



מוקד טלפוני ומערך ביקורי בית לאנשים עם דמנציה ובני משפחותיהם מחקר הערכה מעצבת

דנה וייס שירלי רזניצקי מיכל לרון

עריכת לשון: רעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים): עמי אשר
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן ומומן על ידי קרן הסייעוד, המוסד לביטוח לאומי

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

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

ירושלים | טבת תשפ"ג | דצמבר 2022

תקציר

רקע

לבני משפחה מטפלים תפקיד מכריע בטיפול באנשים עם דמנציה בשל התלות הגבוהה של החולים במטפלים ובשל ריבוי התחלואה הנלווה למחלה זו. המרכז הרפואי הישראלי לאלצהיימר שברמת גן נבחר על ידי המוסד לביטוח לאומי להפעלת מוקד טלפוני לזקנים עם דמנציה החיים בקהילה ולבני משפחותיהם. מטרת המוקד לתת מענה במצבי שגרה וחירום שבהם המשפחה זקוקה לסיוע בהתמודדות עם תופעות המחלה. ייחודיות המוקד בארבע נקודות: באישו באנשי מקצוע, במתן ביקורי בית, במענה 24/7 ובמענה לחולים עצמם.

מטרות

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ערך מחקר הערכה מעצבת במטרה להעריך את יכולתו של המוקד להגיע לקהל היעד הרלוונטי ואת תרומתו לקהל זה. כלומר, להעריך באיזו מידה הוא ממלא את צרכי החולה ומשפחתו במצבי שגרה וחירום ומסייע להם להתמודד עם תופעות המחלה.

שיטות

מערך המחקר מעורב ומבוסס על שיטות כמותיות ואיכותניות. המחקר כולל ראיונות עומק חצי מובנים עם צוות המוקד; ראיונות טלפוניים עם הפונים למוקד; וניתוח נתונים מנהליים על פעילות המוקד.

ממצאים

- במהלך השנתיים הראשונות לפעילותו טיפל המוקד ב-6,752 התקשרויות (מהן כשליש מזוהות) וערך כ-400 ביקורי בית. 3% מן הפונים למוקד התקשרו עבור עצמם. מרבית הפניות המזוהות היו של בני משפחה מטפלים: ילדים שהתקשרו עבור הוריהם (58%), בני זוג (22%) או קרובי משפחה אחרים. רוב בני המשפחה דיווחו כי העומס המוטל עליהם בשל הטיפול בחולה כבד. מרבית הפניות למוקד היו בעניין התקדמות המחלה והקושי להתמודד עם הידרדרות מתמדת במצב של יקרים (כולל הפרעות ההתנהגות המלוות למחלה).
- רק מיעוט קטן של שיחות נערך בלילות או בסופי שבוע. כלומר, רוב השיחות לא היו שיחות חירום.
- מבחינת התרומה בעיני הפונים עלה כי 65% מהם דיווחו שקיבלו מן המוקד תשובות לשאלות ששאלו; 56% דיווחו שהשיחה עם המוקד נתנה להם תמיכה; 41% אמרו שהיא עזרה להם להתמודד עם המחלה ועם הטיפול; ו-29% אמרו שחשו שהשיחה עם המוקד עזרה להם למצוא שירותים שסייעו בטיפול.

- מניתוח התרומה בעיני הפונים לפי יחס קרבה עלה כי התרומה למתקשרים בשביל הוריהם הייתה גדולה מן התרומה למתקשרים בשביל בן/בת זוג. מניתוח לפי תקופות עלה כי התרומה לפונים שהתקשרו במהלך מגפת הקורונה הייתה גבוהה ברוב המדדים לעומת בתקופות קודמות. 60% אמרו שיתקשרו למוקד פעם נוספת אם יתעוררו שאלות נוספות בעתיד.
- הפונים למוקד בעבור עצמם התקשרו למוקד בגלל הידרדרות קוגניטיבית שמדאיגה אותם וחוסר האונים שמתלווה אליה. הם היו פחות שבעי רצון וחשו שהשיחה עם המוקד תרמה להם פחות.

דין והמלצות

- **מענה לאוכלוסיות היעד:** המוקד הגיע לקהל יעד רלוונטי של בני משפחה המצויים בעומס רב בשל הטיפול באדם עם דמנציה. הפונים שהתקשרו למוקד בשביל הוריהם הביעו שביעות רצון רבה יותר וחשו שהתרומה שקיבלו רבה יותר לעומת פונים שהתקשרו בשביל בן/בת זוג. **כדאי אפוא לבחון כיצד לשפר את המענה לבן/בת הזוג.** יכול להיות שמענה מוגש יותר או ממושך יותר ייצור שביעות רצון רבה יותר ותחושת תרומה רבה יותר בקרבם. כמו כן ניכר שביקורי הבית תרמו במיוחד לבני/בנות הזוג. המענה כפי שהוא כיום לא מותאם דיו לאוכלוסיית החולים, **וכדאי לדייק את המענים שניתנים להם.** כמו כן בדומה לתוכניות אחרות המיועדות לבני משפחה מטפלים, יש לחזק את ההגעה **לאוכלוסיות ייחודיות**, כגון ערבים, חרדים ויוצאי ברית המועצות לשעבר וכן אוכלוסיות מעטות יכולת.
- מעצם העובדה שדמנציה היא מחלה שמאופיינת בהידרדרות הדרגתית לאורך זמן ומתוך רצון בני המשפחה בכך, **חשוב להבנות את המשכיות הקשר בין המוקד לפונים במידת האפשר.**
- **ייחודיות המוקד:** עם הקמת המוקד הוא התבלט בארבע נקודות ייחוד: באישו באנשי מקצוע, במענה 24/7, בביקורי בית ובמענה לחולים עצמם. ממצאי המחקר מצביעים על כך **שכדאי לתגבר את היצע הביקורים על חשבון צמצום שעות הפעילות בלילות** ובכך לנצל את חוזקות המוקד ואת פוטנציאל הסיוע שבביקורי בית ביעילות רבה יותר. יש לבחון את המשך המענה לחולים עצמם.

רקע

לבני משפחה מטפלים תפקיד מכריע בטיפול באנשים עם דמנציה בשל התלות הגבוהה של החולים במטפלים ובשל ריבוי התחלואה הנלווה למחלה זו. הזדקנות האוכלוסייה ופיתוח המדיניות של הזדקנות בקהילה (aging in place) הגדילו את העומס המוטל על מטפלים בלתי פורמליים, והטילו דרישות רבות על בני המשפחה, שמנסים להתמודד עם הצרכים המשתנים הכרוכים בטיפול בבית באדם עם מחלה פרוגרסיבית כדמנציה. מטלות אלו תורמות לרמות הולכות וגדלות של עומס פיזי, פסיכו-סוציאלי וכלכלי (Schulz & Martire, 2004).

תמיכה טלפונית היא אחת הדרכים לספק למטפלים בלתי פורמליים מידע, הכשרה, תמיכה פסיכו-סוציאלית, אימון בפתרון בעיות ואסטרטגיות התמודדות, והיא נחשבת משתלמת מבחינת היחס עלות-תועלת.

באפריל 2015 יצאה קרן הסיעוד של המוסד לביטוח הלאומי בקול קורא להקמה והפעלה של מוקד טלפוני לזקנים עם דמנציה החיים בקהילה ולבני משפחותיהם. מערך תמיכה טלפוני יכול לתת סיוע לבני משפחה מטפלים, אך גם לאנשים עם דמנציה או עם חשש לדמנציה.

המרכז הרפואי הישראלי לאלצהיימר שברמת גן נבחר על ידי המוסד לביטוח לאומי להפעלת המוקד. מטרת המוקד לתת מענה במצבי שגרה וחירום שבהם המשפחה זקוקה לסיוע בהתמודדות עם תופעות המחלה. השירות מלווה באפשרות של ביקורי בית של עובדת סוציאלית, אחות מוסמכת ובמקרים מיוחדים גם של רופאה. בביקורים נערכת הערכת צרכים של תפקוד האדם, של סביבת המגורים ומידת התאמתה להתמודדות עם המחלה, וכן התייחסות לצרכים של בני המשפחה. המוקד וביקורי הבית ניתנים ללא תשלום. המוקד החל לפעול בתמיכת קרן הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי בחודש מאי 2018.

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל נבחר במרכז של המוסד לביטוח לאומי לערוך מחקר הערכה מעצבת של המוקד הטלפוני. המחקר יסייע בשיפור המענים והפתרונות שהמוקד מציע לקהל היעד ובביסוסם לכדי תמיכה מיטבית בחולי דמנציה בישראל.

מטרת המחקר

מטרת המחקר הייתה ללוות את התוכנית להקמה והפעלה של מוקד טלפוני המיועד לחולי אלצהיימר ודמנציה ולבני משפחותיהם, ולהעריך את יכולתו להגיע לקהל היעד הרלוונטי ועד כמה הוא ממלא את צורכי החולה ומשפחתו במצבי שגרה וחירום.

שיטת המחקר

מערך המחקר מעורב ומבוסס על שיטות כמותיות ואיכותניות וכולל את מקורות המידע האלה:

1. ראיונות עומק חצי מובנים עם צוות המוקד בחודשי ההיערכות וההפעלה (ספטמבר 2018–דצמבר 2018)
2. ראיונות טלפוניים עם הפונים למוקד (אוקטובר 2018–פברואר 2019 וכן ינואר 2020–מאי 2020)
3. איסוף נתונים מנהליים על פעילות המוקד

ממצאים עיקריים

- במהלך השנתיים הראשונות לפעילות המוקד הטלפוני (מאי 2018 עד מאי 2020) טיפל המוקד ב-6,752 התקשרויות (מהן ניתן היה לזהות 2,992 לקוחות שונים) וערך כ-400 ביקורי בית.
- מן הלקוחות המזוהים שהתקשרו למוקד, 3% התקשרו בעבור עצמם, והיתר בעבור אדם אחר. מן המתקשרים בשביל אדם אחר, 58% התקשרו בשביל הוריהם, 22% התקשרו בשביל בני/בנות זוג, 15% עבור קרובי משפחה אחרים ו-5% מן הפונים היו גורמים מטפלים שהתקשרו בשביל מטופליהם.
- מרבית הפונים למוקד הם יהודים ילידי הארץ בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית, ורובם מצליחים לעמוד בהוצאות החודשיות של משק הבית שלהם. רובם הגיעו למוקד דרך פרסומים שראו באינטרנט ובפייסבוק.
- 77% מן הפונים עבור בן משפחה דיווחו כי העומס המוטל עליהם בשל הטיפול בו כבד או כבד מאוד – נתון גבוה ביחס לידוע ממחקרים קודמים על אוכלוסיית בני המשפחה המטפלים בבן משפחה עם דמנציה.
- מרבית הפניות למוקד היו בעניין התקדמות המחלה והקושי להתמודד עם הידרדרות מתמדת במצב של החולה (כולל הפרעות ההתנהגות המלוות למחלה).
- המוקד הציע סוגים שונים של עזרה: 27% קיבלו מידע (למשל הצעה להגיש בקשה למוסד לביטוח לאומי על החמרת מצב); 27% קיבלו הצעה לביקור בית; ו-23% קיבלו הדרכה איך להתמודד עם מצבו של החולה (למשל המלצה לצאת יותר מן הבית). ואולם, 15% ציינו שהשיחה עם המוקד לא עזרה להם.
- רוב השיחות נערכו בשעות היום, באמצע השבוע; רק מיעוט קטן של שיחות נערך בלילות או בסופי שבוע. כלומר, רוב השיחות לא היו שיחות חירום. כמעט כל השיחות התנהלו בשפה העברית.
- שביעות הרצון מאדיבות המענה במוקד הייתה גבוהה מאוד (92%), ושביעות הרצון מן המקצועיות של המשיב במוקד הייתה נמוכה יותר (75%). בניתוח לפי יחס קרבה נראה שפונים למוקד שהתקשרו עבור הוריהם היו שבעי רצון בכל המדדים יותר מן המתקשרים בעבור בן/בת זוג.
- מבחינת התרומה בעיני הפונים עלה כי 65% מהם דיווחו שקיבלו מן המוקד תשובות לשאלות ששאלו (במידה רבה או רבה מאוד); 56% דיווחו שהשיחה עם המוקד נתנה להם תמיכה; 41% אמרו שהיא עזרה להם להתמודד עם המחלה ועם הטיפול; ו-29% אמרו שחשו שהשיחה עם המוקד עזרה להם למצוא שירותים שיסייעו בטיפול (במידה רבה או רבה מאוד).
- מניתוח התרומה בעיני הפונים לפי יחס קרבה עלה כי התרומה למתקשרים בשביל הוריהם הייתה גדולה מן התרומה למתקשרים בשביל בן/בת זוג. מניתוח לפי תקופות עלה כי התרומה לפונים שהתקשרו במהלך מגפת הקורונה הייתה גבוהה ברוב המדדים לעומת בתקופות קודמות.

- עד פרוץ משבר הקורונה, ביקורי הבית היו פיזיים. במארס 2020 הציע המוקד ביקורי בית וירטואליים. שביעות הרצון מביקורי הבית הייתה גבוהה מאוד, גם בביקורים פיזיים וגם בביקורים וירטואליים, אולם רוב הפונים שקיבלו ביקור בית וירטואלי ציינו שהיו מעוניינים בביקור פיזי.
- 71% מבני המשפחה אמרו שימליצו לחבר שמתמודד עם מצב דומה להתקשר למוקד. 60% אמרו שיתקשרו למוקד פעם נוספת אם יתעוררו שאלות נוספות בעתיד.
- הפונים למוקד בעבור עצמם הם לרוב גברים יהודים. גילם הממוצע הוא 73 (ס"ת 7.8) והם בעלי השכלה תיכונית ומטה. רובם התקשרו למוקד בגלל הידרדרות קוגניטיבית שמדאיגה אותם וחוסר האונים שמתלווה אליה. רובם הגיעו למוקד בעקבות פרסומת בעיתון.
- לעומת מי שהתקשרו בשביל בני משפחה, הפונים למוקד בשביל עצמם היו פחות שבעי רצון וחשו שהשיחה עם המוקד תרמה להם פחות. 46% מן הפונים בעבור עצמם אמרו שיתקשרו פעם נוספת אם יהיה צורך בכך ו-37% ימליצו לחבר במצב דומה לפנות למוקד.

סיכום והמלצות

- **אוכלוסיית הפונים אל המוקד שרויה בעומס טיפול כבד מאוד** – 77% מבני המשפחה המטפלים העידו על עומס טיפול כבד בעקבות המחלה של בן משפחתם. כלומר המוקד הגיע לקהל יעד רלוונטי, הנתון במצוקה בשל הטיפול באדם עם דמנציה. בסך הכול, 65% מהם הרגישו שקיבלו תשובות לשאלות במידה רבה או רבה מאוד.
- **הנגשת המידע והמענים לקהל הפונים** – פונים שהתקשרו למוקד בשביל הוריהם הביעו שביעות רצון רבה יותר וחשו שהתרומה שקיבלו רבה יותר לעומת פונים שהתקשרו בשביל בן/בת זוג. תופעה זו עולה גם במחקרי הערכה נוספים לתוכנית המיועדות לבני משפחה מטפלים. **כדאי אפוא לבחון כיצד לשפר את המענה לבן/בת הזוג.** יכול להיות שמענה מוגש יותר או ממושך יותר ייצור שביעות רצון רבה יותר ותחושת תרומה רבה יותר בקרב בני/בנות הזוג שפונים למוקד. ראייה לכך היא שבביקורי הבית לא היה פער בשביעות הרצון בין בני/בנות זוג לבנים/בנות של החולה. גם פונים שלא ידעו להגדיר את סיבת הפנייה דיווחו פחות על קבלת מענה כלשהו, לעומת פונים שידעו להגדיר את סיבת הפנייה. **ייתכן אפוא שכדאי לדייק את המענה שהמוקד מציע לפונים אשר מרוב מצוקה ובלבול מתקשים לנסח את צורכיהם.** חשוב להתכונן מראש למקרים כאלה.
- **החולים עצמם** – במרבית המקרים החולים פונים למוקד בשל הידרדרות קוגניטיבית שמטרידה אותם והחששות שכרוכים בה. אוכלוסייה זו מתמודדת עם אתגרים מורכבים במיוחד שמקשים על מתן מענה מספק; ואכן, רבים מהם דיווחו שלא קיבלו מענה לסיבת הפנייה שלהם. המענה כפי שהוא כיום לא מותאם לאוכלוסיית החולים, **וכדאי לדייק את המענים שניתנים להם בהקשר לסיבת פנייה זו.**
- **פניות חוזרות והתערבות ממושכת** – 51% מן ההתקשרויות עם המוקד נעשו במסגרת התערבות של יותר משיחת טלפון אחת. 58% מן המרואיינים הביעו עניין בליווי יזום ומתמשך של איש מקצוע מטעם המוקד. מעצם העובדה שדמנציה היא מחלה שמאופיינת בהידרדרות הדרגתית לאורך זמן עולה השאלה עד כמה אפשר למצות את כל הכלים שהמוקד מציע

ללקוחותיו בשיחת טלפון אחת. מכאן, שנוהל המעקב של המוקד מעניק לפונים תמיכה, ביטחון וליווי הנחוצים להתמודדותם עם בעיות מורכבות ביותר. **חשוב אם כך למסד את המשכיות הקשר במידת האפשר.** כמו כן ניכר שביקורי הבית תרמו במיוחד לבני/בנות הזוג שהתקשרו למוקד וראוי להדגיש את חשיבותם לקהל היעד הזה.

- **הפעלת המוקד 24/7** – היות שהרוב המוחלט של הפניות מתקבלות במוקד בשעות העבודה המקובלות עולה השאלה בנוגע לנחיצות הפעלתו 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע. **יש לבחון את העלות מול התועלת בהפעלת המוקד בשעות מוגבלות יותר.**

- **פרסום המוקד לקהלי יעד אחרים** – כמו בתוכניות אחרות שמיועדות לבני משפחה מטפלים – אוכלוסיות ייחודיות, כגון ערבים, חרדים ויוצאי ברית המועצות לשעבר, השתמשו בשירותי המוקד פחות מכלל האוכלוסייה, אף על פי שהוא מציע שירות בכמה שפות וערוך לתת מענה לאוכלוסיות הייחודיות. לכן **כדאי להעמיק את אסטרטגיית הפרסום ולהתאימה לאוכלוסיות הייחודיות.** כמו כן **יש להמשיך במאמצים להגיע לאוכלוסיות קצה נוספות כמו אוכלוסיות בתפקוד נמוך, אוכלוסיות מעוטות יכולת ואוכלוסיות עם נגישות נמוכה לאינטרנט ומחשב, ולהציע להן מענה ממוקד.**

- **ייחודיות המוקד** – עם הקמתו, התבלט המוקד בארבע נקודות ייחוד: באישו באנשי מקצוע, במתן ביקורי בית, במענה 24/7 ובמענה לחולים עצמם. נכון למועד כתיבת הדוח, המוקד עדיין נותן מענה על ידי אנשי צוות מנוסים בטיפול במחלה. ואולם, רוב הפניות מתקבלות במוקד בשעות העבודה המקובלות ומגיעות מבני משפחה. לכן, **כדאי לתגבר את היצע הביקורים על חשבון צמצום שעות הפעילות בלילות ובכך לנצל את חוזקות המוקד ואת פוטנציאל הסיוע שבביקורי בית ביעילות רבה יותר.**

דברי תודה

אנו שמחות להודות לכל האנשים שתרמו להוצאתו לפועל של מחקר זה.

תודה למנהלת המוקד הטלפוני, אריאלה פילקו, על שיתוף הפעולה – החל מהעברה שוטפת של הנתונים המנהליים, עבור בחידוד ההבנה שלנו בכל הסוגיות הנוגעות למוקד וכלה בזמינות הרבה לשאלותינו בעת כתיבת הדוח. תודה לישראל עדן על העברת המידע בשלב ההיערכות להפעלה ועל העזרה ביצירת קשר עם צוות המוקד. תודה לחברים בצוות המוקד הטלפוני על שיתוף הפעולה ועל הנכונות להתראיין ולשתף אותנו בחוויותיהם.

תודה לסימה אבישר-חבר, סגנית מנהלת קרן הסיעוד לשעבר ולתמי אליאב, מנהלת תחום המחקר בקרנות המוסד לביטוח הלאומי לשעבר על הערותיהן והארותיהן אשר תרמו לשיפורו של דוח המחקר.

תודה לשלומית שדמון-אזרד מ-CaregiversIsrael, על תובנותיה מאירות העיניים.

תודה לאיתי מנהיים על חלקו בהצעת המחקר ובכתיבת השאלון ועל ותרומתו למחקר בשלביו הראשונים.

תודה לכל הפונים למוקד שהסכימו להתראיין על חוייתם כשפנינו אליהם בבקשה זו, ושיתפו אותנו בהתמודדותם עם מחלת הדמנציה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. סקירה בין-לאומית
2	2.1 השפעתה של דמנציה
2	2.2 שירות תמיכה טלפונית
3	2.3 הפעלת מוקד תמיכה טלפונית בישראל
5	3. מטרת המחקר
6	4. שיטת המחקר
6	4.1 רכיב כמותי
8	4.2 רכיב איכותני
9	4.3 אתיקה
10	5. ממצאים
10	5.1 היערכות המרכז להפעלת המוקד: כוח אדם ותשתיות
11	5.2 פרסום המוקד
13	5.3 פעילות המוקד ואוכלוסיית היעד
34	5.4 ביקורי בית
38	5.5 האנשים שהתקשרו למוקד בעבור עצמם
42	6. מגבלות המחקר ומחקר המשך
43	7. סיכום, תובנות והמלצות
43	7.1 פרסום המוקד לקהלי יעד נוספים
43	7.2 תפוקות
43	7.3 פניות בני המשפחה
45	7.4 ביקורי בית
46	7.5 פניות עצמיות
46	7.6 מגפת הקורונה
46	7.7 עבודת המוקד בתוך מגוון השירותים לבני משפחה מטפלים
48	עוד פרסומים של המכון בנושא
49	רשימת מקורות
51	נספח א'

רשימת לוחות

- 8 לוח 1: ראיונות טלפוניים עם הפונים למוקד
- 17 לוח 2: מאפייני המתקשרים למוקד עבור בן משפחה, על פי הראיונות הטלפוניים
- 20 לוח 3: מאפייני האנשים שעבורם מתקשרים למוקד, על פי הראיונות הטלפוניים
- 21 לוח 4: מאפייני התנהגות של האנשים שעבורם מתקשרים למוקד ועד כמה הם מכריעים לבני המשפחה שפנו, על פי הראיונות הטלפוניים בשנה הראשונה
- 21 לוח 5: התפלגות מספר הפרעות ההתנהגות אצל האדם שעבורו פנו למוקד והתפלגות מספר ההתנהגויות שמפריעות לפונה במידה רבה או רבה מאוד, על פי הראיונות הטלפוניים
- 22 לוח 6: התפלגות הפונים למוקד בשנה הראשונה לפי תחושת המסוגלות שלהם בטיפול בבן המשפחה, על פי הראיונות הטלפוניים
- 33 לוח 7: ניתוח רב-משתני מסוג גרסיה לוגיסטית לניבוי התרומה לטיפול בקרוב המשפחה ולהתמודדות עם מחלתו, על פי תפיסת לקוחות המוקד
- 33 לוח 8: ניתוח רב-משתני מסוג גרסיה לוגיסטית לניבוי תחושת הלקוחות שככלל, בשיחת הטלפון ניתן מענה לשאלותיהם

רשימת תרשימים

- 12 תרשים 1: מקורות המידע שמהם שמעו האנשים שפנו עבור בן משפחה על המוקד הטלפוני, על פי הראיונות הטלפוניים
- 12 תרשים 2: מקורות המידע שמהם שמעו האנשים שפנו בעבור עצמם על המוקד הטלפוני, על פי הראיונות הטלפוניים
- 14 תרשים 3: פעילות המוקד לפי תפוקות ולפי תקופות, על פי המידע המנהלי
- 15 תרשים 4: התפלגות פניות של לקוחות מזוהים: מספר פניות למוקד, על פי המידע המנהלי
- 16 תרשים 5: התפלגות הפניות לפי יחס קרבה על פי המידע המנהלי
- 16 תרשים 6: יחס קרבה של הפונים למוקד, לפי תקופות, על פי המידע המנהלי
- 19 תרשים 7: מאפייני בני המשפחה הפונים למוקד על פי הראיונות הטלפוניים לעומת מאפייני אוכלוסיית בני המשפחה המטפלים באדם עם דמנציה על פי הסקר החברתי של הלמ"ס 2019
- 23 תרשים 8: סיבות הפנייה למוקד, על פי המידע המנהלי
- 24 תרשים 9: סיבות הפנייה למוקד, על פי הראיונות הטלפוניים

- 25 תרשים 10: מענה שניתן במוקד לפי נושאים, על פי המידע המנהלי
- 25 תרשים 11: מענה שניתן במוקד, לפי נושאים ושנות פעילות, על פי המידע המנהלי
- 26 תרשים 12: עזרה שהציעו לפונים במוקד, על פי הראיונות הטלפוניים
- 27 תרשים 13: פנייה למוקד במקום לרופא ולחדר מיון, על פי הראיונות הטלפוניים
- 28 תרשים 14: "באיזו מידה היית שבע/ת רצון מהמוקד?", תשובות על פי הראיונות הטלפוניים
- 29 תרשים 15: "באיזו מידה היית שבע/ת רצון מהמוקד?", תשובות לפי תקופות ועל פי הראיונות הטלפוניים
- 29 תרשים 16: "באיזו מידה היית שבע/ת רצון מהמוקד?", תשובות לפי יחס קרבה ועל פי הראיונות הטלפוניים
- 30 תרשים 17: "מה הייתה התרומה של השיחה עם המוקד?", לפי תשובות בני המשפחה בראיונות הטלפוניים
- 31 תרשים 18: תרומת השיחה עם המוקד במידה רבה או רבה מאוד, לפי תקופות ועל פי תשובות בני המשפחה בראיונות הטלפוניים
- 32 תרשים 19: "מה הייתה התרומה של השיחה עם המוקד?", לפי יחס קרבה ועל פי תשובות בראיונות הטלפוניים
- 34 תרשים 20: מהי הסיבה לביקור הבית לדעת הלקוחות, על פי הראיונות הטלפוניים
- 35 תרשים 21: לדעת הפונים, מה קיבלו בביקור הבית שלא יכלו לקבל בשיחת הטלפון? על פי הראיונות הטלפוניים
- 36 תרשים 22: שביעות הרצון של בני המשפחה מביקורי הבית, על פי הראיונות הטלפוניים
- 36 תרשים 23: תרומת ביקורי הבית לבני המשפחה, לתפיסתם, על פי הראיונות הטלפוניים
- 37 תרשים 24: פעולות שנקטו בני המשפחה בעקבות השיחה עם המוקד ו/או בעקבות ביקור הבית, על פי הראיונות הטלפוניים
- 38 תרשים 25: נכונות הלקוחות לפנות שוב למוקד ולהמליץ עליו לאדם אחר, על פי הראיונות הטלפוניים
- 39 תרשים 26: איזה סוג של עזרה הציעו לך במוקד, על פי הראיונות הטלפוניים
- 40 תרשים 27: שביעות הרצון מהמוקד בקרב הפונים בשם עצמם, על פי הראיונות הטלפוניים
- 40 תרשים 28: תרומת השיחה עם המוקד לאנשים שהתקשרו בשם עצמם, לתפיסתם, על פי הראיונות הטלפוניים
- 41 תרשים 29: נכונות הפונים בשם עצמם לפנות שוב למוקד ולהמליץ עליו לאדם אחר, על פי הראיונות הטלפוניים

רשימת תרשימים בנספחים

- 51 תרשים א-1: סיבות פנייה למוקד לפי נושאים ותקופות
- 51 תרשים א-2: תרומה נתפסת של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה הראשונה להפעלת המוקד
- 52 תרשים א-3: שביעות הרצון של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה הראשונה להפעלת המוקד
- 52 תרשים א-4: תרומה נתפסת של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה השנייה להפעלת המוקד
- 53 תרשים א-5: שביעות הרצון של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה השנייה להפעלת המוקד

1. מבוא

למטפלים בלתי פורמליים (בני משפחה מטפלים) תפקיד מכריע בטיפול באנשים עם דמנציה בשל התלות הגבוהה של החולים במטפלים ובשל ריבוי התחלואה הנלווה למחלה זו. הזדקנות האוכלוסייה ופיתוח המדיניות של הזדקנות בקהילה (aging in place) הגדילו את העומס המוטל על המטפלים הבלתי פורמליים, והטילו דרישות רבות על בני המשפחה, שמנסים להתמודד עם הצרכים המשתנים הכרוכים בטיפול בבית באדם החולה במחלה פרוגרסיבית כדמנציה. מטלות אלו תורמות לרמות הולכות וגדלות של עומס פיזי, פסיכו-סוציאלי וכלכלי (Schulz & Martire, 2004).

