



שימוש בשירותי בריאות מקוונים תחת מגבלות תנועה בעת מגפת הקורונה

נדב פן רחל גולדווג מיכל לרון מייקל הרטל

עריכת לשון: רעיה כהן
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

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

ירושלים | אדר ב' תשפ"ב | מארס 2022

תקציר

רקע

ב-11 במרס 2020 הכריז ארגון הבריאות העולמי כי COVID-19 היא פנדמיה. בעקבות כך, מדינות רבות בעולם, ובהן ישראל, פרסמו הנחיות שהגבילו את אפשרויות התנועה והיציאה מן הבית. שירותי בריאות מקוונים היו אחד הפתרונות לשמירה על בריאות הציבור בעת המגפה ומגבלות התנועה.

מטרות המחקר

לאפיין את דפוסי השימוש ואת חוויית השימוש של מטופלים בשירותי בריאות מקוונים בתקופה של הגבלות יציאה למרחב הציבורי ולבחון את הדפוסים בהשוואה בין קבוצות באוכלוסייה.

שיטת המחקר

איסוף הנתונים למחקר נעשה באמצעות שני סקרים: סקר פאנל אינטרנטי בקרב יהודים, נעשה בין 30 באפריל 2020 ל-3 במאי 2020; סקר טלפוני בקרב ערבים, נעשה בין 6 במאי 2020 ל-10 במאי 2020. גילם של המשיבים על הסקרים היה 20–64. 1,241 מהם היו יהודים ו-307 ערבים.

עיקרי הממצאים

בתקופת מגבלות התנועה שהוטלו עקב מגפת הקורונה (מרס-אפריל 2020) 32% מן המשיבים פנו לגורם מטפל באמצעים מקוונים ו-42% צפו במידע הרפואי האישי שלהם באתר קופת החולים או ביישומון (אפליקציה). 6% מן המשיבים לא פנו פנייה מקוונת לגורם מטפל בשנתיים קודם לכן אך כן פנו פנייה כזו בחודשיים מאז פרוץ המגפה; בקרב יהודים 7% ובקרב ערבים 3%.

נמצא כי הסיכוי שיהודים יפנו לגורם מטפל פנייה מקוונת גדול פי 11 מן הסיכוי שערבים מוסלמים יפנו ופי 4 מן הסיכוי שערבים נוצרים יעשו כן. הסיכוי שנשים יפנו גדול פי 1.9 מן הסיכוי שגברים יפנו; הסיכוי שחולים כרוניים יפנו גדול פי 1.9 מן הסיכוי שאנשים שאינם חולים כרוניים יפנו; והסיכוי שמי שיש בביתם ילדים מתחת לגיל 18 יפנו גדול פי 1.5 מן הסיכוי שמי שאין ילדים בביתם יפנו.

הסיבות הנפוצות ביותר לפנייה מקוונת לגורם מטפל היו בעיה רפואית המצריכה מעקב תקופתי (31%) ובעיה רפואית דחופה (23%). סוג השירות הנפוץ ביותר שהתקבל מן הגורם המטפל היה ייעוץ (53%).

ככלל דווח שחוויית השימוש של המטופלים בשירותים המקוונים הייתה חיובית. 62% מן המטופלים הרגישו בנוח, 67% נתנו אמון בגורם המטפל ו-83% חשו שהשירות המקוון עונה על ציפיותיהם או אף עולה עליהן. למרות זאת, מרבית המטופלים (58%) אמרו שחוויית המפגש המקוון טובה פחות מחוויית המפגש הפיזי פנים-אל-פנים.

שיעור גבוה ממי שפנו לצורך ייעוץ כללי (72%) ולצורך מעקב רפואי (71%) הביעו אמון בגורם המטפל, זאת לעומת 58% ממי שפנו בשל בעיה רפואית חדשה או דחופה. שיעור גבוה ממי שקיבלו הנחיות לטיפול (74%) הביעו אמון רב בגורם המטפל. מנגד, רק 56% ממי שקיבלו שירות אבחון הביעו אמון במטפל.

סיכום

ערבים השתמשו בשירותים מקוונים כחות מן הצפוי. פערי השימוש בין יהודים לערבים מוסלמים ונוצרים נשארו גם לאחר תקנון עבור מצב הבריאות ואינם מוסברים בצורכי בריאות. ככל הנראה שיעורי השימוש הנמוכים מושפעים מגורמים לא בריאותיים, כגון מודעות נמוכה יותר לשירותים או מחסור בהתאמה תרבותית של השירותים.

בעלי השכלה לא אקדמית אימצו את השימוש בשירותים מקוונים. בשנתיים טרם המגפה פנו בעלי השכלה אקדמית לגורם מטפל פנייה מקוונת יותר ממי שאינם בעלי השכלה אקדמית. לעומת זאת נמצא כי השכלה לא ניבאה פנייה מקוונת בחודשים הראשונים של המגפה וכי אין הבדל בשיעור המשתמשים לראשונה בקבוצות ההשכלה השונות. ממצא זה מעיד כי בתחילת המגפה בעלי השכלה לא-אקדמית הגבירו את השימוש שלהם בשירותי בריאות מקוונים ביחס למצב 'בשגרה'.

סיבת הפנייה וסוג השירות קשורים ברמת האמון בגורם המטפל מרחוק. מי שסיבת פנייתו הייתה מעקב רפואי או ייעוץ כללי נתן אמון רב יותר ונהנה מחוויית ביקור טובה יותר ממי שפנה בגלל בעיה דחופה או חדשה. בהנחה שפנייה לצורך מעקב רפואי מלמדת על היכרות מוקדמת בין הצדדים, כנראה שהיכרות פנים-אל-פנים טרום המפגש המקוון מסייעת בבניית אמון ומשפרת את חוויית השירות המקוון ואת יעילותו. גם לסוג השירות הרפואי שניתן הייתה השפעה על מידת האמון בגורם המטפל – רמות האמון בקרב מטופלים שאובחנו או נבדקו גופנית מרחוק היו נמוכות יחסית, כנראה כיוון שקשה לתת מרחוק שירותים אלה, שהם פיזיים במהותם.

עיקרי ההמלצות

1. לפתח הנחיות ופרוטוקולים לקביעת מצבים רפואיים ומאפייני בריאות של מטופלים המתאימים לאספקת שירות מקוון ולקבוע את סוגי השירותים שאפשר וכדאי לספק במפגש מקוון.
2. לפתח מערכי הסברה בקרב הציבור הרחב בנוגע לסוגיה אילו שירותים, בעיתות שגרה, מומלץ לצרוך במקוון ואילו מומלץ לצרוך פנים-אל-פנים.
3. לפתח דרכים להנגשה תרבותית ולעידוד השימוש בשירותי בריאות מקוונים לאוכלוסייה הערבית.
4. לבחון לעומק את הקשרים שבין סיבת הפנייה הרפואית, סוג השירות הרפואי שניתן, אמון המטופל במטפל וייתור המפגש הפיזי (הן מבחינת המטפל הן מבחינת המטופל).

רקע

ב-11 במארס 2020 הכריז ארגון הבריאות העולמי כי COVID-19, מחלה הנגרמת על ידי נגיף הקורונה (SARS-CoV-2), היא פנדמיה, קרי – מגפה כלל עולמית. בעקבות קצב ההדבקה המהיר של הנגיף פרסמו מדינות רבות בעולם, ובהן ישראל, הנחיות שהגבילו מאוד את אפשרויות התנועה והיציאה מן הבית. שירותי בריאות מקוונים היו אחד הפתרונות לשמירה על בריאות הציבור בעת המגפה ומגבלות התנועה. שימוש בשירותים שכאלו עשוי לייתר מפגש פיזי בין מטופל למטפל ובין מטופלים לבין עצמם, והוא מאפשר לקבל חלק משירותי הבריאות ההכרחיים.

מחקר זה מתמקד ב**שירותי בריאות מקוונים** – שירותי בריאות המסופקים מרחוק, ללא מפגש פיזי, באמצעות האינטרנט.

מטרות המחקר

לאפיין את דפוסי השימוש ואת חוויית השימוש של מטופלים בעלי מאפייני רקע שונים בשירותי בריאות מקוונים בתקופה של הגבלות תנועה על היציאה מחוץ למרחב הביתי.

שיטת המחקר

איסוף הנתונים למחקר נעשה באמצעות שני סקרים: הראשון – סקר פאנל אינטרנטי (סקר פאנל הוא סקר הנערך בקרב הרשומים במאגרי חברת סקרים) בקרב יהודים, נעשה בין 30 באפריל 2020 ל-3 במאי 2020; השני – סקר טלפוני בקרב ערבים, נעשה בין 6 במאי 2020 ל-10 במאי 2020. גילם של המשיבים על הסקרים היה 20–64. 1,241 מהם היו יהודים ו-307 ערבים.

עיקרי הממצאים

בתקופת מגבלות התנועה שהוטלו עקב מגפת הקורונה (מארס-אפריל 2020) 32% מן המשיבים פנו לגורם מטפל באמצעים מקוונים ו-42% צפו במידע הרפואי האישי שלהם באתר קופת החולים או ביישומון (אפליקציה). נמצא גם כי 6% מן המשיבים לא פנו פנייה מקוונת לגורם מטפל בשנתיים קודם לכן אך כן פנו פנייה כזו בחודשיים מאז פרוץ המגפה (להלן: **משתמשים לראשונה**). בקרב יהודים, 7% היו משתמשים לראשונה, לעומת 3% בלבד בקרב ערבים.

מניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית עולה כי ארבעה מאפיינים סוציו-דמוגרפיים מנבאים פנייה מקוונת לגורם מטפל בתקופת המחקר: יהודים, נשים, חולים כרוניים ומי שהיו בביתם ילדים מתחת לגיל 18. הסיכוי שיהודים יפנו לגורם מטפל פנייה מקוונת גדול פי 11 מן הסיכוי שערבים מוסלמים ינקטו דרך זו ופי 4 מן הסיכוי שערבים נוצרים יעשו כן. הסיכוי שנשים יפנו בפנייה מקוונת גדול פי 1.9 מן הסיכוי שגברים יפנו; הסיכוי שחולים כרוניים יפנו בפנייה מקוונת גדול פי 1.9 מן הסיכוי שאנשים שאינם חולים כרוניים

יפנו; והסיכוי שמי שיש בביתם ילדים מתחת לגיל 18 זה יפנו בפנייה מקוונת גדול פי 1.5 מן הסיכוי שמי שאין ילדים בביתם יפנו. המשתנים גיל והשכלה לא נמצאו מנבאים פנייה מקוונת לגורם מטפל.

סיבות הפנייה הנפוצות ביותר לגורם מטפל בערוץ תקשורת מקוון היו בעיה רפואית המצריכה מעקב תקופתי (31%) ובעיה רפואית דחופה (23%). סיבות נפוצות פחות היו פנייה לצורכי ייעוץ (15%) או עקב בעיה רפואית חדשה (15%). סוג השירות הנפוץ ביותר שהתקבל מן הגורם המטפל היה ייעוץ (53%); נפוצים פחות היו מתן הפניה (38%), טיפול במטופל או מתן הוראות למטופל לצורך טיפול עצמי (35%), אבחון (26%) ובדיקה גופנית (16%).

ככלל דווח שחוויית השימוש של המטופלים בשירותים המקוונים הייתה חיובית. 62% מן המטופלים הרגישו בנוח, 67% נתנו אמון בגורם המטפל ו-83% חשו שהשירות המקוון עונה על ציפיותיהם או אף עולה עליהן. למרות זאת, מרבית המטופלים (58%) אמרו שחוויית המפגש המקוון טובה פחות מחוויית המפגש הפיזי פנים-אל-פנים.

עוד נמצא כי רמת האמון כלפי הגורם המטפל תלויה הן בסיבת הפנייה הן בסוג השירות הרפואי שניתן. שיעור גבוה ממי שפנו לצורך ייעוץ כללי (72%) ולצורך מעקב רפואי (71%) הביעו אמון בגורם המטפל, זאת לעומת 58% ממי שפנו בשל בעיה רפואית חדשה או דחופה. בכל הנוגע לסוג השירות הרפואי שניתן, שיעור גבוה ממי שקיבלו הנחיות לטיפול (74%) הביעו אמון רב בגורם המטפל. מנגד, רק 56% ממי שקיבלו שירות אבחון הביעו אמון בגורם המטפל.

עבור 75% מן הפונים בפנייה מקוונת התייטר הביקור הפיזי אצל הגורם המטפל, כך שהשירות המקוון היווה תחליף לביקור פיזי. בדומה לקשר שנמצא בין אמון בגורם המטפל ובין סיבת הפנייה וסוג השירות, גם ייתור המפגש הפיזי קשור לסיבת הפנייה ולסוג השירות הרפואי שניתן. בעבור שיעור גבוה ממי שפנו לצורך ייעוץ כללי (80%) או מעקב רפואי (80%) התייטר המפגש הפיזי, ואילו רק בעבור 68% ממי שפנו עקב בעיה רפואית דחופה או חדשה התייטר המפגש. אשר לסוג השירות נמצאו שיעורי ייתור גבוהים בקרב מי שקיבלו הנחיות לטיפול (79%), אבחון (76%) או ייעוץ (75%), לעומת שיעורי ייתור נמוכים יותר בקרב מי שקיבלו הפניה (67%) או בדיקה גופנית (62%).

סיכום ודיון

ערבים השתמשו בשירותים מקוונים פחות מן הצפוי. נשים, אנשים הסובלים ממחלה כרונית, אנשים המתגוררים עם ילדים מתחת לגיל 18 ויהודים פנו יותר מאחרים לשירותי בריאות מקוונים. נשים ואנשים הסובלים ממחלות כרוניות מזהים בשגרה בתור קבוצות שצורכות שירותי בריאות יותר מקבוצות אחרות, נראה כי מאפיין זה היה תקף גם במהלך המגפה בשימוש המוגבר שלהם בשירותי בריאות מקוונים. כך גם אנשים המתגוררים עם ילדים מתחת לגיל 18 שמזמינים וצורכים עבורם שירותי בריאות. לעומת זאת, פערי השימוש בין יהודים לערבים מוסלמים ונוצרים נשארו גם לאחר תקנון עבור מצב הבריאות ואינם מוסברים בצורכי בריאות. כך שערבים בעלי מאפיינים דומים לחברי קבוצות אחרות באוכלוסייה השתמשו פחות ובמובן זה השתמשו פחות מן הצפוי. ככל הנראה שיעורי השימוש הנמוכים מושפעים מגורמים לא בריאותיים, כגון מודעות נמוכה יותר לשירותים או מחסור בהתאמה תרבותית של השירותים.

בעלי השכלה לא אקדמית אימצו את השימוש בשירותים מקוונים. בשנתיים טרם המגפה פנו בעלי השכלה אקדמית לגורם מטפל פנייה מקוונת יותר ממי שאינם בעלי השכלה אקדמית. לעומת זאת נמצא כי השכלה לא ניבאה פנייה מקוונת בחודשים הראשונים של המגפה וכי אין הבדל בשיעור המשתמשים לראשונה בקבוצות ההשכלה השונות. ממצא זה מעיד כי בתחילת המגפה בעלי השכלה לא-אקדמית הגבירו את השימוש שלהם בשירותי בריאות מקוונים, ביחס למצב 'בשגרה'.

