



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**השפעת חוק סיעוד
על מערך העזרה הבלתי-פורמלי
בקשישים מוגבלים**

סקר מס' 92

ה מ ו ט ז ל ב י ט ו ח ל א ו מ י
מינהל המחקר והתכנון

השפעת חוק סיעוד
על מערך העזרה הבלתי-פורמלי בקשישים מוגבלים

ברנדה מורגנשטיין
שרית בייץ-מוראי

ירושלים, אדר א' התשנ"ב, פברואר 1992

ה ק ד מ ה

אוכלוסיית היעד של חוק ביטוח סיעוד היא קבוצת הקשישים המוגבלים בתפקודם היום-יומי והחיים בבית, ובני משפחתם המטפלים בהם.

מאחר והחוק מיועד לסייע לבני המשפחה בנטל הטיפול, יש חשיבות רבה בבחינה מקרוב אחר תרומת החוק למטפלים הלא פורמליים בקשישים. דווח זה מהווה סיכום נתונים שנאספו במהלך ראיונות עם המטפלים העיקריים של הקשישים שתבעו גמלת סיעוד.

עבודה זו כוללת פרקים עיקריים. בפרק הראשון יוצגו נתונים בסיסיים על המטפלים העיקריים: סוגי המטפלים, תאור העזרה שהם מגישים לקשישים ותאור הרשת הפורמלית והלא-פורמלית המסייעת למטפל העיקרי ונוטלת חלק פעיל בטיפול בקשיש. לבסוף יוצגו נתונים המשקפים את העומס והקשיים שחלו על המטפל העיקרי לפני הנהגת השירותים מטעם חוק בטוח סיעוד.

הפרק השני מתמקד בהשוואת הנתונים בין שלב התביעה ושלב המעקב בתחומי המחקר שפורטו לעיל, תוך נסיון לבחון את תרומת החוק לאחר מתן שירותים לזכאים.

המחקר נערך ע"י גב' ברנדה מורגנשטיין, מנהלת המחלקה להערכת גימלאות ארוכות מועד וגב' שרית בייץ-מוראי, חוקרת בכירה במחלקה זו, ועל כך נתונה להן תודתי.

שלמה כהן
מנהל אגף מחקר שוטף

תוכן עניינים

	הקדמה
1	מבוא
8	תאור המטפלים ומצב הטיפול בשלב התביעה
20	הבדלים בין מטפלים בשלב הגשת התביעה ובעת המעקב
34	טיפול בקהילה או סידור מוסדי
38	בחירה בין גמלת שירותים לגמלה כספית
39	סיכום
41	בכלי וגרפיה

מ ב א

תפקידו של המגזר הציבורי במתן סיעוד ובמימון נבדק בקפידה במדינות רבות, הבוחנות את היתרונות והחסרונות של יזום תכניות חדשות או שינוי תכניות קיימות כדי לענות על הצרכים הגוברים של האוכלוסייה הקשישה. הספרות שנכתבה בעשור האחרון תיעדה בהרחבה את הסיבות לדאגתם הגוברת של קובעי המדיניות באשר להערכה מחודשת של תכניותיהם ולתיקונן. ניתן לקבץ סיבות אלו לשלוש קבוצות עיקריות:

גידול בשיעורי מוגבלות

כ-8.8% מאוכלוסייה בגיל 65+ בישראל זקוק לעזרה בניצוע פעולות יום יום, (רחצה אכילה, הלכשה וכו'). שיעור המוגבלות אמור להגיע ל-11% בשנת 2000. יש לציין שגידול בצרכים אלה נובע בין השאר מגידול חלקה של האוכלוסייה הקשישה ביותר בין כלל הקשישים. לדוגמא הגידול בהיקף המוגבלות בין השנים 1985 ל-1988 היה כ-33% וזאת בהשוואה לגידול של 17% בגודל אוכלוסיית הקשישים בתקופה הנדונה (פקטור ואחרים 1991).

הצורך בשירותים

בקרב האוכלוסיות המבוגרות, יחסי הגומלין בין הכנסה, השכלה, מצב משפחתי, הסדרי מגורים וכו' משפיעים על הגדרת צורכי הטיפול מגורמים פורמליים ולא פורמליים. לשינויים דמוגרפיים וחברתיים השפעה לא רק על זמינות הטיפול (למשל שינויים בדפוס של יציאת נשים לעבודה) אלא גם על נורמות וציפיות לסיוע מהמדינה ונכונות המשפחה לרכוש שירותים מבחוץ. למרות ניבויים בכיוון ההפוך, משפחות אינן נוטשות את אחריותן לטיפול וממשיכות לשאת באחריות העיקרית לטיפול בקשיש. שינויים דמוגרפיים, כמו הגידול בשיעור הקשישים המוגבלים כקהילה ושינויים חברתיים אחרים, מצביעים על כך שהקשישים והמטפלים הבלתי פורמליים יזדקקו בעתיד לתמיכה גדולה יותר מהממסד והמערכת הפורמלית, על מנת להבטיח את איכות הטיפול ומניעת אשפוז מוסדי.

גידול בהוצאות טיפול

ההוצאה על שירותי בריאות, טיפול אישי ושירותים אחרים לקשיש עולה על שיעור הקשישים באוכלוסייה. כתוצאה מכך מרבה הספרות לעסוק במחיר הטיפול, שלעיתים קרובות אינו נסבל מבחינה כלכלית (Rivlin & Wiener, 1988). האומדנים על ההוצאה הציבורית לבריאות קשישים נעו ב-1980 בבריטניה ל-\$975 לנפש, ול-\$2000 במדינות סקנדינביה. אמנם מצבם הכלכלי של הקשישים אמור להשתפר בעשור הבא (Wells & Freer) אך מחיר הטיפול הממושך צפוי לגדול מהר יותר. הוצאות על מוסדות סיעוד לדוגמא, צפויות לגדול בארה"ב מ-33,000 מיליוני דולר ב-1986-1990 ל-98,000 מיליוני דולר ב-2016-2020, במחירי 1987 (Rivlin & Wiener 1988).

בארץ, הוחלט כאמור לאחר תהליך ממושך, לרכז את מירב המשאבים לטיפול בקשישים המוגבלים, באמצעות חוק ביטוח סיעוד.

ביטוח סיעוד

ב-1983, לפני התחלת ביצועו של חוק ביטוח סיעוד, אירגונים פורמליים סיפקו שירותי טיפול אישי רק ל-18% מהקשישים התלויים ב-ADL שהתגוררו בקהילה, ושירותי ניהול משק בית ל-8%-9% (פקטור ואחרים, 1991). ב-1989 לאחר הפעלת חוק ביטוח סיעוד, כ-50% מהקשישים המוגבלים החיים בקהילה קיבלו שירותי טיפול אישי, מרביתם במימון החוק.

בהנחה שיש קונצנזוס על כך שהחברה החליטה לקבל על עצמה חלק מהאחריות לטיפול באוכלוסייה הקשישה, עולה השאלה כיצד תתחלק אחריות זו בין המשפחה למדינה. ברוב המדינות תוכניות לטיפול בקשישים, מושתתות על העקרון שהאחריות הראשונית לטיפול בקשיש נתונה בידי הקשיש עצמו ומשפחתו. תפקידה המסורתי של המדינה היא אספקת טיפול לאלה שצרכיהם אינם נענים על ידי המגזר הבלתי פורמלי.

1. ADL (Activities of Daily Living) - מוגבלות בביצוע פעולות יום-יום, נולל ניידות בבית, הלבשה, רחיצה, אנילה, וטיפול בהפרשות.

תוך התבססות על העיקרון של שוויוניות וזכאות אישית, הוחלט לאמץ בישראל גישה אוניברסלית למדי, שתספק רמה בסיסית של שירותים לקשישים, הזכאים אך ורק על פי מידת התלות שלהם, ושאינה מותנית במידת הטיפול הניתן על ידי המשפחה. האוכלוסייה הזכאית הוגדרה כמוגבלת ביותר הזקוקה לעזרה רבה מזולת לפחות בשנים מתחומי התפקוד הבסיסיים, כגון רחצה והלבשה. רמת המשאבים לזכאי הוגבלה לשתי רמות גמלה, לשם אספקת סל שירותים מוגדר. במקום שיקול דעת מקצועי הוחלט על שימוש בכלי מובנה לקביעת זכאות, המתבסס על העיקרון של מתן ניקוד בתחומי המוגבלות השונים.

בסוגיה של טיפול פורמלי ובלתי פורמלי, ביטוח סיעוד בישראל הוא ביטוי לדאגת החברה להפחתת עומס הטיפול על המשפחה. זאת מתוך גישה שרוב המשפחות המטפלות באדם מוגבל זקוקות במידה זו או אחרת לעזרה פורמלית, ושחשוב שהמגזר הציבורי יתחלק עם המשפחות בעומס הטיפול על פי בסיס זכאות שיווני ואוניברסלי.

בישראל 86% מן הקשישים התלויים החיים בקהילה מטופלים על ידי בני המשפחה, וכך הדבר ברוב המדינות. ניסוח החוק משקף את העובדה שהחברה נטלה על עצמה להשתתף בנטל הטיפול עם המשפחות ולא לבוא במקום המשפחה. יתר על כן, מעבר לוויכוח הציבורי והמקצועי האם טיפול יקר המממן ציבורית ישמש תחליף למה שכבר ניתן בלא תשלום על ידי המשפחה, החוק הישראלי מבטא את הכרת קובעי המדיניות, שהמשפחה אינה יכולה עוד להיחשב למשאב-חינם. למעשה, זו איננה כלל שאלה של החלפת אחריות. הטיפול המשפחתי הבלתי פורמלי הוא אכן היסוד לביצוע כל תכנית פורמלית של טיפול בית בקשיש במסגרת חוק הסיעוד. שום תכנית מסוג זה איננה ברת ביצוע בלא טיפול משפחתי רחב.