שירות תמיכה טלפונית הוא אחת הדרכים לסייע למטפלים בלתי פורמליים. השירות יכול לעזור לבני משפחה מטפלים, אך גם לאנשים עם דמנציה או עם חשש לדמנציה שזקוקים לטיפול בעצמם. הקשר הטלפוני מאפשר לספק לקהל היעד מידע, הכשרה ותמיכה פסיכו-סוציאלית, אסטרטגיות התמודדות, אימון בפתרון בעיות ומענה רפואי ממוחשב. כמו כן אפשר להקים בסיועו קבוצות תמיכה טלפונית.

באפריל 2015 יצאה 'הקרן לקידום תוכניות סיעוד' (להלן: קרן הסיעוד) של המוסד לביטוח לאומי בקול קורא להקמה ולהפעלה של מוקד טלפוני לזקנים עם דמנציה ולבני משפחותיהם. להפעלת המוקד בחר המוסד לביטוח לאומי במרכז הרפואי הישראלי לאלצהיימר שברמת גן (להלן: המרכז), המציע פתרונות אשפוז לזקנים תשושי נפש ברמות שונות של תפקוד פיזי ונפשי. פרט לשירותי הטיפול, ניתנים במרכז שירותי אבחון וייעוץ וכן תמיכה והכוונה לזקנים המאושפזים בו, לבני משפחותיהם ולזקנים שחיים בקהילה. המקום מהווה מרכז למידה לכל נושא האלצהיימר בארץ ולהכשרה אקדמית למקצועות פרה-רפואיים (תרפיה במוזיקה, סיעוד ועבודה סוציאלית).

מטרת המוקד הטלפוני לסייע לבני המשפחה ולחולים במצבי חירום ובשאלות שעולות במהלך ההתמודדות עם המחלה, כדי לאפשר את המשך שהות החולה בביתו ובקהילתו ולהימנע מכנייה לחדרי מיון ולאשפוז שלא לצורך. המוקד הטלפוני נועד לתת מענה לכלל המקרים הנמצאים על הטווח שבין רפואת חירום דחופה ובין טיפול שבשגרה, אך הוא לא נועד להחליף את המערכת הרפואית (רופא משפחה, בית חולים וכד'). המוקד הטלפוני מופעל 24 שעות ביממה בכל ימות השבוע ונותן מענה מקצועי ורפואי לכל פונה, בפריסה ארצית. במקרים מיוחדים (בהגבלה לאזור גוש דן), השירות מלווה באפשרות לביקורי בית של אנשי ונשות מקצוע מוסמכים מתחומי העבודה הסוציאלית, הסיעוד והרפואה. המוקד החל לפעול בתחילת מאי 2018, בתמיכת קרן הסיעוד. במארכ 2020, עם התפרצות מגפת הקורונה בישראל, החל המוקד להציע ביקורי בית וירטואליים בכל הארץ, ללא הגבלה גאוגרפית. שירותי המוקד וביקורי הבית ניתנים בלא תשלום.

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל זכה במכרז של המוסד לביטוח לאומי לעריכת מחקר הערכה מעצבת לשירותי המוקד הטלפוני. מטרת המחקר היא להעריך את יכולתו של המוקד להגיע לקהל היעד הרלוונטי וכן את תרומתו לקהל זה, בשאיפה לסייע בחיזוק המענים והפתרונות ולבססם לכדי תמיכה מיטבית בחולי דמנציה בישראל. בחלוף שנה וחצי של פעילות הוצגו ממצאי מחקר ההערכה לוועדת ההיגוי של המחקר. דוח הערכה זה כולל נתונים ממצאים אלו ומחצי שנה נוספת של פעולת המוקד וסוקר את פעילותו בשנתיים שבין מאי 2018 למאי 2020.

2. סקירה בין-לאומית

2.1 השפעתה של דמנציה

דמנציה נחשבת לאחד מן המצבים המעיקים והקשים ביותר לפרט ולבני משפחתו (ברודסקי ואח', 2013). על פי עיבוד מיוחד לנתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך בשנת 2019 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [הלמ"ס], 2020), 21.3% מן האוכלוסייה הבוגרת של מדינת ישראל מטפלת בקרוב משפחה הסובל ממחלה או ממוגבלות. מהם, 175,000 (3%) מטפלים באדם הסובל מקשיים בתפקוד המנטלי/קוגניטיבי, למשל בשל דמנציה או אלצהיימר. נמצא כי בני משפחה המטפלים באדם עם דמנציה צריכים להתמודד עם יותר דרישות טיפול מאשר בני משפחה שמטפלים באנשים עם מחלות כרוניות אחרות (Health Quality Ontario, 2008). עיבוד של נתוני מחקר על קבוצות תמיכה לבני משפחה מטפלים (ברג-ורמן ואח', 2015) מצא כי בני משפחה שטיפלו בזקן עם דמנציה דיווחו על עומס טיפול כבד בשיעור גבוה באופן מובהק (71%) משיעור המדווחים כך בקרב בני המשפחה שטיפלו בזקן ללא דמנציה (57%). שיעור גבוה יותר של בני משפחה שמטפלים בזקן עם דמנציה לעומת המטפלים בזקן בלי דמנציה דיווחו על תחושת לחץ מתמיד (50% לעומת 38%), קושי לישון בגלל דאגות (46% לעומת 32%) ותחושת דיכאון (21% לעומת 13%). בניית רב-משתני מסוג רגרסיה ליניארית עולה כי גם אם מפקחים על משתנים אחרים יש מתאם גבוה מאוד בין מצבו הקוגניטיבי של המטופל ובין עומס הטיפול שבני המשפחה המטפלים בו חווים (ברג-ורמן ואח', הרצאה בכנס הגרונטולוגי הדו-שנתי, 2.2.2016).

עומס הטיפול הגובר מוביל למגוון בעיות בריאות כרוניות בקרב בני משפחה רבים המטפלים באדם עם דמנציה. חלק ניכר מן העומס הזה נובע מן הצורך להתמודד עם BPSD (Symptoms of Dementia Behavioral and Psychological) – סימפטומים התנהגותיים ופסיכולוגיים של דמנציה. התמודדות זו זוהתה כמנבא להכנסתו למוסד של האדם עם דמנציה, גם בשלב שבו הוא יכול להמשיך לחיות בקהילה (Cerejeira et al., 2012). כדי שאנשים עם דמנציה יוכלו להמשיך לחיות בקהילה, יש לספק לבני המשפחה המטפלים שירותי תמיכה רשמיים ובלתי רשמיים במטרה להפחית מן המתח הכרוך בטיפול, בין השאר באמצעות שירותי הפוגה והתערבויות פסיכו-חברתיות.

2.2 שירות תמיכה טלפונית

כאמור, תמיכה טלפונית היא אחת הדרכים לספק מידע, הכשרה ותמיכה פסיכו-סוציאלית עבור מטפלים בלתי פורמליים. רוב המחקרים שבחנו את שירות התמיכה הטלפונית התפרסמו בשנות ה-90 של המאה העשרים (Coyne, 1991; Coyne et al., 1995; Harvey et al., 1998). היתרונות של תמיכה טלפונית על פני סוגים אחרים של תמיכה (כגון קבוצות תמיכה פרונטליות) כוללים מתן השירות בזמנים נוחים, בפרטיות ובהתאמה לצרכים של המטפל באדם עם הדמנציה (Salfi, 2004; Health Quality Ontario, 2008;). עוד יתרון של התמיכה הטלפונית הוא הכדאיות הכלכלית של השירות הזה מבחינת יחס העלות-תועלת לעומת שירותים אחרים (Garzón-Maldonado et al., 2017).

בני משפחה מטפלים שקיבלו שירותי תמיכה טלפוניים היו מרוצים מהם, דיווחו ששירותים אלו מילאו את הצרכים שלהם, ולעיתים אף העדיפו אותם על פני קבוצות תמיכה הנפגשות פנים אל פנים. נוסף על כך, מן המחקרים עולה כי קשר טלפוני בין שירות תמיכה ובין מטפל בלתי פורמלי מגביר את השימוש של המטפל בשירותי קהילה ואת תחושתו שיש לו תמיכה חברתית. אשר לעומס הטיפול, הממצאים היו חלוקים – היו שמצאו כי אין קשר בין שירות תמיכה טלפוני ובין הפחתת עומס הטיפול, והיו שמצאו כי קשר זה קיים (Salfi, 2004). מחקרים אחרים מצאו כי בעקבות פעילות המוקד הטלפוני ירדה תדירות הפניות של בני משפחה מטפלים לבתי חולים והשתפרו תחושת החוללות העצמית ואיכות החיים שלהם. כמו כן נמצא כי התערבות טלפונית מאפשרת גמישות לבן המשפחה המטפל, שפעמים רבות, עקב הטיפול באדם עם דמנציה, מתקשה להתפנות להשתתפות בפעילות שמחייבת יציאה מן הבית, אף אם נועדה לתמוך בו. לבסוף, חששם של מטופלים רבים מן הסטיגמה הנלווית לדמנציה עדיין עלול במידה רבה להוות חסם גם בפני השתתפות מטפליהם בפעילות מחוץ לבית (Batsch & Mittelman, 2012); ולעומתה, התערבות טלפונית יכולה להציע פעילות שהן המטופל הן המטפל ירגיש בה בנוח. לנוכח יתרונות אלו זכו שירותי התמיכה הטלפוניים לתשומת ליבם של חוקרים ושל משתמשים במדינות המערב (Kwok et al., 2013; Tremont et al., 2017).

עמותות וארגונים רבים בעולם העוסקים בתחום הדמנציה (כגון [Alzheimer's Society](#); [Alzheimer's Association](#)), מציעים כיום באתר האינטרנט שלהם שירות של 'קו חם' – קרי תמיכה טלפונית חד-פעמית, בשעות פעילות מסוימות או בכל עת. השירות ניתן אחד-על-אחד, ביוזמת הפונה שיכול להיות בן משפחה מטפל או אדם הסובל מדמנציה. הוא עשוי לכלול מידע ותמיכה, ולהציע סיוע בהבנה טובה יותר של אלצהיימר ודמנציה, הסבר על תרופות ואפשרויות טיפול נוספות, מיומנויות טיפול ומציאת טיפול טוב של מומחים, סיוע בקבלת החלטות ועוד. בדרך כלל השירות מוצע בכמה שפות, ומפנה לפי צורך – לתוכניות, לשירותים ולתמיכה בקהילה המקומית של הפונה. ארגון כ-Alzheimer's Society מקבל כמאה פניות ביום – שיחות, מכתבים וכניות בדואר האלקטרוני. בהפעלת מוקד טלפוני, היוזמה לשיחה יכולה לבוא מספק השירות (לצורכי מעקב), מן המטפל באדם עם הדמנציה ולעיתים אף מן האדם עצמו בשלבים התחלתיים של המחלה. בדרך כלל השיחה נמשכת בין 15 דקות לשעתיים. השירות יכול להיות חד-פעמי או להינתן במשך כשנתיים (דוגמאות להתערבויות ממושכות: Tremont et al., 2008; Winter & Gitlin, 2007). לרוב, השירות ניתן על ידי מומחים מתחום הבריאות, אבל אפשר לאייש אותו גם במטפלים מתחום הרווחה כמו עובדים סוציאליים ופסיכולוגים (Salfi, 2004).

2.3 הפעלת מוקד תמיכה טלפונית בישראל

בתקופת המחקר, פעלו בישראל כמה מוקדים המספקים שירותי מידע, ייעוץ והכוונה, מיצוי זכויות ותמיכה רגשית, בהם [מרכז המידע של "רעות" \(מרכז רפואי שיקומי\)](#), ומערך הייעוץ והתמיכה של [CareGivers Israel](#), [הארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים](#). מוקדים אלו נותנים שירותי ייעוץ לבני משפחה מטפלים, לא רק לאלה המטפלים בחולי דמנציה. בשניהם הפניות הן טלפונית ואו מקוונות. ב"רעות" חלק מן המענים היו נקודתיים וחלק תהליכיים, והתקבלו כ-800 פניות בחודש. ביולי 2021 הוחלט על סגירתו של המוקד. ב-CareGivers Israel מתקבלות כ-120 פניות בחודש. הפונים מקבלים ליווי של כשלוש שעות בממוצע עד לסגירת הפנייה. חלק מהם מקבלים ליווי רגשי-אישי מתמשך. [מרכז ציפורה פריד](#), המופעל על ידי עמותת "עזר מציון", מתמקד

במתן מענה לחולי דמנציה ובני משפחותיהם ומותאם תרבותית לאוכלוסייה החרדית. השירות מתחיל בשיחת ניהול טיפול של כשעתיים ובהמשך לכך נקבעת תוכנית ההמשך. מתקבלות כ-35 פניות חדשות בחודש.¹ נוסף על כך, משרדי הממשלה מפעילים מוקדי פניות ציבור כלליים, שחלק מן הפניות אליהם מתקבלות מבני משפחה מטפלים (לאו דווקא של חולי דמנציה) – משרד הבריאות מפעיל את '[קול הבריאות](#)' והמשרד לשוויון חברתי מפעיל את '[המוקד לאזרחים ותיקים](#)'.

למוקד הטלפוני, שבמרכז הרפואי הישראלי לאלצהיימר, ארבעה מאפיינים ייחודיים: המוקד מאויש בידי אנשי מקצוע בתשלום (לא מתנדבים), אשר להם רקע והיכרות עם מחלת הדמנציה; הוא פועל 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע; הוא מציע ביקורי בית על פי קריטריונים מוגדרים מראש; והוא נותן מענה לחולים.

¹ המידע נאסף במסגרת מפגשי שולחן עגול בין מגזרי על בני משפחה מטפלים בהובלת משרד ראש הממשלה

3. מטרת המחקר

מטרת המחקר היא ללוות את התוכנית להקמה ולהפעלה של מוקד טלפוני לחולי אלצהיימר ודמנציה ולבני משפחותיהם, ולהעריך באיזו מידה הוא עונה על צורכיהם, כולל במצבי חירום ובמצבים שבהם המשפחה אינה יודעת להתמודד עם תופעות המחלה.

שאלות המחקר:

1. היערכות – כיצד נערך המוקד מבחינה לוגיסטית: תשתיות, ציוד, טכנולוגיה, כוח אדם ושיווק השירות?
2. תפוקות התוכנית – כמה פניות נעשו למוקד, כמה שיחות נענו בפועל, כמה ביקורי בית נערכו ומה הייתה תדירותם?
3. אוכלוסיית הפונים למוקד – מי היא האוכלוסייה הפונה אל המוקד? בין היתר, מה הם המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של האנשים שפנו למוקד הטלפוני, המאפיינים ההתנהגותיים של החולים וקשיי ההתמודדות של המשפחה? בהתבסס על מאפיינים אלו, עד כמה אוכלוסיית הפונים למוקד משקפת את אוכלוסיית היעד של המוקד? מי מיוצג בחסר, ומי ביתר?
4. מודל ההפעלה – מהו מודל ההפעלה של המוקד, למשל שעות הפעילות, הרכב הצוות המקצועי ויכולתו לתת מענה למגוון אוכלוסיות?
5. תכנים – מה היו סיבות הפנייה למוקד ומה המענה שניתן לפניות?
6. שביעות רצון – מהי תפיסת הלקוחות בנוגע להיבטים התפעוליים של המוקד ולמידת המקצועיות של הצוות?
7. תרומת התוכנית – כיצד תופסים הפונים את תרומת המוקד לתחושת השליטה והחוללות העצמית שלהם ולהפחתתם של פניות לחדרי מיון, של אשפוזים מיותרים ואף של מעבר למוסדות?

4. שיטת המחקר

במחקר נעשה שימוש משולב בשיטות כמותיות ואיכותניות.

4.1 רכיב כמותי

תקופת המחקר

המחקר נמשך 25 חודשים, החל ממאי 2018 ועד סוף מאי 2020. במהלך תקופת המחקר נאסף מידע מנהלי על כלל הפונים למוקד וזאת כדי לנתח את מאפייני הפונים ומאפייני הפניות וכן לדגום פונים לצורך סקר. המידע המנהלי על כל הפונים נאסף במוקד בטופסי תיעוד ממוחשבים והועבר לצוות המחקר אחת לחודש לאורך תקופת איסוף הנתונים.

איסוף הנתונים לסקר התבצע בשתי פעימות כדי לבדוק מגמות בהפעלת המוקד לאורך זמן, וכדי ללמוד בנפרד הן על אופן הפעלת המוקד בתקופת ההרצה הן על תפקודו בשנה השנייה להפעלתו. הפעימה הראשונה של איסוף הנתונים נערכה מאוקטובר 2018 עד פברואר 2019, והפעימה השנייה – מינואר 2020 עד מאי 2020 (בתקופה זו נכללת תקופת חירום של פרוץ מגפת הקורונה). בחלוף 25 חודשים הועבר במרכז המידע המנהלי עבור כלל חודשי המחקר (כולל תקופות שבהן לא התבצע איסוף נתונים על ידי צוות המחקר).

אוכלוסיית המחקר

כל הפונים למוקד הטלפוני בתקופת המחקר (מאי 2018 – מאי 2020), כפי שתועדו במידע המנהלי שאסף המוקד. בניתוח הנתונים המנהליים נכללו 6,752 שיחות למוקד וזוהו 2,992 פונים שונים.

מתוך אוכלוסיית הפונים למוקד נבחרו לראיונות טלפוניים (סקר) שלוש תת-אוכלוסיות אשר רואיינו בשתי פעימות:

1. בני/בנות זוג של אנשים עם דמנציה (24%)

2. בנים/בנות של אנשים עם דמנציה (58%)

3. אנשים שהתקשרו עבור עצמם, כלומר אנשים בשלבים משלבים שונים של התדרדרות קוגניטיבית (3%)

בני/בנות הזוג והבנים/בנות נבחרו למחקר משום שפניותיהם מהוות את מרבית הפניות למוקד. האנשים שהתקשרו עבור עצמם נבחרו מכיוון שמתן מענה לחולים הוא אחת מן המטרות הייחודיות של המוקד. אומנם מספרם קטן אך חשוב היה להביא את עמדתם כחלק ממערך המחקר. כפי שיוסבר בהמשך, למעט מקרים חריגים, לא נכללו מכרים וקרובי משפחה אחרים של החולה (12%) או אנשי מקצוע (3%).

בשל הרצון לבחון את ביקורי הבית, שהם שירות ייחודי שמוקד טלפוני זה מספק, ניתן ייצוג גם לקבוצה שקיבלה שירות זה, הכוללת אנשים משלוש תת-האוכלוסיות שלעיל.

כלי המחקר

ראיונות טלפוניים – הראיונות כללו שאלות על הפנייה למוקד, על ההתמודדות עם הדמנציה, על שביעות הרצון, על תרומת המוקד כפי שהמראיינים תופסים אותה ועל מאפיינים סוציו-דמוגרפיים. כמו כן נעשה שימוש בשאלון סולם חוללות עצמית של בן משפחה המטפל באדם עם הדמנציה (Fortinsky et al., 2002) וברשימת הפרעות זיכרון והתנהגות של האדם עם הדמנציה (Skurla et al., 1988). נכללו גם שאלות על מצבי תפקוד (ADL – Activities of Daily Living) ועל יכולת כלכלית לעמוד בהוצאות, כפי שהן מנוסחות בשאלוני הסקר החברתי של הלמ"ס (למ"ס, 2020).

הראיונות התנהלו בשפה העברית. השאלון שעליו בוססו הראיונות נוסה לפני תחילת איסוף הנתונים על חמישה אנשים. בעקבות זאת הוכנסו בו תיקונים קלים. כמו כן השאלון עודכן בדצמבר 2019, לפני חידוש איסוף הנתונים לקראת שנת המחקר השנייה. העדכון נעשה בהתאם לממצאי מחקר הביניים ולפי המיקוד שנעשה בכישות ועדת ההיגוי בנושאים הנדונים. עדכון נוסף נעשה לאחר פרוץ מגפת הקורונה, במארס 2020, כדי להתאים את השאלות לפעילות המוקד במהלך המשבר.

המדגם

המדגם של הראיונות הטלפוניים הוא מדגם אקראי מרשימת הפונים למוקד בשתי תקופות הזמן (דגימת זמן). כדי לוודא שיהיה ייצוג לשלוש תת-האוכלוסיות במחקר (בני/בנות זוג, בני/בנות, החולים עצמם וכן לקבוצת מי שקיבלו ביקורי בית), נעשתה דגימת שכבות בנפרד לכל אחת מתת-האוכלוסיות ולקבוצה המורכבת מתת-קבוצות שלהן. דגימה כזו מאפשרת ללמוד על חוויית השירות שהמוקד מספק מיותר מנקודת מבט אחת בכל אחת מתת-האוכלוסיות של המחקר. יעד הראיונות עמד על 100 לבני/בנות זוג, 100 לבנים/בנות, 40 לחולים, 50 לביקורי בית, כאשר מחציתו בשנה הראשונה ומחציתו בשנה השנייה.

דגימת קרובי המשפחה (בני/בנות זוג ובנים/בנות) לראיונות הטלפוניים נעשתה אחת לחודש. בשל מיעוט ביקורי הבית בשנה הראשונה לאיסוף הנתונים, כל בני המשפחה שקיבלו ביקור בית נדגמו אוטומטית לראיונות וזאת כדי לוודא שיהיה ייצוג לתת-הקבוצה של מי שקיבל ביקור בית. בשל הדגימה האוטומטית הזו ראינו שני בני משפחה, אח ונכד, אף שקרבתם חורגת מן הקרבה שנקבעה לתת-האוכלוסיות. גם בתת-האוכלוסייה של החולים עצמם ניסה צוות המחקר לראיין את כולם בשל מיעוט הפונים למוקד מקבוצה זו. הפנייה אליהם נעשתה אחת לשבוע ולא אחת לחודש, בשל קשיי הזיכרון שלהם.

איסוף הנתונים

ממדגם של 716 פונים למוקד הושלמו 397 ראיונות טלפוניים שבהם השיבו המראיינים לשאלון מובנה: 352 בני משפחה (107 בני זוג, 242 בני/בנות, 3 קרובי משפחה אחרים) ו-45 פונים עבור עצמם (56% היענות). מהם, אצל 91 מראיינים נערך ביקור בית (מהם 11 וירטואליים) (לוח 1). הסיבות לאי-היענות: 5 נפטרו; ב-134 מן המקרים לא היה מענה; 60 סירבו להתראיין או להשלים את הראיון; ו-120 לא ראינו מסיבות אחרות (למשל, לא זכרו כלל התקשרות עם המוקד). הראיונות עם בני המשפחה נערכו עד חודש מן הפנייה למוקד, והראיונות עם הפונים עבור עצמם נערכו עד שבוע מכנייתם למוקד.

