



דפוסי שימוש של נכי נפש בשירותי בריאות הנפש כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית סקר צרכנים

דפנה הרן יעל בכר

עריכת לשון: רונית כהן בן-נון וסיגל אשכנזי
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית): דפנה הרן וברוך רוזן
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו ואפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ג | דצמבר 2022

תקציר

רקע

בשנת 2015 הוחלה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, שהעבירה את האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש (להלן: ברה"נ) ממשרד הבריאות לקופות החולים. בתחילת יישומה של הרפורמה נערך במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל מחקר מקיף שבחן את דפוסי השימוש של נכי נפש בשירותי ברה"נ מנקודת מבטם (מחקר הבסיס). דוח זה מציג את ממצאיו של מחקר מעקב שנערך בשנת 2020, כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה.

מטרות המחקר

לבחון את השינויים בדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ – טיפול נפשי בקהילה, שיקום פסיכיאטרי (סל שיקום) ואשפוז פסיכיאטרי – ובשירותי הבריאות הכלליים, כחמש שנים לאחר יישום הרפורמה; ובתוך כך לבחון גם אילו יעדים של הרפורמה הושגו ואילו חששות שליוו את יישומה התממשו, לפי נכי הנפש.

שיטת המחקר

סקר צרכנים טלפוני שהועבר ל-678 נכי נפש בין החודשים יולי עד דצמבר 2020. בניתוח הנתונים נערכה השוואה בין ממצאי מחקר הבסיס שנערך בשנת 2016 ובין ממצאי מחקר המעקב שנערך בשנת 2020, ובכל אחד ממועדי המדידה – בין נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד ובין נכי נפש עם ריבוי ליקויים.

ממצאים עיקריים

מן ההשוואה בין מחקר הבסיס למחקר המעקב עלה כי בקרב כלל נכי הנפש חלו עלייה בשיעור האשפוזים הפסיכיאטריים בחמש השנים שקדמו למועד הסקר (מ-30% בשנת 2016 ל-36% בשנת 2020), בצד ירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה בשנה שקדמה למועד הסקר (מ-89% בשנת 2016 ל-83% בשנת 2020). נוסף על כך 48% מנכי הנפש שקיבלו טיפול אמבולטורי במגזר הציבורי טופלו במסגרת קופות החולים, בדומה לתקופה מייד לאחר החלת הרפורמה. עוד נמצא כי שיעור השימוש בשירותי סל שיקום בשנת 2020 היה על פניו גבוה מעט יותר מבשנת 2016 (36% לעומת 32%, בהתאמה), אך ההבדל אינו מובהק. לבסוף נמצא כי נכי נפש עם ריבוי ליקויים השתמשו פחות בשלושת השירותים בברה"נ (טיפול נפשי בקהילה, שירותי סל שיקום פסיכיאטרי ואשפוז פסיכיאטרי) מנכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד.

מסקנות והמלצות

כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה ולמרות משבר מגפת הקורונה, הצליחה מערכת ברה"נ לשמר את הספקת שירותי סל שיקום, החיוניים להשתלבותם של נכי הנפש בקהילה. עם זאת, הרפורמה נועדה בין היתר להגדיל את מספר המטופלים בקופות החולים, הפועלות בתור הגורם המרכז את מכלול שירותי הבריאות, אולם שיעורם של נכי הנפש המקבלים את הטיפול הנפשי הקבוע שלהם בקופות החולים נותר על כנו. לנוכח ממצא זה והגידול בשיעור האשפוזים הפסיכיאטריים, מומלץ לתגבר את ההשקעה בקופות החולים כדי לטייב את המענים לנכי הנפש ולייעל את תיאום הטיפול בין מגוון שירותי ברה"נ כמו גם בינם ובין הרפואה הראשונית (בכרט שירותים המסופקים על ידי רופאי המשפחה ואחיות קופת חולים).

תמצית מנהלים

רקע

בשנת 2015 הוחלה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (להלן: **הרפורמה**), שהעבירה את האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש (להלן: **ברה"נ**) ממשדד הבריאות לקופות החולים. הרפורמה יועדה לבסס את תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור במקום כספק שירותים, ובזאת להתגבר על הפיצול ששרר בינו ובין קופות החולים בהספקת מגוון שירותי ברה"נ. מטרת נוספת של הרפורמה היא שיפור הזמינות, הנגישות והאיכות של שירותי ברה"נ וחיצוק הקשר בין רפואת הנפש לרפואת הגוף. הבשורה שהרפורמה נשאה עימה רלוונטית לציבור הרחב, ובתוך כך גם לאנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות (להלן: **נכי נפש**) וזקוקים לשירותים מקיפים בתחום ברה"נ שיהיו משולבים בשירותי הבריאות הכלליים ומתואמים עימם.

לבקשת משרד הבריאות, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ממלא תפקיד מרכזי בעיצוב ובביצוע הערכה של הרפורמה בברה"נ. במסגרת זו נערך בתחילת יישומה של הרפורמה (שנת 2016) מחקר ראשון מסוגו (להלן: **מחקר הבסיס**) – בחינה כוללת של היקף השימוש ודפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ ושל התנהלותם בממשקים ביניהם, מנקודת המבט של הצרכנים עצמם.¹ דוח זה מציג את ממצאיו של **מחקר מעקב** שנערך בשנת 2020 ובחן את דפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ ובשירותי הבריאות הכלליים, בדגש על תיאום טיפול בין מגוון השירותים, כחמש שנים לאחר הטמעתה של הרפורמה.

מטרות המחקר

המחקר נועד לבחון את השינויים בדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ – טיפול נפשי בקהילה, שיקום פסיכיאטרי (להלן: **סל שיקום**) ואשפוז פסיכיאטרי – כמו גם בשירותי הבריאות הכלליים, כחמש שנים לאחר יישום הרפורמה. לנוכח הפיצולים במערכת ברה"נ מכאן, ולנוכח השינויים בהספקת השירותים עם השקת הרפורמה מכאן, התמקד המחקר בקשר שבין תיאום טיפול (כפי שנתפס בעיני הצרכנים) ובין היקף השימוש בשירותים והערכת איכותם. במחקר הובאו בחשבון השפעות אפשריות של מגפת הקורונה על צריכת השירותים.

שיטת המחקר

סקר צרכנים טלפוני שהועבר ל-678 נכי נפש, שהם מדגם מייצג של אוכלוסיית נכי הנפש במאפיינים דמוגרפיים ורפואיים לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי. הסקר בוצע בין החודשים יולי עד דצמבר 2020.

¹ הרן, ד. (2018). הקשר בין עקרון הרצף הטיפולי לבין צריכת שירותי בריאות הנפש על ידי אוכלוסיית המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות: השלכות אפשריות של הרפורמה הביטוחית. [עבודה לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים]; הרן, ד. ונאון, ד. (2017). דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים. דמ-750-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

בניתוח הנתונים הושוּו ממצאי מחקר המעקב לממצאי מחקר הבסיסי. כמו כן נערכה השוואה בין נכי נפש שהליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד שבגינו הם מקבלים קצבת נכות (להלן: **נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד**), ובין נכי נפש עם ליקויים נוספים (לרוב מוגבלויות או מחלות פיזיות) (להלן: **נכי נפש עם ריבוי ליקויים**).

ממצאים עיקריים

אחת ממטרות המדיניות בתחום ברה"נ בישראל בשני העשורים האחרונים היא לחזק את מוקד הטיפול בנכי הנפש בקהילה ולצמצם את השימוש במוסדות אשפוז. אולם ממצאי המחקר מראים כי כחמש שנים לאחר השקת הרפורמה הביטוחית, חלו ירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה לצד עלייה בשיעור האשפוזים הפסיכיאטריים, וכי שיעור השימוש בשירותי סל שיקום נותר כמעט ללא שינוי. ניתוחי רגישות הראו כי למגפת הקורונה לא הייתה, ככל הנראה, השפעה של ממש על היקף השימוש בשירותים אלו. עם זאת המגפה השפיעה על דרכי ההספקה והצריכה של השירותים.

- טיפול נפשי בקהילה – בשנת 2020 דיווחו 83% מכלל נכי הנפש על קבלת טיפול נפשי בקהילה במועד הסקר או בשנה שקדמה לו, לעומת 89% בשנת 2016
- שיקום פסיכיאטרי – בשנת 2020 דיווחו 36% מכלל נכי הנפש על קבלת שירותי סל שיקום, שיעור מעט גבוה יותר מאשר בשנת 2016 (32%), אולם ההבדל בין שני מועדי המדידה אינו מובהק
- אשפוז פסיכיאטרי – בשנת 2020 דיווחו 36% מכלל נכי הנפש שעברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, לעומת 30% בשנת 2016
- נכי נפש עם ריבוי ליקויים השתמשו פחות מנכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד בכל אחד משלושת השירותים (טיפול נפשי בקהילה, שיקום פסיכיאטרי ואשפוז פסיכיאטרי), הן בעת החלת הרפורמה הן כחמש שנים לאחר יישומה. כלומר, אף על פי שהצרכים של נכי הנפש עם ריבוי ליקויים רבים יותר, המענים שהם מקבלים בתחום ברה"נ מעטים יותר

לצד הירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה, השתנו מאפייני הטיפול באופן שעולה בקנה אחד עם צורכי המטופלים אך לא תמיד מתאים למתווה הרפורמה. משנת 2016 לשנת 2020 חלו ירידה בשיעור נכי הנפש שפסיכיאטר היה המטפל העיקרי שלהם (מ-65% ל-54%) לצד עלייה בשיעור נכי הנפש שפסיכותרפיסט (פסיכולוג או עובד סוציאלי) היה המטפל העיקרי שלהם (מ-22% ל-39%). עוד נמצא כי בעבור כלל נכי הנפש התקצרו זמני ההמתנה לטיפול, גדלה תדירות מפגשי הטיפול והתאריך משך מפגש ממוצע. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם השינוי בתמהיל המקצועי של המטופלים העיקריים.

אחת ממטרות הרפורמה הייתה להעביר את הספקת הטיפול בתחום ברה"נ מן המדינה לקופות החולים. אולם גם בשנת 2020 וגם בשנת 2016 אותו שיעור מנכי הנפש (42%) טופלו דרך הקופות. בד בבד חלו ירידה בשיעור המטופלים דרך משרד הבריאות (מ-34% בשנת 2016 ל-24% בשנת 2020) ועלייה בשיעור המטופלים דרך עמותות לשירותי ברה"נ. שיעור המטופלים במגזר הפרטי עמד על 14% בשני מועדי המדידה. בבחינת המעברים בין מסגרות טיפול במגזר הציבורי משנת 2016 לשנת 2020, נמצא כי 29% מן המטופלים עברו ממרפאות של משרד הבריאות לקופות החולים, ואילו 11% עברו בכיוון ההפוך.

אחד החששות שהתלוו לרפורמה היה שתפחת הצריכה של שירותי סל שיקום, בין היתר משום שהאחריות להם נותרה תחת משרד הבריאות ואילו האחריות למימון אשפוזים פסיכיאטריים ולהספקת טיפול נפשי בקהילה עברה לקופות החולים. **אולם ממצאי המחקר אינם מאששים חשש זה.** היקף השימוש בשירותי סל שיקום נשמר גם למרות משבר מגפת הקורונה, שנסיבותיו היו עשויות לצמצם את שיעור ההשתתפות בפעילויות קבוצתיות ופרטניות בקהילה. **עם זה נכי הנפש התקשו למצות את זכויותיהם לסל שיקום גם לאחר החלת הרפורמה.** רבים מהם שהכירו את חוק השיקום לא פנו לוועדת סל שיקום בעיקר בשל מחסור במידע והיעדר ליווי מקצועי. עדות אחרת לקושי בהתנהלות ב"מסלול" שירותי סל שיקום היא הגידול שחל בין שנת 2016 לשנת 2020 בשיעור נכי הנפש שפנו לוועדה אך לא השתמשו בשירותים בפועל (מ-8% ל-17%).

לצד העלייה בצריכת שירותי האשפוז הפסיכיאטרי, מי שהתאשפזו הם נכי נפש עם צרכים מורכבים יותר. נוסף על העלייה בשיעורי האשפוז משנת 2016 לשנת 2020, נמצא גידול בשיעור המאושפזים במחלקה סגורה לעומת פתוחה: מבין כלל נכי הנפש שעברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, בסקר 2020 65% דיווחו כי אושפזו במחלקה סגורה ו-30% במחלקה פתוחה, ואילו בסקר 2016 כ-44% דיווחו כי אושפזו בכל אחת מן המחלקות. נתון זה והירידה בשיעור הצריכה של הטיפול הנפשי בקהילה עשויים להעיד כי הקבוצה שהגיעה לאשפוז במרוצת השנים, היא מורכבת יותר מבחינה קלינית ואינה מצליחה למצוא מזור בשירותי ברה"נ האמבולטוריים. לכן היא תופסת נתח גדול יותר במחלקות האשפוז המגבילות יותר. עוד בהקשר לאשפוז הפסיכיאטרי נבחנה עמדתם של נכי הנפש בנוגע ל"בתים מאזנים" בתור חלופת אשפוז. מדובר במסגרת מגורים בקהילה המספקת תמיכה נפשית אינטנסיבית לאנשים החווים משבר נפשי קשה. אף על פי שהבתים המאזנים הפכו רלוונטיים יותר לאחר החלת הרפורמה (ללא קשר ישיר להתוויות הרפורמה), נמצא כי כ-30% מנכי הנפש שאושפזו בחמש השנים שקדמו למועד הסקר וכ-45% מאלו שלא אושפזו לא היו מעוניינים לשהות בבית מאזן במקום בבית חולים פסיכיאטרי.

ההגבלות שהוטלו בשל מגפת הקורונה לא פסחו על צריכת השירותים בברה"נ. כ-60% מן המטופלים ומן המשתקמים בשירותי ברה"נ בקהילה חוו שינויים באופי השירותים בגלל המגפה. חלק ניכר ממפגשי הטיפול ומפעילויות השיקום עברו למתכונת טלפונית או מקוונת, והיו שירותים שצומצמו או הופסקו זמנית. כמו כן במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי הוגבלו ביקורי משפחות וקוצרו חלק מן האשפוזים. לבסוף, נכי הנפש דיווחו על הידרדרות חמורה יותר בבריאותם הפיזית והנפשית על רקע המגפה לעומת כלל האוכלוסייה.

תיאום טיפול נתפס כלוקה בחסר בשני מועדי המדידה. עם החלת הרפורמה הושקעו מאמצים ניכרים כדי לשפר את רצף הטיפול בין מגוון שירותי ברה"נ ואת התיאום ביניהם ובין שירותי הרפואה הראשונית. אולם בחלוף חמש שנים מתחילת הרפורמה, נמצא שרק מחצית מנכי הנפש העריכו שיש תיאום טיפול נאות בין אנשי המקצוע בתחום ברה"נ וביניהם לרופא המשפחה. יתרה מכך כרבע מנכי הנפש ציינו שאינם מעוניינים בתיאום טיפול בין שירותי ברה"נ ושירותי הבריאות הכלליים מטעמים של שמירה על פרטיות ועל חיסיון רפואי ואי-ראיית הערך המוסף בתיאום טיפול.

מסקנות והמלצות

חמש שנים לאחר החלת הרפורמה ולמרות משבר מגפת הקורונה, הצליחה מערכת ברה"נ לשמר את הספקת שירותי סל שיקום, החיוניים להשתלבותם של נכי הנפש בקהילה. לצד ירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה, נמצא כי המסגרת השכיחה ביותר שבה המטופלים מקבלים את השירות היא קופות החולים, בדומה למצב ששרר מייד לאחר החלת הרפורמה. אלא שהרפורמה נועדה להגדיל את מספר המטופלים בקופות, הפועלות בתור הגוף המרכז את מכלול שירותי הבריאות הפיזית והנפשית. בד בבד ניכרת עלייה בשיעור המתאשפזים במחלקות פסיכיאטריות בצד עניין חלקי בלבד בחלופות אשפוז כגון בתים מאזנים.

המחקר מעיד כי חלק ממטרות הרפורמה טרם הושגו, בפרט צמצום האשפוזים הפסיכיאטריים; הגדלת שיעור נכי הנפש המקבלים את הטיפול הנפשי הקבוע שלהם בקופות החולים, ובתוך כך שיפור הזמינות והנגישות של שירותי ברה"נ בקהילה; וטיוב תיאום הטיפול בין שירותי ברה"נ לשירותי הרפואה הראשונית. ייתכן שהמצב הנוכחי נובע בחלקו ממשבר מגפת הקורונה. למשבר היו השפעות בריאותיות רחבות-היקף, והוא התרחש בד בבד עם איסוף הנתונים בשנת 2020. לפיכך חשוב להוסיף ולנטר את דפוסי השימוש של נכי הנפש במגוון שירותי הבריאות לאחר שוך המגפה והחזרה לשגרה.

לנוכח ממצאי המחקר, להלן כמה המלצות לעיצוב מדיניות ברה"נ:

- בשל צורכי הבריאות המורכבים במיוחד של נכי הנפש עם ריבוי ליקויים, ולנוכח הפיצול בין משרד הבריאות למשרד הרווחה והביטחון החברתי בשירותים שהם זקוקים להם, הם משתמשים פחות מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד בכל אחד משירותי ברה"נ (אשפוז-טיפול-שיקום). לפיכך מומלץ **לנקוט בפעולות יישוג כלפי נכי הנפש עם ריבוי ליקויים כדי לסייע להם להתמודד עם העול הביורוקרטי ולמצות את זכויותיהם מול מערכות השירותים הרלוונטיות שאחראים להן שני משרדי ממשלה שונים**
- חלק לא מבוטל מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד מתקשים בתפקודי יום-יום שלכאורה הם פיזיים. הם יכלו להסתייע בקצבת שר"מ (שירותים מיוחדים) המסופקת על ידי המוסד לביטוח לאומי. אולם להבדיל מנכי נפש עם ריבוי ליקויים (שמתמודדים לרוב גם עם מוגבלות פיזית), נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד לא היו זכאים לקצבה זו במועד הסקר. אלא שלאחרונה שונו תנאי הזכאות לקצבה, וכעת כלל נכי הנפש עומדים בהם. לכן מומלץ **להנגיש את המידע על קצבת שר"מ הן לנכי הנפש עצמם הן לאנשי המקצוע המטפלים בהם**
- במחקר הבסיס נמצא כי במסגרת הטיפול הנפשי הקבוע שהם צורכים בקהילה, נכי הנפש מעוניינים בתגבור המענים הפסיכו-סוציאליים נוסף על המענים הפסיכו-פרמקולוגיים. המענים תלויים בתמהיל הפרופסיות של המטפלים העיקריים. ואומנם במחקר המעקב נמצא כי חלו ירידה בשיעור נכי הנפש שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכיאטר בצד עלייה בשיעור של נכי הנפש שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכותרפיסט. מומלץ **להוסיף ולחזק את מגמת הגיוון המקצועי של הגורמים המספקים טיפול נפשי בקהילה לנכי הנפש**
- כחמש שנים לאחר הרפורמה, כמחצית מנכי הנפש המטופלים במגזר הציבורי מקבלים את הטיפול הנפשי העיקרי שלהם במסגרת קופות החולים, כלומר אצל הגורם המתכלל את שירותי הבריאות הפיזית והנפשית לפי מתווה הרפורמה. עם זאת לתפיסתם של רוב נכי הנפש, תיאום הטיפול ירוד – הן בממשקים בתחום ברה"נ עצמו הן בינו ובין שירותי הרפואה הכלליים.

רבים מנכי הנפש אף מעדיפים הפרדה בין שני תחומי השירות, למרות ההזנחה המערכתית של בריאותם הפיזית העשויה להיגרם במצב כזה. לכן חשוב **לשכלל ולהטמיע תשתיות ארגוניות ופרקטיקות מקצועיות בקופות החולים להבטחת יישומו המועיל והיעיל של תיאום טיפול – הן בין גורמי המקצוע בתחום ברה"נ הן בינם ובין צוותי הרפואה הראשונית – לצד שמירה על פרטיות המטופל והתאמת הטיפול לצרכיו האישיים**

- למרות מערכי השירותים בקהילה שהוקמו וקודמו בעקבות הרפורמות המבנית והשיקומית, רק כשליש מנכי הנפש השתמשו בשירותי סל שיקום – הן בתקופה של החלת הרפורמה הן כחמש שנים אחריה. **מוצע לפתח ולהדק את הממשקים בין קופות החולים למגוון הגורמים הקשורים לשירותי סל שיקום, בפרט ועדות הסל וספקי השירות הציבוריים והפרטיים, כדי להעלות את שיעור הניצול של השירותים**

- כחמש שנים לאחר הרפורמה, נכי הנפש שעברו אשפוז פסיכיאטרי מאופיינים בצרכים מורכבים יותר. מומלץ **לאפיין את ה"גרעין הקשה" שמרבה להתאשפז ולגבש אסטרטגיה להשתלבות בת-קיימה בקהילה**

- למרות הרחבת פעילותם של בתים מאזנים כחלופות אשפוז פסיכיאטרי בין השנים 2016-2020, כ-30% מנכי הנפש שאושפזו בתקופה זו וכ-45% מאלו שלא אושפזו, הביעו הסתייגות מהם. לכן מומלץ **לבחון את הביקוש לחלופות אשפוז, ולהעלות את המודעות לפתרונות המצויים ולערך המוסף שלהם**

- משבר מגפת הקורונה פגע פגיעה ניכרת בבריאות הפיזית והנפשית של נכי הנפש ושיבש את הרגלי הצריכה שלהם את שירותי ברה"נ בקהילה, דווקא בעת שהיו זקוקים להם במיוחד. על כן מומלץ **לבנות תוכנית פעולה, לרבות ארגז כלים להגמשה ולהתאמה של מכלול שירותי ברה"נ למצבי חירום לאומיים**

מחקר זה שופך אור על התנהלותם של נכי הנפש במערכת ברה"נ ובמערכת הרפואה הכללית כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית. התמורות שחלו בצריכת השירותים מציגות תמונה מורכבת: חלק מיעדי הרפורמה הושגו, חלקם מצויים בתהליכי ביצוע מתקדמים, ובחלקם נותרה עוד כבדת דרך לעשות. יישום ההמלצות עשוי לתרום לטיוב שירותי ברה"נ, ובתוך כך לקידום בריאותם ורווחתם של נכי הנפש בישראל.

דברי תודה

הכנת המחקר, ביצעו וכתיבת הדוח היו מלאכה מורכבת, ותודתנו נתונה לאנשים שסייעו לנו להתמודד עם האתגרים הרבים הכרוכים בה. תחילה אנו מודות לעמיתינו במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל על הליווי בכל שלבי המחקר: לד"ר ליטל ברלב, ראש צוות מוגבלויות, על תמיכתה הבלתי מתפשרת בהוצאת המחקר אל הפועל ועל הסיוע בבניית שאלון המחקר; לדורי ריבקינ, ראש צוות שילוב חברתי, על השותפות המעצימה וההערות מאירות העיניים בגיבוש רעיון המחקר, בכתיבת הצעת המחקר ובטיוב התוצר הסופי; לכרופ' ברוך רוזן, ראש חטיבת המערכות, על התובנות החשובות שסייעו להבהיר את תמונת הממצאים; ולד"ר דמיטרי רומנוב, היועץ הסטטיסטי של המכון, על חדות התפיסה ועל ההכוונה הבהירה והאדיבה.

