדם עקב ניסיון התאבדות ופגיעה עצמית.

במהלך השנים 2008-2011 התקיימו שני פיילוטס במקביל: פיילוט ראשון - הפעלת תכניות למניעת התאבדות בתכלול ג'וינט ישראל, משרד הבריאות ומשרדי ממשלה נוספים. פיילוט שני - הפעלת תכנית תמיכה בבני משפחה שיקריהם התאבדו - בהובלת משרד הרווחה והשירותים החברתיים, ובשיתוף משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, הקואליציה הישראלית לטראומה ועמותת "בשביל החיים". עיקרי התכנית הלאומית מבוססים על תוצאות שני הפיילוטס.

מטרת התכנית

1. צמצום מספר מקרי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות בישראל
 2. סיוע למשפחות שיקריהן התאבדו
- התכנית הלאומית למניעת התאבדות מצביעה על עיקרי הדברים שצריך לעשות כדי להשיג מטרה זו.

עיקרי התכנית

1. ההתנהגות האָבְדָנִית היא התנהגות נדירה בכלל האוכלוסייה, ולכן מתמקדת התכנית הלאומית באוכלוסיות בהן נמצאו שיעורי התאבדות הגבוהים מהממוצע הארצי.
2. התכנית נעזרת במערכות ארגוניות בהן יש גורמים מקצועיים היכולים לעשות איתור ראשוני, הערכת מסוכנות והפניה לגורמים טיפוליים מתאימים.
3. האדם האָבְדָנִי נמנע, לעתים קרובות, מלפנות ולקבל עזרה וטיפול. לכן, מונחת הִזְקָה לכך שיקבל טיפול בפתחם של גורמים שונים בסביבתו.
4. כחלק מתפיסה זו, תיעשה פעילות יזומה להעמקת יכולת האיתור של אנשים הנמצאים בסיכון להתאבדות בכלל ובקרב אוכלוסיות בסיכון להתאבדות בפרט.
הפעילות תכלול:
 - הגדלת המודעות הציבורית לתופעה ולדרכים לצמצומה.
 - הכשרת "שומרי-סף" (לדוגמה: מורים, מדריכים) וגורמים מקצועיים (לדוגמה: רופאים, פסיכולוגים ועו"ס) הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם הפרט שבסיכון להתאבדות.
 - שימוש בכלי איתור יזומים (כגון שאלונים וחיפוש תכנים באינטרנט המבטאים מחשבות אָבְדָנִיות).
5. כל המשרדים הרלוונטיים (בריאות, חינוך, רווחה, קליטה, ביטחון הפנים, תמ"ת, אזרחים ותיקים והביטוח הלאומי) יקחו אחריות להשגת המטרה.
6. הגברת זמינותם של גורמי בריאות-הנפש לביצוע התייעצויות עם גורמים קהילתיים ולאבחון מסוכנות אָבְדָנִית וטיפול מתאים באנשים שאובחנו כמסוכנים לעצמם.
7. ייעוץ פעולות להבטחת הרצף הטיפולי. כלומר, להבטיח שהאדם בסיכון להתאבדות אכן יגיע לאבחון מקצועי, ובעקבותיו יקבל טיפול מתאים ויתמיד בו.
8. יפותחו תשתיות תומכות בתכנית:
 - מערכות מידע (כולל מסד נתונים עדכני)
 - מערכת ארגונית/ניהולית
9. תהליך ההטמעה הארצי של התכנית יימשך שש שנים.

- בכל שנה תורחב התכנית לאזורים נוספים בהם מתגוררים מיליון תושבים בקירוב.
בכל שנה יגדל התקציב בהתאמה יחסית לתוספת האוכלוסייה בתכנית.
10. התקציב השנתי הכולל הנדרש להפעלת התכנית באופן מלא ומיטבי עומד על כ-39 מיליון ₪.
בשנה הראשונה יעמוד התקציב על כ-8-9 מיליון ₪.
תקציב התכנית יוצג בהמשך:
- א. לפי אסטרטגיות מניעה שנמצאו יעילות
 - ב. בחלוקה להשתתפות המשרדים השותפים בכל אסטרטגיה
 - ג. לפי קצב יישום התכנית במהלך השנים 2013-2018
11. המסמך שלהלן מכיל שישה פרקים:
- פרק ראשון: המתווה לתכנית לאומית למניעת התאבדות
 - פרק שני: אסטרטגיה ניהולית, היערכות ארגונית וכוח־אדם
 - פרק שלישי: משרדי ממשלה וארגונים שותפים בתכנית
 - פרק רביעי: הערכות תקציביות ומדדי ביצוע
 - פרק חמישי: הצעה לתהליך יישום ארצי של התכנית
 - פרק שישי: הערות והמלצות כלליות לתכנית

במהלך השנים 2008-2012 קיימו משרד הבריאות וג'וינט ישראל, בשותפות עם משרדי ממשלה נוספים ובהתאם להחלטות הוועדה הבין-משרדית למניעת התאבדות, פיילוט לתכנית לאומית למניעת התאבדות. עיקר הפיילוט נסב סביב שלושה תחומים עיקריים:

1. יישום אסטרטגיות למניעת התאבדות
2. הבטחת הרצף הטיפולי למי שנמצא בסכנת התאבדות
3. ניהול כולל של כל המערכות והגופים השותפים באזורי הפיילוט

עבודת המטה טרם התחלת הפיילוט כללה עבודה משותפת של כל משרדי הממשלה, בפיתוח תכניות והתאמתן לתרבות ולצרכים של האוכלוסייה במדינת ישראל. בנוסף, צוותים אקדמיים סקרו את הספרות הרלוונטית בנושא מניעת התאבדות בארץ ובעולם.

לאחר ניתוח דמוגרפי, נבחרו היישובים הבאים כיישובי הפיילוט: רחובות, רמלה, כפר-כנא.

בנוסף לחוברת המלצות זו, ישנן שתי חוברות נוספות:

- חוברת ראשונה - חוברת המתעדת את תכנית הפיילוט. חוברת זו מפרטת את תוכן והגדרת האסטרטגיות, תכניות ההכשרה, התהליכים הארגוניים ועוד.
- חוברת שנייה - חוברת המרכזת את כל הסקירות הספרותיות, המחקרים והחומרים שנלמדו, נאספו ונבדקו בתכנית הפיילוט.

חוברות אלו הן חלק בלתי נפרד מחוברת המלצות זו.

פרק ראשון

המתווה לתכנית לאומית למניעת התאבדות

מבוא

בשנת 2009, 404 אזרחים ישראלים התאבדו¹:

5 היו מתחת לגיל 14

61 היו בגילאי 15-24

280 היו בגילאי 25-64

58 בגילאי 65 ומעלה

כמו כן, ניתן לציין, כי 120 מתוכם היו עולים חדשים ו-310 מכלל המתאבדים היו גברים. לשם השוואה, בשנת 2009 נהרגו בתאונות דרכים במדינת ישראל 352 אזרחים²

בעוד שמספר ההרוגים בתאונות דרכים מוגדר במדויק, הרי שבחינה לעומק של תיקי נפטרים מלמדת שמספר המתאבדים גבוה בכ-20% מהמדווח (בגלל סיבות תרבותיות, סטיגמטיות, כלכליות, משפטיות ודתיות המונעות דיווח מהימן ומלא). כלומר, בפועל היו בשנת 2009 כ-480 מתאבדים (המרכז לבקרת מחלות, משרד הבריאות, 2011). בכל שנה מדווחים על-ידי חדרי-המיון מעל 5000 מקרים של ניסיונות התאבדות, וגם כאן ההנחה היא שהדיווח של בתי-החולים מוטה מטה ביחס למספר הניסיונות שבוצעו בפועל בכל שנה.

מטרת המסמך

להציג מתווה לתכנית לאומית לצמצום מספר המתאבדים בישראל.

עיקרי התכנית מבוססים על נתונים ותובנות מארבע מקורות מידע עיקריים:

- פיילוט "התכנית הלאומית למניעת התאבדות" בוצע בהובלת משרד הבריאות וג'וינט ישראל בשותפות משרד החינוך, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, המשרד לקליטת העלייה, המשרד לאזרחים ותיקים, משרד התמ"ת, והרשויות המקומיות של רמלה, כפר-סנא ורחובות.
 - פיילוט "התכנית לסיוע לבני משפחה של מתאבדים ושורדי ניסיונות התאבדות" בוצע באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשותפות משרד הבריאות ועמותת "בשביל החיים" ובתי-החולים הכלליים בצפון הארץ.
 - תכניות למניעת התאבדות שנערכו בצה"ל, בסוכנות היהודית, בשב"ס ובמשרד החינוך.
 - עיקרי הידע המקצועי המעודכן מהארץ ומהעולם.
- עיקרי התכנית מבטאים הסכמה מקצועית של נציגי המשרדים הממשלתיים הרלוונטיים, ושל מיטב המומחים ונציגי ארגונים ועמותות שהיו שותפים לפיילוט ולדיונים המקצועיים המעמיקים שקדמו לו וליוו אותו.

עיקרי המרכיבים ההכרחיים בתכנית הלאומית למניעת התאבדות:

- א. השינוי הנדרש בתפיסת תופעת ההתאבדות והאחריות לצמצומה
- ב. יישום והטמעת האסטרטגיה הבסיסית של התכנית
- ג. האוכלוסיות שנבחרו, בשלב זה, להיות במוקד התכנית הלאומית למניעת התאבדות
- ד. איתור הנבדקים הספציפיים שעלולים להתאבד
- ה. הערכת מסוכנות, אבחון וטיפול
- ו. בניית מערך הרצף הטיפולי
- ז. פעילות להגברת מודעות הציבור והסברה

1 משרד הבריאות אגף מידע ומחשוב, נובמבר 2011

2 הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים, מגמות בבטיחות בדרכים בישראל, לוח 1.1, יוני 2010, עמ' 10.

- ח. פיתוח, שמירה והפצה של ידע
- ט. שירותים לבני משפחה שיקיריהם התאבדו
- י. צמצום נגישות לאמצעים קטלניים
- יא. הקמת גוף מרכזי ארצי לתכלולה וליישומה של תכנית לאומית למניעת התאבדות

עיקרי התכנית הלאומית למניעת התאבדות

1. השינוי הנדרש בתפיסת תופעת ההתאבדות והאחריות לצמצומה:

- א. בכל מקום בו גורם מקצועי לקח אחריות להתמודד עם התופעה (למשל: הסוכנות היהודית, צה"ל, פנימיות עליית הנוער במשרד החינוך, שב"ס) ופעל בצורה מערכתית, שיטתית ולאורך זמן - שיעור המתאבדים הצטמצם.³
- ב. התאבדות אפשר וצריך למנוע! זהו הממצא הבולט העולה מפיילוט התכנית הלאומית למניעת התאבדות. ביישובים רמלה, רחובות וכפר-כנא - בהם פעלה התכנית במשך כשנתיים - ירד מספר המתאבדים.⁴
- ג. התאבדות היא לרוב אירוע מתוכנן שיש בו מרכיבי התארגנות המלווה בהתנהגות המאפיינת את מרבית המתאבדים. ניתן להתערב בשלבי התחלת הופעת המחשבות האבדניות, ובתחילת ובמהלך התכנון, ועד ההכנות לביצוע.
- ד. בהנחה שניתן לזהות את מרכיבי ההתנהגות המאפיינים את האדם האבדני, ניתן ואפשר באמצעות אסטרטגיות איתור וטיפול להגיש סיוע לאדם האבדני ולמנוע התאבדות.
- ה. בני-אדם אבדניים זקוקים לטיפול שונה בהתאם לגיל, לתרבות ולשפה.
- ו. בדרך כלל, אדם הסובל מבעיה רפואית מגלה מוטיבציה לחפש ולקבל טיפול. לעומתו, האדם האבדני ומשפחתו נמנעים, לעתים קרובות, מלפנות ולקבל עזרה. ולכן, היזמה והסיוע לכך שיקבל טיפול מונחים לפתחם של גורמים שונים בסביבתו של האדם האבדני, והוא זקוק לתמיכה ולעידוד על-מנת להסכים לקבל טיפול ולהתמיד בו. יתר על כן, כל גורם צריך לפעול למימוש אחריותו, גם אם גורמים רלוונטיים אחרים מתעכבים במימוש חלקם בסיוע לפרט שבסיכון אבדני.
- ז. תכנית לאומית למניעת התאבדות כוללת, באופן מובנה, פעילות המצויה בתחום אחריותם של מספר משרדי ממשלה: בריאות, חינוך, רווחה, תמ"ת, קליטת העלייה, המשרד לאזרחים ותיקים וגורמים נוספים.⁵

2. האסטרטגיה הבסיסית של התכנית:

- א. התאבדות היא אירוע נדיר. לכן, האתגר הראשון הוא לאתר את מי שנמצא בסיכון להתאבדות. ניתן לעשות זאת על-ידי שתי אסטרטגיות:
 - מיקוד בתת-אוכלוסיות המצויות בסיכון להתאבדות והניתנות לאיתור במיקום ידוע. לדוגמה:
 - o מי שעשה ניסיון אבדני ואושפז (ניתן לאיתור בחדרי-המיון)
 - o עולים חדשים (ניתנים לאיתור במרכזי הקליטה)
 - o הסובלים מהפרעות נפשיות (ניתנים לאיתור במערכות בריאות-הנפש)
 - מיקוד במערכות המעניקות שירותים לאוכלוסיות שנמצאות בסיכון, ובהן יש גורמים מקצועיים היכולים לבצע איתור ראשוני והערכת מסוכנות. לדוגמה:
 - o מרפאות ראשוניות
 - o מערכת החינוך
 - o מערכות רווחה
- ב. האתגר השני הוא זיהוי הפרטים הנמצאים בסיכון-במיוחד מקרב האוכלוסיות בסיכון-אותם יש לאבחן באופן מקצועי. למי שאובחנו בצורה מקצועית כבעלי כוונות אבדניות יש להציע טיפול מתאים. יש לעקוב אחר התמדתם בטיפול.

אזרחי, עמ' 150, 2010	3
אזרחי, עמ' 16, 2012	4
אזרחי, עמ' 160, 2012	5

3. האוכלוסיות שייבחרו, בשלב זה, להיות במוקד התכנית הלאומית למניעת התאבדות:

- א. מי שביצע ניסיון התאבדות (הסיכון שיתאבד גדול פי שש מאשר באוכלוסייה הכללית).
- ב. מי שסובל מהפרעה פסיכיאטרית בכלל, ומדיכאון קליני בפרט (בכל גיל): על-פי נתוני משרד הבריאות, 28% מהמתאבדים אושפזו בעבר על רקע פסיכיאטרי⁶.
- ג. עולים חדשים⁷:
 - בעשור האחרון, שליש מההתאבדויות בישראל היו מקרב העולים.
 - שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל בקרב גברים עולי בריה"מ לשעבר (שעלו מ-1990 ואילך) הוא פי שניים בקירוב מישראלים ילידי הארץ ואחרים (ללא עולים).
 - שיעור ההתאבדות המתוקנן לגיל בקרב גברים עולי אתיופיה גבוה פי 3.8 בהשוואה לישראלים ילידי הארץ ואחרים.
- ד. אוכלוסיית בני המשפחה של מי שהתאבד.
- ה. אלכוהוליסטים וצרכני סמים (הסיכון שיתאבדו גדול פי 6 מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית).
- ו. שיעור הגברים הפרודים והגרומים המתאבדים גבוה פי 4-6 מגברים נשואים (אוכלוסייה שלא נבדקה לעומק במהלך הפיילוט).

