



המוסד לביטוח לאומי

מנהל המחקר והתכנון

האגף לפיתוח שירותים

מודל לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד

מאת

פרופ' פרלה ורנר

ירושלים, תמוז התשס"ז, יולי 2007

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מחקרי המסכם את פיתוח התוכנית הניסיונית "מודל לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד", שאותה יזמה והפעילה עיריית ירושלים באמצעות אגף הרווחה בין השנים 2002 - 2006, בסיוע המוסד לביטוח לאומי באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים.

הגב' אריקה יואל, לשעבר רכזת עירונית לחוק סיעוד, מהמחלקה לזקן בעיריית ירושלים, יזמה בשנת 2000 בשיתוף הגב' תמר הומינר מענף סיעוד בביטוח לאומי, את ההצעה לתוכנית אשר גובשה עם עובדי הקרן למפעלים מיוחדים במוסד.

ההצעה הוגשה לאחר הפקת לקחים מהפעלת חוק ביטוח סיעוד במשך כמה שנים ומזיהוי הצורך בפיתוח מודל מעקב שיהיה מקיף, אינטנסיבי ואינטגרטיבי, וישלים את תהליכי המעקב הפורמליים שמפעילות חברות סיעוד, הוועדות המקומיות וקופות החולים השונות.

הצורך בהשלמה זו מתבסס על מאפייני האוכלוסייה הסיעודית, העומס המוטל על המערכת הלא פורמאלית והאופי "הסמוי" לכאורה של מתן השירותים הניתנים בדרך כלל בבית הלקוח.

מטרות התוכנית היו להבטיח שכל אחד מזכאי גמלת סיעוד יקבל בצורה אופטימלית את כלל השירותים שנקבעו בתוכנית הטיפול ולהעלות את רמת המודעות של הקשיש ומשפחתו במוגע לזכויותיהם בחוק סיעוד.

כדי להשיג מטרות אלה, הוצע מודל חדשני, ובו העקרונות האלה:

1. תיקבע דרגת מעקב דיפרנציאלית לזכאי גמלת סיעוד, כך שזכאי בסיכון גבוה יותר יינהנה מדרגת מעקב גבוהה יותר, ולהפך לזכאים בסיכון נמוך.
2. רמת הסיכון תיקבע על פי פרמטרים של רמת תפקוד פיזית ומנטאלית, צפיפות הרשת המשפחתית, סוג הדיור ויכולת מיצוי הזכויות. רמת הסיכון תיקבע בזמן ביקור בית של העובדת הסוציאלית. לכל אחד מהפרמטרים ניתן ניקוד ונקבעו רמות סיכון בהתאם.
3. הוועדה המקומית תקבע, נוסף על סל השירותים, את מידת הסיכון לזכאי. החלטה זו תצוין בטופס החלטה של הוועדה.
4. רמת הסיכון תקבע את תדירות המעקב (מספר פעמים בשנה), את אופי המעקב (ביקור או שיחת טלפון) ואת הגורם המבצע את המעקב (מתנדב, עובד סמך מקצועי או עובד סוציאלי).

מודל המעקב החדש הופעל בתקופת הניסוי על ידי הלשכה לשירותים חברתיים באזור דרום העיר בירושלים (בשכונות תלפיות, בקעה, המושבה הגרמנית), לאחר גיוס רכזת מקצועית ומתנדבים שקיבלו הכשרה מיוחדת. בהתאם לתוכנית, כל הזכאים באזור הניסוי זכו לביקורי בית או שיחות טלפון. אצל רבים מהם התגלו בעיות (ראו נספח מס' 1), אשר טופלו והועברו לידיעת העובדים הסוציאליים הישירים.

ברצוננו להביע את הערכתנו העמוקה לכל הגורמים באגף הרווחה בעיר, במחלקה לטיפול בזקן ובלשכת דרום, על מעורבותם ומסירותם לפיתוח התוכנית. תודה מיוחדת לגב' הדסה השקס, רכזת התוכנית, ולכל צוות העובדים והמתנדבים המעורבים בפרויקט. תודה מיוחדת לוועדת ההיגוי אשר ליוותה את התוכנית.

הליווי המחקרי נעשה בידי פרופ' פרלה ורנר וצוותה מאוניברסיטת חיפה, והקיף מדגם של 184 קשישים ובני משפחתם, 101 מתוכם בקבוצת המחקר ו-83 בקבוצת הביקורת. מתוצאותיו עולה כי התוכנית השיגה את יעדיה ויש צורך לפתח תוכניות נוספות, והוא מצביע על היתרונות שבתוכנית ועל השינויים שיש לעשות לשיפור המודל. תהליך ההטמעה בעיריית ירושלים בשכונות נוספות החל כבר ב-2006.

בנוגע להטמעת המודל או מרכיבים ממנו בערים ויישובים נוספים, חשוב להמשיך בדיון העקרוני שבו יהיו שותפים משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים.

אנו מקווים שהדוח יעורר דיונים מסוג זה ויביא לשיפור תהליכי הבקרה והפיקוח במסגרת הפעלת חוק ביטוח סיעוד.

שרית בייץ-מוראי
מנהלת קרן מפעלים מיוחדים

חברי ועדת היגוי

אלה שמות בעלי התפקידים אשר השתתפו באופן קבוע בוועדות ההיגוי:

גבי אביבה גולדברג – מנהלת המחלקה לזקן, עיריית ירושלים

גבי ניבה שפט – סגנית מנהלת לשכת דרום, עיריית ירושלים

גבי ורדה היבשר – רכזת חוק סיעוד, לשכת דרום, עיריית ירושלים

גבי הדסה השקס – רכזת התוכנית, לשכת דרום, עיריית ירושלים

גבי נועה סטולמן – רכזת חוק סיעוד עירונית, המחלקה לזקן, עיריית ירושלים

גבי שרה גרוסמן – רכזת תחום הגנה על הזקן, המחלקה לזקן, עיריית ירושלים

גבי תמר הומינר – סגנית מנהלת אגף סיעוד, המוסד לביטוח לאומי

גבי כרמלה קורש-אבלגון – סגנית מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי

פרופ' פרלה ורנר – עורכת המחקר, אוניברסיטת חיפה

מר איתן לוי – עוזר מחקר, אוניברסיטת חיפה

במקצת הישיבות השתתפו מעת לעת גם עובדות סוציאליות מהלשכות השכונתיות שהשתתפו בתוכנית (בקעה-תלפיות, המושבה הגרמנית) ואנו מודים להן על תרומתן ושיתוף הפעולה שלהן בעיצוב התוכנית.

תמצית

תוכנית מודל לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד הופעלה בסיוע כספי ומקצועי של המוסד לביטוח לאומי. מטרת הפרויקט הייתה להעלות את רמת מודעות הקשיש ובני משפחתו לזכויות להם הוא זכאי במסגרת חוק סיעוד וכן להבטיח שהזכאי אכן יקבל את השירות בדרך אופטימאלית, משמע: יקבל את היקף ומגוון השירותים שנקבעו עבורו בתוכנית הטיפול.

המעקב בוצע בידי מתנדבים אשר עברו קורס הכשרה שסיפק ידע רלוונטי לביצוע המעקב. התוכנית לוותה במחקר הערכה.

הפרויקט כלל מעקב והערכה על הטופס שקבע את רמת המעקב עצמה והערכת השפעותיה של התוכנית על הקשיש ועל בני משפחתו באמצעות ראיונות פנים אל פנים לפני תחילת הפרויקט ועם סיומו. כמו כן נערכה הערכה כוללת של התהליך הארגוני.

במחקר השתתפו 184 קשישים מתוכם 101 בקבוצת המחקר ו-83 בקבוצת הביקורת.

בנוגע למתנדבים, אם כי באופן כללי הביעו המתנדבים שביעות רצון גבוהה מקורס ההכשרה, רב המעקב לא בוצע על ידם. על כן יש לשקול להרחיב את תהליך ההכשרה לשם הבטחת דבקות במטרה והמשכיות במילוי המשימה.

בנוגע להשפעת התוכנית על הקשישים נמצא כי שביעות רצון רוב הקשישים מקבוצת המחקר הייתה גבוהה וכללה עלייה ברמת הידע של הקשישים בנוגע לזכויותיהם ולדרכי מימושן. כמו כן שביעות הרצון של בני המשפחה מקבוצת המחקר עלתה וכן רמת הידע שלהם עלתה באופן מובהק בכל הפריטים שנבדקו. יש לציין שתוכנית המעקב והפיקוח השפיעה בצורה חיובית על תפיסותיהם של בני המשפחה בנוגע ליכולתם להתמודד עם המצב הטיפולי. לגבי הערכת תהליך המעקב, מומלץ ללוות את הפרויקט בחומר עדכני כתוב המסביר את מהות המעקב ואופן ביצועו.

לסיכום, לאור ממצאי תוכנית הפיקוח והמעקב אחר חוק ביטוח סיעוד ולאור ממצאי מחקר ההערכה, ניתן להסיק שהתוכנית השיגה את יעדיה ויש צורך לפתח תוכניות נוספות לשם השגת יעדים מעין אלו בעתיד.

תוכן העניינים

עמוד

1	מבוא
3	מטרת פרויקט המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד ומטרת הליווי המחקרי
5	מערך המחקר
10	ממצאים
10	ריאיון ראשון לפני תחילת הפרויקט
10	- ממצאים ביחס למתנדבים, לקשישים ולבני המשפחה
27	- תפוקות התוכנית לפי דיווח בני המשפחה
31	ריאיון שני אחרי ההשתתפות בפרויקט-ממצאים על פי דיווח הקשישים ובני המשפחה
45	דיון
49	סיכום ומסקנות
51	רשימת מקורות
53	נספח 1: נתונים מנהליים על מהלך הפרויקט

מבוא

המוסד לביטוח לאומי מפעיל את חוק ביטוח סיעוד מחדש אפריל 1988. מטרת החוק לספק טיפול ביתי לקשישים מוגבלים באמצעות הספקת שירותים (Schmid, 2005). הזכאים מקבלים שירותי סיעוד אשר מטרתם לסייע להם בפעילויות היום-יום, בניהול משק הבית ובהקלה על בני המשפחה בעת מתן טיפול והשגחה במטופל.

להלן עקרונותיו המרכזיים של החוק בנוגע לזכאות לשירות, למגוון השירותים הניתנים במסגרת החוק ובנוגע לשיעורי הגמלה.

מי זכאי לגמלת סיעוד? חמשת התנאים בגינם זכאי המבוטח לגמלת סיעוד:

1. הוא תושב ישראל שמלאו לו 65 שנים והיא תושבת ישראל שמלאו לה 60 שנים.
 2. הוא גר בקהילה ולא במוסד. אם הוא מאושפז בבית חולים, או הוא נמצא בבית אבות במחלקה סיעודית, תשושי נפש או תשושים, הוא אינו זכאי לגמלה.
 3. הכנסותיו אינן עולות על הסכום הקבוע בתקנות (ליחיד – סכום השכר הממוצע שנקבע על פי חוק הביטוח הלאומי כפול 1.5, לזוג – הסכום שנקבע כפול 2.25).
 4. הוא אינו מקבל קצבה לשירותים (קצבה מיוחדת לנכה עבודה או לנכה כללי) מן המוסד לביטוח לאומי, ואינו מקבל גמלה לטיפול אישי או להשגחה מאוצר המדינה (המקבל גמלה שכזאת יבחר בינה ובין גמלת הסיעוד על פי חוק ביטוח סיעוד).
 5. הוא נמצא זקוק במידה רבה לעזרתו של אדם אחר בביצוע פעולות היום-יום (הלבשה, רחצה, אכילה, טיפול בהפרשות, הליכה בבית וכיו"ב); או שהוא נמצא זקוק להשגחה בבית לשם שמירה על בטיחותו ובטיחות הסובבים אותו.
- המוסד לביטוח לאומי קובע את מידת תלותו של המבוטח בעזרת הזולת, וכן את מידת ההשגחה הנדרשת עבורו באמצעות הערכה תפקודית המבוצעת בידי מעריכים מקצועיים כגון אחות, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק.

אילו שירותים מסופקים לזכאי גמלת הסיעוד?

השירותים הינם:

1. עזרת מטפלת בבית הזכאי ;
 2. אספקת מוצרי ספיגה חד-פעמיים ;
 3. טיפול במרכז-יום לקשיש ;
 4. שירותי מכבסה ;
 5. משדר מצוקה.
- השירותים ניתנים על פי החלטת ועדה מקצועית מקומית לענייני סיעוד.

שיעורי הגמלה

ערך הגמלה נמדד ברמת שעות טיפול או שווה ערך בשירותים אחרים (במונחים של שעות).

שיעור הגמלה המשולמת בידי המוסד לביטוח לאומי בתמורה לשירותי הסיעוד, נקבע על פי מידת תלות המבוטח בעזרת הזולת ועל פי מידת ההשגחה הנדרשת עבורו.

כיצד מתאמים וקובעים את שירותי הסיעוד?

המוסד לביטוח לאומי קובע זכאות על סמך מבחן זכאות ומבחן הכנסות. ועדה מקומית המורכבת מעובד סוציאלי, אחות ופקיד תביעות ממחלקת סיעוד קובעת את השירותים שיינתנו לזכאי גמלת הסיעוד ומי יספק אותם, זאת בשיתוף הזקן ומשפחתו.

כדי לבדוק מהם שירותי הסיעוד המתאימים ביותר למבוטח ולבני משפחתו ומי יהיה המטפל המועדף, יבקר בבית המבוטח עובד סוציאלי מטעם שירותי הרווחה במקום מגוריו או אחות מטעם קופת חולים אשר יקבלו החלטה בנושאים הללו. השירותים הסיעודיים למבוטחים מסופקים על ידי חברות וארגונים שהוכרו כספקי שירותים.

מעקב אחר מתן הגמלה

הזכאות לגמלת סיעוד אינה נקבעת לצמיתות. מזמן לזמן רשאי המוסד לביטוח לאומי לבדוק מהו מצב המבוטח, האם זכאי להמשיך לקבל גמלת סיעוד ומהו שיעור הגמלה המגיעה לו. יחד עם זאת, במידה ומחמיר מצבו של המבוטח, רשאים גם הוא ובני משפחתו לפנות למוסד לביטוח לאומי לשם בקשה לביצוע בדיקה מחודשת.

מספר מקבלי גמלת סיעוד והבטחת איכות מתן השירותים

מספר מקבלי גמלת הסיעוד עלה באופן ניכר מאז כניסתו לתוקף ועד היום. אומנם הגידול מוסבר בחלקו בעלייה אשר חלה במספר הקשישים באוכלוסייה. אך גידול מעין זה מחייב ליווי באמצעות מנגנונים אשר יבטיחו שאכן רמתם ואיכותם של השירותים הניתנים במסגרת החוק, נאותים. איכות הטיפול המסופק לקשישים בביתם בעל חשיבות מרכזית בהשגרת הקשישים בקהילה, לכן מדינות רבות בעולם מתמודדות עם הצורך להבטיח את איכות השירותים הניתנים לקשישים בביתם (Francis & Netten, 2001). איכות השירותים כוללת בין היתר הבטחה שהקשיש הזכאי לגמלת סיעוד אכן יקבל את השירותים המגיעים לו בצורה נאותה ובהתאם לרמת צרכיו. כמו כן, שיסופק לו המידע אשר יפתח בקרבו את המודעות הדרושה לשם בקשה לביצוע שינוי במקרה שהשירותים לא יסופקו בצורה נאותה.