תודה מיוחדת לבן שלומי פון שטראוס, ראש צוות איסוף נתונים, ולקסניה ברודקו, רכזת המראיינים, אשר טרחו ועמלו על אומנות איסוף נתונים: דאגו לאורך כל הדרך לקיומה של העבודה השוטפת והמציאו פתרונות יצירתיים למכשולים, ניהלו במועילות וביעילות את הממשקים הרלוונטיים עם השותפים מן המוסד לביטוח לאומי, ופעלו ללא לאות כדי להבטיח ראיונות באיכות הגבוהה ביותר. כמו כן תודה רבה לכל צוות המראיינים שביצעו את עבודתם בסבלנות, בחריצות ובמסירות.

עוד אנו מודות לשותפינו מן המוסד לביטוח לאומי, אשר סייעו להביא את המחקר לידי ביצוע: לכרופ' דניאל גוטליב, סמנכ"ל מחקר ותכנון (בדימוס), שפעל ברוחב לב לקידום המחקר ובתוך כך ניהל את הליכי המנהל והאתיקה הנחוצים להעברת נתוני הבסיס על אודות אוכלוסייה היעד; לד"ר גבריאלה היילברון, מנהלת אגף מחקרי גמלאות, על החשיבה המשותפת והבהרת סוגיות חשובות בעת תכנון המחקר; לדוד אלכסנדר גאליה, מנהל אגף מחשוב ושירותי מחקר, על העבודה הקפדנית בהפקת המדגם ובניתוח הנתונים המנהליים אשר הקנו לנו את המסגרת הסטטיסטית לניתוח נתוני הסקר; לשאול נמרודי, מנהל אגף סקרים, על הטיפול במכלול ההיבטים הטכניים והלוגיסטיים של יצירת ההתקשרות הראשונית עם המבטחים, על האכסנייה לביצוע הראיונות המקדימים ועל שיתוף הפעולה הרציף עם צוות איסוף נתונים של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

לבסוף, תודה גדולה למאות המראיינים שהקדישו מזמנם לטובת מענה נבון ורגיש לשאלון המחקר.

תוכן העניינים

1	1. הקדמה
2	2. רקע מדעי
2	2.1 מערכת בריאות הנפש בישראל – סוגי השירותים ודרכי הספקתם
3	2.2 הפיצול של שירותי בריאות הנפש בין גורמים מקצועיים וסטטוטוריים
3	2.3 תהליכי שינוי במערכת שירותי בריאות הנפש
5	2.4 מסגרת תיאורטית לבחינת השימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש
6	2.5 מחקר הבסיס – דפוסי שימוש של נכי נפש בשירותי ברה"נ בראשית הרפורמה
7	3. מטרת המחקר
8	4. שיטת המחקר
8	4.1 אוכלוסייה
8	4.2 מדגם
8	4.3 כלי המחקר
9	4.4 אופן איסוף הנתונים
9	4.5 אתיקה
10	4.6 ההיענות למחקר
10	4.7 זיהוי הטיות אפשריות של המדגם
11	4.8 ניתוח הנתונים
12	5. ממצאים
12	5.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים
14	5.2 מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה
16	5.3 מצב הבריאות הפיזית, צריכת שירותי בריאות כלליים ותפקוד יום-יומי
21	5.4 ידע, אמונות ועמדות בנוגע לזכויות, הטבות ושירותים בבריאות הנפש
23	5.5 השפעות מגפת הקורונה על הבריאות הפיזית והנפשית
24	5.6 היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש
26	5.7 צריכת טיפול נפשי בקהילה
35	5.8 צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי
41	5.9 שימוש בשירותים אמבולטוריים במצבי משבר וחירום נפשיים
42	5.10 צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי
45	5.11 תיאום טיפול נתפס
47	5.12 חוויית ההתנהלות במערכת בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה הביטוחית

49	6. דיון והמלצות לכיווני מדיניות
49	6.1 סיכום הממצאים ודיון
51	6.2 מסקנות בנוגע לרפורמה
52	6.3 המלצות לכיווני מדיניות
54	פרסומים נוספים של המכון בנושא
55	רשימת מקורות

רשימת לוחות

13	לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית, ובהשוואה לאוכלוסייה הכללית בגיל העבודה
15	לוח 2: מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
16	לוח 3: רישום בקופות החולים ובעלות על ביטוחי בריאות, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
17	לוח 4: מצב בריאות פיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
19	לוח 5: יכולות וקשיים בתפקודי יום-יום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
20	לוח 6: ביצוע בדיקות מקדימות בסקר 2020, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית, ובהשוואה לאוכלוסייה הכללית בגיל העבודה
22	לוח 7: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לזכויות, הטבות ושירותים בבריאות הנפש, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
24	לוח 8: שינויים במצב הבריאות בשל משבר הקורונה בסקר 2020, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית, ובהשוואה לכלל האוכלוסייה הבוגרת
25	לוח 9: היקף השימוש בשירותים מקצועיים בבריאות הנפש, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
27	לוח 10: הפרופסיה של המטפל העיקרי ותקופת הטיפול, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
29	לוח 11: המסגרת שבה ניתן הטיפול מן המטפל העיקרי, בקרב בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
30	לוח 12: זמני המתנה לקבלת טיפול, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
31	לוח 13: תדירות מפגשי הטיפול, משך מפגש וזמן הגעה, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
32	לוח 14: האם וכיצד האדם משלם עבור הטיפול, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
36	לוח 15: היכרות עם חוק השיקום ומעבר ועדת סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
37	לוח 16: הגורם המפנה לוועדת סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
38	לוח 17: הגורם המלווה לוועדת סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
39	לוח 18: התחומים שהמשתקמים מקבלים בהם שירותי סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
43	לוח 19: מאפיינים של צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית

- 44 לוח 20: הכנה לקהילה בסיום האשפוז בסקר 2020, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית
- 46 לוח 21: תיאום טיפול נתפס בין המטפלים בבריאות הנפש, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית

רשימת תרשימים

- 2 תרשים 1: פיצול מערכות השירותים הרלוונטיות לנכי נפש, לפני ואחרי הרפורמה הביטוחית
- 5 תרשים 2: המודל הקונספטואלי לצריכת שירותי בריאות הנפש
- 10 תרשים 3: סיכום עבודת איסוף הנתונים
- 33 תרשים 4: שביעות רצון מן המטפל העיקרי בקרב כלל נכי הנפש
- 34 תרשים 5: שביעות רצון מן המסגרת שבה ניתן הטיפול בקרב כלל נכי הנפש
- 40 תרשים 6: תחומים נוספים שנכי הנפש מעוניינים לקבל בהם שירותים
- 41 תרשים 7: סיבות לאי-קבלת שירותי סל שיקום הרצויים בקרב נכי הנפש

1. הקדמה

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (להלן: **הרפורמה הביטוחית**), שעניינה העברת האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש (להלן: ברה"נ) מן הממשלה אל קופות החולים. הרפורמה נועדה, בין היתר, לשפר את הזמינות ואת הנגישות של שירותי ברה"נ ולהדק את הקשר שבין רפואת הנפש לרפואת הגוף (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; Rosen et al., 2008). הרפורמה הביטוחית נשאה בשורה הרלוונטית לציבור הרחב, ובתוך כך גם לאנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות (להלן: **נכי נפש**, ההגדרה הרשמית בפרק השיטה). נכי נפש זקוקים לשירותים מקיפים בתחום ברה"נ, שיהיו משולבים בשירותי הבריאות הכלליים ומתואמים עימם. לבקשת משרד הבריאות, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ממלא תפקיד מרכזי בעיצוב ובביצוע הערכה של הרפורמה בבריאות הנפש. במסגרת זו נערך בראשית היישום של הרפורמה מחקר ראשון מסוגו שנועד לבחון את היקף השימוש ודפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ ואת התנהלותם בממשקים שבין השירותים, מנקודת המבט של הצרכנים עצמם (הרן, 2018; הרן ונאון, 2017). במחקר הנוכחי נבחנו אילו שינויים חלו בדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ כחמש שנים לאחר השקת הרפורמה הביטוחית, באילו היבטים עמדה הרפורמה ביעדיה, ובאילו היבטים התמשו החששות שליוו את יישומה. כל אלה נבחנו, כאמור, לפי תפיסתם של נכי הנפש עצמם.

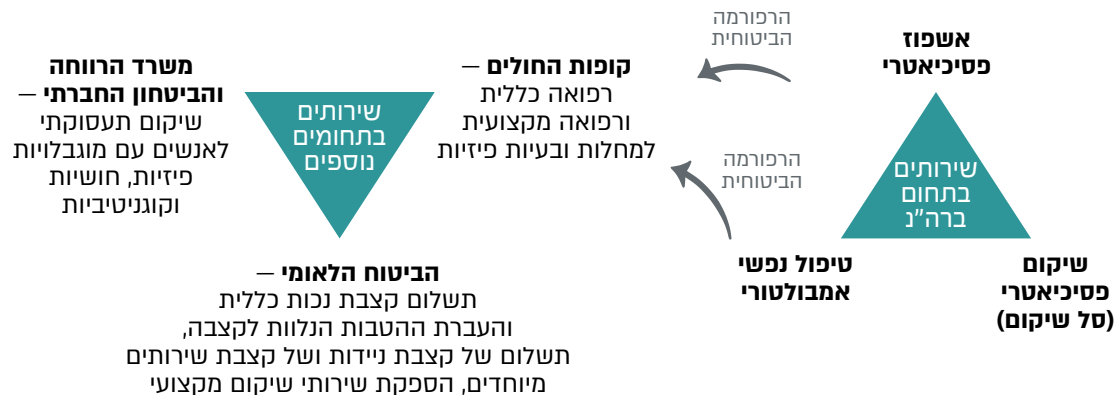
2. רקע מדעי

2.1 מערכת בריאות הנפש בישראל - סוגי השירותים ודרכי הספקתם

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן: **חב"ם**) בשנת 1995, מערכת הבריאות בישראל מושתתת בעיקרה על ביטוח בריאות אוניברסלי הממומן מכספי מיסים ומתקציב הממשלה, ומבטיח לכל תושבי המדינה סל שירותים שמספקות ארבע קופות החולים. עד החלת הרפורמה הביטוחית במערכת ברה"נ, פעלו מערכת זו ומערכת בריאות הגוף בנפרד מבחינות רבות: מימון, תכנון, ארגון וסביבת עבודה. במערכת בריאות הגוף הייתה מאז ומתמיד הבחנה ברורה בין הגורמים האחראיים להספקת השירותים – קופות החולים – ובין הגורם האחראי למימון ולאסדרה – משרד הבריאות. לעומתה, במערכת ברה"נ מילא משרד הבריאות את כל התפקידים, ובאופן מפוצל ובלתי עקיב (סמואל ורוזן, 2013; Rosen et al., 2008).

התוצאה היא ששלושת סוגי השירותים בברה"נ – אשפוז פסיכיאטרי, טיפול נפשי בקהילה ושיקום פסיכיאטרי – היו נתונים לפיקוח, למימון ולבקרה של משרד הבריאות, ובה בעת הוא עצמו גם סיפק חלק מן השירותים: שירותי האשפוז הפסיכיאטרי מומנו וסופקו על ידי משרד הבריאות – הבעלים של רוב בתי החולים הפסיכיאטריים; והספקת הטיפול הנפשי בקהילה נחלקה בינו לקופות החולים. בקופות סופק הטיפול הנפשי במסלול ציבורי ללא עלות או במסלול פרטי למחצה בעלות מוזלת, באמצעות מטפלים עצמאיים שעבדו בהסדר עם הקופות. לאחר החלת הרפורמה עברה האחריות למימון האשפוזים הפסיכיאטריים ולהספקת הטיפול הנפשי בקהילה לקופות החולים (ר' **תרשים 1**). לעומת זאת, השיקום הפסיכיאטרי היה נתון לאחריות משרד הבריאות לפני הרפורמה ונשאר באחריותו גם לאחר החלתה. השירות מסופק על בסיס חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן: **חוק השיקום**), אשר מתוקפו זכאים נכי הנפש לשירותי "סל שיקום" בדמות סיוע ותמיכות בתחומי חיים מרכזיים כגון דיור, תעסוקה, פנאי והשלמת השכלה. את השירותים האלה מספקים זכיינים – ארגוני מגזר שלישי או חברות פרטיות.

תרשים 1: כיצול מערכות השירותים הרלוונטיות לנכי נפש, לפני ואחרי הרפורמה הביטוחית



2.2 הפיצול של שירותי בריאות הנפש בין גורמים מקצועיים וסטטוטוריים

אופן ההספקה של שירותי ברה"נ טרום הרפורמה יצר חוסר בהירות בחלוקת האחריות הממסדית בין משרד הבריאות לקופות החולים. פרט לכך נמצאו פערים מקצועיים בין הטיפול הנפשי, שנחשב נחלתם הבלעדית של פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים, ובין השיקום הפסיכיאטרי ששותפים לו מגון אנשי מקצוע, ובהם עובדים סוציאליים, פסיכותרפיסטים ממגוון תחומי התמחות, מרפאים בעיסוק וצרכנים נותני שירות (אנשים המתמודדים בעצמם עם בעיות בברה"נ וגם מספקים שירותים בתחום) (רועה ואח', 2011). אומנם ריבוי הפרופסיות של העוסקים במלאכה העשיר את התחום, אך בה בעת יצר חוסר עקיבות במודלים ובשיטות של הספקת השירותים והיה מקור לקונפליקטים רבים בין השיקום הפסיכיאטרי ובין דיסציפלינות אחרות בברה"נ (נירל וסמואל, 2013). עבודה שנעשתה ללא קשר או תיאום מספקים בין הגורמים המטפלים באותו אדם, הפכה אפוא לתופעה שכיחה למדי (שטרך ואח', 2009).

מלבד הפיצול הארגוני בין השירותים בתחום ברה"נ עצמו, שהקשה על נכי הנפש לצרוך את מכלול השירותים ו"להתנייד" ביניהם בגמישות כדי לקבל מענה הולם, הם נאלצו להתמודד גם עם פיצולים בין מערכת ברה"נ למערכות שירותים משיקות, ובפרט המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: **משרד הרווחה**) וקופות החולים (ר' **תרשים 1**) (שטרך ואח', 2009). כך למשל, נכי הנפש היו זכאים לקבל שירותי שיקום תעסוקתי ממשרד הבריאות ומן המוסד לביטוח הלאומי, ואם הם מוכרים גם עם נכות פיזית, חושית או קוגניטיבית – גם ממשרד הרווחה. אולם הגופים השונים הציבו קריטריונים שונים לזכאות, וכדי למנוע כפל שירותים, על הצרכנים הפוטנציאליים היה "לבחור" גורם אחד בלבד שממנו יקבלו את השירות. מאחר שהמשקים הבירוקרטיים בין מערכות אלו לא היו מפותחים דיים, ועל פי רוב היו חסרים יד מכוונת, הרי שרבים מן ההליכים המנהליים, הארגוניים והמעשיים הכרוכים במימוש זכויותיהם של נכי הנפש, היו מוטלים על כתפיהם. פעמים רבות הם התקשו לנווט במערכת השירותים הסבוכה, ולא הצליחו לנצל את השירותים שלהם היו זכאים (מבקר המדינה, 2014, 2016). ייתכן שזו אחת הסיבות לכך שבשני העשורים שחלפו מאז נחקק חוק השיקום, צרכו רק בין רבע לשליש מנכי הנפש שירותי סל שיקום בכל שנה (הרן ונאון, 2017; משרד הבריאות, 2021).

2.3 תהליכי שינוי במערכת שירותי בריאות הנפש

לנוכח הפיצול ב"משולש" השירותים בברה"נ (אשפוז-טיפול-שיקום), הנגזר בעיקרו מן התפקידים החופפים שמילא בהם משרד הבריאות (רגולציה, מימון והספקת השירותים), מאז חקיקת חב"ם נעשו ניסיונות חוזרים ונשנים להעביר את האחריות להספקת השירותים מן המדינה אל קופות החולים. ניסיונות אלו צלחו רק בחלוף עשרים שנה בדמות הרפורמה הביטוחית (אבירם, 2012; אבירם ואזארי-ויזל, 2015).

הרפורמה הביטוחית הייתה חלק מרפורמה כללית בברה"נ, אשר בה שני רכיבים נוספים: הרפורמה המבנית שנועדה לצמצום האשפוז הפסיכיאטרי ולהעברת מוקד הטיפול בנכי הנפש לקהילה; והרפורמה השיקומית שעוגנה בחוק השיקום, ועניינה – הספקת שירותי סל שיקום בסביבת החיים הנורמטיבית של האדם. בבחינת השפעותיהם של הרכיבים המבני והשיקומי של

הרפורמה על צריכת שירותי ברה"נ על ידי נכי הנפש, נמצא כי בעשור הראשון ליישום חוק השיקום חלו ירידה ניכרת בהיקף האשפוז הפסיכיאטרי לצד עלייה בשימוש בשירותי סל שיקום (אבירם, 2012; Aviram, 2010), ואף בוסס קשר אמפירי בין שתי מגמות אלו (שטרך ואח', 2011).

אם כן, במסגרת צו ממשלתי שנכנס לתוקף ביולי 2015, הועברה האחריות להספקת שירותי אשפוז פסיכיאטרי ולהספקת טיפול נפשי אמבולטורי אל קופות החולים, ואילו שירותי סל שיקום נותרו באחריות משרד הבריאות (ר' **תרשים 1** לעיל). תהליכי היישום של הרפורמה הביטוחית ידעו מהמורות רבות, ולצד המטרות והשאיפות נשמעו גם לא מעט קולות התנגדות (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; Aviram, 2010; Rosen et al., 2008).

היעדים העיקריים של הרפורמה היו: הסדרת המימוש של הזכות החוקית לקבל טיפול נפשי מקופות החולים בזמן ובמרחק סבירים; הגדרת התפקיד של משרד הבריאות כרגולטור במקום כספק שירותים; חיזוק הקשר גוף-נפש בהספקת שירותי בריאות; הרחבת הזמינות והנגישות של שירותי ברה"נ; הפחתת התיוג השלילי כלפי הצרכנים.

החששות שליוו את המהלך היו: רמות מימון בלתי הולמות לקופות; התניית הזכאות לטיפול באבחנה פסיכיאטרית והיעדר מענה לצורך בטיפול בעקבות "אירועי חיים"; הכפפת שיקולים מקצועיים לאילוצים תקציביים; מדיקליזציה של שירותי ברה"נ; שחיקה בקשרים שבין הקופות ובין שירותי שיקום פסיכו-סוציאלי, חינוך ורווחה. בשל חששות אלו, לווה תהליך גיבושה ויישומה של הרפורמה במחלוקת ציבורית ומקצועית בין משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים, אנשי מקצועות ברה"נ, ארגוני צרכנים, ארגוני משפחות וגורמים אחרים.

למרות החששות שהתלוו למהלך, מאז השקת הרפורמה מושקעים מאמצים רבים כדי לטייב את הספקת שירותי ברה"נ בכלל ואת התיאום ביניהם ובין שירותי הרפואה הראשונית בפרט (אלרועי וסמואל, 2019). אנשים רבים החווים מצוקה נפשית אינם פונים ישירות לשירותי ברה"נ, אבל מגיעים מסיבות שונות לרופא המשפחה שלהם, והמפגש איתו הופך לעיתים קרובות ל"קו החזית" לאיתור הבעיה ולהתנתת תהליך הטיפול הנפשי. ההספקה של שירותי ברה"נ הקהילתיים ושל שירותי הרפואה הראשונית בקופות החולים ממצבת את רופאי המשפחה כמתאמי טיפול פוטנציאליים, וככאלה הם עשויים לתרום לסנכרון המודלים והפרקטיקות ברפואת הנפש וברפואת הגוף ולהידוק הקשרים ביניהן (אשכנזי ואח', 2018). ואומנם, מאז החלת הרפורמה, הוקצו משאבים ייעודיים לחיזוק היכולת המקצועית של רופאי המשפחה לספק מענים שוטפים לבעיות נפשיות לצד בעיות גופניות, ולבניית מעטפת של ייעוץ ותמיכה לרופאים עצמם, דוגמת מודל הליאזון הפסיכיאטרי (פסיכיאטר "מקשר" המספק לרופאי קופת חולים הכוונה ראשונית בנוגע לטיפול בבעיות נפש שכיחות כמו חרדה ודיכאון וכן הפניית מטופלים להמשך טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי). פרט לכך כדי לשפר את הזמינות והנגישות של שירותי ברה"נ בקהילה, אחד מן היעדים העיקריים של הרפורמה, פתחו הקופות מרפאות רב-מקצועיות בפריסה ארצית. המרפאות האלה מנהלות יחסי גומלין עם רופאי המשפחה העובדים בקופות. התפתחות אחרת בתחום, הרלוונטית בעיקר לנכי הנפש, היא יצירה ומיסוד של ממשקי עבודה ושיתופי פעולה בין שירותי סל שיקום ובין צוותי הרפואה הראשונית בקופות. אלו האחרונים מחויבים, לפי מתווה הרפורמה, להפנות מטופלים לוועדות סל שיקום, ובכך הם תורמים לרצף הטיפול בשירותים הקהילתיים (האגף לברה"נ, משרד הבריאות; תקשורת בין-אישית, 10 ביוני 2018).

2.4 מסגרת תיאורטית לבחינת השימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש

לצורך בחינה אמפירית של דפוסי הצריכה של שירותי ברה"נ בקרב נכי הנפש המביאה בחשבון גם את מורכבות הצרכים והמענים הנדרשים וגם את הפיצולים במערכת השירותים ואת השינויים בעקבות הרפורמה, נבחר המודל ההתנהגותי של אנדרסן (Andersen, 1995). המודל מאגד מאפיינים אישיים (כגון פרופיל סוציו-דמוגרפי, אבחנות רפואיות, תפקוד יום-יומי והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות) ומאפיינים מערכתיים (זמינות השירותים ונגישותם), לניתוח הצריכה של שירותי הבריאות ולניבוייה (תרשים 2). מדובר במודל כוללני ומתוקף העומד במבחן הזמן, והוא בשימוש בין-לאומי נרחב. יתרה מכך, המודל שימש בסקרים מקיפים בכמה מדינות מערביות כדי לבחון ביחוד את דפוסי השימוש של אנשים עם בעיות נפשיות חמורות בשירותי ברה"נ. סקרים אלו הצביעו על החשיבות של היבטים מבניים וארגוניים למימוש הזכאות לשירותים על ידי הצרכנים (Fleury et al., 2011; McAlpine & Mechanic, 2000; Sareen et al., 2007).

תרשים 2: המודל הקונספטואלי לצריכת שירותי בריאות הנפש

מאפיינים דמוגרפיים מצב חברתי-כלכלי ידע ואמונות בנושא בריאות	נטיות מוקדמות (predpositions)
פרופיל דיאגנוסטי קליני הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות תפקוד יום-יומי ואיכות חיים	משתני צורך (need variables)
זמינות השירותים (availability) נגישות השירותים (accessibility)	גורמים מאפשרים (enabling factors)
מידת התיאום בין מערכות השירותים טיב מערכת היחסים עם המטפל העיקרי רגישות הטיפול לצרכים ייחודיים ומשתנים	רציפות הטיפול והמשכיותו (COC)

מחקרן של הרן ונאון (2017) (להלן: **מחקר הבסיס**) יישם את המודל של אנדרסן בניתוח מערכת ברה"נ בישראל. לנוכח הפיצולים הרבים שהיו במערכת מחד גיסא, ולנוכח השינויים בהספקת השירותים עם השקת הרפורמה מאידך גיסא, הוסיף המחקר למודל השלדי את הרכיב של רציפות הטיפול והמשכיותו (להלן: **רצף הטיפול** או **COC** – Continuity of Care). לפי ההגדרה שפיתחו ג'ויס ואח' (Joyce et al., 2004, 2010) באוניברסיטת אלברטה שבקנדה, רצף הטיפול הוא צירוף של שלושה ממדים כפי שהם נתפסים בעיני הצרכן: (1) מידת התיאום בין מערכות השירותים; (2) טיב מערכת היחסים עם המטפל העיקרי; (3) רגישות הטיפול לנסיבות חיים ולצרכים אישיים ומשתנים (תרשים 2). אותו מודל ששימש במחקר הבסיס, שימש גם במחקר הנוכחי כדי לבחון אם וכיצד השתנתה ההשפעה של רכיבים במודל על צריכת שירותי ברה"נ על ידי נכי הנפש, לאחר הטמעת הרפורמה.

