

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

דורי ריבקין וליטל ברלב

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

תוכן העניינים

1	הקדמה	1
1	רקע מדעי	2
1	2.1 מערכת בריאות הנפש בישראל – סוגי השירותים ודרכי הספקתם	2.1
2	2.2 הפיצול של שירותי בריאות הנפש בין גורמים מקצועיים וסטטוטוריים	2.2
3	2.3 תהליכי שינוי במערכת שירותי בריאות הנפש	2.3
4	2.4 מסגרת תיאורטית לשימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש	2.4
5	2.5 מחקר הבסיס – דפוסי שימוש של נכי נפש בשירותי ברה"נ בראשית הרפורמה	2.5
6	3. שאלות המחקר	3
7	4. שיטות המחקר	4
7	4.1 אוכלוסייה	4.1
7	4.2 מדגם	4.2
7	4.3 כלי המחקר	4.3
8	4.4 מהלך המחקר	4.4
8	4.5 סיכום איסוף הנתונים	4.5
9	4.6 מידת הייצוגיות של המדגם ביחס לאוכלוסייה	4.6
10	5. ממצאים	5
10	5.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים	5.1
11	5.2 מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה	5.2
13	5.3 מצב הבריאות הפיזית, צריכת שירותי בריאות כלליים ותפקוד יום-יומי	5.3
13	5.3.1 רישום בקופות החולים ובעלות על ביטוחי בריאות	5.3.1
13	5.3.2 מצב בריאות פיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף	5.3.2
14	5.3.3 יכולות וקשיים בביצוע פעולות יום-יומיות	5.3.3
15	5.3.4 אורח חיים בתחום הבריאות (הרגלי בריאות והתנהגות מקדמת בריאות)	5.3.4
16	5.4 ידע, אמונות ועמדות בתחום בריאות הנפש ובנושאים משיקים	5.4
18	5.5 השפעות משבר הקורונה על מצב הבריאות הפיזית והנפשית	5.5
19	5.6 היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש	5.6
19	5.7 צריכת טיפול נפשי בקהילה	5.7
20	5.7.1 הפרופסיה של המטפל העיקרי ותקופת הטיפול	5.7.1
20	5.7.2 המסגרת שבה מסופק הטיפול מידי המטפל העיקרי ומעבר בין מסגרות	5.7.2
22	5.7.3 זמני המתנה לקבלת טיפול, תדירות הטיפול, משך מפגש טיפול והתשלום עבורו	5.7.3
24	5.7.4 שינויים שחלו בטיפול הנפשי בעקבות משבר הקורונה	5.7.4
24	5.7.5 שביעות רצון מן המטפל העיקרי ומן המסגרת מספקת הטיפול	5.7.5
25	5.7.6 עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם	5.7.6
26	5.8 צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי	5.8
26	5.8.1 היכרות עם חוק השיקום ומעבר ההליך של ועדת סל שיקום	5.8.1
27	5.8.2 ועדת סל שיקום – מאפייני ההליך וחסמים לפנייה	5.8.2
28	5.8.3 שימוש בשירותי סל שיקום בתחומי חיים שונים	5.8.3
29	5.8.4 השפעות משבר הקורונה על צריכת שירותי סל שיקום	5.8.4
30	5.9 שימוש בשירותים אמבולטוריים במצבי משבר וחירום נפשיים	5.9
30	5.10 צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי	5.10
30	5.10.1 מאפייני שימוש בשירותי אשפוז פסיכיאטרי	5.10.1

31	5.10.2 השפעות משבר הקורונה על האשפוז
31	5.10.3 הכנה לחזרה לקהילה בתום האשפוז
32	5.10.4 בתים מאזנים כחלופת אשפוז
32	5.11 תיאום טיפול נתפס
32	5.11.1 תיאום טיפול בין מטפלים שונים בתחום בריאות הנפש
33	5.11.2 תיאום טיפול בין רופא המשפחה למטפלים בבריאות הנפש
34	5.12 חוויית ההתנהלות במערכת בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה הביטוחית
36	6. דיון והמלצות לכיווני מדיניות
40	רשימת מקורות

רשימת תרשימים

2	תרשים 1: פיצול מערכות השירותים הרלוונטיות לנכי נפש לפני ואחרי הרפורמה הביטוחית
5	תרשים 2: המודל הקונספטואלי לצריכת שירותי בריאות הנפש
9	תרשים 3: סיכום עבודת איסוף הנתונים

רשימת לוחות

11	לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של נכי הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
12	לוח 2: מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה של נכי הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
13	לוח 3: רישום בקופות החולים ובעלות על ביטוחי בריאות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
14	לוח 4: מצב בריאות פיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
15	לוח 5: יכולות וקשיים בביצוע פעולות יום-יומיות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
16	לוח 6: ביצוע בדיקות מקדימות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
17	לוח 7: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לברה"נ ונושאים משיקים, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
18	לוח 8: שינויים במצב הבריאות עקב משבר הקורונה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
19	לוח 9: היקף השימוש בשירותים מקצועיים בבריאות הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
20	לוח 10: הפרופסיה של המטפל העיקרי ותקופת הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
21	לוח 11: המסגרת שבה ניתן הטיפול מן המטפל העיקרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
22	לוח 12: זמני המתנה לקבלת טיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
23	לוח 13: תדירות מפגשי הטיפול, משך מפגש וזמן הגעה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
24	לוח 14: האם וכיצד האדם משלם עבור הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
24	לוח 15: שביעות רצון מן המטפל העיקרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
25	לוח 16: שביעות רצון מן המסגרת שבה ניתן הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
25	לוח 17: עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
26	לוח 18: היכרות עם חוק השיקום ומעבר ועדת סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
27	לוח 19: הגורם המפנה לוועדת סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
27	לוח 20: הגורם המלווה לוועדת סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
28	לוח 21: התחומים שהמשתקמים מקבלים בהם שירותי סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
29	לוח 22: תחומים נוספים שנכי הנפש מעוניינים לקבל בהם שירותים (באחוזים)
29	לוח 23: סיבות לאי-קבלת שירותי סל שיקום הרצויים בקרב נכי הנפש (באחוזים)
31	לוח 24: מאפיינים של צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)
31	לוח 25: הכנה לקהילה בסיום האשפוז, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית, 2020 (באחוזים)
33	לוח 26: תיאום טיפול נתפס בין המטפלים בבריאות הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

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 מיועדת, 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). הבשורה שהרפורמה הביטוחית הביאה עימה רלוונטית לציבור הרחב, ובתוך כך גם לאנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות (להלן: **נכי נפש**, ראו הגדרה רשמית בפרק השיטה), אשר זקוקים לשירותים מקיפים בתחום ברה"נ, המשולבים ומתואמים עם שירותי הבריאות הכלליים. בראשית החלת הרפורמה ערכו הרן ונאון (2017) מחקר ראשון מסוגו, אשר בחן בחינה כוללת את התנהלותם של נכי הנפש במגוון שירותי ברה"נ ובמשקים ביניהם מנקודת המבט של הצרכנים עצמם. המחקר הנוכחי מבקש לבחון אילו שינויים חלו בדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ כחמש שנים לאחר השקת הרפורמה הביטוחית, ובפרט באילו היבטים עמדה הרפורמה ביעדיה ובאילו היבטים התממשו החששות שליוו את יישומה, כאמור לפי תפיסתם של נכי הנפש.

2. רקע מדעי

2.1 מערכת בריאות הנפש בישראל – סוגי השירותים ודרכי הספקתם

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

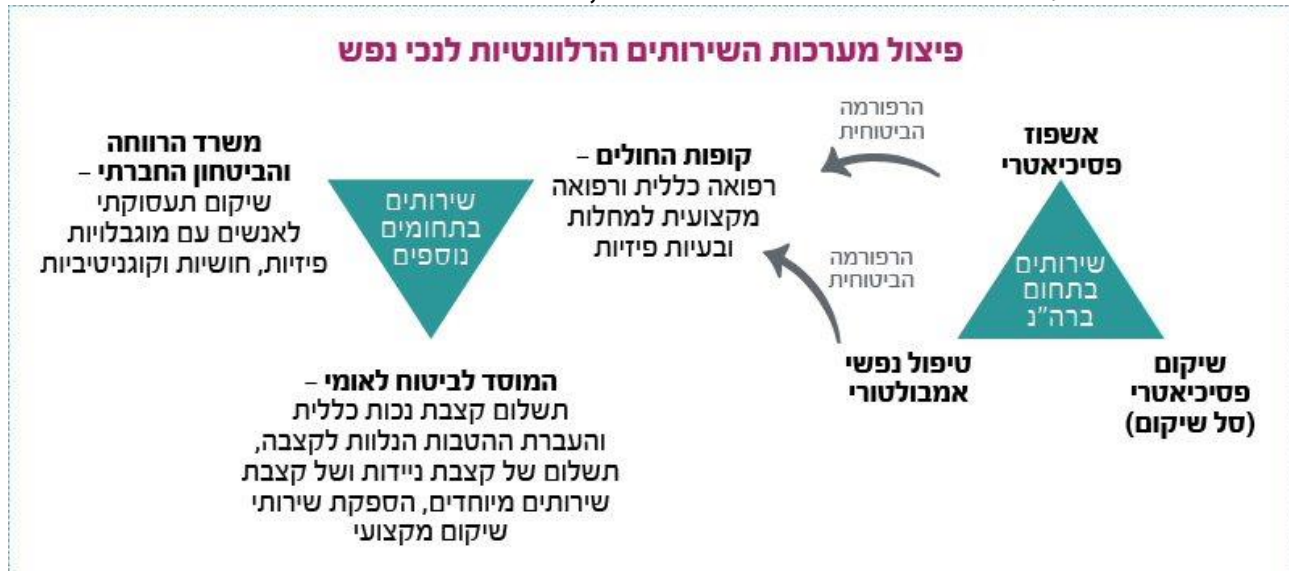
שלושת סוגי השירותים בברה"נ – אשפוז פסיכיאטרי, טיפול נפשי בקהילה ושיקום פסיכיאטרי – היו נתונים לפיקוח, למימון ולבקרה של משרד הבריאות, אשר בה בעת סיפק בעצמו חלק מן השירותים: שירותי האשפוז הפסיכיאטרי מומנו וסופקו על ידי משרד הבריאות, שהוא גם הבעלים של רוב בתי החולים הפסיכיאטריים; והספקתו של הטיפול הנפשי בקהילה נחלקה בין משרד הבריאות ובין קופות החולים, שסיפקו אותו דרך מסלול ציבורי ללא עלות או דרך מסלול פרטי למחצה בעלות מוזלת, דרך מטפלים עצמאיים שעבדו בהסדר עם הקופות. לאחר החלת הרפורמה, האחריות למימון האשפוזים הפסיכיאטריים ולהספקת הטיפול הנפשי בקהילה עברה לקופות החולים (ראו **תרשים 1**). השיקום פסיכיאטרי, לעומת זאת, גם לפני החלתה רפורמה וגם אחריה, נתון

לאחריות משרד הבריאות. השירות מסופק על בסיס חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן: **חוק השיקום**), המקנה לנכי הנפש שירותי "סל שיקום" בדמות סיוע ותמיכות בתחומי חיים מרכזיים, כגון דיור, תעסוקה, פנאי והשלמת השכלה. את השירותים האלו מספקים זכיינים – ארגוני מגזר שלישי או חברות פרטיות.

2.2 הפיצול של שירותי בריאות הנפש בין גורמים מקצועיים וסטטוטוריים

אופן הספקת השירותים טרום הרפורמה הביטוחית יצר מצב שבו בצד חוסר הבהירות בנוגע לחלוקת האחריות הממסדית בין משרד הבריאות ובין קופות החולים באשר לשירותים השונים בתחום ברה"נ, נמצאו פערים מקצועיים בין הטיפול הנפשי, שנחשב נחלתם הבלעדית של פסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים, ובין השיקום הפסיכיאטרי, המבוסס על מגוון אנשי מקצוע, ובהם עובדים סוציאליים, פסיכותרפיסטים בעלי התמחויות שונות וצרכנים נותני שירות (רועה ואח', 2011). אומנם ריבוי הפרופסיות של העוסקים במלאכה מעשיר את התחום, אך בה בעת יוצר חוסר עקיבות במודלים ובשיטות של הספקת השירותים ומהווה מקור לקונפליקטים רבים בין השיקום הפסיכיאטרי ובין דיסציפלינות אחרות בברה"נ (נירל וסמואל, 2013). לפיכך עבודה שנעשית ללא קשר או תיאום מספקים בין הגורמים המטפלים באותו אדם הפכה תופעה שכיחה למדי (שטרוך ואח', 2009).

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



בד בבד עם הפיצול הארגוני בין השירותים השונים בתחום ברה"נ עצמו, אשר מקשה על נכי הנפש לצרוך את מכלול השירותים ו"להתנייד" ביניהם בגמישות הנחוצה להספקת צורכיהם, הם נאלצים להתמודד גם עם פיצולים בין מערכת ברה"נ למערכות שירותים משיקות, בפרט המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: **משרד הרווחה**) וקופות החולים (שטרוך ואח', 2009), כפי שמומחש ב**תרשים 1**. כך למשל, נכי הנפש זכאים לקבל שירותי שיקום תעסוקתי ממשרד הבריאות, מן המוסד לביטוח הלאומי, ואם הם מוכרים גם עם נכות פיזית, חושית או קוגניטיבית – גם ממשרד הרווחה. אולם הגופים השונים מציבים קריטריונים שונים לזכאות,

וכדי למנוע כפל שירותים על הצרכנים הפוטנציאליים "לבחור" גורם אחד בלבד שממנו יקבלו את השירות. מאחר שהממשקים הבירוקרטיים בין מערכות אלו אינם מפותחים דיים ועל פי רוב חסרים יד מכוונת, הרי שרבים מן ההליכים המנהליים, הארגוניים והמעשיים הכרוכים במימוש זכויותיהם של נכי הנפש מוטלים על כתפיהם. פעמים רבות הם מתקשים לנווט במערכת השירותים הסבוכה, ולא עולה בידם לנצל את השירותים שהם זכאים לקבל (מבקר המדינה, 2014; 2016). ייתכן שזו אחת הסיבות לכך שבשני העשורים שחלפו מאז חקיקת חוק השיקום, רק כרבע עד שליש מנכי הנפש צרכו 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), הנגזרת בעיקרה מן התפקידים החופפים שמילא משרד הבריאות (רגולציה, מימון והספקה) בכל הנוגע לשירותים אלו, מאז חקיקת חבב"מ נעשו ניסיונות חוזרים ונשנים להעביר את האחריות להספקת השירותים מן המדינה אל קופות החולים. ניסיונות אלו צלחו רק כעבור עשרים שנה בדמות הרפורמה הביטוחית (אבירם, 2012; אבירם, ואזארי-ויזל, 2015). במסגרת זו ממשלתי שנכנס לתוקף ביולי 2015 הועברה האחריות להספקת שירותי האשפוז הפסיכיאטרי ולהספקת הטיפול הנפשי הקהילתי אל קופות החולים, בעוד שירותי סל שיקום נותרו באחריות משרד הבריאות (ראו **תרשים 1** לעיל).