בנוסף לאוכלוסיות הנ"ל, בחרה התכנית הלאומית להתמקד גם באוכלוסיית התלמידים במערכת החינוך ובבני-הנוער (בדגש על בני-נוער בסיכון) - למרות ששיעורי האבדנות בקרבם אינם חריגים. זאת, בגלל שאבדנות היא סיבת המוות השנייה (הראשונה: תאונות). זו גם האוכלוסייה שנמצאת במוקד הטיפול בכל תכניות המניעה המתבצעות כיום בעולם.

מתוך אוכלוסיית הצעירים, מומלץ להתמקד באיתור קבוצות שבקרבן שיעור המתאבדים גבוה יותר מכלל הנוער:

- א. הסובלים מהפרעות אישיות (בסיכון של פי 2.9 ביחס לאוכלוסייה הכללית)
- ב. מי שבן משפחה שלו התאבד (פי 2-6 מיתר אוכלוסיית הצעירים)
- ג. מי שדחוי חברתית
- ד. מי שיש לו בעיות בזהותו המינית (התנהגות אבדנית הגדולה פי 2-6 מיתר אוכלוסיית הצעירים)
- ה. נפגעי תקיפה מינית
- ו. חולים במחלות כרוניות וקשות
- ז. אנורקטים (פי 8 מהאוכלוסייה הכללית)

4. איתור הנבדקים המועדים שעלולים לבצע התאבדות:

- האיתור אינו קל. אמירה מפי קשיש שאין טעם לחייו, או זו של צעיר "שנמאס לו מהחיים האלה", אינה הופכת אותם אוטומטית למועמדים להתנהגות אבדנית.
- האיתור היעיל נשען על פעילותן של שתי קבוצות:
- "שומרי-סף" מקרב כלל האוכלוסייה.
 - "שומרי-סף" מקצועיים מתחום הרפואה, הפרא-רפואה, מדעי ההתנהגות והייעוץ.

איתור על-ידי "שומרי-סף"

"שומרי-סף" - הם דמויות בעלות יכולת השפעה נקודתית או מתמשכת על האדם האבדני (קרובי משפחה; חברים; דמויות סמכות כמו הורה, מורה ומפקד; אנשי רווחה, חינוך וטיפול; מתנדבים שונים; מטפלים בבתי-אבות וכדומה), אשר ביכולתן לבצע בירור (אישי, משפחתי וחברתי) על מצבו של הזולת שבמצוקה, והיכולות גם להוות מקור תמיכה.

איתור על-ידי "שומרי-סף" מקצועיים:

- עובדי מרפאות ורופאים ראשוניים בקופות-החולים
- עובדי בתי-חולים ורופאים בחדרי-המיון
- יועצות חינוכיות
- עובדי המחלקות לשירותים חברתיים
- עובדים במערכות רווחה בקהילה ובדיוור חוץ-בית
- עובדי עזרה ראשונה נפשית בטלפון ובאינטרנט

6 משרד הבריאות אגף מידע ומחשוב, נובמבר 2011

7 משרד הבריאות אגף מידע ומחשוב, נובמבר 2011

הפעולות הנדרשות לפיתוח "שומרי-סף"⁸:

- הכשרה כיצד לאתר ולסייע למי שנמצא בסיכון אָבדני
- תמיכה באבחון מידת הסיכון ודחיפות ההפניה לגורם מקצועי
- מתן כתובת של גורם מקצועי להפניה מהירה של נבדקים בסיכון מוחשי

מרכיבי הכשרתם של "שומרי-סף" ושל הגורמים המקצועיים:

- היכרות עם התופעה ולמידה שהיא ניתנת למניעה.
- היכרות עם עקרונות האיתור הראשוני, ופיתוח היכולת הבסיסית לאבחון בין פרטים בעלי פוטנציאל אָבדני הנמצאים במצוקה אישית ובין פרטים שההתבטאויות האָבדניות שלהם הן "שטחיות".
- כתובת להתייעצות בלו"ז מהיר - לסייע באבחון מידת הסיכון ודחיפות ההפניה לגורם בריאות-הנפש.
- בעקבות הכשרתם של גורמים מקצועיים בפילוט שבוצע ברמלה וברחובות, גדלו באופן משמעותי מספר המופנים למרפאות בריאות-הנפש על רקע חשש להתנהגות אָבדנית.

איתור יזום:

- א. שאלונים:
- שאלוני PHQ-9 נמצאו יעילים באיתור זקנים במצב דיכאון. לכן, מומלץ להעבירם בקופות-החולים, בלשכות הרווחה, על-ידי מערכי הביטוח הלאומי, ובאמצעות עובדים סוציאליים.
 - איתור יזום בבתי-הספר בשיטת "מקרי חירום" של תלמידים הנמצאים במצוקה נפשית.
- ב. חיפוש אחר התבטאויות בעלות תוכן אָבדני באינטרנט (רשתות חברתיות, פורומים, בלוגים).
- ג. פעולות הסברה לשימוש בקווים חמים ובאינטרנט לקבלת תמיכה לאוכלוסיות במצוקה נפשית ול"שומרי-סף".
- בנוסף, שירות חדש שהוכיח עצמו במהלך פילוט התכנית: פנייה טלפונית יזומה לזקנים בדיכאון או לאלה שקיים לגביהם חשש להתאבדות, או שאינם נגישים לטיפול ופעילות חברתית קבועה. הם זוכים לשיחת טלפון שבועית או דו-שבועית ממתנדב ער"ן למשך חצי שעה, לתקופה הנעה בין שלושה חודשים לחצי שנה. פעילות זו הביאה לשיפור בתחושות הדיכאון והמצוקה⁹.

5. הערכת מסוכנות, אבחון וטיפול:

- א. **הערכה ראשונית של מסוכנות:**
- הערכה ראשונית של מסוכנות אָבדנית ניתנת לביצוע על-ידי מי שהוכשר לכך גם מקרב גורמים שאינם גורמי בריאות-הנפש. למשל: פסיכולוגים חינוכיים, רופאים כלליים ועובדים סוציאליים, תוך זמינות להתייעצות עם גורמי בריאות-הנפש.
- פסיכולוגים חינוכיים רשאים יהיו להתחיל בטיפול קצר-מועד במי שנמצא שהוא נתון במצוקה נפשית/ בדיכאון/בחשש מועט לאָבדנות שאינה מצריכה הפניה לבריאות-הנפש.
- ב. **אבחון על-ידי מומחי בריאות-הנפש:**
- הערכת סיכון על-ידי איש מקצוע מבריאות-הנפש יעילה באיתור גורמי סיכון וזיהוי מצבי משבר של האדם המופנה. ולכן, כל איתור ראשוני של פרט בסיכון אָבדני שנעשה על-ידי שומר-סף צריך להיות מנותב במהירות לאבחון מעמיק של מומחה בריאות-הנפש. בעקבות אבחון זה יוחלט אם הנבדק יועבר לטיפול.
- ג. **טיפול במערך בריאות-הנפש:**
- הרחבת זמינותם של מטפלי בריאות-הנפש - כל אדם שנמצא לגביו חשש בסבירות גבוהה להתאבדות, אך לא מיידית, יופנה על-ידי המרפאות הראשוניות, השירות הפסיכולוגי החינוכי או גורמי הרווחה למרפאת בריאות-הנפש, ותוך 72 שעות יאובחן ויקבל טיפול ותכנית טיפול בהתאם למצבו.
 - הטיפול במערך בריאות-הנפש כולל טיפול נפשי ותרופתי; טיפול להקלת תחושות חרדה, בדידות ומצוקה; וטיפול לשיפור מנגנוני התמודדות ולריסון האימפולסיביות.
 - לאור קושיים של מטופלים להתמיד בטיפול, אנו ממליצים להעמיק את ההכשרות של גורמי הטיפול בטיפול קצר-מועד כגון CBT, IPT וכו'.
 - קשר אישי וברית טיפולית יציבה עם החולה האָבדני ועם קרוביו ומכריו היא גורם חשוב ביותר בטיפול באדם האָבדני.

8 אזרחי, עמ' 56, 2012

9 אפטר, עמ' 46, 49, אזרחי, 2012

- השגחה וסביבה טיפולית בטוחה היא חלק חשוב בטיפול בחולה אָבדני פעיל, כולל הדרכת בני משפחה בהיבטים אלו.

6. מניעת נגישות לאמצעים קטלניים:

- א. מניעת נגישות לאמצעים קטלניים נמצאה במקומות רבים בעולם כיעילה במניעת התאבדויות.
- ב. הדבר מחייב תשומת לב מיוחדת במערכות ארגוניות שבהן קיימת זמינות גבוהה לנשק (כגון צבא וחברות שמירה), וכן ניטור "נקודות חמות".

7. בניית מערך הרצף הטיפולי:

- א. רוב הפרטים הנמצאים בסיכון אָבדני אינם נוטים לשתף פעולה עם גורמים בסביבתם, ואינם לוקחים אחריות פעילה לשמירה על בריאותם (זה חלק מרכזי מפרופיל הסיכון שלהם). לכן, יש חשיבות רבה שהעברה בין הגורמים השונים (חברים, משפחה, רופאים ראשוניים, עובדי חינוך ורווחה) לאבחון במערכת בריאות-הנפש תיעשה תוך פעולה אקטיבית לשמירה על הרצף הטיפולי.
- ב. תכניות ההתערבות לטיפול בדיכאון בכלל ובמצב אָבדני בפרט, אשר בהן פעל מתאם טיפול ודאג לעקוב אחר המטופלים אשר לא הגיעו לפגישות או ששכחו לקחת מרשמים חדשים, נמצאו כאפקטיביות ביותר.
- ג. על התכנית הלאומית למניעת התאבדות לכלול פונקציה של מתאמי טיפול בפריסה ארצית - במרפאות בריאות-הנפש, בבתי-החולים הכלליים, בקופות-החולים, בבתי-ספר ובמחלקות לשירותים חברתיים (כמפורט בפרק הארגוני).
- ד. Reaching Out - במקרה של מטופל שלאחר הפניה מחדר-המיון לא מגיע לטיפול או למרפאה לבריאות-הנפש באחריות המטפל או גורם אחר במרפאה לבריאות-הנפש לנסות שלוש פעמים ליצור עמו קשר טלפוני ולהניע אותו להגיע למרפאה ו/או לטיפול (במקרה של קטין: יש ליצור קשר עם ההורים, ובמידת הצורך להודיע לפקיד סעד).
- ה. קו יזום של ער"ן לסרבני טיפול - 50% מהמטופלים שהופנו מחדר-המיון למרפאות בריאות-הנפש לאחר ניסיון אָבדני מסרבים בתוקף להגיע למרפאה לבריאות-הנפש. במקרים אלו, אנו ממליצים לפתח שירותים של יצירת קשר טלפוני יזום עם סרבן הטיפול על-ידי מתנדבי ער"ן. הקשר יכלול סדרה של עד שש שיחות טלפון. כל שיחה תיארך כחצי שעה, במטרה להניע את האדם להגיע להמשך טיפול במרפאת בריאות-הנפש.
- ו. היה והתרחשה התאבדות - סיוע נפשי לבני המשפחה השאירים - נדרש הן להקטנת הסיכון להישנות התאבדות באותה משפחה, והן להקלת מצוקת הנפש של בני המשפחה.

8. פעילות להגברת מודעות הציבור והסברה:

- א. בעבר, בעידן כלי התקשורת-ההמוניים החד-כיווניים (טלוויזיה, רדיו, עיתון) היו עדויות על מקרי התאבדות שהתרחשו בעקבות האדרה ורומנטיזציה בתקשורת של מקרי התאבדות. סיקור ואופן דיווח בלתי אחראיים הביאו לעתים למקבץ מקרי התאבדות.
- ב. נתונים אלו דורשים בדיקה מחדש לנוכח התפשטותם של אמצעי תקשורת דו-כיווניים הזמינים תמיד (רשתות חברתיות, פורומים, טלפונים סלולריים):
 - מצד אחד, לא מתאפשרת בהם עריכת תוכן חיצונית משמעותית.
 - מצד שני, מתאפשרת בהם השגת מערכת התייחסות ותמיכה העשויה לצמצם את תחושות הבדידות והמצוקה הנפשית שחשים פרטים במצוקה, ולהקטין את הסיכון שתחושות אלה יובילו להתנהגות אָבדנית.
- ג. כפי שנמסר לעיל, נוצר "מעגל סגור" בין עמדת החולה שלא להצהיר בפומבי על מצבו הדיכאוני ועל המחשבות האָבדניות שלו, ובין עמדת הקרובים לו שמפחדים מעיסוק בנושא האָבדני ותוצאותיו האישיות והסטיגמטיות. רק פעילות מתוכננת בתקשורת יכולה לפרוץ מעגל זה, וכמו כן:
 - להפחית את הסטיגמה הקיימת ביחס לבעיות נפשיות ומחלות נפש.
 - לערער על התפיסה המקובלת, לפיה מעשי ההתאבדות הם בלתי נמנעים ומהווים פתרון קל לבעיות חיים.
 - להגביר הפניה לקבלת עזרה.
 - לשפר את ההבנה בדבר גורמי הסיכון להתאבדות.
 - להניע "שומרי-סף" לפעולה.
 - לשפר את זיהוי הנמצאים בסיכון להתאבדות.

- ד. ההסברה תיעשה באמצעות קמפיינים רחבים להעלאת המודעות, ותכיל מספר כיווני פרסום והפצה של מסרים נוגדי התאבדות ומאפשרי סיוע. ההסברה תיעשה באמצעות כרזות (פוסטרים) המדגישות את מסריו המרכזיים של הקמפיין; סרטונים קצרים שיופצו בבת-הקולנוע, במדיה הטלוויזיונית ובאינטרנט; ועלוני-הסברה (פליירים) שיוצבו בבת-החולים, בקופות-החולים, בבת-המרקחת, בבת-הספר, במרכזים הקהילתיים, וכו'.
- ה. על פעילות ההסברה להיות מותאמת תרבות ושפה לקבוצות הנמצאות בסיכון התאבדות. לדוגמה: ההצגה על אֶבדנות בקהילה האתיופית הוכיחה את עצמה כמחוללת-שיח משמעותי בקרב הקהילה ובקרב גורמים מקצועיים הנמצאים עמה באינטראקציה.
- ו. בנוסף, יש צורך בצוות תגובות מקצועי שיוכל להגיב במהירות ובמקצועיות לאירועים אֶבדניים שעוררו תשומת-לב תקשורתית, ובמידת האפשר, למנף אותם למטרות התכנית.

