



# מטופלים בפסיכותרפיה חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש

הדר סמואל      שלומית קגיה

עריכת לשון: רעיה כהן  
תרגום לאנגלית (תקציר): דוד סימר  
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ומשרד הבריאות

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

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

ירושלים | שבט תשפ"ג | פברואר 2023

# תקציר

## רקע

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. במסגרת הרפורמה הועברה האחריות להספקת שירותים בתחום בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים. לראשונה מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ב-1995 עיגנה הרפורמה הביטוחית את הזכות החוקית לקבלת שירותי בריאות נפש במסגרת סל הבריאות הבסיסי שקופות החולים מספקות.

## מטרות המחקר

ללמוד על התנסותם של מטופלים בשירותי פסיכותרפיה בקהילה ולבחון הבדלים בהתנסות לפי מגזר הטיפול (ציבורי או פרטי) ולפי מאפייני הרקע של המטופלים, חמש שנים לאחר החלת הרפורמה הביטוחית.

## שיטה

מחקר חתך (cross-sectional) בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. באוכלוסיית המחקר נכללו מבוגרים (מעל גיל 22) הצורכים שירותי פסיכותרפיה בקהילה. הנתונים נאספו באמצעות סקר אינטרנטי שנעשה בדצמבר 2020. נוסף על כך, בין יוני לאוקטובר 2021, נערכו עשרה ראיונות עומק עם מרואיינים שקיבלו טיפול פסיכותרפיה בשנה שקדמה לסקר. רוב הראיונות התבצעו בשיחת וידיאו על פי פרוטוקול לריאיון חצי מובנה.

## ממצאים עיקריים

שיעור מקבלי טיפול פסיכותרפי בשנה שקדמה לסקר עמד על 8.4%. מהם, 51% קיבלו טיפול במגזר הציבורי. מקרב המדווחים על קבלת טיפול במגזר הפרטי, 20% דיווחו על פנייה למגזר הציבורי טרם הפנייה לטיפול פרטי (7% דיווחו כי קיבלו קודם טיפול במסגרת קופת החולים שלהם ו-13% דיווחו כי פנו לקבלת טיפול בקופה, אך לא קיבלו אותו בפועל). ניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית), שהמשתנה התלוי בו היה הסיכוי להיות מטופל במגזר הפרטי לעומת הסיכוי להיות מטופל במגזר הציבורי, העלה כי: (1) הסיכוי להיות מטופלים במגזר הפרטי גבוה יותר בקרב נשים, חרדים, אקדמאים ומי שאינם נשואים (לעומת גברים, לא חרדים, לא אקדמאים ונשואים); (2) הסיכוי להיות מטופלים במגזר הפרטי נמוך יותר בקרב ערבים (לעומת יהודים) ובקרב מי שנעזרים גם ברופא משפחה או בפסיכיאטר בקשר לבעיה הנפשית שבגללה פנו לפסיכותרפיה (לעומת מי שאינם נעזרים ברופא משפחה ובפסיכיאטר למטרה זו).

נמצאו הבדלים מובהקים במאפייני המטופלים, בזמני ההמתנה לטיפול, במשך הטיפול ובסיבות לסימום – בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי, ואף שככלל נרשמה חוויית מטופל טובה בקרב כלל המשיבים לסקר (ציון ממוצע של 8.7 מתוך 10 במדד חוויית המטופל),

נמצא כי המטופלים במגזר הפרטי דיווחו בממוצע על חוויית טיפול טובה יותר מהמטופלים במגזר הציבורי (ציון ממוצע של 9.1 לעומת 8.3). הפער נשמר גם בפיקוח על מאפייניהם האישיים של המטופלים בניתוח רב-משתני.

מקרב מי שהחלו את הטיפול לפני פרוץ מגפת הקורונה, 76% דיווחו על קבלת טיפול מרחוק או על שילוב של טיפול מרחוק עם טיפול פנים-אל-פנים, במהלך התקופה שלאחר ההתפרצות. לעומת זאת, כמחצית מהטיפולים שהחלו לאחר התפרצות מגפת הקורונה התקיימו פנים-אל-פנים בלבד. מראיונות העומק עלה כי קשה יותר להתחיל טיפול מרחוק ולבסס את הקשר עם המטפלת, אך אפשר בקלות רבה יותר להמשיך מרחוק טיפול שכבר התבסס פנים-אל-פנים.

לפי תפיסת רוב המטופלים, הטיפול מרחוק יעיל פחות בהשגת מטרות הטיפול (66%) ומאפשר פחות שיחה על נושאים רגישים (58%) או יצירת קשר והבנה עם המטפלת (66%). כך בקרב מי שהתנסו בטיפול מרחוק בפועל, אך ביתר שאת בקרב מי שלא התנסו בכך. עם זאת, בראיונות העומק עלתה גם התפיסה כי בעיתות משבר ובמצבים שבהם טיפול פנים-אל-פנים אינו אפשרי, טיפול מרחוק עדיף על חוסר טיפול.

## מסקנות

מן הממצאים עלה כי שיעור המטופלים בפסיכותרפיה בקהילה גבוה משהוערך בעבר (8.4% ולא 3%). כמחציתם מקבלים טיפול פרטי, אף על פי שהשירות נמצא בסל הבריאות.

עוד עלה כי ישנה אוכלוסייה המעוניינת בקבלת שירות במגזר הציבורי ואינה מקבלת אותו. ייתכן כי הנתון ש-20% מן המטופלים במגזר הפרטי פנו לקבלת טיפול ציבורי אך לא קיבלו מענה מלא לצורכיהם הוא בגדר הערכת חסר לשיעור המעוניינים בטיפול במגזר הציבורי: רבים מניחים מראש כי יאלצו להמתין זמן רב לטיפול במגזר הציבורי או מבקשים חופש רב יותר בבחירת המטפלת משמאפשר המגזר הציבורי, ולכן מראש הם אינם פונים אליו כלל. ממצאי המחקר העלו גם הבדלים במאפייני המטופלים, במאפייני הטיפול ובחויית המטופל, בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי.

ממצאי המחקר בנוגע לזמני המתנה העלו כי אחת מדרכי ההתמודדות של מטופלים עם זמני המתנה הארוכים היא פנייה בעת ובעונה אחת לכמה מסגרות, כדי שיוכלו בסופו של דבר לקבל את השירות ממסגרת שהמתנה בה קצרה מבמסגרות האחרות. גם מצב זה בעייתי, שכן הפיצול הקיים בשירותי בריאות הנפש יוצר צורך לפנות לגורמים מרובים, הדורשים לרוב מילוי טפסים משלהם, השגה ושליחה של מסמכים וחשיפה חוזרת ונשנית של המצב הנפשי. מצב זה יוצר עומס על המטופלים מבחינת המאמץ הנדרש מהם.

## המלצות

- יש לפעול להרחבת הזמינות והנגישות של שירותי הפסיכותרפיה הציבורית בארץ.
- במסגרת המאמצים להרחיב את השירות, יש לתת את הדעת לאוכלוסייה המעוניינת בקבלת שירות במגזר הציבורי אך אינה מקבלת אותו.

- יש מקום לפעול לשיפור חוויית המטופל במגזר הציבורי.
- יש לעודד את קופות החולים להציע למבוטחים סיוע באיתור מסגרת הטיפול המתאימה מבין האפשרויות הקיימות.
- יש לפעול ליצירת מערכת אחודה לקביעת תורים לכלל המסגרות שקופות החולים ממנות ולהשתמש בטכסים אחידים.
- יש ליצור מנגנון העוקב אחר מצבם של הממתינים ומתעדף מחדש את התורים במקרה הצורך
- מוצע ליצור אפשרות לטיפול היברידי: טיפול המשלב טיפול מרחוק, לאחר טיפול פנים-אל-פנים שיבסס את קשר הטיפול.

# תוכן עניינים

1	1. רקע
1	1.1 הרפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש
2	1.2 חוויית המטופל
3	1.3 שירותי פסיכותרפיה בישראל לאחר הרפורמה הביטוחית
4	2. מטרת המחקר
5	3. שיטה
5	3.1 מערך המחקר
5	3.2 אוכלוסיית המחקר והמדגם
6	3.3 איסוף הנתונים וכלי המחקר
6	3.4 עיבודים
6	3.5 אתיקה
6	3.6 ראיונות העומק
7	4. ממצאים
7	4.1 מאפייני רקע
9	4.2 מאפייני הטיפול
14	4.3 תהליך הפנייה לטיפול
18	4.4 המשתנים הקשורים לבחירה במגזר הטיפול
21	4.5 חוויית המטופל ותפיסות על הצורך בשיתוף מידע בין מטפלים ושיתוף המטופל בקביעת יעדי הטיפול
26	4.6 סיום הטיפול
26	4.7 טיפול בזמן מגפת הקורונה
32	5. מגבלות המחקר והצעות למחקר בעתיד
33	6. סיכום, דיון ומסקנות
37	7. המלצות לגיבוש מדיניות ולקבלת החלטות
39	עוד פרסומים של המכון בנושא
40	מקורות
47	נספח א': לוחות משלימים
50	נספח ב': לוחות נספח מתודולוגי

## רשימת לוחות

- 7 לוח 1: מאפייני הרקע של המשיבים לסקר, מי שקיבלו לעומת מי שלא קיבלו טיפול פסיכותרפי
- 9 לוח 2: מאפייני רקע של המשיבים לסקר
- 13 לוח 3: שיעור הפונים לטיפול ציבורי לפני הפנייה לטיפול פרטי ומקורות המימון לטיפול הפרטי
- 15 לוח 4: מידת קלות קבלת המידע על אפשרויות הטיפול ועל אופן הפנייה לטיפול, בחלוקה ליהודים לעומת ערבים
- 16 לוח 5: סיבות לעיכוב בפנייה הראשונית לטיפול
- 19 לוח 6: מאפייני המטופלים לפי מגזר הטיפול
- 20 לוח 7: רגרסיה לוגיסטית לניבוי הסיכוי לקבלת טיפול במגזר הפרטי
- 23 לוח 8: רגרסיה ליניארית לניבוי ציון מדד "חווית המטופל"
- 25 לוח 9: ציונים ממוצעים של החשיבות שייחסו המטופלים לשיתוף במידע עם גורמי טיפול אחרים ולשיתוף המטופל במטרות הטיפול
- 28 לוח 10: אופן קבלת הטיפול לאחר פרוץ מגפת הקורונה, לפי מאפיינים
- 29 לוח 11: תפיסות על אודות טיפול מרחוק
- 31 לוח 12: אופן טיפול מועדף לאחר הסרת מגבלות הקורונה

## רשימת לוחות בנספחים

- 47 לוח א1: הסיבות לבחירת טיפול במגזר הציבורי והסיבה העיקרית לבחירה שנעשתה
- 48 לוח א2: הסיבות לבחירת טיפול במגזר הפרטי והסיבה העיקרית לבחירה שנעשתה
- 49 לוח א3: שיעורי משתמשים במקורות מידע
- 49 לוח א4: משך ההמתנה בין הפנייה הראשונית לטיפול ובין תחילתו
- 50 לוח ב1: מאפייני האוכלוסייה ומאפייני המשתתפים בסקר, לפני השקלול
- 51 לוח ב2: המשתנים וקבוצות השקלול
- 51 לוח ב3: ייצוגיות, לפי מין
- 51 לוח ב4: ייצוגיות, לפי מחוז מגורים
- 52 לוח ב5: ייצוגיות, לפי גיל
- 52 לוח ב6: ייצוגיות, לפי קבוצה באוכלוסייה
- 52 לוח ב7: ייצוגיות, לפי השכלה

## רשימת תרשימים

- 10 תרשים 1: מגזר קבלת הטיפול
- 11 תרשים 2: מסגרת הטיפול, לפי מגזר הטיפול
- 12 תרשים 3: הסיבות המובילות לבחירה במגזר הטיפול
- 13 תרשים 4: קבלת טיפול מרופא משפחה ו/או מפסיכיאטר נוסף על פסיכותרפיה, לפי מגזר הטיפול
- 14 תרשים 5: ייעוץ מפסיכיאטר, לפי מגזר קבלת טיפול הפסיכותרפיה
- 17 תרשים 6: משך ההמתנה בין הפנייה הראשונית לטיפול ובין תחילתו
- 22 תרשים 7: ציונים ממוצעים של ההיגדים ומדד חוויית המטופל
- 27 תרשים 8: אופן קבלת הטיפול לפני ואחרי פרוץ מגפת הקורונה



## 1.1 הרפורמה הביטוחית בשירותי בריאות הנפש

ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש. במסגרת הרפורמה הועברה האחריות; להספקת שירותים בתחום בריאות הנפש מן המדינה אל קופות החולים. הרפורמה הביטוחית עיגנה לראשונה מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי את הזכות החוקית לקבל שירותי בריאות נפש במסגרת סל הבריאות הבסיסי שקופות החולים מספקות. העברת שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים אמורה הייתה לתרום לגידול בהיצע ובגיוון של שירותי בריאות הנפש, להגדלת זמינות השירותים, להרחבת נגישותם, לשיפור איכות השירותים ולייעול השימוש במקורות התקציב המופנים אליהם. שילוב תחום בריאות הנפש ברכיב הכללי תחת קופות החולים אמור היה לתרום גם לצמצום התווית השלילית (סטיגמה) הכרוכה בשימוש בשירותים אלו, לשפר את הקשר שבין רפואת הגוף לרפואת הנפש ולתרום ליצירת רצף טיפול בין מוסדות האשפוז לקהילה (אלרועי וסמואל, 2019; ניראל ואח', 2008; Rosen et al., 2008; Mark & Shani, 1995).

לצד הציפיות לשיפור מערכת בריאות הנפש נשמעו עם השנים גם חששות מכני יישומה של הרפורמה הביטוחית. כך למשל עלה חשש כי העברת הטיפול בבריאות הנפש לקופות תגרום למסגור רפואי (מדיקליזציה) של תחום בריאות הנפש ולמתן משקל-יתר למודל הרפואי, מודל ששם דגש חזק יותר על טיפול תרופתי מאשר על טיפולי פסיכותרפיה.<sup>1</sup> כמו כן הובע חשש כי הקופות ידרשו מן הפונים לעבור דרך "שומרי סף" (למשל ידרשו הפניית רופא משפחה או קבלת התחייבות לצורך טיפול במרפאה ממשלתית) ויחייבו את הפונים לקבל אבחנה פסיכיאטרית ואת המטפלים להצדיק את הצורך בטיפול, ובכך יערימו עליהם קשיים שירתיעו מן התהליך. חששות נוספים נגעו להיעדר מנגנונים מספקים לשמירה על פרטיות המטופלים ול"זליגה" אפשרית של מידע חסוי עליהם (אבירם ואזארי-ויזל, 2015; בנכשנו: מתמחים בפסיכולוגיה למען מערך בריאות הנפש הממלכתי, 2016; הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, 2015; ההסתדרות הרפואית בישראל [הר"י], 2007; ניראל וסמואל, 2013; שפלה, 2007).

הציפיות לשיפור בעקבות הרפורמה, כמו גם החששות שליוו את הדיון בפרטיה, הדגישו את הצורך ללוות את תהליך הרפורמה במחקר הערכה. לבקשת משרד הבריאות ממלא מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל תפקיד מרכזי בעיצוב ובביצוע של הערכת הרפורמה בבריאות הנפש מאז 2007 (אלרועי ואח', 2017; אלרועי וסמואל, 2019; אשכנזי ואח', 2018; ברמלי-גרינברג וישראל, 2011; הרן ונאון, 2017; ניראל ואח', 2008; ניראל וסמואל, 2013; סמואל ורוזן, 2013; שטרן ואח', 2009, 2011). במסגרת זו נעשו במכון כמה מחקרים הנוגעים בנקודת המבט של צרכני השירותים: בשנת 2007 הוכנס לסקר הדו-שנתי של מכון ברוקדייל, 'דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות', פרק מיוחד העוסק בצורך בשירותי בריאות נפש, בדפוסי הפנייה לשירותים אלו ובקשר בין דפוסי הפנייה ובין מגוון מאפיינים אישיים (גרוס ואח', 2009). נוסף על הערכת שיעור הזקוקים לשירותי בריאות נפש בדק הסקר גם היבטים של קבלת שירות הקשורים במיוחד לרפורמה הביטוחית, כגון איתור מצוקה נפשית על ידי רופא המשפחה, שימוש

---

<sup>1</sup> פסיכותרפיה מוגדרת במחקר זה: טיפול נפשי בשיחות.

בשירותי בריאות כלליים ובשירותי בריאות הנפש, שביעות רצון משירותי בריאות הנפש וזמני המתנה לטיפול. המחקר סיפק גם מידע מפורט על דפוסי הפנייה לטיפול והבחין בין ספקי שירות ציבוריים במשרד הבריאות ובקופות החולים ובין ספקים פרטיים. בשנת 2013 ערך המכון סקר מקיף בקרב האוכלוסייה הכללית שהתמקד בתחום בריאות הנפש (אלרועי ואח', 2017). הוא בחן את שיעורי הצורך בשירותי בריאות הנפש, את דפוסי הפנייה לטיפול, את הסיבות לאי-פנייה לטיפול ואת שביעות הרצון מהיבטים אחדים של הטיפול. בשנת 2016, כשנה לאחר יישום הרפורמה, הוכנסו שוב לסקר 'דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות' שאלות הנוגעות לקבלת שירות בתחום בריאות הנפש (ברמלי-גרינברג, ואח', 2017).

בכל אחד משלושת סקרי האוכלוסייה שלעיל כלל המדגם יותר מאלפיים איש, אך בשל שיעור צרכני שירותי בריאות הנפש באוכלוסייה עמד מספר הנדגמים שענו על השאלות הקשורות לטיפול בתחום בריאות הנפש על כמאה איש בלבד (כ-5% מכלל המדגם). משום כך אי אפשר היה לבחון לעומק את הקשרים בין מאפייני המטופלים, המטפלות,<sup>2</sup> מסגרות הטיפול וכדומה ובין משתנים הקשורים לחוויית המטופל. ומכאן נולד הצורך לבחון משתנים אלו ספציפית בקרב אוכלוסיית צרכני הפסיכותרפיה. הבחירה להתמקד במטופלים הצורכים שירותי פסיכותרפיה נעשתה כיוון שזהו התחום שבו חלו השינויים הגדולים ביותר בעקבות הרפורמה. זאת משום שיעוץ פסיכיאטרי היה זמין למבוטחי הקופות גם טרם הרפורמה (סמואל ורוזן, 2013) ובדומה הוא ממשיך להינתן גם לאחריה.

## 1.2 חוויית המטופל

מחקרים רבים מראים שלחוויית המטופל ובני משפחתו ישנה השפעה על תוצאות הטיפול הרפואי ועל בטיחות הטיפול ויעילותו (Black et al., 2014; Di Blasi et al., 2001; Doyle et al., 2013; Fenton et al., 2012; Kelley et al., 2014). בחינת חוויית המטופל משמשת זה מכבר למדידת איכות השירות הרפואי, לצד מדדי איכות קליניים, בתור אחד המדדים המרכזיים (Ahmed et al., 2014; Anhang Price et al., 2014; Coulter et al., 2009; Lombarts et al., 2009; Murray & Frenk, 2000) וסקרים לבחינת חוויית המטופל בחלקים שונים של מערכת הבריאות נפוצים במדינות רבות, ובהן בריטניה, ניו-זילנד, אוסטרליה וקנדה (Garratt et al., 2008; Robert & Cornwell, 2013).

מחקרים העוסקים בחוויית המטופל נוקטים מגוון שיטות איכותניות וכמותיות למדידת החוויה (Ahmed et al., 2014); (LaVela & Gallan, 2014; Ziebland et al., 2013), אך מוסכם על החוקרים כי הטוב ביותר הוא למדוד את טיב החוויה של המטופלים באמצעות משוב ישיר מפי המטופלים עצמם (Cleary & Edgman-Levitan, 1997; Coulter et al., 2009).