הרפורמה הביטוחית היא חלק מרפורמה כללית בברה"נ, אשר לה שני רכיבים נוספים: הרפורמה המבנית, המיועדת לצמצום האשפוז הפסיכיאטרי ולהעברת מוקד הטיפול בנכי הנפש לקהילה; והרפורמה השיקומית, המעוגנת 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 חלה ירידה ניכרת בהיקף האשפוז הפסיכיאטרי בצד עלייה בשימוש בשירותי סל שיקום (אבירם, 2012; Aviram, 2010), ואף בוסס קשר אמפירי בין שתי מגמות אלו (שטרך ואח', 2011).

תהליכי החלתה של הרפורמה הביטוחית ידעו מהמורות רבות, ובצד המטרות והשאיפות נשמעו גם לא מעט קולות התנגדות (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; Aviram, 2010; Rosen et al., 2008). היעדים העיקריים של הרפורמה היו הסדרת מימושה של הזכות החוקית לקבלת טיפול נפשי מקופות החולים בזמן ובמרחק סבירים; הגדרת תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור במקום כספק שירותים; חיזוק הקשר גוף-נפש בהספקת שירותי בריאות; הרחבת הזמינות והנגישות של שירותי ברה"נ; הפחתת הסטיגמה כלפי הצרכנים. בד בבד, 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 הביטוחית במחלוקת ציבורית ומקצועית בין משרד הבריאות, משרד האוצר, קופות החולים, אנשי מקצועות ברה"נ, ארגוני צרכנים, ארגוני משפחות וגורמים אחרים.

למרות החששות שליוו את המהלך, מאז השקת הרפורמה מושקעים מאמצים ניכרים כדי לטייב את הספקת שירותי ברה"נ בכלל ואת התיאום ביניהם ובין שירותי הרפואה הראשונית בפרט (אלרועי וסמואל, 2019; אשכנזי ואח', 2018). אנשים רבים החווים מצוקה נפשית אינם פונים ישירות לשירותי ברה"נ, אבל מגיעים מסיבות שונות לרופא המשפחה שלהם, כך שהמפגש איתנו הוא לעיתים קרובות "קו החזית" לאיתור הבעיה ולהתנתת תהליך הטיפול הנפשי. ההספקה של שירותי ברה"נ הקהילתיים ושל שירותי הרפואה הראשונית בקופות החולים ממצבת את הרופאים הראשוניים כמתאמי טיפול פוטנציאליים, עמדה שעשויה לתרום לסנכרון המודלים והפרקטיקות ברפואת הנפש וברפואת הגוף ולהידוק הקשרים ביניהן. ואומנם, מאז החלת הרפורמה מוקצים משאבים ייעודיים לחיזוק יכולתם המקצועית של רופאי המשפחה לספק מענים שוטפים לבעיות נפשיות בצד בעיות גופניות, ונבנית מעטפת של ייעוץ ותמיכה לרופאים עצמם, דוגמת מודל הליאזון הפסיכיאטרי. כמו כן, כדי לשפר את הזמינות והנגישות של שירותי ברה"נ בקהילה, אחד מן היעדים העיקריים של הרפורמה, פתחו הקופות מרפאות רב-מקצועיות בפריסה ארצית, אשר מנהלות יחסי גומלין עם הרופאים הראשוניים. התפתחות נוספת שחלה בתחום הרלוונטית לנכי הנפש בפרט, היא יצירה ומיסוד של ממשקי עבודה ושיתופי פעולה בין שירותי סל שיקום ובין צוותי הרפואה הראשונית בקופות, אשר מחויבים, לפי מתווה הרפורמה, להפנות מטופלים לוועדות סל שיקום, ובזאת תורמים ערך מוסף לרצף הטיפול בשירותים הקהילתיים (ו. בלוש-קליינמן ור. דודאי, האגף לברה"נ, מנהל רפואה, משרד הבריאות; תקשורת בין-אישית, יוני 2018).

2.4 מסגרת תיאורטית לשימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש

כדי לבחון אמפירית את דפוסי הצריכה של שירותי ברה"נ על ידי נכי הנפש, תוך הבאה בחשבון של מורכבות צורכיהם והמענים שלהם הם זקוקים מצד אחד, ושל הפיצולים המאפיינים את מערכת השירותים והשינויים שחלים בה בעקבות הרפורמה מצד שני, בחרנו להשתמש במודל ההתנהגותי של אנדרסן (Andersen, 1995). המודל מאגד מאפיינים אישיים (כגון פרופיל סוציו-דמוגרפי, אבחנות רפואיות, תפקוד יום-יומי והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות) ומערכתיים (זמינות השירותים ונגישותם) לשם ניתוח וניבוי של צריכת שירותי בריאות (תרשים 2). מדובר במודל הוליסטי ומתוקף העומד במבחן הזמן, ואשר נמצא בשימוש נרחב במדינות שונות בעולם. יתרה מכך, סקרים מקיפים שנעשו בכמה מדינות מערביות השתמשו במודל כדי לבחון ספציפית את דפוסי השימוש של אנשים עם בעיות נפשיות חמורות בשירותי ברה"נ (Fleury et al., 2011; McAlpine & Sareen et al., 2007; Mechanic, 2000), והצביעו על חשיבותם של היבטים מבניים וארגוניים.

מחקרן של הרן ונאון (2017) (להלן: **מחקר הבסיס**) יישם את המודל של אנדרסן בהקשר של מערכת ברה"נ בישראל. לנוכח הפיצולים הרבים במערכת מחד גיסא, ולנוכח השינויים שחלו 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 שפותחה בידי ג'ויס ואח' באוניברסיטת אלברטה שבקנדה (Joyce et al., 2004, 2010), רצף הטיפול הוא צירוף של שלושה ממדים כפי שהם נתפסים בעיני

הצרכן – מידת התיאום בין מערכות השירותים, טיב מערכת היחסים עם המטפל העיקרי ורגישות הטיפול לנסיבות חיים ולצרכים דינמיים משתנים (**תרשים 2**). אותו מודל ששימש במחקר הבסיס שימש גם במחקר הנוכחי, במטרה לבחון אם וכיצד השתנתה השפעתם של רכיבים שונים במודל על צריכת שירותי ברה"נ על ידי נכי הנפש לאחר הטמעת הרפורמה הביטוחית.

תרשים 2: המודל הקונספטואלי לצריכת שירותי בריאות הנפש



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

מחקר הבסיס (הרן ונאון, 2017) בחן את השימוש שעושים נכי הנפש ב"משולש" שירותי ברה"נ – אשפוז פסיכיאטרי, טיפול נפשי בקהילה וסל שיקום – באמצעות תשאול ישיר של 350 צרכנים, שנערך בחודשים הראשונים להחלת הרפורמה הביטוחית. 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 אלו עם ליקוי נפשי בלבד. נכי נפש עם ריבוי ליקויים הם מבוגרים יותר ובריאותם הפיזית טובה פחות, יכולת התפקוד היום-יומית שלהם (כפי שמתבטאת במדדי ADL ו-IADL) מוגבלת יותר, וצריכת שירותי הרפואה הכלליים על דם גבוהה יותר. כמו כן שיעור גבוה יותר מהם מתגוררים בפריפריה (מחוזות הצפון והדרום), אשר בה פועלות פחות מסגרות המספקות שירותים בברה"נ לעומת מרכז הארץ ומגוון השירותים בה דל יותר. זאת ועוד, שיעור התעסוקה בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים נמוך יותר, גורם המרחיק אותם ממרקם החיים הנורמטיבי ומקשה על השתלבותם בקהילה. לבסוף, אף על פי שאחוז הנכות הנפשית (לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי) בשתי הקבוצות הוא דומה, נכי נפש עם ריבוי ליקויים חווים מצוקה נפשית חמורה יותר מאשר אלו עם ליקוי נפשי בלבד. עוד הראה המחקר כי גורמים מאפשרים – ובמיוחד נגישות אינפורמטיבית (קבלת מידע רלוונטי מהימן בנוגע לשירותי ברה"נ, דרכי הגישה אליהם ותנאי הזכאות למימושם) – וכן רצף הטיפול (כפי שנתפס בעיניהם של

נכי הנפש) קשורים לשימוש בשירותי ברה"נ על ידי כלל נכי הנפש. בניגוד לנטיות מוקדמות ומשתני צורך שהם משתנים מובנים ברמת הפרט ולכן קבועים למדי, גורמים מאפשרים ניתנים יותר לשינוי. אשר על כן, הציפייה היא כי השפעות הרפורמה הביטוחית על הצרכנים יבואו לידי ביטוי בעיקר דרך זמינות השירותים ונגישותם.

מבחינת היקף השימוש בשירותי ברה"נ, נמצא כי 90% מכלל נכי הנפש קיבלו טיפול נפשי בקהילה בשנה שקדמה למועד הריאיון, 30% אושפזו במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים שקדמו לו, ו-32% קיבלו במועד הריאיון לפחות שירות אחד משירותי סל שיקום – אף על פי 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 הקשורים ל-COC בכל אחד מסוגי השירותים במערכת ברה"נ: הטיפול הנפשי בקהילה מסופק בעיקר באמצעות התערבויות פסיכיאטריות-תרופתיות, אף שמן השטח עולה צורך בתגבור התערבויות פסיכולוגיות-חברתיות; חלק גדול מנכי הנפש שמכירים את שירותי השיקום הפסיכיאטרי חסרים "אוריינות בירוקרטית" הנדרשת כדי להגיע לוועדות סל שיקום וכדי לממש את השירותים שאושרו להם; ובאשפוז הפסיכיאטרי ניתנת הכנה מעטה לקראת החזרה לקהילה – צומת חיוני בהשתלבותם המחודשת של נכי הנפש בסביבה הנורמטיבית. מצב עניינים זה מדגיש את חשיבותו של רצף הטיפול, שנמצא כמנבא שימוש בשירותי סל שיקום מעבר למשתנים אישיים ומערכתיים אחרים (הרן, 2018).

3. שאלות המחקר

לנוכח ממצאי מחקר הבסיס (הרן ונאון, 2017), המחקר הנוכחי נועד לבחון את השינויים שחלו בהיקף ובדפוס השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ, כמו גם בשירותי הבריאות הכלליים, במשך חמש השנים הראשונות להטמעתה של הרפורמה הביטוחית. גם במחקר זה נעשתה הבחינה תוך השוואה בין נכי נפש שהליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד שלהם ובין נכי נפש עם ליקויים נוספים. בתוך כך, המחקר התמקד בנושאים אלו:

- סוגי ההתערבויות בטיפול נפשי שמספקות קופות החולים ושביעות רצונם של המטופלים
- 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. מסיבה זו נבחנו השפעות משבר הקורונה על מצב הבריאות הפיזית והנפשית של נכי הנפש וכן על היקף ודפוס השימוש במגוון השירותים (רפואת הגוף, טיפול נפשי בקהילה, שירותי סל שיקום ואשפוז פסיכיאטרי).

4. שיטות המחקר

4.1 אוכלוסייה

אוכלוסיית המחקר היא אנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות וממושכות אשר פוגעות פגיעה ניכרת בתפקודם היום-יומי. כדי לזהות ולאתר אנשים הנמנים עם אוכלוסייה זו, השתמשנו במחקר בהגדרה האופרציונלית של נכי נפש (ששימשה אותנו גם במחקר הבסיסי) – מקבלי קצבת נכות כללית מן המוסד לביטוח לאומי בגין נכות רפואית של 40% לפחות בסעיף נפשי.¹ מספרם של נכי הנפש על פי הגדרה זו עומד על כ-90,000 איש (המוסד לביטוח לאומי, 2019).² בקרב כשני שלישים מהם הליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד שבגינו הם מקבלים את קצבת הנכות, ואילו לכשליש מהם ליקויים נוספים המזכים אותם בקצבה זו, לרוב מגבלות פיזיות (ניורולוגיות, מוטוריות או חושיות) או מחלות גופניות כרוניות (אלו מכונים במחקר זה **נכי נפש עם ריבוי ליקויים**).³

4.2 מדגם

על בסיס רשומות המוסד לביטוח לאומי הופקו שני מדגמים שכבתיים של 2,000 איש. אחד של נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד ואחד 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 (שנת תחילת קבלתה של 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 ובקיאיותו בנוגע לשירותים שהוא זכאי לקבל, על אורח החיים שהוא מנהל בתחום הבריאות, על השימוש שהוא עושה בשירותי הבריאות הכלליים ובשירותים המקצועיים בברה"נ (טיפול נפשי בקהילה, שירותי סל שיקום ואשפוז פסיכיאטרי) ועל התנהלותו בממשקים בין מגוון השירותים. עוד בחן השאלון את השפעות משבר הקורונה על דפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי הבריאות בענפים השונים.

¹ ההגדרה האופרציונלית מובחנת מן התפיסה העצמית הסובייקטיבית של התמודדות עם מגבלה נפשית קשה שפוגעת בתפקוד היום-יומי. לפי ההגדרה הסובייקטיבית, אוכלוסיית "מתמודדי הנפש" היא רחבה והטרוגנית יותר מאשר זו הנסקרת במחקר זה.

² כיוון שהמחקר מתמקד בחוויית המטופל, לא נכללו אנשים אשר סביר להניח שיתקשו להתראיין בעצמם, בפרט נכי נפש שלהם גם מוגבלות שכלית, מאושפזים פסיכיאטריים כרוניים ואנשים שמונה להם אפטרופוס (כ-5% בסך הכול מקרב אוכלוסיית נכי הנפש). עם זאת, נכללו אנשים על הספקטרום האוטיסטי (עם יכולת תקשורת שמורה), אשר מסווגים על ידי הביטוח הלאומי כנכי נפש.

³ סעיפי הנכות הנוספים של נכי נפש עם ריבוי ליקויים לפי רשומות המוסד לביטוח לאומי הם פנימי, אוריגניטלי, ניורולוגי ולוקומוטורי (ומיעוטם ראייה או שמיעה). בצד הנתונים המנהליים, בשאלון המחקר נשאלו הנסקרים כיצד הם מעריכים את מצב בריאותם הפיזית (כמו גם הנפשית), מהם צורכיהם בתחום הבריאות הפיזית ומהם דפוסי השימוש שהם עושים בשירותי בריאות פיזית.

4.4 מהלך המחקר

לקראת תחילת הסקר נשלח לנדגמים מכתב מטעם המוסד לביטוח לאומי. במכתב הוסברו מטרות הסקר וחשיבותו ופורטו האמצעים הננקטים לשמירת פרטיותם של הנמענים ולהבטחת סודיות המידע שימסרו. עוד ניתנה לנמענים אפשרות לסרב להשתתף בסקר ולשלוח את הודעת הסירוב בדואר חוזר ללא תשלום. מי שהתקבלו מהם ממכתבי סירוב הוסרו מרשימת המרואיינים ולא נוצר עימם קשר, ועם היתר יצרו קשר נציגים מן המוסד לביטוח לאומי, אשר ביקשו את אישורם להעביר את שמם ופרטי ההתקשרות שלהם למכון ברוקדייל. נציג מצוות המרואיינים של מכון ברוקדייל יצר קשר עם מי שהסכימו להעברת הפרטים, בדק הסכמה מדעת בעל-פה להשתתפות במחקר, ומשניתנה ביצע את הריאיון.

