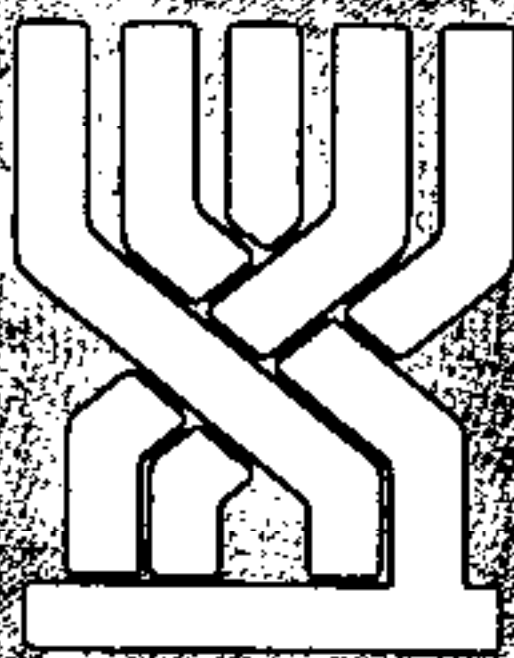


3. פדיון 13



המוסד לביטוח לאומי

תל אביב - יפו

שיקום

נכי עבודה קשים

סקר מנהלי מס' 7

המוסד לביטוח לאומי - תל אביב - יפו

סקרים מינהליים:

- 1 סקר מינהלי מס' 1 - "מקבלי קצבאות זקנה ושאיירים בבנק הדואר' באמצעות מיופה כח", אוקטובר 1972
- 2 סקר מינהלי מס' 2 - "אובדן זמן עבודה במוסד לביטוח לאומי", ינואר 1973
- 3 סקר מינהלי מס' 3 - "קיצוז דמי ביטוח מגמלאות - 1971/72", אוקטובר 1973
- 4 סקר מינהלי מס' 4 - "המבוטחים ה' לא שכירים' - עיבודים סטטיסטיים ממשלוח פנקסי המקדמות לשנת 1973/74", ינואר 1974
- 5 סקר מינהלי מס' 5 - "גבייה ממעבידים - הגבייה, החוב, הפוטנציאל ועומק הפיגור בשנים 1973-1974, לפי סניפי המוסד", יולי 1975
- 6 סקר מינהלי מס' 6 - "גבייה מהמבוטחים ה' לא שכירים' - עיבודים סטטיסטיים לפי סניפי המוסד לשנים 1974/75 - 1972/73", יולי 1975
- 7 סקר מינהלי מס' 7 - "שיקום נכי עבודה קשים", אוקטובר 1975

המוסד לביטוח לאומי
האגף למחקר ותכנון

שיקום נכי עבודה קשים

ירושלים, אוקטובר 1975, חשון תשל"ו

מוקדש לזכרו של
שמואל ברעם ז"ל
במלאה שנה לפטירתו

ה ק ד מ ה

האגף למחקר ותכנון שמח להגיש בזה למנהלת המוסד, למחלקת השיקום ולסגל העובדים סקר נוסף הממקד את תשומת הלב לשירותי השיקום שלנו לנכי עבודה קשים.

הסקר ניזום על ידי מר שמואל ברעם ז"ל, מנהל מחלקת השיקום עד לפטירתו. תכנונו ושלבי ביצועו הראשוניים נעשו עוד בהדרכתו במסגרת מחלקת השיקום על ידי גב' מיכל זיידים. הסקר נועד לזות בידי הנהלת המחלקה מידע וניתוח על תהליכי העבודה בשיקום נכים קשים. הדגש בו הושם על הצדדים היישומיים במגמה להעריך את התהליכים ושיטות העבודה הנהוגים ולהציע שיפורים. לאחר פטירתו של שמואל ברעם ז"ל הושלמה העבודה ע"י הגב' מיכל זיידים במסגרת האגף למחקר ותכנון והיא מוקדשת לזכרו.

אנו מודים לעובדי מחלקת השיקום, ובמיוחד לגב' גילה מיכאלי, על עזרתם וכן לגב' תיארה נתן, גב' נירה שמאי ומר שלמה כהן, על ייעוץם והערותיהם. הדעות המופיעות בחוברת הם עם זאת של המחברת עצמה ואינן מבטאות את הדעות הרשמיות של המוסד.

אנו בטוחים כי יש בחוברת חומר רב למחשבה ובחינה שיוכל להיות לעזר בשיפור שירותינו לקבוצת הנכים הקשים.

ר. רוטר

משנה למנכ"ל
ומנהל האגף למחקר ותכנון

תוכן העניינים

<u>עמוד</u>		
11-19	פרק א' - מ ב ו א	
11	..... מבוא תיאורטי	.1
15	..... חשיבות בדיקה נפרדת על תהליך שיקומם של נכים	.2
16	..... מטרות הסקר	.3
18	..... המדגם הנחקר	.4
19	..... מקורות האינפורמציה	.5
21-23	פרק ב' - אוכלוסיית הנכים הקשים	
21	..... נחונים דמוגרפיים	.1
21	..... דרגת הנכות ומהות המוגבלות	.2
23	..... סיכום	.3
25-35	פרק ג' - תגמולים כספיים מיוחדים	
25	..... הקדמה	.1
25	..... תנאי הזכאות	.2
26	..... הגשת בקשה לתגמולים מיוחדים	.3
27	..... מידת מיצוי הזכות לתגמולים מיוחדים	.4
29	..... הסיבות לאי-קבלת תגמולים מיוחדים	.5
32	..... סיכום ומסקנות	.6
37-53	פרק ד' - שיקום	
37	..... הקדמה	.1
37	..... שיעור הנפגעים שקיבלו טיפול באמצעות מחלקת השיקום	.2
39	..... משך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול	.3
40	..... איתור הנפגעים הזקוקים לשיקום	.4

תוכן העניינים (המשך)

עמוד

41	..... איבחון	.5
45	..... טיפול אישי ומשפחתי	.6
47	..... טיפול קבוצתי	.7
48	..... עזרת נכים לנכים	.8
49	..... סיום והפסקת טיפול	.9
50	..... דיווח על מהלך הטיפול	.10
51	..... סיכום ומסקנות	.11
55-61	פרק ה' - שיקום מקצועי	
55	..... הקדמה	.1
55	..... הנפגעים שלא נעשה לגביהם ניסיון לשיקום תעסוקתי	.2
56	..... הכשרה מקצועית	.3
57	..... מצבם התעסוקתי של הנפגעים	.4
57	..... השינוי שחל במצבם התעסוקתי של הנפגעים עקב הפגיעה	.5
58	..... השוואה בין מצבם התעסוקתי של הנכים בעלי 75% נכות לפחות לבין מצב הנכים שדרגת נכותם פחותה מ-75%	.6
59	..... הגורמים המשפיעים על עובדת היות הנכה עובד או לא עובד	.7
60	..... סיכום ומסקנות	.8
63-65	פרק ו' - סיכום ומסקנות	
63	..... חגמולים מיוחדים	.1
64	..... הטיפול	.2
65	..... שיקום מקצועי	.3

רשימת לוחות

<u>עמוד</u>		
69	נפגעים לפי דרגת נכות רפואית ודרגת נכות כוללת	.1
69	נפגעים לפי מהות הנכות	.2
70	מקבלי קצבאות מיוחדות לפי גובה הקצבה והמטרה	.3
70	מענקים מיוחדים ששולמו לפי המטרה	.4
71	מקבלי מענקים מיוחדים לפי סכום המענק הכולל (עד ליום 1.4.75)	.5
29	הנפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת ו/או מענק מיוחד - באחוזים (נמצא בטקסט)	.6
71	נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת (עד ליום 1.4.75) ולפי שנת הפגיעה	.7
72	נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת מענק מיוחד (עד ליום 1.4.75) ולפי שנת הפגיעה	.8
72	נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת (עד ליום 1.4.75) ולפי דרגת הנכות הרפואית	.9
73	נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת מענק מיוחד (עד ליום 1.4.75) ולפי דרגת הנכות הרפואית	.10
73	נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת (עד ליום 1.4.75) ולפי מהות הנכות	.11
74	נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת מענק מיוחד (עד ליום 1.4.75) ולפי מהות הנכות	.12
74	נפגעים לפי תאריך הפגיעה וקבלת או אי-קבלת טיפול שיקומי ע"י עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי	.13
75	נפגעים לפי מהות הפגיעה ולפי קבלת או אי-קבלת טיפול שיקומי ע"י עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי	.14
75	משתקמים לפי משך הזמן מתאריך הפגיעה עד להתחלת הטיפול	.15
76	משתקמים לפי שנת הפגיעה למשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול	.16
76	משתקמים לפי מהות הנכות ומשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול	.17
77	משתקמים שהטיפול בהם הופסק לפי שלב הפסקת הטיפול	.18
77	משתקמים שהטיפול בהם הופסק לפי הסיבות להפסקת הטיפול.	.19
78	נפגעים לפי מצב הטיפול	.20
78	משתקמים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק לפי משך הטיפול	.21
79	משתקמים שלא נעשה לגביהם נסיון לשיקום תעסוקתי לפי הסיבות לכך	.22
79	משתקמים שלא נעשה לגביהם נסיון לשיקום תעסוקתי לפי מהות הנכות	.23
80	הכשרות שניתנו לפי מקצוע ההכשרה	.24
80	הכשרות שניתנו לפי מסגרת ההכשרה	.25
81	נפגעים לפי מצב תעסוקתי	.26
81	נפגעים שאינם עובדים לפי הסיבות לאי-עבודה	.27

עמוד

82	נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי דרגת נכות רפואית	.28
82	נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי דרגת נכות כוללת	.29
83	נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי שנת הפגיעה	.30
83	נפגעים לפי מצב תעסוקתי ולפי מהות הנכות	.31
84	נפגעים לפי מצב תעסוקתי ולפי משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול	.32
84	נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי מצב הטיפול	.33
85	נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי קבלת או אי-קבלת הכשרה מקצועית	.34
85	נפגעים לפי מין	.35
85	נפגעים לפי גיל	.36
86	נפגעים לפי מצב משפחתי	.37
86	נפגעים לפי סוג ההשכלה	.38
87	נפגעים לפי מספר שנות לימוד	.39
87	נפגעים לפי משלח היד לפני הפגיעה	.40
88	נפגעים לפי מעמד בעבודה לפני הפגיעה	.41
88	נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי מעמד בעבודה לאחר הפגיעה	.42
89	נפגעים שעובדים לפי גודל המשרה	.43
89	נפגעים לפי היכולת לעבוד לאחר הפגיעה	.44
90	נפגעים שעובדים לפי משך הזמן שעבר מהפגיעה עד להתחלת העבודה	.45
90	נפגעים שעובדים לפי חזרה למקום העבודה הקודם (לתקופה כלשהי) או אי-חזרה	.46
91	נפגעים שעובדים לפי השוני בין עבודתם הנוכחית ועבודתם לפני הפגיעה	.47
92	נפגעים לפי כושר השתכרות בשנת 1973	.48
92	נפגעים לפי חפיסתם את חומרת הפגיעה	.49
	נפגעים לפי חפיסתם את מידת השפעת פגיעתם על יחסם של אנשים אחרים אליהם	.50
93		
93	נפגעים לפי מידת ההזדקקות שלהם לעזרה בשירותים אישיים	.51

רשימת דיאגרמות

27	מקבלי קצבה מיוחדת לפי המטרות	.1
28	הנפגעים לפי סכום הקצבה המיוחדת	.2
28	מידת מיצוי הזכות למענק מיוחד	.3

1. מבוא תיאורטי

מטרת שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי, כמשתמע מהחוק, היא לתת לנפגעים הזכאים והזקוקים לכך שיקום מקצועי, באמצעות הכשרה מקצועית או באמצעים אחרים, על מנת לעזור להם לחזור לעבודה.

המושג "שיקום מקצועי" כמצויין בחוק עלול להטעות אם משתמע ממנו כאילו תפקידם העיקרי של עובדי השיקום קשור בהכשרה והשמה לעבודה בלבד של נפגעים. לעיתים נדרש על מנת להגיע לשלב זה תהליך שיקום ממושך כאשר המטרה העיקרית היא קודם כל להביאו לאותה רמה של הסתגלות לפגיעה בה יהיה מוכן לשיקום מקצועי.

סוציולוגים נוטים להגדיר את תהליך השיקום כתהליך של ריסוציאליזציה בו הנפגע עובר בהדרגה מתפקיד של חולה לתפקיד של אדם המסוגל לתפקד בחברה.

מהשימוש במושג ריסוציאליזציה משתמע שהכוונה היא לתהליך ממושך והדרגתי. איפיון אחד של הנכה בתחילת תהליך השיקום הוא הנטייה לתלות פיזית, נפשית, חברתית וכלכלית. איפיון שני הוא זהות עצמית בלתי מגובשת, ואפיון שלישי הוא שהנכים מהווים תת-קבוצה בתוך החברה בעלת סימנים חיצוניים ברורים. בטי קוגסויל¹ חקרה את תהליך השיקום של פרפליגים טראומתיים (נפגעים שעקב פגיעה בחוט השידרה נשארו משותקים בחצי גוף תחתון). היא מציינת 4 שלבים עוקבים עיקריים בתהליך ההסתגלות לנכות של פרפליגים:

1. הינתקות מהתפקיד הישן.
2. הזדהות עם התפקיד החדש.
3. הדגשת יתר של התפקיד החדש לצורך לימוד מיומנויות חדשות.
4. טמיעת תפקיד המוגבל בקונסטלציה הכללית של האישיות.

התקופה הראשונה בבית החולים מאופיינת בדרך כלל ע"י סרוב להיפרד מהתפקיד הישן של אדם בריא. תקופה זו מאופיינת ע"י חוסר רצון לדעת את האמת על מצבו, שיכנוע עצמי

1) Betty E. Cogswell. "Rehabilitation of the Paraplegic: Process of Socialization," Sociological Inq., 37, 1967, p. 11-26

שהפגיעה איננה כה חמורה, והתעלמות מדברי רופאים ואנשים אחרים המנסים להסביר לנפגע את מצבו. רק בהדרגה משתכנע הנפגע על מצבו האמיתי, בדרך כלל תוך תגובה של דיכאון עמוק. תקופה זו גם מאופיינת לעיתים בתנודות בין מצב בו הנפגע רואה את עתידו כשחור משחור לבין חזרה למצב של הכחשת המוגבלות.

קבלת הפקיד המוגבל נוצרת כאשר המוגבל נוכח שבעזרת אימון הוא יכול להגיע לעצמאות מסוימת, לשרת את עצמו ולבצע פעולות שקודם נראו לו כבלתי אפשריות.

השלב הקשה ביותר אולי עבור הנפגע הוא שלב המעבר מהסביבה המוגנת של בית החולים לעולם החיצוני. אחת התופעות המקשות על מעבר זה היא תופעת הסטיגמה הבולטת יותר בעולם החיצוני. המונח סטיגמה הושרש ע"י אירווינג גופמן⁽²⁾ שהגדיר בעל סטיגמה כ"אדם אשר אחרים נוטים לתפסו כבעל תכונה יוצאת דופן, המכסה על שאר תכונותיו ואשר עקב תכונה זו אחרים נוטים להתרחק ממנו".

קוגסויל מציינת שלאחר שהמוגבל החל לקבל את עובדת הפגיעה או האובדן הוא נוטה להדגשת יתר של מוגבלותו לצורך לימוד המיומנויות הדרושות להסתגלות לתפקיד. בתקופה זו הנפגע מקדיש זמן ניכר לאימון פיזי. לימוד המיומנויות דורש ממנו הדגשה של המוגבלות. הדגשה זו מצד המוגבל מגבירה מצידה את הסטיגמה החברתית. המעבר לחברה הרגילה צריך להיעשות בהדרגה ובזהירות. נסיונות כושלים בהתחלה יכולים לגרום לחרדה כזו שהנפגע יסתגר בתוך עצמו ויסרב להמשיך לנסות או שתתפתח בו תגובת עוינות כלפי החברה. הנפגע מתמודד תחילה עם סיטואציות בהן הסטיגמה פחות בולטת, סיטואציות בהן מוגבלותו מושכת פחות תשומת לב, סיטואציות בהן הוא יכול לנוע ביתר חופשיות בעזרת כסא הגלגלים שלו וסיטואציות מהן הוא יכול לברוח כאשר הסטיגמה נעשית בולטת. הנפגע רוכש לעצמו בהדרגה מיומנויות בהשגת הגדרות חיוביות על עצמו מאחרים וכך פוחתת הסטיגמה. גופמן מתאר מספר טכניקות בהן נוקטים נכים באופן מודע להפחתת המתח אצל האחרים. למשל, כאשר הנפגע מתייחס לגבותו במפורש באופן המראה שאינו מעורב רגשית ויכול לקבל את מצבו כלאחר יד. טכניקה אחרת היא התבדחות על המום מצד הנפגע. למשל, קטוע ידיים היה מספר על טריק קבוע שהיה נוהג על מנת ל"שבור את הקרח" במפגש עם אנשים זרים. כל פעם שהיה נכנס למקום זר היה מעשן באופן הפגנתי וכשמישהו היה מעיר לו על הישגו לעשן בעזרת וויס היה מחייך ואומר: "לפחות מדבר אחד אני לא צריך לפחד - שאשרוף לי את האצבעות."

קוגסויל מציינת שהנכים לעיתים קרובות מתקשים לשמור על קשרים חברתיים עם חבריהם מלפני הפגיעה, כיון שמחד החברים מתקשים להסתגל לדמותו החדשה של חברם, ומאידך קשה לנפגע "לשחק" בנוכחותם את תפקידו החדש. בתקופת ההסתגלות לנכות מבקשים הנכים לעיתים קרובות את חברתם של נכים אחרים. בחברת נכים אחרים הסטיגמה פחות בולטת וכמו כן ניתנת להם האפשרות ללמוד האחד מנסיונו של השני.

קוגסויל מציינת שאצל הפרפלגים שחקרה, תקופת ההסתגלות לנכות, תוך הדגשת יתר של תפקיד המוגבל ולימוד מיומנות התפקיד, ארכה בדרך כלל לפחות שנתיים-שלוש. רק לאחר מכן היה הנפגע מסוגל להדגיש מחדש תכונות אחרות שלו ולשבץ את תכונת המוגבלות בקונסטלצית האישיות הכללית. באותה תקופה החלו הנפגעים גם לקשור קשרים חברתיים עם אנשים בעלי סטטוס מקצועי והשכלתי דומה לשלהם.

השלב בו הנפגע מוכן לשיקום מקצועי הוא בדרך כלל שלב מאוחר יחסית בתהליך ההסתגלות. הסיטואציה של עבודה היא סיטואציה מאיימת כיון שהיא דורשת המצאות זמן ממושך באותו מקום, ואין לנפגע אפשרות לברוח כאשר הסטיגמה נעשית בולטת. לכן אין זה רצוי להתחיל בשיקום המקצועי לפני שהנפגע מוכן לכך מבחינה נפשית.

הניתוח של קוגסויל סקר את שלבי תהליך ההסתגלות לנכות של פרפלגים מנקודת ראות סוציולוגית כתהליך של ריסוציאליזציה. אותם שלבים, אם כי כונו בשמות אחרים, תוארו גם ע"י חוקרים אחרים שבחנו את התהליך מנקודת ראות שונות ולגבי בעלי מוגבלויות שונות.

בקרוב מומחי שיקום מקובלת הדעה שחשוב להתחיל בקשר הטיפולי עם הנפגע סמוך ככל האפשר למועד הפגיעה. ההתערבות המוקדמת היא חשובה על מנת למנוע היווצרות דפוסי תגובה שליליים. ברוב בתי החולים כולל צוות העובדים גם פסיכולוגים ועובדים סוציאליים העוזרים לנכה בשלבים הראשונים של ההסתגלות לנכות. תפקיד עובד השיקום הוא לקלוט את הנפגע עם צאתו מבית החולים כאשר התפקיד הראשון, החייב להיעשות עוד לפני צאת הנפגע מבית החולים הוא הכנת הסביבה הן החברתית והן הפיזית של בית הנפגע לקראת חזרתו.

כאשר הנפגע נמצא בבית החולים הוא נמצא בסביבה מוגנת ביותר, עם סדר חיים קבוע. נדרש ממנו לציית ולא להחליט החלטות. גם המשפחה נמנעת, בדרך כלל בתקופה זו, מלהעמיס עליו את בעיותיה ואף מעלימה ממנו בכוונה בעיות שהתעוררו. כשהנפגע יוצא מבית החולים אין מי שיתן לו הוראות, ומצופה ממנו לחזור ולשאת באחריות של בעל משפחה. המעבר ממצב של תלות מוחלטת למצב של אדם עצמאי ובעל אחריות חייב להיות הדרגתי ועובד השיקום הוא שצריך להיות, לפחות בתקופה הראשונה, המתווך בין שני המצבים. במלאו את תפקיד הדמות

הסמכותית, המכוונת והמעניקה בטחון הוא מאפשר מעבר הדרגתי מתפקיד חולה בבית החולים לתפקיד הנדרש בחברה שמחוץ לבית החולים.

ציינו שבתקופה הראשונה הנכה נוטה לייחס משקל יתר לתכונת הנכות. הדגשה זו היא פונקציונלית בתקופה בה הנכה חייב להקדיש את כל מרצו וכוחותיו ללימוד המיומנויות הדרושות. על עובד השיקום לעזור לנפגע להטמיע את תכונת המוגבלות במבנה האישיות הכללי שלו במשקלה הנכון, תוך מציאת קומפנסציות (פיצוי, תחליף, השלמה) למוגבלותו ע"י פיתוח אותן תכונות ואותו פוטנציאל יצירתי שלא נפגע ע"י הנכות.

בעידננו הטכנולוגי ניתן באמצעות מיכשור מתאים להתגבר על חלק ניכר מהמגבלות הפיזיות והמגבלות בניידות שנגרמו עקב הנכות. אחד האמצעים החשובים להגברת יכולת הניידות של הנכה היא המכונית. המכונית מהווה גם פיצוי מסויים על אובדן הסטטוס החברתי שנגרם לנכה עקב פגיעתו ומאפשרת לו להיות פחות תלוי באחרים. המוסד לביטוח לאומי מאפשר לנכים בעלי מוגבלות קשה בניידות לרכוש ולהחזיק מכונית באמצעות תגמולים כספיים מיוחדים הניתנים לנכים קשים. התגמולים המיוחדים גם מאפשרים לנכים הקשים שאינם מסוגלים לשרת את עצמם, לקנות שירותים אלה ולא להיזקק לעזרת אנשים אחרים.

התגמולים המיוחדים הם ללא ספק אמצעי חשוב בתהליך השיקום אולם ודאי שאין הם מספיקים להתמודדות עם המשבר הנפשי שגרמה הנכות, הירידה בהערכה העצמית ובסטטוס החברתי. את האובדן הנפשי ניתן לתאר בפשטות כהרגשה שאני לא שווה כלום. אחת הדרכים להתמודד עם הרגשת ייאוש ואכזבה עצמית זו היא להפגיש את הנכה עם נכים קשים אחרים שהצליחו להגיע למימוש עצמי מסויים למרות נכותם.

