

1974-2024

50



מאירס ג'וינט
ברוקדייל

תוכנית תיאום טיפול מחקר הערכה

יצחק שנוור אילא קרמל-שיפמן
שירלי רזניצקי

עריכת לשון: רעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר): דוד סימר
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי ג'וינט-אשל והמוסד לביטוח לאומי ומומן בסיועם

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

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

ירושלים | תמוז תשפ"ד | יולי 2024

רקע

תוכניות לתיאום טיפול החלו לפעול בעולם בשנות השבעים של המאה העשרים, כאחד הפתרונות לצורך ההולך וגובר בשילוב בין מערכות טיפול שונות ובמתן מענה אינטגרטיבי למכלול הצרכים של אדם זקן שגר בקהילה. בשנת 2014/15 הופעלה לראשונה בישראל תוכנית טיפול משולב במתכונת ניסיונית בעיר אשקלון. בשנים 2016–2019 הורחבה תוכנית הניסוי לארבעה יישובים. בחודש ינואר 2018 התקבלה החלטת ממשלה לפיתוח תפקיד "מתאם טיפול" בשיתוף פעולה בין-משרדי. בראשית 2020 הוחלט להפעיל תוכנית תיאום טיפול לזקן בקהילה ב-33 רשויות מקומיות (להלן: **התוכנית**).

לב התוכנית הוא התיאום בין שתי מערכות ארגונים המספקות – האחת שירותי בריאות והשנייה שירותי רווחה. כל אחת מן המערכות מיוצגת על ידי אשת מקצוע: מערכת הבריאות על ידי אחות ומערכת הרווחה על ידי עובדת סוציאלית (להלן: **המתאמות**). תפקידן לבחון את צורכי הזקנים משתתפי התוכנית, להציע תוכנית טיפול ולתאם אותה בין שתי המערכות.

התוכנית פועלת בשלושה מודלים: **מודל משולב**, שבו עובדת סוציאלית מן המחלקה לשירותים חברתיים ואחות מקופת חולים פועלות יחד במחלקה לשירותים חברתיים; **מודל משולב עם סיוע של מלווה מנהלי** שבו הצוות פועל במחלקה לשירותים חברתיים; ו**מודל פנים-קופתי**, שבו עובדת סוציאלית מקופת חולים ואחות מקופת חולים פועלות יחד בקופת החולים. התוכנית מופעלת על ידי ג'וינט-אשל.

מטרות המחקר

המטרות העיקריות של המחקר הן לבחון את השפעת התוכנית על המשתתפים בה; לבחון השפעות מערכתיות של פעילות התוכנית; ולאמוד את עלות התוכנית ואת החיסכון שהיא מייצרת על ידי שימוש יעיל בשירותים.

שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר כמותי-השוואתי והנתונים בו נאספו במגוון שיטות: ראיונות טלפוניים עם אנשי הצוות המקצועי של התוכנית, עם משתתפי התוכנית (להלן: קבוצת הניסוי) ועם קבוצת ביקורת; שאלונים מקוונים לצוות התוכנית ולאנשי מקצוע העובדים עם התוכנית (מתאמות הטיפול); אנשי מקצוע אחרים בתוכנית (המעגל הפנימי) ואנשי מקצוע בקהילה העובדים עם התוכנית (המעגל הקהילתי); וניתוח נתונים מנהליים מקופות החולים (שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות) על אודות צריכת שירותי בריאות של משתתפי התוכנית.

ממצאים עיקריים

מניתוח הנתונים המנהליים על אודות צריכת שירותי בריאות בקרב משתתפי התוכנית עלה כי יש ירידה במספר הפניות הממוצע למחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים ועלייה במספר הפניות הממוצע למוקדים לרפואה דחופה בקהילה. ירידה זאת מתבטאת בחיסכון של כ-9% בעלות הממוצעת למשתתף בתוכנית.

משתתפי קבוצת הניסוי דיווחו כי הם חשים אמון במערכת הרווחה יותר ממשתתפי קבוצת הביקורת וכן כי הם מרגישים ששירותי הרווחה עושים כל מה שצריך כדי לתת להם את הטיפול הטוב ביותר. משתתפי קבוצת הניסוי קיבלו יותר טיפולי בית מקופות החולים ויותר אבחונים גריאטריים ממשתתפי קבוצת הביקורת. כמו כן משתתפי קבוצת הביקורת דיווחו על יותר ביקורים במועדונים ובמרכזי יום לעומת משתתפי קבוצת הניסוי. ברוב השירותים האחרים שנבחנו לא נמצא הבדל בין הקבוצות.

אנשי המקצוע הביעו שביעות רצון רבה מן התוכנית ורבים מאנשי המקצוע במעגל הפנימי והקהילתי ציינו כי התוכנית הפכה לכלי עזר בארגז הכלים שלהם וכי היא תורמת לשיתוף פעולה מערכתי בין גורמי הטיפול. על אף הקושי הארגוני בשילוב גורמים ממערכת הרווחה וממערכת הבריאות, התוכנית הצליחה ליצור שיתוף פעולה פנימי וחיצוני. עם זאת נמצאו נושאים שאפשר לשפר כדי לטייב ולחזק את התוכנית, כגון זמינות מתאמות הטיפול והיכולת ליצור איתן קשר; שיתוף המטופל ובני משפחתו בקבלת החלטות והיכרות עמיתים למקצוע של המתאמות עם התוכנית ועם תפקיד מתאמות הטיפול.

סיכום

ממצאי המחקר עלה כי לדעת אנשי המקצוע במעגל הפנימי והקהילתי ולדעת מתאמות הטיפול, יש ערך מוסף בשיתוף הפעולה המקצועי בין אחות לעובדת סוציאלית במסגרת התוכנית, והוא עולה על שיתופי פעולה רגילים בין ארגונים.

לתוכנית הצלחה מסוימת בשיפור מצבם של המשתתפים בה ובמתן טיפול פרטני למשתתפים בה. כמו כן נמצא כי היא מתאימה במיוחד לזיהוי בעיות ולטיפול מהיר בהן ובהספקת שירותים רפואיים ושירותי רווחה לאלו הזקוקים לכך.

התוכנית הצליחה להוריד את מספר הפניות למחלקות לרפואה דחופה ובכך לצמצם את עלות התוכנית הממוצעת למשתתף בתוכנית בכ-9%, זאת על ידי הפניית המטופלים אל השירותים הרפואיים המתאימים להם והספקת שירותי רפואה ורווחה לאלו הזקוקים לכך. מכאן כי התוכנית תורמת ליעילות השימוש בשירותי בריאות ורווחה.

התוכנית עומדת בפני אתגרים ארגוניים מעצם השילוב בין שתי מערכות. נראה כי התוכנית מצליחה להתמודד עם אתגרים אלו ומתאמות הטיפול ואנשי המקצוע דיווחו על שביעות רצון גבוהה בממדים שונים. עם זאת נמצאו נושאים שאפשר לשפר כדי לטייב ולחזק את התוכנית.

רקע

ארגון הבריאות העולמי מגדיר טיפול משולב כשירות משולב לחיזוק מערכת בריאות הממוקדת-לקוח, באמצעות הספקת שירותים איכותיים וכוללניים, המעוצבים כמענה לצרכים המגוונים של הפרט לאורך חייו ושל כלל הציבור ומסופקים על ידי צוות רב-מקצועי מכלל המערכות, שעובד יחד ובתיאום.

מטרתן של תוכניות טיפול משולב עבור זקנים, בתחומי הבריאות, החברה והרווחה, היא לשפר את תוצאות הבריאות בעלות דומה לעלותן של טיפול רגיל, ובכך לתת החזר השקעה טוב יותר משמאפשרות דרכי עבודה מוכרות יותר.

תוכניות לתיאום טיפול נועדו לספק טיפול משולב, רפואי וחברתי, במסגרת אחת ככל האפשר. הן החלו לפעול בעולם בשנות השבעים של המאה העשרים, והיוו את אחד הפתרונות לצורך ההולך וגובר בשילוב של מערכות טיפול ובמתן מענה אינטגרטיבי למכלול הצרכים של אדם זקן שחי בקהילה. המחקרים על יעילותן של תוכניות לתיאום טיפול מציגים תוצאות שאינן עקביות. חלק מן המחקרים מראים כי אין להן השפעה על מצב תפקודם ובריאותם של זקנים, ואילו אחרים מראים כי הן מצליחות להפחית אשפוזים.

בישראל תוכנית טיפול משולב במתכונת ניסיונית הופעלה לראשונה בשנת 2014/15 בעיר אשקלון. לנוכח האינדיקציות לתרומת התוכנית בשלב הראשון הוחלט על הרחבת שירותי התוכנית הניסיונית לארבעה יישובים בשנים 2016-2019. בחודש ינואר 2018 התקבלה החלטת ממשלה לפתח תפקיד "מתאם טיפול" בשיתוף פעולה בין-משרדי. בראשית 2020 הוחלט על יישום תוכנית לתיאום טיפול לזקן בקהילה ב-33 רשויות מקומיות (להלן: **התוכנית**).

לב התוכנית הוא התיאום בין שתי מערכות ארגונים המספקות – האחת שירותי בריאות והשנייה שירותי רווחה. כל אחת מן המערכות מיוצגת על ידי אשת מקצוע: מערכת הבריאות על ידי אחות ומערכת הרווחה על ידי עובדת סוציאלית (להלן: **המתאמות**). תפקידן לבחון את צורכי הזקנים משתתפי התוכנית, להציע תוכנית טיפול ולתאם את יישומה בין שתי המערכות.

התוכנית החלה לפעול בחודש אפריל 2020 בשלושה מודלים: מודל משולב, שבו עובדת סוציאלית מן המחלקה לשירותים חברתיים ואחות מקופת חולים עובדות יחד במחלקות לשירותים חברתיים; מודל משולב שלפיו צוות המתאמות מלווה בסיוע מלווה מנהלי ופועל במחלקות לשירותים חברתיים; ומודל פנים-קופתי, שבו עובדת סוציאלית מקופת חולים ואחות מקופת חולים פועלות יחד בקופת החולים. בעת כתיבת הדוח, כשלוש שנים וחצי לאחר הפעלת התוכנית, היא פועלת ב-29 רשויות מקומיות באמצעות 50 צוותים ונתונה בשלבי הרחבה ל-9 רשויות נוספות. המודל המשולב מופעל ב-24 רשויות (מהן 12 רשויות פועלות במודל משולב עם סיוע של מלווה מנהלי) באמצעות 41 צוותים; והמודל הפנים-קופתי מופעל ב-6 רשויות באמצעות 9 צוותים. על פי נתוני ג'וינט-אשל, עד חודש ספטמבר בשנת 2023 השתתפו בתוכנית 7,223 זקנים, ו-8,378 בני משפחות קיבלו מענה באמצעות התוכנית.

המחקר

מטרות המחקר

מטרת-העל של המחקר הייתה לבחון את יישום מטרות התוכנית ברמת הפרט וברמת הקהילה. להלן פירוט המטרות:

- לבחון את תרומת התוכנית לאמון הפרט במערכת השירותים ולתחושת השליטה והאוטונומיה שלו; לבחון את תרומת התוכנית למצב בריאותו; לבחון את השפעת התוכנית על צריכת שירותים על ידי הפרט
- לבחון את השפעת התוכנית על שיתוף הפעולה בין מערכת הרווחה למערכת הבריאות: מה הם דפוסי העבודה המשותפים שנוצרו בין הגופים וכיצד הם השפיעו על שיתוף הפעולה ועל הצלחת התוכנית
- לאמוד עלות-תועלת ועלות-מועילות של התוכנית

שיטות המחקר

המחקר הוא מחקר כמותי-השוואתי, והנתונים בו נאספו במגוון שיטות. השפעת התוכנית על הפרט נבחנה באמצעות השוואה בין קבוצת ניסוי מקרב משתתפי התוכנית לקבוצת ביקורת, והשפעת התוכנית על המערכת נבחנה באמצעות שאלון לאנשי מקצוע וראיונות עימם.

אלה מקורות הנתונים ששימשו למחקר:

1. ארבעה ראיונות טלפוניים פתוחים עם אנשי הצוות המקצועי של התוכנית (מתאמות טיפול ומנהלות בתוכנית; אפריל עד יוני 2021)
2. ראיונות טלפוניים עם 175 משתתפי קבוצת הניסוי על בסיס שאלון מובנה – הראיונות נעשו על ידי צוות המראיינים של מכון ברוקדייל, כשלושה חודשים לאחר שהמשתתפים סיימו את השתתפותם בתוכנית. הראיונות הראשונים היו בחודש מארס 2022 והאחרונים בחודש מאי 2023. הם נעשו בשפות עברית, רוסית וערבית
3. ראיונות טלפוניים עם 165 משתתפי קבוצת הביקורת על בסיס שאלון מובנה – קבוצת הביקורת נדגמה מרשויות מקומיות שבהן התוכנית לא פעלה. הראיונות עם קבוצת הביקורת נעשו באותו זמן שנעשו הראיונות עם משתתפי קבוצת הניסוי
4. שאלונים מקוונים שהועבר בדוא"ל לאנשי מקצוע הפועלים בתוכנית ובסביבתה (אנשי המקצוע במעגל הפנימי והקהילתי, למשל רופאות בקופות חולים, צוותים של מרכזי יום, עובדים במחלקות לשירותים חברתיים, נציגים מן המוסד לביטוח לאומי)
5. ניתוח נתונים מנהליים מקופות החולים (שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות) על אודות צריכת שירותי בריאות של משתתפי התוכנית. הנתונים התייחסו לששת החודשים שלפני ההצטרפות לתוכנית ונבחנו לעומת נתונים מששת החודשים שלאחר ההצטרפות לתוכנית.

ממצאים

קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת

קריטריון כניסה לתוכנית

מצבם של משתתפי קבוצת הניסוי בעת כניסתם לתוכנית הושווה למצבם של משתתפי קבוצת הביקורת באמצעות שאלון סינון למועמדים לקבוצת הביקורת שכלל עשר שאלות מתוך שאלון מבחן הכניסה של התוכנית. השאלון המלא כלל 21 שאלות אך 11 מהן היו שאלות או בדיקות שנעשו על ידי אחות ועובדת סוציאלית שלא היה אפשר לשאול אותן בריאיון טלפוני, ולכן הן לא נכללו בשאלון הסינון של קבוצת הביקורת. בהשוואת ניקוד הכניסה לתוכנית לעשר השאלות שנשאלו גם בקבוצת הביקורת וגם בקבוצת הניסוי לא נמצא הבדל בין שתי הקבוצות. מתוך עשרת הקריטריונים שבהם נעשתה השוואה נמצא כי בחמישה לא היו כלל הבדלים בין הקבוצות ובחמישה היו הבדלים מובהקים בין הקבוצות: בשני קריטריונים נמצא כי מצב קבוצת הניסוי חמור ממצב קבוצת הביקורת (מאפייני בריאות) ובשלושה קריטריונים נמצא כי מצב קבוצת הביקורת חמור ממצב קבוצת הניסוי (מאפיינים חברתיים וגיל).

מאפיינים דמוגרפיים

בחינת מאפייני הרקע הדמוגרפיים של משתתפי המחקר מעלה כי שתי הקבוצות דומות זו לזו במאפיינים אלו. בקבוצת הניסוי בלט שיעור הגרים לבד ושיעור מי שאינם נשואים לעומת קבוצת הביקורת, אך ההבדל לא היה מובהק. בקבוצת הביקורת נמצא גיל ממוצע גבוה מבקבוצת הניסוי (הבדל מובהק). בשתי הקבוצות בלט שיעור גבוה של אנשים ללא ילדים ביחס לכלל בני ה-65 ויותר וכן שיעור גבוה של אנשים ללא השכלה גבוהה. כשני שלישים ממשתתפי המחקר בכל אחת מן הקבוצות דיווחו שאין להם על מי לסמוך מחוץ לבני משפחתם.

מצב בריאות ואשפוזים

בדיקת מצב הבריאות בחצי השנה שלפני הריאיון מעלה כי ברוב המשתתפים שנבדקו לא היה הבדל בין הקבוצות. בקבוצת הביקורת בלט שיעור גבוה יותר של משתתפים שפנו למחלקה לרפואה דחופה או אושפזו. בקבוצת הניסוי שיעור גבוה יותר באופן מובהק דיווחו על נפילות או שברים.

מסיכום בדיקת מאפייני הרקע עולה כי במאפיינים רבים הקבוצות דומות זו לזו ולכן הן מתאימות לשמש קבוצת ניסוי וקבוצת הביקורת שלה. במאפיינים מסוימים נמצאו ביניהן הבדלים, ולפיהם מצב קבוצת הניסוי היה חמור ממצב קבוצת הביקורת, אך במאפיינים אחרים, מצב קבוצת הביקורת היה חמור יותר.

אמון בשירותי הבריאות והרווחה ותיאום בין שירותים

בדיקת האמון במערכת השירותים מעלה כי לא היה הבדל בין הקבוצות בתחושת האמון כלפי מערכת הבריאות והיא הייתה גבוהה (88.6% בקבוצת הניסוי ו-83.3% בקבוצת הביקורת). נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בנוגע לאמון במערכת הרווחה:

משתתפי קבוצת הניסוי דיווחו כי הם חשים אמון במערכת הרווחה יותר ממשותתפי קבוצת הביקורת (87.1% לעומת 67.2%) וכן יותר מהם דיווחו שלהרגשתם שירותי הרווחה עושים כל מה שצריך כדי לתת להם את הטיפול הטוב ביותר (77.0% לעומת 65.6% בהתאמה). לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בנוגע לביטחון שיקבלו שירותי בריאות ורווחה אם יזדקקו להם בעתיד, אף כי בקבוצת הניסוי דווח על תחושה טובה יותר (65.4% לעומת 58.5%).

בחינת הממצאים הנוגעים לתחושת משותתפי המחקר בנוגע לתיאום בין השירותים מעלה כי לא היה הבדל מובהק בין הקבוצות בעניין זה, למשל לא נמצא הבדל בין הקבוצות בדיווח על התחושה שהם אינם מקבלים מענה ומופנים משירות לשירות.

קבלת שירותים וצרכים לא מסופקים

ברוב השירותים שנבחנו לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. שירותים שבהם נמצא הבדל בין הקבוצות היו ביקור במועדון או במועדון מופת וביקור במרכז יום. 10.2% מקבוצת הניסוי דיווחו כי הם מקבלים שירות של מועדון או מועדון מופת לעומת 20.7% בקבוצת הביקורת (הבדל מובהק); ו-2.4% מקבוצת הניסוי דיווחו כי הם מקבלים שירות של ביקור במרכז יום לעומת 6.8% בקבוצת הביקורת (הבדל קרוב למובהק).

אשר לשירותים רפואיים, נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בשיעור קבלת טיפולי בית מקופת החולים: 23.4% מקבוצת הניסוי לעומת 14.3% מקבוצת הביקורת; וכן בקבלת אבחון גריאטרי (או בדיקה במרפאת זיכרון או מרפאה פסיכו-גריאטרית): 30.9% מקבוצת הניסוי לעומת 16.3% מקבוצת הביקורת. בקבוצת הניסוי אומנם דיווחו על קבלת אבחון גריאטרי יותר מאשר בקבוצת הביקורת, אך גם על יותר צורך לא מסופק בעניין זה (38.7% לעומת 22.6% – הבדל מובהק).

לא נמצא הבדל בין הקבוצות בצורך לא מסופק בקבלת עזרה מאחות. כ-10% משתי הקבוצות דיווחו שקרה להם שנזקקו לעזרת אחות ולא קיבלו אותה. נמצא הבדל מובהק בצורך בעזרה מעובדת סוציאלית: 22.4% בקבוצת הניסוי ו-15.9% בקבוצת הביקורת דיווחו כי נזקקו לעזרת עובדת סוציאלית ולא קיבלו אותה.

שביעות הרצון של משותתפי התוכנית מן התוכנית

81.1% ממשותתפי התוכנית היו שבעי רצון (במידה רבה ורבה מאוד) מן השילוב בין אחות לעובדת סוציאלית ו-77.9% סברו כי שיתוף הפעולה בין שתי נשות מקצוע אלו תרם להם. 70.5% מן המשותתפים היו שבעי רצון מזמינות המתאמות ומן היכולת ליצור איתן קשר ו-67.5% ראו בהן כתובת לפנות אליה.

אלה התחומים שבהם התוכנית סייעה למשותתפיה על פי דיווח קבוצת הניסוי: רווחה נפשית, 64.8% קיבלו סיוע לפחות בממד אחד מתחום זה; השגת שירותים ואביזרים, 55.4%; חברה ומשפחה, 51.6% ושיפור המצב הרפואי, 39.1%.

שביעות הרצון של אנשי המקצוע מן התוכנית

בקרב אנשי המקצוע נמצאה שביעות רצון גבוהה בשלושת המעגלים: מתאמות הטיפול, המעגל הפנימי (המנהלות של מתאמות הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים או במרפאות קופת החולים) והמעגל הקהילתי (אנשי מקצוע מן הקהילה שיש להם קשר עם מתאמות הטיפול).

לדעת המתאמות, השילוב של נשות מקצוע משתי פרופסיות – עובדת סוציאלית ואחות – תורם תרומה ייחודית לרווחתו של המטופל; וכמו כן הוא תורם להתפתחותן שלהן בתור נשות מקצוע. מתאמות הטיפול ציינו שהתוכנית מסייעת גם בשיתוף ובמעורבות של המטופל בקבלת החלטות. המחקר בדק אם שילוב בין שתי פרופסיות ובין שני ארגונים יוצר קושי, אך נראה כי בחלק גדול מן המקרים המתאמות מצליחות לגשר על הפערים. התרומה בקיומן של שתי מנהלות לצוות המתאמות אינה חד-משמעית.

רבים מאנשי המקצוע במעגלים הפנימי והקהילתי ציינו כי התוכנית הפכה לכלי עזר בארגז הכלים שלהם וכי היא תורמת לשיתוף פעולה מערכתי בין גורמי הטיפול. עם זאת, לדעת אנשי המקצוע במעגל הפנימי, לא כל גורמי הטיפול משתפים פעולה עם התוכנית, ולדעת חלק ממתאמות הטיפול לא נוצרו שיתופי פעולה חדשים מחוץ לתוכנית.

צריכת שירותים על פי הנתונים המנהליים

מטרת ניתוח הנתונים המנהליים במחקר הייתה לבחון שינויים בהיקף צריכת שירותי בריאות בין התקופה שלפני ההצטרפות לתוכנית ובין תקופת ההשתתפות בתוכנית והתקופה שלאחריה. הנתונים על אודות צריכת שירותי בריאות התקבלו מקופות החולים השותפות לתוכנית (שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות; לא התקבלו נתונים מקופת חולים מאוחדת). נעשתה השוואה בין צריכת השירותים של משתתפי התוכנית בקבוצת הניסוי בחצי השנה שלפני ההצטרפות לתוכנית (תקופה א) ובין צריכת השירותים שלהם בחצי השנה ממועד ההצטרפות לתוכנית (תקופה ב).

מניתוח ממוצעים מזווגים נמצאו ירידה במספר הפניות הממוצע של משתתפי התוכנית למחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים ועלייה במספר הפניות הממוצע שלהם למוקדים לרפואה דחופה בקהילה.

ניתוח רב-משתני באמצעות רגרסיה ליניארית נעשה כדי לבדוד מתאם בין גורמי רקע והשתתפות בתוכנית ובין שינוי בצריכת שירותי בריאות בין תקופה א לתקופה ב. להשתתפות בתוכנית נמצא מתאם עם ירידה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה: תקופת ההשתתפות בתוכנית מתואמת באופן מובהק עם ירידה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה לעומת התקופה שלפני ההשתתפות בתוכנית.

משתנה בולט נוסף שנמצא מתאם בינו ובין שינוי בצריכת שירותים הוא מספר חודשי הטיפול במסגרת התוכנית. ככל שמשך הטיפול היה ארוך יותר הייתה בקרב משתתפי התוכנית מקבוצת הניסוי עלייה במספר הפניות לביקורים פרונטליים אצל רופא משפחה וכן במספר הפניות הכולל לרופא משפחה, עלייה במספר הפניות לרופא יועץ בקהילה ועלייה במספר הפניות למרפאות-חוץ. אפשר לשער שמשך טיפול ארוך יותר מעיד על בעיות מורכבות יותר שלפיתרון נדרש זמן רב וכן שהוא בא לידי ביטוי בעלייה בצריכת השירותים.

עלות-תועלת

חישוב עלות-תועלת התוכנית נעשה בנוגע לשנת 2022. העלות לשנת 2022 הייתה בסך הכול 10,992,715 ש"ח. בסך הכול נקלטו בשנת 2022 בתוכנית 2,835 משתתפים. העלות הממוצעת למשתתף בתוכנית בשנת 2022 הייתה אם כך 3,878 ש"ח (10,992,715/2,835).

תועלת התוכנית (במונחים כספיים) היא החיסכון או השינוי בצריכת שירותי בריאות שנוצר במהלך ההשתתפות בתוכנית (כפי שנמצא במחקר). נמצא כי במהלך תקופת ההשתתפות בתוכנית הייתה ירידה מובהקת של 0.26 במספר הפניות הממוצע למחלקה לרפואה דחופה. עלות הביקור במחלקה לרפואה דחופה (תשלום גלובלי ועוד אגרת מיון) הייתה 1,303 ש"ח. על כן החיסכון הממוצע של התוכנית בצריכת שירותי בריאות היה 339 ש"ח למשתתף בתוכנית ($0.26 \times 1,303$), בהנחה שהשפעת התוכנית חלה גם על משתתפי התוכנית שלא סיימו אותה ולא השתתפו במחקר. בעקבות החיסכון שנגרם בשימוש בשירותי בריאות ירדה עלות הטיפול הממוצעת בעבור משתתף בתוכנית ל-3,539 ש"ח ($3,878 - 339$).

מגבלות המחקר

אחת המגבלות במחקר נוגעת לקבוצת הביקורת – הרכבת קבוצת ביקורת היא אתגר מתודולוגי בכל מחקר. יש הבדלים בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת בעיקר במאפיינים בריאותיים – מצב הבריאות של קבוצת הניסוי חמור יותר מזה של קבוצת הביקורת. עם זאת במאפיינים החברתיים מצב קבוצת הביקורת חמור יותר. לפיכך נדמה כי זוהי קבוצת הביקורת הטובה ביותר שאפשר היה להגיע אליה במגבלות המחקר.