לוח 1: ראיונות טלפוניים עם הפונים למוקד (במספרים)

סך הכול	פונים עבור עצמם	בני משפחה		הפונה למוקד
		בנות/בנים [^]	בני זוג	
306	44	172	90	נערכה שיחת טלפון עם המוקד
91	1	73	17	נערכו שיחת טלפון עם המוקד וביקור בית
397	45	245 (70%)	107 (30%)	סך הכול

[^] על מספר הבנים/בנות נוספו 3 בני משפחה מקרבה אחרת.

ניתוח הנתונים

בשל שיטת הדגימה, אוכלוסיית בני/בנות הזוג קיבלה ייצוג-יתר (30% במקום 22% מקרב קרובי המשפחה). כדי לפתור בעיה זו ולייצג נכונה את התפלגות אוכלוסיית קרובי המשפחה שפנו למוקד ניתנו בשלב עיבוד הנתונים מקדמי ניפוח לפי שתי תקופות הדגימה. מרבית הלוחות בפרק הממצאים מציגים השוואות בין יחס קרבה של בני/בנות זוג ובנים/בנות של הורה עם דמנציה, בתקופות פעילות המוקד (שנה ראשונה, שנה שנייה ומגפת הקורונה בשנה השנייה) (על החלוקה לתקופות הפעילות ר' סעיף 5.3.1). בבדיקת ההשוואות הללו נעזר צוות המחקר בניתוח סטטיסטי χ^2 . כוכביות בתחתית לוח מציינות הבדלים מובהקים. כמו כן נעשה ניתוח רב-משתני מסוג גרסיה לוגיסטית. כאשר נמצא הבדל מובהק הוא מצוין בכוכביות בהתאם לרמת המובהקות.

ניתוח הנתונים המנהליים נעשה בתוכנות אקסל ו-SPSS, וניתוח הנתונים מן הראיונות נעשה ב-SPSS.

4.2 רכיב איכותני

כלי המחקר

א. **ראיונות עומק חצי מובנים עם צוות המוקד** – בתקופת ההיערכות להפעלת המוקד ובעת הפעלתו בחודשים הראשונים (יולי 2018 עד ספטמבר 2018) נערכו ראיונות עם כמעט כל אנשי צוות המוקד (n=9) לפי פרוטוקול שנכתב מראש. הראיונות היו טלפוניים וארכו בין חצי שעה לשעה ורבע. התראיינו אחיות, עובדות סוציאליות, הנהלת המוקד ומזכיר המוקד. המרואיינים סיפרו על שלבי ההיערכות וההפעלה מבחינה לוגיסטית, מקצועית ואישית.

ב. **ראיונות עומק עם מפעילי מוקד מקבילים** – ביולי 2019, לקראת הצגת ממצאי שלב א', נערכו שלושה ראיונות עם מפעילי מוקדים אחרים מתחום הסיוע לחולים ולבני משפחתם בארץ, ועם יועצת ארגונית שמתמחה בהפעלת מוקדים טלפוניים. הראיונות נערכו בטלפון, וארכו בין חצי שעה לשעה וחצי.

ג. השתתפות צוות המחקר בפעילות הקשורה למוקד

1. השתתפות בפגישות ועדת ההיגוי – בחודשים ינואר 2018 עד יוני 2020
2. פגישת היכרות וסיוור במרכז הרפואי הישראלי לאלצהיימר – בפברואר 2018
3. סיוור משותף עם צוות המרכז במוקד הטלפוני של שירות הייעוץ לאזרח הוותיק ומשפחתו ברמת גן – במארס 2018

הניתוח נעשה כדי להעריך את שלב ההיערכות להפעלת המוקד וגם כדי להבין את צורכי הפונים ואת המענים שהמוקד מספק מנקודת מבטם של נותני השירות.

4.3 אתיקה

צוות המחקר ביקש את הסכמת הנדגמים להתראיין לאחר שהסביר להם את הרקע למחקר ואת מטרתו. רק אחרי קבלת ההסכמה נערכו הראיונות. כמו כן הוסבר למרואיינים שהשימוש בנתונים ייעשה בעילום שם וכי המרואיינים יכולים לדלג על כל שאלה ואף לסיים את הראיון בכל שלב שיבחרו.

5. ממצאים

5.1 היערכות המרכז להפעלת המוקד: כוח אדם ותשתיות

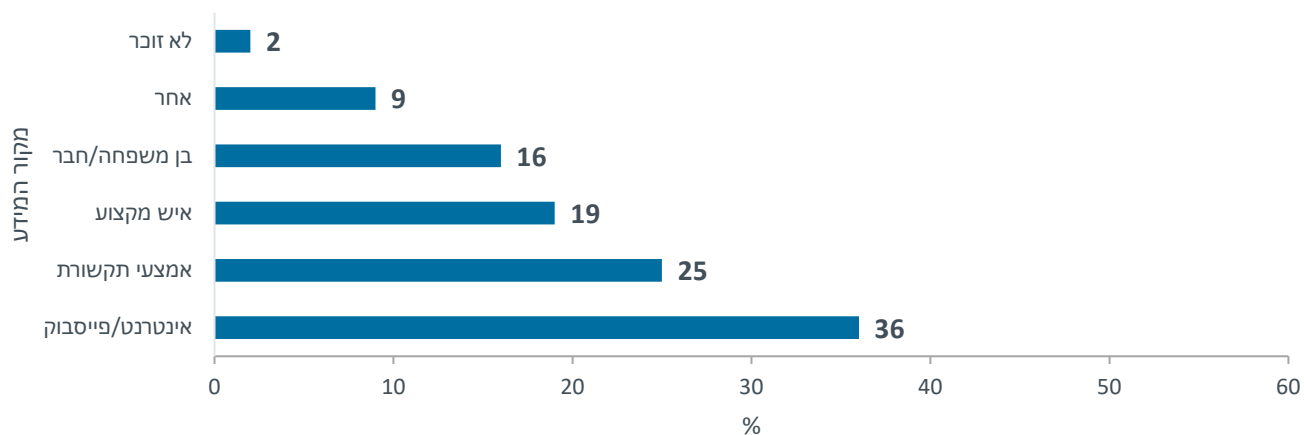
1. קליטה והכשרה של כוח אדם – בתחילת הדרך עבדו במוקד עובדים של המרכז, בעלי ניסיון בטיפול בדמנציה אך בלי ניסיון בהפעלת מוקד טלפוני. עם הזמן נקלטו לעבודה גם עובדים חדשים לצורך תגבור צוות המוקד, אחת מהן עם ניסיון בהפעלת מוקד של קופת חולים, ואחרת – מתנדבת עם ניסיון בעבודה במוקד הטלפוני של המוסד לביטוח הלאומי. יש במרכז דוברי רוסית וערבית שיכולים לתת מענה בשפות אלה בעת הצורך. כמו כן לעיתים מערבים בשיחה אנשי מקצוע, כגון פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת ופסיכיאטר, בהתאם לתכנים (תקשורת בין-אישית, ועדת היגוי למחקר, 6.12.18). נכון למאי 2020 איישו את המוקד עשרה עובדים – 4 אחיות, 4 עובדים סוציאליים ו-2 מזכירים, חמישה מהם עבדו במוקד אך לא במרכז. בספטמבר 2019 נכנסה לתפקידה המנהלת המקצועית של המוקד, אחות בהכשרתה.
2. הקצאה של חדר עבור המוקד – בחדר זה יושבים עובדי המוקד והוא סמוך למשרדים של הנהלת המרכז.
3. מערכת מידע לאיסוף נתונים – תוכנת איסוף הנתונים, 'פרדיגמה', משמשת את המרכז לצורך ניהול הקשר עם הלקוחות. נעשו בה שינויים כדי שתתאים לפעילות המוקד וכדי שתהיה ידידותית למשתמש. המערכת מהווה מאגר נתונים. יש בה אפשרות למתן תזכורות במקרים שצריך להתקשר אל הפונים לשיחה חוזרת, אך נראה שהצוות אינו יודע שאפשרות זו קיימת ואינו משתמש בה (תקשורת בין-אישית, ועדת היגוי למחקר, 27.8.18). עובדי המוקד קיבלו הדרכה על התוכנה בתחילת אוגוסט 2018. הקלדת נתוני השיחות לא נעשית בזמן השיחות. תוכן השיחות מתועד במהלך השיחה על גבי נייר; הוא מוקלד באמצעות התוכנה רק לאחר סיומה, כשיש זמן לכך, לעיתים כמה ימים לאחר השיחה. לדברי צוות המוקד, הסיבה לכך היא רצון להימנע מלעכב את מהלך השיחה. הם הסבירו שלקבלת השיחות עדיפות על פני תיעודן. פועל יוצא של אי-ההקלדה בעת השיחה הוא כפילות בפעולת התיעוד וחשש שהנתונים שיוזנו בסופו של דבר למערכת יהיו באיכות נמוכה מאשר אילו תועדו בעת השיחה.
4. טופס לתיעוד שיחה – בתקופה שקדמה לפתיחת המוקד גובש טופס מובנה של מילוי פרטים אישיים על האדם שבגינו נעשתה הפנייה למוקד, על הסיבות לפנייה ועל המענים שהוצעו לפונה. בשלב שבו התקיימו הראיונות, בתחילת הדרך, סיגלה לעצמה כל אחת מנשות הצוות דפוסי עבודה משלה, ותיעדה את הפרטים בעת השיחה או אחריה, כל אחת לפי סגנונה האישי. הפרטים בטופס שונו פעמים אחדות בעקבות הניסיון בעבודת נשות הצוות עימו, ונוספו שאלות, למשל על קופת החולים של החולה. כמו כן יש בו התייחסות גם לשיחות חוזרות. מראיונות עם צוות המוקד עלה כי טופס תיעוד השיחה יכול להועיל לאיכות השירות, בשל היותו מנחה מצד אחד וגמיש מצד שני. מעורבות נשות הצוות בבניית הטופס הייתה מוגבלת, וייתכן כי יש מקום ליזום משוב מצידן, שיתבסס על רשמיהן מן השטח.

5.2 פרסום המוקד

הנהלת המרכז נעזרה בכמה ערוצי פרסום בו בזמן:

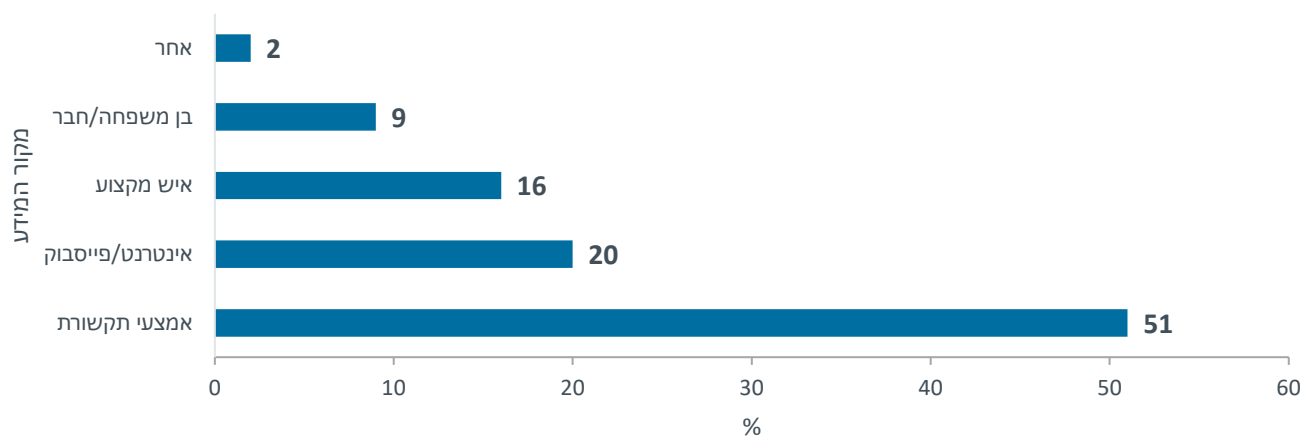
1. **פרסום בתקשורת:** ראיונות בתוכניות טלוויזיה בעברית ובערבית; ראיונות בתוכניות רדיו; פרסום במקומונים; פרסום וכתבה בעיתונות הארצית המודפסת ('ישראל היום', 'מעריב', 'מקור ראשון'); כתבות בעיתונות האלקטרונית ('דבר ראשון', 'זואלה'); מודעה וריאיון ב'דורות' ובמגזין אלצהיימר של עמותת עמדה. פרסום באמצעים אלו נעשה לסירוגין, באופן נקודתי וממוקד. למשל, בפס רץ של מידע בתוכנית בוקר בטלוויזיה בתקופת הקורונה.
 2. **הפצה לאנשי מקצוע:** עוד לפני הפעלת המוקד, צוות המוקד נפגש באופן נקודתי עם ראשי רשויות ומנהלי גופי רווחה רלוונטיים ברשויות הסמוכות לרמת גן (וגם בכמה רחוקות יותר); במשך הפעלת המוקד הוכנו והופצו דפי מידע בקופות חולים, במחלקות לשירותים חברתיים, במרכזי יום, בסניפי חברות סיעוד ובסניפי המוסד לביטוח לאומי (בכל הארץ); והמוקד הוצג בכנסים. כמו כן כדי לחשוף את קופות החולים למרכז הוזמנו נציגיהן לביקור במוקד, ורופא ואחות משירותי בריאות כללית צורפו לשני ביקורי בית של המוקד. הקופות פרסמו את המוקד בקרב אנשי המקצוע, לדוגמה, מכבי שירותי בריאות הוציאה הודעת דוא"ל לכל רופאי המשפחה של הקופה.
 3. **פרסום באתרי מרשתת (אינטרנט) וברשתות החברתיות:** פרסום זה נעשה גם לפני הפעלת המוקד וגם תוך כדי הפעלתו, ובאופן נקודתי. הוא כלל כתבות באתרי אינטרנט, כגון אתרים של עמותות למען הקשיש; פרסום באתר של המרכז הישראלי לאלצהיימר, באתר המוסד לביטוח לאומי ובאתרים של כמה רשויות מקומיות וכן במודעות 'דף נחיתה' של גוגל.
 4. **פרסום במרחב הציבורי:** פרסום לתקופה ממושכת עם סיום תקופת ההרצה על גבי אוטובוסים.
- לדברי ההנהלה, ככלל הפרסום במקומונים לא היה יעיל כמצופה (תקשורת בין-אישית, ועדת ההיגוי למחקר, 29.5.18). לעומת זאת, הפרסום בעיתונות הארצית היה יעיל במיוחד וגרם בכל פעם לעלייה תקופתית במספר הפניות. אלא שזהו פרסום יקר ולכן השימוש בו היה מוגבל (תקשורת בין-אישית, ועדת ההיגוי למחקר, 27.8.18).
- מועדת ההיגוי לתוכנית עלה כי שיווק המוקד ופרסומו לא נעשו בשיטתיות ולאחר תכנון. רק לאחר הערות הצוות המלווה והקצאת תקציב ייעודי לנושא על ידי המרה של תקציב מסעיפים שהיו בהם יתרות, הוכנה תוכנית שיווק מסודרת בחודש ספטמבר 2020.
- מן הראיונות עם הפונים למוקד הטלפוני עלה כי בקרב בני המשפחה, האינטרנט, ובעיקר הרשת החברתית 'פייסבוק', הוא ערוץ הפרסום שדרכו הגיע שיעור הפונים הגבוה ביותר (36%) (תרשים 1). רבע מבני המשפחה הפונים שמעו על המוקד דרך אמצעי התקשורת המסורתיים: 15% דרך עיתון, 9% דרך הטלוויזיה וכ-1% דרך הרדיו. 19% מבני המשפחה הפונים הגיעו למוקד דרך איש מקצוע, למשל דרך הפניה של נציגי המוסד לביטוח לאומי, קופות החולים ועמותות כגון עמדה. 16% מן הפונים הגיעו בהמלצת חבר או בן משפחה, והיתר בדרכים אחרות, או שאינם זוכרים באיזו דרך שמעו על המוקד.
- מי שפנו למוקד עבור עצמם שמעו עליו בעיקר באמצעי התקשורת המסורתיים (51%): עיתון (36%), טלוויזיה (11%) ורדיו (4%). ערוץ הפרסום באינטרנט התגלה יעיל גם בקרב קבוצה זו (20%). 16% מן הפונים עבור עצמם שמעו על המוקד דרך איש מקצוע, והיתר בדרכים אחרות או שאינם זוכרים איך (תרשים 2).

תרשים 1: מקורות המידע שמהם שמעו האנשים שפנו עבור בן משפחה על המוקד הטלפוני, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) ^ (n=297)



אפשר היה לתת יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

תרשים 2: מקורות המידע שמהם שמעו האנשים שפנו בעבור עצמם על המוקד הטלפוני, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) ^ (n=297)



אפשר היה לתת יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

5.3 פעילות המוקד ואוכלוסיית היעד

ב-25 חודשי פעילות המוקד שנבחנו (מאי 2018–מאי 2020) התנהלו במוקד 6,752 שיחות. מבין השיחות אפשר היה לזהות 2,992 פונים. כלומר, יתר השיחות היו שיחות אנונימיות, או שיחות חוזרות.

5.3.1 מאפייני השיחות וביקורי הבית

פעילות המוקד נבדקה על פני תקופות הפעלתו. כדי שאפשר יהיה לבחון אם היה שינוי במגמות בין פעילות המוקד בשנה הראשונה ובין הפעילות בשנה השנייה, וכן בין עת השגרה ובין זמן מגפת הקורונה, שהוגדר 'מצב חירום', חולקה פעילות המוקד לשלוש תקופות, ובהן יש התייחסות נפרדת לשיחות ולפונים.

שיחות כוללות את כל השיחות שהתקבלו למוקד, בהן גם שיחות מפונים לא מזוהים שלא השאירו פרטים לתיעוד במערכת וגם שיחות מזוהות. ניתוח השיחות מאפשר להתחקות אחר נפח פעילות המוקד. פונים הם לקוחות שהזדהו והשאירו פרטים שתועדו במערכת (מתוך השיחות המזוהות), ודרכם אפשר להתחקות אחר התערבות המוקד אצל הלקוח לאורך זמן.

להלן חלוקת השיחות לתקופות: (א) השנה הראשונה להפעלת המוקד (מאי 2018 עד אפריל 2019) – בתקופה זו התקבלו 3,069 שיחות בסך הכול, כולל שיחות מזוהות ולא מזוהות (46% מכלל השיחות) וממוצע השיחות החודשי עמד על 262 שיחות לחודש; (ב) השנה השנייה להפעלת המוקד עד תחילת מגפת הקורונה (מאי 2019 עד מארס 2020) – בתקופה זו התקבלו 1,435 שיחות (43%) וממוצע השיחות החודשי עמד על 282; (ג) תקופת הגל הראשון של מגפת הקורונה בשנה השנייה להפעלת המוקד (אמצע מארס 2020 עד מאי 2020) – בתקופה זו התקבלו 754 שיחות (11% מכלל השיחות) וממוצע השיחות החודשי עמד על 503.

אפשר לחלק את המענים שסיפק המוקד במהלך שנות פעילותו לכמה סוגים (**תרשים 3**):

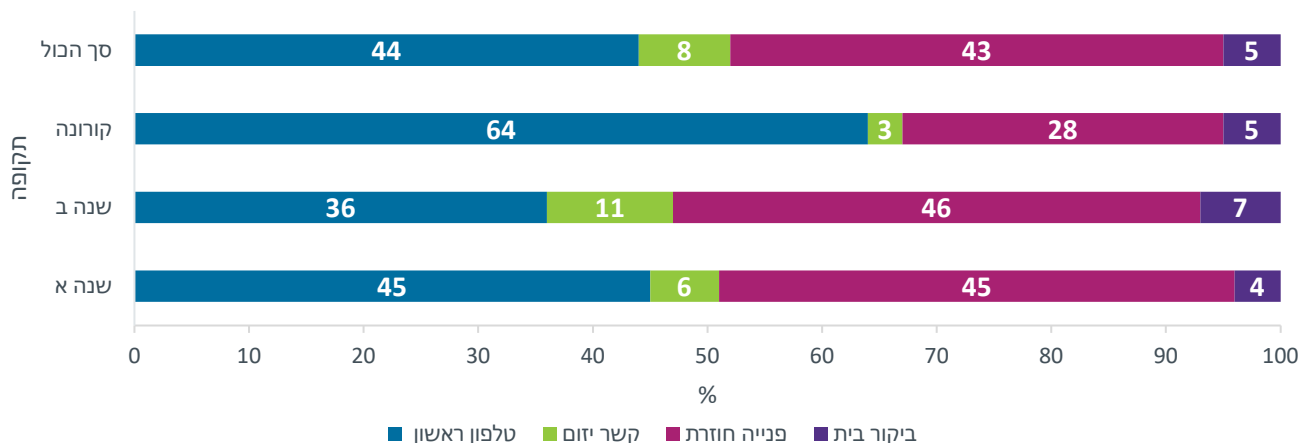
- מענה לפונים שמתקשרים למוקד לראשונה (טלפון ראשון) – 44% מן התפוקות;
- מענה לפונים שמתקשרים למוקד פעם נוספת או פעמים נוספות (פנייה חוזרת) – 43% מן התפוקות;
- יצירת קשר יזום על ידי המוקד לצורכי מעקב (בלשון המוקד 'טלפון שוטף') – 8% מן התפוקות;
- ביקורי בית – 5% מן התפוקות.

מספר הפעמים שבהן נוצר קשר בין המוקד ללקוחות יכול להעיד על כמה דברים. למשל, אם המוקד הוא כתובת עבור הפונים במהלך מחלה מתמשכת, עד כמה המוקד יזום לעומת תגובתו, או כמה התערבויות נדרשות כדי למצות את האפשרויות שהמוקד מציע ללקוחותיו (כפי שיוצג בניתוח מאפייני הפנייה למוקד, בסעיף הבא). למעשה, קשר מתמשך עם הפונים מהווה 51% מכלל הפניות שהתקבלו במוקד (פנייה חוזרת ביוזמת הלקוח או ביוזמת המוקד).

במשך השנים אפשר לראות שינוי בתמהיל המענים שנתן המוקד (**תרשים 3**). בשנה הראשונה שיעור הטלפונים הראשונים והפניות החוזרות של הלקוחות היה זהה (45% כל אחד) ושיעור הקשר היזום (הטלפונים השוטפים) של המוקד עם הלקוחות עמד על 6% בלבד. בשנה השנייה עלה שיעור הקשר היזום (11%) על חשבון שיעור הטלפונים הראשונים (36%). אפשר להסביר את העלייה

בקשר היזום בנוהל מעקב שאימץ המוקד, לפיו מתקשרים בחזרה לפניות מורכבות ובכך מיייתרים את הפנייה הנוספת מצד הפונים. את הירידה בשיעור הטלפונים הראשונים אפשר להסביר בהמשכיות הקשר עם המוקד בחלוף הזמן – עלייה בשיעור השיחות שמהוות קשר מתמשך פרו-אקטיבי על חשבון שיעור הפניות הראשונות. בתקופת מגפת הקורונה ירד מספר הפניות החוזרות. הסיבה לכך היא ככל הנראה טכנית: התקופה היא קצרה יותר ולכן רבים מן הפונים הספיקו לדבר עם המוקד פעם אחת בלבד.

תרשים 3: פעילות המוקד לפי תקופות ולפי תקופות, על פי המידע המנהלי (באחוזים)



בשנה השנייה נשאלו המרואיינים על מידת העניין שלהם במודל שכולל קשר אישי מתמשך בין המוקד לבן המשפחה. מודל זה מציע, בדומה לדגם של מוקדים אחרים, נוסף על השיחה הראשונה עם המוקד, גם ליווי טלפוני של איש מקצוע קבוע מטעם המוקד למשך כמה חודשים. 58% היו מעוניינים בשיחות כזה.

תרשים 3 מראה גם כי שיעור ביקורי הבית עלה בין השנה הראשונה לשנייה (מ-4% ל-7%), ביטוי למדיניות המוקד להציע ביקור בית לכל לקוח שעומד בקריטריונים. התכנון המקורי בעת הפעלת המוקד היה שהצוות יצא לביקור בית אחד ליום. בהתחלה חיכו שהפונה יבקש ביקור בית, אולם לא רבים מן הפונים ביקשו שירות כזה. הסברה היא שהיו שחששו מכניסה של אנשי מקצוע הביתה והיו שלא האמינו כי הביקור אינו כרוך בתשלום. בהמשך התקבלה החלטה שהמוקד יהיה הצד היזום ויציע לפונים ביקורי בית (תקשורת בין-אישית, ועדות היגוי למחקר, 27.8.18, 6.12.18). לבסוף הוחלט כי הקריטריון היחיד לביקור בית יהיה המרחק מן המרכז – כל מי שנמצא בטווח 30 ק"מ מן המרכז יוכל לקבל ביקור בית. יש לציין כי היו לא מעט בקשות לביקורי בית מחוץ לטווח ה-30 ק"מ (תקשורת בין-אישית, ועדת היגוי למחקר, 6.12.18), ו-21 ביקורים חריגים כאלו אכן אושרו בהתאם לחומרת המצב של הפונה.