לאחר שהנפגע השיג מיומנות פיזית מסויימת ויכולת ניידות הוא מרחיב בהדרגה את תחומי המפגש שלו עם הסביבה החיצונית. מפגש זה הוא לעיתים קרובות מתסכל ביותר. הנכה מרגיש שאנשים בריאים מרגישים מבוכה בנוכחותו, נזהרים בדבריהם, מנסים לכפות עליו את עזרתם גם כאשר הוא אינו זקוק לה, ילדים מצביעים עליו בעוברו ברחוב, אנשים משתמטים מחברתו וכו'. על עובד השיקום לעזור לנכה מצד אחד להסתגל לתגובות אלו ומצד שני לעזור לו לפתח תגובות שיפחיתו באחרים את הנטייה להתייחס אליו כאל יוצא דופן, ושיכוונו אנשים אחרים כיצד להתנהג בחברתו. לעיתים קרובות הנכה עצמו בהתנהגותו מעודד את הסביבה להתייחס אליו כאל יוצא דופן. בתקופה זו משתנה אופי הטיפול מטיפול תמיכתי בעיקר לטיפול בו הנפגע נדרש יותר ויותר לקחת חלק אקטיבי בטיפול.

השיקום המקצועי מאפשר לנכה לבנות לעצמו סטטוס חברתי, שיהיה מבוסס על אותם ערכים המקובלים בחברה הבריאה, שמרכיביו העיקריים הם השכלה, מקצוע והכנסה. במסגרת

השיקום המקצועי ניתן לנכה לממש את הפוטנציאל הקיים בו ע"י השלמת השכלתו הכללית והמקצועית ומציאת מקצוע מתאים לכישוריו וליכולתו.

2. חשיבות בדיקה נפרדת על תהליך שיקומם של נכים קשים

היוזמה והרעיון לעריכת סקר על שיקום נכים קשים הועלו ע"י מר שמואל ברעם ז"ל.

כנכים קשים מוגדרים לצורך סקר זה נפגעי עבודה שדרגת נכותם לצמיתות אינה פחותה מ-75%. ההגדרה הנ"ל היא במידה מוסיימת שרירותית כיוון שיכולת ההסתגלות לנכות אינה תלויה אך ורק במידת המוגבלות האובייקטיבית, אלא גם בהתייחסותו הסובייקטיבית של הנפגע לפגיעתו.

יחד עם זאת, קיימים מספר איפיונים המשותפים למרבית הנכים בעלי דרגת נכות גבוהה המביאים לכך שתהליך שיקומם של נכים אלה נוטה להיות ממושך וקשה יותר, בהשוואה לתהליך שיקומם של נכים בעלי דרגת נכות נמוכה יותר.

מוגבלותם של הנכים הקשים, לעיתים קרובות, בולטת מאד מבחינה חיצונית. כפי שנראה בפרק הבא, נכותם של כ-80% מהנכים הקשים מתבטאת בקטיעה או שיתוק של גפיים, בכוויות קשות או בעיוורון. הבולטות החיצונית של הנכות נוטה להביא לירידה חזקה בהערכה העצמית של הנפגע וכמו כן היא מעוררת נטיה בחברה לראות את הנפגע כבעל סטיגמה. ההסתגלות הנפשית והחברתית לפגיעה נוטה להיות קשה יותר ככל שהמוגבלות בולטת יותר מבחינה חיצונית.

איפיון אחר המקשה על תהליך השיקום של קבוצה זו היא העובדה שרוב הנפגעים הקשים שהו תקופה ממושכת למדי בבית חולים. שהות ממושכת בבית חולים נוטה לחזק במאושפז נטיות הסותרות את הנטיות המצופות ע"י החברה מאדם מבוגר, כגון הנטיה לתלות יתר. על עובד השיקום לעזור לנפגע להשתחרר בהדרגה מנטיה זו.

הפגיעה הקשה נוטה לערער דפוסיים בסיסיים במשפחה. תהליך השיקום דורש התייחסות מירבית למשפחה הנפגע על מנת לעזור לה לקבל את הנפגע ולהתמודד עם הבעיות הקשות שהפגיעה יצרה. בנוסף לירידה ביכולת למלא תפקידים חברתיים קודמים במשפחה אצל חלק ניכר מהנפגעים הקשים, מביאה הפגיעה גם לירידה ביכולת למלא תפקידים ביולוגיים בסיסיים במשפחה. חלק גדול של הנפגעים הקשים סובלים מאי-יכולת לקיים יחסי מין נורמליים עקב הפגיעה.

בעיית השיקום המקצועי נוטה להיות קשה יותר ככל שהמוגבלות קשה יותר. אפשרויות התעסוקה נוטות להיות מצומצמות יותר ככל שהפגיעה קשה יותר, ראשית משום שסוגי העבודה בהם מסוגל הנפגע לעסוק הם מועטים יותר, שנית משום שמקום העבודה צריך להיות בעל תנאים פיזיים מתאימים ושלישית קיימת הבעיה שלא כל מעסיק מוכן לקבל לעבודה נכה קשה.

המוסד לביטוח לאומי מאפשר לנכים הקשים קבלת תגמולים מיוחדים לכיסוי הוצאות על צרכים מיוחדים הנובעים מהנכות כגון הצורך ברכב לשם ניידות אישית, הצורך בהחלפת או התאמת הדירה והצורך בקבלת עוזרת בית או טיפול אישי. התגמולים המיוחדים ניתנים באמצעות מחלקת השיקום לצורך מטרת ספציפיות ולאחר שהנפגע הגיש תביעה לקבלתם. כיוון שהתגמולים אלה הם בסכומים גבוהים למדי והם באים לענות על צרכים חיוניים של הנפגע ולאפשר לו קיום אורח חיים סביר, חשוב לבדוק באיזו מידה אכן עונים התגמולים המיוחדים על צרכי הנכים הקשים, וכן לבדוק האם כל הנכים הקשים הזקוקים לתגמולים המיוחדים אכן מקבלים אותם.

אם כי הנכים הקשים מהווים רק כ-5% מכלל אוכלוסיית נפגעי העבודה הזכאית לשיקום מקצועי באמצעות שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי, היקף בעיותיהם מצדיק התייחסות מיוחדת ובדיקה באיזו מידה מסוגלים שירותי השיקום להתמודד עם בעיות אלה.

3. מטרת הסקר

א. על מנת לבחון את מידת התאמתם של השירותים הניתנים באמצעות מחלקת השיקום לצרכים המיוחדים של הנכים הקשים, חשוב לדעת קודם כל על איזה אוכלוסייה מדובר ומה הם איפיוניה העיקריים. נתאר תחילה את קבוצת הנכים הקשים מבחינת אחוזי הנכות וסוגי המוגבלות. כן נראה כיצד מתפלגת אוכלוסייה זו מבחינת משחני רקע שונים כגון גיל, מין, השכלה, תפקיד ומעמד בעבודה לפני הפגיעה. נראה כיצד נוטים הנכים הקשים עצמם להגדיר את חומרת פגיעתם והשפעתה.

ב. נכים קשים זכאים לפי תקנות הביטוח הלאומי לשני סוגי תגמולים מיוחדים המיועדים למילוי צרכים מיוחדים הנובעים מהנכות – קצבה מיוחדת חודשית לכיסוי צרכים שוטפים ומענק מיוחד לכיסוי הוצאות חד-פעמיות.

נבדוק מהי מידת המיצוי של הזכות לקבלת תגמולים מיוחדים אלה, לאיזה מטרת ניתנו ובאיזה סכומים. כן ננסה לאתר את הסיבות לאי-קבלת התגמולים המיוחדים.

ג. נפריד כאן בין תאור התהליכים והממצאים המתייחסים ישירות לשיקום מקצועי לבין האספקטים הקשורים בשיקום באופן כללי.

תהליך השיקום הוא תהליך מורכב ביותר וניתן לבחנו מנקודות ראות רבות ושונות. אין אפשרות לתת במסגרת סקר זה האור מקיף וממצה של כל האספקטים הקשורים לתהליך זה. נתמקד לכן בסקירת הנוהלים הארגוניים בביצוע תהליך השיקום.

נבדוק ראשית כמה מביין הנפגעים הקשים קיבלו טיפול באמצעות מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי וכמה לא היו בכלל במגע עם שירותי השיקום או שקיבלו טיפול קצר-מועד בלבד. נבחן מי הם הנפגעים שלא היו בטיפול.

למועד התחלת הטיפול יכולה להיות השפעה רבה על תוצאות הטיפול. ננסה לברר כיצד מגיע הנפגע לידיעת עובד השיקום וכמה זמן לאחר הפגיעה מתחיל הטיפול.

האיבחון הוא שלב הכרחי בתהליך הטיפול וחשיבותו ראשונה במעלה. ננסה לבהר כיצד נעשה תהליך האיבחון ובאיזה מקורות ואמצעים נעזרים עובדי השיקום בתהליך האיבחון.

נבחון באיזה מסגרת מתבצע הטיפול במשתקם, באיזה מידה קיים טיפול אישי, משפחתי וקבוצתי.

הזכרנו קודם בסקירה הכללית שהנפגע לפחות בחקופה הראשונה יכול להפיק תועלת רבה מחברתם של נכים אחרים - נראה באיזה מידה מנצלים עובדי השיקום אמצעי זה בתהליך הטיפול השיקומי.

נבחון מה הם הקריטריונים לסיום והפסקת טיפול במשתקמים; שיעור המשתקמים שהטיפול בהם הופסק או הסתיים; מהו משך זמן הטיפול בנפגעים אלה ובאיזה מידה מתקיים קשר עם הנפגעים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק.

לבסוף נדון בשאלת הדיווח על מהלך הטיפול בנפגעים.

ד. השאלה האם הנפגע שוקם מבחינה תעסוקתית נחשבת לאחד הקריטריונים החשובים למידת הצלחת השיקום.

נבחון לגבי כמה מביין המשתקמים נעשה נסיון לשיקום תעסוקתי ואם לא נעשה מה הסיבות לכך.

נראה מה הן הפעולות שננקטו במסגרת הנסיון לשיקומם המקצועי של הנפגעים הקשים; כמה מהם קיבלו הכשרה מקצועית, איזה סוגי הכשרות ובאיזה מסגרות ניתנה ההכשרה; באלו אמצעים נעזר עובד השיקום בחיפוש מקומות עבודה לנפגע ומה הן הבעיות המיוחדות בשיקום מקצועי של נכים קשים. נסקור את מצבם התעסוקתי של הנפגעים כיום, כמה

מהם עובדים, באיזה סוגי תעסוקה ומה השינוי שחל במצבם התעסוקתי בהשוואה למצבם לפני הפגיעה, ובהשוואה למצבם של נכים קלים יותר.

כך ננסה לאתר את הגורמים המשפיעים על עובדת היות הנכה עובד או לא עובד.

4. המדגם הנחקר

המדגם כולל 213 נפגעי עבודה שדרגת נכותם הכוללת לצמיתות היא 75% לפחות, שתאריך פגיעתם חל בשנים 1961-1971 ואשר גילם נע בין 14 ל-60.

רשימת הנפגעים המשתתפים בסקר כוללת את כל הנפגעים העונים לקריטריונים הנ"ל (שנת פגיעה, אחוז נכות וגיל) אשר הופיעו ברשימת מקבלי קצבאות הנכות מעבודה ו/או ברשימת מקבלי ההיוונים בחודש אפריל 1974.

להלן התפלגות הנפגעים שנכללו בסקר לפי הסניפים:

מס' הנפגעים	סניף	מס' הנפגעים	סניף
		213	סה"כ
11	נהריה-עכו	21	באר-שבע
5	עפולה	9	חדרה
5	פתח-תקוה	18	חיפה
22	רחובות	8	טבריה
9	רמלה	36	ירושלים
14	רמת-גן	15	כפר סבא
29	חל-אביב	6	נצרת
		5	נחניה

5. מקורות האינפורמציה

האינפורמציה על תהליך שיקומם של הנכים הקשים נאספה מתוך תיקי השיקום, תיקי הנכות והדו"חות התקופתיים על תהליך השיקום שמולאו ע"י עובדי השיקום. על מנת לקבל תמונה כללית יותר על אופי הפעולות הנעשות כיום במסגרת תהליך שיקומם של הנכים בכלל והנכים הקשים בפרט, נערכה פגישה משותפת של מספר עובדי שיקום מסניפים שונים, בה נסקרו הנושאים שהוזכרו בסעיף מס' 3.

לאור העובדה שנערך סקר מקיף על נפגעי עבודה, ספר ואיבה ע"י האגף למחקר ותיכנון שבמסגרתו רואיינה בשנת 1973 גם האוכלוסיה הכלולה בסקר שלנו, לא מצאנו לנכון לראיין אותה שנית, גם אם היינו זקוקים לנתונים נוספים כדי לקבל תמונה מלאה יותר על מצבם של הנכים הקשים. בכל מקרה שהדבר התאפשר, נוצלו נתוני הסקר הנ"ל כדי להעשיר את הניתוח והמידע על מצבם של הנכים הקשים.

כיוון שמטרת הסקר היתה להעריך את התהליכים ושיטות העבודה הנהוגים בשירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי לגבי נכים קשים ולהציע הצעות לשיפורים - מבוססות חלק מהמסקנות וההצעות המובאות גם על התרשמות אישית של המחברת ולא רק על הנתונים הסטטיסטיים שנאספו.

פרק ב' - אובלוסיית הנכים הקשים

1. נתונים דמוגרפיים (1)

כמעט כל הנפגעים הקשים (95%) הם גברים, רובם בגיל פחות מ-50 שנה, כאשר רבע מהם בגיל נמוך מ-36 ורק 13% הם בגיל העולה על 54. כידוע לא נכללו במדגם נפגעים שגילם עולה על 60. רוב הנפגעים (82%) הם נשואים.

כמחצית הנפגעים (51%) הם בעלי השכלה יסודית בלבד (46%) או חסרי השכלה (6%) ורק 13% הם בעלי השכלה על-תיכונית (כולל ישיבה). מספר שנות הלימוד הממוצע הוא 9 שנים. כמחצית הנפגעים (51%) היו לפני הפגיעה פועלים מקצועיים, 17% היו פועלים לא-מקצועיים, 11% עסקו בחקלאות ו-7% בשירותים. רק 14% עסקו במקצועות הצוארון הלבן (פקידות, מקצועות חופשיים, ומקצועות אקדמאיים).

רוב הנפגעים (86%) עבדו לפני הפגיעה כשכירים.

(נתונים מפורטים יותר נמצאים בלוחות מס. 41-35).

2. דרגת הנכות ומהות המוגבלות

נפגע שהגיש תביעה לגימלת נכות מעבודה מוזמן להופיע בפני ועדה רפואית הקובעת אם ובאיזה מידה נובעת נכותו מפגיעה בעבודה.

הוועדה הרפואית מורכבת מרופא אחד, או משני רופאים המומחים בסוג מוגבלותו של הנפגע. כך רשאית הוועדה הרפואית לשתף בדיוניה יועץ רפואי, או לדרוש מהנפגע לעבור בדיקות נוספות הדרושות לקביעת דרגת נכותו.

דרגת נכות מעבודה נקבעת לפי מבחנים ובהתאם לעקרונות שנקבעו ע"י שר העבודה, לאחר התייעצות עם שר הבריאות. במבחנים אלה נקבע שיעור מסויים של נכות לכל פגם או

(1) הנתונים מתייחסים ל-189 נפגעים קשים שרואיינו במסגרת הסקר על נפגעי עבודה, ספר ואיבה בסוף שנת 1973. מסיבות טכניות לא ניתן לבודד בנתונים המובאים את הנפגעים כתוצאה מפעולות איבה, אולם עקב שיעורם הנמוך -2.6% מהמדגם בלבד, ניתן להניח שהתפלגות נפגעי העבודה אינה שונה מהתפלגות המדגם הכללי.

מוס. יחד עם זאת רשאים הוועדה לסטות מרשימת המבחנים (לפי תקנות 15 ו-16 לחוק הביטוח הלאומי) ולקבוע דרגת נכות יציבה גבוהה או נמוכה עד מחצית מזו שברשימה בהתחשב ב:-

- א. מינו של הנפגע.
- ב. מקצוע של הנפגע, כאשר לדעתה הוא אינו מסוגל לחזור לעבודתו או כאשר לדעתה הביאה הנכות לירידה ניכרת, ולא לזמן מוגבל, בהכנסותיו.

בסקר זה נכנה את דרגת הנכות שנקבעת בהתאם לרשימת המבחנים כ"דרגת נכות רפואית" ואת דרגת הנכות שנקבעה לאחר שימוש בזכות לסטיה מהמבחנים (או לפי תקנות 15 ו-16) כ"דרגת נכות כוללת".

הבחנה זו בין דרגת הנכות הרפואית ודרגת הנכות הכוללת היא חשובה כיון שייתכן ששני נפגעים בעלי פגיעה זהה יהיו בעלי דרגת נכות כוללת שונה כיון שאחד מהם היה לפני פגיעתו פקיד המסוגל לחזור לתפקידו הקודם או לעבודה אחרת דומה, בעוד הנפגע השני היה לפני פגיעתו פועל בניין שאינו מסוגל לכל עבודה במקצועו הקודם או במקצועות דומים. המושג - "נכות כוללת" מביא בחשבון גם את אובדן כושר ההשתכרות של הנכה עקב פגיעתו בעוד שהמושג "נכות רפואית" מתייחס למגבלה הבריאותית עקב הפגיעה.

יש לציין שגובה גימלת הנכות מעבודה נקבע לפי דרגת הנכות הכוללת אולם הזכאות לתגמולים מיוחדים (מענק מיוחד וקצבה מיוחדת) נקבעת לפי דרגת הנכות הרפואית.

לגבי כשליש מהנפגעים במדגם (70 איש) נוצלה הזכות להעלות דרגת הנכות - תוך סטיה מרשימת המבחנים. 15% מהנפגעים (32 איש) הם למעשה בעלי דרגת נכות רפואית פחותה מ-75%. 65% (138 איש) מהנפגעים במדגם הם בעלי דרגת נכות כוללת של 100% אך רק 70% מתוכם הם גם בעלי דרגת נכות רפואית של 100%. (התפלגות הנפגעים לפי דרגת נכות רפואית וכוללת ראה בלוח מס' 1).

רוב הנפגעים במדגם, 147 איש המהווים 69% מהמדגם, הם בעלי מוגבלות בגפיים - 7% בעלי מוגבלות בגפיים עליונות, 40% בעלי מוגבלות בגפיים תחתונות ו-22% בעלי מוגבלות בגפיים עליונות ותחתונות גם יחד.

36 נפגעים המהווים 17% מהמדגם סובלים מהפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת, בדרך כלל עקב פגיעה אורגנית במוח. רוב הנכללים בקטגוריה זו היו מאושפזים בבתי חולים למחלות נפש (התפלגות הנפגעים לפי מהות הפגיעה מתוארת בלוח מס' 2).

15% מהנפגעים סובלים בנוסף למוגבלות הפיזית גם מהפרעה נפשית כתוצאה מהתאונה.

הכוונה כאן למקרים בהם ההפרעה הנפשית נלקחה בחשבון בקביעת דרגת הנכות הרפואית.

ממצא מעניין שנמצא הוא שאחוז הסובלים מהפרעה נפשית בנוסף למוגבלות הפיזית גבוה יותר לגבי קטועים מאשר לגבי משותקים. כך למשל 29% מאלה שנפגעו ברגל אחת בלבד (שרובם קטועים) סובלים מהפרעה נפשית עקב התאונה, לעומת 6% בלבד מאלה שנפגעו בשתי הרגליים (רובם משותקים) הסובלים מהפרעה נפשית עקב התאונה.

ממצא זה מעלה את ההשערה שההסתגלות הנפשית לאובדן איבר היא קשה יותר מאשר ההסתגלות למצב בו האיבר קיים אך אינו מתפקד. זוהי כמובן רק השערה ולבחינתה דרושה בדיקה יסודית יותר ועל מדגם גדול יותר.

כל הנפגעים תופסים את פגיעתם כחמורה כאשר 81% תופסים את פגיעתם כחמורה מאד ורובם (77%) חושבים שנכותם משפיעה על יחסם של אנשים אחרים אליהם כאשר 60% חושבים שפגיעתם משפיעה מאד על יחסם של אנשים אחרים.⁽¹⁾

3. סיכום

רוב הנפגעים הקשים הם גברים, נשואים, בגיל 30-50, בעלי השכלה יסודית או תיכונית חלקית ועבדו לפני הפגיעה כפועלים מקצועיים או חצי-מקצועיים - שכירים.

רוב הנפגעים הקשים (65%) הם בעלי דרגת נכות כוללת של 100% כאשר 70% מתוכם הם גם בעלי דרגת נכות רפואית של 100%.

רוב הנפגעים במדגם (69%) הם בעלי מוגבלות בגפיים - 7% בעלי מוגבלות בגפיים עליונות, 40% בעלי מוגבלות בגפיים החתונות ו-27% בעלי מוגבלות בגפיים עליונות ותחתונות גם יחד. 17% מהנפגעים סובלים מהפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת, בדרך כלל עקב פגיעה אורגנית במוח, ו-15% סובלים מהפרעה נפשית בנוסף למוגבלות הפיזית.

(1) הנתונים בסעיף זה מתייחסים לתשובות שניתנו ע"י הנפגעים במסגרת הראיון שנערך בסוף שנת 1973 לצורך סקר נפגעי עבודה, ספר ואיבה (ראה לוחות מס' 49-50).

פרק ג' - תגמולים כספיים מיוחדים

1. הקדמה

בפרק זה נדון במידת מיצוי הזכויות של התגמולים המיוחדים הניתנים לנכים קשים, לאיזה מטרות ניתנו ומה הגורמים המשפיעים על מידת המיצוי.

2. תנאי הזכאות

נכה עבודה שנקבעה לו דרגת נכות לצמיתות בשיעור של 65% לפחות, זכאי בנוסף לגימלת הנכות מעבודה גם ל:-

א. קצבה מיוחדת לכיסוי הוצאות מיוחדות הקשורות באחזקתו האישית של הנפגע או בשיקומו המקצועי עקב נכותו, בעיקר לצורך אחזקת רכב לשימוש אישי, נסיעות אם אין לו רכב, טיפול אישי ועזרת בית.

גובה הקצבה המיוחדת משתנה מדי פעם. בקביעת גובה הקצבה המיוחדת נלקחים בחשבון דרגת הנכות הרפואית וסוג המוגבלות. הנכים הקשים, בעלי מוגבלות קשה ביותר בניידות, מקבלים קצבה מיוחדת מכסימלית לאחזקת רכב. לעניין זה נחשבים כבעלי מוגבלות קשה בניידות אלה שהוועדה הרפואית קבעה על פי המבחנים הרפואיים שהם: קוטרפלגים בינוניים וקשים, פרפלגים קשים, המיפלגים קשים וקטועי שתי רגליים. נכים אלה מקבלים את הסכום המכסימלי לאחזקת רכב, ללא התייחסות לדרגת נכותם. לגבי שאר הנכים הקשים נקבע גובה הקצבה המיוחדת לאחזקת רכב או לנסיעות בהתאם לדרגת נכותם הרפואית ומידת מוגבלותם בניידות.

קצבה מיוחדת עבור עזרת בית ניתנת רק עבור צרכים הנובעים ישירות מהנכות, כשהמשפחה אינה יכולה לספק לנפגע שירותים לניהול אורח חיים סדיר, או במקרים בהם בן הזוג מפסיק עבודתו על מנת לטפל בנכה במקום להעסיק עובד מהחוץ. לנכה, הזקוק לעזרת בית מלאה, מאושרת קצבה בהתאם לצרכים הממשיים אך לא יותר מ-925 ל"י שהוא סכום הקצבה המכסימלי לכל המטרות.

