



המרכז לחקר מוגבלויות

דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים

דפנה הרן ✦ דניז נאון

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות,
בסיוע קרן וואהל למחקר אסטרטגי ובסיוע קרן לזלו נ. טאובר

דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים

דפנה הרן ✦ דניז נאון

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות,
בסיוע קרן וואהל למחקר אסטרטגי ובסיוע קרן לזלו נ. טאובר

אוגוסט 2017

ירושלים

אב תשע"ז

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): נעמי הלסטד
הפקה והבאה לדפוס: ענת פרקו-טולדנו

מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

המרכז לחקר מוגבלויות

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

פרסומים נוספים של מכון ברוקדייל בנושאים קשורים

נאון, ד'; הרן, ד'; סופר-פורמן, ח'; פינטו, א'; פריאור, ר'. 2017. גורמים המקדמים ומעכבים השתלבות בתעסוקה של מקבלי קצבת נכות כללית לאחר תיקון 109 לחוק הביטוח הלאומי (חוק לרון). דמ-746-17.

לף, י'; ריבקין, ד'. 2015. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שאינם במסגרות של משרד הרווחה: סקר במחוז חיפה והצפון. דמ-693-15.

נירל, נ'; סמואל, ה'. 2013. לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דמ-639-13.

סמואל, ה'; רוזן, ב'. 2013. כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דמ-636-13.

נאון, ד'; שטרוסברג, נ'; בן-שהם, א'; הרן, ד'; פריאור, ר'; גאליה, א'. 2012. בעלי מוגבלות בגיל העבודה בישראל: שכיחות באוכלוסייה, מאפיינים ומצב תעסוקה. דמ-625-12.

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; נאון, ד'; פישמן, נ'. 2011. תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש. תמ-36-11.

גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; רוזן, ב'; נירל, נ'; וייצברג, ר'. 2009. מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודות המבט של צרכני השירותים. דמ-538-09.

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; נאון, ד'; דניאל, י'; פישמן, נ'. 2009. אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. דמ-549-09.

ניתן לעיין בפרסומים אלה גם באתר המכון: www.jdc.org.il/brookdale

תמצית המחקר

1. מבוא ומטרת המחקר

ביולי 2015 הושקה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (להלן **ברה"נ**), שעניינה העברת האחריות על הספקת שירותי ברה"נ ממשדד הבריאות לקופות החולים. על רקע שינוי ניכר זה במבנה שירותי ברה"נ, במימוןם ובאופני הספקתם, עלה הצורך לבחון את דפוסי השימוש בהם בקבוצות אוכלוסייה שונות. אחת מקבוצות אלה היא אוכלוסיית המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות, אשר בגין מצבם הנפשי מקבלים מן המוסד לביטוח לאומי קצבת נכות כללית (להלן **נכי נפש**). לנמנים עם אוכלוסייה זו צרכים מרובים ונרחבים בתחום ברה"נ ובתחומים נוספים כגון בריאות כללית ורווחה, אולם על פי רוב הם מצויים בשולי השיח החברתי והמחקרי (אבירם, 2012). מחקר אינטגרטיבי של מכון ברוקדייל משנת 2009 בחן את מגוון מערכות השירותים המיועדות לנכי הנפש על בסיס נתונים מנהליים (שטרוד ואחרים, 2009). עם זאת, למיטב ידיעתנו טרם נעשה סקר צרכנים שבדק את היקף השימוש ואופני השימוש בשירותים, ובפרט את חווית המטופל, מנקודת המבט של הצרכנים עצמם.

מחקר זה מיועד לספק תמונת מצב עדכנית בנוגע לדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ – אשפוז פסיכיאטרי, שיקום פסיכיאטרי (להלן **סל שיקום**) וטיפול נפשי בקהילה – בראשית הטמעתה של הרפורמה הביטוחית. בהתבסס על המודל ההתנהגותי לצריכת שירותי בריאות של אנדרסן (Andersen, 1995), המחקר בוחן אלו גורמים ברמת הפרט (כגון פרופיל סוציו-דמוגרפי וקליני, ידע ואמונות בתחום ברה"נ) וברמת המערכת (זמינות, נגישות ותיאום טיפול) מקדמים או מעכבים את השימוש בשירותים.

בקרב נכי הנפש ישנה תת-אוכלוסייה אשר לנמנים עמה מוגבלויות נוספות המזכות אותם בקצבת נכות כללית (להלן **בעלי ריבוי ליקויים**). האחרונים הם בעלי צרכים מורכבים יותר, וייתכן שאף שונים מאשר אלה של נכי הנפש שמוגבלותם הנפשית היא המוגבלות היחידה שלהם. בהתחשב בתת-אוכלוסייה זו, בפיצול ששרר בין שירותי ברה"נ לבין שירותי הבריאות הכלליים טרם החלת הרפורמה, ובכך שאחת ממטרות הרפורמה היא חיזוק הקשר בין הטיפול בבריאות הנפש והטיפול בבריאות הגוף, הרי שהגורמים הקשורים לשימוש בשירותים נבחנו בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד ובקרב בעלי ריבוי ליקויים.

2. שיטת המחקר

סקר טלפוני בקרב 350 נכי נפש (בעלי נכות רפואית של לפחות 40% בסעיף נפשי), שנדגמו מרשומות הביטוח הלאומי. נדגמים אלה מהווים מדגם מייצג של אוכלוסיית היעד המונה כ-75,000 איש, כשליש מתוכם עם סעיף נכות נוסף לסעיף הנפשי. באמצעות שאלון מובנה נבחנו היקף השימוש ומאפייני השימוש שעושה האדם בשירותי ברה"נ, תיאום הטיפול ביניהם כפי שנתפס בעיניו, השימוש שהוא עושה בשירותי הבריאות הכלליים, מצב בריאותו (הנפשית והפיזית), עמדתו כלפי מערכת ברה"נ ובקיאאותו בנוגע לשירותים שהוא זכאי לקבל. בשל צורכיהם הייחודיים של בעלי ריבוי ליקויים ועל רקע מערכת השירותים המפוצלת, הסוגיות נבחנו בקרב כלל נכי הנפש, וכן בנפרד – בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד ובקרב בעלי ריבוי ליקויים. הראיונות התקיימו בין דצמבר 2015 לאפריל 2016.

3. ממצאים

- **היקף השימוש בשירותי ברה"נ:** 90% מכלל נכי הנפש קיבלו טיפול קליני בשירותי ברה"נ בקהילה בשנה שקדמה למועד הסקר, 30% אושפזו במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים שקדמו לו, ו-32% קיבלו במועד הסקר שירותי סל שיקום. היקף הצריכה של כל אחד משירותים אלה נמצא נמוך יותר בקרב בעלי ריבוי ליקויים מאשר בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד: טיפול קליני – 79% לעומת 93%, אשפוז פסיכיאטרי – 23% לעומת 33%, ושיקום פסיכיאטרי – 22% לעומת 37%. השיעור הנמוך יותר של השימוש בשירותי השיקום הפסיכיאטרי בידי בעלי ריבוי ליקויים עשוי לשקף את העול הנוסף שמוטל על כתפיהם בניסיונם לפלס את דרכם במערכת השיקום הפסיכו-סוציאלית (שירותי תעסוקה, דיור וכיו"ב). מערכת זו מפוצלת בין משרד הבריאות, האחראי על הספקת השירותים לאנשים עם מוגבלויות נפשיות, לבין משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, האחראי על הספקת השירותים לאנשים עם מוגבלויות פיזיות. מאחר ששלושת סוגי השירותים בברה"נ קשורים זה בזה, ייתכן שההיקף הנמוך של צריכת שירותי השיקום בידי בעלי ריבוי ליקויים משפיע על היקף השימוש שהם עושים בשני סוגי השירותים האחרים (אשפוז פסיכיאטרי וטיפול נפשי בקהילה).
- **לבעלי ריבוי ליקויים פחות משאבים אישיים מאשר לבעלי ליקוי נפשי בלבד.** ראשית, בעלי ריבוי ליקויים הם מבוגרים יותר, ומשום כך, כמו גם בגלל הליקויים הנוספים שלהם, מצב בריאותם הפיזית טוב פחות, יכולת התפקוד היום-יומית שלהם (ADL/IADL) מוגבלת יותר, והם משתמשים יותר בשירותי הרפואה הכלליים. שנית, שיעור גבוה יותר מהם מתגוררים בפריפריה (מחוזות הצפון והדרום), אזורים שבהם פועלות פחות מסגרות המספקות שירותי בריאות ורווחה לרבות שירותי ברה"נ מאשר במרכז הארץ, והשירותים עצמם הם נגישים פחות וגמישים פחות. שלישית, שיעור נמוך יותר מהם מועסקים, גורם נוסף אשר מרחיק אותם ממרקם החיים הנורמטיבי ומקשה על השתלבותם בקהילה. לבסוף, אף על פי שאחוז הנכות הנפשית בשתי הקבוצות הקליניות הוא דומה, בעלי ריבוי ליקויים חווים מצוקה נפשית סובייקטיבית חמורה יותר מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד.
- **רוב המאפיינים הקשורים באופן השימוש בשירותים ובהערכת איכותם דומים בשתי הקבוצות.** זאת אף על פי שכאמור, בעלי ריבוי ליקויים משתמשים פחות בשירותי ברה"נ מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד, המשאבים האישיים שלהם דלים יותר ואילו צורכיהם הבריאותיים מורכבים יותר.
- **מי שעברו אשפוז פסיכיאטרי אושפזו כמעט תמיד במחוז מגוריהם, בשיעורים דומים במחלקה פתוחה או סגורה, ורובם היו מרוצים מן ההתערבויות שקיבלו באשפוז ומיחס הצוות המטפל.**
- **טיפול נפשי קליני בקהילה – צרכים מסופקים:** המטפל העיקרי של כשני שלישים מנכי הנפש המטופלים בקהילה הוא פסיכיאטר. כ-85% מקבלים טיפול זה בשירות ציבורי, לרוב במרפאה של קופת החולים או בתחנה ממשלתית לברה"נ, ואינם משלמים עבור הטיפול. 52% מנכי הנפש המתונו עד שבועיים מעת שפנו לקבוע תור עד שנפגשו לראשונה עם המטפל העיקרי, ושיעורים זניחים המתונו מעבר לשלושה חודשים. מכאן נראה כי מבחינת עלות הטיפול וזמני ההמתנה, סוגיות שעמדו לנגד עיניהם של מעצבי הרפורמה, הרי שצורכיהם של נכי הנפש מסופקים באופן הולם.

- **טיפול נפשי קליני בקהילה – צרכים בלתי מסופקים:** 67% מן המטופלים נפגשים עם המטפל העיקרי עד פעם בחודש, ו-60% מן הפגישות נמשכות עד חצי שעה. כמו כן למרות שביעות רצון רבה מן המטפל העיקרי ומן המסגרת מספקת הטיפול, 46% מן המטופלים היו מעוניינים ביותר פגישות, ו-34% – בקבלת טיפול גם מפסיכולוג. לפיכך, אף שבראשית הרפורמה המערכת סיפקה מענה מיידי לנכי הנפש, מן השטח עולה צורך בהרחבת השירותים – הן הפסיכיאטריים והן הפסיכו-תרפויטיים.
- **שיקום פסיכיאטרי:** יותר מ-15 שנה לאחר חקיקתו של חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (2000), כשני שלישים מנכי הנפש אינם משתמשים בשירותי סל שיקום. הערך המוסף שתורם השיקום הפסיכיאטרי להפחתת היקף האשפוז הפסיכיאטרי בוסס זה מכבר (למשל, אבירם, 2012; שטרן ואחרים, 2011). מחקר זה מחזק ממצאים קודמים, ומראה כי מי שמשתלבים במערך השיקום הפסיכיאטרי זוכים למענים מפותחים למדי: כ-55% מלווים לוועדת סל שיקום בידי גורם מקצועי בברה"נ, כ-70% עוברים הכנה לוועדה, כ-90% שבעי רצון משירותי סל שיקום בתחומים השונים, וכ-80% סבורים שהשירותים עוזרים להם להסתדר בקהילה באופן עצמאי יותר. אולם, כאמור, החלק הארי של נכי הנפש אינם צורכים שירותי סל שיקום ומעולם לא עברו ועדת סל שיקום. כ-70% מתוכם מדווחים על מחסור במידע רלוונטי, קשיים ביורוקרטיים או היעדרה של יד מכוונת.
- **תיאום טיפול:** נכי נפש המטופלים בידי מספר אנשי מקצוע נשאלו עד כמה הטיפול בהם מתואם וכיצד הם מעריכים את יעילות העברת המידע על אודותיהם בין המטפלים. התמונה שהתקבלה מעורבת: כמחציתם מדווחים על טיפול המתואם במידה סבירה, כרבע על תיאום רב, וכרבע – על היעדר תיאום. עם זאת, בבחינת רצף השימוש במגוון השירותים נראה כי תיאום הטיפול לוקה בחסר. למשל, כמעט כל נכי הנפש מקבלים טיפול נפשי אמבולטורי, על פי רוב במשך מספר שנים, אבל רק כשליש מקבלים שירותי סל שיקום, אף על פי שכולם זכאים להם לפי חוק. יתרה מכך, מתוך מי שעברו ועדת סל שיקום, כ-55% מעוניינים לקבל שירותים בתחומים נוספים הכלולים בסל. דפוס ממצאים זה מצביע על הצורך לשפר את האינטגרציה בין השירותים השונים בברה"נ, ובפרט לכוון את נכי הנפש לסל שיקום, המהווה חוליה חיונית בטיפול קהילתי כוללני.
- **הכרת הרפורמה הביטוחית:** רק כמחצית מנכי הנפש מכירים את הרפורמה אף שהיא מגלמת שינויים מרחיקי לכת במערכת שירותים מרכזית בחייהם. בעלי ריבוי ליקויים, אשר הגברת התיאום בין שירותי בריאות הנפש לשירותי בריאות הגוף והספקתם תחת קורת גג אחת (קופות החולים) עשויות להוות יתרון דווקא עבורם, יודעים על השינויים המערכתיים עוד פחות.

4. סיכום וכיווני פעולה אפשריים

- לאור האמור לעיל, ניתן לסכם את כיווני הפעולה המוצעים לקביעת מדיניות בהנגשה פעילה של שירותי ברה"נ והממשקים ביניהם עבור אוכלוסיית היעד, כלומר:
- להביא לידיעתם של נכי הנפש את עיקרי החוקים, הזכויות והשירותים בברה"נ, בצורה פשוטה, בהירה ומוחשית, שתאפשר להם להשתמש במידע כדי לממש את זכויותיהם.
- להגביר את פעולות היישוג (outreach) לשירותי השיקום הפסיכיאטרי, למשל באמצעות הכוונה וליווי של נכי הנפש לוועדת סל שיקום, הן ממסגרות אשפוזיות והן ממסגרות אמבולטוריות, תוך

כדי גישור על הפערים המבניים והמקצועיים בין מערך הטיפול הקליני לבין מערך השיקום הפסיכיאטרי.

- להתניע מנגנון תיאום אפקטיבי בין משרד הבריאות לבין משרד הרווחה שיספק מענים לנכי נפש בעלי ריבוי ליקויים, תוך התייחסות שווה לצרכים הקשורים במוגבלות הנפשית ובמוגבלות הפיזית.
- לאחר החלת הרפורמה הביטוחית קופות החולים אמורות לפעול כזרוע מתכללת ומתווכת בין הממשקים השונים בתחום ברה"נ. לפיכך, מומלץ למסד בתוך הקופות, הן ברמת הארגון והן ברמת ההון האנושי, תשתית שתבטיח את יישומו של תיאום הטיפול.

מחקר זה שופך אור על התנהלותם של נכי הנפש במערכת שירותי ברה"נ, על היבטים שבהם חווית המטופל עולה בקנה אחד עם מאמצייה של המדינה לספק מענים הולמים לצורכיהם המורכבים, ומנגד על היבטים שבהם נחשפות בעיות שספק אם היו מאותרות ללא נקודת המבט של הצרכנים עצמם. הממצאים ישמשו בסיס למחקר המשך בעתיד, שיבחן אלו תמורות חלו בצריכת שירותי ברה"נ בידי נכי הנפש לאחר הטמעת הרפורמה, ובתוך כך עשויים לסייע בהתוויית קווי מדיניות לשיפור השירותים.

תודות

בהכנת המחקר, בביצועו ובכתיבת דוח זה הסתייענו באנשים רבים, ותודתנו נתונה להם. אנו מודות לדורי ריבקין ולד"ר ברוך רוזן, שליוו את המחקר החל מגיבוש ההצעה, דרך פיתוח כלי המחקר, מעקב אחר איסוף הנתונים ובחינה ביקורתית של הממצאים, וכלה בהערות מאירות עיניים על דוח המחקר. כמו כן, אנו מודות לפרופ' ג'ק חביב, מנכ"ל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, על תמיכתו במחקר, נכונותו להשקיע את המשאבים הנדרשים לביצוע המחקר על הצד הטוב ביותר, והעצות המועילות שנתן לנו.

תודה מיוחדת לפרופ' דניאל גוטליב, סמנכ"ל מחקר ותכנון במוסד לביטוח לאומי, אשר אפשר את הוצאתו של המחקר מן הכוח אל הפועל באמצעות הסדרת הליכי האתיקה והמנהל להעברת הנתונים.

תודה מיוחדת גם לסילביה טסלר-לזוביק, מנכ"ל קרן לזלו-טאובר בישראל, שפעלה נמרצות לגיוס המימון הנחוץ להשלמתו של הליך איסוף הנתונים, ובתוך כך, להפקת תמונת ממצאים תקפה ומהימנה.

תודה רבה לצוות עבודת השדה במכון ברוקדייל: חן צוק-תמיר, מנהלת היחידה, שדאגה לאורך כל הדרך לקיומה של העבודה השוטפת והמציאה פתרונות יצירתיים למכשולים; רכז המחקר – מרק מלקוביץ', שעמל על הפן הטכני-לוגיסטי הכרוך בעבודת השדה כמו גם על הבטחת איכות הראיונות; וכל צוות המראיינים, בראשם עפרה כוחי ולב ז'בייב, שביצעו בחריצות ובמסירות את מלאכת הריאיון המורכבת. כמו כן תודה לשאול נימרודי, מנהל יחידת הסקרים במוסד לביטוח לאומי, על שיתוף הפעולה עמנו.

עוד אנו מודות לאלכסנדר גאליה ולאופיר פינטו מן המוסד לביטוח לאומי, שהפיקו עבורנו את נתוני הבסיס על אודות אוכלוסיית היעד, והבהירו סוגיות חשובות שסייעו בניתוח הנתונים.

לבסוף, תודה לצוות עריכה במכון ברוקדייל: לרויטל אביב מתוק על עריכת הלשון של דוח המחקר, לנעמי הלסטד על התרגום לאנגלית, ולענת פרקו-טולדנו על הסיוע בעיצוב הדוח והבאתו לדפוס.