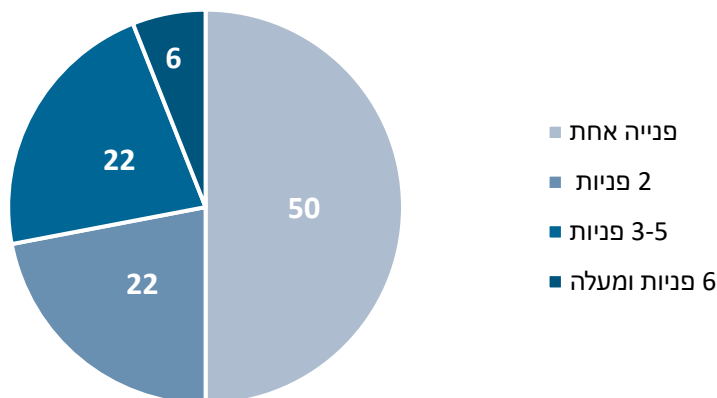
בסך הכול, עד למועד כתיבת הדוח, המוקד ביצע 398 ביקורי בית. עד להתפרצות מגפת הקורונה, בתחילת חודש מארס 2020, יצא צוות המוקד ל-275 ביקורים, מהם 21 ביקורים שהיו מחוץ לרדיוס ו-50 ביקורים שתואמו אך לא התממשו. ב-12 במארס 2020,

עם פרסום ההגבלות שהוטלו על האוכלוסייה להתמודדות עם המגפה, החל המוקד להציע ביקורי בית וירטואליים באמצעות 'זום', שירות שלא היה תלוי בקריטריון המרחק ולראשונה הוצע לכל הפונים למוקד. עד סוף מאי 2020 נערכו 52 ביקורי בית וירטואליים.

5.3.2 מאפייני הפנייה למוקד הטלפוני

לפי הנתונים המנהליים, מחצית מן הפונים פנו פעם אחת בלבד למוקד. 22% דיברו עם המוקד פעמיים, ושיעור זה דיברו עם המוקד בין שלוש לחמש פעמים. היתר, 6%, פנו למוקד שש פעמים (תרשים 4).

תרשים 4: התפלגות פניות של לקוחות מזוהים: מספר פניות למוקד, על פי המידע המנהלי (n=2,976) (באחוזים)



מן הראיונות הטלפוניים עם בני המשפחה עלה כי 25% מן הפונים למוקד שרואיינו פנו אליו יותר מפעם אחת. ההסבר לפער בין שיעור ההתקשרויות החוזרות לפי הנתונים המנהליים (50%) ובין אותו שיעור לפי הראיונות הטלפוניים (25%) נובע מן העובדה שהראיונות נערכו כחודש לאחר ההתקשרות למוקד, ואילו הנתונים המנהליים מייצגים התקשרות חוזרת בכל תקופת המחקר (25 חודשים). עדות לכך נמצאה בתת-הפרק על מאפייני השיחות וביקורי הבית (5.3.1): שיעור ההתקשרות החוזרת סמוך לסיום המחקר (תקופת מגפת הקורונה בשנה השנייה לפעילות המוקד) היה נמוך יותר.

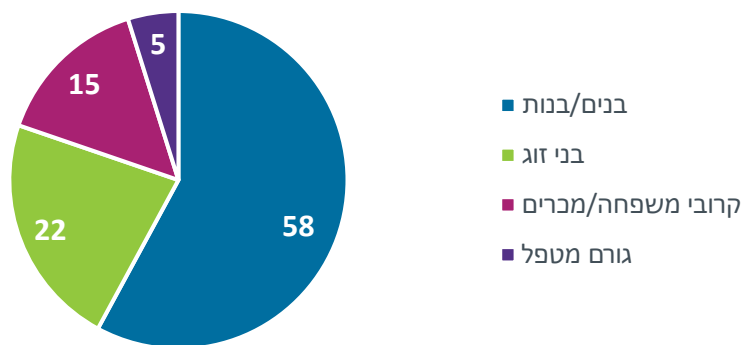
4% מן הפונים התקשרו למוקד במועד שאיננו יום חול ו-7% התקשרו בשעות הערב או הלילה. מן הפונים שרואיינו, שניים ביקשו לדבר בשפה שאינה עברית. אחד מהם ציין כי ניתנה לו האפשרות לעשות זאת.

5.3.3 מאפייניהם של הפונים למוקד ושל האנשים שהם פונים עבורם

כאשר בוחנים את פעילות המוקד לפי לקוחות שפנו אליו (ולא לפי שיחות) עולים ממצאים אחדים:

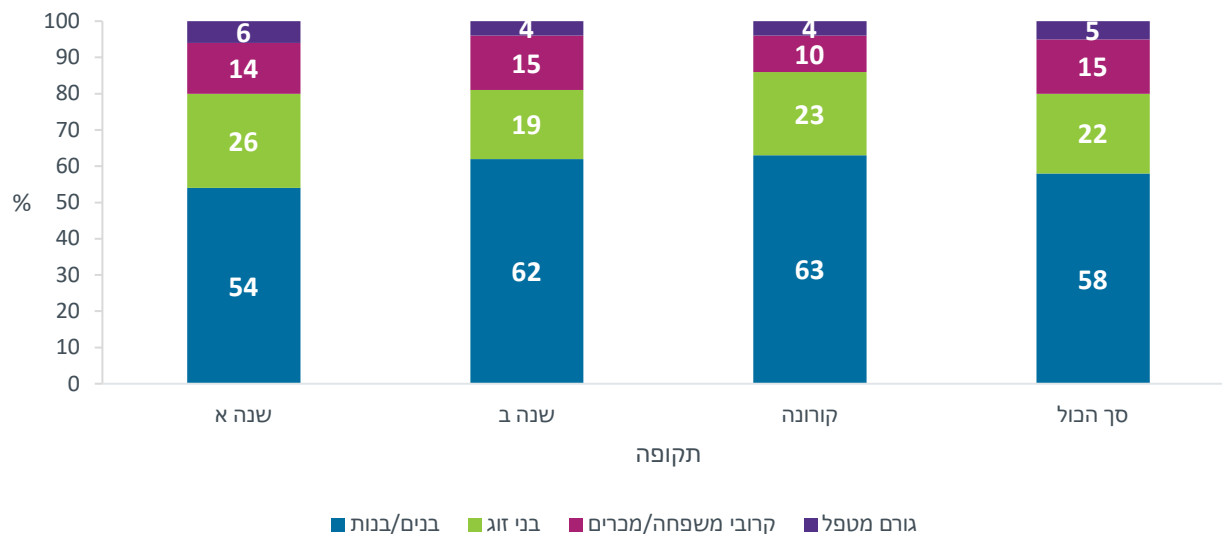
מבין 2,992 הלקוחות המזוהים שהתקשרו למוקד, 115 (4%) התקשרו בשביל עצמם. מבין מי שהתקשרו בשביל אדם אחר, 58% היו בני/בנות של האדם שבעבורו התקשרו. רוב הפניות היו מנשים. 22% מן הפניות הגיעו מבן/בת זוג של האדם שבעבורו התקשרו למוקד (תרשים 5).

תרשים 5: התפלגות הפניות לפי יחס קרבה (n=2,877), על פי המידע המנהלי (באחוזים)



בשנה השנייה להפעלת המוקד היה שיעור הבנות/בנים שפנו למוקד גבוה אף יותר, על חשבון שיעור בני הזוג שפנו (תרשים 6).

תרשים 6: יחס קרבה של הפונים למוקד, לפי תקופות, על פי המידע המנהלי (באחוזים)



מאפייני המתקשרים למוקד עבור בן משפחה

בראיונות הטלפוניים עם קרובי המשפחה נדגמו כאמור רק הבנים/בנות ובני/בנות הזוג (חוץ משלושה מקרים של קרובי משפחה אחרים). ניתוח הנתונים נעשה לפי שקלול מידת הייצוגיות שלהם באוכלוסייה. עולה כי 30% התקשרו עבור בן/בת זוג ו-69% עבור הורה. שני מרואיינים היו קרובי משפחה מדרגות אחרות. הם קיבלו ביקור בית ולכן הם נכללים בבסיס הנתונים (כ-3% מכלל הפונים). 98% הם יהודים; 47% מגדירים את עצמם חילונים; 63% הם בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית; ו-57% מצליחים לעמוד בהוצאות החודשיות של משק הבית שלהם. ל-27% מן הפונים למוקד עבור בן משפחה יש בעיה בריאותית או פיזית שמפריעה לתפקודם היום-יומי. 43% מן הפונים למוקד גרים עם בן המשפחה שבו הם מטפלים (לוח 2).

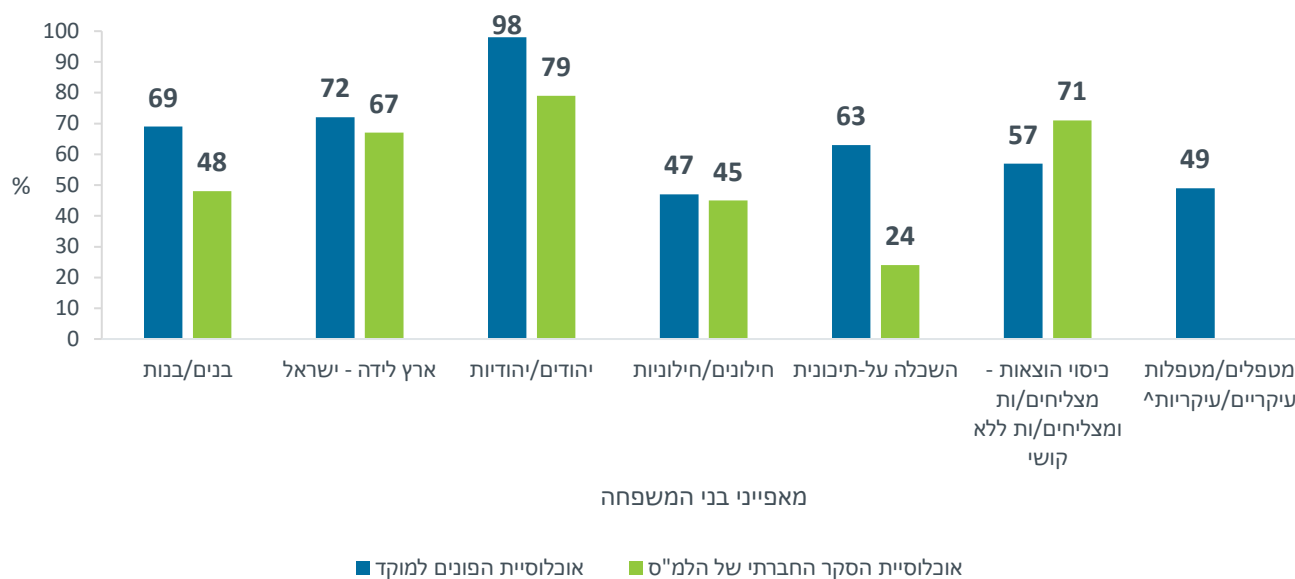
לוח 2: מאפייני המתקשרים למוקד עבור בן משפחה, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=297)

המאפיין	%
יחס קרבה	
בן/בת זוג	30
בן/בת	69
אחר	1
ארץ לידה – ישראל	
הגירה לישראל עד שנת 1990 (מתוך מי שלא נולדו בארץ)	93
דת – יהודים	98
רמת דתיות	
דתי/ת מאוד/חרדי/ית	4
דתי/ת	14
מסורתית/ת	35
חילונית/ת	47
השכלה	
מתחת ל-12 שנות לימוד	10
12 שנות לימוד	25
על-תיכונית (לימודי תעודה, סמינר, ישיבה)	17
אקדמית	46
אחר	2

המאפיין	%
מידת ההצלחה בכיסוי ההוצאות החודשיות של משק הבית	
מצליח/ה ללא כל קושי	11
מצליח/ה	46
לא כל כך מצליח/ה	24
בכלל לא מצליח/ה	9
לא ידוע / מסרב/ת להשיב	10
בעיה בריאותית או פיזית שמפריעה בפעולות היום-יום (6 חודשים או יותר)	
יש בעיה בריאותית שמפריעה מאוד	14
יש בעיה בריאותית שמפריעה	13
יש בעיה בריאותית שלא כל כך מפריעה	5
יש בעיה בריאותית שבכלל לא מפריעה / אין בעיה בריאותית	68
גרים עם בן המשפחה שבעבורו התקשרו	
רמת הטיפול בבן המשפחה	
מתפל/ת עיקרית	49
מתחלק/ת עם אדם נוסף בטיפול	35
עוזר/ת למטפל/ת העיקרית	16

בסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2019 (הלמ"ס, 2020) נסקרה בין השאר אוכלוסיית בני המשפחה המטפלים באדם עם דמנציה, שהיא אוכלוסיית יעד מרכזית של המוקד. סקר זה אפשר לנו להשוות בין אוכלוסיית היעד שלו ובין אוכלוסיית בני המשפחה שפנו למוקד (תרשים 7). ההשוואה מראה כי למוקד פנו יותר בני/בנות של האדם עם הדמנציה מאשר ייצוגם באוכלוסיית הסקר החברתי של הלמ"ס וכן יהודים וילידי הארץ רבים יותר מייצוגם באוכלוסיית הסקר החברתי. יהודים חילוניים פנו למוקד בשיעור הדומה לשיעורם באוכלוסיית הסקר החברתי. יצוין כי עולים מברית המועצות לשעבר היוו 16% מאוכלוסיית היעד, על פי הסקר החברתי, אולם באוכלוסיית הפונים למוקד בפועל – 3% בלבד. כמו כן בני המשפחה שפנו למוקד משכילים יותר מאוכלוסיית הסקר החברתי אך למרות ייצוג יתר של בעלי השכלה גבוהה, שיעור נמוך יותר מן הפונים דיווחו שהם מצליחים לכסות את הוצאותיהם החודשיות מאשר השיעור באוכלוסיית הסקר החברתי.

תרשים 7: מאפייני בני המשפחה הפונים למוקד על פי הראיונות הטלפוניים לעומת מאפייני אוכלוסיית בני המשפחה המטפלים באדם עם דמנציה על פי הסקר החברתי של הלמ"ס (באחוזים) (N=297)



בסקר החברתי של הלמ"ס לא היה זיהוי של מטפלים/ מטפלות עיקריים/עיקריות

מאפייני האדם שעבורו התקשרו בני המשפחה למוקד

להלן מאפייני האדם שעבורו התקשרו בני המשפחה למוקד: גיל ממוצע 80.16 (ס"ת 8.4); טווח גילים 55–99; 69% נשואים; 47% גרים עם מטפל/ת 24 שעות ביממה (עם או בלי בני משפחה). 10% גרים במוסד או בבית אבות וסיבות הפנייה בנינם לא היו שונות מן הסיבות של הפונים המטפלים בזקנים בקהילה. מבחינת מצבו התפקודי והבריאותי של האדם שעבורו התקשרו למוקד, 55% לא יכולים בכלל ללכת או לעלות מדרגות בכוחות עצמם; 65% אינם יכולים להתלבש או להתרחץ בכוחות עצמם; 45% אינם יכולים לאכול בכוחות עצמם; 89% אינם יכולים לבצע בכוחות עצמם פעולות הקשורות במשק הבית. ל-7% 94% מן הפונים למוקד נאמר בעבר על ידי רופא כי האדם שבשבילו התקשרו למוקד סובל מדמנציה. ל-55% מן האנשים שבעבורם פנו למוקד יש מחלות כרוניות נוספות, ו-31% מן האנשים שבעבורם נעשתה פנייה היו מאושפזים לפחות יממה בחצי השנה שלפני הפנייה למוקד (לוח 3). מנתונים אלו אפשר לראות כי מצבם התפקודי של רוב הזקנים שבעבורם מתקשרים למוקד ירוד, מצב זה עולה בקנה אחד עם העומס הגבוה שבני המשפחה המטפלים דיווחו עליו.

לוח 3: מאפייני האנשים שעבורם מתקשרים למוקד, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=299)

המאפיין	%
מגדר – נשים	49
מצב משפחתי	
נשוי/אה / גרה עם בן/בת זוג	69
רווקה	1
גר/שה / פרוד/ה	2
אלמנה	28
עם מי גרה	
לבד	1
גרה עם בן/בת זוג ו/או עם בני משפחה אחרים בלי מטפלת	38
גרה עם בן/בת זוג ו/או עם בני משפחה אחרים עם מטפלת	31
גרה רק עם מטפלת	16
גרה בבית אבות	10
אחר	4
יכולת ללכת או לעלות מדרגות	
יכולה ללא קושי	20
יכולה אך מתקשה	25
לא יכולה בכלל	55
יכולת להתלבש או להתרחץ	
יכולה ללא קושי	14
יכולה אך מתקשה	21
לא יכולה בכלל	65
יכולת לאכול לבד	
יכולה ללא קושי	32
יכולה אך מתקשה	23
לא יכולה בכלל	45
יכולת לבצע פעולות הקשורות במשק הבית	
יכולה ללא קושי	4
יכולה אך מתקשה	7
לא יכולה בכלל	89
נאמר לבן המשפחה כי האדם/האישה סובלת/מדמנציה – כן	
	94
מחלות כרוניות נוספות – כן	
	55
אשכוז בבית חולים בחצי השנה האחרונה ליממה לכחות – כן	
	31

בשנה הראשונה נשאלו הפונים באיזו תדירות מופיעות אצל בן המשפחה שלהם הפרעות התנהגות המזוהות עם דמנציה ובאיזו מידה התנהגויות אלו מפריעות להם. בלוח 4 ניתן לראות כי ההפרעות הרווחות ביותר הן קושי לזכור אירועים מן העבר הקרוב (64%), חזרה על אותה שאלה שוב ושוב (54%) והתנהגויות המבטאות עצב או דיכאון (כגון בכי) (48%). כל אחת מן ההתנהגויות שמופיעות ברשימה הפריעו ל-67% או יותר מן הפונים למוקד. בסך הכול, 35% מן הפונים למוקד דיווחו כי לבן המשפחה שלהם יש חמש הפרעות התנהגות או יותר, ו-45% מן הפונים דיווחו כי התנהגויות אלה מפריעות להם (לוח 5).

לוח 4: מאפייני התנהגות של האנשים שעבורם מתקשרים למוקד ועד כמה הם מפריעים לבני המשפחה שפנו, על פי הראיונות הטלפוניים בשנה הראשונה (באחוזים) (n=115)

דפוס התנהגות	תדירות ההתנהגות – כמעט כל יום או כל יום ויותר (%)	עד כמה מפריע – במידה רבה או רבה מאוד (%)
שואלת את אותה שאלה שוב ושוב	54	67
מתקשה לזכור אירועים אחרונים (כגון איזה יום היום, כתבה מהעיתון או בטלוויזיה)	64	74
מאבדת דברים או מניחה אותם במקום הלא נכון	41	81
עושה דברים שגורמים לך למבוכה (כגון התערטלות בפומבי או שימוש בשפה לא יפה)	34	82
מעירה אותך או בני משפחה אחרים בלילה	33	72
מתנהגת באופן שעלול לסכן את עצמו/ה או אחרים (כגון שוטטות, נהיגה)	22	75
תוקפנית/מילולית כלפי אחרים	22	85
נראה/נראית עצובה או מדוכא/ת (למשל מבטא/ת רגשות של חוסר תקווה, בוכה וכד')	48	88
מדברת על המוות של עצמו/ה או של אחרים (למשל: "אין טעם לחיים" "עדיף שהייתי מת")	16	73
מתווכח/ת, עצבנית ו/או מתלוננת	31	72

לוח 5: התפלגות מספר הפרעות ההתנהגות אצל האדם שעבורו פנו למוקד והתפלגות מספר ההתנהגויות שמפריעות לפונה במידה רבה או רבה מאוד, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=115)

מספר התנהגויות בתדירות של כמעט כל יום או כל יום ויותר (טווח של 0-10):		%
1-0	31	
4-2	34	
+5	35	
מספר התנהגויות שמפריעות במידה רבה או רבה מאוד לפונה למוקד (טווח של 0-10):		%
11-0	31	
4-2	24	
+5	45	

בבחינת עומס הטיפול על בן המשפחה המטפל, 38% מן הפונים למוקד בשתי השנים להפעלתו דיווחו כי העומס כבד מאוד, 39% דיווחו על עומס כבד ו-23% דיווחו על עומס לא כל כך כבד או בכלל לא כבד. לשם השוואה, בסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2019, 32% מבני משפחה המטפלים באדם עם הידרדרות קוגניטיבית דיווחו כי מתן העזרה מכביד עליהם במידה מסוימת או במידה רבה.

הפונים למוקד נשאלו בנוגע לתחושת החוללות העצמית שלהם, קרי מידת הביטחון שיש להם בטיפול בבן המשפחה (בסולם של 1 עד 10). תחושות אי-המסוגלות הנפוצות ביותר נגעו ליכולת להתמודד עם בעיות שיש לבן המשפחה בהווה (71%) וליכולת להתמודד עם התסכולים של טיפול בו (71%) (לוח 6).

לוח 6: התפלגות הפונים למוקד בשנה הראשונה לפי תחושת המסוגלות שלהם בטיפול בבן המשפחה, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=115)

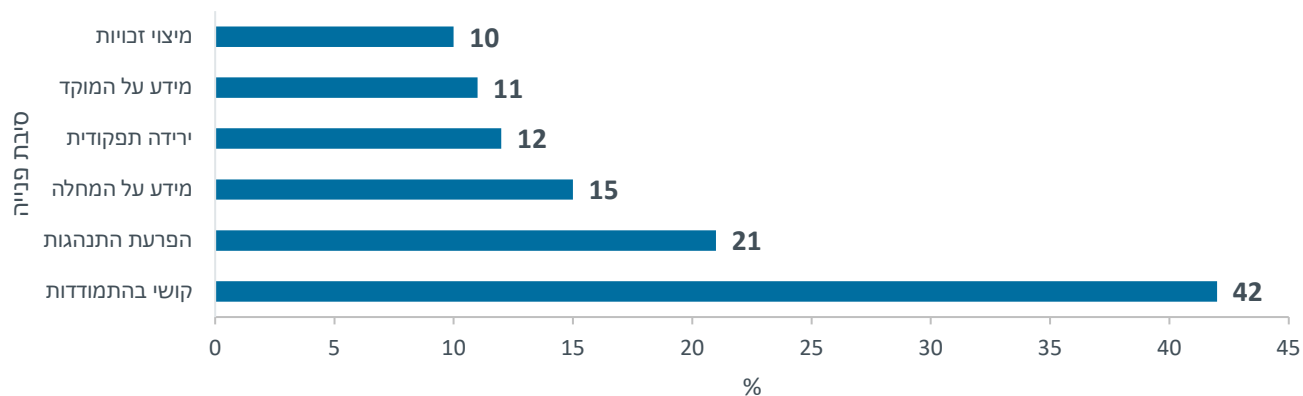
		%
תחושת ביטחון ביכולת להתמודד עם בעיות שיש לבן המשפחה (טווח של 1-10)		
5-1 (1 = בכלל לא בטוח)	71	
10-6 (10 = מאוד בטוח)	29	
תחושת ביטחון ביכולת להתמודד עם בעיות בעתיד (טווח של 1-10)		
5-1 (1 = בכלל לא בטוח)	56	
10-6 (10 = מאוד בטוח)	44	
תחושת ביטחון ביכולת להתמודד עם התסכולים של טיפול בבן המשפחה (טווח של 1-10)		
5-1 (1 = בכלל לא בטוח)	71	
10-6 (10 = מאוד בטוח)	29	
תחושת ביטחון ביכולת לעשות משהו כדי לשמור על עצמאותו של בן המשפחה ככל הניתן (טווח של 1-10)		
5-1 (1 = בכלל לא בטוח)	59	
10-6 (10 = מאוד בטוח)	41	

5.3.4 תוכן הפנייה למוקד

על תוכן הפנייה למוקד אפשר ללמוד משני מקורות מידע: הנתונים המנהליים שתועדו במוקד והראיונות הטלפוניים עם הפונים. שילוב של מקורות המידע נותן שיקוף כולל של תוכן השיחות שהתקבלו במוקד, וחשיבותו באפשרות לבדוק את הסוגיה מנקודות מבט שונות זו מזו – הן של נתני השירות שממלאים את טופסי התיעוד בסוף כל שיחה הן של מקבלי השירות שנשאלו על תוכן השיחה ימים עד שבועות מרגע סיום ההתערבות. כפי שעולה **מתרשים 8**, סיבת הפנייה השכיחה ביותר בכל חודשי הפעלת המוקד **על פי הנתונים המנהליים** שהתקבלו מן המוקד הייתה קושי בהתמודדות עם המחלה (42%). סיבה שכיחה נוספת היא

הפרעת התנהגות של בן המשפחה (21%), אולם בחלוף חודשי ההפעלה נראתה בשנה השנייה ירידה בפניות בנושא זה, לצד ירידה בפניות בנושא מיצוי זכויות. בתקופת הגל הראשון של מגפת הקורונה נצפתה עלייה בפנייה למוקד בגלל הפרעות התנהגות, ירידה תפקודית ובקשת מידע על המוקד (תרשים א1 בנספח א).

תרשים 8: סיבות הפנייה למוקד, על פי המידע המנהלי (n=6,752) (באחוזים) ^



אפשר היה לבחור יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

בחינת הסיבות לפנייה למוקד **שקרובי המשפחה** ציינו בראיונות הטלפוניים נותנת תמונה מפורטת יותר. אפשר לחלק סיבות אלו לשלוש קטגוריות (תרשים 9):

א. צורך במידע על המחלה ותסמיניה (58%) – 22% על הירידה הקוגניטיבית, 21% על סימני המחלה והתפתחותה, 18% על הירידה בתפקוד הנלווית למחלה בשלב מתקדם יותר, 12% על הפרעות התנהגות, 4% על אבחון המחלה או מניעתה.

