

# דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

הדר סמואל בת שבע הס

---

מחקר זה מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

# דפוסי עבודה ועמדות של אנשי מקצוע שלוש שנים לאחר יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

הדר סמואל בת שבע הס

---

מחקר זה מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

עריכת לשון: רוגית כהן בן-נון  
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים): אוולין איבל  
עיצוב גרפי: ענת פרקו-טולדנו

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il) | [brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org)

ירושלים | אב תש"ף | אוגוסט 2020

## עוד פרסומים של המכון בנושא

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

אלרועי, א., סמואל, ה., מדינה הרטום, ת. (2018). מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש - סיבות ופתרונות. דמ-767-18

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

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

# תקציר

## רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, ובמסגרתה עברה האחריות על הספקת שירותי בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים. לפני ההחלטה על יישום הרפורמה, נערך במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל סקר לבחינת דפוסי העבודה של אנשי מקצוע בבריאות הנפש ועמדותיהם כלפי הרפורמה. במחקר הנוכחי נערך סקר חוזר, כשלוש שנים לאחר יישום הרפורמה.

## מטרות

(א) לבחון דפוסי עבודה ומתן טיפול של אנשי מקצוע; (ב) לבחון את השינויים שחלו בדפוסי העבודה של אנשי המקצוע לאחר הרפורמה, באמצעות השוואה לממצאי המחקר הקודם; (ג) לבחון את תפיסות אנשי המקצוע בנוגע להשפעת הרפורמה.

## שיטה

סקר אינטרנטי או טלפוני, שנערך בין ינואר לספטמבר 2018 בקרב מדגם מייצג של 996 פסיכיאטרים ו-866 פסיכולוגים ובקרב 421 עובדים סוציאליים במסגרות בריאות הנפש של משרד הבריאות.

## ממצאים

בהשוואה שנערכה בין שני המחקרים נמצאו שינויים התואמים כמה מטרות הרפורמה, כמו ייעול השימוש בתקציבים. שינויים אלו כוללים עלייה בשיעור המדווחים על הידוק הפיקוח על עבודת המטפלים, עלייה בשיעור המדווחים על ידע בטיפול מבוסס ראיות ועלייה בשיעור אנשי המקצוע המדווחים על התחשבות בשיקולים כלכליים. ממצאים אחרים, כגון הרחבת הנתק בין הרפואה הראשונית ובריאות הנפש, עומס עבודה רב במרפאות הציבוריות ותחושת חלק מאנשי המקצוע כי הם מתקשים להעניק טיפול באיכות טובה, מעידים על כך שעוד יש כבדת דרך עד שיושגו מטרות הרפורמה במלואן. בחלק מן ההיבטים שנבדקו נמצא פער בין דיווחי אנשי המקצוע על דפוסי עבודתם (שמעידים על שינויים מינוריים בלבד) ובין תפיסותיהם את המתרחש.

# תמצית מנהלים

## רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, ובמסגרתה הועברה האחריות על הספקת שירותים בתחום מן המדינה אל קופות החולים. במסגרת ההיערכות לרפורמה, פתחו קופות החולים מרפאות חדשות והביאו לגידול ניכר בהיצע השירותים המרפאתיים בתחום בריאות הנפש. בכך הפכו קופות החולים ל"מעסיק" העיקרי של אנשי מקצוע בבריאות הנפש במגזר הציבורי, אם בהעסקה ישירה ואם באמצעות רכישת שירותים. לבקשת משרד הבריאות, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ממלא תפקיד מרכזי בעיצוב ובביצוע הערכה של הרפורמה בבריאות הנפש. במסגרת זו נערך בשנת 2012 מחקר על דפוסי עבודה ומתן טיפול של פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בבריאות הנפש, ערב ההחלטה על יישום הרפורמה (ניראל וסמואל, 2013; Nirel & Samuel, 2014). המחקר הנוכחי הוא המשך למחקר הקודם ומטרתו לבחון את השפעות הרפורמה על עבודת אנשי המקצוע ואת תפישותיהם על אודותיה כשלוש שנים לאחר יישומה.

## מטרות המחקר

(1) לבחון את דפוסי עבודתם של פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בבריאות הנפש, כשלוש שנים לאחר יישום הרפורמה; (2) לבחון את השינויים בדפוסי העבודה של אנשי מקצוע בבריאות הנפש לאחר הרפורמה, באמצעות השוואה לממצאי המחקר שנערך בשנת 2012; (3) לבחון את תפישות אנשי המקצוע בנוגע להשפעות הרפורמה על עבודתם.

## השיטה

מחקר חתך, שנערך באמצעות סקר אינטרנטי או טלפוני בחודשים ינואר-ספטמבר 2018, בקרב מדגם של 2,075 איש משלוש קבוצות אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בישראל: פסיכיאטרים ( $n=996$ ), פסיכולוגים קליניים ( $n=688$ ) ועובדים סוציאליים ממסגרות בריאות הנפש של משרד הבריאות ( $n=421$ ). נעשתה השוואה בין ממצאי הסקר של 2018 לבין ממצאי סקר שנערך בקרב אותה אוכלוסייה בשנת 2012. משתני המחקר העיקריים היו: רקע מקצועי; דפוסי עבודה ומתן טיפול; תמהיל המטופלים; ידע בנוגע לטיפול מבוסס ראיות; שיקולים תקציביים בטיפול; קשר עם רופאי משפחה ועם גורמים מקצועיים אחרים; עומס בעבודה; תפישות בנוגע למידה שבה חלו שינויים בעקבות הרפורמה הביטוחית.

## ממצאים

שיעור ההיענות עמד על 54%. להלן יוצגו ממצאי המחקר העיקריים, בדגש על השינויים שחלו בין שני מועדי המחקר.

### מאפייני ההעסקה

- בין שני מועדי המחקר חלה ירידה בשיעור הפסיכולוגים המדווחים על עבודה עיקרית במגזר הציבורי (מ-42% ב-2012 ל-36% ב-2018) ועלייה בשיעור המדווחים כי עבודתם העיקרית היא מטפל יחיד בקליניקה פרטית (מ-51% ל-61%).
- נמצאה ירידה בשיעור אנשי המקצוע המועסקים במרפאות ממשלתיות בעבודתם העיקרית (מ-31% ל-20%) ועלייה בשיעור המועסקים במרפאות המנוהלות על ידי קופות החולים (מ-6% ל-11%).
- אצל הפסיכולוגים נמצאה עלייה מובהקת בשיעור המדווחים על העסקה בהיקף של חצי משרה או פחות בעבודה העיקרית (מ-44% ל-55%). שיעורים גבוהים יותר של פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי מדווחים כך (מ-58% ל-71%).

### דפוסים של מתן טיפול

- בהשוואה בין 2012 ל-2018, נמצאו שינויים מינוריים בלבד בשיעור הזמן המוקדש למשימות שונות על פני השבוע, במוצע מספר המגעים ליום, באורכי המפגשים ובתמהיל שבין טיפול קצר וארוך טווח.
- בשלוש קבוצות אנשי המקצוע נמצאה ירידה משמעותית בשימוש בכלי אבחון, כגון מבחני אישיות, מבחנים השלכתיים ומבחנים נירור-פסיכולוגיים. בולטת במיוחד הירידה בשיעור העובדים הסוציאליים המדווחים על ביקורי בית ככלי אבחוני (מ-24% ל-4%).

### קשרי עבודה עם רופאי משפחה ועם אנשי מקצוע אחרים בתחום בריאות הנפש

- נמצאה עלייה משמעותית בשיעור הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים המדווחים כי הם לא מקיימים כל קשר עם רופאי המשפחה של מטופליהם (מ-59% ל-72% בקרב הפסיכולוגים ומ-49% ל-79% בקרב העובדים הסוציאליים). אצל שלוש הקבוצות של אנשי המקצוע נמצאו ירידות בשיעור המדווחים על אינטראקציה כלשהי עם רופאי המשפחה ברמת היעוץ, או קשרי הפניה הדדית.
- כמעט כל אנשי המקצוע דיווחו כי הם מקיימים קשרי התייעצות ויידוע על הטיפול עם אנשי מקצוע אחרים המטפלים במטופליהם, וכי יש להם קשרי הפניה הדדיים עם מטפלים ממקצועות אחרים בבריאות הנפש.

### תפיסות בנוגע לעומס ולאיכות הטיפול

- נמצאה עלייה בשיעור העובדים הסוציאליים המדווחים כי הם נדרשים להתחשב בשיקולים כלכליים בטיפול (מ-27% ב-2012 ל-48% ב-2018).
- נמצאה עלייה בשיעור הפסיכולוגים המדווחים כי יש להם ידע בטיפול מבוסס ראיות (מ-19% ל-31%) וכי מתן טיפול מבוסס ראיות מהווה שיקול בבחירת תוכנית הטיפול למטופל במקום עבודתם העיקרית (מ-13% ל-20%). המגמה בולטת יותר בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי.

- עומס עבודה: בשלוש הקבוצות נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על תחושה כי מוטל עליהם עומס עבודה רב מדי במקום עבודתם העיקרי.

### **תפיסות בנוגע להשפעת הרפורמה**

- **שינויים בדפוסי העבודה:** שיעור גבוה מקרב שלוש הקבוצות של אנשי המקצוע העריכו כי לאחר הרפורמה חלה עלייה בעיסוק בבירוקרטיה, בפיקוח על אבחנות ותוכניות טיפול ובהתערבות בשיקול הדעת של המטפלים מצד גורמים שאינם טיפוליים וכי חלה ירידה בשיעור הזמן הממוצע המוקדש להתייעצויות וישיבות צוות.
  - **שינויים במאפייני הטיפול:** שיעורים גבוהים יחסית מבין הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים העריכו כי ישנו שימוש רב יותר בשיטות קצרות מועד, כי חל קיצור של משך הטיפול, כי חלה ירידה במידת השמירה על סודיות הטיפול וכי מידת האינטגרציה בין בריאות הנפש והרפואה הראשונית ירדה או נותרה כשהייתה. כמחצית מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי רמת הסטיגמה ירדה בעקבות הרפורמה, אך רוב הפסיכיאטרים והעובדים הסוציאליים במחקר העריכו כי מידת הסטיגמה נותרה כשהייתה.
  - **שינויים באיכות הטיפול:** כמחצית מן הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים העריכו כי איכות הטיפול ירדה לעומת המצב טרום הרפורמה. כשליש מן הפסיכיאטרים, כ-40% מן הפסיכולוגים וכמחצית מן העובדים הסוציאליים העריכו כי חלה עלייה בכמות המקרים של טיפול לא מתאים או לא מספיק.
- ניתוחים רב-משתניים העלו כי לעובדים הסוציאליים (לעומת פסיכיאטרים) ולמי שעבודתו העיקרית במגזר הציבורי (לעומת מי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי) סיכוי גבוה יותר להעריך כי חלה ירידה באיכות הטיפול ובזמן המוקדש להתייעצות והדרכה וכי חלה פגיעה במטפלים ועלייה בכמות הבקרה והפיקוח המופעלים על עבודתם. נוסף לכך, למי שמעריך כי במסגרת עבודתו העיקרית הוא נדרש להתחשב בשיקולים כלכליים במידה רבה ולמי שמעריך כי יש לו מידה מועטה של יכולת לתת טיפול באיכות טובה במקום עבודתו העיקרי, סיכוי גבוה יותר להעריך כי בעקבות הרפורמה ירדה איכות הטיפול וכמות הזמן המוקדשת להתייעצות וכי חלה פגיעה במטפלים. למי שמעריך כי במקום עבודתו העיקרי מוטל עליו עומס עבודה רב מדי סיכוי גבוה יותר להעריך כי חלה עלייה בכמות הבקרה והפיקוח המופעלת על עבודתו.

### **דיון ומסקנות**

- ממצאי המחקר הצביעו על כמה שינויים התואמים את מטרות הרפורמה (כגון ייעול השימוש בתקציבים). שינויים אלו כוללים עלייה בדיווח על הידוק הפיקוח על עבודת המטפלים, עלייה בשיעור המדווחים על ידע בטיפול מבוסס ראיות ועלייה בשיעור המדווחים על התחשבות בשיקולים כלכליים בטיפול. עם זאת שינויים אלו באים בד בבד עם תחושת הכבדה בנטל הבירוקרטי על המטפלים.
- היבטים אחרים, כגון הרחבת הנתק בין הרפואה הראשונית ובריאות הנפש, עומס עבודה רב במרפאות הציבוריות ותחושת אנשי המקצוע במגזר הציבורי כי הם מתקשים להעניק טיפול באיכות טובה, מעידים כי עוד יש כברת דרך עד שיושגו מטרות הרפורמה במלואן.



- נמצא פער בין תחושות המטפלים כי האפשרויות להתייעצויות, לישיבות צוות ולהעשרה מקצועית צומצמו וכי איכות הטיפול הניתן למטופלים נפגעה ובין העולה מדיווחיהם עצמם על עבודתם (שמעידים על שינויים מינוריים בלבד). יתרה מזאת, חלק מן החששות שהובעו על ידי אנשי המקצוע ערב הרפורמה, כגון חשש מפני הגבלת משך הטיפול, לא התממשו. נראה שיש פער בין המתרחש בפועל, בעיקר במגזר הציבורי, ובין התפיסות של אנשי המקצוע את המתרחש, המציירות תמונה של שינויים משמעותיים יותר.

ממצאי המחקר יוכלו לסייע לקופות החולים ולמשרד הבריאות בהמשך יישום מיטבי של הרפורמה.

## דברי תודה

בהכנת המחקר, במהלכו ובכתיבת דוח זה הסתייענו באנשים רבים, ותודתנו נתונה להם.

ראשית ברצוננו להודות לכל אותם אנשי מקצוע, פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים אשר תרמו ממרצם ומזמנם למענה על שאלון המחקר.

אנו מודים לד"ר טל ברגמן-לוי, ראש האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות ולצוותה באגף לבריאות הנפש: יובל זיו, יונתן אמסטר וד"ר אהוד ססר, על עזרתם הרבה בפיתוח ושיפור שאלון המחקר. עוד נתונה תודתנו למר גבי פרץ, הפסיכולוג הראשי במשרד הבריאות, על תרומתו בבניית שאלון המחקר.

כמו כן תודה לצינונה חקלאי ולצוות האגף למידע ומחשוב במשרד הבריאות על העזרה בהכנת מדגם הרופאים, הפסיכיאטרים והפסיכולוגים ורשימת העובדים הסוציאליים לצורך המחקר.

תודה מיוחדת נתונה לגב' נורית ניראל על הנחייתה ועצותיה הטובות לכל אורך המחקר.

תודה גם לד"ר ברוך רוזן, לצוות איסוף נתונים על עבודתו המסורה, ולכל עמיתינו במכון מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל אשר ייעצו וסייעו לנו במהלך ביצוע המחקר.

# תוכן העניינים

|    |   |
|----|---|
| 1  | 1. מבוא   |
| 1  | 1.1 רקע   |
| 2  | 1.2 אנשי מקצוע במערכת בריאות הנפש בישראל  |
| 3  | 1.3 טיפול מבוקר (managed care) בבריאות הנפש וההשפעה הצפויה על אנשי המקצוע בתחום |
| 4  | 1.4 מחקר הבסיס  |
| 5  | 2. מטרות המחקר  |
| 6  | 3. השיטה ותוכנית הביצוע   |
| 6  | 3.1 סוג המחקר ושיטת מחקר  |
| 6  | 3.2 אוכלוסיית המחקר   |
| 6  | 3.3 כלי המחקר   |
| 8  | 3.4 אופן איסוף הנתונים  |
| 8  | 3.5 ההיענות למחקר   |
| 9  | 3.6 זיהוי הטיות אפשריות של המדגם  |
| 10 | 4. ממצאים   |
| 10 | 4.1 מאפייני הרקע האישי והמקצועי של אוכלוסיית המחקר                              |
| 10 | 4.2 מאפייני מקום העבודה   |
| 14 | 4.3 דפוסים של מתן טיפול   |
| 20 | 4.4 תפיסות בנוגע למקום העבודה   |
| 22 | 4.5 עזיבת מקום עבודה בעקבות הרפורמה   |
| 23 | 4.6 תפיסות בנוגע להשפעת הרפורמה   |
| 39 | 5. סיכום ודין   |
| 39 | 5.1 דפוסים מתן השירות והעבודה בשנים שלאחר יישום הרפורמה                         |
| 41 | 5.2 עמדויהם של אנשי המקצוע כלפי השינויים שחלו בעקבות הרפורמה                    |
| 43 | 5.3 כיוונים לעתיד   |
| 44 | מקורות  |
| 48 | נספחים  |

## רשימת לוחות

- 11 לוח 1: התפלגות מקום העבודה העיקרי ומקום העבודה הנוסף, לפי מגזרים (2012 ו-2018) - פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים
- 13 לוח 2: היקפי משרה ותפקידי ניהול במקום העבודה העיקרי; שעות עבודה שבועיות
- 16 לוח 3: שימוש בכלים לאבחון מטופלים (במקום העבודה העיקרי)
- 16 לוח 4: שימוש בכלים לאבחון מטופלים בקרב פסיכולוגים, לפי מגזרים (במקום העבודה העיקרי)
- 17 לוח 5: ידע בטיפול מבוסס ראיות וטיפול מבוסס ראיות כשיקול בבחירת תוכנית טיפול (במקום העבודה העיקרי)
- 17 לוח 6: ידע בטיפול מבוסס ראיות וטיפול מבוסס ראיות כשיקול בבחירת תוכנית טיפול, בקרב פסיכולוגים, לפי מגזרים (במקום העבודה העיקרי)
- 19 לוח 7: דפוס הקשר עם רופאי המשפחה במקום העבודה העיקרי
- 19 לוח 8: דפוס הקשר עם רופאי המשפחה במקום העבודה העיקרי בקרב פסיכולוגים, לפי מגזרים
- 22 לוח 9: תפיסות בנוגע להיבטים מקצועיים שונים במקום העבודה העיקרי
- 22 לוח 10: תפיסות בנוגע להיבטים מקצועיים שונים במקום העבודה העיקרי - פסיכולוגים, לפי מגזרים
- 25 לוח 11: תפיסות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית - פסיכולוגים, לפי מגזרים (במקום העבודה העיקרי)
- 27 לוח 12: תפיסות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית - פסיכיאטרים
- 30 לוח 13: תפיסות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית - עובדים סוציאליים
- 32 לוח 14: מדד איכות הטיפול, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי)
- 32 לוח 15: מדד בקרה ופיקוח, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי)
- 32 לוח 16: מדד הדרכה והתייעצות בצוות, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי)
- 33 לוח 17: מדד פגיעה במטופלים, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי)
- 34 לוח 18: משתנים המנבאים ציון "ירד" במדד איכות הטיפול - רגרסיה לוגיסטית
- 35 לוח 19: המשתנים המנבאים ציון "עלה" במדד בקרה ופיקוח - רגרסיה לוגיסטית
- 36 לוח 20: המשתנים המנבאים ציון "ירד" במדד הדרכה והתייעצות בצוות - רגרסיה לוגיסטית
- 38 לוח 21: המשתנים המנבאים ציון גבוה במדד "פגיעה במטופלים" - רגרסיה לוגיסטית

## רשימת לוחות בנספחים

- 48 לוח א-1: מאפייני רקע אישי ומקצועי - פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים
- 49 לוח א-2: הזמן המוקדש למשימות שונות במהלך שבוע ממוצע
- 50 לוח א-3: שיעור הזמן המוקדש למשימות שונות במהלך שבוע ממוצע בקרב פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי)
- 51 לוח א-4: מספר מגעים ביום, אורך מפגש ומשך הטיפול בקרב פסיכולוגים ועובדים סוציאליים (במקום העבודה העיקרי)
- 52 לוח א-5: מספר מגעים ליום, אורך מפגש ומשך הטיפול בקרב פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי)
- 53 לוח א-6: מספר מגעים ביום ואורך מפגש בקרב פסיכיאטרים (במקום העבודה העיקרי)
- 53 לוח א-7: הערכת מעמדם החברתי-כלכלי של המטופלים
- 54 לוח א-8: מעמדם החברתי-כלכלי של המטופלים, בקרב פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי)
- 54 לוח א-9: מצבים נפשיים עיקריים המטופלים על ידי אנשי המקצוע (במקום העבודה העיקרי)
- 55 לוח א-10: מצבים נפשיים עיקריים המטופלים על ידי פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי)
- 55 לוח א-11: דפוס הקשר עם אנשי מקצוע וגורמים אחרים בבריאות הנפש, לפי מקצוע
- 56 לוח א-12: השוואת דפוסי קשר עם אנשי מקצוע וגורמים אחרים בבריאות הנפש, בין פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי לפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי
- 57 לוח ב-1: קיבוץ למדדים של שאלות העוסקות בהשפעת הרפורמה

# 1. מבוא

## 1.1 רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (להלן, הרפורמה הביטוחית), במסגרתה הועברה האחריות על הספקת שירותים בתחום מן המדינה אל קופות החולים. עד ההחלטה על ביצוע הרפורמה הביטוחית, התנהלה מערכת בריאות הנפש במידה רבה בנפרד ממערכת הבריאות הגופנית בכל הקשור למימון, לתכנון, לארגון ולמסגרות הפעלה. המדינה הייתה אחראית למימון רוב שירותי בריאות הנפש הציבוריים וגם הייתה הספק העיקרי שלהם: המדינה הפעילה כמחצית מבתי החולים הפסיכיאטרים בארץ ואת רוב המרפאות הרב-מקצועיות בקהילה. המדינה הייתה גם אחראית למימון ולביצוע תהליכי ההתמחות והכשרת אנשי המקצוע. עם יישום הרפורמה הביטוחית, אחראיות קופות החולים לכלל ההיבטים הבריאותיים של מבוטחיהן, גופניים ונפשיים כאחד. העברת השירותים לאחריות קופות החולים נועדה לתרום לגידול בהיצע ובגיוון השירותים בבריאות הנפש, להגדיל את הזמינות שלהם ואת הנגישות אליהם, לשפר את איכותם ולייעל את השימוש במקורות התקציביים המופנים לתחום. שילוב תחום בריאות הנפש ברפואה הכללית תחת קופות החולים אמור לתרום לצמצום הסטיגמה הכרוכה בשימוש בשירותים אלו, לשפר את הקשר שבין רפואת הגוף לרפואת הנפש ולתרום ליצירת רצף טיפולי בין האשפוז לקהילה (אלרועי וסמואל, 2019; ניראל, אקר, רוזן, ברמלי-גרניברג וגרוס, 2008; Mark & Shani, 1995; Rosen, Nirel, Gross, Brammili-Greenberg, & Ecker, 2008).

במסגרת ההיערכות לרפורמה, פתחו קופות החולים 61 מרפאות חדשות, שהצטרפו ל-56 המרפאות שהפעיל משרד הבריאות, והביאו לגידול ניכר בהיצע השירותים המרפאתיים בתחום בריאות הנפש (אבירם ואזרי-ויזל, 2015). מאז החלת הצו ביולי 2015 רשאיות הקופות לספק שירותים גם על ידי רכישה מספקים (לרבות המרפאות הממשלתיות) וכן להציע מסלול טיפול לא מרפאתי, על ידי מטפלים עצמאיים במסגרת המימון הממשלתי. בכך הפכו קופות החולים ל"מעסיק" העיקרי של אנשי מקצוע בבריאות הנפש במגזר הציבורי, אם בהעסקה ישירה ואם באמצעות רכישת שירותים.