סיבת הפנייה וסוג השירות קשורים ברמת האמון בגורם המטפל מרחוק. מי שסיבת פנייתו הייתה מעקב רפואי או ייעוץ כללי נתן אמון רב יותר ונהנה מחוויית ביקור טובה יותר ממי שפנה בגלל בעיה דחופה או חדשה. בהנחה שפנייה לצורך מעקב רפואי מלמדת על היכרות מוקדמת בין הצדדים, ממצא זה מתיישב עם הידוע מן הספרות: היכרות פנים-אל-פנים טרום המפגש המקוון מסייעת בבניית אמון ומשפרת את חוויית השירות המקוון ואת יעילותו. גם לסוג השירות הרפואי שניתן הייתה השפעה על מידת האמון בגורם המטפל. נמצא כי האמון הרב ביותר בגורם המטפל ניתן על ידי מי שקיבלו הנחיות לטיפול. האמון הנמוך ביותר ניתן על ידי מי שאובחנו או נבדקו גופנית באופן מקוון. רמות האמון הנמוכות יחסית בקרב מטופלים שאובחנו או נבדקו גופנית עולות בקנה אחד עם הידוע מן הספרות: בביקור רפואי מקוון קשה לתת שירות טוב של אבחון ובדיקה גופנית, שירותים שהם פיזיים במהותם. **שירותים מקוונים מסוימים מובילים לשיעורים גבוהים יותר של ייתור המפגש פנים-אל-פנים עם הגורם המטפל.** שיעור גבוה מן המטופלים שפנו לצורך מעקב רפואי או ייעוץ כללי ומן המטופלים שקיבלו הנחיות לטיפול אמרו כי השירות המקוון ייתר או חסך את הביקור הפיזי אצל הגורם המטפל. כאמור, בסיבות פנייה אלו (מעקב רפואי או ייעוץ כללי) וסוג שירות זה (הנחיות לטיפול) נמצאו גם שיעורי האמון הגבוהים ביותר.

המלצות

ממצאי המחקר מראים שיש סיבות פנייה ושירותי בריאות המתאימים למפגש מרחוק יותר מאחרים. לפיכך, מומלץ לפתח הנחיות ופרוטוקולים אשר יגדירו באילו מצבים רפואיים כדאי לספק שירות מקוון, אילו סוגים של שירותים אפשר להעניק במפגש מקוון ולאילו מטופלים. דוגמה לפרוטוקול כזה נמצאת במודל של קרוימנס ואח' (Croymans). המודל מסייע למערכות בריאות להפנות את המטופל לאופן הטיפול המתאים – מקוון, פנים-אל-פנים או חדר מיון – בהתאם למצב הרפואי. מומלץ כי במחקר עתידי או בעבודת מטה ייבחנו לעומק הקשרים שבין סיבת הפנייה הרפואית, סוג השירות שניתן, אמון וכן ייתור המפגש הפיזי מצד המטפל והמטופל. עוד מומלץ להוסיף ולבחון את דרכי השימוש בשירותי בריאות מקוונים ואת הערך הניתן משימוש זה במצבים בריאותיים שונים.

מאחר שבישראל במקרים רבים הבחירה בין שירות פיזי ובין שירות מקוון נתונה בידי המטופל, ולא בידי המטפל, מומלץ לקדם הסברה בקרב הציבור הרחב בנוגע לאמות מידה לבחירה בין שירות מקוון ובין שירות פנים-אל-פנים.

כמו כן מומלץ לפתח דרכים להנגשה תרבותית ולעידוד השימוש בשירותי בריאות מקוונים לאוכלוסייה הערבית.

מסקנה נוספת הנובעת ממצאים אלו היא שלצד העידוד לספקי השירותים לפתח שירותי בריאות מקוונים ראוי לשמר את האפשרות של אספקת שירותי בריאות פנים-אל-פנים. זאת כדי לשמר את איכות שירותי הבריאות שקשה יותר לספק מרחוק, לאפשר מפגשים ראשוניים המסייעים לבסס יחסי אמון בין מטפל למטופל ולשפר את השירות לאוכלוסיות שמשמשות פחות בשירותים מקוונים.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
3	2. מטרות המחקר
3	3. שיטת המחקר
4	4. אתיקה
5	5. ממצאים
21	6. מגבלות המחקר והצעות למחקר עתידי
22	7. סיכום ודיון
25	8. המלצות
26	עוד פרסומים של המכון בנושא
27	מקורות
30	נספחים

רשימת לוחות

8	לוח 1: רגרסיה לוגיסטית לניבוי פנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה
10	לוח 2: רגרסיה לוגיסטית לניבוי פנייה מקוונת לגורם המטפל הרפואי בשנתיים שלפני המגפה
19	לוח 3: רגרסיה לוגיסטית לניבוי אמן רב או רב מאוד בגורם המטפל במפגש מקוון

רשימת לוחות בנספחים

30	לוח א-1: משתמשים לראשונה, לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים
32	לוח ג-1: מקבלי שירותי בריאות מקוונים, לפי קבוצת גיל, בחירה מרובה
32	לוח ג-2: מקבלי שירותי בריאות מקוונים, לפי מגדר, בחירה מרובה
33	לוח ד-1: סיבת הפנייה לטיפול מקוון ומידת האמן בגורם המטפל

רשימת תרשימים

- 5 תרשים 1: המשתמשים בשירותי בריאות מקוונים בשנתיים שלפני פרוץ המגפה – פנייה מקוונת וצפייה במידע אישי
- 6 תרשים 2: 'המשתמשים לראשונה' בפנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים של המגפה, לפי קבוצות אוכלוסייה
- 6 תרשים 3: הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, לפי גיל ולפי קבוצה באוכלוסייה
- 7 תרשים 4: הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, לפי השכלה ומגדר
- 11 תרשים 5: סיבה רפואית לפנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה
- 11 תרשים 6: סוגי השירותים הרפואיים שנתן הגורם המטפל במפגש המקוון, בחירה מרובה
- 12 תרשים 7: סיבת הפנייה לגורם המטפל, לפי קבוצת גיל
- 12 תרשים 8: סיבת הפנייה לגורם המטפל, לפי מגדר
- 13 תרשים 9: המידה בה האינטראקציה עם הגורם המטפל מרחוק ענתה על ציפיות המטופל
- 13 תרשים 10: מידת האמון של המטופל באינטראקציה עם הגורם המטפל מרחוק
- 14 תרשים 11: מידת תחושת הביטחון בתשובות או בהוראות הבריאותיות שניתנו במפגש המקוון
- 14 תרשים 12: מידת תחושת הנוחות בשיחה עם הגורם המטפל מרחוק
- 14 תרשים 13: תיאור האיכות הטכנית של השיחה המקוונת
- 15 תרשים 14: חוויית המפגש המקוון לעומת חוויית הביקור הפיזי אצל הגורם המטפל
- 15 תרשים 15: עמדה בנוגע להרחבת השימוש בשירותי בריאות מרחוק לאחר סיום המגפה לעומת השימוש לפני המגפה
- 16 תרשים 16: חוויית המפגש המקוון לעומת חוויית הביקור הפיזי, לפי סיבת פנייה
- 16 תרשים 17: אמון רב ורב מאוד בגורם המטפל, לפי סיבת פנייה
- 17 תרשים 18: חוויית המפגש המקוון לעומת חוויית הביקור הפיזי, לפי סוג השירות הרפואי
- 18 תרשים 19: אמון רב ורב מאוד בגורם המטפל מרחוק, לפי סוג שירות רפואי
- 20 תרשים 20: ייתור ביקור פיזי אצל הגורם המטפל, לפי סיבת הפנייה
- 21 תרשים 21: ייתור ביקור פיזי אצל הגורם המטפל, לפי סוג השירות שניתן, בחירה מרובה
- 31 תרשים ב-1: הפונים לשירותי בריאות מקוונים בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, לפי השכלה וקבוצה באוכלוסייה

1. מבוא

ב-11 במרס 2020 הכריז ארגון הבריאות העולמי כי COVID-19, מחלה הנגרמת על ידי נגיף הקורונה (SARS-CoV-2), היא פנדמיה, קרי – מגפה כלל עולמית (World Health Organization [WHO], 2020). בעקבות קצב ההדבקה המהיר של הנגיף פרסמו מדינות רבות בעולם, ובהן ישראל, הנחיות שהגבילו מאוד את אפשרויות התנועה והיציאה מן הבית (משרד הבריאות, 2020). ההנחיות הוחמרו עם התעצמות המגפה והוקלו עם היחלשותה, ובין היתר אסרו יציאה מן הבית לצרכים שאינם חיוניים והתקהלות אנשים, ביטלו לימודים פנים-אל-פנים והגבילו עבודה ממשרדים ומחנויות. נוסף על כך המליצו ההנחיות לבודד אוכלוסיות בסיכון גבוה. בין השאר המליצו לזקנים להישאר בבתיהם ואסרו ביקור בבתי אבות ובמוסדות דיור מוגן.

מחקרים קודמים של מכון מאיירס-ג'וינט ברוקדייל בחנו את השפעת ההנחיות לתקופת המגפה על היבטים שונים של התנהגויות תומכות בריאות (לרון וגולדווג, 2020), ובהן את השפעת השינוי בהרגלי האכילה, השינה והפעילות הגופנית וכן שינויים במצב הרוח. כמו כן נבדק הקשר בין שינויי התנהגות אלו ובין מאפייני הרקע של המשיבים (לרון ואח', 2020).

נוסף על שינויים בהתנהגויות בריאות, ההגבלות על היציאה מן הבית השפיעו על זמינות שירותי הבריאות (ברקת ואח', 2020). הן פגעו ביכולת, המובנת מאליה בימי שגרה, למפגש או לקבלת מידע רפואי פנים-אל-פנים בעת הצורך, ובכך היה כדי להוביל לעלייה בצריכת שירותי בריאות מרחוק, בישראל ובעולם.

מחקר זה בחן את היבטי השימוש בשירותים רפואיים מקוונים בתקופת מגבלות התנועה המחמירות בחודשים הראשונים של מגפת הקורונה (מרס-אפריל 2020). השימוש המוגבר בשירותי בריאות מקוונים שאפיין תקופה זו, מאפשר לבחון בחינה מקיפה את חוויית השימוש של הציבור הרחב, על כל גווניו, בשירותי הבריאות המקוונים. זאת למען טיובם וכדי לזהות קבוצות הממעטות להשתמש בהם. נוסף על כך, ממצאי המחקר נועדו לסייע למקבלי החלטות בטיוב שירותי בריאות גם באירועים עתידיים הכוללים מגבלות תנועה מחמירות.

1.1 רקע

פיתוח שירותי בריאות דיגיטליים ושילובם במערך שירותי הבריאות מעלים שאלות וסוגיות רבות, בין היתר על חוויית השימוש, על דפוסי השימוש ועל חסמי השימוש שקבוצות באוכלוסייה יכולות להיתקל בהם. כבר בשנת 2010 ערך המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות כנס שכותרתו הייתה 'מערכת הבריאות בעידן הדיגיטלי'. שלושה נושאים עמדו במוקד הכנס – 'השינוי במעמד המטפל והמטופל וביחסים שביניהם', 'ההשלכות הכלכליות חברתיות' (של העידן הדיגיטלי) ו'רשומה רפואית לאומית' (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2010). בדברי הפתיחה לכנס ציין יו"ר המכון באותה עת, פרופ' שלמה מור-יוסף, את מורכבות השפעת העידן הדיגיטלי על המטופלים (ועל יחסם למטפלים) וכן את האתגר במימוש יתרונות הדיגיטציה לצמצום הפערים החברתיים. שבע שנים מאוחר יותר, בשנת 2017, פרסם משרד הבריאות את 'התוכנית הלאומית לבריאות דיגיטלית' (משרד הבריאות, 2017) (חלק ממיזם 'ישראל דיגיטלית' – מאמץ ממשלתי למינוף טכנולוגיות המידע והתקשורת ולעידוד חדשנות במגזר הציבורי).

התוכנית נועדה לקדם דיגיטציה של שירותי הבריאות בקרב כל הגורמים הרלוונטיים במערכת הבריאות – ממשלה, ספקי שירותים רפואיים, מטפלים ומטופלים. המטרה נוסחה כך:

“שיפור הבריאות, שיפור איכות החיים, שיפור השירות, התייעלות ויצירת מנוע רב עוצמה לצמיחה כלכלית” (משרד הבריאות, 2017, עמ' 4).

שירותי בריאות דיגיטליים כוללים מגוון רחב של שירותים ומוצרים. מחקר זה מתמקד בשירותי בריאות מקוונים (telehealth, telemedicine), או בניסוח ממוקד יותר – (online medical services). **שירותי בריאות מקוונים** הם שירותי בריאות המסופקים מרחוק, ללא מפגש פיזי פנים-אל-פנים, והם מסופקים על גבי רשת האינטרנט (Dorsey & Topol, 2016). המחקר עוסק בשירותים ובהיבטים הקשורים למטופל ולחוייתו בלבד, והוא אינו בוחן את התופעה מצד המטפל, ספק שירותי הבריאות או מצד מערכת הבריאות בכללותה.

לשירותי בריאות מקוונים הפוטנציאל להוביל לאספקת שירותים באיכות גבוהה, להגביר נגישות לשירותים ולהעצים את הפרט בניהול עצמי של ענייני הבריאות שלו. יתרונות נוספים לכרט כוללים קלות שימוש, מחיר נמוך, קיצור זמני נסיעה וקירוב שירותים לכריפריה הגאוגרפית (Dorsey & Topol, 2016). מצד נותן השירות, אספקת שירותי בריאות מרחוק עשויה להקטין את שיעור המטופלים שאינם מגיעים לתור שנקבע (no show), לקצר את זמני ההמתנה ולהעלות את שיעור ההיענות לנטילת תרופות (Powell et al., 2017).

שירותי בריאות מקוונים כוללים בין היתר: גישה מקוונת לתיק הרפואי, פנייה מקוונת לרופא (א-סינכרונית, כגון שליחת דוא"ל), צ'ט עם רופא (התכתבות סינכרונית), ביקור וידיאו, גישה למידע באתרים של קופות החולים – סרטוני מומחים, תרגילי פיזיותרפיה מן הבית, ועוד (Health resources and services administration [HRSA], n.d.). בישראל שירותים מקוונים כגון אלו מוצעים על ידי כלל קופות החולים. בעת כתיבת הדוח אף התווספו שירותי אבחון מרחוק, שירותי מעבדה ומשלוחי תרופות עד הבית.