2.5 מחקר הבסיס – דפוסי שימוש של נכי נפש בשירותי ברה"נ בראשית הרפורמה

במחקר הבסיס (הרן ונאון, 2017) נבחן השימוש שעושים נכי הנפש ב"משולש" שירותי ברה"נ – אשפוז פסיכיאטרי, טיפול נפשי בקהילה וסל שיקום – באמצעות תשאול ישיר של 350 צרכנים בחודשים הראשונים להחלת הרפורמה הביטוחית. נעשתה הבחנה בין נכי נפש שהליקוי הנפשי (לפי הגדרות המוסד לביטוח לאומי) הוא הליקוי היחיד המזכה אותם בקצבת הנכות (להלן: **נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד**), ובין נכי נפש שיש להם ליקויים נוספים שגם מזכים אותם בקצבה (להלן: **נכי נפש עם ריבוי ליקויים**).

במונחי המודל של אנדרסן (Andersen, 1995) נמצא כי נטיות מוקדמות ומשתני צורך קשורים לקשיים בצריכת שירותי ברה"נ בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. **ראשית**, נכי נפש עם ריבוי ליקויים הם מבוגרים יותר, בריאותם הפיזית טובה פחות, יכולת התפקוד היום-יומי שלהם (כפי שמתבטאת במדדי ADL ו-IADL¹) מוגבלת יותר, והם צורכים יותר שירותי רפואה כלליים מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. **שנית**, רבים מהם מתגוררים בפריפריה (מחוזות הצפון והדרום), ומגוון שירותי ברה"נ בה דל לעומת מרכז הארץ. **שלישית**, שיעור התעסוקה בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים נמוך יותר מבקרב אלו עם ליקוי נפשי בלבד, גורם המרחיק אותם ממרקם החיים הנורמטיבי ומקשה על השתלבותם בקהילה. **לבסוף**, אף על פי שאחוזי הנכות הנפשית (לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי) בשתי הקבוצות דומים, נכי נפש עם ריבוי ליקויים מדווחים כי הם חווים מצוקה נפשית חמורה מזו של נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד.

עוד הראה המחקר כי גורמים מאפשרים – ובייחוד נגישות אינפורמטיבית (היכולת לקבל מידע רלוונטי מהימן על שירותי ברה"נ, דרכי הגישה אליהם ותנאי הזכאות למימושם) ורצף הטיפול (כפי שנתפס אצל נכי הנפש) – קשורים לצריכת שירותי ברה"נ בקרב כלל נכי הנפש. בניגוד לנטיות מוקדמות ומשתני צורך, שהם משתנים מובנים ברמת הפרט ולכן קבועים למדי, גורמים מאפשרים ניתנים יותר לשינוי. לכן הציפייה היא כי השפעות הרפורמה הביטוחית על הצרכנים יתבטאו בעיקר דרך זמינות השירותים ונגישותם.

מבחינת היקף הצריכה של שירותי ברה"נ, נמצא כי 90% מכלל נכי הנפש קיבלו טיפול נפשי בקהילה בשנה שקדמה למועד הסקר, 30% אושפזו במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים שקדמו לו, ורק 32% צרכו במועד הסקר לפחות שירות אחד משירותי סל שיקום – אף שכל נכי הנפש המוכרים במוסד לביטוח הלאומי זכאים לשירותי שיקום פסיכיאטרי. עוד נמצא כי נכי נפש עם ריבוי ליקויים השתמשו פחות מאלו עם ליקוי נפשי בלבד בכל אחד מסוגי השירותים, ייתכן בשל מיעוט המשאבים האישיים שלהם, כפי שהוסבר לעיל.

ממצאי מחקר הבסיס מלמדים גם כי נכי הנפש נתקלים בכשלים ברצף הטיפול בכל אחד משירותי ברה"נ שנבחנו: (א) הטיפול הנפשי בקהילה מסופק בעיקר באמצעות התערבויות פסיכיאטריות-תרופתיות, למרות הצורך של נכי הנפש בתגבור התערבויות פסיכולוגיות-חברתיות; (ב) חלק גדול מנכי הנפש שמכירים את שירותי השיקום הפסיכיאטרי חסרים "אוריינות בירוקרטית", וזו נדרשת כדי להגיע לוועדות סל שיקום וכדי לממש את השירותים שאושרו להם; (ג) באשפוז הפסיכיאטרי ניתנת הכנה מעטה לקראת החזרה לקהילה, וזו דרושה להשתלבותם המחודשת של נכי הנפש בסביבה הנורמטיבית. הממצאים מדגישים את החשיבות של רצף הטיפול, והוא נמצא כמנבא שימוש בשירותי סל שיקום פרט למשתנים אישיים ומערכתיים אחרים (הרן, 2018).

¹ ADL – תפקודי יום-יום בסיסיים, כגון נייחות, רחצה/לבישה, נייחות במקום המגורים וצורך בהשגחה; IADL – תפקודי יום-יום אינסטרומנטליים, כגון שימוש בטלפון, קניות, הכנת ארוחות, ביצוע מטלות הבית, כביסה, שימוש בתחבורה ציבורית, אחריות על תרופות ויכולת לניהול כלכלי.

3. מטרות המחקר

לנוכח ממצאי מחקר הבסיסי (הרן ונאון, 2017), המחקר הנוכחי נועד לבחון את השינויים שחלו בהיקף ובדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ, כמו גם בשירותי הבריאות הכלליים, כחמש שנים לאחר הטמעתה של הרפורמה הביטוחית. גם במחקר זה נערכה השוואה בין נכי נפש שהליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד שלהם ובין נכי נפש עם ריבוי ליקויים. המחקר התמקד בנושאים:

- סוגי ההתערבויות בטיפול נפשי שמספקות קופות החולים, ושביעות הרצון של המטופלים מהן
- התנהלות הצרכנים במסלול לקבלת שירותי סל שיקום, והתפקיד שממלאות הקופות בהקשר זה
- ידע, אמונות ועמדות של נכי הנפש בנוגע למתכונת החדשה של הספקת שירותי ברה"נ
- רצף הטיפול ב"משולש" השירותים בברה"נ – אשפוז פסיכיאטרי, טיפול נפשי בקהילה וסל שיקום
- טיב התיאום בין שירותי ברה"נ ובין שירותי הרפואה הכלליים, וצרכים בלתי מסופקים בממשק זה

במהלך הגל השני של מגפת הקורונה בישראל הוטלו הגבלות, לרבות סגר כללי ומגבלות ריחוק חברתי. לכן נבחנו השפעות משבר הקורונה על מצב הבריאות הפיזית והנפשית של נכי הנפש, על דפוסי השימוש במגוון השירותים (רפואת הגוף, טיפול נפשי בקהילה, שירותי סל שיקום ואשפוז פסיכיאטרי) ועל היקפו.

4. שיטת המחקר

4.1 אוכלוסייה

אוכלוסיית המחקר מורכבת מאנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות וממושכות אשר פוגעות פגיעה ניכרת בתפקודם היום-יומי. כדי לזהות ולאתר אנשים הנמנים עם אוכלוסייה זו, נבחרה למחקר ההגדרה האופרציונלית של נכי נפש (היא שימשה גם במחקר הבסיסי) – מקבלי קצבת נכות כללית מן המוסד לביטוח לאומי בגין נכות רפואית של 40% לפחות בסעיף נפשי.² מספרם של נכי הנפש על פי הגדרה זו עמד בשנת 2019 על כ-90,000 איש (המוסד לביטוח לאומי, 2019).³ בקרב כשני שלישים מהם הליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד המזכה אותם בקצבת הנכות (אלו מכונים בדוח המחקר: **נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד**), ואילו לכשליש מהם יש ליקויים נוספים שגם מזכים אותם בקצבה, לרוב מגבלות פיזיות (ניורולוגיות, מוטוריות או חושיות) או מחלות גופניות כרוניות (אלו מכונים בדוח המחקר: **נכי נפש עם ריבוי ליקויים**).⁴

4.2 מדגם

על סמך רשומות המוסד לביטוח לאומי הופקו שני מדגמים שכבתיים של 2,000 איש: אחד של נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד; אחד של נכי נפש עם ריבוי ליקויים (סך הכול 4,000 איש). כל אחד מן המדגמים נבנה כך שייצג את תת-האוכלוסייה המתאימה במאפיינים דמוגרפיים (מין, גיל, ארץ לידה, מחוז מגורים, קבוצת אוכלוסייה ומצב משפחתי) ובמאפיינים רפואיים (השנה שבה החל תשלום קצבת הנכות, אחוז הנכות הרפואית בסעיף נפשי ובסעיפי לקות אחרים, דרגת אי-כושר ההשתכרות וקבלת קצבאות תפקודיות – ניידות ושירותים מיוחדים).

4.3 כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בשאלון שנועד לספק תמונה כוללת על מצב הבריאות הנפשית והפיזית של נכה הנפש, על עמדתו כלפי מערכת ברה"נ ובקיאותו בנוגע לשירותים שהוא זכאי לקבל, על אורח החיים שלו בתחום הבריאות, על השימוש שלו בשירותי

² ההגדרה האופרציונלית מובחנת מן התפיסה העצמית הסובייקטיבית של התמודדות עם מגבלה נפשית קשה שפוגעת בתפקודי היום-יומי. לפי ההגדרה הסובייקטיבית, אוכלוסיית "מתמודדי הנפש" היא רחבה והטרונגית יותר מזו שנבחרה למחקר זה.

³ כיוון שהמחקר מתמקד בחוויית המטופל, לא נכללו אנשים שכנראה יתקשו להתראיין בעצמם, כמו נכי נפש המתמודדים גם עם מוגבלות שכלית, מאושפזים פסיכיאטריים כרוניים ואנשים שמונה להם אפטרופוס (כחמישה אחוזים מכלל נכי הנפש). אולם נכללו אנשים על הרצף האוטיסטי (עם יכולת תקשורת שמורה), המסווגים במוסד לביטוח לאומי כנכי נפש.

⁴ סעיפי הנכות הנוספים של נכי נפש עם ריבוי ליקויים לפי רשומות המוסד לביטוח לאומי הם פנימי, אורוגניטלי, ניורולוגי ולוקומוטורי (ומיעוטם ראייה או שמיעה). בצד הנתונים המנהליים נשאלו הנסקרים כיצד הם מעריכים את מצב בריאותם הפיזית (כמו גם הנפשית), מהם צורכיהם בתחום הבריאות הפיזית ומה דפוסי השימוש שלהם בשירותי בריאות פיזית.

הבריאות הכלליים ובשירותים המקצועיים בברה"נ (טיפול נפשי בקהילה, סל שיקום ואשפוז פסיכיאטרי), ועל התנהלותו בממשקים בין מגוון השירותים. בשאלון היו גם שאלות שהתייחסו להשפעות של מגפת הקורונה על היקף השימוש ועל דפוסי השימוש של נכי הנפש במגוון שירותי הבריאות.

4.4 אופן איסוף הנתונים

לקראת תחילת הסקר נשלח לנדגמים מכתב מטעם המוסד לביטוח לאומי. במכתב הוסברו מטרת הסקר וחשיבותו, וניתנה לנמענים אפשרות להשיב בדואר חוזר כי אינם מעוניינים להשתתף בסקר. מי שהתקבלו מהם מכתבי סירוב הוסרו מרשימת המרואיינים ולא נוצר עימם קשר, ועם היתר יצרו קשר נציגים מן המוסד לביטוח לאומי. הם ביקשו מן המרואיינים את אישורם למסור את שמם ואת פרטי ההתקשרות שלהם למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. נציג מצוות המראיינים של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל יצר קשר עם מי שהסכימו להעברת הפרטים, בדק בעל-פה הסכמה מדעת להשתתפות במחקר, ומשניתנה ערך את הריאיון.

הריאיונות נערכו בשלוש שפות – עברית, ערבית ורוסית – בחודשים יולי עד דצמבר 2020. כל הריאיונות נערכו עם נכי הנפש עצמם על ידי מראיינים שעברו הדרכה מיוחדת לצורכי המחקר. את המראיינים ליוו ליווי צמוד רכזת צוות איסוף הנתונים של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והחוקרות האחראיות בצוות מוגבלויות.

4.5 אתיקה

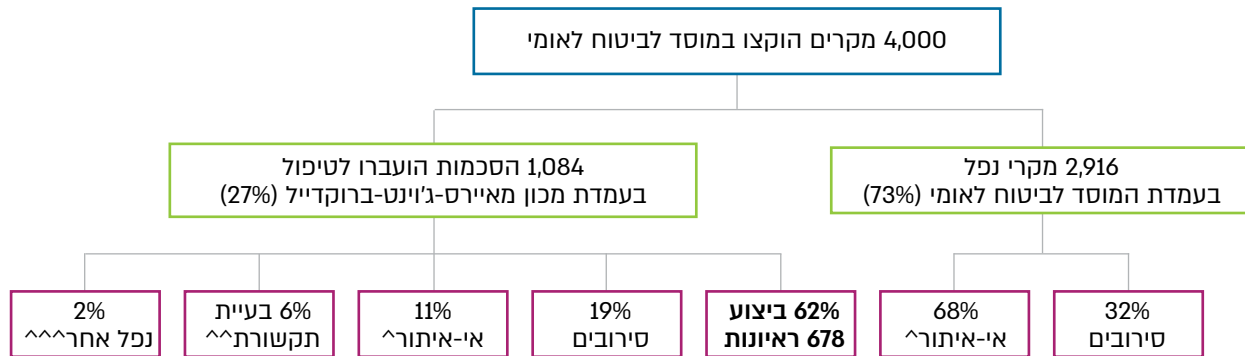
הפנייה הראשונית לנדגמים נעשתה כאמור באמצעות מכתב מקדים מאת המוסד לביטוח לאומי. במכתב פורטו האמצעים לשמירת הפרטיות של הנמענים ולהבטחת סודיות המידע. לנמענים אף ניתנה אפשרות לסרב להשתתף בסקר ולשלוח את הודעת הסירוב בדואר חוזר ללא תשלום. לא התבצעה פנייה נוספת למי שהביע רצון שלא השתתף במחקר. עם מי שלא התקבלו מהם מכתבי סירוב נוצר קשר טלפוני, ונבדקה הסכמה מדעת בעל-פה – הן להעברת פרטי ההתקשרות שלהם למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל הן לביצוע הריאיון עצמו.

הנתונים המנהליים על נכי הנפש שרואיינו הועברו למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ברמה אגרגטיבית בלבד (התפלגויות המדגם לעומת התפלגויות האוכלוסייה), כך שלא הייתה אפשרות לזהות את המרואיינים. הפקת המשקולות לפי המאפיינים האישיים נעשתה על ידי מנהל אגף מחשוב ושירותי מחקר במינהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי, והוא היחיד שחשוף למידע זה. רשימת המשקולות בצימוד לתעודות הזהות של המרואיינים הועברה למנהלת המחקר במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בדרך מאובטחת. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ועל ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, אשר סייע במימון המחקר.

4.6 ההיענות למחקר

מקרב 4,000 הנדגמים שהוקצו למחקר על ידי המוסד לביטוח לאומי, רואיינו **678** בסך הכול (368 עם ליקוי נפשי בלבד ו-310 עם נדגמים עם ריבוי ליקויים), (**תרשים 3**). הסיבות לריבוי הנדגמים שלא רואיינו (בדומה לדפוס במחקר הבסיסי) היו מורכבות המנהלית והטכנית של הליך ההתקשרות שנבעו מן ההקפדה על פרטיותם של המרואיינים וקבלת הסכמה מדעת; פרטי התקשרות בלתי מעודכנים; ומאפיינים קוגניטיביים-רגשיים של אוכלוסיית היעד שלא אפשרו לחלק מהם להתראיין.

תרשים 3: סיכום עבודת איסוף הנתונים



^ היעדר מספרי טלפון, כל המספרים שגויים, קו טלפון תקול, אי-מענה לאחר כמה ניסיונות התקשרות
^^ אי-אפשר לערוך ראיון טלפוני עם הנדגם מסיבות בריאותיות/קוגניטיביות/רגשיות הקשורות במוגבלותו
^^^ למשל פטירה, אשפוז, שהייה במוסד, הימצאות בחו"ל, בעיות שפה בהשבה על שאלון הסקר המלא

4.7 זיהוי הטיות אפשריות של המדגם

בהשוואת המאפיינים הדמוגרפיים והרפואיים המעוגנים ברשומות המוסד לביטוח לאומי של הנדגמים שרואיינו לאלו שלא רואיינו, נמצאו הבדלים מובהקים רק בהתפלגות משתנה המין ובדרגת הנכות הרפואית בסעיף נפשי (בקרוב בעלי אחוזי הנכות הגבוהים יותר היו שיעורי ההיענות נמוכים יותר). אלו תוקנו על פי ההתפלגות באוכלוסייה. משמע כי למרות הנפל הגדול יחסית, נשמר עקרון הייצוגיות במאפיינים שנבדקו. נוסף על כך שוקללו נתוני המדגם לפי הקבוצה הקלינית שאליה שייך האדם – עם ליקוי נפשי בלבד או עם ריבוי ליקויים – על פי הפרופורציות של קבוצות אלו באוכלוסיית נכי הנפש לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי.

אף על פי כן חשוב להצביע על שתי הסתייגויות בעניין מידת הייצוג של מדגם המחקר את אוכלוסיית היעד. ראשית, בהשוואה בין הנדגמים שרואיינו ובין אלו שהוקצו למחקר אך לא רואיינו בפועל ממגוון סיבות (ר' **תרשים 3** לעיל), נמצא כאמור שיעור גדול יותר של בעלי דרגת נכות רפואית גבוהה יותר. אומנם המשתנה תוקנן בהתאם לנתונים המנהליים של המוסד לביטוח לאומי, אך יש להתייחס לממצאי הסקר כמייצגים את חוויותיהם של נכי הנפש ברמות התפקוד הגבוהות יותר. אפשר להניח כי לנכי הנפש

שלא רואיינו כאן ותפקודם ברמה נמוכה מזו של אלו שרואיינו, יש משאבים אישיים מעטים יותר, והם נתקלים בחסמים רבים יותר בצריכת שירותי בריאות.

שנית, המאפיינים שפוקחו לצורך שקלול המדגם הם **רק** אלו המגולמים בנתוני המוסד לביטוח לאומי – מאפיינים אובייקטיביים וקבועים כמו מין, גיל, שנת לידה, ותק במערכת הקצבה ואחוזי נכות רפואית. אולם אלו אינם מכסים את **מכלול** הגורמים שעשויים להשפיע על ההתנהגות שבמוקד המחקר – שימוש בשירותי ברה"נ. מאפיינים סובייקטיביים ודינמיים יותר, כמו סטיגמה חברתית ועצמית, חוסר אמון בממסד או חשש מפניו (מערכת ברה"נ בפרט, מערכת הבריאות בכלל או המוסד לביטוח לאומי, הגורם שהפנה להשתתפות בסקר), לא היו ידועים מראש. לכן הם לא נכללו בבניית המדגם, וגם אי-אפשר היה להשוות על פיהם את המקרים שבוצע ריאיון לעומת מקרי הנפל. אומנם סוגיות של סטיגמה וחוסר אמון במערכת כמעט לא עלו בתור חסמים לשימוש בשירותים בקרב המשיבים על הסקר, אולם אפשר שהם מובלעים בסירובים להשתתף בו מלכתחילה. נוסף על כך לא מן הנמנע שתכונות אופי שקשורות בסירוב לענות על הסקר קשורות גם להתנהלות עם שירותי ברה"נ, למשל שיתוף פעולה בטיפול נפשי או בתהליך שיקומי. אם כן, למרות מאמצים מרביים לבנות מדגם שייצג את אוכלוסיית היעד במשתנים הרלוונטיים להתנהגות הנחקרת, ייתכנו גורמים מתערבים אחרים שלא עלה בידינו לפקח עליהם.

4.8 ניתוח הנתונים

עבור כלל נכי הנפש הושוו ממצאי המחקר הנוכחי (שנערך בשנת 2020, כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה) לממצאי מחקר הבסיסי (שנערך בשנת 2016, בתחילת יישומה של הרפורמה). נוסף על כך בכל אחד ממועדי המדידה נערכה השוואה בין נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד לנכי נפש עם ריבוי ליקויים. הנתונים נותחו בתוכנת SPSS באמצעות מבחן χ^2 לטיב ההתאמה, עבור רמת מובהקות של 0.05 ועוצמת מבחן של 0.80.

הסקר נערך כאמור בימי הגל השני של מגפת הקורונה, לכן נערכו ניתוחי רגישות כדי לאמוד השפעות מתערבות אפשריות של המגפה על צריכת שירותי ברה"נ. בנוגע לטיפול נפשי בקהילה, נבדק אם המגפה צוינה בתור סיבה לאי-קבלת טיפול בקרב מי שלא טופלו במועד הסקר או בשנה שקדמה לו. בנוגע לשירותי סל שיקום, נותח שיעור השימוש בהם בשנת 2020 גם בניכוי מי שהשיבו על הסקר בתקופת הסגר והגבלות התנועה, אשר עשויים היו להפחית את צריכת השירותים. בנוגע לאשפוז פסיכיאטרי, נבדקו נתונים עיתיים של שיעורי האשפוז בחמש השנים האחרונות ושיעור הקבלות החוזרות לאשפוז בטווח זמנים זה.

5. ממצאים

להלן יוצגו הממצאים העיקריים בתחומים שנבדקו בסקר בהתאם למודל ההתנהגותי לצריכת שירותי בריאות של אנדרסן (Andersen, 1995): תחילה יתוארו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומאפיינים הקשורים למצב התעסוקה, לצד ידע ואמונות בנוגע לתחום ברה"נ ("נטיות מוקדמות" במונחי המודל). לאחר מכן יסקרו תפקודי יום-יום בסיסיים ואינסטרומנטליים, ניהול אורח חיים בתחום הבריאות והערכת מצב הבריאות הפיזית והנפשית בכלל ועל רקע משבר מגפת הקורונה בפרט ("משתני צורך" במונחי המודל). בהמשך ייבחנו היקף השימוש ודפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי הבריאות הכלליים וב"משולש" שירותי ברה"נ (טיפול נפשי בקהילה, שיקום פסיכיאטרי ואשפוז פסיכיאטרי). דגש יושם בזמינות השירותים ובנגישותם ("גורמים מאפשרים" במונחי המודל) המתבטאות למשל בזמני ההמתנה לטיפול נפשי בקהילה, במיצוי זכויות בשלבי התהליך לקבלת שירותי סל שיקום, ובשביעות רצון מן ההתערבויות באשפוז הפסיכיאטרי. לבסוף תיבחן התפיסה של הצרכנים את תיאום הטיפול בין מכלול השירותים – החוליה של COC (Joyce et al., 2004, 2010) שהוספה למודל הבסיסי.

הממצאים יוצגו בשני רבדים: (1) לכלל נכי הנפש ישוו הממצאים בין המחקר הנוכחי (שנת 2020, חמש שנים לאחר החלת הרפורמה) למחקר הבסיס (שנת 2016, על רקע יישום הרפורמה);⁵ (2) בכל אחד ממועדי המדידה יוצגו הממצאים בפילוח לפי קבוצה קלינית – נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד לעומת נכי נפש עם ריבוי ליקויים.