במשך השנים שקדמו להחלטה על הרפורמה, היו נציגי מקצועות בריאות נפש (הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והעבודה הסוציאלית) מעורבים מאוד בדיון הציבורי על הרפורמה והשלכותיה האפשריות, ולצד ציפיות לשיפור מערכת בריאות הנפש הועלו גם חששות שונים מיישומה. החששות שהועלו נוגעים הן לטיב הטיפול והן למטפלים ולעתידם התעסוקתי. למשל, עלה חשש כי העברה לקופות תביא ליתר מסגור רפואי (מדיקליזציה) של תחום בריאות הנפש ולדומיננטיות של המודל הרפואי, ששם יותר דגש על טיפול תרופתי ופחות על טיפולי פסיכותרפיה. כמו כן הובע חשש כי הקופות יערימו קשיים בפני הפונים לטיפול באמצעות דרישה לעבור דרך "שומרי סף" (כגון צורך בהפניית רופא משפחה ו/או קבלת טופס 17 לצורך טיפול במרפאה ממשלתית), חובת קבלת אבחנה פסיכיאטרית כתנאי לקבלת טיפול וחובת המטפלים להצדיק את הצורך בטיפול כתנאי לאישור לקיימו. נוסף לכך, הועלה החשש כי הרפורמה מהווה צמצום של הזכות לשירותי בריאות הנפש בשל אי-הכללת הטיפול ב"מצבי חיים" בסל האבחנות המקנות זכאות לטיפול (קוד Z). חששות נוספים נגעו להיעדר מנגנונים מספקים לשמירה על פרטיות המטופלים ול"זליגה" אפשרית של מידע חסוי עליהם, וכן לשחיקה בקשרים שהתקיימו ערב הרפורמה בין מערכת בריאות הנפש למערכות שיקום, חינוך

ורווחה, בין היתר, מתוך הנחה שלקופות לא יהיו היכולות או העניין לשמר ולטפח קשרים כאלו (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; ניראל וסמואל, 2013; שפיר, 2007; ההסתדרות הרפואית בישראל, 2007; בנפשו, 2016; ההסתדרות הפסיכולוגים בישראל, 2015).

חששות בנוגע להשלכות הרפורמה על המטפלים כללו חשש מפגיעה בהכשרת דור המטפלים הבא שהתבצעה, עד הרפורמה, בעיקר במסגרת השירותים הממשלתיים. חשש זה התעצם לאור החלטת משרד הבריאות להוריד את רמת ההשתתפות במימון מלגות למתמחים בפסיכולוגיה (אפרתי, 18.01.2016). ירידה בכמות המתמחים עלולה גם להגביר את עומס העבודה המוטל על המטפלים במרפאות ולהאריך את זמן ההמתנה לטיפול. בעקבות פיתוח נרחב של שירותי בריאות הנפש המרפאתיים של קופות החולים, עלה גם חשש לגורלן של התחנות לבריאות הנפש שמפעילה המדינה וליכולתן להמשיך ולהעסיק אנשי מקצוע מומחים. זאת בשל מעבר של כוח אדם מקצועי מן המערכות הממשלתיות (בעיקר מבתי החולים הפסיכיאטריים), לשירותי בריאות הנפש בקופות החולים (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; אפרתי, 08.06.2015; אלרועי וסמואל, 2019). חשש נוסף נוגע לזכותן של הקופות לקבוע את ההרכב המקצועי של נותני השירותים ולאפשרות שהן תבחרנה להעסיק כוח אדם מקצועי "זול", למשל באמצעות מילוי תקנים על ידי עובדים צעירים על חשבון מומחים ותיקים ובעלי ניסיון (גיל, 2005; ניראל וסמואל, 2013; ועד המתמחים בפסיכולוגיה קלינית, 2013; פרנקל, 2013).

## 1.2 אנשי מקצוע במערכת בריאות הנפש בישראל

במערכת בריאות הנפש הציבורית מועסקים אנשי המקצוע הן במסגרות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים או במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כללים והן במרפאות רב-מקצועיות בקהילה. מרפאות אלו יכולות להיות מופעלות על ידי קופת חולים, על ידי משרד הבריאות, על ידי מלכ"ר או על ידי גוף פרטי. בקופות החולים משולבים פסיכיאטרים גם במרפאות ראשוניות שאינן ייעודיות לבריאות הנפש, ובחלק מקופות החולים משולבים כך גם פסיכולוגים. כמו כן, כל קופות החולים מציעות למבוטחיהן שירות פסיכותרפיה על ידי פסיכולוגים עצמאיים, המקבלים מטופלים בקליניקה פרטית במסגרת הסדר עם קופת החולים. השירותים במסלול העצמאי כרוכים בהשתתפות עצמית, שנוכח לשנת 2019 עמדה על כ-130 ₪ למפגש<sup>1</sup>. במגזר הפרטי נכללות מרפאות רב-מקצועיות המופעלות על ידי גורמים פרטיים וכן שירותים המסופקים על ידי מטפלים בקליניקות הפרטיות שלהם.

---

1 גם לפני החלת הרפורמה הציעו הקופות למבוטחיהן פסיכותרפיה מסובסדת באמצעות מטפלים עצמאיים, לעיתים בכפוף לבעלות על ביטוח משלים. מבדיקה שערכנו עולה כי דפוסי העבודה של המטפלים במסלול העצמאי דומים יותר לאלו של העובדים במגזר הפרטי. עם זאת, הם כפופים לבקרה כלכלית ומקצועית של הקופות. מבחינת מימון, מדובר ביצור כלאיים ציבורי בחלקו (תשלום מן הקופות) ופרטי בחלקו (השתתפות עצמית של המטופלים). בשל מיעוט הנדגמים שדיווחו על המסלול העצמאי כעל מקום העבודה העיקרי, היה צורך לצרף אותם לאחד המגזרים בעת עיבוד הנתונים. ברוב המקרים הם צורפו למגזר הפרטי, למעט במקומות שבהם הם היו דומים יותר למגזר הציבורי (יש לשים לב להערות מתחת הלווחות).

### 1.3 טיפול מבוקר (managed care) בבריאות הנפש וההשפעה הצפויה על אנשי המקצוע בתחום

חלק ניכר מן החששות שהביעו אנשי המקצוע קשורים לרכיב מפתח ברפורמה, והוא יישום יסודות של טיפול מבוקר (managed care) בתחום בריאות הנפש. טיפול מבוקר משמעו הפעלת בקרה אדמיניסטרטיבית על פעילות אנשי המקצוע, במטרה להפחית עלויות ולמנוע חפיפה, כפילות ועיכוב במתן שירותים מחד גיסא, תוך שמירה על איכותם מאידך גיסא (Merrick, Horgan, 1998; Pingitore, 1998; Corcoran & Vandiver 1996; Garnick, & Hodgkin, 2006). ואכן, עיקר היערכות הקופות בתקופת הביניים הוקדשה לבניית תשתית הבקרה, תשתית המחשוב ופיתוח נוהלי עבודה עבור אנשי המקצוע (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; סמואל ורוזן, 2013; אלרועי וסמואל, 2019).

בחנית ספרות העוסקת בהשלכות הטיפול המבוקר על מקצועות המטפלים בבריאות הנפש בארצות הברית העלתה כי במסגרת הטיפול המבוקר נוצרו דפוסים חדשים של מתן שירותים שעיקרם גידול במספר המטופלים, קיצור משך הטיפול הממוצע, יותר מגעים ישירים עם מטופלים, פחות פיקוח מקצועי ושינוי מטרת הטיפול לשיפור התפקוד והפחתת הסימפטומים באמצעות טיפול קצר טווח (Cantor & Fuentes, 2008; Murphy, DeBernando, & Shoemaker, 1998; Wright, Simpson-Young, & Lennings, 2012; Cantor & Fuentes, 2008; Pingitore, 1998; Roback, Barton, Castelnuovo-Tedesco, Gay, Havens, & Nash, 1999; Sperling & Baird, 2004; Sack, 2002; Cooper & Gottlieb, 2000; Cohen, Marecek, & Gillham, 2006; Rupert & Baird, 2004). העבודה עם ארגוני טיפול מבוקר דורשת מאנשי המקצוע להיענות לאמצעי בקרה ופיקוח, כגון דרישה להצדיק את הטיפול מבחינה רפואית כדי לקבל אישור לקיומו, בדרך כלל תוך מתן אבחנה מה-DSM; חובה לתעד תוכנית טיפול ולדווח על התקדמות הטיפול ומידת העמידה ביעדיו; ולחץ לעשות שימוש בשיטות טיפול המועדפות על ארגוני הטיפול המבוקר, לרוב שיטות קצרות מועד או גישות הנחשבות מבוססות ראיות (Cohen et al., 2006; Wright et al., 2012; Cantor & Fuentes, 2008).

החובה לשתף גורם חיצוני במידע על המטופל והטיפול מעמיד לעיתים את אנשי המקצוע בפני סוגיות אתיות ומקצועיות. מטפלים הנדרשים למסור מידע הנתפס רגיש, כגון אבחנה או מידת ההתקדמות בטיפול, חשים כי הדבר פוגע ביחסים בין המטפל למטופל (Sanchez & Turner, 2003; Murphy et al., 1998). מחקרים הראו כי מטפלים עשויים לשנות את הדיווח שלהם כדי לקבל אישור לטיפול הראוי למטופליהם, כדי להגן על המטופלים מן ההשלכות הסטיגמטיות של אבחנה פסיכיאטרית, עקב חשש מצד המטפלים כי המידע לא יישמר בסודיות מספקת, או לעיתים אף כדרך להבטיח כי המטפל יקבל תשלום על עבודתו (Kielbasa, Pomerantz, Krohn, & Sullivan, 2004; Pomerantz & Segrist, 2006; Lowe, Pomerantz, & Pettibone 2007; Chambliss, Pinto, & McGuigan, 1997; Murphy et al., 1998; Rosenberg & DeMasso, 2008; Rushton, Felt, & Roberts, 2002; Cohen et al., 2006; Braun, Sharon, & Cox, 2005).

לעבודה בארגוני טיפול מבוקר נמצאה גם השפעה על שביעות רצון ושחיקה. רופרט וביירד (Rupert & Baird, 2004) מצאו כי מטפלים שעבדו בעיקר עם ארגוני טיפול מבוקר דיווחו על שביעות רצון נמוכה יותר מעבודתם, על שחיקה רגשית ועל שחיקה מן העבודה. לעומתם, החוקרים איסט, אליס, טופינג ומוריסיי (Isett, Ellis, Topping & Morrissey, 2009) מצאו כי לטיפול המבוקר



הייתה רק השפעה מינימלית על שביעות הרצון של המטפלים. נראה כי שביעות הרצון ומידת השחיקה קשורים גם לתפיסת המטפלים את יכולתם ואת הכשרתם להתמודד עם דרישות ארגוני הטיפול המבוקר (Acker, 2010a; 2010b)

#### 1.4 מחקר הבסיס

הציפיות לשיפור בעקבות הרפורמה, כמו גם החששות שליוו את הדיון בפרטיה, הדגישו את הצורך ללוות את תהליך הרפורמה במחקר הערכה. לבקשת משרד הבריאות, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ממלא תפקיד מרכזי בעיצוב ובביצוע הערכה של הרפורמה בבריאות הנפש. במסגרת זו נערך בשנת 2012 מחקר על דפוסי עבודה ומתן טיפול של פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בבריאות הנפש, ערב ההחלטה על יישום הרפורמה (נירל וסמואל, 2013; Nirel & Samuel, 2014).

במחקר הבסיס נמצא כי היו הבדלים ניכרים בין אנשי המקצוע השונים בבריאות הנפש במאפייני המקצוע, בדפוסי העבודה ובמתן הטיפול. המחקר הציג פערים בין מאפייני מתן הטיפול (דפוסי הטיפול, מידת המחויבות לנוהלי בקרה ופיקוח, הגישות והכלים) של חלק מאנשי המקצוע (בעיקר פסיכולוגים) ובין הדרישות של מערכת הפועלת בסביבה של טיפול מבוקר. יתרה מכך, שיעור גבוה מאנשי המקצוע בבריאות הנפש לא ציפו אז לשיפור באיכות הטיפול או בנגישות ובזמינות של שירותי בריאות הנפש לאחר יישום הרפורמה. עם זאת, אלו מהם שדיווחו כבר אז על דפוסי טיפול הקשורים לטיפול מבוקר (למשל טיפול קצר מועד או טיפול מבוסס ראיות) נטו פחות לצפות לשינויים שליליים בהספקת שירותי בריאות הנפש ובאיכות הטיפול לאחר יישום הרפורמה.

המחקר הנוכחי הוא המשך למחקר הקודם ומטרתו לצייר את תמונת המצב של המטפלים בבריאות הנפש לאחר יישום הרפורמה, לבחון את השינויים שחלו בעבודתם ולהעריך עד כמה התממשו הסיכויים והסיכונים שצפו אנשי המקצוע שהרפורמה תביא עימה.

## 2. מטרת המחקר

1. לבחון את דפוסי עבודתם של פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בבריאות הנפש, כשלוש שנים לאחר יישום הרפורמה.
2. לבחון את השינויים שחלו בדפוסי העבודה של אנשי מקצוע בבריאות הנפש לאחר הרפורמה, באמצעות השוואה לממצאי המחקר משנת 2012.
3. לבחון את תפיסות אנשי המקצוע בנוגע להשפעות הרפורמה על עבודתם ועל זמינות הטיפול, הנגישות אליו ואיכותו.

## 3. השיטה ותוכנית הביצוע

### 3.1 סוג המחקר ושיטת מחקר

מחקר חתך, שנערך באמצעות סקר אינטרנטי או טלפוני (על פי העדפת הנדגם) בעזרת שאלון ממוחשב, בקרב אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בישראל. נעשתה השוואה בין ממצאי הסקר לבין ממצאי סקר שנערך בקרב אותה אוכלוסייה בשנת 2012.

### 3.2 אוכלוסיית המחקר

כבמחקר משנת 2012, באוכלוסיית המחקר הנוכחי נכללו אנשי מקצוע משלושה מקצועות:

1. פסיכולוגים בעלי תעודת מומחה בפסיכולוגיה קלינית הרשומים בפנקס הפסיכולוגים. כמו במחקר של שנת 2012, גם כאן לא נכללו במחקר פסיכולוגים מתמחים (פסיכולוגים שעובדים תחת הדרכה בתקופת ההתמחות הנדרשת לפי חוק הפסיכולוגים), כיוון שברישום בפנקס הפסיכולוגים אין מידע עליהם ולא ניתן לזהותם לצורך בניית המדגם.
2. רופאים בעלי תעודת רופא מומחה בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר.
3. עובדים סוציאליים במסגרות בריאות הנפש שבאחריות משרד הבריאות (הן בתחנות לבריאות הנפש והן בבתי החולים).

### 3.3 כלי המחקר

#### שאלון המחקר והמשתנים

השאלון כלל את המשתנים העיקריים שנבדקו במחקר בשנת 2012, וכן עוד משתנים שנוספו לאור ההתפתחויות ביישום הרפורמה שתוארו ברקע. נוסף לכך, בשלב בניית השאלון התייעצנו עם אנשי מפתח במערכת בריאות הנפש בנוגע למשתנים נוספים המעניינים את מקבלי ההחלטות בעקבות הרפורמה, שרצוי לכלול בשאלון. המשתנים בשאלון כללו:

1. משתנים שנבדקו במחקר בשנת 2012: משתנים דמוגרפיים; נתוני רקע מקצועי; מאפייני מקום העבודה (עיקרי ונוסף); שעות עבודה והיקף משרה; דפוסי מתן השירות; תמהיל המטופלים; ידע על טיפול מבוסס ראיות (evidence based treatment); שיקולים תקציביים בטיפול; קשר עם רופאי משפחה ועם גורמים מקצועיים אחרים; עומס בעבודה.
2. משתנים שנוספו בסקר הנוכחי: היסטוריה תעסוקתית (האם שינה מקום עבודה בעקבות הרפורמה); תפיסות בנוגע למידה שבה חל שינוי בדפוסי העבודה, באופן מתן הטיפול ובאיכותו בעקבות הרפורמה הביטוחית.

## מסגרת הדגימה והמדגם

מסגרות הדגימה לצורך הסקר בכל אחת מן הקבוצות של אנשי המקצוע היו אותן מסגרות דגימה כבמחקר הראשון (t<sub>0</sub>).

פסיכולוגים ופסיכיאטרים: מסגרת הדגימה לפסיכולוגים ולפסיכיאטרים היא מאגר בעלי ההרשאה במקצועות הרפואיים והעזר רפואיים, המנוהל באגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות. בשנת 2014 כלל מאגר זה 3,109 פסיכולוגים מומחים בפסיכולוגיה קלינית בגיל העבודה (עד גיל 65) ו-1,080 מומחים בפסיכיאטריה ובפסיכיאטריה של הילד והמתבגר בגיל העבודה (משרד הבריאות, 2016). מאגר בעלי ההרשאה מאפשר לזהות את אנשי המקצוע על פי תחום המומחיות שלהם (למשל פסיכולוג קליני, או מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר), אך אינו כולל נתונים על מאפייני התעסוקה שלהם (כגון עבודה במגזר הציבורי או הפרטי).

בקרב הפסיכולוגים והפסיכיאטרים בוצעה דגימה אקראית פשוטה. חישוב גודל המדגם נסמך על הנחה של כ-50 אחוזי היענות במחקר. הנחה זו נסמכה על ניסיון העבר בפנייה לאנשי מקצוע בבריאות הנפש (למשל, ניראל וסמואל, 2013). חישוב אחוזי ההיענות הצפויים קשור גם לשיעור הנשים במדגם והקשיים באיתור נדגמים הנובע ממנו. כ-75% מן הפסיכולוגים המומחים וכ-50% מן הפסיכיאטרים הם נשים. הקשיים באיתורן קשורים בשינוי שם משפחה עקב נישואים, שינוי אזור מגורים וכיו"ב, אשר לא תמיד מעודכנים בקובץ רישום מקצועות הבריאות. בסך הכול נדגמו 996 פסיכולוגים ו-688 פסיכיאטרים (כ-26% מבעלי תעודת המומחה בפסיכולוגיה קלינית וכ-65% מן הפסיכיאטרים בגיל העבודה)<sup>2</sup>.

**עובדים סוציאליים:** מכיוון שהעבודה כעובד סוציאלי בתחום בריאות הנפש אינה מותנית בהתמחות רשמית או ברישוי ספציפי, אין בנמצא רשימה מקיפה של כלל העובדים הסוציאליים בתחום. מכאן שבשונה ממקצועות הפסיכיאטריה והפסיכולוגיה, אין מסגרת דגימה מוגדרת עבור מקצוע זה. עם זאת, משרד הבריאות אפשר לנו לקבל את פרטי ההתקשרות של העובדים הסוציאליים המועסקים במסגרות בריאות הנפש שהוא מפעיל (בבתי חולים פסיכיאטרים ובתחנות בריאות נפש קהילתיות). כיוון שרשימה זו עשויה לכלול גם עובדים סוציאליים שאינם מטפלים בבריאות הנפש (ועוסקים למשל בשיקום או ברווחה), פנינו לכלל העובדים המופיעים ברשימה, אך ראינו רק את מי שעוסק בטיפול ישיר בבריאות הנפש. מדובר אם כן, במדגם נוחות של עובדים סוציאליים, העוסקים בטיפול ישיר במסגרות משרד הבריאות, שהם נתח משמעותי מכוח העבודה במגזר הציבורי (המוכר שירותים לקופות החולים). כאמור, גם בסקר שנערך בשנת 2012 נאספו נתונים על העובדים הסוציאליים במסגרות של משרד הבריאות, דבר המאפשר השוואה בין ממצאי מחקר הבסיס (t<sub>0</sub>) לממצאי המחקר הנוכחי (t<sub>1</sub>).

---

2 חישובי גודל המדגם נעשו בעזרת תוכנת stata באופן שיאפשר זיהוי הבדלים של 10 נקודות אחוז או יותר (בהינתן אלפא קבוע מראש של 5% ועוצמת מבחן ברמה נדרשת של 80%) בתוך כל מקצוע בין השנים 2012 ל-2018. בין פסיכולוגים ולפסיכיאטרים בשנת 2018 וכן בין קבוצות כגון מטפלים העובדים בעיקר במגזר הציבורי לעומת כאלו העובדים בעיקר במגזר הפרטי, נוכל לזהות הבדלים של 15 נקודות אחוז או יותר, בהינתן אותה רמת מובהקות ועוצמת מבחן.

### 3.4 אופן איסוף הנתונים

איסוף הנתונים התבצע בין ינואר לספטמבר 2018. כבמחקר הקודם, ובהתאם להנחיות הלשכה המשפטית והוועדה להעברת מידע של משרד הבריאות, נשלח לנדגמים מכתב מקדים מטעם הגורם האחראי על רישוי ועל רשומת אנשי המקצוע. במכתב הוסברו מטרות המחקר וצוין כי החוקרים מתחייבים לשמירה על סודיות הנתונים ופרטיות העונים. במכתב הוסבר עוד כי מי שלא מעוניין לענות על השאלון יכול להודיע על כך לחוקרים באמצעות הדוא"ל או בשיחת טלפון. לא התבצעה פנייה נוספת למי שהביע רצון שלא להשתתף במחקר. הנחיות אלו נקבעו לצורך עמידה בדרישות חוק מאגרי מידע וכן כדי לתת אפשרות ל"הסכמה מדעת" של הנדגמים להשתתפות במחקר<sup>3</sup>.

אל מי שלא הביע סירוב להשתתף במחקר התבצעה פנייה בטלפון לצורך מענה על השאלון. לנדגמים ניתנה האפשרות לבחור בין מענה עצמאי באמצעות שאלון ממוחשב שקישור אליו נשלח לכתובת הדוא"ל ובין מענה טלפוני בתיווך סוקר של המכון. הן בפנייה טלפונית והן בפנייה בדוא"ל הובהר כי ההשתתפות במחקר אינה חובה.

### 3.5 ההיענות למחקר

מבין כלל הנדגמים במחקר, נמצא כי 117 (5.6%) מהם אינם עובדים במקצועם בתחום בריאות הנפש, ועל כן אינם שייכים לאוכלוסיית המחקר. מתוך 1,958 הנדגמים השייכים לאוכלוסיית המחקר השיבו על השאלון 805 איש בחלוקה זו: 183 פסיכיאטרים, 436 פסיכולוגים ו-186 עובדים סוציאליים. בסך הכול עמד שיעור ההיענות על 41% (28% בקרב הפסיכיאטרים, 47% בקרב הפסיכולוגים ו-49% בקרב העובדים הסוציאליים).

457 (23.3%) מן הנדגמים לא אותרו בשל הקשיים שצוינו לעיל, כלומר, הפנייה להשתתף במחקר כלל לא הגיעה לידיהם. בחישוב אחוז ההיענות רק מקרב הנדגמים שאליהם הגיעה הפנייה והם שייכים לאוכלוסיית המחקר (n=1,501) עומד שיעור ההיענות על 54% (43% בקרב הפסיכיאטרים, 57% בקרב הפסיכולוגים ו-59% בקרב העובדים הסוציאליים). שיעור הסירוב להשתתף במחקר עמד על 24% (367 נדגמים). נוסף לכך, 22% מן הנדגמים (329 איש) לא השיבו על השאלון במלואו במסגרת הזמן שהוקצב לאיסוף הנתונים.

