ג'וינט מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה

משרד הבריאות
שירותי בריאות הנפש

ג'וינט-מכון פאלק
לחקר בריאות הנפש
ומדעי ההתנהגות

עמדות עובדים כלפי הרפורמה במערכת בריאות הנפש בישראל

ממצאים מתוך סקר שנערך בקרב משתתפי כנס ארצי בתחום בריאות הנפש (מארס 1995)

דינה פלדמן[1] רויטל גרוס[2] נורית ניראל[2] מרים ברש[3]

עבודה זו נכתבה במסגרת תכנית
לחקר מדיניות בריאות המשותפת לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברוקדייל

1 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש
2 ג'וינט מכון ברוקדייל
3 ג'וינט-מכון פאלק

דמ-96-260

BR-RR-260-96 C.4
00 30905001004

BR-RR-260-96
עמדות עובדים כלפי הרפורמה במערכת
פלדמן, דינה
0030905001004

ג'וינט מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה

משרד הבריאות
שירותי בריאות הנפש

ג'וינט-מכון פאלק
לחקר בריאות הנפש
ומדעי ההתנהגות

עמדות עובדים כלפי הרפורמה במערכת בריאות הנפש בישראל

ממצאי סקר בקרב משתתפי כנס ארצי בתחום בריאות הנפש (מארס 1995)

דינה פלדמן[1] רויטל גרוס[2] נורית ניראל[2] מרים ברש[3]

צוות המחקר כלל גם את: מרים גרינשטיין[2] אלונה ביידני-אורבך[1]

עבודה זו נכתבה במסגרת התכנית
לחקר מדיניות בריאות המשותפת לממשלת ישראל ולג'וינט-מכון ברוקדייל

1 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש
2 ג'וינט מכון ברוקדייל
3 ג'וינט-מכון פאלק

תמוז תשנ"ו ירושלים יולי 1996

מכון ברוקדייל
הספריה
ירושלים

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה
ת"ד 13087
ירושלים 91130

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-5612391

תקציר

בינואר 1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, המסדיר את זכותו החוקית של כל אזרח לסל שירותי בריאות. החוק קובע כי תוך שלוש שנים שירותי בריאות הנפש ייכללו בסל השירותים שהקופות מחויבות לספק למבוטחיהן. בנוסף, מתוכננת רפורמה כוללת בשירותי בריאות הנפש אשר עיקרה הוצאת משרד הבריאות ממעורבות ישירה במתן שירותים, תוך הפיכת היחידות המספקות שירותי בריאות נפש ליחידות עצמאיות הפועלות על בסיס כלכלי. בנוסף, הפיכת המשרד ל"מינסטריון" העוסק בתכנון, תאום ובקרה, תוך ביזור סמכויות בתחום בריאות הנפש למינהלות אזוריות.

מטרתו של מחקר זה היא לבחון את עמדותיהם של העובדים הבכירים במערך בריאות הנפש בישראל כלפי הרפורמה בשירותי בריאות הנפש. לשם כך הועבר שאלון ל-356 עובדים בכירים בשירותי בריאות הנפש שהשתתפו בכנס ארצי שנערך במארס 1995 לקראת הפעלת הרפורמה.

בסקר נבחנו הנושאים הבאים: (א) בקיאות בפרטי הרפורמה המתוכננת; (ב) עמדות כלפי מרכיביה של הרפורמה; (ג) השפעות צפויות של הרפורמה על היחידות נותנות השירות; (ד) השפעות צפויות של הרפורמה על שיפור או על הרעה בטיפול הניתן ללקוחות שירותי בריאות הנפש; (ה) השפעות צפויות של הרפורמה על אנשי המקצוע ביחידות בריאות הנפש; (ו) המידה שבה מבוצעים כבר שינויים ארגוניים הקשורים להפעלת הרפורמה.

הממצאים העיקריים העולים מהסקר הם שכשליש ממשתתפי הכנס ענו שהם בקיאים במידה רבה בפרטי הרפורמה המתוכננת, כשליש דיווחו שאינם בקיאים כלל בפרטי הרפורמה, והשאר בקיאים במידה בינונית.

לעובדים ישנן עמדות מעורבות כלפי הרפורמה: שיעור גבוה ממשתתפי הכנס הביעו עמדה חיובית כלפי הפעלת מסגרות בריאות הנפש כיחידות עצמאיות, והפחתת מעורבותו של משרד הבריאות בהספקת שירותים. לעומת זאת, מרביתם חשבו שאין זה רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו לקופות-החולים.

לגבי השפעות צפויות של הרפורמה על היחידות נותנות השירות, הובעו חששות שהעברת התקציבים והאחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות-החולים יובילו לבקרת יתר כספית של הקופות, להתערבות הקופות בשיקולים מקצועיים, ולמעבר משיקולים מקצועיים לשיקולים כלכליים.

הממצאים לגבי השפעות צפויות של הרפורמה על הטיפול הניתן למקבל השירות, מראים שהמשתתפים צופים השפעות שונות על שני סוגים של מקבלי שירות: מרביתם חושבים שתחול הרעה בטיפול בחולים המאושפזים לזמן ממושך; לעומת זאת, לגבי כל המטופלים האחרים, מצטיירת תמונה הפוכה: שיעורים גבוהים יחסית של נחקרים חושבים שיהיה שיפור, ושיעורים נמוכים יחסית חושבים שתהיה הרעה.

בהקשר של השפעת הרפורמה על העובדים כאנשי מקצוע, הביעו שיעור גבוה חשש מפגיעה אפשרית באוטונומיה המקצועית, באפשרות להכשרה מקצועית, בהתמחות, בהדרכה ובקיום פעילות מחקרית ואקדמית. הפסיכיאטרים והפסיכולוגים מבין העובדים הביעו חששות בנושאים אלו בשיעור גבוה לעומת העובדים במקצועות אחרים.

לבסוף, שיעור לא מבוטל ממשתתפי הכנס דיווחו שבארגונים שלהם מתחילה היערכות לקראת הפעלת הרפורמה, הנוגעת בעיקר להגדלת הבקרה הכספית והמקצועית ופיתוח מערכות מידע פנימיות. בנוסף, נראה שקיימת גם מגמה לפיתוח מקורות ממון עצמאיים באמצעות יצירת קשרים עם קופות-חולים, שיווק השירותים ומכירת שירותים חדשים לשם הרחבת מקורות ההכנסה.

ממצאי המחקר מצביעים על כך שמנקודת מבטם של העובדים רצוי שלקראת הפעלת הרפורמה, תנתן הדעת למספר נושאים:

- הפצה נרחבת יותר של המידע על התהליכים והשינויים המתוכננים
- הקניית מיומנויות לעבודה במסגרת יחידות עצמאיות
- מענה לצורכי הכשרה, התמחות ומחקר של העובדים.

בהמשך, לאחר יישום המרכיבים העיקריים של הרפורמה המתוכננת, יהיה חשוב להמשיך ולעקוב אחר עמדות העובדים במערך בריאות הנפש, וכן אחר השפעות הרפורמה עליהם.

דברי תודה

תודתנו נתונה למוטי מרק, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, ולשמואל טיאנו, יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש, אשר אפשרו ביצוע סקר זה במהלך הכנס הארצי בכפר המכביה.

תודתנו נתונה גם ליעקב לרנר, מנהל ג'וינט-מכון פאלק, על הערותיו המועילות לשאלון ולדוח; וכן לג'ק חביב, מנהל ג'וינט-מכון ברוקדייל, ולברוך רוזן, מנהל תכנית המחקר על מדיניות בריאות במכון ברוקדייל, על תמיכתם בפרויקט ועל הערותיהם לדוח. אנו מודים לשלמה בוסידן ולשולי בראמלי ממכון ברוקדייל על עזרתם בהעברת השאלון ביום הכנס.

תודה מיוחדת לעובדים במערך בריאות הנפש אשר נאותו לשתף אותנו בעמדותיהם כלפי הרפורמה.

ולבסוף, תודתנו לבלהה אלון שערכה את הדוח ולאילנה שיזגל שסייעה בהדפסה.

תוכן עניינים

1.	מבוא	1
2.	שיטת המחקר	3
2.1	כלי המחקר	3
2.2	היענות וייצוגיות המדגם	4
3.	ממצאים	4
3.1	משתני רקע	4
3.2	בקיאות בפרטי הרפורמה	5
3.3	עמדות כלליות כלפי הרפורמה	5
3.4	השפעות צפויות של הרפורמה במערכת בריאות הנפש	10
3.5	השפעות צפויות של הרפורמה על הטיפול בחולים	12
3.6	השפעות צפויות של הרפורמה על אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש	14
3.7	דיווחי הנחקרים על המידה בה מבוצעים בארגון שלהם שינויים הקשורים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש	17
4.	סיכום ודיון	18
	ביבליוגרפיה	21
נספח 1:	בדיקת ייצוגיות המדגם	23
נספח 2:	השפעות צפויות של הרפורמה על מערכת בריאות הנפש - התפלגות מלאה של תשובות המרואיינים על 19 השאלות	26

רשימת לוחות

לוח 1:	עמדות כלליות כלפי הרפורמה	6
לוח 2:	עמדות כלפי העברת אחריות למתן שירותי בריאות הנפש לפי השתייכות ארגונית	7
לוח 3:	עמדות כלפי העברת אחריות למתן שירותי בריאות הנפש לפי מקצוע	8
לוח 4:	עמדות כלפי העברת אחריות למתן שירותי בריאות הנפש לפי תפקיד בארגון	9
לוח 5:	ניתוח רגרסיה של עמדות כלפי הרפורמה בבריאות הנפש (שלושה ניתוחי רגרסיה)	9
לוח 6:	השפעות צפויות של הרפורמה על מערכת בריאות הנפש	11
לוח 7:	השפעות צפויות של הרפורמה על הגברת עומס העבודה במרפאות בריאות הנפש לפי מקצוע	11
לוח 8:	השפעות צפויות של הרפורמה על מעבר משיקולים מקצועיים לשיקולים כלכליים לפי מקום עבודה	12
לוח 9:	השפעות צפויות של הרפורמה על הטיפול בחולים לפי מקום עבודה	13
לוח 10:	השפעות צפויות של הרפורמה על אנשי מקצוע, לפי מקצוע	15
לוח 11:	ביצוע שינויים הקשורים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש	17

1. מבוא

במדינות שונות בעולם קיימת מודעות גוברת להיקף התקציבים הקשורים בטיפול באוכלוסיית חולי הנפש והסובלים ממצוקה נפשית (Richman 1990). במקביל, מתבצעות בעשור האחרון רפורמות בתחום בריאות הנפש בארצות שונות, המדגישות את העברת מרכז הכובד מאשפוז בבית-חולים לטיפול בקהילה (Mechanic & Rochfort 1990). מגמה נוספת הינה השילוב של בריאות נפש ברפואה ראשונית (Jones et al. 1987; Regier et al. 1993). ההנחה הינה כי מניעת אשפוזים, מחד, והתבססות על מערך רפואי ראשוני קיים, מאידך, יחסכו בהוצאות על שירותי בריאות, בכלל, ועל בריאות הנפש, בפרט (Richman 1990; Eisenberg 1992; Banham 1992; Frank et al. 1990). לפי גישה זאת תפחת הסטיגמטיזציה של החולי הנפשי ויהיה שיפור באיכות הטיפול ואיכות החיים של הנזקקים לטיפול (Bollini & Mollica 1989; Anderson et al. 1993).