---

<sup>2</sup> מכיוון שיש רוב של מטפלות לעומת מטפלים, בדוח מחקר זה בחרו החוקרות להשתמש במונח בלשון נקבה, אך הוא מתייחס הן לנשים מטפלות הן לגברים מטפלים.

בפברואר 2013 פרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל, "שיפור חווית המטופל במערכת הבריאות" בחוזר מוסבר:

” חווית המטופל משקפת את האופן בו המטופל תופס את מכלול ההתנסויות שלו עם מערכת הבריאות לאורך הרצף הטיפולי. חוויה זו מושפעת ממכלול המפגשים בין המטופל למטפלו, מציפיות המטופל ממערכת הבריאות ומהתרבות הארגונית בכל אחת מהמסגרות איתן בא המטופל במגע”. (משרד הבריאות, 3102)

לחוזר המנכ"ל צורף תקן ('סטנדרט' בלשון החוזר) לשיפור השירות (משרד הבריאות, 2013), המפרט את הממדים המרכיבים את חוויית המטופל, ובהם: נגישות למידע, העצמת מטופלים, היחס למטופל ולבני משפחתו (כולל התאמה תרבותית), מקצוענות, בטיחות הטיפול, רצף הטיפול, זמינות השירות והתנאים במתקנים שבהם הטיפול ניתן. בחוזר הודגש כי משרד הבריאות, מתוקף היותו מחויב לשיפור חוויית המטופל, הקים אגף ייעודי לשיפור השירות. ב-2016 פרסם מינהל איכות, שירות ובטיחות במשרד הבריאות את "תורת השירות וחוויית המטופל במערכת הבריאות בישראל", מסמך הכולל המלצות תקן לשירות איכותי ולחוויית מטופל טובה (משרד הבריאות, 2016). בשל מחויבותו לשיפור השירות החל משרד הבריאות בביצוע סקרים למדידת חוויית המטופל במוסדות הבריאות: נערכו סקרים על חוויית האשפוז בבתי חולים כלליים ובבתי חולים פסיכיאטריים וכן על החוויה בטיפול במחלקות לרפואה דחופה, במחלקות שיקום ובמוסדות סיעודיים. שאלוני הסקרים התבססו על התקן לשיפור השירות שצורף לחוזר המנכ"ל מ-2013 (משרד הבריאות, 2022). על אף השינויים שחלו בעקבות הרפורמה הביטוחית באופן שבו מסופקים שירותי בריאות הנפש בקהילה טרם נערך מחקר העוסק בחוויית המטופל בתחום זה.

### 1.3 שירותי פסיכותרפיה בישראל לאחר הרפורמה הביטוחית

לצורך מחקר זה פסיכותרפיה מוגדרת – **טיפול נפשי בשיחות** – והיא נעשית על ידי אחד מאלה: מטפלת בעלת רישוי של פסיכולוג קליני, עובד סוציאלי קליני, מי שסיים בית ספר לפסיכותרפיה, או פסיכיאטר מומחה. מטרת הטיפול הפסיכותרפי לסייע בקשיים מתחום בריאות הנפש. הטיפול יכול להיות פרטני, זוגי, דיאדי (הורה וילד) או קבוצתי.

לצד האפשרות לפנות לטיפול במגזר הפרטי, בעקבות הרפורמה הביטוחית אפשר גם לקבל שירותי פסיכותרפיה במימון קופות החולים במסגרת סל הבריאות הבסיסי. הטיפול יכול להינתן במרפאות בריאות נפש ייעודיות, רב-מקצועיות, המציעות מגוון שירותי בריאות נפש, ובהם פסיכותרפיה. מרפאות אלו יכולות להיות מופעלות על ידי קופת חולים או על ידי משרד הבריאות, עמותות או מלכ"רים (מרפאות בקהילה או מרפאות-חוץ של בתי חולים כלליים או פסיכיאטריים). בחלק מקופות החולים מוצעים שירותי פסיכותרפיה גם במרפאות ראשוניות של הקופה.

השירותים במרפאות ניתנים חינם או בהשתתפות עצמית רבעונית (בהתאם לשירות ולסוג המרפאה). נוסף על הטיפול במרפאה, קופות החולים מציעות למבוטחים שירותי פסיכותרפיה שנותנים מטפלים עצמאים שיש להם הסכם עם הקופה. הטיפול במסלול זה כרוך בתשלום השתתפות עצמית של כ-150 ₪ למפגש (נכון למאי 2022). בניגוד למצב טרום-הרפורמה, אין צורך בביטוח משלים כדי לקבל שירותי פסיכותרפיה במסלול המטפלים העצמאים.

## 2. מטרות המחקר

- א. ללמוד על ההתנסות של מטופלי פסיכותרפיה בקהילה ועל חוויית המטופל שלהם
- ב. לבחון הבדלים בהתנסות ובחוויית המטופל בקרב המטופלים במגזר הציבורי לעומת אלו שבמגזר הפרטי
- ג. לבחון הבדלים בהתנסות ובחוויית המטופל של המטופלים על פי מאפייני רקע, כגון גיל, מין, אזור מגורים, קבוצת אוכלוסייה והשכלה

## 3. שיטה

### 3.1 מערך המחקר

מחקר חתך (cross-sectional) שנערך באמצעות סקר בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הכללית בארץ ובאמצעות 10 ראיונות עומק עם מקבלי טיפול פסיכותרפי.

### 3.2 אוכלוסיית המחקר והמדגם

באוכלוסיית המחקר נכללו מבוגרים (מעל גיל 22) הצורכים שירותי פסיכותרפיה בקהילה. כדי להגיע לאוכלוסיית צרכני הפסיכותרפיה פנה צוות המחקר באמצעות שאלון אינטרנטי למדגם של האוכלוסייה הכללית ושאל שאלת סינון הנוגעת לקבלת שירותי פסיכותרפיה בשנה שקדמה לסקר. רק מי שצרך שירותים אלו הופנה לשאלון הסקר המלא. כאמור, במחקר אוכלוסייה קודמים הניבו מדגמים גדולים שיעור משיבים של כ-5% בלבד שענו על השאלות הקשורות לטיפול בתחום בריאות הנפש, מהם מעט יותר ממחצית דיווחו על קבלת שירותי פסיכותרפיה (כ-3%). כדי להקל את איתור האוכלוסייה הרלוונטית לסקר נעשה שימוש בשירותי שתי חברות פאנלים אינטרנטיים בישראל.<sup>3</sup>

כיוון שבהתפלגות החברים בפאנלים האינטרנטיים ישנו לעיתים תת-ייצוג לאוכלוסייה הערבית כללה תוכנית המחקר המקורית השלמה של הסקר האינטרנטי באוכלוסייה הערבית: שאלון הסקר תורגם לערבית, וכמה מן השאלות הושמטו כדי להתאים את הסקר לשאלון טלפוני (הגרסה המקוצרת בערבית הופיעה הן בשאלון הטלפוני הן באינטרנטי). ואולם, על אף מאמצים גדולים שהושקעו באיתור ובתשואה של מרואיינים מקרב האוכלוסייה הערבית אין די במספר הראיונות הטלפוניים באוכלוסייה זו, ולכן, בסופו של דבר התבסס מחקר האוכלוסייה הערבית רק על שאלוני הפאנלים שמילאו הנדגמים מאוכלוסייה זו.

חישוב גודל המדגם הדרוש עבור הסקר נעשה כך שאפשר יהיה לזהות הבדלים של 15% לפחות בין קבוצות (למשל בין מטופלים במגזר הפרטי למטופלים במגזר הציבורי), ברמת ביטחון של 95% ובעוצמת מבחן של 80%. גודל המדגם שעמד בדרישות אלו היה 400 איש. עם זאת, בחינת ההשפעה של מספר השאלונים הנמוך בקרב האוכלוסייה הערבית העלתה כי טעות הדגימה היחסית בקרב אוכלוסייה זו עלתה מכ-9% ל-15%. כיוון שעוצמות המבחן מחושבות בדרך כלל עבור טעות דגימה יחסית של עד 10% היה צפוי שתהיה עוצמת מבחן נמוכה מ-80%. לפיכך נמנעו החוקרות ממתן אומדנים עבור תתי-אוכלוסייה בקרב המשיבים הערבים (למשל עבור חלוקה לגברים ונשים או לפי רמות הכנסה) אך כללו אותם בכלל המשיבים וכך אפשר היה להשוות בין נתוניהם ובין אלו של כלל המשיבים היהודים.

---

<sup>3</sup> בפאנלים אלו חברים עשרות אלפי אנשים הנכונים לענות על סקרים אינטרנטיים. חברי הפאנלים מקבלים תגמול קטן על כל שאלון שהם ממלאים (לפי אורך השאלון). גודל הפאנל מאפשר לחברות להציע מדגמים גדולים ששיעור ההיענות בהם גבוה ואין בהם נתונים חסרים (missing values).

### 3.3 איסוף הנתונים וכלי המחקר

הנתונים נאספו באמצעות שאלון ממוחשב שהופץ למדגם מייצג של 4,688 איש על ידי שתי חברות הפאנל האינטרנטי, במהלך דצמבר 2020.

שאלון הסקר כלל שאלות על תהליך הפנייה לטיפול ועל הבחירה בספק השירות, על מאפייני הטיפול עצמו, על סיבות לעיכוב בפנייה לטיפול (אם התעכב) ועל סיבות לסיומו (אם הסתיים). כמו כן כלל השאלון שאלות הקשורות לחוויית המטופל, ובהן שאלות על נגישות למידע, על יחס המטפלים, על מידת השיתוף בין המטפלת למטופל בהגדרת המטרות והיעדים של הטיפול, על זמינות המטפלת לתיאומים, על שביעות הרצון של המטופל ועל תפיסות על החשיבות של שיתוף מידע בין מטפלים שונים בבריאות הנפש.

### 3.4 עיבודים

המדגמים משתי חברות הפאנל אוחדו לקובץ אחד ושוקללו כך שיתאימו למאפייני האוכלוסייה הכללית בארץ במשתנים האלה: מין, קבוצת גיל (20–39 / 40–59 / +60), קבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים), מידת דתיות בקרב האוכלוסייה היהודית (חרדים/לא חרדים) והשכלה (יסודית/תיכונית/על-תיכונית/אקדמית), (למידע נוסף ר' **לוחות ב1–ב7, נספח ב'**).

הנתונים במחקר עובדו כך שאין דרך לזיהוי פרטני של נדגמים. נתוני המדגם נותחו באמצעות לוחות צולבים. מידת קיום תלות בין המשתנים, במשתנים שאינם כמותיים (הנמדדים על סולם נומינלי) נבדקה בעזרת מבחן  $\chi^2$ . מובהקות ההבדל בין ממוצעי משתנים כמותיים נבדקה בעזרת מבחן  $t$ . מידת ההשפעה העצמאית של משתנים נבדקה באמצעות ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות לוגיסטיות או רגרסיות ליניאריות).

### 3.5 אתיקה

כדי לעמוד בדרישות האתיקה ובשל הרגישות של נושא המחקר צורף פתיח לשאלון הסקר, ובו הסבר קצר על נושא הסקר ועל מטרות המחקר וכן הבהרה כי ההשתתפות במחקר היא מרצון וכי שמורה לעונים הזכות להפסיק את המענה על השאלון בכל רגע. שיטת המחקר וכלי המחקר קיבלו את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

### 3.6 ראיונות העומק

לאחר עיבוד הנתונים הכמותיים מן הסקר התבצעו עשרה ראיונות עומק עם מרואיינים המקבלים (או שקיבלו בשנה שקדמה לסקר) טיפול פסיכותרפיה. המרואיינים גויסו בשיטת 'כדור השלג'. בשל מגבלות מגפת הקורונה, רוב הראיונות התבצעו באמצעות שיחת וידאו. כל שיחה ארכה כשעה והתבססה על פרוטוקול לריאיון חצי מובנה. הראיונות נערכו בין יוני לאוקטובר 2021.

הראיונות עסקו בתהליך הפנייה לקבלת טיפול, בשיקולים בחיפוש מטפלת, בהחלטות שהתקבלו בדרך לטיפול, בסיבות לבחירה במגזר הציבורי או הפרטי ובחוויה של קבלת טיפול. הראיונות הוקלטו ועובדו בעזרת 'אטלס', תוכנה לניתוח תוכן.

## 4. ממצאים

### 4.1 מאפייני רקע

שתי חברות הפאנל יחד יצרו מדגם מייצג של 4,688 איש. מהם, 29% דיווחו כי חשו צורך בטיפול נפשי בשיחות אך לא פנו לקבלתו וכ-3% נוספים דיווחו כי פנו לקבלת טיפול נפשי בשיחות אך לא קיבלו אותו בפועל. 12% דיווחו כי קיבלו טיפול נפשי בשיחות במהלך השנה שקדמה לסקר – חלקם קיבלו טיפול חד-פעמי ולא התכוונו להמשיך בטיפול, או שקיבלו טיפול טלפוני של 1–3 שיחות מטעם קופות החולים לשם התמודדות עם משבר הקורונה. בסך הכול עמדו 396 איש בקריטריון ההכללה בסקר. כלומר שיעור הנדגמים שקיבלו טיפול פסיכותרפיה (שאינו מכגש חד-פעמי) במהלך השנה שקדמה לסקר עמד על 8.4%.

**לוח 1** מציג את מאפייני הרקע של כלל המדגם המשוקלל ושל המטופלים בפסיכותרפיה (שענו על הסקר המלא). מן הלוח אפשר לראות כי היו בקרב המטופלים יותר נשים מגברים (61% לעומת 39%, בהתאמה) וכי שיעורן גבוה גם משיעור הנשים במדגם המשוקלל (61% לעומת 51%, בהתאמה), יותר בני פחות מארבעים (52% מן המטופלים לעומת 44% במדגם המשוקלל) ויותר מתגורים באזור תל אביב וגוש דן מאשר באזורים אחרים (37% מן המטופלים לעומת 31% במדגם המשוקלל). כמו כן שיעור הערבים בקרב מקבלי הטיפול נמוך משיעורם במדגם המשוקלל (13% לעומת 20%, בהתאמה). עוד עולה כי ביחס להתפלגות של רמת ההשכלה באוכלוסייה הכללית (לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2019), שיעור גבוה מהמטופלים דיווחו כי יש להם השכלה תיכונית או פחות (45% מקרב המטופלים לעומת 27% בקרב כלל האוכלוסייה). ביחס להתפלגות הכללית של מבוטחים בין קופות החולים בישראל (לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2019) נמצא בקרב המטופלים תת-ייצוג של 'שירותי בריאות כללית' (45% בקרב המטופלים לעומת 52% בכלל האוכלוסייה), ייצוג-יתר של 'מכבי שירותי בריאות' (33% בקרב המטופלים לעומת 27% בכלל האוכלוסייה), ייצוג-יתר של 'קופת חולים מאוחדת' (16% בקרב המטופלים לעומת 14% בכלל האוכלוסייה) ותת-ייצוג של 'לאומית שירותי בריאות' (6% בקרב המטופלים לעומת 8% בכלל האוכלוסייה).

**לוח 1: מאפייני הרקע של המשיבים לסקר, מי שקיבלו לעומת מי שלא קיבלו טיפול פסיכותרפי (באחוזים)**

מאפיין	סך הכול במדגם המשוקלל (n=4,688)	קיבלו טיפול (n=396)	לא קיבלו טיפול (n=4,292)
<b>מין*</b>			
גבר	49	39	50
אישה	51	61	50
<b>קבוצת אוכלוסייה*</b>			
יהודי	80	87	82
ערבי	20	13	18
<b>קבוצת גיל*</b>			

מאפיין	סך הכול במדגם המשוקלל (n=4,688)	קיבלו טיפול (n=396)	לא קיבלו טיפול (n=4,292)
29-22	22	24	22
39-30	22	28	22
49-40	16	20	15
59-50	15	12	15
+60	25	16	25
<b>רמת דתיות</b>			
חילוני	41	42	41
מסורתית	39	39	39
דתי	12	12	12
חרדי	8	7	8
<b>השכלה<sup>^</sup></b>			
תיכונית או פחות	27	45	-
על-תיכונית לא אקדמית	31	18	-
אקדמית	42	37	-
<b>אזור מגורים*</b>			
ירושלים והסביבה	12	14	11
תל אביב וגוש דן	31	37	31
חיפה והצפון	31	28	32
הדרום והשפלה	16	12	16
אזור השרון	10	9	10
<b>קופת חולים<sup>^</sup></b>			
כללית	52	45	-
מכבי	27	33	-
מאוחדת	14	16	-
לאומית	8	6	-

<sup>^</sup> ההשוואה נעשתה בין קבוצת המטופלים בפסיכותרפיה ובין ההתפלגות הכללית בארץ, לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2019. \* ההבדל בין הקבוצות מובהק,  $p < 0.05$ .

**בלוח 2** מופיעים מאפיינים נוספים של המשיבים לסקר: מצב משפחתי, הערכה עצמית של הכנסתם החודשית ביחס לממוצע בארץ והערכה עצמית של מצב בריאותם. 59% ממקבלי הטיפול דיווחו כי הם נשואים או נמצאים בזוגיות. 38% העריכו כי הכנסתם החודשית היא "הרבה מתחת לממוצע". 86% ממקבלי הטיפול בפסיכותרפיה העריכו שמצב בריאותם לפחות טוב.



## לוח 2: מאפייני רקע של המשיבים לסקר (באחוזים)

מאפיין	שיעור המשיבים
<b>מצב משפחתי (n=396)</b>	
רווק/ה	26
נשוי/נשואה או בזוגיות	59
גרוש/ה או חיה/ה בנפרד	14
אלמן/ה	1
<b>הכנסה – דיווח עצמי (n=356)</b>	
הרבה מתחת לממוצע	38
קצת מתחת לממוצע	22
דומה לממוצע	24
קצת מעל הממוצע	12
הרבה מעל הממוצע	4
<b>הערכת מצב בריאות – דיווח עצמי (n=396)</b>	
טוב מאוד	39
טוב	47
לא כל כך טוב	12
לא טוב	2

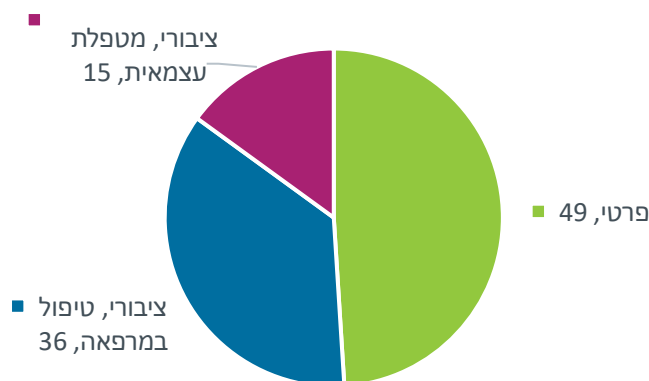
נוסף על מאפייני הרקע נשאלו המשיבים לסקר גם מהו סטטוס הטיפול שלהם ("מטופלים באופן סדיר", "בהפסקה זמנית" או "לאחר סיום טיפול") וכן כמה מפגשים קיימו עם המטפלת מתחילת הטיפול ועד מועד הסקר. מתוך מקבלי הטיפול בשנה שקדמה לסקר, 60% דיווחו כי בעת הסקר טופלו באופן סדיר והתכוונו להמשיך בטיפול, 23% דיווחו כי זמנית הפסיקו את הטיפול והם מתכוונים לחזור לטיפול ו-17% דיווחו כי טופלו באופן סדיר וסיימו את הטיפול. 20% מן המטופלים דיווחו כי עד למועד הסקר קיימו 1-3 מפגשים עם המטפלת שלהם, 27% קיימו 4-9 מפגשים, 25% קיימו 10-20 מפגשים ו-28% קיימו יותר מ-21 מפגשים.