מודל הפיקוח והמעקב אחר חוק ביטוח סיעוד אשר בוצע בחסות עיריית ירושלים, פותח לשם מתן מענה לצרכים אלו.

מטרת פרויקט המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד ומטרת הליווי המחקרי

מטרת פרויקט המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד

בהתאם למתכנני הפרויקט מטרתו הייתה לפתח מודל חדש לשיפור רמת המעקב והפיקוח על חוק סיעוד שיותאם לצרכים המשתנים של הקשישים הזכאים מחד, ויבטיח קבלת שירותים שנקבעו בתוכנית הטיפול על ידי הועדה המקומית בצורה אופטימאלית, מאידך. באופן ספציפי, הפרויקט נועד:

1. להבטיח שכל פרט מזכאי גמלת הסיעוד יקבל בצורה אופטימאלית את היקף ומגוון השירותים אשר נקבעו בתוכנית הטיפול עבורו.
2. להעלות את רמת מודעות הזקן ומשפחתו לגבי זכויותיהם במסגרת חוק הסיעוד.

יעדים

יעדי הפרויקט כללו:

1. השגת שביעות רצון של הזקן ומשפחתו מאופן קבלת השירותים ומאיכותם.
2. אספקת סל שירותים באופן סדיר, רציף וברמת איכות טובה.
3. הענקת יחס ראוי לזקן ומשפחתו בידי ספקי השירותים. ספקי השירות יהוו מקור תמיכה ועידוד לזקן ומשפחתו (השגת היעד תבוצע באמצעות בדיקה האם המטפלת מעודדת את הקשיש ומתייחסת אליו בכבוד).

אוכלוסיית היעד

זקנים מקבלי גמלת סיעוד ומשפחותיהם אשר העובד המקצועי האחראי עליהם הוא עו"ס, מתגוררים באזור בקעה, תלפיות או איזור מושבות. היקף האוכלוסייה הוערך בקרב 215 קשישים בשכונת בקעה תלפיות ו-225 באזור מושבות.

עקרונות התוכנית וייחודה

- א. התאמת דרגת המעקב לדרגת הצורך של הקשישים. הוכן שאלון לקביעת רמת המעקב של כל קשיש. קיימות שתי דרגות מעקב, מעקב רגיל או מעקב מוגבר. מעקב רגיל פירושו, מעקב טלפוני כל חודש וביקור בית על ידי מתנדב פעם בחודשיים. מעקב מוגבר פירושו, מעקב טלפוני כל שלש שבועות ומעקב מוגבר כל שש שבועות, על ידי עובדת סמך.
- ב. הפעלת עובדי סמך מקצועיים ומתנדבים למערח הבקרה.
- ג. הבניית המודל בהתאם לצרכים העולים מהשטח.

מטרת הליווי המחקרי

מטרת הליווי המחקרי הייתה להעריך את היעילות והישימות הארגונית של התוכנית.

בהתאם למטרות המוצהרות בידי מארגני ומפעילי הפרויקט, ההערכה המחקרית התרכזה במספר תחומים:

1. בדיקת תוקף הכלי לקביעת רמות המעקב ורמות הסיכון.
2. הערכת השפעת התוכנית על הקשישים;
3. הערכת השפעת התוכנית על המטפלים;
4. הערכת התהליך הארגוני.

מערך המחקר

מערך המחקר היה מערך דמוי-ניסוי אשר כלל מדידות לאורך זמן (Time Series Quasi-Experimental). המחקר התבסס על שתי קבוצות: קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת. קבוצת הניסוי כללה קשישים זכאי חוק ביטוח סיעוד אשר לגביהם הופעלה תוכנית המעקב. קבוצת הביקורת כללה קשישים זכאי חוק ביטוח סיעוד אשר לגביהם הופעל מעקב בדרכים הרגילות הקיימות היום (ללא תוכנית המעקב של המחקר). בוצעה התאמה בין משתתפי קבוצת הניסוי ומשתתפי קבוצת הביקורת במשתנים הבאים: גובה הקצבה ומקום המגורים.

כל משתתף (הן מקבוצת הניסוי והן מקבוצת הביקורת) רואיין פנים-אל-פנים לפני תחילת התוכנית ושישה חודשים לאחר הפעלתה.

כלי המחקר

במסגרת מחקר ההערכה נעשה שימוש במגוון רחב של כלים אשר כלל כלים מובנים ושאינם מובנים, להלן תיאורם:

1. כלי להערכת השפעת התוכנית על הקשישים

נתונים סוציו-דמוגראפיים: נתונים אלו כללו מין, גיל, מצב משפחתי, רמת השכלה, ארץ מוצא, שנת עליה והסדר מגורים.

מצב תפקודי: נבדק באמצעות מדידת רמת יכולת תפקוד המשתתף ב-5 הפעולות היומיות (רחצה, הלבשה, הליכה, אכילה ושליטה בשתן ובמעיים) וב-7 הפעולות האינסטרומנטאליות (שימוש בטלפון ובתחבורה, ביצוע קניות, הכנת ארוחות, ביצוע עבודות בית וכביסה וביצוע סידורים כספיים). הקשיש או בני משפחתו (אם הקשיש לא היה מסוגל לכך) התבקשו להעריך את מידת עצמאותו של המשתתף בביצוע פעולות אלה בסולם ליקרט בן 5 דרגות, מ-1 עצמאי עד ל-5 זקוק לעזרה מלאה.

מצב בריאות: הקשיש (או בני משפחתו) התבקשו לדווח על סמך רשימה של 13 מחלות כרוניות, מהן המחלות מהן סובל הקשיש המשתתף במחקר.

בנוסף, המטפלים התבקשו לדווח על מצב בריאות הקשישים באמצעות שאלה אחת המעריכה את מצב בריאותם בסקלה מ-1 טוב מאוד ועד 5-גרוע מאוד.

רשת חברתית: הקשישים התבקשו לדווח על מספר הילדים והאחים שיש להם וכן על מקום מגוריהם.

תמיכה חברתית: בדומה ל-Burnette (1996) נבדקו 6 סוגי תמיכה חברתית אשר כללו אינפורמציה בנוגע לנושאים אלו: קיום חבר קרוב או איש סוד (confidant), ביקורי בני משפחה או חברים לפחות 4 פעמים בשבוע, זמינות עזרה, ביטחון ביכולת שניתן להמשיך לקבל עזרה ממכרים ובני משפחה ללא הפסקה, מבוגרים נוספים הגרים בבית ומספר מקורות עזרה ממקור לא משפחתי בהם נעזר הקשיש (כגון: מרכז יום, עוזרת ועוד).

מידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד וזכאותו: ידע הקשיש בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בכלל ובנוגע לזכאותו בפרט נבדק באמצעות סדרת שאלות אשר התשובות עליהן בסגנון נכון ולא נכון. לדוגמה: "כל קשיש מעל גיל 65 המתקשה להתלבש בעצמו או ללכת ללא עזרה זכאי לחוק ביטוח סיעוד?"

מידע בנוגע לשירותים הקיימים בקהילה: הקשיש התבקש למסור רשימת שירותים אשר לדעתו קיימים בקהילה ועשויים לעזור לקשישים במצבו או במצב דומה לשלו.

2. כלי להערכת השפעת התוכנית על בני המשפחה

נתונים סוציו-דמוגרפיים: נאסף מידע לגבי מין, גיל, מצב משפחתי ומספר הילדים.

מידע על המצב הטיפולי: נאסף מידע לגבי קירבת הקשיש לבן המשפחה שרואיין, צורת המגורים ומידת העזרה שכן המשפחה מקבל מאנשים אחרים לשם טיפול בקשיש (בתשלום או ללא תשלום).

עומס הטיפול: בני המשפחה התבקשו לדרג באיזו תדירות הרגישו בשבוע שקדם לריאיון עומס טיפול, בסקלה מ-1 – בכלל לא ועד 5 – כל הזמן.

רשת חברתית: הקשישים התבקשו לדווח על מספר הילדים והאחים שיש להם וכן על מקום מגוריהם.

תמיכה חברתית: בדומה ל-Burnette (1996) נבדקו 6 סוגי תמיכה חברתית אשר כללו אינפורמציה בנוגע לנושאים אלו: קיומו של חבר קרוב או איש סוד (confidant), ביקורי בני משפחה או חברים לפחות 4 פעמים בשבוע, זמינות עזרה, ביטחון ביכולת להמשיך לקבל עזרה ממכרים ובני משפחה ללא הפסקה, מבוגרים נוספים הגרים בבית ומספר מקורות עזרה ממקור לא משפחתי בהם נעזר הקשיש (כגון: מרכז יום, עוזרת ועוד).

חוללות עצמית בנוגע לטיפול בבן משפחה: חוללות עצמית הוא מושג הנובע מתאוריית הלמידה. במסגרת שירותי הבריאות ושירותים סוציאליים משקף את אמונת האדם שיש לו שליטה והכרה

בשירותים העומדים לרשותו וכן ביכולתו להתמודד עם מצב בריאותי מסוים (Fortinsky, Kercher & Burant, 2002).

חוללות עצמית נבדקה באמצעות 9 פריטים שפותחו על ידי Fortinsky (2002) כדי להעריך באיזו מידה בני המשפחה מרגישים שביכולתם להתמודד עם הטיפול בקשיש החולה. לדוגמה: "באיזו מידה אתה בטוח היום שביכולתך למצוא את השירותים הקיימים בכדי לטפל בקרוביך?" כל פריט דורג בסקלה מ-1 – כלל לא בטוח ועד 10 – בטוח במידה רבה. חמישה פריטים מתייחסים למסוגלות עצמית (מקור פנימי) בנוגע לטיפול ו-5 בנוגע לקבלת עזרה משירותים (מקור חיצוני).

מידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד וזכאות הקשיש: המידע של בן המשפחה בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בכלל ובנוגע לזכאות הקשיש בפרט נבדק באמצעות סדרת שאלות בסגנון נכון/לא נכון. לדוגמה: "כל קשיש מעל גיל 65 המתקשה להתלבש בעצמו או ללכת ללא עזרה זכאי לחוק ביטוח סיעוד?"

מידע בנוגע לשירותים הקיימים בקהילה: בן המשפחה התבקש למסור רשימת שירותים אשר לדעתו קיימים בקהילה ועשויים לעזור לקשישים הנמצאים במצב הקשיש או במצב דומה לשלו.

שביעות רצון מהמעקב: בן המשפחה התבקש בראיונות המעקב לדרג את מידת שביעות רצונו מהמעקב בסולם הנע מ-1 – כלל לא שבע רצון עד 5 – מאוד שבע רצון.

3. הטופס לקביעת רמת המעקב ודרגת הסיכון

הטופס לקביעת רמת המעקב ודרגת הסיכון הוא כלי מרכזי בפרויקט המעקב אחר חוק ביטוח סיעוד. עם הגשת הצעת התוכנית למוסד לביטוח לאומי הוגש כלי בסיסי לצורך זה. בתחילת הניסוי הכלי שונה פותח ושוכלל כדי להתאימו בצורה הטובה ביותר לצרכי הפרויקט.

א. פיתוח ושכלול טופס המעקב

דיונים רבים הוקדשו לשם פיתוח ובניית הטופס לקביעת רמת המעקב. הדיונים התרכזו סביב הגדרת מושגים מרכזיים בפרויקט כגון: "מטפל עיקרי", "יכולת מיצוי זכויות" ועוד. לאחר מספר טיוטות, פותח טופס הכולל מידע בנוגע לפרטים אישיים על הקשיש, איש הקשר לביצוע המעקב, המלצות לתוכנית הטיפול וספקי השירות, מצבו הקוגניטיבי והנפשי של הקשיש ולידע בסיסי בנוגע לשירותי חוק סיעוד תוך התייחסות ספציפית לשירותי המטפלת.

ב. בדיקת ישימות ותקפות הטופס

כדי לבדוק את ישימות ותקפות הטופס, נערכו שני מבחנים מקדימים. במבחן הראשון רואיינו שלושה קשישים בידי עובדות סוציאליות באופן עצמאי, אך במקביל. מבחן מקדים זה לא העלה מידע רב מכיוון שאף מרואיין לא היה טרום סיעוד (כלומר, טרם הייתה הכנסת שירותים לקשיש) ולכן הנשאלים היו צריכים לענות על בסיס מצבים היפותטיים ולא על בסיס היכרותם והתנסותם עם קבלת שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד. יחד עם זאת, התעוררו במבחן מקדים זה מספר בעיות, כגון, חוסר בהירות המושג "מטפל עיקרי", שאלות שנוסחו באופן אשר יצר תחושת חרדה ולעיתים אף השפלה בקרב הקשישים שרואיינו וכן אורכו הרב של השאלון.

לאחר הכנסת שינויים לטופס התקיים מבחן מקדים נוסף, בו השתתפו חמישה קשישים, אשר קיבלו מבעוד מועד שירותים מטעם חברת סיעוד (כלומר, טרום זכאות). במבחן זה, הושגה הסכמה מלאה בין העובדות הסוציאליות בנוגע לרמת המעקב ונמצא שטופס המעקב מתאים ותקף לקביעת רמת המעקב בפרויקט.

4. גיוס והכשרת המתנדבים

א. תהליך גיוס המתנדבים

גיוס המתנדבים נעשה בידי מרכזת הפרויקט בעיריית ירושלים. המרכזת פנתה לגורמים רבים אלו: יחידת ההתנדבות בעירייה, ארגוני רווחה, ארגוני נשים כגון ויצ"ו, נעמת, אמונה, מוסדות לימוד תורניים לנשים, מוסדות דיור מוגן ושכונה תומכת, אנשי מפתח בשכונות ומרכזים קהילתיים. כמו כן, פורסמה מודעה בעיתונות המקומית.

לאחר מאמצים רבים גויסו בתחילה 11 מתנדבות לפרויקט, אך אחת עזבה זמן קצר לאחר מכן. שלוש מתנדבות נוספות התווספו במועד מאוחר יותר וקיבלו הדרכה אישית. בסיכום מקורות גיוס המתנדבים התברר שרובם גויסו על ידי מרכזת הפרויקט ומתנדבת אחת על ידי יחידות ההתנדבות של העירייה.

ב. קורס ההכשרה למתנדבים

קורס ההכשרה למתנדבים כלל 5 מפגשים קבוצתיים שבועיים, באורך 3 שעות כל אחד. במסגרת קורס ההכשרה סופק מידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד, טיפול בזקן, היכרות עם מחלות ובעיות נפשיות וקוגניטיביות האופייניות לגיל הזקנה, היכרות עם השירותים למען הזקן הקיימים בירושלים והיכרות עם אופן העסקת העובדים הזרים והבעיות הקשורות בהעסקתם.