ב. מענק מיוחד לכיסוי סידורים חד-פעמיים הנובעים מנכותו, הקשורים בבריאותו של הנפגע, התאמת או החלפת דיור, רכישת רכב לשימוש אישי ורכישת אביזרי עזר לשם קיום אורח חיים סדיר.

המענק הוא בגובה ההוצאות הממשיות של ביצוע התוכנית שלמענה הוא מיועד עד לסכום מכסימלי מסויים. נפגעים בעלי 100% נכות רפואית המשותקים בכל גפיהם (קוטרפלגים) זכאים למענק מוגדל.

המענק לרכישת רכב ניתן לרכישת מכונית בעלת נפח מנוע של עד 1800 סמ"ק, אלא אם כן הוכיח הנפגע כי עקב מוגבלותו דרושה לו מכונית בעלת נפח מנוע גדול יותר. בחישוב גובה המענק לרכב נלקח בחשבון סכום הפטור ממיסים שקיבל הנפגע. החל מיוני 1974 זכאי לקבל מענק לרכב, במקרים מסויים, גם נפגע שאינו מסוגל לנהוג בעצמו.

גובה המענק לרכישת אביזרים ביתיים כגון מכונת כביסה וטלוויזיה למשותקים ומרותקים נקבע לפי מחירי מוצרים אלה מתוצרת הארץ.

3. הגשת בקשה לתגמולים מיוחדים

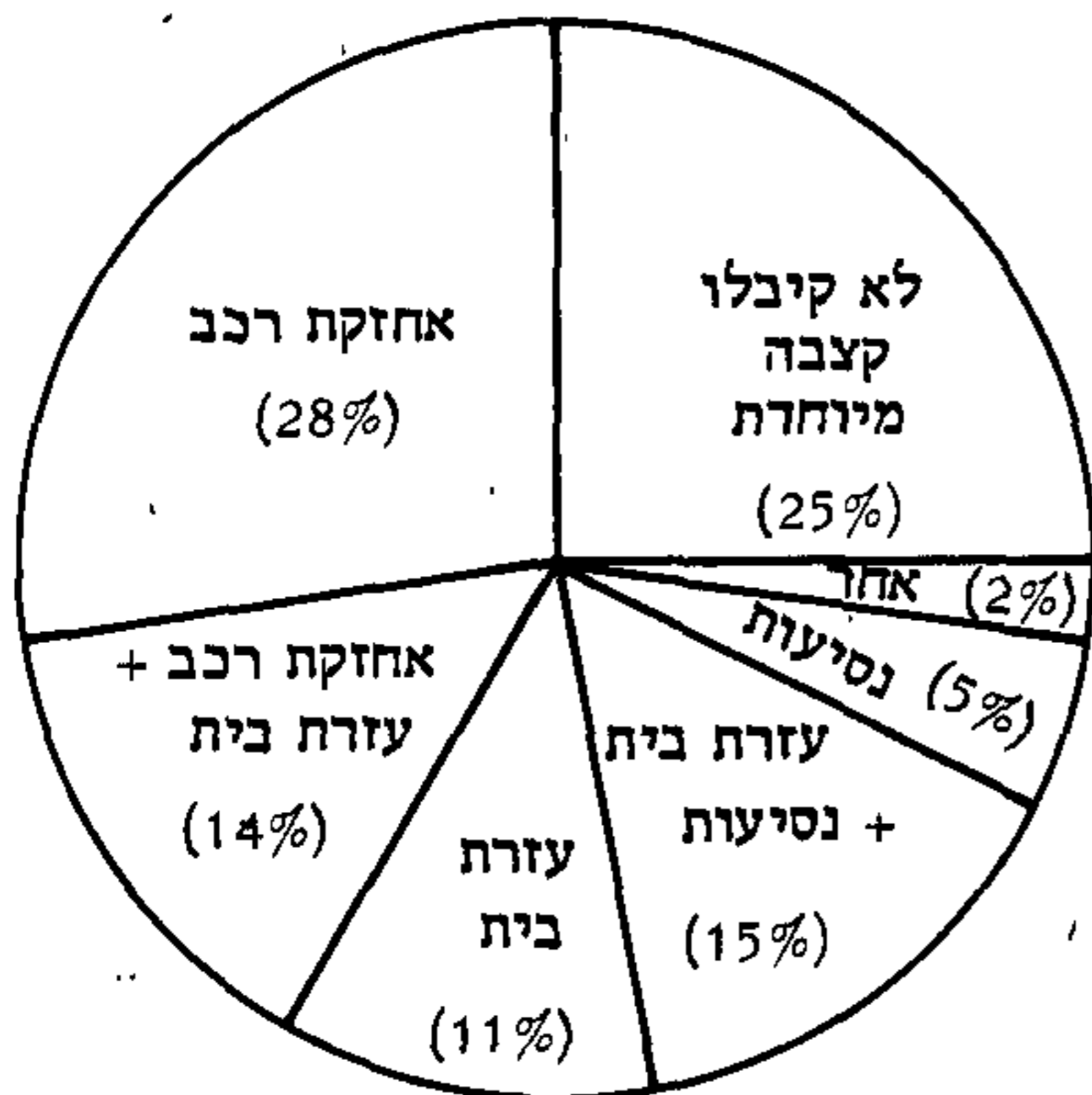
הנפגע חייב להגיש בקשתו, על גבי טופס מיוחד, לעובד השיקום בסניף הביטוח הלאומי. על הנפגע לצרף לבקשתו אישורים רפואיים המעידים על הצורך שלו בתגמול המבוקש וכן אישורים על מחיר המוצרים אותם הוא מבקש לרכוש באמצעות המענק המיוחד.

הקצבה המיוחדת מאושרת לשנה אחת בלבד ועל הנפגע להגיש בקשה מדי שנה לחידוש הקצבה ולנמק את הצורך שלו בחידושה. על הנפגע להוכיח שהוא בעל רכב במידה והוא מבקש קצבה לאחזקת רכב ושהוא מעסיק עוזרת במידה והוא מבקש קצבה לעזרת בית.

על עובד השיקום לוודא אישית את הצורך של הנפגע בתגמול המבוקש או בחידושו ולהתייעץ במידת הצורך עם רופא מוסמך בדבר מידת הצורך במענק או בקצבה למטרות הנתבעות ובדבר מידת הקשר בין המוגבלות הנובעת מהנכות והמטרה לשמה נתבע התגמול.

4. מידת מיצוי הזכות לתגמולים מיוחדים (עד ליום 1.4.75)

א. קצבה מיוחדת



דיאגרמה מס' 1

מקבלי קצבה מיוחדת לפי המטרות

רבע מהנפגעים במדגם (53 איש) אינם מקבלים קצבה מיוחדת ולא קיבלו אף פעם.

המטרות העיקריות לשמן ניתנת הקצבה המיוחדת הן אחזקת רכב לשימוש אישי

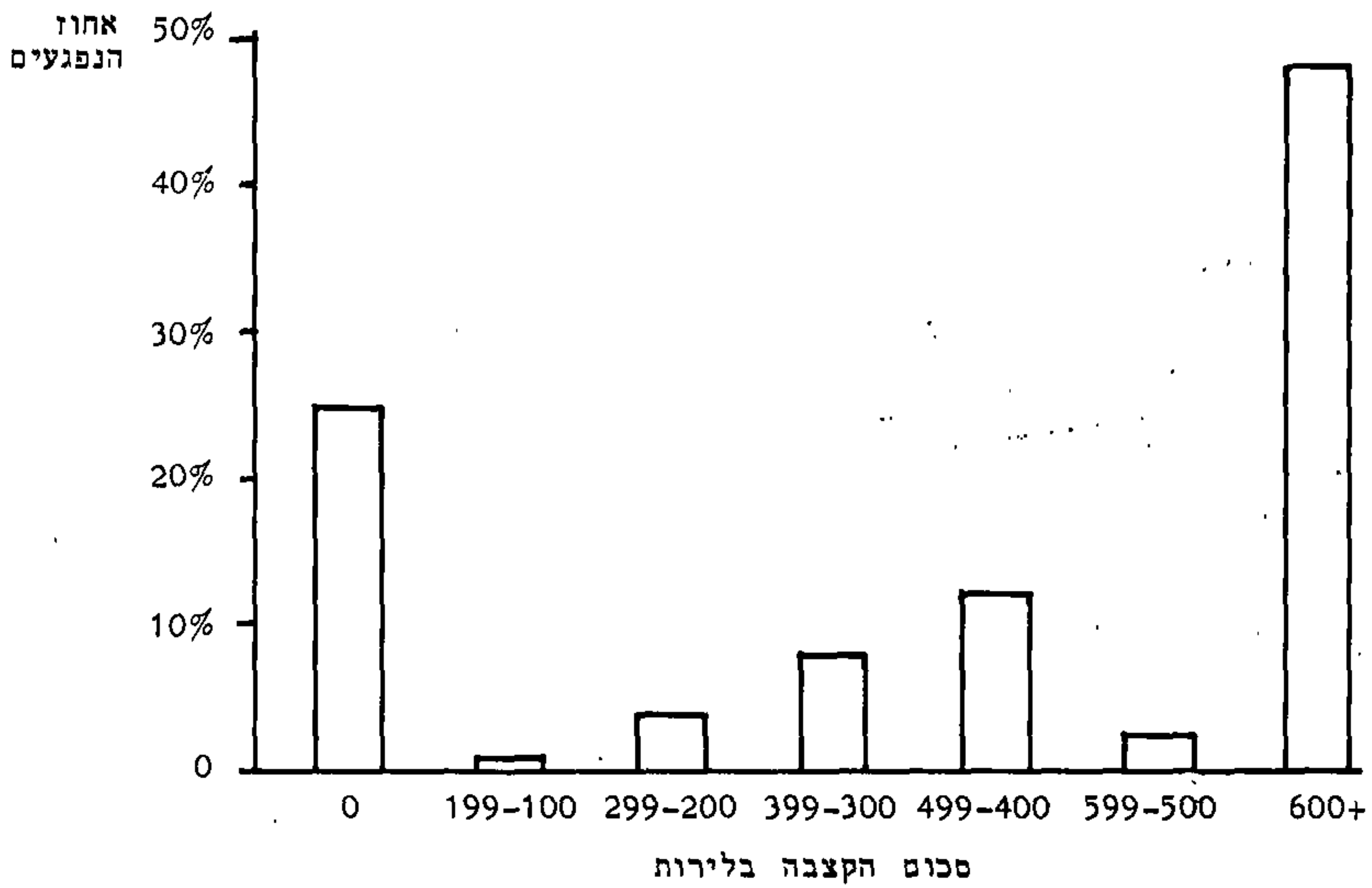
ועזרת בית, כפי שמראה דיאגרמה מס' 1.

63% מהמקבלים קצבה מיוחדת מקבלים למעלה מ-600 ל"י (כאשר הקצבה המכסימלית

ביום 1.4.75, הייתה - 625 ל"י). (ראה דיאגרמה מס' 2).

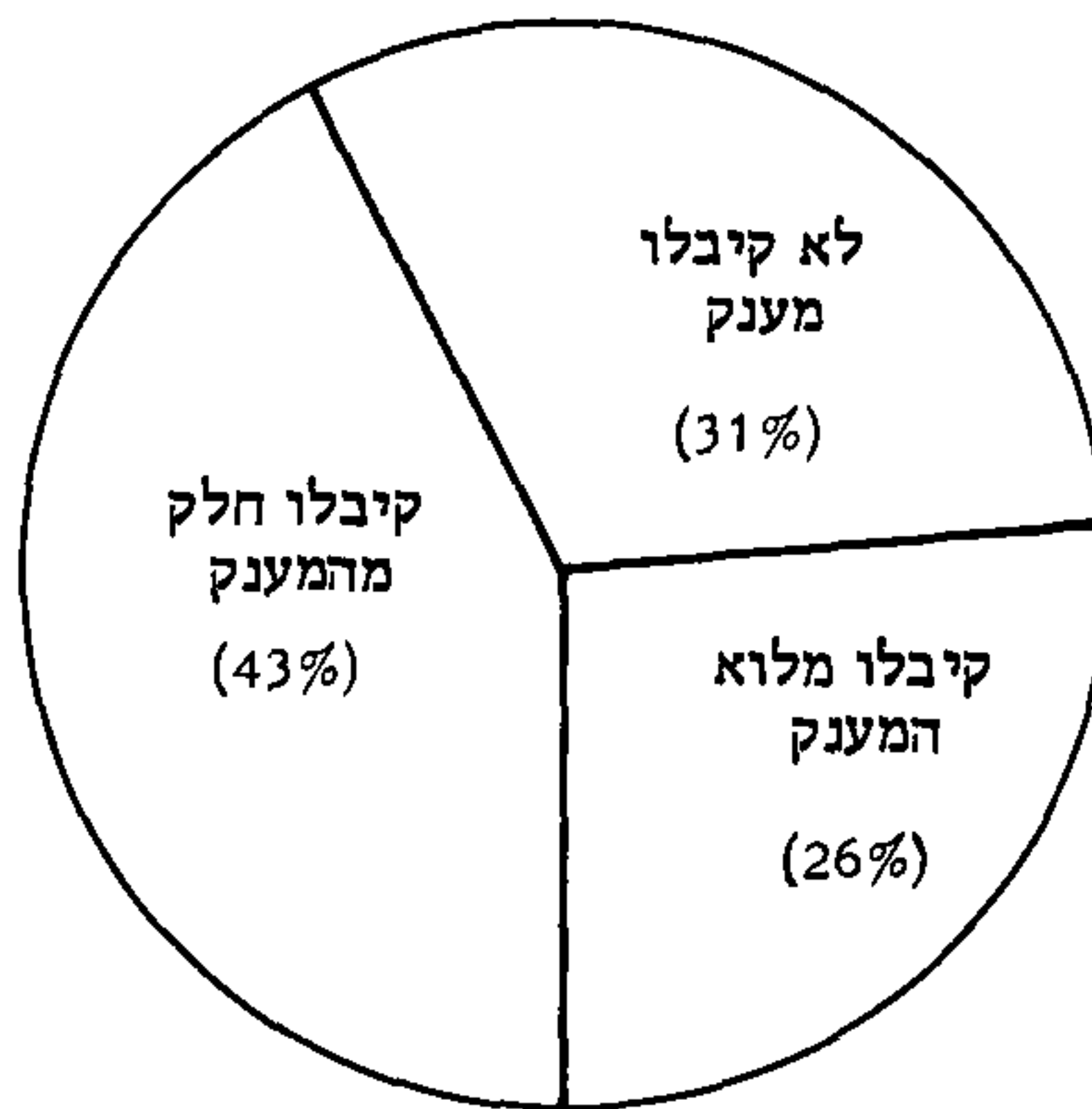
על התפלגות מקבלי הקצבה המיוחדת לפי גובה הקצבה ולפי המטרה, ראה לוח מס' 3.

דיאגרמה מס' 2: הנפגעים לפי סכום הקצבה המיוחדת



ב. מענק מיוחד

דיאגרמה מס' 3: מידת מיצוי הזכות למענק מיוחד



33% מהנפגעים במדגם הנחקר (66 נפגעים) לא קיבלו מענק מיוחד אף פעם, 43% (91 נפגעים) קיבלו חלק מסכום המענק המכסימלי ורק 26% (56 נפגעים) קיבלו את מלוא סכום המענק (ראה דיאגרמה מס' 3).

המטרות העיקריות לשמן ניתן המענק הן רכישה או החלפת רכב - 60% (88 נפגעים) ממקבלי המענק השתמשו בו למטרה זו, ורכישת או התאמת דיור - 73% (107 נפגעים) ממקבלי המענק השתמשו בו למטרה זו.

לוח מס' 6: הנפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת ו/או מענק מיוחד - באחוזים

קצבה מיוחדת			מענק מיוחד
לא מקבלים	מקבלים	סה"כ	
25	75	100	סה"כ
7	62	69	קיבלו
18	13	31	לא קיבלו

כפי שמראה לוח מס' 6 - 62% מהנפגעים קיבלו מענק מיוחד ומקבלים קצבה מיוחדת ו-18% לא קיבלו מענק מיוחד ולא מקבלים קצבה מיוחדת.

5. הסיבות לאי-קבלת תגמולים מיוחדים

ניתן להעלות מספר השערות לאי-מיצוי הזכות לתגמולים מיוחדים ע"י נכים בעלי 75% נכות לפחות. סיבה אחת לא מוצדקת יכולה להיות חוסר אינפורמציה של הנפגעים על התגמולים המגיעים להם. התגמולים המיוחדים אינם ניתנים אוטומטית אלא על הנפגע להגיש בקשה לקבלתם. סיבה שנייה - מוצדקת - יכולה להיות שלנפגע אין צרכים מיוחדים המזכים אותו בקבלת התגמולים.

לאיתור הסיבות מדוע חלק מהנפגעים אינם מקבלים קצבה מיוחדת ו/או לא קיבלו מענק מיוחד נבדקו מספר השערות:

השערה 1: קיים קשר בין שנת הפגיעה לבין שיעור מקבלי קצבה מיוחדת ו/או מענק מיוחד. ההשערה היא שאחוז הנפגעים שלא קיבלו מענק מיוחד ו/או קצבה מיוחדת קטן יותר בין נפגעי השנים המאוחרות בהשוואה לנפגעי שנים מוקדמות יותר.

מספר נימוקים לכך:

א. התקנות בדבר מתן תגמולים מיוחדים עברו מספר שינויים במשך השנים, לא רק בכיוון הגדלת הסכומים אלא גם בכיוון הרחבת הזכאות. ייתכן שנפגעים שנפגעו לפני שנים רבות וגם הקשר של עובד השיקום עם הופסק לפני שנים רבות, אינם יודעים על השינויים שחלו ולכן לא הגישו בקשה לקבלת התגמולים.

ב. ייתכן שבמשך השנים חל שיפור באופן העברת האינפורמציה על הזכויות לנכים ולכן עלה שיעור הנכים היודעים על זכויותיהם וכך גם שיעור מגישי הבקשה לתגמולים מיוחדים.

הממצאים מראים הבדל מובהק (לפי מבחן χ^2 $0.001 < \alpha$) בין שיעור מקבלי קצבה מיוחדת בקרב נפגעי השנים 1961-1966 לעומת שיעור מקבלי קצבה מיוחדת מבין נפגעי השנים 1967-1971. 66% בלבד מבין נפגעי השנים המוקדמות מקבלים קצבה מיוחדת לעומת 80%-89% שמקבלים קצבה מיוחדת מבין נפגעי השנים המאוחרות יותר (ראה לוח מס' 7).

גם לגבי שיעור מקבלי המענק המיוחד קיים הבדל מסויים, אם כי לא מובהק (לפי מבחן χ^2 $0.05 > \alpha > 0.10$) בין שיעור מקבלי המענקים בין נפגעי השנים 1961-1963 בהשוואה לנפגעים שנפגעו משנת 1964 ואילך. 59% בלבד מבין נפגעי השנים 1961-1963 קיבלו מענק מיוחד לעומת למעלה מ-70% שקיבלו מענק מבין נפגעי השנים המאוחרות יותר (ראה לוח מס' 8).

לא נמצא הבדל בדרגת הנכות ו/או במהות הנכות בין נפגעי השנים השונות.

השערה 2: קיים קשר בין מענק ו/או קצבה מיוחדת לבין אחוז הנכות. ככל שאחוז הנכות גבוה יותר, כך גבוה יותר שיעור מקבלי המענק ו/או הקצבה. השערה זו מבוססת על ההנחה שככל שאחוז הנכות גבוה יותר כך רבים יותר הנפגעים בעלי אותם צרכים שלכיסויים מיוחדים המענק או הקצבה.

בבדיקת הקשר שבין קבלת קצבה ו/או מענק לבין אחוז הנכות התייחסתי לדרגת הנכות הרפואית כיון ש: א) דרגת נכות זו משקפת יותר מאשר דרגת הנכות הכוללת את הצרכים המיוחדים של הנכה הנובעים ממצב בריאותו ומוגבלותו הפיזית. ו- ב) בבדיקת הזכאות למענק או קצבה ע"י עובדי השיקום קיימת, בהתאם להוראות, התייחסות לדרגת הנכות הרפואית.

השערה זו אומתה ביחס למענק מיוחד - רק 52% בעלי דרגת נכות פחותה מ-80% קיבלו מענק מיוחד כלשהוא לעומת 70%-79% שקיבלו מענק מבין בעלי דרגת נכות של 80% ומעלה. ההבדל בין שיעור מקבלי המענק בקרב בעלי דרגת נכות פחותה מ-80% לבין שיעור מקבלי המענק בקרב בעלי דרגת נכות מ-80% ומעלה הוא מובהק (לפי מבחן χ^2 $0.01 < \alpha$).

לעומת זאת, לא נמצא הבדל בין שיעור מקבלי קצבה מיוחדת בקרב בעלי דרגת נכות נמוכה יחסית לבין שיעור מקבלי הקצבה בקרב בעלי דרגת נכות גבוהה (ראה לוחות מס' 9-10).

השערה 3: קיים קשר בין מהות הנכות, או איזה איברים נפגעו לבין העובדה שהאדם קיבל או לא קיבל מענק מיוחד ו/או קצבה מיוחדת.

הצרכים העיקריים לשמם ניתן המענק המיוחד הוא רכישת רכב והחלפת או התאמת דיור. צירוף של צרכים אלה אופייני בעיקר לפגועי רגליים משותקים שהם בדרך כלל גם זקוקים לרכב לצורך ניידות, וגם זקוקים במקרים רבים לשינויים בדירה או להחלפתה.

הממצאים מראים שאכן 92% מהנפגעים המשותקים בשתי הרגליים קיבלו מענק מיוחד כלשהוא. לעומתם בקרב נפגעי 4 גפיים המוגבלים בניידות לא פחות אך אינם מסוגלים עקב מוגבלותם לנהוג ברכב רק 60% קיבלו מענק (ראה לוח מס' 12).

באופן כללי מראים הממצאים שקיים קשר חזק בין היכולת לנהוג והעובדה שהנפגע קיבל מענק מיוחד. אם נשווה בין נפגעים אשר בדרך כלל אינם זקוקים לשינויים בדירה עקב מוגבלותם אך מסוגלים לנהוג כגון נפגעים שנכותם היא תוצאה כוויות, תוצאה מחלות פנימיות, פגיעות בגב או קטיעה יד אחת - לעומת נפגעים אשר גם הם אינם זקוקים בדרך כלל לשינויים בדירה אך אינם מסוגלים לנהוג כגון עוורים או בעלי מוגבלות נפשית, נראה שקיים הבדל ניכר בשיעור מקבלי המענק בין שתי קבוצות אלה. השיעור הנמוך ביותר של מקבלי מענק נמצא בקרב עוורים ובעלי מוגבלות נפשית.

בניתוח הקשר בין קבלת קצבה מיוחדת ומהות המוגבלות נמצא קשר למדי (לוח מס' 11) בין שיעור המגבלה הפיזית בעקבות הפגיעה ושיעור מקבלי הקצבה. שיעור מקבלי הקצבה הגבוה ביותר נמצא בקרב אותם נכים שהם גם מוגבלים בניידות וגם זקוקים לטיפול אישי ולעזרה בפעולות יומיומיות - לקבוצה זו שייכים בעיקר משותקים - פרפלגים, המיפלגים וקוטרופלגים. 77%-91% מנפגעים אלה מקבלים קצבה מיוחדת.

שיעור מקבלי הקצבה הנמוך ביותר נמצא בקרב נכים המוגבלים פחות בניידות וזקוקים פחות לטיפול אישי ולעזרה בביצוע פעולות יומיומיות כגון נפגעי כוונות, עוורים והסובלים מהפרעה נפשית או שכלית ללא מגבלה פיזית נוספת.