דיון והמלצות

לדעת אנשי המקצוע במעגל הפנימי והקהילתי, יש ערך מוסף בשיתוף הפעולה המקצועי בין אחות לעובדת סוציאלית במסגרת התוכנית, העולה על שיתופי פעולה רגילים בין ארגונים.

התוכנית הצליחה ליצור או להגביר את האמון של המשתתפים בקבוצת הניסוי במערכת השירותים, בעיקר במערכת שירותי הרווחה (האמון בשירותי הבריאות היה גבוה ממילא). הם דיווחו על אמון גבוה יותר במערכת הרווחה לעומת קבוצת הביקורת. בד בבד עלה גם צורך בקבלת שירותים נוספים מעובדת סוציאלית. ייתכן כי יש לכך קשר להעלאת רף הציפיות בעקבות המפגש עם שירותי הרווחה באמצעות צוות מתאמות הטיפול. נראה שהתוכנית מגבירה את החשיפה בעיקר לשירותי הרווחה, שכן שירותי הבריאות מוכרים יותר.

גם בהנגשת שירותים רפואיים נמצא הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת: משתתפי התוכנית קיבלו יותר שירותים, כגון טיפול בית ואבחון גריאטרי. התוכנית הצליחה אפוא בהשגת שירותים רפואיים למשתתפיה, ויש להמשיך בהישגים אלו. יש לבחון גם הנגשה של שירותים כגון אלו לכלל הזקנים הזקוקים להם, ולא רק למשתתפי התוכנית.

ממצאי המחקר עולה כי שיעור נמוך יחסית של משתתפים בקבוצת הניסוי, לעומת קבוצת הביקורת, השתתפו בפעילות של מרכז יום או מועדון. ייתכן כי יש לכך קשר למצב הבריאות הטוב פחות של משתתפי קבוצת הניסוי. עם זאת, כחמישית מהם הביעו רצון לבקר במרכז יום או במועדון, ובכך יש כדי להעיד על הצורך שלהם בפעילות חברתית.

קבוצת הניסוי של משתתפי התוכנית דיווחה על שביעות רצון גבוהה משיתוף הפעולה בין המתאמות ומן היחס שלהן, אך פחות מזמינות ומן היכולת ליצור איתן קשר. ייתכן כי שיפור בתחום זה עשוי להגביר את מידת שביעות הרצון של המשתתפים מן

התוכנית ואת האמון שלהם במערכת. משתתפי התוכנית דיווחו בעיקר על שיפור בתחושת הרווחה ופחות על שיפור בתחושת הבריאות. הסיבה לכך היא כנראה שעל אף הנגשת שירותי הבריאות, לא תמיד יש בה כדי להביא לידי שיפור במדדי הבריאות.

אף שדעת המתאמות היא כי הן משתפות את המטופל ואת בני משפחתו בקבלת החלטות, משתתפי התוכנית עצמה דיווחו על פחות שביעות רצון מתחום זה יחסית לתחומים אחרים וכך גם בנוגע למידע שנמסר להם מן התוכנית. נראה כי יש מקום לשיפור בתחומים אלו.

התוכנית עומדת בפני אתגרים ארגוניים מעצם השילוב בין שתי מערכות. נראה כי היא מצליחה להתמודד עם האתגרים הארגוניים הללו, ומתאמות הטיפול ואנשי המקצוע דיווחו על שביעות רצון גבוהה בממדים אחדים. עם זאת עלה צורך בשיפור היכרות העמיתים למקצוע של המתאמות עם התוכנית ועם תפקיד המתאמות, כדי להקל עליהן את ההתמודדות היום-יומית במסגרת תפקידן. כן עלה צורך לחזק את יצירת שיתופי הפעולה מחוץ לתוכנית. המתאמות לא מצאו שיש תרומה במינוי שתי מנהלות לצוות. נראה כי יש מקום לחשוב על דרך למנות לו רק מנהלת אחת.

לפי עדותן של המתאמות, אחד הגורמים שתורמים להצלחת התוכנית הוא הקשרים המקצועיים שהן מביאות איתן. המתאמות משתמשות בקשרים אלו כדי לקדם את ענייני התוכנית. עקב כך מתעוררת שאלה בנוגע למידת ההסתמכות על קשרים אלו בהפעלה לטווח ארוך.

התוכנית הצליחה להוריד את מספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה, ובכך צמצמה את העלות למשתתף בכ-9%. עוד נמצא כי שיפורה את רווחת המשתתפים בה בתחומים שאין להם מחיר כספי, וכי היא עושה זאת טוב משעשתה התוכנית הניסיונית.

מסיכום הממצאים עולה כי התוכנית הצליחה לתת טיפול פרטני למשתתפיה. ביטוי לכך הוא הפניית המטופלים אל השירותים הרפואיים המתאימים להם והספקת שירותי רפואה ורווחה לזקוקים להם. אלו מעידים שהתוכנית תורמת ליעילות השימוש בשירותי בריאות ורווחה.

במידת תוצאות של שיפור מצב אישי בקרב אוכלוסיית היעד של התוכנית יש קושי מובנה, מאחר שמצבה הראשוני מורכב וקשה ביותר. אפילו אם שירות כלשהו מסייע לחברי הקבוצה, לא תמיד הם מסוגלים להבחין בשיפור במצבם או לזהות את הגורם שסייע. ייתכן גם כי ההשתתפות בתוכנית יצרה בקרב קבוצת הניסוי ציפייה לשביעות רצון גבוהה מזו שבקרב קבוצת הביקורת.

עם זאת, מממצאי המחקר עולה כי לתוכנית יש הצלחה מסוימת בשיפור מצבם של המשתתפים בה. במיוחד היא מתאימה לזיהוי מהיר של בעיות ולטיפול בהן ובהספקת שירותים רפואיים ושירותי רווחה לזקוקים להם. היא הביאה לידי חיסכון מסוים בצריכת שירותי בריאות ולשיפור ברווחתם של המשתתפים בה. התוכנית מהווה שירות תוספתי, ואין לצפות שתצליח לכסות את כל העלות למשתתף באמצעות חיסכון בצריכת שירותים, אך מסתמן כי יש בה הפניה של המשתתפים לשימוש נכון יותר במשאבי הבריאות וכי אנשי מקצוע בקהילה רואים בה כלי עזר רצוי.

תוכן עניינים

1	1. רקע
1	1.1 תוכניות תיאום טיפול בעולם
2	1.2 תוכניות טיפול משולב בישראל
4	2. תיאור התוכנית
5	3. המחקר
5	3.1 מטרות המחקר
5	3.2 שיטות המחקר
9	3.3 אתיקה במחקר
10	4. ממצאים
10	4.1 משתתפי התוכנית וקבוצת הביקורת
30	4.2 אנשי המקצוע
41	4.3 ניתוח צריכת שירותים לפי נתונים מנהליים
47	4.4 ניתוח עלות-תועלת ועלות-מועילות
51	5. מגבלות המחקר
52	6. סיכום, דיון והמלצות
52	6.1 סיכום
53	6.2 דיון והמלצות
56	מקורות
57	נספחים
57	נספח א: דגימת קבוצת הביקורת

רשימת לוחות

8	לוח 1: חלוקת מדגם קבוצת הביקורת לפי פרמטרים לדירוג רשויות התוכנית
10	לוח 2: המשיבים 'כן' בשאלון האינטייק (ניסוי) ובשאלון הסינון (ביקורת)
11	לוח 3: סיכום הנקודות שנצברו בעשר השאלות שנשאלו בשאלון האינטייק (ניסוי) ובשאלון הסינון (ביקורת)
12	לוח 4: מאפייני רקע של משתתפי קבוצת הניסוי ושל משתתפי קבוצת הביקורת
13	לוח 5: מצב הבריאות בחצי השנה האחרונה לפני הריאיון
14	לוח 6: תגובות משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת להיגדים בנוגע לאמון שלהם בשירותי הבריאות
14	לוח 7: תגובות משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת להיגדים בנוגע לאמון שלהם בשירותי הרווחה

- לוח 8: ביטחון בקבלת שירותי בריאות ורווחה בעתיד 15
- לוח 9: תשובות ותגובות משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת בנוגע לתיאום בין שירותים בקהילה 16
- לוח 10: קבלת שירותי בריאות ורווחה על ידי קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת 18
- לוח 11: הזקוקים לשירות מתוך אלו שאינם מקבלים אותו, קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת 19
- לוח 12: הזקוקים לשירותי אחות או שירותי עובדת סוציאלית ואינם מקבלים אותם, בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת 20
- לוח 13: תחושת הגיל של קבוצת הניסוי ושל קבוצת הביקורת 21
- לוח 14: קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת לפי מידת תחושת האנרגיה של משתתפיהן 21
- לוח 15: תדירות תחושת הבדידות בקרב קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת 22
- לוח 16: תחושת דיכאון בקרב משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת 22
- לוח 17: השתתפות בחוגים ובפעילויות פנאי בחודש שלפני הריאיון, בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת 22
- לוח 18: תדירות היציאה מן הבית בקרב קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת 23
- לוח 19: מידת שביעות הרצון של משתתפי קבוצת הניסוי מהיבטים בתוכנית 24
- לוח 20: האופן והמידה של תרומת מתאמות הטיפול למשתתפי התוכנית מקבוצת הניסוי, על פי משתתפי הקבוצה 24
- לוח 21: התחומים שבהם סייעו מתאמות הטיפול למשתתפי התוכנית מקבוצת הניסוי, על פי משתתפי הקבוצה 25
- לוח 22: משתתפי קבוצת הניסוי לפי מודל הפעלת התוכנית 27
- לוח 23: תגובות משתתפי קבוצת הניסוי להיגדים על מידת האמון שהם חשים כלפי שירותי הבריאות והרווחה, לפי מודל הפעלה 28
- לוח 24: דיווח משתתפי קבוצת הניסוי על שביעות רצונם מהיבטים בתוכנית, לפי מודל הפעלה 29
- לוח 25: מאפיינים דמוגרפיים של אנשי מקצוע שהשתתפו במחקר (באחוזים) 30
- לוח 26: תגובות מתאמות הטיפול בנוגע לתרומת התוכנית למטופל ולאתגרי העבודה המשותפת 31
- לוח 27: תגובות מתאמות הטיפול להיגדים בנוגע לשיתוף המטופל במידע ובקבלת החלטות 32
- לוח 28: תגובות אנשי מקצוע מן המעגלים הפנימי והקהילתי להיגדים בנוגע לתרומתם למטופלים של תוכנית תיאום הטיפול ושל שיתופי הפעולה המקצועיים 33
- לוח 29: תגובות אנשי המקצוע להיגדים בנוגע לייחודיות שיתוף הפעולה בתוכנית תיאום הטיפול ולתרומתה 35
- לוח 30: תגובות מתאמות הטיפול להיגדים בנוגע לשיתוף פעולה בין שתי מערכות שירותים ובנוגע לקשרים עם מערכות מחוץ לתוכנית 38
- לוח 31: תגובות מתאמות הטיפול להיגדים ולשאלות בנוגע לקשרים שלהן עם עמיתיהן למקצוע 39
- לוח 32: הנושאים שבהם העבודה עם רכזות התוכנית מטעם ג'וינט-אשל תורמת לתוכנית, לפי מתאמות הטיפול 40

42	לוח 33: צריכת שירותי בריאות של משתתפי התוכנית, השוואת ממוצעים מזווגים לפני ההצטרפות לתוכנית ואחריה
43	לוח 34: גרסיה ליניארית להסבר ההפרש בפניות למחלקה לרפואה דחופה בין תקופה א לתקופה ב
44	לוח 35: גרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הפרונטליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב
44	לוח 36: גרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב
45	לוח 37: גרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הכולל אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב
45	לוח 38: גרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים אצל רופא יועץ בקהילה בין תקופה א לתקופה ב
46	לוח 39: גרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הפניות למרפאות-חוץ בבתי חולים בין תקופה א לתקופה ב
50	לוח 40: עלות-מועילות התוכנית בשיפור רווחת המשתתפים
57	לוח א1: הרשויות המקומיות שמהן נדגמה קבוצת הביקורת לפי זמינות רופא ואחוז הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים

רשימת תרשימים

7	תרשים 1: תהליך גיוס המשתתפים למחקר
26	תרשים 2: תרומת התוכנית לפי תחומי סיוע, במידה רבה ובמידה רבה מאוד לפי דיווח משתתפי קבוצת הניסוי

1.רקע

הזדקנות האוכלוסייה והגידול במספר ובשיעור של זקנים עם מחלות כרוניות הסובלים מהידרדרות בריאותית, תפקודית וקוגניטיבית, בצירוף הרצון להשאיר את הזקנים בקהילה; ומצד שני, הפיצול של מערכות הטיפול – הביאו מדינות בעולם לפתח אסטרטגיות ליצירת רצף טיפול. מטרת רצף הטיפול היא לקדם את איכות השירותים הניתנים למטופל, ובד בבד להפחית עלויות של אשפוזים חוזרים ושל שימוש-יתר בשירותים ולהוריד את שיעורי המיסוד. בשלב הראשון של הניסיונות להתמודד עם תופעות אלו היה המוקד על תיאום בין מערכות (כגון מערכת הבריאות ומערכת הרווחה) ובשלב מאוחר יותר החל דיון בצורך בתיאום טיפול וביצירת רצף טיפול הממוקדים בכל לקוח ולקוח, על פי המודל של Case Management, בייחוד אצל מטופלים עם צרכים מורכבים (Challis et al., 2003; Low et al., 2011).

כמענה לצורך זה החלו להיווצר תוכניות לטיפול משולב. ארגון הבריאות העולמי מגדיר טיפול משולב כשירות משולב לחיזוק מערכת בריאות הממוקדת-לקוח, באמצעות הספקת שירותים איכותיים וכוללניים, המעוצבים כמענה לצרכים המגוונים של הפרט לאורך חייו ושל כלל הציבור ומסופקים על ידי צוות רב-מקצועי מכלל המערכות, שעובד יחד ובתיאום (Word Health Organization [WHO], 2016).

מטרתן של תוכניות לטיפול משולב בתחום הבריאות והחברה עבור זקנים היא לשפר את תוצאות הבריאות בעלות כמו זו שבטיפול הרגיל, ובכך לתת החזר השקעה טוב יותר מאשר ההחזר שבדרכי עבודה מוכרות יותר. אינטגרציה בטיפול הקליני חשובה במיוחד, שכן אנשים מבוגרים זקוקים להערכות מקיפות במטרה לייעל את יכולת התפקוד שלהם, ולשם כך נדרש שיתוף פעולה בין כל הספקים. מבחינת מערכת הבריאות, טיפול משולב דורש: (1) מדיניות תומכת, תוכניות ומסגרות רגולטוריות; (2) פיתוח כוח אדם; (3) השקעה בטכנולוגיות מידע ותקשורת; (4) שימוש בתקציבים מאוחדים ובתמריצים חוזיים (De Carvalho et al., 2017).

לתוכניות ניהול טיפול יש פוטנציאל לתרום ליעילותה של מערכת טיפול משולבת (Johri et al., 2003): לשפר תפקוד, לקדם שימוש הולם בתרופות ושימוש מוגבר בשירותי הקהילה ולצמצם שימוש במסגרות מוסדיות (Low et al., 2011). עם זאת, כפי שיוצג להלן, מחקרים מצאו תוצאות מעורבות ולא חד-משמעיות מבחינת ההשפעה של תוכניות לניהול טיפול על שיעור התמותה של זקנים, על תפקודם, על מצב בריאותם, על התנהגותם ועל שביעות רצונם משירותי הטיפול, וכן מבחינת התוצאות עבור בני משפחתם. למרות זאת, בכל העולם התפתחו ומוסיפות להתפתח תוכניות לניהול טיפול.

1.1 תוכניות תיאום טיפול בעולם

תוכניות לטיפול משולב החלו לפעול בעולם בשנות השבעים של המאה העשרים, בתור אחד הפתרונות לצורך ההולך וגובר בשילוב של מערכות הטיפול ובמתן מענה אינטגרטיבי למכלול הצרכים של אדם זקן שחי בקהילה. בשנת 1971 נוצרה בסן פרנסיסקו התוכנית On Lok; לאחר מכן הורחבה והפכה לתוכנית המוכרת PACE. תוכניות אלו מבוססות על צוות רב-מקצועי שנותן מענה אינטגרטיבי, ואם יש צורך, מפנה למומחים חיצוניים. הצוות אחראי גם לניהול מקרים וגם לחלוקת שירותים בתחומי הבריאות,

הרווחה, העזרה בבית, וההסעות (Johri et al., 2003). בעקבות התוכניות הללו נוצרו תוכניות במדינות נוספות – SIPA ו-PRISMA הקנדיות; Evercare ו-Darlington האנגליות; Rovereto ו-Vittorio Veneto האיטלקיות; ו-AdHoC הכלל-אירופית.

בסקירה של 31 מחקרים על תוכניות לטיפול משולב (Johri et al., 2003) נמצא כי יש הבדלים בין התוכניות מבחינת מודל הפעולה שלהן, אוכלוסיית היעד וכמות המשאבים שעומדת לרשות מתאמי הטיפול, אך ככלל, רובן ככולן חותרות להשיג את אותן המטרות:

1. לשלב בין שירותי הבריאות ובין שירותי הרווחה בקהילה
2. לייעל את ההוצאה על בריאות ולחסוך בהוצאות הכספיות
3. לקדם שימוש אופטימלי בטיפול קהילתי שמחליף טיפול מוסדי ואשפוזי, ובכך לצמצם את המיסוד במצבים שבהם הוא לא הכרחי
4. לשלב בין טיפול אקוטי לטיפול ארוך-טווח, בתוך מסגרת טיפול מנוהלת
5. לשמר ולשפר את האוטונומיה של זקנים שבריריים
6. להגביר את שביעות הרצון של זקנים שבריריים בקהילה משירותי הבריאות ומאיכות הטיפול

מדדי התוצאה שנבחרו במסגרת מחקרים אלו (Johri et al., 2003) היו רבים ושונים זה מזה, וכך גם הממצאים שנאספו. המחקרים מצאו הבדלים בין קבוצות הניסוי לקבוצות הביקורת, למשל במדדים של שיעורי תמותה, ימי אשפוז, שביעות רצון משירותים ורמת העומס של בן המשפחה המטפל. ככלל, הסיקו המחקרים כי תיאום של הטיפול הוא אחד הרכיבים התורמים ליעילותה של מערכת טיפול משולבת (Johri et al., 2003), הוא משפר הן תפקוד הן שימוש הולם בתרופות, מגביר את השימוש בשירותי הקהילה ומצמצם מיסוד (Low et al., 2011).

המסקנה העולה מן המחקרים בנושא היעילות של התוכניות לטיפול משולב היא כי יש לאמוד הצלחת תוכנית בהתאם לצורכי הזקן שהשתתף בה (Hopman et al., 2016). מדד נוסף לבחינת הצלחת תוכנית הוא יעילותה בהפחתת מספר האשפוזים והמיסוד. בעשרים השנים האחרונות המטרות העיקריות של תוכניות לטיפול משולב היו למנוע ולהפחית את שיעור האשפוזים והמיסוד ולמנוע תלות תפקודית, אך מדידת היעילות שלהן במחקרים מעלה תוצאות סותרות שאינן עקביות, והיא לא הוכחה (Ruikes et al., 2018).

לסיכום, המחקרים על אודות יעילותן של תוכניות לטיפול משולב מציגים תוצאות שאינן עקביות. חלק מן המחקרים מראים כי לתוכניות אלו אין השפעה על מצב תפקודם ובריאותם של זקנים ואילו מחקרים אחרים מראים כי התוכניות מצליחות להפחית אשפוזים. נראה כי יש צורך להמשיך ולהעמיק את המחקר בתחום ולקבוע מדדי תוצאה רלוונטיים כדי לאפשר להתאים את התוכניות לאוכלוסייה שתרומתן בעבודה תהיה מיטבית.

1.2 תוכניות טיפול משולב בישראל

תוכנית לטיפול משולב הופעלה בישראל לראשונה בשנת 2014/15 בעיר אשקלון, במתכונת ניסיונית. התוכנית כללה שירות של תיאום טיפול, אשר ניתן על ידי צוות של אחות ועובדת סוציאלית (מתאמות טיפול), לאנשים עם צרכים מורכבים, בריאותיים וחברתיים, שממגוון סיבות, כגון היעדר תמיכה משפחתית או היעדר שליטה בשפה העברית, התקשו למצוא מענים לצרכים אלו.

התוכנית לוותה במחקר הערכה מעצבת שנעשה על ידי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. המחקר בחן את היישום של התוכנית בשנה הראשונה להפעלתה, ונתן מידע על הצלחות ואתגרים בתהליך ועל סימנים ראשוניים להשפעתה, הן על הזקן ומשפחתו הן על מערכת השירותים. הניסיון בהפעלת התוכנית באשקלון אישש את הנחות היסוד שעליהן נבנתה התפיסה של תיאום טיפול: אכן ישנם זקנים אשר בגלל מורכבות הבעיות שלהם ובגלל הפיצול של המערכת אינם מקבלים מענה מיטבי לצורכיהם מצד אחד, אך מן הצד האחר, אפשר לשפר את המענים בעבורם. הניסיון לימד שלפונקציה של תיאום הטיפול יש פוטנציאל להעניק ערך מוסף למערכת הקיימת.

לנוכח הסימנים לתרומת התוכנית הניסיונית הוחלט להרחיב את השירות של תיאום הטיפול לארבעה יישובים, בשלושה מודלים של הפעלה: אשקלון (יחידת התיאום ממוקמת מחוץ לשירותי הטיפול הקיימים), ירושלים (היחידה ממוקמת במחלקה לשירותים חברתיים), נתיבות ושדות נגב (יחידה משותפת הממוקמת בקופת החולים). התוכנית המורחבת הופעלה בשנים 2016–2019. התוכנית לוותה במחקר הערכה מקיף של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל שנתן מענה בנוגע ליישום התוכנית בהיקף רחב יותר מהיקפה הקודם ושבחן את מודל התוכנית (אוכלוסיית היעד, תפקיד מתאמות הטיפול,¹ המבנה הארגוני של התוכנית); תפוקות התוכנית ברמת הפרט והמערכת; וכן את תוצאות התוכנית ותרומתה (רזניצקי ואח', 2020).

המחקר התבסס על הקצאה אקראית לקבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת, ומצא כי התוכנית הגיעה לאוכלוסיית יעד עם צרכים מרובים, הסובלת משילוב בין בעיות בתחום הבריאות לבעיות בתחום הרווחה. הבדלים בולטים שנמצאו היו שמי שהשתתפו בקבוצת הניסוי קיבלו יותר אבחונים גריאטריים ממי שהיו בקבוצת הביקורת, היו מאושפזים פחות ימי אשפוז בבתי חולים גריאטריים, זכו ליותר פעילויות פנאי וחוגים והייתה בקרבם יותר היענות לטיפול וכחות צורך בשירותים נוספים, כגון 'בית חם' ועוזרת בית.

עם זאת, בתחומים אחרים לא נמצאו הבדלים בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת – באשפוזים בבתי חולים כלליים, בביקורים אצל רופא, בצריכת שירותים חברתיים (מטפלת, מרכז יום וכד'), וגם לא בממדים של תפיסת השירות – אמון, שיתוף פעולה בין גורמים, עומס טיפול (לבני משפחה) ושביעות רצון מן החיים. יתר על כן, אשר לתרומה נתפסת בעיני מי שקיבלו טיפול: פחות ממחצית ראו במתאמת הטיפול כתובת, ושיעורים נמוכים יחסית דיווחו על תרומה במגוון היבטים. בניתוח הראיונות האיכותניים עם 38 אנשי מקצוע זוהו הסוגיות המרכזיות בהפעלת השירות ועלה כי ברמה המערכתית נדרשה עבודה רבה של היערכות והשקעה בתיאום בתוך העיר, גיוס שיתוף פעולה של אנשי המקצוע, רכישת אמונם, הבניה של תהליכי עבודה וחלוקת אחריות וסמכות.

¹ תפקידי "המתאמת", "העובדת הסוציאלית", "האחות" ו"המנהלת" הם תפקידים שאוישו בדרך כלל בתוכנית על ידי נשים, ולכן ידובר עליהם להלן בלשון נקבה, אף שכמה מבעלי התפקידים היו גברים.

2. תיאור התוכנית

לאחר ביצוע התוכנית הניסיונית והתוכנית הניסיונית המורחבת, בראשית שנת 2020 הוחלט על יישום **תוכנית לתיאום טיפול בזקן בקהילה** ב-33 רשויות מקומיות (להלן: **התוכנית**). מטרת התוכנית ברמת הפרט היו להרחיב את השימוש במגוון השירותים הניתנים על ידי כלל המערכות (בריאות, רווחה ועוד); להשיג איזון במצבם של זקנים עם בעיות מורכבות, לשפרו או לשמרו; להתאים את השירותים למצבם ולרצונם של הזקנים; וכן לבסס את האמון של הזקן ובני משפחתו בנותני השירות ואת תחושת השליטה שלהם. בהיבט המערכתי הייתה מטרת התוכנית להטמיע שינוי מבני ומקצועי במערך שירותי הבריאות והרווחה הניתנים לזקנים עם בעיות מורכבות. הוחלט כי יישום התוכנית ילווה במחקר שיבוצע על ידי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (ג'וינט ישראל-אשל והמוסד לביטוח לאומי, 2020).

התוכנית החלה לפעול בחודש אפריל 2020. ליבה הוא התיאום בין שתי מערכות ארגונים המספקות – האחת שירותי בריאות והשנייה שירותי רווחה. כל אחת מן המערכות מיוצגת על ידי מתאמת טיפול – מערכת הבריאות על ידי אחות ומערכת הרווחה על ידי עובדת סוציאלית. תפקידן לדאוג לטיפול בזקנים משתתפי התוכנית ולתאם אותו בין שתי המערכות.