## 4.2 מאפייני הטיפול

המשתתפים בסקר נשאלו אם הטיפול שקיבלו ניתן במגזר הציבורי או הפרטי, מה הן הסיבות לבחירתם במגזר הטיפול המסוים, באיזו מסגרת קיבלו את הטיפול ומדוע בחרו בה. מי שקיבלו את הטיפול במגזר הפרטי נשאלו גם אם פנו קודם לטיפול במגזר הציבורי וכיצד שילמו על הטיפול הפרטי. המשתתפים בסקר נשאלו גם אם נעזרו ברופא משפחה ו/או בפסיכיאטר בקשר לאותו קושי שבגללו פנו לטיפול. יש לציין כי בחלק מקופות החולים נדרשת הפניית רופא ראשוני כדי להגיע לטיפול פסיכותרפי במרפאות רב-מקצועיות של הקופה או במרפאות שיש להן הסכם עם הקופה, אך אין חובה לקבל הפניית רופא לטיפול במערך המטפלים העצמאיים.

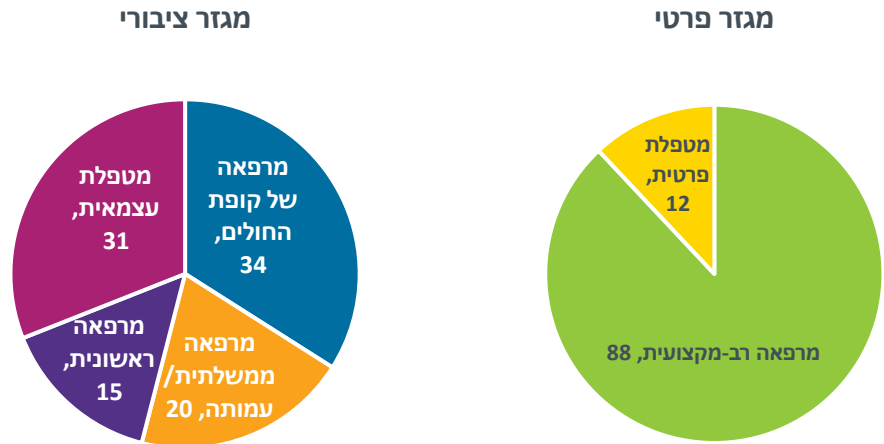
לשאלה "באיזה אופן אתה מקבל את הטיפול שלך?" השיבו 51% כי הם מקבלים טיפול במגזר הציבורי: 36% בחרו באפשרות "דרך קופת החולים, בחינם או בתשלום רבעוני", ו-15% בחרו באפשרות "דרך קופת החולים, אצל מטפלת/עצמאית, בהשתתפות עצמית של בערך 150 ₪ למפגש". 49% דיווחו כי הם מקבלים טיפול "באופן פרטי, לא דרך קופת החולים, בתשלום מלא או באמצעות ביטוח רפואי, או בסבסוד של עמותה" (תרשים 1). בניתוח דו-משתני נמצא כי לעומת המשיבים היהודים, שיעור נמוך יותר מקרב המשיבים הערבים דיווחו על קבלת טיפול פרטי (20% לעומת 53% בקרב המשיבים היהודים).

#### תרשים 1: מגזר קבלת הטיפול (באחוזים)



מקרב המטופלים במגזר הציבורי: 54% דיווחו שקיבלו את הטיפול במרפאת בריאות נפש רב-מקצועית – מהם 34% במרפאה המופעלת על ידי קופת חולים ו-20% במרפאה ממשלתית או ציבורית או כזו המופעלת על ידי עמותה; 15% דיווחו על קבלת הטיפול במרפאה ראשונית (סניף) של קופת חולים, על ידי מטפלת יחידה שאינה חלק מצוות רב-מקצועי; ו-31% דיווחו שקיבלו את הטיפול במסלול המטפלים העצמאים. מקרב המטופלים במגזר הפרטי, 88% קיבלו את הטיפול בקליניקה של המטפלת ו-12% במרפאה רב-מקצועית פרטית (ללא הסדר עם הקופה), (תרשים 2).

## תרשים 2: מסגרת הטיפול, לפי מגזר הטיפול (באחוזים)



המשיבים התבקשו לציין את הסיבות שבגינן בחרו במגזר טיפול מסוים (ציבורי או פרטי) ולאחר מכן לציין מבין הסיבות את הסיבה העיקרית לבחירתם.<sup>4</sup> **בלוח א1 בנספח א'** מופיעים שיעור המשיבים שציינו כל אחת מן הסיבות לבחירה במגזר הציבורי ושיעור המשיבים שציינו על אודות כל אחת מן הסיבות שהיא הסיבה העיקרית לבחירתם. 63% מן המשיבים ציינו שאחת הסיבות היא העלות הנמוכה של הטיפול במגזר הציבורי ו-45% מהם ציינו שזו הסיבה העיקרית. סיבות מובילות נוספות שצוין כי הן הסיבה העיקרית לבחירה במגזר הציבורי היו הרצון לקבל טיפול ממטפלת מסוימת שעובדת עם קופת החולים של המשיב (15%), נגישות גאוגרפית של הטיפול ("המרפאה או המטפל קרובים לאזור מגוריי", 12%) וחוסר ידיעה בדבר אפשרויות אחרות לקבלת טיפול (12%). שיעורים נמוכים יחסית מקרב המטופלים במגזר הציבורי ציינו שסיבות הקשורות לאיכות (פיקוח מקצועי על המטפלות ואיכות הטיפול) היו הסיבות העיקריות לבחירה במגזר הציבורי (9% ו-3%, בהתאמה).

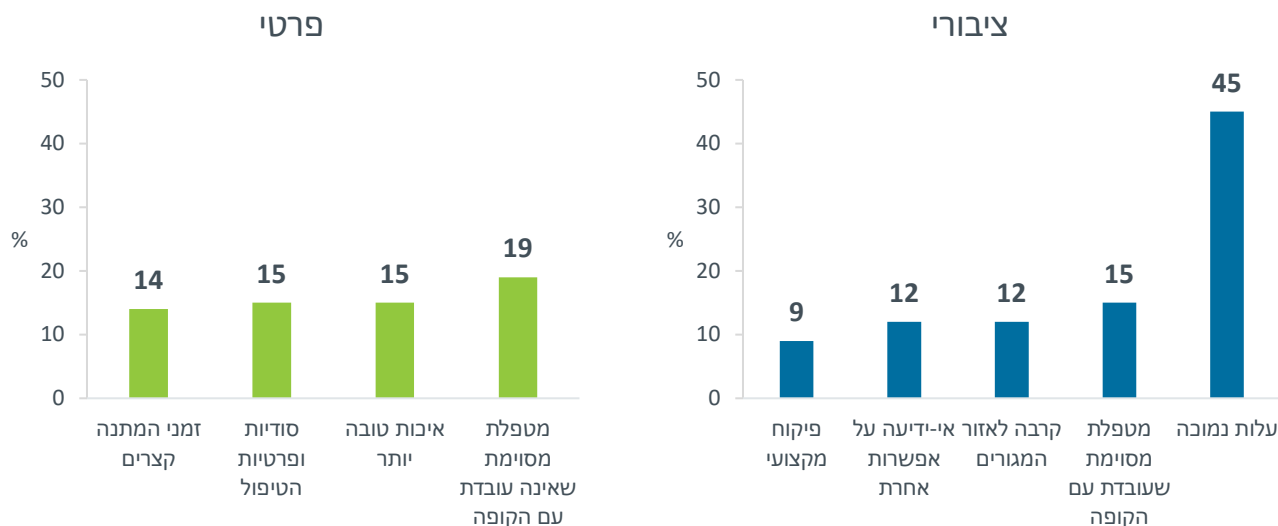
גם בראיונות העומק עלה שהשיקול הכלכלי הוא סיבה מובילה לבחירה במגזר הציבורי, ורוב המרואיינים הזכירו אותו.

**בלוח א2 בנספח א'** מופיעים שיעור המשיבים שציינו כל אחת מן הסיבות לבחירה במגזר הפרטי ושיעור המשיבים שציינו על אודות כל אחת מן הסיבות שהיא הסיבה העיקרית לבחירתם. כשליש מן המטופלים במגזר הפרטי ציינו שאיכות הטיפול במגזר הפרטי זמני ההמתנה הארוכים בקופת החולים הם סיבות לבחירה במגזר הפרטי (34% ו-33%, בהתאמה). כרבע ציינו את הרצון לשמור על פרטיות הטיפול (26%), את הרצון במטפלת מסוימת שאינה עובדת עם קופת החולים (23%) ושלא ידעו כי יש אפשרות

<sup>4</sup> בשל שיקולים של אורך השאלון המתורגם כלל השאלון בערבית רק את השאלה העוסקת בסיבה העיקרית.

לקבל טיפול במסגרת הקופה (23%). שיעורים נמוכים יותר ציינו סוגיות של זמינות הטיפול – אי-מציאת מטפלת מתאימה מבחינת סוג הטיפול הנדרש (15%) או מבחינת ימי הקבלה ושעות הקבלה במסגרת הקופה (4%) – ושל נגישות גאוגרפית ("אין מרפאה או מטפל דרך הקופה באזור מגורי", 3%). 12% ציינו כי הם אינם זכאים לטיפול במסגרת הקופה, 9% ציינו כי היו בעבר בטיפול במסגרת הקופה אך היו לא מרוצים, ו-6% ציינו שהאפשרות שלהם לקבל החזר על הטיפול היא סיבה לבחירה במגזר הפרטי. כאשר התבקשו המשיבים לבחור את הסיבה העיקרית לבחירה במסגרת הפרטית, 19% ציינו את הרצון במטפלת מסוימת שאינה עובדת עם הקופה, 15% ציינו את איכות הטיפול, עוד 15% ציינו את הרצון לשמור על פרטיות הטיפול, 14% ציינו את זמני ההמתנה הארוכים בקופה ועוד 14% ציינו בתור הסיבה העיקרית לבחירת טיפול במסגרת פרטית שלא ידעו כי יש אפשרות לקבל טיפול בשיחות דרך קופת החולים (תרשים 3).

### תרשים 3: הסיבות המובילות לבחירה במגזר הטיפול (באחוזים) ^



^ האחוזים אינם מסתכמים ל-100 מכיוון שבתרשים זה מופיעות רק הסיבות המובילות. התפלגות הסיבות המלאה מופיעה בלוחות א1 וא-2 שבנספח א.

כאמור, מי שדיווח על קבלת טיפול במגזר הפרטי נשאל גם אם פנה קודם לטיפול במגזר הציבורי. 80% מן המטופלים במגזר הפרטי דיווחו כי בחרו בו מראש. 7% דיווחו כי קיבלו קודם טיפול במסגרת הקופה ו-13% דיווחו כי פנו לקבלת טיפול בקופה אך לא קיבלו אותו בפועל. חלק מן המטופלים שקיבלו קודם טיפול במסגרת הקופה ציינו בהערות כי מיצו את מכסת הטיפולים שהקופה מציעה ולכן פנו לטיפול פרטי. דברים דומים עלו בראיונות העומק: חלק מן המרואיינים הסבירו כי בפנייה לקופה הובהר להם שיש מספר מוגבל של מכששים בסדרת הטיפולים (כ-10-12 מכששים) וכי לא מובטח שיקבלו מכששים נוספים.

שאלה נוספת שהופנתה למטופלים במגזר הפרטי נגעה לאופן מימון הטיפול. בשאלת רב-ברירה נשאלו המטופלים על כל אופני התשלום שלהם בעבור הטיפול (ובהם שילוב בין אופני מימון). 71% ציינו כי שילמו על הטיפול מכיסם, 15% דיווחו כי נעזרו במשפחה לצורך מימון הטיפול, 13% דיווחו שקיבלו סבסוד לטיפול מעמותה, ו-11% ציינו שקיבלו החזר מביטוח רפואי או מביטוח אחר (לוח 3).

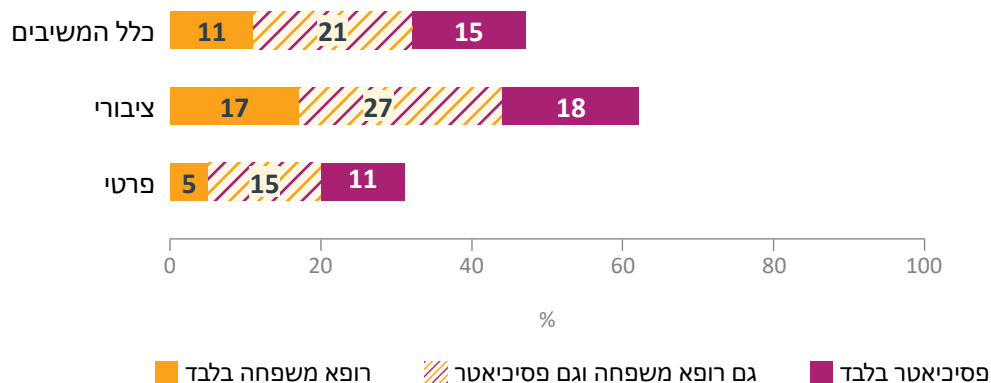
לוח 3: שיעור הכוונים לטיפול ציבורי לפני הפנייה לטיפול פרטי ומקורות המימון לטיפול הפרטי (באחוזים), (n=193)

"האם הטיפול הפרטי היה הבחירה הראשונה שלך, או שפנית קודם לקופת החולים שלך?"	
80	"פניתי ישר לטיפול פרטי"
7	"פניתי לקופה שלי וקיבלתי טיפול"
13	"פניתי לקופה שלי אבל לא קיבלתי טיפול (מכל סיבה שהיא)"
"כיצד אתה משלם על הטיפול?"	
71	"אני משלם מכיסי (לבדי) את כל מחיר הטיפול"
11	"אני מקבל השתתפות בתשלום מביטוח רפואי או אחר"
15	"משפחתי עוזרת לי לממן את הטיפול"
13	"הטיפול מסובסד על ידי עמותה"

^ האחוזים אינם מסתכמים ל-100 כיוון שאפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת.

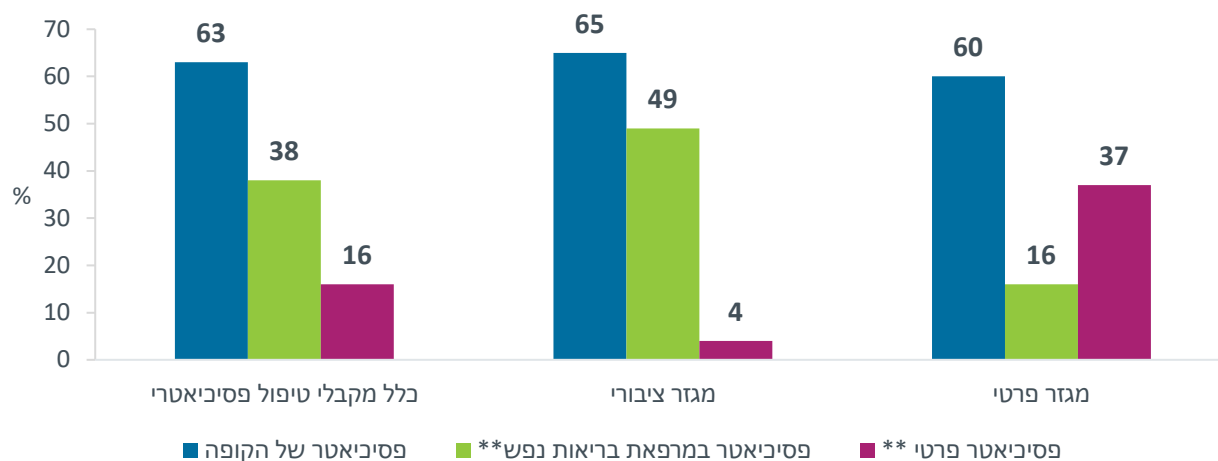
47% ממשיבי הסקר נעזרו ברופא משפחה או בפסיכיאטר בקשר לקושי הנפשי שבגללו פנו לטיפול הפסיכותרפי: 11% נעזרו רק ברופא משפחה, 15% נעזרו רק בפסיכיאטר ו-21% נעזרו גם ברופא משפחה וגם בפסיכיאטר. במגזר הציבורי שיעור גבוה יותר של המטופלים מאשר במגזר הפרטי דיווחו על קבלת טיפול מרופא המשפחה או מפסיכיאטר (או על שילוב של השניים) נוסף על טיפול פסיכותרפיה (62% לעומת 31% במגזר הפרטי), (תרשים 4).

תרשים 4: קבלת טיפול מרופא משפחה ו/או מפסיכיאטר נוסף על פסיכותרפיה, לפי מגזר הטיפול (באחוזים)



מכלל המדווחים כי נעזרו בפסיכיאטר (36% מכלל המשיבים), 63% נעזרו בפסיכיאטר של הקופה, 38% נעזרו בפסיכיאטר במסגרת מרפאה לבריאות הנפש ו-16% נעזרו בפסיכיאטר פרטי. גם כאן נמצאו הבדלים מובהקים בין המקבלים טיפול פסיכותרפי במגזר הציבורי (רק 4% מהם נעזרו בפסיכיאטר פרטי ו-49% נעזרו בפסיכיאטר במרפאת בריאות הנפש) ובין המטופלים במגזר הפרטי (37% מהם נעזרו בפסיכיאטר פרטי ורק 16% נעזרו בפסיכיאטר במרפאת בריאות הנפש). עם זאת שיעור הפונים לפסיכיאטר של הקופה דומה בין שני המגזרים (תרשים 5).

תרשים 5: ייעוץ מפסיכיאטר, לפי מגזר קבלת טיפול הפסיכותרפיה (באחוזים) ^



^ אפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת, ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100.  
\*\* ההבדל בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי מובהק,  $p < 0.01$ .

### 4.3 תהליך הפנייה לטיפול

המשיבים על הסקר נשאלו על מידת הקלות או הקושי בקבלת מידע על אפשרויות הטיפול שעמדו לרשותם (כפי שפורט בשאלון הסקר: "למשל טיפול דרך הקופה או באופן פרטי, או למשל סוג הטיפול: אישי, זוגי או קבוצתי"), על הדרך לפנות כדי לקבל טיפול ("למשל, לאן או למי צריך לפנות כדי לקבל הפניה, טופס 17, רשימת מטפלים או מידע על הזכויות שלך בבריאות הנפש"), על מקורות המידע שבהם נעזרו, על סיבות לעיכוב בפנייה לטיפול ועל משך ההמתנה מרגע הפנייה הראשונה לקבלת טיפול ועד לתחילתו בפועל.

רוב המשיבים דיווחו על קלות במציאת מידע: על אפשרויות הטיפול – 67%, ועל דרכי הפנייה לטיפול – 62%. **לוח 4** מציג את התפלגות התשובות לשאלות על מידת הקלות בקבלת מידע. ביתוח דו-משתני לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המטופלים במגזר

הציבורי למטופלים במגזר הפרטי במידת קלות קבלת המידע. לעומת זאת נמצאו הבדלים בין יהודים לערבים: שיעור גבוה יותר מקרב המטופלים הערבים מאשר מקרב המטופלים היהודים דיווחו על קלות במציאת מידע על אפשרויות הטיפול העומדות לרשותם (86% לעומת 64%, בהתאמה). שיעור נמוך יותר מקרב המטופלים הערבים מאשר מקרב המטופלים היהודים דיווחו על קלות במציאת מידע על אופן הפנייה לקבלת טיפול (46% לעומת 64%, בהתאמה).

#### לוח 4: מידת קלות קבלת המידע על אפשרויות הטיפול ועל אופן הפנייה לטיפול, בחלוקה ליהודים לעומת ערבים (באחוזים)

בעניין אופן הפנייה לקבלת טיפול (n=289)*			בעניין אפשרויות הטיפול (n=365)*			
ערבים	יהודים	סך הכול	ערבים	יהודים	סך הכול	
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>סך הכול</b>
4	20	<b>18</b>	14	21	<b>20</b>	קל מאוד
42	44	<b>44</b>	72	43	<b>47</b>	די קל
54	26	<b>29</b>	12	26	<b>24</b>	די קשה
0	10	<b>9</b>	2	10	<b>9</b>	קשה מאוד

\* ההבדל בין הקבוצות מובהק,  $p < 0.05$ .