9. המשך פיתוח הידע:

- סיכום הידע העדכני בנושא תופעת ההתאבדויות מצביע על גבולות הידע הנוכחי שלנו על אודותיה. לפיכך, תכנית להתמודדות מעשית עם התופעה צריכה לכלול מנגנונים להמשך צבירת ידע בנושא מהניסיון ומהמחקר בארץ ובעולם. אנחנו מציעים את המנגנונים הבאים:
- א. טיוב מתמשך של נתוני אֶבדנות בישראל.
- ב. ביצוע תחקירי עומק למקרי התאבדותם של פרטים שהשתייכו לקבוצות סיכון שונות.
- ג. מעקב אקדמי על כל התכניות למניעת התאבדות המופעלות בעולם, תוך חיפוש פעילויות שיוכחו כמוצלחות.
- ד. פיתוח תכניות נוספות.
- ה. ניתוח עלות-תועלת של תכניות שונות.
- ו. אימוץ טכנולוגיות רלוונטיות.

10. שירותים לבני משפחה שיקריהן התאבדו:

- א. הפעלת גוף לאיתור, אבחון והפניה של בני משפחה שיקריהן התאבדו.
- ב. הפניית בני משפחה למערך קבוצות תמיכה טיפוליות.
- ג. פניית בני משפחה לטיפול בתחנות לטיפול משפחתי.
- ד. הפניית בני משפחה עם נטיות אֶבדניות לטיפול בריאות-הנפש.

11. הקמת גוף מרכזי ארצי לתכלולה וליישומה של תכנית לאומית למניעת התאבדויות:

- לצורך יישום התכנית, על כל מרכיביה המתוארים לעיל, יש להקים גוף מרכזי ארצי אשר תפקידיו יהיו:
- א. הצבת יעדים לצמצום מספר המתאבדים מקרב אוכלוסיות שונות ומעקב אחר השגתם, כולל הגשת דו"ח שנתי לממשלה ולכנסת.
- ב. הבאת גורמים שונים לפעילות משותפת ומתכללת במטרה לצמצם את מספר המתאבדים.
- ג. פיתוח תכנית עבודה שנתית ורב-שנתית להטמעה ולפיקוח על הביצוע.
- ד. אחריות להקצאת תקציב בהתאם למיקודו בהשגת התפוקות שיוגדרו לכל גורם מתוקצב.
- ה. הגדרת התכלולה (תכנים ושיטות) של הכשרות שומרי-סף שונים ופיקוח על ביצוע השתלמויות בהתאם.
- ו. עיצוב ומימון פעולות הסברה ארציות.
- ז. בניית מערכת לשמירה על רצף טיפולי (כולל בין גורמים מקצועיים שונים) ולזמינות האפשרויות לאבחון ולטיפול נפשי ובקרה על תפקודה.
- ח. ייזום שירותים ותכניות רלוונטיים לאוכלוסיות שבסיכון.
- ט. פיתוח כל ה"ל" בהתחשב באספקטים תרבותיים, חברתיים ואתניים.
- י. ניהול הפעולות לפיתוח הידע (אפידמיולוגיה, תחקור אירועים, ופיתוח והטמעת ידע מקצועי מהארץ ומחו"ל).

פרק שני

אסטרטגיה ניהולית, הערכות ארגוניות וכוח אדם

מבוא

הפיילוט של התכנית הלאומית למניעת התאבדות המחיש היטב מספר נקודות:

- נחוץ כיום גורם ממשלתי שרואה את תפקידו ואחריותו בצמצום מספר המתאבדים בישראל (בדומה לרשות למלחמה בסמים או לרשות לבטיחות בדרכים).
- הפעולות הנדרשות לצמצום מספר ניסיונות ההתאבדות ומקרי ההתאבדות מחייבות פעילויות שנעשות באחריות משרדים שונים, בארגונים בעלי אופי שונה (כגון בתי-חולים, מרפאות ראשוניות, בתי-ספר), תוך הפעלה של בעלי מקצוע מסוגים שונים (כגון עובדי בריאות-הנפש, יועצות, פסיכולוגים חינוכיים, עובדי רווחה). לשם כך, יש צורך בתיאום ובתכלול שייעשו הן ברמת המשרדים הממשלתיים והן ברמת השטח.
- יש פעילות שהיא ברמת קביעת מדיניות ואסטרטגיה ויש פעילות של יישום מעשי.
- יש צורך בניהול אקטיבי של הפגשת האדם שבסיכון אבדני עם גורמי התמיכה, האבחון והטיפול בו (case management) ויצירת רצף טיפולי.

הצעה לאסטרטגיה ניהולית/ארגונית וקבלת אחריות והחלטות

- כל משרד שותף ימנה בעל תפקיד בכיר כאחראי למניעת התאבדות מטעם המשרד.
- נציגים אלו, בנוסף לנציגי ארגוני המגזר השלישי המתמקדים במניעת התאבדות ולבעלי מקצוע בכירים המתמחים בתחום האבדנות, ישמשו כוועדה מייעצת למשרד הבריאות לעיצוב מדיניות של מניעת התאבדות וישתתפו בבקרה על מימושה (בדומה לתפקיד הוועדה הבין-משרדית).
- הרמה התפעולית-מעשית תתבצע באחריותה של יחידה ברמת אגף שתוקם במשרד הבריאות, אשר תהיה כפופה למשנה למנכ"ל ו/או לראש מנהל רפואה במשרד הבריאות.
- במידת הצורך, תוקם ועדת היגוי ברשויות המקומיות אשר יהיו בה חברים נציגי ממשלה מהאזור, נציגי הרשות המקומית, נציגי קופות-החולים וגורמים קהילתיים רלוונטיים.

המדיניות של מניעת התאבדות צריכה לכלול את המרכיבים הבאים:

- הצבת יעדים לצמצום מספר המתאבדים מקרב אוכלוסיות שונות ומעקב אחר השגתם.
- אחריות למתווה להקצאת תקציב בהתאם למיקודו בהשגת התפוקות שיוגדרו לכל גורם מתוקצב ומממן (משרדים, ארגונים, עמותות וכו).
- אישור תכניות העבודה של היחידה למניעת התאבדות.
- עידוד מדיניות של שיתוף פעולה בין-משרדי וסיוע בפתרון מחלוקות.

1. הגורם האחראי ליישום התכנית הלאומית למניעת התאבדות תהיה יחידה ברמת אגף במשרד הבריאות:

- א. כדי לגרום לכך שכל הגורמים הרלוונטיים אכן יופעלו בצורה מתואמת ומתוכללת להשגת המטרה, יש להקים פונקציה ארגונית (להלן: "יחידה") אשר תישא באחריות ברמה הלאומית.
- ב. היחידה תהיה כפופה למשנה למנכ"ל ו/או לראש מנהל רפואה במשרד הבריאות.
- ג. תפקידיה העיקריים של היחידה למניעת התאבדות:
 1. הגדרת התחולה (תכנים ושיטות) של האסטרטגיות למניעת התאבדות.
 2. פיתוח תכנית עבודה שנתית ורב-שנתית להטמעתן ופיקוח על ביצוען.
 3. בניית מערכת לשמירה על רצף טיפולי (כולל בין גורמים מקצועיים שונים) ולזמינות אפשרויות לאבחון ולטיפול נפשי ובקרה על תפקודה.
 4. ייזום של תכניות ושירותים רלוונטיים לאוכלוסיות שבסיכון.

5. עיצוב פעולות הסברה ברמה הארצית.
 6. פיתוח כל הנ"ל בהתחשב באספקטים תרבותיים, חברתיים ואתניים.
 7. ניהול הפעולות לפיתוח הידע (אפידמיולוגיה, תחקור אירועים ופיתוח והטמעת ידע מקצועי מהארץ ומחו"ל).
- ד. המענה הארגוני המינימלי לתפקידים הנ"ל ביחידה למניעת התאבדויות כולל את בעלי התפקידים הבאים:
1. מנהל היחידה - אקדמאי ממקצועות הבריאות או מדעי ההתנהגות, בעל ניסיון וכישורי ניהול.
 2. רכז אקדמי - אחראי על היבטי הכְּשָׁרוֹת, פיתוח הידע (ריכוז וטיוב נתונים אפידמיולוגיים, ריכוז נתוני תכניות מהעולם, קול קורא למחקרים וכו') והסברה.
 3. רכז תקצוב ובקרה - אחראי על הקצאת התקציב וניהולו, דאגה לתכניות עבודה ובקרה על מימושו ועמידה ביעדים.
 4. שלושה מנהלים אזוריים במשרות מלאות (0.5 משרה למחוז), אקדמאים בעלי ניסיון ניהולי מתחום מקצועות הבריאות או מדעי ההתנהגות (צפון, מרכז, דרום), לתיאום ותכלול הפעולות ברמת השטח ולבקרה על שמירת הרצף הטיפולי. כל מנהל יעבוד מול שני מחוזות של משרד הבריאות ומול המחלקות האזוריות של משרדי הממשלה והארגונים השותפים.
 5. תמיכה אדמיניסטרטיבית בתיאום האזורי.
 6. מזכירת היחידה.
 7. סה"כ תקנים - 8
 8. בנוסף, יועסקו ביחידה מספר יועצים מקצועיים במיקור חוץ.
- ה. למימוש ההצעה הנ"ל יש שתי חלופות:
1. עובדי מדינה בתקן
 2. מיקור חוץ
- ו. משמעויות להתארגנות מְיָדִית:
1. אם בוחרים בחלופת עובדי מדינה, יש לפעול מיד לאישור תקנים מול נציבות שירות המדינה והאוצר.
 2. אם בוחרים בחלופת מיקור החוץ, יש למנות באופן מְיָדִי את אותו גורם במשרד שיהיה אחראי על גורם החוץ המפעיל את התכנית. במקביל, יש להכין את המרכז לבחירת גורם זה.
 - ז. ימונה מתאם טיפול בכל אחד מהמוסדות/ארגונים המפנים מטופלים לאבחון וטיפול במערך בריאות-הנפש. תפקידו העיקרי של מתאם הטיפול הוא, לשכנע את המופנה (ולעתים גם את בני משפחתו) להגיע אל מרפאת בריאות-הנפש ולקבל אותו. מהניסיון שנצבר בפילוט, אפשר להעריך שמדובר בתוספת של מספר שעות חודשיות לכל מוסד (לפי מפתח כללי של 0.45 שעה לכל מופנה).
- 2. תפיסת ההפעלה של הפעילות למניעת התאבדות:**
- א. מרפאות בריאות-הנפש הן הציר המרכזי לכל תכנית למניעת התאבדות. הן המאבחנו את המופנים מגורמים מקצועיים בקהילה, והן המרכזות את הטיפול בפרטים שבסיכון להתאבדות (למעט אלו שמאושפזים בבית-חולים פסיכיאטרי).
 - ב. נובע מכך, שהבסיס לכל תכנית לאומית למניעת התאבדות הוא הפריסה הגיאוגרפית של מרפאות בריאות-הנפש, והגיוי לצפות שהן גם ייתנו את התמיכה המקצועית הנדרשת לגורמים המקצועיים בקהילה (עובדי משרד הבריאות, החינוך והרווחה).
 - ג. כפי שראינו בפרק התכנית, האסטרטגיה של התכנית הלאומית למניעת התאבדות כוללת שני מרכיבים:
 1. מיקוד בקבוצות אוכלוסייה בהן שיעור ההתאבדויות הוא יותר מפי שניים מהממוצע.
 2. מיקוד פעילות במקומות בהם קיימת הסתברות גבוהה יותר לאתר פרטים בסיכון להתאבדות (מתקני בריאות-הנפש, חדרי-מיון, מרפאות ראשוניות, מוסדות ואגפי רווחה, בתי-ספר, ריכוזי עולים וכו').
 - ד. בשני ההקשרים הנ"ל, מרכיב קריטי הוא הגדלת הזמינות (כולל הגיאוגרפית) של גורמי בריאות-הנפש להתייעצות (עם גורמים מקצועיים), לאבחון ולטיפול במקרים הדחופים.

- ה. יש קבוצות בסיכון להתאבדות שהתכנית מייצרת עבורם קשר ישיר למרפאות בריאות-הנפש. הגדולה מביניהן, היא זו של אלו שניסו להתאבד והגיעו לחדר-המיון. אלו יופנו מחדרי-המיון אל מרפאת בריאות-הנפש האזורית, ומתאם מקצועי יבטיח שההפניה תמומש. די בפעילות מול קבוצה זו (כ-5,000-6,000 מופנים בשנה) כדי להתחיל בפעילות כלל-ארצית (קיים חוזר מנהל רפואה בנושא, שאת יישומו יש להעמיק).
- ו. התכנית הלאומית מתמקדת באוכלוסיות בסיכון גבוה להתאבדות, ולכן יישומה בפועל מחייב פריסה גיאוגרפית למול מרפאות בריאות-הנפש הקיימות.
- ז. הרחבת התמיכה המקצועית באבחון ובטיפול בריאות-הנפש והגדלת זמינותם יגובשו עם האגף לבריאות-הנפש במשרד הבריאות.
- ח. בנוסף, צריך לזכור את חשיבות הטיפול התומך במשפחות שמישהו מיקיריהן התאבד. הסיוע הרגשי לבני משפחות אלה הוא באחריות משרד הרווחה והשירותים החברתיים. היחידה המתוכננת למניעת התאבדות תעביר לנציג תכנית הסיוע נתונים שיאפשרו לו להתקשר עם משפחות מתאבדים. בשל חשיבות ההתערבות הטיפולית המהירה בשעת המשבר המשפחתי, יש להיערך להעברה מהירה ביותר של נתונים אלה.

פרק שלישי

משרדי ממשלה וארגונים שותפים בתכנית

מבוא

התכנית הלאומית למניעת התאבדות היא תכנית לה שותפים מספר משרדי ממשלה וארגונים. השתתפותם ותרומתם הן קריטיות להשגת המטרה המשותפת - צמצום מספר המתאבדים בישראל.

בפרק זה יוצגו ההמלצות לתחומי האחריות והמשימות הכלליות והייעודיות של כל משרד במסגרת התכנית הלאומית, מתוך תפיסה כוללת הרואה במניעת התאבדות משימה או אחד מיעדי כל משרד שותף והפיכתו לחלק מהשיח התרבותי בארגון. נובע מכך, שעל המשרד לנקוט פעולות יזומות ואקטיביות למניעת התאבדות, בדומה למניעת הטרדה מינית ובטיחות בעבודה.

1. הבסיס המשותף לכל המשרדים הוא זה המופיע במתווה התכנית הלאומית:

כל משרד יקבל אחריות להשגת המטרה ויפעל באופן פרואקטיבי כדי לתרום את חלקו:

- א. הפיכת השיח על מניעת התאבדות ללגיטימי בארגון
- ב. איתור האדם שבסיכון להתאבדות
- ג. הפניה לאבחון מקצועי ולקבלת עזרה וטיפול
- ד. הבטחת הגעה לטיפול והתמדה בו

כחלק מתפיסה זו, תיעשה בכל משרד ממשלתי שותף פעילות יזומה להעמקת איתורם של אנשים הנמצאים בסיכון להתאבדות בכלל, ובמיוחד בקרב אוכלוסיות בסיכון עליהן אחראי המשרד.