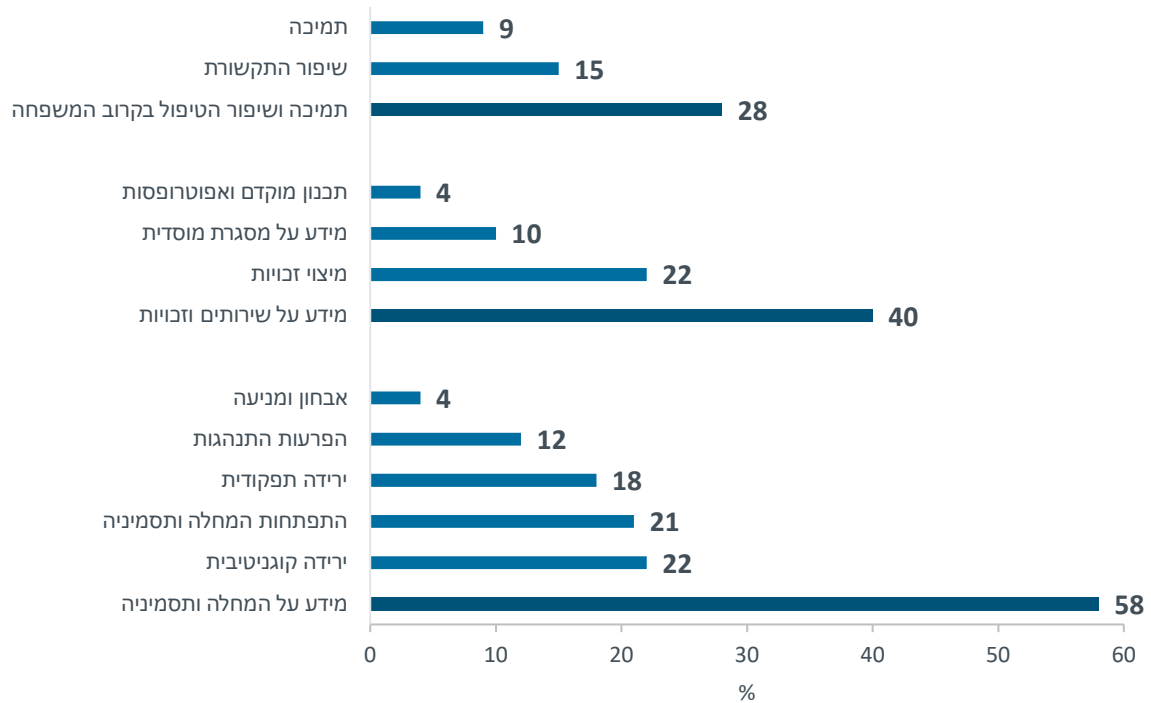
ב. צורך במידע על שירותים וזכויות (40%) – 22% על מיצוי זכויות, 10% על מציאת מסגרת מוסדית, 4% על תפקידם בתור מקבלי החלטות חליפיים בהסתמך על אפוטרופסות, ייפוי כוח או מסמך הנחיות מקדימות.

ג. צורך בתמיכה ושיפור הטיפול בקרוב המשפחה (28%) – 15% ביקשו מידע שיעזור להם להיות מטפלים טובים יותר, למשל על ידי שיפור התקשורת או רכישת מיומנויות טיפול, 9% חיפשו תמיכה בהם בתור מטפלים.

15% לא ידעו להגדיר את סיבת הפנייה שלהם. מן הפונים שידעו לדווח על סיבת הפנייה, 4% דיווחו על פנייה למוקד בשל סיבות משלוש הקטגוריות גם יחד (כלומר, פנו למוקד גם בשל צורך במידע על המחלה, גם בשל צורך במידע על מיצוי זכויות וגם בשל צורך בתמיכה). 17% דיווחו על פנייה בשל שתי קטגוריות ו-78% פנו בשל קטגוריה אחת.

עוד עולה מן הנתונים כי יותר בניס/בנות התקשרו לקבל מידע על התקדמות המחלה מאשר בני/בנות זוג (63% לעומת 49%), ההבדל מובהק ($p = .024$).

תרשים 9: סיבות הפנייה למוקד, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=353)^



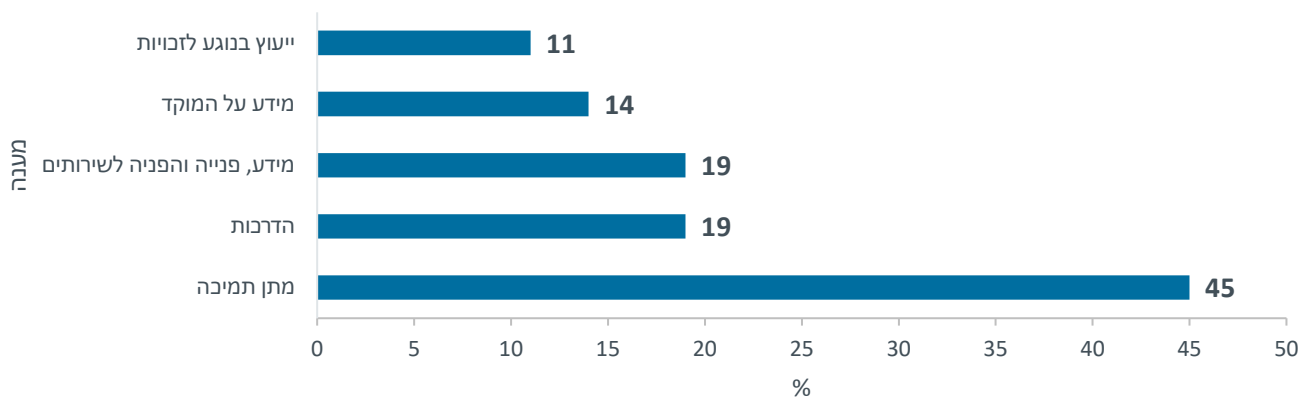
אפשר היה לבחור יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

בסיכומו של דבר, מרבית הפניות למוקד היו בעניין התקדמות המחלה, כלומר, הפונים ניסו לברר מהו מסלולה הצפוי. הנושא הבא בשכיחותו היה שירותים וזכויות. רק כרבע מבני המשפחה יכלו להגדיר בעצמם מהו הצורך שלהם בשיפור מיומנויות הטיפול או מהי התמיכה שלהם זקוקים.

5.3.5 המענה שניתן במוקד

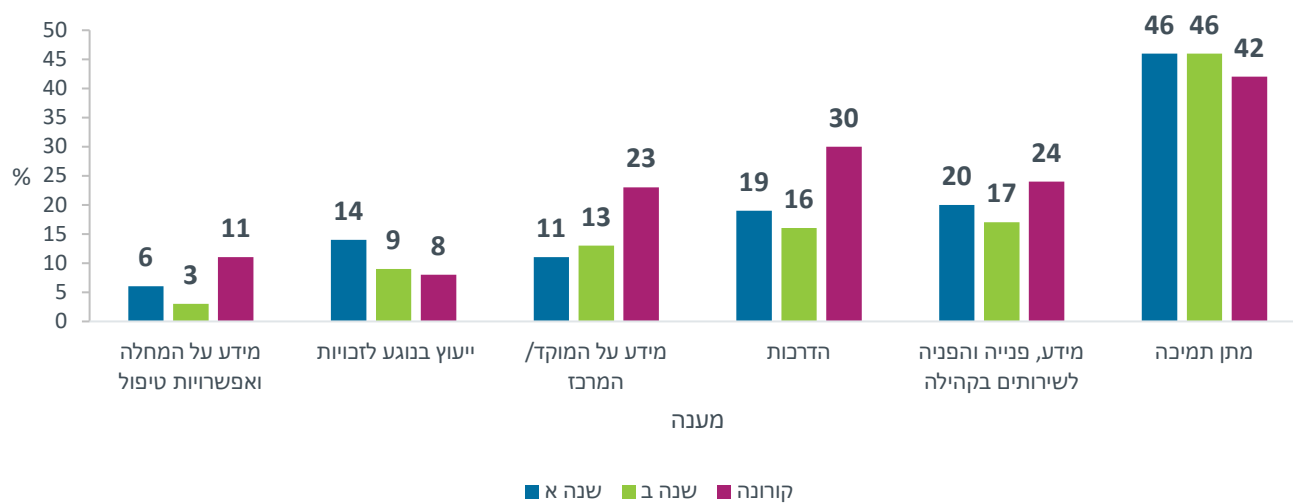
לפי הנתונים המנהליים של המוקד, ניתנה תמיכה בכמעט מחצית מן השיחות (45%) (**תרשים 10**). ברם, יש פער בולט בין נתון זה ובין המידע מן הראיונות הטלפוניים המדווח על קבלת תמיכה כמענה רק ב-18% מן השיחות עם המוקד (**תרשים 12**). חשוב לתת את הדעת לשאלה מהיכן נובע הפער בדיווח המענה והפרשנות השונה. ברבות מן הפניות האחרות סופק נוסף על התמיכה בפונים, גם מידע על שירותים נוספים, משלימים או משיקים לשירותי המוקד, ובהם הפניה לגופים חיצוניים (19%) והדרכות (19%), למשל הדרכה על נטילת תרופות ועל סדר פעולות בטיפול (**תרשים 10**). בשנה השנייה להפעלת המוקד חלה ירידה במתן מענה אינפורמטיבי, אולם מגמה זו התהפכה בתקופת מגפת הקורונה, עם עלייה במתן ההדרכות, במתן מידע על המחלה וכן במתן מידע על המוקד עצמו (**תרשים 11**).

תרשים 10: מענה שניתן במוקד לפי נושאים, על פי המידע המנהלי (באחוזים) (n=6,752)



אפשר היה לבחור יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

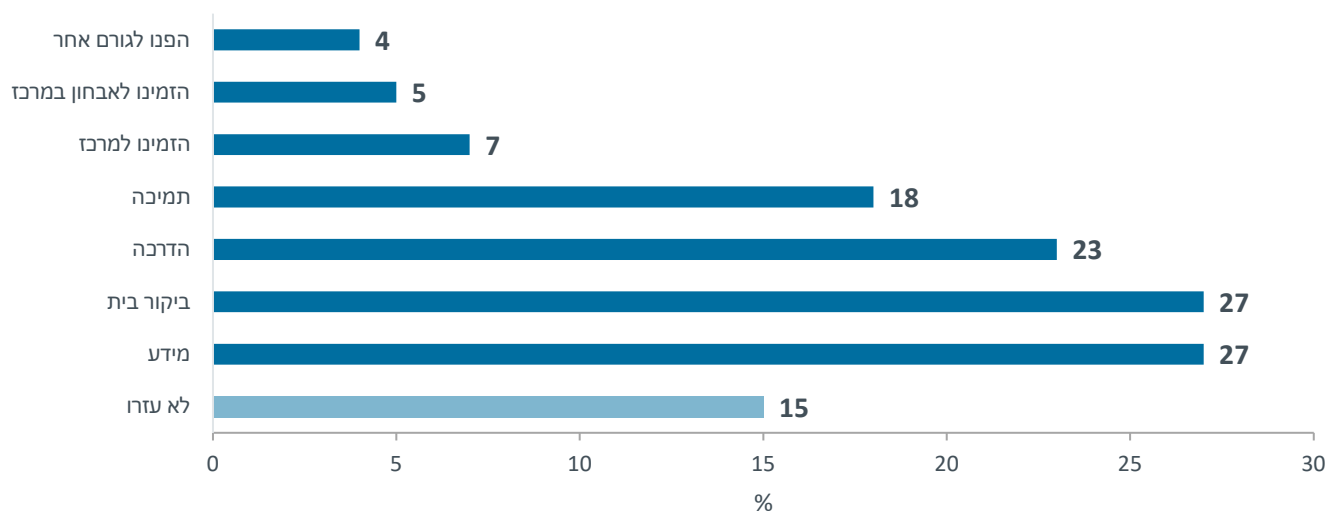
תרשים 11: מענה שניתן במוקד, לפי נושאים ושנות פעילות, על פי המידע המנהלי (באחוזים) (n=6,752)



אפשר היה לבחור יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

גם בראיונות הטלפוניים נשאלו המרואיינים איזה סוג של עזרה הציעו להם בשיחה עם המוקד (בנפרד מן הסיבה שבגללה פנו אליו, ובנפרד מן הסיווג של המענה שנעשה על ידי המוקד). מתרשים 12 עולה כי 27% קיבלו מידע (למשל, הצעה להגיש בקשה למוסד לביטוח לאומי על החמרת מצב); 27% קיבלו הצעה לביקור בית; 23% קיבלו הדרכה איך להתמודד עם המצב (למשל, המלצה לצאת יותר מן הבית). ואולם, 15% ציינו שהשיחה עם המוקד לא עזרה להם. הסיבות לכך, על פי דבריהם בראיונות הטלפוניים, היו: שלא חזרו אליהם עם תשובות, שלא ידעו איך לעזור להם או שאי אפשר היה למלא את בקשתם (למשל, אם הפונה לא היה זכאי לשירות).

תרשים 12: עזרה שהציעו לפונים במוקד, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=298)



אפשר היה לתת יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

הצלבת סיבת הפנייה שהמרוויין דיווח עליה עם המענה שהמוקד נתן לו לדעתו בשיחת הטלפון מספקת תובנות על אודות שירות המוקד. למשל, מן הנתונים עולה כי לקוחות שפנו למוקד בשל צורך במידע על המחלה ועל תסמיניה דיווחו יותר, באופן מובהק, שקיבלו מידע במענה לפנייתם ממרואיינים שלא פנו למוקד בשל הצורך הזה (35% לעומת 15%, $p < .001$). אותם פונים גם דיווחו יותר על קבלה גם של תמיכה מן המוקד לעומת הפונים שלא דיווחו על פנייה בשל הצורך במידע על המחלה ותסמיניה (28% לעומת 11%, $p = .001$). כלומר, אף על פי שסיבת הפנייה של הפונים הייתה צורך במידע על המחלה, הם בכל זאת קיבלו גם מענה של תמיכה.

אומנם לא נמצאו הבדלים בדיווח על קבלת מידע בין פונים שחיפשו מידע על מיצוי זכויות ובין פונים שלא חיפשו מידע כזה, אבל המרואיינים שפנו למוקד בשל הצורך במידע על מיצוי זכויות דיווחו פחות, באופן מובהק, שקיבלו הדרכה או תמיכה

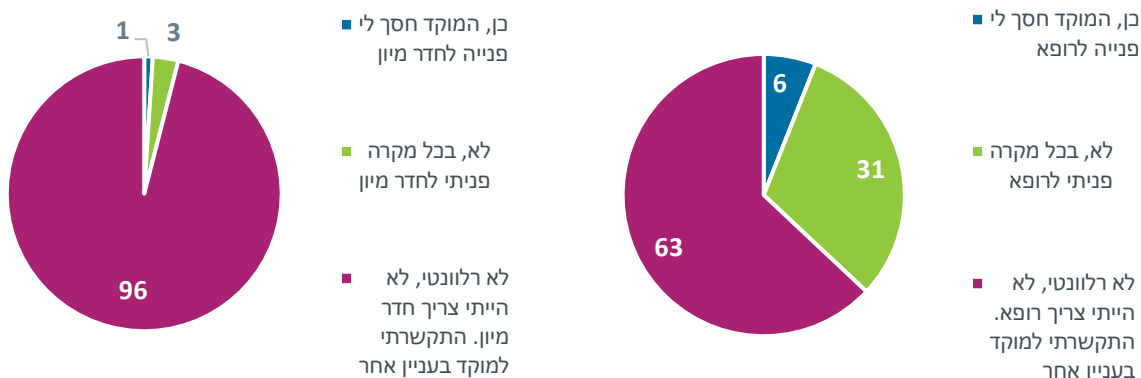
במענה לפנייתם ממרואיינים שלא פנו למוקד בשל הצורך הזה (16% לעומת 32%, $p = .001$ ו-15% לעומת 24%, $p = .67$ בהתאמה). כלומר, ככלל, המענה שהמוקד נותן לפונים מותאם לצורכיהם.

יש לציין כי דווקא בקרב המרואיינים שדיווחו על פנייה למוקד בשל צורך בתמיכה לא נמצא הבדל בדיווח על קבלת תמיכה כמענה, לעומת פונים שלא דיווחו על סיבת הפנייה הזאת (17% לעומת 22%, לא מובהק). גם הפונים שלא ידעו להגדיר את סיבת הפנייה שלהם למוקד דיווחו פחות על קבלת מענה של תמיכה לעומת פונים שידעו להגדיר את סיבת הפנייה (9% לעומת 21%, לא מובהק). הפונים שלא ידעו להגדיר את סיבת הפנייה שלהם למוקד נטו לדווח פחות על קבלת מענה בקטגוריות השונות, ברובן באופן מובהק, ובכך יש כדי לחזק את התפיסה שחלק מן הפונים למוקד שרויים במצוקה, בלבול וחוסר אונים ולכן נדרשת חשיבה ממוקדת על אופן העזרה בפניות מסוג זה.

בני המשפחה נשאלו גם ישירות אם הפנו אותם לגורם אחר, ו-31% השיבו שהפנו אותם לגורם אחר שיכול לתת מידע או עזרה. מהם, 58% אכן פנו לאותו גורם. מן הפונים לגורם בעקבות הפניית המוקד, 46% אמרו שההפניה עזרה להם, והיתר לא ידעו להגיד אם עזרה (26%) או שהשיבו כי לא עזרה כלל (27%). מחצית ממי שלא פנו לגורם החיצוני ציינו כי אינם מעוניינים בכך, ו-23% אמרו שהם מתכננים לפנות אל גורם זה בקרוב, אך טרם הספיקו לעשות זאת. כלומר, נכון לזמן הריאיון, מ-108 האנשים שהופנו על ידי המוקד לגורם אחר, 15% אמרו שהפנייה לגורם המפנה עזרה.

17% מן הפונים התקשרו למוקד בגלל מקרה חירום (רפואי, התנהגותי או אחר). עבור 6% השיחה עם המוקד חסכה פנייה לרופא משפחה או לרופא מומחה ועבור 1% המוקד חסך פנייה לחדר מיון (תרשים 13).

תרשים 13: פנייה למוקד במקום לרופא ולחדר מיון, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=331)



בקרב המרואיינים שנערך אצלם ביקור בית, 10% העידו שהביקור חסך מהם פנייה לרופא.

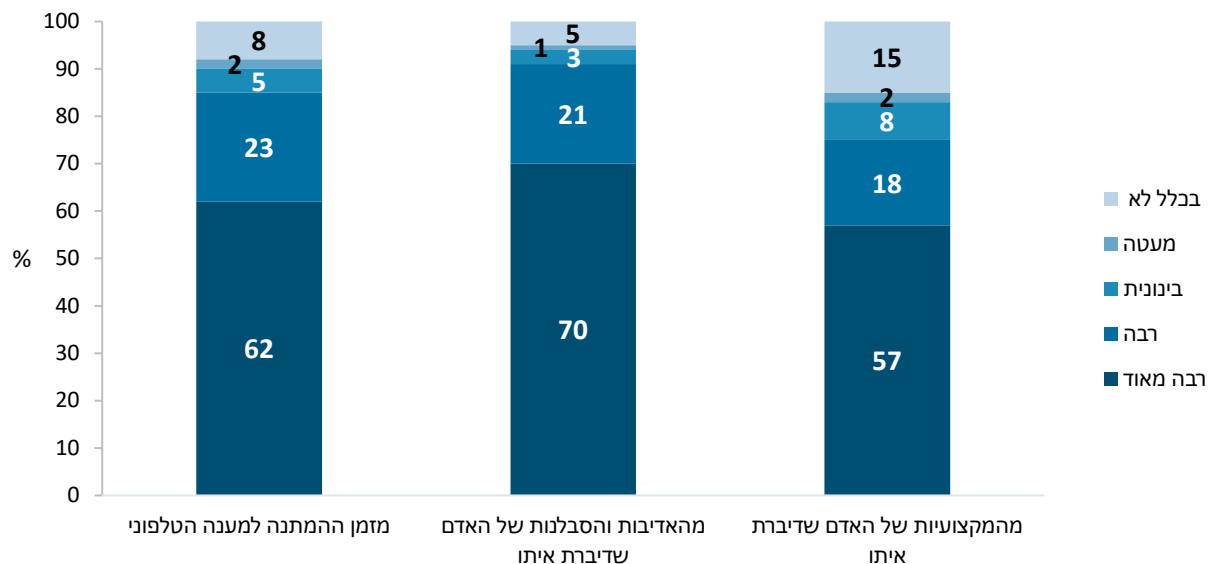
לסיכום, עיקר הפניות למוקד היו לשם קבלת מידע על התקדמות המחלה, שירותים וזכויות. רוב השיחות נערכו בשעות היום, באמצע השבוע, ורק מיעוט קטן של שיחות נערך בלילות או בסופי שבוע. הרוב המוחלט של השיחות התנהלו בשפה העברית. רוב השיחות לא היו שיחות חירום, והן לא חסכו ביקורים אצל רופא או ביקורים בחדר מיון, ברוב המקרים מפני שמראש נושא השיחה וסיבת הפנייה לא היו קשורים בכך.

5.3.6 שביעות רצון הפונים מן השיחה עם המוקד ותרומתו בעיניהם

א. שביעות רצון מן השיחה עם המוקד

כפי שעולה מתרשים 14, שביעות הרצון מאדיבות המענה במוקד הייתה גבוהה מאוד (91%), ושביעות הרצון מן המקצועיות של האדם במוקד הייתה נמוכה יותר (75%).

תרשים 14: "באיזו מידה היית שבע/ת רצון מן המוקד?", תשובות על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=312)



ב. שביעות רצון הפונים מן השיחה עם המוקד, לפי תקופות ולפי יחס קרבה

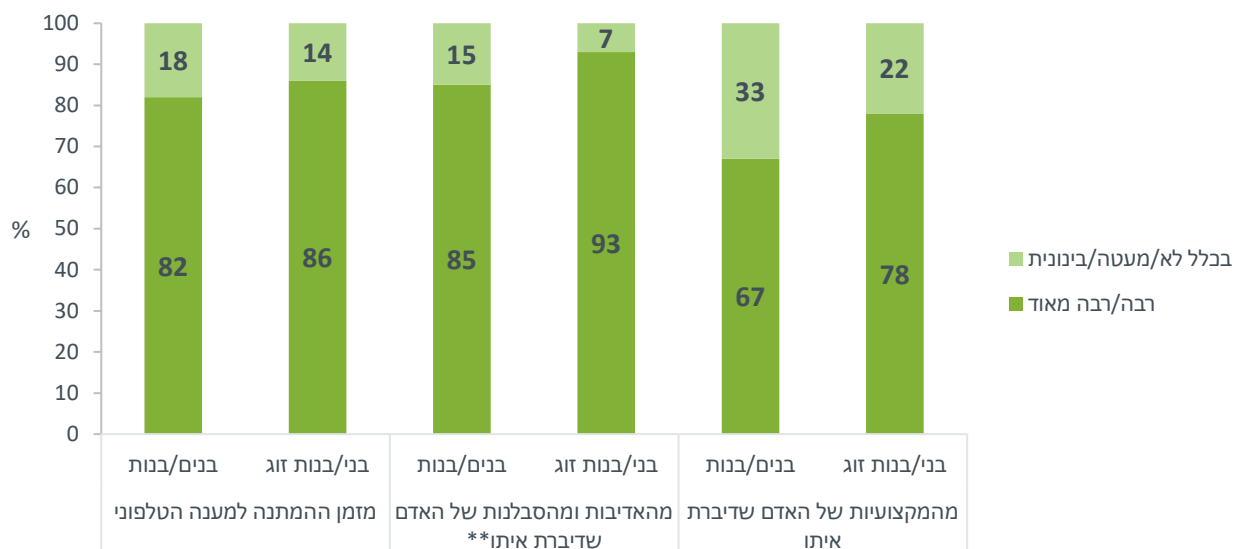
שביעות הרצון מן השיחה משתנה מעט בנינוח לפי תקופות (תרשים 15). בתקופות שלפני מגפת הקורונה הפונים היו מעט יותר מרוצים מזמן ההמתנה מאשר בעת המגפה, אך במהלך המגפה הפונים היו מרוצים יותר מן המקצועיות של האדם שאיתו דיברו מאשר בתקופות שלפני המגפה (לא מובהק).

תרשים 15: "באיזו מידה היית שבעת רצון מן המוקד?", תשובות לפי תקופות ועל פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=312)



כמו כן שביעות הרצון משתנה לפי יחס הקרבה, כפי שנראה בתרשים 16: בניס/בנות של אדם עם דמנציה שבעי רצון יותר מן השיחה עם המוקד מאשר בני/בנות זוג. ההבדל בשביעות הרצון מן האדיבות והסבלנות מובהק.

תרשים 16: "באיזו מידה היית שבעת רצון מן המוקד?", תשובות לפי יחס קרבה ועל פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=312)



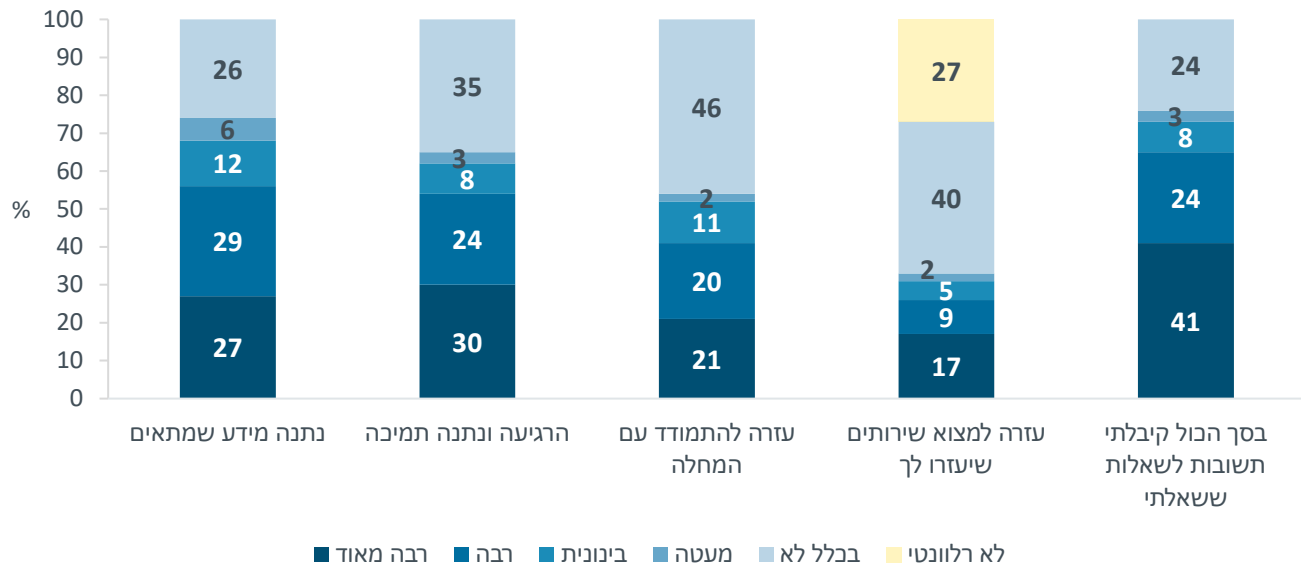
**p = .031

ג. תרומת השיחה עם המוקד בעיני הפונים

בהמשך לחשיבות הרבה שאפשר לייחס לשביעות רצון הפונים מן ההתערבות בעת השיחה, נבדקה השפעת המוקד על הפונים באמצעות אמידת תרומתו בעיניהם. תרומה זו נמדדת במדדים הנוגעים להיבטים אחדים בטיפול בבן המשפחה (תרשים 17). מרואיינים נשאלו על התרומה לטיפול שהם מייחסים למוקד בהיבטים הללו.