בישראל, כבמדינות אחרות, נדונו נושאים אלו בהרחבה, וב-1990 המליצה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל על ביצוע רפורמה כוללת במערך בריאות הנפש, במסגרת הרפורמה הכוללת במערכת הבריאות. בינואר 1995 נכנס לתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי המסדיר, בפעם הראשונה, את זכותו החוקית של כל אזרח לסל שירותי בריאות נפש מוגדר, נגיש וזמין. החוק גם משנה מצב שהיה קיים שנים רבות שבו שירותי בריאות הנפש ניתנו על-ידי המדינה ולא נכללו בסל השירותים הניתנים על-ידי קופות-החולים. החוק קבע כי תוך שלוש שנים, שירותי בריאות הנפש ייכללו בסל השירותים שהקופות מחויבות לספק למבוטחיהן. בנוסף, מתוכננת רפורמה כוללת בשירותי בריאות הנפש אשר עיקרה הוצאת משרד הבריאות ממעורבות ישירה במתן שירותים, הפיכתו למיניסטריון שתפקידו תכנון ובקרה וביזור סמכויותיו למנהלות אזור בתחום בריאות הנפש. כן כוללת הרפורמה תהליך של הפיכת היחידות המספקות שירותי בריאות נפש ליחידות עצמאיות המוכרות שירותים ופועלות על בסיס כלכלי (מרק, פלדמן ורבינוביץ 1995; Mark & Shani 1995).

הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש מהווה שינוי מהותי במספר מישורים. במישור המקצועי, ישנו מעבר מהפרדה בין טיפול רפואי ונפשי לשילוב של בריאות הנפש במערך הרפואה. כמו כן, הרפורמה מובילה להעברת מרכז הכובד הטיפולי מאשפוז לכל החיים לאשפוז ממוקד, ומאשפוז בבית-חולים לטיפול מניעתי וחלופי בקהילה. במישור הכלכלי, יש מעבר של היחידות המספקות שירותי בריאות נפש מפעילות מתוקצבת על ידי משרד הבריאות, לפעילות על בסיס מכירת שירותים לקופות-החולים לפי תמחיר דיפרנציאלי לכל פעולה. במישור הארגוני, הרפורמה מעמידה את היחידות נותנות השירות תחת בקרה מקצועית כלכלית של קופות-החולים הקונות מהן שירותים (Mark & Shani 1995).

הרפורמה עשויה להביא לשינויים ארגוניים מרחיקי לכת במבנה היחידות נותנות הטיפול, בדפוסי העבודה בהן, ובמערך השירותים הניתנים לציבור, כתוצאה מהסתגלות היחידות לשינוי במערכת. צפוי שלשינויים ארגוניים אלו יהיו השלכות על עבודת אנשי המקצוע ביחידות.

הספרות הדנה בשינוי ארגוני מצביעה על כך שלעתים תכופות קשה ליישם שינוי מתוכנן משום שזה אינו מתקבל ברצון על-ידי העובדים בדרגים השונים (Lawler 1986). בין המניעים העיקריים לקושי ליישם שינוי ניתן למנות את החשש מהבלתי ידוע, וחשש שהשינוי יפגע בהישגים קודמים בתחומים שונים: הכנסה, עוצמה (סמכות, שליטה, השפעה), נוחות, ביטחון אישי ויציבות (Patti 1974). מקור נוסף לחששות קשור לחוסר אמון של העובדים שהשינוי הוא אכן בעל ערך ויביא לתוצאות רצויות (Zaltman et al. 1973).

כאשר השינוי הארגוני נעשה בשירותי בריאות, והתכנית כוללת הכנסת שיקולים כלכליים לתהליכי קבלת החלטות מקצועיים, היא עלולה לעורר התנגדות בקרב הצוות גם בשל החשש מפגיעה באוטונומיה המקצועית (Reagan 1987; Hillman 1987; Polliet et al. 1988). חשש נוסף הינו שכתוצאה מגישה כלכלית ייפגע הטיפול בחולים (Taylor 1989). חששות אלו מקורם באופי ההכשרה לתפקידים הרפואיים ובאתוס הרפואי השם דגש על הטיפול האופטימלי בכל פרט ופרט ללא התחשבות במשאבים שיש להשקיע (Scrivens 1986).

חששות נוספים של עובדים משינוי ארגוני, קשורים בהשפעה של תכנית השינויים על הפרופסיה. אחת הגישות התיאורטיות המתמקדת בהיבט זה טוענת כי אנשי מקצוע בארגון מגיבים בשלילה בעיקר לשינויים שעלולים להוביל לדה-פרופסיונליזציה של המקצוע, למשל פגיעה במונופול על הידע, במעמד המקצועי בקרב הקהילה הפרופסיונלית, וביוקרה הציבורית (Haug 1977). גישה אחרת להסברת עמדות שליליות של אנשי המקצוע כלפי שינוי, קשורה לחשש מאובדן המונופול על תהליכי הרישוי והקידום המקצועי (Friedson 1983). גישה אחרת שמה דגש על כך ששינויים עלולים להביא לבירוקרטיזציה של המקצוע, כלומר, לכך שהעובד המקצועי יהיה נתון לבקרה של מנגנונים ביורוקרטיים ולבקרת יתר על התהליך המקצועי של קבלת החלטות (Gorman 1976).

השינויים הצפויים כתוצאה מהפעלת הרפורמה במערך בריאות הנפש בארץ, כוללים בתוכם אלמנטים שעשויים להשפיע על מידת שיקול הדעת של אנשי המקצוע השונים העוסקים בבריאות הנפש בארץ. למשל, העברת האחריות והתקציבים המיועדים לבריאות הנפש לקופות-החולים יכולה להוביל לבקרת יתר של קופות-החולים על נותני השירותים תוך דגש על עלות הטיפול, דבר שיכול להתבטא גם בהתערבות בהחלטות המקצועיות.

מהספרות עולה עוד שהתגובות של אנשי מקצוע מתחומים שונים יכולות להיות שונות, מכיוון שהם נבדלים זה מזה במעמד בארגון מבחינת עוצמה מקצועית-כלכלית ומבחינת מידת ההשפעה שיש להם על קבלת ההחלטות בארגון. לפיכך, צפוי שיהיה שוני בתפיסתם את הרווח וההפסד הצפויים להם כתוצאה מהשינוי (Laumann & Heinz 1977). יש לשער כי בתחום בריאות הנפש קיימים הבדלים בין המקצועות השונים (פסיכיאטרים, פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים, אחיות וכד') מבחינת המעמד בארגון, ומכאן גם צפוי שוני בעמדות כלפי הרפורמה המוצעת במערך בריאות הנפש.

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבחון את העמדות של אנשי מקצוע מובילים במערכת בריאות הנפש כלפי הרפורמה המתוכננת, ערב הפעלתה. שאלות המחקר הינן:

(א) באיזו מידה בקיאים העובדים בפרטי הרפורמה המתוכננת?

(ב) מה עמדתם כלפי המרכיבים השונים של הרפורמה (הכללת תחום בריאות הנפש במסגרת סל השירותים הכללי; הפיכת מסגרות בריאות הנפש ליחידות כלכליות עצמאיות; והפיכת משרד הבריאות למיניסטריון שאינו ספק שירותים)?

(ג) מהן ההשפעות הצפויות של הרפורמה על היחידות נותנות השירות, בתחום הכלכלי, בתחום הארגוני, בתחום הטיפול בחולים ובתחום מעמד שירותי בריאות הנפש?

(ד) מהן ההשפעות הצפויות של הרפורמה על שיפור או הרעה בטיפול בלקוחות שירותי בריאות הנפש: מאושפזים לתקופות ממושכות, מאושפזים אקוטיים, מטופלים הנעזרים בחלופות לאשפוז, והאוכלוסייה הכללית?

(ה) מהן ההשפעות הצפויות של הרפורמה על אנשי המקצוע ביחידות בריאות הנפש?

(ו) באיזו מידה מבוצעים כבר שינויים ארגוניים הקשורים להפעלת הרפורמה?

2. שיטת המחקר

הסקר בוצע בקרב עובדים בכירים במסגרות בריאות הנפש שהשתתפו בכנס ארצי בנושא "יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי בתחום בריאות הנפש והעברת השירותים לאחריות המבטחים". הכנס אורגן ע"י האיגודים המקצועיים בתחום בריאות הנפש ונערך במארס 1995 בכפר המכביה ברמת גן. הכנס התקיים מספר חודשים לפני המועד המתוכנן להפעלת הרפורמה, ובעיצומם של הדיונים בנושא.

משתתפי הכנס התבקשו להירשם בבואם, וקיבלו לידיהם שאלון למילוי עצמי יחד עם חוברת הסברה על הרפורמה בבריאות הנפש. יו"ר הכנס הסביר את מטרת הסקר ופנה למשתתפים בבקשה שימלאו את השאלון. במהלך המושב הראשון של הכנס השאלונים נאספו על-ידי עובדים מצוות המחקר.

2.1 כלי המחקר

שאלון המחקר נועד לבחון את עמדות המרואיינים לגבי הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש, וכן לאסוף מידע על שינויים שכבר התחילו להתרחש בבתי-החולים ובמרפאות. בנוסף לשאלות על הרקע הסוציו-דמוגרפי של המרואיינים כלל השאלון חמישה פרקים: (א) עמדות כלליות כלפי הרפורמה; (ב) השפעות הרפורמה על מערכת בריאות הנפש (היבטים כלכליים, ארגוניים ומקצועיים); (ג) השפעות הרפורמה על הטיפול בחולים (חולים ממושכים, אקוטיים, וכלל האוכלוסייה); (ד) השפעות הרפורמה על אנשי המקצוע (אוטונומיה מקצועית, סטטוס, שכר, הכשרה מקצועית, אפשרויות תעסוקה, ויחסים בין-מקצועות); (ה) ביצוע שינויים הקשורים לרפורמה.

בסקירת ספרות נרחבה במאגר המידע Health 1987-1994 לא מצאנו שאלונים שנבנו לצרכים דומים ולכן השאלות פותחו בידי צוות המחקר תוך התייעצות עם ממלאי תפקידים בכירים מתחום בריאות הנפש. השאלות נבנו על סמך ניתוח המרכיבים השונים של הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש, וניתוח השפעות אפשריות של יישום כל מרכיב על כלל המערכת, מקבלי הטיפול ואנשי המקצוע.

התשובות על פריטי השאלון נוסחו על סולם מ-1 עד 5. קטיגוריות התשובה בעמדות כלפי הרפורמה, השפעות צפויות על מערכת בריאות הנפש ושינויים שמתרחשים כבר בארגון, היו 5=במידה רבה מאוד, 4=במידה רבה, 3=במידה בינונית, 2=במידה מועטה, 1=כלל לא. קטיגוריות התשובה בנושאים של השפעה על החולים ועל אנשי המקצוע היו: 5=שיפור רב, 4=שיפור מסוים, 3=אין שינוי, 2=הרעה מסוימת, 1=הרעה רבה. לגבי כל שאלה ניתנה אפשרות לענות גם באמצעות קטיגוריה נוספת - לא יודע.