התוכנית פועלת בשלושה מודלים: **מודל משולב**, שבו עובדת סוציאלית מן המחלקה לשירותים חברתיים ואחות מקופת חולים פועלות יחד במחלקה לשירותים חברתיים; **מודל פנים-קופתי**, שבו עובדת סוציאלית מקופת חולים ואחות מקופת חולים פועלות יחד בקופת החולים; ו**מודל משולב עם סיוע של מנהלן** שבו הצוות פועל במחלקה לשירותים חברתיים. בעת כתיבת הדוח, כשלוש שנים וחצי לאחר תחילת הפעלת התוכנית, היא פועלת ב-29 רשויות מקומיות באמצעות 50 צוותים ונתונה בשלב הרחבה לתשע רשויות נוספות. המודל המשולב מופעל ב-24 רשויות, (מהן 12 רשויות במודל משולב עם סיוע של מנהלן), ובאמצעות 41 צוותים, והמודל הפנים-קופתי מופעל ב-6 רשויות באמצעות 9 צוותים. על פי נתוני ג'וינט-אשל, עד חודש ספטמבר בשנת 2023 השתתפו בתוכנית 7,223 זקנים, ו-8,378 בני משפחות קיבלו מענה באמצעותה.

התוכנית מופעלת על ידי ג'וינט-אשל בשיתוף קופות החולים: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות וקופת חולים מאוחדת.

3. המחקר

3.1 מטרות המחקר

מטרת המחקר הייתה לבחון את יישום מטרות התוכנית ברמת הפרט וברמת הקהילה. להלן פירוט המטרות:

1. לבחון את תרומת התוכנית לאמון הפרט במערכת השירותים ולתחושת השליטה והאוטונומיה שלו; לבחון את תרומת התוכנית למצב בריאותו; לבחון את השפעת התוכנית על צריכת שירותים על ידי הפרט
 2. לבחון את השפעת התוכנית על שיתוף הפעולה בין מערכת הרווחה למערכת הבריאות: מה הם דפוסי העבודה המשותפים שנוצרו בין הגופים וכיצד השפיעו על שיתוף הפעולה ועל הצלחת התוכנית
 3. ללמוד על מאפייני אוכלוסיית היעד של התוכנית ולאמוד את גודלה באוכלוסייה הכללית
 4. לאמוד עלות-תועלת ועלות-מועילות של התוכנית
- מטרות התוכנית נבחנו בהשוואה בין המודלים. עם זאת לא בכל מודל היו די משתתפים כדי לאפשר ניתוח מבחן מובהקות סטטיסטי לבחינת ההבדלים בין המודלים.

3.2 שיטות המחקר

המחקר הוא מחקר כמותי-השוואתי, והנתונים בו נאספו במגוון שיטות. בשלב הראשוני נערכו כמה ראיונות פתוחים עם אנשי מקצוע מן התוכנית כדי לסייע בבניית כלי המחקר.

3.2.1 מקורות המידע

1. ארבעה ראיונות טלפוניים פתוחים עם אנשי הצוות המקצועי של התוכנית: מתאמות טיפול ומנהלות בתוכנית (אפריל עד יוני 2021)
2. ראיונות טלפוניים עם משתתפי קבוצת הניסוי על בסיס שאלון מובנה – הראיונות נעשו על ידי צוות המראיינים של מכון ברוקדייל, כשלושה חודשים לאחר שהמשתתפים סיימו את השתתפותם בתוכנית. הראיונות הראשונים היו בחודש מארס 2022 והאחרונים בחודש מאי 2023. הם נעשו בשפות עברית, רוסית וערבית
3. ראיונות טלפוניים עם חברי קבוצת ביקורת על בסיס שאלון מובנה – קבוצת הביקורת נדגמה מרשויות מקומיות שבהן התוכנית לא פעלה. הראיונות עם קבוצת הביקורת נעשו באותו זמן שנעשו הראיונות עם משתתפי קבוצת הניסוי
4. שאלונים מקוונים שהועברו בדוא"ל לאנשי מקצוע הפועלים בתוכנית ובסביבתה:
 - א. שאלון למתאמות הטיפול העובדות בתוכנית שישה חודשים לפחות
 - ב. שאלון לאנשי מקצוע העובדים בתוכנית או עם התוכנית מטעם המחלקה לשירותים חברתיים או קופות החולים (להלן: **אנשי מקצוע של המעגל הפנימי**) – לדוגמה, ראשות צוותים או מנהלות מדור לאזרחים ותיקים במחלקה; אחות רפרנטית

של התוכנית בקופת החולים; אחות גריאטרית ראשית. שמות אנשי המקצוע במעגל הפנימי התקבלו מצוותי הטיפול של התוכנית

ג. שאלון לאנשי מקצוע העובדים עם התוכנית ביישובים שבהם התוכנית פועלת (להלן: **אנשי מקצוע במעגל הקהילתי**) – לדוגמה, צוותים מקופת החולים, מן המוסד לביטוח לאומי, משירותי רווחה וכד'. שמות אנשי המקצוע במעגל הקהילתי התקבלו מאנשי מקצוע מן המעגל הפנימי של התוכנית

5. נתונים מנהליים על אודות צריכת שירותי בריאות של משתתפי התוכנית – הנתונים התייחסו לששת החודשים שלפני ההצטרפות לתוכנית ונבחנו לעומת נתונים מששת החודשים שלאחר ההצטרפות לתוכנית. נתונים נאספו על אודות משתתפי התוכנית שחתמו על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר גם אם בפועל לא רואיינו על השתתפותם בתוכנית. נתונים אלו התקבלו ממכבי שירותי בריאות ומשירותי בריאות כללית. לא התקבלו נתונים מנהליים על אודות צריכת שירותי בריאות מקופת חולים מאוחדת

3.2.2 איסוף הנתונים

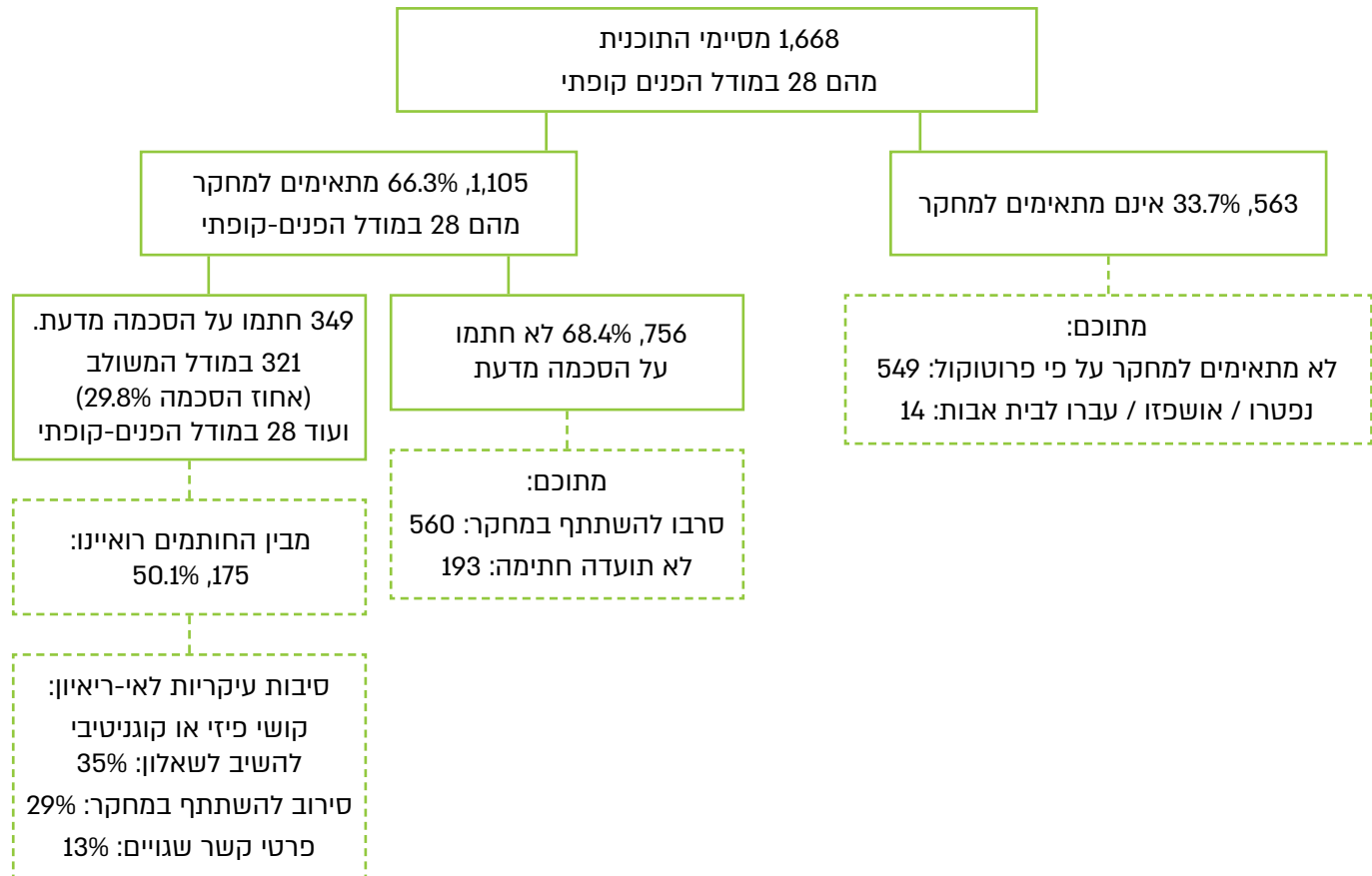
א. משתתפי התוכנית שנכללו במחקר

המידע על אודות משתתפי התוכנית נאסף בהתאם לאישורים שהתקבלו מוועדות הלסינקי של קופת החולים המשתתפות בתוכנית (ר' להלן תת-הפרק **אתיקה במחקר**). מאחר שמועד קבלת האישורים לא היה אותו מועד בכל הקופות, גם תקופת איסוף הנתונים לא הייתה זהה.

החתמה על טופסי הסכמה מדעת החלה בחודש ינואר 2022 והסתיימה בסוף פברואר 2023, בהתאם לתקופת אישור המחקר בכל קופה. במהלך תקופה זו סיימו את השתתפותם בתוכנית 1,668 אנשים (ר' **תרשים 1**).² מקרב המסיימים את התוכנית 549 לא התאימו להיכלל במחקר על פי קריטריונים לא-הכללה של פרוטוקול המחקר שהוגש לוועדת הלסינקי, היות שאינם דוברים אחת משפות המחקר (עברית, ערבית ורוסית) או שיש להם אבחנה של דמנציה או אלצהיימר; ועוד 14 נפטרו או אושפזו או עברו לבית אבות. 1,105 מסיימי התוכנית נמצאו מתאימים למחקר; 756 מהם סירבו לחתום על טופס ההסכמה. הסיבה העיקרית לכך (אצל 74.4%) הייתה סירוב להשתתפות במחקר. 349 מסיימים חתמו על הסכמה להשתתפות במחקר: 321 אנשים במודל המשולב ועוד 28 במודל הפנים-קופתי. אחוז ההיענות לחתימה על טופס הסכמה מדעת במודל המשולב היה 29.8%. מן החותמים על הסכמה מדעת רואיינו 175 משתתפים בתוכנית (50.1%); מהם 138 ראיונות היו ראיונות מלאים. בראיונות החלקיים נכללו מי שענו לפחות על 40% מן השאלון. הסיבות העיקריות לאי-ריאיון היו קושי פיזי או קוגניטיבי להשיב על השאלון (35%), סירוב להשתתף במחקר (29%) ופרטי תקשורת שגויים (13%).

² מספר זה שונה ממספר כלל המשתתפים בתוכנית בשנת 2022. ר' הרחבה בסעיף ניתוח עלות-תועלת. במספר זה כלולים 28 מסיימי תוכנית במודל הפנים-קופתי שאף חתמו על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. לא כלולים יתר המשתתפים במודל הפנים-קופתי שסיימו את השתתפותם בתוכנית ולא חתמו על הסכמה מדעת.

תרשים 1: תהליך גיוס המשתתפים למחקר



ב. משתתפי קבוצת הביקורת

משתתפי קבוצת הביקורת נדגמו מרשויות מקומיות שבהן התוכנית לא פעלה בזמן המחקר. כדי שהרשויות שמהן נדגמה קבוצת הביקורת ידמו ככל האפשר לרשויות שבהן פעלה התוכנית נדגמה קבוצת הביקורת על פי הזמינות של שירותי הרווחה והבריאות ברשויות התוכנית או היקף השימוש בהם, במחשבה שזמינות השירותים או היקף השימוש עשויים להיות מתואמים עם היקף הצרכים ומורכבות הבעיות ברשויות שהתוכנית כן פעלה בהן. אפיין הרשויות המקומיות נעשה על פי שני פרמטרים שבנוגע להם נמצאו נתונים ברשות: אחוז בני ה-75+ הרשומים במחלקה לשירותים חברתיים מכלל בני ה-75+ ברשות – מייצג את צורכי הרווחה; זמינות שעות רופא משפחה ל-1,000 תושבים – מייצג את זמינות שירותי הבריאות. רשויות התוכנית דורגו לפי פרמטרים אלו, ונבדקה חלוקת משתתפי התוכנית בין הרשויות המדורגות. החלוקה נבדקה על פי מצב משתתפי התוכנית במאסר 2022,

עם התחלת איסוף הנתונים. הרשויות המקומיות שלא השתתפו בתוכנית דורגו לפי הפרמטרים לעיל, ומהם נדגמו באקראי 6,300 בני 75+ כך שחלוקת המדגם בין הרשויות תתאים לחלוקת משתתפי התוכנית (לוח 1). פירוט הרשויות המקומיות ומספר האנשים שנדגמו מהן מופיע בנספח א, לוח א1. הדגימה נעשתה על ידי חברת 'מידע טופ – טכנולוגיה ופיתוח'.

לוח 1: חלוקת מדגם קבוצת הביקורת לפי פרמטרים לדירוג רשויות התוכנית (מספרים מוחלטים)

אחוז בני 75+ הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים			
זמינות שעות רופא	עד 49%	50% ויותר	סך הכול
עד 16 שעות (או אין מידע)	2,393	743	6,300
17 שעות ויותר	2,467	697	
סך הכול			

כדי לאתר מועמדים פוטנציאליים לתוכנית ברשויות המקומיות שבהן התוכנית לא פעלה, התקשר צוות המראיינים ממכון ברוקדייל אל האנשים שעלו במדגם. מי שהסכים להשתתף במחקר השיב על שאלון סינון הדומה לריאיון הכניסה שמתאמות הטיפול עושות עם מי שמופנה לתוכנית במטרה לקבוע אם הוא מתאים לה. שאלון הסינון כלל את רוב הרכיבים של שאלון מבחן הכניסה (להלן: אינטייק), אך לא נכללו בו רכיבים שהמידע עליהם נאסף ממקורות מנהליים או שקשה היה לברר אותם בטלפון, כגון אי-משיכת תרופות מבית המרקחת, ניסיונות אובדניים וכן הזנחה או התעללות על ידי בן משפחה אחר. ההחלטה בנוגע להתאמה להשתתפות במחקר הייתה כמו בתוכנית והקריטריון היה צבירת שלוש נקודות לפחות; מהן אחת בחלק הרפואי ואחת בחלק הסוציאלי. מספר נקודות גבוה יותר מעיד על מורכבות רבה יותר או על גורמי קושי רבים יותר.

בפועל צוות המראיינים התקשר ל-6,294 אנשים מן המדגם. מהם הגיעו לשלב הסינון 754. להלן הסיבות העיקריות לאי-הגעה של מרואיינים פוטנציאליים לשלב ריאיון הסינון (5,540 איש): לא היה מענה מן המרואיין הפוטנציאלי (26.3%); היה מענה אך לא הצליחו לתאם איתו ריאיון (22.0%); סירוב שלו להשתתף במחקר (13.0%); פרטי התקשורת שלו היו שגויים (11.2%).

מ-754 האנשים שענו על שאלון הסינון, 247 עמדו בתנאי הכניסה לתוכנית (32.7%). מנתון זה עולה כי במדגם רנדומלי של בני 75 ויותר, כשליש מתאימים להצטרף לתוכנית. יש לזכור שהמדגם כלל אנשים מבוגרים מרף הגיל בפועל לתוכנית (67 לגברים ו-62 לנשים) ונעשה ברשויות מקומיות שבהן רמת השירותים דומה ככל האפשר לזו שברשויות מקומיות שבהן התוכנית פעלה.

מן המשיבים שעמדו בתנאי הכניסה לתוכנית, הסכימו להשתתף במחקר וענו על השאלון 165 אנשים (66.8%).

ג. אנשי מקצוע

שאלון למתאמות הטיפול העובדות בתוכנית חצי שנה או יותר נשלח ל-54 מתאמות. השאלון נשלח באמצעות קישור לטלפון או לדוא"ל של המתאמות. השיבו עליו 48 מתאמות (88.8%).

שאלון לאנשי מקצוע במעגל הפנימי נשלח ל-70 אנשי מקצוע באמצעות קישור לטלפון או לדוא"ל. על השאלון השיבו 41 אנשי מקצוע (58.5%).

שאלון לאנשי מקצוע במעגל הקהילתי נשלח ל-235 אנשי מקצוע באמצעות קישור לטלפון או לדוא"ל. על השאלון השיבו 72 אנשי מקצוע (30.6%).

3.2.3 ניתוח הנתונים

הנתונים נותחו בכלים של סטטיסטיקה תיאורית. הניתוח כלל התפלגויות והשוואות ממוצעים בין קבוצות. השוואת ממוצעים בין קבוצות נעשתה באמצעות ניתוח Anova. ערך p מצוין בלוחות הרלוונטיים בפרק הממצאים. ניתוח רב-משתני נעשה באמצעות רגרסיה ליניארית בשלבים. בראיונות עם משתתפי התוכנית נכללו 28 משתתפים מן המודל הפנים-קופתי ובנתונים המנהליים 14 מהם. לא היה באפשרות החוקרים לנתח ולהסיק מסקנות על הבדלים לפי מודל ההפעלה בגלל מספר התצפיות הקטן (ר' **לוח 22**). עם זאת נותחו חלק מן השאלות שעליהן השיבו משתתפי התוכנית שהשתתפו במחקר (להלן: **קבוצת הניסוי**), בהשוואה לפי מודל הפעלה, וכן תשובותיהן של מתאמות הטיפול. הנתונים המוצגים בחלקי הדוח שעוסקים בכך אינם כוללים מבחן מובהקות, ואת המסקנות העולות מהם יש לבחון בזהירות, בשל מספר התצפיות הקטן.

3.3 אתיקה במחקר

המחקר קיבל את אישורן של ועדות הלסינקי של קופות החולים המשתתפות במחקר:

קופת חולים מאוחדת: ניתן אישור מספר 05-18-08-21, לתקופה 5/12/2021 עד 6/12/2022.

מכבי שירותי בריאות: ניתן אישור מספר MHS-0108-21, לתקופה 30/2/2022 עד 29/3/2023.

שירותי בריאות כללית: ניתן אישור מספר COM2-0097-21, לתקופה 3/7/2022 עד 28/6/2023.

4. ממצאים

4.1 משתתפי התוכנית וקבוצת הביקורת

4.1.1 נתוני רקע

גיוס משתתפי קבוצת הביקורת נעשה באמצעות שאלון סינון ובו עשר שאלות מתוך שאלון האינטייק של התוכנית (השאלון המלא כולל 21 שאלות). **לוח 2** מציג השוואה בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת בשאלות שנשאלו שתי הקבוצות. קבוצת הניסוי נשאלה שאלות נוספות במהלך האינטייק, אך אלו היו שאלות או בדיקות שנעשו על ידי אחות ועובדת סוציאלית שלא היה אפשר לשאול בשאלון טלפוני, ולכן לא נכללו בשאלון הסינון של קבוצת הביקורת. מן הלוח עולה כי מעשר השאלות שנשאלו, במחצית השאלות לא היה הבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת. שיעור מי שנפלו או מי ששברו עצם בחצי השנה שלפני מילוי השאלון היה גבוה יותר בקבוצת הניסוי; גם שיעור מי שביקרו במחלקה לרפואה דחופה או אושפזו בבית חולים פעמיים ויותר בחצי השנה שלפני מילוי השאלון היה גבוה יותר בקבוצת הניסוי. לעומת זאת, שיעור המבוגרים בני 90 ויותר היה גבוה יותר בקבוצת הביקורת וכן שיעור המדווחים על תחושת בדידות ושיעור המתגוררים עם בן משפחה שלו צרכים מיוחדים.

לוח 2: המשיבים 'כן' בשאלון האינטייק (ניסוי) ובשאלון הסינון (ביקורת) (במספרים ובאחוזים)

מאפיין	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
גיל יותר מ-90	1.8	8.5	163	165	0.007
ארבע מחלות או יותר (מתוך רשימת מחלות)	57.1	55.3	163	161	0.747
קושי בתפקוד בשתי פעולות יום-יומיות או יותר (מתוך רשימת פעולות)	73.0	65.8	163	161	0.161
נפילה או שבירת עצם בחצי השנה האחרונה	54.0	34.2	163	161	<0.001
ביקור במחלקה לרפואה דחופה או אושפוז בבית חולים, פעמיים או יותר בחצי השנה האחרונה	23.3	13.0	163	161	0.013
צריכת שש תרופות או יותר בשלושת החודשים האחרונים	71.2	66.5	163	161	0.361
ניצול שואה	36.8	37.9	163	161	0.841
אובדן בן/בת זוג בחצי השנה האחרונה	34.4	31.7	163	161	0.608
דיווח על תחושת בדידות	41.7	60.2	163	161	<0.001
מתגורר עם בן משפחה שלו צרכים מיוחדים	14.7	28.0	163	161	0.005

סיכום נקודות חלקי הרלוונטי לעשר השאלות שנשאלו גם בקבוצת הניסוי וגם בקבוצת הביקורת מוצג ב**לוח 3**. רק בנוגע לנקודות אלו אפשר היה לערוך את ההשוואה. מן הלוח עולה כי אין הבדל בניקוד בין שתי הקבוצות:

לוח 3: סיכום הנקודות שנצברו בעשר השאלות שנשאלו בשאלון האינטייק (ניסוי) ובשאלון הסינון (ביקורת) (באחוזים)

סך הכול ניקוד	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת
עד 4 נקודות	60.7	59.4
5 נקודות ויותר	64.6	68.4
סך הכול	100.0	100.0
N	163	165
ערך למבחן T	0.804	

מן הבדיקה עולה אפוא כי בהשוואת ניקוד הכניסה לתוכנית בין שתי הקבוצות לא נמצא הבדל. מעשרת הקריטריונים שבהם נעשתה השוואה, בחמישה לא היו הבדלים בין הקבוצות. בשלושה קריטריונים נמצא כי מצב קבוצת הביקורת היה חמור ממצב קבוצת הניסוי (מאפיינים חברתיים וגיל) ובשניים, מצב קבוצת הניסוי היה חמור ממצב קבוצת הביקורת (מאפייני בריאות).

לוח 4 מציג את נתוני הרקע של משתתפי קבוצת הניסוי ושל קבוצת הביקורת. רוב המשתתפים היו נשים, 71.8% בקבוצת הניסוי ו-64.8% בקבוצת הביקורת, רובם לא היו ילידי ישראל, 82.3% מקבוצת הניסוי ו-76.4% מקבוצת הביקורת; 57.7% מקבוצת הניסוי ו-48.5% מקבוצת הביקורת לא היו נשואים; ל-9.7% מקבוצת הניסוי ול-6.8% מקבוצת הביקורת לא היו ילדים. 42.3% מקבוצת הניסוי ו-36.2% מקבוצת הביקורת התגוררו לבד. 65.5% מן המשתתפים בקבוצת הניסוי ו-62.8% מן המשתתפים בקבוצת הביקורת לא היו בעלי השכלה גבוהה. 60.6% מן המשתתפים בקבוצת הניסוי ו-62.4% מן המשתתפים בקבוצת הביקורת אמרו שאין להם על מי לסמוך בשעת משבר או מצוקה (חוץ מעל בני משפחה). בקרב קבוצת הניסוי 19.8% איבדו בן או בת זוג בחצי השנה שלפני הריאיון, לעומת 30.2% בקבוצת הביקורת; הבדל זה נמצא מובהק. הגיל הממוצע של משתתפי קבוצת הניסוי היה 78.1 ושל משתתפי קבוצת הביקורת 80.1; הבדל זה נמצא מובהק. בקרב קבוצת הניסוי 42.5% היו בני 80 ויותר ואילו בקבוצת הביקורת 52.8%.

לוח 4: מאפייני רקע של משתתפי קבוצת הניסוי ושל משתתפי קבוצת הביקורת (באחוזים)

מאפיין	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
מגדר – נשים	71.8	64.8	174	165	0.166
אינם ילידי ישראל	82.3	76.4	175	165	0.179
אינם נשואים	57.7	48.5	175	163	0.089
אין להם ילדים	9.7	6.8	175	162	0.331
אין להם על מי לסמוך בשעת משבר או מצוקה (לא כולל בני משפחה)	60.6	62.4	127	133	0.769
גרים לבד	42.3	36.2	175	163	0.252
ללא השכלה גבוהה	65.5	62.8	171	156	0.614
גיל ממוצע (בשנים)	78.1	80.1	174	159	0.003
בני 80 ויותר	42.5	52.8	174	159	0.060

בחינת מאפייני הרקע הדמוגרפיים של משתתפי המחקר מעלה כי שתי הקבוצות דומות זו לזו במאפייני הרקע. בקבוצת הניסוי בולט שיעור הגרים לבד ושיעור מי שאינם נשואים לעומת קבוצת הביקורת, אך ההבדל אינו מובהק. בקבוצת הביקורת נמצא גיל ממוצע גבוה יותר מבקבוצת הניסוי (הבדל מובהק). בשתי הקבוצות בולט שיעור גבוה של אנשים ללא ילדים ביחס לכלל בני ה-65+ וכן שיעור גבוה של אנשים ללא השכלה גבוהה. כשני שלישים ממשתתפי המחקר (הן בקבוצת הניסוי הן בקבוצת הביקורת) דיווחו שאין להם על מי לסמוך מחוץ לבני משפחתם.

לוח 5 מציג את מצב הבריאות של קבוצת הניסוי ושל קבוצת הביקורת בחצי השנה שלפני הריאיון. שישה חודשים אלו כוללים שלושה חודשים לאחר סיום ההשתתפות בתוכנית ושלושה חודשים של השתתפות בתוכנית. מן הנתונים עולה ש-35.8% מקבוצת הניסוי נפלו או שברו עצם בחצי שנה שקדמה לריאיון לעומת 19.9% מקבוצת הביקורת; הבדל זה נמצא מובהק. 32.2% בקבוצת הניסוי ו-41.1% בקבוצת הביקורת פנו למחלקה לרפואה דחופה או אושפזו בחצי שנה שקדמה לריאיון. מהם, 22.2% מקבוצת הניסוי פנו למחלקה לרפואה דחופה שלוש פעמים ויותר בחצי השנה שקדמה לריאיון לעומת 12.3% מקבוצת הביקורת. 9.1% מקבוצת הניסוי ו-5.4% מקבוצת הביקורת אושפזו שלוש פעמים ויותר בחצי השנה שקדמה לריאיון. עבור 63.6% מקבוצת הניסוי ו-60.0% מקבוצת הביקורת משך האשפוז היה יותר משלושה ימים. בנוגע לשימור מצב הבריאות אפשר לראות כי 55.9% ממשתתפי קבוצת הניסוי ו-61.2% ממשתתפי קבוצת הביקורת דיווחו על הידרדרות במצב הבריאות; הבדל זה לא נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית.

