



יספר"א האגודה הישראלית לשיקום פסיכיאטרי (ע"ר)  
ISPRRA Israel Psychiatric Rehabilitation Association (R.A)

ispraisrael.org.il

## סיכום מאמר

יספר"א - האגודה  
הישראלית לשיקום  
פסיכיאטרי (ע"ר)  
רחוב הרכבים 3  
ירושלים

[Ispraisrael.org.il](http://Ispraisrael.org.il)

02-6249204

© Copyright כל הזכויות שמורות  
יספר"א האגודה הישראלית לשיקום  
פסיכיאטרי (ע"ר)

# מענים טיפוליים בבריאות הנפש בקהילה במהלך הקורונה: אסטרטגיות פרקטיות לשיפור הטיפול באנשים המתמודדים עם מחלת נפש חמורה

קופלוביץ' וחברים

ארה"ב 2020

Kopelovich, S.L., Monroe-DeVita, M., Buck, B.E., Brenner, C., Moser, L., Jarskog, L.F., Harker, S. and Chwastiak, L.A. (2020). Community mental health care delivery during the COVID-19 pandemic: practical strategies for improving care for people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*. Online 19th June 2020. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00662-z>

תורגם וסוכם ע"י יעל מזור

מנהלת מחקר והערכה תוכניות עמיתים  
החברה למתנ"סים

קריאת הסיכום אינה מהווה

תחליף לקריאת המאמר המלא



**תקציר-** מגפת הקורונה העולמית ייצרה אתגר יוצא דופן ביחס להמשכיות הטיפול בקהילה הן אצל מתמודדים עם מגבלה נפשית והן עבור ספקי השירותים אשר היו צריכים במהירות רבה לשנות את מודלי העבודה של מתן השירותים שלהם. על אף האתגרים, רבים מהשינויים שהוטמעו במהלך הפנדמיה יכולים וצריכים להיות בשימוש גם בימי שגרה. מענים אלו כוללים מגוון אפשרויות של טיפול/שיקום מרחוק ובאופן אישי, אינטגרציה רבה יותר בין שירותי בריאות, הימנעות מחשיפה ליורס, רמה גבוהה יותר של קבלת החלטות משותפת לטווח ארוך הקשורה למתן תרופות פסיכיאטריות כזריקות (למשל קלזפין), שינוי והתאמה של תוכניות ביטחון של מתמודדים וספקי שירותים וקידום יוזמות פסיכיאטריות חדשניות שיכללו טכנולוגיות חדשות ומערך תמיכה רחב יותר למתמודדים, קידום מערכות תמיכה טבעיות בקהילה, ואינטגרציה של התערבויות דיגיטליות בשירותים הקיימים. המאמר הנוכחי מייצג את הניסיון המשותף של הכותבים הן להציג את השינויים בשדה הקליני בשירותי בריאות הנפש בארה"ב בזמן המגפה הנוכחית, וכן להציע כיצד השינויים שהוטמעו יכולים להיות בהלימה עם Best Practices (דהיינו שירותים העומדים באמות המידה הגבוהות ביותר במחקרים אמפיריים).

**רקע-** הפנדמיה הנוכחית בשל וירוס הקורונה דרשה שינויים דרמטיים ממערך הטיפול והשיקום בקהילה בבריאות הנפש בארה"ב. ההנחיות הפדרליות והמדיניות הגבילו מפגשים פנים מול פנים, ובפרט הוגבל המענה הבין אישי הישיר במרפאות בקהילה. לשינויים מרחיקי הלכת הללו יש משמעותיות הרת גורל עבור אותן אוכלוסיות המקבלות מענה שיקומי וטיפולי במרפאות לבריאות הנפש בקהילה, בפרט לאור העובדה כי אוכלוסייה זו נוטה להיות פגיעה ביותר במהלך משברי בריאות רחבי היקף (Druss, 2020). ישנם מרכיבים רבים המגבירים את הסיכון להידבקות וסכנה בריאותית באוכלוסייה זו, בין השאר; זמינות נמוכה של מענים בריאותיים בקהילה וסיכוי גבוה יותר ללקות בקורונה בשל מצבי אי שוויון חברתי (עוני, מגורים בצפיפות, היעדר בטחון, התנהגויות לא בריאות, אבטלה ועוד) (Chowkwanyun and Reed 2020). זאת ועוד, הסכנה של השלכות נפשיות חמורות עוד יותר הינן פועל יוצא של הפנדמיה, והיבט זה חייב להיות מזוהה כעדיפות עליונה מבחינה ציבורית וחברתית (Williams and Cooper 2020). מאחר ועוד אין חיסון או טיפול כנגד הקורונה, מרבית המאמצים בתחום הבריאות מכוונים לסיפוק אמצעים להימנעות

וסינון נדבקים, העלאת רמת הנגישות לשירותי בריאות דחופים עבור אנשים עם תסמינים חמורים של הקורונה, ושימור ההמשכיות של הטיפול עבור מצבי בריאות כרוניים אחרים (Adalja et al. 2020).

