



שביט - יעוץ ארגוני ופתוח הדרכה  
SHAVIT - Organizational Consultants  
& Training Development

התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ומדדי תהליך  
במערך השיקום בבריאות הנפש



מינהל הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health Services



משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

התכנית הלאומית להערכת

מדדי תוצאה ומדדי תהליך

במערך השיקום בבריאות הנפש

The National Project of Assessing  
Outcome and Process Measurements  
in the National Psychiatric Rehabilitation System



דו"ח מדעי מסכם  
שנת 2023

אוקטובר 2024



## תוכן עניינים

|    |       |   |
|----|-------|---|
| 1  | ..... | תוכן עניינים  |
| 3  | ..... | פתח דבר   |
| 5  | ..... | כתיבה ועריכה  |
| 6  | ..... | תקציר   |
| 6  | ..... | רקע   |
| 7  | ..... | שיטות   |
| 8  | ..... | תוצאות  |
| 9  | ..... | תובנות עיקריות והמלצות  |
| 12 | ..... | רקע   |
| 12 | ..... | חוק שיקום נכי נפש בקהילה  |
| 13 | ..... | מדידת איכות ומדדי תוצאה של שיקום פסיכיאטרי בעולם                                  |
| 13 | ..... | מדדי תוצאה בשיקום פסיכיאטרי   |
| 13 | ..... | תוכניות לאומיות למדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי                                    |
| 17 | ..... | מדדי תוצאה בשרותי שיקום   |
| 18 | ..... | הטמעה של מדדי שיקום בבריאות הנפש  |
| 19 | ..... | חסמים להטמעה של מדדי תוצאה בשיקום בריאות הנפש                                     |
| 20 | ..... | התכנית הלאומית להערכת תהליכים ומדדי תוצאה במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל |
| 20 | ..... | רקע   |
| 20 | ..... | תיאור התוכנית   |
| 21 | ..... | מטרות התכנית  |
| 24 | ..... | מטרות הדו"ח הנוכחי (2023)   |
| 25 | ..... | שיטות   |
| 25 | ..... | אוכלוסיית היעד  |
| 25 | ..... | אופן מילוי השאלונים   |
| 25 | ..... | אופן הפניה לאוכלוסיית היעד  |
| 26 | ..... | מבנה השאלונים   |
| 26 | ..... | ניתוח הנתונים   |
| 26 | ..... | מקורות מידע   |
| 27 | ..... | חלוקת השאלון לאשכולות תוכן  |
| 29 | ..... | סטטיסטיקה תיאורית   |
| 30 | ..... | הסקה סטטיסטית וניתוח ID משתני   |
| 30 | ..... | אשפוזים חוזרים  |
| 30 | ..... | מבחנים סטטיסטיים  |
| 32 | ..... | תוצאות  |



|         |   |
|---------|---|
| 32..... | מאפייני אוכלוסיית ממלאי השאלונים  |
| 36..... | מטרות, יעדים והרצון לעשות שינוי   |
| 43..... | השתתפות בקהילה – Community participation                                    |
| 44..... | השתתפות בקהילה לפי מחוזות וגיל  |
| 46..... | הרגשת שייכות לקהילה, שימוש במשאבים קהילתיים והשימוש במרחב האינטרנטי/דיגיטלי |
| 49..... | בריאות גופנית   |
| 50..... | בעיות בריאות גופניות לפי קבוצות גיל   |
| 53..... | בעיות בריאות גופניות עיקריות לפי קבוצות גיל                                 |
| 54..... | קידום בריאות- HEALTH PROMOTION  |
| 54..... | פעילות גופנית   |
| 56..... | אכילה בריאה   |
| 58..... | עישון   |
| 60..... | קידום בריאות- מדד משולב   |
| 64..... | חווית מקבל השירות – Participant Experience                                  |
| 67..... | איכות חיים – Quality of Life  |
| 72..... | השוואה בין שאלוני מקבלי שירות וצוות   |
| 73..... | ניתוח דו משתני ורב משתני  |
| 73..... | קורלציות בין תחומים   |
| 74..... | השוואה במדדים מרכזיים בין השנים 2022 ו- 2023                                |
| 77..... | ניתוחי מתאמים וגורמים משפיעים   |
| 77..... | ניתוח גורמים המשפיעים על איכות חיים   |
| 78..... | ניתוח גורמים המשפיעים על חווית מקבל השירות                                  |
| 79..... | ניתוח גורמים המשפיעים על השתתפות בקהילה                                     |
| 80..... | ניתוח גורמים המשפיעים על מדד בריאות גופנית                                  |
| 81..... | סיכום גורמים משפיעים  |
| 82..... | אשפוזים חוזרים  |
| 82..... | משתנים המבבאים אשפוז חוזר   |
| 84..... | ניתוח רב משתני  |
| 85..... | תובנות עיקריות, מסקנות והמלצות  |
| 85..... | סיכום עיקרי הממצאים   |
| 87..... | חשיבות הממצאים לתכנון של שירותי שיקום                                       |
| 89..... | השתתפות קהילתית   |
| 90..... | מצב הבריאות והרגלי בריאות   |
| 92..... | חווית מקבל השירות   |
| 92..... | איכות חיים  |
| 93..... | אשפוזים חוזרים  |
| 95..... | גורמים משפיעים על השתתפות קהילתית, בריאות גופנית, חווית מטופל ואיכות חיים   |
| 98..... | המלצות  |
| 98..... | המלצות למדיניות   |
| 98..... | המלצות להמשך מחקר   |



## פתח דבר

אנו מתכבדים להגיש את הדוח המדעי השנתי המתבסס על נתונים שנאספו במהלך שנת 2023. התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליך במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה מטרתה לספק מידע עדכני ושוטף אודות התהליך וההשפעה של שרותי השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל ולהקים תשתית ברת קיימא, שתהווה בסיס לניטור שיטתי ושגרתי של מדדי תוצאה של צרכני סל שיקום, לזהות צרכים, מגמות ותהליכים בקרב שירותי השיקום ואוכלוסיית צרכני השירותים, להעריך את יעילות ההתערבויות והשירותים הניתנים, לפתח כלים לשיפור תהליכי השיקום, ובהתאמה לעצב ולגבש מדיניות במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל. מערך השיקום בבריאות הנפש, אגף בריאות הנפש במשרד הבריאות מוביל את התכנית מראשיתה בשנת 2012 והחל משנת 2020 באמצעות חברת "שביט-יעוץ ארגוני אסטרטגי ופיתוח הדרכה" אשר מפעילה את התכנית. כולנו ערים לכך כי שנת 2023, אליה מתייחס דוח זה, הינה שנת מפנה דרמטית במישור הלאומי עקב מלחמת "חרבות ברזל" שפרצה בשבעה לאוקטובר. השפעות המלחמה העכשוויות והעתידיות על בריאות הנפש של תושבי מדינת ישראל מדוברות רבות ואין ספק כי זהו אחד הנושאים המובילים בסדר היום של מערכת הבריאות כיום. הנתונים הרבים שהמשיכו להיאסף במסגרת התכנית הלאומית גם ברבעון האחרון של שנת 2023, שופכים אור אודות השפעות המלחמה על מתמודדי הנפש בקהילה במגוון תחומי חיים כגון: הצבת והשגת מטרות, איכות חיים, מעורבות קהילתית, מידת ההחלמה והשפעת הסימפטומים הנפשיים והגופניים על התפקוד בתחומי החיים השונים ועוד. ניתוח נתונים אלה בהצלבה עם אוכלוסיות בדרגות חשיפה שונות לאירועי המלחמה, באזורי הארץ השונים, מאפשר הפקת תובנות ייחודיות, חדשניות ומאפשרות למידה משמעותית המעוררת עניין רב בקרב גורמים רבים. יש לציין כי הנתונים הרבים שנאספו במהלך שנת 2024 ממשיכים לקדם תובנות משמעותיות לאורך זמן בהקשרים אלה והם יוצגו בדו"ח ייעודי של השפעת המלחמה שיפורסם בקרוב.

הערכת מדדי תוצאה שנתיית מהווה הזדמנות עבור כלל בעלי העניין ועבור מקבלי השירות בפרט, לקבל ממצאים השוואתיים. לפיכך, דו"ח 2023 מציג רכיב זה של נתונים השוואתיים מעוררי עניין לשנת 2022. ברמה הלאומית הכוללת אנו רואים חשיבות רבה לאיסוף ובניית מסד נתונים משמעותי מסוג זה לאורך זמן. הפעלת התוכנית מזמנת לכולנו מרחב למידה והתפתחות של תחום השיקום בבריאות הנפש בקהילה בהיבטים חוצי זמן, אזור מגורים וסיטואציות לאומיות ומקומיות.

באמצעות הפעלת תכנית זו מדינת ישראל חוברת למדינות במערב, אשר אף הן שותפות למאמץ דומה, וככל שמדובר בתוכנית להערכת מדדי תוצאה במערכי שיקום בקהילה אנו מוצאים עצמינו מפעילים תכנית חלוצית, נוכח העובדה שבמרבית מדינות המערב הערכת התוצאים נעשית בעיקר במערך הטיפול וכמעט ולא נעשית בקהילה.



אין לנו ספק שהתובנות הייחודיות שמספקים הנתונים בישראל גם מתקופת מלחמה עצימה יעוררו עניין רב גם ברמה הבינלאומית.

לתכנית יתרונות פוטנציאליים רבים הן למקבלי השרות, הן לצוותי מערך השיקום והן לקובעי מדיניות. מדידת תוצאים שגרתית (Routine Outcome Measurement - ROM) מהווה כלי ניהולי חשוב עבור צוותי מערך השיקום בקהילה ועבור קובעי המדיניות לשיפור האיכות וטיוב שירותי השיקום בבריאות הנפש בקהילה והגדלת היכולת לקבל החלטות מושכלות ומבוססות נתונים. מילוי השאלון באמצעות דיווח עצמי מביא אל קדמת הבמה את קולו של האדם באשר לתהליכי השיקום וההחלמה, אותם עובר, ובאמצעות מתן המשובים מתאפשרת תפירה אישית יותר של תהליכי השיקום, בהתבסס על מכלול של מדדים מתוקפים ואיתור פערים ומקורות ליעול תהליכי השיקום והערכת ההתקדמות לאורך זמן.

הפעלת תכנית לאומית משמעותית ורחבת היקף זו, המאפשרת לקדם את תכניות השיקום וההחלמה האישיות של מקבלי השירותים לא היתה מתאפשרת לולא המחויבות יוצאת הדופן ושילוב המאמצים הרבים של הגורמים הבאים שאליהם נתונה תודתנו והערכתנו הרבה:

- בראש ובראשונה למקבלי ונותני השירותים במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה ברחבי הארץ, שהפכו תכנית זו לאפשרית
- לגורמי המקצוע ממטה השיקום באגף בריאות הנפש למנהלות/ מערכי השיקום המחוזיים וצוותיהן/ם
- לעובדי חברת "שביט-יעוץ ארגוני אסטרטגי ופיתוח הדרכה" אשר מפעילים את התוכנית הלאומית החל משנת 2020 במסירות ובמקצועיות רבה

אנו תקווה כי תמצאו עניין רב בתוצרי דו"ח מדעי זה ושביחד נעשה עבור מקבלי השירות את העולם כפי שהוא יכול להיות.

בתודה ובברכה,  
להמשך שתוף פעולה פורה

בתיה לייזנר

סגנית ראש האגף לבריאות הנפש  
ממונת שיקום ארצי  
חטיבת הרפואה - משרד הבריאות

דר' ורד בלוש-קליינמן

מנהלת תחום בכירה, איכות,  
תכנון, מחקר ופיתוח מקצועי  
חטיבת הרפואה - משרד הבריאות

פרופ' איתמר גרוטו

חוקר ראשי

שביט - יעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה

חדוה שביט

מנכ"לית משותפת

שביט - יעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה

דותן שביט

מנכ"ל משותף

שביט - יעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה



## כתיבה ועריכה

### כתיבת הדו"ח:

פרופ' איתמר גרוטו

מירב גרינשטיין

חדוה שביט

דوتן שביט

סמדר שריג

ד"ר ורד בלוש קליינמן

### צוות מחקר ונתונים:

חוקר ראשי: פרופ' איתמר גרוטו

ניתוח ועיבוד סטטיסטי: מירב גרינשטיין

### עריכת הדוח:

שביט – יעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה



## תקציר

### רקע

על פי חוק שיקום נפגעי נפש בקהילה, כל אדם מעל גיל 18 בישראל, המוכר כבעל נכות על רקע מגבלה נפשית בשיעור של 40% נכות לפחות, שנקבעה על ידי המוסד לביטוח לאומי, זכאי לשירותי שיקום שיאפשרו את שיקומו והשתלבותו בקהילה, בהתאם לרצונו ולצרכיו- מתוך מגוון שירותי שיקום בתחומים שונים ("סל שיקום").

שירותי השיקום מופעלים על-ידי גופים פרטיים ומשרד הבריאות מפקח על הפעלתם בהתאם לחוק ולעקרונות העשייה השיקומית מוכוונת ההחלמה. שירותי השיקום פרוסים בכל הארץ, מגוונים ומתאימים לאוכלוסיות שונות. מספר מקבלי השירות של סל שיקום עולה בהתמדה מאז התחלת יישום חוק השיקום והוא עומד כיום על למעלה מ-37,000 איש.

מדדי תוצאה בשירותי שיקום בבריאות הנפש הם כלים חשובים להערכת יעילות השירותים הניתנים לאנשים המתמודדים עם מחלות או הפרעות נפשיות. אמצעים אלו יכולים לסייע במעקב אחר ההתקדמות לאורך זמן, לזהות תחומים לשיפור, ולהבטיח שהשירותים מותאמים לצרכים ולמטרות הייחודיות של כל לקוח בנפרד.

התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליך במערך שיקום בריאות הנפש בקהילה בישראל הוקמה בשנת 2012 במטרה לחזק ולהבטיח את איכות מערך השיקום. התכנית הינה ראשונה מסוגה ובגודלה להערכת מדדי תוצאה ותהליך במערך השיקום בבריאות הנפש בישראל. התכנית מיועדת לספק מידע עדכני, שיטתי ושיגרתי אודות איכות תהליך השיקום כמו גם אודות ההשפעה של שירותי השיקום הפסיכיאטריים בישראל ולהקים תשתית בת קיימא לניטור מדדי תוצאה של מקבלי שירותי השיקום באורח שוטף. התכנית פותחה ויושמה על ידי מטה השיקום באגף לבריאות הנפש במשותף עם צוות החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, אשר הפעיל אותה בין השנים 2012 – 2018. החל משנת 2020 מוביל את התכנית מטה השיקום באגף בריאות הנפש בשיתוף עם חברת "שביט-יעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה" אשר מפעילה ומוסיפה לפתח ולקדם את התכנית.

במסגרת התוכנית נאסף מידע, אחת לשנה, ממקבלי שירותי השיקום בבריאות הנפש ברחבי הארץ ומנותני השירותים. דו"ח זה מתייחס לכלל הנתונים שנאספו בשנת 2023, במטרה לאפיין את אוכלוסיית מקבלי השירות, לצורך התאמה של השירותים לצרכים העדכניים שלהם ובכדי לאתר נקודות חוזק ואתגרים בתוכניות השיקום בבריאות הנפש בקהילה.



## שיטות

מקבלי השירות ממלאים שאלון מקוון אחת לשנה. עבור כל מקבל שירות הממלא שאלון מדדי תוצאה במסגרת שיקומית, ממלא איש צוות באותה מסגרת שיקום שאלון-ראי, בו שאלות זהות לשאלון מקבל השירות. איש הצוות ממלא גם פרטים על השכלתו וניסיונו המקצועי. הפנייה לאוכלוסיית היעד נעשית דרך מנהלי ועובדי מסגרות השיקום.

השאלון כולל את התחומים הבאים: פרטים דמוגרפיים, תעסוקה, לימודים, חברה ופנאי, מטרות ויעדים, יכולות ומיומנויות, סיוע מקצועי, בריאות נפשית, השפעת הסימפטומים הנפשיים על התפקוד, בריאות גופנית, הרגלי בריאות (אורחות חיים), שינויים במהלך חצי השנה האחרונה.

בנוסף לשאלון, נעשה מיזוג והצלבה בין נתוני השאלונים לנתונים מנהליים של המשרד, אשר סיפקו תוספת של נתונים: מחוז וועדה אחרונה, קופות חולים, לאום, קבוצת שירות, שם ספק ואשפוזים חוזרים (על ידי הצלבה עם קובץ אשפוזים).

על מנת ליצור מדדים מורכבים שיתייחסו לשילוב של מספר תחומי חיים כדי לתת תמונה טובה על השירות ואיכותו, ואפשרות לעיבוד והשוואות נוצרו אשכולות של משתנים בעלי תוכן דומה והתאמה סטטיסטית של Factor Analysis ולאחר מכן בדיקת אלפא של קרונברך לכל אחד מהתחומים ( $0.65 < \alpha$  להגדרת אשכול). בשיטה זו זהו 4 אשכולות עיקריים: השתתפות בקהילה, חווית מקבל השירות, הערכה סובייקטיבית של איכות החיים איכות חיים ובריאות. בשל מהימנות נמוכה של מדד בריאות וקידום בריאות ( $\alpha=0.511$ ) הוא פוצל לשני מדדים נפרדים: קידום בריאות (שלוש שאלות נפרדות שלא ניתן לחבר ביניהן, ומדד בריאות גופנית המורכב מארבע שאלות ( $\alpha=0.653$ )).

העיבוד הסטטיסטי כלל תיאור דמוגרפי של מקבלי ונותני השירות; התפלגות המטרות והיעדים; ההתפלגויות וממוצעים של אשכולות שניתן לנתח באופן כמותי; בריאות גופנית; קידום בריאות ואורחות חיים. כמו-כן נבנו שני מדדים: **שומרים על אורח חיים בריא** (לא מעשנים, שומרים על תזונה בריאה, פעילות גופנית לפחות פעמיים בשבוע) ו-**לא שומרים כלל על אורח חיים בריא** (מעשנים מעל 20 סיגריות ביום, לא שומרים על תזונה בריאה ולא מבצעים פעילות גופנית). כלל העיבודים בוצעו ברמה ארצית ובחלוקה למחוז ולקבוצות גיל. בוצעו השוואות של איכות החיים בין מסגרות שיקום שונות, לפי לאום, לפי קופת חולים (של ממלא השאלון) ובדקו קורלציות בין מדדי השתתפות קהילתית, בריאות גופנית, חווית מטופל ואיכות חיים. בוצעה גם רגרסיה ליניארית לבחינת גורמים משפיעים על משתנים אלו. בוצעה השוואה בין 3,615 שאלונים מזווגים של מקבלי שירות ואנשי צוות.



לצורך איתור משתנים המשפיעים על הסיכון לאשפוז בוצעה הצלבה עם קובץ האשפוזים של משרד הבריאות והוגדרה קבוצת מחקר של מקבלי השירות שאושפזו לפחות פעם אחת בשנת מילוי השאלון. הותאמה קבוצת הביקורת של מקבלי שירות שלא היה להם אשפוז פסיכיאטרי חוזר בשנת מילוי השאלון, ואשר הותאמה לקבוצת המחקר במאפיינים: מגדר, גיל, השכלה ומצב משפחתי. נערכה השוואה בין שתי הקבוצות בכל אחד מתחומי החיים ובפרמטרים בודדים נוספים על מנת לבדוק האם יש משתנים היכולים לנבא או להיות קשורים לאשפוז חוזר וכן ניתוח רב משתני שכלל משתנים שנמצאו מובהקים בניתוח החד משתני, כולל תקנון לגיל ומין. ניתוח זה בוצע באמצעות גרסיה לוגיסטית על 1,259 זוגות של מקבלי שירות בשנים 2022 ו-2023. בכל העיבודים, נערכה השוואה בין השנים 2022 ו-2023. ככלל, בהשוואות בהן לא נמצאו הבדלים, מוצגים נתונים שנת 2023, שהם העדכניים ביותר. במקרים בהם היו הבדלים בין השנים, הן מוצגות בנפרד. ניתוח הסיכון לאשפוז חוזר בוצע לגבי השנים 2022-2023.

## תוצאות

סך מקבלי שירות שהשיבו על השאלונים עומד על 11,038 (שיעור היענות של 29%), לאחר טיוב וסינון של שאלונים שמולאו באופן מלא, נכללו בעיבוד 10,046 מקבלי שירות. מצאנו מוטיבציה גבוהה יחסית בקרב מקבלי השירות – כ-89% ממקבלי השירות הציבו מטרה בשנה האחרונה. מתוכם 73% השיגו באופן חלקי או מלא את המטרה. בתחום הבריאות הנפשית (הגדרת המטרה בשאלון היתה "מרגיש יותר טוב"), 86% דיווחו על שיפור במצב, בעוד שהשיעור הנמוך ביותר של השגת מטרות היה בתחום הזוגיות (44%). באשכול השתתפות קהילתית נמצא מדד בינוני-נמוך (2.90 מתוך 5). רק 43% ממקבלי השירות עושים שימוש במידה רבה או רבה מאד במשאבים קהילתיים ברמה הארצית. שיעורים נמוכים אף יותר נמצאו במחוזות צפון וחיפה 2 (38%) וירושלים (35%). לצד זה אחוז גבוה מאד אינו עושה שימוש במשאבים קהילתיים. שיעור גבוה (52%) ציינו כי אינם מרגישים כלל או מרגישים במידה מעטה תחושת שייכות לקהילה. דווח על שיעור גבוה של בעיות בריאות גופניות במידה רבה או רבה מאוד (22%), גבוה יותר בקבוצת הגיל מעל 55 (34%). 41% דיווחו על כך שהם מעשנים. שיעור העישון במחוז צפון הוא הגבוה ביותר (46%) ואילו שיעור העישון בתל-אביב 2 הוא הנמוך ביותר בין המחוזות (30%). בבחינה של מדד קידום בריאות משולב – רק 9.6% מקפידים על אורח חיים בריא (לעומת 15% באוכלוסייה הכללית מגיל 21, על פי נתוני למ"ס).



המדד של אשכול חווית מקבל השירות נמצאה ברמה בינונית-גבוהה (3.46 מתוך 5). חווית מקבל השירות יורדת עם הגיל (3.50 בגיל 18-34 לעומת 3.39 בגיל 55 ומעלה). במחוזות ת"א ו-2, דרום צפוני (אשקלון) ודרום דרומי נמצאה חווית מקבל שירות גבוהה יותר ( $<3.50$ ).

המדד של אשכול איכות החיים נמצא ברמה בינונית-גבוהה (3.31 מתוך 5). הציון הנמוך ביותר במרכיבי המדד המשולב התקבל בהרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת השיקום בבריאות הנפש (2.52). בכל המחוזות, קבוצת הגיל +55 מדורגת עם איכות חיים נמוכה יותר בהשוואה לקבוצות הגיל הצעירות יותר (18-34 ו-35-54).

בבדיקת הקורלציה והקשרים בין המדדים השונים נמצא כי מדד איכות חיים וחווית מקבל שירות קשורים זה לזה בקורלציה חיובית מובהקת ( $r = .501, p < 0.01$ ). בנוסף, מדד השתתפות קהילתית נמצא קשור באופן חזק למדדי איכות חיים וחווית מקבל השירות.

בניתוח המדדים המשפיעים על איכות החיים, חווית מקבל השירות, השתתפות בקהילה ובריאות גופנית נמצא כי מספר החברים הקרובים הוא הגורם המשפיע ביותר על איכות החיים. גם בעיות בריאות גופניות משפיעות משמעותית על איכות החיים. תפקוד נמצא כגורם מרכזי בחווית מקבל השירות ובהשתתפות בקהילה.

**אשפוזים חוזרים:** לאחר ניתוח רב משתני נמצא כי מדד איכות החיים קשור בירידה בסיון לאשפוז מקטין את הסיכוי לאשפוז ב- 29.8% כלומר ככל שאיכות החיים של מקבל השרות גבוהה יותר (על כל עליה ביחידה אחת באיכות רמת החיים) הסיכוי לאשפוז חוזר קטן יותר. כמו כן, נמצא כי הצבת מטרה מקטינה את הסיכוי לאשפוז חוזר ב-25% ואילו עישון מגדיל את הסיכון לאשפוז חוזר ב-83.5%.

## תובנות עיקריות והמלצות

הדו"ח לשנת 2023 מציג תמונה חיובית במידה רבה בכל הנוגע להצבת מטרות והשגתן בקרב מקבלי שירותי השיקום. מרבית מקבלי השירות מציבים לעצמם מטרות משמעותיות במהלך השנה, ורובם מצליחים להשיג אותן באופן חלקי או מלא. התחום הבולט ביותר בהצלחה הוא הבריאות הנפשית, עם דיווחים על שיפור ניכר במצבם הנפשי של רוב המשתקמים. עם זאת, תחום הזוגיות ממשיך להוות אתגר, עם שיעור נמוך של השגת מטרות בהשוואה לתחומים אחרים, מה שמצביע על צורך בהתייחסות ממוקדת יותר בתחום זה.

השתתפות קהילתית נמצאה נמוכה יחסית, כאשר רק מיעוט ממקבלי השירות עושה שימוש נרחב במשאבים קהילתיים או מרגיש שייכות לקהילה מחוץ למסגרת השיקום. זו תובנה חשובה המצביעה על הצורך במיפוי חסמים והבנת הסיבות לכך שמקבלי השירות נמנעים מהשתתפות קהילתית רחבה יותר. נראה כי יש צורך לחזק את



תחושת השייכות וההשתתפות, במיוחד באזורים כמו ירושלים בצפון, שם נרשמו שיעורים נמוכים יותר של השתתפות.

תחום הבריאות הגופנית מעלה מספר אתגרים: שיעור גבוה יחסית ממקבלי השירות מדווחים על בעיות בריאותיות משמעותיות, ובעיית העישון בולטת במיוחד עם שיעור מעשנים גבוה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. ברוב המחוזות נמצא כי אחוז המעשנים גבוה משמעותית מהמוצע באוכלוסייה הכללית, מה שמצביע על צורך בפיתוח תוכניות מיוחדות להפחתת העישון ולקידום אורח חיים בריא.

איכות החיים של מקבלי השירות נמצאת ברמה בינונית-גבוהה, אך תחושת השייכות לקהילה נמוכה. מקבלי השירות מדווחים כי הם אינם חשים חלק מקבוצה או קהילה מחוץ למסגרת השיקום, מה שמדגיש את הצורך בפיתוח מענים חברתיים ותמיכה שתשפר את תחושת השייכות והקשר לקהילה.

הדו"ח מציג קשר חזק בין איכות החיים של מקבלי השירות והסיכוי לאשפוזים חוזרים. ככל שאיכות החיים של מקבל השירות גבוהה יותר, הסיכוי לאשפוז חוזר פוחת. נוסף על כך, הצבת מטרות אישיות והשגתן נמצאה כמפחיתה את הסיכוי לאשפוזים חוזרים, ואילו עישון מגביר את הסיכון לאשפוז חוזר בצורה ניכרת.

## המלצות

- **קידום ההשתתפות הקהילתית:** יש לבצע מיפוי מקיף של החסמים לשימוש במשאבים קהילתיים, במיוחד במחוזות שבהם ההשתתפות הקהילתית נמוכה. כמו כן, יש לפתח תוכניות חברתיות לעידוד תחושת השייכות לקהילה בקרב מקבלי השירות, בדגש על חיזוק קשרים חברתיים ופעילות חברתית מחוץ למסגרות השיקום.
- **מיקוד בתוכניות לזוגיות:** יש לפתח מענים מיוחדים בתחום הזוגיות, בעקבות הקשיים המובנים בתחום זה ושיעור השגת המטרות הנמוך. תוכניות אלו צריכות לכלול תמיכה ייעודית, כלים לפיתוח מערכות יחסים בריאות ומערך ליווי פרטני.
- **פיתוח תוכניות לקידום אורח חיים בריא:** בעקבות שיעור גבוה של בעיות בריאות גופניות ומעשנים בקרב מקבלי השירות, יש לפתח תוכניות המשלבות קידום בריאות ואורח חיים בריא, תוך שיתוף פעולה עם קופות החולים. תוכניות אלו צריכות לכלול מניעה פרטנית למעשנים ופתרונות ברמת הקהילה כדי להפחית את גורמי הסיכון למחלות כרוניות.
- **חיזוק איכות החיים ככלי למניעת אשפוזים חוזרים:** מומלץ להמשיך לעקוב אחרי מדדי איכות החיים של מקבלי השירות לאורך זמן, לאור הקשר הישיר שלהם להפחתת סיכוי לאשפוזים חוזרים. חשוב לפתח תוכניות הממוקדות בשיפור איכות החיים האישית, כולל תמיכה נפשית, תעסוקתית וחברתית.



שביט - יעוץ ארגוני ופתוח הדרכה  
SHAVIT - Organizational Consultants  
& Training Development

## התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ומדדי תהליך במערך השיקום בבריאות הנפש



משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health Services

- **תמיכה אישית למעשנים:** העישון מהווה גורם סיכון משמעותי לאשפוזים חוזרים. יש לפתח תוכניות אישיות וממוקדות להפסקת עישון בקרב מקבלי השירות, בשיתוף פעולה עם קופות החולים.



## רקע

### חוק שיקום נכי נפש בקהילה

חוק שיקום נכי נפש בקהילה (תש"ס, 2000) הינו אחד החוקים החברתיים החשובים וההומאניים שנחקקו בארץ ומן המתקדמים מסוגו בעולם.<sup>2,1</sup>

מטרת החוק הינה לשפר את איכות חייהם ולסייע בהחלמתם ובהשתלבותם של אנשים הסובלים מנכות על רקע נפשי בחברה.<sup>4,3</sup>

על פי חוק זה, כל אדם מעל גיל 18 בישראל, המוכר כבעל נכות על רקע מגבלה נפשית בשיעור של 40% נכות לפחות, שנקבעה על ידי המוסד לביטוח לאומי, זכאי לשירותי שיקום שיאפשרו את שיקומו והשתלבותו בקהילה, בהתאם לרצונו ולצרכיו- מתוך מגוון שירותי שיקום בתחומים שונים ("סל שיקום").

מחלקת השיקום, באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות אמונה על תהליכי השיקום, התווית מדיניות ופיקוח על מערך השיקום בקהילה. שירותי השיקום מופעלים על-ידי גופים פרטיים ומשרד הבריאות מפקח על הפעלתם בהתאם לחוק ולעקרונות העשייה השיקומית מוכוונת ההחלמה. השירותים הניתנים במסגרת "סל שיקום":

דיוור, תעסוקה, חונכות, סומכות, השכלה, פנאי וחברה, תיאום טיפול, שירותי תמך למשפחות, סיוע פרטני, טיפולי שיניים. שירותי השיקום פרוסים בכל הארץ, מגוונים ומתאימים לאוכלוסיות שונות.

הזכאות לתוכנית שיקום נקבעת על ידי ועדת שיקום אזורית אליה יכול האדם לפנות עצמאית או באמצעות גורם מטפל או מלווה.

מספר מקבלי שירותי סל שיקום עולה בהתמדה מאז התחלת יישום חוק השיקום והוא עומד כיום על 37,872 (נכון לסוף שנת 2023).

<sup>1</sup> Drake, Robert E., Hogan, M. F., Slade, M., and Graham Thornicroft (2011), "Editorial: Commentary on Israel's Psychiatric Rehabilitation Law," Israel Journal of Psychiatry, 48, No. 4, pp. 227-229.

<sup>2</sup> Aviram, Uri (ed.) (2011), Rehabilitation and Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities: The First Ten Years and Beyond, Report for International Workshop, Tel Hashomer, Israel National Institute for Health Policy.

<sup>3</sup> Aviram, Uri, Yigal Ginath, and David Roe (2012), "A Decade to the Rehabilitation in the Community of Persons with Mental Disabilities Law of Israel: Challenges and Opportunities," Psychiatric Services, 63, pp. 110-112.

<sup>4</sup> שרשבסקי, יחיאל "שיקום נכי נפש בקהילה בישראל – תהליכים ואתגרים", בתוך אורי אבירם ויגאל גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות, צ'ריקובר.



## מידת איכות ומדדי תוצאה של שיקום פסיכיאטרי בעולם

### מדדי תוצאה בשיקום פסיכיאטרי

שיקום פסיכיאטרי הוא היבט חיוני של טיפול נפשי, שמטרתו לקדם החלמה ולשפר את איכות החיים של אנשים עם הפרעות פסיכיאטריות. מדדי תוצאה הם כלים קריטיים המשמשים להערכת היעילות של התערבויות שיקום פסיכיאטרי.<sup>5</sup>

ישנם מדדי תוצאה שונים המשמשים בשיקום פסיכיאטרי, כולל מדדים סובייקטיביים כגון שאלוני דיווח עצמי ומדדים אובייקטיביים כגון הערכות תפקודיות. שאלוני דיווח עצמי מודדים את תפיסת המטופל את בריאותו הנפשית ורווחתו, בעוד הערכות תפקודיות מודדות את יכולתו של המטופל לבצע פעולות יומיומיות.<sup>6</sup> איסוף שיטתי של מדדי תוצאה מאפשר אספקת נתונים אובייקטיביים וסובייקטיביים על תוצאות המטופלים. השימוש בהם מסייע לקלינאים ולחוקרים לזהות אזורים לשיפור ולהתאים התערבויות כדי לענות על צרכי מקבלי השרות. בחירת מדדי התוצאה המתאימים תלויה במטרות הספציפיות של ההתערבות השיקומית ובאכלוסיות מקבלי השרות.<sup>7</sup>

### תוכניות לאומיות למדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי

#### 1. תוכניות לאומיות בארה"ב

בארה"ב ישנן מספר תוכניות ויוזמות לאומיות המתמקדות במדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי. חלק מהתוכניות הללו הן:

מדדי התוצאה הלאומיים של מנהל ההתמכרויות לסמים ובריאות הנפש (SAMHSA) - ה-SAMHSA NOMs הם קבוצה של מדדים סטנדרטיים המשמשים להערכת היעילות של שירותי בריאות הנפש וטיפול בהתמכרויות לסמים

<sup>5</sup> Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2013). *Psychiatric Rehabilitation*. Elsevier Academic Press.

<sup>6</sup> Corrigan, P. W., & Mueser, K. T. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. Guilford Press

<sup>7</sup> Ryland, H., Carlile, J., & Kingdon, D. (2021). A guide to outcome measurement in psychiatry. *BJPsych Advances*, 27(4), 263-271. doi:10.1192/bja.2020.58

<sup>8</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) National Outcome Measures (NOMs): <https://www.samhsa.gov/data/national-outcome-measures-noms>



הניתנים על ידי תוכניות במימון SAMHSA. ה-NOMs כוללים מדדי תוצאה המעריכים מגוון תחומים, כולל תפקוד, איכות חיים ושביעות רצון מהשירותים.

המכון הלאומי לבריאות הנפש (NIMH) תוכנית אסטרטגית למחקר - התוכנית האסטרטגית של NIMH כוללת התמקדות בפיתוח ואימות מדדי תוצאה לשימוש במחקר בריאות הנפש<sup>9</sup>. התוכנית מדגישה את הצורך במדדי תוצאה שכוללים את כל מגוון תוצאות ההחלמה, כגון הפחתת סימפטומים, שיפור תפקודי ואיכות חיים. התוכנית האסטרטגית לבריאות הנפש של המחלקה לענייני חיילים משוחררים (VA) – תוכנית זו כוללת התמקדות ביישום פרקטיקות מבוססות ראיות בטיפול נפשי ומדידת תוצאות כדי להעריך את היעילות של פרקטיקות אלו. התוכנית כוללת מדדי תוצאה להערכת מצב תפקודי, איכות חיים ושביעות רצון המטופל<sup>10</sup>.

מדדי הביצועים של האגודה הלאומית של מנהלי תוכנית בריאות הנפש של המדינה (NASMHPD) כוללים קבוצה של מדדי תוצאה סטנדרטיים לשימוש בתוכניות לבריאות הנפש של המדינה. המדדים מעריכים תחומים כמו חומרת הסימפטומים, מצב תפקודי ואיכות חיים<sup>11</sup>.

תוכניות ויוזמות לאומיות אלה מדגישות את החשיבות של מדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי ומספקות אמצעים סטנדרטיים שניתן להשתמש בהם כדי להעריך את היעילות של התערבויות שיקומיות. על ידי שימוש באמצעים אלה, ספקי בריאות הנפש יכולים להעריך את השפעת ההתערבויות שלהם על מדדי התוצאה, כפי שבאים לידי ביטוי על ידי המטופלים, ולבצע התאמות כדי לשפר את איכות הטיפול הניתן.

## 2. תוכניות לאומיות באירופה

הרשת האירופית להערכת שירותי בריאות הנפש (ENMESH) היא רשת של חוקרים אירופאים, הפועלים לשיפור הערכת שירותי בריאות הנפש. הרשת מקדמת פיתוח ויישום מדדי תוצאה עבור שירותי בריאות הנפש, לרבות שיקום פסיכיאטרי<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> National Institute of Mental Health (NIMH) Strategic Plan for Research: <https://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/nimh-strategic-plan-for-research-2015-2020.shtml>

<sup>10</sup> Department of Veterans Affairs (VA) Mental Health Strategic Plan: [https://www.va.gov/QUALITYOFCARE/clinical-programs/mental-health/VA\\_Mental\\_Health\\_Strategic\\_Plan\\_FY2019-2028.pdf](https://www.va.gov/QUALITYOFCARE/clinical-programs/mental-health/VA_Mental_Health_Strategic_Plan_FY2019-2028.pdf)

<sup>11</sup> National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Performance Measures: [https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/PerformanceMeasureSummary\\_2012.pdf](https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/PerformanceMeasureSummary_2012.pdf)

<sup>12</sup> The European Network of Mental Health Service Evaluation (ENMESH): <https://www.enmesh.eu/>



תוכנית המסגרת של האיחוד האירופי למחקר וחדשנות (הוריזון 2020) - תוכנית הוריזון 2020 כוללת מימון למחקרי בריאות הנפש, כולל מחקר על מדדי תוצאה לשיקום פסיכיאטרי<sup>13</sup>. האגודה הפסיכיאטרית האירופית (EPA) היא ארגון המקדם את קידום המחקר והפרקטיקה הפסיכיאטרית באירופה. ה-EPA פיתחה קווים מנחים להערכת שירותי בריאות הנפש, כולל מדדי תוצאה להערכת היעילות של שיקום פסיכיאטרי<sup>14</sup>. הסיווג הבינלאומי של תפקוד, מוגבלות ובריאות (ICF) - ה-ICF היא מערכת סיווג שפותחה על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) המספקת שפה סטנדרטית לתיאור בריאות ונכות. ה-ICF כולל תחומים הקשורים לבריאות נפשית ולתפקוד, אשר ניתן להשתמש בהם לפיתוח מדדי תוצאה לשיקום פסיכיאטרי<sup>15</sup>. תוכניות ויוזמות אלו מדגישות את החשיבות של מדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי ומספקות משאבים לפיתוח ויישום של אמצעים סטנדרטיים באירופה.