מובן מאליו, שכלא טיפול בלתי פורמלי, לא ניתן היה לעמוד בהוצאה הציבורית על טיפול אישי. לכן גדלה והולכת המודעות לכך שהמטרות המציאותיות של שירותי סיעוד אינם לענות על כל הצרכים, אלא לתמוך באחריות הנמשכת של המשפחה ובטיפול על ידי התחלקות בעומס הטיפול והפחתתו.

אי אפשר להעריך את מאזן הטיפול הפורמלי/הכלתי פורמלי בקהילה בדומה לקריטריון המשמש להערכת מאזן של הטיפול הקהילתי/המוסדי, זאת אומרת במונחים של העברת אחריות, אלא במונחים של אחריות משותפת. כמו כן, מבחינת עלות כספית, אין המטרה יכולה להיות הפחתת עלויות, שכן הנהגת תכנית נרחבת של טיפול, תגדיל בהכרח את ההוצאה הציבורית (Wiemer, 1989). התפתחות תכניות לטיפול ממושך בקהילה תורמת לחיזוק הנורמה החברתית הרצויה של אספקת טיפול בבית, שכן היא מציעה עזרה ציבורית מסויימת בתקופה שבה תנאים חברתיים משתנים מקשים עוד יותר על מתן טיפול זה על ידי המשפחה.

בתקופה שבה הצרכים גדלים במהירות, השינויים בתנאים הדמוגרפיים והחברתיים, לוחצים על קובעי המדיניות להכיר בכך, שהפחד מהחלפת שירות ביתי הניתן חינם על ידי המשפחות, בשירותים בתשלום, איננו פחד ריאלי. מחקרים מסוג ה-Channeling Project כארה"כ מעלים, שההשפעה הראשונית של מתן שירותים בתשלום היא מלוי צרכים שלא קיבלו מענה, ולא הקטנת היקף הטיפול הניתן על ידי המשפחה. ניסיונה של ישראל מלמד אף הוא שתשיפת צרכים חסרי מענה, היא אפשרות אותה יש לקחת בחשבון כשמתכננים תכנית סיעוד מקפת, בייחוד תכנית הפועלת על בסיס של זכאות אישית.

מחקר על השפעת חוק ביטוח סיעוד על בני המשפחה המטפלים

כבר בשלבי תכנון חוק ביטוח סיעוד היה ברור שאוכלוסיית היעד של החוק הינה לא רק הקשיש המוגבל אלא המשפחה המטפלת. אי לכך אחת ממטרות החוק הוא הקלה על המשפחה על ידי הפחתת העומס הכרוך בטיפול בקשיש המוגבל. הספרות והניסיון מלמדים שהמשפחה ממשיכה למלא תפקיד עיקרי בטיפול בקשיש המוגבל. המטפלים העיקריים הם בדרך כלל בני זוג ובנות. יציאתן של נשים רבות לעבודה הפחיתה באופן משמעותי את מספר הנשים (בנות ובנות זוג) הפנויות לטפל בבן משפחה חולה, ובת הלוקחת על עצמה את הטיפול נקרעת בדרך כלל בין ריבוי התפקידים שלה כבת להורה מוגבל, כרעיה וכאם לילדים משלה. הלחץ הנפשי והעומס נובעים מהצורך במתן טיפול פיזי, מן ההתמודדות עם התנהגויות לא מקובלות, מדאיגות, האפשרות שהתולה יזיק לעצמו, ומהגבלות בחיי היום בתחומים השונים. מלבד קשיים אלה בני המשפחה עוברים שינויים משמעותיים בכל מערך חייהם. חלים שינויים

בתפקידים המסורתיים בין שני בני-הזוג, ובהרגלי הזמן הפנוי, והמטפלים מדווחים על מצב רוח ירוד, תחושה של בדידות, רגשי אשמה ואף לעיתים התנגדות לחולה ולטיפול.

לאור מעמדה הראשוני של המשפחה לטפל בקשיש, חשוב לעקוב מקרוב על תרומת מתן שירותים פורמליים במסגרת החוק על בני המשפחה המטפלים. ביצוע ניסוי בהפעלת חוק הסיעוד סיפק הזדמנות יוצאת דופן ללמוד מה הן השלכותיו של מערך השירותים שניתן באמצעות החוק על המשפחות ותחושת עומס הטיפול.

המחקר² נערך בקרב 428 מטפלים עיקריים שהקשישים בטיפולם הגישו תביעה לקבלת גמלת סיעוד מכות החוק. המטפלים רואיניו לראשונה בעת הגשת התביעה, ושנית לאתר 6-8 חודשים שבמרוצתם, הזכאים לגמלה קיבלו שירותים במסגרת החוק.

הנושאים שנבדקו במחקר היו:

- דפוסי העזרה של המטפלים העיקריים בקשישים כעת הגשת התביעה והשפעת שירותי הסיעוד על דפוסי העזרה?
- הקשיים, העומס הטיפולי, וההגבלות שמרגיש המטפל העיקרי סביב הטיפול? האם גמלת סיעוד מקלה על הרגשת העומס? מה השפעת הגמלה על יכולת ההתמודדות של המטפל עם הקשיים ונכונות להמשיך בטיפול?
- עמדתו של המטפל העיקרי ביחס לתוכניות לסידור מוסדי.
- עמדת המטפלים העיקריים ביחס לגמלת סיעוד בכסף או בשירותים.

2. לפרוט מערך המחקר והמצאים האחרים בניסוי ראה: ב. מורגנשטיין, ש. בייץ-מוראי וחמר הרון, "ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק א' ו-ב'" פרסומים מס' 33 ו-40, המוסד לביטוח לאומי.

בחירת אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר היתה מורכבת ממטפלים עיקריים אשר אותרו על פי הנוהלים הבאים: פקידי התביעות שראינו את כל מגישי התביעות בררו בעת הראיון מי המטפל העיקרי לפי הקריטריון הבא: אדם המכצע בעצמו את עיקר הטיפול האישי בתובע ובסכיבתו, ללא תשלום, או האחראי לארגון השירותים ועזרה הניתנים על ידי אחרים. כאשר לא היה מטפל מבני המשפחה אפשר היה להגדיר כמטפל חבר או שכן. כשלא היה גם כזה, אפשר היה לראות באיש מקצוע (עו"ס, אחות) מטפל עיקרי.

לוח מס. 1: המטפלים העיקריים, לפי היישוב שבו נערך הניסוי ולפי שלב המחקר

שלב II		שלב I		י ש ו ב
אחוזים	מספרים מוחלטים	אחוזים	מספרים מוחלטים	
100	326	100	428	סה"כ תובעים
66	216	65	278	רחובות
13	41	14	62	באר טוביה
13	41	11	45	יהוד
8	28	10	43	כפר קאסם

ככל ארבעת היישובים גם יחד, שבהם נערך הניסוי, 541 קשישים הגישו תביעה לגמלת סיעוד. בשלב הגשת התביעה (שלב I) רואיינו 428 מטפלים עיקריים. בשלב המעקב (שלב II) רואיינו 326³.

3. סיבות לנשירת מרואיינים בשני שלבי המחקר:

- א. חלק מהתביעות שהגיעו לסניפים בדואר לא אפשרו לברר מי המטפל העיקרי.
- ב. המטפל העיקרי סירב להתראיין, החחמק, ביקורי סרק.
- ג. אשפוז במוסד, פטירת התובע.
- ד. שינוי כחובת, כחובת לא נכונה וכו'.

תאור המטפלים ומצב הטיפול בשלב התביעה

תאור מטפלים עיקריים

את המטפלים העיקריים ניתן לחלק לפי יחס הקרבה לתובע לקטגוריות הבאות: בני ובנות זוג (38%) ילדים (41%) ואחרים (21%), הכוללים בעיקר בני משפחה רחוקים ומקצת עובדים מקצועיים (עו"סים ואחיות) או מטפלות אישיות. רק 10% מכלל המטפלים לא היו מכני משפחת התובעים. בולט שקבוצת המטפלים הגדולה ביותר הם ילדי התובעים, מתוכם 29% בנות ו-12% בנים.

לוח מס. 2: הקשישים לפי רמת מוגבלות ולפי קרבת המטפל העיקרי (באחוזים)

רמת זכאות*	סה"כ	בן/בת זוג	בן	בת	אחר
סה"כ	100	38	12	29	21
לא זכאי לגמלה	100	37	12	28	23
זכאי ברמה הנמוכה	100	35	12	32	21
זכאי ברמה הגבוהה	100	46	12	26	16

* רמת הגמלה כפי שנקבעה לאחר הגשת התביעה. הערה זו נכונה לכל הלוחות מכאן ואילך.

נמצא קשר מסויים בין קרבת המטפלים העיקרי לקשיש למידת מוגבלותו. הלוח מורה ששיעור גבוה יחסית של קשישים (46%) במצב הקשה ביותר, שנקבעו זכאים לגמלה ברמה הגבוהה, היו מטופלים על ידי בני זוגם. שיעור הקשישים שמטופלים על ידי בניהם היה דומה בכל רמות המוגבלות.

כצפוי, נמצא שיעור ש-57% מן הגברים היו מטופלים על ידי בנות זוגן, רק 26% מהנשים היו מטופלות על ידי בני זוגן ואילו 37% מהן מטופלות על ידי בנותיהן.

כחינת מצב המגורים של המטפל העיקרי מעלה שרק 5% מהמטפלים התגוררו מחוץ לעיר, ואילו הסדר המגורים הרווח ביותר הוא מגורים באותה הדירה (56%). יתר המטפלים העיקריים התגוררו באותו בנין, אותה שכונה או שכונה אחרת באותה עיר. שיעור גבוה יחסית (66%) מן הקשישים שנקבעו זכאים לגמלה ברמה גבוהה טופלו על ידי מטפלים שגרו באותה דירה, לרוב בן זוג או בת, דבר ששיקף את מצבם התפקודי הקשה והצורך בקבלת טיפול רב וצמוד.