תוכן העניינים

1	1. הקדמה
1	2. רקע מדעי
4	3. שאלות המחקר
5	4. שיטת המחקר
5	4.1 אוכלוסייה
5	4.2 מדגם
5	4.3 כלי המחקר
6	4.4 מהלך המחקר
6	4.5 סיכום איסוף הנתונים
7	5. ממצאים
7	5.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים
9	5.2 מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה
9	5.3 מצב הבריאות הפיזית, צריכת שירותי בריאות כלליים ותפקוד יום-יומי
9	5.3.1 רישום בקופות החולים, סוגי ביטוחים והערכת מצב הבריאות הכללית
10	5.3.2 מצב הבריאות הפיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף
11	5.3.3 יכולות וקשיים בביצוע פעולות יום-יומיות
12	5.4 פרופיל נפשי קליני, חווית מצוקה וקשיי תפקוד על רקע בעיות נפשיות
13	5.5 ידע, אמונות ועמדות בנוגע לבריאות הנפש ונושאים משיקים
15	5.6 היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש
15	5.7 צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי
16	5.8 צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי
16	5.8.1 היכרות עם חוק שיקום נכי הנפש בקהילה ומעבר ההליך של ועדת סל שיקום
17	5.8.2 ועדות סל שיקום – מאפייני ההליך וחסמים לפנייה
18	5.8.3 שימוש בשירותי סל שיקום ובמגוון תחומי השירות וחסמים למימוש השירותים
21	5.8.4 שביעות רצון משירותי סל שיקום
21	5.9 צריכת טיפול נפשי אמבולטורי מידי המטפל העיקרי
21	5.9.1 הפרופסיה של המטפל העיקרי ופרק זמן הטיפול
22	5.9.2 המסגרת שבה מסופק הטיפול מידי המטפל העיקרי
23	5.9.3 זמני ההמתנה לקבלת טיפול נפשי בקהילה
23	5.9.4 תדירות מפגשי הטיפול ומשך פגישה ממוצעת
24	5.9.5 התשלום עבור הטיפול הנפשי ועלותו של מפגש טיפול
25	5.9.6 שביעות רצון מן המטפל העיקרי ומן המסגרת מספקת הטיפול
26	5.9.7 עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם
26	5.10 תיאום טיפול נתפס ויחס לרפורמה הביטוחית
28	5.11 התרומה של מאפיינים אישיים ומערכתיים שונים לשימוש בשירותי בריאות הנפש
34	6. סיכום וכיווני פעולה אפשריים
39	7. מקורות

רשימת לוחות

- פרק 5.1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים**
- לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של נכי הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 8
- פרק 5.2: מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה**
- לוח 2: מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 10
- פרק 5.3: מצב הבריאות הפיזית, צריכת שירותי בריאות כלליים ותפקוד יום-יומי**
- לוח 3: רישום בקופות החולים ומצב הבריאות הכללית, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 10
- לוח 4: מצב הבריאות הפיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 11
- לוח 5: יכולות וקשיים בביצוע פעולות יום-יומיות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 12
- פרק 5.4: פרופיל נפשי קליני, חווית מצוקה וקשיי תפקוד על רקע בעיות נפשיות**
- לוח 6: פרופיל נפשי קליני, מצוקה וקשיי תפקוד בשל בעיות נפשיות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 13
- פרק 5.5: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לבריאות הנפש ונושאים משיקים**
- לוח 7: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לברה"נ ונושאים משיקים, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 14
- פרק 5.6: היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש**
- לוח 8: היקף השימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 15
- פרק 5.7: צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי**
- לוח 9: מאפיינים של שימוש בשירותי אשפוז פסיכיאטרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 16
- פרק 5.8: צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי**
- לוח 10: הגורמים המפנים והמלווים את האדם לוועדת סל שיקום וקבלת הכנה לוועדה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 18
- לוח 11: סיבות לאי-פנייה לוועדת סל שיקום 18
- לוח 12: קבלת שירותי סל שיקום במועד הריאיון ובעבר, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 19
- לוח 13: התחומים שהמשתקמים מקבלים בהם שירותי סל שיקום כיום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 19
- לוח 14: התחומים שהמשתקמים קיבלו בהם שירותי סל שיקום אי פעם, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 19
- לוח 15: התחומים הנוספים שנכי הנפש מעוניינים לקבל בהם שירותים 20
- לוח 16: סיבות לאי-קבלת שירותי סל שיקום הרצויים בקרב נכי הנפש שעברו ועדת סל שיקום 20
- לוח 17: הערכה כללית של המשתקמים את שירותי סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 21
- פרק 5.9: צריכת טיפול נפשי אמבולטורי מידי המטפל העיקרי**
- לוח 18: הפרופסיה של המטפל העיקרי ופרק זמן הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 22
- לוח 19: המסגרת שבה ניתן הטיפול מן המטפל העיקרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית 22

- 23 לוח 20 : זמני המתנה לקבלת טיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- 24 לוח 21 : תדירות מפגשי הטיפול ומשך הפגישה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- 24 לוח 22 : אופן התשלום עבור הטיפול ועלות הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- 26 לוח 23 : עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- פרק 5.10: תיאום טיפול נתפס ויחס לרפורמה הביטוחית**
- 27 לוח 24 : תיאום טיפול נתפס, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- 28 לוח 25 : היכרות ויחס לרפורמה הביטוחית, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- פרק 5.11: התרומה של מאפיינים אישיים ומערכתיים שונים לשימוש בשירותי בריאות הנפש**
- 30 לוח 26 : גרסיה לוגיסטית על קבלת שירותי סל שיקום במועד הריאיון
- 33 לוח 27 : גרסיה לוגיסטית על היותו של האדם מטופל בידי מטפל עיקרי פסיכולוג/עובד סוציאלי לעומת היותו מטופל בידי מטפל עיקרי רופא משפחה/פסיכיאטר

רשימת תרשימים

- 4 תרשים 1 : המודל התיאורטי לצריכת שירותי בריאות הנפש
- 7 תרשים 2 : סיכום איסוף הנתונים
- 17 תרשים 3 : היכרות עם חוק השיקום ומעבר ההליך של ועדת סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית
- 25 תרשים 4 : שביעות רצון מן המטפל העיקרי בקרב כלל נכי הנפש המטופלים במועד הריאיון
- 25 תרשים 5 : שביעות רצון מן המסגרת שבה ניתן הטיפול בקרב כלל נכי הנפש המטופלים במועד הריאיון

1. הקדמה

ב-1 ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (להלן **ברה"נ**), שעניינה העברת האחריות על הספקת שירותי ברה"נ מן הממשלה לקופות החולים. על רקע שינוי חשוב זה במבנה השירותים, במימנם ובאופני הספקתם, עלה הצורך למפות את דפוסי השימוש בשירותים בידי קבוצות אוכלוסייה שונות. מספר מחקרים בדקו את הצרכים, את אופני הצריכה ואת חווית המטופל באוכלוסייה הכללית (אלרועי, רוזן ואלמקיאס, בדפוס; גרוס ואחרים, 2009) כמו גם בקרב מתמודדים עם בעיות נפשיות ברצף של הפסיכיאטריה הרכה¹ (Levinson et al., 2007; Rabinowitz, Gross, & Feldman 2003). אולם, רק קומץ מחקרים בחנו את הנושא בקרב מתמודדים עם בעיות נפשיות ברצף של הפסיכיאטריה הקשה, בפרט מקבלי קצבת נכות כללית מן המוסד לביטוח לאומי בגין לפחות 40% נכות רפואית בסעיף נפשי (**נכי נפש**) (Hornik-Lurie, Zilber, & Lerner, 2012; Levinson & Lerner, 2013; Roe et al., 2015). כל אחד ממחקרים אלה עסק בשירות אחד (למשל אשפוז או שיקום), ולרוב הציג מדדי תוצאה המבוססים על נתונים מנהליים. לצד התובנות החשובות שעולות מהם, למיטב ידיעתנו טרם נעשה מחקר שהציג ראייה אינטגרטיבית בנוגע לשימוש במכלול שירותי ברה"נ והממשקים ביניהם מן הזווית של נכי הנפש עצמם, שמספרם עומד על כ-75,000 איש (המוסד לביטוח לאומי, 2015). אף שזוהי הקבוצה הגדולה ביותר בקרב מקבלי קצבת הנכות הכללית, מדובר בקבוצה בעלת צרכים רבים מורכבים, המצויה לרוב בשולי השיח הציבורי והמחקרי (אבירם, 2012; Aviram, 2010). מטרתו של מחקר זה היא להציג תמונה מקיפה בנוגע לדפוסי השימוש בשירותי ברה"נ בידי נכי הנפש, תוך מתן דגש על חווית המטופל שלהם, בראשית הטמעת הרפורמה.

2. רקע מדעי

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (להלן **חבב"מ**) ב-1995, מערכת הבריאות בישראל מושתתת בעיקרה על ביטוח בריאות אוניברסלי הממומן מכספי המיסים, אשר מבטיח לכל תושבי המדינה גישה לחבילה רחבה של שירותים (סל הבריאות) באמצעות ארבע קופות החולים. עד החלתה של הרפורמה הביטוחית בברה"נ, מערכת בריאות הנפש ומערכת בריאות הגוף פעלו במידה רבה בנפרד מבחינת מימון, תכנון, ארגון וסביבת העבודה. בעוד במערכת בריאות הגוף היתה מאז ומתמיד הבחנה ברורה בין הגורמים האחראיים להספקת השירותים – קופות החולים, לבין הגורם האחראי למימון ואסדרה – משרד הבריאות, הרי שבמערכת בריאות הנפש, משרד הבריאות מילא את כל הפונקציות, וגם זאת באופן מפוצל ובלתי עקיב (סמואל ורוזן, 2013; Rosen et al., 2008).

ראשית, משרד הבריאות הוא המממן והספק העיקרי של שירותי אשפוז פסיכיאטרי, כמו גם הבעלים של רוב בתי החולים הפסיכיאטריים. שנית, הספקת טיפול נפשי אמבולטורי נחלקה בין משרד הבריאות (לפי

¹ "פסיכיאטריה רכה" מתייחסת להפרעות נפשיות שכיחות יחסית בקרב צרכני שירותי ברה"נ, כגון דיכאון, חרדה ובעיות הסתגלות, בעוד "פסיכיאטריה קשה" מתייחסת להפרעות נדירות יותר, לרוב גם קשות וממושכות יותר, כגון סכיזופרניה, הפרעות רגשיות המערבות סימפטומים פסיכויטיים, הפרעת מצב רוח דו-קוטבית (מאניה דפרסיה) ודיכאון קליני חמור.

התוספת השלישית לחב"מ) לבין קופות החולים (לפי התוספת השנייה). חלק משירותים אלה סופקו גם בעלות מוזלת בידי מטפלים עצמאיים שעבדו בהסדר עם הקופות. לבסוף, שירותי שיקום פסיכיאטרי ("סל שיקום" – ראו פירוט בהמשך) ממומנים בידי משרד הבריאות אבל מופרטים, ולכן מסופקים בידי עמותות או חברות פרטיות. שלושת סוגי השירותים בברה"נ – אשפוז, טיפול אמבולטורי ושיקום – היו נתונים לפיקוח ובקרה של משרד הבריאות, אשר בה בעת סיפק בעצמו חלק מן השירותים.

לנוכח הבעייתיות הכרוכה בחפיפת תפקידים זו, מאז חקיקת חב"מ נעשו ניסיונות חוזרים ונשנים להעביר את האחריות על הספקת שירותי ברה"נ מן המדינה לקופות, אשר צלחו רק כעבור 20 שנה בדמות הרפורמה הביטוחית. הרפורמה מיועדת לפתור את העמימות בנוגע לסוכנות מספקת השירותים (בהגדרת תפקידו של משרד הבריאות כרגולטור בלבד); ליצור אחידות במודלים של הספקת השירות וניהול הטיפול בבריאות הנפש ובבריאות הגוף ובזאת להדק את הקשר ביניהם; להגביר את הזמינות של שירותי ברה"נ ואת נגישותם, ובזאת להעלות את שיעור השימוש בשירותים ולשפר את בריאותם ורווחתם של המתמודדים עם מצוקה נפשית (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; Rosen et al., 2008).

הרפורמה הביטוחית היא חלק מרפורמה כללית בברה"נ, אשר לה שני רכיבים נוספים: הרפורמה המבנית, המיועדת לצמצום האשפוז הפסיכיאטרי והעברת מוקד הטיפול בנכי הנפש לקהילה; והרפורמה השיקומית, שעניינה מתן סיוע בתחומים שונים כגון דיור ותעסוקה בסביבת החיים הנורמטיבית של האדם, המעוגנת בחוק שיקום נכי הנפש בקהילה (2000) (להלן **חוק השיקום**). בעוד הרפורמה הביטוחית רלוונטית לאנשים עם טווח רחב של בעיות נפשיות מבחינת משך וחומרה, הרי שהרפורמה המבנית רלוונטית בעיקר לנכי הנפש, והרפורמה השיקומית – להם בלבד. ואמנם, בעשור וחצי האחרונים חלה ירידה ניכרת בהיקף האשפוז הפסיכיאטרי של נכי הנפש לצד עלייה בשימוש בשירותי סל שיקום (אבירם, 2012; אבירם ואזארי-ויזל, 2015; שטרוד ואחרים, 2009; שטרוד ואחרים, 2011). חשוב לציין שבמסגרת הרפורמה הביטוחית, השירותים שהועברו לאחריות הקופות הם אשפוז פסיכיאטרי וטיפול נפשי אמבולטורי, בעוד הספקת שירותי השיקום נשארה באחריות משרד הבריאות.

על רקע השינויים הניכרים שחלים במערכת שירותי ברה"נ בישראל, חשוב ללמוד על דפוסי צריכת השירותים בידי הציבור הרחב ובידי קבוצות ספציפיות שצפויות להיות מושפעות מהם באופן מובחן. מחקר אינטגרטיבי של מכון ברוקדייל בחן את מערכות השירותים השונות המיועדות לנכי נפש על סמך נתונים מנהליים (שטרוד ואחרים, 2009), אולם טרם נעשה סקר צרכנים שבדק את חווית המטופל. כלומר קולם של נכי הנפש, מי שזקוקים לשירותי ברה"נ באופן נרחב ועל בסיס קבוע, לא נשמע.

כפי שהודגש בדוח ועדת לרון (2005), אחד המכשולים כבדי המשקל שבפניו ניצבים אנשים עם מוגבלות בכלל, ונכי נפש בפרט, בבואם להשתמש בשירותי בריאות ורווחה, הוא פיצול מערכות השירותים. בעיה זו מומחשת למשל בהשתלבות בתעסוקה. שירותי שיקום תעסוקתי ניתנים הן במסגרת סל שיקום של משרד הבריאות (בתנאי של 40% נכות רפואית בסעיף נפשי) והן במסגרת השיקום המקצועי של המוסד לביטוח לאומי (בתנאי של 20% נכות רפואית בכל סעיף שהוא, ובתנאי שהאדם עתיד להשתלב בעבודה בשוק החופשי). לפיכך, מבחינת הלכות הרפואית נכי הנפש עונים על תנאי הזכאות של שני המוסדות, אולם בשל

הביזור הקיים והיעדרה של ראייה אסטרטגית כוללת, צרכנים פוטנציאליים ניצבים מול סבך ביורוקרטי שמקשה עליהם לממש את זכאותם ולנצל את השירותים בפועל (מבקר המדינה, 2014).

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (להלן **משרד הרווחה**) מספק גם הוא שירותי שיקום תעסוקתי לאנשים עם מוגבלות, להוציא אלה עם מוגבלות נפשית, שכן על פי חוק השיקום, שיקומם נתון תחת אחריותו של משרד הבריאות. פיצול מבני זה בעייתי בעיקר עבור נכי נפש שיש להם גם מוגבלות פיזית, המהווים כשליש מכלל נכי הנפש (להלן **בעלי ריבוי ליקויים**) (המוסד לביטוח לאומי, 2015). ההשפעות הדו-כיווניות של בריאות נפשית ופיזית הופכות את צורכיהם למרובים ומורכבים במיוחד, והם נאלצים להתמודד עם קשיים נוספים בהתמצאות במערכת השירותים ובמיצוי זכויותיהם. דוח מבקר המדינה (2014) מעיר גם על הבעייתיות בממשק שבין משרד הבריאות למשרד הרווחה: הגופים פועלים באופן עצמאי, ללא תיאום מוקדם וללא הסדרת העבודה ביניהם; בנקודות ההשקה מתגלעות מחלוקות בין-ארגוניות רבות; חסר תכנון כולל להקצאת המשאבים בהתאם לסדרי עדיפויות. כפועל יוצא, רבים מבעלי ריבוי ליקויים, שלהם פוטנציאל תעסוקתי, אינם מקבלים שירותי שיקום מאף גורם.

זאת ועוד, אצל חלק מנכי הנפש בעלי ריבוי ליקויים אי-אפשר לקבוע במדויק את "מרכז הכובד" של הפגיעה הרפואית (האם פיזית, נפשית או שכלית). פעמים רבות אין בנמצא מסגרת ההולמת את צורכיהם של הנמנים עם קבוצה זו, ונדרש להתאים להם מענה ייחודי ואישי, כגון שילוב של שירות מסל שיקום נכי הנפש של משרד הבריאות ושירות שיקום של משרד הרווחה. ועדת הכרעה בין-משרדית, שהוקמה בידי משרד הבריאות ומשרד הרווחה, אמונה על הטיפול במקרים אלה ועל גיבוש פתרונות משותפים. אולם, כפי שעולה מדוח מבקר המדינה (2016), הוועדה פועלת ללא סמכות חוקית סטטוטורית וללא תקציב ייעודי, ולכן יכולתה לספק מענים מותאמים לאוכלוסייה הרב-נכותית היא מוגבלת וחסרת גמישות.

בעיה ייחודית בניצול השירותים בידי נכי הנפש, שמקורה בתחום ברה"נ עצמו, היא הפיצול בין טיפול נפשי קליני (פסיכו-פרמקולוגי ופסיכו-תרפויטי) לבין שירותי שיקום פסיכיאטרי. הטיפול הקליני נחשב באופן מסורתי נחלתם הבלעדית של פסיכולוגים ופסיכיאטרים, בעוד השיקום הפסיכיאטרי, שהוא התפתחות חדשה יחסית בארץ, מבוסס על תמהיל מגוון של אנשי מקצוע, ביניהם עובדים סוציאליים, פסיכיאטרים קהילתיים, פסיכותרפיסטים עם התמחויות שונות, מרפאים בעיסוק וארגוני צרכנים (רועה ואחרים, 2011). אמנם ריבוי הפרופסיות של העוסקים במלאכה מעשיר את התחום, אך בה בעת יוצר חוסר עקיבות במודלים ובשיטות של הספקת השירותים. זהו גם מקור לקונפליקטים רבים בין השיקום לבין הדיסציפלינות האחרות בברה"נ (נירל וסמואל, 2013; Belling et al., 2011), כך שעבודה שנעשית ללא קשר או תיאום מספקים בין הגורמים המטפלים באותו אדם היא תופעה שכיחה למדי.

אפשר ללמוד על צורכיהם של נכי הנפש בתחום ברה"נ ובתחומים משיקים ועל דפוסי צריכת השירותים שלהם באמצעות המודל ההתנהגותי לשימוש בשירותי בריאות של אנדרסן (Andersen, 1995). המודל מאגד מאפיינים אישיים (כגון פרופיל סוציו-דמוגרפי, אבחנות רפואיות, תפקוד יום-יומי והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות) ומערכתיים (זמינות שירותי הבריאות ונגישותם) לשם ניתוח וניבוי של צריכת השירותים (תרשים 1). מספר סקרים מקיפים שנעשו בעולם המערבי הסתמכו על המודל לשם בחינת השימוש בשירותי ברה"נ בידי אנשים עם בעיות נפשיות קשות וממושכות (Fleury et al., 2011; McAlpine & Mechanic,)

מערב למאפיינים אינדיבידואליים, בצריכת השירותים. (2000; Sareen et al., 2007). סקרים אלה האירו על התפקיד המרכזי שממלאים היבטים מבניים-ארגוניים,

מחקר זה מחיל את ההמשגה של אנדרסן על מערכת הבריאות בישראל, ובתוך כך בוחן את השימוש של אוכלוסיית נכי הנפש בשירותי ברה"נ השונים ובשירותי הרפואה הכלליים. לנוכח הפיצולים הרבים במערכת ברה"נ מחד, והשינויים שהמערכת עוברת בימים אלה לאחר יישומה של הרפורמה הביטוחית מאידך, המחקר מבקש לתרום ערך מוסף למודל המקורי באמצעות התמקדות בהמשכיות הטיפול ורציפותו (להלן **תיאום טיפול**) במגוון הממשקים שנכי הנפש באים עמם במגע ברמת מסגרות השירותים, תכניות הטיפול ואנשי המקצוע (Joyce et al., 2004, 2010). לפי ההגדרה ששימשה במחקר זה, תיאום טיפול מורכב משלושה ממדים, כפי שנתפסים בעיני הצרכן: מידת התיאום בין מערכות השירותים, טיב מערכת היחסים עם המטפל העיקרי ורגישות הטיפול לצרכים ייחודיים ומשתנים (תרשים 1).

תרשים 1: המודל התיאורטי לצריכת שירותי בריאות הנפש



3. שאלות המחקר

מטרת המחקר היא לספק תמונת מצב מקיפה ומפורטת בנוגע לדפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ בפרק הזמן שקדם להחלת הרפורמה הביטוחית, ובתוך כך לבחון אלו גורמים ברמת הפרט וברמת המערכת מקדמים את השימוש בשירותים ואלו גורמים מעכבים אותו. השאלה המרכזית היא באיזו מידה גורמים אלה קשורים במאפיינים אישיים וקבועים הטבועים באוכלוסיית היעד, ובאיזו מידה הם קשורים במבנה ובתפקוד של מערכת ברה"נ, המצויה בעיצומם של תהליכי שינוי. כדי למפות את השימוש בשירותים ולעמוד על טיבם של קשרים אלה, נבדקו הסוגיות האלה:

- ההיקף ואופני השימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש
- ההיקף ואופני השימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הגוף

- **ידע, אמונות ועמדות** של נכי הנפש בנוגע לשירותי ברה"נ ולנושאים קשורים
- חווית המטופל בקשר ל**תיאום טיפול** בתחום ברה"נ ובינו לבין תחומים משיקים
- **צרכים** ייחודיים של אוכלוסיית היעד בתחומי בריאות הנפש, רפואה כללית ורווחה
- **פערים** נתפסים בין צורכיהם של נכי הנפש לבין צריכת השירותים בפועל

לנוכח הפיצול המערכתי בין מגוון השירותים בתחום ברה"נ עצמו ובינם לבין שירותי הבריאות הכלליים, והיות שאחת ממטרות הרפורמה היא האחדת הטיפול בבריאות הנפש ובבריאות הגוף תחת קורת גג אחת (קופות החולים), ביקשנו לבחון כל אחת מן הסוגיות שלעיל בקרב כלל נכי הנפש, וכן בקרב נכי נפש עם ליקוי נפשי בלבד ובקרב נכי נפש עם ליקויים נוספים המזכים אותם בקצבה.