הפנדמיה הנוכחית מציגה בפנינו איום רציני ביחס להמשכיות הטיפול באנשים עם מגבלה נפשית. ישנה חשיבות רבה שמרכזים לטיפול בבריאות הנפש בקהילה יפתחו תוכניות אשר יבטיחו שהם

יכולים להמשיך ולספק שירותים הכרחיים ותרופות בעת הזו. המאמר הנוכחי מיועד לספקי שירותי בריאות הנפש בקהילה העובדים עם מתמודדים עם מגבלה נפשית, ומטרתו לספק המלצות קונקרטיות כדי לטייב את המשכיות השירות במצב של שינויים מהירים במנדט ובהמלצות של שירותי בריאות הנפש.

### השינוי במתן המענים בעידן הקורונה

מתמודדים עם מגבלה נפשית המקבלים שירות במרפאות לבריאות הנפש בקהילה ומצוותים בשטח, נמצאים בסיכון גבוה לסבול מנכויות תפקודיות חמורות, ביקורים בחדרי מיון, אשפוזים פסיכיאטריים, התנהגויות מסכנות, מעצר וכליאה, היעדר בטחון תזונתי והיעדר מקום מגורים. במהלך משבר בריאותי-ציבורי חריף, גורמי סיכון אלו חייבים להילקח בחשבון לצד הסכנה של אותם מתמודדים להידבק בקורונה, וזאת על מנת לשפר ולבחור באיזה אופן ניתן לתת לאותם מתמודדים את השירות הטוב ביותר. לכל אדם מתמודד חייב להיות מענה אשר מותאם אישית לצרכיו, למצבי הסיכון בו הוא נמצא, לצד כוחותיו האישיים-היבטים אלו חייבים להוות שיקול אצל מנהלי המרפאות ומתאמי הטיפול, כך שניתן יהיה לבחור בסוג הטיפול המועדף לאדם ומידת דחיפותו. בנוסף, תמיכות טבעיות, קווי חירום ויוזמות פסיכיאטריות מתקדמות המותאמות לפנדמיה- כל אלו אמורים להפוך להיות הסטנדרט הבסיסי שלי הטיפול בתקופה זה. שימוש במגוון מענים על מנת לשמור על רצף טיפולי הינו ספקטרום של מענים האמורים לענות על הצרכים וההעדפות של המתמודדים, לצד שיקול בדבר מצב הסיכון הפסיכיאטרי והבריאותי שלהם (ראו תרשים מס' 1 במאמר). אפשרויות הטיפול הללו אינן אקסקלוסיביות, דהיינו שימוש במגוון מענים ובשילובם יכולים מחד לתת מענה מותאם למתמודד, ומאידך לא לסכנו או לסכן את הצוות בחשיפה לוירוס. טווח המענים כולל בתוכו מענים בין-אישיים בקהילה תוך שימוש באמצעי זהירות למניע הידבקות, כגון:

שימוש בחדר טיפולים גדול המאפשר ריחוק חברתי, מענה טיפולי מרחוק/טלפוני, בו למתמודד ניתן חדר שקט במרפאה בו הוא יכול לקיים שיחה טלפונית טיפולית עם נותן השירות (telepsychiatry session), מפגש בין אישי העומד בנהלים בתוך או מחוץ למרפאה, ומפגשים דיגיטליים/טלפוניים עם מתמודדים בעודם בביתם או בקהילתם. מענה טיפולי יכול גם להינתן באמצעות לימוד של בני משפחה לתת מענים מותאמים, הנגשה של קווים חמים ומילוי טפסים לקבלת שירות באמצעות e-mental health (לעוד מידע בנושא ניתן לקרוא את Lal and Adair 2014 for a review of e-mental health literature). כל אחת מן האפשרויות הללו נסקרת במאמר זה תוך העלאת שיקולים שונים בדבר מתן אותו שירות ספציפי.