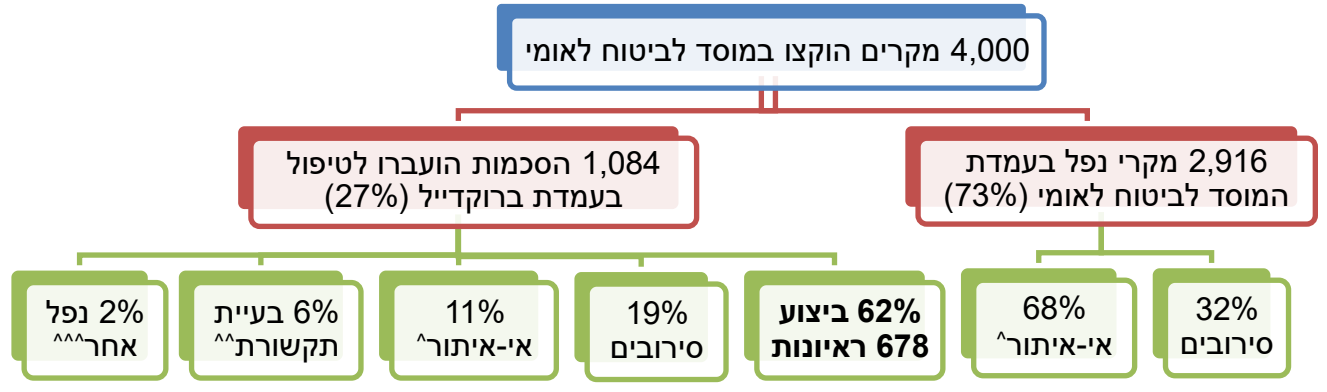
הראיונות, שנוהלו בשלוש שפות – עברית, ערבית ורוסית – התקיימו בחודשים יולי עד דצמבר 2020. כל הראיונות נעשו עם נכי הנפש עצמם, בידי מרואיינים שעברו הדרכה מיוחדת לצורכי המחקר. את המרואיינים ליוו ליווי צמוד רכזת יחידת איסוף הנתונים של מכון ברוקדייל והחוקרות האחראיות בצוות מוגבלויות. המחקר אושר בידי ועדת האתיקה המוסדית (IRB) של מכון ברוקדייל, על דעתו של המכון הלאומי.

4.5 סיכום איסוף הנתונים

מקרב 4,000 הנדגמים שהוקצו למחקר מן המוסד לביטוח לאומי, בוצעו ראיונות עם 678 מהם בסך הכול (368 עם ליקוי נפשי בלבד ו-310 עם נדגמים עם ריבוי ליקויים), (תרשים 3). הסיבות לריבוי הנדגמים שלא עלה בידינו לראיין (בדומה לדפוס שהתקבל במחקר הבסיסי) היו מורכבות המנהלית והטכנית של הליך ההתקשרות שנבעה מן ההקפדה על פרטיותם של המרואיינים וקבלת הסכמה מדעת; פרטי התקשרות בלתי מעודכנים; ומאפיינים קוגניטיביים-רגשיים של אוכלוסיית היעד שלא אפשרו לחלק מן הנמנים עימה להתראיין. עם זאת, בהשוואת הנדגמים שרואיינו לאלו שלא רואיינו לפי המאפיינים הדמוגרפיים והרפואיים המעוגנים ברשומות הביטוח הלאומי, נמצאו הבדלים מובהקים רק בהתפלגות משתנה המין ובדרגת הנכות הרפואית בסעיף נפשי (בקרב בעלי אחוזי הנכות הגבוהים יותר שיעורי ההיענות היו נמוכים יותר), אשר תוקננו על פי ההתפלגות באוכלוסייה.⁴ 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.

⁴ הנתונים המנהליים על אודות נכי הנפש שרואיינו הועברו למכון ברוקדייל ברמה אגרגטיבית בלבד (התפלגויות המדגם לעומת התפלגויות האוכלוסייה), כך שלא הייתה אפשרות לזהות את המרואיינים פרטנית. הפקת המשקולות לפי המאפיינים האישיים נעשתה על ידי מנהל אגף מחשוב ושירותי מחקר במנהל המחקר והתכנון במוסד לביטוח לאומי, והוא היחיד שחשוף למידע רשימת המשקולות בצימוד לתעודות הזהות של המרואיינים הועברה למנהלת המחקר במכון ברוקדייל בדרך מאובטחת.

תרשים 3: סיכום עבודת איסוף הנתונים



^ היעדר מספרי טלפון, כל המספרים שגויים, קו טלפון תקול, אי מענה לאחר מספר ניסיונות התקשרות
 ^^ לא ניתן לקיים 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

4.6 מידת הייצוגיות של המדגם ביחס לאוכלוסייה

ברצוננו להצביע על שתי הסתייגויות בנוגע למידה שבה המדגם ששימש במחקר מייצג את כלל אוכלוסיית היעד. ראשית, בהשוואה לנדגמים שרואיינו, בקרב אלו שהוקצו למחקר אך לא רואיינו בפועל ממגוון הסיבות המוצגות בתרשים 3, נמצא כאמור שיעור גדול יותר של בעלי דרגת נכות רפואית גבוהה יותר. המשתנה אמנם תוקנן בהתאם לנתונים המנהליים של המוסד לביטוח לאומי, אולם עלינו להביא בחשבון כי ממצאי הסקר מייצגים את חוויותיהם של נכי הנפש ברמות התפקוד הגבוהות יותר. אפשר להניח כי לנכי הנפש ברמות התפקוד הנמוכות יותר, שלא נסקרו כאן, משאבים אישיים מעטים יותר והם נתקלים בחסמים רבים יותר בצריכת שירותי בריאות. שנית, המאפיינים ששלטנו בהם לצורך שקלול המדגם הם רק אלה המגולמים בנתוני המוסד לביטוח לאומי – מאפיינים אובייקטיביים וקבועים כמו מין, גיל, שנת לידה, ותק במערכת הקצבה ואחוזי נכות רפואית, אולם הם אינם מכסים את מכלול הגורמים שעשויים להשפיע על ההתנהגות שבמוקד המחקר – שימוש בשירותי ברה"נ. מאפיינים סובייקטיביים ודינמיים יותר, למשל סטיגמה חברתית ועצמית כמו גם חוסר אמון, חשש או עוינות כלפי הממסד (מערכת ברה"נ בפרט, מערכת הבריאות בכלל או המוסד לביטוח לאומי, הגורם שממנו באה הפנייה להשתתפות בסקר), לא היו לנו ידועים מראש. לכן הם לא הובאו בחשבון בבניית המדגם, וגם לא יכולנו להשוות על פיהם את המקרים שבהם בוצע ראיון לעומת מקרי הנפל. כמו כן, אף כי סוגיות של סטיגמה וחוסר אמון במערכת כמעט שלא עלו בתור חסמים לשימוש בשירותים בקרב מי שהשיבו על הסקר, אפשר שהם מובלעים בסירובים להשתתף בו מלכתחילה. נוסף לכך, לא מן הנמנע שתכונות אופי שקשורות בסירובים לענות על הסקר קשורות גם בהתנהלות בשירותי ברה"נ, למשל שיתוף פעולה בטיפול נפשי או בתהליך שיקומי. לפיכך, אף על פי שעשינו כמיטב יכולתנו כדי לבנות מדגם אשר מייצג את אוכלוסיית היעד במגוון משתנים הרלוונטיים להתנהגות הנחקרת, ייתכן שישנם גורמים מתערבים אחרים שלא עלה בידינו לפקח עליהם.

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 כמו גם ידע ואמונות בנוגע לתחום ברה"נ (נטיות מוקדמות במונחי המודל). לאחר מכן ייסקרו 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 זמינות השירותים ונגישותם (גורמים מאפשרים במונחי המודל), הבאים לידי ביטוי למשל בזמני המתנה לטיפול נפשי בקהילה, מיצוי זכויות בשלבי התהליך לקבלת שירותי סל שיקום והכנה לקראת חזרה לקהילה לאחר אשפוז פסיכיאטרי. בחלק הארי של הפרק יוצגו מדדי התוצאה – היקף השימוש ודפוסי השימוש שעושים נכי הנפש בשירותי הבריאות הכלליים וב"משולש" שירותי ברה"נ (טיפול-שיקום-אשפוז), אשר במוקד המחקר. לבסוף ייבחן תיאום טיפול נתפס בין מכלול השירותים – החולייה של COC (Joyce et al., 2004, 2010) שהוספנו למודל הבסיסי. הממצאים במגוון תחומי התוכן יוצגו עבור כלל נכי הנפש, ובפילוח לפי קבוצה קלינית – נכי נפש שהליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד שלהם (להלן: **ליקוי נפשי בלבד**) ונכי נפש שלהם גם ליקויים נוספים (להלן: **ריבוי ליקויים**). כמו כן, בהתייחס לכלל נכי הנפש, יושוו ממצאי המחקר הנוכחי (שנערך בשנת 2020, כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית) לממצאי מחקר הבסיס (שנערך בשנת 2016, בתחילת יישומה של הרפורמה)⁵.

5.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

בבחינת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של כלל נכי הנפש, של אלו עם ליקוי נפשי בלבד ושל אלו עם ריבוי ליקויים, ולעומת כלל האוכלוסייה בגיל העבודה, עולים הממצאים האלו (**לוח 1**):

- בקרב כלל נכי הנפש, כמו גם בכל אחת משתי הקבוצות הקליניות ובשתי נקודות המדידה, כ-60% הם גברים וכ-40% הם נשים, לעומת התפלגות מגדרית מאוזנת בקרב כלל האוכלוסייה בגיל העבודה.
- שיעור הערבים בקרב נכי הנפש הוא כ-10% בכל אחת משתי נקודות המדידה, כמעט מחצית משיעורם בכלל האוכלוסייה בגיל העבודה – ככל הנראה בשל חוסר מודעות, תת-אבחון או אי-הגשת תביעה לקצבת נכות כללית למוסד לביטוח לאומי בגין בעיות נפשיות (להבדיל ממוגבלויות אחרות) בקרב האוכלוסייה הערבית. סטיגמה מוגברת ומיעוט שירותים בתחום ברה"נ פוגעים אף הם במוטיבציה לפעול למיצוי הזכויות.
- הן בשנת 2016 הן בשנת 2020 כרבע מכלל נכי הנפש התגוררו בפריפריה. אולם בעוד שבשנת 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%), הרי שבשנת 2020 נמצא כי שיעור דומה מכל קבוצה מתגוררים בפריפריה.
- בשתי נקודות המדידה נמצא כי נכי הנפש מבוגרים יותר מן האוכלוסייה הכללית בגיל העבודה (שיעורה של קבוצת הגיל הצעירה (18-34) הוא פחות מ-30% לעומת כמעט 40%, ושיעורה של קבוצת גיל הביניים

⁵ בכמה משתנים המוצגים בפרק זה לא התאפשרה השוואה בין שתי נקודות המדידה, אם משום ששאלות שהופיעו בסקר 2020 לא הופיעו בסקר 2016, אם משום שקטגוריות התשובה היו שונות, אם משום שסוגי השאלות היו שונים (למשל שאלה חד-בררית לעומת רב-בררית) ואם מסיבות מתודולוגיות אחרות. במקומות אלה מופיע הסימן "----" במקום ה-p-value.

(54-35) הוא כ-50% לעומת 44%, בהתאמה). אולם, אף על פי שני הנפש מבוגרים יותר, שיעור הנשואים בקרבם הוא כשליש בלבד לעומת כשני שלישים בקרב כלל האוכלוסייה בגיל העבודה.

- בשנת 2020 נמצא כי נכי נפש עם ריבוי ליקויים מבוגרים יותר מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (33% לעומת 13% בני 55-67), בדומה להבדל שנמצא בשנת 2016.
- בשנת 2020 שיעור הנשואים בשתי הקבוצות דומה, אולם בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים שיעור הגרושים גבוה יותר (29% לעומת 13%), ואילו שיעור הרווקים נמוך יותר (32% לעומת 55%).
- שיעורם של נכי הנפש שהשלימו תעודת בגרות מלאה גבוה יותר בשנת 2020 לעומת שנת 2016 (58% לעומת 46%), אך נמוך לעומת כלל האוכלוסייה (69%). בשתי נקודות המדידה לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בשיעורם של בעלי תעודת בגרות בין שתי הקבוצות הקליניות.

לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של נכי הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020			2016			כלל האוכלוסייה [^]			
	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים		ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
		224	454	678		125	225	350	סך הכול (N) מין	
0.775	0.073	46	37	40	0.484	43	39	41	נשים	
0.123	0.132	13	9	11	0.663	9	7	8	מגזר ערבים	
0.247	0.298	22	26	25	0.032	35	25	28	אזור מגורים ^{^^} פריפריה	
0.630	<0.001	17	36	29	0.006	18	31	26	קבוצת גיל ^{^^^} 34-18	
		50	51	51		54	53	53	54-35	
		33	13	20		28	16	21	17	67-55
0.665	<0.001	36	30	32	0.016	36	32	33	מצב משפחתי נשוי או גר עם בן/בת זוג	
		29	13	19		27	18	21	9	גרוש או פרוד
		3	2	2		3	1	2	5	אלמן
<0.001	0.131	32	55	47	0.704	34	49	44	רווק	
		53	60	58		47	45	46	69	השכלה בגרות מלאה

[^] הנתונים חושבו עבור גילי 20-64, והופקו מן הסקר החברתי 2019, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
^{^^} הפריפריה כוללת את מחוזות צפון ודרום, להבדיל מן המרכז הגיאוגרפי שכולל את מחוזות מרכז, ירושלים, ת"א, חיפה ויו"ש.
^{^^^} 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 עולים הממצאים האלו (לוח 2):

- בשנת 2020, 34% מכלל נכי הנפש היו מועסקים במועד הריאיון (כולל בתעסוקה נתמכת או מוגנת), שיעור מעט נמוך יותר ממי שעבדו במועד הריאיון בשנת 2016 (40%). איסוף הנתונים בשנת 2020 התרחש

בעיצומו של משבר מגפת הקורונה, אשר סביר להניח שהרע את מצב התעסוקה של כלל האוכלוסייה ושל נכי הנפש בפרט. פרט לכך, בשנת 2020 שיעור נמוך יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים היו מועסקים מאשר אלו עם ליקוי נפשי בלבד (27% לעומת 38%) – אותו הפרש שנמצא בשנת 2016.

- שני שלישים מכלל נכי הנפש בשנת 2020 וכמחצית מכלל נכי הנפש בשנת 2016 עבדו כשכירים. כרבע מנכי הנפש בשנת 2020 וכשליש מנכי הנפש בשנת 2016 עבדו בתעסוקה נתמכת או מוגנת.
- בשנת 2020, שיעור המועסקים עם ליקוי נפשי בלבד שעבדו במשרה מלאה (27%) היה כפול מן השיעור המקביל בקרב המועסקים עם ריבוי ליקויים (13%) – בדומה להבדל שנמצא בשנת 2016.
- נמצא כי שיעורם של כלל נכי הנפש שלא עבדו במועד הריאיון אך היו מועסקים בחמש השנים שקדמו לו בשנת 2020 גבוה בעשר נקודות האחוז מן השיעור המקביל בשנת 2016 (43% לעומת 33%).
- בשנת 2020 כמחצית מן הבלתי מועסקים עם ליקוי נפשי בלבד דיווחו כי עבדו בחמש השנים שקדמו למועד הריאיון לעומת שליש בלבד מן הבלתי מועסקים עם ריבוי ליקויים, בדומה למגמה שנמצאה בשנת 2016.
- בשנת 2020, כלל נכי הנפש העריכו את מצבם הכלכלי כפחות גרוע מאשר ההערכות שהתקבלו בשנת 2016 (24% לעומת 37%, בהתאמה, דיווחו כי מצבם "בכלל לא טוב"). כמו כן בשנת 2020 נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד העריכו את מצבם הכלכלי כפחות גרוע מנכי נפש עם ריבוי ליקויים (19% לעומת 34%, בהתאמה, דיווחו כי מצבם "בכלל לא טוב"), בדומה למגמה שנמצאה בשנת 2016.