השאלון נוסה בפריטסט בקרב 57 עובדים משירותי בריאות הנפש שהשתתפו בכנס של האגודה הישראלית לשיקום חברתי-פסיכיאטרי, בנושא "נפש וכסף בחוק ביטוח בריאות ממלכתי" שנערך ביום 2.3.95 בירושלים. על סמך הפריטסט הוכנסו תיקונים בשאלות שנתגלו כבעייתיות.

2.2 היענות וייצוגיות המדגם

שלוש מאות חמישים ושישה מתוך 653 המשתתפים בכנס[1] מילאו את השאלון (שיעור היענות של 55%). שיעור ההיענות אינו גבוה, ולכן בדקנו את ייצוגיות המדגם באמצעות השוואה של התפלגות משתנים מרכזיים של המשתתפים בכנס ושל המשיבים על השאלון (ראה נספח 1). ההשוואה נערכה לגבי מין, מקום עבודה ומקצוע (פרטים שהמשתתפים בכנס התבקשו למסור בעת הרישום). מההשוואה עולה שהעונים לשאלון מייצגים במידה רבה את כלל המשתתפים בכנס. אולם, יש לזכור שהם אינם מייצגים את כלל העובדים במסגרות בריאות הנפש. יחד עם זאת, מכיוון שבכנס השתתפו אנשי מקצוע מובילים מבחינה פרופסיונלית וארגונית, יש לשער כי לדעתם משקל רב בעיצוב עמדות העובדים.

3. ממצאים

3.1 משתני רקע

הגיל הממוצע של משתתפי הסקר היה 47.5. כ-20% בני +56, כ-64% בני 36-55, וכ-16% בני 35 ומטה. חמישים ושמונה אחוזים מהעונים היו נשים, כ-30% היו רופאים פסיכיאטרים, כ-10% אחיות, כ-20% עובדים סוציאליים ו-14% פסיכולוגים. עשרים ושבעה אחוזים הם בעלי מקצוע אחר כגון מרפאים בעיסוק או עובדי מינהל, או שהינם בעלי מספר מקצועות.

---

1 היו מספר משתתפים שהגיעו לכנס באיחור ולא נרשמו. מספרם אינו ידוע, אך מוערך בכ-55-80 איש. ההשוואה שנערכה בין משתתפי הכנס לממלאי השאלון אינה כוללת אותם.

שנים-עשר אחוזים מבין העונים הגדירו עצמם מנהלי מרכז (בית-חולים או מרפאה), 32% הגדירו עצמם מנהלי יחידות או אגפים, 35% - קלינאים, 14% - בעלי תפקיד אדמיניסטרטיבי, ו-7% בעלי תפקיד אחר.[2]

3.2 בקיאות בפרטי הרפורמה

לקראת הפעלת הרפורמה הקים משרד הבריאות ועדות לתכנון הרפורמה, וערך פגישות עם גורמים שונים במערכת בריאות הנפש על-מנת להתייעץ על תוכן הרפורמה ולהסביר את השינויים המתוכננים. שמונה-עשר אחוזים מבין העונים דיווחו שהיו חברים באחת הוועדות או הפורומים העוסקים ברפורמה.

משתתפי הכנס נשאלו באיזו מידה הם בקיאים בפרטי הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש. שלושים אחוזים אמרו שהם בקיאים במידה רבה[3] בפרטי הרפורמה, 41% ענו שהם בקיאים במידה בינונית ו-29% ענו שהם כלל אינם בקיאים או בקיאים במידה מועטה. שישים ושמונה אחוזים מבין החברים בוועדות ענו שהם בקיאים במידה רבה, לעומת 22% מהמשתתפים שאינם חברים בוועדות.

3.3 עמדות כלליות כלפי הרפורמה

כאמור, הרפורמה המתוכננת כוללת שלושה מרכיבים עיקריים: (1) הכללת תחום בריאות הנפש במסגרת סל השירותים הכללי של קופות-החולים; (2) הפיכת מסגרות בריאות הנפש ליחידות כלכליות עצמאיות; ו-(3) יציאת משרד הבריאות ממעורבות ישירה במתן שירותים והפיכתו למיניסטריון שתפקידו תכנון ובקרה. בשאלון נבדקו עמדות המשתתפים לגבי כל אחד מהמרכיבים הללו. לוח 1 מסכם את הממצאים הנוגעים לעמדות של משתתפי הכנס כלפי הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש.

עשרים ושמונה אחוזים מהמשתתפים ענו שרצוי במידה רבה שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופות-החולים. חמישה-עשר אחוזים ענו שהדבר רצוי במידה בינונית ו-45% ענו שהדבר אינו רצוי כלל או רצוי במידה מועטה. ארבעים וארבעה אחוזים ענו שרצוי במידה רבה שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותנות שירות עצמאיות ורק 28% חשבו שהדבר אינו רצוי כלל או רצוי רק במידה מועטה. בתשובה לשאלה האם רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון, ענו 55% שהדבר רצוי במידה רבה ו-28% ענו שהדבר אינו רצוי כלל או במידה מועטה.

---

2 בקטיגוריה זו נכללו גם מספר עובדים שכיהנו ביותר מתפקיד אחד (למשל קלינאי שהוא גם מנהל יחידה). מפאת מיעוט המקרים הם צורפו לקטיגוריה זו.

3 לשם נוחיות הצגת הממצאים מכאן ואילך, בכל מקום שנאמר "במידה רבה", הכוונה היא לשתי קטיגוריות תשובה: "במידה רבה מאוד" ו"במידה רבה". ראה פירוט הקטיגוריות בפרק על שיטת המחקר.

לוח 1: עמדות כלליות כלפי הרפורמה (באחוזים) (n=345)

עמדות	סה"כ	כלל לא או במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה או רבה מאוד	לא יודע
רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יועברו ממשרד הבריאות לקופות-החולים	100	45	15	28	13
רצוי שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותני שירות עצמאיים	100	27	22	44	7
רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון שתפקידו קביעת מדיניות ובקרת איכות	100	28	12	55	5

בהמשך בדקנו האם קיים קשר בין העמדות כלפי הרפורמה לבין מאפיינים מקצועיים: מקצוע, תפקיד בארגון, מקום עבודה, וההשתייכות הארגונית.[4]

בניתוח עמדות המשיבים לפי השתייכות ארגונית (לוח 2) בולט השיעור הגבוה של עובדים במסגרות ממשלתיות החושבים שלא רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופות-החולים. בולט גם השיעור הגבוה של עובדים במסגרות צבוריות ופרטיות החושבים שרצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון.

בבדיקת הקשר בין עמדות המשיבים לגבי העברת התקציבים והאחריות ממשרד הבריאות לקופות -החולים לבין מקצועם של המשיבים, נמצא שלא קיימת מגמה ברורה לפי מקצוע (ראה לוח 3). התמונה הכללית שעולה מהלוח הינה שהעמדות כלפי רכיב זה של הרפורמה חלוקות במקצועות השונות. למשל, בעוד ש-32% מהפסיכיאטרים תומכים במידה רבה או רבה מאוד בהעברת התקציבים לקופות-החולים, 41% מהם ענו שאינם תומכים בכך. ממצא דומה קיים גם לגבי המקצועות האחרים.

4 קטיגוריות המשתנים הינן:
מקצוע: רופאים פסיכיאטרים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים קליניים, אחר (עובדי מינהל, מרפאים בעיסוק ורופאים בעלי התמחות אחרת)
תפקיד בארגון: מנהל מרכז או יחידה, עובדי מינהלה, קלינאים ועובדים שהם בעלי יותר מתפקיד אחד.
מקום עבודה: בית-חולים, קהילה, הנהלה מרכזית או מחוזית (ממשלתי או קופות-חולים), או עובדים ביותר ממקום עבודה אחד.
השתייכות ארגונית: ממשלה, קופות-חולים, ארגון ציבורי, פרטי, או משתייכים ליותר מארגון אחד.

לוח 2: עמדות כלפי העברת אחריות למתן שירותי בריאות הנפש לפי השתייכות ארגונית (התפלגות התשובות באחוזים)

השתייכות ארגונית	משפטי עמדה		
	רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופת-החולים**	רצוי שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותנות שירות עצמאיות	רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון שתפקידו קביעת מדיניות ובקרת איכות*
סך תשובות כל הנחקרים (N=276)			
כלל לא או במידה מועטה	47	27	28
במידה בינונית	13	22	11
במידה רבה או רבה מאוד	28	45	56
לא יודע	12	6	5
ממשלתי (N=169)			
כלל לא או במידה מועטה	56	33	32
במידה בינונית	11	21	12
במידה רבה או רבה מאוד	22	41	52
לא יודע	11	5	4
קופת-חולים (N=74)			
כלל לא או במידה מועטה	31	18	22
במידה בינונית	20	28	12
במידה רבה או רבה מאוד	35	46	59
לא יודע	14	8	7
ציבורי (N=14)			
כלל לא או במידה מועטה	14	14	7
במידה בינונית	14	14	7
במידה רבה או רבה מאוד	43	57	72
לא יודע	29	15	14
פרטי (N=19)			
כלל לא או במידה מועטה	47	16	32
במידה בינונית	5	16	0
במידה רבה או רבה מאוד	37	63	68
לא יודע	11	5	0

* p-value<0.05
** p-value<0.01

לוח 3: עמדות כלפי העברת אחריות למתן שירותי בריאות הנפש לפי מקצוע (התפלגות התשובות באחוזים)

מקצוע	משפטי עמדה		
	רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופת-החולים**	רצוי שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותנות שירות עצמאית	רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון שתפקידו קביעת מדיניות ובקרת איכות
סך תשובות כל הנחקרים (N=266)			
כלל לא או במידה מועטה	46	28	29
במידה בינונית	15	22	13
במידה רבה או רבה מאוד	25	44	53
לא יודע	14	6	5
פסיכיאטרים (N=106)			
כלל לא או במידה מועטה	41	26	20
במידה בינונית	15	19	13
במידה רבה או רבה מאוד	32	45	59
לא יודע	12	10	8
אחיות (N=43)			
כלל לא או במידה מועטה	60	30	23
במידה בינונית	7	19	16
במידה רבה או רבה מאוד	21	46	58
לא יודע	12	5	3
עובדים סוציאליים (N=67)			
כלל לא או במידה מועטה	51	33	44
במידה בינונית	10	27	23
במידה רבה או רבה מאוד	21	37	19
לא יודע	18	3	14
פסיכולוגים קליניים (N=50)			
כלל לא או במידה מועטה	36	21	34
במידה בינונית	30	22	10
במידה רבה או רבה מאוד	20	51	50
לא יודע	14	6	6

** p-value<0.01

התמונה דומה גם לגבי תפקיד בארגון, ואין הבדל ניכר בתשובות של מנהלי מרכז, קלינאים ואחרים (ראה לוח 4).