בעוד מרבית שירותי בריאות הנפש בקהילה היו מסוגלים לעבור למתן שירות מרחוק באמצעים דיגיטליים וטלפוניים עבור מרבית המתמודדים, עדיין ישנה קבוצה משמעותית של מתמודדים שיזדקקו לשירותים פנים מול פנים על מנת לתת מענה לצרכים הבסיסיים שלהם, מאחר ואין להם את האפשרות לגשת לטכנולוגיה הנדרשת על מנת לקחת חלק בטיפול מרחוק/Telehealth. עם זאת, טיפול מרחוק זה/telehealth יכול להיות מונגש גם לאלו עם חוסר נגישות לטכנולוגיה או מגבלות אחרות. למשל, לקיים מפגש מרחוק בקליניקה עצמה, כך שאין מגע קרוב עם הצוות המטפל אך יש פרטיות. דוגמה נוספת היא עבור מתמודדים הסובלים מקשיים קוגניטיביים או פרנויה ושהשימוש באמצעים דיגיטליים עשוי להיות מאיים עבורם- אם כך, עבור אלו שזהו האתגר עבורם, מעבר לפגישות טלפוניות עשוי להפחית את עוצמת הקושי והחרדה. אמנם, למפגשים טלפוניים יש את המגבלות שלהם העשויות להשפיע על מתן הטיפול, אך בעיה זו עשויה להיפתר ע"י עבודה אינטגרטיבית עם עוד גורמי טיפול אשר בקשר עם האדם. במהלך הפנדמיה, ספקי שירותים עשויים לעבור זמנית מקידום תהליכים פסיכו-חינוכיים ושיקומיים, למתן מענה מיידי לצרכים בסיסיים, על כן אנשי שיקום יצטרכו לתאם עם המתמודד את מערכות התמיכות הטבעיות שיש סביבו כמו למשל תיאום מענים עם הרווחה, מרכזים קהילתיים, מרכזים דתיים ועוד.

## תיאום המענים הקיימים בעידן הקורונה

לצד תוכנית רב-ממדית של אספקת שירותי בריאות נפש מרחוק, המענים הטיפוליים והשיקומיים צריכים להיות מאוזנים ע"י כל צוות המרפאה/שירות, תמיכות טבעיות בקהילה, שירותים משלימים ועוד. צוות אדמינסטרטיבי אמור להיות מסוגל לעשות טלפונים למתמודדים כדי לאפשר שיחות check-in לשלום הכללי של המתמודדים או לקיים שיחות עם מתמודדים על מנת ללמד אותם ולהכין אותם לשימוש באמצעים דיגיטליים אשר יתמכו בטיפול מרחוק. עמיתים מומחים צריכים להמשיך ולהחזיק תפקיד מרכזי בתמיכה בגישת "האדם במרכז", ניהול ולימוד של טכניקות התמודדות, אימון, ייעוץ, וקידום מסוגלות עצמית אצל המתמודד, לצד קידום סינגור עצמי ויכולת פתרון בעיות. הן עמיתים מומחים והן מתאמי טיפול יכולים גם להנגיש למתמודדים פעילויות רוחניות/דתיות, פעילויות המבוססות חברה ופנאי, וקידום נגישות לעוד קהילות העשויות לסייע למתמודד בעת הצורך. תרפיסטים עשויים להחליף או להשלים מפגשים טיפוליים לטווח הקצר באמצעות פגישות טלפוניות אשר מטרתן ללמד, לחזק, לאמן ולתרגל את המתמודד במיומנויות התנהגותיות שונות על מנת להימנע ממשבר נפשי. (הערה- הפסקאות העוסקות בהרחבה סביב תמיכות טבעיות כשלוחה של גורמי השיקום והטיפול והקמת קווים חמים אינן מתורגמות במסמך זה- להרחבה ניתן לגשת למאמר עצמו עמ' 3).