לוח 2: מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה של נכי הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	
0.084	0.003	27	38	34	0.064	33	44	40	עובד במועד הריאיון
		15	7	9		5	8	7	מקרב המועסקים, עובד כ: עצמאי
		51	67	63		62	47	51	שכיר
---	0.103	4	3	3	0.220	(לא ניתנה אפשרות תשובה זו)	18	19	גם שכיר וגם עצמאי
		10	12	11		19	20	16	בעבודה נתמכת
		15	10	12		10	7	7	בעבודה מוגנת
		5	1	2		4			במסגרת אחרת
0.346	0.041	87	73	76	0.065	82	65	70	מקרב המועסקים, עובד במשרה חלקית
0.013	0.002	33	49	43	0.055	25	38	33	מקרב הבלתי מועסקים, עבד בחמש השנים האחרונות
		6	9	8		2	7	5	הערכת המצב הכלכלי טוב מאוד
<0.001	<0.001	26	34	31	0.098	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 אחת משתי נקודות המדידה, כ-50% מכלל נכי נפש היו רשומים בקופת חולים כללית, כ-30% היו רשומים בקופת חולים מכבי, וכ-10% – בכל אחת מן הקופות הקטנות (לאומית ומאוחדת) (**לוח 3**), בדומה להתפלגות האוכלוסייה הכללית (ברמלי-גרינברג ואח', 2020). בשנת 2020 שיעור גבוה יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים היו מבוטחים בקופת חולים כללית מאשר עמיתיהם עם ליקוי נפשי בלבד (58% לעומת 47%), וההפך בנוגע למבוטחים בקופת חולים מכבי (34% מנכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד לעומת 22% מאלו עם ריבוי ליקויים).

בשתי נקודות המדידה, קרוב ל-80% מנכי הנפש היו בעלי ביטוח בריאות משלים, שיעור הנמוך במקצת מן השיעור המקביל באוכלוסייה הכללית, שעמד על 87% בשנת 2018 (ברמלי-גרינברג ואח', 2020). שיעורם של נכי נפש בעלי ביטוח בריאות מסחרי בשנת 2020 (22%) גבוה בעשר נקודות האחוז מן השיעור המקביל בשנת 2016 (12%), אך הוא נמוך במידה ניכרת מן השיעור המקביל באוכלוסייה הכללית, שעמד על 60% בשנת 2018 (שם).

לוח 3: רישום בקופות החולים ובעלות על ביטוחי בריאות, בסך הכול 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	
									רישום בקופת חולים:
		58	47	51		53	53	53	כללית
0.832	<0.001	22	34	30	0.925	29	30	29	מכבי
		7	10	9		9	10	10	לאומית
		13	8	10		9	7	8	מאוחדת
0.545	0.790	78	79	78	0.216	72	78	76	בעל ביטוח בריאות משלים (שב"ן)
<0.001	0.200	19	24	22	0.002	20	8	12	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 (במובחן מבעיות בריאות נפשיות) וצורכים שירותי רפואה כלליים בשיעורים גבוהים יותר מאשר עמיתיהם עם ליקוי נפשי בלבד (**לוח 4**):
 - 59% לעומת 28% דיווחו שהם מתמודדים עם מוגבלות פיזית שפוגעת בתפקודם היום-יומי.
 - 90% לעומת 47% דיווחו שיש להם מחלה פיזית כרונית כלשהי המאובחנת בידי רופא.
 - 83% לעומת 71% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא המשפחה.
 - 66% לעומת 50% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא מומחה.
 - שיעורי השימוש בשירותי רפואה ראשונית ושינונית בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים דומים לאלו באוכלוסייה הכללית – 85% ביקרו אצל רופא משפחה בשנה שקדמה למועד סקר שנערך בשנת 2018 ו-60% ביקרו אצל רופא מומחה במחצית השנה שקדמה לו (ברמלי-גרינברג ואח', 2020).

- בקרב כלל נכי הנפש, שיעור המבקרים אצל רופא המשפחה בשנת 2020 (75%) ירד לעומת שנת 2016 (93%), בעוד שיעור המבקרים אצל רופא מומחה נותר דומה (60% בקירוב), (לוח 4). ייתכן כי רבים מנכי הנפש נמנעו מלהגיע לרופא המשפחה בשל משבר מגפת הקורונה (ראו סעיף 5.5 בהמשך).

לוח 4: מצב בריאות פיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף, בסך הכול 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	
0.201	<0.001	59	28	37	0.036	69	27	42	עם מוגבלות פיזית שמפריעה מאוד או די מפריעה בתפקוד היום-יומי (תפיסה אישית) עם מחלה פיזית כרונית (למשל לחץ דם, סוכרת, סרטן, בעיות גב) המאובחנת בידי רופא ביקר אצל רופא המשפחה בשנה האחרונה
---	<0.001	90	47	61	<0.001	86	57	67	ביקר אצל רופא מומחה בשנה האחרונה
<0.001	<0.001	83	71	75	0.156	95	91	93	ביקר אצל רופא מומחה 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 בביצוע פעולות יום-יומיות

- בבחינת תפקודי יום-יום בסיסיים ואינסטרומנטליים ויכולת להשתתף בחברה עולים ממצאים אלו (לוח 5):
- בשנת 2020, כלל נכי הנפש דיווחו כי הם מתקשים פחות בביצוע רוב הפעולות שנבחנו לעומת עמיתיהם בסקר שנערך בשנת 2016. כך למשל, 90% לעומת 78% דיווחו כי הם יכולים להישאר בביתם ללא השגחה לכל פרק זמן; 40% לעומת 32% דיווחו כי אינם מתקשים כלל ליצור ולשמר קשרים חברתיים; ו-28% לעומת 18% דיווחו כי אינם מתקשים כלל להשתלב במסגרת תעסוקה או לימודים.⁶
 - עם זאת, 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 תפקודים יום-יומיים בסיסיים (ADL) ואינסטרומנטליים (IADL), בשנת 2020, בדומה לשנת 2016, נמצא כי נכי נפש עם ריבוי ליקויים עצמאיים פחות בביצוע חלק מן הפעולות לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. כך למשל, 54% לעומת 79% דיווחו כי הם יכולים להתלבש או להתרחץ בעצמם ללא קושי, ו-23% לעומת 51% דיווחו כי הם יכולים לעשות את כל הפעולות הכרוכות בניקיון ביתם ללא קושי.
 - בשנת 2020, 40% מכלל נכי הנפש דיווחו כי אינם מתקשים כלל ביצירה ושמירה על קשרים חברתיים, ו-30% נוספים דיווחו על קושי מועט בתחום זה, ללא הבדל של ממש בין שתי הקבוצות הקליניות.
 - בשנת 2020, 44% מכלל נכי הנפש דיווחו כי הם מתקשים מאוד או אינם יכולים כלל לעבוד או ללמוד, והקושי ניכר יותר בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים (50%) מבקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (42%).

⁶ הסקר אמנם 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 החמרה לעומת מחקר הבסיס.

לוח 5: יכולות וקשיים בביצוע פעולות יום-יומיות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

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

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

בשנת 2020 נבחנו כמה משתנים בנוגע לניהול אורח חיים בריא: משקל ותזונה, עישון ורפואה מונעת. להלן פירוט הממצאים בכל אחד מנושאים אלו (אם לא מצוין 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 42% מנכי הנפש דיווחו כי קיבלו ייעוץ מדיאטנית בחמש השנים האחרונות, ואילו 23% דיווחו כי לא קיבלו ייעוץ תזונתי אף על פי שהיו זקוקים לו.
עישון: 39% מנכי הנפש דיווחו כי הם מעשנים לעומת 26% מכלל האוכלוסייה בגיל העבודה⁷, 39% מקרב הראשונים לעומת 9% מקרב האחרונים דיווחו כי הם מעשנים בדרך כלל יותר מ-20 סיגריות ליום.

⁷ גילי 20-64, מנתוני הסקר החברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

רפואה מונעת: נכי נפש עם ריבוי ליקויים דיווחו כי הם מקפידים לבצע בדיקות מקדימות יותר מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (לוח 6). כך למשל, מקרב קבוצת המין והגיל הרלוונטיות לבדיקות, 71% לעומת 46% ביצעו בדיקת ממוגרפיה, 53% לעומת 29% ביצעו בדיקת קולונוסקופיה, ו-38% לעומת 25% התחסנו נגד שפעת בשנה שקדמה למועד הריאיון. לעומת כלל האוכלוסייה בגיל העבודה, שיעורים נמוכים יותר מקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד עושים בדיקות מקדימות לעומת שיעורים דומים ואף גבוהים יותר מקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים.

לוח 6: ביצוע בדיקות מקדימות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

2020				כלל האוכלוסייה ^א	
p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול		
0.002	71	46	58	67	ביצעו בדיקת ממוגרפיה אי פעם (נשים בגיל +40)
0.242	70	62	65	65	ביצעו בדיקת משטח צוואר הרחם אי פעם (נשים בגיל +25)
<0.001	56	32	42	44	ביצעו בדיקת דם סמוי בצואה אי פעם (נשים וגברים בגיל +40)
<0.001	53	29	39	33	ביצעו בדיקת קולונוסקופיה אי פעם (נשים וגברים בגיל +40)
<0.001	38	25	29	18	קיבלו חיסון נגד שפעת בשנה שקדמה למועד הריאיון

^א גילי 20-64, מנתוני הסקר החברתי 2017, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

5.4 ידע, אמונות ועמדות בתחום בריאות הנפש ובנושאים משיקים

ההתמודדות עם המוגבלות הנפשית והמצוקה שהיא מסבה הן 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 בקבועות תרופות מרשם פסיכיאטריות. על רקע זה עולה השאלה עד כמה נכי הנפש מודעים לזכויותיהם בתחום ברה"נ וממצים אותן, עד כמה הם מכירים את השירותים הרלוונטיים ואת הגופים שבמסגרתם הם מסופקים, ועד כמה השירותים הללו מועילים בעיניהם. להלן פירוט הממצאים העיקריים שעלו בבחינת סוגיות אלו (לוח 7):

- בשנת 2020, 74% מכלל נכי הנפש דיווחו שהם מכירים את ההטבות הנלוות לקצבת הנכות הכללית הניתנות על ידי משרדי ממשלה שונים, שיעור נמוך יותר ממי שדיווחו על כך בשנת 2016 (88%).
- המרואיינים נשאלו אם הם מכירים את הקצבאות התפקודיות של המוסד לביטוח לאומי – קצבת ניידות וקצבת שר"מ. בסקר שנערך בשנת 2016 הקצבאות הוזכרו בשמן ותו לא, ונמצא כי מקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים, שהקצבאות הללו רלוונטיות להם במיוחד, רק 38% הכירו את קצבת ניידות ו-36% הכירו את קצבת שר"מ. לכן בסקר שנערך בשנת 2020 הוחלט להוסיף הסבר קצר על כל אחת מן הקצבאות. כאן נמצא ש-46% מכלל נכי הנפש הכירו הן את קצבת ניידות הן את קצבת שר"מ. אולם אין בממצאים אלו בכדי להעיד על עלייה במודעות לקצבאות או על נקיטת פעולות למיצוי זכויות בתחום, שכן סביר להניח שהעלייה בשיעור המדווחים על הכרת הקצבאות נובעת מהוספת ההסבר ולא משינוי של ממש במצב העניינים בשטח.
- שיעור גבוה יותר מנכי נפש עם ריבוי ליקויים הכירו את הקצבאות התפקודיות לעומת עמיתיהם עם ליקוי נפשי בלבד, ככל הנראה משום שהזכאות לקצבאות הללו מותנית בקיומה של בעיית בריאות פיזית.
- נוסף על כך נבדק בשני הסקרים אם נכי הנפש יודעים לאילו מקומות פיזיים-גיאוגרפיים עליהם לגשת כדי לקבל שירותים חיוניים בתחומי ברה"נ והרווחה. בשנת 2020 נמצא כי שיעורים גבוהים למדי אינם מתמצאים בנושא: 40% אינם יודעים היכן נמצא חדר המיון הפסיכיאטרי באזור מגוריהם, 50% אינם יודעים היכן נמצאת מרפאה ממשלתית לברה"נ (לעומת 41% שלא ידעו זאת בשנת 2016), 48% אינם יודעים היכן נמצאת

מרפאה לברה"נ של קופת החולים, ו-50% אינם יודעים היכן נמצאת המחלקה לשירותים חברתיים (60% מקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים לעומת 40% מקרב אלו עם ליקוי נפש בלבד יודעים היכן נמצאת המחלקה).

- לבסוף נשאלו נכי הנפש עד כמה להערכתם שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לאדם שנמצא במצוקה נפשית קשה, ועד כמה 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 כלשהו השרוי במצוקה נפשית, ו-76% סבורים שהשירותים עשויים לסייע להם עצמם. שלא כמו דפוס הממצאים של שנת 2016, בשנת 2020 לא נמצא הבדל בין נכי נפש עם ליקוי נפש בלבד ובין אלו עם ריבוי ליקויים בהערכת המידה שבה שירותי ברה"נ יכולים לסייע להם אישית.

לוח 7: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לברה"נ ונושאים משיקים, בסך הכול 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	
<0.001	0.248	78	72	74	0.959	88	88	88	יודע על קיומם של ההטבות וסוגי הסיוע הנוספים לקצבה המפורטים להלן:[^] הטבות הנלוות לקצבת הנכות הכללית (כגון הנחה בתחבורה הציבורית ובתשלומי ארנונה) קצבת נידות מטעם המוסד לביטוח לאומי ^{^^} קצבת שירותים מיוחדים מטעם המוסד לביטוח לאומי ^{^^^}
---	<0.001	57	41	46	<0.001	38	28	32	
---	<0.001	58	41	46	0.045	36	14	22	
0.704	0.208	63	58	60	0.433	58	63	61	יודע היכן נמצאים המקומות הבאים המספקים שירותים בתחומי ברה"נ והרווחה: חדר מיון פסיכיאטרי מרפאה לברה"נ של מ. הבריאות מרפאה לברה"נ של קופת החולים מחלקה לשירותים חברתיים באיזו מידה שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לאדם שנמצא במצוקה נפשית קשה? יכולים מאוד לעזור די יכולים לעזור לא כל כך יכולים לעזור בכלל לא יכולים לעזור באיזו מידה שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לך באופן אישי, במצבך הנפשי כיום? יכולים מאוד לעזור די יכולים לעזור לא כל כך יכולים לעזור בכלל לא יכולים לעזור
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	
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	
0.458	0.820	46	52	50	0.004	36	52	46	
		25	27	26		29	29	29	
		16	14	15		16	11	13	
		13	7	9		19	8	12	

[^] בשנת 2020 נוספה אפשרות התשובה "לא בטוח" בנוגע להיכרות עם כל אחד מסוגי ההטבות והקצבאות התפקודיות.
^{^^} בשנת 2020 נוסף במסגרת השאלה 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 במסגרת השאלה הסבר מקדים על קצבת שירותים מיוחדים: "הביטוח הלאומי מעניק קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) 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 משבר הקורונה על מצב הבריאות הפיזית והנפשית

נכי הנפש הושפעו ממשבר הקורונה, הרבה יותר מאשר כלל האוכלוסייה (לוח 8):

- 26% מכלל נכי הנפש העידו על התדרדרות במצב בריאותם הפיזית (21% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-36% מקרב אלו עם ריבוי ליקויים), יותר מפי שלושה לעומת מי שדיווחו כן בכלל האוכלוסייה (8%).
- 53% מכלל נכי הנפש העידו על התדרדרות במצב בריאותם הנפשית (51% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-59% מקרב אלו עם ריבוי ליקויים), שיעור כפול לעומת מי שדיווחו כן בכלל האוכלוסייה (27%).
- 37% מכלל נכי הנפש דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא המשפחה ו-29% דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא מומחה בעקבות משבר הקורונה. בעוד ששיעורים דומים בשתי הקבוצות הקליניות דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא המשפחה, שיעורים גבוהים יותר מקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים דיווחו כי ויתרו על ביקור אצל רופא מומחה לעומת נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד (36% לעומת 25%, בהתאמה), (לא מופיע בלוח).
- בבחינת שינויים בהרגלי בריאות בעקבות משבר הקורונה נמצא כי כשליש מנכי הנפש הקפידו פחות על ארוחות מסודרות ועל תזונה מאוזנת בהשוואה לעתות שגרה, וכשליש גם הפחיתו את העיסוק בפעילות גופנית, ללא הבדלים של ממש בין שתי הקבוצות הקליניות (לא מופיע בלוח).