השערה 4: קיים קשר בין קבלת מענק וקבלת קצבה מיוחדת. מספר סיבות להשערה זו: ראשית נפגע שקיבל מענק או קצבה נמצא בקשר עם עובד השיקום ולכן הסיכוי שיהיה מודע לזכויותיו לתגמולים מיוחדים הוא גבוה יותר מאשר נפגע שלא קיבל מענק ולא מקבל קצבה. שנית, נפגעים שקבלו מענק לרכב, המהווים כ-41% מכלל הנפגעים הקשים במדגם מומלץ לגביהם כמעט אוטומטית גם על מהן קצבה מיוחדת לאחזקתו.

הממצאים מראים (ראה לוח מס' 6) שאכן קיים קשר מובהק בין קבלת קצבה מיוחדת וקבלת מענק מיוחד (לפי מבחן χ^2 $\alpha < 0.001$). 90% מהנפגעים שקבלו מענק מקבלים גם קצבה מיוחדת ו-58% מאלה שלא קבלו מענק לא מקבלים גם קצבה מיוחדת.

6. סיכום ומסקנות

א. ראינו שרבע מהנפגעים הקשים לא קיבלו אף פעם קצבה מיוחדת וקרוב לשליש לא קיבלו אף פעם מענק מיוחד. כן ראינו שאחד הגורמים הקשורים לאי-קבלת מענק ו/או קצבה מיוחדת הוא תאריך הפגיעה כאשר שיעור מקבלי הקצבה ו/או המענק בקרב נפגעי השנים המוקדמות הוא נמוך יותר בהשוואה לשיעור מקבלי המענק ו/או הקצבה בקרב נפגעי השנים המאוחרות יותר. כיון שלא נמצא קשר בין שנת הפגיעה לבין דרגת הנכות ומהותה, סביר להניח שהסיבה לשיעור הנמוך יותר של מקבלי תגמולים מיוחדים בקרב נפגעי השנים המוקדמות נובעת מחוסר אינפורמציה של נפגעים ותיקים אלה על זכויותיהם. ניתן לשער ששיעור מקבלי התגמולים המיוחדים בקרב נפגעים שחאריך פגיעתם חל לפני שנת 1961 אף הוא נמוך יותר.

ממצאים אלה מדגישים את הצורך בבדיקה מחודשת של מידת הצורך של נפגעי שנים מוקדמות (לפני שנת 1966) שלא קיבלו תגמולים מיוחדים, בקצבה מיוחדת ו/או במענק מיוחד.

ב. סכום הקצבה המיוחדת המכסימלי לכל המטרות הוא כיום (בהתאם להוראות מיוני 1975) 925 ל"י לחודש. סכום הקצבה המכסימלי לאחזקת רכב עבור נכה בעל 100% נכות רפואית או בעל מוגבלות קשה מאוד בניידות הוא 825 ל"י. נובע מכך שנכה קשה כזה בעל רכב יכול לקבל למעשה רק 100 ל"י עבור עזרת בית וטיפול אישי.

יש לציין שדוקא המוגבלים קשה בניידות - משותקי גפיים תחתונות - הם אלה הזקוקים ביותר לעזרת בית ולטיפול אישי. חלק ניכר ממשותקים אלה סובלים גם מאי-יכולת לשלוט ביציאותיהם, דבר המגביר במידה ניכרת את הצורך שלהם בעזרת בית. סכום הקצבה המיוחדת המכסימלי אינו יכול לספק את צרכיהם של אותם נפגעים הזקוקים גם לקצבה מקסימלית עבור עזרת בית וגם לקצבה מכסימלית עבור החזקת רכב.

בנוסף לכך יש לציין שטיפול אישי עולה הון תועפות. מספלת אישית עולה (לפי מט"ב - אגודה למטפלות בית) מינימום 12 ל"י לשעה במשך היום. נפגע שאינו יכול לשרת עצמו וזקוק לטיפול אישי צמוד ואשר אשתו עובדת יום מלא מחוץ לבית נזקק לכ-100 ל"י ליום (עבור כ-8 שעות), המסתכמים בקרוב ל-3,000 ל"י לחודש. גם כאשר האשה אינה עובדת מחוץ לבית, המתח הנפשי הכרוך בהימצאות תמידית בחברת נכה קשה הוא כה גדול שחשוב לאפשר לה יציאה מהבית והשתחררות מהתפקיד של טיפול בנכה לפחות למספר שעות.

לקבוצת הבלתי מסוגלים לשרת עצמם כמעט בכלל משתייכים בעיקר קוורטריפלגים קשים המהווים כ-4%-5% מאוכלוסיית הנכים הקשים.

לאור עובדות אלה, מוצע:

1) לקבוע תקרה לסכום הקצבה המכסימלי בנפרד לכל מטרה, במקום תקרה מכסימלית לכל המטרות.

2) להגדיל את סכום הקצבה המכסימלית לטיפול אישי ועזרת בית עבור קוורטריפלגים קשים. בעייה אחרת הקשורה להתאמת גובה הקצבה המיוחדת לצרכים המיוחדים של הנכה, הנובעים מנכותו קשורה לעובדה שהמטרות להן מיועדת הקצבה המיוחדת אינן עונות על כל הצרכים המיוחדים של נכים קשים הנובעים ישירות מהנכות, והכרוכים בהוצאות ניכרות. כך למשל נפגעים שאינם יכולים לשלוט ביציאותיהם זקוקים להוצאות כביסה גדולות בהרבה מהמקובל ובמקביל לכך גם לתחלופה רבה יותר של בגדים ומצעים. בעיה זו אופיינית להערכת לפחות לגבי רבע מהנפגעים הקשים (מרבית הפרפלגים והקוורטריפלגים וחלק מההמיפלגים).

ג. המענק המיוחד מיועד לפי ההוראות, לכיסוי הוצאות חד-פעמיות הנובעות מנכותו כאשר המטרות העיקריות לשמן משתמשים הנפגעים במענק הן רכישת רכב והחלפת או התאמת דיור. הבעיה בקשר לרכב היא שהוא זקוק להחלפה, דבר הכרוך בהוצאה של עשרות אלפי לירות מדי מספר שנים. המענק המיוחד מיועד לרכישת רכב, אך לא לכיסוי הוצאות עבור החלפתו כל

כמה שנים. יש לזכור שלגבי הנכים הקשים המוגבלים בניידות מהווה הרכב צורך חיוני. כן יש לציין שעקב נכותם זקוקים הנכים הקשים לעיתים קרובות דוקא למכוניות גדולות ויקרות ובמצב טוב. בעיית חידוש הרכב דורשת פתרון בין אם ע"י חידוש הזכות למענק מיוחד לצורך זה ובין אם ע"י מתן הלוואות.

ד. כאשר אנשים בריאים זקוקים לדיור עומדות בפניהם בדרך כלל מספר אלטרנטיבות: הם יכולים לגור תקופה מסוימת בשכירות או בתנאים פחות נוחים עד שישגו דיור מתאים. לא כך המצב לגבי נכים קשים. כך למשל פרפלאג שדירתו נמצאת בקומה רביעית אינו יכול להמשיך לגור בה אפילו תקופה קצרה כיון שפרוש הדבר שעליו להיות כלוא בדירתו. הוא גם אינו יכול לגור בינתיים בדירה שכורה כיון שעליו להכניס שינויים בדירה על מנת שיוכל לנוע בדירתו בחופשיות. גם אפשרויותיו בבחירת הדירה הן מוגבלות. הוא חייב למצוא דירה בקומת קרקע עם אפשרות לחניה בקירבת הדירה וכו'. בעיית הדיור היא בעייה קריטית עבור הנכה הקשה. יש לציין שנכים אינם נהנים מכל הנחות או תנאים כספיים מיוחדים מטעם משרד השיכון או משרדים ממשלתיים אחרים לצורך פתרון בעיות הדיור שלהם, כאשר הצורך לדיור נובע מהנכות, זאת מלבד המענק המיוחד מטעם ביטוח לאומי והקרן המשותפת למשרד השיכון ולמשרד הבריאות המקציבה לנכים קשים פגועי רגליים מענק לצורך עריכת שינויים בדירה, הדרושים להם עקב נכותם.

בקשר להטבות אחרות בענייני דיור שאינן קשורות דוקא בהטבות כספיות כגון הזכות לקבל דיור בזמן קצר יותר, הזכות לבחור את מקום הדירה וכו' לא קיימים כללים כתובים במשרד השיכון אלא כל מקרה נשקל באופן אינדיבידואלי ע"י הוועדה הקובעת.

כאמור, בעיית הדלור של נכים קשים הזקוקים להחלפת דיור עקב נכותם היא בדרך כלל דחופה ואין אפשרות לפתרונות זמניים. נראה לכן שיש מקום לקביעת כללים ברורים ומחייבים מטעם משרד השיכון בקשר להטבות ולתנאים המיוחדים לנכים קשים.

ה. סכומי הקיצבה והמענק מותאמים מדי פעם לשינוי המחירים והתאמה זו נעשית בדרך כלל באופן רטרואקטיבי מיום עליית המחירים. יחד עם זאת, יש לציין שבמיוחד לגבי הקצבה המיוחדת שמטרתה לכסות צרכים חיוניים שוטפים כאשר קצב עליית המחירים הוא מהיר כפי שהיה בשנה האחרונה, רצוי שהעלאת סכומי הקצבה תיעשה לעיתים תכופות יותר ובצמידות לעליות חדות במחירי אותם מוצרים להם מיועדת הקצבה המיוחדת כגון מחיר הדלק. תכיפות שינוי ההוראות בדבר סכומי הקצבה המיוחדת והמענקים המיוחדים כיום אינו תואם מצב של

אינפלציה דוהרת. כך למשל עליית מחירים דרסטית חלה בעקבות הפיחות בחודש נובמבר 1974. מחיר הדלק הועלה מאז ב-65%. ההוראות בדבר העלאת גובה הקצבה לאחזקת רכב הופצו רק ביוני 1975, זאת אומרת למעלה מחצי שנה אחרי עליית המחירים. למרות שסכום הקצבה המוגדלת ניתן רטרואקטיבית מנובמבר 1974 ואם כי הנפגעים קיבלו מקדמות ע"ה העלאה זו, רצוי שההוראות לשינוי הקצבה תצאנה סמוך יותר לשינויים במחירים.

ו. הקצבה המיוחדת ניתנת כל פעם לחקופה של שנה אחת ובסיומה על הנפגע לפנות לעובד השיקום בבקשה לחידוש הקצבה. לשיטה זו כמה יתרונות:

(1) נשמר הקשר בין הנפגע לעובד השיקום לפחות פעם בשנה.

(2) ההתאמה בין גובה הקצבה וצרכי הנפגע נבדקת מחדש מדי שנה.

לעובדה שהנפגע הוא זה שחייב לפנות לעובד השיקום בבקשה לחידוש הקצבה יש משמעות חיובית מבחינה טיפולית כיון שהיוזמה ליצירת קשר עם עובד השיקום והדאגה לסיפוק צרכיו באה מצידו.

יחד עם זאת, המציאות היא כזאת שחלק ניכר ממקבלי הקצבאות המיוחדות נזכרים שמועד קצבתם תם רק לאחר שאינם מקבלים את ההמחאה במשך זמן מסוים ולפעמים עד חודשיים-שלושה. התהליך עד לחידוש הקצבה וקבלת הכסף ע"י הנפגע גם הוא אורך כחודש ימים. למרות שהנפגע מקבל את קצבתו רטרואקטיבית מיום סיום מועד הקצבה הקודמת מצטבר לזכותו סכום היכול להגיע לאלפי לירות, שחסרונם ודאי מורגש, במיוחד כשמדובר בכיסוי הוצאות שוטפות של צרכים ממשניים. מוצע לכן לשמור אמנם על העיקרון שעל הנפגע לפנות מדי שנה בבקשה לחידוש קצבתו, אך רצוי שכחודשיים לפני סיום מועד הקצבה תישלח לו תזכורת מטעם מחלקת השיקום או הסניף.

ז. מוצע שמחלקת השיקום תקיים כרטסת מסודרת של כל מקבלי הקצבאות לפי תאריכי סיום הקצבה. קיום כרטסת כזו תאפשר קבלת המונה ברורה על שיעור מקבלי הקצבאות המיוחדות וכן ניתן יהיה לאתר את אלה שלא פנו בבקשה לחידוש הקצבה ולברר את הסיבות לכך. כמו כן ניתן יהיה אולי להחיש ולייעל את תהליך חידוש הקצבה אם בכרטסת יירשמו כל הפרטים הרלבנטיים הדרושים לחידוש הקצבה כגון דרגת הנכות, מהות המגבלה, והמטרות לשמן ניתנה הקצבה, כך שניתן יהיה לבצע את חידוש התשלומים ללא היזדקקות למסמכים נוספים. במקביל לכך רצוי לקיים גם כרטסת של כל מקבלי המענקים בה יצויינו סכומי המענקים שקיבל הנפגע, תאריך קבלתם והמטרות לשמן ניתנו. כרטסת כזו תאפשר קבלת אינפורמציה במהירות על סכום המענק המגיע לנפגע הפונה בבקשה למענק.

פרק ד' - שיקום

1. הקדמה

בפרק זה נסקור ממצאים, נוהלים ותהליכים המתייחסים לתהליך השיקום באופן כללי. באותם אספקטים הקשורים ישירות בשיקום מקצועי נדון בפרק הבא.

במסגרת פרק זה נתאר כמה מביין הנפגעים הקשים קיבלו טיפול באמצעות מחלקת השיקום של ביטוח לאומי (עד לחודש ינואר 1975), וכמה לא קיבלו טיפול בכלל או שקיבלו טיפול קצר מועד בלבד. נראה מי הם הנפגעים שלא קיבלו טיפול.

נראה כמה זמן לאחר הפגיעה התחיל הטיפול בנפגע ומה הם האמצעים הננקטים ע"י שרותי השיקום לאיתור הנפגעים.

נסקור את אופי תהליך האיבחון שנעשה ובאיזה מקורות ואמצעים נעזרים עובדי השיקום לצורך איבחון הנפגעים.

נראה באיזה מסגרות מתבצע הטיפול: באיזו מידה קיים טיפול אישי, משפחתי וקבוצתי וכן באיזו מידה מנוצלת בתהליך השיקום עזרת נכים לנכים.

נתאר את הקריטריונים הנהוגים לסיום והפסקת טיפול במשתקמים, שיעור המשתקמים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק ומשך הטיפול בהם.

לבסוף נדון בשאלת הדיווח על מהלך הטיפול.

2. שיעור הנפגעים שקיבלו טיפול באמצעות מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי

אחת הבעיות המרכזיות שעמדה בפני בעת עריכת הסקר היתה מה פירוש המושג טיפול וכיצד לקבוע האם הנפגע קיבל טיפול או לא.

לצורך הסקר בחרנו בקריטריון שהירותי למדי של העובדה האם נפתח או לא נפתח לנפגע תיק שיקום. נפגעים שנפתח להם תיק שיקום סווגו כמקבלי טיפול ונפגעים שלא נפתח להם תיק שיקום סווגו כלא מקבלי טיפול. עובד השיקום עורך עם הנפגע 3-4 שיחות לצורך איבחון ראשוני אם הנפגע זקוק לטיפול. תיק השיקום נפתח רק לאחר שהעובד מצא לאחר שיחות האיבחון

הראשונות שהנפגע זקוק להמשך טיפול. לנפגעים שהקשר עמם נפסק לאחר השיחות הראשונות לא נפתח, בדרך כלל, חיק שיקום.

הסיבות לאי-מתן טיפול יכולות להיות:

- א. הנפגע מצא בעצמו עבודה או שחזר לעבודתו הקודמת ולא היה זקוק לדעת עובד השיקום לעזרה נוספת.
- ב. הנפגע נמצא בטיפולו של גורם אחר, כולל נפגעים המאושפזים בבתי חולים למחלות נפש או למחלות כרוניות.
- ג. הנפגע לא היה מעוניין ביצירת קשר עם עובד השיקום.
- ד. אינפורמציה על הנפגע לא הגיעה ליחידת השיקום.
- ה. לעובד השיקום אין הכלים והיכולת להתמודד עם הבעיות שהפגיעה יצרה, למשל לגבי נפגעים שהפגיעה יצרה אצלם ירידה ניכרת בתיפקוד השכלי.

83% מהנפגעים במדגם קיבלו טיפול (179 נפגעים) ו-17% (34 נפגעים) לא קיבלו טיפול. לצערי לא מצאתי אינפורמציה כתובה אודות הסיבות לאי-קבלת טיפול.

26% מהנפגעים שלא קיבלו טיפול (9 מתוך 34) סובלים מהפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת, רובם עקב פגיעה אורגנית במוח. כרבע מהנפגעים הסובלים ממוגבלות זו (9 מתוך 36) לא קיבלו טיפול. שיעור ניכר של נפגעים שלא קיבלו טיפול נמצא גם בקרב בעלי מוגבלות בעיניים ש-18% מהם (6 מתוך 15) לא קיבלו טיפול. (ליתר פירוט על הקשר בין מהות הפגיעה וקבלת או אי-קבלת טיפול ראה לוח מס' 14.)

לא נמצא קשר בין שנת הפגיעה לבין העובדה שהנפגע קיבל או לא קיבל טיפול (ראה לוח מס. 13).

יש לציין ששיעור מקבלי טיפול בקרב הנכים הקשים גבוה בהרבה משיעור הנפגעים שקיבלו טיפול בקרב בעלי דרגות נכות נמוכות יותר. כך למשל לפי סקר על שיקום נכים בשנים 1971-1972 (המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר ותיכנון, סקר מס' 14) מהווים בעלי דרגת נכות מ-50% ומעלה, כשליש מכלל המשתקמים, בעוד ששיעורם באוכלוסית נפגעי העבודה הזכאים לשיקום לפי הקריטריון של דרגת הנכות הוא פחות מ-5%.

3. משך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול

כזמן התחלת הטיפול נחשב לצורך סקר זה תאריך פתיחת תיק השיקום. תאריך זה אינו חופף לתאריך התחלת הקשר עם הנפגע, אך הוא משקף פחות או יותר את מועד התחלת הקשר האינטנסיבי עם הנפגע.

משך הזמן הממוצע מתאריך הפגיעה עד להתחלת הטיפול הוא 14 חודשים ומשך הזמן החציוני הוא 9 חודשים. ב-39% מהמשתקמים החל הטיפול תוך חצי שנה מתאריך הפגיעה וב-61% מהם תוך שנה. ב-12% מהמשתקמים החל הטיפול רק כעבור למעלה מ-4 שנים (ראה לוח מס' 15).

בסקר על שיקום נכים בשנים 1971-1972⁽¹⁾ נמצא ששיעורם של הנכים הקשים יורד ככל שמחארכת התקופה מהפגיעה עד להתחלת הטיפול. כך למשל, ב-37% מבין המשתקמים בעלי נכות של 75% או יותר, התחיל הטיפול תוך חצי שנה מיום הפגיעה, לעומת 24% מבין משתקמים בעלי נכות של 50%-74% שהטיפול בהם התחיל תוך תקופה זו, ו-18% בלבד מבין משתקמים בעלי נכות של 25%-49% שהטיפול בהם התחיל תוך חצי שנה. עורכי הסקר הנ"ל כותבים בקשר לממצא זה: "מצב זה מעורר המיהה כיון שהנכים הקשים יותר זקוקים מטבע הדברים לתקופת אישפוז או החלמה ארוכה יותר בטרם יוכלו להתחיל בתהליך השיקום. ההסבר יכול להיות נעוץ במאמץ המיוחד המושקע על ידי פקידי השיקום ביצירת קשר מהיר עם הנכים הקשים, או בנסיון מצד הנכים עצמם להתחיל מהר ככל האפשר בתהליך החזרה לחיים תקינים בעזרת סוכנויות השיקום העומדות לרשותם."

לא נמצא קשר בין שנת הפגיעה ומשך הזמן מתאריך הפגיעה עד להתחלת הטיפול. (ראה לוח מס' 16.)

משתקמים שמשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול בהם היה ארוך יחסית הם נפגעים בעלי הפרעה נפשית או שכלית ללא מגבלה פיזית נוספת שב-37% מהם (10 מתוך 27) החל הטיפול כעבור יותר משנתיים מהפגיעה. (ליתר פירוט על הקשר בין מהות הפגיעה ומשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול - ראה לוח מס' 17.)

(1) המוסד לביטוח לאומי, האגף למחקר וחינוך, סקר מס' 14.

הדרך העיקרית לאיתור נפגעים הזקוקים לשיקום היא על סמך דו"חות הוועדות הרפואיות.

עובד יחידת השיקום בסניף עובר לפחות פעם בשבוע, ובחלק מהסניפים מדי יום על הדו"חות וקובע לגבי איזה נפגעים יש ליזום קשר בינם לבין יחידת השיקום בסניף. קביעה זו נעשית לפי דרגת ומהות הנכות, האם הנפגע חזר לעבודה או לא ובעיות מיוחדות שהעלה הנפגע בפני הוועדה. קביעה זו נעשית גם לגבי נפגעים שנקבעה להם דרגת נכות זמנית.

אין אחידות בין הסניפים השונים באופן מיון הדו"חות של הוועדות הרפואיות. כך, למשל, בחלק מהסניפים נעשה המיון ע"י המזכירה של יחידת השיקום בעוד שבסניפים אחרים הוא נעשה ע"י עובד שיקום (עובד סוציאלי או בעל הכשרה דומה). בחלק מהסניפים קיים שיתוף פעולה הדוק עם רופא המוסד המפנה נפגעים ליחידת השיקום כבר בתקופת קבלת דמי הפגיעה בעוד שבסניפים אחרים שיתוף הפעולה עם הרופא הוא מצומצם ביותר. למרות זאת, לא נמצא הבדל בין הסניפים מבחינת שיעור המופנים לשיקום ומבחינת משך הזמן מתאריך הפגיעה עד להתחלת הטיפול.

יש לציין שלגבי נפגעים בעלי דרגות נכות גבוהות קיים סיכוי גבוה שאינפורמציה אודותם תועבר לידיעת יחידת השיקום כיוון שנפגעים אלה עוברים בדרך כלל מספר ועדות רפואיות עד לקביעת דרגת נכותם לצמיתות ולכן הסיכוי לאי-איתורם הוא קטן.

השאלה החשובה לגבי הנפגעים הקשים היא מתי מגיע הנפגע לידיעת עובד השיקום. הזכרנו במבוא את החשיבות המיוחדת ע"י מומחי שיקום להתחלת הטיפול בסמוך ככל האפשר למועד הפגיעה. דעה זו מחוזקת ע"י הממצא שקיים קשר מובהק (לפי מבחן χ^2 $\alpha < 0.01$) בין משך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול לבין עובדת היות הנפגע עובד או לא עובד (ראה לוח מס' 32). ככל שמשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול ארוך יותר כך גבוה יותר שיעור הנפגעים שאינם עובדים.

נכים קשים מופיעים בפני הוועדה הרפואית לראשונה בדרך כלל רק כעבור חצי שנה או אף יותר מיום הפגיעה⁽¹⁾.