הסיבות השכיחות ביותר לסירוב להשתתפות במחקר היו: חוסר זמן, חשש בנוגע לסודיות הנתונים במחקר, עייפות מהשתתפות בסקרים בשל ריבוי הפניות מחוקרים שונים ותחושה של נדגמים כי אין להם מה לתרום למחקר או כי הוא אינו רלוונטי לעבודתם. בכמה מקרים נבע הסירוב מן הבקשה להשתתף במחקר ללא קבלת תשלום בתמורה. סיבה נוספת לסירוב הייתה חוסר אמון ברפורמה הביטוחית ובשינויים שחלו בעקבות יישומה. אחדים מן המסרבים ציינו סיבות אישיות (מחלה, פטירה במשפחה ועוד) כסיבה לסירוב.

---

3 נוהל זה קיבל את אישורה של ועדת האתיקה במכון ברוקדייל.

נתונים אלה דומים לידוע מספרות המחקר כי שיעורי ההיענות של רופאים ואנשי מקצוע העובדים בלחץ ועומס רב נוטים להיות נמוכים יחסית לשיעורי ההיענות בקרב קבוצות אחרות (Klabunde, Willis, & Casalino, 2013). בדומה, קונינגהאם ועמיתיה (Cunningham et al., 2015) בדקו שיעורי היענות על סקרים לפי מומחיות ומצאו כי שיעור ההיענות הנמוך ביותר היה בקרב פסיכיאטרים. הספרות מצביעה על כמה סיבות להיענות נמוכה: הסיבה העיקרית היא חוסר זמן (Cunningham et al., 2015); בעיקר לאור עלייה עקבית בכמות הסקרים שעליהם מתבקשים רופאים להשיב, המלווה לעיתים בתחושה כי הם מוצפים בשאלונים וסקרים (Kaner, Haighton, & McAvoy, 1998; Khan, Hussain, Plummer, & Minichiello, 2004), ואופייה של העבודה במרפאה, שאינו מותיר זמן למענה על שאלונים במסגרת העבודה (Heywood, Berry & Kanouse, 1987; Mudge, Ring, & Sanson-Fisher, 1995; Parsons, Warnecke, Czaja, Barnsley, & Kaluzny, 1994).

### 3.6 זיהוי הטיית אפשריות של המדגם

כדי לוודא שהמדגם משקף את אוכלוסיית המחקר, נערכה השוואה בין נתוני המדגם לבין נתוני משרד הבריאות על כוח אדם במקצועות הבריאות בשנת 2014 (משרד הבריאות, 2016). ממצאי השוואה הראו כי מדגמי הפסיכיאטרים והפסיכולוגים במחקר מייצגים את האוכלוסייה במאפיינים של שיעור הנשים, שיעור הלומדים בארץ ובהתפלגות קבוצות הגיל. כדי לברר הטיה אפשרית של ממצאי הסקר בשל סירוב לענות על השאלון או בשל בעיות איתור, נבחנו ההבדלים בין המשיבים לבין נדגמים שלא השיבו על השאלון, בין בשל סירוב ובין בשל בעיה לאתר את הנדגם. הבדיקה נערכה באמצעות ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. בנייתוח לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המשיבים לבין הנדגמים שלא ענו על השאלון.

## 4. ממצאים

בפרק זה יוצגו ממצאי המחקר, תוך התמקדות בשינויים שחלו בין שתי השנים שנבדקו (2012 ו-2018). מכיוון שרוב הפסיכיאטרים (86%) והעובדים הסוציאליים (97%) מועסקים במגזר הציבורי בעבודתם העיקרית, הצגת הממצאים בחלוקה לפי מגזרי עבודה (ציבורי מול פרטי) נעשתה בעיקר עבור הפסיכולוגים. לשם נוחות הקריאה, חלק מן הלוחות מוצגים בנספח א.

### 4.1 מאפייני הרקע האישי והמקצועי של אוכלוסיית המחקר

בחינת מאפייני הרקע האישי והמקצועי של שלוש אוכלוסיות המחקר העלתה כי מדובר בשלוש אוכלוסיות השונות זו מזו ברוב מאפייני הרקע שלהן. לעומת הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים במסגרות של משרד הבריאות, אוכלוסיית הפסיכיאטרים מאופיינת בגיל מבוגר יותר (גיל ממוצע 53, לעומת 50 ו-44, בהתאמה), בשיעורים נמוכים יותר של נשים (51% לעומת 76% ו-89%, בהתאמה) ושל ילידי הארץ (49% לעומת 82% ו-86%, בהתאמה), ביותר שנות ותק במקצוע (22 שנות ותק בממוצע לעומת 20 ו-15 שנים, בהתאמה) ובשיעור גבוה יותר של מועסקים בעבודה נוספת (56% לעומת 42% ו-35%, בהתאמה) (ראו לוח א-1 בנספח א).

### 4.2 מאפייני מקום העבודה

במסגרת המחקר, התבקשו אנשי המקצוע לציין היכן הם עובדים בעבודתם העיקרית והנוספת, באיזה היקף משרה הם עובדים והאם יש להם תפקיד ניהולי בעבודתם העיקרית.

#### 4.2.1 מגזר העבודה וסוג מקום העבודה

לוח 1 מציג את התפלגות אנשי המקצוע בין המגזר הציבורי והפרטי ב-2012 וב-2018. מן הלוח עולה כי בקרב הפסיכולוגים, חלה ירידה בשיעור המדווחים על עבודה עיקרית במגזר הציבורי מ-42% ב-2012 ל-36% ב-2018. בשתי השנים שנבדקו, כשליש (31%) מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי, עבדו במגזר הציבורי בעבודתם הנוספת. בקרב הפסיכיאטרים לא חל שינוי מובהק בין השנים. רוב הפסיכיאטרים (88% ב-2012 ו-86% ב-2018) דיווחו על עבודה עיקרית במגזר הציבורי. כזכור, העובדים הסוציאליים במחקר עובדים כולם במסגרות המופעלות על ידי משרד הבריאות, ובאופן טבעי 96% מהם דיווחו על עבודה זו במגזר הציבורי כעל עבודתם העיקרית.

השוואת התפלגות אנשי המקצוע בין מסגרות העבודה השונות בשתי השנים שנבדקו במחקר מעלה כי חלה ירידה בשיעור אנשי המקצוע המועסקים במרפאות ממשלתיות בעבודתם העיקרית (מ-33% ב-2012 ל-14% ב-2018 בקרב הפסיכיאטרים ומ-24% ל-13% בקרב הפסיכולוגים). במקביל נרשמה עלייה בשיעור אנשי המקצוע המועסקים במרפאות המנוהלות על ידי קופות החולים (מ-12% ב-2012 ל-26% ב-2018 בקרב הפסיכיאטרים ומ-2% ב-2012 ל-7% ב-2018 בקרב הפסיכולוגים). בקרב הפסיכולוגים נרשמה עלייה בשיעור המדווחים כי עבודתם העיקרית היא כמטפל יחיד בקליניקה פרטית (מ-51% ב-2012 ל-61% ב-2018, נתון זה כולל גם מטפלים בהסדר עם קופות החולים במסלול העצמאיים).

לוח 1: התפלגות מקום העבודה העיקרי ומקום העבודה הנוסף, לפי מגזרים (2012 ו-2018) - פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=315 |      | פסיכולוגים<br>n=982 |       | פסיכיאטרים<br>n=628 |       | סה"כ<br>n=1,925 |       |   |
|---------------------------|------|---------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|-------|---|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012  | 2018                | 2012  | 2018            | 2012  |   |
| 100                       | 100  | 100                 | *100  | 100                 | 100   | 100             | *100  | סה"כ - מקום עבודה עיקרי                       |
| 96                        | 96   | 36                  | 42    | 86                  | 88    | 64              | 67    | ציבורי  |
| 4                         | 4    | 64                  | 58    | 14                  | 12    | 36              | 33    | פרטי  |
| <b>מקום עבודה עיקרי</b>   |      |                     |       |                     |       |                 |       |   |
| 100                       | 100  | 100                 | **100 | 100                 | **100 | 100             | **100 | סה"כ  |
| 35                        | 33   | 6                   | 6     | 33                  | 35    | 19              | 21    | מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים                   |
| 44                        | 54   | 13                  | 24    | 14                  | 33    | 20              | 31    | מרפאות בר"ן רב מקצועיות ציבוריות <sup>א</sup> |
| 1                         | 1    | 3                   | 7     | 2                   | 1     | 2               | 4     | מרפאות בר"ן רב מקצועיות פרטיות                |
| 5                         | 0    | 7                   | 2     | 26                  | 12    | 11              | 6     | מרפאות בבעלות קופת חולים (בר"ן או ראשוניות)   |
| 3                         | 4    | 61                  | 51    | 12                  | 11    | 37              | 30    | קליניקה פרטית <sup>ב</sup>                    |
| 12                        | 9    | 9                   | 10    | 13                  | 8     | 11              | 9     | אחר <sup>ג</sup>                              |
| עובדים סוציאליים<br>n=145 |      | פסיכולוגים<br>n=539 |       | פסיכיאטרים<br>n=399 |       | סה"כ<br>n=1,083 |       | מקום עבודה נוסף                               |
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012  | 2018                | 2012  | 2018            | 2012  |   |
| 100                       | 100  | 100                 | **100 | 100                 | **100 | 100             | **100 | סה"כ  |
| 6                         | 3    | 2                   | 2     | 2                   | 1     | 2               | 2     | מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים                   |
| 3                         | 1    | 4                   | 4     | 14                  | 4     | 7               | 3     | מרפאות בבעלות קופת חולים (בר"ן או ראשוניות)   |



| עובדים סוציאליים<br>n=145 |      | פסיכולוגים<br>n=539 |      | פסיכיאטרים<br>n=399 |      | סה"כ<br>n=1,083 |      | מקום עבודה נוסף                                  |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|-----------------|------|--|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 | 2018            | 2012 |  |
| 20                        | 15   | 11                  | 11   | 7                   | 6    | 12              | 10   | מרפאות בר"ן רב מקצועיות<br>ציבוריות <sup>a</sup> |
| -                         | 8    | 7                   | 13   | 6                   | 3    | 5               | 9    | מרפאות בר"ן רב מקצועיות<br>פרטיות                |
| 56                        | 57   | 38                  | 48   | 48                  | 69   | 44              | 57   | קליניקה פרטית <sup>b</sup>                       |
| 15                        | 17   | 38                  | 23   | 24                  | 17   | 30              | 20   | אחר <sup>c</sup>                                 |

<sup>a</sup> מרפאות רב-מקצועיות בבעלות משרד הבריאות, עמותות או מלכ"רים, המוכרות שירותים לקופות החולים

<sup>b</sup> כולל פסיכולוגים העובדים בהתקשרות עם קופות החולים במסלול ה"עצמאיים"

<sup>c</sup> כולל ניהול, ייעוץ, הוראה והדרכה במגזר הציבורי

\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

\*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

#### 4.2.2 ניהול, היקפי משרה ושעות עבודה

אנשי המקצוע נשאלו על היקף המשרה במקום עבודתם העיקרי, על מילוי תפקיד ניהולי במקום העבודה העיקרי ועל שעות עבודה שבועיות בכלל מקומות העבודה (לוח 2).

אצל הפסיכולוגים נמצאה עלייה מובהקת בשיעור המדווחים על העסקה בהיקף של חצי משרה או פחות בעבודה העיקרית, מ-44% ב-2012 ל-55% ב-2018 (ובמקביל ירידה בשיעור המדווחים על העסקה במשרה מלאה בעבודה עיקרית מ-42% ל-29%, בהתאמה). מגמה דומה, אך לא מובהקת סטטיסטית, נרשמה גם בקרב הפסיכיאטרים. בחינת היקפי המשרה לפי מגזר עבודה העלתה כי ב-2018 שיעורים גבוהים יותר של פסיכולוגים במגזר הציבורי דיווחו על העסקה בהיקף של פחות ממשרה מלאה (71% לעומת 58% במגזר הפרטי).

בקרב הפסיכיאטרים נמצאה עלייה מובהקת בשיעור הממלאים תפקיד ניהולי בעבודתם העיקרית (מ-53% ב-2012 ל-65% ב-2018). בקרב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים לא חל שינוי. ב-2018, 46% מן הפסיכולוגים ו-71% מן הפסיכיאטרים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי, דיווחו על מילוי תפקיד ניהולי.

בקרב הפסיכיאטרים והפסיכולוגים נמצאה ירידה בממוצע שעות העבודה השבועיות (בכל מקומות העבודה). המגמה בולטת במיוחד בקרב הפסיכיאטרים, שם נמצאה ירידה בשיעור העובדים מעל 41 שעות בשבוע (מ-77% ב-2012 ל-64% ב-2018). בחינת שינויים בממוצע שעות העבודה השבועיות רק בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי מעלה מגמה דומה (ירידה בממוצע מ-38 שעות ל-36), על אף שבממוצע הם עובדים בשבוע יותר שעות מאשר פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (36 שעות במגזר הציבורי לעומת 32 במגזר הפרטי).

לוח 2: היקפי משרה ותפקידי ניהול במקום העבודה העיקרי; שעות עבודה שבועיות

| עובדים סוציאליים<br>n=314                           |      | פסיכולוגים<br>n=951 |      | פסיכיאטרים<br>n=605 |      |  |
|---|------|---------------------|------|---------------------|------|--|
| 2018  | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |  |
| <b>היקף משרה (באחוזים)</b>                          |      |                     |      |                     |      |  |
| 100   | 100  | 100                 | 100  | 100                 | 100  | סה"כ   |
| 47  | 47   | 55                  | **44 | 19                  | 14   | חצי משרה או פחות                                   |
| 27  | 27   | 16                  | 14   | 5                   | 5    | מעל חצי עד שלושה רבעי משרה                         |
| 25  | 25   | 29                  | **42 | 76                  | 81   | משרה מלאה  |
| 21  | 21   | 24                  | 25   | 65                  | **53 | שיעור הממלאים תפקיד ניהולי                         |
| <b>שעות עבודה בשבוע בכל מקומות העבודה (באחוזים)</b> |      |                     |      |                     |      |  |
| 100   | 100  | 100                 | 100  | 100                 | 100  | סה"כ   |
| 14  | 11   | 15                  | 12   | 5                   | 3    | עד 20 שעות שבועיות                                 |
| 69  | 67   | 64                  | 67   | 31                  | **20 | 20-40 שעות שבועיות                                 |
| 17  | 22   | 21                  | 21   | 64                  | **77 | יותר מ-41 שעות שבועיות                             |
| 34  | 36   | 33                  | **35 | 44                  | **48 | ממוצע שעות עבודה שבועיות בכל מקומות העבודה (בשעות) |

\*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

### 4.2.3 שיעור הזמן המוקדש למשימות שונות במהלך השבוע

אנשי המקצוע התבקשו לציין כמה שעות הם מקדישים בשבוע שגרתי למשימות עבודה שונות במקום עבודתם העיקרי. מלוח א-2 שבנספח א עולה כי בין 2012 ל-2018, בקרב הפסיכולוגים נרשמו עליות קלות, אך מובהקות בשיעור הזמן המוקדש לתרפיה קבוצתית (מ-1% ל-2%) ולקבלה ראשונית של מטופלים (מ-6% ל-7%). כמו כן נרשמה ירידה קלה בשיעור הזמן המוקדש להוראה, הדרכה ובקרה מקצועית (מ-14% ל-12%). בחינת השינויים בנפרד עבור פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ועבור מי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי העלתה הבדלים מובהקים, אך קטנים רק במגזר הפרטי. כך למשל נמצאה עלייה בשיעור הזמן המוקדש לקבלת מטופלים חדשים (מ-4% ב-2012 ל-7% ב-2018) ובשיעור הזמן המוקדש לייעוץ כמומחה (מ-0.4% ל-1.5%) וירידה בשיעור הזמן המוקדש לתרפיה קבוצתית (מ-2% ל-פחות מאחוז אחד) (ראו לוח א-3). יש לציין כי מן הנתונים עולים הבדלים מובהקים בדפוסי העבודה בין המגזרים עצמם. כך למשל, ב-2018 נמצאו הבדלים בשיעור הזמן המוקדש לתרפיה אישית, משפחתית או זוגית (35% בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לעומת 63% בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי), בשיעור הזמן המוקדש לשיחות צוות והתייעצות עם עמיתים (15% לעומת 4%, בהתאמה), בשיעור הזמן המוקדש לטיפול במנהלה וניירת (8% לעומת 4%) ובשיעור הזמן המוקדש להוראה, הדרכה ובקרה מקצועית (18% לעומת 8%) (ראו לוח א-3 בנספח א). בקרב הפסיכיאטרים נרשמה ירידה בשיעור הזמן המוקדש לתרפיה אישית, משפחתית או זוגית (מ-12% ל-6%). כמו כן נרשמה עלייה קלה, אך מובהקת, בשיעור הזמן המוקדש לטיפול במנהלה וניירת (מ-11% ל-16%) וירידה קלה בשיעור הזמן המוקדש להוראה, הדרכה ובקרה מקצועית (מ-7% ל-5%). בקרב העובדים הסוציאליים לא נמצאו הבדלים בין השנים בשיעור הזמן המוקדש למשימות שונות.

### 4.3 דפוסי של מתן טיפול

דפוסי מתן הטיפול נבחנו רק בקרב אנשי המקצוע שדיווחו כי במסגרת עבודתם העיקרית הם עוסקים בטיפול ישיר (כ-94% מאנשי המקצוע).

#### 4.3.1 מספר מגעים ביום, אורך מפגש, משך הטיפול

אנשי המקצוע נשאלו על מספר המגעים שהם מקיימים עם מטופלים ביום שגרתי ועל אורך ממוצע של מפגש במקום עבודתם העיקרי. פסיכולוגים ועובדים סוציאליים נשאלו גם על משך הזמן הממוצע של הטיפול שהם מעניקים (טיפולים קצרי טווח - עד חצי שנה, טווח בינוני - בין חצי שנה לשנה וארוכי טווח - יותר משנה).

בקרב הפסיכולוגים נמצאה עלייה קטנה בזמן המוקדש למטופל (מ-52 דקות בממוצע ב-2012 ל-55 דקות בממוצע ב-2018). בקרב העובדים הסוציאליים במסגרות משרד הבריאות נמצאה ירידה במספר המפגשים ביום (מתוקנן להיקף משרה, משמונה פגישות ביום לשבע פגישות ביום, בהתאמה). בשתי הקבוצות לא נמצאו הבדלים בין השנים בשיעור המדווחים על טווחי טיפול שונים. רוב הפסיכולוגים (63% ב-2018) נותנים טיפול ארוך טווח של יותר משנה, בעוד אצל העובדים הסוציאליים יש יותר פיזור על פני טווחי הזמן (ראו לוח א-4 בנספח א).

יש לציין כי שיעור נמוך יותר מבין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי דיווחו על טיפול ארוך טווח של יותר משנה לעומת השיעור המקביל בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (46% לעומת 72% בשנת 2018). בקרב הפסיכולוגים בשירות הציבורי, נמצאה ירידה בשיעור המדווחים על זמן פגישה של פחות מ-45 דקות (מ-14% בשנת 2012 ל-4% בשנת 2018) ועלייה מקבילה בשיעור המדווחים על זמן פגישה של יותר משעה (מ-3% ל-10%, בהתאמה). עם זאת, כיוון שנוסח השאלה התייחס ל"זמן הממוצע שאת/ה מקדיש/ה למטופל", ייתכן שמטפלים כוללים בזמן זה גם זמן המיועד לכתבת סיכומי פגישות ומכתבים ולא רק זמן של מגע ישיר (ראו לוח א-5 בנספח א).

בקרב הפסיכיאטרים לא נמצאו הבדלים בין השנים בכל הנוגע למספר המגעים ביום ממוצע או להתפלגות אורך הטיפול (בדקות) (ראו לוח א-6 בנספח א).

### 4.3.2 שימוש בכלים לאבחון ובטיפול מבוסס ראיות

אנשי המקצוע נשאלו באילו כלים הם משתמשים לאבחון מטופליהם. נוסף לכך, הם התבקשו להעריך באיזו מידה יש להם ידע בטיפול מבוסס ראיות ועד כמה מתן טיפול כזה מהווה שיקול בבחירת תוכנית הטיפול במקום עבודתם העיקרי (לוח 3).

בשלוש הקבוצות של אנשי המקצוע נמצאה ירידה בשימוש בכלי אבחון, כגון מבחני אישיות (בקרב הפסיכולוגים מ-25% ב-2012 ל-6% ב-2018, בקרב הפסיכיאטרים מ-20% ל-8%, ובקרב העובדים הסוציאליים מ-11% ל-1%), מבחנים השלכתיים (בקרב הפסיכולוגים מ-37% ל-16% ובקרב הפסיכיאטרים מ-20% ל-11%) ומבחנים נירו-פסיכולוגיים (מ-5% ל-2% בקרב הפסיכולוגים, מ-19% ל-11% בקרב הפסיכיאטרים ומ-4% לפחות מאחוז אחד בקרב העובדים הסוציאליים). כמו כן, נמצאה ירידה בשיעור המדווחים על ביקורי בית ככלי אבחוני בקרב שלוש הקבוצות (בקרב הפסיכולוגים מ-4% ב-2012 ל-2% ב-2018, בקרב הפסיכיאטרים מ-17% ל-10%, ובקרב העובדים הסוציאליים מ-24% ל-4% בלבד). בקרב הפסיכולוגים נרשמה ירידה גם בהיקף המדווחים על שימוש בצילום אינטראקציה ובכלים לא מילוליים לאבחון המטופלים (מ-6% ב-2012 ל-2% ב-2018). בקרב העובדים הסוציאליים נרשמה ירידה בשיעור המדווחים על "שיחה עם דמויות הסובבות את המטופלים" מ-77% ב-2012 ל-66% ב-2018 (ראו לוח 3). לעומת זאת, בקרב הפסיכיאטרים נמצאה ירידה, על סף המובהקות בשיעור המדווחים על שימוש בשאלוני אבחון מובנים למילוי עצמי (מ-23% ל-17%).

בחינת ההבדל בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לאלו שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (לוח 4) העלתה כי שיעור הירידה גבוה יותר במגזר הציבורי. כך למשל, השימוש במבחני אישיות ירד במגזר הציבורי ב-28 נקודות אחוז (מ-37% ב-2012 ל-9% ב-2018) ואילו במגזר הפרטי נרשמה ירידה של 12 נקודות אחוז (מ-17% ל-9%). בדומה, השימוש במבחנים השלכתיים ירד בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ב-36 נקודות אחוז (מ-52% ל-16%) ואילו במגזר הפרטי נרשמה ירידה של 12 נקודות אחוז (מ-28% ל-16%).