במהלך מגפת הקורונה הוטלו על תושבי מדינות שונות, ביניהן גם ישראל, מגבלות תנועה ומגבלות על מפגשים פנים-אל-פנים. בעת יישום המגבלות עלה שיעור השימוש בשירותים מקוונים בכלל, ובשירותי בריאות מקוונים בפרט. מדינות באירופה דיווחו על עלייה בשימוש בשיחות וידיאו ובשירותי בריאות מקוונים אחרים, זאת לצד עדכון סלי הבריאות במדינות באופן שיאפשר כיסוי ביטוחי גם לשירותי בריאות מקוונים ולא רק לשירותי בריאות פנים-אל-פנים (Panteli, 2020). למרות העלייה בשיעורי השימוש בשירותים מקוונים, שירותי בריאות ככלל נעשו נגישים פחות לאוכלוסיות שלא ידעו או לא רצו להשתמש בשירותים מקוונים. מחקרים טרם מגפת הקורונה מצאו חסמים המונעים שימוש בשירותי בריאות מקוונים בקרב קבוצות מסוימות באוכלוסייה, ובהן זקנים ואוכלוסיות מיעוט (לדוגמאות ר' Sanders et al., 2012; Montague & Perchonok, 2012). נוסף על כך נתוני הסקר החברתי בישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], 2019) מראים כי אוכלוסיות מסוימות בארץ נוהגות להשתמש באינטרנט בשיעורים נמוכים מאחרות, וגם בעובדה זו יש כדי להקשות את הטמעת השימוש בטכנולוגיות רפואה מקוונות. לדוגמה, שיעורי החרדים, הערבים ובני 65 ויותר שמתמשים בשירותי אינטרנט לצרכים מנהליים ממשלתיים היו 28%, 30% ו-26%, בהתאמה. שיעורים אלו נמוכים במידה ניכרת משיעורי המשתמשים בשירותי האינטרנט לאותם צרכים בקרב יהודים לא חרדים (53%), יהודים (51%) וצעירים (51%), (למ"ס, 2019).

2. מטרות המחקר

לאפיין את דפוסי השימוש ואת חוויית השימוש של מטופלים בעלי מאפייני רקע שונים בשירותי בריאות מקוונים בתקופה של הגבלות תנועה על היציאה מחוץ למרחב הביתי.

2.1 שאלות המחקר

1. מה היה היקף השימוש בשירותי בריאות מקוונים בחודשיים הראשונים של מגפת הקורונה בישראל?
2. מה הן הסיבות שבעטיין פנו מטופלים לשירותי בריאות מקוונים ומה הם השירותים שניתנו להם?
3. מה היו ההבדלים בדפוסי השימוש בשירותי בריאות מקוונים בין קבוצות בעלות מאפייני רקע שונים אלה במהלך תקופת הגבלות הקורונה?
4. מהי חוויית המשתמשים בשירותי בריאות מקוונים במהלך תקופת הגבלות הקורונה?

3. שיטת המחקר

1. **סקר פאנל אינטרנטי** למילוי עצמי בקרב יהודים, אשר כלל 1,241 משיבים (מקרב רשימת אנשי הפאנל). הסקר נעשה בתאריכים 30 באפריל 2020 עד 3 במאי 2020, וקדם לו פרה-טסט.
2. **סקר טלפוני** בקרב ערבים, אשר כלל 307 משיבים. איסוף הנתונים נעשה בתאריכים 6 במאי 2020 עד 10 במאי 2020. איסוף הנתונים נעשה בנפרד בקרב יהודים ובקרב ערבים בשל חוסר ייצוג מספק של ערבים במדגמי חברת הפאנל שבה נעשה הסקר בקרב יהודים.

3.1 אוכלוסיית המחקר

יהודים וערבים בני 20–64 תושבי ישראל. הסקר אינו מייצג את ערביי מזרח ירושלים, בדואים תושבי יישובים לא מוכרים ודרוזים ברמת הגולן.

3.2 כלי המחקר

שאלון המחקר הורכב משאלות שנוסחו על פי הסקר החברתי של הלמ"ס, משאלונים קודמים של מכון מאיר-סג'וינט-ברוקדייל ומשאלות שנכתבו במיוחד עבור סקר זה. המשיבים נשאלו האם השתמשו בשירותי בריאות מקוונים, לפני פרוץ מגפת הקורונה ובזמן המגפה; מהן הסיבות לפנייה המקוונת ומה היה סוג השירות הרפואי שניתן במפגש המקוון; מה הייתה מידת האמון שנתנו

המשיבים בגורם המטפלי; האם השירות המקוון ייתר את הביקור הפיזי; ומה הייתה חוויית השימוש בשירותי הבריאות המקוונים ביחס לציפיות, לנוחות השימוש ולאיכות הטכנית. המשיבים נשאלו גם על חוויית המפגש המקוון לעומת מפגש פיזי ועל עמדתם בנוגע לצריכת שירותי בריאות מקוונים לאחר סיום מגפת הקורונה.

3.3 ייצוגיות המדגם וניתוח נתונים

בקרב האוכלוסייה היהודית נעשה סקר מכסות, באמצעותו נבנה מדגם בקרב היהודים אשר מייצג את האוכלוסייה היהודית הכללית בגילים 20–64, לפי מגדר, גיל, אזור מגורים וזיקה לדת. בסקר הטלפוני באוכלוסייה הערבית הייתה הפנייה לפי מדגם אקראי ועל כן לא היה אפשר למלא מכסות במדויק. לצורך קבלת מדגם מייצג של האוכלוסייה הערבית (בלי מזרח ירושלים, בלי בדואים מיישובים לא מוכרים בנגב ובלי דרוזים תושבי רמת הגולן) חושבו והופעלו משקלים. נתוני המדגם הושוו לנתוני השנתון הסטטיסטי 2019 של הלמ"ס, ולאוכלוסייה הערבית בירושלים ניתן משקל של 2% בלבד מן האוכלוסייה הערבית (לצורך הפחתת משקלם של ערביי מזרח ירושלים, שכאמור אינם מיוצגים). המשקלים לצורך ייצוגיות המדגם חושבו על סמך מטריצה של שלושה מאפיינים:

1. דת (מוסלמי, נוצרי, דרוזי)

2. מחוז מגורים (ירושלים, חיפה והצפון, מרכז ותל אביב, דרום)

3. קבוצת גיל (20–29, 30–54, 55–64)

3.4 ניתוח הנתונים

נתוני הסקר נותחו באמצעות תוכנת SPSS בגרסה 24. הניתוח כלל סטטיסטיקה תיאורית וסטטיסטיקה היסקית: בדיקת תלות בין משתנים נומינליים באמצעות מבחן χ^2 ובדיקת מידת ההשפעה העצמאית של משתנים באמצעות ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות לוגיסטיות). הבדלים ברמת מובהקות של 5%, 1% ו-0.1% בין קבוצות המופיעות בלוחות בהמשך דוח זה צוינו בכוכביות בתחתית הלוחות. הבדלים בין קבוצות המופיעים בטקסט נמצאו מובהקים ברמת מובהקות של 5% לפחות.

4. אתיקה

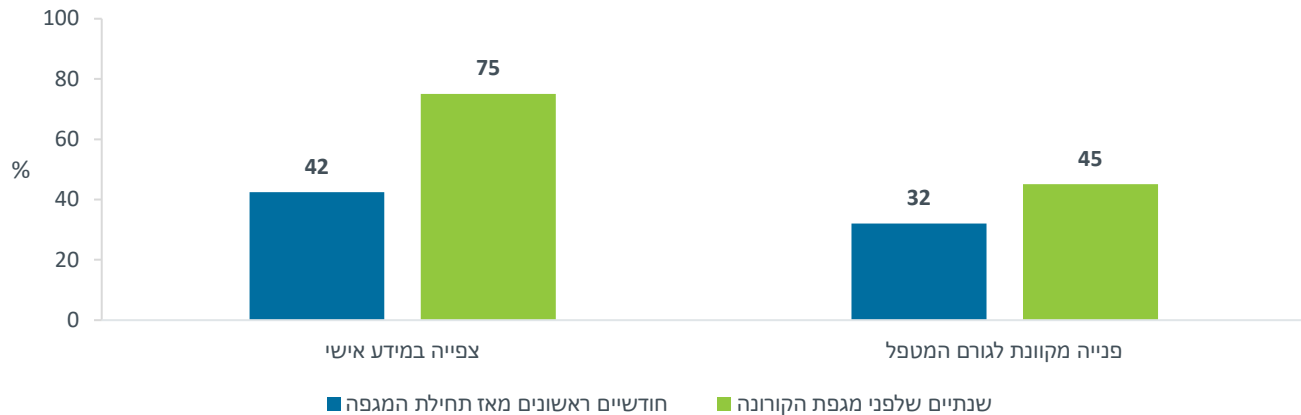
המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של מכון ברוקדייל. נושא המחקר הוצג למשיבים, התקבל אישורם להתראיין והוסבר להם שהם יכולים להימנע ממתן תשובה לחלק מן השאלות וכן שבאפשרותם להפסיק את הריאיון בכל עת שירצו בכך.

5. ממצאים

5.1 שימוש בשירותי בריאות מקוונים

המשיבים במחקר נשאלו על היבטים שונים של השימוש ושל חוויית השימוש בשירותי בריאות מקוונים. שירות מקוון ניתן באמצעות אתר אינטרנט או באמצעות יישומון (אפליקציה) של קופת חולים. מן הסקר עולה ש-32% מן המשיבים פנו פנייה מקוונת לגורם המטפל בחודשיים שחלפו מאז פרצה מגפת הקורונה. שיעור גבוה יותר (42%) עיינו בתיק הרפואי המקוון שלהם בתקופה זו **(תרשים 1)**. שיעורי השימוש בשירותי בריאות מקוונים בשנתיים שלפני פרוץ מגפת הקורונה היו גבוהים משיעורי השימוש בחודשיים הראשונים של המגפה. ממצא זה לא מפתיע שכן מדובר על טווח זמן ארוך יותר. 75% מן המשיבים עיינו בתיק הרפואי המקוון שלהם בשנתיים שלפני פרוץ המגפה ו-45% פנו פנייה מקוונת לגורם מטפל באותה עת **(תרשים 1)**.

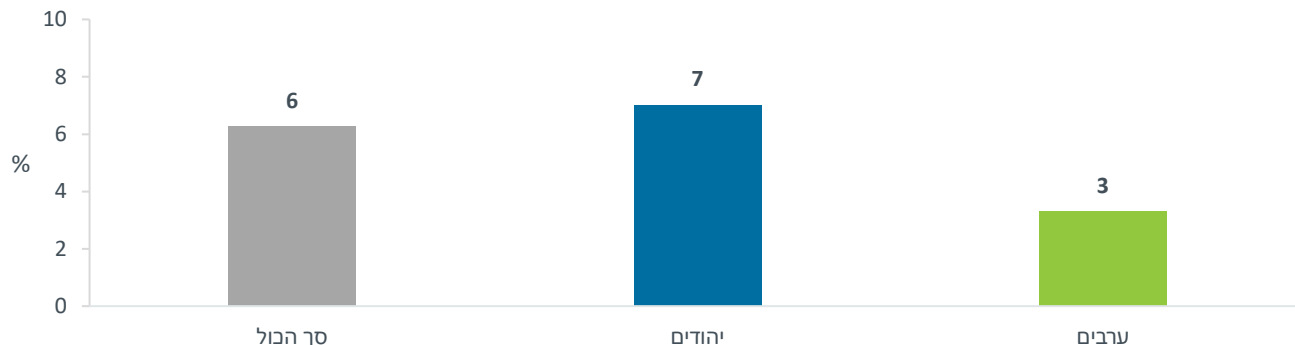
תרשים 1: המשתמשים בשירותי בריאות מקוונים בשנתיים שלפני פרוץ המגפה – פנייה מקוונת וצפייה במידע אישי (באחוזים)



6% מן המשיבים לא פנו פנייה מקוונת לגורם מטפל בשנתיים שלפני פרוץ המגפה, אך כן פנו בחודשיים מאז פרוץ המגפה – קרי, במהלך התקופה שהיו מגבלות תנועה בשל המגפה. נתון זה מעיד שבחודשיים הראשונים למגפה נוספו משתמשים בהיקף של עד 6% שהשתמשו לראשונה בשירותים מרחוק.¹ בחינת שיעור המשתמשים לראשונה בקרב יהודים לעומת ערבים מעלה כי בקרב היהודים השיעור היה גבוה (7%) מבקרב הערבים (3%) **(תרשים 2)**. עוד נמצא כי בקרב המשתמשים לראשונה, שיעור בעלי השכלה עד תיכונית (6%) ועל-תיכונית (8%) לא אקדמית אינו נבדל מבחינה סטטיסטית משיעור בעלי השכלה אקדמית (5%), (להרחבה על התפלגויות דו-משתניות של משתמשים לראשונה, ר' **נספח א**).

¹ ייתכן שחלקם השתמשו בשירותים המקוונים יותר משנתיים לפני פרוץ המגפה, לכן 'עד 6%'.

תרשים 2: 'המשתמשים לראשונה' בפנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים של המגפה, לפי קבוצות אוכלוסייה
 *(n = 1,469; באחוזים)



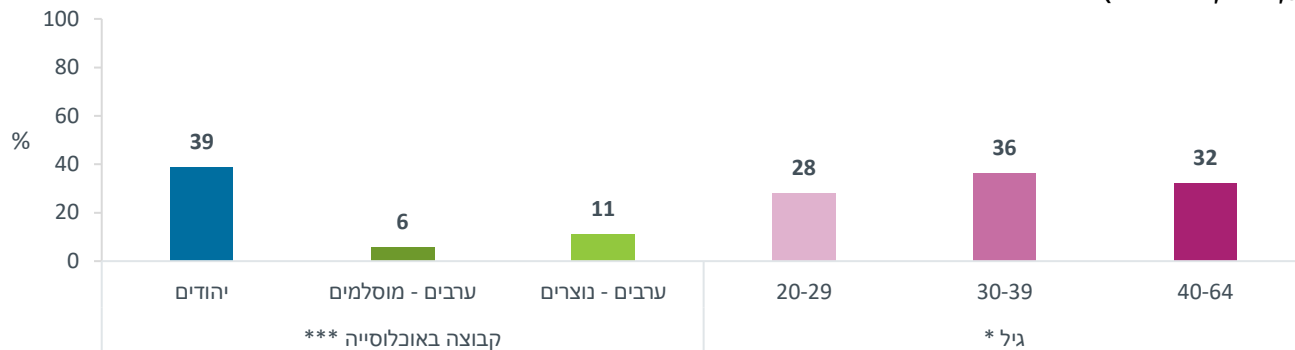
$p < .05$ *

5.1.1 שימוש בשירותי בריאות מקוונים לפי גיל, מגדר וקבוצה באוכלוסייה

במחקר נבדקו הבדלים בדפוסי שימוש בשירותי בריאות מקוונים בעת הגבלות על יציאה מן הבית. כפי שהוצג, מן הספרות ידוע כי דפוסי השימוש בשירותי בריאות מקוונים משתנים על פי מאפייני רקע.

בניתוח דו-משתני נמצא כי צעירים, בני 20–29, פנו לשירותים מקוונים בשיעור הנמוך ביותר ביחס לקבוצות הגיל האחרות – 28% – לעומת 36% מקרב בני 30–39 ו-32% מקרב בני 40–64 (**תרשים 3**) (כפי שיוצג בהמשך, השפעת הגיל נעלמת בפיקוח על משתנים נוספים). עוד נמצא כי יהודים משתמשים בשירותים יותר מערבים. בסך הכול, 39% מן היהודים פנו לשירותי בריאות מקוונים לעומת 7% בלבד מקרב הערבים. הבחנה בין קבוצות באוכלוסייה הערבית מעלה כי גם בה ישנם הבדלים (**תרשים 3**). כך, 6% מן הערבים המוסלמים והדרוזים פנו לשירותי בריאות מקוונים, לעומת 11% מקרב הערבים הנוצרים.