כמו כן, במסגרת הקורס התנסו המתנדבים במיומנויות תקשורת, יצירת קשר, הקשבה ואמפטיה כלפי זקנים, פיתוח מודעות עצמית בנוגע לתקשורת שלהם ויכולת להתמודד עם מוות ואובדנים של זקנים. לבסוף, במסגרת קורס ההכשרה הודרכו המתנדבים במילוי הטפסים הנדרשים,

בפיתוח הזדהות עם מטרות הפרויקט וביכולת לבצע שיחת טלפון למעקב על שירותי חוק ביטוח סיעוד.

בסיום המפגשים המשותפים נפגשה מרכזת התוכנית באופן אישי עם כל אחת מהמתנדבות לשם העברת מידע חסר או לשם הבהרת נקודות לא ברורות בתוכנית ההכשרה. בנוסף, ההכשרה כללה ליווי המרכזת את המתנדבת לביקור הבית הראשון שערכה.

מעבר לכך, במשך הפרויקט התקיימו מפגשים קבוצתיים חודשיים של רכזת הפרויקט עם המתנדבות, מפגשים בו נלמד חומר חדש, בוצע רענון לחומר ישן, בוצע סיור במרכז יום לקשיש וכן בוצעו פעילויות נוספות הקשורות לקשישים וזקנה.

ממצאים

ריאיון ראשון – לפני תחילת הפרויקט ממצאים ביחס למתנדבים, לקשישים ולבני המשפחה

ממצאים ביחס למתנדבים

1. תיאור המתנדבות

רואיינו 13 מתנדבות. אפיוניהן הסוציו-דמוגרפיים מוצגים בלוח 1.

לוח 1: אפיונים סוציו-דמוגרפיים של המתנדבות

האפיון	
53.4 (14.1)	גיל ממוצע (סטיית תקן) מין
100.0%	נקבה מצב משפחתי
69.2%	נשואה
7.7%	גרושה
15.4%	אלמנה
7.7%	רווקה
3.1 (2.1)	מספר ילדים ממוצע (סטיית תקן) ארץ מוצא
30.8%	ישראל
15.4%	אירופה/אמריקה
46.2%	אסיה/אפריקה
7.7%	אחר
13.2 (4.0)	מספר שנות לימוד ממוצע (סטיית תקן) דתיות
15.4%	חילונית
38.5%	מסורתית
46.2%	דתית

כפי שניתן לראות כל המתנדבות היו נשים. הגיל הממוצע היה 53, אם כי בטווח גילאים גדול (מ-29 ועד 72). רוב המתנדבות היו ילידות אסיה/אפריקה או ישראל ונשואות. רמת ההשכלה הייתה גבוהה יחסית ורובן הגדירו את עצמן כדתיות או מסורתיות.

מבחינת ניסיון ההתנדבות, לרוב המתנדבות בפרויקט (61.5%) היה ניסיון קודם בהתנדבות, כאשר בממוצע היו להן כ-7 שנות ניסיון בהתנדבות. תחומי ההתנדבות לפני הפרויקט הנוכחי כללו: עבודה עם קשישים, משמר אזרחי, מוסדות לבריאות הנפש, בתי חולים, עמותה לחרשים, עמותה למען נשים עגונות ומסורבות גט, מד"א ועבודה התנדבותית עם ניצולי שואה.

2. השפעת קורס ההכשרה על המתנדבות

המתנדבות התבקשו לדרג את תועלת קורס ההכשרה במספר תחומים בסקלה מ 1 – בכלל לא תרם ועד 5 – תרם במידה רבה. באופן כללי, המתנדבות נתנו ציונים חיוביים לקורס. ציונים גבוהים במיוחד התקבלו בנוגע לאווירה הנעימה של הקורס (ממוצע = 4.4), לרלוונטיות החומר הנלמד (ממוצע = 4.3) ולשעת ומקום המפגשים (ממוצע = 4.3 ו-4.0 בהתאמה). ציונים נמוכים במקצת התקבלו בנוגע לדרך העברת החומר הנלמד (ממוצע = 3.9), בנוגע ליכולתן ליישם את הנלמד ולגבי מידת מוכנותן לקראת ההתנדבות (ממוצע = 3.8 בשני הפריטים).

בנוסף לכך, נבדקה השפעת קורס ההכשרה על ידע המשתתפות בנוגע לקשישים וזקנה. באופן כללי נמצא שיפור בידע של המתנדבות בנוגע לזקנה לפני ואחרי ההשתתפות בקורס ההכשרה. עיון בפריטים הבודדים הבודקים ידע (לוח 2) מראה שנמצא שיפור ברמת הידע בכל הפריטים כמעט (למעט פריטים 1 ו-5), אם כי, השינויים לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית, בעיקר בשל המדגם הקטן (13 מתנדבות סה"כ).

לוח 2: אחוז המתנדבות אשר ענו נכון לכל אחד מפרטי הידע לפני ואחרי קורס ההכשרה

פריטים	לפני	אחרי
1. כל הקשישים הם סנייליים	69.2	61.5
2. כל חמשת החושים נוטים להתקוות בגיל מבוגר	69.2	88.9
3. רוב הקשישים מרגישים אומללים רוב הזמן	36.4	62.5
4. רוב הקשישים בריאים מספיק כדי לבצע פעילויות יומיום מקובלות	54.5	62.5
5. רוב הקשישים נכנסים לשגרת דרכיהם ולא יכולים להשתנות	16.7	-
6. באופן כללי, רוב הקשישים הם די דומים	38.5	44.4
7. רוב הקשישים מתרגזים או כועסים לעתים קרובות	44.4	66.7

בנוסף לכך, בתום הקורס הוצגו בפני המתנדבות מספר שאלות פתוחות כדי לבדוק את הידע שרכשו בקורס ואת התרשמותן מהקורס. בתשובה לשאלה מה קיבלו באופן כללי מהקורס, הועלו בעיקר שני נושאים מרכזיים: האחד, מידע (בנוגע לקשישים, בנוגע לחוק ביטוח סיעוד, בנוגע למחלות הזקנה ובנוגע לזכויות הקשישים) והשני, מיומנויות המאפשרות להעריך את הטיפול המסופק לקשישים וכלים העוסקים בדרכי קיום מפגשים עם קשישים.

בתשובה לשאלה האם היו רוצים לקבל משהו נוסף בקורס ההכשרה, כל המתנדבות הביעו עניין בקבלת הדרכה נוספת בתחום הרגשי, הפסיכולוגי ובכל הקשור לדרכי התקשרות עם קשישים, פרט ל-5 מתנדבות (38.5%).

בתשובה לשאלה איך תבוא לידי ביטוי אלימות כלפי קשיש, כל המתנדבות ענו שאלימות תתבטא בצעקות, חוסר סבלנות, מריבות, אלימות פיזית, אלימות מילולית, יחס נוקשה וניצול כספי. בתשובה לשאלה לאילו דברים יש לשים לב בביקור הראשון אצל הקשיש, ניתנו התשובות הבאות: מצב הקשיש וביתו, ניקיון וריח, אוכל, סימני אלימות גופניים, שביעות רצון מהמטפלת, מראה הקשיש, צורת התבטאותו, דברים חיצוניים, התנהגות הקשיש – האם מתנהג בפחד ומה מצב רוחו ותפקודו.

בתשובה לשאלה מהם השירותים הקיימים לקשיש בירושלים, 3 מתנדבות אמרו שלא יודעות. השאר הזכירו את השירותים הבאים: עמותות של מתנדבים, ביטוח לאומי, מועדוני קשישים, חב"ד, נופשון, "עזר מציון", "יד לקשיש", אש"ל, מטפלות סיעודיות, עזרה משפטית, "יד שרה", העירייה ומחלקת הרווחה.

בתשובה לשאלה, במה מתאפיינת מחלת האלצהיימר, ניתנו התשובות הבאות: איבוד זיכרון, שוטטות, פחדים, עצבים, הקשיש לא מגיב ואי אפשר לדבר איתו, ניוון המוח, ניתוק מהעולם המציאותי, חוסר התמצאות בזמן ובמקום וחוסר היכרות עם הסביבה.

בנוגע לשאלה על סוגים שונים של מוצרי ספיגה ניתנו תשובות אלו: כמות שונה של מוצרי ספיגה, מוצרי ספיגה ללילה, חיתולים, טיטולים, תחתוניות, סדיניות, מכנסיים בכל מיני גדלים, מוצרים מיוחדים לגבר ומיוחדים לאישה, למזרון, למיטה ולכורסא, של חברת "שקמה".

ממצאים ביחס לקשישים

1. תיאור הקשישים המשתתפים

במסגרת מחקר ההערכה רואיינו 184 קשישים (101 בקבוצת המחקר ו-83 בקבוצת הביקורת). 60 מהקשישים שרואיינו ריאיון ראשון הפסיקו את השתתפותם במחקר ההערכה מסיבות שונות כגון: פטירה (6 אנשים), מעבר לבית אבות (3 אנשים), הפסקת חוק ביטוח סיעוד (23 אנשים), אשפוז במצב קשה (2 אנשים), טלפונים מנותקים (4 אנשים), סירוב להתראיין ריאיון שני (2 אנשים), וכאלו שלא הספיקו לסיים את התקופה בין שני הראיונות עם תום המחקר (20 אנשים).

א. אפיונים סוציו-דמוגרפיים של המשתתפים

האפיונים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפים מוצגים בלוח 3.

כפי שניתן לראות, הגיל הממוצע בקבוצת המחקר היה כ-82 ובקבוצת הביקורת כ-81. רוב המשתתפים היו נשים ואלמנות, אשר מקום לידתם הוא אסיה/אפריקה או אירופה/אמריקה. רוב המשתתפים בשתי הקבוצות הגדירו את עצמם כמסורתיים או דתיים, אם כי אחוז גבוה יותר מהמשתתפים בקבוצת הביקורת הגדירו עצמם כדתיים.

לא היו הבדלים מובהקים בין הקבוצות באף אחד מהאפיונים.

לוח 3 : אפיונים סוציו-דמוגרפיים של המשתתפים

קבוצת ביקורת (N=83)	קבוצת מחקר (N=101)	האפיון
81.3 (7.5)	82.3 (7.2)	גיל ממוצע (סטיית תקן) מין
68.8%	67.6%	נקבה
31.2%	32.4%	זכר
		מצב משפחתי
0.0%	2.0%	רווק
32.4%	42.9%	נשוי
6.8%	1.0%	גרש
0.0%	1.0%	פרוד
60.8%	53.1%	אלמן
3.7 (2.6)	3.3 (2.5)	מספר ילדים ממוצע (סטיית תקן)
		ארץ מוצא
13.2%	15.2%	ישראל
44.7%	36.4%	אסיה\אפריקה
42.1%	48.5%	אירופה\אמריקה
10.1 (4.8)	9.5 (4.8)	מספר שנות לימוד ממוצע (סטיית תקן)
		דתיות
25.0%	25.5%	חילוני
31.6%	38.8%	מסורתי
43.4%	30.6%	דתי
0.0%	2.0%	חרדי
0.0%	3.1%	אחר
		אחוז הגמלה *
63.5%	77.0%	100%
36.5%	23.0%	150%
		ותק בקבלת גמלת סיעוד
20.8%	23.3%	פחות משנה
79.2%	76.7%	מעל שנה

* קשישים בעלי זכאות של 50% ו- 75% סווגו יחד עם בעלי זכאות של 100%. קשישים בעלי 93% זכאות הוצאו מהשוואת אחוז הגמלה כיוון שרוב הקשישים מקבוצת הביקורת אשר השתתפו בפרויקט בשנת 2005 היו בעלי רמת זכאות זהה, דבר שגרם להטייה בנתונים.

ב. אפיונים תפקודיים ובריאותיים של המשתתפים

האפיונים הבריאותיים והתפקודיים של המשתתפים בשתי הקבוצות מוצגים בלוח 4. כפי שניתן לראות, באופן כללי המשתתפים בשתי הקבוצות היו יותר מוגבלים בביצוע פעילויות אינסטרומנטאליות יומיומיות (IADL-Instrumental Activities of Daily Living) מאשר בפעילויות היומיומיות (ADL-Activities of Daily Living). ניידות, הליכה ורחצה היו הפעילויות היומיומיות בהן האחוז הגבוה ביותר של המשתתפים דיווחו על קושי בביצוען. למעלה מ-43% מהמשתתפים בשתי הקבוצות דיווחו על צורך בעזרה בביצוע כל הפעילויות האינסטרומנטאליות, למעט שימוש בטלפון.

מבחינת ההשוואה בין הקבוצות, נמצא שממוצע ADL בקבוצת המחקר היה גבוה מזה של קבוצת הביקורת. כמו כן הקשישים בקבוצת המחקר היו יותר מוגבלים בהלבשה, רחצה ושליטה על פעולת המעיים ($p < 0.05$).

לוח 4: אחוז המשתתפים הזקוקים לעזרה רוב הזמן או כל הזמן בביצוע פעילויות יומיומיות ופעילויות יומיומיות אינסטרומנטאליות

קבוצת ביקורת (N=83)	קבוצת מחקר (N=101)	הפעילות
		ביצוע פעילויות יומיומיות (ADL)
14.9	18.2	אכילה
45.3	56.6	הלבשה
60.5	79.8	רחצה
18.9	32.3	שליטה בשתן
9.6	26.8	שליטה במעיים
72	72.4	ניידות והליכה
2.7	3.1	ציון ממוצע ב- ADL
		ביצוע פעילויות אינסטרומנטאליות (IADL)
96.2	98	קניות
98.1	99	ניקיון הבית
83.0	86.6	בישול
82.0	77.8	עזרה בניהול כספים
24.5	37.4	שימוש בטלפון
92.3	90.5	כביסה
90.4	85.7	שימוש בתחבורה ציבורית או פרטית
4.2	4.3	ציון ממוצע ב-IADL

באשר למחלות מהן סובלים משתתפי המחקר נמצא כי המחלות הנפוצות ביותר בשתי הקבוצות היו יתר לחץ דם וקטראקט (לוח מספר 5). ההבדל היחיד שנמצא בין שתי הקבוצות היה באחוז הקשישים שעברו שבץ מוחי-25.3% בקבוצת המחקר, לעומת 6.7% בקבוצת הביקורת ($p<0.05$).

לוח 5: אחוז המשתתפים הסובלים ממחלות מסוימות

קבוצת ביקורת (N=83)	קבוצת מחקר (N=101)	הפעילות
53.3	57.7	יתר לחץ דם
31.6	26.3	התקף לב
6.7	25.3	שבץ מוחי
18.4	21.2	סוכרת
10.5	14.1	אסטמה
23.7	21.4	פריצת דיסק בגב
52.0	52.0	קטראקט
15.1	16.3	גלאוקומה
6.6	9.2	סרטן
31.6	21.4	שבר בירך או באגן הירכיים
11.8	19.4	אלצהיימר
36.8	43.6	אוסטיאופורוזיס
9.2	13.3	פרקינסון
33.8	39.8	אחר

ג. רשת חברתית ותמיכה חברתית של המשתתפים

כפי שניתן לראות בלוח 6, לקשישים בשתי הקבוצות הייתה רשת חברתית ענפה ותמיכה חברתית, אם כי בעיקר לטווח קצר.