### 3. תוכניות לאומיות למדדי איכות במדינות נוספות:

באוסטרליה, הוועדה הלאומית לבריאות הנפש פיתחה סדרה של מדדי תוצאה עבור שירותי בריאות הנפש, הכוללים מדדים של שביעות רצון מקבלי השירות, איכות חיים ותוצאות תפקודיות. אמצעים אלה משמשים להערכת יעילותם של שירותי בריאות הנפש וכדי להודיע על מדיניות ופרקטיקה<sup>16</sup>. בקנדה, הוועדה לבריאות הנפש של קנדה פיתחה קבוצה של מדדי תוצאה סטנדרטיים עבור שירותי בריאות הנפש, הכוללים מדדים של תוצאות תפקודיות, איכות חיים והחלמה. אמצעים אלה משמשים להערכת יעילות של שירותי בריאות הנפש ולקביעת קווים מנחים למדיניות ופרקטיקה<sup>17</sup>.

<sup>13</sup> The European Union Framework Programme for Research and Innovation (Horizon 2020):  
<https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/area/mental-health>

<sup>14</sup> The European Psychiatric Association (EPA) Guidelines for Evaluation of Mental Health Services:  
<https://www.europsy.net/wp-content/uploads/2019/10/EPA-Guidelines-for-Evaluation-of-Mental-Health-Services-2019-10-21.pdf>

<sup>15</sup> The World Health Organization (WHO) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF):  
<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

<sup>16</sup> National Mental Health Commission. National Mental Health Outcome and Performance Framework. Sydney, Australia: National Mental Health Commission; 2013. Available from:  
<https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/135c1601-eeb7-464f-9658-ee2c2e0dd0fe/Outcome-and-Performance-Framework-2013.aspx>

<sup>17</sup>

Mental Health Commission of Canada. Standardized Outcome Measures for Mental Health. Ottawa, Canada: Mental Health Commission of Canada; 2013. Available from:  
[https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-05/Standardized\\_Outcome\\_Measures\\_for\\_Mental\\_Health\\_2013\\_EN.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2018-05/Standardized_Outcome_Measures_for_Mental_Health_2013_EN.pdf)



שביט - יעוץ ארגוני ופתוח הדרכה  
SHAVIT - Organizational Consultants  
& Training Development

## התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ומדדי תהליך במערך השיקום בבריאות הנפש



משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

מינהל הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health Services

לסיכום, תוכניות ויוזמות לאומיות המתמקדות במדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי חשובות לשיפור איכות שירותי בריאות הנפש ולהבטחת קבלת טיפול יעיל ומבוסס ראיות. תוכניות ויוזמות אלו מספקות אמצעים סטנדרטיים שניתן להשתמש בהם כדי להעריך את היעילות של התערבויות שיקומיות ולקבוע מדיניות ופרקטיקה מבוססת נתונים בתחום השיקום בבריאות הנפש.



## מדדי תוצאה בשירותי שיקום

מדדי תוצאה בשירותי שיקום בבריאות הנפש הם כלים חשובים להערכת יעילות השירותים הניתנים לאנשים המתמודדים עם מחלות או הפרעות נפשיות. אמצעים אלו יכולים לסייע במעקב אחר ההתקדמות לאורך זמן, לזהות תחומים לשיפור, ולהבטיח שהשירותים מותאמים לצרכים ולמטרות הייחודיות של כל לקוח בנפרד.

מדדי תוצאה נפוצים המשמשים בשירותי שיקום כוללים:

מדדי הערכה תפקודית: מדדים אלו מעריכים את יכולתו של הפרט לבצע פעולות בחיי היומיום, כגון טיפול עצמי, נייחות ותקשורת. דוגמאות<sup>18</sup> כוללות את מדד כץ לעצמאות בפעילויות חיי היומיום ואת מדד בארת'ל.

מדדי איכות חיים: מדדים אלה מעריכים את איכות החיים הכוללת של הפרט, כולל רווחה גופנית, פסיכולוגית וחברתית. דוגמאות כוללות את סולם איכות החיים של ארגון הבריאות העולמי (WHOQOL) ואת ה-EuroQol EQ-5D.<sup>19</sup>

מדדי חומרת התסמינים: מדדים אלו מעריכים את חומרת התסמינים הקשורים למחלות נפש, כגון דיכאון, חרדה ופסיכוזה. דוגמאות כוללות את מודל הדיכאון של בק ואת "סולם התסמונת החיובית והשלילית" (ההגדרה במקור)<sup>20</sup>.

מדדי שביעות רצון מקבלי שירות: מדדים אלה מעריכים את שביעות הרצון של הפרט מהשירותים שהוא מקבל, כולל איכות הטיפול, התקשורת עם הספקים וחווית הטיפול. דוגמאות כוללות שאלוני שביעות רצון הלקוח וסקרי חווית מטופל<sup>21</sup>.

מדדי תוצאה בשיקום: מדדים אלה מעריכים את ההתקדמות של הפרט לעבר יעדי שיקום, כגון הגברת העצמאות, שיפור מיומנויות והגברת התמיכה החברתית. דוגמאות כוללות את פרופיל פעילויות השיקום ואת שאלון השילוב בקהילה<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> For functional assessment measures: Katz Index of Independence in Activities of Daily Living; Barthel Index:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4128947/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4128966/>

<sup>19</sup> For quality of life measures: WHOQOL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659148/> EuroQol

EQ-5D: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848336/>

<sup>20</sup> For symptom severity measures: Beck Depression Inventory:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4537425/> Positive and Negative Syndrome Scale:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957275/>

<sup>21</sup> For consumer satisfaction measures: Client Satisfaction Questionnaire:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271552/> Patient Perception of Care:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057484/>

<sup>22</sup> For rehabilitation outcome measures: Rehabilitation Activities Profile:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992152/> Community Integration Questionnaire:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298999/>



חשוב כי שירותים המספקים שיקום ישלבו אומדן של מדדי תוצאה, כדי לספק הערכה מקיפה של ההתקדמות והצרכים של הפרט. אמצעים אלה צריכים להיבחר בהתבסס על המטרות הספציפיות של הפרט והשירותים הניתנים על ידי השרות. שימוש קבוע במדדי תוצאה יכול לעזור להבטיח שהשירותים יהיו יעילים ומותאמים לצרכים ולמטרות הייחודיות של כל לקוח בנפרד.

### הטמעה של מדדי שיקום בבריאות הנפש

יישום מדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי כרוך במספר שלבים מרכזיים כדי להבטיח שימוש יעיל ועקבי במדדי התוצאה וכדי להעריך את יעילות השירותים הניתנים לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש. שלבים אלה עשויים לכלול<sup>23</sup>:

**בחירת מדדי תוצאה מתאימים:** שרותי שיקום צריכים לשקול היטב את מטרות השירותים שלהם ואת הצרכים של לקוחותיהם בעת בחירת מדדי התוצאה. חשוב לבחור שאלונים מתוקפים, אמינים ורגישים לשינויים לאורך זמן, ואשר עולים בקנה אחד עם המטרות והיעדים של תכנית השיקום.

**הכשרה ותמיכה לצוות:** יש להכשיר את אנשי הצוות בשרותי השיקום על ניהול ופרשנות נכונה של מדדי תוצאה, ולספק להם תמיכה מתמשכת כדי להבטיח שהם מסוגלים להשתמש בעקביות ולאורך זמן בכלי ההערכה.

**שילוב בתכנון הטיפול:** יש לשלב מדדי תוצאה בתהליך תכנון הטיפול ופיתוח של תוכנית טיפול מותאמת. בכך ניתן להבטיח שהשירותים יהיו מותאמים לצרכים ולמטרות הייחודיות של כל מקבל שירות.

ניהול וסקירה קבועים: יש להפעיל מדדי תוצאה במרווחי זמן קבועים כדי לעקוב אחר ההתקדמות לאורך זמן, לזהות אזורים לשיפור, שינוי ושימור, ולהבטיח שהשירותים יעילים ועונים על הצרכים. יש לבחון את התוצאות של מדדי תוצאה באופן קבוע, לדון בהן עם הלקוחות, ולעשות בהם שימוש לצורך ביצוע שינויים בתוכנית הטיפול והשיקום הכוללת.

**שיפור מתמיד באיכות:** שרותי שיקום צריכים להשתמש במדדי תוצאה כחלק מתהליך שיפור איכות, במטרה להעריך ולשפר את השירותים שלהם באופן מתמיד. הערכת מדדי תוצאה כרוכה בניית מגמות ודפוסים, זיהוי אזורים לשיפור ויישום שינויים כדי לשפר את התוצאות ולשפר את האיכות הכוללת של השירותים הניתנים.

Brown, C., & Schrank, B. (2019). Outcome measurement in psychiatric rehabilitation: a literature review. <sup>23</sup> Disability and Rehabilitation, 41(3), 267-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28256911>



באופן כללי, יישום מדידת תוצאות בשיקום פסיכיאטרי מצריך תכנון קפדני, הדרכה ותמיכה מתמשכת, כדי להבטיח שמדדי התוצאה ישמשו ביעילות ובעקביות לשם הערכת יעילות השירותים ושיפור התוצאות עבור מקבלי השרות.

## חסמים להטמעה של מדדי תוצאה בשיקום בריאות הנפש

**חסר משאבים:** יישום מדידת תוצאות דורש תשומות זמן של הצוות, הדרכה וגישה לכלי הערכה מתאימים. שרותי שיקום רבים עשויים שלא להחזיק במשאבים הדרושים ליישום מדידת תוצאות ביעילות<sup>24</sup>.

**התנגדות הצוות:** חברי הצוות עלולים להתנגד לשינויים וייתכן שלא יראו את הערך ביישום מדידת תוצאות. הדבר עלול להתרחש במצבים בהם אנשי הצוות מרגישים שמדידת תוצאות תוסיף לעומס העבודה שלהם או אם הם לא עברו הכשרה מספקת כיצד להשתמש במדדי תוצאה<sup>25</sup>.

**התנגדות המטופלים:** ייתכן שמקבלי שירות אינם ששים להשתתף במדידת התוצאות או שלא יבינו את מטרת המדדים הללו. חשוב לערב לקוחות בתהליך, להסביר להם אודות החשיבות של מדידת תוצאות בהערכה ושיפור השירותים.

**היעדר כלי מדידה סטנדרטיים:** למרות שבכל תוכנית מדדי תוצאה נעשה שימוש בשאלון אחיד שחלקים גדולים ממנו עברו תיקוף מקומי ובינלאומי, עדיין אין סטנדרטיזציה בינלאומית מקובלת לאינטגרציה של תחומי תוכן שונים הנבדקים באמצעות השאלונים. לכן קיים קושי בהשוואות בין תוכניות הנמדדות בכלים שונים.

ניהול וניתוח נתונים: איסוף וניתוח מדדי תוצאה יכול להיות מאתגר, במיוחד אם התשתית הדרושה אינה קיימת. ההליך דורש מערכת לאיסוף ואחסון נתונים, כמו גם צוות מקצועי ומיומן לניתוח הנתונים ולהסקת המסקנות.

**מימון והחזר:** לא ניתן לתמרץ או לקבל החזר על מדידת תוצאות על ידי הגורם המממן את השירות, מה שיכול להגביל את המשאבים הזמינים כדי לתמוך ביישום.

טיפול בחסמים אלו דורש גישה רב מערכתית הכוללת הכשרה ותמיכה בצוות, השתתפות בעלי עניין והשקעה במשאבים ובתשתיות. על ידי טיפול בחסמים אלה, שרותי שיקום יכולים ליישם ביעילות רבה יותר מדידת תוצאות ולעשות שימוש באמצעים אלה כדי לשפר את איכות השירותים הניתנים למתמודדים עם מגבלה נפשית.

<sup>24</sup> Salyers, M. P., Godfrey, J. L., Mueser, K. T., Labriola, S., & Measuring Outcomes in Psychiatric Rehabilitation Research Team. (2007). Barriers to implementing evidence-based practices in a statewide mental health service system. *Psychiatric Services*, 58(6), 713-719. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.713>

<sup>25</sup> Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 101-103. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.101>



## התכנית הלאומית להערכת תהליכים ומדדי תוצאה במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל 26

### Psychiatric Rehabilitation Routine Outcome Measurement- PR-ROM Project

#### רקע

התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליך במערך שיקום בריאות הנפש בקהילה בישראל הוקמה בשנת 2012 במטרה לחזק ולהבטיח את איכות מערך השיקום. התכנית הינה ראשונה מסוגה ובגודלה להערכת מדדי תוצאה ותהליך במערך השיקום בבריאות הנפש בישראל.

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליך מבקשת לספק מידע עדכני, שיטתי ושיגרתי אודות איכות תהליך השיקום כמו גם אודות ההשפעה של שירותי השיקום הפסיכיאטריים בישראל ולהקים תשתית בת קיימא לניטור מדדי תוצאה של מקבלי שירותי השיקום באורח שוטף.

התכנית פותחה ויושמה על ידי מטה השיקום באגף לבריאות הנפש במשותף עם צוות החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, אשר הפעיל אותה בין השנים 2012 – 2018. החל משנת 2020 מוביל את התכנית מטה השיקום באגף ברה"נ בשיתוף עם חברת "שביט-יעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה" אשר מפעילה את התכנית.

#### תיאור התוכנית

התוכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליך אומדת האם ואילו שינויים מתרחשים בקרב אוכלוסיית מקבלי שירותי השיקום בבריאות הנפש בישראל. האומדן נעשה באמצעות:

- אפיון האוכלוסייה הצורכת את שירותי השיקום בפועל.
- זיהוי מגמות ותהליכים בקרב שירותי השיקום ואוכלוסיית מקבלי השירותים.
- הערכת מדדי התוצאה הסובייקטיביים והאובייקטיביים של מקבלי השירות לאורך זמן.
- הערכת תוצאות השירותים הניתנים.
- ניתוח תהליכי קבלת החלטות ויישומן.
- פיתוח כלים לשיפור תהליכי השיקום, ובהתאמה עיצוב וגיבוש מדיניות במערך השיקום בבריאות הנפש בארץ.

במסגרת התוכנית נאסף מידע, אחת לשנה, מקבלי שירותי השיקום בבריאות הנפש ברחבי הארץ ומנותני השירותים. לצורך כך, פותחו ומוטמעים כלים ממוחשבים להערכת מדדי תוצאה פרטניים ממקבלי השירות



וצוותי השיקום למתן משוב אישי למקבלי השירות ביחס למדדי התוצאה שלהם במגוון תחומים (כגון: איכות חיים, תפקוד, השפעת הסימפטומים על המחלה, הצבת מטרות ועוד), כל זאת במטרה לסייע בעיצוב, תכנון ויישום תכנית השיקום הפרטנית שלהם. כמו כן, פותח ומוטמע כלי למתן משוב כולל למסגרות השיקום המתייחס לכלל מקבלי השירות במסגרת השיקום.

## מטרות התכנית

### עבור מקבלי שירותים:

- מתן הזדמנות להבעת קולם, רצונותיהם והעדפותיהם של מקבלי השירות אחת לשנה באופן סדור, מובנה ומבוסס שיח עם דמות שיקומית משמעותית.
- הגברת השתתפותם, אחריותם ומחויבותם של מקבלי השירות לתהליך השיקומי.
- מתן משוב אישי למתמודד
- הערכה שיטתית לקראת בניית תוכנית שיקום
- יכולת מעקב אחר התהליך השיקומי לאורך השנים
- השוואה בין נקודות המבט של המתמודד ואיש הצוות
- פוטנציאל למינוף השיח השיקומי והעבודה השיקומית

### עבור צוותי השיקום בשירותי השיקום:

- הערכת מצב שיטתית ומובנית של מקבלי השירות תוך זיהוי מאפייניהם וצרכיהם
- פלטפורמה לבנייה וליווי תכניות שיקום- מבוססות צרכי מקבל השירות.
- שיפור הליכי השיקום משלב התכנון, היישום והמעקב אחר ההתקדמות של האדם בתהליך השיקומי.
- הנגשת כלים ונתונים למנהלי מסגרות השיקום לבניית תוכניות עבודה שנתיות וכן הגברת מסוגלותם לקיים תהליך קבלת החלטות ניהוליות באופן מושכל ומבוסס נתונים.
- ניהול ותיעול משאבים על פי הממצאים
- התמקצעות המסגרות ואנשי הצוות במתן מענים הניתנים למקבלי השירות
- שיפור האיכות המקצועית של השירות

### עבור צוותי סל שיקום במחוזות משרד הבריאות:

- הנגשת מידע אודות מאפייני אוכלוסיית מקבלי השירותים בכלל שירותי השיקום במחוז



- הטמעת שפה מקצועית ואחודה במסגרת השיח המקצועי עם שירותי השיקום.
- התייחסות לתכניות שיקום המבוססות על צרכי מקבלי השירותים.
- קבלת מידע המאפשר ניהול מבוסס נתונים וקבלת החלטות איכותיות ומושכלות בהתבסס על ראיות (Evidence Based).
- שיפור יכולת הערכת תרומת השירותים למתמודדים
- הזדמנות לניתוב משאבים על פי מאפייני הלקוחות וצרכיהם בתחומי החיים השונים

#### עבור קובעי מדיניות השיקום:

- קבלת מידע המאפשר ניהול מבוסס נתונים
- פיתוח תשתית טכנולוגית תומכת מדידת תוצאות ויצירת מסד נתונים רחב שיכול לסייע בעיצוב מדיניות
- הגברת היכולת של קובעי המדיניות לקבל החלטות איכותיות ומושכלות בהתבסס על ראיות (Evidence Based).
- בחירה מושכלת של תכניות, תוצאות, התערבויות וכלים
- עיצוב והתאמת המדיניות בהתאם למגמות ו/או תחזיות העולות ממדדי התוצאה ונתונים מערכתיים נוספים.
- שינוי התרבות הארגונית של שירותי השיקום והטמעה של תרבות ממוקדת תוצרים.
- מידע בעל ערך המאפשר מחקר, העמקה ופיתוח ידע עבור שיפור השירות למתמודדי הנפש.

#### תרומת התכנית

התוכנית הלאומית להערכת תהליכים ומדדי תוצאה והכלים הממוחשבים המוטמעים במסגרתה (כלים לאיסוף הנתונים, למתן משוב אישי למקבל השירות ולמתן משוב למסגרת השיקום), מהווים פריצת דרך בתחום השיקום בישראל.

באמצעות איסוף הנתונים הממוחשב והסדור ומתן משובים ממוחשבים למקבל השירות ולצוותי השיקום, המספקים תמונה אודות מצבו של מקבל השירות והתקדמותו לאורך זמן, מתאפשרת תפירה אישית (tailor made) של תהליכי השיקום וההחלמה, בהתבסס על מכלול של מדדים מתוקפים. פיתוח מערכת איסוף נתונים ומישוב ממוחשבת מאפשר:



- סטנדרטיזציה של תהליכים בכל מסגרות השיקום בבריאות הנפש בישראל, לשיפור וטיוב איכות השרות הניתן במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה באמצעות ניהול מבוסס נתונים ולמידה ממסד נתונים רחב ומוסדר.
- יכולת לאמוד את השינויים המתרחשים בחיי הפרט במכלול תחומי החיים
- הצגת מידע מסכם באופן אינטגרטיבי והנגשתו לבעלי העניין השונים: מקבלי שירותים, מסגרות שיקום, צוותי סל שיקום, קובעי מדיניות והקהל הרחב.
- בניית מסד נתונים ארצי ומתעדכן המסייע בבחינת איכות שירותי השיקום ובהתוויית מדיניות השיקום בישראל
- תמיכה בשיפור ויעול של שירותי השיקום בארץ ויצירת אימפקט חברתי נרחב
- הגברת יכולת הפיקוח וההערכה של המערכת.



## מטרות הדו"ח הנוכחי (2023)

דו"ח זה מביא נתונים מהמידע שנאסף על ידי משרד הבריאות בשנת 2023, וכולל השוואה לנתוני 2022 אשר

הוצגו בדו"ח המדעי הקודם: [דו"ח מדעי 2022](#).

במסגרת דו"ח זה נתייחס למטרות הבאות:

1. הערכת היענות המתמודדים למילוי השאלונים, וזיהוי חסמים בהיענות לצורך שיפור שיטת איסוף הנתונים.

2. בחינת שיעור המתמודדים שהציבו מטרות, ושיעורי ההצלחה ביישום מטרות אלו

3. ניתוח ארבעה היבטים של תשובות המתמודדים באמצעות חלוקה לאשכולות תוכן:

א. מידת השימוש במשאבים קהילתיים

ב. מצב הבריאות:

(1) בריאות גופנית

(2) אורחות חיים והרגלי בריאות

ג. המטופל במרכז:

(1) קבלת החלטות משותפת

(2) ניהול המחלה

(3) חווית המטופל

ד. דיווח סובייקטיבי על מדדי תוצאה ואיכות חיים:

(1) השפעת הסימפטומים על תחומי חיים שונים

(2) תפקוד

(3) איכות חיים

4. בחינת הגורמים המנבאים סיכוי גבוה לאשפוז חוזר בשנים 2022-2023



## שיטות

### אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית היעד הממלאת שאלונים נחלקת לשניים: מקבלי שירות ונותני שירות. מקבלי השירות - כל אדם הצורך שירות שיקומי אחד לפחות מכלל שירותי סל שיקום, ממלא שאלון מדדי תוצאה אחת לשנה, במסגרת אחד השירותים שהוא צורך. את השאלון המקוון פותח עבורו (ומנגיש במידת הצורך באמצעות כרטיס חכם) איש צוות בשירות השיקומי, המכיר אותו ומלווה את התוכנית השיקומית שלו. נותני שירות - עבור כל מקבל שירות הממלא שאלון מדדי תוצאה במסגרת שיקומית, ממלא איש צוות באותה מסגרת שיקום שאלון-ראי, בו שאלות זהות לשאלון מקבל השירות. שאלון איש הצוות כולל גם פרטים על השכלת איש הצוות וניסיונו המקצועי. עם שליחת השאלון המקוון מתקבל בכתובת המייל של איש הצוות "דו"ח תמונת מצב" - "דו"ח המסכם בצורה נרטיבית את התשובות בשאלון. תמונות המצב - של מקבל השירות ושל נותן השירות שמילא שאלון עבורו - הם בסיס לשיח ביניהם הנוגע לתכנית השיקום של מקבל השירות.

### אופן מילוי השאלונים

מקבל שירות הצורך שירות ביותר ממסגרת שיקומית אחת לא צריך למלא שאלון בכל מסגרת ודי שימלא שאלון אחת לשנה במסגרת שיקום אחת. דוח תמונת המצב שלו יהיה נגיש במערכת לכל מסגרת בה הוא רשום כמקבל שירות, עם הקשת מספר הזהות שלו. במסגרת שיקום כזו, ימלא איש צוות המלווה את מקבל השירות שאלון איש צוות עבורו וינהל עמו שיח על בסיס תמונת המצב של מקבל השירות המצויה במערכת ותמונת המצב של איש הצוות. מילוי השאלונים על ידי מקבלי השירות ואנשי הצוות מבוצע באופן מקוון. מקבלי השירות והצוות יכולים להיכנס לשאלון בכניסה מאובטחת דרך רשת מאובטחת.

### אופן הפניה לאוכלוסיית היעד

מטעם חברת "שביט" פועל בכל צוות סל שיקום מחוזי מרכז נתונים העובד מול מסגרות השיקום במחוז יחד עם מנהל/ת מערך השיקום האזורי וצוות סל שיקום, לשם הגברת ההיענות והטמעת תהליכי מדדי תוצאה, כחלק אינטגרלי מתהליך השיקום. הפניה לאוכלוסיית היעד נעשית דרך מנהלי ועובדי מסגרות השיקום וכוללת:



- חשיפה ורתימה של מנהלי מסגרות שיקום לתכנית הלאומית למדדי תוצאה ותהליך, תוך הדגשת יתרונותיה עבור מסגרת השיקום- ברמה האישית-שיקומית וברמה הניהולית (ניהול מבוסס נתונים)
- קיום מפגשי חשיפה והדרכה ברמה ארצית או אזורית למנהלים מקצועיים של ספקי שיקום
- קיום הדרכות לצוותי מסגרות השיקום על תהליך מדדי תוצאה והשימוש בתוצריו. ההדרכה כוללת גם הנחיות לרתימת מקבלי השירות והגברת היענותם
- סיוע והנחיית מסגרות השיקום בכל הנוגע לפן הטכני של הקמת הרשאות במערכת ופתרון בעיות שונות
- קיום מעקב שוטף וניטור הענות למילוי שאלוני מדדי תוצאה במסגרות שיקום
- סיוע לצוות סל שיקום בהטמעת שיח מבוסס מדדי תוצאה מול מסגרות השיקום-
- פיתוח וחשיפה של דו"חות המתבססים על נתונים מעובדים- ברמה מסגרתית, מחוזית וארצית והנגשתם על ידי מרכזי הנתונים

## מבנה השאלונים

קיימים שלושה סוגי שאלונים:

1. שאלון מקבל שירות – שאלון מלא הכולל את כלל השאלות למקבלי השירות
  2. שאלון מקבל שירות מותאם – שאלון מקוצר, המיועד למקבלי שירות המתקשים במילוי השאלון המלא עקב קושי קוגניטיבי או רגשי ניכר.
  3. שאלון צוות – שאלון ראי לשאלון מקבל שירות אשר מיועד לאנשי צוות שממלאים אותו במקביל למקבל השירות המטופל על ידם.
- השאלון כולל את התחומים הבאים: פרטים דמוגרפיים, תעסוקה, לימודים, חברה ופנאי, מטרות ויעדים, יכולות ומיומנויות, סיוע מקצועי, בריאות נפשית, השפעת הסימפטומים הנפשיים על התפקוד, בריאות גופנית, הרגלי בריאות (אורחות חיים), שינויים במהלך חצי השנה האחרונה.

## ניתוח הנתונים

### מקורות מידע

השיטה המרכזית שבה נעשה שימוש בנתוני תוכנית זו היא כמותית ומתבססת על ניתוח השאלונים שמולאו בהיקף רחב בקרב אוכלוסיית מקבלי השירות ואנשי הצוות (נותני השירות) בשנת 2023 ובהשוואה לשנת 2022.



בנוסף, נעשה מיזוג והצלבה בין נתוני השאלונים לנתונים מנהלים של המשרד, אשר סיפקו תוספת של נתונים: מחוז וועדה אחרונה, קופות חולים, לאום, קבוצת שירות, שם ספק ואשפוזים חוזרים (על ידי הצלבה עם קובץ אשפוזים).

### חלוקת השאלון לאשכולות תוכן

במחקר זה נערך ניתוח גורמים מקיף לבחינת מדדי איכות חיים ובריאות. באמצעות שיטת Factor Analysis, זוהו ארבעה אשכולות עיקריים: חוויית מקבל שירות (11 פריטים,  $\alpha=0.825$ ), בריאות וקידום בריאות (7 פריטים), הערכה סובייקטיבית של איכות חיים (13 פריטים,  $\alpha=0.785$ ), והשתתפות בקהילה (6 פריטים,  $\alpha=0.696$ ). בשל מהימנות נמוכה של מדד בריאות וקידום בריאות ( $\alpha=0.511$ ), הוחלט לפצלו לשני מדדים נפרדים: האחד מתייחס לקידום בריאות ומורכב משלוש שאלות נפרדות שלא ניתן לחבר ביניהן, והשני הוא מדד בריאות גופנית המורכב מארבע שאלות ( $\alpha=0.653$ ). בנוסף, פותח מדד קידום בריאות משולב המשקלל שלושה גורמים: הימנעות מעישון, פעילות גופנית סדירה, ואכילה בריאה. מדד זה מאפשר הערכה כוללת של התנהגויות מקדמות בריאות. פיצול המדדים ובניית המדד המשולב נועדו לשפר את המהימנות ולאפשר ניתוח מדויק יותר של ההיבטים השונים של בריאות וקידום בריאות בקרב מקבלי השרות.

פירוט האשכולות, שמותיהם, המרכיבים שלהם ומדד אלפא-קרונברך שלהם מוצג בטבלה הבאה:

### טבלה 1 – חלוקת המשתנים לאשכולות

| שם האשכול החדש                  | מרכיבי האשכול ע"פ האשכולות הקודמים                                       | Cronbach's Alpha | תאור המשתנה   |
|---------------------------------|--|------------------|---|
| חוויית מקבל השירות              | Participant Experience   | 0.825            | להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום: התעסוקתי (עבודה)       |
|                                 |  |                  | להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום: החברתי                 |
| בריאות וקידום בריאות            | Health promotion<br>כל שאלה תוצג בנפרד<br>Physical Health<br>Alpha=0.653 | 0.511            | להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום: הזוגיות                |
|                                 |  |                  | להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום: המשפחתי                |
| הערכה סובייקטיבית של איכות חיים | Quality of Life  | 0.785            | להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום: הלימודים               |
|                                 |  |                  | באיזו מידה הצוות מקשיב לך, בדברים הקשורים לבריאותך הנפשית?                          |
| מעורבות בקהילה                  | Community participation  | 0.696            | באיזו מידה הצוות משלב בתכנית השיקום, את מה שחשוב לך בבריאותך הנפשית?                |
|                                 |  |                  | להרגשתך, האם התרופות עוזרות לך?   |
|                                 |  |                  | להרגשתך, כמה טובה ההתמודדות שלך עם מצבך הנפשי או הרגשי ביומיום?                     |
|                                 |  |                  | באיזו מידה אנשים שהם לא חלק מהצוות, עוזרים לך בטיפול בבריאותך הנפשית?               |
|                                 |  |                  | בחדש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות?                  |
|                                 |  |                  | האם עישנת במהלך שלושת החודשים האחרונים?   |
|                                 |  |                  | האם בשנה האחרונה, בעקבות בעיות בריאות גופניות, בקרת אצל רופא משפחה/ רופא מומחה אחר? |
|                                 |  |                  | האם בשנה האחרונה היית בחדר מיון כללי, בעקבות מחלה / כאב גופני?                      |
|                                 |  |                  | האם יש לך בעיות בריאות גופניות?   |
|                                 |  |                  | האם יש לך עבודה?  |
|                                 |  |                  | האם יש לך שימוש במשאבים קהילתיים?   |
|                                 |  |                  | האם יש לך הרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת בריאות הנפש?                 |
|                                 |  |                  | הסימפטומים השפיעו או הפריעו לחיי החברה שלך ו/או לפעילויות שלך בשעות הפנאי?          |
|                                 |  |                  | הסימפטומים השפיעו או הפריעו לחיי המשפחה שלך ו/או לתחומי האחריות שלך בבית?           |
|                                 |  |                  | הסימפטומים השפיעו או הפריעו לתחום התעסוקתי ו/או הלימודי שלך?                        |
|                                 |  |                  | להרגשתך, האם התרופות עוזרות לך?   |
|                                 |  |                  | להרגשתך, כמה טובה ההתמודדות שלך עם מצבך הנפשי או הרגשי ביומיום?                     |
|                                 |  |                  | להערכתך, מה היכולת שלך להצליח בתחומים הבאים: התעסוקתי (עבודה)                       |
|                                 |  |                  | להערכתך, מה היכולת שלך להצליח בתחומים הבאים: החברתי                                 |
|                                 |  |                  | להערכתך, מה היכולת שלך להצליח בתחומים הבאים: זוגיות                                 |
|                                 |  |                  | להערכתך, מה היכולת שלך להצליח בתחומים הבאים: המשפחתי                                |
|                                 |  |                  | להערכתך, מה היכולת שלך להצליח בתחומים הבאים: הלימודים                               |
|                                 |  |                  | האם יש לך הרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת בריאות הנפש?                 |
|                                 |  |                  | האם יש לך שימוש במשאבים קהילתיים?   |
|                                 |  |                  | כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   |
|                                 |  |                  | בשבוע גילי, כמה שיחות יש לך עם מישהו מחוץ למשפחתך ולצוות השיקום?                    |
|                                 |  |                  | להערכתך, מה היכולת שלך להצליח בתחום החברתי?   |

\*כל השאלות המסומנות בצבע אדום הוחלף הכיוון.



להלן תיאור השאלות המרכיבות כל אשכול:

**1. השתתפות בקהילה - באשכול זה נכללים 5 פריטים:**

שימוש במשאבים קהילתיים, הרגשת שייכות לקהילה, שיחות עם מישהו מחוץ למשפחה ולצוות השיקום, מספר חברים קרובים והערכת היכולת להצליח בתחום החברתי.

**2. בריאות והרגלי בריאות -** דיווח על תחלואה, שימוש בשירותי בריאות, מדד בריאות משולב (אשכול זה כולל: ביקור מקבל השירות אצל רופא משפחה/רופא מומחה אחר בעקבות בעיות בריאות גופניות, ביקור בחדר מיון, אשפוז בעקבות מחלה/כאב גופני בשנה האחרונה ודיווח כללי על קיום בעיות בריאות גופניות) **והרגלי בריאות** (עישון, תזונה בריאה, פעילות גופנית).

**3. חווית מקבל השירות - אשכול זה כולל 11 פריטים:**

להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח להתפתח בתחום התעסוקתי, החברתי, הזוגיות, המשפחתי והלימודי. ובאיזו מידה הצוות מסביר לך דברים, הקשורים לבריאותך הנפשית, באיזו מידה הצוות מקשיב לך ובאיזו מידה הצוות משלב בתוכנית השיקום את מה שחשוב לך בבריאותך הנפשית, להרגשת מקבל השירות האם התרופות עוזרות לך, כמה טובה ההתמודדות של מקבל השירות ביומיום ובאיזו מידה אנשים שאינם חלק מהצוות עוזרים לך בטיפול בבריאותו הנפשית.

**4. איכות חיים - אשכול זה כולל 13 פריטים:**

הרגשת שייכות לקהילה, שימוש במשאבים קהילתיים, שימוש בתרופות שעוזרות, התמודדות עם המצב הנפשי ביומיום, השפעת הסימפטומים הנפשיים על חיי החברה, המשפחה והתעסוקה, הערכת היכולת להצליח בתחומים השונים ועבודה.



בדו"ח זה בוצעו העיבודים הבאים:

### סטטיסטיקה תיאורית

1. תיאור המאפיינים הדמוגרפיים של מקבלי השירות, וניתוח לפי ארץ לידת אם בקיבוץ ליבשות ולישראל בנפרד.
2. מאפיינים דמוגרפיים ואחרים של נותני השירות (צוות)
3. ניתוח של המטרות והיעדים ברמה ארצית ובחלוקה למחוז ולקבוצות גיל
4. ניתוח התפלגויות וממוצעים של אשכולות שניתן לנתח באופן כמותי – ארצי, לפי מחוזות ולפי קבוצות גיל:
  - א. השתתפות קהילתית
  - ב. בריאות והרגלי בריאות
  - ג. חווית מקבל השירות
  - ד. איכות חיים
5. בריאות גופנית: התפלגות לפי רמה כמותית וכן תיאור סוגי מחלות לפי מחוז וקבוצות גיל
6. קידום בריאות ואורחות חיים:
  - א. התפלגות של אורחות חיים כללי ונפרד לכל מחוז: תזונה, עישון, פעילות גופנית
  - ב. יצירת שני מדדים חדשים ובחינתם בחלוקה למחוזות:
    - שומרים על אורח חיים בריא (לא מעשנים, שומרים על תזונה בריאה, פעילות גופנית לפחות פעמיים בשבוע
    - לא שומרים כלל על אורח חיים בריא (מעשנים מעל 20 סיגריות ביום, לא שומרים על תזונה בריאה ולא מבצעים פעילות גופנית)
7. הבדלים בין מקבלי שירות ונותני שירות – נערכה השוואה בין תשובות מקבלי השירות ואנשי הצוות, לצורך כך נבנה הוכללו זוגות של שאלונים מהשנים 2022-2023 (סה"כ 3,615 שאלונים מזווגים)



## הסקה סטטיסטית וניתוח דו משתני

1. נבדקה קורלציה בין מדדי השתתפות קהילתית, בריאות גופנית משולב, חווית מטופל ואיכות חיים
2. כדי לבחון את ההשפעה של המשתנים השונים על השתתפות קהילתית, בריאות גופנית משולב, חווית מטופל ואיכות חיים בוצעה רגרסיה ליניארית ונבדקו ערכי בטא ( $\beta$ ) המייצגים את עוצמת הקשר בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי. מובהקות סטטיסטית נקבעה ברמת  $\alpha=0.05$
3. בוצעה השוואה לבדיקת הבדלים בין השנים 2022 ו-2023.

## אשפוזים חוזרים

נערכה הצלבה עם קובץ האשפוזים של משרד הבריאות אשר אפשרה להגדיר שתי קבוצות: קבוצת מקבלי השירות שאושפזו לפחות פעם אחת **בשנת מילוי השאלון** הוגדרה כקבוצת המחקר. קבוצת הביקורת כללה מקבלי שירות שלא היה להם אשפוז פסיכיאטרי חוזר בשנת מילוי השאלון, ואשר הותאמה לקבוצת המחקר במאפיינים: מגדר, גיל, השכלה ומצב משפחתי.

בשנים 2022 ו-2023 היו 1,332 שאלונים של מקבלי שירות שהיה להם אשפוז חוזר והם הוו 7.1% מכלל מקבלי השירות שהשיבו על השאלון. מתוכם ל-1,259 מקבלי שירות נמצאה ביקורת מתאימה.

נערכה השוואה בין 2 הקבוצות בכל אחד מתחומי החיים ובפרמטרים בודדים נוספים על מנת לבדוק האם יש משתנים היכולים לנבא או להיות קשורים לאשפוז חוזר.

הניתוח בוצע כדלקמן:

1. אשפוזים חוזרים כמשתנה דיכוטומי (כן/לא)
2. ניתוח חד משתני לאיתור משתנים המשפיעים על אשפוז חוזר
3. ניתוח רב משתני של שכלל משתנים שנמצאו מובהקים בניתוח החד משתני, כולל תקנון לגיל ומין.

## מבחנים סטטיסטיים

למשתנים רציפים, חושבו מדדי המרכז (ממוצע וחציון) ופיזור (סטיית תקן), ולמשתנים קטגוריאליים, הוצגו שכיחויות במספרים מוחלטים ובאחוזים.