לוח 5: מצב הבריאות בחצי השנה האחרונה לפני הריאיון (באחוזים)

מאפיין	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
נפלו או שברו עצם	35.8	19.9	173	161	<0.001
פנו למחלקה לרפואה דחופה או אושפזו	32.2	41.1	171	158	0.091
פנו למחלקה לרפואה דחופה שלוש פעמים ויותר (מקרב מי שפנו למחלקה לרפואה דחופה)	22.2	12.3	54	57	0.165
אושפזו שלוש פעמים ויותר (מקרב מי שאושפזו)	9.1	5.4	44	37	0.528
אושפזו יותר משלושה ימים (מקרב מי שאושפזו)	63.6	60.0	44	35	0.741
דיווחו על הידרדרות במצב הבריאות	55.9	61.2	170	152	0.467

בדיקת מצב הבריאות בחצי השנה שלפני הריאיון מעלה כי ברוב המשתתפים שנבדקו לא היה הבדל בין הקבוצות. בקבוצת הביקורת בלט שיעור גבוה יותר שפנו למחלקה לרפואה דחופה או אושפזו ובקבוצת הניסוי בלט שיעור גבוה יותר של מי שפנו למחלקה לרפואה דחופה שלוש פעמים ויותר, אך הבדלים אלו אינם מובהקים. בקבוצת הניסוי שיעור גבוה יותר באופן מובהק דיווחו על נפילות או שברים.

מסיכום בדיקת מאפייני הרקע עולה כי שתי הקבוצות דומות זו לזו במאפיינים שנבחנו. ממצא זה מאשש את יכולת ההשוואה בין שתי הקבוצות במשך המחקר.

4.1.2 אופן בשירותי הבריאות והרווחה ותיאום בין שירותים

המשתתפים בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת נשאלו על תחושותיהם בנוגע לשירותי הבריאות (רופאת משפחה, אחות, רופאי בתי חולים וכד') ובנוגע לשירותי הרווחה (ביטוח לאומי, מועדונים, עו"ס וכד'). **לוח 6** מציג את ההיגדים בנוגע למערכת הבריאות ואת אחוז המסכימים או מסכימים מאוד איתם. מן הלוח עולה כי 78.1% מקבוצת הניסוי ו-75.2% מקבוצת הביקורת הסכימו ששירותי הבריאות עושים את כל מה שצריך כדי לתת להם את הטיפול הטוב ביותר. 43.7% מקבוצת הניסוי ו-38.6% מקבוצת הביקורת חשבו שלפעמים אנשי המקצוע משירותי הבריאות אינם מקשיבים בתשומת לב למה שהם מנסים לומר להם. בסך הכול, 88.6% מקבוצת הניסוי ו-83.3% מקבוצת הביקורת ציינו שיש להם אופן מלא בשירותי הבריאות. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות.

לוח 6: תגובות משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת להיגדים בנוגע לאמון שלהם בשירותי הבריאות (באחוזים)

היגד	מסכימים או מסכימים מאוד קבוצת ניסוי	מסכימים או מסכימים מאוד קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
"שירותי הבריאות עושים את כל מה שצריך כדי לתת לך את הטיפול הטוב ביותר"	78.1	75.2	160	153	0.536
"לפעמים אנשי המקצוע משירותי הבריאות אינם מקשיבים בתשומת לב למה שאתה מנסה לומר להם"	43.7	38.6	158	140	0.372
"בסך הכול יש לך אמון מלא בשירותי הבריאות"	88.6	83.3	167	150	0.174

לוח 7 מציג את ההיגדים בנוגע למערכת הרווחה ואת אחוז המסכימים או מסכימים מאוד איתם. מן הלוח עולה כי 77.0% מקבוצת הניסוי ו-65.6% מקבוצת הביקורת הסכימו ששירותי הרווחה עושים את כל מה שצריך כדי לתת להם את הטיפול הטוב ביותר; הבדל זה נמצא מובהק. 40.4% מקבוצת הניסוי ו-35.9% מקבוצת הביקורת חשבו שלפעמים אנשי המקצוע משירותי הרווחה אינם מקשיבים בתשומת לב למה שהם מנסים לומר להם. אפשר לראות שלקבוצת הניסוי לעומת קבוצת הביקורת יש יותר אמון בשירותי הרווחה (87.1% ו-67.2% בהתאמה); הבדל זה נמצא מובהק סטטיסטית.

לוח 7: תגובות משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת להיגדים בנוגע לאמון שלהם בשירותי הרווחה (באחוזים)

היגד	מסכימים או מסכימים מאוד קבוצת ניסוי	מסכימים או מסכימים מאוד קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
"שירותי הרווחה עושים את כל מה שצריך כדי לתת לך את הטיפול הטוב ביותר"	77.0	65.6	152	122	0.037
"לפעמים אנשי המקצוע משירותי הרווחה אינם מקשיבים בתשומת לב למה שאתה מנסה לומר להם"	40.4	35.9	136	103	0.477
"בסך הכול יש לך אמון מלא בשירותי הרווחה"	87.1	67.2	155	119	<0.001

לוח 8 מציג את מידת הביטחון של משתתפי קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת בקבלת שירותי בריאות או שירותי רווחה אם יזדקקו להם בעתיד. מן הלוח עולה של-65.4% מקבוצת הניסוי ול-58.5% מקבוצת הביקורת היה ביטחון בקבלת שירותים אלו אם יזדקקו להם בעתיד. לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות.

לוח 8: ביטחון בקבלת שירותי בריאות ורווחה בעתיד (באחוזים)

ערך P	N ביקורת	N ניסוי	בטוח או בטוח מאוד קבוצת ביקורת	בטוח או בטוח מאוד קבוצת ניסוי	
0.233	130	153	58.5	65.4	"באיזו מידה אתה מרגיש בטוח שתקבל שירותים נוספים בעתיד, כמו שירותי רופא, אחות או עובדת סוציאלית, אם חס וחלילה מצבך ידרדר ותזדקק להם?"

סיכום נושא האמון במערכות שירותי הבריאות והרווחה מעלה כי לא היה הבדל בין הקבוצות בתחושת האמון כלפי מערכת הבריאות, והיא הייתה גבוהה (88.6% בקבוצת הניסוי ו-83.3% בקבוצת הביקורת). נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בנוגע למערכת הרווחה: משתתפי קבוצת הניסוי חשו יותר אמון במערכת הרווחה (87.1% לעומת 67.2% בקבוצת הביקורת) וכן הרגישו ששירותי הרווחה עושים כל מה שצריך כדי לתת להם את הטיפול הטוב ביותר (77.0% לעומת 65.6% בהתאמה). לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בנוגע לביטחון בקבלת שירותי בריאות ורווחה אם יהיה בהם צורך בעתיד, אף כי בקבוצת הניסוי התחושה הייתה טובה מבקבוצת הביקורת (65.4% לעומת 58.5%).

פיצול וחוסר תיאום בין שירותים הם מן הגורמים העיקריים שהביאו לידי יצירת תוכנית תיאום טיפול. החוקרים בדקו עד כמה משתתפי התוכנית מרגישים שהשירותים מתואמים; שלהם בתור צרכנים יש די מידע על השירותים; ושלאנשי המקצוע המטפלים בהם אכפת מהם. 21.7% מקבוצת הניסוי ו-19.9% מקבוצת הביקורת ציינו שפנו אליהם ממערכת הבריאות בחצי השנה שקדמה לריאיון ושאלו אותם מה הם צריכים, לעומת 40.1% מקבוצת הניסוי ו-34.1% מקבוצת הביקורת שצינו כך בנוגע לשירותי הרווחה. מן הממצאים (**לוח 9**) עולה כי רוב המשתתפים בקבוצת הניסוי (78.3%) ובקבוצת הביקורת (80.1%) ציינו שכלל לא פנו אליהם מקופת החולים בחצי שנה שקדמה לריאיון ולא התעניינו במצב הבריאות שלהם או שאלו אותם מה הם צריכים. אשר לשירותי הרווחה, 59.9% מקבוצת הניסוי ו-65.9% מקבוצת הביקורת ציינו שכלל לא פנו אליהם משירותי הרווחה בחצי השנה שלפני הריאיון כדי להתעניין בהם ולשאל מה הם צריכים; לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בעניין זה.

המשתתפים נשאלו על מידת המידע שיש להם על שירותים בקהילה: 9.4% מקבוצת הניסוי ו-10.4% מקבוצת הביקורת ציינו שיש להם מידה רבה של מידע על שירותים בקהילה שהם זקוקים להם ושיכולים לעזור להם (**לוח 9**).

עוד נשאלו המשתתפים אם הרגישו שהם אינם מקבלים מענה משירותים בקהילה ובמקום זאת מופנים משירות לשירות. רוב המשתתפים בשתי הקבוצות ציינו שהדבר לא קרה להם, כלומר הם קיבלו מענה ולא הופנו משירות לשירות (75.2% בקבוצת הניסוי ו-72.4% בקבוצת הביקורת), (לוח 9).

בנוגע לשיתוף האדם בקבלת החלטות, 24.3% מקבוצת הניסוי ו-17.1% מקבוצת הביקורת הרגישו שהם לא מספיק שותפים להחלטות שהתקבלו בקשר לטיפול בהם בשירותים בקהילה (לוח 9). 46.9% מקבוצת הניסוי ו-56.0% מקבוצת הביקורת הסכימו שהשירותים שהם מקבלים מתואמים היטב בנוגע למה שהם, בתור לקוחות, צריכים ושהשירותים פועלים בשיתוף כדי לתת להם, בתור צרכנים, שירות טוב. ככלל, 57.1% מקבוצת הניסוי ו-59.6% מקבוצת הביקורת הרגישו שלאנשי מקצוע המטפלים בהם אכפת מהם ושהטיפול בהם חשוב לאנשי המקצוע (במידה רבה מאוד ובמידה רבה).

לוח 9: תשובות ותגובות משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת בנוגע לתיאום בין שירותים בקהילה (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
"בחצי שנה האחרונה, האם פנו מקופת חולים, התעניינו במצב הבריאות ושאלו מה צריך?"				
		161	141	0.688
כן (הרבה או מעט פעמים)	21.7			
לא, זה לא קרה	78.3			
"בחצי שנה האחרונה, האם פנו משירותי רווחה, התעניינו בך ושאלו מה אתה צריך?"				
		162	138	0.279
כן (הרבה או מעט פעמים)	40.1			
לא, זה לא קרה	59.9			
"האם יש לך מספיק מידע על שירותים בקהילה שאתה זקוק להם ויכולים לעזור לך?"				
		128	106	0.071
במידה רבה	9.4			
במידה בינונית	18.8			
במידה מעטה	71.9			
"בחצי שנה האחרונה, האם הרגשת שאתה לא מקבל מענה ומוכנה משירות לשירות?"				
		137	127	0.731
לעיתים רחוקות / אף פעם	75.2			
לפעמים	10.9			
לעיתים קרובות / תמיד	13.9			

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
"בחצי שנה האחרונה, האם הרגשת שאתה לא מספיק שותף להחלטות שהתקבלו בקשר לטיפול בך?"				
כן, זה קרה הרבה	24.3	17.1		
לא, זה לא קרה	75.7	82.9		
"השירותים שאתה מקבל מתואמים היטב ביניהם לגבי מה שאתה צריך ופועלים בשיתוף פעולה כדי לתת לך שירות טוב"				
מסכים במידה רבה מאוד	8.3	14.7		
מסכים במידה רבה	38.6	41.3		
מסכים במידה מעטה	32.6	30.3		
כלל לא מסכים	20.5	13.8		
"באופן כללי, באיזו מידה אתה מרגיש שלאנשי מקצוע המטפלים בך אכפת ממך ושהטיפול בך חשוב להם?"				
במידה רבה מאוד	13.5	16.9		
במידה רבה	43.6	42.7		
במידה מעטה	21.8	26.6		
בכלל לא	21.1	13.7		
"באופן כללי, באיזו מידה אתה מרגיש שלאנשי מקצוע המטפלים בך אכפת ממך ושהטיפול בך חשוב להם?"				
				0.148
				0.274
				0.378

בחינת הממצאים הנוגעים לתחושת משתתפי המחקר בנוגע לתיאום בין השירותים מעלה כי לא היה הבדל מובהק בין הקבוצות בנושא זה.

כחמישית ממשתתפי שתי הקבוצות ציינו שפנו אליהם משירותי הבריאות והתעניינו בצרכים שלהם. תשובות המשתתפים בשתי הקבוצות מעידות שפנו אליהם משירותי הרווחה יותר מאשר משירותי הבריאות.

לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בתחושתן שלא קיבלו מענה ושהוכנו משירות לשירות. בסך הכול, בשתי הקבוצות, רוב המשתתפים הרגישו שהם מקבלים מענה ולא חשו שמכנים אותם משירות לשירות: 75.2% בקבוצת הניסוי ו-72.4% בקבוצת הביקורת.

גם אשר לתחושת השותפות בהחלטות בנוגע לטיפול לא נמצא הבדל בין הקבוצות. 75.7% בקבוצת הניסוי ו-82.9% בקבוצת הביקורת חשו שהם שותפים להחלטות בקשר לטיפול בהם.

אשר לתחושת המשתתפים שהשירותים מתואמים ביניהם, לא נמצא הבדל בין הקבוצות, אך רק כמחצית מן המשתתפים חשו שהשירותים מתואמים ביניהם: 46.9% בקבוצת הניסוי ו-56.0% בקבוצת הביקורת.

57.1% מקבוצת הניסוי ו-59.6% מקבוצת הביקורת הסכימו שלאנשי המקצוע אכפת וחשוב מהם. אין הבדל מובהק בין הקבוצות.

4.1.3 קבלת שירותים, וצרכים לא מסופקים

לוח 10 מציג את שיעור המקבלים שירותים בקרב קבוצות הניסוי והביקורת. מן הלוח עולה כי לחלק ניכר מן המשתתפים בקבוצת הניסוי (64.7%) ובקבוצת הביקורת (55.5%) הייתה מטפלת ישראלית. לעומת זאת, רק לחלק קטן מקבוצת הניסוי (7.2%) ומקבוצת הביקורת (6.8%) הייתה מטפלת זרה. שיעור קטן יותר בקבוצת הניסוי (10.2%) השתתפו במועדונים או במועדוני מופת לעומת שיעור המשתתפים מקבוצת הביקורת (20.7%); הבדל זה נמצא מובהק. מעט מן המשתתפים בקבוצת הניסוי (2.4%) ובקבוצת הביקורת (6.8%) השתתפו במרכזי יום. 15.9% מקבוצת הניסוי ו-19.6% מקבוצת הביקורת היו חברים בקהילה תומכת. מבחינת טיפולים רפואיים, יותר משתתפים מקבוצת הניסוי (23.4%) קיבלו טיפולי בית מקופת חולים מאשר משתתפי קבוצת הביקורת (14.3%); הבדל זה נמצא מובהק. שיעורים דומים מקבוצת הניסוי (42.2%) ומקבוצת הביקורת (43.2%) קיבלו טיפול שיקומי. שיעור גבוה יותר מקבוצת הניסוי (30.9%) מאשר מקבוצת הביקורת (16.3%) אובחנו גריאטרי או נבדקו במרפאת זיכרון; נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. בנוגע לשירותי בריאות הנפש (כגון פסיכיאטר, פסיכולוג במרפאה או בבית חולים), לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות (13.2% בקבוצת הניסוי ו 9.6% בקבוצת הביקורת).

לוח 10: קבלת שירותי בריאות ורווחה על ידי קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת (באחוזים)

השירות	קיבלו את השירות קבוצת ניסוי	קיבלו את השירות קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
מטפלת ישראלית (מט"בית)	64.7	55.5	167	146	0.097
מטפלת זרה (המתגוררת בבית)	7.2	6.8	167	146	0.908
מועדון או מועדון מופת	10.2	20.7	167	145	0.010
מרכז יום	2.4	6.8	166	146	0.059
קהילה תומכת	15.9	19.6	164	138	0.398
טיפול בית מקופת חולים	23.4	14.3	167	147	0.041
טיפול שיקומי	42.2	43.2	166	146	0.861
אבחון גריאטרי / בדיקה במרפאת זיכרון / מרפאה פסיכו-גריאטרית	30.9	16.3	165	147	0.003
שירותי בריאות הנפש	13.2	9.6	167	146	0.321

מי שלא קיבלו את השירותים לעיל (**לוח 10**) נשאלו אם נזקקו להם. **לוח 11** מציג את שיעור מי שנזקקו לשירותים מקרב מי שלא קיבלו אותם (צרכים לא מסופקים). שיעור גבוה יותר מקבוצת הביקורת (39.1%) מאשר מקבוצת הניסוי (33.9) נזקקו למטפלת ישראלית. בנוגע למטפלת זרה, 9.2% מקבוצת הניסוי ו-5.3% מקבוצת הביקורת ציינו שהם זקוקים לשירות זה. 22.9% מקבוצת הניסוי ו-20.2% מקבוצת הביקורת נזקקו למועדון או למועדון מופת. שיעור דומה של משתתפים בשתי הקבוצות ציינו שהם זקוקים למרכז יום (14.7% בקבוצת הניסוי ו-16.7% בקבוצת הביקורת), לקהילה תומכת (34.9% ו-36.4% בהתאמה), לטיפול בית מקופת חולים (40.8% ו-36.8% בהתאמה), לטיפול שיקומי (33.3% ו-30.4% בהתאמה) ולשירותי בריאות הנפש (13.7% ו-13.1% בהתאמה). בקרב קבוצת הניסוי שיעור גבוה יותר (38.7%) אמרו כי הם זקוקים לאבחון גריאטרי או לבדיקה במרפאת זיכרון לעומת קבוצת הביקורת (22.6%); הבדל זה נמצא מובהק.

לוח 11: הזקוקים לשירות מתוך אלו שאינם מקבלים אותם, קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת (באחוזים)

השירות	נזקקו לשירות קבוצת ניסוי	נזקקו לשירות קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
מטפלת ישראלית (מט"בית)	33.9	39.1	56	64	0.560
מטפלת זרה (המתגוררת בבית)	9.2	5.3	152	133	0.203
מועדון או מועדון מופת	22.9	20.2	140	104	0.618
מרכז יום	14.7	16.7	150	126	0.648
קהילה תומכת	34.9	36.4	126	99	0.822
טיפול בית מקופת חולים	40.8	36.8	125	117	0.519
טיפול שיקומי	33.3	30.4	87	79	0.684
אבחון גריאטרי / בדיקה במרפאת זיכרון / מרפאה פסיכו-גריאטרית	38.7	22.6	111	115	0.008
שירותי בריאות הנפש	13.7	13.1	139	122	0.896

כדי לברר בנוגע לשירותים נוספים על אלו שנסקרו לעיל נשאלו המשתתפים אם הרגישו שהם זקוקים לעזרה של אחות מקופת חולים או לעזרה של עובדת סוציאלית ואינם מקבלים אותה. **לוח 12** מציג את שיעורם. בנוגע לעזרה של אחות, אפשר לראות כי בקרב קבוצת הניסוי – 12.7% ובקרב קבוצת הביקורת – 8.3% הזדקקו לעזרה מסוג זה אך לא קיבלו אותה. נראה כי שיעור גבוה יותר ממשתתפי קבוצת הניסוי מאשר ממשתתפי קבוצת הביקורת (22.4% לעומת 15.9%, בהתאמה) הזדקקו לעזרה של עובדת סוציאלית אך לא קיבלו אותה; הבדל זה נמצא מובהק.

לוח 12: הזקוקים לשירותי אחות או שירותי עובדת סוציאלית ואינם מקבלים אותם, בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
זקוק לעזרתה של אחות ולא מקבל אותה				
כן (הרבה פעמים' או 'מעט פעמים')	12.7	8.3	145	0.452
לא, זה לא קרה	64.5	66.9		
לא רלוונטי, לא זקוק לעזרתה של אחות	22.9	24.8		
זקוק לעזרתה של עובדת סוציאלית ולא מקבל אותה				
כן ('הרבה פעמים' או 'מעט פעמים')	22.4	15.9	145	<0.001
לא, זה לא קרה	62.4	50.3		
לא רלוונטי, לא זקוק לעזרתה של עובדת סוציאלית	15.2	33.8		

מסיכום פרק זה עולה כי ברוב השירותים לא היה הבדל מובהק בין הקבוצות. עם זאת, בקבוצת הניסוי היה שיעור גבוה יותר של מקבלי שירות ממטפלת ישראלית (64.7%) מאשר בקבוצת הביקורת (55.5%). 33.9% מקבוצת הניסוי ו-39.1% מקבוצת הביקורת דיווחו שהם זקוקים לעזרה של מטפלת ישראלית ואינם מקבלים אותה; הבדלים אלו אינם מובהקים.

שירותים שנמצא הבדל בקבלתם היו מועדון או מועדון מופת וביקור במרכז יום. 10.2% מקבוצת הניסוי דיווחו כי הם מקבלים שירות של מועדון או מועדון מופת לעומת 20.7% בקבוצת הביקורת (הבדל מובהק); ו-2.4% מקבוצת הניסוי דיווחו כי הם מקבלים שירות של ביקור במרכז יום לעומת 6.8% (הבדל קרוב למובהק).

אשר לשירותים רפואיים נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בקבלת טיפולי בית על ידי הקופה: 23.4% מקבוצת הניסוי קיבלו טיפולי בית לעומת 14.3% מקבוצת הביקורת. כך גם בנוגע לאבחון גריאטרי (או בדיקה במרפאת זיכרון או מרפאה פסיכו-גריאטרית): 30.9% מקבוצת הניסוי קיבלו אבחון לעומת 16.3% מקבוצת הביקורת. אף שבקבוצת הניסוי דיווחו על קבלת אבחון גריאטרי יותר מאשר בקבוצת הביקורת, בקבוצה זו גם דיווחו על יותר צורך לא מסופק בתחום זה (38.7% לעומת 22.6% – הבדל מובהק).

לא נמצא הבדל בין הקבוצות בנוגע לצורך לא מסופק בקבלת עזרה מאחות: כ-10% משתי הקבוצות דיווחו שקרה להם שנזקקו לעזרת אחות ולא קיבלו אותה. נמצא הבדל מובהק באשר לצורך בעזרה מעובדת סוציאלית: 22.4% בקבוצת הניסוי ו-15.9% בקבוצת הביקורת דיווחו כי נזקקו לעזרת עובדת סוציאלית ולא קיבלו אותה.

4.1.4 המצב הרגשי

המשתתפים בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת נשאלו שאלות על תחושתם הסובייקטיבית בנוגע לגילם ועל מצבם הרגשי. מטרת שאלות אלו הייתה לבחון אם יש מתאם בין המצב הרגשי ובין השתתפות בתוכנית. **לוח 13** מפרט את תחושת הגיל בקרב קבוצת הניסוי ובקרב קבוצת הביקורת. מן הלוח עולה כי 47.8% מקבוצת הניסוי ו-38.5% מקבוצת הביקורת דיווחו שהם חשים צעירים מגילם לעומת 30.6% מקבוצת הניסוי ו-42.0% מקבוצת הביקורת שצינו שהם מרגישים בערך בגיל שלהם. 10.4% מקבוצת הניסוי ו-7.7% מקבוצת הביקורת ציינו שהם מרגישים מבוגרים מגילם. לא נמצא הבדל מובהק בדיווח על אודות תחושת הגיל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת.

לוח 13: תחושת הגיל של קבוצת הניסוי ושל קבוצת הביקורת (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
"אין אתה מרגיש כעת לגבי הגיל שלך?"				
29.1	18.2	134	143	0.183
צעיר בהרבה מהגיל שלי				
18.7	20.3			
צעיר מעט מהגיל שלי				
30.6	42.0			
בערך בגיל של עצמי				
3.7	4.2			
מעט מבוגר מהגיל שלי				
6.7	3.5			
מבוגר בהרבה מהגיל שלי				
11.2	11.9			
מסרב לענות (אין לשאלה משמעות בעיניי)				

לוח 14 עוסק במידה שבה המשתתפים בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת חשו תחושת אנרגיה. השאלה שנשאלה היא: "באיזו מידה אתה חש מלא אנרגיה?". מן הלוח עולה כי בקרב קבוצת הניסוי 39.8% דיווחו שהם מלאי אנרגיה במידה רבה או במידה רבה מאוד לעומת 29.5% בקרב קבוצת הביקורת; לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות.

לוח 14: קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת לפי מידת תחושת האנרגיה של משתתפיהן (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
תחושת אנרגיה				
39.8	29.5	128	129	0.080
'במידה רבה' או 'במידה רבה מאוד'				
60.2	70.5			
'במידה מועטה' או 'בכלל לא'				

לוח 15 מציג את תדירות תחושת הבדידות כפי שדווחה בקרב קבוצת הניסוי ובקרב קבוצת הביקורת. מלוח זה עולה כי מעט יותר ממחצית המשתתפים (51.9%) בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת (55.3%) דיווחו שהם מרגישים תחושת בדידות לעיתים קרובות או לפעמים; לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות.

לוח 15: תדירות תחושת הבדידות בקרב קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
תחושת בדידות				
לעיתים קרובות או לפעמים	51.9	133	85	0.622
לעיתים רחוקות או אף פעם	48.1			

לוח 16 מציג את הדיווח על תחושת דיכאון בקרב קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת. תחושת הדיכאון נמדדת באמצעות שאלון PHQ2 (Personal Health Questionnaire) שהוא סולם מתוקף המשמש כאינדיקציה ראשונית לאפשרות שהפרט סובל מדיכאון. המדד אינו מספק אבחנה קלינית על רמת הדיכאון. המדד מבוסס על שני היגדים: 'עניין מועט או הנאה מעטה בעשיית דברים בשבועיים האחרונים' ו'תחושת עצב, דיכאון או חוסר תקווה בשבועיים האחרונים'. הניקוד האפשרי נע בין 2 (רמת הדיכאון הנמוכה ביותר) ל-8 (רמת הדיכאון הגבוהה ביותר). הנתונים בלוח מתייחסים לאנשים שתוצאת המדד שלהם היא בין 6 ל-8. מניתוח הנתונים בלוח עלה כי 20.3% בקבוצת הניסוי ו-19.7% בקבוצת הביקורת חוו דיכאון; לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות.