2. הפעילות תכלול:

- א. הסברה והגדלת מודעות העובדים ומקבלי השירותים לתופעה ולדרכים לצמצומה.
- ב. הכשרת "שומרי-סף" (מותאם לאוכלוסיית העובדים).
- ג. הכשרת גורמים מקצועיים (לדוגמה: רופאים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים) הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם הפרט שבסיכון.
- ד. שימוש בכלי איתור יזומים (בעיקר שאלונים).
- ה. במקרה של איתור, ייעשו פעולות להבטחת הרצף הטיפולי. כלומר, להבטיח שהאדם בסיכון להתאבדות אכן מגיע לאבחון מקצועי ובעקבותיו מקבל את הטיפול והתמיכה המתאימים.
- ו. יפותחו תשתיות תומכות בתכנית:
 1. מערכות מידע וידע
 2. תקציב ייעודי לתכניות מניעה
 3. מערכת ארגונית להטמעת התכנית
 4. קביעת נוהלי עבודה וגורמים מתאמים ואחראים במשרד על תחום מניעת התאבדות

3. הנחות יסוד מרכזיות בעת בניית המלצות התכנית למשרדים המשותפים:

- א. קשר רציף עם גורמי בריאות הנפש - לביצוע התייעצויות וקבלת הפניות לאבחון מהגורמים המאחרים במשרדי הממשלה והגורמים השותפים בקהילה.
- ב. יצירת זמינות גבוהה של גורמי בריאות-הנפש - לביצוע טיפול מתאים במטופלים שאובחנו כבעלי נטיות אבדניות.

4. המלצות לתכניות עבודה במשרדי הממשלה:

- א. אחריות ומשימות עיקריות של משרד הבריאות עמוד 26
- ב. אחריות ומשימות עיקריות של משרד החינוך עמוד 28
- ג. אחריות ומשימות עיקריות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים עמוד 30
- ד. אחריות ומשימות עיקריות של המשרד לקליטת העלייה עמוד 32
- ה. אחריות ומשימות עיקריות של המשרד לאזרחים ותיקים עמוד 33
- ו. אחריות ומשימות עיקריות של משרד התמ"ת עמוד 34
- ז. אחריות ומשימות עיקריות של משרד הפנים/ביטחון הפנים/הבינוי והשיכון עמוד 35
- ח. אחריות ומשימות עיקריות של ארגונים שותפים עמוד 35

אחריות ומשימות עיקריות של משרד הבריאות

1. **קבלת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:**
 - א. העמדת מניעת התאבדות כיעד מרכזי של המשרד.
 - ב. ניהול התכנית ברמה המשרדית והבין-משרדית.
 - ג. ניהול מערך האינטגרציה בין המערכות. בעיקר: בתי-החולים, קופות-החולים, מרפאות בריאות-הנפש, בתי-הספר ואגפי הרווחה.
 - ד. בקרה על מכלול הפעולות של התכנית.
 - ה. רגולציה הנוגעת למניעת התאבדות.
2. **פעילות יזומה להעמקת יכולת איתורם של אנשים הנמצאים בסיכון להתאבדות:**
 - א. הגדלת מודעות הציבור לתופעה ולדרכים לצמצומה.
 - ב. הסברה (ארצית ומקומית) בכל אמצעי התקשורת, בתכנים כתובים במרפאות הכלליות וכו'.
 - ג. הכשרתם של "שומרי-סף" במערכת הבריאות (אחיות, מזכירות רפואיות, עו"ס).
 - ד. אחריות להכשרתם של מומחים להכשרת שומרי-סף והכשרות לגורמים מקצועיים.
 - ה. הכשרת גורמים מקצועיים הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם הפרט שבסיכון להתאבדות (רופאים ראשוניים, פסיכיאטרים, מטפלים קליניים).
 - ו. הגדלת היצע המטפלים דוברי הערבית והאמהרית (כולל הסבות מקצועיות).
3. **שילוב קופות-החולים בתכנית:**
 - א. קביעת מניעת ההתאבדות כחלק מהגדרות התפקיד של קופות-החולים באמצעות המרפאות הראשוניות.
 - ב. בחינה של בניית מדדי איכות בנושא דיכאון ומניעת התאבדות.
 - ג. הכשרת הרופאים הראשוניים לילדים ולמבוגרים לאבחון דיכאון ומתן תרופות בהתאם.
 - ד. העברת שאלוני סקר PHQ-9 בנושא דיכאון למבוגרים ולזקנים במרפאות ראשוניות.
 - ה. קביעת שיתופי פעולה ודרכי הפניה בין מרפאות ראשוניות למרפאות בריאות-הנפש.
 - ו. מתן מענה למטופלים אֶבְדָנִיִּים שמסרבים לקבל טיפול בבריאות-הנפש.
 - ז. שיתוף פעולה בנושאים אפידמיולוגיים.
 - ח. קבלת הסכמתן של הקופות להפצת ותליית חומרי הסברה לקהל הרחב בנושא מניעת התאבדות במרפאות הקופות.
 - ט. בניית מערך תיאום בין בתי-החולים הכלליים למרפאות הראשוניות בכל הנוגע לשחרור מטופלים מחדרי-המיון לאחר ניסיון התאבדות.
 - י. הכשרת צוותי המרפאות הראשוניות כשומרי-סף. בעיקר, היכרות עם האוכלוסיות שבסיכון.

יא. בניית מערך תיאום בין השירות היזום לזקן של ער"ן לזקנים בדיכאון ו/או זקנים אֶבדניים ובין המרפאות הראשוניות.

יב. ניסוח נוהלי העבודה לתחום מניעת התאבדות.

יג. שיבוץ מתאמים.

4. שימוש בכלי איתור יזומים:

הפצת שאלונים וחיפוש תכנים המבטאים מחשבות אֶבדניות באינטרנט, וכן הרחבת פעילות האיתור באינטרנט בסיוע עמותת סה"ר וער"ן.

5. פעולות להבטחת הרצף הטיפולי והטמעת התכנית:

א. פריסה ארצית (ברמה מחוזית/נפתית) של מנהלי אזורים בתכנית, לצורך בניית מערך התכלול בין המערכות השותפות ותחזוקתו.

ב. מינוי מתאמי טיפול (case managers) בבתי-החולים הכללים, במרפאות הראשוניות ובמרפאות בריאות-הנפש.

ג. הגדרות תפקיד למתאמי טיפול והכשרתם.

ד. העמקת יישום נוהל שחרור מבתי-החולים לאחר ניסיון התאבדות, בסיועם של מתאמי טיפול בבתי-החולים.

ה. בניית מערך reaching out על-ידי ער"ן או גורם דומה למסרבים לפנות למרפאות בריאות-הנפש לאחר שחרור מחדרי-המיון/בתי-החולים (על רקע ניסיון אֶבדני).

6. יצירת זמינות גבוהה של גורמי בריאות-הנפש להתייעצויות מחוץ למרפאה.

7. קשר רציף של גורמי בריאות-הנפש:

קשר רציף עם הגורמים המאתרים במשרדי הממשלה והגורמים השותפים בקהילה, לביצוע התייעצויות וקבלת הפניות לאבחון.

8. יצירת זמינות גבוהה של גורמי בריאות-הנפש לביצוע טיפול מתאים באנשים שאובחנו כבעלי נטיות אֶבדניות:

א. הכשרות/הסבה מקצועית של מטפלים דוברי השפה האמהרית.

ב. הכשרות/הסבה מקצועית של מטפלים דוברי השפה הערבית.

ג. הכשרות/הסבה מקצועית של מטפלים דוברי שפות שונות נוספות.

ד. מתן מענה בריאות-הנפש למטופלים הגרים במרחק ממרפאת בריאות-הנפש, בעיקר בפריפריה.

9. תשתיות תומכות בתכנית:

א. הקמת יחידה ארגונית האמונה על הפעלת התכנית הלאומית למניעת התאבדות.

- גיוס עובדים לתכנית והכשרתם.

- כתיבת תכנית עבודה סדורה למימוש המלצות.

ב. מערכות מידע ופיתוח ידע:

- אפידמיולוגיה - איסוף נתונים בזמן אמת על-ידי מחלקת המידע של המשרד, המרכז לבקרת מחלות במשרד.

- הכוונת המחקר ואיתור ידע רלוונטי בעולם.

- פיתוח שיטות אבחון וטיפול חדשות.

- תחקור עומק של 10-20 מקרי התאבדות בשנה.

ג. תקציב:

- בניית תקציב רב-שנתי.

- בניית תקציב לפי משרדי הממשלה.

- ניתוח מקורות תקציב והמלצה לחלוקה בין המשרדים.

אחריות ומשימות עיקריות של משרד החינוך

1. **לקיחת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:**
 - א. העמדת מניעת התאבדות, פגיעה עצמית, והרווחה הנפשית של תלמידי בתי-הספר במערכת החינוך הפורמלי והבלתי-פורמלי כאחד מיעדי המשרד.
 - ב. מינוי בעל תפקיד האמון על תכניות מניעת התאבדות ומעורבות בתכנית הלאומית.
 - ג. בניית מודל להטמעת התכנית ולאינטגרציה בין המחוזות, הרשויות המקומיות, שפ"י, שפ"ח ובתי-הספר.
 - ד. קבלת האחריות להערכת מסוכנות/אבחון ראשוני וטיפול בבני-נוער אָבדניים על-ידי הפסיכולוגים החינוכיים בשפ"ח (בהתאם לנהלים שנקבעו בין משרד החינוך ומשרד הבריאות).
 - ה. קבלת אחריות על הדרכת פסיכולוגים חינוכיים המטפלים בבני-נוער אָבדניים.
 - ו. קבלת האחריות לכך שהיועץ החינוכי הוא רכז התכנית בבית-הספר. בנוסף, במקרה של נער אָבדני, היועץ הופך להיות case manager.
 - ז. אחריות להפעלת צוותים רב-מקצועיים לבני-נוער אָבדניים.
 - ח. אחריות על הפעלת מערך תמיכה בבית-הספר בו התרחש אירוע התאבדות.
2. **פעילות יזומה להעמקת יכולת האיתור של תלמידים הנמצאים בסיכון להתאבדות:**
 - א. העברת שאלוני איתור.
 - ב. שיתוף פעולה עם גורמים מאתרים דוגמת עמותת סה"ר, ער"ן וכו'.
3. **הסברה: הגדלת מודעות ההורים, התלמידים והעובדים במערכת החינוך לתופעה ולדרכים לצמצומה:**
 - א. העלאת הנושא בישיבות ועדי-הורים ואספות הורים, אספות מורים, ישיבות פדגוגיות וכו'.
 - ב. הטמעת תכנים רלוונטיים במסגרת תכנית "כישורי חיים".
 - ג. חלוקת חומרי הסברה.
4. **הכשרתם של "שומרי-סף" בבתי-הספר (מורים, הורים, תלמידים).**
5. **הכשרתם של גורמים מקצועיים (יועצות, פסיכולוגים חינוכיים) - הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם הפרט שבסיכון אָבדני והאמונים על הטמעת וביצוע התכנית.**
6. **פעולות להבטחת הרצף הטיפולי:**

חברות בוועדות ההיגוי העירוניות/אזוריות.
7. **תשתיות תומכות בתכנית:**
 - א. מערכות מידע וידע:
 - ניהול מערך איסוף מידע
 - שותפות/ניהול של ועדות בדיקה במקרים של בני-נוער שהתאבדו
 - ב. תקציב:
 - מתאמים מחוזיים
 - הכשרת יועצות חינוכיות
 - הכשרת פסיכולוגים חינוכיים
 - הכשרת שומרי-סף
 - הכשרת מכשירים לשומרי-סף
 - שעות טיפול לבני-נוער אָבדניים
 - הדרכות למטפלים
 - הקצאת שעות לתכנית "בוחרים בחיים"

ג. מערכת ארגונית:

- חברות בכל ועדות ההיגוי האזוריות והארציות
- בניית תכנית הטמעה לכל מערכת החינוך המקבילה לקצב הטמעת התכנית הלאומית
- בניית מערך תמיכה וליווי אינטנסיביים לבית-הספר בשנתו הראשונה והשנייה לתכנית

אחריות ומשימות עיקריות של משרד הרווחה והשירותים החברתיים

- קבלת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:**
 - א. העמדת מניעת התאבדות בקרב אוכלוסיות רווחה ומי שבא במגע עם אגפי ומוסדות הרווחה כיעד של המשרד.
 - ב. העמדת הסיוע לבני משפחה שיקיריהם התאבדו כיעד של המשרד.
 - ג. מינויו של בעל תפקיד בכיר האחראי להשגת היעד הנ"ל.
 - ד. בניית מודל להטמעת התכנית ולאיינטגרציה בין המחוזות, הרשויות המקומיות, המחלקות לשירותים חברתיים ומערכות הרווחה בקהילה ובדיור החוץ-בית.
 - ה. הגדרת איתור והפניה של בני-אדם בסכנת התאבדות כחלק מהאחריות המקצועית של העובד הסוציאלי.
 - ו. קבלת האחריות לכך, שבמקרה של היעדר תמיכה משפחתית יהפוך העו"ס ו/או פקיד הסעד להיות מנהל המקרה (case manager).
 - ז. שותפות בצוותים רב-מקצועיים המטפלים בבני-נוער אָבדניים.
 - ח. הפעלת סיוע לבני משפחות שיקיריהן התאבדו, באמצעות תחנות לטיפול משפחתי (טיפול פרטני, זוגי ומשפחתי) וקבוצות תמיכה טיפוליות.
- פעילות יזומה להעמקת יכולת איתורם של אנשים הנמצאים בסיכון להתאבדות:**
 - א. העברת שאלות איתור בעת הערכת אינטייק.
 - ב. העברת שאלוני איתור לאדם ספציפי, כאשר התעורר לגביו חשד על-ידי עו"ס.
 - ג. העברת שאלוני איתור על-ידי מעריכי חוק סיעוד ממלכת.
- הגדלת מודעות הפונים והעובדים במערכת הרווחה לתופעה ולדרכים לצמצומה:**
 - א. ביצוע הכשרות.
 - ב. מתן מידע מקצועי מתאים באמצעות חומר כתוב וימי עיון.
- הכשרת "שומרי-סף" לכל העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים ובארגונים הממוקדים במתן שירות לאוכלוסיות הסיכון של התכנית.**
- הכשרת והדרכת עובדים סוציאליים הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם מטופלים שבסיכון להתאבדות.**
- פעולות להבטחת הרצף הטיפולי:**
 - א. חברות בכל ועדות ההיגוי הארציות והאזוריות.
 - ב. חברות בוועדות הבין-מקצועיות.
 - ג. הפעלת מערך איתור ואבחון בני משפחה שיקיריהן התאבדו.
 - ד. הפעלת מערך סיוע טיפולי בתחנות לטיפול משפחתי במקרים של צורך טיפולי פרטני, זוגי ומשפחתי לבני משפחות שיקיריהן התאבדו:
 - הכשרת מטפלים
 - ביצוע מודל התערבות טיפולית במשבר מוגבלת בזמן
 - מעקב ופיקוח על תהליכי הסיוע

7. הפעלת מערך תמיכה לבני משפחות שיקריהן התאבדו:
- הכשרת מנחים לקבוצות התמיכה.
 - הקמת קבוצות תמיכה לבני משפחה שיקריהן התאבדו.
 - פיתוח מתודולוגיה ונוהל פנייה לבני משפחה להשתתפות בקבוצות תמיכה.
 - הפניית בני משפחה הזקוקים לטיפול בריאות הנפש למרפאות בריאות הנפש.
8. תשתיות תומכות בתכנית:
- מערכות מידע: בניית מערך איסוף נתונים עדכניים על תהליך הסיוע למשפחות שיקריהן התאבדו.
 - תקציב.
 - מערכת ארגונית להקמת קבוצות תמיכה למשפחות שיקריהן התאבדו.