4. שיטת המחקר

4.1 אוכלוסייה

אוכלוסיית היעד מנתה כ-75,000 איש בגיל העבודה (18-67) המקבלים קצבת נכות כללית מן המוסד לביטוח לאומי בגין נכות רפואית של 40% לפחות בסעיף נפשי (המוסד לביטוח לאומי, 2015).² בקרב כשני שלישים מנכי הנפש הליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד בגינו הם מקבלים את הקצבה, ואילו לשליש מהם ליקויים נוספים המזכים אותם בקצבה, לרוב מוגבלויות פיזיות (נוירולוגיות, מוטוריות או חושיות) או מחלות גופניות כרוניות (להלן **בעלי ריבוי ליקויים**).

4.2 מדגם

על בסיס רשומות הביטוח הלאומי, הופק מדגם שכבתי של 1,500 נכי נפש, המייצגים את אוכלוסיית היעד במאפייניהם הדמוגרפיים (מין, גיל, ארץ לידה, מחוז מגורים, מגזר ומצב משפחתי) ובמאפייניהם הרפואיים (דרגת אי-כושר, שנת תחילת קבלת הקצבה, אחוז נכות בסעיף נפשי, אחוזי נכות בסעיפים אחרים, קבלת קצבת ניידות וקבלת קצבת שירותים מיוחדים). כדי להשוות את נושאי המחקר בין שתי הקבוצות הקליניות – בעלי ליקוי נפשי בלבד ובעלי ריבוי ליקויים – כלל המדגם 750 איש מכל קבוצה.

4.3 כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בשאלון שנועד לספק תמונה כוללת על מצב הבריאות הנפשית והפיזית של נכה הנפש, על עמדתו כלפי מערכת ברה"נ ובקיאותו בנוגע לשירותים שהוא זכאי לקבל, ועל השימוש שהוא עושה בשירותי בריאות הנפש ובשירותי הבריאות הכלליים. אלה הנושאים שנבדקו בשאלון:

² כיוון שמוקד המחקר הוא חווית המטופל והדגש המתודולוגי הוא הבאת קולם הישיר של נכי הנפש, לא כללנו תת-קבוצות אשר סביר להניח שהנמנים עמן אינם יכולים להתראיין בעצמם, בפרט נכי נפש שהם גם בעלי מוגבלות שכלית, מאושפזים פסיכיאטריים כרוניים (מעל שנה) ובעלי אפוסטרופוס לפי רשומות הביטוח הלאומי (כ-3,000 איש בסך הכול).

- מצב הבריאות הפיזית, צריכת שירותי בריאות כלליים ותפקוד יום-יומי
- פרופיל נפשי קליני, חווית מצוקה וקשיי תפקוד על רקע בעיות נפשיות
- ידע, אמונות ועמדות בנוגע לברה"נ ונושאים משיקים
- היקף השימוש בשירותים המקצועיים של ברה"נ
- מאפייני הצריכה של שירותי אשפוז פסיכיאטרי
- מאפייני הצריכה של שירותי שיקום פסיכיאטרי
- מאפייני הצריכה של טיפול נפשי אמבולטורי
- תיאום טיפול בין המסגרות ואנשי המקצוע כפי שנתפס בעיני הצרכן
- היכרות עם הרפורמה הביטוחית ותפיסה בנוגע להשפעותיה הצפויות
- מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומאפיינים הקשורים למצב התעסוקה

4.4 מהלך המחקר

לקראת תחילת הסקר נשלחו לנדגמים מכתבים מטעם המוסד לביטוח לאומי. במכתב הוסברו מטרת 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 מכתבי סירוב הוסרו מרשימת המראיינים ולא נוצר עמם קשר, ועם היתר יצרו קשר נציגים מן המוסד לביטוח לאומי, אשר ביקשו את אישורם להעביר את שמם ופרטי ההתקשרות שלהם למכון ברוקדייל. נציג מצוות המראיינים 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 בין החודשים דצמבר 2015 ועד אפריל 2016. כל הראיונות נעשו עם הנכים עצמם, בידי מראיינים שעברו הדרכה מיוחדת לצורכי המחקר. את המראיינים ליוו באופן צמוד רכז יחידת עבודת שדה של מכון ברוקדייל ומנהלת המחקר.

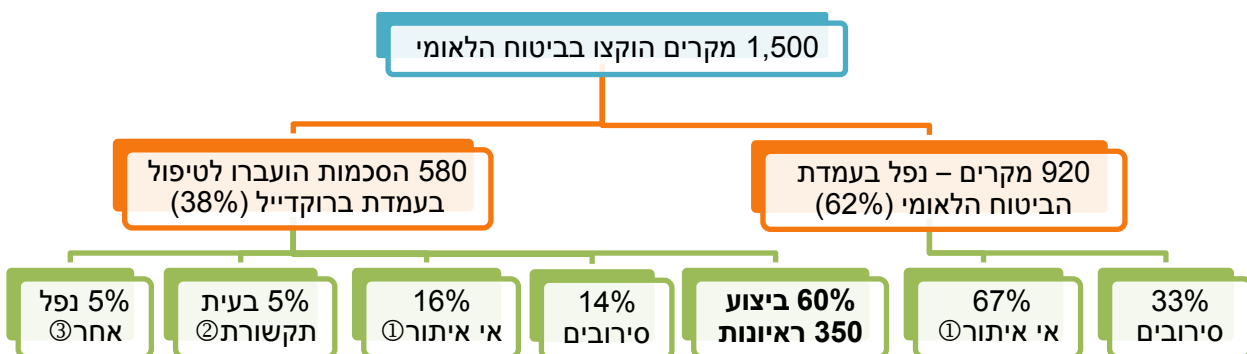
את המחקר אישרה ועדת האתיקה המוסדית (IRB) של מכון ברוקדייל.

4.5 סיכום איסוף הנתונים

מתוך 1,500 הנדגמים שהוקצו למחקר מן המוסד לביטוח לאומי, בוצעו ראיונות עם 350 מהם בסך הכול (תרשים 2). הסיבות לריבוי הנדגמים שלא עלה בידינו לראיין היו מורכבותו האדמיניסטרטיבית והטכנית של הליך ההתקשרות שנבעה מן ההקפדה על פרטיותם של המראיינים וקבלת הסכמה מדעת; פרטי התקשרות בלתי מעודכנים; ומאפיינים קוגניטיביים-רגשיים של אוכלוסיית היעד שלא אפשרו לחלק מן הנמנים עמה להתראיין. עם זאת, בהשוואת הנדגמים שרואיינו לאלה שלא רואיינו לפי המאפיינים הדמוגרפיים והרפואיים לעיל, לא נמצאו הבדלים מובהקים באף מאפיין, פרט לדרגת הנכות הרפואית (בקרב בעלי אחוזי הנכות הגבוהים יותר שיעורי ההיענות היו נמוכים יותר), שתוקנן בהתאם להתפלגות באוכלוסייה. משמע כי למרות הנפל הגדול יחסית נשמר עקרון הייצוגיות במאפיינים שנבדקו. נוסף על כך

שוקללו נתוני המדגם כפונקציה של הקבוצה הקלינית אליה שייך האדם – בעל ליקוי נפשי בלבד או בעל ריבוי ליקויים – בהתאם לפרופורציות של קבוצות אלה באוכלוסייה, לפי נתוני הביטוח הלאומי.³

תרשים 2: סיכום איסוף הנתונים



- ① היעדר מספרי טלפון, כל המספרים שגויים, קו טלפון תקול, אי-מענה לאחר מספר ניסיונות התקשרות.
 ② אי-אפשר לקיים ראיון טלפוני עם הנדגם מסיבות בריאותיות/קוגניטיביות/רגשיות הקשורות במוגבלותו.
 ③ למשל פטירה, אשפוז, שהייה במוסד, הימצאות בחו"ל, הנדגם אינו דובר אף אחת משפות הריאיון.

5. ממצאים

להלן יוצגו הממצאים העיקריים שעולים מן הסקר, עבור כלל נכי הנפש, ובפילוח לפי קבוצה קלינית – בעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת בעלי ריבוי ליקויים. מגוון הנושאים נבדק גם לפי מין, קבוצת גיל, אזור מגורים, השכלה וקופת חולים, אולם כמעט שלא נמצאו הבדלים לפי מאפיינים אלה בניתוחים הדו-משתניים, ולכן הם מוצגים בניתוחי הרגרסיה הלוגיסטית בלבד.

5.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

- בבחינת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של כלל נכי הנפש, של בעלי ליקוי נפשי בלבד ושל בעלי ריבוי ליקויים, ולעומת כלל מקבלי קצבת הנכות הכללית,⁴ עולים הממצאים האלה (לוח 1):
- בקרב כלל נכי הנפש, כמו גם בכל אחת משתי הקבוצות הקליניות, כ-60% הם גברים וכ-40% נשים, לעומת התפלגות של 50%-50% בקירוב בקרב כלל מקבלי קצבת הנכות הכללית.
 - שיעור הערבים בקרב נכי הנפש הוא כ-8% לעומת כ-20% בקרב כלל מקבלי הקצבה – ככל הנראה בשל חוסר מודעות או תת-אבחון של בעיות נפשיות להבדיל ממוגבלויות אחרות במגזר הערבי.

³ מספר מאפיינים של נכי הנפש (כגון סוגי הליקויים ואחוזי הנכות בכל אחד מהם) התקבלו מן המוסד לביטוח לאומי וצורפו לקובץ של נתוני הסקר. ההליך נעשה כך שלא תהיה אפשרות לזהות את המרואיינים באופן פרטני.

⁴ מקור הנתונים על כלל מקבלי קצבת נכות כללית: נאון ואחרים, 2012.

- בקרב כלל נכי הנפש, כ-70% מתגוררים במרכז (מחוזות ירושלים, תל אביב, חיפה, המרכז ויו"ש) וכ-30% בפריפריה (מחוזות הצפון והדרום). שיעור המתגוררים בפריפריה גבוה יותר בקרב בעלי ריבוי ליקויים (35%) מאשר בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד (25%).
- נכי הנפש מבוגרים פחות מכלל מקבלי הקצבה (כחמישית לעומת כשליש בני 55-67), ובהתאם, שיעור הנשואים בקרבם (שליש) נמוך משיעורם בקרב כלל מקבלי הקצבה (מחצית).
- נכי הנפש בעלי ריבוי ליקויים מבוגרים יותר מאשר אלה בעלי ליקוי נפשי בלבד (28% לעומת 16% בני 55-67). שיעור הנשואים בשתי הקבוצות דומה, אולם בקרב בעלי ריבוי ליקויים שיעור הגרושים גבוה יותר (27% לעומת 18%), ואילו שיעור הרווקים נמוך יותר (34% לעומת 49%).
- כמחצית מנכי הנפש הם בעלי תעודת בגרות מלאה לפחות, ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות. זהו שיעור גבוה יותר מן השיעור המקביל בקרב כלל מקבלי הקצבה, שעומד על שליש. הסבר אפשרי לכך הוא שרוב ההפרעות הנפשיות הקשות מתפרצות בגיל הבגרות המוקדמת, כלומר, לאחר השלמת הלימודים במסגרת מערכת החינוך הפורמלית, בעוד חלק מן המוגבלויות האחרות, למשל מוגבלות שכלית או הפרעות נוירולוגיות, הן מולדות או מתפתחות בשלבי חיים מוקדמים יותר.

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

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים	כלל מקבלי קצבת נכות כללית ^①
350	225	125	---
סך הכול (N)			
מין			
נשים	41	39	47
מגזר			
ערבים	8	7	19
אזור מגורים^②			
מרכז	72	75	65 (אין מידע)
פריפריה	28	25	35 (אין מידע)
קבוצת גיל^{***}			
34-18	26	31	18
54-35	53	53	54
67-55	21	16	28
מצב משפחתי^{**}			
נשוי או גר עם בן/בת זוג	33	32	36
גרוד או פרוד	21	18	27
אלמן	2	1	3
רווק	44	49	34
השכלה			
בגרות מלאה לפחות	46	45	47

① מקור הנתונים: נאון ואחרים, 2012.

② אזור המרכז כולל את מחוזות מרכז, ירושלים, ת"א, חיפה ויו"ש, והפריפריה את מחוזות הצפון והדרום.

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

5.2 מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה

בבחינת מאפיינים הקשורים למצב התעסוקה של נכי הנפש עולים הממצאים האלה (לוח 2) :

- 40% מהם עבדו במועד הריאיון או בשלושת החודשים שקדמו לו, כמעט פי שניים משיעור המועסקים בקרב כלל מקבלי קצבת הנכות הכללית (נאון ואחרים, 2012). 35% מנכי הנפש המועסקים עבדו בתעסוקה נתמכת או מוגנת, ייתכן מתוקף סיועו של סל שיקום שמספק משרד הבריאות, אשר הזכאות לו מוקנית למקבלי קצבה על סעיף נפשי ולא על סעיפים אחרים.
- שיעור המועסקים בקרב נכי נפש שהליקוי הנפשי הוא הליקוי היחיד שלהם (44%) גבוה יותר מאשר שיעור המועסקים בקרב אלה בעלי ריבוי ליקויים (33%).
- יתרה מכך, שיעור המועסקים בעלי ליקוי נפשי בלבד אשר עבדו במשרה מלאה (35%) הוא כמעט כפול מן השיעור המקביל בקרב המועסקים בעלי ריבוי ליקויים (18%).
- כמו כן שיעור הבלתי מועסקים בעלי ליקוי נפשי בלבד שעבדו בחמש השנים שקדמו למועד הריאיון (38%) גבוה יותר מן השיעור המקביל בקרב בעלי ריבוי ליקויים (25%).
- נכי נפש בעלי ליקוי נפשי בלבד מעריכים את מצבם הכלכלי כגרוע פחות מאשר אלה בעלי ריבוי ליקויים, בפרט 33% לעומת 43%, בהתאמה, דיווחו כי מצבם "בכלל לא טוב".
- עם זאת, בבחינת ההכנסות החודשיות למשק הבית לא נמצא הבדל ניכר בין שתי הקבוצות: ההכנסה החודשית הממוצעת של 45% מכלל נכי הנפש היא עד 4,000 ש"ח. הסבר אפשרי לכך ששביעות הרצון מן המצב הכלכלי של בעלי ריבוי ליקויים נמוכה יותר למרות הכנסות דומות לאלה של בעלי ליקוי נפשי בלבד הוא שבגין צורכיהם הבריאותיים המורכבים ההוצאות הרפואיות שלהם גבוהות יותר.

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

5.3.1 רישום בקופות החולים, סוגי ביטוחים והערכת מצב הבריאות הכללית

בבחינת היבטים אחדים של מצב הבריאות הכללית של נכי הנפש עולים הממצאים האלה (לוח 3) :

- כ-50% מהם רשומים בקופת חולים כללית, כ-30% רשומים בקופת חולים מכבי, וכ-10% – בכל אחת מן הקופות הקטנות (לאומית ומאוחדת), ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות, ובאופן דומה למדי להתפלגות של האוכלוסייה הכללית מבחינת החברות בקופות השונות.⁵
- כ-75% מנכי הנפש הם בעלי ביטוח בריאות משלים, ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות. שיעורם של בעלי תכניות לשירותי בריאות נוספים (שב"ן) באוכלוסייה הכללית גבוה מעט יותר – 87%.
- 20% מבעלי ריבוי ליקויים רכשו גם ביטוח בריאות מסחרי, לעומת 8% מבעלי ליקוי נפשי בלבד. שיעורם של בעלי ביטוח מסוג זה באוכלוסייה הכללית גבוה הרבה יותר, ועומד על 53%.
- בעלי ריבוי ליקויים מעריכים את מצב בריאותם הכללית כגרוע יותר מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד – כ-70% לעומת כ-40% בהתאמה, מדווחים שמצבם "לא כל כך טוב" או "בכלל לא טוב".

⁵ מקור הנתונים בנוגע לרישום בקופות החולים וסוגי הביטוחים לאוכלוסייה הכללית: ברמלי-גרינברג ומדינה-הרטום, 2015.

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

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
40	44	33
עובד במועד הריאיון**		
מתוך המועסקים, עובד:		
7	8	5
51	47	62
19	18	19
16	20	10
7	7	4
70	65	82
33	38	25
מתוך הבלתי מועסקים, עובד בחמש השנים האחרונות*		
הערכת המצב הכלכלי*		
5	7	2
26	26	25
32	34	30
37	33	43
הכנסה חודשית למשק בית		
5	4	7
40	43	34
24	24	23
16	17	16
15	12	20

* ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 10. במבחן χ^2 .

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 05. במבחן χ^2 .

לוח 3: רישום בקופות החולים ומצב הבריאות הכללית, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
53	53	53
29	30	29
10	10	9
8	7	9
76	78	72
12	8	20
רישום בקופת חולים:		
כללית		
מכבי		
מאוחדת		
לאומית		
בעל ביטוח בריאות משלים		
בעל ביטוח בריאות מסחרי***		
הערכת מצב הבריאות הכללית:***		
14	16	10
34	41	21
35	31	44
17	12	25

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 01. במבחן χ^2 .

5.3.2 מצב הבריאות הפיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף

- נכי הנפש בעלי ריבוי ליקויים מתמודדים עם בעיות בריאות פיזיות (במובחן מבעיות נפשיות) וצורכים שירותי רפואה כלליים בשיעורים גבוהים יותר מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד (לוח 4):

- 69% לעומת 27% מדווחים על מוגבלות פיזית שפוגעת בתפקודם היום-יומי
- 86% לעומת 57% הם בעלי מחלה פיזית כרונית המאובחנת בידי רופא
- 71% לעומת 51% ביקרו בשנה האחרונה אצל רופא מומחה/מקצועי (שאינו פסיכיאטר)
- 27% לעומת 13% קיבלו בשנה האחרונה טיפולים רפואיים מיוחדים (דיאליזה, כימותרפיה וכו')
- 29% לעומת 19% קיבלו בשנה האחרונה טיפולים מיוחדים מאחות או ממטפל סיעודי

לוח 4: מצב הבריאות הפיזית ושימוש בשירותי בריאות הגוף, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
42	27	69
67	57	86
93	91	95
58	51	71
15	13	19
18	13	27
22	19	29

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

5.3.3 יכולות וקשיים בביצוע פעולות יום-יומיות

- בבחינת תפקודים יום-יומיים בסיסיים (ADL) ואינסטרומנטליים (IADL) נמצא כי נכי הנפש בעלי ריבוי ליקויים עצמאיים פחות בביצוע הפעולות השונות לעומת אלה בעלי ליקוי נפשי בלבד (לוח 5):
 - 42% לעומת 74% יכולים ללכת ברגל מרחק של 400 מטר ללא קושי
 - 62% לעומת 85% יכולים להתלבש או להתרחץ בעצמם ללא קושי
 - 25% לעומת 50% יכולים לעשות את כל הפעולות הכרוכות בניקיון ביתם ללא קושי
 - 30% לעומת 18% זקוקים להשגחה או עזרה כלשהי כאשר הם נמצאים בביתם
- כשליש מנכי הנפש אינם מתקשים כלל ליצור קשרים חברתיים ולשמור עליהם, וכשליש נוספים מדווחים על קושי מועט בתחום זה, ללא הבדל ניכר בין שתי הקבוצות הקליניות.
- לעומת זאת, 56% מתקשים מאוד או אינם יכולים כלל לעבוד או להשתלב במסגרות תעסוקה. קושי זה דומיננטי יותר בקרב בעלי ריבוי ליקויים (63%) מאשר בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד (52%).