כחינת יחס הקרבה ומקום מגורים של מטפל עיקרי מבליט הבדל מעניין בין בני וכנות התובעים. רק 19% מהכנים המטפלים כהוריהם מתגוררים באותה הדירה לעומת 40% מהבנות.

קבוצת המטפלים העיקריים היא קבוצה הטרוגנית מבחינת הגיל. 18% מתוכם הם בני פחות מ-40, כ-40% הם בין 41-59 והיתר (42%) הם בני 60 ויותר. כצפוי רוב רובם (83%) של בני ובנות הזקנים שייכים לקבוצת הגיל הצעירה יותר (עד 59). כפי שהודגש בהקדמה לדווח זה, מטפלים הנמצאים בקבוצת גיל זו נקרעים בין ריבוי התפקידים שהם ממלאים (בת זוג, הורה לילדים, זכו'). שיעור ניכר (73%) מהמטפלים בקבוצת "אחרים", משתייכים אף הם לקבוצת הגיל עד 59, ויתרם (27%) הם בני 60 ויותר. מעניין שבקבוצת בני הזוג 20% שייכים לקבוצות הצעירות יותר (עד 59).

לוח מס. 3: סוג המטפל העיקרי, לפי גיל הקשיש (באחוזים)

גיל התובע	בני/בת זוג	בן/בת	אחרים
סה"כ	100	100	100
70-60	43	22	28
84-71	50	46	48
85+	7	32	24

בכחינת סוג המטפל לפי גיל הזקן שבטיפולו נמצאו הבדלים כולטים. כשליש מכני/בנות התובעים מטפלים בקבוצת הזקנים (בני 85 ויותר). נתון זה

איננו מפתיע, וסביר להניח שגם אם יש לתובעים אלה בני/בנות זוג הם בעצמם מבוגרים מאד ואינם יכולים לשאת בנטל הטיפול אשר עובר לאחד מילדיהם.

כמעט מחצית (44%) מהמטפלים עבדו מחוץ לבית בזמן הראיון, 27% מתוכם במשרה מלאה. כצפוי, שיעור ניכר מילדי התובעים (64%) עבדו בזמן הראיון, ורובם במשרה מלאה. מענין לציין ש-19% מכין בני-הזוג עבדו אף הם בזמן הראיון, ושיעור ניכר מהם במשרה מלאה. תחומי התעסוקה של מטפלים עיקריים היו מגוונים והקיפו קשת רחבה של מקצועות החל מאנשים עם מקצועות חופשיים ועד פועלים לא מקצועיים. חשוב לציין ש-17% מהמטפלים דווחו שהם צמצמו את עבודתם עקב הטיפול בתובע ועוד ו-9% דווחו על הפסקה מוחלטת. כאשר בדקנו את נושא התעסוקה לפי רמת המוגבלות, נמצא כי היתה הפסקה או צמצום בעבודה ככל רמות המוגבלות, עם נטיה גדולה של צמצום עבודה בקרב המטפלים בקשישים ביותר, דהיינו אלה נקבעו זכאים לגמלה ברמה הגבוהה.

כמעט מחצית מהמרואינים (47%) דווחו על מצב בריאות תקין (טוב וטוב מאד), והיתר דווחו על מצב בריאות לא כל כך טוב (36%) או גרוע (16%). נמצא קשר מובהק בין הדווח הסוביקטיבי של מצב הבריאות וסוג המטפל. כמעט שלושה רבעים מבני הזוג העריכו את מצב בריאותם כלא כל כך טוב וגרוע, לעומתם 44% מקרב ילדים המטפלים במצב זה ורק 24% מקרב מטפלים אחרים.

עזרת המטפל העיקרי לקשיש

המטפלים העיקריים מספקים לקשישים עזרה כתחומים רבים, החל מטיפול אישי, עזרה בניהול משק הבית, השגחה, ביצוע סידורים, קניות וכל מה שקשור לחיי היום יום.

כצפוי, שיעור המטפלים שנותנים עזרה בתחומים השונים גבוה ביותר. בולט שיעור העזרה הגבוה בעזרה ביתית וטיפול אישי שנותנים בני/בנות הזוג. בהשוואה בין כל סוגי המטפלים, בולטת קבוצת המטפלים "האחרים", מספקים יותר עזרה בהשגחה וסידורים מאשר בקבוצת בני הזוג וילדים.

לוח מס. 4: שיעור המטפלים אשר נותנים עזרה בתחומים השונים, לפי סוג המטפל העיקרי* (באחוזים)

סוג המטפל העיקרי*	טיפול אישי	עזרה ביתית	השגחה	סידורים
בני/בנות זוג	74	70	61	56
ילדים	62	60	59	60
"אחרים"	63	69	79	83

* כל מטפל יכול היה לציין יותר מתחום אחד, ולכן האחוז בכל תא מהווה את השיעור מתוך כל קבוצת המטפלים, אשר ציינו שהם עוזרים בתחום זה.

מאפיין נוסף של העזרה הוא שחלק ניכר מהמטפלים נותנים עזרה בכל התחומים, ובמקרים מועטים (בעיקר כאשר המטפלים הם בני משפחה רחוקים או עובדים מקצועיים) מדובר בדפוס עזרה חד-תחומי. בנוסף לקרבה והאחריות המשפחתית, ממצא זה משקף כמובן את הסדרי המגורים והקרבה הגאוגרפית של הקשישים ובני משפחתם.

הערכת היקף העזרה של המטפלים העיקריים איננו מדויק לעיתים קרובות, בעיקר כאשר מדובר במשק בית משותף. אולם מהנתונים שסופקו על ידי חלק מהמטפלים העיקריים ניתן לשער את עומק המעורבות הטיפולית.

לוח מס. 5: שעות עזרה לקשיש, לפי תחום (באחוזים)

תחום	סה"כ	מ-1-4	5-7	8-12	13 ויותר
טיפול אישי	100	26	26	19	29
עזרה ביתית	100	47	23	15	15
השגחה	100	37	16	1	46
סידורים	100	73	17	1	9

מהלוח בולט שכמעט מחצית מהמטפלים מדווחים על מספר רב של שעות השגחה ומספר שעות המוקדשות לסידורים הוא יחסית נמוך. מאחר ורוב המטפלים מגישים עזרה במספר תחומים אנו יכולים להניח שהיקף שעות העזרה הכולל הוא גבוה מהמצוין כאן.

רשת התמיכה במטפל העיקרי

קיומה של מערכת תמיכה ועזרה לא פורמלית מאפשר את השארותו של הקשיש בקהילה, גם כאשר ניתנים שירותים מגורמים פורמליים. בפרק זה נכחנו מספר היבטים אובייקטיביים הנוגעים לגודל רשת התמיכה הלא-פורמלית, בנוסף למטפל העיקרי, אפשרויות החילופין בתוך הרשת, והערכתו הסובייקטיבית של המטפל העיקרי את מידת התמיכה והעזרה שהוא מקבל מאחרים ברשת זו.

על מנת לאמוד את גודל הרשת ומספר העוזרים הפוטנציאליים, נבחנה גודלה של משפחת התובע הקרובה ביותר - קרי מספר ילדיו. מתברר שלשני שלישי מהתובעים יש עד שלושה ילדים, לעוד 21% יש בין 4 ל-6 ילדים, ל-13% שבעה ילדים ויותר, ול-13% אין כלל ילדים או אין ילדים בארץ. ל-38% מהתובעים יש ילדים המתגוררים באותה דירה או בנין, עוד 51% מהילדים מתגוררים באותה עיר ורק ל-11% מהתובעים הילד הקרוב ביותר מתגורר בעיר

לוח מס. 6: המטפלים אשר דווחו על קיום עזרה נוספת בטיפול*
(כאחוזים)

מקור העזרה	אחוז
בני משפחה בבית הזקן	28
בני משפחה מחוץ לבית הזקן	47
חברים, שכנים, מתנדבים	19
עזרה בתשלום רווחה/קופ"ח	34
עזרה בתשלום פרטי	20

* כל מדואיין יכול היה לציין מספר חשובות ולכן האחוז אינו מסתכם ל-100%.

אחרת. מתברר שבני משפחה אכן מהווים משאב עזרה חשוב ביותר. לוח מס. 6 מציג את שיעור המטפלים המדווחים על קיומה של עזרה נוספת בטיפול. ל-47% מהמטפלים העיקריים עוזרים בני משפחה שלא מתגוררים עם הקשיש.

מתברר ששיעור העזרה בתשלום (ציבורי ופרטי) אף הוא משמעותי (34% במימון ציבורי ו-20% במימון פרטי). רק 12% מהמטפלים ציינו שהם מקור העזרה היחיד לתובע והיתר ציינו קיומה של עזרה נוספת (פורמלית ולא פורמלית).

על מנת לבחון לעומק את היקפה ומאפייניה של רשת התמיכה והסיוע בטיפול בקשיש הסיעודי בזמן התביעה, נעשו עיבודים הלוקחים בחשבון את מצבו התפקודי של הקשיש כפי שנקבע לאחר הגשת התביעה.

מעניין שלא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת המוגבלות של הקשיש והיקף העזרה המתקבל מבני משפחה בבית הזקן, בני משפחה מחוץ לבית ומחברים, שכנים או מתנדבים. לעומת זאת, נמצאו הבדלים מהותיים בשיעור קבלת עזרה כמימון ציבורי (קופ"ח ולשכות הרווחה) ובעזרה שנרכשה באופן פרטי. בבדיקת הקשר בין רמת מוגבלות וקיום עזרה ציבורית נמצא שככל שמידת המוגבלות הקשיש מחמירה כך עולה שיעור המטפלים העיקריים אשר דווחו על קבלת עזרה כמימון ציבורי (לוח מס. 7).