לוח 6: אפיוני הרשת והתמיכה החברתית של המשתתפים

קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	אפיון
1.8	1.8	ממוצע מס' אחים ואחיות
3.5	2.7	מס' בני משפחה בסביבה הקרובה
75.7	74.5	קיימת אפשרות של עזרה זמינה (%)
33.3	44.9	קיימת אפשרות לקבל עזרה לאורך זמן (%)
32.9	30.1	קיים חבר קרוב שניתן להיעזר בו (%)
81.1	74.2	קיים קשר רציף בין הקשיש למשפחה (%)

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בכל האפיונים המצוינים.

ד. היכרות עם השירותים הקהילתיים והארגונים העומדים לרשות הקשישים
 הקשישים שהשתתפו בפרויקט התבקשו לפרט את השירותים המוכרים להם בקהילה אשר לדעתם יכולים לעזור להם או לאחרים במצב דומה. בריאיון הראשון שבוצע בקרב קבוצת הביקורת 41.5% מהקשישים התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון מעין זה, השאר נזכרו בשירות אחד בלבד. השירותים העיקריים שהוזכרו הינם: יד שרה (13.2%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (13.2%) ומרכז יום לקשיש (9.5%).

בריאיון ראשון שבוצע בקרב קבוצת המחקר 60.6% מהקשישים התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון מעין זה. השירותים העיקריים שהוזכרו הינם: יד שרה (9.1%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (6.1%) מרכז יום לקשיש (4.5%) ועמותות אחרות (4.5%). קשיש אחד בלבד ידע על קיומו של יותר משירות/ארגון אחד.

ניתן להסיק שקשישים מקבוצת הביקורת היו בקיאים יותר בשירותים הקיימים בקהילה מאשר המשתתפים מקבוצת המחקר ($p < 0.05$).

2. קבלת שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד על פי דיווח הקשישים

המשתתפים התבקשו לדווח בנוגע לשירותים אשר הם מקבלים במסגרת חוק ביטוח סיעוד (לוח 7).

לוח 7: אחוז המשתתפים המקבלים שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד עפ"י דיווח הקשישים

קבוצת ביקורת (N=83)	קבוצת מחקר (N=101)	השירות
100	95.1	שירותי טיפול אישי
3.2	-	שירותי כביסה
23.3	26.5	שירותי לחצן מצוקה
10.0	17.9	מרכז יום
6.6	10.0	שירותי הסעה
-	7.5	שירותי חיתולים

כפי שניתן לראות בלוח 7, השירותים הנפוצים ביותר אותם קיבלו המשתתפים בשתי הקבוצות היו טיפול אישי ולחצן מצוקה (יש לציין שהוערך שירות לחצן המצוקה המסופק במסגרת חוק סיעוד בלבד).

המשתתפים בקבוצת המחקר קיבלו בממוצע 9.1 שעות שבועיות של טיפול אישי והמשתתפים בקבוצת הביקורת קיבלו 8.7 שעות שבועיות. החברות הנפוצות ביותר אשר סיפקו טיפול אישי בקבוצת הביקורת היו מט"ב (19.4%), גולדמן (9.7%), דינה קאר (9.7%) ודנאל (6.5%), ובקבוצת הניסוי היו מט"ב (23.1%), דינה קייר (10.3%) ודנאל (7.7%). מרכזי היום בהם ביקרו המשתתפים היו בית פרנקפורטר, בקעה וקריית מנחם.

3. שביעות רצון הקשישים מהשירותים המתקבלים במסגרת חוק ביטוח סיעוד

בחלק זה מוצגים הממצאים בנוגע לשביעות רצון הקשישים מהשירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד. ממצאים אלה מרוכזים בלוח 8.

לוח 8: אחוז המשתתפים אשר דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהשירותים השונים הניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד

קבוצה		אפיון	
ביקורת	ניסוי		
79.0	79.0	שביעות רצון כללית גבוהה מטיפול אישי	טיפול אישי
97.0	89.0	שביעות רצון מהיחס של המטפלת	
83.0	73.0	שביעות רצון מהטיפול שהמטפלת נותנת	
73.0	83.0	המטפלת מגיעה באופן סדיר ועובדת את כל השעות	
17.0	8.0	המטפלת לא עובדת את כל השעות, אך מגיעה באופן סדיר	
6.7	2.8	המטפלת לא מגיעה באופן סדיר, אך עובדת את כל השעות	
3.3	5.6	המטפלת לא מגיעה באופן סדיר ולא עובדת את כל השעות	לחצן מצוקה
83.3	100	שביעות רצון כללית מלחצן מצוקה	
71.4	100	התקנה בזמן	
51.7	50.0	לא היו קריאות	
28.6	50.0	הקריאות נענו באופן הולם	מרכז יום
10.0	-	הקריאות לא נענו באופן הולם	
66.7	100	שביעות רצון גבוהה ממרכז יום	
50.0	80.0	שביעות רצון מההסעה	

כפי שניתן לראות לא נרשמו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שתי הקבוצות מבחינת שביעות הרצון מהשירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד באף אחד מהשירותים. כמו כן, בשתי הקבוצות המשתתפים דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהשירותים. מידע ספציפי לגבי השירותים השונים מתואר בהמשך.

א. שביעות רצון בנוגע לשירותי טיפול אישי

רוב הקשישים בשתי הקבוצות דיווחו על שביעות רצון גבוהה משירות הטיפול האישי שהם מקבלים (לוח 8). יחד עם זאת, 14.3% מהמשתתפים בקבוצת הביקורת ו-40% בקבוצת המחקר אשר דיווחו על בעיה עם המטפלת, דיווחו שכאשר המטפלת לא הגיעה לעבודה הם לא קיבלו הודעה על כך מראש.

על פי הריאיון עם הקשישים, 28.6% מהמשתתפים בקבוצת הביקורת ו-100% בקבוצת המחקר אשר דיווחו על בעיה כלשהי עם המטפלת ציינו כי אינם מודיעים לאיש במקרה שהמטפלת לא מגיעה לעבודה. בנוסף לכך, 33.3% מקבוצת הביקורת ו-80% מקבוצת המחקר דיווחו שאף אחד לא הודיע להם כאשר המטפלת עובדת פחות שעות; 44% בקבוצת הביקורת ו-100% בקבוצת המחקר דיווחו שאינם מודיעים לאיש כאשר המטפלת עובדת פחות שעות מהנדרש.

ב. שביעות רצון בנוגע ללחצן מצוקה

רק קשיש אחד בקבוצת הביקורת דיווח שהקריאות לא נענו בזמן סביר ובאופן הולם. התלונה העיקרית הייתה שלחצן המצוקה שהותקן לא היה תקין והיה צורך להחליפו.

ג. שביעות רצון ממרכז היום

רוב המשתתפים שביקרו במרכזי היום הביעו שביעות רצון גבוהה ממרכז היום באופן כללי (100% בקבוצת המחקר ו-66.7% בקבוצת הביקורת) ומשירותי ההסעה (80% בקבוצת המחקר ו-50% בקבוצת הביקורת).

ד. שביעות רצון ממוצרי הספיגה

שליש מהמשתתפים בקבוצת המחקר אשר קיבלו שירותי ספיגה הכוללים חיתולים, הביעו שביעות רצון גבוהה מכמות מוצרי הספיגה. בקבוצת הביקורת לא היו משפחות אשר קיבלו מוצרי ספיגה במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

4. תפוקות התוכנית לפי דיווח הקשישים

שיפור הידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד ושיפור יכולת מיצוי הזכויות של מקבלי חוק ביטוח סיעוד היו חלק מהמטרות העיקריות של תוכנית המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד. על כן, המשתתפים רואיינו בנוגע לשני נושאים אלה.

א. ידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד

תשובות המשתתפים בשתי הקבוצות בנוגע לחוק ביטוח סיעוד מוצגות בלוח 9.

לוח 9: אחוז המשתתפים שענו על שאלות ידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד

קבוצת ביקורת ריאיון ראשון (N = 83)			קבוצת מחקר ריאיון ראשון (N = 101)			
לא יודע	נכון	לא נכון	לא יודע	נכון	לא נכון	
32.7	63.3	4.1	51.0	49.0	-	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
22.9	68.8	8.3	40.4	50.0	9.6	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
43.8	54.2	2.1	60.0	28.0	12.0	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
15.2	73.9	10.9	18.8	70.8	10.4	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
34.8	17.4	47.8	48.0	22.0	30.0	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמן תשובה נכונה

ההבדלים בין הקבוצות היו מובהקים מבחינה סטטיסטית בפריטים 1,2,3,5 של הידע לגבי חוק ביטוח סיעוד ($p < 0.05$).

באופן כללי ניתן לראות שרמת הידע גבוהה יותר בקרב קבוצת הביקורת מאשר בקבוצת המחקר. הפריטים היחידים בהם למשתתפים בשתי הקבוצות רמת ידע נאותה הם הפריטים בנוגע לקביעת שירותי הסיעוד המתאימים והפריט בנוגע לשירותים הכלולים בטיפול האישי.

ב. הבדלים ברמת הידע ההתחלתית בין הקשישים החדשים והוותיקים בחוק ביטוח סיעוד
נערכה השוואה בנוגע לרמת הידע של קשישים חדשים וותיקים (לוח 10).

לוח 10: אחוז המשתתפים שענו נכון על שאלות ידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד לפי ותק

ריאיון ראשון		שאלה
(N = 184)		
חדשים	ותיקים	
75.0	55.2	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
80.0	60.7	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
70.0	42.9	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
78.0	70.4	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, בסיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
52.6	44.4	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמן תשובה נכונה

למרות שלא נמצא הבדל מובהק ברמת הידע של קשישים בעלי ותק שונה, ניתן לראות שקשישים חדשים בחוק היו קצת יותר בקיאים. ניתן להסביר זאת ע"י החשיפה של הקשישים לחומר בנוגע לחוק, במהלך תהליכי קבלת הזכאות לשירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד.

ג. מיצוי זכויות

נושא מיצוי הזכויות נבדק בין היתר באמצעות בדיקת החוללות העצמית של המשתתפים בנוגע לשירותים הקיימים והמגיעים להם. הציון הממוצע של תשובות המשתתפים בפריטים הבודקים חוללות עצמית מוצגים בלוח 11.

לוח 11: ציון ממוצע בחוללות עצמית

קבוצת ביקורת (N=83)	קבוצת מחקר (N=101)	באיזו מידה אתה בטוח שאתה
2.1	1.7	יכול לעשות משהו כדי להבטיח את עצמאותך
3.8	3.6	יכול לקבל תשובות לכל השאלות שיש לך בנושא מחלה כלשהי
2.0	1.6	יכול למצוא ארגונים בקהילה שנותנים עזרה בטיפול
2.2	1.6	יכול לקבל תשובות בנוגע לארגונים כאלה
1.9	1.3	יכול לארגן עזרה מארגונים כאלה בעצמך

* 1 – לא בטוח בכלל 5 – בטוח מאוד

כפי שניתן לראות, למשתתפים בשתי הקבוצות רמת חוללות עצמית נמוכה ביותר בנוגע ליכולתם לקבל מידע ו/או עזרה משירותים בקהילה לשם קבלת הבטחת עצמאותם. הפריט היחיד בו המשתתפים הביעו חוללות עצמית גבוהה במקצת התייחס ליכולתם לקבל מידע בנוגע למחלות. קשישים בקבוצת הביקורת היו בעלי חוללות עצמית גבוהה יותר מאשר קשישים בקבוצת המחקר לפני ההתערבות, בפריטים שכללו הערכת היכולת שלהם לקבל מידע על ארגונים קהילתיים וביכולת שלהם לארגן קבלת עזרה מהם ($p < 0.05$).

ממצאים ביחס לבני המשפחה

1. תיאור בני המשפחה המשתתפים

במחקר ההערכה השתתפו 152 בני משפחה (85 בקבוצת המחקר ו-67 בקבוצת הביקורת).

א. אפיונים סוציו-דמוגרפיים של בני המשפחה

האפיונים הסוציו-דמוגרפיים של בני המשפחה שהשתתפו מוצגים בלוח 12.

לוח 12: אפיונים סוציו-דמוגרפיים של בני המשפחה

קבוצת ביקורת (N=67)	קבוצת מחקר (N=85)	האפיון
58.1 (14.7)	60.3 (13.3)	גיל ממוצע (סטיית תקן) מין
70.8%	71.1%	נקבה
29.2%	28.9%	זכר
		מצב משפחתי
3.3%	7.3%	רווק
82.0%	80.5%	נשוי
8.2%	9.8%	גרוש
4.9%	-	פרוד
1.6%	2.4%	אלמן
3.1 (2.0)	2.8 (2.2)	מספר ילדים ממוצע (סטיית תקן)
		ארץ מוצא
39.3%	58.5%	ישראל
31.1%	18.3%	אסיה ואפריקה
29.5%	23.2%	אירופה ואמריקה
13.8 (3.7)	13.5 (4.1)	מספר שנות לימוד ממוצע (סטיית תקן)
		דתיות
30.6%	35.8%	חילוני
32.3%	35.8%	מסורתי
29.0%	21.0%	דתי
6.5%	2.5%	חרדי
1.6%	4.9%	אחר
		ותק בחוק סיעוד
44.8%	27.1%	פחות משנה
55.2%	72.9%	מעל שנה

כפי שניתן לראות, רוב בני המשפחה היו נשים, נשואים ונולדו בישראל. לא היו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שתי הקבוצות באף אפיון.

ב. המצב הטיפולי

26.8% מבני המשפחה בקבוצת המחקר ו-27.4% בקבוצת הביקורת היו בני זוג של הקשיש המשתתף, 45.1% בקבוצת המחקר ו-40.3% בקבוצת הביקורת היו בנות של הקשישים, 22% בקבוצת המחקר ו-17.7% בקבוצת הביקורת היו בנים, שתי בנות משפחה בקבוצת המחקר היו אחיות (4%), בת משפחה אחת בקבוצת המחקר (1%) וחמש בנות משפחה בקבוצת הביקורת

(8.1%) היו כלות, שני בני משפחה בקבוצת המחקר היו אחיינים (2%) ושני בני משפחה בקבוצת הביקורת היו נכדים (3%).

30.5% מבני המשפחה בקבוצת המחקר ו-47.5% בקבוצת הביקורת דיווחו שאינם מקבלים עזרה בטיפול בקשיש מאנשים אחרים. יותר ממחצית בני המשפחה בשתי הקבוצות דיווחו שהם מרגישים רוב הזמן עומס עקב הטיפול בקשיש (61.3% בקבוצת המחקר ו-54.1% בקבוצת הביקורת).

לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שתי הקבוצות בכל האפיונים הקשורים במצב הטיפולי.

ג. רשת חברתית ותמיכה חברתית של בני המשפחה

נתונים בנוגע לרשת החברתית והתמיכה החברתית של בני המשפחה מוצגים בלוח 13.