לוח 16: תחושת דיכאון בקרב משתתפי קבוצות הניסוי והביקורת (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
תחושת דיכאון				
8–6 (בדיכאון)	20.3	133	137	0.903
	19.7			

4.1.5 השתתפות חברתית ויציאה מן הבית

המשתתפים בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת נשאלו שאלות על אודות פעילויות חברתיות שהם משתתפים בהן או היו רוצים להשתתף בהן (**לוח 17**). מן הלוח עולה שכרבע מקבוצת הניסוי (26.1%) ויותר משליש מקבוצת הביקורת (37.3%) השתתפו בחוגים ובפעילויות פנאי בחודש שלפני הריאיון; נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. שיעורים דומים בכל אחת מן הקבוצות (31.8% בקבוצת הניסוי ו-31.3% בקבוצת הביקורת) היו מעוניינים להשתתף בחוגים או בפעילויות פנאי אך אינם משתתפים.

לוח 17: השתתפות בחוגים ובפעילויות פנאי בחודש שלפני הריאיון, בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
השתתפות בחוגים ובפעילויות פנאי בחודש האחרון ^א				
כן	26.1	134	142	0.046
לא	73.9			
מעוניין להשתתף בחוגים או פעילויות פנאי ואינו משתתף ^א				
כן	31.8	132	134	0.934
לא	68.2			

^א כגון ציור, סריגה, גיטון, פעילות גופנית, משחקי שולחן (למשל קלפים) וכד'

המשתתפים בקבוצת הניסוי ובקבוצת הביקורת נשאלו על תדירות היציאה שלהם מן הבית (יציאה מן הבית לכל מטרה שהיא, כגון ביקור אצל קרובי משפחה, הליכה או ישיבה בגינה הציבורית, קופת חולים, בית כנסת, סידורים וכד'). **לוח 18** מציג את התוצאות. בקרב קבוצת הניסוי דיווחו 53.0% שהם יוצאים מן הבית בכל יום או כמעט בכל יום; ובקבוצת הביקורת 44.0%. 24.2% בקבוצת הניסוי ו-34.0% בקבוצת הביקורת יוצאים מן הבית פעמיים-שלוש בשבוע. אפשר לראות ש-15.2% מקבוצת הניסוי ו-8.5% מקבוצת הביקורת יצאו מן הבית פעמיים-שלוש בחודש עד לעיתים נדירות או לא יצאו בכלל; הבדל זה נמצא מובהק.

לוח 18: תדירות היציאה מן הבית בקרב קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת (במספרים ובאחוזים)

קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	N ניסוי	N ביקורת	ערך P
תדירות היציאה				
בכל יום או כמעט בכל יום	53.0	44.0	141	0.042
2-3 פעמים בשבוע	24.2	34.0		
פעם בשבוע	7.6	13.5		
2-3 פעמים בחודש עד לעיתים נדירות, אף פעם	15.2	8.5		

מסיכום נושא ההשתתפות החברתית עולה כי היה הבדל ברמת ההשתתפות בחוגים בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת: 26.1% מקבוצת הניסוי השתתפו בחוגים או בפעילויות פנאי לעומת 37.3% מקבוצת הביקורת (הבדל מובהק). לא נמצא הבדל בין הקבוצות בנוגע למי שמעוניין להשתתף בחוגים אך אינו משתתף בהם.

בעניין תדירות היציאה מן הבית נמצאו הבדלים בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת: בקבוצת הניסוי שיעור גבוה יותר יצאו מן הבית בכל יום או כמעט בכל יום (53.0% לעומת 44.0%). אך בקבוצת הניסוי היה גם שיעור גבוה יותר של מי שיצאו מן הבית רק פעמיים-שלוש בחודש או שלא יצאו כלל (15.2% לעומת 8.2% בקבוצת הביקורת); ההבדלים בין הקבוצות מובהקים.

4.1.6 שביעות הרצון מן התוכנית

המשתתפים בקבוצת הניסוי נשאלו על אודות שביעות הרצון שלהם מהיבטים למיניהם בתוכנית. בנוסח השאלה הוזכרו שמותיהן של המתאמות שטיפלו בהם אישית. התוצאות מפורטות ב**לוח 19**. מן הלוח עולה כי 81.1% מן המשתתפים היו מרוצים (במידה רבה ובמידה רבה מאוד) מן השילוב של עובדת סוציאלית ואחות בטיפול בהם, 86.0% היו מרוצים מן היחס של מתאמות הטיפול, 70.5% היו מרוצים מן הזמינות ומן היכולת ליצור קשר עם מתאמות הטיפול, 71.2% היו מרוצים מן המידע שהתקבל מן התוכנית ו-72.7% היו מרוצים מן השיתוף בקבלת החלטות בנוגע לטיפול בהם.

לוח 19: מידת שביעות הרצון של משתתפי קבוצת הניסוי מהיבטים בתוכנית (במספרים ובאחוזים)

N	מידת שביעות הרצון				היבטים בתוכנית
	בכלל לא	מועטה	רבה	רבה מאוד	
122	9.8	9.0	31.1	50.0	השילוב של עובדת סוציאלית ואחות
128	4.7	9.4	30.5	55.5	היחס של מתאמות הטיפול
112	17.0	12.5	33.0	37.5	הזמינות והיכולת ליצור קשר עם מתאמות הטיפול
118	9.3	19.5	38.1	33.1	המידע שהתקבל מן התוכנית
106	13.2	14.2	47.2	25.5	שיתוף המטופל בקבלת החלטות בנוגע לטיפול

משתתפי קבוצת הניסוי נשאלו כיצד ובמה תרמה להם התוכנית. בנוסח השאלות הללו גם הוזכרו שמותיהן של המתאמות שטיפלו בהם אישית. השאלות נועדו לברר עד כמה מהוות המתאמות כתובת לפנייה אליהן; באיזו מידה שיתוף הפעולה ביניהן תרם למשתתף; ומהי התרומה של ביקור הבית. עוד נשאלו המשתתפים על התחומים שבהם סייעו להם המתאמות. התוצאות מכורסות בלוח 20 ובלוח 21. מלוח 20 אפשר ללמוד ש-67.5% מן המשתתפים ראו במתאמות הטיפול כתובת לפנות אליה (במידה רבה ובמידה רבה מאוד), 77.9% ציינו ששיתוף הפעולה בין המתאמות תרם להם ו-79.0% חשבו שביקור הבית של המתאמות תרם במידה רבה ובמידה רבה מאוד.

לוח 20: האופן והמידה של תרומת מתאמות הטיפול למשתתפי התוכנית מקבוצת הניסוי, על פי משתתפי הקבוצה^א (במספרים ובאחוזים)

N	מידת התרומה				אופן התרומה
	בכלל לא	מועטה	רבה	רבה מאוד	
111	18.0	14.4	34.2	33.3	לכך שיש כתובת לפנות אליה
113	8.8	13.3	43.4	34.5	עבודה בשיתוף פעולה בקרב המתאמות
119	8.4	12.6	35.3	43.7	ביקורי בית על ידי המתאמות

^אאפשר היה לסמן יותר מתחום אחד.

מן הנתונים בלוח 21 אפשר ללמוד שהמתאמות עזרו למשתתפי התוכנית בכמה תחומים: 32.7% ציינו שהמתאמות עזרו להם בהשגת שירותים רפואיים או שירותים ממקצועות הבריאות (פרה-רפואיים), 27.9% קיבלו בעזרתן סיוע בהשגת שירותי רווחה או שירותים חברתיים, 22.4% קיבלו עזרה באופן הקשבת שהציעו להם המתאמות, 8.2% בסידורים ובבירוקרטיה ו-4.1% בעזרה כלכלית. 23.8% קיבלו עזרה בתחומים נוספים, כגון השגת אביזרים והשגת עובד זר ו-17.7% ציינו שלא קיבלו עזרה בשום תחום מאלה.

לוח 21: התחומים שבהם סייעו מתאמות הטיפול למשתתפי התוכנית מקבוצת הניסוי, על פי משתתפי הקבוצה (במספרים ובאחוזים)

תחום התרומה ^א	שיעור המציינים שקיבלו סיוע בתחום	N
עזרה בהשגת שירותים רפואיים ופורה-רפואיים	32.7	48
עזרה בהשגת שירותי רווחה או שירותים חברתיים	27.9	41
עזרה בסידורים ובבירוקרטיה	8.2	12
אוזן קשבת	22.4	33
עזרה כלכלית	4.1	6
אחר	23.8	35
שום תחום מאלה	17.7	26

^אאפשר היה לסמן יותר מתחום אחד.

כדי ללמוד על תרומת התוכנית הוגדרו ארבעה תחומים עיקריים שבהם התוכנית פועלת: רווחה נפשית; חברה ומשפחה; עזרה בתחום הרפואי; השגת שירותים ואביזרים. **בתרשים 2** מוצגים שיעורי המשתתפים בקבוצת הניסוי לפי דיווחם על תרומת התוכנית להם בארבעת התחומים שלעיל, במידה רבה ובמידה רבה מאוד.

בתחום הרווחה הנפשית: 46.8% – דיווחו שהתוכנית סייעה להם להרגיש מלאי מרץ ואנרגיה; 34.3% – דיווחו שהתוכנית סייעה להם בתחושת רווחה כללית; 25.9% – דיווחו שהתוכנית סייעה להם בשיפור תחושת השליטה בחייהם; 27.1% – דיווחו שהתוכנית סייעה להם בשיפור מצב הרוח; 21.3% – דיווחו שהתוכנית סייעה להם בהפחתת הדאגה ובשיפור תחושת השלווה בחיים.

בתחום החברה והמשפחה: 19.3% – דיווחו שהתוכנית סייעה בשיפורם של היחסים עם בני משפחה ושל מידת המעורבות שלהם; 28.7% – דיווחו שיש אל מי לפנות במקרה הצורך; 10.7% – דיווחו על סיוע או עידוד להשתתף בפעילויות חברתיות; 13.6% – דיווחו על שיפור הקשר עם המטפלת ועל שיפור עבודתה.

בתחום הרפואי: 21.3% – דיווחו שהתוכנית סייעה באיזון התרופות; 14.7% – בשיפור הטיפול בלחץ דם ובאיזון סוכרת; 20.6% – בשיפור הבריאות בכלל; 12.5% – בהפחתת כאבים הגורמים לסבל.

בתחום של השגת שירותים ואביזרים: 22.8% – דיווחו שהתוכנית סייעה להם בשיפור הרגשת בטיחות בתנועה בבית; 36.8% – בהשגת שירותים שהזדקקו להם או עזרה בכלל; 11.0% – בעזרה בהשגת אביזרים כגון משקפיים או מכשירי שמיעה; 5.1% – בהישארות בבית במקום לעבור למוסד (בית אבות).

בחישוב המידה שבה התוכנית סייעה למשתתפים לפחות באחד הרכיבים בכל תחום³ נמצא כי 64.8% מן המשתתפים דיווחו שהתוכנית סייעה להם במידה רבה או רבה מאוד בתחום הרווחה הנפשית; 51.6% בתחום חברה ומשפחה; 39.1% בתחום הרפואי; ו-55.4% בתחום השגת שירותים ואביזרים.

³ בחישוב זה לא הובאו בחשבון מי שדיווחו "לא יודע" / "לא רלוונטי".

תרשים 2: תרומת התוכנית לפי תחומי סיוע, במידה רבה ובמידה רבה מאוד לפי דיווח משתתפי קבוצת הניסוי (באחוזים)



מסיכום נושא שביעות הרצון מן התוכנית עולה כי 81.1% ממשתתפי התוכנית היו שבעי רצון (במידה רבה ורבה מאוד) מן השילוב בין אחות לעובדת סוציאלית ו-77.9% סברו כי שיתוף הפעולה ביניהן תרם להם.

70.5% מן המשתתפים היו שבעי רצון מזמינות המתאמות ומן היכולת ליצור איתן קשר ו-67.5% ראו בהן כתובת לפנות אליה. התחומים שבהם התוכנית סייעה למשתתפים לפחות בממד אחד, לפי דיווחיהם, היו רווחה נפשית – 64.8%; השגת שירותים ואביזרים – 55.4%; חברה ומשפחה – 51.6%; שיפור המצב הרפואי – 31.9%. בשיפור המצב הרפואי יש להבחין בין ממדים שבהם קשה להשיג שינוי (הפחתת כאבים, שיפור מדדי בריאות, איזון תרופות, שיפור הבריאות בכלל) ובין הסיוע בבדיקות ואבחונים שדווח לעיל.

4.1.7 השוואה בקרב משתתפי קבוצת הניסוי לפי מודל הפעלה

סעיף זה מציג את תשובותיהם של משתתפי קבוצת הניסוי בכמה שאלות עיקריות, בהשוואה ביניהם לפי מודל הפעלה. כאמור, אי אפשר לערוך בהשוואה זו מבחן מובהקות בשל מספר התצפיות הקטן בחלק מן המודלים. המסקנות המובאות כאן מעידות על מגמה, ויש לבחון אותה בזהירות הראויה.

לוח 22 מציג את חלוקת משתתפי קבוצת הניסוי במחקר לפי מודל הפעלה. 54.9% מן המשתתפים קיבלו טיפול על פי המודל המשולב ו-38.3% על פי המודל המשולב עם מנהלן. 6.9% ממשתתפי המחקר (12 משתתפים) קיבלו טיפול לפי המודל הפנים-קופתי.

לוח 22: משתתפי קבוצת הניסוי לפי מודל הפעלה התוכנית (במספרים ובאחוזים)

מודל הפעלה	%	N
מודל משולב	54.9	96
מודל משולב עם מנהלן	38.3	67
מודל פנים-קופתי	6.9	12
סך הכול	100.0	175

המשתתפים במחקר נשאלו על תחושותיהם בנוגע לשירותי הבריאות (רופאת משפחה, אחות, רופאי בתי חולים וכד') ובנוגע לשירותי הרווחה (ביטוח לאומי, מועדונים, עובדת סוציאלית וכד'). **לוח 23** מציג את ההיגדים שהוצגו למשתתפים ואת מידת ההסכמה שלהם איתם, בחלוקה לפי מודל. מידת ההסכמה (או אי ההסכמה) מייצגת את שביעות הרצון.

בנוגע לתחושה כי שירותי הבריאות עושים מה שצריך כדי לתת את הטיפול המיטבי עולה כי בין המודל המשולב ובין המודל המשולב עם מנהלן לא היה הבדל בולט במידת שביעות הרצון במידה רבה ובמידה רבה מאוד. משתתפי המודל הפנים-קופתי פחות שבעי רצון בשאלה זו, אך יש לשים לב למספר התצפיות הקטן מאוד במודל זה. בשאלה בנוגע לתשומת הלב וההקשבה שביעות הרצון הגבוהה ביותר היא במודל המשולב. אין הבדל גדול בין המודל המשולב למודל המשולב עם מנהלן, אם כי שביעות הרצון במודל עם מנהלן מעט נמוכה יותר. המשתתפים במודל הפנים-קופתי היו פחות שבעי רצון. בשביעות הרצון הכללית לא רואים הבדל בין המודלים.

אשר לשירותי הרווחה ולתחושה כי שירותי הרווחה עושים כל מה שאפשר כדי לתת את הטיפול המיטבי עולה כי משתתפי המודל הפנים-קופתי והמודל המשולב שבעי רצון יותר מאשר משתתפי המודל המשולב עם מנהלן. כך עולה גם בנוגע לתשומת הלב וההקשבה הניתנת על ידי שירותי הרווחה. אשר למידת האמון הכללי בשירותי הרווחה לא נמצאו הבדלים בולטים בין המודלים, אך משתתפי המודל המשולב הביעו את שביעות הרצון הרבה ביותר.

לוח 23: תגובות משתתפי קבוצת הניסוי להיגדים על מידת האמון שהם חשים כלפי שירותי הבריאות והרווחה, לפי מודל הפעלה (במספרים ובאחוזים)

היגד וסוג המודל	מסכים מאוד	מסכים	לא מסכים	לא מסכים בכלל	N
"שירותי הבריאות עושים כל מה שצריך כדי לתת את הטיפול הטוב ביותר"					
מודל משולב	23.6	53.9	19.1	3.4	89
מודל משולב ומנהלן	25.0	55.0	13.3	6.7	60
מודל פנים-קופתי	27.3	45.5	27.3	-	11
"לפעמים אנשי המקצוע משירותי הבריאות אינם מקשיבים בתשומת לב למה שאני מנסה לומר להם"					
מודל משולב	9.3	29.1	41.9	19.8	86
מודל משולב ומנהלן	14.8	32.8	34.4	18.0	61
מודל פנים-קופתי	18.2	45.5	9.1	27.3	11
בסך הכול יש לי אמון מלא בשירותי הבריאות					
מודל משולב	27.8	63.3	7.8	1.1	90
מודל משולב ומנהלן	30.8	53.8	13.8	1.5	65
מודל פנים-קופתי	16.7	75.0	8.3	-	12
"שירותי הרווחה עושים כל מה שצריך כדי לתת את הטיפול הטוב ביותר"					
מודל משולב	22.2	59.3	13.6	4.9	81
מודל משולב ומנהלן	27.0	42.9	23.8	6.3	63
מודל פנים-קופתי	25.0	62.5	-	12.5	8
"לפעמים אנשי המקצוע משירותי הרווחה אינם מקשיבים בתשומת לב למה שאני מנסה לומר להם"					
מודל משולב	9.7	27.8	41.7	20.8	72
מודל משולב ומנהלן	8.9	35.7	39.3	16.1	56
מודל פנים-קופתי	12.5	25.0	25.0	37.5	8

היגד וסוג המודל	מסכים מאוד	מסכים	לא מסכים	לא מסכים בכלל	N
בסך הכול יש לי אמון מלא בשירותי הרווחה"					
מודל משולב	23.5	65.9	4.7	5.9	85
מודל משולב ומנהלן	26.7	58.3	10.0	5.0	60
מודל פנים-קופתי	30.0	50.0	10.0	10.0	10

המשתתפים בקבוצת הניסוי נשאלו גם על אודות שביעות הרצון שלהם מהיבטים בתוכנית. בנוסח השאלה הוזכרו שמותיהן של המתאמות שטיפלו במשתתף אישית. **מלוח 24** עולה כי השילוב של עובדת סוציאלית ואחות זכה לשביעות הרצון הגבוהה ביותר במודל המשולב, ואילו במה שנוגע ליחס של המתאמות, שביעות הרצון הייתה הגבוהה ביותר במודל הפנים-קופתי, אך גם במודל המשולב עם מנהלן בלטה שביעות הרצון.

לוח 24: דיווח משתתפי קבוצת הניסוי על שביעות רצונם מהיבטים בתוכנית, לפי מודל הפעלה (במספרים ובאחוזים)

היבט וסוג המודל	במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	N
השילוב של עובדת סוציאלית ואחות					
מודל משולב	44.3	34.4	11.5	9.8	61
מודל משולב ומנהלן	58.8	25.5	3.9	11.8	51
מודל פנים-קופתי	40.0	40.0	20.0	-	10
היחס של מתאמות הטיפול					
מודל משולב	44.6	38.5	10.8	6.2	65
מודל משולב ומנהלן	66.0	22.6	7.5	3.8	53
מודל פנים-קופתי	70.0	20.0	10.0	-	10
הזמינות והיכולת ליצור קשר עם מתאמות הטיפול					
מודל משולב	35.6	33.9	13.6	16.9	59
מודל משולב ומנהלן	37.8	35.6	11.1	15.6	45
מודל פנים-קופתי	50.0	12.5	12.5	25.0	8
המידע שהתקבל מן התוכנית					
מודל משולב	27.9	37.7	24.6	9.8	61
מודל משולב ומנהלן	38.8	40.8	12.2	8.2	49
מודל פנים-קופתי	37.5	25.0	25.0	12.5	8
השיתוף בקבלת החלטות בנוגע לטיפול					
מודל משולב	25.5	49.1	16.4	9.1	55
מודל משולב ומנהלן	25.0	45.5	11.4	18.2	44
מודל פנים-קופתי	28.6	42.9	14.3	14.3	7

4.2 אנשי המקצוע

כאמור, במחקר נאסף מידע משלושה מעגלים של אנשי מקצוע: מתאמות הטיפול שעבדו בתוכנית לפחות חצי שנה, אנשי מקצוע במעגל הפנימי (אנשי מקצוע – העובדים בתוכנית או עם התוכנית מטעם משרד הרווחה או קופות החולים, לרוב אלו מנהלות מקצועיות או ארגוניות של המתאמות, לא כולל מתאמות הטיפול) ואנשי מקצוע במעגל הקהילתי (אנשי מקצוע שאינם קשורים לתוכנית אך עובדים איתה ביישובים שבהם התוכנית פועלת). השתתפותן של מתאמות הטיפול במחקר נעשתה במסגרת התוכנית והן אלו שהציעו שמות של אנשי מקצוע רלוונטיים במעגל הפנימי ובמעגל הקהילתי.

מטרת חלק זה במחקר היא ללמוד כיצד נתפסת התוכנית בעיני אנשי המקצוע המעורבים בה ובעיני מי שעובדים איתה ונעזרים בשירותיה, ובפרט לעמוד על תרומת שיתוף הפעולה הייחודי בין אחות לעובדת סוציאלית למשתתפי התוכנית ולמערכת השירותים.

4.2.1 מאפייני אנשי המקצוע

מ-54 מתאמי טיפול שאליהם נשלח השאלון, 48 השיבו עליו (88% היענות), מהם 91.7% נשים. כמחצית מתאמות הטיפול היו אחיות (52.1%) וכמחציתן עובדות סוציאליות (47.9%). השאלון נשלח ל-70 אנשי מקצוע מן המעגל הפנימי, 41 מהם השיבו עליו (58.5% היענות), מהם 92.7% נשים; 31.7% מאנשי המקצוע מן המעגל הפנימי היו אחיות ו-63.4% עובדות סוציאליות. במעגל הקהילתי השיבו על השאלון 72 אנשי מקצוע מ-235 שאליהם נשלח השאלון (30.6% היענות), מהם 87.5% נשים; 45.2% מן המשיבים במעגל הקהילתי היו עובדות סוציאליות (לוח 25).

לוח 25: מאפיינים דמוגרפיים של אנשי מקצוע שהשתתפו במחקר (באחוזים)

מאפיינים	מתאמות הטיפול (N=48)	אנשי מקצוע מן המעגל הפנימי (N=41)	אנשי מקצוע מן המעגל הקהילתי (N=72)
מגדר			
אישה	91.7	92.7	87.5
גבר	8.3	7.3	12.5
מקצוע			
אחות	52.1	31.7	35.6
עובדת סוציאלית	47.9	63.4	45.2
רופאה	-	-	4.1
פרה-רפואי	-	-	2.7
אחר	-	4.9	12.3

4.2.2 תרומת התוכנית למטופל ואתגרים בשיתוף פעולה, לדעת מתאמות הטיפול

היגדים בעניין שיתוף הפעולה בין הפרופסיות ותרומתו למטופל הוצגו למתאמות הטיפול, והן השיבו באיזו מידה הן מסכימות עם כל אחד מהם (**לוח 26**). מבחינת תרומת העבודה המשותפת, לדעת 89.4% ממתאמות הטיפול עבודת הצוות תרמה לרווחת המטופל במידה רבה מאוד. 47.9% הסכימו במידה רבה מאוד ועוד 50.0% הסכימו במידה רבה (יחד 97.9%) שההערכה לצורכי המטופל בתוכנית מיטבית.

עבודה בצוות עם איש מקצוע מכרופסיה שונה מעלה אתגרים, ויש לכך ביטוי בתשובות המתאמות, אך מן הממצאים עולה כי רוב המתאמות לא ראו בכך קושי. ההיגד שהוצג למתאמות הוא: "אני מעדיפה להתייעץ עם מישהו מהפרופסיה שלי במקום עם השותפה לצוות". 56.3% הסכימו איתו במידה מועטה ו-22.9% כלל לא הסכימו איתו, דהיינו 79.2% מן המתאמות לא ראו קושי של ממש בהתייעצות עם בעל מקצוע מכרופסיה שונה משלהן. 20.9% מן המתאמות היו מעדיפות במידה רבה או רבה מאוד להתייעץ עם בעל מקצוע מן הפרופסיה שלהן במקום עם שותפתן לצוות.

70.2% מן המתאמות סברו שלעבודה הצמודה עם מישהי מכרופסיה שונה משלהן יש ערך מוסף בעבודה במידה רבה מאוד ו-25.5% הסכימו במידה רבה (**לוח 26**).

64.6% מן המתאמות דיווחו שהן סומכות במידה רבה מאוד על עבודת המתאמת השותפה ועל תרומתה לטיפול בחולה, ועוד 29.2% סומכות במידה רבה (93.8% ביחד) (**לוח 26**).

78.9% מן המתאמות כלל לא הסכימו עם ההיגד ולכיון עבודת צוות עם מישהי מכרופסיה שונה אינה תורמת לרווחת המטופל. כלומר, לדעתן עבודה עם מישהי מכרופסיה שונה תורמת לרווחת המטופל. ואולם, 10.8% מן המתאמות הסכימו להיגד במידה רבה מאוד ובמידה רבה; 10.9% הסכימו איתו במידה מועטה (**לוח 26**).