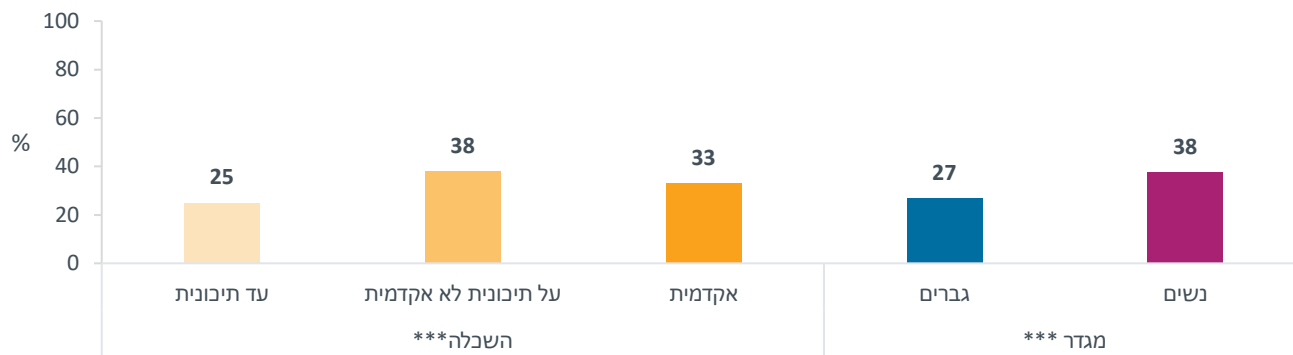
תרשים 3: הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, לפי גיל ולפי קבוצה באוכלוסייה
 (n = 1,519; באחוזים)



$p < .001$ *** $p < .05$ *

השוואה בין שיעורי השימוש בשירותי בריאות מקוונים בקרב נשים לעומת בקרב גברים מעלה כי נשים פנו יותר מגברים: 38% לעומת 27%, בהתאמה (תרשים 4). הבדלים נמצאו גם לפי השכלה: 38% מבעלי השכלה על-תיכונית לא אקדמית פנו לשירותי בריאות מקוונים לעומת 33% מקרב בעלי השכלה אקדמית ו-25% בלבד מקרב בעלי השכלה תיכונית (תרשים 4). הממצא ששיעור גבוה יותר מקרב בעלי השכלה על-תיכונית לא אקדמית השתמשו בשירותי בריאות מקוונים לעומת בעלי השכלה אקדמית אינו צפוי, שכן על פי הספרות צפוי היה כי בעלי השכלה אקדמית ישתמשו בשירותי בריאות מקוונים בשיעור גבוה מבעלי השכלה שאינה אקדמית. בחינת הקשר בין הקבוצה באוכלוסייה (יהודים לא חרדים, חרדים וערבים), להשכלה ושימוש בשירותי בריאות מקוונים מעלה כי בתוך קבוצות האוכלוסייה אין הבדל בשיעורי השימוש לפי רמת השכלה (להרחבה ר' נספח ב).

תרשים 4: הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, לפי השכלה ומגדר (n = 1,519; באחוזים)



*** p < .001

5.1.2 רגרסיה רב-משתנית לניבוי מאפייני הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל

כדי לבדוד את ההשפעה העצמאית של מאפייני הרקע על הנטייה לפנות לשירות רפואי מקוון נעשה ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית.

בלוח 1 מוצגים ממצאי מודל רגרסיה לניבוי מאפייני הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל במהלך החודשיים הראשונים למגפת הקורונה. המשתנים המסבירים שנבדקו במודל הם מגדר, קבוצה באוכלוסייה (יהודים; ערבים-מוסלמים ודרוזים; ערבים-נוצרים), קבוצת גיל, השכלה, קיומה או אי-קיומה של מחלה כרונית והרכב המגורים. להלן הסיכויים המנבאים פנייה מקוונת לגורם מטפל לפי מאפייני הפונים:

- הסיכוי שיהודים יפנו גדול פי 11 מן הסיכוי שערבים-מוסלמים ודרוזים יפנו ופי 4 מן הסיכוי שערבים-נוצרים יפנו.
- הסיכוי שנשים יפנו גדול פי 1.9 מן הסיכוי שגברים יפנו.
- הסיכוי שאנשים הסובלים ממחלה כרונית יפנו גדול פי 1.9 מן הסיכוי שמי שאינם סובלים ממחלה כרונית יפנו.
- הסיכוי שאנשים המתגוררים עם ילדים מתחת לגיל 18 יפנו גדול פי 1.5 מן הסיכוי שמי שאינם מתגוררים עם ילדים יפנו.

לגיל ולהשכלה לא נמצאה השפעה עצמאית.

לוח 1: רגרסיה לוגיסטית לניבוי פנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה (n = 1,477)

מובהקות (p)	רווח בר סמך (95%)		יחס צולב [Odds ratio]	B	משתנה
	עליון	תחתון			
					מגדר
			1	---	גברים
0.0001	2.3	1.5	1.9	0.6	נשים
					קבוצה באוכלוסייה
			1	---	יהודים
0.0001	0.15	0.05	0.09	-2.4	ערבים – מוסלמים ודרוזים
0.0001	0.8	0.08	0.25	-1.4	ערבים – נוצרים
					קבוצת גיל
			1	---	29–20
0.2	1.7	0.9	1.2	0.2	39–30
0.7	1.3	0.7	1	-0.05	64–40
					השכלה
			1	---	אקדמית
0.9	1.4	0.8	1	0.03	עד תיכונית
0.2	1.6	0.9	1.2	0.2	על-תיכונית (לא אקדמית)
					מחלה כרונית
			1	---	אין מחלה כרונית
0.0001	2.5	1.4	1.9	0.6	יש מחלה כרונית
					הרכב מגורים
			1	---	מגורים בלי ילדים מתחת לגיל 18
0.001	1.9	1.2	1.5	0.4	מגורים עם ילדים מתחת לגיל 18
0.0001	---	---	0.3	--1.1	קבוע

-2 log likelihood (1666.869); Cox & Snell R Square (0.127); Nagelkerke (0.177)

בלוח 2 מוצגים ממצאי מודל רגרסיה לניבוי מאפייני הפונים פנייה מקוונת לגורם מטפל במהלך השנתיים שקדמו להתפרצות מגפת הקורונה בישראל. המשתנים המסבירים שנבדקו במודל הם מגדר, קבוצה באוכלוסייה (יהודים; ערבים-מוסלמים ודרוזים; ערבים-נוצרים), קבוצת גיל, השכלה, קיומה או אי-קיומה של מחלה כרונית והרכב המגורים. להלן הסיכויים המנבאים פנייה מקוונת לגורם מטפל לפי מאפייני פונים:

- הסיכוי שיהודים יפנו גדול פי 12.5 מן הסיכוי שערבים-מוסלמים ודרוזים יפנו וכי 5 מן הסיכוי שערבים-נוצרים יפנו.
- הסיכוי שנשים יפנו גדול פי 1.6 מן הסיכוי שגברים יפנו.
- הסיכוי שבעלי השכלה אקדמית יפנו גדול פי 1.3 מן הסיכוי שבעלי השכלה עד תיכונית יפנו וכי 1.4 מן הסיכוי שבעלי השכלה על-תיכונית לא אקדמית יפנו.
- הסיכוי שהסובלים ממחלה כרונית יפנו גדול פי 1.5 מן הסיכוי שמי שאינם סובלים ממחלה כרונית יפנו.
- הסיכוי שאנשים המתגוררים עם ילדים מתחת לגיל 18 יפנו גדול פי 1.3 מן הסיכוי שמי שמתגוררים בלי ילדים יפנו.

לוח 2: רגרסיה לוגיסטית לניבוי פנייה מקוונת לגורם המטפל הרפואי בשנתיים שלפני המגפה ($n = 1,462$)

משתנה	B	יחס צולב [Odds ratio]		מובהקות (p)
		רווח בר סמך (95%) עליון	תחתון	
מגדר				
גברים	---		1	
נשים	0.48	1.29	1.6	0.0001
קבוצה באוכלוסייה				
יהודים	---		1	
ערבים – מוסלמים ודרוזים	-2.5	0.05	0.08	0.0001
ערבים – נוצרים	-1.6	0.08	0.2	0.001
קבוצת גיל				
גיל 20–29	---		1	
גיל 30–39	0.07	0.78	1.1	0.7
גיל 40–64	-0.17	0.63	0.8	0.2
השכלה				
אקדמית	---		1	
עד תיכונית	-0.3	0.56	0.75	0.04
על-תיכונית (לא אקדמית)	-0.37	0.53	0.7	0.009
מחלה כרונית				
אין מחלה כרונית	---		1	
יש מחלה כרונית	0.39	1.1	1.5	0.007
הרכב מגורים				
מגורים בלי ילדים מתחת לגיל 18	---		1	
מגורים עם ילדים מתחת לגיל 18	0.29	1.07	1.3	0.012
קבוע	-0.02		0.99	0.9

-2 log likelihood (1759.629); Cox & Snell R Square (0.162); Nagelkerke (0.216)

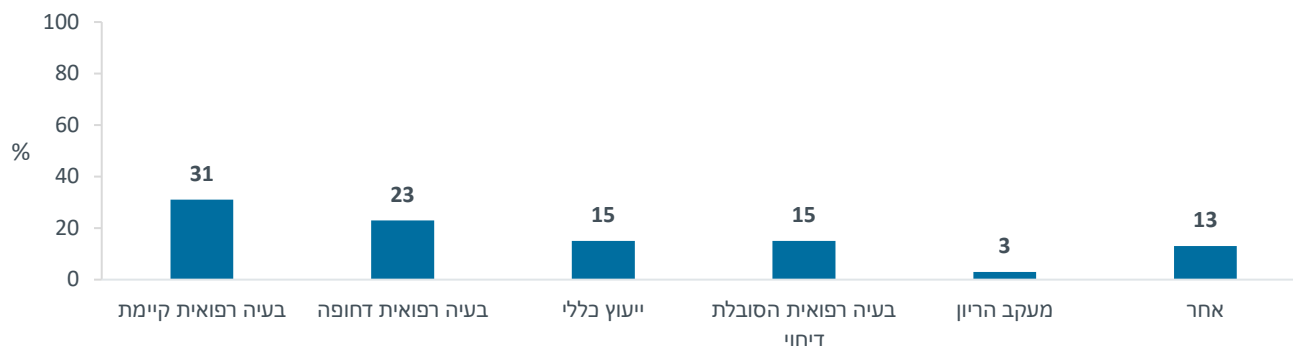
ממצאי הרגרסיה לעיל (לוח 2) דומים לממצאי הרגרסיה שבחנה פנייה מקוונת בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה תחת מגבלות התנועה (לוח 1). עם זאת, נמצא הבדל בין הרגרסיות במשתנה ההשכלה – נמצא שהשכלה אקדמית מגדילה את הסיכוי לפנייה מקוונת בשנתיים שלפני המגפה, אך לא בחודשיים הראשונים למגפה.

5.2 סיבות לפנייה מקוונת לגורם המטפל וסוג השירות הרפואי שניתן במפגש המקוון

בקרוב מי שפנו לגורם מטפל בפנייה מקוונת בחודשיים הראשונים של מגפת הקורונה נבדקה **סיבת הפנייה**: מעקב אחר בעיה רפואית קיימת, בעיה רפואית דחופה, ייעוץ כללי, בעיה רפואית שככל הנראה הייתה יכולה לסבול דחייה של כמה שבועות, מעקב היריון, או סיבה אחרת. כמו כן נבדק **סוג השירות** הרפואי שניתן במפגש המקוון – ייעוץ, בדיקה גופנית, אבחון, הנחיות לטיפול, ו/או צורך בהפניה.

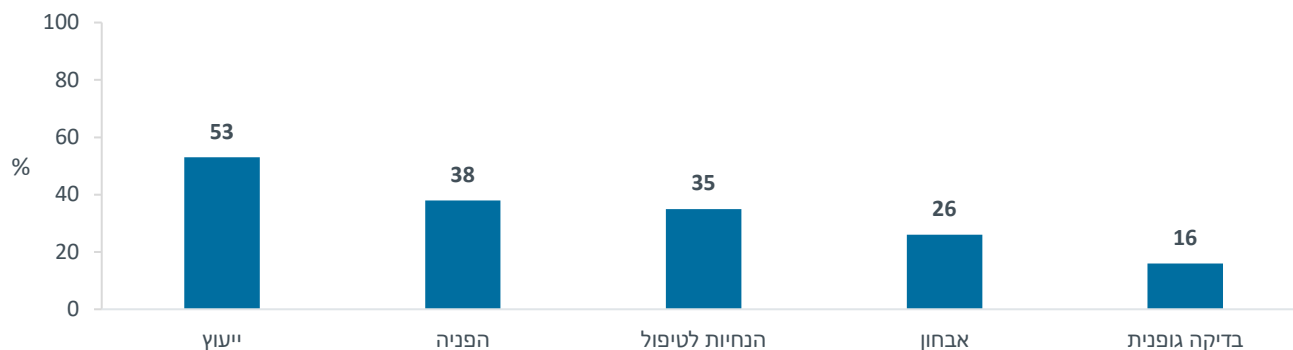
נמצא כי הסיבה הנפוצה ביותר לפנייה לגורם מטפל הייתה מעקב אחר בעיה רפואית קיימת שאינה חדשה ושנתונה במעקב תקופתי (31%); שנייה בשכיחותה הייתה בעיה רפואית דחופה (23%). שיעור נמוך יותר מן המשיבים פנו לצורך ייעוץ כללי שאינו עוסק בבעיה מסוימת (15%), לצורך בדיקת בעיה רפואית שככל הנראה הייתה יכולה לסבול דיחוי של כמה שבועות (15%) ולצורך מעקב היריון (3%) (תרשים 5).

תרשים 5: סיבה רפואית לפנייה מקוונת לגורם מטפל בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה (n = 487; באחוזים)



בנוגע לסוג השירות הרפואי שניתן במפגש המקוון, המשיבים יכלו לציין את כל סוגי השירות שקיבלו במפגש (בחירה מרובה). 53% מן הכותבים לשירותים המקוונים קיבלו ייעוץ, 38% קיבלו הפניה, 35% קיבלו הנחיות לטיפול, 26% אובחנו ו-16% עברו בדיקה גופנית (תרשים 6).