לוח מס. 7: קיום עזרה ציבורית לפי רמת הזכאות (באחוזים)

רמת מוגבלות	סה"כ	אין עזרה ציבורית	יש עזרה ציבורית
סה"כ	100	65	35
לא זכאי	100	75	25
זכאים לגמלה נמוכה	100	65	35
זכאים לגמלה גבוהה	100	55	45

כאמור, רוב רובם של המטפלים העיקריים (80%) דווחו שאין לקשיש עזרה בתשלום פרטי. גם כאן נמצא קשר עם רמת מוגבלותו של הקשיש. ככל שהקשיש היה מוגבל יותר, כך היה שימוש רב יותר בעזרה בתשלום פרטי: בעוד ש-13% מבין הלא זכאים רכשו עזרה פרטית, שיעור זה עלה ל-31% בקרב הזכאים לגמלה ברמה גבוהה (לוח מס. 8).

לוח מס. 8 קיום עזרה במימון פרטי, לפי רמת הזכאות (באחוזים)

רמת מוגבלות	סה"כ	אין עזרה	יש עזרה
סה"כ	100	80	20
לא זכאי לגמלה	100	87	13
זכאים ברמה נמוכה	100	80	20
זכאים ברמה גבוהה	100	69	31

הסיבות העיקריות שניתנו בתשובה לשאלה מדוע אין עזרה במימון פרטי היו: בעיות כספיות (45%), אי-נכונות לאפשר לאדם זר להכנס לבית (13%), וחוסר עניין כללי לאפשרות של רכישת עזרה פרטית (14%). מעניין שהבעיה הכספית ניתנה בשיעור גבוה יותר דווקא בקרב הקשישים הלא זכאים, כלומר ברמת מוגבלות פחותה יחסית; נראה שכאשר מצבו התפקודי של הקשיש נהיה קשה יותר הבעיה הכספית שחקה תפקיד חשוב פחות, והצרכים הקשים הביאו לחיפוש פתרונות ועזרה.

כאמור, בני המשפחה מהווים את מקור העזרה העיקרי והחשוב ביותר בעת הפניה לחוק ביטוח סיעוד. למרות הסיוע, כ-65% מהמטפלים העיקריים הרגישו שלהם עצמם אין תחליף: אם הם לא היו לוקחים על עצמם את עול הטיפול לא היה מי שיעשה זאת. הרגשת המצוקה של בני/בנות הזוג בעניין זה היתה הקשה ביותר. במקרים בהם המטפל העיקרי ציין קיום מטפל אחר, כ-64% היה מטפל זה קרוב משפחה אחר, כגון בת, נכדה, אח וכו'.

פירוט סוגי הסיוע למטפל העיקרי

הנושא השני שבו נלקחה בחשבון רמת מוגבלותו של הקשיש בטיפול, הוא זיהוי סוג העזרה העיקרי שחסר בטיפול. כללית, 46% מהמטפלים ציינו שחסרה להם עזרה בטיפול האישי בקשיש, 23% ציינו בעיקר את העדר העזרה הביתית, 14% הרגישו בעיקר בחסרון סיוע כלכלי ול-7% את הצורך בהשגחה.

שיעור גבוה יותר של ילדי הזקנים בהשוואה לאחרים, מציינים את הצורך בטיפול אישי ואילו שיעור גבוה יותר של אחרים (שכולל קרובי משפחה רחוקים ועובדים מקצועיים) מציינים בשיעור גבוה יותר את הצורך בהשגחה.

מתברר שרוב המטפלים בקשישים שנקבעו כזכאים לגמלה, הרגישו שהעזרה העיקרית שחסרה היא בטיפול האישי בקשיש. לעומת זה מטפלים בקשישים שלא נמצאו זכאים ציינו בשיעורים דומים את הצורך בעזרה ביתית וטיפול אישי.

לוח מס. 9: העזרה העיקרית שחסרה לפי רמת הזכאות (אחוזים)

רמת תלות	עזרה כספית	טיפול אישי	עזרה ביתית	השגחה	ציוד ואחר
סה"כ	15	46	23	8	8
לא זכאי לגמלה	18	27	26	10	9
זכאים ברמה נמוכה	14	53	22	6	5
זכאים ברמה גבוהה	9	61	18	8	4

לצורך הערכת הגורם המסייע ביותר למטפל העיקרי, התבקשו המרואיינים לציין מי עוזר להם במיוחד. כללית, קבוצת המטפלים מתחלקת בתשובתם באופן שווה בין אלה המציינים בני משפחה בבית הזקן (27%), בני משפחה שאינם גרים בבית הזקן (28%), ומטפלות ועוזרות בשכר (25%). היתר בדרך כלל לא יכלו להצביע על אדם שעזר במיוחד. מעניין במיוחד כי ככל שמצב הקשיש קשה יותר, כן עולה שיעור המטפלים העיקריים המציינים את המטפלת

בשכר כמקור העזרה החשוב ביותר, מ-18% בקרב הלא זכאים ל-33% בקרב הזכאים לגמלה ברמה גבוהה.

לות מס.10: הגורם המסייע ביותר למטפל העיקרי לפי רמת הזכאות (אחוזים)

רמת זכאות	סה"כ	בני משפחה הגרים עם הקשיש	בני משפחה שאינם גרים עם הקשיש	מטפלות עוזרות	שכנים חברים	כולם אותו דבר	אין תשובה
סה"כ	100	27	28	25	19	22	10
לא זכאי לגמלה זכאים ברמה נמוכה זכאים ברמה גבוהה	100	33	31	18	3	5	8
	100	22	28	27	6	6	5
	100	26	23	33	4	3	11

כפי שראינו גם קודם, בני משפחה מהווים מקור עזרה חשוב למטפלים העיקריים. נמצא הבדל משמעותי בין מקורות העזרה לפי סוג המטפל. הבדל חשוב הוא שילדים נהנים מעזרת בני משפחה מחוץ לבית (33%) יותר מאשר בני זוג (22%) או אחרים (26%).

אם אנו בוחנים את הרגשת המטפל העיקרי ביחס למספיקות וקביעות העזרה שהוא מקבל מאחרים, בולט שמטפלים מרגישים בטוחים יותר לגבי עזרה מבני המשפחה בבית ופחות ביחס לעזרת בני משפחה מחוץ לבית. מענין שהרגשת הבטחון שלהם ביחס לעזרה ממטפלות ועוזרות גבוהה אף יותר מאשר ביחס לבני משפחה מחוץ לבית. נטיה זו להשען על מקור עזרה פורמלי תלך ותגבר כפי שנראה בפרק השני בדווח.

הממצאים שהוצגו בפרק אודות העזרה שהמטפל העיקרי נותן לקשיש מצד אחד, והעזרה הנוספת שמתקבלת מאחרים, מבהירים שקיימים קשרים מורכבים בין מאפייני כל אחד מהגורמים במשולש (הקשיש - המטפל העיקרי - המסייעים הנוספים) וסוג והיקף העזרה הניתנת במצב נתון. אין ספק שהרשת המשפחתית

לוח מס. 11: איכות הסיוע* שמקבל המטפל העיקרי לפי סוג העוזר
(בשלב התביעה)

שיעור המטפלים שחשבו שהעזרה מגיעה כאשר צריך אותה	שיעור המטפלים שחשבו שניתן לסמוך על העזרה	שיעור המטפלים שחשבו שהעזרה מספיקה בהחלט	גורם עוזר למטפל העיקרי
45	47	34	בני משפחה בבית
23	27	15	בני משפחה מחוץ לבית
7	6	6	חברים, שכנים
32	33	19	מטפלות/עוזרות

* כל מטפל התבקש להעריך את שלושת מימדי איכות הסיוע על סולם מ-1 עד 5. בטבלה מופיע שיעור המטפלים אשר ציינו את הציונים החיוביים בסולם (5+4), לגבי כל מימד באיכות העזרה.

הרחבה מעורבת במידה רבה בטיפול האישי בקשיש (בנוסף למטפל העיקרי) ויחד עם זאת מטפלים עיקריים רבים מרגישים סוביקטיבית שהם "בודדים במערכה".

עומס וקשיים בטיפול

בדיקת אספקטים שונים בתחושת העומס הסוביקטיבית של המטפל העיקרי בטיפולו בזקן, כללה שאלות ישירות לגבי עומס פיזי, נפשי וכלכלי הקשור לטיפול.

שיעור ניכר מהמטפלים העיקריים דווחו בעת הראיון הראשון על הרגשת עומס רב בטיפול. מחצית מהמטפלים העיקריים הרגישו שהעול הפיזי והנפשי הוא רב בשבילם ו-30% הרגישו כך לגבי הקשיים הכספיים הקשורים לטיפול. נמצאו הבדלים ניכרים בין סוגי המטפלים השונים ורמת העומס שהם חשים.

לוח מס. 12: המטפלים שציינו עומס רב* בטיפול בזקן, לפי סוג מטפל (באחוזים)

סוג המטפל העיקרי	עומס פיזי	עומס נפשי	עומס כספי
בן/בת זוג	65	63	36
ילדים	49	58	31
אחרים	23	27	14

* המספר בכל תא מהווה את השיעור מתוך כל קבוצת מטפלים אשר ציינו רמת העומס הגבוה ביותר (ציון 5 בסקלה שבין 1 ל-5).