לבחינת הקשר בין משתנים קטגוריאליים, נעשה שימוש במבחן חי בריבוע (Chi-square). התפלגות המשתנים הרציפים נבדקה באמצעות מבחן Kolmogorov-Smirnov ומאחר שהמשתנים לא התפלגו נורמלית, הקשר בין



תשובות מקבלי השירות לתשובות הצוות נבחן באמצעות מתאם ספירמן (Spearman Correlation), ולהשוואה בין תשובות מקבלי השירות והצוות בוצע מבחן Wilcoxon למדגמים מזוגים. הקשרים בין משתנים רציפים נבחנו באמצעות מתאם פירסון (Pearson Correlation). לבחינת הקשר בין משתנים קטגוריאליים (כגון עישון) למשתנים רציפים (כגון איכות חיים), בוצעו מבחני t או ANOVA עבור משתנים בעלי התפלגות נורמלית, ומבחני Mann-Whitney או Kruskal-Wallis עבור משתנים שאינם מתפלגים נורמלית. לבחינת ההשפעות בין משתנים רציפים ולניבוי ערכי משתנה תלוי, בוצעו רגרסיות לינאריות מרובות. עבור כל מודל, חושבו מקדמי הרגרסיה מתוקננים (ביטא) וערכי p. לניתוח רב-משתני של גורמי הסיכון לאשפוזים חוזרים, בוצעה רגרסיה לוגיסטית על מדגם מותאם של משתתפים (קבוצת ניסוי וביקורת), תוך התאמה למשתני רקע דמוגרפיים (מגדר, גיל, השכלה ומצב משפחתי) על בסיס נתוני 2022-2023. בכל הניתוחים, ערך p קטן או שווה ל-0.05 נחשב למובהק סטטיסטית.



## תוצאות

### מאפייני אוכלוסיית ממלאי השאלונים

המספר הכולל של מקבלי שירות של שיקום פסיכיאטרי בשנת 2023 עמד על 37,872, מהם 11,038 השיבו על השאלונים (שיעור היענות של 29%). לאחר טיוב וסינון של שאלונים שמולאו באופן מלא, נכללו בעיבוד 10,046 מקבלי שירות. הטבלאות הבאות מציגות את מאפייני הרקע הדמוגרפי של מקבלי שירותי של שיקום שענו על השאלונים מקור הנתונים הנו שאלוני מקבלי שירותי של שיקום.

#### טבלה 2: מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית מקבלי שירות של שיקום פסיכיאטרי

| %     | N      |                  |              |
|-------|--------|------------------|--------------|
| 14.3% | 5,401  | צפון             | מחוז **      |
| 10.6% | 4,027  | חיפה 1           |              |
| 5.7%  | 2,150  | חיפה 2           |              |
| 7.5%  | 2,843  | תל אביב 1        |              |
| 8.8%  | 3,338  | תל אביב 2        |              |
| 14.3% | 5,428  | מרכז צפון        |              |
| 8.4%  | 3,172  | מרכז דרום        |              |
| 14.4% | 5,454  | ירושלים          |              |
| 9.4%  | 3,571  | דרום אזור דרומי  |              |
| 6.0%  | 2,282  | דרום אזור צפוני* |              |
| 0.5%  | 206    | אחר+ לא ידוע     |              |
|       | 37,872 | סה"כ             |              |
| 50.7% | 19214  | זכר              | מגדר         |
| 49.3% | 18658  | נקבה             |              |
|       | 37,872 | סה"כ             |              |
| 7.5%  | 2854   | 18-24            | קבוצות גיל   |
| 44.6% | 16880  | 25-44            |              |
| 20.8% | 7877   | 45-54            |              |
| 17.2% | 6512   | 55-64            |              |
| 9.9%  | 3749   | +65              |              |
|       | 37,872 | סה"כ             |              |
| 56.4% | 21340  | כלית             | קופת חולים** |
| 25.1% | 9521   | מכבי             |              |
| 6.9%  | 2601   | לאומית           |              |
| 10.9% | 4131   | מאוחדת           |              |
| 0.7%  | 279    | אחר+ לא ידוע     |              |
|       | 37,872 | סה"כ             |              |

\* מחוז אשקלון של משרד הבריאות  
\*\* מתוך מאגר הנתונים של משרד הבריאות.



טבלה 3: מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית מקבלי שירות סל שיקום שהשיבו לשאלון

| %     | N     |                 |               |
|-------|-------|-----------------|---------------|
| 18.4% | 1847  | צפון            | מחוז *        |
| 19.5% | 1958  | חיפה 1          |               |
| 3.4%  | 342   | חיפה 2          |               |
| 5.7%  | 572   | תל אביב 1       |               |
| 7.5%  | 758   | תל אביב 2       |               |
| 11.1% | 1113  | מרכז צפון       |               |
| 10.0% | 1007  | מרכז דרום       |               |
| 3.7%  | 369   | ירושלים         |               |
| 12.2% | 1230  | דרום אזור דרומי |               |
| 8.3%  | 835   | דרום אזור צפוני |               |
| 0.1%  | 15    | אחר             |               |
|       | 10046 | סה"כ            |               |
| 50.8% | 5108  | זכר             | מגדר          |
| 49.2% | 4938  | נקבה            |               |
|       | 10046 | סה"כ            |               |
| 7.7%  | 774   | 18-24           | קבוצות גיל    |
| 44.2% | 4436  | 25-44           |               |
| 21.8% | 2191  | 45-54           |               |
| 17.9% | 1795  | 55-64           |               |
| 8.5%  | 850   | +65             |               |
|       | 10046 | סה"כ            |               |
| 59.8% | 6011  | כללית           | קופת חולים ** |
| 25.8% | 2593  | מכבי            |               |
| 6.1%  | 611   | לאומית          |               |
| 7.8%  | 783   | מאוחדת          |               |
| 0.5%  | 48    | אחר             |               |
|       | 10046 | סה"כ            |               |

\* סיווג מקבלי שירות סל שיקום בוצע על בסיס מקום מילוי השאלון ושיוך המסגרת לפי מחוז וועדה אחרונה, מקור הנתונים מתוך מאגר הנתונים במשרד הבריאות.

\*\* מתוך מאגר הנתונים של משרד הבריאות.

\*\*\* כולל גם את אוסטרליה וניו-זילנד, דרום המריקה ומרכז אמריקה



טבלה 3א: מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית מקבלי שירותי סל שיקום שהשיבו לשאלון-המשך

| %     | N     |                     |                   |
|-------|-------|---------------------|-------------------|
| 57.8% | 5804  | רווק/ה              | מצב משפחתי        |
| 16.1% | 1617  | נשוי/אה             |                   |
| 20.6% | 2070  | גר/שה               |                   |
| 1.8%  | 180   | אלמן/ה              |                   |
| 3.4%  | 341   | בזוגיות             |                   |
| 0.3%  | 34    | אחר                 |                   |
|       | 10046 | סה"כ                |                   |
| 7.2%  | 724   | עד 8 שנות לימוד     | השכלה             |
| 42.4% | 4255  | בין 9-12 שנות לימוד |                   |
| 16.2% | 1630  | תעודת בגרות         |                   |
| 16.4% | 1646  | לימודי תעודה        |                   |
| 12.8% | 1287  | תואר ראשון ומעלה    |                   |
| 2.2%  | 219   | לימודים תורניים     |                   |
| 2.3%  | 231   | אחר                 |                   |
| 0.5%  | 54    | לא ידוע             |                   |
|       | 10046 | סה"כ                |                   |
| 28%   | 2778  | אסיה-אפריקה         | יבשת/ ארץ לידת אם |
| 23%   | 2334  | אירופה-אמריקה ***   |                   |
| 39%   | 3896  | ישראל               |                   |
| 10%   | 1038  | לא ידוע             |                   |
|       | 10046 | סה"כ                |                   |

\* סיווג מקבלי שירות סל שיקום בוצע על בסיס מקום מילוי השאלון ושיוך המסגרת לפי מחוז וועדה אחרונה, מקור הנתונים מתוך מאגר הנתונים במשרד הבריאות.

\*\* מתוך מאגר הנתונים של משרד הבריאות.

\*\*\* כולל גם את אוסטרליה וניו-זילנד, דרום אמריקה ומרכז אמריקה.

ניתן לראות כי –כ- 38% מכלל מקבלי השירות הנכללים בדו"ח ממחוזות צפון וחיפה 1 (19% בכל מחוז), אחוז נמוך במיוחד (4%) במחוזות חיפה 2 וירושלים, יתר המחוזות עומדים על כ- 10% במוצע. אחוז הגברים עמד על 51% בהשוואה ל-49% בקרב הנשים. 8% צעירים בגילאי 18-24, 44% בגילאי 25-44, 22% בגילאים 45-54, 26% בגילאי 55 ומעלה. 60% ממקבלי השירות מבוטחי קופת חולים כללית, 26% מבוטחי קופת חולים מכבי והיתר לאומית ומאוחדת. 19.5% ממקבלי השירות נמצאים בזוגיות או נשואים/ות. 50% ממקבלי השירות בעלי השכלה של עד 12 שנות לימוד, 16% בעלי תעודת בגרות, 16% בעלי לימודי תעודה מקצועית ו- 13% בעלי תואר אקדמי. 39% ממקבלי השירות ארץ לידת האם ישראל, 28% מיבשת אסיה-אפריקה ו- 23% מיבשת אירופה-אמריקה.



**טבלה 4: מאפיינים דמוגרפיים ואחרים של נותני השירות (הצוות)**

| %   | N           |                      |                                    |
|-----|-------------|----------------------|------------------------------------|
| 88% | 7532        | כן                   | הכשרה אקדמית                       |
| 12% | 1018        | לא                   |                                    |
|     | <b>8577</b> | <b>סה"כ*</b>         |                                    |
| 72% | 6188        | מתאם/ת שיקום         | תפקיד                              |
| 10% | 887         | רכז/ת                |                                    |
| 6%  | 540         | מדריך/ה              |                                    |
| 11% | 962         | אחר**                |                                    |
|     | <b>8577</b> | <b>סה"כ*</b>         |                                    |
| 51% | 4330        | עד שנה               | משך העבודה עם מקבל השירות/ת        |
| 23% | 2008        | בין שנה עד שנתיים    |                                    |
| 26% | 2215        | מעל שנתיים           |                                    |
|     | <b>8577</b> | <b>סה"כ</b>          |                                    |
| 24% | 2087        | עד שנה               | משך זמן העבודה במקום העבודה הנוכחי |
| 24% | 2055        | בין שנה עד שנתיים    |                                    |
| 32% | 2715        | בין שנתיים עד 5 שנים |                                    |
| 20% | 1675        | מעל 5 שנים           |                                    |
|     | <b>8577</b> | <b>סה"כ*</b>         |                                    |

\* סה"כ כולל לא ידוע

\*\* אחר כולל מנהל מסגרת, חונכ/ת, סומכ/ת, מלווה השכלה וכיו"ב.

88% מאנשי הצוות שמלאו שאלונים בעלי הכשרה אקדמית.

72% מאנשי הצוות מתאמי/ות טיפול שיקום.

מחצית (51%) מאנשי הצוות עובדים מול מקבלי השירות פרק זמן של עד שנה.

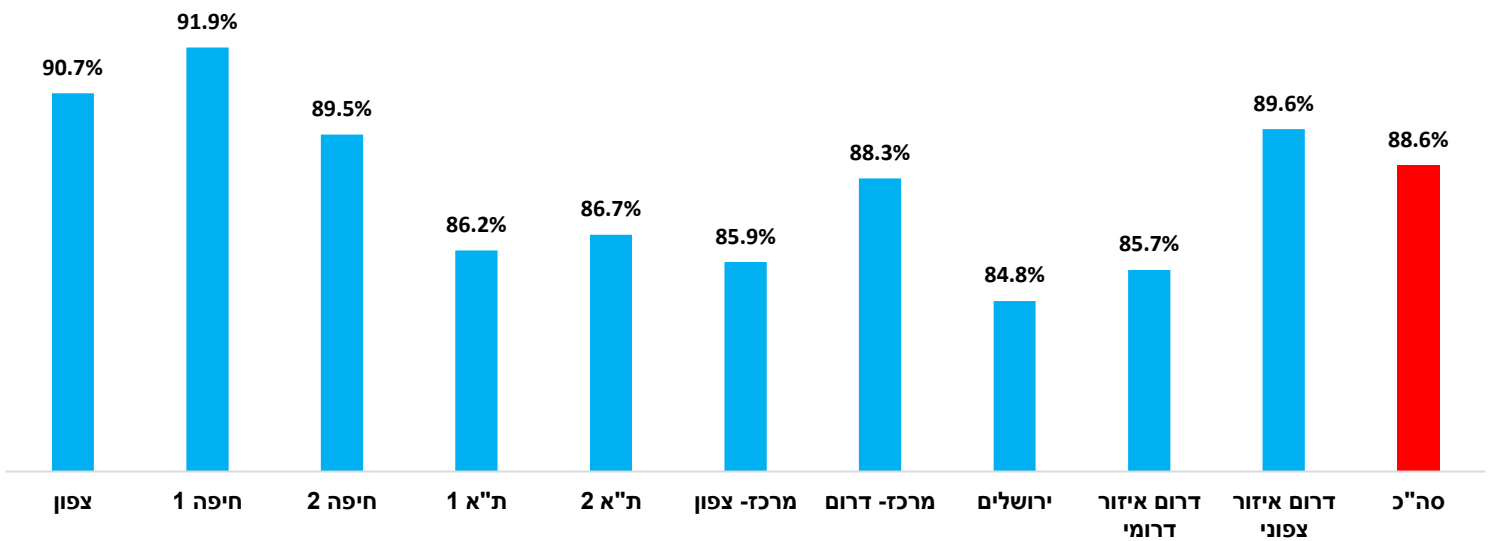
24% עובדים במקום העבודה בנוכחי עד שנה ו-20% עובדים למעלה מ-5 שנים (בהשוואה ל-19% ו-33%

בהתאמה בשנת 2022).



מטרות, יעדים והרצון לעשות שינוי

תרשים 1 - אחוז מקבלי השירות שהציבו מטרה בשנה האחרונה בכל מחוז

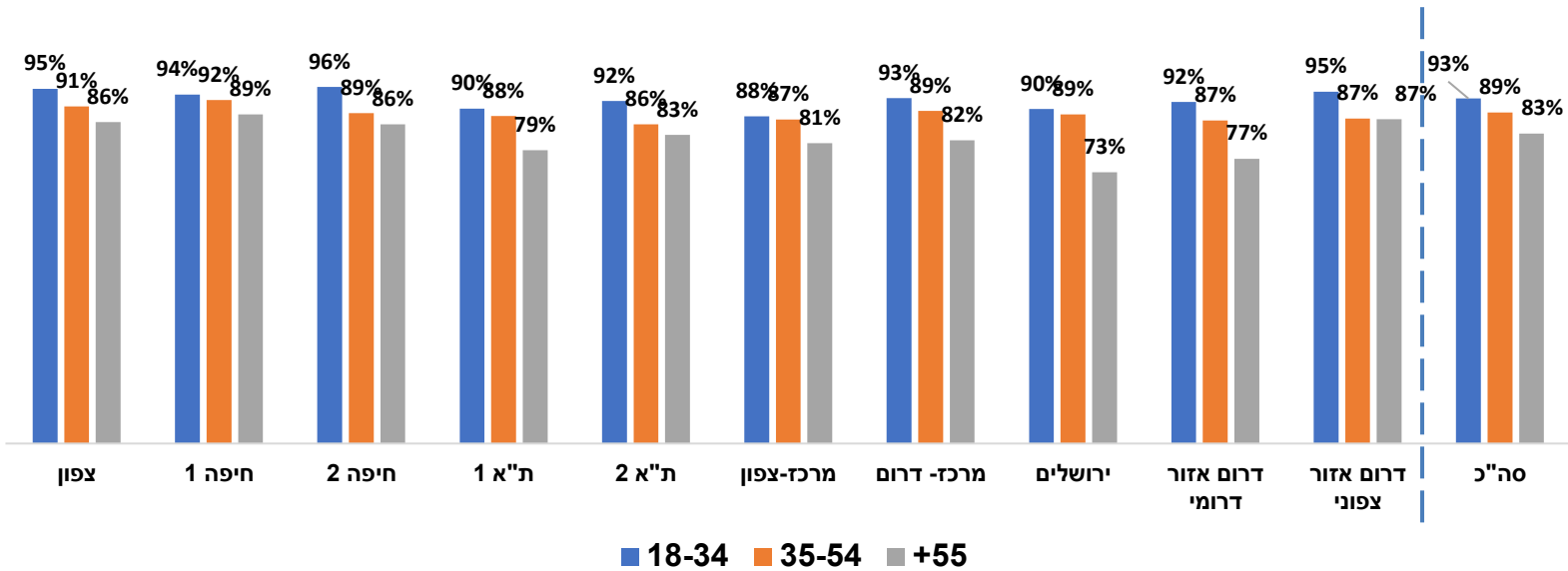


מתרשים 1 ניתן לראות כי 88.6% מכלל מקבלי השירות הציבו לעצמם מטרה בשנה האחרונה (ע"פ דיווח עצמי).  
במחוזות חיפה 1, צפון, דרום אזור דרומי וחיפה 2 נמצא אחוז גבוה של מקבלי שירות שהציבו מטרה ביחס לממוצע הכללי.

במחוזות ירושלים, דרום אזור דרומי ומרכז-צפון אחוז מקבלי שירות שהציבו מטרה היה נמוך ביחס לממוצע הכללי.



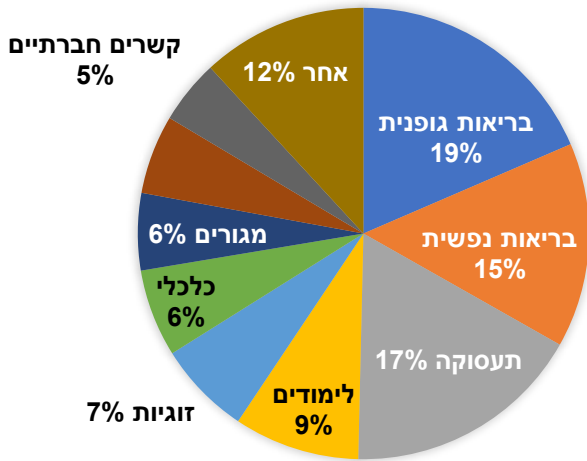
## תרשים 2 - אחוז מקבלי השירות שהציבו מטרה בשנה האחרונה בכל מחוז בחלוקה לקבוצות גיל



תרשים 2 מצביע על אחוז מקבלי השירות שהציבו מטרה בשנה האחרונה בקבוצת מקבלי השירות בגילאי +55 נמוך בכלל הארץ ובכל המחוזות ביחס לקבוצות הגיל הצעירות יותר. בקבוצת הגיל הצעירה (18-34) למעלה מ- 90% ממקבלי השירות בכל המחוזות הציבו מטרה בשנה האחרונה בהשוואה ל- 83% בקבוצת הגיל +55

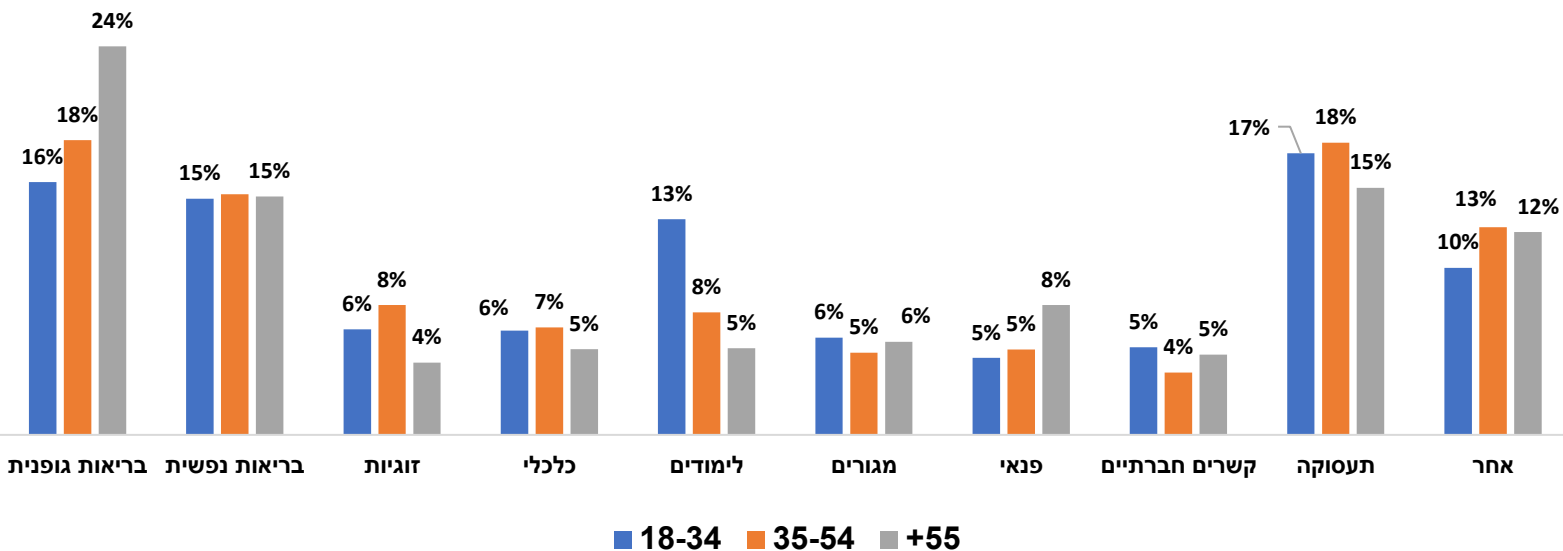


### תרשים 3 - התחומים בהם מקבל השירות הציב מטרה בשנה האחרונה



מתרשים 3 ניתן ללמוד כי למעלה מ- 50% מהמטרות שהוצבו ע"י מקבלי השירות בשנה האחרונה היו מתחומי בריאות גופנית, תעסוקה

### תרשים 4 - התחומים בהם הציב מקבל השירות מטרה בשנה האחרונה לפי קבוצות גיל



מתרשים 4 ניתן לראות כי ניכרת שונות בין קבוצות הגיל של מקבלי השירות בתחומים בהם הוצבו מטרות. כרבע מכלל המטרות שמקבלי השירות בגילאי +55 הציבו לעצמם בשנה האחרונה היה בתחום הבריאות הגופנית בהשוואה ל-16% בקבוצת הגיל הצעירה (18-34), גם התחום הלימודים נמצא פער גדול - 13% בקבוצת הגיל הצעירה לעומת 5% בקבוצת המבוגרת (+55). ובתחום הפנאי נמצא אחוז גבוה יותר של הצבת מטרות בקבוצת הגיל המבוגרת - 8% בהשוואה ל- 5% בקבוצת הגיל הצעירות יותר.



שביט - יעוץ ארגוני ופתוח הדרכה  
Shavit - Organizational Consultants  
& Training Development

## התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ומדדי תהליך במערך השיקום בבריאות הנפש

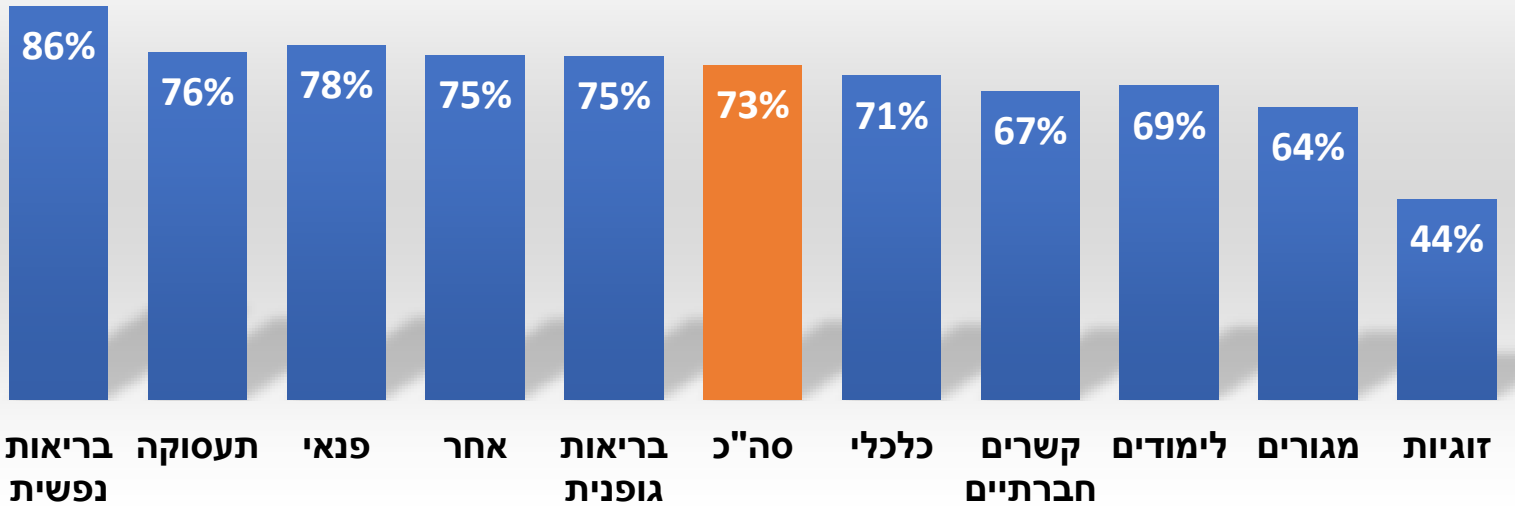


מינהל הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health Services



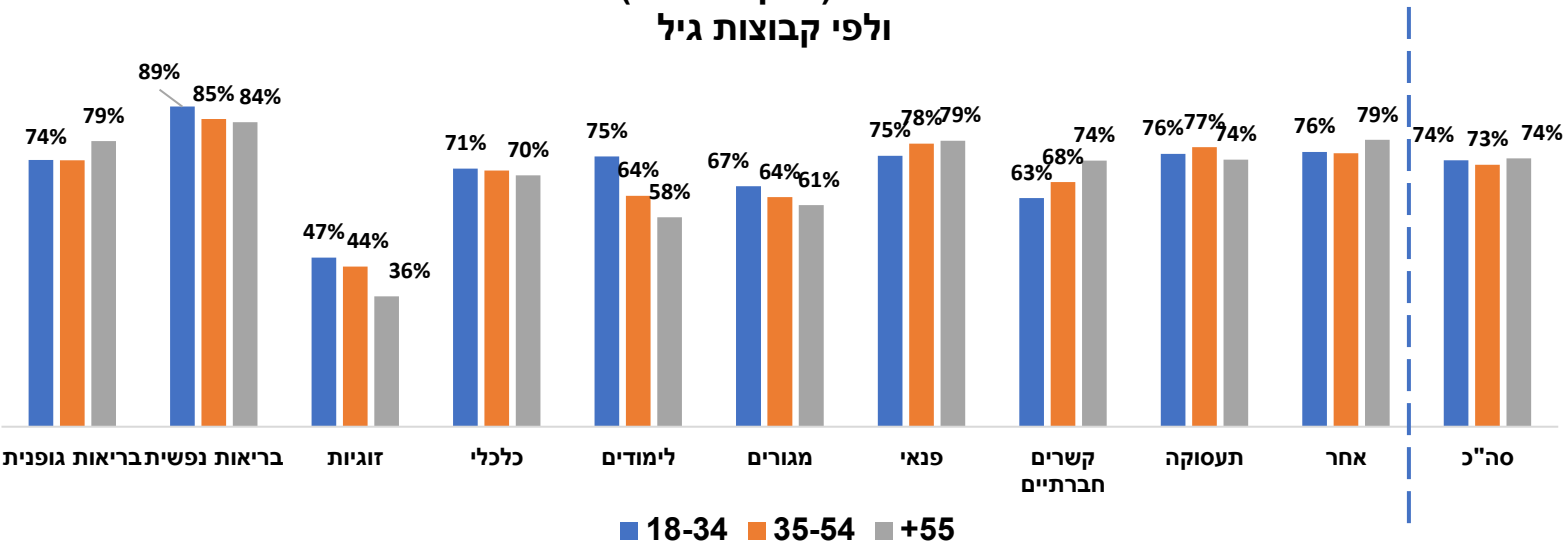
משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

### תרשים 5 - אחוז המטרות שהושגו (חלקי או מלא) בשנה האחרונה בכל תחום



מתרשים 5 נראה כי בתחום הבריאות הנפשית 86% מהמטרות הושגו בהשוואה לתחום הזוגיות בו 44% בלבד מהמטרות הושגו

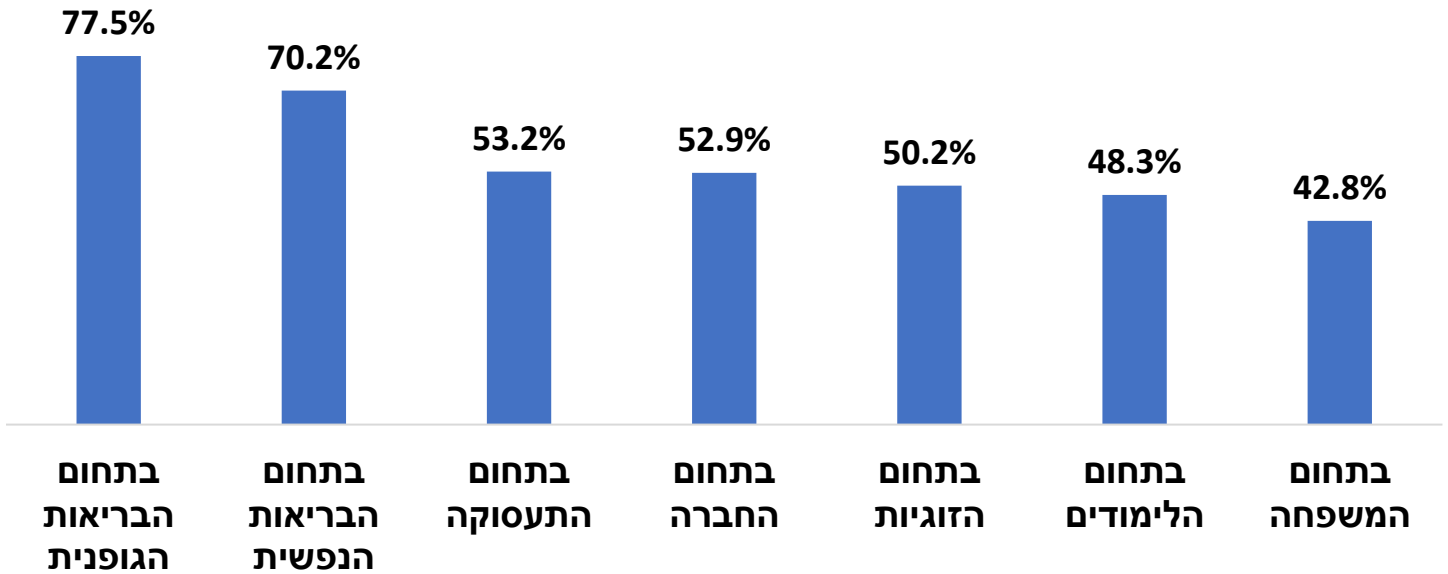
### תרשים 6 - אחוז המטרות שהושגו (חלקי או מלא) בשנה האחרונה בכל תחום ולפי קבוצות גיל



מתרשים 6 ניתן לראות שאין הבדל באחוז המטרות שהושגו ברמת סה"כ בין 3 קבוצות הגיל והוא נע סביב 73%. אך בתחום הקשרים החברתיים ניתן לראות כי אחוז המטרות שהושגו מקרב +55 היה גבוה (74%) בהשוואה ל-63% מקרב הצעירים (18-34). בתחומים של זוגיות ולימודים אחוז המטרות שהושגו הולך ופוחת עם הגיל.



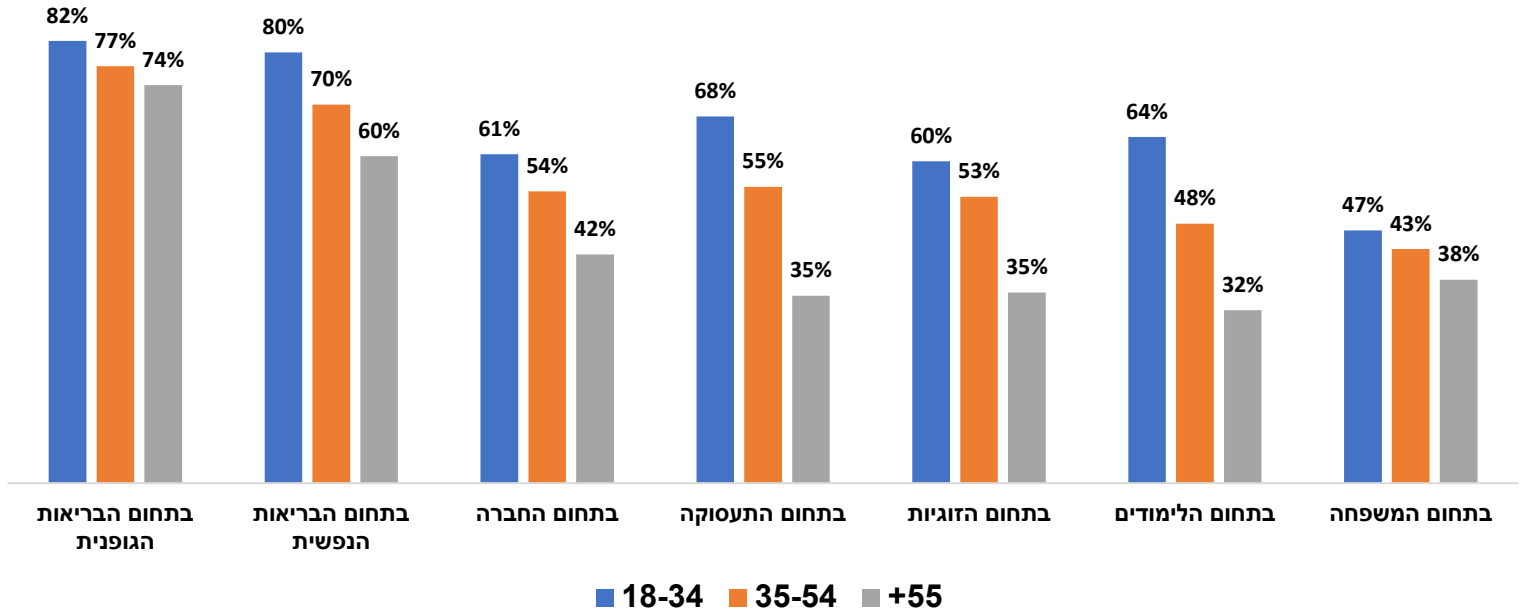
### תרשים 7- הרצון לעשות שינוי 2023



מתרשים 7 ניתן ללמוד כי התחום שבו יש את הרצון הגבוה ביותר לשינוי הוא תחום הבריאות הגופנית, 77.5% ממקבלי השירות השיבו כי ברצונם לעשות שינוי, לאחר מכן תחום הבריאות הנפשית עם 70.2%. הרצון לעשות שינוי בתחום המשפחה הוא הנמוך ביותר ועומד על 42.8%.



## תרשים 8 - הרצון לעשות שינוי לפי תחומים וקבוצות גיל

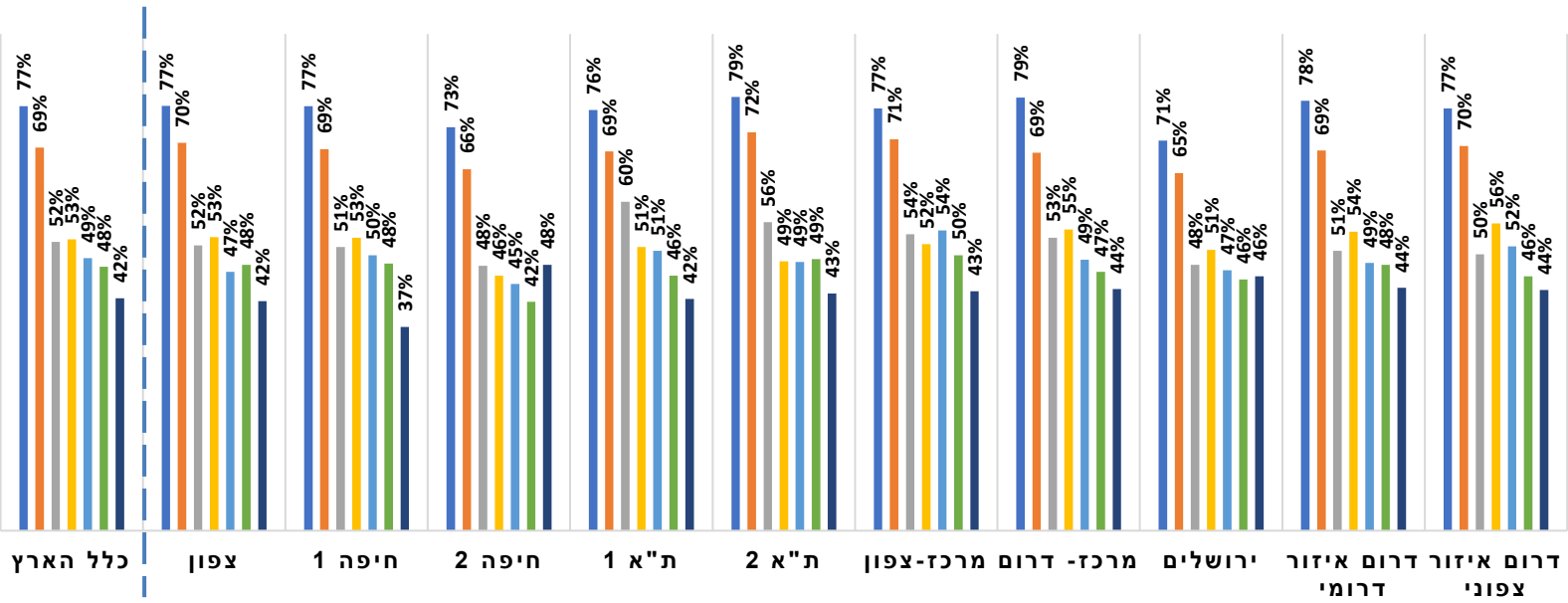


תרשים 8 מצביע על כך שככל שעולים בגיל כך הרצון לעשות שינוי קטן יותר בכל התחומים. הרצון לעשות שינוי בתחום הגופני הוא הגבוה ביותר בכל קבוצות הגיל. כך למשל בקרב הצעירים 82% ממקבלי השירות היו רוצים לעשות שינוי בהשוואה ל-74% מקרב המבוגרים. בקבוצת הגיל הצעירה (18-34) בתחום המשפחה נמצא האחוז הנמוך ביותר של רצון מקבל השירות לעשות שינוי (47%) בכל שאר התחומים למעלה מ-60% ממקבלי השירות השיבו כי הם רוצים לעשות שינוי. בקבוצת הגיל 35-54 אחוז נמוך של רצון לבצע שינוי נמצא גם בתחום המשפחה וגם בתחום הלימודים, ובשאר התחומים אחוזים מעט יותר גבוהים. בקבוצת הגילאים +55 הרצון לעשות שינוי בתחומים: לימודים, זוגיות, תעסוקה ומשפחה נעו סביב 35%, אחוזים נמוכים באופן ניכר מהתחומים האחרים ומקבוצות הגיל הצעירות יותר.