לוח 13: רשת חברתית ותמיכה חברתית של בני המשפחה

ניסוי	ביקורת	
2.6	3.7	ממוצע מס' אחים/אחיות
2.7	2.6	מס' בני משפחה בסביבה הקרובה
50.6	54.8	קיימת אפשרות של עזרה זמינה (%)
16.5	21.1	קיימת אפשרות לקבל עזרה לאורך זמן (%)
74.7	88.7	קיים קשר רציף בין הקשיש למשפחה (%)

בדומה לקשישים גם לבני המשפחה בשתי הקבוצות קיימת רשת תמיכה חברתית ענפה, אם כי בעיקר לטווח קצר.

ד. היכרות עם השירותים הקהילתיים והארגונים העומדים לרשות הקשישים ובני משפחותיהם
בני משפחה שהשתתפו בפרויקט התבקשו לפרט את השירותים המוכרים להם בקהילה, אשר עשויים לעזור להם או לאחרים במצב דומה.

בריאיון ראשון בקבוצת הביקורת 34% מבני משפחה התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון כזה. השירותים העיקרים שהוזכרו ע"י שאר בני המשפחה היו: יד שרה (26.4%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (10.4%) ומרכז יום לקשיש (13.2%). 7.6% מהמטפלים נזכרו ביותר משירות אחד.

בריאיון ראשון בקבוצת המחקר 35.1% מבני משפחה התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון כזה. השירותים העיקרים שהוזכרו ע"י שאר בני המשפחה היו: יד שרה (20.8%), ביטוח לאומי

או לשכת רווחה (10.4%), מרכז יום לקשיש (2.6%) ועמותות אחרות (3.9%). 3.9% מבני משפחה נזכרו ביותר משירות אחד.

כל ההבדלים בין שתי הקבוצות לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

2. קבלת שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד על פי דיווח בני המשפחה

בני המשפחה התבקשו לדיווח בנוגע לשירותים שמקבלים הקשישים במסגרת חוק ביטוח סיעוד (לוח 14).

לוח 14: אחוז בני המשפחה אשר דיווח שהקשישים מקבלים שירותים במסגרת חוק ביטוח סיעוד

קבוצת ביקורת (N=67)	קבוצת מחקר (N=85)	השירות
88.9	91.1	שירותי טיפול אישי
6.2	3.3	שירותי כביסה
15.7	25.0	שירותי לחצן מצוקה
6.7	13.3	מרכז יום
9.7	10.0	שירותי הסעה
3.1	14.0	שירותי חיתולים

כפי שניתן לראות בלוח 14, השירותים הנפוצים ביותר שמקבלים המשתתפים בשתי הקבוצות הם טיפול אישי ולחצן מצוקה (בדומה לדיווחיהם של בני המשפחה).

ההבדלים בין שתי הקבוצות לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

3. שביעות רצון בני המשפחה מהשירותים שמקבלים הקשישים במסגרת חוק ביטוח סיעוד

הממצאים בנוגע לשביעות רצונם של בני המשפחה מרוכזים בלוח 15.

לוח 15: אחוז בני המשפחה המדווחים על שביעות רצון מהשירותים השונים הניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד

קבוצה		אפיון	
ביקורת	ניסוי		
84.0	68.0	שביעות רצון כללית מטיפול אישי	
92.3	88.5	היחס של המטפלת	
87.5	74.1	הטיפול שהמטפלת נותנת	
82.6	81.1	המטפלת מגיעה באופן סדיר ועובדת את כל השעות	
3.0	15.1	המטפלת לא עובדת את כל השעות, אך מגיעה באופן סדיר	
1.0	1.0	המטפלת לא מגיעה באופן סדיר, אך עובדת את כל השעות	
1.0	1.0	המטפלת לא מגיע באופן סדיר ולא עובדת את כל השעות	
50.0	60.0	שביעות רצון כללית מלחצן מצוקה	
100.0	100.0	התקנה בזמן	
80.0	46.2	לא היו קריאות	
-	-	הקריאות נענו באופן הולם	
-	3 משפחות	הקריאות לא נענו באופן הולם	
100	70.1	שביעות רצון גבוהה ממרכז יום	
100	71.5	שביעות רצון מההסעה	

* לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שתי הקבוצות.

א. שביעות רצון בנוגע לשירותי טיפול אישי

באופן כללי נמצא שרוב בני המשפחה בשתי הקבוצות הביעו שביעות רצון משירותי הטיפול האישי הניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד, אם כי שביעות הרצון הייתה נמוכה יותר בקרב בני המשפחה מקבוצת המחקר.

ב. שביעות רצון משאר השירותים:

בנוגע ללחצן מצוקה, 60% בקבוצת המחקר ו-50% בקבוצת הביקורת היו שבעי רצון מהשירות. 46.2% בקבוצת המחקר ו-80% בקבוצת הביקורת דיווחו שלא ביצעו קריאות לעזרה. בקבוצת המחקר חמשת המשפחות שביצעו קריאות דיווחו שהן נענו באופן הולם, שתי משפחות התלוננו שלא נענו באופן הולם ומשפחה אחת שהפעילה קריאות לעזרה בקבוצת הביקורת דיווחה שהן לא נענו תוך זמן סביר. התלונות העיקריות הקשורות בלחצן היו: משך זמן ארוך עד לקבלת מענה טלפוני ועד להגעת העזרה הרפואית.

לגבי שירות מרכז היום, 70.1% משפחות בקבוצת המחקר ו-100% בקבוצת הביקורת דיווחו על שביעות רצון ממרכז היום. 71.5% משפחות מקבוצת המחקר וכל המשפחות מקבוצת הביקורת דיווחו על שביעות רצון משירותי ההסעה.

לגבי מוצרי הספיגה, בקבוצת המחקר 80% הביעו שביעות רצון מאיכות המוצרים ו-90% היו שבעי רצון מכמות המוצרים. בקבוצת הביקורת שתי משפחות חדשות בלבד קיבלו מוצרי ספיגה עפ"י חוק ביטוח סיעוד.

תפוקות התוכנית לפי דיווח בני המשפחה

ידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד

תשובות המשתתפים בשתי הקבוצות בנוגע לחוק ביטוח סיעוד מוצגות בלוח 16. ניתן לראות כי רוב בני המשפחה בשתי הקבוצות ענו נכון על כל השאלות. רמת הידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד הייתה גבוהה במקצת בקרב המשתתפים בקבוצת המחקר, אם כי, לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין הקבוצות.

הפריטים בהם נמצאה רמת ידע נמוכה יחסית בשתי הקבוצות התייחסו לשירותים שיכול לקבל זכאי חוק הסיעוד ולידע בנוגע לשירותים הכלולים בטיפול האישי. כמו כן, בקרב קבוצת הביקורת נמצא ידע נמוך גם בנוגע ליכולתו של הקשיש לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים.

לוח 16: אחוז בני המשפחה העונים על ידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד

קבוצת ביקורת ריאיון ראשון (N = 67)				קבוצת מחקר ריאיון ראשון (N = 85)				
לא ענה	לא יודע	נכון	לא נכון	לא ענה	לא יודע	נכון	לא נכון	
40.3	10.4	47.8	1.5	24.7	16.5	57.6	1.2	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי זקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
40.3	6.0	50.7	3.0	22.4	4.7	71.8	1.2	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
38.8	17.9	41.8	1.5	22.4	20.0	49.4	8.2	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
41.8	9.0	46.3	3.0	25.9	16.5	45.9	11.8	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
40.3	10.4	9.0	40.3	23.5	15.3	10.6	50.6	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמן תשובה נכונה

ב. הבדלים ברמת הידע ההתחלתית בין הקשישים החדשים והוותיקים בחוק ביטוח סיעוד

כפי שניתן לראות בלוח 17, לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שתי הקבוצות.

לוח 17: אחוז המשתתפים שענו נכון על שאלות ידע בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בחלוקה לפי ותק

ריאיון ראשון (N = 152)		שאלה
חדשים	ותיקים	
81.0	75.8	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
95.2	85.9	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
78.6	56.9	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
56.6	64.5	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, בסיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
50.9	68.3	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמן תשובה נכונה.

חוללות עצמית

נושא מיצוי הזכויות נבדק בין היתר באמצעות בדיקת החוללות העצמית של בני המשפחה. הציון הממוצע של תשובות המשתתפים בפריטים הבודקים חוללות עצמית מוצגים בלוח 18.

לוח 18: ציון בני המשפחה בחוללות עצמית

קבוצת ביקורת (N = 67)	קבוצת מחקר (N = 85)	באיזו מידה אתה בטוח שאתה
4.8	4.4	יכול להתמודד עם הבעיות של קרוב המשפחה שלך כגון: מחלה וקושי בתפקוד, אבדן זיכרון, שוטטות, בעיות התנהגות ועוד.
3.6	3.5	יכול להתמודד העתיד עם הטיפול בקרוב המשפחה שלך
3.5	2.3	יכול לעשות משהו כדי להבטיח את עצמאותו המרבית של קרוב המשפחה שלך
4.8	4.5	יכול להתמודד עם התסכולים הכרוכים בטיפול בקרוב המשפחה שלך
6.6	6.5	יכול לקבל תשובות לכל השאלות שיש לך בנושא מחלה
2.4	2.3	יכול לטפל בקרוב משפחה שלך ללא עזרה מארגונים או שירותים הנותנים עזרה
4.7	3.8	יכול למצוא ארגונים בקהילה שנותנים עזרה בטיפול בקרוב המשפחה שלך
5.2	4.4	יכול לקבל תשובות בנוגע לארגונים כאלה
4.9	4.3	יכול לארגן עזרה מארגונים כאלה בעצמך
3.1	3.9	יכול למצוא דרך לשלם עבור שירותים אלה

* 1- לא בטוח בכלל 10 – בטוח מאוד

כפי שניתן לראות, בני המשפחה בשתי הקבוצות הביעו חוללות גבוהה יותר בנוגע ליכולתם למצוא עזרה המסופקת בידי ארגונים, מאשר מהיכולת שלהם עצמם להתמודד עם הטיפול. אם כי, באופן כללי, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות, בני המשפחה מקבוצת הביקורת הביעו חוללות עצמית גבוהה יותר בנוגע ליכולתם להבטיח את עצמאות הקשיש מאשר המשתתפים בקבוצת המחקר ($p < 0.05$).

ריאיון שני – אחרי ההשתתפות בפרויקט

ממצאים על פי דיווח הקשישים ובני המשפחה

ממצאים על פי דיווח הקשישים

במהלך המחקר בוצעו 124 ראיונות חוזרים. רואיינו 63 משפחות בקבוצת המחקר ו-61 בקבוצת הביקורת.

ההשוואה נערכה עבור הקשישים שרואיינו פעמיים. מדובר ב-65 קשישים, מתוכם 35 בקבוצת המחקר ו-30 בקבוצת הביקורת. יתר הקשישים לא רואיינו בשל ירידה במצבם הקוגניטיבי.

1. השוואה בין נתוני שביעות הרצון של הקשישים מהשירותים המתקבלים במסגרת חוק ביטוח סיעוד לפני ואחרי הפרויקט

א. שביעות רצון בנוגע לשירותי טיפול אישי

מבין הקשישים שרואיינו פעמיים בקבוצת המחקר, 90.5% דיווחו בריאיון הראשון שהם שבעי רצון עד מאוד שבעי רצון מהמטפלת המספקת להם שירותי טיפול אישי, ובריאיון השני רק 78.2% דיווחו על אותה רמת שביעות רצון. לגבי שביעות רצון מהיחס המתקבל מהמטפלת לא היה הבדל מהותי בדיווח של הקשישים בשני הראיונות (95.2% היו שבעי רצון בריאיון הראשון ו-91.1% בשני). לגבי איכות הטיפול של המתנדבת הרוב המכריע היה מרוצה בשתי נקודות הזמן (80.9% בריאיון הראשון ו-78.2% בשני).

בקבוצת הביקורת 86.6% דיווחו בריאיון הראשון ו-82.4% בריאיון השני על שביעות רצון כללית מהמטפלת. כולם דיווחו בשני הראיונות על שביעות רצון גבוהה מיחס המטפלת. 70.6% בריאיון הראשון לעומת 82.4% בריאיון השני דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהטיפול.

בקבוצת המחקר 85.7% מהמשתתפים שרואיינו פעמיים דיווחו בריאיון הראשון שהמטפלת מגיעה ועובדת את כל שעות עבודתה. בריאיון השני דיווחו על כך 90% מהם (בריאיון השני קשיש אחד בלבד דיווח שהמטפלת לא מגיעה בזמן לעבודתה וקשיש אחר דיווח שאינה עובדת את כל השעות שעליה לעבוד וכן שאינה מגיעה בזמן לעבודתה).

בקבוצת הביקורת 64.7% בריאיון הראשון לעומת 82.4% בריאיון השני דיווחו שהמטפלת מגיעה ועובדת את כל שעות העבודה. בסך הכול, בריאיון השני התקבל דיווח על מקרה אחד בלבד בו דווח על כך שהמטפלת לא מגיעה בזמן לעבודתה, מקרה אחר בו היא לא עובדת את כל שעות העבודה ומקרה אחד בו המטפלת לא מגיעה בזמן וגם לא עובדת את כל השעות.

לסיכום, בעוד שבשתי הקבוצות לא נמצאו הבדלים מובהקים ברמת שביעות הרצון של הקשישים משירותי הטיפול האישי לפני ואחרי הפרויקט, בקבוצת המחקר מצטיירת מגמה ברורה יותר של ירידה ברמת שביעות הרצון מאשר בקבוצת הביקורת. יתכן וירידה זו מצביעה על הלגיטימציה שקיבלו משתתפי הניסוי להביע את שביעות רצונם מהשירותים שהם מקבלים. במילים אחרות, ממצאים אלה משקפים את הצלחת הפרויקט בכך שההשתתפות בניסוי העלתה את המודעות של המשתתפים בנוגע לזכויותיהם.

ב. שביעות רצון בנוגע ללחצן מצוקה

מתוך הקשישים שרואיינו פעמיים בקבוצת המחקר, 50% מהקשישים דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהשירות בריאיון הראשון ו-75% בריאיון השני. בקבוצת הביקורת בשני הראיונות דיווחו על שביעות רצון גבוהה – 80% מהקשישים.

הבדלים אלה לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

ג. שביעות רצון ממרכז היום

בקרב המשתתפים שרואיינו פעמיים בקבוצת המחקר רק אחד ביקר במרכז יום והוא דיווח על שביעות רצון גבוהה ממרכז היום ומשירותי ההסעה.