(1) הנפגע מוזמן להופיע בפני הוועדה הרפואית כדי לקבוע אם ובאיזו מידה נובעת נכותו מהפגיעה בעבודה, לאחר שהגיש תביעה לגימלת נכות מעבודה. נכה שחזר לעבודה חייב להגיש את תביעתו מיד עם סיום הטיפול הרפואי. נכה שממשיך לקבל דמי פגיעה מאחר שאינו מסוגל לחזור לעבודה חייב להגיש תביעתו תוך החודש החמישי לקבלת דמי הפגיעה, או סמוך לתום התקופה המכסימלית (182 יום) לתשלום דמי הפגיעה.

קיימות מספר אפשרויות לקבלת אינפורמציה על הנפגע מוקדם יותר.

בשיחה עם עובדי השיקום צויין שעם רוב בתי החולים הגדולים (הדסה בירושלים, בית לוינשטיין, תל השומר ובלינסון באזור המרכז, רמב"ם ורוטשילד בחיפה, ובית החולים המרכזי בבאר שבע) קיים הסדר, לפיו מודיע בית החולים, בכתב או טלפונית, ליחידת השיקום אודות נפגעי תאונות עבודה המאושפזים אצלם; או שעובד שיקום מבקר באופן סדיר מדי שבוע או שבועיים בבית החולים ומאתר את הנפגעים המאושפזים עקב פגיעה בעבודה. מידת שיתוף הפעולה עם בית החולים תלויה בשני גורמים עיקריים: א. קיום שירות סוציאלי בבית החולים; ב. אוריינטציה שיקומית של בית החולים.

על סמך האינפורמציה הנ"ל ציפינו שמשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול יהיה קצר יותר לגבי נפגעים שאושפזו בבתי חולים שיקומיים או במחלקות שיקומיות - כגון נפגעי גפיים. לא ניתן להסיק מהמצאים אימות להשערה זו.

מידע על נפגעים מהמפעל בו עבד הנפגע מתקבל לפעמים, בדרך כלל ממפעלים המעסיקים עובדים רבים ואשר קיימים בהם שירותי רווחה.

הפניית זקוקים לשיקום ע"י רופא המוסד עוד בתקופת קבלת דמי הפגיעה או בתקופת הנכות הזמנית קיימת למעשה רק בשני סניפים. יש לציין גם שברוב הדו"חות של הוועדות הרפואיות אין רופאי הוועדה מתייחסים לשאלת הצורך בשיקום, אלא רק לקביעת דרגת הנכות. אפשרות אחרת שכמעט ואינה מנוצלת היא העברת מידע על נפגעים עוד בתקופת קבלת דמי הפגיעה באמצעות פקידי התביעות בסניף.

5. איבחון

ניתן להבחין בין שתי מסרות עיקריות באיבחון. מטרה אחת היא איבחון לצורך התאמת מקצוע והמטרה השנייה היא איבחון האישיות ואיבחון תהליכים נפשיים בנפגע לצורך קביעת אופי הטיפול הנפשי בנפגע.

האיבחון לצורך התאמת מקצוע נעשה, במידה ויש צורך בו, בדרך כלל ע"י מסירת תפקיד האיבחון לגורמים מבחוץ. לא תמיד יש צורך באיבחון כזה, למשל כאשר לנפגע יש שאיפות ברורות בקשר לעתידו המקצועי, או שניתן ללבן באמצעות שיחות את שאיפותיו המקצועיות, או כאשר לדעת עובד השיקום אין כל סיכוי שהנפגע יוכל להשתלב במסגרת עבודה כל שהיא.

איבחון האישיות והתהליכים הנפשיים המתרחשים בנפגע לצורך קביעת אופי הטיפול נעשה בדרך כלל, על ידי עובדי השיקום עצמם, חוץ מאשר לגבי מקרים בעייתיים במיוחד.

נבחן תחילה כיצד נעשה תהליך איבחון האישיות ע"י עובדי השיקום. רוב עובדי השיקום נוטים שלא להבחין בין תהליך האיבחון ותהליך הטיפול. האיבחון נעשה על פי רוב תוך כדי הטיפול ללא הפרדה פורמלית בין שתי הסיטואציות, כאשר שני התפקידים מבוצעים ע"י אותו עובד. יש לציין שלמרות שקיימות גישות שונות הן ביחס לטיפול והן ביחס לאיבחון מקובל להדגיש מספר הבדלים עקרוניים בין שני התהליכים:

א. בעוד שלגבי תהליך הטיפול מודגש לעיתים קרובות הצורך באמפאחיה ומעורבות מצד המטפל, תפקיד המאבחן דורש שמירה מירבית על יכולת שיפוט אובייקטיבית, גם כאשר המאבחן מבקש לראות את המצב מנקודת ראותו של המאובחן.

ב. במהלך הטיפול, המטפל לעיתים קרובות עוזר למטופל לבצע תפקידים שונים וגם מעודד עזרת אנשים אחרים. בסיטואציית האיבחון מבקש המאבחן בדרך כלל לדעת מה מסוגל המאובחן לבצע בכוחות עצמו.

ג. תפקיד המטפל הוא להחדיר שינויים באישיותו או בכשריו של המטופל. תפקיד המאבחן למדוד יכולת או פוטנציאל במצב מסויים, ללא התערבות מצידו באופן הביצוע.

לאור הבדלים אלה בין שני התפקידים נשאלת השאלה באיזו מידה השיטה הנהוגה של איבחון תוך כדי טיפול מאפשרת איבחון תקף. היתרונות של השיטה הקיימת הם שהאיבחון נעשה על סמך היכרות ממושכת עם הנפגע, תוך כדי עבודה עמו; שהאיבחון נעשה לכל אורך הטיפול; שסיטואציית האיבחון נעשית בסביבה מוכרת ולכן יוצרת פחות מתח וחרדה במאובחן; שנבדקת ההתנהגות במצב רגיל ולא במצב מבחן.

הנימוק העיקרי לאי-הפרדה בין סיטואציית האיבחון וסיטואציית הטיפול הוא לדעת עובדי השיקום שסיטואציית איבחון פורמלית עלולה להקשות על יצירת קשר טיפולי עם הנפגע.

האיבחון מסתמך בעיקר על שיחות עם הנפגע ולפעמים גם עם בני המשפחה, כאשר שיחות אלו נערכות לפעמים במשרד ולפעמים בבית הנפגע. עובדי השיקום אינם נוהגים להשתמש לצורך האיבחון במבחני אישיות הדורשים צינון מדויק כגון רורשאך, T.A.T. וכו'. אי השימוש במבחנים קליניים כאלה נובע מצד אחד מהעובדה שרוב עובדי השיקום הם עובדים סוציאליים שאין להם ההכשרה להעברת מבחנים כאלה ומצד שני משום הגישה שאיבחון כזה על ידיהם עלול להפריע לטיפול.

עובדי השיקום נעזרים לעיתים בטכניקות איבחוניות שונות שאינן דורשות צינור לפי קריטריונים מדויקים כגון "משחקי" אסוציאציות וזכרון, לתת לנפגע לרשום תכונות חיוביות ושליליות של עצמו וכו'. טכניקות אלו משמשות בעת ובעונה אחת גם ככלי איבחוני וגם ככלי טיפולי - אמצעי ליצירת קומוניקציה עם הנפגע, אמצעי להקניית מודעות לבעיות, אמצעי לשיפור הדימוי העצמי וכו'.

לגבי מקרים בעייתיים כאשר עובד השיקום מרגיש שאין הוא מצליח ליצור קשר טיפולי עם הנפגע, או ש"הטיפול עלה על שרטון", או שאינו יכול לאבחן בעצמו את הנפגע, מופנה האיבחון לפסיכולוג קליני או למכון איבחון.

המטרה העיקרית של האיבחון היא לאפשר את התאמת הטיפול לצרכיו, נטיותיו ואישיותו של הנפגע. דו"חות האיבחון חייבים לכך להתייחס גם לצורת הטיפול הרצויה. כמו כן, רצוי שדו"ח האיבחון יכלול התייחסות לא רק לפוטנציאל ולכשרים של המאובחן אלא גם לאפשרותו לנצל פוטנציאל זה.

על עובד השיקום המפנה נכה לאיבחון ע"י גורם מבתוך הפרט את מטרות האיבחון. ייתכן ורצוי אף לתת הדרכה כללית לאותם פסיכולוגים שעובדי השיקום עומדים איתם בקשר על מטרות האיבחון מבחינת צורכי עובדי השיקום.

פנייה לגורם מבחוץ לצורך איבחון האישיות נעשתה לגבי רבע מהנפגעים במדגם כאשר 11% (23 נפגעים) הופנו לאיבחון ע"י פסיכולוג קליני ו-14% (30 נפגעים) אובחנו ע"י פסיכיאטר או תחנה לבריאות הנפש.

באשר לאיבחון לצורך התאמת מקצוע קיימת תמימות דעים בקרב מומחי שיקום שצורת האיבחון היעילה ביותר היא איבחון המתבצע תוך כדי הסתכלות על הנפגע המתנסה בביצוע תפקידים שונים.

האיבחון בשיטה זו שם את הדגש על בדיקת יכולת ההסתגלות של הנפגע בסיטואציות ובתפקידים שונים. שיטה כזו של איבחון תוך כדי הסתכלות, נהוגה בתחנות האיבחון - מרכזי הסתכלות של משרד העבודה. משרד העבודה מפעיל כיום 7 תחנות איבחון-מרכזי הסתכלות: בירושלים, בחיפה, בנתניה, בפתח-תקוה, בתל-אביב, באשדוד ובבאר-שבע. (התחנות בנתניה ובאשדוד הן חדשות וכך חדש מרכזי הסתכלות בירושלים. כמו כן מתוכננת הקמת תחנה נוספת בצפון בקריית-שמונה או בנצרת.)

הצוות בתחנות אלה כולל מגוון רחב של אנשי מקצוע - עובדי שיקום (עובדים סוציאליים בעלי הכשרה שיקומית וידע על בעיות רפואיות ותעסוקתיות), רופא תעשייתי, פסיכולוג, מדריכים מקצועיים המסוגלים להעריך את כשריו והתנהגותו של המאובחן, אנשי השמה ויועצי תעסוקה.

תפקיד התחנות הוא להביא לשילובו של הפונה המוגבל בכושר עבודתו בעולם העבודה. המדובר באנשים בגיל העבודה (14-50) המוגבלים מבחינה גופנית, נפשית או שכלית (להוציא עוורים, כיון שקיימים מוסדות מיוחדים לאיבחון ולימוד עוורים) אשר קיים סיכויי סביר שלאחר סיום תהליך השיקום יוכלו להתפרנס מעבודתם. אחרי איבחון יסודי של בעיית הפונה מחליטים אם אפשר לפתור אותה באמצעות מספר שיחות ייעוץ והפנייה להכשרה מקצועית או להשמה, או אם יש צורך באיבחון מעשי ומעמיק יותר במרכז ההסתכלות. במרכז ההסתכלות שוהה הפונה בדרך כלל תקופה בין מספר שבועות ל-3 חודשים. המוגבל בוחר בעיסוקים הנראים לו ומנסה בהם את כוחו, עד שהוא מגיע, תוך קבלת הדרכה מתאימה מהצוות, לבחירה מציאותית של מקצוע או עיסוק. במידת הצורך ניתנים למוגבל בתקופה זו גם שירותים נוספים כגון השלמת השכלתו היסודית כדי שיוכל לעמוד בבחינות הכניסה לקורס, הקניית הרגלי עבודה, המאפשרת לו להתרגל לדרישות העבודה כגון דיוק, תפוקה, תשומת לב לאיכות וכד'. צוות התחנה בשיתוף עם נציגי המוסד המפנה והיועץ התעסוקתי בונים תוכנית לשיקומו התעסוקתי של הנפגע. ביצוע התכנית מוטל על המוסד המפנה ו/או על שירות התעסוקה.

היתרונות העיקריים של האיבחון במרכז הסתכלות הם:

- א. העובדה שהאיבחון נעשה תוך כדי הסתכלות על הנפגע בביצוע עבודות ותפקידים שונים.
- ב. העובדה שהנפגע בוחר בעצמו את המקצוע המתאים לו.
- ג. העובדה שבבניית תוכנית השיקום נלקח בחשבון מצב שוק העבודה.
- ד. העובדה שתהליך האיבחון כולל גם הקניית הרגלי עבודה.

יתרונות אלו אינם קיימים כאשר האיבחון נעשה באמצעות פסיכולוגים או מכוני איבחון פרטיים בהם הדגש הוא על איבחון כשרים פסיכוסכניים.

אם כי עובדי השיקום היביעו שביעות-רצון מדרך עבודת האיבחון הנעשית במרכזים אלה, הועלו מספר בעיות בקשר לכך כאשר מדובר בהפניית נכים קשים.

הבעיות העיקריות מתעוררות לגבי נכים קשים שאינם גרים באחת הערים בהן קיימת תחנת איבחון. במקרים אלו קיימת בעיה להשיג דיור זמני מתאים לנפגע. כמו כן, חלק ניכר

מהנפגעים הקשים זקוקים לעזרה בשירותים אישיים כגון התלבשות, רחיצה וכו', עזרה הניתנת להם בדרך כלל ע"י בני המשפחה.

בעיה אחרת שהועלתה, הרלבנטיות לגבי כלל הנכים, היא שעל אף הרחבת התחנות הקיימות והוספת תחנות חדשות, אין התחנות מספיקות לשרת את כל הזקוקים לשירותיהם והפונה נאלץ לחכות לפעמים מספר חודשים עד שפנייתו התקבל.

אחד הפתרונות לבעיות אלה, הנמצא עדיין בשלבי תכנון וניסוי הוא הקמת תחנות ניידות לפחות לצורך האיבחון הראשוני.

6. טיפול אישי ומשפחתי

עובד השיקום של המוסד לביטוח לאומי מתחיל בטיפול בנפגע בדרך כלל רק מספר חודשים לאחר הפגיעה. בתקופה זו משמעות הפגיעה בדרך כלל כבר חדרה לתודעתו של הנפגע והוא נמצא במה שפסיכולוגים מכנים "תקופת האבל". תהליך האבל על אובדן איברים או תפקודים עקב תאונה מקביל במידה רבה לתהליך האבל על אובדן אדם קרוב. פסיכולוגים טוענים שתהליך האבל הוא שלב הכרחי וחשוב בתהליך ההסתגלות לנכות. חשוב שהנכה יוכל למצות את אבלו ולכן חשוב שהנכה יהיה בתקופה זו באוירה שבה יש לגיטימציה לבכי ולפורקן רגשי על האובדן, אוירה של הבנה ואהדה וקבלת הנכה כפי שהוא. יצירת אוירה כזו דורשת מהמטפל יחס אישי ובלתי פורמאלי. בתקופה זו נבנה האמון בין המטפל לנכה, אמון המאפשר למטפל אחר כך גם לבוא בדרישות אל הנכה להתנסות בתפקידים אחרים ולקבל על עצמו יותר אחריות.

פסיכולוגים⁽¹⁾ מגדירים שיקום מוצלח כאשר הנכות והמוגבלות שוב אינן מהוות את הבעייה המרכזית של הפרט, אלא תופסות את משקלן הנכון במערך התפקידים והשאיפות הכללי.

השלב הראשוני של תהליך השיקום חייבים להתמקד בהבאת הנכה לתפיסה מציאותית של מוגבלותו עם כל החרדה והאיום הנובעים מהכרה זו ולעזור לו למצות את אבלו על האובדן באוירה מקבלת המאפשרת פורקן רגשות. לאחר תקופה מסוימת הנפגע עצמו מגיע בדרך כלל למצב של שובע מהאבל, מגלה את המציאות הרחבה יותר ושואף למשהו חדש, משהו שונה. בתקופה זו הופך תפקיד המטפל מתפקיד של מנחם לתפקיד של מעורר. תפקידו לעשות את הנכה למוכר עם ערכים חדשים ומטרות חיים חדשות במקום אלה שאבדו לו עקב הפגיעה, לעזור לו להפעיל עצמו לקראת פעילויות בעלות משמעות עבורו ולעזור לו בבחירת עיסוק שיענה על

1) Garrett and Devine. Psychological Practice with Physically Disabled, למשל: Columbia University Press.

צרכיו ויביא לו סיפוקים על מנת לאפשר לו לבנות מחדש את הדימוי העצמי שלו ולהגיע לאינטראקציה חיובית עם הסביבה.

מקובל בפסיכותרפיה להבחין בין טיפול בגורם למחלה וטיפול בסימפטומים של המחלה. בטיפול בסימפטומים הדגש הוא על שינוי ההתנהגות בעוד שבטיפול בגורם למחלה הדגש הוא על שינוי מבנה האישיות. רוב הפסיכותראפויטים מאמינים כיום כי הטיפול צריך לכלול את שני האספקטים גם יחד.

תפקיד המטפל איננו ללמד את הנפגע התנהגויות חדשות, אלא ליצור תנאים שיאפשרו למידה עצמית. הלמידה איננה יכולה להיעשות בחדר במשרד אלא בסיטואציה המאפשרת עימות עם המציאות היומיומית. יחד עם זאת חשוב שהלמידה תיעשה באוירה בה קיימת הגברה הדרגתית הן של הדרישות מהנפגע והן של מידת האיום מצד הסביבה. תסכולים בעימות עם הסביבה הם בלתי נמנעים אולם חשוב שלפחות ההתמודדויות הראשונות תהיינה מוצלחות על מנת שהנפגע לא יירתע מלהמשיך בתהליך הלמידה.

נראה לנו שבתהליך השיקום שנעשה במסגרת שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי לא מסופקות מספיק אפשרויות ללמידת מיומנויות של התנהגות.

בעוד שבשלבים הראשונים הדגש צריך להיות על יחסים של קבלה והזדהות בין הנפגע למטפל, בשלבים הבאים דורש הטיפול יותר ויותר התערבות סביבתית והפעלת גורמים בקהילה. השאלה באיזו מידה משתמשים שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי בכלים הקיימים בקהילה ובמוסדותיה היא חשובה ביותר ודורשת בדיקה יסודית מעבר למה שניתן לעשות במסגרת סקר זה.

לצורה שבה המשפחה מקבלת את הנפגע יש ללא-ספק השפעה מכרעת על יכולת ההסתגלות של הנכה. מלבד העובדה שהמשפחה היא גורם היכול לעזור או להפריע במידה רבה לתהליך השיקום של הנפגע – גם המשפחה עצמה צריכה לעבור תהליך הסתגלות לאובדן ולשינוי שחל בראש המשפחה. תהליך זה הוא לעיתים טראומתי וקשה ביותר ולכן גם המשפחה בפני עצמה זקוקה לעזרה. הטיפול במשפחה חייב לכן להיות חלק אינטגרלי של תהליך הטיפול בנפגע.

במחקר של דילר על המיפלגים נמצא כי למרות שתגובות המשפחות הן בעלות שונות גבוהה, הצורה שבה מקבלת המשפחה את הנפגע תלויה במידה רבה בדפוסי היחסים במשפחה שהיו קיימים קודם לפגיעה. משתמע מכך שהטיפול בבעיות שהתעוררו במשפחה עקב הפגיעה צריך להתמקד על דפוסי בעייתיים שהיו קיימים עוד קודם לפגיעה ועל הדינמיקה ביחסי המשפחה במובנה הכולל ולא רק באותם שינויים שחלו עקב הפגיעה.

כאשר מדובר בטיפול בנפגעים קשים, קיימת בדרך כלל התייחסות רבה למשפחת הנפגע ובמיוחד לאשה. הפגישות הראשונות נערכות בדרך כלל בביתו של הנפגע ואז בדרך כלל גם האשה נוכחת בשיחות ולפעמים גם בני משפחה אחרים. יחד עם זאת, הדגש בטיפול הוא לעיתים קרובות על הנפגע עצמו ועל בעיות שהתעוררו עקב הפגיעה עם מעט התייחסות למכלול היחסים במשפחה.

לדעתנו יש לשאוף לראיית המשפחה כיחידת הטיפול ולא רק ככלי עזר בשיקומו של הנפגע.

7. טיפול קבוצתי

קיימות גישות שונות לטיפול במסגרת קבוצתית. ההבדלים בין הקבוצות מתבטאים באופי האינטראקציה, בתפקיד המנחה, במטרת הקבוצה ועוד. למרות ההבדלים בין הגישות השונות, ניתן למנות מספר יתרונות משותפים לטיפול במסגרת קבוצתית:

- א. הסיטואציה הקבוצתית נותנת לנכה את ההרגשה שאינו בודד במצבו ובמאבקו.
- ב. הסיטואציה הקבוצתית מאפשרת לנכה תירגול בהשגת מיומנויות חברתיות הדרושות להסתגלות לנכות, באוירה מקבלת.
- ג. כאשר משתתפי הקבוצה הם נכים בעלי מוגבלויות דומות יש לנכה אפשרות ללמוד כיצד מתמודדים נכים אחרים עם בעיות דומות ולהפיק לקחים מנסיונם.
- ד. הטיפול במסגרת קבוצתית מאפשר קשירת יחסים חברתיים בין הנכים שימשכו גם מחוץ לקבוצה.
- ה. המטופל מקבל היזון חוזר (feed back) על התנהגותו מקבוצה של אנשים. כאשר אדם מקבל היזון חוזר עקבי ממספר אנשים על התנהגותו קשה לו יותר להתעלם או לדחות אינפורמציות שאינן נעימות לו. ביחד עם הלחץ להיות מודע לאינפורמציות לא נעימות על עצמו ולהתנהגויות בלתי מתאימות של עצמו, קיימת בקבוצה אוירה המעודדת ניסיון לשינוי ההתנהגות באוירה תומכת ומעודדת. שני איפיונים אלה נוטים להביא לכך שהשינוי המתרחש בעקבות טיפול קבוצתי נוטה להיות יותר מהיר ודרמאטי לעומת התהליך ההדרגתי יותר של שינוי המתרחש בטיפול אינדיבידואלי.

יחד עם זאת, לא בכל הבעיות ניתן לטפל במסגרת קבוצתית וגם לא כל הנפגעים מתאימים לטיפול קבוצתי. הלחצים והמתחים בטיפול קבוצתי הם לפעמים חזקים מאד ולא תמיד יכול

המנחה לווסתם. לא כל אחד יכול לעמוד במתחים ולחצים כאלה. יש המתנגדים לטיפול קבוצתי עקב חששם או אי-רצונם לחשוף עצמם בפני קבוצה של אנשים זרים.

המסגרת של טיפול קבוצתי אינה מתאימה בדרך כלל בשלבים הראשונים של תהליך השיקום ובמיוחד לא כאשר מדובר בנכים קשים. ראשית, בשלבים הראשונים חלק ניכר מהנכים הקשים עדיין רחוק לביתו. שנית, בתקופה זו הנכה שקוע רובו ככולו בלמידת המיומנויות הדרושות לצורך הסתגלות לתפקיד החדש. שלישית, הנכה בתקופה הראשונה זקוק להרבה תמיכה ועידוד ועדיין אינו מסוגל לעמוד בלחצים חברתיים חזקים.

במסגרת עבודת השיקום נעשו מספר נסיונות לטיפול קבוצתי בנכים ביחידות השיקום בסניפים שונים. מלבד לגבי קבוצת פרפליגים בחיפה נפסקו הנסיונות אחרי זמן קצר יחסית. כיום לא נעשה למעשה טיפול קבוצתי במסגרת עבודת השיקום הנעשית ע"י עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי.