לוח 3: שימוש בכלים לאבחון מטופלים (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=295 |      | פסיכולוגים<br>n=387 |      | פסיכיאטרים<br>n=548 |      |                                 |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------------------|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |                                 |
| 100                       | 98   | 100                 | **90 | 100                 | **87 | ריאיון/שיחה עם המטופל           |
| 1                         | **11 | 6                   | **25 | 8                   | **20 | מבחני אישיות                    |
| 4                         | 7    | 16                  | **37 | 11                  | *20  | מבחנים השלכתיים                 |
| 10                        | 8    | 12                  | 12   | 17                  | 23   | שאלוני אבחון מובנים למילוי עצמי |
| 0.5                       | *4   | 2                   | *5   | 11                  | *19  | מבחנים נזיר-פסיכולוגיים         |
| 4                         | **24 | 2                   | *4   | 10                  | *17  | ביקורי בית                      |
| 66                        | *77  | 50                  | 56   | 82                  | 76   | שיחה עם דמויות סובבות           |
| 2                         | 6    | 2                   | **6  | 6                   | 8    | צילום אינטראקציה                |
| 9                         | 13   | 8                   | *13  | 8                   | 11   | כלים לא מילוליים                |

האחוזים אינם מסתכמים ל-100 מכיוון שניתן היה להשיב יותר מתשובה אחת  
\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$  \*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח 4: שימוש בכלים לאבחון מטופלים בקרב פסיכולוגים, לפי מגזרים (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| מגזר פרטי n=387 |      | מגזר ציבורי n=595 |      |                                 |
|-----------------|------|-------------------|------|---------------------------------|
| 2018            | 2012 | 2018              | 2012 |                                 |
| 98              | **96 | 100               | **84 | ריאיון/שיחה עם המטופל           |
| 5               | **17 | 9                 | **37 | מבחני אישיות                    |
| 16              | **28 | 16                | **52 | מבחנים השלכתיים                 |
| 9               | 9    | 18                | 17   | שאלוני אבחון מובנים למילוי עצמי |
| 2               | 3    | 1                 | **9  | מבחנים נזיר-פסיכולוגיים         |
| 2               | 4    | 2                 | 5    | ביקורי בית                      |
| 46              | *55  | 57                | 63   | שיחה עם דמויות סובבות           |
| 2               | 4    | 2                 | *8   | צילום אינטראקציה                |
| 9               | 13   | 6                 | **15 | כלים לא מילוליים                |

האחוזים אינם מסתכמים ל-100 מכיוון שניתן היה להשיב יותר מתשובה אחת  
\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$  \*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח 5 מציג את שיעור המדווחים כי יש להם מידה רבה או רבה מאוד של ידע בטיפול מבוסס ראיות וכי טיפול מבוסס ראיות מהווה שיקול עבורם בבחירת תוכנית הטיפול. בקרב הפסיכולוגים נרשמה עלייה בשיעור המדווחים כי יש להם ידע בטיפול מבוסס ראיות במידה רבה או רבה מאוד (מ-19% ב-2012 ל-31% ב-2018). כמו כן, נרשמה עלייה בשיעור המדווחים כי מתן טיפול מבוסס ראיות הוא שיקול בבחירת תוכנית הטיפול למטופל במקום עבודתם העיקרי (מ-13% ל-20%).

לוח 5: ידע בטיפול מבוסס ראיות וטיפול מבוסס ראיות כשיקול בבחירת תוכנית טיפול (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=312 |      | פסיכולוגים<br>n=980 |      | פסיכיאטרים<br>n=591 |      |  |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|--|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |  |
| 25                        | 22   | 31                  | **19 | 65                  | 65   | מידה רבה או רבה מאוד של ידע בטיפול מבוסס ראיות                           |
| 21                        | 18   | 20                  | **13 | 59                  | 57   | טיפול מבוסס ראיות מהווה שיקול בבחירת תוכנית הטיפול במידה רבה או רבה מאוד |

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

מגמה זו נשמרת גם כאשר בוחנים את ההבדלים בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ובין אלו שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (לוח 6). בקרב שתי הקבוצות נרשמה עלייה מובהקת בשיעור המדווחים על ידע במידה רבה או רבה מאוד בטיפול מבוסס ראיות (מ-25% ב-2012 ל-37% ב-2018 בקרב הפסיכולוגים במגזר הציבורי, ומ-13% ל-27% בקרב הפסיכולוגים במגזר הפרטי) ועל היותו שיקול בבחירת תוכנית הטיפול, אך השיעורים בקרב הפסיכולוגים במגזר הציבורי גבוהים יותר.

לוח 6: ידע בטיפול מבוסס ראיות וטיפול מבוסס ראיות כשיקול בבחירת תוכנית טיפול, בקרב פסיכולוגים, לפי מגזרים (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| מגזר פרטי<br>n=580 |      | מגזר ציבורי<br>n=381 |      |  |
|--------------------|------|----------------------|------|--|
| 2018               | 2012 | 2018                 | 2012 |  |
| 27                 | **13 | 37                   | *25  | מידה רבה או רבה מאוד של ידע בטיפול מבוסס ראיות                           |
| 19                 | **9  | 24                   | *16  | טיפול מבוסס ראיות מהווה שיקול בבחירת תוכנית הטיפול במידה רבה או רבה מאוד |

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

### 4.3.3 מאפייני המטופלים

אנשי המקצוע התבקשו להעריך איזה שיעור מקרב מטופליהם משתייכים לקבוצות שונות של מעמד חברתי-כלכלי. כמו כן, הם נשאלו מהם המצבים הנפשיים העיקריים שבהם הם נתקלים בעבודתם (אילו מצבים נפשיים או אבחנות מהווים יותר מ-10% מכלל עבודתם).

בקרב הפסיכולוגים נמצאה עלייה בהערכה של שיעור המשתייכים למעמד חברתי-כלכלי גבוה (מ-19% ב-2012 ל-22% ב-2018) וירידה בהערכת השיעור של מעמד חברתי-כלכלי ממוצע (מ-52% ל-47%). לא נמצאו שינויים בין השנים בקרב הפסיכיאטרים והעובדים הסוציאליים (ראו לוח א-7 בנספח א). בחינת ההערכות במגזרי העבודה השונים מעלה כי ההבדל נובע מן המגזר הפרטי (ראו לוח א-8 בנספח א).

בחינת השינויים בהתפלגות המצבים הנפשיים השכיחים מראה עלייה בשיעור המדווחים על טראומה כאחד מן המצבים הנפשיים העיקריים בקרב מטופלי שלוש הקבוצות של אנשי המקצוע (מ-45% ב-2012 ל-56% ב-2018 בקרב הפסיכולוגים, מ-44% ל-56% בקרב הפסיכיאטרים ומ-50% ל-69% בקרב העובדים הסוציאליים). בקרב הפסיכולוגים נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על הפרעות חרדה כאחד המצבים הנפשיים העיקריים בעבודתם (מ-73% ל-82%). בקרב פסיכולוגים ועובדים סוציאליים נמצאה גם עלייה בשיעור המדווחים על דיסתימיה או דיכאון קל (מ-69% ב-2012 ל-76% ב-2018 בקרב הפסיכולוגים ומ-33% ל-45% בקרב העובדים הסוציאליים). כמו כן נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על בעיות משפחתיות או זוגיות כאחד המצבים הנפשיים העיקריים בקרב הפסיכיאטרים.

בחינת ההתפלגות של המצבים הנפשיים השכיחים בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ובקרב מי שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי מעלה כי העלייה בשיעורי הדיווח על דיסתימיה ומשברי חיים או הפרעת הסתגלות נובעת משינויים במגזר הפרטי, בעוד מקור העלייה בשיעורי הדיווחים על חרדה הוא במגזר הציבורי. העלייה בשיעורי הדיווחים על טראומה כאחד המצבים הנפשיים השכיחים נמצאה בשני מגזרי העבודה (ראו לוחות א-9 ו-א-10 בנספח א).

### 4.3.4 קשרי עבודה עם רופאי משפחה ועם אנשי מקצוע אחרים בתחום בריאות הנפש

אנשי המקצוע נשאלו על דפוס הקשר שהם מקיימים עם רופאי משפחה של מטופליהם<sup>4</sup> (לוח 7). בקרב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים נמצאה עלייה מובהקת בשיעור המדווחים כי אין להם כל קשר עם רופאי המשפחה של מטופליהם (מ-59% ב-2012 ל-72% ב-2018 בקרב הפסיכולוגים ומ-49% ל-79%, בהתאמה, בקרב העובדים הסוציאליים). בשלוש הקבוצות של אנשי המקצוע נמצאו ירידות בשיעור המדווחים על אינטראקציה עם רופאי המשפחה ברמת הייעוץ, או קשרי הפניה הדדית.

---

4 בשנת 2018, חולק סעיף "יידוע הרופא הראשוני על הטיפול" בשאלון לשני סעיפים: יידוע באמצעות מכתב ויידוע באמצעות התיק הממוחשב. לצורך הניתוח והשוואת השאלונים אוחדו שני הסעיפים לסעיף אחד, כך שיתאימו לשאלון משנת 2012.

לוח 7: דפוס הקשר עם רופאי המשפחה במקום העבודה העיקרי (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=309 |      | פסיכולוגים<br>n=944 |      | פסיכיאטרים<br>n=592 |      |   |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |   |
| 79                        | **49 | 72                  | **59 | 10                  | 15   | אין קשר                                 |
| 1                         | **9  | 2                   | **11 | 24                  | **52 | ייעוץ לרופאי משפחה / למרפאה ראשונית     |
| 15                        | 23   | 13                  | 17   | 81                  | 77   | יידוע הרופא הראשוני על הטיפול           |
| 5                         | **24 | 14                  | **32 | 46                  | **67 | אני מפנה לרופא משפחה למתן טיפול תרופתי  |
| 8                         | **29 | 11                  | **31 | 44                  | **65 | רופא המשפחה יוצר קשר ומפנה אליי מטופלים |
| 0                         | **4  | 1                   | *3   | 9                   | **21 | רופא המשפחה משמש כמנהל הטיפול           |

האחוזים מסתכמים ליותר מ-100 מכיוון שניתן היה להשיב על יותר מסעיף אחד  
 \*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$   
 \* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

בחינת ההבדלים בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לעומת אלה שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (לוח 8) מעלה תמונה דומה של ירידה בהיקף המדווחים על אינטראקציה עם רופאי המשפחה בשני המגזרים. נוסף לכך, שיעור מעט גבוה יותר של פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי דיווחו כי אין להם כל קשר עם רופאי משפחה (75% לעומת 67% במגזר הציבורי ב-2018) וכי הם מפנים אל רופא המשפחה לצורך מתן תרופות (17% לעומת 8% במגזר הציבורי ב-2018).

לוח 8: דפוס הקשר עם רופאי המשפחה במקום העבודה העיקרי בקרב פסיכולוגים, לפי מגזרים (באחוזים)

| מגזר פרטי<br>n=566 |      | מגזר ציבורי<br>n=363 |      |   |
|--------------------|------|----------------------|------|---|
| 2018               | 2012 | 2018                 | 2012 |   |
| 75                 | **64 | 67                   | **52 | אין קשר                                 |
| 1                  | **7  | 4                    | **18 | ייעוץ לרופאי משפחה / למרפאה ראשונית     |
| 7                  | 9    | 23                   | 28   | יידוע הרופא הראשוני על הטיפול           |
| 17                 | **37 | 8                    | **27 | אני מפנה לרופא משפחה למתן טיפול תרופתי  |
| 11                 | **25 | 11                   | **37 | רופא המשפחה יוצר קשר ומפנה אליי מטופלים |
| 1                  | *3   | 1                    | 3    | רופא המשפחה משמש כמנהל הטיפול           |

\*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$   
 \* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$



בשאלון שהועבר במחקר בשנת 2018 נשאלו אנשי המקצוע גם על דפוס הקשר שלהם עם אנשי מקצוע וגורמים אחרים בתחום בריאות הנפש המטפלים במטופליהם<sup>5</sup>. רוב אנשי המקצוע דיווחו כי יש להם קשרים כלשהם עם מטפלים אחרים בבריאות הנפש. רק כ-6% מן הפסיכולוגים ופחות מ-2% מן הפסיכיאטרים ומן העובדים הסוציאליים ציינו כי אין להם כל קשר עם מטפלים אחרים.

בקרב הפסיכולוגים, הקשר הנפוץ ביותר הוא הפניית מטופלים אליהם על ידי אנשי מקצוע אחרים (62%), הקשר השני הנפוץ הוא קיום פגישות משותפות עם אנשי מקצוע אחרים (פנים אל פנים או בטלפון) (55%). 20% מן הפסיכולוגים דיווחו כי הם מיידעים אנשי מקצוע אחרים באמצעות מכתב, ועוד 16% נוספים דיווחו על יידוע באמצעות התיק הממוחשב.

הדרכים הנפוצות ביותר לקיום קשר עם אנשי מקצוע אחרים בקרב הפסיכיאטרים הן פגישות משותפות, לרבות פגישות טלפוניות (74%), והפניה הדדית של מטופלים (65% דיווחו שמפנים אליהם ו-62% דיווחו שהם מפנים לטיפול פסיכותרפי אצל אנשי מקצוע אחרים).

גם בקרב העובדים הסוציאליים, דפוס הקשר השכיח ביותר עם בעלי מקצוע אחרים הוא פגישות משותפות או שיחות טלפון (77%). קצת יותר משליש אמרו שמטופלים מופנים אליהם דרך אנשי מקצוע אחרים. 31% דיווחו כי הם מיידעים את איש המקצוע על הטיפול באמצעות מכתב ו-27% מיידעים את אנשי המקצוע האחרים באמצעות התיק הממוחשב. רק 9% מן העובדים הסוציאליים דיווחו כי הם מפנים לפסיכיאטר לקבלת טיפול תרופתי (ראו לוח א-11 בנספח א).

בחינת הבדלים בדפוס הקשר עם אנשי מקצוע אחרים בין פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי לבין פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העלתה הבדל בשיעור המדווחים כי מטופלים מופנים אליהם מן המטפלים האחרים (44% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לעומת 72% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי), ובשיעור המדווחים כי הם מקיימים פגישות צוות או שיחות טלפון עם אנשי מקצוע אחרים (79% בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לעומת 41% בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי). ישנו גם פער בין שיעור המדווחים כי הם מיידעים אנשי מקצוע אחרים על הטיפול באמצעות התיק הממוחשב (26% לעומת 10%, בהתאמה<sup>6</sup>). (ראו לוח א-12 בנספח א).

#### 4.4 תפיסות בנוגע למקום העבודה

אנשי המקצוע במחקר התבקשו להעריך, בנוגע למקום עבודתם העיקרי, עד כמה הם נדרשים להתחשב בשיקולים כלכליים בבחירת תוכנית הטיפול, עד כמה יש באפשרותם להעניק טיפול באיכות טובה ועד כמה מוטל עליהם עומס עבודה רב מדי. כמו כן, ב-2018 בלבד נשאלו הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים עד כמה יש להם החופש לבחור את תוכנית הטיפול עבור מטופליהם ועד כמה יש באפשרותם לבחור את מטופליהם בעצמם. לוח 9 להלן מרכז את הערכות אנשי המקצוע בנוגע להיבטים אלו של מקום עבודתם העיקרי. לוח 10 להלן מציג הערכות אלו בנפרד עבור פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ופסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי.

5 נוסח השאלה היה: "מהו דפוס הקשר המקצועי בינך ובין אנשי מקצוע וגורמים אחרים בבריאות הנפש המטפלים במטופלים שלך?"

6 במגזר הפרטי נכללים גם פסיכולוגים המטפלים בקליניקה הפרטית שלהם במסגרת הסכמי "מטפלים עצמאיים" של קופות החולים. ככאלו, הם יכולים לכתוב בתיק הממוחשב של מטופליהם.

#### 4.4.1 שיקולים כלכליים בטיפול

בקרב העובדים הסוציאליים נמצאה עלייה בשיעור המדווחים כי הם נדרשים להתחשב בשיקולים כלכליים במידה רבה או רבה מאוד (מ-27% ב-2012 ל-48% ב-2018). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין השנים בקרב הפסיכולוגים (30% בשתי השנים) והפסיכיאטרים (27% ו-29%, בהתאמה). עם זאת, בשנת 2018 נמצא כי במובהק שיעור גבוה יותר בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי (43%) דיווחו על מידה רבה או רבה מאוד של התחשבות בשיקולים כלכליים לעומת עמיתיהם שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (23%).

#### 4.4.2 אפשרות להעניק טיפול באיכות טובה

בשלוש קבוצות אנשי המקצוע, לא נמצא הבדל מובהק בין השנים בשיעור המדווחים כי להערכתם יש להם מידה רבה או רבה מאוד של יכולת להעניק טיפול באיכות טובה במקום עבודתם העיקרי. עם זאת, גם כאן נמצא כי בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי יש יותר המעריכים כי יש ביכולתם לתת טיפול באיכות טובה (98%) לעומת מי שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי (85%).

#### 4.4.3 עומס עבודה

בשלוש הקבוצות נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על תחושה כי מוטל עליהם עומס עבודה רב מדי בעבודה העיקרית (מ-36% ב-2012 ל-54% ב-2018 בקרב הפסיכולוגים, מ-56% ל-69% בקרב הפסיכיאטרים ומ-58% ל-70% בקרב העובדים הסוציאליים). בחינת ההבדלים בין השנים בקרב פסיכולוגים במגזרי העבודה השונים מעלה כי העלייה בשיעור המדווחים על תחושת עומס עבודה רב מידי נמצאה הן במגזר הפרטי (מ-26% ל-46%) והן במגזר הציבורי (מ-48% ל-69%).

#### 4.4.4 החופש לבחור את המטופלים ואת שיטת הטיפול

נמצא כי 92% מן הפסיכולוגים ו-72% מן העובדים הסוציאליים דיווחו כי יש להם מידה רבה או רבה מאוד של חופש מקצועי לבחור את הטיפול המתאים למטופליהם במסגרת עבודתם העיקרית.

בשאלה זו נמצאו הבדלים בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי (81%) לאלו שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (98%). 56% מן הפסיכולוגים, 21% מן הפסיכיאטרים ו-17% מן העובדים הסוציאליים דיווחו כי יש להם מידה רבה או רבה מאוד של חופש לבחור בעצמם את מטופליהם. גם כאן נמצאו הבדלים בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי (26%) לאלו שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי (72%) (לוח 10).

לוח 9: תפיסות בנוגע להיבטים מקצועיים שונים במקום העבודה העיקרי (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=312 |      | פסיכולוגים<br>n=962 |      | פסיכיאטרים<br>n=586 |      |   |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|---|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |   |
|                           |      |                     |      |                     |      | שיעור המדווחים על מידה רבה או רבה מאוד של:  |
| 48                        | **27 | 30                  | 30   | 29                  | 27   | התחשבות בשיקולים כלכליים או תקציביים        |
| 65                        | 75   | 93                  | 92   | 71                  | 77   | יכולת להעניק טיפול באיכות טובה              |
| 70                        | *58  | 54                  | **36 | 69                  | **56 | עומס עבודה רב מדי                           |
| 17                        | -    | 56                  | -    | 21                  | -    | יכולת לבחור את המטופלים                     |
| 72                        | -    | 92                  | -    | -                   | -    | חופש מקצועי לבחור את הטיפול המתאים למטופלים |

\*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח 10: תפיסות בנוגע להיבטים מקצועיים שונים במקום העבודה העיקרי - פסיכולוגים, לפי מגזרים (באחוזים)

| מגזר פרטי<br>n=576 |      | מגזר ציבורי<br>n=379 |      | סה"כ<br>n=955 |      |   |
|--------------------|------|----------------------|------|---------------|------|---|
| 2018               | 2012 | 2018                 | 2012 | 2018          | 2012 |   |
|                    |      |                      |      |               |      | שיעור המדווחים על מידה רבה או רבה מאוד של:  |
| 23                 | 26   | 43                   | 34   | 30            | 30   | התחשבות בשיקולים כלכליים או תקציביים        |
| 98                 | 97   | 85                   | 84   | 93            | 92   | יכולת להעניק טיפול באיכות טובה              |
| 46                 | **26 | 69                   | **48 | 54            | **36 | עומס עבודה רב מדי                           |
| 72                 | -    | 26                   | -    | 56            | -    | יכולת לבחור את המטופלים                     |
| 98                 | -    | 81                   | -    | 92            | -    | חופש מקצועי לבחור את הטיפול המתאים למטופלים |

\*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

#### 4.5 עזיבת מקום עבודה בעקבות הרפורמה

אנשי המקצוע נשאלו האם החליפו מקום עבודה בשנתיים שלאחר יישום הרפורמה בבריאות הנפש וכן אם בכוונתם לעזוב את מקום עבודתם הנוכחי בטווח הקצר או הארוך.

19% מן הפסיכיאטרים, 8% מן הפסיכולוגים ו-6% מן העובדים הסוציאליים דיווחו על החלפת מקום עבודה בשנתיים שלאחר יישום הרפורמה. בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי, 11% דיווחו על שינוי מקום עבודה בשנתיים שלאחר יישום הרפורמה לעומת 6% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי.

רוב אנשי המקצוע שהחליפו מקום עבודה עבדו קודם בתחום האשפוז (במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים) או במרפאות בריאות נפש שאותן מפעיל משרד הבריאות או מלכ"ר. כך, 73% מן העוזבים את מקום העבודה עבדו באחת משתי המסגרות האלו, 8% עבדו בקליניקה פרטית (כמטפל יחיד, לא כחלק מצוות) ו-6% עבדו במרפאת בריאות נפש רב-מקצועית בהפעלת קופת חולים.

הסיבות העיקריות להחלפת מקום העבודה העיקרי בקרב הפסיכולוגים היו הזדמנות לשכר גבוה יותר (33%) ועצם יישומה של הרפורמה הביטוחית (24%). בקרב הפסיכיאטרים, 27% עזבו את מקום עבודתם הקודם בשל הזדמנות לקידום מקצועי, 27% נוספים עזבו בשל שכר גבוה יותר ו-6% עזבו עקב יישום הרפורמה הביטוחית. הסיבות העיקריות לעזיבה בקרב העובדים הסוציאליים היו אפשרות לשינוי תחום (27%), עניין מקצועי (36%) ויישום הרפורמה הביטוחית (9%).

לרובם המכריע של הנשאלים לא הייתה כוונה לעזוב את מקום עבודתם הנוכחי: 85% מן הפסיכולוגים (70% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ו-94% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי), 72% מן הפסיכיאטרים ו-65% מן העובדים הסוציאליים השיבו שאין כוונתם לעזוב את מקום עבודתם העיקרי בטווח הקרוב או הרחוק.

## 4.6 תפיסות בנוגע להשפעת הרפורמה

אנשי המקצוע התבקשו לציין בנוגע למגוון היבטים של עבודתם אם בעקבות הרפורמה חלה עלייה, ירידה או שהמצב נותר כשהיה. בחלק מן ההיגדים הנוגעים לשינויים בעבודתם, התבקשו אנשי המקצוע לציין אם שינוי כלשהו התרחש או לא. למשתתפים ניתנה גם האפשרות לציין כי ההיגד אינו רלוונטי לעבודתם. ההיגדים נגעו לשינויים בדפוסי העבודה, למאפייני הטיפול והמטופלים, לאיכות הטיפול ולשוק העבודה של אנשי המקצוע. בתת-הפרקים הבאים יוצגו הממצאים הנוגעים לתפיסות של אנשי המקצוע את השפעת הרפורמה, בנפרד עבור כל מקצוע.