## קידום התערבויות ויזמות פסיכיאטריות מותאמות קורונה

נותני שירות צריכים לעבוד עם מתמודדים על תוכניות ביטחון (תוכניות לשעת חירום crisis plan), ולסייע למתמודדים להבנות התאמות בתוכנית הביטחון/שיקום/לשעת חירום המתייחסת גם לפנדמיה. האחראי שמוסכם על המתמודד מטעם ארגון השיקום, יידע להנחות את הצוותים המטפלים במקרה שהמתמודד לא יכול להביע את דעתו והעדפותיו מסיבה זו או אחרת, ביחס להנחיות הטיפול. בארה"ב Crisis plan הינם מסמכים בעלי תוקף חוקי הנבנים יחד עם המתמודד לשעת חירום ובמידה והמתמודד אינו מסוגל להביע את העדפותיו. יש חשיבות ליידע את המתמודד כי ישנם היבטים בתוכנית החירום שלא דווקא ניתן יהיה ליישם בעת האירוע לאור הנסיבות ומהירות השתנות המצב. נותני שירות צריכים להיות

אחראיים ולפתור במקסימום הניתן את הבעיות האפשריות העשויות לעלות ולהקשות על היישום של בקשותיו של המתמודד.

### טיפול מרחוק בבריאות נפש בקהילה

האפשרויות הטמונות במתן טיפול וירטואלי נחקרו רבות, זאת לצד מחקרים המציגים את השפעת טיפול מרחוק על התנהגות סביב קידום בריאות, קיום מפגשים טיפוליים מרחוק באמצעים דיגיטליים או בטלפון, וכן המורכבויות שמענים מסוג זה מציגים (Schmeida et al. 2007; Simmons et al. 2005). עם זאת, כיום ישנה הבנה כי לעומת הבעיות העולות ממענים מרחוק, האפשרויות החיוביות הינן רבות יותר, בפרט לאור המשבר הנוכחי (Saeed et al. 2012). שינויים פדרליים בארה"ב גם הם מסמנים את ההבנה הגוברת כי שימוש גמיש בטכנולוגיות בריאות עשויות לאפשר מתן שירות טוב וללא הפסקות במהלך הפנדמיה הנוכחית. מחקרים מראים כי השימוש בטיפול מרחוק (telepsychiatry) הן באמצעות טלפון והן באמצעות שימוש בשיחות וידאו, הינו גם נגיש וגם מקובל עבור מתמודדים, ועשוי לשפר מדדי תוצאות אצל מתמודדים (Baker et al. 2018; Kasckow et al. 2014). עם זאת, מחקר בנושא הטיפול מרחוק לרב כלל הכנה מעמיקה של הצוותים, הכשרה, תמיכה טכנולוגית ומחקרי הערכה- בניגוד למצב כיום הדורש הפעלה דחופה של אמצעים אלו ללא תמיכה, הכנה והכשרה נדרשת למערכי הטיפול והשיקום ולמתמודדים עצמם. במאמר הנוכחי קצרה היריעה מלהתייחס לעומק להנחיות בדבר שימוש בטיפול-מרחוק בפסיכיאטריה, אך ניתן לגשת לאתר זה לעוד מידע: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/practice-guidelines>).

## היבטים מרכזיים להערכה וטיפול במהלך מפגשי טיפול-מרחוק (Telehealth visits)

מטפלים/אנשי שיקום בבריאות הנפש יצטרכו לעשות את המרב מתוך הפוטנציאל המוגבל מבחינת זמן להערכה וטיפול, בפרט כאשר אצל מתמודדים עם פסיכוזה יהיה קושי לעמוד במפגשים ארוכים דרך הטלפון או הוידאו. אנשי הטיפול והשיקום יצטרכו לשקול להעלות את תכיפות השיחות אך להוריד את אורכן, כך שתהיה הזדמנות משמעותית יותר להתרשם ולהעריך את הגורמים הדינאמיים הקשורים לירידה בתפקוד, טראומטיזציה וחשיפה לסכנה, שימוש בחומרים ממכרים, פגע עצמי, אלימות או שינוי בסטטוס המגורים או התעסוקה. בנוסף, מגע רב יותר עם חברי הצוות השיקומי/טיפולי יכול גם הוא לשפר את ההבנה לגבי מצב המתמודד, בפרט בתקופה זו של ריחוק פיזי. תקשורת ובניית אמון בטלפון הינם קשים במיוחד בפרט אצל מתמודדים הסובלים מאי סדר בחשיבה ופרנויה, ואנשי השיקום יצטרכו לשזור באופן חכם ויצירתי אלמנטים של שיתוף פעולה ושותפות בתוך אסטרטגיות מגוונות של התערבות. עשוי להיות קושי משמעותי בהערכה ובניית קשר עם מתמודדים אשר רק כעת מצטרפים לשירות, ועל כן אם אנשים אלו יש לעשות מאמץ לקיים לפחות מפגש אחד פנים מול פנים לצד פגישות טלפוניות.