לוח 26: תגובות מתאמות הטיפול בנוגע לתרומת התוכנית למטופל ולאיתגרי העבודה המשותפת (במספרים ובאחוזים)

היגד	מסכימות במידה רבה מאוד	מסכימות במידה רבה	מסכימות במידה מועטה	לא מסכימות בכלל	סך הכול	N
"עבודת הצוות במסגרת התוכנית תורמת לרווחת המטופל"	89.4	10.6	-	-	100.0	47
"הערכת צורכי המטופל במסגרת התוכנית נעשית בצורה מיטבית"	47.9	50.0	2.1	-	100.0	46
"העבודה הצמודה עם מישהו מכרופסיה שונה מייצרת ערך נוסף בעבודה שלך עצמך"	70.2	25.5	4.3	-	100.0	47
"העבודה עם מישהו מכרופסיה שונה משלך גרמה לך להכיר ולהעריך את הפרופסיה השונה משלך"	62.5	35.4	2.1	-	100.0	48

היגד	מסכימות במידה רבה מאוד	מסכימות במידה רבה	מסכימות במידה מועטה	לא מסכימות בכלל	סך הכול	N
"העבודה בשיתוף פעולה בצוות עם מישהי מכרופסיה שונה אינה תורמת לרווחת המטופל"	6.5	4.3	10.9	78.9	100.0	46
"אני מעדיפה להתייעץ עם מישהי מהכרופסיה שלי במקום השותפה שלי לצוות"	4.2	16.7	56.3	22.9	100.0	48
"אני סומכת על עבודת המתאמת השנייה איתי בצוות ועל תרומתה לטיפול בחולה"	64.6	29.2	6.3	-	100.0	48

4.2.3 שיתוף המטופל והעברת מידע אליו ואל בני משפחתו, לדעת מתאמות הטיפול

לוח 27 מפרט את דעת מתאמות הטיפול על שיתוף המטופל בהחלטות בעניין הטיפול במסגרת התוכנית ובעניין העברת מידע אליו ושיתוף בני המשפחה בהחלטות בנוגע לטיפול. 64.6% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "חברות הצוות מעודדות את המטופל להשתתף בקבלת החלטות על הטיפול בו". 75.0% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד שמידע רלוונטי על התוכנית נמסר למטופל, ו-54.2% הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "משפחת המטופל ותומכיו מעורבים בתכנון הטיפול בהתאם לבקשת המטופל".

לוח 27: תגובות מתאמות הטיפול להיגדים בנוגע לשיתוף המטופל במידע ובקבלת החלטות (במספרים ובאחוזים)

היגד	מסכימות במידה רבה מאוד	מסכימות במידה רבה	מסכימות במידה מועטה	לא מסכימות בכלל	סך הכול	N
"חברות הצוות מעודדות את המטופל להשתתף בקבלת החלטות על הטיפול בו"	64.6	29.2	6.3	-	100.0	48
"מידע רלוונטי על תוכנית הטיפול נמסר למטופל"	75.0	22.9	2.1	-	100.0	48
"משפחת המטופל ותומכיו מעורבים בתכנון הטיפול בהתאם לבקשת המטופל"	54.2	43.8	2.1	-	100.0	47

4.2.4 תרומת תוכנית תיאום הטיפול, לדעת אנשי מקצוע במעגלים הפנימי והקהילתי

אנשי המקצוע במעגלים הפנימי והקהילתי נשאלו לדעתם על תרומת התוכנית למטופל, על אודות הדרך שבה התוכנית משמשת אותם בעבודתם ככלי עזר ועל השפעות מערכתיות של התוכנית (לוח 28).

92.7% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי ו-77.0% במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "שיתוף הפעולה המקצועי של צוות תוכנית תיאום טיפול תורם לרווחת המטופל". 69.2% במעגל הפנימי ו-72.2% במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד ש"תוכנית תיאום טיפול תורמת להערכת צורכי המטופל בצורה מיטבית". 43.9% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי ו-55.6% במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד כי "תוכנית תיאום טיפול מצליחה לתרום לטיפול מיטבי בזקנים עם בעיות מורכבות" (לוח 28).

65.0% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי ו-52.7% במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד להיגד "תוכנית תיאום טיפול היא כלי עזר בארגז הכלים שלי". 53.7% במעגל הפנימי ו-58.3% במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד כי התוכנית "תורמת ליצירת שיתופי פעולה מערכתיים, בין גורמי הטיפול השונים". שיעור נמוך יותר של אנשי מקצוע הסכימו במידה רבה מאוד כי גורמים קהילתיים משתפים פעולה עם התוכנית: 19.5% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי ו-37.5% במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד ש"גורמים קהילתיים משתפים פעולה עם תוכנית תיאום טיפול". מן הנתונים עולה כי אנשי מקצוע במעגל הפנימי חוו יותר קושי בשיתוף פעולה עם גורמים בקהילה מאשר אנשי מקצוע במעגל הקהילתי (לוח 28).

לוח 28: תגובות אנשי מקצוע מן המעגלים הפנימי והקהילתי להיגדים בנוגע לתרומתם למטופלים של תוכנית תיאום הטיפול ושל שיתופי הפעולה המקצועיים (במספרים ובאחוזים)

היגד	N	אנשי מקצוע מהמעגל הפנימי	N	אנשי מקצוע מהמעגל הקהילתי
"שיתוף הפעולה המקצועי של צוות תוכנית תיאום טיפול תורם לרווחת המטופל"				
מסכימים במידה רבה מאוד	41	92.7	74	77.0
מסכימים במידה רבה		7.3		21.6
מסכימים במידה מועטה		-		1.4
בכלל לא מסכימים		-		-
סך הכול		100.0		100.0
"תוכנית תיאום טיפול תורמת להערכת צורכי המטופל בצורה מיטבית"				
מסכימים במידה רבה מאוד	39	69.2	72	72.2
מסכימים במידה רבה		30.8		26.4
מסכימים במידה מועטה		-		1.4
לא מסכימים בכלל		-		-
סך הכול		100.0		100.0

היגד	N	אנשי מקצוע מהמעגל הפנימי	N	אנשי מקצוע מהמעגל הקהילתי
"תוכנית תיאום טיפול היא כלי עזר בארגז הכלים שלי"				
מסכימים במידה רבה מאוד	40	65.0	74	52.7
מסכימים במידה רבה		32.5		35.1
מסכימים במידה מועטה		2.5		10.8
לא מסכימים בכלל		-		1.4
סך הכול		100.0		100.0
"תוכנית תיאום טיפול תורמת ליצירת שיתופי פעולה מערכתיים, בין גורמי הטיפול השונים"				
מסכימים במידה רבה מאוד	41	53.7	72	58.3
מסכימים במידה רבה		36.6		33.3
מסכימים במידה מועטה		9.8		8.3
לא מסכימים בכלל		-		-
סך הכול		100.0		100.0
"תוכנית תיאום טיפול מצליחה לתרום לטיפול מיטבי בזקנים עם בעיות מורכבות"				
מסכימים במידה רבה מאוד	41	43.9	72	55.6
מסכימים במידה רבה		43.9		40.3
מסכימים במידה מועטה		12.2		4.2
לא מסכימים בכלל		-		-
סך הכול		100.0		100.0
"גורמים קהילתיים משתפים פעולה עם תוכנית תיאום טיפול"				
מסכימים במידה רבה מאוד	41	19.5	72	37.5
מסכימים במידה רבה		68.3		45.8
מסכימים במידה מועטה		12.2		16.7
לא מסכימים בכלל		-		-
סך הכול		100.0		100.0

4.2.5 ייחודיות שיתוף הפעולה במסגרת תוכנית תיאום טיפול

המחקר בדק לא רק את האתגר שבשיתוף פעולה כרופסיונלי ואת תרומתו אלא גם אם שיתוף הפעולה בתוכנית תיאום טיפול שונה משיתופי פעולה אחרים בין שירותים וכיצד הוא בא לידי ביטוי. אנשי המקצוע משלושת המעגלים השיבו על מידת הסכמתם עם היגדים הנוגעים לתרומת שיתוף הפעולה. התוצאות מוצגות בלוח 29.

85.4% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "עבודת הצוות במסגרת התוכנית תורמת למטופל יותר משיתוף פעולה רגיל בין אנשי מקצוע". 60.0% מן המעגל הפנימי ו-52.7% מן המעגל הקהילתי הסכימו גם כן עם ההיגד במידה רבה מאוד. אם מוסיפים לשיעורי ההסכמה גם את המסכימים עם ההיגד במידה רבה, השיעורים הם: 95.8% מן המתאמות, 97.5% מאנשי המקצוע מן המעגל הפנימי ו-93.2% מאנשי המקצוע מן המעגל הקהילתי.

אנשי המקצוע במעגלים הפנימי והקהילתי ראו בתוכנית כלי לזיהוי מהיר של בעיות ולטיפול בהן אף יותר מאשר המתאמות: 61.0% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי ו-56.2% במעגל הקהילתי הסכימו עם היגד זה במידה רבה מאוד לעומת 47.9% מן המתאמות.

לדעת אנשי המקצוע במעגל הפנימי יש מקום לשיפור בדרך העברת המידע על אודות שינויים במצב המטופל או בתוכנית הטיפול לידי המתאמות: 14.6% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "מידע רלוונטי הנוגע לשינוי במצב המטופל או בתוכנית הטיפול מדווח לחברות הצוות בזמן". 38.9% מאנשי המקצוע במעגל הקהילתי ו-40.4% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד.

51.1% מן המתאמות ו-47.2% מאנשי המקצוע במעגל הקהילתי הסכימו במידה רבה מאוד שצוות תיאום הטיפול השתמש ביעילות בתיק המטופל בתור כלי תקשורת, אך רק 31.7% מאנשי המקצוע במעגל הפנימי חשבו כך.

לוח 29: תגובות אנשי המקצוע להיגדים בנוגע לייחודיות שיתוף הפעולה בתוכנית תיאום הטיפול ולתרומתה (במספרים ובאחוזים)

היגד	N	מתאמות הטיפול	N	אנשי מקצוע מהמעגל הפנימי	N	אנשי מקצוע מהמעגל הקהילתי
"עבודת הצוות במסגרת התוכנית תורמת למטופל יותר משיתוף פעולה רגיל בין אנשי מקצוע"	48		40		74	
מסכימים במידה רבה מאוד	85.4		60.0		52.7	
מסכימים במידה רבה	10.4		37.5		40.5	
מסכימים במידה מועטה	4.2		2.5		5.4	
לא מסכימים בכלל	-		-		1.4	
סך הכול	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

היגד	N	מתאמות הטיפול	N	אנשי מקצוע מהמעגל הפנימי	N	אנשי מקצוע מהמעגל הקהילתי
"התוכנית מאפשרת זיהוי מהיר של בעיות וטיפול בהן"						
	48		41		73	
מסכימים במידה רבה מאוד		47.9		61.0		56.2
מסכימים במידה רבה		50.0		39.0		41.1
מסכימים במידה מועטה		2.1		-		2.7
לא מסכימים בכלל		-		-		-
סך הכול		100.0		100.0		100.0
"מידע רלוונטי הנוגע לשינוי במצב המטופל או בתוכנית הטיפול מדווח לחברות הצוות בזמן"						
	47		41		72	
מסכימים במידה רבה מאוד		40.4		14.6		38.9
מסכימים במידה רבה		44.7		63.4		47.2
מסכימים במידה מועטה		14.9		22.0		13.9
לא מסכימים בכלל		-		-		-
סך הכול		100.0		100.0		100.0
"צוות תיאום טיפול משתמש ביעילות בתיק המטופל ככלי תקשורת"						
	47		41		72	
מסכימים במידה רבה מאוד		51.1		31.7		47.2
מסכימים במידה רבה		34.0		56.1		44.4
מסכימים במידה מועטה		14.9		12.2		8.3
לא מסכימים בכלל		-		-		-
סך הכול		100.0		100.0		100.0

4.2.6 אתגרים מקצועיים ואתגרי ניהול בהפעלת צוות רב-מקצועי, לדעת מתאמות הטיפול

מתאמות הטיפול נשאלו על ההתמודדות שלהן עם סוגיות ארגוניות העולות עקב היותן שתי נשות מקצוע הפועלות יחדיו אך שייכות כל אחת למסגרת ארגונית שונה וכפופות כל אחת למנהלת נפרדת.

34.0% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "בעבודה היום-יומית המנהלות מבינות את מהות הגישה של תיאום הטיפול" ועוד 48.9% הסכימו איתו במידה רבה (יחד 82.9%). עם זאת, מן הממצאים עולות תגובות מעורבות בנוגע לתרומת שתי מנהלות להעשרת הטיפול ולשיפור האיכות: 51.0% מן המתאמות הסכימו במידה רבה ובמידה רבה מאוד עם ההיגד "קיומן של שתי מנהלות תורם להעשרת הטיפול ולשיפור האיכות" ו-49.0% הסכימו איתו במידה מועטה או לא הסכימו איתו כלל (לוח 30).

תגובות מעורבות עלו גם ביחס להיגד: "המנהלות מעורות בחששות של חברות הצוות". 55.3% הסכימו עם ההיגד במידה רבה או במידה רבה מאוד ו-44.7% הסכימו איתו במידה מועטה או לא הסכימו איתו כלל (**לוח 30**).

אשר לחלוקת התפקידים והגדרת תחומי האחריות: 83.4% מן המתאמות הסכימו במידה רבה או במידה רבה מאוד שהם מוגדרים בבהירות; 14.6% הסכימו עם היגד זה במידה מועטה ו-2.1% לא הסכימו איתו כלל (**לוח 30**).

מניסיון של המתאמות בהפעלת התוכנית עולה כי הצלחת התוכנית תלויה בקיומם של קשרים מקצועיים חזקים של מתאמות הטיפול עם אנשי מקצוע מחוץ לתוכנית. 62.5% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "קשרים מקצועיים חזקים של המתאמת עם אנשי מקצוע וגורמי מערכת מחוץ לתוכנית, הם תנאי הכרחי להצלחת התוכנית" ועוד 33.3% הסכימו איתו במידה רבה (יחד – 95.8%). כמו כן 91.5% מן המתאמות הסכימו במידה רבה או במידה רבה מאוד עם ההיגד "קשרים עם עמיתים למקצוע שאינם מהתוכנית מסייעים לקדם דברים בתוך התוכנית" (**לוח 30**). דברים ברוח זו עלו גם בראיונות המוקדמים עם מתאמות הטיפול:

” זה חשוב שיש קשרים טובים מול אנשי המקצוע, שנרגיש בנוח לשלוח מייל, וזה מה שיכול לקדם. [...] יש לי קשרים של כמה שנים. אז פה בעבודה שלי אני משתמשת בקשרים האלה וזה מאוד עוזר. (מתאמת טיפול)

35.4% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "בעקבות התוכנית נוצרו שיתופי פעולה חדשים בממשקים שמחוץ לתוכנית" ועוד 47.9% הסכימו איתו במידה רבה (יחד – 83.3%). המתאמות הסכימו כי נוצרו שיתופי פעולה עם ארגוני קהילה המסייעים בתמיכה בתוצאות הטיפול. 44.7% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "הצוות פיתח שיתופי פעולה עם ארגונים קהילתיים כדי לתמוך טוב יותר בתוצאות הטיפול" ו-46.8% הסכימו איתו במידה רבה (יחד – 91.5%) (**לוח 30**).

29.2% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד כי "לצוות יש תהליך המאפשר ביצוע מיטבי של תיאום טיפול עם שירותים בקהילה", 66.7% הסכימו עם ההיגד במידה רבה (**לוח 30**).

לוח 30: תגובות מתאמות הטיפול להיגדים בנוגע לשיתוף פעולה בין שתי מערכות שירותים ובנוגע לקשרים עם מערכות מחוץ לתוכנית (במספרים ובאחוזים)

היגד	מסכימות במידה רבה מאוד	מסכימות במידה רבה	מסכימות במידה מועטה	לא מסכימות בכלל	N	סך הכול
עבודה מול שתי מנהלות						
"בעבודה היום-יומית המנהלות מבינות את מהות הגישה של תיאום הטיפול"	34.0	48.9	17.1	-	47	100.0
"קיומן של שתי מנהלות תורם להעשרת הטיפול ולשיפור האיכות"	10.6	40.4	36.2	12.8	47	100.0
"המנהלות מעוררות בחששות של חברות הצוות"	21.3	34.0	31.9	12.8	47	100.0
שיתוף פעולה ומקצועיות						
"התפקידים השונים בטיפול בחולה והאחריות מוגדרים בבהירות"	41.7	41.7	14.6	2.1	48	100.0
"חברת הצוות שלי מכירה בכך שיש היבטים בטיפול שבהם לבעלי מקצוע כמוני יש יותר ניסיון ומומחיות"	46.8	38.3	10.6	4.3	47	100.0
"חברות הצוות אחראיות להביע את דעתן המקצועית"	66.0	31.9	2.1	-	47	100.0
"הצוות פיתח אסטרטגיות תקשורת יעילות לשיתוף מטרות הטיפול ותוצאותיו"	58.3	33.3	8.3	-	48	100.0
"יש בעיות שבאופן קבוע דורשות התערבות של בעל סמכות גבוהה יותר"	2.1	8.3	29.2	60.4	48	100.0
מערכות שונות						
"קשרים עם עמיתים למקצוע שאינם מהתוכנית מסייעים לקדם דברים בתוך התוכנית"	53.2	38.3	8.5	-	47	100.0
"קשרים מקצועיים חזקים של המתאמת עם אנשי מקצוע וגורמי מערכת מחוץ לתוכנית, הם תנאי הכרחי להצלחת התוכנית"	62.5	33.3	4.2	-	48	100.0
"בעקבות התוכנית נוצרו שיתופי פעולה חדשים בממשקים שמחוץ לתוכנית"	35.4	47.9	14.6	2.1	48	100.0
"הצוות פיתח שיתופי פעולה עם ארגונים קהילתיים כדי לתמוך טוב יותר בתוצאות הטיפול"	44.7	46.8	8.5	-	47	100.0
"לצוות יש תהליך המאפשר ביצוע מיטבי של תיאום טיפול עם שירותים בקהילה"	29.2	66.7	4.2	-	48	100.0

מתאמות הטיפול מקיימות קשרי עבודה עם עמיתיהן למחלקות שבהן הן עובדות, נוסף על קשריהן בתוכנית תיאום הטיפול. לעיתים הן מקבלות לטיפולן מקרים שעמיתים למחלקה טיפלו בהם קודם לכן או שהן מעבירות לטיפולם מקרים שהטיפול בהם במסגרת התוכנית הסתיים. מתאמות הטיפול נשאלו על הקשרים שלהן עם עמיתיהן למקצוע. התוצאות מפורטות ב**לוח 31**.

מן הממצאים עולה כי 10.4% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד עם ההיגד "עמיתים מחוץ לתוכנית (עו"ס במחלקה או אנשי צוות בקופה) מבינים את תפקיד המתאמת" ו-45.8% הסכימו איתו במידה רבה (יחד – 56.2%), אך 43.8% הסכימו עם ההיגד זה רק במידה מועטה, כלומר סברו שעמיתיהן למקצוע לא תמיד מבינים את תפקידן במסגרת תוכנית תיאום הטיפול (**לוח 31**).

91.5% מן המתאמות הסכימו במידה רבה מאוד או במידה רבה שהקשרים שלהן עם עמיתיהן למקצוע מסייעים להן לקדם דברים בתוך התוכנית (**לוח 31**).

29.2% מן המתאמות הביעו שביעות רצון במידה רבה מאוד מן הקשר עם עמיתים למקצוע שאינם מן התוכנית, 60.4% הביעו שביעות רצון במידה רבה (יחד – 89.6%). 8.3% הביעו שביעות רצון במידה מועטה ו-2.1% לא היו שביעות רצון בכלל (**לוח 31**).

לוח 31: תגובות מתאמות הטיפול להיגדים ולשאלות בנוגע לקשרים שלהן עם עמיתיהן למקצוע (במספרים ובאחוזים)

היגד	מסכימות במידה רבה מאוד	מסכימות במידה רבה	מסכימות במידה מועטה	לא מסכימות בכלל	N	סך הכול
"עמיתים מחוץ לתוכנית (עו"ס במחלקה או אנשי צוות בקופה) מבינים את תפקיד המתאמת"	10.4	45.8	43.8	-	48	100.0
"הקשרים עם עמיתים למקצוע שאינם מהתוכנית מסייעים לקדם דברים בתוך התוכנית"	53.2	38.3	8.5	-	48	100.0
באיזו מידה את שבעת רצון מהקשר עם עמיתים למקצוע שאינם מן התוכנית?	29.2	60.4	8.3	2.1	48	100.0

מתאמות הטיפול התבקשו לסמן את הנושאים שבהם העבודה עם רכזות התוכנית מטעם ג'וינט-אשל תורמת להצלחת התוכנית (**לוח 32**). 63.5% ממתאמות הטיפול סימנו שהדרכה שוטפת לטיפול במקרים וכן למידה והבנה לפי מודל 'תיאום טיפול' תרמו להצלחת התוכנית. שיעור נמוך יותר סימנו פתרון בעיות בתוך הצוות (38.5%), עבודה עם מערכות בקהילה (28.8%) וקביעת סדרי עדיפויות בטיפול (25.0%).

נוסף על כך מתאמות הטיפול נשאלו מה הם הנושאים שבהם היו רוצות לקבל עזרה נוספת מרכזת התוכנית מטעם ג'וינט-אשל. 38.5% מן המתאמות היו מעוניינות לקבל עזרה ב"למידה והבנה לפי מודל 'תיאום טיפול'" ו-25.5% היו מעוניינות ב"הדרכה שוטפת לטיפול במקרים" (**לוח 32**). חלק קטן יותר מן המתאמות רצו לקבל הדרכה בעבודה עם מערכות בקהילה (15.4%), קביעת סדרי עדיפויות בטיפול (13.5%) ופתרון בעיות בתוך הצוות (7.7%).

לוח 32: הנושאים שבהם העבודה עם רכזות התוכנית מטעם ג'וינט-אשל תורמת לתוכנית, לפי מתאמות הטיפול (במספרים ובאחוזים)

	N	%
נושאים שבהם העבודה עם רכזות התוכנית מטעם ג'וינט אשל תורמת להצלחת התוכנית^א		
הדרכה שוטפת לטיפול במקרים	33	63.5
למידה והבנה לפי מודל "תיאום טיפול"	33	63.5
פתרון בעיות בתוך הצוות	20	38.5
עבודה עם מערכות בקהילה	15	28.8
קביעת סדרי עדיפויות בטיפול	13	25.0
נושאים שבהם המתאמות רוצות לקבל עזרה נוספת מרכזות התוכנית מטעם ג'וינט-אשל^א		
עבודה עם מערכות בקהילה	20	38.5
הדרכה שוטפת לטיפול במקרים	13	25.5
למידה והבנה לפי מודל "תיאום טיפול"	7	13.5
קביעת סדרי עדיפויות בטיפול	4	7.7
פתרון בעיות בתוך הצוות	4	7.7

^אאפשר היה לסמן יותר מנושא אחד.

4.2.7 סיכום: תרומת התוכנית לפי אנשי המקצוע

מניתוח ממצאי המחקר עולה כי שביעות הרצון מן התוכנית הייתה גבוהה בקרב אנשי מקצוע משלושת המעגלים: מתאמות הטיפול, המעגל הפנימי (המנהלות של מתאמות הטיפול במחלקות לשירותים חברתיים או במרפאות קופת החולים) והמעגל הקהילתי (אנשי מקצוע מן הקהילה שנתונים בקשרי עבודה עם התוכנית). לדעת המתאמות, לשילוב של נשות מקצוע משתי פרופסיות – עובדת סוציאלית ואחות – הייתה תרומה ייחודית לרווחתו של המטופל והוא תרם גם להתפתחותן שלהן בתור נשות מקצוע.

אנשי המקצוע במעגל הפנימי סברו שעבודת הצוות במסגרת התוכנית תורמת למטופל יותר משיתוף פעולה רגיל בין אנשי מקצוע, וגם רוב אנשי המקצוע במעגל הקהילתי סברו כך. עם זאת, רק כמחצית מאנשי המקצוע במעגלים הפנימי והקהילתי סברו שתוכנית תיאום הטיפול מצליחה לתרום לטיפול מיטבי בזקנים עם בעיות מורכבות. אנשי המקצוע ציינו כי התוכנית תורמת לשיתוף פעולה מערכתי בין גורמי טיפול, אך לא כל גורמי הטיפול משתפים איתה פעולה. עלה גם קושי בפיתוח שיתופי פעולה חדשים מחוץ לתוכנית. רבים מאנשי המקצוע ציינו כי התוכנית הפכה להיות כלי עזר בארגז הכלים שלהם.

מתאמות הטיפול סברו ששיתוף הפעולה במסגרת התוכנית ייחודי וכי יש לו תרומה למטופל יותר מן התרומה של שיתוף פעולה רגיל בין אנשי המקצוע. גם אנשי המקצוע במעגלים הפנימי והקהילתי סברו כך אך פחות מאשר המתאמות. עם זאת, נראה כי

אנשי המקצוע, בעיקר במעגל הפנימי, סברו, יותר מן המתאמות, שהתוכנית היא כלי לזיהוי מהיר של בעיות ולטיפול בהן. עוד עלה מדברי אנשי המקצוע כי יש מקום לשיפור בדרך העברת המידע על שינויים במצב המטופל אל המתאמות ובשימוש שלהן בתיק המטופל בתור כלי תקשורת ביניהן. מתאמות הטיפול ציינו כי רכיב חשוב להצלחת התוכנית הוא הקשרים המקצועיים שכל אחת מהן מביאה איתה אל התוכנית וכי קשרים אלו משמשים אותן להשגת מטרות התוכנית.

עוד ציינו מתאמות הטיפול שהתוכנית מסייעת גם בשיתוף ומעורבות של המטופל בקבלת החלטות, שהן מעודדות את המטופל לקבל החלטות עבור הטיפול שלו, שהן מוסרות לו מידע, ושמשפחת המטופל מעורבת בקבלת החלטות בקשר לטיפול.

שילוב של שתי נשות מקצוע משתי פרופסיות – עובדת סוציאלית ואחות – הוא מורכבות בפני עצמה, אך נראה כי בחלק גדול מן המקרים נשות המקצוע הצליחו לגשר על הפערים. המתאמות ציינו במחקר שחברות הצוות אחראיות להביע את דעתן המקצועית ושהן פיתחו אסטרטגיות תקשורת יעילות לשיתוף מטרות הטיפול ותוצאותיו. מורכבות אחרת בעבודת הצוות נבעה מקיומן של שתי מנהלות, כל אחת מתחום אחר. חלק מן המתאמות ציינו שקיומן של שתי מנהלות יוצר קושי בהתנהלות הצוות, ולא בכל המקרים קיומן של שתי מנהלות תורם להעשרת הטיפול ולשיפור האיכות. אתגר נוסף היה בעבודה עם עמיתים למקצוע שאינם חלק מן התוכנית. רבות מן המתאמות חשבו שעמיתים למקצוע שאינם מן התוכנית אינם מבינים את תפקידן בתור מתאמות, והן היו פחות שבעות רצון מן הקשר עם עמיתים אלו.