לוח 4: עמדות כלפי העברת אחריות למתן שירותי בריאות הנפש לפי תפקיד בארגון (התפלגות התשובות באחוזים)

	משפטי עמדה		
תפקיד	רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופת-החולים	רצוי שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותנות שירות עצמאית	רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון שתפקידו קביעת מדיניות ובקרת איכות
סך תשובות כל הנחקרים (N=305)			
כלל לא או במידה מועטה	45	29	27
במידה בינונית	15	21	13
במידה רבה או רבה מאוד	28	44	56
לא יודע	12	6	4
מנהל מרכז או יחידה (N=144)			
כלל לא או במידה מועטה	44	29	25
במידה בינונית	12	20	11
במידה רבה או רבה מאוד	30	44	60
לא יודע	14	7	4
אנשי מינהל (N=53)			
כלל לא או במידה מועטה	54	26	22
במידה בינונית	8	19	15
במידה רבה או רבה מאוד	34	53	63
לא יודע	4	2	0
קלינאים (N=109)			
כלל לא או במידה מועטה	42	28	33
במידה בינונית	23	24	14
במידה רבה או רבה מאוד	23	41	47
לא יודע	12	7	6

השפעתם של משתני הרקע של העובדים על עמדותיהם כלפי הרפורמה, נבחנה גם בניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית) (ראה לוח 5). בנוסף על הקשרים שהתגלו בניתוחים החד-משתניים מראה הניתוח הרב-משתני שעמדותיהם של עובדי הממשלה כלפי המרכיבים השונים ברפורמה, שליליות יותר מעמדותיהם של העובדים במסגרות הארגוניות האחרות (קופות-חולים, ארגונים ציבוריים ופרטיים).

לוח 5: ניתוח רגרסיה של עמדות כלפי הרפורמה בבריאות הנפש (שלושה ניתוחי רגרסיה)

	המשתנה התלוי: רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופות-החולים	המשתנה התלוי: רצוי שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותנות שירות עצמאיות	המשתנה התלוי: רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון שתפקידו קביעת מדיניות ובקרת איכות
	מקדם b	מקדם b	מקדם b
מקום עבודה - בית-חולים	0.25	-0.39	0.37
תפקיד - מנהל	-0.23	0.03	0.23
מקום עבודה - ממשלתי	-0.75*	-0.66*	-0.59*
מין (גברים)	0.98*	0.46	0.64*
חברות בוועדות העוסקות ברפורמה	0.91*	0.18	0.28
גיל	0.02	0.009	-0.008
מקצוע - פסיכיאטרים	-0.33	-0.57	-0.28
אחוז השונות המוסברת	R^2=20.4%	R^2=8.4%	R^2=12.7%

עובדים שחשבו שלא רצוי שהתקציבים והאחריות לבריאות הנפש יעברו ממשרד הבריאות לקופות -החולים מתאפיינים בכך שהם גברים; שהם עובדים במסגרות ממשלתיות (לעומת בקופות ובמגזרים הציבורי והפרטי); ושהם לא היו חברים באחת הוועדות או הפורומים העוסקים ברפורמה. למשתנים האחרים שנבדקו לא נמצאה השפעה (עובדי בתי-חולים מול קהילה; מנהלים מול קלינאים ואנשי מינהלה; גיל, ומקצוע). עובדים שחשבו שלא רצוי שמסגרות בריאות הנפש יפעלו כנותנות שירות עצמאיות מתאפיינים בכך שהם עובדי ממשלה. לשאר המשתנים לא היתה השפעה עצמאית מובהקת על עמדה זו. לבסוף, עובדים שחשבו שלא רצוי שמשרד הבריאות יחדל לספק שירותים ויפעל כמיניסטריון התאפיינו אף הם בכך שהם גברים ועובדי ממשלה.

3.4 השפעות צפויות של הרפורמה במערכת בריאות הנפש

על-מנת ללמוד על דעותיהם של העובדים כלפי השפעות צפויות, הן חיוביות והן שליליות, של הרפורמה, הוצגה בפני הנחקרים סדרה של 19 פריטים שנגעו להשפעות אפשריות במספר תחומים עיקריים: התחום הכלכלי (למשל, בקרה כספית של קופות, הכנסת שיקולים כלכליים לטיפול); התחום הארגוני והיחסים בין נותני השירות השונים (למשל, עומס העבודה, התרחבות השירות במסגרת חלופות לאשפוז); תחום הטיפול בחולים (למשל, הפחתת הנגישות בקבלת שירותים לחולי נפש, ופגיעה באיכות הטיפול הנפשי); ותחום המעמד הכללי של שירותי בריאות הנפש (למשל, הפחתת סטיגמה של טיפול נפשי, היחלשות כוחם של האיגודים המקצועיים) (ראה פירוט השאלות בנספח 2).

ניתוח תשובות הנחקרים לסדרת שאלות זו מצביע על כך שלגבי חמישה פריטים ענו 50% או יותר מהנחקרים שהרפורמה תשפיע עליהם במידה רבה (ראה לוח 6). לגבי הפריטים האחרים לא נמצאה מגמה אחידה בתשובות (ראה נספח 2). לפיכך, הניתוח שלהלן יתייחס רק לחמשת הפריטים שמרבית העובדים חשבו שהרפורמה תשפיע עליהם במידה רבה.

מלוח 6 עולה (1) ש-78% מהנחקרים ענו שהרפורמה תביא במידה רבה לבקרת יתר כספית של הקופות על מסגרות בריאות הנפש; (2) שבעים וארבעה אחוזים חשבו שהרפורמה תביא במידה רבה לכך שהעובדים יתחשבו בשיקולים כספיים במקום רק בשיקולים מקצועיים; (3) שבעים ושניים אחוזים חשבו שהרפורמה תביא במידה רבה להתערבות הקופות בשיקולים מקצועיים של מוסדות בריאות הנפש; (4) חמישים ושבעה אחוזים ענו שבעקבות הרפורמה תיווצר תחרות בין מסגרות אשפוז למסגרות קהילתיות; (5) חמישים וחמישה אחוזים אמרו שהרפורמה תביא במידה רבה להגברת עומס העבודה במרפאות בריאות הנפש.

לוח 6: השפעות צפויות של הרפורמה על מערכת בריאות הנפש (התפלגות התשובות באחוזים)

השפעה צפויה	סה"כ	כלל לא או במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה או רבה מאוד	לא יודע
בקרת יתר כספית של הקופות על מסגרות בריאות הנפש	100	7	12	78	3
מעבר משיקולים מקצועיים לשיקולים כלכליים	100	5	19	74	2
התערבות של הקופות בשיקולים מקצועיים של מוסדות בריאות הנפש	100	10	16	72	2
היווצרות תחרות בין מסגרות אשפוז למסגרות קהילתיות	100	15	24	57	4
הגברת עומס העבודה במרפאות בריאות הנפש	100	14	26	55	5

(N=356)

בחנו את הקשר שבין התשובות על חמישה פריטים אלו לבין מאפיינים מרכזיים של המשיבים: מקצוע, תפקיד בארגון, מקום עבודה והשתייכות ארגונית. לגבי רוב הפריטים לא נמצאו הבדלים בתשובות לפי המאפיינים הללו. נמצא הבדל לפי מקצוע בנושא השפעת הרפורמה על עומס העבודה. בעוד ש-50% מהפסיכיאטרים, 67% מהאחיות וכ-60% מהעובדים הסוציאליים ובעלי המקצוע האחרים חשבו שהעומס יגבר במידה רבה, רק 35% מהפסיכולוגים הקליניים חשבו כך (לוח 7).

לוח 7: השפעות צפויות של הרפורמה על הגברת עומס העבודה במרפאות בריאות הנפש לפי מקצוע (באחוזים)*

מקצוע	סה"כ	כלל לא או במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה או רבה מאוד	לא יודע
סה"כ כל הנחקרים	**100**	**16**	**25**	**53**	**6**
רופא פסיכיאטר למבוגרים ולילדים	100	23	22	50	6
אחיות	100	5	26	67	2
עובדים סוציאלים	100	12	23	61	4
פסיכולוגים קליניים	100	18	37	35	10

(N=268)

* p-value<0.05

נמצא הבדל בתשובות לגבי השפעת הרפורמה על כך שהעובדים ידגישו שיקולים כלכליים בנוסף על שיקולים מקצועיים, לפי מקום העבודה של הנחקרים. בעוד שבין 75% ל-78% מהעונים העובדים בבית-חולים, במרפאות בקהילה, או העובדים ביותר ממקום עבודה אחד, חשבו שהרפורמה תביא במידה רבה למעבר לשיקולים כלכליים, רק 47% מהעובדים בהנהלה מרכזית (של משרד הבריאות או קופות-חולים) או בהנהלה מחוזית (של משרד הבריאות או קופות-חולים) חשבו כך (ראה לוח 8).

לוח 8: השפעות צפויות של הרפורמה על מעבר משיקולים מקצועיים לשיקולים כלכליים לפי מקום עבודה (התפלגות התשובות באחוזים)**

מקום עבודה	סה"כ	כלל לא או במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה או רבה מאוד	לא יודע
סה"כ	**100**	**6**	**19**	**74**	**1**
בית-חולים	100	4	18	78	0
קהילה	100	9	14	75	3
הנהלה מרכזית או מחוזית	100	5	47	47	0

(N=238)
** p-value<0.01

3.5 השפעות צפויות של הרפורמה על הטיפול בחולים

שבעה פריטים בשאלון התייחסו להשפעות הצפויות של הרפורמה על הטיפול בארבעה סוגים של מקבלי שירות: מאושפזים לתקופה ממושכת, מאושפזים אקוטיים, מקבלי טיפול בקהילה (במרפאות בריאות הנפש וחלופות לאשפוז[5]), והאוכלוסייה הכללית בארץ. הנחקרים נשאלו לגבי פריטים אלה האם הרפורמה תגרום, לדעתם, לשיפור או להרעה בטיפול הניתן לסוגי האוכלוסייה הללו. התשובות נעו על סולם של חמש דרגות: הרעה רבה, הרעה מסוימת, אין שינוי, שיפור מסוים, שיפור רב. ניתנה גם אפשרות לציין "לא יודע".[6]

מלוח 9 עולה ש-58% מהנחקרים חושבים שתהיה הרעה בטיפול בחולים ממושכים (מאושפזים), ו-15% חושבים שיהיה שיפור. לעומת זאת, חמישים ושבעה אחוזים חושבים שיהיה שיפור בטיפול בחולים, שאינם מאושפזים אלא נעזרים בחלופות לאשפוז, ו-13% חושבים שתהיה הרעה. עוד עולה מלוח 9, שלגבי הטיפול בחולים המאושפזים לזמן ממושך, 58% מהנחקרים חושבים שתהיה הרעה ו-15% - שיהיה שיפור. לעומת זאת לגבי כל המטופלים האחרים מצטיירת תמונה הפוכה: שיעורים גבוהים יחסית של נחקרים חושבים שיהיה שיפור, ושיעורים נמוכים יחסית חושבים שתהיה הרעה. מגמה זו בולטת במיוחד בנושא הטיפול בנעזרים בחלופות לאשפוז: 57% חושבים שיהיה שיפור ו-13% בלבד חושבים שתהיה הרעה. זהו ממצא מעניין לנוכח הכוונה להעביר את מרכז הכובד של הטיפול ממסגרות אשפוז למסגרות חלופיות בקהילה.