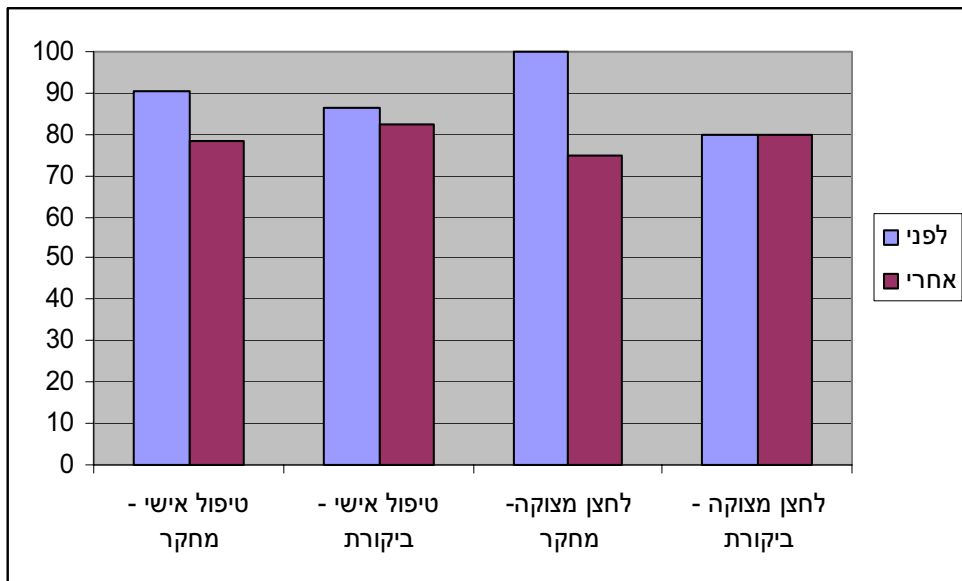
בקבוצת הביקורת 67% מתוך הקשישים שרואיינו פעמיים דיווחו על שביעות רצון גבוהה ממרכז היום בריאיון הראשון וכול הקשישים דיווחו על שביעות רצון גבוהה בריאיון השני. לגבי שירותי ההסעה, רק שני קשישים מקבוצת הביקורת השתמשו בשירות בזמן שנערך הריאיון הראשון – אחד נמצא שבע רצון והשני לא. בזמן הריאיון השני 3 קשישים השתמשו בשירות ושניים מהם היו שבעי רצון.

ד. שביעות רצון ממוצרי הספיגה

בקבוצת המחקר בריאיון הראשון היו רק שני קשישים שהשתמשו בשירות מוצרי הספיגה. בריאיון השני היה משתמש אחד שדיווח על שביעות רצון גבוהה גם מאיכות המוצרים וגם מכמותם. בקבוצת הביקורת מבין אלה שרואיינו פעמיים, לא היו משתתפים שהשתמשו בשירות זה.

הנתונים לגבי שביעות רצון כפי שדווחו על ידי הקשישים לפני ואחרי הפרויקט, מוצגים באיור 2.

איור 2: אחוז הקשישים שבעי הרצון מהשירותים העיקריים בשתי הקבוצות



* שאר השירותים לא מוצגים בשל מיעוט השימוש בהם בקרב משתתפי המחקר.

2. השוואה ברמת הידע של הקשישים בנוגע לחוק ביטוח סיעוד לפני ואחרי הפרויקט

תשובותיהם של הקשישים בנוגע לידיע על חוק ביטוח סיעוד לפני ואחרי הפרויקט בשתי הקבוצות מוצגות בלוחות 19 ו-20.

לוח 19: השוואה בין נתוני הידע של הקשישים בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בקבוצת המחקר (%)

קבוצת מחקר ריאיון שני (N = 46)			קבוצת מחקר ריאיון ראשון (N = 46)			
לא יודע	נכון	לא נכון	לא יודע	נכון	לא נכון	
37.1	62.9	-	56.7	43.3	-	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
39.4	54.5	6.1	41.9	48.4	9.7	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
50.0	43.8	6.3	70.0	20.0	10.0	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
31.3	62.5	6.3	23.3	73.3	3.3	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
37.5	12.5	50.0	48.4	16.1	35.5	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמן תשובה נכונה.

לוח 20: השוואה בין נתוני הידע של הקשישים בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בקבוצת הביקורת (%)

קבוצת ביקורת ריאיון שני (N=83)			קבוצת ביקורת ריאיון ראשון (N=83)			
לא יודע	נכון	לא נכון	לא יודע	נכון	לא נכון	
17.4	78.3	4.3	40.0	60.0	-	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
13.0	73.9	13.0	31.6	52.6	15.8	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
26.1	65.2	8.7	52.6	47.4		השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
17.4	78.3	4.3	11.1	88.9	-	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
21.7	21.7	56.5	35.3	11.8	52.9	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמך תשובה נכונה.

צפייה בלוחות מספר 19 ו-20 מראה כי הן בקבוצת המחקר והן בקבוצת הביקורת הייתה עלייה ברמת הידע של המשתתפים בנוגע לחוק ביטוח סיעוד. בקבוצת המחקר הייתה עלייה מובהקת מבחינה סטטיסטית באחוז הקשישים אשר ענו נכון על פריטים 1 ו-3. בקבוצת הביקורת חל שיפור בפריט השלישי בלבד ($p < 0.05$).

אם כן, היה נכון לצפות שעליה ברמת הידע תהיה גבוהה יותר בקרב קבוצת המחקר, יש לציין שהקשישים אשר השתתפו בתוכנית המעקב לא קיבלו באופן מובנה מידע נוסף. יתרה מכך, העלייה ברמת הידע בקבוצת הביקורת יכולה להיות כתוצאה מחשיפתם לנושא בעת הריאיון שעברו בתחילת פרויקט ההערכה, אשר הוביל להעלאת מודעותם בכל הנוגע לחוק ביטוח סיעוד.

3. הבדלי השפעת המעקב על הקשישים בעלי הוותק השונה בחוק ביטוח סיעוד

נבדקה השערה שמידת השפעת תוכנית המעקב על רמת הידע בנוגע לזכויות בחוק ביטוח סיעוד תלויה בוותק הזכאות של הקשישים. לא נמצאו הבדלים מובהקים במידת השפעת המעקב על משתמשים עם ותק שונה.

לוח 21: השוואה בין ותיקים וחדשים (%)

קבוצת מחקר				שאלה
חדשים		ותיקים		
ריאיון שני	ריאיון ראשון	ריאיון שני	ריאיון ראשון	
87.5	42.9	55.6	43.5	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד
25.0	85.7	64.0	37.5	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים
12.5	14.3	54.2	21.7	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית
62.5	50.0	62.5	79.2	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית
75.0	28.6	41.7	37.5	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

4. היכרות הקשישים עם השירותים הקהילתיים לפני ואחרי הפרויקט

בריאיון השני בקבוצת המחקר 39.3% מהקשישים התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון קהילתי (לעומת 60.6% בריאיון הראשון). השירותים העיקרים שהוזכרו הינם: יד שרה (21.4%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (7.1%), מרכז יום לקשיש (4.5%) ועמותות אחרות (3.6%). שני קשישים ידעו על קיומו של יותר משירות/ארגון אחד (לעומת אחד בריאיון הראשון).

בריאיון השני בקבוצת הביקורת 34.8% מהקשישים התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון קהילתי (לעומת 41.5% בריאיון הראשון). השירותים העיקרים שהוזכרו הינם: יד שרה (8.7%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (21.7%) ומרכז יום לקשיש (8.7%). שני קשישים ידעו על קיומו של יותר משירות/ארגון אחד (לעומת 0 בריאיון הראשון).

לסיכום, נמצאה עלייה ניכרת ברמת היכרות הקשישים את השירותים הקהילתיים בקבוצת המחקר בהשוואה לקשישים בקבוצת הביקורת, אם כי ההבדלים לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

5. נתוני הריאיון השני עם הקשישים בנוגע לשביעות הרצון ממודל המעקב והפיקוח

הרוב המכריע (78%) מהקשישים בקבוצת המחקר דיווחו על שביעות רצון גבוהה ממבצעי המעקב. קרוב לשליש דיווחו שהביקורים עזרו להם במידה רבה, 29% דיווחו שהטלפונים עזרו להם במידה רבה ו- 24% דיווחו שמבצעי המעקב עזרו להם לדעת מהן זכויותיהם. כשנשאלו במה המתנדב/עובדת הסמך עזרו להם, הרוב לא ידעו לענות בצורה ספציפית, אך אמרו שהקשיבו להם, שאלו אותם שאלות ומסרו להם לפי בקשתם רשימה של בתי אבות, ניהלו מעקב על איכות השירות שהם מקבלים, עזרו להם להכיר את זכויותיהם ולקשיש אחד המתנדב השיג כסא גלגלים. רוב הקשישים (86%) אמרו שלא ידעו על קיומו של מרכז מעקב אשר ניתן לפנות אליו וכן שאין להם את מספר הטלפון של המרכז.

לסיכום, מהראיונות עולה שהקשישים התקשו להבחין בין בעלי התפקידים השונים המעורבים בפרויקט ובהיותם חלק מניסוי. קושי זה השפיע על רכישת האמון באנשי המקצוע המעורבים בפרויקט, כך שזה לקח זמן רב עד שהקשישים הרשו לעצמם להעלות בעיות וקשיים.

השוואה בין נתוני שביעות הרצון של בני המשפחה מהשירותים המתקבלים במסגרת חוק ביטוח סיעוד

ההשוואה נערכה עבור בני המשפחה של הקשישים שרואיינו פעמיים. מדובר ב-88 בני משפחה, מתוכם 49 בקבוצת המחקר ו-39 בקבוצת הביקורת.

באופן כללי, בקבוצת המחקר לא היו שינויים ברמת שביעות הרצון של בני המשפחה לפני ואחרי המעקב, לעומת זאת בקבוצת הביקורת נצפתה ירידה מובהקת בשביעות הרצון מהמטפלת באופן כללי.

א. שביעות רצון בנוגע לשירותי טיפול אישי: בקרב קבוצת הביקורת 90% מבני המשפחה דיווחו שהם מרוצים מהמטפלת בריאיון הראשון בהשוואה ל-76.2% בריאיון השני ($p < 0.05$). בייתר הפריטים לא נרשמו הבדלים מובהקים: 95% דיווחו שהם מרוצים מהיחס של המטפלת בריאיון הראשון לעומת 90% בריאיון השני ו-90% דיווחו שהם מרוצים מהטיפול של המטפלת בשני הראיונות. לבסוף, בריאיון הראשון 83.3% דיווחו שהמטפלת מגיעה בזמן לעבודתה ועובדת את כל שעות העבודה בהשוואה ל-80% בריאיון השני.

בקבוצת המחקר 74.1% מהמשתתפים שרואיינו דיווחו שהם מרוצים מהמטפלת בריאיון הראשון בהשוואה ל-76.6% בריאיון השני; 97% דיווחו שהם מרוצים מיחסה של המטפלת בשני הראיונות, 81% דיווחו שהם מרוצים מהטיפול של המטפלת בריאיון הראשון בהשוואה ל-73.3% בריאיון השני; ו-87% דיווחו שהמטפלת מגיעה בזמן ועובדת את כל שעות עבודתה בריאיון הראשון בהשוואה ל-90% בריאיון השני.

ב. שביעות רצון מלחצן המצוקה: בקבוצת המחקר 5 בני משפחה בלבד ציינו שהם משתמשים בלחצן שקיבלו במסגרת חוק ביטוח סיעוד. שלושה מהם דיווחו בריאיון הראשון על שביעות רצון מהשירות, כאשר בריאיון השני, שני בני משפחה בלבד היו מרוצים מלחצן המצוקה. בריאיון הראשון שני בני משפחה דיווחו שלא כל הקריאות נענו באופן הולם, כאשר בריאיון השני לא התקבלו תלונות על רמת השירות.

בקבוצת הביקורת בריאיון הראשון אף בן משפחה לא דיווח על שימוש בלחצן המצוקה. בריאיון השני 7 דיווחו שהלחצן הותקן בזמן ול-6 לא היו קריאות, רק אחד דיווח שהייתה קריאה אשר טופלה באופן הולם. 4 בני משפחה דיווחו באופן כללי על שביעות רצון מהשירות בריאיון השני.

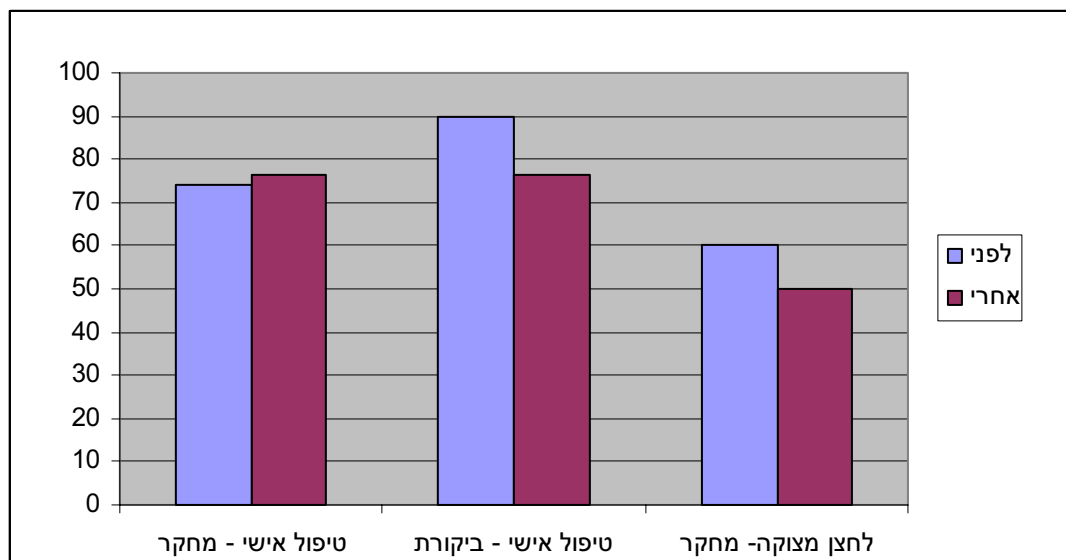
ג. שביעות רצון ממרכזי היום: בקבוצת המחקר בריאיון הראשון בן משפחה אחד בלבד לא היה מרוצה מהשירות שקיבל הקשיש במרכז היום ובריאיון השני, כל בני המשפחה דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהשירות. לגבי שירות ההסעה למרכז היום, בריאיון הראשון 60% דיווחו על שביעות

רצון מהשירות. בריאיון השני, שלוש משפחות בלבד דיווחו על שימוש בשירותי הסעה, שתיים מהן היו מרוצות מהשירות.

בקבוצת הביקורת שלושה בני משפחה דיווחו על שימוש בשירותי מרכז היום בריאיון הראשון וכולם היו מרוצים מהשירות. בריאיון השני, ארבעה בני משפחה דיווחו על שימוש בשירותי מרכז היום וכולם היו שבעי רצון מהשירות. לגבי שירות ההסעה, כל שלושת המשפחות שהשתמשו בשירות היו מרוצות, אך בריאיון השני אחת מהן דיווחה על שביעות רצון נמוכה.

נתונים מרכזיים בנוגע לשביעות הרצון כפי שדווחו על ידי בני המשפחה לפני ואחרי הפרויקט, מוצגים באיור 3.

איור 3: אחוז בני משפחה בשתי הקבוצות שהיו שבעי רצון מהשירותים העיקריים



* שאר השירותים לא מוצגים בשל מיעוט המשתתפים המקבלים אותם.