## תרשים 9 - הרצון לעשות שינוי לפי תחומים ומחוזות

■ בתחום המשפחה ■ בתחום הלימודים ■ בתחום הזוגיות ■ בתחום התעסוקה ■ בתחום החברה ■ בתחום הבריאות הנפשית ■ בתחום הבריאות הגופנית



תרשים 9 מצביע על כך שבכל המחוזות הרצון לעשות שינוי הגבוה ביותר היה בתחום הבריאות הגופנית ברמה הארצית מדובר ב- 77% ובמחוז ת"א 2 האחוז הגבוה ביותר (79%).

הרצון לעשות שינוי בתחום הנפשי ברמה הארצית עמד על 69% ובמחוז ת"א 2 האחוז גבוה יותר ועומד על 72% ואחריו מחוז מרכז-צפון עם 71%.

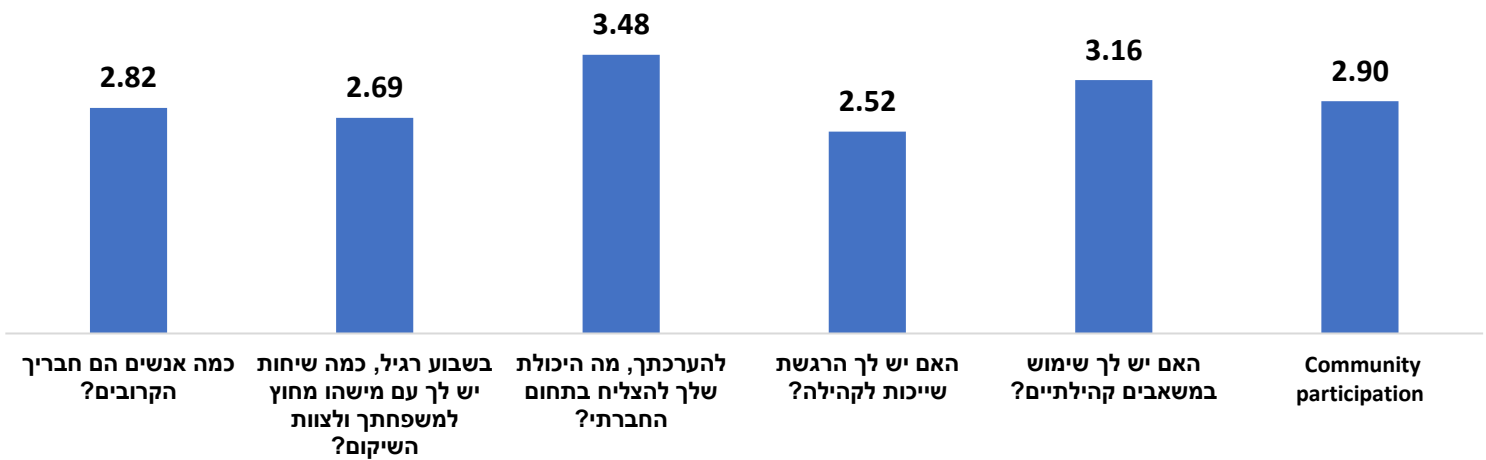
הרצון לעשות שינוי בתחום המשפחה היה הנמוך ביותר ועמד ברמה הארצית על 42%, כאשר במחוז חיפה 1 האחוז היה נמוך יותר ועמד על 37%.



## השתתפות בקהילה – Community participation

באשכול זה נכללים חמשת הפריטים הבאים: שימוש במשאבים קהילתיים, הרגשת שייכות לקהילה, שיחות עם מישהו מחוץ למשפחה ולצוות השיקום, מספר חברים קרובים והערכת היכולת להצליח בתחום חברתי.

### תרשים Community participation-10



טווח:

ערכי הממוצעים נעים בסקלה של 1-5 כאשר

1- כלל לא.

5 – במידה רבה מאד.

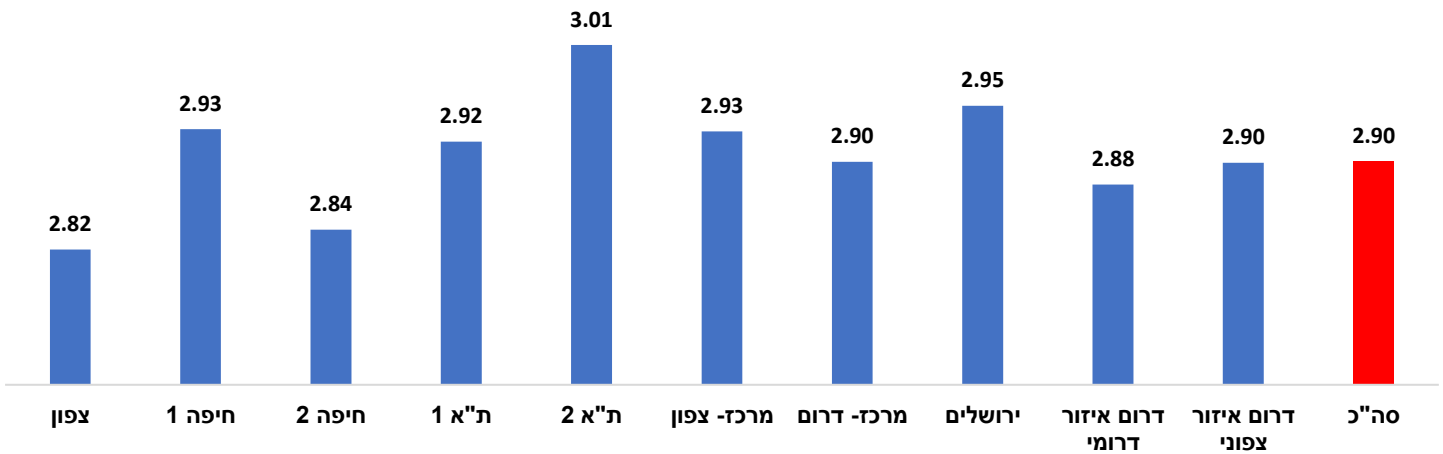
ככל שהערך המתקבל יותר גבוה כך ההשתתפות בקהילה גבוהה יותר.

מתרשים 10 ניתן לראות כי ההשתתפות בקהילה ברמה נמוכה יחסית.



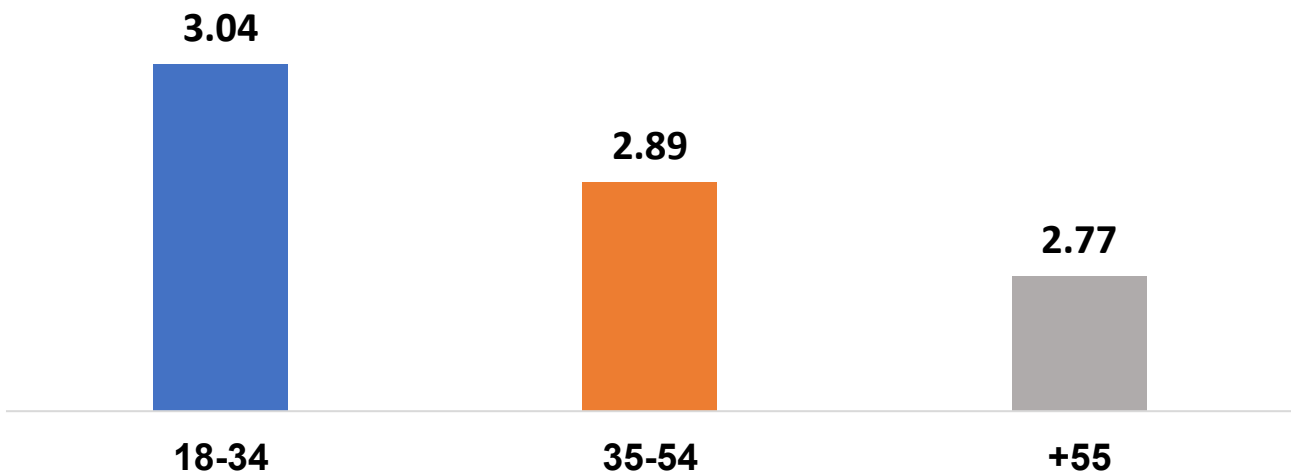
השתתפות בקהילה לפי מחוזות וגיל

תרשים Community participation-11 לפי מחוזות



מתרשים 11 ניתן לראות כי במחוז צפון תחושת ההשתתפות לקהילה נמוכה ביחס לממוצע הכללי וליתר המחוזות. במחוז ת"א 2 תחושת ההשתתפות לקהילה הגבוהה ביותר.

תרשים Community participation-12 לפי גיל



בתרשים 12 בקבוצת הגיל המבוגרת (+55) הרגשת השייכות לקהילה פחותה יותר ביחס לקבוצות הגיל הצעירות יותר.



שביט - יעוץ ארגוני ופתוח הדרכה  
Shavit - Organizational Consultants  
& Training Development

## התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ומדדי תהליך במערך השיקום בבריאות הנפש

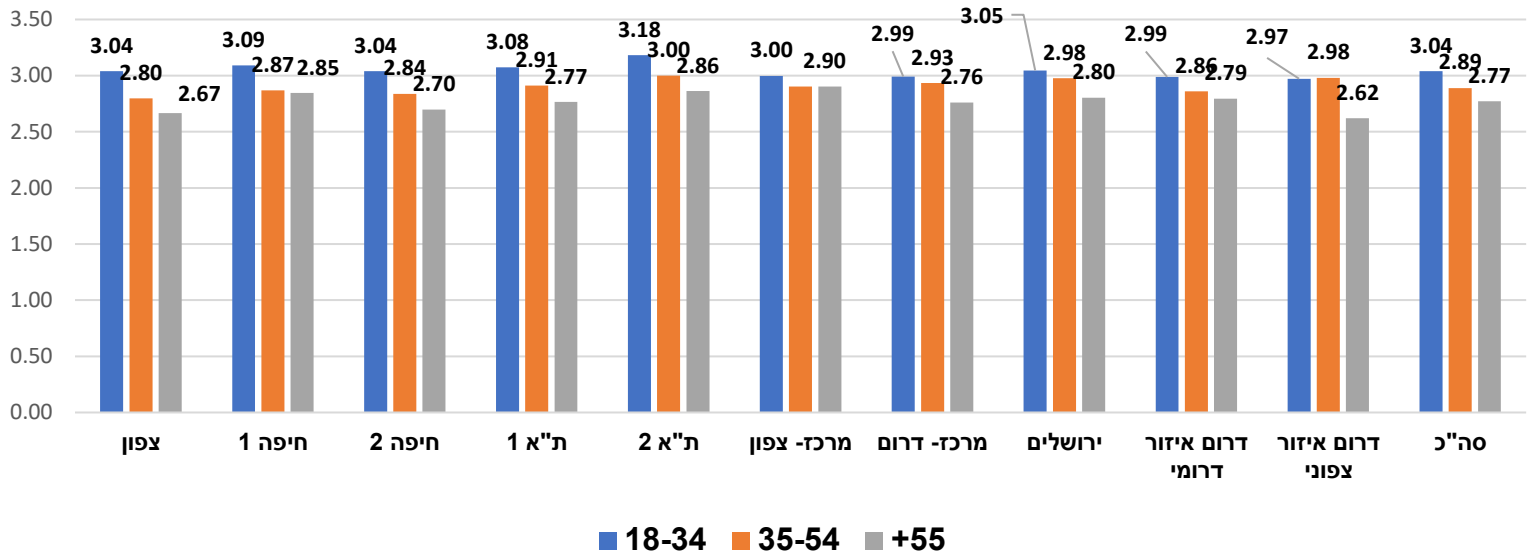


מינהל הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health Services



משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

### תרשים 13-Community participation לפי גיל ומחוז



מתרשים 13 ניתן לראות כי במחוז ת"א 2 הרגשת השתתפות בקהילה גבוהה בעיקר בגילאי 18-34 ו-35-54 ביחס ליתר המחוזות.

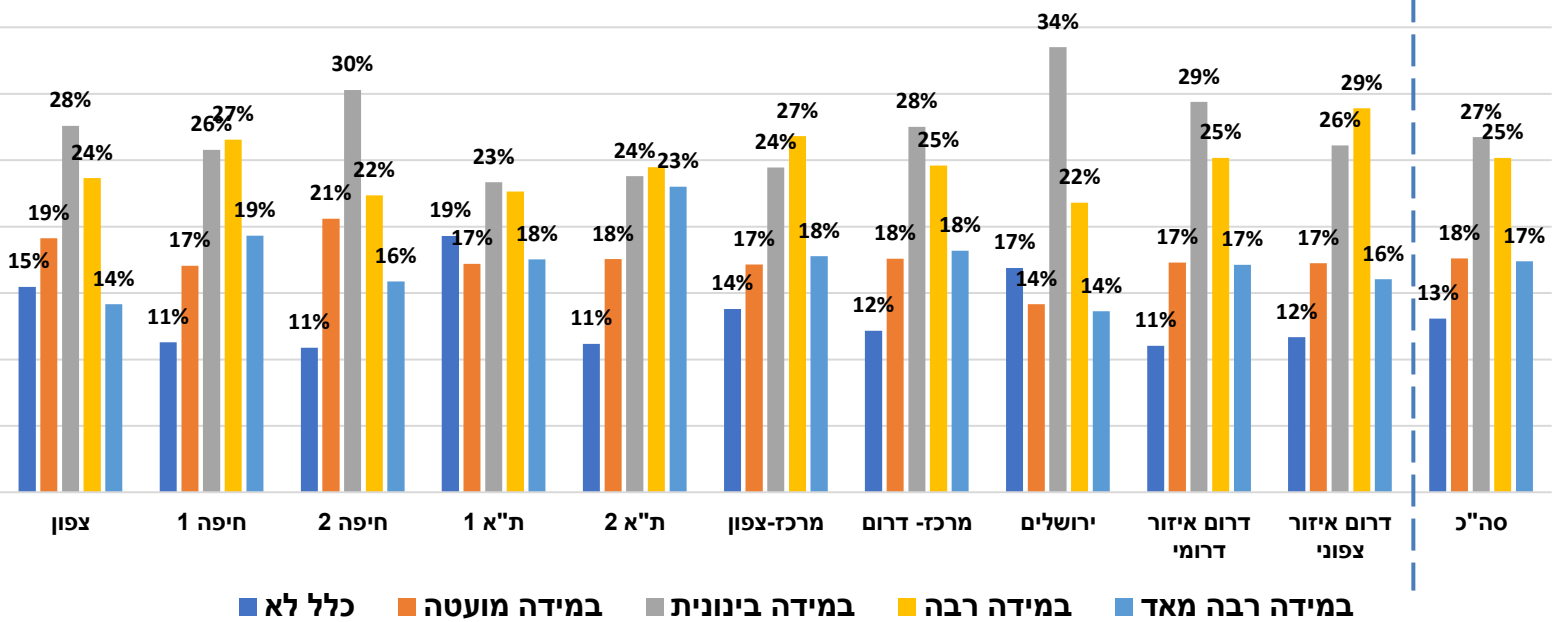
במחוז מרכז-צפון הרגשת השתתפות בקהילה בגילאי +55 (2.90) גבוהה ביחס ליתר המחוזות.

להלן פרוט של המרכיבים העיקריים של אשכול השתתפות חברתית, פריטים אלו הוצגו גם בדוח המדעי לשנת 2022.



הרגשת שייכות לקהילה, שימוש במשאבים קהילתיים והשימוש במרחב האינטרנטי/דיגיטלי

### תרשים 14- מידת השימוש במשאבים קהילתיים לפי מחוזות

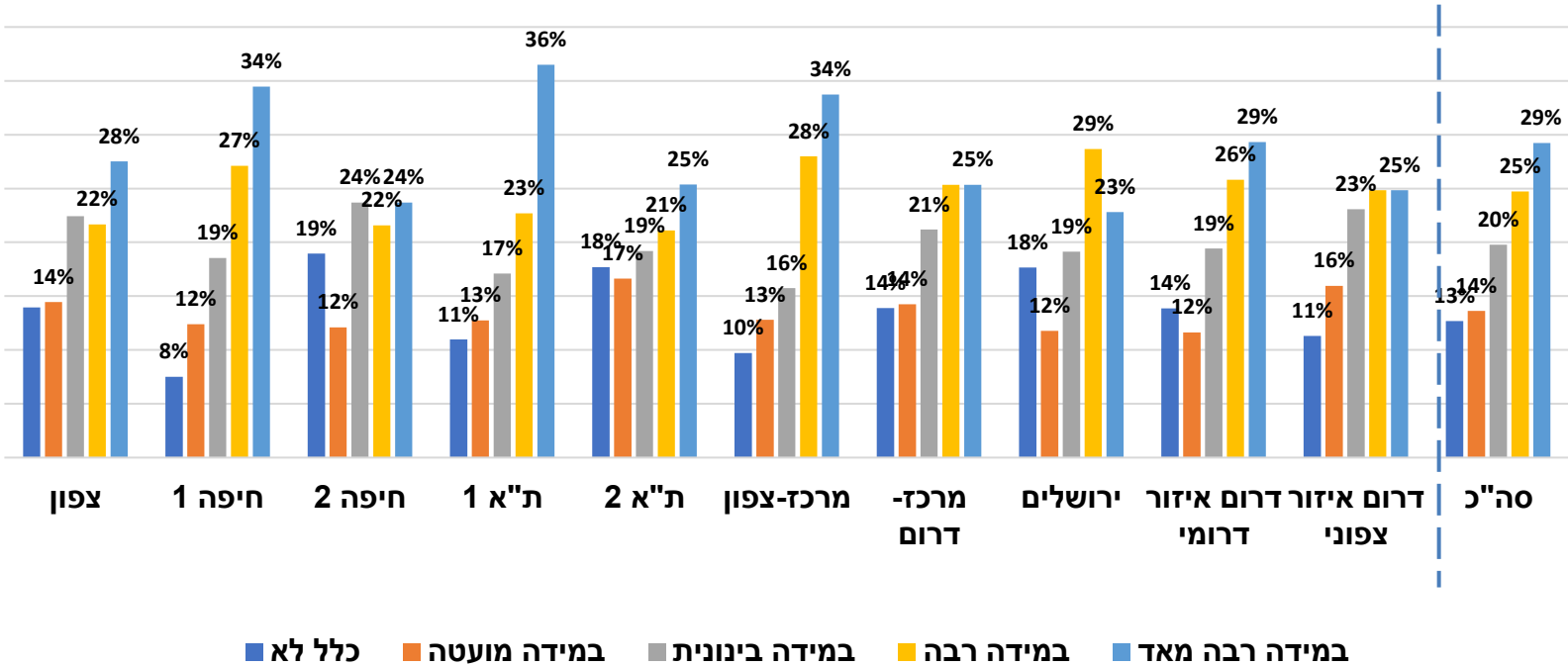


בתרשים 14 ניתן לראות כי במחוזות ת"א 2 חיפה 1 ומרכז-צפון ודרום אזור דרומי אחוז מקבלי השירות שמדווחים על שימוש גבוה (במידה רבה ורבה מאד) במשאבים קהילתיים, במחוז ת"א 2 האחוז עומד על 47%, במחוז חיפה 1 על 46% ובמחוזות מרכז-צפון ודרום אזור דרומי עומד על 45% אחוזים הגבוהים ביחס לאחוז הארצי שעומד על 43%.

במחוזות צפון חיפה 2 וירושלים האחוז הנמוך ביותר (38%, 38% ו-35%) בשימוש גבוה במשאבים קהילתיים.



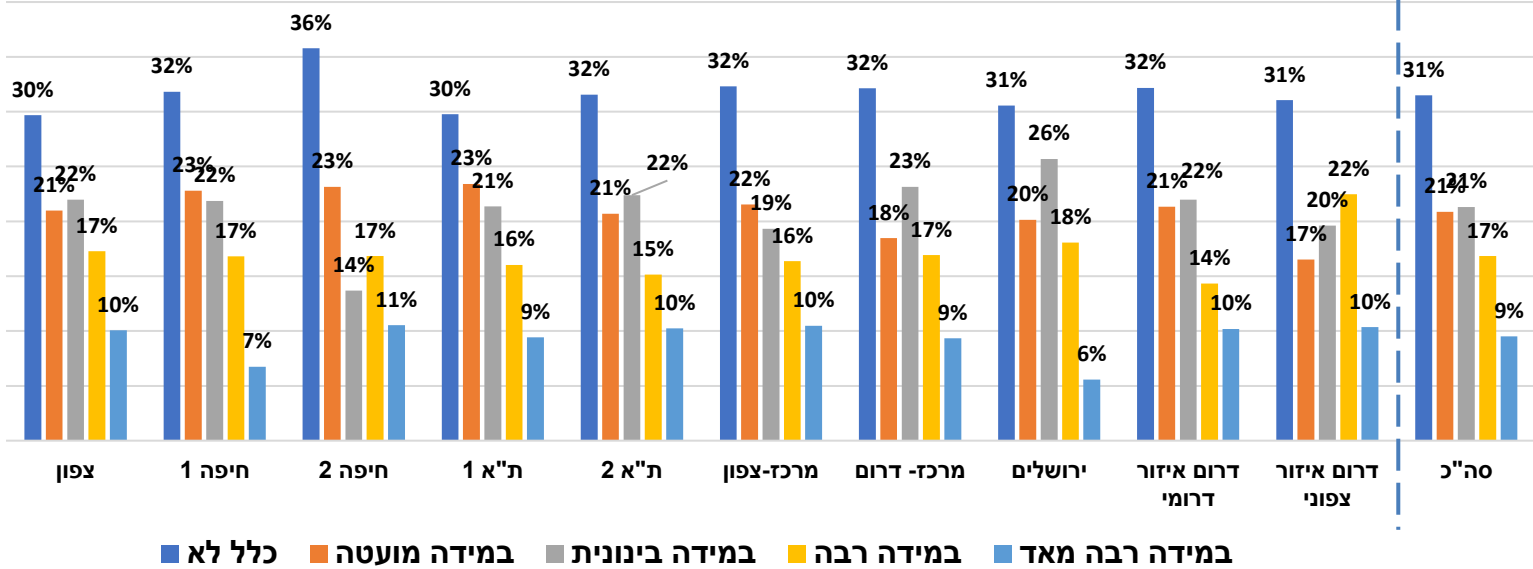
### תרשים 15 - שימוש במרחב אינטרנטי



בתרשים 15 אחוז מקבלי השירות שמדווחים על שימוש גבוה (במידה רבה ורבה מאד) במרחב האינטרנטי במחוזות חיפה 1 ומרכז-צפון עומד על 62% והוא גבוה ביחס לדיווח של כלל אוכלוסיית מקבלי השירות (54%). אחוז זה גבוה ביחס לאחוז השימוש הגבוה בכלל האוכלוסייה בשנת 2022 שעמד על 50%. במחוזות חיפה 2 ות"א 2 אחוז מקבלי השירות המדווחים על שימוש גבוה במרחב האינטרנטי נמוך באופן ניכר ביחס לכלל הארץ ועומד בממוצע ל-2 המחוזות על 45%.



## תרשים 16- הרגשת שייכות לקהילה מסויימת מחוץ למסגרת בריאות הנפש לפי מחוזות

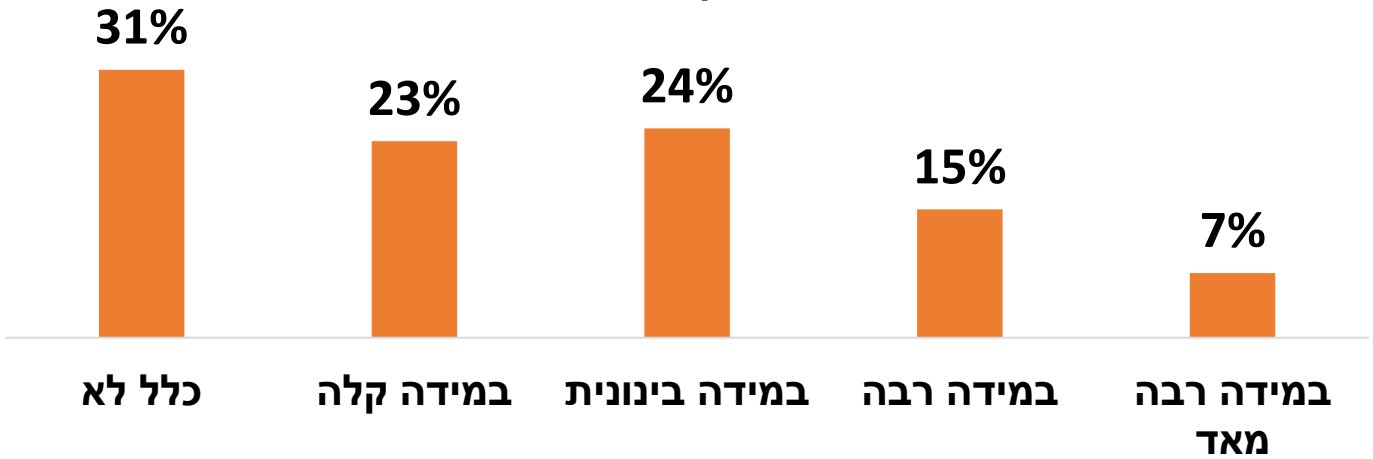


מתרשים 16 ניתן לראות כי אין פער גדול בין המחוזות ביחס לתחושה נמוכה של שייכות לקהילה, האחוזים בכל המחוזות די דומים ועומדים על 52% ברמה הארצית, למעט במחוז דרום אזור דרומי בו 48% ממקבלי השירות הרגישו תחושה נמוכה של שייכות לקהילה.



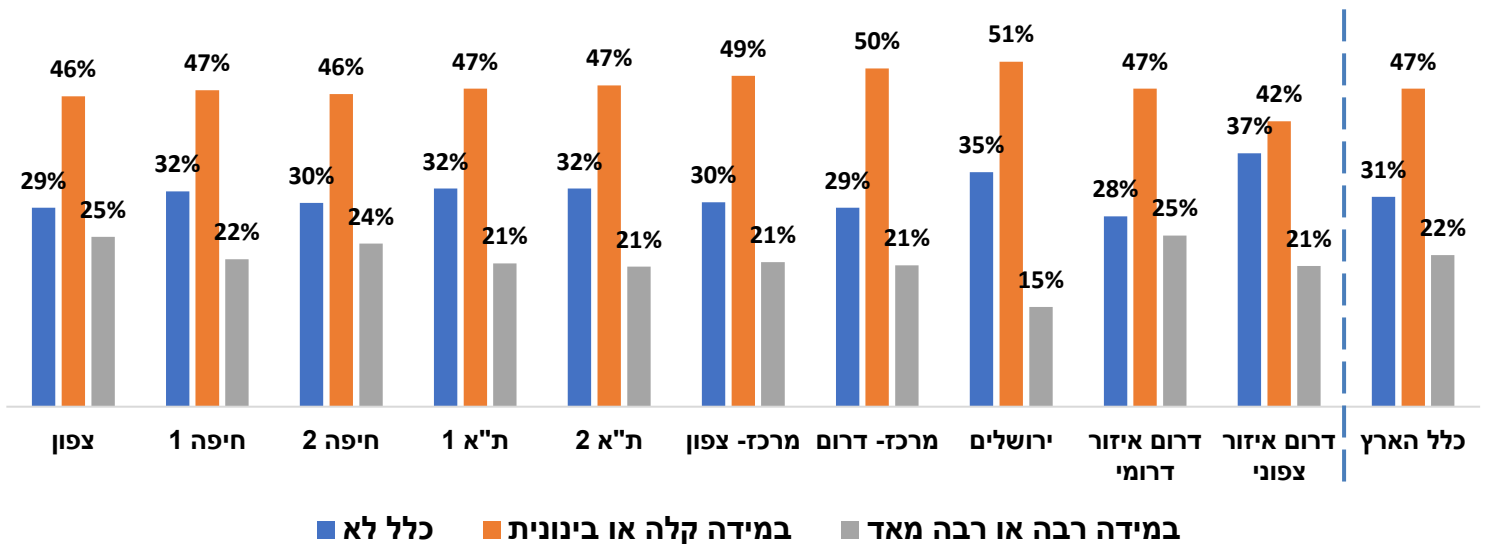
**בריאות גופנית**

**תרשים 17 - האם יש לך בעיות בריאות גופניות?**



בתרשים 17 31% ממקבלי השירות דיווחו כי אין להם בכלל בעיות בריאות גופניות.  
22% ממקבלי השירות השיבו כי יש להם בעיות בריאות גופניות במידה רבה עד רבה מאד

**תרשים 18 - האם יש לך בעיות בריאות גופניות? לפי מחוזות**

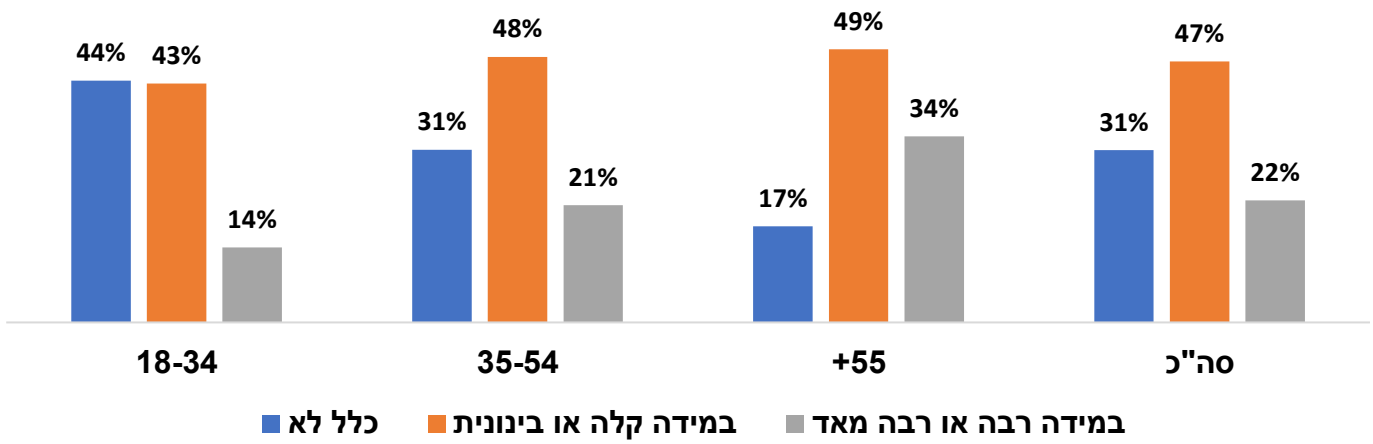


מתרשים 18 נראה כי אחוז מקבלי השירות במחוז צפון דרום אזור דרומי שדיווח כי יש לו בעיות בריאות גופניות במידה רבה או רבה מאד עמד על 26% ו- 25% אחוזים והוא גבוה ביחס לממוצע הארצי שכאמור עמד על 22%.



בעיות בריאות גופניות לפי קבוצות גיל

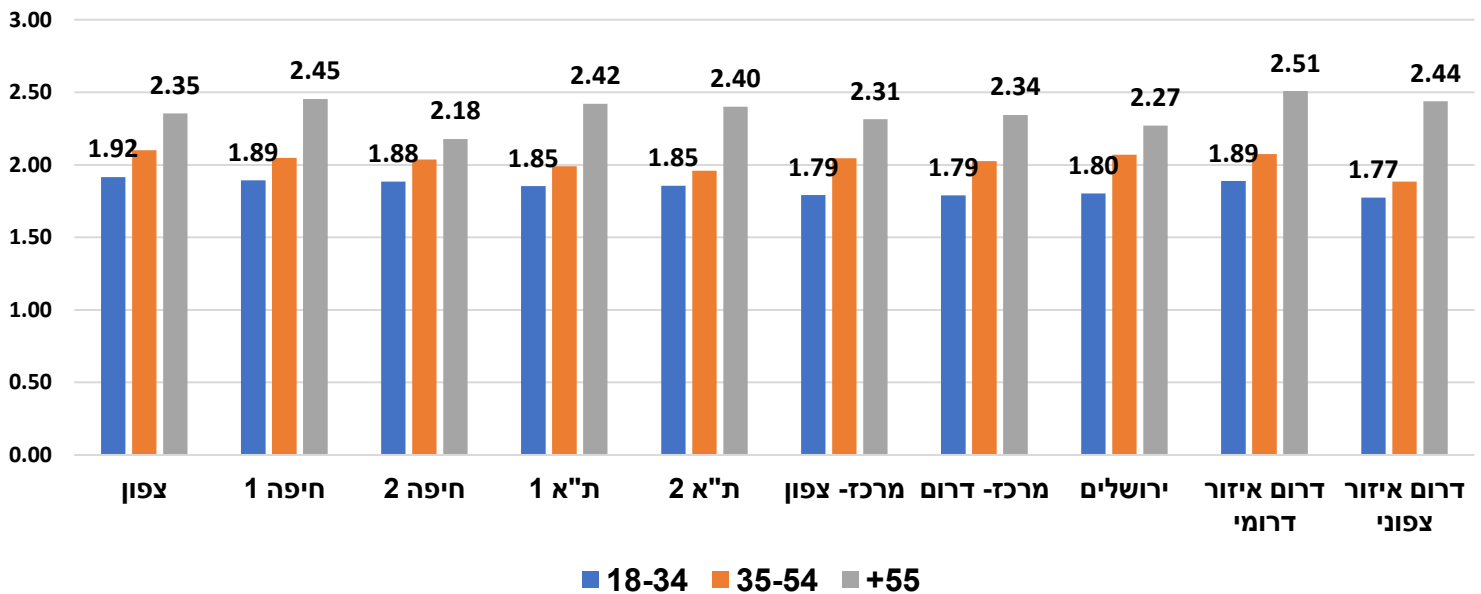
תרשים 19 - בעיות בריאות גופניות לפי קבוצות גיל



מתרשים 19 ניתן לראות שככל שעולים בגיל כך מקבלי השירות מדווחים על בעיות בריאות גופניות במידה רבה או רבה מאד (14% בקבוצת הגיל 18-34, 21% ב-35-54 ו-34% בקבוצת הגיל +55). כמו כן, 44% מהצעירים (18-35) דיווחו כי אין להם כלל בעיות בריאות גופניות בהשוואה ל-17% מהמבוגרים (+55). 21% מקבלי השירות בגילאי 35-54 מדווחים על בעיות בריאות גופניות במידה רבה או רבה מאד. אחוז הגבוה ביחס לאוכלוסייה צעירה זו.



## תרשים 20- בריאות גופנית מדד משולב - PHYSICAL HEALTH



טווח:

1- במידה רבה מאד

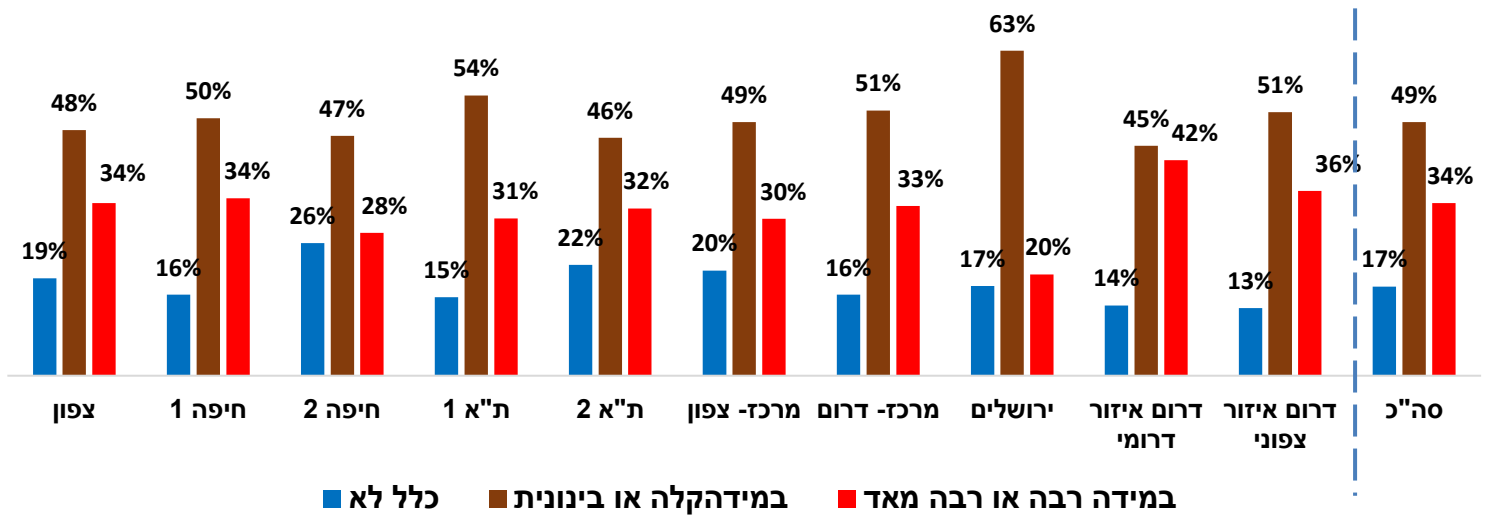
5- ללא בעיה

בתרשים 20 נראה כי מקבלי שירות בגילאי +55 במחוז חיפה 2 מדווחים על בעיות בריאות ברמה גבוהה יותר ביחס למחוזות האחרים.

מקבלי השירות הצעירים (18-34) במחוז דרום איזור צפוני מדווחים כי היו להם בעיות בריאות גבוהות יותר ביחס למחוזות האחרים.