5.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

בבחינת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של נכי הנפש לעומת כלל האוכלוסייה בגיל העבודה, עלו ממצאים אלו (ר' **לוח 1**):

- בקרב כלל נכי הנפש, כמו גם בשתי הקבוצות הקליניות ובשני מועדי המדידה, נמצא שכ-60% הם גברים וכ-40% הם נשים, לעומת התפלגות מגדרית מאוזנת בקרב כלל האוכלוסייה בגיל העבודה
- בשני מועדי המדידה עמד שיעור הערבים בקרב נכי הנפש על כ-10%, כמעט מחצית משיעורם בכלל האוכלוסייה בגיל העבודה. הסברים אפשריים הם חוסר מודעות למוגבלות, תת-אבחון או אי-הגשת תביעה לקצבת נכות למוסד לביטוח לאומי בגין בעיות נפשיות (להבדיל ממוגבלויות אחרות) בקרב האוכלוסייה הערבית. סטיגמה ומיעוט שירותים בתחום ברה"נ פוגעים אף הם במוטיבציה לפעול למיצוי הזכויות
- הן בשנת 2016 הן בשנת 2020 התגוררו כרבע מכלל נכי הנפש בפריפריה. בשנת 2016 נמצא כי שיעור המתגוררים בפריפריה גבוה יותר בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים מאשר בקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (35% לעומת 25%), ואילו בשנת 2020 נמצא שיעור דומה מכל קבוצה המתגוררים בפריפריה

⁵ בכמה משתנים לא התאפשרה השוואה בין שני מועדי המדידה משום ששאלות שהופיעו בסקר 2020 לא הופיעו בסקר 2016, שקטגוריות התשובה השתנו, שסוגי השאלות השתנו (למשל שאלה חד-בררתית לעומת רב-בררתית) או בגלל סיבות מתודולוגיות אחרות. במקומות אלו מופיע הסימן "----" במקום ה-p-value.

- תמהיל הגילים בקרב כלל נכי הנפש נותר דומה בשני מועדי המדידה. בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בגיל העבודה נראה כי עם העלייה בגיל גדל השיעור של נכי הנפש. כך למשל, בשנת 2020 עמד שיעורם של קבוצת הגיל הצעירה (18-34) בקרב נכי הנפש על 29% לעומת 39% בקרב האוכלוסייה הכללית בגיל העבודה, ושיעורם של קבוצת גיל הביניים (35-54) עמד על 51% לעומת 44%, בהתאמה
- בשנת 2020 נמצא כי נכי נפש עם ריבוי ליקויים מבוגרים יותר מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (33% לעומת 13% בני 67-55), בדומה לשנת 2016
- בשני מועדי המדידה נמצא כי שיעור הנשואים בקרב נכי הנפש הוא כשליש בלבד לעומת כשני שלישים בקרב כלל האוכלוסייה בגיל העבודה
- בשנת 2020 שיעור הנשואים בשתי הקבוצות דומה, אולם בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים שיעור הגרושים גבוה יותר (29% לעומת 13%) ושיעור הרווקים נמוך יותר (32% לעומת 55%)
- שיעור נכי הנפש שהשלימו תעודת בגרות מלאה גבוה יותר בשנת 2020 לעומת בשנת 2016 (58% לעומת 46%), אך נמוך לעומת כלל האוכלוסייה (69%). בשני מועדי המדידה לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בשיעורם של בעלי תעודת בגרות בין שתי הקבוצות הקליניות

לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית, ובהשוואה לאוכלוסייה הכללית בגיל העבודה (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				כלל האוכלוסייה בגיל העבודה [^]	
	p value	ליקויי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול נכי נפש	p value	ליקויי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול נכי נפש		
		224	454	678		125	225	350	כלל נכי הנפש (N) ---	
									מין נשים	
	0.775	0.073	46	37	40	0.484	43	39	41	51
										קבוצת אוכלוסייה ערבים
	0.123	0.132	13	9	11	0.663	9	7	8	18
										אזור מגורים ^{^^} פריפריה
	0.247	0.298	22	26	25	0.032	35	25	28	29

השוואה בין השנים	2020				2016					
	ליקוי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	ליקוי נפשי בלבד	ליקוי נפשי בלבד	ליקוי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	ליקוי נפשי בלבד	ליקוי נפשי בלבד	כלל האוכלוסייה בגיל העבודה [^]	
p value	p value				p value					
										קבוצת גיל^{^^}
0.630	<0.001	17	36	29	0.006	18	31	26	39	34-18
		50	51	51		54	53	53	44	54-35
		33	13	20		28	16	21	17	67-55
										מצב משפחתי
0.665	<0.001	36	30	32	0.016	36	32	33	64	נשוי או גר עם בן/בת זוג
		29	13	19		27	18	21	9	גרוד או פרוד
		3	2	2		3	1	2	5	אלמן
		32	55	47		34	49	44	22	רווק
										השכלה
<0.001	0.131	53	60	58	0.704	47	45	46	69	בגרות מלאה

מקור הנתונים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], 2019

[^] הנתונים חושבו עבור גילי 20-64

^{^^} הפריפריה כוללת את מחוזות צפון ודרום, להבדיל מן המרכז הגיאוגרפי שכולל את מחוזות מרכז, ירושלים, תל אביב, חיפה ויהודה ושומרון

^{^^^} בקרב כלל האוכלוסייה בגיל העבודה, קבוצת הגיל הצעירה היא בני 20-34, וקבוצת הגיל המבוגרת היא בני 55-64

5.2 מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה

בבחינת מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה של נכי הנפש עלו הממצאים האלה (ר' לוח 2):

- במועד המחקר בשנת 2020 היו מועסקים 34% מכלל נכי הנפש (כולל בתעסוקה נתמכת או מוגנת), שיעור מעט נמוך מזה שבשנת 2016 (40%). איסוף הנתונים בשנת 2020 נעשה, כאמור, בעיצומה של מגפת הקורונה, וסביר להניח שהמגפה הרעה את מצב התעסוקה של האוכלוסייה בכלל ושל נכי הנפש בפרט
- בשנת 2020 היו מועסקים פחות נכי נפש עם ריבוי ליקויים מאלו עם ליקוי נפשי בלבד (27% לעומת 38%). הבדל זה בין שתי הקבוצות הקליניות נמצא גם בשנת 2016
- בשנת 2020 עבדו כשכירים 63% מכלל נכי הנפש, לעומת 51% בשנת 2016. 23% מכלל נכי הנפש בשנת 2020 עבדו בתעסוקה נתמכת או מוגנת לעומת 35% בשנת 2016

- בשנת 2020 שיעור המועסקים עם ליקוי נפשי בלבד שעבדו במשרה מלאה (27%), היה כפול משיעור המועסקים עם ריבוי ליקויים שעבדו בהיקף משרה זה (13%). הבדל דומה נמצא גם בשנת 2016
- בשנת 2020 השיעור של כלל נכי הנפש שלא עבדו במועד המחקר אך היו מועסקים בחמש השנים שקדמו לו, היה גבוה בעשר נקודות האחוז מזה שבשנת 2016 (43% לעומת 33%)
- בשנת 2020 49% מן הבלתי מועסקים עם ליקוי נפשי בלבד דיווחו כי עבדו בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, לעומת 33% בלבד מן הבלתי מועסקים עם ריבוי ליקויים. הבדל דומה נמצא גם בשנת 2016
- בשנת 2020 העריכו כלל נכי הנפש את מצבם הכלכלי כפחות גרוע מאשר בשנת 2016 (24% לעומת 37% בהתאמה דיווחו כי מצבם "בכלל לא טוב"). נוסף על כך בשנת 2020 העריכו נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד את מצבם הכלכלי כפחות גרוע מאשר נכי נפש עם ריבוי ליקויים (19% לעומת 34% בהתאמה דיווחו כי מצבם "בכלל לא טוב"). מגמה דומה נמצאה גם בשנת 2016

לוח 2: מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	ליקויי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ליקויי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
0.084	0.003	27	38	34	0.064	33	44	40	עובד במועד הסקר
---	0.103	15	7	9	0.220	5	8	7	אופן ההעסקה בקרב המועסקים:
		51	67	63		62	47	51	עצמאי
		4	3	3		(לא ניתנה אפשרות תשובה זו)			שכיר
		10	12	11		19	18	19	גם שכיר וגם עצמאי
		15	10	12		10	20	16	בעבודה נתמכת
		5	1	2		4	7	7	בעבודה מוגנת
0.346	0.041	87	73	76	0.065	82	65	70	במסגרת אחרת
									מקרב המועסקים, עובד במשרה חלקית
0.013	0.002	33	49	43	0.055	25	38	33	מקרב הבלתי מועסקים, עבד בחמש השנים האחרונות
									הערכת המצב הכלכלי
<0.001	<0.001	6	9	8	0.098	2	7	5	טוב מאוד
		26	34	31		25	26	26	די טוב
		34	38	37		30	34	32	לא כל כך טוב
		34	19	24		43	33	37	בכלל לא טוב

5.3 מצב הבריאות הפיזית, צריכת שירותי בריאות כלליים ותפקוד יום-יומי

5.3.1 רישום בקופות החולים ובעלות על ביטוחי בריאות

בכל אחד משני מועדי המדידה היו מבוטחים כ-50% מכלל נכי נפש בקופת חולים כללית, כ-30% היו מבוטחים בקופת חולים מכבי, וכ-10% בכל אחת מן הקופות הקטנות (לאומית ומאוחדת) (**לוח 3**), בדומה להתפלגות באוכלוסייה הכללית (ברמלי-גרינברג ואח', 2020). בשנת 2020 היו מבוטחים בקופת חולים כללית יותר נכי נפש עם ריבוי ליקויים מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (58% לעומת 47%), וההפך במבוטחים בקופת חולים מכבי (34% מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד לעומת 22% מאלו עם ריבוי ליקויים).

בשני מועדי המדידה היו כמעט 80% מנכי הנפש בעלי ביטוח בריאות משלים, שיעור הנמוך במקצת מזה שבאוכלוסייה הכללית, שעמד על 87% בשנת 2018 (ברמלי-גרינברג ואח', 2020). שיעור נכי הנפש בעלי ביטוח בריאות מסחרי בשנת 2020 (22%) היה גבוה בעשר נקודות האחוז משיעורם בשנת 2016 (12%), אך נמוך במידה ניכרת משיעורם באוכלוסייה הכללית, שעמד על 60% בשנת 2018 (ברמלי-גרינברג ואח', 2020).

לוח 3: רישום בקופות החולים ובעלות על ביטוחי בריאות, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	<i>p</i> value	<i>p</i> value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	<i>p</i> value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	
0.832	<0.001	58	47	51	0.925	53	53	53	רישום בקופת חולים:
		22	34	30		29	30	29	כללית
		7	10	9		9	10	10	מכבי
		13	8	10		9	7	8	לאומית
0.545	0.790	78	79	78	0.216	72	78	76	מאוחדת
		19	24	22		20	8	12	בעל ביטוח בריאות משלים (שב"ן)
<0.001	0.200				0.002				בעל ביטוח בריאות פרטי-מסחרי

5.3.2 מצב בריאות פיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף

- נכי נפש עם ריבוי ליקויים מתמודדים עם בעיות בריאות פיזיות (נוסף על בעיות בריאות נפשיות) וצורכים שירותי רפואה כלליים בשיעור גבוה מזה של נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (ר' **לוח 4**):
 - 59% לעומת 28% דיווחו שהם מתמודדים עם מוגבלות פיזית שפוגעת בתפקוד היום-יומי
 - 90% לעומת 47% דיווחו שיש להם מחלה פיזית כרונית כלשהי שרופא אבחן
 - 83% לעומת 71% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא המשפחה
 - 66% לעומת 50% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא מומחה
 - שיעור הצריכה של שירותי רפואה ראשונית ושניונית בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים דומה לזה שבאוכלוסייה הכללית – 85% ביקרו אצל רופא משפחה בשנה שקדמה לסקר שנערך בשנת 2018, ו-60% ביקרו אצל רופא מומחה במחצית השנה שקדמה לו (ברמלי-גרינברג ואח', 2020).
- בשנת 2020 ירד שיעור המבקרים אצל רופא המשפחה בקרב כלל נכי הנפש (75%) לעומת שנת 2016 (93%), ואילו שיעור המבקרים אצל רופא מומחה נותר דומה (60% בקירוב) (**לוח 4**). ייתכן כי רבים מנכי הנפש נמנעו מלהגיע לרופא המשפחה בשל מגפת הקורונה (ר' סעיף 5.5 בהמשך).

לוח 4: מצב בריאות פיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	ליקויים ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ליקויים ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
0.201	<0.001	59	28	37	0.036	69	27	42	עם מוגבלות פיזית שמפריעה מאוד או די מפריעה בתפקוד יום-יומי (תפיסה אישית)
---	<0.001	90	47	61	<0.001	86	57	67	עם מחלה פיזית כרונית (למשל לחץ דם, סוכרת, סרטן, בעיות גב) שרופא אבחן
<0.001	<0.001	83	71	75	0.156	95	91	93	ביקר אצל רופא המשפחה בשנה האחרונה
0.700	<0.001	66	50	56	<0.001	71	51	58	ביקר אצל רופא מומחה בשנה האחרונה

5.3.3 יכולות וקשיים בתפקודי יום-יום

בבחינת תפקודי יום-יום בסיסיים ואינסטרומנטליים ויכולת להשתתף בחברה עלו ממצאים אלו (ר' לוח 5):

- בשנת 2020 דיווחו כלל נכי הנפש כי הם מתקשים פחות בביצוע רוב הפעולות שנבחנו לעומת כלל נכי הנפש שנסקרו בשנת 2016. למשל, 90% מנכי הנפש שנסקרו בשנת 2020 דיווחו כי הם יכולים להישאר בביתם ללא השגחה לכל פרק זמן, לעומת 78% בשנת 2016; 40% מהם דיווחו כי אינם מתקשים כלל ליצור ולשמר קשרים חברתיים לעומת 32% בשנת 2016; ו-28% מהם דיווחו כי אינם מתקשים כלל להשתלב במסגרת תעסוקה או לימודים, לעומת 18% בשנת 2016⁶
- עם זה, בביצוע פעולות רחצה והתלבשות (כמייצגות ADL) נמצא יתרון לכלל נכי הנפש בסקר 2016, ואילו בביצוע פעולות הקשורות לניקיון הדירה (כמייצגות IADL) נמצא יתרון לכלל נכי הנפש בסקר 2020
- בבחינת תפקודי יום-יום בסיסיים ואינסטרומנטליים, בשנת 2020, בדומה לשנת 2016, נמצא כי נכי נפש עם ריבוי ליקויים עצמאיים פחות בביצוע חלק מן הפעולות מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. למשל, 54% מנכי הנפש עם ריבוי ליקויים דיווחו כי הם יכולים להתלבש או להתרחץ בעצמם ללא קושי לעומת 79% מאלה עם ליקוי נפשי בלבד, ו-23% דיווחו כי הם יכולים לעשות את כל הפעולות הכרוכות בניקיון ביתם ללא קושי, לעומת 51%, בהתאמה
- בשנת 2020 דיווחו 40% מכלל נכי הנפש כי אינם מתקשים כלל ביצירת קשרים חברתיים ובשימורם, ו-30% נוספים דיווחו על קושי מועט בתחום זה, ללא הבדל של ממש בין שתי הקבוצות הקליניות
- בשנת 2020 דיווחו 44% מכלל נכי הנפש כי הם מתקשים מאוד או אינם יכולים כלל לעבוד או ללמוד, והקושי ניכר יותר בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים (50%) מאשר בקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (42%)

⁶ הסקר אומנם נערך בתקופת משבר הקורונה, אולם השאלות בנוגע ליצירת קשרים חברתיים ולהשתלבות בתעסוקה או לימודים נשאלו בגדר פוטנציאל ("האם, בדרך כלל, יש לך קושי ל..."), מה שעשוי להסביר את היעדר ההחמרה לעומת מחקר הבסיס.

לוח 5: יכולות וקשיים בתפקודי יום-יום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	סך הכול	ליקוי נפשי בלבד	ריבוי ליקויים	p value	סך הכול	ליקוי נפשי בלבד	ריבוי ליקויים	p value	
									האם בדרך כלל אתה: [^]
									יכול להתלבש או להתרחץ בעצמך? יכול ללא קושי יכול אבל עם קושי יכול רק עם עזרת אדם אחר לא יכול בכלל
0.009	<0.001	54 24 19 3	79 14 7 1	70 17 11 2	<0.001	62 27 9 2	85 12 2 1	77 18 4 1	
<0.001	<0.001	23 26 42 9	51 25 21 3	42 25 28 5	<0.001	25 19 28 28	50 21 19 10	41 20 22 17	יכול לנקות את הבית? יכול לעשות את כל פעולות הניקיון ללא קושי יכול לעשות את כל פעולות הניקיון אבל עם קושי יכול לעשות פעולות ניקיון "קל" אבל לא "כבד" לא יכול לעשות בכלל אף אחת מפעולות הניקיון
<0.001	0.194	88 3 5 4	91 2 6 1	90 3 5 2	0.033	70 10 10 10	82 6 4 8	78 7 6 9	יכול להישאר לבד בביתך ללא השגחה? יכול לכל פרק זמן יכול עד 8 שעות יכול עד 3 שעות לא יכול בכלל
0.018	0.714	43 27 23 7	38 32 23 7	40 30 23 7	0.176	33 23 29 15	31 33 25 11	32 29 26 13	קשה לך ליצור קשרים חברתיים או לשמור על קשר עם חברים? בכלל לא קשה לי קצת קשה לי קשה לי מאוד לא יכול בכלל
<0.001	0.009	27 23 33 17	28 30 36 6	28 28 35 9	0.033	20 17 40 23	17 31 36 16	18 26 38 18	קשה לך לעבוד או להשתלב בתעסוקה או לימודים? בכלל לא קשה לי קצת קשה לי קשה לי מאוד לא יכול בכלל

[^] השאלון נוסח בלשון זכר, אולם בראיונות עם נשים הפנייה נעשתה בלשון נקבה

5.3.4 אורח חיים בתחום הבריאות (הרגלי בריאות והתנהגות מקדמת בריאות)

בשנת 2020 נבחנו כמה משתנים בנושא ניהול אורח חיים בריא: משקל ותזונה, עישון ורפואה מונעת. להלן פירוט הממצאים בנושאים אלו (אם לא צוין אחרת, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות הקליניות).

משקל: 67% מנכי הנפש דיווחו כי התמודדו עם בעיות משקל בחמש השנים האחרונות (50% עם משקל עודף או השמנת יתר ו-17% עם משקל גבולי או תת-משקל). כמו כן דיווחו 42% מנכי הנפש כי קיבלו ייעוץ מדיאטנית בחמש השנים האחרונות, ואילו 23% דיווחו כי לא קיבלו ייעוץ תזונתי אף שנזקקו לו.

עישון: 39% מנכי הנפש דיווחו כי הם מעשנים לעומת 26% מכלל האוכלוסייה בגיל העבודה (למ"ס, 2017). 39% מקרב הראשונים לעומת 9% מקרב האחרונים דיווחו כי הם מעשנים בדרך כלל יותר מ-20 סיגריות ליום.

רפואה מונעת: נכי נפש עם ריבוי ליקויים דיווחו כי הם מקפידים על בדיקות מקדימות ועל הליכי רפואה מונעת, יותר מנכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (ר' לוח 6). כך למשל, מקרב קבוצות המין והגיל הרלוונטיות לבדיקות, עשו 71% מנכי נפש עם ריבוי ליקויים לעומת 46% מנכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד בבדיקת ממוגרפיה, 53% לעומת 29% עשו בבדיקת קולונוסקופיה, ו-38% לעומת 25% התחסנו נגד שפעת בשנה שקדמה למועד הסקר. לעומת כלל האוכלוסייה בגיל העבודה, שיעור נמוך מקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד מקפידים על הליכים רפואיים אלו (פרט לחיסון נגד שפעת) לעומת שיעור דומה ואף גבוה יותר מקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים.

לוח 6: ביצוע בדיקות מקדימות בסקר 2020, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית, ובהשוואה לאוכלוסייה הכללית בגיל העבודה (באחוזים)

p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול נכי נפש	כלל נכי הנפש	ביצוע בדיקות מקדימות
				בגיל העבודה ^	
0.002	71	46	58	67	ביצעו בבדיקת ממוגרפיה אי פעם (נשים בגיל +40)
0.242	70	62	65	65	ביצעו בבדיקת משטח צוואר הרחם אי פעם (נשים בגיל +25)
<0.001	56	32	42	44	ביצעו בבדיקת דם סמוי בצואה אי פעם (נשים וגברים בגיל +40)
<0.001	53	29	39	33	ביצעו בבדיקת קולונוסקופיה אי פעם (נשים וגברים בגיל +40)
<0.001	38	25	29	18	קיבלו חיסון נגד שפעת בשנה שקדמה למועד הסקר

מקור הנתונים: למ"ס (2017)

^ גילי 20-64

5.4 ידע, אמונות ועמדות בנוגע לזכויות, הטבות ושירותים בבריאות הנפש

ההתמודדות עם המוגבלות הנפשית ועם המצוקה שהיא מסבה, היא חלק בלתי נפרד מחייהם של נכי הנפש. כ-70% מהם דיווחו שהמוגבלות מפריעה להם מאוד או די מפריעה להם בתפקוד היום-יומי, וכ-80% דיווחו כי הם נוטלים בקביעות תרופות מרשם פסיכיאטריות (ממצאים שאינם מופיעים בלוח). על רקע זה עלו השאלות:

1. באיזו מידה נכי הנפש מודעים לזכויותיהם בתחום ברה"נ וממציים אותן?
2. באיזו מידה הם מכירים את השירותים הרלוונטיים ואת הגופים שמספקים אותם?
3. באיזו מידה השירותים הללו מועילים בעיניהם?