נמצא מתאם גבוה ביותר ($x=0.75$) בין הרגשות העומס הפיזי והעומס הנפשי ומתאם נמוך יחסית ($x=0.43$) בין שני מדדים אלה והעול הכספי. נמצאו הבדלים משמעותיים בין תומרת העומס לפי סוג המטפלים כאשר כני הזוג נטו לציין דרגת עומס גבוה יותר בהשוואה לאחרים. עם זאת, היה דמיון בין כני הזוג והילדים בדרוג כל התחומים ואילו המטפלים האחרים דרגו את העומס כאופן חמור פחות.

התמודדות עם קשיים

כיטוי סוביקטיבי מסכם לשאלת העומס והקשיים בטיפול ניתן בתשובה לשאלה: "איך אתה חושב שאתה מתמודד או מסתדר עם הקשיים והלחצים האלה".

לוח מס. 13: התמודדות עם עומס (באחוזים)

דרוג ההתמודדות	לא מסתדר	מסתדר	טוב מאד
1	20	4	5
2	20	42	9
3			
4			
5			
100			

* דרוג ההתמודדות על סקלה מ-1 (לא מסתדר) עד 5 (מסתדר טוב מאד).

מהלוח כולט ששיעור נמוך של מטפלים (9%) מציינים שלא מסתדרים כלל עם הקשיים ואותו אחוז ציין שהם מסתדרים טוב מאד. רוב רובם של המטפלים בחרו בדרגות האמצעיות של הקושי.

לוח מס. 14: ההתמודדות עם העומס בטיפול, לפי סוג המטפל (כאחוזים)

מסדר	מסדר באופן בינוני (3)	לא מסדר (1-2)	סה"כ	סוג המטפל
(4-5)				
24	46	30	100	כן/בת זוג
31	39	30	100	ילדים
40	39	21	10	אחרים

כפי שראינו לאורך כל הפרק, בני ובנות הזוג היא קבוצת המטפלים הנפגעת ביותר מהעומס ומהקשיים בטיפול, ויכולת ההתמודדות שלה היא החלשה ביותר. פחות משליש מבני הזוג מציינים שהם מתמודדים ומסתדרים עם הלחצים. למרות שילדי התובעים מעורבים בטיפול הישיר באופן אינטנסיבי ביותר (בעיקר הבנות), שיעור יותר גבוה מציינים שהם מסתדרים עם הלחצים. ניתן להניח שגיל צעיר יותר, מצב כריאות ומסגרת תומכת תורמים להקלת העומס בקבוצה זו.

בקבוצת המטפלים שאינם בני זוג או ילדים, מצאנו את רמת ההתמודדות הגבוהה ביותר. ניתן להסביר ממצאים אלה שוב על רקע נתונים דמוגרפיים ורמת המעורבות האישית בטיפול.

מעניין לציין שיכולת ההתמודדות של המטפל לא נמצאה קשורה לגילו של הקשיש, או לשנים שהטיפול נמשך. קשר מובהק עם יכולת ההתמודדות נמצא עם שלושת מרכיבי העומס שנבדקו: הפיזי, הנפשי והכספי. ככל שהעומס הפיזי הנפשי והכספי קטן כך עלתה יכולת ההתמודדות של המטפל עם הקשיים.

הנדלים בין מטפלים בשלב הגשת התביעה ובעת המעקב

בבחינת ההנדלים שחלו בין הראיון הראשון עם המטפלים שנערך בעת הגשת התביעה לבין הראיון השני שנערך כשמונה חודשים לאחר קבלת שירותים, יש לקחת בחשבון מספר נקודות.

ראשית, לא מדובר בהשוואת קבוצה נסיונית לקבוצת ביקורת. שתי הקבוצות - המטפלים בזכאים ובבלתי זכאים שונות זו מזו באופן מהותי, בעיקר כמידת המוגבלות והתלות של הקשישים שבטיפולם. יתר על כן, מספר פרמטרים חיצוניים משפיעים על התכונות הנמדדות במחקר, בעיקר שינויים במצב הבריאותי-תפקודי של הקשישים, וכאמור עצם קבלת שירותים מעבר לאלה שניתנים במסגרת החוק.

עם זאת, מטרת פרק זה לבחון את השפעת קבלת שירותי סיעוד שניתנו במסגרת חוק על המטפלים העיקריים, כאשר שירותים אלה שונים באופן מהותי משירותים אחרים בשל היותם ניתנים במסגרת תוכנית המנוססת על זכאות אישית ועל פי חוק, באופן קבוע ומסודר, ולמשך זמן ממושך תוך מעקב מקצועי ובמסגרת תוכנית טיפול מאורגנת ומכוונת שנקבעה על ידי אנשי מקצוע. בשל אופי הקבוצות המוקד להשוואה אינו ההבדל הבסיסי בין זכאים לנדחים אלא גודל השינויים היחסיים בכל קבוצה בנפרד.

השאלה שהוצגה בהקדמה לדו"ח זה, ומתייחסת לסוגיית החלפת אחריות הרשת הכלת פורמלית בטיפול בזקן, ברשת הפורמלית, או במילים אחרות האם מתן שירותים גורם למשפחה להפחית את סוג הסיוע והטיפול שניתן לקשיש? סוגיה זו נבחנת כאן בתחומים הבאים:

- א. שינוי בהיקף העזרה שניתן על ידי המטפלים העיקריים.
- ב. שינוי בעצם קבלת סיוע על ידי בני משפחה שאינם גרים עם הזקן.
- ג. שינוי בתפישת המטפל העיקרי כאשר למקור העזרה החשוב ביותר.

קבלת סיוע פורמלי ולא פורמלי בעת המעקב

הפרק הראשון שירטט בצורה כללית את מצב הטיפול בעת הגשת התביעה לגמלת סיעוד, הפרק השני יוקדש לשרטוט ההבדלים (במידה ונוצרו) במצב הטיפול לאחר שחלק מהקשישים בטיפול החלו לקבל שירותי סיעוד. אך טבעי הוא שההבדלים שנבחנו בשתי נקודות הזמן (בהערכת מקור העזרה החשוב ביותר, בהגשת עומס, בנכונות לסידור מוסדי וכו') מושפעים בין היתר ממצבו הטיפול של הקשיש והיקף העזרה הפורמלית ולא פורמלית הניתנת לקשיש.

בשלב התביעה, שליש מהקשישים קיבלו שירותים במימון גורם ציבורי ו-20% קנו שירותים באופן פרטי. העזרה משני מקורות אלה נמצאה קשורה אך ורק לחומרת מצבו התפקודי של הקשיש. לפני שנמשיך ונדון בהבדלים שנמצאו במשתנים התלויים נבחן את מצבת הסיוע לקשישים בשלב המעקב לאחר קבלת השירותים.

לוח מס. 15: קבלת שירותים פורמליים, במעקב לפי רמת הזכאות ומקור מימון השירות

מקור מימון	סה"כ	לא זכאים לגמלה	זכאי ברמה נמוכה	זכאי ברמה גבוהה
סה"כ	100	100	100	100
אינם מקבלים שירותים	23	56	-	-
פרטי בלבד	7	16	-	-
ציבורי בלבד	49	24	70	65
ציבורי ופרטי	21	4	30	35

בשלב המעקב, 56% מהתובעים שנדחו לא קיבלו שירותים מאורגנים ולא קנו שירותים באופן פרטי. עם זאת ל-44% היו שירותים פורמליים-ציבוריים ופרטיים - ואת הנתון הזה יש לקחת בחשבון בהשוואת השפעת החוק על שתי הקבוצות של זכאים ולא זכאים.

29% מהנדחים קיבלו בזמן המעקב שירותי סיעוד ציבוריים שלא במסגרת חוק ביטוח סיעוד, ומקורות המימון העיקריים לשירותים אלה היו קופ"ח ומשרד הרווחה. 20% רכשו שירותים באופן פרטי לעומת 30-35% בקרב הזכאים, אשר השלימו את שירותי הסיעוד שקיבלו במסגרת החוק.

שינוי בהיקף העזרה הניתן על ידי המטפלים העיקריים ובני משפחה

המטפלים העיקריים נתבקשו בשלב המעקב בלבד, להעריך באיזו מידה היה שינוי בהיקף העזרה שהם עצמם נותנים, בעקבות קבלת עזרה מגורמים אחרים.

לפחות פי שניים מבין המטפלים בזכאים דווחו על הפחתת היקף הטיפול, בהשוואה למטפלים בבלתי זכאים, למרות שיש להניח שלא היה שיפור במצב הזכאים. נתון זה מתזק את הממצאים של הכנסת שירותים פורמליים וסדירים במסגרת תוכנית המכוססת על זכאות אישית, היתה השפעה חיובית על תחושת העומס של המטפל העיקרי לגבי היקף העזרה שהוא נותן (לוח מס. 16).

לוח מס. 16: המטפלים העיקריים שדווחו על צמצום* בהיקף עזרתם, לפי רמת זכאות הזקן (באחוזים)

תחומי הסיוע	לא זכאים לגמלה	זכאים ברמה נמוכה	זכאים ברמה גבוהה
טיפול אישי	25	52	58
עזרה ביתית	28	50	54
סידורים וארגון השירותים	11	26	17
השגחה	27	29	29

* המספרים מהווים את השיעור שדווח על צמצום בהיקף עזרתם בכל תחום טיפול, מתוך קבוצת הקשישים הרלבנטית.

בניתוח השינוי לפי סוג המטפל העיקרי נמצא שבנים ובנות נטו לחוש יותר הקלה בעומס הטיפול, בתחום הטיפול האישי, בעזרה הביתית, והן בהשגחה על הזקן. לא היו הבדלים לפי סוג המטפל בתחום של סידורים וקניות.

נמצא שבני/בנות הזוג נטו לדווח על שיפור קטן יותר כתוצאה מהכנסת השירותים מאשר מטפלים אחרים.