### תרשים 21- בעיות בריאות גופניות גילאי +55 לפי מחוזות

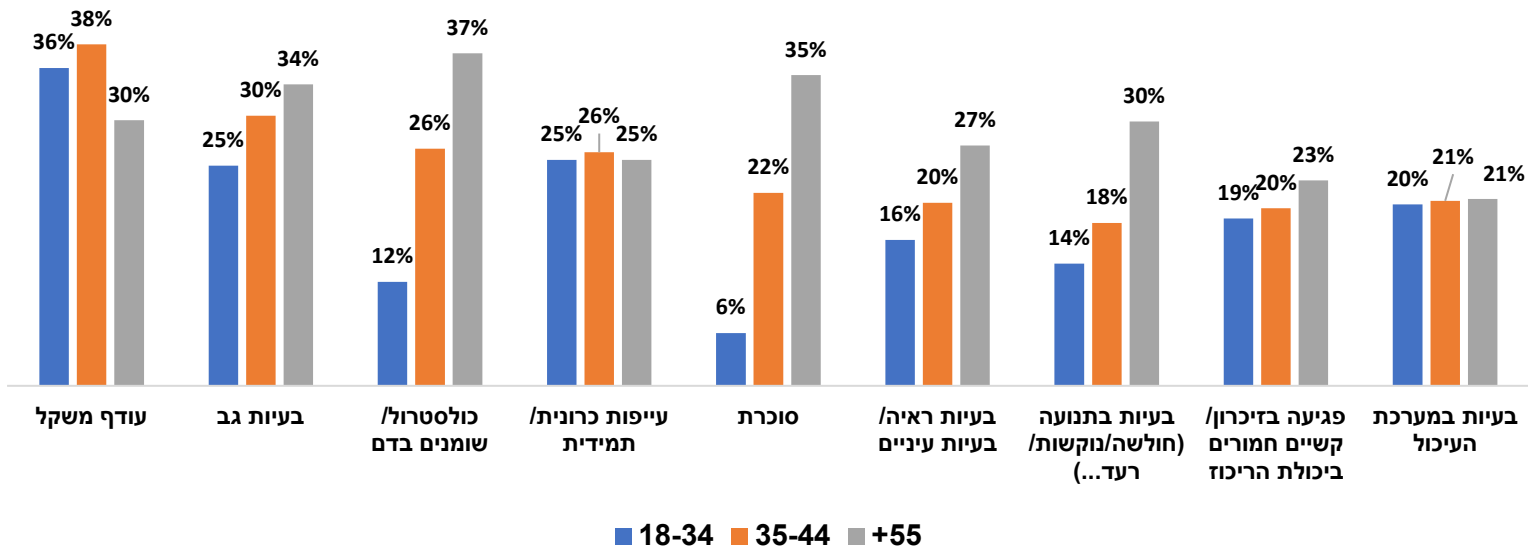


מתרשים 21 ניתן לראות כי 26% ממקבלי השירות המבוגרים (גילאי +55) במחוז חיפה 2 מדווחים כי אין להם בעיות בריאות גופניות אחוז הגבוה באופן ניכר מהאחוז בכלל הארץ (17%). נתון זה אינו עומד בהלימה עם המדד המשולב של בריאות גופנית הכולל: ביקור אצל רופא, ביקור בחדר מיון, אשפוז עקב מחלה ובעיות בריאות שבו מקבלי השירות בגילאי +55 במחוז חיפה 2 דיווחו על בעיות בריאות ברמה גבוהה במידה מסוימת (2.18) ביחס ליתר המחוזות. בנוסף, 42% ממקבלי השירות המבוגרים במחוז דרום אזור דרומי מדווחים כי היו להם בעיות בריאות גופניות במידה רבה או רבה מאד, בהשוואה ל- 34% בכלל הארץ.



בעיות בריאות גופניות עיקריות לפי קבוצות גיל

**תרשים 22- בעיות בריאות עיקריות שדווחו ע"י מקבלי השירות**



מתרשים 22 ניתן לראות כי 35.5% מכלל מקבלי השירות שדיווחו כי היו להם בעיות בריאות גופניות דיווחו על עודף משקל, אחוז נמוך יותר של מקבלי שירות בגילאי +55 דיווח על עודף משקל ביחס לקבוצות הגיל הצעירות יותר.

34% ממקבלי השירות בגילאי +55 מדווחים על בעיות גב, בהשוואה ל-25% מקרב הצעירים בגילאי 18-34. 37% ממקבלי השירות בגילאי +55 דיווחו על כולסטרול/שומנים בדם בהשוואה ל-12% מקרב מקבלי השירות הצעירים בגילאי 18-34.

רבע ממקבלי השירות דיווחו על עייפות כרונית/תמידית בכל קבוצות הגיל. 35% מקרב מקבלי השירות בגילאי +55 דיווחו על סוכרת בהשוואה ל-22% בקרב גילאי 35-54 ו-6% מקרב הצעירים בגילאי 18-34.

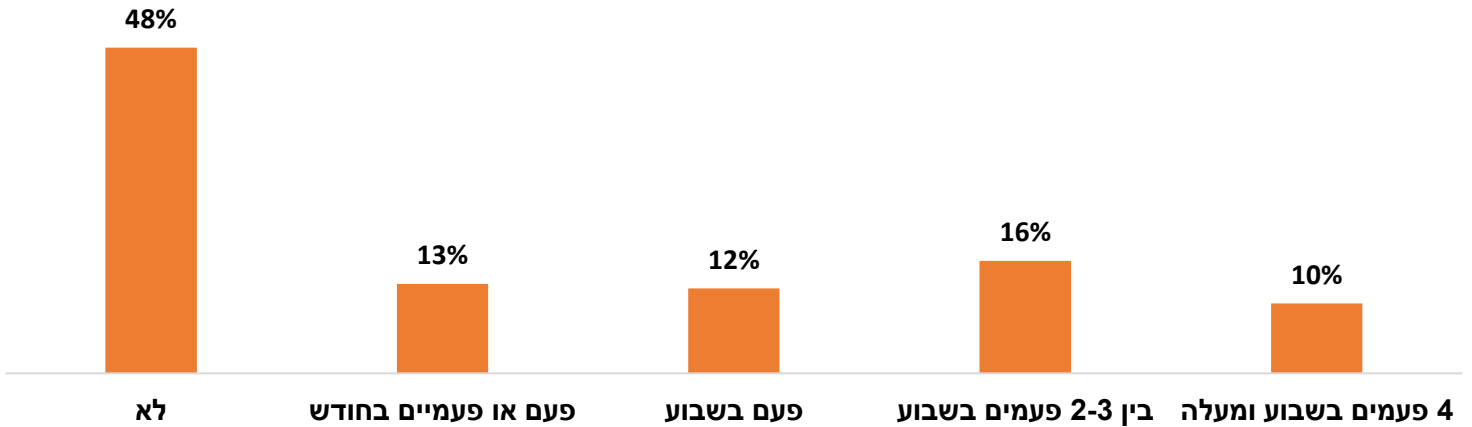
27% ממקבלי השירות בגילאי +55 דיווחו על בעיות ראייה/בעיות עיניים ובעיות בתנועה (חולשה/נוקשות/רעד...) כ-20% מכלל מקבלי השירות דיווחו על פגיעה בזיכרון/קשיים חמורים ביכולת הריכוז ועל בעיות במערכת העיכול.



## HEALTH PROMOTION - קידום בריאות

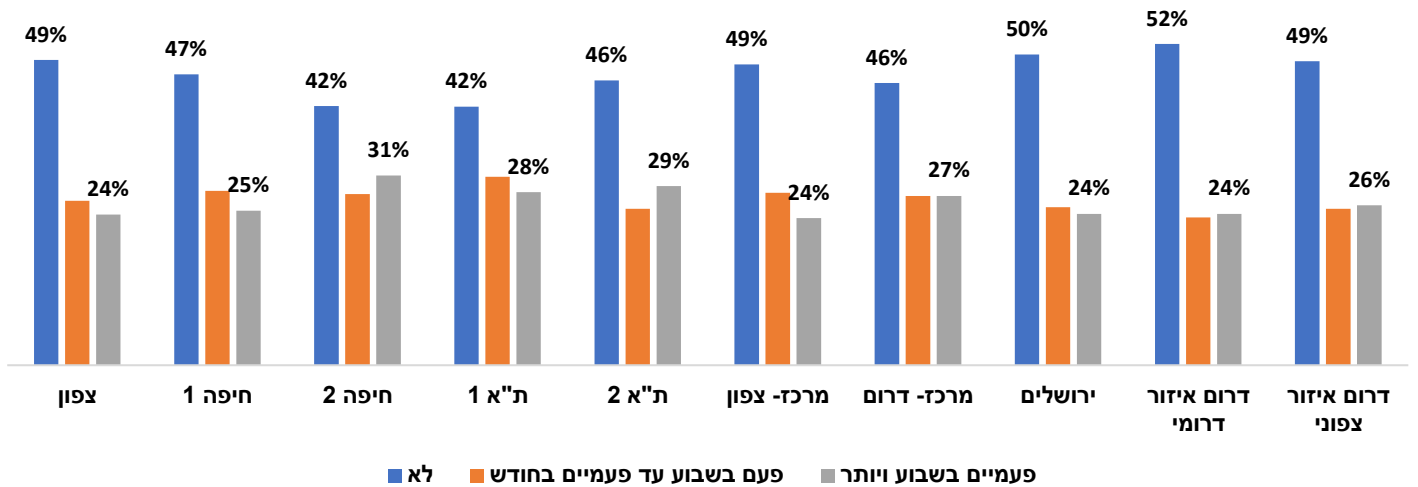
### פעילות גופנית

#### תרשים 23 - בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות?



מתרשים 23 ניתן לראות כי 26% ממקבלי השירות מדווחים כי מבצעים פעילות גופנית פעמיים בשבוע ויותר.

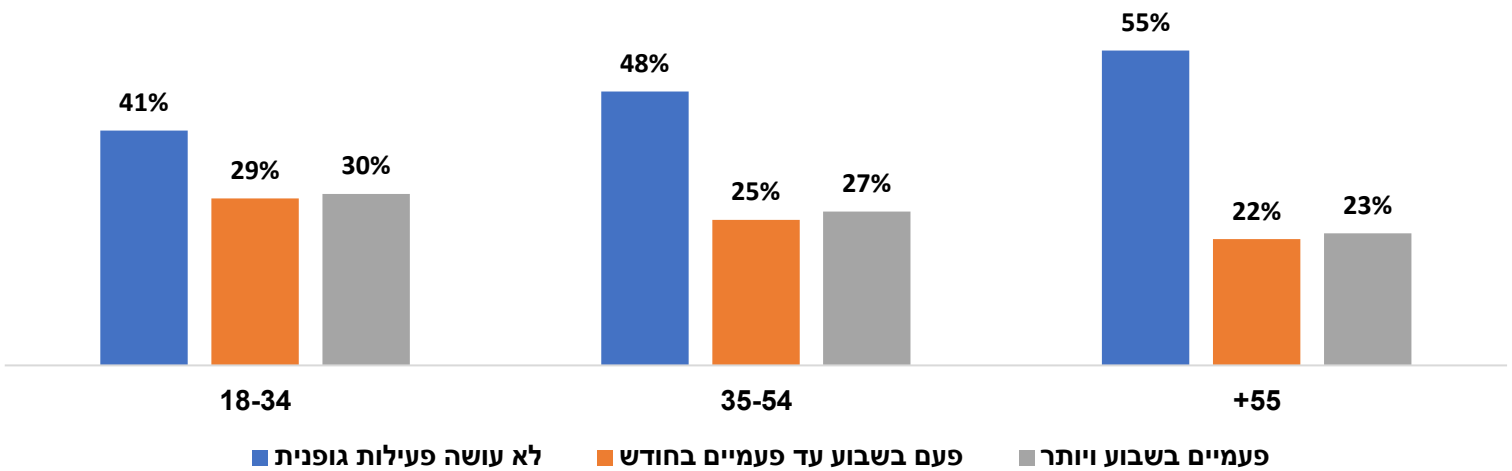
#### תרשים 24 - בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות? (לפי מחוזות)





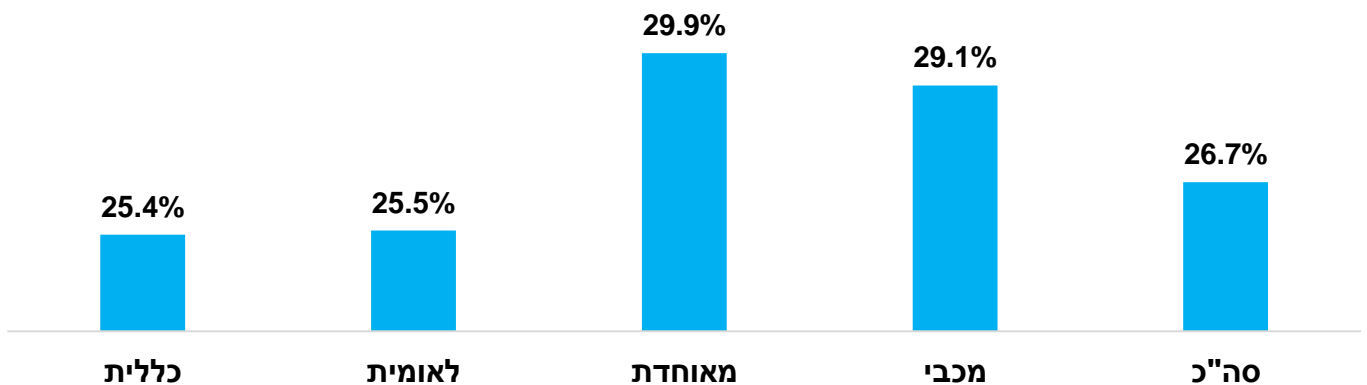
תרשים 24 מצביע על כך ש 48% ממקבלי השירות מדווחים כי אינם מבצעים פעילות גופנית, אחוז הדומה לכלל האוכלוסייה בישראל בגילאי +20 (ע"פ הסקר החברתי 2017, למ"ס). במחוזות חיפה 2, ת"א 2 ות"א 1 אחוז מקבלי השירות המבצעים פעילות גופנית פעמיים בשבוע ויותר גבוה במעט מהמוצע הארצי.

**תרשים 25- בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות? (לפי גיל)**



תרשים 25 מראה כי ככל שעולים בגיל אחוז מקבלי השירות שמדווחים כי אינם עוסקים בפעילות גופנית עולה. 55% ממקבלי השירות בגילאי +55 אינם עוסקים בפעילות גופנית כלל.

**תרשים 26- מבצע פעילות גופנית (לפחות חצי שעה) פעמיים בשבוע ויותר לפי קופ"ח**

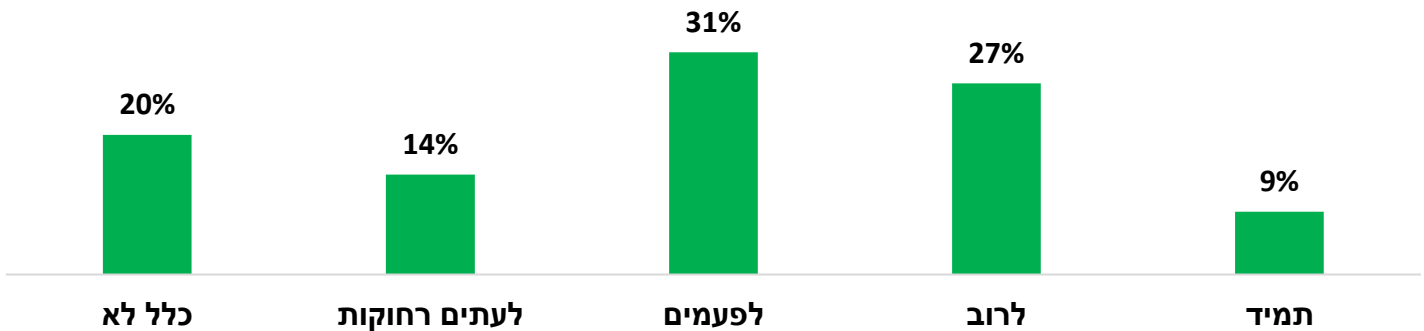




מתרשים 26 ניתן לראות כי אחוז מקבלי השירות המדווחים על ביצוע פעילות גופנית (לפחות חצי שעה) יותר מפעמיים בשבוע בקופ"ח מאוחדת הגבוה ביותר ועמד על 29.9% בהשוואה לקופ"ח כללית עם האחוז הנמוך ביותר (25.4%).

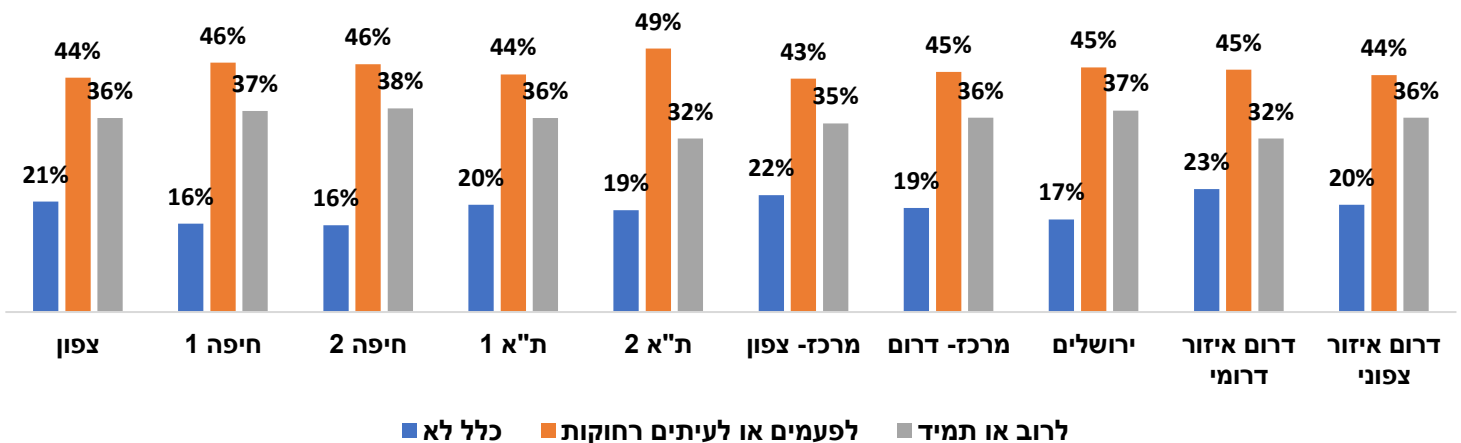
אכילה בריאה

### תרשים 27- בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה?



תרשים 27 מצביע על כך שרק 36% ממקבלי השירות מדווחים על אכילה בריאה

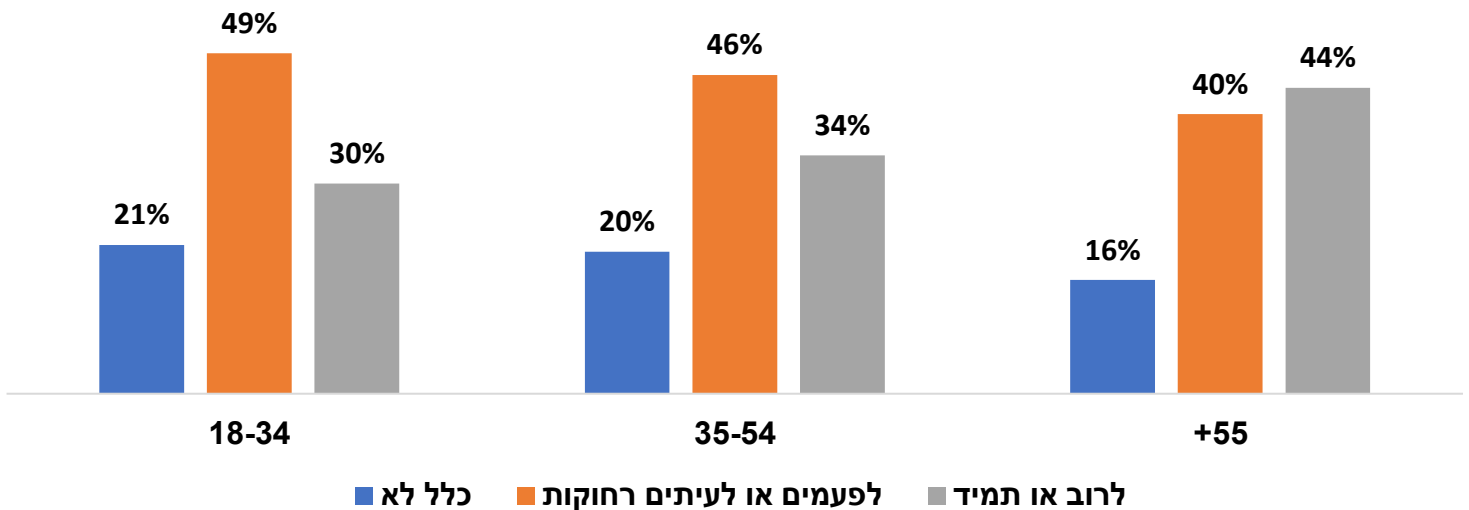
### תרשים 28- בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה? (לפי מחוזות)





מתרשים 28 ניתן לראות כי במחוזות דרום אזור דרומי ות"א 2 אחוז מקבלי השירות שמדווחים על אכילה בריאה נמוך ביותר (32%) בהשוואה לכלל הארץ (36%). לעומת זאת במחוז חיפה 2 נמצא אחוז מקבלי השירות הגבוה ביותר המדווח על הקפדה על אכילה בריאה (38%).  
במחוז דרום אזור דרומי אחוז מקבלי השירות שדיווחו שאינם שומרים כלל על אכילה בריאה הגבוה ביותר ועומד על 23%.

### תרשים 29 - בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה? (לפי גיל)

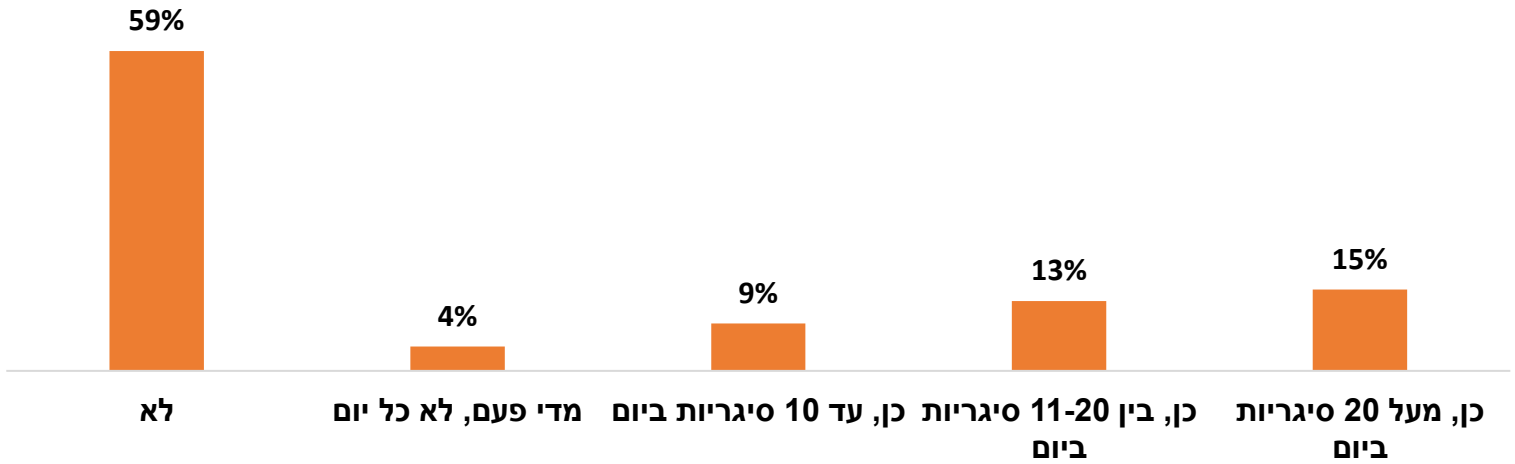


מתרשים 29 ניתן לראות כי 44% ממקבלי השירות המבוגרים (בגילאי +55) מדווחים על אכילה בריאה, אחוז הגבוה מהמוצע הכללי שעמד על 36%. חמישית מהצעירים בגילאי 18-34 אינם מקפידים על אכילה בריאה.



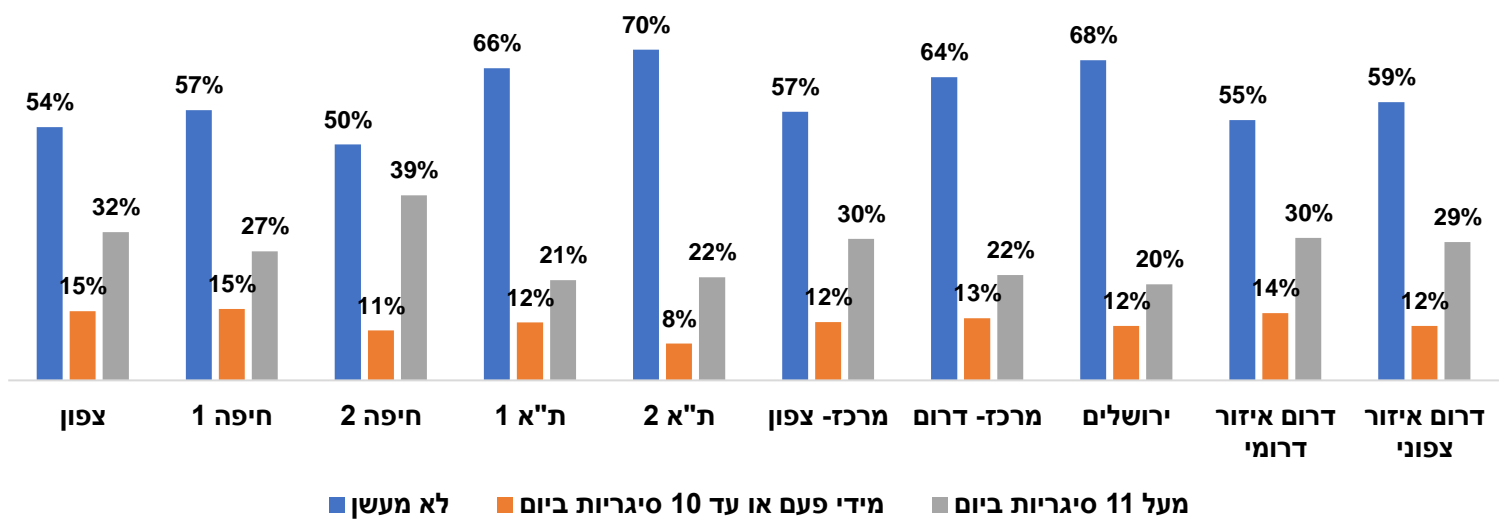
עישון

### תרשים 30 - האם עישנת במהלך שלושת החודשים האחרונים?



מתרשים 30 ניתן לראות כי 41% ממקבלי השירות מדווחים שמעשנים (כפול מהאוכלוסייה הכללית).  
15% ממקבלי השירות מדווחים שמעשנים למעלה מ- 20 סיגריות ביום.

### תרשים 31 - האם עישנת במהלך שלושת החודשים האחרונים? לפי מחוזות



תרשים 31 מראה כי אחוז מקבלי השירות שדיווחו שאינם מעשנים במחוז ת"א 2 עומד על 70% והוא הגבוה ביותר מבין כל המחוזות. לעומתו במחוז חיפה 2 50% ממקבלי השירות דיווחו כי אינם מעשנים.



שבית - יעוץ ארגוני ופתוח הדרכה  
SHAVIT - Organizational Consultants  
& Training Development

## התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ומדדי תהליך במערך השיקום בבריאות הנפש

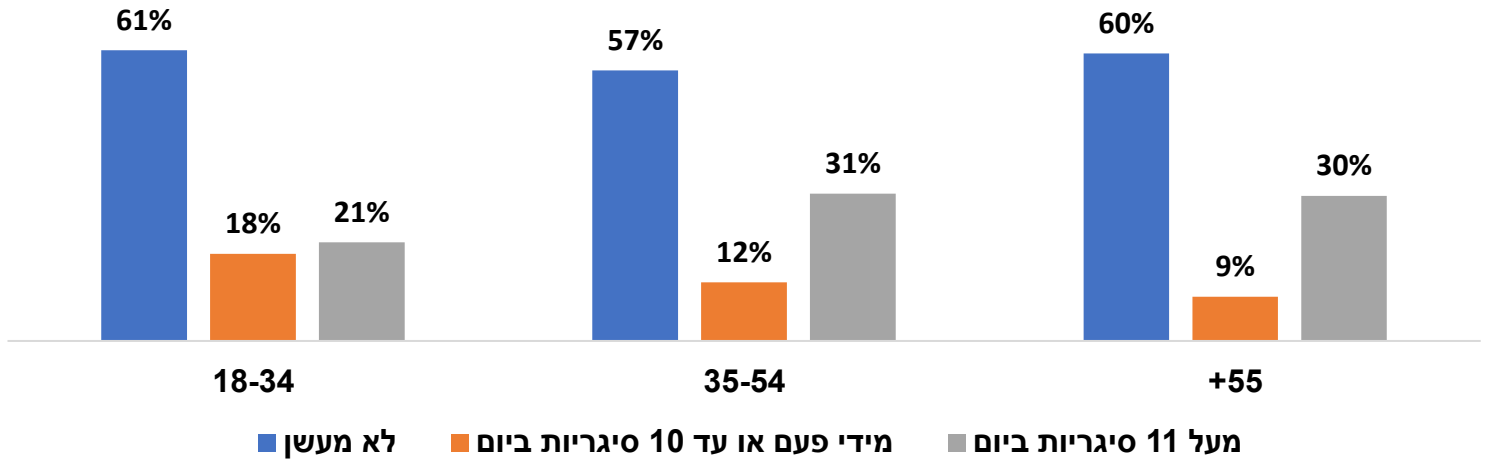


מינהל הרפואה  
אגף לבריאות הנפש  
Mental Health Services



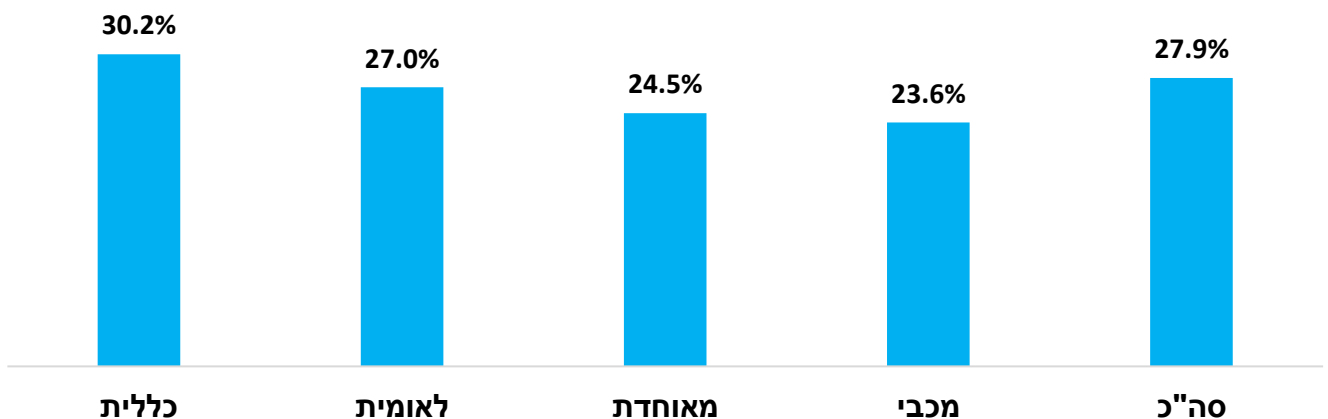
משרד  
הבריאות  
נחיים בריאים יותר

### תרשים 32- האם עישנת במהלך שלושת החודשים האחרונים? לפי גיל



מתרשים 32 ניתן לראות כי אחוז מקבלי השירות המדווחים שמעשנים מעל 11 סיגריות ביום בגילאי +35 עומד בממוצע על 30% בדומה לקבוצת גיל +55 (29%) בעוד שבקבוצת הגיל הצעירה (18-35) עמד האחוז על 20%.

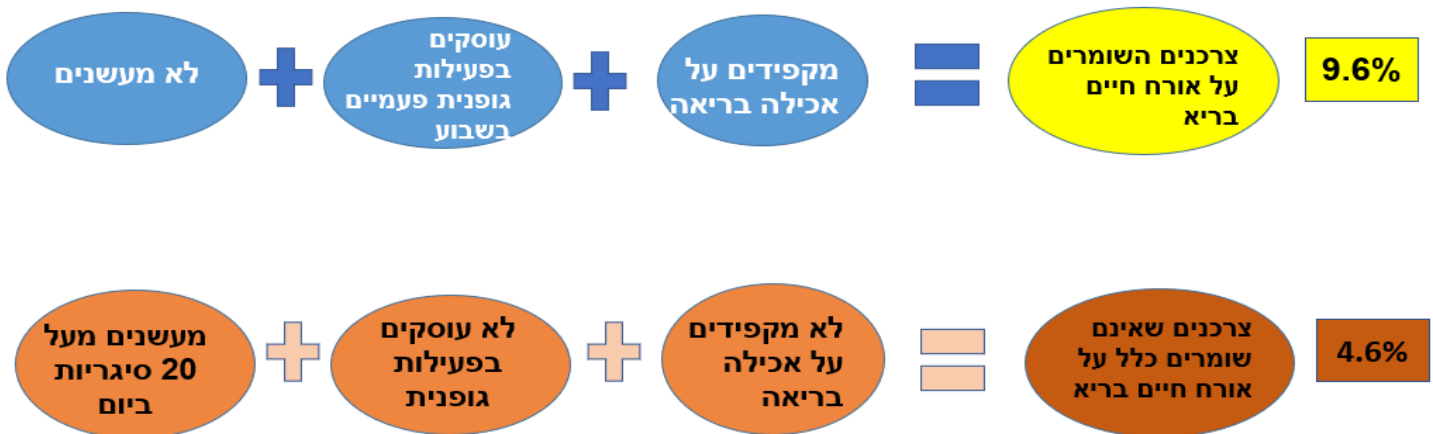
### תרשים 33- אחוז המעשנים מעל 11 סיגריות ביום במהלך שלושת החודשים האחרונים לפי קופ"ח



מתרשים 33 נראה כי אחוז מקבלי השרות שדיווחו על עישון מעל 11 סיגריות ביום בקופ"ח מכבי הוא הנמוך ביותר ועומד על 23.6% בהשוואה ל-30.2% מקרב מקבלי השירות המבוטחים בקופ"ח כללית.



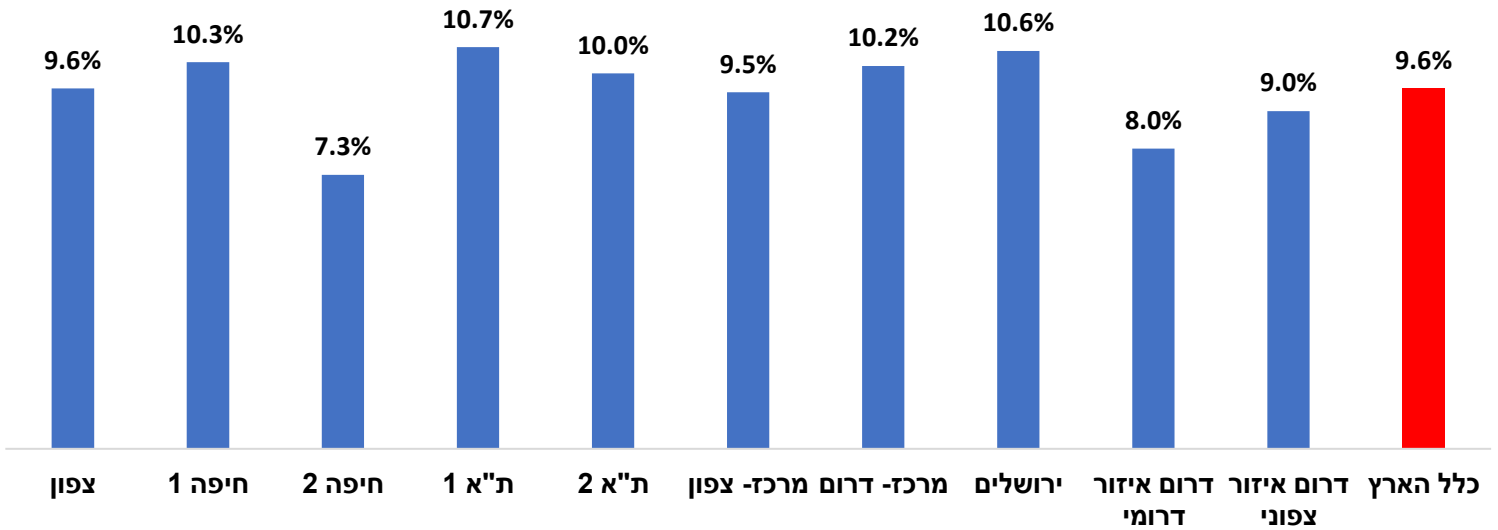
קידום בריאות- מדד משולב



לשם השוואה, באוכלוסייה הכללית מדווח על 15% מגיל 21 ומעלה המדווחים על אורח חיים בריא, כלומר מקבלי השירות מקפידים פחות על אורח חיים בריא.



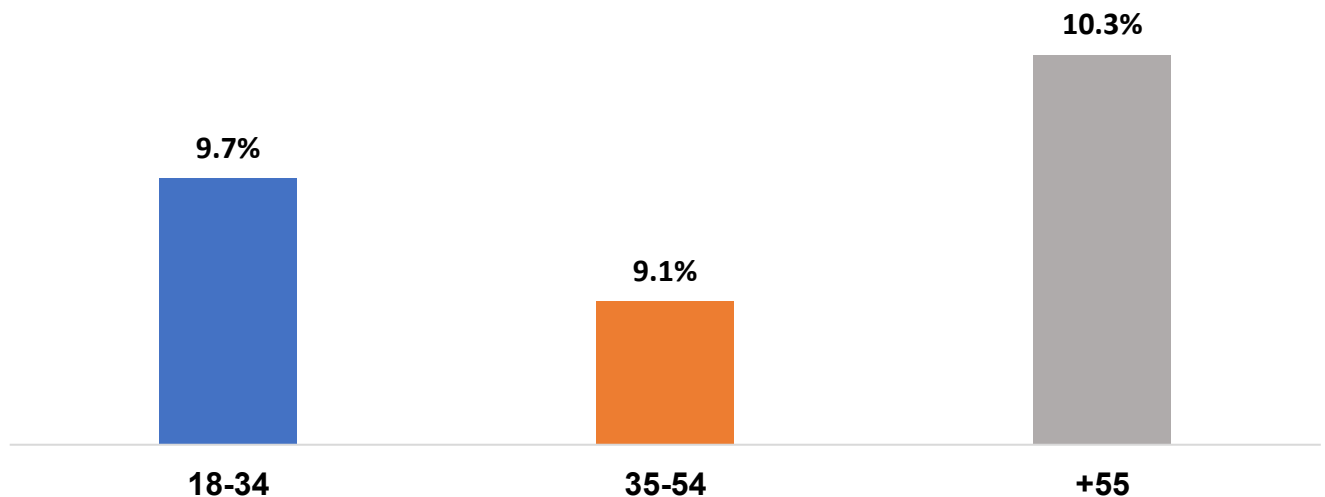
### תרשים 34 - צרכנים השומרים על אורח חיים בריא לפי מחוז



מתרשים 34 ניתן ללמוד כי במחוז ת"א 1 10.7% ממקבלי השירות מדווחים כי הם שומרים על אורח חיים בריא בהשוואה ל-9.6% מכלל מקבלי השירות בכלל הארץ. אחוז זה עדיין נמוך מהאחוז הארצי בכלל האוכלוסייה בגילאי +21 בישראל.