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

האם, בדרך כלל, אתה:	סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
יכול ללכת ברגל מרחק של 400 מטר (כמו בין שתי תחנות אוטובוס) ללא עזרת אדם אחר? ***			
יכול ללא קושי	63	74	42
יכול אבל עם קושי	29	22	40
יכול רק עם מכשיר עזר (מקל הליכה או הליכון)	2	1	5
לא יכול בכלל (מתנייד על כסא גלגלים)	6	3	13
יכול להתלבש או להתרחץ בעצמך? ***			
יכול ללא קושי	77	85	62
יכול אבל עם קושי	18	12	27
יכול רק עם עזרה של אדם אחר	4	2	9
לא יכול בכלל	1	1	2
יכול לנקות את הבית? ***			
יכול לעשות את כל פעולות הניקיון ללא קושי	41	50	25
יכול לעשות את כל פעולות הניקיון אבל עם קושי	20	21	19
יכול לעשות פעולות ניקיון "קל" אבל לא "כבד"	22	19	28
לא יכול לעשות בכלל אף אחת מפעולות הניקיון	17	10	28
יכול להישאר לבד בביתך ללא השגחה? **			
יכול לכול פרק זמן	78	82	70
יכול עד 8 שעות	7	6	10
יכול עד 3 שעות	6	4	10
לא יכול בכלל	9	8	10
קשה לך ליצור קשרים חברתיים או לשמור על קשר עם חברים?			
בכלל לא קשה לי	32	31	33
קצת קשה לי	29	33	23
מאוד קשה לי	26	25	29
לא יכול בכלל	13	11	15
קשה לך לעבוד או להשתלב במסגרת תעסוקה (או לימודים)? ***			
בכלל לא קשה לי	18	17	20
קצת קשה לי	26	31	17
מאוד קשה לי	38	36	40
לא יכול בכלל	18	16	23

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

5.4 פרופיל נפשי קליני, חווית מצוקה וקשיי תפקוד על רקע בעיות נפשיות

בבחינת מודעותם של נכי הנפש למוגבלות הנפשית שהם מתמודדים עמה, חומרת המצוקה שהם חווים ומידת השפעתם של הקשיים הנפשיים על התנהלותם היום-יומית, עולים הממצאים האלה (לוח 6):

- מתוך כלל נכי הנפש, כ-90% הכירו בכך שהם בעלי מחלה, נכות או בעיה נפשית או רגשית כרונית, ו-10% הנותרים ציינו ברובם שהם מתמודדים עם קשיים נפשיים כתוצאה ממחלות פיזיות.

- בבדיקת רווחה נפשית כללית באמצעות ה-GHQ12⁶ נמצא ששיעור כפול מבעלי ריבוי ליקויים חווים מצוקה נפשית בדרגה החמורה ביותר לעומת בעלי ליקוי נפשי בלבד (30% לעומת 16%).
- 72% מנכי הנפש דיווחו כי במשך לפחות יום אחד בשנה האחרונה לא יכלו לתפקד בכלל, כלומר להמשיך בפעילויות הרגילות שלהם, בגלל בעיות נפשיות או קשיים רגשיים. 28% מבעלי ריבוי ליקויים לעומת 17% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לא יכלו לתפקד לפחות חצי שנה בשל סיבות נפשיות.

לוח 6: פרופיל נפשי קליני, מצוקה וקשיי תפקוד בשל בעיות נפשיות, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
91	93	88
89	92	82
74	72	80
מכיר בקיומה של מחלה נפשית כרונית*		
נוטל בקביעות תרופות מרשם פסיכיאטריות***		
המוגבלות הנפשית מאוד מפריעה או די מפריעה בתפקוד היום-יומי (רק למי שמכיר בקיומה)		
ציון בשאלון רווחה נפשית כללית (GHQ-12) ①: **		
3-0	29	22
6-4	30	19
9-7	25	29
12-10	16	30
מספר ימים בשנה האחרונה של חוסר תפקוד בגין בעיות נפשיות או קשיים רגשיים ②: **		
ללא	28	28
30-1	24	13
180-31	31	31
270-181	8	12
365-271	9	16

① ככל שהציון גבוה יותר כך המצוקה הנפשית חמורה יותר.

② הסך הכול אינו כולל מי שלא ידעו או לא זכרו הערכת ימים.

* ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 10. במבחן χ^2 .

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 01. במבחן χ^2 .

5.5 ידע, אמונות ועמדות בנוגע לבריאות הנפש ונושאים משיקים

להלן פירוט הסוגיות שנבחנו בהקשר זה והממצאים העיקריים שעלו (לוח 7):

- בסקר נבדקה היכרותם של נכי הנפש עם ההטבות וסוגי הסיוע הנוספים לקצבת הנכות הכללית שהם זכאים להם. נמצא כי 88% יודעים על ההטבות הנלוות לקצבה הניתנות ממשרדי ממשלה שונים, בעוד שיעורים נמוכים יותר יודעים על זכויות ותמיכות אחרות: 52% מכירים את שירותי סל שיקום מטעם משרד הבריאות, ו-37% יודעים מהו הסיוע שמספקים עובדים סוציאליים בלשכות הרווחה. גם בקרב

⁶ ה-General Health Questionnaire הוא שאלון ובו 12 פריטים הבוחנים את השלמות הפסיכולוגית של האדם, ומצדו השני של המתנס, קשיים במילוי פונקציות אדפטיביות בגין מצב נפשי. כאשר מדובר באוכלוסיות מוחלשות, דוגמת מקבלי קצבת נכות כללית, ובפרט נכי נפש, מצוקה נפשית משמעותית נחשבת כלפחות 10 פריטים שבהם האדם שולל התנהגות מסתגלת (למשל "היית מסוגל להתרכז במה שאתה עושה", "הרגשת מועיל במה שאתה עושה") או מאשש סימפטום לבעיה נפשית (למשל "הרגשת מצוּבֵּר או מדוכָּא", "הפסדת הרבה שעות שינה בגלל דאגות") (Goldberg et al., 1997).

בעלי ריבוי ליקויים, אשר סביר להניח שחלקם זכאים לקצבאות התפקודיות של הביטוח הלאומי – ניידות ושירותים מיוחדים – רק קצת יותר משליש מכירים כל אחת מקצבאות אלה.

- עוד נבדק האם נכי הנפש יודעים לאן עליהם לגשת כדי לקבל שירותים חיוניים בתחומי ברה"נ והרווחה. נמצא כי שיעורים גבוהים למדי אינם מתמצאים בנושא: 39% אינם יודעים היכן נמצא חדר מיון פסיכיאטרי, 41% אינם יודעים היכן נמצאת מרפאה ממשלתית לברה"נ, 52% אינם יודעים היכן נמצאת מרפאה לברה"נ של קופת החולים, ו-44% אינם יודעים היכן נמצאת לשכת הרווחה. לעומת זאת, כמעט כולם יודעים איך להגיע לסניף המקומי של המוסד לביטוח לאומי.
- נכי הנפש נשאלו עד כמה, להערכתם, שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לאדם שנמצא במצוקה נפשית קשה, ועד כמה שירותים אלה יכולים לעזור להם אישית בהתחשב במצבם הנפשי כיום. נמצא כי 86% סבורים ששירותי ברה"נ יכולים מאוד לעזור או די יכולים לעזור לאדם כלשהו השרוי במצוקה נפשית, ו-75% סבורים שהשירותים עשויים לסייע להם עצמם. שיעור נמוך יותר מבעלי ריבוי ליקויים סבורים ששירותי ברה"נ יכולים מאוד לעזור או די יכולים לעזור להם (65%) מאשר שיעור הסבורים כן בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד (81%).

לוח 7: ידע, אמונות ועמדות בנוגע לברה"נ ונושאים משיקים, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים	
יודע על קיומם של ההטבות וסוגי הסיוע הנוספים לקצבה המפורטים להלן:			
88	88	88	הטבות הנלוות לקצבת הנכות הכללית (כגון הנחה בתחבורה הציבורית ² בתשלומי ארנונה)
22	14	36	קצבת שירותים מיוחדים מטעם הביטוח הלאומי***
32	28	38	קצבת ניידות מטעם הביטוח הלאומי**
37	38	34	סיוע של עובדים סוציאליים בלשכת הרווחה
52	56	44	שירותי "סל שיקום" מטעם משרד הבריאות**
יודע היכן נמצאים המקומות הבאים המספקים שירותים בתחומי בריאות הנפש והרווחה:			
61	63	58	חדר מיון פסיכיאטרי
59	61	54	מרפאה לבריאות הנפש של משרד הבריאות
48	45	53	מרפאה לבריאות הנפש של קופת החולים
93	91	98	הסניף המקומי של המוסד לביטוח לאומי***
56	53	61	לשכת הרווחה (המחלקה לשירותים חברתיים)
באיזו מידה שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לאדם שנמצא במצוקה נפשית קשה?			
58	61	52	מאוד יכולים לעזור
28	26	32	די יכולים לעזור
11	10	13	לא כל כך יכולים לעזור
3	3	3	בכלל לא יכולים לעזור
באיזו מידה שירותים מקצועיים בברה"נ יכולים לעזור לך באופן אישי, במצבך הנפשי כיום? ***			
46	52	36	מאוד יכולים לעזור
29	29	29	די יכולים לעזור
13	11	16	לא כל כך יכולים לעזור
12	8	19	בכלל לא יכולים לעזור

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

5.6 היקף השימוש בשירותים המקצועיים של בריאות הנפש

בבחינת היקף השימוש בשלושת הענפים של שירותי ברה"נ (לוח 8), נמצא שכ-90% מנכי הנפש מקבלים כיום (או לפחות קיבלו בשנה האחרונה) טיפול נפשי אמבולטורי, 30% אושפזו במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים האחרונות, ו-32% משתמשים כיום בשירותי שיקום פסיכיאטרי. שיעור השימוש בשלושת סוגי השירותים נמוך יותר בקרב בעלי ריבוי ליקויים מאשר בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד: טיפול קליני – 79% לעומת 93%, אשפוז פסיכיאטרי – 23% לעומת 33%, ושיקום פסיכיאטרי – 22% לעומת 37%.

לוח 8: היקף השימוש של נכי הנפש בשירותי בריאות הנפש, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול (N)	סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
	350	225	125
אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים האחרונות**	30	33	23
טיפול נפשי אמבולטורי בשנה האחרונה/כיום***	89	93	79
שיקום פסיכיאטרי בתקופה של מועד הריאיון***	32	37	22

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

5.7 צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי

30% מכלל נכי הנפש – 33% מאלה בעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 23% מאלה בעלי ריבוי ליקויים – עברו אשפוז פסיכיאטרי בחמש השנים שקדמו למועד הריאיון. להלן יוצגו ממצאים עיקריים בנוגע לאופן ההגעה לאשפוז, חווית המטופל במסגרת האשפוז והשפעתה לאחר החזרה לקהילה (לוח 9). נציין כי פרט להיקף האשפוז, לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות הקליניות במאפיינים שנבדקו.

- רוב נכי הנפש היו מאושפזים במוסד הנמצא במחוז מגוריהם (בהתאם ל"כלל האזוריות"), וכמעט כולם היו מאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי להבדיל ממחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.
- בשליש מן האשפוזים הגורם המפנה לאשפוז היה פסיכיאטר, ברבע מן המקרים הנכה פנה ביוזמתו, וכחמישית מן המקרים היו אשפוז כפוי (בצו בית משפט או בהוראת פסיכיאטר מחוזי).
- 44% מן המאושפזים שהו במחלקה סגורה ושיעור דומה במחלקה פתוחה. היתר שהו באשפוז יום או במיון פסיכיאטרי (עד 24 שעות) ללא מעבר למחלקה קבועה.
- בבחינת סוגי ההתערבויות שניתנו למאושפזים נמצא כי כמעט כולם קיבלו טיפול תרופתי, ושיעורים גבוהים למדי קיבלו שיחות טיפול אישיות (74%), ריפוי בעיסוק (68%) וקבוצת טיפול (61%). על רקע זה בולט השיעור הנמוך של המאושפזים (34%) שקיבלו הכוונה או תמיכה לקראת המעבר מבית החולים בחזרה לקהילה. בשאלה האם קיבלו סוגי התערבויות נוספים, שבעה מרואיינים ציינו שקיבלו טיפול בנזעי חשמל (ECT), וחמישה דיווחו מיוזמתם שהופעלו עליהם הגבלות מכניות (קשירות).
- שני שלישים מן המאושפזים היו מאוד מרוצים או די מרוצים מן הטיפול וההתערבויות שקיבלו במסגרת האשפוז, כשלושה רבעים היו מאוד מרוצים או די מרוצים מיחס הצוות, ושני שלישים סבורים כי האשפוז מאוד תרם או די תרם לשיפור מצב בריאותם. מי שהביעו חוסר שביעות רצון דיווחו על חוסר

הקשבה, יחס "שבלוני", התנשאות או זלזול מצד הצוות, שימוש יתר בתרופות וחסך בעבודה פסיכו-תרפויטית. חמישה מראיינים דיווחו על התעללות מצד הצוות וטיפול בכפייה.

לוח 9: מאפיינים של שימוש בשירותי אשפוז פסיכיאטרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים	
104	75	29	סך הכול אושפזו בחמש השנים האחרונות (N)
			הגורם המפנה לאשפוז:
25	27	21	פנייה עצמאית
13	11	18	בן/בת משפחה
6	6	7	רופא משפחה
1	0	4	פסיכולוג
2	1	4	עובד סוציאלי
33	34	32	פסיכיאטר
19	21	14	אשפוז כפוי
			מחלקת האשפוז:
43	43	43	מחלקה פתוחה
44	43	47	מחלקה סגורה
5	5	3	אשפוז יום
8	9	7	אחר (למשל מיון פסיכיאטרי עד 24 שעות)
			סוגי טיפולים/התערבויות שקיבל במסגרת האשפוז:
98	100	93	טיפול תרופתי **
74	72	79	שיחות טיפול אישיות (פסיכותרפיה)
61	59	66	קבוצת טיפול (דינאמיקה קבוצתית)
20	19	25	טיפול סיעודי
68	65	75	ריפוי בעיסוק (אמנויות, תנועה, בע"ח וכו')
34	32	39	הכנה/ייעוץ/הדרכה לקראת החזרה לקהילה
66	66	67	מאוד מרוצה או די מרוצה מן הטיפולים, התמיכות והפעילויות
73	71	77	מאוד מרוצה או די מרוצה מן היחס שקיבל מן הצוות המטפל
67	66	70	באופן כללי, האשפוז מאוד תרם או די תרם לשיפור מצב בריאותו

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

5.8 צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי

השימוש בשירותי השיקום הפסיכיאטרי נבחן במספר רמות: ראשית, ההיכרות של האדם עם חוק השיקום, שנית, מעבר ההליך של ועדת סל שיקום, ולבסוף צריכת השירותים ושביעות הרצון מהם.

5.8.1 היכרות עם חוק שיקום נכי הנפש בקהילה ומעבר ההליך של ועדת סל שיקום

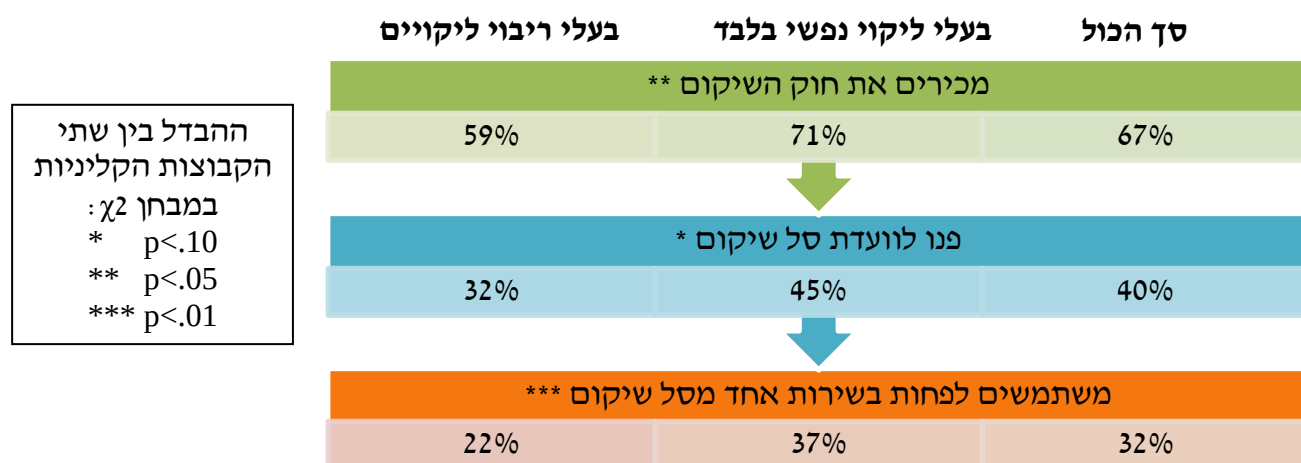
מתרשים 3, המתאר את השלבים שעל נכה נפש לעבור כדי לקבל שירותי סל שיקום, עולים הממצאים האלה:

- המראיינים נשאלו האם הם מכירים את חוק שיקום נכי הנפש בקהילה שנחקק בשנת 2000, חוק שנקרא גם "סל שיקום". לאחר קבלת הסבר מן המראיין, שקישר את סל שיקום למשרד הבריאות והביא דוגמאות מוחשיות לשירותים הנכללים בסל (למשל דיור מוגן או תעסוקה נתמכת), 67% מכלל נכי הנפש – 71% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 59% מבעלי ריבוי ליקויים – השיבו שהם מכירים את החוק. ייתכן שאחת הסיבות להבדל בין שתי הקבוצות הקליניות היא שבשל הליקוי הפיזי שלהם, חלק

מבעלי ריבוי ליקויים מכירים יותר את שירותי השיקום שמספק משרד הרווחה ופחות את אלה שמספק משרד הבריאות, או שהם אינם מזהים את שירותי השיקום הפסיכיאטרי באופן מובחן.

- 40% מכלל נכי הנפש – 45% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 32% מבעלי ריבוי ליקויים – דיווחו שעברו ועדת סל שיקום,⁷ אשר בה נקבעת לפונה תכנית שיקום אישית.⁸
- 32% מכלל נכי הנפש – 37% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 22% מבעלי ריבוי ליקויים – קיבלו במועד הריאיון לפחות שירות אחד משירותי סל שיקום (ראו פירוט בסעיף 5.8.3).

תרשים 3: היכרות עם חוק השיקום ומעבר ההליך של ועדת סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית



5.8.2 ועדות סל שיקום – מאפייני ההליך וחסמים לפנייה

- מתוך נכי הנפש שפנו לוועדת סל שיקום (לוח 10):
 - רבע הופנו לוועדה בידי מרפאה ציבורית לברה"נ בקהילה ושיעור דומה הופנו בידי בית חולים פסיכיאטרי, משמע ההפניות לוועדה באות מן ההקשרים האמבולטורי והאשפוזי במידה שווה.
 - כמחצית מן הפונים לוועדת סל שיקום לוו בידי עובד סוציאלי או בידי איש מקצוע אחר בברה"נ, כרבע מן הפונים לוו בידי בני משפחה או חברים, וכחמישית הלכו לוועדה לבדם.⁹
 - כ-70% קיבלו הכנה לקראת הוועדה מאיש מקצוע כגון עובד סוציאלי, מדריך שיקומי או רופא.¹⁰
 - בכל ההיבטים שלעיל לא נמצאו הבדלים בין בעלי ליקוי נפשי בלבד לבין בעלי ריבוי ליקויים.

⁷ הוסבר שמדובר בוועדה אזורית המאוישת בידי שלושה אנשי מקצוע בברה"נ, שבה נקבעת תכנית שיקום. הודגש כי הכוונה היא לשיקום פסיכיאטרי מטעם משרד הבריאות, ולא לוועדה רפואית או לוועדת שיקום מקצועי של הביטוח הלאומי.

⁸ בעיקרון בלא מעבר ועדה אי-אפשר לקבל שירותי סל שיקום בפועל. ואמנם, מתוך אלה שדיווחו כי עברו את הוועדה, כ-60% קיבלו לפחות שירות אחד במועד הריאיון וכ-70% לאורך כל תקופת נכותם, לעומת כ-10% וכ-20%, בהתאמה, מאלה שדיווחו כי לא עברו ועדה. סביר להניח שבמיעוט מקרים אלה נכה הנפש עבר את הוועדה או פרוצדורה מקבילה, אלא שלא זיהה אותה כוועדת סל שיקום של משרד הבריאות (למשל התבלבל עם ועדה כלשהי של המוסד לביטוח לאומי).

⁹ ניתן היה לציין מספר גורמים שליוו את האדם לוועדה, אבל בפועל רוב המשיבים דיווחו על גורם אחד.

¹⁰ ההכנה כללה הסבר על תהליך הפנייה לוועדה, מתן מידע על השירותים הנכללים בסל שיקום, בירור מול האדם באלו שירותים ספציפיים הוא עצמו מעוניין, וסיוע בגיבוש ההצגה העצמית והעצמה אישית לקראת ההופעה בפני הוועדה.

לוח 10: הגורמים המפנים והמלווים את האדם לוועדת סל שיקום וקבלת הכנה לוועדה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
142	102	40
סך הכול מכירים את חוק השיקום ופנו לוועדת סל שיקום (N)		
הגורם שהפנה את האדם לוועדה:		
22	20	28
25	26	21
18	19	13
8	8	5
10	9	10
4	2	10
1	0	3
12	15	10
הגורם שליווה את האדם לוועדה: ①		
18	18	17
37	37	38
6	7	5
11	12	11
26	26	27
10	10	8
71	72	70

① ניתן היה לציין מספר תשובות.