לוח 8: שינויים במצב הבריאות עקב משבר הקורונה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

2020				
p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול נכי נפש	כלל האוכלוסייה [^]
שינויים במצב הבריאות הפיזי:				
<0.001	3	5	4	4
	61	74	70	88
	20	14	16	7
	16	7	10	1
שינויים במצב הבריאות הנפשי:				
0.036	2	6	5	3
	39	43	42	70
	32	31	31	23
	27	20	22	4

[^] מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) (2020). הנתונים מתייחסים לכלל האוכלוסייה הבוגרת (לא רק גיל העבודה).

5.6 היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש

בבחינת היקף השימוש בשלושת הענפים העיקריים של שירותי ברה"נ עולים ממצאים אלו (לוח 9):

- **טיפול נפשי בקהילה** – בשנת 2020, 83% מכלל נכי הנפש דיווחו על קבלת טיפול נפשי בקהילה במועד הריאיון או בשנה שקדמה לו, שיעור נמוך יותר מאשר בשנת 2016 (89%)⁸. חשוב לשים לב שהירידה בשיעור קבלת הטיפול בין שתי נקודות המדידה מקורה בנכי נפש עם ליקוי נפש בלבד (84% בשנת 2020 לעומת 93% בשנת 2016), בעוד שיעור השימוש בקרב נכי נפש עם ריבוי ליקויים נותר בעינו (כ-80%).
- **שיקום פסיכיאטרי** – בשנת 2020, 36% מכלל נכי הנפש דיווחו על קבלת שירותי סל שיקום, שיעור מעט גבוה יותר מאשר בשנת 2016 (32%), אם כי ההבדל בין שתי הנקודות המדידה לא הגיע לכדי מובהקות סטטיסטית.⁹ בדומה לשנת 2016, גם בשנת 2020 שיעור נמוך יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים קיבלו שירותי סל שיקום מבקרב עמיתיהם עם ליקוי נפשי בלבד (28% לעומת 40%, בהתאמה).
- **אשפוז פסיכיאטרי** – בשנת 2020, 36% מכלל נכי הנפש דיווחו שעברו אשפוז במהלך חמש השנים שקדמו למועד הריאיון, שיעור גבוה יותר מאשר בשנת 2016 (30%). גם כאן, שיעור נמוך יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים עברו אשפוז מבקרב עמיתיהם עם ליקוי נפשי בלבד (31% לעומת 39%, בהתאמה).

לוח 9: היקף השימוש בשירותים מקצועיים בבריאות הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				סך הכול (N)	
	p value	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד		סך הכול
			224	454	678		125	225	350	
	0.022	0.108	80	84	83	<0.001	79	93	89	טיפול נפשי אמבולטורי בשנה האחרונה/כיום
	0.193	0.002	28	40	36	0.045	22	37	32	שיקום פסיכיאטרי בתקופה של מועד הריאיון ⁹
	<0.001	0.045	31	39	36	0.047	23	33	30	אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים האחרונות

⁸ בניכוי כ-100 נכי נפש שרואיינו במהלך 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 כבעלת מובהקות סטטיסטית גבולית ($p=0.085$).

5.7 צריכת טיפול נפשי בקהילה

כאמור, 83% מכלל נכי הנפש – 84% מקרב מי שלהם ליקוי נפשי בלבד ו-80% מקרב מי שלהם ריבוי ליקויים – קיבלו במועד הריאיון או בשנה שקדמה לו טיפול נפשי בקהילה (שהוגדר כסיוע מקצועי בהתמודדות עם מצוקה נפשית או רגשית, שיכול לכלול שיחות, מתן תרופות, מעקב תקופתי וכד', ומתקיים בקהילה ולא במסגרת אשפוז).

⁸ 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 משבר מגפת הקורונה, אפקט שעשוי להסביר את הירידה בשיעור המטופלים. עם זאת, בבחינת סיבות לאי קבלת טיפול בעשור האחרון, לא עלתה התייחסות לסוגיית הקורונה סביב התקופה שבה נערך הריאיון. ⁹ בין התאריכים 18.09.2020-17.10.2020 הוטל סגר כללי במדינה בשל התפשטות נגיף הקורונה. במהלך תקופה זו (שחפפה בחלקה עם חגי תשרי תשפ"א) רואיינו לצורך המחקר כמאה נכי נפש. כיוון שבנוגע לשימוש בשירותי סל שיקום האדם נשאל אם הוא מקבל שירותים "כיום" ונמצא כי במהלך תקופת הקורונה חלו שינויים בדפוסי הצריכה של שירותים אלה, שיעור השימוש בהם בסקר 2020 נותח פעם נוספת בניכוי אותם מאה איש שהשיבו לסקר בתקופת הסגר. בבדיקה זו נמצא כי שיעור השימוש בשירותי סל שיקום הוא 37%, ובהשוואה לשיעור השימוש של 32% בסקר 2016, ההבדל הגיע למובהקות סטטיסטית גבולית ($p=0.085$).

5.7.1 הפרופסיה של המטפל העיקרי ותקופת הטיפול

היבטים אלו נסקרים בלוח 10, וממנו עולים הממצאים העיקריים האלו:

- בשנת 2020, 54% מכלל נכי הנפש היו מטופלים אצל פסיכיאטר בתור המטפל העיקרי (איש המקצוע בברה"נ שאיתו נפגש האדם הכי הרבה פעמים בשנה האחרונה) לעומת 65% בשנת 2016. בד בבד עם הירידה בשיעור המטופלים אצל פסיכיאטר כמטפל עיקרי חלה עלייה בשיעור המטופלים אצל פסיכותרפיסט (פסיכולוג או עובד סוציאלי) כמטפל עיקרי (22% בשנת 2016 לעומת 39% בשנת 2020).
- בשנת 2020, שיעור גבוה יותר מנכי הנפש עם ריבוי ליקויים היו מטופלים אצל פסיכיאטר כמטפל העיקרי לעומת אלה עם ליקוי נפשי בלבד (57% לעומת 52%, בהתאמה), ואילו שיעור נמוך יותר מן הראשונים לעומת האחרונים היו מטופלים אצל פסיכולוג כמטפל עיקרי (13% לעומת 23%, בהתאמה).
- בשנת 2020, 34% מכלל נכי הנפש היו מטופלים אצל המטפל העיקרי שלהם במשך יותר מחמש שנים לעומת 46% שהיו מטופלים אצל המטפל העיקרי שלהם במשך תקופה כזו בשנת 2016.

לוח 10: הפרופסיה של המטפל העיקרי ותקופת הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020			2016			p value		
	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים		ליקוי נפשי בלבד	סך הכול
<0.001	0.003	178	382	560	0.380	99	210	309	סך הכול מטופלים בשנה האחרונה של הפרופסיה של המטפל העיקרי: ^א
									רפא משפחה
									פסיכיאטר
									פסיכולוג
									עובד סוציאלי
אחר									
<0.001	0.288	20	27	25	0.324	23	26	25	תקופת הטיפול אצל המטפל העיקרי:
									עד שנה
									בין שנה לחמש שנים יותר מחמש שנים
		37	33	34		42	48	46	יותר מחמש שנים

^א איש המקצוע שמספר המפגשים עימו היה הגדול ביותר בשנה האחרונה.

5.7.2 המסגרת שבה מסופק הטיפול מידי המטפל העיקרי ומעבר בין מסגרות

שיעוריהם של נכי הנפש המקבלים טיפול נפשי מן המטפל העיקרי במסגרות השונות מוצגים בלוח 11:

- בכל אחת משתי נקודות המדידה, 42% טופלו במסגרת קופת החולים, כאשר בשנת 2020 שיעור גבוה יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים (50%) קיבלו את הטיפול במסגרת זו מבקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד (37%), זאת לעומת התפלגות דומה של שתי הקבוצות הקליניות בין המסגרת בשנת 2016.

- בשנת 2020, 24% מן המטופלים קיבלו את הטיפול במסגרת של משרד הבריאות¹⁰ לעומת 34% שטופלו במסגרת זו בשנת 2016, ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות בשתי נקודות המדידה.
- בשנת 2020, 14% מן המטופלים טופלו בעמותות לשירותי ברה"נ לעומת 4% בלבד בשנת 2016 – כנראה זו המסגרת שאליה עברו מי שטופלו קודם לכן במסגרת של משרד הבריאות ולא עברו לקופות.
- בכל אחת משתי נקודות המדידה, 14% מכלל המטופלים קיבלו את הטיפול העיקרי במסגרת פרטית.

לוח 11: המסגרת שבה ניתן הטיפול מן המטפל העיקרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

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

- בבחינה פרטנית של כל אחת ממסגרות הטיפול בשנת 2020 עולים הממצאים האלו (לא מופיע בלוח):
- מקרב המטופלים במסגרת קופות החולים, 49% קיבלו את הטיפול במרפאה של רופא המשפחה או במרפאה כללית של הקופה (מרפאה ראשונית), 39% קיבלו את הטיפול במרפאה ייעודית לברה"נ ששייכת לקופה (מרפאה שניונית), ו-12% טופלו אצל מטפל עצמאי שעובד בהסדר עם הקופה.
 - מקרב המטופלים במסגרת משרד הבריאות, 51% טופלו במרפאה ממשלתית לברה"נ ("תחנה"), 38% טופלו במרפאת חוץ של בית חולים, 8% ביחידה לטיפול יום או באשפוז יום ו-3% בחדר מיון.
 - מקרב המטופלים במסגרת פרטית, הסיבות העיקריות לכך היו תפיסה ולפיה איכות הטיפול במגזר הפרטי טובה יותר מאשר במגזר הציבורי או אי-אמון במערכת ברה"נ הציבורית (38%), זמני ההמתנה ממושכים לקבלת טיפול במגזר הציבורי (22%), רצון 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 הריאיון: 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.
 - בבחינת סיבות המעבר בין מסגרות הטיפול לפי סוג המעבר שנעשה עולה כי הסיבה העיקרית למעבר מטיפול פרטי למסגרת ציבורית היא הוזלת השירות (68%), ואילו הסיבה העיקרית למעבר ממסגרת ציבורית לטיפול פרטי היא שיפור נתפס באיכות השירות (51%). עוד נמצא כי הסיבה העיקרית למעבר

¹⁰ עד להשלמת יישומו של מתווה הרפורמה, גם 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.

ממסגרת של משרד הבריאות לקופת החולים ולהפך, מקופת החולים למסגרת של משרד הבריאות, היא אותה הסיבה – תפיסה ולפיה הטיפול במסגרת החדשה איכותי יותר (כ-30%).

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

בבחינת מאפיינים אחדים של הטיפול הנפשי בקהילה עולים ממצאים אלו (לוחות 12-14):

- זמני ההמתנה לקבלת טיפול בקרב כלל נכי הנפש התקצרו במהלך חמש השנים שחלפו מאז החלת הרפורמה. כך למשל, 67% מן המטופלים בשנת 2020 המתונו 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 המתונו לכל היותר שבועיים מן הפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי ועד לפגישה שבה החל תהליך הטיפול עצמו, לעומת 51% מן המטופלים בשנת 2016.

לוח 12: זמני המתנה לקבלת טיפול^א, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	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 למחרת שלושה ימים עד שבוע יותר משבוע עד שבועיים יותר משבועיים עד חודש יותר מחודש עד שלושה חודשים יותר משלושה חודשים
		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	
<0.001	0.768	41	37	38	0.738	17	18	18	משך ההמתנה מן הפגישה הראשונה ועד לתחילת הטיפול עצמו: באותו יום או למחרת שלושה ימים עד שבוע יותר משבוע עד שבועיים יותר משבועיים עד חודש יותר מחודש
		21	29	26		20	19	19	
		11	14	13		15	13	14	
		17	12	13		24	34	30	
		10	8	10		24	16	19	

^א השאלות הופנו רק למי שמשך הטיפול שלהם לא עלה על חמש שנים.

- תדירות מפגשי הטיפול עלתה אף היא במהלך השנים. כך למשל, 63% מן המטופלים בשנת 2020 נפגשו עם המטפל העיקרי לפחות אחת לחודש, לעומת 33% בלבד מן המטופלים בשנת 2016 (לוח 13).
- משך פגישת טיפול ממוצעת התארך במקצת: 9% מן המטופלים בשנת 2020 דיווחו על משך הפגישה הקצר ביותר (עד 10 דקות) לעומת 18% מן המטופלים בשנת 2016, ואילו 29% מן המטופלים בשנת 2020 דיווחו על משך הפגישה הארוך ביותר (יותר מ-50 דקות) לעומת 18% מן המטופלים בשנת 2016 (לוח 13). כמו כן, בשנת 2020 נכש עם ליקוי נפשי בלבד זכו למפגשים טיפוליים ארוכים יותר מאשר נכי 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 שתי נקודות המדידה לשינוי שחל בתמהיל המטפלים העיקריים, בפרט הירידה בשיעור הפסיכיאטרים והעלייה בשיעור הפסיכותרפיסטים (לוח 10 לעיל). בשני הסקרים נמצא כי מפגשי הטיפול תדירים יותר וארוכים יותר בקרב מי שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכותרפיסט מאשר בקרב מי שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכיאטר (לא מופיע בלוח).
- בכל אחת משתי נקודות המדידה, מעל לשני שלישים מן המטופלים הגיעו מביתם למקום קבלת הטיפול תוך פחות ממחצית השעה (לוח 13), ללא הבדל בין המתגוררים במרכז למתגוררים בפריפריה (לא מופיע בלוח).

לוח 13: תדירות מפגשי הטיפול, משך מפגש וזמן הגעה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

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

- בשנת 2020 חלה 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 עולה בקנה אחד עם שיעור המטופלים במגזר הפרטי.