תרשים 6: סוגי השירותים הרפואיים שנתן הגורם המטפל במפגש המקוון, בחירה מרובה (n = 487; באחוזים)

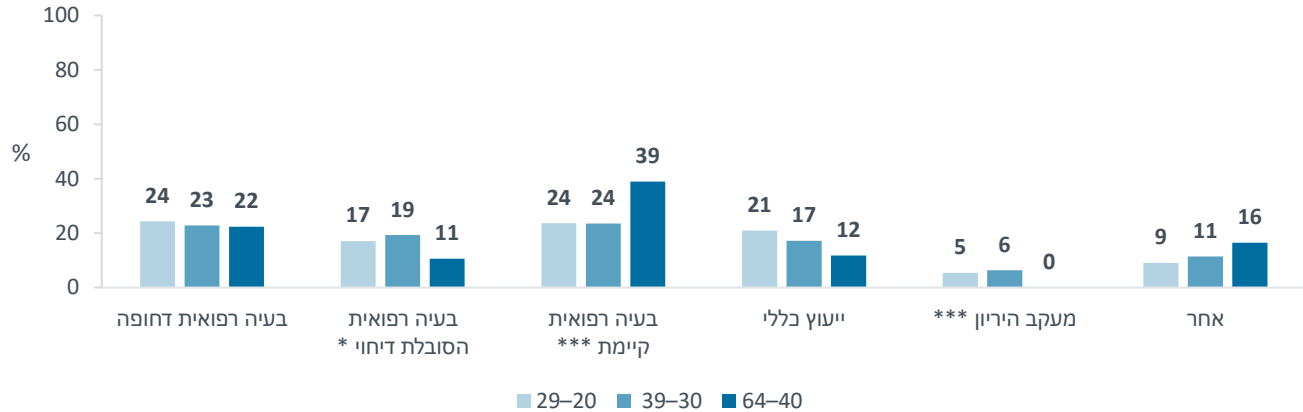


5.2.1 סיבת הפנייה לגורם המטפל, לפי גיל ולפי מגדר

בחינת סיבת הפנייה לגורם המטפל, לפי גיל ולפי מגדר, מראה כי בסיבות פנייה מסוימות ישנם הבדלים בין קבוצות הגיל (תרשים 7) ובין נשים לגברים (תרשים 8).

בני 64–40 פנו בעקבות בעיה רפואית לא חדשה שנתונה במעקב יותר ממה שפנו קבוצות הגיל האחרות בשל סיבה זאת (39% מן המשיבים בני 64–40 לעומת 24% בכל אחת מקבוצות הגיל האחרות). מנגד, קבוצת גיל זו פנתה פחות מקבוצות הגיל האחרות בעקבות בעיה רפואית חדשה שהפנייה בגינה ככל הנראה יכולה הייתה לסבול דיחוי (11% בקרב בני 64–40, לעומת 19% ו-17% בשתי קבוצות הגיל האחרות) (תרשים 7).

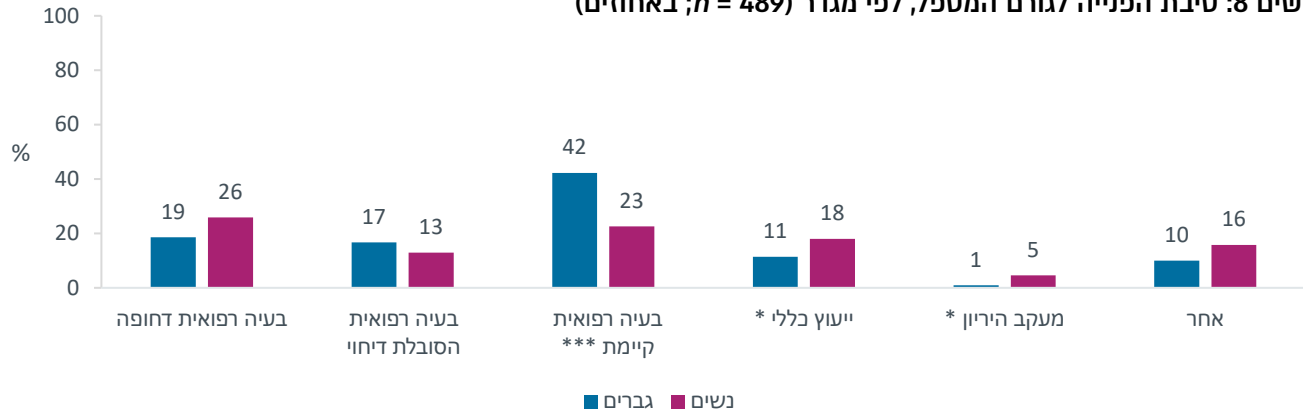
תרשים 7: סיבת הפנייה לגורם המטפל, לפי קבוצת גיל (n = 489; באחוזים)



$p < .001$ *** $p < .05$ *

בתרשים 8 מוצגות סיבות הפנייה לגורם המטפל לפי מגדר. אפשר לראות כי גברים פנו לגורם מטפל לצורכי מעקב אחר בעיה רפואית קיימת בשיעור גבוה (42%) מנשים (23%). מנגד, שיעור גבוה יותר מן הנשים פנו לצורך ייעוץ כללי (18% מן הנשים לעומת 11% מן הגברים).

תרשים 8: סיבת הפנייה לגורם המטפל, לפי מגדר (n = 489; באחוזים)



$p < .001$ *** $p < .05$ *

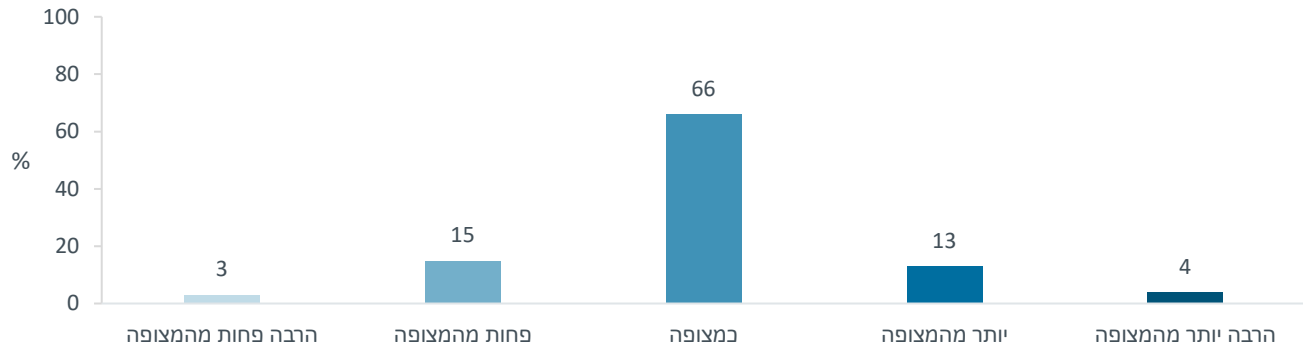
5.2.3 השירות שניתן, לפי גיל ומגדר

למרות ההבדלים בסיבות הפנייה למפגש מקוון אצל גורם מטפל, במרבית המקרים **סוג השירות** שנצרך בפועל לא היה שונה בין המינים ובין קבוצות הגיל. שני הבדלים נמצאו מובהקים: (1) בני 40–64 קיבלו טיפול או הנחיות לטיפול בשיעור גבוה מקבוצות הגיל הצעירות יותר (40% מקרב בני 40–64 לעומת 34% ו-26% מקרב בני 30–39 ו-20–29, בהתאמה), (**נספח ג, לוח ג-1**); (2) שיעור גבוה יותר של גברים מנשים עברו בדיקה גופנית: 21% בקרב גברים לעומת 12% בקרב נשים (**נספח ג, לוח ג-2**).

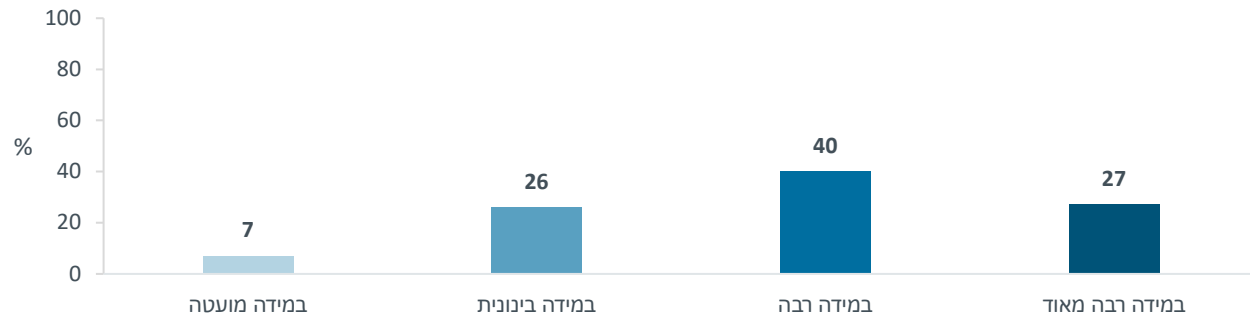
5.3 חוויית המשתמש

מן הסקר עולה שככלל, חוויית השימוש בשירותי הבריאות המקוונים ענתה על ציפיות מרבית המשיבים: 83% מן המשיבים דיווחו כי האינטראקציה עם הגורם המטפל ענתה על ציפיותיהם או אף עלתה עליהן (**תרשים 9**); 67% מן המשיבים דיווחו כי הם הרגישו אמון רב באינטראקציה עם הגורם המטפל, לעומת 33% שדיווחו על אמון במידה בינונית ומועטה (**תרשים 10**); 78% מן המשיבים אמרו כי הרגישו בטוחים בתשובות או בהוראות שניתנו במפגש המקוון (**תרשים 11**). נוסף על כך 62% מן המשיבים חשו נוחות רבה בחוויית השיחה מרחוק (**תרשים 12**) ו-70% ציינו כי האיכות הטכנית של השיחה הייתה טובה (**תרשים 13**).

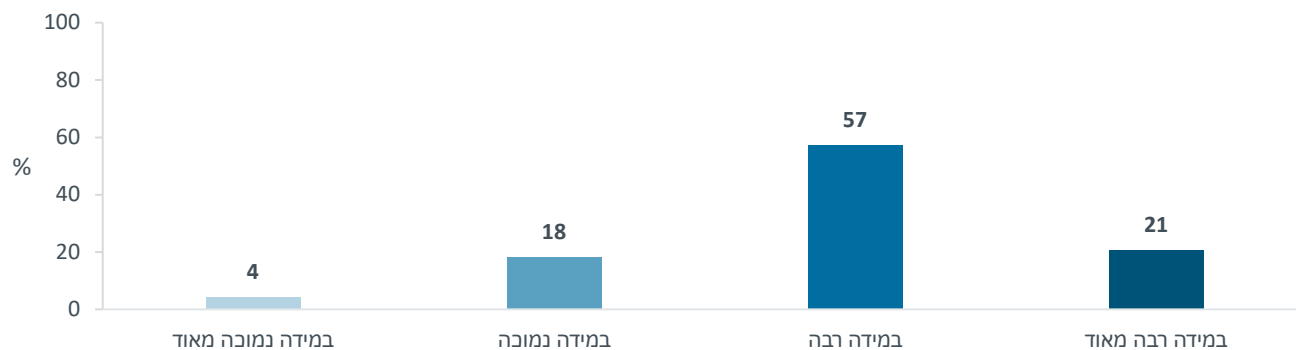
תרשים 9: המידה בה האינטראקציה עם הגורם המטפל מרחוק ענתה על ציפיות המטופל (n = 487; באחוזים)



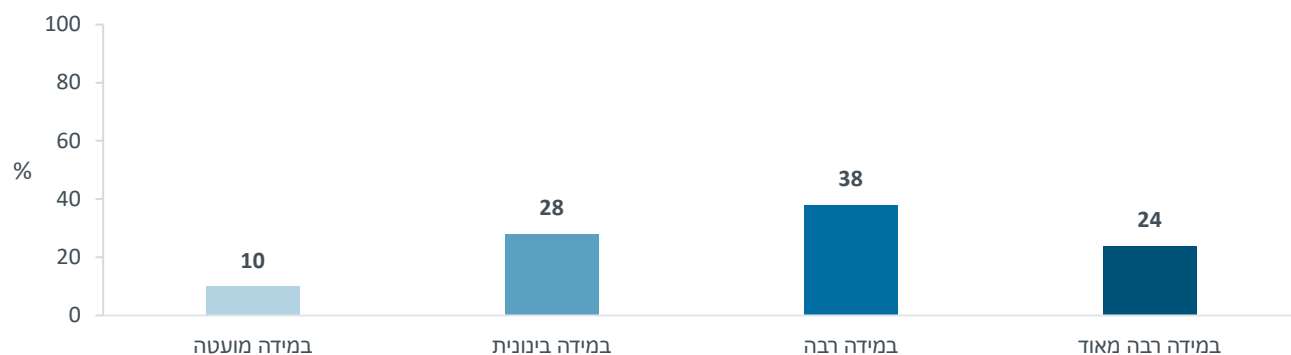
תרשים 10: מידת האמון של המטופל באינטראקציה עם הגורם המטפל מרחוק (n = 487; באחוזים)



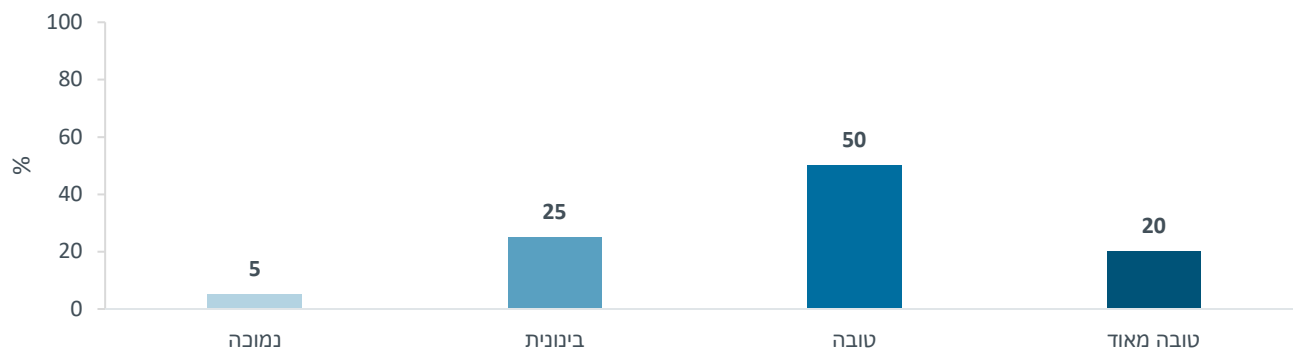
תרשים 11: מידת תחושת הביטחון בתשובות או בהוראות הבריאותיות שניתנו במפגש המקוון (n = 487; באחוזים)



תרשים 12: מידת תחושת הנוחות בשיחה עם הגורם המטפל מרחוק (n = 487; באחוזים)

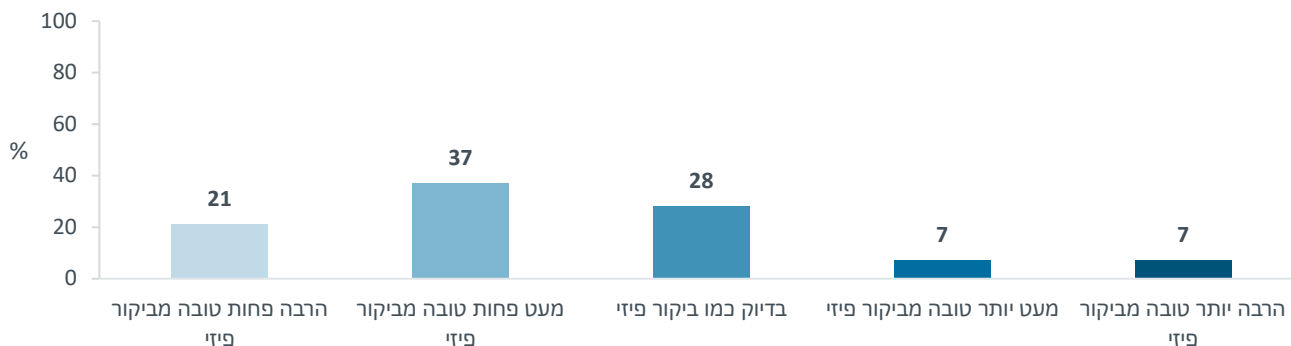


תרשים 13: תיאור האיכות הטכנית של השיחה המקוונת (n = 487; באחוזים)