בניתוח דעות הנחקרים לגבי ההשפעה הצפויה של הרפורמה על הטיפול בחולים לפי מקום עבודה, עולה שקיימים מספר הבדלים בין העובדים בבתי-חולים, בקהילה, ובהנהלה המרכזית או המחוזית. בעוד ששיעור ניכר מהנחקרים העובדים במסגרת העוסקת ישירות בטיפול במאושפזים אקוטיים, הן בבתי-החולים והן בקהילה, חושבים שיהיה שיפור בנושא זה (46% ו-40% בהתאמה), רק 25% מהעובדים בהנהלה מרכזית או מחוזית חושבים כך.

---

5 חלופות האשפוז כוללות מסגרות שקומיות כגון דיור מוגן, מועדונים, אשפוז יום וכד'.

6 לשם נוחיות הצגת הממצאים, בלוחות 9-10 מוצגות קטיגוריות תשובה מקובצות. הקטיגוריה "שיפור" כוללת את הקטיגוריות "שיפור רב", ו"שיפור מסוים", והקטיגוריה "הרעה" כוללת את הקטגוריות "הרעה רבה" ו"הרעה מסוימת".

כחמישים אחוזים מהנחקרים העובדים במסגרת קהילתית חוששים שתהיה הרעה בטיפול בפונים למרפאות בריאות הנפש, בהשוואה ל-21% שחושבים כך בקרב העובדים בבתי-החולים ו-35% מהעובדים בהנהלה מרכזית או מחוזית. יתרה מכך, כ-45% מהאחרונים אף חושבים שיהיה שיפור בטיפול בפונים למרפאות בריאות הנפש, לעומת 32% מהעובדים בקהילה החושבים כך.

לוח 9: השפעות צפויות של הרפורמה על הטיפול בחולים לפי מקום עבודה (באחוזים)

	השפעות צפויות						
מקום עבודה	הטיפול במאושפזים לזמן ממושך	הטיפול במאושפזים אקוטיים**	הטיפול בפונים למרפאות בריאות הנפש**	הטיפול בנעזרים בחלופות לאשפוז**	הטיפול בבעיות נפשיות של אוכלוסיית הבוגרים הכללית*	הטיפול בבעיות נפשות של אוכלוסיית הילדים הכללית	זמינות ונגישות של האוכלוסייה הכללית לשירותי בריאות הנפש
סך תשובות הנחקרים (N=237)							
הרעה רבה או מסוימת	58	21	31	13	31	21	27
אין שינוי	24	33	22	19	32	28	20
שיפור מסוים או שיפור רב	15	42	42	57	31	36	46
לא יודע	3	4	5	11	6	15	7
בית-חולים (N=140)							
הרעה רבה או מסוימת	65	25	21	11	24	14	21
אין שינוי	19	28	29	15	33	31	22
שיפור מסוים או שיפור רב	13	46	46	67	36	38	50
לא יודע	3	1	4	7	7	17	7
קהילה (N=77)							
הרעה רבה או מסוימת	49	13	50	17	47	32	38
אין שינוי	28	42	13	25	27	24	17
שיפור מסוים או שיפור רב	19	40	32	40	21	31	36
לא יודע	4	5	5	18	5	13	9
הנהלה מרכזית או מחוזית (N=20)							
הרעה רבה או מסוימת	40	25	35	20	25	25	30
אין שינוי	40	35	10	20	45	25	15
שיפור מסוים או שיפור רב	15	25	45	55	25	40	50
לא יודע	5	15	10	5	5	10	5

* p-value<0.05
** p-value<0.01

גם בנושא הטיפול בנעזרים בחלופות לאשפוז, שיעור החושבים שיהיה שיפור גבוה יותר בקרב עובדים במסגרת בתי-חולים (67%) ובקרב עובדים בהנהלה מרכזית ומחוזית (55%), בהשוואה לעובדים בקהילה (40%).

לבסוף, נמצא הבדל בעמדות העובדים במקומות העבודה השונים לגבי ציפיותיהם להשפעות הרפורמה על הטיפול בבעיות הנפשיות של אוכלוסיית הבוגרים הכללית. ארבעים ושבעה אחוזים מהעובדים בקהילה חוששים שתהיה הרעה בטיפול בהשוואה ל-25% בלבד בקרב העובדים בהנהלה מרכזית או מחוזית החושבים כך.

3.6 השפעות צפויות של הרפורמה על אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש

למשתתפי הכנס הופנתה סדרה של שאלות לגבי השפעות צפויות של הרפורמה בבריאות הנפש עליהם כאנשי מקצוע. השאלות התייחסו לנושאים של אוטונומיה מקצועית, איכות הפעילות המקצועית של העובדים, הסטטוס של המקצוע, שכר ותנאים סוציאליים, יחסים בין מקצועות, הביקוש למקצוע במערכת הציבורית והפרטית, פעילות מחקרית ואקדמית, אפשרויות להתמחות ולמתן הדרכה.

מלוח 10 עולה שמעל 50% מהנחקרים הביעו חשש שבעקבות הרפורמה תיפגע האוטונומיה המקצועית (63%), תהיה הרעה ביחסים עם אנשי המינהל הרפואי (50%), תהיה הרעה בקיום פעילות מחקרית ואקדמית (55%), תהיה הרעה באפשרויות להתמחות ולהכשרה מקצועית (55%), ובאפשרות לקבל או לתת הדרכה (58%).

ניתוח הנתונים לפי המקצוע של המשיבים מלמד כי שיעור גבוה יותר של פסיכיאטרים ופסיכולוגים קליניים חוששים מהרעה באוטונומיה המקצועית שלהם (71% ו-67% בהתאמה) בהשוואה לאחיות (56%) ולעובדים סוציאליים (51%). מהלוח בולט השיעור הגבוה יחסית של פסיכולוגים קליניים (26%) ושל עובדים סוציאליים (22%) שאינם יודעים כיצד הרפורמה תשפיע על השכר ועל התנאים הסוציאליים שלהם. בולטת לעין גם העובדה ש-61% מהרופאים הפסיכיאטרים חושבים שיהיה שיפור ביחסים עם רופאים ברפואה הראשונית, בעוד שבקרב אנשי המקצוע האחרים האחוזים החושבים כך נמוכים יותר.

רק 8% מהפסיכיאטרים חושבים שבעקבות הרפורמה תהיה ירידה (הרעה) בביקוש למקצועם במערכת הציבורית, לעומת 36% מהפסיכולוגים הקליניים, 30% מהאחיות ו-23% מהעובדים הסוציאליים. מעניין לציין עוד ש-52% מהעובדים הסוציאליים חושבים שיהיה שיפור בביקוש למקצועם במערכת הציבורית.

בולט השיעור הגבוה יחסית של פסיכיאטרים שחושבים שיהיה שיפור באפשרויות התעסוקה בשוק הפרטי בעקבות הרפורמה (66%), בהשוואה לשיעורים נמוכים יותר בקרב בעלי המקצוע האחרים.

שבעים ושמונה אחוזים מהפסיכיאטרים ו-51% מהפסיכולוגים הקליניים חושבים שתהיה הרעה באפשרות לפעילות מחקרית ואקדמית, זאת בהשוואה לשיעורים נמוכים יותר בקרב אחיות ועובדים סוציאליים.

ממצא בולט הוא ששיעורים גבוהים מבין הפסיכולוגים הקליניים חוששים שתהיה הרעה באפשרויות להתמחות והכשרה מקצועית (78%) וכן באפשרויות לתת או לקבל הדרכה (82%). גם בקרב הפסיכיאטרים חוששים שיעורים גבוהים מהרעה בנושאים אלו (64% בנושא ההתמחות ו-71% בנושא ההדרכה).

לוח 10: השפעות צפויות של הרפורמה על אנשי מקצוע לפי מקצוע (התפלגות התשובות באחוזים)

מקצוע	השפעה צפויה					
	אוטונומיה מקצועית*	איכות הפעילות המקצועית של העובדים	הסטטוס של המקצוע שלך	שכר ותנאים סוציאליים*	יחסים בין מקצועות בשירותי בריאות הנפש	יחסים עם רופאים ברפואה ראשונית**
סך תשובות הנחקרים (N=237)						
הרעה רבה או מסוימת	63	41	23	23	34	17
אין שינוי	19	27	45	49	38	23
שיפור מסוים או שיפור רב	16	28	26	11	21	50
לא יודע	2	4	6	17	7	10
פסיכיאטרים (N=107)						
הרעה רבה או מסוימת	71	43	19	25	27	14
אין שינוי	17	27	47	51	46	20
שיפור מסוים או שיפור רב	9	25	27	9	20	61
לא יודע	3	5	7	15	7	5
אחיות (N=43)						
הרעה רבה או מסוימת	56	35	29	30	34	26
אין שינוי	14	23	38	51	34	29
שיפור מסוים או שיפור רב	30	40	31	14	25	43
לא יודע	0	2	2	5	7	2
עובדים סוציאליים (N=70)						
הרעה רבה או מסוימת	51	39	21	11	34	16
אין שינוי	27	27	46	54	39	28
שיפור מסוים או שיפור רב	17	30	30	13	21	43
לא יודע	5	4	3	22	6	13
פסיכולוגים קליניים (N=50)						
הרעה רבה או מסוימת	67	45	31	30	46	16
אין שינוי	19	33	44	38	26	20
שיפור מסוים או שיפור רב	14	20	15	6	20	42
לא יודע	0	2	10	26	8	22

1 בניתוח זה לא נכללה קטיגוריה "אחר" שהורכבה ממספר מקצועות שבהם היה מספר מועט של נחקרים.

* p-value<0.05

** p-value<0.01

לוח 10: (המשך)

מקצוע	השפעה צפויה: יחסים עם אנשי מינהל רפואי*	הביקוש למקצוע שלך במערכת הציבורית**	אפשרויות תעסוקה בשוק הפרטי**	פעילות מחקרית ואקדמית**	אפשרויות להתמחות ולהכשרה מקצועית**	אפשרות לקבל או לתת הדרכה**
סך תשובות הנחקרים (N=237)						
הרעה רבה או מסוימת	50	21	9	55	55	58
אין שינוי	18	31	28	21	21	20
שיפור מסוים או שיפור רב	19	41	54	16	17	15
לא יודע	13	7	9	8	7	7
פסיכיאטרים (N=107)						
הרעה רבה או מסוימת	54	8	10	78	64	71
אין שינוי	13	38	19	17	22	16
שיפור מסוים או שיפור רב	23	43	66	3	6	6
לא יודע	10	11	5	2	8	7
אחיות (N=43)						
הרעה רבה או מסוימת	56	30	14	42	40	45
אין שינוי	28	37	40	24	29	26
שיפור מסוים או שיפור רב	14	30	44	29	26	24
לא יודע	2	3	2	5	5	5
עובדים סוציאליים (N=70)						
הרעה רבה או מסוימת	41	23	4	31	34	30
אין שינוי	23	22	33	25	23	31
שיפור מסוים או שיפור רב	20	52	49	32	33	27
לא יודע	16	3	14	12	10	12
פסיכולוגים קליניים (N=50)						
הרעה רבה או מסוימת	50	36	12	51	78	82
אין שינוי	12	24	30	20	12	8
שיפור מסוים או שיפור רב	16	28	42	8	6	6
לא יודע	22	12	16	21	4	4

1 בניתוח זה לא נכללה קטיגוריה "אחר" שהורכבה ממספר מקצועות שבהם היה מספר מועט של נחקרים.