אחריות ומשימות עיקריות של המשרד לקליטת העלייה

1. קבלת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:
- העמדת מניעת התאבדות של אוכלוסיות העולים כיעד של המשרד.
 - מינוי בעל תפקיד בכיר כאחראי להשגת היעד הנ"ל.
 - מיפוי כל מוסדות נותני השירותים לעולים בישראל אשר יכולים להיות מעורבים בפעילות מניעה.
 - שותפות בבניית והטמעת תכניות למניעת התאבדות.
2. פעילות יזומה להעמקת יכולת איתורם של עולים הנמצאים בסיכון אבדני:
- הקמת מוקדי ייעוץ של בריאות הנפש במוקדי קליטה, בשיתוף המרפאה לבריאות הנפש בקהילה.
 - הפעלת מערך תמיכה לחיילים עולים המשתחררים מצה"ל על רקע נפשי.
 - הרחבת השירותים באמצעות קווים חמים ורשת האינטרנט.
 - הפצת ההצגה "שאריות של החיים שלו" בקרב העדה האתיופית ועריכת סדנאות המשך.
3. הכשרת "שומרי-סף" לעובדים ולמתנדבים בארגונים נותני שירותים לעולים.
4. הכשרת גורמים מקצועיים הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם עולים שנמצאים בסיכון להתאבדות.
5. הגדלת מודעות העובדים במערכות קולטות עלייה לתופעת ההתאבדות ולדרכים לצמצומה.
6. בניית מערך הסברה לעולים ולמשפחותיהם הנוגע למניעת התאבדות, בשותפות התכנית למניעת התאבדות.
7. שימוש בכלי איתור יזומים (כגון שאלונים), בשותפות התכנית למניעת התאבדות.

אחריות ומשימות עיקריות של המשרד לאזרחים ותיקים

1. קבלת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:
- העמדת מניעת התאבדות בקרב אוכלוסיות הזקנים כיעד של המשרד.
 - מינוי בעל תפקיד בכיר כאחראי להשגת היעד הנ"ל.
 - מיפוי כל מוסדות נותני השירותים לזקנים בישראל אשר יכולים להיות מעורבים בפעילות מניעה.
 - שותפות בבניית והטמעת תכניות למניעת התאבדות.
2. השתתפות בפעילות יזומה להעמקת יכולת איתורם של זקנים הנמצאים בסיכון להתאבדות:
- העברת שאלוני איתור בקופות החולים.
 - העברת שאלוני איתור בבתי האבות.

- ג. העברת שאלוני איתור על-ידי מעריכי חוק סיעוד ממלכתי.
 - ד. איתור יזום בבתי-החולים הכלליים.
3. **השתתפות בהכשרתם של "שומרי-סף" במוסדות נותני שירותים לזקנים: בתי-אבות, עמותות מתנדבים לזקנים, בתי-חולים גריאטריים ועוד.**
4. **השתתפות בהפעלתם והכשרתם של גורמים מקצועיים/מתנדבים:**
- הפעלתם והכשרתם של גורמים מקצועיים לביקורי בית ו/או הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם זקנים שבסיכון להתאבדות (עו"ס, בנות שירות לאומי ועוד), במטרה לגשר בינם ובין שירותים חברתיים מגוונים כגון פעילויות ספורט, מועדוני יום וכו'.
5. **השתתפות בהפעלת קווים יזומים לתמיכה בזקנים אֶבדניים.**
6. **בניית מערך הסברה לזקנים ולמשפחותיהם הנוגע למניעת התאבדות.**
7. **השתתפות בהפעלת קבוצות תמיכה לזקנים בדיכאון ו/או אֶבדניים במוסדות מאורגנים.**

אחריות ומשימות עיקריות של משרד התמ"ת

1. **קבלת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:**
- א. העמדת מניעת התאבדותם של תלמידי בתי-הספר של התמ"ת כיעד של המשרד (כ-15,000 תלמידים).
 - ב. העמדת מניעת התאבדות במקומות עבודה כיעד של המשרד.
 - ג. מינוי בעל תפקיד כאחראי להשגת היעד הנ"ל.
 - ד. קבלת האחריות לאיתור ולהערכת מסוכנות/אבחון ראשוני וטיפול בבני-נוער אֶבדניים (בבתי-הספר של התמ"ת) על-ידי הפסיכולוגים החינוכיים (בהתאם לנהלים שנקבעו בין משרד החינוך ומשרד הבריאות).
 - ה. קבלת אחריות על הדרכת פסיכולוגים חינוכיים המטפלים בבני-נוער אֶבדניים.
 - ו. קבלת האחריות לכך שהיועץ החינוכי הוא מנהל התכנית בבית-הספר. בנוסף, במקרה של נער אֶבדני, היועץ הופך להיות case manager.
 - ז. אחריות להפעלת צוותים רב-מקצועיים לבני-נוער אֶבדניים.
 - ח. אחריות על הפעלת מערך תמיכה בבית-הספר בו התרחש אירוע התאבדות (כבר קיים כיום).
2. **פעילות יזומה להעמקת יכולת איתורם של אנשים הנמצאים בסיכון להתאבדות:**
- א. העברת שאלוני איתור.
 - ב. שיתוף פעולה עם גורמים מאתרים דוגמת עמותת סה"ר, ער"ן וכו'.
3. **הגדלת מודעות התלמידים, ההורים והעובדים במערכות משרד התמ"ת לתופעה ולדרכים לצמצומה:**
- א. העלאת הנושא בישיבות ועדי-הורים ואספות הורים, אספות מורים, ישיבות פדגוגיות וכו'.
 - ב. הטמעת תכנים רלוונטיים במסגרת תכנית "כישורי חיים".
4. **הכשרתם של "שומרי-סף" בבתי-הספר (מורים, הורים, תלמידים) ובמקומות עבודה.**
5. **הכשרתם של גורמים מקצועיים (יועצות, פסיכולוגים חינוכיים) - הנמצאים בקשר בלתי אמצעי עם הפרט שבסיכון להתאבדות והאמונים על הטמעת וביצוע התכנית.**
6. **פעולות להבטחת הרצף הטיפולי:**
- א. קביעת נוהלי עבודה משותפים לתמ"ת ולמרפאות בריאות-הנפש.

ב. חברות בוועדות ההיגוי העירוניות/אזוריות.

אחריות ומשימות עיקריות של משרד הפנים/המשרד לביטחון הפנים/משרד הבינוי והשיכון

1. קבלת אחריות להשגת המטרה ולפעולה יזומה להשגתה:
 - א. העמדת מניעת התאבדות כאחד מיעדי המשרדים.
 - ב. בחינתה של חקיקה/רגולציה הנוגעת לחוק תכנון ובנייה בכלל וב"אתרי התאבדות" ("hot spot") בפרט.
 - ג. חיובן של חברות השמירה בהכשרת שומרי־סף למפקחים ומנהלי משמרות.
 - ד. הכשרת שומרי־סף בתחנות המשטרה.

ארגוני המגזר השלישי וארגונים פרטיים - באחריות התכנית הלאומית למניעת התאבדות

1. מיפוי ארגונים ועמותות הרלוונטיים לתכנית
2. בניית מערך הסברה
3. הכשרת שומרי־סף
4. סיוע בהפעלת תכניות ספציפיות לארגונים השונים

פרק רביעי

הערכות תקציביות ומדדי ביצוע

מבוא

תקציב אסטרטגיות הפעולה בתכנית הוא תמחורן של הפעולות העיקריות שצריך לבצע בכל אחת מהאסטרטגיות הנ"ל ובכל אחד מהמשרדים.

התקציב מתייחס לפעילותם של כלל המשרדים הרלוונטיים בשלב שבו התכנית תופעל במלואה, בכל הארץ ובאופן שוטף.

בנוסף, יוצג תקציב מתפתח לפי קצב פריסת התכנית בכל הארץ.

סעיפי תקציב על-פי אסטרטגיות וצרכים ארגוניים

בפרק התכנית ראינו שאסטרטגיות הפעולה הבאות נמצאו כתורמות עיקריות לצמצום שיעור המתאבדים:

1. אפידמיולוגיה וטיוב נתונים
2. מודעות הציבור והסברה
3. איתור יזום (באמצעות שאלונים)
4. הכשרת שומרי-סף
5. קווים חמים (אינטרנט)
6. טיפול והכשרת מטפלים
7. הערכת מסוכנות, אבחון וטיפול זמינים
8. רצף טיפולי/מתאמים
9. תמיכה במשפחות
10. מחקר ומידע; פיתוח תכניות

חלופות להקצאה תקציבית

1. **תקצוב משרדי:**
כל משרד מתקצב את פעולותיו (תקנה מתאימה בכל משרד) ומיישם את חלקו באופן עצמאי.
2. **איגום משאבים:**
כל משרד מתקצב את פעולותיו (תקנה מתאימה בכל משרד), אבל היישום נעשה באופן מרכזי.
3. **תקציב מרכזי:**
כלל תקציב הפעילות הוא במשרד הבריאות, המקצה אותו למשרדים לפי תחומי אחריותם בפועל.
4. **חלופות להקצאה תקציבית:**
א. תקצוב משרדי - כל משרד מתקצב את פעולותיו (תקנה מתאימה בכל משרד) ומיישם את חלקו באופן עצמאי.
ב. תקציב מרכזי - כלל תקציב הפעילות מועבר למשרד הבריאות ממשרדי הממשלה השונים, והוא מרכז את ההוצאות ומממן אותם באופן ישיר.

חלופות תקצוב - שיקולים		
תקצוב מרכזי	תקצוב משרדי	
עדיף		ניהול בראייה כוללת ותחושת תכנית לאומית
עדיף		מיקוד באסטרטגיות יעילות (שומרי־סף, זמינות אבחון וטיפול, שמירת רצף טיפולי וכו')
	עדיף	מקסום תקציבי (הסיכוי לצבירת תקציב כולל גדול יותר)
	עדיף	תחושה של המשרדים על השליטה בתקציב
עדיף		קיצור הליכים בירוקרטיים
עדיף		שותפות המשרדים בהוצאות כלליות
אין עדיפות	אין עדיפות	מעשיות ביישום (איזו חלופה קל יותר לממש)

קריטריונים לקביעת גודל התקציב

בהתאם לתוצאות הפיילוט, נקבעו כל הפרמטרים לחישוב גודל התקציב בהתאם לסעיפים השונים. כל משרד העריך את מספר שעות ההכשרה ומספר המשתתפים בהכשרות.

5. בקרב מבוגרים:

לאור תוצאות הפיילוט, אנו צופים עלייה של 134 מטופלים לכל 100,000 איש. כל מטופל יקבל בממוצע 0.134%):
 א. שעתיים פסיכיאטר.
 ב. שמונה שעות טיפול אצל עובד סוציאלי או פסיכולוג.

6. בקרב בני־נוער:

לאור תוצאות הפיילוט אנו צופים עלייה של 680 מטופלים לכל 100,000 איש. כל מטופל יקבל בממוצע 0.68%):
 א. ארבע שעות טיפול אצל פסיכיאטר.
 ב. 10 שעות טיפול אצל עובד סוציאלי, פסיכולוג קליני, או פסיכולוג חינוכי.

פריסת תקציב

טבלה 2: פריסת תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	תקציב שנתי מלא	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	330,000 ₪	165,000 ₪	500,000 ₪	הקמת אתר אינטרנט ותחזוקתו, ועודות בדיקה של מקרי התאבדות, פיתוח ותחזוקת מערך תקשורת אינטרנטי בין משרדי הממשלה השותפים	אפידמיולוגיה וטיפול נתונים
6,000,000 ₪	4,800,000 ₪	3,600,000 ₪	2,400,000 ₪	600,000 ₪	6,000,000 ₪	קמפיין במדידות השונות בארבע שפופות: טלוויזיה, אינטרנט, רדיו, שלטי חוצות וכו' + הצגה באמהרית	מודעות הציבור והסברה
600,000 ₪	480,000 ₪	360,000 ₪	240,000 ₪	0 ₪	600,000 ₪	שאלונים לנוער	איתור יזום (באמצעות שאלונים)
1,000,000 ₪	800,000 ₪	600,000 ₪	400,000 ₪	0 ₪	1,000,000 ₪	שאלונים למבוגרים	
504,000 ₪	403,200 ₪	302,400 ₪	201,600 ₪	100,800 ₪	504,000 ₪	עו"ס בבתי-חולים עבור זקנים אֶבְדִּינִים	
					2,104,000 ₪	סה"כ	
280,000 ₪	280,000 ₪	280,000 ₪	280,000 ₪	280,000 ₪	280,000 ₪	הכשרות למורים	הכשרת שומרי-סף (כולל מע"מ)
96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	הכשרות עומק לעו"ס רווחה	
112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	הכשרות לעובדי משרד הרווחה	
28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪	הכשרות לעובדי משרד הקליטה	
84,000 ₪	84,000 ₪	84,000 ₪	84,000 ₪	84,000 ₪	84,000 ₪	הכשרות לעובדי משרד הבריאות	
56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	הכשרות לעובדים ומתמכבי עמותות	
56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	הכשרות לעובדים ומתמכבי עמותות לזקנים	
25,600 ₪	25,600 ₪	25,600 ₪	25,600 ₪	25,600 ₪	25,600 ₪	הכשרת מכשירים	
					737,600 ₪	סה"כ	
854,600 ₪	854,600 ₪	854,600 ₪	341,840 ₪	112,807 ₪	854,600 ₪	לפי הצעת מחיר במכרז	
500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	100,000 ₪	500,000 ₪	קו יזום לזקנים	
					1,354,600 ₪	סה"כ	