לוח 14: האם וכיצד האדם משלם עבור הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

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

5.7.4 שינויים שחלו בטיפול הנפשי בעקבות משבר הקורונה

- 57% מכלל נכי הנפש שהיו בטיפול נפשי בקהילה בשנת 2020 חוו בו שינויים בעקבות משבר מגפת הקורונה. השינוי השכיח ביותר, שצוין על ידי 72% מן המטופלים, הוא מעבר לשיחות טלפון או לשיחות מקוונות במקום קיום מפגשים פיזיים פנים אל פנים. שינויים נוספים שצוינו 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 במשך התקופה 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 הראיון בשנת 2020 הביעו שביעות רצון רבה מן המטפל העיקרי – 85%-90% היו מרוצים מן ההיבטים שנבדקו (פרט לפניות המטפל למתן ייעוץ טלפוני – רק 78% היו שבעי רצון מהיבט זה), בדומה לדפוס הממצאים שהתקבל בשנת 2016 (לוח 15).
- ההערכות בנוגע למרבית ההיבטים של המסגרת הציבורית שבה ניתן הטיפול (כמו קופת חולים או מרפאה ממשלתית לברה"נ) היו אף הן גבוהות למדי – 80%-90% היו מרוצים מן ההיבטים שנבדקו (פרט למידע על השירות, מבחר המטופלים המוצע דרכו וזמינות המענה הטלפוני). שביעות הרצון הנמוכה יחסית ממאפיינים של נגישות השירות דומה לדפוס הממצאים שהתקבל בשנת 2016 (לוח 16).
- שיעור גבוה יותר מנכי הנפש בשנת 2020 היו שבעי רצון מעלות מפגשי הטיפול (90%) לעומת שנת 2016 (68%) (לוח 16) – ייתכן שזהו ביטוי להשפעת הרפורמה על הוזלת טיפולים הניתנים במגזר הציבורי.

לוח 15: שביעות רצון מן המטפל העיקרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				מרוצים מ:^^
	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
0.078	0.226	92	90	91	0.501	93	95	94	היחס וההתנהגות של המטפל כלפיך הפתיחות והנוחות שחשת לשוחח עם המטפל על המצוקה הנפשית שלך האמון והביטחון שלך ביכולת המקצועית של המטפל לספק מענה לצרכים שלך
0.153	0.447	89	90	89	0.412	90	93	92	
0.454	0.410	90	89	89	0.514	89	91	90	

0.109	0.299	76	79	78	0.781	71	73	72	הפניות של המטפל למתן ייעוץ טלפוני התועלת שהפקת מן הטיפול בפועל שביעות רצון כללית מן המטפל
0.637	0.340	78	89	85	0.586	85	84	85	
0.255	0.474	90	91	90	0.744	92	93	93	

^ השאלה הופנתה רק למי שהיו מצויים בטיפול במועד הריאיון.
 ^^ השיבו: "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"

לוח 16: שביעות רצון מן המסגרת שבה ניתן הטיפול, ^ בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				מרוצים מ:^^
	p value	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	
0.401	0.619	74	75	75	0.127	76	69	71	המידע על השירות (למשל תנאי הזכאות לשירות, רשימת המטפלים וכו')
0.451	0.127	73	71	72	0.805	70	68	69	מבחר המטפלים המוצע דרך השירות
0.658	0.439	80	84	86	0.944	85	82	83	מספר הטיפולים שקיבלת בשנה האחרונה
0.013	0.488	91	89	90	0.393	57	72	68	עלות המפגשים (לאחר סבסוד ביטוחי)^^
0.925	0.068	75	83	80	0.724	81	80	81	משך ההמתנה מיצירת הקשר עם השירות עד לפגישה הראשונה עם המטפל
0.137	0.003	86	94	91	0.401	91	85	87	היחס שקיבלת מצוות המזכירות
0.301	0.462	72	72	72	0.090	74	65	68	זמינות המענה הטלפוני של השירות
0.505	0.539	83	82	82	0.436	87	82	84	הנגישות הפיזית של מקום השירות
0.487	0.612	87	90	89	0.744	88	87	87	שביעות רצון כללית מן השירות

^ השאלה הופנתה רק למי שהיו מצויים בטיפול במסגרת ציבורית במועד הריאיון.
 ^^ השיבו: "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"
 ^^ היבט זה נבחן רק בקרב מי שציינו שהם משלמים עבור הטיפול.

5.7.6 עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם

- בבחינת רצונם של נכי נפש שהיו מטופלים בשנת 2020 להרחיב את הטיפול שלהם עולים ממצאים אלו (לוח 17):
- לולא המגבלות או האילוצים, 41% מן המטופלים במועד הריאיון היו מעוניינים להרחיב את היקף הטיפול שהם מקבלים מידי המטפל העיקרי (למשל באמצעות העלאת תדירות המפגשים או הארכת משכם).
 - לולא המגבלות או האילוצים, 42% מן המטופלים היו מעוניינים לקבל טיפול מאיש מקצוע נוסף (למשל 80% מן המטופלים שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכיאטר היו מעוניינים לקבל טיפול גם מפסיכותרפיסט).
 - 54% מקרב המטופלים במועד הריאיון דיווחו כי הם כבר מקבלים טיפול מאיש מקצוע נוסף. למשל, 84% ממי שהמטפל העיקרי שלהם הוא פסיכיאטר דיווחו כי הם מקבלים טיפול גם מפסיכותרפיסט (לא מופיע בלוח).

לוח 17: עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם, ^ בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

השוואה בין השנים	2020				2016				
	p value	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	
0.426	0.182	43	40	41	0.172	52	43	46	היו מעוניינים להרחיב את היקף הטיפול אם לא היו מגבלות או אילוצים
---	0.297	47	40	42	0.896	46	51	50	היו מעוניינים לקבל טיפול מאיש מקצוע נוסף אם לא היו מגבלות או אילוצים^^
---	0.355	58	53	54	(השאלה לא נשאלה)				מקבלים בפועל טיפול מאיש מקצוע נוסף

^ השאלות הופנו רק למי שהיו מצויים בטיפול במועד הריאיון.
 ^^ מקרב מי שאינם מקבלים טיפול נפשי מאיש מקצוע נוסף.

5.8 צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי

השימוש בשירותי השיקום הפסיכיאטרי נבחן בכמה רמות: ראשית, ההיכרות של האדם עם חוק השיקום; שנית, מעבר ההליך של ועדת סל שיקום; שלישית, השימוש שהאדם עושה בפועל במגוון שירותי סל שיקום; ולבסוף, שביעות הרצון שלו מהם. בכל אחת מן הרמות נבדקו גם חסמים למיצוי הזכויות ולצריכת השירותים.

5.8.1 היכרות עם חוק השיקום ומעבר ההליך של ועדת סל שיקום

- בבחינת התנהלותם של נכי הנפש בשלבים הנחוצים לקבלת שירותי סל שיקום עולים ממצאים אלו (לוח 18):
- בשתי נקודות המדידה הוסבר למרואיינים כי חוק השיקום (המוכר גם כ"סל שיקום") מקנה לנכי נפש זכאות לקבל סיוע בקהילה בתחומים שונים כמו דיור, תעסוקה ופנאי, כאשר השירותים הללו נמצאים באחריות משרד הבריאות ומסופקים על ידי עמותות או ארגונים. לאחר קבלת ההסבר, שיעור גבוה יותר מכלל נכי הנפש בשנת 2020 ציינו שהם מכירים את החוק (78%) מאשר שיעורם של מי שציינו כן בשנת 2016 (67%). בשנת 2020 שיעור נמוך יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים דיווחו על היכרות עם החוק לעומת מי שלהם ליקוי נפשי בלבד (69% לעומת 83%), בדומה להבדל שנמצא בשנת 2016.
 - בשתי נקודות המדידה הוסבר למרואיינים בהמשך שכדי לקבל שירותים מסל שיקום האדם צריך לפנות לוועדה מטעם משרד הבריאות, אשר בה נקבעת לו תוכנית שיקום – אילו שירותים יקבל ובאיזה היקף. לאחר קבלת ההסבר, שיעור גבוה יותר מכלל נכי נפש בשנת 2020 ציינו שעברו אי פעם ועדת סל שיקום (53%) מאשר שיעורם של מי שציינו כן בשנת 2016 (40%). בעקביות עם ההבדל בין שתי הקבוצות הקליניות בהיכרות עם סל שיקום, הרי שבשנת 2020 שיעור נמוך יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים דיווחו שפנו לוועדה לעומת נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד (46% לעומת 56%), בדומה להבדל שנמצא בשנת 2016.
 - בשנת 2020, 36% מכלל נכי הנפש קיבלו במועד הריאיון לפחות שירות אחד משירותי סל שיקום, לעומת 32% בשנת 2016. גם כאן, בשנת 2020 שיעור נמוך יותר מקרב מנכי הנפש עם ריבוי ליקויים קיבלו שירותי סל שיקום לעומת אלו עם ליקוי נפשי בלבד (28% לעומת 40%), בדומה להבדל שנמצא בשנת 2016. בבחינת ההפרש בין שתי נקודות המדידה בכל אחת מן הקבוצות הקליניות, שיעור המשתמשים בשירותי סל שיקום עלה ב-3 נקודות אחוז בקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד וב-6 נקודות אחוז בקרב אלו עם ריבוי ליקויים.
 - מדפוס ממצאים זה עולה כי בהשוואה לשנת 2016, הרי שבשנת 2020 הפער בין כלל נכי הנפש שמכירים את חוק השיקום לאלו מהם שפנו לוועדת סל שיקום הוא דומה (כ-25%), ואילו הפער בין מי שפנו לוועדה ובין מי שמשמשים בשירותי סל שיקום בפועל גדול יותר (17% בשנת 2020 לעומת 8% בשנת 2016).

לוח 18: היכרות עם חוק השיקום ומעבר ועדת סל שיקום, בסך הכול 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	
<0.001	<0.001	69	83	78	0.034	59	71	67	מכיר את חוק השיקום/סל שיקום
<0.001	<0.001	46	56	53	0.073	32	45	40	עבר/פנה אי פעם לוועדת 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 עולים ממצאים אלו (לוחות 19-20):
- בדומה לדפוס הממצאים שהתקבל בשנת 2016, הרי שמקרב כלל נכי הנפש שדיווחו כי פנו לוועדת סל שיקום בסקר שנערך בשנת 2020, 29% הופנו לוועדה על ידי בית חולים פסיכיאטרי (או על ידי מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי), ו-21% הופנו על ידי מרפאה ממשלתית לברה"נ בקהילה (לוח 19). עוד 17% ממי שניגשו לוועדה 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 19: הגורם המפנה לוועדת סל שיקום, בסך הכול 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
0.255	0.167	103	254	357	0.226	40	102	142	סך הכול פנו לוועדת סל שיקום (n)
		24	31	29		28	20	22	בית חולים פסיכיאטרי או מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי
		19	22	21		21	26	25	מרפאה ממשלתית לבריאות הנפש בקהילה ("תחנה" של משרד הבריאות)
		22	15	17		13	19	18	מטפל פרטי בבריאות הנפש (פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי)
		7	8	8		5	8	8	ארגון המספק שירותי שיקום פסיכיאטרי (כמו "אנוש", "רעות", "סאמיט")
		5	10	8		10	9	10	המחלקה לשירותים חברתיים
		5	4	4		10	2	4	המוסד לביטוח לאומי
		8	6	7		3	0	1	מרפאה של רופא המשפחה או מרפאה כללית של הקופה (מרפאה ראשונית)
		10	4	6			מרפאה ייעודית לברה"נ ששייכת לקופת החולים (מרפאה שניונית/רב-מקצועית)		
								(לא ניתנה אפשרות תשובה זו)	

- בשנת 2020, 52% ממי שפנו לוועדת סל שיקום לוו אליה בידי עובד סוציאלי או פסיכולוג, לעומת 37% בלבד מן הפונים לוועדה בשנת 2016 (לוח 20). כמו כן, בעוד שבשנת 2016 16% מן הפונים הסתייעו בגורם משפטי או מדריך שיקומי בעת הפנייה לוועדה, שיעורם של מי שהסתייעו באחד מגורמים אלה בשנת 2020 הוא מזערי.
- מקרב הפונים לוועדה בשנת 2020, שיעור גבוה יותר מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד לוו לוועדה על ידי עובד סוציאלי או פסיכולוג לעומת שיעורם מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים (58% לעומת 34%), (לוח 20). כמו כן שיעור כמעט כפול מן האחרונים, לעומת הראשונים, ניגשו לוועדה לבדם (25% לעומת 13%).

לוח 20: הגורם המלווה לוועדת סל שיקום, בסך הכול 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
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

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

- כפי שראינו בלוח 18 לעיל, בשנת 2020, 25% מכלל נכי הנפש לא פנו לוועדת סל שיקום אף על פי שהכירו את חוק השיקום. בבחינת הסיבות העיקריות לאי-פנייה לוועדה נמצא שהיו שלא חשו צורך בתמיכה או בסיוע נוספים בתחום ברה"נ, והיו שלא ידעו שעליהם לפנות לוועדה כלשהי כדי לקבל שירותי סל שיקום או לא הבינו מה עליהם לעשות כדי להגיע לוועדה ולא קיבלו עזרה בתהליך.

5.8.3 שימוש בשירותי סל שיקום בתחומי חיים שונים

- כל משתקם זכאי לצורך כמה שירותים מסל שיקום, על פי התוכנית שנקבעת לו בוועדה. בבחינה של שירותי סל שיקום שצורכים המשתקמים ושל העדפותיהם בנוגע לשירותים נוספים עולים ממצאים אלו (לוחות 21-23):
- מקרב כלל המשתקמים בשנת 2020, 45% קיבלו שירותים בתחום התעסוקה ושיעור זהה קיבלו שירותים בתחום הדיור, ירידה קלה לעומת היקף צריכת שירותים אלו בשנת 2016 (שבה נמצא כי 56% מן המשתקמים צרכו שירותים תומכי תעסוקה ו-51% צרכו שירותים בתחום הדיור) (לוח 21).¹¹ בשתי נקודות המדידה כ-33% מן המשתקמים קיבלו שירותי חברה ופנאי, ו-17%-21% קיבלו שירותי השלמת השכלה. לבסוף, 19% מן המשתקמים בשנת 2020 לעומת 32% מהם בשנת 2016 קיבלו טיפולי שיניים.

לוח 21: התחומים שהמשתקמים מקבלים בהם שירותי סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)^א

2020				2016				סך הכול משתקמים במועד הריאיון (n)
p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
0.638	59	172	231	0.778	28	83	111	תעסוקה (אבחון הכשרה והשמה, מועדון תעסוקתי, תעסוקה מוגנת, תעסוקה נתמכת) דיור (הוסטל, דיור מוגן/ליווי/נתמך, סיוע בשכר דירה או ברכישת ציוד מגורים ראשוני)
0.215	39	47	45	0.025	32	57	51	חברה ופנאי (מועדון חברתי, תוכניות מסובסדות במתנ"סים, מרכזי ספורט)
0.418	39	31	33	0.234	25	37	34	טיפול שיניים (עזרה בהפניה או במימון של טיפולי שיניים במסגרת סל שיקום)
0.528	12	19	19	0.006	54	25	32	השלמת השכלה (אולפן עברית, השלמת השכלה יסודית/תיכונית, לימודי מחשב)
0.174	11	18	17	0.331	14	23	21	

^א 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 בנוגע להבדלים בהיקף צריכת השירותים השונים בין שתי נקודות המדידה.