הנחיית קבוצה דורשת הכשרה, נסיון וכישורים מתאימים ולא לכל עובדי השיקום יש נתונים אלה. הרכבת קבוצה דורשת מיון סלקטיבי של המשתתפים לפי מידת התאמתם לטיפול קבוצתי ויש צורך לקיים מעקב מתמיד אחר המשתתפים הנמצאים בטיפול ולאחר מתוכם את אלה שיכולים להפיק תועלת מטיפול קבוצתי ואשר מוכנים להשתתף בטיפול כזה. לאור זאת, נראה לנו שבמידה וקיימת נכונות להנהגת טיפול קבוצתי במסגרת עבודת השיקום רצוי שלפחות בהתחלה ולפחות בסניפים הגדולים יהיה עובד אשר יתמחה בטיפול קבוצתי והוא גם יהיה אחראי למיון המשתתפים ולהרכבת הקבוצות. עקב השוני בתפקידים של מנחה בטיפול קבוצתי ושל מטפל בטיפול אישי והשוני באופי האינטראקציה בשתי הסיטואציות רצוי שהמנחה של הקבוצה לא יהיה אותו עובד הקשור עם משתתפי הקבוצה גם בטיפול אישי.

8. עזרת נכים לנכים

הזכרנו במבוא שנכים נוטים לחפש בשלבים הראשונים של תהליך הסתגלותם לנכות את חברתם של נכים אחרים. בתקופה זו הנכים נוטים להדגשת יתר של תכונת מוגבלותם ולכן הם נוטים לחפש חברת אנשים הדומים להם מבחינה זו. בתקופה הראשונה הנכה מרגיש עצמו לעיתים קרובות בודד מבחינה חברתית. מצד אחד הוא מרגיש לא נוח בחברת חבריו מלפני הפגיעה הן משום שלחברים קשה להסתגל לתפקידו החדש של חברם והן משום שלו עצמו קשה "לשחק" את תפקידו החדש בנוכחותם. מצד שני, הוא עדיין חושש ליצור קשרים חברתיים חדשים עם אנשים בעלי סטטוס השכלתי או חברתי דומה לשלו. בחברת נכים אחרים הוא מרגיש את עצמו פחות יוצא דופן וכמו כן הוא יכול ללמוד הרבה מנסיונם בתהליך ההסתגלות לנכות.

ניצול נכונותם של נכים לעזור זה לזה יכול להיות כלי עזר חשוב בתהליך השיקום.

כדוגמא אפשר להצביע למשל על עזרתן של נשים שעברו ניתוח כריתת שד הבאות לבקר בהתנדבות חולות בבית החולים שעברו ניתוח דומה, משוחחות אתן, מסבירות להן כיצד התגברו הן על תוצאות הניתוח וכו'. ידוע גם על תרומתם הרבה של נכים קטועי גפיים שבאו לבקר פצועי צה"ל לאחר המלחמה והראו להם כיצד ניתן להסתדר ולקיים חיי משפחה בעזרת פרוטזות. עזרה מסוג זה יכולה להיות בעלת תרומה רבה, אולם יש צורך בארגון שיטתי והכוונה של הנכים המוכנים לעזור ותוך שיתוף פעולה עם ארגון הנכים. אין ספק שהפעלת עזרה הדדית כזו נותנת סיפוק רב גם לעוזר.

יש לציין שגם במסגרת פעולות המוסד לביטוח לאומי נעשו מספר נסיונות בחינם זה לגבי קבוצות שונות של אנשים הנמצאים בטיפול המוסד, למשל במסגרת מפעל "קשיש לקשיש". אפשר להיעזר בלקחים שהופקו ממפעלים אלה לגבי ארגון מפעלים בעלי מטרה דומה לגבי אוכלוסיית הנכים הקשים.

עובדי השיקום יוזמים מדי פעם פגישה בין נפגעים, אולם לא קיים נסיון שיטתי ומאורגן להפעלת נכים לעזרה נכים.

9. סיום והפסקת טיפול

מבין הנפגעים במדגם דווח לגבי 26% (55 נפגעים מתוך 213) על סיום טיפול ולגבי 23% (49 נפגעים) על הפסקת טיפול. (ראה לוח מס' 20).

כאשר מדובר בנכים קשים, תהליך ההסתגלות לנכות נמשך למעשה כל החיים ורק בודדים מגיעים לשלב של הסתגלות מלאה. יחד עם זאת, ברור שמגמת עובדי השיקום צריכה להיות החלשה הדרגתית של הקשר עם הנפגע. בדרך כלל מדווחים עובדי השיקום על סיום טיפול לאחר שהנפגע סודר בעבודה ואכן לגבי 98% מהנפגעים שהטיפול בהם הסתיים - דווח שסודרו בעבודה.

הקשר הטיפולי עם הנפגע נפסק לפעמים עוד בטרם סודר בעבודה. הסיבה השכיחה ביותר להפסקת הטיפול היתה חוסר אפשרות לשקם את הנפגע בעבודה עקב מצבו הפיזי או הנפשי, או היעדר כלים לפתרון בעיותיו של הנפגע. סיבה זו הוזכרה ע"י עובדי השיקום לגבי 58% (26 נפגעים מתוך 49) מהנפגעים שהטיפול בהם הופסק. 27% מהנפגעים שהטיפול בהם הופסק (13 מתוך 49) לא היו מעוניינים להמשיך בטיפול. היוזמה להפסקת הטיפול באה ב-77% מהמקרים (36 נפגעים מתוך 49) מצד עובד השיקום.

לגבי 37% מהנפגעים שהטיפול בהם הופסק (18 נפגעים מתוך 49) הופסק הטיפול עוד בתקופת האבחנה ולגבי 45% נוספים (22 מתוך 49) הופסק הטיפול בתקופת ההכנה לשיקום. (ראה לוח מס' 18). משך הטיפול הממוצע בנפגעים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק, היה 34 חודשים ומשך הטיפול החציוני 28 חודשים. (ראה לוח מס' 21).

יש לציין שעובדי השיקום מקיימים, בדרך כלל, קשר לפחות פעם בשנה עם רוב הנפגעים הקשים לצורך חידוש הקצבה המיוחדת. באופן כללי קיימת במחלקת השיקום מדיניות של דלת פתוחה לגבי נפגעים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק, זאת אומרת שכל נפגע חופשי ליזום חידוש הקשר עם עובד השיקום כאשר הוא מרגיש צורך בכך. עובדי השיקום בדרך כלל מנצלים את עובדה פנייתו של הנפגע לצורך חידוש הקצבה המיוחדת למעקב אחר מידת השתלבותו בעבודה ובחברה.

הקריטריון העיקרי לסיום הטיפול הוא הצלחת השיקום המקצועי. כאשר מדובר בנכים קשים הסידור בעבודה בדרך כלל אינו מסיים את תהליך השיקום אלא פותח למעשה שלב חדש, שבו על הנפגע להסתגל מחדש למשטר עבודה, להשתלב בצוות העובדים, להגיע להספק בעבודה ולהתגבר על בעיות טכניות שונות הנובעות מנכותו ואשר מפריעות לו בעבודתו.

ההסתגלות לעבודה יכולה להימשך תקופה ארוכה. הקשר עם הנפגע צריך להימשך גם לאחר סידורו בעבודה, יחד עם זאת הוא צריך להיחלש בהדרגה הן משום שהנפגע מגיע לעצמאות מסויימת ולמצב בו הוא מסוגל להתמודד עם חלק ניכר מהבעיות בעצמו והן משום שצוות העובדים מוגבל ועליו להתפנות לטיפול בנכים חדשים הזקוקים לעזרה.

מוצע שקבוצה של אנשי מקצוע תנסח קריטריונים ברורים לסיום והפסקת טיפול, דבר שיאפשר גם הערכת עומס והיקף העבודה של עובדי השיקום.

10. דיווח על מהלך הטיפול

דיווח ממצה, מסודר ועקבי על תהליך הטיפול הוא חיוני לעבודתם התקינה של המטפלים בנפגעים.

קיימים שלושה מקורות דיווח אודות נפגעים הנמצאים בטיפול מחלקת השיקום: תיקי הנכות בהם מרוכזת אינפורמציה כללית על הנפגע, תיקי השיקום בהם מרוכזת אינפורמציה על תהליך השיקום ודו"חות תקופתיים על תהליך השיקום שחוכנו ע"י האגף למחקר ותיכנון.

אופי הדיווח בתיקי השיקום שונה מעובד לעובד. יש לציין שלגבי חלק ניכר מהנפגעים אין דיווח עקבי וממזה על תהליך הטיפול שנעשה, על תאריכי הפגישות שנערכו בין עובד השיקום לנפגע, לא מצויין מי השתתף בפגישות ואין רישום מספיק של הנושאים והבעיות שנדונו במהלך הטיפול. עקב מצב זה ברור שגם הדו"חות התקופתיים שמטרתם לסכם מדי תקופה מסוימת את תהליך הטיפול שנעשה אינם יכולים להיות תקפים כאשר העובד אינו מסתמך על דיווח שוטף על תהליך הטיפול אלא מסתמך בעיקר על זכרונו. יש לציין שלגבי נפגעים קשים יש לדיווח שוטף ועקבי על תהליך הטיפול חשיבות רבה במיוחד. הטיפול ברוב הנפגעים הקשים נמשך מספר שנים ועקב תחלופת עובדי השיקום רוב הנפגעים הקשים היו בטיפולם של מספר עובדים. העובדה שעל הנפגע לעבור ממטפל למטפל היא מתסכלת בפני עצמה עבור הנפגע ובמיוחד כאשר המטפל החדש אינו מעודכן לגבי התהליך שנעשה בעבר.

11. סיכום ומסקנות

מכלל המטרות שהצבנו לעצמנו בסקר זה היתה כתיבת פרק זה הקשה ביותר עקב מיעוטה, אי-סדירותה ולפעמים היעדרותה של אינפורמציה כתובה על תהליך הטיפול השיקומי שנעשה בנכים הקשים. הסעיף האחרון בפרק זה דן בבעיית הדיווח על תהליך הטיפול, או יותר נכון בבעיית אי הדיווח. בהיעדר אינפורמציה מספקת, הדיון בתהליך הטיפול הוא בהכרח אינו ממצה ומתמקד בעיקר על נוהלים ואספקטים ארגוניים בתהליך השיקום.

83% מבין הנכים הקשים היו בטיפול שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי, כאשר ב-39% מהם התחיל הטיפול תוך חצי שנה מיום הפגיעה וב-61% מהנפגעים - תוך שנה. בהשוואה לנכים בעלי דרגות נכות נמוכות יותר, שיעור גבוה יותר של נכים קשים קיבל טיפול והטיפול בהם התחיל תוך זמן קצר יותר מתאריך הפגיעה.

השאלה החשובה לגבי הנכים הקשים איננה כל כך האם הנפגע מגיע לידיעת יחידת השיקום אלא מחי הוא מגיע לידיעתה ופרטנו את הדרכים הנקוטות להחשת תחילה הקשר עם הנפגע. בעניין זה יש לציין שלא מנוצלות דוקא האפשרויות הקיימות בתוך המוסד לביטוח לאומי לדיווח על הנפגע ליחידת השיקום עוד בתקופת קבלת דמי הפגיעה ע"י פקידי התביעות. בנוסף להגברת הקשר בין היחידות השונות בביטוח לאומי המקבלות אינפורמציה מוקדמת, על הנפגע לבין יחידות השיקום בסניפים, מוצע שרופאי הוועדות הרפואיות יתייחסו יותר, מנקודת מבט רפואית, לאפשרויות ולפוטנציאל השיקום של הנפגע. התייחסות כזו לא רק תקל על איתור הנפגעים הזקוקים לשיקום, אלא גם תאפשר בניית תוכנית שיקום מתאימה למגבלותיו הבריאותיות של הנפגע.

על מנת שניתן יהיה לוודא שכל הנכים הזקוקים לשיקום אכן הגיעו לידיעת יחידות השיקום בסניפים, רצוי שבחיקי הנכות של אותם נפגעים שלא היו בטיפול יחידת השיקום, יהיה מזכר המפרט את השיקולים לאי-הזמנתו לשיקום.

איבחון האישיות נעשה בדרך כלל מלבד לגבי מקרים בעייתיים במיוחד, ע"י עובדי השיקום עצמם ועפ"י רוב הוא נעשה תוך כדי הטיפול ללא הפרדה פורמלית בין סיטואציה האיבחון וסיטואציה הטיפול. ציינו את היתרונות והחסרונות של שיטה זו. עקב חשיבות האיבחון נראה לנו שיש מקום לבחון מחדש וביסודיות באיזו מידה השיטה הנהוגה של איבחון תוך כדי טיפול מאפשרת איבחון תקף. כאשר מדובר במקרים בעייתיים במיוחד נמסר תפקיד איבחון האישיות לגורם מבחוץ. הצענו שתינתן יותר הדרכה לגורמים מבחוץ להם נמסר האיבחון על מטרות האיבחון מבחינת צרכי עובדי השיקום.

פנייה לגורם מבחוץ לצורך איבחון האישיות נעשתה לגבי רבע מהנכים הקשים, כאשר 11% הופנו לאיבחון ע"י פסיכולוג קליני ו-14% אובחנו ע"י פסיכיאטר או תחנה לבריאות הנפש.

האיבחון לצורך התאמת מקצוע נעשה בדרך כלל, במידה שיש צורך בו, ע"י גורמים מבחוץ. שיטת האיבחון היעילה ביותר למטרה זו היא איבחון המתבצע תוך כדי הסתכלות על הנפגע המתנסה בביצוע תפקידים שונים. הדגש הוא על בדיקה יכולת ההסתגלות של הנפגע ועל כך שהנפגע למעשה בוחר בעצמו את המקצוע המתאים לו. שיטה כזו נהוגה בתחנות האיבחון – מרכזי הסתכלות של משרד העבודה. האיבחון במרכזים אלה כולל גם התייחסות למצב שוק העבודה במשק.

דנו בשיטות הטיפול בנכים – טיפול בנכה ובמשפחתו, טיפול קבוצתי ועזרת נכים לנכים. לדעתנו, יש ליצור סיטואציות שיאפשרו תירגול בהתנהגות בתנאים מפוקחים, לעודד את ההתייחסות למשפחת הנפגע כיחידת הטיפול, לפתח יותר את השימוש בטיפול קבוצתי וליזום שיתוף נכים בטיפול בנכים אחרים.

יש לשאוף ליתר פתיחות לגישות חדשות בטיפול בנכים יחד עם מתן השתלמות מתמדת לעובדים בגישות ושיטות טיפוליות נוספות. רצוי, שלפחות בסניפים הגדולים תהיה התמחות של עובד בטיפול קבוצתי.

לגבי 26% מהנפגעים דווח על סיום הטיפול ולגבי 23% על הפסקת טיפול. על סיום טיפול מדווח בדרך כלל לאחר שהנפגע סודר בעבודה. לגבי 98% מהנפגעים שהטיפול בהם הסתיים, דווח שסודרו בעבודה.

הסיבות העיקריות להפסקת טיפול הן חוסר אפשרות לשיקומו המקצועי של הנפגע עקב מצבו הפיזי, הנפשי או השכלי, לפחות לא בכלים הקיימים; או עקב אי-רצונו של המשחק להמשיך בטיפול או שאינו משתף פעולה עם עובד השיקום. ברוב המקרים הופסק הטיפול עוד בשלביו הראשונים, עוד בשלב האבחנה או בשלב ההכנה לשיקום.

משך הטיפול הממוצע בנפגעים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק היה 34 חודשים.

לאחר הפסקת או סיום הטיפול יכול הנפגע ליזום חידושו ובדרך כלל מתקיים קשר עם נפגעים אלה לפחות פעם בשנה לצורך חידוש הקצבה המיוחדת. דנו בצורך בקביעת קריטריונים ברורים לסיום והפסקת הטיפול.

פרק ה' - שיקום מקצועי

1. הקדמה

חזרת הנפגע לעבודה נחשבת לאחד הקריטריונים החשובים בהערכת מידת הצלחת השיקום. בפרק זה נראה לגבי כמה מבין הנפגעים נעשה ניסיון לשיקום תעסוקתי ואם לא נעשה מה הסיבות לכך.

נברר כמה מבין הנפגעים קיבלו הכשרה מקצועית במסגרת תהליך השיקום, איזה סוגי הכשרות ובאיזה מסגרות ניתנה ההכשרה.

נסקור את מצבם התעסוקתי של הנפגעים לאחר הפגיעה, כמה מהם עובדים, באיזה סוגי תעסוקה ומה השינוי שחל במצבם התעסוקתי והכלכלי בהשוואה למצבם לפני הפגיעה. כן נראה באיזו מידה משפיעה דרגת נכותם הגבוהה על מצבם התעסוקתי ע"י השוואת מצבם עם מצב הנכים בעלי דרגות נכות נמוכות יותר.

ננסה לאחר את הגורמים המשפיעים על עובדת היות הנכה עובד או לא עובד ונדון בבעיות המיוחדות הכרוכות בשיקומם התעסוקתי של נכים קשים והאם וכיצד ניתן להתמודד עמן.

2. הנפגעים שלא נעשה לגביהם ניסיון לשיקום תעסוקתי

לגבי כשליש מכלל הנפגעים במדגם (66 מתוך 213) לא נעשה ניסיון לשיקום תעסוקתי. כמחציתם (34 מתוך 66) לא קיבלו בכלל טיפול במסגרת שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי או שקיבלו טיפול קצר מועד בלבד והשאר היו בטיפול אך לא נעשה לגביהם ניסיון לשיקום תעסוקתי. הסיבה העיקרית לאי-ניסיון לשיקום תעסוקתי היתה שלדעת עובדי השיקום מצבם הפיזי, הנפשי או השכלי של נפגעים אלה אינו מאפשר, במצב הנוכחי ובכלים העומדים לרשותם, שיקום תעסוקתי. (ראה לוח מס' 22).

כ-39% (26 מתוך 66) מהנפגעים שלא נעשה לגביהם ניסיון לשיקום תעסוקתי סובלים מהפרעה נפשית כתוצאה מהפגיעה, כאשר 29% סובלים מהפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת, עפ"י רוב עקב פגיעה אורגנית במוח ו-10% סובלים מהפרעה נפשית בנוסף למוגבלות הפיזית (ראה לוח מס' 23).

3. הכשרה מקצועית

נפגע עבודה זכאי לקבל הכשרה מקצועית אם עקב נכותו אינו יכול לחזור לעבודתו הקודמת או שהוא זקוק להכשרה על מנת לחזור לעבודתו הקודמת ואם הוא מתאים לכך לדעת פקיד השיקום.

מטרת ההכשרה, בהתאם לתקנות לשיקום מקצועי, יכולה להיות לימוד מקצוע חדש; לימוד נוסף הקשור למקצוע בו עסק בעבר אם הוא דרוש לצורך חזרתו לעבודה, לצורך התאמת הידע או יצירת ההנאים שיאפשרו קליטתו במקום עבודה חדש ולצורך הכשרה טרום שיקומית להקניית הרגלי עבודה, או כחלק מתהליכי הטיפול שמטרתם לקדם את המוטיבציה של המשתקם לשיקום.

לנפגעים בעלי 50% נכות לפחות על מוגבלות בגפיים תחתונות מממן המוסד לביטוח לאומי גם לימוד נהיגה לצורך ניידות אישית.

משך ההכשרה עבור נכים קשים הוא עד 3 שנים. בתקופת ההכשרה (לא כולל לימוד נהיגה) מקבל הנפגע דמי שיקום כסכום ההפרש בין קצבת הנכות המשלמת לו לבין קצבת הנכות שהיתה משלמת לו אילו היה נכה בשיעור של 100%. כמו כן, מקבל הנפגע בתקופה זו הוצאות נסיעה, כלכלה, לינה, שכר לימוד ומכשירי לימוד.

קרוב למחצית הנפגעים (104 מתוך 213) קיבלו הכשרה מקצועית כלשהי כאשר חלקם קיבלו מספר הכשרות. מכלל ההכשרות שניתנו רק 31% ניתנו לשם לימוד מקצוע. שאר ההכשרות ניתנו לשם לימוד נהיגה, לימודי עזר והכשרה טרום שיקומית. (ראה לוח מס' 24).

26% מההכשרות ניתנו במסגרת שיעורים פרטיים, 18% מההכשרות ניתנו תוך כדי לימוד במקום העבודה, ו-14% מההכשרות ניתנו במסגרת של בית ספר או קורס מקצועי (ראה לוח מס' 25). מבין 60 הנפגעים שהכשרתם כללה לימוד מקצוע - 43 עובדים במקצוע שבו הוכשרו, 6 עובדים במקצוע אחר ו-9 אינם עובדים כלל.

נמצא קשר מובהק (לפי מבחן χ^2 , $\alpha < 0.001$) בין העובדה שהנפגע קיבל הכשרה מקצועית כלשהי לבין עובדת היותו עובד או לא עובד. 75% מהנפגעים שקיבלו הכשרה כלשהי עובדים לעומת 41% בלבד מבין הנפגעים שלא קיבלו הכשרה מקצועית, שעובדים. הקשר שנמצא אינו מעיד כמובן על סיבתיות כיון שיש לשער שאותם נפגעים שאינם מסוגלים להפיק תועלת מההכשרה הם גם אותם נפגעים שאינם מסוגלים לעבוד. (ראה לוח מס' 34).

4. מצבם התעסוקתי של הנפגעים

הנתונים על מצבם התעסוקתי של הנפגעים מבוססים על הראיונות שנערכו לנכים בסוף שנת 1973 במסגרת הסקר על נפגעי עבודה, ספר ואיבה. 43% מהנכים הקשים סודרו בעבודה לאחר הפגיעה.

בתשובה לשאלה האם הם מסוגלים לדעתם לעבוד, טענו כשליש מהנפגעים (33%) שאינם מסוגלים לעבוד בכלל ועוד כשליש (30%) טענו שאינם מסוגלים לעבוד באופן סדיר. רק 2% טענו שאינם מוגבלים בכלל ביכולתם לעבוד עקב הפגיעה. (ראה לוח מס' 44). מבין הנפגעים שעובדים 54% עובדים כשכירים, 37% כעצמאים והשאר הם חברי קיבוץ או עובדים אצל קרוב משפחה.

יש לציין שרק כ-10% מהנפגעים שעובדים סודרו בעבודה במסגרות מיוחדות למוגבלים, בעיקר בהעסקת בית.

43% מהנפגעים שעובדים, עובדים במשרה מלאה והשאר עובדים במשרה חלקית.

כמחצית הנפגעים חזרו למקום עבודתם הקודם לפחות לתקופה מסוימת. מבין אלו שלא חזרו בכלל למקום עבודתם הקודם רובם (89%) לא היו מסוגלים לעסוק באותה עבודה שעשו לפני הפגיעה (ראה לוח מס' 46).

5. השינוי שחל במצבם התעסוקתי של הנפגעים עקב הפגיעה

ראינו שכמחצית הנפגעים לא חזרו לעבודה לאחר הפגיעה. בין הנפגעים שחזרו לעבודה לאחר הפגיעה עלה שיעור העובדים בעסק עצמאי וירד שיעור השכירים בהשוואה למצב לפני הפגיעה. לפני הפגיעה עבדו 86% מהעובדים כשכירים לעומת 54% שעובדים בעבודה שכירה לאחר הפגיעה. לפני הפגיעה רק 10% עבדו כעצמאים לעומת 37% מהנפגעים שעובדים כעצמאים לאחר הפגיעה. (השוואה בין לוח מס' 41 ולוח מס' 42). הסיבה לנטייה זו מוסברת גם בכך שעסק עצמאי מאפשר לנפגע לקבוע בעצמו את אופי עבודתו והתנאים וכמו כן בעבודה עצמאית הוא אינו צריך לעמוד בהשוואה יומיומית בהספק עבודתו לעומת זה של עובדים שאינם נכים.