לסיכום, ובתשובה לטענה שהמשפחה תחדל לטפל בקשיש המוגבל, ניתן לראות שהמשפחה ממשיכה לטפל ולמלא את תפקיד המטפל העיקרי. עם זאת היתה תחושה ניכרת של צמצום, בהיקף העזרה הניתנת, משמעות הדבר הפחתת עומס הטיפול בתחומים אלו, שהיא מטרת תוכנית לאספקת שירותים פורמליים.

כנוסף לשינוי בתחושת המטפל באשר להיקף הסיוע שהוא עצמו נותן, היינו מעוניינים לבחון אם לדעתו חל שינוי במתן עזרה על ידי בני משפחה אחרים, שאינם גרים במשק ביתו של הקשיש.

לוח מס. 17: שיעור המטפלים העיקריים שדווחו על עזרה לקשיש של בני משפחה אחרים* שאינם גרים עם הזכאי (באחוזים)

זכאים במרה גבוהה		זכאים ברמה נמוכה		לא זכאים לגמלה		תחומי הסיוע
מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	
						שיעור שדווחו על עזרה מבני משפחה אחרים
68	59	56	60	64	56	

* בשאלה זו לא נעשתה הבחנה בין סוג הטיפול הניתן על ידי בני המשפחה.

הממצאים מראים שהקבוצה היחידה בה דווח על ירידה קטנה בעזרה הניתנת על ידי בני משפחה, היתה קבוצת הזכאים לגמלה ברמה הנמוכה. כשתי הקבוצות האחרות, הן הנדחים והן הקשישים ביותר שהיו זכאים לגמלה גבוהה, היתה עליה בשיעור המטפלים שדווחו על עזרה שהתקבלה על ידי בני משפחה אחרים. יתכן שממצאים אלה מזהים את הקבוצה בה ניתן בפועל לצמצם את עול הטיפול על מטפלים משניים, אשר ללא עזרה מסודרת וסדירה, נדרשו לסייע יותר לקשישים.

מקור העזרה החשוב ביותר

בנוסף לשינויים בסוג והיקף העזרה של המטפל העיקרי ובני משפחה, נשאל המטפל העיקרי לגבי מקור העזרה החשוב ביותר.

בעוד שבני משפחה צוינו כמקור העזרה החשוב ביותר בפעולות המעשיות הקשורות בטיפול בזקן, ככל שמצבו התפקודי של הקשיש קשה יותר כן עולה חשיבות המטפלת כמקור העזרה: בראיון הראשון 20% מנין המטפלים בלא

לוח מס. 18: המטפלים העיקריים לפי מקור העזרה החשוב ביותר לפי רמת זכאות (באחוזים)

זכאים ברמה גבוהה		זכאים ברמה נמוכה		לא זכאים לגמלה		מקור עזרה חשוב ביותר
מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	
100	100	100	100	100	100	סה"כ
						בני משפחה שאינם גרים עם הזקן
56	53	43	56	72	70	מטפלות בשכר
39	36	51	30	20	20	חברים, שכנים
0	5	1	6	2	4	כולם אותו דבר
5	3	6	7	10	6	

זכאים ציינו את המטפלת כמקור העזרה החשוב ביותר לעומת 30% ו-36% בהתאמה, בקרב הזכאים ברמה הנמוכה והגבוהה.

בעת המעקב נמצא שבקרב קבוצת הזכאים לגמלה ברמה נמוכה, שיעור אלה שהצביעו על כך שמטפלות מהוות מקור עזרה החשוב ביותר, עלה מ-30% ל-51%, בעוד שבני משפחה כמקור העזרה החשוב ביותר ירד, ובקבוצות האחרות לא היו שינויים משמעותיים. ממצא זה מבליט את החשיבות הגוברת של המטפלת כמקור עזרה, ובמיוחד גידול בהערכת חשיבותה בקרב המטפלים

בזכאים לגמלה ברמה הנמוכה, כקבוצה שהיא הנהנית העיקרית מהשירותים הניתנים במסגרת החוק.

עומס הטיפול: השפעות הטיפול על חיי היום-יום

המטפלים העיקריים נתבקשו להגיב ל-13 משפטים המתארים הגבלות ושינויים אפשריים שחלו בחיי היום-יום שלהם עקב המטלות הטיפוליות. לגבי כל משפט המטפל נתבקש לדרג את מידת הזדהותו על סקלה של 1-5 כאשר 0 מסמל שאינו מרגיש כך אף פעם, 5 כאשר מרגיש כך תמיד.

הלוח הבא מציג את שיעורי המטפלים שציינו שהם מרגישים את המצבים המתוארים לעיתים קרובות או תמיד (ציונים 4,5).

מהנתונים ניתן לזהות תחומים כהם שיעור ניכר מהמטפלים ציינו שלטיפול בקשיש יש השפעה בחיי היומיום. נראה שהעומס הכולט ביותר מתבטא בהגבלה הקשה בזמן. יותר ממחצית המטפלים מדווחים שהטיפול מגביל את הזמן שיש להם לבני משפחה לחברים וזמן פנוי לעצמם ולסידורים. המימד השני שבו מטפלים רבים מרגישים עומס רב בחיי יום היום הוא במצב הבריאות הנפשי שלהם, ובעיקר הרעה במצב הרוח כגון יותר עצבנות, מתח ודכאון. שיעור נמוך יותר של מטפלים ציינו את הפגיעה בתעסוקה, במערכת היחסים עם בני משפחה ועם הזקן עצמו. בהשוואה בין שתי התקופות בולט השיפור היחסי במצבם של המטפלים העיקריים ברב תחומי החיים. השיפור הכולט ביותר הוא ביחס להגבלה בזמן הפרטי. מתברר שפחות מטפלים במעקב מרגישים מוגבלים לגבי הדברים הפרטיים שלהם או בחיים החברתיים שלהם, אולם השיפור בולט פחות ביחס לתחושה הפנימית של העומס כמו שינה, או הרגשת אחריות לקשיש.

לוח מס. 19: שיעור המטפלים העיקריים שציינו השפעה על חיי היום-יום בתחומים שונים (באחוזים)

שיעור שמרגישים כך לעיתים קרובות		האם את/ה מרגיש/ה ש:
במעקב	בשלב התביעה	
49	59	1. הטיפול מגביל את הזמן שאתה יכול לבלות עם הילדים שלך, בת-זוג, בני משפחה אחרים.
49	58	2. הטיפול מגביל את החיים החברתיים שלך ואת הזמן הפנוי שלך
28	46	3. הטיפול מגביל את הדברים הפרטיים שאתה רוצה לעשות, כמו לקרוא ספר, עיתון, לראות טלוויזיה, לשמוע ריו
29	47	4. הטיפול מגביל את האפשרות לטפל בענייני הכית, בסידורים
37	41	5. השינה שלך לא סדירה ולא טובה בגלל הצרכים של (הזקן)
25	30	6. הבראות שלך נפגעה בגלל המאמץ הכרוך בטיפול
16	19	7. בגלל הטיפול נוצרו מתחים וריבים בינך לבין בני המשפחה האחרים
17	23	8. בגלל הטיפול אתה מפסיד מבחינת עבודה או קידום בעבודה
8	9	9. הטיפול משפיע לרעה על איכות הקש שלך עם הקשיש
11	19	10. בגלל הטיפול אתה לא מחפש עבודה?
30	34	11. הצרכים של (הזקן) גורמים לקשיים כספיים אצלך
12	14	12. אתה לא עושה כל מה שאתה צריך לעשות בשביל הקשיש
46	55	13. האחריות ל(קשיש) מכניסה אותך למתח לעצבנות או דכאון

ילדי התובעים מרגישים את ההגבלה כאפשרויות להפגש עם בני משפחה וחברים, באופן חמור יותר מאשר בני זוג ואחרים. נתון זה אינו מפתיע. סביר להניח שבני הזוג המכוגרים יותר, מעורבים פחות בכנית ושמירת יחסים עם בני משפחה קרובה ובעיקר עם חברים. מטפלים אחרים אינם מרגישים מוגבלים כל כך מאחר ונמצא שהמעורבות המעשית שלהם בטיפול קטנה בהשוואה לבני הזוג וילדיהם.

התנהגות הזקן וקושי בטיפול

על מנת לזהות את סיבות העומס והקשיים, הוצגו בפני המטפלים 13 משפטים המתארים סימפטומים והתנהגויות המאפיינים ירידה נפשית וקוגניטיבית. (Disruptive behavior). כל מרואיין התבקש לציין לגבי כל משפט האם התאור מאפיין בדרך כלל את התנהגות האדם בטיפולם, והאם התנהגות זו מקשה עליהם.

הלוח הבא מציג את רשימת ההתנהגויות, שיעור המטפלים אשר ציינו שהזקן בדרך כלל מתנהג כך, ושיעור המטפלים אשר דווחו שהתנהגות זו מקשה עליהם, כזמן התביעה וכזמן המעקב.

מתוך הלוח (מס' 20) ניתן לזהות את הסימפטומים לגביהם שיעורים ניכרים של המטפלים דווחו על התנהגות בעיתית: מצב רוח ירוד, חוסר שקט, עצבנות חרדה, בעיות זכרון, חוסר עניין, הזנחה עצמית באכילה ונקיון, וחשדנות. מעניין שלא תמיד המצבים בהם היתה התנהגות קשה היו גם קשים למטפל.