במחוז חיפה 2 נמצא האחוז הנמוך ביותר (7.3%) של מקבלי שירות השומרים על אורח חיים בריא.

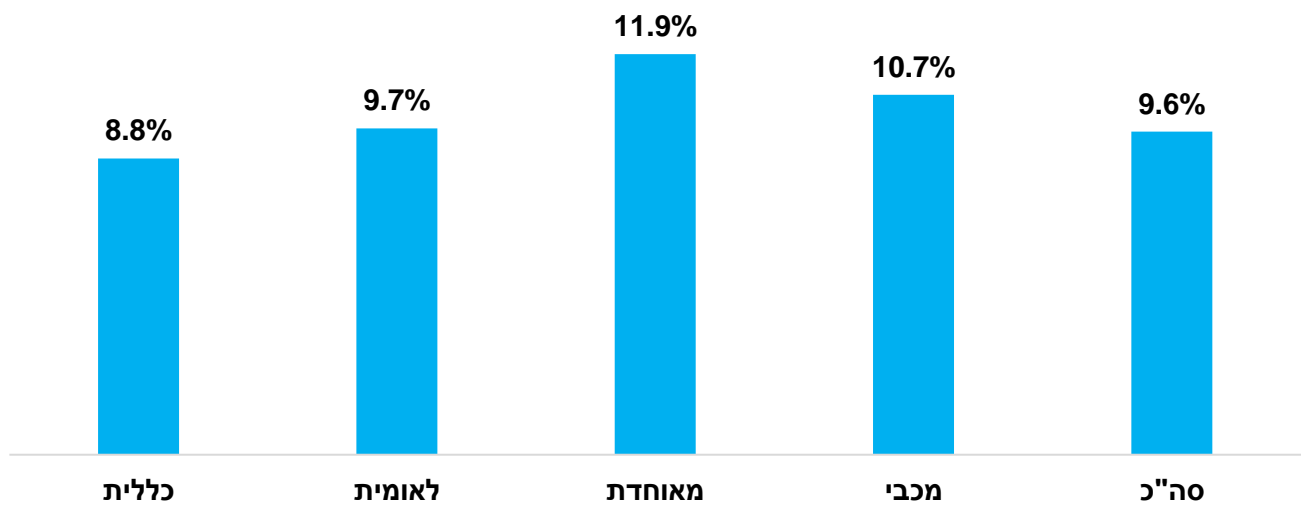
### תרשים 35 - צרכנים השומרים על אורח חיים בריא לפי גיל





מתרשים 35 ניתן לראות כי בקבוצת הגיל +55 אחוז מקבלי השירות המדווחים ששומרים על אורח חיים בריא עמד על 10.3% בהשוואה לאחוז נמוך יותר באוכלוסיית הגיל הצעירה 18-34 (9.7%) ובקבוצת הגיל 35-54 (9.1%).

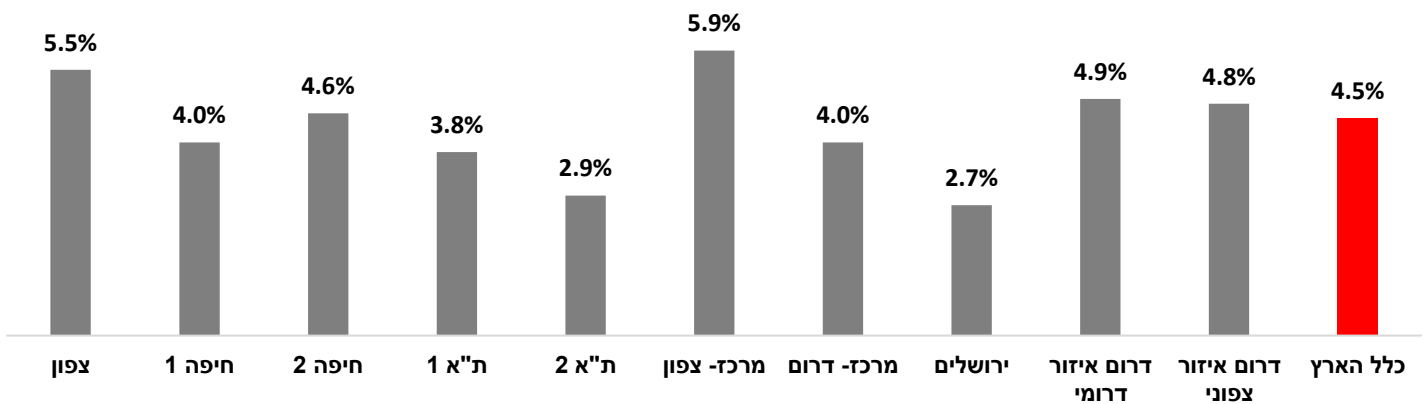
### תרשים 36 - צרכנים השומרים על אורח חיים בריא לפי קופ"ח



על פי תרשים 36 ניתן לראות כי בקופ"ח כללית אחוז מקבלי השירות המדווחים על אורח חיים בריא נמוך באופן מובהק (8.8%) בהשוואה לדיווח הממוצע של מקבלי השירות (9.6%). בקופ"ח מאוחדת אחוז מקבלי השירות המדווחים על אורח חיים בריא הגבוה ביותר (11.9%).



### תרשים 37 - צרכנים שאינם שומרים על אורח חיים בריא לפי מחוז\*



\* הנתונים הם חיבור של השנים 2022 ו-2023 עקב מיעוט בתצפיות במחוזות מסוימים.

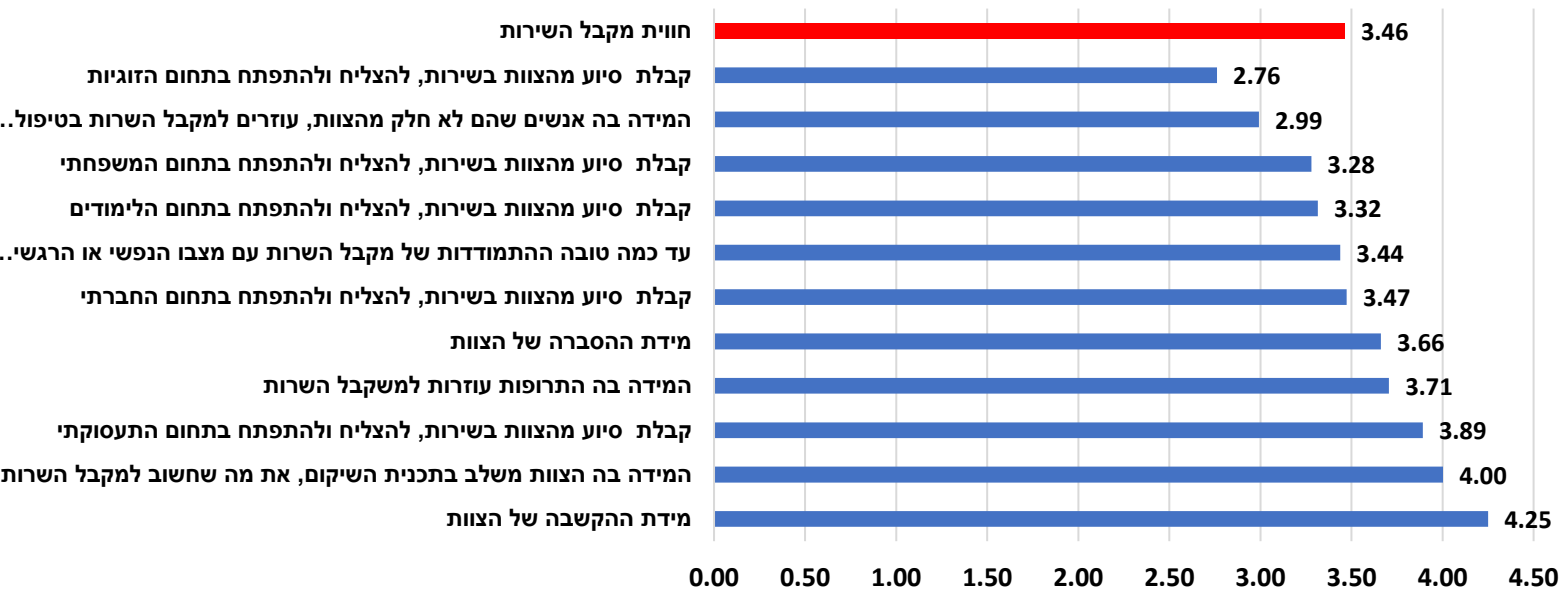
מתרשים 37 ניתן לראות כי במחוז הצפון 5.5% מכלל מקבלי השירות מדווחים שאינם שומרים על אורח חיים בריא, אחוז זה גבוה מהאחוז הארצי (4.5%). כמו כן, אחוז מקבלי השירות המדווחים שאינם שומר על אורח חיים בריא במחוזות מרכז-צפון וצפון גבוה (5.9%, 5.5%, בהתאמה) ביחס לכלל הארץ (4.5%). במחוז ירושלים נמצא האחוז הנמוך ביותר של מקבלי השירות המדווחים שאינם שומרים על אורח חיים בריא (2.7%) אחוז הנמוך באופן ניכר מהאחוז הכלל ארצי (4.5%).



## חווית מקבל השירות – Participant Experience

אשכול זה כולל 11 פריטים: להרגשתך, האם יש לך סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום התעסוקתי, החברתי, הזוגיות, המשפחתי והלימודי. ובאיזו מידה הצוות מסביר לך דברים, הקשורים לבריאותך הנפשית, באיזו מידה הצוות מקשיב לך ובאיזו מידה הצוות משלב בתוכנית השיקום את מה שחשוב לך בבריאותך הנפשית, להרגשת מקבל השירות האם התרופות עוזרות לו, כמה טובה ההתמודדות של מקבל השירות ביומיום ובאיזו מידה אנשים שאינם חלק מהצוות עוזרים לו בטיפול בבריאותו הנפשית.

### תרשים 38- ממוצע חווית מקבל השרות



טווח:

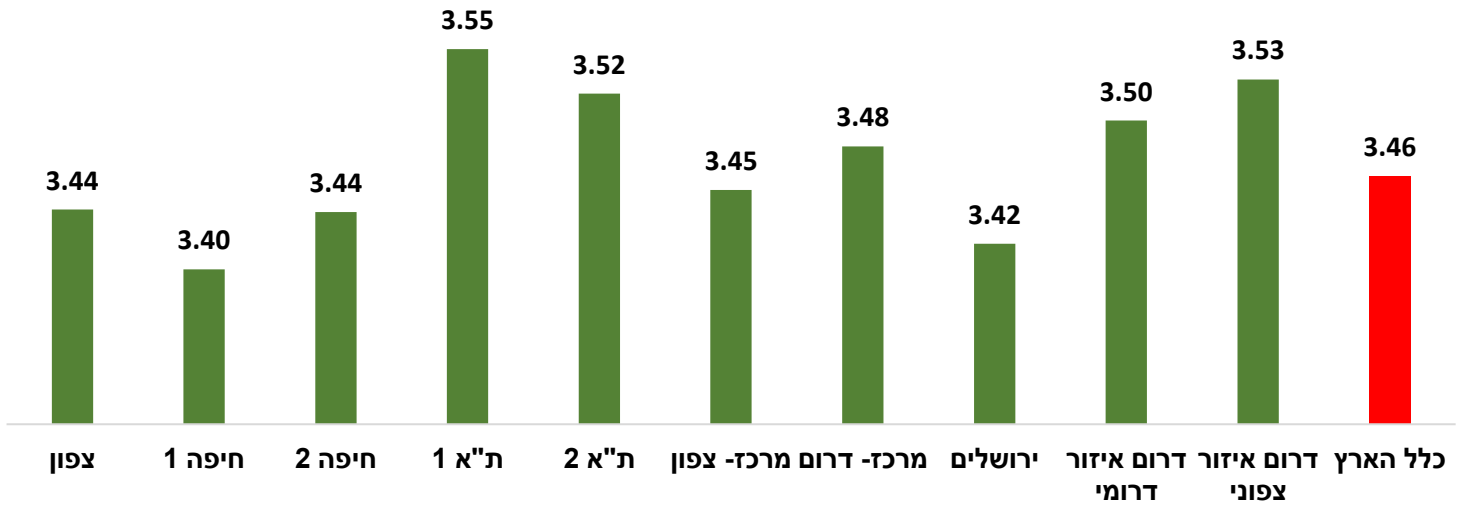
-1 כלל לא

-5 במידה רבה מאד

תרשים 38 מראה כי מקבלי השירות מדווחים על רמה בינונית ומעלה של חווית מקבל השירות. בתחום הזוגיות מקבלי השירות מדווחים כי קבלת הסיוע מהצוות להצליח ולהתפתח בתחום פחותה יותר.



### תרשים 39 - חוויית מקבל השירות לפי מחוז

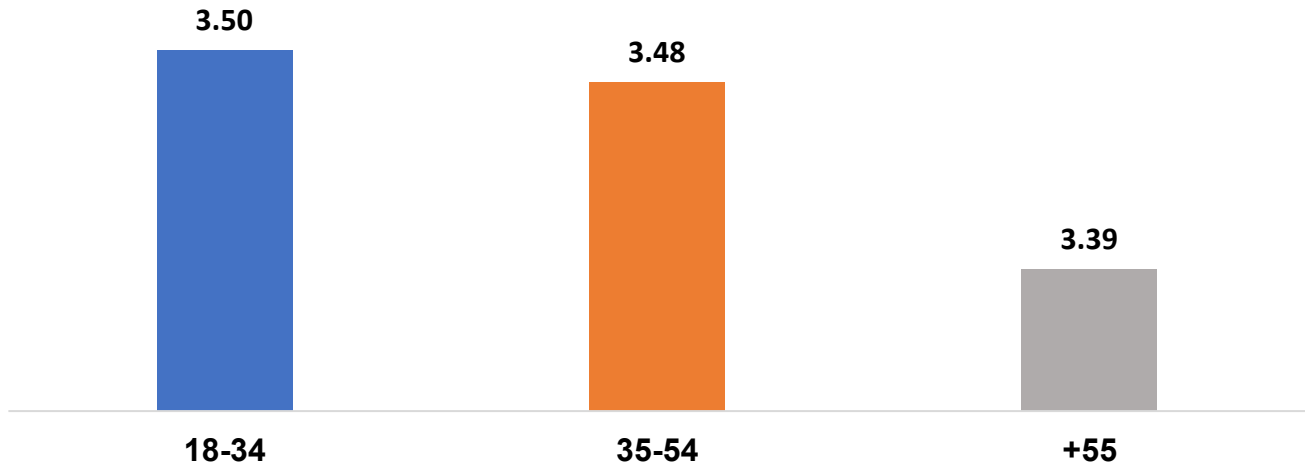


מתרשים 39 ניתן לראות כי במחוז ת"א 1 ודרום אזור צפוני חוויית מקבל השירות גבוהה ביחס למחוזות האחרים.

במחוז ירושלים וחיפה 1 חוויית מקבל השירות הנמוכה ביותר.

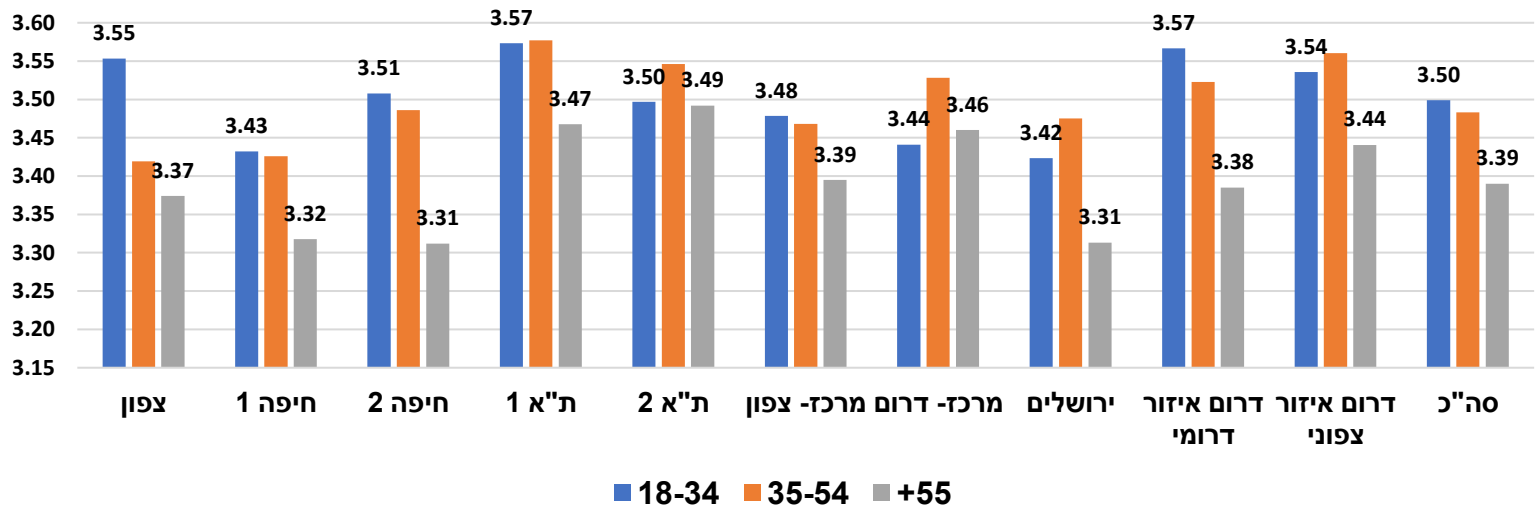


### תרשים 40 - חוויית מקבל השירות לפי גיל



מתרשים 40 ניתן ללמוד על רמת חוויית מקבל השירות נמוכה בגילאי +55 שעמדה בממוצע על 3.4 בהשוואה לקבוצות הגיל הצעירות יותר שעמדה בממוצע על 3.5.

### תרשים 41 - חוויית מקבל השירות לפי גיל ומחוז



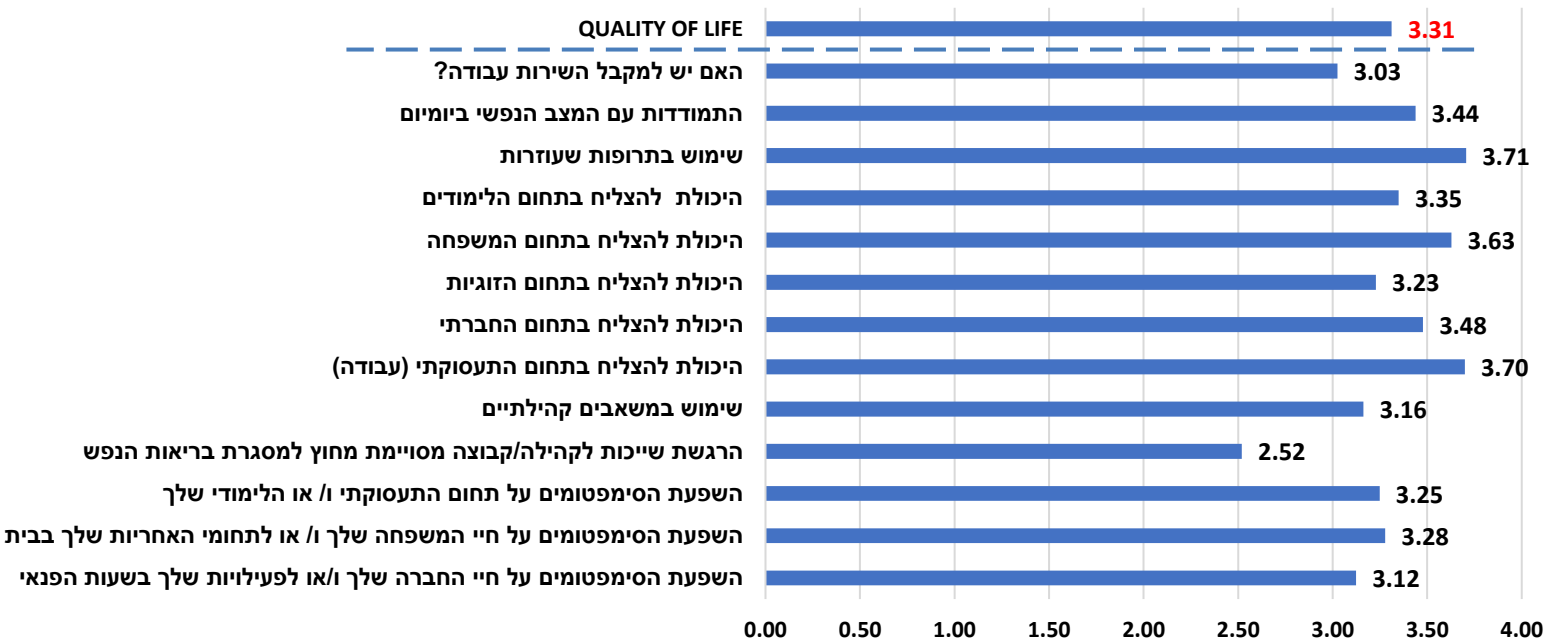
בתרשים 41 ניתן לראות כי חוויית מקבל השירות במחוז דרום אזור דרומי ות"א 1 הגבוהה ביותר בכל קבוצות הגיל, בעוד שמחוזות כמו ירושלים וחיפה מצגים ציונים נמוכים יותר.



## איכות חיים – Quality of Life

אשכול זה כולל 13 פריטים: הרגשת שייכות לקהילה, שימוש במשאבים קהילתיים, שימוש בתרופות שעוזרות, התמודדות עם המצב הנפשי ביומיום, השפעת הסימפטומים הנפשיים על חיי החברה, המשפחה והתעסוקה, הערכת היכולת להצליח בתחומים השונים ועבודה.

### תרשים -42 QUALITY OF LIFE



טווח:

1- איכות חיים ברמה נמוכה מאד

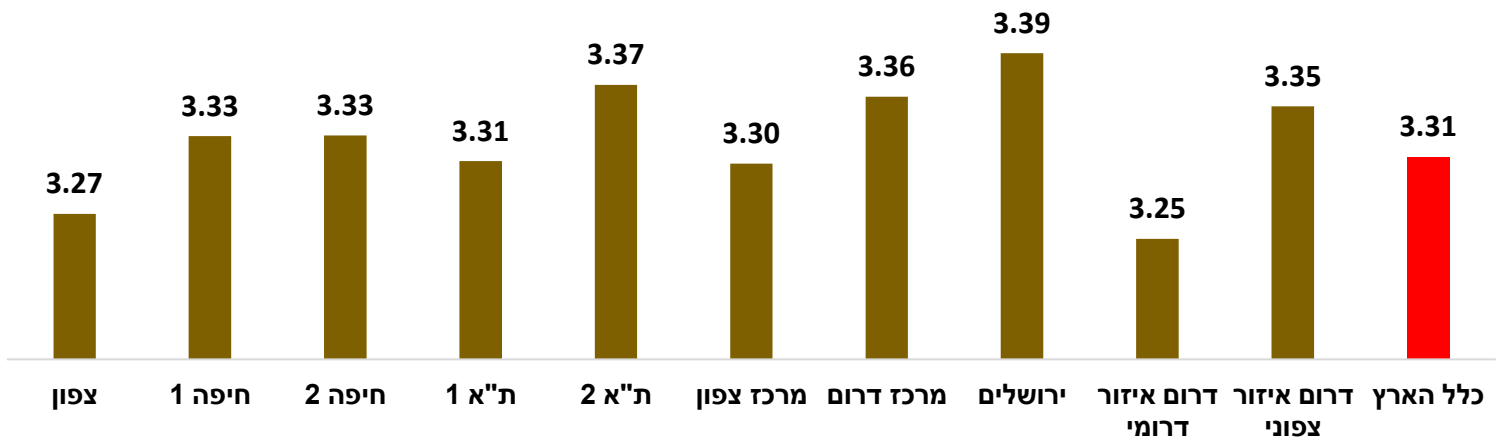
5- איכות חיים ברמה גבוהה מאד

מתרשים 42 ניתן לראות כי מקבלי השירות מדווחים על רמת איכות חיים בינונית ומעלה (3.31).

הציון הנמוך ביותר במרכיבי הממד המשולב התקבל בהרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת השיקום בבריאות הנפש (2.52).



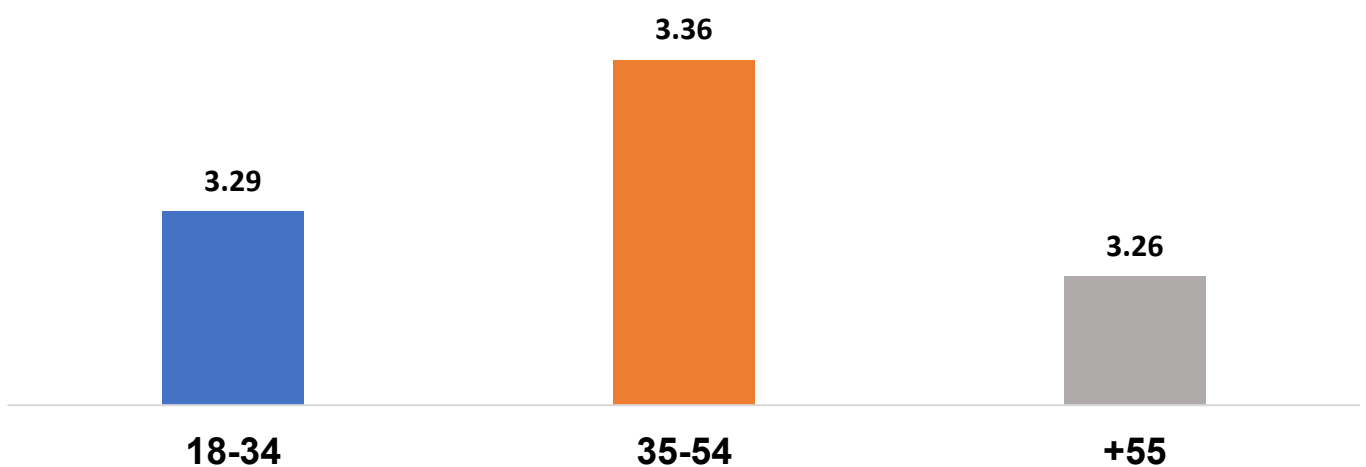
### תרשים 43 - QUALITY OF LIFE - ממוצע איכות חיים לפי מחוז



מתרשים 43 ניתן ללמוד כי מקבלי השירות במחוזות צפון ודרום אזור דרומי מדווחים על רמה נמוכה של איכות חיים יחסית למחוזות האחרים.

מקבלי השירות במחוזות ת"א 2, מרכז-דרום, דרום אזור דרומי וירושלים מדווחים על רמה גבוהה באיכות החיים יחסית למחוזות האחרים.

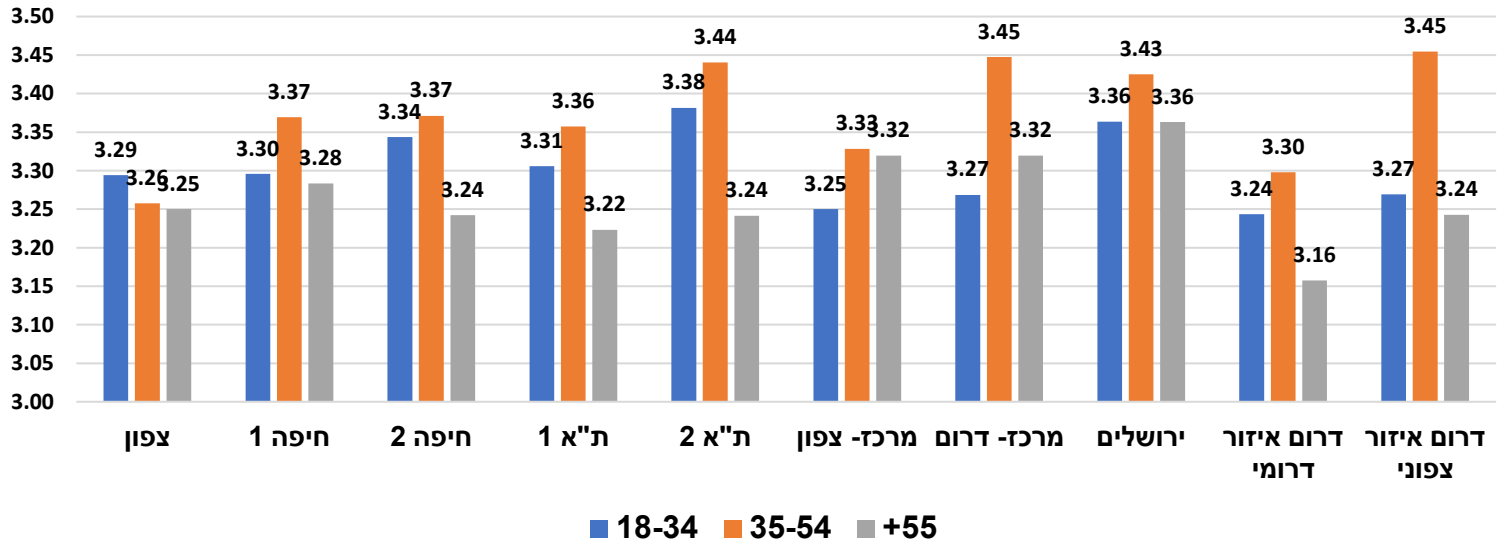
### תרשים 44 - QUALITY OF LIFE - ממוצע איכות חיים לפי גיל



מתרשים 44 ניתן לראות מדיווח מקבלי השירות כי ממוצע רמת איכות החיים בקבוצת הגיל +55 נמוך יותר (3.26) ביחס לקבוצת הגיל הצעירות יותר (35-54), שעמד בממוצע על 3.36.



### תרשים 45 - QUALITY OF LIFE ממוצע איכות חיים



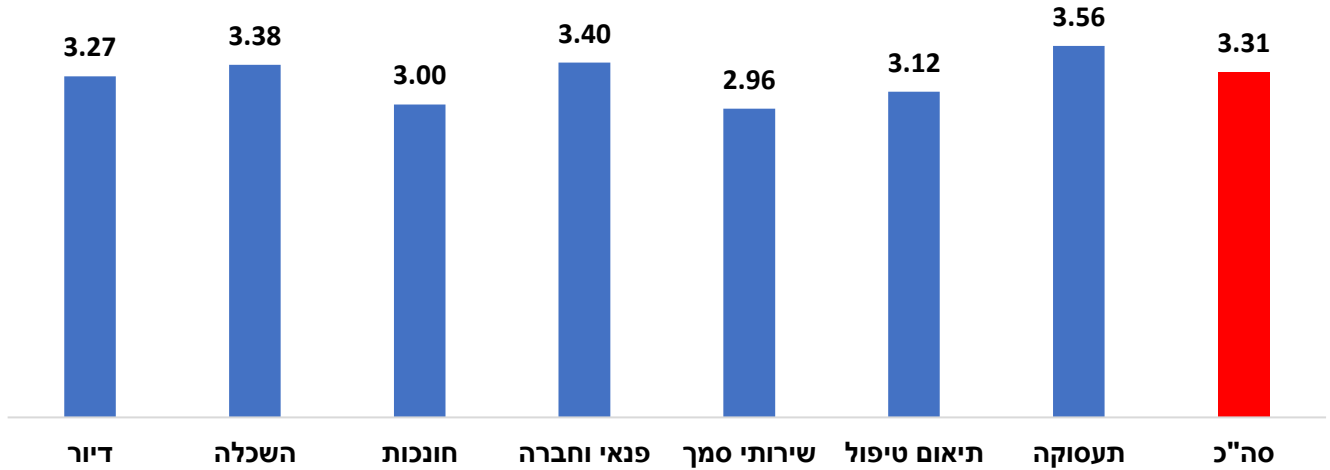
מתרשים 45 ניתן לראות כי בכל המחוזות, קבוצת הגיל +55 מדורגת עם איכות חיים נמוכה יותר בהשוואה לקבוצות הגיל הצעירות יותר (18-34 ו-35-54).

קבוצת הגיל 35-54 מדורגת לרוב עם איכות חיים גבוהה יותר בהשוואה לשאר קבוצות הגיל.

מחוז דרום אזור צפוני ומחוז מרכז-דרום ומחוז ת"א 2 מדורגים עם איכות החיים הגבוהה ביותר בקרב קבוצת הגיל 35-54 (3.45, 3.45, ו-3.44 בהתאמה).

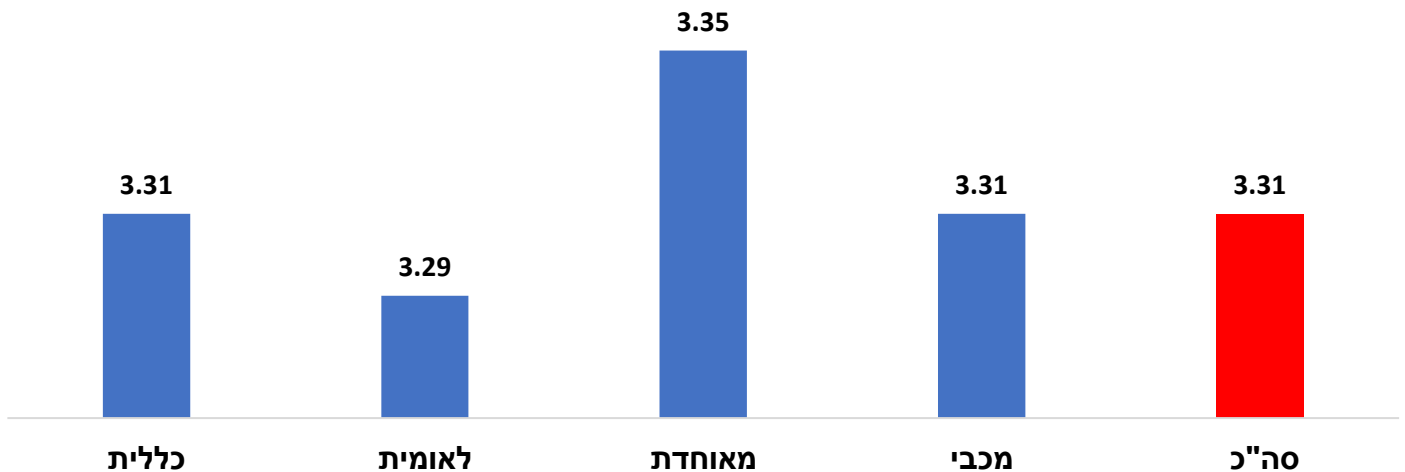


### תרשים 46 - איכות חיים - QUALITY OF LIFE לפי סוג שירות



מתרשים 46 ניתן לראות כי מקבלי השירות בתחומי השירות: תעסוקה ופנאי וחברה והשכלה מדווחים על איכות חיים גבוהה יותר ( 3.56 , 3.40 , ו- 3.38). מקבלי השירות בתחומי השירות: חונכות, שירותי סמך ותיאום טיפול מדווחים על איכות חיים פחותה יותר (3.0, 2.96 , ו- 3.12).

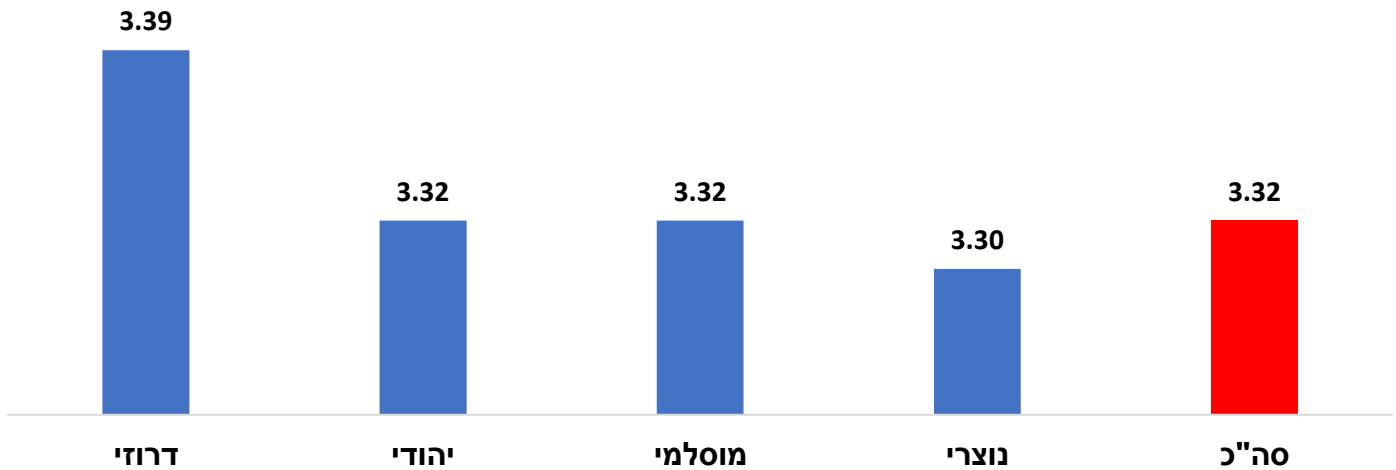
### תרשים 47 - איכות חיים - QUALITY OF LIFE לפי קופת חולים



בתרשים 47 לא נמצא הבדל מובהק בין קופות החולים בממוצעי המדד המשולב של איכות חיים.



### תרשים 48 - איכות חיים - QUALITY OF LIFE לפי לאום\*



\* הנתונים הם חיבור של השנים 2022 ו-2023 עקב מיעוט בתצפיות בקבוצות לאום מסוימות.

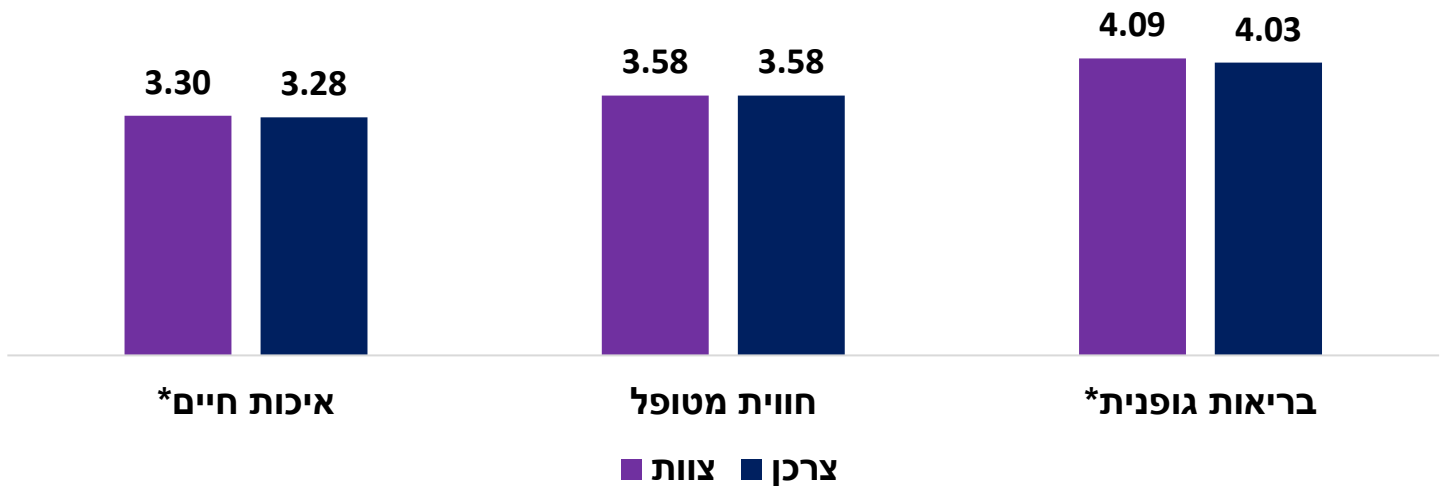
מתרשים 48 ניתן לראות כי מקבלי שירות דרוזים מדווחים על איכות חיים גבוהה יותר (3.39) ממקבלי שירות יהודים ואחרים (3.32).