- כפי שניתן לראות בתרשים 3, 27% מכלל נכי הנפש לא פנו לוועדת סל שיקום אף שהכירו את חוק השיקום. בבדיקת הסיבות לאי-פנייה לוועדה נמצא כי 46% מהם כלל לא ידעו שעליהם לנקוט בצעד זה כדי לקבל את השירותים (לוח 11).¹¹ 24% לא הבינו מה עליהם לעשות בפועל כדי להגיע לוועדה, לא קיבלו עזרה בתהליך מגורם מקצועי או נתקלו בבעיות מערכתיות. לצד זאת, 29% לא הרגישו שהם זקוקים לתמיכה או לסיוע נוספים בתחום ברה"נ בדמות סל שיקום.

לוח 11: סיבות לאי-פנייה לוועדת סל שיקום ① (באחוזים)

83	סך הכול מכירים את חוק השיקום ולא פנו לוועדת סל שיקום (N)
46	לא ידעתי שצריך לפנות לוועדה כדי לקבל סל שיקום
12	לא הבנתי מה אני צריך לעשות כדי להגיע לוועדה/
12	אף אחד לא הפנה אותי לוועדה או עזר לי בתהליך
12	בעיות אדמיניסטרטיביות/בירוקרטיות (סחבת של המערכת)
29	לא הרגשתי צורך בתמיכה או סיוע נוספים בתחום בריאות הנפש
19	לא היו לי כוחות לעבור את הפרוצדורה הכרוכה בפנייה לוועדה
7	חששתי מתגובות של אחרים משמעותיים (סטיגמה)

① ניתן היה לציין מספר תשובות.

5.8.3 שימוש בשירותי סל שיקום ובמגוון תחומי השירותים וחסימים למימוש השירותים

- אשר לקבלת שירותי סל שיקום בפועל, הרי ש-32% מכלל נכי הנפש – 37% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 22% מבעלי ריבוי ליקויים – קיבלו במועד הריאיון לפחות שירות אחד מסל שיקום (לוח 12).

¹¹ ניתן היה לציין מספר סיבות לכך שלא פנו לוועדת סל שיקום.

בנוגע לכל שירות שהאדם דיווח שאינו מקבל כיום, נשאל האם קיבל בעבר. כאן נמצא כי 16% מנכי הנפש קיבלו שירות כלשהו בעבר בלבד, ואינם מקבלים אף שירות כיום. 52% מכלל נכי הנפש – 45% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 65% מבעלי ריבוי ליקויים – לא קיבלו שירותי סל שיקום מעולם.

- כל משתקם זכאי לצורך מספר שירותים מסל שיקום בהתאם לתכנית שנקבעה לו בוועדה. כמחצית מן המשתקמים במועד הריאיון קיבלו שירותים תומכי תעסוקה, ושיעור דומה קיבלו שירותים בתחום הדיור (לוח 13). כשליש קיבלו שירותי חברה ופנאי, שיעור דומה קיבלו טיפולי שיניים (54% מבעלי ריבוי ליקויים לעומת 25% מבעלי ליקוי נפשי בלבד), וכחמישית – השלמת השכלה.
- סדר השכיחות של השימוש במגוון השירותים בקרב מי שאינם מקבלים אותם כיום אך קיבלו אותם בעבר (כאמור בבדיקה פרטנית עבור כל אחד מסוגי השירותים בנפרד) נמצא דומה (לוח 14). שיעור השימוש בשירותי התעסוקה הוא לפחות כפול משיעור השימוש בשירותים האחרים.

לוח 12: קבלת שירותי סל שיקום במועד הריאיון ובעבר, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית*** (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
32	37	22
16	18	13
52	45	65

מקבל שירותי סל שיקום כיום (כולל גם קיבל בעבר)
קיבל שירותי סל שיקום בעבר בלבד, אינו מקבל כיום
לא קיבל שירותי סל שיקום מעולם

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

לוח 13: התחומים שהמשתקמים מקבלים בהם שירותי סל שיקום כיום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
111	83	28
56	57	54
51	57	32
34	37	25
32	25	54
21	23	14

סך הכול משתקמים כיום (N)
תעסוקה (מועדון תעסוקתי, תעסוקה מוגנת או נתמכת)
דיור (הוסטל, קהילה תומכת או דיור מוגן)***
חברה ופנאי (מועדון חברתי, תכנית במתנ"ס)
טיפול שיניים (במשך כל תקופת השיקום)***
השלמת השכלה (יסודית, תיכונית, מחשבים)

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

לוח 14: התחומים שהמשתקמים קיבלו בהם שירותי סל שיקום אי פעם, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
146	107	39
69	74	56
33	36	28
31	34	21
25	20	39
19	22	14

סך הכול משתקמים אי פעם ① (N)
תעסוקה (מועדון תעסוקתי, תעסוקה מוגנת או נתמכת)**
דיור (הוסטל, קהילה תומכת או דיור מוגן)
חברה ופנאי (מועדון חברתי, תכנית במתנ"ס)
טיפול שיניים (במשך כל תקופת השיקום)***
השלמת השכלה (יסודית, תיכונית, מחשבים)

① בנוגע לכל שירות שהאדם אינו מקבל אותו כיום, נשאל האם קיבל אותו בעבר במשך שלושה חודשים לפחות.

** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.05. במבחן χ^2 .

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

- כ-60% מכלל נכי הנפש – בין אם קיבלו שירותי סל שיקום במהלך תקופת נכותם ובין אם לאו – היו מעוניינים בשירותים נוספים מסל שיקום (או בקבלת שירות כלשהו עבור מי שלא קיבלו בכלל) (לוח 15). מתוכם, 62% היו מעוניינים בטיפול שנייני, 37% – בשירותי תעסוקה, ו-34% – בהשלמת השכלה.¹² דפוס ממצאים זה מלמד כי הפער בין הרצוי למצוי בולט במיוחד בתחום שלכאורה אינו קשור למוגבלות הנפשית, אולם מסתבר שמהווה מטרד רציני בפרט עבור בעלי ריבוי ליקויים – טיפול שנייני. עוד נראה כי בשירותי התעסוקה, אף שנצרכים בהיקף הגדול ביותר בסל שיקום, הביקוש עולה על ההיצע. לצד זאת, השלמת השכלה, השירות הנצרך בהיקף הנמוך ביותר, נמנה אף הוא עם השירותים המבוקשים ביותר, מה שמעיד על צורך בפיתוח משאבים להשתלבות בתעסוקה.

לוח 15: התחומים הנוספים שנכי הנפש מעוניינים לקבל בהם שירותים ① (באחוזים)

סך הכול מעוניינים בקבלת שירותים נוספים (N)	201
טיפול שנייני	62
תעסוקה (מועדון תעסוקתי, תעסוקה מוגנת או נתמכת)	37
השלמת השכלה (יסודית, תיכונית, מחשבים)	34
חברה ופנאי (מועדון חברתי, תכנית במתנ"ס)	24
דיוור (הוסטל, קהילה תומכת או דיוור מוגן)	18

① שירותים הנכללים בסל שיקום שהאדם לא קיבל במהלך כל תקופת נכותו; ניתן היה לציין מספר שירותים.

- כ-55% מנכי הנפש שעברו ועדת סל שיקום לא קיבלו שירותים מסוימים בסל שיקום שהם מעוניינים בהם. אף על פי שהוועדה מיועדת להנגיש לפונה את המידע בנוגע לשירותים המצויים בסל ולסייע לו לממש את אלה שעבורם הוא מקבל אישור, 47% מן הפונים דיווחו שלא ידעו על קיומם של השירותים הרצויים או שלא הצליחו לממשם בגלל קשיים מערכתיים (לוח 16).¹³ אפשר לראות כאן דפוס דומה לזה שהתקבל בסיבות לאי-פנייה לוועדת סל שיקום מלכתחילה – מחסור במידע ובהכוונה מקצועית בנוגע להליך בתור חסם למימוש הזכאות. לצד זאת, 28% מן הפונים שלא קיבלו שירותים רצויים דיווחו על היעדר יוזמה או עניין אישיים, או על תחושת חוסר התאמה לאחר ניסיון קצר בשירות. לבסוף, 20% מן הפונים לוועדה שלא קיבלו את מבוקשם דיווחו שהוועדה לא אישרה להם את השירותים, או שעברו את הוועדה לאחרונה ולכן טרם השלימו את ההליך הדרוש למימוש השירותים.

לוח 16: סיבות לאי-קבלת שירותי סל שיקום הרצויים בקרב נכי הנפש שעברו ועדת סל שיקום ① (באחוזים)

סך הכול עברו ועדת סל שיקום ומעוניינים בקבלת שירותים נוספים (N)	78
אף אחד לא יידע אותי על קיום השירותים	33
לא דאגו שאקבל את השירותים (הפניות, ביורוקרטיה, חוסר תיאום בין מסגרות ותוכניות טיפול)	14
היעדר יוזמה או עניין אישיים (לא ביקשתי את השירות, מצב בריאותי לא אפשר לי לטפל בנושא)	18
ניסיתי להשתלב אבל לא התאים לי אז עזבתי לאחר פרק זמן קצר	10
ועדת סל שיקום לא אישרה לי את השירותים המבוקשים	12
טרם עברתי את הוועדה/ עברתי את הוועדה רק לאחרונה	8
אחר (למשל לא היו מקומות פנויים בשירות)	10

① ניתן היה לציין מספר תשובות.

¹² אפשר היה לציין מספר שירותים שמעוניינים לקבל, רוב המשיבים ציינו לפחות שניים, לכן הסך הכול חורג מ-100%.

¹³ אפשר היה לציין מספר סיבות לאי-קבלת השירותים, לרוב דווחה סיבה אחת בלבד – סיבות דומות קובצו יחדיו.

5.8.4 שביעות רצון משירותי סל שיקום

בבחינת ההערכה של המשתקמים כיום את שירותי סל שיקום עולים הממצאים האלה (לוח 17):

- כ-90% מאוד מרוצים או די מרוצים משירותי סל שיקום, ללא הבדלים ניכרים בין מגוון השירותים ובין שתי הקבוצות הקליניות. המיעוט שהביעו חוסר שביעות רצון דיווחו על תגמול כספי בלתי הולם במסגרות התעסוקה, על יחס בעייתי מצד הצוות במערך הדיור המוגן, על חוסר רלוונטיות של השירותים הקיימים בסל לצרכים אישיים, ועל טיפולי שיניים שהסבו יותר נזק מאשר תועלת.
- כ-80% סבורים ששירותי סל שיקום מאוד עוזרים להם או די עוזרים להם להסתדר בקהילה באופן עצמאי יותר. המיעוט שדיווחו כי השירותים אינם תורמים להשתלבותם בקהילה ציינו בחלקם כי הם עצמאיים ומסוגלים להסתדר לבד, כך שסל שיקום חסר כלים אפקטיביים לעזור להם, ואחרים ציינו כי רמת תפקוד ירודה וחוסר ביטחון עצמי אינם מאפשרים להם לנצל את השירותים לתועלתם.

לוח 17: הערכה כללית של המשתקמים את שירותי סל שיקום, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
111	83	28
89	89	90
79	78	82

סך הכול משתקמים כיום (N)

מאוד מרוצים/די מרוצים משירותי סל שיקום

השירותים מאוד עוזרים/די עוזרים להשתלב בקהילה

- בשאלה פתוחה כיצד ניתן לדעתם של המשתקמים לשפר את סל שיקום והאם היו מעוניינים לקבל שירותים חדשים שאינם מצויים בסל כיום, עלו הצרכים האלה (ממצאים שאינם מוצגים בלוח):
 - הנגשת המידע על השירותים הכלולים בסל שיקום ועל הליכי מיצוי הזכויות
 - קבלת השירותים מצד "עמיתים מומחים" (אנשי מקצוע שהם בעצמם נכי נפש)
 - תגבור הסיוע הפרטני במערך הדיור המוגן ובשירותי החונכות והסומכות הביתיים
 - פיתוח שירותים נוספים בתחום החברה והפנאי, למשל פעילות גופנית והדרכה לזוגיות
 - הרחבת השלמת השכלה ללימודים אקדמיים, כמו גם לקורסים והכשרות מקצועיות
 - קבלת סיוע פיננסי או העלאת השכר במסגרות תעסוקה שלא בשוק החופשי

5.9 צריכת טיפול נפשי אמבולטורי מידי המטפל העיקרי

כאמור, כ-90% מכלל נכי הנפש – 93% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 79% מבעלי ריבוי ליקויים – קיבלו טיפול קליני בשירותי ברה"נ בקהילה (אשר הוגדר כשיחות טיפוליות, מתן תרופות, מעקב תקופתי וכיו"ב) במועד הריאיון או בשנה שקדמה לו (לוח 8 לעיל). מתוכם, כמעט כולם היו מצויים בטיפול בעת הריאיון.

5.9.1 הפרופסיה של המטפל העיקרי ופרק זמן הטיפול

מלוח 18 עולים הממצאים האלה:

- המטפל העיקרי (איש המקצוע שהאדם נפגש אתו הכי הרבה פעמים בשנה האחרונה) של כשני שלישים מנכי הנפש הוא פסיכיאטר, וכ-10% מטופלים אצל כל אחד מאלה – פסיכולוג, עו"ס ורופא משפחה.
- כמעט מחצית מנכי הנפש מטופלים אצל המטפל העיקרי שלהם במשך יותר מחמש השנים – עדות לצורך המתמשך בטיפול, כמו גם ליציבות ולהתמדה של האדם במסגרת הטיפול האמבולטורית.

לוח 18: הפרופסיה של המטפל העיקרי ופרק זמן הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
309	210	99
סך הכול מטופלים כיום או בשנה האחרונה (N)		
הפרופסיה של המטפל העיקרי: ①		
רופא המשפחה	7	12
פסיכיאטר	66	64
פסיכולוג	14	9
עובד סוציאלי	10	11
אחר	3	4
פרק זמן הטיפול אצל המטפל העיקרי:		
עד שנה	26	23
בין שנה לחמש שנים	26	35
יותר מחמש שנים	48	42

① איש המקצוע שהאדם היה אצלו בהכי הרבה מפגשים בשנה האחרונה.

5.9.2 המסגרת שבה מסופק הטיפול מידי המטפל העיקרי

- 42% מן המטופלים מקבלים את הטיפול מן המטפל העיקרי במסגרת קופת החולים, 34% מטופלים באחת המסגרות של משרד הבריאות, ו-14% במסגרת פרטית, ללא הבדל בין שתי הקבוצות הקליניות (לוח 19). בבחינה של כל אחת מן המסגרות, עולים הממצאים האלה (אינם מופיעים בלוח):
 - מתוך המטופלים בקופת החולים, 55% מקבלים את הטיפול במרפאה ראשונית, 33% במרפאה שניונית (מרפאה לברה"נ בבעלות קופה), ו-12% מטופלים אצל מטפל עצמאי בהסדר עם הקופה. בעוד שיעור גבוה יותר מבעלי ריבוי ליקויים מקבלים את הטיפול במרפאה ראשונית מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד (69% לעומת 47%), שיעור גבוה יותר מן האחרונים מטופלים במרפאת קופה ייעודית לברה"נ (39% לעומת 24%), כמו גם אצל מטפל עצמאי בהסדר (14% לעומת 7%).
 - מתוך המטופלים במסגרות של משרד הבריאות, 63% מקבלים את השירות בתחנה ממשלתית לברה"נ, ו-32% מטופלים במרפאת חוץ פסיכיאטרית של בית חולים או באשפוז יום.
 - מתוך המטופלים במסגרת פרטית, הסיבות העיקריות לכך היו תפיסה לפיה איכות הטיפול במגזר הפרטי טובה יותר מאשר במגזר הציבורי, רצון לשמור על סודיות ופרטיות, קבלת המלצה על מטפל ספציפי או לחלופין היעדר מידע על האפשרות לקבל פסיכותרפיה במסגרת ציבורית.

לוח 19: המסגרת שבה ניתן הטיפול מן המטפל העיקרי, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
42	40	47
34	33	35
4	4	4
4	5	3
2	2	1
14	16	10

5.9.3 זמני ההמתנה לקבלת טיפול נפשי בקהילה

- כמחצית מן המטופלים המתנינו לכל היותר שבועיים מן הפנייה לקביעת תור עד לפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי (לוח 20). זמני ההמתנה לקבלת טיפול פרטי היו קצרים יותר לעומת אלה בקופות החולים ובתחנות לברה"נ, למשל 57% מן המטופלים במסגרת פרטית המתנינו פחות משבוע לפגישה הראשונה, לעומת 20%-25% מן המטופלים במסגרות הציבוריות (לא מוצג בלוח).
- כמחצית מן המטופלים המתנינו לכל היותר שבועיים מן הפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי עד לפגישה שבה החל תהליך הטיפול עצמו (לוח 20). זמני ההמתנה היו קצרים יותר בטיפול פרטי מאשר בטיפול במסגרת ציבורית, למשל 65% מן המטופלים במגזר הפרטי המתנינו פחות משבוע ממפגש ההיכרות למפגש הטיפול הראשון, לעומת 25%-30% מן המטופלים במגזר הציבורי (לא מוצג בלוח).

לוח 20: זמני ההמתנה לקבלת טיפול, ① בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
משך ההמתנה מן הפנייה לקביעת התור עד לפגישה הראשונה עם המטפל העיקרי:		
12	10	14
18	15	23
22	19	27
16	16	14
23	27	18
9	13	4
משך ההמתנה מן הפגישה הראשונה (לצורך היכרות או אבחון) עד לתחילת הטיפול עצמו:		
18	18	17
19	19	20
14	13	15
30	34	24
19	16	24

① השאלות הופנו רק למי שמשך הטיפול שלהם אינו עולה על חמש שנים.

5.9.4 תדירות מפגשי הטיפול ומשך פגישה ממוצעת

מלוח 21 עולים הממצאים האלה:

- שני שלישים מן המטופלים נפגשו עם המטפל העיקרי פחות מפעם בחודש, חלקם אף פחות מפעם ברבעון. תדירות המפגשים היתה גבוהה יותר בקרב המטופלים אצל פסיכולוגים ועובדים סוציאליים מאשר בקרב המטופלים אצל פסיכיאטרים ורופאי משפחה. למשל, 55% מן המטופלים אצל פסיכולוג נפגשו עמו בין פעם בחודש לפעם בשבוע, ו-40% מן המטופלים אצל עובד סוציאלי נפגשו עמו בתדירות זו, לעומת כ-10% בלבד מן המטופלים אצל פסיכיאטר או אצל רופא משפחה (לא מוצג בלוח).
- בקרב כ-60% מן המטופלים פגישה ממוצעת נמשכה עד חצי שעה. פגישות הטיפול היו ארוכות יותר אצל פסיכולוגים ועובדים סוציאליים לעומת אצל פסיכיאטרים ורופאי משפחה. למשל בקרב 92% מן המטופלים אצל פסיכולוג ו-84% מן המטופלים אצל עובד סוציאלי, פגישה ממוצעת נמשכה מעל חצי שעה, לעומת 26% מן הפגישות אצל פסיכיאטר ו-15% מן הפגישות אצל רופא משפחה (לא מוצג בלוח).

- 70% מן המטופלים מגיעים ממקום מגוריהם למסגרת שבה הם מקבלים את הטיפול הנפשי תוך פחות ממחצית השעה, ללא הבדל בין המתגוררים במרכז למתגוררים בפריפריה (ממצא שאינו מוצג בלוח).

לוח 21: תדירות מפגשי הטיפול ומשך הפגישה, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
תדירות המפגשים עם המטפל העיקרי:		
עד פעם אחת בחצי שנה	9	8
יותר מפעם אחת בחצי שנה עד פעם בשלושה חודשים	19	11
יותר מפעם בשלושה חודשים עד פעם בחודש	39	20
יותר מפעם אחת עד ארבע פעמים בחודש	21	41
יותר מארבע פעמים בחודש	12	20
משך פגישה ממוצעת עם המטפל העיקרי:		
עד 10 דקות	18	12
11-30 דקות	41	20
31-50 דקות	23	39
51-60 דקות	18	24
משך זמן ההגעה מביתו של האדם למקום הטיפול:		
עד חצי שעה	70	69
יותר מחצי שעה עד שעה	19	21
יותר משעה	11	8

5.9.5 התשלום עבור הטיפול הנפשי ועלותו של מפגש טיפול

מלוח 22 עולים הממצאים האלה:

- 80% מן המטופלים – 76% מבעלי ליקוי נפשי בלבד לעומת 89% מבעלי ריבוי ליקויים – אינם משלמים כלל עבור הטיפול. זאת באופן עקבי עם הממצא לפיו רוב המטופלים צורכים את השירות במסגרות ציבוריות שמספקות אותו בחינם כגון תחנה לברה"י או מרפאה ראשונית של הקופה.
- מתוך מיעוט המטופלים אשר משלמים על הטיפול, מדובר בעלויות בסדרי גודל של השתתפות עצמית מוגדלת עבור מי שמטופלים אצל מטפל עצמאי בהסדר עם הקופה או בטווח המחירים של טיפול פרטי. מטופלים בעלי ליקוי נפשי בלבד משלמים סכומים גבוהים יותר מאלה בעלי ריבוי ליקויים.