* p-value<0.05

** p-value<0.01

3.7 דיווחי הנחקרים על המידה בה מבוצעים בארגון שלהם שינויים הקשורים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש

על-מנת ללמוד על ההכנות הנערכות במסגרות לבריאות הנפש לקראת יישום הרפורמה, נשאלו משתתפי הכנס באיזו מידה כבר מבוצעים בארגון שלהם שינויים הקשורים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש. פרק זה בשאלון כלל עשרה פריטים הקשורים לכוח-אדם, שיווק, בקרה, גיוס תרומות והסבת הייעוד של התשתית.

מלוח 11 עולה שהנושאים העיקריים שכבר מבוצעים בהם שינויים, עליהם דיווחו שיעור גבוה יחסית של נחקרים, היו נושאים הקשורים לבקרה: הגדלת הבקרה של ההנהלה על העובדים בארגון (37% במידה רבה ו-24% במידה בינונית) ופיתוח מערכות מידע פנימיות לארגון (25% במידה רבה ובמידה בינונית). כמו-כן, דווח על ביצוע הסכמים עם קופות-חולים למתן שירותים (15% במידה רבה ו-22% במידה בינונית); שיווק אגרסיבי של שירותי הארגון (15% במידה רבה ו-19% במידה בינונית); מכירת שירותים חדשים לשם הרחבת מקורות הכנסה (18% במידה רבה ו-23% במידה בינונית).

לוח 11: ביצוע שינויים הקשורים לרפורמה בשירותי בריאות הנפש (התפלגות התשובות באחוזים)

שינויים	סה"כ	כלל לא או במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה או רבה מאוד	לא יודע
כוח-אדם					
המרות תקנים	100	66	11	8	15
צמצום כוח-אדם	100	70	11	10	9
הסבת כוח-אדם לפעילות חדשה	100	68	12	10	10
שיווק					
הסכמים עם קופות חולים למתן שירותים	100	46	22	15	17
שיווק אגרסיבי של שירותי הארגון	100	56	19	15	10
מכירת שירותים חדשים לשם הרחבת מקורות הכנסה	100	51	23	18	8
בקרה					
הגדלת הבקרה של ההנהלה על העובדים בארגון (כספית, מקצועית)	100	32	24	37	7
פיתוח מערכות מידע פנימיות לארגון	100	38	25	25	12
אחר					
גיוס תרומות לשם הרחבת מקורות הכנסה	100	57	11	15	17
הסבת ייעוד של תשתית (למשל השכרת חדרים)	100	71	8	8	13

בחנו האם יש הבדל בין תשובות הנחקרים לפי השתייכות ארגונית (משרד הבריאות, קופות-חולים, ארגון ציבורי, ארגון פרטי), ולפי מקום עבודה (בית-חולים, קהילה, הנהלה מרכזית, או מחוזית). נמצאו הבדלים רק לגבי הסבת היעוד של תשתיות. שיעור גבוה יחסית של עובדים בהנהלה מרכזית או מחוזית חושבים שנעשתה הסבה של יעוד תשתיות במידה רבה (25%) לעומת כ-7% מקרב העובדים האחרים.

4. סיכום ודיון

ממצאי המחקר מצביעים על כך שלעובדים ישנן עמדות מעורבות כלפי הרפורמה. שיעור גבוה ממשתתפי הכנס הביעו עמדה חיובית כלפי שני מרכיבים של הרפורמה: הפעלת מסגרות בריאות הנפש כיחידות עצמאיות והפחתת מעורבות משרד הבריאות בהספקת שירותים והפעלתו כמיניסטריון. לעומת זאת, מרביתם חשבו שאין זה רצוי שהתקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש יעברו לקופות-החולים. מעניין לציין שמאפיין בולט של העובדים שהביעו עמדות שליליות כלפי כל אחד מהמרכיבים בנפרד הינו שהם נוטים להיות שייכים למסגרות ממשלתיות. ייתכן שעובדים אלו חוששים יותר מכיוון שהיחידות הממשלתיות שתוקצבו והופעלו עד כה ישירות על-ידי משרד הבריאות הן אלו שבהן צפויים לחול השינויים הניכרים ביותר בעקבות הרפורמה.

עמדות העובדים להשפעות הצפויות של הרפורמה על היחידות נותנות השירות קשורות בעיקר לחשש שהעברת התקציבים והאחריות למתן שירותי בריאות הנפש לקופות-החולים תוביל לבקרת יתר כספית של הקופות על מסגרות בריאות הנפש, להתערבות הקופות בשיקולים מקצועיים, ולמתן דגש של העובדים לשיקולים כלכליים בנוסף על שיקולים מקצועיים. חששות העובדים אינם רק מפני בקרה חיצונית של הקופות אלא, כנראה, גם מבקרת יתר פנימית של אנשי המינהל הרפואי בארגונים בהם הם מועסקים שכן, כמחציתם העריכו כי תחול הרעה ביחסיהם עם קבוצה זו.

החששות שהעלו העובדים עולים בקנה אחד עם הגישה הטוענת שעמדות שליליות כלפי שינוי קשורות בחשש מפני ביורוקרטיזציה של מסגרות העבודה ובעיקר מהכנסת מנגנונים של בקרת יתר על עובדים פרופסיונליים (Lewis & Maude 1952).

חששות העובדים יכולים להיות קשורים לרמת הידע הנמוכה על הרפורמה. נמצא כי ערב הפעלת הרפורמה כ-80% ממשתתפי הכנס, שלא היו חברים בוועדות הכנה לקראת הרפורמה, חשבו שהם בקיאים במידה מועטה בפרטי הרפורמה. ייתכן כי חוסר הידע קשור לחששות העובדים מהשינוי, כפי שעולה ממחקרים על הטמעת שינוי ארגוני (סמואל 1990).

עמדות משתתפי הכנס כלפי השפעת הרפורמה על מקבלי השירות מצביעות על כך שהמשתתפים מבחינים בין סוגים שונים של לקוחות: מרביתם חושבים שתהיה הרעה בטיפול בחולים הממושכים. לעומת זאת לגבי כל המטופלים האחרים, שיעורים גבוהים יחסית חושבים שיהיה שיפור, ורק שיעורים נמוכים יחסית חושבים שתהיה הרעה. מגמה זו בולטת במיוחד בנושא טיפול בנעזרים בחלופות לאשפוז. ייתכן שהדבר מתקשר לכך שהנחקרים חושבים שהרפורמה תביא להוצאה בלתי מבוקרת של חולים מבתי-החולים הפסיכיאטריים אל הקהילה, מגמה שיכולה להזיק לחולים הקשים אך להועיל לחולים הקלים יותר, שייקלטו בחלופות האשפוז.

באשר לעמדות המתייחסות להשפעת הרפורמה על העובדים כאנשי מקצוע, נמצא כי שיעור גבוה מבין משתתפי הכנס הביעו חשש מפגיעה אפשרית באוטונומיה המקצועית, ובאפשרות להכשרה מקצועית, להתמחות, להדרכה, ולקיום פעילות מחקרית ואקדמית. ניתן להניח שחששות אלו

קשורים בכך שבעקבות הרפורמה, יהיה קושי לממן פעילויות שאינן קשורות ישירות לטיפול בחולים, ואינן כלולות בסל השירותים הקבוע בחוק. זאת משום שהיחידות נותנות השירות ימומנו לפי היקף השירותים המסופקים לקופות. בנוסף במסגרת הרפורמה כלל לא יועדו כספים מיוחדים לפעילויות אלו. חיזוק להשערה זו נמצא בכך ששיעור גבוה מהפסיכיאטרים ומהפסיכולוגים הם שהביעו חששות אלו. אלה שני המקצועות שתהליכי הרישוי שלהם קשורים לתקופת התמחות המחייבת הדרכות, הכשרות והשתלבות במחקר. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם התיאוריה שפיתח Friedson (1983), המדגישה את התנגדות אנשי המקצוע לשינויים היכולים לגרום לפגיעה במנגנונים הפורמליים שהמקצוע פיתח לצורך קביעת זכאות לרישוי מקצועי.

ממצא נוסף, הקשור בהשפעת הרפורמה על אנשי המקצוע, הינו ששיעור ניכר, ובעיקר בקרב הפסיכיאטרים והפסיכולוגים הקליניים, הביעו חשש מפגיעה באוטונומיה המקצועית, ומהרעה ביחסים עם אנשי מינהל רפואי. ממצא זה מתקשר לחשש ששיקולים כלכליים יתערבו בשיקולים מקצועיים במתן הטיפול, ושהגורמים המינהליים, הן בתוך היחידות נותנות השירות והן מטעם הקופות, יבצעו בקרה שתתמקד בהפחתת העלויות.

בשאלון נכללה גם שאלה לגבי השפעת הרפורמה על הקשר עם הרופאים הראשוניים אשר צפוי כי יגבירו מעורבותם בטיפול הנפשי. מהנתונים עולה שכמחצית ממשתתפי הכנס חשבו שיהיה שיפור ביחסים עם הרופאים הראשוניים, ורק 17% חשבו שתהיה הרעה. ממצא זה מצביע על אפשרויות להגברת שיתוף הפעולה הבין-מקצועי לטובת החולים. ממצאים אלה אינם עולים בקנה אחד עם תיאוריית הדה-פרופסיונליזציה (Huag 1977), לפיה אנשי מקצוע חוששים מפני אובדן מונופול הידע כאשר פרופסיות חדשות חודרות לתחום עיסוקם. ייתכן כי אנשי מקצועות בריאות הנפש רואים ברופאי המשפחה עמיתים אשר שיתופם בטיפול אינו פוגע במונופול על הידע, אלא נותן הזדמנות להתחלק עם אחרים בחלק מעומס העבודה, ובפרט בטיפול במקרים שגרתיים.

לבסוף, מהממצאים על היערכותן של מסגרות בריאות הנפש לרפורמה ערב הפעלתה עולה, ששיעור לא מבוטל ממשתתפי הכנס מדווחים על התחלת היערכות, שעיקרה בפעילויות בקרה של ההנהלה על העובדים, ובפיתוח מערכות מידע פנימיות. מעניינת גם המגמה לפיה הארגונים נערכים לדאוג למקורות מימון - יצירת קשרים עם קופות החולים, פעולות שיווק של שירותי הארגון ונסיון להשיג חוזי התקשרות לשירותים מחוץ לסל השירותים. מסתבר, שעוד בטרם הופעלה הרפורמה הלכה למעשה, ראו הארגונים צורך להתאים את עצמם לעבודה במסגרות קשוחות יותר של עמידה בתקציב תוך איזון תקציבי, והבטחת מקורות ההכנסה באופן עצמאי.