## השוואה בין שאלוני מקבלי שירות וצוות

מטרת ההשוואה בין שאלוני מקבלי שירות וצוות הנה לבדוק את הפערים בין תשובות מקבלי השירות ותפיסת אנשי הצוות את מקבלי השירות לפי התחומים השונים. לצורך כך הושאו התשובות של איש הצוות למקבל השירות והתקבלו 3,615 שאלונים מזוגים – מקרים בהם יש שאלון מקבל השירות וגם שאלון איש צוות (לא כולל שאלון מותאם).

### תרשים 49 - השוואה בין שאלוני צרכנים וצוות בתחומים השונים - כלל הארץ



\* הבדלים מובהקים סטטיסטית

מתרשים 49 ניתן ללמוד על דיווח מקבלי השירות והצוות בכלל הארץ על כל אחד ממוצעי התחומים השונים בכלל הארץ.

בכל תחומי החיים הקורלציה בין תשובות מקבל השירות לצוות היתה חיובית וגבוהה. נמצאו פערים מובהקים בתחומים: איכות חיים ובריאות גופנית, בהם הצוות העריך גבוה ממה שמקבל השרות דיווח. לעומת זאת, בתחום חווית מטופל לא נמצא הבדל בין ממוצע תשובות הצוות לממוצע התשובות של מקבל השירות.



## ניתוח דו משתני ורב משתני

### קורלציות בין תחומים

#### מדד איכות חיים

קיימת קורלציה חיובית מובהקת עם חווית מקבל השירות ( $r = .501, p < 0.01$ ). ייתכן, שזה נובע מכך שיש שאלות משותפות לשני התחומים, כמו: האם התרופות עוזרות וכמה טובה ההתמודדות של מקבל השירות עם מצבו הנפשי/ריגשי ביומיום.

קיימת קורלציה חיובית מובהקת עם מדד בריאות גופנית ( $r = .142, p < 0.01$ ).

קיימת קורלציה חיובית חזקה עם מדד שייכות לקהילה ( $r = .505, p < 0.01$ ).

#### מדד חווית מקבל השירות

קיימת קורלציה חיובית מובהקת עם איכות חיים ( $r = .501, p < 0.01$ ).

קיימת קורלציה חיובית קטנה אך מובהקת עם מדד בריאות גופנית ( $r = .068, p < 0.01$ ).

קיימת קורלציה חיובית בינונית עם מדד שייכות לקהילה ( $r = .313, p < 0.01$ ).

#### מדד בריאות גופנית

קיימת קורלציה חיובית מובהקת עם מדד איכות חיים ( $r = .142, p < 0.01$ ).

קיימת קורלציה חיובית קטנה אך מובהקת עם מדד חווית מקבל השירות ( $r = .068, p < 0.01$ ).

אין קורלציה מובהקת עם מדד שייכות לקהילה ( $r = .003, p = 0.771$ ).

#### מדד שייכות לקהילה

קיימת קורלציה חיובית חזקה עם מדד איכות חיים ( $r = .505, p < 0.01$ ).

קיימת קורלציה חיובית בינונית מובהקת עם מדד חווית מקבל השירות ( $r = .313, p < 0.01$ ).

אין קורלציה מובהקת עם מדד בריאות גופנית ( $r = .003, p = 0.771$ ).

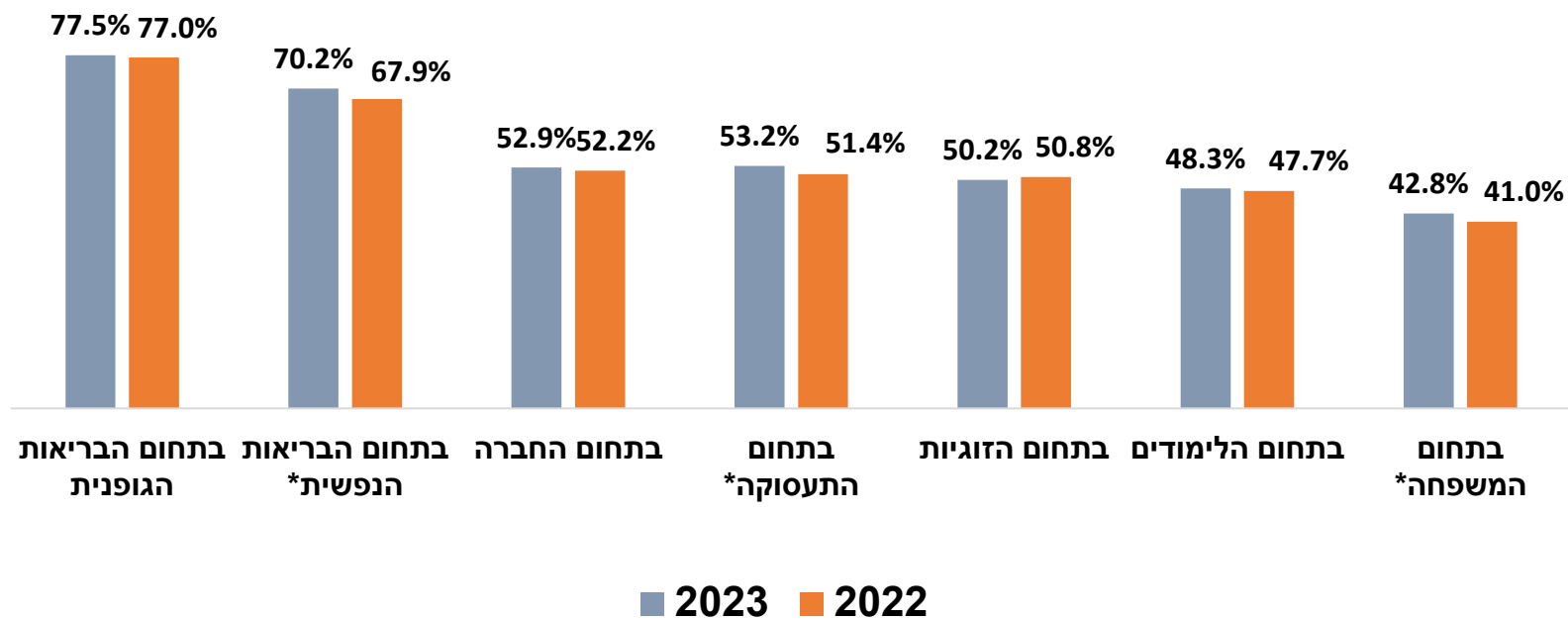
הממצאים הללו מצביעים על כך שמדד איכות חיים וחווית מקבל שירות קשורים זה לזה בקורלציה חיובית מובהקת. בנוסף, מדד שייכות לקהילה קשור באופן חזק למדד איכות חיים ולמדד חווית מקבל השירות. לעומת זאת, מדד בריאות גופנית קשור במידה מועטה יחסית ליתר המדדים.



## השוואה במדדים מרכזיים בין השנים 2022 ו- 2023

בפרק הבא מוצגים ההבדלים המשמעותיים בין נתוני 2022 ו- 2023 תוך התמקדות בפרמטרים מרכזיים הכוללים את הרצון לעשות שינוי, הצבת מטרות, שימוש באינטרנט וארבעת המדדים: בריאות גופנית, חווית מקבל השירות, איכות חיים והשתתפות בקהילה.

### תרשים 50- הרצון לעשות שינוי 2022 ו- 2023

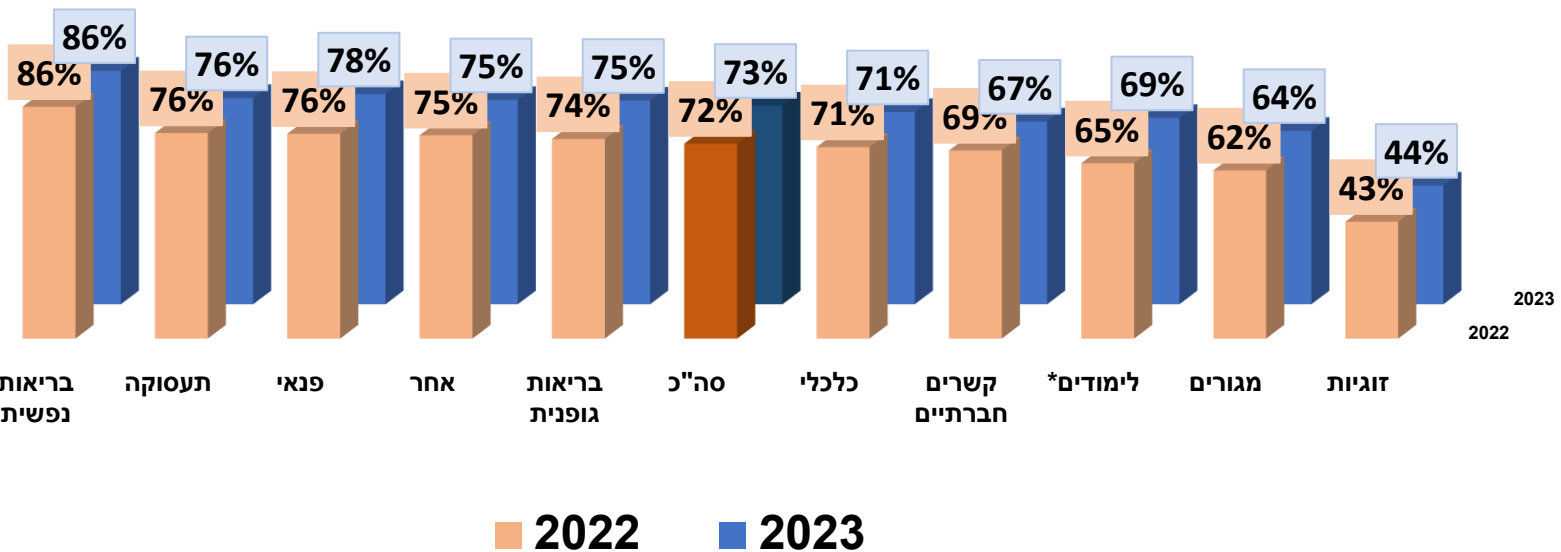


\* הבדלים מובהקים סטטיסטית ( $p < 0.05$ ).

מתרשים 50 ניתן לראות כי באופן כללי, כי ישנה עלייה ברצון לעשות שינוי בתחומים הבריאות הגופנית, הבריאות הנפשית, החברה, התעסוקה, הלימודים, והמשפחה בשנת 2023 לעומת 2022. מתוך אלו, התחומים המסומנים בכוכבית - הבריאות הנפשית, התעסוקה, והמשפחה - מובהקים סטטיסטית ( $p < 0.05$ ), מה שמעיד על כך שהשינויים בהם משמעותיים יותר. בתחום הזוגיות יש ירידה קלה ברצון לעשות שינוי.



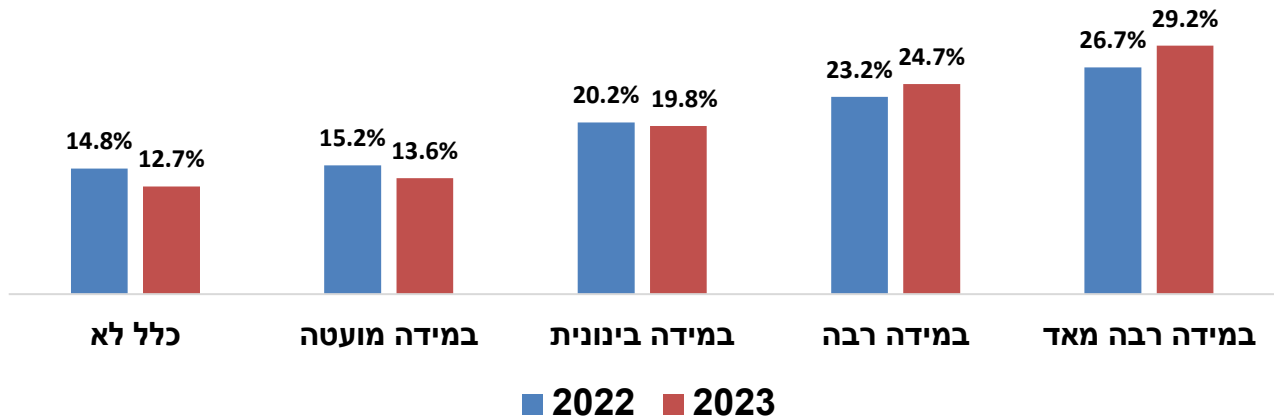
תרשים 51 - אחוז המטרות שהושגו (חלקי או מלא) בשנה האחרונה בכל תחום  
2023 ו- 2022



באופן כללי, מתרשים 51 ניתן לראות כי לא היו שינויים מובהקים באחוז השגת המטרות בתחומים השונים, למעט בתחום הלימודים בו אחוז המטרות שהושגו היה גבוה באופן מובהק בשנת 2023 (69%) בהשוואה לשנת 2022 (65%), (p<0.05).

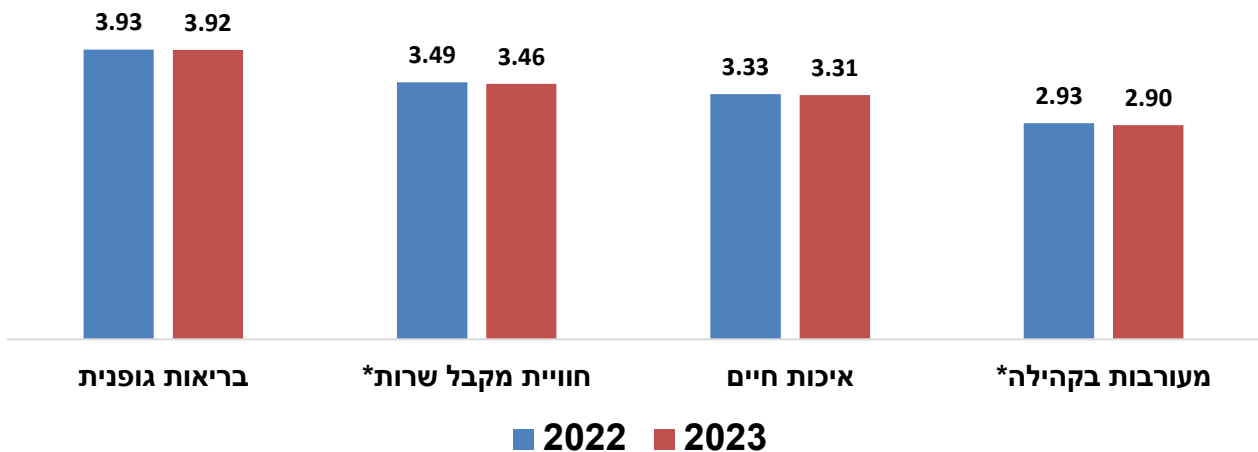


### תרשים 52 - שימוש במרחב אינטרנטי, 2022-2023



מתרשים 52 ניתן לראות מגמה ברורה של עלייה בידע בשימוש באינטרנט/דיגיטל בין השנים 2022 ל-2023, עם ירידה באחוז המדווחים על חוסר ידע מוחלט או ידע מועט, ועלייה באחוז המדווחים על ידע רב וידע רב מאוד. ממצא זה מובהקת סטטיסטית ( $p < 0.001$ ).

### תרשים 53 - מדדים מרכזיים 2022-2023



בתרשים 53 נראים השינויים המשמעותיים והמובהקים סטטיסטית ( $p < 0.05$ ) נצפו במדדים של חווית מקבל שירות והשתתפות בקהילה, כאשר בשני המקרים חלה ירידה בציונים בין השנים 2022 ל-2023.



## ניתוחי מתאמים וגורמים משפיעים

### ניתוח גורמים המשפיעים על איכות חיים

במטרה לבחון את ההשפעה של המאפיינים השונים של מקבל השירות על איכות החיים בוצע מודל רגרסיה ליניארית, שבו המשתנה התלוי : איכות חיים (-1 איכות חיים ברמה נמוכה, -5 איכות חיים ברמה גבוהה). מודל זה כלל את המשתנים הבלתי תלויים המופיעים בטבלה מטה.

### טבלה 5 א': משתנים המשפיעים על איכות חיים, 2023

| מובהקות (.Sig) | בטא (β) | שם המשתנה בעברית  |
|----------------|---------|---|
| <.001          | 0.317   | כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   |
| <.001          | 0.187   | האם יש לך בעיות בריאות גופניות?                                     |
| <.001          | 0.143   | בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה?                        |
| <.001          | 0.089   | עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?                    |
| <.001          | 0.081   | גיל   |
| <.001          | 0.061   | בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות? |
| <.001          | 0.058   | באיזו מידה הצוות מקשיב לך, בדברים הקשורים לבריאותך הנפשית?          |
| <.001          | 0.054   | האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה?                                |
| 0.002          | 0.049   | באיזו מידה הצוות מסביר לך דברים, שקשורים לבריאותך הנפשית?           |
| 0.045          | 0.027   | sex (1=גבר)   |
| 0.272          | 0.015   | מצב משפחתי (1=בזוגיות/נשוי)   |
| 0.566          | 0.008   | האם יש לך מסגרת לימודים?  |
| 0.052          | -0.026  | עישון (1=מעשן)  |

### טבלה 5 ב': משתנים המשפיעים על איכות חיים, 2022

| מובהקות (.Sig) | בטא (β) | שם המשתנה בעברית  |
|----------------|---------|---|
| <.001          | 0.288   | כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   |
| <.001          | 0.246   | האם יש לך בעיות בריאות גופניות?                                     |
| <.001          | 0.142   | בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה?                        |
| <.001          | 0.099   | עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?                    |
| <.001          | 0.095   | גיל   |
| <.001          | 0.076   | באיזו מידה הצוות מקשיב לך, בדברים הקשורים לבריאותך הנפשית?          |
| <.001          | 0.075   | בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות? |
| <.001          | 0.056   | האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה)                  |
| 0.008          | 0.042   | באיזו מידה הצוות מסביר לך דברים, שקשורים לבריאותך הנפשית?           |
| 0.133          | 0.021   | מצב משפחתי (1=בזוגיות/נשוי)   |
| 0.255          | 0.016   | sex (1=גבר)   |
| 0.606          | 0.007   | האם יש לך מסגרת לימודים?  |
| 0.512          | -0.009  | עישון (1=מעשן)  |



מספר החברים הקרובים נמצא כגורם המשפיע ביותר על איכות החיים בשתי השנים (  $\beta=0.317$  ) ב-2023 ,  
(  $\beta=0.288$  ) ב-2022.

בעיות בריאות גופניות היוו את הגורם השני בחשיבותו (  $\beta=0.187$  ) ב-2023, ו- (  $\beta=0.246$  ) ב-2022 .  
אכילה בריאה, שימוש במרחב הדיגיטלי וגיל נמצאו כגורמים משמעותיים נוספים.

### שינויים בין השנים

השפעת הבריאות הגופנית ירדה מעט ב-2023 לעומת 2022.

השפעת מספר החברים הקרובים עלתה מעט ב-2023.

### ניתוח גורמים המשפיעים על חווית מקבל השירות

במטרה לבחון את ההשפעה של המאפיינים השונים של מקבל השירות על חווית מקבל השירות בוצע מודל רגרסיה ליניארית, שבו המשתנה התלוי : חווית מקבל השירות (1- חווית מקבל שירות ברמה נמוכה, 5- חווית מקבל שירות ברמה גבוהה). מודל זה כלל את המשתנים הבלתי תלויים המופיעים בטבלה מטה.

### טבלה 6 א': משתנים המשפיעים על חווית מקבל השירות, 2023

| שם המשתנה בעברית  | בטא ( $\beta$ ) | מובהקות (.Sig) |
|---|-----------------|----------------|
| Functioning   | 0.35            | <.001          |
| האם יש לך הרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת בריאות הנפש? | 0.081           | <.001          |
| האם יש לך שימוש במשאבים קהילתיים?                                   | 0.081           | <.001          |
| האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה)                  | 0.073           | <.001          |
| עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?                    | 0.056           | <.001          |
| כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   | 0.053           | <.001          |
| מצב משפחתי(1=בזוגיות/נשוי)  | 0.051           | <.001          |
| גיל   | 0.035           | 0.02           |
| עישון (1=מעשן)  | 0.025           | 0.061          |
| האם יש לך בעיות בריאות גופניות?                                     | 0.002           | 0.906          |

### טבלה 6 ב': משתנים המשפיעים על חווית מקבל השירות, 2022

| שם המשתנה בעברית  | בטא ( $\beta$ ) | מובהקות (.Sig) |
|---|-----------------|----------------|
| Functioning   | 0.346           | <.001          |
| האם יש לך שימוש במשאבים קהילתיים?                                   | 0.117           | <.001          |
| האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה)                  | 0.107           | <.001          |
| האם יש לך הרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת בריאות הנפש? | 0.074           | <.001          |
| כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   | 0.051           | <.001          |
| מצב משפחתי(1=בזוגיות/נשוי)  | 0.035           | 0.01           |
| עישון (1=מעשן)  | 0.017           | 0.208          |
| גיל   | 0.007           | 0.671          |
| האם יש לך בעיות בריאות גופניות?                                     | 0.005           | 0.746          |
| עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?                    | -0.008          | 0.593          |



תפקוד (Functioning) נמצא כגורם המשפיע ביותר בשתי השנים (ב-2023,  $\beta=0.35$ ), (ב-2022,  $\beta=0.346$ ). שימוש במשאבים קהילתיים והצבת מטרות אישיות נמצאו כגורמים משמעותיים נוספים.

### שינויים בין השנים:

ב-2023, הרגשת שייכות לקהילה הפכה למשמעותית יותר ( $\beta=0.081$ ) לעומת (ב-2022,  $\beta=0.074$ ). השפעת השימוש במרחב הדיגיטלי עלתה משמעותית ב-2023 ( $\beta=0.056$ ) לעומת (ב-2022,  $\beta=-0.008$ ).

### ניתוח גורמים המשפיעים על השתתפות בקהילה

במטרה לבחון את ההשפעה של המאפיינים השונים של מקבל השירות על השתתפות בקהילה בוצע מודל רגרסיה ליניארית, שבו המשתנה התלוי: השתתפות בקהילה (1- השתתפות בקהילה ברמה נמוכה, 5- השתתפות בקהילה ברמה גבוהה). מודל זה כלל את המשתנים הבלתי תלויים המופיעים בטבלה מטה.

#### טבלה 7 א': משתנים המשפיעים על השתתפות בקהילה של מקבל השירות, 2023

| שם המשתנה בעברית                                   | בטא ( $\beta$ ) | מובהקות (.Sig) |
|--|-----------------|----------------|
| Functioning  | 0.501           | <.001          |
| האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה) | 0.074           | <.001          |
| עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?   | 0.068           | <.001          |
| מצב משפחתי(1=בזוגיות /נשוי)                        | 0.019           | 0.132          |
| sex(1=גבר)   | 0.016           | 0.196          |
| האם יש לך בעיות בריאות גופניות?                    | 0.012           | 0.373          |
| עישון (1=מעשן)                                     | -0.01           | 0.417          |
| גיל  | -0.019          | 0.169          |

#### טבלה 7 ב': משתנים המשפיעים על השתתפות בקהילה של מקבל השירות, 2022

| שם המשתנה בעברית                                   | בטא ( $\beta$ ) | מובהקות (.Sig) |
|--|-----------------|----------------|
| Functioning  | 0.514           | <.001          |
| עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?   | 0.078           | <.001          |
| האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה) | 0.049           | <.001          |
| עישון (1=מעשן)                                     | 0.015           | 0.252          |
| גיל  | 0.004           | 0.795          |
| האם יש לך בעיות בריאות גופניות?                    | 0.004           | 0.754          |
| sex(1=גבר)   | -0.013          | 0.325          |
| מצב משפחתי(1=בזוגיות /נשוי)                        | -0.026          | 0.051          |

תפקוד (Functioning) נמצא כגורם המשפיע ביותר בשתי השנים (ב-2023,  $\beta=0.501$ ), (ב-2022,  $\beta=0.514$ ). הצבת מטרות אישיות ושימוש במרחב הדיגיטלי נמצאו כגורמים משמעותיים נוספים.

שינויים בין השנים: השפעת הצבת מטרות אישיות עלתה ב-2023 ( $\beta=0.074$ ) לעומת 2022 ( $\beta=0.049$ ).



### ניתוח גורמים המשפיעים על מדד בריאות גופנית

במטרה לבחון את ההשפעה של המאפיינים השונים של מקבל השירות על בריאותו הפיזית בוצע מודל רגרסיה ליניארית, שבו המשתנה התלוי : בריאות פיזית (1- בריאות פיזית ברמה נמוכה, 5- בריאות פיזית ברמה גבוהה). מודל זה כלל את המשתנים הבלתי תלויים המופיעים בטבלה מטה.

#### טבלה 8 א': משתנים המשפיעים על הבריאות הפיזית של מקבל השירות, 2023

| מובהקות (.Sig) | בטא (β) | שם המשתנה בעברית  |
|----------------|---------|---|
| <.001          | 0.125   | sex (גבר=1)   |
| <.001          | 0.056   | בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה?                        |
| <.001          | 0.052   | בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות? |
| <.001          | 0.051   | Functioning   |
| 0.912          | -0.002  | כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   |
| 0.307          | -0.015  | מצב משפחתי(1=בזוגיות/נשוי)  |
| 0.032          | -0.033  | עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?                    |
| 0.002          | -0.043  | עישון (1=מעשן)  |
| 0.001          | -0.045  | האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה)                  |
| <.001          | -0.257  | גיל   |

#### טבלה 8 ב': משתנים המשפיעים על הבריאות הפיזית של מקבל השירות, 2022

| מובהקות (.Sig) | בטא (β) | שם המשתנה בעברית  |
|----------------|---------|---|
| <.001          | 0.129   | sex (גבר=1)   |
| <.001          | 0.077   | Functioning   |
| <.001          | 0.050   | בחודש האחרון, האם בצעת פעילות גופנית (ספורט) לפחות 30 דקות ברציפות? |
| 0.007          | 0.041   | בחודש האחרון, האם שמרת/הקפדת על אכילה בריאה?                        |
| 0.607          | -0.008  | כמה אנשים הם חבריך הקרובים?   |
| 0.003          | -0.043  | מצב משפחתי(1=בזוגיות/נשוי)  |
| <.001          | -0.056  | האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה)                  |
| <.001          | -0.067  | עד כמה אתה יודע להשתמש במרחב האינטרנטי/ דיגיטלי?                    |
| <.001          | -0.071  | עישון (1=מעשן)  |
| <.001          | -0.27   | גיל   |

מגדר נמצא כגורם המשפיע ביותר בשתי השנים (β=0.125) ב-2023, (β=0.129) ב-2022.

גיל נמצא כגורם שלילי משמעותי (β=-0.257) ב-2023, (β=-0.27) ב-2022.

אכילה בריאה ופעילות גופנית נמצאו כגורמים חיוביים.

#### שינויים בין השנים:

השפעת התפקוד (Functioning) ירדה ב-2023 (β=0.051) לעומת (β=0.077) ב-2022.

השפעת הצבת מטרות אישיות הפכה לשלילית ב-2023 (β=-0.045) לעומת (β=-0.056) ב-2022.



### סיכום גורמים משפיעים

1. מספר החברים הקרובים נמצא כגורם המשפיע ביותר על איכות החיים.
2. השפעת הבריאות הגופנית: בעיות בריאות גופניות משפיעות משמעותית על איכות החיים.
3. תפקוד נמצא כגורם מרכזי בחוויית מקבל השירות ובהשתתפות בקהילה.
4. השימוש במרחב הדיגיטלי הפך למשמעותי יותר ב-2023.
5. הצבת מטרות אישיות נמצאה כגורם משמעותי במספר תחומים.
6. השפעת הגיל על בריאות פיזית: נמצא קשר שלילי בין גיל לבריאות פיזית.

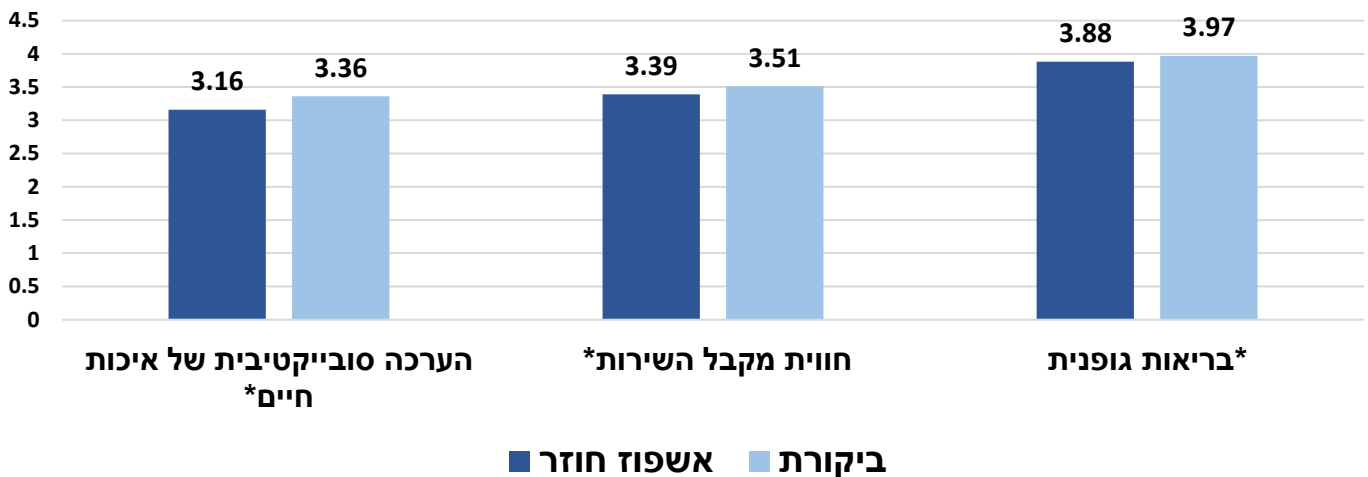


## אשפוזים חוזרים

לצורך בחינת הפרמטרים השונים מהשאלון על אשפוזים חוזרים בוצעה הצלבה בין נתוני אשפוז מנהליים במשרד הבריאות לבין נתוני השאלונים.

בשנים 2022 ו-2023 היו 1,332 שאלונים של מקבלי שירות שהיה להם אשפוז חוזר והם הוו 7.1% מכלל מקבלי השירות שהשיבו על השאלון. מתוכם ל-1,259 שאלונים נבנתה קבוצת ביקורת – מקבלי השירות ללא אשפוז חוזר עם מאפייני מגדר, גיל, השכלה, מצב משפחתי וסוג שאלון זהים לחלוטין. כך יצרנו 2 קבוצות השוואה זהות מבחינת המאפיינים הדמוגרפיים- ביקורת ואשפוז חוזר ובדקנו האם יש הבדל מובהק בין 2 הקבוצות לפי אשכולות תחומי החיים ולפי משתנים פרטניים נבחרים.

### תרשים 54 - משתנים משולבים המנבאים אשפוז חוזר (2022-2023)

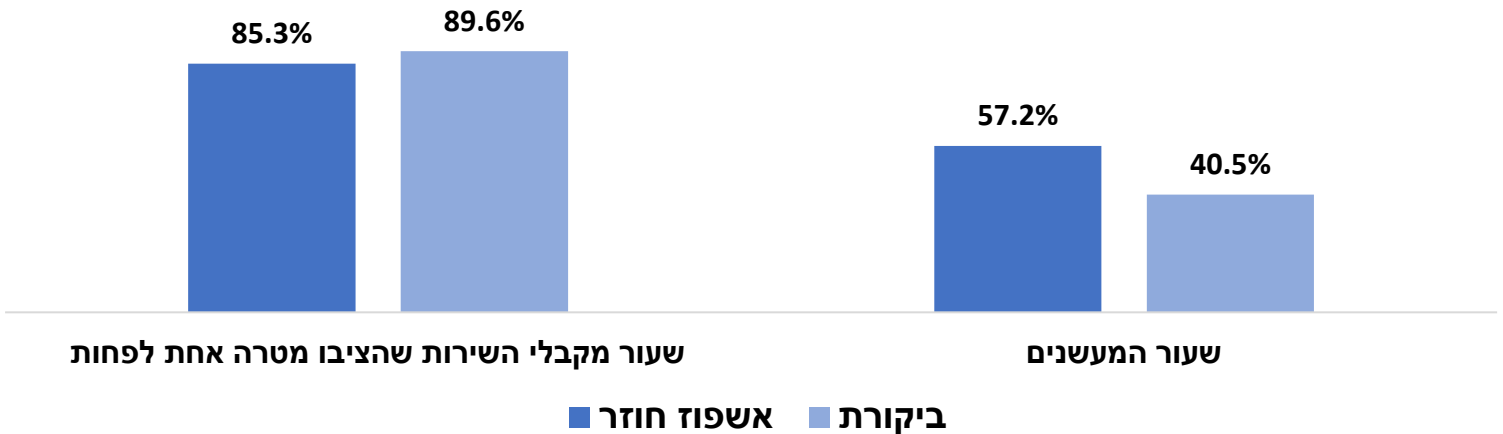


### משתנים המנבאים אשפוז חוזר

מתרשים 54 נבחנו המשתנים המשולבים הנמצאים באשפוז חוזר ובקבוצת הביקורת בשנים 2022-2023. ניתן לראות כי קבוצת הביקורת מציגה ציונים גבוהים יותר בכל המדדים שנבדקו בהשוואה לאשפוז החוזר. ממוצע הערכה סובייקטיבית של איכות החיים של מקבלי השירות בקבוצת הביקורת עמד על 3.36 והוא גבוה באופן מובהק מהממוצע של קבוצת האשפוז החוזר שעמד על 3.16, כלומר מקבלי השירות בקבוצת הביקורת דיווחו על הערכה סובייקטיבית של איכות חיים גבוהה יותר ממקבלי השירות בקבוצת האשפוז החוזר. כמו כן, מקבלי השירות בקבוצת הביקורת דיווחו על חווית מקבל שירות ברמה גבוהה יותר (3.51) ממקבלי השירות בקבוצת האשפוז החוזר (3.39). מקבלי השירות דיווחו על בריאות גופנית גבוהה יותר בקבוצת הביקורת (3.97) בהשוואה לדיווחי מקבלי השירות בקבוצת האשפוז החוזר (3.88).



**תרשים 55 - משתנים פרטניים שנמצאו מובהקים לניבוי אשפוז חוזר  
2022-2023**



מתרשים 55 ניתן לראות כי אחוז מקבלי השירות שהציבו לעצמם מטרה בשנה האחרונה היה גבוה באופן מובהק בקבוצת הביקורת (89.6%) בהשוואה לקבוצת האשפוז החוזר (85.3%).  
אחוז מקבלי השירות המעשנים היה גבוה באופן מובהק בקבוצת האשפוז החוזר (57.2%) בהשוואה לקבוצת הביקורת (40.5%).  
הממצאים מצביעים על כך שהצבת מטרות ועישון הם גורמים משמעותיים בניבוי אשפוז חוזר.



### ניתוח רב משתני

במטרה לבחון את ההשפעה הנקייה של מאפייני מקבל השירות על אשפוזים חוזרים בוצע מודל רגרסיה לוגיסטית, שבו המשתנה התלוי : אשפוז חוזר (0=למקבל השירות לא היה אשפוז חוזר, 1=למקבל השירות היה אשפוז חוזר). מודל זה כלל את המשתנים הבלתי תלויים הבאים: הערכה סובייקטיבית של איכות חיים, חוויית מקבל השירות, בריאות גופנית, עישון, הקפדה/ שמירה על אכילה בריאה, ביצוע פעילות גופנית, הצבת מטרה בשנה האחרונה.

| CI Upper | CI Lower | Sig.   | Exp(B) | משתנה  |
|----------|----------|--------|--------|--|
| 0.786    | 0.627    | <0.001 | 0.702  | הערכה סובייקטיבית של איכות חיים                    |
| 2.157    | 1.561    | <0.001 | 1.835  | עישון (1=מעשן)                                     |
| 0.962    | 0.584    | 0.023  | 0.749  | האם הצבת לעצמך מטרה/ות בשנה האחרונה? (1=הציב מטרה) |

\*\*\* רגרסיה זו בוצעה על 1,259 מקבלי שירות (אשפוז חוזר/ללא אשפוז חוזר) שהותאמו באופן מלא מבחינת הפרמטרים הדמוגרפיים (מגדר, גיל, השכלה ומצב משפחתי).

תוצאות הרגרסיה מדגימות כי מדד הערכה סובייקטיבית של איכות חיים קשור בירידה בסיכוי לאשפוז ב- 29.8%, כלומר ככל שאיכות החיים של מקבל השירות גבוהה יותר (על כל עליה ביחידה אחת באיכות רמת החיים) הסיכוי לאשפוז חוזר קטן יותר. כמו כן, הצבת מטרה מקטינה את הסיכוי לאשפוז חוזר ב-25.1% ועישון מגדיל את הסיכוי לאשפוז חוזר ב- 83.5%.



## תובנות עיקריות, מסקנות והמלצות

### סיכום עיקרי הממצאים

#### כללי

#### נתונים לפי שנים

הדו"ח כולל את נתוני שנת 2023. ככל שהיו הבדלים מובהקים בין השנים 2022 ל-2023, הוצגו נתוני השנים בנפרד. ניתוח גורמי הסיכון לאשפוז חוזר בוצע לגבי השנים 2022-2023 ביחד, שכן לא היו הבדלים מובהקים בין השנים. כמו-כן הוצגו נתונים חדשים של גורמים משפיעים על השתתפות קהילתית, בריאות גופנית, חווית מטופל ואיכות חיים.