- בשנת 2020, כ-75% מכלל נכי הנפש דיווחו כי הם מרוצים משירותי סל שיקום שהם מקבלים לעומת כ-90% שדיווחו כן בשנת 2016 (לא מופיע בלוח). ייתכן כי הירידה בשביעות הרצון קשורה למועד התשאל

¹¹ 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 בנוגע להבדלים בהיקף צריכת השירותים השונים בין שתי נקודות המדידה.

על רקע משבר הקורונה – היקף השימוש בשירותי סל שיקום 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 – אם קיבלו בפועל שירותי סל שיקום במהלך תקופת נכותם ואם לאו – היו מעוניינים לקבל שירותים נוספים מסל שיקום (או לקבל שירות כלשהו במקרה של מי שלא קיבלו בפועל אף לא שירות אחד). מהם, 40% היו מעוניינים בהשלמת השכלה (לוח 22), ממצא שעשוי להעיד על רצונם בשירותים המקדמים ניעות חברתית. נוסף על כך, כ-25% היו מעוניינים לקבל שירותים בכל אחד מן התחומים האלו: תעסוקה, דיור, חברה ופנאי וטיפול שניניים.

לוח 22: תחומים נוספים שנכי הנפש מעוניינים לקבל בהם שירותים^א (באחוזים)

2020	2016	
199	201	סך הכול עברו ועדת סל שיקום ומעוניינים בשירותים נוספים (ח)
25	37	תעסוקה (אבחון הכשרה והשמה, השתלבות במסגרת מותאמת)
26	18	דיור (מגורים בהוסטל או בדירה בקהילה בדרגות מוגנות שונות)
25	24	חברה ופנאי (מועדון חברתי, תוכניות במתנ"סים, פעילויות ספורט)
26	62	טיפול שניניים (עזרה בהפניה או במימון של טיפולי שניניים)
40	34	השלמת השכלה (אולפן, השלמת 12 שנות לימוד, לימודי מחשב)

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

- הסיבות העיקריות לאי-קבלתם של שירותי סל שיקום הרצויים היו (לוח 23): 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%).

לוח 23: סיבות לאי-קבלת שירותי סל שיקום הרצויים בקרב נכי הנפש^א (באחוזים)

2020	2016	
42	33	לא ידעתי שהשירותים האלו קיימים
25	14	בעיות אדמיניסטרטיביות או בירוקרטיות
17	---	לא הבנתי מה לעשות כדי לממש את הזכאות
12	18	לא נקטתי יוזמה מסיבות אישיות (מצב נפשי)
2	10	ניסיתי להשתלב בשירותים אבל זה לא התאים לי
15	12	ועדת סל שיקום לא אישרה לי את השירותים המבוקשים
19	8	עדיין בתהליכי הגשת הבקשה או ההתדיינות בוועדה

^א אפשר היה לציין כמה תשובות.

5.8.4 השפעות משבר הקורונה על צריכת שירותי סל שיקום

- 60% מן המשתקמים בשנת 2020 חוו שינויים בשירותי סל שיקום בעקבות משבר 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

- בשנת 2020, כמחצית מנכי הנפש חוו במהלך השנה שקדמה למועד לריאיון משבר נפשי או מצוקה נפשית פתאומית שלא יכלו להתמודד איתם בעצמם, בימים או בשעות שבהם שירותי הטיפול והשיקום הרגילים בקהילה אינם פועלים (למשל בלילות או בסופי שבוע), כאשר שני שלישים מהם חוו אפיזודה כזו כמה פעמים.
- מי שהשיבו כך נשאלו לאן פנו או במי נעזרו בהתמודדות המיידית עם המשבר. כשליש לא נעזרו באף אחד ולא נקטו פעולה כלשהי המיועדת להתמודד עם המצב; כשליש פנו לבני משפחה או לחברים; חמישית פנו לאחד מגורמי הטיפול הקבועים שלהם בקהילה; וכעשירית פנו מיוזמתם לחדר מיון פסיכיאטרי. כמעט אף אחד לא ציין שפנה למוקד סיוע טלפוני או אינטרנטי הפועל 24/7, שהופנה בכפייה לבדיקה או לאשפוז פסיכיאטרי, וגם לא שהמקרה טופל 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 הריאיון (לוח 9 לעיל). בלוח 24 מוצגים ממצאים עיקריים בנוגע לאפיזודת האשפוז האחרונה של האדם. אם לא מצוין אחרת, לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות הקליניות.
- בשנת 2020, 24% מנכי הנפש שעברו אשפוז בתקופה הנבחנת הופנו לאשפוז על ידי פסיכיאטר (19% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-36% מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים), לעומת 33% שהופנו על ידי גורם זה בשנת 2016. כמו כן בשנת 2020, 15% מנכי הנפש הופנו לאשפוז על ידי פסיכותרפיסט (18% מקרב נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד ו-8% מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים) לעומת אנשים בודדים שהופנו על ידי גורם זה בשנת 2016. בשתי נקודות המדידה פחות מ-10% ממי שעברו אשפוז הופנו אליו על ידי רופא המשפחה, ואילו כ-25% פנו לאשפוז בעצמם. בשנת 2020 שיעור כפול מן המאושפזים שלהם ליקוי נפשי בלבד אושפזו בכפייה לעומת שיעורם של מי שלהם ריבוי ליקויים (16% לעומת 8%, בהתאמה).
 - בשנת 2016 44% מן מכלל נכי הנפש שעברו אשפוז שהו במחלקה סגורה ושיעור דומה במחלקה פתוחה, ואילו בשנת 2020 65% מן המאושפזים שהו במחלקה סגורה (70% מקרב מי שלהם ליקוי נפשי בלבד ו-53% מקרב מי שלהם ריבוי ליקויים) ו-30% במחלקה פתוחה (27% ו-38%, בהתאמה).
 - בשנת 2020 62% מן המאושפזים היו מרוצים מן הטיפול, ההתערבויות והפעילויות שקיבלו באשפוז ו-69% היו מרוצים מן היחס של הצוות המטפל. כמו כן 63% מן המאושפזים העריכו כי האשפוז תרם לשיפור מצב בריאותם. הערכות דומות בהיבטים אלו התקבלו בשנת 2016.
 - מי שהביעו חוסר שביעות רצון מן ההתערבויות שקיבלו באשפוז דיווחו על יחס לא 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 (לא מופיע בלוח).

לוח 24: מאפיינים של צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי, בסך הכול 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 הריאיון (n) הגורם המפנה לאשפוז:	
									פסיכיאטר	
			36	19	24		32	34	33	פסיכותרפיסט
			8	18	15		8	1	3	רופא משפחה
			6	9	8		7	6	6	פנייה עצמאית
<0.001	0.038		27	20	22	0.613	21	27	25	בן משפחה או חבר
			15	18	17		18	11	13	אשפוז כפוי
			8	16	14		14	21	19	מחלקת האשפוז:
										מחלקה פתוחה
			38	27	30		43	43	43	מחלקה סגורה
<0.001	0.068		53	70	65	0.553	47	43	44	אשפוז יום
			3	1	2		3	5	5	אחר (למשל מיון פסיכיאטרי עד 24 שעות)
			6	2	3		7	9	8	מרוצה [^] מן הטיפולים, ההתערבויות והפעילויות שקיבל באשפוז
0.621	0.489		59	64	62	0.864	67	66	66	מרוצה [^] מן היחס של הצוות באופן כללי, האשפוז תרם ^{^^} לשיפור מצב הבריאות
0.837	0.449		71	68	69	0.736	77	71	73	
0.305	0.953		64	62	63	0.931	70	66	67	

[^] השיבו: "מרוצה מאוד" או "די מרוצה"
^{^^} השיבו: "תרם מאוד" או "די תרם"

5.10.2 השפעות משבר הקורונה על האשפוז

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

5.10.3 הכנה לחזרה לקהילה בתום האשפוז

בשנת 2020, מי שאושפזו בחמש השנים שקדמו למועד הריאיון נשאלו אם ננקטו צעדים ספציפיים כדי להכין אותם לחזרה לקהילה בתום האשפוז (לוח 25). 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 הפנייה לוועדת סל שיקום.

לוח 25: הכנה לקהילה בסיום האשפוז, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית, 2020 (באחוזים)

p value	ריבוי ליקויים	ליקוי נפשי בלבד	סך הכול	
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	הפנייה לוועדת סל שיקום או לגורמים שסייעו לאדם להגיע לוועדה

5.10.4 בתים מאזנים כחלופת אשפוז

בשנים האחרונות הוקמו בישראל "בתים מאזנים" כחלופה לאשפוז פסיכיאטרי. מדובר במסגרת מגורים בקהילה, אשר מתנהלת באווירה ביתית ומספקת תמיכה נפשית אינטנסיבית לאנשים הנמצאים במשבר נפשי קשה. בדרך כלל האדם צריך לשלם על שירות זה, אם כי ניכרת מעורבות הולכת וגוברת של הקופות במימון השירות. בשנת 2020, מי שעברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הריאיון נשאלו אם בדיעבד היו בוחרים לשהות בבית מאזן במקום להתאשפז בבית חולים (בהנחה שלא היו מגבלות כלכליות) – 69% השיבו בחיוב. מי שהשיבו בשלילה, כמו גם שאר נכי הנפש (שלא עברו אשפוז בחמש השנים האחרונות), נשאלו אם יהיו מעוניינים לשהות בבית מאזן אם יחוו בעתיד קושי נפשי ניכר שיצריך אשפוז – 54% השיבו בחיוב. הסיבות העיקריות להסתייגות 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%); ותפיסה ולפיה 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

בצד בחינת היקף השימוש ודפוסי השימוש בכל אחד משלושת הענפים של שירותי ברה"נ בנפרד – טיפול נפשי בקהילה, שיקום פסיכיאטרי ואשפוז פסיכיאטרי – נבחן גם תיאום הטיפול בין השירותים השונים כפי שנתפס בעיניהם של נכי הנפש, בפרט אם הם מעוניינים בתיאום טיפול ועד כמה הוא נעשה בפועל (לוח 26).

- על פי הציון בכלי הייעודי לבחינת רצף הטיפול (COC),¹² בשנת 2020 19% מכלל נכי הנפש דיווחו 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), בדומה לממצאים שהתקבלו בשנת 2016.
- בשנת 2020, 17% מכלל המטופלים ציינו שאינם מעוניינים בתיאום בין המטפלים השונים שלהם בתחום ברה"נ, בדומה לתמונת המצב בשנת 2016. הסיבות העיקריות לכך היו טעמים של שמירת סודיות, חיסיון רפואי או דאגה לפרטיות (62%); היעדר ראיית ערך מוסף בתיאום טיפול (25%); רצון ב"הפרדת רשויות" בין אנשי המקצוע המעורבים בטיפול הנפשי בהם (10%); וצורך במוקד שליטה עצמי (9%) (לא מופיע בלוח).
- בשאלה כללית אם להערכתו של האדם מתקיימים קשר, תיאום והעברת 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 חווית השימוש שלהם בשירותי ברה"נ (הממצאים המפורטים להלן אינם מופיעים בלוח).

¹² במחקר זה, כמו גם במחקר הבסיסי, הועברה הגרסה המקוצרת של הכלי, אשר נמצאה מהימנה ותקפה במחקרם של ג'ויס ואח' (Joyce et al., 2010). גרסה זו מונה שמונה פריטים, שעבור 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 למענה. הפריטים המנוסחים במשמעות שלילית עבור היפוך סולם כך שניקוד גבוה יותר מציינ הערכה חיובית יותר של האדם בנוגע לתיאום הטיפול בין גורמי ברה"נ שמטפלים בו.

- מי שדיווחו שיש תיאום טיפול או נטו להערכה חיובית במקרים של תיאום טיפול בינוני ציינו לטובה היכרות אישית בין הגורמים המטפלים אשר עומדים בקשר קבוע בנוגע לאדם (52%); שימוש ברשומות ממוחשבות משותפות אשר מקל על 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 אשר מותאמת לרצונו ולצרכיו של האדם (9%).
- מקרב מי שדיווחו שאין תיאום טיפול או נטו להערכה שלילית במקרים של תיאום טיפול בינוני, היו שציינו שהסוגייה למעשה 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 האינטר-דיסציפלינרית אשר בגינם האדם נאלץ לתווך בעצמו בין הגורמים המטפלים (20%); היקף בלתי מספק של הקשר בין המטפלים (13%); ותחושה כללית של כאוס וחוסר מיקוד בהספקת הטיפול (11%).

לוח 26: תיאום טיפול נתפס בין המטפלים בבריאות הנפש, בסך הכול 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	
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) האם מעוניין בקשר ותיאום בין המטפלים בברה"נ?
0.147	0.102	82	71	75	0.898	70	68	69	כן לא לא משנה לי
---	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 למי שהיו מטופלים במועד הריאיון 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, אשר קודדו כך שכלל הציון 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

נוסף לבחינת תיאום הטיפול בין המטפלים בתחום ברה"נ עצמו, ומשום שבמסגרת הרפורמה הביטוחית הועברה האחריות להספקת טיפול נפשי בקהילה ממשרד הבריאות לקופות החולים, בשנת 2020 המשיבים נשאלו גם על תיאום הטיפול בין המטפלים שלהם בתחום ברה"נ ובין רופא המשפחה – מידת העניין בו וקיומו בפועל.

- כרבע מנכי הנפש ציינו שאינם מעוניינים בתיאום טיפול מסוג זה, בשל סיבות הדומות למדי לאלו שדיווחו בקרב מי שאינם מעוניינים בתיאום טיפול בתחום ברה"נ עצמו: טעמים של שמירת סודיות, חיסיון רפואי או דאגה לפרטיות (63%); היעדר ראיית 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%); וצורך במוקד שליטה עצמי (13%).
- בשאלה הכללית אם להערכתו של האדם מתקיימים קשר, תיאום והעברת מידע בין המטפלים שלו בתחום ברה"נ ובין רופא המשפחה, 50% השיבו בחיוב, 10% השיבו בשלילה, ו-40% לא הכריעו לכאן או לכאן.
- דוגמאות עיקריות לקיומו או להיעדרו של תיאום הטיפול בין המטפלים בברה"נ לרופא המשפחה ולאופנים שבהם המצב משפיע על חווית השימוש שלהם בשירותי הבריאות היו אלו:
 - מי שדיווחו שיש תיאום טיפול או נטו להערכה חיובית במקרים של תיאום טיפול בינוני ציינו לטובה סינכרוניזציה של המידע וראייה הוליסטית של האדם כך שמגוון גורמי הטיפול מעודכנים במצב בריאותו הכללני (37%); שימוש ברשומות ממוחשבות משותפות אשר 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 הניתנות עבור מחלות פיזיות (11%); וביצוע התאמות מן "הצד השני" במקרה של שינוי במצב הנפשי או הגופני (8%).
 - מקרב מי שדיווחו שאין תיאום טיפול או נטו להערכה שלילית במקרים של תיאום טיפול בינוני היו שציינו שהסוגייה למעשה אינה רלוונטית להם ולא הצביעו על נקודות תורפה ספציפיות (35%); אחרים ציינו לרעה תקשורת לקויה או דלה בין גורמי ברה"נ לרופא המשפחה (22%) וקשיים 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

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

כדי לבחון את השינויים שחלו בשירותי ברה"נ לאחר החלת הרפורמה נשאלו המרואיינים איך הם מגדירים את חוויית השימוש שלהם בשירותי ברה"נ בחמש השנים האחרונות לעומת חווייתם קודם לכן (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 השאלה הייתה לא רלוונטית כיוון שלא השתמשו כלל בשירותי ברה"נ בטווחי הזמנים הללו.