כיום, כאשר מערכת הבריאות נמצאת בשלבים הראשונים של הפעלת הרפורמה במערך בריאות הנפש, יכולים ממצאי המחקר הנוכחי לסייע למשרד הבריאות, בתפקידו כמיניסטריון המפעיל את הרפורמה, לבצע את תהליך השינוי בצורה אפקטיבית תוך מודעות לחששות העובדים. בצורה זו ניתן לקדם שיתוף פעולה בין האחראים ליישום הרפורמה לבין העובדים במערך שירותי בריאות הנפש.

ממצאי המחקר מצביעים על כך שמנקודת מבטם של העובדים רצוי שלקראת הפעלת הרפורמה, תנתן הדעת למספר נושאים:

- הפצה נרחבת יותר של המידע על התהליכים והשינויים המתוכננים
- הקניית מיומנויות לעבודה במסגרת יחידות עצמאיות
- מענה לצורכי הכשרה, התמחות ומחקר של העובדים.

בהמשך, לאחר יישום המרכיבים העיקריים של הרפורמה המתוכננת, יהיה חשוב להמשיך ולעקוב אחר עמדות העובדים במערך בריאות הנפש, וכן אחר השפעות הרפורמה עליהם.

ביבליוגרפיה

לוינסון, ד.; פופר, מ.; הנדלסמן, מ. 1993. מאפייני היחידות המספקות שירותי בריאות נפש בישראל. סיכום ממצאים מסקר שירותי בריאות הנפש הציבוריים מאי 1986. מדינת ישראל, משרד הבריאות.

Anderson, J.; et al. 1993. "The TAPS Project, 13: Clinical and Social Outcomes of Long Stay Psychiatric Patients After One Year in the Community." **British Journal of Psychiatry** 162 (suppl. 19):45-46.

Banham, J. 1992. "The Cost of Mental Illness to Business". In: Prevention of Mental Ill Health at Work. Jenkins, R; and Cony, N. (Eds). pp. 24-29. **HMSO**. London.

Bollini, P.; and Mollica, R.F. 1989. "Surviving without the Asylum: An Overview of the Studies on the Italian Reform Movement". **Journal of Nervous and Mental Disease** 177:607-615.

Eisenberg, L. 1992. "Treating Depression and Anxiety in Primary Care". **New England Journal of Medicine** 326:1080.

Frank, R.G.; Mark, S.; and Kamlet, S. 1990. "Economic Aspects of Patterns of Mental Health Care: Cost Variation by Setting". **General Hospital Psychiatry** 12:11-18.

Friedson, E. 1983. "The Theory of Professions: State of the Art". In: **The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others**, Dingwall, R.; and Lewis, P. (eds.), pp. 19-37. Macmillan, London.

Gorman, R.A. 1976. Basic Text on Labor Law: Umonigation and Collective Bargaining. Minneapolis:West.

Haug, M.R. 1973. "Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future". **Sociology Review Monograph**. 20:195-211.

Jones, K.; and Vischi, T. 1979. "Impact of Alcohol, Drug abuse and Mental Health Treatment on Medical Utilization". **Medical Care**. 17 (Suppl):1-18.

Knesper, D.J.; Pagnucco, D.J.; and Wheeler, J.R. 1985. "Similarities and Differences across Mental Health Services Providers and Practice Settings in United States". **American Psychologist** Vol(no):pp.1352-1369.

Lawmann, E.O.; and Heinz, J.P. 1977. Specialization and Prestige in the Legal Profession: The Structure of Defense. Am. Bar. Found. Res. J.:155-216.

Lewis, R.; and Maude, A. 1952. **Professional People**. Phoenix, London.

Mark, M.; and Shanny, M. 1995. "The Implementation of Mental Health Care Reform in Israel". **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** 32(1).

Mechanic, D.; and Rocherfort, D. 1990. "Deinstitutionalization: An Appraisal of Reform". **Annual Review of Sociology** 16:301-327.

Newman, W.H. 1975. Constructure Control. Prentice-Hall, New York, Englewood Cliffs.

Regier, D.A.; Goldberg, I.D.; and Taube, C. A. 1978. "The DeFacto US Mental Health Services System: A Public Health Perspective". **Archives of General Psychiatry** 35:685-693.

Richman, A. 1990. "Does Psychiatric Care by Family Practitioners Reduce the Cost of General Medicine?" **General Hospital Psychiatry** 52:19-22.

Rogers, E.M. 1983. **Diffusion and Innovation**. The Free Press, New York.

State of Israel. 1995. **Minister of Health Regulation No. Transferring the Mental Health Services to the Sick Funds**. Government Printing Office, Jerusalem. (Hebrew)

State of Israel. 1991. **Comptroller-General's Report. No. 41**. Government Printing Office, Jerusalem. (Hebrew)

State of Israel. 1990. **The State Commission of Inquiry into the Operation and Efficiency of Health Care System in Israel. The Majority Opinion (Netanyahu Commission)**. Government Printing Office, Jerusalem. (Hebrew)

נספח 1: בדיקת ייצוגיות המדגם

ביום הכנס התבקשו באי הכנס להירשם ולמסור פרטים על מקום העבודה והמקצוע שלהם. מתוך 653 המשתתפים בכנס שנרשמו כנדרש, מילאו את השאלון 356 איש (שיעור היענות של 55%). שיעור ההיענות אינו גבוה ולכן נבדקה יצוגיות המדגם באמצעות השוואה של התפלגות משתנים מרכזיים של הנרשמים לכנס עם אלה של העונים לשאלון (לוח 1).[7]

ההשוואה נערכה לפי מין, מקום עבודה ומקצוע (פרטים שהמשתתפים התבקשו למסור בעת הרישום). בגלל המגבלות המפורטות להלן, לא ניתן להשוות בצורה מלאה את הנתונים על מקום עבודה ומקצוע של כלל משתתפי הכנס, לאלה של העונים לשאלון. **המגבלות בהשוואת מקום עבודה** נובעות מכך שבעת הרישום לכנס ציינו המשתתפים רק מקום עבודה אחד (כנראה העיקרי) בעוד שבשאלון ניתנה להם אפשרות לציין מספר מקומות עבודה. ייתכן שההפרש בין שני הטורים בלוח נובע בחלקו מכך. בנוסף, בשאלון התבקשו העונים לסווג את מקום העבודה שלהם בקטיגוריות מוגדרות (בית-חולים פסיכיאטרי, בית-חולים כללי, מרפאת בריאות נפש בקהילה, הנהלה מרכזית של קופת-חולים, הנהלת מחוז/אזור, עמותה ציבורית, עבודה פרטית, אחר). בעת הרישום משתתפי הכנס לא הוגבלו בקטיגוריות, כך שלא תמיד ניתן להשוות בין מקומות העבודה. למשל, בעת הרישום היו שרשמו קופת-חולים אך לא רשמו האם הם עובדים במרפאה או בהנהלה. וכך לגבי משרד הבריאות, משרד הרווחה וצה"ל.

המגבלה לגבי מקצוע נובעת מכך שההשוואה איננה כוללת 8.4% מהעונים לשאלון שלא ציינו את מקצועם.

במגבלות שתוארו לעיל, מראה ניתוח הנתונים בלוח 1 שקיימים הבדלים מסוימים, אך לא גדולים, (רוב ההפרשים אינם עולים על 5%),[8] בין כלל משתתפי הכנס לבין העונים לשאלון. בקרב העונים לשאלון יש שיעור גבוה יותר של נשים (57.7%) בהשוואה לכלל משתתפי הכנס (46.8%). מבחינת מקום עבודה, שיעור העובדים בבתי-חולים פסיכיאטריים גבוה מעט יותר בקרב העונים לשאלון (42.4%) לעומת כלל משתתפי הכנס (38.3%). בין העונים לשאלון יש שיעור גבוה מעט יותר של עובדים במרפאות ובתחנות בקהילה (25.3%) לעומת כלל משתתפי הכנס (19.9%). הבדל ניכר יש בסעיף "מקום אחר" הנובע מכך שהעונים לשאלון יכלו לסמן יותר ממקום עבודה אחד ולכן סימנו, כנראה, בסעיף זה מקומות עבודה משניים עליהם לא דיווחו בעת הרישום לכנס.

---

7 היו מספר משתתפים שהגיעו לכנס אך לא נרשמו. מספרם מוערך בכ-55-80 איש. משתתפים אלו אינם נכללים בהשוואה המוצגת בלוח 1. במינוח "משתתפי הכנס" נכללים רק המשתתפים שנרשמו ומסרו את הפרטים הנדרשים לצורך ההשוואה.

8 לא ניתן לבצע מבחנים סטטיסטיים לגבי מובהקות ההבדלים מכיוון שהנתונים אינם ניתנים לזיהוי לפי פרטים.

לוח 1: השוואת כלל משתתפי הכנס לעונים לשאלון לפי מין ומקצוע (באחוזים)

	כלל משתתפי הכנס (n=653)	עונים לשאלון (n=356)
מין		
גברים	53.1	42.3
נשים	46.8	57.7
מקום עבודה[1]		
בית-חולים פסיכיאטרי	38.4	42.4
בית-חולים כללי	16.0	17.7
מרפאות בקהילה	19.9	25.3
אחר	22.3	53.8
לא ענו	3.4	7.1
מקצוע		
רופא פסיכיאטר	27.6	29.5
רופא אחר	7.8	3.1
אחות	10.3	10.4
עובד סוציאלי	17.6	20.5
פסיכולוג	15.8	13.8
מינהלה	9.3	4.5
מרפאה בעיסוק	3.3	3.7
אחר, סימנו יותר ממקצוע אחד או לא ענו	8.4	14.5

1 מכיוון שבשאלון ניתן היה לציין יותר ממקום עבודה אחד, אין האחוזים של העונים לשאלון מסתכמים ל-100%.

מבחינת מקצוע, שיעור הרופאים הפסיכיאטריים, האחיות, הפסיכולוגים והמרפאים בעיסוק דומה. עם זאת, בין העונים לשאלון יש שיעור גבוה מעט יותר של עובדים סוציאליים (20.5% לעומת 17.6% בקרב כלל משתתפי הכנס), שיעור נמוך יותר של רופאים שאינם פסיכיאטרים (3.1% לעומת 7.8% מקרב כלל משתתפי הכנס), ושיעור נמוך יותר של עובדי מינהלה (4.5% לעומת 9.3% מקרב כלל משתתפי הכנס). ישנו הבדל ניכר בסעיף "מקצוע אחר" שכן בקרב העונים לשאלון נכללו גם אלו שסימנו יותר ממקצוע אחד, והם מהווים 4.6% מהעונים לשאלון.

השוואה נוספת נערכה בין העונים לשאלון לבין הנתונים מסקר שערך משרד הבריאות ב-1986 (לוינסון, פופר והנדלסמן 1993), על כלל העובדים המקצועיים (ללא עובדים מינהליים) במערכת בריאות הנפש. משיחות עם עובדי המערכת עלה שלא חלו שינויים רבים בהתפלגות העובדים לפי מקצוע ומקום עבודה בתקופה זו.