להלן פירוט הממצאים העיקריים שעלו בבחינת סוגיות אלו (ר' **לוח 7**):

- בשנת 2020 דיווחו 74% מכלל נכי הנפש שהם מכירים את ההטבות הניתנות על ידי משרדי ממשלה, הנלוות לקצבת הנכות הכללית, שיעור נמוך מזה שבשנת 2016 (88%)
- המרואיינים נשאלו אם הם מכירים את הקצבאות התפקודיות של המוסד לביטוח לאומי – קצבת ניידות וקצבת שירותים מיוחדים (שר"מ). בסקר בשנת 2016 הוזכרו הקצבאות בשמן ותו לא, ונמצא כי בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים, שהקצבאות הללו רלוונטיות להם במיוחד, הכירו רק 38% את קצבת ניידות ו-36% את קצבת שר"מ. לכן הוחלט להוסיף הסבר קצר על כל אחת מן הקצבאות בסקר בשנת 2020. כאן נמצא כי 46% מכלל נכי הנפש הכירו הן את קצבת ניידות הן את קצבת שר"מ. אולם אין בממצאים אלו כדי להעיד על עלייה במודעות לקצבאות או על נקיטת פעולות למיציא זכויות בתחום. סביר להניח שהעלייה בשיעור המדווחים על הכרת הקצבאות נובעת מהוספת ההסבר ולא משינוי של ממש בשטח
- שיעור גבוה יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים הכירו את הקצבאות התפקודיות לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד, ככל הנראה משום שהזכאות לקצבאות הללו מותנית לרוב בקיומה של בעיית בריאות פיזית
- נוסף על כך נבדק בשני הסקרים אם נכי הנפש יודעים היכן המוסדות אשר מספקים שירותים חיוניים בתחומי ברה"נ והרווחה באזור מגוריהם. בשנת 2020 נמצא כי רבים אינם מתמצאים בנושא: 40% אינם יודעים היכן חדר המיון הפסיכיאטרי, 50% אינם יודעים היכן פועלת מרפאה ממשלתית לברה"נ (לעומת 41% שלא ידעו זאת בשנת 2016), 48% אינם יודעים היכן פועלת מרפאה לברה"נ של קופת החולים, ו-50% אינם יודעים היכן המחלקה לשירותים חברתיים (60% מקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים לעומת 45% מקרב אלו עם ליקוי נפשי בלבד ידעו את מיקומה)
- לבסוף נשאלו נכי הנפש באיזו מידה להערכתם שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לאדם השרוי במצוקה נפשית קשה, ובאיזו מידה שירותים אלו יכולים לעזור להם אישית בהתחשב במצבם הנפשי כיום. בדומה לדפוס הממצאים של שנת 2016, בשנת 2020 נמצא כי 88% מכלל נכי הנפש סבורים ששירותי ברה"נ יכולים מאוד או די יכולים לעזור לאדם השרוי במצוקה נפשית, ו-76% סבורים שהשירותים עשויים לסייע להם. שלא כמו דפוס הממצאים של שנת 2016, בשנת 2020 לא נמצא הבדל בין נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד ובין אלו עם ריבוי ליקויים בהערכתם את יכולתם להסתייע בשירותי ברה"נ

לוח 7: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לזכויות, הטבות ושירותים בבריאות הנפש, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול
									יודע על קיומם של ההטבות וסוגי הסיוע הנוספים לקצבה המפורטים להלן:[^]
	<0.001	0.248	78	72	74	0.959	88	88	88
	---	<0.001	57	41	46	<0.001	38	28	32
	---	<0.001	58	41	46	0.045	36	14	22
									יודע היכן נמצאים המקומות הבאים המספקים שירותים בתחומי ברה"נ והרווחה:
	0.704	0.208	63	58	60	0.433	58	63	61
	0.032	0.350	53	48	50	0.439	54	61	59
	0.133	0.675	53	52	52	0.353	53	45	48
	0.289	<0.001	60	45	50	0.172	61	53	56
									באיזו מידה שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לאדם שנמצא במצוקה נפשית קשה?
	0.110	0.950	64	61	62	0.443	52	61	58
			24	26	26		32	26	28
			7	8	7		13	10	11
			5	5	5		3	3	3

השוואה בין השנים	2020				2016				
		ליקוי נפשי	ליקוי ריבוי	סך הכול		ליקוי נפשי	ליקוי ריבוי	סך הכול	
p value	p value	ליקויים	בלבד		p value	ליקויים	בלבד		
				50				46	באיזו מידה שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לך באופן אישי, במצבך הנפשי כיום?
0.458	0.820	46	52	50	0.004	36	52	46	יכולים מאוד לעזור
		25	27	26		29	29	29	די יכולים לעזור
		16	14	15		16	11	13	לא כל כך יכולים לעזור
		13	7	9		19	8	12	בכלל לא יכולים לעזור

^ בשנת 2020 נוספה אפשרות התשובה "לא בטוח" בנוגע להיכרות עם כל אחד מסוגי ההטבות והקצבאות התפקודיות
 ^^ בשנת 2020 נוסף בשאלה הסבר מקדים על קצבת ניידות: "הביטוח הלאומי מעניק קצבת ניידות למי שיש להם לקויות או מחלות שמגבילות את יכולת הניידות שלהם" (ההסבר ניתן בכלליות בלבד כדי לא לרמוז יתר על המידה על אופן קבלת הקצבה)
 ^^^ בשנת 2020 נוסף בשאלה הסבר מקדים על קצבת שירותים מיוחדים: "המוסד לביטוח לאומי מעניק קצבת שירותים מיוחדים לנכים הזקוקים לעזרה רבה של אדם אחר בפעולות יום-יומיות של טיפול אישי כמו אכילה ורחצה או בפעולות של תחזוקת הבית כמו הכנת ארוחות, עריכת קניות וסידורים כספיים, או שהם זקוקים להשגחה מתמדת למניעת סכנת חיים לעצמם או לאחרים"

5.5 השפעות מגפת הקורונה על הבריאות הפיזית והנפשית

נכי הנפש הושפעו ממגפת הקורונה הרבה יותר מכלל האוכלוסייה (ר' **לוח 8**):

- 26% מכלל נכי הנפש העידו על הידרדרות בבריאותם הפיזית (21% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-36% מקרב אלו עם ריבוי ליקויים), יותר מפי שלושה מכלל האוכלוסייה (8%)
 - 53% מכלל נכי הנפש העידו על הידרדרות בבריאותם הנפשית (51% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-59% מקרב אלו עם ריבוי ליקויים), שיעור כפול מזה שבכלל האוכלוסייה (27%)
- בבחינת השפעת מגפת הקורונה על היבטים נוספים בתחום הבריאות עלו ממצאים אלו (לא מופיעים בלוח):
- 37% מכלל נכי הנפש דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא המשפחה ו-29% דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא מומחה בשל מגפת הקורונה. אומנם בשתי הקבוצות הקליניות דיווחו שיעור דומה של נכי נפש כי ויתרו על ביקור אצל רופא המשפחה, אולם שיעור גבוה יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא מומחה לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (36% לעומת 25%, בהתאמה)

- בבחינת שינויים בהרגלי בריאות בעקבות מגפת הקורונה, נמצא כי כשליש מכלל נכי הנפש הקפידו פחות מבעיתות שגרה על ארוחות מסודרות ועל תזונה מאוזנת, וכשליש גם הפחיתו את העיסוק בפעילות גופנית, ללא הבדלים של ממש בין שתי הקבוצות הקליניות

לוח 8: שינויים במצב הבריאות בשל משבר הקורונה בסקר 2020, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית, ובהשוואה לכלל האוכלוסייה הבוגרת (באחוזים)

p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול נכי נפש	כלל	
				האוכלוסייה הבוגרת [^]	
שינויים במצב הבריאות הפיזי:					
<0.001	3	5	4	4	השתפר ('השתפר' או 'השתפר מאוד' לפי נוסח למ"ס)
	61	74	70	88	לא חל שינוי ('לא השתנה' לפי נוסח למ"ס)
	20	14	16	7	הידרדר במקצת ('החמיר' לפי נוסח למ"ס)
	16	7	10	1	הידרדר משמעותית ('החמיר מאוד' לפי נוסח למ"ס)
שינויים במצב הבריאות הנפשי:					
0.036	2	6	5	3	השתפר ('השתפר' או 'השתפר מאוד' לפי נוסח למ"ס)
	39	43	42	70	לא חל שינוי ('לא השתנה' לפי נוסח למ"ס)
	32	31	31	23	הידרדר במקצת ('החמיר' לפי נוסח למ"ס)
	27	20	22	4	הידרדר משמעותית ('החמיר מאוד' לפי נוסח למ"ס)

מקור הנתונים: למ"ס (2020)

[^] הנתונים מתייחסים לכלל האוכלוסייה הבוגרת (לא רק בגיל העבודה)

5.6 היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש

בבחינת היקף השימוש בשלושת השירותים העיקריים בברה"נ עלו ממצאים אלו (ר' לוח 9):

- טיפול נפשי בקהילה** – בשנת 2020 דיווחו 83% מכלל נכי הנפש על קבלת טיפול נפשי בקהילה במועד הסקר או בשנה שקדמה לו, שיעור נמוך מזה שבשנת 2016 (89%). חשוב לשים לב שהירידה בשיעור קבלת הטיפול בין שני מועדי המדידה היא בקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (84% בשנת 2020 לעומת 93% בשנת 2016), ואילו שיעור השימוש בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים נותר בעינו (כ-80%)
- שיקום פסיכיאטרי** – בשנת 2020 דיווחו 36% מכלל נכי הנפש על קבלת שירותי סל שיקום, שיעור מעט גבוה מזה שבשנת 2016 (32%), אם כי ההבדל בין שני מועדי המדידה אינו מובהק. בדומה לשנת 2016, גם בשנת 2020 קיבלו פחות נכי נפש עם ריבוי ליקויים שירותי סל שיקום לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (28% לעומת 40%, בהתאמה)

- **אשפוז פסיכיאטרי** – בשנת 2020 דיווחו 36% מכלל נכי הנפש על אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, שיעור גבוה יותר מבשנת 2016 (30%). נכי נפש עם ריבוי ליקויים התאשפזו כחות מנכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (31% לעומת 39%, בהתאמה)

לוח 9: היקף השימוש בשירותים מקצועיים בבריאות הנפש, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020			2016					
	ליקוי נפשי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	ליקוי נפשי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול			
p value	p value	ליקויים		p value	ליקויים				
		224	454	678		125	225	350	סך הכול (N) טיפול נפשי אמבולטורי בשנה האחרונה/כיום שיקום פסיכיאטרי בתקופה של מועד הסקר [^] אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים האחרונות
0.022	0.108	80	84	83	<0.001	79	93	89	
0.193	0.002	28	40	36	0.045	22	37	32	
<0.001	0.045	31	39	36	0.047	23	33	30	

[^]בניכוי כ-100 נכי נפש שרואיינו במשך סגר חגי תשרי בשנת 2020, שיעור השימוש בשירותי סל שיקום עמד על 37%, והעלייה של חמש נקודות האחוז ביחס לשיעור השימוש בשירותים בשנת 2016 (32%) נמצאה בלתי מובהקת סטטיסטית ($p = 0.085$)

כדי לבחון השפעות מתערבות אפשריות של מגפת הקורונה על היקף השימוש בשירותים נערכו כמה בדיקות:

- טיפול נפשי בקהילה: בסקר 2020 המרואיינים לא נשאלו אם הרגישו צורך בסיוע נפשי מקצועי או אם פנו לקבלת טיפול נפשי בקהילה בשנה האחרונה. ייתכן שהיו כאלה שניסו להגיע לטיפול ולא הצליחו בגלל המגפה, אפקט שעשוי להסביר את הירידה בשיעור המטופלים. אולם בבחינת הסיבות לאי-קבלת טיפול בעשור האחרון, לא עלתה התייחסות לסוגיית הקורונה סביב התקופה שבה נערך הריאיון
- שיקום פסיכיאטרי: בין התאריכים 17.10.2020-18.09.2020 הוטל סגר כללי במדינה בשל התפשטות מגפת הקורונה. בתקופה זו (שחפפה בחלקה עם חגי תשרי תשפ"א) רואיינו לצורך המחקר כמאה נכי נפש. כיוון שבנוגע לשימוש בשירותי סל שיקום נשאל האדם אם הוא מקבל שירותים "כיום", נותח שוב שיעור השימוש בהם בסקר 2020, ונזכר ממנו מאה איש שהשיבו לסקר בתקופת הסגר. בבדיקה זו נמצא כי שיעור השימוש בשירותי סל שיקום הוא 37% לעומת 32% בשנת 2016, אולם ההבדל אינו מובהק ($p = 0.085$)
- אשפוז פסיכיאטרי: לנוכח האפשרות שמגפת הקורונה היוותה גורם לעלייה זמנית בשיעור האשפוזים, נבדקה התפלגות המאושפזים בכל אחת מחמש השנים שקדמו למועד הסקר. ראשית, נמצא כי כחמישית (17%) מן המאושפזים אושפזו בפעם האחרונה בשנת 2020, כלומר שיעורי המאושפזים לפחות בחלק מן השנים הקודמות היו דומים או גבוהים יותר. שנית, בקרב

68% מן המאושפזים בשנת 2020 זה אשפוז חוזר בטווח של חמש שנים, כך שבלאו הכי הם היו משוקללים בחישוב שיעור האשפוז בטווח הזמנים הרלוונטי. לבסוף, 8% מכלל המשיבים (למעט מי שאושפזו בשנת 2020) דיווחו שנמנעו מאשפוז בשל מגפת הקורונה. לכן שיעור האשפוזים בפועל בסקר 2020 נמוך מן השיעור הפוטנציאלי לולא המגפה.

בניגוד לממצאי המחקר, מנתונים מנהליים של משרד הבריאות (2021) עלה כי שיעור האשפוז נותר יציב בקרב האוכלוסייה הכללית בשנים 2019-2010. אפשר שהפער בין מקורות המידע נובע, בין היתר, מהבדלים באוכלוסייה הנבדקת ובהגדרת המשתנה הרלוונטי. ראשית, אוכלוסיית היעד שנסקרה במסגרת המחקר היא נכי נפש, המוגדרים ככאלה לפי הקריטריונים של המוסד לביטוח לאומי, ואילו נתוני משרד הבריאות מתייחסים לכלל האוכלוסייה. הווי אומר שהמחקר מתמקד ב"גרעין הקשה" של צרכני השירותים בברה"נ, וייתכן שמגמות צריכת שירותי האשפוז בקרבם שונות מאלו שבכלל האוכלוסייה. שנית, היקף האשפוזים בנתוני משרד הבריאות נבדק לפי שיעורם ל-1,000 נפש במשך שנה ספציפית, ואילו במחקר הנוכחי (כמו גם במחקר הבסיסי) נבדק המשתנה לפי שיעור המרואיינים שדיווחו כי אושפזו פעם אחת לפחות בחמש השנים שקדמו לסקר. שני המדדים שונים אפוא זה מזה הן בתקופה הנבדקת במועד המדידה הן בהתייחסות לריבוי אשפוזים של אותו אדם.

5.7 צריכת טיפול נפשי בקהילה

כאמור, 83% מכלל נכי הנפש – 84% שלהם ליקוי נפשי בלבד ו-80% שלהם ריבוי ליקויים – קיבלו במועד הסקר או בשנה שקדמה לו טיפול נפשי אמבולטורי. הטיפול שניתן בקהילה ולא באשפוז, הוגדר כסיוע מקצועי בהתמודדות עם מצוקה נפשית או רגשית, וכלל שיחות, מתן תרופות, מעקב תקופתי וכדומה.

5.7.1 הפרופסיה של המטפל העיקרי ותקופת הטיפול

היבטים אלו נסקרים בלוח 10, והממצאים העיקריים הם:

- בשנת 2020 היה פסיכיאטר המטפל העיקרי של 54% מכלל נכי הנפש (איש המקצוע בברה"נ שאיתו נפגש המטופל יותר מכול בשנה האחרונה), לעומת של 65% בשנת 2016. בד בבד עם הירידה בשיעור של כלל נכי הנפש המטופלים אצל פסיכיאטר כמטפל עיקרי, חלה עלייה בשיעור של כלל נכי הנפש המטופלים אצל פסיכותרפיסט (פסיכולוג או עובד סוציאלי) כמטפל עיקרי (22% בשנת 2016 לעומת 39% בשנת 2020)
- בשנת 2020 טופלו אצל פסיכיאטר כמטפל עיקרי שיעור גבוה יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (57% לעומת 52%, בהתאמה). שיעור נמוך יותר מן הראשונים לעומת האחרונים טופלו אצל פסיכולוג כמטפל עיקרי (13% לעומת 23%, בהתאמה). בשנת 2016 לא נמצא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות בשיעור המטופלים אצל מטפלים עיקריים ממגוון הפרופסיות
- בשנת 2020 טופלו 34% מכלל נכי הנפש אצל המטפל העיקרי שלהם יותר מחמש שנים לעומת 46% בשנת 2016. בשני מועדי המדידה טופלו 75% מכלל נכי הנפש אצל המטפל העיקרי שלהם לפחות שנה

לוח 10: הפרופסיה של המטפל העיקרי^א ותקופת הטיפול, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	ליקוי נפשי ריבוי	ליקויים	סך הכול	p value	ליקוי נפשי ריבוי	ליקויים	סך הכול	p value	
	178	382	560		99	210	309		סך הכול מטופלים בשנה האחרונה (n)
									הפרופסיה של המטפל העיקרי:
<0.001	0.003	12	5	7	0.380	12	7	9	רופא משפחה
		57	52	54		64	66	65	פסיכיאטר
		13	23	20		9	14	12	פסיכולוג
		18	20	19		11	10	10	עובד סוציאלי
		---	---	---		4	3	4	אחר
									תקופת הטיפול אצל המטפל העיקרי:
<0.001	0.288	20	27	25	0.324	23	26	25	עד שנה
		43	40	41		35	26	29	בין שנה לחמש שנים
		37	33	34		42	48	46	יותר מחמש שנים

^א איש המקצוע בברה"נ שאיתו נפגש המטופל יותר מכול בשנה האחרונה

5.7.2 המסגרת שבה מסופק הטיפול מן המטפל העיקרי ומעבר בין מסגרות

שיעור נכי הנפש המקבלים טיפול נפשי מן המטפל העיקרי במסגרות השונות (לוח 11):

- בכל אחד ממועדי המדידה טופלו בקופות החולים 42% מכלל נכי הנפש, אולם בשנת 2020 קיבלו את הטיפול במסגרת זו יותר נכי הנפש עם ריבוי ליקויים (50%) מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (37%)
- בשנת 2020 טופלו במסגרת של משרד הבריאות⁷ 24% מן המטופלים לעומת 34% שטופלו במסגרת זו בשנת 2016, ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות בשני מועדי המדידה
- בשנת 2020 טופלו בעמותות לשירותי ברה"נ 14% מן המטופלים לעומת 4% בלבד בשנת 2016 – כנראה זו המסגרת שאליה עברו מי שטופלו קודם לכן במסגרת של משרד הבריאות במקום לעבור לקופות החולים
- בכל אחד ממועדי המדידה טופלו במסגרת פרטית 14% מן המטופלים

⁷ עד להשלמת יישומו של מתווה הרפורמה וגם לאחר החלטה, אפשר לקבל טיפול נפשי אמבולטורי במסגרות של משרד הבריאות כגון תחנה ממשלתית לברה"נ או מרפאת חוץ של בית חולים, בכפוף להסדרים שנקבעו עם קופות החולים.

בבחינה פרטנית של כל אחת ממסגרות הטיפול בשנת 2020 עלו הממצאים האלו (לא מופיעים בלוח):

- 49% מן המטופלים במסגרת קופות החולים טופלו במרפאה של רופא המשפחה או במרפאה כללית של הקופה (מרפאה ראשונית); 39% טופלו במרפאה ייעודית לברה"נ ששייכת לקופה (מרפאה שניונית); ו-12% טופלו אצל מטפל עצמאי שעובד בהסדר עם הקופה
- 51% מן המטופלים במסגרת משרד הבריאות טופלו במרפאה ממשלתית לברה"נ ("תחנה"); 38% טופלו במרפאת חוץ של בית חולים; 8% טופלו ביחידה לטיפול יום או באשפוז יום; ו-3% טופלו בחדר מיון
- הסיבות של המטופלים לבחירה במסגרת טיפול פרטית: תפיסה הגורסת שאיכות הטיפול במגזר הפרטי טובה מזו שבמגזר הציבורי או אי-אמון במערכת ברה"נ הציבורית (38%); זמני המתנה ממושכים לטיפול במגזר הציבורי (22%); בחירה במטפל ספציפי שעובד רק במגזר הפרטי (18%); וקושי למצוא מטפל מתאים מבחינת מרחק, זמן הגעה, שעות קבלה או היבטים טכניים אחרים (10%)
- 24% מן המטופלים עברו בין מסגרות טיפול בקהילה בחמש השנים שקדמו למועד הסקר: 33% עברו ממסגרת ציבורית לטיפול פרטי, ואילו 27% עברו מטיפול פרטי למסגרת ציבורית; 29% עברו ממרפאה של משרד הבריאות לקופת החולים, ואילו 11% עברו מקופת החולים למרפאה של משרד הבריאות
- מבחינת הסיבות למעבר בין מסגרות הטיפול לכי סוג המעבר עולה כי הסיבה העיקרית למעבר מטיפול פרטי למסגרת ציבורית היא הוזלת השירות (68%), ואילו הסיבה העיקרית למעבר ממסגרת ציבורית לטיפול פרטי היא תפיסה של שיפור באיכות השירות (51%). עוד נמצא כי הסיבה העיקרית למעבר ממסגרת של משרד הבריאות לקופת החולים ומקופת החולים למסגרת של משרד הבריאות היא דומה – התפיסה שלפיה הטיפול במסגרת החדשה יהיה איכותי יותר (כ-30%)

לוח 11: המסגרת שבה ניתן הטיפול מן המטפל העיקרי, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	<i>p</i> value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	בלבד	סך הכול	<i>p</i> value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	בלבד	סך הכול	
<0.001	0.066	50	37	42	0.633	47	40	42	קופת החולים (כולל מטפל עצמאי בהסדר)
		24	24	24		35	33	34	משרד הבריאות (תחנה לברה"נ, בית חולים)
		4	5	5		4	4	4	המחלקה לשירותים חברתיים
		10	17	14		3	5	4	עמותה לשירותי ברה"נ (כגון "אנוש" ו"רעות")
		1	1	1		1	2	2	מסגרת ציבורית אחרת (כגון האגודה לבריאות הציבור ומוקד ייעוץ פסיכולוגי של מוסד אקדמי)
		11	16	14		10	16	14	מסגרת פרטית (מכון פרטי או קליניקה פרטית)

5.7.3 זמני המתנה לקבלת טיפול, תדירות הטיפול, משך מפגש טיפול והתשלום עבורו

בבחינת מאפיינים אחדים של הטיפול הנפשי בקהילה עלו ממצאים אלו (ר' **לוחות 12-14**):

- חמש שנים לאחר החלת הרפורמה דיווחו כלל נכי הנפש על זמני המתנה לטיפול קצרים יותר. 67% מן המטופלים בשנת 2020 המתינו לכל היותר שבועיים מן הפנייה לקביעת תור ועד לפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי, לעומת 52% מן המטופלים בשנת 2016 (**לוח 12**). בדומה לכך, 77% מן המטופלים בשנת 2020 המתינו לכל היותר שבועיים מן הפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי ועד לתחילת תהליך הטיפול עצמו, לעומת 51% מן המטופלים בשנת 2016

לוח 12: זמני המתנה לקבלת טיפול, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
0.018	0.382	11	16	15	0.261	14	10	12	משך ההמתנה מן הפנייה לקביעת התור ועד לפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי: באותו יום או למוחרת שלושה ימים עד שבוע יותר משבוע עד שבועיים יותר משבועיים עד חודש יותר מחודש עד שלושה חודשים יותר משלושה חודשים
<0.001	0.768	41	37	38	0.738	17	18	18	משך ההמתנה מן הפגישה הראשונה ועד לתחילת הטיפול עצמו: באותו יום או למוחרת שלושה ימים עד שבוע יותר משבוע עד שבועיים יותר משבועיים עד חודש יותר מחודש
		27	34	32		23	15	18	
		24	18	20		27	19	22	
		10	12	12		14	16	16	
		15	13	14		18	27	23	
		13	7	7		4	13	9	
		21	29	26		20	19	19	
		11	14	13		15	13	14	
		17	12	13		24	34	30	
		10	8	10		24	16	19	

השאלות הופנו רק למי שטופל פחות מחמש שנים

- תדירות מפגשי הטיפול עלתה אף היא מאז הרפורמה. למשל, 63% מן המטופלים בשנת 2020 נפגשו עם המטפל העיקרי לפחות פעם בחודש, לעומת 33% בלבד מן המטופלים בשנת 2016 (לוח 13)
- משך פגישת טיפול ממוצעת התארך במקצת: בשנת 2020 דיווחו רק 9% מן המטופלים על משך הפגישה הקצר ביותר (עד 10 דקות), לעומת 18% מן המטופלים בשנת 2016, ואילו בשנת 2020 דיווחו 29% מן המטופלים על משך הפגישה הארוך ביותר (יותר מ-50 דקות) לעומת 18% מן המטופלים בשנת 2016 (לוח 13). זאת ועוד, נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד זכו בשנת 2020 למפגשי טיפול ארוכים יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים (33% לעומת 21%, בהתאמה, דיווחו על מפגש ממוצע של יותר מ-50 דקות)