לוח 22: אופן התשלום עבור הטיפול ועלות הטיפול, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
האם וכיצד האדם משלם עבור הטיפול? ***		
לא משלם בכלל	80	76
משלם חלקית (השתתפות קופה או ביטוח)	5	4
משלם מן הכיס שלו באופן מלא	15	7
עלות מפגש טיפול (לאחר ניכוי החזרים): ① ***		
עד 200 ש"ח	39	27
201-400 ש"ח	35	43
מעל 400 ש"ח	(26)	(30)
		((11))

① השאלה הופנתה רק למי שמשלמים על הטיפול (באופן חלקי או מלא).

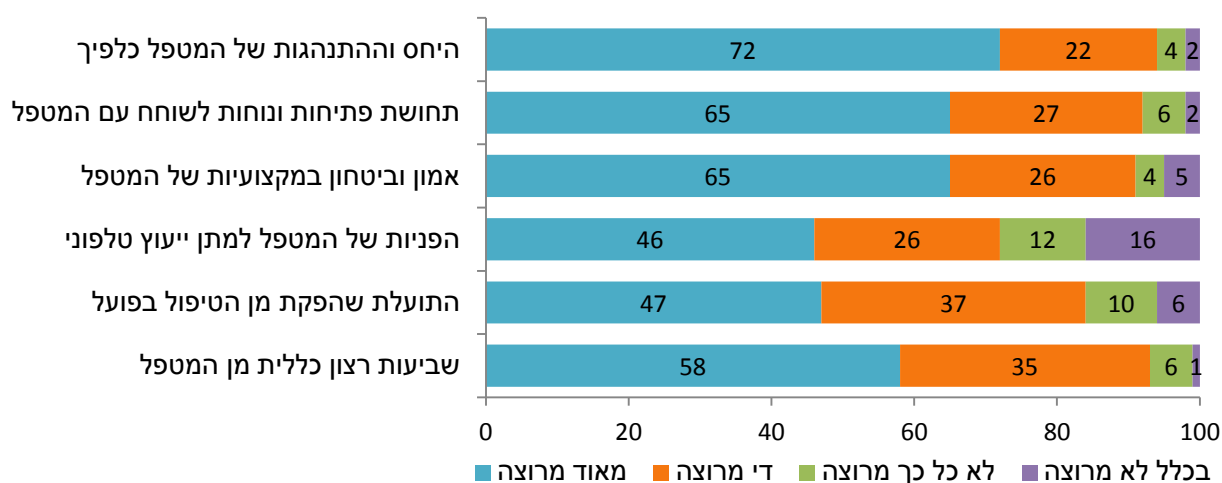
(#) טעות דגימה של 25%-40%; ((#)) טעות דגימה מעל 40%.

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

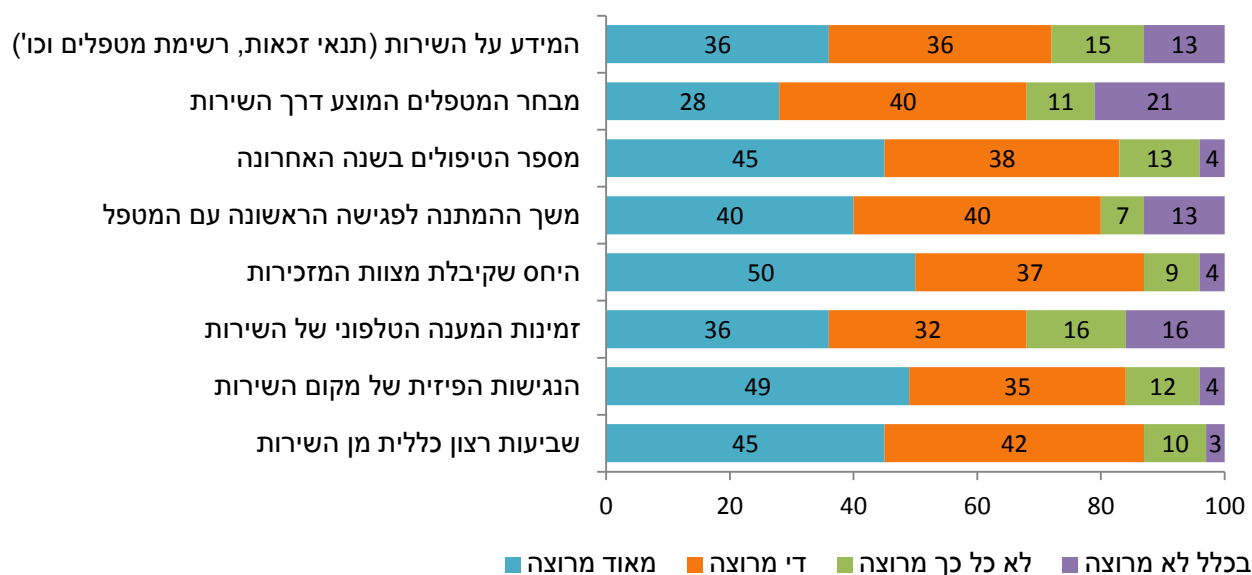
5.9.6 שביעות רצון מן המטפל העיקרי ומן המסגרת מספקת הטיפול

- המטופלים הביעו שביעות רצון מרוב ההיבטים הקשורים למטפל העיקרי (כ-90% היו מאוד מרוצים או די מרוצים) (תרשים 4). ההערכות בנוגע למסגרת הציבורית שבה ניתן הטיפול (כגון קופת החולים או מרפאה לברה"נ של משרד הבריאות) היו אף הן גבוהות למדי (70%-80% היו שבעי רצון) (תרשים 5). עם זאת, ניכר כי ההערכות בנוגע לגורם האנושי היו גבוהות יותר מאשר אלה בנוגע למסגרת השירות. שיעורים נמוכים במיוחד של המדווחים כי הם "מרוצים מאוד" התקבלו בהקשר לנגישות השירות: מבחר המטפלים (28%), המידע על השירות (36%), זמינות המענה הטלפוני (36%) ומשך ההמתנה (40%). לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות הקליניות באף אחד מן ההיבטים.

תרשים 4: שביעות רצון מן המטפל העיקרי בקרב כלל נכי הנפש המטופלים במועד הריאיון



תרשים 5: שביעות רצון מן המסגרת שבה ניתן הטיפול בקרב כלל נכי הנפש המטופלים במועד הריאיון



5.9.7 עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם

המטופלים נשאלו האם בהיעדר מגבלות כלכליות היו מעוניינים להרחיב את הטיפול. נמצא כי (לוח 23):

- כרבע היו מעוניינים לקבל קצת יותר פגישות טיפול, וכרבע – הרבה יותר פגישות טיפול.
- מחציתם היו מעוניינים לקבל טיפול מאיש מקצוע נוסף, מתוכם כ-70% הביעו עניין בפסיכולוג.

לוח 23: עניין בהרחבה של היקף הטיפולים וסוגיהם, ① בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
אם לא היו מגבלות כלכליות (או אחרות), האם היית מעוניין לקבל יותר טיפולים?		
לא, מפגשי הטיפול שאני מקבל כיום מספיקים לי מבחינת כמות ותדירות	57	48
כן, הייתי רוצה לקבל קצת יותר (למשל פעמיים בשבוע למי שמקבל פעם בשבוע)	23	22
כן, הייתי רוצה לקבל הרבה יותר (למשל כמעט כל יום למי שמקבל פעם בשבוע)	20	30
אם לא היו מגבלות כלכליות (או אחרות), האם היית מעוניין לקבל טיפול מאיש מקצוע נוסף?		
לא	49	54
כן, מרופא המשפחה	2	1
כן, מפסיכיאטר	7	8
כן מפסיכולוג	35	30
כן, מעובד סוציאלי	7	7

① השאלות הופנו רק למי שהיו מצויים בטיפול במועד הראיון.

5.10 תיאום טיפול נתפס ויחס לרפורמה הביטוחית

לצד בחינה של היקף השימוש ודפוסי השימוש בכל אחד משלושת הענפים של שירותי ברה"נ בנפרד – אשפוז פסיכיאטרי, טיפול נפשי אמבולטורי ושיקום פסיכיאטרי – נבחן גם תיאום הטיפול בין השירותים השונים כפי שנתפס בעיניהם של נכי הנפש. הבדיקה נעשתה באמצעות שני כלים:

- (1) ACSS-MH) Alberta Continuity of Services Scale – Mental Health, אשר פותח בקנדה בידי ג'ויס ואחרים (Joyce et al., 2010), כדי להעריך את מידת המשכיות הטיפול ורציפותו (COC – Continuity of Care) בקרב אנשים המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות וממושכות. הכלי מפק ציון סכום של מספר פריטים הבוחנים את התיאום בין מערכות השירותים כפי שהוא נתפס בעיני הצרכן, את טיב מערכת היחסים עם המטפל העיקרי, ואת רגישות הטיפול למאפייני הייחודיים ולצרכיו המשתנים של האדם.¹⁴
- (2) שאלה כללית על מידת תיאום הטיפול והעברת המידע בין אנשי המקצוע השונים המטפלים בצרכן בתחום ברה"נ, שבה התבקשו המשיבים גם להביא דוגמאות מוחשיות לתיאום הטיפול או היעדרו.

¹⁴ במחקר זה הועברה הגרסה המקוצרת של הכלי, אשר נמצאה מהימנה ותקפה במחקרם של ג'ויס ואחרים (Joyce et al., 2010). גרסה זו מונה שמונה פריטים, עבור כל אחד מהם התבקשו המשיבים לציין נכון/לא נכון: האנשים שמעורבים בטיפול בד 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 השירותים יותר זמן, כך החיים שלך יותר מספקים; המטפלים שלך בבריאות הנפש נמצאים בקשר עם רופא המשפחה שלך; כולם עובדים ביחד למען. הפריטים המנוסחים במשמעות שלילית עברו היפוך סולם כך שניקוד גבוה יותר מציין תיאום טיפול רב יותר.

בבחינת תיאום הטיפול כפי שנתפס בעיניהם של נכי הנפש עולים הממצאים האלה (לוח 24):

- על פי הציון בכלי הייעודי (ACSS-MH), 40% מנכי הנפש הצביעו על תיאום טיפול ברמה גבוהה, 47% הצביעו על תיאום טיפול ברמה בינונית, ו-13% – על תיאום ברמה נמוכה. באופן כללי נכי הנפש בעלי ליקוי נפשי בלבד הצביעו על טיפול מתואם יותר במקצת מאשר נכי הנפש בעלי ריבוי ליקויים.
 - לצד התפיסה המקצועית הרווחת הרואה בקיומו של תיאום טיפול אלמנט חיובי התורם למיצוי השימוש בשירותי ברה"נ, נמצא שכרבע מנכי הנפש אינם מעוניינים בקשר ובתיאום בין המטפלים שלהם בשירותי ברה"נ. זאת משתי סיבות עיקריות: שמירה על חיסיון רפואי ומוקד שליטה עצמי.
 - אשר למידת קיומם של תיאום טיפול והעברת מידע בין המטפלים שלהם בשירותי ברה"נ בפועל (כפי שעולה מן השאלה הכללית), נמצא כי לתפיסתם של כרבע מנכי הנפש יש הרבה תיאום, ואילו לתפיסתם של רבע אחרים אין תיאום בכלל.¹⁵
- דוגמאות שהובאו לתיאום טיפול: היכרות אישית בין הגורמים המטפלים ועמידה בקשר קבוע, שימוש ברשומות ממוחשבות משותפות, העברה מהירה ויעילה של התיק הרפואי במקרה של תחלופת מטפלים, התקשרות בין-מקצועית בעתות משבר או לצורך שינוי הפרוטוקול התרופתי, מעורבות של רופא המשפחה בפן הנפשי של הטיפול ומתן מרשמים על בסיס מידע מקיף ומעודכן.
- דוגמאות שהובאו לחוסר תיאום טיפול: תקשורת בלתי יעילה, קונפליקטים מקצועיים ואף עוינות בין הגורמים המטפלים, מתן מרשמים לתרופות פסיכיאטריות בידי רופא המשפחה על בסיס מידע ממוחשב בלבד, הסתמכות על עדכונים רפואיים של הצרכן עצמו, תחושה שיד ימין לא יודעת מה עושה יד שמאל, קשיים ביורוקרטיים והיעדר פיקוח ובקרה על המערכת.

לוח 24: תיאום טיפול נתפס, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים	
ציון בסולם COC: ①			
13	10	19	2-0 (תיאום טיפול ברמה נמוכה)
47	47	47	5-3 (תיאום טיפול ברמה בינונית)
40	43	34	8-6 (תיאום טיפול ברמה גבוהה)
האם אתה מעוניין שיתקיימו קשר ותיאום בין המטפלים שלך בבריאות הנפש?			
69	68	70	כן
23	24	22	לא
8	8	8	לא משנה לי
באיזו מידה מתקיימים בפועל קשר ותיאום בין המטפלים שלך בבריאות הנפש?			
28	27	30	יש הרבה תיאום
47	51	39	יש קצת תיאום/אין כל כך תיאום
25	22	31	אין בכלל תיאום

① הציון מבוסס על כלי ייעודי לבדיקת continuity of care שפותח באוניברסיטת אלברטה בקנדה. הועברה הגרסה המקוצרת הכוללת שמונה פריטים, אשר קודדו כך שכלל שהציון גבוה יותר, כך הטיפול נתפס כמתואם יותר.

¹⁵ בבדיקת תיאום הטיפול באמצעות הכלי הייעודי ובאמצעות השאלה הישירה מתקבלת מגמה דומה – כמחצית מנכי הנפש מעידים על תיאום טיפול ברמה בינונית. עם זאת, לא ניתן להשוות את שני הכלים במדויק, היות שהראשון מתבסס על ציון סכום של מספר פריטים ספציפיים, ואילו השני הוא הערכה כללית של המטופל את מה שהוא תופס בתור תיאום טיפול.

לבסוף נבדקה היכרותם של נכי הנפש עם הרפורמה הביטוחית (כאשר הובהר שהכוונה היא להעברת האחריות על הספקת שירותי ברה"נ מן המדינה לקופות) ועמדתם בנוגע להשפעותיה הצפויות (לוח 25):

- אף שהרפורמה נוגעת לשירותים להם זקוקים נכי הנפש באופן קבוע ובהיקפים ניכרים, רק כמחציתם ידעו במה מדובר. שיעור נמוך יותר מבעלי ריבוי ליקויים דיווחו שהם מכירים את הרפורמה לעומת בעלי ליקוי נפשי בלבד (37% לעומת 54% בהתאמה), זאת על אף שחיזוק הקשר גוף-נפש בהספקת שירותי הבריאות, אחת המטרות העיקריות של הרפורמה, רלוונטי בייחוד לבעלי ריבוי ליקויים.
- מתוך נכי הנפש שדיווחו כי הם מכירים את הרפורמה הביטוחית, 34% סבורים שהרפורמה תשפיע לטובה על שירותי ברה"נ שהם צורכים, ו-43% סבורים שהרפורמה תשפיע לרעה.
- אלה הנימוקים שניתנו בנוגע להשפעותיה הצפויות של הרפורמה:¹⁶
 - בקרב הסבורים שהרפורמה תשפיע לטובה: קירוב השירותים למקום המגורים, הקלת הפנייה לטיפול נפשי בסביבה המוכרת והניטרלית של הקופה, הגברת תיאום הטיפול בין הפן הנפשי לגופני, קיצור תורים, ייעול קבלת הפניות, הוזלת עלויות, שיפור הרגולציה והפחתת הסטיגמה.
 - בקרב הסבורים שהרפורמה תשפיע לרעה: הפסקה מאולצת של טיפולים יציבים הניתנים מחוץ לקופה, פגיעה באיכות הטיפול בגין הגבלות כמותיות על משך הפגישה ומספר המגעים ובגין שיקולים כלכליים של הקופות, התווספות ביורוקרטיה מיותרת (בשל צורך בהתחייבות מן הקופה בפנייה לטיפול בכל מסגרת), פגיעה בחיסיון הרפואי והחמרת הפיצול בשירותי ברה"נ.

לוח 25: היכרות ויחס לרפורמה הביטוחית, בסך הכול ולפי קבוצה קלינית (באחוזים)

סך הכול	בעלי ליקוי נפשי בלבד	בעלי ריבוי ליקויים
48	54	37
מכיר את הרפורמה הביטוחית בברה"נ ***		
מתוכם, האם אתה סבור שהרפורמה בבריאות הנפש תשפיע על השירותים שאתה מקבל?		
34	31	41
הרפורמה תשפיע לטובה		
43	45	38
הרפורמה תשפיע לרעה		
23	24	21
לרפורמה לא תהיה השפעה		

*** ההבדל מובהק בהתפלגויות ברמה 0.01. במבחן χ^2 .

5.11 התרומה של מאפיינים אישיים ומערכתיים שונים לשימוש בשירותי בריאות הנפש

בסעיפים הקודמים נבדקו הקשרים בין מאפיינים אישיים של נכי הנפש (כגון פרופיל סוציו-דמוגרפי, מצב בריאות פיזית ונפשית ויחס למערכת ברה"נ) וגורמים מערכתיים (כגון זמני המתנה לקבלת טיפול ותיאום טיפול נתפס) לבין היקף השימוש ואופי השימוש בשירותי ברה"נ (אשפוז פסיכיאטרי, שיקום פסיכיאטרי וטיפול נפשי קליני). מאחר שהשפעותיהם של המאפיינים השונים קשורות אלה באלה, הרי שכדי לבחון את התרומה הייחודית של כל מאפיין נעשו ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות לוגיסטיות), שתוצאותיהם מובאות להלן. הניתוחים נוגעים לשירותים מבוססי קהילה, ולכן לא נעשו על אשפוז פסיכיאטרי.

¹⁶ נדגיש שמדובר בכיווני השפעה צפויים כפי שנתפסים בעיניהם של נכי הנפש, בגדר תחזיות, שנעשו חודשים ספורים לאחר החלת הרפורמה. כלומר אלה לא עובדות המבוססות על תהליך שהושלם אלא הערכות בתחילת תהליך שינוי מורכב.

בהקשר לשירותי השיקום הפסיכיאטרי, ראינו שכשליש בלבד מכלל נכי הנפש (ועוד פחות מכך מאלה בעלי ריבוי ליקויים) השתמשו במועד הסקר בשירות כלשהו מסל שיקום, אף שכולם זכאים לשירותים אלה לפי חוק. בשל מיעוט השימוש בשירותים אלה, בניתוח הרב-משתני נבחנו המאפיינים שקשורים לסיכוי לקבל לפחות שירות אחד מסל שיקום. בהקשר לטיפול קליני בשירותי ברה"נ בקהילה, ראינו שכשלושה רבעים מן המטופלים בשנה שקדמה למועד הסקר טופלו אצל מטפל עיקרי שהוא רופא. לצד זאת, רבים הביעו עניין בהרחבת הטיפול לאוריינטציה פסיכו-תרפויטית לצד זו הפסיכו-פרמקולוגית. לפיכך, בניתוח הרב-משתני נבחנו המאפיינים הקשורים להיותו של האדם מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא רופא משפחה או פסיכיאטר, לעומת היותו מטופל אצל מטפל עיקרי שהוא פסיכולוג או עובד סוציאלי.

בניתוחים הרב-משתניים אנו מתייחסים לסיכויים, כלומר להסתברות שהתוצאה המוגדרת במשתנה התלוי תקרה לעומת ההסתברות שהתוצאה לא תקרה. לדוגמה, הסיכוי לקבל שירותי סל שיקום הוא המנה של ההסתברות שהאדם יקבל שירותי סל שיקום לעומת ההסתברות שלא יקבל שירותים אלה. ממצאי הניתוחים מנוסחים באופן יחסי, כאשר קטגוריית ההשוואה (reference category) מייצגת בדרך כלל את הקבוצה החזקה יותר בן הרלוונטי. למשל, בנוגע להשכלה, האומדן מציין מהו הסיכוי של נכה נפש ללא תעודת בגרות לקבל שירותי סל שיקום לעומת הסיכוי לכך אצל מקבילו בעל תעודת בגרות; ובנוגע להשתלבות בחברה או בתעסוקה – מהו הסיכוי לקבלת השירותים עבור נכה נפש שמתקשה להשתלב במסגרות חברתיות או תעסוקתיות לעומת הסיכוי לכך אצל מי שאינו מתקשה בתחומים אלה.