#### השפעת מלחמת 7.10

למלחמת 7.10 השפעה משמעותית על ממצאי התוכנית. לאור חשיבות הנושא, והרצון להמשיך ולעדכן את הנתונים בשנת 2024, יפורסם בנפרד דו"ח השפעת מלחמה זו. לכן, הדיון לא יתייחס להשפעות שנראו בתקופה שמאז המלחמה ועד לסוף שנת 2023.

#### הצבת מטרות

ניתן ללמוד מן הממצאים המוצגים לעיל על מוטיבציה גבוהה יחסית בקרב מקבלי השירות להציב לעצמם מטרות אישיות, כחלק מתהליך השיקום והחלמה – כ-89% ממקבלי השירות הציבו מטרה בשנה האחרונה, מתוכם 73% השיגו באופן חלקי או מלא את המטרה. בריאות גופנית, תעסוקה ובריאות נפשית היו התחומים הבולטים ביותר בהם הוצבו מטרות. בתחום הבריאות הנפשית (השאלה היתה "מרגיש יותר טוב"), 86% דיווחו על שיפור במצב, בעוד שהשיעור הנמוך ביותר של השגת מטרות היה בתחום הזוגיות (44%). בנוסף, ניתן לראות הבדלים בין קבוצות הגיל במשתנים רבים, כאשר המתמודדים מעל גיל 55 מדווחים על פחות הצבת מטרות ורצון לעשות שינוי.

#### השתתפות קהילתית

מקבלי השירות מדווחים על השתתפות קהילתית נמוכה יחסית עם ממוצע של 2.90. הציון הגבוה ביותר מבין מרכיבי המדד המשולב של השתתפות קהילתית התקבל מהערכת היכולת של מקבל השרות להצליח בתחום החברתי, עם ממוצע של 3.48, ולאחר מכן ממידת השימוש במשאבים קהילתיים, עם ממוצע של 3.16. לעומת זאת, הציון הנמוך ביותר מבין מרכיבי המדד המשולב התקבל בהרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת השיקום בבריאות הנפש, עם ממוצע של 2.52.



מקבלי השירות במחוזות צפון (2.82) וחיפה 2 (2.84) מדווחים על השתתפות קהילתית נמוכה יחסית. כמו כן, מקבלי השירות בגילאי 55 ומעלה מדווחים על השתתפות קהילתית נמוכה יחסית (2.77).

#### בריאות וקידום בריאות

דווח על שיעור גבוה של בעיות בריאות גופניות (22%), גבוה יותר בקבוצת הגיל מעל 55 (34%). מעל גיל 55 כ- 35% סובלים מסכרת. 40% דיווחו על כך שהם מעשנים. שיעור העישון במחוז צפון הוא הגבוה ביותר (47%) ואילו שיעור העישון בתל אביב 2 הוא הנמוך ביותר מבין המחוזות (30%). בבחינה של מדד קידום בריאות משולב – רק 9.6% מקפידים על אורח חיים בריא (לעומת 15% באוכלוסייה הכללית מגיל 21, על פי נתוני למ"ס). השיעור הגבוה ביותר נמצא במחוז בתל-אביב 1 (10.7%). השיעורים הנמוכים ביותר נמצאו במחוז חיפה 2 (7.3%) ובמחוז דרום אזור דרומי (8.0%).

#### איכות חיים

מקבלי השירות מדווחים על רמת איכות חיים בינונית ומעלה עם ממוצע של 3.31. הציון הגבוה ביותר מבין מרכיבי המדד המשולב של איכות חיים התקבל בתחום השימוש בתרופות המסייעות למקבל השירות, עם ממוצע של 3.71, ולאחר מכן בתחום היכולת להצליח בתחום התעסוקה, עם ממוצע של 3.70. לעומת זאת, הציון הנמוך ביותר מבין מרכיבי המדד המשולב התקבל בהרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת השיקום בבריאות הנפש, עם ממוצע של 2.52. מקבלי השירות במחוזות צפון (3.27) ודרום אזור דרומי (3.25) מדווחים על רמת איכות חיים נמוכה יחסית. כמו כן, מקבלי השירות בגילאי 55 ומעלה מדווחים על רמת איכות חיים נמוכה יחסית (3.26).

#### חווית מקבל השירות

מקבלי השרות מדווחים על רמה בינונית ומעלה של חווית מקבל השירות עם ממוצע של 3.46. הציון הגבוה ביותר מבין מרכיבי המדד המשולב של חווית מקבל השירות התקבל במידת ההקשבה של הצוות, עם ממוצע של 4.25, ולאחר מכן המידה בה הצוות משלב בתכנית השיקום, את מה שחשוב למקבל השרות, עם ממוצע של 4.00. לעומת זאת, הציון הנמוך ביותר מבין מרכיבי המדד המשולב התקבל בקבלת סיוע מהצוות בשירות, להצליח ולהתפתח בתחום הזוגיות, עם ממוצע של 2.76. מקבלי השירות בגילאי 55 ומעלה מדווחים על חווית מקבל שירות נמוכה יחסית (3.39).



### גורמים המשפיעים על השתתפות קהילתית, בריאות גופנית, חווית מטופל ואיכות חיים

מספר החברים הקרובים נמצא כגורם המשפיע ביותר על איכות החיים. בעיות בריאות גופניות היוו את הגורם השני בחשיבותו אל איכות החיים. תפקוד (Functioning) נמצא כגורם המשפיע ביותר בחוויית מקבל השירות, שימוש במשאבים קהילתיים והצבת מטרות אישיות נמצאו כגורמים משמעותיים נוספים. תפקוד (Functioning) נמצא כגורם המשפיע ביותר על השתתפות קהילתית, הצבת מטרות אישיות ושימוש במרחב הדיגיטלי נמצאו כגורמים משמעותיים נוספים. מגדר נמצא כגורם המשפיע ביותר על מדד בריאות פיזית של מקבל השירות, גיל נמצא כגורם שלילי משמעותי ואכילה בריאה ופעילות גופנית נמצאו כגורמים חיוביים.

### אשפוזים חוזרים

לאחר ניתוח רב משתני של גורמים המשפיעים על אשפוזים חוזרים, נמצא כי המדד המשולב של איכות חיים מקטין את הסיכוי לאשפוז ב- 29.8%, כלומר ככל שאיכות החיים של מקבל השרות גבוהה יותר (על כל עליה ביחידה אחת באיכות רמת החיים) הסיכוי לאשפוז חוזר קטן יותר. הצבת מטרות בשנה האחרונה מקטינה את הסיכוי לאשפוז חוזר ב- 25.1% ועישון מגדיל את הסיכוי לאשפוז חוזר ב- 83.5%.

## חשיבות הממצאים לתכנון של שירותי שיקום

### הצבת מטרות ויעדים

במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה בישראל, כמו גם בתוכניות דומות אחרות בעולם, להצבה של מטרות ויעדים חשיבות רבה בתהליך השיקום. במטה אנליזה של 20 מחקרים שבחנה את החשיבות והתכנון של מטרות בשיקום פסיכיאטרי<sup>1</sup>, בלטו ארבעה נושאים מרכזיים: (א) המרכזיות של תכנון המטרות בהתערבות, (ב) המגוון של המטרות שהוגדרו, (ג) המרכיבים המשפיעים על תכנון והשגת המטרות, ו(ד) החשיבות של שותפות והסכמה בתוך תהליך זה. רוב ההתערבויות השפיעו באופן חיובי על תחושת הרווחה של המשתתפים וכללו תחומים כמו דיור, תעסוקה, השתתפות חברתית, וניהול סימפטומים. במיוחד, המחקרים הדגישו את החשיבות של הגדרת מטרות, שיתוף פעולה, והערכה תדירה ומדידה של התקדמות למטרה. ההשתתפות בתהליך תכנון המטרה הביאה לשיפור משמעותי במוטיבציה, הפחתת תחושות של ייאוש, והגברת הביטחון בהשגת המטרות<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Stewart V, McMillan SS, Hu J, Ng R, El-Den S, O'Reilly C, Wheeler AJ. Goal planning in mental health service delivery: A systematic integrative review. Front Psychiatry.2022;19:13:1057915.



לאור חשיבות הנושא של הצבת מטרות ויעדים, ניתן לציין לטובה את השיעורים הגבוהים של הצבת מטרות ושל עמידה ביעדים בקרב מקבלי השרות. עם זאת נראה כי יש תחומים, כגון זוגיות, בהם נמצא שיעור נמוך יחסית של הצבת מטרות, אשר מצריך התייחסות מעמיקה ופיתוח, יישום והטמעה של התערבויות לקידום הנושא. ממצא משמעותי נוסף קשור בגיל, כאשר מתמודדים צעירים יותר מדווחים על הצלחה גבוהה יותר בהשגת היעדים, במיוחד בתחומים של לימודים וזוגיות.

כאשר בוחנים את הרצון לעשות שינוי, ניתן לראות כי גם כאן התחום של בריאות גופנית נמצא גבוה. ככלל, הרצון לעשות שינוי יורד עם הגיל בכל התחומים. עוד בולט שיעור נמוך של רצון לעשות שינוי בתחום המשפחה, במיוחד בקרב צעירים. ממתאים אלו נתמכים במחקרים אחרים שהראו כי מבוגרים נוטים להציב מטרות בתחום הבריאות הגופנית יותר מאשר הצעירים, בשל העובדה שהבעיות הבריאותיות שלהם הופכות למשמעותיות יותר ככל שמתבגרים<sup>28</sup>. ירידה במוטיבציה ובשיעור הצבת מטרות בתחומים כמו זוגיות ומשפחה עם העלייה בגיל נראית אף היא עקבית עם מחקרים נוספים<sup>29</sup>.

ניכר כי אחד התחומים המשמעותיים לקידום מטרות הינו תחום הבריאות הגופנית והנפשית. הצבת מטרות בתחום של בריאות גופנית בולטת במיוחד בקרב מבוגרים. יתכן ובגלל שבגיל זה סובלים יותר מבעיות בריאות. בתחום הבריאות הנפשית לא נראו הבדלים בהצבת מטרות בין צעירים ומבוגרים.

קיימות התערבויות מגוונות שנמצאו יעילות בהגברת מוטיבציה לשינוי בקרב מבוגרים, במיוחד בתחום הבריאות הגופנית. למשל, התערבויות שכוללות תמיכה חברתית מוגברת, שימוש בפעילויות קהילתיות, והעצמת יכולת הבחירה האישית נמצאו כמשמעותיות בשיפור ההשתתפות בפעילות גופנית ובשיפור איכות החיים אצל מבוגרים<sup>30,31</sup>.

<sup>28</sup> Powell, K. E., King, A. C., Buchner, D. M., et al. (2019). The Scientific Foundation for the Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd Edition. *J. Phys. Activity Health* 16 (1), 1–11. doi:10.1123/jpah.2018-0618.

<sup>29</sup> Rivera-Torres, S., Fahey, T. D., & Rivera, M. A. (2019). Adherence to Exercise Programs in Older Adults: Informative Report. *Gerontol. Geriatr. Med.* 5, 233372141882360. doi:10.1177/2333721418823604.

<sup>30</sup> Boulton, ER, Horne, M, Todd, C (2020) *Involving Older Adults in Developing Physical Activity Interventions to Promote Engagement: a Literature Review*. *Journal of Population Ageing*, 13 (3). pp. 325-345. ISSN 1874-7884

<sup>31</sup> Borges JC, de Oliveira Filho GG, de Lira CAB, da Silva RAD, Alves EDS, Benvenuto MJ, Rosa JPP. Motivation Levels and Goals for the Practice of Physical Exercise in Five Different Modalities: A Correspondence Analysis. *Front Psychol.* 2021 Dec 21;12:793238. doi: 10.3389/fpsyg.2021.793238. PMID: 34992570; PMCID: PMC8724760.



## המלצות

בהתבסס על הממצאים והספרות, מומלץ לפתח וליישם התערבויות שמותאמות לקהלי היעד השונים. יש לשים דגש על קידום תחומים שבהם נמצא רצון נמוך לשינוי, תוך התאמה אישית של התוכניות לצרכים השונים של הצעירים והמבוגרים. לדוגמה:

**צעירים:** מומלץ לפתח תכניות שמחזקות את התמיכה החברתית והקהילתית, במיוחד עבור אלה המעוניינים לשפר תחומים כמו זוגיות ומשפחה.

**מבוגרים:** ניתן להציע תכניות ממוקדות לשיפור הבריאות הפיזית, עם דגש על תמיכה מותאמת אישית שתחזק את המוטיבציה לשינוי. לדוגמה, התערבויות המשלבות פעילות גופנית מותאמת לגיל ויכולות גופניות, יחד עם ליווי ותמיכה חברתית, עשויות להוות כלי יעיל לשיפור הבריאות ואיכות החיים.

## השתתפות קהילתית

אחת המטרות המרכזיות של תוכניות השיקום בבריאות הנפש היא לחזק את הקשרים עם הקהילה, אשר פועלת כגורם תומך ומסייע בתהליך השיקום. הקהילה מספקת סביבה נורמטיבית ואוניברסלית שמאפשרת לאנשים עם מחלות נפש להשתלב ולהרגיש שייכות, מה שמוביל לשיפור באיכות החיים ולהפחתת הסטיגמה החברתית<sup>32,33</sup>. נמצא כי הקשרים הקהילתיים תורמים לשיפור תחושת השייכות וההשתלבות, ומסייעים למטופלים לפתח כישורים, להרחיב את רשת התמיכה שלהם ולהרגיש מחוברים יותר לסביבתם. תוכניות שמכוונות להעצים השתתפות קהילתית כוללות דיור נתמך, תעסוקה נתמכת, והשתתפות בפעילויות חברתיות ותרבותיות.

מקבלי השירות מדווחים על מידה נמוכה יחסית של השתתפות בקהילה (2.90) המעיד על צורך לפתח מענים בתחום זה במיוחד בקרב מקבלי השירות במחוזות צפון (2.82) וחיפה 2 (2.84) ובקרב מקבלי שירות בגילאי 55 ומעלה (2.77), אשר מדווחים על מידה נמוכה יחסית של השתתפות בקהילה. הממוצע הנמוך של הרגשת שייכות לקהילה מסוימת מחוץ למסגרת (2.52), הוא נושא מהותי שיש לתת עליו את הדעת כאשר מדובר בשיקום בקהילה. מחקרים רבים מראים כי תחושת שייכות לקהילה ויכולת להשתלב בפעילויות קהילתיות משפיעים באופן ישיר על איכות החיים של אנשים, במיוחד בקרב מבוגרים ומטופלים במסגרת שיקום בבריאות הנפש. המחקרים מדגישים

<sup>32</sup> Fostering Community Inclusion for Recovery for People with Serious Mental Illness, American Psychiatry Association . Available at: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/community-inclusion-for-smi-recovery>

<sup>33</sup> Salzer MS. Building on Recovery: Embracing Community Inclusion in Mental Health Policies and Services. Community Ment Health J. 2024 Jul 5. doi: 10.1007/s10597-024-01309-z. Epub ahead of print. PMID: 38967842.



שהשתתפות הנמוכה בקהילה עלולה להוביל לבדידות, ניתוק חברתי והידרדרות במצב הנפשי והפיזי<sup>34</sup>. הספרות אף מזהה מספר חסמים עיקריים לשימוש במשאבים קהילתיים, כולל בעיות נגישות פיזיות, חסמים כלכליים, ומבנה לא מוסדר של פעילויות קהילתיות. בנוסף, חרדה חברתית, עייפות, ובעיות בריאות גופניות תורמים גם הם לשיעור נמוך של השתתפות בקהילה, במיוחד בקרב מבוגרים<sup>8</sup>.

### המלצות

בהתאם לממצאים של דו"ח זה ומחקרים נוספים, מומלץ לפתח תכניות ייעודיות לשיפור ההשתתפות הקהילתית והשייכות החברתית בקרב מקבלי השירות, במיוחד באזורים עם רמת השתתפות נמוכה, כמו מחוזות צפון וחיפה, ובקרב אוכלוסיות מבוגרות. להלן מספר הצעות מעשיות:

#### מיפוי חסמים והנגשת משאבים

**נגישות:** פיתוח תשתיות פיזיות ונגישות טובה יותר לאזורים בהם מתקיימות פעילויות קהילתיות.

**תמיכה כלכלית:** סיוע כלכלי לאנשים עם מוגבלות כלכלית להשתתף בפעילויות קהילתיות.

**מבנה מובנה של פעילויות:** יצירת תכניות קבועות ושקופות של פעילויות קהילתיות שיעודדו השתתפות.

תכניות תמיכה חברתית

**תמיכה בחרדה חברתית:** פיתוח קבוצות תמיכה והתערבויות פסיכולוגיות שמטרתן להפחית חרדה חברתית ולהגביר את המוטיבציה להשתתף בפעילויות קהילתיות.

**קבוצות חברתיות מותאמות:** יצירת קבוצות קטנות שמותאמות לצרכים המיוחדים של מבוגרים ונותנות מענה לאנשים עם בעיות בריאותיות או מוגבלויות גופניות.

#### שיתוף פעולה קהילתי

**העצמת השתתפות קהילתית:** שיתוף פעולה עם מנהיגי קהילות מקומיות על מנת להנגיש את המשאבים ולהגביר את המודעות לפעילויות קהילתיות.

**תמיכה במנהיגות מקומית:** הכשרה של מתנדבים מקומיים להובלת תכניות קהילתיות ושיקום חברתי.

### מצב הבריאות והרגלי בריאות

מחקרים מצביעים על כך ששיעור התחלואה במחלות לב וכלי דם, סכרת ומחלות נשימה הוא גבוה יותר בקרב אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. לדוגמה, אנשים עם מחלות נפשיות חמורות

Baxter, L., Burton, A. & Fancourt, D. Community and cultural engagement for people with lived experience of<sup>34</sup> mental health conditions: what are the barriers and enablers? *BMC Psychol* 2022;10,71



כמו סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או הפרעה סכיזופרטיבית, נמצאים בסיכון כפול לפתח מחלות לב וכלי דם וסכרת בהשוואה לאנשים ללא הפרעות נפשיות<sup>36,35</sup>.

ניתן לייחס את ההבדלים הללו למספר סיבות, כולל תופעות לוואי של תרופות, הרגלי בריאות ירודים (כמו פעילות גופנית מופחתת, תזונה לקויה ושימוש מוגבר בחומרים) וכן השפעות ביולוגיות אפשריות של התחלואה הנפשית עצמה<sup>37</sup>. אנו הדגמנו ממצאים דומים – למשל – 35% תחלואה בסוכרת בקרב מבוגרים מגיל 55 ומעלה. באשר להרגלי בריאות – גם הממצאים המדווחים בדו"ח זה תומכים בהנחה לפיה בקרב מקבלי השירות במערך השיקום בבריאות הנפש מדווחים על תזונה לקויה ועל היעדר פעילות גופנית. גורמים כמו תופעות הלוואי של תרופות, שעלולות לגרום לעלייה במשקל או עייפות, בשילוב עם מוטיבציה ירודה הקשורה למחלה, מהווים חסם לאימוץ אורח חיים בריא יותר. בידוד חברתי וגישה מוגבלת למשאבים או לסביבות בטוחות לפעילות גופנית מחזקים עוד יותר אתגרים אלו<sup>38</sup>.

בתחום הרגלי הבריאות בולטים במיוחד שיעורי העישון הגבוהים בקרב מקבלי השירות. ידוע כי עישון מצוי בשיעורים גבוהים יותר בקרב אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית. לדוגמא במחקר משנת 2013, נמצא כי שיעור העישון עומד על 55% בקרב מדגם מייצג של מאושפזים בבריאות הנפש<sup>39</sup>. עם זאת, ולאור הממצא לפיו בקרב מעשנים שיעורי האשפוז החוזר גבוה יותר בהשוואה ללא מעשנים גם בניתוח רב משתני, נראה כי לא נעשה מספיק בתחום של צמצום העישון ונזקיו.

הבדלים בין מתמודדים מקופות שונות יכולים להיות קשורים למאפיינים של המתמודדים (לדוגמא – מבוטחי כללית מבוגרים יותר), או למידת ההשקעה של קופות החולים בתחום קידום הבריאות של מטופליהם בכלל, ומקבלי שירותי סל שיקום בפרט. לא מצאנו נתונים של הרגלי בריאות לפי קופות, כך שממצא זה מחייב בדיקה מעמיקה ונוספת, במיוחד לאור העובדה שמקבלי שירותי השיקום דיווחו על שימוש נמוך במשאבים קהילתיים. העלאת מודעות לשירותי קידום בריאות והפעלה של שירותים מותאמים למתמודדי בריאות הנפש על ידי קופות החולים, עשויה להגביר את השימוש במשאבים קהילתיים ואת השילוב של המתמודדים בקהילה.

<sup>35</sup> American Heart Association. "People with serious mental illness may have increased heart disease risk at younger ages." *ScienceDaily*, 9 March 2022. Available at: [ScienceDaily](https://www.sciencedaily.com).

<sup>36</sup> American Heart Association. "People with serious mental illness may have increased heart disease risk at younger ages." *ScienceDaily*, 9 March 2022. Available at: [ScienceDaily](https://www.sciencedaily.com).

<sup>37</sup> DE Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10:52-77.

<sup>38</sup> Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C, et al. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(10):641-646. doi:10.1097/01.nmd.0000180737.85895.60

<sup>39</sup> Hess S, Krivoy A, Bar-Zeev Y, Faerman A. *Harefuah*. 2021;160(2):98-103.



## חווית מקבל השירות

חווית מקבל השירות היא ברמה בינונית ומעלה (3.46), ומידת ההקשבה הגבוהה של הצוות ראויה לציון (4.25) כמו גם המידה בה הצוות משלב בתוכנית השיקום (4.00), בבסיס לשיפור בכלל חווית המטופל עם דגש על גילאי 55 ומעלה (3.39) והיכולת להצליח ולהתפתח בתחום הזוגיות (2.76). חווית המטופל קשורה גם להצלחה הכוללת של התהליך השיקומי בקרב מקבלי שירותי שיקום בבריאות הנפש ולמניעה של אשפוזים חוזרים<sup>40</sup>. חווית המטופל בשירותי שיקום לאחר אשפוז פסיכיאטרי מהווה גורם מרכזי בהצלחת תהליך השיקום ובמניעת אשפוזים חוזרים. מחקרים מצביעים על כך שחווית מטופל חיובית, הכוללת הקשבה פעילה מצד הצוות המטפל ושילוב המטופל בתהליך קבלת ההחלטות, תורמת באופן משמעותי לשיפור במצבם הנפשי והפיזי של המטופלים. דגש מיוחד ניתן לתכונות האישיות של הצוות המטפל, כמו הקשבה ורגישות לצרכים האישיים של המטופלים, שהן גורמים משפיעים ביותר על החוויה החיובית שלהם במהלך השיקום<sup>42,41</sup>. בנוסף, נמצא כי חווית המטופל קשורה באופן ישיר לתוצאות טיפוליות טובות יותר, כולל שיפור באיכות החיים והפחתת הצורך באשפוזים חוזרים, במיוחד בקרב מטופלים בשיקום פסיכיאטרי<sup>43</sup>.

## איכות חיים

המדד לאיכות חיים, אשר פותח על בסיס ידע מדעי ותוקף באמצעות מבחנים סטטיסטיים של מאגר המידע מקבץ מספר פרמטרים של שאלון מתוקף של מדדי תוצאה לכדי מדד משוקלל. מדד זה קיבל בדו"ח של 2023 משנה תוקף, שכן המדד נמצא קשור לסיכוי לאשפוז חוזר, גם בשנה זו (Predictive Validity). ניתן להגדיר את רמת איכות החיים כבינונית ומעלה (3.31), אך חשוב במיוחד לזהות תחומים בהם הציון גבוה יותר, כגון התאמת הטיפול התרופתי (מקבלי שירות שדיווחו על כך שהתרופות מסייעות להם) – 3.71, והיכולת להצליח בתחום התעסוקה (3.70). לעומת זאת, הציון הנמוך של הרגשת שייכות לקהילה/קבוצה מסוימת מחוץ למסגרת השיקום בבריאות הנפש (2.52) הביא לירידה בממוצע הכולל של איכות החיים.

<sup>40</sup> Ruggeri, M., Dall'Agnola, R., Bisoffi, G., & Piccinelli, M. (1994). Satisfaction with psychiatric services: A survey in a community-based psychiatric service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(4), 218-224.

<sup>41</sup> What Is So Great about Inpatient Rehabilitation from the Patient Experience Perspective. Qualitative Content Analysis of an Appreciative Inquiry during a Bedside Experience Rounding. *Healthcare*, 12(17), 1711. MDPI. doi:10.3390/healthcare12171711.

<sup>42</sup> Lloyd, C., Williams, P. L., & Moore, L. (2024). A systematic review of service models and evidence relating to the clinically operated community-based residential mental health rehabilitation for adults with severe and persisting mental illness in Australia. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/s12888-019-2236-4

<sup>43</sup> Staniszewska, S., Mockford, C., & Chadburn, G. (2021). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 219(6), 292-299.

doi:10.1192/bjp.2017



עוד ראינו כי מקבלי השירות בפריפריה מחוזות צפון (3.27) ודרום אזור דרומי (3.25) מדווחים על רמת איכות חיים נמוכה יחסית. גם מקבלי השירות בגילאי 55 ומעלה מדווחים על רמת איכות חיים נמוכה יחסית (3.26). באופן כללי, גם באוכלוסייה הכללית, איכות החיים המדווחת עלולה לרדת עם הגיל, במיוחד בהקשר של ירידה בבריאות הפיזית והנפשית. עם זאת, גורמים כמו השתתפות חברתית, גישה חיובית לחיים, ותחושת מטרה יכולים לתרום לשמירה על איכות חיים גבוהה גם בגיל מבוגר<sup>44</sup>, ולכן חשוב לפתח מענים מתאימים לאוכלוסיית מקבלי השירות בגיל זה.

## אשפוזים חוזרים

העיבוד שבוצע בדו"ח זה כלל נתונים של שנתיים (2022-2023), דבר שהכפיל את גודל המדגם, ואיפשר איתור ממצאים חדשים. מדד איכות החיים נמצא קשור באופן מובהק וגם לאחר ניתוח רב משתני בסיכוי לאשפוזים חוזרים (ביחס של פי 1.3). ממצא זה חשוב בהיבט של חשיבה על ביצוע התערבות לשיפור איכות החיים, וכן בהיבט של תיקוף המדד (שהודגם, כאמור, כמנבא אשפוז). ממצא זה מתאים גם לממצאים של מחקר דומה שנערך באותה אוכלוסייה בעבר ומצא קשר בין איכות חיים נמוכה והגדלת הסיכוי לאשפוז<sup>45</sup>. יש לציין כי במחקר זה נמצא גם כי הצבת מטרות קשורה באשפוזים חוזרים (פי 1.25), ממצא שלא נמצא מובהק בשנת 2022. עישון, נמצא שוב, כמו בממצאי שנת 2022, כגורם סיכון מובהק לאשפוז חוזר (פי 1.84). ממצא זה מתאים גם לדיווחים אחרים ממחקרים שנערכו בקרב מטופלי בריאות הנפש. עישון נפוץ יותר בקרב אנשים עם מחלות נפשיות והוא קשור להחמרת תסמינים ולהגברת הסיכון לאשפוז חוזרים<sup>46</sup>, דבר שמצריך פיתוח, יישום והטמעה של תוכניות התערבות להפחתת עישון בקרב אוכלוסייה זו. כמו כן, התערבויות המכוונות לשיפור איכות החיים יכולות להפחית את הסיכון לחזרה לאשפוז פסיכיאטרי<sup>20</sup>.

<sup>44</sup> Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2014). Aging and Subjective Well-being in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(6), 930-941.

<sup>45</sup> Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, Baloush-Kleinman V, Doudai R, Roe D. Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophr Res*. 2018 Feb;192:119-123.

<sup>46</sup> Pedrini, L., Bondi, E., Bertocelli, C., & Mencacci, C. (2022). *Exploring risk factors for re-hospitalization in a psychiatric inpatient setting: a retrospective naturalistic study*. *BMC Psychiatry*, 22(1), 64. doi:10.1186/s12888-022-03964-4.



## המלצות

מדד איכות החיים נמצא קשור באופן מובהק בסיכוי לאשפוזים חוזרים, ולכן יש צורך לשקול התערבויות שמטרתן לשפר את איכות החיים של מקבלי שירותי שיקום בבריאות הנפש. להלן שלוש דוגמאות להתערבויות מבוססות מחקר:

### התערבויות קהילתיות לשיפור איכות החיים

התערבויות קהילתיות שמשלבות את המטופלים בפעילויות חברתיות, תעסוקתיות וקהילתיות, נמצאו כמסייעות בשיפור איכות החיים. תכניות אלו כוללות תמיכה חברתית מוגברת, השתתפות בקבוצות תמיכה, ופעילויות פנאי. מחקרים מראים כי השתתפות בפעילויות אלו מחזקת את תחושת השייכות וההערכה העצמית, מה שמוביל לשיפור במצב הנפשי והפיזי של המטופלים, ומפחית את הסיכון לאשפוזים חוזרים<sup>48,47</sup>.

### תוכניות לשיפור הבריאות הגופנית

תוכניות שממוקדות בשיפור הבריאות הגופנית, כגון פעילות גופנית מותאמת, תזונה נכונה, והפסקת עישון, נמצאו כמועילות מאוד בשיפור איכות החיים של מטופלים. לדוגמה, פעילות גופנית סדירה לא רק משפרת את הבריאות הפיזית אלא גם תורמת לשיפור המצב הנפשי, דבר שמפחית את הסיכוי לאשפוזים חוזרים<sup>49</sup>.

### תוכניות להפסקת עישון

עישון הוא גורם סיכון משמעותי לאשפוזים חוזרים בקרב מטופלים בשיקום פסיכיאטרי. התערבויות להפסקת עישון, שמותאמות לצרכים של מטופלים בבריאות הנפש, יכולות לשפר את איכות החיים על ידי הפחתת הסיכון למחלות נוספות ושיפור הבריאות הכללית. תוכניות אלו כוללות תמיכה פסיכולוגית, טיפול תרופתי, וקבוצות תמיכה שממוקדות בהפסקת עישון<sup>50</sup>.

47 Priebe, S., & Fakhoury, W. (2008). How to improve quality of life in institutional care: the role of health services and health care workers. *Quality of Life Research*, 17(5), 649-657. doi:10.1007/s11136-008-9368-7.

48 Priebe, S., & Fakhoury, W. (2008). How to improve quality of life in institutional care: the role of health services and health care workers. *Quality of Life Research*, 17(5), 649-657. doi:10.1007/s11136-008-9368-7.

49 Snyder, M., & Anderson, M. (2009). Community integration and quality of life: A commentary. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(2), 95-102. doi:10.1080/15487760902761885.

50 Campion, J., Checinski, K., & Nurse, J. (2008). Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(3), 208-216. doi:10.1192/apt.bp.107.004101



## גורמים משפיעים על השתתפות קהילתית, בריאות גופנית, חווית מטופל ואיכות חיים

בדו"ח זה בוצעה לראשונה בדיקה של גורמים משפיעים על המשתתפים הכמותיים של השתתפות קהילתית, בריאות גופנית, חווית מטופל ואיכות חיים. הבדיקה בוצעה באמצעות גרסיה לינארית רבת משתנים. מניתוח זה ניתן ללמוד מספר נושאים:

**חשיבות הקשרים החברתיים:** מספר החברים הקרובים נמצא כגורם המשפיע ביותר על איכות החיים. זה מדגיש את החשיבות של תמיכה חברתית ורשתות חברתיות לרווחה הכללית.

מחקרים רבים מצביעים על כך שקשרים חברתיים קרובים הם גורם מרכזי המשפיע על איכות החיים. אנשים עם רשת חברתית תומכת מדווחים על רמות גבוהות יותר של רווחה כללית והפחתה בתסמיני דיכאון וחרדה. תמיכה חברתית מסייעת בהתמודדות עם מצבי לחץ ומשפרת את תחושת השייכות וההערכה העצמית<sup>52,51</sup>.

### המלצות

**פיתוח קבוצות תמיכה חברתיות:** יצירת קבוצות קהילתיות שיכולות לתמוך באנשים עם בעיות בריאותיות או נפשיות, ולעודד יצירת קשרים חברתיים חדשים.

**תוכניות למניעת בדידות:** פיתוח והטמעה של תוכניות שמיועדות למנוע בדידות בקרב מבוגרים וקשישים, כולל יוזמות קהילתיות ומועדונים חברתיים.

**השפעת הבריאות הגופנית:** בעיות בריאות גופניות משפיעות משמעותית על איכות החיים, מה שמדגיש את הצורך בגישה הוליסטית לטיפול ורווחה.

בעיות בריאות גופניות הן גורם מרכזי שמפחית את איכות החיים. אנשים הסובלים מבעיות בריאותיות נוטים לחוות ירידה ברמות האנרגיה, כאבים כרוניים, ותפקוד מוגבל, מה שמשפיע לרעה על המצב הנפשי והחברתי<sup>53</sup>.

### המלצות

**קידום אורח חיים בריא:** יישום תוכניות לעידוד פעילות גופנית, תזונה מאוזנת וניהול מתחים, עם דגש על אוכלוסיות בסיכון.

<sup>51</sup> Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310.

<sup>52</sup> Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. Journal of Health and Social Behavior, 52(2), 145-161.

doi:10.1177/0022146510395592.

<sup>53</sup> Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study approach. Duke University Press.



**שירותים מותאמים אישית:** פיתוח שירותים מותאמים לאנשים עם מגבלויות גופניות כדי להבטיח השתתפות פעילה בקהילה ושיפור איכות החיים.

**חשיבות התפקוד:** תפקוד נמצא כגורם מרכזי בחוויית מקבל השירות ובהשתתפות בקהילה, מה שמצביע על הצורך בתוכניות המתמקדות בשיפור תפקוד יומיומי.

התפקוד היומיומי נמצא כגורם מרכזי המשפיע על חוויית המטופל והשתתפותו בקהילה. תפקוד יומיומי חיובי משפיע ישירות על תחושת העצמאות והיכולת להשתתף באופן פעיל בחיים החברתיים והמקצועיים<sup>54</sup>.

#### המלצות

**תוכניות לשיפור התפקוד היומיומי:** פיתוח והטמעה של תוכניות התערבות שממוקדות בשיפור תפקוד יומיומי, כגון שיפור מיומנויות חיים, ניהול עצמי, וניהול משאבים.

**שירותי תמיכה תפקודית:** הצעת שירותים שמסייעים לאנשים בשיפור תפקוד יומיומי, כולל טיפול בעבודה, פיזיותרפיה, ותמיכה טכנולוגית.

**השפעת הטכנולוגיה:** השימוש במרחב הדיגיטלי הפך למשמעותי יותר ב-2023, מה שמרמז על הצורך בהנגשת שירותים דיגיטליים ובהדרכה טכנולוגית.

בשנים האחרונות, השימוש בטכנולוגיה דיגיטלית הפך להיות חלק בלתי נפרד מחיי היומיום, במיוחד בשירותי בריאות הנפש. הטמעת טכנולוגיות דיגיטליות כמו אפליקציות לניהול בריאות ומעקב אחר תפקוד יכולה לשפר את הנגישות והאיכות של השירותים<sup>55</sup>.

#### המלצות

**הנגשת שירותים דיגיטליים:** פיתוח והטמעה של שירותים דיגיטליים שמאפשרים למטופלים גישה לשירותי בריאות מרחוק, כולל ייעוץ רפואי ומעקב אחר טיפול.

**הדרכה טכנולוגית:** קיום סדנאות הדרכה לאוכלוסיות מבוגרות ומודרות כדי להבטיח שהן יוכלו להשתמש בטכנולוגיות החדשות בצורה יעילה.

**חשיבות הצבת מטרות:** הצבת מטרות אישיות נמצאה כגורם משמעותי במספר תחומים, מה שמדגיש את חשיבות התכנון והמוטיבציה האישית.

54 Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance.

Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-23. doi:10.1177/000841749606300103.

55 Torous, J., & Keshavan, M. (2020). COVID-19, mobile health and serious mental illness. Schizophrenia Research, 218, 36-37. doi:10.1016/j.schres.2020.04.013.



הצבת מטרות אישיות נמצאה כגורם משמעותי בשיפור מספר תחומים, כולל השתתפות בקהילה ושיפור הבריאות הגופנית. תכנון יעדים אישיים מסייע בהגברת המוטיבציה והתחושה של שליטה והכוונה עצמית<sup>56</sup>.

### המלצות

**הדרכה בהצבת מטרות:** הטמעת תוכניות ייעוץ והדרכה שמסייעות למטופלים להציב ולהשיג מטרות אישיות בתחומים שונים.

**מעקב ותמיכה:** פיתוח מערכות מעקב שמאפשרות תמיכה רציפה במטופלים במהלך השגת מטרותיהם.

---

56 Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705-717.  
doi:10.1037/0003-066X.57.9.705.



## המלצות

### המלצות למדיניות

1. לחקור ולפתח מענים ותוכניות שיסייעו בהשגת מטרות בתחום המשפחה והזוגיות.
2. לפתח תוכניות לחיזוק קשרים חברתיים ותמיכה חברתית.
3. שילוב גישות הוליסטיות בטיפול, המתייחסות הן לבריאות הנפשית והן לבריאות הגופנית.
4. התמקדות בשיפור תפקוד יומיומי כחלק מתוכניות טיפול ושיקום.
5. הנגשת שירותים דיגיטליים ומתן הדרכה טכנולוגית, במיוחד לאוכלוסיות מבוגרות.
6. שילוב תהליכי הצבת מטרות אישיות, מדידות, ברות השגה, מוגדרות בזמן ותוצאתיות בתוכניות טיפול ושיקום.
7. פיתוח תוכניות ייעודיות לשמירה על בריאות פיזית בקרב אוכלוסייה מבוגרת.

### המלצות להמשך מחקר

- בכוונתנו לעבד, את הנתונים של מקבלי שירות שמילאו 2 שאלונים ויותר (אותם מקבלי שירות לאורך שנים). גישה זו תוכל לאפשר ביצוע מעקב לאורך זמן לגבי אותם מקבלי שירות.
1. השוואת תשובות של מקבלי שירות וצוות, כדי להבין את ההבדלים בין תפיסת מקבל השירות את עצמו לתפיסה של איש הצוות הקרוב אליו ביותר.
  2. הצלבה של מאגר המידע עם מאגרים אחרים כדי ללמוד על השפעת מדדים כמו איכות חיים מדוות וחווית מטפל השירות, על מגוון של מצבי בריאות
  3. הערכת עלויות ותועלות של מערך סל שיקום
  4. הצלבה של נתוני מדדי תוצאה עם נתונים של הכלי להערכת האיכות המקצועית של שירותי השיקום (Fidelity).