- אפשר לייחס את ההבדלים בתדירות מפגשי הטיפול ומשכם בין שני מועדי המדידה לשינוי בתמהיל המטפלים העיקריים, בפרט הירידה בשיעור הפסיכיאטרים והעלייה בשיעור הפסיכותרפיסטים (ר' **לוח 10** לעיל). בשני הסקרים נמצא כי מפגשי הטיפול תדירים יותר וארוכים יותר כשהמטפל העיקרי הוא פסיכותרפיסט לעומת פסיכיאטר (הממצא אינו מופיע בלוח)
- בכל אחד ממועדי המדידה הגיעו יותר משני שלישים מן המטופלים מביתם למקום קבלת הטיפול בתוך פחות ממחצית השעה (**לוח 13**), ללא הבדל בין המתגוררים במרכז למתגוררים בפריפריה (הממצא אינו מופיע בלוח)

לוח 13: תדירות מפגשי הטיפול, משך מפגש וזמן הגעה, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
p value	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
<0.001	0.132	5	2	3	0.768	11	8	9	תדירות המפגשים עם המטפל העיקרי: עד פעם אחת בחצי שנה יותר מפעם בחצי שנה ועד פעם ב-3 חודשים יותר מפעם ב-3 חודשים ועד פעם בחודש יותר מפעם בחודש ועד 4 פעמים בחודש יותר מ-4 פעמים בחודש
		6	8	8		20	18	19	
		30	24	26		41	39	39	
		30	28	28		20	21	21	
		29	38	35		8	14	12	
<0.001	0.024	8	9	9	<0.001	12	20	18	משך פגישה ממוצעת עם המטפל העיקרי: עד 10 דקות 11-30 דקות 31-50 דקות יותר מ-50 דקות
		46	36	39		45	39	41	
		25	22	23		22	24	23	
		21	33	29		21	17	18	
0.640	0.949	66	68	67	0.571	71	69	70	זמן ההגעה של מטופל מביתו למקום הטיפול: עד חצי שעה יותר מחצי שעה עד שעה יותר משעה
		23	22	22		21	19	19	
		11	10	11		8	12	11	

- בשנת 2020 חלו ירידה בשיעור המטופלים שאינם משלמים כלל עבור הטיפול (69% לעומת 80% בשנת 2016) ועלייה בשיעור המטופלים שמשלמים עבורו חלקית (17% לעומת 5%) (לוח 14). שיעור המטופלים שמשלמים מכיסם את מלוא הסכום נותר דומה, והוא תואם את שיעור המטופלים במגזר הפרטי

לוח 14: האם וכיצד האדם משלם עבור הטיפול, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020			2016					
	ליקוי נפשי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	ליקוי נפשי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול			
p value	p value	ליקויים		p value	ליקויים				
<0.001	0.105	70	68	69	0.024	89	76	80	לא משלם כלל
		20	16	17		4	6	5	משלם חלקית (השתתפות קופת החולים או ביטוח)
		10	16	14		7	18	15	משלם מכיסו את מלוא הסכום

5.7.4 שינויים בקבלת טיפול נפשי בתקופת מגפת הקורונה

- 57% מכלל נכי הנפש שהיו בטיפול נפשי בקהילה בשנת 2020, חוו בו שינויים בשל מגפת הקורונה. השינוי השכיח ביותר שציינו 72% מן המטופלים הוא מעבר לשיחות טלפון או לשיחות מקוונות במקום מפגשים פיזיים עם המטפל העיקרי והמטפלים הנוספים (אם היו כאלה). שינויים אחרים שציינו הם הפסקה זמנית של הטיפול (21%), הפחתת תדירות המפגשים (17%) ושינוי הפרוטוקול התרופתי (7%)
- הסיבות העיקריות להפסקה זמנית של הטיפול או להפחתת תדירות המפגשים היו הפסקת עבודה של המטפל בתקופת הגל השני של המגפה או בחלקים ממנה (52%); חשש של המטופל להגיע לטיפול בגלל דאגות בריאותיות-היגייניות או הימנעות מאינטראקציות בין-אישיות (18%); הגבלות תנועה בגין סגר (15%); וקשיים בניהול הטיפול דרך ערוצי התקשורת החלופיים (אם מצד המטופל ואם מצד המטפל) (14%)

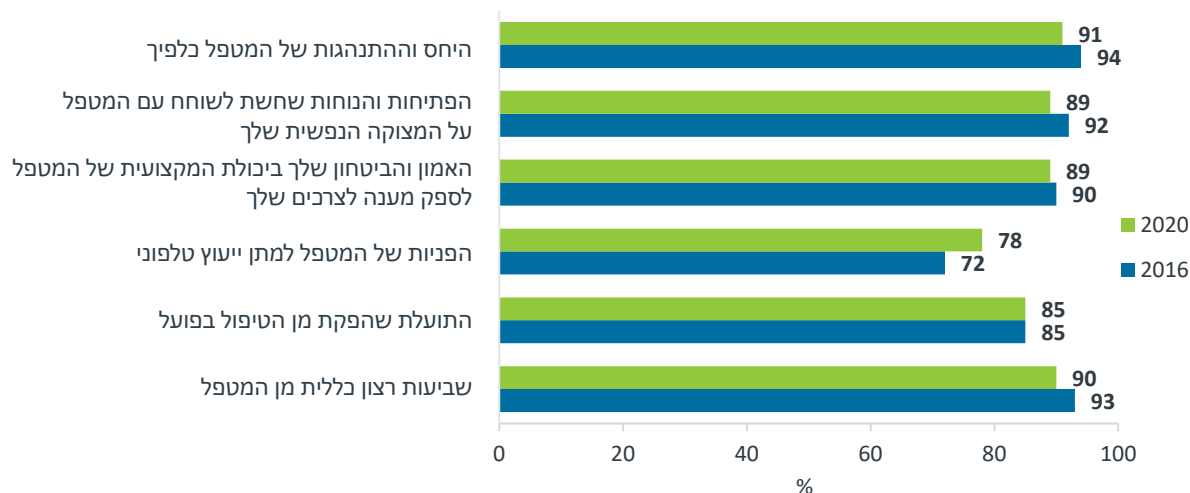
5.7.5 שביעות רצון מן המטפל העיקרי ומן המסגרת מספקת הטיפול

- ככלל, נכי הנפש שהיו מטופלים במועד הסקר בשנת 2020 הביעו שביעות רצון רבה מן המטפל העיקרי – 85%-90% היו מרוצים בהיבטים שנבדקו (פרט לפניית המטפל למתן ייעוץ טלפוני – רק 78% היו שבעי רצון מפן זה) בדומה לדפוס הממצאים משנת 2016 (תרשים 4)
- ההערכות במרבית ההיבטים של המסגרת הציבורית שבה ניתן הטיפול (כמו קופת חולים או תחנה לברה"נ), היו אף הן גבוהות למדי – 80%-90% היו מרוצים מן ההיבטים שנבדקו (פרט למידע על השירות, מבחר המטפלים המוצע דרכו וזמינות המענה

הטלפוני – רק כ-70% היו שבעי רצון מהם). שביעות הרצון הנמוכה יחסית ממאפיינים של נגישות השירות, דומה לדפוס הממצאים משנת 2016 (תרשים 5)

- בשנת 2020 הביעו יותר נכי הנפש שביעות רצון מעלות מכגשי הטיפול (90%), לעומת שנת 2016 (68%) (תרשים 5) – ייתכן שזה ביטוי להשפעת הרפורמה על הוזלת טיפולים במגזר הציבורי
- בשני מועדי המדידה לא נמצאו הבדלים בין נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד ובין נכי נפש עם ריבוי ליקויים בשביעות הרצון שלהם מן המטפל העיקרי ומן המסגרת שהטיפול ניתן בה

תרשים 4: שביעות רצון מן המטפל העיקרי בקרב כלל נכי הנפש (באחוזים)



^ השיבו: "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"

^^ השאלה הופנתה רק למי שהיו מצויים בטיפול במועד הסקר

תרשים 5: שביעות רצון[^] מן המסגרת שבה ניתן הטיפול^{^^} בקרב כלל נכי הנפש (באחוזים)



[^] השיבו: "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"

^{^^} השאלה הופנתה רק למי שהיו מצויים בטיפול במסגרת ציבורית במועד הסקר

^{^^^} היבט זה נבחן רק בקרב מי שציינו שהם משלמים עבור הטיפול

* $p < 0.05$

5.7.6 עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם

בבחינת רצונם של נכי נפש שהיו מטופלים בשנת 2020 להרחיב את הטיפול שלהם עלו ממצאים אלו:

- לולא המגבלות או האילוצים, 41% מן המטופלים היו מעוניינים להרחיב את היקף הטיפול שהם מקבלים מן המטפל העיקרי (באמצעות העלאת תדירות המפגשים או הארכת משכם)
- 54% מן המטופלים דיווחו כי הם מקבלים טיפול מאיש מקצוע נוסף פרט למטפל העיקרי. למשל, 84% מאלה שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכיאטר, ציינו כי הם מקבלים טיפול גם מפסיכותרפיסט
- לולא המגבלות או האילוצים, 42% מן המטופלים שלא קיבלו טיפול מאיש מקצוע נוסף דיווחו שהיו מעוניינים בכך. בדומה למטופלים שקיבלו בפועל טיפול מאיש מקצוע נוסף, 80% מן המטופלים שהמטפל היחיד שלהם בתחום ברה"נ הוא פסיכיאטר, ציינו כי היו מעוניינים לקבל טיפול גם מפסיכותרפיסט
- בכל ההיבטים לעיל לא נמצאו הבדלים בין נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד ובין נכי נפש עם ריבוי ליקויים. כמו כן דפוס הממצאים שהתקבל בנוגע לכלל נכי הנפש בשנת 2020 דומה לזה שהתקבל בשנת 2016

5.8 צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי

השימוש בשירותי השיקום הפסיכיאטרי נבחן בכמה היבטים: ראשית, ההיכרות של האדם עם חוק השיקום; שנית, ביצוע ההליך של ועדת סל שיקום; שלישית, השימוש שהאדם עושה בפועל בשירותי סל שיקום; ולבסוף, שביעות הרצון שלו מהם. בכל אחד מן ההיבטים נבדקו גם חסמים למיצוי הזכויות ולצריכת השירותים.

5.8.1 הכרת חוק שיקום וביצוע הליך של ועדת סל שיקום

בבחינת התנהלותם של נכי הנפש בשלבים הנחוצים לקבלת שירותי סל שיקום עלו ממצאים אלו (לוח 15):

- בשני מועדי המדידה הוסבר למרואיינים כי חוק השיקום (או "סל שיקום") מקנה לנכי נפש זכאות לקבל סיוע בקהילה במגוון תחומים, כמו דיור, תעסוקה ופנאי, וכי לשירותים הללו אחראי משרד הבריאות, והם מסופקים על ידי עמותות או ארגונים. בשנת 2020 לאחר ההסבר ציינו 78% מכלל נכי הנפש שהם מכירים את החוק, לעומת 67% בשנת 2016. בשנת 2020 דיווחו פחות נכי נפש עם ריבוי ליקויים שהם מכירים את החוק, לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (69% לעומת 83%), בדומה להבדל בשנת 2016
- עוד הוסבר למרואיינים בשני מועדי המדידה שכדי לקבל שירותים מסל שיקום, האדם צריך לפנות לוועדה מטעם משרד הבריאות, ובה תיקבע לו תוכנית שיקום – אילו שירותים יקבל ובאיזה היקף. בשנת 2020 לאחר ההסבר ציינו 53% מכלל נכי הנפש שהם עברו אי פעם ועדת סל שיקום, לעומת 40% בשנת 2016. בדומה להכרת חוק השיקום, בשנת 2020 דיווחו פחות נכי נפש עם ריבוי ליקויים שהם פנו לוועדה, לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (46% לעומת 56%), בדומה להבדל בשנת 2016
- בנוגע לצריכה של שירותי סל שיקום לא חל שינוי של ממש; בשנת 2020 בעת הריאיון צרכו 36% מכלל נכי הנפש לפחות שירות אחד, לעומת 32% בשנת 2016, אולם ההבדל אינו מובהק. גם בנושא זה, בשנת 2020 צרכו פחות נכי נפש עם ריבוי ליקויים שירותי סל שיקום, לעומת אלו עם ליקוי נפשי בלבד (28% לעומת 40%), בדומה להבדל בשנת 2016. בבחינת ההפרש בין שני מועדי המדידה בכל אחת מן הקבוצות הקליניות עלה שיעור המשתמשים בשירותי סל שיקום ב-3 נקודות האחוז בקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד וב-6 נקודות האחוז בקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים
- מן הממצאים עולה כי לעומת שנת 2016, בשנת 2020 הפער בין כלל נכי הנפש שמכירים את חוק השיקום לאלה שפנו לוועדת סל שיקום הוא דומה ועומד על כ-25%, ואילו הפער בין מי שפנו לוועדה ובין המשתמשים בשירותי סל שיקום בפועל גדול יותר (17% בשנת 2020 לעומת 8% בשנת 2016)

לוח 15: היכרות עם חוק השיקום ומעבר ועדת סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	<i>p</i> value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	<i>p</i> value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
<0.001	<0.001	69	83	78	0.034	59	71	67	מכיר את חוק השיקום
<0.001	<0.001	46	56	53	0.073	32	45	40	עבר אי פעם ועדת סל שיקום
0.193	0.002	28	40	36	0.045	22	37	32	משתמש בשירות אחד לפחות מסל שיקום

5.8.2 ועדת סל שיקום – מאפייני ההליך וחסמים לפנייה

בבחינת מאפייני הליך הפנייה לוועדת סל שיקום והקשיים הכרוכים בו, עלו ממצאים אלו (**לוחות 16-17**):

בדומה לממצאים בשנת 2016, מקרב כלל נכי הנפש שדיווחו בשנת 2020 כי פנו לוועדת סל שיקום, הופנו 29% מהם לוועדה על ידי בית חולים פסיכיאטרי (או על ידי מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי), ו-21% מהם הופנו על ידי מרפאה ממשלתית לברה"נ בקהילה (**לוח 16**). פרט להם, 17% הופנו על ידי מטפל פרטי בתחום ברה"נ, 13% הופנו על ידי מרפאה ראשונית או שניונית של קופת החולים, ו-12% הופנו על ידי המחלקה לשירותים חברתיים או המוסד לביטוח לאומי.

לוח 16: הגורם המפנה לוועדת סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020			2016				
	ליקוי נפשי בלבד	ריבוי ליקויים	סך הכול	ליקוי נפשי בלבד	ריבוי ליקויים	סך הכול		
							סך הכול פנו לוועדת סל שיקום (n)	
							בית חולים פסיכיאטרי או מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי	
							מרפאה ממשלתית לבריאות הנפש בקהילה ("תחנה" של משרד הבריאות)	
							מטפל פרטי בבריאות הנפש (פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי)	
							ארגון המספק שירותי שיקום פסיכיאטרי (כמו "אנוש", "רעות", "סאמיט")	
							המחלקה לשירותים חברתיים	
							המוסד לביטוח לאומי	
							מרפאה של רופא המשפחה או מרפאה כללית של קופת החולים (מרפאה ראשונית)	
							מרפאה ייעודית לברה"נ ששייכת לקופת החולים (מרפאה שניונית/רב-מקצועית)	
							(לא ניתנה אפשרות תשובה זו)	
<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>		
0.255	0.167	24	31	29	0.226	28	20	22
		19	22	21		21	26	25
		22	15	17		13	19	18
		7	8	8		5	8	8
		5	10	8		10	9	10
		5	4	4		10	2	4
		8	6	7		3	0	1
		10	4	6				

- 7-52% ממי שפנו לוועדת סל שיקום בשנת 2020 נלווה עובד סוציאלי או פסיכולוג, לעומת 37% בלבד מן הפונים לוועדה בשנת 2016 (**לוח 17**). זאת ועוד, בשנת 2016 הסתייעו 16% מן הפונים לוועדה בגורם משפטי או במדריך שיקומי, ואילו שיעורם של מי שהסתייעו באחד מגורמים אלו בשנת 2020 הוא מזערי
- מקרב הפונים לוועדה בשנת 2020, לוו לוועדה על ידי עובד סוציאלי או פסיכולוג 58% מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד, לעומת 34% מנכי הנפש עם ריבוי ליקויים (**לוח 17**). כמו כן שיעור כמעט כפול מנכי הנפש עם ריבוי ליקויים ניגשו לוועדה לבדם לעומת נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד (25% לעומת 13%)

לוח 17: הגורם המלווה לוועדת סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

2020				2016				
	ליקוי נפשי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול		ליקוי נפשי ריבוי	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
<i>p value</i>	ליקויים			<i>p value</i>	ליקויים			
0.003	25	13	16	---	17	18	18	ללא ליווי (האדם ניגש לוועדה לבדו)
	34	58	52		38	37	37	עובד סוציאלי או פסיכולוג
	23	19	20		27	26	26	בן משפחה או חבר
	13	7	9		11	12	11	איש מקצוע אחר בבריאות הנפש
	2	1	1		8	10	10	עורך דין או יועץ משפטי
	3	2	2		5	7	6	מדריך שיקומי או חונך

^ בסקר שהועבר בשנת 2016 היה אפשר לציין כמה תשובות, ואילו בסקר שהועבר בשנת 2020 – תשובה אחת בלבד

- בשנת 2020 25% מכלל נכי הנפש לא פנו לוועדת סל שיקום אף שהכירו את חוק השיקום (ר' **לוח 15**). הסיבות העיקריות לאי-פנייה לוועדה: היו שלא חשו צורך בתמיכה או בסיוע נוספים בתחום ברה"נ; היו שלא ידעו שעליהם לפנות לוועדה כלשהי כדי לקבל שירותי סל שיקום; היו שלא הבינו מה עליהם לעשות כדי להגיע לוועדה ולא קיבלו עזרה בתהליך

5.8.3 שימוש בשירותי סל שיקום במגוון תחומי חיים

- כל משתקם זכאי לצורך כמה שירותים מסל שיקום לפי התוכנית שנקבעה לו בוועדה. בנושא שירותי סל שיקום שצורכים המשתקמים והעדפותיהם בנוגע לשירותים נוספים (**לוח 18, תרשימים 6-7**), עלו ממצאים אלו:
- בשנת 2020 צרכו 45% מכלל המשתקמים שירותים בתחום התעסוקה ושיעור זהה צרכו שירותים בתחום הדיור. זאת ירידה בהיקף צריכת שירותים אלו לעומת שנת 2016 (56% מן המשתקמים צרכו שירותים תומכי תעסוקה ו-51% צרכו שירותים בתחום הדיור) (**לוח 18**). בשני מועדי המדידה קיבלו כ-33% מן המשתקמים שירותי חברה ופנאי, וכ-20% צרכו שירותי השלמת השכלה. 19% מן המשתקמים בשנת 2020 קיבלו טיפולי שיניים (במסגרת סל שיקום), לעומת 32% בשנת 2016

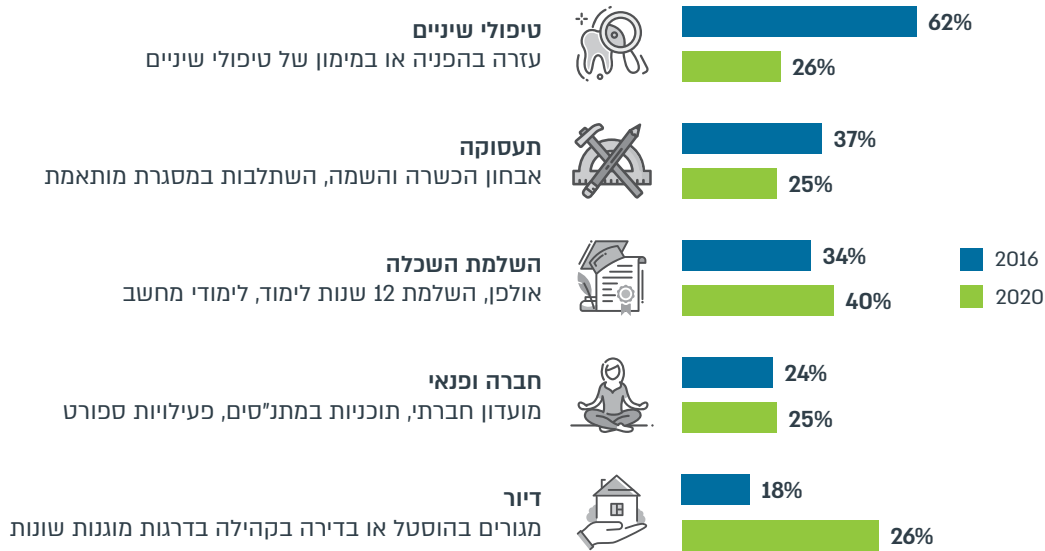
לוח 18: התחומים שהמשתקמים מקבלים בהם שירותי סל שיקום, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)^

2020				2016				
ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ליקוי נפשי ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול		
59	172	231	0.638	28	83	111	סך הכול משתקמים במועד הסקר (ח) תעסוקה (אבחון הכשרה והשמה, מועדון תעסוקתי, תעסוקה מוגנת, תעסוקה נתמכת) דיור (הוסטל, דיור מוגן/לוויין/נתמך, סיוע בשכר דירה או ברכישת ציוד מגורים ראשוני) חברה ופנאי (מועדון חברתי, תוכניות מסובסדות במתנ"סים, מרכזי ספורט) טיפולי שיניים (עזרה בהפניה או במימון של טיפולי שיניים במסגרת סל שיקום) השלמת השכלה (אולפן עברית, השלמת השכלה יסודית/תיכונית, לימודי מחשב)	
46	44	45	0.215	54	57	56		
39	47	45	0.025	32	57	51		
39	31	33	0.234	25	37	34		
12	19	19	0.006	54	25	32		
11	18	17	0.331	14	23	21		

^ בשל ניתוב שונה של המשיבים למקבץ השאלות בנושא צריכת שירותי סל שיקום, ובשל הבניה שונה של המקבץ עצמו בסקר 2020 לעומת סקר 2016, אי-אפשר לבדוק מובהקות סטטיסטית של ההבדלים בהיקף צריכת השירותים בין שני מועדי המדידה

- בשנת 2020 דיווחו כ-75% מכלל נכי הנפש כי הם מרוצים משירותי סל שיקום שהם מקבלים, לעומת כ-90% בשנת 2016 (הממצא אינו מופיע בלוח). ייתכן כי הירידה בשביעות הרצון קשורה למועד התשאול על רקע מגפת הקורונה – היקף השימוש בשירותי סל שיקום אומנם נותר יציב, אולם אופני צריכת השירותים השתנו (ראו סעיף 5.8.4 להלן), ואפשר שהשפיעו לשלילה על תפיסת איכותם
- בשנת 2020 כ-40% מן המשיבים שעברו ועדת סל שיקום – בין שקיבלו בפועל שירותי סל שיקום במהלך תקופת נכותם ובין שלא – הביעו את רצונם לקבל שירותים נוספים מסל שיקום (או לקבל שירות כלשהו אם לא קיבלו בפועל אף שירות). 40% מהם היו מעוניינים בהשלמת השכלה (תרשים 6), ממצא שעשוי להעיד על רצונם בשירותים המקדמים ניעות חברתית. נוסף על כך כ-25% הביעו רצונם לקבל שירותים בכל אחד מן התחומים: תעסוקה, דיור, חברה ופנאי וטיפולי שיניים

תרשים 6: תחומים נוספים שנכי הנפש מעוניינים לקבל בהם שירותים[^] (באחוזים)



סך הכול עברו ועדת סל שיקום ומעוניינים בשירותים נוספים: n=199 n=201

[^] שירותי סל שיקום שהאדם לא קיבל בכל תקופת נכותו; אפשר היה לציין כמה שירותים

- הסיבות העיקריות לאי-קבלתם של שירותי סל שיקום הרצויים (תרשים 7): חוסר ידיעה על קיומם של השירותים (42%); בעיות אדמיניסטרטיביות או בירוקרטיות (25%); עיכוב בהליכי הגשת הבקשה או בטיפול בה במסגרת ועדת סל שיקום (19%); חוסר הבנה של הפונה כיצד עליו לפעול כדי לממש את הזכאות לשירותים (17%); ואי-אישור של השירותים המבוקשים על ידי הוועדה (15%)

תרשים 7: סיבות לאי-קבלת שירותי סל שיקום הרצויים בקרב נכי הנפש[^] (באחוזים)



[^] אפשר היה לציין כמה תשובות

5.8.4 שינויים בצריכת שירותי סל שיקום בתקופת מגפת הקורונה

60% מן המשתקמים בשנת 2020 חוו שינויים בשירותי סל שיקום בשל מגפת הקורונה. השינויים העיקריים היו: מעבר ממפגשים פיזיים פנים אל פנים לשיחות טלפון או למפגשים מקוונים (55%); הגבלת היקף הפעילות (31%) או סגירה של מסגרת הפעילות (20%) בשל הנחיות משרד הבריאות; והפסקת הביקורים הביתיים של אנשי צוות או מתנדבים במערך הדיור בקהילה (16%).