כשני-שלישים מהנפגעים העובדים ציינו שעבודתם לאחר הפגיעה היא יותר קלה ודורשת פחות תנועה, 28% עובדים פחות שעות, 27% משקיעים פחות מאמצים בעבודה ונחים לעיתים קרובות יותר ו-20% ציינו שתנאי עבודתם נוחים יותר. רק 12% ציינו ששום דבר אינו שונה

בעבודתם הנוכחית בהשוואה לעבודתם לפני הפגיעה. (ראה לוח מס' 47).

כושר ההשתכרות מעבודה⁽¹⁾ של כשלושה רבעים מהנפגעים ירד לאחר הפגיעה בהשוואה לכושר השתכרותם מלפני הפגיעה. כושר ההשתכרות מעבודה של 69% מהנפגעים ירד ב-50% או יותר לאחר הפגיעה (ראה לוח מס' 48).

6. השוואה בין מצבם התעסוקתי של הנכים בעלי 75% נכות לפחות לבין מצב הנכים שדרגת נכותם פחותה מ-75%

לצורך ההשוואה נכנה את הנכים בעלי דרגת נכות של 75% לפחות כנכים קשים, את הנכים בעלי דרגת נכות של 50%-74% כנכים בינוניים ואת הנכים בעלי דרגת נכות פחותה מ-50% כנכים קלים.

שיעור הנכים הקשים העובדים לאחר הפגיעה נמוך במידה ניכרת משיעור הנכים העובדים בקרב הנכים הקלים או הבינוניים.

רק 43% מבין הנכים הקשים עובדים לעומת 71% שעובדים מבין הנכים הבינוניים וב-75% שעובדים מבין הנכים הקלים.⁽²⁾

הנכים הקשים גם נוטים כפי שצפוי, להגדיר את עצמם כבעלי יכולת פחותה לעבוד. 66% מבין הנכים הקשים טענו שאינם מסוגלים לעבוד באופן סדיר לעומת 41% שטענו כך מבין הנכים הבינוניים וכ-6% בלבד שטענו כך מבין הנכים הקלים.

הירידה בכושר ההשתכרות מעבודה שחלה עקב הפגיעה היא כצפוי גדולה יותר לגבי הנכים הקשים. לעומת 69% מהנכים הקשים שכושר עבודתם ירד ב-50% או יותר לאחר הפגיעה, חלה ירידה דומה רק אצל כ-48% מהנכים הבינוניים ואצל כ-32% מהנכים הקלים.

(1) כושר ההשתכרות שנותר לנכה לאחר הפגיעה חושב על ידי חלוקת הכנסתו של הנכה מעבודה שכירה ועצמאית בשנת 1973 בהכנסתו לפני הפגיעה (מקודמת אף היא לשנת 73) והכפלתה במאה.

(2) נתונים דומים מובאים בשנתון הסטטיסטי לשנת 1971/2 בהוצאת המוסד לביטוח לאומי.

7. הגורמים המשפיעים על עובדת היות הנכה עובד או לא עובד

א. מהות הנכות

נמצא קשר מובהק (לפי מבחן χ^2 $0.001 < \alpha$) בין מהות הנכות ועובדת היות הנפגע עובד או לא עובד. שיעור גבוה יחסית של נפגעים שאינם עובדים נמצא בקרב בעלי הפרעה נפשית או שכלית ללא מיגבלה פיזית נוספת ש-78% מהם (28 מתוך 36) אינם עובדים. ממצא זה אינו מפתיע כיון שהנפגעים הנכללים בקטיגוריה זו הם בעלי הפרעה נפשית חמורה או שהפגיעה גרמה לאובדן חמור ביותר בכושרם השכלי. הסיבה למוגבלות אצל נפגעים אלה היא בדרך כלל פגיעה אורגנית במוח, לכך איננה רברסבילית (אינה ניתנת לתיקון).

לעומת זאת, מפגיעה למדי העובדה ש-60% (9 מתוך 15) מבין בעלי פגיעות בעיניים אינם עובדים. ממצא זה הוא מפתיע כיון שדוקא לגבי עוורים קיימים מוסדות מיוחדים לשיקומם והכשרתם וקיים יחסית מידע ונסיון רב בקשר לשיקומם.

שיעור גבוה של עובדים נמצא בקרב בעלי כוויית שכולם עובדים ובקרב נפגעי גפיים עליונות בלבד או תחתונות בלבד ש-71%-75% מהם עובדים.

באופן כללי נראה שבתנאים הנוכחיים הגורמים החשובים לסידור בעבודה הם אי-פגיעה בכושר הנפשי והשכלי ויכולת ניידות או היכולת לנהוג ברכב אישי (ראה לוח מס' 31).

ב. שנת הפגיעה

לא נמצא קשר בין היות הנפגע עובד או לא עובד ושנת הפגיעה. (ראה לוח מס' 30).

ג. משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול

נמצא קשר מובהק (לפי מבחן χ^2 $0.01 < \alpha$) בין משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול והיות הנפגע עובד או לא עובד. ככל שמשך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול היה קצר יותר, רב יותר שיעור הנפגעים העובדים. מבין המשתקמים שהטיפול בהם התחיל תוך שנה מתאריך פגיעתם, עובדים 82% לעומת 15% בלבד מבין הנפגעים שהטיפול בהם התחיל יותר משנתיים לאחר תאריך הפגיעה שעובדים (ראה לוח מס' 32).

יש לציין שגם כאן קיום הקשר איננו בהכרח מצביע על סיבתיות כיון שאותם נפגעים שהטיפול בהם התחיל מאוחר יחסית, כגון הנפגעים הסובלים מהפרעה נפשית חמורה, הם גם אותם נפגעים שמהות פגיעתם אינה מאפשרת, לעיתים קרובות, חזרה לעבודה. כמו כן, ייתכן

שאלה שהטיפול בהם התחיל מוקדם יחסית הם אותם נפגעים שהם בעלי מוטיבציה ונכונות גבוהה יותר לשיקום ולכן יזמו מעצמם את הקדמת הקשר עם עובד השיקום, ואלה גם הנפגעים שסיכוייהם לחזור לעבודה גבוהים יותר.

ד. העובדה שהנפגע קיבל הכשרה מקצועית

82% מביין אלה שקיבלו הכשרה מקצועית בלימוד מקצוע עובדים. 75% מהנפגעים שקיבלו הכשרה כלשהי במסגרת תהליך השיקום עובדים לעומת 41% בלבד שעובדים מביין אלה שלא קיבלו כל הכשרה. (ראה לוח מס' 34).

ה. נכונות המעסיקים לקבל לעבודה נכים קשים

ציינו שנכותם של רוב הנכים הקשים היא בעלת בולטות חיצונית גבוהה, עובדה הנוטה לעורר דחייה בקרב אנשים שאינם נכים. יש מעסיקים החוששים שקבלת נכה קשה לעבודה תוריד את המוראל של שאר העובדים. חלק ניכר מהמעסיקים גם אינם מוכנים לגלות גמישות בקשר לשעות העבודה. יש לציין שחוסר הנכונות לקבל נכים קשים לעבודה נפוצה באותה מידה אצל מעסיקים ציבוריים או ממשלתיים כמו אצל מעסיקים פרטיים.

8. סיכום ומסקנות

ראינו שמצבם התעסוקתי של הנכים הקשים שונה במידה ניכרת ולרעה הן בהשוואה למצבם לפני הפגיעה והן בהשוואה למצבם התעסוקתי של הנכים הקלים יותר. הרעה זו מתבטאת כצפוי בכך ששיעור הנכים הקשים שעובדים נמוך יותר במידה ניכרת משיעור הנפגעים שעובדים מביין הנכים הקלים יותר. מעצם הגדרתם כנפגעי עבודה ברור שכולם עבדו לפני הפגיעה. כמו כן, מביין הנפגעים שעובדים גדול יותר שיעור הנפגעים הקשים שעובדים פחות שעות ושכושר השתכרותם ירד במידה ניכרת לאחר הפגיעה.

בין המסקנות המחקבלות על סמך הסקר לגבי אופיו של תהליך השיקום המקצועי לגבי נכים קשים ולגבי השינויים שרצוי להכניס בו, ניתן לציין:

- א. יש חשיבות רבה להתחלת הטיפול בנפגע סמוך ככל האפשר למועד הפגיעה.
- ב. ההכשרה המקצועית היא מכשיר יעיל להגברת סיכויי הנפגע לשיקום מקצועי לא רק כאשר מדובר בלימוד מקצוע אלא גם כאשר מדובר בהכשרה טרום-שיקומית, לימודי עזר ואפילו בלימוד נהיגה לצורך נידות אישית בלבד.

ג. חלק ניכר מהנכים הקשים מסוגלים לחזור לעבודה במסגרות רגילות, אולם עבודתם חייבת להיות מותאמת למוגבלותם: קלה יותר מבחינת המאמץ הפיזי המושקע בה ומבחינת שעות העבודה.

מוצע שתינתן יותר הסברה בעניין זה מטעם המוסד לביטוח לאומי ורצוי שההסברה תיעשה לא רק ע"י עובדי השיקום בשיחה אינדיבידואלית עם מעסיקים או בעלי מפעלים אלא שגם גופים אחרים במוסד ייסלו חלק במשימה זו. ייתכן שיש מקום ליזום שיתוף פעולה עם נציבות שירות המדינה להגברת הנכונות לפחות במשרדי הממשלה לקבלת נכים קשים לעבודה בתנאי עבודה נוחים יותר.

ד. ראינו שקיימת נטייה בקרב הנפגעים הקשים שמסוגלים לעבוד, לעבור מעבודה שכירה לעבודה עצמאית. מוצע שבנוסף לאפשרות לקבל ייעוץ ובדיקה כדאיות כלכלית מגורמי חוץ, כגון מהמכון לפיריון העבודה והייצור יכלול צוות עובדי השיקום בסניף (לפחות בסניפים הגדולים) גם כלכלן או יועץ כלכלי שיוכל לתת למשתקמים עזרה וייעוץ באופן שוטף בתחום זה.

ה. ראינו שהתכונות בעלות ההשפעה הרבה ביותר על הצלחת השיקום המקצועי הן הסתגלות נפשית מסויימת, יכולת שכלית מסויימת ויכולת לניידות אישית.

הקבוצה שהאפשרויות הקיימות לשיקומה המקצועי הן מצומצמות ביותר היא קבוצת נפגעי הראש או הסובלים מהפרעה נפשית חמורה, וכן קבוצת הנפגעים בעלי הגבלה חמורה מאד בחיפוקד הפיזי כגון המיפלגים וקוטרופלגים קשים. חלק ניכר מהנפגעים המשתייכים לקבוצות אלה אינם מסוגלים לעבוד אפילו במפעל מוגן או בתעסוקת בית כיון שגם במסגרות אלה נדרשת כיום יכולת פרודוקטיבית מינימלית. מטרת השיקום המקצועי איננה רק לשם הטבת מצבו הכלכלי של הנפגע אלא גם להביא באמצעות השיקום המקצועי להשתלבות והסתגלות טובה יותר בחברה. גם נכים חסרי יכולת פרודוקטיבית זקוקים לאפשרות להעסיק במשהו את עצמם ולהיפגש עם אנשים אחרים מחוץ לבני משפחתם. יש לחשוב על אפשרות למתן תעסוקה לנפגעים קשים אלה.

פרק ו' - סיכום ומסקנות

מטרת הסקר היתה לתאר את תהליך שיקומם של הנכים הקשים כאשר כנכים קשים הוגדרו לצורך סקר זה נפגעי עבודה שדרגת נכותם לצמיתות היא לפחות 75%. ניסינו לשלב בסקר רקע תיאורטי על תהליך השיקום ותיאור הנעשה בפועל בשלבים השונים של תהליך השיקום.

בסיכום כל פרק הובאו הצעות לשיפור המצב הקיים. השינויים המוצעים הם בעיקר שינויים קונקרטיים בנוהלי העבודה וארגונה, כאשר המטרה היא להצביע על אפשרויות לייעול העבודה שיהיו בני ביצוע תוך זמן קצר יחסית.

מרבית הנפגעים הקשים (83%) היו בטיפול שידותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי. כמחצית הנפגעים הקשים חזרו לעבודה לאחר הפגיעה. כשלושה רבעים מהנפגעים קיבלו תגמולים מיוחדים.

להלן תמצית ההמלצות לשינויים שהוסקו על סמך ממצאי הסקר:

1. תגמולים מיוחדים

ההמלצות בעניין התגמולים המיוחדים מתייחסות לשני תחומים:

א. לצרכים עליהם באים לענות התגמולים המיוחדים

מטרת הקצבה המיוחדת היא לענות על שני צרכים עיקריים: הצורך בהבטחת ניידות והצורך בעזרת בית או טיפול אישי. הצבענו על העובדה שסכום הקצבה המכסימלי שניתן אינו יכול להספיק לנפגעים הזקוקים לעזרה מלאה בשני התחומים. לאור זאת, הצענו לקבוע תיקרה לגובה הקצבה לכל מטרה בנפרד. כמו כן, הצענו להגדיל את סכום הקצבה המיוחדת עבור אותם נפגעים הזקוקים לטיפול אישי מלא, שהם בעיקר הקוטרפילגים הקשים. הצבענו גם על צרכים חיוניים נוספים של הנכים הקשים הכרוכים בהוצאות גדולות כגון הצורך בהוצאות כביסה גדולות עבור נפגעים שאינם שולטים ביציאותיהם. הזכרנו את בעיית חידוש הרכב והצורך למצוא פתרון לבעיה זו.

הצענו לשתף גם מוסדות וגופים ממשלתיים וציבוריים אחרים בעזרה לפתרון בעיות הדיור של הנכים הקשים, עזרה שתתבטא לאו דוקא בכסף אלא במתן חנאים מיוחדים. הודגש הצורך בהתאמה תכופה יותר של סכומי הקצבה והמענק לשינויים במחירים.

ב. ביצוע מתן התגמולים והבטחת מיצוי הזכויות

ראשית הצבענו על הצורך בבדיקת מידת הצורך של הנפגעים שאינם מקבלים תגמולים מיוחדים בתגמולים אלה. זאת במיוחד לגבי נכים שנפגעו בשנים מוקדמות ששיעור מקבלי התגמולים בקירבם נמוך יותר, למרות שחומרת פגיעתם אינה שונה מזו של נפגעי השנים המאוחרות יותר. סביר להניח שעובדה זו נובעת מחוסר אינפורמציה של נפגעים אלה על זכויותיהם.

הצענו שמחלקת השיקום תקיים כרטסה מסודרת של כל מקבלי התגמולים על מנת שניתן יהיה לאתר בקלות את אותם נפגעים שאינם מקבלים תגמולים אלה וכן על מנת להחיש את ביצוע התשלומים ללא צורך להמתין לתיק הנכות. כן הצענו שתישלחנה תזכורות לנכים שמועד מתן קצבתם המיוחדת עומד להסתיים על מנת למנוע עיכובים בחידוש התשלומים.

2. הטיפול

א. איחור הנפגעים הזקוקים לשיקום

הדגשנו את חשיבות הקדמת מועד הטיפול סמוך ככל האפשר למועד הפגיעה. ראינו שלא מנוצלות דווקא האפשרויות הקיימות בתוך המוסד לביטוח לאומי לאיחור מוקדם של הנפגעים הזקוקים לשיקום למשל ע"י דיווח של פקידי התביעות על נפגעים עוד בתקופת קבלת דמי הפגיעה. הצענו להגביר את הקשר בין יחידות השיקום לשאר הגורמים במוסד המקבלים אינפורמציה מוקדמת על הנפגע.

כן מוצע שרופאי הוועדות הרפואיות יתייחסו יותר לאפשרויות השיקום ולפוטנציאל השיקומי של הנפגעים, דבר שיקל לא רק על איחור הנפגעים הזקוקים לשיקום, אלא גם על בניית תוכנית שיקום מהאימה למוגבלותו הבריאותית של הנפגע. על מנת שניתן יהיה לוודא שכל הנכים הזקוקים לטיפול אכן הגיעו לידיעת יחידות השיקום בסניפים, הצענו שבתיקי הנכות של אותם נפגעים שלא היו בטיפול יהיה מזכר המפרט את השיקולים לאי הזמנתם.

ב. איבחון

תארנו את שיטות ודרכי האיבחון הנהוגות ע"י עובדי השיקום. עקב חשיבותו הרבה של שלב האיבחון כבסיס לבניית תוכנית השיקום מוצעת בדיקה יסודית יותר ע"י אנשי מקצוע של תהליך האיבחון שנעשה. הוצע שתינתן יותר הדרכה לגורמים מבחוץ להם נמסר האיבחון על מטרות האיבחון מבחינת צרכי עובדי השיקום.

ג. מסגרות הטיפול

הוצע ליצור סיטואציות שיאפשרו תירגול בהתנהגות בתנאים מפוקחים, לעודד את ההתייחסות למשפחת הנפגע כיחידת הטיפול, לפתח יותר את השימוש בטיפול קבוצתי וליזום שיתוף נכים בטיפול בנכים אחרים. הודגש הצורך בהשתלמות מתמדת של עובדי השיקום בגישות ושיטות טיפוליות נוספות.

ד. דיווח וקריטריונים לסיום הטיפול

הודגש הצורך בדיווח עקבי ומסודר על תהליך הטיפול וכך הצורך בקביעת קריטריונים לסיום והפסקת הטיפול.

3. שיקום מקצועי

ראינו שרוב הנכים שחזרו לעבודה עובדים במסגרות רגילות ורק מיעוטם שוקם במסגרות מיוחדות למוגבלים. יחד עם זאת, רוב הנכים זקוקים לתנאים מיוחדים במקום עבודתם הן מבחינת המאמץ הפיזי המושקע בעבודה והן מבחינת שעות העבודה.

הוצע להגביר את ההסברה מטעם המוסד לביטוח לאומי לשינוי עמדות המעסיקים, הן הממשלתיים והציבוריים והן הפרטיים להגברת נכונותם להעסיק נכים קשים.

ראינו שקיימת בקרב הנכים הקשים שמסוגלים לעבוד נטיה לעבור מעבודה שכירה לעבודה עצמאית. מוצע לכלול בצוות עובדי השירות גם כלכלן או יועץ כלכלי שיוכל לתת למשחקים עזרה שוטפת בתחום זה ושיוכל גם להעריך את הדו"חות המתקבלים ממקורות חוץ.

צויינה בעיית הנכים הקשים שבתנאים הנוכחיים אינם מסוגלים לעבוד אפילו במפעל מוגן או בתעסוקת בית ומוצע לחפש דרכים להעסקתם, לאו דוקא כמקור פרנסה אלא לשם עיסוק ושילוב בחברה. המדובר בעיקר בנפגעים בעלי מוגבלות נפשית ושכלית חמורה וכך בהמיפלגים וקוטרפלגים קשים.

לוחות

הערות ללוחות

1. לוחות מס' 1-34 מתייחסים לנתונים שהוצאו מתוך תיקי הנכות, תיקי השיקום ודו"חות אודות הנפגעים. נתונים אלה מתייחסים לתחילת שנת 1975 לגבי 213 הנפגעים הקשים הנכללים במדגם הסקר.
2. לוחות מס' 35-51 מתבססים על סקר נפגעי עבודה ספר ואיבה 1973, לגבי 189 נפגעים הנכללים, מלבד 5 נפגעי ספר ואיבה, במדגם הכולל של 213 נפגעים.
3. המושג "נפגעים שעובדים" בלוחות מס' 35-51 מתייחס לנפגעים שעבדו בזמן עריכת הראיונות בסוף שנת 1973.
4. המושג "נפגעים שעובדים" בלוחות מס' 1-34 מתייחס לנפגעים שעבדו בתחילת שנת 1975.

לוח מס' 1 - נפגעים לפי דרגת נכות רפואית ודרגת נכות כוללת

נכות כוללת		נכות רפואית		דרגת נכות באחוזים
אחוזים	מספרים מוחלטים	אחוזים	מספרים מוחלטים	
100	213	100	213	סך הכל
-	-	15	32	פחות מ-75
16	34	13	28	75 - 79
12	26	16	34	80 - 84
5	11	5	11	85 - 89
2	4	3	6	90 - 94
-	-	2	4	95 - 99
65	138	46	98	100

לוח מס' 2 - נפגעים לפי מהות הנכות

מזה: בעלי הפרעה נפשית בנוסף למוגבלות		כל הנפגעים		מהות הנכות לפי האיברים שנפגעו
אחוזים	מספרים מוחלטים	אחוזים	מספרים מוחלטים	
12	26	100	213	סך הכל
20	3	7	15	גפיים עליונות
29	5	8	17	גפיים תחתונות - איבר אחד 2 איברים
6	4	32	68	
26	5	9	19	גפיים עליונות - 2 איברים ותחתונות 3-4 איברים
14	4	13	28	
20	3	7	15	עיניים
11	1	4	9	כוויות בחלקי גוף שונים
-	-	17	36	הפרעה נפשית או שכליח ללא מוגבלות פיזית נוספת
17	1	3	6	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 3 - מקבלי קצבאות מיוחדות לפי גובה הקצבה והמטרה

המטרות						סך הכל		גובה הקצבה המיוחדת (בלירות לחודש)
אחר	נסיעות	עזרת בית + נסיעות	עזרת בית	אחזקה רכב + עזרת בית	אחזקה רכב	אחוזים	מספרים מוחלטים	
5	10	29	21	27	52		144	סה"כ מספרים מוחלטים
3	7	20	15	19	36	100		סה"כ אחוזים
1	-	-	1	-	-	1	2	199 - 100
1	3	-	3	-	-	5	7	299 - 200
-	5	1	1	-	7	10	14	399 - 300
-	-	1	2	1	19	16	23	499 - 400
-	-	4	-	1	-	3	5	599 - 500
-	2	23	14	25	26	63	90	600 +
3	-	-	-	-	-	2	3	לא ידוע

לוח מס' 4 - מענקים מיוחדים ששולמו לפי המטרה

מטרה	מספרים מוחלטים	אחוזים
סך הכל	273	100
רכישה או החלפת רכב	88	32
רכישה או התאמת דיור	107	39
מכשירים ביתיים	43	16
התקנת טלפון	7	3
אחר	28	10

לוח מס' 5 - מקבלי מענקים מיוחדים לפי סכום המענק הכולל (עד ליום 1.4.75)

אחוזים	מספרים מוחלטים	סכום המענק הכולל בלירוה
100	147	סך הכל
15	22	1 - 5,000
18	27	5,001 - 10,000
41	60	10,001 - 15,000
18	27	15,001 - 20,000
5	7	20,001 - 25,000
3	4	25,001 +

לוח מס' 7* - נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת (עד ליום 1.4.75)
ולפי שנת הפגיעה

אחוזים			מספרים מוחלטים			שנת הפגיעה
לא מקבלים קצבה	מקבלים קצבה	סה"כ	לא מקבלים קצבה	מקבלים קצבה	סה"כ	
25	75	100	53	160	213	סך הכל
34	66	100	14	27	41	61 - 63
34	66	100	18	35	53	64 - 66
20	80	100	11	45	56	67 - 69
16	84	100	10	53	63	70 - 71

לוח מס' 6 מופיע בטקסט בעמ' 29.