### 4.6.1 תפיסות בנוגע להשפעת הרפורמה בקרב הפסיכולוגים במחקר

בשאלות הנוגעות להערכות אנשי המקצוע את השינויים שחלו בעקבות הרפורמה נמצאו הבדלים משמעותיים בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי למי שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי. לכן התשובות מוצגות כאן בנפרד עבור כל אחד מן המגזרים (לוח 11).

באופן כללי, ברוב ההיגדים בחרו שיעורים גבוהים מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי באפשרות "לא רלוונטי לעבודתי". לעומת זאת, שיעורים גבוהים מקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי חלו שינויים בעקבות הרפורמה. כך למשל, 73% מהם העריכו כי העיסוק בטפסים, נירת ובירוקרטיה עלה, 57% העריכו כי כיום יש יותר פיקוח על אבחנות ועל תוכנית הטיפול ו-51% העריכו כי בעקבות הרפורמה ישנה התערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים מצד גורמים שאינם גורמי טיפול. לעומת זאת, 38% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי בעקבות הרפורמה חלה ירידה במידת התערבות בשיקול הדעת של המטפלים (לעומת 26% שהעריכו כי יש כיום יותר התערבות כזו). 51% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי הזמן המוקדש לישיבות צוות פחת ו-34% העריכו כי פחת גם הזמן המוקדש להדרכה.

גם בחינת התשובות להיגדים הנוגעים לשינויים במאפייני הטיפול והמטופלים העלתה הבדלים בין הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לאלו שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי. רוב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי העריכו כי היגדים אלו אינם רלוונטיים לעבודתם או שלא חל בהם שינוי. בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי, 34% העריכו כי לעומת המצב טרום הרפורמה, יש דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה (לעומת 38% שהעריכו כי אין דגש כזה), ו-45% העריכו כי חלה עלייה בשימוש בשיטות קצרות מועד. 50% העריכו כי משך הטיפול, כפי שנמדד במספר המפגשים בסדרה טיפולית, התקצר לעומת המצב טרום הרפורמה. 34% העריכו כי חל גידול בכמות המטופלים של הפסיכיאטריה ה"רכה" לעומת המצב טרום הרפורמה, ו-31% העריכו כי ישנה כיום פנייה של מטופלים שבעבר לא פנו מסיבות כלכליות ואחרות (לעומת 38% שהעריכו כי אין פנייה כזו). 55% העריכו כי פחתה הסטיגמה בקרב המטופלים בנוגע לקבלת טיפול נפשי. לעומת זאת, 54% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי בעקבות הרפורמה, הצורך לקבל אבחנה הוא חסם לפנייה לטיפול. 54% העריכו כי חלה ירידה במידת האינטגרציה בין הטיפול הפיזי והנפשי, ו-34% העריכו כך בנוגע למידת התיאום בין שירותים במסגרות טיפול שונות. ולבסוף, 64% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי לא נוצר יותר שיתוף פעולה בין נותני טיפול ממקצועות שונים בעקבות הרפורמה.

התמונה דומה גם עבור ההיגדים הקשורים לאיכות הטיפול. רוב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי דיווחו כי היגדים אלו אינם רלוונטיים לעבודתם, או העריכו כי לא חל בהם שינוי. בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי, שיעורים גבוהים יחסית העריכו כי השינויים שחלו היו לרעה. כך למשל, 44% העריכו כי מספר המקרים של טיפול לא מתאים או לא מספיק עלה לעומת המצב טרום הרפורמה. 40% העריכו כי חלה ירידה במידת השמירה על סודיות הטיפול (אם כי 42% נוספים העריכו כי לא חל שינוי). 36% העריכו כי זמן ההמתנה לקבלת תור לטיפול עלה ו-19% העריכו כי משך הזמן הדרוש למטופל להגיע למקום הטיפול עלה (אם כי 37% ו-32%, בהתאמה, העריכו כי משך הזמן ירד). 55% מקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי איכות הטיפול ירדה באופן כללי, ו-51% העריכו כך בנוגע לחולי הנפש הקשים. רק 29% העריכו כך בנוגע לאיכות הטיפול בילדים ומתבגרים, לעומת 47% שהעריכו כי איכות הטיפול בילדים ומתבגרים נותרה כשהייתה.

בהיגדים הקשורים לשוק העבודה של המטופלים העריכו 46% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי כי בעקבות הרפורמה חל שינוי בתהליך הכשרת המטפלים. 34% העריכו כי בעקבות הרפורמה נוצרה פגיעה בזכויות העובדים ו-41% העריכו כי כיום ישנה העדפה למטפלים זולים (לעומת 33% ו-21%, בהתאמה, שהעריכו שלא). עם זאת, 44% העריכו כי לא חלה פגיעה ברמת ההכנסה של המטפלים (לעומת 24% שהעריכו כי אכן חלה פגיעה כזו).

לוח 11: תפיסות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית - פסיכולוגים, לפי מגזרים (במקום העבודה העיקרי)  
(באחוזים), n=436

| עלה  |        | נותר כשהיה |        | ירד  |        | לא רלוונטי |        | ”מהו השינוי שחל בהיבטים הבאים בעקבות הרפורמה?” |
|------|--------|------------|--------|------|--------|------------|--------|--|
| פרטי | ציבורי | פרטי       | ציבורי | פרטי | ציבורי | פרטי       | ציבורי |  |
| 20   | 73     | 1          | 1      | 25   | 9      | 55         | 17     | העיסוק בטפסים, ניירת ובירוקרטיה**              |
| 18   | 57     | 0          | 3      | 21   | 22     | 61         | 18     | הפיקוח על אבחנות ועל תוכנית הטיפול**           |
| 11   | 26     | 1          | 8      | 26   | 38     | 61         | 28     | ההתערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים**      |
| 4    | 8      | 14         | 20     | 31   | 55     | 51         | 17     | הסטיגמה בקרב המטופלים בנוגע לקבלת טיפול נפשי** |
| 2    | 4      | 5          | 30     | 24   | 51     | 69         | 16     | הזמן המוקדש להתייעצות ושיבות צוות**            |
| 1    | 3      | 4          | 18     | 20   | 34     | 75         | 46     | הזמן המוקדש להדרכה לצוות במקום העבודה**        |
| 15   | 46     | 1          | 2      | 32   | 33     | 52         | 19     | שימוש בשיטות קצרות מועד**                      |
| 12   | 34     | 3          | 10     | 31   | 31     | 55         | 25     | כמות מטופלים של הפסיכיאטריה ה”רכה”**           |
| 7    | 21     | 12         | 5      | 29   | 50     | 53         | 24     | משך הטיפול (מספר הפגישות)**                    |
| 4    | 10     | 3          | 7      | 32   | 54     | 61         | 29     | האינטגרציה בין הטיפול הנפשי והטיפול הפיזי**    |
| 3    | 6      | 3          | 20     | 30   | 34     | 65         | 39     | תיאום השירותים בין מסגרות טיפול שונות**        |
| 13   | 44     | 3          | 1      | 25   | 34     | 59         | 21     | מספר המקרים של טיפול לא מתאים ו/או לא מספיק**  |
| 12   | 36     | 5          | 6      | 26   | 37     | 57         | 21     | זמן ההמתנה של מטופל לקבל תור לטיפול**          |
| 6    | 19     | 3          | 17     | 31   | 32     | 59         | 33     | הזמן שלוקח למטופל להגיע למקום מתן הטיפול**     |

| עלה   |        | נותר כשהיה |        | ירד        |        | לא רלוונטי |        |
|---|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| פרטי  | ציבורי | פרטי       | ציבורי | פרטי       | ציבורי | פרטי       | ציבורי |
| <b>"מהו השינוי שחל בהיבטים הבאים בעקבות הרפורמה?"</b>                                   |        |            |        |            |        |            |        |
| מהירות המענה בזמן משבר/מקרה חירום**   |        |            |        |            |        |            |        |
| 6   | 18     | 3          | 12     | 31         | 46     | 60         | 25     |
| איכות הטיפול הניתן למטופלים**   |        |            |        |            |        |            |        |
| 4   | 7      | 11         | 16     | 37         | 55     | 48         | 21     |
| איכות הטיפול בילדים ומתבגרים**  |        |            |        |            |        |            |        |
| 3   | 6      | 10         | 47     | 27         | 29     | 60         | 19     |
| איכות הטיפול בחולי הנפש הקשים**   |        |            |        |            |        |            |        |
| 3   | 6      | 8          | 26     | 18         | 51     | 72         | 17     |
| שמירה על סודיות הטיפול**  |        |            |        |            |        |            |        |
| 1   | 3      | 13         | 42     | 40         | 40     | 45         | 14     |
| <b>"לעומת המצב טרום הרפורמה, האם את/ה חושב/ת שהרפורמה הביאה עימה את השינויים האלה?"</b> |        |            |        |            |        |            |        |
| כן  |        | לא         |        | לא רלוונטי |        |            |        |
| פרטי  | ציבורי | פרטי       | ציבורי | פרטי       | ציבורי |            |        |
| התערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים מצד גורמים שאינם מטפלים**                        |        |            |        |            |        |            |        |
| 28  | 51     | 13         | 23     | 59         | 25     |            |        |
| דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה**   |        |            |        |            |        |            |        |
| 28  | 34     | 15         | 38     | 56         | 29     |            |        |
| פנייה של אנשים שזקוקים לטיפול, אך בעבר לא פנו מסיבות כלכליות**                          |        |            |        |            |        |            |        |
| 17  | 31     | 23         | 38     | 60         | 31     |            |        |
| אי-פנייה של אנשים שזקוקים לטיפול, אך לא פונים כיום בשל חוסר רצון לקבל אבחנה**           |        |            |        |            |        |            |        |
| 33  | 54     | 12         | 24     | 55         | 22     |            |        |
| פגיעה בזכויות העובדים**   |        |            |        |            |        |            |        |
| 23  | 34     | 10         | 33     | 67         | 33     |            |        |
| פגיעה ברמת ההכנסה של המטפלים**  |        |            |        |            |        |            |        |
| 20  | 24     | 18         | 44     | 61         | 32     |            |        |
| יותר שיתוף פעולה בין נותני טיפול ממקצועות שונים**                                       |        |            |        |            |        |            |        |
| 9   | 14     | 28         | 64     | 64         | 23     |            |        |
| העדפה למטפלים זולים**   |        |            |        |            |        |            |        |
| 32  | 41     | 12         | 21     | 56         | 38     |            |        |
| שינוי בתהליך הכשרת המטפלים**  |        |            |        |            |        |            |        |
| 28  | 46     | 8          | 25     | 65         | 29     |            |        |

\*\* ההבדל בין המגזרים מובהק,  $p < 0.01$

## 4.6.2 תפיסות בנוגע להשפעת הרפורמה בקרב הפסיכיאטרים במחקר

לוח 12 מציג את תפיסותיהם של הפסיכיאטרים בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית. שיעורים גבוהים מהם העריכו כי חלה עלייה בעיסוק בטפסים, ניירת ובירוקרטיה (70%), בפיקוח על אבחנות ותוכנית הטיפול (59%) ובמידת ההתערבות בשיקול הדעת של המטפלים (48%), לרבות מצד גורמים שאינם מטפלים (47%). שיעור גבוה העריכו גם כי לא חל שינוי בזמן המוקדש להדרכה (47%) או להתייעצויות וישיבות צוות (48%) וכן כי לא חל שינוי בתהליך הכשרת המטפלים (45%).

בכל הנוגע לשינויים במאפייני הטיפול והמטופלים, 41% מן הפסיכיאטרים העריכו כי לא חל שינוי בשימוש בשיטות קצרות מועד, אך 36% העריכו כי השימוש עלה. 31% העריכו כי מושם כיום יותר דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה לעומת המצב טרום הרפורמה, אך 49% העריכו כי לא כך הדבר. רוב הפסיכיאטרים העריכו כי לא חל שינוי במידת האינטגרציה בין הטיפול הנפשי והפיזי (64%) או במשך הטיפול (52%). 43% העריכו כי עלתה מידת התיאום של השירותים בין מסגרות הטיפול השונות. כשליש (30%) העריכו כי חל גידול בכמות המטופלים של הפסיכיאטריה ה"רכה" (אך 40% העריכו כי לא חל שינוי).

בחינת התשובות להיגדים שעסקו באיכות הטיפול מעלה תמונה מעורבת. ברוב הסעיפים שעליהם נשאלו, העריכו בין 40% ל-60% מן הפסיכיאטרים כי לא חל שינוי. 40% העריכו כי זמן ההמתנה לקבלת תור עלה, 28% העריכו כי כיום לוקח למטופלים זמן רב יותר להגיע למקום מתן הטיפול, ו-33% העריכו כי עלה מספר המקרים של טיפול לא מתאים או לא מספיק. 28% מן הפסיכיאטרים העריכו כי חלה ירידה בשמירה על סודיות הטיפול.

לוח 12: תפיסות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית - פסיכיאטרים (באחוזים), n=183

| "מהו השינוי שחל בהיבטים הבאים בעקבות הרפורמה?" |     |            |            |   |
|--|-----|------------|------------|---|
| עלה  | ירד | נותר כשהיה | לא רלוונטי |   |
| 70   | 5   | 17         | 8          | העיסוק בטפסים, ניירת ובירוקרטיה             |
| 59   | 2   | 25         | 14         | הפיקוח על אבחנות ועל תוכנית הטיפול          |
| 48   | 2   | 39         | 11         | ההתערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים     |
| 16   | 25  | 47         | 12         | הזמן המוקדש להדרכה לצוות במקום העבודה       |
| 14   | 26  | 48         | 12         | הזמן המוקדש להתייעצות וישיבות צוות          |
| 36   | 1   | 41         | 22         | שימוש בשיטות קצרות מועד                     |
| 18   | 4   | 64         | 13         | האינטגרציה בין הטיפול הנפשי והטיפול הפיזי   |
| 7  | 30  | 52         | 12         | משך הטיפול (מספר הפגישות)                   |
| 43   | 15  | 33         | 9          | תיאום השירותים בין מסגרות טיפול שונות       |
| 30   | 14  | 39         | 17         | כמות מטופלים של הפסיכיאטריה ה"רכה"          |
| 33   | 11  | 44         | 12         | מספר המקרים של טיפול לא מתאים ו/או לא מספיק |



|     |     |               |               | "מהו השינוי שחל בהיבטים הבאים בעקבות הרפורמה?"                                      |
|-----|-----|---------------|---------------|---|
| עלה | ירד | נותר<br>כשהיה | לא<br>רלוונטי |   |
| 9   | 28  | 56            | 8             | שמירה על סודיות הטיפול  |
| 39  | 14  | 29            | 18            | זמן ההמתנה של מטופל לקבל תור לטיפול   |
| 28  | 17  | 41            | 14            | הזמן שלוקח למטופל להגיע למקום מתן הטיפול  |
| 22  | 14  | 48            | 17            | מהירות המענה בזמן משבר/מקרה חירום   |
| 20  | 33  | 41            | 6             | איכות הטיפול הניתן למטופלים   |
| 14  | 21  | 52            | 13            | איכות הטיפול בחולי הנפש הקשים   |
| 10  | 8   | 22            | 60            | איכות הטיפול בילדים ומתבגרים  |
| 5   | 29  | 57            | 9             | הסטיגמה בקרב המטופלים בנוגע לקבלת טיפול נפשי  |
|     |     |               |               | "לעומת המצב טרום הרפורמה, האם את/ה חושב/ת שהרפורמה הביאה עימה את השינויים<br>האלה?" |
| כן  | לא  | לא<br>רלוונטי |               |   |
| 47  | 37  | 16            |               | התערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים מצד גורמים שאינם מטפלים                      |
| 27  | 45  | 28            |               | שינוי בתהליך הכשרת המטפלים  |
| 31  | 49  | 20            |               | דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה   |
| 37  | 43  | 20            |               | פנייה של אנשים שזקוקים לטיפול, אך בעבר לא פנו מסיבות כלכליות                        |
| 29  | 50  | 21            |               | אי-פנייה של אנשים שזקוקים לטיפול, אך לא פונים כיום בשל חוסר רצון לקבל אבחנה         |
| 26  | 43  | 31            |               | פגיעה בזכויות העובדים   |
| 17  | 56  | 27            |               | פגיעה ברמת ההכנסה של המטפלים  |
| 24  | 61  | 15            |               | יותר שיתוף פעולה בין נותני טיפול ממקצועות שונים                                     |
| 31  | 34  | 35            |               | העדפה למטפלים זולים   |
| 26  | 43  | 31            |               | פגיעה בזכויות העובדים   |

### 4.6.3 תפיסות בנוגע להשפעת הרפורמה בקרב העובדים הסוציאליים במחקר

לוח 13 מציג את תפיסותיהם של העובדים הסוציאליים במסגרות של משרד הבריאות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית. מבחינת התשובות הנוגעות לשינויים בדפוסי העבודה עולה כי שיעורים גבוהים מן העובדים הסוציאליים במסגרות שמפעיל משרד הבריאות העריכו כי לעומת המצב טרום הרפורמה, עלו העיסוק בטפסים, ניירת ובירוקרטיה (84%), עלה הפיקוח על אבחנות ועל תוכניות טיפול (79%) ועלתה ההתערבות בשיקול הדעת של המטפלים (72%) (67% העריכו כי יש כיום התערבות בשיקול הדעת של המטפלים מצד גורמים שאינם טיפוליים); ופחת הזמן המוקדש לשיבות צוות (27%) ולהדרכה (36%).

בהיגדים הנוגעים לשינויים במאפייני הטיפול והמטופלים, העריכו שיעורים גבוהים מן העובדים הסוציאליים כי יש כיום יותר שימוש בשיטות קצרות מועד, יותר דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה ויותר מקרים של טיפול לא מתאים או לא מספיק (50%, 51% ו-56%, בהתאמה). 61% העריכו כי משך הטיפול התקצר ו-35% העריכו כי חלה ירידה בכמות המטופלים מן הפסיכיאטריה ה"רכה". רוב העובדים הסוציאליים העריכו כי מידת האינטגרציה בין הטיפול הנפשי והפיזי וכן תיאום השירותים בין מסגרות הטיפול השונות נותרו כשהיו טרום הרפורמה (46% ו-55%, בהתאמה). 75% העריכו כי לא נוצר יותר שיתוף פעולה בין נותני טיפול ממקצועות שונים בעקבות הרפורמה.

בחינת תשובותיהם של העובדים הסוציאליים להיגדים הנוגעים לאיכות הטיפול מעלה כי שיעורים גבוהים יחסית העריכו כי לא חלו שינויים, או כי השינויים שחלו היו לרעה. 56% העריכו כי עלה מספר המקרים של טיפול לא מתאים או לא מספיק. 35% העריכו כי משך ההמתנה לקבלת תור לטיפול עלה. 26% העריכו כי כיום לוקח למטופלים זמן רב יותר להגיע למקום הטיפול. 52% העריכו כי איכות הטיפול במטופלים ירדה, ו-38% העריכו כך בנוגע לאיכות הטיפול בחולי הנפש הקשים. 20% נוספים העריכו כי איכות הטיפול בילדים ובמתבגרים ירדה לעומת המצב טרום הרפורמה. 46% העריכו כי רמת השמירה על סודיות הטיפול ירדה בעקבות הרפורמה. רוב העובדים הסוציאליים העריכו כי לא חל שינוי ברמת הסטיגמה בקרב המטופלים או במהירות המענה בזמן משבר או מקרה חירום (69% ו-55%, בהתאמה).

בהיגדים הקשורים לשוק העבודה של המטפלים, עלתה תמונה הדומה להערכותיהם של הפסיכולוגים בשירות הציבורי. 39% מן העובדים הסוציאליים במסגרות הממשלתיות העריכו כי בעקבות הרפורמה חל שינוי בתהליך הכשרת המטפלים. 50% העריכו כי בעקבות הרפורמה נוצרה פגיעה בזכויות העובדים, ו-36% העריכו כי כיום ישנה העדפה למטפלים זולים (לעומת 26% ו-21%, בהתאמה, שהעריכו שלא). עם זאת, 46% העריכו כי לא חלה פגיעה ברמת ההכנסה של המטפלים (לעומת 21% שהעריכו כי אכן חלה פגיעה כזו).

לוח 13: תפיסות בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית – עובדים סוציאליים (באחוזים), n=186

| עלה | ירד | נשאר       |            | “מהו השינוי שחל בהיבטים הבאים בעקבות הרפורמה?”                                   |
|-----|-----|------------|------------|--|
|     |     | כשהיה      | לא רלוונטי |  |
| 84  | 1   | 9          | 6          | העיסוק בטפסים, ניירת ובירוקרטיה  |
| 79  | 2   | 13         | 6          | הפיקוח על אבחנות ועל תוכנית הטיפול   |
| 72  | 3   | 17         | 9          | ההתערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים  |
| 10  | 27  | 55         | 8          | הזמן המוקדש להתייעצות וישיבות צוות   |
| 5   | 36  | 51         | 8          | הזמן המוקדש להדרכה לצוות במקום העבודה  |
| 50  | 1   | 34         | 15         | שימוש בשיטות קצרות מועד  |
| 8   | 7   | 46         | 39         | האינטגרציה בין הטיפול הנפשי והטיפול הפיזי  |
| 3   | 61  | 27         | 9          | משך הטיפול (מספר הפגישות)  |
| 22  | 12  | 55         | 11         | תיאום השירותים בין מסגרות טיפול שונות  |
| 17  | 35  | 29         | 19         | כמות מטופלים של הפסיכיאטריה ה"רכה"   |
| 56  | 6   | 27         | 11         | מספר המקרים של טיפול לא מתאים ו/או לא מספיק                                      |
| 5   | 46  | 43         | 7          | שמירה על סודיות הטיפול   |
| 35  | 16  | 28         | 21         | זמן ההמתנה של מטופל לקבל תור לטיפול  |
| 26  | 9   | 45         | 20         | הזמן שלוקח למטופל להגיע למקום מתן הטיפול   |
| 13  | 14  | 55         | 19         | מהירות המענה בזמן משבר/מקרה חירום  |
| 9   | 10  | 69         | 13         | הסטיגמה בקרב המטופלים בנוגע לקבלת טיפול נפשי                                     |
| 5   | 52  | 36         | 7          | איכות הטיפול הניתן למטופלים  |
| 4   | 38  | 38         | 20         | איכות הטיפול בחולי הנפש הקשים  |
| 3   | 20  | 20         | 57         | איכות הטיפול בילדים ומתבגרים   |
|     |     | לא רלוונטי | לא         | “לעומת המצב טרום הרפורמה, האם את/ה חושב/ת שהרפורמה הביאה עימה את השינויים האלה?” |
| כן  | לא  |            |            |  |
| 67  | 17  | 16         |            | התערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים מצד גורמים שאינם מטפלים                   |
| 39  | 33  | 28         |            | שינוי בתהליך הכשרת המטפלים   |
| 58  | 15  | 27         |            | אי-פנייה של אנשים שזקוקים לטיפול, אך לא פונים כיום בשל חוסר רצון לקבל אבחנה      |
| 51  | 25  | 25         |            | דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה  |

| "לעומת המצב טרום הרפורמה, האם את/ה חושב/ת שהרפורמה הביאה עימה את השינויים האלה?" |    |    |
|--|----|----|
| לא רלוונטי   | לא | כן |
| 27   | 56 | 17 |
| 25   | 26 | 50 |
| 42   | 21 | 36 |
| 33   | 46 | 21 |
| 16   | 75 | 10 |

#### 4.6.4 מדדים מסכמים של תפיסות אנשי המקצוע את השפעות הרפורמה

ביצענו ניתוח גורמים לסדרת ההיגדים הנוגעים להשפעות הרפורמה, ועל בסיס הגורמים שזוהו יצרנו מדדים המסכמים את תפיסות אנשי המקצוע (ראו הסבר מפורט על אופן בניית המדדים וההיגדים המרכיבים כל מדד בלוח ב-1 בנספח ב).