2. השוואה בין הידע של בני המשפחה בנוגע לחוק ביטוח סיעוד לפני ואחרי הפרויקט

ממצאים בנוגע לידע על חוק ביטוח סיעוד של בני המשפחה בקבוצת המחקר מסוכמים בלוח 22. ניתן לראות שחל שיפור מובהק מבחינה סטטיסטית בנוגע לידע על חוק ביטוח סיעוד בכל הפריטים ($p < 0.05$).

נתוני הידע של בני המשפחה בקבוצת הביקורת לגבי חוק ביטוח סיעוד מופיעים בלוח 23.

ניתן לראות שחלה עליה באחוז בני המשפחה אשר ענו נכון על פריטים 1 ו-3, אך חלה ירידה ברמת הידע לגבי פריטים 2, 4 ו-5. כל השינויים שנרשמו בקבוצת הביקורת היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

לוח 22: השוואת ידע בני המשפחה בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בקבוצת המחקר (%)

קבוצת מחקר ריאיון שני (N = 49)			קבוצת מחקר ריאיון ראשון (N = 49)			
לא יודע	נכון	לא נכון	לא יודע	נכון	לא נכון	
14.9	76.6	8.5	26.5	73.5	-	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
12.8	83.3	4.3	8.3	91.7		כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
29.8	68.1	2.1	30.6	55.6	13.9	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
15.2	80.4	4.3	26.5	58.8	14.7	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
23.9	4.3	71.7	17.1	20.0	62.9	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמך תשובה נכונה.

** השינויים ברמת הידע של קבוצת המחקר היו מובהקים מבחינה סטטיסטית פרט לפריט 2.

לוח 23: השוואת ידע בני המשפחה בנוגע לחוק ביטוח סיעוד בקבוצת הביקורת (%)

קבוצת ביקורת ריאיון שני (N = 39)			קבוצת ביקורת ריאיון ראשון (N = 39)			
לא יודע	נכון	לא נכון	לא יודע	נכון	לא נכון	
2.6	94.9	2.6	13.3	80.0	6.7	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד*
2.6	97.4			100		כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים*
17.9	79.5	2.6	37.5	62.5		השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית*
7.9	81.6	10.5	6.3	87.5	6.3	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית*
7.9	26.3	65.8	12.5	18.8	68.8	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

* מסמן תשובה נכונה

** כל השינויים שנרשמו בקבוצת הביקורת היו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

3. הבדלים בהשפעת המעקב על בני משפחה בעלי ותק שונה בחוק ביטוח סיעוד

נבדקה השערה שמידת השפעת תוכנית המעקב על רמת הידע בנוגע לזכויות בחוק ביטוח סיעוד תלויה בוותק הזכאות של בני המשפחה. לא נמצאו הבדלים מובהקים במידת השפעת המעקב על משתמשים עם ותק שונה. אומנם, ניתן לראות מהטבלה שהשפעה על בני משפחה חדשים הייתה מעט חזקה יותר.

לוח 24: השוואה בין ידע של ותיקים וחדשים (%)

קבוצת מחקר				שאלה
חדשים		ותיקים		
ריאיון שני	ריאיון ראשון	ריאיון שני	ריאיון ראשון	
90.0	77.8	73.0	72.0	כל קשיש שגר בקהילה ועמד במבחן הכנסות של ביטוח לאומי וזקוק לעזרה ברוב פעולות היום יום, זכאי לחוק סיעוד
90.0	100	81.1	88.9	כדי לקבוע את שירותי הסיעוד המתאימים, יבקרו בבית המבוטח עובד סוציאלי או אחות קופת חולים
90.0	55.6	62.2	55.6	השירותים אותם רשאי לקבל זכאי לחוק סיעוד הם: טיפול במרכז יום – כולל הסעה, מוצרי ספיגה, שירותי כביסה, לחצן מצוקה ושירות מטפלים בבית
90.0	75.0	77.8	53.8	טיפול אישי בבית כולל: סיוע ברחצה, באכילה, סיוע בניקיון הבית, כביסה, גיהוץ, בישול, הליכה בבית ומחוץ לבית
90.0	44.4	66.7	69.2	קשיש אינו יכול לבחור בעצמו את החברה שתספק לו את השירותים

4. חוללות עצמית של בני המשפחה לפני ואחרי הפרויקט

דיווחיהם של בני המשפחה בנוגע לחוללותם העצמית לפני ואחרי הפרויקט מוצגים בלוח 25.

לוח 25. השוואת רמת החוללות העצמית של בני המשפחה בשני הראיונות

מס"ד	פריט מיומנות עצמית	קבוצת מחקר N=49		קבוצת ביקורת N=39	
		לפני	אחרי	לפני	אחרי
1	יכול להתמודד בהווה עם בעיות של קרוב המשפחה	4.0	4.5	5.2	5.3
2	תוכל להתמודד בעתיד עם הטיפול בקרוב המשפחה	3.0	2.9	4.0	3.4
3	יכול לעשות משהו כדי להבטיח את עצמאותו	2.4	2.4	3.3	2.9
4	יכול להתמודד עם התסכולים הכרוכים בטיפול בו	4.5	4.0	5.0	3.9
5	יכול לקבל תשובות על שאלות בנושא מחלה	5.8	7.1	6.7	6.3
6	יכול לטפל בקרוב המשפחה ללא עזרה מארגונים או שירותים	1.9	1.6	3.2	1.2
7	יכול למצוא ארגונים בקהילה שנותנים עזרה בטיפול	3.3	4.6	5.6	3.3
8	יכול לקבל תשובות בנוגע לארגונים כאלה	3.9	4.8	6.1	4.1
9	יכול לארגן עזרה מארגונים כאלה	4.2	4.7	5.5	3.5
10	יכול למצוא דרך לשלם עבור שירותים אלה	3.6	3.4	3.7	2.9

* 1 – לא בטוח בכלל 10 – בטוח מאוד

כפי שניתן לראות, נמצא הבדל ניכר בין הקבוצות. בעוד שבקרוב קבוצת המחקר חל שיפור במחצית הפריטים שנבדקו (פריטים 1,5,7,9 ו-10, כאשר בפריט 7 השיפור היה מובהק מבחינה סטטיסטית), בקבוצת הביקורת חל שיפור, לא מובהק, בפריט 1 בלבד כאשר בפריטים 2, 3, 4, 8 ו-10 חלה ירידה מובהקת במידת ביטחון בני המשפחה. מכאן ניתן להסיק שכתוצאה מהשתתפותם בניסוי, בני המשפחה בקבוצת הביקורת הצליחו להרגיש מסוגלות גבוהה יותר להתמודד עם מגוון הקשיים שלהם בעת הטיפול ביקריהם.

5. היכרות בני המשפחה עם השירותים הקהילתיים לפני ואחרי הפרויקט

בריאיון השני בקבוצת המחקר 21.3% מבני המשפחה התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון אשר עשוי לעזור להם או לאנשים אחרים במצב דומה (לעומת 35.1% בריאיון הראשון). השירותים העיקרים שהוזכרו ע"י שאר בני המשפחה היו: יד שרה (31.9%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (25.6%) ועזר מציון (17.1%). 17.1% מבני משפחה נזכרו ביותר משירות אחד, לעומת 3.9% בריאיון הראשון. ניתן להסיק שבקבוצת המחקר חלה עליה במידת ההיכרות של בני משפחה עם השירותים הקהילתיים ($p < 0.05$).

בריאיון השני בקבוצת הביקורת 31.6% מבני המשפחה התקשו לציין לפחות דוגמה אחת של ארגון קהילתי (לעומת 34% בריאיון הראשון). השירותים העיקרים שהוזכרו ע"י שאר בני המשפחה היו: יד שרה (10.5%), ביטוח לאומי או לשכת רווחה (26.3%), מרכז יום לקשיש (7.9%) ועזר מציון (10.5%). 18.4% מבני משפחה נזכרו ביותר משירות אחד. השינוי בקבוצת הביקורת ברמת ההיכרות של בני משפחה עם השירותים הקהילתיים לא היה מובהק מבחינה סטטיסטית.

6. נתוני הריאיון השני של בני המשפחה לגבי המעקב

בקבוצת המחקר בריאיון השני נשאלו בני המשפחה שאלות לגבי המתנדב ולגבי מרכז המעקב. רובם (62.9%) דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהמתנדב באופן כללי ו-46.2% דיווחו שביקוריו עזרו להם, 21.8% דיווחו שהטלפונים עזרו להם, 49.9% דיווחו שהמתנדב עזר, 32.1% דיווחו שהמתנדב עזר להם לדעת מהן זכויותיהם. רק 8.6% דיווחו שידוע להם שאכן קיים מרכז מעקב ושיש להם את מספר הטלפון שלו.

עזרת המתנדב הוגדרה בידי בני המשפחה באופן הבא: הוא ביקר ושאל שאלות (משפחה אחת), המליץ על קבלת מטפלת (משפחה אחת), ייעץ ונתן מידע על השירותים שמגיע לקשיש לקבל (שמונה משפחות), עזר במאבק נגד בירוקרטיה (משפחה אחת), נתן תמיכה נפשית (שלוש משפחות) ופעל לקבלת מטפלת ממין מתאים לשומרי צניעות (משפחה אחת).

דיון

סוגיית הבטחת רמת שירות נאותה במסגרת מתן טיפול ביתי לקשישים מוגבלים היא בעיה כלל עולמית. באנגליה קיימות תוכניות מעקב שונות המיועדות להבטיח מתן שירותים ברמה ובסטנדרטים הגבוהים ביותר (Department of Health, 2000). תוכניות אלה כוללות בין היתר מנגנוני בקרה שמטרתם להבטיח את איכות השירותים המסופקים לקשישים.

בישראל קיימות רק תוכניות חלקיות ומצומצמות מעין אלה. מודל המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד הוא תוכנית ניסיונית ראשונה מסוגה אשר מטרתה לא רק לספק מסגרת ארגונית למעקב אחר רמתם הנאותה של השירותים הניתנים במסגרת גמלת הסיעוד, אלא גם להגביר את הידע והחוללות העצמית של הקשישים ובני משפחתם בנוגע לזכאותם לשירותים ולזכותם למצות שירותים אלה.

בפרק הבא נדון בתוצאותיו העיקריות של הערכת מודל המעקב. הדיון יתייחס לאספקטים הבאים:

1. הכשרת המתנדבים במסגרת הפרויקט.
2. השפעת המעקב על הקשישים.
3. השפעת המעקב על בני המשפחה של הקשישים.
4. הערכת תהליך המעקב.

הכשרת המתנדבים במסגרת הפרויקט

אם כי, באופן כללי המתנדבים שהשתתפו בפרויקט הביעו שביעות רצון גבוהה מקורס ההכשרה, רוב עבודת המעקב (בעיקר בביקורי הבית) לא התבצעה על ידם. לממצא זה מספר הסברים והשלכות. ראשית, כבר בהערכתם את קורס ההכשרה הביעו המתנדבות רצון לקבל יותר הכשרה והדרכה מעשית וביטאו את רצונן לקבל יותר הדרכה בתחום הרגשי. אין ספק שעבודה עם קשישים מוגבלים הסובלים לעתים קרובות גם מקשיים קוגניטיביים, היא מטלה כבדה ורגישה הדורשת הדרכה והכשרה מעמיקה. למרות רצונן הטוב של המתנדבות, הקשיים בתקשורת עם קשישים תשושים קשה רגשית ומנטאלית ודורשת ידע ומיומנות מקצועית. יתרה מכך, הגישה, הידע והמיומנות של נותני השירותים נתפסות בעיני מקבלי השירותים כאחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על איכות השירותים המתקבלים (Francis & Netten, 2004). על כן, יש לשקול להרחיב את ההכשרה הניתנת למתנדבים כדי להבטיח המשכיות ושביעות רצון גבוהים.

השפעת המעקב על הקשישים

השפעת המעקב על הקשישים נבדקה על ידי הערכת שביעות רצונם מהשירותים המסופקים במסגרת חוק ביטוח סיעוד ועל ידי הערכת החוללות העצמית שלהם בנוגע לקבלת השירותים.

הערכת שביעות הרצון של הקשישים מאיכות השירותים המסופקים הינה משימה עדינה ומסובכת. ראשית למושג איכות יש צדדים אובייקטיביים וסובייקטיביים והם משפיעים האחד על השני. במחקר הנוכחי (עקב חוסר היכולת לקבל הערכות אובייקטיביות) הסתמכנו על דיווחים סובייקטיביים של הקשישים ובני משפחתם.

ממצאי מחקר ההערכה עולה תמונה מעניינת. ראשית, בריאיון הראשון (לפני הפעלת הפרויקט), הקשישים בקבוצת הביקורת ובקבוצת המחקר דיווחו על רמות גבוהות יחסית של שביעות רצון מהשירותים שהם מקבלים במסגרת גמלת הסיעוד. יחד עם זאת, קיים חשש מהטייה לדיווח יתר של שביעות רצון. ראשית, ידוע מהספרות שקשישים נוטים לדווח על רמות גבוהות יחסית של שביעות רצון משירותי בריאות ומשירותים סוציאליים (Cohen-Mansfield, Ejaz & Werner, 2000; Lindow & Morris, 1995). שנית, מתשובותיהם של המשתתפים בשתי הקבוצות עולה תמונה המראה שמקבלי ביטוח סיעוד לא יודעים, לא רוצים או מפחדים להתלונן ואו לדווח על אי שביעות רצון. אכן, בתשובות בנוגע לשאלות על שביעות רצון מהשירותים במסגרת טיפול אישי, חלק ניכר מהקשישים בשתי הקבוצות ציינו שלא דיווחו לאף אחד על מקרים בהם התעוררו בעיות במהלך עבודתה של המטפלת. התנהגות זו יכולה להיות תוצאת המצב התלתי בו נמצאים הקשישים מקבלי גמלת הסיעוד ומחששותיהם מנקמה או מקבלת טיפול נחות אם ינדע למטפלת שהתלוננו או הביעו אי שביעות רצון ממנה. גם בספרות מוזכרת תופעת רתיעתם של קשישים לבטא אי שביעות רצון משירותי בריאות ושירותים סוציאליים, בעיקר בגלל חששות, חוסר רצון לבקר אנשי מקצוע ובגלל אמונות שאין אפשרות לשנות את המצב (Bauld, Chesterman & Judge, 2000). סיבה נוספת לרמות הגבוהות של שביעות רצון שדיווחו על ידי הקשישים, היא שהקשישים מפתחים יחס אישי עם המטפלת ועל כן מרגישים לא בנוח לבקר אותה או להתלונן עליה. לבסוף, מכיוון שבמסגרת גמלת סיעוד הקשישים מקבלים שירותים עקב זכאותם ולא כלקוחות הקונים שירותים אלה, הם עשויים להרגיש שאין להם זכות להתלונן או לדווח על אי שביעות רצון.

אכן, אחת ממטרות פרויקט המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד הייתה להבטיח שמקבלי גמלת הסיעוד ידעו לבקש ולמצות את זכויותיהם. מבחינה זאת הייתה לתוכנית הצלחה מכיוון שממצאי מחקר ההערכה מראים שבקבוצת המחקר רמת שביעות הרצון של הקשישים משירותי הטיפול האישי ירדו אחרי ההשתתפות בפרויקט, בעוד שבקבוצת הביקורת לא נרשם שינוי מובהק. ממצא זה עשוי להצביע על תחושת העצמה שקיבלו הקשישים אשר השתתפו בפרויקט.