65% מן המרואיינים חשו שקיבלו תשובות לשאלות ששאלו; 56% חשו שהשיחה עם המוקד נתנה להם מידע מתאים לצרכים שלהם; 54% ציינו שהשיחה נתנה להם תמיכה; 41% אמרו שהשיחה עזרה להם להתמודד עם המחלה ועם הטיפול באדם; ו-26% אמרו שחשו שהשיחה עם המוקד עזרה להם למצוא שירותים שיעזרו להם בטיפול. היות ששיעור ניכר מן המרואיינים (27%) ציינו שהתחום האחרון לא היה רלוונטי בעבורם בשיחה, תוצג כחלק מהתפלגות התשובות גם התשובה 'לא רלוונטי' (תרשים 17).

תרשים 17: "מה הייתה התרומה של השיחה עם המוקד?", לפי תשובות בני המשפחה בראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=303)



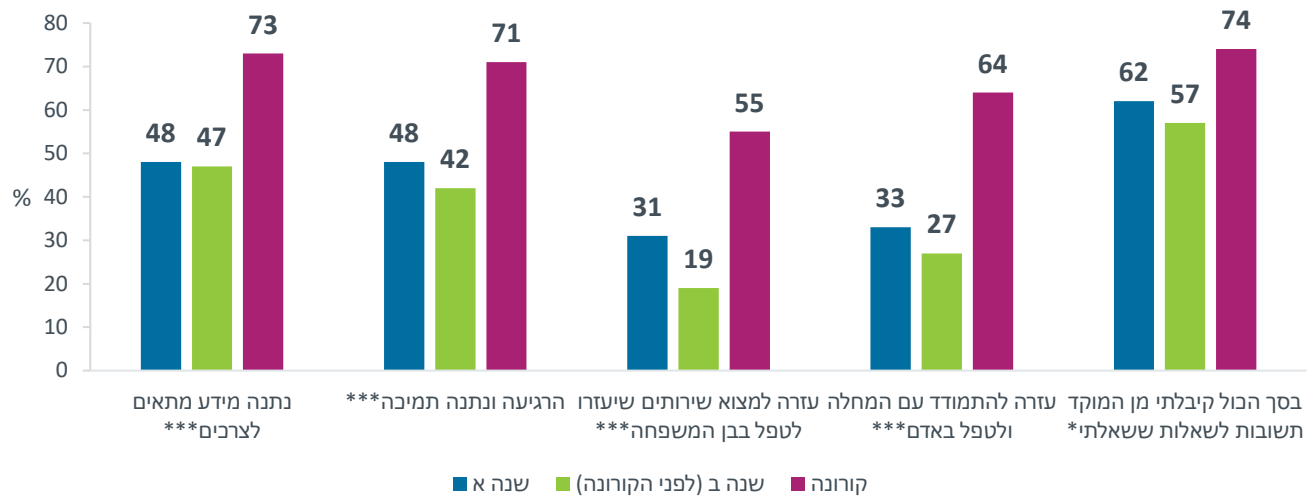
תפיסת התרומה של המוקד נותחה גם לפי סיבת הפנייה למוקד: האם היא נעשתה בשל צורך במידע על המחלה, מידע על מיצוי זכויות ו/או תמיכה. מן הממצאים עולה כי פונים למוקד אשר דיווחו על פנייה בשל צורך בתחום אחד או בשניים, הרגישו שקיבלו תשובות לשאלות ששאלו באופן גורף יותר לעומת פונים שפנו בשל צורך בשלושת התחומים או פונים שלא ידעו להגדיר את סיבת פנייתם למוקד. כלומר, השירות שניתן במוקד מתאים לפונים עם עד שני צרכים מרכזיים ממוקדים, שניתן לנסח אותם ולקבל מענה טלפוני כדי לשפר את מצבם.

ד. תרומת השיחה עם המוקד בעיני הפונים, לפי תקופות ולפי יחס קרבה

בדומה לממצאים הנוגעים לשביעות הרצון מן השיחה עם המוקד, גם ניתוח התרומה בעיני הפונים לפי תקופה ולפי יחס קרבה מניב תוצאות מתוצאות שונות, לעיתים באופן מובהק.

תקופות המחקר – כפי שאפשר לראות ב**תרשים 18**, לקוחות שהתקשרו למוקד במהלך מגפת הקורונה דיווחו על תרומה רבה של השיחה עם המוקד, גבוהה באופן מובהק בכמה היבטים מאשר הלקוחות שהתקשרו בשנה השנייה למחקר אך טרם תקופת הקורונה: מתן מידע מותאם לצרכים (73% לעומת 47%), מתן מענה מרגיע ותומך (71% לעומת 42%), מציאת ארגונים ושירותים שיעזרו לטפל באדם (55% לעומת 19%) ועזרה בהתמודדות עם המחלה ובטיפול באדם (64% לעומת 27%).

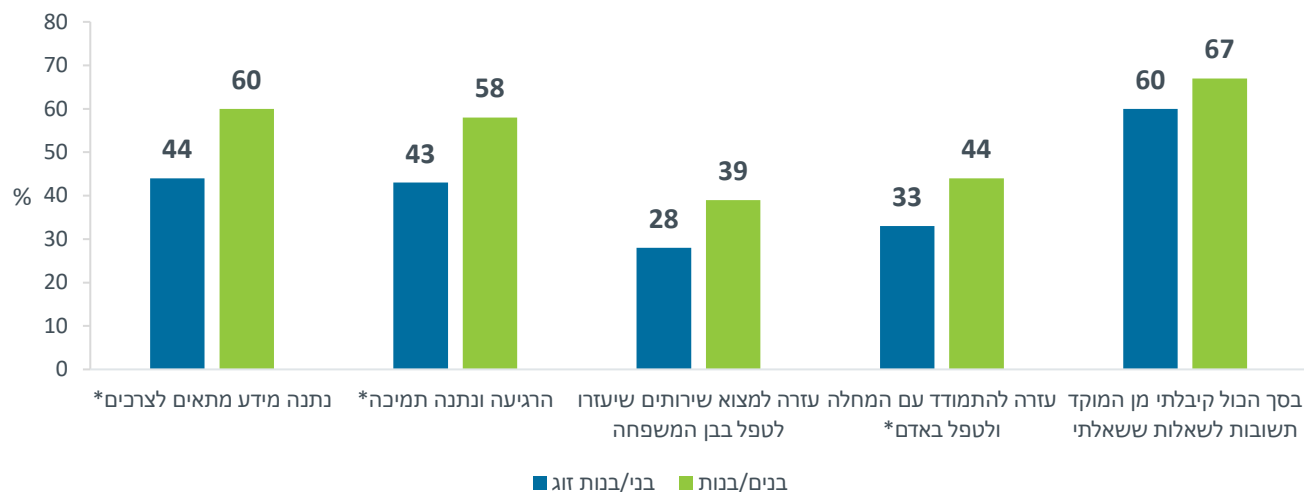
תרשים 18: תרומת השיחה עם המוקד במידה רבה או רבה מאוד, לפי תקופות ועל פי תשובות בני המשפחה בראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=303)



* $p = .001$ *** $p = .062$

יחס קרבה – ניכר כי בניס/בנות שפונים בשביל הוריהם מרוצים מן השיחה עם המוקד יותר מבני/בנות זוג שפונים אליו. כמעט בכל אמות המידה שנבדקו נמצאו הבדלים מובהקים. לדוגמה, 60% מן הבנים/בנות שפנו למוקד בשביל הוריהם חשו שהשיחה עם המוקד נתנה להם מידע מתאים לצורכיהם, לעומת 44% מבני/בנות הזוג, וכן 58% מן הבנים/בנות הרגישו שהשיחה הרגיעה ונתנה תמיכה, לעומת 43% מבני הזוג שפנו למוקד (**תרשים 19**).

תרשים 19: "מה הייתה התרומה של השיחה עם המוקד?", לפי יחס קרבה ועל פי תשובות בראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=303)



* $p < .05$

ה. ניבוי שביעות הרצון של הפונים וניבוי התרומה בעיניהם

תשובותיהם של בני המשפחה המטפלים נותחו ניתוח רב-משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית, כדי להבין מה הם הגורמים שיכולים לנבא את התרומה משיחת הטלפון כפי שהם תופסים אותה. התרומה כפי שבני המשפחה תופסים אותה נמדדה לפי תשובותיהם לשתי שאלות אשר מתכללות את תרומת המוקד לפונה: "באיזו מידה אתה מרגיש שהשיחה עם המוקד תרמה לטיפול בקרוב המשפחה ולהתמודדות שלך עם המחלה?" ו"בסך הכול, באיזו מידה אתה מרגיש שקיבלת תשובות לשאלות ששאלת?". פונים שהשיבו 'במידה רבה' או 'במידה רבה מאוד' נחשבו פונים ששירות המוקד תרם להם לפי תפיסתם.

בניתוח הרב-משתני למאפיינים מנבאים לתרומה בטיפול בקרוב המשפחה ולהתמודדות עם המחלה (**לוח 7**) עלה כי ככלל, פונים למוקד במהלך מגפת הקורונה חשו שתרומת שירות המוקד הייתה רבה מזו שחשו הפונים למוקד בתקופות אחרות. פונים שנערך אצלם ביקור בית, נוסף על שיחת הטלפון, דיווחו על תרומה שקיבלו מן המוקד יותר מאשר פונים שלא נערך אצלם ביקור בית. כמו כן פונים שדיווחו על עומס טיפול כבד חשו שהמוקד תרם להם יותר מאשר פונים שדיווחו על עומס קל עד בינוני. יש לראות בכיוונים העולים מן הניתוח אינדיקציות ראשוניות בלבד, הקשורות לתרחישי השיחה, משום שהנתונים עלולים להיות מושפעים משיעור המענה ומהטיית המענה.

לוח 7: ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית לניבוי התרומה לטיפול בקרוב המשפחה ולהתמודדות עם מחלתו, על פי תפיסת לקוחות המוקד (N=297)

מובהקות (p)	% C.I.for EXP(B)		Exp(B)	B	מאפיין
	Lower	Upper			
.685	.572	2.340	.359	1.157	יחס קרבה: בן/בת (לעומת בן/בת זוג)
.029	.205	.918	.383	.433	עומס טיפול: כבד/כבד מאוד (לעומת בינוני/קל/אין עומס)
.931	.541	1.959	.328	1.029	פנייה למוקד לקבלת מידע על המחלה
.142	.831	3.615	.375	1.733	מטפלים בזקן/ה בתפקוד נמוך (לעומת בזקן/ה בתפקוד גבוה)
.001	3.100	12.934	.364	6.332	השירות ניתן במהלך משבר הקורונה (לעומת בתקופות אחרות)
.026	1.106	4.727	.371	2.286	נערך ביקור בית (לעומת שיחת טלפון בלבד)
.577	.408	1.647			התקשרו למוקד יותר מפעם אחת (לעומת פעם אחת בלבד)
.065					קבוע

בניתוח הרב-משתני למאפיינים מנבאים לתחושה הסובייקטיבית של הפונה כי שאלותיו נענו (לוח 8), עלה כי ביקור בית בנוסף על שיחת טלפון וכן מתן שירות במהלך מגפת הקורונה לעומת תקופות אחרות הם גורמים מנבאים לתחושה של תרומה רבה יותר.

לוח 8: ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית לניבוי תחושת הלקוחות שככלל, בשיחת הטלפון ניתן מענה לשאלותיהם (N=297)

מובהקות (p)	95% C.I.for exp(B)		Exp(B)	B	מאפיין
	Lower	Upper			
.368	.357	1.465	.723	-.324	עומס טיפול כבד/כבד מאוד
.489	.443	1.476	.808	-.213	פנייה למוקד בשל מידע על המחלה
.155	.840	2.984	1.583	.459	מטפלים בזקן/ה בתפקוד מוגבל
.002	1.481	5.990	2.978	1.091	השירות ניתן במהלך משבר הקורונה
.011	1.247	5.515	2.622	.964	נערך ביקור בית
.980	.516	1.970	1.009	.009	התקשרו למוקד יותר מפעם אחת
.758			1.168	.155	קבוע

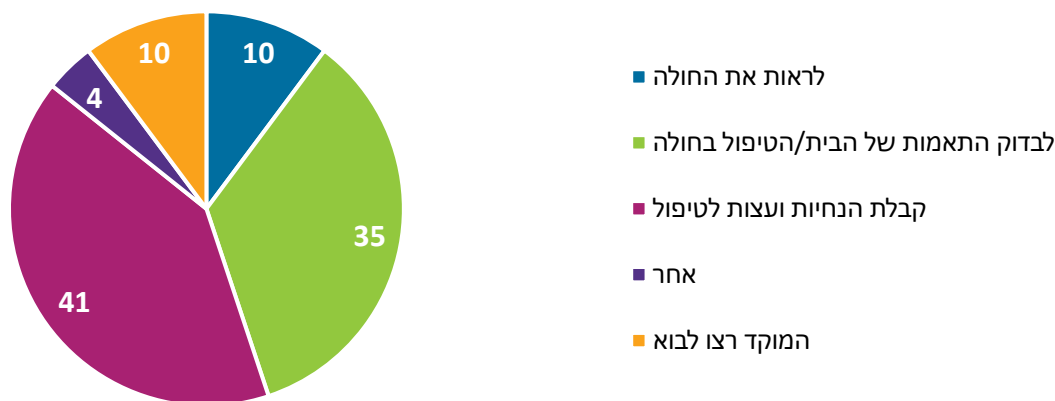
5.4 ביקורי בית

כאמור, אצל 91 מן הפונים שרואיינו נערך ביקור בית. ביקורי הבית הוצעו בהתחלה לפונים שעמדו בשני קריטריונים, כאשר הראשון הוא מורכבות המקרה והצורך לסייע מעבר לסיוע הטלפוני, והשני הוא מרחק של עד 30 ק"מ מן המוקד, שהורחב בהדרגה עד ל-80 ק"מ לפני פרוץ מגפת הקורונה. במקרים חריגים בודדים בוצעו ביקורים גם מעבר לטווח הנ"ל. הביקור נערך במשותף על ידי אחות ועובדת סוציאלית. בביקור נערכת הערכת צרכים של תפקוד האדם, של סביבת המגורים ומידת התאמתה, וכן התייחסות לצרכים של בני המשפחה. עם פרוץ מגפת הקורונה המוקד עבר להציע ביקורים וירטואליים באמצעות תוכנת ה"זום", לכל הפונים שהביעו רצון בשירות. 11% מן המרואיינים אמרו שהביקור היה ביוזמה שלהם. רוב הביקורים (63%) התקיימו בתוך שבוע מקיום שיחת הטלפון. כמחצית מן המרואיינים (47%) קיבלו סיכום כתוב של הביקור.

מבין אלה שלא קיבלו ביקור בית, 42% ציינו שהסיבה הייתה חוסר עניין מצידם בשירות הזה. שיעור דומה ציינו שלא הציעו להם ביקור. בתקופת מגפת הקורונה 5% ציינו שלא נערך ביקור וירטואלי משום שלא הייתה להם יכולת טכנית לקבל ביקור כזה.

בשנה השנייה נשאלו המרואיינים מה הייתה לדעתם הסיבה שבגללה נערך ביקור בית נוסף על שיחת הטלפון. 41% מהם ציינו את הצורך לקבל הנחיות טיפול מתאימות למצב, ו-35% אמרו שרצו שאנשי מקצוע יבדקו עד כמה הבית או הטיפול שכבר ניתנים מתאימים לחולה (תרשים 20).

תרשים 20: מהי הסיבה לביקור הבית לדעת הלקוחות, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=43)

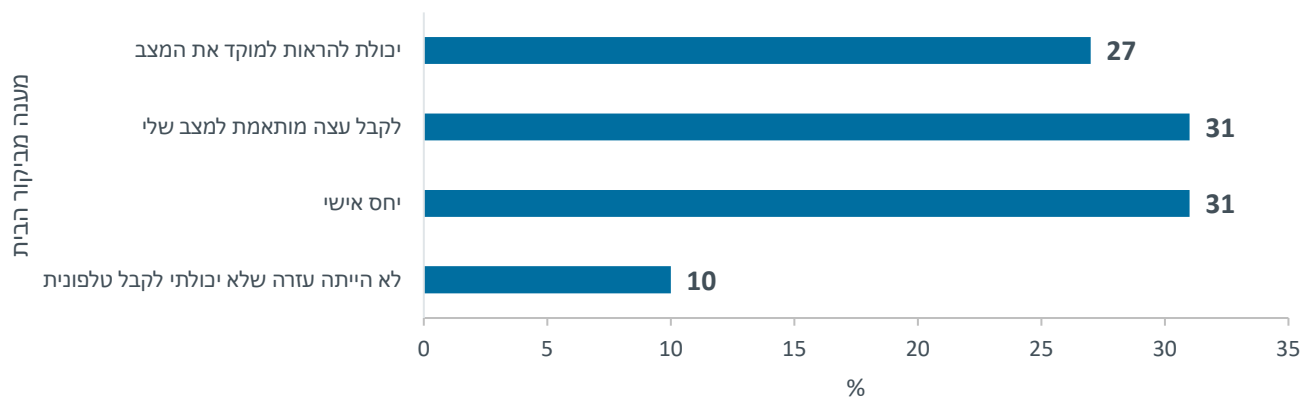


הלקוחות שבביתם נערך ביקור וירטואלי נשאלו אם היו מעדיפים ביקור פיזי אילו הדבר היה אפשרי, 68% השיבו בחיוב ו-22% לא היו מעוניינים באפשרות זו. היתר (10%) לא ידעו לענות על כך.

5.4.1 השוואה בין ביקור בית לשיחת טלפון

בשנה השנייה למחקר נשאלו המרואיינים מה לדעתם היה 'הערך המוסף' של ביקור הבית לעומת שיחת טלפון. 31% מן המשיבים ציינו שבביקור הבית קיבלו יחס אישי ועצה מותאמת למצב שלהם, ואת אלה לא יכלו לקבל משיחת הטלפון בלבד. 27% אמרו שבביקור הבית הם יכלו להראות לצוות המוקד את המצב שאיתו הם מתמודדים. 10% אמרו שבביקור הבית לא הציעו להם עזרה שלא יכלו לקבל בטלפון (תרשים 21).

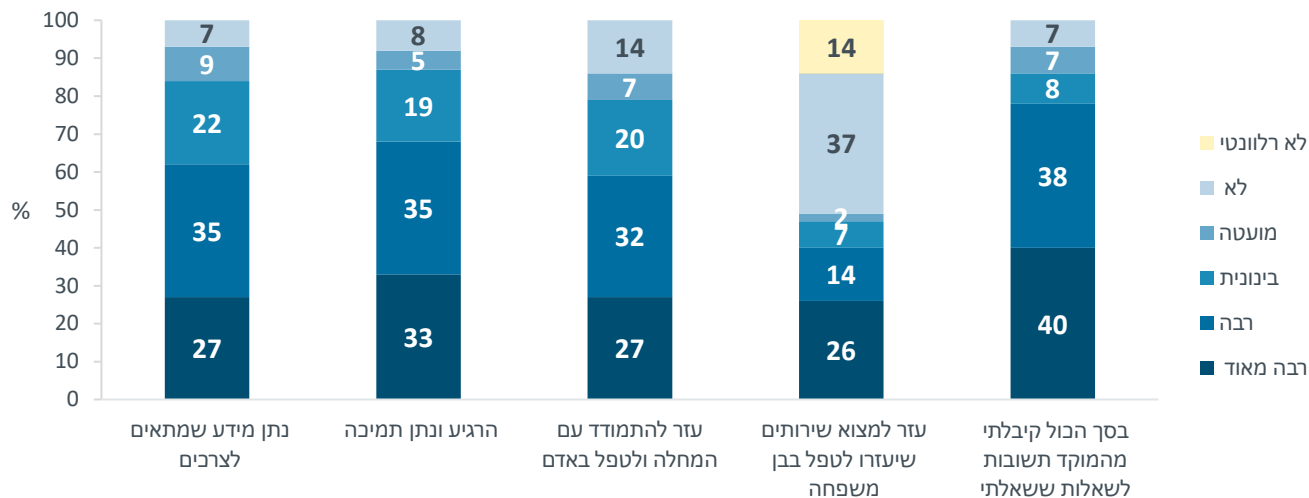
תרשים 21: לדעת הפונים, מה קיבלו בביקור הבית שלא יכלו לקבל בשיחת הטלפון? על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=45)



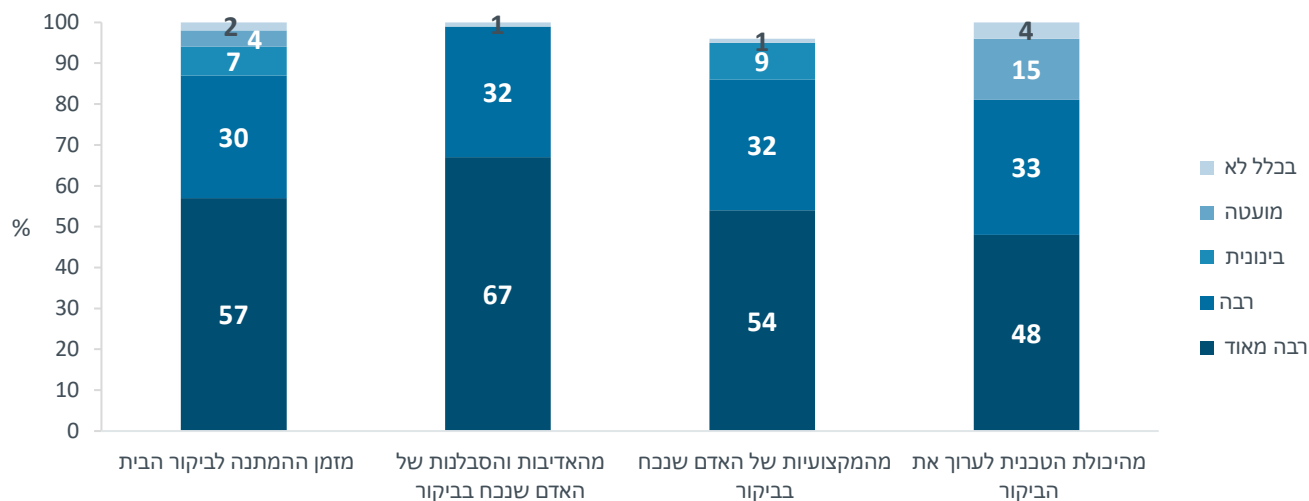
5.4.2 שביעות רצון הלקוחות מביקורי הבית ותרומתם בעיניהם

לפי דיווחי המרואיינים, שביעות הרצון מן הביקורים הייתה גבוהה משביעות הרצון משיחות הטלפון בכל המדדים. כמו כן דיווחי התרומה מן הביקורים היו גבוהים מדיווחי התרומה משיחות הטלפון במרבית המדדים. ואולם, 16% לא היו מרוצים או שהיו מרוצים רק במידה מועטה ממידת ההתאמה בין המידע שניתן בביקורים ובין הצרכים שלהם, ו-21% לא היו מרוצים מן העזרה בהתמודדות עם המחלה ובטיפול באדם כפי שהוצעו להם בביקורי הבית (תרשים 22). בתקופת מגפת הקורונה נשאלו המרואיינים על שביעות הרצון מן היכולת הטכנית לערוך את הביקור הווירטואלי (למשל, רציפות השיחה הווירטואלית) – 19% מן המרואיינים לא היו שבעי רצון או שהיו שבעי רצון במידה מועטה (תרשים 23).