5.9 שימוש בשירותים אמבולטוריים במצבי משבר וחירום נפשיים

בשנה שקדמה למועד הסקר במחקר הנוכחי, חוו כמחצית מנכי הנפש משבר נפשי או מצוקה נפשית פתאומית שהם לא יכלו להתמודד איתם בעצמם. שני שלישים מהם חוו אפיזודה כזאת פעמים אחדות. האירוע קרה בזמנים ששירותי הטיפול והשיקום הרגילים בקהילה אינם פועלים (למשל בלילות או בסופי שבוע). מי שהשיבו כך, נשאלו לאן פנו או במי נעזרו: כשליש מהם לא נעזרו

באיש ולא נקטו פעולה כלשהי כדי להתמודד עם המצב; כשליש פנו לבני משפחה או לחברים; חמישית פנו לאחד מגורמי הטיפול הקבועים שלהם בקהילה; וכעשירית פנו מיוזמתם לחדר מיון פסיכיאטרי. כמעט איש מהם לא ציין פנייה למוקד סיוע טלפוני או אינטרנטי הפועל 24/7 (כמו מוקד ער"ן), הפניה בכפייה לבדיקה או לאשפוז פסיכיאטריים, וגם לא טיפול על ידי המשטרה, מד"א או שירות חירום הייעודי לברה"נ.

5.10 צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי

5.10.1 מאפייני שימוש בשירותי אשפוז פסיכיאטרי

36% מכלל נכי הנפש – 39% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-31% מקרב אלו עם ריבוי ליקויים – עברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר (ר' **לוח 9** לעיל). **בלוח 19** מוצגים ממצאים עיקריים בנוגע לאפיזודת האשפוז האחרונה של האדם. אם לא צוין אחרת, לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות הקליניות.

- בשנת 2020 הופנו לאשפוז על ידי פסיכיאטר 24% מנכי הנפש שאושפזו בתקופה האמורה (19% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-36% מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים), לעומת 33% בשנת 2016. פרט להם, בשנת 2020 הופנו לאשפוז על ידי פסיכותרפיסט 15% מנכי הנפש (18% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-8% מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים), לעומת אחדים בלבד בשנת 2016. בשני מועדי המדידה הופנו כחות מ-10% על ידי רופא המשפחה, ואילו כ-25% פנו לאשפוז בעצמם
- בשנת 2020 אושפזו בכפייה שיעור כפול מן המאושפזים שלהם ליקוי נפשי בלבד, לעומת שיעורם של המאושפזים בכפייה עם ריבוי ליקויים (16% לעומת 8%, בהתאמה)
- בשנת 2016 שהו במחלקה סגורה 44% מכלל נכי הנפש שאושפזו ושיעור דומה במחלקה פתוחה, ואילו בשנת 2020 שהו 65% מן המאושפזים במחלקה סגורה (70% עם ליקוי נפשי בלבד ו-53% עם ריבוי ליקויים) ו-30% במחלקה פתוחה (27% ו-38%, בהתאמה)
- בשנת 2020 62% מן המאושפזים היו מרוצים מן הטיפול, ההתערבויות והפעילויות באשפוז, ו-69% היו מרוצים מן היחס של הצוות המטפל. כמו כן 63% מן המאושפזים העריכו כי האשפוז תרם לשיפור בריאותם. הערכות דומות התקבלו גם בשנת 2016
- מי שהביעו חוסר שביעות רצון מן ההתערבויות שקיבלו באשפוז, דיווחו על יחס בלתי הולם מצד אנשי הצוות (36%), על טיפול בלתי מקצועי או בלתי מספק (36%), על תנאים פיזיים בלתי נאותים (17%) ועל טיפול תרופתי בלתי מתאים (10%). מי שהביעו חוסר שביעות רצון מיחס הצוות בפרט דיווחו ברובם על התעלמות, חוסר כבוד או חוסר אכפתיות, ומיעוטם דיווחו על אלימות (הממצא אינו מופיע בלוח)

לוח 19: מאפיינים של צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
		67	171	238		29	75	104	סך הכול היו באשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר (n)
									הגורם המפנה לאשפוז:
<0.001	0.038	36	19	24	0.613	32	34	33	פסיכיאטר
		8	18	15		8	1	3	פסיכותרפיסט
		6	9	8		7	6	6	רופא משפחה
		27	20	22		21	27	25	פנייה עצמאית
		15	18	17		18	11	13	בן משפחה או חבר
		8	16	14		14	21	19	אשפוז כפוי
									מחלקת האשפוז:
<0.001	0.068	38	27	30	0.553	43	43	43	מחלקת פתוחה
		53	70	65		47	43	44	מחלקת סגורה
		3	1	2		3	5	5	אשפוז יום
		6	2	3		7	9	8	אחר (למשל מיון פסיכיאטרי עד 24 שעות)
0.621	0.489	59	64	62	0.864	67	66	66	מרוצה[^] מן הטיפולים, ההתערבויות והפעילויות שקיבל באשפוז
0.837	0.449	71	68	69	0.736	77	71	73	מרוצה[^] מן היחס של הצוות
0.305	0.953	64	62	63	0.931	70	66	67	באופן כללי, האשפוז תרם^{^^} לשיפור מצב הבריאות

[^] השיבו: "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"

^{^^} השיבו: "תרם מאוד" או "די תרם"

5.10.2 שינויים בתחום האשפוז הפסיכיאטרי בתקופת מגפת הקורונה

חמישים איש היו מאושפזים בשנת 2020, והם נשאלו אם מגפת הקורונה השפיעה על היבטים באשפוזם. ההשפעות העיקריות שנמצאו היו: צמצום ביקורים של בני משפחה וחברים (66%), שמירת מרחק פיזי מצד הצוות המטפל (63%) ושל האדם ממאושפזים אחרים (47%), קיצור האשפוז והקדמת השחרור לקהילה (36%).

5.10.3 הכנה לחזרה לקהילה בתום האשפוז

מי שאושפזו בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, נשאלו במחקר הנוכחי אם ננקטו צעדים ספציפיים כדי להכין אותם לחזרה לקהילה בתום האשפוז (שאלות אלו לא נכללו בסקר שהועבר בשנת 2016) (לוח 20). 48% מכלל המאושפזים (45% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-57% מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים) דיווחו שקיבלו הדרכה או ייעוץ לקראת המעבר לקהילה; 45% דיווחו על תיאום בין צוות בית החולים לצוות הטיפול בקהילה; ו-39% דיווחו שקיבלו הפניה לוועדת סל שיקום.

לוח 20: הכנה לקהילה בסיום האשפוז בסקר 2020, בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

	ליקוי נפשי	ליקוי נפשי	סך הכול	
<i>p</i> value	ליקויים	בלבד		
0.099	57	45	48	קבלת הכנה, הדרכה או ייעוץ לקראת המעבר מבית החולים לקהילה
0.738	46	44	45	תיאום או שיתוף פעולה בין צוות בית החולים לצוות הטיפול בקהילה
0.986	39	39	39	הפניה לוועדת סל שיקום או לגורמים שיסייעו לאדם להגיע לוועדה

5.10.4 בתים מאזנים כחלופת אשפוז

בשנים האחרונות הוקמו בישראל "בתים מאזנים" כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי. מדובר במסגרת מגורים בקהילה שהאוירה בה ביתית, והיא מספקת תמיכה נפשית אינטנסיבית לאנשים החווים משבר נפשי קשה. בדרך כלל האדם צריך לשלם על שירות זה, אולם ניכרת מעורבות הולכת וגוברת של קופות החולים במימון השירות. מי שעברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, נשאלו בשנת 2020 אם בדיעבד היו בוחרים לשהות בבית מאזן במקום להתאשפז בבית חולים (בהנחה שאין מגבלות כלכליות) – 69% השיבו בחיוב. מי שהשיבו בשלילה, כמו גם שאר נכי הנפש שלא אושפזו בחמש השנים האחרונות, נשאלו אם יהיו מעוניינים לשהות בבית מאזן אם יחוו קושי נפשי ניכר שיצריך אשפוז – 54% השיבו בחיוב. הסיבות העיקריות להסתהיגות משהות בבית מאזן כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי היו הרגל והיכרות עם התנאים של המחלקה הפסיכיאטרית (29%); חוסר יכולת לממן את השהות בבית מאזן (20%); חוסר עניין בקבלת סיוע נפשי (20%); תפיסה שלפיה אנשי הצוות מקצועיים יותר והטיפול עצמו איכותי יותר באשפוז (19%).

5.11 תיאום טיפול נתפס

5.11.1 תיאום טיפול בין מטפלים שונים בתחום בריאות הנפש

לצד בחינה נפרדת של היקף השימוש ודפוסי השימוש בכל אחד משלושת הענפים של שירותי ברה"נ – טיפול נפשי בקהילה, שיקום פסיכיאטרי ואשפוז פסיכיאטרי – נבחן גם תיאום הטיפול בין השירותים, כפי שנתפס אצל נכי הנפש, ובפרט אם הם מעוניינים בו ובאיזו מידה הוא אכן נעשה (לוח 21).

- על פי הציון בכלי הייעודי לבחינת רצף הטיפול (COC),⁸ בשנת 2020 דיווחו 19% מכלל נכי הנפש על תיאום טיפול ברמה גבוהה, 50% דיווחו על תיאום טיפול ברמה בינונית, ו-31% דיווחו על תיאום טיפול ברמה נמוכה (ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות). הממצאים דומים לממצאים בשנת 2016
- בשנת 2020 ציינו 17% מכלל המטופלים שאינם מעוניינים בתיאום בין המטפלים שלהם בתחום ברה"נ, בדומה למצב בשנת 2016. הסיבות העיקריות לכך: שמירת סודיות, חיסיון רפואי או דאגה לפרטיות (62%); אין לדעתם ערך מוסף בתיאום טיפול (25%); רצון ב"הפרדת רשויות" בין אנשי המקצוע המעורבים בטיפול הנפשי בהם (10%); צורך במוקד שליטה עצמי (9%) (המצא אינו מופיע בלוח)
- על שאלה כללית אם להערכתו של האדם יש קשר, תיאום והחלפת מידע בין המטפלים שלו בתחום ברה"נ, בשנת 2020 50% השיבו בחיוב, 34% השיבו בשלילה, ו-16% לא הכריעו לכאן או לכאן
- בהמשך התבקשו המשיבים לתת דוגמאות לקיומו או להיעדרו של תיאום הטיפול ולתאר כיצד המצב משפיע על חוויית השימוש שלהם בשירותי ברה"נ (המצאים המפורטים להלן אינם מופיעים בלוח):
 - מי שדיווחו שיש תיאום טיפול או נטו להערכה חיובית במקרים של תיאום טיפול בינוני, ציינו לטובה היכרות אישית בין הגורמים המטפלים השומרים בקביעות על קשר בנוגע למטופל (52%); שימוש ברשומות ממוחשבות משותפות המקל את זרימת המידע (16%); תמיכה בין-מקצועית בעיתות משבר או לצורך שינוי הפרוטוקול התרופתי (15%); עדכון גמיש ואינטגרטיבי של תוכנית הטיפול (15%); והעברת מידע בין המטפלים בדרך המותאמת לרצונו ולצרכיו של המטופל (9%)
 - מקרב אלו שדיווחו שאין תיאום טיפול או נטו להערכה **שלילית** במקרים של תיאום טיפול בינוני, היו שציינו שהסוגיה אינה רלוונטית להם ולא הצביעו על נקודות תורפה ספציפיות (33%); אחרים ציינו לרעה בעיות בתקשורת בין המטפלים המתבטאות בהעברת מידע בלתי מסודרת ובלתי יעילה, ולעיתים אף מוטה או שגויה (23%); קשיים בירוקרטיים בהתנהלות

⁸ במחקר זה, כמו גם במחקר הבסיס, נעשה שימוש בגרסה המקוצרת של הכלי כי היא נמצאה מהימנה ותקפה במחקרם של ג'ויס ואח' (Joyce et al., 2010). גרסה זו מונה שמונה פריטים, ועבור כל אחד מהם התבקשו המשיבים לציין נכון/לא נכון; האנשים שמעורבים בטיפול בך לא מדברים אחד עם השני; בכל פעם שאתה זקוק לעזרה אתה צריך לחזור על ההיסטוריה שלך; גם כאשר הצרכים שלך משתנים לא משנים לך את הטיפול; אתה לא יכול לראות את המטפל העיקרי שלך מספיק מהר כשאתה זקוק לכך; המטפל העיקרי שלך מתקשר לבדוק מה שלומך; ככל שאתה נמצא במערכת שירותי ברה"נ יותר זמן, כך החיים שלך מספקים יותר; המטפלים שלך בברה"נ נמצאים בקשר עם רופא המשפחה שלך; כולם עובדים ביחד למען. הפריטים המנוסחים במשמעות שלילית עבור היפוך סולם – ניקוד גבוה יותר מצייין הערכה חיובית יותר של האדם בנוגע לתיאום הטיפול.

הבין-תחומית אשר בגינם המטופל נאלץ לתווך בעצמו בין הגורמים המטפלים (20%); תדירות בלתי מספקת של קשר בין המטפלים (13%); תחושה כללית של כאוס וחוסר מיקוד בהספקת הטיפול (11%)

לוח 21: תיאום טיפול נתפס בין המטפלים בבריאות הנפש, ^ בקרב כלל נכי הנפש ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	ריבוי ליקויים	נפשי בלבד	ליקוי נפשי ובלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	נפשי בלבד	
0.553	0.999	19	19	19	0.162	20	12	15	ציון בסולם COC: ^^ 2-0 (תיאום טיפול ברמה נמוכה) 5-3 (תיאום טיפול ברמה בינונית) 8-6 (תיאום טיפול ברמה גבוהה)
		50	50	50		44	47	46	
		31	31	31		36	41	39	
0.147	0.102	82	71	75	0.898	70	68	69	האם מעוניין בקשר ותיאום בין המטפלים בברה"נ? כן לא לא משנה לי
		12	19	17		22	24	23	
		6	10	8		8	8	8	
---	0.438	54	49	50	0.097	30	27	28	האם בפועל יש קשר ותיאום בין המטפלים בברה"נ?^^^ יש הרבה תיאום יש קצת תיאום אין תיאום כלל
		18	15	16		39	51	47	
		28	36	34		31	22	25	

^ השאלות הופנו רק למטופלים שבמועד הסקר טופלו על ידי שני מטפלים לפחות בשירותי ברה"נ בקהילה (לרבות סל שיקום)
 ^^ הציון מבוסס על כלי ייעודי לבדיקת continuity of care שפותח באוניברסיטת אלברטה בקנדה. הועברה הגרסה המקוצרת של הכלי הכוללת שמונה פריטים. הם קודדו כך שכלל שהציון גבוה יותר, כך הטיפול נתפס כרציף והמשכי יותר, דהיינו מתואם יותר
 ^^ אפשרויות התשובה לשאלה זו בכל אחד משני הסקרים היו שונות (בלוח מוצגות קטגוריות מקורבות להקלת הבנת הממצאים): סקר 2016: 'יש הרבה תיאום' / 'יש קצת תיאום' / 'אין כל כך תיאום' / 'אין תיאום כלל'; סקר 2020: 'כן' / 'ככה-ככה' / 'לא'

5.11.2 תיאום טיפול בין רופא המשפחה למטפלים בבריאות הנפש

כאמור, במסגרת הרפורמה הביטוחית הועברה האחריות להספקת טיפול נפשי בקהילה ממשרד הבריאות לקופות החולים. לכן נוסף על בחינת תיאום הטיפול בין המטפלים בתחום ברה"נ עצמו, בשנת 2020 נשאלו המשיבים גם על תיאום הטיפול בין המטפל או המטפלים שלהם בברה"נ ובין רופא המשפחה – מידת העניין בו וביצועו הלכה למעשה:

- כרבע מנכי הנפש ציינו שאינם מעוניינים בתיאום טיפול מסוג זה בשל סיבות די דומות לדחיית תיאום הטיפול גם בתחום ברה"נ עצמו: טעמים של שמירת סודיות, חיסיון רפואי או דאגה לפרטיות (63%); אין לדעתם ערך מוסף בתיאום טיפול בין רפואת הנפש לרפואת הגוף (25%); רצון ב"הפרדת רשויות" בין אנשי המקצוע המעורבים בטיפול הרפואי באדם (41%); חשש מתמיכה טיפולית יתירה שתהפוך למעמסה על האדם (13%); צורך במוקד שליטה עצמי (13%)
- על השאלה הכללית אם להערכתו של האדם יש קשר, תיאום והחלפת מידע בין המטפלים שלו בברה"נ ובין רופא המשפחה, 50% השיבו בחיוב, 10% השיבו בשלילה, ו-40% לא הכריעו לכאן או לכאן
- דוגמאות עיקריות לקיומו או להיעדרו של תיאום טיפול כזה, ולאופנים שבהם הוא משפיע על חוויית השימוש שלהם בשירותי הבריאות:
 - מי שדיווחו שיש תיאום טיפול או נטו להערכה **חיובית** במקרים של תיאום טיפול בינוני, ציינו לטובה סנכרון של המידע וראייה הוליסטית של האדם, כך שכלל גורמי הטיפול מעודכנים במצב בריאותו על שלל היבטיו (37%); שימוש ברשומות ממוחשבות משותפות מקל על זרימת המידע (19%); התייחסות של רופא המשפחה למצוקה הנפשית של האדם ולהשפעותיה על מצב הבריאות הכללי (13%) כמו גם לאינטראקציות בין תרופות פסיכיאטריות לתרופות למחלות פיזיות (11%); התאמות של "הצד השני" במקרה של שינוי במצב הנפשי או הגופני (8%)
 - מקרב אלו שדיווחו שאין תיאום טיפול או נטו להערכה **שלילית** במקרים של תיאום טיפול בינוני, היו שציינו שהסוגיה אינה רלוונטית להם ולא הצביעו על נקודות תורפה ספציפיות (35%); אחרים ציינו לרעה תקשורת לקויה או דלה בין גורמי ברה"נ לרופא המשפחה (22%); קשיים בירוקרטיים בממשקים בין רפואת הנפש לרפואת הגוף שבגינם האדם נאלץ לתווך בעצמו בין הגורמים (20%)

5.12 חוויית ההתנהלות במערכת בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה הביטוחית

בשנת 2016 דיווחו כמחצית מכלל נכי הנפש שהם מכירים את הרפורמה הביטוחית בברה"נ (שנכנסה לתוקף ביולי 2015), ואילו רק כשליש מהם דיווחו כן בשנת 2020. מקורות המידע העיקריים שלהם להיכרות עם הרפורמה היו גורם מקצועי המספק טיפול בתחום ברה"נ (37%), אמצעי התקשורת (עיתונות/טלוויזיה/רדיו) (32%), קופות החולים (17%), אתרים רשמיים באינטרנט (7%) וקרובי משפחה או חברים (7%).

כדי לבחון את השינויים בשירותי ברה"נ לאחר החלת הרפורמה, נשאלו המרואיינים איך הם מגדירים את חוויית השימוש שלהם בשירותי ברה"נ בחמש השנים האחרונות לעומת חווייתם הקודמת (כלומר טרם החלת הרפורמה). מקרב כלל נכי הנפש 42%

לא חשו בשינוי, 25% דיווחו על הטבה ו-12% דיווחו על הרעה. עבור 21% מן המשיבים הייתה השאלה לא רלוונטית כיוון שלא השתמשו כלל בשירותי ברה"נ בפרק הזמן הזה.

מי שדיווחו כי חוויתם השתנה לטובה או לרעה, התבקשו לפרט במה מתבטא השינוי:

- השינויים לטובה השכיחים ביותר – שיפור ביחס או בשירות שהאדם מקבל מגורמי טיפול (בין שברפואת הגוף ובין שברפואת הנפש) (48%); התייעלות מנהלית-ארגונית-כלכלית בקבלת השירותים (21%); הקלת הפנייה לטיפול נפשי דרך קופת החולים או במבנה הפיזי של הקופה עצמה בשל תפיסתה כמסגרת ניטרלית (15%); שיפור בנגישות המרפאות (13%); שיפור בזמינות המרפאות (11%); ראייה הוליסטית של הפן הנפשי והגופני בטיפול המסופק על ידי רופא המשפחה (7%); טיוב התיאום בין הטיפול הנפשי ובין שירותי סל שיקום או שירותי הרווחה (7%)
- השינויים לרעה השכיחים ביותר – עומס בירוקרטי בשל הצורך לקבל התחייבות מקופת החולים (טופס 17) עבור טיפול נפשי אמבולטורי (60%); פגיעה ברצף הטיפול בבריאות הנפש (32%); הגבלות על משך הפגישה ועל מספר המגעים (24%); ירידה באיכות הטיפול או באיכות המענים המסופקים לצרכים נפשיים (19%); הצורך באבחנה פסיכיאטרית גורם לאבחנה כוזבת או לויתור על טיפול (11%); שיקולים כלכליים גוברים על שיקולים מקצועיים-טיפוליים (8%)

חשוב להבהיר כי השינויים שצינו אינם משקפים השפעה כזו או אחרת של הרפורמה עצמה על דפוסי השימוש בשירותים, אלא הם משקפים את חוויות הצרכנים בהתנהלותם במערכת לפני החלת הרפורמה וכחמש שנים אחריה. אפשר שחוויות אלו השתנו בשל המתכונת החדשה שבמסגרתה מסופקים שירותי ברה"נ, ואפשר שבשל מגוון גורמים אחרים שאינם קשורים לרפורמה כלל. כלומר הקשרים המדווחים הם מתאמיים בלבד ולא סיבתיים. הזרקור במחקר ההשוואתי אינו מוכנה אל מערכת השירותים אלא אל האדם המשתמש בהם.

6. דיון והמלצות לכיווני מדיניות

6.1 סיכום הממצאים ודיון

במחקר זה נבחנו דפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ ובשירותי הבריאות הכלליים כחמש שנים לאחר הטמעתה של הרפורמה הביטוחית, ונערכה השוואה בינו ובין מחקר הבסיס משנת 2016. לצורך המחקר רואיינו 678 נכי נפש – מדגם מייצג של אוכלוסיית נכי הנפש בישראל. לשליש מהם יש סעיף נכות נוסף המזכה אותם בקצבה (הם הוגדרו כנכי נפש עם ריבוי ליקויים). במסגרת שאלון מקיף שהועבר בריאיון, נבחנו מגוון גורמים ברמת הפרט וברמת המערכת העשויים לקדם או לעכב את השימוש בשירותים.