לוח מס. 20: שיעור המטפלים שדווחו על תדירות גבוהה בסימפטומים בעיתיים אצל הזקן, ותחושת הקושי שלהם (באחוזים)

שיעור שציינו שהתנהגות זו מקשה עליהם		שיעור שציינו שבדרך כלל מתנהג כך		האם בחודש האחרון הזקן היה:
תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	
75	79	44	46	1. במצב רוח <u>ירוד</u> ועצוב?
75	70	38	36	2. <u>לא</u> שקט, עצבני, חרד, מתוח?
46	44	16	16	3. <u>לא</u> משתף פעולה בטיפול בו?
				4. <u>לא</u> מוצא דברים שפעם מצא, או לא זוכר היכן הניח דברים?
56	54	35	36	5. <u>לא</u> זוכר שמות של בני משפחה רחוקים, בני דודים, קרובים וכו'?
31	30	21	20	6. <u>לא</u> זוכר שמות של ילדים שלו, נכדים, אחים שלו וכו'?
27	26	15	15	7. <u>לא</u> מגלה <u>עניין</u> בחדשות, בכל מה שקורה סביבו?
33	23	32	33	8. אומר או עושה דברים בלתי צפויים או לא מקובלים?
39	33	11	14	9. <u>מזניח</u> את עצמו, באכילה, בנקיון, בסביבה?
59	52	25	30	10. <u>תוקפני</u> (מילולית או פיסית)?
52	40	13	11	11. <u>מתנהג בצורה לא מתאימה</u> בחברה או מביך אותך בהתנהגותו?
38	23	10	8	12. חשדני או לא נותן אמון כלפי הסביבה
46	34	24	20	13. עושה דברים שמסכנים אותו או את הסביבה?
39	26	8	8	

סימפטום בעיתי

התנהגות שגורמת לקושי בהתמודדות

מצב רוח ירוד	מצב רוח ירוד
עצבנות, חרדה	עצבנות, חרדה
לא זוכר היכן הניח דברים	לא זוכר היכן הניח דברים
-	לא מגלה עניין בחדשות
לא משתף פעולה בטיפול	-
מזניח את עצמו, באכילה, בניקיון	-
תוקפני - מילולית ופיזית	-
חשדני - לא נותן אמון	-
אומר או עושה דברים בלתי מקובלים	-

תחומים שצויינו בתדירות גבוהה במיוחד וגם מהווים קושי ועומס על המטפל היו מצב רוח ירוד, עצבנות ובעיות זכרון. תחומים שהקשו מאוד על המטפל על אף שלא צויינו בשכיחות גבוהה היו: חוסר שיתוף פעולה, הזנחה ותוקפנות הזקן, חשדנות והתנהגות לא מתאימה.

בהשוואה בין שני שלבי הראיון, נמצא ששעור המטפלים שדווחו על קיומם של סימפטומים בעיתיים לא השתנה בין שני המועדים. השינוי שניתן להצביע עליו הוא עליה כשיעור המטפלים שהרגישו שהתנהגויות מסוימות מקשות אף יותר מקודם. ההתנהגויות שנמצאו בעיתיות במיוחד היו; התנהגות שמסכנת את הקשיש או את האחרים, חשדנות והתנהגות לא מתאימה בחברה.

יש לציין שהירידה במצבו הנפשי של הזקן מלווה בשינויים רבים בתחומים אחרים (מנטליים ופיזיים) והתמודדות המטפל היא עם המכלול כולו ולא עם סימפטום בודד זה או אחר. סביר להניח שהגידול בשיעור המטפלים שדווחו שהתנהגויות מסוימות מקשות משקפות את הירידה במצב הקשישים בשלב המעקב ושחיקה ביכולת ההתמודדות של המטפל.

כדי להשוות הבדלים בעומס הטיפול בין שני מועדי הראיון, נבנו שלושה אינדקסים מסכמים לתחומים שפורטו לעיל:

1. הגבלות בחיי יום של המטפל העיקרי הנובעים מהטיפול בזכאי
2. קיום התנהגויות וסימפטומים בעיתיים.
3. מידת הקושי בהתמודדות המטפל עם התנהגויות הקשיש.

הציון בכל אינדקס הורכב מסיכום הציונים שנתקבלו מכל פריט ופריט הכלול בתחום הספציפי. הלוח הבא מציג את הציונים הממוצעים שהתקבלו בשלושת האינדקסים בשני מועדי הראיון לפי רמת הזכאות

באינדקס שמדד עומס טיפול מבחינת ההגבלות על חיי יום של המטפל, נמצאה ירידה מובהקת במידת העומס בשתי קבוצות הזכאים בעת המעקב, כלומר לאחר קבלת שירותים במסגרת חוק הסיעוד. לא היה הבדל מובהק במדד זה עבור קבוצת הלא זכאים.

הפריטים שבהם התגלתה הקלה מיוחדת בתפיסת העומס כללו: המידה שבה הטיפול בקשיש הפחית את הזמן שהמטפל היה מבלה עם שאר בני משפחתו, היה מבלה בפעילות פנאי בקריאת ספר או צפייה בטלביזיה, מטפל כמשק ביתו, והיה יכול לישון בלילה.

באשר לאינדקס שמדד את נטית המטפל העיקרי לציין סימפטומים מסוימים כבעיתיים, מעניין שנרשמה ירידה בציון הממוצע בקרב הזכאים, אמנם ירידה זו לא נמצאה מובהקת מבחינה סטטיסטית אך היא משמעותית ביותר אם נקח בחשבון שבקרב קשישים אלה יש לצפות להדרדרות במצבם. נמצא שאכן היתה עליה מובהקת בציון הממוצע בקרב מטפלים בלא זכאים, כלומר מטפלים בנדחים נטו להצביע יותר על התנהגויות בלתי הולמות אצל הקשישים שבטיפולם, בעוד שמטפלים בזכאים לא נטו להצביע על הגברת סימפטומים מסוג אלה.

לוח מס. 21: ציונים ממוצעים באינדקס של עומס סיפול, לפי רמת הזכאות, בתביעה ומעקב

P > T	זכאי ברמה גבוהה		זכאי ברמה נמוכה		לא זכאי לגמלה		
	מעקב	תביעה	P > T	מעקב	P > T	תביעה	
*0.00	21.80	26.77	*0.00	18.82	0.89	17.57	19.94
0.15	12.27	14.03	0.23	8.05	*0.00	8.67	7.09
*0.01	5.86	7.23	0.13	4.40	*0.04	4.71	4.12

1. הגבלות בחייל יומיום

2. קיום סימפוטומים בעיתיים

3. מידת הקושי להתמודד

* הבדלים שנמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית במבחן T.

נראה שהשלכה החיובית המשמעותית ביותר התבטאה בתחושות המטפל באשר למידת הקושי להתמודד עם התנהגות בלתי הולמת של הקשיש. כאמור, בהתייחס לרשימת פריטים המתארים התנהגות בלתי הולמת של הקשיש, המטפלים נתבקשו לציין באיזו מידה כל פריט אפיין את בן המשפחה הקשיש, ולאחר מכן - האם היה קשה להם להתמודד עם התנהגות זו.

בעוד שבקרב הלא זכאים גבר הקושי בהתמודדות באופן מובהק, הרי שבקרב הזכאים ירד הציון הממוצע, למרות שניתן לצפות להחמרה בתחושת הקושי. דהיינו, לאחר קבלת שירותים במסגרת החוק דווקא בקבוצת המטפלים בזכאים המוגבלים ביותר היתה ירידה בתחושה שהתנהגויות בלתי הולמות של הקשישים מקשים עליהם.

הלוח הבא מציג מספר תחומים ספציפיים המצביעים על ירידה בשיעור המטפלים בזכאים המתקשים להתמודד עם התנהגות בלתי רצויה, וזאת למרות הגידול במספר המטפלים שדווחו על קיום סימפטומים בעיתיים.

דומה, שממצאים אלה מעידים שהשפעה של אספקת שירותים על בסיס קבוע ומתמשך במסגרת החוק היתה בהפחתת עומס הטיפול ושיפור יכולת ההתמודדות של המטפלים העיקריים.

לוח מס. 22: מספלים בזכאים, לפי הקושי להתמודד עם התנהגות הקשיש
(באחוזים)

מאז קבלת השירותים	לפני קבלת השירותים	סוג ההתנהגות
56	79	מצב רוח, עצב
52	65	עצבנות, חרדה
27	47	אי שיתוף פעולה
34	53	אי מציאת חפצים
18	32	שכחת שמות קרובים
15	26	שכחת שמות ילדים
21	28	חוסר עניין בסביבה
21	32	התנהגות בלתי צפויה
35	59	הופעה מוזנחת
28	41	התנהגות אלימה
19	24	התנהגות חברתית מביכה
26	35	חשדות
19	28	סיכון עצמו וסביבתו

* שיעור המספלים שציינו בכל תחום שקשה להם להתמודד עם התנהגות הקשיש.

טיפול בקהילה או סידור מוסדי

חוק ביטוח סיעוד לפי הגדרה הוא חוק קהילתי, ומטרתו העיקרית לשפר את איכות החיים של הקשישים הסיעודיים החיים בקהילה ושל בני משפחתם המטפלים בהם. אחת השאלות החשובות והמעניינות בהקשר זה היא האם להפעלת החוק יש השלכות מעשיות על דפוסי האשפוז של קשישים סיעודיים במוסדות, או אף על דחיית האשפוז. במסגרת המחקר הנוכחי, המטפלים העיקריים נשאלו על נכונותם להמשיך לטפל בקשיש, ועל תוכניותיהם להעביר את הקשיש למוסד.

תחילה נשאלו המטפלים על יכולתם להמשיך לטפל בקשיש לאורך זמן.