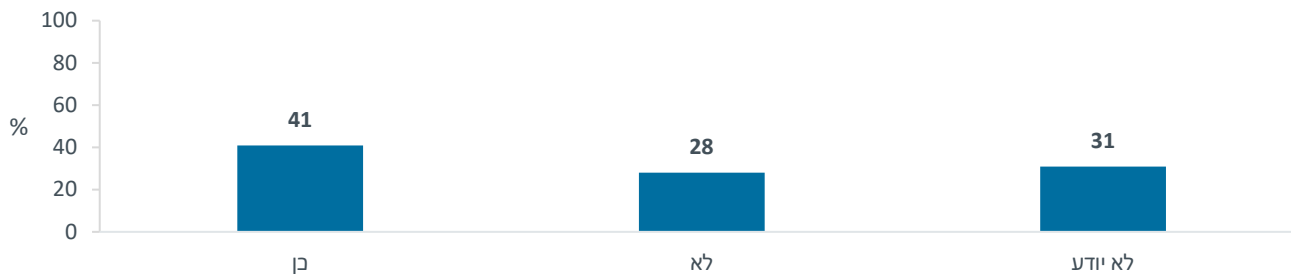


אף שהשירות ענה על ציפיות המשיבים ועל אף שיעורי האמון הגבוהים בגורם המטפל, 58% מן המשיבים אמרו כי ביחס לביקור פיזי, חוויית המפגש המקוון טובה פחות (תרשים 14). כאשר נשאלו אם לדעתם, לאחר שמגפת הקורונה תיגמר, הם ישתמשו בשירותי בריאות מקוונים יותר מאשר לפני התפרצות המגפה, המשיבים היו חלוקים בתשובותיהם. 41% השיבו כי לאחר המגפה ועם החזרה לשגרה ישתמשו יותר בשירותי בריאות מקוונים ביחס לעבר, 31% השיבו כי אינם יודעים אם ישתמשו יותר, והיתר, 28%, לא צופים כי ישתמשו יותר משהשתמשו עד כה (תרשים 15).

תרשים 14: חוויית המפגש המקוון לעומת חוויית הביקור הפיזי אצל הגורם המטפל (n = 487; באחוזים)



תרשים 15: עמדה בנוגע להרחבת השימוש בשירותי בריאות מרחוק לאחר סיום המגפה לעומת השימוש לפני המגפה (n = 487; באחוזים)



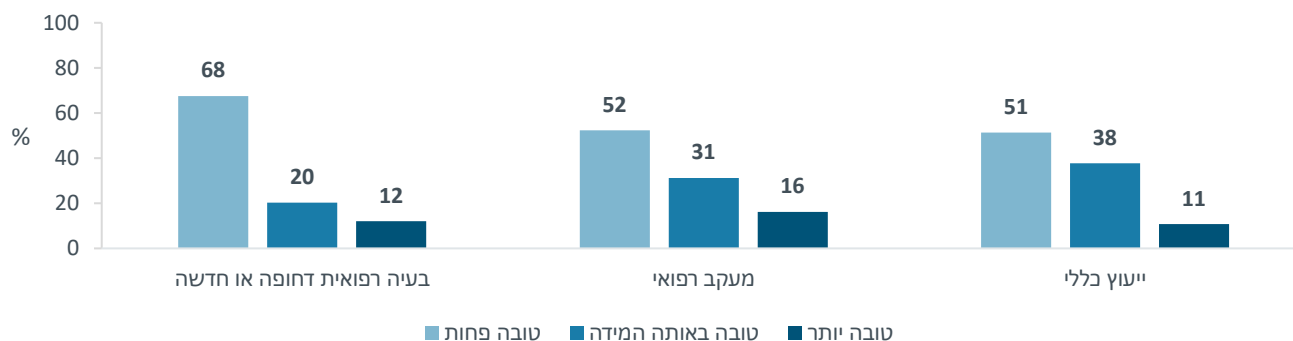
5.3.1 חוויית המפגש המקוון והאמון בגורם המטפל, לפי סיבת הפנייה

כפי שהוצג לעיל, מרבית המטופלים חווים את המפגש המקוון כחוויה טובה ונותנים אמון בגורם המטפל, זאת אף על פי שמרביתם סבורים שחוויית המפגש פנים-אל-פנים טובה מזו של המפגש המקוון. עם זאת וכפי שיוצג להלן, חוויית המפגש והאמון שניתן בגורם המטפל מרחוק קשורים בסיבת הפנייה.

לצורך בחינת הקשר שבין סיבת הפנייה ובין חוויית המפגש מצד אחד והאמון בגורם המטפל מצד שני אוחדו סיבות פנייה שיש ביניהן דמיון – דמיון אנליטי בנוגע לאופי הסיבה ודמיון בהתפלגויות במבחנים דו-משתניים (להתפלגויות ר' נספח ד). חמש הסיבות אוחדו לשלוש קבוצות מייצגות. הסיבות 'בעיה רפואית דחופה' ו'בעיה רפואית חדשה הסובלת דיחוי' אוחדו ל'בעיה רפואית דחופה או חדשה' (n = 183); הסיבות 'בעיה רפואית הנתונה במעקב' ו'מעקב היריון' אוחדו ל'מעקב רפואי' (n = 166); ואילו הסיבה 'ייעוץ כללי' נותרה עצמאית (n = 74).

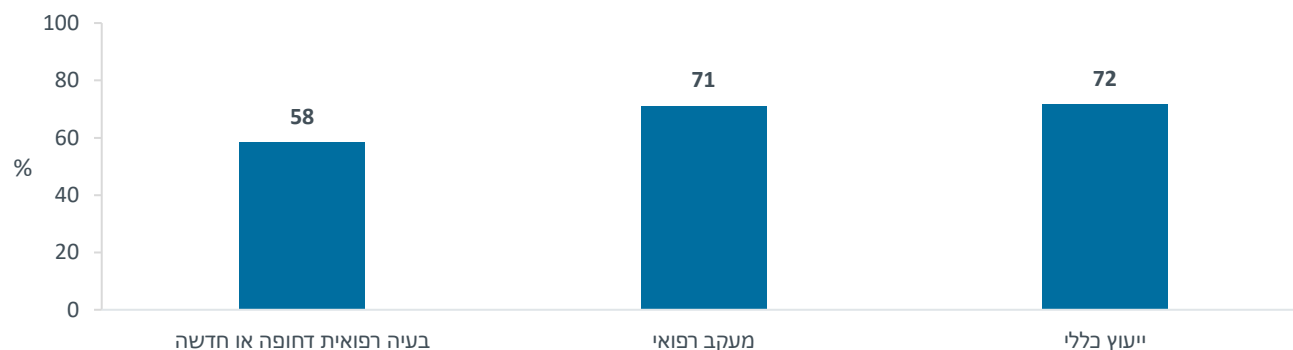
כפי שעולה מתרשים 16, 68% ממי שפנו בעקבות בעיה דחופה או חדשה דיווחו כי חוויית המפגש המקוון הייתה טובה פחות מחוויית המפגש הפיזי, לעומת 52% ממי שפנו לצורך מעקב רפואי ו-51% ממי שפנו לצורך ייעוץ כללי (תרשים 16) (p = .02).

תרשים 16: חוויית המפגש המקוון לעומת חוויית הביקור הפיזי, לפי סיבת פנייה (מקובץ), (n = 422; באחוזים)



משיבים שפנו בגין בעיה דחופה או חדשה נתנו פחות אמון באינטראקציה עם הגורם המטפל מרחוק – 58% בלבד נתנו אמון רב לעומת 72% ממי שפנו לצורך ייעוץ כללי ו-71% ממי שפנו לצורך מעקב רפואי (תרשים 17) (p = .012).

תרשים 17: אמון רב ורוב מאוד בגורם המטפל, לפי סיבת פנייה (מקובץ), (n = 422; באחוזים)

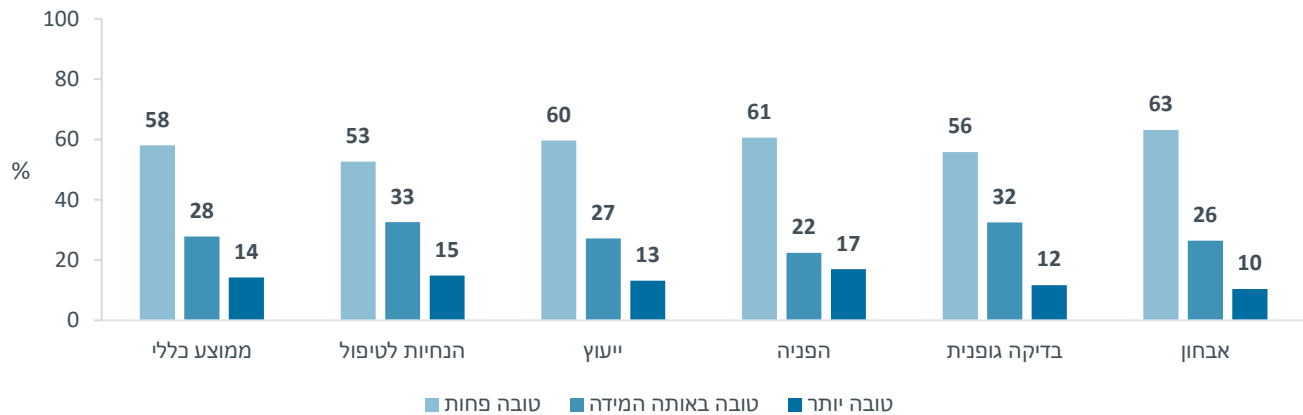


5.3.2 חוויית המכש המקוון והאמון בגורם המטפל, לפי סוג השירות הרפואי

בתת-פרק זה לא יוצגו מובהקויות סטטיסטיות במבחנים הדו-משתניים מכיוון שאפשר היה לבחור יותר מסוג שירות אחד, כך שבין הקבוצות יש חפיפה.

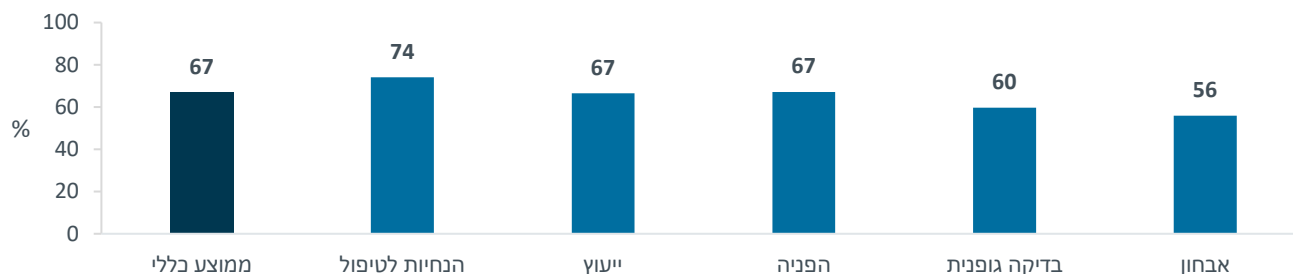
כפי שעולה מתרשים 18 כאשר נתבקשו המשיבים להשוות בין השירות המקוון לשירות הפיזי, 'אבחון' היה השירות המקוון שבנוגע אליו דווחה החוויה הכי פחות טובה (63%), ואילו 'הפניה' הוא השירות עם החוויה הטובה ביותר (17%). בנוגע לשני שירותים דווח בשיעור גבוה יחסית שחוויית המכש המקוון הייתה טובה באותה מידה כמו חוויית המכש בביקור פיזי: טיפול (והנחיות לטיפול עצמי) (33%) ובדיקה גופנית (32%). ככלל אפשר לומר כי אף על פי שישנם הבדלים בחוויית המכש בין שירות לשירות – הפערים קטנים.

תרשים 18: חוויית המכש המקוון לעומת חוויית הביקור הפיזי, לפי סוג השירות הרפואי (n = 487; באחוזים)



מנגד, שיעור המשיבים שנותנים אמון רב בגורם המטפל נבדל באופן ניכר לפי סוגי שירותי הבריאות. כך, 74% מן המשיבים שקיבלו טיפול או הנחיות לטיפול עצמי הביעו אמון רב בגורם המטפל, הגבוה בקרב השירותים שנבדקו. לעומת זאת, רק 56% מן המשיבים שקיבלו אבחון במסגרת המכש המקוון נתנו אמון רב בגורם המטפל (תרשים 19).

תרשים 19: אמון רב ורב מאוד בגורם המטפל מרחוק, לפי סוג שירות רפואי (n = 487; באחוזים)



5.3.3 גרסיה רב-משתנית לניבוי אמון בגורם המטפל במפגש מקוון

כדי לבדוד את ההשפעה של מאפייני הרקע וסוג השירות הרפואי שניתן על רמת האמון בגורם המטפל נערך ניתוח רב-משתני מסוג גרסיה לוגיסטית.

לוח 3 מוצגים ממצאי מודל גרסיה לניבוי אמון בגורם המטפל במפגש מקוון. המשתנים המסבירים הם מגדר, קבוצת אוכלוסייה, השכלה, קיומה או אי-קיומה של מחלה כרונית, הרכב מגורים וכן סוג השירות הרפואי שניתן.² מודל הרגרסיה כלל רק את מי שהשתמשו בשירותים מקוונים בחודשיים הראשונים של מגפת הקורונה.

המאפיין היחיד שנמצא מנבא את הסיכוי שמטופל ייתן אמון רב בגורם המטפל הוא סוג שירות הבריאות³ (**לוח 3**):

- הסיכוי שמי שקיבלו שירות של טיפול או הנחיות לטיפול עצמי יביעו אמון רב בגורם המטפל גדול פי 2.1 מן הסיכוי של מי שלא קיבלו שירות זה.
- הסיכוי שמי שקיבלו שירות של אבחון יביעו אמון רב קטן ב-50% מן הסיכוי של מי שלא קיבלו שירות זה.

כלומר, המנבא המשמעותי היחיד לרמת האמון בגורם המטפל הוא סוג השירות שניתן, ללא תלות במאפייני הרקע הסוציו-דמוגרפיים של המשיב.

² גיל לא פוקח ברגרסיה זו מפאת ריבוי משתנים מסבירים ביחס לגודל המדגם. בהרצות נוספות של הרגרסיה עם משתנה הגיל, הוא לא נמצא מובהק.

³ מאחר שמדובר בשאלה עם בחירה מרובה, כל שירות בריאות נבדק ביחס למי שלא קיבל את השירות, ולא ביחס לשירותים האחרים שניתנו.