לנכי נפש עם ריבוי ליקויים צרכים מורכבים יותר מלנכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. הפער נותר בעינו כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה. אפשר להבין זאת לנוכח הממצא שנכי נפש עם ריבוי ליקויים מבוגרים יותר מנכי נפש עם ליקוי בלבד, ולכן, כמו גם בשל הליקויים הנוספים שלהם, בריאותם הכללית ירודה יותר, יכולת התפקוד היום-יומית שלהם מוגבלת יותר, והם צורכים שירותי רפואה כלליים רבים יותר. כמו כן שיעור נמוך יותר מהם מועסקים או בעלי זיקה לשוק העבודה – גורם נוסף שמרחיק אותם ממרקם החיים הנורמטיבי ומקשה על השתלבותם בקהילה. בהקשר להשפעות מגפת הקורונה נמצא כי לעומת נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד, הרי ששיעורים גבוהים יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים דיווחו על הידרדרות בבריאותם הפיזית והנפשית גם יחד, ובשל הנסיבות הם ויתרו על ביקורים אצל רופא המשפחה ואצל רופאים מומחים.

בצד האמור לעיל, חשוב לתת את הדעת גם לצרכים הבלתי מסופקים של נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. כחמישית מהם דיווחו שהם מתקשים במידה מסוימת בתפקודי ADL, וכמחצית מהם דיווחו כך בנוגע לתפקודי IADL. הקושי כאן אינו נובע ממגבלה גופנית או חושית, אלא ככל הנראה ממגבלה רגשית או קוגניטיבית כמו היעדר מוטיבציה או קושי בקבלת החלטות. מענה לצרכים אלו עשוי להינתן באמצעות קצבת שר"מ של המוסד לביטוח לאומי. אולם שלא כמו נכי נפש עם ריבוי ליקויים, נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד לא היו זכאים לקצבה זו במועד הסקר (ואומנם נמצא במחקר שפחות מהם היו מודעים לקצבה זו).⁹

אחת ממטרות המדיניות בתחום ברה"נ בישראל בשני העשורים האחרונים היא לחזק את מוקד הטיפול בנכי הנפש בקהילה ולצמצם את השימוש במוסדות אשפוז. אולם ממצאי המחקר מראים כי כחמש שנים לאחר השקת הרפורמה הביטוחית, חלו ירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה לצד עלייה באשפוזים הפסיכיאטריים. שיעור הצריכה של שירותי סל שיקום נותר כמעט ללא שינוי. ניתוחי רגישות שבוצעו מראים כי למגפת הקורונה לא הייתה, ככל הנראה, השפעה של ממש על היקף השימוש בשירותים. עם זאת המגפה השפיעה על דרכי ההספקה והצריכה של השירותים, כפי שפורט בפרק הממצאים לעיל.

⁹ עד לשנת 2021 הזכאות לקצבת שר"מ הותנתה בקביעת נכות רפואית של 60% לפחות, שיעור שכדי להגיע אליו נדרשה ברוב המקרים הכרה בליקוי פיזי אחד לפחות. אצל כמעט כל נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד שיעור הנכות הרפואית לא עבר סף זה. בשנת 2022 שונו תנאי הזכאות, כך שמי שנקבעה לו נכות רפואית של 40% לפחות – כלומר כלל נכי הנפש – זכאי לקצבת שר"מ.

מקור: אתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי -> קצבאות והטבות -> שירותים מיוחדים לנכים -> תנאי הזכאות

- טיפול נפשי בקהילה – 83% מכלל נכי הנפש דיווחו בשנת 2020 על קבלת טיפול נפשי בקהילה במועד הסקר או בשנה שקדמה לו, שיעור נמוך מזה שבשנת 2016 (89%)
- שיקום פסיכיאטרי – 36% מכלל נכי הנפש דיווחו בשנת 2020 על קבלת שירותי סל שיקום, שיעור מעט גבוה מזה שבשנת 2016 (32%), אולם ההבדל בין שני מועדי המדידה אינו מובהק
- אשפוז פסיכיאטרי – 36% מכלל נכי הנפש דיווחו בשנת 2020 שעברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, שיעור גבוה מזה שבשנת 2016 (30%)
- נכי נפש עם ריבוי ליקויים השתמשו פחות בכל אחד משלושת סוגי השירותים מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד, הן מייד לאחר החלת הרפורמה הן כחמש שנים לאחר יישומה. כלומר, אף על פי שהצרכים של נכי הנפש עם ריבוי ליקויים רבים יותר, המענים שהם מקבלים בתחום ברה"נ מעטים יותר

לצד הירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה, השתנו מאפייני הטיפול באופן שעולה בקנה אחד עם צורכי המטופלים אך לא תמיד מתאים למתווה הרפורמה. משנת 2016 לשנת 2020 חלו ירידה בשיעור של כלל נכי הנפש שפסיכיאטר היה המטפל העיקרי שלהם (מ-65% ל-54%), לצד עלייה בשיעור של כלל נכי הנפש שפסיכותרפיסט (פסיכולוג או עובד סוציאלי) היה המטפל העיקרי שלהם (מ-22% ל-39%). דפוס ממצאים זה מקבל משנה חשיבות בהשוואה למחקר הבסיס (הרן ונאון, 2017), שבו עלה כי נכי הנפש מעוניינים לקבל טיפול פסיכו-סוציאלי פרט לטיפול הפסיכו-פרמקולוגי השכיח. במחקר אחר שבחן את שיטות העבודה ואת העמדות של אנשי מקצועות ברה"נ לאחר החלת הרפורמה, עלה כי פסיכותרפיסטים העריכו על פי רוב את הרפורמה לשלילה יותר מאשר פסיכיאטרים (סמואל והס, 2020). אף על פי כן לאחר הרפורמה יותר נכי נפש מקבלים טיפול מפסיכותרפיסטים מאשר לפנייה. עוד נמצא במחקר הנוכחי כי כלל נכי הנפש דיווחו שזמני ההמתנה לטיפול התקצרו, כי גדלה תדירות מפגשי הטיפול וכי התארך משך מפגש ממוצע. הממצאים עולים בקנה אחד עם השינוי בתמהיל המקצועי של המטפלים העיקריים.

אחת ממטרות הרפורמה הייתה להעביר את הספקת הטיפול בתחום ברה"נ מן המדינה לקופות החולים. אולם גם בשנת 2020 וגם בשנת 2016 אותו שיעור מנכי הנפש (42%) היו מטופלים דרך הקופות. בד בבד חלו ירידה בשיעור המטופלים דרך משרד הבריאות (מ-34% בשנת 2016 ל-24% בשנת 2020) ועלייה בשיעור המטופלים דרך עמותות לשירותי ברה"נ. שיעור המטופלים במגזר הפרטי עמד על 14% בכל אחד משני מועדי המדידה. בבחינת המעברים בין מסגרות טיפול במגזר הציבורי משנת 2016 לשנת 2020, נמצא כי 29% מן המטופלים עברו ממרפאות של משרד הבריאות לקופות החולים, ואילו 11% עברו בכיוון ההפוך.

אחד החששות שהתלוו לרפורמה היה שתכחת הצריכה של שירותי סל שיקום, בין היתר משום שהאחריות להם נותרה תחת משרד הבריאות ואילו האחריות על מימון אשפוזים פסיכיאטריים ועל הספקת טיפול נפשי בקהילה עברה לקופות החולים. אולם ממצאי המחקר אינם מאששים חשש זה. היקף השימוש בשירותי סל שיקום נשמר גם למרות משבר מגפת הקורונה, שנסיבותיו עשויות היו לצמצם את שיעור ההשתתפות בפעילויות קבוצתיות ופרטניות בקהילה. עם זה נכי הנפש התקשו למצוא את זכויותיהם לסל שיקום גם לאחר החלת הרפורמה. רבים מהם שהכירו את חוק השיקום לא פנו לוועדת סל שיקום בעיקר בשל מחסור במידע והיעדר ליווי מקצועי. עדות אחרת לקושי בהתנהלות ב"מסלול" שירותי סל שיקום היא הגידול שחל משנת 2016 לשנת 2020 בשיעור נכי הנפש שפנו לוועדה אך לא השתמשו בשירותים בפועל (מ-8% ל-17%).

לצד העלייה בצריכת שירותי האשפוז הפסיכיאטרי, נמצא כי מי שהתאשפזו הם נכי נפש עם צרכים מורכבים יותר. נוסף על העלייה בשיעורי האשפוז משנת 2016 לשנת 2020, נמצא גידול בשיעור המאושפזים במחלקה סגורה לעומת פתוחה: מבין כלל נכי הנפש שעברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הסקר, בסקר 2020 65% דיווחו כי אושפזו במחלקה סגורה ו-30% במחלקה פתוחה, ואילו בסקר 2016 כ-44% דיווחו כי אושפזו בכל אחת מן המחלקות. נתון זה והירידה בשיעור הטיפול הנפשי בקהילה, עשויים להעיד כי הקבוצה שמגיעה לאשפוז במרוצת השנים היא מורכבת יותר מבחינה קלינית ואינה מצליחה למצוא מזור בשירותי ברה"נ האמבולטוריים, ולכן היא מאיישת יותר מיטות במחלקות האשפוז המגבילות יותר. עוד בהקשר לאשפוז הפסיכיאטרי נבחנה עמדתם של נכי הנפש בנוגע ל'בתים מאזנים' בתור חלופת אשפוז. אף על פי שהבתים המאזנים הפכו לרלוונטיים יותר לאחר החלת הרפורמה (ללא קשר ישיר להתוויות הרפורמה), נמצא כי כ-30% מנכי הנפש שאושפזו בחמש השנים שקדמו למועד הסקר וכ-45% מאלו שלא אושפזו לא היו מעוניינים לשהות בבית מאזן במקום בבית חולים פסיכיאטרי, שירות שהם כבר מכירים.

ההגבלות שהוטלו בשל מגפת הקורונה לא פסחו על צריכת השירותים בברה"נ. כ-60% מן המטופלים ומן המשתקמים בשירותי ברה"נ בקהילה חוו שינויים באופי השירותים בגלל המגפה. חלק ניכר ממפגשי הטיפול ומפעילויות השיקום עברו למתכונת טלפונית או מקוונת, והיו שירותים שצומצמו או הופסקו זמנית. כמו כן במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי הוגבלו ביקורי משפחות וקוצרו חלק מן האשפוזים. לבסוף, נכי הנפש דיווחו על הידרדרות חמורה יותר בבריאותם הפיזית והנפשית על רקע המגפה לעומת כלל האוכלוסייה.

תיאום טיפול נתפס כלוקה בחסר בשני מועדי המדידה. עם החלת הרפורמה הושקעו מאמצים רבים כדי לשפר את רצף הטיפול בין מגוון שירותי ברה"נ ואת התיאום ביניהם ובין שירותי הרפואה הראשונית. אולם כחמש שנים לאחר הרפורמה, נמצא שרק מחצית מנכי הנפש העריכו שיש תיאום טיפול נאות בין אנשי המקצוע בתחום ברה"נ וביניהם ובין רופא המשפחה. יתרה מכך כרבע מנכי הנפש ציינו שאינם מעוניינים בתיאום טיפול בין שירותי ברה"נ ושירותי הבריאות הכלליים בעיקר מטעמים של דאגה לפרטיות ושמירת סודיות, והם אינם רואים ערך בתיאום טיפול. הבעיה של היעדר תיאום טיפול בממשק בין בריאות נפשית וגופנית מתבטאת גם למעשה – מחקר עדכני מצביע על שיעורי אשפוז גבוהים בישראל של נכי נפש בבתי חולים כלליים בגין מחלות או פגיעות פיזיות בשנים 2000-2019, לעומת האוכלוסייה הכללית (Gordon et al., 2022). מכאן מתחדד הצורך בהגברת שיתוף הפעולה בין רופאי משפחה ובין אנשי מקצועות ברה"נ בנוגע לבריאות הפיזית של נכי הנפש.

6.2 מסקנות בנוגע לרפורמה

חמש שנים לאחר החלת הרפורמה ולמרות משבר מגפת הקורונה, הצליחה מערכת ברה"נ לשמר את הספקת שירותי סל שיקום, החיוניים להשתלבותם של נכי הנפש בקהילה. לצד ירידה בשיעור הצריכה של טיפול נפשי בקהילה, נמצא כי המסגרת השכיחה ביותר שבה המטופלים מקבלים את השירות היא קופות החולים, בדומה למצב ששרר מייד לאחר החלת הרפורמה. אלא שהרפורמה נועדה להגדיל את מספר המטופלים בקופות, הפועלות בתור הגוף המרכז את מכלול שירותי הבריאות הפיזית והנפשית. בד בבד ניכרת עלייה בשיעור המתאשפזים במחלקות פסיכיאטריות בצד עניין חלקי בלבד בחלופות אשפוז כגון בתים מאזנים.

המחקר מעיד כי חלק ממטרות הרפורמה טרם הושגו, בפרט צמצום האשפוזים הפסיכיאטריים; הגדלת שיעור נכי הנפש המקבלים את הטיפול הנפשי הקבוע שלהם בקופות החולים, ובתוך כך שיפור הזמינות והנגישות של שירותי ברה"נ בקהילה; וטיוב תיאום הטיפול בין שירותי ברה"נ לשירותי הרפואה הראשונית. ייתכן שהמצב הנוכחי נובע בחלקו ממשבר מגפת הקורונה. למשבר היו השפעות בריאותיות רחבות-היקף, והוא התרחש בד בבד עם איסוף הנתונים בשנת 2020. לפיכך חשוב להוסיף ולנטר את דפוסי השימוש של נכי הנפש במגוון שירותי הבריאות לאחר שוך המגפה והחזרה לשגרה.

6.3 המלצות לכיווני מדיניות

- בשל צורכי הבריאות המורכבים במיוחד של נכי הנפש עם ריבוי ליקויים, ולנוכח הפיצול בין משרד הבריאות למשרד הרווחה והביטחון החברתי בשירותים שהם זקוקים להם, הם משתמשים פחות מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד בכל אחד משירותי ברה"נ (אשפוז-טיפול-שיקום). לפיכך מומלץ **לנקוט בפעולות יישוג כלפי נכי הנפש עם ריבוי ליקויים כדי לסייע להם להתמודד עם העול הבירוקרטי ולמצות את זכויותיהם מול מערכות השירותים הרלוונטיות שאחראים להן שני משרדי ממשלה שונים**
- חלק לא מבוטל מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד מתקשים אף הם בתפקודי יום-יום שלכאורה הם פיזיים. השירותים בעין או בכסף המעוגנים בקצבת שר"מ עשויים לספק מענה לצרכים אלו, אולם עד לאחרונה הם הוגבלו לנכי נפש עם ריבוי ליקויים. משונו תנאי הזכאות לקצבה וכעת כלל נכי הנפש עומדים בהם, מומלץ **להנגיש את המידע על קצבת שר"מ – הן לנכי הנפש עצמם הן לאנשי המקצוע המטפלים בהם**
- במחקר הבסיסי נמצא כי במסגרת הטיפול הנפשי הקבוע שהם צורכים בקהילה, נכי הנפש מעוניינים בתגבור המענים הפסיכו-סוציאליים נוסף על המענים הפסיכו-פרמקולוגיים. המענים תלויים בתמהיל הפרוכסיות של המטפלים העיקריים. ואומנם במחקר המעקב נמצא כי חלו ירידה בשיעור נכי הנפש שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכיאטר בצד עלייה בשיעור של נכי הנפש שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכותרפיסט. מומלץ **להוסיף ולחזק את מגמת הגיוון המקצועי של הגורמים המספקים טיפול נפשי בקהילה לנכי הנפש**
- כחמש שנים לאחר הרפורמה, כמחצית מנכי הנפש המטופלים במגזר הציבורי מקבלים את הטיפול הנפשי העיקרי שלהם במסגרת קופות החולים, כלומר אצל הגורם המתכלל את שירותי הבריאות הפיזית והנפשית לפי מתווה הרפורמה. עם זאת לתפיסתם של רוב נכי הנפש, תיאום הטיפול ירוד – הן בממשקים בתחום ברה"נ עצמו הן בינו ובין שירותי הרפואה הכלליים. רבים מנכי הנפש אף מעדיפים הפרדה בין שני תחומי השירות, למרות ההזנחה המערכתית של בריאותם הפיזית העשויה להיגרם במצב כזה. לכן חשוב **לשכלל ולהטמיע תשתיות ארגוניות ופרקטיקות מקצועיות בקופות החולים להבטחת יישומו המועיל והיעיל של תיאום טיפול – הן בין גורמי המקצוע בתחום ברה"נ הן בינם ובין צוותי הרפואה הראשונית – לצד שמירה על פרטיות המטופל והתאמת הטיפול לצרכיו האישיים**
- למרות מערכי השירותים בקהילה שהוקמו וקודמו בעקבות הרפורמות המבנית והשיקומית, רק כשליש מנכי הנפש השתמשו בשירותי סל שיקום – הן בתקופה של החלת הרפורמה הן כחמש שנים אחריה. מוצע **לפתח ולהדק את הממשקים בין קופות החולים למגוון הגורמים הקשורים לשירותי סל שיקום, בפרט ועדות הסל וספקי השירותים הציבוריים והפרטיים, כדי להעלות את שיעור הניצול של השירותים**

- **כחמש שנים לאחר הרפורמה, נכי הנפש שעברו אשפוז פסיכיאטרי מאופיינים בצרכים מורכבים יותר. מומלץ לאפיין את ה"גרעין הקשה" שמרבה להתאשפז ולגבש אסטרטגיה להשתלבות בת-קיימה בקהילה**
 - **למרות הרחבת פעילותם של 'בתים מאזנים' כחלופות אשפוז פסיכיאטרי בין השנים 2016-2020, כ-30% מנכי הנפש שאושפזו בתקופה זו וכ-45% מאלו שלא אושפזו, הביעו הסתייגות מהם. לכן מומלץ לבחון את הביקוש לחלופות אשפוז, ולהעלות את המודעות לפתרונות המצויים ולערך המוסף שלהם**
 - **משבר מגפת הקורונה פגע פגיעה ניכרת בבריאות הפיזית והנפשית של נכי הנפש ושיבש את הרגלי הצריכה שלהם את שירותי ברה"נ בקהילה, דווקא בעת שהיו זקוקים להם במיוחד. על כן מומלץ לבנות תוכנית פעולה, לרבות ארגז כלים להגמשה ולהתאמה של מכלול שירותי ברה"נ למצבי חירום לאומיים**
- מחקר זה שופך אור על התנהלותם של נכי הנפש במערכת ברה"נ ובמערכת הרפואה הכללית כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית. התמורות שחלו בצריכת השירותים מציגות תמונה מורכבת: חלק מיעדי הרפורמה הושגו, חלקם מצויים בתהליכי ביצוע מתקדמים, ובחלקם נותרה עוד כברת דרך לעשות. יישום ההמלצות עשוי לתרום לטיוב שירותי ברה"נ, ובתוך כך לקידום בריאותם ורווחתם של נכי הנפש בישראל.

פרסומים נוספים של המכון בנושא

לרון, מ., מעוז ברויאר, ר. ופיאלקו, ש. (2022). סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל התפקוד שלה 2021-2022. מ-215-22.

שורק, י. וגרסימנקו, א. (2020). תוכנית ברו"ש – שותפות בריאות הנפש, רווחה ושיקום: התערבות במשפחות שבהן הורה עם מגבלה נפשית חמורה: מחקר הערכה מעצבת. דמ-853-20.

סמואל, ה. והס, ב. (2020). דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-823-20.

אלרועי, א. וסמואל, ה. (2019). שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה – בין מדיניות ליישום. דמ-786-19.

אשכנזי, י., לף, י., מעוז ברויאר, ר. וטבנקין, ח. (2018). מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש. דמ-787-18.

הרן, ד. ונאון, ד. (2017). דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים. דמ-750-17.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

רשימת מקורות

- אבירם, א. (2012). לקראת העשור השני ליישומו של חוק שיקום נכי נפש בקהילה: אתגר והזדמנות לשינוי במערכת שירותי בריאות הנפש בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 90, 155-188.
- אבירם, א. ואזארי-ויזל, ש. (2015). הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים. *נייר מדיניות*. מרכז טאוב.
- אלרועי, א. וסמואל, ה. (2019). שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה – בין מדיניות ליישום. דם-19-786. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/between-policy-and-implementation-two-years-into-the-mental-health-reform/>
- אשכנזי, י., לך, י., מעוז-ברויאר, ר. וטבנקין, ח. (2018). מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש. דם-18-787. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/the-involvement-of-primary-care-physicians-in-mental-health-care-following-the-implementation-of-the-mental-health-reform-yael/>
- ברמלי-גרינברג, ש., יערי, ע. ואבני, א. (2020). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/national-consumer-health-survey-2018/>
- הרן, ד. (2018). הקשר בין עקרון הרצף הטיפולי לבין צריכת שירותי בריאות הנפש על ידי אוכלוסיית המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות: השלכות אפשריות של הרפורמה הביטוחית. [עבודה לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית בירושלים].
- הרן, ד. ונאון, ד. (2017). דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים. דם-17-750. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/patterns-utilization-mental-health-services-persons-severe-mental-illness-consumer-survey/>
- מנהל המחקר והתכנון (2020). *סקירה שנתית 2019*. המוסד לביטוח לאומי. https://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2020/Pages/default.aspx
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2018). [הסקר החברתי 2017](#).
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2020). [החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל השלישי של הסקר שנערך באמצע יולי בצל המשבר](#).
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2020). [הסקר החברתי 2019](#).
- מבקר המדינה (2014). [פעולות הממשלה לשילובם של אנשים עם מוגבלות בתעסוקה \(דוח שנתי 164ג'\)](#).
- מבקר המדינה (2016). [משרד הבריאות – שיקום נכי נפש בקהילה \(דוח שנתי 166ג'\)](#).

משרד הבריאות (2021). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2019. <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/mtl-yearbook-2019>

נירל, נ. וסמואל, ה. (2013). לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דם-639-13. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/work-practices-provision-care-attitudes-towards-mental-health-insurance-reform-among-psychologists-psychiatrists-social-workers/>

סמואל, ה. והס, ב. (2020). דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע – שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דם-823-20, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/work-practices-and-attitudes-of-mental-health-professionals/>

סמואל, ה. ורוזן, ב. (2013). כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דם-636-13. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/health-plans-preparing-provide-mental-health-services/>

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

שטרך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד., דניאל, י. ופישמן, נ. (2009). אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. דם-549-09. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/people-severe-mental-disorders-israel-integrated-view-service-systems/>

שטרך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד. ופישמן, נ. (2011). תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש. תמ-36-11. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/contribution-community-rehabilitation-reducing-psychiatric-hospitalization-mental-health-system/>

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.

Aviram, U. (2010). Promises and pitfalls on the road to a mental health reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 171-194.

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & Caron, J. (2011). Mental health service utilization among patients with severe mental disorders. *Community Mental Health Journal*, 47, 365–377.

Gordon, E. S., Yoffe, R., Frimit Goldberger, N., Meron, J., & Haklai, Z. (2022). People with serious mental illness are at higher risk for acute care hospitalization in Israel, 2000–2019. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00544-7>.

Joyce, A. S., Adair, C. E., Wild, C. T., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N., & Pasmenny, G. (2010). Continuity of care: validation of a self-report measure to assess client perceptions of mental health service delivery. *Community Mental Health Journal, 46*, 192–208.

Joyce, A. S., Wild, C. T., Adair, C. E., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N., ... Barnes, F. (2004). Continuity of care in mental health services: toward clarifying the construct. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 539-550.

McAlpine, D. D., & Mechanic, D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Services Research, 35*, 277-292.

Rosen, B., Nirel, N., Gross, R., Brammli, S., & Ecker, N. (2008). The Israeli mental health insurance reform. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 11*, 201-208

Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., de Graaf, R., & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58, 357-364.