לוח מס. 23: יכולת המטפלים העיקריים להמשיך לטפל בקשיש, לפי רמת הזכאות (באחוזים)

לא זכאים		זכאים ברמה נמוכה		זכאים ברמה גבוהה		
תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	
100	100	100	100	100	100	
53	48	46	60	44	53	ללא הגבלת זמן
36	34	46	24	45	25	בתנאי שיקבלו שירותים
6	5	4	8	3	11	לתקופה מוגבלת
5	12	4	8	7	11	כלל לא מסוגלים להמשיך

הלוח מעיד על הבדל ניכר בין עמדת מטפלים בזכאים לעמדת המטפלים בנדחים מבחינת תחושת היכולת להמשיך לטפל בקשיש. שיעור המטפלים בזכאים שהרגישו שיוכלו להמשיך לטפל בקשיש זמן בלתי מוגבל גדל לעומת ירידה בשיעור המטפלים בנדחים שהרגישה כך. במקביל קטן שיעור המטפלים בזכאים אשר קודם הביעו יכולת להמשיך לטפל רק בתנאי שיקבלו שירותים, צמצום זה שיקף בוודאי את עצם קבלת שירותים במסגרת החוק, אך חיזק את תחושת היכולת להמשיך לטפל.

עם זאת, שיעור המטפלים בשלושת הקבוצות, שהרגישו שהם אינם מסוגלים להמשיך, גדל אף הוא וייתכן שגידול זה משקף את ההחמרה הבלתי נמנעת שחלה במצבם הסיעודי של אותם קשישים אשר ללא קשר עם מתן סיוע, יועברו למוסד סיעודי.

הנכונות למצוא לקשיש סידור מוסדר נבחנה משלוש בחינות:

- באיזו מידה מבשילה אצל המטפל החלטה להעדיף סידור מוסדי
- האם נעשו פעולות מעשיות בעניין זה;
- האם זמינותו של מוסד מתאים ובעל רמה טובה, מעודדת בחירת אלטרנטיבה זו.

לוח מס. 24: נכונות המטפלים העיקרים לסידור מוסדי, לפי רמת הזכאות תביעה ומעקב (באחוזים)

זכאים ברמה גבוהה		זכאים ברמה נמוכה		לא זכאים לגמלה		
מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	
51	76	72	82	81	82	אינם קרובים להחלטה למסד
23	10	8	5	10	4	קרובים להחלטה למסד

המטפלים התבקשו לציין על סולם מ-1 עד 5 עד כמה הם מרגישים קרובים לסידור מוסדי. הלוח מפריד בין אלה שאינם קרובים (1 בסקלה) ואלה שציינו שהם יחליטו על סידור מוסדי תוך החודשים הקרובים (4-5 בסקלה).

כפי שנאמר לעיל, גברה במידה מסויימת נכונות המטפלים בזכאים להמשיך ולטפל בקשישים ללא הגבלת זמן. אולם, במקביל לכך מטפלים רבים יותר העידו במעקב שהם יכולים לטפל בקשיש תקופה מוגבלת בלבד, מכאן שיותר מטפלים היו קרובים להחלטה על סידור מוסדי מאשר בזמן הגשת התביעה. מתברר, ששיעור המתעניינים בפועל במוסדות היה גבוה יותר בקרב המטפלים בזכאים מאשר בקרב המטפלים בנדחים. יש להניח שהחמרה במצבו הבריאותי והתיפקודי של הקשיש הביא מטפלים רבים בשלב המעקב לשקול את האלטרנטיבה המוסדית.

כמו כן, היתה עליה תדה בכל שלושת הקבוצות בשיעור המטפלים שהשיבו, שבהינתן מוסד מתאים ובתנאים מסויימים (כגון הסכמת הקשיש לדבר), היו בוחרים באלטרנטיבה המוסדית.

לוח מס. 25: נכונות לסידור במוסד סיעודי (באחוזים)

זכאים ברמה גבוהה		זכאים ברמה נמוכה		לא זכאים לגמלה		
מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	מעקב	תביעה	
100	100	100	100	100	100	
52	72	59	79	62	83	לא
9	23	10	16	4	12	כן בהחלט
						כן בתנאים מסויימים
22	5	31	5	34	5	

לסיכום דיון זה יש לציין, שמתן שירותים לקשישים הזכאים שינה בקרב שיעור מסויים מהמטפלים את הרגשת היכולת הסוביקטיבית להמשיך בטיפול, אבל הנכונות המוגברת לשקול את הסידור מוסדי בולטת בכל קבוצות הזכאות.

יש לציין, שהנטייה לבחור בסידור מוסדי איננה פונקציה של מצב המוגבלות בלבד. קרבת המטפל העיקרי לקשיש הוא משתנה חשוב ביותר בהקשר זה. ככל שהקרבה המשפחתית בין המטפל למטופל רחוקה יותר, כך הוא קרוב יותר להחליט על סידור מוסדי. לפיכך, בני ובנות הזוג הם הרחוקים ביותר מהחלטה על סידור מוסדי.

נראה, אם כן, שההחלטה לגבי סידור מוסדי מורכבת ודורשת בחינה מהיבטים שונים. ממצאי המחקר הנוכחי מעידים, שלמתן שירותים במסגרת גמלת סיעוד לא היתה השפעה רבה על עמדת המטפל העיקרי באשר למוסד. שיפור תחושת היכולת של המטפלים בזכאים להמשיך בטיפול מהווה ביטוי לרווחה נפשית מסוימת הנובעת מהצטמצמות העומס הכרוך בטיפול, אך לא דווחת בקרב אותה קבוצה הזקוקה לטיפול מוסדי בשל מצב קשה במיוחד.

בחירה בין גמלת שירותים לגמלה כספית

חוק ביטוח סיעוד, המעניק לזכאים, גמלת שירותים לא סתם את הגולל על הוויכוח העקרוני האם יש להעניק לקשישים הסיעודיים גמלה בעין או בכסף?

במסגרת המחקר הנוכחי הוחלט לבחון עמדת המטפלים העיקריים בשאלה זו בשתי נקודות זמן: בשלב הגשת התביעה ובמעקב.

הנתונים בלוח מס. 20 מורים על שינויים שחלו בהעדפות המטפלים העיקריים בין שתי נקודות זמן. המגמה הכוללת היא גידול בהעדפת שירותים בעין, בכל הקבוצות, ואף בקרב אלה שתביעתם נדחתה. שיעור שינוי גבוה במיוחד חל בקרב המטפלים בזכאים לגמלה הנמוכה (מ-42% ל-63%) יתכן כי בקרב קבוצה זו בלטה ההשפעה של תוספת שירותים לקשיש, ולכן השינוי המשמעותי בעמדות. יתכן שבקרב המטפלים בקבוצת הקשישים המוגבלת ביותר היקף העזרה הניתן לא היה מספיק על מנת לשנות עמדות בצורה משמעותית כל כך. ממגמות אלה ניתן להסיק שמתן שירותים בעין, שינה לא רק עמדות בקרב אלה שקרוביהם נהנו משירותים, אלא, שמדובר כנראה בשינוי נורמטיבי באוכלוסייה, ביחס לקבלת שירותים בעין.

לוח מס. 26: העדפה בין גמלה כספית לשירותים בעין, לפי רמת הזכאות

רמת זכאות של התובע		רמת זכאות של התובע		לא זכאי לגמלה		סוג גמלה
				שלב מעקב	שלב תביעה	
רמה גבוהה	רמה נמוכה	שלב מעקב	שלב תביעה			
100	100	100	100	100	100	סה"כ
38	49	32	49	52	54	גמלה בכסף
53	48	63	42	40	34	שירות
9	3	5	9	8	12	לא החליטו

ס י כ ו ם

הנתונים אשר הוצגו בדו"ח עסקו בהשפעת חוק ביטוח סיעוד על היקף ודפוס הסיוע של המטפלים העיקריים לקשישים המוגבלים שבטיפולם. הדיון בשאלה זו נוגע בסוגיה חשובה אחרת אשר הועלתה במבוא לדו"ח והיא מידת העברת האחריות לטיפול מהמגזר הלא-פורמלי למגזר הפורמלי, או שאלת ההתחלקות באחריות או העברת אחריות.

הממצאים מבהירים שלטיפול האינטנסיבי בקשיש על ידי הרשת המשפחתית הקרובה (בעיקר בני זוג וילדים) היו השלכות חמורות על איכות חייהם ובריאותם הפיסית והנפשית של המטפלים.

מתן שירותים באמצעות גמלת סיעוד, הפחית מאינטנסיביות הטיפול וכתוצאה מכך הפחית במידת-מה מתחושת העול והנטל, אולם בשום פנים ואופן לא גרם להעברת האחריות מבן משפחה למטפל בשכר. הנתונים מורים שאכן חשיבותם של מטפלים בשכר, במערך הסיוע הכללי, עלה בצורה משמעותית מאז הפעלת החוק.

למרות ההשפעה החיובית של מתן שירותים, המצב הטיפולי גם לאחר הסיוע נשאר בדרך כלל קשה ביותר, והנתונים לגבי הנכונות למיסוד מבהירים שגם סיוע מסודר, אחראי ועקבי אינו יכול במקרים מסוימים לבא במקום סידור מוסדי.

ברור גם מהנתונים שקבלת שירותים בעין הופך יותר ויותר לנורמה מקובלת, לא רק בקרב אלה הנהנים מסיוע זה, אלא בקרב כלל הקשישים.

ב ב ל י ו ג ר פ י ה

H. Factor et al: Cross-National Analysis of Home Help Services,
Brookdale Institute, 1989.

A. Rivlin and J. Weiner: Caring for the Disabled Elderly - Who
Will Pay?, The Brookings Institution, 1988.

N. Wells and C. Freer: The Aging Population - Burden or
Challenge? , The MacMillan Press, 1988.

כ. מורגנשטיין, ש. בייץ-מוראי, ת. הרון: ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח
סיעוד, חלק א, המוסד לביטוח לאומי, 1989.

ש. בייץ-מוראי, ההפעלה הנסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק ב' - מעקב,
המוסד לביטוח לאומי, 1990.

ניתן להזמין פרסומים במוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון,
שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, טל. (02)709579