מלוח 2 עולה שבקרב העונים לשאלון יש שיעור גבוה במידה ניכרת של רופאים, בהשוואה לכלל העובדים במערכת (34.6% לעומת 17.5%), של עובדים סוציאליים (21.1% לעומת 10.9%), ושל עובדים בעלי מקצועות אחרים. כמו-כן בקרב משתתפי הכנס ישנו שיעור נמוך יותר של אחיות בהשוואה לכלל העובדים במערכת (10.9% לעומת 47.6%), ושל מרפאים בעיסוק (3.9% לעומת 9.4%). בנוסף, כאמור, השתתפו בכנס עובדים מינהליים.

לוח 2: השוואת כלל העובדים במסגרות בריאות הנפש לעונים לשאלון (באחוזים)

העובדים	עובדים מקצועיים בכל מסגרות בריאות הנפש (n=3,725)	עונים לשאלון (ללא אנשי מינהל) (n=340)
סה"כ	**100.0**	**100.0**
רופא	17.5	34.6
אחות	47.6	10.9
עובד סוציאלי	10.9	21.1
פסיכולוג	14.6	14.4
מרפאה בעיסוק	9.4	3.9
אחר, סימנו יותר ממקצוע אחד או לא ענו	0.0	15.1

בסיכום, ניתן לומר שהעונים לשאלון מייצגים במידה רבה את כלל המשתתפים בכנס. אולם, יש לזכור שהם אינם מייצגים את כלל העובדים במסגרות בריאות הנפש. יחד עם זאת, מכיוון שבכנס השתתפו אנשי מקצוע מובילים מבחינה פרופסיונלית, יש לדעתם משקל יתר בעיצוב עמדות העובדים, ולכן נבדקו עמדותיהם.

נספח 2: השפעות צפויות של הרפורמה על מערכת בריאות הנפש - התפלגות מלאה של תשובות המרואיינים על 19 השאלות

	כלל לא	במידה מעטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	לא יודע
1. שיפור במעמד שירותי הקהילה לעומת שירותי האשפוז	8	19	27	32	7	7
2. ירידה בהיקף הפעילות והתפוסה של בתי-החולים הפסיכיאטריים	7	21	32	31	6	3
3. בקרת-יתר כספית של הקופות על מסגרות בריאות הנפש	1	6	12	43	35	3
4. התערבות של הקופות בשיקולים מקצועיים של מוסדות בריאות הנפש	1	9	16	47	25	2
5. הגברת עומס העבודה במרפאות בריאות הנפש	4	11	26	41	13	5
6. הפחתת הסטיגמה של טיפול נפשי	31	26	26	10	2	5
7. היווצרות תחרות בין מסגרות אשפוז למסגרות קהילתיות	3	12	24	45	12	4
8. הרחבת פעילות רופאי המשפחה בתחום בריאות הנפש	4	27	29	28	6	6
9. פגיעה באיכות הטיפול הנפשי	11	21	25	22	12	9
10. העברת הטיפול בחולי נפש ממסגרות אשפוז לקהילה	4	16	33	38	5	4
11. מעבר משיקולים מקצועיים לשיקולים כלכליים	1	4	19	43	32	1
12. פגיעה בביצוע פעולות מניעה בקהילה (בתחום בריאות הנפש)	15	22	17	21	13	12
13. קושי של חולי הנפש לקבל את שירותי בריאות הנפש המגיעים להם לפי החוק	13	23	21	26	9	8
14. הרחבת תשתיות ופניות במסגרות של שירותי גמילה (סמים, אלכוהול והתמכרות לתרופות)	4	19	21	29	6	21
15. ירידה בהיקף התקציב שיעמוד לרשות מסגרות בריאות הנפש	7	13	20	30	14	16
16. חיזוק השוק הפרטי על חשבון השירות הציבורי	6	17	19	37	13	8
17. היחלשות כוחם של האיגודים הפרופסיונליים	15	18	21	19	8	19
18. עלייה בכוחן של אגודות וולנטריות העוסקות בפעולות מניעה (כגון ער"ן)	9	18	27	25	6	15
19. התרחבות השירות במסגרת חלופות לאשפוז (דיור מוגן, מרכזי שיקום וכו')	2	13	31	37	11	6

JDC-Brookdale Institute
of Gerontology and
Human Development

Ministry of Health
Mental Health Service

JDC-Falk Institute
for Mental Health
and Behavioral Studies

Staff Attitudes toward the Reform of the Mental Health System in Israel

Findings from a Survey of Participants at a National Conference on Mental Health (March 1995)

Dina Feldman[1] Revital Gross[2] Nurit Nirel[2] Miriam Barasch[3]

This paper was prepared in the framework of the Cooperative Program in
Health Policy Research of the Government of Israel
and the JDC-Brookdale Institute

[1] Ministry of Health, Mental Health Service
[2] JDC-Brookdale Institute
[3] JDC-Falk Institute

RR-260-96

JDC-Brookdale Institute
of Gerontology and
Human Development

Ministry of Health
Mental Health Service

JDC-Falk Institute
for Mental Health
and Behavioral Studies

Staff Attitudes toward the Reform of the Mental Health System in Israel

Findings from a Survey of Participants at a National Conference on Mental Health (March 1995)

Dina Feldman[1] Revital Gross[2] Nurit Nirel[2] Miriam Barasch[3]

This paper was prepared in the framework of the Cooperative Program in Health Policy Research of the Government of Israel and the JDC-Brookdale Institute

[1] Ministry of Health, Mental Health Service
[2] JDC-Brookdale Institute
[3] JDC-Falk Institute

Jerusalem July 1996

JDC-Brookdale Institute of Gerontology
and Human Development
P.O.B. 13087
Jerusalem 91130

Tel. 02-655 7400
Fax. 02-561 2391

ISSN 0334 9012

Abstract

In January 1995, the National Health Insurance Law went into effect. The law mandates the entitlement of every citizen to a basket of health services to be provided by the sick funds, a basket which is to include mental health services within three years. In addition, an overall reform of the mental health system is planned, whereby the Ministry of Health will no longer be directly involved in service provision, and mental health units will be transformed into autonomous units that operate on an economic basis.

The aim of the present study was to examine the attitudes of senior staff in the mental health system in Israel toward the reform of the system. To this end, a questionnaire was administered to 356 senior staff in the mental health services who participated in a national conference on implementation of the reform in March 1995.

The study examined the following issues: (a) familiarity with details of the planned reform; (b) attitudes to components of the reform; (c) expected influence of the reform on mental health units; (d) expected influence of the reform on the treatment given to mental health patients; (e) expected influence of the reform on professionals in mental health units; (f) the degree to which organizational changes linked to the reform have been introduced.

The principal findings of the study are that about one-third of the conference participants reported being thoroughly familiar with the details of the planned reform, about one-third reported that they were not at all familiar with the details of the reform, and the remainder reported that they were somewhat familiar with the details of the reform.

The staff were ambivalent regarding the reform: a high percentage of the conference participants expressed a positive attitude toward the transformation of mental health units into autonomous units, and toward the reduced involvement of the Ministry of Health in service provision. In contrast, the majority of the participants felt it undesirable that funding and responsibility for the provision of mental health services be transferred to the sick funds.

The participants expressed fears that such a transfer would lead to excessive control of finances by the sick funds, sick fund interference in professional considerations, and the replacement of professional considerations by financial considerations.

The majority of the participants expect the reform to influence the treatment given to mental health patients differentially. Most believe that the care of long-term patients will deteriorate. On the other hand, regarding the care of all other patients, a relatively large percentage of the participants believe it will improve, and only a small percentage believe it will deteriorate.

A large percentage of the participants expressed fears that the reform would limit professional autonomy, professional training, specialization, guidance and academic research. The psychiatrists and psychologists among the participants were more fearful of this than staff in other professions (i.e. nurses, social workers).

Finally, a substantial number of the participants reported that their organizations had introduced changes linked to the forthcoming reform, particularly increased financial and professional control of the staff by management, and the establishment of internal information systems. In addition, preparations were being made to develop independent sources of funding by establishing links with the sick funds, marketing services and offering additional for-profit services.

The study findings indicate the need to address a number of issues prior to implementation of the reform:

- wider dissemination of information about the planned changes;
- guidance in how to manage and work within autonomous units;
- response to staff needs for training, specialization and research.

Following implementation of the main components of the planned reform, it will be important to continue monitoring staff attitudes, and the effect of reform on them.

Acknowledgments

The authors would like to thank Motti Mark, Head of the Mental Health Service at the Ministry of Health, and Shmuel Tiano, Chairman of the National Mental Health Council, who enabled us to conduct the study during the National Conference on Mental Health at Kfar HaMaccabia.

We would also like to thank Yaakov Lerner, Director of the JDC-Falk Institute, for his helpful comments on the questionnaire and the report. We wish to thank Jack Habib, Director of the JDC-Brookdale Institute, and Bruce Rosen, Head of the Institute's Health Policy Research Unit, for their instructive comments on the report; and Institute research assistants Shlomo Boussidan and Shuli Brammli, for their help in administering the questionnaire at the conference.

Special thanks to senior staff in the mental health system for agreeing to make known their attitudes toward the reform.

Finally, our thanks to Bilha Alon for editing the report and Elana Shizgal for typing it.

Table of Contents

1.	Introduction		1
2.	Study Methods		3
	2.1	Research Tools	3
	2.2	Response Rate and Representativeness of the Sample	4
3.	Findings		4
	3.1	Background Variables	5
	3.2	Familiarity with Details of the Reform	5
	3.3	General Attitudes toward the Reform	10
	3.4	Expected Influence of the Reform on the Mental Health System	12
	3.5	Expected Influence of the Reform on the Treatment Given to Mental Health Patients	14
	3.6	Expected Influence of the Reform on Professionals in Mental Health Units	
	3.7	Respondents' Reports on the Degree to which Changes Linked to the Reform of the Mental Health System have been Introduced in their Organization	17
4.	Summary and Discussion		18
Bibliography			21
Appendix 1:		Examination of the Representativeness of the Sample	23
Appendix 2:		Expected Influence of the Reform on the Mental Health System -- Distribution of Respondents' Answers to 19 of the Questions	26

List of Tables

Table 1:	General Attitudes toward the Reform	6
Table 2:	Attitudes toward the Transfer of Responsibility for Provision of Mental Health Services, by Organization	7
Table 3:	Attitudes toward the Transfer of Responsibility for Provision of Mental Health Services, by Profession	8
Table 4:	Attitudes toward the Transfer of Responsibility for Provision of Mental Health Services, by Role in Organization	9
Table 5:	Three Regression Analyses of Attitudes toward the Reform of the Mental Health System	9
Table 6:	Expected Influence of the Reform on the Mental Health System	11
Table 7:	Expected Influence of the Reform on the Workload in Mental Health Units, by Profession	11
Table 8:	Expected Influence of the Reform on Financial Considerations versus Professional Considerations, by Place of Work	12
Table 9:	Expected Influence of the Reform on the Treatment Given to Mental Health Patients, by Place of Work	13
Table 10:	Expected Influence of the Reform on Professional Staff, by Profession	15
Table 11:	Introduction of Changes Linked to the Reform in the Mental Health Services	17