תרשים 22: תרומת ביקורי הבית לבני המשפחה, לתפיסתם, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=87)



תרשים 23: שביעות הרצון של בני המשפחה מביקורי הבית, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=87)

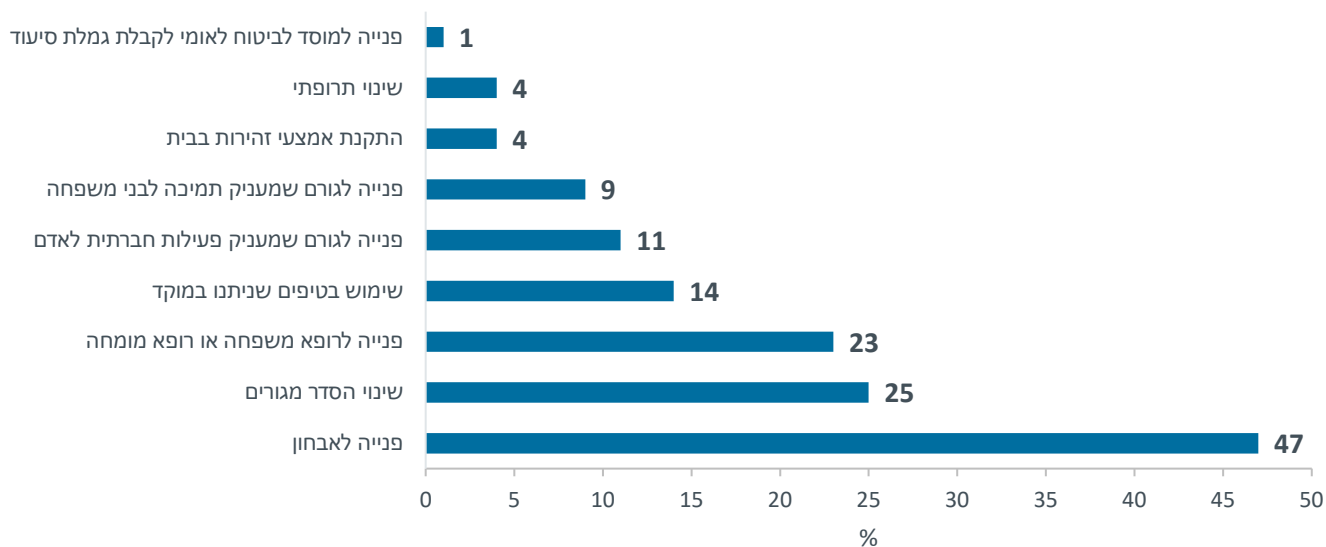


לא נמצאו הבדלים בשביעות הרצון מביקורי הבית לפי שנת פנייה או יחס קרבה (בניגוד להבדלים בשביעות הרצון ובתפיסה של התרומה משיחות הטלפון).

כל המרואיינים במחקר נשאלו איך הם תופסים את התרומה משיחת הטלפון. בהשוואה למי שנערך ביקור בביתם בנוסף על השיחה נמצא כי מי שקיבל ביקור בית דיווח שנתרם יותר מן המוקד גם בשיחת הטלפון שקדמה לו (תרומה רבה/רבה מאוד). נמצאו הבדלים בשביעות הרצון בשאלות האלה: "האם השיחה הטלפונית נתנה לך מידע שמתאים לצרכים שלך?" (65% לעומת 53%); "האם השיחה הייתה מובנת לך?" (95% לעומת 83%). גם שביעות הרצון מן האדיבות והסבלנות של נציג המוקד בשיחת הטלפון הייתה גבוהה יותר באופן מובהק בקרב מי שנערך בביתו ביקור בית לאחר שיחת הטלפון מאשר בקרב מי שלא נערך בביתו ביקור כזה (97% לעומת 89%). העובדה שבני משפחה מטפלים דיווחו שלפי תפיסתם תרומת הביקורים הייתה גבוהה ללא הבדלים בין בני/בנות זוג לבנים/בנות, יכולה להעיד שבעבור בני/בנות זוג ההתאמה והמיצוי בשירות ביקורי הבית טובים מאשר בשירות שיחת הטלפון.

המרואיינים נשאלו אם בעקבות השיחה עם המוקד ו/או בעקבות ביקור הבית הם ביצעו פעולות נוספות (כגון פנייה לאבחון, פנייה לעמותה או שינוי הסדר המגורים), 22% ענו בחיוב. מאלו שענו בחיוב, 47% פנו לאבחון (9% מכלל המרואיינים) (**תרשים 24**).

תרשים 24: פעולות שנקטו בני המשפחה בעקבות השיחה עם המוקד ו/או בעקבות ביקור הבית, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=77)



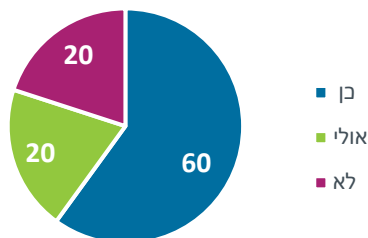
אפשר היה לתת יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

המרואיינים נשאלו אם יש דברים נוספים שבעקבות השיחה עם המוקד הם **מתכוונים לעשות**. 22% השיבו בחיוב, וציינו למשל פנייה למוסד לביטוח לאומי, החלפת מטפלת זרה, מעבר לבית אבות ויצירת קשר עם גריאטר.

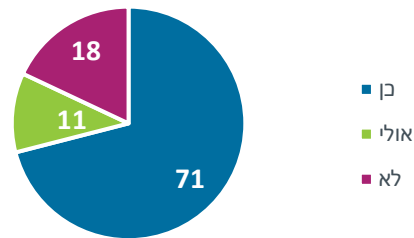
בסך הכול, 60% מן המרואיינים שקיבלו שיחת טלפון ו/או ביקור בית ציינו שיתקשרו למוקד פעם נוספת אם יתעוררו שאלות נוספות, ו-71% ציינו כי ימליצו לחבר שמתמודד עם מצב דומה להתקשר למוקד (תרשים 25).

תרשים 25: נכונות הלקוחות לפנות שוב למוקד ולהמליץ עליו לאדם אחר, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=314)

האם תתקשר למוקד פעם נוספת אם יתעוררו שאלות נוספות בעתיד?



האם תמליץ לחבר שמתמודד עם מצב דומה לשלך להתקשר למוקד הטלפוני?



5.5 האנשים שהתקשרו למוקד בעבור עצמם

5.5.1 מאפייני המתקשרים בעבור עצמם

אחת מנקודות הייחוד של המרכז היא מתן שירות ישיר גם למתקשרים בעבור עצמם. מכלל הפניות עד סוף חודש מאי 2020, 117 התקבלו מאנשים שהתקשרו בשם עצמם. כל פונה שפרטיו הועברו לצוות המחקר נדגם אוטומטית למחקר. מהם רואיינו 45 פונים.

להלן מאפייני האנשים שפנו למוקד בשם עצמם (n=45): 58% גברים; הגיל הממוצע 73 (ס"ת 7.8); טווח הגילים 49–96; הרוב המוחלט (95%) – יהודים, 41% מהם מסורתיים; 67% בעלי השכלה תיכונית ומטה; 41% נולדו בישראל; 52% מצליחים לעמוד בכל ההוצאות החודשיות של משק הבית; 45% נשואים; הרוב מתפקדים ברמה גבוהה ובאופן עצמאי: 57% הולכים, עולים מדרגות, מתלבשים ומתקלחים ללא קושי; 81% יכולים לאכול בכוחות עצמם ללא קושי; ו-54% יכולים ללא קושי לבצע את פעולות משק הבית. עם זאת, ל-72% יש מחלה כרונית נוספת, ורבע התאשפזו בחצי השנה שקדמה לריאיון ליממה אחת לפחות.

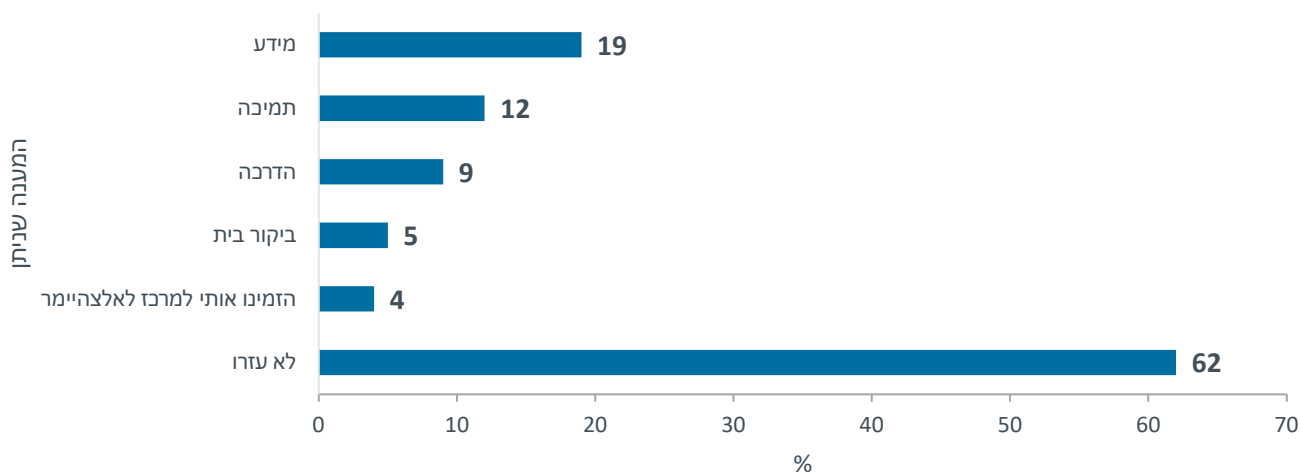
שפת האם של 11% מן הפונים למוקד עבור עצמם איננה עברית, אך איש מהם לא ביקש לערוך את השיחה בשפת האם שלו. 27% מן הפונים אמרו שהפנו אותם לגורם נוסף, ומהם 42% פנו לגורם זה. ל-7% הפנייה למוקד חסכה פנייה לרופא, אולם הרוב אמרו כי רופא לא היה רלוונטי לבעיה שבגינה התקשרו (60%). ל-4% הפנייה למוקד חסכה הגעה לחדר מיון.

בשנה השנייה למחקר נשאלו הפונים בשאלה פתוחה (מבלי להגביל אותם לתשובות מוגדרות מראש) מדוע התקשרו למוקד. לא כל המרואיינים השיבו. מן המשיבים, 50% אמרו שהתקשרו בגלל הידרדרות קוגניטיבית שמדאיגה אותם. 32% התקשרו כדי לקבל ייעוץ והכוונה. היתר דיברו על השלבים המוקדמים של ההתמודדות עם המחלה או עם חשד לה: 9% אמרו שהתקשרו

בגלל היסטוריה משפחתית; 9% ביקשו מידע על אבחון. כלומר, הרוב (68%) התקשרו סביב מידע הנוגע להידרדרות קוגניטיבית ואבחון המחלה.

כשנשאלו המרואיינים על העזרה שהוצעה להם במוקד, 19% ציינו שקיבלו מידע; 12% אמרו שהציעו להם תמיכה; 62% השיבו כי לא קיבלו עזרה בשיחה עם המוקד (**תרשים 26**). מכאן עולה כי יש אי-התאמה בין סיבת הפנייה למוקד ובין המענה שהמוקד נתן.

תרשים 26: איזה סוג של עזרה הציעו לך במוקד, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=25)



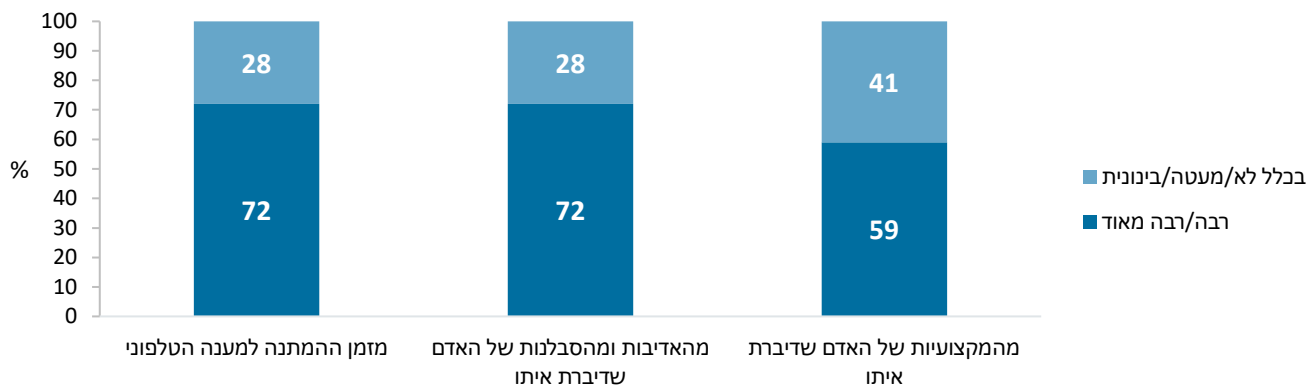
אפשר היה לתת יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

עם זאת, כשנשאלו הפונים אם המוקד עמד בציפיות שלהם, 57% אמרו כי המוקד עמד בציפיות: 43% – במלואן, 14% – חלקית. בשל מיעוט תצפיות, ההשוואה בין הפונים עבור עצמם בשנה הראשונה לעומת בשנה השנייה אינה מעידה על מגמה מובהקת. עם זאת נראה שתחושת המרואיינים על תרומה התגברה בחלק מן התחומים; למשל, בעוד בשנה הראשונה 29% בלבד ציינו כי השיחה הרגיעה אותם, בשנה השנייה 44% דיווחו על תרומה שכזו (**ר' נספח א-5**).

5.5.2 שביעות רצון מן המוקד ותרומתו בעיני אנשים שהתקשרו בעבור עצמם

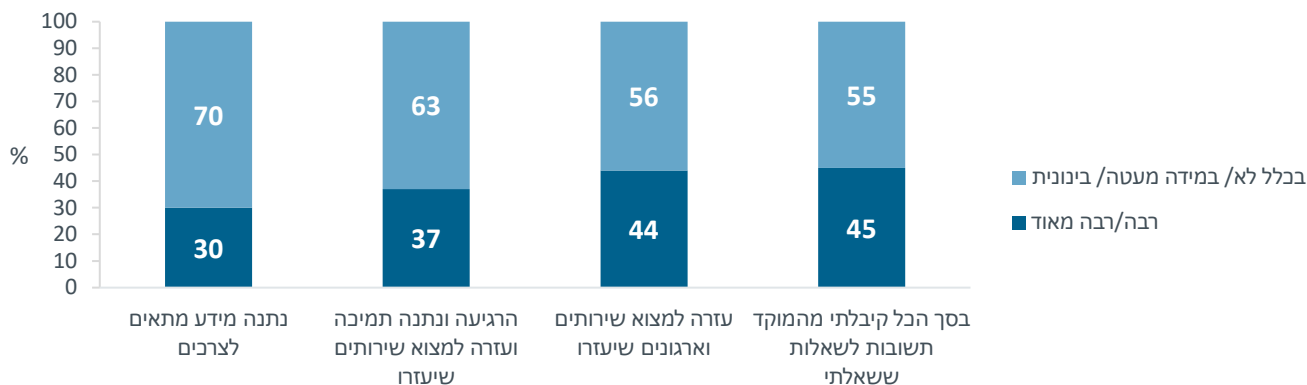
72% מן האנשים שפנו בשם עצמם היו מרוצים מזמן ההמתנה למענה של המוקד, 72% היו מרוצים מן האדיבות של האדם שדיברו איתו ו-59% היו מרוצים מן המקצועיות שלו (**תרשים 27**).

תרשים 27: שביעות הרצון מן המוקד בקרב הפונים בשם עצמם, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=28)



הפונים למוקד נשאלו על היבטים שבהם שיחת הטלפון עם המוקד עזרה להם. 45% היו בתחושה שקיבלו מענה לשאלות ששאלו, ושיעור דומה אמרו שהשיחה עזרה להם למצוא שירותים וארגונים שיעזרו להם. 37% ציינו שהשיחה הרגיעה אותם ו-30% קיבלו מידע מתאים לצרכים שלהם (תרשים 28).

תרשים 28: תרומת השיחה עם המוקד לאנשים שהתקשרו בשם עצמם, לתפיסתם, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=28)



אפשר היה לתת יותר מתשובה אחת, ולכן שיעורי המשיבים אינם מסתכמים ל-100%.

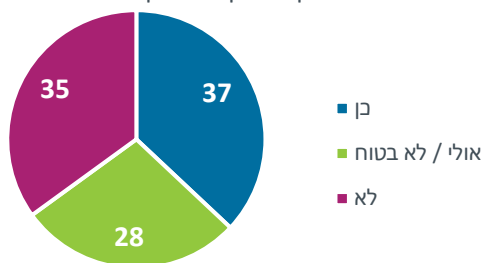
אצל המרואיינים שהתקשרו בעבור עצמם לא נערכו ביקור בית. כשנשאלו על כך, 27% אמרו שהיו מעוניינים בביקור, 18% לא ידעו לומר ו-55% לא היו מעוניינים בשירות.

18% מן המרואיינים שהתקשרו בשם עצמם ביצעו פעולות כגון פנייה לאבחון או לרופא משפחה בעקבות השיחה עם המוקד. 14% מתכוונים לעשות פעולות נוספות, כגון פנייה לאבחון.

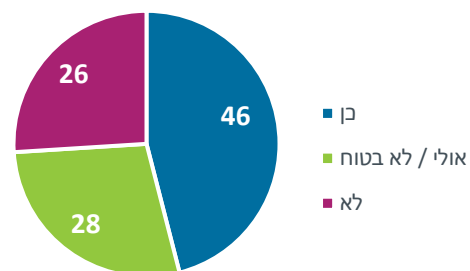
46% מן הפונים בשביל עצמם אמרו שהיו מתקשרים פעם נוספת אילו היה צורך בכך, ו-37% ימליצו לחבר במצב דומה לפנות למוקד (תרשים 29).

תרשים 29: נכונות הפונים בשם עצמם לפנות שוב למוקד ולהמליץ עליו לאדם אחר, על פי הראיונות הטלפוניים (באחוזים) (n=43)

האם תמליץ לחבר שמתמודד עם מצב דומה לשלך להתקשר למוקד הטלפוני?



האם תתקשר למוקד פעם נוספת אם יתעוררו שאלות נוספות בעתיד?



6. מגבלות המחקר ומחקר המשך

המגבלה המרכזית של המחקר היא היעדרן של השוואות – לקבוצת ביקורת ולמצב לפני ההתערבות.

מגבלה נוספת היא עריכת חלק מראיונות השנה השנייה לתוכנית בתקופת מגפת הקורונה. מצב ייחודי כזה יכול להשפיע לא רק על מצוקות האנשים ועל תפקוד המוקד (במקרה זה נצפתה עלייה בשביעות הרצון ובתרומת התוכנית בתקופת המגפה), אלא גם לשנות את הציפיות מן התרומה של המוקד. ייתכן למשל כי במצב שבו אוכלוסיית הזקנים עם דמנציה מוגדרת אוכלוסיית סיכון, כמו בעת מגפת הקורונה, תהיה נטייה לראות בכל מענה שיינתן מענה מספק.

הראיונות נערכו כחודש לאחר ההתקשרות למוקד. בכך יש כדי להגדיל מצד אחד את האפשרות שהפונה יזכור את השיחה עם המוקד, לעומת מצב שבו היו מתקשרים אחרי זמן רב יותר, אך מצד שני פרק זמן זה קצר מכדי לאפשר התקשרויות חוזרות ואי אפשר להיווכח בו בפעולה לאורך זמן.

בעת כתיבת הדוח, המוקד עבד זמן קצר יחסית, כשנתיים וחצי, מהן כשנה בתקופת מגפת הקורונה. ייתכן כי כדאי לשקול מחקר המשך אשר יבחן את עבודת המוקד לאורך זמן, בייחוד משום שהיועץ המומחה בפעילות מוקדים טלפוניים אשר הוקצה למוקד בעקבות הצגת ממצאי הביניים החל את עבודתו לאחר סיום איסוף הנתונים במחקר.

7. סיכום, תובנות והמלצות

7.1 פרסום המוקד לקהלי יעד נוספים

- המוקד הטלפוני פורסם במגוון ערוצים. מקורות המידע העיקריים שדרכם שמעו הפונים על המוקד היו העיתונות, האינטרנט ובני משפחה או חברים. כפי שקורה בתוכניות אחרות שמיועדות לבני משפחה מטפלים – אוכלוסיות ייחודיות, למשל ערבים, חרדים ויוצאי ברית המועצות לשעבר לא השתמשו בשירותי המוקד, אף שהוא מציע שירות במגוון שפות וערוך לתת מענה לכל הקהלים האלה. לנוכח מאמצי הפרסום הנקודתיים שננקטו במוקד, כמו ריאיון בתוכנית רדיו בשפה הערבית ויצירת קשר לא פורמלי עם אנשי מקצוע מן האוכלוסייה החרדית, יש לחשוב כיצד **להמשיך במאמצים להגיע לאוכלוסיות ייחודיות ולהגיש בעבורן מענה ממוקד**.

7.2 תפוקות

- **המוקד – כתובת מתמשכת לפניות:** 51% מהתקשרויות המוקד נעשו במסגרת התערבות שכללה יותר משיחת טלפון אחת. 58% מן המרואיינים ציינו שהיו מעוניינים בליווי יזום ומתמשך עם איש מקצוע מטעם המוקד. מעצם העובדה שדמנציה היא מחלה שמאופיינת בהידרדרות הדרגתית לאורך זמן עולה השאלה עד כמה אפשר למצות את כל הכלים שהמוקד מציע ללקוחותיו בשיחת טלפון אחת. מכאן שנוהל המעקב של המוקד מעניק לפונים שמתמודדים עם בעיות מורכבות ביותר תמיכה וליווי נחוצים. לפיכך **חשוב למסד את המשכיות הקשר במידת האפשר**, כלומר שבאופן מובנה תהיה יותר מהתקשרות אחת עם הפונה.
- **מוקד 24/7:** המוקד תוכנן לתת מענה 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע, אולם בכל חודשי הפעלתו רוב הפניות אליו נעשו בימי חול בשעות היום. כמעט לא היו שיחות דחופות, שיחות שהצריכו הפניה לחדר מיון או שיחות בסופי שבוע ובשעות הלילה. משום כך, תחילה נשאר עובד במוקד לכוננות לילה. בהמשך, הכוננות נעשתה מבית הכונן וביום המוחרת היו מוודאים על פי פירוט השיחות שלא הייתה שיחה שלא קיבלה מענה. גם בזמן התפרצות מגפת הקורונה השיחות למוקד המשיכו להגיע ברובן המוחלט בשעות העבודה המקובלות. לכן עולה שאלה בנוגע לנחיצות הפעלתו של המוקד 24 שעות ביממה בכל ימי השבוע. **יש לבחון יעילות של מודל הפועל בשעות עבודה מוגבלות יותר**.

7.3 פניות בני המשפחה

- עיקר הפונים למוקד הם **בני משפחה** של אנשים שכבר מאובחנים בדמנציה, לרוב בנותיו של החולה. קצת יותר ממחציתם גרים עם האדם החולה ומשמשים בתור המטפל העיקרי שלו. על פי הדיווח של בני המשפחה, 57% מן האנשים שבעבורם התקשרו למוקד הם מוגבלים בתפקוד והם גרים עם מטפלת/ או בבית אבות. למשל, 65% מהם כלל אינם יכולים להתלבש או להתרחץ בכוחות עצמם. כמו כן רוב בני המשפחה מתמודדים עם הפרעות התנהגות של בני משפחתם עם דמנציה.
- אוכלוסיית היעד של המוקד שרויה בעומס טיפול כבד. 77% מבני המשפחה המטפלים העידו שעומס הטיפול עקב המחלה

של בן משפחתם כבד. כרבע מן הפונים כלל אינם בטוחים שבמצב זה ביכולתם לשמור על עצמאותו של בן המשפחה שלהם, וחמישית כלל אינם בטוחים שיוכלו להתמודד עם בעיות בעתיד.

- בדומה לשירותים אחרים המיועדים לבני משפחה מטפלים (ראו למשל רזניצקי וכהן, 2020), המוקד הצליח להגיע אל קהל יעד רלוונטי. עם זאת, מדובר בקהל יעד במצוקה גדולה, והקלה על מצוקתם מאתגרת ביותר. **יש להמשיך במאמצים להגיע לבני המשפחה עם הצרכים הרבים ביותר.**

7.3.1 סיבות הפנייה למוקד והמענה שניתן

- בני המשפחה המטפלים פנו למוקד בעיקר כדי לקבל מידע בנושאים שונים על התקדמות המחלה ועל השפעותיה (58%), על שירותים וזכויות (40%) ועל אופן הטיפול ואיך לתמוך ישירות בבן המשפחה (28%). מנתונים אלו עולה כי סיבה מרכזית לפנייה למוקד היא התקדמות המחלה והצורך של בני המשפחה להתמודד עם הידרדרות מתמדת במצב של יקירם. מידע מצטבר על שירותים אחרים לבני משפחה מטפלים עולה שגם אם בן המשפחה מתקשר בשל סיבה אחת (למשל בנוגע למידע על הפרעות התנהגות), פעמים רבות הוא זקוק גם לתמיכה רגשית (גם אם אינו מביע זאת ישירות) (שדמון-אזרד ואח', 2018).
- לפי הנתונים המנהליים המענה העיקרי שנתן המוקד לפונים היה תמיכה (45% מן השיחות), ולפי הראיונות הטלפונים המענה העיקרי הוא מידע והצעה לביקור בית (27% כל אחד). מן הפונים למוקד שרואיינו, 31% הופנו לגורם אחר, ו-15% אמרו שהפניה עזרה להם.
- המוקד היה מתוכנן לתת מענה בעיקר בתחום מיומנויות הטיפול והפרעות ההתנהגות. הוא נועד להיות מאויש בעיקר על ידי אחיות ובכוננות של עובד סוציאלי ורופא. ואולם, רוב השיחות עסקו במתן תמיכה ובקשיי ההתמודדות עם המחלה. לדברי מנהלי המוקד, היום ההבנה היא שרוב הפונים מעוניינים במידע (במיצוי זכויות) ובתמיכה, תחומים שמקבלים מענה מיטבי בעיקר מעובדים סוציאליים. צוות המוקד התרחב וכלל גם עובדים סוציאליים וגם עובדי סיעוד, ובעת הצורך הופנו שאלות גם אל עובדי המרכז ממקצועות הבריאות, כגון תזונה וריפוי בעיסוק.
- בעוד סיבת הפנייה העיקרית לפי הנתונים המנהליים מן המוקד הייתה קושי בהתמודדות, בראיונות הטלפוניים התבקשו המרואיינים לבחור בסיבת פנייה מתוך סולם שמאפשר להבין בפירוט באיזה קושי מדובר; למשל, קושי הנוגע לטיפול תרופתי; ירידה תפקודית; הפרעות התנהגות; שיפור התקשורת עם הזקן וכדומה. **סיווג מפורט יותר של סוגי הפנייה על ידי המוקדנים יכול לאפשר בניית מענה מותאם וממוקד יותר לפי תרחישי שיחה אפשריים.** למשל, אפשר להציע במענה לפניות על ירידה תפקודית, מידע בנוגע לחוק סיעוד; בפנייה בנוגע לטיפול התרופתי ניתן לטפל באמצעות הפניה להתייעצות עם אנשי מקצוע ממקצועות הסיעוד והרפואה. המענים שהמוקד נתן בפועל היו בעיקר מידע, הדרכה, הפניה לשירותים ותמיכה. פיתוח תרחישי שיחה בהתאם לסיבות הפנייה למוקד יכול להיטיב את המענה.
- עם זאת, כפי שנאמר לעיל, לא תמיד בן המשפחה יודע להגדיר בעצמו את הצורך שלו, וכמעט תמיד יש ערבוב בין צורך במידע וצורך רגשי. ניכר כי במקרים שהפונים מתקשים להגדיר את סיבת הפנייה, הם מדווחים על פחות מענים שניתנו להם. בכך יש כדי להדגיש את הצורך **להיערך מראש ולדייק עוד את טיפול המוקד בפונים ששרויים בבלבול ובמצוקה ושלעיתים אינם יודעים להגדיר את מצוקתם.**

- על פי סיבות הפנייה שעלו במחקר **אפשר לחשוב גם על סוגי מענים אפשריים: (1) מידע** על הצפוי עם **התקדמות המחלה** (למה אפשר לצפות ולהתכונן מראש); (2) **אילו שירותים** יכולים לסייע בהתמודדות זו; (3) **אילו מיומנויות טיפול** כדאי לרכוש (למשל איך להתמודד עם סירוב להתקלח או לקחת תרופות).