לוחות 14-17 מציגים את התפלגות המדדים בקרב שלוש הקבוצות של אנשי המקצוע שנבדקו במחקר. מן הלוחות עולה כי ישנם הבדלים בין המקצועות השונים בתפיסת השפעת הרפורמה בתחומים שנבדקו. כך למשל, כמחצית מכלל העונים (49%) העריכו כי איכות הטיפול ירדה בעקבות הרפורמה: רוב העובדים הסוציאליים במסגרות בריאות הנפש של משרד הבריאות (70%) העריכו כך, לעומת 39% מן הפסיכיאטרים ו-43% מן הפסיכולוגים. בקרב הפסיכולוגים נמצא הבדל מובהק גם בין מי שעבודתו העיקרית במגזר הציבורי (58%) למי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי (30%).

בדומה, 74% מכלל אנשי המקצוע במחקר העריכו כי בעקבות הרפורמה עלתה מידת הבקרה והפיקוח על עבודתם. גם כאן נמצאו הבדלים מובהקים בין המקצועות: 91% מן העובדים הסוציאליים ו-82% מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כך, לעומת 74% מן הפסיכיאטרים.

במדד הדרכה והתייעצות בצוות העריכו הרוב (59%) כי לא חל שינוי בזמן המוקדש לפעילויות אלו ואילו כשליש (34%) העריכו כי חלה בו ירידה. שיעורים גבוהים יותר מן העובדים הסוציאליים העריכו כי חלה ירידה (44%) לעומת הפסיכיאטרים (32%) והפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי (34%).

אשר למדד הפגיעה במטפלים, 52% מאנשי המקצוע העריכו כי חלה פגיעה כזו: שיעור נמוך יותר מקרב הפסיכיאטרים העריכו כך (33%), לעומת הפסיכולוגים (60%) והעובדים הסוציאליים (59%).

לוח 14: מדד איכות הטיפול, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים<br>סוציאליים | פסיכולוגים <sup>^^</sup> |      |        |      | איכות הטיפול <sup>**</sup><br>(n=651) |               |
|---------------------|--------------------------|------|--------|------|---------------------------------------|---------------|
|                     | פסיכיאטרים               | פרטי | ציבורי | סה"כ | סה"כ                                  |               |
| 3                   | 10                       | 5    | 1      | 3    | 5                                     | עלתה          |
| 27                  | 51                       | 65   | 41     | 54   | 46                                    | נותרה כשהייתה |
| 70                  | 39                       | 30   | 58     | 43   | 49                                    | ירדה          |

<sup>\*\*</sup> ההבדלים בין המקצועות מובהקים,  $p < 0.01$   
<sup>^^</sup> ההבדלים בין מגזרי העבודה מובהקים,  $p < 0.01$

לוח 15: מדד בקרה ופיקוח, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים<br>סוציאליים | פסיכולוגים <sup>^^</sup> |      |        |      | מדד בקרה<br>ופיקוח <sup>**</sup><br>(n=651) |            |
|---------------------|--------------------------|------|--------|------|---|------------|
|                     | פסיכיאטרים               | פרטי | ציבורי | סה"כ | סה"כ  |            |
| 91                  | 74                       | 43   | 82     | 62   | 74  | עלה        |
| 8                   | 21                       | 55   | 15     | 36   | 24  | נותר כשהיה |
| 1                   | 5                        | 2    | 2      | 2    | 3   | ירד        |

<sup>\*\*</sup> ההבדלים בין המקצועות מובהקים,  $p < 0.01$   
<sup>^^</sup> ההבדלים בין מגזרי העבודה מובהקים,  $p < 0.01$

לוח 16: מדד הדרכה והתייעצות בצוות, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים<br>סוציאליים | פסיכולוגים <sup>^^</sup> |      |        |      | הדרכה<br>והתייעצות<br>בצוות <sup>**</sup><br>(n=553) |            |
|---------------------|--------------------------|------|--------|------|--|------------|
|                     | פסיכיאטרים               | פרטי | ציבורי | סה"כ | סה"כ   |            |
| 6                   | 12                       | 6    | 4      | 5    | 7  | עלה        |
| 50                  | 56                       | 76   | 62     | 68   | 59   | נותר כשהיה |
| 44                  | 32                       | 19   | 34     | 28   | 34   | ירד        |

<sup>\*\*</sup> ההבדלים בין המקצועות מובהקים,  $p < 0.01$   
<sup>^^</sup> ההבדלים בין מגזרי העבודה מובהקים,  $p < 0.05$

לוח 17: מדד פגיעה במטפלים, לפי מקצוע ומגזר (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים<br>סוציאליים | פסיכולוגים <sup>^^</sup> |      |        |      |      | סה"כ | סה"כ | ממד פגיעה<br>במטפלים <sup>**</sup><br>(n=635) |
|---------------------|--------------------------|------|--------|------|------|------|------|---|
|                     | פסיכיאטרים               | פרטי | ציבורי | סה"כ | סה"כ |      |      |   |
| 59                  | 33                       | 66   | 52     | 60   | 52   | כן   |      |   |
| 41                  | 67                       | 34   | 48     | 40   | 48   | לא   |      |   |

\*\* ההבדלים בין המקצועות מובהקים,  $p < 0.01$   
<sup>^^</sup> ההבדלים בין מגזרי העבודה מובהקים,  $p < 0.05$

כדי לאמוד את ההשפעה העצמאית של משתנים שונים על תפיסותיהם של אנשי המקצוע את השפעת הרפורמה, ערכנו ניתוחים רב-משתניים מסוג רגרסיה לוגיסטית. המשתנים התלויים בניתוחי הרגרסיה היו המדדים המסכמים את השפעת הרפורמה. המשתנים הבלתי תלויים במודל הרגרסיה היו: מקצוע, מין, המגזר של מקום העבודה העיקרי (ציבורי או פרטי), ארץ לידה (ישראל או חו"ל), היקף משרה (מלאה או חלקית), ותק במקצוע, מילוי תפקיד ניהולי, יכולת לתת טיפול באיכות טובה, ידע בטיפול מבוסס ראיות והמידה שבה נדרשים לשיקולים כלכליים בטיפול.

ברגרסיה על מדד איכות הטיפול (לוח 18) נמצא כי למשתנים: מקצוע, מגזר של מקום העבודה העיקרי, יכולת לתת טיפול באיכות טובה ודרישה להתחשבות בשיקולים כלכליים השפעה עצמאית חיובית. לעובדים סוציאליים סיכוי של פי 2.8 יותר מלפסיכיאטרים להעריך כי איכות הטיפול ירדה בעקבות הרפורמה. כמו כן, למי שעבודתו העיקרית במגזר ציבורי סיכוי של פי 2.1 יותר להעריך כך ממי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי. נוסף לכך, למי שמעריך כי יש לו מידה מועטה של יכולת לתת טיפול באיכות טובה במקום עבודתו העיקרי סיכוי של פי 2.6 להעריך כי איכות הטיפול ירדה בעקבות הרפורמה, זאת לעומת מי שמעריך כי עבודתו העיקרית מאפשרת לו מידה רבה של יכולת להעניק טיפול באיכות טובה. כמו כן, למי שמעריך כי במסגרת מקום עבודתו העיקרי הוא נדרש להתחשב בשיקולים כלכליים במידה רבה או רבה מאוד סיכוי של פי 2 להעריך כי איכות הטיפול ירדה, זאת לעומת מי שמעריך שהוא נדרש לשיקולים כלכליים במידה מועטה או כלל לא.

לוח 18: משתנים המנבאים ציון "ירד" במדד איכות הטיפול – רגרסיה לוגיסטית (n=650)

| רווח בר סמך |            | מקדם רגרסיה |       | בסיס                | משתנה                                   |
|-------------|------------|-------------|-------|---------------------|---|
| גבול עליון  | גבול תחתון | OR          | B     |                     |   |
| 4.92        | 1.52       | 2.74        | 1.01  | פסיכיאטריה          | מקצוע: עבודה סוציאלית*                  |
| 2.64        | 0.87       | 1.52        | 0.42  | פסיכיאטריה          | מקצוע: פסיכולוגיה                       |
| 1.88        | 0.81       | 1.23        | 0.21  | גברים               | מין: נשים                               |
| 3.33        | 1.28       | 2.06        | 0.72  | פרטי                | מגזר בעבודה עיקרית: ציבורי**            |
| 1.68        | 0.71       | 1.09        | 0.09  | חו"ל                | ארץ לידה: ישראל                         |
| 2.54        | 1.03       | 1.62        | 0.48  | משרה מלאה           | היקף משרה: עד חצי*                      |
| 1.31        | 0.42       | 0.74        | -0.30 | משרה מלאה           | היקף משרה: חצי עד שלושת רבעי            |
| 3.12        | 0.88       | 1.65        | 0.50  | +31                 | ותק במקצוע: עד 10                       |
| 2.06        | 0.68       | 1.18        | 0.17  | +31                 | 20-11                                   |
| 2.06        | 0.66       | 1.17        | 0.16  | +31                 | 30-21                                   |
| 1.59        | 0.68       | 1.04        | 0.04  | ללא תפקיד<br>ניהולי | תפקיד ניהולי                            |
| 4.15        | 1.62       | 2.6         | 0.95  | מידה רבה            | יכולת לתת טיפול באיכות טובה:<br>מועטה** |
| 1.72        | 0.81       | 1.2         | 0.16  | מידה רבה            | ידע בטיפול מבוסס ראיות: מועטה           |
| 2.79        | 1.37       | 1.96        | 0.67  | מידה מועטה          | שיקולים כלכליים בטיפול: מידה<br>רבה**   |
| 1.73        | 0.82       | 1.19        | 0.18  | מידה מועטה          | עומס עבודה רב: מידה רבה                 |
|             |            | 0.31        | -1.18 |                     | קבוע**                                  |

\* p<0.05

\*\* p<0.01

ברגרסיה על מדד בקרה ופיקוח (לוח 19) נמצאה השפעה עצמאית למשתנים: מקצוע, מגזר של מקום העבודה העיקרי והערכת עומס עבודה רב. כך, לעובדים הסוציאליים סיכוי של פי 4.1 יותר מפסיכיאטרים להעריך כי מידת הבקרה והפיקוח על עבודתם עלתה; ולמי שעבודתו העיקרית במגזר הציבורי סיכוי של פי 4.5 יותר להעריך כך ממי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי. למי שמעריך במידה רבה כי מוטל עליו עומס רב מדי סיכוי של פי 1.8 להעריך כי מידת הבקרה והפיקוח עלתה בעקבות הרפורמה לעומת מי שמעריך במידה מועטה כי מוטל עליו עומס עבודה רב מדי.

לוח 19: המשתנים המנבאים ציון "עלה" במדד בקרה ופיקוח - רגרסיה לוגיסטית (n=613)

| רווח בר סמך |            | מקדם רגרסיה |       | בסיס                | משתנה                                       |
|-------------|------------|-------------|-------|---------------------|---|
| גבול עליון  | גבול תחתון | OR          | B     |                     |   |
| 8.78        | 1.88       | 4.06        | 1.40  | פסיכיאטריה          | מקצוע: עבודה סוציאלית**                     |
| 2.68        | 0.75       | 1.42        | 0.35  | פסיכיאטריה          | מקצוע: פסיכולוגיה                           |
| 2.03        | 0.78       | 1.26        | 0.23  | גברים               | מין: נשים                                   |
| 7.58        | 2.63       | 4.46        | 1.50  | פרטי                | מגור בעבודה עיקרית: ציבורי**                |
| 2.18        | 0.80       | 1.32        | 0.28  | חו"ל                | ארץ לידה: ישראל                             |
| 2.02        | 0.69       | 1.18        | 0.17  | משרה מלאה           | היקף משרה: עד חצי                           |
| 1.32        | 0.35       | 0.68        | -0.39 | משרה מלאה           | היקף משרה: חצי עד שלושת רבעי                |
| 1.23        | 0.27       | 0.57        | -0.56 | +31                 | ותק במקצוע: עד 10                           |
| 1.36        | 0.36       | 0.70        | -0.36 | +31                 | 20-11                                       |
| 1.48        | 0.39       | 0.76        | -0.28 | +31                 | 30-21                                       |
| 2.38        | 0.86       | 1.43        | 0.36  | ללא תפקיד<br>ניהולי | תפקיד ניהולי                                |
| 2.87        | 0.84       | 1.6         | 0.44  | מידה רבה            | יכולת לתת טיפול באיכות טובה:<br>במידה מועטה |
| 1.29        | 0.52       | 0.82        | -0.20 | מידה רבה            | ידע בטיפול מבוסס ראיות: מידה<br>מועטה       |
| 1.36        | 0.57       | 0.88        | -0.12 | מידה רבה            | שיקולים כלכליים בטיפול: מידה<br>מועטה       |
| 2.73        | 1.17       | 1.79        | 0.58  | מידה מועטה          | עומס עבודה רב: מידה רבה**                   |
|             |            | 0.43        | -0.84 |                     | קבוע  |

\*\* p<0.01



ברגרסיה על מדד הדרכה והתייעצות בצוות (לוח 20) נמצאה השפעה עצמאית למשתנים: מגזר של מקום העבודה העיקרי, יכולת לתת טיפול באיכות טובה ודרישה להתחשב בשיקולים כלכליים במקום העבודה העיקרי. למי שעבודתו העיקרית במגזר הציבורי סיכוי של פי 2.2 יותר ממי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי להעריך כי משך הזמן המוקדש להדרכה ולהתייעצות בצוות ירד. למי שמעריך כי יש לו מידה מועטה של יכולת לתת טיפול באיכות טובה במקום עבודתו העיקרי סיכוי של פי 1.6 להעריך כי כמות הזמן המוקדשת להדרכה ולהתייעצות בצוות ירדה בעקבות הרפורמה, זאת לעומת מי שמעריך כי עבודתו העיקרית מאפשרת לו מידה רבה של יכולת להעניק טיפול באיכות טובה. למי שמעריך כי במסגרת עבודתו העיקרית הוא נדרש להתחשב בשיקולים כלכליים במידה רבה או רבה מאוד סיכוי של פי 1.8 להעריך כך, זאת לעומת מי שמעריך שהוא נדרש לשיקולים כלכליים במידה מועטה או כלל לא.

לוח 20: המשתנים המנבאים ציון "ירד" במדד הדרכה והתייעצות בצוות – רגרסיה לוגיסטית (n=551)

| רווח בר סמך |            | OR   | מקדם רגרסיה B | בסיס             | משתנה                                     |
|-------------|------------|------|---------------|------------------|---|
| גבול עליון  | גבול תחתון |      |               |                  |   |
| 1.81        | 0.54       | 0.99 | -0.01         | פסיכיאטריה       | מקצוע: עבודה סוציאלית                     |
| 1.26        | 0.37       | 0.69 | -0.38         | פסיכיאטריה       | מקצוע: פסיכולוגיה                         |
| 2.10        | 0.82       | 1.31 | 0.27          | גברים            | מין: נשים                                 |
| 3.50        | 1.05       | 1.92 | 0.65          | פרטי             | מגזר בעבודה עיקרית: ציבורי*               |
| 1.51        | 0.59       | 0.95 | -0.06         | חו"ל             | ארץ לידה: ישראל                           |
| 2.78        | 0.98       | 1.65 | 0.50          | משרה מלאה        | היקף משרה: עד חצי                         |
| 3.27        | 0.96       | 1.77 | 0.57          | משרה מלאה        | היקף משרה: חצי עד שלושת רבעי              |
| 2.07        | 0.53       | 1.05 | 0.05          | +31              | ותק במקצוע: עד 10                         |
| 1.54        | 0.45       | 0.83 | -0.19         | +31              | 20-11                                     |
| 1.78        | 0.50       | 0.95 | -0.06         | +31              | 30-21                                     |
| 1.15        | 0.47       | 0.74 | -0.31         | ללא תפקיד ניהולי | תפקיד ניהולי                              |
| 2.44        | 1.02       | 1.6  | 0.45          | מידה רבה         | יכולת לתת טיפול באיכות טובה: במידה מועטה* |
| 1.82        | 0.80       | 1.21 | 0.19          | מידה מועטה       | ידע בטיפול מבוסס ראיות: מידה רבה          |

| רווח בר סמך |            | OR   | B     | מקדם רגרסיה | בסיס                                  | משתנה |
|-------------|------------|------|-------|-------------|---------------------------------------|-------|
| גבול עליון  | גבול תחתון |      |       |             |                                       |       |
| 2.69        | 1.26       | 1.84 | 0.61  | מידה מועטה  | שיקולים כלכליים בטיפול:<br>מידה רבה** |       |
| 1.56        | 0.67       | 1.02 | 0.02  | מידה מועטה  | עומס עבודה רב: מידה רבה               |       |
| 1.81        | 0.54       | 0.99 | -0.01 |             | קבוע**                                |       |

\* p<0.05

\*\* p<0.01

גם ברגרסיה על מדד פגיעה במטפלים (לוח 21) נמצאה השפעה עצמאית למשתנים: מקצוע, מגזר של מקום העבודה העיקרי, ותק במקצוע, יכולת לתת טיפול באיכות טובה ודרישה להתחשבות בשיקולים כלכליים. לעובדים סוציאליים סיכוי של פי 2.2 יותר מפסיכיאטרים במחקר להעריך כי חלה פגיעה במטפלים, ולפסיכולוגים סיכוי של פי 2.5 יותר מפסיכיאטרים להעריך כך. למי שמעריך כי יש לו מידה מועטה של יכולת לתת טיפול באיכות טובה במקום עבודתו העיקרי סיכוי של פי 2.5 יותר להעריך כי חלה פגיעה במטפלים, זאת לעומת מי שמעריך כי עבודתו העיקרית מאפשרת לו מידה רבה של יכולת להעניק טיפול באיכות טובה. למי שמעריך כי במסגרת מקום עבודתו העיקרי הוא נדרש להתחשב בשיקולים כלכליים במידה רבה או רבה מאוד סיכוי של פי 1.9 להעריך כי חלה פגיעה במטפלים בעקבות הרפורמה, זאת לעומת מי שמעריך שהוא נדרש לשיקולים כלכליים במידה מועטה או כלל לא.

לוח 21: המשתנים המנבאים ציון גבוה במדד "פגיעה במטפלים" – רגרסיה לוגיסטית (n=635)

| רווח בר סמך |            | OR   | מקדם רגרסיה B | בסיס                | משתנה                                   |
|-------------|------------|------|---------------|---------------------|---|
| גבול עליון  | גבול תחתון |      |               |                     |   |
| 3.86        | 1.22       | 2.17 | 0.78          | פסיכיאטריה          | מקצוע: עבודה סוציאלית**                 |
| 4.37        | 1.45       | 2.51 | 0.92          | פסיכיאטריה          | מקצוע: פסיכולוגיה**                     |
| 2.13        | 0.93       | 1.41 | 0.34          | גברים               | מין: נשים                               |
| 3.12        | 1.22       | 1.96 | 0.67          | ציבורי              | מגור בעבודה עיקרית: פרטי***             |
| 1.56        | 0.66       | 1.01 | 0.01          | חו"ל                | ארץ לידה: ישראל                         |
| 1.89        | 0.78       | 1.22 | 0.20          | משרה מלאה           | היקף משרה: עד חצי*                      |
| 1.82        | 0.61       | 1.06 | 0.05          | משרה מלאה           | היקף משרה: חצי עד שלושת רבעי            |
| 1.73        | 0.49       | 0.92 | -0.08         | +31                 | ותק במקצוע: עד 10                       |
| 0.79        | 0.26       | 0.45 | -0.80         | +31                 | **20-11                                 |
| 0.96        | 0.31       | 0.54 | -0.61         | +31                 | **30-21                                 |
| 1.34        | 0.58       | 0.88 | -0.12         | ללא תפקיד<br>ניהולי | תפקיד ניהולי                            |
| 4.02        | 1.6        | 2.53 | 0.93          | מידה רבה            | יכולת לתת טיפול באיכות טובה:<br>מועטה** |
| 1.27        | 0.60       | 0.87 | -0.14         | מידה מועטה          | ידע בטיפול מבוסס ראיות: מידה<br>רבה     |
| 2.79        | 1.35       | 1.94 | 0.66          | מידה מועטה          | שיקולים כלכליים בטיפול: מידה<br>רבה**   |
| 1.75        | 0.83       | 1.21 | 0.19          | מידה מועטה          | עומס עבודה רב: מידה רבה                 |
|             |            | 1.67 | 0.51          |                     | קבוע                                    |

p<0.05 \*

p<0.01 \*\*

## 5. סיכום ודיון

מטרת המחקר הייתה לתאר את תמונת המצב הנוכחית של אנשי המקצוע בבריאות הנפש, לבחון האם ובאיזה אופן השתנו דפוסי העבודה שלהם בשנים שלאחר יישום הרפורמה הביטוחית ולהעריך עד כמה שינויים אלו תואמים את הציפיות ואת החששות שליוו את הדיונים על אודות הרפורמה ויישומה. מטרה נוספת הייתה לבחון כיצד מעריכים אנשי המקצוע עצמם את השפעת הרפורמה על מגוון היבטים של עבודתם.

### 5.1 דפוסי מתן השירות והעבודה בשנים שלאחר יישום הרפורמה

אחת ממטרות הרפורמה בבריאות הנפש הייתה הגדלת זמינות השירותים בתחום (אלרועי וסמואל, 2019; סמואל ורוזן, 2013). לשם כך נדרשו קופות החולים להקים ולהפעיל מרפאות חדשות לבריאות הנפש, באופן שהכפיל את מספר המרפאות. במצב זה היינו מצפים לראות עלייה בשיעור אנשי המקצוע המועסקים במגזר הציבורי. בחינת ממצאי המחקר הנוגעים לדפוסי ההעסקה מעלה כי כשלוש שנים לאחר הרפורמה אכן שיעור גבוה מקרב הפסיכיאטרים מועסקים במקום עבודתם העיקרי במגזר הציבורי. לעומתם, רוב הפסיכולוגים במחקר דיווחו כי מקום עבודתם העיקרי הוא במגזר הפרטי ושיעור זה אף עלה לעומת התקופה שטרם הרפורמה. עם זאת, יש לזכור כי חלק מן הטיפול במסגרות הפרטיות נהנה ממימון ציבורי במסגרת "מסלול העצמאיים" של קופות החולים.