שביעות רצון מהשירותים מושפעת מרמת הידע שיש לקשישים בנוגע לשירות שהם מקבלים (Bauld, Chesterman & Judge, 2000), על כן במסגרת מחקר ההערכה נבדק הידע של הקשישים בנוגע לחוק ביטוח סיעוד לפני ואחרי הפעלת הפרויקט.

ממצאי המחקר מראים כי רמת הידע של הקשישים בקבוצת המחקר ובקבוצת הביקורת, עלו לאורך הזמן, אם כי בקבוצת המחקר העלייה הייתה משמעותית יותר, לא רק בגלל שנרשמו שינויים מובהקים מבחינה סטטיסטית במספר גדול יותר של פריטים, אלא בעיקר בגלל שלמשתתפים בקבוצת המחקר הייתה רמת ידע נמוכה יותר מאשר למשתתפים בקבוצת הביקורת בריאיון הראשון. ממצא זה מרמז על כך שהשתתפות בפרויקט העלתה את הידע של הקשישים בנוגע לזכויותיהם במסגרת חוק ביטוח סיעוד ובעיקר את הידע בנוגע לכללי הזכאות והשירותים אשר הם זכאים לקבל במסגרת גמלת הסיעוד.

באשר לשביעות הרצון של הקשישים בקבוצת המחקר מהשתתפותם בפרויקט המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד, רובם המכריע הביע שביעות רצון גבוהה, אם כי היה להם קושי לבטא באופן ספציפי במה עזר להם הפרויקט.

השפעת המעקב על בני המשפחה של הקשישים

מחקר ההערכה כלל גם ראיונות עם בני המשפחה של הקשישים מקבלי גמלת הסיעוד, כדי לקבל מימד נוסף בנוגע להשפעת מודל המעקב והפיקוח ומכיוון שניתן היה לצפות שחלק ניכר מהקשישים לא יהיו מסוגלים להתראיין (בגלל מגבלות פיזיות ואו קוגניטיביות). בדומה לקשישים עצמם, ההערכה כללה את בחינת שביעות רצונם של בני המשפחה, רמת הידע שלהם ורמת החוללות העצמית שלהם.

בנוגע לשביעות הרצון של בני המשפחה מהשירותים שהקשיש מקבל במסגרת חוק ביטוח סיעוד, נמצא כי בעוד שבקבוצת המחקר חלה עלייה ברמת שביעות הרצון של בני המשפחה מהטיפול האישי, בקבוצת הביקורת חלה ירידה בשביעות הרצון. מכיוון שבני המשפחה הם צעירים יותר, יש להניח שאין תוצאות אלה מושפעות מההטיות הנפוצות שמשפיעות על דיווחי שביעות רצון של קשישים, ולכן ניתן להניח שאכן הבדלים אלה משקפים עלייה בשביעות הרצון בקבוצת המחקר כתוצאה מהפרויקט.

באשר להשפעת הפרויקט על בני המשפחה, ממצאי המחקר מראים באופן ברור כי בעוד שרמת הידע של בני המשפחה בקבוצת המחקר עלתה בצורה מובהקת בכל הפריטים, השינויים בקבוצת הביקורת היו מעטים ולא מובהקים מבחינה סטטיסטית. לאור החשיבות הרבה שיש לידיע במיציא זכויות בהעלאת שביעות הרצון של מקבלי השירותים, נראה שהממצא משקף את השפעתו החיובית של הפרויקט. נתון זה חשוב במיוחד, כי לאור העובדה שמקבלי גמלת סיעוד הם לרוב קשישים מוגבלים ותשושים, יש להניח שבני המשפחה יהיו היוזמים העיקריים שיבקשו לשפר את השירותים והם הם יהיו הסוכנים דרכם יובטח איכותו של השירות הניתן.

מטרה נוספת של מודל המעקב והפיקוח אחר חוק ביטוח סיעוד הייתה להגביר את מודעותם של מקבלי הגמלה בנוגע לזכויותיהם, להגביר את מיצוי זכויותיהם, להעצים אותם ולעזור להם למצוא שירותים קהילתיים העונים על צרכיהם. לשם כך, מחקר ההערכה בחן את רמות החוללות העצמית של בני המשפחה לפני ואחרי הפרויקט. ממצאי מחקר ההערכה מראים בצורה ברורה את השפעת תוכנית המעקב והפיקוח על תפיסותיהם של בני המשפחה בנוגע ליכולתם להתמודד עם המצב הטיפולי. בעוד שבני המשפחה בקבוצת המחקר שיפרו בעיקר את אמונתם בנוגע ליכולתם למצוא שירותים מתאימים ונאותים לקשיש, בקרב בני המשפחה בקבוצת הביקורת לא חל כל שינוי ואף חלה הרעה מסוימת כאשר פחות בני משפחה האמינו ביכולתם למצוא שירותים מתאימים. לגבי רמת ההיכרות עם שירותים קהילתיים וארגונים העוזרים למשפחות במצב דומה בקבוצת המחקר נרשם שיפור ניכר, כאשר בקבוצת הביקורת לא נרשמו שינויים מהותיים.

הערכת תהליך המעקב

אחת הבעיות של תהליך המעקב היא חוסר יכולת המתנדבים להסביר לקשישים ובני משפחותיהם את ההבדל בין העובד בפרויקט המעקב לבין העובד הסוציאלי. עובדה אשר לעיתים גרמה לדרישות שונות מצד המשתתפים, דרישות אשר המתנדב לא יכול היה לממש עקב חוסר סמכות (לדוגמה: הגדלת כמות השעות המגיעות לקשיש). מומלץ ליצור הגדרת תפקיד ברורה של עובד המעקב ולהסבירה לקשישים ובני משפחותיהם.

בעיה נוספת היא תחלופה גבוהה של מתנדבים ועובדי סמך של לשכת הרווחה. עובדה היוצרת בעיית שימור ידע ארגוני ותקופות של שפל כאשר מרכז המעקב מתקשה לבצע ביקורים ובדיקות טלפוניות לצורך בדיקת איכות השירותים.

לדעתנו, ניתן לשפר את תפוקות פרויקט המעקב ע"י חלוקת חומר מודפס (פליירים) למשתתפים בעת הביקור או משלוח של מעטפות בדואר. מטרת הפליירים להסביר בקצרה ובשפה פשוטה את עיקרי הזכויות של מקבלי חוק ביטוח סיעוד, מתן פרטים על השירותים הקיימים באזור המגורים של הקשיש ומספר הטלפון של מרכז המעקב.

סיכום ומסקנות

לאור הפעילות הענפה שהתרחשה בתוכנית לפיקוח ומעקב אחר חוק ביטוח סיעוד ועל סמך הממצאים של מחקר ההערכה, ניתן להסיק שיש צורך בתוכנית שתבטיח את רמת האיכות והמיצוי של השירותים הניתנים במסגרת חוק ביטוח סיעוד. יתרונות המודל הניסיוני והמלצות להמשך הפעלתו (כפי שסוכם על ידי המפעילים) מתוארים למטה:

יתרונות המודל

- המודל מאפשר קיום מעקב שיטתי על פי דרגות נזקקות של הקשישים, מעקב שלא התקיים עד עכשיו באופן כה רחב ומפורט.
- כלי המעקב המתייחסים לרמות מעקב שונות אפשרו התייחסות לנזקקות של הקשיש ובקביעת אינטנסיביות המעקב.
- קביעת רמות מעקב שונות, אפשרה הרחבת היקף המעקב בכלל ומעקב בתדירות גבוהה יותר לקשישים במצבי סיכון בפרט.
- התדירות הרבה יותר של ביקורים בקרב הקשישים שנקבעו כזקוקים למעקב מוגבר או בינוני הוכיח עצמו בכך שנמצאה אצלם באופן יחסי כמות בעיות רבה יותר.
- הפעלת המעקב מאפשר מיצוי טוב יותר של זכויות הקשישים והעצמתם.
- קיימת התאמה רבה יותר של סל השירותים לצרכי הקשישים.
- היכרות מתמשכת של עובדי ומתנדבי יחידת המעקב עם הקשישים מאפשרת יצירת יחסי אמון המאפשרים חשיפת בעיות.
- מחשוב המעקב מאפשר יעילות רבה יותר בביצוע המעקב הפרטני ובאיסוף מידע על אוכלוסיית הקשישים מקבלי חוק סיעוד.
- קיום מעקב שיטתי אחר מקבלי חוק סיעוד גרם להיכרות עם צרכי אוכלוסייה שלא נזקקה לשירותים אחרים של לשכת הרווחה.
- באמצעות מתנדבים ניתן להרחיב את המעקב הטלפוני.
- בעיות אקוטיות של היעדרויות מטפלים או יחס לא הולם לקשישים נחשפות על ידי מעקבים טלפוניים.
- בני משפחות הקשישים קיבלו מידע שאפשר להם למצות טוב יותר את זכויות מקבלי חוק הסיעוד.
- היום קיים שיתוף פעולה רחב יותר בין ועדת חוק סיעוד ליחידת המעקב שמאפשר לוועדה לקבל מידע בצורה נרחבת יותר מהשטח לגבי אופן תפקוד החברות וספקי השירותים השונים.

- ככל שהתבססה עבודת יחידת המעקב כן למדו העובדים הסוציאליים להשתמש בה בכדי להפחית את העומס מהם בכל הקשור לביצוע שינויים בתכניות הטיפול.
- יש חשיבות לקיום קשר קבוע בין עובדי יחידת המעקב לעובדים הסוציאליים הפרטניים בקשישים.
- קריאה והעברת משוב לדוחות הפיקוח שמועברים על ידי חברות הסיעוד, גרם להתייחסות מפורטת יותר של חברות הסיעוד בכתיבת הדוחות והתייחסות עניינית יותר לפניית עובדי יחידת המעקב.

דילמות והמלצות להמשך הפעלת הפרויקט

- כדי לעמוד בסטנדרטים הנדרשים למעקב במודל הנוכחי יש צורך בהגדלת אחוזי המשרות של הסומכות.
- לא ניתן להסתמך באופן שיטתי על ביקורי הבית של המתנדבים.
- עלתה לדיון האפשרות של הגברת ביקורי הבית בשלב ההיכרות הראשונית של הקשיש עם יחידת המעקב, כדי לרכוש את אמונם וכדי ליצור מובחנות של עובדי יחידת המעקב והמתנדבים משאר נותני השירותים הנמצאים בקשר איתם.
- הורדת היקף הביקורים אצל קשישים המבקרים במרכז יום בלבד לפעם בשנה, תוך המשך קיום המעקב הטלפוני.
- דיון באופן עריכת המעקבים בבתי-אבות, הוסטלים, יחידות לדיור מוגן.
- קשישים הסובלים מבעיות מורכבות יהיו במעקב העובדת הסוציאלית הפרטנית, אלא אם עולה צורך במעקב מוגבר שאין באפשרות העובדת סוציאלית לבצע.

לסיכום, המודל הניסיוני לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד הוכח כנחוץ ויעיל ואף מומלץ להרחיבו למסגרות אחרות.

רשימת מקורות

- Bauld, L., Chesterman, J. & Judge, K. (2000). Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature. *Health and Social Care in the Community*, 8(5), 316 – 324.
- Burnette, D. (1999). Custodial grandparents in Latino families: Patterns of service use and predictors of unmet needs. *Social Work*, 44(1), 22 – 34.
- Cohen-Mansfield, J., Ejaz, F. & Werner, P. (2000). *Satisfaction surveys in long-term care*. Springer: New York.
- Department of Health (2000). *A quality strategy for social care*. London: Department of Health.
- Fortinsky, R. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging and Mental Health*, 6(2), 153 – 160.
- Francis, J. & Netten, A. (2004). Raising the quality of home care: a study of service users' views. *Social Policy and Administration*, 38(3), 290 – 305.
- Lindow, V. & Morris, J. (1995). *Service user involvement: Synthesis of findings and experience in the field of community care*. A report for the Joseph Rowntree Foundation.

נספח: נתונים מנהליים על מהלך הפרויקט

1. מספר הקשישים שנמצאים במעקב של הפרוייקט. 823.
2. מאז תחילת הפרוייקט. נערכו 3680 ביקורי בית בקרב קשישים מקבלי חוק סיעוד. 3456 ביקורי בית נערכו על ידי סומכות ו2241 ביקורים נערכו על ידי מתנדבות.
3. נערכו כ 6600 מעקבים טלפוניים רובם על ידי המתנדבות.
4. התגלו 696 בעיות. 93 מהבעיות שהתגלו היו אצל אותם קשישים.
5. פירוט סוגי הבעיות: בעיות באספקת טיפול אישי: 567 בעיות.
6. בעיות באספקת מוצרי ספיגה 90 בעיות.
7. בעיות במרכזי יום: 21 בעיות.
8. בעיות בשירותי כביסה: 7 בעיות.
9. בעיות בלחצני מצוקה: 6 בעיות.
10. פירוט 567 התלונות בטיפול אישי: 225 בעיות של אי מילוי שעות. 75 בעיות של יחס שלילי של מטפלת, 60 בעיות של אי מילוי מטלות נדרשות. 60 בעיות של תקשורת. 48 בעיות שהתכנית טיפול לא מתאימה לצרכי הקשיש. 42 בעיות שזמן הגעת המטפל לא מתאימה לצרכי הקשיש. 29 בעיות של חוסר מקצועיות של המטפל. 15 תלונות על איחורי מטפלים. 15 תלונות על יחס חברות הסיעוד. 13 תלונות על העדרות מטפל ללא ידיעת חברת הסיעוד. 10 בעיות של אי התאמת המטפלת למין הקשיש. 4 תלונות על גניבות. 2 מקרים של תלונות על אלימות פיזית.
10. פירוט 90 הבעיות באספקת מוצרי ספיגה. 9 תלונות על כך שהמוצרים לא סופקו. 8 תלונות על טעויות באספקת המוצרים. 11 תלונות על יחס הנהגי חלוקה 26 תלונות על איכות המוצרים. 36 תלונות על אי התאמת המוצרים לצרכי הקשישים.
11. פירוט 7 הבעיות בשירותי כביסה. 5 בעיות על תדירות ואופן אספקת ואיסוף הכביסה. 2 בעיות של אבדן מוצרים שנשלחו לכביסה.
12. פירוט 21 הבעיות במרכזי היום: 19 תלונות על ההסעה למרכז: על איחורים והתנהגות הנהגים. תלונה אחת על איכות האוכל המוגש במרכז. תלונה אחת על העדר מטפלת קבועה להאכלה וסיוע לקשישים.
13. פירוט 6 הבעיות בלחצני מצוקה: 2 תלונות על אופן ההענות לקריאות הכולל חוסר בידיעת אנגלית ורוסית. תלונה אחת על אופן הצבת הלחצן ועל יחס המתקין. 2 תלונות על עיכוב בהזמנת אמבולנס. תלונה אחת על כך שהמוקד לא יידע את בן הקשישה על מצבה.