בהמשך לשאלה על מידת הקושי או הקלות בקבלת מידע נשאלו המשיבים על מקורות המידע שבהם נעזרו כדי לקבל מידע על אפשרויות הטיפול או על הדרכים לפנות לטיפול (שאלה זו הופיעה רק בנוסח העברי של השאלון). מקורות המידע הנפוצים ביותר שעליהם דיווחו המשיבים הם חברים או בני משפחה (45%), אתר האינטרנט של הקופה (36%), רופא משפחה (32%), איש מקצוע מתחום בריאות הנפש (31%) והאינטרנט בכלל (24%). (לוח 3, נספח א').

בניתוח דו-משתני עלה כי יש הבדלים בשיעור המדווחים על שימוש בכל אחד ממקורות המידע בין המטופלים במגזר הציבורי למטופלים במגזר הפרטי. שיעור גבוה יותר של מטופלים במגזר הפרטי מאשר בציבורי פנו לעזרת חברים ובני משפחה (65% לעומת 23%, בהתאמה), לחיפוש כללי באינטרנט (29% לעומת 18%) ולרשתות חברתיות (14% לעומת 7%). לעומת זאת, שיעור גבוה יותר מקרב המטופלים במגזר הציבורי מאשר במגזר הפרטי נעזרו ברופא המשפחה שלהם לקבלת מידע על אפשרויות הטיפול או על אופן הפנייה (52% לעומת 13%).

בראינות העומק עלה כי לעיתים מצבם הנפשי של השוקלים פנייה לקבלת טיפול פסיכותרפי אינו מותיר בידיהם כוחות לחיפוש פעיל של מידע בעניין, וכך נוצר לבני משפחה ולחברים תפקיד חשוב בתהליך הפנייה לטיפול.

”האמת, שכאשר הייתי צריך את הטיפול, לא הייתי במצב לפנות. אבל המשפחה שלי פנתה לפי המלצות, ואני פניתי בהתאם להמלצות האלה [...] אח שלי עשה בירור ובא עם שמות של מטפלים מומלצים.“ (ריאיון עם ר')

### 4.3.1 עיכוב בין ההחלטה לפנות לטיפול ובין הפנייה הראשונית

הנסקרים נשאלו: "לפעמים עובר זמן בין ההחלטה ללכת לטיפול נפשי ועד שפונים בפעם הראשונה לקבוע תור אצל מטפל. אילו מן הסיבות הבאות גרמו לך להתעכב בפנייה הראשונה למטפל?"<sup>5</sup> 26% מן המשיבים דיווחו כי לא התעכבו כלל בפנייה הראשונית לטיפול. נמצא הבדל מובהק בין המטופלים במגזר הציבורי (32%) למטופלים במגזר הפרטי (22%) בשיעור המדווחים כי לא התעכבו בפנייה. בחינת הסיבות לעיכוב בין ההחלטה ובין הפנייה מעלה כי הסיבה הרווחת ביותר היא העלות הכספית הכרוכה בטיפול (43% מהמשיבים ציינו אותה). סיבות מובילות נוספות היו רצון להתמודד לבד (33%), מחשבה שהמצוקה תעבור לבד (29%) וחוסר ידיעה אל מי ואיך לפנות לקבלת טיפול (27%). הבדל מובהק בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי נמצא רק בסיבה שעניינה העלות הכספית של הטיפול: 53% מן המטופלים במגזר הפרטי דיווחו כי זו הייתה סיבה לעיכוב עד לפנייה הראשונית, לעומת 32% מן המטופלים במגזר הציבורי. **לוח 5** מציג את התפלגות הסיבות לעיכוב בין ההחלטה על טיפול ובין הפנייה הראשונית אליו.

**לוח 5: סיבות לעיכוב בפנייה הראשונית לטיפול (באחוזים), n=353**

מגזר פרטי	מגזר ציבורי	סך הכול <sup>^</sup>	
53	32	<b>43</b>	"בגלל העלות הכספית" <sup>*</sup>
36	30	<b>33</b>	"רציתי להתמודד לבד"
27	32	<b>29</b>	"חשבתי שהמצוקה תעבור לבד"
30	23	<b>27</b>	"לא ידעתי למי ואיך לפנות"
15	10	<b>13</b>	"חשבתי שהטיפול לא יעזור לי"
15	10	<b>12</b>	"לא מצאתי מטפל מספיק מקצועי לדעתי"
10	8	<b>9</b>	"חששתי מהתגובה של סביבתי / אנשים בסביבה הקרובה שלי הפעילו עליי לחץ לא לקבל טיפול"
9	6	<b>7</b>	"לא מצאתי מטפל שמתאים לי מבחינת ימים ושעות הקבלה שלו"
6	7	<b>6</b>	"חששתי שאמתין זמן רב מדי עד שאתחיל טיפול"
4	7	<b>5</b>	"לא מצאתי מטפל מתאים שנמצא קרוב אלי או שזמן ההגעה אליו סביר בעיניי"
2	2	<b>2</b>	"לא מצאתי מטפל מתאים שדובר את השפה שלי או מבין את התרבות שלי"

<sup>^</sup> האחוזים אינם מסתכמים ל-100 כיוון שאפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת.  
<sup>\*</sup> ההבדל בין המגזרים מובהק,  $p < 0.01$ .

<sup>5</sup> שאלה זו הופיעה רק בנוסח העברי של השאלון.

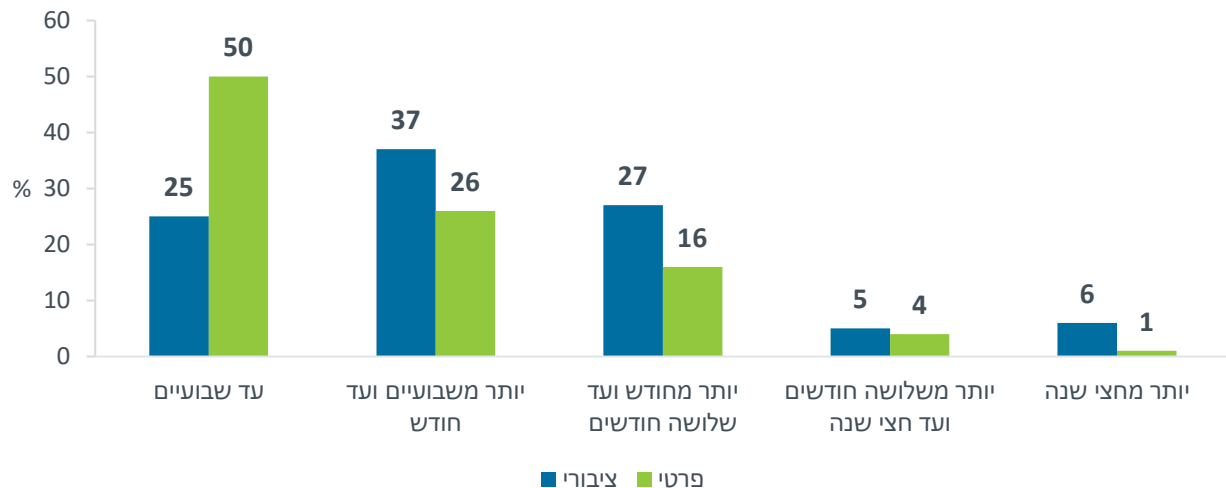


### 4.3.2 זמני המתנה לטיפול

הנסקרים נשאלו כמה זמן בערך עבר בין רגע הפנייה הראשונית לצורך קבלת טיפול ובין התחלתו בפועל. חשוב לציין כי בשל ההחלטה לכלול בסקר רק את מי שקיבלו טיפול בפועל בשנה שקדמה לסקר, שאלה זו אינה מהווה אומדן כללי לזמני המתנה לטיפול בישראל (שכוללים גם את מי שפנו לטיפול וטרם קיבלו אותו וכן את מי שוויתרו על הטיפול במהלך ההמתנה). מקרב המשיבים לסקר נמצא כי 37% המתינו עד שבועיים לתחילת הטיפול, 32% המתינו בין שבועיים לחודש ו-22% המתינו בין חודש לשלושה חודשים. רק 9% מהמשיבים דיווחו על המתנה של יותר משלושה חודשים בין הפנייה הראשונית ובין תחילת הטיפול (לוח א4, נספח א').

בניתוח דו-משטני עלה כי יש הבדל מובהק בין זמני ההמתנה שעליהם דיווחו מטופלים במגזר הציבורי ובין אלו שעליהם דיווחו המטופלים במגזר הפרטי. 50% מן המשיבים במגזר הפרטי דיווחו כי המתינו עד שבועיים למפגש הראשון עם המטפלת, לעומת 25% מן המשיבים במגזר הציבורי (תרשים 6).

תרשים 6: משך ההמתנה בין הפנייה הראשונית לטיפול ובין תחילתו (באחוזים)



מלבד העובדה שבמגזר הפרטי זמניו של המטפלים גבוהה יותר, וכך מצטמצמים זמני ההמתנה לטיפול, אפשר למצוא עוד שני הסברים לזמני ההמתנה הקצרים יחסית בדברים שעלו בראיונות העומק: האחד הוא פרקטיקה חיפוש טיפול בכמה מקומות בעת ובעונה אחת; פרקטיקה כזאת מאפשרת להגדיל את הסיכויים למצוא טיפול בתוך פרק זמן קצר:

” ואז ניסיתי בעצם מספר מסלולים במקביל. ניסיתי דרך הקופה את המטפלים בתשלום שאת צריכה להתקשר אליהם. לא קיבלתי תשובות אפילו. הגשתי גם טופס לאופציה שהיא חנימית וניסיתי במקביל לחפש דברים פרטיים או סמי-פרטיים, גם דרך האוניברסיטה [...] איפה שאני מטופלת כרגע, שזה גוף פרטי לחלוטין, הם חזרו אליי מאוד מהר. חזרו אליי בסוף דרך הקופה עם עובדת סוציאלית, והיא אמרה לי שמאשרים לי טיפולים בחינם, אבל עד שחזרו אליי, אז אמרתי שכבר אני אתחיל באופן עצמאי, כי זה לקח זמן כל ההליך הזה, כמה חודשים, ועד שכבר חזרו אליי בסוף כדי לקבוע פגישות חנינם, הרגשתי שאני לא רוצה כבר כאילו להחליף מטפלת, זה הרגיש לי לא נכון.” (ריאיון עם י')

הסבר שני לזמני המתנה קצרים יחסית לטיפול קושר בין חומרת המצב הנפשי לזמני המתנה. לדברי המרואיינים, המערכת הציבורית מתעדפת את המקרים הקשים ומאפשרת התחלת טיפול בתוך זמן קצר יחסית:

” ואז אני [...] מסבירה גם שאני כנראה הייתי במצב קטסטרופלי. 'יכול להיות שאתם לא [במצב קטסטרופלי – הערת המראיינת] ותצטרכו לחכות הרבה'. אבל אני, נראה לי שזיהו באמת את הדחיפות של המצב, ובגלל זה לא הייתה המתנה ארוכה.” (ריאיון עם ד')

” כשהגיעו למסקנה שאני מקרה דחוף, אז באמת לא חיכיתי יותר מחודש-חודשיים בפעם הראשונה. בפעם השנייה כנראה אולי בגלל שכבר קיבלתי, או שהגיעו למסקנה שאני לא מקרה דחוף, אז נתנו לי לחכות שנה.” (ריאיון עם ח')

#### 4.4 המשתנים הקשורים לבחירה במגזר הטיפול

בחינת מאפייני המטופלים בכל אחד ממגזרי הטיפול העלתה כי לעומת המגזר הציבורי, המטופלים במגזר הפרטי מאופיינים בשיעור גבוה יותר של נשים (69% לעומת 54%) ושל צעירים בני 22–39 (57% לעומת 46%) ובשיעור נמוך יותר של בני 60 ויותר (9% לעומת 23%). הם מאופיינים גם בשיעור גבוה יותר של חרדים (9% לעומת 3%) ושל בעלי השכלה אקדמית (50% לעומת 26%) ובשיעור נמוך יותר של נשואים או של מי שנמצאים בזוגיות (50% לעומת 67%) וכן של ערבים (5% לעומת 20%). 4% בלבד מהמטופלים במגזר הפרטי מתגוררים ביישובים פריפריאליים (לעומת 8% מהמטופלים במגזר הציבורי), ו-53% מן המטופלים במגזר הפרטי מתגוררים ביישובים במרכז (לעומת 43% מהמטופלים במגזר הציבורי). שיעור הנעזרים ברופא משפחה, בפסיכיאטר או בשילוב של שניהם נוסף על הטיפול הפסיכותרפי נמוך יותר בקרב המטופלים במגזר הפרטי מאשר בקרב המטופלים הציבורי. שיעור המדווחים כי חיפשו מידע באינטרנט על אפשרויות הטיפול או על אופני הפנייה גבוה יותר בקרב המטופלים במגזר הפרטי מאשר במגזר הציבורי (29% לעומת 18%) וכך גם שיעור הנעזרים בבני משפחה וחברים לקבלת מידע (65% במגזר הפרטי ו-23% במגזר הציבורי). לעומת זאת, 51% מקרב המטופלים במגזר הציבורי קיבלו מידע מרופא המשפחה שלהם (לעומת 13% במגזר הפרטי). לבסוף, שיעור המטופלים שהחלו את הטיפול לפני שנת 2020 (כלומר בזמן הסקר היו מטופלים במשך תקופה ארוכה משנה) גבוה יותר בקרב המטופלים במגזר הפרטי (44% לעומת 28% במגזר הציבורי). לא נמצא הבדל מובהק בין המגזרים בשיעור המדווחים כי הכנסתם עומדת על "הרבה מתחת לממוצע" (43% בקרב המטופלים במגזר הציבורי ו-34% במגזר הפרטי,  $p = 0.068$ ), (לוח 6).

לוח 6: מאפייני המטופלים לפי מגזר הטיפול (באחוזים)

מגזר פרטי	מגזר ציבורי	סך הכול	
69	54	<b>61</b>	<b>נשים*</b>
5	20	<b>13</b>	<b>ערבים*</b>
			<b>קבוצת גיל*</b>
57	46	<b>52</b>	39–22
34	31	<b>32</b>	59–40
9	23	<b>16</b>	+60
34	43	<b>39</b>	<b>הכנסה "הרבה מתחת לממוצע"</b>
9	3	<b>7</b>	<b>חרדים*</b>
50	26	<b>37</b>	<b>בעלי השכלה אקדמית*</b>
50	67	<b>59</b>	<b>נשואים*</b>
			<b>מדד פריפריאליות*</b>
4	8	<b>6</b>	3–1 (פריפריה)
44	49	<b>46</b>	7–4
53	43	<b>48</b>	10–8 (מרכז)
31	62	47	<b>מקבלים סיוע מרופא או פסיכיאטר נוסף על פסיכותרפיה *</b>
44	28	<b>36</b>	<b>התחילו טיפול לפני שנת 2020 (טיפול ארוך משנה)*</b>

\* ההבדל בין המגזר הפרטי למגזר הציבורי מובהק,  $p < 0.05$ .

כדי לאמוד את התרומה העצמאית של המשתנים על הבחירה במגזר טיפול נעשה ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. המשתנה התלוי היה הסיכוי להיות מטופל במגזר הפרטי לעומת הסיכוי להיות מטופל במגזר הציבורי (הן במרפאות הן במסלול המטופלים העצמאיים). כל המשתנים שנמצא בניתוח דו-משתני כי הם קשורים למשתנה תלוי נכנסו בתור משתנים בלתי תלויים למודל הרגרסיה.<sup>6</sup> מן הניתוח עולה כי לנשים היה סיכוי של פי 2.1 להיות מטופלות במגזר הפרטי (לעומת גברים). לחרדים היה סיכוי של פי 5.2 (לעומת יהודים לא חרדים), לאקדמאים היה סיכוי של פי 2.7 (לעומת מי שאינו בעל השכלה גבוהה) וללא נשואים היה סיכוי גבוה פי 2.8 (לעומת נשואים) להיות מטופלים במסגרת הפרטית. עוד עולה מן הרגרסיה כי לערבים היה סיכוי נמוך יותר להיות מטופלים במגזר הפרטי (לעומת יהודים לא חרדים) וכי לקבוצת הגיל 60 ויותר (לעומת קבוצת הגיל 22–39) למי שנעזר גם ברופא משפחה או בפסיכיאטר לעומת מי שלא נעזר בהם ולמי שהחל את הטיפול בשנת 2020 (משך טיפול בן פחות משנה) לעומת מי שהחל את הטיפול לפני שנת 2020 היה סיכוי נמוך יותר להיות מטופל במגזר הפרטי. **לוח 7** מציג את תוצאות הרגרסיה.

<sup>6</sup> למודל הרגרסיה הוכנס תחילה גם משתנה ההכנסה, כיוון שהיה על סף מובהקות בניתוח הדו-משתני, אך תוצאות הרגרסיה העלו כי אין למשתנה ההכנסה השפעה עצמאית על הסיכוי להיות מטופל במגזר הפרטי והוא הושמט מן הניתוח.

לוח 7: רגרסיה לוגיסטית לניבוי הסיכוי לקבלת טיפול במגזר הפרטי

משתנה	B	יחס צולב Exp(B)	רווח בר-סמך (95%)		מובהקות (p)
			תחתון	עליון	
<b>מין</b>					
אישה	0.73	2.1	1.3	3.4	0.004
גבר	---	1			
קבוצת אוכלוסייה					
ערבים	-0.92	0.4	0.17	0.95	0.037
יהודים לא חרדים	---	1			
רמת דתיות					
חרדים	1.65	5.0	1.7	15.0	0.004
יהודים לא חרדים	---	1			
קבוצת גיל					
39-21	---	1			
59-40	-0.12	0.9	0.5	1.5	0.656
+60	-1.18	0.3	0.2	0.6	<0.001
<b>השכלה</b>					
אקדמאים	0.98	2.7	1.7	4.4	<0.001
לא אקדמאים	---	1			
מצב משפחתי					
לא נשוי	1.02	2.8	1.7	4.6	<0.001
נשוי	---	1			
מדד פריפריאליות					
3-1	-0.82	0.4	0.1	1.5	0.180
7-4	-0.19	0.8	0.5	1.4	0.486
10-8	---	1			
מדד חברתי-כלכלי של יישוב המגורים					
7-1	---	1			
10-8	0.24	1.3	0.7	2.2	0.382
<b>מועד תחילת הטיפול</b>					
לפני 2020	---	1			
אחרי 2020	-0.57	0.6	0.3	0.9	0.025
<b>נעזר ברופא משפחה או בפסיכיאטר בקשר לאותה בעיה</b>					
קבוע	-0.02	0.98			0.002

## 4.5 חוויית המטופל ותפיסות על הצורך בשיתוף מידע בין מטפלים ושיתוף המטופל בקביעת יעדי הטיפול

### 4.5.1 מדד חוויית המטופל

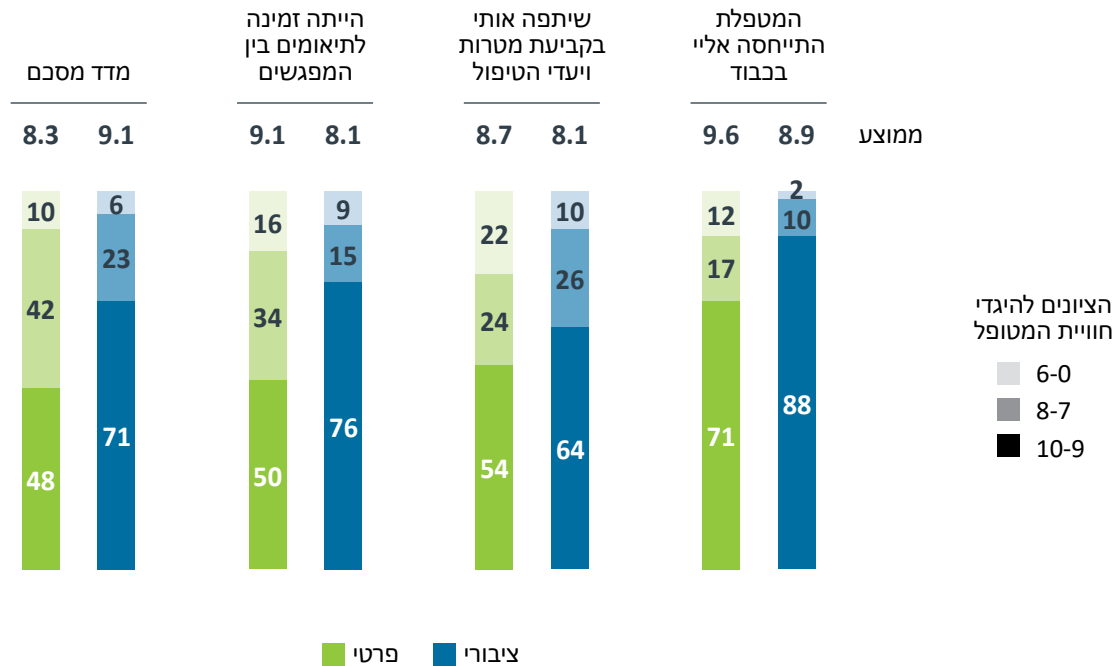
המשיבים לסקר התבקשו לציין על סולם בן 11 דרגות (בין 0 ל-10; סולם שבו 0 פירושו "כלל לא" ו-10 פירושו "במידה רבה מאוד") את מידת הסכמתם עם ההיגדים האלה: "המטפל התייחס אליי בכבוד", "המטפל שיתף אותי בקביעת יעדי ומטרות הטיפול במידה שהתאימה לי" ו"המטפל היה זמין עבורי בין המפגשים לצורך תיאומים ושירותי משרד". המטופלים במגזר הציבורי נשאלו גם באיזו מידה היו ממליצים לחברים או לבני משפחה לקבל טיפול במסגרת ציבורית דרך קופת החולים.