מתאמות הטיפול עבדו במשך פעולת התוכנית עם רכזות התוכנית מטעם ג'וינט-אשל, ואלו העניקו להן הדרכה ותמיכה. הן ציינו שההדרכה השוטפת לטיפול במקרים וכן למידת מודל "תיאום טיפול" והבנת דרך הפעולה סייעו להצלחת התוכנית. כשליש מן המתאמות היו מעוניינות בעזרה בנושא עבודה עם מערכות בקהילה, ויש בכך התאמה לקושי שעלה בפיתוח שיתופי פעולה קהילתיים.

4.3 ניתוח צריכת שירותים לפי נתונים מנהליים

מטרת הניתוח היא לבחון שינויים בהיקף צריכת שירותי בריאות בין התקופה שלפני ההצטרפות לתוכנית ובין תקופת ההשתתפות בתוכנית ולאחריה. הנתונים על אודות צריכת שירותי בריאות התקבלו מקופות החולים השותפות לתוכנית (שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות; לא התקבלו נתונים מקופת חולים מאוחדת) ומתייחסים למשתתפי התוכנית שחתמו על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. נעשתה השוואה בין צריכת השירותים בחצי השנה שלפני ההצטרפות לתוכנית (תקופה א) ובין צריכת השירותים בחצי השנה ממועד ההצטרפות לתוכנית (תקופה ב).

4.3.1 השוואת ממוצעים מזוגים

לוח 33 מציג את צריכת השירותים בשתי התקופות ואת ההבדל ביניהן. לצורך הבדיקה זוגו נתונים ברמת הפרט על אודות צריכת שירותי בריאות בתקופה א עם הנתונים על אודות צריכת השירותים בתקופה ב. הלוח מציג את ממוצע צריכת השירותים בכל אחת מן התקופות ותוצאות מבחן סטטיסטי להשוואה ביניהן.

מן הניתוח עולה כי בשלושה שירותים יש הבדל מובהק בצריכת השירותים בין שתי התקופות. מספר הפניות הממוצע למחלקה לרפואה דחופה בבתי חולים ירד ב-53% (מובהק ברמה של 5%). לעומתו עלה מספר הפניות הממוצע למוקדים לרפואה דחופה בקהילה ב-79% (מובהק ברמה של 10%). השינוי בצריכת השירותים – הסטה משירותים בבתי חולים לשירותים בקהילה – הוא שינוי רצוי, והוא מקדם ניצול יעיל של משאבי הבריאות. הבדל נוסף נמצא במספר הממוצע של הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה, ירידה של כ-19% (מובהק ברמה של 10%).

לוח 33: צריכת שירותי בריאות של משתתפי התוכנית, השוואת ממוצעים מזווגים לפני ההצטרפות לתוכנית ואחריה

השירות	ממוצע תקופה א	ממוצע תקופה ב	ממוצע תקופה א	ממוצע תקופה ב	ערך P להשוואה בין התקופות
ימי אשפוז בבית חולים ^א	0.366	0.334	0.857	0.798	0.754
ימי אשפוז במחלקה שיקומית גריאטרית ^א	0.056	0.072	0.450	0.466	0.787
פניות למחלקה לרפואה דחופה	0.49	0.23	0.865	0.476	0.003
פניות למוקדים לרפואה דחופה בקהילה	0.19	0.34	0.547	0.965	0.082
ביקורים פרונטליים אצל רופא משפחה	6.33	6.40	5.157	5.001	0.842
ביקורים וירטואליים אצל רופא משפחה	2.09	1.70	3.267	2.534	0.083
סך הכול פניות לרופא משפחה	8.42	8.10	6.844	5.698	0.469
ביקורים אצל רופא יועץ בקהילה	3.37	3.75	3.069	3.555	0.241
ביקורים אצל רופא יועץ לא בקהילה	1.32	1.20	2.933	2.187	0.589
פניות למרפאות-חוץ	3.86	3.63	8.815	9.883	0.608
הפניות ליחידה לטיפול בית / המשך טיפול	0.12	0.19	0.467	0.547	0.171

^אהערכים של ימי אשפוז הם ב-hn על הערך המקורי. מאחר שמדובר במשך זמן יש לנרמל להתפלגות נורמלית.

4.3.2 ניתוח רב-משתני

בשל הרצון להבין מה הם הגורמים העשויים לתרום לשינוי בצריכת שירותי בריאות, דהיינו, כדי לבחון אם יש מתאם בין צריכת שירותי בריאות בשתי התקופות (ההפרש בין התקופות) ובין משתני רקע וכן בין ההשתתפות בתוכנית נעשתה רגרסיה ליניארית המאפשרת לבחון קיומו של מתאם בניכוי השפעות ממשתנים אחרים.

המשתנה המוסבר הוא הפרש צריכת השירותים בין תקופה א לתקופה ב. ואלו המשתנים המסבירים: גיל (רציף), מגדר (1 לגבר, 2 לאישה), קבלת השלמת הכנסה מביטוח לאומי (1 מקבל, 2 לא מקבל), מספר הנקודות בשלב האינטייק בעת ההצטרפות לתוכנית (0 = 1-6 נקודות, 1 = 7 נקודות ויותר), מספר חודשי הטיפול בתוכנית (0 = עד שלושה חודשים, 1 = יותר משלושה חודשים), רמת תפקוד (0 = עצמאי, 1 = לא עצמאי: תשוש, תשוש נפש או סיעודי), השתתפות בתוכנית (1 לפני ההצטרפות לתוכנית, 2 בזמן ההשתתפות בתוכנית או אחריה), משתנה דמי לנטרול הבדלים מבניים בין הקופות.

בניתוח הרב-משתני לא נמצאו משתנים מסבירים מובהקים לימי אשפוז בבית חולים, לימי אשפוז במחלקה שיקומית גריאטרית, לביקורים אצל רופא יועץ שאינו בקהילה ולהפניות ליחידה לטיפולי בית / המשך טיפול. בלוחות להלן מפורטות תוצאות הרגרסיות עבור השירותים שבהם נמצאו משתנים מסבירים מובהקים (אם לא צוין אחרת רמת המובהקות היא 5%).

לוח 34 מציג את תוצאות הרגרסיה הליניארית להסבר ההפרש במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה בין תקופה א לתקופה ב. מן הלוח עולה כי תקופת ההשתתפות בתוכנית הייתה מתואמת באופן מובהק עם ירידה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה לעומת התקופה שלפני ההשתתפות בתוכנית. עוד עולה כי מספר נקודות גבוה בעת ההצטרפות לתוכנית (7 נקודות ויותר) היה מתואם עם עלייה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה בהמשך – לעומת מספר נקודות נמוך (1-6 נקודות), דהיינו אנשים שלפי אבחון יש להם בעיות מורכבות יותר נטו יותר לפנות למחלקה לרפואה דחופה.

לוח 34: רגרסיה ליניארית להסבר ההפרש בפניות למחלקה לרפואה דחופה בין תקופה א לתקופה ב

משתנים מסבירים	B	רווח בר-סמך (95%)	ערך P
		תחתון	עליון
גיל	0.001	-0.015	0.936
מגדר	0.069	-0.145	0.525
השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי	0.175	-0.081	0.179
נקודות בעת ההצטרפות לתוכנית	0.222	0.019	0.032
מספר חודשי טיפול	0.074	-0.126	0.466
תפקוד	-0.224	-0.496	0.104
השתתפות בתוכנית	-0.296	-0.486	0.002
קופת חולים	0.354	0.082	0.011

לוח 35 מציג את תוצאות הרגרסיה הליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הפרונטליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב. מן הלוח עולה כי קבלת השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי הייתה מתואמת באופן מובהק עם ירידה במספר הביקורים הפרונטליים אצל רופא משפחה לעומת אי-קבלת השלמת הכנסה. עוד עולה כי משך טיפול ארוך בתוכנית (יותר משלושה חודשים) היה מתואם עם עלייה במספר הביקורים הפרונטליים אצל רופא משפחה לעומת משך טיפול קצר (עד שלושה חודשים).

לוח 35: רגרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הפרונטליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב

משתנים מסבירים	B	רווח בר-סמך (95%)		ערך P
		תחתון	עליון	
גיל	-0.08	-0.187	0.026	0.137
מגדר	-0.503	-2.007	1.002	0.511
השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי	2.167	0.375	3.959	0.018
נקודות בעת ההצטרפות לתוכנית	0.044	-1.372	1.461	0.951
מספר חודשי טיפול	1.73	0.328	3.132	0.016
תפקוד	-0.896	-2.796	1.003	0.353
השתתפות בתוכנית	-0.214	-1.543	1.114	0.751
קופת חולים	2.308	0.402	4.215	0.018

לוח 36 מציג את תוצאות הרגרסיה הליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב. מן הלוח עולה כי יש מתאם מובהק בין מגדר נשי ובין עלייה במספר הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב לעומת מגדר גברי. עוד עולה מניתוח הרגרסיה כי מספר נקודות גבוה בעת הצטרפות לתוכנית (7 נקודות ויותר) היה מתואם עם ירידה במספר הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה לעומת מספר נקודות נמוך (1–6 נקודות) וכן היה מתאם בין מצב תפקודי ובין שימוש בביקורים וירטואליים אצל רופא משפחה: אצל אנשים שאינם עצמאיים ירדה כמות הביקורים הווירטואליים לעומת אנשים עצמאיים (**לוח 36**).

לוח 36: רגרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב

משתנים מסבירים	B	רווח בר-סמך (95%)		ערך P
		תחתון	עליון	
גיל	-0.015	-0.083	0.053	0.666
מגדר	1.062	0.094	2.029	0.032
השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי	0.601	-0.552	1.754	0.305
נקודות בעת ההצטרפות לתוכנית	-1.089	-2.001	-0.178	0.019
מספר חודשי טיפול	0.474	-0.428	1.376	0.302
תפקוד	-1.490	-2.712	-0.268	0.017
השתתפות בתוכנית	-0.469	-1.324	0.385	0.280
קופה	-0.434	-1.66	0.792	0.486

לוח 37 מציג את תוצאות הרגרסיה הליניארית להסבר ההפרש במספר הפניות הכולל (פרונטליות ווירטואליות) לרופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב. מן הלוח עולה כי היה מתאם מובהק בין מספר חודשי הטיפול בתוכנית ובין מספר הפניות הכולל לרופא משפחה. משך טיפול ארוך בתוכנית (יותר משלושה חודשים) מתואם עם עלייה במספר הפניות הכולל לרופא משפחה לעומת משך טיפול קצר (עד שלושה חודשים). עוד עולה כי קבלת השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי הייתה מתואמת באופן מובהק עם ירידה במספר הפניות הכולל לרופא משפחה לעומת אי-קבלת השלמת הכנסה.

לוח 37: רגרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים הכולל אצל רופא משפחה בין תקופה א לתקופה ב

משתנים מסבירים	B	רווח בר-סמך (95%)	ערך P
		תחתון	עליון
גיל	-0.095	-0.234	0.178
מגדר	0.559	-1.41	0.576
השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי	2.768	0.422	0.021
נקודות בעת ההצטרפות לתוכנית	-1.045	-2.9	0.268
מספר חודשי טיפול	2.204	0.368	0.019
תפקוד	-2.386	-4.874	0.060
השתתפות בתוכנית	-0.684	-2.423	0.439
קופת חולים	1.874	-0.621	0.140

לוח 38 מציג את תוצאות הרגרסיה הליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים אצל רופא יועץ בקהילה בין תקופה א לתקופה ב. מן הלוח עולה כי היה מתאם מובהק בין קבלת השלמת הכנסה ובין ביקורים אצל רופא יועץ בקהילה: בקרב מי שאינם מקבלים השלמת הכנסה עלתה כמות הביקורים אצל רופא יועץ בקהילה לעומת מקבלי השלמת הכנסה. עוד עולה כי משך טיפול ארוך בתוכנית (יותר משלושה חודשים) מתואם עם עלייה במספר הביקורים אצל רופא יועץ בקהילה לעומת משך טיפול קצר (עד שלושה חודשים). נמצא הבדל מבני בין קופות החולים, המתואם עם מספר הביקורים אצל רופא יועץ בקהילה.

לוח 38: רגרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הביקורים אצל רופא יועץ בקהילה בין תקופה א לתקופה ב

משתנים מסבירים	B	רווח בר-סמך (95%)	ערך P
		תחתון	עליון
גיל	-0.009	-0.077	0.798
מגדר	-0.413	-1.378	0.399
השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי	2.128	0.979	<0.001
נקודות בעת ההצטרפות לתוכנית	-0.658	-1.566	0.155
מספר חודשי טיפול	1.108	0.209	0.016
תפקוד	-0.674	-1.892	0.277
השתתפות בתוכנית	0.173	-0.678	0.688
קופת חולים	2.332	1.11	<0.001

לוח 39 מציג את תוצאות הרגרסיה הליניארית להסבר ההפרש במספר הפניות למרפאות-חוץ בבתי חולים בין תקופה א לתקופה ב. מן הלוח עולה כי היה מתאם מובהק בין גיל גבוה יותר ובין ירידה במספר הפניות למרפאות-חוץ. עוד עולה מניתוח הרגרסיה כי היה מתאם מובהק (ברמה של 10%) בין קבלת השלמת הכנסה ובין פניות למרפאות-חוץ: בקרב מי שמקבלים השלמת הכנסה עלתה כמות הפניות למרפאות-חוץ לעומת מי שאינם מקבלים השלמת הכנסה. כמו כן נמצא מתאם מובהק (ברמה של 10%) בין משך הטיפול בתוכנית למספר הפניות למרפאות-חוץ: משך טיפול ארוך (יותר משלושה חודשים) מתואם עם עלייה במספר הפניות למרפאות-חוץ לעומת משך טיפול קצר (עד שלושה חודשים). היה הבדל מבני בין קופות החולים המתואם עם מספר הפניות למרפאות-חוץ.

לוח 39: רגרסיה ליניארית להסבר ההפרש במספר הפניות למרפאות-חוץ בבתי חולים בין תקופה א לתקופה ב

משתנים מסבירים	B	רווח בר-סמך (95%)	ערך P
		תחתון	עליון
גיל	-0.173	-0.305	0.011
מגדר	0.398	-1.474	0.675
השלמת הכנסה מן המוסד לביטוח לאומי	-2.165	-4.395	0.057
נקודות בעת ההצטרפות לתוכנית	1.247	-0.517	0.165
מספר חודשי טיפול	1.479	-0.267	0.096
תפקוד	-0.569	-2.933	0.636
השתתפות בתוכנית	-0.5	-2.154	0.552
קופת חולים	-4.016	-6.389	0.001

4.3.3 סיכום: ניתוח צריכת שירותים לפי נתונים מנהליים

מטרת הבדיקה שנערכה הייתה לבחון שינויים בהיקף צריכת שירותי בריאות בין התקופה שלפני ההצטרפות לתוכנית ובין תקופת ההשתתפות בתוכנית ולאחריה. הנתונים ששימשו לבדיקה הם נתונים מנהליים של קופות החולים (שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות). בניתוח ממוצעים מזווגים נמצאה ירידה במספר הפניות הממוצע למחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים ועלייה במספר הפניות הממוצע למוקדים לרפואה דחופה בקהילה. כמו כן נמצאה ירידה במספר הממוצע של ביקורים וירטואליים אצל רופא משפחה.

ניתוח רב-משתני באמצעות רגרסיה ליניארית נעשה כדי לבדוד מתאם בין גורמי רקע והשתתפות בתוכנית ובין שינוי בצריכת שירותי בריאות בין תקופה א לתקופה ב.

להשתתפות בתוכנית נמצא מתאם עם ירידה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה: תקופת ההשתתפות בתוכנית תואמת באופן מובהק ירידה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה לעומת התקופה שלפני ההשתתפות בתוכנית.

משתנה בולט נוסף שנמצא מתאם בינו ובין שינוי בצריכת שירותים הוא מספר חודשי הטיפול בתוכנית. ככל שמספר חודשי הטיפול היה גדול יותר נמצא מתאם עם עלייה במספר הפניות לרופא משפחה (ביקורים פרונטליים) וכן עם מספר הפניות הכולל לרופא משפחה, עלייה במספר הפניות לרופא יועץ בקהילה ועלייה במספר הפניות למרפאות-חוץ. אפשר לשער שמספר חודשי טיפול גדול יותר מעיד על בעיות מורכבות יותר שלפטרונן נדרש זמן רב וכן שהוא בא לידי ביטוי בעלייה בצריכת השירותים.

מספר הנקודות שנצברו בשלב האינטייק בעת ההצטרפות לתוכנית מעיד גם כן על מורכבות הבעיות. כאמור, מספר נקודות גבוה יותר מעיד על מורכבות רבה יותר או על גורמי קושי רבים יותר. נמצא שמספר הנקודות היה מתואם עם עלייה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה ועל ירידה במספר הפניות הווירטואליות לרופא משפחה.

רמת תפקוד נמוכה נמצאה מתואמת עם ירידה במספר הביקורים הווירטואליים אצל רופא משפחה וכן עם ירידה במספר הפניות הכולל לרופא משפחה.

קבלת השלמת הכנסה נמצאה מתואמת עם שינויים בצריכת שירותי בריאות: ביקורים פרונטליים אצל רופא משפחה וכן מספר הפניות הכולל לרופא משפחה (ירידה במספר הביקורים לעומת מי שאינם מקבלים השלמת הכנסה), ביקורים אצל רופא יועץ (ירידה במספר הביקורים לעומת מי שאינם מקבלים השלמת הכנסה) ופניות למרפאות-חוץ (עלייה במספר הביקורים לעומת מי שאינם מקבלים השלמת הכנסה).

גיל גבוה יותר נמצא מתואם עם ירידה במספר הפניות למרפאות-חוץ, ונמצא שנשים השתמשו יותר מגברים בפניות וירטואליות לרופא משפחה.

4.4 ניתוח עלות-תועלת ועלות-מועילות

4.4.1 ניתוח עלות-תועלת

עלות התוכנית חושבה לפי הסכומים ששולמו בפועל להפעלת התוכנית בשנת 2022. כדי לדעת מהי העלות הממוצעת למשתתף יש לחלק סכום זה במספר המשתתפים שבהם התוכנית טיפלה בשנת 2022 (כפי שיפורט להלן). מסכום זה יש להפחית את החיסכון הפוטנציאלי (התועלת) שהתוכנית יצרה (במונחים כספיים). החיסכון הפוטנציאלי של התוכנית נאמד מתוך תוצאות המחקר, בהשוואה בין שימוש בשירותי בריאות לפני ואחרי ההצטרפות לתוכנית.

עלות התוכנית

התוכנית מומנה בחלקה על ידי ג'וינט-אשל ובחלקה (מימון מתאמות הטיפול האחיות) על ידי משרד הבריאות. עלות התוכנית שמומנה על ידי ג'וינט-אשל חושבה על ידי מנהלי הכספים בג'וינט-אשל על פי הנתונים בפועל לשנת 2022. העלות כוללת את כל הוצאות התוכנית, ובהן פיתוח ידע, ימי עיון, מחשוב ופעילות ברשויות המקומיות, ללא תשלום למתאמות הטיפול ולאחיות שמומן כאמור על ידי משרד הבריאות. עלות התוכנית ששולמה על ידי ג'וינט-אשל היא 5,811,715 ש"ח. העלות ששולמה בפועל לשנת 2022 על ידי משרד הבריאות חושבה על ידי מינהל תכנון (כלכלת בריאות) במשרד הבריאות והייתה 5,181,000. סך הכול העלות לשנת 2022 הייתה 10,992,715 ש"ח.

לצורך חישוב עלות-תועלת הובאו בחשבון כל המשתתפים שתאריך האינטייק שלהם היה בין 1 בינואר 2022 ל-31 בדצמבר 2022. משתתפים שטופלו בתוכנית במהלך 2022 אך תאריך האינטייק שלהם היה בסוף 2021 לא הובאו בחשבון, אך משתתפים שנרשמו לתוכנית בסוף 2022 ועיקר הטיפול בהם היה ב-2023 כן הובאו בחשבון.

המידע על המשתתפים התקבל משני מקורות: (א) מערכת המידע של תוכנית תיאום הטיפול שהופעלה על ידי ג'וינט-אשל, ולפיה נרשמו לתוכנית בשנת 2022 (לפי תאריך האינטייק) 2,347 משתתפים; (ב) משתתפים שנרשמו לתוכנית בשנת 2022 במודל הפנים-קופתי והמידע עליהם נמסר לג'וינט-אשל מקופות החולים: 488 משתתפים. בסך הכול בשנת 2022 טופלו בתוכנית 2,835 משתתפים.

העלות הממוצעת למשתתף בתוכנית בשנת 2022 הייתה אם כך 3,878 ש"ח (10,992,715/2,835).

תועלת התוכנית (במונחים כספיים) היא החיסכון או השינוי בצריכת שירותי הבריאות שנוצר במהלך ההשתתפות בתוכנית (כפי שנמצא במחקר). הנתונים **מלוח 33** לעיל מראים כי במהלך תקופת ההשתתפות בתוכנית הייתה ירידה מובהקת של 0.26 במספר הפניות הממוצע למחלקה לרפואה דחופה. מניתוח רב-משתני אף עולה כי ההשתתפות בתוכנית הייתה מתואמת באופן מובהק עם הירידה במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה. ביתר השירותים לא נמצא שינוי מובהק בצריכה בין התקופות. עלות הביקור במחלקה לרפואה דחופה (תשלום גולבלי ועוד אגרת מיון) הייתה 1,303 ש"ח⁴. על כן החיסכון הממוצע של התוכנית בצריכת שירותי בריאות הוא 339 ש"ח למשתתף בתוכנית ($0.26 \times 1,303$), בהנחה שהשפעת התוכנית חלה גם על משתתפי התוכנית שלא סיימו אותה ולא השתתפו במחקר. בעקבות החיסכון שנגרם בשימוש בשירותי בריאות ירדה עלות הטיפול הממוצעת למשתתף בתוכנית ל-3,539 ש"ח (3,878-339) (הפחתה של כ-9%).

לשם הבהרה, מספר המשתתפים שטופלו על ידי התוכנית במהלך שנת 2022 שונה ממספר המשתתפים הרלוונטיים למחקר, כיוון שהמחקר עסק אך ורק במשתתפים שסיימו את השתתפותם בתוכנית. בפועל היו משתתפים שלא סיימו את השתתפותם בתוכנית (נפטרו, עברו לבית אבות, הפסיקו השתתפות מבלי לסיים וחזרו להשתתף לאחר מכן ועוד). זאת ועוד, הזמן הרלוונטי לקביעת אפשרות להשתתף במחקר (חתימה על טופס הסכמה מדעת) נקבע באמצעות אישור ועדת הלסינקי על ידי כל אחת מקופות החולים המשתתפות, והיה שונה בין קופה לקופה ולא חפף את שנת 2022.

4.4.2 עלות-מועילות

מבחינת הממצאים עולה כי ישנם תחומים שבהם התוכנית תרמה למשתתפים ושיכרה את רווחתם. לתועלות אלו אי אפשר לשייך מחיר כספי, אבל אפשר להשתמש בשיטות לחישוב מועילות כדי להעריך הערכה כמותית את תרומת התוכנית לשיפור הרווחה. משתתפי התוכנית נשאלו על תרומת התוכנית מבחינתם במגוון תחומים, כגון סיוע או עידוד להשתתפות בפעילות חברתית, שיפור תחושת הבריאות, שיפור הרווחה הכללית, תחושה שיש אל מי לפנות וכד'. בכל אחד מן התחומים נמדד מהו חלקם של המשתתפים שציינו שהתוכנית תרמה להם במידה רבה או רבה מאוד.

⁴ על פי [תעריפון משרד הבריאות](#) לשירותים אמבולטוריים ולשירותי אשפוז מיולי 2022.

אחוז המשתתפים שציינו שהתוכנית תרמה להם במידה רבה או רבה מאוד בתחומים שציינו לעיל מהווה אומדן ראשוני לתרומת התוכנית לשיפור הרווחה. יש לשקלל תרומה זו עם סדרי העדיפות של המשתתפים בתחומים החשובים בחייהם. למשל, אם התוכנית תרמה למשתתף בשיפור היחסים עם המשפחה, אך תחום זה בעיני אותו משתתף אינו משכר את תחושת הרווחה שלו, תרומת התוכנית בעיניו תהיה נמוכה. על כן יש לשקלל את תרומת התוכנית בכל תחום עם מידת החשיבות של תחום זה בעיני המשתתף לשיפור רווחתו.

כדי לעשות זאת יש לדעת מהם סדרי העדיפויות של המשתתפים בנוגע לחשיבות תחומי הרווחה בחייהם. במחקר בארצות הברית על אודות סדרי העדיפויות (להלן: **מערכת הטעמים**) של הציבור בנוגע לתחומי רווחה למיניהם, דורגו 113 היבטים של רווחה ברמת הפרט (כגון השלומות הכללית של האדם ומשפחתו, תחושת הביטחון בחיים ובנוגע לעתיד, המידה שבה האדם מרגיש שלדברים שהוא עושה בחייו יש משמעות וכד') לפי מידת החשיבות שמשתתפי המחקר, המייצגים את האוכלוסייה הבוגרת בארצות הברית, ייחסו להיבטים אלו (Benjamin et al., 2014). בהיעדר נתונים דומים על משתתפי המחקר הנוכחי, או על מבוגרים בחברה הישראלית, הניח צוות המחקר כי מערכת הטעמים של משתתפי התוכנית דומה לזו של משתתפי המחקר בארצות הברית.

מפתח השקלול של סדרי העדיפויות שבו השתמשו החוקרים נלקח כאמור מן המחקר שנעשה בחברה האמריקנית (Benjamin et al., 2014). ההיבטים של רווחת הפרט שנבדקו שם דורגו ולכל היבט נקבע מקדם המשקף את מידת חשיבותו בסדרי העדיפויות של הפרטים בארצות הברית. כדי לדעת מהו ערכו היחסי של כל היבט בעיני הפרט חושב חלקו היחסי באחוזים. היבט הבריאות למשל דורג גבוה בעיני הפרטים, והמקדם שלו היה 0.42 (ההיבט שקיבל את המקדם הגבוה ביותר הוא השלומות של האדם ומשפחתו – 0.46). סך כל התרומה של 113 ההיבטים שנבדקו מסתכמת ל-24.41, ועל כן, החשיבות של היבט הבריאות, או התרומה היחסית של היבט זה בעיני הציבור בארצות הברית הייתה 1.72% מכלל התרומה לרווחה ($100 \times 0.42 / 24.41$).