לוח 3: רגרסיה לוגיסטית לניבוי אמן רב או רב מאוד בגורם המטפל במפגש מקוון (n = 483)

משתנה	B	יחס צולב [Odds ratio]		מובהקות (p)
		רווח בר סמך (95%) עליון	תחתון	
מגדר				
גברים	---		1	
נשים	-0.004	1.5	0.7	0.9
קבוצת אוכלוסייה				
ערבים	---		1	
יהודים	-0.2	2.3	0.3	0.7
השכלה				
אקדמית	---		1	
עד תיכונית	-0.9	1.5	0.6	0.7
על-תיכונית (לא אקדמית)	-0.1	1.4	0.6	0.6
מחלה כרונית				
אין מחלה כרונית	---		1	
יש מחלה כרונית	-0.05	1.5	0.6	0.8
הרכב מגורים				
מגורים ללא ילדים מתחת לגיל 18	---		1	
מגורים עם ילדים מתחת לגיל 18	-0.09	1.38	0.61	0.7
סוג שירות רפואי				
ייעוץ	0.1	1.7	0.7	0.6
בדיקה גופנית	-0.3	1.3	0.4	0.4
אבחון	-0.7	0.8	0.3	0.003
הנחיות לטיפול	0.8	3.4	1.4	0.001
הפניה	0.08	1.7	0.7	0.7
קבוע	0.8		2.2	0.1

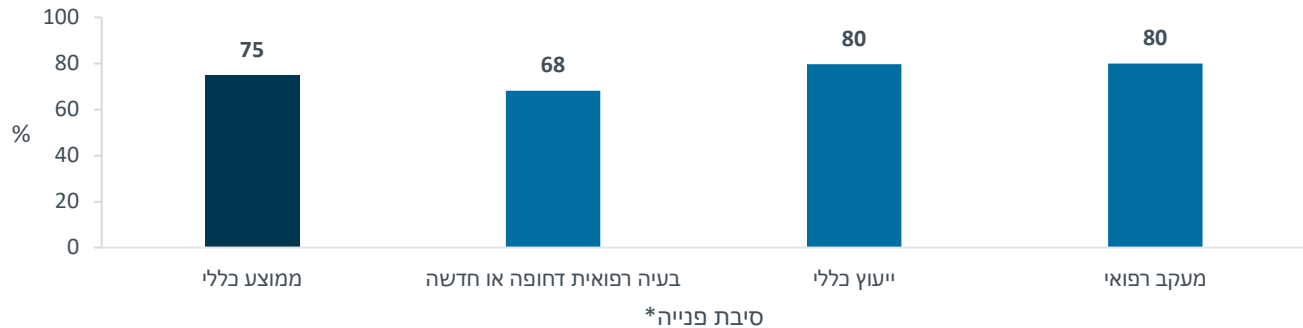
-2 log likelihood (592.210); Cox & Snell R Square (0.042); Nagelkerke (0.058)

5.4 ייתור מפגש פיזי עם הגורם המטפל

תת-פרק זה יבחן אם ובאילו תנאים המפגש המקוון הוא תחליף לשירות פנים-אל-פנים; ובפרט, האם יש קשר בין סיבת הפנייה וסוג השירות שניתן, ובין שיעור הביקורים שהתייתרו. תשובה לשאלה זו תסייע בזיהוי מצבים רפואיים ושירותי בריאות היכולים להוריד עומסים ועלויות ממערכת הבריאות וכאלו היכולים להוסיף עומסים ועלויות על המערכת (עומסים שנובעים מקיומו של ביקור מקוון וביקור פנים-אל-פנים עבור אותה סיבה).

המשיבים נשאלו בשאלון אם הפנייה המקוונת לגורם המטפל חסכה את המפגש הפיזי עימו. כלומר האם המפגש המקוון ייתר ביקור פנים-אל-פנים אצל הגורם המטפל. 75% מן המשיבים דיווחו כי השירות המקוון ייתר בעבורם את המפגש הפיזי (תרשים 20). שיעור זה השתנה לפי סיבת הפנייה לגורם המטפל: 80% מן הפונים בשל בעיה רפואית הנתונה במעקב תקופתי ו-80% מן הפונים למטרת ייעוץ כללי דיווחו כי המפגש המקוון ייתר בעבורם את המפגש פנים-אל-פנים. השיעור היה נמוך יותר – 68% – בקרב הפונים בשל בעיה רפואית דחופה ובשל בעיה רפואית חדשה הסובלת דיחוי (תרשים 20).

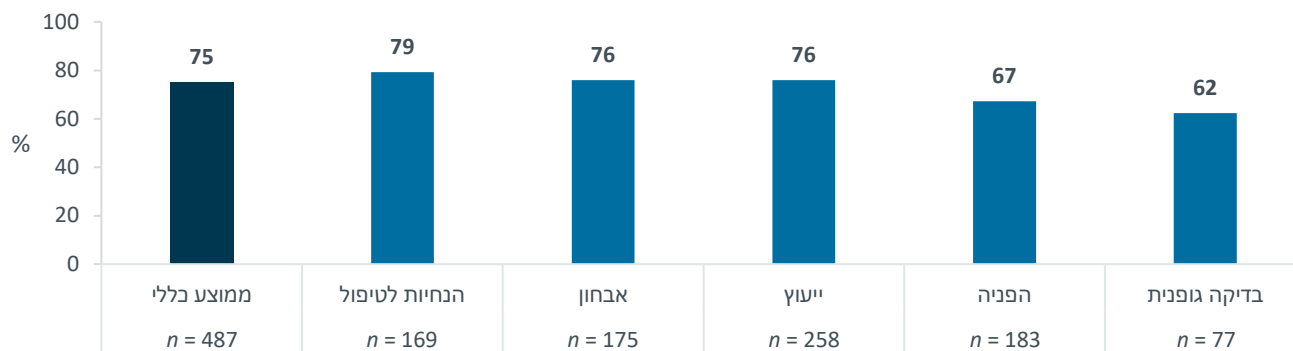
תרשים 20: ייתור ביקור פיזי אצל הגורם המטפל, לפי סיבת הפנייה (מקובץ) ($n = 422$; באחוזים)



$p < .05$ *

בתרשים 21 מוצג שיעור המשיבים שהמפגש המקוון ייתר מבחינתם מפגש פנים-אל-פנים לפי סוג השירות המקוון שניתן: 79% ממי שקיבלו הנחיות לטיפול דיווחו שהמפגש ייתר את הביקור הפיזי אצל המטפל. שיעור דומה – 76% – ממי שקיבלו שירות של אבחון או ייעוץ במפגש המקוון לא נדרשו גם למפגש פנים-אל-פנים. לעומת זאת, רק 62% מן המשיבים שנבדקו בדיקה גופנית במפגש מקוון דיווחו כי המפגש ייתר מפגש פנים-אל-פנים עם הגורם המטפל.

תרשים 21: ייתור ביקור פיזי אצל הגורם המטפל, לפי סוג השירות שניתן, בחירה מרובה ($n = 487$; באחוזים)



הערה: לא נבדקה מובהקות סטטיסטית בגלל הבחירה המרובה.

6. מגבלות המחקר והצעות למחקר עתידי

המחקר לא עסק באנשים מתחת לגיל 20 או מעל לגיל 65. ראוי לבחון את חוויית השימוש בשירותי בריאות מקוונים גם בקרבם ובייחוד בקרב בני ה-65 ויותר.

איסוף הנתונים בקרב יהודים נעשה באמצעות סקר אינטרנטי למילוי עצמי. לפיכך, ייתכן כי האוריינות הדיגיטלית של המשיבים היהודים שהשתתפו בסקר האינטרנטי הייתה גבוהה מזו של האוכלוסייה הכללית.

7. סיכום ודין

מחקר זה בחן את חוויית השימוש בשירותי בריאות מקוונים בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, תקופה שבה חלו מגבלות על התנועה במרחב הציבורי. בתקופה ייחודית זו עלה הצורך בשימוש בשירותי בריאות מקוונים, והייתה בכך הזדמנות ללמוד יותר על חוויית השימוש בשירותים אלו.

עלייה בשימוש בשירותי בריאות מקוונים טרום מגפת הקורונה ובמהלכה

התשתית לשירותי בריאות מקוונים הייתה קיימת לפני התפרצות מגפת הקורונה: במחקר קודם נמצא כי בשנים 2016 ו-2018 42% ו-51% מן הציבור הישראלי צפו במקוון בתיק הרפואי האישי שלהם (בהתאמה) ו-20% בשנת 2016 ו-36% בשנת 2018 פנו לגורם רפואי בפנייה מקוונת (ברמלי-גרינברג ואח', 2020). במחקר המתואר בדוח זה נמצא כי בשנתיים לאחר מכן, בשנים 2018–2020, טרום התפרצות מגפת הקורונה, 75% מן המשיבים קראו בתיק האישי שלהם ו-45% פנו פנייה מקוונת לגורם רפואי כלשהו. כלומר, בין השנים 2018–2020, ללא קשר למגבלות התנועה שהתלוו למגפת הקורונה, חלה עלייה של 47% בקריאה מקוונת בתיק הרפואי האישי ושל 25% בפנייה מקוונת לגורם רפואי. המגפה ומגבלות התנועה שהושתו במהלכה הובילו לעלייה נוספת וניכרת בשיעורי השימוש בשירותי בריאות מקוונים בעולם כולו (Richardson et al., 2020; Smith et al., 2020). במחקר זה לא נעשתה השוואה בין שיעורי השימוש טרום מגפת הקורונה ולאחריה, אולם כן נמצא במחקר כי כבר במהלך החודשיים הראשונים של המגפה נוספו עד 6% משתמשים לראשונה בשירותי בריאות מקוונים, משתמשים שלא השתמשו בשירותים מקוונים בשנתיים טרום המגפה; בקרב יהודים – 7% ובקרב ערבים – 3%. על פי נתון זה, פערי השימוש בין ערבים ליהודים לא הצטמצמו במהלך המגפה, ואף התרחבו.

מאפייני הפונים לשירותי בריאות מקוונים - ערבים משתמשים פחות מן הצפוי

נשים, אנשים הסובלים ממחלה כרונית, אנשים המתגוררים עם ילדים מתחת לגיל 18 וכן יהודים פנו יותר מאחרים לשירותי בריאות מקוונים. נשים ואנשים הסובלים ממחלות כרוניות צורכים שירותי בריאות יותר מאחרים, כך שהשימוש הרב שלהם בשירותי בריאות מקוונים, בפרט בעת מגפה, מתיישב עם הצורך המוגבר שלהם בשירותי בריאות בשגרה (Bertakis et al., 2000; Lorig et al., 2001). כך גם אנשים המתגוררים עם ילדים מתחת לגיל 18 וצורכים שירותי בריאות גם בעבורם. לעומת זאת, פערי השימוש בין יהודים לערבים, ובין יהודים למוסלמים בפרט, אינם מוסברים בצורכי בריאות שונים של כל אחת מן האוכלוסיות, וככל הנראה מושפעים מגורמים לא בריאותיים, כגון חוסר מודעות לשירותים וחסמי שפה. כך אכן נמצא במחקר אחר שבחן את השימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית (פן ואח', 2021). בהקשר זה, וגם בשל השיעור הנמוך של ערבים משתמשים לראשונה, שהתברר במחקר זה, יש לבחון דרכים להנגשה תרבותית ולעידוד השימוש בשירותי בריאות מקוונים באוכלוסייה הערבית.

מאפייני הפונים לשירותי בריאות מקוונים - בעלי השכלה לא אקדמית משתמשים יותר מבעבר

ממצא נוסף שאינו נוגע לצורך בריאותי הוא השפעת השכלה אקדמית על פנייה מקוונת לרופא. נמצא כי בשנתיים טרם המגפה, בעלי השכלה אקדמית פנו לקבלת שירותי בריאות מקוונים יותר ממי שאינם בעלי השכלה אקדמית. לעומת זאת נמצא כי השכלה לא השפיעה על הסיכוי לפנייה מקוונת במהלך החודשיים הראשונים של המגפה (תחת מגבלות התנועה). כלומר, במהלך מגפת הקורונה רמת ההשכלה לא היוותה גורם המנבא שימוש בשירותי בריאות מקוונים, בניגוד למצב טרום המגפה. עוד נמצא כי בקרב בעלי השכלה אקדמית שיעור המשתמשים לראשונה היה נמוך משיעורם בקרב בעלי השכלה עד תיכונית ועל-תיכונית לא אקדמית. כלומר, בעלי השכלה גבוהה לא הפחיתו את השימוש שלהם בשירותי בריאות מקוונים, אלא שבעלי השכלה עד תיכונית ועל-תיכונית לא אקדמית הגבירו את השימוש שלהם בהם.

הממצא שהשכלה אינה מסבירה פערים בשימוש בשירותי בריאות מקוונים בחודשיים הראשונים לפרוץ המגפה לא היה צפוי לנוכח ממצאים מן הספרות המלמדים שלבעלי השכלה אקדמית יש אוריינות דיגיטלית ובריאותית גבוהה המובילה לשיעורי שימוש גבוהים יותר בשירותי בריאות מקוונים ביחס לחסרי השכלה אקדמית (Pleasant, 2014). הסבר אפשרי לכך שהשכלה לא נמצאה מנבאת שימוש בשירותי בריאות מקוונים במהלך מגבלות התנועה הוא שאם אין ברירה אלא לפנות פנייה מקוונת לרופא, אזי גם בעלי אוריינות דיגיטלית נמוכה (קרי, חסרי השכלה אקדמית) רוכשים במהירות יחסית את האוריינות הנדרשת לצורך הפעלת השירות המקוון, וגם נותני השירות עושים מאמץ מיוחד להנגיש אותו ולהפנות מטופלים להשתמש בו. לפי הסבר זה נראה כי היכולת להשתמש בשירות מקוון תלויה לא רק בידע קודם, אלא גם בצורך ובתנאים חיצוניים. בהקשר זה אפשר לראות בהשכלה אקדמית גורם המסייע או דוחף לשימוש מוקדם בשירותים דיגיטליים, ואילו בעת מגבלות התנועה – ההכרח הוא שמניע לשימוש את כלל האוכלוסייה. הסבר אפשרי נוסף, וייתכן שמשלים, הוא שמדובר בהתממשותו של תהליך הטמעה של שירותי בריאות מקוונים שספקי שירותי הבריאות מובילים כבר כמה שנים. וכך, בעת מגבלות התנועה, הואץ התהליך ההדרגתי של הגדלת שיעור המשתמשים בשירותי בריאות מקוונים.

סיבת הפנייה וסוג השירות קשורים לרמת האמון בגורם המטפל

אמון גבוה של המטופל במטפל הוא רכיב משמעותי בהצלחת הטיפול ובקידום התנהגויות בריאות טובות, והוא תורם לשיעור רצון גבוהה מטיפול (Birkhäuser et al., 2017); מנגד, אמון נמוך במטפל ובמערכת הבריאות נמצא קשור להימנעות מקבלת טיפול (Spleen et al., 2014). יש אפוא חשיבות בריאותית לקיומו של אמון הדדי, ובפרט לאמון של המטופל במטפל. מאחר שנמצא קשר בין רמת האמון לסיבת הפנייה לשירות המקוון ולסוג השירות המקוון שניתן, ייתכן כי סיבות פנייה רפואיות מסוימות וסוגי שירותים רפואיים מסוימים מתאימים יותר מאחרים לאספקה מקוונת.

מי שפנה לצורך מעקב רפואי או ייעוץ כללי נתן אמון רב יותר ונהנה מחוויית ביקור טובה יותר ממי שפנה לצורך בעיה דחופה או חדשה (תרשימים 17 ו-16, בהתאמה). בהנחה שפנייה לצורך מעקב רפואי מלמדת בסבירות גבוהה על היכרות מוקדמת בין

הצדדים, ממצא זה מתיישב עם הידוע מן הספרות, על כך שהיכרות פנים-אל-פנים טרום המפגש המקוון מסייעת בבניית אמון ומשפרת את יעילות המפגש המקוון ואת חוויית הביקור (Richardson et al., 2020).