עוד נשאלו כלל המשיבים על מידת החשיבות שהם מייחסים לקשר של המטפלת עם רופא המשפחה של מטופליה ועם גורמים נוספים במערכת בריאות הנפש כגון פסיכיאטר או העובד הסוציאלי של מטופליה. לבסוף, המשיבים נשאלו עד כמה חשוב בעיניהם שהמטפלת תשתף את המטופל בקביעת המטרות והיעדים של הטיפול.

**בתרשים 7** אפשר לראות את התפלגות הציונים שנתנו המטופלים במגזר הפרטי ובמגזר הציבורי בכל אחד מן ההיגדים וכן את הציון הממוצע של כל אחד מן ההיגדים הקשורים לחוויית המטופל: ככלל, בכל ההיגדים התקבלו ציונים ממוצעים גבוהים – מ-8.4 לחשיבות שמייחסים המטופלים לשיתוף המטופל במטרות וביעדים של הטיפול ועד 9.2 להיגד הנוגע ליחס מכבד מן המטפלת. מבחן  $t$  להשוואה בין הציון הממוצע לכל אחד מן ההיגדים בקרב המטופלים במגזר הפרטי לעומת הציבורי העלה הבדלים מובהקים בין המגזרים: המטופלים במגזר הפרטי דיווחו בממוצע על חוויה טובה יותר מן המטופלים במגזר הציבורי. הציון הממוצע בשאלת היחס המכבד מצד המטפלת עמד על 8.9 במגזר הציבורי לעומת 9.6 בפרטי; בשאלת שיתוף המטופל בקביעת המטרות והיעדים של הטיפול עמד הממוצע על 8.1 במגזר הציבורי לעומת 8.7 בפרטי, ובשאלת זמינות המטפלת לתיאומים בין המפגשים עמד הציון הממוצע על 8.1 בציבורי לעומת 9.1 בפרטי. בכל שלושת ההיגדים, מידת הפיזור סביב הממוצע הייתה גבוהה יותר בקרב המטופלים במגזר הציבורי ושיעור גבוה יותר של מטופלים העניקו דירוג נמוך יותר בסולם.

ההיגדים אוחדו למדד מסכם של חוויית המטופל: כל נבדק קיבל את הציון הממוצע של תשובותיו בשלושת ההיגדים (אלפא של קרוונבך = 0.76). גם כאן אפשר לראות כי בממוצע, מטופלי המגזר הפרטי דיווחו על חוויית מטופל טובה יותר מזו של המטופלים במגזר הציבורי.

## תרשים 7: ציונים ממוצעים של ההיגדים ומדד חוויית המטופל



ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה ליניארית שבו המשתנה התלוי היה ציון מדד חוויית המטופל והמשתנים הבלתי תלויים היו מאפייני רקע ומגזר קבלת הטיפול מצא כי לרוב המאפיינים האישיים של המטופלים לא הייתה השפעה עצמאית על מדד חוויית המטופל. המאפיינים היחידים שנמצא כי היו בעלי השפעה עצמאית היו קבוצת אוכלוסייה (ליהודים ציון מדד ממוצע גבוה ב-1.8 נקודות מאשר לערבים) ומדד פריפריאליות (למתגוררים ביישובים עם ערך מדד שנע בין 4 ל-7 ציון מדד ממוצע גבוה ב-1.04 נקודות מן הציון שנתנו מתגוררים ביישובים פריפריאליים כחות [8-10]). כמו כן למי שקיבל טיפול בתקופה שבה נערך הסקר היה ציון מדד גבוה ב-0.9 נקודות בממוצע מהציון של מי שכבר סיים את הטיפול.

לעומת זאת, ממצאי הרגרסיה מצביעים על קשר בין מדד חוויית המטופל ובין מסגרת הטיפול. בקרב מקבלי הטיפול במסגרות הפרטיות נמצאה חוויה חיובית יותר מזו שנמצאה בקרב מקבלי הטיפול במסגרת הציבורית, גם בפיקוח על מאפייניהם האישיים של המטופלים. הדברים נכונים הן אל מול הטיפול במרפאות הן אל מול הטיפול אצל מטפלים שבהסדר עם הקופה. את תוצאות הרגרסיה אפשר לראות בלוח 8.

לוח 8: רגרסיה ליניארית לניבוי ציון מדד "חויית המטופל"

משתנה	<i>B</i>	<i>t</i>	רווח בר-סמך (95%) תחתון עליון	מובהקות ( <i>p</i> )
מין	---			
גבר	---			
אישה	-0.75	-1.73	-1.61	0.10
<b>קבוצת אוכלוסייה</b>				
ערבים	---			
יהודים ואחרים	1.80	2.68	0.48	0.01
רמת דתיות	---			
לא חרדים	---			
חרדים	0.22	0.24	-1.58	0.81
<b>קבוצת גיל</b>				
39–21	---			
59–40	0.13	0.27	-0.80	0.78
+60	-0.33	-0.53	-1.55	0.60
<b>השכלה</b>				
לא אקדמאים	---			
אקדמאים	0.26	0.57	-0.64	0.57
<b>מצב משפחתי</b>				
נשוי	---			
לא נשוי	-0.57	-1.28	-1.44	0.20
<b>מדד כריפריאליות</b>				
3–1	-0.37	-0.38	-2.27	0.71
7–4	1.04	2.27	0.14	0.02
10–8	---			
מדד חברתי-כללי	---			
7–1	---			
10–8	-0.74	-1.56	-1.67	0.12
<b>מטופל בזמן הסקר</b>				
לא	---			
כן	0.90	2.14	0.07	0.03

משתנה	B	t	רווח בר-סמך (95%) תחתון עליון	מובהקות (p)
<b>מסגרת הטיפול</b>				
פרטית	---			
ציבורית בתשלום רבעוני	-2.18	-4.30	-3.18 -1.18	0.00
ציבורית בהסדר עם מטפלת עצמאית	-2.26	-3.57	-3.51 -1.02	0.00
קבועה	25.67	26.33	23.75 27.59	0.00

## 4.5.2 שביעות רצון מהטיפול במגזר הציבורי

המטופלים במגזר הציבורי נשאלו גם באיזו מידה היו ממליצים לחברים או לבני משפחה לקבל טיפול במסגרת ציבורית דרך קופת החולים. שאלה זו משמשת לעיתים קרובות לבניית מדד NPS (Net Promoter Score), שנועד לסייע לחברות לזהות באמצעות שאלה יחידה את שביעות הרצון של לקוחותיהן ואת חוזק המותג שלהן. מי שמדרגים גבוה (9 או 10 בסולם של 0 עד 10) את נכונותם להמליץ לאחרים על השירות או המוצר נחשבים לקוחות "מקדמים". מי שאינם שבעי רצון מן המותג ועשויים אף לכגוע בו (מי שנותנים ציון שבין 0 ל-6) מכונים לקוחות "מרחיקים". לצורך בניית המדד מפחיתים את שיעור ה"מרחיקים" משיעור ה"מקדמים" (ומתעלמים משיעור מי שמכונים ה"אדישים", מי שנתנו ציון של 7 או 8 בסולם הנכונות להמליץ). ציוני המדד יכולים לנוע ממינוס מאה (במקרה שכל המדרגים הם "לא ממליצים") ועד פלוס מאה (במקרה שכל המדרגים הם "ממליצים"). ציון חיובי (מעל אפס) נחשב טוב, וציון העולה על 50 נחשב מצוין. במחקר זה, 46% מן המטופלים במגזר הציבורי הם "מקדמים" של הטיפול דרך קופות החולים, 34% הם "אדישים" ו-21% הם "לא ממליצים". ציון ה-NPS – עומד אם כן על 25%.

## 4.5.3 חשיבות השיתוף של גורמי טיפול נוספים

**בלוח 9** מופיעים הציונים הממוצעים שהתקבלו בהיגדים הבוחנים את החשיבות שייחסו המשיבים לשיתוף של גורמים נוספים (למשל רופא משפחה או פסיכיאטר) על ידי המטפלת, במידע על מטופליה. הממוצע חושב על בסיס סולם בן 11 דרגות (0 פירושו "לא חשוב כלל", ו-10 פירושו "חשוב במידה רבה מאוד"). אפשר לראות כי ההיגדים הנוגעים לשיתוף מידע על המטופל עם רופא משפחה או עם גורם אחר במערכת בריאות הנפש זכו לציוני חשיבות נמוכים יותר (6.2 ו-6.9, מתוך 10 בהתאמה) מציוני ההיגד העוסק בחשיבות שיתוף המטופל בקביעת המטרות והיעדים של הטיפול. מבחינת  $t$  להשוואה בין ממוצע הציונים שנתנו המטופלים במגזר הציבורי לממוצע הציונים שנתנו המטופלים במגזר הפרטי העלו הבדלים מובהקים במידת החשיבות שייחסו המטופלים לשיתוף מידע עם גורמי טיפול אחרים. על פי הדירוג, המטופלים במגזר הציבורי סברו כי השיתוף חשוב יותר ממה שסברו המטופלים במגזר הפרטי. תוצאות דומות התקבלו בהשוואה בין מטופלים שדיווחו כי נעזרו ברופא משפחה או בפסיכיאטר לעומת מי שדיווחו כי לא נעזרו בגורם נוסף בקשר לסיבה שבגינה פנו לטיפול.



**לוח 9: ציונים ממוצעים (וסטיות תקן) של החשיבות שייחסו המטופלים לשיתוף במידע עם גורמי טיפול אחרים ולשיתוף המטופל במטרות הטיפול**

פסיכיאטר		רופא משפחה		מגזר טיפול		סך הכול (n=395)	"לדעתך, עד כמה חשוב באופן כללי":
לא	כן	לא	כן	פרטי (n=194)	ציבורי (n=201)		
(3.5) 4.4	(3.4) 6.6	(3.6) 4.6	(3.1) 6.6	5.0	7.3	<b>6.2</b>	"שמטפל יהיה בקשר עם רופא המשפחה של מטופליו" **
				(3.6)	(2.9)	<b>(3.4)</b>	
(3.5) 5.4	(2.7) 7.9	(3.5) 5.6	(2.7) 7.8	6.0	7.6	<b>6.9</b>	"שמטפל יהיה בקשר עם גורמים נוספים בבריאות הנפש כמו פסיכיאטר או עובד סוציאלי של מטופליו" **
				(3.5)	(2.6)	<b>(3.1)</b>	
(2.1) 9.0	(1.3) 9.2	(2.1) 9.0	(1.0) 9.4	9.1	9.0	<b>9.0</b>	"שהמטפל ישתף את המטופל בקביעת מטרות ויעדי הטיפול שלו"
				(1.9)	(1.6)	<b>(1.8)</b>	

\*\*ההבדלים בין מגזרי הטיפול, בין הנעזרים ברופא משפחה למי שאינם נעזרים בו ובין הנעזרים בפסיכיאטר למי שאינם נעזרים בו – מובהקים כולם,  $p < .01$ .

שיתוף המידע בין המטפלת לאנשי מקצוע נוספים וכן שיתוף המטופל בקביעת היעדים והמטרות של הטיפול עלו גם בראיונות העומק. התברר כי היו העדפות שונות זו מזו בעניין שיתופו של פסיכיאטר לעומת שיתופו של רופא המשפחה. כך למשל הסביר אחד מן המרואיינים את ההבדל:

” טיפול פסיכולוגי הוא רק מתודולוגיה אחת שיכולה לעזור. אנשים במצב קשה חייבים שהפסיכיאטר יהיה בתמונה. במקרה שלי הוא היה בתמונה. הרופא משפחה? מממששש לא. רופא משפחה נותן את המרשמים, הוא לא מטפל נפשית. [...] אני לא הייתי צריך וגם לא רציתי מעורבות של רופא משפחה. לא הכרתי אותו בכלל. לא פניתי”. (ריאיון עם ר’)

אחת המרואיינות עשתה את ההבחנה בין שיתוף הפסיכיאטר במידע רפואי ובין שיתוף רופא המשפחה במידע או שיתוף של גורמים רפואיים אחרים במידע הקשור לטיפול הפסיכותרפי:

” הייתי רוצה שהפסיכיאטר יראה את ההיסטוריה הרפואית שלי, אבל לא הייתי רוצה שהרופא יראה... הייתי רוצה שזה יהיה קשר חד-כיווני. לגבי פסיכותרפיה, לא הייתי רוצה שיהיה קשר”. (ריאיון עם ד’)

בראיונות עלו ביתר שאת גם הפערים בין החשיבות המיוחסת לשיתוף המטופל בקביעת מטרות הטיפול ויעדיו ובין המידה ששיתוף כזה נעשה בפועל:

” זה מאוד חשוב שהמטפל יגדיר את המטרות של הטיפול. אנחנו לא דיברנו על זה. זה לא נעשה וזה חשוב מאוד. חשוב שיהיו מטרות, מסגרת זמן, ציפיות”. (ריאיון עם ר')

” למרות שמאוד רציתי את זה שיהיו מטרות מוגדרות, שיהיה תיאום ציפיות. הנושא של החוזה הטיפולי לא היה לי בשום טיפול, גם בפרטי, גם בהסדר. אני חושבת שבהסדר קצת יותר כי אני יזמתי את זה, אני יזמתי כאילו דיבור על החוזה הטיפולי, אבל לא משהו שעצרנו אחרי חודש, חודשיים, שלושה ואמרנו אוקיי, מה עשינו עד עכשיו? או, לאן אנחנו הולכים?” (ריאיון עם ח')

דעה נוספת שעלתה בראיונות ועוסקת בשיתוף המטופל בקביעת מטרות הטיפול ויעדיו מדגישה את החשיבות של שיתוף במידה שמתאימה למטופל ולתהליך שהוא חווה.

” נראה לי שבתחילת התהליך זה היה יותר עמום לי. כאילו, טוב, אני באה, אני מדברת, אבל אני לא יודעת מה יצא מפה, מה יהיה בסוף. אני לא יודעת מה הוא הסוף בכלל. אני חושבת שרק אחרי שאני הגעתי למקום שבאמת פתחתי את הנושאים הבעורים האמיתיים שלא חשפתי מההתחלה, אז היא [המטפלת] התחילה גם להיות יותר ברורה או שקופה איתי, בנוגע למה הן המטרות. [...] אני לא יודעת אם זה היה יכול להיות משהו מלחץ ולא מומלץ, אם נגיד מההתחלה המטרות היו יותר ברורות, בעת שאת חושפת באמת את מה שכואב או בוער אצלך. כי לי אישית זה לקח הרבה זמן עד שהגענו לנקודת המפגש הזו.” (ריאיון עם ש')

## 4.6 סיום הטיפול

המשיבים שדיווחו כי בעת מילוי הסקר כבר סיימו את הטיפול הפסיכותרפי שלהם (17% מכלל המשיבים), נשאלו על הסיבה העיקרית לסיום הטיפול. 59% מהם דיווחו כי מצבם השתפר או שהבעיה שבגינה פנו לטיפול נפתרה. 18% דיווחו כי סיימו את הטיפול בגלל סיבות כלכליות. 7% סיימו את הטיפול כיוון שהוא לא עזר להם. 16% השיבו כי סיימו את הטיפול מסיבה אחרת (בין היתר, בשל מיצוי סדרת הטיפולים שהציעה הקופה).

בהשוואה בין מי שטופלו במגזר הציבורי למי שטופלו במגזר הפרטי נמצא הבדל מובהק בשיעור המסיימים טיפול על רקע שיפור במצבם: 68% ממי שטופלו במגזר הפרטי דיווחו על שיפור במצבם, לעומת 47% בלבד ממי שטופלו במגזר הציבורי.

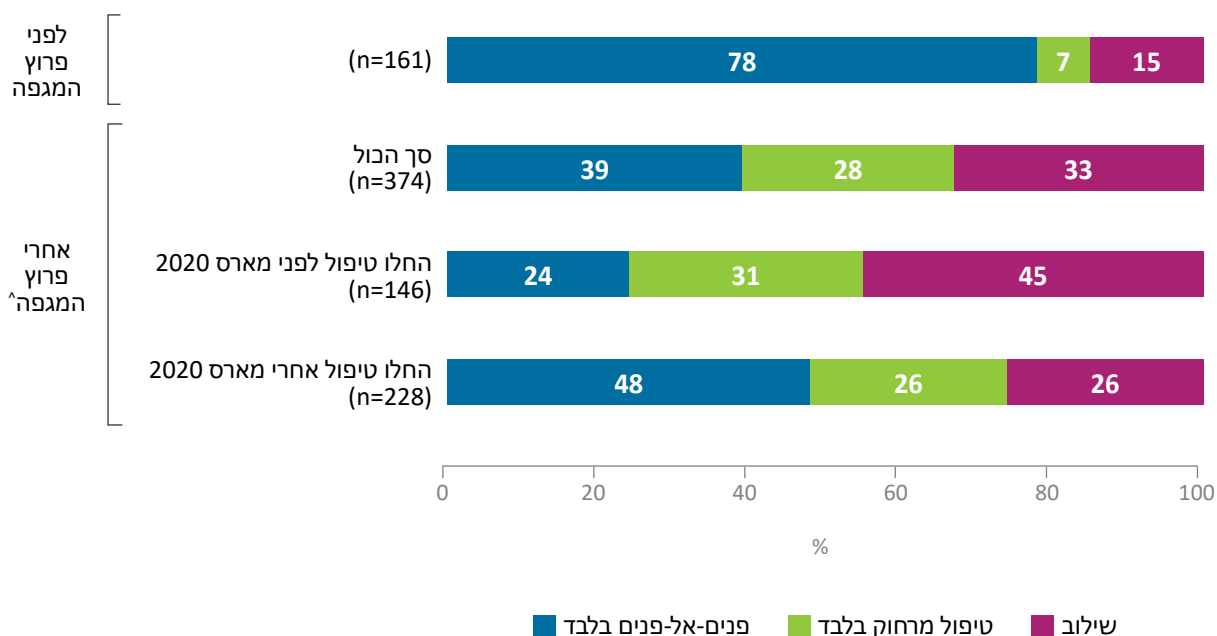
## 4.7 טיפול בזמן מגפת הקורונה

### 4.7.1 אופן קבלת הטיפול לאחר פרוץ מגפת הקורונה

משתתפי הסקר נשאלו על האופן שבו קיבלו טיפול פסיכותרפיה לפני ואחרי פרוץ מגפת הקורונה במאוס 2020. מ-161 המשיבים שהחלו את הטיפול הפסיכותרפי לפני פרוץ המגפה, 78% קיבלו באותה התקופה טיפול פנים-אל-פנים בלבד, 7% קיבלו טיפול מרחוק (בווידיאו, בטלפון או בהתכתבות) ו-15% קיבלו טיפול המשלב טיפול פנים-אל-פנים וטיפול מרחוק. מ-374 המשיבים שקיבלו טיפול פסיכותרפיה לאחר פרוץ מגפת הקורונה במאוס 2020, 39% קיבלו טיפול פנים-אל-פנים בלבד, 28% קיבלו טיפול מרחוק בלבד ו-33% שילבו בין אופני הטיפול (לוח 11).