ההיבטים שבהם נבדקה תרומת התוכנית במחקר זה, במונחי רווחה לאדם המשתתף, הם **שיפור תחושת בריאות המשתתף** (תרומת התוכנית לאיזון התרופות, להפחתת כאבים, לשיפור טיפול בלחץ דם וסוכרת, להשגת אביזרים רפואיים, להפחתת כאבים, לשיפור הבטיחות בבית ולשיפור הבריאות בכלל); **איכות היחסים עם המשפחה**; **הרווחה הכוללת** (שיפור בתחושת הרווחה הכללית, שיפור מצב הרוח, תחושת מרץ ואנרגיה, הפחתת הדאגה בחיים ושיפור בתחושת השלווה); **קיומן של פעילויות מספקות בחיים**; קיומן של **אפשרויות בחירה במהלך החיים** וחופש לבחור מביניהן (תרומת התוכנית לאפשרות להישאר בבית ולא לעבור למוסד, שיפור תחושת השליטה בחיים); שיפור בתחושה שיש **כתובת לפנות אליה** במקרה הצורך. התרומה של כל היבט שוקללה במקדם החשיבות של היבט זה כאחוז מן הערך הכולל של ההיבט לרווחת משתתפי התוכנית על פי העדפות הפרטים בארצות הברית. התוצאות מפורטות ב**לוח 40**.

מן הממצאים עולה כי בהיבט הבריאות למשל, 32.2% ממשתתפי התוכנית דיווחו שהתוכנית שיפרה את בריאותם או תרמה לה. אחוז זה שוקלל במקדם החשיבות של היבט הבריאות לרווחת הפרט (1.72%), וכך התקבל כי התוכנית שיפרה את רווחת הפרט בהיבט הבריאות ב-0.55% (32.2×0.0172). בסך הכול, שיפרה התוכנית את רווחת משתתפי התוכנית בהתאם להנחות אלו ב-3.79%.

חישוב המועילות מתבסס על ההנחות בדבר מערכת הטעמים של הפרטים שפורטו לעיל. בהשוואה לחישוב המועילות שנערך בתוכנית הניסיונית של תוכנית תיאום טיפול, מועילות התוכנית השתפרה. בתוכנית הניסיונית נמצא כי התוכנית שיפרה את רווחת המשתתפים ב-2.1%. מועילות התוכנית השתפרה אפוא ב-1.7 נקודות אחוז שהן שיפור ב-81% לעומת התוכנית הניסיונית.

לוח 40: עלות-מועילות התוכנית בשיפור רווחת המשתתפים

היבט לפי המחקר בארצות הברית	ההתמקדות במחקר זה	מקדם העדפת הפרטים	אחוז מן הערך הכולל של התרומה לרווחה	אחוז הנתרמים במחקר זה	סך הכול אחוז התרומה לרווחת המשתתף במחקר זה
בריאות המשתתף	הפחתת כאבים, איזון תרופות, שיפור טיפול בלחץ דם וסוכרת, הפחתת כאבים, בטיחות בבית, השגת אביזרים, שיפור הבריאות	0.42	1.72	61.4	1.06
איכות היחסים עם המשפחה	יחסים עם בני המשפחה ושיפור המעורבות שלהם	0.37	1.52	26.7	0.41
רווחה כוללת	רווחה כללית, מצב הרוח, מרץ ואנרגיה, הפחתת דאגה ושיפור השלווה	0.34	1.39	73.1	1.02
קיומן של פעילויות מספקות בחיים	השתתפות בפעילויות חברתיות	0.22	0.90	15.0	0.14
אפשרויות בחירה וחופש לבחור ביניהן	שיפור תחושת השליטה בחיים, שיפור באפשרות לגור בבית ולא לעבור למוסד	0.32	1.31	56.1	0.73
כתובת לפנות אליה	יש אל מי לפנות במקרה הצורך	0.28	1.15	38.6	0.44
					3.79
					סך הכול

5. מגבלות המחקר

משתתפי התוכנית שרואיינו לא כללו אנשים עם אבחנה של דמנציה או אלצהיימר, ולא נכללו משתתפים שיש להם אפוטרופוס וכך לא נכללה במחקר תרומת התוכנית לאנשים אלו. הראיונות נערכו בטלפון, ובשל קושי פיזי או מנטלי לנהל שיחה בטלפון לא תמיד היה אפשר לראיין את המשתתפים.

סינון קבוצת הביקורת במטרה לאתר אנשים מתאימים לתוכנית נעשה באמצעות שאלון דומה לשאלון האינטייק שמשמש את התוכנית בשלב ההצטרפות אליה, ותנאי ההצטרפות לקבוצת הביקורת היו זהים לתנאי ההצטרפות לתוכנית (צבירת שלוש נקודות, שאחת מהן לפחות היא בחלק של בעיות בריאות ואחת מהן לפחות בחלק של בעיות סוציאליות). אך השאלון לא כלל רכיבים משאלון האינטייק המתבססים על נתונים מנהליים או שאלות שקשה או אי אפשר לשאול בטלפון. בסך הכול נכללו עשר שאלות מתוך 21 שאלות בשאלון האינטייק. למרות מגבלה זו, צוות המחקר סבור כי זוהי קבוצת הביקורת הטובה ביותר שאפשר היה להגיע אליה במגבלות המחקר. בהשוואת שאלון האינטייק בין הקבוצות נמצא כי בחמישה קריטריונים מתוך העשרה לא היה הבדל ובחמישה כן היה הבדל בין הקבוצות. ההבדלים מתבטאים במצב בריאות חמור של קבוצת הניסוי מזה של קבוצת הביקורת ובמצב חברתי של קבוצת הביקורת חמור מזה של קבוצת הניסוי. קבוצת הביקורת נמצאה דומה במאפייני הרקע הדמוגרפיים שלה לקבוצת הניסוי (לא נמצאו הבדלים מובהקים ברוב המאפיינים).

לא התקבלו נתונים מנהליים על אודות צריכת שירותי בריאות מקופת חולים מאוחדת, ולכן הניתוח עוסק במשתתפי התוכנית משירותי בריאות כללית וממכבי שירותי בריאות בלבד.

מספר המשתתפים מן המודל הפנים-קופתי היה קטן; ובהשוואה בין המודלים לא היה אפשר לעשות מבחן מובהקות סטטיסטי.

על פי החלטת ועדת ההיגוי של המחקר, הראיונות התקיימו כשלושה חודשים לאחר סיום ההשתתפות בתוכנית במטרה לבחון את קיום ההשפעה גם כעבור זמן מסיום ההשתתפות. לזמן החולף יש השפעה על הדרך שבה אנשים זוכרים ותופסים את השתתפותם בתוכנית ואת תרומתה להם.

חישוב עלות המועילות נערך בהתבסס על מחקר שבדק את העדפות הפרטים בארצות הברית. בהיעדר מחקר שבדק את העדפות הפרטים בארץ, ובמיוחד אלו של אנשים מבוגרים, זוהי האפשרות הטובה ביותר לחישוב זה.

6. סיכום, דיון והמלצות

6.1 סיכום

מחקר זה בחן את תוכנית תיאום הטיפול במגוון היבטים. ההיבטים העיקריים שנבחנו היו תרומת התוכנית למצבו של המשתתף בה לעומת מצבו של מי שלא השתתף בה; מידת הייחודיות של שיתוף הפעולה בתוכנית בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה ותרומתו למטופל ולמערכת; השפעת התוכנית על צריכת שירותי בריאות; עלות-תועלת התוכנית ומועילותה למשתתפים בה.

מן הממצאים עולה כי לעומת קבוצת הביקורת, התוכנית הצליחה לשפר את תחושת האמון של משתתפיה בשירותי הרווחה. אשר לשירותי הבריאות: המשתתפים חשו אמון גם כלפיהם אך לא היה הבדל באמון בינם ובין קבוצת הביקורת. משתתפי התוכנית חשו ביטחון שיקבלו שירותי בריאות ורווחה אם יזדקקו להם בעתיד יותר מאשר קבוצת הביקורת, אך ההבדל לא היה מובהק.

חלק קטן ממשתתפי התוכנית דיווחו כי פנו אליהם משירותי הבריאות ומשירותי הרווחה והתעניינו במצבם. משתתפי התוכנית דיווחו שפנו אליהם יותר מאשר משתתפי קבוצת הביקורת אך ההבדל לא היה מובהק.

מן הממצאים עולה כי משתתפי התוכנית קיבלו יותר טיפולי בית מקופות החולים באופן מובהק ויותר אבחונים גריאטריים או בדיקה במרפאת זיכרון או מרפאה פסיכו-גריאטרית לעומת קבוצת הביקורת. אף על פי כן, יותר ממשתתפי התוכנית דיווחו כי הם מעוניינים באבחון גריאטרי לעומת קבוצת הביקורת.

יותר ממשתתפי התוכנית, לעומת משתתפי קבוצת הביקורת, דיווחו כי קרה להם שהזדקקו לעזרתה של עובדת סוציאלית ולא קיבלו אותה. דהיינו משתתפי התוכנית הרגישו הבדל מובהק בזמינות שירותי עובדת סוציאלית עבורם לעומת משתתפי קבוצת הביקורת. לא נמצא הבדל בנוגע לזמינות שירותי אחות.

נמצא כי משתתפי התוכנית יצאו מן הבית בתדירות גבוהה יותר ממשתתפי קבוצת הביקורת, אם כי בקרב מי שלא יצאו מן הבית כלל, אחוז המשתתפים בתוכנית היה גם הוא גבוה מבקבוצת הביקורת. ההבדלים מובהקים.

שביעות הרצון של משתתפי התוכנית בלטה בעיקר בנוגע לשילוב של אחות ועובדת סוציאלית בטיפול בהם ובנוגע ליחס של המתאמות. שביעות רצון נמוכה יותר עולה מן הזמינות של המתאמות, מן המידע שהתקבל מן התוכנית ומשיתוף המטופל בהחלטות בעניין הטיפול. משתתפי התוכנית דיווחו כי התוכנית סייעה להם בעיקר בתחומי הרווחה הנפשית, השגת שירותים ואביזרים וכן חברה ומשפחה וכחות בתחום הרפואי.

אנשי המקצוע שרואיינו ראו בתוכנית תיאום טיפול כלי עזר בארגז הכלים המקצועי שלהם וסברו כי יש לתוכנית תרומה ייחודית, החורגת משיתוף פעולה רגיל בין גורמים מקצועיים. כמו כן סברו כי התוכנית מהווה כלי לזיהוי בעיות ולטיפול מהיר בהן, אם כי רק חלקם סברו שהתוכנית מתאימה לטיפול במקרים מורכבים. לדעת המתאמות, שיתוף הפעולה תרם הן לרווחת המשתתפים הן לשיפור העבודה האישית שלהן. התוכנית משתפת לדעתן את המטופל בקבלת החלטות בנוגע לטיפול בו, אף כי המשתתפים עצמם דיווחו על פחות שביעות רצון מנושא זה.

נראה כי אחד הכלים שמתאמות הטיפול משתמשות בהם להצלחת התוכנית הוא הקשרים המקצועיים שכל אחת מהן מביאה איתה אל התוכנית וכי קשרים אלו משמשים אותן להשגת מטרות התוכנית.

בשיתוף פעולה מקצועי מן הסוג שהתוכנית מפעילה יש אתגרים ארגוניים, מקצועיים ואישיים. מן הממצאים עולה כי רוב המתאמות סברו כי הצליחו להתגבר על האתגר המקצועי והאישי. ברמה הארגונית עולה כי אומנם לא היה קושי בולט בהתנהלות שוטפת מול שתי מנהלות השייכות לשתי מערכות נפרדות – בריאות ורווחה – אך קיומן של שתי מנהלות אינו תורם מאוד למשתתפי התוכנית. המתאמות חוו קושי בעבודה מול עמיתים למקצוע מתוך הארגונים שלהן, אך לא מתוך התוכנית, משום שלא תמיד העמיתים מבחוץ הבינו את תפקיד המתאמות בתוכנית. אנשי המקצוע של התוכנית סברו שאף כי יש לתוכנית תרומה ייחודית בעבור המשתתפים בה בשיתוף הפעולה שבין אחות לעובדת סוציאלית, היו קשיים ביצירת שיתופי פעולה עם גורמים מערכתיים מחוץ לתוכנית וכי לא כל גורמי המקצוע מחוץ לתוכנית משתפים איתה פעולה.

עוד עלה כי אפשר לשפר את זמן העברת המידע על שינויים במצב המטופל אל המתאמות ואת השימוש של המתאמות בתיק המטופל לתקשורת ביניהן.

מניתוח נתונים מנהליים על אודות צריכת שירותי בריאות של משתתפי התוכנית לפני התוכנית ובזמן התוכנית עולה כי בזמן התוכנית הייתה ירידה מובהקת במספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה. נתון זה אף נמצא מובהק בניתוח רב-משתני (נטרול משתני רקע שונים).

בניכוי החיסכון שנגרם בעקבות הירידה בפניות למחלקה לרפואה דחופה עומדת העלות הממוצעת למשתתף בתוכנית בשנת 2022 על 3,539 ש"ח.

אף כי בניתוח הרב-משתני לא נמצא מתאם בין השתתפות בתוכנית לשינוי בצריכת שירותי בריאות (מלבד הירידה בפניות למחלקה לרפואה דחופה) נמצא כי משך טיפול ארוך יותר בתוכנית וניקוד גבוה יותר (כלומר בעיות מורכבות יותר) בעת ההצטרפות לתוכנית מתואמים עם עלייה בצריכת שירותי בריאות. אפשר לשער שנתונים אלו מעידים על בעיות שלפותרונן נדרש זמן רב.

מניתוח מועילות התוכנית עולה כי בהתחשב בחלקם של משתתפי התוכנית אשר דיווחו כי התוכנית שיפרה את מצבם בתחום כלשהו או תרמה להם בתחום זה במידה רבה או במידה רבה מאוד ובהתחשב בחשיבותם של תחומים אלו לרווחת הפרט, השתתפות בתוכנית משפרת את רווחת המשתתפים ב-3.79%. זהו שיפור ניכר לעומת מועילות התוכנית בשלב הפיילוט.

6.2 דיון והמלצות

לדעת אנשי המקצוע העובדים עם התוכנית ובתוכנית יש ערך מוסף בשיתוף הפעולה המקצועי בין אחות לעובדת סוציאלית במסגרת התוכנית, העולה על שיתופי פעולה רגילים בין ארגונים.

התוכנית הצליחה ליצור או להגביר את האמון שחשו המשתתפים במערכת השירותים, בעיקר בשירותי הרווחה (האמון בשירותי הבריאות גבוה בשתי הקבוצות). הם דיווחו על אמון גבוה יותר בשירותי הרווחה לעומת דיווחה של קבוצת הביקורת. בד בבד

עלה גם צורך בקבלת שירותים נוספים של עובדת סוציאלית. ייתכן כי יש לכך קשר להעלאת רף הציפיות בעקבות המפגש עם שירותי הרווחה דרך צוות מתאמות הטיפול. נראה שהתוכנית מגבירה את החשיפה בעיקר לשירותי הרווחה, שכן שירותי הבריאות מוכרים יותר.

גם בהנגשת שירותים רפואיים נמצא הבדל בין משתתפי התוכנית לקבוצת הביקורת: משתתפי התוכנית קיבלו יותר שירותים, כגון טיפול בית ואבחון גריאטרי. התוכנית הצליחה להשיג שירותים רפואיים כגון טיפולי בית ואבחונים למשתתפיה, ויש להמשיך בהישגים אלו, ולא רק בגבולות התוכנית, אלא יש לבחון הנגשה של שירותים כגון אלו לכלל הזקנים הזקוקים להם. עם זאת, משתתפי התוכנית דיווחו בעיקר על שיפור בתחושת הרווחה וכחות על שיפור בתחושת הבריאות. נראה שעל אף הנגשת שירותי הבריאות, לא תמיד יש בכך כדי להביא לידי שיפור במדדי הבריאות.

ממצאי המחקר עולה כי שיעור נמוך יחסית מקבוצת הניסוי (לעומת קבוצת הביקורת) משתתפים בפעילות במרכז יום או במועדון, אך כחמישית מהם כן היו מעוניינים להשתתף בפעילות מועדון או מרכז יום. כאמור, ייתכן כי הסיבה לשיעור ההשתתפות הנמוך היא מצבה הבריאותי החמור יותר של קבוצת הניסוי. ממצא זה אף מתקשר עם הנתון שבקרב מי שאינם יוצאים מן הבית, חלקה של קבוצת הניסוי גדול יותר. לנוכח העובדה שמשתתפי קבוצת הניסוי הביעו צורך ביציאה למועדונים ומרכזי יום, יש לנסות להבין לעומק את החסמים להשתתפותם בשירותים אלו ולעשות מאמצים נוספים לשלבם בהם.

משתתפי התוכנית דיווחו על שביעות רצון גבוהה משיתוף הפעולה בין המתאמות ומיחס המתאמות אליהם אך כחות מזמינות ומן היכולת ליצור איתן קשר, וייתכן כי שיפור בתחום זה עשוי להגביר את שביעות הרצון של המשתתפים מן התוכנית ואת האמון שלהם במערכת.

אף שדעת המתאמות הייתה כי הן משתפות את המטופל ואת בני משפחתו בקבלת החלטות, משתתפי התוכנית היו כחות שבעי רצון מתחום זה יחסית לשביעות הרצון הגבוהה שלהם מתחומים אחרים בתוכנית, וכך גם בנוגע למידע שנמסר להם מן התוכנית. נראה כי יש מקום לשיפור בתחום זה.

התוכנית עומדת בפני אתגרים ארגוניים מעצם השילוב בין שתי מערכות ארגוניות. נראה כי היא מצליחה להתמודד עם האתגרים הארגוניים הללו, שכן מתאמות הטיפול ואנשי המקצוע דיווחו על שביעות רצון גבוהה בממדים אחדים. עם זאת עלה צורך בשיפור היכרותם של עמיתיהן למקצוע של המתאמות עם התוכנית ועם תפקידן, כדי להקל עליהן את ההתמודדות היום-יומית במסגרת תפקיד זה וכדי לחזק את יצירת שיתופי הפעולה מחוץ לתוכנית. מבחינה ניהולית, המתאמות לא סברו שיש תרומה בצוות ניהול המורכב משתי מנהלות. נראה כי יש מקום לחשוב על דרך לצמצם את צוות הניהול למנהלת אחת.

אחד הגורמים שתורמים להצלחת התוכנית הוא הקשרים המקצועיים שהמתאמות מביאות איתן. הן משתמשות בקשרים אלו כדי לקדם את ענייני התוכנית. יש בכך כדי לעורר שאלה בנוגע למידת ההסתמכות על קשרים אלו בהפעלה לטווח ארוך.

התוכנית הצליחה להוריד את מספר הפניות למחלקה לרפואה דחופה, ובכך צומצמה העלות למשתתף בכ-9%. עוד נמצא כי התוכנית שיפרה את רווחת המשתתפים בה בתחומים שאין להם מחיר כספי, וכי היא עושה זאת טוב יותר מאשר בתוכנית הניסיונית.

מסיכום הממצאים עולה כי התוכנית הצליחה לתת טיפול פרטני למשתתפיה: היא הפנתה מטופלים אל השירותים הרפואיים המתאימים להם וסיפקה שירותי רפואה ורווחה לזקוקים לכך. בכך יש כדי להעיד שהתוכנית תורמת ליעילות השימוש בשירותי בריאות ורווחה.

יש קושי מובנה במדידת תוצאות של שיפור מצב אישי בקרב אוכלוסיית היעד של התוכנית: מצבם הראשוני מורכב וקשה ביותר, ואף אם השירות סייע להם, לא תמיד הם מסוגלים להבחין בשיפור במצבם או לזהות את הגורם שסייע בכך. ייתכן גם כי ההשתתפות בתוכנית יצרה ציפייה שקבעה מראש סף שביעות רצון גבוה לעומת זה של קבוצת הביקורת.

עם זאת, מממצאי המחקר עולה כי לתוכנית יש הצלחה מסוימת בשיפור מצבם של המשתתפים בה, ובמיוחד היא מתאימה לזיהוי בעיות ולטיפול מהיר בהן וכן להספקת שירותים רפואיים ושירותי רווחה לזקוקים להם. היא הביאה לידי חיסכון מסוים בצריכת שירותי בריאות ולשיפור ברווחתם של המשתתפים בה. התוכנית מהווה שירות תוספתי ואין לצפות שתצליח לכסות את כל העלות למשתתף על ידי חיסכון בצריכת שירותים, אך מסתמנת הפניה של המשתתפים לשימוש נכון יותר במשאבי הבריאות. אנשי מקצוע בקהילה רואים בה כלי עזר רצוי.

מקורות

- ג'וינט ישראל-אשל והמוסד לביטוח לאומי. (2020). הליך תחרותי לקבלת הצעות לביצוע מחקר מלווה לתכנית תיאום טיפול. [https://www.ariel.ac.il/wp/rnd/wp-content/uploads/sites/11/2020/03/Call for Proposals Joint TeumTipul_04.2020.pdf](https://www.ariel.ac.il/wp/rnd/wp-content/uploads/sites/11/2020/03/Call_for_Proposals_Joint_TeumTipul_04.2020.pdf)
- רזניצקי, ש., לרון, מ., שנור, י., כהן, י., וייס, ד. וקרמל-שיפמן, א. (2020). הטיפול המשולב בזקן – תוכנית ניסיונית. מחקר הערכה. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. (מסמך פנימי, לא פורסם)
- Benjamin, D. J., Heffetz, O., Kimball, M. S., & Szembrot, N. (2014). Beyond happiness and satisfaction: Toward well-being indices based on stated preference. *American economic review*, 104(9), 2698-2735. DOI: 10.1257/aer.104.9.2698
- Challis, D.J., Brodsky, J., Habib, J., & Hirschfeld, M. (2003). Achieving co-ordinated and integrated care among long term care services: The role of care management. In *Key Policy Issues in Long Term Care* (pp. 139-190). World Health Organization.
- De Carvalho, I. A., Epping-Jordan, J., Pot, A. M., Kelley, E., Toro, N., Thiagarajan, J. A., & Beard, J. R. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 756. doi: 10.2471/BLT.16.187617
- Hopman, P., De Bruin, S. R., Forjaz, M. J., Rodriguez-Blazquez, C., Tonnara, G., Lemmens, L. C., Onder, G., Baan, C.A., & Rijken, M. (2016). Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review. *Health Policy*, 120(7), 818-832. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.002>
- Johri, M., Beland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(3), 222-235. <https://doi.org/10.1002/gps.819>
- Low, L. F., Yap M., & Brodaty H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11, 93. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-93>
- Ruikes, F. G., Adang, E. M., Assendelft, W. J., Schers, H. J., Koopmans, R. T., & Zuidema, S. U. (2018). Cost-effectiveness of a multicomponent primary care program targeting frail elderly people. *BMC family practice*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0735-4>
- World Health Organization (WHO). (2016). *Integrated Care Models: An Overview*. <https://wyoleg.gov/InterimCommittee/2019/10-201906132.WHOIntegrated-care-models-overview.pdf>

נספח א: דגימת קבוצת הביקורת

לוח א1: הרשויות המקומיות שמהן נדגמה קבוצת הביקורת לפי זמינות רופא ואחוז הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים

סיווג הרשות המקומית	מספר הנדגמים	שמות הרשויות המקומיות
עד 49% בני 75+ רשומים במחלקות לשירותים חברתיים זמינות רופא עד 16 שעות	2,393	אבו סנאן; אבן יהודה; אום אל-פחם; אור יהודה; אורנית; אזור; אילת; אכסאל; אלעד; אלפי מנשה; באקה אל-גרביה; באר יעקב; ביר אל-מכסור; בית אריה-עופרים; בית ג'ן; בית דגן; בית שמש; בנימינה-גבעת עדה; ג'דידה-מכר; ג'ולס; ג'וליוליה; גבעת שמואל; גדרה; גני תקווה; דבוריה; דיר אל-אסד; זכרון יעקב; זמר; זרזיר; חריש; טורעאן; יבנה; יפיע; ירכא; כאבול; כוכב יאיר; כסיפה; כפר ורדים; כפר יאסיף; כפר יונה; כפר קרע; מבשרת ציון; מגד אל-כרום; מגדל שמס; מגאר; מודיעין-מכבים-רעות; מודיעין עילית; מזכרת בתיה; מיתר; מעלה עירון; נהריה; נס ציונה; עומר; עילוט; עפולה; ערעה; פורידיס; פקיען (בוקיעה); פרדסיה; קדימה-צורן; קלנסווה; קצרין; קריית אוננו; קריית ביאליק; קריית טבעון; קריית עקרון; ראמה; ריינה; רכסים; רמת השרון; רמת ישי; שבלי - אום אל-גנם; שוהם; שעב; תל מונד
50% ויותר בני 75+ רשומים במחלקות לשירותים חברתיים זמינות רופא עד 16 שעות	743	אבו גוש; אור עקיבא; אעבלין; אפרת; אריאל; בועיינה-נוג'ידאת; בוקעאתא; בית אל; בית שאן; ביתר עילית; בני ע"ש; בסמ"ה; בסמת טבעון; בענה; ג'סר א-זרקא; ג'ת; גבעת זאב; גן יבנה; דאלית אל-כרמל; דייר חנא; חורה; חורפיש; חצור הגלילית; טובא-זנגריה; טירת כרמל; יאנוח-ג'ת; יקנעם עילית; ירוחם; כסרא-סמיע; כעביה-טבאש-חג'ארה; כפר כנא; כפר מנדא; כפר קאסם; להבים; לקיה; מעלות-תרשיחא; מצפה רמון; משהד; נחף; עיילבון; עין מאהל; עספיא; ערעה-בנגב; קריית ארבע; קריית יערים; קריית מלאכי; קריית שמונה; קרני שומרון; ראש העין; שגב-שלום; שדרות; שלומי; תל שבע
עד 49% בני 75+ רשומים במחלקות לשירותים חברתיים זמינות רופא 17 שעות ויותר	2,467	הוד השרון; טבריה; טייבה; טירה; יהוד; כרמיאל; מעלה אדומים; סח'נין; פרדס חנה-כרכור; שפרעם
50% ויותר בני 75+ רשומים במחלקות לשירותים חברתיים זמינות רופא 17 שעות ויותר	697	אופקים; תמרה; מגדל העמק; עראבה; ערד; צפת; רהט

^מרשויות מקומיות אלו נדגמו בני 45+