7.3.2 שביעות רצון ותרומה בקרב פונים שהם בני משפחת החולה

- הפונים למוקד היו שבעי רצון מאדיבות השירות ומן הזמינות שלו, אך קצת פחות מרמת המקצועיות שלו.
- כשני שלישים מבני המשפחה הרגישו כי קיבלו תשובה לשאלותיהם במרכז, אך כשפורטים זאת רואים כי רק 55% קיבלו מידע המותאם לצורכיהם ו-54% קיבלו תמיכה והרגעה. 41% דיווחו כי המוקד עזר להם להתמודד עם המחלה ו-26% דיווחו כי עזר במציאת שירותים. בסך הכול, 60% מבני המשפחה חושבים שיתקשרו פעם נוספת למוקד ו-71% היו ממליצים עליו לחבר.
- נמצא שפונים למוקד שהתקשרו בשביל הוריהם היו מרוצים ממנו יותר ממי שהתקשרו בעבור בני/בנות זוגם. נוסף על כך, אוכלוסיית הבנים/בנות חשה שהמוקד תרם לה יותר מאשר אוכלוסיית בני/בנות הזוג. תופעה זו עולה גם במחקרי הערכה נוספים לתוכניות לבני משפחה מטפלים (למשל ברג-ורמן, 2019; רזניצקי וכהן, 2020). הפער בשביעות הרצון לא קיים בקרב בני משפחה שבביתם נערך ביקור בית. **כדאי אפוא לבחון כיצד אפשר להתאים את המענה הטלפוני לבני/בנות הזוג.** יכול להיות שמענה מונגש יותר או ממושך יותר יוביל לשביעות רצון ולתרומה גבוהות יותר בעיני בני/בנות הזוג שפונים למוקד.
- בחלוקה לפי מועד הפנייה למוקד (כלומר, באיזו תקופה התקבלה הפנייה) יש הבדלים מזעריים בין השנה הראשונה לשנה השנייה במדדים שונים, אבל יש הבדל של ממש בין שתי השנים ובין תקופת מגפת הקורונה בחלק ממדדי שביעות הרצון מן המוקד והתרומה הנתפסת של המוקד.
- במודל רב-משתני עלה כי התרומה לפונים שמוטל עליהם עומס רב פחותה מן התרומה לפונים שיש עליהם פחות עומס. כמו כן על פי תפיסת הפונים, השירות בתקופת מגפת הקורונה היה טוב יותר, וכן הדעה של מי שבביתו נערך ביקור בית על שיחת הטלפון טובה מן הדעה על שיחה זו אצל מי שלא נערך ביקור בביתו.
- יש לחזק את הסיוע שהמוקד יכול להציע:** יותר תמיכה והרגעה; הפניה לשירותים אחרים אינטנסיביים יותר (כגון קבוצת תמיכה) גם לבן המשפחה הפונה; הצעת הדרכה ולימוד מיומנויות טיפול (כגון איך להתמודד עם הפרעות התנהגות, איך להגיב לחזרתיות של שאלות) ליותר פונים; הצעה לשוחח על תכנון עתידי של התמודדות עם המחלה (אם מתאים לאדם) ו/או הצעה שהמרכז ישמש כתובת להתקשרות בעתיד; חיזוק יכולת החוללות העצמית של בן המשפחה; עידוד חלוקת הטיפול עם בני משפחה אחרים; מתן תחושה כי הפונה אינו לבד במערכה.

7.4 ביקורי בית

- המטרה הייתה לבצע ביקור בית אחד ליום. בהתחלה חיכו שהפונה יבקש ביקור בית, אולם לא רבים מן הפונים ביקשו זאת. הסברה היא שחלקם חששו מכניסה של אנשי מקצוע אליהם הביתה וחלקם לא האמינו שהביקור יהיה ללא עלות כספית. בהמשך התקבלה החלטה שהמוקד יהיה הצד היוזם ויציע לפונים ביקורי בית. הקריטריונים לביקור הבית היו מקצועיים

ולוגיסטיים: מבחינה מקצועית ביקורי הבית הוצעו על רקע חשד לבעיה סוציאלית או מצב סיעודי מורכב, ומבחינה לוגיסטית, הקריטריון לביצוע ביקורי בית היה המרחק מן המרכז: כל מי שנמצא בטווח 30 ק"מ מן המוקד יכול היה לקבל ביקור בית. יש לציין כי היו לא מעט בקשות לביקורי בית מחוץ לטווח ה-30 ק"מ, ואכן אושרו חריגות ובהמשך הורחב רדיוס הביקורים ל-80 ק"מ ואף מעבר לכך במקרים חריגים. כשהמוקד עבר להציע ביקורי בית וירטואליים, עם התפשטות מגפת הקורונה בישראל, הורחבו ביקורי הבית מעבר לרדיוס שנקבע קודם. שביעות הרצון מביקורי הבית הייתה גבוהה מאוד, גם בביקורים הפיזיים וגם בביקורים הווירטואליים, אולם רוב הפונים שקיבלו ביקור בית וירטואלי ציינו שהיו מעוניינים בביקור פיזי.

- מן הנתונים עולה כי התרומה של שירותי המוקד לבני/בנות הזוג שהתקשרו למוקד וביקור נערך בביתם נוסף על שיחת הטלפון הייתה גבוהה מן התרומה למי שלא נערך ביקור בביתם. עקב שביעות הרצון והתרומה הרבה של הביקורים כפי שהשתקפו בראיונות **יש להדגיש את חשיבות השירות ולנסות להרחיבו לטווחים נוספים** (או בשל מגבלות לוגיסטיות, להשאיר את האפשרות לערוך ביקור וירטואלי גם לאחר מגפת הקורונה).

7.5 פניות עצמיות

- האנשים שפנו בעבור עצמם היו ברמת תפקוד גבוהה מרמת התפקוד של מי שבני משפחתם פנו בעבורם, אך ל-72% הייתה מחלה כרונית נוספת.
- מי שהתקשרו בעבור עצמם היו שבעי רצון פחות משירות המוקד מאשר מי שפנו בעבור בן משפחתם, ורק 46% מהם חשבו שיתקשרו שוב. 37% אמרו שימליצו על המוקד לחבר. ייתכן כי שביעות הרצון הנמוכה יותר שלהם נובעת מן העובדה שהם פנו למוקד בעיקר בשאלות שאין עליהן מענה מספק, כגון כיצד אפשר לעצור או לרפא את המחלה. נראה כי **יש למקד את המענה לאוכלוסייה זו במתן הכוונה להתמודדות עם השלבים הראשונים של המחלה ולטייב את מתן המענה לאוכלוסיית החולים בהתאם**.
- כדי לראיין את הפונים שהתקשרו למוקד בעבור עצמם נעשו התאמות קוגניטיביות ומאמצים רבים. עם זאת, נראה כי אומנם דברי החולים בראיונות הטלפוניים משקפים את נקודת מבטם, אך ייתכן כי יש להתייחס אליהם בעירובן מוגבל היות שמדובר באנשים עם דרגות שונות של ירידה קוגניטיבית.

7.6 מגפת הקורונה

- תמהיל התפוקות של המוקד השתנה עם פרוץ מגפת הקורונה באמצע מארס 2020. בד בבד עם יצירת קשר יזום עם לקוחות המוקד חלה עלייה בפניות ראשוניות מצידם. לצד זאת, נתוני הראיונות עם פונים במהלך המגפה מראים שתחושת הלקוחות על תרומת המוקד עלתה באופן מובהק בכמה מדדים, בעיקר במדדים שנוגעים לתמיכה, להרגעה וליכולת לטפל באדם.

7.7 עבודת המוקד בתוך מגוון השירותים לבני משפחה מטפלים

- ייחודיות המוקד היא בין השאר באיזו באנשי מקצוע, במתן מענה 24 שעות ביממה בכל ימי השבוע ובמתן מענה לחולים עצמם. ואולם, רוב הפניות שמתקבלות במוקד מגיעות מבני משפחה ובשעות העבודה המקובלות. משהוחלט ביולי 2021

לסגור את המוקד הטלפוני של מרכז "רעות", ייחודיות המוקד גברה, אך אפשר לחדד את התרומה שהוא מציג. **למשל, כדאי לתגבר את היצע הביקורים על חשבון צמצום שעות הפעילות בלילות** ובכך לנצל את חוזקות המוקד ואת פוטנציאל הסיוע שבביקורי בית ביעילות רבה יותר. בהמשך, **רצוי לחזק את הקשרים בין המוקד ובין שירותים אחרים לבני משפחה מטפלים**. חיזוק הקשרים יכול לעודד הפניות הדדיות על פי היתרון היחסי של כל אחד מן השירותים, לעזור בעבודה היום-יומית השוטפת ולהתמקד בחשיבה משותפת למשל על תרחישי שיחה עם בני משפחה מטפלים.

■ מספר הפניות לקבלת מידע הוא רב (מידע על התקדמות המחלה, על השפעותיה, על מיצוי שירותים וזכויות). **יש לבחון את יכולת המוקד להציע לכוניס מאגר מידע מונגש בנושאים רלוונטיים**, הן מבחינת תכולת המידע הן מבחינת החיפושים וההתמצאות בו, לרבות קישורים למאגרי מידע קיימים אחרים ופרסום מתאים על קיומם של מאגרים אלו (ובכך לצמצם, במידה מסוימת, את מספר הפניות לקבלת מידע).

עוד פרסומים של המכון בנושא

- אוסטרובסקי ברמן, א. כהן, י. רזניצקי, ש. (2022). מועדון 'עזר מציון' לחולי דמנציה צעירים: מחקר הערכה מעצבת. דמ-880-21.
- ברג-ורמן, א. וכהן י. (2022). התוכנית להפעלת משמרת שנייה במרכזי יום לזקנים (מרכזי "אופק"): הערכה מעצבת ומסכמת. דמ-895-22.
- רזניצקי, ש. וכהן י. (2020). בני משפחה מטפלים בעולם העבודה. דמ-838-20.
- רזניצקי, ש. וכהן י. (2020). תוכנית שקד -- מרכזים עירוניים לבני משפחה מטפלים: הערכה מעצבת ומסכמת. דמ-817-20.
- ברג-ורמן, א. (2019). קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים עם דמנציה: מחקר הערכה. דמ-826-19.
- רזניצקי, ש., מנהיים, א., רוזנפלד, ח., מילשטיין, א., ברודסקי, ג., ריבקיין, ד. וגולדנברג, ח. (2019). הפיילוט לפיקוח על אפוטרופוסים לעניים אישיים – דוח מסכם. דמ-793-19.
- ברג-ורמן, א., רזניצקי, ש. וברודסקי, ג. (2018). מי מטפל במטפל? שירותי הבריאות, בני משפחה מטפלים ומה שביניהם. דמ-768-18.
- שדמון-אזרד, ש., רזניצקי, ש., לרון, ב. וברודסקי, ג. (2018). סקירת תוכניות לבני משפחה המטפלים באדם עם דמנציה. דמ-773-18.
- בנטור, נ., שטרנברג, ש. ושולדינר, ג. (2015). איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה. דמ-652-15.
- ברודסקי, ג., רזניצקי, ש. וסיטרון, ד. (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ולתמיכה. דמ-508-11.

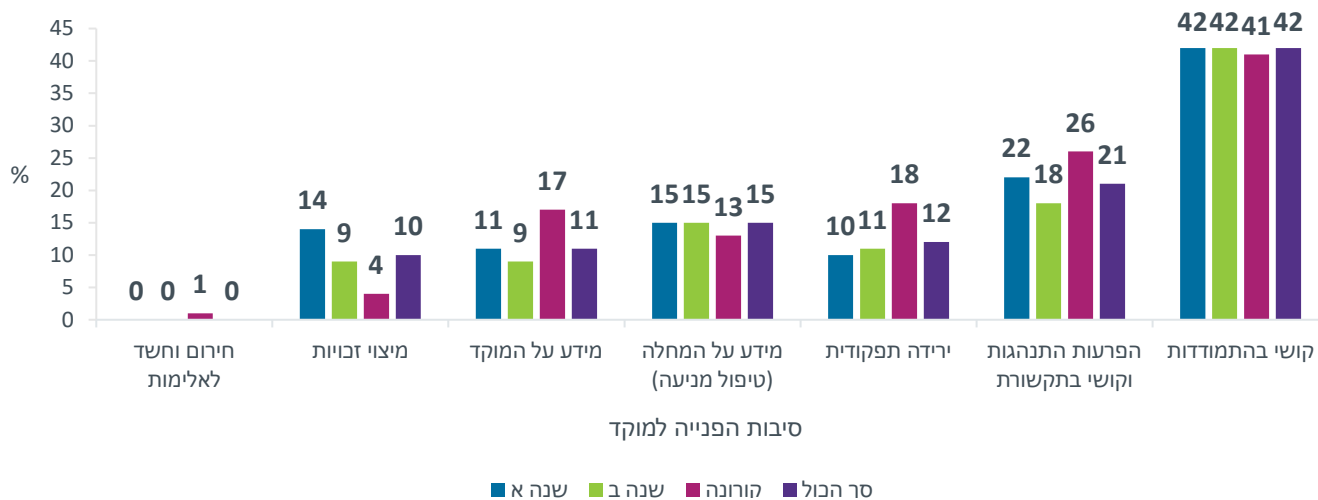
את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

רשימת מקורות

- ברג ורמן, א., לרון, מ., ספילטר, ט., רזניצקי, ש. וברודסקי, ג'. (2015). קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים. קרנות 1, המוסד לביטוח לאומי, אגף הקרנות קרן-סיעוד.
- ברג, א. (2019). קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים עם דמנציה: מחקר הערכה. דמ-826-19. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ברודסקי, ג', בנטור, נ., לרון, מ. ובן-ישראל, ש. (2013). תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות. קבוצת מומחים רב-ארגונית ורב-מקצועית: מסמך מסכם. דמ-648-13. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2020). הסקר החברתי 2019. https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2020/319/19_20_319b.pdf
- רזניצקי, ש., כהן, י. (2020). תוכנית שקד – מרכזים עירוניים לבני משפחה מטפלים: הערכה מעצבת ומסכמת. דמ-817-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- Batsch, N., & Mittelman, M., Alzheimer's Disease International. (2012). *World Alzheimer's Report 2012: overcoming the stigma of dementia*. Alzheimer's Disease International. <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in neurology*, 3, 73.
- Coyne, A. C. (1991). Information and referral service usage among caregivers for dementia patients. *The Gerontologist*, 31(3), 384-388.
- Coyne, A. C., Potenza, M., & Nose, M. A. B. (1995). Caregiving and dementia: The impact of telephone helpline services. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 10(4), 27-32.
- Fortinsky, R. H., Kercher, K., & Burant, C. J. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & mental health*, 6(2), 153-160.
- Garzón-Maldonado, F. J., Gutiérrez-Bedmar, M., Serrano-Castro, V., Requena-Toro, M. V., Padilla-Romero, L., & García-Casares, N. (2017). An assessment of telephone assistance systems for caregivers of patients with Alzheimer disease. *Neurología (English Edition)*, 32(9), 595-601.
- Harvey, R. J., Roques, P. K., Fox, N. C., & Rossor, M. N. (1998). CANDID – Counselling and Diagnosis in Dementia: a national telemedicine service supporting the care of younger patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(6), 381-388.

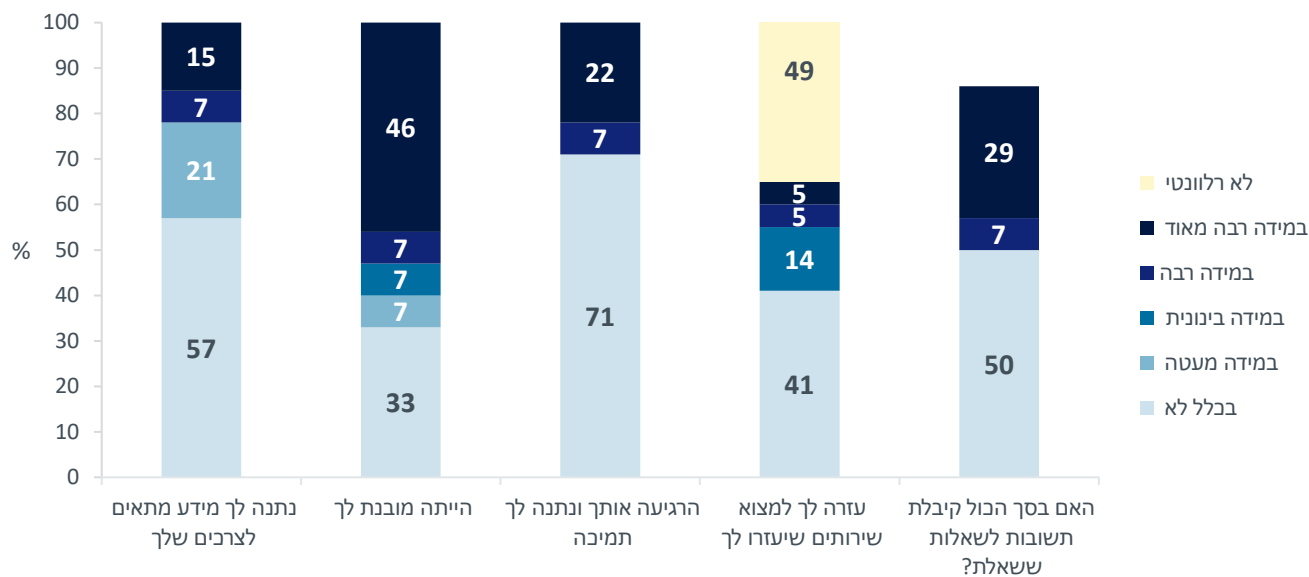
- Health Quality Ontario. (2008). Caregiver-and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series, 8(4)*, 1-98.
- Kwok, T., Bel Wong, I. I., Chui, K., Young, D., & Ho, F. (2013). Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging, 8*, 1191.
- Salfi, J. (2004). *Seeking to understand telephone support for dementia caregivers: A qualitative case study* (Doctoral dissertation).
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 12*, 240-249.
- Skurla, E., Rogers, J. C., & Sunderland, T. (1988). Direct Assessment of Activities of Daily Living in Alzheimer's Disease A Controlled Study. *Journal of the American Geriatrics Society, 36(2)*, 97-103.
- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D. & Bandura, A. (2002). The revised scale for caregiving self-efficacy: reliability and validity studies. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 57*, 74–86.
- Tremont, G., Duncan Davis, J., Bishop, D. S., & Fortinsky, R. H. (2008). Telephone-delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia, 7(4)*, 503-520.
- Tremont, G., Davis, J. D., Ott, B. R., Galioto, R., Crook, C., Papandonatos, G. D., ... & Bishop, D. S. (2017). Randomized Trial of the Family Intervention: Telephone Tracking—Caregiver for Dementia Caregivers: Use of Community and Healthcare Resources. *Journal of the American Geriatrics Society, 65(5)*, 924-930.
- Winter, L., & Gitlin, L. N. (2007). Evaluation of a telephone-based support group intervention for female caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 21(6)*, 391-397.

תרשים א-1: סיבות הפנייה למוקד לפי נושאים ותקופות, (באחוזים) (n=6725)^

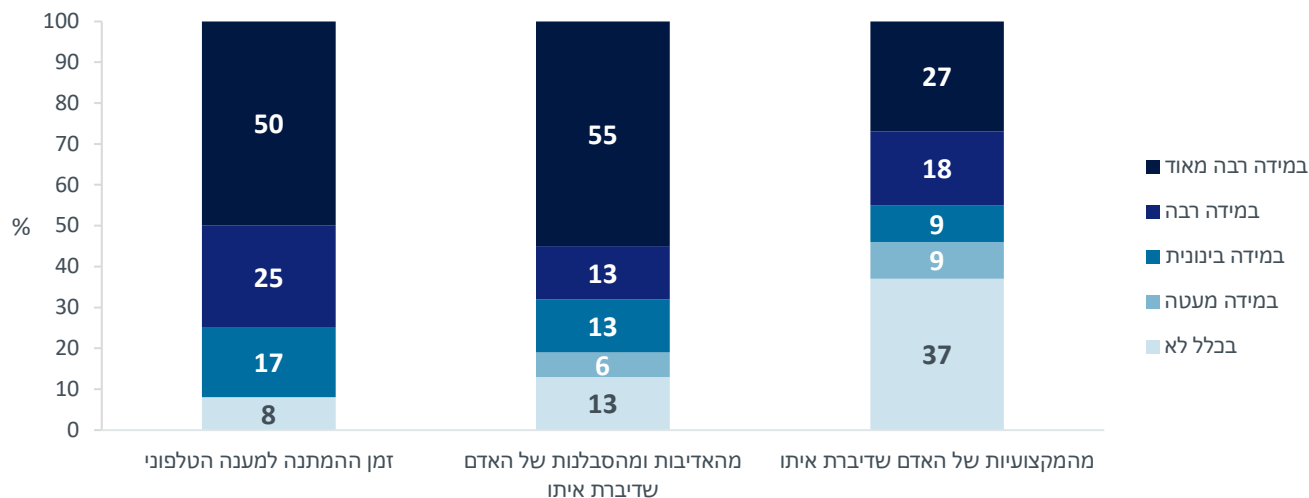


אפשר היה לבחור יותר מתשובה אחת ולכן הממצאים לא מסתכמים ל-100%

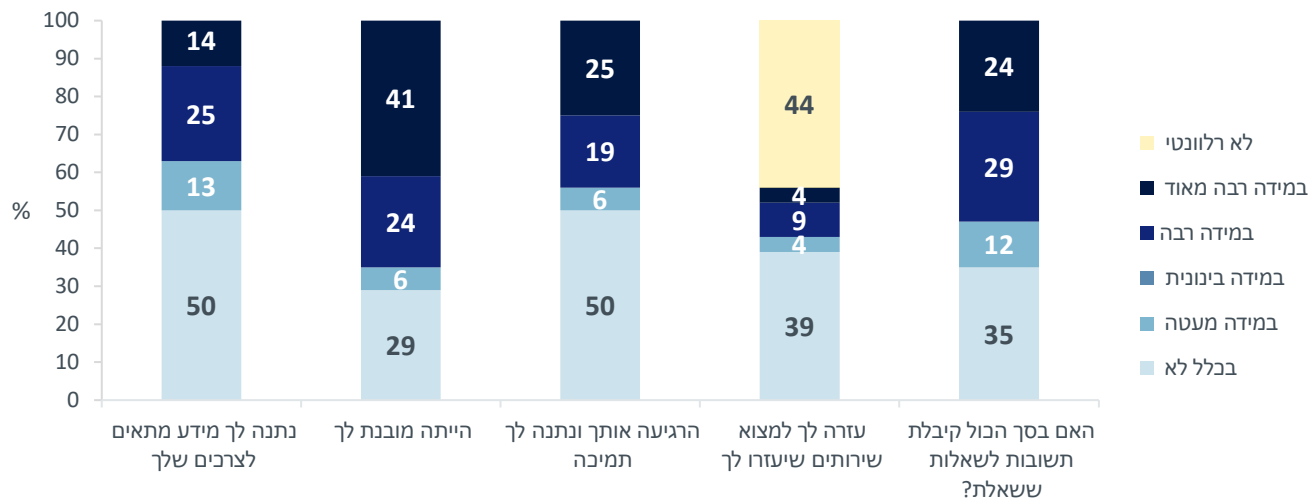
תרשים א-2: תרומה נתפסת של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה הראשונה להפעלת המוקד (באחוזים) (n=14)



תרשים א-3: שביעות הרצון של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה הראשונה להפעלת המוקד (באחוזים) (n=14)



תרשים א-4: תרומה נתפסת של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה השנייה להפעלת המוקד (באחוזים) (n=25)



תרשים א-5: שביעות הרצון של הפונים למוקד עבור עצמם בשנה השנייה להפעלת המוקד (באחוזים) (n=25)