מספר היבטים של הערכה וטיפול צריכים להיות עיקריים הן עבור פונים חדשים והן עבור פונים ותיקים, ובכללם: הערכת מסוכנות וניהול מסוכנות, אסטרטגיות פסיכולוגיות ותרופתיות לניהול תסמינים פסיכיאטריים, היבטים הקשורים לשימוש בחומרים ממכרים, הערכה וקידום בריאות פיזית, והשלמה של מענים טיפוליים באמצעות תמיכות טבעיות בקהילה.

*(הערה: לקריאה בהרחבה על ביצוע מרחוק של הערכת מסוכנות ושיח על שימוש בחומרים ממכרים - יש לפנות למאמר עצמו, עמ': 4-5)*

## מרכיבי מפתח פסיכותרפיים בטיפול מרחוק (Telehealth)

דאגה מוגזמת, הימנעות חרדתית וקשיי שינה הינן תופעות שכיחות אצל מתמודדים ובעלות מענים התערבותיים ברורים (Freeman et al., 2019). בנוסף, תפיסה עצמית שלילית והערכת יכולת התמודדות נמוכה הינן תופעות הידועות במתאם גבוה לדיכאון ופסיכוזה (Freeman, 2016; Sowislo and Orth, 2013). מטרת טיפוליות הנוגעות למצבים רגשיים אלו עשויות במצבי משבר כגון הנוכחי -

להיות משמעותיות אף יותר לאור רגרסיות נפשיות אפשריות, ואכן ניתן לתת למצבים אלו מענה גם בטיפול מרחוק. במהלך תקופות של דחק ואי וודאות, מתמודדים עשויים לחוות רגרסיה במצבם, ככל שהמתמודד עצמו ואיש הטיפול/שיקום ישתמשו יותר במענים הדיגיטליים, אסטרטגיות ההתערבות עשויות להיות דומות הרבה יותר לחוויית ההתערבות פנים מול פנים (e.g., resuming Prolonged Exposure for PTSD; Morland et al. 2020). אנשי שיקום וטיפול אשר אינם מכירים את המתמודדים החדשים אותם הם מלווים צריכים להסתמך רבות על אסטרטגיות של בניית אמון ושותפות לפני הפעלת כל מהלך התערבותי מעמיק יותר. גם עם מתמודדים אשר מוכרים היטב לאיש השיקום/טיפול, אסטרטגיות של שותפות ובניית אמון צריכות תמיד להיות המענה למצבים בהם המתמודד נעשה יותר ויותר מסוגר סביב תסמינים שונים אותם הוא חווה בדגש על הזיות ומחשבות שווא (Kingdon and Turkington, 2005). בעוד ניהול המחלה וההחלמה של המתמודד צריך להיות מותאם ייחודית לצרכיו ורצונותיו, ניכר כי כל המתמודדים יפיקו תועלת מלמידה של יכולת חדשה ותרגולה באמצעות טיפול מרחוק, מלמידה ותרגול של סט יכולות מורחב של רפרטואר התגובות שלהם מול דחק, מול מחשבות שווא ומול הזיות, לצד למידה של אסטרטגיות ניהול חרדה – כל אלו ניתנים להעברה באמצעות מפגשים וירטואליים קצרים בין איש השיקום/טיפול והמתמודד (Wright) et al. 2010). תרגול מיומנויות שכאלה ועוד עשוי להיות אף משופר באמצעות היעזרות בקהילות וירטואליות, אתרים ואפליקציות, טיפולי CBT מרחוק ע"י צוות מוסמך ואף טיפולי DBT מצוות מוסמך מרחוק (Matsumoto et al., 2018; McLay et al., 2020; Stubbings et al., 2013).

טיפול מרחוק עשוי גם להיות יעיל בהבנה ובהתייחסות לגורמים סביבתיים העשויים להשפיע על הסימפטומים של המתמודדים, להפחית את קשיי ההגעה לפגישות ולשפר את המעורבות של המתמודד בתהליך. על אף מיעוט מחקרים, קבוצות פסיכותרפיה דיגיטליות יכולות גם להיות אפשרות וישנם מקורות שונים העשויים לסייע בתמיכה בבניית תהליכים שכאלו (<https://mhttcnetwork.org/> Backhaus et al. 2012).