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	תקציב שנתי מלא	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
₪840,000	₪672,000	₪504,000	₪336,000	₪168,000	₪840,000	טיפול פסיכיאטרי בבני-נוער	אסטרטגיה הכשרת מטפלים והוצאות טיפול
₪1,523,200	₪1,218,560	₪913,920	₪609,280	₪502,656	₪1,523,200	טיפול פסיכולוגי של בריאות-הנפש בבני-נוער	
₪768,000	₪614,400	₪460,800	₪307,200	₪153,600	₪768,000	טיפול של בריאות-הנפש בבני-נוער לאחר ניסיון התאבדות	
₪2,284,800	₪1,827,840	₪1,370,880	₪913,920	₪456,960	₪2,284,800	שעות טיפול של שפ"ח לבני-נוער	
₪1,827,840	₪1,462,272	₪1,096,704	₪731,136	₪365,568	₪1,827,840	הדרכה למטפלים בשפ"ח	
₪2,218,750	₪1,775,000	₪1,331,250	₪887,500	₪443,750	₪2,218,750	טיפול פסיכיאטרי למבוגרים	
₪4,733,333	₪3,786,667	₪2,840,000	₪1,893,333	₪1,562,000	₪4,733,333	טיפול פסיכולוגי למבוגרים	
₪1,280,000	₪1,024,000	₪768,000	₪512,000	₪422,400	₪1,280,000	טיפול פסיכולוגי למבוגרים לאחר ניסיון התאבדות	
₪96,000	₪48,000	₪48,000	₪48,000	₪48,000	₪96,000	הכשרות למטפלים בריאות-הנפש	
₪48,000	₪96,000	₪96,000	₪96,000	₪96,000	₪48,000	הכשרות לפסיכולוגים חינוכיים	
₪96,000	₪76,800	₪57,600	₪38,400	₪31,680	₪96,000	הכשרות ליועצים חינוכיים	
₪180,000	₪144,000	₪108,000	₪72,000	₪36,000	₪180,000	הדרכות במרפאות לבריאות-הנפש	
₪144,000	₪115,200	₪86,400	₪57,600	₪47,520	₪144,000	ביקורי בית לזקנים לאחר ניסיון התאבדות	
₪80,000	₪64,000	₪48,000	₪32,000	₪26,400	₪80,000	הכשרות לרופאים ראשוניים מבוגרים בקופות-החולים	
₪32,000	₪25,600	₪19,200	₪12,800	₪10,560	₪32,000	הכשרות למנחי קבוצות תמיכה לזקנים	
₪120,000	₪96,000	₪72,000	₪48,000	₪39,600	₪120,000	קבוצות תמיכה לזקנים	
₪100,000	₪100,000	₪100,000	₪66,000	₪33,000	₪100,000	לוגיסטיקת הכשרות: חוברות, כיתות לימוד, מולטימדיה, כיבוד, וכו'	
					₪16,371,923	סה"כ	
₪330,000	₪264,000	₪198,000	₪132,000	₪66,000	₪330,000	תיאום טיפול בבתי-חולים לאחר ניסיון התאבדות	רצף טיפול/מתאמים
₪720,000	₪576,000	₪432,000	₪288,000	₪144,000	₪720,000	תיאום טיפול במרפאות בריאות-הנפש לאחר ניסיון התאבדות או הפניה מהקהילה	
₪360,000	₪288,000	₪216,000	₪144,000	₪72,000	₪360,000	תיאום טיפול בקופות-החולים	
					₪1,410,000	סה"כ	

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	תקציב שנתי מלא	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
ש"ח 3,448,360	ש"ח 3,448,360	ש"ח 3,448,360	ש"ח 180,000	ש"ח 900,000	ש"ח 3,448,360	רווחה - בהתאם לקריטריונים של משרד הרווחה	תמיכה במשפחות
ש"ח 1,000,000	ש"ח 1,000,000	ש"ח 237,600	ש"ח 118,800	ש"ח 1,000,000	ש"ח 1,000,000	מחקר ומידע ופיתוח תכניות	מחקר ומידע ופיתוח תכניות
ש"ח 806,400	ש"ח 806,400	ש"ח 806,400	ש"ח 930,600	ש"ח 806,400	ש"ח 806,400	שלושה מנהלי אזורים	
ש"ח 243,600	ש"ח 243,600	ש"ח 243,600	ש"ח 243,600	ש"ח 243,600	ש"ח 243,600	רכז הכשרות ומערכות מידע	
ש"ח 226,800	ש"ח 226,800	ש"ח 226,800	ש"ח 226,800	ש"ח 226,800	ש"ח 226,800	רכז תקציבים ובקרה	
ש"ח 480,000	ש"ח 480,000	ש"ח 480,000	ש"ח 480,000	ש"ח 480,000	ש"ח 480,000	שעות ייעוץ	
ש"ח 162,000	ש"ח 162,000	ש"ח 162,000	ש"ח 106,920	ש"ח 162,000	ש"ח 162,000	רכבים	
					ש"ח 1,918,800	סה"כ	
ש"ח 268,800	ש"ח 268,800	ש"ח 268,800	ש"ח 268,800	ש"ח 268,800	ש"ח 268,800	רכז התכנית במשרד החינוך	
ש"ח 168,000	ש"ח 168,000	ש"ח 168,000	ש"ח 168,000	ש"ח 168,000	ש"ח 168,000	ימי הדרכה למדריכות שפ"ח	כוח-אדם (מ.)
ש"ח 22,500	ש"ח 22,500	ש"ח 22,500	ש"ח 12,000	ש"ח 22,500	ש"ח 22,500	ימי עיון	החינוך
					ש"ח 459,300	סה"כ	
ש"ח 3,507,672	ש"ח 3,507,672	ש"ח 3,507,672	ש"ח 841,841	ש"ח 0	ש"ח 3,507,672	שיעורי כישורי חיים - משרד החינוך	תכנית מניעה
ש"ח 500,000	ש"ח 400,000	ש"ח 300,000	ש"ח 200,000	ש"ח 100,000	ש"ח 500,000	משרד התמ"ת	משרד התמ"ת
ש"ח 420,000	ש"ח 420,000	ש"ח 420,000	ש"ח 420,000	ש"ח 420,000	ש"ח 420,000	מנהל תכנית	
ש"ח 54,000	ש"ח 54,000	ש"ח 54,000	ש"ח 54,000	ש"ח 54,000	ש"ח 54,000	רכב	
ש"ח 235,200	ש"ח 235,200	ש"ח 235,200	ש"ח 155,232	ש"ח 155,232	ש"ח 235,200	מזכירות	הנהלה וכלליות
ש"ח 84,000	ש"ח 84,000	ש"ח 84,000	ש"ח 55,440	ש"ח 84,000	ש"ח 84,000	מנהלות חשבונות בחצ' משרה	
ש"ח 120,000	ש"ח 120,000	ש"ח 120,000	ש"ח 120,000	ש"ח 120,000	ש"ח 120,000	הוצאות משרד	
					ש"ח 913,200	סה"כ	
ש"ח 40,225,455	ש"ח 34,997,071	ש"ח 29,768,686	ש"ח 17,119,450	ש"ח 10,902,093	ש"ח 40,225,455		סה"כ כללי

טבלה 3: פריסת תקציב שנתי מלא וחלוקה לפי משרדים

התמ"ת	הביטוח הלאומי	המשרד המזרחיים ותיקים	המשרד לקליטת העלייה	מ. החינוך	מ. הבריאות	מ. הרוחה	תקציב שנתי מלא	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
					5,000,000 ₪		5,000,000 ₪	הקמת אתר אינטרנט ותחזוקתו, ועדות בדיקה של מקרי התאבדות, פיתוח ותחזוקת מערך תקשורת אינטרנטי בין משרדי הממשלה השותפים	אפידמיולוגיה וטיפול נתונים
		200,000 ₪	400,000 ₪	600,000 ₪	5,000,000 ₪	400,000 ₪	6,000,000 ₪	קמפיין במדידות השונות בארבע שפות: טלוויזיה, אינטרנט, רדיו, שלטי חוצות וכו' + האגה באמה"ת	מודעות הציבור והסברה
				280,000 ₪			2,104,000 ₪	העברת שאלונים לנוער	איתור יזום (באמצעות שאלונים)
	300,000 ₪	200,000 ₪			500,000 ₪	96,000 ₪	1,000,000 ₪	העברת שאלונים למבוגרים/זקנים	
		504,000 ₪				12,000 ₪	504,000 ₪	עו"ס בבתי-חולים עבור זקנים אבדיים	
			28,000 ₪		84,000 ₪		84,000 ₪	הכשרות לעובדי משרד הקליטה	
					56,000 ₪		56,000 ₪	הכשרות לעובדי משרד הבריאות עמותות	
		56,000 ₪					56,000 ₪	הכשרות לעובדים ומתנדבי עמותות לזקנים	
					25,600 ₪		25,600 ₪	הכשרת מנשירים	קווים מים (אינטרנט)
					854,600 ₪		737,600 ₪	סה"כ	
		500,000 ₪					854,600 ₪	לפי האצת מחיר במכר קו יזום לזקנים	
		500,000 ₪					500,000 ₪	קו יזום לזקנים	
					840,000 ₪		1,354,600 ₪	סה"כ	
					1,523,200 ₪		840,000 ₪	טיפול פסיכיאטרי בבני-נוער	הכשרות מטפלים והוצאות טיפול
					768,000 ₪		1,523,200 ₪	טיפול של בריאות-הנפש של בריאות-הנפש	
					768,000 ₪		768,000 ₪	טיפול-נוער לאחר ניסיון התאבדות בבני-נוער	

התמ"ת	הביטוח הלאומי	המשרד האזרחי ותקנים	המשרד העלייה לקליטת המשרד	מ. החינוך	מ. הבריאות	מ. הרווחה	תקציב שנתי מלא	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
				2,284,800 ₪			2,284,800 ₪	שעות טיפול של שפ"ח לבני-נוער	
				1,827,840 ₪			1,827,840 ₪	הדרכה למטפלים בשפ"ח	
					2,218,750 ₪		2,218,750 ₪	טיפול פסיכיאטר למבוגרים	
					4,733,333 ₪		4,733,333 ₪	טיפול פסיכולוגי למבוגרים	
					1,280,000 ₪		1,280,000 ₪	טיפול פסיכולוגי למבוגרים לאחר ניסיון התאבדות	
					96,000 ₪		96,000 ₪	הכשרות למטפלים	
				48,000 ₪			48,000 ₪	בריאות הנפש	
				96,000 ₪			96,000 ₪	הכשרות לפסיכולוגים חינוכיים	
					180,000 ₪		180,000 ₪	הכשרות ליועצים חינוכיים	
								הדרכות במרפאות	
								לבריאות הנפש	
						144,000 ₪	144,000 ₪	ביקורי בית לזקנים לאחר ניסיון התאבדות	
		16,000 ₪			64,000 ₪		80,000 ₪	הכשרות להפאים ראשוניים מבוגרים בקופות חולים	
							32,000 ₪	הכשרות למנחי קבוצות תמיכה לזקנים	
							120,000 ₪	קבוצות תמיכה לזקנים	
							100,000 ₪	לוגיטיקת הכשרות: חוברות, כיתות לימוד, מולטימדיה, כיבוד, וכו'	
							16,371,923 ₪	סה"כ	
					330,000 ₪		330,000 ₪	תיאום טיפול בבתי-חולים לאחר ניסיון התאבדות	רצף טיפולי/מתאמים
					720,000 ₪		720,000 ₪	תיאום טיפול במרפאות בריאות הנפש לאחר ניסיון התאבדות או הפניה מהקהילה	
					360,000 ₪		360,000 ₪	תיאום טיפול בקופות-החולים	
							1,410,000 ₪	סה"כ	
						3,448,360 ₪	3,448,360 ₪	רווחה – בהתאם לקריטריונים של משרד הרווחה	תמיכה במשפחות
					1,000,000 ₪		1,000,000 ₪	מחקר ומידע ופיתוח תכניות	מחקר ומידע ופיתוח תכניות
					806,400 ₪		806,400 ₪	שלושה מנהלי אזורים	כוח-אדם (מטה)
					243,600 ₪		243,600 ₪	רכז הכשרות ומערכות מידע	
					226,800 ₪		226,800 ₪	רכז תקציבים ובקרה	

התמ"ת	הביטוח הלאומי	המשרד לאזרחים ותיקים	המשרד לקליטת העלייה	מ. החינוך	מ. הבריאות	מ. הרחומה	תקציב שנתי מילא	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
					₪480,000		₪480,000	שעות ייעוץ	אסטרטגיה
					₪162,000		₪162,000	רכיבים	
							₪1,918,800	סה"כ	כוח-אדם (מ. החינוך)
				₪268,800			₪268,800	רכז התכנית במשרד החינוך	
				₪168,000			₪168,000	ימי הדרכה למדריכות שפ"ח	
				₪22,500			₪22,500	ימי עיון	
							₪459,300	סה"כ	
				₪3,507,672			₪3,507,672	שיעורי כישורי חיים – משרד החינוך	תכנית מניעה
₪500,000							₪500,000	משרד התמ"ת	הנהלה וכלילות
					₪420,000		₪420,000	מנהל תכנית	
					₪54,000		₪54,000	רכב	
					₪235,200		₪235,200	מזכירות	
					₪84,000		₪84,000	מנהל/ת חשבונות בחצי משרה	
					₪120,000		₪120,000	הוצאות משרד	
							₪913,200	סה"כ	
₪500,000	₪300,000	₪1,628,000	₪428,000	₪9,103,612	₪24,065,483	₪4,200,360	₪40,225,455		סה"כ כללי.

טבלה 4: משרד הבריאות – פריסה תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א' 2013	פירוט תקציבי	אסטרטגיה	
500,000	500,000	500,000	330,000	165,000	הקמת אתר אינטרנט ותחזוקתו, ועדות בדיקה של מקרי התאבדות, פיתוח ותחזוקת מערך תקשורת אינטרנטי בין משרדי הממשלה השותפים	אפידמיולוגיה וטיוב נתונים	
5,000,000	4,000,000	3,000,000	2,000,000	500,000	6,000,000	שם לפי הצעת מחיר במכרז – קמפיין בארבע שפות במדינות השונות: טלוויזיה, אינטרנט, רדיו, שלטי חוצות וכו' + הצגה באמהרית	מודעות הציבור והטברה
500,000	400,000	300,000	200,000	0	50,000	שאלונים למבוגרים * 20 שם לשאלון	איתור יזום (באמצעות שאלונים)
84,000	84,000	84,000	84,000	84,000	30	הכשרות לעובדי משרד הבריאות * 7 שעות * 400 שם לשעה	הכשרת שומרי-סף (כולל מע"מ)
56,000	56,000	56,000	25,600	25,600	20	הכשרות לעובדים ומתנדבי עמותות * 7 שעות * 400 שם לשעה	הכשרת מנכ"רים * 4 קב * 16 שעות * 400 שם לשעה
25,600	25,600	25,600	112,807	112,807	לפי הצעת מחיר במכרז	קווים חמים (אינטרנט)	
854,600	854,600	854,600	336,000	168,000	1,400	בני-נוער * 4 שעות טיפול של פסיכיאטר * 150 שם לשעה	
1,523,200	1,218,560	913,920	609,280	304,640	1,904	בני-נוער * 10 שעות טיפול של בריאות-הנפש * 80 שם לשעה	
768,000	614,400	460,800	307,200	253,440	800	בני-נוער לאחר ניסיון התאבדות * 12 שעות טיפול של בריאות-הנפש * 80 שם לשעה	
2,218,750	1,775,000	1,331,250	887,500	443,750	7,396	מבוגרים * 2 שעות טיפול פסיכיאטר * 150 שם לשעה	
4,733,333	3,786,667	2,840,000	1,893,333	946,667	7,396	מבוגרים * 8 שעות טיפול פסיכולוג * 80 שם לשעה	
1,280,000	1,024,000	768,000	512,000	422,400	2,000	מבוגרים לאחר ניסיון התאבדות * 8 שעות טיפול פסיכולוג * 80 שם לשעה	הכשרת מטפלים והוצאות טיפול
96,000	76,800	57,600	38,400	31,680	4	הכשרות מטפלים בריאות-הנפש * 60 שעות * 400 שם לשעה	
180,000	144,000	108,000	72,000	59,400	15	הכשרות לרופאים לבריאות-הנפש * 3 שעות * 400 שם לשעה	
64,000	51,200	38,400	25,600	21,120	10	הכשרות לרופאים ראשוניים מבוגרים בקופות החולים * 16 שעות * 400 שם לשעה	
100,000	80,000	60,000	40,000	33,000	לוגיסטיקת הכשרות: חוברות, כיתות לימוד, מולטימדיה, כיבוד, וכו'		
330,000	330,000	330,000	217,800	108,900	5,500	מטפלים * 60 שם ל-45 דקות למטופל עבור תיאום טיפול בבתי-החולים לאחר ניסיון התאבדות	
720,000	720,000	720,000	475,200	237,600	12,000	מטפלים * 60 שם ל-45 דקות למטופל עבור תיאום טיפול במרפאות בריאות-הנפש לאחר ניסיון התאבדות או הפניה מהקהילה	
360,000	288,000	216,000	144,000	72,000	6,000	מטפלים * 60 שם ל-45 דקות למטופל עבור תיאום טיפול בקופות החולים	
1,000,000	1,000,000	1,000,000	660,000	330,000	מחקר ומידע ופיתוח תכנית	מחקר ומידע ופיתוח תכנית	