בחינת ההתפלגות רק בקרב משיבים שהחלו את הטיפול לפני מארס 2020 והמשיכו אותו גם בתקופה שלאחר פרוץ המגפה (n=146) מעלה כי 24% המשיכו את הטיפול פנים-אל-פנים בלבד, 31% עברו לטיפול מרחוק בלבד ו-45% שילבו בין אופני הטיפול. לעומתם, מקרב מי שהחל בטיפול רק לאחר מארס 2020 (n=228), 48% קיבלו טיפול פנים-אל-פנים בלבד, 26% קיבלו טיפול מרחוק בלבד ו-26% שילבו בין אופני הטיפול (תרשים 8).

תרשים 8: אופן קבלת הטיפול לפני ואחרי פרוץ מגפת הקורונה (באחוזים)



המשיבים שדיווחו על התנסות בקבלת טיפול מרחוק נשאלו על סוג המפגש מרחוק. 46% קיבלו את הטיפול מרחוק באמצעות שיחות וידיאו, 25% קיבלו טיפול באמצעות שיחות טלפון, 1% קיבלו טיפול בהתכתבות (דואר אלקטרוני או הודעות טקסט) ו-27% שילבו בין אופני הטיפול.

השוואת התפלגות המטופלים בין אופני הטיפול העלתה הבדלים בין הקבוצות לפי מאפיינים. כך למשל נמצא כי שיעור גבוה יותר של נשים המשיכו לקבל טיפול פנים-אל-פנים בלבד לאחר פרוץ המגפה (42% מן הנשים לעומת 34% מן הגברים). עוד נמצא כי 61% מבני קבוצת הגיל המבוגרת (מעל 60) המשיכו לקבל טיפול פנים-אל-פנים, לעומת קבוצות הגיל הצעירות יותר (38% מבני 40-59 ו-32% מבני 22-39). שיעור גבוה יותר של ערבים דיווחו על קבלת טיפול מרחוק בלבד (48% לעומת 25%

בקרב המטופלים היהודים). שיעור גבוה יותר מהמתגוררים ביישובים פריפריאליים בעלי ציון נמוך במדד הפריפריאליות (1 עד 3) של הלמ"ס מאשר של המתגוררים ביישובים בעלי ציון בינוני במדד הפריפריאליות ושל המתגוררים ביישובים מרכזיים דיווחו על קבלת טיפול מרחוק בלבד לאחר פרוץ המגפה (57% לעומת 23% ו-30%, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים לפי רמת דתיות, מצב משפחתי, רמת השכלה או הכנסה (לוח 10).

**לוח 10: אופן קבלת הטיפול לאחר פרוץ מגפת הקורונה, לפי מאפיינים (באחוזים)**

פנים-אל-פנים בלבד	שילוב	מרחוק בלבד	סך הכול		
42	35	23	100	נקבה	מין*
34	30	36	100	זכר	
32	38	30	100	39–22	קבוצת גיל*
38	34	28	100	59–40	
61	18	20	100	+60	
40	35	25	100	יהודים	קבוצת אוכלוסייה*
28	24	48	100	ערבים	
14	27	57	100	ציון 1–3 (פריפריה)	מדד פריפריאליות של היישוב*
44	34	23	100	ציון 4–7	
37	33	30	100	ציון 8–10 (מרכז)	

\* ההבדלים בין הקבוצות מובהקים,  $p < 0.05$ .

#### 4.7.2 הקפדה על הנחיות הקורונה ותפיסות על השפעת השימוש במסכה על הטיפול

המשיבים שדיווחו על התנסות בטיפול פנים-אל-פנים תחת מגבלות הקורונה נשאלו אם הקפידו על עטיית מסכה ועל שמירת מרחק. 89% דיווחו כי בדרך כלל הקפידו על מגבלות אלו. נוסף על כך התבקשו כלל המשיבים להעריך עד כמה לדעתם מפריע השימוש במסכה לקבלת הטיפול. 32% השיבו כי לדעתם השימוש במסכה מפריע מאוד, 47% השיבו כי הוא מפריע במידה מסוימת ו-21% השיבו כי לדעתם שימוש במסכה אינו מפריע כלל לקבלת טיפול פסיכותרפיה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מי שהתנסו בטיפול פנים-אל-פנים בתקופת הקורונה למי שלא התנסו בכך בכל הקשור לתפיסה שהמסכה היא גורם מפריע לטיפול.

#### 4.7.3 תפיסות בעניין טיפול מרחוק

כלל המשיבים נשאלו מהו לדעתם הקושי העיקרי בקבלת טיפול מרחוק בשיחת וידיאו או בטלפון. הקושי העיקרי היה: לדעת 64% – "קושי בתקשורת בין-אישית כמו הבנת הבעות הפנים או טון הקול של הצד השני", לדעת 22% – "בעיות תקשורת כמו איכות חיבור האינטרנט, איכות הצליל, איכות הווידיאו וכדומה" ולדעת 11% – "קושי בשמירה על פרטיות הטיפול". נמצאו הבדלים מובהקים בתפיסה מהו הקושי העיקרי בין מי שהתנסו בטיפול מרחוק ובין מי שלא התנסו בו. לעומת מי שלא התנסו כלל בטיפול מרחוק, שיעור גבוה יותר ממי שכן התנסו בטיפול מרחוק בחרו בבעיות טכניות בתקשורת, ושיעור נמוך יותר בחרו בקושי בתקשורת בין-אישית (לוח 11).

המשיבים התבקשו להשוות טיפול פנים-אל-פנים (ללא מגבלות קורונה כגון מסכה ומרחק) לטיפול מרחוק באמצעות שיחת וידיאו, על פי שלושה פרמטרים: יעילות בהשגת מטרות הטיפול, אפשרות לדבר על נושאים רגישים או אישיים מבלי לחשוש ואפשרות ליצור קשר והבנה עם המטפלת. ככלל, לדעת רוב המשיבים (65%), הטיפול מרחוק יעיל כחות מטיפול פנים-אל-פנים בהשגת מטרות הטיפול (לעומת 22% שסברו כי הוא יעיל באותה מידה ו-13% שסברו כי הוא עדיף על טיפול פנים-אל-פנים). בדומה, 58% סברו כי הטיפול מרחוק מאפשר פחות מטיפול פנים-אל-פנים לדבר על נושאים רגישים, ו-66% סברו כי טיפול מרחוק מאפשר פחות מטיפול פנים-אל-פנים ליצור קשר והבנה עם המטפלת. ואולם, נמצאו הבדלים בין תפיסות המטופלים שהתנסו בטיפול מרחוק ובין התפיסות של מי שלא התנסו בו: שיעור נמוך יותר מבעלי הניסיון סברו כי הטיפול מרחוק יעיל פחות, מאפשר פחות דיבור על נושאים רגישים או מאפשר פחות קשר עם המטפלת (לוח 11).

#### לוח 11: תפיסות על אודות טיפול מרחוק (באחוזים)

ללא ניסיון בטיפול מרחוק (n=166)	בעלי ניסיון בטיפול מרחוק (n=230)	סך הכול	
			<b>קושי עיקרי בטיפול מרחוק*</b>
78	55	<b>64</b>	קושי בתקשורת בין-אישית
12	28	<b>22</b>	בעיות טכניות בתקשורת
9	13	<b>11</b>	קושי בשמירה על פרטיות הטיפול
1	4	<b>3</b>	אחר
			<b>"טיפול מרחוק בשיחת וידיאו יעיל בהשגת מטרות הטיפול"</b>
10	14	<b>13</b>	יותר מטיפול פנים-אל-פנים
10	30	<b>22</b>	באותה מידה כמו טיפול פנים-אל-פנים
80	56	<b>65</b>	פחות מטיפול פנים-אל-פנים
			<b>"טיפול מרחוק בשיחת וידיאו מאפשר לדבר על נושאים רגישים או אישיים מבלי לחשוש"</b>
11	16	<b>14</b>	יותר מטיפול פנים-אל-פנים
23	32	<b>28</b>	באותה מידה כמו טיפול פנים-אל-פנים
66	52	<b>58</b>	פחות מטיפול פנים-אל-פנים
			<b>"טיפול מרחוק בשיחת וידיאו מאפשר יצירת קשר והבנה עם המטפלת"</b>
11	16	<b>14</b>	יותר מטיפול פנים-אל-פנים
14	25	<b>20</b>	באותה מידה כמו טיפול פנים-אל-פנים
75	59	<b>66</b>	פחות מטיפול פנים-אל-פנים

\* ההבדלים בין הקבוצות מובהקים,  $p < 0.05$ .

גם בראיונות העומק צוין שקשיים בתקשורת בין-אישית וביצירת קשר עם המטפלת התעוררו בעקבות קבלת הטיפול מרחוק.

” זו תקשורת שהיא לא מאוד מוצלחת כמו תקשורת פנים מול פנים. ברגע שהייתה אפשרות, חזרתי לטיפול פנים מול פנים. לא חיכיתי.” (ריאיון עם י')

קושי נוסף שעלה בראיונות קשור לנוכחות של בני הבית בקרבת מקום הטיפול:

” זה גם היה לי לא נוח לעשות את זה מתוך הבית. כאילו, ההורים שלי בבית. וכאילו, כולנו ב'זומים' ולא יודעת מה. זה היה לא נוח שאני אדבר על כל מיני דברים, כשהם יושבים בחדר לידי או בסלון ליד החדר.” (ריאיון עם ש')

” [...] היה את האתגר של למצוא מקום לעשות את זה [...] הילדים גם היו בבית את יודעת, אז את צריכה חדר ולנעול אותו ואת צריכה כאילו להשתדל לא לדבר בקול רם כדי שגם לא ישמעו אותך, כי כמה שתמצאי חדר את לא בתוך בונקר.” (ריאיון עם ח')

חלק מן המרואיינים קשרו בין בשלות מערכת היחסים עם המטפלת ובין היכולת לקיים מפגשים מועילים מרחוק.

” במטפלת הקודמת שדיברנו ב'זום', הרגשתי שהיא כבר מבינה אותי יותר בקלות... שאני אצליח יותר להעביר את מה שאני רוצה להגיד בגלל ההיכרות הקודמת. יש כל כך הרבה אלמנטים חשובים בטיפול, כמו שפת גוף, שהיא כבר יודעת ומכירה, אז נראה לי שזה נותן לה את כל המידע שהיא צריכה. ובטיפול ב'זום' חשבתי שזה מידע שבלתי אפשרי להעביר אותו, ואני רוצה שיהיה למטפל שמטפל בי את המידע הזה. [...] . אחרי שמבססים איזושהי מערכת יחסים של מטפל-מטופל אז אפשר לעשות מאמצים בשביל להמשיך לקבל טיפול. שלא יהיה איזושהו ואקום. אבל תחילת טיפול אז אני לא רואה טעם.” (ריאיון עם ד')

בעיני חלק מן המרואיינים, הטיפול מרחוק יכול היה לשמש פתרון זמני לשעת חירום, ואילו בשגרה יעדיפו טיפול פנים-אל-פנים ואת הקשר המתאפשר באמצעותו:

” בזמן הקורונה היה לי טיפול מרחוק, ב'זום'. והיה לו את הבעיות שלו, של קשיים טכניים, ואז נתקע ברגעים, ולא מתחבר. אבל זה נראה לי עדיף על לא טיפול בכלל. וזה עזר והתאים לתקופה, כי גם ככה החיים היו קצת שונים ויותר ב-dloh. [...] נראה לי שבשגרה זה לא מתאים ... בגלל הדברים שקורים בשגרה ואני רוצה לדבר עליהם בחדר עם קשר בלתי אמצעי.” (ריאיון עם ד')

מרואיינים אחרים הביעו העדפה לטיפול מרחוק גם בימי שגרה, הן בשל הנגישות המוגברת הן בשל ההעדפה לאופי האינטראקציה עם המטפלת:

” אוקיי. תראי, אני יותר נוח לי בדרך הזאתי [טיפול מרחוק], האמת. וכן, אני חושבת שהזמינות היא חשובה, בטח איפה שאני גרה. העובדה שזה, כרגע זה שעה טיפול [...] אם אני צריכה להשוות את זה לאופציה אחרת שאני צריכה להגיע, אני צריכה לפנות ארבע שעות לפחות, כי יש לי ארבעים וחמש דקות-שעה נסיעה לכל כיוון, וסביר להניח שעוד הסתובבות בתוך [שם עיר]. זה שינוי משמעותי מבחינת זמינות.” (ריאיון עם י')

” בתקופה של ה'זום' הרגשתי יותר מוגנת. הרגשתי שאני יותר יכולה להתפרק ויותר יכולה להביא את עצמי. כמות הפעמים שבכיתי בפנים-מול-פנים היא מינימלית, אפסית. אני מאוד מחזיקה את עצמי כשאני מול בן אדם; אני מאוד אסופה, מוחזקת. היא הייתה שם ממול, אבל היא לא הייתה פיזית ממול. היה שם משהו שהרבה יותר אפשר לי. אני חושבת שהפגישות שם היו הרבה יותר משמעותיות.“ (ריאיון עם ח')

#### 4.7.4 אופן טיפול מועדף לאחר הסרת מגבלות הקורונה

המשיבים לסקר נשאלו כיצד יעדיפו לקבל טיפול פסיכותרפיה לאחר הסרת מגבלות הקורונה (עטיית מסכה ושמירה על מרחק). רוב המשיבים (83%) בחרו באפשרות של טיפול פנים-אל-פנים, אך גם כאן נמצא הבדל בין מי שהתנסו בטיפול מרחוק ובין מי שלא התנסו בו. 75% ממי שהתנסו בטיפול מרחוק ציינו כי יעדיפו טיפול פנים-אל-פנים לאחר הסרת מגבלות הקורונה, לעומת 95% ממי שלא התנסו בטיפול מרחוק (לוח 12).

לוח 12: אופן טיפול מועדף לאחר הסרת מגבלות הקורונה (באחוזים)

בעלי ניסיון בטיפול מרחוק (n=230)	חסרי ניסיון בטיפול מרחוק (n=166)	סך הכול	
100	100	100	"אחרי הסרת מגבלות הקורונה, באיזו צורה תעדיף לקיים את רוב המפגשים עם המטפל?"*
1	18	11	טיפול מרחוק
95	75	83	טיפול פנים-אל-פנים
4	7	6	"אין לי העדפה"

\* ההבדל בין הקבוצות מובהק,  $p < 0.05$ .

## 5. מגבלות המחקר והצעות למחקר בעתיד

נתוני הסקר נאספו באמצעות שתי חברות פאנל. כדי להבטיח ייצוגיות נעשה שקלול של נתוני הסקר במטרה להתאימם להתפלגות המאפיינים הדמוגרפיים של האוכלוסייה הכללית בישראל. עם זאת, ייתכן כי לחברי הפאנלים מאפיינים נוספים שלא שוקלו. כמו כן מאחר שחלק מן החרדים נמנעים משימוש באינטרנט, אפשר לטעון כי חברי פאנל המגדירים את עצמם חרדים אינם מייצגים את כלל האוכלוסייה החרדית.

בדומה, וכמו שתואר בסעיף השיטות בדוח זה, בהתפלגות החברים בפאנלים האינטרנטיים ישנו בדרך כלל תת-ייצוג לאוכלוסייה הערבית. כאמור, תוכנית המחקר המקורית כללה השלמה של הסקר האינטרנטי בקרב אוכלוסייה זו באמצעות סקר טלפוני. ואולם, על אף מאמצים גדולים שהושקעו באיתור ובתשאול של מרואיינים מקרב האוכלוסייה הערבית לא עלה בידי צוות המחקר להגיע למספר מספיק של ראיונות ולכן נאלצו לוותר על השלמה זו ולהסתפק בתשובות על הסקר בקרב חברי הפאנלים הערבים. ייתכן אפוא כי המשיבים הערבים אינם מייצגים נאמנה את כלל האוכלוסייה הערבית. גם במסגרת ראיונות העומק, שהתקיימו לאחר איסוף נתוני הסקר, נתקלו החוקרות בקושי רב באיתור ובראיון של מטופלים ערבים. מומלץ בעתיד לחזור ולבחון בממוקד את חוויית המטופל ואת "מסע המטופל לטיפול" באוכלוסייה הערבית.

לבסוף, שאלון הסקר כלל שאלות על זמני המתנה לטיפול. כפי שמצוין בסעיף הממצאים, יש להדגיש כי התשובות על שאלות אלו אינן יכולות לשמש אומדן לזמני המתנה הכלליים במערכת בריאות הנפש, כיוון שהזמנים נכונים רק עבור מי שקיבל טיפול בפועל. יש מקום לעקוב אחר זמני המתנה של כלל דורשי הטיפול (לרבות הממתינים לטיפול וה"מתיישים") באמצעות סקר נפרד.



## 6. סיכום, דיון ומסקנות

מחקר זה התמקד באוכלוסיית מקבלי הטיפול הפסיכותרפי ובחן את תהליך הפנייה לטיפול, את דפוסי קבלת הטיפול, את חוויית המטופלים ואת דפוסי קבלת הטיפול בתקופת מגפת הקורונה. ממצאי המחקר מעלים כמה סוגיות חשובות הנוגעות להמשך התכנון והפיתוח של מערכת בריאות הנפש בישראל.

הסוגיה הראשונה נוגעת ל**היקף הזקוקים לטיפול פסיכותרפיה**. בסקר נמצא כי שיעור המטופלים בפסיכותרפיה עומד על 8.4% מן האוכלוסייה. שיעור זה גבוה בהרבה מן השיעור שנמצא בסקרי עבר (כ-3%) (אלרועי ואח', 2017; ברמלי-גרינברג, ואח', 2017; גרוס ואח', 2009). הסבר אפשרי אחד לפער הוא כי השיעור הגבוה משקף עלייה אמיתית בשיעור המטופלים. השנה שקדמה לסקר כללה התמודדות עם התפרצות מגפת הקורונה, וזו העלתה אצל רבים את הצורך בטיפול. מחקרים מהעולם הראו עלייה בשכיחות תסמיני דיכאון וחרדה לאחר התפרצות מגפת הקורונה (Cénat et al., 2021; Czeisler et al., 2020; Nochaiwong et al., 2021; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021; Vahratian et al., 2021). בביקוש לשירותי בריאות נפש (Ashcroft et al., 2021; Titov et al., 2020). ב-10 באוקטובר 2020 קרא ארגון הבריאות העולמי למדינות העולם להשקיע משאבים בתחום בריאות הנפש כדי להכיל את הביקושים הגואים לשירותים בתחום זה (Brunier & Drysdale, 2020). גם בישראל נשמעו עדויות על עלייה בשיעור הפניות למערכת בריאות הנפש בעקבות המגפה (אביגד, 2021; בר-און, 2021; גיל-עד, 2020; יסעור בית-אור, 2020).