הגידול במספר המרפאות שמפעילות קופות החולים משתקף בנתוני ההעסקה של אנשי המקצוע. ממצאי המחקר הנוכחי מראים עלייה בשיעור אנשי המקצוע המועסקים במרפאות בריאות הנפש של קופות החולים וירידה בשיעור המועסקים במרפאות של משרד הבריאות. שיעור הפסיכיאטרים המדווחים על תפקיד ניהולי עלה בין הסקרים ב-12 נקודות אחוז, ממצא המתכתב עם הגידול במספר משרות הניהול בשל פתיחת מרפאות חדשות. עם זאת, ממצאי המחקר עולה גם עלייה בשיעור העובדים בהיקפי משרה חלקיים (בעיקר בקרב פסיכולוגים שמקום עבודתם העיקרי במגזר הציבורי) וירידה בממוצע שעות העבודה בקרב שלוש הקבוצות. בחלקו ייתכן שהדבר מוסבר בעובדה שהתקנים המוצעים במרפאות הציבוריות הם לרוב בחלקיות משרה (אלרועי וסמואל, 2019).

במסגרת מחקר הבסיס (נירל וסמואל, 2013), צפו אנשי המקצוע כי יחולו בעבודתם שינויים המתאימים לדפוס של דגש על יעילות ומקסום הזמן המוקדש למגעים עם מטופלים. בחינת שיעור הזמן המוקדש למשימות שונות מעלה כי באופן כללי לא חלו בהם שינויים גדולים. אומנם בשלוש הקבוצות של אנשי המקצוע דווח על פחות זמן המוקדש להדרכה ובקרה מקצועית, אך מדובר בירידה קטנה מאוד. לעומת זאת, לא נמצאה ירידה בזמן המוקדש לשיבות צוות או להמשך למידה והעשרה של אנשי המקצוע ולא נמצאה עלייה ניכרת בזמן המוקדש לתרפיה ולמגע ישיר עם מטופלים. בקרב הפסיכיאטרים דווח על ירידה בזמן המוקדש לתרפיה ועלייה בזמן המוקדש לניירת. הסבר אפשרי לשינויים אלו הוא העלייה בשיעור הפסיכיאטרים המדווחים על מילוי תפקיד ניהולי הכרוך ביותר ניירת, על חשבון זמן מגע עם מטופלים.

בחינת השינויים בדפוסי מתן הטיפול מעלה תמונה מעט מורכבת יותר. בניגוד לחשש כי עם יישום הרפורמה ייווצר לחץ על הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי לקצר את משך הטיפול ולראות יותר מטופלים ביום (ניראל וסמואל, 2013), לא נמצא שינוי בממוצע הפגישות ליום (מתוקנן להיקף משרה). כמו כן, לא נמצאה ירידה במשך הממוצע של הפגישות שעליו דיווחו הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי. עם זאת, מכיוון שנוסח השאלה התייחס ל"זמן הממוצע שאת/ה מקדיש למטופל", ייתכן שמטופלים כוללים בזמן זה גם זמן המיועד לכתובת סיכומי פגישות ומכתבים ולא רק זמן של מגע ישיר. לעומת זאת, בקרב שלוש הקבוצות, ובהתאם להשפעה שצפו אנשי המקצוע לפני הרפורמה, נמצאה ירידה ניכרת בשימוש בכלי אבחון הצורכים זמן רב לביצוע, כגון מבחני אישיות, מבחנים נוירו-פסיכולוגיים, מבחנים השלכתיים וביקורי בית. ייתכן כי ירידה זו נובעת מטרנדים מקצועיים ולא דווקא בשל הרפורמה הביטוחית, עם זאת, יש לשינוי זה השלכות על עבודתם של אנשי המקצוע, בעיקר במגזר הציבורי. נוסף לכך, ובהתאם לציפיות של אנשי המקצוע, בקרב הפסיכולוגים נמצאה עלייה בשיעור המעריכים שיש להם ידע בטיפול מבוסס ראיות ובשיעור המדווחים כי טיפול מבוסס ראיות מהווה שיקול בבחירת תוכנית הטיפול. עלייה זו נמצאה בקרב פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי ובשיעורים גבוהים יותר גם בקרב אלו שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי.

השינויים שנמצאו במאפייני המטופלים מתאימים גם הם לציפיות שעליהן דיווחו אנשי המקצוע לפני הרפורמה. בקרב הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי נמצאה עלייה בדיווח על שיעורם של מטופלים המשתייכים למעמד חברתי-כלכלי גבוה וירידה בשיעור המשתייכים למעמד חברתי-כלכלי בינוני. אפשר שבעקבות יישום הרפורמה יותר אנשים המשתייכים למעמד חברתי-כלכלי בינוני עברו לקבל טיפול במגזר הציבורי. נוסף לכך, אחת מן הציפיות טרום הרפורמה הייתה עלייה בשיעור המטופלים הסובלים מבעיות נפוצות ובהן דיכאון קל וחרדה. ואכן, נמצאה עלייה בשיעור אנשי המקצוע המדווחים על חרדה ודיכאון קל כעל מצבים נפשיים עיקריים בעבודתם.

העברת תחום בריאות הנפש אל קופות החולים אמורה הייתה לעודד קשר טוב יותר בין המערכות וליצור אינטגרציה בין הטיפול הפיזי והנפשי. בחינת דפוסי הקשר של אנשי המקצוע עם רופאי המשפחה של מטופליהם העלתה כי רוב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים מדווחים על היעדר קשרים עם רופאי המשפחה המטופלים במטופליהם. בקרב הפסיכיאטרים עיקר הקשר מתבטא ביידוע רופא המשפחה על הטיפול הפסיכיאטרי. בקרב העונים מקרב שלוש הקבוצות של אנשי המקצוע, רופא המשפחה אינו נתפס כמנהל הטיפול, ונמצאה ירידה בשיעורי המדווחים על קשרי הפניה הדדית עם רופאי משפחה. גם בקרב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים רופא המשפחה אינו נתפס כגורם שיש ליידיע אותו על הטיפול. כלומר, נראה כי ההפרדה בין תחום בריאות הנפש לרפואה הראשונית התרחבה ולא הצטמצמה. ממצאים אלו תואמים את ממצאי מחקר שבחן את הרפורמה מנקודת מבטם של רופאי המשפחה והעלה כי ישנו נתק בין הרפואה הראשונית לאנשי מקצוע בבריאות נפש, שבא לידי ביטוי במיעוט העברת מידע והתייעצות הדדית וכי גם כאשר ישנו שיתוף במידע, באמצעות מכתב או בתיק הרפואי, הוא נוטה להיות לא מספק (אשכנזי, לפ, מעוז-ברויאר וטבנקין, 2018). עם זאת, ממצאי המחקר הנוכחי מעלים כי לאנשי המקצוע יש קשרים עם גורמי בריאות נפש אחרים המטופלים במטופליהם (למשל הקשר של פסיכיאטר עם הפסיכולוג ו/או עם העובד הסוציאלי של מטופליו או זה של פסיכותרפיסט עם הפסיכיאטר). בקרב הפסיכולוגים, שיעור המדווחים על קיום קשרים כאלו גבוה יותר במגזר הציבורי, אך גם שיעורים גבוהים מקרב הפסיכולוגים במגזר הפרטי מדווחים על קשרי הפניה הדדית וקיום פגישות או שיחות טלפון עם מטופלים

אחרים של מטופליהם. מכאן שגם בקרב מי שעובד בקליניקה פרטית ואינו חלק מקבוצה, כמו שקורה במרפאות רב-מקצועיות, יש שיתוף פעולה לטובת המטופלים.

חלק מן החששות שעליהם דיווחו אנשי המקצוע במחקר שבוצע לפני הרפורמה נגעו לפגיעה ביכולתם להעניק טיפול מיטבי בשל עומס עבודה רב מדי, דרישה להתחשב בשיקולים כלכליים בטיפול או התערבות בשיקול הדעת המקצועי שלהם. ואכן, ממצאי המחקר מעלים כי בקרב הפסיכיאטרים והעובדים הסוציאליים נמצאה ירידה בשיעור המעריכים כי יש ביכולתם להעניק טיפול באיכות טובה במקום עבודתם העיקרי. בקרב העובדים הסוציאליים (שכולם, כאמור, עובדים במסגרות בריאות הנפש שמפעיל משרד הבריאות) נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על הדרישה להתחשב בשיקולים כלכליים בטיפול, ובקרב שלוש הקבוצות נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על עומס עבודה רב מדי. עם זאת, רוב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים במחקר דיווחו כי הם נוהגים מן החופש המקצועי לבחור את שיטת הטיפול המתאימה למטופליהם.

## 5.2 עמדותיהם של אנשי המקצוע כלפי השינויים שחלו בעקבות הרפורמה

הערכות אנשי המקצוע את השינויים שחלו בעקבות הרפורמה תואמות במידה רבה את ההערכות שהתקבלו במחקר הראשון שנערך ערב הרפורמה ומשקפות רבים מן החששות שליוו את יישומה. עם זאת, הערכות אלו לא תמיד תואמות את שעלה מדיווחיהם המוצגים בממצאי המחקר הנוכחי. כך, בכל הנוגע לשינויים בדפוסי העבודה, שיעור גבוה מקרב אנשי המקצוע העריכו כי לאחר הרפורמה חלה עלייה בעיסוק בבירוקרטיה, בפיקוח על אבחנות ותוכניות טיפול ובהתערבות בשיקול הדעת של המטפלים מצד גורמים שאינם טיפוליים. לעומת זאת, שיעור אנשי המקצוע שהעריכו כי משך הזמן המוקדש להתייעצויות ולישיבות צוות ירד היה נמוך יותר מן השיעור שהביעו חשש זה טרום הרפורמה. כנגד זה, על אף שלפי הדיווח של אנשי המקצוע נמצא שהזמן הממוצע המוקדש להתייעצויות ולישיבות צוות לא ירד בין שני הסקרים, עדיין כשנשאלו על הערכתם על כך (כלומר, כיצד הם תופסים זאת), כמחצית מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי וכרבע מן העובדים הסוציאליים ומן הפסיכיאטרים העריכו במחקר של 2018 כי חלה ירידה.

גם בכל הנוגע לשינויים בתהליך הטיפול ובמאפייני המטופלים ישנה התאמה בין הערכות אנשי המקצוע ערב הרפורמה להערכותיהם על השפעתה בפועל. שיעורים גבוהים יחסית מקרב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים העריכו כי ישנו שימוש רב יותר בשיטות קצרות מועד, כי חל קיצור של משך הטיפול וכי חלה ירידה במידת השמירה על סודיות הטיפול. בכל הנוגע לשינויים בתמהיל המטופלים, נמצא הבדל בתפיסות של אנשי המקצוע השונים. בעוד כשליש מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי ומן הפסיכיאטרים העריכו כי הרפורמה הביאה עימה עלייה בשיעור המטופלים של ה"פסיכיאטריה הרכה", כשליש מן העובדים הסוציאליים העריכו כי חלה ירידה בשיעורם של מטופלי "הפסיכיאטריה הרכה". אפשר שהערכה זו משקפת שינוי בתמהיל המטופלים במרפאות הממשלתיות והסטה של המטופלים הסובלים מהפרעות קלות יותר אל המרפאות שמפעילות קופות החולים.

אחת ממטרותיה המוצהרות של הרפורמה והעברת שירותי בריאות הנפש אל קופות החולים הייתה יצירת אינטגרציה רבה יותר בין שירותי בריאות הנפש לרפואה הראשונית. הערכות אנשי המקצוע כי מידת האינטגרציה בין בריאות הנפש והרפואה

הראשונית ירדה או נותרה כשהייתה מקבלות חיזוק מממצאי המחקר הנוכחי הנוגעים לדיווח על דפוס הקשר בין אנשי המקצוע בבריאות הנפש לבין רופאי המשפחה. כאמור, שיעורים גבוהים מבין הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים דיווחו על היעדר קשר עם רופאי המשפחה. יוזמי הרפורמה צפו כי האינטגרציה של שירותי בריאות הנפש אל תוך הרפואה הראשונית תתרום גם להפחתת הסטיגמה הכרוכה בקבלת שירותי בריאות הנפש. ואכן, כמחצית מן הפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי העריכו כי רמת הסטיגמה ירדה בעקבות הרפורמה. עם זאת, רוב הפסיכיאטרים והעובדים הסוציאליים במחקר העריכו כי מידת הסטיגמה נותרה כשהייתה.

במחקר הראשון עלו בקרב הפסיכולוגים והעובדים הסוציאליים חששות הנוגעים לשינויים בשוק העבודה של אנשי המקצוע, כגון העדפה של קופות החולים מטפלים זולים (למשל מילוי תקנים על ידי עובדים צעירים על חשבון מומחים ותיקים ובעלי ניסיון) או פגיעה בזכויות העובדים וברמת ההכנסה שלהם. הערכות אנשי המקצוע במחקר הנוכחי משקפות גם הן חששות אלו, אך במידה פחותה מאשר במחקר הראשון. אשר להכנסה, כמחצית מאנשי המקצוע בקרב שלוש הקבוצות העריכו כי לא חלה פגיעה בהכנסת המטפלים.

גם החששות הנוגעים לשינויים באיכות הטיפול שהועלו במחקר הראשון משתקפים בהערכותיהם של אנשי המקצוע במחקר הנוכחי. כמחצית מן הפסיכולוגים ומן העובדים הסוציאליים העריכו כי איכות הטיפול ירדה לעומת המצב טרום הרפורמה. עם זאת, שיעורים גבוהים יחסית מקרב אנשי המקצוע העריכו כי יש להם מידה רבה או רבה מאוד של יכולת להעניק טיפול באיכות טובה במקום עבודתם העיקרי. נראה כי הערכות השפעת הרפורמה משקפות יותר הלכי רוח כלליים מאשר את ניסיונם האישי של המטפלים.

במחקר הראשון העריכו שיעור גבוה מקרב אנשי המקצוע כי תחול עלייה במספר המקרים של טיפול לא מתאים או לא מספיק וכי תהיה פגיעה בסודיות הטיפול. בחינת הממצאים במחקר זה מצביעה על הבדל בין המקצועות בהערכות אלה. רק כשליש מן הפסיכיאטרים וכ-40% מן הפסיכולוגים העריכו כך לעומת כמחצית מן העובדים הסוציאליים.

לבסוף, על אף שמטרה מרכזית של הרפורמה הייתה הגדלת הזמינות והנגישות לשירותי בריאות הנפש, ולמרות הגידול בכמות השירותים המוצעים למטופלים, רבים מאנשי המקצוע העריכו כי משך ההמתנה לקבלת תור ומשך הזמן הדרוש להגעה למקום הטיפול לא השתנו או אף עלו. הערכות אלו תואמות הן את ההערכות שהתקבלו טרום הרפורמה במחקר הראשון והן את נתוני משרד הבריאות על זמני המתנה לתורים. הסבר עיקרי לכך הוא שהביקוש לטיפול בבריאות הנפש עלה בעקבות הרפורמה בשיעור גבוה יותר מן הגידול שחל בהיצע השירותים.

כבמחקר הראשון, גם במחקר הנוכחי עלו הבדלים בין המקצועות ובין מגזרי העבודה בכל הנוגע להערכות של השפעת הרפורמה. מן הניתוחים הרב-משתניים עלה כי לעובדים הסוציאליים (לעומת פסיכיאטרים) ולמי שעבודתו העיקרית במגזר הציבורי (לעומת מי שעבודתו העיקרית במגזר הפרטי) סיכוי גבוה יותר להעריך כי חלה ירידה באיכות הטיפול ובזמן המוקדש להתייעצות והדרכה, וכי חלה פגיעה במטפלים ועלייה בכמות הבקרה והפיקוח המופעלים על עבודתם.

### 5.3 כיוונים לעתיד

מחקר זה הוא מחקר מקיף על שלוש קבוצות של אנשי מקצוע בבריאות הנפש - פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. ממצאיו מספקים מידע מפורט על שינויים שחלו בדפוסי העבודה והטיפול בבריאות הנפש בעקבות הרפורמה הביטוחית. חלק מן השינויים שחלו, כגון הידוק הפיקוח על עבודת המטפלים, עלייה בשיעור המדווחים על ידע בטיפול מבוסס ראיות ועלייה בשיעור המדווחים על התחשבות בשיקולים כלכליים בטיפול, הגם שאינם מאוד גדולים, תואמים את הציפיות שליוו את יישום הרפורמה. שינויים אלו באים בד בבד עם תחושת הכבדה בעומס העבודה ובנטל הבירוקרטי על המטפלים במגזר הציבורי. יש מקום להקדיש מחשבה לשאלה כיצד לפקח על עבודת אנשי המקצוע ולבקר אותה באופן שייעל את השירות מחד גיסא אך לא יכביד ולא יפגע בתחושת האוטונומיה המקצועית מאידך גיסא.

נוסף לכך, נמצא פער בין תחושות המטפלים כי האפשרויות להתייעצויות, לישיבות צוות ולהעשרה מקצועית צומצמו וכי איכות הטיפול הניתן למטופלים נפגעה ובין העולה מדיווחיהם עצמם על עבודתם. יתרה מכך, מן הממצאים עולה כי חלק מן החששות שהובעו על ידי אנשי המקצוע ערב הרפורמה, כגון חשש מפני הגבלת משך הטיפול, לא התממשו. נראה שיש פער בין המתרחש בפועל, בעיקר במגזר הציבורי, לבין תפיסותיהם של אנשי המקצוע את המתרחש.

שינויים אחרים שעלו מממצאי המחקר מעידים על כך שיש עוד כבדת דרך עד שיושגו מטרות הרפורמה במלואן. כך למשל, שילוב שירותי בריאות הנפש ברפואה הראשונית וחיזוק הקשר בין המערכות נתפס כנושא חשוב ביישום הרפורמה. ממצאי המחקר הנוכחי מעלים כי הקשר בין שתי המערכות לא התחזק ואולי אף להפך. אחת התובנות ממחקר שעקב אחר יישום הרפורמה בקופות החולים הייתה כי את יישום הרפורמה לא ליווה מסמך המציג את מטרותיה המוצהרות ולא נקבעו יעדים אופרטיביים להשגת מטרות אלו (אלרועי וסמואל, 2019). בהיעדר הגדרה קונספטואלית של טיב האינטגרציה הרצוי לרגולטור, יש קושי למדוד את מידת האינטגרציה ולפעול לקידומה. לפיכך יש מקום לחדד ולהבהיר למה הכוונה באיחוד רפואת הגוף והנפש. ניתן גם לשקול פיתוח כלים כדוגמת ה-IPAT (Integrated Practice Assessment Tool) (Waxmonsky, Auxier, Wise Romero, & Heath, 2014) של מנהל ההתמכרויות ושירותי בריאות הנפש של ארצות הברית (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA), שיעזרו לספקים השונים להבין היכן הם נמצאים על רצף האינטגרציה, ומה ביכולתם לעשות כדי לשפר את המידה שבה הם משלבים בין רפואת הגוף לרפואת הנפש.

ממצאי המחקר שופכים אור על האתגרים שעדיין ניצבים בפני המערכת ליישום של הרפורמה, והם יוכלו לסייע לקופות החולים ולמשרד הבריאות בהמשך יישומה המיטבי.



## מקורות

- אבירם, א. ואזארי-ויזל, ש. (2015). הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים. סדרת ניירות מדיניות של מרכז טאוב (מס' 2015.02) [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום חמישי 31 מרץ 2016 מ: [http://taubcenter.org.il/wp-content/files\\_mf/mentalhealthcarereformhebrew.pdf](http://taubcenter.org.il/wp-content/files_mf/mentalhealthcarereformhebrew.pdf)
- אלרועי, א. וסמואל, ה. (2019). שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה - בין מדיניות ליישום. דמ-786-19. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- אפרתי, ע. (2015.06.08). ערב הרפורמה בבריאות הנפש: מחסור ברופאים ובמיטות במערך האשפוז [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום ראשון 13 מרץ 2016 מאתר הארץ [http://news.xoox.co.il/item\\_1756145.htm](http://news.xoox.co.il/item_1756145.htm)
- אפרתי, ע. (2016.01.18). לחכות שנים להתמחות: נוהל חדש עלול להחריף את מצוקת הפסיכולוגים לעתיד. [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום ראשון 13 מרץ 2016 מאתר הארץ <http://www.haaretz.co.il/news/health/premium-1.2824249>
- אשכנזי, י., לפי, י., מעוז-ברויאר, ר., טבנקין, ח. (2018). מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש. דמ-787-19. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- בנפשנו: מתמחים בפסיכולוגיה למען מערך בריאות הנפש הממלכתי. (2016). נייר עמדה: זכאות לטיפול נפשי (פסיכותרפיה) במערך בריאות הנפש [גרסה אלקטרונית] נדלה ביום חמישי 31 מרץ 2016, מאתר פסיכולוגיה עברית <http://www.hebpsy.net/files/vpJ0vqPB6arvmAL7feeP.pdf>
- גיל, צ. (2005). פסיכיאטריה ופסיכותרפיה בעידן הטיפול המנוהל [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום חמישי 31 מרץ 2016, מאתר פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=513>
- ההסתדרות הרפואית בישראל. (2007). נייר עמדה בנושא הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש), התשס"ז-2007 [גרסה אלקטרונית] נדלה ביום שלישי 29 מרץ 2016 מ: <http://doctoronly.co.il/wp-content/uploads/2011/11/emma-bituach-2007.pdf>
- הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. (2015). נייר עמדה - יישום הרפורמה בבריאות הנפש [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום חמישי 31 מרץ 2016, מאתר פסיכולוגיה עברית <http://www.hebpsy.net/files/23nAYG7G8fK1FjDnH3IT.pdf>
- ועד המתמחים בפסיכולוגיה קלינית. (2013). נייר עמדה על תזכיר חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סל השירותים בבריאות הנפש) והרפורמה בבריאות הנפש [גרסה אלקטרונית]. נדלה ביום חמישי 31 מרץ 2016, מאתר פסיכולוגיה עברית <https://www.hebpsy.net/page.asp?id=20>
- נירל, נ., אקר, נ., רוזן, ב., ברמלי-גרינברג, ש. וגרוס, ר. (2008). הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכה. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/mental-health-care-reform-background-to-evaluation/>

- ניראל, נ. וסמואל, ה. (2013). לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דמ-639-13. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- סמואל, ה. ורוזן, ב. (2013). כיצד נערכות קופות החולים לרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. דמ-636-13. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- פרנקל, ר. (2013). הרפורמה בבריאות הנפש – הפרטה וחיסול השירות [גרסה אלקטרונית] נדלה ביום חמישי 31 מרץ 2016 מאתר הגדה השמאלית <http://hagada.org.il/2013/07/06/>.
- שפלר, ג. (2007). מבט רטרוספקטיבי ופרוספקטיבי על יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון איום וסיכוי. פסיכואקטואליה, כתב העת של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, אפריל: 43-45.
- Acker, G. M. (2010a). The challenges in providing services to clients with mental illness: Managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46, 591-600.
- Acker, G. M. (2010b). The influence of managed care on job-related attitudes of social workers. *Social Work in Mental Health*, 8(2), 147-189.
- Berry, S. H., & Kanouse, D. E. (1987). Physician response to a mailed survey an experiment in timing of payment. *Public Opinion Quarterly*, 51(1), 102-114.
- Braun, Sharon A., & Jane A. Cox. (2005). Managed mental health care: intentional misdiagnosis of mental disorders. *Journal of Counseling and Development* 83(4), 425-433.
- Cantor, D. W. & Fuentes, M. A. (2008). Psychology's response to managed care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 638-645.
- Chambliss, C., Pinto, D., & McGuigan, J. (1997). Reactions to managed care among psychologists and social workers. *Psychological Reports*, 80, 147-154.
- Cohen, J., Marecek, J. & Gillham, J. (2006). Is three a crowd? Clients, clinicians, and managed care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 251-259.
- Cooper, C.C., & Gottlieb, M.C. (2000). Ethical Issues with Managed Care: Challenges Facing Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(2): 179-236.
- Corcoran, K., & Vandiver, V. (1996). *Maneuvering the Maze of Managed Care: Skills for mental health practitioners*. New York: Free Press.