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
806,400 ₪	806,400 ₪	806,400 ₪	806,400 ₪	532,224 ₪	3 מנהלי אזורים * 16,000 ₪ ברוטו לחודש * 1.4 * 12 חודשים	אסטרטגיה
243,600 ₪	243,600 ₪	243,600 ₪	243,600 ₪	רכז המשורות ומערכות מידע: 14,500 ₪ ברוטו לחודש * 1.4 * 12 חודשים		
226,800 ₪	226,800 ₪	226,800 ₪	226,800 ₪	רכז תקציבים ובקרה: 13,500 ₪ ברוטו לחודש * 1.4 * 12 חודשים		
480,000 ₪	480,000 ₪	480,000 ₪	480,000 ₪	1,200 שעות ייעוץ * 400 ₪ לשעה כולל מע"מ ונסיעות		
162,000 ₪	162,000 ₪	162,000 ₪	162,000 ₪	3 רכבים : 3 * 12 * 2,500 ₪ לחודש ליסינג + דלק לפי 3,000 ק"מ לחודש		
420,000 ₪	420,000 ₪	420,000 ₪	420,000 ₪	מנהל תכניות 26,000 ברוטו לחודש * 1.4 * 12 חודשים		
54,000 ₪	54,000 ₪	54,000 ₪	54,000 ₪	רכב: 2,500 ₪ * 12 * 12 ליסינג לחודש + דלק לפי 3,000 ק"מ לחודש		
235,200 ₪	235,200 ₪	235,200 ₪	235,200 ₪	2 מזכירות: 7,000 ₪ ברוטו לחודש * 1.4 * 12 חודשים		
84,000 ₪	84,000 ₪	84,000 ₪	84,000 ₪	מנהלת חשבונות בחצי משרה – 5,000 ₪ * 1.4 * 12 חודשים		
120,000 ₪	120,000 ₪	120,000 ₪	120,000 ₪	הוצאות משרד		
23,552,723 ₪	20,020,067 ₪	16,487,410 ₪	12,087,753 ₪	6,770,220 ₪	סה"כ כללי	הנהלה וכלליות

טבלה 5: משרד החינוך – פריסה תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
600,000 ₪	480,000 ₪	60,000 ₪	0 ₪	0 ₪	30,000 שאלונים לנוער * 20 ₪ לשאלון	איתור זיום (באמצעות שאלונים)
280,000 ₪	280,000 ₪	210,000 ₪	50,400 ₪	0 ₪	100 הכשרות למורים * 7 שעות * 400 ₪ לשעה	הכשרת שומרי-סף (כולל מע"מ)
2,284,800 ₪	1,827,840 ₪	840,000 ₪	201,600 ₪	0 ₪	2,856 בני-נוער * 10 שעות טיפול של שפ"ח * 80 ₪ לשעה	
1,827,840 ₪	1,462,272 ₪	252,000 ₪	60,000 ₪	0 ₪	5,712 שעות הדרכה למטפלים בשפ"ח * 400 ₪ (שעת הדרכה 1 על כל 5 טיפולים)	הכשרת מטפלים והוצאות טיפול
48,000 ₪	48,000 ₪	240,000 ₪	240,000 ₪	264,000 ₪	2 הכשרות לפסיכולוגים חינוכיים * 60 שעות * 400 ₪ לשעה	
96,000 ₪	96,000 ₪	270,000 ₪	144,000 ₪	168,000 ₪	4 הכשרות ליועצים חינוכיים * 60 שעות * 400 ₪ לשעה	
268,800 ₪	268,800 ₪	268,800 ₪	268,800 ₪	268,800 ₪	רכז התכנית במשרד החינוך * 16,000 ₪ ברוטו לחודש * 1.4 * 12 חודשים	
168,000 ₪	168,000 ₪	300,000 ₪	240,000 ₪	120,000 ₪	4 ימי הדרכה למדריכות שפ"ח * 2,500 ₪ לחודש * 1.4 * 12 חודשים	נוח-אדם (מ. החינוך)
22,500 ₪	22,500 ₪	22,500 ₪	15,000 ₪	12,000 ₪	ימי עיון	
3,507,672 ₪	3,507,672 ₪	3,507,672 ₪	841,841 ₪	0 ₪	יועבר בשיעורי כישורי חיים	תכנית מניעה
9,103,612 ₪	8,161,084 ₪	5,970,972 ₪	2,061,641 ₪	832,800 ₪		סה"כ כללי

טבלה 6: משרד הרווחה והשירותים החברתיים – פריסה תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
400,000 ₪	320,000 ₪	240,000 ₪	160,000 ₪	40,000 ₪	6,000,000 ₪ לפי הצעת מחיר במכרז – קמפיין במדיניות השונות בארבע שפות: טלוויזיה, אינטרנט, רדיו, שלטי חוצות וכו' + הגנה באמהרית	מודעות הציבור והסברה
96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	96,000 ₪	הכשרות עומק לעו"ס הרווחה: 60 שעות * 400 ₪ לשעה * 4 קורסים	הכשרת שומרי-סף (כולל מע"מ)
112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	112,000 ₪	40 הכשרות לעובדי משרד הרווחה * 7 שעות * 400 ₪ לשעה	
144,000 ₪	115,200 ₪	86,400 ₪	57,600 ₪	28,800 ₪	ביקורי בית לזקנים לאחר ניסיון ההאבדות: 6 שעות * 300 זקנים * 80 ₪	הכשרת מטפלים והוצאות טיפול
3,448,360 ₪	3,448,360 ₪	3,448,360 ₪	1,800,000 ₪	900,000 ₪	רווחה – בהתאם לקריטריונים של משרד הרווחה	תמיכה במשפחות
4,200,360 ₪	4,091,560 ₪	3,982,760 ₪	2,225,600 ₪	1,176,800 ₪		סה"כ כללי

טבלה 7: המשולד לקליטת העלייה – פריסה תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
2017	2016	2015	2014	2013	פירות תקציביות – קמפ"ן בארבע שפות במדינות השונות: טליוויזיה, אינטרנט, רדיו, שלטי חוצות וכו' + האגה באמריקת המערב לעובדי משרד הקליטה * 7 שעות * 400 מה לשעה	אסטרטגיה מודעות הציבור והסברה הכשרת שומרי-סיפ (כולל מע"מ)
400,000 ₪	320,000 ₪	240,000 ₪	160,000 ₪	80,000 ₪		
28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪	28,000 ₪		
428,000 ₪	348,000 ₪	268,000 ₪	188,000 ₪	108,000 ₪	סה"כ כללי	

טבלה 8: המשולד לאזרחים ותיקים – פריסה תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
2017	2016	2015	2014	2013	פירות תקציביות – קמפ"ן במרכז – מדינות השונות בארבע שפות: טליוויזיה, אינטרנט, רדיו, שלטי חוצות וכו' + האגה באמריקת המערב 50,000 שאלונים למבוגרים/זקנים * 20 מה לשאלון	אסטרטגיה מודעות הציבור והסברה איתור יזום (באמצעות שאלונים) הכשרת שומרי-סיפ (כולל מע"מ) קווים תמימי (אינטרנט)
200,000 ₪	160,000 ₪	120,000 ₪	80,000 ₪	20,000 ₪		
200,000 ₪	160,000 ₪	120,000 ₪	80,000 ₪	0 ₪		
504,000 ₪	403,200 ₪	302,400 ₪	201,600 ₪	100,800 ₪	12 עו"ס בבת-החולים עבור זקנים אבדי * 1,500 ₪ לחודש * 28 חודשים	איתור יזום (באמצעות שאלונים) הכשרת שומרי-סיפ (כולל מע"מ) קווים תמימי (אינטרנט)
56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	56,000 ₪	20 הכשרות לעובדי ומתנדבי עמותות לזקנים * 7 שעות * 400 מה לשעה	
500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	100,000 ₪	קו יזום ל-2,500 זקנים * 200 ₪	הכשרת מטפלים והוצאות טיפול
16,000 ₪	12,800 ₪	9,600 ₪	6,400 ₪	5,280 ₪	10 הכשרות לרופאים ראשוניים מבוגרים בקופות-החולים * 20 שעות * 400 ₪ לשעה	
32,000 ₪	25,600 ₪	19,200 ₪	12,800 ₪	10,560 ₪	2 הכשרות מנחי קבוצות תמיכה לזקנים * 40 שעות * 400 ₪	הכשרת מטפלים והוצאות טיפול
120,000 ₪	96,000 ₪	72,000 ₪	48,000 ₪	39,600 ₪	10 קבוצות תמיכה לזקנים * 30 שעות * 400 ₪	
1,628,000 ₪	1,413,600 ₪	1,199,200 ₪	984,800 ₪	332,240 ₪		סה"כ כללי

טבלה 9: משולד התמיכה – פריסה תקציבית רב-שנתית

שנה ה'	שנה ד'	שנה ג'	שנה ב'	שנה א'	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
2017	2016	2015	2014	2013	פירוט תקציבי	אסטרטגיה
500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪	500,000 ₪		
					פריסה משנתית משנה לשנה	הכשרות לשומרי-סיפ, הסברה, טיפולים

פרק חמישי

הצעה לתהליך יישום ארצי של התכנית

מטרות המסמך

- להציג את הפעולות העיקריות שיש לבצע על-מנת לאפשר התחלת יישום בפועל של התכנית בראשית שנת 2013.
- הפעולות יוצגו בטבלה מרכזת לפי סדר הכרחי ביניהן (אם יש כזה).
- תאים הדורשים הרחבה יוצגו אחרי הטבלה.

פעולות נדרשות ליישום

על-מנת להתחיל את יישום התכנית בינואר 2013 נדרשות הפעולות הבאות:
טבלה 10: פעולות נדרשות כדי לאפשר התחלת יישום התכנית בינואר 2013

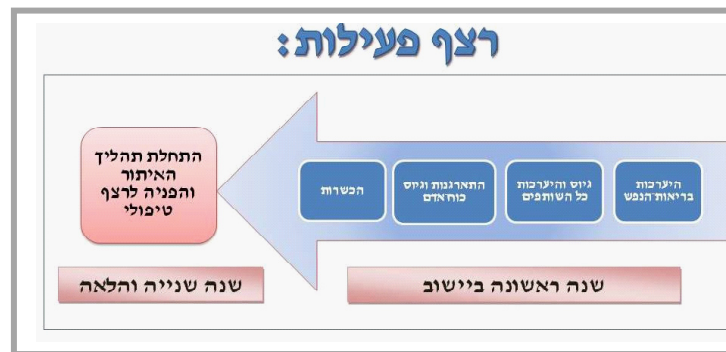
נושא	פעולות נדרשות	תאריך יעד לסיום	אחריות
1	סיכום ההערכה המחקרית המלווה	הסתיים	ד"ר אזרחי
2	הצגת מסמך מסכם לד"ר בועז לב, ראש קנהלת התכנית ומשנה למנכ"ל משרד הבריאות	25/3/12	מנהל התכנית
3	סיכום מול כל משרד	1/4/12	מנהל התכנית
	סיכום מול צוותים מקצועיים סיכום תקציבי סיכום מול מנכ"ל כל משרד		
4	הגשת ההמלצות על-ידי קנהלת התכנית למנכ"ל משרד הבריאות	1/4/12	מנהל התכנית
	סיכום עם כל משרדי הממשלה על חלוקת התפקידים, תקציב וכו' בתכנית אישור הוועדה הבין-משרדית אישור אגף התקציבים		
5	אישור המשרד והגשה לממשלת ישראל	1/5/12 1/6/12 1/6/12	
	אישור סגן שר הבריאות הכנה של הצעת מחליטים לממשלת ישראל בתיאום עם מזכירות הממשלה קביעת מועד לישיבת ממשלה		
6	היערכות משרד הבריאות	1/5/12	המשנה למנכ"ל
	בחירה באחת משתי חלופות - מטה על בסיס עובדי מדינה או על בסיס מיקור חוץ		
	הקמת מטה להפעלת התכנית	1/10/12	המשנה למנכ"ל
	ישיבה לגיוס כל גורמי המשרד המשתתפים ביישום התכנית	1/5/12	
	בריאות-הנפש (מרפאות ובתי-חולים), בתי-החולים הרגילים, קופות-החולים, אפידמיולוגיה		
7	היערכות מרפאות בריאות-הנפש	1/4/12	
	תחילת היערכות מרפאות בריאות-הנפש לקבלת מופנים (לאחר ניסיון התאבדות) מחדרי מיון		

אחריות	תאריך יעד לסיים	פעולות נדרשות	נושא	
	1/7/12	דיון עם ראשי הקופות וקבלת הסכמתם להשתתפות בתכנית	היערכות קופות החולים	8
	1/10/12	היערכות מרפאות בריאות הנפש ומרפאות קופות החולים מול העמקת האיתור ברשויות המקומיות (לפי תכנית הפריסה הארצית והרב-שנתית)		
המשנה למנכ"ל	1/4/12	הכנת מתווה לתכנית שש-שנתית ליישום ההחלטה (ראה ניתוח בהמשך המסמך) אישור המתווה בכל המשרדים השותפים	אישור מתווה לתכנית רב-שנתית ליישום ההחלטה	9
המשנה למנכ"ל	1/8/12	המשך העסקה של מתאמות הטיפול ושל מומחי בריאות הנפש המתגברים את אפשרויות האבחון והטיפול המקצועי ביישובי הפיילוט	שימור הפעילות ביישובי הפיילוט	10
משרד הבריאות	1/3/12	הכנת הצעה ליישובים בהם תיושם התכנית בשנתיים הראשונות	הכנת היישובים ליישום התכנית בשנתיים הראשונות	11
	1/5/12	אישור התכנית על-ידי משרדי הממשלה		
	1/10/12	הכנת מרפאות בריאות הנפש להתחלת התכנית בכל הארץ ומינוי מתאמים		
	1/10/12	הכנת בתי-החולים הכלליים בכל הארץ ומינוי מתאמים		
	1/10/12	פגישות היערכות ברשויות המתווספות בשנת 2013		
	1/6/12	מינוי אחראי על הטמעת התכנית	פעילות משרדית שותפים	12
	1/8/12	הכנת תכנית עבודה בהתאם לאזורי הרחבת התכנית		
	1/10/12	הכנת המחוזות והמוסדות העירוניים		
		הגדרת המוסדות השותפים בהתאם לאסטרטגיות המניעה השונות: שומרי-סף, הסברה, איתור יזום וכו'		
	1/8/12	ער"ן, סה"ר (ראה פירוט בהמשך המסמך) צה"ל ומשטרת ישראל הסוכנות היהודית ועוד	פעולות הכנה עם ארגונים שותפים	15