הניתוחים הרב-משתניים נעשו בהתאם למודל לשימוש בשירותי בריאות של אנדרסן (Andersen, 1995), (ראו תרשים 1 בפרק הרקע המדעי), כלומר המשתנים הוכנסו למודל בצעדים (stepwise) לפי הקטגוריות התיאורטיות של המודל: בצעד ראשון נכללו משתנים המייצגים נטיות מוקדמות, בצעד השני נוספו משתני צורך, ובצעד השלישי – משתנים המוגדרים בתור גורמים מאפשרים (כולל תיאום טיפול). בתיאור הממצאים להלן ניגע במשתנים שנמצאו מובהקים בצעד הסופי, המייצג את המודל בשלמותו.¹⁷

קבלת שירותי סל שיקום

- מן הניתוח הרב-משתני על קבלת שירותי סל שיקום במועד הריאיון עולים הממצאים האלה (לוח 26):
- השכלה: הסיכוי שנכה נפש ללא תעודת בגרות יקבל שירותי סל שיקום הוא כשני שלישים בקירוב מן הסיכוי של נכה נפש בעל תעודת בגרות, עדות לחשיבותה של השכלה במימוש הזכויות לשירותים.
 - עמדה בנוגע לתועלת של שירותי ברה"נ: נכה נפש הסבור ששירותים מקצועיים בברה"נ (כולל אשפוז פסיכיאטרי, טיפול קליני בקהילה ושיקום פסיכיאטרי) בכלל לא יכולים או לא כל כך יכולים לעזור (בין אם לעצמו ובין אם לאחרים) – הסיכוי שיקבל שירותי סל שיקום הוא כשליש לעומת נכה נפש הסבור ששירותים אלה די יכולים או מאוד יכולים לעזור (גם לעצמו וגם לאחרים).

¹⁷ מאחר שהמשתנה "קבוצה קלינית" – בעלי ליקוי נפשי בלבד או בעלי ריבוי ליקויים – הוא בעל השפעה מכרעת על השימוש בשירותים, ומתואם עם משתנים רבים אחרים שנבדקו במודל הרגרסיה, הוא לא נכלל בניתוחים הרב-משתניים. עם זאת, כדי לתת ביטוי לקשיי תפקוד בגין מוגבלות פיזית, כללנו בניתוחים את המשתנה תפקודי יום-יום בסיסיים (ADL).

- השתלבות בחברה: מי שמאוד מתקשה או כלל אינו יכול ליצור קשרים חברתיים או לשמרם, הסיכוי שיקבל שירותי סל שיקום הוא כמחצית מן הסיכוי של מי שמעט מתקשה או כלל לא מתקשה בכך.
- תיאום טיפול: לעומת הסיכוי לקבל שירותי סל שיקום של מי שתופס את הטיפול בו כמתואם ברמה גבוהה, הרי שהסיכוי לקבל שירותי סל שיקום של מי שתופס את הטיפול כמתואם ברמה בינונית הוא 0.60, ועבור מי שתופס את הטיפול כמתואם ברמה נמוכה, הסיכוי הוא 0.33. ממצא זה מציע כי החסך בשימוש בשירותי סל שיקום נובע בין היתר מתיאום לוקה בחסר בין מערכות השירותים.

לוח 26: רגרסיה לוגיסטית על קבלת שירותי סל שיקום במועד הריאיון

המשתנה לעומת קטגוריית ההשוואה	יחס צולב צעד 1	יחס צולב צעד 2	יחס צולב צעד 3
נטיית מוקדמות			
קבוע	0.151	* 0.839	** 1.124
קופת חולים:			
- מכבי (לעומת כללית)	0.951	1.200	1.340
- לאומית (לעומת כללית)	0.610	0.726	0.873
- מאוחדת (לעומת כללית)	1.029	0.941	1.019
מין: אישה (לעומת גבר)	1.178	1.340	1.397
קבוצת גיל:			
- 34-18 (לעומת 55-67)	1.085	0.918	0.885
- 54-35 (לעומת 55-67)	0.875	0.886	0.873
מצב משפחתי: יחיד (לעומת נשוי)	1.106	1.210	1.266
השכלה: ללא תעודת בגרות (לעומת בעל תעודה בגרות)	** 0.597	* 0.601	* 0.632
אמונות בנוגע לשירותים מקצועיים בברה"נ: השירותים בכלל לא יכולים או לא כל כך יכולים לעזור – או לעצמו או לאחרים (לעומת השירותים די יכולים או מאוד יכולים לעזור – גם לעצמו וגם לאחרים)	*** 0.232	*** 0.248	*** 0.326
משתני צורך			
ותק במערכת הקצבה:			
- עד 5 שנים (לעומת מעל 25 שנה)		0.786	0.865
- 15-6 שנים (לעומת מעל 25 שנה)		0.476	0.465
- 25-16 שנים (לעומת מעל 25 שנה)		0.937	1.039
תפקודי יום-יום (ADL – נייחות, רחצה/לבישה, צורך בהשגחה): מתקשה משמעותית או לא יכול בכלל לבצע את אחד התפקודים (לעומת יכול בלי קושי או יכול עם קושי לבצע את כל התפקודים)		1.103	0.996
השתלבות בחברה: מאוד מתקשה או לא יכול בכלל ליצור או לשמור על קשרים חברתיים (לעומת בכלל לא מתקשה או קצת מתקשה)		0.603	** 0.494
השתלבות בתעסוקה: מאוד מתקשה או לא יכול בכלל להשתלב במסגרת תעסוקתית (לעומת בכלל לא מתקשה או קצת מתקשה)		* 0.611	0.665
חוויית מצוקה נפשית (לפי ציון בשאלון GHQ12): 12-10 נקודות – הדרגה החמורה ביותר (לעומת 0-9 נקודות)		0.677	0.834
גורמים מאפשרים			
מחוז מגורים: פריפריה – צפון ודרום (לעומת מרכז הארץ)			0.803
תיאום טיפול נתפס (לפי ACSS-MH):			
- הטיפול מתואם ברמה נמוכה (לעומת ברמה גבוהה)			** 0.325
- הטיפול מתואם ברמה בינונית (לעומת ברמה גבוהה)			* 0.601

המשתנה לעומת קטגוריית ההשוואה	יחס צולב צעד 1	יחס צולב צעד 2	יחס צולב צעד 3
מספר התצפיות	300	290	280
Cox and Snell	.093	.151	.166
Nagelkerke	.128	.207	.228
McFadden	.075	.125	.139

* מובהקות לפי מבחן Wald ברמה של 10.
 ** מובהקות לפי מבחן Wald ברמה של 05.
 *** מובהקות לפי מבחן Wald ברמה של 01.

במודל הסופי של הניתוח הרב-משתני לא נמצא קשר מובהק בין הסיכוי לקבל שירותי סל שיקום לבין קופת החולים בה מבוטח האדם, מין, קבוצת גיל, מצב משפחתי, ותק במערכת קצבת הנכות הכללית, תפקודי יום-יום בסיסיים (ADL), השתלבות בתעסוקה, חווית מצוקה נפשית ומחוז מגורים. מבין אלה ברצונו להאיר על מספר משתנים אשר לא עלו בקנה אחד עם ציפיותינו שיימצאו בתור גורמים משפיעים.

- תפקודי יום-יום בסיסיים (ADL): מאחר שקשיים בתפקודים אלה שכיחים יותר בקרב נכי נפש בעלי ריבוי ליקויים מאשר בקרב אלה בעלי ליקוי נפשי בלבד (ראו סעיף 5.3.3), שיערנו שכלל שהקשיים גדלים, הסיכויים לקבל שירותי שיקום ממערכת ברה"נ (להבדיל ממערכת הרווחה) קטנים. בניתוח לא נמצא קשר בין השניים, אולם הסקר נערך בחצי השנה הראשונה ליישום הרפורמה הביטוחית, כלומר בתחילת המעבר של שירותי ברה"נ האשפוזיים והמרפאתיים (אבל לא השיקומיים) ממשד הבריאות לקופות החולים. ייתכן שלאחר שיושלם התהליך, הפיצול המתהווה בתוך שירותי ברה"נ (הנובע מניתוק השיקום הפסיכיאטרי משני סוגי השירותים האחרים) יחווה בידי הצרכנים ביתר שאת, ויתווסף לפיצול שקיים כבר היום בין שירותי השיקום של מערכת הבריאות לבין אלה של מערכת הרווחה. אז יהיה מקום לבדוק שוב את הקשר בין קשיי תפקוד הקשורים במוגבלויות פיזיות לבין שימוש בשירותי סל שיקום המיועדים לספק מענה לצרכים הקשורים במוגבלויות נפשיות.
- ותק במערכת הקצבה: שיערנו כי מי שהצטרף למערכת בשנים האחרונות, בפרט מאז החלת חוק שיקום נכי הנפש בקהילה, סיכוייו לקבל שירותי סל שיקום יהיו גבוהים יותר מאשר סיכוייו של מי שנמצא במערכת פרק זמן ממושך יותר, ומשום כך מכיר פחות בעצמו או מכוון פחות בידי הגורמים המקצועיים לשירותים אלה. הסבר אפשרי לכך שהשערה זו אינה נתמכת בממצאי הניתוח הוא שהממשקים בין קצבת הנכות, המשולמת בידי המוסד לביטוח לאומי, לבין שירותי סל שיקום, הנתונים תחת אחריותו של משרד הבריאות ומופרטים לידי ארגוני מגזר שלישי, אינם מפותחים דיים, כך שהצטרפות למערכת הקצבה בסמוך להחלתו של חוק השיקום אינה מקנה יתרון.
- מחוז מגורים: אף שברמת המערכת שירותי סל שיקום זמינים ונגישים יותר במרכז הארץ מאשר בפריפריה, לא נמצא כי הסיכוי לקבלם ברמת הפרט משתנה כפונקציה של מחוז המגורים. ייתכן כי במקרה זה, מבין הגורמים המאפשרים המעוגנים במודל, משתני הזמינות והנגישות לכשעצמם ממלאים תפקיד חשוב פחות, בעוד ההשפעה המהותית היא של תיאום הטיפול. כלומר גם אם פריסת

השירותים בסביבת המגורים של האדם מצומצמת למדי וההשתלבות בהם כרוכה במאמצים רבים יותר, הרי שתפיסתו של האדם שהטיפול בו מתואם היטב מסייעת לו להתגבר על חסמים אלה.

מקצועו של המטפל העיקרי – רופא או פסיכותרפיסט

מן הניתוח הרב-משתני בנוגע לקבלת טיפול קליני בשירותי ברה"נ בקהילה, עולה כי המאפיינים שלהלן מגדילים את הסיכוי שהאדם יהיה מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא פסיכותרפיסט (פסיכולוג או עו"ס) לעומת הסיכוי שיהיה מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא רופא (פסיכיאטר או רופא משפחה), (לוח 27):

- נשים פי 3.3 מאשר גברים.
- צעירים בני 18-34 פי 4.6 מאשר מבוגרים בני 55-67.
- נשואים פי שלושה מאשר יחידים (רווקים, גרושים או אלמנים).
- מי שסבורים כי שירותים מקצועיים בברה"נ **אינם** יכולים לעזור להם או לאחרים – פי 2.5 מאשר מי שסבורים כי שירותים אלה יכולים לעזור להם או לזולתם. הסבר אפשרי לכך הוא שנכי הנפש מזהים את מערכת ברה"נ עם הממסד הפסיכיאטרי, המושתת על גישה ביו-מדיקלית, כך שטיפול פסיכולוגי או שיקומי הוא חלופה "זרם המרכזי". לכן דווקא מי שאינם סבורים שמערכת ברה"נ יכולה להביא תועלת (להם או לאחרים במצב דומה) ייטו להעדיף טיפול פסיכולוגי על פני טיפול פסיכיאטרי.
- נכה נפש "חדש" במערכת קצבת הנכות הכללית (שמקבל את הקצבה במשך פחות מעשר שנים) – פי 2.3 מאשר נכה נפש "ותיק" במערכת הקצבה (שמקבל את הקצבה במשך יותר מעשר שנים). כלומר צבירת ותק במערכת הקצבה מתואמת עם קבלת טיפול בשיטות יותר מסורתיות, המבוססות יותר על ניהול תרופתי ופחות על שיחות מעמיקות או עבודה שיקומית.
- מי שכלל אינו מתקשה או מתקשה אך במעט להשתלב במסגרת תעסוקה או לימודים – פי 2.9 לעומת מי שמאוד מתקשה בתחומים אלה או כלל אינו יכול לעבוד או ללמוד.
- מי שלוקח לו עד שעה להגיע למקום בו ניתן הטיפול – פי 11.4 מאשר מי שמשך הגעתו למקום קבלת הטיפול הוא מעל שעה.¹⁸ מכאן נראה כי הימצאותם של פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בסביבת המגורים של האדם והנגישות הגיאוגרפית של מקומות עבודתם ממלאים תפקיד חשוב בהחלטה של האדם אם להשקיע מאמץ בקבלת טיפול נפשי מעבר למעקב רפואי בסיסי.

¹⁸ בניתוח זה השתמשנו במשתנה משך ההגעה למקום קבלת הטיפול במקום במשתנה מחוז המגורים, משום שבאופן כללי, שירותי ברה"נ במרכז הארץ זמינים ונגישים יותר, לרבות אמצעי ניידות, מאשר במחוזות הפריפריה (צפון ודרום). לצד זאת, סביר להניח שקיימת שונות בזמינות השירותים ובנגישותם בין יישובים שונים באותו מחוז (למשל באר שבע לעומת רהט).

לוח 27: רגרסיה לוגיסטית על היותו של האדם מטופל בידי מטפל עיקרי פסיכולוג/עובד סוציאלי לעומת היותו מטופל בידי מטפל עיקרי רופא משפחה/פסיכיאטר ①

המשתנה לעומת קטגוריית ההשוואה	יחס צולב צעד 1	יחס צולב צעד 2	יחס צולב צעד 3
נטיית מוקדמות			
קבוע	*** -1.354	-0.289	** -2.184
קופת חולים:			
- מכבי (לעומת כללית)	0.809	0.879	1.075
- לאומית (לעומת כללית)	1.390	1.419	2.111
- מאוחדת (לעומת כללית)	1.889	1.436	2.843
מין: אישה (לעומת גבר)	*** 2.358	*** 2.755	*** 3.300
קבוצת גיל:			
- 18-34 (לעומת 55-67)	*** 5.292	** 4.049	** 4.620
- 35-54 (לעומת 55-67)	* 2.225	2.085	1.919
מצב משפחתי: יחיד (לעומת נשוי)	0.711	0.565	*** 0.334
השכלה: ללא תעודת בגרות (לעומת בעל תעודה בגרות)	0.626	* 0.568	0.557
אמונות בנוגע לשירותים מקצועיים בברה"נ: השירותים בכלל לא יכולים או לא כל כך יכולים לעזור – או לעצמו או לאחרים (לעומת השירותים די יכולים או מאוד יכולים לעזור – גם לעצמו וגם לאחרים)	1.518	** 2.114	** 2.502
משתני צורך			
ותק במערכת הקצבה: עד 10 שנים (לעומת מעל 10 שנים)		* 1.876	** 2.299
תפקודי יום-יום (ADL – נייחות, רחצה/לבישה, צורך בהשגחה): מתקשה משמעותית או לא יכול בכלל לבצע את אחד התפקודים (לעומת יכול בלי קושי או יכול עם קושי לבצע את כל התפקודים)		1.902	0.961
השתלבות בחברה: מאוד מתקשה או לא יכול בכלל ליצור או לשמור על קשרים חברתיים (לעומת בכלל לא מתקשה או קצת מתקשה)		1.367	1.508
השתלבות בתעסוקה: מאוד מתקשה או לא יכול בכלל להשתלב במסגרת תעסוקה (לעומת בכלל לא מתקשה או קצת מתקשה)		*** 0.349	*** 0.342
חוויית מצוקה נפשית (לפי ציון בשאלון GHQ12): 10-12 נקודות – הדרגה החמורה ביותר (לעומת 0-9 נקודות)		0.486	0.684
גורמים מאפשרים			
תיאום טיפול נתפס (לפי ACSS-MH):			
- הטיפול מתואם ברמה נמוכה (לעומת ברמה גבוהה)			0.834
- הטיפול מתואם ברמה בינונית (לעומת ברמה גבוהה)			1.122
משך ההגעה למקום הטיפול: עד שעה (לעומת מעל שעה)			*** 11.396
מספר התצפיות	268	258	239
Cox and Snell	.095	.150	.196
Nagelkerke	.143	.229	.303
McFadden	.092	.153	.209

① קטגוריית הבסיס של המשתנה התלוי היא היות האדם מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא רופא משפחה או פסיכיאטר, כך שהאומדן מציין את הסיכוי להיותו מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא פסיכולוג או עובד סוציאלי.

- * מובהקות לפי מבחן Wald ברמה של 10.
- ** מובהקות לפי מבחן Wald ברמה של 05.
- *** מובהקות לפי מבחן Wald ברמה של 01.

במודל הסופי של הניתוח הרב-משתני לא נמצא קשר מובהק בין מקצועו של המטפל העיקרי לבין קופת החולים בה מבוטח האדם, השכלה, תפקודי יום-יום בסיסיים (ADL), השתלבות בחברה, תיאום טיפול נתפס וחוויית מצוקה נפשית. אשר למשתנה האחרון, שיערנו כי ככל שהאדם שרוי במצוקה חמורה יותר, כך ייטה להימצא בטיפול שנותן יותר מקום לתחושות הסובייקטיביות ולחויות האישיות הנלוות למוגבלות הנפשית, כלומר פסיכותרפיה. מצד שני, ולפי המגמה שעולה מן הניתוח, באותה מידה אפשר להניח שמי ששרוי במצוקה חמורה במיוחד, יחסרו לו המשאבים המנטליים הנחוצים כדי ליזום או להשתתף בפסיכותרפיה, ולכן יעדיף לקבל טיפול תרופתי בלבד. מן הכיוון ההפוך, ייתכן שמי שכבר מטופל בפסיכותרפיה חווה פחות מצוקה בזכות הטיפול מאשר מי שמקבל טיפול הממוקד בן הרפואי.

בבחינת השונות המוסברת בכל צעד בניתוח הרב-משתני עולה שהוספת הקטגוריה השנייה לראשונה, והוספת הקטגוריה השלישית לשתיים הראשונות, מגדילות את השונות המוסברת בכחמש נקודות אחוז. ממצא זה מלמד שחשוב להתייחס למכלול הגורמים – מאפיינים אישיים קבועים של האדם, משתני צורך דינאמיים ומאפיינים של מערכת השירותים – לשם ניבוי או הסבר מקצועי של המטפל העיקרי.

6. סיכום וכיווני פעולה אפשריים

במחקר זה הוצגה תמונת מצב של דפוסי השימוש של נכי הנפש בשירותי ברה"נ בראשית החלתה של הרפורמה הביטוחית. חשוב להדגיש כי השפעתם של שינויי מדיניות כוללניים על אוכלוסיית היעד היא תהליכית וממושכת. נוסף על כך, כל שאלות הסקר נוסחו בצורה רטרופקטיבית. לפיכך, הממצאים מייצגים למעשה את היקף השימוש בשירותים ואופניו טרם הושפעו מן הרפורמה. באמצעות סקר צרכנים ראשון מסוגו בארץ, הזרקור הופנה לחוויית המטופל במערך שירותי ברה"נ. בזאת הובא קולה של קבוצת אוכלוסייה בעלת צרכים רבים ורחבי היקף בתחום ברה"נ, אשר לרוב מודרת מן השיח החברתי והמחקרי.

המודל התיאורטי שבבסיס המחקר

בהתאם למודל של אנדרסן לצריכת שירותי בריאות (Andersen, 1995), הגורמים המקדמים והמעכבים את צריכת שירותי ברה"נ נבדקו תוך כדי הבחנה בין רמת הפרט לבין רמת המערכת. בשל הפיצול המבני בשירותי ברה"נ וביניהם לבין שירותי הרווחה, המקשה בייחוד על בעלי ריבוי ליקויים, והיות שאחת ממטרות הרפורמה היא חיזוק הקשר בין הטיפול בבריאות הנפש לבין הטיפול בבריאות הגוף, הסוגיות נבחנו בקרב כלל נכי הנפש, וכן בנפרד, בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד ובקרב בעלי ריבוי ליקויים.

מורכבות הצרכים של בעלי ריבוי ליקויים

נמצא כי לבעלי ריבוי ליקויים פחות משאבים אישיים מאשר לבעלי ליקוי נפשי בלבד. ראשית, בעלי ריבוי ליקויים הם מבוגרים יותר, ולכן, כמו גם בשל הליקויים הנוספים שלהם, מצב בריאותם הפיזית טוב פחות, יכולת התפקוד היום-יומית שלהם (ADL/IADL) מוגבלת יותר, והם עושים שימוש רב יותר בשירותי הרפואה הכלליים. שנית, שיעור גבוה יותר מהם מתגוררים בפרפריה (מחוזות הצפון והדרום), אזורים שבהם פועלות פחות מסגרות המספקות שירותים בברה"נ מאשר במרכז הארץ, והשירותים עצמם הם נגישים פחות וגמישים פחות (Levav & Lachman, 2005). שלישית, שיעור נמוך יותר מהם מועסקים או בעלי זיקה לשוק העבודה, גורם נוסף שמרחיק אותם ממרקם החיים הנורמטיבי ומקשה על השתלבותם בקהילה.