הסבר אפשרי נוסף טמון בשיטת המחקר. נראה כי בסקר פאנל אינטרנטי לעומת סקרים טלפוניים, סקרים פנים-אל-פנים או סקרים מבוססי עט ונייר ישנה נכונות גבוהה יותר לענות גם על שאלונים בנושאים הנחשבים רגישים ( לדוגמה; Dillman, 2006; Hayes & O'Neal, 2021; Milton et al., 2017). כלומר, ייתכן כי ההערכה של שיעור הטיפול הנפשי בעבר, שהתבססה על סקרים טלפוניים, הייתה למעשה הערכת-חסר של היקף המטופלים בפועל.

סוגיה נוספת העולה מן הממצאים קשורה ל**בחירה בטיפול פרטי או בטיפול ציבורי**. כמחצית מן המשיבים דיווחו שקיבלו את הטיפול במסגרת פרטית. שיעור זה דומה לשיעור שנמצא בסקר מכון ברוקדייל משנת 2013, אז 55% מן המשיבים שדיווחו כי המטפלת העיקרית שלהם הייתה פסיכולוגית או פסיכותרפיסטית קיבלו את הטיפול במגזר הפרטי (אלרועי ואח', 2017). כלומר, על אף הרחבת השירות הציבורי שנעשתה בעקבות הרפורמה הביטוחית ועל אף ההיערכות ליישומה מאז 2012, עדיין שיעור גבוה יחסית מקבלים את הטיפול במגזר הפרטי.

מהמטופלים במגזר הציבורי, 45% תלו את בחירתם בטיפול ציבורי במחיר הנמוך של הטיפול, ועניין זה עלה ביתר שאת גם בראיונות העומק. סיבות כגון איכות הטיפול או זמינותו ונגישותו נבחרו בשיעורים נמוכים בתור סיבה עיקרית לקבלת טיפול במגזר הציבורי. לעומת זאת, הסיבות העיקריות לבחירה במגזר הפרטי היו קשורות לרצון במטפלת מסוימת שאינה עובדת עם הקופה, לאיכות הטיפול במגזר הפרטי (שנתפסת כטובה יותר מאשר זו שבמגזר הציבורי) לזמני המתנה ארוכים מדי בקופה, לרצון לשמור על הסודיות והפרטיות של הטיפול וכן לאי-ידיעה שיש אפשרות לקבל טיפול במסגרת הקופה. בסקר של אלרועי ואח' (2017) משנת

2013, הסיבה המובילה של מטופלי פסיכותרפיה לבחור במגזר הפרטי הייתה קושי למצוא מטפלת מתאימה במגזר הציבורי (53%) ובעיות זמינות ונגישות של הטיפול במגזר הציבורי (18%). לעומת נתוני 2013, על פי העולה מן מחקר הנוכחי נראה שרוב המטופלים במגזר הפרטי כלל אינם מנסים לקבל טיפול במגזר הציבורי: 80% מהם דיווחו כי בחרו מראש בטיפול במגזר הפרטי; ורק 7% טופלו בפועל במגזר הציבורי לפני שבחרו לעבור למגזר הפרטי.

בחינת מאפייני המטופלים בכל אחד ממגזרי הטיפול העלתה כי ישנם הבדלים בין המטופלים במגזר הפרטי למטופלים במגזר הציבורי: בקבוצות באוכלוסייה שאליהן הם משתייכים (חרדים וערבים), בקבוצות הגיל שלהם, במידת הפריפריאליות של היישוב שבו הם חיים, בהשכלתם ובמצבם המשפחתי. בולט במיוחד ההבדל בשיעורם של מי שנוסף על פסיכותרפיה נעזרו גם ברופא משפחה או בפסיכיאטר בקשר לבעיה שהצריכה טיפול פסיכותרפיה (62% בקרב המטופלים במגזר הציבורי לעומת 31% במגזר הפרטי). ממצא זה עשוי להעיד שבמגזר הציבורי מטופלים יותר אנשים הזקוקים גם לטיפול תרופתי. יש לציין כי לא נמצא הבדל מובהק בין המטופלים בשני המגזרים בשיעור המדווחים על הכנסה נמוכה ב"הרבה" מן הממוצע; וייתכן כי ממצא זה מעיד על מצוקת ההמתנה לטיפול, הדוחפת גם את מי שהפרוטה אינה מצויה בכיסו לצריכת שירותים יקרים בשוק הפרטי.

גם בחינת מאפייני הטיפול עצמו מעלה הבדלים בין מגזרי הטיפול. 44% מן הנדגמים המטופלים במגזר הפרטי דיווחו על טיפול ארוך משנה, לעומת 28% מן הנדגמים המטופלים במגזר הציבורי. נוסף על כך, ממצאי המחקר העלו כי על פי דיווחי מי שסיימו את הטיפול, פחות ממחצית מהטיפולים במגזר הציבורי מסתיימים בשל שיפור במצב הנפשי, לעומת כשני שלישים מהטיפולים במגזר הפרטי. ממצאים אלו מעלים את הסברה שאף שרשמית הטיפול במגזר הציבורי ניתן לפי צורך וללא הגבלה, בפועל ישנה הגבלה של משך הטיפול.

סוגיה חשובה נוספת העולה במחקר נוגעת לנגישות **למידע על אפשרויות הטיפול ועל אופני הפנייה לטיפול**. ממצאי הסקר עלה כי כשני שלישים מן המשיבים מצאו מידע בקלות וכי לא היו בכך הבדלים מובהקים בין המטופלים במגזר הציבורי לאלו שבמגזר הפרטי. בסקרי האוכלוסייה הכללית (אלרועי ואח', 2017; גרוס ואח', 2009) ובסקר שנערך בקרב נכי הנפש (הרן ונאון, 2017) עלה כי יש קושי בניווט בתוך מערך בריאות הנפש וכי ערב הרפורמה וכן סמוך להחלטה לא הייתה די נגישות למידע בנוגע לאפשרויות הטיפול, בנוגע להבדלים בין אפשרויות אלו ובנוגע לאופני הפנייה לקבלת עזרה מקצועית; ואלו היוו את אחד החסמים העיקריים לקבלת טיפול. הממצאים בסקר הנוכחי מעידים על שיפור בהנגשת המידע בקופות החולים, אך יש להביא בחשבון כי סקר זה נערך בקרב מי שהצליח להתגבר על פערי מידע, ככל שהיו, ולקבל טיפול בפועל. ייתכן כי יש עדיין אוכלוסייה המתקשה למצוא מידע על אפשרויות הטיפול ועל אופני הפנייה ולכן מתעכבת בקבלת טיפול או שכלל אינה מקבלת מענה. חיזוק לתפיסה זו מתקבל מן הממצא שכרבע (23%) מן המטופלים במגזר הפרטי דיווחו שהסיבה לאי-פנייתם למגזר הציבורי הייתה אי-ידיעה של האפשרות לקבל טיפול פסיכותרפיה במסגרת קופת החולים שלהם. זאת אף ששירות זה כלול בסל הבריאות מאז החלת הרפורמה הביטוחית. כמו כן 27% מן המשיבים דיווחו כי התעכבו בפנייה הראשונית לטיפול משום שלא ידעו אל מי ואיך לפנות לשם קבלתו.

בחינת **שיעורי המתעכבים בפנייה לטיפול** מראה כי 26% לא התעכבו כלל בפנייה הראשונית לטיפול; מכאן עולה כי עבור 74% מן המטופלים עבר זמן בין ההחלטה העקרונית לפנות לטיפול ובין הפנייה בפועל. בדומה למוקד מן הספרות המקצועית

(Mojtabai et al. 2011; Sareen et al. 2007), רבים דיווחו כי התעכבו בפנייה בשל רצון להתמודד לבד או במחשבה שהמצוקה תחלוף מעצמה. ממצא זה תואם את שעלה בסקרים קודמים (למשל אלרועי ואח', 2017). בראיונות העומק עלה כי לעיתים העיכוב בפנייה לטיפול מוביל להחמרת המצוקה ולצורך בטיפול דחוף.

דוח מבקר המדינה משנת 2020 מצא כי זמני ההמתנה לטיפול פסיכותרפיה עומדים בממוצע על 150 יום (מבקר המדינה, 2020). לעומת זאת, הממצאים בסקר הנוכחי העלו כי מרבית המטופלים המתינו עד חודש לתחילת הטיפול. מראיונות העומק עלה כי משך ההמתנה הקצר קשור הן בפרקטיקה של פנייה בעת ובעונה אחת לכמה גורמי טיפול והן לחומרת המצב הנפשי של הפונים. נתונים אלו תואמים את שנמצא בסקרים קודמים (למשל אלרועי ואח', 2017). נראה כי ההסבר לכך הוא שבעוד נתוני מבקר המדינה מבוססים על הקיבולת של שירותי בריאות הנפש ומביאים בחשבון את כלל הממתינים לטיפול, נתוני הסקר (גם בדוח זה וגם בסקרים הקודמים) בנוגע לזמני ההמתנה מבוססים על מקבלי השירות בפועל. הפער בין זמני ההמתנה של המטופלים בפועל ובין יכולת ההכלה של מערכת בריאות הנפש מעיד כי ישנה אוכלוסייה המוותרת על קבלת הטיפול בשל זמני ההמתנה הארוכים. ממצאי המחקר בנוגע ל**חוויות המטופל** מעלים שככלל נמצאה חוויה טובה. ציוני מדד חוויית המטופל שחושבו על בסיס נתוני הסקר עמדו על 8.7 (מתוך 10). עם זאת, נמצא פער מובהק בין הציון הממוצע במגזר הפרטי (9.1) לזה שבמגזר הציבורי (8.3). גם השונות בציונים שניתנו למגזר הציבורי גבוהה יותר, כלומר, השוואה למגזר הפרטי מראה שיעור גבוה יותר של "לא מרוצים" במגזר הציבורי.

בהקשר זה נראה כי לפי תפיסת המטופלים במגזר הפרטי, הטיפול במגזר הציבורי טוב פחות מבמגזר הציבורי. כך למשל, שביעות הרצון מהטיפול במגזר הציבורי, כפי שהיא באה לידי ביטוי בנכונות להמליץ על הטיפול לחברים ולבני משפחה גבוהה בסך הכול: 46% נתנו ציון 9 או 10 לנכונות שלהם להמליץ על הטיפול ו-34% נוספים נתנו לה את הציון 7 או 8. מדד NPS שחושב עבור שירותי הפסיכותרפיה במגזר הציבורי עמד על 25%. ציון זה מעיד שיש במגזר הציבורי יותר מטופלים מרוצים ממליצים על השירות מכאלו שאינם מרוצים ואינם ממליצים. ואולם, רבים מהמטופלים במגזר הפרטי דיווחו כי לא פנו כלל לקבלת טיפול במגזר הציבורי בהנחה שאיכות הטיפול שיקבלו בו תהיה נמוכה מבמגזר הפרטי, שיצטרכו להמתין זמן רב לטיפול או שפרטיותם תיפגע.

אשר ל**שיתוף מידע בין המטפלת לרופא המשפחה או לפסיכיאטר** נמצא כי מי שנעזרו בגורמי טיפול אלו סברו ששיתוף הפעולה עימם חשוב יותר ממה שסברו מי שלא נעזרו בהם. מטא-אנליזה של מחקרים שעסקו בנכונות של מטופלים לשיתוף מידע רפואי בקרב מטפלים או בין ארגוני בריאות העליתה כי לתפיסת היתרונות שבשיתוף מידע כמו גם לחששות שתופר הפרטיות, לניסיון קודם בצורך לשותף מידע וכן למאפיינים האישיים של המטופלים יש השפעה על הנכונות לשותף מידע (Esmaeilzadeh & Sambasivan, 2017). מחקר מ-2018 מצא כי אם התפיסה היא שמידע הוא רגיש יש בכך כדי ליצור או להגביר חששות בנוגע להפרת פרטיות; וחששות אלו משפיעים על הנכונות לשיתוף מידע. המחקר מצא עוד כי בקרב מי שדיווחו על מצב בריאות ירוד נמצא קשר חלש יותר בין חששות מהפרת פרטיות ובין נכונות לשותף מידע בריאותי (Esmaeilzadeh, 2018). לעומת זאת, מחקר בקרב מתמודדי נפש העלה כי אף שהתפיסה היא שזהו תחום רגיש, ישנה נכונות מצד המטופלים לשותף במידע על בריאותם כדי לשפר את איכות הטיפול בהם (Shen et al., 2019). מכון ברוקדייל עורך מחקר הבוחן את התפיסות והעמדות של הציבור כלפי שיתוף המידע בבריאות הנפש בישראל. מחקר זה יוכל להמשיך לשפוך אור על סוגיה חשובה זו.

מקרב מי שהחלו את הטיפול לפני פרוץ מגפת הקורונה, 76% דיווחו על קבלת טיפול מרחוק בתקופה שלאחר התפרצותה. לעומת זאת, כמחצית מהטיפולים שהחלו לאחר התפרצות מגפת הקורונה התקיימו פנים-אל-פנים בלבד. מראיונות העומק עלה כי קשה יותר להתחיל טיפול מרחוק ולבסס את הקשר עם המטפלת, אך אפשר בקלות רבה יותר להמשיך מרחוק טיפול שכבר התבסס פנים-אל-פנים. ממצא זה תואם את העולה מן המחקר של לואיס ואח' (Lewis et al., 2021): המְשַׁךְ של הטיפול פנים-אל-פנים קודם למעבר לטיפול מרחוק והחוזק של הקשר הטיפולי מנבאים גישה חיובית כלפי הטיפול מרחוק. בהינתן שלביסוס הקשר הטיפולי חשיבות רבה בהתמדה בטיפול ובהצלחתו (Baier et al., 2020; Flückiger et al., 2020), ממצאי המחקר עולה כי כדאי שהצעת טיפול מרחוק גם בעיתות שגרה תהיה מלווה באפשרות לשילוב מפגשים פנים-אל-פנים בתקופה הראשונית של הטיפול.

ממצאי המחקר מעלים כי בעיני רוב המטופלים **הטיפול מרחוק** יעיל כחות בהשגת מטרות הטיפול ומאפשר פחות שיחה על נושאים רגישים או יצירת קשר והבנה עם המטפלת. כך אצל מי שהתנסה בטיפול מרחוק בפועל, אך ביתר שאת אצל מי שלא התנסה בכך. מחקרים שעסקו בטיפול מרחוק באמצעות שיחת וידיאו עוד טרם תקופת מגפת הקורונה העלו כי הטיפול מרחוק אכן נופל מטיפול פנים-אל-פנים בביסוס הקשר הטיפולי בין המטפלת למטופל, אך שווה לו בהפחתת התסמינים שהובילו לטיפול (Norwood et al., 2018) וביעילות הטיפול בכלל (Backhaus et al., 2012; Berryhill et al., 2019). מחקרים אחרים, שהתמקדו בתפיסות המטופלים, מצאו כי אין הבדלים מובהקים במידת שביעות הרצון של מטופלים שטופלו פנים-אל-פנים לעומת מטופלים שטופלו מרחוק (Backhaus et al., 2012; Jenkins-Guarnieri et al., 2015). עם זאת, יש לזכור כי בניגוד למצב שנוצר בעקבות התפרצות מגפת הקורונה והסגרים שבאו בעקבותיה, המטופלים במחקרים אלו טופלו רק באחד מאופני הטיפול ולא התנסו בשתי האפשרויות. לעומת זאת, נראה כי ממצאי המחקר הנוכחי בנוגע למטופלים שהתנסו בטיפול מרחוק מאפשרים השוואה של ממש אשר להעדפות המטופלים בין שני אופני הטיפול. ככלל ממצאי המחקר מעלים כי גם בקרב מי שהתנסו בקבלת טיפול מרחוק ישנה העדפה ברורה לקבלת טיפול פנים-אל-פנים בעיתות שגרה.

## 7. המלצות לגיבוש מדיניות ולקבלת החלטות

ממצאי הסקר העלו כי שיעור הפונים לטיפול גבוה משהוערך בעבר. כאמור, כבר כיום ישנם דיווחים על קשיי זמינות ונגישות בקבלת טיפול הן במגזר הציבורי הן בזה הפרטי. על כן **מומלץ להמשיך ולפעול להרחבת הזמינות והנגישות של שירותי הפסיכותרפיה בארץ.**

במסגרת המאמצים להרחיב את השירות, **יש לתת את הדעת לאוכלוסייה המעוניינת בקבלת שירות במגזר הציבורי אך אינה מקבלת מענה.** ממצאי הסקר העלו כי 20% מן המטופלים במגזר הפרטי לא קיבלו מענה מלא במגזר הציבורי אף שפנו לקבלתו. הממצאים הנוגעים לשיקולים בבחירת מגזר הטיפול מעלים את האפשרות שהנתונים משקפים הערכת-חסר של שיעור המעוניינים בטיפול במגזר הציבורי: ייתכן כי מספר המעוניינים בטיפול גדול ממספר הפונים בניסיון לקבלו שכן רבים מוותרים עליו מראש בהנחה שייאלצו להמתין לו זמן רב או משום שהם מבקשים חופש רב יותר בבחירת המטפלת. ממצאי המחקר העלו פערים בחוויית המטופל בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי. **יש מקום לפעול לשיפור חוויית המטופל במגזר הציבורי.**

ממצאי המחקר בנוגע לזמני המתנה העלו כי אחת מדרכי ההתמודדות של מטופלים עם זמני המתנה הארוכים היא פנייה בעת ובעונה אחת לכמה מסגרות, כדי שיוכלו בסופו של דבר לקבל את השירות ממסגרת שההמתנה בה קצרה במסגרות האחרות. גם מצב זה בעייתי, שכן הפיצול בשירותים יוצר צורך לפנות לגורמים מרובים, הדורשים לרוב מילוי טפסים משלהם, השגה ושליחה של מסמכים וחשיפה חוזרת ונשנית של המצב הנפשי. מצב זה יוצר עומס וצורך משאבי נפש רבים דווקא ממי שעשוי לסבול מהיעדר כוחות התמודדות. **מומלץ לעודד את הקופות להציע למבוטחים סיוע באיתור מסגרת הטיפול המתאימה מהאפשרויות הקיימות.** כמו כן **מומלץ לקדם יצירת מערכת אחודה לקביעת תורים לכלל המסגרות שקופות החולים ממנות ולהשתמש בטפסים אחידים.**

ממצאי המחקר מדגישים כי אף על פי שהמסגרות מתעדפות כנראה בין הממתינים לשירות על פי חומרת מצבם, ייתכן כי התיעדוף נעשה רק בנקודת זמן אחת (לאחר האינטייק). ואולם, אפשר שבמהלך ההמתנה תחול הידרדרות במצב הפונים, ולכן **רצוי ליצור מנגנון העוקב אחר מצבם של הממתינים ומתעדף את התורים מחדש במקרה הצורך.**

עוד העלו ממצאי המחקר כי ההעדפה של רוב המטופלים היא לקבלת טיפול פנים-אל-פנים על פני טיפול מרחוק, בעיקר אם טרם התבסס הקשר הטיפולי. ממצא זה חשוב בעיקר לנוכח ההתפתחות הטכנולוגית, שעל אף ההעדפה של המטופלים לטיפול פנים-אל-פנים, האיצה עם התפרצות מגפת הקורונה את קיומם של טיפולים מרחוק ולוותה לא אחת בקשיי נגישות לטיפול כזה, בין השאר בשל אוריינות טכנולוגית נמוכה של המשתמשים. לנוכח התפיסה הגורסת כי יש לפתח ולהטמיע שירותים מרחוק גם בעיתות שגרה כדי להתמודד עם מגוון בעיות של זמינות ונגישות גאוגרפית לטיפול (Taylor et al., 2020; Wind et al., 2020) יש להביא בחשבון גם את הסיכון ליצירת סוגים נוספים של פערים בין אוכלוסיות ביכולת השימוש בטכנולוגיה בשל אוריינות טכנולוגית נמוכה או קשיי גישה לטיפול מקוון (Kaihlänen et al., 2022; Moreno et al., 2020). עם זאת, ממצאי המחקר מעלים כי על אף העדפות המטופלים לקבלת הטיפול פנים-אל-פנים, בעיתות משבר ובמצבים שבהם טיפול פנים-אל-פנים אינו אפשרי,

סבורים המטופלים שטיפול מרחוק עדיף על פני חוסר טיפול. החשיבות העיקרית מבחינתם היא המשך טיפול שכבר החל. יתרה מזאת, נראה כי מי שהתנסה בטיפול מרחוק פתוח יותר לאפשרות להמשיך ולקבל טיפול כזה גם בעתיד. **יש מקום אפוא ליצור אפשרות לטיפול היברידי: השלמה של טיפול פנים-אל-פנים באמצעות טיפול מרחוק**, ולא דווקא החלפה מלאה של הטיפול פנים-אל-פנים.