כאמור, גם **לסוג השירות הרפואי** שניתן השפעה על מידת האמון של מטופלים בגורם המטפל. נמצא כי למי שקיבלו הנחיות לטיפול היה האמון הגבוה ביותר; ולמי שאובחנו או נבדקו בדיקה גופנית מקוונת היה האמון הנמוך ביותר (תרשים 19). בהמשך לכך, מי שקיבלו הנחיות לטיפול דיווחו על חוויית טיפול טובה (ביחס לביקור פיזי) ואילו מי שאובחנו או נבדקו בדיקה גופנית דיווחו על חוויית טיפול טובה פחות (ביחס לביקור פיזי) (תרשים 18). רמות האמון הנמוכות יחסית בקרב מטופלים שאובחנו במקוון או נבדקו בדיקה גופנית מקוונת עולות בקנה אחד עם הידוע מן הספרות על הקושי לספק כראוי שירותים אלו במסגרת ביקור רפואי מקוון (Reeves et al., 2021; Saliba-Gustafsson et al., 2020).

שירותים מקוונים מסוימים מובילים לשיעורים גבוהים יותר של ייתור המפגש פנים-אל-פנים עם הגורם המטפל

בהמשך לקשר שבין סיבת הפנייה וסוג השירות ובין אמון, נמצא גם קשר בין סיבת הפנייה וסוג השירות ובין ייתור מפגש פנים-אל-פנים. שיעור גבוה מן המטופלים שפנו לצורך מעקב רפואי או ייעוץ כללי ומן המטופלים שקיבלו הנחיות לטיפול אמרו כי השירות המקוון מנע או חסך את הביקור פנים-אל-פנים אצל הגורם המטפל. בסיבות פנייה אלו (מעקב רפואי או ייעוץ כללי) וסוג שירות זה (טיפול) נמצאו גם שיעורי האמון הגבוהים ביותר. בהקשר זה עולה ממצאי המחקר שישנם שירותי בריאות וסוגי טיפול המתאימים יותר מאחרים למפגש מקוון.

8. המלצות

- לפתח הנחיות ופרוטוקולים שיקבעו באילו מצבים רפואיים כדאי לספק שירות מקוון, אילו סוגי שירותים אפשר לספק במפגש מקוון ומה הם מאפייני המטופלים המתאימים למפגשים מקוונים. דוגמה לפרוטוקול שכזה נמצאת במודל של קרוימנס ואח' (Croymans et al., 2020), והיא עשויה לסייע למערכות בריאות להפנות את המטופל לאופן הנכון לצריכת השירות הרפואי – מקוון, פנים-אל-פנים או מיון – לפי מצבו הרפואי ומאפייניו.
- לבחון לעומק במחקר עתידי או בעבודת מטה של הרגולטור או של ספקי שירותי הבריאות את הקשרים שבין סיבת הפנייה הרפואית, סוג השירות הרפואי שניתן, אמון המטופל במטפל וייתור המפגש הפיזי (הן מבחינת המטפל הן מבחינת המטופל). כמו כן מומלץ להוסיף ולבחון את דרכי השימוש בשירותי בריאות מקוונים ואת הערך הניתן משימוש זה במצבים בריאותיים שונים.
- מכיוון שבישראל במקרים רבים הבחירה בין שירות פיזי ובין שירות מקוון נתונה בידי המטופל, ולא בידי המטפל, מומלץ לקדם הסברה בקרב הציבור הרחב בנוגע לקריטריונים לבחירה בין שירות מקוון ובין שירות פנים-אל-פנים.
- לפתח דרכים להנגשה תרבותית ולעידוד השימוש בשירותי בריאות מקוונים לאוכלוסייה הערבית.
- לשמר את האפשרות של אספקת שירותי בריאות פנים-אל-פנים לצד עידוד ספקי השירותים לפתח שירותי בריאות מקוונים. זאת לטובת שירותי בריאות שקשה יותר לספק מרחוק, לטובת מפגשים ראשוניים, שבהם חשוב לבסס יחסי אמון בין מטפל למטופל, ולטובת אוכלוסיות שמשתמשות פחות בשירותים מקוונים.

עוד פרסומים של המכון בנושא

פן, נ. גולדווג, ר. ולרון מ. (2021). שימוש וחסמי שימוש בשירותי בריאות מרחוק בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. ברמלי-גרינברג, ש., יערי, א. ואבני, א. (2020). דעת הציבור ותפקוד מערכת הבריאות 2018. לרון, מ. וגולדווג, ר. (2020). השפעת ההנחיות על האוכלוסייה הבוגרת בגיל העבודה (20-64) בהיבטים שונים של התנהגויות בריאות. לרון, מ., גולדווג, ר. והרטל, מ. (2020). מנבאי התנהגויות בריאות בעת התפרצות מגפת הקורונה והעדפות בנוגע לקבלת ייעוץ מקצועי.

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

Bertakis, K., Azari, R., Helms, J., Callahan, E., & Robbins, J. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152. https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aqcd%3A2%3A25293074/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aqcd%3A2850496&crl=c&link_origin=scholar.google.co.il

Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One*, 12(2), e0170988. DOI: 10.1371/journal.pone.0170988

Croymans, D., Hurst, I., & Han, M. (2020). Telehealth: The right care, at the right time, via the right medium. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(6). doi: 10.1056/CAT.20.0564

Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161. DOI: 10.1056/NEJMra1601705

Health resources and services administration (HRSA). (n.d.) What is telehealth (for patients). <https://telehealth.hhs.gov/patients/understanding-telehealth/>

Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217-1223. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/2001/11000/chronic_disease_self_management_program_2_year.8.aspx

Montague E., & Perchonok J.(2012). Health and wellness technology use by historically underserved health consumers: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e78. doi: 10.2196/jmir.2095. PMID: 22652979

Pleasant, A. (2014). Advancing health literacy measurement: A pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1481-1496. doi: 10.1080/10810730.2014.954083. PMID: 25491583; PMCID: PMC4292229.

Panteli, D. (2020). How are countries reorganizing non-COVID-19 health care service delivery. Health System Response Monitor–Cross-Country Analysis. WHO, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, 6. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hcrm/analyses/hcrm/how-are-countries-reorganizing-non-covid-19-health-care-service-delivery>

Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E., & Rising, K. L. (2017). Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *The Annals of Family Medicine*, 15(3), 225-229. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2095>

Reeves, J. J., Ayers, J. W., & Longhurst, C. A. (2021). Telehealth in the COVID-19 era: A balancing act to avoid harm. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e24785. doi: 10.2196/24785. PMID: 33477104; PMCID: PMC7857524.

- Richardson, E., Aissat, D., Williams, G., & Fahy, N. (2020). Remote consultation during the COVID-19 pandemic. *Eurohealth*, 26(2), 73-76. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3b25d7d9-b52f-402b-9e84-90471a9c1647/content>
- Saliba-Gustafsson, E. A., Miller-Kuhlmann, R., Kling, S. M., Garvert, D. W., Brown-Johnson, C. G., Lestoquoy, A. S., Verano, M., Yang, L., Falco-Walter, J., Shaw J. G., Asch, M. S., Gold C. A., & Winget, M. (2020). Rapid implementation of video visits in neurology during COVID-19: Mixed methods evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12): e24328. doi: 10.2196/24328. PMID: 33245699; PMCID: PMC7732357.
- Sanders C., Rogers, A., Bowen, R., Bower P., Hirani, S., Cartwright, M., Fitzpatrick, R., Knapp M., Barlow J., Hendy J., Chrysanthaki T., Bardley M., & Newman S. (2012). Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the Whole System Demonstrator trial: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 220. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-220>
- Smith, C., Thomas E., Snoswell L., Haydon H., Mehrotra A., Clemensen J., & Caffery, J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309-313. doi:[10.1177/1357633X20916567](https://doi.org/10.1177/1357633X20916567)
- Spleen, A. M., Lengerich, E. J., Camacho, F. T., & Vanderpool, R. C. (2014). Health care avoidance among rural populations: Results from a nationally representative survey. *The Journal of Rural Health*, 30(1), 79-88. doi: 10.1111/jrh.12032. Epub 2013 Jun 24. PMID: 24383487; PMCID: PMC3882339.
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 11 – March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

נספח א: משתמשים לראשונה - מאפיינים נוספים (דו-משתני)

להלן התפלגות קבוצת ה'משתמשים לראשונה' בשירותי בריאות מרחוק בהתאם למאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים. 'משתמשים לראשונה' הם מי שלא השתמשו בשירותי בריאות מקוונים בשנתיים טרום מגפת הקורונה, אך כן בחודשיים הראשונים תחת מגבלות התנועה.

לוח א-1: משתמשים לראשונה, לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (באחוזים)

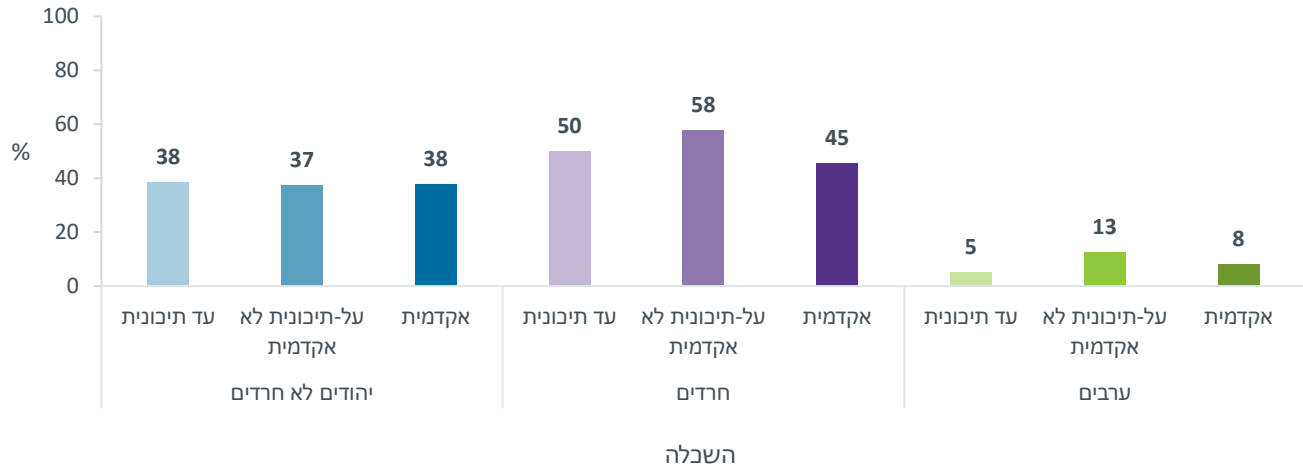
משתמשים לראשונה (%)		
7	יהודים - לא חרדים - ואחרים	קבוצה באוכלוסייה
8	יהודים - חרדים	
3	ערבים - מוסלמים ודרוזים	
4	ערבים - נוצרים	
6	עד תיכונית	השכלה
8	על-תיכונית לא אקדמית	
5	אקדמית	
5	29-20	גיל
6	39-30	
7	64-40	
6	כן	מחלה כרונית
6	לא	
7	נשים	מגדר
6	גברים	

נספח ב: פנייה לרפואה מקוונת לפי השכלה וקבוצה באוכלוסייה

בתרשים 1-ב מפורטים שיעורי הפנייה לרפואה מקוונת של קבוצות באוכלוסייה, לפי השכלה, בהפרדה בין יהודים לא חרדים ליהודים חרדים. חשוב לשים לב כי איסוף הנתונים באוכלוסייה היהודית נעשה באמצעות פאנל אינטרנטי וכי קבוצת היהודים החרדים המוצגת היא קבוצה המשתמשת באינטרנט. מנתוני שנתון החברה החרדית (כהנר ומלאך, 2021) עולה כי שני שלישים מן האוכלוסייה החרדית משתמשים באינטרנט.

מתרשים 1-ב ומן הניתוח הסטטיסטי עולה כי בתוך הקבוצות שנבדקו – חרדים, יהודים לא חרדים וערבים – אין הבדלים מובהקים לפי רמת השכלה בשיעורי הפנייה לשירותי בריאות מקוונים.

תרשים 1-ב: הפונים לשירותי בריאות מקוונים בחודשיים הראשונים למגפת הקורונה, לפי השכלה וקבוצה באוכלוסייה (n = 1,494; באחוזים)



נספח ג: שירותי בריאות מקוונים, לפי קבוצות באוכלוסייה

לוח ג-1: מקבלי שירותי בריאות מקוונים, לפי קבוצת גיל, בחירה מרובה ($n = 489$; באחוזים)

גיל	בדיקה	אבחון	הנחיות לטיפול*	הפניה	ייעוץ
29–20	19	25	26	37	58
39–30	16	29	34	34	50
64–40	14	24	40	40	52

$p < .05$ *

לוח ג-2: מקבלי שירותי בריאות מקוונים, לפי מגדר, בחירה מרובה ($n = 489$; באחוזים)

מגדר	בדיקה**	אבחון	הנחיות לטיפול	הפניה	ייעוץ
גברים	21	29	39	40	48
נשים	12	23	32	36	57

$p < .01$ **

נספח ד: סיבת פנייה ואמון בגורם המטפל

נספח זה נועד לבאר את האיחוד שנעשה בין סיבות פנייה לטיפול מקוון, כפי שהוצג בפרק 5.3.1.

להלן, התפלגות הקשר שבין רמת אמון בגורם המטפל ובין סיבת הפנייה לגורם המטפל. אפשר לראות כי ההתפלגויות של רמות האמון בקרב מי שפנו בעקבות בעיה רפואית דחופה ובין מי שפנו בעקבות בעיה רפואית חדשה – דומות. בהמשך לכך, אפשר לראות כי התפלגויות רמות האמון של מי שפנו עקב בעיה רפואית הנתונה במעקב, מי שפנו לצורך שאלת ייעוץ כללי ומי שנמצאות במעקב היריון – דומות גם כן. על כן אוחדו מי שפנו עקב בעיה רפואית לא חדשה הנמצאת במעקב ומי שהגיעו למעקב היריון. איחוד זה נעשה בגלל הדמיון האנליטי בין שתי סיבות פנייה אלו – מצבים רפואיים הנתונים במעקב ארוך טווח (יחסית) – וכן בגלל מיעוט התצפיות בקבוצת מעקב היריון. מנגד, מי שפנו לצורך שאלת ייעוץ נשארו בתור קטגוריה עצמאית למרות הדמיון בהתפלגות בין סיבה זו לשתי הסיבות לעיל.

לוח ד-1: סיבת הפנייה לטיפול מקוון ומידת האמון בגורם המטפל ($n = 423$; באחוזים)

הסיבה	אמון מועט	אמון בינוני	אמון רב	אמון רב מאוד
בעיה רפואית דחופה	7	32	34	27
בעיה רפואית חדשה הסובלת דיחוי	10	35	31	24
בעיה רפואית לא חדשה הנמצאת במעקב	6	24	44	27
שאלת ייעוץ	5	23	41	31
מעקב היריון	7	13	53	27