(הערה: לקריאה על ניהול רפואי מרחוק, ובכלל זה תהליכי הפסקת עישון, ניהול תרופתי, והימנעות מהידבקות בקורונה וכן על השלמה בין טיפול פנים מול פנים למענים מרחוק- יש לפנות למאמר עצמו, עמ' 6-8).

## דיון

מגפת הקורונה שינתה לבלי הכר את מערכת הבריאות ואת העולם. מרפאות בריאות הנפש בקהילה מפגינות חוסן בפני טראומה רחבת היקף, ולמערכות ישנה ההזדמנות לחוות צמיחה פוסט טראומטית מתוך ההתמודדות עם הפנדמיה הנוכחית. רבים מהשינויים שמוטמעים על מנת לאפשר המשכיות של טיפול ושיקום במהלך הפנדמיה- יכולים וצריכים להישאר גם בשגרה, לפחות בחלקם. מומחים חוזים כי נמשך לראות אימוץ והטמעה של טכנולוגיות בעולם הבריאות ככל שהזמן יעבור (Ben-Zeev, 2020), וכי מודל הטיפול החדשני, הגמיש והטכנולוגי יכול להשפיע לטובה על ההחלמה של המתמודדים אותם אנו מלווים (Ben-Zeev et al., 2019), וכן מודל זה עשוי לסייע במתן שירות לאוכלוסיות קצה ובאזורים מרחוקים (Schueller et al. 2019). המודל החדש במתן סיוע וטיפול כולל בתוכו גמישות רבה יותר ויצירתיות גבוהה יותר באופן בו הטיפול ניתן עם טווח רחב של אפשרויות לטיפול מרחוק לצד טיפול פנים מול פנים: אינטרגציה גבוהה יותר בין התנהגויות הקשורות לבריאות האישית, בריאות פיזית ותנאי חיים קיימים; ניהול ומניעת הדבקות של מחלות מדבקות ומסוכנות ותשומת לב רבה יותר לתנאי חיים רעועים; שיתוף פעולה נרחב יותר וקידום קבלת החלטות משותפת סביב טיפול תרופתי; קידום של עדכון תוכניות בריאות/תוכניות לשעת חירום לצד מתן התערבויות טכנולוגיות פסיכיאטריות חדשניות תוך הסתייעות במערכות תמיכה טבעיות; שותפות רבה יותר עם גורמי סיוע מן הקהילה של האדם המתמודד; ושילוב התערבויות בריאות דיגיטלית לטיפול בתסמינים פסיכיאטריים. על מנת לצמצם מגע בין אישי בשל הפנדמיה, אנשי שיקום וטיפול פונים במהירות למענים הקיימים בטיפול מרחוק ובריאות דיגיטלית, וניתן לראות כי במדינות בארה"ב בהם שירותי בריאות הנפש בקהילה ברחו שלא להשתמש באמצעים דיגיטליים לשמירה על קשר ורצף טיפולי- באותן מדינות ושירותים היו אחוזים גבוהים יותר של נשירה מטיפול לצד תוצאות קליניות גרועות במהלך הפנדמיה הנוכחית.

יש לציין כי אנשי שיקום וטיפול, וכן הצוותים האדמיניסטרטיביים טיפסו בעקומת למידה תלולה למדי במשך פרק זמן קצר ביותר. לאור השערות המומחים כי יהיו התפרצויות נוספות של הפנדמיה, אנשי בריאות הנפש בקהילה ומנהלים בתחום צריכים לשאוף להקים "עצי קבלת החלטות" / תהליכי קבלת החלטות מובנים מראש על מנת לאפשר קבלת החלטות מושכלת ומשותפת ביחס לסוגי המענה שמתמודדים שונים יכולים וצריכים לקבל בתקופות חירום ושגרה. בפרט, כניסה מאסיבית יותר של פרקטיקות "בריאות נפש דיגיטלית" עשויה לתת מענה הן במצבי חירום במהלך הפנדמיה והן במצבים כרוניים של מתמודדים גם לאחר שוך המגפה. קובעי מדיניות לצד קלינאים ואנשי אדמינסטרציה ושירות, צרכים לשים לב לא רק לפערים הקליניים של היום, אלא גם לאפשרויות העולות מתוך השינויים שנוצרו בעקבות החיים לצד הפנדמיה והיכולת לקחת את האפשרויות הללו ולהטמיע אותן הן בשגרה והן בהתפרצויות הבאות שיבואו.