לבסוף, אף על פי שאחוז הנכות הנפשית בשתי הקבוצות הקליניות דומה, בעלי ריבוי ליקויים חווים מצוקה נפשית סובייקטיבית חמורה יותר (לפי ה-GHQ12) מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד.

היקף השימוש במגוון השירותים בבריאות הנפש

90% מכלל נכי הנפש קיבלו טיפול קליני בשירותי ברה"נ בקהילה בשנה שקדמה למועד הסקר, 30% אושפזו במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים שקדמו לו, ו-32% קיבלו במועד הסקר שירותי סל שיקום. אף שצורכיהם של בעלי ריבוי ליקויים בתחום ברה"נ אינם נופלים מאלה של בעלי ליקוי נפשי בלבד, שיעורים נמוכים יותר מהם משתמשים בכל אחד מענפי השירותים בברה"נ: טיפול נפשי אמבולטורי – 79% לעומת 93%, אשפוז פסיכיאטרי – 23% לעומת 33%, ושיקום פסיכיאטרי – 22% לעומת 37%. למרות ההבדלים המשמעותיים בכמות השירותים הנצרכים, הרי שרוב המאפיינים הקשורים באופן השימוש בשירותים ובהערכת איכותם דומים בין בעלי ריבוי ליקויים לבין בעלי ליקוי נפשי בלבד.

צריכת שירותי אשפוז פסיכיאטרי

מי שעברו אשפוז פסיכיאטרי אושפזו כמעט תמיד במחוז מגוריהם, בשיעורים דומים במחלקה פתוחה וסגורה, ורובם היו שבעי רצון מן ההתערבויות שקיבלו באשפוז כמו גם מן היחס של הצוות המטפל.

צריכת טיפול נפשי קליני בקהילה

המטפל העיקרי של כשני שלישים מנכי הנפש המטופלים במערך האמבולטורי הוא פסיכיאטר. כ-85% מקבלים טיפול זה במגזר הציבורי (למשל במרפאה ראשונית של קופת החולים או בתחנה ממשלתית לברה"נ), ושיעור דומה אינם משלמים עבור הטיפול. 52% מנכי הנפש המתווכים עד שבועיים מעת שפנו לקבוע תור עד שנפגשו לראשונה עם המטפל העיקרי, 16% המתווכים בין שבועיים לחודש, 23% – בין חודש לשלושה חודשים, ושיעורים זניחים המתווכים מעבר לכך. מכאן נראה כי סוגיות של עלות הטיפול וזמני ההמתנה, שעמדו לנגד עיניהם של מעצבי הרפורמה (באוכלוסייה הכללית דווח על תורים של חצי שנה ואף שנה, וכפועל יוצא – על זליגת מטופלים למגזר הפרטי), פחות רלוונטיות לאוכלוסיית נכי הנפש. ייתכן כי סוגיות אלה רלוונטיות יותר למי שמתמודדים עם בעיות נפשיות פחות קשות ופחות ממושכות.

לצד זאת, שני שלישים מנכי הנפש המטופלים נפגשים עם המטפל העיקרי פחות מפעם בחודש, וברוב המקרים הפגישה נמשכת פחות מחצי שעה. כמו כן אף שהביעו שביעות רצון רבה מן המטפל העיקרי ומן המסגרת מספקת הטיפול, כמחצית מן המטופלים היו מעוניינים לקבל יותר פגישות, וכשליש היו מעוניינים לקבל טיפול גם מפסיכולוג. ניתן לומר, אם כן, שכבר בראשית הרפורמה, המערכת ידעה לספק מענה מיידי לנכי הנפש ולהכילם בתוכה. אולם מן השטח עולה צורך בהרחבת השירותים – הן טיפול פסיכיאטרי והן טיפול פסיכו-תרפויטי – באופן שיאפשר יותר הקשבה וראייה הוליסטית של האדם.

מתוך ממצאי הניתוח הרב-משתני על היותו של האדם מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא פסיכותרפיסט (פסיכולוג/עובד סוציאלי) לעומת היותו מטופל בידי מטפל עיקרי שהוא רופא (פסיכיאטר/רופא משפחה), נמצא כי המאפיינים שלהלן מגדילים את הסיכוי שיהיה מטופל בידי פסיכותרפיסט מאשר בידי רופא: נשים (לעומת גברים), צעירים (לעומת מבוגרים), נשואים (לעומת יחידים), בעלי עמדה שלילית בנוגע לתועלת של שירותי ברה"נ, אשר לפרשנותם נתפסים בעיניהם כמייצגים את הדוגמה הפסיכיאטרית, מי שמקבלים את קצבת הנכות הכללית במשך פחות מעשור (לעומת מי שמקבלים אותה במשך יותר מעשור), מי שמשתלבים

בקלות יחסית במסגרות תעסוקה (לעומת מי שמתקשים בתחום זה), ומי שלוקח להם עד שעה להגיע למקום הטיפול (לעומת מי שלוקח להם פרק זמן ממושך יותר).

צריכת שירותי שיקום פסיכיאטרי

הערך המוסף שתורם השיקום הפסיכיאטרי להפחתת היקף האשפוז הפסיכיאטרי ולהגברת השתלבותם של נכי הנפש בקהילה, בייחוד בתחומי הדיור והתעסוקה, בוסס זה מכבר (למשל, אבירם, 2012; שטרן ואחרים, 2011). אולם, יותר מ-15 שנה לאחר חקיקתו של חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (2000), כשליש בלבד מנכי הנפש משתמשים בשירותי אלה, להם הם זכאים מעצם ההכרה בנכותם. ממצאי המחקר מראים כי מי שמשתלבים במערך השיקום הפסיכיאטרי זוכים למענים מפותחים למדי: כ-55% מלווים לוועדת סל שיקום בידי גורם מקצועי בברה"נ, כ-70% עוברים הכנה לוועדה כדי למקסם את התוצאות שיפיקו ממנה, כ-90% שבעי רצון מן השירותים, וכ-80% סבורים שהשירותים עוזרים להם להסתדר בקהילה באופן עצמאי יותר. אולם, כאמור, החלק הארי של נכי הנפש אינם צורכים כלל שירותי סל שיקום ומעולם לא עברו ועדת סל שיקום. כ-70% מתוכם דיווחו שלא ידעו מה עליהם לעשות בפועל כדי לקבל שירותי סל שיקום, שלא היתה להם יד מכוונת בתהליך או שנתקלו בבעיות אדמיניסטרטיביות.

ממצאי הניתוח הרב-משתני מקנים משנה תוקף לחשיבותם של משאבים אישיים ושל תיאום טיפול בצריכת שירותי סל שיקום. נמצא כי המאפיינים שלהלן מגדילים את הסיכוי שהאדם יקבל שירותי סל שיקום: בעלי תעודת בגרות (לעומת חסרי תעודת בגרות), מי שיוצרים קשרים חברתיים ומשמרים אותם בקלות יחסית (לעומת מי שמתקשים בתחום זה), בעלי עמדה חיובית בנוגע לתועלת של שירותי ברה"נ, ומי שסבורים שהטיפול בהם מתואם כראוי (לעומת מי שתיאום הטיפול בהם נתפס כלוקה בחסר).

בעיית הנגישות למידע והפיצול המערכתי בהקשר רחב

היעדר נגישות למידע הוא חסם מהותי לצריכת שירותים לא רק בנוגע לסל שיקום לנכי נפש. מקרה דומה הוא חוק לרון, אשר שינה את מבנה קצבת הנכות הכללית כך שהכנסתו הכוללת של אדם עם מוגבלות שעובד בשוק החופשי וזכאי לקצבה תהיה גדולה יותר מהכנסתו מן הקצבה בלבד. אף שהחוק נועד לעודד מקבלי קצבת נכות כללית להשתלב בעבודה, הרי שמאז החלתו ב-2009 היקף מימושו קטן ביותר, ושיעור המועסקים מקרב מקבלי הקצבה (כ-20% בלבד) נותר על כנו. זאת בין היתר משום שרק כשליש ממקבלי הקצבה יודעים על קיומו של החוק, לא כל שכן מבינים את השלכותיו המעשיות (נאון ואחרים, 2017ב).

באופן רחב יותר, אנשים עם מוגבלות, בין אם מקבלים קצבת נכות ובין אם לאו, ניצבים בפני אתגרים כבדי משקל בבואם לצרוך שירותי בריאות ורווחה, הנובעים מן הפיצול בין הרשויות והגופים השונים האמונים על הספקתם (נאון ואחרים, 2017א). מחסור במידע בסיסי בנוגע לזכויות ולסוגי סיוע רלוונטיים, העול הביורוקרטי ותיווך בלתי מספק בידי אנשי מקצוע, מערימים על האדם עם המוגבלות מכשולים רבים, שמקשים עליו למצות את זכויותיו ולנצל באופן מיטבי את מגוון השירותים.

בעיית הנגישות למידע והפיצול המערכתי בשירותי בריאות הנפש

ממצאי מחקר זה מלמדים כי קשיים אלה הם נחלתם של נכי הנפש בכל אחד מענפי השירותים של ברה"נ: באשפוז הפסיכיאטרי, הגם שמצליח להתמודד עם מצבי משבר לשביעות רצונם של הצרכנים, ניתנת הכנה מעטה (יחסית לרכיבי הטיפול האחרים) לקראת החזרה לקהילה; הטיפול הקליני בשירותי ברה"נ בקהילה מסופק בעיקר באמצעות ניהול תרופתי, אף שמן השטח עולה צורך גם בפסיכותרפיה; ואשר לשיקום

הפסיכיאטרי – רוב נכי הנפש אינם מכירים את השירות או אינם יודעים איך להגיע אל "שער הכניסה" שלו (ועדת סל שיקום). בשל מורכבותה של מערכת ברה"נ והביזור הרב ששורר בה, בעיות השימוש בשירותים מתגברות בממשק עם מערכות שירותים אחרות כגון רווחה (מבקר המדינה, 2014, 2016). המחקר אכן מראה שנכי הנפש בעלי ריבוי ליקויים, שלרוב זקוקים לסיוע הן ממערכת ברה"נ והן ממערכת הרווחה, צורכים כל אחד משירותי ברה"נ בהיקפים נמוכים יותר מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד. ממצא זה מרמז כי עיקר הטיפול בהם מוקדש לפן הפיזי של מוגבלותם, לעתים על חשבון הפן הנפשי.

תיאום טיפול נתפס בשירותי בריאות הנפש

נכי נפש המטופלים בידי מספר אנשי מקצוע נשאלו עד כמה הטיפול בהם מתואם וכיצד הם מעריכים את יעילות העברת המידע על אודותיהם בין המטפלים. התמונה שהתקבלה מעורבת: כמחציתם מדווחים על טיפול המתואם במידה סבירה, כרבע מדווחים שיש הרבה תיאום, וכרבע – שאין תיאום בכלל. עם זאת, בבחינת רצף השימוש במגוון השירותים נראה כי תיאום הטיפול לוקה בחסר. למשל, כמעט כל נכי הנפש מקבלים סוג כזה או אחר של טיפול נפשי אמבולטורי, על פי רוב במשך מספר שנים, אבל רק כשליש מקבלים שירותי סל שיקום, אף שכולם זכאים להם על פי חוק וחלק גדול מעוניינים לקבלם. דפוס ממצאים זה מצביע על הצורך לשפר את האינטגרציה בין השירותים השונים בברה"נ, ובפרט לכוון את נכי הנפש לסל שיקום, המהווה חוליה חיונית בטיפול כוללני המעוגן בקהילה.

הכרת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

לבסוף, מחסור במידע רלוונטי בנוגע לשירותי ברה"נ, אשר עולה לאורך הדוח כאחד החסמים המהותיים לשימוש בשירותים בידי נכי הנפש, בא לידי ביטוי גם בהקשר לרפורמה הביטוחית. רק כמחצית מנכי הנפש מכירים את הרפורמה, אף שהיא מגלמת שינויים מרחיקי לכת במערכת שירותים המהווה חלק אינטגרלי ממצאות חייהם. תופעה זו בולטת בייחוד בקרב בעלי ריבוי ליקויים, מי שמוטל עליהם עול נוסף בהתמצאות במערכת השירותים, ופעמים רבות "נופלים בין הכיסאות". לפיכך, הגברת התיאום בין שירותי בריאות הגוף לשירותי בריאות הנפש והספקתם תחת קורת גג אחת (קופות החולים) עשויות להוות יתרון דווקא עבורם, אולם רק כשליש מהם יודעים על מהלכים אלה. ממצא זה מצטרף לדפוס שראינו בהקשרים שונים בדוח, לפיו מידע בסיסי בנוגע לשירותי ברה"נ, בפרט של רכיבים חוקתיים והליכי מיצוי זכויות, נגיש פחות לבעלי ריבוי ליקויים מאשר לבעלי ליקוי נפשי בלבד.

כיווני פעולה אפשריים לשיפור ההנגשה והאינטגרציה של שירותי בריאות הנפש

- לאור האמור לעיל, ניתן לסכם את כיווני הפעולה המוצעים למקבלי ההחלטות וקובעי המדיניות בהנגשה פעילה של שירותי ברה"נ והממשקים ביניהם עבור אוכלוסיית היעד, כלומר:
- להביא לידיעתם של נכי הנפש את עיקרי החוקים, הזכויות והשירותים בברה"נ, בצורה פשוטה, בהירה ומוחשית, שתאפשר להם להשתמש במידע כדי לממש את זכויותיהם.
 - להגביר את פעולות היישוג (outreach) לשירותי השיקום הפסיכיאטרי, למשל באמצעות הכוונה וליווי של נכי הנפש לוועדת סל שיקום, הן ממסגרות אשפוזיות והן ממסגרות אמבולטוריות, תוך כדי גישור על הפערים המבניים והמקצועיים בין מערך הטיפול הקליני לבין מערך השיקום הפסיכיאטרי.
 - להתניע מנגנון תיאום אפקטיבי בין משרד הבריאות לבין משרד הרווחה שיספק מענים לנכי נפש בעלי ריבוי ליקויים, תוך התייחסות שווה לצרכים הקשורים במוגבלות הנפשית ובמוגבלות הפיזית.

- לאחר החלת הרפורמה הביטוחית קופות החולים אמורות לפעול כזרוע מתכללת ומתווכת בין הממשקים השונים בתחום ברה"נ. לפיכך, מומלץ למסד בתוך הקופות, הן ברמת הארגון והן ברמת ההון האנושי, תשתית שתבטיח את יישומו של תיאום הטיפול.

מחקר זה שופך אור על התנהלותם של נכי הנפש במערכת שירותי ברה"נ, על היבטים שבהם חווית המטופל עולה בקנה אחד עם מאמציה של המדינה לספק מענים הולמים לצורכיהם המורכבים, ומנגד על היבטים שבהם נחשפות בעיות שספק אם היו מאותרות ללא נקודת המבט של הצרכנים עצמם. הממצאים שהוצגו כאן ישמשו בסיס למחקר המשך בעוד שנים אחדות, אשר יבחן אלו תמורות חלו בצריכת שירותי ברה"נ בידי נכי הנפש לאחר הטמעתה של הרפורמה הביטוחית. בתוך כך, הם עשויים לתרום לתכנון ולשיפור השירותים בטווח הארוך במסגרת פרקטיקה מכוונת-אדם. ברמה הבין-לאומית, מדינות אחרות הפועלות לקידום בריאותם ורווחתם של נכי הנפש יוכלו ללמוד מן הניסיון הישראלי מבוסס הראיות.

7. 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'; אזארי-ויזל, ש'. 2015. **הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים. נייר מדיניות**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אלרועי, א'; רוזן, ב'; אלמקיאס, ע'; סמואל, ה'. עומד להתפרסם. **שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית**. דמ-17-749, ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ברמלי-גרינברג, ש'; מדינה-הרטום, ת'. 2015. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2014 והשוואה ל-2012**. דמ-15-705, ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; רוזן, ב'; ניראל, נ'; וייצברג, ר'. 2009. **מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודות המבט של צרכני השירותים**. דמ-09-538, ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- לרון, א'. 2005. **דוח הוועדה הציבורית לבדיקת ענייני הנכים ולקידום שילובם בקהילה (דוח לרון – הוועדה בראשות השופט אפרים לרון)**. ירושלים: ממשלת ישראל.
- מבקר המדינה. 2014. **דוח שנתי ג'64, פעולות הממשלה לשילובם של אנשים עם מוגבלות בתעסוקה (עמ' 133-175)**.
- מבקר המדינה. 2016. **דוח שנתי ג'66, משרד הבריאות – שיקום נכי נפש בקהילה (עמ' 575-631)**.
- המוסד לביטוח לאומי. 2015. **דוח שנתי 2014**. ירושלים: מנהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- נאון, ד'; הרן, ד'; סופר-פורמן, ח'; הדר, י'. 2017. "אתגרים בשילוב אנשים עם מוגבלות בתעסוקה – סקירה של ארבע קבוצות יעד". **ביטחון סוציאלי**, 102.
- נאון, ד'; הרן, ד'; סופר-פורמן, ח'; פינטו, א'; פריאור, ר'. 2017. **גורמים המקדמים ומעכבים השתלבות בתעסוקה של מקבלי קצבת נכות כללית לאחר תיקון 109 לחוק הביטוח הלאומי (חוק לרון)**. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל (דמ-17-746) והמוסד לביטוח לאומי (מחקרים לדיון 124).
- נאון, ד'; שטרוסברג, נ'; בן-שהם, א'; הרן, ד'; פריאור, ר'; גאליה, א'. 2012. **בעלי מוגבלות בגיל העבודה בישראל: שכיחות באוכלוסייה, מאפיינים ומצב תעסוקה**. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל (דמ-12-625) והמוסד לביטוח לאומי (מחקרים לדיון 110).
- ניראל, נ'; סמואל, ה'. 2013. **לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים**. דמ-13-639, ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

סמואל, ה'; רוזן, ב'. 2013. **כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש?** דמ-636-13, ירושלים: מכון מאיירס-גיוינט-ברוקדייל.

רועה, ד'; טל, א'; בלוש-קליינמן, ו'; שרשבסקי, י'; הדס-לידור, נ'; תלם, ע'; לכמן, מ'. 2011. "השיקום הפסיכיאטרי: בדרך לפרופסיה". **ביטחון סוציאלי**, 86: 105-85.

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; נאון, ד'; דניאל, י'; פישמן, נ'. 2009. **אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים**. דמ-549-09, ירושלים: מכון מאיירס-גיוינט-ברוקדייל.

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; נאון, ד'; פישמן, נ'. 2011. **תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש**. תמ-36-11, ירושלים: מכון מאיירס-גיוינט-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.

Belling, R.; Whittock, M.; McLaren, S.; Burns, T.; Catty, J.; Jones, I.R.; et al. 2011. "Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams". **Implementation Science**, 6(1): 23-29 (Published online: March 18, 2011).

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.

Goldberg, D.P.; Gater, R.; Sartorius, N.; Ustun, T.B.; Piccineili, M.; Gureje, O.; et al. 1997. "The validity of two versions of GHQ in the WHO study of mental illness in the general health care". **Psychological Medicine**, 27: 191-197.

Hornik-Lurie, Z.; Zilber, N.; Lerner, Y. 2012. "Trends in the use of rehabilitation services in the community by people with mental disabilities in Israel; the factors involved". **Israel Journal of Health Policy Research**, 1(1): 24-32 (Published online: June 20, 2012).

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

Levav, I.; Lachman, M. 2005. "On the way to psychiatric reform in Israel: notes for an ideological and scientific debate". **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 42: 198-214.

- Levinson, D.; Lerner, Y. 2013. "Hospitalization of patients with schizophrenic and affective disorders in Israel in the aftermath of the structural and rehabilitation reforms". **Israel Journal of Health Policy Research**, 2(1): 29-36 (Published online: July 23, 2013).
- Levinson, D.; Lerner, Y.; Zilber, N.; Grinshpoon, A.; Levav, I. 2007. "Twelve-month service utilization rates for mental health reasons: data from the Israel National Health Survey". **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 44: 114-125.
- 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.
- Rabinowitz, J.; Gross, R.; Feldman, D. 2003. "Perceived need and receipt of outpatient mental health services: factors affecting access in Israeli HMOs". **Journal of Ambulatory Care Management**, 26: 260-269.
- Roe, D.; Gelkopf, M.; Gornemann, M.I.; Baloush-Kleinman, V.; Shadmi, E. 2015. "Implementing routine outcome measurement in psychiatric rehabilitation services in Israel". **International Review of Psychiatry**, 27: 345-353.
- 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.