## עוד פרסומים של המכון בנושא

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

הרן, ד. ונאון, ד. (2017). דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים. דמ-750-17.

אלרועי, א., רוזן, ב., אלמקייס, ע. וסמואל, ה. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. דמ-749-17.

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

## מקורות

- אביגד, ד. (2021). החיסון יעזור נגד הקורונה, אבל לא נגד המגפה הנפשית. *שומרים*. <https://www.hashomrim.org/hebrew/359>
- אברם, א. ואזארי-ויזל, ש. (2015). *הרפורמה בבריאות הנפש: סיכויים וסיכונים*. נייר מדיניות מס' 2015.02. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- אלרועי, א. וסמואל, ה. (2019). *שירותי בריאות הנפש בקופות החולים שנתיים לאחר הפעלת הרפורמה – בין מדיניות ליישום*. דמ-786-19. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- אלרועי, א., רוזן, ב., אלמקייס, ע. וסמואל, ה. (2017). *שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית*. דמ-749-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- אשכנזי, י., לך, י., מעוז-ברויאר, ר. וטבנקין, ח'. (2018). *עבודתם של רופאים ראשוניים בבריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש*. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- בנפשנו: מתמחים בפסיכולוגיה למען מערך בריאות הנפש הממלכתי. (2016). נייר עמדה: זכאות לטיפול נפשי (פסיכותרפיה) במערך בריאות הנפש. <http://www.hebpsy.net/files/vpJ0vqPB6arvmAL7feeP.pdf>
- בר-און, ד. (2021, 27 באוקטובר). המשבר הנפשי חמור משחשבנו: אי-אפשר למצוא אפילו פסיכולוג פרטי עם שעה פנויה. הארץ <https://www.haaretz.co.il/magazine/2021-10-27/ty-article-magazine/highlight/0000017f-e371-d804-ad7f-f3fb7b010000>
- ברמלי-גרינברג, ש. וישראל, פ. (2011). *דפוסי שימוש ופערים בשימוש בשירותי בריאות הנפש בקהילה*. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/patterns-and-gaps-in-use-mental-health-services-2011/>
- ברמלי-גרינברג, ש., מדינה-הרטום, ת. ובלנסקי, א. (2017). *תמצית ממצאי הסקר האחד עשר העוקב אחר דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות – 2016*. <https://brookdale.jdc.org.il/the-11th-consumer-survey-on-israels-healthcare-system-summary/> גיל-עד, ה. (2020, 19 באוקטובר). דו"ח: מספר הפונים לטיפול נפשי זינק במשבר הקורונה. ידיעות אחרונות. <https://www.ynet.co.il/news/article/H1E54Mcww>
- גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., רוזן, ב., ניראל, נ. ווייצברג, ר. (2009). *מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת המבט של הצרכנים*. דמ-538-09. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- הר"י (ההסתדרות הרפואית בישראל). (2007). *חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש)*, התשס"ז-2007. נייר עמדה של ההסתדרות הרפואית בישראל, ארגון רופאי המדינה, איגוד הפסיכיאטריה, איגוד הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר והחברה לפסיכיאטריה של הזקנה. נדלה ב-26 בספטמבר 2018, מתוך <http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/11/emda-bituach-2007.pdf>



- הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. (2015). נייר עמדה - יישום הרפורמה בבריאות הנפש [גרסה אלקטרונית]. (נדלה 26.9.18), מאתר פסיכולוגיה עברית <http://www.hebpsy.net/files/23nAYG7G8fK1FjDnH3LT.pdf>
- הרן, ד. ונאון, ד. (2017). דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים. דמ--17-750. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- יסעור בית-אור, מ. (2020, 10 בנובמבר). מהשלכות המגפה: עלייה בפניות לטיפול נפשי ובצריכת תרופות הרגעה. ישראל היום. <https://www.israelhayom.co.il/health/article/7471129>
- מבקר המדינה. (2020). משרד הבריאות - היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש, דוח שנתי 70ב. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-206-Mental.pdf>
- משרד הבריאות. (2016). תורת השירות וחווית המטופל במערכת הבריאות בישראל: סטנדרט למוסדות בריאות - מדריך מקצועי. אגף השירות – מינהל איכות, שירות ובטיחות. נדלה ב-23 בספטמבר 2018, מתוך [https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality\\_National\\_Prog\\_Service\\_Theory.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_Prog_Service_Theory.pdf)
- משרד הבריאות. (2022). סקרי חוויית המטופל. נדלה ב-15 באוגוסט 2022, מתוך [https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/HQD/publicComplains/Quality\\_Service/surveys/Pages/default.aspx](https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/HQD/publicComplains/Quality_Service/surveys/Pages/default.aspx)
- נירל, נ. וסמואל, ה. (2013). לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי העבודה ומתן הטיפול ועמדות לרפורמה – פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דמ-639-13. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- נירל, נ., אקר, נ., רוזן, ב., ברמלי-גרינברג, ש. וגרוס ר. (2008). הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכה. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- סמואל, ה. ורוזן, ב. (2013). כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דמ-636-13. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שטרך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד., דניאל, נ. ופישמן, נ. (2009). אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. דמ-549-09. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שטרך, נ., שרשבסקי, י., נאון, ד. ופישמן, נ. (2011). תרומת השיקום בקהילה לצמצום היקף האשפוז הפסיכיאטרי במערכת בריאות הנפש. תמ-36-11. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שפיר, ג. (2007). מבט רטרוספקטיבי ופרוספקטיבי על יישום הרפורמה בשירותים הקהילתיים של בריאות הנפש: סיכון איום וסיכוי. פסיכואקטואליה, כתב העת של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל. אפריל, 43-45.
- Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: Concepts and methods. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 7(3), 235-241. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40271-014-0060-5.pdf>

- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558714541480>
- Ashcroft, R., Donnelly, C., Dancy, M., Gill, S., Lam, S., Kourgiantakis, T., Adamson, K., Verrilli, D., , L., Kirvan, A., Mehta, K., Sur, D.& Brown, J. B. (2021). Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-12.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M, Lohr, J.& Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131.
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101921.
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing psychotherapy and depression: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6), 435-446.
- Black, N., Varaganum, M., & Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Saf*, 23(7), 534-542.
- Brunier, A., & Drysdale, C. (2020). *COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M-A. & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W., Delbanco T. L. (1992). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *QRB Qual Rev Bull*, 18(2), 53-59.
- Cleary, P. D. (1998). Satisfaction may not suffice!: A commentary on 'a Patient's Perspective'. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14(1), 35-37.
- Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: Incorporating consumer perspectives. *Jama*, 278(19), 1608-1612.

- Coulter, A., Fitzpatrick, P. & Cornwell, J. (2009). *The point of care-measures of patients' experience in hospital: Purpose, methods and uses*. The King's Fund [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009_0.pdf)
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M.D., Robbins, R., Facer-Childs, E.R., Barger, L.K., Czeisler, C.A., M.E & Rajaratnam, S. M. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(32), 1049-1057.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, *357*(9258), 757-762.
- Dillman, D. A. (2006). Why choice of survey mode makes a difference. *Public Health Reports*, *121*(1), 11-13.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, *3*(1), 1-18.
- Esmailzadeh, P. (2018). The effects of public concern for information privacy on the adoption of health information exchanges (HIEs) by healthcare entities. *Health Communication*, *34*(10), 1202-1211.
- Esmailzadeh, P., & Sambasivan, M. (2017). Patients' support for health information exchange: A literature review and classification of key factors. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *17*(1), 1-21.
- Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, *172*(5), 405-411.
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., . . . Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(9), 829–843.
- Garratt, A. M., Solheim, E., & Danielsen, K. (2008). *National and cross-national surveys of patient experiences: A structured review*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Hayes, B. E., & O'Neal, E. N. (2021). Differences in nonresponse bias and victimization reports across self-administered web-based and paper-and-pencil versions of a campus climate survey. *Violence Against Women*, *27*(12-13), 2451-2476.

- Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Johnson, K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and e-Health*, 21(8), 652-660.
- Kaihlanen, A. M., Virtanen, L., Buchert, U., Safarov, N., Valkonen, P., Hietapakka, L., Hörhammer, I., Kujala, S., Kouvonen, A., & Heponiemi, T. (2022). Towards digital health equity –A qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-12.
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS one*, 9(4), e94207.
- LaVela, S. L., & Gallan, A. (2014). Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 28-36. doi: 10.35680/2372-0247.1003
- Lewis, Y. D., Elran-Barak, R., Grundman-Shem Tov, R., & Zubery, E. (2021). The abrupt transition from face-to-face to online treatment for eating disorders: A pilot examination of patients' perspectives during the COVID-19 lockdown. *J Eat Disord*, 9(1), 31. doi: 10.1186/s40337-021-00383-y
- Lombarts, M. J. M. H., Rupp, I., Vallejo, P., Suñol, R., Klazinga, N. S. (2009). Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: Results of the MARQUIS project. *Qual Saf Health Care* (Suppl 1), i28–37. doi: 10.1136/qshc.2008.029363.
- Mark, M., Shani, M. (1995). The implementation of mental health care reform in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32, 80-85.
- Milton, A. C., Ellis, L. A., Davenport, T. A., Burns, J. M., & Hickie, I. B. (2017). Comparison of self-reported telephone interviewing and web-based survey responses: Findings from the second Australian young and well national survey. *JMIR Mental Health*, 4(3), e8222.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751-1761.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., ... & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824.

- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 717-731. <https://www.scielosp.org/article/bwho/2000.v78n6/717-731/en/>
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruanta, Y., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic:A systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 11(1), 1-18.
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 797-808.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). (2021). *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response-0cca0b/>
- Robert, G., Cornwell, J. (2013). Rethinking policy approaches to measuring and improving patient experience. *J Health Serv Res Policy*, 18(2),67-69.
- Rosen, B., Nirel, N., Gross, R., Bramali, S., & Ecker, N. (2008). The Israeli mental health insurance reform. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 11(4), 201-208.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., de Graaf, R., & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.
- Shen, N., Sequeira, L., Silver, M. P., Carter-Langford, A., Strauss, J., & Wiljer, D. (2019). Patient privacy perspectives on health information exchange in a mental health context: Qualitative study. *JMIR Mental Health*, 6(11), e13306.
- Taylor, C. B., Fitzsimmons-Craft EE, Graham AK. (2020). Digital technology can revolutionize mental health services delivery: The COVID-19 crisis as a catalyst for change. *Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1155-1157.
- Titov, N., Staples, L., Kayrouz, R., Cross, S., Karin, E., Ryan, K., Dear, B., & Nielssen, O. (2020). Rapid report: Early demand, profiles and concerns of mental health users during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Internet Interventions*, 21, 100327. doi: 10.1016/j.invent.2020.100327.

Vahratian, A., Blumberg, S. J., Terlizzi, E. P., & Schiller, J. S. (2021). Symptoms of anxiety or depressive disorder and use of mental health care among adults during the COVID-19 pandemic – United States, August 2020-February 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(13), 490-494.

Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20. doi: 10.1016/j.invent.2020.100317.

Ziebland, S., Coulter, A., Calabrese, J. D., Locock, L. (Eds.). (2013). *Understanding and using health experiences: Improving patient care*. Oxford University Press.

## נספח א': לוחות משלימים

לוח א1: הסיבות לבחירת טיפול במגזר הציבורי (שאלת רב-ברירה) והסיבה העיקרית לבחירה שנעשתה (באחוזים)

סיבות לבחירה (רב-ברירה) <sup>^</sup>	סיבה עיקרית לבחירה (n=199)	העלות הנמוכה של הטיפול באמצעות הקופה"
63	45	"חשוב לי שהמטפל שלי יהיה תחת פיקוח מקצועי"
23	9	"המרפאה, או המטפל קרובים לאזור מגורי"
23	12	"לא ידעתי על אפשרויות אחרות של קבלת הטיפול"
19	12	"רציתי להיות מטופל אצל מטפל ספציפי, שעובד עם הקופה"
14	15	"איכות הטיפול במגזר הציבורי טובה יותר מאשר במגזר הפרטי"
6	3	אחר <sup>^^</sup>
4	4	

<sup>^</sup> האחוזים אינם מסתכמים למאה כיוון שניתן היה להשיב יותר מתשובה אחת.

<sup>^^</sup> תחת אפשרות ה"אחר" ציינו המשיבים את הסיבות האלה: המשך של טיפול עבר, טיפול אצל אותו איש מקצוע על רקע טיפול של ילד, קבלת המלצות, הפניה על ידי רופא משפחה.

לוח 2א: הסיבות לבחירת טיפול במגזר הפרטי (שאלת רב-ברירה) והסיבה העיקרית לבחירה שנעשתה (באחוזים)

סיבה עיקרית לבחירה (n=192)	סיבות לבחירה (רב ברירה) <sup>^</sup> (n=186)	
15	34	"איכות הטיפול במגזר הפרטי טובה יותר מאשר במגזר הציבורי"
14	33	"זמני המתנה לקבלת טיפול דרך קופה ארוכים מידי"
15	26	"רציתי לשמור על סודיות ופרטיות של הטיפול"
19	23	"רציתי להיות מטופל אצל מטפל ספציפי שלא עובד עם הקופה שלי"
14	23	"לא ידעתי שישנה אפשרות לקבל טיפול בשיחות דרך הקופה"
1	15	"לא מצאתי מטפל מתאים מבחינת סוג הטיפול שהייתי צריך דרך הקופה"
6	12	"אני לא זכאי לטיפול דרך הקופה"
6	9	"קיבלתי קודם טיפול דרך הקופה והייתי לא מרוצה"
2	6	"הייתה לי אפשרות לקבל החזרים מביטוח פרטי"
4	4	"לא מצאתי מטפל מתאים מבחינת ימים ושעות הקבלה שלו דרך הקופה"
1	3	"אין מרפאה או מטפל דרך הקופה באזור מגורי"
4	7	אחר <sup>^^</sup>

<sup>^</sup> האחוזים אינם מסתכמים למאה כיוון שאפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת.

<sup>^^</sup> תחת אפשרות ה"אחר" ציינו המשיבים את הסיבות האלה: בירוקרטיה מול קופת החולים, מיצוי מכסת הטיפולים באמצעות הקופה, זכאות לטיפול פרטי באמצעות משרד הביטחון או עמותה, אי-ידיעה שיש אפשרות לקבל טיפול במסגרת אחרת לבעיה המסוימת, רצון למצוא מטפלת שדוברת את השפה של המטופל.



לוח א3: שיעורי משתמשים במקורות מידע (באחוזים), n=337

שיעור המשיבים <sup>^</sup>	מקורות מידע
45	חבר/ בן משפחה/ בן או בת זוג
36	אתר האינטרנט של קופת החולים של המשיב
32	רופא המשפחה
31	איש מקצוע מתחום בריאות הנפש
24	חיפוש כללי באינטרנט
17	מוקד/נציג שירות של קופת החולים של המשיב
14	עובד/ת רווחה
11	רשתות חברתיות
4	אחר <sup>^^</sup>
2	איש דת
1	תקשורת (עיתון/רדיו/טלוויזיה)

<sup>^</sup> האחוזים אינם מסתכמים ל-100 כיון שנאפשר היה להשיב יותר מתשובה אחת.

לוח א4: משך ההמתנה בין הפנייה הראשונית לטיפול ובין תחילתו (באחוזים)

מגזר פרטי	מגזר ציבורי	כלל המשיבים*	סך הכול
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	עד שבועיים
50	25	37	יותר משבועיים ועד חודש
26	37	32	יותר מחודש ועד שלושה חודשים
16	27	22	יותר משלושה חודשים ועד חצי שנה
4	5	4	יותר מחצי שנה ועד שנה
5	4	4	יותר משנה ועד שנה
1	2	1	יותר משנה

\* ההבדל בין המגזר הציבורי למגזר הפרטי מובהק,  $p < 0.05$ .

## נספח ב': לוחות נספח מתודולוגי

לוח ב1: מאפייני האוכלוסייה ומאפייני המשתתפים בסקר, לפני השקלול (באחוזים)

מדגם (לפני שקלול)	אוכלוסייה <sup>^</sup>	
		<b>קבוצת אוכלוסייה</b>
80	76	יהודים
20	24	ערבים
		<b>רמת דתיות</b>
90	90	יהודים לא חרדים
10	10	חרדים
		<b>מין</b>
49	49	גברים
51	51	נשים
		<b>קבוצת גיל</b>
49	40	39–20
35	30	59–40
16	30	+60
		<b>השכלה</b>
1	8	יסודית
26	35	תיכונית
31	18	על-תיכונית
42	39	אקדמית
		<b>מחוז מגורים<sup>^^</sup></b>
12	11	ירושלים והסביבה
31	32	תל אביב וגוש דן
30	26	חיפה והצפון
16	22	הדרום והשפלה
10	9	אזור השרון

<sup>^</sup> לפי נתוני הסקר החברתי 2019, למ"ט

<sup>^^</sup> לפי נתוני חברות הדגימה

## לוח ב2: המשתנים וקבוצות השקלול

משתנה	מספר קבוצות	פירוט הקבוצות
מין	2	זכר נקבה
קבוצת האוכלוסייה	3	יהודים חרדים יהודים לא חרדים ערבים
קבוצת גיל	3	39-20 59-40 +60
השכלה	4	יסודית תיכונית על-תיכונית אקדמית

## לוחות ייצוגיות לאחר השקלול

### לוח ב3: ייצוגיות, לפי מין (באחוזים)

מין	אוכלוסייה <sup>ה</sup>	מדגם משוקלל
גברים	49	49
נשים	51	51

<sup>ה</sup>מקור הנתונים: לפי נתוני הסקר החברתי 2019, למ"ס

### לוח ב4: ייצוגיות, לפי מחוז מגורים (באחוזים)

מחוז	אוכלוסייה <sup>ה</sup>	מדגם משוקלל
ירושלים והסביבה	11	14
חיפה והצפון	26	28
הדרום והשפלה	22	12
תל אביב וגוש דן	32	37
אזור השרון	9	9

<sup>ה</sup>על פי נתוני חברות הדגימה

**לוח ב5: ייצוגיות, לפי גיל (באחוזים)**

קבוצת גיל	אוכלוסייה <sup>^</sup>	מדגם משוקלל
39-20	40	45
59-40	30	31
+60	30	25

<sup>^</sup>מקור הנתונים: לפי נתוני הסקר החברתי 2019, למ"ס

**לוח ב6: ייצוגיות, לפי קבוצה באוכלוסייה (באחוזים)**

קבוצה באוכלוסייה	אוכלוסייה <sup>^</sup>	מדגם משוקלל
<b>רמת דתיות (יהודים)</b>		
יהודים לא חרדים	90	91
חרדים	10	9
<b>קבוצת אוכלוסייה</b>		
יהודים	76	83
ערבים	24	17

<sup>^</sup>מקור הנתונים: לפי נתוני הסקר החברתי 2019, למ"ס

**לוח ב7: ייצוגיות, לפי השכלה (באחוזים)**

רמת השכלה	אוכלוסייה <sup>^</sup>	מדגם משוקלל
יסודית	8	3
תיכונית	35	39
על-תיכונית	18	19
אקדמית	39	40

<sup>^</sup>מקור הנתונים: לפי נתוני הסקר החברתי 2019, למ"ס