מי שדיווחו כי חווייתם השתנה לטובה או לרעה התבקשו לפרט במה מתבטא השינוי. השינויים לטובה השכיחים ביותר שצוינו הם: שיפור ביחס או בשירות שהאדם מקבל מגורמי טיפול (אם ברפואת הגוף ואם ברפואת 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 שעלו הם: עומס בירוקרטי בשל הצורך לקבל התחייבות מן הקופה (טופס 17) (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 הגורם לאבחנה כוזבת או לויתור על טיפול (11%); ושיקולים כלכליים באים על חשבון שיקולים מקצועיים-טיפוליים (8%).

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

6. דיון והמלצות לכיווני מדיניות

מחקר זה בחן את דפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ ובשירותי הבריאות הכלליים כחמש שנים לאחר הטמעתה של הרפורמה הביטוחית בהשוואה לתמונת המצב שעלתה ממחקר הבסיס שנערך עם כניסתה לתוקף של הרפורמה. לצורך המחקר רואינו 678 נכי נפש, המהווים מדגם מייצג של אוכלוסיית נכי הנפש בישראל, אשר לשליש מהם סעיף נכות נוסף המזכה אותם בקצבה (נכי נפש עם ריבוי ליקויים). במסגרת שאלון מקיף שהועבר בריאיון נבחנו מגוון גורמים ברמת הפרט וברמת המערכת אשר עשויים לקדם או לעכב את השימוש בשירותים.

לנכי נפש עם ריבוי ליקויים צרכים מורכבים יותר מאשר לאלה עם ליקוי נפשי בלבד. הפער נותר בעינו כחמש שנים לאחר החלת הרפורמה. אפשר להבין זאת לנוכח הממצאים ולפיהם נכי נפש עם ריבוי ליקויים מבוגרים יותר, ולכן, כמו גם בשל הליקויים הנוספים שלהם, בריאותם הכללית ירודה יותר, יכולת התפקוד היום-יומית שלהם מוגבלת יותר, והם עושים שימוש רב יותר בשירותי הרפואה הכלליים. 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 משבר מגפת הקורונה נמצא כי לעומת נכי הנפש עם ליקוי נפשי בלבד, הרי ששיעורים גבוהים יותר מקרב נכי הנפש עם ריבוי ליקויים דיווחו על התדרדרות במצב בריאותם הפיזית והנפשית גם יחד וכי בשל נסיבות המשבר הם ויתרו על ביקורים אצל רופא המשפחה ואצל רופאים מומחה/ים.

בצד האמור לעיל חשוב לתת את הדעת גם על הצרכים הבלתי מסופקים של נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד. כחמישית מהם דיווחו שהם מתקשים במידה מסוימת בתפקודי ADL וכמחצית מהם דיווחו כן בנוגע לתפקודי IADL (הקושי כאן אינו נובע ממגבלה גופנית או חושית, אלא עשוי לנבוע ממגבלה רגשית או קוגניטיבית כמו מחסור במוטיבציה או קושי בקבלת החלטות). על כן מומלץ לבחון אפיקים לשיפור התמיכות בעין או בכסף הניתנות לקבוצה זו גם בתחום של תפקודים יום-יומיים שעל פניו נחשבים פיזיים.

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 בחמש השנים שחלפו מאז השקת הרפורמה הביטוחית, חלה ירידה בשיעור הקבלה של טיפול נפשי בקהילה לצד עלייה בשיעור האשפוז הפסיכיאטרי. שיעור השימוש בשירותי סל שיקום נותר כמעט ללא שינוי.

- טיפול נפשי בקהילה – בשנת 2020, 83% מכלל נכי הנפש דיווחו על קבלת טיפול נפשי בקהילה במועד הריאיון או בשנה שקדמה לו, שיעור נמוך יותר מאשר בשנת 2016 (89%).
- שיקום פסיכיאטרי – בשנת 2020, 36% מכלל נכי הנפש דיווחו על קבלת שירותי סל שיקום, שיעור מעט גבוה יותר מאשר בשנת 2016 (32%), אולם ההבדל בין שתי נקודות המדידה אינו מובהק.
- אשפוז פסיכיאטרי – בשנת 2020, 36% מכלל נכי הנפש דיווחו שעברו אשפוז פסיכיאטרי במהלך חמש השנים שקדמו למועד הריאיון, שיעור גבוה יותר מאשר בשנת 2016 (30%).

- נכי נפש עם ריבוי ליקויים השתמשו פחות בכל אחד משלושת סוגי השירותים מאשר נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד, הן על רקע 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 בהיקף קבלת הטיפול הנפשי בקהילה, מאפייני הטיפול השתנו בדרך אשר נראה כי מתאימה לצורכי המטופלים אך לאו דווקא למתווה הרפורמה. בין השנים 2016 ל-2020 חלה ירידה בשיעורם של כלל נכי הנפש שפסיכיאטר היה המטפל העיקרי שלהם (מ-65% ל-54%), במקביל לעלייה בשיעורם של כלל נכי הנפש שפסיכותרפיסט (פסיכולוג או עובד סוציאלי) היה המטפל העיקרי שלהם (מ-22% ל-39%). דפוס ממצאים זה חשוב בהשוואה למחקר הבסיס (הרן ונאון, 2017), אשר הראה כי נכי הנפש מעוניינים לקבל טיפול פסיכו-סוציאלי מעבר לטיפול הפסיכו-פרמקולוגי השכיח. מפרספקטיבה אחרת, מחקר שבחן את שיטות העבודה והעמדות של אנשי מקצועות ברה"נ לאחר החלת הרפורמה העלה כי על פי רוב פסיכותרפיסטים העריכו את הרפורמה לשלילה יותר מאשר פסיכיאטרים (סמואל והס, 2020). והנה, המצב בשטח הוא שיותר נכי נפש מקבלים טיפול מידי פסיכותרפיסטים מאשר קודם לכן. עוד נמצא במחקר הנוכחי כי בקרב כלל נכי הנפש זמני ההמתנה לטיפול התקצרו, תדירות מפגשי הטיפול גדלה ומשך מפגש ממוצע התארך, ממצאים העולים בקנה אחד עם השינוי שחל בתמהיל המקצועי של המטופלים העיקריים.

אחת ממטרות הרפורמה הייתה להעביר את הספקת הטיפול בתחום ברה"נ מן המדינה לקופות. ואמנם, בדומה לשנת 2016, גם בשנת 2020 כ-40% מנכי הנפש היו מטופלים דרך קופות החולים. בד בבד חלה ירידה בשיעור המטופלים דרך משרד הבריאות (מ-34% בשנת 2016 ל-24% בשנת 2020) ועלייה בשיעור המטופלים דרך עמותות לשירותי ברה"נ. בבחינת המעברים בין מסגרות טיפול במגזר הציבורי נמצא כי 29% מן המטופלים עברו ממרפאות של משרד הבריאות לקופות החולים, אולם בה בעת 11% עברו בכיוון ההפוך.

אחד החששות בנוגע לרפורמה היו שתפחת צריכת שירותי סל שיקום, בין היתר בשל החמרת הפיצול בין הפן הטיפולי לשיקומי בשירותי ברה"נ. אולם ממצאי המחקר אינם מאוששים חשש זה. כמו כן, למרות משבר מגפת הקורונה, שנסיבותיו עשויות היו לצמצם את היקף ההשתתפות בפעילויות קבוצתיות ופרטניות בקהילה, היקף השימוש בשירותי סל שיקום נשמר. **עם זאת, נכי הנפש עודם מתקשים למצות את זכויותיהם לסל שיקום.** רבים מהם שהכירו את חוק השיקום לא פנו לוועדת סל שיקום, בעיקר בשל מחסור במידע והיעדר ליווי מקצועי. כמו כן, מבחינת ההתנהלות בשלבים השונים ב"מסלול" לסל שיקום במחקר הנוכחי לעומת מחקר הבסיס, נמצא כי שיעורם של נכי הנפש שפנו לוועדת סל שיקום אך לא השתמשו בשירותים בפועל גדל.

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 גם גידול בשיעור המאושפזים במחלקה סגורה לעומת פתוחה (בשנת 2020 65% אושפזו במחלקה סגורה ו-30% במחלקה פתוחה, ואילו בשנת

2016 כ-44% אושפזו בכל אחת משתי המחלקות). מצב עניינים זה, בצד הירידה שחלה בשיעור הטיפול הנפשי בקהילה, עשויים להעיד כי במהלך השנים הקבוצה שמגיעה לאשפוז היא מורכבת יותר מבחינה קלינית ואינה מצליחה למצוא מזור בשירותי ברה"נ האמבולטוריים, ולכן מאיישת נפח גדול יותר ממחלקות האשפוז המגבילות יותר. עוד בהקשר לאשפוז הפסיכיאטרי נבחנה סוגיית הבתים המאזנים. אף על פי שהם הפכו רלוונטיים יותר לאחר החלת הרפורמה (ללא קשר ישיר להתוויות הרפורמה), נמצא כי כ-30% מנכי הנפש שאושפזו בחמש השנים האחרונות וכ-45% מן השאר לא היו מעוניינים לשהות בבית מאזן במקום בבית חולים פסיכיאטרי, שירות שאותו הם כבר מכירים. לנוכח דפוס ממצאים זה, נראה כי על גורמי ברה"נ בקהילה לנקוט צעדים אקטיביים כדי להעלות את המודעות ליתרונות היחסיים של חלופות אשפוז בקרב צרכנים פוטנציאליים.

ההגבלות שהוטלו עקב מגפת הקורונה לא פסחו על צריכת השירותים בברה"נ. כ-60% מן המטופלים ומן המשתקמים בשירותי ברה"נ בקהילה חוו שינויים בדפוסי השימוש בשירותים בעקבות המשבר. חלק ניכר ממפגשי הטיפול ומפעילויות השיקום עברו למתכונת טלפונית או מקוונת, ובמקרים אחרים השירותים צומצמו או הופסקו זמנית. במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי הוגבלו ביקורי משפחות, נשמרו הנחיות הריחוק החברתי, וקוצרו חלק מן האשפוזים. מצב בריאותם הפיזית והנפשית של נכי הנפש הוחמר, יותר מאשר זה של כלל האוכלוסייה.

תיאום טיפול עודו נתפס כלוקה בחסר. עם החלת הרפורמה הושקעו מאמצים ניכרים 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 שמתקיים תיאום טיפול נאות בין אנשי המקצוע השונים בתחום ברה"נ כמו גם ביניהם ובין רופא המשפחה. כמו כן חלק מנכי הנפש ציינו שאינם מעוניינים בתיאום טיפול כלשהו, בעיקר מטעמים של שמירת סודיות ודאגה לפרטיות ואי-ראיית הערך המוסף בתיאום טיפול.

המלצות לכיווני מדיניות: לנוכח ממצאי המחקר, להלן כיווני פעולה אחדים המוצעים לעיצוב מדיניות ברה"נ:

- לנקוט פעולות יישוג כלפי נכי נפש עם ריבוי ליקויים כדי לסייע להם להתמודד עם העול הבריורקרטי ולמצות את זכויותיהם מול מערכות שירותים הפועלות באחריותם של שני משרדי ממשלה שונים (בריאות ורווחה).
- להוסיף ולחזק את מגמת הגיוון המקצועי של הגורמים המספקים טיפול נפשי בקהילה לכלל נכי הנפש.
- לשכלל ולהטמיע תשתיות ארגוניות ופרקטיקות מקצועיות בקופות החולים להבטחת יישומו המועיל והיעיל של תיאום טיפול – הן בין גורמי המקצוע השונים בתחום ברה"נ הן בינם ובין צוותי הרפואה הראשונית – תוך הקפדה על שמירת פרטיותו של המטופל והתאמת הטיפול לצרכיו האישיים והדינמיים.
- לפתח את הממשקים בין הקופות לוועדות סל שיקום וספקי השירותים להעלאת שיעור הניצול של השירותים.
- לאפיין את ה"גרעין הקשה" שמרבה להגיע לאשפוז ולגבש אסטרטגיה להשתלבות בת-קיימה בקהילה.
- לבחון את הביקוש לחלופות אשפוז ולהעלות את המודעות להיצע הקיים ולערך המוסף של מסגרות אלו.
- לבנות תוכנית פעולה לרבות ארגז כלים להגמשה והתאמה של מכלול שירותי ברה"נ למצבי חירום לאומיים.

מחקר זה שופך אור על התנהלותם של נכי הנפש במערכת שירותי ברה"נ ובמערכת הרפואה הכללית כחמש שנים לאחר החלתה של הרפורמה הביטוחית, אשר נועדה בין היתר לשפר את זמינותם ונגישותם של שירותי ברה"נ ולהגביר את התיאום בינם ובין שירותי בריאות הגוף. התמורות שחלו בצריכת השירותים מציגות תמונה מורכבת, שבה חלק מן היעדים הושגו, חלקם מצויים בתהליכי ביצוע מתקדמים, ובחלקם נותר עוד לעשות כברת דרך. יישום ההמלצות לעיל עשוי לתרום לטיוב שירותי ברה"נ, ובתוך כך לקידום בריאותם ורווחתם של נכי הנפש בישראל.

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. דמ-19-786, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- אשכנזי, י., לף, י. מעוז-ברויאר, ר. וטבנקין, ח. (2018). מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש. דמ-18-787. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ברמלי-גרינברג, ש., יערי, ע. ואבני, א. (2020). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- הרן, ד. (2018). הקשר בין עקרון הרצף הטיפול לבין צריכת שירותי בריאות הנפש על ידי אוכלוסיית המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות: השלכות אפשריות של הרפורמה הביטוחית. חיבור המוגש לקבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית בירושלים, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית.
- הרן, ד. ונאון, ד. (2017). דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש. סקר צרכנים. דמ-17-750, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- המוסד לביטוח לאומי (2020). סקירה שנתית 2019. מנהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2020). החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה, בקרב בני 21 ומעלה: ממצאים מהגל השלישי של הסקר שנערך באמצע יולי בצל המשבר. למ"ס: המחבר.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2020). הסקר החברתי 2019. למ"ס: המחבר.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018). הסקר החברתי 2017. למ"ס: המחבר.
- מבקר המדינה (2014). דוח שנתי 64ג', פעולות הממשלה לשילובם של אנשים עם מוגבלות בתעסוקה (עמ' 175-133).
- מבקר המדינה (2016). דוח שנתי 66ג', משרד הבריאות – שיקום נכי נפש בקהילה (עמ' 631-575).
- משרד הבריאות (2021). בריאות הנפש בישראל: שנתון סטטיסטי 2019. משרד הבריאות, אגף המידע – חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, והאגף לבריאות הנפש.
- נירל, נ. וסמואל, ה. (2013). לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דמ-13-639, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- סמואל, ה. והס, ב. (2020). דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע – שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-20-823, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- סמואל, ה. ורוזן, ב. (2013). כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דמ-13-636, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- רועה, ד., טל, א., בלוש-קליינמן, ו., שרשבסקי, י., הדס לידור, נ., תלם, ע. ולכמן, מ. (2011). השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה. *ביטחון סוציאלי*, 86, 85-105.
- שרוך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד., דניאל, י. ופישמן, נ. (2009). אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. דמ-09-549, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- שרוך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד. ופישמן, נ. (2011). תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש. תמ-11-36, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

- 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.
- 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., et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 357-364.