לוח מס' 8 - נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת מענק מיוחד (עד ליום 1.4.75)
ולפי שנת הפגיעה

אחוזים			מספרים מוחלטים			שנת הפגיעה
לא קיבלו מענק	קיבלו מענק	סה"כ	לא קיבלו מענק	קיבלו מענק	סה"כ	
31	69	100	66	147	213	סך הכל
41	59	100	17	24	41	63 - 61
30	70	100	16	37	53	66 - 64
29	71	100	16	40	56	69 - 67
27	73	100	17	46	63	71 - 70

לוח מס' 9 - נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת (עד ליום 1.4.75)
ולפי דרגת הנכות הרפואית

אחוזים			מספרים מוחלטים			דרגת נכות רפואית באחוזים
לא מקבלים קצבה	מקבלים קצבה	סה"כ	לא מקבלים קצבה	מקבלים קצבה	סה"כ	
25	75	100	53	160	213	סך הכל
32	68	100	19	41	60	עד - 79
25	75	100	11	34	45	80 - 89
20	80	100	2	8	10	90 - 99
21	79	100	21	77	98	100

לוח מס' 10 - נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת מענק מיוחד (עד ליום 1.4.75)
ולפי דרגת הנכות הרפואית

אחוזים			מספרים מוחלטים			דרגת נכות רפואית באחוזים
לא קיבלו מענק	קיבלו מענק	סה"כ	לא קיבלו מענק	קיבלו מענק	סה"כ	
31	69	100	66	147	213	סך הכל
48	52	100	29	31	60	עד - 79
29	71	100	13	32	45	80 - 89
30	70	100	3	7	10	90 - 99
21	79	100	21	77	98	100

לוח מס' 11 - נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת קצבה מיוחדת (עד ליום 1.4.75)
ולפי מהות הנכות

אחוזים			מספרים מוחלטים			מהות הנכות לפי האיברים שנפגעו
לא מקבלים קצבה	מקבלים קצבה	סה"כ	לא מקבלים קצבה	מקבלים קצבה	סה"כ	
25	75	100	53	160	213	סך הכל
52.5	47.5	100	8	7	15	גפיים עליונות
24	76	100	4	13	17	גפיים תחתונות - איבר אחד 2 איברים
9	91	100	6	62	68	
11	89	100	2	17	19	גפיים עליונות - 2 איברים ותחתונות 3-4 איברים
18	82	100	5	23	28	
60	40	100	9	6	15	עיניים
33	67	100	3	6	9	כוויות בחלקי גוף שונים
42	58	100	15	21	36	הפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת
12.5	87.5	100	1	5	6	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 12 - נפגעים לפי קבלת או אי-קבלת מענק מיוחד (עד ליום 1.4.75)
ולפי מהות הנכות

אחוזים			מספרים מוחלטים			מהות הנכות לפי האיברים שנפגעו
לא קיבלו מענק	קיבלו מענק	סה"כ	לא קיבלו מענק	קיבלו מענק	סה"כ	
31	69	100	66	147	213	סך הכל
42	58	100	7	8	15	גפיים עליונות
35	65	100	6	11	17	גפיים תחתונות - איבר אחד 2 איברים
8	92	100	5	63	68	
38	62	100	7	12	19	גפיים עליונות - 2 איברים ותחתונות 3-4 איברים
31.5	68.5	100	9	19	28	
71	29	100	11	4	15	עיניים
25	75	100	2	7	9	כוויות בחלקי גוף שונים
51	49	100	19	17	36	הפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת
-	100	100	-	6	6	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 13 - נפגעים לפי תאריך הפגיעה וקבלת או אי-קבלת טיפול שיקומי
ע"י עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי

אחוזים			מספרים מוחלטים			שנת הפגיעה
לא קיבלו טיפול	קיבלו טיפול	סה"כ	לא קיבלו טיפול	קיבלו טיפול	סה"כ	
16	84	100	34	179	213	סך הכל
11	89	100	5	36	41	61 - 63
10	90	100	5	48	53	64 - 66
21	79	100	12	44	56	67 - 69
19	81	100	12	51	63	70 - 71

לוח מס' 14 - נפגעים לפי מהות הפגיעה ולפי קבלת או אי-קבלת טיפול שיקומי ע"י עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי

אחוזים			מספרים מוחלטים			מהות הפגיעה לפי האיברים שנפגעו
לא קיבלו טיפול	קיבלו טיפול	סה"כ	לא קיבלו טיפול	קיבלו טיפול	סה"כ	
16	84	100	34	179	213	סך הכל
7	93	100	1	14	15	גפיים עליונות
6	94	100	1	16	17	גפיים תחתונות - איבר אחד
9	91	100	6	62	68	
26	74	100	5	14	19	גפיים עליונות - 2 איברים ותחתונות - 3-4 איברים
7	93	100	2	26	28	
40	60	100	6	9	15	עיניים
-	100	100	-	9	9	כוויות בחלקי גוף שונים
25	75	100	9	27	36	הפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת
67	33	100	4	2	6	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 15 - משתקמים לפי משך הזמן מתאריך הפגיעה עד להתחלת הטיפול

אחוזים	מספרים מוחלטים	מס' חודשים מתאריך הפגיעה עד התחלת הטיפול
100	179	סך הכל
34	61	1 - 6
27	48	7 - 12
12	22	13 - 18
7	12	19 - 24
4	7	25 - 30
4	7	31 - 36
12	22	37 +

לוח מס' 16 - משתקמים לפי שנת הפגיעה ומשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול

משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול - בחודשים						סך הכל		שנת הפגיעה
25+	13-24	1-12	25+	13-24	1-12	אחוזים	מספרים מוחלטים	
אחוזים			מספרים מוחלטים					
20	19	61	36	34	109	100	179	סך הכל
36	20	44	14	8	17	100	39	63 - 61
13	18	69	6	8	31	100	45	66 - 64
23	16	61	10	7	27	100	44	69 - 67
12	22	66	6	11	34	100	51	71 - 70

לוח מס' 17 - משתקמים לפי מהות הנכות ומשך הזמן מהפגיעה עד להתחלת הטיפול

משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול - בחודשים						סך הכל		מהות הנכות לפי האיברים שנפגעו
25+	13-24	1-12	25+	13-24	1-12	אחוזים	מספרים מוחלטים	
אחוזים			מספרים מוחלטים					
20	19	61	36	34	109	100	179	סך הכל
7.2	21.4	71.4	1	3	10	100	14	גפיים עליונות
31	44	25	5	7	4	100	16	גפיים תחתונות - איבר אחד
11	15	74	7	9	46	100	62	2 איברים
29	-	71	4	-	10	100	14	גפיים עליונות - 2 איברים
15.5	11.5	73	4	3	19	100	26	ותחתונות - 3-4 איברים
22	33	45	2	3	4	100	9	עיניים
22	-	78	2	-	7	100	9	כוויות בחלקי גוף שונים
37	30	33	10	8	9	100	27	הגבלה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת
-	-	-	-	-	-	100	-	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 18 - משחקמים שהטיפול בהם הופסק לפי שלב הפסקת הטיפול

אחוזים	מספרים מוחלטים	שלב הפסקת הטיפול
100	49	סך הכל
37	18	תקופת האבחנה
45	22	תקופת הכנה לשיקום
8	4	תקופת הכשרה לעבודה
8	4	תקופת השמה בעבודה
2	1	אחר

לוח מס' 19 - משחקמים שהטיפול בהם הופסק לפי הסיבות להפסקת הטיפול

אחוזים	מספרים מוחלטים	סיבות הפסקת הטיפול
100	49	סך הכל
12	6	הנפגע לא היה מעוניין להמשיך בטיפול
45	22	הנפגע אינו בר-שיקום עקב מצב פיזי/נפשי/שכלי
14	7	הנפגע לא היה מעוניין בשיקום מקצועי
8	4	היעדר כלים לפתרון הבעיות
6	3	הנפגע מצא בעצמו עבודה ולא היה זקוק להמשך טיפול
12	6	הנפגע שינה כתובת
2	1	אחר

לוח מס' 20 - נפגעים לפי מצב הטיפול

אחוזים	מספרים מוחלטים	מצב הטיפול
100	213	סך הכל
26	55	הטיפול הסתיים
23	49	הטיפול הופסק
35	75	הטיפול נמשך
16	34	לא היה בטיפול

לוח מס' 21 - משתקמים שהטיפול בהם הסתיים או הופסק לפי משך הטיפול

אחוזים	מספרים מוחלטים	משך הטיפול - בחודשים
100	104	סך הכל
3	3	1 - 6
11	11	7 - 12
11	11	13 - 18
19	20	19 - 24
13	14	25 - 36
17	18	37 - 48
9	9	49 - 60
17	18	61 +

לוח מס' 22 - משתקמים שלא נעשה לגביהם ניסיון לשיקום תעסוקתי לפי הסיבות לכך

אחוזים	מספרים מוחלטים	הסיבות לאי-שיקום תעסוקתי
100	66	סך הכל
59	39	מצבו הפיזי/נפשי/שכלי של הנפגע אינו מאפשר שיקום תעסוקתי
1	1	גילו הגבוה/צעיר מדי של הנפגע
17	11	הנפגע לא היה מעוניין לעבוד
6	4	אחר
17	11	לא ידוע

לוח מס' 23 - משתקמים שלא נעשה לגביהם ניסיון לשיקום תעסוקתי לפי מהות הנכות

אחוזים	מספרים מוחלטים	מהות הנכות לפי האיברים שנפגעו
100	66	סך הכל
12	8	גפיים עליונות
4	3	גפיים תחתונות - איבר אחד
18	12	2 איברים
8	5	גפיים עליונות ותחתונות - 2 איברים
14	9	3-4 איברים
9	6	עיניים
-	-	כוויות בחלקי גוף שונים
29	19	הפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת
6	4	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 24 - הכשרות שניתנו לפי מקצוע ההכשרה

מקצועות ההכשרה	מספרים מוחלטים	אחוזים
סך הכל	194	100
לימוד מקצוע	60	31
לימודי עזר ושפות, השבון וכו'	42	21.5
לימודי בגרות או מוקדמות	9	5
השכלה גבוהה	3	1.5
לימוד נהיגה	58	30
הכשרה טרום שיקומית להקניית כושר או הרגלי עבודה	22	11

לוח מס' 25 - הכשרות שניתנו לפי מסגרת ההכשרה

מסגרות ההכשרה	מספרים מוחלטים	אחוזים
סך הכל	194	100
שיעורים פרטיים	50	26
ביה"ס או מכללה ללימוד מקצוע או קורס מקצועי	27	14
מפעל מוגן	15	7.5
מוסד להשכלה גבוהה	3	1.5
לימוד במקום העבודה	35	18
בית חולים או מוסד שיקומי	6	3
ביה"ס לנהיגה	58	30

לוח מס' 26 - נפגעים לפי מצב תעסוקתי

מספרים מוחלטים	אחוזים	מצב תעסוקתי
213	100	סך הכל
90	42	לא עובד
123	58	עובד
2	2	מזה: עובד במפעל מוגן
51	41	עובד בתעסוקה טבעית
36	29	עסק עצמאי
11	9	תעסוקת בית
23	19	אתר (כולל חברי קיבוץ)

לוח מס' 27 - נפגעים שאינם עובדים לפי הסיבות לאי-עבודה

מספרים מוחלטים	אחוזים	הסיבה לאי-עבודה
90	100	סך הכל
10	11	הנפגע לא היה מעוניין לעבוד
61	68	מצבו הפיזי/נפשי/שכלי של הנפגע אינו מאפשר לו לעבוד
9	10	לא נמצא מקום עבודה מתאים
-	-	קושי להגיע למקום העבודה
7	8	הנפגע לא שיתף פעולה עם עובד השיקום

לוח מס' 28 - נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי דרגת נכות רפואית

אחוזים			מספרים מוחלטים			דרגת נכות רפואית
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
42	58	100	25	35	60	עד - 79
34	66	100	15	30	45	80 - 89
27	73	100	3	7	10	90 - 99
45	52	100	47	51	98	100

לוח מס' 29 - נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי דרגת נכות כוללת

אחוזים			מספרים מוחלטים			דרגת נכות רפואית
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
23	77	100	8	26	34	עד - 79
24	76	100	9	28	37	80 - 89
-	100	100	-	4	4	90 - 99
53	47	100	73	65	138	100

לוח מס' 30 - נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי שנת הפגיעה

אחוזים			מספרים מוחלטים			שנת הפגיעה
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
43	57	100	18	23	41	63 - 61
34	66	100	18	35	53	66 - 64
38	62	100	21	35	56	69 - 67
53	47	100	33	30	63	71 - 70

לוח מס' 31 - נפגעים לפי מצב תעסוקתי ולפי מהות הנכות

אחוזים			מספרים מוחלטים			מהות הנכות לפי האיברים שנפגעו
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
27	73	100	4	11	15	גפיים עליונות
29	71	100	5	12	17	גפיים תחתונות - איבר אחד
28	72	100	20	48	68	- 2 איברים
53	47	100	10	9	19	גפיים עליונות - 2 איברים
32	68	100	9	19	28	ותחתונות { 3-4 איברים
60	40	100	9	6	15	עיניים
-	100	100	-	9	9	כוויות בחלקי גוף שונים
78	22	100	28	8	36	הפרעה נפשית או שכלית ללא מוגבלות פיזית נוספת
83	17	100	5	1	6	מחלות פנימיות ואחר

לוח מס' 32 - נפגעים לפי מצב תעסוקתי ולפי משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול

אחוזים			מספרים מוחלטים			משך הזמן מהפגיעה עד התחלת הטיפול - בחודשים
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
25	75	100	27	82	109	1 - 12
41	59	100	14	21	34	13 - 24
58	42	100	21	15	36	25 +
82	18	100	28	6	34	לא היה בטיפול

לוח מס' 33 - נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי מצב הטיפול

אחוזים			מספרים מוחלטים			קבלה הכשרה מקצועית
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
2	98	100	1	54	55	הטיפול הסתיים
67	33	100	33	16	49	הטיפול הופסק
37	63	100	28	47	75	הטיפול נמשך
82	18	100	28	6	34	לא היה בטיפול

לוח מס' 34 - נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי קבלת או אי-קבלת הכשרה מקצועית

אחוזים			מספרים מוחלטים			קבלת הכשרה מקצועית
לא עובדים	עובדים	סה"כ	לא עובדים	עובדים	סה"כ	
42	58	100	90	123	213	סך הכל
25	75	100	26	78	104	קיבל הכשרה מקצועית
59	41	100	64	45	109	לא קיבל הכשרה מקצועית

לוח מס' 35 - נפגעים לפי מין

אחוזים	מספרים מוחלטים	מין
100	189	סך הכל
95	180	גברים
5	9	נשים

לוח מס' 36 - נפגעים לפי גיל

אחוזים	מספרים מוחלטים	גיל
100	189	סך הכל
26	49	עד 35
33	62	36 - 44
28	54	45 - 54
12	22	55 - 64
1	2	65 +

לוח מס' 37 - נפגעים לפי מצב משפחתי

אחוזים	מספרים מוחלטים	מצב משפחתי
100	189	סך הכל
14	27	רווק
82	156	נשוי
2.5	3	גרוש
1	2	נפרד
0.5	1	אלמן

לוח מס' 38 - נפגעים לפי סוג ההשכלה

אחוזים	מספרים מוחלטים	סוג ההשכלה
100	189	סך הכל
6	12	לא למד
46	86	יסודית
16	30	מקצועית
19	36	חיכון עיוני
2	4	על-תיכונית
4	7	ישיבה
7	14	אוניברסיטה

לוח מס' 39 - נפגעים לפי מספר שנות לימוד

מספר שנות לימוד	מספרים מוחלטים	אחוזים
סך הכל	189	100
0	0	-
1 - 4	13	7
5 - 7	28	15
8 - 10	80	43
11 - 12	34	18
13 - 15	12	6
15 + אין חשובה	10	5

לוח מס' 40 - נפגעים לפי משלח היד לפני הפגיעה
(לפי הסיווג האחד של משלחי היד 1972, הוצאת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה)

משלח היד לפני הפגיעה	מספרים מוחלטים	אחוזים
סך הכל	189	100
בעלי מקצועות מדעיים ואקדמיים	4	2
מקצועות חופשיים אחרים, טכניים ודומיהם	9	5
מנהלים	8	4
עובדי פקידות ודומיהם	5	3
עובדי מכירות, סוכנים וזבנים	0	-
עובדי שירותים	14	7
עובדים בחקלאות	20	11
עובדים ופועלים מקצועיים בתעשייה, במחצבים, בבנייה ובתחבורה	96	51
פועלים פשוטים ועובדים אחרים בתעשייה, בתחבורה, ובבנייה	33	17

לוח מס' 41 - נפגעים לפי מעמד בעבודה לפני הפגיעה

אחוזים	מספרים מוחלטים	מעמד בעבודה לפני הפגיעה
100	189	סך הכל
86	162	שכיר
10	19	עצמאי
-	-	חבר קואופרטיב
3	6	חבר קיבוץ
1	2	עבד אצל בן משפחה ואחר

לוח מס' 42 - נפגעים לפי מצב תעסוקה ולפי מעמד בעבודה לאחר הפגיעה

אחוזים	מספרים מוחלטים	מעמד בעבודה לאחר הפגיעה
100	189	סך הכל
57	107	לא עובד
43	81	עובד
54	44	מזה: שכיר
37	30	עצמאי
-	0	חבר קואופרטיב
6	5	חבר קיבוץ
3	3	עובד אצל בן משפחה

לוח מס' 43 - נפגעים שעובדים לפי גודל המשרה

אחוזים	מספרים מוחלטים	גודל המשרה
100	81	סך הכל
43	35	עובד במשרה מלאה
57	46	עובד במשרה חלקית

לוח מס' 44 - נפגעים לפי היכולת לעבוד לאחר הפגיעה

אחוזים	מספרים מוחלטים	היכולת לעבוד
100	189	סך הכל
2	3	לא מוגבל ביכולת לעבוד
19	36	מסוגל לעבוד בעבודה אחרת מזו שעשה לפני הפגיעה
13	25	מסוגל לעבוד במשרה חלקית
30	57	לא מסוגל לעבוד באופן סדיר
33	63	לא מסוגל לעבוד בכלל
3	5	אינן תשובה

לוח מס' 45 - נפגעים שעובדים לפי משך הזמן שעבר מהפגיעה עד להתחלת העבודה

אחוזים	מספרים מוחלטים	משך הזמן מהפגיעה עד להתחלת העבודה
100	81	סך הכל
-	0	לא הפסיק לעבוד בכלל
5	4	פחות מחודש
5	4	1-3 חודשים
6	5	4-11 חודשים
79	64	שנה ויותר
5	4	אחר

לוח מס' 46 - נפגעים שעובדים לפי חזרה למקום העבודה הקודם (לתקופה כלשהי) או אי חזרה

אחוזים	מספרים מוחלטים	האם חזר למקום עבודה קודם
100	81	סך הכל
13	11	לא ידוע
41	33	חזר לאותו מקום עבודה
46	37	לא חזר לאותו מקום עבודה
		מזה:
89	33	לא היה מסוגל להמשיך באותה עבודה
11	4	פוטר או לא נתקבל בחזרה

לוח מס' 47 - נפגעים שעובדים לפי השוני בין עבודתם הנוכחית ועבודתם לפני הפגיעה (1)

אחוזים	מספרים מוחלטים	השוני בין עבודה נוכחית ועבודה לפני הפגיעה
12	10	שום דבר אינו שונה
63	51	עבודה יותר קלה
68	55	עבודה שדורשת פחות תנועה
11	9	יש לי יותר עזרה בעבודה
10	8	יש לי מכשירים מיוחדים
27	22	אני משקיע פחות מאמצים בעבודה
27	22	נח לעיתים קרובות יותר
38	31	עובד פחות שעות
4	3	מוטלה עלי פחות אחריות
20	16	עברתי הכשרה מקצועית
5	4	קל לי יותר להגיע למקום העבודה
20	16	חנאי עבודה נוחים יותר
1	1	מצב בריאותי שופר
1	1	אחר
-	0	אין לשוני בעבודתי הנוכחית שום קשר לפגיעה

(1) כל נפגע יכול לציין עד 4 תשובות. סה"כ התשובות אינו זהה לכך לסי"כ הנפגעים. טור האחוזים מציין את אחוז הנפגעים שענה על כל תשובה כאשר $n = 81$ ואינו מסתכם ל-100%.

לוח מס' 48 - נפגעים לפי כושר השתכרות בשנת 1973 (1)

אחוזים	מספרים מוחלטים	אובדן כושר השתכרות באחוזים	כושר השתכרות בשנת 1973
100	189		סך הכל
37	70	75+	0 - 24 .1
10	18	75 - 51	25 - 49 .2
5	9	50 - 45	50 - 55 .3
6	12	44 - 35	56 - 65 .4
5	9	34 - 26	66 - 74 .5
2	4	25 - 20	75 - 80 .6
8	16	19 - 1	81 - 89 .7
3	5	-	100-125 .8
2	4	-	126-150 .9
3	5	-	150+ .10
16	30	-	איך תשובה .11
3	6	-	חברי קיבוץ .12

(1) כושר ההשתכרות שנוחר לנכה אחר הפגיעה חושב ע"י חלוקת הכנסתו של הנכה מעבודה שכירה ועצמאית בשנת 1973 בהכנסתו לפני הפגיעה (מקודמת אף היא לשנת 1973) והכפלתה במאה. הקטיגוריות 1-7 מציינות אובדן כלשהו בכושר ההשתכרות, והקטיגוריות 8-10 מציינות עלייה בכושר ההשתכרות. הקטיגוריות 11-12 באות רק להשלמת התמונה אף שהן נעדרות אינפורמציה בנושא כושר ההשתכרות.

לוח מס' 49 - נפגעים לפי תפיסתם את חומרת הפגיעה

אחוזים	מספרים מוחלטים	תפיסת חומרת הפגיעה
100	189	סך הכל
-	-	קלה מאוד
-	-	בינונית
19	35	חמורה
81	154	חמורה מאוד

לוח מס' 50 - נפגעים לפי תפיסתם את מידת השפעת פגיעתם על יחסם של אנשים אחרים אליהם

מספרים מוחלטים	אחוזים	מידת ההשפעה המיוחסת
189	100	סך הכל
26	14	בהחלט לא משפיעה
17	9	כמעט ולא משפיעה
33	17	משפיעה קצת
114	60	משפיעה מאוד
1	-	אין תשובה

לוח מס' 51 - נפגעים לפי מידת ההזדקקות שלהם לעזרה בשירותים אישיים

מספרים מוחלטים	אחוזים	מידת ההזדקקות לעזרה בשירותים אישיים
189	100	סך הכל
89	47	בדרך כלל או לעיתים קרובות
27	14	לפעמים
73	39	לעיתים נדירות או בכלל לא

נספח

סקרים קודמים בנושא שיקום נפגעי עבודה:

- * "שיקום מוגבלים בכושרם לעבודה ע"י עסקים עצמאיים", ד"ר א. ניצן, המועצה לשיקום מקצועי, אוקטובר 1961.
- * "קליטתם בעבודה ושיקומם של נכי עבודה - סקר מעקב", ד"ר א. ניצן, המוסד לביטוח לאומי, אוקטובר 1965.
- * "שיקום נפגעי עבודה בעסקים עצמאיים", המוסד לביטוח לאומי, נובמבר 1968.
- * "שיקום נכים בשנים 1968-1970", האגף למחקר ותיכנון, המוסד לביטוח לאומי, נובמבר 1972.
- * "שיקום נכים בשנים 1971-1972", האגף למחקר ותיכנון, המוסד לביטוח לאומי, נובמבר 1974.
- * "שיקום נפגעי עבודה ע"י הכשרה מקצועית", ד"ר א. ניצן, המוסד לביטוח לאומי, דצמבר 1974.