- Cunningham, C. T., Quan, H., Hemmelgarn, B., Noseworthy, T., Beck, C. A., Dixon, E., ... & Jetté, N. (2015). Exploring physician specialist response rates to web-based surveys. *BMC medical research methodology*, 15(1), 32-40.
- Heywood, A., Mudge, P., Ring, I., & Sanson-Fisher, R. (1995). Reducing systematic bias in studies of general practitioners: the use of a medical peer in the recruitment of general practitioners in research. *Family Practice*, 12(2), 227-231.
- Isett, K. R., Ellis, A. R., Topping, S., Morrissey, J. P. (2009). Managed care and provider satisfaction in mental health settings. *Community Mental Health*, 45, 209-221.
- Kaner, E. F., Haighton, C. A., & McAvoy, B. R. (1998). 'So much post, so busy with practice--so, no time!': a telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract*, 48(428), 1067-1069.
- Khan, A., Hussain, R., Plummer, D., & Minichiello, V. (2004). Too many surveys! Eliciting the views of general practitioners for not participating in postal surveys. *Australian Journal of Primary Health*, 10(2), 76-81.
- Klabunde, C.N., Willis, G.B., & Casalino, L.P. (2013). Facilitators and barriers to survey participation by physicians: a call to action for researchers. *Evaluation & the health professions* 36(3), 279-295.
- Kielbasa , A. M. , Pomerantz , A. M. , Krohn , E. J., & Sullivan , B. F. (2004). How does clients' method of payment influence psychologists' diagnostic decisions?. *Ethics & Behavior*, 14, 187–195.
- Mark, M., & Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32, 80-85
- Merrick, E. L., Horgan, C. M., Garnick, D. W., & Hodgkin, D. (2006). Managed care organizations' use of treatment management strategies for outpatient mental health care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(1), 104-114.
- Murphy, M.J.; DeBernanado, C.R.; Shoemaker, W.E. (1998). Impact of Managed Care on Independent Practice and Professional Ethics: A Survey of Independent Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*. 29(1), 43-51.
- Nirel, N., Samuel, H., (2014). Work practices and the provision of mental-health care on the verge of reform: A national survey of Israeli psychiatrists and psychologists. *Israel Journal of Health Policy Research* 3(1):25-37.

- Parsons, J. A., Warnecke, R. B., Czaja, R. F., Barnsley, J., & Kaluzny, A. (1994). Factors associated with response rates in a national survey of primary care physicians. *Evaluation Review*, 18(6), 756-766.
- Pingitore, D. (1998). Leveraging our souls? Psychology in the Era of Health Care Reform. *Science as Culture*, 7(3), 317-333.
- Pomerantz, A. M. & Segrist, D. J. (2006). The influence of payment method on psychologists' diagnostic decisions regarding minimally impaired clients. *Ethics & Behavior*, 16, 253-263.
- Lowe, J., Pomerantz, A. M., & Pettibone, J. C. (2007). The influence of payment method on psychologists' diagnostic decisions: Expanding the range of presenting problems. *Ethics & Behavior*, 17, 83-93.
- Roback, H.B., Barton, D., Castelnuovo-Tedesco, P., Gay, V., Havens, L., & Nash, J. (1999) Symposium on Psychotherapy in the Age of Managed Care. *American Journal of Psychotherapy*, 53(1): 1-16.
- Rosen, B., Nirel, N., Gross, R., Brammili-Greenberg, S., & Ecker, N. (2008). Perspectives — The Israeli Mental Health Insurance Reform. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 11(4), 201-208.
- Rosenberg, E. & DeMaso, D. R. (2008). A doubtful guest: Managed care and mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 53-66.
- Rupert, P.A., & Baird, K.A. (2004). Managed Care and the Independent Practice of Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(2), 185-193.
- Rushton, J., Felt, B., & Roberts, M. (2002). Coding of pediatric behavioral and mental disorders. *Pediatrics*, 110(1), e8
- Sanchez, L.M; Turner, S.M. (2003). Practicing Psychology in the Era of Managed Care. *American Psychologist*, 58(2), 116-129.
- Sperling, M.B., & Sack, A. (2002). Psychodynamics and Managed Care: The Art of the Impossible? *American Journal of Psychotherapy*, 56(3), 362-377.
- Sudman, S. (1985) Mail Surveys of Reluctant Professionals. *Evaluation Review*, 9(3), 349-359.
- Waxmonsky, J., Auxier, A., Wise Romero, P., & Heath, B. (2014). *Integrated Practice Assessment Tool*. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions [accessed 21/1/2020]. [https://www.integration.samhsa.gov/operations-administration/IPAT\\_v\\_2.0\\_FINAL.pdf](https://www.integration.samhsa.gov/operations-administration/IPAT_v_2.0_FINAL.pdf)
- Wright, T., Simpson-Young, V., & Lennings, C. (2012), Therapeutic process in the context of third party determined time limits. *Clinical Psychologist*, 16, 82–92.

# נספחים

## נספח א

לוח א-1: מאפייני רקע אישי ומקצועי – פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=186 | פסיכולוגים<br>n=436 | פסיכיאטרים<br>n=183 | סה"כ<br>n=805 |                            |
|---------------------------|---------------------|---------------------|---------------|----------------------------|
| 44                        | 50                  | 53                  | 49            | גיל ממוצע                  |
|                           |                     |                     |               | קבוצת גיל                  |
| 56                        | 33                  | 18                  | 34            | 44-35                      |
| 26                        | 34                  | 36                  | 33            | 54-45                      |
| 15                        | 29                  | 38                  | 28            | 65-55                      |
| 3                         | 4                   | 8                   | 5             | +65                        |
| 89                        | 76                  | 51                  | 74            | שיעור הנשים                |
| 86                        | 82                  | 49                  | 75            | שיעור ילידי הארץ           |
|                           |                     |                     |               | ותק במקצוע                 |
| 15                        | 20                  | 22                  | 20            | ממוצע (בשנים)              |
| 35                        | 18                  | 11                  | 20            | עד 10 שנים                 |
| 40                        | 37                  | 33                  | 37            | 20-11                      |
| 14                        | 29                  | 35                  | 27            | 30-21                      |
| 11                        | 16                  | 21                  | 16            | +31                        |
| 35                        | 42                  | 56                  | 44            | שיעור העובדים בעבודה נוספת |

לוח א-2: הזמן המוקדש למשימות שונות במהלך שבוע ממוצע (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=270 |      | פסיכולוגים<br>n=850 |      | פסיכיאטרים<br>n=512 |      |  |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|--|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |  |
| 100                       | 100  | 100                 | 100  | 100                 | 100  | משימות - סה"כ  |
| 11                        | 13   | 6                   | 8    | 10                  | 8    | ניהול טיפול (Case Management)                                |
| 9                         | 9    | 7                   | *6   | 15                  | 15   | קבלת מטופלים (intake)  |
| 6                         | 6    | 3                   | 2    | 8                   | 5    | טיפול במשבירים/טיפול חירום                                   |
| 32                        | 28   | 53                  | 50   | 6                   | *12  | תרפיה אישית, משפחתית או זוגית                                |
| 4                         | 4    | 1                   | *2   | 1                   | 1    | תרפיה קבוצתית  |
| 2                         | 2    | 2                   | 2    | 5                   | 5    | ייעוץ כמומחה למרפאות/מחלקות או ליחידות אחרות                 |
| 15                        | 14   | 8                   | 8    | 8                   | 8    | ישיבות צוות, התייעצות עם עמיתים                              |
| 3                         | 3    | 3                   | 3    | 2                   | 3    | ז'ורנל קלאב (Journal club), קורסים, לימודי המשך, העשרה נוספת |
| 10                        | 10   | 6                   | 6    | 16                  | *11  | מנהלה וניירת   |
| 9                         | 12   | 12                  | *14  | 5                   | *7   | הוראה/הדרכה/בקרה מקצועית                                     |
|                           |      |                     |      | 25                  | 23   | מעקב רפואי/טיפול תרופתי (רק פסיכיאטרים)                      |

\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח א-3: שיעור הזמן המוקדש למשימות שונות במהלך שבוע ממוצע בקרב פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (באחוזים)  
(במקום העבודה העיקרי)

| פרטי |       | ציבורי |      | סה"כ |      |  |
|------|-------|--------|------|------|------|--|
| 2018 | 2012  | 2018   | 2012 | 2018 | 2012 |  |
| 100  | 100   | 100    | 100  | 100  | 100  | משימות - סה"כ  |
| 6    | 8     | 6      | 7    | 6    | 8    | ניהול טיפול (Case Management)                                |
| 7    | **4   | 8      | 7    | 7    | *6   | קבלת מטופלים (intake)  |
| 3    | 2     | 4      | 3    | 3    | 2    | טיפול במשברים/טיפול חירום                                    |
| 63   | 63    | 35     | 30   | 53   | 50   | תרפיה אישית, משפחתית או זוגית                                |
| 0.6  | **2   | 2      | 2    | 1    | *2   | תרפיה קבוצתית  |
| 1.5  | **0.4 | 2      | 3    | 2    | 2    | ייעוץ כמומחה למרפאות/מחלקות או ליחידות אחרות                 |
| 4    | 3     | 15     | 14   | 8    | 8    | ישיבות צוות, התייעצות עם עמיתים                              |
|      |       |        |      | 3    | 3    | ז'ורנל קלאב (Journal club), קורסים, לימודי המשך, העשרה נוספת |
| 4    | 3     | 3      | 4    |      |      |  |
| 4    | 5     | 8      | 8    | 6    | 6    | מנהלה וניירת   |
| 8    | 9     | 18     | 21   | 12   | *14  | הוראה/הדרכה/בקרה מקצועית                                     |

\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

\*\* ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

לוח א-4: מספר מגעים ביום, אורך מפגש ומשך הטיפול בקרב פסיכולוגים ועובדים סוציאליים (במקום העבודה העיקרי)

| עובדים סוציאליים<br>n=290 |      | פסיכולוגים<br>n=913 |      | דפוסי מתן טיפול                             |
|---------------------------|------|---------------------|------|---|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 |   |
| 7                         | **8  | 9                   | 9    | מספר מגעים ליום (מתוקנן להיקף של משרה מלאה) |
|                           |      |                     |      | <b>אורך מפגש</b>                            |
| 48                        | 46   | 55                  | **52 | ממוצע (בדקות)                               |
| 100                       | 100  | 100                 | 100  | סה"כ (באחוזים)                              |
| 26                        | 33   | 2                   | 6    | עד 45 דקות                                  |
| 43                        | 44   | 54                  | 61   | כ-50 דקות                                   |
| 25                        | 20   | 34                  | 30   | כ-60 דקות                                   |
| 6                         | 3    | 10                  | 3    | מעל שעה                                     |
|                           |      |                     |      | <b>טווח הטיפול</b>                          |
| 100                       | 100  | 100                 | 100  | סה"כ (באחוזים)                              |
| 33                        | 27   | 11                  | 8    | קצרי טווח – עד חצי שנה                      |
| 24                        | 35   | 26                  | 23   | טווח בינוני – בין חצי שנה לשנה              |
| 43                        | 38   | 63                  | 68   | ארוכי טווח – יותר משנה                      |

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$



לוח א-5: מספר מגעים ליום, אורך מפגש ומשך הטיפול בקרב פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי)

| פרטי          |               | ציבורי        |               | דפוסי מתן טיפול  |
|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| 2018<br>n=552 | 2012<br>n=552 | 2018<br>n=552 | 2012<br>n=552 |  |
| 9             | 9             | 7             | 8             | מספר מגעים ליום (מתוקנן להיקף משרה)<br>אורך מפגש (בדקות) |
| 56            | **53          | 54            | **49          | ממוצע  |
| 100           | 100           | 100           | 100           | סה"כ (באחוזים)   |
| 1             | 1             | 4             | **14          | עד 45 דקות   |
| 54            | **63          | 55            | 59            | כ-50 דקות  |
| 35            | 33            | 31            | 25            | כ-60 דקות  |
| 10            | **3           | 10            | **3           | מעל שעה  |
|               |               |               |               | טווח הטיפול  |
| 100           | 100           | 100           | 100           | סה"כ (באחוזים)   |
| 6             | 4             | 20            | 16            | קצרי טווח – עד חצי שנה                                   |
| 22            | 18            | 35            | 33            | טווח בינוני – בין חצי שנה לשנה                           |
| 72            | 79            | 46            | 52            | ארוכי טווח – יותר משנה                                   |

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

לוח א-6: מספר מגעים ביום ואורך מפגש בקרב פסיכיאטרים (במקום העבודה העיקרי)

| פסיכיאטרים<br>n=552 |      | דפוסי מתן טיפול                                  |
|---------------------|------|--|
| 2018                | 2012 |  |
| 7                   | 8    | מספר מגעים ליום (מתוקנן להיקף משרה)<br>אורך מפגש |
| 31                  | 33   | ממוצע (בדקות)                                    |
| 100                 | 100  | סה"כ (באחוזים)                                   |
| 5                   | 2    | עד 10 דקות                                       |
| 23                  | 27   | 10-20 דקות                                       |
| 40                  | 33   | 20-30 דקות                                       |
| 7                   | 11   | 30-40 דקות                                       |
| 24                  | 27   | 40 דקות ומעלה                                    |

לוח א-7: הערכת מעמדם החברתי-כלכלי של המטופלים (באחוזים)

| עובדים סוציאליים<br>n=278 |      | פסיכולוגים<br>n=856 |      | פסיכיאטרים<br>n=463 |      |                        |
|---------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|------------------------|
| 2018                      | 2012 | 2018                | 2012 | 2018                | 2012 |                        |
| 100                       | 100  | 100                 | 100  | 100                 | 100  | מעמד חברתי-כלכלי: סה"כ |
| 1                         | 0    | 5                   | 5    | 3                   | 3    | גבוה מאוד              |
| 5                         | 4    | 22                  | *19  | 10                  | 10   | גבוה                   |
| 32                        | 28   | 47                  | **52 | 35                  | 35   | ממוצע                  |
| 40                        | 41   | 19                  | 18   | 32                  | 34   | נמוך                   |
| 23                        | 27   | 7                   | 6    | 21                  | 19   | נמוך מאוד              |

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח א-8: מעמדם החברתי-כלכלי של המטופלים, בקרב פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| פרטי n=526 |      | ציבורי n=316 |      |                        |
|------------|------|--------------|------|------------------------|
| 2018       | 2012 | 2018         | 2012 |                        |
| 100        | 100  | 100          | 100  | מעמד חברתי-כלכלי: סה"כ |
| 7          | 5    | 2            | 3    | גבוה מאוד              |
| 29         | **25 | 9            | 10   | גבוה                   |
| 51         | **57 | 41           | 44   | ממוצע                  |
| 11         | 10   | 32           | 30   | נמוך                   |
| 2          | 2    | 16           | 13   | נמוך מאוד              |

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

לוח א-9: מצבים נפשיים עיקריים המטופלים על ידי אנשי המקצוע (במקום העבודה העיקרי) (באחוזים)

| עובדים סוציאליים n=306 |      | פסיכולוגים n=952 |      | פסיכיאטרים n=577 |      |                                |
|------------------------|------|------------------|------|------------------|------|--------------------------------|
| 2018                   | 2012 | 2018             | 2012 | 2018             | 2012 |                                |
| 53                     | 50   | 32               | 28   | 67               | 70   | דיכאון מז'ורי                  |
| 45                     | *33  | 76               | **69 | 50               | 53   | דיסתימיה / דיכאון קל           |
| 65                     | 64   | 13               | 10   | 67               | 62   | סכיזופרניה לסוגיה              |
| 54                     | 47   | 64               | 62   | 34               | *24  | בעיות משפחתיות/זוגיות          |
| 12                     | 11   | 24               | 21   | 17               | 14   | הפרעות אכילה                   |
| 8                      | 8    | 3                | 1    | 19               | 18   | דמנציה                         |
| 26                     | 18   | 48               | 44   | 26               | 22   | בעיות התנהגות בקרב ילדים ונוער |
| 9                      | 7    | 20               | 20   | 18               | 13   | בעיות התפתחותיות               |
| 74                     | 68   | 68               | 67   | 69               | 63   | הפרעות אישיות                  |
| 69                     | 60   | 82               | **73 | 75               | 69   | הפרעות חרדה                    |
| 69                     | **50 | 56               | **45 | 56               | **44 | טראומה                         |
| 59                     | 61   | 75               | 70   | 48               | 50   | משברי חיים/ הפרעת הסתגלות      |

האחוזים מסתכמים ליותר מ-100, מכיוון שניתן היה להשיב על יותר מסעיף אחד

\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$

\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח א-10: מצבים נפשיים עיקריים המטופלים על ידי פסיכולוגים, בחלוקה לפי מגזרי עבודה (במקום העבודה העיקרי)  
(באחוזים)

| מגזר פרטי n=581 |      | מגזר ציבורי n=354 |      |                                |
|-----------------|------|-------------------|------|--------------------------------|
| 2018            | 2012 | 2018              | 2012 |                                |
| 28              | 25   | 40                | 31   | דיכאון מז'ורי                  |
| 86              | **78 | 58                | 54   | דיסתימיה/דיכאון קל             |
| 8               | 6    | 22                | 17   | סכיזופרניה לסוגיה              |
| 73              | 67   | 47                | 55   | בעיות משפחתיות/זוגיות          |
| 26              | 26   | 20                | 17   | הפרעות אכילה                   |
| 3               | 1    | 3                 | 1    | דמנציה                         |
| 47              | 40   | 51                | 52   | בעיות התנהגות בקרב ילדים ונוער |
| 19              | 17   | 23                | 27   | בעיות התפתחותיות               |
| 71              | 72   | 62                | 59   | הפרעות אישיות                  |
| 86              | 81   | 73                | **61 | הפרעות חרדה                    |
| 53              | *43  | 63                | **47 | טראומה                         |
| 83              | **74 | 60                | 65   | משברי חיים/ הפרעת הסתגלות      |

האחוזים מסתכמים ליותר מ-100, מכיוון שניתן היה להשיב על יותר מסעיף אחד  
\*\*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.01$  \*ההבדל בין השנים מובהק,  $p < 0.05$

לוח א-11: דפוס הקשר עם אנשי מקצוע וגורמים אחרים בבריאות הנפש, לפי מקצוע (באחוזים)

| דפוס הקשר   | פסיכיאטרים<br>n=183 | פסיכולוגים<br>n=436 | עובדים<br>סוציאליים<br>n=185 |
|---|---------------------|---------------------|------------------------------|
| קיום פגישות משותפות או שיחות טלפון                      | 74                  | 55                  | 77                           |
| מטופלים מופנים אליי על ידי אנשי מקצוע אחרים             | 65                  | 62                  | 35                           |
| יידוע איש המקצוע על הטיפול באמצעות מכתב                 | 54                  | 20                  | 31                           |
| יידוע איש המקצוע על הטיפול באמצעות התיק הממוחשב         | 43                  | 16                  | 27                           |
| הפניה לאיש מקצוע אחר לצורך קבלת פסיכותרפיה/טיפול תרופתי | 62                  | 16                  | 9                            |
| אין קשר   | 2                   | 6                   | 2                            |

לוח א-12: השוואת דפוסי קשר עם אנשי מקצוע וגורמים אחרים בבריאות הנפש, בין פסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הפרטי לפסיכולוגים שעבודתם העיקרית במגזר הציבורי (באחוזים)

| מגזר פרטי n=280 | מגזר ציבורי n=156 |  |
|-----------------|-------------------|--|
| 72              | 44                | מטופלים מופנים אליי על ידי אנשי מקצוע אחרים**    |
| 41              | 79                | קיום פגישות משותפות או שיחות טלפון**             |
| 20              | 19                | יידוע איש המקצוע על הטיפול באמצעות מכתב          |
| 16              | 15                | הפניה לפסיכיאטר לקבלת טיפול תרופתי               |
| 10              | 27                | ידוע איש המקצוע על הטיפול באמצעות התיק הממוחשב** |
| 6               | 4                 | אין קשר  |

\*\* ההבדל בין המגזרים מובהק,  $p < 0.01$

## נספח ב: המדדים במחקר

כאמור, אנשי המקצוע במחקר התבקשו לציין לגבי מגוון היבטים של עבודתם האם בעקבות הרפורמה חלה עלייה (מסוימת או רבה), ירידה (מסוימת או רבה), או שהמצב נותר כשהיה. בחלק מן ההיגדים הנוגעים לשינויים בעבודתם, התבקשו אנשי המקצוע לציין אם שינוי כלשהו התרחש או לא. למשתתפים ניתנה גם האפשרות לציין כי ההיגד אינו רלוונטי לעבודתם.

ביצענו ניתוח גורמים להיגדים הנוגעים להשפעת הרפורמה וקיבלנו ארבעה גורמים מובחנים. בדקנו את הלכידות הפנימית של כל גורם באמצעות אלפא של קרונבך. כדי ליצור מדדים חישבנו את ממוצע התשובות של כל ההיגדים המרכיבים גורם יחיד, כך שכל נדגם קיבל ציון המורכב מממוצע תשובותיו לכל אחד מן הפריטים במדד. היגדים שהופיעו בשאלון אך לא התאימו לשום גורם הושמטו מן הניתוח. בלוח ב-1 מופיעים ההיגדים שנכללו בכל אחד מן המדדים.

### לוח ב-1: קיבוץ למדדים של שאלות העוסקות בהשפעת הרפורמה

| אלפא של קרונבך | המדד   |
|----------------|--|
| 0.72           | מדד בקרה ופיקוח<br>העיסוק בטפסים, ניירת ובירוקרטיה<br>הפיקוח על אבחנות ועל תוכנית הטיפול<br>ההתערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים  |
| 0.782          | מדד איכות הטיפול<br>איכות הטיפול הניתן למטופלים<br>איכות הטיפול בילדים ומתבגרים<br>איכות הטיפול בחולי הנפש הקשים<br>משך הטיפול (מספר הפגישות)<br>שמירה על סודיות הטיפול  |
| 0.82           | מדד ישיבות והדרכה<br>הזמן המוקדש להתייעצות וישיבות צוות<br>הזמן המוקדש להדרכה לצוות במקום העבודה   |
| 0.782          | מדד פגיעה במטפלים<br>פגיעה בזכויות העובדים<br>פגיעה ברמת ההכנסה של המטפלים<br>העדפה למטפלים זולים<br>דגש על טיפול תרופתי על חשבון פסיכותרפיה<br>התערבות בשיקול הדעת המקצועי של המטפלים מצד גורמים שאינם מטפלים<br>שינוי בתהליך הכשרת המטפלים |