השירותים שיינתנו על-ידי ער"ן/סה"ר/אחר דומה:

1. מענה לפניות אנונימיות
2. קו חם יזום לקשישים
3. קו יזום למסרבים להגיע למרפאות בריאות הנפש

עקרונות בפריסה הרב-שנתית



העקרונות שלהלן נשענים על תפיסת ההפעלה של התכנית (המפורטת בפרק על המבנה הארגוני):

- א. היערכות של שנה לפני יישום התכנית בכל יישוב.
- ב. יש להתחיל עם הכנה של מרפאות בריאות הנפש, כי הן אלו הנושאות בציר הקריטי של התכנית - אבחון וטיפול זמינים.
- ג. בשלב הראשון, יצטרכו כל מרפאות בריאות הנפש להדק את הקשר שלהן עם חדרי המיון בטריטוריה שלהן לקליטה קדימית של מופנים שביצעו ניסיון התאבדות.
- ד. בשלב השני, מומלץ יהיה להתמקד בקבוצות בסיכון המרוכזות באזורים מסוימים (למשל: עולים מאתיופיה הנמצאים במספר ריכוזים בארץ).
- ה. בשלב השלישי, נכנסות לתכנית אוכלוסיות הנמצאות בפריסה ארצית - חולים מהמרפאות של קופת-חולים, צעירים ממערכת החינוך, מופנים ממערכת הרווחה. אלו הן אוכלוסיות גדולות, ולכן הפריסה האזורית (במחוזות משרד הבריאות) תתפתח במשך שלוש שנים בכל מחוז ולפי אזורי השירות של כל מרפאה לבריאות הנפש במחוז.
- ו. החשיבות שבשמירת הרצף הטיפולי (משומרי-סף ועד התמדה בטיפול נפשי) מחייבת עבודה להגברת המעורבות והתכלול בין הגורמים המקצועיים השונים הפרוסים בשטח. זו עבודה שהציר העיקרי שלה הוא בחתך של רשויות מקומיות. מאמץ וזמן ההטמעה ברשויות השונות מושפע יותר מהיותן רשויות שונות מאשר מגודלן. ולכן, אנחנו ממליצים להתחיל עם מספר רשויות קטן יותר, אך עם היקף אוכלוסין רחב יותר.
- ז. באופן כללי אנחנו מציעים, בשלב השלישי, להרחיב בכל שנה את התכנית לכמיליון תושבים נוספים.
- ח. האסטרטגיה הבסיסית של התכנית הלאומית למניעת התאבדות היא התמקדות באוכלוסיות ששיעור ההתאבדות בקרבן גבוה בהרבה מהשיעור בקרב כלל האוכלוסייה, ו"ש"תרומתן" למספר המתאבדים משמעותית.
- ט. התמקדות באוכלוסייה פירושה:
 1. הכשרת שומרי-סף
 2. הכשרת צוותים מקצועיים
 3. נגישות הסברתית
 4. נגישות לאבחון וטיפול מתאים של בריאות הנפש
- י. שמירת הרצף הטיפולי: כל המשרדים יצטרכו להתכוון לתכנית היישום הכלל-ארצית, גם אם במקומות מסוימים יש אילוצים וקשיים ביישום אופטימלי.

מתווה לפריסת התכנית על פני שש שנים

טבלה 11: מתווה לפריסה

הגדרה:
יישוב = האזור המשוויך למרפאת ברה"ן

שנה	אזורים להרחבת התכנית	מרפאות בריאות- הנפש	חדרי המיזן	מערכות ביישובים המשתתפות בתכנית				הסברה	פיתוח ידע	תמיכה במשפחות	פלטפורמה ארגונית
				קופות-החולים	חינוך	רוחה	אתיפים				
2012		מרפאות בריאות- הנפש מאזור הרחבת התכנית מהדקות הקשר עם בתי-החולים באזורים	כל חדרי- המיזן מהדקים הקשר עם המרפאה "שלהם"	היערכות מטה	היערכות מטה	היערכות מטה	היערכות מטה	אין פעילות	היערכות לדיווח התאבדויות וניסיונות מעודכן	תקציב קבוע לפי מספר המתאבדים השנתי	הקמת היחידה הארצית
2013	אשדוד, ראש"צ, מודיעין, יבנה, לוד, נצרת, נצרת עילית, מגדל העמק	כל המנסים להתאבד מופנים למרפאות בריאות- הנפש	כל המנסים להתאבד מופנים למרפאות בריאות- הנפש	היערכות ב"פרוסה ראשונה": אשדוד, ראש"צ, מודיעין, יבנה, לוד, נצרת, נצרת עילית, מגדל העמק	היערכות ב"פרוסה ראשונה": כמו בקופ"ח	היערכות ב"פרוסה ראשונה": כמו בקופ"ח	הכנה בכל יישובי האתיפים	היערכות (מכרזים והכנת תכנית)	התפתחות לפי תקציב שנתי קבוע	תקציב קבוע לפי מספר המתאבדים השנתי	פריסת מתאמים אזורית
2014	תל אביב, חיפה, ירושלים, באר- שבע והמועצות האזוריות הקרובות			יישום ביישובי "הפרוסה הראשונה" והיערכות ביישובי "הפרוסה השנייה": תל אביב, חיפה, ירושלים, באר-שבע והמועצות האזוריות הקרובות	יישום ביישובי "הפרוסה הראשונה" והיערכות ביישובי "הפרוסה השנייה": תל אביב, חיפה, ירושלים, באר-שבע והמועצות האזוריות הקרובות	יישום ביישובי "הפרוסה הראשונה" והיערכות ביישובי "הפרוסה השנייה": תל אביב, חיפה, ירושלים, באר-שבע והמועצות האזוריות הקרובות	יישום בכל יישובי האתיפים	התפתחות לפי תקציב שנתי קבוע	התפתחות לפי תקציב שנתי קבוע	תקציב קבוע לפי מספר המתאבדים השנתי	
2015	יישובי הפרוסה השלישית: בת- ים, חולון, אזור, נהריה, עכו, אום אל-פאחם, מעלות, צפת			יישום ביישובי "הפרוסה השנייה" והיערכות ביישובי "הפרוסה השלישית":	יישום ביישובי "הפרוסה השנייה" והיערכות ביישובי "הפרוסה השלישית":	יישום ביישובי "הפרוסה השנייה" והיערכות ביישובי "הפרוסה השלישית":	הפעלה בכל יישובי האתיפים	התפתחות לפי תקציב שנתי	התפתחות לפי תקציב שנתי קבוע	תקציב קבוע לפי מספר המתאבדים השנתי	השלמת פריסה אזורית של המתאמים
2016	יש להשלים יישובי הפרוסה הרביעית			יישום ביישובי "הפרוסה השלישית" והיערכות ביישובי "הפרוסה הרביעית":	יישום ביישובי "הפרוסה השלישית" והיערכות ביישובי "הפרוסה הרביעית":	יישום ביישובי "הפרוסה השלישית" והיערכות ביישובי "הפרוסה הרביעית":		התפתחות לפי תקציב שנתי	התפתחות לפי תקציב שנתי קבוע	תקציב קבוע לפי מספר המתאבדים השנתי	
2017	יש להשלים יישובי הפרוסה החמישית			יישום ביישובי "הפרוסה הרביעית" והיערכות ביישובי "הפרוסה החמישית":	יישום ביישובי "הפרוסה הרביעית" והיערכות ביישובי "הפרוסה החמישית":	יישום ביישובי "הפרוסה הרביעית" והיערכות ביישובי "הפרוסה החמישית":		התפתחות לפי תקציב שנתי	התפתחות לפי תקציב שנתי קבוע	תקציב קבוע לפי מספר המתאבדים השנתי	
2018	יש להשלים כלל-ארצי			השלמת היישום הכלל-ארצי	השלמת היישום הכלל-ארצי	השלמת היישום הכלל-ארצי					

מדדים לבחינת התקדמות ואפקטיביות

1. בתום שנת יישום התכנית ביישוב תהיה עלייה של 100% במספר הפניות למרפאות בריאות-הנפש על רקע אָבדני.
2. בתום השנה השנייה תהיה עלייה נוספת של 50% בפניות הנ"ל.
3. החל מהשנה השלישית תהיה ירידה במספר המתאבדים והמנסים להתאבד.

לגבי שמירת הרצף הטיפולי בתום שנתיים של יישום התכנית (ברשות מקומית ו/או בבית-חולים):

1. ב-95% מהמקרים תתבצע "העברת מקל" מהגורם המפנה למרפאת בריאות-הנפש.
2. לפחות 50% מהמופנים יתמידו בטיפול.
3. לפחות 50% מהקשישים שיופנו לער"ן ישתמשו בשירות.

הערות והמלצות כלליות לתכנית הלאומית למניעת התאבדות

תכניות מניעה לעולים מאתיופיה

כפי שניתן להבין מנתוני משרד הבריאות, שיעור המתאבדים בקרב בני הקהילה האתיופית במדינת ישראל גבוה במיוחד. הצרכים של בני הקהילה האתיופית ייחודיים ושונים בהשוואה לכלל האוכלוסייה. לפיכך, בעת בניית תכנית לאומית לקהילה זו יש לתת להם דגש בהתאם להמלצות הבאות:

1. לערוך הכשרות במרפאות בריאות הנפש וחשיפה של מרפאות בריאות הנפש למנהיגות הקהילה המסורתית, למנהיגות הקהילה הצעירה ולעובדים בני הקהילה מהסקטור הציבורי.
2. הכשרות שומרי-סף מתמשכות על פני מספר פגישות, ולא רק בפגישה אחת, בעיקר למנהיגות המסורתית.
3. לחשוף את ההצגה בפני מספר רב של אנשים בני הקהילה האתיופית ואנשי מקצוע, ולאפשר עיבוד רגשי בסדנאות.
4. הכשרת העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה, חוקרים במשטרת ישראל, עובדי הביטוח הלאומי, עובדי בתי-משפט ושופטים, למשבר הפוקד את מעמד הגבר בקרב הקהילה ואת ההשלכות האבדניות הנוגעות לכך (גם מקרי רצח של נשים).
5. מתן פתרונות פיזיים לגברים מורחקי בית.
6. עריכת תכניות חוסן והכנה לחיילים בני הקהילה האתיופית שהשתחררו על רקע נפשי.
7. העסקה של בני הקהילה האתיופית, דוברי אמרית, במסגרות הרווחה ובריאות הנפש.

תהליכי הכשרה למתאמים

בניית הרצף הטיפולי בתכנית הלאומית מותנית בעבודה משותפת ומקצועית של המתאמים בכל המערכות.

ההיכרות בין המתאמים והשירותים ההדדיים הניתנים היא קריטית להצלחת התכנית. לפיכך מומלץ:

1. לערוך סדנת הכשרה בעת כניסת המתאמים לתפקידם הכוללת הגדרת תפקיד, היכרות עם השירותים של המערכות השונות, היכרות אישית עם המתאמים, החלפת דרכי התקשרות עם המתאמים והגופים השותפים, הכשרת שומרי-סף בסיסית והיכרות עם התכנית הלאומית למניעת התאבדות בכללותה.
2. לערוך את הסדנאות על-פי אזורים.
3. לאסוף פעם בשנה את המתאמים בכל אזור להפקת לקחים, לריענון ולגיבוש צוות.

עבודת מטה עם משרדי הממשלה

התכנית הלאומית למניעת התאבדות היא תכנית בין-משרדית אשר טומנת בחובה עבודה ברמת הנהלות משרדי ממשלה, מחוזות, יישובים וארגוני קצה. לפיכך מומלץ:

1. לקראת ביצועה בפועל של התכנית הלאומית, לסגור בין כל משרדי הממשלה השותפים את תכניות העבודה ונוהלי העבודה המשותפים.
2. תהליך ההטמעה באחריות כל משרד יהיה היררכי. בשלב ראשון, לקראת העבודה המשותפת, תיעשה ההטמעה במשרד. לאחר מכן, תתבצע ירידה להטמעה מחוזית; וכך הלאה, עד לארגון הקצה.
3. לאחר שלב ההטמעה בתוך המשרד וארגוני הקצה שבאחריותו, יערכו דיונים משותפים בין המשרדים ברמת ההנהלות, המחוז והיישוב.

תכניות מניעה שלא הועברו בפילוט

בעת בניית תכנית לאומית יש לקחת בחשבון, שמניעת הנגשתם של אמצעים קטלניים לאדם אבדני היא גורם מניעת

התאבדות מרכזי. לפיכך, ביישום התכנית יש להקצות בסעיף הנ"ל משאבים להסברה, לבניית תשתיות, לרגולציה ועוד.

תכניות ייחודיות

1. במסגרת התכנית למניעת התאבדות יש להשקיע משאבים לפיתוח תכניות ייחודיות.
2. להמשיך וללמוד את התכניות המתפתחות בנושא זה בעולם - כולל תרופות, טכנולוגיות, שיטות טיפול ועוד.
3. התכנית חייבת להיות גמישה ובעלת יכולת לפתח ולהטמיע בזמן סביר תכניות לאוכלוסיות שונות שלא סומנו קודם כאוכלוסיות בסיכון.

טיפול בריאות הנפש במוסדות המאכלסים אוכלוסיות בסיכון להתאבדות:

1. ישנן קבוצות המאופיינות בסיכון אָבדני גבוה יותר, לגביהן קיים חשש שלא יפנו עצמאית למערכות בריאות-הנפש.
2. במקרים רבים, אוכלוסיות אלה מאורגנות במוסדות אשר מעניקים תמיכות חברתיות אחרות.
3. מערכות לדוגמה:
 - מרכזי קליטה של הסוכנות היהודית
 - האגודה לשמירת זכויות הפרט (ע"ר) למען ההומואים, הלסביות, הביסקסואלים והטרנסג'נדרים בישראל
 - ישיבות חרדיות
4. יש לבחון מתן טיפולי בריאות-הנפש ו/או הכשרה של צוותים מקומיים ו/או הקצאת משאבים לטיפול לאוכלוסיות הנ"ל שלא במסגרת בריאות-הנפש.

רשימת טבלאות

32	טבלה 1: ניתוח חלופות
33	טבלה 2: פריסה תקציבית רב־שנתית
36	טבלה 3: פריסת תקציב שנתי מלא וחלוקה לפי משרדים
39	טבלה 4: משרד הבריאות - פריסה תקציבית רב־שנתית
41	טבלה 5: משרד החינוך - פריסה תקציבית רב־שנתית
41	טבלה 6: משרד הרווחה והשירותים החברתיים - פריסה תקציבית רב־שנתית
42	טבלה 7: המשרד לקליטת העלייה - פריסה תקציבית רב־שנתית
42	טבלה 8: המשרד לאזרחים ותיקים - פריסה תקציבית רב־שנתית
42	טבלה 9: משרד התמ"ת - פריסה תקציבית רב־שנתית
43	טבלה 10: פעולות נדרשות כדי לאפשר התחלת יישום התכנית בינואר 2013
46	טבלה 11: מתווה לפריסה